

»Zdravstvena oskrba rane, inkontinence, stome z različnih zornih kotov«



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



Zbornik prispevkov
z recenzijo

29. september 2025



POSKENIRAJ ME



**»Zdravstvena oskrba rane, inkontinence,
stome z različnih zornih kotov«**

29. september 2025



Zbornik prispevkov z recenzijo

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji

Za izdajateljico Zbornico – Zvezo: Anita Prelec, predsednica

Naslov: Ob železnici 30a, Ljubljana

Urednica: Renata Batas

Recenzentka: Anita Jelen

Organizacijski odbor: Renata Batas, Dragica Jošar, Ines Prodan, Anita Jelar, Milanka Markelič, Dragica Tomc.

Strokovni odbor: Renata Batas, Dragica Jošar, Ines Prodan, Anita Jelar, Dragica Tomc, Anita Jelen, Milanka Markelič.

Lektor: Andreja Valant

Tehnični prelom in grafično oblikovanje: Ombra Motion s.p.

Leto izdaje: september, 2025

Spletna izdaja

Cena: dostopno brezplačno na spletnih straneh

<https://zbornica-zveza.si/strokovne-sekcije/15-sekcija-medicinskih-sester-v-enterostomalni-terapiji/#zborniki>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 250219267
ISBN 978-961-7051-20-9 (PDF)

KAZALO

UVODNE BESEDE	4
EZOFLAGOSTOMA V KLINIČNI PRAKSI Esophagostomy – clinical use and management Asist. Miha Zavrl, dr. med.	5
OSKRBA EZOFLAGOSTOME: STANDARDI, IZZIVI IN DOBRE PRAKSE CARE OF ESOPHAGOSTOMY: STANDARDS, CHALLENGES, AND BEST PRACTICES Polona Gorjup, dipl.m.s., ET	12
»KAJ PA, KO BOM SPET DOMA?« »WHAT ABOUT WHEN I'M BACK HOME AGAIN?« Renata Batas, dipl. m.s., ET	20
ABDOMINALNA KATASTROFA ABDOMINAL CATASTROPHE Dr. Erik Brecelj, dr. med. spec. splošne in abdominalne kirurgije Dragica Tomc, viš.med.ses., enterostomalna terapevtka	28
ZDRAVSTVENA NEGA ZAPLETENIH PRIMEROV PO ABDOMINALNIH OPERACIJAH NURSING CARE OF COMPLEX CASES AFTER ABDOMINAL SURGERIES Dragica Tomc, viš.med.ses., ET dr. Erik Brecelj, dr. med. spec. splošne in abdominalne kirurgije	32
POŠKODBA ZARADI PRITISKA - POMEN VZDRŽEVANJA ZDRAVE KOŽE PRI UPORABI NAPREDNIH NAČINOV ZDRAVLJENJA	36
PRESSURE INJURY – THE IMPORTANCE OF MAINTAINING SKIN INTEGRITY IN THE APPLICATION OF ADVANCED THERAPEUTIC APPROACHES Tadeja Krišelj, dipl. m. s., ET, dipl. org.	
ZAKAJ NE POVEŠ? "WHY DON'T YOU SAY IT?" Anita Jelar, dipl.babica, mag. zdr.-soc.manag., ET	45
SMERNICE ZA OBRAVNAVO INKONTINENCE GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF INCONTINENCE pred. Anita Jelen, dipl. m. s., mag. zdr. nege, ET, QM	50
OBRAVNAVA INKONTINENCE V SOCIALNOVARSTVENEM ZAVODU MANAGEMENT OF INCONTINENCE IN SOCIAL CARE INSTITUTIONS Ines Prodan, dipl.m.s., ET	60

UVODNE BESEDE

Enterostomalna terapija zajema široka področja zdravstvene nege, to je področje oskrbe ran, težav s kontinenco ter področje zdravstvene nege in oskrbe različnih vrst stom. Obravnava teh pacientov poteka tako na primarnem, sekundarnem kot terciarnem nivoju zdravstvenega varstva. Pomembno je dobro timsko sodelovanje in sodelovanje med različnimi nivoji zdravstvenega varstva, da bi lahko zagotovili čim bolj kakovostno obravnavo pacientov. Zato smo namenili strokovne prispevke obravnavi teh pacientov z različnih zornih kotov.

Pacienti z različnimi vrstami stom potrebujejo še nadaljnjo obravnavo v domačem okolju, da bi se lahko najbolj optimalno rehabilitirali. To lahko zagotavljamo z dobrim sodelovanjem s patronažno službo, ki zagotavlja kontinuiteto zdravstvene nege in oskrbe le – teh. V praksi pa se srečujemo tudi z redkejšimi primeri stom, kot je to npr. ezofagostoma. Zato smo namenili temu nekaj več vsebine, ki naj bo opora zdravstvenim delavcem pri njihovem strokovnem delu.

Na področju zdravstvene nege in oskrbe ran nam predstavljajo največ izzivov zapleteni primeri po abdominalnih operacijah. Tu je pomembno dobro sodelovanje med člani zdravstvenonegovalnega tima in čim večja skrb za preprečevanje možnih zapletov. Pri obravnavi teh pacientov se največkrat uporablja napredne pristope k obravnavi ran, kot so npr. uporaba negativnega tlaka. Pozornost je potrebno nameniti tudi preventivi poškodb zaradi pritiska, za katerih nastanek so ogroženi nepomični pacienti ter vzdrževanju zdrave kože pri uporabi naprednih načinov zdravljenja.

Inkontinenca, tako urinska kot fekalna, prizadene posameznike vseh starosti. Kljub temu je pogosto spregledana težava. V prispevkih smo namenili vsebino obravnavi oseb z inkontinenco ter načinu obravnave inkontinence v socialnovarstvenem zavodu. Predstavljene so tudi smernice za obravnavo inkontinence, ki temeljijo na priporočilih mednarodnih združenj. Poudarek je na preprečevanju inkontinence, ocenjevanju in spodbujanju kontinence, iskanju pomoči, modelih oskrbe, vlogi izobraževanja, kliničnih smernicah ter etičnem vidiku. Posebej poudarjen je pomen multidisciplinarnega pristopa, nujnost stalnega strokovnega izobraževanja zdravstvenih delavcev in vključevanja pacientov ter njihovih negovalcev v proces zdravstvene obravnave.

S poglobljeno obravnavo pacientov z rano, inkontinenco ter stomo z različnih zornih kotov, želimo posredovati znanja, ki nam bodo služila pri vsakdanjem strokovnem delu in sicer s ciljem kakovostne obravnave pacientov z navedenimi težavami.

Predsednica sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji
Renata Batas, dipl. m.s., ET



EZOFLAGOSTOMA V KLINIČNI PRAKSI

Esophagostomy – clinical use and management

Asist. Miha Zavrl, dr. med.

KO za torakalno kirurgijo
UKC Ljubljana

IZVLEČEK

Ezofagostoma je umetna odprtina na koži vratu ali prsnega koša, skozi katero je izpeljan krn proksimalnega požiralnika po resekciji zaradi zapletov po operaciji večinoma karcinomov ali kavstičnih poškodb. Ezofagostoma je praviloma začasna rešitev za odvajanje sline oziroma vsebine ust in žrela pri neprehodnem ali odsotnem požiralniku. Zaradi številnih alternativnih metod se jo redko poslužuje, vendar je včasih edina možnost za preprečitev aspiracije. Potrebno je biti pozoren na zaplete, med katerimi je najpogostejša stenoza. Skoraj vedno imajo pacienti poleg ezofagostome tudi eno od hranilnih stom (gastro- ali jejunostomo). Ko je rekonstrukcija požiralnika mogoča, se ezofagostoma zapre.

Ključne besede: ezofagostoma, aspiracija sline, stenoza, odložena rekonstrukcija.

ABSTRACT

Esophagostomy is an artificial opening on the skin of the neck or upper chest through which a stump of proximal esophagus is derived after esophageal resection, mostly due to complications after carcinoma surgery or caustic injury to the esophagus. Esophagostomy is usually a temporary method of diversion of saliva or oral and pharyngeal secretions. Its use is increasingly rare due to superior alternatives but remains an important final measure in prevention of aspiration. Patients with esophagostomies require careful follow-up for potential complications, the most common of which is stenosis. Esophagostomy is almost always performed alongside a feeding ostomy, either gastrostomy or jejunostomy. When esophageal continuity can be reestablished through secondary reconstruction, the esophagostomy may be closed.

Keywords: esophagostomy, salivary aspiration, stenosis, secondary reconstruction

UVOD

Ezofagostoma je izpeljava proksimalnega požiralnika na kožo vratu ali zgornjega dela prsnega koša z namenom odvajanja sline in vsebine žrela pri boleznih ali poškodbah požiralnika, kjer primarna rekonstrukcija ni mogoča. To je relativno redka metoda, a ker se uporablja v sklopu oskrbe različnih stanj, natančna prevalenca ni znana. V UKC Ljubljana jih naredimo manj kot pet na leto.

INDIKACIJE

Ezofagostomo naredimo takrat, ko primarna rekonstrukcija požiralnika ni mogoča (tabela 1). Včasih se zanjo odločimo že pri primarnem načrtovanju operacije, ko načrtujemo odloženo rekonstrukcijo, včasih pa šele med posegom na požiralniku, ko trenutno stanje ne dopušča takojšnje kontinuitetne operacije. Ezofagostoma omogoča iztekanje sline in ostale vsebine iz žrela ter zmanjšuje možnost aspiracije (Kuzdzał et al., 2015; Pearson & Patterson, 2008; Raymond & Watson, 2008).

Tabela 1: Prikaz indikacij za ezofagostomo

Malignomi	Rak požiralnika z nerešljivo obstrukcijo Maligna traheoezofagealna fistula
Perforacija požiralnika	Obsežna nekroza z nezmožnostjo primarne rekonstrukcije
Pooperativni zapleti	Dehiscenca po resekciji požiralnika s primarno rekonstrukcijo Traheoezofagealna fistula po posegih na sapniku ali požiralniku
Prirojene nepravilnosti	Atrezija z dolgim defektom (t.i. long gap atresia) Prirojene stenoze požiralnika
Poškodbe	Travmatske (redko) Kavstične

Pri malignih stenozah ezofagostomo naredimo le v primeru, ko z drugimi metodami ne moremo doseči odtekanja ustne vsebine. Večinoma imajo pacienti z inoperabilnimi raki prehransko pot urejeno s pomočjo opornice oziroma stenta v požiralniku ali hranilno gastro- ali jejunostomo. Vsebina iz žrela preko opornice neovirano odteka naprej v želodec, pri hranjenju preko gastrostome ali jejunostome pa tumorska masa lahko povsem zapre požiralnik. V teh primerih se najprej poslužujemo širjenja tumorske stenoze pod diaskopsko kontrolo z bužiji. Za ezofagostomo se odločimo samo v primeru, da ta postopek ni uspešen ali pa ga pacienti potrebujejo zelo pogosto.

Maligno traheozaofagealno fistulo poskušamo najprej oskrbeti z opornicami v požiralniku ali sapniku ali obeh. Dihalno pot lahko zaščitimo tudi s formiranjem traheostome, uporabimo kanilo z mešičkom in možnostjo subglotične aspiracije. Če aspiracije ne moremo preprečiti, nam lahko pomaga ezofagostoma.

Pri perforaciji požiralnika ali dehiscenci anastomoze po resekciji požiralnika in rekonstrukciji z interpozicijo želodca ali črevesa oziroma nekrozi interponata defekt najprej poskusimo oskrbeti

endoskopsko. V zadnjih letih smo izrazito zmanjšali potrebo po operativni reviziji takih pacientov z uporabo endoskopske terapije VAC (vacuum-assisted closure). V požiralnik na mesto defekta vstavimo peno VAC, ki je s cevko po principu nazogastrične oziroma nazoezofagealne sonde povezana z vakuumsko črpalko. Menjamo jo na dva do tri dni, dokler defekt ni zaceljen. Če je defekt prevelik za uspešno zdravljenje z endoVAC-om, je potrebna operativna revizija, prešitje defekta in kritje z režnjem bližnje mišice ali omentuma. Če to ni mogoče, požiralnik oziroma interponat odresecimo in naredimo hranilno jejunostomo ali gastrostomo, proksimalni del požiralnika pa izpeljemo na koži vratu ali zgornjega dela prsnega koša kot ezofagostomo. Ohraniti skušamo čim daljši odsek požiralnika, da ga ostane dovolj za odloženo rekonstrukcijo po nekaj mesecih, ko se akutno stanje pacienta umiri, sistemski vnetni odgovor mine, pacient pa se vmes okrepi in pridobi na mišični masi.

Princip je podoben pri poškodbah požiralnika, predvsem kavstičnih pri zaužitju kisline ali luga, bodisi accidentalnem bodisi v samomorilne namene (Kużdżał et al., 2015). Pri teh pacientih lahko pride do hudega brazgotinjenja v steni požiralnika, ko se lumen lahko povsem zapre in stenoze z endoskopsko dilatacijo ne moremo več razrešiti, ali pa do obsežne nekroze sluznice in stene požiralnika in široke fistule, bodisi v plevro bodisi v sosednje organe, največkrat dihala. Tak požiralnik reseccimo, naredimo hranilno stomo v želodec ali jejunum in ohranimo čim več proksimalnega požiralnika za odloženo rekonstrukcijo, požiralnik pa izpeljemo kot ezofagostomo. Pri prirojenih nepravilnostih, kot so stenoze, najprej poskusimo z endoskopskimi metodami širjenja. Pri atreziji, t.j. odsotnosti dela požiralnika, najprej poskusimo s primarno rekonstrukcijo. Proksimalni del požiralnika čimbolj sprostimo in ga poskusimo čimbolj podaljšati, na primer s plastiko stene proksimalnega požiralnika, in nato naredimo primarno anastomozo z distalnim delom. Če je vrzel med koncema požiralnika predolga, lahko najprej poskusimo s podaljševanjem, tako da na oba konca požiralnika namestimo šiv, ki ga izpeljemo navzven in obtežimo, da konstantni vlek spodbuja rast obeh koncev. Anastomozo konca s koncem naredimo po nekaj tednih. Če je vrzel vseeno prevelika, naredimo ezofagostomo in gastrostomo. Sekundarna rekonstrukcija z interpozicijo črevesa ali želodca sledi, ko se otrok dovolj razvije, da zdrži tako obsežen poseg (Penikis et al., 2024). Izkušeni centri se v zadnjih letih odmikajo od ezofagostome pri novorojenčkih in do odložene rekonstrukcije za preprečevanje aspiracije in odtekanje slin raje uporabljajo nazoezofagealno sondo.

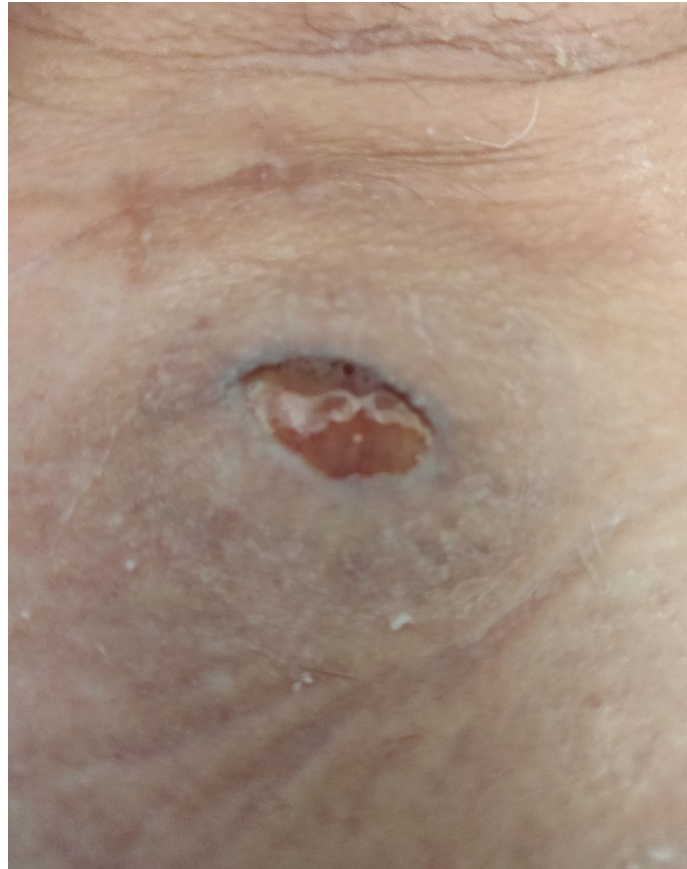
IZVEDBA

Pacienta namestimo v položaj na hrbtu in ga podložimo pod lopaticami. Za boljši prikaz lahko glavo rotiramo rahlo v desno. Sterilno umijemo in pokrijemo predel vratu od angulusa mandibule do prsnih bradavic (spodnji rob je lahko višje, če je proksimalni krn požiralnika kratek).

Incizijo naredimo pred levo sternokleidomastoidno mišico, prekinemo kožo, podkožje in platizmo, nato pripravimo medialno od sternokleidomastoidne mišice. Po potrebi prekinemo spodnjo tiroidno arterijo, srednjo tiroidno veno in levo omohoidno mišico. Prikažemo si trahejo in za njo zatipamo požiralnik. Pri retrakciji v tem predelu smo previdni, da ne poškodujemo povratnega laringealnega živca. Požiralnik ločimo od traheje spredaj in od hrbtenice zadaj, nato s prsti topo pripravimo navzdol proti mediastinumu. Ko pridobimo zadostno dolžino požiralnika oziroma dosežemo konec krna požiralnika po predhodni operaciji, ga izvlečemo na vrat in izberemo mesto ezofagostome. Če je krn požiralnika dovolj dolg, ga izpeljemo skozi ločeno incizijo pod nivojem ključnice. Na koži prsnega koša naredimo incizijo in s topim inštrumentom tuneliramo do vratne incizije. Primemo krn požiralnika in ga izvlečemo skozi ločeno incizijo (Raymond & Watson, 2008), nato pa s posameznimi resorbilnimi šivi izdelamo stomo.

V primeru izrazito kratkega krna ezofagostomo lahko naredimo na mestu incizije na vratu. Incizijo na vratu zapremo po plasteh. Na ezofagostomo najprej namestimo tampon, nato pa čimprej enterostomsko vrečko primerne velikosti.

Če pričakujemo stenozo ezofagostome (sploh pri kavstičnih poškodbah požiralnika), lahko v ezofagostomo začasno vstavimo žlebast ali cevast dren in ga po potrebi fiksiramo s šivom. Pri formiranju ezofagostome moramo biti pozorni, da pustimo dovolj prostora in ne zaidemo preveč mediano. Gre namreč večinoma za slabo stabilne paciente, ki lahko potrebujejo dolgotrajno mehansko ventilacijo in posledično pogosto tudi traheotomijo, zato moramo incizijo in preparacijo načrtovati dovolj lateralno, da bo izvedljiv tudi ta poseg.



Slika 1: Formirana ezofagostoma (Polona Gorjup, KOTK, 2025)

Alternativa ezofagostomi je t.i. salivarna fistula ali faringostoma, ki je lahko razbremenilna ali hranilna. Naredimo jo v avaskularnem trikotniku med zgornjim rogom hiodine kosti, zgornjo tiroidno arterijo in a. carotis/v. jugularis interno (Garza-Castillon et al., 2018). Ta poseg je bil pri nas v preteklosti v domeni otorinolaringologov, vendar smo ga v zadnjih letih praktično povsem opustili zaradi razpoložljivosti primernejših metod, med drugim tudi ezofagostome.

OSKRBA

Svežo ezofagostomo v operacijski dvorani najprej začasno pokrijemo s tamponom, dokler niso oskrbljene ostale rane. Nato nanjo čimprej namestimo zbiralno vrečko primerne dimenzije. Zbiralno vrečko je najlažje namestiti na ravno površino, ki se čim manj premika ali guba, zato je ezofagostomo najbolje narediti pod nivojem ključnice in ne na vratu na mestu incizije (Blackmon, 2015). V zgodnjem pooperativnem obdobju spremljamo stomo za morebitne znake nekroze, dehiscence ali okužbe ran in stenoze. Če je bil vstavljen dren, smo pozorni na njegov položaj in ga odstranimo, ko ni več potreben.

Zbiralno vrečko menjamo v rednih intervalih, kožo pa ob tem zaščitimo s poliuretanskim filmom. Pacienta poučimo o negi stome in menjavi vrečk ter obvestimo patronažno službo. Poučimo jih o znakih zapletov, predvsem možnosti stenoze. Pacienti prejmejo tudi navodila za svojo drugo, hranilno stomo (gastostomo ali jejunostomo).



Slika 2: Ezofagostoma z nameščeno vrečko.. (Polona Gorjup, KOTK, 2025)

Do načrtovane rekonstrukcije je potrebno pacienta spremljati, poskrbeti za prehransko in psihološko podporo ter rehabilitacijo (Raymond & Watson, 2008), pri pacientih s slabo prognozo pa za primerno paliativno oskrbo.

ZAPLETI

Zgodnji zapleti se lahko pojavijo že med operacijo. Anatomske razmere so lahko spremenjene zaradi vnetja. Pozorni moramo biti, da ne poškodujemo priležnih struktur, predvsem sapnika in povratnega živca. Pareza povratnega živca poleg spremembe glasu oteži tudi požiranje in posledično poveča možnost aspiracije sline. Zaradi bližine velikih vaskularnih struktur (a. carotis interna in communis, v. jugularis interna) lahko pride do življenje ogrožajočih krvavitev.

Po izpeljavi ezofagostome lahko pride do dehiscence ali nekroze na mestu stome. Te so običajno omejene in majhne ter jih lahko oskrbimo s prevezo, občasno pa je potrebna operativna revizija in skrajšanje krna oziroma prestavitev mesta stome bolj kranialno.

Če pacient tudi po posegu še vedno aspirira slino, moramo najprej izključiti parezo povratnega živca in stenozo. Slednjo lahko razrešimo z dilatacijo po več metodah (Hegarjevi dilatatorji, kirurške prijematke, prsti, bužiranje).



Slika 3: Pacientka s stenozo na ezofagostomi. Skozi usta je preko napeljana vodilna žica, ki izstopa skozi ezofagostomo na vratu (Camila Alves Salgado, KOTK, 2025)



Slika 4: Ista pacientka, preko vodilne žice je sedaj napeljan buži, ki dilatira predel ezofagostome. (Camila Alves Salgado, KOTK, 2025)

Pacienti lahko s slino izgubijo tudi do liter tekočine dnevno, zato moramo skrbeti za primerno hidracijo in korekcijo elektrolitskih neravnovesij (Raymond & Watson, 2008).

Pred odpustom je potrebna dobra edukacija, predvsem glede zgodnjih znakov neprehodnosti ezofagostome. Pacienti in negovalci morajo biti pozorni tudi na primerno nego stome, preprečevanje peristomalnega dermatitisa in iztekanja ob vrečki.

IZIDI

Ezofagostoma je redko dokončna oskrba, razen pri pacientih z maligno boleznijo s slabo prognozo. Če je le mogoče, naredimo odloženo rekonstrukcijo, bodisi z interpozicijo želodca po McKeownu ali z delom črevesa (kolon, jejunum) (Kuźdżał et al., 2015; Pearson & Patterson, 2008). Ezofagostomo sprostimo od okolne kože in osvežimo robove krna požiralnika. Nanj nato skozi incizijo na vratu anastomoziramo interponat, ki ga izpeljemo skozi posteriorni mediastinum ali restrosternalno, anastomozo nato potopimo v zgornji mediastinum tako, da je tenzija na interponatu čim manjša. Mesto ezofagostome zašijemo po plasteh.

ZAKLJUČEK

Čeprav se ezofagostoma v klinični praksi uporablja redko, je v določenih primerih nepogrešljiv način za zagotavljanje kontroliranega odtekanja sline in ustne vsebine ter preprečevanja aspiracije. Povečini je le začasna, premostitvena rešitev do dokončne rekonstrukcije prebavne cevi, v določenih primerih (npr. maligne fistule pri bolnikih s slabo prognozo, nerešljive okvare zgornjih prebavil po kavstičnih poškodbah) pa so lahko trajne.

Pomembna je pravočasna prepoznava disfunkcije ezofagostome, predvsem stenoze ali drugih vzrokov neprehodnosti. Z ustrezno nego možnost zapletov zmanjšamo in jih tudi prej prepoznamo in preprečimo.

LITERATURA

1. Blackmon, S. H. (2015). Esophagostomy Management. V S. H. Blackmon, M. P. Kim, & K. J. Dickinson (Ur.), *Atlas of Esophageal Disease and Intervention* (str. 179–181). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3088-3_9
2. Garza-Castillon, R., Berger, J., Andrade, R., & Podgaetz, E. (2018). The Pharyngostomy Tube: Indications, Technique, Efficacy, and Safety in Modern Surgical Practice. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 66(05), 390–395. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1593878>
3. Kuźdżał, J., Treasure, T., Detterbeck, F., Goldstraw, P., Thomas, P., Asamura, H., & Lerut, A. (Ur.). (2015). *ESTS textbook of thoracic surgery*. Vol. 2. Medycyna Praktyczna.
4. Pearson, F. G., & Patterson, G. A. (Ur.). (2008). *Pearson's thoracic & esophageal surgery* (3rd ed). Churchill Livingstone/Elsevier.
5. Penikis, A. B., Sescleifer, A. M., & Kunisaki, S. M. (2024). Management of long-gap esophageal atresia. *Translational Pediatrics*, 13(2), 329–342. <https://doi.org/10.21037/tp-23-453>
6. Raymond, D. P., & Watson, T. J. (2008). Esophageal Diversion. *Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 13(2), 138–146. <https://doi.org/10.1053/j.optechstcv.2008.05.001>

Slike uporabljene z dovoljenjem (Polona Gorjup, DMS in Camila Alves Salgado, študentka medicine).

Oskrba ezofagostome: standardi, izzivi in dobre prakse

Care of Esophagostomy: Standards, Challenges, and Best Practices

Polona Gorjup, dipl.m.s., ET

KO za torakalno kirurgijo, UKC Ljubljana
polona.gorjup@kclj.si

Izvleček

Ezofagostoma je izločalna stoma, ki odteka slino iz zgornjega dela požiralnika, in je najpogosteje nameščena v vratnem predelu. Zaradi lege in encimskega izločka predstavlja poseben izziv za nego. Prispevek predstavlja sodobne standarde oskrbe, kot so uporaba prilagojenih zbiralnih sistemov, zaščita kože, preprečevanje zamašitev in edukacija pacienta. Izpostavljeni so tudi ključni izzivi: pogosta peristomalna vnetja, tehnične težave, psihosocialni stres in logistične omejitve pri dostavi pripomočkov. Diskusija poudarja pomembnost vloge medicinske sestre kot koordinatorke, izvajalke nege in edukatorke ter nujnost oblikovanja nacionalnih smernic in sistemskih rešitev. Zaključuje, da celostna obravnava, ki vključuje tudi psihološko podporo in individualizirano edukacijo, pomembno izboljša kakovost življenja pacientov in zmanjša zaplete. Prispevek temelji na aktualni strokovni literaturi in kliničnih priporočilih. Predstavljene so tudi možnosti za nadaljnje raziskave, zlasti na področju vpliva prehrane, edukacije in oskrbnih modelov na dolgoročne izide.

Ključne besede: izločalna stoma, nega kože, peristomalni zapleti, edukacija pacienta, psihosocialna podpora, medicinska sestra

Abstract

Esophagostomy is an excretory stoma that diverts saliva from the upper esophagus and is typically located in the neck. Due to its anatomical placement and the enzymatic nature of its output, it presents specific care challenges. This article outlines current care standards including the use of anatomically adapted collection bags, skin protection strategies, blockage prevention, and structured patient education. Key challenges include frequent peristomal inflammation, technical complications, psychosocial distress, and logistical issues in accessing supplies. The discussion highlights the central role of nurses as coordinators, care providers, and educators, emphasizing the need for national guidelines and systemic improvements. The article concludes that a holistic approach, which includes psychosocial support and individualized education, significantly improves patients' quality of life and reduces complications. It draws on current professional literature and clinical guidelines, also pointing to future research opportunities—particularly regarding the impact of nutrition, education, and care models on long-term outcomes.

Keywords: excretory stoma, skin care, peristomal complications, patient education, psychosocial support, nurse's role

Uvod

Ezofagostoma je izločalna stoma, oblikovana iz zgornjega dela požiralnika, ki je nameščena v vratnem predelu (slika 1) z namenom odvajanja sline. Uporablja se pri pacientih po kirurškem posegu zaradi karcinoma požiralnika, kemijskih poškodbah ali drugih anatomskih nepravilnostih. Pogosto gre za začasno rešitev, ki omogoča pripravo na rekonstrukcijo požiralnika. Slina, bogata z encimi, lahko draži kožo, zato oskrba zahteva posebne tehnike zaščite in prilagojene pripomočke (Johnson & Lee, 2022).



Slika 1: Ezofagostoma na vratu (vir: Gorjup, 2025)

Medicinske sestre in enterostomalni terapevti imajo ključno vlogo pri vsakodnevni negi, od izbire zbiralne vrečke, preprečevanja zamašitve, zaščite kože do svetovanja bolniku in svojcem. Prav tako skrbijo za prepoznavanje zapletov in psiholoških stisk, povezanih s spremembo telesne funkcije ter zmanjšanjem samopodobe in socialne vključenosti. Psihološki stres je pogost, še posebej brez ustrezne podpore. Strukturirana edukacija in vključevanje družine bistveno pripomoreta k samozavesti in samostojnosti pacienta.

Namen prispevka je predstaviti sodobne standarde oskrbe ezofagostome ter osvetliti klinične in psihosocialne izzive, s katerimi se srečujejo medicinske sestre. Cilj je podati dobre prakse in predloge za izboljšanje dostopa do pripomočkov ter podpore v bolnišničnem in domačem okolju.

Standardi oskrbe ezofagostome

Oskrba ezofagostome predstavlja pomemben izziv, ki zahteva celostno obravnavo pacienta ter upoštevanje praktičnih izkušenj in smernic dobre klinične prakse. Te izkušnje so lahko dragoceno izhodišče za oblikovanje standardiziranih postopkov, ki omogočajo varno, učinkovito in enotno oskrbo ezofagostome. Eden izmed ključnih elementov oskrbe je ustrezna izbira zbiralne vrečke. Glede na anatomsko posebnost predela, kjer je stoma nameščena, kar je običajno v vratnem delu, so najprimernejše enodelne zbiralne vrečke, ki se dobro prilegajo obliki telesa in omogočajo varen ter higienski odtok sline (slika 2). Zaradi majhnega volumna in zahtev po fleksibilnosti se pogosto uporabljajo pediatrični modeli, ki omogočajo sprotne praznjenje brez prekomernega pritiska, kar zmanjšuje tveganje za uhajanje sline ali poškodbe kože (Smith et al., 2023).



Slika 2: Enodelna zbiralna vrečka (vir: Gorjup, 2025)

Koža v okolici ezofagostome je izpostavljena stalnemu delovanju encimov, ki so prisotni v slini. Ti lahko povzročijo draženje, vnetje in posledično razvoj peristomalnega dermatitisa. Zato je zaščita kože ena ključnih nalog v procesu oskrbe. Priporoča se vsakodnevno nežno čiščenje, temeljito sušenje kože ter uporaba zaščitnih filmov, lepil in past, ki tvorijo pregrado med kožo in izločki (Zbornica Zveza, 2023). V bolnišničnem okolju se za čiščenje uporablja aseptična raztopina na vodni osnovi, v domačem okolju pa blaga milnica brez dišav.

Redno vzdrževanje prehodnosti stome je prav tako pomemben vidik kakovostne oskrbe. Gostota sline lahko privede do zamašitev, zato je priporočeno redno izpiranje sistema s sterilno vodo ter mehansko odstranjevanje oblog. S tem preprečujemo tudi neprijetne vonjave, zastajanje izločkov in povečujemo udobje pacienta (Martinez et al., 2021). Pacient lahko naredi tudi požirek tekočine, ki se izloči preko ezofagostome, s čimer skrbi za prehodnost stome, prav tako pa izboljša okus in hidracijo ustne sluznice.

Fiksacija zbiralne vrečke predstavlja poseben izziv, saj se vrat pri požiranju, govoru in spanju (slika 3) stalno premika. Zato mora biti nameščena tako, da je stabilna, ne povzroča nelagodja in obenem omogoča diskretno nošenje. Priporočena je uporaba kakovostnih lepilnih podlog v kombinaciji z dodatnimi fiksacijskimi trakovi, ki preprečujejo odlepljanje ob gibanju (Zbornica Zveza, 2021). Pacienti z ezofagostomo imajo istočasno pogosto tudi traheostomo s trahealno kanilo ter centralni venski kater, najpogosteje uvedenega v veno subklavijo ali veno jugularis. Takšna kombinacija medicinskih pripomočkov predstavlja dodatne izzive tako za medicinske sestre kot za pacienta. Fizična bližina teh naprav otežuje pravilno pritrditev zbiralne vrečke na ezofagostomo, saj je prostor omejen, možnost trenja med materiali večja, nameščanje pa zahteva večjo natančnost in koordinacijo.



Slika 3: Pritrditev zbiralne vrečke v predelu vratu (vir: Gorjup, 2025)

Obenem so ti pacienti pogosto občutljivejši na draženje kože in mehansko obremenitev, saj je njihova koža že podvržena rednim obvezam zaradi trahealne kanile in nege katetra. Vsaka odstranitev fiksacijskega ali zaščitnega materiala lahko povzroči dodatno bolečino, zlasti, če se material odstranjuje hitro, nepravilno ali pogosto zaradi puščanja vsebine iz ezofagostome. Posledično se lahko pojavijo iritacije in vnetja kože v okolici katetra in traheostome, kar zahteva dodatne zaščitne ukrepe, uporabo hipoalergenih pripomočkov ter individualno prilagojene rešitve pri nameščanju vrečke.

V takšnih primerih je še posebej pomembno, da medicinska sestra razpolaga z ustreznim znanjem, izkušnjami ter dostopom do primernih pripomočkov, ki omogočajo sočasno varno nego več invazivnih mest brez ogrožanja udobja in varnosti pacienta. Celostni pristop, ki vključuje timsko sodelovanje (zdravnika, medicinske sestre in enterostomalnega terapevta), natančno opazovanje kože in redno ocenjevanje udobja, so ključni za uspešno dolgotrajno oskrbo takih pacientov.

Zelo pomembna je tudi edukacija pacienta in njegovih svojcev. Ta mora biti strukturirana in prilagojena sposobnostim razumevanja posameznika. Učinkovita metoda je pristop »teach-back«, kjer mora pacient sam razložiti, kako bo izvajal oskrbo, s čimer preverimo razumevanje. Pacient in svojci se naučijo prazniti zbiralni sistem, ga zamenjati, prepoznati morebitne zaplete ter poiskati pomoč. S tem se krepi samozavest pacienta in zmanjšuje občutek nemoči (Thompson et al., 2024). Kakovost oskrbe je odvisna tudi od podpore, ki jo pacient prejema v domačem okolju. Pomembno je, da je vzpostavljena dobra komunikacija med bolnišničnim timom, patronažno službo in dobavitelji pripomočkov. Priporočeno je, da ima pacient na voljo kontaktno osebo, ki mu lahko svetuje ob zapletih ali vprašanjih, pri čemer je vloga enterostomalnega terapevta zelo pomembna. Pravočasna dobava pripomočkov in ustrezna podpora pomembno vplivata na zmanjšanje zapletov in na boljšo kakovost življenja (Nguyen & Patel, 2023).

Izzivi pri oskrbi ezofagostome

Vnetje kože

Eden najpogostejših zapletov pri ezofagostomi je peristomalni dermatitis, ki ga povzroča draženje kože zaradi encimov v slini. Slina ni le tekočina, ampak vsebuje proteolitične encime, ki hitro razjedajo občutljivo kožo okrog stome, če ta ni ustrezno zaščitena. Preventiva vključuje redno uporabo zaščitnih filmov in past ter natančno vsakodnevno ocenjevanje stanja kože.

Pozorno opazovanje že zgodnjih znakov draženja omogoča pravočasno ukrepanje in preprečuje širše poškodbe kože, ki lahko postanejo boleče in vodijo v sekundarne okužbe (Martinez et al., 2021).

Zamašitev stome

Gostota sline in prisotnost odmrlih celic ter morebitnih oblog predstavljajo tveganje za zamašitev cevke ezofagostome. Do tega pride še hitreje pri neustrezni hidraciji pacienta ali nepravilni negi sistema. Nabiranje izločka vodi v nastanek oblog, izsušitev vsebine in pojav neprijetnega vonja. Redno izpiranje sistema s fiziološko raztopino ali vodo je eden osnovnih preventivnih ukrepov, ki ga mora obvladati tako zdravstveno osebje kot tudi pacient oziroma njegovi svojci (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2021).

Nestabilna fiksacija zbiralne vrečke

Zaradi lege stome na gibljivem področju vratu je fiksacija vrečke zahtevna. Vsako premikanje glave, kašljanje, govor ali požiranje lahko vplivajo na prileganje sistema in povzročijo odlepljanje. Nepravilno nameščena vrečka vodi do uhajanja sline, kar je povezano z neprijetnim vonjem, nelagodjem in sramom pacienta. Uporaba visokokakovostnih lepil, dodatnih fiksacijskih trakov ter vsakodnevno preverjanje tesnjenja sta ključna za zagotavljanje varnosti in udobja (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2021).

Psihosocialni vplivi

Ezofagostoma je zaradi svoje izpostavljene lege vir pomembnega psihološkega bremena za pacienta. Vidnost vrečke na vratu povzroča občutke sramu, zaskrbljenost zaradi videza in strah pred morebitnimi nesrečami v javnosti. Takšna doživljanja lahko vodijo v socialno izolacijo, zmanjšano samopodobo in depresivne simptome. Psihološki vplivi so pogosto podcenjeni, vendar imajo velik vpliv na kakovost življenja. Edukacija, podpora družine in vključitev v strukturirane svetovalne programe dokazano zmanjšujejo stisko in izboljšujejo prilagoditev (Thompson et al., 2024).

Dostopnost medicinskih pripomočkov

Dostopnost ustreznih medicinskih pripomočkov je pogost izziv, zlasti ob odpustu iz bolnišnice. Specializirani materiali, kot so pediatrične vrečke, zaščitni filmi in specifični lepilni trakovi, niso vedno na voljo v lokalnih lekarnah ali pri dobaviteljih. Poleg tega se pacienti in svojci pogosto srečujejo z dolgotrajnimi postopki naročanja ter zamudami pri dostavi. Nepravočasna menjava pripomočkov lahko vodi v odstop zbiralne vrečke od kože in posledično zatekanje sline ter s tem zaplete na koži in povečano tveganje za okužbe.

Sočasna prisotnost drugih invazivnih medicinskih pripomočkov

Številni pacienti z ezofagostomo imajo istočasno vstavljeno tudi traheostomo s trahealno kanilo ali centralni venski kateter, najpogosteje v veno subklavijo. Prisotnost več invazivnih pripomočkov na omejenem področju vratu zahteva posebno skrb pri nameščanju in fiksaciji zbiralne vrečke. Nepravilna namestitvev lahko povzroči prekrivanje vhodnih mest, poveča tveganje za okužbo ter povzroča nelagodje ali bolečino pri menjavi obvezil. Medicinska sestra lahko te zaplete prepreči z uporabo razpršila za neboleče odstranjevanje lepilnih oblog ter z ustrežno tehniko

odstranjevanja obližev – pri čemer kožo stabilizira s prsti in obliž nežno loči od kože, namesto da bi ga nenadoma potegnili.

Pomanjkanje smernic in standardizacije

Ezofagostoma je redkejša oblika stome, zato v številnih zdravstvenih ustanovah ni sistematično vključena v izobraževalne programe. Zaradi pomanjkanja enotnih strokovnih smernic prihaja do različnih pristopov pri oskrbi, ki so pogosto odvisni predvsem od izkušenj posamezne medicinske sestre. To otežuje standardizacijo postopkov, omejuje izmenjavo dobrih praks in negativno vpliva na kakovost edukacije pacientov ter njihovih svojcev. Potreba po nacionalnih protokolih, izobraževalnih gradivih in večji vključenosti enterostomalnih terapevtov postaja vse bolj izrazita. V Sloveniji se rekonstrukcija ezofagostome večinoma izvaja v UKC Ljubljana, pacienti pa prihajajo iz različnih regij po vsej državi. Zaradi tega je ključno, da se oblikujejo strokovna navodila, smernice oziroma standardni postopki za oskrbo ezofagostome, ki bi jih lahko enotno uporabljale tudi medicinske sestre v drugih ustanovah ali v okviru zdravstvene nege na domu po odpustu pacienta.

Diskusija

Oskrba pacienta z ezofagostomo predstavlja enega izmed zahtevnejših vidikov zdravstvene nege, saj zahteva usklajeno interdisciplinarno obravnavo in visoko stopnjo klinične občutljivosti. Kot kažejo ugotovitve prispevka, je vloga medicinske sestre ključna ne le pri tehnični izvedbi oskrbe, temveč tudi pri prenosu informacij, edukaciji pacienta in pripravi na nadaljnjo oskrbo po odpustu.

Pri tem pa je pomembno poudariti, da zagotavljanje varnega domačega okolja kot celote ni v neposredni pristojnosti medicinske sestre, temveč je del širše timske in sistemske odgovornosti, ki vključuje tudi patronažno službo, zdravnike, socialne delavce in družino. V tujini imajo v nekaterih državah (npr. ZDA, Velika Britanija) vzpostavljene koordinirane mreže strokovnjakov, v katerih medicinske sestre ob odpustu predajo pacienta v nadaljnjo oskrbo patronažnim službam skupaj z ustrezno dokumentacijo, edukacijskim gradivom in priporočili za nadaljnjo nego (Nguyen & Patel, 2023; Thompson et al., 2024).

Raziskave potrjujejo, da so strukturirani edukacijski programi ključnega pomena za boljše psihološko prilagoditev pacientov na življenje s stomo, zmanjšano anksioznost ter povečano samostojnost (Thompson, Miller, & Green, 2024). Pomembno je, da edukacija vključuje tako pisne materiale kot možnost osebnega pogovora s strokovnjakom, kar potrjujejo tudi nacionalna priporočila (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2023). Kljub obstoječim strokovnim priporočilom (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2021) v klinični praksi v Sloveniji še vedno prihaja do neenotnih pristopov, zlasti pri pacientih z redkejšimi stomami, kot je ezofagostoma. Oskrba je pogosto odvisna od izkušenj posameznih medicinskih sester, kar povzroča težave pri kontinuiteti in kakovosti oskrbe. To potrjujejo tudi mednarodne ugotovitve, kjer avtorji poudarjajo pomen jasnih smernic za izbiro, uporabo in menjavo zbiralnih pripomočkov (Smith, Brown, & White, 2023; Johnson & Lee, 2022).

Velik izziv predstavlja tudi sočasna prisotnost več invazivnih pripomočkov (npr. traheostoma, centralni venski kateter), kar dodatno oteži varno in neboleče rokovanje s stomo. Takšne situacije zahtevajo natančno načrtovanje, prilagoditve in sodelovanje različnih strokovnjakov, vključno z infektologi, nutricionisti, fizioterapevti in enterostomalnimi terapevti (Belcastro, Reed, & Puscas, 2023). Na nacionalni ravni bi bilo smiselno oblikovati enotne smernice za

oskrbo ezofagostome, ki bi bile dostopne vsem izvajalcem zdravstvene nege na vseh ravneh – v bolnišnicah, patronaži in zdravstveni negi na domu. Prav tako bi bila koristna vzpostavitev kontaktne koordinacijske točke, ki bi povezovala bolnišnice, patronažne službe, edukacijske centre in dobavitelje. Kot opozarjata Nguyen in Patel (2023), je v primerih redkih stom ključna neprekinjena in zanesljiva dobava ustreznih medicinskih pripomočkov, ki mora biti prilagojena specifičnim potrebam posameznega pacienta. Na raziskovalnem področju ostaja več odprtih vprašanj. Potrebne so nadaljnje raziskave o vplivu različnih modelov oskrbe na dolgoročne izide zdravljenja, učinkovitost psihološke podpore in edukacije ter stroškovno učinkovitost različnih organizacijskih pristopov. To bi prispevalo k razvoju ciljno usmerjenih programov za usposabljanje zdravstvenih delavcev ter krejitvi podpornih sistemov za paciente in njihove svojce (Thompson et al., 2024).

V celoti gledano oskrba ezofagostome presega tehnične veščine. Predstavlja kompleksno zdravstveno in socialno nalogo, ki zahteva dobro organiziran sistem, interdisciplinarno sodelovanje in visoko raven klinične presoje ter empatije.

Zaključek

Oskrba ezofagostome predstavlja specifično področje zdravstvene nege, ki zahteva natančnost, specifično strokovno znanje ter individualno prilagojene pristope. Ključni elementi kakovostne oskrbe vključujejo izbiro ustrezne zbiralne vrečke, zaščito peristomalne kože, preprečevanje zamašitev z rednim izpiranjem ter učinkovito pritrditev zbiralne vrečke, ki pacientu omogoča varnost in udobje.

Medicinske sestre imajo pri tem pomembno vlogo, zlasti pri edukaciji pacienta in svojcev, spremljanju oskrbe, pravočasnem prepoznavanju zapletov ter usklajevanju nege z drugimi člani zdravstvenega tima. Njihova naloga je tudi, da pacienta seznanijo z možnostmi pridobivanja medicinskih pripomočkov, mu pomagajo pridobiti naročilnico (v sodelovanju z zdravnikom) ter mu pojasnijo, kje in kako lahko pripomočke prejme. Dostava pripomočkov sicer ni v njihovi neposredni pristojnosti, a skrb za ustrezno informiranost pacienta o tem je sestavni del kakovostne obravnave.

Kljub obstoječim nacionalnim priporočilom za oskrbo stome za ezofagostomo kot redkejšo obliko še ni oblikovanih posebnih kliničnih smernic. V tujini pa take smernice že obstajajo, kar odpira možnost za prenos in prilagoditev že uveljavljenih modelov dobre prakse. Ta pristop bi omogočil hitrejšo implementacijo enotnih standardov tudi v slovenskem prostoru.

Na podlagi analize aktualnega stanja in kliničnih izkušenj izpostavljam naslednje prednostne naloge za nadaljnji razvoj oskrbe pacientov z ezofagostomo:

- Prenos, prilagoditev in uvedba kliničnih smernic za oskrbo ezofagostome na nacionalni ravni, kar bi zagotovilo enotno in strokovno podprto obravnavo;
- Učinkovita vključitev medicinskih sester v edukacijo, prepoznavanje psihosocialnih stisk in usklajevanje oskrbe z drugimi strokovnjaki;
- Zagotavljanje informiranosti pacientov o pravici do pripomočkov, postopku pridobitve naročilnice in možnostih njihove dobave;
- Okrepljeno sodelovanje med bolnišničnimi in patronažnimi službami, s strukturiranim prenosom dokumentacije in informacij;

- Spodbujanje raziskovalnega dela na področju kakovosti življenja pacientov z redkimi stomami, učinkovitosti edukacijskih programov in organizacijskih modelov oskrbe.

Celostna obravnava pacienta z ezofagostomo presega tehnične postopke. Predstavlja integriran proces, ki zahteva strokovno znanje, empatijo, timsko sodelovanje in dobro organiziran sistem podpore. Le s takšnim pristopom lahko zagotovimo kakovostno obravnavo, zmanjšamo zaplete in pacientu omogočimo dostojno, varno ter aktivno življenje po tako zahtevni spremembi.

Literatura

1. Belcastro, A., Reed, W., & Puscas, L. (2023). The management of salivary fistulas. *Seminars in Plastic Surgery*, 37(1), 4–8. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1759561>
2. Gorjup, P. (2025). Fotodokumentacija klinične prakse: Ezofagostoma [osebni arhiv].
3. Johnson, M., & Lee, A. (2022). Skin protection strategies for patients with high excretory stomas. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 49(3), 235–245. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000756>
4. Nguyen, T., & Patel, S. (2023). Ensuring supply chain continuity for rare stoma supplies in home care settings. *Home Healthcare Now*, 41(4), 200–208. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000001182>
5. Smith, J., Brown, K., & White, L. (2023). Selection criteria for drainage pouches in excretory stomas: A comparative study. *Ostomy & Continence Care*, 38(1), 12–19.
6. Thompson, H. S., Miller, D. R., & Green, J. W. (2024). Effect of structured educational programs on psychological adaptation in ostomy patients. *International Journal of Nursing Studies*, 72(7), Article 110118. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.110118>
7. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji. (2021). Strokovna priporočila in predpisovanje medicinskih pripomočkov za paciente z izločalnimi stomami in enterokutanimi fistulami. Ljubljana.
8. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. (2023). Stoma – nov začetek: učimo vas živeti s stomo (3. izdaja). Ljubljana.

»KAJ PA, KO BOM SPET DOMA?« »WHAT ABOUT WHEN I'M BACK HOME AGAIN?«

Renata Batas, dipl. m.s., ET

Patronažno varstvo; Zdravstveni dom Ljubljana – Šiška
renata.batas@zd-lj.si

IZVLEČEK

Zaradi različnih obolenj, kronično nenalezljivih ali malignih obolenj pride pogosto do operativnega posega z izidom oblikovanja stome za izločanje blata in/ali urina. Odpust pacienta s stomo iz bolnišnice je vse hitrejši zaradi vse krajše hospitalizacije. Zato je pomembno zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege tudi v domačem okolju s strani patronažnega varstva. Le tako mu bo omogočeno optimalno usposabljanje za samooskrbo in rehabilitacija ter zagotovljeno preprečevanje možnih zapletov. Z dolgoživo in polimorbidno populacijo se vse pogosteje srečujemo z različnimi vrstami kroničnih ran, kot so golenje razjede, razjede zaradi pritiska, diabetične razjede in nenazadnje tudi z malignimi ranami. Le te so obravnavane najpogosteje v domačem okolju s strani patronažnih medicinskih sester. Zato je pomembno, da imajo znanja in veščine glede oskrbe kroničnih ran. Potrebno je, da se ves čas izobražujejo, izpopolnjujejo ter spremljajo novosti s ciljem zagotavljanja čimbolj kakovostne oskrbe pacienta s kronično rano v smeri zacelitve.

Ključne besede: patronažno varstvo, stoma, kronična rana, odpust iz bolnišnice.

ABSTRACT

Due to various chronic non-infectious or malignant diseases, surgical procedures often result in the creation of a stoma for the elimination of feces and/or urine. Patients with stomas are being discharged from hospital more and more quickly due to shorter hospital stays. Therefore, it is important to provide continuous nursing care in the home environment by community nursing. This is the only way to enable optimal training in self-care and rehabilitation and to prevent possible complications. With a long-lived and polymorbid population, we are increasingly encountering various types of chronic wounds, such as leg ulcers, pressure ulcers, diabetic ulcers, and last but not least, malignant wounds. These are most often treated in the home environment by a community nurses. Therefore, it is important that they have knowledge and skills related to chronic wound care. It is necessary for them to continuously educate themselves, improve their skills, and keep up with new developments in order to provide the highest quality care to patients with chronic wounds with the aim of healing.

Key words: community nursing, stoma, chronic wound, discharge from hospital.

UVOD

Demografske spremembe prebivalstva, ki se kažejo v dolgoživi družbi ter spremljajočih obolenjih, polimorbidnosti, so dejavniki, ki kar narekujejo smeri razvoja zdravstvene in babiške nege. S starajočo se populacijo se vse pogosteje srečujemo z različnimi kroničnimi nenalezljivimi in tudi malignimi obolenji. Posledice teh obolenj so lahko različne vrste ran, od akutnih do kroničnih, operativni posegi z izpeljavo različnih vrst stom ter težave s kontinenco.

Pri pacientih z malignimi obolenji debelega črevesa in vnetnimi črevesnimi boleznimi je operacija z oblikovanjem stome pogosto uporabljena metoda zdravljenja, ki omogoča okrevanje bolj distalnih in bolnih delov črevesa, vendar pa lahko povzroči začasno ali trajno stomo. Operacija predstavlja življenjsko pomemben poseg, ki zagotavlja novo umetno pot za izločanje blata in/ali urina. Poleg tega pa le-ta povzroči dramatično spremembo življenjskega sloga in navad. Od trenutka diagnoze, ki vodi do nastanka stome, za nego pacienta skrbijo predvsem medicinske sestre, ki zagotavljajo celovito zdravstveno nego in oskrbo skozi celoten proces zdravljenja. Pate et al. (2022) navajajo, da zaradi posebnosti strukture in fiziologije, povezane z enterostomijo, nega pacientov s stomo traja vse življenje.

V sedanjem zdravstvenem sistemu (npr. stopnja zasedenosti bolniških postelj, uporaba minimalno invazivne tehnologije in nacionalni sistem zdravstvenega zavarovanja) paciente po kratki hospitalizaciji zaradi operacije hitro odpustijo in preidejo v fazo dolgotrajne oskrbe na domu. Dejansko je v primeru omejenih zdravstvenih virov in nepopolnih zdravstvenih ustanov v skupnosti zagotavljanje specializirane zdravstvene oskrbe pacientom večinoma omejeno na obdobje hospitalizacije, vendar dve tretjini odpuščenih pacientov še vedno potrebujejo negovalne storitve, zlasti pacienti s trajno stomo, ki močno potrebujejo nego stome (Pate et al., 2022).

Danes rutinska oskrba ob odpustu iz bolnišnice vključuje predvsem zdravstveno izobraževanje o zdravilih, prehrani, mobilnosti in navodila za nego stome pred odpustom. Poleg tega je enotna oblika zdravstvenega izobraževanja in navodil za nego pogosto usmerjena v pasivni model sprejemanja, ki ne upošteva raznolikih potreb pacientov v različnih fazah bolezni po odpustu iz bolnišnice. Z drugimi besedami, za paciente s stomo je bistveno, da takoj po odpustu iz bolnišnice prejmejo navodila in podporo od zdravstvenih delavcev, ki so dobro usposobljeni in imajo aktualne informacije o ciljih, preferencah in kliničnem stanju pacienta. Pate et al. (2022) navajajo, da je kontinuirana, nadaljnja oskrba niz ukrepov, namenjenih zagotavljanju zdravstvene nege in oskrbe pacientov s stomo, tudi po premestitvi iz bolnišnice v svoje domače okolje, skupnost. Kot podaljšek oskrbe po odpustu iz bolnišnice je nadaljevalna oskrba priznana kot ključni element visokokakovostnih zdravstvenih storitev in velja za bistveno za paciente. Medicinske sestre, ki imajo največ stikov s pacienti s stomo, se pri negi srečujejo z mnogimi situacijami in morajo pridobiti ustrezno znanje in prakso, da lahko ustrezno odgovorijo na potrebe pacientov.

Venske razjede na nogah, poškodbe zaradi pritiska in diabetične razjede na stopalih so najpogostejše vrste kroničnih ran, večina pa se pojavi pri starejših osebah. Zaradi staranja prebivalstva se število ljudi s kroničnimi ranami nenehno povečuje, pri čemer sedanja oskrba ran nima zadostnih virov za zagotavljanje prakse, ki temelji na dokazih. Kronične rane vodijo do slabe kakovosti življenja in predstavljajo ekonomsko breme za zdravstveni sistem. Pomanjkanje ozaveščenosti o pomenu kroničnih ran vodi do omejenih virov, ki so na voljo za lažje zagotavljanje zdravstvene oskrbe, temelječe na dokazih. Večino kroničnih ran obravnavajo medicinske sestre v skupnosti, zato je za oblikovanje prihodnje prakse potrebno boljše razumevanje sedanjih modelov oskrbe (Pate et al., 2022; Pacella, 2017).

PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva, ki se izvaja na pacientovem domu, lokalni skupnosti, zdravstvenem domu. Nosilka dejavnosti je diplomirana medicinska sestra v patronažnem zdravstvenem varstvu (Šušteršič et al., 2006).

Medicinska sestra v patronažnem zdravstvenem varstvu je izvajalka zdravstvene nege na domu in koordinatorka vseh oblik pomoči na domu ter je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom. Tako koordinira delo:

- s službami v zdravstvenem domu,
- s službami na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti,
- z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki kakorkoli lahko pripomorejo k optimalni rešitvi stanj, razmer pri posamezniku in družini.

OBRAVNAVA PACIENTOV S STOMO V PATRONAŽNEM VARSTVU

Pacienti s stomo so zaradi vse krajše dobe hospitalizacije odpuščeni iz bolnišnice v domače okolje zelo hitro. Zdravstveno osebje ima zato malo časa za poučevanje pacienta in/ali svojcev, bližnjih glede nege in oskrbe stome. Zaradi tega je izrednega pomena zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege v domačem okolju preko patronažne službe. Pomembno je, da je patronažna medicinska sestra obveščena o odpustu pacienta s stomo v domače okolje. Le-to se lahko zagotovi na način, da že v bolnišnici izdajo delovni nalog za obiske patronažne medicinske sestre ali pa preko osebnega izbranega zdravnika (v odpustnici navedejo potrebo po obravnavi s strani patronažne službe), ki bo izdal delovni nalog. Prav tako že v bolnišnici izpolnijo obrazec obvestilo službi zdravstvene nege, kjer podajo natančna navodila za nadaljnjo obravnavo ob odpustu pacienta s stomo.

V patronažnem varstvu naj bi vsaka diplomirana medicinska sestra imela znanja in veščine glede osnovne nege in oskrbe stome. V primeru zapletov se vedno lahko poveže z medicinsko sestro, enterostomalno terapevtko v bolnišnici, kjer je pacient bil operiran in le-ta ji bo lahko pomagala, svetovala glede potrebnih ukrepov. Na začetku je potrebno paciente s stomo spremljati pogosteje, večkrat tedensko ali celo vsakodnevno, dokler se ne usposobijo za samooskrbo. Pozneje so lahko obiski redkejši glede na stanje pacienta in/ali svojcev, njegovih bližnjih. Najpogostejši zapleti pri pacientih s stomo, to so pozni zapleti, s katerimi se srečamo v domačem okolju, so: parastomalna kila, prolaps, vgreznitev (retrakcija), zožitev (stenoza) stome, varice in zapleti peristomalne kože (Stelton, 2019).

Pozne komplikacije so opredeljene kot tiste, ki se pojavijo po fiziološkem prilagoditvenem obdobju, ki običajno traja od šest do deset tednov. Večina poznih komplikacij se pojavi v prvih šestih mesecih po operaciji, vendar se lahko pojavijo tudi do 15 let po nastanku stome. Na splošno se stopnja poznih komplikacij giblje od 6 % do več kot 76 %. Peristomalne komplikacije se lahko pojavijo kadarkoli, vendar je njihova pojavnost najvišja v prvih petih letih po operaciji (D'Ambrosio et al., 2023).

V domačem okolju imajo pacienti s stomo največ težav s kožo ob stomi, ki je zelo ranljiva, zlasti pri tistih z ileostomo (tekoč izloček, prisotni encimi itd.). Do poškodbe kože ob stomi lahko pride zaradi: mehanske poškodbe, kemične poškodbe, okužbe, obstoječe in/ali naključne kožne bolezni, težav s kožo zaradi primarne abdominalne bolezni. Posledice poškodbe kože se kažejo skozi rdečino, oteklino, bolečino, razjedo/ulkusom, nekrozo, izpuščaji. Možni vzroki za iritacijo/

draženje kože ob stomi so (Batas, 2022; Batas, 2015; Black, 2007):

1. uhajanje izločka (blato, urin): slabo nameščen pripomoček za stomo, slabo kreirana stoma, brazgotine ob stomi, neprimerno mesto stome, hipergranulacije, recidiv na mestu stome;
2. mehansko draženje/iritacija: lepilo, zguban lepilni del podloge, mila in materiali za čiščenje kože, druga sredstva za čiščenje kože;
3. alergija/hipersenzibilnost: vsaka snov, ki pride v stik s parastomalno kožo, substance, uporabljene za čiščenje kože;
4. znojenje/rosenje: glivična, bakterijska okužba;
5. že obstoječa obolenja kože: ekcem, psoriaza, piodermia.

Kadar so težave s kožo ob stomi neobvladljive, imamo na voljo ambulanto za obolenja peristomalne kože ob stomi (Jelen, 2023). Za pregled v ambulanti za obolenja peristomalne kože osebe s stomo potrebujejo napotnico, ki jo pridobijo pri svojem osebnem zdravniku. Na napotnico osebni zdravnik napiše naslednjo vrsto zdravstvene storitve (VZS):

- Zdravljenje peristomalne kože – prvi 2328 P (če gre za prvi pregled) ali
- Zdravljenje peristomalne kože – kontrola 2328 K (če gre za kontrolni pregled).

Na pregled se lahko osebe s stomo naročijo:

- po telefonu: 01 522 37 44 (pokličejo lahko vsak delovnik med 10:00 in 11:00 in od 13:00 do 14:00).
- po elektronski pošti: derma.narocanje@kclj.si (na kontaktni elektronski naslov pošljejo skenirano napotno listino oziroma potrdilo o izdani e-napotnici; pripišejo svojo kontaktno številko – mobilni telefon).
- osebno.
- nabiralnik: napotnico oddajo v nabiralnik, ki se nahaja nasproti sprejemne pisarne, vsak dan med 8. in 20. uro. Datum pregleda prejmejo po pošti na naslov, ki je na napotnici.
- po pošti: napotnico pošljejo po pošti na naslov Dermatovenerološka klinika, Gradiškova ulica 10, 1000 Ljubljana, s pripisom »Naročanje«. Datum prejmejo po pošti na naslov, ki je na napotnici.

Obravnavanje pacientov s kronično rano v patronažnem varstvu

Patronažne medicinske sestre (PMS) oskrbujejo rane na pacientovem domu, dokler niso zaceljene. To lahko traja več mesecev ali celo let. Kronične rane pri pacientih trajajo več kot štiri do šest tednov. Kompleksnost pacientovih zdravstvenih potreb in sama rana pogosto postanejo za medicinsko sestro zelo zamudna naloga. Kronične rane ocenjujemo z orodjem za ocenjevanje ran z akronimom TIME (T=tissue; tkivo; I=infection/inflammation: okužba/vnetje; M=moisture balance; ravnovesje vlage; E= wound edges; robovi rane), ki je bilo pred nekaj leti spremenjeno v TIMERS (Tissue-tkivo, Infection/Inflammation-okužba/vnetje, Moisture-vlaga, Wound edge-robovi rane, Repair/Regeneration-popravilo-regeneracija, Social-socialno) (Lumbers, 2019). Pri oskrbi kroničnih ran je v patronažnem varstvu na nacionalni ravni urejeno, da se obloge za rane dodatno obračunajo, poleg storitve preveze rane same. V ta namen je zagotovljen znesek v višini 5.000,00 EUR na eno leto za tim oziroma eno patronažno medicinsko sestro.

Mnogi ljudje s kroničnimi ranami najprej poiščejo pomoč pri svojih zdravstvenih delavcih v lokalni skupnosti (izbrani osebni zdravnik, patronažna medicinska sestra), ki pogosto niso specializirani za oskrbo in zdravljenje ran. Rane najprej zdravijo tudi posamezniki sami in njihovi skrbniki (Beeckman, et al., 2023).

Zaradi daljše pričakovane življenjske dobe in krajšega bivanja v bolnišnici je za PMS velik izziv, kako zagotoviti varno in ustrezno oskrbo ran v času, ko nam primanjkuje medicinskih sester in nimajo vse specialističnega znanja o oskrbi ran. Zaradi tega je bistvenega pomena, da so patronažne medicinske sestre (PMS) podprte z znanjem pri sprejemanju odločitev, da bodo lahko svojim pacientom zagotovile najprimernejšo oskrbo ran, ki temelji na dokazih (Lumbers, 2019).

Pacienti s kroničnimi ranami imajo poleg rane pogosto tudi spremljajoča obolenja (diabetes, srčno-žilna obolenja ipd.), ki ravno tako lahko vplivajo na sam potek celjenja ran. Pri tem je pomembno, da pacienti redno in pravilno jemljejo predpisano terapijo. Velik pomen ima tudi prehrana, obvladovanje bolečine, gibanje. PMS lahko zato ves čas deluje zdravstveno-vzgojno, vpliva na pacientovo skrb za zdravje in posredno tudi na stanje ter celjenje same rane.

DISKUSIJA

Približno 700.000 ljudi v EU, od majhnih otrok do starejših, ima stomo, kirurški poseg, pri katerem se v trebuhu ustvari umetna odprtina za izločanje blata in/ali urina. Večina stom (56 %) je trajna in zahteva nego ter redno spremljanje v skupnosti, da se zmanjša tveganje za zaplete, ponovno sprejemanje v bolnišnico in nepotrebne smrti (MedTech Europe, 2015). V Združenih državah Amerike in Kanadi približno 800.000 ljudi živi s stomo, vsako leto pa se v Združenih državah Amerike in Kanadi ustvari približno 120.000 novih stom (Pate et al., 2022). Po operaciji potrebujejo pacienti s stomo obsežno izobraževanje pred odpustom iz bolnišnice. Na žalost številni pacienti doživijo zaplete zaradi pomanjkanja znanja in veščin za samopomoč. Za uspešen odpust iz bolnišnice je ključnega pomena dosledno in strukturirano izobraževanje o stomi in negi kože okrog stome, omejitvah aktivnosti, prehrani/telesni tekočini in kdaj se obrniti na zdravstvenega delavca. V perioperativnem obdobju pacienti večino teh informacij prejmejo ustno. Pisna navodila lahko predstavljajo dodatni vir informacij ob odpustu iz bolnišnice. Pri razvoju pisnih izobraževalnih gradiv je nujno zagotoviti ustrezno raven branja, kar se doseže z uporabo kratkih stavkov, preprostega jezika in ilustracij, ki izboljšujejo razumevanje (Pate et al., 2022).

V Sloveniji imajo bolnišnice večinoma izdelana pisna navodila, knjižice z navodili glede nege in oskrbe stome. Poleg tega je sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji pri Zbornici – Zvezi izdala priročnik »STOMA – NOV ZACETEK; Učimo vas živeti s stomo«, ki ga lahko dobijo člani združenj ILCO po Sloveniji, razdeljen pa je bil tudi po bolnišnicah v Sloveniji, kjer se izvajajo operativni posegi s kreacijo stome. Priročnik je na voljo tudi na spletni strani https://zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/STOMA-NOV-ZACETEK-2023_E-vir-compressed.pdf

Osebe s stomo imajo največ težav s kožo ob stomi, poročane stopnje incidence pa so kar 75-odstotne (Colwell et al., 2017). Težave s kožo ob stomi lahko povzročajo slabo kreirana stoma, nepravilna uporaba pripomočka za stomo, ki ne tesni, ali pa kožna obolenja, ki onemogočajo dobro namestitev pripomočka za stomo (Steinhangen et al., 2017). Težave s kožo v okolici stome največkrat povzročijo uhajanje izločka (Burch, 2015). Slaba tehnika, ponavljajoče se menjave in že obstoječe stanje kože lahko privedejo do težav s parastomalno kožo.

Zaradi sprememb stome in okolice, do katerih prihaja v prvih tednih po operaciji, je potrebno kontinuirano spremljati pacienta s stomo še nekaj časa po operaciji. Po smernicah, ki jih navaja Evropsko združenje medicinskih sester v urologiji (The European Association of Urology Nurses – EAUN) (Batas, 2022; Geng et al., 2009), mora patronažna medicinska sestra spremljati pacienta vsaj še tri mesece po odpustu iz bolnišnice. To je potrebno za paciente z vsemi vrstami izločalnih stom. Stoma se v prvih tednih še spreminja, zato so nujne še nadaljnje obravnave

(Batas, 2022; Geng et al., 2009). Pomemben cilj oskrbe stome je ohranitev intaktne parastomalne kože. Potrebno je delovati preventivno, če je to le mogoče, in uporabiti pripomočke za stomo, ki bodo zaščitili peristomalno kožo, omogočili pravilno zbiranje izločkov v vrečko ter s tem zagotovili kakovostno življenje pacientu s stomo.

V študiji, ki sta jo izvedla Cengiz & Bahar (2017), so ugotovili, da so ovire pri prilagajanju udeležencev na življenje s stomo predvsem pomanjkanje znanja in težave oziroma zapleti stome. Vsi udeleženci so poročali o potrebi po dodatnem izobraževanju in podpori pri prilagajanju na nove življenjske razmere. Študija je pokazala, da osebe s stomo potrebujejo po odpustu iz bolnišnice še nadaljnjo obravnavo, pomoč in podporo, zlasti pri prilagajanju na življenje s stomo ter reševanju zapletov. Zato je pomembno, da pacienta po odpustu iz bolnišnice obišče PMS, enterostomalna terapevtka, ki ima znanja in veščine o zdravstveni negi pacienta s stomo. Pomembno je, da ga spremlja skozi daljše časovno obdobje in ne samo v prvih tednih. Na ta način lahko preprečimo veliko zapletov stome, peristomalne kože ter vplivamo na boljšo kakovost življenja pacienta z izločalno stomo.

Venske razjede na nogah, poškodbe zaradi pritiska in diabetične razjede na stopalih so najpogostejše vrste kroničnih ran, večina pa se pojavi pri starejših osebah. Zaradi staranja prebivalstva se število ljudi s kroničnimi ranami nenehno povečuje, pri čemer sedanja oskrba ran nima zadostnih virov za zagotavljanje prakse, ki temelji na dokazih. Kronične rane prispevajo k slabi kakovosti življenja, predstavljajo ekonomsko breme za zdravstveni sistem, sedanja raven oskrbe pa ni zadostna za zagotavljanje vse bolj kompleksne oskrbe za starajoče se prebivalstvo (Dhar et al., 2019; Pacella, 2017).

Dhar et al. (2019) so s sistematičnim kvantitativnim pregledom literature, kjer sta bila uporabljena kontrolni seznam PRIZMA in orodje Mixed Methods Appraisal Tool za oceno kakovosti, naredili pregled literature v zvezi z rezultati in izkušnjami ljudi, ki prejemajo nego za kronične rane v skupnosti pod vodstvom medicinskih sester. Rezultati pregleda, v katerega je bilo vključenih dvanajst študij, so v literaturi pokazali na tri vrste nege, ki jo vodijo medicinske sestre in ki so opredeljene kot nega na domu, socialna nega v skupnosti in nega v ambulanti za zdravljenje ran. Rezultati so pokazali, da je bila nega, ki jo vodijo medicinske sestre, stroškovno učinkovita, da je bila stopnja zadovoljstva pacientov visoka in da je prispevala k boljšemu celjenju ran in zmanjšanju bolečin. Zdravstvena nega pod vodstvom medicinskih sester je bila pozitivna izkušnja za ljudi s kroničnimi ranami in vodila do boljših rezultatov. Ugotovitve kažejo na potrebo po nadaljnjem izobraževanju uporabnikov in specializiranem usposabljanju zdravstvenih delavcev, ki zdravijo kronične rane.

Beeckman et al. (2023) navajajo, da kljub hitro naraščajoči prevalenci in bremenu ran, relativno majhen delež ran zdravijo usposobljeni zdravstveni delavci za zdravljenje ran. Zdravstveni delavci v zdravstvenih domovih, od katerih mnogi niso prejeli posebnega usposabljanja za nego ran, pogosto opravljajo začetno in nadaljnje zdravljenje različnih vrst ran pri različnih skupinah prebivalstva. Rane v kateremkoli okolju se lahko hitro spremenijo v zastale, težko zaceljive rane (HTHW – Hard To Heal Wounds), ki ne sledijo normalnemu poteku celjenja. Nezmožnost prepoznavanja ali obravnave težav, ki povzročajo upočasnjeno celjenje, lahko vodita do višjih stroškov, večje porabe zdravstvenih storitev in večjega trpljenja (Beeckman et al., 2023).

V evropskem prostoru potekajo različna izobraževanja s področja oskrbe ran. V Sloveniji Društvo za oskrbo ran Slovenije, Klinični oddelek za kirurške okužbe UKC LJ in Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji že desetletja organizirajo izobraževanja s področja oskrbe ran, ki obravnavajo področje ran, stom ter kontinence. Diplomirane medicinske sestre lahko znanja in veščine s področja oskrbe ran pridobijo tudi na teh izobraževanjih.

ZAKLJUČEK

Pacienti s stomo po odpustu iz bolnišnice potrebujejo še nadaljnjo, kontinuirano zdravstveno nego s strani PMS, da bi se lahko usposobili za samooskrbo. Obravnava v domačem okolju je ključna tudi zaradi preprečevanja zapletov, povezanih s kožo ob stomi, ki predstavlja največ težav. Za optimalno rehabilitacijo pacientov s stomo je pomembno, da jih obravnava PMS še več mesecev po odpustu iz bolnišnice. Poleg zdravstvene nege in oskrbe stome ter poučevanja pacienta s stomo za samooskrbo in/ali svojcev, PMS obravnava pacienta s stomo po vseh temeljnih življenjskih aktivnostih, obravnava družino, se povezuje z lokalno skupnostjo, sodeluje z izbranim osebnim zdravnikom itd.

Pacienti s kroničnimi ranami so v večini obravnavani na domu, v domačem okolju s strani PMS. Zato je pomembno, da se le-te ves čas izobražujejo in izpopolnjujejo na področju oskrbe kroničnih ran ter sledijo novostim. Kot neposredne izvajalke oskrbe kroničnih ran je potrebno, da dobro poznajo proces celjenja ran, način in pristop k obravnavi ran ter vrste in način uporabe različnih materialov, oblog za rane. PMS najbolje pozna pacientovo okolje, domače razmere in lahko poleg oskrbe same rane ves čas zdravstveno-vzgojno vpliva na pacienta s ciljem doseči čim boljše pogoje za celjenje ran.

LITERATURA

Batas, R. (2022). Komplikacije izločalnih stom v domačem okolju. In: Batas, R., ed. Zbornik prispevkov z recenzijo [Elektronski vir] / Strokovno srečanje. Vloga enterostomalne terapije v zdravstvenem sistemu – oskrba ran, stom ter kontinenca, Zreče, 22. – 23. april 2022; El. knjiga. - Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 44–52. <https://zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/VLOGA-ENTEROSTOMALNE-TERAPIJE-V-ZDRAVSTVENEM-SISTEMU-oskrba-ran-stom-ter-kontinenca-1.pdf>

Beeckman, D., Cooper, M., Greenstein, E. Idensohn, P., Klein, R.J., Kolbig, N., LeBlanc, K., Milne, C., Treadwell, T., Weir, D. & White, W. (2024). The role community-based healthcare providers play in managing hard-to-heal wounds. *Int Wound J.* 2024;21:e14402. 1 -12
<https://doi.org/10.1111/iwj>

Burch, J. (2015). Stoma appliances and accessories: getting it right for the patient. *Gastrointestinal Nursing*, 13(3), 25–32.

Cengiz, B. & Bahar, Z. (2017). Perceived barriers and home care needs when adapting to a fecal ostomy: A phenomenological study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 44(1), 63–68.

Colwell, J. C., McNichol, L. & Boarini, J. (2017). North America Wound, Ostomy, and Continence and Enterostomal Therapy Nurses Current Ostomy Care Practice Related to Peristomal Skin Issues. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 2017;44(3): 257–261. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5417579/pdf/wocn-44-257.pdf>

D'Ambrosio, F., Pappalardo, C., Scardigno, A., Maida, A., Ricciardi, R., & Calabrò, G. E. (2023). Peristomal Skin Complications in Ileostomy and Colostomy Patients: What We Need to Know from a Public Health Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 79. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010079>

Dhar, A. Needham, J. Gibb, M & Coyne, E. (2020). The outcomes and experience of people receiving communitybased nurse-led wound care: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2020;00:1-14. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15278>

Geng, V., Cobussen-Boekhorst, H., Fillingham, S., Holroyd, S., Kiesbye, B. & Vahret, S. (2009). *Good practice in Health Care – Incontinent Urostomy.* European Association of Urology Nurses; Drukkerij Gelderland Arnhem-The Netherlands.
https://nurses.uroweb.org/wp-content/uploads/EAUN_IU_Guidelines_EN_2009_LR.pdf

Jelen, A. (2023). *Ambulanta za obolenja kože ob stomi. Stoma – nov začetek; Učimo vas živeti s stomo.* Priročnik za paciente s stomo in zdravstvene delavce, 3. izdaja, september, 2023, 50. https://zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/STOMA-NOV-ZACETEK-2023_E-vir-compressed.pdf

Lumbers, M. (2019). TIMERS: undertaking wound assessment in the community. *Community Wound Care* December 2019. S22

MedTech Europe, (2015). Improving the accessibility of effective healthcare for ostomy patients in the community. <https://www.medtecheurope.org/wp-content/uploads/2015/10/7-Evidence-report-ostomy-FINAL.pdf>

Pacella, R. (2017). *Chronic Wounds in Australia.* <https://eprints.qut.edu.au/118020/1/Chronic%2BWounds%2BIssues%2BPaper%2B20%2BOct%2B2017.pdf>

Pate, K., Powers, K., Coffman, M.J. & Morton, S. (2022). Improving Self-Efficacy of Patients With a New Ostomy With Written Education Materials: A Quality Improvement Project. *J Perianesth Nurs.* 2022 Oct;37(5):620-625. doi: 10.1016/j.jopan.2021.11.020.

Steinhagen, E., Colwell, J. & Cannon, L. M. (2017). Intestinal Stomas—Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30, 184–192.

Stelton, S. (2019). CE: Stoma and Peristomal Skin Care: A Clinical Review. *AJN, American Journal of Nursing:* June 2019, Volume 119(6), 38–45. https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2019/06000/CE__Stoma_and_Peristomal_Skin_Care__A_Clinical.25.aspx

Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, A. & Brložnik, M. (2006). PATRONAŽNO VARSTVO IN PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA – NADGRADNJA IN PRILAGAJANJE NOVIM IZZIVOM. *Obzor Zdr N* 2006; 40; 247 - 252
Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-8KZ1CN9H/e126e6d4-aec0-4d0a-bf54-69ecce9c3e67/PDF>

ABDOMINALNA KATASTROFA ABDOMINAL CATASTROPHE

Dr. Erik Brecelj, dr. med. spec. splošne in abdominalne kirurgije

Onkološki inštitut Ljubljana
ebrecelj@onko-i.si (mobi. 041 557102)

Dragica Tomc, viš.med.ses., enterostomalna terapevtka

Onkološki inštitut Ljubljana
dtomc@onko-i.si

Izvleček

Abdominalna katastrofa je za pacienta ogrožajoče stanje, ki nastane zaradi zapletov v abdomnu, ki lahko pripelje pacienta v hudo septično stanje z multiorgansko odpovedjo in odpovedjo prebavil. Zdravljenje je zahtevno z večmesečnimi hospitalizacijami. Zahteva multidisciplinaren pristop.

Ključne besede: abdominalna katastrofa, odpoved prebavil, odprti abdomen, enterokutana fistula, prehranska podpora

Abstract

An abdominal catastrophe is a life-threatening condition for the patient, caused by complications in the abdomen that can lead to severe sepsis with multiple organ failure and gastrointestinal failure. Treatment is challenging, requiring several months of hospitalization. It requires a multidisciplinary approach.

Keywords: abdominal catastrophe, gastrointestinal failure, open abdomen, enterocutaneous fistula, nutritional support

Uvod

Abdominalne katastrofe zajemajo širok spekter stanj v abdomnu, ki so za pacienta ogrožajoča in smrtno nevarna, še posebej, če je zaplet odkrit pozno s posledično odloženim ustreznim zdravljenjem. Večina abdominalnih zapletov je obvladljivih v vseh bolnišnicah, ki se ukvarjajo z abdominalno kirurgijo. Redkeje pa gre za zapletenejša stanja s septičnim šokom z multiorgansko odpovedjo. Takšni pacienti morajo biti zdravljeni na specializiranih oddelkih. Zaradi zapletov se lahko razvije odpoved črevesja, ki jo opredelimo kot zmanjšanje delovanja črevesja pod mejo, ki je potrebna za vzdrževanje prehranskega in/ali tekočinskega ravnovesja pacienta. Odpoved črevesja je običajno kratkotrajna, redkeje je lahko dolgotrajna - več mesecev ali celo kronična. Zdravljenje takih pacientov zahteva multidisciplinaren pristop. Pred leti so tako kritična stanja vodila v propadanje in neredko smrt pacientov. Z razvojem parenteralne prehrane in z multidisciplinarnim pristopom danes preživi visok odstotek takih pacientov, če so ustrezno zdravljeni.

Vzroki za nastanek abdominalne katastrofe in odpovedi prebavil

Vzroki za nastanek abdominalne katastrofe so lahko posledica zapletov po abdominalnih operacijah. Pogosto so povezani z urgentnimi operacijami in kirurškimi zapleti zaradi reoperacij, največkrat zaradi dehiscenc anastomoz. Obsežne resekcije črevesja zaradi ishemije črevesja, travme ali posledic kirurških zapletov vodijo v t.i. sindrom kratkega črevesa z odpovedjo črevesja. Chrohnova bolezen je pogost razlog za odpoved prebavil, še posebej zaradi multiplih resekcij črevesja in zapletih po operacijah. Kot posledice zapletov po operacijah, največkrat dehiscencah anastomoz, perforacijah ali poškodbah črevesja, lahko nastanejo entero-kutane fistule s posledičnim t.i. sindromom kratkega črevesja. Odpoved črevesja je lahko posledica onkološkega zdravljenja, npr. radioenteritisa po obsevanju ali enterokolitisa po sistemski terapiji. Po kirurškem zdravljenju na prebavilih pogosto nastajajo zapleti, ki se jih z ustreznim zdravljenjem lahko sanira pri velikem deležu pacientov. V redkih primerih lahko pride do razvoja abdominalne katastrofe.

Nastanek abdominalne katastrofe je pogosto posledica zaporedja neugodnih dogodkov, ki jih doživi pacient med zdravljenjem. Razlogi so lahko številni: prepozno odkritje septičnega stanja, neustrezna prva reševalna operacija, ki naj bi pozdravila zaplet, neuspešno zdravljenje sepse ali pomanjkanje izkušenj. Prezgodnja operacija pacienta, ki po zapletu še ni pripravljen za kirurški poseg, lahko privede še do dodatnih zapletov. Prav tako ponavljajoče se neuspešne operacije, ki so pogosto izvedene prezgodaj. Neprepoznana obstrukcija na črevesju je lahko vzrok za neobvladljivo stanje. Želja kirurgov, da pospešijo zdravljenje, kar je pogosto posledica pritiskov svojcev pacienta, ki zaradi zapletov v bolnišnici leži več mesecev, lahko vodi v prezgodnje ukrepe in posledično poslabšanje. V začaran krog pa lahko vodita tudi pomanjkanje izkušenj in znanja za zdravljenje hujših abdominalnih zapletov.

Prav tako pri nastanku zapletov igra pomembno vlogo prehranski status pacienta. Možnost zapletov je višja pri podhranjenih pacientih, ki jih nismo ustrezno pripravili na zdravljenje s prehransko pripravo in podporo. Prehranska je podpora zelo pomembna tudi med zdravljenjem zapletov.

Diagnostika in zdravljenje

Akutno poslabšanje stanja kirurškega pacienta zahteva takojšnjo postavitve diagnoze in sprejetje ukrepov za zdravljenje zapleta. Zamuda pri diagnostiki in posledično zdravljenju zapletov poslabša možnost preživetja in poveča možnost razvoja abdominalne katastrofe. Vnetje je potrebno zdraviti takoj, saj razvoj sepse v septični šok poveča smrtnost pri zapletih. Diagnostika zajema ustrezne laboratorijske preiskave, mikrobiološke analize, radiološke preiskave, predvsem CT s kontrastom. Le redkokdaj je potreben takojšen urgentni operativni poseg, tako da ni časa za izvedbo ustreznih preiskav. CT preiskava, po možnost s kontrastom, nam pomaga ugotoviti vzrok poslabšanja. S tem lahko začnemo ciljano zdravljenje. Če je mogoče, prvo zdravljenje ni operacija. Potrebno je postaviti diagnozo, uvesti antibiotično terapijo in ustrezno prehransko podporo. V kolikor so v abdomnu patološke kolekcije, jih je potrebno drenirati z neinvazivnim interventnim perkutanim posegom, ne s takojšno operacijo. Če neinvazivna perkutana drenaža ni mogoča, pride v poštev kirurški poseg. Odločitev, kdaj operirati pacienta ni preprosta. Na splošno velja, da bolj ko je splošno stanje pacienta slabo, čim manj agresiven mora biti kirurški poseg. Za izboljšanje stanja je včasih dovolj namestitev drenov za ustrezno drenažo intraabdominalnih abscesov ali drenažo črevesne vsebine pri perforaciji. Nekrektomije so redkejše. Koristna je lahko izpeljava stome, npr. na mestu perforacije črevesja ali višje na črevesju. Izpeljava stome zaradi obstrukcije lahko omogoči odvajanje blata. Na videz preprost kirurški poseg je v primeru abdominalne katastrofe lahko zelo zahteven ali neizvedljiv. Operativni

poseg prve dni po prvi operaciji ni tako zahteven. Pozneje pa se to spremeni zaradi adhezij na črevesju, septičnega stanja ali edema črevesja, ki postane zelo vulnerabilno. Kirurški poseg v takem stanju pacienta lahko vodi v dodatne zaplete in poslabšanje. Operaciji se skušamo izogniti več tednov po nastanku zapletov. Počakati moramo več mesecev, da se vnetje sanira, pacient mora biti v stabilnem prehranskem stanju, pooperativne spremembe v abdomnu pa se morajo umiriti. Operativni poseg je varnejši samo, ko je pacient v tako saniranem stanju.

V slučaju peritonitisa in uvedbi antibiotične terapije je kirurški poseg potreben, če konzervativno zdravljenje ni uspešno. Pogosto se poslužujemo t.i. terapije z negativnim podtlakom. V odprtem abdomnu je črevesje prekrito s posebno oblogo in gobo. V laparotomijski rani z uporabo negativnega tlaka dosežemo odstranjevanje tekočine z vnetim materialom iz abdomna, zaščito črevesja pred zunanjimi vplivi in zaščito kože pred izločki iz abdomna. Podtlak omogoča približevanje fascije v rani, pospešuje granulacijo in celjenje rane. Uporabimo ga tudi pri pacientih s povišanim intraabdominalnim tlakom, ki zahteva odprtje laparotomije za dekompresijo organov v abdomnu.

Prezgoden operativni poseg, ko pacient še ni pripravljen za operacijo in je črevo v zelo vulnerabilnem stanju v adhezijah, lahko zaradi dodatnih zapletov med in po operaciji zelo poslabša stanje pacienta. Še posebej pozorni moramo biti pri zdravljenju enterokutanih fistul. Take paciente najprej zdravimo konzervativno; z drenažo abscesov, če je potrebno, in z ustrezno antibiotično terapijo. Prehranska podpora je zelo pomembna. Z medikamentoznimi ukrepi znižamo iztok čez fistulo, zato da pacient izgublja manj tekočin, elektrolitov in hranil. Nega fistule je zelo zahtevna in pomembna. Fistula pogosto nastane na mestu, kjer zelo težko apliciramo stomalno vrečko, kar posledično vodi v iztekanje črevesne vsebine v okolico. Težave se pojavijo zaradi vnetja kože v okolici. Vse to zelo poslabša tudi psihofizično stanje pacienta s fistulo. Zato je nujno sodelovanje izkušene enterostomalne terapevtke pri negi rane in fistule. Učinkovita oskrba enterokutane fistule pozitivno vpliva na kakovost življenja pacienta in na njegovo psihično stanje. Pomembno je tudi sodelovanje psihologa ali psihiatra. Takšni pacienti so neredko hospitalizirani več mesecev. Brez ustrezne prehranske podpore se možnost ozdravitve zelo zmanjša, saj prav prehranska podpora poveča zmožnost celjenja, pospeši rehabilitacijo in zmanjša možnost, da se zaplet konča s smrtjo. Neredko se z zdravljenjem sepse in ustrezno prehransko podporo fistula spontano zapre. Na to je potrebno počakati tudi več mesecev. Če do tega ne pride, je potreben kirurški poseg, ki pa ne sme biti prezgodaj po nastanku fistule. Pacient mora biti za operacijo ustrezno prehransko pripravljen, brez vnetja in v čim boljši psihofizični kondiciji. Pooperativne spremembe v trebuhu morajo biti sanirane, kar pa se zgodi šele po več mesecih, tudi več kot šest mesecev po nastanku fistule. Prezgodnja operacija poveča možnost ponovnih zapletov, hkrati pa s prezgodnjo operacijo pacientu ne damo možnosti, da se fistula spontano zapre. Prehranska podpora zajema tako parenteralno prehrano v žilo kot enteralno hranjenje kljub fistuli na črevesju, če je možno in varno za pacienta. Ustrezna oskrba katetrov je pri dajanju parenteralne prehrane zelo pomembna.

Če zaplet kljub terapiji vztraja, je potrebno načrtovati kirurško zdravljenje. Načrt operacije mora biti skrbno pripravljen. Znani morajo biti vsi podatki predhodnega zdravljenja pred nastankom zapletov in med njihovim zdravljenjem. Pred operacijo naredimo vse potrebne preiskave, da ugotovimo anatomske razmere v trebuhu. Najbolj informativne so fistulografije, slikanje črevesja s kontrastom in CT trebuha s kontrastom, po potrebi pa tudi druge preiskave. Operativni poseg načrtujemo na podlagi natančne analize. Pacient mora imeti pred operacijo sanirano vnetje in biti mora prehransko pripravljen. Zelo pomembna je tudi priprava s fizioterapijo in po potrebi psihološka priprava. Z multimodalno pripravo povečamo možnost uspešnega zdravljenja.

Tudi po operaciji je potrebno pacienta natančno spremljati. Poskrbeti moramo, da se vzdržuje ustrezen prehranski status. Nekaterim pacientom kljub operaciji prebavila še naprej odpovedujejo, kar je lahko prehodno ali kronično. V primeru kronične odpovedi je potrebna uvedba parenteralne prehrane na domu. Ta zahteva maksimalno sodelovanje pacienta in svojcev ter nenehno natančno spremljanje, tudi zaradi nevarnosti sepse katetra. Predpogoj za uvedbo parenteralne prehrane na domu je ustrezno učenje pacienta in svojcev s strani zdravstvene nege.

Zaključek

Abdominalne katastrofe predstavljajo velik izziv za zdravljenje, zahtevajo multidisciplinaren pristop, hospitalizacije pa so običajno zelo dolge (trajajo več mesecev). Le z multidisciplinarnim pristopom in ustreznim znanjem z izkušnjami lahko pri pacientu izvedemo strokovno zdravljenje in mu omogočimo preživetje z ustrežno kakovostjo življenja. Take paciente je potrebno spremljati tudi po odpustu iz bolnišnice. Še posebej tistih, ki razvijejo kronično odpoved črevesja.

Priporočena literatura:

1. Coccolini F, Sartelli M, Sawyer R, Rasa K, Viaggi B, Abu-Zidan F, et al. Source control in emergency general surgery: WSES, GAIS, SIS-E, SIS-A guidelines. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Jul 13];18(1):41. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10362628/>
2. Gulin J, Ipavic E, Mastnak DM, Breclj E, Edhemovic I, Kozjek NR. Phase angle as a prognostic indicator of surgical outcomes in patients with gastrointestinal cancer. *Radiol Oncol* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Jul 12];57(3):524–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38038415/>
3. Leppäniemi A. Open abdomen for the management of catastrophic abdomen: Evidence and controversies. *Cirugía Española (English Edition)* [Internet]. 2021 Oct [cited 2025 Jul 13];99(8):559–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34610876/>
4. Solar H, Ortega ML, Gondolesi G. Current Status of Chronic Intestinal Failure Management in Adults. Vol. 16, *Nutrients*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024.
5. Teubner A, Anderson ID. Abdominal Catastrophes and Intestinal Failure. In: Givel JCR, Mortensen N, Roche B, editors. *Anorectal and Colonic Diseases: A Practical Guide to Their Management* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2010. p. 673–83. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-540-69419-9_42
6. Visschers RGJ, Van Gemert WG, Winken B, Soeters PB, Olde Damink SWM. Guided Treatment Improves Outcome of Patients with Enterocutaneous Fistulas. *World J Surg* [Internet]. 2012 Oct [cited 2025 Jul 13];36(10):2341. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3465546/>
7. Wang SZ, O'Daniel EL. Updates in Intestinal Failure Management. Vol. 14, *Journal of Clinical Medicine*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2025.

ZDRAVSTVENA NEGA ZAPLETENIH PRIMEROV PO ABDOMINALNIH OPERACIJAH

NURSING CARE OF COMPLEX CASES AFTER ABDOMINAL SURGERIES

Dragica Tomc, viš.med.ses., ET

Posvetovalnica enterostomalne terapije, Onkološki inštitut Ljubljana
dtomc@onko-i.si

dr. Erik Breclj, dr. med. spec. splošne in abdominalne kirurgije

Onkološki inštitut Ljubljana

IZVLEČEK

Za zgodnje odkrivanje zapletov je potrebno upoštevati pacientove specifične dejavnike tveganja. Vpliv pooperativnih zapletov je negativen, saj vodi v nove zaplete in škoduje izidom zdravljenja. Odgovornost multidisciplinarnega tima je, da ostane pozoren, uvede preventivne ukrepe in potencialne ukrepe za doseg boljših rezultatov. Vloga izobraženih, dobro usposobljenih zdravstvenih timov je ključnega pomena.

Ključne besede: Zgodnje odkrivanje zapletov, kompleksne rane, stanje pacienta

ABSTRACT

For early detection of complications, patient-specific risk factors must be taken into account. The impact of postoperative complications has been studied and described the negative effect of complications on further complications and ultimately detrimental patient outcomes. It is the multidisciplinary team's responsibility to remain vigilant and implement preventive steps and potential solutions to optimize patient's outcomes. The role of well educated and skilled teams is of vital importance.

Keywords: Early identification of complications, complex wounds, patient status

UVOD

Število operativnih posegov narašča in proporcionalno tudi število zapletov pri vseh vrstah operacij. Splošni zapleti, kot so bolečina, krvavitev, okužba, respiratorni zapleti, venske embolije, se pojavijo v zgodnjem pooperativnem obdobju. Predoperativna klinična ocena, prepoznavna in optimizirana obravnava rizičnih faktorjev/dejavnikov tveganja lahko preprečijo hujše zaplete ali omogočijo hitro prepoznavo in ustrezno ukrepanje (Skervin, 2022).

ZAPLETI PO ABDOMINALNIH OPERACIJAH

Običajno uporabljena tehnika za ugotavljanje zapletov je računalniška tomografija (CT). Skupaj s klinično sliko in laboratorijskimi izvidi ugotavljajo običajne pooperativne spremembe in patološke zaplete. (De Araujo Martins-Romeo, 2022).

Zaplete lahko delimo na:

- Zaplete trebušne stene, kot so celulitis, absces, hematoma in dehiscenca trebušne stene, ki zahteva zašitje.
 - Okužba trebušne votline: absces in peritonitis zaradi kontaminacije med operacijo ali zaradi dehiscence rane. To vodi do vnetja in oblikovanja tekočinskih kolekcij, peritonitis.
 - Ileus ali zapora črevesja kot fiziološki odgovor na operacijo. Delovanje črevesja naj bi se vzpostavilo v dveh do sedmih dneh, sicer govorimo o paralitičnem ileusu.
 - Žilni zapleti - hemoragični zapleti so odraz nepopolne hemostaze ali motenj v strjevanju krvi (hematom, aktivna krvavitev ali ishemična področja).
 - Anastomoza ne tesni, znak puščanja sta zrak in tekočina ali absces na področju operacije.
 - Fistule (enteralne, pankreatične, iztekanje žolča in biliarni peritonitis).
- Znaki zapletov so bolečine, sepsa in morda zlatenica (De Araujo Martins-Romeo, 2022).

ABDOMINALNA KATASTROFA

Zaradi nujnih kritičnih stanj so pacienti operirani trikrat ali večkrat zapovrstjo, kar spremeni normalno anatomijo v trebušni votlini in povzroči večjo občutljivost organov. Stanje lahko vodi v nadaljnje zaplete, kot so peritonitis, akutni pankreatitis ali ponovne operacije za omejevanje škode pri nujnih situacijah (Mier Araujo et al., 2024).

Obravnavanje pacientov z diagnozo abdominalne katastrofe je eden največjih izzivov, ki od kirurgov zahteva hitre odločitve in skrbno načrtovane strategije. Pacient potrebuje doseg definitivnega cilja z več delnimi, postopnimi operacijami in obravnavo v enoti intenzivne terapije. Ta način je podprt z raziskavami in prikazuje najboljše rezultate oziroma 40 % manjšo umrljivost. Običajno se uporablja metoda začasnega zaprtja trebuha z negativnim tlakom (VAC), saj ta omogoča boljši nadzor tlaka v abdominalni votlini in lažji pristop za nadaljnje operacije (Moura Carias et al., 2024).

Uspeh zdravljenja teh pacientov seveda ni omejen le na kirurško zdravljenje, temveč zahteva multidisciplinarni pristop za optimalne rezultate obravnave. Protokoli priporočajo strategije in dobro izobražene time, ki se v kliničnem okolju spopadajo s kompleksnimi scenariji (Moura Carias et al., 2024).

Za kar najboljši izid zdravljenja je treba upoštevati preventivne ukrepe in spremljati pacienta še dolgo časa, tudi ko odide domov (Skervin, 2022).

PRIKAZ PRIMERA

Januarja 2025 so 65-letnega pacienta z diagnozo karcinoma hepatalne fleksure z zapleti in beljakovinsko energetsko podhranjenostjo premestili iz druge bolnišnice na Onkološki inštitut.,

Prestal je že več operacij:

- Oblikovanje cekostome novembra 2024 zaradi zapore.
- Širjenje desne hemikolektomije in pogreznitev stome decembra 2024.
- Ponovna operacija zaradi dehiscence anastomoze (prešitje in drenaža) dva dni pozneje.
- Čez teden dni je sledila ponovna dehiscenca anastomoze z gnojnim in sterkoravnim peritonitisom. Revizija s slepim zaprtjem transverzuma in izpeljava končne ileostome; abdominalni VAC. Potrditev, da je bil karcinom izrezan v zdravo.
- Po 18 dneh zapora trebušne votline, VAC vstavljen v podkožje. V enoti intenzivne terapije prejemal podporno zdravljenje, večkrat zamenjani antibiotiki, sakralno se je razvila poškodba zaradi pritiska.

Na željo svojcev so pacienta po treh mesecih zdravljenja premestili na Onkološki inštitut Ljubljana. Ob premestitvi je pacient slabo pokreten, mejno kahektičen, z miokardiopatijo kronično bolnega, VAC v področju laparatomije, vgreznjena ileostoma s poškodovano kožo v okolici, poškodba zaradi pritiska sakralno (PZP), z mrtvinami. Izolirana bakterija CRPS in pozitiven bris na Covid v akutni fazi, kardiorespiratorno kompenziran, nizki vnetni parametri.

Ukrepi:

- Totalna parenteralna prehrana, bilanca tekočin, redne laboratorijske kontrole krvi in hormonov, brisov in zamenjave antibiotične terapije.
- Urejena protibolečinska terapija ter terapija proti slabosti, zaščita za želodec, proti krvnim strdkom, proti visokemu krvnemu tlaku.
- Respiratorna fizioterapija.
- Večkratne, delne odstranitve mrtvin na PZP, redne preveze s sodobnimi oblogami, ležišče z dinamično zračno blazino. Redno spremljanje in beleženje stanja kronične rane - PZP. Upoštevanje sekundarne preventive, da se stanje PZP ne poslabša ali morda pridobi nove.
- Redne preveze - zdravljenje laparatomijske rane z negativnim tlakom, pozneje s sodobnimi oblogami. Redno beleženje stanja rane in spreminjanje načrta oskrbe.
- Preveze nezaceljene rane po pogreznitvi cekostome.
- Vstavitev drenažne cevke v stenozirano ileostomo, da se vzdržuje nemoteno izločanje. Skrb za nego kože v okolici.
- Beleženje zaužite hrane, prehranskih dodatkov, izvajanje telesnih meritev.

Po mesecu dni konzervativnega zdravljenja je sledil odpust pacienta v domače okolje in redni kontrolni pregledi na Onkološkem inštitutu v prehranski ambulanti, pri kirurgu in v ambulanti enterostomalne terapije. Pridobil je na telesni teži in je fizično aktiven.

Zaradi stenoze ileostome in prisotne fistule ob stomi je v mesecu aprilu sledila operacija s korekcijo stome.

Zaradi suma na napredovanje bolezni so opravili preiskavo CT, ki je potrdila jetrne in pljučne metastaze. Mnenje konzilija odsvetuje sistemsko onkološko zdravljenje zaradi tveganja za resne zaplete in priporoča paliativne podporne ukrepe. Opravljen je družinski sestanek na paliativnem oddelku.

ZAKLJUČEK

Kompleksno in zelo resno klinično stanje z resnimi zapleti in visoko umrljivostjo predstavlja specifične izzive za zdravstveni tim in iskanje potencialnih rešitev. Osebe z ustrezno usposobljenostjo in kompetencami bo hitro prepoznalo zaplete in ustrezno ukrepalo. Upoštevati moramo tudi pacientove spremljajoče bolezni in rizične faktorje/dejavnike tveganja povezane s tem. Pacient se sooči s številnimi izzivi in ogrožajočimi stanji. Sodelovanje članov

multidisciplinarnega tima spremeni oskrbo v kompleksen scenarij in pričakovanje nepričakovanih dogodkov, kar prepreči kaskado zapletov, dolgotrajno hospitalizacijo in izboljša rezultate zdravljenja.

LITERATURA

De Araujo Martins-Romeo, D. & Rivera Dominguez, A. (2023). Complications after abdominal surgery. *Radilogia (Engl Ed)*. 65 Suppl 1:S99-S108. doi: 10.1016/j.rxeng.2022.09.012. PMID: 37024236.

Mier Araujo, JO., Aldaz Vallejo, FA., Mier Jiménez, JA. & Yáñez Araujo, JH. (2024). Catastrophic abdomen after appendicular peritonitis, multidisciplinary experience: A case report. *Journal of Clinical trials and experimental investigations*, 3(4):114-124.

Moura Carias, P., Almeida do Nascimento, E., Almeida Cabral dos Santos Lugão, M., Pedro Rocha Morozini, J., Henrique Braga, P., Leite Bicalho, R., Garcia Lima, C., Luiza Cerutti Dutra, A., Fernanda Santos, E., Bandeira Lima, J., Costa Pignaton, M., Stein de Siqueira Varejão, A., Vantorim Giurizatto, C., Carolina de Oliveira Gomes, M. & Agrizzi Morais, I. (2024). Surgical approach in patients with catastrophic abdomen: challenges and innovations. *Health and Society*, 4(06), 166–175. <https://doi.org/10.51249/hs.v4i06.2353>

Skervin, A. & Levy, B. (2022). Management of common surgical complications. *Surgery*, 41(2):76-80. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026393192030020X>

POŠKODBA ZARADI PRITISKA - POMEN VZDRŽEVANJA ZDRAVE KOŽE PRI UPORABI NAPREDNIH NAČINOV ZDRAVLJENJA

PRESSURE INJURY – THE IMPORTANCE OF MAINTAINING SKIN INTEGRITY IN THE APPLICATION OF ADVANCED THERAPEUTIC APPROACHES

Tadeja Krišelj, dipl. m. s., ET, dipl. org.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, Slovenija
tadeja.kriselj@kclj.si

IZVLEČEK

Strokovni prispevek prikazuje pomen vzdrževanja zdrave kože pri uporabi naprednih načinov zdravljenja. Opisan je pomen ustreznega znanja s področja preprečevanja in oskrbe PZP za kakovostno in stroškovno učinkovito obravnavo pacientov s strani specialista s področja ran, stom in kontinence (enterostomalnega terapevta). Prikaz primera opozarja tudi na slabosti in pomanjkljivosti na področju dolgotrajne oskrbe pacientov/oskrbovancev s poškodbo zaradi pritiska v Sloveniji.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, specialist s področja ran, stom in kontinence (enterostomalni terapevt), inkontinenčni dermatitis

ABSTRACT

This article highlights the importance of maintaining healthy skin through the the use of advanced treatment methods. It outlines the critical role of specialized knowledge in the prevention and management of pressure injuries for delivering high-quality and cost-effective patient care by a wound, ostomy, and continence nurse (WOCN) (enterostomal therapist). The presented case study further highlights existing weaknesses and deficiencies in the care of patients/residents with pressure injuries in Slovenia.

KEYWORDS: nursing care, wound, ostomy and continence nurse (enterostomal therapist), incontinence-associated dermatitis

UVOD

Prikaz primera opisuje celostno obravnavo oskrbovanke enega izmed domov za starejše občane (v nadaljevanju: DSO) v Sloveniji. Priporočila s strani specialista s področja ran, stom in kontinence (enterostomalnega terapevta) so vključevala celosten pristop od ustreznih podpornih površin do prehranske podpore in tudi konkretna navodila glede oskrbe same poškodbe zaradi pritiska in aktivnosti za ohranjanje zdrave kože v okolici poškodbe zaradi pritiska (v nadaljevanju: PZP).

Teoretična izhodišča

PZP predstavljajo zdravstveno težavo v svetu. To je lokalizirana poškodba kože in/ali podkožnega tkiva, ki nastane kot posledica pritiska ali pritiska v kombinaciji s strižnimi silami. PZP se običajno pojavijo ob kostnih izboklinah, lahko se pojavijo tudi v povezavi z medicinsko tehničnimi pripomočki ali drugimi predmeti. Predstavljajo enega izmed kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave (EPUAP, 2019).

Spremljanje kakovosti je nujni pogoj za zmanjševanje tveganj in načrtovanje ukrepov za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Ministrstvo za zdravje je v sodelovanju z Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti v letu 2018 domovom za starejše in posebnim socialnovarstvenim zavodom za odrasle poslalo dopis z zaprosilom za predajo podatkov o spremljanju kakovosti storitev, ki jih opravljajo (Gorup et al, 2021).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je 21. junija 2024 v Okrožnici ZAE 5/24 izvajalce zdravstvenih storitev in dobavitelje medicinskih pripomočkov seznanil z novostjo, ki je začela veljati 1. julija 2024 glede zagotavljanja sredstev za sodobne obloge za oskrbo kroničnih ran socialnovarstvenim zavodom (storitev E0846). Podali so obrazložitev, da sredstva za sodobne obloge za oskrbo kroničnih ran lahko izvajalec evidentira in obračuna pri izvedbi obravnav, pri katerih sodobne obloge uporablja v skladu z navodili izdajatelja delovnega naloga in ob upoštevanju strokovnih smernic (ZZZS, 2024).

Preprečevanje, zgodnje odkrivanje in zdravljenje PZP predstavlja prioriteto zdravstvene obravnave, ki je opisana v številnih nacionalnih in mednarodnih standardih zdravstvene obravnave (Nghiem et al., 2022).

Pogosta in pravilna menjava inkontinenčnih pripomočkov je ključna za preprečevanje nastanka inkontinenčnega dermatitisa (ID). Beeckman et al. (2021) poudarjajo, da redna menjava preprečuje prekomerno vlaženje kože, ki je eden glavnih dejavnikov tveganja za razvoj ID. Gray & Giuliano (2009) prav tako izpostavljata, da nepravilna uporaba pripomočkov in prerodka menjava povečujeta možnost poškodb kože. Poleg tega Gray et al. (2010) navajajo, da je vlažnost kože, ki jo povzročita neustrezna absorpcija in podaljšana uporaba pripomočkov, glavni sprožilec vnetnih sprememb kože. Silva et al. (2016) pa v svoji študiji opozarjajo, da daljša izpostavljenost mokremu okolju zaradi prerodke menjave pripomočkov pomembno povečuje tveganje za nastanek ID pri starejših pacientih.

Po smernicah Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (2021) je izjemoma dovoljeno podaljšati uporabo pripomočkov od osem do 12 ur, vendar le pri uporabi ustreznih in zračnih materialov, kar zmanjšuje tveganje za poškodbe kože. Menjava inkontinenčnih pripomočkov naj poteka redno, običajno na tri do štiri ure čez dan in na do osem ur ponoči, kar zagotavlja optimalno zaščito kože in preprečuje draženje. Clinical Excellence Commission NSW (2021) poudarja, da je menjava pripomočkov nujna po vsaki epizodi fekalne inkontinence, hkrati pa je priporočena redna ocena stanja kože, da se pravočasno odkrijejo morebitne težave. Gray (2004) izpostavlja pomen pogostih menjav in uporabe zaščitnih krem ter filmov kot ključnih ukrepov za ohranjanje zdrave kože pri pacientih z inkontinenco.

Metode

Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna metoda, in sicer deskriptivna, interpretativna retrospektivna študija primera. Napredek v celjenju PZP smo evidentirali s pomočjo fotografij, pisnega dokumentiranja oskrbe rane in pisnih navodil glede oskrbe. Izračune stroškov smo

naredili na podlagi izdanih računov, ki smo jih razvrstili po posameznih kategorijah, ki so predstavljene v nadaljevanju prispevka.

Prikaz primera

V nadaljevanju sledi opis prikaza primera obravnave poškodbe zaradi pritiska pri 83-letni pacientki, oskrbovanki DSO v Sloveniji. Po nastanku PZP na trtici (sum na globoko poškodbo tkiva) pri oskrbovanki so na željo svojcev in ob soglasju vodstva doma in lečečega zdravnika v obravnavo vključili specialistko s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije), ki je sicer zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Obravnave in obiski so potekali izven njenega delovnega časa.

Zaposleni v DSO so sledili navodilom glede preventivnih ukrepov, kakor tudi oskrbe same poškodbe zaradi pritiska, ki jih je pripravila specialistka s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije).

KRONOLOŠKI PREGLED

Pojav PZP (opis stanja 12.1.2024)

Pacientka XX, stara 83 let, v DSO nastanjena od decembra 2023

Medicinske diagnoze: Inoperabilna maligna neoplazma endometrija, blodnjava motnja, arterijska hipertenzija – hipertonično srce, mitralna insuficienca, hiperholesterolemija, osteopenija, starostna siva mrena (operirana), daljnovidnost, obojestranska artroza kolka, torakoledvena skolioza, urinska inkontinenca.

Leži na navadni vzmetnici, obrača se sama, zaradi inkontinence urina ima nameščeno hlačno plenico, prehranskih dodatkov nima.

Navodila (12. januar 2024) podana s strani specialistke s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije):

1. Uporaba preventivne dinamične blazine in pomoč/nadzor pri menjavi lege na štiri ure;
2. Prehranska podpora; prehranski dodatek z visoko vsebnostjo beljakovin;
3. Oskrba rane: hidrogel in poliuretanska pena s silikonom z lepljivim robom ter zaščita kože v okolici PZP s poliuretanskim filmom v razpršilu (enkrat dnevno).

Svojci so vse potrebno priskrbeli na lastne stroške, kupili so obloge za rane in najeli preventivno dinamično blazino, zaposleni v DSO pa so poskrbeli za redno obračanje in PZP oskrbovali po navodilih specialistke s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije). Odmrlo tkivo se je demarkiralo, v dnu rane so se pokazale granulacije; ob vsaki spremembi ali dilemi so se za nasvet obrnili na specialistko s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije). Komunikacija je potekala preko elektronske pošte.

V nadaljevanju procesa celjenja PZP so bile uporabljene naslednje obloge (januar 2024 do julij 2024):

- Primarna obloga: hidrofibre ali alginati;
- Sekundarna obloga: poliuretanska pena s silikonom z lepljivim robom;
- Zaščita kože v okolici PZP: poliuretanski film v razpršilu; občasno stanjšani hidrokolid (ko je bila zaznana poškodovana koža).

Ob natančnih navodilih in spremljanju specialistke s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije) je bil v nekaj tednih viden napredek v zdravljenju PZP.

Po nekaj mesecih obravnave, ko je bil zaznan zastoj v celjenju poškodbe zaradi pritiska, se je specialistka s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije) aktivno vključila tudi v samo oskrbo poškodbe zaradi pritiska z uporabo enega izmed naprednejših načinov zdravljenja kroničnih ran, kar je v samo štirih tednih pripomoglo do pomembnega zmanjšanja velikosti in globine rane. Julija 2024 je opravila je štiri aplikacije avtolognega krvnega nadomestka v razmaku sedem do deset dni, kar je pripomoglo k hitrejšemu celjenju PZP. Avtologni krvni nadomestek je podaril distributer in ni všteti v stroške obravnave.



Slika 1: Celjenje PZP (Osebni arhiv svojcev)

Tabela 1: Prikaz dodatnega finančnega vložka svojcev za zdravljenje PZP IV. stopnje pri oskrbovanki DSO, ki ima urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje (12.1.2024 – 18.7.2024)

	VRSTA PRIPOMOČKA	CENA
1.	Najem medicinskega pripomočka	1.730, 40 €
2.	Nabor uporabljenih primarnih oblog	1.047, 50 €
3.	Nabor uporabljenih sekundarnih oblog	1.367, 51 €
4.	Zaščita kože	163, 60 €
5.	Čiščenje rane	100, 69 €
6.	Prehranska podpora	1.023, 39 €
	SKUPNI ZNESEK	5.433, 09 €

V sedmih mesecih je bilo s strani specialistke s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije) napisanih devet priporočil za oskrbo PZP (12.1. 24.1., 30.1., 26.2., 29.2., 25.3., 25.4., 18.6. 2024). Opravila je pet obiskov oskrbovanke, kjer je prevezala in oskrbela PZP (11.7., 19.7., 25.7., 5.8., 12.8. 2024). Občasno (vsaj enkrat mesečno) je potekalo svetovanje preko telefona na podlagi poslanih fotografij, poleti večkrat tedensko.

V času spremljanja PZP je specialistka s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije) opazala poškodbo kože zaradi vlage v okolici PZP. Kot najverjetnejši razlog za poškodbo kože je bil prepoznani prekomeren izloček, ki z izbranimi oblogami ni bil ustrezno obvladan. Zmenjaje so bile uporabljane hidrofibre in alginati različnih proizvajalcev, preveze so se izvajale na dva dni. Poudarek je bil na zaščiti kože s poliuretanskim filmom v razpršilu. Klinično pomembnega izboljšanja na koži v okolici vseeno ni bilo opaziti. Glede na to, da je bilo dno PZP prekrito z granulacijami, brez ostankov odmrlega tkiva in fibrinskih oblog, ni bilo razloga, da bi bila poškodovana koža lahko posledica prekomernega izločka iz rane. Pozneje je bil za oskrbo in zaščito kože v okolici PZP uporabljen tudi stanjšani hidrokolid. Opazen je bil viden napredek pri celjenju PZP, a na koži v okolici PZP so bile ves čas obravnave, do jeseni 2024, vidne poškodbe kože zaradi vlage različnih stopenj, ki so jih v začetku pripisovali povečanemu izločku iz PZP.

Septembra 2024 so svojci ob obisku pri oskrbovanki naključno opazili, da se pacientki namešča nočni inkontinenčni pripomoček v popoldanskem času, pred večerjo okrog 17. ure. Pripomoček ostane nameščen do naslednjega jutra. Običajno se ga menjuje po zajtrku, v dopoldanskem času po 8. uri. To pomeni, da je inkontinenčni pripomoček nameščen 15 ur ali več. Vpojnost pripomočka to seveda omogoča, a poraja se vprašanje, kaj to pomeni za oskrbovanca in njegovo kožo (tudi, če nima PZP)?



Slika 2: Poškodba kože zaradi vlage v okolici PZP (Osebni arhiv svojcev)

Svojci so septembra 2024 vodstvo zdravstvene nege v DSO seznanili s svojimi opažanji in pomisleki ter se dogovorili za pogostejšo menjavo inkontinenčnih pripomočkov.

Jeseni 2024 so svojci po navodilih specialistke za področje ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije) prenehali s kupovanjem oblog, saj je bilo že julija 2024 dosežen dogovor z vodstvom zdravstvene nege v DSO, da bodo v DSO začeli kupovati obloge iz sredstev, ki jim jih zagotavlja ZZS od 1. julija 2024 (Okrožnica ZAE 5/24, 2024: Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov z dne 21.6.2024). Svojci oskrbovanke so ob obisku v novembru ugotovili, da se za oskrbo PZP uporabljajo netkani zloženci in vatiranec. Zaposleni v DSO so pojasnili, da drugih oblog nimajo na voljo.



Slika 3: Oskrba PZP s strani zaposlenih v DSO; november 2024 (Osebni arhiv svojcev)

Po ponovnem posredovanju svojcev v DSO od decembra 2024 zagotavljajo ustrezne obloge za oskrbo PZP, strošek svojcev ostaja najem preventivne dinamične blazine, prehranski dodatek in razpršilo za zaščito kože v okolici PZP. V času pisanja tega prispevka (junij 2025) PZP še vedno ni zaceljen, v okolici je še vedno prisoten inkontinenčni dermatitis.

DISKUSIJA

Predstavljen prikaz primera osvetljuje dva pomembna vidika problematike obravnava PZP v Sloveniji. Prvi vidik potrjuje ugotovitve iz tujine (Appleby, 2011; Anderson et al., 2015,; Liu & Wang, 2018), ki ugotavljajo doprinos podiplomskega izobraževanja s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije) na izboljšanje kakovosti obravnave pacientov z vidika preprečevanja in oskrbe PZP. Fernandez-Araque (2024) je z raziskavo ugotovil, da med zaposlenimi v zdravstveni negi ni zadostnega znanja o oskrbi kroničnih ran, kamor spada tudi PZP. Ugotovil je, da imajo medicinske sestre z magistrsko izobrazbo več znanja in da obstaja potreba po dodatnem izobraževanju na dodiplomski in tudi na podiplomski ravni. Rezultati raziskave na Slovaškem (Halász et al., 2021) kažejo na pomanjkanje znanja medicinskih sester o načinih preprečevanja PZP. Avtorji predlagajo pregled in dopolnitev učnih načrtov izobraževanja ter usposabljanje za zdravstveno nego na dodiplomski, podiplomski in specialistični ravni. Z razvojem stroke zdravstvene nege so se pojavile potrebe po dodatnih specialnih znanjih in veščinah s področja zdravstvene nege in oskrbe ran, stom in kontinence, ki predstavljajo posebno področje v zdravstvu in zahtevajo specifično znanje ter veščine za učinkovito zdravstveno nego in obravnavo pacientov (Jelar & Štemberger Kolnik (ur.), 2024).

Posledica nezadostnega znanja pa je zagotovo do neke stopnje lahko razloži tudi drugi vidik obravnavane težave, ki se nanaša na način obravnave pacientov, ki so ogroženi za nastanek PZP ali pa že imajo PZP in ki imajo prisotno inkontinenco urina in/ali blata.

Kljub uspešni uporabi naprednega načina zdravljenja poškodbe zaradi pritiska do zacelitve ni prišlo, ker je bil na koži ves čas zdravljenja prisoten inkontinenčni dermatitis različnih stopenj, ki je bil posledica predolge izpostavljenosti izločkom (urinu in blatu). S strani zaposlenih in vodstva kljub opozorilom svojcev ter jasnim mednarodnim in lokalnim strokovnim priporočilom in smernicam ni bilo zagotovljene oskrbe, ki bi omogočila pogoje za dokončno zacelitev PZP. Obravnavan primer kaže na pomen kontinuiranega spremljanja, nadzora in izobraževanja vseh članov negovalnega tima in izvajanje osnovnih postopkov zdravstvene nege kože pri pacientih z inkontinenco v skladu s strokovnimi smernicami. Nastanek PZP je kazalnik kakovosti zdravstvene nege v zdravstvenih ustanovah, ki lahko pomembno vpliva na zdravstveno stanje pacienta/varovanca. V Sloveniji obstajajo strokovne usmeritve in priporočila predvsem s področja kakovosti, ki vodstva zdravstvenih zavodov usmerjajo pri zagotavljanju kakovostne obravnave pacientov/varovancev (Gorup et al, 2021). Prav tako sta izvajalcem zdravstvene nege lahko v pomoč dokumenta Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane in Lokalna oskrba kronične rane - Klasifikacija uporabe medicinskih pripomočkov, ki sta dostopna na spletni strani Ministrstva za zdravje (Tičar et al., 2022). Po zgledu razvitih zdravstvenih sistemov v Evropi in po svetu pa je eden izmed bistvenih korakov k bolj varni in stroškovno učinkoviti obravnavi področja PZP v Sloveniji razvoj specializacije s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije), ki jo je 5. oktobra 2023 potrdil Strateški svet za zdravstvo in je v zaključni fazi priprave (Strateški svet za zdravstvo, 2023).

ZAKLJUČEK

Primer potrjuje ugotovitve iz tujine in osvetljuje ključno vlogo specialista s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije) pri izboljšanju izida zdravljenja poškodb zaradi pritiska v dolgotrajni zdravstveni obravnavi. Žal pa v konkretnem primeru kaže tudi na pomanjkanje sistemskih rešitev in usmeritev, da bi bili vsi uporabniki zdravstvenega sistema v Sloveniji deležni enake obravnave. Prikazan primer potrjuje ugotovitve različnih raziskav iz tujine, da je tudi v Sloveniji potrebno narediti korak naprej in po zgledu razvitih zdravstvenih sistemov umestiti specialista s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije) v slovenski

zdravstveni sistem. Razviti zdravstveni sistemi v svetu so že zaznali potrebo pa aktivnemu pristopu k preprečevanju PZP z dodatnim izobraževanjem strokovnjakov na tem področju in zagotavljanjem ustreznih materialnih resursov, v slovenskem prostoru pa je zaenkrat področje preventive PZP še prepuščeno ozaveščenosti vodstva zdravstvene nege posameznih ustanov ali celo preloženo na breme pacienta ali svojcev, kar je sporno tako iz strokovnega kot tudi iz etičnega vidika.

LITERATURA

Appleby, S. L. (2011). Role of the wound ostomy continence nurse in the home care setting: A patient case study. *Home Healthcare Now*, 29(3). https://journals.lww.com/homehealthcareonline/fulltext/2011/03000/role_of_the_wound_ostomy_continence_nurse_in_the.7.aspx

Anderson, M., Guthrie, P. F., Kraft, W., Reicks, P., Skay, C., & Beal, A. L. (2015). Universal pressure ulcer prevention bundle with WOC nurse support. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 42(3), 217–225. <https://doi.org/10.1097/WON.000000000000109>

Beeckman, D., Campbell, J., Campbell, K., & Gray, M. (2021). Effectiveness of absorbent products in preventing and managing incontinence-associated dermatitis: A systematic review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 48(4), 332–341. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000763>

Clinical Excellence Commission New South Wales. (2018). Incontinence-associated dermatitis (IAD) best practice principles. https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0015/424401/Incontinence-Associated-Dermatitis-IAD-Best-Practice-Principles.pdf

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline: The international guideline 2019.

Fernández-Araque, A., Martínez-Delgado, M., Jiménez, J.-M., López, M., Castro, M. J., & Gila, E. C. (2024). Assessment of nurses' level of knowledge of the management of chronic wounds. *Nurse Education Today*, 134, 106084. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106084>

Gorup, L., Guštin, E., Jacovič, A., Kobal Straus, K., Lipar, T., Počič, M., Poldrugovac, M., Simčič, B., & Tičar, Z. (2021). Priročnik o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih. Ministrstvo za zdravje. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Prirocnik-o-kazalnikih-kakovosti.pdf>

Gray, M. (2004). Preventing and managing perineal dermatitis: A shared goal for wound and continence care. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 31(1), S2–S9. <https://doi.org/10.1097/00152192-200401000-00002>

Gray, M., & Giuliano, K. K. (2009). Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: A review of the literature. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 36(3), 321–328. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181a8f9e4>

Gray, M., Black, J., Baharestani, M. M., Bliss, D. Z., Kennedy-Evans, K., & Quinn, K. (2016). Moisture-associated skin damage: Prevention and treatment. *Advances in Skin & Wound Care*, 29(1), 21–28. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000479486.05570.68>

Gray, M., Bliss, D. Z., Doughty, D. B., & Michael, A. J. (2010). Moisture-associated skin damage caused by incontinence. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(10), 467–476. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000383512.76986.d9>

Halász, B. G., Bérešová, A., Tkáčová, L., Magurová, D., & Lizáková, L. (2021). Nurses' knowledge and attitudes towards prevention of pressure ulcers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041705>

Jelar Slatnar, A., & Štemberger Kolnik, T. (ur.) (2024). Poklicne kompetence in aktivnosti na področju zdravstvene nege in obravnave pacienta z rano, stomo in kontinenco. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji. <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2024/02/Poklicne-kompetence-in-aktivnosti-na-podrocju-zdravstvene-nege-in-obravnave-pacienta-z-rano-stomo-in-kontinenco-2024.pdf>

Liu, X. li, & Wang, L. (2018). A review of the development and current status of wound ostomy continence nurses in the mainland of China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.002>

Nghiem, S., Campbell, J., Walker, R. M., Byrnes, J., & Chaboyer, W. (2022). Pressure injuries in Australian public hospitals: A cost of illness study. *International Journal of Nursing Studies*, 130, 104191. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2022.104191>

Silva, M. J., Vasconcelos, S. M. R., Ferreira, M. I. M., & Almeida, F. B. (2016). Incontinence-associated dermatitis in elderly patients: Prevalence and risk factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 154–161. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0060>

Strateški svet za zdravstvo. (2023). Zapisnik 29. seje Strateškega sveta za zdravstvo. <https://www.gov.si/assets/vladne-sluzbe/KPV/Dokumenti/Delovna-telesa/2023-Svet-za-zdravstvo/Zapisnik-29.-seje-Strateskega-sveta-za-zdravstvo.docx>

Tičar, Z., Čuček, I., Frangež, I., Jelen, A., Jovišić, I., Krišelj, T., Mertelj, O., Planinšek Ručigaj, T., Požlep, G., Rigler, N., Slak, M., Tomažič, M., Urbančič Rován, V., Vilar, V., & Vintar, N. (2022). Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane. Ministrstvo za zdravje. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/DJZ-Preventiva-in-skrb-za-zdravje/nenalezljive-bolezni/Rane/Standardni-postopki-oskrbe-akutne-in-kronicne-rane-2020.pdf>

Tičar, Z., Čuček, I., Frangež, I., Jelen, A., Jovišić, I., Krišelj, T., Planinšek Ručigaj, T., Rigler, N., Slak, M., Tomažič, M., Vilar, V., & Urbančič Rován, V. (2022). Lokalna oskrba kroničnih ran – klasifikacija uporabe medicinskih pripomočkov. Ministrstvo za zdravje. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/DJZ-Preventiva-in-skrb-za-zdravje/nenalezljive-bolezni/Rane/Lokalna-oskrba-kronicne-rane-Klasifikacija-uporabe-medicinskih-pripomockov-maj-2022.pdf>

Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society. (2010). WOCN Society position statement: Role and scope of practice for wound care providers. https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document_library/role_&_scope_of_practice_wou.pdf

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2024). Okrožnica ZAE 5/24: Dopolnitve šifrantov za obračun zdravstvenih storitev. <https://www.zzzs.si/?id=126&detail=7F2FB5922F5ED96AC1258B4300270D4B>

ZAKAJ NE POVEŠ? "WHY DON'T YOU SAY IT?"

Anita Jelar, dipl.babica, mag. zdr.-soc.manag., ET

Strokovna zunanja sodelavka ZF Ljubljana
Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Svetovalna služba zdravstvene nege
anita.jelar@kclj.si

Izvleček

Urinska inkontinenca je zdravstvena težava, ki pomeni nehoteno uhajanje urina in lahko pomembno vpliva na posameznikovo telesno, čustveno in socialno blagostanje. Čeprav gre za pogosto stanje, zlasti med starejšimi in ženskami, ostaja tema, o kateri se redko odkrito govori. Mnogi posamezniki doživljajo občutke sramu, zadrege in stigme, kar pogosto vodi v zamujeno diagnozo in nezadostno zdravljenje. Težava se pogosto dojema kot »del staranja« ali kot nekaj, kar je treba skriti. Takšen odnos zmanjšuje kakovost življenja prizadetih in otežuje izvajanje preventivnih ter terapevtskih ukrepov. Namen tega članka je osvetliti težavo urinske inkontinence, njene posledice in potrebo po odprti komunikaciji ter destigmatizaciji te pogoste, a še vedno tabuizirane težave.

Ključne besede: inkontinenca, samopodoba, zdravljenje.

Abstract

Urinary incontinence is a medical condition characterized by the unintentional loss of urine, which can significantly affect an individual's physical, emotional, and social well-being. Although it is a common condition, especially among the elderly and women, it remains a topic that is rarely discussed openly. Many individuals experience feelings of shame, embarrassment, and stigma, which often lead to delayed diagnosis and inadequate treatment. The condition is frequently perceived as a "normal" part of aging or something to be hidden rather than addressed. This attitude reduces the quality of life for those affected and hinders the implementation of preventive and therapeutic measures. The purpose of this article is to highlight the issue of urinary incontinence, its consequences, and the need for open communication and destigmatization of this common yet still taboo topic.

Key words: incontinence, self-image, incontinence management.

Uvod

Urinska inkontinenca (UI) je pogosta, a večkrat spregledana težava, ki prizadene posameznike vseh starosti. Številni zaradi sramu ali prepričanja, da gre za del naravnega staranja, težave ne prijavijo ali ne poiščejo ustrezne pomoči. Pogost stereotip, da je UI del normalnega procesa »staranja«, prispeva k podcenjevanju njenega vpliva na kakovost življenja.

UI je pri ženski populaciji pogosta, večkrat zanemarjena s strani žensk, s strani zdravnikov pa spregledana. Razlog je največkrat pomanjkljivo znanje obravnave tovrstnih pacientk (Skuk & Blaganje, 2020).

Inkontinenca, ki lahko bremeni posameznika, pa ni le urinska. Oseba se lahko sooča tudi s fekalno inkontinenco, ki prizadene vsakega dvanajstega človeka. Bolj pogosta je pri ženskem spolu kot moškem in nad 60 let starosti. (Mack et al., 2024).

V poročilu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS, 2023) navajajo, da je bilo skupaj izdanih 540,512 naročnic, od tega jih je bilo 131.969 za medicinske pripomočke (MP) pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča. Stroški inkontinence in težav z odvajanjem seča je predstavljalo strošek v višini 25,892.788 EUR.

Ti podatki kažejo, da inkontinenca ni osamljen pojav, temveč pogosta težava, ki zahteva večjo strokovno in družbeno pozornost, boljše ozaveščanje ter celostne pristope k zdravljenju in podpori prizadetim.

Vpliv urinske inkontinence na samopodobo

Urinska inkontinenca ne vpliva zgolj na telesno zdravje posameznika, temveč ima tudi pomembne psihološke in socialne posledice, zlasti na področju samopodobe, samospoštovanja in kakovosti življenja. Mnogi posamezniki z inkontinenco poročajo o občutku sramu, zmanjšanem samospoštovanju, osamljenostjo in izgubo nadzora, kar pogosto vodi v socialno osamo, zmanjšano telesno dejavnost in celo depresivne motnje (Dumoulin et al., 2016).

Samopodoba posameznika, zlasti pri ženskah, je tesno povezana z dojetjem telesa in njegove funkcionalnosti. Ko se pojavijo težave, kot je inkontinenca, posamezniki pogosto občutijo, da je njihovo telo »odpovedalo«, kar lahko poruši občutek identitete, samozavesti in spolne samopodobe (Coyne et al., 2014). Kljub temu se številni ne odločijo za zdravljenje zaradi stigme, predsodkov ali napačnega prepričanja, da je stanje neizogibno ali nepomembno. Oseba s pozitivno samopodobo lažje sprejema življenjske izzive, vključno z zdravstvenimi težavami. Posamezniki, ki starost in proces staranja dojemajo kot naraven del življenjskega cikla, se lažje soočajo z izzivi, kot je urinska inkontinenca, ter hitreje sprejmejo ustrezne ukrepe. Zavedanje o spremembah, ki jih staranje prinaša, ter razumevanje telesnih odzivov v tem obdobju, predstavlja ključno priložnost za izvajanje preventivnih ukrepov z namenom preprečevanja ali omilitve težav (Jelar, 2023, str. 388).

Strokovna literatura poudarja pomen psihosocialne podpore in celostne obravnave, ki vključuje tudi naslavljanje vpliva inkontinence na duševno zdravje, ne le fizične simptome.

Začetek obravnave inkontinence in kje začeti?

Vsekakor se obravnava in konzervativno zdravljenje inkontinence začne pri nas samih, ko vstopimo v zdravstveni sistem. Prvi korak je, da jo prepoznamo, se je zavedamo in o tem spregovorimo.

Ženske, ki se soočajo z inkontinenco, občutijo sram in se socialno izolirajo. Ne želijo družbe, imajo občutek, da se urin vonja, izostajati začnejo od raznih aktivnostih, druženj. Starost in menopavza sta poleg prekomerne telesne teže, vaginalnih porodov, težkega dela in kapi velik vzrok pojava inkontinence. Inkontinenca je zdravstveno stanje, ki si zasluži ukrepanje. S tem, ko prekinemo molk, odpravimo stigmo ter spodbujamo izobraževanje, ozaveščenost in celostno obravnavo, lahko ženskam omogočimo, da poiščejo pomoč, učinkovito obvladujejo svoje stanje in živijo izpolnjujoče življenje (Praadep & Anand, 2023).

Nošenje inkontinenčnih predlog predstavlja pogosto težavo pri ženskah. UI lahko vodi v različne posledice, vključno z občutki sramu, strahu, prikrivanja težave pred partnerjem in zmanjšanju spolne aktivnosti, zato to vpliva tudi na partnersko življenje. V predstavljeni raziskavi je stopnja stresne urinske inkontinence pomembno vplivala na pojav motenj orgazma in na splošno oceno zadovoljstva žensk s spolnim življenjem. Pregled literature kaže, da se spolne motnje pojavijo pri približno 40 % žensk, vendar so urolske težave vzrok le pri približno 5 % žensk, ki poiščejo pomoč pri seksologu. Poleg tega se te motnje pojavljajo v različnih fazah spolnega odziva (Stadnicka et al., 2015, str. 502).

Urinska inkontinenca pri ženskah povzroča občutek sramu, kar neposredno vpliva na podaljšanje časa med pojavom prvih simptomov in obiskom pri zdravniku. V večini primerov to obdobje traja do pet let. Pacientke pogosto odlašajo s posvetom pri specialistu zaradi prepričanja, da je ta težava pogosta in pričakovana po porodu, v starejšem obdobju in pri ženskah s prekomerno telesno težo. Urinska inkontinenca je nedvomno interdisciplinarna težava, zato je pomoč ženskam, ki pogosto niso seznanjene z možnostmi preprečevanja in zdravljenja, ena izmed pomembnih nalog zdravstvenih delavcev, ki so v neposrednem stiku z ženskami (Chrostek, 2023, str. 98). V tem delu bi lahko prepoznali vrednost zdravstveno negovalnega osebja, saj so prvi stik, s katerim je oseba vzpostavila kontakt.

Obravnava se lahko nadaljuje že na primarni ravni zdravstvenega varstva, potem ko smo se zavedali inkontinence. Pogosto se ugotovi naključno, v referenčni ambulanti, v centrih za krepitev zdravja ali pri obisku osebne zdravnika/ginekologa.

Zaključek

Urinska inkontinenca pri ženskah je pogosto, a še vedno stigmatizirano zdravstveno stanje, ki pomembno vpliva ne le na telesno zdravje, temveč tudi na samopodobo, spolnost in socialno življenje posameznic. Zaradi občutkov sramu, zadrege in napačnih prepričanj, da je inkontinenca »normalen« del staranja, po porodu ali ob debelosti, številne ženske predolgo odlašajo z iskanjem pomoči – v povprečju tudi več let.

Tak molk pa vodi v poslabšanje simptomov, izolacijo, zmanjšano kakovost življenja ter pogosto tudi v psihološke težave, kot sta depresija in tesnoba. Pomembno je, da zdravstveni delavci aktivno spodbujajo odprto komunikacijo, izobražujejo o inkontinenci ter jasno poudarjajo, da inkontinenca ni nekaj, kar je treba prenašati ali skrivati.

Obstaja več učinkovitih oblik konzervativnega zdravljenja, kot so vadba mišic medeničnega dna, vedenjske terapije, prilagoditve življenjskega sloga ter uporaba pripomočkov za inkontinenco. Te metode so neinvazivne in pri številnih ženskah lahko bistveno zmanjšajo simptome ali celo vodijo do popolne odprave težav.

Odprta komunikacija, odprava stigme in pravočasno ukrepanje lahko ženskam povrnejo nadzor, samozavest in kakovost življenja.

LITERATURA

Bolka, A. (Ed.). (2024). Letno poročilo ZZZS 2023. Pridobljeno na: Letno poročilo ZZZS 2023. pdf

Coyne, K. S., Kvasz, M., Ireland, A. M., Milsom, I., Kopp, Z. S., & Chapple, C. R. (2012). Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *European Urology*, 61(1), 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2011.07.049>

Chrostek, A., Witkoś, J., Hartman-Petrycka, M., & Lebedowska, A. (2023). Psychosocial functioning of women suffering from stress and mixed form of urinary incontinence depending on the severity of the symptoms. *Przegląd Epidemiologiczny*, 77(1), 84–100. <https://doi.org/10.32394/pe.77.09>

Dumoulin, C., Hunter, K. F., Moore, K., Bradley, C. S., Burgio, K. L., Hagen, S., Imamura, M., Thakar, R., Williams, K., & Chambers, T. (2016). Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 35(1), 15–20. <https://doi.org/10.1002/nau.22677>

Jelar, A. (2023). Urinska inkontinenca in samopodoba. V Zbornik predavanj funkcionalnega izobraževanja: Šola enterostomalne terapije 2021–2022 (str. 387–389). Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Mack, I., Hahn, H., Gödel, C., Enck, P., & Bharucha, A. E. (2024). Global prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 22, 712–731. [www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(23\)00715-2/pdf](http://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(23)00715-2/pdf)

Pradeep, Y., & Anand, N. (2023). Addressing the stigma: Empowering women with urinary incontinence. *Journal of Mid-life Health*, 14(1), 1–2

Skuk, E., & Blaganje, M. (2020). Urinska inkontinenca pri ženski: pregled področja. *Javno zdravje*, 12, 1–18

Stadnicka, G., Łepecka-Klusek, C., Pilewska-Kozak, A. & Jakiel G. (2015). Psychosocial problems of women with stress urinary incontinence. *Ann Agric Environ Med*. 22(3):499-503. doi: 10.5604/12321966.1167723. PMID: 26403124.

Šćepanović, D. (2020). Gradniki modela nacionalnega programa primarne preventive urinske inkontinenca v Sloveniji: Doktorska disertacija [Doktorska disertacija, D. Šćepanović]. <https://revis.openscience.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=7841>

Vaittinen, T., Koljonen, K., Tella, S., Asikainen, E., & Laatikainen, K. (2024). Holistically sustainable continence care: A working definition, the case of single-used absorbent hygiene products (AHPs) and the need for ecosystems thinking. *Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers, Part H: Journal of Engineering in Medicine*, 238(6), 667–681. <https://doi.org/10.1177/09544119231188860>

SMERNICE ZA OBRAVNAVO INKONTINENCE

GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF INCONTINENCE

pred. Anita Jelen, dipl. m. s., mag. zdr. nege, ET, QM

Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana
anita.jelen@kclj.si

IZVLEČEK

Inkontinenca, tako urinska kot fekalna, predstavlja eno najpogostejših, a pogosto prezrtih zdravstvenih težav, ki pomembno vpliva na kakovost življenja, samopodobo in socialno vključevanje posameznikov. Namen članka je predstaviti aktualne smernice za obravnavo inkontinence, ki temeljijo na priporočilih Mednarodnega združenja za kontinenco, nacionalnih smernic (Irska, Velika Britanija) ter drugih strokovnih združenj. Poudarek je na preprečevanju inkontinence, ocenjevanju in spodbujanju kontinence, iskanju pomoči, modelih oskrbe, vlogi izobraževanja, kliničnih smernicah ter etičnem vidiku. Prispevek poudarja pomen multidisciplinarnega pristopa ter nujnost stalnega strokovnega izobraževanja zdravstvenih delavcev in vključevanja bolnikov ter njihovih negovalcev v proces zdravstvene obravnave.

Ključne besede: urinska inkontinenca, fekalna inkontinenca, smernice, preprečevanje, modeli oskrbe, izobraževanje, dostojanstvo.

ABSTRACT

Urinary and fecal incontinence represent some of the most common yet frequently overlooked health problems, with a significant impact on quality of life, self-image, and social participation. The aim of this article is to present current guidelines for the management of incontinence, based on the recommendations of the International Continence Society, national guidelines (Ireland, United Kingdom), and other professional associations. The emphasis is placed on prevention, assessment and promotion of continence, pathways to seeking help, models of care, the role of education, clinical guidelines and ethical dimension. The article highlights the importance of a multidisciplinary approach, the necessity of continuous professional education of healthcare providers, and the inclusion of patients and their caregivers in the care process. Key words: urinary incontinence, fecal incontinence, guidelines, prevention, models of care, education, dignity.

UVOD

Inkontinenca je globalna javnozdravstvena težava, ki prizadene vse starostne skupine, pogosteje pa starejše osebe ter ženske po porodu in menopavzi. V Evropi je prevalenca urinske inkontinence (UI) 10 % do 20 %, kar pomeni približno 60 milijonov ljudi (European Institute of Women's Health, 2018; ICS, 2024), prevalenca fekalne inkontinence pa 7 do 8 % (Assmann, 2022). Epidemiološki podatki kažejo, da se zaradi staranja prebivalstva in povečevanja kroničnih bolezni (npr. sladkorna bolezen, nevrološke bolezni) pričakuje nadaljnje povečanje incidence in

prevalence urinske in fekalne inkontinence. Kljub visoki razširjenosti je inkontinenca pogosto stigmatizirana, o njej se redko govori, zato številni prizadeti ne poiščejo pomoči. Ta tišina vodi v pozno diagnosticiranje, neustrezno zdravljenje in dodatne psihosocialne obremenitve. Mednarodne organizacije (ICS, 2024; UEG/ESCP/ESNM/ESPCG, 2022; EAU, 2025; EAU/EAUN, 2025) in nacionalne zdravstvene institucije (NHS, 2018; HSE, 2022) so v zadnjih letih pripravile več smernic in priporočil, ki zdravstvenim delavcem omogočajo bolj sistematično in standardizirano obravnavo bolnikov z inkontinenco, s poudarkom na kliničnem, organizacijskem in etičnem vidiku.

Članek temelji na pregledu mednarodnih priporočil, ki so jih pripravile mednarodne organizacije ter različna nacionalna združenja. Uporabljene so bile vsebine predvsem iz naslednjih področij: preprečevanje urinske in fekalne inkontinence, ocenjevanje in spodbujanje kontinence, iskanje pomoči, modeli oskrbe in dostop do storitev, izobraževanje zdravstvenih delavcev in bolnikov ter klinične smernice.

PREGLED SMERNIC

Sistematično smo pregledali naslednje aktualne smernice:

- Smernice za diagnosticiranje in zdravljenje fekalne inkontinence (UEG/ESCP/ESNM/ESPCG) (Assmann et al., 2022).
- ICS Standards 2024.
- 7. izdaja »Incontinence«, Mednarodni posvet (ICS/ICUD, 2023) (Cardozo, Rovner, Wagg, Wein, Abrams (eds), 2023).
- Incontinence_7th_Edition_2023_Algorithm_Slides.
- Smernice Evropskega združenja za urologijo za obravnavo ženske in moške urinske inkontinence (EAU, 2025; EAU/EAUN, 2025).
- Nizozemske smernice za urinsko inkontinenco 2024 (Witte et al., 2024).
- Smernice za ocenjevanje, spodbujanje in obravnavo kontinence pri odraslih (HSE, 2022).
- Odličnost pri oskrbi inkontinence - praktični napotki za vodje v zdravstveni in socialni oskrbi (NHS, 2018).
- Dokument mednarodnega združenja za kontinenco (ICS) – Etična obravnava starejših z urinsko inkontinenco (Suskind et al., 2022).

Preprečevanje inkontinence

Za preprečevanje inkontinence je potrebno ozaveščati že otroke in sicer z zgodnjim učenjem uporabe stranišča ter prepoznavo in obravnavo težav z mehurjem in/ali črevesjem. Ženske v nosečnosti in po porodu naj izvajajo vaje za krepitev mišic medeničnega dna, potrebno je izobraževanje starejših odraslih o zdravju sečnega mehurja in črevesja ter izvajanje presejalnih programov v bolnišnicah (ICS/ICUD, 2023; HSE, 2022).

Diagnostična ocena inkontinence

Poudarki so na celoviti oceni, ki vključuje (ICS/ICUD, 2023; HSE, 2022; EAU, 2025; EAU/EAUN, 2025):

- anamnezo (vrsta težave in opis simptoma, trajanje in časovni vzorec, pridruženi simptomi),
- pregled zdravil (diuretiki, antidepresivi, antipsihotiki, antimuskariniki, opiat, odvajala, antidiarejiki -loperamid),
- prehrano (ocena prehrane, tekočin, uživanje kofeina/alkohola),
- funkcionalno in okolijsko oceno (gibljivost, kognitivne sposobnosti, dostop do stranišča),
- vprašalnike za oceno simptomov (uporaba validiranih vprašalnikov - ICIQ, IPSS)
- diagrame frekvence in prostornine urina (dnevnik mokrenja)
- konsistenco blata - bristolka lestvica,
- klinični pregled,
- specifične funkcionalne preiskave (urodinamske preiskave, anorektalna manometrija),
- psihosocialno oceno in vpliv na kakovost življenja (socialna podpora, delo, intima, samopodoba),
- določitev stopnje UI/FI (validirani vprašalniki – po Sandvikovi ali drugi; Wexner score ipd)
- oceno kože (redno ocenjevanje kože anogenitalnega predela, prisotnost inkontinenčnega dermatitisa)
- uporabo pripomočkov za inkontinenco (pred izdajo je potrebno poskusiti konservativne ukrepe).

Uporabljajo se različni obrazci in lestvice za oceno delovanja mehurja in črevesja, dnevniki in vprašalniki PROMs (Patient Reported Outcome Measures). Oceno izvajajo usposobljeni strokovnjaki (zdravnik, fizioterapevt in medicinska sestra s specialnimi znanji). Uporablja naj se standardizirana terminologija in orodja, da je omogočena primerljivost in merjenje izidov. Omeniti je potrebno še paliativno oskrbo, poskrbeti je potrebno predvsem za udobje, lajšanje simptomov in ohranjanje dostojanstva pacientov (ICS/ICUD, 2023; HSE, 2022; EAU, 2025; EAU/EAUN, 2025).

Spodbujanje kontinence in iskanje pomoči

Zaradi notranjih dejavnikov (sram, občutek krivde, normalizacija simptomov) ljudje z inkontinenco poiščejo pomoč običajno zelo pozno. Ključna ovira je še vedno stigmatizacija. Pogosto se notranjim dejavnikom pridružijo tudi zunanji dejavniki, kot so omejen dostop do storitev, stroški in pomanjkanje informacij. Za promocijo kontinence so pomembne nacionalne kampanje, družbeni mediji in digitalne aplikacije (ICS/ICUD, 2023; HSE, 2022).

Izobraževanje

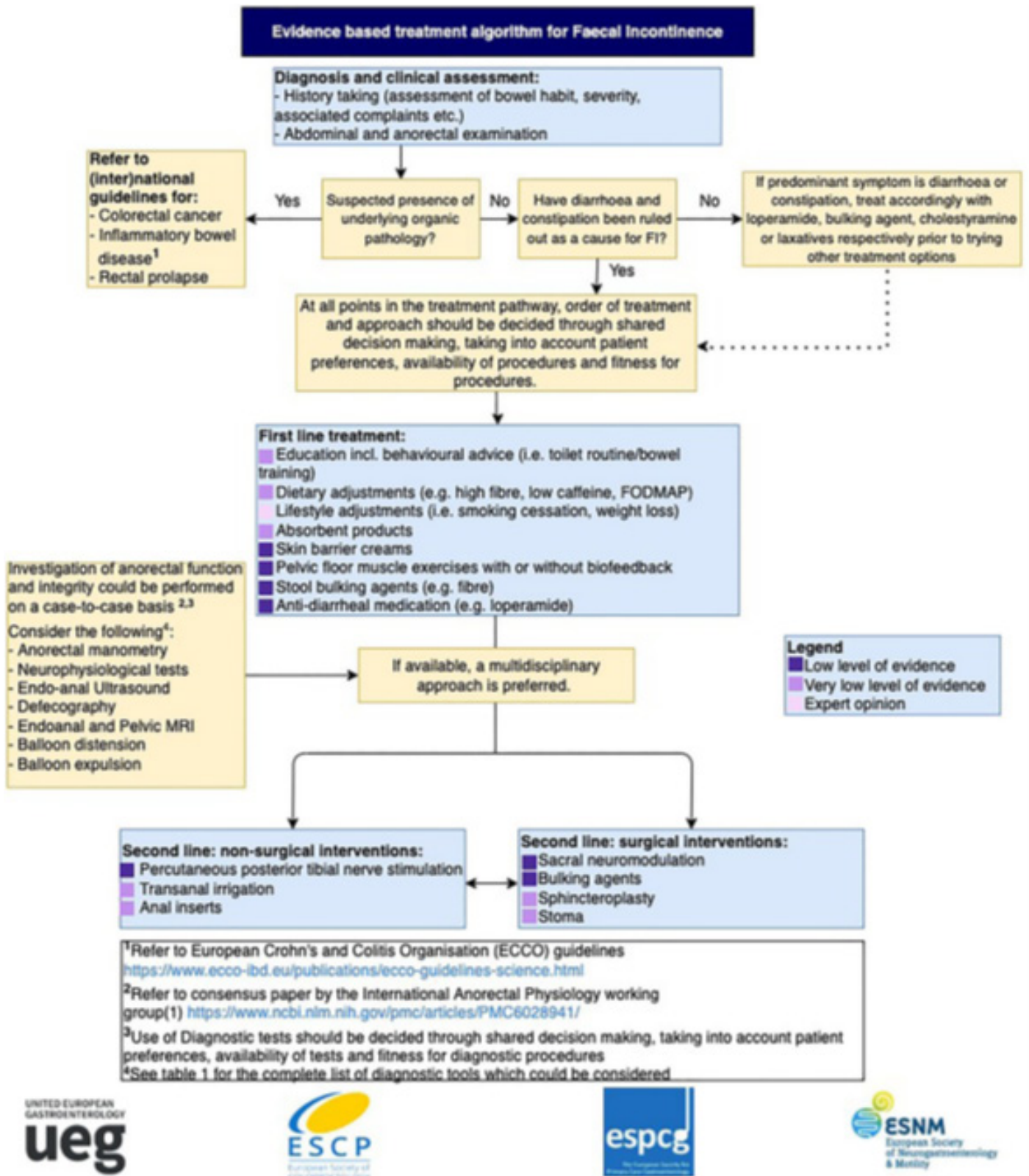
Zdravstveni delavci: vključitev vsebin o inkontinenci v dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje, usposabljanje za pravilno zdravstveno nego in oskrbo, uporabo pripomočkov in preprečevanje inkontinenčnega dermatitisa.

Pacienti: edukacija o samopomoči, vajah za krepitev mišic medeničnega dna in spremembah življenjskega sloga (ICS/ICUD, 2023; HSE, 2022; NHS, 2018).

Obravnava fekalne inkontinence

Smernice United European Gastroenterology (UEG) iz leta 2022 ponujajo 45 priporočil za diagnostiko in zdravljenje fekalne inkontinence. O fekalni inkontinenci govorimo takrat, ko blato ponavljajoče in nenadzorovano uhaja ≥ 3 mesece (Rome IV kriteriji) (Assmann et al., 2022). Smernice vsebujejo naslednja poglavja, prikazan je tudi algoritem zdravljenja FI (Slika 1):

- Ocena simptomov, diagnoza in klasifikacija
 - o podrobna anamneza,
 - o izključitev drugih bolezni - vnetna črevesna obolenja, rak debelega črevesa, prolaps, celiakija, diabetes,
 - o fizični pregled z digitalnim rektalnim pregledom, po potrebi anorektalna manometrija.
- Zdravljenje prve izbire
 - o prehranske spremembe (vlaknine, hidracija, dieta z nizko vsebnostjo FODMAP-Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols) (tabela 1),
 - o vedenjski ukrepi (redno odvajanje blata),
 - o zdravila (loperamid),
 - o trening mišic medeničnega dna in biofeedback,
 - o pripomočki in zaščita kože.
- Diagnostični testi pred zdravljenjem druge izbire
- Druga linija: nekirurški posegi, kirurški posegi
 - o Med nekirurške posege štejejo nevromodulacijo (perkutana tibialna stimulacija, transkutana tibialna stimulacija), transanalne irigacije, analne čepe oziroma vložke.
 - o Med kirurške posege štejejo sakralno nevromodulacijo, injekcije za povečanje prostornine (silikonski elastomer, polisaharidni gel), sfinkteroplastiko, stomo.
- Posebne situacije (obrnava pacientov v dolgotrajni oskrbi, obravnava bolnikov z nevrološkimi obolenji, kognitivnimi spremembami – demenca, Parkinsonova bolezen, poškodbe hrbtenjače, možganska kap)
- Pooperativne anorektalne disfunkcije
- Zdravljenja v razvoju in ostala zdravljenja (regenerativno zdravljenje, akupunktura, estrogenska terapija, vaginalni vložki, alfa-adrenergični agonisti, vsadki za povečanje prostornine)
Glavni poudarek je na multidisciplinarnosti in aktivnem vključevanju bolnikov v proces odločanja.



Slika 1: Algoritem zdravljenja fekalne inkontinence (Assmann et al., 2022)

Tabela 1: Živila z visoko in nizko vsebnostjo FODMAP (Monash University, 2025)

Skupina živil	Živila z visoko vsebnostjo FODMAP (izogibati se / omejiti)	Živila z nizko vsebnostjo FODMAP (primerna)
Sadje	Jabolka, hruške, mango, češnje, nektarine, breskve, lubenica, suho sadje (slive, datlji)	Melone, pomaranče, mandarine, jagode, kivi, ananas
Zelenjava	Čebula, česen, por, artičoke, gobe, beluši, grah, rdeča paprika	Jajčevci, bučke, korenje, zelena paprika, krompir, kumare, zelena solata, stročji fižol, fižolovi kalčki, kitajsko zelje
Žita in izdelki	Pšenica, rž, ječmen (predvsem v kruhu, testeninah, pecivu)	Riž, koruza, kvinoja, ovseni kosmiči (brez glutena), ajda
Mleko in mlečni izdelki	Kravje mleko, kondenzirano mleko, kreme, jogurt, mehki siri, sladoled, sojino mleko iz celih sojinih zrn	Brezlaktosno mleko, mandeljnov napitek, sojin napitek narejen iz sojinih beljakovin, trdi siri (parmezan, čedar), feta sir, brie/camembert
Stročnice	Leča, fižol, čičerika (večje količine), soja	Tempeh, tofu, majhne količine rdeče leče (odcejene)
Sladila (polioli)	Sorbitol, manitol, ksilitol, maltitol (najdemo v žvečilkah, izdelkih brez sladkorja), med	Namizni sladkor (saharoza), stevia, majhne količine javorovega sirupa, temna čokolada
Pijače	Sadni sokovi iz hrušk, jabolk, mango smoothie	Voda, kava/čaj (brez sladkornih alkoholov), zeliščni čaji, mineralna voda
Oreški in semena	Indijski oreščki, pistacija	Makadamija, arašidi, bučna semena, orehi

Metode zdravljenja urinske inkontinence

1. Konservativne metode zdravljenja (ICS/ICUD, 2023; HSE, 2022):

- Prehranske spremembe (redukcija telesne teže, hidracija).
- Vedenjski ukrepi (redno uriniranje, trening mehurja).
- Fizioterapija: vadba mišic medeničnega dna, biofeedback.
- Absorptivni pripomočki in zaščita kože – podpora, ne prva izbira (NHS, 2018)

2. Farmakološko zdravljenje (vedno oceniti korist/škodo in vključiti pacienta v odločitev (ICS/ICUD, 2023; EAU, 2025; EAU/EAUN, 2025):

- Antiholinergiki ali antimuskariniki (oksibutinin, tolterodin, solifenacin, darifenacin): delujejo z zmanjšanjem nehotenih kontrakcij detruzorja. Učinkovitost: zmanjšanje simptomov urgentne UI, frekvence uriniranja ter v manjši meri nokturije. Slabosti: sistemski antiholinergični učinki (suha usta, zaprtje), tveganje kognitivnih stranskih učinkov pri starejših.
 - β 3-adrenergični agonisti (mirabegron): delujejo neposredno na mišico detruzorja in jo sprošča, alternativa z boljšim profilom glede suhosti ust in možnega kognitivnega bremena. Uporabno pri starejših ali tistih, ki ne prenašajo antimuskarinikov.
 - Estrogeni (lokalno, pri ženskah): lahko pomagajo pri atrofiji vagine in simptomih, a ne primarna terapija za stresno UI.
 - Antidiuretski hormon.

3. Ne-kirurške napredne metode zdravljenja (ICS/ICUD, 2023; EAU, 2025; EAU/EAUN, 2025):

- Perkutana tibialna nevrostimulacija (PTNS) – zdravljenje urgentne UI in prekomerno aktivnega sečnega mehurja - elektroda pri stopalu stimulira tibialni živec; serija ambulantnih tretmajev (npr. 12 tretmajev), manj invazivna in predstavlja manjše tveganje kot sakralna nevromodulacija (SNM).
 - Sakralna nevromodulacija (sacral neuromodulation) - zdravljenje urgentne UI in prekomerno aktivnega sečnega mehurja - gre za implantacijo elektrode z vmesnim testnim obdobjem (perkutano testno stimulacijo \square stalna naprava ob uspehu). Učinkovitost: visoka učinkovitost pri izbranih populacijah; trajnejši učinek kot PTNS. Zapleti: bolečina na mestu implanacije, migracija elektrode, potreba po ponovnih posegih, stroški. Priporočilo: kot druga linija pri neodzivnih bolnikih; primeren za paciente, ki iščejo dolgotrajno rešitev.
 - Intravezikalne injekcije toksina Botulinum A (BoNT-A) - lokalno zmanjša hiperaktivnost mišice detrusorja. Učinek traja od šest do 12 mesecev (običajno šest do devet mesecev), zahteva ponovitve. Redko pride do zapletov - začasna paraliza sečnega mehurja, retenca urina, okužba.

4. Kirurške metode zdravljenja (ICS/ICUD, 2023; EAU, 2025; EAU/EAUN, 2025):

- Operacije, ki učvrstijo podporo osrednjemu delu sečnice: nenapetostna podpora sečnice s trakovi (TVT).
 - Periuretralna aplikacija polnil.
 - Pri moških resekcija prostate, enukleacija prostate, vaporizacija prostate, druge ablativne tehnike, neablativne tehnike – pri prelivni / overflow inkontinenci.
 - Stresna UI pri moškem – sredstva za povečanje prostornine, trakovi za moške, sredstva za kompresijo, umetni uretralni sfinkter.
 - Urgentna UI pri moškem – vbrizgavanje botulin toksina A v steno sečnega mehurja, nevromodulacija, cistoplastika.

Etični in družbeni vidik

Suskind et al. (2022) opozarjajo na nujnost etičnega razmisleka pri obravnavi starejših z inkontinenco. Poudarjajo avtonomijo (vključevanje pacienta v odločanje ali zastopnika, če pacient ni sposoben), dobronamernost in neškodljivost, kar pomeni, da se morajo pretehtati koristi terapije in tveganja, pravičnost – enak dostop do obravnave in pripomočkov, dostojanstvo – spoštovanje zasebnosti in intimnosti ter sledenje kakovosti življenja. Cilji zdravljenja morajo slediti pacientovim vrednotam in željam. Ne smemo pa pozabiti na okolijski in družbeni vpliv pripomočkov za inkontinenco, potrebno je razmišljati o trajnostnih možnostih brez škode za pacienta. V Tabeli 2 so prikazana etična načela na posameznih področjih (Suskind et al., 2022) in njihova implementacija v strokovne standarde (ICS, 2024).

Tabela 1: Živila z visoko in nizko vsebnostjo FODMAP (Monash University, 2025)

Področje	Etična načela (Suskind et al., 2022)	Strokovni standardi (ICS, 2024)
Avtonomija in odločanje	Spoštovanje pacientovih vrednot in želja; vključitev skrbnika, kadar pacient ni sposoben odločanja.	Individualizacija terapije glede na zdravstveno stanje, kognitivne sposobnosti in cilje pacienta.
Dostojanstvo	Zagotoviti spoštljivo komunikacijo, zasebnost in dostojanstveno izvedbo intimne nege.	Standardizirani postopki za oceno in nego; enotna terminologija za jasnost in transparentnost.
Breme in koristi	Presoja, ali koristi zdravljenja odtehtajo bremena za pacienta.	Algoritmi odločanja za izbiro najustreznejšega ukrepa (konservativni, farmakološki, kirurški).
Komunikacija	Odprta, jasna, prilagojena komunikacija (tudi pri demenci/geriatrična krhkost).	Uporaba standardiziranih orodij za oceno (npr. ICIQ) in redno spremljanje izidov.
Cilji oskrbe	Zdravljenje mora slediti pacientovim vrednotam in ciljem, ne zgolj medicinskim indikatorjem.	Usmerjenost na izboljšanje kakovosti življenja in zmanjšanje simptomov.
Organizacijska odgovornost	Zdravstvene ustanove morajo zagotoviti kader, čas in opremo za etično izvajanje nege.	Razvoj multidisciplinarnih timov; uvedba digitalnih orodij (aplikacije, telemedicina, UI) kot podpora oskrbi.

Obravnava inkontinence v bolnišnicah

Smernice poudarjajo, da je za učinkovito obravnavo inkontinence v bolnišnici ključna stopnjevana diagnostika in zdravljenje, kjer so (HSE, 2022; NHS, 2018; Witte et al., 2024):

- medicinske sestre, odgovorne za osnovno oceno in kontinuirano podporo, konservativno terapijo, koordinacijo multidisciplinarne zdravstvene obravnave.
- fizioterapevti za funkcionalno diagnostiko in tudi konservativno terapijo,
- zdravniki pa za specializirano diagnostiko in invazivne metode.

Ta razdelitev dela omogoča optimalno uporabo virov, večjo dostopnost zdravljenja in boljše izide za bolnike.

RAZPRAVA

Inkontinenca je kompleksno stanje, ki zahteva integriran, multidisciplinaren in na dokazih temelječ pristop. Čeprav obstajajo številne smernice, je njihova implementacija v praksi pogosto pomanjkljiva. Ovire vključujejo pomanjkanje znanja, omejene vire in pogosto nizko prioriteto, ki jo inkontinenca prejme v zdravstvenih sistemih. Primerjava mednarodnih smernic in ostalih dokumentov kaže, da so si osnovna načela podobna, vendar nekatere posamezne države ponujajo bolj podrobne opise postopkov glede ocenjevanja, predpisovanja pripomočkov in paliativni oskrbi bolnikov z inkontinenco (Witte et al., 2024; HSE, 2022; NHS, 2018).

Primerjava dokumentov je pokazala precejšnjo usklajenost ključnih usmeritev na področju zdravljenja kontinence: konservativni ukrepi so prva izbira, sledi postopna uvedba farmakoloških ter nekirurških in kirurških terapij (Asmann et al, 2022; EAU, 2025; EAU/EAUN, 2025; ICS, 2023; ICS, 2024). Cardozo et al. (2023) razširjajo pogled na pripomočke za inkontinenco, poudarili so, kako pomembna je standardizacija terminologije, kakor tudi organizacijski okvir integrirane oskrbe posameznikov z inkontinenco (NHS, 2018) ter upoštevanje etičnih normativov v praksi (Suskind et al., 2022).

Medicinske sestre imajo osrednjo vlogo pri začetni oceni, konservativnih ukrepih, kontinuirani negi in koordinaciji timske obravnave. Etika in dostojanstvo pri negi inkontinentnih pacientov sta enako pomembna kot samo zdravljenje oziroma tehnična obravnava simptomov.

ZAKLJUČEK

Obravnava inkontinence v bolnišnici mora slediti mednarodnim smernicam in temeljiti na multidisciplinarnem pristopu. Medicinske sestre, fizioterapevti in zdravniki imajo jasno razmejene, a komplementarne vloge. Takšen pristop zagotavlja pacientom dostojanstveno ter strokovno in učinkovito zdravljenje.

Preventiva, zgodnje prepoznavanje, dostop do strokovne pomoči ter izobraževanje zdravstvenih delavcev in negovalcev so ključnega pomena. Smernice ponujajo trdno osnovo za kakovostno oskrbo, vendar je njihova uspešnost odvisna od učinkovite implementacije v prakso.

LITERATURA

Assmann, SL., Keszthelyi, D., Kleijnen, J., Anastasiou, F., Bradshaw, E., Brannigan, AE., Carrington, EV., Chiarioni, G., Ebben, LDA., Gladman, MA., Maeda, Y., Melenhorst, J., Milito, G., Muris, JWM., Orhalmi, J., Pohl, D., Tillotson, Y., Rydningen, M., Svagzdys, S., Vaizey, CJ. & Breukink, SO., (2022). Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence-A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. *United European Gastroenterol J.* 2022 Apr;10(3):251-286. doi: 10.1002/ueg2.12213. Epub 2022 Mar 18. Erratum in: *United European Gastroenterol J.* 2022 Jul;10(6):606-607. doi: 10.1002/ueg2.12258. PMID: 35303758; PMCID: PMC9004250.

Cardozo, L., Rovner, E., Wagg, A., Wein, A. & Abrams, P. (eds.), (2023). *INCONTINENCE*. 7th Edition 2023. 7th International Consultation on Incontinence. ICS/ICUD.

EAU/EAUN, (2025). EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms. <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Non-neurogenic-Female-LUTS-2025.pdf>

EAU, (2025). EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Non-Neurogenic-Male-LUTS-2025.pdf>

European Institute of Women's Health, (2018). Women and Incontinence in the EU – Policy Brief 2018 https://eurohealth.ie/women_and_incontinence_2018/

Health Service Executive (HSE) (2022). Guideline for the assessment, promotion and management of continence in adults by registered nurses. Dublin: HSE, 2022. <https://www2.healthservice.hse.ie/files/141/>

ICS Standards, (2024). The 2024 compilation of the International Continence Society Standardisations, Consensus statements, Educational modules, Terminology and Fundamentals documents, with the International Consultation on Incontinence algorithms. Toronto, Canada.

Monash University, (2025). The Monash FODMAP Diet. https://www.monashfodmap.com/3_step_fodmap_diet/

NHS England, (2018). Excellence in Continence Care: Practical guidance for commissioners, and leaders in health and social care. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/07/excellence-in-continence-care.pdf>

Suskind, AM., Vaittinen, T., Gibson, W., Hajebrahimi, S., Ostaszkiwicz, J., Davis, N., Dickinson, T., Spencer, M. & Wagg, A., (2022). International Continence Society white paper on ethical considerations in older adults with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 41(1):14-30. doi: 10.1002/nau.24795. Epub 2021 Sep 23. PMID: 34558106.

Witte, L. P. W., Engberts, M. K., Smits, M. A. C., Steures, P., van der Meer, A. C., & van Balken, M. R. (2024). 2024 Revised Dutch guidelines for urinary incontinence: Addressing clinical bottlenecks through a modular approach. *Continence*, 12, Article 101699. <https://doi.org/10.1016/j.cont.2024.101699>

OBRAVNAVA INKONTINENCE V SOCIALNOVARSTVENEM ZAVODU

MANAGEMENT OF INCONTINENCE IN SOCIAL CARE INSTITUTIONS

Ines Prodan, dipl.m.s., ET

Dom upokojencev Izola, Kosovelova ulica 22, 6310 Izola
Ines.prodan@du-izola.si

IZVLEČEK

Uhajanje urina, blata ali nehoteno uhajanje vetrov so pogosto skrita težava posameznika, ki prizadene veliko žensk in moških v različnem življenjskem obdobju. Pojav inkontinence je med starejšo populacijo pogostejši in je v družbi sprejemljivejši. V socialnovarstvenih zavodih bivajo osebe nad 65 letom starosti in s tem je povezana visoka pogostost pojava inkontinence. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je bilo 1. januarja 2023 v Sloveniji 21,4 % celotnega prebivalstva, starega 65 let ali več. V zavodih, se ne sme prezreti pomena znanja o inkontinenci, načinu zdravljenja in obvladovanja z inkontinenco povezanih težav.

Ključne besede: inkontinenca, starostnik, socialno varstveni zavodi

ABSTRACT

Urinary incontinence, fecal incontinence, and the involuntary passage of gas are often underreported conditions that affect a substantial number of women and men across different stages of life. The prevalence of incontinence increases with age and is generally more socially accepted among older adults. In long-term care and social welfare institutions, residents are predominantly aged 65 years or older, which is associated with a higher incidence of incontinence. According to the Statistical Office of the Republic of Slovenia, as of January 1, 2023, 21.4% of the Slovenian population were aged 65 or older. Within these care settings, it is critical to acknowledge the importance of comprehensive knowledge about incontinence, including its management, treatment strategies, and the mitigation of associated complications.

Key words: incontinence, elderly residents, social care institutions

UVOD

Nenadzorovano uhajanje urina ali urinska inkontinenca (UI) je neprijetna nadloga, ki se pojavlja v vseh starostnih obdobjih in pri obeh spolih. Gre za eno najpomembnejših obolenj ženske populacije, ki ga je Mednarodno združenje za kontinenco definiralo/opredelilo kot nehoteno uhajanje urina ali blata, kar pomeni izgubo sposobnosti nadzora nad izločanjem (International Continence Society, 2019).

Pri ženskah je najpogostejša stresna urinska inkontinenca (35-77 %), sledita mešana urinska inkontinenca (20-39 %) ter urgentna urinska inkontinenca (10-35 %) (Lukanović, 2023).

Pri moških do 60 leta seč nehotno uhaja pri manj kot 5% (okrog 25% ženskam), pri 70 letih 7%, 75 letih 10% (ženskam 30%), pri 80 letih 20%, pri več kot 90 letih 27% (ženskam 40%) (Mihelič, 2023).

Dejavnik, ki povečuje verjetnost pojava uhajanja seča je pri obeh spolih staranje nato pa se po pomembnosti za posamezni spol zelo razhajajo: moške v 34% ogrožajo težave s prostato in sečnim mehurjem (do 20%), ženske porod. Tretji najpomembnejši dejavnik je pri moških funkcionalna prizadetost (nesposobnost skrbeti zase, neokretnost,..), pri ženskah pa menopavza. Pomembna sta socialno okolje in sprejemljivost uhajanja seča (Mihelič, 2023).

Fekalno inkontinenco (FI) zaznamuje nenadzorovane epizode nehotenega odvajanja trdega ali tekočega blata in/ali vetrov v družbeno nesprejemljivih okoliščinah.

Težave s FI ima kar 2-7% odraslega prebivalstva. 42% pacientov se srečuje z zmerno do hudo inkontinenco blata. Prevalenca FI narašča s staranjem prebivalstva. Po 50. letu je FI pri ženskah prisotna v 26%, pri moških pa v 11%. Med populacijo ljudi z multiplo sklerozo in poškodbami hrbtenjače ter domskimi oskrbovanci je prevalenca še večja (40 – 60 %). Pogosto je pridružena tudi urinska inkontinenc. Z veliko verjetnostjo, bi lahko ocenili, da se v Sloveniji okrog 100.000 ljudi sooča z lažjo ali težjo obliko FI (Kogovšek, 2023).

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je bilo 1. januarja 2023 v Sloveniji 21,4% celotne prebivalstva prebivalcev, starih 65 let ali več (SURS, 2023).

PRIPOMOČKI ZA INKONTINENCO

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja so zavarovanim osebam, ki so v domači oskrbi ali v oskrbi socialnega ali drugega zavoda, glede na zdravstveno stanje zagotovljeni tudi medicinski pripomočki (MP) za inkontinenco pri bolezenski inkontinenci urina ali blata v skladu z določili Pravil OZZ in Sklepom o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost do medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 61/21). Zavarovana oseba, ki biva v socialnem ali drugem zavodu, lahko ta zavod pooblasti za zagotavljanje (preskrbo) z MP za inkontinenco pri pogodbenem dobavitelju zavoda. Pooblastila zavarovanih oseb hrani socialni ali drug zavod za lastne potrebe ali potrebe zavoda. Zdravnik, ki izvaja osnovno zdravstveno dejavnost v socialnem ali drugem zavodu, za vse zavarovane osebe, ki izpolnjujejo zdravstvena stanja in druge pogoje in so pooblastile socialni ali drug zavod, evidentira stopnjo inkontinence v zdravstveni dokumentaciji. Pri predpisovanju MP za inkontinenco pooblaščen zdravnik na mesečno zbirno naročilnico navede naslednje podatke, če zavarovana oseba izpolnjuje pogoje v zdravstveni dokumentaciji:

- evidentira zdravstveno stanje in druge pogoje,
- določi podskupino MP za inkontinenco, s katero opredeli stopnjo inkontinence,
- določi upravičeno število kosov na dan za obdobje 30 dni,
- v primeru izpolnjevanja pogojev za predpis za daljše obdobje označi, da MP za inkontinenco predpisuje za eno leto (ZZZS, 2024).

Na podlagi letnega ali mesečnega naročila zdravnika, socialni in drug zavod za posamezno zavarovano osebo MP za inkontinenco naroča mesečno. V primeru spremembe zdravstvenega stanja zavarovane osebe, ki utemeljuje predpis druge podskupine MP za inkontinenco,

pooblaščen zdravnik prekine letno naročilo in to evidentira v zdravstveni dokumentaciji, tako da zapiše, katero naročilo preklicuje ter evidentira in utemelji novo naročilo (ZZZS, 2024). V socialno varstvenih zavodih imamo na voljo pripomočke, ki jih stanovalec dobi z naročilnico:

- predloga,
- fiksne hlače,
- mobilne hlače,
- dnevne in nočne plenice,
- posteljne predloge.

SEZNAM MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA INKONTINENCO

V seznamu medicinskih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi so vključeni tudi naslednji medicinski pripomočki za inkontinenco (ZZZS, 2025):

Medicinski pripomočki za lahko inkontinenco (predpis možen tudi na zbirno naročilnico)

Boleznska inkontinenca urina, pri kateri zavarovana oseba lahko še delno zadržuje urin.

- NEPREPUSTNE HLAČKE za lahko inkontinenco: največ sedem kosov na šest mesecev.

Medicinski pripomočki za srednjo inkontinenco: eden do štirje/pet kosov na dan

Zavarovana oseba s popolno bolezensko inkontinenco urina, pri kateri lahko še delno zadržuje urin, stara nad štiri leta in pol, ima pravico do največ štirih kosov na dan. Zavarovana oseba z delno inkontinenco blata, stara nad štiri leta in pol, ima pravico do največ štirih kosov na dan.

Zavarovana oseba s pridruženimi težkimi stanji ima v primeru celostnega razvojnega zaostanka, poškodbe ali bolezni živčevja ali živčno-mišične bolezni pravico do največ petih kosov na dan.

- PREDLOGA ZA SREDNJO INKONTINENCO: največ 120—150 kosov na leto
- MOŠKA PREDLOGA ZA SREDNJO INKONTINENCO: največ 120—150 kosov na leto
- MOŠKA PREDLOGA - ŽEPEK ZA SREDNJO INKONTINENCO: največ 120—150 kosov na leto

Mobilne hlače za srednjo, težko, zelo težko inkontinenco in otroke: eden do štirje/pet kosov na dan

- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu do 65 cm: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenice)
- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu 50 – 90 cm: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenice)
- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu 80 – 110 cm: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenice)
- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu 100 – 150 cm: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenice)
- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu 150 cm in več: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenice)

Medicinski pripomočki za težko inkontinenco: eden do štirih/petih kosov na dan

Zavarovana oseba s popolno bolezensko inkontinenco urina, stara nad štiri leta in pol, ima pravico do največ štirih kosov na dan. Zavarovana oseba s popolno bolezensko inkontinenco urina in delno inkontinenco blata, stara nad štiri leta in pol, ima pravico do največ štirih kosov na dan.

Zavarovana oseba iz prejšnjega odstavka s pridruženimi težkimi stanji ima v primeru celostnega razvojnega zaostanka, poškodbe ali bolezni živčevja ali živčno-mišične bolezni pravico do največ petih kosov na dan.

- PREDLOGA ZA TEŽKO INKONTINENCO: največ 120/150 kosov na mesec
- PREDLOGA ZA FEKALNO INKONTINENCO: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 50 – 90 cm, dnevna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 80 – 110 cm, dnevna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 100 – 150 cm, dnevna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 150 cm in več, dnevna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 50 – 90 cm, nočna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 80 – 110 cm, nočna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 100 – 110 cm, nočna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 100 – 150 cm, nočna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 150 cm in več, nočna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu do 65 cm, dnevna in nočna: največ 120/150 kosov na mesec

Mobilne hlačke za srednjo, težko, zelo težko inkontinenco in otroke: eden do štirih/petih kosov na dan

- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu do 65 cm: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenic)
- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu od 50 do 90 cm: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenic)
- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu od 80 do 110 cm: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenic)
- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu od 100 do 150 cm: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenic)
- MOBILNE NEPREPUSTNE HLAČKE - obseg pasu od 150 cm in več: največ 60 kosov na mesec, en kos namesto dveh kosov predlog ali hlačnih predlog (plenic)

Posteljne predloge za težko, zelo težko inkontinenco in otroke

- POSTELJNE PREDLOGE 60 x 60 cm: največ 120/150 kosov na mesec
- POSTELJNE PREDLOGE 60 x 90 cm: največ 120/150 kosov na mesec

Medicinski pripomočki za zelo težko inkontinenco: eden do štirih/petih kosov na dan

Zavarovana oseba s popolno bolezensko inkontinenco urina in blata, stara nad štiri leta in pol, ima pravico do največ štirih kosov na dan.

Zavarovana oseba s pridruženimi težkimi stanji ima v primeru celostnega razvojnega zaostanka, poškodbe ali bolezni živčevja ali živčno-mišične bolezni pravico do največ petih kosov na dan.

Predloge

- PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO: največ 120/150 kosov na mesec
- PREDLOGA ZA FEKALNO INKONTINENCO: največ 120/150 kosov na mesec

Hlačne predloge

- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 50 – 90 cm, dnevna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 80 – 110 cm, dnevna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 100 – 150 cm, dnevna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 150 cm in več, dnevna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 50 – 90 cm, nočna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 80 – 110 cm, nočna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 100 – 150 cm, nočna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu 150 cm in več, nočna: največ 120/150 kosov na mesec
- HLAČNA PREDLOGA ZA TEŽKO IN ZELO TEŽKO INKONTINENCO - obseg pasu do 65 cm, dnevna in nočna: največ 120/150 kosov na mesec

Glede na vrsto inkontinence stanovalcem pripadajo različni pripomočki. Opredeliti je potrebno ali ima stanovalec rahlo, srednjo, težko ali zelo težko inkontinenco. Vsakega stanovalca obravnavamo individualno, upoštevamo mobilnost, življenjski slog, starost, spol, integriteto kože, izmerimo obseg pasu in predvsem upoštevamo stanovalčeve potrebe in želje. Zdravnik določi vrsto in stopnjo inkontinence z anamnezo, kliničnim pregledom in dodatnimi preiskavami, če je to potrebno.

Poleg inkontinenčnih pripomočkov je potrebno našim stanovalcem zagotoviti pripomočke za osebno higieno, zaščito kože in zaščito pred poškodbami.

Pri izbiri pripomočkov je ključnega pomena medicinska sestra, ki stanovalcu pomaga pri izbiri pripomočka ter nauči stanovalca pravilne uporabe vseh pripomočkov, ki bodo zagotovili udobje, zmanjšali neprijetne vonjave in morebitne poškodbe ter tako omogočili boljše počutje in nelagodje stanovalcev.

KAKOVOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE V SOCIALNO VARSTVENIH ZAVODIH

Socialnovarstveni zavodi lahko v skladu z 8. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, 2005) za svoje uporabnike zagotavljajo tudi zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo kot del osnovne zdravstvene dejavnosti. Uporabniki imajo pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave. V skladu z Zakonom o pacientovih pravicah je primerna zdravstvena obravnava tista, ki je v skladu s potrebami uporabnika ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na preprostih, preglednih in prijaznih postopkih ter z uporabnikom vzpostavlja sodelovanje in zaupanje (ZPacP, 2008).

V socialnovarstvenih zavodih, upoštevajoč razširjenost inkontinence med starejšimi, ne smemo prezreti pomena znanja o inkontinenci, saj številne raziskave opozarjajo na pomanjkanje znanja zaposlenih o inkontinenci, načinu njenega zdravljenja in obvladovanja z inkontinenco povezanih težav (Enriquez, 2004).

Socialnovarstveni zavod na zadnji dan v koledarskem mesecu Ministrstvu za zdravje sporoča podatke v preglednici, v katero navede število uporabnikov in uporabljene pripomočke glede na stopnjo inkontinence in glede na spol.

ZAKLJUČEK

Kakovostna obravnava stanovalca z urinsko in/ali fekalno inkontinenco je ključnega pomena. Začne se z sprejemom stanovalca v dom, zdravniškim pregledom, z opredelitvijo diagnoze in pogovor z diplomirano medicinsko sestro. Medicinska sestra je ključna pri zdravstveno vzgojnem delu, svetovanju, zdravstveni negi, izbiri pripomočka in podpori. Pomemben je naš pristop, stik in zaupanje, ki je temelj, da bomo lahko skupaj reševali težave povezane z inkontinenco.

LITERATURA

Enriquez, E. L. (2004). A nursing analysis of the causes of and approaches for urinary incontinence among elderly women in nursing homes. *Ostomy/Wound Management*, 50, 24-43. ajmc.s3.amazonaws.com

International Continence Society. (2019). ICS terminology: Incontinence definition. <https://www.ics.org/glossary/symptom/urinaryincontinence>

Kogovšek, U. (2023). Fekalna inkontinenca in možnost zdravljenja. In Zbornik predavanj Funkcionalnega izobraževanja Šola enterostomalne terapije 2021/2022 (pp. 265-268). Univerzitetni klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego in oskrbo.

Lukanović, A. (2023). Vrste urinske inkontinence. In Zbornik predavanj Funkcionalnega izobraževanja Šola enterostomalne terapije 2021/2022 (pp. 313-314). Univerzitetni klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego in oskrbo.

Mihelič, M. (2023). Uhajanje seča pri moškem. In Zbornik predavanj Funkcionalnega izobraževanja Šola enterostomalne terapije 2021/2022 (pp. 329-330). Univerzitetni klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego in oskrbo.

Statistični urad Republike Slovenije. (2023). Prebivalstvo po starosti, Slovenija, 1. januar 2023. Stat.si. <https://www.stat.si/StatWeb/hi/News/Index/11124>

Uradni list Republike Slovenije. (2021). Uradni list Republike Slovenije, št. 61/21. <https://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2021-01-1240>

Uradni list Republike Slovenije. (2003). Uradni list Republike Slovenije, št. 30/03.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 15/2008; spremembe: št. 55/2017, 177/2020.

<https://www.ip-rs.si/varstvo-osebni-podatkov/pravice-posameznika/pravice-pacientov>

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). (2005). Uradni list Republike Slovenije, št. 23/2005; najnovejše spremembe: št. 32/2025. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2025-01-1283>

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2025) Seznam medicinskih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi. ZZZS.

<https://www.zzzs.si/?id=126&detail=DFDC914987E44E2AC1257353003EC73>

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2024). Navodila o zagotavljanju medicinskih pripomočkov za inkontinenco v socialnih in drugih zavodih na mesečno zbirno naročilnico (velja od 1. 1. 2024).

<https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva>.

[nsf/0/15ca03764f460957c1257457003007a5/%24FILE/Navodilo%20za%20MP%20v%20zavodih%20za%20inkontinenco%20na%20zbirno%20naro%C4%8Dilnico_1.1.2024.pdf](https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva/nsf/0/15ca03764f460957c1257457003007a5/%24FILE/Navodilo%20za%20MP%20v%20zavodih%20za%20inkontinenco%20na%20zbirno%20naro%C4%8Dilnico_1.1.2024.pdf)



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

