



**SKUPAJ  
ZA ZDRAVJE**

**Državni program integrirane preventive  
kroničnih bolezni za odrasle**

# PREVENTIVA KRONIČNIH BOLEZNI SKOZI ZNANJE, POVEZOVANJE IN PRAKSO

KREPITEV ZDRAVSTVENE PISMENOSTI IN ODPORNOSTI TER UČINKOVITO  
OBVLADOVANJE BREMENA KRONIČNIH BOLEZNI

ZBORNİK PRISPEVKOV



**17. LETNA KONFERENCA PREVENTIVE ZA ODRASLO POPULACIJO**

**NIJZ** Nacionalni inštitut  
za javno zdravje

SEPTEMBER 2025

17. LETNA KONFERENCA PREVENTIVE ZA ODRASLO POPULACIJO

PREVENTIVA KRONIČNIH BOLEZNI SKOZI ZNANJE, POVEZOVANJE IN PRAKSO

Krepitev zdravstvene pismenosti in odpornosti ter učinkovito obvladovanje bremena kroničnih  
bolezni

Zbornik prispevkov in povzetkov

Bled, 16. - 17. september 2025

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

Kraj in čas dogodka: Bled, 16.-17. september 2025

Urednik: Radivoje Pribaković Brinovec, dr. med. spec., viš. pred. Sanja Vrbovšek

Tehnični urednici in oblikovalki: Andreja Ošina, Tea Melin

Založil in izdal: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2025

Brezplačen izvod

Elektronska izdaja

Dostopno na <https://www.nijz.si>

Besedilo je lektorirano

Za vsebine prispevkov so odgovorni izključno avtorji.

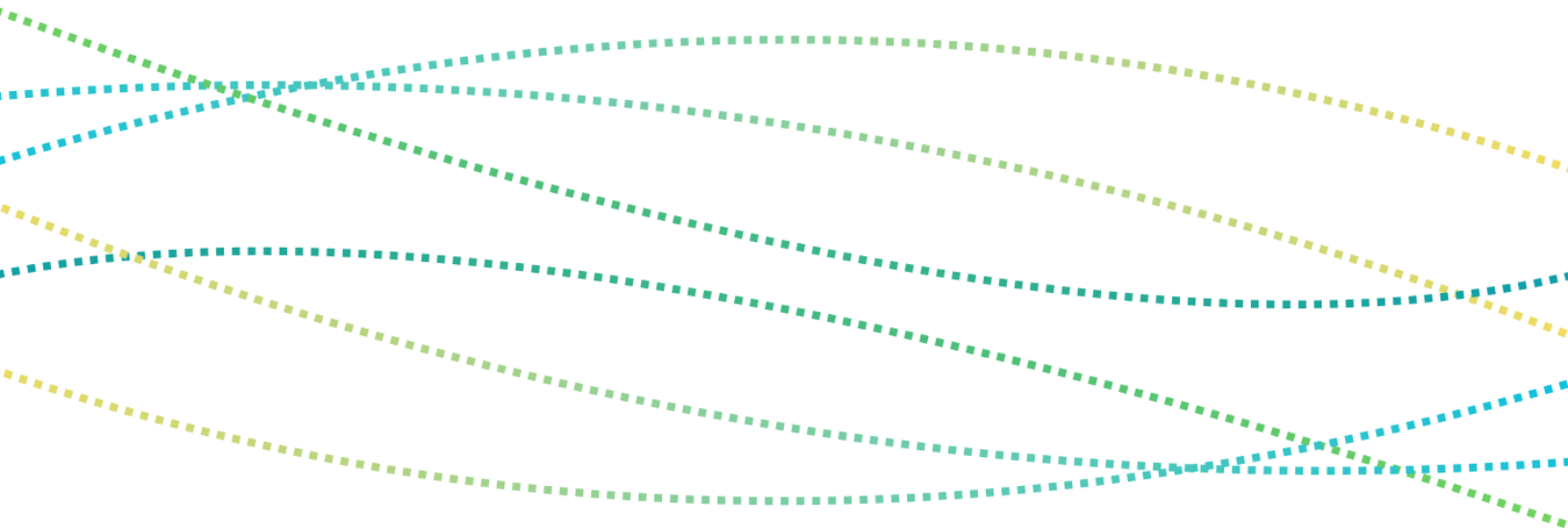
Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

[COBISS.SI-ID 249091331](#)

ISBN 978-961-7211-79-5 (PDF)

# PREVENTIVA KRONIČNIH BOLEZNI SKOZI ZNANJE, POVEZOVANJE IN PRAKSO

KREPITEV ZDRAVSTVENE PISMENOSTI IN ODPORNOSTI TER UČINKOVITO  
OBVLADOVANJE BREMENA KRONIČNIH BOLEZNI



## KAZALO

PREDSTAVITEV SLOVENSКИH SMERNIC ZA 24-URNO GIBALNO VEDENJE ODRASLIH .....	1
STRIMO TRDE OREHE SKUPAJ – KAKO ZAGOVARJATI PREVENTIVO?.....	3
SLOVENSKE NACIONALNE SMERNICE ZA OPUŠČANJE KAJENJA IN POVEZANIH IZDELKOV PRI ODRASLIH .....	4
KAKŠNI PACIENTI VSTOPAJO V PROGRAM OBRAVNAVE DEBELOSTI ODRASLIH V ZDRAVSTVENIH DOMOVIH?.....	6
DRŽAVNI PROGRAM ZA OBVLADOVANJE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA – OD VIZIJE DO IZVEDBE .....	8
CELOSTNA PREVENTIVA ZA ODRASLO POPULACIJO: OD PODATKOV DO ODLOČITEV, OD STRATEGIJ DO PRAKSE .....	12
KREPITEV POKLICNIH IN OSEBNIH VEŠČIN .....	13
O ZANOSU - Kaj nas žene naprej.....	13
ZDRAVJE GIBAL.....	17
MIŠIČNO-SKELETNA OBOLENJA IN PROJEKT POSODOBITEV OBRAVNAVE MIŠIČNO-SKELETNIH BOLEČIN NA PRIMARNI RAVNI (MISKBOL) .....	18
POGLED DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA: PRIMERJAVA OBRAVNAVE OSEB Z AKUTNO BOLEČINO V HRBTU TER KRONIČNO MIŠIČNO-SKELETNO BOLEČINO V SKLOPU PROJEKTA MiSkBoI IN BREZ NJEGA .....	22
BOLEČINE V KRIŽU – IZKUŠNJE ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE PRI PROJEKTU MISKBOL .....	24
OBRAVNAVA PACIENTOV Z AKUTNO BOLEČINO V HRBTU V AMBULANTNI FIZIOTERAPIJI – POSEBNOST DELA S TOVRSTNIMI PACIENTI, POMEN USTREZNE IN PRAVOČASNE OBRAVNAVE .....	27
IZZIVI PRI DELU S PACIENTI S KRONIČNO MIŠIČNO-SKELETNO BOLEČINO V CKZ IN PRIMERI IZ PRAKSE .....	29
OBRAVNAVA OSEB S FIBROMIALGIJO V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA VADBEN PROGRAM PROJEKT MISKBOL.....	32
OBRAVNAVA KRONIČNE MIŠIČNO-SKELETNE BOLEČINE V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA: IZZIVI IN PRILOŽNOSTI PROJEKTA MiSk-Bol.....	34
TELESNA DEJAVNOST .....	36
GIBANJE ZA ZDRAVJE – EVROPSKI PROJEKT ZA VZPOREDNI DVIG ZDRAVSTVENE IN GIBALNE PISMENOSTI V RAZLIČNIH OKOLJIH .....	37
STROKOVNI PRISPEVEK: EXERCISE SNACKING - PRILAGODLJIV PRISTOP ZA POVIŠANJE KOLIČINE TELESNE DEJAVNOSTI ODRASLIH .....	40

ŠTUDIJA PRIMERA: INOVATIVNI PRISTOPI PRI OBRAVNAVI KRONIČNE BOLEČINE V SPODNJEM DELU HRBTA NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	44
VRTNARJENJE KOT VSAKDANJA PRILOŽNOST ZA ZDRAVO STARANJE.....	46
PREHRANA .....	48
PREHRANSKA IZHODIŠČA ZA DELO Z OSEBAMI S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO .....	49
UPORABA DIDAKTIČNIH PRIPOMOČKOV ZOFKINA KOŠARA, FLORJANOV KROŽNIK IN ZOFKINE TABELE V PROGRAMIH CENTROV ZA KREPITEV ZDRAVJA ZDRAVA MERA IN ZDRAVO JEM .....	50
MULTIDISCIPLINAREN PRISTOP K PREHRANSKI IN GIBALNI PODPORI STAREJŠIH: IZKUŠNJE IZ DELAVNICE »ZDRAVO JEM« .....	53
PRILAGOJENA DELAVNICA ZDRAVO JEM ZA BOLNIKE S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO .....	56
KOMUNICIRANJE.....	59
SVITOVE RAZGLEDNICE ZDRAVJA – MAJHNA BESEDA, VELIKA SPREMEMBA; INOVATIVNO ORODJE ZA OZAVEŠČANJE, MEDGENERACIJSKO POVEZOVANJE IN KREPITEV SKUPNOSTI.....	60
DUŠEVNO ZDRAVJE .....	62
INTEGRIRANA POT OSEBE Z DEPRESIJO .....	63
SKUPAJ ZA CELOSTNO OBRAVNAVO: SODELOVANJE MED CENTROM ZA KREPITEV ZDRAVJA IN CENTROM ZA DUŠEVNO ZDRAVJE V ZD NOVA GORICA, PRIMER DOBRE PRAKSE .....	65
LOKALNA MREŽA ZA PODORO DUŠEVNEMU ZDRAVJU KOT IMPLEMENTACIJSKI MODEL SKUPNOSTNEGA PRISTOPA.....	67
VLOGA REGIJSKIH KOORDINATORJEV ZA DUŠEVNO ZDRAVJE PRI ZAGOTAVLJANJU PSIHOSOCIALNE PODPORE PO POPLAVAH V SLOVENIJI LETA 2023 .....	69
PREVENTIVA V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE .....	71
OSEBNA OBRAVNAVA PACIENTA.....	74
REGISTRI KRONIČNIH BOLNIKOV ZDL .....	76
VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI ZGODNJEM ODKRIVANJU KRONIČNE LEDVIČNE BOLEZNI V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE.....	78
OBRAVNAVA DEBELOSTI.....	83
VLOGA ZDRAVNIKA PRI CELOSTNI OBRAVNAVI DEBELOSTI V PROGRAMU ZDRAVA MERA .....	84
PREPREČEVANJE STIGMATIZACIJE LJUDI Z DEBELOSTJO .....	85
SODELOVANJE V TIMIH .....	87
POMEN DOBREGA SODELOVANJA MED AMBULANTAMI DRUŽINSKE MEDICINE IN ZDRAVSTVENO VZGOJNIMI CENTRI .....	88

(SPRE)GOVORIMO O RANLIVOSTIH IN O ČEZMERNEM PITJU ALKOHOLA .....	91
PRIDOBIVANJE UDELEŽENCEV ZA IZVAJANJE PREVENTIVNE DEJAVNOSTI NA PODROČJU OPUŠČANJA TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJE ALOKOHOLA V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA .....	92
DOBRE PRAKSE NASLAVLJANJA IZZIVOV PRI OBRAVNAVI TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA (TŠpA) V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA.....	94
POGLED NAZAJ IN POGLED NAPREJ – REFLEKSIJA TREH LET IZVAJANJA »SOPE« .....	96
SODELOVANJE S SOCIALNOVARSTVENIM ZAVODOM VITICA GORNJA RADGONA .....	98
POMEN ZGODNJEGA ODKRIVANJA DEJAVNIKOV TVEGANJA V OKVIRU ZDRAVSTVENE NEGE V PATRONAŽNI DEJAVNOSTI PRI STAREJŠIH OD 65 LET .....	101
PLAKATI .....	104
VKLJUČEVANJE ODRASLIH V PROGRAM OBRAVNAVE DEBELOSTI ZDRAVA MERA SKOZI OČI IZVAJALCEV .....	105
POT OB ŽICI – PRILOŽNOST ZA SKUPNOSTNO PROMOCIJO ZDRAVJA.....	108
KLINIČNI PRIMER: MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA PACIENTA Z EKSTREMNO DEBELOSTJO .....	114



## PREDSTAVITEV SLOVENSКИH SMERNIC ZA 24-URNO GIBALNO VEDENJE ODRASLIH

Kaja Kastelic<sup>1,2</sup>, Tjaša Knific<sup>3</sup>, Nejc Šarabon<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Inštitut Andrej Marušič Univerza na Primorskem

<sup>2</sup>InnoRenew CoE

<sup>3</sup>Nacionalni inštitut za javno zdravje

<sup>4</sup>Fakulteta za vede o zdravju Univerza na Primorskem

kaja.kastelic@iam.upr.si

Telesna dejavnost, sedentarno vedenje in spanje pomembno vplivajo na zdravje in dobro počutje. Spoznanje, da za ohranjanje in krepitev zdravja »cel dan šteje«, je ob dejstvu, da so omenjena vedenja med seboj soodvisna, v zadnjem desetletju vodilo do nove 24-urne paradigme. Po tej paradigmi obravnavamo telesno dejavnost, sedentarno vedenje in spanje skupaj – kot eno sestavljeno determinanto zdravja (tj. 24-urno gibalno vedenje).

Nova 24-urna paradigma je bila široko sprejeta tako med raziskovalci kot snovalci (med)narodnih javnozdravstvenih in kliničnih smernic. Smernice za 24-urno gibalno vedenje vključujejo priporočila za telesno dejavnost, sedentarno vedenje in spanje. V okviru projekta Umeščanje načela 24-urnega gibalnega vedenja kot determinante zdravja v slovenski prostor (GIB24), ki ga financirata Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost RS in Ministrstvo za zdravje RS, so bile oblikovane prve slovenske smernice za 24-urno gibalno vedenje odraslih in starejših odraslih.

Pri oblikovanju smernic je projektna skupina sledila metodologiji GRADE-ADOLPMENT, po kateri izhajamo iz obstoječih, na dokazih temelječih smernic in posodobitvi sistematičnih pregledov literature, na katerih temeljijo smernice. Po pregledu zbrane literature je skupina oblikovala osnutek slovenskih smernic ter ga poslala v presojo sedmim vidnejšim slovenskim strokovnjakom s področja telesne dejavnosti, sedentarnega vedenja in/ali spanja, ki prihajajo iz šestih institucij. Po dveh krogih Delfi študije in spletni anketi med ostalimi deležniki je bilo doseženo soglasje.

Dokument javnozdravstvenih smernic vključuje (i) nagovor, (ii) smernice, (iii) dodatne usmeritve dobre prakse in (iv) slovar. Namenjen je strokovnjakom (s področja zdravstva, športa in drugim), odločevalcem, raziskovalcem, delodajalcem, predstavnikom nevladnih organizacij in medijem, uporaben pa je tudi za zainteresirano širšo javnost. Projektna skupina je izdelala tudi promocijske materiale k smernicam, ki so namenjeni promociji zdravega 24-urnega gibalnega vedenja med širšo javnostjo.

Slovenske smernice za 24-urno gibalno vedenje vključujejo priporočilo, naj se odrasli in starejši odrasli ukvarjajo z zmerno- do visokointenzivno telesno dejavnostjo vsaj 150 minut na teden, omejijo sedentarno vedenje na 7 ur na dan ali manj in naj spijo 7–9 ur na dan (oz. 7–8 ur na dan za starejše odrasle). Smernice poudarjajo, da je za ohranjanje in krepitev zdravja potrebno pravo ravnovesje med omenjenimi vedenji. Vključujejo tudi priporočila glede ukvarjanja s telesno

dejavnostjo za krepitev večjih mišičnih skupin (vsaj 2-krat na teden), izboljšanje ravnotežja (priporočilo za starejše odrasle: vsaj 3-krat na teden), ukvarjanja z nizkointenzivno telesno dejavnostjo (nekaj ur na dan), omejevanja uporabe zaslonov v prostem času (3 ure ali manj) in pogostega prekinjanja obdobja dolgotrajnega sedentarnega vedenja. Smernice poudarjajo, da bo že približanje kateremu koli priporočilu prineslo nekaj koristi za zdravje in da nadomeščanje sedentarnega vedenja z dodatno telesno dejavnostjo od minimalno priporočene lahko prinaša dodatne koristi za zdravje.

Na konferenci bodo predstavljeni tudi preliminarni izsledki raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog 2024 glede deleža odraslih prebivalcev Slovenije, ki dosegajo omenjena priporočila. Smernice za 24-urno gibalno vedenje in začetek populacijskega spremljanja 24-urnega gibalnega vedenja predstavljajo pomemben mejnik pri prizadevanjih umeščanja 24-urega gibalnega vedenja kot determinante zdravja v slovenski prostor. Snovalci slovenskih smernic za 24-urno gibalno vedenje upajo, da bodo slovenski strokovnjaki prepoznali koristi smernic ter da jim bo dokument smernic služil kot nepogrešljiv pripomoček pri promociji zdravega življenjskega sloga odraslih in starejših odraslih.

**Ključne besede:** *priporočila, telesna dejavnost, sedentarno vedenje, uporaba zaslonov, spanje*

## STRIMO TRDE OREHE SKUPAJ – KAKO ZAGOVARJATI PREVENTIVO?

John Bromley, Director, The National Social Marketing Centre (United Kingdom) and Senior Fellow, University of Greenwich, London

John Landels, Secretary to the Board of the European Social Marketing Association, The National Social Marketing Centre (United Kingdom)  
john.landels@thensmc.com - www.thensmc.com

Zdravstveni sistemi v Evropi in drugje po svetu se soočajo s ključnim izzivom, kako določiti, kolikšen delež svojih omejenih virov nameniti dejavnostim za krepitev in varovanje zdravja namesto za zagotavljanje kliničnih zdravstvenih storitev prebivalstvu. V primerjavi z vsakodnevnimi zdravstvenimi storitvami, ki pacientom prinašajo takojšnje koristi, je krepitev zdravja dolgoročnejši proces, pri katerem se učinki lahko pokažejo šele čez pet do deset let. To pa pogosto ni sprejemljiv izid za politike, ki so pod pritiskom, da zmanjšajo čakalne dobe za zdravstvene storitve – še posebej zato, ker se koristi, ki jih prinaša krepitev zdravja, pokažejo šele po tem, ko so ti že zapustili ustanovo.

Ta prispevek bo predstavil bistvene utemeljitve za intervencije krepitev zdravja in prikazal njihovo učinkovitost pri spoprijemanju z izzivi nezdravega življenjskega sloga, ki postaja glavni vzrok za slabo zdravje naše družbe. Pregledali bomo več programov, ki so imeli merljiv vpliv, denimo na opuščanje kajenja. Vendar pa je treba upoštevati, da razvoj učinkovitih intervencij za krepitev zdravja nikoli ni enostaven ter zahteva odziv več deležnikov in sodelovanje celotne vlade. Ta predstavitev prav tako izpostavlja, da obstajajo številni primeri slabo zasnovanih, izvedenih in ovrednotenih intervencij. Prikazani bodo razlogi za to in kako se jim lahko v prihodnje izognemo. Na koncu sledi predstavitev, kako lahko sprejetje strukturiranega pristopa socialnega marketinga pomaga pri razvoju učinkovitih intervencij za krepitev zdravja v Sloveniji.

**Ključne besede:** *strateški socialni marketing, medsektorsko sodelovanje, učinkovite intervencije, dolgoročna sprememba vedenja*

## SLOVENSKE NACIONALNE SMERNICE ZA OPUŠČANJE KAJENJA IN POVEZANIH IZDELKOV PRI ODRASLIH

Dr. Tomaž Čakš<sup>(1)</sup>, Rok Zaletel<sup>(1)</sup>, Kaja Batista<sup>(2)</sup>  
Nacionalni inštitut za javno zdravje<sup>(1)</sup>, Onkološki inštitut<sup>(2)</sup>

Obolevnost in umrljivost zaradi bolezni, povezanih s tobakom, je velika. Da bi uspešno zmanjšali delež teh bolezni, je zelo pomembno povečati število tistih, ki prenehajo s kajenjem, in tistih, ki nikoli ne začnejo kaditi. Večina kadilcev in kadilk bi želela prenehati s kajenjem. Zasvojenost, ki jo povzroča nikotin, je sedaj že dobro poznana. Ker so zasvojeni, mnogi kadilci ne uspejo prenehati s kajenjem, zlasti če poskušajo to sami, brez pomoči. Zaradi tega je dobro, da imajo čim več različnih možnosti za zdravljenje in s tem večjo možnost za uspeh. Uspešna pomoč pri opuščanju kajenja vsebuje vrsto ukrepov. Sama ali v kombinaciji so na voljo različna vedenjska in farmakološka zdravljenja z izobraževanjem, kratkimi posveti in nasveti, intenzivno podporo, predpisovanjem preparatov in drugim, kar lahko pomaga posamezniku in populaciji kot celoti.

Vse države naj bi imele nacionalne smernice za zdravljenje odvisnosti od tobaka. V teh smernicah ni treba ponovno ovrednotiti dokazne baze dokazov za določene posege, temveč bi morale na podlagi obstoječih pregledov in analize lokalnega okolja zagotoviti jednat sklop priporočil za cenovno dostopne in izvedljive intervencije, ki bodo dosegle največji učinek **(1)**.

**Namen** smernic je povečati opuščanje kajenja ter opuščanje uporabe povezanih in nikotinskih izdelkov, ki niso registrirani kot nikotinska nadomestna terapija, zmanjšati obolevnost ter (prezgodnjo) umrljivost in družbene stroške zaradi rabe tobaka ter prispevati k boljšemu zdravju ljudi in vzdržnosti zdravstvenega sistema v prihodnosti.

Pomen opuščanja tobaka kot dela zdravljenja duševnih in telesnih motenj je bil obravnavan v različnih smernicah SZO. Zadnje najbolj posodobljene smernice je SZO izdala v juliju 2024 **(2)**.

Smernice vsebujejo priporočila za podporo odraslim (osebam, starim 18 let in več) pri opuščanju rabe vseh vrst tobačnih izdelkov, vključno s cigaretami, tobakom za vodno pipo (šišo) ter novjšimi nikotinskimi izdelki, kot so elektronske cigarete vseh generacij, nikotinske vrečke, različni brezdimni tobačni izdelki in segrevani tobačni izdelki.

Ti razmeroma preprosti ukrepi lahko pomembno vplivajo na delovanje zdravstvenih delavcev in izide zdravljenja bolnikov **(3, 4, 5)**.

Smernice na splošno povzemajo dokaze za različne intervencije in na njihovi podlagi dajejo priporočila za izvajalce **(6)**. Smernice morajo biti del širše državne strategije, ki jo podpirajo in utemeljujejo zdravstvene in druge strokovne organizacije.

V Sloveniji so na voljo številni različni brezplačni programi za opuščanje kajenja, katerih stroške krije zdravstveno zavarovanje. Kadilec, ki želi opustiti kajenje, si lahko izbere sebi najprimernejšo vrsto pomoči. V zdravstvenih domovih po Sloveniji v okviru zdravstvenovzgojnih centrov in centrov za krepitev zdravja usposobljeni strokovnjaki ponujajo brezplačno podporo pri opuščanju kajenja v obliki skupinskih delavnic ali individualnega svetovanja.

Na voljo je tudi brezplačen svetovalni telefon za pomoč pri opuščanju kajenja 080 2777, ki deluje vsak dan od 7.00 do 10.00 in 17.00 do 20.00. Številka telefona je navedena tudi na embalaži tobačnih izdelkov za kajenje. Klicatelji lahko s klicem na telefon pridobijo vse informacije glede opuščanja kajenja, telefon pa zagotavlja tudi možnost proaktivnega telefonskega svetovanja in vodenja, pri katerem svetovalec kadilcu daljši čas ponuja osebno pomoč in podporo pri procesu opuščanja kajenja.

V lekarnah so na voljo različne oblike nikotinskega nadomestnega zdravljenja, ki pomagajo kadilcu pri uspešnejši opustitvi kajenja. Na voljo so žvečilke, obliži in inhalatorji. Zdravila na recept predpiše osebni zdravnik. Stroške nikotinskega nadomestnega zdravljenja in zdravil na recept krije posameznik. Programe pomoči pri opuščanju kajenja v različnih okoljih izvajajo tudi nevladne organizacije.

**Zaključek:** Cilj smernic je zagotoviti tehnične usmeritve za opuščanje rabe tobaka in povezanih izdelkov pri odraslih, ki se lahko uporabljajo v Sloveniji za podporo uporabi z dokazi podprtih vedenjskih in farmakoloških ukrepov za opuščanje kajenja in rabe povezanih izdelkov ter zdravljenja zasvojenosti z nikotinom kot del celovitega pristopa za nadzor nad tobakom.

## Viri

- McRobbie, H. (2013), Tobacco dependence treatment guidelines: time for a change?. *Addiction*, 108: 1355–1356. doi: 10.1111/add.12264).
- *WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*
- Boyle R., Solberg L., Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 10. Art. No.: CD008743. doi: 10.1002/14651858.CD008743.
- Stead L. F., Buitrago D., Preciado N., Sanchez G., Hartmann-Boyce J., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; Issue 5. Art. No.: CD000165. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
- Aveyard P., Begh R., Parsons A., West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction* 2011; 107: 1066–1073.
- Thy T., Boker T., Gallefoss F., Bakke P. S. Hospital doctors' attitudes toward giving their patients smoking cessation help. *Clin Respir J* 2007; 1: 30–36.

## KAKŠNI PACIENTI VSTOPAJO V PROGRAM OBRAVNAVE DEBELOSTI ODRASLIH V ZDRAVSTVENIH DOMOVIH?

Rok Poličnik, Pika Založnik, Tatjana Novak Šubara, Andrea Backović Juričan, Tea Zaverla  
Šuštaršič, Jerneja Farkaš Lainščak

Poznavanje značilnosti in zdravstvenega stanja oseb, vključenih v program obravnave debelosti za odrasle (OMP), ki sistemsko poteka v primarnem zdravstvenem sistemu, je omejeno. V program OMP ambulantne družinske medicine trenutno napotujejo paciente na podlagi indeksa telesne mase (ITM), kljub njegovim dobro znanim omejitvam. Namen raziskave je bil opisati sociodemografske in zdravstvene značilnosti udeležencev ter ovrednotiti njihovo prehransko in funkcionalno stanje, vključno s tveganjem za podhranjenost in tveganjem za sarkopenijo.

Med septembrom in decembrom 2024 je bila izvedena nacionalna presečna raziskava v 27 od 61 zdravstvenih domov. Poleg rutinskega vprašalnika, ki ga zdravstveni strokovnjaki uporabljajo v OMP pri začetnem pogovoru s pacientom, je bil uporabljen razširjeni vprašalnik, ki je vključeval validirana presejalna orodja za presejanje prehranske ogroženosti in tveganja za sarkopenijo (MUST, SARC-F) ter funkcionalna testa (dinamometrija in test vstajanja s stola). Podatke so zbrale diplomirane medicinske sestre in fizioterapevti med prvim individualnim posvetom v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih.

V raziskavo je bilo vključenih 406 oseb (327 žensk, 79 moških) s povprečno starostjo 52,4 leta. Največ je bilo starih med 41 in 60 let. Po izobrazbi je imelo 52,2 % srednjo, 38,8 % visoko, 9,0 % pa osnovno izobrazbo. Večina je bila zaposlenih (64,2 %), skoraj tretjina upokojenih, regijsko pa je prevladovala vzhodna Slovenija (60,6 %). Povprečni ITM je bil  $38,9 \pm 6,2$  kg/m<sup>2</sup> pri moških in  $36,6 \pm 6,1$  kg/m<sup>2</sup> pri ženskah ( $p = 0,004$ ). Ženske so bile pogosteje v razredu debelosti I, moški pa v razredih II in III. Mlajši udeleženci so imeli višji ITM ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,001$ ).

Skoraj dve tretjini udeležencev (64,8 %) je imelo pridružene bolezni, najpogosteje srčno-žilne, mišično-skeletne in duševne motnje, multimorbidnost pa je bila pogostejša po 60. letu. Več kot polovica (53,9 %) je redno jemala zdravila, najpogosteje za srčno-žilne bolezni (34,7 %), duševne motnje (13,5 %), bolezni ščitnice (7,1 %) in sladkorno bolezen tipa 2 (6,7 %). Manjši delež je prejemal sodobna zdravila, ki se uporabljajo pri zdravljenju debelosti, kot so agonisti GLP-1 (3,0 %) in zaviralci SGLT-2 (2,2 %).

Ogroženost za podhranjenost med bolniki, napotenimi v OMP, je bila nizka: pri 99,7 % udeležencev je bil MUST = 0, pri enem (0,3 %) zmeren (MUST = 1), visokega tveganja (MUST = 2 in več) ni bilo. Kljub temu jih je 46,4 % poročalo o pogostem prenajedanju zaradi stresa, 39,4 % pa o nočnem hranjenju. Tveganje za sarkopenijo (SARC-F  $\geq 4$ ) je imelo 5,4 % udeležencev, najpogosteje zaradi težav pri hoji po stopnicah in zmanjšane moči. Funkcionalni testi so potrdili tveganje pri manjšem deležu, zlasti pri ženskah, mlajših od 65 let (0,8 % pri ročnem stisku, 6,0 %

pri vstajanju s stola). Pri 4,6 % so se pokazala neskladja med presejalnim vprašalnikom in testi, kar poudarja pomen kombinirane uporabe obeh pristopov za ugotavljanje tveganja za sarkopenijo.

Rezultati kažejo, da udeleženci OMP dosegajo zelo visoke vrednosti ITM, pogosto z multimorbidnostjo. Čeprav je tveganje za podhranjenost zanemarljivo, so pogoste težave s prehranjevanjem zaradi stresa in nočnega hranjenja, poleg tega pa sta pri manjšem deležu prisotna tveganje za sarkopenijo in zmanjšana funkcionalna sposobnost. Izsledki raziskave potrjujejo potrebo po celostni obravnavi debelosti, ki presega zgolj nadzor telesne mase ter vključuje spremljanje prehranskih navad, kroničnih bolezni in mišično-skeletnega stanja. Ob tem je treba velik poudarek nameniti razvoju pristopov in klinične poti za presejanje in obravnavo debelosti pri odraslih na nivoju primarnega zdravstvenega varstva.

**Opomba:** Predstavljeni podatki tega povzetka so del nacionalne raziskave o vključevanju odraslih v program obravnave debelosti. Celotna analiza in interpretacija podatkov sta v pripravi in bosta objavljena v znanstvenem članku v recenzirani reviji. Rezultati, predstavljeni na konferenci, so namenjeni zgolj preliminarni strokovni razpravi.

## DRŽAVNI PROGRAM ZA OBVLADOVANJE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA – OD VIZIJE DO IZVEDBE

prof. dr. Borut Jug, dr. med.<sup>1,2</sup>, doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, dr. med.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Center za preventivno kardiologijo, Klinični oddelek za žilne bolezni,  
Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

<sup>2</sup> Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

<sup>3</sup> Center Šola javnega zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje

<sup>4</sup> Splošna bolnišnica Murska Sobota

Bolezni srca in žilja ostajajo ključni javnozdravstveni problem tako v Evropi kot v Sloveniji – so vodilni vzrok smrti ter pomemben vzrok prezgodnje umrljivosti, bolnišničnih obravnav, odsotnosti z dela in izdatkov za zdravila. V zadnjih desetletjih se je starostno standardizirana stopnja umrljivosti za boleznimi srca in žilja v evropskih državah, tudi Sloveniji, pomembno zmanjšala, kar lahko pripišemo ukrepom tako na ravni populacije kot na ravni posameznika. Sem prištevamo številne aktivnosti; od javnozdravstvenih pobud, promocije zdravja, presejalnih programov in obvladovanja dejavnikov tveganja do napredka v akutni oskrbi, zdravljenju kroničnih stanj in rehabilitaciji, ki potekajo na vseh ravneh zdravstvenega varstva in v skupnosti. Kljub temu pa se napredek v zadnjem obdobju upočasnjuje, kar je povezano s staranjem prebivalstva, porastom kardiometaboličnih dejavnikov tveganja (kot so čezmerna telesna teža, debelost, sladkorna bolezen), pa tudi z družbeno-ekonomskimi in okoljskimi determinantami zdravja.

Epidemiološko in ekonomsko breme bolezni srca in žilja ter vse večja kompleksnost njihovega obvladovanja so v evropskem prostoru sprožili pobude za vzpostavitev nacionalnih programov za obvladovanje bolezni srca in žilja. Evropsko zavezištvo za srčno-žilno zdravje, ki združuje strokovne organizacije in združenja bolnikov, je leta 2022 predstavilo Evropski načrt za srčno-žilno zdravje, ki priporoča, da nacionalni programi zajamejo primarno preventivo (za zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti na ravni populacije); sekundarno preventivo (zgodnje prepoznavanje, presejanje in preprečevanje napredovanja bolezni); zgodnje, dostopno in optimalno zdravljenje bolnikov; ustrezno implementacijo srčno-žilne rehabilitacije; ter spremljanje in izboljševanje z zdravjem povezane kakovosti življenja in psihosocialnih izidov bolnikov. Poleg vsebinskih usmeritev načrt poudarja tudi organizacijske vidike – prenos znanja, spremljanje aktivnosti, vzpostavitev podpornega okolja za inovacije in digitalizacijo ter celovito implementacijo nacionalnih programov za obvladovanje bolezni srca in žilja. Pobude za sistematično obvladovanje bolezni srca in žilja so črpali iz izkušenj, ki so jih prinesli evropski in nacionalni programi za obvladovanje raka in sladkorne bolezni. Med madžarskim predsedovanjem Svetu Evropske unije v drugi polovici leta 2024 je bilo zmanjšanje bremena kroničnih bolezni, zlasti bolezni srca in žilja, ena od prednostnih nalog. Svet Evropske unije je tako decembra 2024 predstavil Sklepe o izboljšanju zdravja srca in žilja v Evropski uniji, v katerih poziva, naj se posebna pozornost nameni preventivnim ukrepom, kot so izboljšanje zdravstvene pismenosti,

ozaveščanje o zdravju srca in žilja ter odvrčanje od nezdravega življenjskega sloga. Hkrati je države članice pozval, naj zagotovijo enak dostop do zdravstvenih obravnav bolnikom z boleznimi srca in žilja, vključijo presejalne preglede v redne zdravstvene preglede in okrepijo usposabljanje zdravstvenih delavcev. Poleg tega je pozval Evropsko komisijo, naj sprejme celovite ukrepe za zmanjšanje razširjenosti bolezni srca in žilja, pri čemer je izpostavil ne le promocijo zdravja, temveč tudi presejalne preglede, zgodnje odkrivanje, zdravljenje, rehabilitacijo ter spodbujanje raziskav in inovacij. Sklepe Sveta je soglasno sprejelo 27 ministrov za zdravje držav članic Evropske unije, kar označuje močno politično zavezanost izboljšanju zdravja srca in žilja po vsej Evropi. Evropski komisar za zdravje in dobrobit živali, Oliver Varhelyi, pa je ob tem napovedal, da bo Evropska komisija postavila zdravje srca in žilja v središče svojega mandata ter razvila nov evropski načrt za zdravje srca in žilja, pri čemer bo kot okvirni primer uporabila evropski načrt za premagovanje raka. Podporo razvoju načrta je potrdilo tudi Evropsko kardiološko združenje.

Evropska unija je v tem obdobju vzpostavila tudi enoten odziv na zmanjšanje bremena bolezni srca in žilja ter sladkorne bolezni v obliki sofinanciranja projekta skupnega ukrepanja (angl. Joint Action on CARDiovascular diseases and DIabetes – JACARDI), ki se bo izvajal v obdobju štirih let (do 31. 10. 2027). Da bi breme teh bolezni tako na individualni kot družbeni ravni zmanjšali, strokovnjaki iz 21 evropskih držav pripravljajo ukrepe, povezane s celotno potjo bolnika; od dviga zdravstvene pismenosti in ozaveščenosti o srčno-žilnih in sladkorni bolezni, presejanj in preventivnih ukrepov za osebe z visokim tveganjem, do izboljšanja zdravstvenih storitev, samooskrbe ter spodbujanja vračanja na delo. Ukrepi bodo pilotno testirani v 142 pilotnih intervencijah v 18 evropskih državah, tudi Sloveniji. V Sloveniji v projektu skupnega ukrepanja JACARDI sodelujejo strokovnjaki z Nacionalnega inštituta za javno zdravje ter treh fakultet Univerze v Ljubljani (Medicinska fakulteta, Zdravstvena fakulteta in Fakulteta za družbene vede), ki bodo ob pomoči strokovnjakov z različnih kliničnih okolij izvedli štiri pilotne projekte. Kot dodatek k Državnemu programu za obvladovanje sladkorne bolezni bodo razvijali in testirali intervencije za izboljšanje presejanja za sladkorno bolezen z vključevanjem skupnosti ter skušali doseči večjo vključenost oseb s sladkorno boleznijo v zdravstvenovzgojne programe v zdravstvenih domovih ter v presejalni program za diabetično retinopatijo. Na področju bolezni srca in žilja bodo vključeni strokovnjaki razvili poenotena, celovita in integrirana zdravstvenovzgojna gradiva in pristope tako za izvajalce zdravstvenih storitev kot za osebe, napotene v program ambulantne srčno-žilne rehabilitacije. Končni cilj projekta na nacionalni ravni je evalvacija pilotnih intervencij in njihova vpeljava v vsakdanjo javnozdravstveno in klinično prakso, na mednarodni ravni pa izmenjava dobrih praks ter krepitev kapacitet, znanj in veščin na mnogih področjih, ki so torišča zmanjševanja bremena (kroničnih) bolezni tudi izven bolezni srca in žilja ter sladkorne bolezni.

V Sloveniji lahko prepoznamo številne aktivnosti, ki sodijo v domeno državnega programa za obvladovanje bolezni srca in žilja – od zakonodajnega okvira za zmanjšanje bremena nekaterih dejavnikov tveganja (npr. omejevanje uporabe tobačnih in povezanih izdelkov) do Programa integrirane preventive kroničnih bolezni za odrasle Skupaj za zdravje, implementacije protokolov

za spremljanje srčno-žilnih bolezni v družinski medicini, aktivnosti v zdravstvenovzgonih centrih/centrih za krepitev zdravja, kardiovaskularne oskrbe v okviru sekundarne in terciarne dejavnosti, mreže centrov za preventivno kardiologijo in rehabilitacijo ter znanstveno-raziskovalne, inovativne in izobraževalne dejavnosti v okviru različnih formalnih in neformalnih programov.

Usmeritve za osnovanje državnega programa za obvladovanje bolezni srca in žilja bi zato morale na osnovi bogate tradicije srčno-žilne oskrbe v Sloveniji slediti evropskim pobudam, da s koordinacijo, integracijo in nadgradnjo obstoječih aktivnosti lahko še bolje obvladujemo bolezni srca in žilja. Področja sprememb, ki zahtevajo posebno pozornost, so spremembe v populaciji, spremembe v determinantah srčno-žilnega zdravja, spremembe v bremenu boleznih (npr. naraščanje srčnega popuščanja, naraščanje števila bolnikov z več sočasnimi boleznimi), spremembe v diagnostičnih pristopih (npr. slikovne preiskave, telemedicinsko spremljanje) ter spremembe v metodah zdravljenja in rehabilitacije. Ključno je upoštevanje in udejanjanje inovacij, novih tehnologij in možnosti digitalizacije; nujno je prepoznavanje potreb po sprotnem in sistematičnem spremljanju srčno-žilne oskrbe (epidemiologija, ekonomsko breme, kakovosti oskrbe) in z zdravjem povezane kakovosti življenja. Osnovne aktivnosti, ki zagotavljajo usklajeno delovanje vseh deležnikov (odločevalci, strokovna združenja, izvajalci klinične in javnozdravstvene oskrbe, združenja bolnikov, plačnik, regulatorji, industrija), vključujejo nacionalne smernice in klinične poti, strateško usklajevanje različnih pobud in aktivnosti, prepoznavanje potreb in zagotavljanje ustrezne, vzdržne in odporne oskrbne mreže (z opredeljeno strukturo in aktivnostmi), spremljanje kakovosti, spodbujanje izobraževanja, inovativnosti, znanstvenega raziskovanja in udejanjanja digitalnih rešitev. Kompleksnost in prepletanje strukture, aktivnosti in napredka srčno-žilne oskrbe v Sloveniji zahteva na eni strani možnost inovativnih in prilagojenih pristopov v klinični medicini, ki je usmerjena v bolnika (personalizacija/preciznost), in skupnostnih pobudah, ki zagotavljajo najboljše rešitve v posameznem okolju, regiji oziroma skupnosti; na drugi strani pa potrebuje integracijo in koordinacijo, ki bo omogočila karseda celovito, učinkovito, kakovostno, dostopno in enakopravno srčno-žilno oskrbo vsem prebivalcem.

## Viri

- European Society of Cardiology cardiovascular disease burden. Dostopno na: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Fact-sheets>
- Timmis A, Aboyans V, Vardas P, Townsend N, Torbica A, Kavousi M, et al. European Society of Cardiology: the 2023 Atlas of Cardiovascular Disease Statistics. European Heart Journal. 2024; 45: 4019-62.
- Eurostat cardiovascular disease statistics. Dostopno na: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular\\_diseases\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics)
- Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2023. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2025.
- Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, Trobica A, Maggioni A, Huculeci R, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: A population-based cost study. Eur Heart J 2023; 44: 4752-76.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Državni program obvladovanja raka 2022–2026. Dostopno na: <https://www.dpor.si/>

- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Državni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2020-2030. Dostopno na: <https://www.obvladajmosladkorno.si/drzavni-program/>
- Berger B. Towards a beating cardiovascular disease plan for Europe. Eurohealth 2021; 27: 37-40.
- A European Cardiovascular Health Plan: The need and the ambition. Brussels: European Alliance for Cardiovascular Health, 2022. Dostopno na: [https://www.cardiovascular-alliance.eu/wp-content/uploads/2022/05/EACH-Plan-Final\\_130522.pdf](https://www.cardiovascular-alliance.eu/wp-content/uploads/2022/05/EACH-Plan-Final_130522.pdf)
- Improving cardiovascular health in Europe: The case for EU and national cardiovascular health plans. Budapest: Hungarian Ministry of Health in collaboration with the European Society of Cardiology, 2024.
- Sklepi o izboljšanju zdravja srca in ožilja v Evropski uniji. Bruselj: Svet Evropske unije, 2024. Dosegljivo na: <https://www.consilium.europa.eu/sl/press/press-releases/2024/12/03/cardiovascular-health-council-calls-for-more-robust-efforts-to-help-prevent-cardiovascular-diseases/>
- European Commission announces EU Cardiovascular Health Plan. Brussels: European Council, 2024. Dosegljivo na: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/eu-health-ministers-adopt-landmark-council-conclusions-on-cardiovascular-health>
- Joint Action on CARdiovascular diseases and DIabetes – JACARDI. Dostopno na: <https://jacardi.eu/>
- 21 evropskih držav sodeluje v projektu zmanjšanja bremena bolezni srca in ožilja ter sladkorne bolezni. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023. Dostopno na: <https://nijz.si/projektii/21-evropskih-drzav-sodeluje-v-projektu-skupnega-ukrepanja-eu-jacardi-za-zmanjsanje-bremena-bolezni-srca-in-ozilja-ter-sladkorne-bolezni/>
- Tudi Slovenija s projektom JACARDI nad boleznimi srca in ožilja ter sladkorno bolezen. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024. Dostopno na: <https://nijz.si/nenalezljive-bolezni/tudi-slovenija-s-projektom-jacardi-nad-bolezni-srca-in-ozilja-ter-sladkorno-bolezen/>
- JACARDI v znanstvenih publikacijah. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024. Dostopno na: <https://nijz.si/projektii/jacardi-v-znanstvenih-publikacijah/>
- Zaletel J, Farkaš-Lainščak J. Creation of a different landscape for cardiovascular diseases and diabetes in Europe through JACARDI Joint Action. Zdr Varst 2024; 63: 109-112.

*Ciljni raziskovalni projekt V3-24038 »Priprava strokovnih izhodišč in priporočil za oblikovanje državnega programa obvladovanja bolezni srca in žilja v Sloveniji« sofinancirata Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.*

CELOSTNA PREVENTIVA ZA ODRASLO POPULACIJO: OD PODATKOV DO  
ODLOČITEV, OD STRATEGIJ DO PRAKSE



## KREPITEV POKLICNIH IN OSEBNIH VEŠČIN



## O ZANOSU - Kaj nas žene naprej

Izr. prof. dr. Katarina Habe  
Akademija za glasbo, UL  
e-pošta: katarina.habe@ag.uni-lj.si

V sodobnem času, ki ga zaznamujejo hitro spreminjajoče se delovne zahteve, kompleksni izzivi in visoka pričakovanja, postaja vprašanje, kako lahko ohranjamo ter razvijamo svoje poklicne in osebne veščine, izjemno aktualno. Ena od pomembnih poti k temu cilju je raziskovanje in krepitev zanosa oziroma stanja optimalne izkušnje (*flow*), ki ga je v psihološko teorijo uvedel Mihaly Csikszentmihalyi. Zanos kot psihološko stanje presega golo opravljanje nalog – predstavlja stanje, v katerem se posameznik povsem potopi v dejavnost, pri čemer doživlja občutek smisla, notranje motivacije in kompetentnosti (Csikszentmihalyi, 2019).

Psihološko je zanos opredeljen kot optimalno doživetje – posebno stanje zavesti, ki nastopi, ko so naše sposobnosti in izzivi okolja v ravnovesju (Csikszentmihályi, 2019). Jackson in Csikszentmihályi (1999) navajata devet dimenzij zanosa, in sicer:

- ravnovesje med izzivom in sposobnostmi,
- zlitje z izvedbo,
- jasnost ciljev,
- nedvoumnost povratnih informacij,
- popolna osredotočenost,
- občutek nadzora,
- izguba samozavedanja,
- spremenjeno doživljanje časa,
- avtoteličnost izkušnje (dejanje kot nagrada sama po sebi).

Doživljanje zanosa je stanje blagostanja, ki vključuje telesno, čustveno, miselno in duhovno raven posameznika. Zanos ima več posebnosti: je nalezljiv, pogosteje se pojavlja pri skupinskih kot pri individualnih aktivnostih, o njem večkrat poročajo ženske kot moški. Najpogosteje ga doživljamo v aktivnem delovanju – pri delu, učenju in gibanju, redkeje pri pasivnem počitku. V otroštvu je skoraj vsakodnevno prisoten skozi igro, ki pomeni popolno prisotnost v trenutku (Csikszentmihályi, 2019).

Obravnava zanosa se neposredno povezuje tudi z razvojem pozitivne psihologije, katere utemeljitelj Martin Seligman je opozoril, da se je psihologija predolgo osredotočala zgolj na primanjkljaje, disfunkcije in patologijo pri človeku. Namesto tega je zagovarjal potrebo po usmeritvi na človeške potenciale, moči in vrline, ki posameznikom omogočajo rast in polno uresničevanje (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). V tem okviru je zanos razumljen kot eden ključnih psiholoških procesov, ki posameznika spodbuja k nadgradnji lastnih veščin in doseganju

višjih ravni osebne in profesionalne učinkovitosti ter ga štiti pred negativnimi posledicami stresa in izgorelosti.

Smiselno je torej govoriti o zanosu kot načinu krepitev poklicnih in osebnih veščin, saj gre za koncept, ki združuje individualno dobrobit in profesionalno učinkovitost. Zanos ni le prijeten psihološki pojav, temveč strateški vir – tako za posameznika, ki išče načine za osebno rast in zadovoljstvo, kot za organizacije, ki si prizadevajo za inovativnost, produktivnost in trajnostni razvoj.

Čeprav je zanos pogosto predstavljen kot izrazito pozitiven psihološki pojav, raziskave opozarjajo, da ima lahko tudi določene negativne posledice. Ena od njih je **pretirano poglobljanje v dejavnost**, zaradi česar posameznik zanemara druge pomembne življenjske vidike, kot so zdravje, socialni odnosi ali obveznosti zunaj dela (Csikszentmihalyi, 2019). Dolgotrajno in intenzivno doživljanje zanosa pri delu je bilo povezano tudi z večjim tveganjem za **deloholizem** – stanje, ko posameznik izgubi ravnovesje med profesionalnim in zasebnim življenjem (Schaufeli idr., 2006). Poleg tega se lahko pojavi nevarnost, da posameznik vztraja pri dejavnosti, ki mu sicer prinaša subjektivni užitek, a nima realne dodane vrednosti za njegov dolgoročni razvoj ali okolje (Partington idr., 2009). Zato je pomembno, da se zanos razume kot koristen psihološki vir, vendar ob hkratnem zavedanju, da potrebuje **ravnotežje in kontekstualno usmerjenost**, da ne preraste v kontraproduktivne učinke.

Raziskave kažejo, da posamezniki, ki pri delu pogosto doživljajo zanos, izkazujejo višjo raven poklicne zavzetosti, ustvarjalnosti in produktivnosti (Bakker & Demerouti, 2008). Zanos spodbuja učenje v okviru same aktivnosti. Posamezniki, ki ga doživljajo, se hitreje poglobljajo v zahtevne naloge ter učinkoviteje razvijajo nove kompetence (Csikszentmihalyi, 2019). Stanje zanosa povečuje divergentno mišljenje, kar vodi v generiranje novih idej in inovativnih rešitev (Moneta, 2012). Organizacije, ki spodbujajo pogoje za zanos, imajo zato pogosto boljši inovacijski potencial. Ker je za posameznika delo nagradujoče, lažje prenaša obremenitve, vztraja pri zahtevnih nalogah in dosega višjo dolgoročno učinkovitost (Salanova, Bakker & Llorens, 2006).

Zanos pa se ne kaže le kot profesionalna prednost, temveč tudi kot vir osebnega blagostanja. Doživljanje zanosa krepi občutek lastne kompetentnosti in spodbuja razvoj notranje motivacije, kar je ključno za osebno rast (Deci & Ryan, 2000). Posamezniki, ki delujejo z navdušenjem, prenašajo pozitivno energijo na druge, kar spodbuja sodelovanje in izboljšuje kakovost medosebnih odnosov (Fredrickson, 2001). Zanos prispeva k višjemu subjektivnemu blagostanju, zmanjšuje zaznani stres in krepi psihološko odpornost (Schaufeli & Bakker, 2004).

Sklenemo lahko, da zanos ni zgolj prijeten občutek ali trenutek navdušenja – je močan notranji motor, ki posameznika vodi k rasti, učenju in doseganju višjih ravni kompetenc. Ko ga prepoznamo in zavestno negujemo, odpira vrata ustvarjalnosti, izboljšuje produktivnost in pogloblja osebno zadovoljstvo. Vendar je hkrati pomembno, da zanos uravnotežimo s skrbjo za svoje zdravje, odnose in dolgoročne cilje.

Vsak posameznik ima potencial, da doseže optimalno stanje, v katerem delo ni le obveznost, temveč vir navdiha, učenja in rasti. Zavedanje tega potenciala nas lahko opogumlja, da iščemo naloge, ki nas resnično navdušujejo, poglobljamo veščine, ki jih imamo, in hkrati ostajamo pozorni na ravnovesje. Zanos naj bo pot k bolj uravnoteženemu in zadovoljnemu življenju na vseh ravneh, naj bo iskra, ki prižiga notranji ogenj, ki nas usmerja k življenjskim ciljem, ki nas celostno bogatijo in zaradi katerih smo bolj opolnomočeni.

**Ključne besede:** pozitivna psihologija, zanos, krepitev celostnega zdravja in blagostanja, osebnostna rast

## Viri

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13(3), 209–223. <https://doi.org/10.1108/13620430810870476>
- Csíkszentmihályi, M. (2019). *Zanos – Psihologija optimalnega izkustva*. Umco.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Jackson, S. A., & Csíkszentmihályi, M. (1999). *Flow in sports: The keys to optimal experiences and performances*. Human Kinetics.
- Moneta, G. B. (2012). Openness to experience, extraversion, and neuroticism as predictors of the frequency of flow in everyday life. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 545–550. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.023>
- Nakamura, J., & Csíkszentmihályi, M. (2014). The concept of flow. In M. Csíkszentmihályi (Ed.), *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 239–263). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8\\_12](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_12)
- Partington, S., Partington, E., & Oliver, C. (2009). The dark side of flow: A qualitative study of dependence in big wave surfing. *The Sport Psychologist*, 23(2), 170–185. <https://doi.org/10.1123/tsp.23.2.170>
- Salanova, M., Bakker, A. B., & Llorens, S. (2006). Flow at work: Evidence for an upward spiral of personal and organizational resources. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-8854-8>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Bakker, A. B. (2006). Dr. Jekyll or Mr. Hyde: On the differences between work engagement and workaholism. In R. J. Burke (Ed.), *Research companion to working time and work addiction* (pp. 193–217). Edward Elgar.
- Seligman, M. E. P., & Csíkszentmihályi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

## ZDRAVJE GIBAL

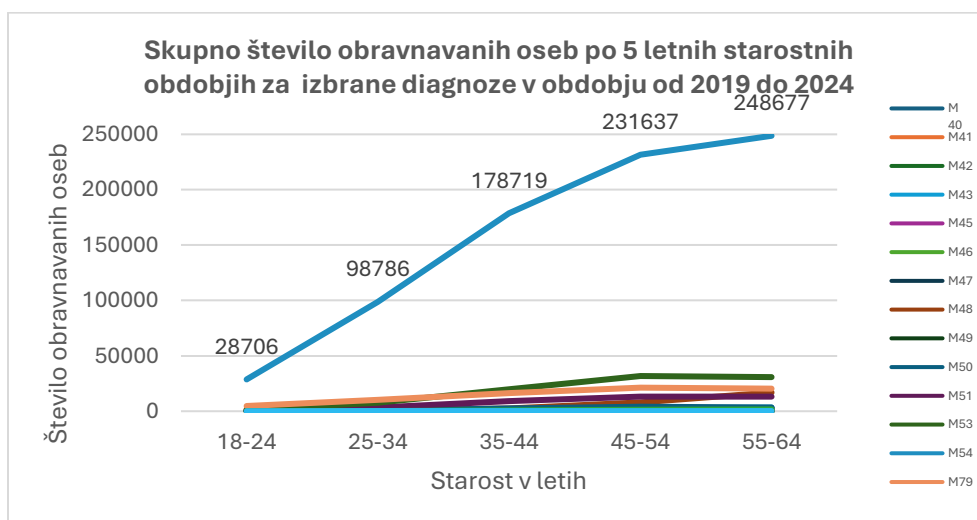


## MIŠIČNO-SKELETNA BOLEENJA IN PROJEKT POSODOBITEV OBRAVNAVE MIŠIČNO-SKELETNIH BOLEČIN NA PRIMARNI RAVNI (MISKBOL)

Manica Remec in Suzana Pustivšek, NIJZ  
manica.remec@nijz.si

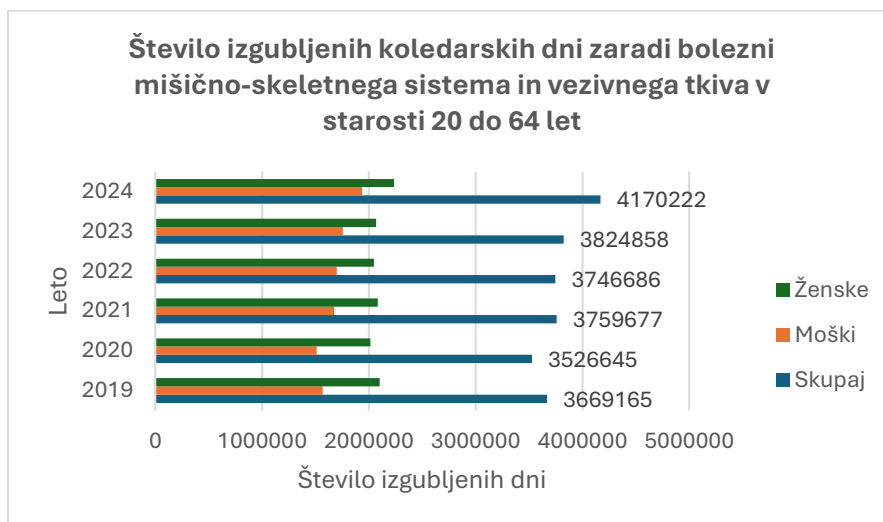
Mišično-skeletna obolenja so v Sloveniji ena od najpogostejših zdravstvenih težav, ki vplivajo na kakovost življenja in delovno sposobnost ter povečujejo breme zdravstvenega in drugih sistemov. Že desetletja predstavljajo enega od glavnih vzrokov (dolgotrajne) bolniške odsotnosti. Dolge čakalne dobe pogosto pomenijo, da pacienti z akutnimi težavami mišično-skeletnega sistema ne prejmejo ustrezne obravnave pravočasno, kar povečuje tveganje za kronifikacijo in splošno poslabšanje stanja. Za paciente s kronično nerakavo bolečino pa je v Sloveniji na voljo le ena prilagojena oblika zdravstvene oskrbe, ki se izvaja na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije SOČA (URI SOČA). Čakalna doba za to obravnavo presega zakonsko določeno največjo dopustno čakalno dobo. Navedeno predstavlja velik izziv tako z vidika zdravstvene obravnave kot tudi ekonomskih posledic in psihosocialnih bremen.

Pregled podatkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) o številu obravnavanih oseb, v starosti od 18 do 64 let, pri izbranem osebnem zdravniku, v povezavi z izbranimi najpogostejšimi diagnozami mišično-skeletnih obolenj (M40 – M54, M79.1, M79.7 in M99) in kronične bolečine (R52.2) kaže, da je bolečina v hrbtu (dorzalgija, M54) vodilni vzrok med obravnavami, da se pri večini izbranih diagnoz kaže linearno povečevanje števila obravnavanih oseb do 55. leta, v obdobju med 55. in 59. letom pa število obravnavanih oseb doseže plato in se nato v starosti med 60. in 64. letom zniža (graf 1), da število obravnav po padcu leta 2020, ki ga je povzročila epidemija covid-19, narašča (1,2). V večini regij se trend števila obravnav, kadar primerjamo leti 2019 in 2024, počasi povečuje, z izjemo Jugovzhodne Slovenije, Koroške in Obalno-kraške regije.



Graf 1: Skupno število obravnavanih oseb po 5 letnih starostnih obdobjih za izbrane diagnoze v obdobju od 2019 do 2024 (1).

Pri opazovanju trenda bolniških odsotnosti zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva pri osebah od 20. do 64. leta starosti, od leta 2019 do 2024, je mogoče opaziti, da se z izjemo obdobja epidemije covid-19 število izgubljenih koledarskih dni povečuje in da je to število višje pri ženskah (graf 2). Pri pregledu podatkov o dolgotrajni bolniški odsotnosti zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva je od leta 2021 do 2024 večinoma prisoten trend naraščanja primerov in izgubljenih koledarskih dni tako pri odsotnostih nad 42 dni kot pri tistih nad 365 dni; oba kazalnika sta višja pri ženskah. Število izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega se je od leta 2019 do leta 2024 povečalo s 4,03 na 4,47 (2).



Graf 2: Bolniška odsotnost zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva v starosti od 20 do 64 let v obdobju od 2019 do 2024 (2).

## Metode

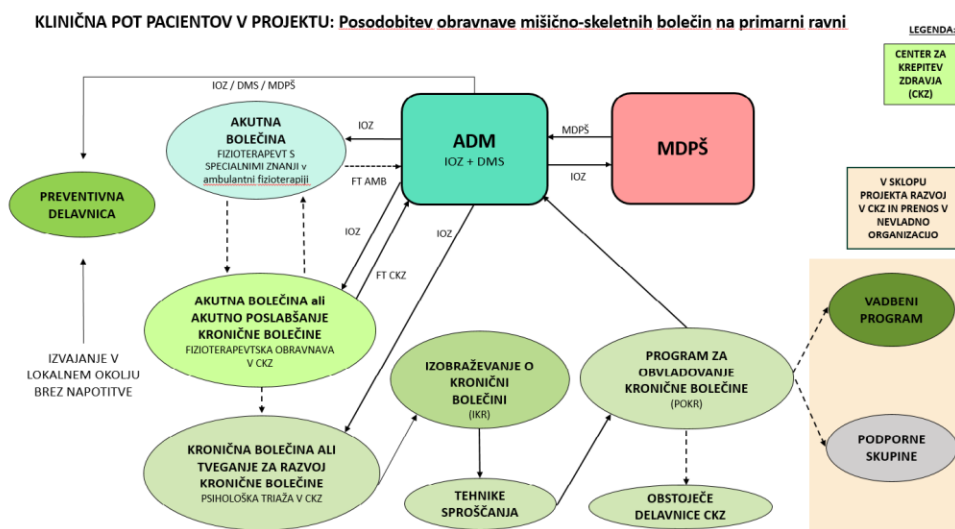
Kot odgovor na trenutno stanje poteka v okviru Načrta za okrevanje in odpornost projekt Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni (MiSkBol). Namen projekta je vpeljati strokovne in organizacijske spremembe za povečanje kakovosti in dostopnosti obravnave za zmanjševanje in preprečevanje bolečine v hrbtu na primarni ravni ter jo dopolniti s pristopi za obravnavo kronične razširjene ne-rakave bolečine. Ključna nosilca projekta sta NIJZ in URI SOČA. Projekt poteka od leta 2023 do 2026 v šestih pilotnih okoljih – zdravstvenih domovih, v katerih delujejo centri za krepitev zdravja (CKZ) in v katerih je v sklopu ambulantne fizioterapije na voljo tudi posebna fizioterapevtska obravnava. Hkrati so v projekt vključeni tudi specialisti medicine dela, prometa in športa ter nevladna organizacija, ki je namenjena osebam s kronično mišično-skeletno bolečino. Ciljna populacija so odrasle osebe s poudarkom na delovno aktivni populaciji, pri katerih se je pojavila akutna bolečina v hrbtu ali kronična ne-rakava bolečina.

## Rezultati

Upoštevač najnovejše smernice za obravnavo bolečine v hrbtu (3) in kronične mišično-skeletne bolečine ter možnosti in omejitve primarnega zdravstvenega varstva, so pacienti v novi klinični poti projekta (slika 1), po pregledu in presejalnem protokolu v ambulanti družinske medicine, napoteni na ustrezno obravnavo. Poleg specialne fizioterapevtske obravnave v primeru akutne bolečine klinična pot ponuja nove intervencije, med katere sodijo:

- fizioterapevtska obravnava akutne bolečine ali akutnega poslabšanja kronične bolečine v CKZ, ki temelji na edukaciji in aktivni participaciji pacienta;
- sklop multidisciplinarnih obravnav za kronično bolečino (psihološka triaža, izobraževanje o kronični bolečini, program za obvladovanje kronične bolečine), ki so po potrebi dopolnjene še z obstoječimi delavnicami v CKZ;
- vadbeni program za osebe s kronično mišično-skeletno bolečino;
- obravnava pri specialistu medicine dela, prometa in športa, ki vključuje pregled, oceno delovnega mesta in priporočila za prilagoditve, in
- preventivna delavnica, namenjena delovno aktivni populaciji, pri kateri je zaradi življenjskega sloga in delovnih obremenitev prisotno tveganje za razvoj mišično-skeletnih obolenj.

Dodatno so pacientom s kronično bolečino na voljo tudi aktivnosti NVO, vključene v projekt, z namenom zagotavljanja dolgotrajne podpore v lokalnem okolju, zunaj zdravstvenega sistema.



Slika 1: Klinična pot pacienta v projektu Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni.

## Diskusija in zaključek

Problematika mišično-skeletnih obolenj v Sloveniji izkazuje potrebo po posodobitvi zdravstvenih obravnav (klinična pot, intervencije pri različnih strokovnjakih) na primarni ravni zdravstvenega varstva tako za akutno kot za kronično bolečino ter pri vpeljavi preventivnih intervencij. Na sistemski ravni je treba zagotoviti pravočasno dostopnost do učinkovitih obravnav, temelječih na sodobnih strokovnih dognanjih, s ciljem preprečevanja mišično-skeletnih obolenj, zmanjšanja

tveganja za kronifikacijo ter s tem povezanih ponavljajočih se in dolgotrajnih bolniških staležev. Nujno je tudi interdisciplinarno in usklajeno medsektorsko naslavljanje problematike.

**Ključne besede:** *mišično-skeletna obolenja, posodobitev obravnav, projekt MiskBol*

## Viri

- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, (2025). Podatki iz interen baze podatkov o rabi zdravstvenih storitev v letih od 2019 do 2024 na primarni ravni zdravstva (neobjavljen interni dokument).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2025). Kazalniki bolniške odsotnosti po spolu in skupinah bolezni, Slovenija, letno. Baza podatkov. NIJZ podatkovni portal: [https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal\\_\\_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva\\_\\_07%20Bolni%C5%A1ka%20odsotnost/BS\\_TB1.px/](https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal__1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva__07%20Bolni%C5%A1ka%20odsotnost/BS_TB1.px/)
- Apeldoorn, A. T., Swart, N. M., Conijn, D., Meerhoff, G. A., & Ostelo, R. W. (2024). Management of low back pain and lumbosacral radicular syndrome: the Guideline of the Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF). *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 60(2), 292–318. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.24.08352-7>

## POGLED DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA: PRIMERJAVA OBRAVNAVE OSEB Z AKUTNO BOLEČINO V HRBTU TER KRONIČNO MIŠIČNO-SKELETNO BOLEČINO V SKLOPU PROJEKTA MiSkBol IN BREZ NJEGA

Alenka Bizjak, dr. med. spec. druž. med., ZD Kranj  
alenka.bizjak@zd-kranj.si

Zdravstvenem domu Kranj deluje 39 ambulant družinske medicine. V projekt MiSkBol se je aktivno vključilo 18 zdravnikov in dva specializanta v zaključni fazi specializacije.

Bolečina v križu je ena najpogostejših težav, zaradi katere se pacienti obračajo na ambulantno družinskega zdravnika. Zaradi že znanih dejavnikov tveganja in življenjskega sloga je pričakovati, da bo težav te vrste v prihodnjih letih in desetletjih vedno več. Akutna in kronična bolečina v hrbtenici sta med pogostejšimi vzroki za bolniško odsotnost, zato neučinkovito spoprijemanje s to problematiko vodi v dolgotrajne in ponavljajoče se absentizme.

V vsakodnevni klinični praksi se pri obravnavi akutne in kronične bolečine v križu srečujemo s številnimi izzivi. Najbolj pereč problem so absolutno predolge čakalne dobe do fizioterapevske in/ali kinezioterapevske obravnave, slaba dostopnost do izobraževalnega gradiva oziroma izobraževanj ter pomanjkanje celostne obravnave bolnikov z bolečino. Projekt MiSkBol je vse naštetu učinkovito naslavljal.

Ob predstavitvi projekta v naši ustanovi so bili odzivi zdravnikov zelo različni. Nekaj zdravnikov je takoj prepoznalo dobro priložnost, kako pacientom zagotoviti bolj kakovostno obravnavo, veliko zdravnikom pa je udeležba v projektu predstavljala preveliko obremenitev in se, kljub podrobnemu opisu in pozitivnim povratnim informacijam bolnikov tekom projekta, k izvedbi projekta niso želeli priključiti. V začetnem delu projekta sem, z namenom učinkovite izvedbe, po skupni predstavitvi vsakemu zainteresiranemu zdravniku dodatno razložila protokol obravnave bolnikov. Menim, da je na ta način vključevanje bolnikov v projekt potekalo hitreje in učinkoviteje.

Glede na to, da je med projektom prihajalo do nekaterih sprememb, jih je bilo relativno težko prenesti v prakso. Tako ni zaživel napotovanje do specialista medicine dela, prav tako je kar nekaj težav predstavljalo pridobivanje bolnikov za kontrolno skupino.

S projektom MiSkBol smo pridobili dodatne metode zdravljenja, ki ne temeljijo na farmakoterapiji. Vključevanje večjega tima v obravnavo pacienta se je izkazalo za zelo dobrodošlo. Opazili smo, da so pacienti prejeli celostno informacijo, kako se spoprijemati s težavami. Pozitivne povratne informacije bolnikov so bile zelo spodbudne. Menim, da projekt predstavlja primer dobre prakse, kako k zdravljenju pristopiti celostno.

Poleg tega so zdravniki v našem zdravstvenem domu pri povratnih informacijah izpostavili, da jim je bilo všeč, da so bolniki hitreje in učinkoviteje prišli do ustrezne obravnave. Najočitneje se je izkazalo pri obravnavi bolnikov s hernijo diska, ki so bili predvideni za konzervativno zdravljenje. Običajno večmesečno čakanje na fizioterapijo je v takih primerih nedopustno. Glede na potek projekta so zdravniki pozdravili tudi možnost hitrejše napotitve bolnikov s kroničnim bolečinskim sindromom na URI Soča.

Upamo, da se bo vsaj nekaj dejavnosti, ki so bile omogočene v sklopu projekta, preneslo tudi v redno prakso. Zdravniki si želimo, da bi imeli enako dober dostop do fizioterapije, kinezioterapije in psihološke podpore, kot jo imamo do farmakoterapije. Uporabni bi bili tudi spletni programi, na primer video posnetki s podrobnejšimi razlagami bolezenskih stanj, posnetki vaj ali vadbe prek spleta, saj je vedno več tako mlajših kot starejših bolnikov dobro večjih iskanja spletnih vsebin. V vsakodnevni praksi bi nam koristil tudi seznam organizacij v lokalnem okolju, ki ponujajo kakovostno vodeno vadbo.

**Ključne besede:** *bolečina v križu, ambulanta družinskega zdravnika, projekt MiSkBol*

## BOLEČINE V KRIŽU – IZKUŠNJE ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE PRI PROJEKTU MISKBOL

Mihaela Strgar Hladnik, dr. med. spec. spl. med.  
Zdravstveni dom Ljubljana  
Mihaela.strgar-hladnik@zd-lj.si

Kar 84 % ljudi ima v življenju bolečine v križu, ki pa so večinoma samoozdravljive (1). Akutna bolečina v križu traja štiri tedne, lahko pa se podaljša in se razvije kronična bolečina, ki traja več kot 12 tednov (2). Večina ledvene bolečine je nespecifične (85 %) in ne najdemo specifičnega vzroka zanjo (3). Za ugotavljanje vzrokov bolečine v križu uporabljamo anamnezo in klinični status, za specifične vzroke bolezni pa slikovno diagnostiko (rentgensko slikanje, računalniško tomografijo – CT in magnetno resonanco – MR) (4). Zdravljenje bolečine v križu obsega izobraževanje bolnika, vaje oziroma gibanje, gretje, masažo, spinalno manipulacijo, fizioterapijo, kratkotrajno zdravljenje z nesteroidnimi antirevmatikami in zdravljenje specifičnih vzrokov (5).

Mišično-skeletna bolečina je eden od najpogostejših vzrokov za obravnavo bolnika pri zdravniku družinske medicine in tudi najpogostejši razlog odsotnosti z dela. Akutna bolečina v križu se lahko zaradi čakanja na zdravljenje spremeni v kronično bolečino, ki pa zahteva mnogo kompleksnejšo obravnavo in dolgotrajno zdravljenje. Projekt Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni (MiSk Bol) je bil zasnovan z namenom izboljšanja zdravstvene obravnave oseb z mišično-skeletno bolečino in preprečevanja prehoda akutne v kronično mišično-skeletno bolečino ter kot predlog sistemske umestitve obravnave oseb z mišično-skeletno bolečino v redne aktivnosti izvajalcev na primarni ravni (6). Zdravstveni dom Ljubljana sodeluje v omenjenem projektu; udeleženci so zbrali nekaj rezultatov in mnenj o projektu MiSk Bol. Vprašalniki so bili sistematično zbrani in so omogočili tako bolniku kot zdravniku celovit pogled na mišično-skeletno bolečino in pridružena stanja (anksioznost, depresija). Presenetljiv je bil odgovor bolnikov na vprašanje »Za osebo s takim zdravstvenim stanjem, kot je moje, ni zares varno, da je telesno dejavna.« Veliko bolnikov je bilo negotovih ali celo odklonilnih do gibanja in so bili zaskrbljeni, da bodo s telesnim gibanjem bolečino še poslabšali. Vsak bolnik, ki je ustrezal kriterijem za vključitev v MiSk Bol, se je odzval povabilu. Aktivni bolniki so bili celo presenečeni in zadovoljni, da bodo v tako kratkem času prišli na vrsto za fizioterapevtsko obravnavo (FTH) in se lahko vrnili na delo. Bolniki, ki so imeli akutno bolečino in so se želeli čim prej vrniti na delo, so ponujene obravnave sprejeli resno in so aktivno sodelovali. Na obravnavo FTH v okviru MiSk Bol bolniki čakajo od nekaj dni do največ 14 dni. Pri FTH prejmejo osnovne zgibanke z vajami, ki jih individualno dopolnjujejo, in navodila ob morebitnem recidivu. Pri bolnikih z akutno bolečino, ki so jih obravnavali v centru za krepitev zdravja (CKZ), so obravnave potekale v okviru projekta individualno in so nanje čakali 14 dni. Če bi jih obravnavali skupinsko, bi jih predhodno opredelili glede na njihovo zmogljivost in jih uvrstili v skupine s podobno zmogljivostjo. Izvedena je bila zdravstvena vzgoja, individualno so jim pokazali vaje in jih napotili v že obstoječe delavnice gibanja v CKZ.

Obravnavanje bolnikov s kronično bolečino je bolj kompleksna in težja. V CKZ jim glede na njihovo fizično zmogljivost ponudijo obstoječe delavnice. V Zdravstvenem domu Ljubljana je povpraševanje po delavnicah v zvezi z gibanjem veliko in trenutno je v čakalni vrsti 200 oseb. Povprečna čakalna doba je 3–4 mesece. Delavnice potekajo v ciklih in trajajo 3–4 mesece. Poleg delavnic Gibam se sta za bolnike s kronično bolečino priporočljivi tudi delavnici Spoprijemanje s stresom in Tehnike sproščanja, za kateri je čakalna doba trenutno 4 mesece.

Na Inštitutu republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR) potekajo uvodna srečanja, na katera je bolnik napoten v kratkem času, vendar pa je celotna obravnava zaradi dolge čakalne dobe na vrsti šele čez 3 leta.

### **Komentarji k MiskBol**

Projekt je bil odlično zasnovan in največ koristi imajo bolniki z akutno bolečino, ki so napoteni k FTH. Čakalna doba za redno obravnavo v FTH je od 1,5 do 2 leti in je nesmiselna za zdravljenje akutne bolečine. Obravnava akutne bolečine v CKZ je dobro zasnovana, manjka samo možnost nadaljevanja v delavnicah CKZ ali drugih oblikah preventivnih dejavnosti.

Bolniki s kronično bolečino zasedajo večino kapacitet v FTH in tudi v Misk Bol so zaradi svoje kompleksnosti slabše obravnavani. Na obravnavo v IRSR čakajo predolgo in v vmesnem času bi bili kandidati za posamezno delavnico v CKZ, vendar so tudi tukaj kadrovske in prostorske kapacitete premajhne.

Vprašalnike za zdravnika bi lahko vizualno poenostavili in skrajšali.

### **Predlogi za izboljšave**

1. Zdravstvena vzgoja:
  - redna telesna vadba (vaje za jedo, raztezanje, hoja, plavanje, kolesarjenje),
  - pravilna drža pri sedenju,
  - pravilno dvigovanje težkih predmetov;
2. ergonomska ureditev delovnega prostora (stol, miza, računalnik);
3. primerna obutev;
4. uravnotežena telesna teža.

Ukrepe bi lahko predstavili v obliki spletnega izobraževanja, z letaki in brošurami, z dodatnimi predavanji in demonstracijami v CKZ. Med čakanjem na udeležbo na delavnicah/programih bi lahko ponudili 5–10-minutne vsakodnevne vadb, lahko nizke, srednje in težje stopnje intenzivnosti, in sicer v papirnati obliki ali v obliki posnetkov vadb.

### **Zaključek**

Projekt Misk Bol je pokazal možne rešitve za zmanjšanje bremena bolezni zaradi mišično-skeletnih bolečin v ledvenem predelu in nakazal možne izboljšave za čim boljše oskrbo ljudi z bolečinami v križu.

**Ključne besede:** *lumbalgia, gibanje, fizioterapevtske vaje*

## Viri

- Deyo RA, Tsui-Wu Y. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the UNITED States. Spine (Phila Pa 1976) 1987; 12: 264.
- Chou R. In the clinic. Low back pain. Ann Intern Med 2014; 160: ITC6.
- Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain.: advice for high-value health care from American College of Physicians. Ann Intern Med 2011; 154:181.
- Wheeler GS, Jarvik GJ, Chou R. Evaluation of low back pain in adults. Dostopno 2.6.2025: [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults?search=back%20pain&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults?search=back%20pain&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Knight LC, A Deyo R, Staiger OT, Wipf EJ. Treatment of acute low back pain. 2.6.2025: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain?search=back%20pain&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain?search=back%20pain&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2).
- Pustevšek S. Projekt Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni (MiSk Bol). Dosegljivo 2. 6. 2025: <https://nijz.si/projekti/posodobitev-obravnave-misicno-skeletnih-bolecina-na-primarni-ravni-misk-bol/>.

## OBRAVNAVA PACIENTOV Z AKUTNO BOLEČINO V HRBTU V AMBULANTNI FIZIOTERAPIJI – POSEBNOST DELA S TOVRSTNIMI PACIENTI, POMEN USTREZNE IN PRAVOČASNE OBRAVNAVE

Alenka Groboljšek, mag. fiziot.  
ZD Sevnica  
alenka.groboljsek@zd-sevnica.si

Bolečina v spodnjem delu hrbta (BSH) je eden najpogostejših zdravstvenih problemov, ki prizadene ljudi vseh starostnih skupin in vseh socioekonomskih okolij po vsem svetu. Na globalni ravni število let, preživetih z zmanjšano zmožnostjo zaradi BSH, narašča, pri čemer je najpogosteje prizadeta delovno aktivna populacija. V večini primerov gre za nespecifično bolečino, pri kateri ni jasno prepoznavne patoanatomske okvare, temveč se bolečina pojavi kot posledica kompleksne interakcije telesnih, psiholoških in socialnih dejavnikov. Zaradi svoje pogostosti, vpliva na funkcionalnost posameznika ter tveganja za kronifikacijo je ključnega pomena pravočasna, celostna in predvsem aktivna fizioterapevtska obravnava.

Sodobne smernice enotno poudarjajo pomen biopsihosocialnega modela in aktivnega vključevanja pacienta v rehabilitacijo, s poudarkom na gibanju, odpravljanju dejavnikov tveganja ter spodbujanju samostojnega obvladovanja težav. Kljub splošnemu soglasju o teh temeljnih načelih pa v interpretaciji posameznih pristopov ostajajo nejasnosti – denimo glede pomena pojmov, kot so »samoobvladovanje« in »ostanite aktivni«, ali glede nedosledne opredelitve postopkov, kot sta spinalna mobilizacija in manipulacija, ter trajanja akutne bolečine. Ključna priporočila še naprej vključujejo ohranjanje aktivnosti, zgodnji povratek na delo in izogibanje počitku v postelji. Čeprav so pasivne metode, kot sta mobilizacija in manipulacija, v praksi pogoste, dokazi kažejo, da so njihovi učinki kratkotrajni in omejeni na specifične primere.

Vloga fizioterapevta pri začetni edukaciji pacienta je pomembna, saj prav zgodnja in ustrezna informacija pogosto prepreči razvoj napačnih prepričanj o bolečini in morebitni strah pred gibanjem (kineziobijo). Spodbujanje pacienta k ohranjanju vsakodnevnih aktivnosti, razlaga narave bolečine in pomiritev pacienta, da večina akutnih epizod izzveni v nekaj tednih, pripomore k razumevanju težav. Tako lahko že en sam strokovno voden pogovor ter jasna navodila bistveno vplivajo na izid zdravljenja.

V ambulantni praksi pogosto opažamo, da pacienti razvijajo napačne gibalne vzorce, imajo močno omejeno gibanje, ki ni pogojeno z intenziteto bolečine, povišan mišični tonus in prisotnost miofascialnih prožilnih točk, predvsem v mišicah ledvene hrbtenice, glutealnega in kolčnega področja. Fizioterapevtska obravnava mora biti tako usmerjena v razumevanje in prepoznavanje teh vzorcev ter njihovo ciljno obravnavo. Manualna terapija kot dodatek k vadbi se pri pacientih z BSH večinoma izkaže za koristno pri lajšanju bolečine. Njena učinkovitost je odvisna od uporabljene tehnike, ciljne populacije in merjenih izidov, pri čemer dolgoročne koristi večinoma niso raziskane.

V okviru projekta, ki ga izvajamo na ravni ambulantne fizioterapije, spremljamo odzive pacientov z akutno BSH in ocenjujemo učinkovitost edukacije, usmerjene telesne aktivnosti ter zgodnje vključenosti fizioterapevta. Ugotavljamo, da pravočasna razlaga narave bolečine, skupaj z jasnimi navodili za gibanje in vzpostavitev občutka varnosti, pomembno zmanjša potrebo po pasivnih tehnikah in izboljša samozavest pri gibanju. Posebej izrazito se je to pokazalo pri pacientih, ki so na začetku izražali močan strah pred gibanjem. Rezultati podpirajo pomen aktivne in ciljno usmerjene obravnave v okviru primarne fizioterapevtske obravnave, do katere imajo pacienti dostop v prvih tednih ob pojavu bolečine.

V luči iskanja učinkovitejših pristopov k obravnavi akutne bolečine se postavlja vprašanje, ali je za izvedbo začetnega pregleda, edukacije in usmerjanja pacienta k aktivnemu samoobvladovanju nujna prisotnost fizioterapevta s specialnimi znanji s področja kompleksnih bolečinskih stanj ali pa tovrstne intervencije lahko kompetentno izvaja tudi fizioterapevt splošnega profila. Slednji bi lahko zagotovil ustrezno obravnavo za večino pacientov, pri čemer bi bila napotitev v specialno fizioterapevtsko obravnavo rezervirana za klinično zahtevnejše primere ali v primeru odsotnosti napredka. Analiza izkušenj iz pilotnega projekta ne podpira potrebe po diferenciaciji pacientov z akutno bolečino glede na intenziteto simptomov ali rezultat vprašalnika StartBack v dve ločeni obravnavi (ambulantna fizioterapija in center za krepitev zdravja). Učinkovitejša se kaže enotna začetna obravnava, v okviru katere fizioterapevt izvede klinični pregled, zagotovi osnovno edukacijo ter poda smernice za aktivno spoprijemanje z bolečino, pri čemer se nadaljnje usmerjanje v specialno obravnavo opravi glede na klinični odziv.

**Ključne besede:** *bolečina v spodnjem delu hrbta, klinične smernice, akutna obravnava, ambulantna fizioterapija*

## Viri

- Zhou, T., Salman, D., & McGregor, A. H. (2024). Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison. *BMC musculoskeletal disorders*, 25(1), 344. <https://doi.org/10.1186/s12891-024-07468-0>.
- Dunn, K. M., Hestbaek, L., & Cassidy, J. D. (2013). Low back pain across the life course. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 27(5), 591–600. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2013.09.007>.
- Narenthiran, P., Granville Smith, I., & Williams, F. M. K. (2025). Does the addition of manual therapy to exercise therapy improve pain and disability outcomes in chronic low back pain: A systematic review. *Journal of bodywork and movement therapies*, 42, 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2024.12.004>.

## IZZIVI PRI DELU S PACIENTI S KRONIČNO MIŠIČNO-SKELETNO BOLEČINO V CKZ IN PRIMERI IZ PRAKSE

Zala Robežnik, Zdravstveni dom Ljubljana, enota Moste-Polje  
zala.robeznik@zd-lj.si

Vloga fizioterapevta v centrih za krepitev zdravja (CKZ) je spodbujanje zdravega življenjskega sloga, preprečevanje bolezni ter podpora pri rehabilitaciji posameznikov v skupnosti. Fizioterapevti v CKZ-jih delujejo predvsem preventivno, kar pomeni, da ne obravnavajo zgolj posledic bolezni ali poškodb, temveč pomagajo preprečevati njihov nastanek. Delavnica Gibam se je eden od osrednjih preventivnih programov, kjer fizioterapevti sodelujejo z odraslimi osebami, ki so nezadostno ali mejno telesno dejavni. Namenjena je predvsem odraslim in starejšim odraslim osebam z dejavniki tveganja zaradi telesne nedejavnosti, ob hkratni več kot 20-odstotni ogroženosti za razvoj kronične bolezni ali z že prisotno kronično boleznijo oziroma posebnimi zdravstvenimi stanji, kot so mišično-skeletne težave ali inkontinenca. Prav tako je primerna za starejše osebe z ugotovljeno funkcionalno manjzmožnostjo.

Na podlagi večletnih izkušenj z izvajanjem delavnic in obravnav na tem področju smo ugotovili, da se programov CKZ pogosto udeležujejo posamezniki, ki imajo poleg kroničnih bolezni tudi akutne ali kronične težave z gibalnim sistemom ali boleznijo, ki prizadenejo predvsem gibalni aparat. Te težave pa je pri svetovanju in načrtovanju sprememb življenjskega sloga treba nujno upoštevati. Udeležence s kroničnimi bolečinami smo zato pogosto obravnavali v posebej prilagojenih skupinah. V primerih, kjer so bile poškodbe oziroma okvare izrazito ovirajoče, smo izvajali individualne obravnave. Delavnice smo izvajali v okviru dela v lokalni skupnosti ali pa smo ohranili osnovno strukturo delavnice Gibam se, vendar njene vsebine prilagodili težavnostni stopnji in telesnim zmožnostim udeležencev, da bi omogočili varno, dostopno in učinkovito vključevanje v telesno dejavnost.

Projekt, namenjen posodobitvi obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni zdravstvenega varstva, smo prepoznali kot pomembno priložnost za razvoj interdisciplinarnega pristopa ter soustvarjanje strokovno utemeljenih programov v sodelovanju z različnimi zdravstvenimi strokovnjaki. Ker je namen projekta vpeljava strokovnih in organizacijskih sprememb za povečanje kakovosti ter dostopnosti obravnave, usmerjene v zmanjševanje in preprečevanje akutne bolečine v spodnjem delu hrbta ter kronične razširjene mišično-skeletne bolečine, smo ugotovili, da bo projekt izjemno koristen prav pri obravnavi tistih udeležencev, ki so doslej imeli dostop le do prilagojene delavnice Gibam se ali individualnega svetovanja.

**V obravnavo smo lahko vključili** tudi posameznike z nespecifično bolečino v spodnjem delu hrbta, razširjeno mišično-skeletno bolečino, fibromialgijo (FMS) ali s sumom nanjo, kadar simptomi trajajo več kot 90 dni. Obravnava je primerna tudi za osebe z zaznanim tveganjem za kronifikacijo akutne bolečine ter za tiste, ki so trenutno v obravnavi zaradi akutnega poslabšanja že obstoječe kronične bolečine (recidiva).

Zdravstveni domovi, vključeni v projekt, lahko pacientom z določenimi indikacijami, katerih ambulate družinske medicine (ADM) sodelujejo v programu, ponudijo novo obliko obravnave za obvladovanje kronične bolečine. Po pregledu v ADM sledi psihološka triža, pri kateri se ocenita pacientova zmožnost in motiviranost za vključitev v program.

Primerni udeleženci najprej sodelujejo na izobraževanju o kronični bolečini (IKR), ki mu sledijo delavnice sprostitev tehnik. Program se nato nadaljuje z večmesečnim strukturiranim programom za obvladovanje kronične bolečine (POKR). Največja dodana vrednost novih programov in možnosti vključitve v delavnice je v razširjeni in poglobljeni vsebini, ki jo udeležencem zagotavlja multidisciplinarna ekipa strokovnjakov – psiholog, fizioterapevt, kineziolog, dietetik, zdravnik specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine ter specialist medicine dela, prometa in športa (MDPŠ).

Z novo pridobljenimi znanji, ki jih v okviru programa podajajo naštetih strokovnjaki, udeleženci boljše razumejo svojo bolečino, kar jim omogoča učinkovitejše soočanje z njo. Poglobljeno razumevanje prispeva k večjemu občutku nadzora in boljšemu obvladovanju bolečine, kar vodi v višjo kakovost življenja. **Program IKR** poteka intenzivneje in je sestavljen iz treh srečanj, na katerih udeleženci poslušajo predavanja zdravnika specialista fizikalne in rehabilitacijske medicine ter specialista medicine dela, prometa in športa (MDPŠ), dietetika, kineziologa, fizioterapevta in psihologa. Programu sledi ločeno srečanje, namenjeno učenju tehnik sproščanja. Po zaključenem programu IKR se začne **program za obravnavo kronične bolečine**, ki traja 12 tednov. Srečanja potekajo od dvakrat do trikrat tedensko.

Program obsega 16 strukturiranih srečanj, namenjenih edukaciji in osvajanju praktičnih veščin na področju telesne dejavnosti za osebe s kronično bolečino. Osrednji cilj programa je postopno uvajanje ali povečanje telesne dejavnosti v vsakdanje življenje udeležencev, ob sočasnem ohranjanju motivacije in razumevanju pomena gibanja za vzdrževanje psihofizične zmogljivosti, kljub prisotni bolečini. V programu poudarjamo pomen uravnoteženega pristopa k telesni dejavnosti, pri čemer se izogibamo tako pretiravanju kot tudi popolni nedejavnosti. Udeležence spodbujamo k redni, zmerni aktivnosti, z začetkom pri nizki intenzivnosti in postopnim povečevanjem, glede na trenutno zmožnost posameznika. Ključno sporočilo programa je, da je nekaj dejavnosti bolje kot nič, pri čemer ima fizioterapevt pomembno vlogo kot strokovnjak za svetovanje, načrtovanje in prilagajanje telesne dejavnosti individualnim potrebam in omejitvam udeležencev.

V Zdravstvenem domu Ljubljana, enoti Moste-Polje, so bile do julija 2025 izvedene tri delavnice POKR, ki jih je obiskovalo 24 oseb. Prvič se v okviru centrov za krepitev zdravja (CKZ) sistematično odpira tema razumevanja kronične bolečine in strategij spopadanja z njo, kar predstavlja ključno dodano vrednost programa. Skupinska dinamika omogoča povezovanje posameznikov s podobnimi življenjskimi izzivi, kar krepi občutek pripadnosti in podpore. Dodatna prednost je

izvajanje delavnic v lokalnem okolju, kar zmanjšuje geografske ovire in odpravlja centralizacijo dostopa do tovrstnih vsebin.

Kljub številnim prednostim se program sooča tudi z izzivi. Udeleženci, ki so pogosto delovno aktivni in že obremenjeni z več pridruženimi težavami, poročajo o pomanjkanju energije in zmožnosti za dodatno angažiranost. Napotovanje in presejanje vključuje populacijo z več kompleksnimi zdravstvenimi stanji, ki bi v določenih primerih zahtevala individualno ali ambulantno fizioterapevtsko obravnavo, do katere pa zaradi dolgih čakalnih dob pogosto nimajo dostopa. Poleg tega se znotraj posamezne skupine pojavljajo velike razlike v zmožnostih, motivaciji, razumevanju in načinih soočanja z bolečino, kljub formalno podobnim indikacijam za vključitev, kar lahko oteži enotno in učinkovito izvedbo vsebin za vse udeležence.

Za izboljšanje učinkovitosti in dostopnosti programa predlagamo ohranitev delavnic ter združitve vsebin delavnic IKR in POKR v obliko rednega programa znotraj centrov za krepitev zdravja (CKZ). Takšen pristop omogoča večjo logistično prilagodljivost in boljšo dostopnost za uporabnike na lokalni ravni, kar je posebej pomembno za vključevanje oseb s kronično bolečino. Zaradi pogosto preobremenjene delovno aktivne populacije predlagamo časovno strnjeno izvedbo – v obliki štiritredenskega intenzivnega programa v obdobju od enega do dveh mesecev – ob zagotavljeni možnosti odsotnosti z delovnega mesta v tem času. Za zagotavljanje še bolj strokovne in varne obravnave bi bilo smiselno natančneje opredeliti indikacije in kontraindikacije za vključitev, kar bi omogočilo ustrezno usmerjanje posameznikov in izbiro najprimernejše oblike obravnave. Ob tem bi oblikovanje skupin temeljilo na uporabi prilagojene baterije testov in vprašalnikov, ki bi zajemali področja telesne dejavnosti, funkcionalne zmogljivosti in stopnje bolečine. Na ta način bi oblikovali bolj homogene skupine, kar bi omogočilo kakovostnejše delo izvajalcev ter vsebinsko bolj ustrezno obravnavo, prilagojeno zmožnostim in potrebam udeležencev. Če nam bo uspelo premagati zgoraj naštetе izzive, se nam zdi ohranitev tovrstnih delavnic v centrih za krepitev zdravja smiselna in potrebna tudi v prihodnosti.

**Ključne besede:** *projekt MiskBol, kronična bolečina, telesna dejavnost, življenjski slog*

# OBRAVNAVA OSEB S FIBROMIALGIJO V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA

## VADBEN PROGRAM PROJEKT MISKBOL

Tim Vončina mag.kin., Zdravstveni dom Ljubljana  
tim.voncina@zd-lj.si

### Uvod

Fibromialgija je kompleksno kronično bolezensko stanje, za katerega je značilna razširjena mišično-skeletna bolečina, ki jo pogosto spremljajo utrujenost, motnje spanja in kognitivne motnje. Zaradi narave bolezni je zdravljenje usmerjeno v lajšanje simptomov in izboljšanje funkcionalnosti. V skladu z najnovejšimi priporočili Evropske zveze revmatoloških združenj (EULAR) imajo nefarmakološki pristopi, kot je strukturirana telesna vadba, ključno in primarno vlogo pri obravnavi (Macfarlane et al., 2017). Znanstvene raziskave dosledno potrjujejo, da so vadbeni programi, ki vključujejo kombinacijo aerobne vadbe, vadbe za moč in gibljivost, najučinkovitejši za zmanjševanje bolečine in izboljšanje kakovosti življenja pri osebah s fibromialgijo.

V okviru projekta Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni (MiSk-Bol) je bil razvit in izveden specializiran vadbeni program, namenjen osebam s fibromialgijo. Namen programa je bil prek sistematičnega učenja in stopnjevanja funkcionalnih vaj izboljšati telesno pripravljenost, zmanjšati simptome in opolnomočiti udeležence za dolgoročno vključitev v aktiven življenjski slog.

### Metode

V analizo je bilo vključenih 18 oseb z diagnozo fibromialgije, od katerih jih je 12 uspešno zaključilo celotni program. Intervencija je potekala osem tednov in je obsegala 16 srečanj (dvakrat tedensko), ki so vključevala tako individualne posvete kot skupinsko vadbo v živo in na daljavo. Program je bil zasnovan tako, da je vključeval elemente vadbe za moč, aerobne vzdržljivosti, gibljivosti, ravnotežja in sproščanja, s poudarkom na čuječem gibanju in pravilni izvedbi vaj.

Za oceno učinkovitosti programa je bila pred začetkom in po zaključku programa izvedena baterija standardiziranih testov telesne pripravljenosti (test hoje na 6 minut, test vstajanja s stola, test doseg sede na stolu, dotik dlani za hrbtom, stoja na eni nogi in test »vstani in pojdi«). Analiza je temeljila na primerjavi povprečnih vrednosti rezultatov pred in po intervenciji.

### Rezultati

Analiza rezultatov je pokazala klinično pomembno izboljšanje pri vseh merjenih parametrih telesne pripravljenosti. Pri aerobni vzdržljivosti, merjeni s 6-minutnim testom hoje, so udeleženske v povprečju prehodile 51 metrov daljšo razdaljo. Funkcionalna moč spodnjih okončin, ocenjena s številom ponovitev pri vstajanju s stola v 30 sekundah, se je v povprečju izboljšala za dve ponovitvi.

Pomemben napredek je bil zabeležen tudi pri gibljivosti. Pri testu dosega sede na stolu se je rezultat v povprečju izboljšal za 3,8 cm na desni in 3,5 cm na levi nogi. Prav tako se je izboljšala gibljivost ramenskega obroča, merjena z dotikom dlani za hrbtom, in sicer za 2,8 cm na desni in 3,8 cm na levi strani. Poleg merljivih izboljšav so udeleženske poročale tudi o boljšem subjektivnem počutju, kar je za osebe s fibromialgijo ključnega pomena.

### **Diskusija in zaključek**

Rezultati te študije so skladni z ugotovitvami obsežnih sistematičnih pregledov, ki potrjujejo, da večkomponentni programi vodijo do merljivih izboljšav v telesni funkciji, zmanjšanja bolečine in izboljšanja kakovosti življenja pri osebah s fibromialgijo (Sosa-Reina et al., 2017). Izboljšanje, opaženo pri testih, ni nujno zgolj posledica mehanskega raztezanja mišic ali povečanja moči. Mehanizmi, prek katerih vadba lajša simptome, so kompleksni in lahko vključujejo tudi modulacijo centralnega živčnega sistema. Predpostavlja se, da vadba vpliva na t. i. centralno senzitivizacijo – preobčutljivost živčnega sistema na bolečinske dražljaje, ki je značilna za fibromialgijo. Z redno aktivnostjo se lahko poveča prag za bolečino in izboljša delovanje endogenih protibolečinskih sistemov (npr. sproščanje endorfinov).

Kljub jasnim pozitivnim rezultatom je treba upoštevati nekatere omejitve, kot sta majhen vzorec (N = 12) in visoka stopnja osipa (6 od 18 oseb programa ni zaključilo), kar je sicer pogost izziv pri delu s to populacijo zaradi nihajoče narave simptomov. Povratne informacije udeleženk so pokazale visoko zadovoljstvo s programom, hkrati pa je bila nakazana želja po daljšem trajanju za lažje utrjevanje pridobljenega znanja.

Zaključimo lahko, da je bil 8-tedenski večkomponentni vadbeni program uspešno izveden in predstavlja učinkovit model obravnave oseb s fibromialgijo na primarni ravni zdravstvenega varstva.

**Ključne besede:** *telovadba, osebe s fibromialgijo, projekt MISKBOL, vadbeni program, center za krepitev zdravja*

### **Viri**

- Ghavidel-Parsa, B., Bidari, A., Ghaleh-Bagi, S., & Aarabi, Y. (2023). Evidence-based approaches for the management of fibromyalgia syndrome: a scoping review. *Pain and Therapy*, 12(1), 1-25.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., ... & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318-328.
- Sosa-Reina, M. D., Nunez-Nagy, S., Gallego-Izquierdo, T., Pecos-Martín, D., Monserrat-Vila, S., & Hita-Contreras, F. (2017). Effects of combined physical therapy in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(9), 1729-1738.

## OBRAVNAVA KRONIČNE MIŠIČNO-SKELETNE BOLEČINE V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA: IZZIVI IN PRILOŽNOSTI PROJEKTA MiSk-Bol

Dejan Georgiev, mag.psih., Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška  
dejan.georgiev@zd-lj.si

Kronična mišično-skeletna bolečina (KMB) predstavlja enega največjih izzivov sodobnega zdravstva, kjer tradicionalni biomedicinski pristop pogosto ne prinaša ustreznih rezultatov. Premik k biopsihosocialnemu modelu, ki prepoznava ključno vlogo psiholoških dejavnikov, kot so katastrofiziranje, kineziofobija in depresivno razpoloženje, poudarja potencialno vlogo primarne ravni zdravstva, zlasti Centrov za krepitev zdravja (CKZ), v sodobni obravnavi. Projekt «Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni (MiSk-Bol)» omogoča prehod od splošne preventive k ciljani psihološki obravnavi pacientov s KMB v Centrih za krepitev zdravja, kar prinaša nove priložnosti in specifične izzive, predstavljene v tem prispevku.

Pred uvedbo projekta MiSk-Bol so CKZ predstavljali pomemben, a ne povsem izkoriščen potencial. Pacienti s KMB so bili lahko vključeni v splošne programe, kot sta npr. delavnica spoprijemanja s stresom ali svetovanje za zdrav življenjski slog. Čeprav so bili ti programi koristni, niso bili specifično zasnovani za kompleksnost KMB. Psihološka obravnava je bila pogosto splošna in ni naslavljala specifičnih miselnih ter vedenjskih vzorcev, ki vzdržujejo bolečinski krog, manjkala pa je tudi jasna klinična pot za te paciente.

Projekt MiSk-Bol vnaša prelomno spremembo, saj deluje kot ključni dejavnik prehoda od splošne k ciljani, na dokazih temelječi obravnavi. Vzpostavlja jasno klinično pot in CKZ opremlja s standardiziranimi, specializiranimi orodji. Psihološka obravnava s tem postane bolj oprijemljiva in se preoblikuje v konkreten trening veščin. Uvedene so tri ključne delavnice: Izobraževanje o kronični bolečini (IKR), ki zmanjšuje strah z rekonceptualizacijo bolečine; Tehnike sproščanja za zniževanje prekomernega vzbujenja avtonomnega živčnega sistema; in celovit, osemtedenski Program za obvladovanje kronične bolečine (POKR), ki temelji na kognitivno-vedenjski terapiji in paciente opolnomoči za aktivno vlogo pri izboljšanju funkcioniranja kljub bolečini.

Učinkovitost programa POKR potrjujejo preliminarni rezultati pilotne izvedbe (N=20) v CKZ Šiška Zdravstvenega doma Ljubljana. Primerjava rezultatov pred programom in 12 tednov po njem je pokazala statistično pomembne izboljšave: velik učinek pri zmanjšanju kineziofobije (povp. znižanje 8.75 točke;  $d = 1.81$ ;  $p < 0.001$ ) in depresivnosti (povp. znižanje 4.08 točke;  $d = 1.36$ ;  $p < 0.001$ ) ter srednji do velik učinek pri zmanjšanju katastrofiziranja (povp. znižanje 9.75 točke;  $d =$

0.85;  $p < 0.05$ ). Čeprav rezultate omejuje majhen vzorec ti podatki ponujajo močne pokazatelje, da je ciljana, na KVT temelječa obravnava v CKZ povezana s pomembnimi izboljšavami pri psiholoških dejavnikih, kot sta strah pred gibanjem in katastrofično mišljenje, ki vzdržujejo KMB, in potrjujejo smiselnost usmeritve projekta.

Kljub obetavnim rezultatom se kot neposredni izvajalci projekta srečujemo z izzivi, ki jih številke ne zajamejo. Največja ovira ni pomanjkanje učinkovitih metod, temveč premoščanje globoko zakoreninjenih prepričanj o bolečini. Pacienti pogosto vstopijo s pričakovanjem pasivne rešitve, zato je naša prva naloga pomagati jim pri prehodu od vprašanja »Kaj boste naredili zame?« k vprašanju »Kaj lahko naredim zase?«. Ključnega pomena je, kako tim na primarni ravni prepozna stisko pacienta. Pacient, ki se čuti razumljeno in sprejeto, je pripravljen na sodelovanje, medtem ko tisti, ki se počuti preslišanega, vstopi z odporom, ki ga je težje preseči.

Izkušnje, ki smo jih pridobili z izvajanjem delavnic v projektu MiSk-Bol, so nam neposredno pokazale, da imamo sedaj konkretno pot za zmanjšanje trpljenja, ki ga povzroča kronična bolečina. Največja vrednost projekta MiSk-Bol je v tem, da te sodobne, na dokazih temelječe storitve postajajo dostopne znotraj javnega zdravstva, na primarni ravni, kamor sodijo. Vizija je, da ta model obravnave postane standard v praksi in s tem zanesljiva, dostopna podpora za vse paciente. S tem ne bomo le izboljšali kliničnih izidov, temveč bomo uresničili najpomembnejše poslanstvo: omogočili bomo ljudem z bolečino lažje življenje ter jim povrnili upanje in nadzor, ne glede na to, kje v Sloveniji živijo.

**Ključne besede:** *kronična mišično-skeletna bolečina, psihološka obravnava, centri za krepitev zdravja, projekt MiSk-Bol, biopsihosocialni model*

## TELESNA DEJAVNOST



## GIBANJE ZA ZDRAVJE – EVROPSKI PROJEKT ZA VZPOREDNI DVIG ZDRAVSTVENE IN GIBALNE PISMENOSTI V RAZLIČNIH OKOLJIH

Tea Zaverla Šuštaršič<sup>1</sup>, Andrea Backović Juričan<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Nacionalni inštitut za javni zdravje

<sup>2</sup>Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

andrea.backovic-jurican@nijz.si, tea.zaverla-sustarsic@nijz.si

Nacionalni inštitut za javno zdravje je kot partnerska organizacija s 1. 1. 2024 pričel z izvajanjem aktivnosti dve leti trajajočega Erasmus+ projekta Gibanje za zdravje (angl. Moving for Health), katerega nosilna organizacija je Mednarodno združenje za šport in kulturo (angl. International Sport and Culture Association – ISCA). Projekt sledi uspešnemu medcelinskemu projektu ISCA Gibalna pismenost za življenje (angl. Physical Literacy for Life), ki se je zaključil leta 2022.

Namen projekta Gibanje za zdravje je ustvariti mrežo novih akterjev iz različnih sektorjev v štirih okoljih (v zdravstvenih domovih, šolah, lokalni skupnosti in športnih društvih), združiti model gibalne pismenosti in zdravstvene pismenosti v enoten model ter prek projektnih aktivnosti spodbuditi ciljne skupine k zdravemu in aktivnemu življenjskemu slogu s kombinacijo dviga obeh omenjenih vrst pismenosti. Obe pismenosti sta pomembni determinanti zdravja, s katerima lahko ohranjamo in krepimo svoje zdravje ter izboljšamo kakovost življenja. Ljudje z višjo stopnjo gibalne in zdravstvene pismenosti učinkoviteje in bolj varno ter predvsem lažje in redno prakticirajo aktiven življenjski slog v vseh obdobjih življenja. Gibalna in zdravstvena pismenost sta ključ do opolnomočenja in aktivnega sodelovanja posameznika pri skrbi za lastno zdravje. Za razliko od zdravstvene pismenosti je koncept gibalne pismenosti v zdravstvu precej manj poznan, medtem ko je v šolskem, športnem in lokalnem okolju običajno obratno. Ravno zaradi tega je smiselno razviti mrežo in model Gibanje za zdravje, ki hkrati združuje obe pismenosti in lahko prispeva k boljšemu zdravju in kakovosti življenja mnogih populacijskih skupin v različnih okoljih.

Glavni cilji projekta so: 1) izgradnja mreže Gibanje za zdravje in načrtovanje trenutnih virov, strategij in pobud za model Gibanje za zdravje; 2) izgradnja zmogljivosti za razvoj in zagotavljanje modela Gibanje za zdravje ter ustvarjanje učne platforme in orodij za različna okolja (šole, športna društva, zdravstveni domovi in lokalna skupnost) in ciljne skupine (učitelji, trenerji, zdravstveni delavci in razvijalci skupnosti); ter 3) diseminacija modela Gibanje za zdravje širšemu občinstvu in krepitev trajnosti (z orodji zagovornišтва in priporočili politike).

V okviru projekta je nastala obsežna raziskava, ki je temeljila na namiznem raziskovanju ter pregledu znanstvene in strokovne literature v izbranih podatkovnih bazah. Študija Gibanje za zdravje: raziskava o promociji gibalne in zdravstvene pismenosti v štirih okoljih (športna društva, šole, skupnosti in zdravstveni domovi) je prosto dostopna v angleškem jeziku in se pogloblja v to, kako zdravstvena in gibalna pismenost posameznike opremita z znanjem in s spretnostmi za sprejemanje ozaveščenih zdravstvenih odločitev in razumevanje koristi telesne dejavnosti. V okviru te raziskave je bilo prepoznanih 25 primerov dobrih praks, ki v svoje delo že vključujejo

zdravstveno in/ali gibalno pismenost. Ena od prepoznanih dobrih praks je tudi nacionalni integrirani preventivni program za odrasle Skupaj za zdravje, ki se že več kot 20 let izvaja v Sloveniji. Program zagotavlja celosten pristop k preprečevanju kroničnih bolezni, združitve teorije in prakse skozi individualne in skupinske preventivne obravnave ter povezovanje dotičnih zdravstvenih intervencij s trajnostnimi zdravimi dejavnostmi v lokalni skupnosti. Program je namenjen vsem odraslim, ki želijo v svoj vsakdan vključiti zdrave navade, izboljšati svoje počutje, okrepiti telesno in duševno zdravje ter se opolnomočiti za zdrav in aktiven življenjski slog. Dotične intervencije so trenutno na voljo v 61 zdravstvenovzgojnih centrih in centrih za krepitev zdravja. Z izvajanjem individualnih posvetov in skupinskih delavnic, od katerih nekatere naslavlajo vsebino telesne dejavnosti za krepitev zdravja, se vzporedno in postopoma lahko izboljšata tako gibalna kot zdravstvena pismenost.

Kot naslednji izdelek projekta Gibanje za zdravje so bila prepoznana in pripravljena ključna splošna načela gibalne in zdravstvene pismenosti, ki podpirajo ti dve pismenosti v različnih okoljih (šole, športna društva, zdravstveni domovi, lokalna skupnost), zagotavljajo bolj vključujoč in koheziven pristop k promociji zdravja ter omogočajo opolnomočenje posameznikov vseh starosti za vključevanje v zdrav in aktiven življenjski slog. Ta načela so: prilagojeni pristopi, opolnomočenje in ozaveščanje, vključevanje, skupno odločanje, vseživljenjsko učenje, strokovnjaki kot pobudniki sprememb, inkluzivnost, inovativnost, medsektorsko sodelovanje, trajnost, zagovorništvo gibalne in zdravstvene pismenosti, avtonomija in digitalna zdravstvena pismenost. Nacionalni inštitut za javno zdravje se je kot partnerska organizacija projekta osredotočil na ciljno okolje zdravstvenih domov, za katerega veljajo še dodatna načela, specifična za področje zdravstva, kot so krepitev osebnih sposobnosti, zdravstvena pismenost, evalvacija in ocenjevanje, vseživljenjsko učenje, družbena kohezija in gibalna pismenost. Vsa načela so zbrana v dokumentu Promocija zdravstvene in gibalne pismenosti: načela za športna društva, šole, skupnosti in zdravstvene domove, ki je prosto dostopen v angleškem jeziku.

Za prenos skupnega modela gibalne in zdravstvene pismenosti v prakso je nastalo tudi spletno orodje za usposabljanje v okviru projekta Gibanje za zdravje, namenjeno uporabi v vseh štirih okoljih (šole, športna društva, zdravstveni domovi, lokalna skupnost) in za vse štiri ciljne skupine (učitelji, trenerji, zdravstveni delavci in razvijalci skupnosti). Na voljo je v angleščini, španščini, švedščini in v slovenščini.

Pilotiranje spletnega orodja za usposabljanje v ciljnih okoljih in pri ciljnih populacijah je potekalo v maju in juniju 2025. V Sloveniji je bila maja 2025 izvedena tudi prva nacionalna delavnica Gibanje za zdravje, ki je bila namenjena športnim in zdravstvenim strokovnjakom s področja telesne dejavnosti. Naslednja nacionalna delavnica v Sloveniji je načrtovana septembra 2025 za vse izvajalce programa Skupaj za zdravje in odločevalce s področja zdravstva. Konec oktobra 2025 je v Kopenhagenu predvidena zaključna diseminacijska konferenca projekta.

Več informacij o projektu Gibanje za zdravje najdete na uradni spletni strani projekta <https://movingforhealth.isca.org/> in na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje <https://nijz.si/projekti/gibanje-za-zdravje/>.

Projekt financira Evropska unija. Izražena stališča in mnenja pripadajo avtorjem ter ne odražajo nujno stališč in mnenj Evropske unije ali Evropske izvajalske agencije za zdravje in digitalno tehnologijo (HaDEA). Zanje ne moreta biti odgovorna niti Evropska unija niti organ, ki sofinancira akcijo.

**Ključne besede:** *gibalna pismenost, zdravstvena pismenost, opolnomočenje, ciljna okolja, program Skupaj za zdravje*

# STROKOVNI PRISPEVEK: EXERCISE SNACKING - PRILAGODLJIV PRISTOP ZA POVIŠANJE KOLIČINE TELESNE DEJAVNOSTI ODRASLIH

Mitja Dišič, magister kineziologije s specialnimi znanji  
Center za krepitev zdravja, Zdravstveni dom Murska Sobota  
Mitja.disic@zd-ms.si

## Uvod

Sodobni sedeči življenjski slog pomembno prispeva k porastu kroničnih nenalezljivih bolezni, kot so sladkorna bolezen tipa 2, srčno-žilne bolezni in presnovni sindrom. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ, 2023) sicer 80 % odraslih v Sloveniji dosega priporočeno raven telesne dejavnosti, vendar le 59 % izkorišča dodatne koristi za zdravje z zadostno količino aerobne aktivnosti (NIJZ, 2023). Leta 2020 so prebivalci Slovenije na običajen delovni dan v povprečju presedeli 5,5 ure, ob koncu tedna pa 4,2 ure, pri čemer so mlajši odrasli, stari od 25 do 39 let, v sedečem položaju preživeli povprečno 6 ur dnevno (NIJZ, 2023). Ta količina sedenja sovпада z zgornjo mejo, kot jo predlagajo Kanadske 24-urne smernice za gibalno vedenje (Ross idr., 2020). Kljub razmeroma visoki ravni telesne dejavnosti med prebivalci Slovenije se posamezniki pogosto srečujejo z različnimi ovirami, ki otežujejo dosledno vključevanje gibanja v vsakdan. Med najpogostejšimi so pomanjkanje časa, motivacije, fizičnih zmožnosti ter socialne podpore (Hoare idr., 2017).

V tem kontekstu pridobiva vse večjo pozornost in uporabnost koncept vadbenih prigrizkov – v nadaljevanju angl. "exercise snacking" – strategija, ki vključuje kratke intervale telesne vadbe (od 30 sekund do 2 minut), razpršene čez dan, in predstavlja praktično rešitev za povečanje dnevne ravni telesne dejavnosti brez potrebe po daljših vadbenih enotah.

Najobsežnejši pregled literature o exercise snacking je pokazal, da je bilo do leta 2024 izvedenih 33 študij, objavljenih v 45 publikacijah, s skupno 1118 udeleženci. Tipičen protokol je vključeval približno tri kratke vadbene vložke dnevno, v trajanju okoli dveh minut, štirikrat tedensko, kar je pomenilo povprečno 16 minut vadbe na dan. Povprečno trajanje intervencij je bilo sedem tednov, s posameznimi študijami, ki so trajale tudi do 34 tednov (Weston et al., 2025).

## Definicija "Exercise Snacking"

Exercise snacking pomeni večkrat dnevno izvajanje kratkih, strukturiranih in načrtovanih vaj v glavnem višjih intenzivnosti, kot so počepi, poskoki, tek po stopnicah ali kratki šprinti na sobnem kolesu. Ključno je, da vaje ne zahtevajo posebne opreme, so enostavne in časovno učinkovite (Islam, Gibala, & Little, 2022; Little idr., 2011).

V pregledni študiji Weston idr. (2025) so bile najpogosteje uporabljene vadbe: krepilne in aerobne vaje z lastno maso, kolesarjenje na sobnem kolesu in hoja/tek po stopnicah. V povprečju so udeleženci vključenih raziskav uporabo metode exercise snacking nabrali približno 6 minut vadbe dnevno, porazdeljene v več kratkih, intenzivnih epizod ( $3 \times \sim 2$  minuti) in povprečno

intenzivnostjo 77% maksimalnega srčnega utripa. Raziskave so bile najpogosteje izvedene doma ali v laboratorijih.

### **Koristi glede na ciljno populacijo**

Rezultati pregleda Weston idr. (2025) kažejo, da exercise snacking prinaša koristi na več fizioloških področjih tako zdravih odraslih, kot tistih s prisotnimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi: srčno-žilnem (npr. izboljšana aerobna kapaciteta/VO<sub>2</sub>max, znižan krvni tlak), presnovnem (boljša glikemična kontrola, izboljšan lipidni profil), mišičnem (večja moč in funkcionalna zmogljivost), psihološkem (večje zadovoljstvo, kvaliteta življenja) in vedenjskem (visoka izvedljivost in privlačnost). Povprečna stopnja dokončanja vključenih študij je bila 93 %, kar potrjuje visoko skladnost in praktično uporabnost pristopa (Weston idr., 2025; Francois idr., 2014; MacDonald idr., 2016; Brown idr., 2024 ).

Wang, Laher in Li (2024) v pregledu raziskav poudarjajo, da ima exercise snacking velik potencial pri sedentarni populaciji, kjer že kratki vložki zmanjšajo negativne učinke dolgotrajnega sedenja. Avtorji izpostavljajo mehanistične poti, kot so aktivacija GLUT4 in AMPK ter povečana aktivnost lipoproteinske lipaze, ki pojasnjujejo izboljšano presovno odzivnost po vadbenih prigrizkih. Poleg tega so raziskave pokazale tudi izboljšave telesne sestave ter pomembne prispevke k večji aerobni vzdržljivosti (Zhou idr., 2025; Yin idr., 2024). Pri starejših odraslih se exercise snacking kaže kot način za povečanje mišične moči, izboljšanje ravnotežja in zmanjšanje tveganja za padce (Perkin idr., 2019), medtem ko je pri otrocih in mladostnikih obetaven pristop za gibalne odmore v šolah (Weston idr., 2025).

### **Terminološka standardizacija**

Weston idr. (2025) poudarjajo pomen poenotenja terminologije. Predlagajo uporabo izraza »exercise snacking« kot krovnega termina za vse strukturirane, kratke, mikro vadbene enote, razporejene čez dan – kar bo izboljšalo raziskovalno primerljivost in prenos v prakso.

### **Varnost in priporočila pred pričetkom z Exercise snacking**

Exercise snacking velja za varen pristop pri večini odraslih, tudi starejših in osebah s kroničnimi obolenji. Ob pravilnem doziranju, postopni nad obremenitvi in individualni prilagoditvi intenzivnosti so tveganja za poškodbe ali kardiovaskularne zaplete minimalna (Islam idr., 2022; Yin idr., 2024). Kljub temu je priporočljivo, da se pred vključitvijo v vadbo preveri zdravstveno stanje posameznika – bodisi s standardiziranimi vprašalniki (npr. PAR-Q+) bodisi s posvetom ali zdravniškim pregledom, kadar je to potrebno.

### **Praktična izvedba z upoštevanjem pricipa FITT + (frekvenca, intenzivnost, tip, trajanje, napredovanje).**

Koncept exercise snacking je mogoče prilagoditi različnim okoljem in ciljnim populacijam:

- Delovno mesto: kratki vložki za prekinitev sedenja (npr. vstajanje in počepi, hoja ali tek po hodniku oziroma stopnicah, krajše aerobne naloge na mestu).

- Zdravstveni programi: individualno prilagojene vaje za osebe s prekomerno telesno maso, prediabetesom ali povišanim krvnim tlakom, ki ne zahtevajo posebne opreme.
- Skupnost in izobraževalne ustanove: kratki gibalni odmori (raztezne vaje, osnovne krepilne vaje) kot del predavanj, seminarjev ali pouka.
- Starejši odrasli in kronični bolniki: nizko-intenzivne, varne oblike (npr. dvigovanje kolen sede, počepi ob stolu, hoja po prostoru, dvig na prste, uporaba elastičnih trakov).
- Aktivni posamezniki s časovnimi omejitvami: visoko-intenzivne možnosti, ki zahtevajo le nekaj minut (npr. sprint po stopnicah, kratki intervali na sobnem kolesu, burpeeji, skakanje s kolebnico, zamahi s kettlebell utežjo) (Little idr., 2011).

Pregled raziskav je pokazal, da so bili vadbeni vložki običajno predpisani v zmerno do visoko intenzivnem območju. Povprečna intenzivnost vadbe je znašala 76,9 % maksimalnega srčnega utripa, kar ustreza oceni napora 5,2 na Borgovi lestvici CR10, torej občutku težko »hard«. To potrjuje, da gre pri exercise snacking za kratke, a presnovno zahtevne vložke, ki so primerljivi s priporočili za visoko intenzivno vadbo (Weston et al., 2025).

Vedenjski vidiki in vztrajnost

Zaznana izvedljivost, samonadzor in občutek kompetentnosti so ključni vedenjski dejavniki za dolgotrajno vključitev (Du idr., 2025). Uporabni se kažejo digitalni opomniki, socialna podpora in vizualni urniki (Brown idr., 2024).

### Perspektiva in nadaljnje raziskovanje

Ostajajo odprta vprašanja glede dolgoročnih učinkov, optimalne frekvence ter vpliva na mišično moč pri starejši populaciji. Prihodnje raziskave bi morale vključevati tudi dosledno poročanje o intenzivnosti, stopnji izvedbene skladnosti in morebitnih neželenih učinkih (Walston idr., 2018; Weston idr., 2025). Poleg tega Wang idr. (2024) opozarjajo na potrebo po izvedbi študij v realnih okoljih, kot so šole, domovi za starejše in delovna mesta, saj je bila večina obstoječih raziskav do sedaj izvedena v laboratorijskih pogojih.

### Zaključek

Exercise snacking je dopolnilna strategija, ki pomaga zmanjšati sedeče vedenje in izboljšuje zdravje. Je varen, prilagodljiv in izvedljiv pristop s potencialom za vključitev v preventivno prakso na različnih ravneh družbe.

**Ključne besede:** *telesna dejavnost za krepitev zdravja, vadba, »exercise snacking« / vadbeni prigrizki, aktivni življenjski slog, zmanjšanje sedentarnega vedenja, nadzorovanje kroničnih bolezni*

### Viri

- Brown, N. I., Henderson, J., & Stern, M. (2024). *Health-related benefits and adherence for multiple short bouts of aerobic physical activity among adults*. American Journal of Lifestyle Medicine. <https://doi.org/10.1177/15598276241253160>
- Du, Y., Peng, R., Wan, X., Zhang, C., Guo, Y., Chang, J., Feng, H. and Cao, Z. (2025), *Perceptions and Experiences of Exercise Snacks Among Middle-Aged and Older Adults: A Systematic Review and Meta-Synthesis*. Public Health Nurs, 42: 1031-1046. <https://doi.org/10.1111/phn.13495>

- Francois, M. E., Baldi, J. C., Manning, P. J., & Lucas, S. J. E. (2014). Exercise snacks before meals: A novel strategy to improve glycaemic control in individuals with insulin resistance. *Diabetologia*, 57, 316–324. <https://doi.org/10.1007/s00125-014-3244-6>
- Hoare, E., Stavreski, B., Jennings, G. L., & Kingwell, B. A. (2017). Exploring motivation and barriers to physical activity among active and inactive Australian adults. *Sports*, 5(3), 47. <https://doi.org/10.3390/sports5030047>
- Islam, H., Gibala, M. J., & Little, J. P. (2022). Exercise snacks: A novel strategy to improve cardiometabolic health. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 50(2), 97–105.
- Little, J. P., Gillen, J. B., Percival, M. E., Safdar, A., Tarnopolsky, M. A., & Gibala, M. J. (2011). Low-volume high-intensity interval training reduces hyperglycemia and increases muscle mitochondrial capacity in patients with type 2 diabetes. *The Journal of Physiology*, 588(6), 1011–1022. <https://doi.org/10.1113/jphysiol.2009.181743>
- MacDonald, H. V., Johnson, B. T., Huedo-Medina, T. B., Livingston, J., Forsyth, K. C., Kraemer, W. J., & Pescatello, L. S. (2016). Dynamic resistance training as stand-alone antihypertensive lifestyle therapy: A meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 5(10), e003231. <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.003231>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023). Telesna dejavnost 2023. [https://nijz.si/wp-content/uploads/2025/03/3.3\\_Telesna-dejavnost\\_2023\\_Z\\_.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2025/03/3.3_Telesna-dejavnost_2023_Z_.pdf)
- Perkin, O. J., McGuigan, P. M., Thompson, D., & Stokes, K. A. (2019). Exercise snacking to improve muscle function in older adults: A pilot study. *BMC Geriatrics*, 19, 116. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1160-1>
- Ross, R., Chaput, J.-P., Giangregorio, L. M., Janssen, I., Saunders, T. J., Kho, M. E., Poitras, V. J., ... Tremblay, M. S. (2020). Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18–64 years and Adults aged 65 years or older: An integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 45(10 Suppl. 2), S57–S102. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467>
- Walston, J. D., Bandeen-Roche, K., Buta, B., idr. (2018). Moving frailty toward clinical practice: NIA intramural frailty science symposium summary. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(8), 1557–1564. <https://doi.org/10.1002/jgs.2963>
- Wang, T., Laher, I., & Li, S. (2024). Exercise snacks and physical fitness in sedentary populations. *Sports Medicine and Health Science*, 7(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2024.02.006>
- Weston, K. L., Little, J. P., Weston, M., McCreary, S., Kitchin, V., Gill, A., Niven, A., McNarry, M. A., & Mackintosh, K. A. (2025). Application of exercise snacks across youth, adult and clinical populations: A scoping review. *Sports Medicine - Open*, 11(27). <https://doi.org/10.1186/s40798-025-00829-6>
- Yin, M., Deng, S., Chen, Z., & Zhang, B. (2024). Exercise snacks as a time-efficient alternative to continuous training. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. <https://doi.org/10.1139/apnm-2023-0593>
- Zhou, J., Gao, X., Zhang, D., Jiang, C., & Yu, W. (2025). Breaking up prolonged sitting via exercise snacks intervention on the body composition and plasma metabolomics of sedentary obese adults: A randomized controlled trial. *Endocrine Journal*, 72(2), EJ24-0377. <https://doi.org/10.1507/endocrj.EJ24-0377>

# ŠTUDIJA PRIMERA: INOVATIVNI PRISTOPI PRI OBRAVNAVI KRONIČNE BOLEČINE V SPODNJEM DELU HRBTNA NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Lara Pančur, dipl. fiziot. in Dejan Georgiev, mag. psih.,  
Center za krepitev zdravja Ljubljana  
lara.pancur@zd-lj.si in dejan.georgiev@zd-lj.si

## Uvod

V Centru za krepitev zdravja Ljubljana (enota Šiška) se v sklopu projekta Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni (Misk-Bol) izvaja Program za obvladovanje kronične bolečine (POKR). V nadaljevanju je predstavljena študija primera 46-letne pacientke, ki je bila v program napotena s strani izbranega zdravnika družinske medicine, in sicer zaradi večletne kronične bolečine v spodnjem delu hrbtenice.

## Metodologija

Program temelji na celostnem, biopsihosocialnem pristopu, ki vključuje tako fizioterapevtsko kot skupinsko psihoterapevtsko obravnavo, saj se je takšen model izkazal za visoko učinkovitega pri obvladovanju kroničnih bolečinskih stanj. Intervencija je obsegala 16 strukturiranih vadbenih srečanj, šest skupinskih srečanj s psihologom in eno skupinsko srečanje s specialistom medicine dela in športa. Na srečanjih smo želeli opolnomočiti udeležence za aktivni pristop k obvladovanju bolečine s posredovanjem znanja o kronični bolečini, učenjem veščin za njeno obvladovanje ter z usvojitvijo načel postopnega stopnjevanja telesne dejavnosti.

## Rezultati

Pacientka je bila prisotna na vseh 16 srečanjih vadbenega dela delavnice in šestih skupinskih srečanjih pri psihologu. Opravila je tudi začetni in končni fizioterapevtski pregled in psihološko triažo. Rezultati fizioterapevtskega pregleda so predstavljeni v tabeli 1. Pacientka je na začetku navajala bolečino v ledvenem delu hrbtenice z intenziteto 6 po VAL. Ob zaključku programu pacientka ni več čutila bolečine (VAL = 0). Dosegla je tudi izboljšanje pri gibljivosti spodnjega in zgornjega uda, mišično-skeletni pripravljenosti spodnjega uda in pri srčno-žilni vzdržljivosti.

Tabela 1: Rezultati testiranja telesne pripravljenosti in fizioterapevtskega pregleda

	1. meritev	2. meritev
30-sekundni test vstajanja s stola	14	16
Predklon (cm)	0	0
Sprednja opora na podlahteh (sek)	60	60
Zmogljivost prijema (kg)	Leva: 32, desna: 28	Leva: 32, desna: 27
Doseg sede na stolu (cm)	3	5
Stoja na eni nogi (sek)	45	45
Dotik dlani za hrbtom (cm)	Leva zgoraj: 2, desna zgoraj: 9	Leva zgoraj: 3, desna zgoraj: 10
6-minutni test hoje (m) in občutek napora po 15-stopenjski Borgovi lestvici	530m, Borg: 12	600, Borg: 11

Ob koncu delavnice smo vse udeležence prosili, da zapišejo svoje vtise o delavnici. Pacientka je o svojih vtisih zapisala:

»Moji vtisi so zelo dobri, všeč mi je, da je vadba prilagojena našim zmožnostim, da ni prav/narobe, da delamo postopoma. Dobila sem nova znanja o vajah za moč, o skupinah mišic in zakaj so pomembne. Všeč mi je, da sem pridobila nova znanja, nov pogled na reševanje težav in soočanje z bolečino. Pridobila sem nekaj novih znanj in veščin, ki jih bom uporabila oz. jih že uporabljam v svojem vsakdanjem življenju. Z delavnico sem zelo zadovoljna, je za oceno odlično, nimam nobenih pripomb. Še zlasti bi poudarila prijaznost, dostopnost, vljudnost, toplino, res človeško obravnavo od ambulante naprej. Vedno dobim odgovore na vsa vprašanja in nikoli ne dobim občutka, da je kaj narobe. V svojem življenju sem spremenila odnos do bolečine, ni me več strah vadbe zaradi težav s hrbtenico. Več hodim, zdaj pa bom začela še s tekom.«

Pomemben dejavnik uspeha pri pacientki je bila njena visoka motivacija ter pripravljenost za sodelovanje v programu, kar je omogočilo redno udeležbo na vseh vadbenih in psihoterapevtskih srečanjih. Poleg tega je imela dovolj časa in podporo za aktivno vključevanje v skupinske aktivnosti, kar je prispevalo k boljšemu sprejemanju priporočil in usvajanju veščin za obvladovanje bolečine.

### Zaključek

Program POKR je pri pacientki dosegel izrazito zmanjšanje bolečine in izboljšanje telesne pripravljenosti, kar kaže na pomembnost biopsihosocialnega pristopa pri zdravljenju kroničnih bolečin. Takšni programi predstavljajo učinkovito podporo primarni zdravstveni oskrbi in izboljšujejo kakovost življenja pacientov z dolgotrajnimi bolečinskimi stanji.

**Ključne besede:** *multidisciplinarni pristop, kronična bolečina, bolečina v spodnjem delu hrbta*

## VRTNARJENJE KOT VSAKDANJA PRILOŽNOST ZA ZDRAVO STARANJE

Anja Avšič, Naja Lina Leskošek, Neža Mohorič, doc. dr. Andreja Kvas

Zdravo staranje ni le ohranjanje telesnih sposobnosti, temveč je tudi iskanje smisla, povezanosti in veselja v vsakdanjem življenju. Telesna dejavnost ostaja ena najpomembnejših sestavin za ohranjanje zdravja v starosti, vendar mnogi starejši ne najdejo motivacije v klasičnih oblikah vadbe. Vrtna opravila lahko predstavljajo prijetno, naravno in vključujočo obliko gibanja – dejavnost, ki ni samo koristna, temveč tudi izjemno smiselna.

Vrtnarjenje je vrsta telesne dejavnosti, ki se običajno prilagaja posameznikovim sposobnostim. Lahko vključuje enostavnejša opravila, kot so sejanje, pletje in zalivanje, ali zahtevnejša, kot so prekopavanje in pobiranje pridelkov. Gibanje v tem primeru ni cilj sam po sebi, ampak je naravno vgrajeno v dejavnost, ki prinaša tudi vidne, oprijemljive rezultate (kot so pridelki) in občutek dosežka. Takšen način vključevanja telesne dejavnosti je za mnoge starejše bolj sprejemljiv in trajnosten (Wang et al., 2023). Poleg telesnih koristi ima vrtnarjenje tudi pomembne učinke na duševno zdravje. Delo z rastlinami zmanjšuje stres, spodbuja občutek notranjega miru, krepi koncentracijo in splošno dobro počutje (Xu et al., 2023; Joubert et al., 2024). Še posebej pomembno je to pri osebah z demenco, saj je bilo opaženo, da vrtnarjenje pri njih spodbuja orientacijo, zmanjšuje nemirnost ter povečuje občutek varnosti in vključenosti. Senzorična stimulacija skozi stik z zemljo, barvami, vonjavami in strukturo rastlin dodatno podpira ohranjanje kognitivnih sposobnosti (Zhang et al., 2022). Vrtnarjenje omogoča tudi strukturiranje dneva in daje občutek odgovornosti. Za mnoge starejše, ki živijo sami ali v institucionalnem okolju, to predstavlja vir smisla in kontinuitete (Wang et al., 2023; Wang et al., 2022).

Delo na vrtu pogosto vključuje sodelovanje z drugimi – v skupnostnih vrtovih, domovih za starejše ali sosedskih pobudah, kar krepi občutek pripadnosti, spodbuja socialne stike in zmanjšuje občutek osamljenosti (Xu et al., 2023; Wang et al., 2022). Pomembno je poudariti, da vrtnarjenje ni rezervirano le za tiste z dostopom do velikih vrtov. Prilagoditve, kot so visoke grede, lončnice, dostopna orodja, sedeči načini dela ter vrtnarjenje na balkonih ali okenskih policah, omogočajo udeležbo skoraj vsem (Wang et al., 2023). Takšen pristop omogoča personalizacijo glede na telesne zmožnosti in življenjske okoliščine vsakega posameznika. Na podlagi pogovorov z zdravstvenimi delavci in starejšimi osebami ugotavljamo, da je vrtnarjenje ena redkih dejavnosti, ki hkrati spodbuja gibanje, ustvarjalnost, mentalno stabilnost in družbeno povezanost. Zaradi svoje večdimenzionalnosti ima velik potencial tudi v okviru zdravstvenovzgojnih in preventivnih programov. Priporočamo, da se ga vključi v aktivnosti centrov za krepitev zdravja, domov za starejše ter v svetovalno delo patronažnih služb (Joubert et al., 2024; Wang et al., 2022). Želimo poudariti, da je gibanje lahko prijetno, spontano in globoko povezano z življenjskimi izkušnjami posameznika. Vrtnarjenje ni le rekreacija – je prostor za umiritev, obuditev spominov, socialno

povezanost in osebni prispevek k okolju. Je pot do zdravega staranja, ki povezuje telo, um in skupnost – tiho, naravno in z iskrenim zadovoljstvom.

**Ključne besede:** *telesna dejavnost, demenca, preventiva, starejši, kakovost življenja*

## Viri

- Joubert, A., Jankowski-Cherrier, B., Rossi, A., Teyssier, L., Suraud, V., Presle, E., Pommier, R., Massoubre, C., & Verot, E. (2024). Impact of horticultural therapy on patients admitted to psychiatric wards, a randomised, controlled and open trial. *Scientific reports*, 14(1), 14378. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-65168-0>
- Wang, Z., Zhang, Y., Lu, S., Tan, L., Guo, W., Lown, M., Hu, X., & Liu, J. (2022). Horticultural therapy for general health in the older adults: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 17(2), e0263598. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263598>
- Wang, M., Wu, J., & Yan, H. (2023). The effect of horticultural therapy on older adults in pension institutions: a systematic review. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 51, 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.02.006>
- Xu, M., Lu, S., Liu, J., & Xu, F. (2023). Effectiveness of horticultural therapy in aged people with depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, 11, 1142456. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1142456>
- Yun, J., Yao, W., Meng, T., & Mu, Z. (2023). Effects of horticultural therapy on health in the elderly: A review and meta-analysis. *Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*, 1–27. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01938-w>
- Zhang, Y. W., Wang, J., & Fang, T. H. (2022). The effect of horticultural therapy on depressive symptoms among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, 10, 953363. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.953363>

## PREHRANA



## PREHRANSKA IZHODIŠČA ZA DELO Z OSEBAMI S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO

Ana Janžekovič (Univerzitetni klinični center Ljubljana), prof. dr. Jernej Pajek (Univerzitetni klinični center Ljubljana)  
ana.janzekovic@kclj.si

Redna, uravnotežena in pestra prehrana je eden od osnovnih stebrov zdravega življenjskega sloga. Prehrana vpliva na razvoj in potek nekaterih bolezni, tudi kronične ledvične bolezni (KLB). Z zdravim načinom prehrane ohranjamo zdravje in ugodno vplivamo na telesne organe. Ledvice iz telesa odstranjujejo produkte presnove. Zaradi tega je ob pojavu KLB pomembno, da uredimo prehrano in jo prilagodimo stopnji KLB.

Prvi korak pri urejanju prehrane pri KLB je prilagajanje količine zaužitih beljakovin. Prehrana z nižjo vsebnostjo beljakovin zmanjšuje proteinurijo in obremenitev ledvic. Prehrana, ki omejuje vnos rdečega mesa in vključuje več rastlinskih virov beljakovin zmanjšuje tveganje za KLB. Priporočeni vnos beljakovin za osebe s KLB je od 0,6 do 0,8 g/kg na dan. Ob nizko proteinskih dietah se pogosto pojavlja strah glede podhranjenosti. Pomembno je, da v prehrano vključimo visokokakovostne beljakovine in ustrezen energijski vnos. Beljakovin ne omejujemo osebam z nizko telesno maso, starostnikom in bolnikom z aktivnim kroničnim vnetjem.

Zmanjšanje natrija oz. soli v prehrani oseb s KLB je priporočljivo, saj pomaga nadzorovati bilanco soli in tekočine, vpliva na nižji krvni tlak in zmanjšuje tveganje za razvoj srčno-žilnih zapletov. Omejen vnos soli vpliva na boljši učinek nizko proteinske diete, delovanje zdravil za uravnavanje krvnega tlaka in zmanjšanju proteinurije. Priporoča se, da osebe s KLB ne bi zaužile več kot 5 g soli na dan.

S slabšanjem delovanja ledvic se večja možnost za hiperkaliemijo. Zato je pomembno, da uredimo prehranski vnos kalija. Ob omejevanju kalija ne smemo povsem izključiti iz prehrane sadja in zelenjave, ki naravno vsebujeta kalij. Pozorni smo pri s kalijem bogatih živilih kot so: banane, krompir, avokado, špinača, paradižnik, melone, suho sadje,...

Pri bolnikih z višjo stopnjo KLB ledvice ne morejo učinkovito odstranjevati vsega zaužitega fosforja iz telesa, kar vodi do njegovega kopičenja v krvi. Povišane ravni fosforja so povezane s slabšim zdravjem kosti, povečanim tveganjem za srčno-žilne dogodke in višjo smrtnostjo. Vnos fosforja lahko zmanjšamo s prilagojeno prehrano. To dosežemo z izogibanjem mesnim izdelkom in mesninam, zorenim slanim sirom in procesiranim predpakiranim živilom.

Osebe s KLB pogosto pestijo tudi druga prehranska neravnovesja, kot so debelost, proteinsko-energijsko pomanjkanje, sladkorna bolezen tipa 2 ali druga obolenja. Skupna prehranska priporočila zajemajo naslednje: vnos beljakovin 0,8 g/kg TM, primeren energijski vnos in mediteranski način prehrane s pestrim vnosom sadja, zelenjave, stročnic in polnozrnatih izdelkov.

**Ključne besede:** *kronična ledvična bolezen, prehrana, dietoterapija, beljakovine, sol, kalij, fosfati*

## UPORABA DIDAKTIČNIH PRIPOMOČKOV ZOFKINA KOŠARA, FLORJANOV KROŽNIK IN ZOFKINE TABELE V PROGRAMIH CENTROV ZA KREPITEV ZDRAVJA ZDRAVA MERA IN ZDRAVO JEM

Andreja Semolič Valič dipl. ms., mag. diet., Ana Stepančič mag. diet.,  
Zdravstveni dom Ljubljana  
andreja.valic@zd-lj.si

Izkustveno učenje ima ključno vlogo v delavnicah o zdravi prehrani, saj udeleženci preko neposredne izkušnje in praktičnega dela pridobijo poglobljeno razumevanje o zdravi prehrani in veščine, ki jim omogočajo samostojno načrtovanje in pripravo zdrave hrane. Pri tem se uporabljajo različni didaktični pripomočki, kot so Zofkina košara, Florjanov krožnik in Zofkine tabele, ki podpirajo interaktivno učenje, vizualno predstavo in praktično uporabo usvojenih veščin.

Izkustveno učenje ali učenje z delovanjem (angl. learning by doing) je način, kako se povežejo teorija in praksa, izkustveno spoznavanje resničnosti in konkretna akcija. Bistveno in osrednjo vlogo ima osebna izkušnja, saj je za izkustveno učenje značilno, da se najbolje učimo, če nekaj naredimo sami. Kitajski pregovor: »Povej mi in bom pozabil, pokaži mi in se bom spomnil, vključi me in bom razumel« dobro povzema ta pristop. S kombinacijo izkustvenega učenja in didaktičnih pripomočkov se udeleženci ne le seznanijo s teoretičnimi smernicami zdrave prehrane, temveč aktivno sodelujejo, kar izboljša razumevanje, pomnjenje in samostojno uporabo pridobljenega znanja v vsakdanjem življenju.

V centrih za krepitev zdravja (CKZ) se izvajata (poleg drugih) programa Zdrava mera in Zdravo jem, katerih ključni cilj je sprememba prehranjevalnih navad odraslih za izboljšanje zdravja posameznika. Programa se odvijata v skupinah, za katere je značilno delavniško delo in uporaba izkustvenega učenja.

V letu 2022 je strokovna skupina Sekcije za endokrinologijo izdelala tri didaktične pripomočke, namenjene osebam s sladkorno boleznijo. Nastali so v želji približati svetovanje o prehrani čim bolj vsakdanjim okoliščinam. Namenjeni so uporabi v edukacijskih programih za osebe s sladkorno boleznijo na sekundarnem nivoju (diabetološke ambulante) kot tudi v programu S sladkorno skozi življenje na primarnem nivoju v CKZ. Uporabnost didaktičnih pripomočkov pa zaradi domišljene izvedbe in sporočilnosti presega učenje oseb s sladkorno boleznijo.

**Florjanov krožnik** pomaga udeležencem delavnic razumeti, kako si oblikovati zdrav krožnik za kosilo (posamezen obrok), zmanjša zmedo pri izbiri hrane in spodbuja k bolj premišljenemu prehranjevanju, kar so ključni elementi pri spreminjanju prehranjevalnih navad. Poudarek je na enostavni in jasni vizualni predstavitvi. Vsak udeleženec ima možnost sestaviti primer uravnoteženega obroka po principu Zdravega krožnika, kar tudi predstavi skupini.

Nadgradnja Florjanovega krožnika je **Krožnik modernih in tradicionalnih živil**. Izdelan je tako, da vključuje jedi, ki si jih pripravljamo doma kot tudi tiste jedi, ki si jih privoščimo v restavracijah ali na poti v službo. Uporabnost slednjega je v izpisih sestavin posameznih jedi, hranilni in energijski vrednosti ter gramaturi običajne porcije, tako domače kot gostilniške. S takim načinom prikaza obroka se udeleženci konkretno seznanijo s hranilno in energijsko vrednostjo jedi, ki jih radi (najpogosteje) uživajo, ter pridobijo praktično informacijo o živilih in količinah, ki lahko ključno vplivajo na njihov energijski vnos.



**Zofkina košara** je namenjena predstavitvi živil, ki vplivajo na krvni sladkor, torej vsebujejo ogljikove hidrate, in tista, ki nanj ne vplivajo. Udeleženci prek konkretnih prikazov živil spoznajo, zakaj ima npr. žemlja večji vpliv na krvni sladkor kot hrenovka.

**Zofkine table** ali prehranske karte uporabljamo pri vizualni ponazoritvi količine hranil v posameznih živilih ter za primerjavo med količino hranil in posledično vplivi na naše zdravje. Uporabne so tudi pri razlagi osveščenega nakupovanja, saj se lahko z njimi udeleženci praktično seznanijo z vsebino tabel hranilnih vrednosti na predpakiranih živilih in živilih, ki na trgovskih policah nimajo označb (npr. kruh, sadje, zelenjava ...).

Uporaba teh didaktičnih pripomočkov omogoča višjo stopnjo angažiranosti, konkretno izkušnjo in lažje razumevanje vsebin. Vizualne in praktične metode omogočajo, da si udeleženci več zapomnijo. Iz strokovne literature je znano, da so vizualni elementi pri človeku najbolj učinkoviti za učenje, in tudi vsi poznamo rek: Slika pove več kot tisoč besed. Dejstvo je, da si lahko s pomočjo slike in ob ustrezni razlagi zapomnimo 30 % več informacij, kot če bi samo poslušali.

Didaktični pripomočki, kot so Zofkina košara, Florjanov krožnik in Zofkine tabele, predstavljajo primer dobre prakse izkustvenega učenja v delavnicah Zdrava mera in Zdravo jem v CKZ. Vsak od teh pripomočkov podpira aktivno udeležbo, učenje na podlagi praktične izkušnje, vizualno predstavo in praktično uporabo znanja.

**Ključne besede:** *zdrava prehrana, izkustveno učenje, didaktični pripomočki*

## MULTIDISCIPLINAREN PRISTOP K PREHRANSKI IN GIBALNI PODPORI STAREJŠIH: IZKUŠNJE IZ DELAVNICE »ZDRAVO JEM«

Nika Šepec, Zdravstveni dom Litija – Center za krepitev zdravja  
Sonja Fajhtinger, Zdravstveni dom Litija – Center za krepitev zdravja  
nika.sepec@zd-litija.si

### Uvod

Staranje je kompleksen biološki proces, ki ga spremljajo fiziološke spremembe, med katere sodijo upad mišične mase, zmanjšanje kostne gostote, spremembe v presnovi ter povečana pojavnost kroničnih nenalezljivih bolezni. S staranjem se spremeni tudi telesna sestava – maščobno tkivo se poveča, pusta telesna masa pa zmanjšuje, kar poveča tveganje za pojav sarkopenije in drugih bolezni. Menopavza pri ženskah zaradi padca estrogena dodatno pospeši izgubo puste telesne mase in kostne gostote ter poveča tveganje za pojav osteoporoze ali sarkopenije (Papadopoulou idr., 2021).

V delavnici Zdravo jem, v kateri je bilo sedem od osmih udeležencev žensk (povprečna starost 69 let), smo zaznali zanimiv vzorec: večina udeleženk (71 %) je izrazila močno željo po izgubi telesne mase (v nadaljevanju TM). Tudi raziskave kažejo, da starejše ženske pogosto vidijo TM kot ključni pokazatelj splošnega zdravja (Warkentin idr., 2013).

Strokovne smernice opozarjajo, da izguba TM po 65. letu ni priporočljiva. Nepravilno hujšanje vodi v izgubo puste telesne mase, kar poveča tveganje za pojav s prehranjenostjo povezanih stanj, padce in zlome (Boseaus in Rothenberg, 2015).

### Izvedba delavnice in sodelovanje s kineziologom

Delavnica Zdravo jem je potekala v prostorih CKZ Litija in je bila usmerjena v celostno obravnavo starejših. Obravnava se je začela v marcu 2025 in zaključila v maju. Udeleženkam smo z merilnikom telesne sestave (Tanita MC-780 MA) izmerili telesno sestavo. Prehransko ogroženost smo ocenili z orodjem MUST – vse udeleženske (100 %) so dosegle 0 točk, kar je pomenilo nizko tveganje za podhranjenost. Pri starejših od 70 let smo dodatno upoštevali starost in prisotnost kroničnega vnetja. Prisotnost kroničnega vnetja smo določali glede na prisotnost kroničnih bolezni pri udeleženkah, vrednosti faznega kota, indeks sarkopenije in nivo visceralne maščobe. Vrednosti faznega kota, indeks sarkopenije in nivo visceralne maščobe smo pridobili s pomočjo merilnika telesne sestave. Krvnih izvidov nismo spremljali, saj nimamo dostopa do zdravstvenih kartotek udeležencev. S pomočjo prehranskega vprašalnika smo preverili prehranjevalne navade in uporabili presejalno orodje za sarkopenijo SARC-F. Izvedli smo tudi 24-urni prehranski priklic jedilnika, ki smo ga analizirali s pomočjo odprte platforme za klinično prehrano (v nadaljevanju OPKP). OPKP je digitalna platforma, namenjena določanju optimalnih energijskih in hranilnih potreb pacientov, analiziranju njihovega prehranskega vnosa, načrtovanju njihove prehrane, vključujoč tudi morebitno prisotne bolezni. V OPKP smo odprli profil za vsako udeleženko, zabeležili osnovne podatke (rojstni datum, telesno višino in TM) ter določili energijski in hranilni vnos. Energijski in hranilni vnos smo določali s pomočjo Referenčnih vrednosti za energijski vnos

ter vnos hranil – dopolnjena izdaja 2020 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020). V skupinskih srečanjih smo poudarili načela uravnotežene prehrane, pomen ritma prehranjevanja in zadostnega vnosa beljakovin ter ustrezne hidracije. Izpostavili smo pomen kalcija in vitamina D. Redno smo opozarjali na pomen gibanja za ohranjanje TM. Po zaključku delavnice so udeleženske opravile še testiranje telesne pripravljenosti pri kineziologinji (6-minutni test hoje, individualna obravnava Koliko še zmorem, 30-sekundni test vstajanja s stola).

## Rezultati

Vse udeleženske so imele pridružene kronične bolezni (hipertenzija, dislipidemija, sladkorna bolezen tipa 2, osteoporoza idr.). Ena od udeleženk je imela hipotiroidizem. Rezultati presejalnega prehranskega vprašalnika so pokazali, da so imele udeleženske pred začetkom delavnice delno ustrezne prehranjevalne navade. Pri SARC-F so vse udeleženske dosegle od 0 do 1 točke. Analiza 24-urnega priklica jedilnika je pri večini udeleženk pokazala prekomeren energijski vnos, nezadosten vnos makrohranil (predvsem beljakovin in/ali ogljikovih hidratov) ter nekaterih mikrohranil (kalcij). Testiranje pri kineziologinji je pokazalo povprečne ali nadpovprečne rezultate glede na starost in spol pri 6-minutnem testu hoje ter pri 30-sekundnem testu vstajanja s stola, kar kaže na dobro telesno zmogljivost udeleženk. Pri eni od udeleženk je bila zaznana funkcijska manjzmožnost, kar je zahtevalo dodatna individualna priporočila za krepitev telesne pripravljenosti. Pri ostalih funkcijska manjzmožnost ni bila prisotna. Povezovanje dietetika in kineziologa smo v sklopu delavnice Zdravo jem izvedli prvič, saj smo v zadnjih mesecih zaznali povečano zanimanje starejših žensk za zmanjšanje TM. Na ta način smo želeli še bolj poudariti pomen ohranjanja optimalne telesne in puste telesne mase ter pomen dobre telesne pripravljenosti za zdravje. Smiselno se nam je zdelo spremljanje tudi po končani delavnici Zdravo jem, zato smo na zadnjem individualnem posvetu vse udeleženske povabili na ponovni (kontrolni) individualni posvet poleti 2025. Dve udeleženki sta prisotnost že potrdili, preostale pa so želele še malo razmisliti in nam bodo odločitev sporočile naknadno.

## Diskusija

Naše ugotovitve potrjujejo, da starejše ženske pogosto zaznavajo TM kot pokazatelj vsesplošnega zdravja, kar lahko vodi v napačne cilje – zmanjševanje TM namesto ohranjanja puste telesne mase in funkcionalnosti. Obravnava je bila usmerjena v ohranjanje puste telesne mase, kar je pomembno tudi pri spremembah ob menopavzi. Multidisciplinarni pristop s prehranskim svetovanjem in testiranjem telesne pripravljenosti je omogočil boljšo podporo udeleženkam.

## Zaključek

Delavnica Zdravo jem potrjuje pomen celostnega pristopa pri obravnavi starejših (žensk), ki je vključevala prehransko svetovanje, dodatno pa še oceno telesne pripravljenosti in spodbudo k telesni aktivnosti. Smiselno bi bilo nameniti poseben poudarek ozaveščanju o tveganjih izgube telesne in puste telesne mase po 65. letu.

**Ključne besede:** *prehranska obravnava starejših, prehransko presejanje, pusta telesna masa, telesna zmogljivost, multidisciplinaren pristop*

## Viri

- Bosaeus, I., Rothenberg, E. (2016). Nutrition and physical activity for the prevention and treatment of age-related sarcopenia. *Proceedings of the Nutrition Society*, 75(2), 174 – 180. <https://doi.org/10.1017/S002966511500422X>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020). *Referenčne vrednosti za energijski vnos ter vnos hranil – dopolnjena izdaja 2020*. [https://nijz.si/wp-content/uploads/2020/04/referencne\\_vrednosti\\_2020\\_3\\_2.cleaned.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2020/04/referencne_vrednosti_2020_3_2.cleaned.pdf)
- Papadopoulou, S.K., Papadimitriou, K., Voulgaridou, G., Georgaki, E., Tsotidou, E., Zantidou, O., Papandreou, D. (2021). Exercise and Nutrition Impact on Osteoporosis and Sarcopenia – The Incidence of Osteosarcopenia: A Narrative Review. *Nutrients*, 13(12), 1 – 14. <https://doi.org/10.3390/nu13124499>
- Odsek za računalniške sisteme. (2025). *Odprta platforma za klinično prehrano – OPKP*. [Računalniški program]. Inštitut Jožef Štefan.
- Warkentin, L.M., Das, D., Majumdan, S.R., Johnson, J.A., Padwal, R.S. (2013). The effect of weight loss on health related quality of life: systematic review of meta-analysis of randomized trials. *Obesity Reviews*, 15(3), 169 – 182. <https://doi.org/10.1111/obr.12113>

## PRILAGOJENA DELAVNICA ZDRAVO JEM ZA BOLNIKE S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO

Barbara Ozbič Kirijakopulos<sup>1,2</sup>, Ajda Kovačič<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Center za krepitev zdravja, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova 2-4, 2000 Maribor

<sup>2</sup> Osnovna šola Selnica ob Dravi, Mariborska cesta 30, 2352 Selnica ob Dravi

### Povzetek

V Centrih za krepitev zdravja (CKZ) od leta 2019 izvajamo delavnico Zdravo jem, namenjeno izobraževanju odraslih o uravnoteženem prehranjevanju. Program trenutno vključuje tri skupinska in tri individualna srečanja ter je primeren za posameznike nad 19 let, ne glede na morebitne zdravstvene težave. Udeleženci se lahko vključijo samoiniciativno ali po napotitvi tima ambulante družinske medicine (ADM).

Individualna srečanja omogočajo poglobljen pogovor o prehranskih prilagoditvah glede na zdravstveno stanje posameznika. Kadar je potrebno strokovnejše svetovanje, v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor v obravnavo vključimo dietetika z drugo stopnjo univerzitetne izobrazbe in poglobljenim znanjem klinične dietetike. S pomočjo prehranskega presejanja, ocene prehranske ogroženosti in bioimpedančne meritve (BIA meritve) dietetiki izdelamo individualiziran prehranski načrt, ki upošteva specifične potrebe pacienta, stanje njegove prehranjenosti ter cilje zdravljenja za optimizacijo prehranske podpore in izboljšanje zdravstvenega stanja. To je še posebej pomembno pri pacientih s polimorbidnostjo, kjer je ključno oceniti prehranjenost in obravnavati morebitno energijsko ali hranilno podhranjenost.

V zadnjem času se je pri pacientih iz ambulant ADM, zlasti pa v specialističnih ambulantah, pokazala potreba po bolj usmerjenih prehranskih vsebinah, saj bolniki s specifičnimi težavami potrebujejo natančnejše smernice. Zato smo v CKZ Maribor razvili prilagojeno različico programa Zdravo jem, namenjeno pacientom s kronično ledvično boleznijo. Ohranili smo osnovno strukturo, vsebinsko pa jo dopolnili s podrobnejšo razlago prehranskih priporočil pri ledvičnih boleznih. Poudarek je na omejevanju vnosa kalija, soli in fosforja, ustrezni pripravi hrane ter branju prehranskih deklaracij, s čimer jim omogočamo boljše uravnavanje prehrane v vsakdanjem življenju. Za lažje izvajanje programa in podporo pacientom ter zdravstvenemu osebju smo pripravili tudi informativne plakate za ambulante ter zloženke z dodatnimi priporočili in seznamom živil, ki jih je pri KLB priporočljivo omejiti ali se jim izogibati.

Da bi udeležbo omogočili čim večjemu številu pacientov, bomo delavnico izvajali vzporedno v dopoldanskem in popoldanskem terminu. Izvajali jo bodo ustrezno usposobljeni dietetiki, vključevanje pa bo potekalo preko napotitev zdravnikov družinske medicine. Verjamemo, da bo tako prilagojena delavnica dragocena podpora tako pacientom kot zdravnikom, ki se pogosto soočajo z vprašanji o prehrani, a nimajo dovolj časa za poglobljeno svetovanje. Menimo da bo tak

program pozitivno vplival in doprinesel na obvladovanje bolezni, izboljšanje kakovosti življenja ter zmanjšanje zapletov in hospitalizacij. V prihodnje načrtujemo podobne prilagoditve tudi za druge skupine bolnikov saj smo v CKZ ZD dr. Adolfa Drolca Maribor prepričani, da ustrezna prehranska podpora pomembno prispeva h kakovostnejšemu življenju in boljšemu počutju posameznika.

**Ključne besede:** Center za krepitev zdravja (CKZ), Zdravo jem, kronična ledvična bolezen, klinični dietetik, prehransko svetovanje

## Viri

- Avesani C. M. 2023. 15.2: Nutrition support in chronic kidney disease (CKD). Luxembourg, ESPEN – The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism., [https://www.espen.org/III-courses?view=course&cat\\_id=2-online-courses-modules&course\\_id=43-topic-15-nutrition-support-in-renal-disease](https://www.espen.org/III-courses?view=course&cat_id=2-online-courses-modules&course_id=43-topic-15-nutrition-support-in-renal-disease)
- Apetrii, Mugurel, Daniel Timofte, Luminita Voroneanu, and Adrian Covic. "Nutrition in Chronic Kidney Disease—The Role of Proteins and Specific Diets." *Nutrients* 13, no. 3 (March 16, 2021): 956. <https://doi.org/10.3390/nu13030956>.
- Carrero, Juan J., Ailema González-Ortiz, Carla M. Avesani, Stephan J. L. Bakker, Vincenzo Bellizzi, Philippe Chauveau, Catherine M. Clase, et al. "Plant-Based Diets to Manage the Risks and Complications of Chronic Kidney Disease." *Nature Reviews Nephrology* 16, no. 9 (2020): 525–42. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0297-2>.
- Castle, Ellen M., Sharlene A. Greenwood, and Roman-Ulrich Müller. "The Importance of Lifestyle Interventions in the Prevention and Treatment of Chronic Kidney Disease." *Kidney and Dialysis* 3, no. 2 (April 10, 2023): 192–95. <https://doi.org/10.3390/kidneydial3020017>.
- Dominguez, Ligia J., Giovanna Di Bella, Nicola Veronese, and Mario Barbagallo. "Impact of Mediterranean Diet on Chronic Non-Communicable Diseases and Longevity." *Nutrients* 13, no. 6 (June 12, 2021): 2028. <https://doi.org/10.3390/nu13062028>.
- "Erratum Regarding 'KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update' (Am J Kidney Dis. 2020;76[3][Suppl 1]:S1-S107)." *American Journal of Kidney Diseases* 77, no. 2 (2021): 308. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.11.004>.
- Hahn, Deirdre, Elisabeth M Hodson, and Denis Fouque. "Low Protein Diets for Non-Diabetic Adults with Chronic Kidney Disease." Edited by Cochrane Kidney and Transplant Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, October 4, 2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001892.pub4>.
- Hansrivijit, Panupong, Sharad Oli, Resha Khanal, Nasrollah Ghahramani, Charat Thongprayoon, and Wisit Cheungpasitporn. "Mediterranean Diet and the Risk of Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-analysis." *Nephrology* 25, no. 12 (2020): 913–18. <https://doi.org/10.1111/nep.13778>.
- Kogovšek, Janja, Meta Čehovin, and Maša Škrlep. *Okusna prehrana za ledvične bolnike: priročnik z recepti*. Ljubljana: Lek farmacevtska družba, 2022.
- Kuzmanovski Aljoša, Za dobro ledvic, Slovensko nefrološko društvo – Slovensko zdravniško društvo Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, Ljubljana 2023, dostopano 22. 4. 2025, [https://zadobroledvic.si/wp-content/uploads/2023/03/21\\_brosura\\_KLB.pdf](https://zadobroledvic.si/wp-content/uploads/2023/03/21_brosura_KLB.pdf)
- Medori, Maria Chiara, Zakira Naureen, Gabriele Bonetti, Barbara Aquilanti, Valeria Velluti, Giuseppina MAtera, Amerigo Iaconelli, and Matteo Bertelli. "Foods of the Mediterranean Diet: Lacto-Fermented Food, the Food Pyramid and Food Combinations." *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* Vol. 63 No. 2S3 (October 17, 2022): E28 Pages. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/JPMH2022.63.2S3.2744>.

- Obrovnik Marko, Prehrana bolnika z ledvično boleznijo, dostopano 22. 4. 2025, <https://www.nephro-slovenia.si/images/PDF/zdravljenje-ledvicne-bolezni-z-dieto-prehranski-dnevnik.pdf>
- Vieira, Laura M., Catarina B.A. Gottschall, Daniele B. Vinholes, Miguel A. Martinez-Gonzalez, and Aline Marcadenti. "Translation and Cross-Cultural Adaptation of 14-Item Mediterranean Diet Adherence Screener and Low-Fat Diet Adherence Questionnaire." *Clinical Nutrition ESPEN* 39 (2020): 180–89. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.06.018>.

## KOMUNICIRANJE



## SVITOVE RAZGLEDNICE ZDRAVJA – MAJHNA BESEDA, VELIKA SPREMEMBA; INOVATIVNO ORODJE ZA OZAVEŠČANJE, MEDGENERACIJSKO POVEZOVANJE IN KREPITEV SKUPNOSTI

Anja Šeško

Center za krepitev zdravja Krško, Zdravstveni dom Krško

anja.sesko@zd-krsko.si

V Centru za krepitev zdravja ZD Krško smo v sodelovanju z Mestno občino Krško izvedli večstopenjski preventivni projekt, namenjen promociji presejalnega programa SVIT in kreptivi zdravstvene pismenosti na področju preprečevanja raka na debelem črevesu in danki. Projekt temelji na inovativnem, vključujočem in srčno zastavljenem pristopu, pri čemer smo uporabili SVIT-ove razglednice zdravja – sporočila, ki posameznika nagovarjajo osebno, spoštljivo in razumljivo.

Projekt smo izvedli v sodelovanju z vsemi osnovnimi šolami v občinah Krško in Kostanjevica na Krki. Učenci 3. razredov, ki se v okviru učnega načrta učijo pisanja razglednic, so pri pouku izvedli praktični preizkus znanja – pisali so razglednice z iskrenimi mislimi o zdravju, skrbi zase ter pomenu sodelovanja v programu SVIT. Naslovljene so bile na njihove dedke, babice, starše in druge bližnje. Šole so, ob predhodnem soglasju staršev, zbrale naslove prejemnikov.

Ob našem ponovnem obisku šol so učenci razglednice oddali v simbolično SVIT-ovo škatlo. Skupno smo šolam posredovali 360 razglednic, od tega je bilo 333 (92,5 %) oddanih v okviru šolskega projekta. Nekatero razglednico so bile poslano tudi v tujino – v Bolgarijo, Albanijo in druge države, kjer živijo družinski člani otrok. Razglednice smo predhodno opremili s poštnimi znamkami, zato otroci niso imeli stroškov, hkrati pa smo omogočili nemoten potek dejavnosti.

Šole so v projektu prepoznale kakovostno dopolnitev učnega procesa. V občini Krško in občini Kostanjevica na Krki je sodelovalo 333 tretješolcev, kar predstavlja skoraj vso populacijo letnika (rojeni leta 2016). Pomembno mesto je imela tudi šola s prilagojenim programom, kjer so učenci razglednice pisali v šoli, nato pa jih osebno odnesli na pošto, kar je omogočilo še dodatno učenje in konkretno izkušnjo pošiljanja sporočila v svet.

Ob SVIT-ovem dnevu smo na podlagi sporočil s sodelavkami pripravile plakate z izbranimi mislimi otrok, ki so jih naslovili na svoje bližnje. Plakati so razstavljeni v čakalnici Centra za krepitev zdravja Krško, kjer s svojo iskrenostjo in toplino sprožajo nasmeh, pogovor in povezovanje.

Otroška sporočila pogosto prvič odprejo prostor za dialog o temah, kot je sodelovanje v presejalnih programih, pa tudi o odvajanju – še vedno pogosto prezrti ali stigmatizirani temi.

Vzdušje smo dopolnili z zvočnimi elementi – imitacijami črevesnih zvokov, kot so črevesni plini (vetrovi), ki sprožijo sproščen odziv uporabnikov, zmanjšajo zadrego in pripomorejo k odprti komunikaciji. V takem okolju se posamezniki lažje sprostijo, vzamejo gradivo, ga odnesejo domov ali ga posredujejo naprej.

Rezultati projekta se kažejo v povečanem zanimanju uporabnikov za program SVIT, večji odprtosti za pogovor ter več osebnih izpovedih, ki se delijo v varnem okolju čakalnice ali svetovalnice. Povečala se je tudi odprtost do pogovora o odvajanju in črevesju, kar potrjuje uspešnost kombinacije vizualnega gradiva, osebnega pristopa in humorja.

Projekt predstavlja primer dobre prakse integrirane preventive, ki temelji na sodelovanju stroke, šol, lokalne skupnosti in družin. Z inovativnim pristopom smo vzpostavili varen prostor za pogovor o preventivi, zdravju in telesnih temah, ki so pogosto prezrte ali občutljive. V prihodnosti načrtujemo razširitev projekta, zlasti z vsebinami v tujih jezikih, namenjenimi tujejezičnim prebivalcem in pripadnikom romske skupnosti, ki predstavljajo pomemben del našega okolja.

**Ključne besede:** *program SVIT, preventiva raka, medgeneracijsko povezovanje, zdravstvena pismenost, promocija zdravja, vključujoči pristopi*

## DUŠEVNO ZDRAVJE



## INTEGRIRANA POT OSEBE Z DEPRESIJO

Nina Ropret, Silva Nemeš, Alenka Tančič-Grum, Tatjana Novak Šubara, Katja Štucin  
silva.nemes@nijz.si

V letu 2023 smo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje v okviru projekta "Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji – ZaPiS" zaznali vrzel v poznavanju poti osebe z depresijo tako znotraj zdravstvenega sistema kot tudi izven njega (poznavanje struktur, organizacij, ustanov, ki lahko na različne načine obravnavajo osebo z depresijo v Sloveniji). Da bi okrepili poznavanje različnih služb in organizacij, ki so vključene v prepoznavanje depresije in nudenje strokovne pomoči, smo pripravili gradivo »Integrirana pot osebe z depresijo« za strokovnjake, ki vključuje shemo poti in dokument z razlago. Pri tem so bile vključene storitve tako znotraj kot izven zdravstvenega sistema, upoštevaje zakonske in druge veljavne pravne ureditve v Republiki Sloveniji.

Gradivo je pripravljeno za strokovnjake, ki na kakršenkoli način obravnavajo osebo z depresijo. Napisano je z vidika osebe z depresijo oz. pacienta, predvsem glede tega, kako dostopa do določenih služb/organizacij (pogoj za dostop, način dostopa) in kakšne obravnave je tam deležen (vrsta obravnave, kdo izvaja obravnavo). Cilj gradiva je, da vsi strokovnjaki, ki se s pacientom na tej poti srečujejo, vedo, kaj lahko pacient v določenem koraku pri drugih strokovnjakih in službah dobi in mu to tudi po potrebi razložijo oz. ga ustrezno usmerijo. V gradivo so vključeni tudi dodatni viri informacij (iskalniki virov pomoči s področja duševnega zdravja in gradiva o depresiji).

Pot osebe z depresijo vključuje tri korake:

- **(1) zaznava in prepoznavanje znakov in simptomov depresije** pri posamezniku in njegovi socialni mreži, v okviru preventivnih in kurativnih zdravstvenih obravnav, v okviru sistema socialnega varstva in v lokalni skupnosti;
- **(2) dostop do strokovne pomoči** znotraj zdravstvenega sistema v primeru prepoznanih simptomov depresije in v primeru akutne duševne stiske;
- **(3) spoprijemanja z depresijo**, ki vključuje zdravljenje (psihoedukacija, psihosocialno svetovanje, psihoterapija, zdravljenje z zdravili) in življenje z depresijo (skrb zase in podpora v okolju).

Pri razvoju poti smo identificirali več izzivov, in sicer težave pri iskanju verodostojnih informacij, dolge čakalne dobe na obravnavo, omejen čas za ustrezno diagnostiko in obravnavo, slabše poznavanje socialnovarstvenih programov s strani zdravstvenega sektorja, zakonsko neurejeno področje psihoterapije izven zdravstva, slabša usklajenost nekaterih služb, razlike v dostopnosti storitev glede na regije idr.

Nadaljnji koraki so diseminacija gradiva in sheme poti med strokovnjake v zdravstvu in izven njega, priprava interaktivne spletne sheme poti ter gradiva za paciente z depresijo. S tem želimo prispevati k večji zdravstveni pismenosti, zgodnejši prepoznavi in učinkovitejši obravnavi depresije ter s tem tudi k zmanjševanju bremena te bolezni v Sloveniji.

**Ključne besede:** *Depresija, integrirana pot osebe, prepoznavna, dostop do strokovne pomoči, spoprijemanje z depresijo*

## SKUPAJ ZA CELOSTNO OBRAVNAVO: SODELOVANJE MED CENTROM ZA KREPITEV ZDRAVJA IN CENTROM ZA DUŠEVNO ZDRAVJE V ZD NOVA GORICA, PRIMER DOBRE PRAKSE

Mateja Kragelj, Center za krepitev zdravja, Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica  
Katja Kodelja, Center za duševno zdravje odraslih, Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica  
[katja.kodelja@zd-go.si](mailto:katja.kodelja@zd-go.si)

### Uvod

V Zdravstvenem domu Nova Gorica (v nadaljevanju ZD Nova Gorica) imamo Center za krepitev zdravja (v nadaljevanju CKZ), ki je organiziran kot velik center in pokriva področje 6 občin v regiji ter zaposluje 16 strokovnjakov s področja zdravstvene vzgoje, dietetike, fizioterapije, kineziologije in psihologije. Center za duševno zdravje odraslih (v nadaljevanju CDZO) je v ZD Nova Gorica začel delovati leta 2020. Tim je sestavljen iz dveh enot: ambulantnega dela in skupnostne psihiatrične obravnave – SPO. V centru delujejo: 2 psihiatra, 4 klinični psihologi, 6 diplomiranih medicinskih sester, 2 socialna delavca in delovni terapevt.

V Zdravstvenem domu Nova Gorica smo skozi sodelovanje CKZ in CDZO razvili uspešen model povezovalnega dela, ki posamezniku omogoča bolj učinkovito, dostopno in kontinuirano podporo. Prispevek predstavlja izkušnje, izvedene ukrepe, dosežene učinke ter dobre prakse, ki so se izkazale za uspešne pri obravnavi pacientov s težavami na področju duševnega zdravja.

### Vzpostavitev sodelovanja in izvedeni ukrepi

Dobro sodelovanje, timski in multidisciplinarni pristop v obravnavi je ključnega pomena, saj odgovarja na kompleksne potrebe pacientov. V začetnih fazah delovanja CKZ smo se zato najprej usmerili v vzpostavitev dobrega sodelovanja s službami znotraj zavoda: z ambulantami družinske medicine in referenčnimi ambulantami, centrom za duševno zdravje, patronažo, ginekologijo in drugimi. Zelo pomembni partnerji v procesu opolnomočenja oseb v skrbi za svoje zdravje pa so tudi javni zavodi, nevladne organizacije in druge lokalne skupnosti. Sodelovanje vzdržujemo z različnimi strategijami, kot so: predstavitev in promocija programov posameznim službam in na dogodkih v lokalnih skupnostih, redna medsebojna srečanja ter izmenjava informacij (poročanje o posebnostih, zaključna poročila napotitelju).

V CDZO se z vsako osebo, ki nas kontaktira opravi uvodni razgovor/triaža, s katerim se oceni stopnjo nujnosti obravnave in na podlagi potreb posameznika presodi pri katerem strokovnem profilu bo začela obravnavo. Triaže izvajajo diplomirane med. sestre in zdravstveniki, ki tudi usmerjajo na obravnavo v CKZ. Že ob triaži se večino oseb seznanijo s programi, ki so na voljo v CKZ. V psihoedukativne delavnice CKZja napotimo vse osebe z blagimi in prehodnimi

razpoloženski ter prilagoditvenimi motnjami. S tem želimo osebam ponuditi hitro dostopno možnost pridobivanja osnovnih veščin in tehnik opolnomočenja. Sodelovanje s CKZ je vzpostavljeno tudi, ko je oseba že v obravnavi znotraj CDZO, če se pojavi potreba po določenem strokovnem profilu, ki ni na voljo v CDZO npr. dietetik, kineziolog, fizioterapevt. Obravnava v takem primeru poteka vzporedno.

#### **Doseženi rezultati**

Sodelovanje se je v praksi izkazalo za učinkovito pri povečanju dostopnosti in kontinuitete obravnave. Boljša informiranost med timi je vodila do hitreje prepoznave težav, zgodnejšega ukrepanja in zmanjšanja števila neodzivnih pacientov. Po vključitvi v psihoedukativne programe v CKZ se lahko zmanjša potreba po intenzivnejši in poglobljeni obravnavi. Izkušnje kažejo, da pri povečanju dostopnosti in osnovnih strategijah opolnomočenja, določen delež oseb ne potrebuje več obravnave v CDZO. Poleg tega pa predhodna psihoedukacija okrepi motivacijo za vključevanje v intenzivnejšo obravnavo v CDZO in večjo pripravljenost za spreminjanje življenjskega sloga. V evalvacijskih vprašalnikih udeleženci pogosto izpostavljajo, da jim občutek, da strokovnjaki sodelujemo med seboj, vzbuja občutek zaupanja in varnosti.

#### **Usmeritve za izboljšave**

Kljub pozitivnim izkušnjam ostajajo izzivi, predvsem na področju kadrovskih zmogljivosti in časovne usklajenosti. Prepoznavamo potrebo po večji formalizaciji sodelovanja, saj se številne prakse še vedno odvijajo na pobudo posameznikov. Kot pomembno se je izkazalo tudi kontinuirano informiranje in seznanjanje posameznih služb o programih, ki znotraj posameznih centrov že potekajo ali pa se na novo vzpostavijo. Ena izmed prihodnjih usmeritev je oblikovanje skupne digitalne podpore za lažje vodenje primerov. Pomembno se nam zdi tudi poenoteno izobraževanje strokovnjakov, s čimer krepimo razumevanje biopsihosocialnega modela med vsemi sodelujočimi.

#### **Zaključek**

Primer iz ZD Nova Gorica potrjuje, da je celostna obravnava posameznika dosegljiva, če jo zasnujemo na temelju medsebojnega zaupanja, strokovne radovednosti in pripravljenosti za skupno delo. Sodelovanje med CKZ in CDZO ni le organizacijski pristop, ampak postaja način razmišljanja – usmerjeno v uporabnika, na njegovo zdravje in opolnomočenje.

*Ključne besede: duševno zdravje, CKZ, CDZO, celostna obravnava, sodelovanje*

## LOKALNA MREŽA ZA PODPORO DUŠEVNEMU ZDRAVJU KOT IMPLEMENTACIJSKI MODEL SKUPNOSTNEGA PRISTOPA

Andrejka Prijon<sup>1</sup>, Marjeta Ferlan Istinič<sup>1</sup>, Anja Žurga<sup>1</sup>, Matej Vinko<sup>1</sup>,  
Irena Makivič<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nacionalni inštitut za javno zdravje  
anja.zurga@nijz.si

Pristop *duševno zdravje v vseh politikah* velja za ključni sestavni del vsake celovite pobude o duševnem zdravju. Javne politike si prizadevajo spodbujati duševno zdravje in dobro počutje z omogočanjem ukrepov v vseh, tudi nezdravstvenih sektorjih. Za dobro duševno zdravje populacije je pomembna dobro delujoča mreža storitev zdravstvenih služb in drugih nezdravstvenih sektorjev ter skupnostne ponudbe civilne družbe. Razumevanje lokalnega konteksta in raznolikih potreb prebivalstva lahko izboljša zagotavljanje storitev duševnega zdravja in s tem splošno blaginjo skupnosti. Ocenjevanje potreb na področju duševnega zdravja je ključno tudi za učinkovito razporejanje sredstev in razvoj prilagojenih intervencij.

Za doseg tega cilja je bila izvedena ocena potreb v dveh slovenskih regijah, in sicer v Murski Soboti in Novi Gorici. Želeli smo identificirati potrebe posameznikov s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev ter na drugi strani različnih strokovnjakov, ki sodelujejo pri njihovi oskrbi. Namen je bil prepoznavati in ovrednotenje zmožnosti in potreb obstoječih služb in programov ter prepoznavati vrzeli v lokalni podpori duševnemu zdravju tako v vladnem kot nevladnem sektorju. Z razumevanjem potreb in različnih storitev, ki so na voljo, kakor tudi z zmanjševanjem vrzeli v ponudbi, je cilj vzpostaviti odzivne, sodelovalne in operativne mreže storitev na področju duševnega zdravja v lokalnem okolju, kar se je v obeh pilotnih okoljih formalno tudi realiziralo.

Osnova za ukrepanje je bil popis stanja in potreb, pridobljen na osnovi 21 polstrukturiranih vodenih pogovorov z uporabniki, svojci in zaposlenimi v službah za duševno zdravje, ki delujejo na primarni zdravstveni ravni. Podatke smo narativno analizirali, da bi identificirali prevladujoče probleme na področju duševnega zdravja v lokalnih skupnostih in možne rešitve ter preverili kakovost sodelovanja in povezovanja med različnimi deležniki, relevantnimi za področje duševnega zdravja in s tem povezane izzive.

Obe regiji sta kot ključno problematiko identificirali socialno izolacijo, dvojne diagnoze in stigmatizacijo duševnega zdravja. Strokovne službe se soočajo z različnimi težavami, kot so pomanjkanje osebja, pomanjkanje usposabljanja, premalo časa za zdravljenje in obremenjenost z administrativnimi nalogami. Obe okolji sta poudarili potrebo po izboljšanjem medsektorskem sodelovanju deležnikov in programov ter usklajenem pristopu. Trdna mreža povezanih storitev je prepoznana kot bistvena za naslavljanje raznolikih potreb posameznikov s težavami v duševnem zdravju. Takšna mreža lahko reši tudi problem nejasno razdeljenih vlog posameznih strokovnjakov in slabega poznavanja nalog drugih služb, kar prepoznano zmanjšuje učinkovitost

sodelovanja in povečuje tveganje za podvajanje ali zanemarjanje pomembnih vidikov obravnave. Pomembna prednost mreže služb je, da sodelovanje poteka ne le znotraj zdravstvenega sistema, temveč tudi z zunanjimi deležniki iz drugih sektorjev, kot so socialne službe, zavod za šolstvo, zavod za zaposlovanje, vzgojno-izobraževalne institucije, gospodarski sektor, policija in sodstvo, organi lokalne samouprave, nevladne organizacije ter razna stanovska in strokovna združenja, tako po odločevalski kot izvajalski liniji.

Vse to ustvarja potencial za bolj trajnostne in lokalno prilagojene modele rešitev, ki se v najkrajšem možnem času odzivajo na potrebe skupnosti in njenih članov, ki delujejo preventivno glede na prepoznane trende in omogočajo izmenjavo izkušenj med partnerji. Utrjen položaj mreže kot skupnostnega vozlišča za prepoznavanje potreb in generiranje rešitev pomaga krepiti senzibilnost za področje duševnega zdravja ter povečuje občutljivost podpornega okolja kot temelja učinkovite preventive in skupnostnega ukrepanja. Prepoznavnost in razlikovanje vlog vseh poklicnih skupin strokovnjakov in laičnih sodelavcev, vključenih v obravnavo težav v duševnem zdravju, je naloga prihodnjega akcijskega načrta lokalnih mrež. Treba bo krepiti trajnostno financiranje mrež, razvijati sistemske mehanizme za sodelovanje, krepiti prepoznavnost in vlogo vseh poklicnih skupin strokovnjakov in laičnih sodelavcev, ki sodelujejo v obravnavi težav v duševnem zdravju ter ohranjati ciljno ukrepanje, hkrati pa tudi prožnost in človeški vidik, kar je bistvo kakovostne podpore. Le tako bo mogoče obstoječe pozitivne prakse nadgraditi v stabilen, celovit in vključujoč sistem, ki bo dolgoročno odziven na kompleksne potrebe uporabnikov s težavami v duševnem zdravju, a hkrati učinkovit in stroškovno vzdržen.

**Ključne besede:** *duševno zdravje, mreža storitev, medsektorsko sodelovanje, dostopnost storitev, potrebe skupnosti*

## VLOGA REGIJSKIH KOORDINATORJEV ZA DUŠEVNO ZDRAVJE PRI ZAGOTAVLJANJU PSIHOSOCIALNE PODPORE PO POPLAVAH V SLOVENIJI LETA 2023

Domen Kralj, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Judita Mušič, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Maruša Bertonec, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Jerneja Lorber, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Marjeta Ferlan Istinič, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Prim. Nuša Konec Juričič, Nacionalni inštitut za javno zdravje  
domen.kralj@nijz.si

Slovenijo je avgusta 2023 prizadela ena najhujših naravnih nesreč v njeni zgodovini. Katastrofalne poplave so povzročile ogromno škodo in močno zaznamovale življenja ljudi. Zaradi razsežnosti posledic je bilo nujno zagotoviti tudi takojšnjo in usklajeno psihosocialno podporo in pomoč prizadetim. Pomembno vlogo pri načrtovanju, izvajanju in usklajevanju teh aktivnosti so imeli regijski koordinatorji za duševno zdravje (v nadaljevanju koordinatorji), ki delujejo v okviru programa MIRA na območnih enotah Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Zaradi predhodnega delovanja in dobrega poznavanja lokalnega okolja so koordinatorji – zlasti s Celja, Raven na Koroškem, Kranja in Ljubljane – predstavljali pomembno oporo za številne posameznike v iskanju psihosocialne podpore. V nadaljevanju predstavljamo **ključne naloge in aktivnosti, ki so jih koordinatorji izvedli v okviru odziva na poplave.**

### **Povezovanje deležnikov za zagotavljanje usklajene psihosocialne podpore**

Ob izrednih razmerah so se aktivirale številne ustanove, organizacije, društva in številni prostovoljci, ki so bili pripravljene ponuditi podporo ljudem na terenu. Koordinatorji so v začetni fazi skrbeli za vzpostavitev skupnih poti sodelovanja prek organiziranih sestankov in na podlagi prepoznanih potreb v prizadetih krajih pripravili načrt vstopanja strokovnih služb na teren. Tovrstna usklajevanja so bila mogoča predvsem po zaslugi predhodnega dela koordinatorjev na področju povezovanja deležnikov s področja zdravstva, sociale, šolstva, nevladnih organizacij in občin.

Ker so bile potrebe po psihosocialni pomoči med prebivalstvom na območjih, ki so jih prizadele poplave, dolgotrajne in so presegle obdobje izrednih razmer, je bila s 16. avgustom vzpostavljena tudi uradna koordinacija izvajanja psihosocialne pomoči. Prezela sta jo MZ in NIJZ, ki sta vzpostavila koordinativni odbor za zagotavljanje usmerjene in učinkovite psihosocialne podpore prebivalcem.

### **Vzpostavitev in podpora mobilnim timom**

Za potrebe celovite psihosocialne podpore na vseh prizadetih področjih je bilo organiziranih šest mobilnih timov, ki so jih sestavljali strokovnjaki iz centrov za duševno zdravje odraslih ter po potrebi predstavniki gasilcev, vojske, policije, Rdečega križa, Karitas ter lokalnih NVO.

Koordinatorji so poskrbeli za koordinacijo in usklajevanje začetnih timov ter skupaj z vključenimi strokovnjaki izoblikovali načrt vstopanja na teren. Da so lahko mobilni timi ponudili pravočasno psihosocialno pomoč na terenu, so koordinatorji aktivno prepoznavali potrebe na terenu in kontinuirano sodelovali z občinami. O vseh prejetih klicih s terena in zaznanih potrebah so koordinatorji poročali mobilnim timom ter na rednih sestankih koordinativnega odbora, na katerih so se načrtovali nadaljnji ukrepi podpore. V obdobju od 16. avgusta do 27. oktobra so mobilni timi izvedli 148 intervencij in ob tem ponudili podporo 233 osebam. V večini primerov so poročali o zagotavljanju razbremenilnega pogovora in svetovanja, v 19 primerih pa so osebo vključili v strokovno obravnavo v CDZO.

### **Stalna pripravljenost v primeru izrednih psihosocialnih stisk**

Da bi zagotovili neprekinjen pretok informacij med službami in omogočili dostop do podpore prizadetim v lokalnih okoljih, so bila uvedena tudi dežurstva oz. pripravljenost koordinatorjev za duševno zdravje na območnih enotah NIJZ od 8.00 do 20.00 vse dni v tednu. Koordinatorji so ostali v stalni pripravljenosti do 1. oktobra, ob praznikih in dela prostih dnevih pa so bili na voljo še do 6. novembra.

### **Zaključek**

Organizirana koordinacija psihosocialne pomoči ob poplavah se je izkazala kot dobra praksa, ki jo je, po potrebi dopolnjeno in prilagojeno, smiselno uporabiti tudi v drugih kriznih situacijah, ki ogrožajo javno zdravje.

Pomembno je, da tudi v prihodnje ohranjamo in krepimo mreže sodelovanja, izmenjujemo izkušnje in znanje ter skupaj gradimo odpornejšo skupnost. Posebno vlogo pri tem imajo koordinatorji, ki s svojim delom na presečišču različnih sektorjev in ravni sistema pomembno prispevajo k povezovanju, odzivnosti in trajnostnemu razvoju podpore na področju duševnega zdravja v slovenskem prostoru. Njihova prisotnost in aktivnost v lokalnih okoljih pomeni most med ljudmi, ki pomoč potrebujejo, in sistemi, ki lahko pomoč ponudijo.

**Ključne besede:** *koordinatorji za duševno zdravje, poplave, psihosocialna podpora*

## PREVENTIVA V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE



## SPECIALIZACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI S PODROČJA INTEGRIRANE OBRAVNAVE ODRASLIH NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Lucija Rojko, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije  
Patricija Lunežnik, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor  
lucija.rojko@gov.si

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije vzpostavlja sistem specializacij v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, s čimer odgovarja na potrebe po večji kakovosti, dostopnosti in strokovni obravnavi pacientov ter po razvoju poklicne poti izvajalcev zdravstvene nege. To predstavlja pomemben korak k priznanju in nadgradnji kompetenc medicinskih sester in babic ter utrjuje njihov strokovni položaj v zdravstvenem sistemu. V ta namen je bil sprejet nov Pravilnik o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, katerega priloge vključujejo posamezne programe specializacij. Pravilnik pomeni pomemben premik na področju razvoja zdravstvene nege v Sloveniji, saj prvič sistematično določa poti za specializirano strokovno izpopolnjevanje izvajalcev zdravstvene nege.

Specializacije predstavljajo ključni mehanizem za dvig kakovosti zdravstvene oskrbe ter hkrati prispevajo k hitrejši, bolj učinkoviti in celostni obravnavi pacientov. S specializiranim strokovnim usposabljanjem bodo medicinske sestre pridobile poglobljena znanja in veščine, prilagojene konkretnim potrebam zdravstvenega sistema na različnih ravneh. To bo omogočilo bolj pravočasno prepoznavo potreb pacientov, hitrejše ukrepanje in bolj usklajeno izvajanje obravnave, kar bo pripomoglo h krajšim čakalnim dobam, zgodnejšemu začetku zdravljenja ter večjemu zadovoljstvu z oskrbo, ki bo celostna, strokovno utemeljena in prilagojena posamezniku.

V okviru novega sistema specializacij se bodo izvajali programi s področja urgentnih stanj v zdravstvu (1), ran, stom in kontinence (2), duševnega zdravja in psihiatrije (3) ter integrirane obravnave odraslih na primarni ravni zdravstvenega varstva (4). Slednja predstavlja enega od pomembnih korakov h krepitvi vloge medicinskih sester na primarni ravni. Za pripravo tega programa je Ministrstvo za zdravje novembra 2024 imenovalo posebno delovno skupino, ki je s svojim delom zaključila maja 2025. Delovna skupina je pripravila celovit Program specializacije integrirane zdravstvene nege odraslih na primarni ravni, ki se bo izvajal znotraj področja družinske medicine. Specializacija bo trajala dve leti in bo sestavljena iz teoretičnih predkliničnih vsebin ter specialnih vsebin po področjih. Zaključno preverjanje znanja je specialistični izpit, ki vključuje teoretični in praktični del. Po uspešnem zaključku specializacije kandidat pridobi naziv specialist oziroma specialistka zdravstvene nege s področja integrirane obravnave odraslih na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Vsi programi specializacij prispevajo k večji strokovni avtonomiji izvajalcev zdravstvene nege, saj omogočajo poglobljeno strokovno usposabljanje in samostojnejše odločanje v okviru njihovega delovnega področja. Hkrati predstavljajo pomemben mehanizem za razvoj poklicne kariere, saj ponujajo jasno opredeljene možnosti napredovanja in specializirane vloge znotraj zdravstvenega sistema. S tem se bistveno izboljšujejo dostopnost, varnost in kakovost zdravstvenih storitev za vse prebivalce Slovenije, ob hkratnem zagotavljanju bolj usmerjene, odzivne in pacientu prilagojene zdravstvene obravnave.

**Ključne besede:** *medicinske sestre, poklicni razvoj, strokovna avtonomija, kakovost zdravstvene oskrbe*

## OSEBNA OBRAVNAVA PACIENTA

Sara Peklaj, Maja Zupanc (Nacionalni inštitut za javno zdravje), Gregor Moleh, Špela Zorko Freitag (Zdravstveni dom Celje)

Projekt CIRCE-JA krepi zdravstvene sisteme držav članic EU z vzpostavljanjem prenosov dobrih praks v primarnem zdravstvenem varstvu. Slovenija pilotno preizkuša špansko dobro prakso Osebni načrt obravnave (angl. *Personalized Action Plan – PAP*) za integrirano oskrbo kompleksnih kroničnih bolnikov. Cilj je zmanjšati hospitalizacije, urgentne obravnave in zaplete ter okrepiti vlogo primarne ravni.

Pilotni projekt se izvaja v Zdravstvenem domu Celje (ena ambulanta) in Zdravstvenem domu Novo mesto (dve ambulanti družinske medicine). Vključeni so pacienti, starejši od 65 let, s kroničnimi boleznimi (predvsem sladkorna bolezen in/ali KOPB). Izbor poteka na podlagi lokalnih podatkovnih baz ter metodologije projekta. Multidisciplinarne ekipe (zdravniki, diplomirane medicinske sestre, zdravstveni tehniki) izvajajo celovito oceno potreb pacientov, oblikujejo personalizirane akcijske načrte ter določajo skupne cilje z bolniki. Digitalna infrastruktura za pilotno implementacijo ni bila prenesena, namesto tega se uporabljajo Excelove preglednice z avtomatsko generiranimi osebnim načrtom obravnave.

**Za potrebe pilotnega projekta** je bil razvit slovenski protokol osebnega načrta obravnave, ki je prilagojen obstoječemu zdravstvenemu sistemu. Izvedena so bila usposabljanja multidisciplinarnih ekip in pripravljeni sistemi podpore. Vzpostavljeni so bili postopki identifikacije pacientov, priprava seznamov in vabilo k sodelovanju.

V prihodnje in za umestitev dobre prakse v sistem so načrtovani evalvacija pilotnega projekta, razvoj končnega protokola osebnega načrta obravnave in priprava načrta za nacionalno implementacijo. S tem se krepi trajnostna integracija prakse v slovenski zdravstveni sistem.

Pilotni prenos PAP v Sloveniji kaže, da je prakso mogoče prilagoditi lokalnim razmeram in obstoječim sistemskim okvirom. Uvedba osebnih načrtov obravnave prispeva k bolj odzivni, pacientu prilagojeni in integrirani primarni zdravstveni oskrbi.

Pomembno vlogo igrata aktivna vloga pacienta v zdravljenju ter vključenost razširjenega tima v obravnavo najranljivejših pacientov. Novost je vključitev patronažne medicinske sestre v domače okolje pacienta, preden ta potrebuje njeno oskrbo. Patronažna sestra prepozna socialno ogroženost, ocenjuje sodelovanje v zdravljenju (rednost jemanja zdravil, merjenja glukoze v krvi in spremljanje krvnega tlaka po navodilu IOZ), oceni ogroženost za padce, pregleda zalogo zdravil, prehranskih dopolnil, zeliščnih pripravkov. Diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine opravi presejanje na demenco, depresijo, pouči pacienta merjenja glukoze, preveri pravilno uporabo vdihovalnikov ter ga opozori na zgodnje znake poslabšanja bolezni, ob katerih je potreben posvet z IOZ za preprečitev poslabšanja in hospitalizacije.

Po opravljenih ocenah v ADM (Yesavage, PHQ9, Test risanja ure, KPSS) ter v domačem okolju (Index Barthelove, Ocena tveganja za padce, Vstani in pojdi test, socialna družinska ocena z Glijonovo lestvico, preverjanje adherence pri jemanju zdravil z Moriskijevo lestvico ter popis vseh zdravil na ali brez recepta ter prehranskih dopolnil, zeliščnih pripravkov, ki jih jemlje pacient) IOZ v timskem sestanku izvede oceno Profund in farmakološko oceno ob upoštevanju krhkosti pacienta.

Oblikujejo se intervencije in priporočila, nato skupaj s pacientom postavimo cilje, ki bi privedli do izboljšanja zdravstvenega stanja. Cilje opolnomočeni pacient podpiše in se s tem zaveže k aktivni vlogi pri izboljšanju lastnega zdravja.

Že v času izvajanja pilotnega projekta opazamo spremembe: bolniki sprejemajo bolj aktivno vlogo pri ohranjanju in krepitvi zdravja, hkrati pa se krepí sodelovalni odnos z zdravstvenim timom.

**Ključne besede:** *integrirana oskrba, osebni načrti obravnave, primarna zdravstvena oskrba, prenos dobrih praks*

## REGISTRI KRONIČNIH BOLNIKOV ZDL

– samo kazalnik kakovosti ali osnova za organizacijo dela DMS?

Saša Šajn Lekše, ZD Ljubljana  
Robertina Benkovič, ZD Ljubljana  
sasa.sajn-lekse@zd-lj.si

Kazalniki kakovosti so vrednosti, izračunane na podlagi zbranih podatkov o posamezni zdravstveni storitvi. So statistična ali druga merljiva enota, ki kaže na uspešnost zdravstvene obravnave, uspešnost delovanja izvajalcev in zdravstvenega sistema. Z njimi merimo strukture, procese in izide zdravstvene dejavnosti, oblikovani pa so z namenom vrednotenja delovanja sistema zdravstvenega varstva in obravnave pacientov. Merjenje rezultatov je ključno za vrednotenje, saj omogoča prepoznavanje dobrih praks in priložnosti za izboljšave. Z meritvami lahko spremljamo tudi učinkovitost ukrepov, namenjenih doseganju boljših rezultatov.

Za spremljanje napredka in vrednotenja kakovosti dela (referenčne) ambulante družinske medicine ADM morajo vse ambulante mesečno poročati o vrednostih kazalnikov kakovosti. **Informacijska rešitev Referenčne ambulante** je nacionalna spletna večnivojska platforma, ki omogoča zbiranje kazalnikov kakovosti iz ambulant družinske medicine. Ambulante podatke o kazalnikih kakovosti samodejno poročajo v centralno nacionalno rešitev, pri čemer uporabljajo podatke iz svojega vsakodnevnega dela. Mesečno poročajo tudi o vzpostavljanju registrov. Z letom 2012 je bilo uvedeno tudi letno poročanje o opravljeni preventivi.

Prve referenčne ambulante so začele poročati leta 2011. Ob nacionalni uvedbi januarja 2015 je poročalo 150 ambulant, v letu 2025 pa jih je že več kot 1000. Iz zbranih podatkov nastajajo slovenski spletni kazalniki, ki predstavljajo pomemben vir informacij za javno zdravje in oblikovanje zdravstvenih politik. Poročani kazalniki prinašajo podatke o pojavnosti in spremljanju kroničnih bolnikov, kar ima na nacionalni ravni neprecenljivo vrednost. Podatki so še posebej dragoceni, saj gre za dejanske slovenske podatke, pridobljene v strukturirani obliki, ki so ključni za analize zdravja prebivalstva v Sloveniji.

Rešitev omogoča pregled vseh kazalnikov kakovosti, vključno z registri, ter avtomatski izpis razširjenosti in deleža bolnikov. Podatke lahko dobimo v vsakem trenutku in za katero koli obdobje, zato je pomembno, da vsaka DMS v RADM ve, kje lahko dostopa do podatkov in kako si lahko s podatki pomaga pri obravnavi bolnikov.

Na osnovi dobro vzpostavljenih registrov kroničnih bolnikov in oseb z velikim tveganjem lahko DMS sproti učinkovito načrtuje svoje delo, vzpostavi sistem vabljenja in si z ustreznim naborom pregledanih pacientov omogoči boljše doseganje delovnega normativa, boljše doseganje kazalnikov kakovosti izida in tudi bolj kontinuirano obravnavo, za doseganje boljšega zdravja oseb v populaciji. V prispevku prikazujemo primer spremljanja registrov kroničnih bolnikov, ki so del nabora kazalnikov kakovosti v timu ADM. Predstavimo podatke iz registrov za ZD Ljubljana, ki jih

primerjamo z OE Ljubljana in Slovenijo v istem časovnem obdobju. Na podlagi primera dokazujemo pomen sistematičnega spremljanja vseh registrov v (R)ADM za objektivno izboljšanje kakovosti dela DMS.

**Ključne besede:** *kazalniki kakovosti, registri kroničnih bolnikov, organizacija dela v ADM*

# VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI ZGODNJEM ODKRIVANJU KRONIČNE LEDVIČNE BOLEZNI V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Tjaša Šarić, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor  
Zvezdana Vražič Maurić, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor  
tjasa.saric@zd-mb.si  
zvezdana.vrazic@zd-mb.si

Kronična ledvična bolezen (KLB) je globalni zdravstveni problem, ki prizadene velik del odrasle populacije. Zaradi dolgotrajnosti bolezni in asimptomatskega začetka je pogosto neprepoznana, čeprav zaradi staranja prebivalstva, naraščanja incidence sladkorne bolezni, arterijske hipertenzije in srčno-žilnih bolezni prevalenca KLB narašča. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) naj bi bilo na svetu približno 10 % odraslih oseb prizadetih zaradi KLB (Kovesdy, 2022). Zgodnje odkrivanje KLB je ključno za preprečevanje napredovanja bolezni, zmanjšanje tveganja za srčno-žilne bolezni in druge zaplete.

V ambulanti družinske medicine ima diplomirana medicinska sestra ključno vlogo pri zgodnjem odkrivanju kronične ledvične bolezni (KLB). Dejavniki tveganja za KLB so dobro poznani in vključujejo sladkorno bolezen, zvišan krvni tlak, bolezen srca in ožilja, debelost, družinsko anamnezo KLB ali končne odpovedi ledvic (KOL), ledvične kamne, povečano prostato, prebolelo akutno okvaro ledvic, avtoimunske in sistemske bolezni, dedne ledvične bolezni, kajenje ter socialno-ekonomsko prikrajšanost. Presejalni programi so zato usmerjeni v zgodnje odkrivanje bolezni pri bolnikih z navedenimi tveganji, saj omogočajo pravočasno ukrepanje in upočasnitev napredovanja ledvične okvare. Redno spremljanje laboratorijskih izvidov, kot sta serumski kreatinin in izračun glomerulne filtracije (oGF), ter preverjanje prisotnosti albuminurije v urinu omogočata zgodnje prepoznavanje KLB.

Zgodnje odkrivanje omogoča uvedbo nefroprotektivnih ukrepov, prilagoditev terapije in preprečevanje napredovanja bolezni v končno ledvično odpoved. V skladu z najnovejšimi strokovnimi priporočili iz leta 2025 se obravnava bolnikov s kronično ledvično boleznijo (KLB) dodatno nadgrajuje z več pomembnimi novostmi. Ključna sprememba je uvedba priporočila, da se presejalne preiskave oGF ponovijo že pri vrednostih pod 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, zlasti pri mlajših osebah, saj lahko že te vrednosti pomenijo začetek bolezni. To pomeni razširitev diagnostičnega praga, kar omogoča zgodnejšo prepoznavo ledvične okvare in pravočasno ukrepanje. Znatna nadgradnja v novih smernicah je tudi standardizacija t. i. principa 123, po katerem se diagnostične preiskave ponovijo čez 1–2 tedna ter nato po treh mesecih. Takšen protokol izboljšuje razlikovanje med akutno in kronično obliko ledvične bolezni ter zagotavlja večjo diagnostično natančnost. Poleg tega so smernice določile, da pri bolnikih z albuminurijo  $\geq 30$  g/mol ni več smiselno spremljati albuminurije, temveč se nadaljnje ocenjevanje izvaja prek razmerja U-beljakovine/kreatinin.

Ker bolezen pogosto poteka brez specifičnih simptomov, je ključnega pomena, da diplomirane medicinske sestre v ADM prepoznajo rizične paciente in jih pravočasno vključijo v ustrezne preventivne in terapevtske programe. Vloga diplomirane medicinske sestre v ADM presega zgolj izvajanje meritev. Gre za celostno obravnavo pacienta z vidika telesnega, psihičnega in socialnega zdravja. S kontinuiranim spremljanjem stanja pacienta, ocenjevanjem adherence k zdravljenju ter izvedbo zdravstvenovzgojnih aktivnosti diplomirana medicinska sestra pomembno prispeva k stabilizaciji bolezni, zmanjšanju tveganja za akutna poslabšanja, hospitalizacije in prezgodnje smrti. Zdravstveno-vzgojno delo vključuje tudi ozaveščanje pacientov o dejavnikih tveganja za razvoj KLB. Pomembna je promocija zdravega načina življenja z uravnoteženo prehrano, redno telesno dejavnostjo, izogibanjem nefrotoksičnim zdravilom (nesteroidnim antirevmatikom ipd.), nadzorom krvnega tlaka, opustitvijo kajenja, zmanjšanjem vnosa soli in zadostnim vnosom tekočine ter vključitvijo v programe za podporo vedenjskim spremembam, tudi v starostni skupini nad 65 let. Z naraščanjem števila pacientov s KLB postaja aktivno delovanje diplomirane medicinske sestre na področju zgodnje prepoznavnosti bolezni, edukacije in dolgoročnega spremljanja pacientov še posebej nepogrešljivo. V prihodnosti bo nujno potrebno dodatno vlaganje v izobraževanje kadrov ter zagotavljanje sistemske podpore preventivnim programom na primarni ravni, da bi zagotovili učinkovito obvladovanje te kronične bolezni.

### **Pripomočki za presejanje pacientov s KLB**

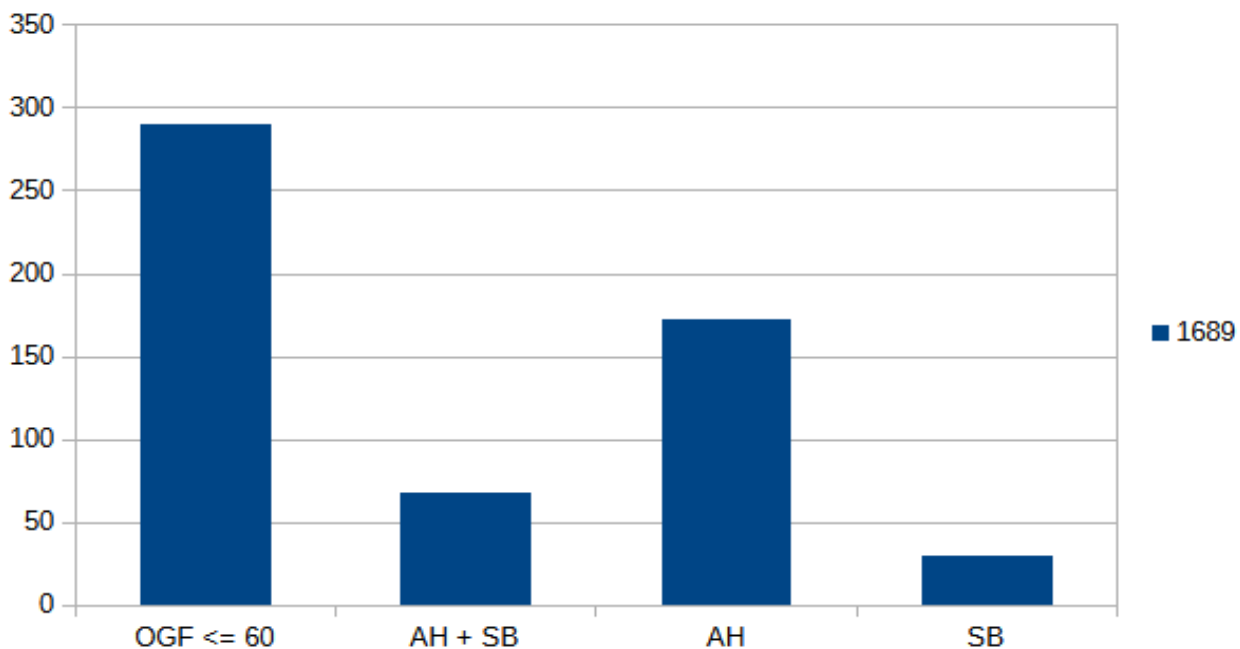
Osnova za protokol so smernice, pripravljene za DMS, pri katerih so sodelovali različni strokovnjaki s primarnega, sekundarnega in terciarnega nivoja. Protokol za presejanje za KLB je klinično orodje za zgodnje prepoznavanje pacientov z možnim tveganjem za KLB. Namenjen je predvsem timom v ADM (zdravnikom in DMS) in vključuje vodeno odločanje na podlagi anamneze, laboratorijskih vrednosti (npr. kreatinin, oGF, albuminurija) in dejavnikov tveganja. Orodje sledi uveljavljenim smernicam in omogoča enostavno oceno stopnje bolezni ter nadaljnje ukrepanje. Pomagamo pa si lahko tudi s smernicami KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), saj predstavljajo mednarodno priznana priporočila za zgodnje odkrivanje, klasifikacijo in obvladovanje KLB. Vloga diplomirane medicinske sestre je z novimi smernicami še dodatno okrepljena. DMS ni le izvajalka presejanja, ampak aktivno sodeluje pri spremljanju bolnika, edukaciji in spodbujanju k adherenci k zdravljenju. To poudarja pomen multidisciplinarnega pristopa in nadgrajuje dosedanje protokole z večjim poudarkom na timskem delu, zgodnji diagnostiki ter celostni obravnavi bolnika.

### **Analize**

V okviru študije, ki je zajemala podatke iz štirih ambulant družinske medicine, so bili analizirani pacienti, ki so opravili preventivni pregled ali obravnavo kroničnega stanja pri diplomirani medicinski sestri v ADM. Skupno je bilo pregledanih 1689 pacientov, pri katerih je bila laboratorijsko določena glomerulacijska filtracija (oGF). Pri 290 pacientih (17,2 %) je bilo ugotovljeno zmanjšano delovanje ledvic, opredeljeno z  $\text{oGF} \leq 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ . Med temi pacienti je bilo 68 (23,4 %) takih, ki so imeli hkrati arterijsko hipertenzijo (AH) in sladkorno bolezen (SB), 173 (59,7 %) je imelo samo arterijsko hipertenzijo, medtem ko je 30 pacientov (10,3 %) imelo samo sladkorno bolezen. Analiza kaže, da je prisotnost arterijske hipertenzije

najpogostejši dejavnik tveganja pri pacientih z zmanjšano ledvično funkcijo, pri čemer sladkorna bolezen pogosto spremlja arterijsko hipertenzijo. Poleg tega je bilo identificiranih 56 pacientov (skupaj iz ločene skupine), pri katerih je bila ocena glomerulne filtracije (oGF) manjša ali enaka 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, kar ustreza napredovani obliki kronične ledvične bolezni (stadij ≥ 3b po smernicah KDIGO). Med temi pacienti jih je 18 (32,1 %) imelo hkrati AH in SB, 30 (53,6 %) jih je imelo izključno AH, medtem ko sta imela 2 pacienta (3,6 %) le sladkorno bolezen.

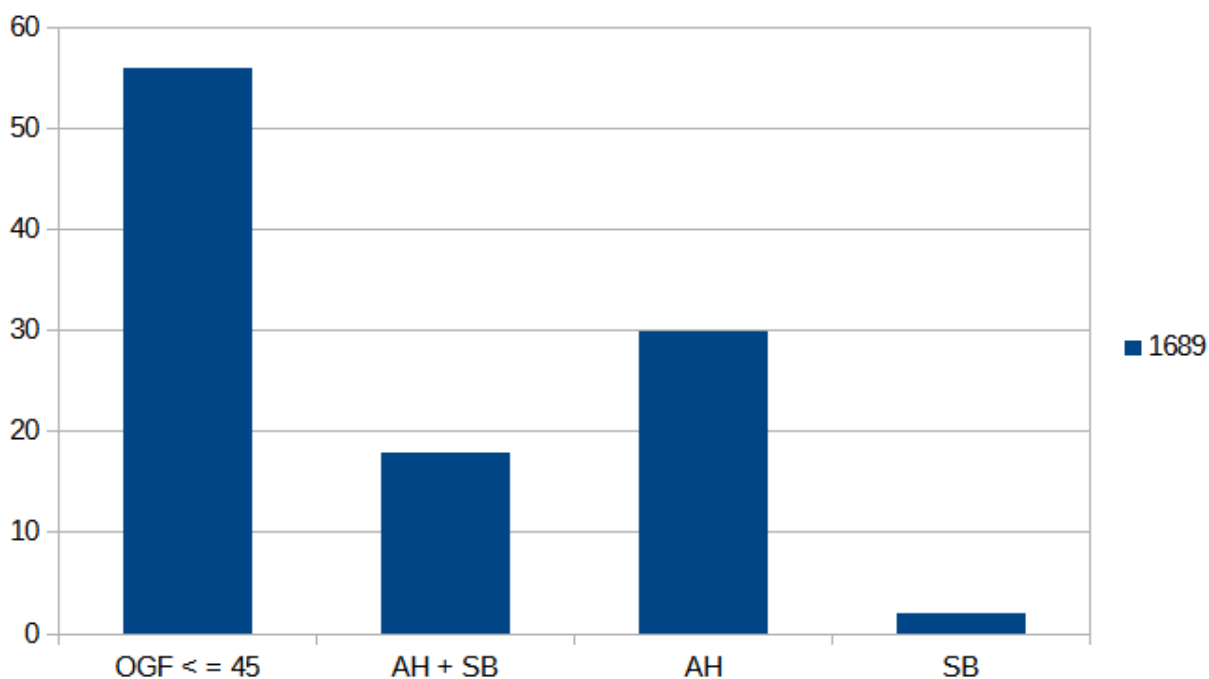
Ti podatki poudarjajo visoko pojavnost srčno-žilnih komorbidnosti tako pri pacientih z ohranjeno, kot tudi pri tistih z že zmanjšano ledvično funkcijo, pri čemer izstopa arterijska hipertenzija kot najpogostejši spremljajoči dejavnik tveganja za napredovanje KLB. Povzetek obeh analiz kaže na visoko prevalenco srčno-žilnih bolezni med pacienti z zmanjšano ledvično funkcijo. Zaradi tega je priporočljivo redno spremljanje ledvične funkcije in srčno-žilnih dejavnikov tveganja pri vseh pacientih, zlasti tistih s sladkorno boleznijo in arterijsko hipertenzijo. Multidisciplinarni pristop in preventivni programi bodo pripomogli k zmanjšanju tveganja za napredovanje bolezni in izboljšanju zdravstvenih izidov teh pacientov. Pomembno je, da se medicinske sestre redno izobražujejo o novih algoritmih in aplikacijah za odkrivanje KLB, saj so pogosto prva kontaktna točka za paciente.



Graf 1: Porazdelitev pacientov glede na ocenjeno glomerulno filtracijo (oGF) in prisotnost pridruženih bolezni. Največ pacientov z oGF ≤ 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ima arterijsko hipertenzijo.

Pregledni pacienti pri DMS v ADM	1689
oGF < ali = 60	290
AH + SB	68
SH	173
SB	30

Tabela 1: Podatki o 290 pacientih z zmanjšano ledvično funkcijo (oGF  $\leq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), ki so bili pregledani v referenčni ambulanti. Pri zmanjšani funkciji ledvic so pri mnogih ugotovljeni pomembni dejavniki tveganja za napredovanje KLB.



Graf 2: Struktura pacientov z ocenjeno glomerulno filtracijo (oGF)  $\leq 45$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Pregledani pacienti pri DMS v ADM	1689
oGF < ali = 45	56
AH + SB	18
SH	30
SB	2

Tabela 2: Podatki o 56 pacientih z napredovano ledvično boleznijo, opredeljeno z oGF  $\leq 45$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Gre za paciente, pri katerih že prihaja do pomembno zmanjšane filtracijske sposobnosti ledvic, kar pomeni vsaj stopnjo IIIb KLB po klasifikaciji KDIGO.

**Ključne besede:** kronična ledvična bolezen, albuminurija, glomerulna filtracija, KDIGO

## Viri

- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO (2024). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 2024; 105(4S): S117–S314. Dostopno na: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (2023). Preventivno zdravstveno varstvo odraslih v dejavnosti splošne in družinske medicine. Dostopno na: [https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/03/MN-PZVO-2024-v-1.3\\_nov\\_2023\\_K.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/03/MN-PZVO-2024-v-1.3_nov_2023_K.pdf)
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7–11. DOI: 10.1016/j.kisu.2021.11.003. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35529086>
- Skupnost slovenskih zdravstvenih domov. (2021). Referenčne ambulante: Priporočila za izvajanje dejavnosti. Interno gradivo. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/2-NOVICE/Strategija-razvoja-zdravstvene-dejavnosti-na-primarni-ravni-zdravstvenega-varstva-do-leta-2031.pdf>
- Lindič, J., Vatovec, I., Mihevc, M., Medved, N., Bukovnik, B., Hojs, R., Kokelj Jeršin, T., Marn Pernat, A., Rotar Pavlič, D., Stepanovič, A., Škoberne, A., Petek Šter, M. (2025). *Protokol za presejanje in obravnavo kronične ledvične bolezni v ambulantah družinske medicine 2024*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (v pripravi).
- Škoberne, A., Petek Šter, M., Stepanovič, A., Rotar Pavlič, D., Lindič, J., Marn Pernat, A. (2025). *Algoritmi za KLB za družinske zdravnike in referenčne ambulante*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (v pripravi).

## OBRAVNAVA DEBELOSTI



## VLOGA ZDRAVNIKA PRI CELOSTNI OBRAVNAVI DEBELOSTI V PROGRAMU ZDRAVA MERA

Ana Keršič, dr. med., Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor  
E-naslov: ana.kersic@zd-mb.si

Program Zdrava mera predstavlja strukturiran pristop k celostni obravnavi debelosti v okviru preventivne dejavnosti na primarni ravni. V Centru za krepitev zdravja (CKZ) Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor kot zdravnica sodelujem pri izvedbi skupinskih obravnav, kjer s strokovnim znanjem dopolnjujem multidisciplinarni tim, ki vključuje prehranskega strokovnjaka, diplomirano medicinsko sestro, fizioterapevta in psihologa. Vloga zdravnika v tem kontekstu ni zgolj informativna, temveč bistveno prispeva k razumevanju patofizioloških osnov debelosti, učinkov zdravljenja in prisotnosti komorbidnih stanj ter določanju realnih ciljev glede na zdravstveno stanje posameznika.

Pri izvedbi srečanj uporabljamo interaktivne metode dela, kot so vodeni pogovori, analiza primerov in individualna svetovanja v okviru skupinskih delavnic. Udeleženci se pogosto soočajo z občutki neuspeha, saj so se z debelostjo večkrat neuspešno spopadali. Ključno je, da ustvarimo varen prostor, kjer lahko odprto delijo izkušnje, vprašanja in dileme.

Kot primer dobre prakse izpostavljam 54-letno udeleženko z debelostjo razreda II, arterijsko hipertenzijo in sladkorno boleznijo tipa 2, ki je v začetku programa izrazila dvom v njegov smisel, saj je že večkrat neuspešno hujšala. Med obravnavo smo postopno naslovili klinična tveganja, ovrednotili učinke prehranskih prilagoditev in farmakološkega zdravljenja na glikemijo ter podprli manjše, izvedljive vedenjske spremembe. Po 12 tednih je poročala o izboljšani presnovni urejenosti, znižanju telesne mase za 5 % ter boljši urejenosti krvnega tlaka.

V praksi se pogosto srečujemo z izzivom nerealnih pričakovanj glede hitrih rezultatov brez poglobljenega razumevanja ozadja bolezni. V tem okviru je zdravnikova vloga ključna za oblikovanje realističnih pričakovanj in utrjevanje pomena postopnega, dolgoročno vzdržnega pristopa.

Celostna obravnava debelosti v okviru programa Zdrava mera dopolnjuje klasično ambulantno obravnavo in krepi povezavo med preventivnimi in kurativnimi pristopi. Udeleženci poročajo o boljši informiranosti, večji motivaciji ter lažjem ohranjanju sprememb, kar dolgoročno prispeva k zmanjšanju tveganja za zaplete kroničnih nenalezljivih bolezni.

Program Zdrava mera tako ne predstavlja zgolj serije izobraževalnih delavnic, temveč je učinkovito orodje za krepitev zdravstvene pismenosti, povezovanje različnih ravni zdravstvene obravnave in dolgoročno izboljšanje vodenja kroničnih bolezni pri odrasli populaciji, zlasti kadar vključuje tudi aktivno vlogo zdravnika.

**Ključne besede:** *debelost, celostna obravnava, CKZ, multidisciplinarni tim, sprememba življenjskega sloga*

## PREPREČEVANJE STIGMATIZACIJE LJUDI Z DEBELOSTJO

Ana Jakopin, Center za krepitev zdravja Zdravstvenega doma Šentjur  
dietetik1.ckz@zd-sentjur.si

Stigma pomeni označevanje osebe s strani družbe na način, ki ji škodi. Definicije stigme so različne, v praksi pa gre za predsodke (negativen, odklonilen odnos do koga ali česa, neodvisen od izkustva), stereotipe in posplošene sodbe, kar lahko vodi v marginalizacijo ali družbeno izključevanje ter diskriminatorno obnašanje do stigmatiziranih oseb npr. v procesu izobraževanja, na delovnem mestu ali pri iskanju zdravstvene oskrbe (1,2). Po eni od raziskav so bili šolarji z debelostjo pogosteje (za 63 %) žrtve medvrstniškega nasilja, 54 % odraslih z debelostjo je poročalo o stigmatizaciji s strani sodelavcev in 69 % odraslih je poročalo o izkušnji stigmatizirajočega obnašanja s strani zdravstvenega osebja (2,3). Osebam z debelostjo se neredko pripisuje krivda za bolezen, s katero živijo, čeprav je danes jasno, da gre za zelo kompleksno in predvsem multifaktorsko dogajanje. Več dokazov je, da ima stigmatizacija debelosti škodljive učinke na zdravje: osebe, ki so zaznavale stigmo zaradi telesne mase, so imele po eni od raziskav bolj pogosto motnje prehranjevanja (npr. prenajedanje) in so se bolj pogosto izogibale gibalni aktivnosti. Izkušnja stigme je povezana s simptomi depresije, tesnobo in celo samomorilnimi mislimi. Stigma lahko odvrne osebe, ki živijo z debelostjo, od pravočasnega obiska zdravstvene ustanove (4,5,6,7).

V našem centru za krepitev zdravja se zato trudimo, da bi se vsi pacienti počutili sprejete ter se v verbalni in neverbalni komunikaciji izogibamo označevanju oseb z debelostjo na negativen način. Prav tako se trudimo, da tudi v neformalnih pogovorih uporabljamo izraze, kot so »oseba z debelostjo« in se izogibamo oznaki »debel/-a«. Pri individualnih obravnavah skušamo upoštevati pristop 5A, pri katerem prvi A pomeni Ask oziroma »vprašaj za dovoljenje« za pogovor o telesni teži. Izogibamo se uporabi materialov, na katerih so upodobljene osebe z debelostjo na način, ki ni dostojanstven (npr. ne prikazuje tudi obraza osebe). Med delavnicami in individualnimi pogovori poudarjamo pozitivne učinke zmanjševanja prekomernega deleža telesne maščobe na zdravje in se izogibamo postavljanju ciljev, ki bi bili usmerjeni na videz posameznika. Izogibamo se estetskim sodbam in besednim zvezam, kot so »lepo shujšal/-a« ali »grdo zredil/-a«. Prav tako se izogibamo izrazom, kot so »pregrešila pri hrani«, »zdrava hrana« ipd. V pogovore, ki se razvijajo ob delavnicah o prehrani, vpletemo tudi ozaveščanje o alkoholni problematiki.

**Ključne besede:** *debelost, stigma, dietetik*

## Viri

- Nisi okej? Povej naprej. (n.d.). *Kaj je stigma?* Pridobljeno 12. junija 2025, z <https://nisiokajpovejnaprej.si/stigma/kaj-je-stigma/>
- Unemo, M., Ballard, R., Ison, C., Lewis, D., Ndowa, F., & Peeling, R. (2017). *Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus* (SZO/EURO/2017/5369/45134/64401). Svetovna zdravstvena organizacija. Pridobljeno 12. junija 2025, z <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353613/WHO-EURO-2017-5369-45134-64401-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Puhl RM, Lessard LM, Pearl RL, Himmelstein MS, Foster GD. International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *Int J Obes (Lond)*. 2021;45(9):1976-1985. doi:10.1038/s41366-021-00860-z
- Segal Y, Gunturu S. Psychological Issues Associated With Obesity. [Updated 2024 May 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Pridobljeno 12. junija 2025, z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603747/>
- Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep*. 2015;4(2):182-190. doi:10.1007/s13679-015-0153-z
- Brewis A, SturtzSreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Global Health*. 2018 Feb 13;14(1):20. doi: 10.1186/s12992-018-0337-x. PMID: 29439728; PMCID: PMC5811962. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5811962/>
- Graham CE, Frisco ML. The Mental "Weight" of Discrimination: The Relationship between Perceived Interpersonal Weight Discrimination and Suicidality in the United States. *J Health Soc Behav*. 2023 Dec;64(4):610-625. doi: 10.1177/00221465231200634. Epub 2023 Sep 30. PMID: 37776190; PMCID: PMC10683344. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10683344/>
- Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, Nadglowski J, Ramos Salas X, Schauer PR, Twenefour D, Apovian CM, Aronne LJ, Batterham RL, Berthoud HR, Boza C, Busetto L, Dicker D, De Groot M, Eisenberg D, Flint SW, Huang TT, Kaplan LM, Kirwan JP, Korner J, Kyle TK, Laferrère B, le Roux CW, McIver L, Mingrone G, Nece P, Reid TJ, Rogers AM, Rosenbaum M, Seeley RJ, Torres AJ, Dixon JB. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020 Apr;26(4):485-497. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x. Epub 2020 Mar 4. PMID: 32127716; PMCID: PMC7154011. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7154011/>

## SODELOVANJE V TIMIH



## POMEN DOBREGA SODELOVANJA MED AMBULANTAMI DRUŽINSKE MEDICINE IN ZDRAVSTVENO VZGOJNIMI CENTRI

ali

*Kako so se »referenčne sestre« udeležile delavnice Zdravo jem«?*

Ksenija Noč, ZD Jesenice, Zdravstveno vzgojni center  
Ksenija.noc@zd-jesenice.si

Učinkovito sodelovanje med medicinskimi sestrami v ambulantah družinske medicine in zdravstveno vzgojnih centrih (ZVC) oz. centrih za krepitev zdravja (CKZ) je ključno za celostno obravnavo pacientov v smislu odkrivanja dejavnikov tveganja za zdravje, sledenja, preprečevanja slabšanja zdravstvenega stanja ter promocijo zdravega življenjskega sloga. Medicinske sestre v ambulantah družinske medicine (ADM) imajo pomembno vlogo pri preventivnih pregledih, spremljanju kroničnih bolnikov in izvajanju presejalnih programov. Njihovo delo vključuje tudi svetovanje pacientom glede zdravega načina življenja ter zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni. V CKZ/ZVC tim različnih strokovnjakov: diplomirane medicinske sestre, diplomirani fizioterapevti, dietetiki, kineziologi in psihologi, izvaja različne aktivnosti.

Sodelovanje med medicinskimi sestrami v ambulantah družinske medicine in CKZ/ZVC omogoča usklajeno obravnavo pacientov. Ko medicinska sestra v ambulanti družinske medicine pri pacientu zazna dejavnike tveganja ali potrebo po spremembi življenjskega sloga, ga lahko usmeri na ustrezne aktivnosti v CKZ/ZVC. Na ta način se zagotavlja kontinuiteta oskrbe, pacienti pa imajo dostop do celovite podpore pri krepitvi zdravja in preprečevanju bolezni.

V ZVC Jesenice imamo zgledno sodelovanje z ADM in veliko število napotenih udeležencev na vse vrste naših skupinskih delavnic. Nekajkrat letno se srečamo na skupnih sestankih, po potrebi, zlasti ob strokovnih novostih, še pogosteje. Medicinske sestre ADM sodelujejo tudi na vseh naših večjih občinskih dnevih za zdravje v lokalni skupnosti. Mogoče ali prav zaradi tesnih strokovnih in prijateljskih vezi, je vzknila ideja o udeležbi medicinskih sester ADM v delavnici Zdravo jem. Tudi strokovnjaki smo namreč samo ljudje, vsak s svojimi pomanjkljivostmi, težavami, kakšnim kilogramom preveč. Strokovnjaki nismo popolni modeli, temveč mentorji, svetovalci in vodniki. Pomembno je, da so naše znanje, izkušnje in sposobnost poučevanja pomembnejši od osebne brezhibnosti. Veliko medicinskih sester ni idealno utelešenje svojega področja, a imajo dragocene vpoglede in veščine, ki pomagajo drugim. Delavnice Zdravo jem, ki je potekala med marcem in majem 2025 se je udeležilo 7 od skupno 9 diplomiranih medicinskih sester ADM (DMSADM) ZD Jesenice. Namen udeležbe DMSADM po njihovih besedah je bil: spoznati vsebino in delo v delavnici Zdravo jem, prevetrili in ozavestiti svoje prehranske navade, doživeti skupinsko dinamiko delavnice v ZVC, vzpodbuda za spremembo ali izboljšanje svojega življenjskega sloga. Parametri, ki smo jih opazovali so: število željenih sprememb prehranskih navad, doseganje zastavljenih ciljev (lestvica 1 do 5), povprečni ITM vseh udeleženk skupaj. Povprečna starost DMSADM je bila 48,8 let.

Spremembe v prehranjevanju, ki smo jih opazovali so: ritem prehranjevanja, uživanje sadja, uživanje zelenjave, uživanje posameznih beljakovinskih živil, uživanje sladkorja/živil s sladkorjem, uživanje mastnih živil, dosoljevanje, sprememba v uživanju tekočin, sprememba v velikosti porcij (obrazec za prehrano v delavnici Zdravo jem). Vse DMSADM so imele s seboj napotnico in pri vseh smo opravili prehransko presejanje. Povprečen ITM vseh udeleženk skupaj je bil 28,5 kg/m<sup>2</sup>. Najpogostejše željene spremembe v prehranjevanju so bile: urediti ritem prehranjevanja (28%), povišati vnos zelenjave (28%), povišati vnos sadja (57%), povišati vnos mlečnih izdelkov (57%), zmanjšati vnos sladkih prigrizkov (42%), 14%-1 oseba je želela znižati vnos mastnih živil, 1 oseba zvišati vnos rib, 1 oseba zmanjšati porcije.

## Rezultati

Analiza prehranskih navad DMSADM po zadnjem individualnem srečanju (junij 2025), ki so se ga udeležile vse udeleženke, kaže na upad skupnega povprečnega ITM na 28,2. Zaznali smo rahlo zmanjšanje ITM (-0,3), kar kaže na pozitiven trend. Najuspešnejša sprememba je bila povečanje vnosa sadja, zelenjave in beljakovin (poudarek na mlečnih izdelkih in ribah, tabela 1).

Tabela 1: Prikaz izbranih sprememb in stopnja doseganja po številu oseb

Navada	Ocena doseganja cilja (1-5)	Št. oseb, ki je doseglo spremembo	Skupna uspešnost
Ritem prehranjevanja	3 (srednje doseganje)	2	Delni napredek
Sadje	5 (popolno doseganje)	3	Visoka
	4 (visoko doseganje)	1	
Zelenjava	5 (popolno doseganje)	2	Popolna
Beljakovine (+ribe)	5 (popolno doseganje)	4	Zelo visoka
	3 (srednje doseganje)	1	
Sladkor	5 (popolno doseganje)	1	Dobra
	3 (srednje doseganje)	2	
Mastna živila	3 (srednje doseganje)	1	Delni napredek
Velikost porcij	3 (srednje doseganje)	1	Delni napredek

Evalvacija delavnice s strani DMSADM je bila izredno pozitivna. Udeleženke so navedle visoko stopnjo zadovoljstva tako s podajanjem vsebine, razumljivostjo, usvojenim znanjem in izpolnjenimi pričakovanji, kot tudi z individualnimi srečanji in prehranskim presejanjem. Poročale so tudi o opolnomočenju za lažje svetovanje pri svojem delu, kako zelo je pomembno da tudi zdravstveni delavci kaj naredimo zase ter o osebni rasti in višji samozavesti.

## **Zaključek**

Vsakdo ima svoje izzive in cilje. Strokovnjak lahko s svojim osebnim bojem celo bolj empatično pristopi k ljudem, saj razume, da spremembe niso vedno enostavne. To lahko pacienta dodatno motivira, ker vidi, da tudi strokovnjaki niso popolni in da je proces pomembnejši od popolnosti. Ljudje se bolj povežejo s tistimi, ki so avtentični. Če medicinska sestra priznava svoje izzive, a obenem aktivno dela na svojem zdravju, telesni pripravljenosti ali prehrani, s tem daje zgled vztrajnosti, ne popolnosti.

**Ključne besede:** *sodelovanje, družinska medicina, medicinska sestra, prehrana, delavnica*

(SPRE)GOVORIMO O RANLJIVOSTIH IN O ČEZMERNEM PITJU ALKOHOLA



## PRIDOBIVANJE UDELEŽENCEV ZA IZVAJANJE PREVENTIVNE DEJAVNOSTI NA PODROČJU OPUŠČANJA TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJE ALOKOHOLA V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

Slavica Mencingar  
Tadeja Fujs, mag.psih  
Center za krepitev zdravja Zdravstveni dom Gornja Radgona  
slavica.mencingar@zd-gr.si  
tadeja.fujs1a@zd-gr.si

Izvajanje preventivne dejavnosti na področju opuščanja tveganega in škodljivega pitja alkohola (v nadaljevanju TŠPA) predstavlja pomemben del reševanja javnozdravstvene problematike glede uživanja alkohola v Sloveniji. V Centrih za krepitev zdravja je to delavnica, pri kateri najtežje pridobimo udeležence, saj je še vedno prisotne precej stigme, prav tako pa smo Slovenci znani po naši »mokri kulturi« in sprejemajočem odnosu do pitja alkohola. Posledično je težko pridobiti udeležence, ki bi tvegano in škodljivo pitje alkohola sploh zaznali kot problem, preden se pojavijo resnejše težave.

Z namenom dosega večjega števila ljudi in pridobitve udeležencev smo se v Centru za krepitev zdravja Gornja Radgona povezali z Dispanzerjem medicine dela, prometa in športa (v nadaljevanju DMDPŠ) ter tako začeli pridobivati več posameznikov za izvajanje tovrstne delavnice. Zdravnik DMDPŠ pri zaznani kontraindikaciji TŠPA tako posameznika napoti v Center za krepitev zdravja. V tem vidimo vzajemno korist, saj ti posamezniki večinoma razumejo smisel edukacije in izboljšajo vpogled v svoje pивske navade, posledično pa to zanje pomeni ohranjanje zdravja in zmožnosti za delo.

»Trenutno imamo prakso, da paciente pri katerih ugotovimo povišano vrednost CDT-ja sami napotimo v CKZ na delavnice o opuščanju tveganega in škodljivega uživanja alkohola. V kolikor to prepustimo pacientu ali osebnemu zdravniku, se večkrat zgodi da do tega ne pride, saj velikokrat sploh ne gredo niti k osebnemu zdravniku. Praksa se je trenutno izkazala za dobro, saj jih iz CKZ - ja pokličejo sami in jih spodbujajo k udeležbi, prav tako se jim prilagodijo z urnikom (tudi popoldanski termini). Tako dostikrat nimajo izgovorov zakaj se ne bi mogli udeležiti. Zelo pomembna dejavnika sta tudi, da so delavnice brezplačne in zelo hitro dostopne. V kolikor ga osebni zdravnik napoti k psihiatru je namreč čakalna doba nekaj mesecev. V zadnjem letu se je kar nekaj naših pacientov udeležilo delavnic v CKZ -ju o opuščanju TŠPA, nekateri so jih zaključili zelo uspešno. Zato bomo to prakticirali tudi v prihodnje«. Mnenje zdravnice iz DMDPŠ o našem sodelovanju.

Udeležence sicer zaenkrat v manjšem delu pridobivamo tudi iz ambulant družinske medicine in drugih specialističnih ambulant (psihiatrična ambulanta).

Beležimo tudi primere, da se posameznik sam oglasi pri nas, ker je prišel do informacij v lokalni skupnosti, kjer smo imeli dogodek in stojnico CKZ ali je za nas izvedel prek internetne strani. Tovrstne prakse vidimo kot priložnost medsebojnega povezovanja in sodelovanja. S tem širimo ozaveščanje o problematiki pitja alkohola, večamo obseg dostopa do populacije ter navsezadnje ponujamo strokovno podporo in pomoč. V samem Centru za krepitev zdravja Gornja Radgona pa smo tako precej uspešni pri izvajanju delavnice TŠPA.

Uspešnost na področju TŠPA ocenjujemo s številom napoteni, z udeležbo na srečanjih ter uspešnostjo ob koncu temeljnega dela delavnice oz. vzdrževalnega dela delavnice.

V številkah to pomeni, da smo v enem letu od marca 2024 do vključno avgusta 2025 izvedli 12 temeljnih svetovanj TŠPA in 9 vzdrževalnih svetovanj TŠPA. Naše zadovoljstvo je tem večje, saj nismo beležili upada udeležbe na vzdrževalnem delu, razen v enem primeru. Prav tako je bil AUDIT C na koncu delavnic praviloma nižji oz. je bilo število točk tudi 0, kar pomeni, da so udeleženci v tem času pomembno zmanjšali pitje alkohola ali pitje le-tega popolnoma opustili. S prispevkom želimo prikazati možne poti povezovanja in sodelovanja z namenom bolj učinkovitega pridobivanja udeležencev in bolj podrobno predstaviti rezultate na področju svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Podrobno statistiko oz. prikaz primerov bomo predstavili na samem strokovnem srečanju.

**Ključne besede:** *alkohol, tvegano in škodljivo pitje alkohola, preventiva, delavnica, udeleženci, MDPŠ, opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola*

## DOBRE PRAKSE NASLAVLJANJA IZZIVOV PRI OBRAVNAVI TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA (TŠpA) V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

Katarina Rebernak, mag. psih., Center za krepitev zdravja, Zdravstveni dom Vrhnika

V prispevku se osredotočamo na ključne vidike, ki vplivajo na to, ali posamezniki ostanejo v obravnavi, predvsem v kontekstu tveganega in škodljivega pitja alkohola. Temeljni cilj je opredeliti dejavnike, ki pripomorejo k vzdrževanju posameznikov v procesu spremembe glede zmanjšanja pitja alkohola ter prepoznati glavne izzive in mehanizme, ki vplivajo na nadaljevanje njihovega sodelovanja.

Eden izmed pomembnih elementov, ki ga obravnavamo, je motivacija posameznikov, da ostanejo v obravnavi, ki jim nudi podporo pri spremembi. Pri tem so prepoznani ključni dejavniki: primeren pristop izvajalcev, ustrezna komunikacija in spoštovanje uporabnikove avtonomije. Pri tem se v ospredje postavlja ideja, da je pacient "strokovnjak za svoje življenje" in "uspešen izid obravnave njegova odgovornost", kar pomeni, da mora obravnava temeljiti na spoštovanju izkušenj uporabnika in njegove perspektive.

Pomembno je tudi, da izvajalci poznamo različne vstopne točke za začetek obravnave, bodisi skozi Medicino dela, prometa in športa (MDPŠ) ali druge poti, kot so strokovne obravnave v Centru za krepitev zdravja (CKZ).

V sodelovanju z drugimi izvajalci smo pridobili pomembna spoznanja, ki so ključna za razumevanje, zakaj nekateri posamezniki ostanejo v obravnavi, medtem ko drugi odnehajo. Ugotovili smo, da se nekateri izvajalci soočajo z izzivom, kako prenesti znanje in veščine, ki so jih pridobili med usposabljanjem (motivacijski intervju, aktivno poslušanje z empatijo, postavljanje odprtih vprašanj, sprejemanje, izvajanje, afirmacije, refleksija itd.), v svoje delo, kar je kdaj lahko razlog za predčasen odhod uporabnika iz obravnave. Ključna je torej tudi usmerjenost k prenosu pridobljenih veščin k praktični uporabi, saj uporabniki zaradi pomanjkljivosti na tem področju kdaj ne izkusijo vrednosti svetovanja ali ne vedo, kako lahko sami spremembe učinkovito vključijo v vsakdanje življenje.

Med dejavniki za uspeh obravnave, je prav tako kakovost odnosa med izvajalcem in uporabnikom. Ključno je, da se ta odnos vzdržuje skozi vsa srečanja, še posebej, ko gre za prvi dve srečanju, kjer je poudarek na vzpostavitvi zaupanja in razumevanja izzivov, s katerimi se sooča uporabnik. Ko ta začuti podporo in je svetovanje usmerjeno in prilagojeno njemu, se z večjo verjetnostjo odloči nadaljevati obravnavo TŠpA v sklopu CKZ. Tudi, ko se posameznik odloči, da želi predčasno oditi iz programa, je pomembno, da se sprejme njegove razloge za predčasen zaključek, saj lahko z odprtim in iskrenim pogovorom pri nadaljnjih obravnavah dosežemo boljše rezultate.

Tvegano in škodljivo pitje alkohola ima pomembne posledice za posameznikovo zdravje in dobrobit. Hkrati za uporabnika s tveganim pitjem pogosto pomeni, da oseba postane bolj dovzetna za druge oblike duševnih in telesnih težav, zaradi česar je potrebna celostna obravnava. Strokovno svetovanje pri opuščanju tvegane in škodljivega pitja se pogosto povezuje z drugimi obravnavami (npr. Zdrava mera, Zvišane maščobe v krvi, Podpora pri spoprijemanju s stresom) kot so sprememba življenjskega sloga posameznika.

Kot izvajalci pristopa Skupaj za opuščanje pitja alkohola (SOPA) smo skozi leta dela prišli do pomembnih spoznanj o tem, kako obravnavati uporabnike, ki se soočajo s tveganim in škodljivim pitjem alkohola oz. kako ukrepati kadar gre za sum na zasvojenost z alkoholom. Ključno je, da vsak izvajalec samostojno realizira svojo nalogo, a ob tem sodeluje z drugimi strokovnjaki izven primarnega tima (osebni zdravnik, specialist psihiater in/ali klinični psiholog, psiholog iz druge zdravstvene dejavnosti ali diplomirana medinska sestra iz ambulante družinske medicine, Psihiatrična klinika - Enota za zdravljenje odvisnosti od alkohola) in se udeležuje intervizijskih srečanj, saj redni sestanki in skupna vprašanja pomagajo presejati težave, s katerimi se soočajo posamezniki in posledično tudi skupno iskanje rešitev. Pomembno je, da zaposleni v CKZ delujejo usklajeno, saj je kakovost dela odvisna od sinergije med sodelavci. Za slednja pa so pomembna ravno redna srečanja in izmenjava informacij.

Spremljanje pacienta v sklopu temeljnega do vzdrževalnega dela tvegane in škodljive pitja alkohola, zahteva tako celostno obravnavo, ki se osredotoča na osebno motivacijo, praktično uporabo znanja in kakovost odnosa med uporabnikom, in izvajalcem. S sodelovanjem in usklajenim delovanjem znotraj interdisciplinarnega tima, ter uspešnim presejanjem, lahko skupaj pomembno prispevamo k izboljšanju kakovosti življenja pacientov, ter večji uspešnosti nadaljnjih zdravstvenih obravnav.

**Ključne besede:** *Opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola, uporabnik, izvajalec, preventiva*

## POGLED NAZAJ IN POGLED NAPREJ – REFLEKSIJA TREH LET IZVAJANJA »SOPE«

Ivan Jakovljević, Center za krepitev zdravja Brežice  
ivan.jakovljevic@zd-brezice.si

SOPA oziroma individualna svetovanja za odgovoren odnos do pitja alkohola so v letu 2022 prešla v redne delovne naloge centrov za krepitev zdravja oziroma zdravstvenovzgojnih centrov. Izkušnje izvajanja svetovanj in sodelovanja z drugimi zdravstvenimi (so)delavci ter lokalnim okoljem so v minulih treh letih ponudile več refleksij in s tem tudi idej za delo na tem področju v prihodnje.

### **I. Redno izvajanje svetovanj zmanjšuje in odpravlja zadrego naslavljanja tematike pitja alkohola**

Začetke uvodnih svetovanj oziroma obravnav ljudi so pogosto spremljali občutki zadrege in zadržanosti, kako nasloviti in preveriti odnos do pitja alkohola, ne da bi to udeležencem sugeriralo prisotnost težav ali jih celo užalilo. V nasprotju s predhodnimi bojznimi so izkušnje pokazale, da na splošno pri udeležencih vprašanje pitja alkohola ne naleti na odpor, temveč ga dojemajo kot primerljivega z vprašanji na drugih področjih življenjskega sloga ali pa celo prihaja z olajšanjem in upanjem, da bodo obravnave vnesle potrebne in želene spremembe na to področje odnosa do pitja alkohola.

### **II. Na osrednji namen SOPE je še vedno vezanih več zmotnih prepričanj**

Vprašanje odnosa do pitja alkohola ima med laično populacijo kot tudi med zaposlenimi v zdravstvu pogosto pretirano poenostavljeno podobo, ki je kategorialna: »zmerno«, »kulturno« pitje alkohola ali pa prisotnost odvisnosti od alkohola. Kljub dosledni promociji ključnih sporočil SOPE je še vedno prisotno šibko ali pa povsem odsotno zavedanje obstoja tveganih oziroma škodljivih oblik pitja alkohola, ki pa še ne dosegajo ravni sindroma odvisnosti. Posledično se svetovanja SOPA še vedno pogosto napačno razumejo kot obravnava ljudi s sindromom odvisnosti od alkohola.

### **III. Elementi motivacijskega intervjuja (MI) krepijo**

Kljub zavedanju ključne vloge motivacijskega intervjuja pri obravnavi udeležencev so njegovi učinki na udeležence lahko presenetljivi tudi za samega izvajalca. Predvsem v delih, ki krepijo udeleženčevo zaupanje do izvajalca, krepijo njegovo motivacijo za spremembe in krepijo prepričanje v lastne zmožnosti za vztrajanje v zelenih spremembah.

### **IV. Časovni okvir izvedbe posameznega svetovanja (15 minut) zadostuje namenu obravnav**

Predviden časovni okvir 15 minut za izvedbo posameznega kratkega ukrepa lahko sprva deluje manj intuitivno za obravnavo posameznikov s prisotnim tveganim ali škodljivim pitjem alkohola, vendar izkušnje kažejo, da je časovni okvir optimalen in omogoča vključitev vseh ključnih vprašanj

ter je po drugi strani (pretirano) preseganje tega časovnega okvira lahko celo kontraproduktivno za doseganje zelenega namena.

## **V. Odpori, izzivi in nelagodje, povezano s svetovanjem SOPA, so dobra stvar**

Individualna svetovanja SOPA, ki so med novejšimi vsebinami na CKZ/ZVC, izstopajo od drugih preventivnih obravnav v zdravstvenih domovih. Pojavlja se napor pri umeščanju svetovanj v siceršnji koncept dela na CKZ/ZVC, prisotni so izzivi pri pridobivanju udeležencev in sodelovanju z drugimi enotami zdravstvenih domov, ki usmerjajo udeležence na svetovanja. Takšno stanje je, kljub spremljajočem nelagodju ali celo frustraciji, dobro izhodišče za delo na tem področju v prihodnje. Navedeni občutki nelagodja, odporov, nemoči odražajo predvsem široko družbeno razsežnost problematike pitja alkohola, pretirano tolerantnost do oblik pitja alkohola, ki so že tvegane/škodljive, a še ne dosegajo ravni sindroma odvisnosti, in podcenjevanje negativnih vplivov pitja alkohola.

Ravno iz teh razlogov lahko vidimo rešitev v nadaljevanju vztrajanja v vseh ključnih sporočilih obravnav SOPA, destigmatizaciji pogovora o alkoholu in krepitvi zavedanja možnih posledic tvegane pitja alkohola ter kakovosti življenjskega sloga, ki ga prinaša opuščanje pitja alkohola.

**Ključne besede:** *SOPA, tvegano/škodljivo pitje alkohola, motivacijski intervju, vedenjska sprememba*

## SODELOVANJE S SOCIALNOVARSTVENIM ZAVODOM VITICA GORNJA RADGONA

Maja Graj, Maja Žibek, Valentina Ornik, Tadeja Fujs, Mojca Malačič, Vanesa Gjerkeš, Slavica Mencingar  
Center za krepitev zdravja Gornja Radgona  
maja.graj@zd-gr.si

Sodelovanje Centrov za krepitev zdravja s posameznimi zavodi in nevladnimi organizacijami pomembno prispeva k večji prepoznavnosti njihovega dela, pridobivanju udeležencev ter učinkovitejši izvedbi preventivnih programov v okviru integrirane preventive kroničnih bolezni pri odrasli populaciji. Hkrati to strokovnim timom omogoča širjenje znanja in izkušenj na področju dela z ranljivimi skupinami. Center za krepitev zdravja Gornja Radgona že več let uspešno sodeluje z Zavodom Vitica, z vključevanjem v programe socialne aktivacije, večgeneracijskega centra in izobraževanjem ponudnikov pomoči na domu.

Zavod Vitica iz Gornje Radgone je nevladna, neprofitna organizacija, ki v javnem interesu deluje na področju socialnega varstva. Kot socialno podjetje nudi podporo starejšim in drugim ranljivim skupinam z namenom izboljšanja kakovosti življenja in spodbujanja socialne vključenosti. Izvaja številne programe, kot so dnevni center za osebe z duševnimi težavami, stanovanjsko podporo, osebno asistenco, večgeneracijsko druženje ter pomoč na domu. Zavod omogoča tudi brezplačne prevoze za ranljive skupine, nudi podporo osebam z demenco, izvaja programe za preprečevanje nasilja nad starejšimi, sodeluje pri razdeljevanju donirane hrane in vključuje težje zaposljive osebe v sklopu šivalnice. Zavod Vitica celostno prispeva k izboljšanju življenja v skupnosti. Njihovo poslanstvo je izvajanje kakovostnih socialnovarstvenih programov, vizija pa postati stičišče vseh generacij kot prostor za druženje, učenje in podporo pri premagovanju stisk.

Z Zavodom Vitica in z njihovimi uporabniki v sklopu programa socialne aktivacije in izobraževanja ponudnikov pomoči na domu že vrsto let izvajamo delavnice in predavanja iz področja krepitev zdravja odraslih, prehrane, telesne dejavnosti, duševnega zdravja, nezdravih razvad opuščanja kajenja, tvegane in škodljivega pitja ter drugih škodljivih nekemečnih razvad. Nekatere izmed njih izvajamo kot delavnice ustaljenih preventivnih programov Nacionalnega inštituta za javno zdravje, druge pa v okviru aktivnosti lokalne skupnosti.

Naš pristop je večinoma strukturiran tako, da za nove udeležence organiziramo Dneve odprtih vrat, katerih namen je predstavitev programov za krepitev zdravja in drugih aktivnosti, ki jih nudi Center za krepitev zdravja. Udeležence v uvodu seznanimo z zdravim življenjskim slogom, dejavnih tveganj ter preventivi rakastih obolenj. Med drugim jim ponudimo tudi ogled

modelov ter odgovorimo na morebitna vprašanja posameznika. En dan je namenjen meritvam krvnega tlaka in krvnega sladkorja, pri čemer udeležencem predstavimo načine za preprečevanje in obvladovanje povišanih vrednosti. Glede na potrebe udeležencev izvajamo tudi delavnice o nezdravih razvadah ali pa vsebine prilagodimo v sodelovanju s strokovnimi delavci Zavoda Vitica. Na področju telesne dejavnosti smo v preteklem letu med uporabniki programov, ki se med drugim vključujejo v samoorganizirano vadbo, izvedli testiranje srčno-žilne pripravljenosti s 6-minutnim testom hoje ter presejanje za funkcijsko manjzmožnost. V okviru izobraževanja izvajalcev pomoči na domu smo izvedli delavnico o varnem delovnem okolju in skrbi za lastno zdravje pri delu z pomoči potrebnimi osebami. Udeleženci so se seznanili z dejavniki tveganja za razvoj mišično-skeletnih težav in razlogi bolniških odsotnosti zaradi preobremenitev pri delu ter z vlogo ergonomije pri ohranjanju zdravja. Spoznali so temeljna načela ergonomije in se naučili osnovnih tehnik pravilnega dvigovanja bremen ter rokovanja z gibalno ovirano osebo. Poleg tega so spoznali pomen gibanja za gibalno ovirane osebe ter pridobili znanja o ustreznih pristopih in priporočljivih položajih pri nameščanju. Predstavljen je bil tudi način združitve telesne dejavnosti in treninga za ohranjanje kognitivnih sposobnosti.

Na področju duševnega zdravja smo z uporabniki programa socialna aktivacija, ki so bili v procesu prve ali ponovne zaposlitve, izvedli delavnico *Zdravi odnosi*. Namen delavnice je bil priprava in opolnomočenje posameznikov za vključevanje v delovni proces ter razvijanje komunikacijskih veščin, pomembnih za delovno okolje. Z izvajalci pomoči na domu smo v okviru izobraževanja o skrbi za lastno zdravje izvedli tudi delavnico *Spoprijemanje s stresom*. Udeleženci so prejeli informacije o tehnikah reševanja problemov, imeli priložnost za medsebojno izmenjavo izkušenj in se seznanili z izbranimi tehnikami sproščanja.

Na področju prehrane smo skupini uporabnikov predstavili temeljne informacije o zdravi in uravnoteženi prehrani pri sladkorni bolezni. Seznanili smo jih tudi z osnovnimi kazalniki bolezni ter jih povabili k vključitvi v našo delavnico, namenjeno podpori in ozaveščanju pri obvladovanju sladkorne bolezni. Pri udeležencih smo prav tako izvedli modificirano delavnico *zdravo jem in krajšo delavnico branja deklaracij*.

S sodelovanjem z Zavodom Vitica pomembno prispevamo k širjenju znanja o zdravem življenjskem slogu ter krepitvi zdravja in ostalih zmožnosti uporabnikov programov zavoda. Širjenje tovrstnega znanja med ranljivimi skupinami in laično populacijo ima ključno vlogo pri preventivi in dolgoročnem ohranjanju zdravja, hkrati pa krepi zaupanje v naš Center za krepitev zdravja kot zanesljivega in strokovnega partnerja v lokalnem okolju. S celostnim in dostopnim pristopom želimo odgovarjati na konkretne potrebe lokalne skupnosti. S tem ne le povečujemo prepoznavnost našega centra, temveč tudi vzpostavljamo trdnejše vezi z različnimi deležniki, kar

spodbuja mreženje in ustvarja nove priložnosti za sodelovanje. Izvedene aktivnosti pa predstavljajo tudi pomemben kanal za pridobitev novih udeležencev. S tem gradimo temelje za dolgoročno trajnostno delovanje centra in uresničevanje našega poslanstva kar je krepitev zdravja za vse.

## POMEN ZGODNJEGA ODKRIVANJA DEJAVNIKOV TVEGANJA V OKVIRU ZDRAVSTVENE NEGE V PATRONAŽNI DEJAVNOSTI PRI STAREJŠIH OD 65 LET

Hermína Hatunić Bajrektarević, ZD Ljubljana, Enota Moste Polje

Brigita Apostoloski Naskovska, UKC Ljubljana

Anže Klemenc, UKC Ljubljana

doc. dr. Andreja Kvas, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Katedra za zdravstveno vzgojo  
herminah.bajrektarevic@gmail.com

Kronične nenalezljive bolezni predstavljajo enega največjih izzivov sodobnih zdravstvenih sistemov, saj so glavni vzrok za prezgodnjo umrljivost, zmanjšano kakovost življenja in naraščajoče stroške zdravstvenega varstva. Zdravstvene politike se zato vse bolj osredotočajo na preventivne ukrepe, ki vključujejo zgodnje odkrivanje vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja, kot so nezdrava prehrana, telesna nedejavnost, kajenje in tvegano uživanje alkohola ter povišan krvni tlak, krvni sladkor in holesterol.

V tem kontekstu zdravstvena nega v patronažni dejavnosti zavzema pomembno mesto. Namen obravnave starejše osebe v domačem okolju s strani patronažne medicinske sestre je ohranjanje obstoječega zdravstvenega stanja, ki temelji na učinkoviti preventivni dejavnosti. Ključni elementi promocije zdravja so izvajanje zdravstvene vzgoje in preprečevanje bolezni, svetovanje o zdravem načinu življenja in zgodnjem odkrivanju dejavnikov tveganja, ki lahko ogrozijo zdravje – učenje starejših oseb in/ali svojcev/pomembnih drugih za uspešno zdravljenje ali rehabilitacijo, nadzor vrednosti vitalnih znakov in drugih parametrov (npr. določitev glukoze v krvi, merjenje saturacije), zagotavljanje kontinuirane obravnave po ustaljenih poteh komunikacije, preverjanje poznavanja in razumevanja uporabe predpisane terapije, drugih zdravil in prehranskih dodatkov, preverjanje pravilnega režima prehrane v primeru specifičnega zdravljenja in prehranjenosti nasploh ter uživanja zdrave uravnotežene prehrane, ocena bolečine subjektivno po pogovoru in po lestvici VAS, ocena ožjega in širšega bivalnega okolja, ocena ekonomskih in socialnih razmer ter vloga v družini in s pomembnimi drugimi, informiranje o drugih službah, nacionalnih preventivnih programih, v primeru ugotovljenih težav informiranje o društvihih pacientov na posameznem področju, dostavi hrane na dom ...

Na podlagi ugotovljenih potreb in problemov ter odstopanj diplomirana medicinska sestra v patronažni dejavnosti izvaja posege in intervencije zdravstvene nege, zdravstvenovzgojno glede na ugotovljene potrebe, telefonski pogovor s pacientom, družino in pomembnimi drugimi, izvajanje aktivnosti zdravstvene nege v skladu s programom preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Ocena stanja – temeljne fiziološke potrebe, psihofizične potrebe, psihosocialne ter duhovne potrebe (seznanitev starejše osebe z namenom in vsebino obiska, direktno zbiranje informacij med obiskom, pregled dokumentacije zdravstvene nege in medicinske dokumentacije, ocenjevanje potreb starejše osebe po zdravstveni negi, pogovor s starejšo osebo in člani družine ter po potrebi pomembnimi drugimi) omogoči zagotavljanje ustrezne pomoči starejši osebi in njeni družini v domačem okolju, tako da se soočijo z boleznijo,

telesno nezmožnostjo ali s stresom, da znajo oceniti njeno sposobnost samooskrbe ter da starejša oseba sprejme in dovoli pravočasno podporo ali pomoč drugih.

Namen pregleda literature je raziskati pomen zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni v okviru zdravstvene nege v patronažni dejavnosti in osvetliti vlogo diplomirane medicinske sestre pri preventivnih obravnavah na domu. Oblikovali smo raziskovalno vprašanje: Kakšen je pomen zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni v okviru zdravstvene nege v patronažni dejavnosti?

### **Metode**

Izvedli smo pregled literature s pomočjo mednarodnih podatkovnih baz CINAHL in PubMed, s ključnimi besedami elderly people, risk factors, community health, prevention,, chronic non communicable diseases. Vključitveni kriteriji so bili angleški jezik, prosti dostop do celotnega besedila, relevantnost teme, strokovni in znanstveni članki z recenzijo in objava med letoma 2015 in 2025. Za sintezo vključenih raziskav je bila uporabljena pripovedna analiza.

### **Rezultati**

V končno analizo so bile vključene štiri raziskave. Analiza literature je pokazala, da imajo medicinske sestre v skupnosti in patronažni dejavnosti ključno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju dejavnikov tveganja za kronične bolezni in funkcionalni upad pri starejših ljudeh. Raziskave poudarjajo, da pravočasni presejalni postopki, kot je uporaba strukturiranih vprašalnikov ter obravnave na domu, omogočajo individualni pristop izvajanja zdravstvene vzgoje. Vloga patronažnih medicinskih sester je pri tem ključna, saj prispevajo k večji samostojnosti starejših ljudi in zmanjšanju potrebe po dolgotrajni oskrbi. V raziskavi iz leta 2022 je v primerjavi s Švedsko v Sloveniji ugotovljena bolj centralizirana organizacija patronažnega varstva; vsi starejši odrasli imajo enak obseg preventivnih obiskov, izobrazba in obseg kompetenc izvajalcev pa je v Sloveniji nižja. Vsebina preventivnih patronažnih obiskov starejših odraslih je v obeh državah podobna. Vsebina obravnav na domu je primerljiva, razlike se kažejo v ravni avtonomije izvajalk in dostopu do dodatnih kompetenc pri izvajanju negovalnih diagnoz. Ugotovili smo, da se vloga patronažnih medicinskih sester v zadnjih letih v Sloveniji krepi, saj združuje klinično delo, preventivo, promocijo zdravja ter povezovanje različnih ravni zdravstvene oskrbe.

### **Diskusija in zaključek**

Pregled izbrane literature potrjuje pomen zdravstvene nege v patronažni dejavnosti pri zgodnjem odkrivanju dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni. Izkazalo se je, da patronažne medicinske sestre, ki delujejo v domačem okolju starejših ljudi, omogočajo ne le boljšo dostopnost do zdravstvenih storitev, temveč tudi večje zaupanje in odprtost le-teh za pogovor o njihovih navadah in težavah. Poudarjeno je, da je pristop, ki vključuje strukturirano oceno stanja (npr. vprašalniki), izjemno učinkovit pri zgodnjem prepoznavanju dejavnikov, kot so neustrezna prehrana, telesna nedejavnost, kajenje, tvegano pitje alkohola in psihosocialna tveganja.

Zgodnje ukrepanje na podlagi teh ugotovitev pripomore k zmanjšanju napredovanja bolezni in dolgoročnih zapletov. Izzivi, s katerimi se srečujejo patronažne medicinske sestre, so: preobremenjenost, pomanjkanje kadra, neenotne smernice za presajanje ter omejena strokovna avtonomija. Kljub temu pa je njihova vloga v preventivi ključna, še posebej v starajoči se družbi z naraščajočim številom kroničnih pacientov. Za povečanje učinkovitosti preventivnih obravnav je treba vlagati v dodatna izobraževanja in izpopolnjevanja patronažnih medicinskih sester, zagotavljati jasne strokovne smernice ter okrepiti njihovo avtonomijo in podporo znotraj zdravstvenega sistema. Le tako bo lahko v celoti izkoriščen potencial zdravstvene nege v patronažni dejavnosti kot enega ključnih stebrov sodobnega javnega zdravstva.

**Ključne besede:** *patronaža, medicinske sestre, preprečevanje bolezni, preventiva, starostniki, vrtnarjenje*

## PLAKATI



## VKLJUČEVANJE ODRASLIH V PROGRAM OBRAVNAVE DEBELOSTI ZDRAVA MERA SKOZI OČI IZVAJALCEV

dr. Rok Poličnik, Mateja Bavcon, dr. Tatjana Novak Šubara, Andrea Backović Juričan, Tea Zaverla Šuštaršič; Nacionalni inštitut za javno zdravje

Zdravstveni domovi (ZD) v Sloveniji že več kot 20 let izvajajo standardiziran program obravnave debelosti pri odraslih – Zdrava mera (ZM). Program izvajajo timi v centrih za krepitev zdravja/zdravstvenovzgojnih centrih (CKZ/ZVC), ki jih sestavljajo diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji, fizioterapevti, psihologi in dietetiki. Za vključitev v program mora oseba izpolnjevati naslednje kriterije: indeks telesne mase (ITM) nad 30 kg/m<sup>2</sup>; ITM nad 27,5 kg/m<sup>2</sup> + 20-odstotna srčno-žilna ogroženost; ITM nad 27,5 kg/m<sup>2</sup> + kronična nenalezljiva bolezen (KNB). V program napotujejo ambulate družinske medicine (ADM). Udeleženci v programu pridobijo znanje, veščine in psihološko podporo za dolgoročne spremembe življenjskega sloga, s ciljem zmanjšanja maščobne mase in ohranitve optimalne mišične mase. Sodobna dognanja poudarjajo pomen celovitega presejanja za debelost, ki poleg ITM posameznika vključuje tudi prepoznavanje ostalih (patofizioloških, prehranskih, gibalnih, psiholoških) dejavnikov debelosti.

Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) smo v letu 2024 začeli prenovu vključitvenih meril za vstop v program ZM. Maja 2025 je bil izveden posvet z izvajalci programa (N = 94). Namen je bil identificirati prednosti, izzive in možne izboljšave vključevanja odraslih v program. Posvet je potekal prek aplikacije Zoom kot vodena diskusija v manjših skupinah s pomočjo strukturiranih vprašanj in zaključne skupne diskusije. V nadaljevanju sledi analiza odgovorov po posameznih vprašanjih.

Izvajalci menijo, da je program najbolj učinkovit in sprejemljiv pri odraslih, starih med 35 in 65 let, ki so delovno aktivni, vendar jih je težko privabiti/zadržati v programu. Program je učinkovitejši pri ženskah, starih od 50 do 65 let, moških, ki se vključijo v program skupaj s partnerko, in pri osebah, ki so notranje motivirane in pripravljene za spremembo življenjskega sloga, pogosto iz zdravstvenih razlogov (npr. osebe z novoodkrito presnovno boleznijo ter osebe po zdravstvenem zapletu ali takoj ob porastu telesne mase). Program se izkaže kot uspešnejši pri osebah s 1. in 2. stopnjo debelosti, z manj predhodnimi poskusi izgube telesne mase in pri telesno zmogljivejših. Pri vključitvenih merilih bi bilo dobro upoštevati tudi podatke meritev telesne sestave, družinsko anamnezo, laboratorijske izvide, starost ter pripravljenost za spremembe življenjskega sloga.

Zaplete v programu ugotavljajo pri osebah s težjim potekom kroničnih bolezni (npr. kronična ledvična bolezen, sladkorna bolezen, mišična distrofija), osebah z duševnimi motnjami (depresija v povezavi z nizko motivacijo, uporabniki psihotropnih zdravil), pri gibalno oviranih (npr. pred operacijo kolena). Motivacija za sodelovanje in uspešnost v programu je nizka pri posameznikih, ki čakajo na bariatrični poseg (BP), ter tistih, ki program dojemajo zgolj kot druženje. K slabšim učinkom programa prispeva nehomogenost skupin, slaba podpora svojcev, oddaljenost od zdravstvenega doma, večizmensko in sezonsko delo, ponekod pomanjkanje izvajalcev programa.

Glede izključitvenih meril po mnenju izvajalcev v program ne sodijo starejši (> 65 let), osebe z ekstremno debelostjo (ITM > 40) ali s prenizkim ITM (< 30), akutno bolni (onkološki bolniki), osebe z duševnimi motnjami (v akutni fazi oz. nezdravljene), manj telesno zmogljivi, težje gibalno ovirani (npr. multipla skleroza), osebe po operacijah (npr. hrbtenice) in tisti z več KNB. V program ne sodijo niti osebe, pri katerih je edini motiv hitra izguba telesne mase kot predpogoj za BP.

Problem vključevanja v program udeleženci posveta zaznavajo tudi širše v smislu pomanjkljive seznanjenosti tako z vstopnimi kriteriji kot s programom pri ostalih specialističnih ambulantah (npr. diabetološka ambulanta). Izpostavljajo tudi pomen kontinuirane medsebojne komunikacije med ADM (tudi zasebniki) in CKZ/ZVC (povratna informacija napotovalcu o pacientu po zaključku programa) in širše prepoznavnosti obravnav v CKZ/ZVC (podcenjenost napotnice CKZ/ZVC).

Povzamemo lahko, da je potrebna natančnejša selekcija udeležencev v program. Smiselno bi bilo prilagoditi program udeležencem z različnimi komorbidnostmi. Izvajalci podpirajo tudi uvedbo dodatnih presejalnih kriterijev (npr. laboratorijski izvidi, rezultati meritev telesne sestave). K učinkovitosti programa prispeva tudi prepoznavnost obravnav v CKZ/ZVC med drugimi zdravstvenimi izvajalci.

**Ključne besede:** *obravnavanje debelosti pri odraslih, mnenje izvajalcev programa, vključitvena in izključitvena merila, presejalni kriteriji, učinkovitost programa*

# Vključevanje odraslih v program obravnave debelosti Zdrava mera skozi oči izvajalcev

dr. Rok Poličnik, Mateja Bavcon, dr. Tatjana Novak Šubara, Andrea Backovič Juričan, Tea Zaverla Šuštaršič  
Nacionalni inštitut za javno zdravje

## Na kratko o programu Zdrava mera

- Program Zdrava mera od l. 2002 poteka v CKZ/ZVC v vseh zdravstvenih domovih v Sloveniji.
- Izvajalci sestavljajo interdisciplinarni tim, kiga sestavljajo: diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji, fizioterapevti, psihologi in dietetiki.
- Napotovalci v program so ADM.
- Cilj programa: individualna sprememba življenjskega sloga in dolgoročno vzdrževanje zdrave telesne mase.

## Ali so trenutna merila za vključitev v program Zdrava mera ustrezna?

Trenutna vključitvena  
merila:



- Maja 2025 je bil izveden spletni posvet z izvajalci (n=94) programa Zdrava mera.
- Namen posveta je bil prepoznati prednosti, izzive in možne izboljšave pri vključevanju odraslih v program Zdrava mera.

## Kaj o vključevanju v program Zdrava mera menijo izvajalci?

Program je bolj učinkovit pri:

- odraslih, starih med 35–65 let (ter pri ženskah, starih 50–65 let), delovno aktivnih, moških s podporo partnerke,
- motiviranih za spremembo navad (npr. po zdravstvenem zapletu ali ob diagnozi KNB),
- telesno bolj aktivnih oseb,
- oseb, ki manj predhodnim poskusom niso uspeli,
- oseb, ki želijo izgubiti težo v 1. in 2. stopnji.

Program je manj učinkovit pri:

- oseb, ki težje potekajo KNB,
- oseb, ki imajo duševne motnje (nizka motivacija, uporaba psihotropnih zdravil),
- oseb, ki imajo gibalne ovirane / predoperacijo,
- oseb, ki imajo predbariatrični poseg,
- oseb, ki imajo program dojemajo kot družbeno.

Kdo po mnenju izvajalcev ne sodi v program?

- osebe nad 65 let,
- osebe z ITM > 40 ali osebe z ITM < 30,
- akutno bolni (npr. onkološki bolniki),
- osebe z duševnimi motnjami (akutna faza ali nezdravljene),
- gibalno ovirane osebe / osebe pred operacijo,
- osebe z več KNB,
- osebe pred bariatričnim posegom, z željo po hitri izgubi telesne mase.

## Kako izboljšati vključevanje v program?



## POT OB ŽICI – PRILOŽNOST ZA SKUPNOSTNO PROMOCIJO ZDRAVJA

Maja Gruden, ZD Ljubljana  
Saša Šajn Lekše, ZD Ljubljana  
maja.gruden@zd-lj.si  
sasa.sajn-lekse@zd-lj.si

V prispevku opisujemo primer dobre prakse in medpoklicnega sodelovanja pri promociji zdravja v skupnosti na letnem pohodu Pot ob žici v Ljubljani. Stojnico za skupnostno promocijo zdravja na letošnjem pohodu smo organizirali z namenom povezovanja različnih preventivnih dejavnosti znotraj ZD Ljubljana, promocije aktivnosti projekta CityMove ter promocije redne telesne aktivnosti na področju Ljubljane in redne udeležbe v aktivnostih primarne preventive. Na stojnici smo izvajali različne meritve, delili zdravstveno-informativno gradivo in se povezovali z lokalno skupnostjo.

Pohod po poti ob žici je ena od enot nesnovne kulturne dediščine v Sloveniji od leta 2016. Gre za vsakoletno množično rekreativno in športno prireditev, ki v spomin upora meščanov proti sovražniku poteka okoli Ljubljane po trasi, kjer je bila od leta 1942 do 1945 ograja z bodečo žico in bunkerji, ki so jo postavili italijanski okupatorji.

Pot ob žici je obenem ena od intervencij v mednarodnem projektu CityMove (angl. City-based interventions to stimulate active movement for health), ki sistematično preučuje, spodbuja in podpira razvoj intervencij na področju telesne aktivnosti. Pri tem se opira na globalni akcijski načrt Svetovne zdravstvene organizacije za telesno aktivnost (angl. The global action plan on physical activity), ki načrtuje zmanjšanje fizične neaktivnosti za 15 % do leta 2030. V slovenski raziskovalni ekipi sodelujejo različni strokovnjaki ZD Ljubljana: zdravnik specialist družinske medicine, diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti družinske medicine, fizioterapevtka, sanitarni inženir in drugi.

Diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti in kineziologi, zaposleni v CKZ ZD Ljubljana, uporabljajo različne odseke trase za izvajanje preizkusa hoje na 2 km, ki je enostaven in varen test, pri katerem si udeleženci s pomočjo tako hitre hoje, kot jo zmorejo, izmerijo zmogljivost srca, ožilja in dihal. Telesno aktivnost CKZ-ji spodbujajo in promovirajo tako na testu hoje kot tudi na drugih delavnicah in aktivnostih v ZD in lokalni skupnosti.

**Ključne besede:** *promocija zdravja, telesna aktivnost, medpoklicno sodelovanje, primarno-primarna preventiva, skupnost*

# Pot ob žici – priložnost za skupnostno promocijo zdravja

Maja Gruden, dipl. fiziot., Saša Šajn Lekše, dipl.m.s., ZD Ljubljana

## Opis dogajanja

Ob Svetovnem dnevu gibanja, 10. maja 2025, smo na Prešernovem trgu – v središču dogajanja Poti ob žici in teka trojk – izvedli skupnostno naravnani dogodek za promocijo zdravja. Namen aktivnosti je bil spodbujanje telesne dejavnosti in zdravega življenjskega sloga ter približevanje vsebin primarne preventive širši javnosti v urbanem okolju.

Obiskovalcem smo ponudili brezplačne meritve, kratka svetovalna srečanja in informativna gradiva s področja gibanja, zdravega življenjskega sloga ter programov preventivnega zdravstvenega varstva. Dogodek je predstavljal pomemben korak k večji vidnosti zdravstvene preventive zunaj institucionalnih okvirjev – v odprtem prostoru, med prebivalci, v kontekstu gibanja.



## CityMove

Dogodek je potekal v okviru mednarodnega projekta CityMove, ki spodbuja lokalne intervencije za povečanje telesne dejavnosti v urbanih okoljih. Pohod Pot ob žici je bil prepoznan kot ustrezna priložnost za uresničevanje ciljev projekta, ki so skladni z globalnim akcijskim načrtom Svetovne zdravstvene organizacije za zmanjšanje telesne ne dejavnosti do leta 2030.



## Aktivnosti na stojnici

Na stojnici smo izvajali naslednje aktivnosti:

- meritve krvnega tlaka,
- merjenje moči prijema z ročnim dinamometrom,
- individualna svetovanja o pomenu gibanja,
- delitev zdravstveno-vzgojnih gradiv.



## Sodelujoči

Dogodek je potekal v sodelovanju strokovnjakov iz različnih poklicnih profilov ZD Ljubljana, ki delajo v Centru za krepitev zdravja: diplomiranih medicinskih sester, dietetikov, fizioterapevtov in kineziologov. Interdisciplinarni pristop nam je omogočil celostno obravnavo posameznika in učinkovitejše nagovarjanje raznolikih ciljnih skupin znotraj lokalne skupnosti.

## Zaključek

Prisotnost zdravstvenih delavcev v javnem prostoru je spodbudila številne interakcije, zbudila zanimanje za preventivne programe in okrepila zaupanje med zdravstveno stroko in prebivalstvom. Z vključevanjem v dogodke lokalne skupnosti stopamo izven meja zdravstvenih ustanov in odgovarjamo na potrebe ljudi tam, kjer dejansko živijo, delajo in se gibljejo. Skupnostno zasnovana promocija zdravja ni enkratna aktivnost, temveč proces, ki ga soustvarjamo – z ljudmi, za ljudi.

# SVETOVNI DNEVI ZDRAVJA V LOKALNI SKUPNOSTI

## Zdravstveni dom Ajdovščina – Center za krepitev zdravja

Z organizacijo strokovnih predavanj v lokalni skupnosti želimo prispevati k večji ozaveščenosti prebivalstva o pomenu skrbi za zdrav življenjski slog ter krepiti preventivno delovanje.

V ospredje postavljamo aktualne javnozdravstvene izzive. S tem prispevamo k večji prepoznavnosti naše službe, povezujemo različne deležnike v lokalni skupnosti, spodbujamo medsektorsko sodelovanje in dolgoročno odgovornost za javno zdravje na lokalni ravni.

**2022**

### STISKE OTROK IN MLADOSTNIKOV – ALI PREPOZNAMO TEŽAVE? VEMO, KAKO POMAGATI?

**Ciljna skupina:** starši, strokovna in splošna javnost

**Predavatelj:** Urban Horvat, dr. med., spec. otr. in mlad. psih.

**Vsebina:** pomen zaupanja, čustvene bližine in zdravega ravnovesja pri uporabi tehnologije

**Sodelujoči:** dijaki Srednje šole Veno Pilon Ajdovščina


**2023**

### KREPIMO ZDRAVJE DANES ZA JUTRI

**Ciljna skupina:** splošna javnost

**Predavatelja:** Janja Milič, dr. med., spec. psih.; Gašper Pinter, dipl. kin.

**Vsebina:** pomen pogovora in čustvene podpore, povezanosti telesnega in duševnega zdravja ter moč vsakdanjih izbir za boljše počutje

**Sodelujoči:** učenka Glasbene šole Vinka Vodopivca Ajdovščina


**2024**

### NAVDIHUJOČA MOČ GIBANJA

**Ciljna skupina:** dijaki, strokovna in splošna javnost, društva

**Predavatelja:** Neža Tratnik, dr. med. spec. druž. med.; Anej Doplihar, paraolimpijec

**Vsebina:** pomen vsakodnevnega gibanja s priporočili za zdrav življenjski slog ter navdihujoča osebna zgodba o vztrajnosti in moči volje

**Sodelujoči:** dijaki Škofijske gimnazije Vipava, občina Vipava


**2025**

### SKRIBIMO ZA ZDRAVJE VSEH

**Ciljna skupina:** osebe s posebnimi potrebami in njihovi svojci, strokovna in splošna javnost

**Predavateljica:** doc. dr. Erna Žgur, prof. def.

**Okrogla miza:** Moč izkušenj in podpora osebam s posebnimi potrebami

**Vsebina:** zgodnje prepoznavanje posebnosti v otrokovem razvoju in vloga inkluzije

**Sodelujoči:** VDC Ajdovščina - Vipava, CIRIUŠ Vipava, občina Ajdovščina in Vipava, SB Nova Gorica, PUM-O Ajdovščina, OŠ Danila Lokarja Ajdovščina, lokalna podjetja, društva

# SKUPAJ ZA LOKALNO SKUPNOST

MIKLAVŽEV SEJEM ZDRAVJA DOGODEK, KI POVEZUJE

Zdravstveno vzgojni center v sodelovanju z nevladnimi organizacijami, študenti, dijaki in občino organizira sejem, ki povezuje ljudi, spodbuja zdrav življenjski slog ter krepi sodelovanje v skupnosti.

Skupaj z društvi ustvarjamo prostor za povezovanje, informiranje in podporo zdravju vseh generacij.



## VLOGA ZDRAVSTVENO VZGOJNEGA CENTRA JESENICE

- organizacija in povezovanje društev in organizacij,
- oblikovanje programa in koordinacija,
- promocija dogodka (plakati, promocijski video, splet, mediji),
- po dogodku izvedemo evalvacijo za morebitne izboljšave prihajajočih dogodkov.



## NAMEN DOGODKA

- ozaveščanje o zdravju,
- omogočiti osebni stik z društvi in zdravstvenimi delavci,
- opolnomočiti posameznike za skrb za svoje zdravje,
- spodbujanje vključevanja v društva,
- krepitev sodelovanja v skupnosti,
- dostopnost informacij in programov tudi za ranljive skupine.

## PROGRAM DOGODKA

- predstavitve društev in njihovih dejavnosti,
- meritve in svetovanja (tudi meritve kostne gostote),
- prikaz uporabe AED in osnov prve pomoči,
- okrogla miza,
- degustacije zdravih prigrizkov,
- aktivnosti za vse generacije.



Avtorice plakata: Nevenka Vrhovnik, Stella Pintar, Maja Martinjak  
Zdravstveni dom Jesenice

Za spodbudo k zdravemu življenjskemu slogu obiskovalci sejma prejmejo simbolične nagrade.

# Izobraževanja v ADM

Sara Peklaj, Pika Založnik, Nataša Medved, NIJZ

## Seznam in trajanje izobraževalnih modulov:

- Organizacija dela in komunikacija v ambulanti družinske medicine: 2 dni, v živo
- Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v ambulanti družinske medicine 4 dni, v živo
- Vodenje bolnika z astmo in kopr v ambulanti družinske medicine: 1 dan on-line, 1 dan vaje, v živo
- Vodenje bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2 v ambulanti družinske medicine: 2 dni on-line, 2 dni vaje v živo
- Izobraževanja o arterijski hipertenziji za DMS v ambulantah družinske medicine: 2 dni teoretični del v živo, 2 dni vaje v živo
- Modul osteoporoze: Izobraževanje za diplomirane medicinske sestre (DMS), ki delajo v ambulantah družinske medicine: 1 dan v živo
- Kako se pogovarjati s pacientom v duševni stiski, nadgradnja in poglobitev znanja DMS v ambulanti družinske medicine: 1 dan v živo
- Ocenjevanje srčno-žilnega tveganja: SCORE 2, SCORE 2-OP in SCORE2-Diabetes: teoretični del v obliki webinarja

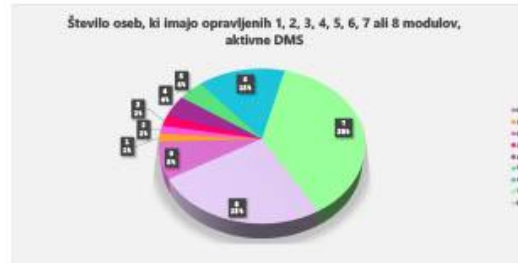


Diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirani zdravstveniki (DMS/dipl. zdrav.) module opravljajo v različnih terminih in obdobjih. Posamezen modul je praviloma izveden enkrat letno, zato je za dokončanje celotnega sklopa potrebnega več časa. Slika prikazuje odstotek vseh DMS/dipl. zdrav., ki imajo opravljenega enega, dva, tri, štiri, pet, šest, sedem ali osem različnih modulov in ki so kdajkoli od leta 2011 opravljali module.

## Število oseb, ki imajo opravljen pogoj za vpis v Nacionalni register specialnih znanj, vse DMS

Št. izobraževalnih	Št. oseb s splošnimi znanji	Vse oseb
6	294	58,807%
7	289	57,807%
8	175	35,037%
	504	100,000%

Za vpis v Nacionalni register specialnih znanj je potrebno opraviti 6 modulov: Organizacija dela in komunikacija, Preventiva, Astma/KOPB, Sladkorna bolezen tipa 2, Arterijska hipertenzija in Osteoporoza. Tabela prikazuje število oseb, ki so opravile pogoj za vpis v register in so kdajkoli od leta 2011 opravljali module.



Slika prikazuje odstotek DMS/dipl. zdrav., ki imajo opravljenega enega, dva, tri, štiri, pet, šest, sedem ali osem različnih modulov. Slika prikazuje odstotek DMS/dipl. zdrav., ki trenutno delajo v ADM.

## Opravljen pogoj za vpis v Nacionalni register specialnih znanj, po letih pogoja, vse DMS

Leto opravljenega pogoja za vpis v register in splošna znanja (3 moduli)	Število oseb
2014	235
2015	48
2016	91
2017	64
2018	67
2019	78
2020	7
2021	3
2022	19
2023	17
2024	48
	534

Tabela prikazuje število oseb, ki so opravile pogoj za vpis v register po posameznih letih. Vpis v register se je pričel leta 2014.

## Celotno Poročilo o izvedenih izobraževanjih 2011-2024



Poročilo je objavljeno v spletni učilnici Ambulante družinske medicine, za dostop se obrnite na spodnji elektronski naslov:

Pisarna za podporo ambulantam družinske medicine:

referencna-ambulanta@nijz.si

# Pozornost pri uporabi agonistov receptorja GLP-1 v obravnavi debelosti

Monika Brovč, Tatja Kostnapfel, Mojca Gabrijelčič, Aleš Korošec, Milena Blaž Kovač, Anže Vasle, Mia Majerr, Nada Rotovnik Kozjek

## Uvod

Debelost je kronična bolezen in eden največjih javnozdravstvenih problemov.

Povezana z mnogimi zdravstvenimi težavami, ki predstavljajo veliko breme za družbo in zdravstvo. Visoki posredni in neposredni stroški zdravljenja.

Prevalenca debelosti porasla s 17,1 % v letu 2008 na 19,5 % v letu 2020 (skoraj vsak peti odrasli).

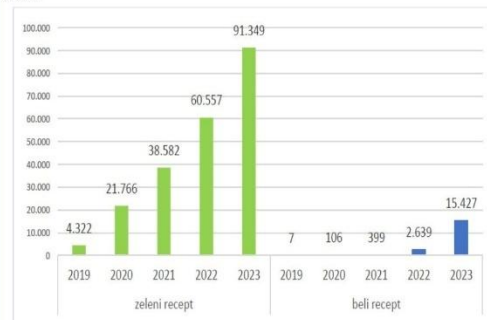


## Zdravljenje debelosti

- ključnajedolgoročna **sprememba življenjskega sloga in multidisciplinarni pristop** prilagojen posamezniku
- izhodišča klinično prehranske obravnave, princip obravnave kroničnih bolezni, telesna dejavnost in psihološka podpora
- **zdravila ali kirurški posegi naj bi se uporabljali kot dopolnitev**, kadar okrepi življ. sloga pri **hudih oblikah s kliničnimi zapleti niso zadostni. Nujno spremljanje!**
- indeks telesne mase (ITM) -le presejalno orodje! Nujna je ocena sestave telesa in zapletov debelosti (pred-klinična, klinična oblika debelosti)
- glavni cilj zdravljenja je **ohranjanje zdravja pacienta ob čim manjši izgubi puste telesne mase (mišic)** ob hkratnem postopnem zmanjšanju maščobne mase
- v zadnjih letih je opazen velik **porast uporabe zdravil agonistov receptorja GLP-1** (prijeljni receptorji agonist receptorjev za GIP in GLP-1 (**Mounjaro**-tirzepatid)
- **izguba puste telesne mase** je bistveno večja pri hitri in veliki izgubi telesne mase –tudi pri uporabi zdravil GLP-1RA
- indikacija za predpis Ozempica: neurejena sladkorna bolezen tipa 2 in ITM > 30
- pri Ozempicu **porast s 4329 na 106.776 receptov** (2019-2023); od tega v 2023 skoraj **17 % belih** receptov
- problem **nekritičnega predpisovanja na beli recept** s strani specializacij, ki načeloma niso udeležene v obravnavo debelosti (zdravniki brez znanja s področja bariatrije, brez specialnih podiplomskih znanj, medicina dela prometa in športa, dermatovenerologija idr.)

## Porast predpisovanja zdravil agonistov receptorja GLP-1

Slika: Primerza Ozempic, predpisana zeleni in beli recept, 2019-2023, število skatic



## Vloga zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev

- preventiva: usmerjanje oseb v **preventivne programe**
- **redne meritve sestave telesa** (BIA, DEXA...) ali obseg pasu, razmerje obseg pasu/telesna višina in ocena zapletov debelosti za opredelitev diagnoze debelosti,
- ocena vzrokov za nastanek debelosti, opredelitev cilja in načina zdravljenja
- motivacija za spremembo
- priporočila za redno **telesno dejavnost** (personalizirana, aerobna dejavnost, vaje za krepitev mišic)
- priporočila za ustrezen **vnos beljakovin** (odrasli 0,8 g/kg telesne mase na dan; starejši odrasli, bolniki, športniki še višje potrebe)
- **vedenjska podpora (psiholog)**
- **ureditev spanja in stresa**
- **sodelovanje s kliničnim dietetikom (prehranska obravnava)**
- preprečevanje sarkopenične debelosti -**ocenjevanje kazalnikov sarkopenije** (ob spremljanju izgube telesne mase tudi ocena stanja mišic: presejanje z vprašalnikom SARC-F, ocena mišične moči (moč stiska roke, test vstajanja s stola), kakovosti mišic (fazni kot, UZ) ter ugotavljanje telesne zmogljivosti (npr. test hoje ...))
- **dolgoročna obravnava in spremljanje** bolnikov, tako kot pri ostalih kroničnih bolezenskih stanjih

Opomba: več informacij v članku Pasti pri nepremišljenem predpisovanju agonistov receptorja GLP-1 za zdravljenje debelosti, objavljenem v reviji ISIS marca 2025, dostopnem na: [https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/isis/2025/brov%C4%8D-monika---pasti-pri-nepremi%C5%A1ljenem-predpisovanju-agonistov-receptorja-glp-1-za-zdravljenje-debelosti-\(z-literaturo\).pdf?sfvrsn=fc20436\\_3](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/isis/2025/brov%C4%8D-monika---pasti-pri-nepremi%C5%A1ljenem-predpisovanju-agonistov-receptorja-glp-1-za-zdravljenje-debelosti-(z-literaturo).pdf?sfvrsn=fc20436_3)

## KLINIČNI PRIMER: MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA PACIENTA Z EKSTREMNO DEBELOSTJO

Vanesa Milec, dipl. m. s. s spec. znanji, Tanja Drumlič, dipl. fiziot.,  
Žanet Rues, dipl. dietet., Petra Žula, mag. psih.  
Center za krepitev zdravja, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor  
vanesa.milec@zd-mb.si

### Uvod

Osebni zdravnik je svojega pacienta, 38 let starega moškega z ekstremno debelostjo, napotil v center za krepitev zdravja na delavnico Zdravo hujšanje. Delavnica se je pričela februarja 2024 in trajala do junija 2024. Po končanem temeljnem delu je bil pacient dalje individualno voden s strani multidisciplinarnega tima centra za krepitev zdravja. Namen prispevka je predstaviti klinični primer strukturirane multidisciplinarne obravnave pacienta z ekstremno debelostjo.

### Anamneza ob vključitvi v obravnavo

Moški, star 38 let, je brezposeln ter živi s starši in bratom, s katerim si deli sobo v manjšem stanovanju. Njegov življenjski slog je izrazito sedeč, večino dneva preživlja ob igranju računalniških igravic, edino dnevno gibanje pa mu predstavlja odhod do stranišča. Stanovanje zapušča izključno ob obiskih zdravnika oziroma ob koriščenju zdravstvenih storitev. Sooča se s težavami pri vzdrževanju osebne higiene, saj mu telesna masa ne omogoča dolgotrajnega stanja in izvajanja osnovne osebne nege. Antropometrične meritve ob vstopnem pogovoru: telesna masa = 240 kg; telesna višina = 172 cm; indeks telesne mase = 81; obseg pasu = 186 cm (meritev otežena zaradi telesne konstitucije). Prejema zdravila za zniževanje krvnega tlaka, uravnavanje aritmije in redčenje krvi.

### Obravnavo v centru za krepitev zdravja

Ob vključitvi v delavnico je pacient kazal izrazito zmanjšano telesno zmogljivost. Prisotni so bili periferno zatekanje nog, dispneja ter prekomerno potenje. Po posvetu z zdravnico je bilo izvedeno prilagojeno testiranje, osnovano na modelu za starejše osebe. Merjenje arterijskega krvnega tlaka je bilo oteženo zaradi neustrezne velikosti manšete. Izvedena je bila prva meritva telesne sestave, ki je bila sicer omejena zaradi nošenja kompresijskih nogavic. Zaradi povečane ogroženosti za srčno-žilne zaplete je bila pri vadbi vedno prisotna diplomirana medicinska sestra.

Test telesne pripravljenosti je bil med skupinsko in individualno obravnavo izveden petkrat. Opaženo je bilo postopno izboljšanje ravnotežja, gibljivosti in telesne vzdržljivosti. Napredek je bil razviden tudi iz pacientovega poročanja o večji samostojnosti pri vsakdanjih opravilih in lažjem izvajanju osebne higiene, ob čemer je izrazil zadovoljstvo. Meseca marca 2024 je bila pacientu s strani zdravnika uvedena tudi trimesečna terapija s semaglutidom, katerega odmerek se je postopno povečeval.

Prehranska obravnavo je bila zaradi pasivnosti pacienta in življenja v skupnem gospodinjstvu omejena. Spremembe prehranskih navad so bile postopne in minimalne – pacient je nekoliko

zmanjšal količine hrane, smernic za sestavo uravnoveženih obrokov ni dosledno upošteval. Prehranski dnevnik je vodil tedensko, a je ta pogosto vseboval pomanjkljive informacije, kar se je odražalo v neskladju med preračunanim energijskim vnosom in izmerjeno izgubo telesne mase. Z namenom večje podpore se je v obravnavo vključila pacientova mama, ki pripravlja obroke, a po srečanju ni bilo zaznati bistvenih sprememb.

Pri pacientu je bilo opaziti nižjo motiviranost in omejeno zmožnost za vpogled v lastno problematiko. Ob dodatni spodbudi se je odločil za psihološko podporo. Zaradi logističnih ovir mu je bila ponujena možnost svetovanja na daljavo. Odločil se je le za eno srečanje, obravnavo pa mu ni predstavljala dolgoročne vrednosti. Opaziti je bilo nižjo motiviranost.

### **Rezultati obravnave v centru za krepitev zdravja**

Ob zaključku temeljnega dela skupinske delavnice je bila pacientova telesna masa 232 kg, kar je predstavljalo izgubo 8 kg v prvih štirih mesecih. Novembra 2024 je pacient nadaljeval z 10-tedensko individualno obravnavo, ki jo je vodil že uveljavljen tim. Srečanja so vključevala pregled prehranskega dnevnika, prehransko svetovanje in prilagojeno telesno vadbo. Končne meritve so pokazale izgubo dodatnih 11 kg ter boljšo vzdržljivost in gibljivost.

### **Zaključek**

Primer prikazuje kompleksnost obravnave ekstremne debelosti, ki zahteva usklajeno delo multidisciplinarnega tima in individualiziran pristop. Kljub številnim izzivom, kot so omejena gibljivost, nizka motivacija in pasivna vloga pri prehrani, je pacient s podporo strokovnjakov dosegel postopne, a pomembne napredke. Vidna so bila izboljšanja v telesni zmogljivosti, samostojnosti in kakovosti vsakdanjega življenja. Pomemben vpliv na uspešnost obravnave so imeli redni stiki s strokovnjaki ter postopno uvajanje sprememb. Klinični primer potrjuje pomen celostne, dolgoročne in sočutne obravnave oseb z debelostjo.

**Ključne besede:** *morbidna debelost, gibanje, prehrana, psihološka podpora*

# KLINIČNI PRIMER EKSTREMNE DEBELOSTI

## Multidisciplinarna obravnava

Vanesa Milec, dipl. m. s. s spec. znanji, Tanja Drumlič, dipl. fiziot., Žanet Rues, dipl. dietet., Petra Žula, mag. psih.

### UVOD

38-letni pacient z ekstremno debelostjo (240 kg, ITM: 81) je bil napoten na delavnico Zdrava mera. Po skupinski obravnavi je bil voden tudi individualno s strani multidisciplinarnega tima Centra za krepitev zdravja, ki so ga sestavljale medicinska sestra, fizioterapevtka, dietetičarka in psihologinja.

### POTEK OBRAVNAVE

Gibanje - Postopno izboljšanje ravnotežja, gibljivosti in vzdržljivosti, vadba pod stalnim nadzorom v prisotnosti fizioterapevtke in medicinske sestre.

Prehrana - Minimalne spremembe, nepopolno izpolnjen prehranski dnevnik, postopno manjšanje količin hrane, vključitev mame kot podporne osebe.

Psihološka podpora - Nizka motivacija, opravljen le en posvet na daljavo.

Farmakoterapija - trimesečna terapija s

semaglutidom.

### ZAKLJUČEK

Ekstremna debelost zahteva dolgoročen, individualiziran in multidisciplinaren pristop. Kljub nizki motivaciji pacienta so bili z rednim strokovnim vodenjem doseženi postopni in pomembni premiki v zdravju in kakovosti življenja.

### ANAMNEZA

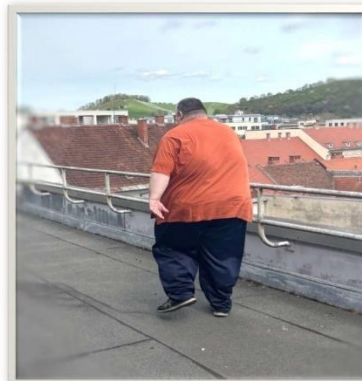
- Telesna masa 240 kg, telesna višina 172, obseg pasu 186 cm
- Izrazito sedeč življenjski slog
- Brezposeln
- Odvisen od družine
- Težave z osnovno higieno
- Težave z gibanjem
- Prisotna arterijska hipertenzija, aritmija
- Terapija z zdravili

### REZULTATI

Izguba 8 kg po 4 mesecih skupinske obravnave znotraj delavnice Zdrava mera.

Dodatna izguba 11 kg po individualnem programu.

Povečana telesna zmogljivost in samostojnost pri vsakodnevni opravi in lažje vzdrževanje higijene.





## OSIP UDELEŽENCEV V PREVENTIVNIH OBRAVNAVAH ZA ODRASLE V CKZ/ZVC

Pika Založnik, Nacionalni inštitut za javno zdravje

V letnih evalvacijah poglobljenih delavnic se osredotočamo na udeležence, ki so se delavnice udeležili v večji meri ali v celoti. Za oceno učinkovitosti in primernosti obravnave ter tudi stroškovne učinkovitosti pa je pomembna tudi **analiza osipa udeležencev**.

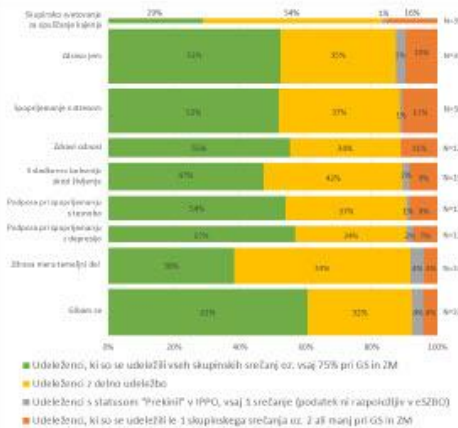
Na osip oz. zadržanje udeležencev na srečanjih delavnic lahko vplivajo **različni dejavniki na treh ravneh\***:

- **makro raven** (npr. omejitve finančnih virov, infrastrukture, kadra; socio-ekonomska struktura prebivalstva, zdravstvena nezavarovanost, razpršenost poselitve, javni prevoz; družbene norme idr.);
- **mezo raven** (npr. prilagojenost, zahtevnost vsebine; organizacija, število srečanj, fleksibilnost, primernost in obseg napotovanja, dobri odnosi in komuniciranje, pričakovanja udeležencev, personalizacija, homogenost skupin, odnosi med zdr. delavci in z vodstvom idr.);
- **mikro raven** (npr. osebna motiviranost, zdr. pismenost, zaznava zdr. stanja/življenjskega stila, pomanjkanje časa, financ, socialne opore, družabnost; zaupanje, nezadovoljstvo z obravnavo; stigma in strah idr.).

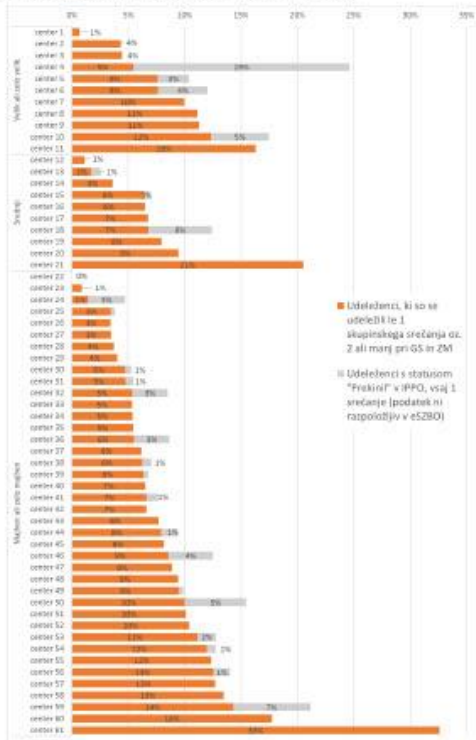
Prikazani so podatki za skupinske poglobljene delavnice, izvedene v letu 2024 v CKZ in ZVC, omejeno na temeljne dele in osnovno obliko (ne modificirane).

Kot osip so označeni udeleženci, ki so se udeležili le enega skupinskega srečanja\*\*. Pri daljših delavnicah Gibam se in Zdrava mera se je kot osip upoštevala udeležba dveh ali manj srečanj.

### Osip udeležencev po delavnicah



### Osip udeležencev po CKZ in ZVC



\*Glej Karim, T., Atanasova, S., Pregar, N., Kurbanc, I., Gerdina, S., Vrbovšek, S. (2024) Zavržniki in spodbujalniki dejavnosti odrasle populacije na preventivni program Skupaj za zdravje: kazalno vsebinsko poročilo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Nacionalni inštitut za javno zdravje.

\*\*Osmajster, Podatelj iz eSZBO ne vključujejo oseb s statusom „Prekinil“, posledično ni podatka o udeležbi in demografskih podatkih; velike razlike v obliki strukture med centri. Ostalih podatkov za boljše učni osip ne zbira.

### Značilnosti osipa

#### Spol:

Pri večini delavnic je v osipu relativno več moških (statistično značilne razlike pri Gibam se, Zdrava mera, Zdravo jem in S sladkorno boleznijo skozi življenje).

Pri delavnicah Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo pa je v osipu relativno več žensk.

#### Starost:

Pri psihoedukativnih delavnicah in Zdravi meri so osipniki malce starejši.

Pri ostalih delavnicah so osipniki malce mlajši od tistih, ki se udeležijo večkrat. Razlika je statistično značilna pri delavnicah Gibam se in S sladkorno boleznijo skozi življenje.

#### Stopnja izobrazbe (samoporočanje v 1ka / podatki SURS v eSZBO):

Pri večini delavnic so med osipom v večji meri osebe z nižjo zaključeno izobrazbo oz. med tistimi, ki ostanejo dlje, osebe z višjo izobrazbo.

Razlika je statistično značilna pri samoporočanju pri delavnicah Gibam se, Zdravo jem in Zdravi odnosi, pri vseh so v osipu v večji meri osebe z osnovnošolsko in poklicno izobrazbo. Pri uradnih podatkih je statistično značilna razlika pri Zdravo jem in Spoprijemanje s stresom.

#### Stopnja aktivnosti/zaposlitev (samoporočanje v 1ka / SURS v eSZBO):

Več razlik med delavnicami – pri Skupinskem svetovanju za opuščanje kajenja je v večji meri osip med brezposelnimi in upokojeanci, pri Podpori pri spoprijemanju z depresijo večji osip upokojeencev.

Pri ostalih delavnicah je v osipu relativno več zaposlenih oseb.

Testiranje večinoma ni mogoče, ker je premalo oseb v nekaterih kategorijah tudi po združevanju, npr. malo je vključenih brezposelnih oseb.

### Zaključki

Velike razlike med centri nakazujejo na razlike v praksah – ovralne oz. spodbujevalne dejavnike v procesu obravnave – od napotovanja, vabljenja, sprejema, organizacije, do izvedbe obravnave.

Analiza osipa po delavnicah prav tako nakazuje ovire pri nekaterih delavnicah na mezo ravni – nekatere delavnice so npr. prezahtevne oz. je potrebna prilagoditev vsebin.

Pri nekaterih delavnicah se že zbirajo podatki za mikro raven – udeležence (stopnja pomembnosti, zmoglosti, pogostost simptomatike, stopnja odvisnosti idr.). Za razumevanje mezo ravni je potrebna raziskava z napotenimi osebami, osebami z različnimi stopnjami udeležbe in z izvajalci.

