

OD RAZISKAV DO PRAKSE – SKUPAJ ZA UČINKOVITO IN ODPORNEJŠO PREVENTIVO KRONIČNIH BOLEZNI

ZBORNİK PRISPEVKOV



18. LETNA KONFERENCA PREVENTIVE ZA ODRASLO POPULACIJO

DRŽAVNI PROGRAM INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje

SEPTEMBER 2026

18. LETNA KONFERENCA PREVENTIVE ZA ODRASLO POPULACIJO
OD RAZISKAV DO PRAKSE – SKUPAJ ZA UČINKOVITO IN ODPORNEJŠO PREVENTIVO
KRONIČNIH BOLEZNI

Zbornik prispevkov in povzetkov
Portorož, 14. - 15. september 2026
Nacionalni inštitut za javno zdravje
Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

Kraj in čas dogodka: Portorož, 14. - 15. september 2026

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

Tehnične urednice in oblikovalke: Andreja Ošina, Sara Peklaj, Tea Melin

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

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2026

Brezplačen izvod

Elektronska izdaja

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

Besedilo ni lektorirano

Za vsebine prispevkov so odgovorni izključno avtorji.

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

COBISS.SI-ID 291031811

ISBN 978-961-7284-14-0 (PDF)

UVODNIK

PREVENTIVA KOT NALOŽBA V ZDRAVJE IN VZDRŽNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Viš. pred. Sanja Vrbovšek, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Kronične bolezni so eden največjih zdravstvenih, družbenih in ekonomskih izzivov sodobnega časa. Predstavljajo vodilni vzrok obolenosti in umrljivosti, pomembno zmanjšujejo kakovost življenja posameznikov ter vplivajo na njihovo delazmožnost, samostojnost in vsakdanje življenje. Hkrati predstavljajo veliko breme za zdravstveni in socialni sistem, saj povečujejo potrebe po zdravstveni obravnavi, zdravlilih, dolgotrajni oskrbi in drugih oblikah podpore. Zaradi staranja prebivalstva, daljšega življenja s kroničnimi boleznimi in vse večje multimorbidnosti bo to breme v prihodnjih desetletjih še naraščalo. Pri tem kronične bolezni ne prizadenejo vseh enako – njihovo breme je pogosto večje med ljudmi, ki živijo v manj ugodnih socialnih in ekonomskih okoliščinah, zato so pomembno povezane tudi z neenakostmi v zdravju.

Toda pomemben del tega bremena lahko preprečimo ali vsaj odložimo na kasnejše življenjsko obdobje. Prav v tem je velika priložnost preventive. Preventiva kroničnih bolezni se namreč začne mnogo pred diagnozo in se z diagnozo ne konča. Od primarne prek sekundarne do terciarne preventive predstavlja kontinuum ukrepov skozi različna obdobja zdravja in bolezni. Sega od ustvarjanja pogojev za zdravo življenje in krepitev zdravstvene pismenosti do zgodnjega prepoznavanja dejavnikov tveganja ter pravočasne podpore pri njihovem obvladovanju in spreminjanju nezdravih življenjskih navad. Zgodnje odkrivanje bolezni omogoča pravočasno obravnavo, s katero lahko preprečujemo ali upočasnjujemo njeno napredovanje in nastanek zapletov ter prispevamo k ohranjanju čim večje kakovosti življenja in samostojnosti posameznika.

Preventive zato ne moremo razumeti le kot posameznega preventivnega pregleda, delavnice ali časovno omejenega projekta, temveč kot dolgoročno in sistemsko usmeritev. Učinkovita preventiva zahteva povezovanje javnega zdravja s primarnim zdravstvenim varstvom, sodelovanje med različnimi ravni zdravstvenega sistema ter povezovanje z lokalnimi skupnostmi in drugimi okolji, v katerih ljudje živijo in delajo. Tako lahko posamezniku zagotovimo pravočasno podporo glede na njegove potrebe, hkrati pa zmanjšujemo breme kroničnih bolezni in neenakosti v zdravju ter prispevamo k dolgoročni vzdržnosti zdravstvenega sistema. Vprašanje zato ni več, ali si lahko privoščimo vlaganje v preventivo, temveč ali si lahko privoščimo, da vanjo ne vlagamo dovolj.

Prav v tem je bistvo programa Skupaj za zdravje, ki se je v več kot dveh desetletjih razvoja izoblikoval v sistem integrirane preventive kroničnih bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva. Njegova vrednost ni le v posameznih preventivnih storitvah, temveč predvsem v njihovem povezovanju v celovito preventivno pot posameznika. Pomembno vlogo pri tem imajo ambulantne družinske medicine, centri za krepitev zdravja oziroma zdravstvenovzgojni centri in patronažne službe. V **ambulantah družinske medicine** preventivni pregledi omogočajo sistematično prepoznavanje dejavnikov tveganja in zgodnje odkrivanje kroničnih bolezni, njihovo ustrezno obravnavo in glede na ugotovljene potrebe tudi usmerjanje posameznika v nadaljnjo obravnavo. **Centri za krepitev zdravja** z interdisciplinarnimi timi posameznikom zagotavljajo zanesljive in razumljive zdravstvene informacije, jim omogočajo pridobivanje veščin za skrb za lastno zdravje ter jim nudijo strokovno podporo pri prepoznavanju in obvladovanju dejavnikov tveganja, spreminjanju nezdravih življenjskih navad in krepitvi duševnega zdravja. Pomembno vlogo imajo tudi pri podpori osebam s kroničnimi boleznimi pri samooskrbi in čim kakovostnejšem življenju z boleznijo. S tem prispevajo h krepitvi zdravstvene pismenosti in opolnomočenosti posameznikov, s povezovanjem in delovanjem v lokalnem okolju pa preventivne

aktivnosti približujejo tudi širši skupnosti. **Patronažno zdravstveno varstvo** pa preventivo približuje ljudem v njihovem domačem okolju in ima posebno pomembno vlogo pri doseganju tistih, ki zaradi različnih ovir težje dostopajo do zdravstvenih storitev. Moč programa je prav v povezovanju teh služb – od zgodnjega prepoznavanja tveganja in bolezni do pravočasne, posamezniku prilagojene podpore ter spremljanja v okolju, v katerem živi. Tako preventiva ni niz ločenih storitev, temveč povezana obravnava, ki se odziva na potrebe posameznika in skupnosti.

Toda dostopnost preventivnega programa še ne pomeni, da ga lahko vsi prebivalci tudi enako izkoristijo. Življenjske okoliščine, socialni položaj, zdravstvena pismenost in različne ovire pri dostopu pomembno vplivajo na vključevanje v preventivne obravnave. Prav ljudje z večjim tveganjem za slabše zdravstvene izide so pogosto tudi tisti, ki jih zdravstveni sistem težje doseže. Zato mora preventiva segati iz zdravstvenih ustanov v skupnost, prepoznavati ovire ter v sodelovanju z lokalnimi deležniki in prebivalci iskati načine, kako preventivne storitve približati tistim, ki jih najbolj potrebujejo. Zmanjševanje neenakosti v zdravju mora biti zato eden ključnih ciljev in meril uspešnosti preventive.

Močna preventiva je hkrati eden od pogojev za dolgoročno vzdržnost zdravstvenega sistema. Ob staranju prebivalstva, naraščajočem bremenu kroničnih bolezni ter omejenih kadrovskih in finančnih virih njegove prihodnosti ne moremo graditi zgolj na povečevanju zmogljivosti za zdravljenje. **Preventiva in zdravljenje si ne konkurirata, temveč se dopolnjujeta; učinkovita preventiva zmanjšuje breme bolezni in omogoča, da se zmogljivosti zdravstvenega sistema usmerjajo tja, kjer so najbolj potrebne.**

Ob tem mora tudi preventiva svojo vrednost dokazovati z rezultati. Podatki o dosegu programa, številu vključenih posameznikov in izvedenih obravnav so pomembni za spremljanje njihove dostopnosti, obsega in izvajanja. Za celovitejšo presojo uspešnosti pa jih je treba nadgrajevati s podatki o tem, koga dosegamo in kje ostajajo vrzeli, kakšne učinke dosegamo na zdravje, kako udeleženci doživljajo obravnavo in kako učinkovito uporabljamo razpoložljive vire. Nadaljnji razvoj preventive mora zato temeljiti na povezovanju podatkov o izvajanju z raziskavami, spremljanjem izidov in uporabniških izkušenj ter na doslednem prenosu teh spoznanj v izboljšave obravnav.

Prav zato je naslov letošnje, že 18. konference preventive za odraslo populacijo **Od raziskav do prakse – skupaj za učinkovito in odporno preventivo kroničnih bolezni** še posebej pomenljiv. Znanje ima svojo pravo vrednost šele, ko ga znamo prenesti v prakso. Hkrati pa mora tudi praksa ustvarjati vprašanja, podatke in izkušnje, iz katerih nastaja novo znanje. Pot med raziskavami in vsakodnevnim delom z ljudmi zato ni enosmerna, temveč predstavlja neprekinjen proces učenja in izboljševanja.

Prispevki v tem zborniku odražajo širino in kompleksnost sodobne preventive kroničnih bolezni. Obravnavajo dejavnike tveganja in zgodnje odkrivanje bolezni, podporo pri spreminjanju nezdravih življenjskih navad, življenje s kronično boleznijo, komuniciranje in zdravstveno pismenost ter številne druge vidike krepitve zdravja. To širino ponazarja tudi podatek, da je program 18. letne konference preventive za odraslo populacijo sooblikovalo več kot 100 strokovnjakov iz različnih strok in institucij – iz primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvenega varstva, javnega zdravja, akademskega in raziskovalnega okolja ter drugih področij, povezanih s preventivo, obravnavo kroničnih bolezni in krepitvijo zdravja. Prav povezovanje različnih znanj, strok in ravni je nujno, saj kompleksnih izzivov kroničnih bolezni ni mogoče učinkovito naslavljanje z enim ukrepom, eno stroko ali znotraj meja ene institucije.

Osemnajsta izvedba konference je hkrati priložnost, da se ozremo na prehojeno pot in predvsem pogledamo naprej. Slovenija ima dolgoletne izkušnje, razvite preventivne programe in poti, mrežo izvajalcev na primarni ravni, interdisciplinarne time, vzpostavljeno sodelovanje z lokalnimi okolji in veliko znanja. Vrednost nekaterih razvitih pristopov je prepoznana tudi v mednarodnem okolju. Model

centrov za krepitev zdravja je bil tako v evropskem projektu CIRCE-JA prepoznan kot dobra praksa primarnega zdravstvenega varstva in se prenaša v druga evropska okolja. To potrjuje, da imamo v Sloveniji dragoceno strokovno in organizacijsko infrastrukturo preventive, ki je nastajala več kot dve desetletji. Njena vrednost pa ni le v doseženem, temveč predvsem v potencialu za nadaljnji razvoj. Zato jo je treba sistematično vrednotiti ter na podlagi novih znanstvenih spoznanj, podatkov, izkušenj izvajalcev in potreb prebivalstva preiščljeno nadgrajevati.

Prihodnost preventive zato ni v nespremenjenem ohranjanju obstoječih pristopov, temveč v njihovem preiščljenem razvoju. Ohranjati in krepiti moramo tisto, kar dokazano deluje, izboljševati tam, kjer prepoznamo vrzeli in uvajati nove rešitve, ki odgovarjajo na spreminjajoče se potrebe prebivalstva. Za to potrebujemo podatke in raziskave, strokovno znanje, sodelovanje izvajalcev in uporabnikov ter predvsem dolgoročno in stabilno podporo razvoju preventive.

Pri tem je nujen dolgoročen pogled. Učinki preventive pogosto presegajo čas enega proračunskega obdobja ali mandata. Kažejo se v človeku, pri katerem pravočasno prepoznano tveganje ne napreduje v bolezen, v bolniku, ki svojo kronično bolezen uspešno obvladuje in preprečuje zaplete, v posamezniku, ki na podlagi razumljivih in zanesljivih informacij sprejema boljše odločitve za svoje zdravje ter v skupnosti, ki ustvarja pogoje za bolj zdravo življenje. Prav zato mora biti preventiva predmet dolgoročnega načrtovanja in vlaganja, njene učinke pa moramo sistematično spremljati, vrednotiti in znati pokazati.

Zbornik, ki je pred vami, združuje raziskovalna spoznanja, strokovno znanje, izkušnje iz prakse in nove pristope številnih strokovnjakov, ki soustvarjajo preventivo kroničnih bolezni v Sloveniji. Naj ne bo le zapis letošnje konference, temveč spodbuda za nadaljnje povezovanje znanja in prakse ter za odločitve, ki bodo omogočale nadaljnji razvoj kakovostne, dostopne in učinkovite preventive.

Odločitev za preventivo je odločitev za prihodnost zdravstvenega sistema. V razmerah staranja prebivalstva, naraščajočega bremena kroničnih bolezni ter omejenih kadrovskih in finančnih virov je vlaganje v preventivo ena ključnih naložb v zdravje prebivalstva in dolgoročno vzdržnost zdravstvenega sistema. **Močna preventiva pomeni več možnosti, da ljudje dlje živijo zdravi, da bolezni odkrijemo pravočasno, da preprečimo ali odložimo njene zaplete in da zdravstvene zmogljivosti ohranimo za tiste, ki jih najbolj potrebujejo. Preventiva zato ni zgolj naložba v zdravstvo. Je naložba v več zdravih let življenja, v kakovost življenja ljudi in v družbo, ki bo tudi v prihodnje sposobna skrbeti za zdravje svojih prebivalcev.**

KAZALO

UVODNIK	3
SEZNAM AVTORJEV	9
PLENARNI DEL.....	11
NA POTI K DRŽAVNEMU PROGRAMU ZA OBVLADOVANJE BOLEZNI SRCA IN ŽILJA	12
OD MOTENJ SPANJA DO INFARKTA: KAKO POMANJKANJE SPANJA OGROŽA ZDRAVJE SRCA IN KAJ LAHKO STORIMO?	15
MITI IN ZNANSTVENA SPOZNANJA O ALKOHOLU – ALI KOZAREC NA DAN RES ŠČITI SRCE?	17
ONESNAŽEN ZRAK – ZAPOSTAVLJEN DEJAVNIK TVEGANJA ZA KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI	20
PRENOVLJEN EVROPSKI KODEKS PROTI RAKU	22
SEKCIJA 1 Skupaj za zdravje: integrirana preventiva kroničnih bolezni v praksi	24
NAVIGACIJA MED KOMPETENCAMI – MOČ USKLAJENEGA TIMA	25
MED AMBULANTO DRUŽINSKE MEDICINE IN CENTROM ZA KREPITEV ZDRAVJA: VLOGA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE V INTEGRIRANI PREVENTIVI KRONIČNIH BOLEZNI	27
LAIČNA PODPORA V SKUPNOSTI KOT PRISTOP K OPOLNOMOČENJU IN KREPITVI INTEGRIRANE OSKRBE OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 2 IN ARTERIJSKO HIPERTENZIJO	29
UMETNA INTELIGENCA V INTEGRIRANI PREVENTIVI KRONIČNIH BOLEZNI: IZKUŠNJE SODOBNEGA MODELA V SKUPINSKI PRAKSI	31
NAJ NAS PREVENTIVNA OBRAVNAVA KRONIČNEGA PACIENTA V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU ZDRUŽUJE IN NE ODDALJUJE.....	34
SEKCIJA 2 Majhni koraki, velik učinek – sočutno uvajanje sprememb v življenjskem slogu	36
STROKOVNA PODPORA PRI SPREMINJANJU ŽIVLJENJSKEGA SLOGA: PREHRANA IN GIBANJE OD PRIPOROČIL DO NAVAD.....	37
HREPENENJE PO HRANI – KAKO GA RAZUMETI IN URAVNAVATI	39
SEKCIJA 3 Ustavimo KLB – od zgodnjega odkrivanja do celostne obravnave in življenja s kronično ledvično boleznijo.....	42
USTAVIMO KLB – OD STATISTIKE DO OBRAVNAVE: EPIDEMIOLOŠKO BREME KLB IN INTEGRIRANA OBRAVNAVA OSEB S KLB.....	43
PILOTNO TESTIRANJE PRESEJANJA ZA KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZEN (KLB) V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE – REZULTATI PILOTNE ŠTUDIJE	45
OBRAVNAVA DISLIPIDEMIJ PRI OSEBAH S KLB	48
NEFARMAKOLOŠKA OBRAVNAVA OSEB S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO: KAJ JE BOLNIKOM NAJTEŽJE SPREMENITI?	50
OD SMERNIC DO VADBE: INDIVIDUALIZIRANA TELESNA VADBA OSEB S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO V PROJEKTU USTAVIMO KLB.....	52
ŽIVLJENJE S KLB – VSEŽIVLJENJSKA REHABILITAVIJA IN MOČ DRUŠTEV BOLNIKOV SKOZI OČI PACIENTOV	54

SEKCIJA 15624 ur za zdravje – gibanje, spanje in zmanjševanje bremena kroničnih stanj.....	56
ZMIGAJ SE DO VADBE - EVROPSKI PROJEKT, KI SPODBUJA TELESNO DEJAVNOST ODRASLE, NEAKTIVNE POPULACIJE	57
SPECIFIKE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NAJPOGOSTEJŠIH MOTENJ SPANJA PRI ODRASLIH	61
PRENOVA VADBENEGA PROGRAMA VADBECEDA: OD UPORABNIŠKE IZKUŠNJE DO DOSTOPNE PODPORE TELESNI DEJAVNOSTI ODRASLIH.....	63
TRANSDISCIPLINARNI PRISTOP V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA: PRESEGANJE MULTIDISCIPLINARNOSTI NA PRIMERU PROJEKTA POSODOBITEV OBRAVNAVE MIŠIČNO-SKELETNIH BOLEČIN NA PRIMARNI RAVNI (MISK-BOL).....	65
IZZIVI IN OVIRE PRI OBRAVNAVI ODRASLIH S KRONIČNO BOLEČINO V ZDRAVSTVENOVZGOJNEM CENTRU.....	67
SEKCIJA 2 Od izvida do načrta: sodobni pristopi v integrirani preventivi kroničnih bolezni	72
KJE SE INTEGRIRANA PREVENTIVA ZATAKNE IN PRILOŽNOSTI ZA IZBOLJŠAVE.....	73
OD ŠTEVILKE DO RAZUMEVANJA – KAKO KOMUNIKACIJA V AMBULANTI SPREMINJA IZVIDE IN POTEKE ZDRAVLJENJA	75
SKUPAJ DO NAČRTA ZA ZDRAVJE: oblikovanje osebnega načrta obravnave v preventivi	77
SEKCIJA 3 Psihoedukacija kot orodje za spremembe	79
JASNO KOT BELI DAN – POMEN METAFOR PRI RAZLAGI PSIHOEDUKATIVNIH VSEBIN	80
POMEN ČUJEČEGA ZAVEDANJA IN SAMOREGULACIJE PRI PREVENTIVI EMPATIČNEGA DISTRESA PSIHOLOGOV V CKZ	82
OKROGLA MIZA OB SVETOVNEM DNEVU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V LOKALNI SKUPNOSTI: PRIMER DOBRE PRAKSE IZ CKZ LAŠKO	84
SEKCIJA 4 Življenje s sladkorno boleznijo tipa 2: moč timske obravnave	86
OD PROBLEMA DO REŠITVE: EDUKACIJA OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 2 IN PRVE IZKUŠNJE Z NOVIMI PRISTOPI TER DIDAKTIČNIMI PRIPOMOČKI V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE, PROJEKT JACARDI	87
POVEZOVANJE DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE IN DIETETIKA PRI OSKRBI OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA (CKZ).....	89
VLOGA DIETETIKA V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA PRI OBRAVNAVI OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 2.....	92
KDAJ NAJ SI MERIM KRVNI SLADKOR?	94
SEKCIJA 5 Sprememba je proces: praktični pristopi pri opuščanju tveganih vedenj	97
INTEGRIRANO USMERJANJE PRI OBRAVNAVI TVEGANEGA PITJA ALKOHOLA.....	98
PRIMERI OBRAVNAVE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA: IZZIVI IN PRILOŽNOSTI PRI IZVAJANJU DELAVNIC SOPA V PRAKSI	99
RAZNOLIKOST OBRAVNAV OSEB S TVEGANIM IN ŠKODLJIVIM PITJEM ALKOHOLA V ZVC: PRIKAZ PRIMEROV IZ PRAKSE	102
SODELOVANJE MED NIJZ, REGIJSKO ODGOVORNO ZDRAVNICO IN ZDRAVSTVENIM DOMOM GLEDE OBRAVNAVE PITJA ALKOHOLA PRI ODRASLIH NA GORIŠKEM – PRIMER ZD OSNOVNO VARSTVO NOVA GORICA	104

ENA JE ENAKO DVA IN VEČ.....	106
PRIMER DOBRE PRAKSE NA DELAVNICI DA, OPUŠČAM KAJENJE.....	106
PERSONALIZIRANI PRISTOPI IN STRATEGIJE VKLJUČEVANJA V PROGRAME OPUŠČANJA KAJENJA: IZKUŠNJE IZ PRAKSE DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA	108
SEKCIJA 6 Mostovi do zdravja – vključujoča komunikacija in dostopna preventiva	111
VKLJUČEVANJE RANLJIVIH OSEB V PREVENTIVNE PROGRAME – IZVAJANJE OBRAVNAV CENTRA ZA KREPITEV ZDRAVJA LITJA V PROGRAMU PUMO	112
DOSTOPNOST PREVENTIVNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV ZA GLUHE IN NAGLUŠNE	115
VKLJUČEVANJE RANLJIVIH OSEB V PREVENTIVNE PROGRAME – PIKNIK Z BREZDOMCI.....	117
KOMUNICIRANJE STIGMATIZIRANE TEME PRI OZAVEŠČANJU O ZDRAVEM ŽIVLJENJSKEM SLOGU - PRIMER IZVAJANJA DELAVNIC IN PRIPRAVE PRIROČNIKA ZA DELO V LOKALNEM OKOLJU ZA OSEBE, KI SO BREZPOSELNE.....	119
SEKCIJA 7 Celostna obravnava debelosti: od vedenjskih pristopov do farmakoterapije	121
KOGNITIVNO-VEDENJSKI PRISTOPI PRI OBVLADOVANJU DEBELOSTI	122
OD RAZUMEVANJA DO SPREMEMBE VEDENJA	122
POMEN MULTIDISCIPLINARNE OBRAVNAVE ODRASLIH OSEB, KI PREJEMAJO AGONISTE RECEPTORJA GLP-1	124
DEBELOST IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA: KLINIČNI PRIMER USPEŠNEGA NEFARMAKOLOŠKEGA PRISTOPA.....	126
MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA ŽENSK S POLIENDOKRINIM METABOLNIM OVARIJSKIM SINDROMOM: POVEZOVANJE PRIMARNE IN TERCIARNE RAVNI V OKVIRU CKZ LITJA	127
PLAKATI.....	130
18 LET ORGANIZIRANEGA DRŽAVNEGA PRESEJALNEGA PROGRAMA ZA RAKA DOJK DORA.....	133
PREHRANSKA OGROŽENOST IN SARKOPENIJA PRI NAPOTENIH PACIENTIH NA PRIMARNI RAVNI	136
PREPREČEVANJE OSTEOPOROZNIH ZLOMOV V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE	140
ZGODNJE ODKRIVANJE KOT DETERMINANTA USPEŠNOSTI PREVENTIVE	142

SEZNAM AVTORJEV

Doc. dr. Sara Atanasova, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede
Viš. pred. Andrea Backović Juričan, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Eva Benda, Zdravstveni dom Domžale
Nika Benedik, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Lina Berlot, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Tjaša Bertole, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Tina Bitežnik, Zdravstveni dom Kranj
Asist. Irena Bolko, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede
Izr. prof. dr. Špela Bogataj, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Univerzitetni klinični center Ljubljana
Doc. dr. Branko Bregar, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Sara Brglez, Zdravstveni dom Velenje
Gerard Caballe Tomas, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Polona Campolunghi Pegan, Zdravstveni dom Nova Gorica
Andrea Celija, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Katarina Cesar, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Evelin Colja, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
Doc. dr. Marjan Cugmas, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede
Anja Časar, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Prof. dr. Maja Dolenc, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
Prof. dr. Leja Dolenc Grošelj, Center za motnje spanja, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta
Katja Emeršič, Onkološki inštitut Ljubljana
Doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Splošna bolnišnica Murska Sobota
Marjeta Ferlan Istinič, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Mojca Florjančič, Zveza slovenskih društev za boj proti raku
Dejan Georgiev, Zdravstveni dom Ljubljana
Tadeja Gruden, Zdravstveni dom Novo mesto
Karmen Henigsmann, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Mag. Kristijana Hertl, Onkološki inštitut Ljubljana
Dr. Tadeja Hočevár, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Dr. Martina Horvat, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Ajda Hribar, Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani
Doc. dr. Ivanka Huber Kropec, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Dea Hudarín Kovačič, Zdravstveni dom Velenje

Urška Hvala, Univerzitetni klinični center Ljubljana
Doc. dr. Urška Ivanuš, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku
Ria Jagodic, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Niki Jakol, Zdravstveni dom Velenje
Janja Janc Jagrič, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Ana Janžekovič, Univerzitetni klinični center Ljubljana
Dr. Katja Jarm, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku
Irena Jerič, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Prof. dr. Borut Jug, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Združenje kardiologov Slovenije
Prof. dr. Tanja Kamin, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede
Jana Klavs, Univerzitetni klinični center Ljubljana
Prof. dr. Zalka Klemenc Ketiš, Zdravstveni dom Ljubljana, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta
Pred. Tjaša Knific, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Lucija Kolar, Onkološki inštitut Ljubljana
Katarina Kolenc Klen, Zdravstveni dom Ljubljana
Laura Kolšek Slana, Zdravstveni dom Litija
Ana Košmrlj, Zdravstveni dom Logatec
Katja Kovše, Onkološki inštitut Ljubljana
Asist. Živa Krajnc, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Filozofska fakulteta
Diana Krivic, Zveza slovenskih društev za boj proti raku
Matjaž Krošel, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Dr. Katja Kurnik Mesarič, Univerzitetni klinični center Ljubljana
Veronika Kutnar, Onkološki inštitut Ljubljana
Jana Lavtižar, Zdravstveni dom Kranj
Urška Ličen, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Jerca Logonder, Zdravstveni dom Kranj
Doc. dr. Neža Majdič, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Tamara Marguč Veternik, Zdravstveni dom Slovenske Konjice
Izr. prof. dr. Andreja Marn Pernat, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta
Pia Mayer Hren, Univerzitetni klinični center Ljubljana
Nataša Medved, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Daša Medvešek, Zdravstveni dom Litija
Tea Melin, Nacionalni inštitut za javno zdravje
Doc. dr. Matic Mihevc, Zdravstveni dom Trebnje, Zdravstveni

dom Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta
 Petra Mikolič Brence, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Snežana Milutinović Matić, Zdravstveni dom Logatec
 Dragica Mlinšek, Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije
 Majda Mori-Lukančič, Zdravstveni dom Ljubljana
 Ljubica Mostarac, Zdravstveni dom Ljubljana
 Maruša Motaln, Zdravstveni dom Ormož
 Dr. Ana Munda, Univerzitetni klinični center Ljubljana
 Mag. Silva Nemeš, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Dr. Tatjana Novak Šubara, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Doc. dr. Marko Novaković, Univerzitetni klinični center Ljubljana
 Dr. Suzana Oreški, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Andreja Ošina, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Tina Pahole, Zdravstveni dom Slovenske Konjice
 Prof. dr. Maja Pajek, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
 Prof. dr. Jernej Pajek, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta
 Lara Pančur, Zdravstveni dom Ljubljana
 Sara Peklaj, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Dr. Simona Perčič, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Doc. dr. Nina Perger, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede
 Neja Perič, Zdravstveni dom Litija
 Ema Petavar, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Brigita Petek, Zdravstveni dom Ljubljana
 Prof. dr. Marija Petek Šter, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta
 Jošt Peterca, Univerzitetni klinični center Ljubljana
 Mag. Lea Peternel, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Dominik Pogorevc, Univerzitetni klinični center Ljubljana
 Majda Pohar, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Prof. dr. Antonija Poplas Susič, Zdravstveni dom Ljubljana
 Nina Potočnik, Zdravstveni dom Medvode
 Asist. dr. Petra Prevc, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
 Radivoje Pribaković Brinovec, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Dr. Suzana Pustivšek, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Elizabeta Radelj Pepevnik, Zveza slovenskih društev za boj proti raku
 Ameli Randelj, Skupinska praksa, Studio R
 Katarina Rebernak, Zdravstveni dom Vrhnika
 Dr. Manica Remec, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Prim. Simona Repar Bornšek, Zdravstveni dom Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Adriana Robič, Univerzitetni klinični center Ljubljana
 Nina Ropret Žagar, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Anja Rozman, Skupinska praksa, Studio R
 Primož Rus, Skupinska praksa, Studio R
 Polona Samec, Olimpijski komite Slovenije – Združenje športnih zvez
 Andreja Semolič Valič, Zdravstveni dom Ljubljana
 Ketj Simonska, Zdravstveni dom Medvode
 Viš. pred. mag. Gabrijela Starc, Združenje fizioterapevtov Slovenije
 Sara Stefanović, Zdravstveni dom Ljubljana
 Ada Stele Torkar, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Ana Stepančič, Zdravstveni dom Ljubljana
 Tina Stojkovič, Zdravstveni dom Logatec
 Saša Šajn Lekše, Zdravstveni dom Ljubljana
 Tjaša Šarič, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
 Nika Šepeč, Zdravstveni dom Litija
 Doc. dr. Karmen Šibanc, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
 Vesna Škrbec, Onkološki inštitut Ljubljana
 Katja Štucin, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Cveto Šval, Onkološki inštitut Ljubljana
 Mag. Alenka Tančič Grum, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Prof. dr. Katja Tomažin, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
 Petra Turk, Zveza slovenskih društev za boj proti raku
 Prim. mag. Simona Uršič, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Katarina Vatovec, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Anaja Videc, Zdravstveni dom Laško
 Asist. Matej Vinko, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Doc. dr. Tina Vrtič Potočnik, Zdravstveni dom Ljubljana, Zdravstveni dom Slovenj Gradec, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta
 Tim Vončina, Zdravstveni dom Ljubljana
 Viš. pred. Sanja Vrbovšek, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Asist. Miloš Vrhovec, Onkološki inštitut Ljubljana
 Petra Vršnik, Zdravstveni dom Domžale
 Martina Vuk, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Doc. dr. Marko Zadražnik, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
 Doc. dr. Jelka Zaletel, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Univerzitetni klinični center Ljubljana
 Dr. Pika Založnik, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Črt Zavrnik, Zdravstveni dom Ljubljana; Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
 Romana Zupan, Nacionalni inštitut za javno zdravje
 Maja Zupanc, Nacionalni inštitut za javno zdravje

NA POTI K DRŽAVNEMU PROGRAMU ZA OBVLADOVANJE BOLEZNI SRCA IN ŽILJA

Prof. dr. Borut Jug¹, doc. dr. Jerneja Farkaš-Lainščak²

¹Klinični oddelek za žilne bolezni, Univerzitetni klinični center Ljubljana; Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; Združenje kardiologov Slovenije;

²Nacionalni inštitut za javno zdravje; Splošna bolnišnica Murska Sobota

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: jerneja.farkas-lainscak@niz.si

Bolezni srca in žilja ostajajo največji javnozdravstveni izziv v Evropi in Sloveniji. Kljub pomembnemu napredku preventive, zgodnjega odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije ostajajo vodilni vzrok smrti ter pomemben vzrok prezgodnje umrljivosti, hospitalizacij, invalidnosti in zdravstvenih izdatkov (1-3). V Sloveniji so leta 2024 predstavljale 36 % vseh smrti, približno 15 % prezgodnjih smrti in več kot 36.000 hospitalizacij, njihovo ekonomsko breme pa je ocenjeno na približno milijardo evrov (4). Ob staranju prebivalstva ter neugodnih trendih debelosti, sladkorne bolezni in drugih kardiometaboličnih dejavnikov tveganja je brez sistematičnega ukrepanja pričakovati nadaljnje breme. Pomembne ostajajo tudi neenakosti v srčno-žilnem zdravju med regijami, spoloma in socialno-ekonomskimi skupinami (5-6).

Dejavniki tveganja za bolezni srca in žilja so v veliki meri poznani in obvladljivi, vendar njihovo učinkovito obvladovanje presega klasični medicinski okvir. Poleg arterijske hipertenzije, motenj presnove krvnih maščob, sladkorne bolezni, kajenja, nezdrave prehrane, telesne nedejavnosti in škodljive rabe alkohola pridobivajo pomen psihosocialni in okoljski dejavniki (7-10). Obvladovanje bolezni srca in žilja zato zahteva povezovanje populacijske preventive, zgodnjega odkrivanja, klinične obravnave, rehabilitacije in dolgoročne oskrbe ter sodelovanje različnih sektorjev in ravni zdravstvenega varstva.

Slovenija ima za takšen pristop dobro izhodišče. Dolgoletna tradicija preventive, program Skupaj za zdravje, obravnava dejavnikov tveganja v družinski medicini, centri za krepitev zdravja, mreža ambulantne kardiološke rehabilitacije ter dejavne organizacije bolnikov predstavljajo pomembne gradnike prihodnjega programa (11-16). Kljub temu posamezne kakovostne aktivnosti niso povezane v enoten nacionalni upravljavski in izvedbeni okvir, ki bi sistematično zajel preventivo, zgodnje odkrivanje, zdravljenje, rehabilitacijo, podatkovno podporo ter raziskovanje in inovacije. Pomembno zunanje izhodišče na tej poti predstavlja Načrt Evropske unije za srčno-žilno zdravje »Varna srca«, ki temelji na treh stebrih: preventivi, zgodnjem odkrivanju in presejanju, ter zdravljenju, oskrbi in rehabilitaciji. Presečno jih podpirajo digitalizacija, raziskave in inovacije ter zmanjševanje neenakosti v zdravju (17). Primerjalne izkušnje drugih držav kažejo, da so uspešni programi povezani z jasno politično podporo, opredeljenimi cilji in časovnicami, standardiziranimi kliničnimi potmi, integrirano oskrbo, registri in kazalniki kakovosti ter stabilnim upravljanjem in financiranjem (18).

Na teh izhodiščih Slovenija potrebuje celovit državni program za obvladovanje bolezni srca in žilja, ki ne bi ustvarjal vzporednih struktur, temveč povezal in nadgradil obstoječe zmogljivosti. Program naj temelji na štirih domenah: preventivi, zgodnjem odkrivanju in obvladovanju dejavnikov tveganja,

kakovostni, dostopni in integrirani srčno-žilni oskrbi ter podatkovno podprtem odločanju, raziskavah, razvoju in inovacijah. V središču morajo biti zmanjševanje prezgodnje umrljivosti, boljše obvladovanje dejavnikov tveganja, zmanjševanje regionalnih in drugih neenakosti ter izboljšanje kakovosti in dostopnosti oskrbe (19, 20). Udejanjanje programa naj bo fazno: najprej vzpostavitev nacionalne koordinacije, določitev prednostnih nalog, nosilcev in merljivih kazalnikov; nato standardizacija preventivnih in kliničnih poti ter vzpostavljanje podatkovnih in digitalnih rešitev; dolgoročno pa institucionalizacija programa in stalno izboljševanje kakovosti. Temeljna načela naj bodo celovitost, integracija, konsolidacija obstoječih aktivnosti, pravičnost, merljivost, osredinjenost na bolnika, odločanje na podlagi dokazov in podatkov ter dolgoročna vzdržnost (21). Na poti k državnemu programu je zato ključno, da Slovenija obstoječe prednosti poveže v skupen nacionalni okvir, ki bo omogočil bolj usklajeno ukrepanje in sistematično zmanjševanje epidemiološkega in ekonomskega bremena bolezni srca in žilja.

Ključne besede: *bolezni srca in žilja, preventiva, integrirana oskrba, zdravstveni sistem, državni program*

Literatura

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology. *European Heart Journal*. 2021;42(34):3227-337.
2. Timmis A, Townsend N, Gale CP, Torbica A, Lettino M, Petersen SE, et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019. *Eur Heart J*. 2020;41(1):12-85.
3. Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, Torbica A, Maggioni AP, Huculeci R, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study. *Eur Heart J*. 2023;44(45):4752-67.
4. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistični letopis 2024. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2025.
5. Došenović Bonča P. Ekonomsko breme srčno-žilnih bolezni v Sloveniji. In: Fras Z, Jug B, editors. 26. slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja 2025: zbornik prispevkov. 26. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2025. p. 34-6.
6. Farkaš Lainščak J. Javnozdravstveni izzivi srčno-žilnih bolezni v Sloveniji. In: Fras Z, Jug B, editors. 26. slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja 2025: zbornik prispevkov. 26. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2025. p. 20-5.
7. ESC Cardiovascular Realities 2022: An illustrated atlas of key European statistics. Vardas P, Timmis A, editors. Brussels: European Heart Agency; European Society of Cardiology; 2023. p. 84.
8. Mensah George A, Fuster V, Murray Christopher JL, Roth Gregory A, Null N, Mensah George A, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks, 1990-2022. *Journal of the American College of Cardiology*. 2023;82(25):2350-473.
9. European Commission. Healthier Together: EU Non-Communicable Disease Initiative. In: Comission E, editor. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022. p. 1-161.
10. OECD. The State of Cardiovascular Health in the European Union. Paris: OECD Publishing; 2025.

11. Govc Eržen J, Pribaković Brinovec R, Vrbovšek S. Presejalni programi in primarna preventiva - Skupaj za zdravje. In: Fras Z, Jug B, editors. 26. slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja 2025: zbornik prispevkov. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2025. p. 33-6.
12. Petek Šter M. Družinska medicina. In: Fras Z, Jug B, editors. 26. slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja 2025: zbornik prispevkov. 26. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2025. p. 36-9.
13. Blinc A. Terciarna, raziskovalna in inovativna dejavnost. In: Fras Z, Jug B, editors. 26. slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja 2025: zbornik prispevkov. 26. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2025. p. 34-6.
14. Ravnikar T. Kardiologija in vaskularna medicina: Pogled in predlogi sekundarne ravni. In: Fras Z, Jug B, editors. 26. slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja 2025: zbornik prispevkov. 26. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2025. p. 57-9.
15. Poles J, Kosec A, Žerdoner L. Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije — danes. Kako jutri? In: Fras Z, Jug B, editors. 26. slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja 2025: zbornik prispevkov. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2025. p. 44-50.
16. Cevc M. Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije. In: Fras Z, Jug B, editors. 26. slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja 2025: zbornik prispevkov. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2025. p. 50-7.
17. Communication from the Comission to the European Parliament, the Council, the European economic and social committee and the committee of the regions on an EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan, COM(2025) 1024 (2025).
18. Kränkel N, Scherrenberg M, Abela M, Shemesh E, Kopylova O, Babu AS, et al. Do we practice what we preach? Implementation of cardiovascular prevention strategies in 13 European countries between 2011 and 2021: a statement of the European Association of Preventive Cardiology of the ESC. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2023;31(8):e65-e70.
19. Klepp KI, Helleve A, Høstrup E, Gabrijelčič Blenkuš M, Karlsdóttir S, Ollila E, et al. Scaling up non-communicable disease prevention and health promotion across Europe: The Joint Action PreventNCD. *Scand J Public Health*. 2025;53(3_suppl):8-17.
20. Zaletel J, Farkaš J. Creation of a different landscape for cardiovascular diseases and diabetes in Europe through JACARDI Joint Action. *Zdrav Varst*. 2024;63:109-12.
21. Jug B. Državni program za obvladovanje bolezni srca in žilja: Zakaj, čemu, kdaj, kdo in kako. In: Fras Z, Jug B, editors. 26. slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja 2025: zbornik prispevkov. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije; 2025. p. 15-20.

OD MOTENJ SPANJA DO INFARKTA: KAKO POMANJKANJE SPANJA OGROŽA ZDRAVJE SRCA IN KAJ LAHKO STORIMO?

prof. dr. Leja Dolenc Grošelj dr. med.

1. CMS-Center za motnje spanja
2. Inštitut za biokemijo in molekularno genetiko, Medicinska fakulteta, UNI-Ljubljana

Povzetek

Spanje je eden izmed fizioloških procesov, ki pomembno vplivajo na srčno-žilno zdravje. Kronično pomanjkanje spanja in druge motnje spanja so povezane s povečanim tveganjem za arterijsko hipertenzijo, presnovne motnje, aterosklerozo in srčno-žilne dogodke. Raziskave kažejo, da je kronično pomanjkanje spanja povezano s povečanim tveganjem za srčno-žilne bolezni in miokardni infarkt. Možni mehanizmi vključujejo povečano aktivnost simpatičnega živčevja, motnje uravnavanja krvnega tlaka, presnovne spremembe ter povečanje sistemskega vnetja. Pomembno vlogo na srčno-žilni sistem ima tudi kakovost in reden ritem spanja. Ustrezna spalna higiena, redna telesna dejavnost, urejen življenjski slog ter pravočasno prepoznavanje in zdravljenje motenj spanja so zato pomembni elementi preventive srčno-žilnih bolezni.

Uvod

Srčno-žilne bolezni ostajajo eden najpomembnejših vzrokov obolevnosti in umrljivosti. Pri njihovem nastanku imajo poleg znanih dejavnikov tveganja, kot so kajenje, hipertenzija, sladkorna bolezen, dislipidemija in telesna nedejavnost, pomembno vlogo tudi dejavniki življenjskega sloga. Mednje vse bolj uvrščamo tudi spanje. Zadostno in kakovostno spanje omogoča ustrezno regeneracijo organizma ter sodeluje pri uravnavanju avtonomnega živčevja, krvnega tlaka, presnove in imunskega sistema.

Povezava med spanjem in zdravjem srca

Epidemiološke raziskave kažejo, da sta tako kratko kot tudi izrazito dolgo spanje lahko povezana z večjim tveganjem za srčno-žilne bolezni. Posebej nevarno je kronično pomanjkanje spanja. Znano je, da je kratko trajanje spanja povezano s povečanim tveganjem za srčno-žilne dogodke [1]. Znana je tudi povezava med nespečnostjo in povečanim tveganjem za miokardni infarkt, pri čemer je bilo tveganje izrazitejše pri posameznikih z zelo kratkim trajanjem spanja [2].

Pomanjkanje spanja vpliva na srčno-žilni sistem prek več mehanizmov. Poveča se aktivnost simpatičnega živčevja, spremeni se uravnavanje krvnega tlaka, nastanejo spremembe v presnovi glukoze in lipidov, poveča se aktivnost vnetnih procesov. Dolgotrajne spremembe lahko prispevajo k razvoju hipertenzije, inzulinske rezistence, debelosti in ateroskleroze [3,4].

Spanje je zato danes prepoznano kot pomemben dejavnik zdravja srca. Ameriško združenje za srce ga je vključilo med osem ključnih dejavnikov za ohranjanje in izboljšanje srčno-žilnega zdravja (*Life's Essential 8*) [4].

Kaj lahko storimo?

Pomemben del preventive je vzpostavitev rednega ritma spanja in zagotavljanje približno 7–9 ur spanja pri odraslih. Pomagajo tudi redna telesna dejavnost, primerna prehrana, omejevanje kofeina in alkohola v večernem času ter zmanjšanje izpostavljenosti elektronskim napravam pred spanjem. Pri dolgotrajni nespečnosti, glasnem smrčanju, prekinitvah dihanja med spanjem ali izraziti dnevni zaspanosti je pomembno pravočasno poiskati strokovno pomoč.

Zaključek

Spanje je pomemben, vendar pogosto spregledan dejavnik srčno-žilnega zdravja. Kronično pomanjkanje spanja in motnje spanja so povezani s številnimi dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni ter z večjim tveganjem za miokardni infarkt. Čeprav povezava med motnjami spanja in srčno-žilnimi boleznimi ni vedno enosmerna, dosednji dokazi podpirajo vključevanje kakovostnega spanja v celostno preventivo. Skrb za dober spanec zato ni le ukrep za boljše počutje, temveč pomemben del skrbi za dolgoročno zdravje srca.

Ključne besede: spanje, pomanjkanje spanja, srčno-žilne bolezni, miokardni infarkt, hipertenzija

Literatura

1. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J.* 2011;32(12):1484–1492.
2. Dean YE, Shebl MA, Rouzan SS, et al. Association between insomnia and the incidence of myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *Clin Cardiol.* 2023;46(4):376–385.
3. Pan Y, Zhou Y, Shi X, et al. The association between sleep deprivation and the risk of cardiovascular diseases: a systematic meta-analysis. *Biomed Rep.* 2023;19(5):78.
4. Lloyd-Jones DM, et al. Multidimensional Sleep Health: Definitions and Implications for Cardiometabolic Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2025.

MITI IN ZNANSTVENA SPOZNANJA O ALKOHOLU – ALI KOZAREC NA DAN RES ŠČITI SRCE?

dr. Tadeja Hočevar, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Prispevek predstavlja aktualne znanstvene dokaze o vplivih alkohola na zdravje, pri čemer se osredotoča na srčno-žilno zdravje in razširjene mite o domnevnih koristih »zmernega« pitja alkohola. Škodljivi učinki alkohola so na kratko predstavljeni tudi širše, saj predstavljajo pomemben kontekst za razumevanje njegovega vpliva na srčno-žilni sistem in komuniciranje preventivnih sporočil.

Alkohol je vzročno povezan z več kot 200 bolezenskimi stanji in poškodbami. Etanol povečuje tveganje za raka, razvojne nepravilnosti ploda ter številne bolezni srca in žilja. Kljub temu je dolgo prisotna predstava, da naj bi majhne oziroma zmerne količine alkohola, zlasti vina, imele zaščitni učinek na srčno-žilni sistem. Prispevek osvetljuje, kako takšne predstave nastajajo in zakaj jih sodobni dokazi ne potrjujejo.

Posebej je obravnavan mit o zaščitnem učinku resveratrola v vinu. Za trditev, da resveratrol pomembno prispeva k zdravju srca, ni dovolj dokazov, v kontekstu pitja alkoholnih pijač pa njegovih morebitnih pozitivnih učinkov ni mogoče ločiti od škodljivih učinkov etanola. Osvetljeno je tudi razumevanje alkohola kot sredstva za zmanjševanje stresa, saj je manjši stres povezan z ugodnejšimi srčno-žilnimi izidi. Občutek sprostitve zaradi zaviranja delovanja osrednjega živčnega sistema pa ne pomeni manjše fiziološke obremenitve organizma. Pozitivne učinke antioksidantov in sprostitve je zato smiselno iskati v zdravih alternativah.

Osrednji del prispevka prikazuje raziskave o povezavi med pitjem alkohola in srčno-žilnimi boleznimi. Velika analiza Wood in sodelavcev, ki vključuje približno 600.000 ljudi iz 83 prospektivnih raziskav, kaže kompleksne povezave med količino popitega alkohola in različnimi zdravstvenimi izidi. Čeprav je pri nekaterih izidih vidna t.i. J-krivulja, analiza posameznih srčno-žilnih bolezni ne pokaže enotne količine alkohola, pod katero bi bilo mogoče govoriti o odsotnosti tveganja. Alkohol zato ni priporočljiv kot ukrep za preprečevanje srčno-žilnih bolezni, jasne varne meje pa ni mogoče določiti.

Podobno kažejo raziskave z genetskimi analizami. Biddinger in sodelavci na podatkih več kot 370.000 udeležencev UK Biobank ugotavljajo, da je pitje alkohola vseh količin povezano s povečanim srčno-žilnim tveganjem, pri čemer je pri majhnih količinah povečanje tveganja majhno, pri večjih količinah pa tveganje izrazito narašča. Pri majhnih količinah tako ne potrjujejo zaščitnega učinka, ki ga nakazujejo starejše opazovalne raziskave. Pomemben vidik predstavlja tudi problem pristranskosti abstinentov in drugih motečih dejavnikov, zaradi katerih se lahko pojavi navidezna J-krivulja.

Ugotovitve raziskav se odražajo tudi v stališčih vodilnih strokovnih organizacij. Svetovna federacija za srce poudarja, da znanstveni dokazi ne podpirajo zaščitnega učinka zmernega pitja alkohola na zdravje srca, da za kardiovaskularno zdravje ni varne ravni pitja alkohola ter da je optimalna raven pitja alkohola nič. Tudi Evropsko kardiološko združenje pitja alkohola ne priporoča kot ukrepa za

preprečevanje srčno-žilnih bolezni. Ta stališča so aktualna tudi za slovenski prostor, saj je Združenje kardiologov Slovenije član obeh strokovnih združenj.

Zaključni del se osredotoča na komunikacijo zdravstvenega delavca s pacientom. Pomembno je, da zdravstveni delavec paciente aktivno ozavešča o vplivih alkohola na zdravje in jasno predstavi, da količine alkohola, ki bi jo bilo mogoče opredeliti kot varno, ni mogoče določiti. Pri tem je treba razlikovati med majhnim absolutnim tveganjem in zdravstveno koristjo: majhna količina alkohola lahko pomeni majhno absolutno povečanje tveganja, vendar to ni enako dokazano varni količini in še manj pomeni, da je pitje priporočljivo zaradi zdravja.

Ključna sporočila so, da alkohol nima zaščitnega učinka na zdravje, da varne količine ni mogoče določiti in da je z vidika zmanjševanja tveganj smiselno njegovo pitje zmanjševati. oz. se pitju alkohola izogibati. Optimalna raven pitja alkohola je nič. Pri komunikaciji je pomembno, da je ta jasna, strokovna in stvarna ter da ohranja sorazmeren in stvaren prikaz zdravstvenih tveganj. Zdravstveni delavec si pri razlagi lahko pomaga s preprosto »intuitivno lestvico« oziroma primerjavo tveganj, povezanih z različnimi živili in alkoholom.

Zaradi razširjenosti pitja alkohola in njegove povezanosti s številnimi zdravstvenimi tveganji je pri zdravstveni anamnezi pomembno sistematično vključevati tudi vprašanje o pitju alkohola ter pacientom informacije posredovati jasno, razumljivo in stvarno. Namen takšne komunikacije je predvsem pravočasno ozaveščanje o tveganjih alkohola in podpora pri njihovem zmanjševanju.

Ključne besede: alkohol, srčno-žilne bolezni, mit, znanstvena spoznanja in smernice, preventivna sporočila

Literatura:

1. Biddinger, K. J., Emdin, C. A., Haas, M. E., Wang, M., Hindy, G., Ellinor, P. T., Kathiresan, S., Khera, A. V., & Aragam, K. G. (2022). Association of habitual alcohol intake with risk of cardiovascular disease. *JAMA Network Open*, 5(3), e223849. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.3849>
2. Levine, G. N., Cohen, B. E., Commodore-Mensah, Y., Fleury, J., Huffman, J. C., Khalid, U., Labarthe, D. R., Lavretsky, H., Michos, E. D., Spatz, E. S., & Kubzansky, L. A. (2021). Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 143(10), e763–e783. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000947>
3. Teimouri, M., Homayouni-Tabrizi, M., Rajabian, A., Amiri, H., & Hosseini, H. (2022). Anti-inflammatory effects of resveratrol in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 70, 102863. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102863>
4. Brown, K., Theofanous, D., Britton, R. G., Aburido, G., Pepper, C., Sri Undru, S., & Howells, L. (2024). Resveratrol for the management of human health: How far have we come? A systematic review of resveratrol clinical trials to highlight gaps and opportunities. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(2), 747. <https://doi.org/10.3390/ijms25020747>

5. Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M., ... Williams, B. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
6. World Health Organization. (2024, June 28). *Alcohol*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
7. World Heart Federation. (2022, January 20). *The impact of alcohol consumption on cardiovascular health: Myths and measures*. <https://world-heart-federation.org/resource/the-impact-of-alcohol-consumption-on-cardiovascular-health-myths-and-measures/>
8. Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., Paige, E., Paul, D. S., Sweeting, M., Burgess, S., Bell, S., Astle, W., Stevens, D., Koulman, A., Selmer, R. M., Verschuren, W. M. M., Sato, S., Njølstad, I., Woodward, M., ... Danesh, J. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: Combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*, 391(10129), 1513–1523. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X)
9. Združenje kardiologov Slovenije. (n.d.). *Združenje kardiologov Slovenije*. Slovensko zdravniško društvo. <https://www.szd.si/sekcije-in-zdruzenja/interna-medicina/zdruzenje-kardiologov-slovenije/>

ONESNAŽEN ZRAK – ZAPOSTAVLJEN DEJAVNIK TVEGANJA ZA KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI

Majda Pohar, Simona Perčič, Matjaž Krošel, Simona Uršič

Vsi: NIJZ, Center za zdravstveno ekologijo, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: majda.pohar@nijz.si

Onesnaženost zraka je poleg podnebnih sprememb najpomembnejši okoljski dejavnik tveganja za zdravje, zlasti za nastanek ter poslabšanje kroničnih nenalezljivih bolezni. Ocenjuje se, da onesnažen zrak (zunanji in notranji v bivalnih prostorih) povzroči vsako leto več kot 7 milijonov prezgodnjih smrti. Izpostavljeni smo mu vsi od začetka do konca življenja, njegovi škodljivi učinki pa najbolj prizadenejo ranljive skupine prebivalstva, kot so kronični bolniki, starejši, otroci, nosečnice. Onesnažen zrak je zelo kompleksna mešanica različnih onesnaževal, med najpogostejšimi so delci PM, ozon, dušikovi oksidi, hlapne organske spojine, ogljikov monoksid, žveplov dioksid. Na organizem ne vplivajo samo posamezne škodljive snovi ampak tudi mešanice teh snovi, kjer se vplivi lahko seštevajo, množijo, potencirajo, gre za vzajemno, kumulativno strupenost. Delci PM dobro predstavljajo učinke onesnaženega zraka kot celote. Škodljivost delcev je odvisna od njihove velikosti in od primesi, ki določajo njihov oksidativni potencial. Mehanizem delovanja je dobro raziskan, povzročajo oksidativni stres, vnetni odgovor in poškodbe DNK v celicah, kar lahko vodi v številne zdravstvene posledice. Vnetje nastopi najprej v dihalih, kjer delci vstopajo, in povzročajo lokalno vnetje. Fini delci, manjši od 2,5 µm, iz pljučnih alveol prehajajo v krvni obtok, krožijo po telesu in povzročajo vnetje v različnih organih. Onesnaženost zraka povzroča ali sodeluje pri nastanku širokega spektra akutnih in kroničnih bolezni, učinkuje od najzgodnejših faz otrokovega razvoja že pred rojstvom takoj po spočetju do starosti. Lahko prizadene skoraj vse organe in sisteme v človeškem telesu: dihala, žile, srce, možgane, presnovo, razvoj ploda in otroka. Je pomemben vzrok za pljučnico, bronhitis in astmo pri dojenčkih in otrocih. Škodljivo deluje na rast in razvoj pljuč pri otrocih in mladostnikih. Prispeva k razvoju bolezni srca in ožilja, vključno s srčnimi aritmijami, akutnim miokardnim infarktom in možgansko kapjo, k razvoju pljučnega raka, kronične obstruktivne pljučne bolezni, sladkorne bolezni. Pojavlja se vse več dokazov, da onesnaženost zraka prispeva k razvoju demence pri starejših ter vpliva na razvoj možganov pri otrocih.

V zadnjih desetletjih so se emisije vseh ključnih onesnaževal zraka pri nas in v Evropi močno zmanjšale, še vedno pa je zrak toliko onesnažen, da povzroča zelo pomembne škodljive učinke na zdravje. Rezultati študij kažejo, da varne ravni onesnaženosti zraka ni. Zato so pomembne tako sistemske rešitve države, ki bodo prispevale k manjšim izpustom onesnaževal v zrak, kot tudi dobra osveščenost o pravilnem ravnanju in ukrepanju za zmanjšanje izpostavljenosti prebivalcev. Med slednje sodi zlasti redno spremljanje rezultatov meritev kakovosti zraka Agencije RS za okolje ter nasvetov za ravnanje prebivalcev ob povišanih vrednostih onesnaževal v zraku, posebej tudi za ranljive skupine, Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

Poleg onesnaženega zraka so med dejavniki iz okolja, ki tudi pomembno povečujejo tveganje za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni (KNNB), še hrup, vročina, povezana s podnebnimi spremembami,

kemijska onesnaževala v okolju, svetlobno onesnaženje. Skupni vpliv teh izpostavljenosti imenujemo ekspozom, to je kot zapis naših vseživljenjskih izpostavljenosti, tako zunanjih (v okolju), kot notranjih (znotraj telesa), ki jih je bil posameznik deležen v svojem življenju od spočetja naprej. Te zajemajo izpostavljenost dejavnikom v okolju in snovem oziroma škodljivim biokemičnim in presnovnim spremembam v telesu, ki jih telo sproži v odzivu na okoljske dejavnike. Vsi naštetí dejavniki in v kombinaciji lahko privedejo do neželenih zdravstvenih posledic in prezgodnje smrti. Kaže, da so škodljivi učinki še posebej hudi, kadar se pojavi več okoljskih dejavnikov hkrati in pride do njihovih kompleksnih medsebojnih interakcij. Pri oblikovanju preventivnih ukrepov proti KNNB bi morali imeti okoljski dejavniki zato pomembnejšo vlogo. Veliko delamo na obvladovanju vedenjskih dejavnikov tveganja, kot na primer kajenju, telesni neaktivnosti, nezdravi prehrani. Dejavnikom tveganja iz okolja, zlasti najpomembnejšemu, onesnaženemu zraku, ki smo mu izpostavljeni vsi, pa v trenutnih preventivnih strategijah namenjamo premalo pozornosti.

Za celovit pristop so potrebni tako vključevanje okoljskega zdravja v klinično prakso, kot tudi zakonodajni ukrepi za omejevanje onesnaževanja okolja.

Ključne besede: onesnaženost zraka, delci, okoljski dejavniki tveganja, srčnožilne bolezni, kronične nenalezljive bolezni

Literatura

1. Hahad O, Wass S, Rajagopalan S, Abohashem S, Hao H, Navas-Acien A, Bellumkonda L, Chen K, Brook RD, Nasir K, Lurz P, Lanfear DE, Bhimaraj A, Al-Kindi S. The environmental exposome in heart failure risk and progression. *Nature Reviews Cardiology* 2026;**23**:457–472.
2. Lelieveld J, Haines A, Burnett R, Tonne C, Klingmüller K, Münzel T, Pozzer A. Air pollution deaths attributable to fossil fuels: observational and modelling study. *BMJ* 2023;383:e077784
3. Münzel T, Schmidt FP, Steven S, Herzog J, Daiber A, Sorensen M. Environmental noise and the cardiovascular system. *J Am Coll Cardiol* 2018;**71**:688–697.
4. Münzel T, Sørensen M, Hahad O, Nieuwenhuijsen M, Daiber A. The contribution of the exposome to the burden of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology* 2023;**20**: 651–669.
5. Münzel T, Sørensen M, Lelieveld J, Landrigan PJ, Kuntic M, Nieuwenhuijsen M, Miller MR, Schneider A, Daiber A. A comprehensive review/expert statement on environmental risk factors of cardiovascular disease. *Cardiovascular Research* 2025;**121**:1653–1678.
6. Münzel T, Lüscher T, Kramer CM, Churchwell K, Mbakwem A, Rajagopalan S. Environmental stressors and cardiovascular health: Acting locally for global impact in a changing world: A statement of the European Society of Cardiology, The American College of Cardiology, the American Heart Association, and the World Heart Federation. *Circulation* 2026;**153**:597-604.
7. WHO. Ambient (outdoor) Air pollution. 2024. S spletne strani vzeto julija 2026: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health).

PRENOVLJEN EVROPSKI KODEKS PROTI RAKU

Katja Jarm, Diana Krivic, Petra Turk, Mojca Florjančič, Elizabeta Radelj Pepevnik, Urška Ivanuš

Zveza slovenskih društev za boj proti raku

E-poštni naslov korespondenčnega avtorja: sekretar@protiraku.si

Uvod

Rak predstavlja veliko in naraščajoče breme za posameznike, zdravstvene sisteme in družbo. Ocenjuje se, da je v Evropski uniji leta 2022 zaradi raka umrlo 1,3 milijona ljudi. Letno za rakom na novo zbolijo skoraj 3 milijone ljudi, kar pomeni štiri nove primere raka vsako minuto, bolezen pa povzroči tudi izjemno breme za zdravstvene sisteme in gospodarstvo. Brez ustreznih ukrepov naj bi se do leta 2040 število novih primerov raka povečalo za približno 18 %, število smrti zaradi raka pa za 26 %, pri čemer naj bi rak postal glavni vzrok smrti, ki jo je mogoče preprečiti. V Sloveniji je bilo leta 2022 na novo diagnosticiranih več kot 19.000 primerov raka, več kot 6.000 ljudi je umrlo, število novih primerov pa se letno povečuje za okoli 2 odstotka.

Strokovnjaki ocenjujejo, da je približno 40 % primerov raka mogoče preprečiti, če bi vsi upoštevali nasvete Evropskega kodeksa proti raku.

Evropski kodeks proti raku

Evropski kodeks proti raku (v nadaljevanju: Kodeks) je zbirka jasnih, razumljivih in v praksi izvedljivih nasvetov, namenjenih posameznikom za pomoč pri sprejemanju informiranih odločitev za zmanjšanje ogroženosti z rakom.

Evropska komisija je v sodelovanju z Mednarodno agencijo za raziskave raka pri Svetovni zdravstveni organizaciji (IARC/WHO) oktobra 2025 predstavila peto izdajo Kodeksa. Posodobljeni Kodeks temelji na najnovejših znanstvenih dokazih, ki so jih sistematično pregledali in ovrednotili vodilni evropski strokovnjaki ter iz njih oblikovali 14 uresničljivih nasvetov. Naslavlja najpomembnejše nevarnostne dejavnike in hkrati spodbuja oblikovanje in izvajanje učinkovitih politik za okoljske, družbene in sistemske ukrepe, ki omogočajo informirane in zdravju koristne izbire za vse prebivalce Evrope.

Peta izdaja Kodeksa namreč poleg nasvetov za posameznike prvič vključuje tudi konkretne usmeritve za ukrepanje, namenjene oblikovalcem politik in odločevalcem za vsako od 14 priporočil. Spodbuja jih, da preprečevanje raka sistematično vključujejo v zdravstveno in preventivno politiko, zagotovijo, da je zdrava izbira najlažja in cenovno najbolj dostopna, zaščitijo preventivne ukrepe pred vplivom komercialnih interesov, zmanjšajo socialne neenakosti v zdravju z vključevanjem ranljivih skupin ter vlagajo v spremljanje, evalvacijo in krepitev zmogljivosti. Priporočila temeljijo na obstoječih evropskih direktivah ter evropskih in drugih mednarodnih priporočilih, konvencijah in smernicah za ukrepanje na sistemski ravni.

Nova izdaja Kodeksa za posameznika izpostavlja pomen opustitve kajenja in vseh tobačnih ter izdelkov za vejpanje, preprečevanja čezmerne telesne mase, izogibanja alkoholu, zdrave prehrane z omejitvijo močno predelanih živil. Izpostavlja tudi pomen redne telesne dejavnosti, zaščite pred soncem, radonom, rakotvornimi snovmi na delovnem mestu in pred onesnaženim zrakom, cepljenja deklic in dečkov proti HBV in HPV, dojenja ter sodelovanja v organiziranih presejalnih programih, vključno z novim priporočilom za presejanje pljučnega raka.

Zaključek

Kodeks razširja pomen preventive poleg raka tudi na druge kronične bolezni, saj se nevarnostni dejavniki prekrivajo. Usklajen je s širšimi cilji in strateškimi usmeritvami javnega zdravja. Strokovnjaki poudarjajo, da je preventiva najuspešnejši pristop k obvladovanju bremena raka. Če bi vse evropske države dosegle največje možno zmanjšanje nevarnostnih dejavnikov, bi to pomembno vplivalo na naša življenja. Letno bi to pomenilo 300.000 manj novih primerov raka, od tega 33 % manj novih primerov raka debelega črevesa in danke, 27 % manj novih primerov pljučnega raka, ter preprečitev 300.000 prezgodnjih smrti. Hkrati bi to prineslo nižje stroške zdravljenja in pomembne koristi za gospodarstvo ter kakovost življenja. Ni zagotovila, da bomo živeli brez raka, vendar majhne stvari, ki jih počnemo v vsakdanjem življenju, močno vplivajo na naše zdravje in tveganje za nastanek raka.

Ključne besede: rak, preprečevanje, ogroženost, 14 nasvetov

Literatura

1. Espina C, Ritchie D, Riboli E et al. European Code Against Cancer 5th edition: 14 ways you can help prevent cancer. The Lancet Regional Health – Europe, 2026; 63
2. GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2022 Aug 20;400(10352):563-591. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01438-6. PMID: 35988567; PMCID: PMC9395583.
3. <https://cancer-code-europe.iarc.who.int/>
4. OECD/IARC (2025), "The impact of the European Code Against Cancer on health, the economy and society", *OECD Policy Briefs*, No. 40, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d8e59383-en>.
5. Rak v Sloveniji 2022. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2025.
6. Richard Doll, Richard Peto, The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, Volume 66, Issue 6, June 1981, Pages 1192–1308, <https://doi.org/10.1093/jnci/66.6.1192>
7. William J. Blot, Robert E. Tarone, Doll and Peto's Quantitative Estimates of Cancer Risks: Holding Generally True for 35 Years, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, Volume 107, Issue 4, April 2015, djv044, <https://doi.org/10.1093/jnci/djv044>

NAVIGACIJA MED KOMPETENCAMI – MOČ USKLAJENEGA TIMA ZAKAJ KOMUNIKACIJA ODLOČA O KAKOVOSTI OBRAVNAVE?

Simona Repar Bornšek

Zdravstveni dom Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: simona.repar-bornsek@nijz.si

Uvedba referenčnih ambulant v Sloveniji in sistematično izobraževanje diplomiranih medicinskih sester za področje preventive ter spremljanja in obravnave kroničnih bolnikov sta pomembno spremenila organizacijo dela v družinski medicini. S tem smo pridobili nove kompetence in razbremenili zdravnike dela nalog, ki jih lahko kakovostno izvajajo drugi člani tima. Vendar je ob tem umanjkal pomemben korak: sočasno izobraževanje zdravnikov družinske medicine za novo obliko sodelovanja ter načrtno povezovanje kompetenc obeh poklicnih skupin.

Po več kot petindvajsetih letih tako še vedno občutimo posledice začetne ločenosti. Namesto da bi različne strokovne kompetence delovale kot deli iste obravnave, pogosto še vedno delamo vzporedno. Diplomirana medicinska sestra opravi preventivni pregled, zbere podatke in pacientu svetuje, zdravnik pa rezultate pregleda ter po potrebi ukrepa. Informacije so zabeležene, vendar komunikacija med strokovnjaki pogosto ostane omejena na dokumentacijo. Delamo drug mimo drugega, čeprav delamo za istega pacienta.

Težava se pojavi na obeh straneh. Medicinska sestra lahko v želji po čim bolj celostni pomoči preseže področje svojih kompetenc, na primer s priporočanjem diagnostičnih preiskav ali odločanjem o nadaljnji obravnavi. Zdravnik pa lahko zaradi časovnih pritiskov, obilice informacij ali ustaljenih načinov dela premalo pozornosti nameni pomembnim ugotovitvam, ki jih je zbrala medicinska sestra.

Največ težav zato ni nujno v pomanjkanju znanja ali kompetenc, temveč v nepovezanosti kompetenc.

Predavanje bo odprlo vprašanje, kako lahko ambulanta družinske medicine preide od vzporednega dela k dejansko usklajenemu timu. Kje so meje posameznih kompetenc? Kdaj samostojnost povečuje kakovost in kdaj vodi v njihovo preseganje? Kako ustvariti okolje, v katerem lahko vsak član tima izrazi svoje ugotovitve, hkrati pa spoštuje področje in odgovornost drugega?

Poseben poudarek bo namenjen interprofesionalnemu pristopu in konceptu transdisciplinarnosti: preseganju tradicionalnega razmišljanja »to je moje področje – to je tvoje področje« v smeri skupnega cilja. Cilj ni, da vsak član tima opravi svoj del naloge, temveč da skupaj zagotovimo največjo možno korist za konkretnega pacienta – v skladu z njegovimi potrebami, zmožnostmi in predvsem njegovimi željami ter vrednotami.

Pri tem komunikacija ni le način prenosa informacij, temveč ključno strokovno orodje. Dokumentacija lahko posreduje podatke, ne more pa vedno nadomestiti razmisleka, vprašanj, preverjanja razumevanja in skupnega odločanja.

Ustrezna profesionalna komunikacija zato ni dodatek k strokovnemu delu. Je mehanizem, ki različne kompetence poveže v skupno klinično presojo. Pomanjkanje kvalitetnih interakcij med člani tima ali neusklajenost informacij, ki jih pacient prejme ter nesoglasja znotraj tima lahko ogrozijo kakovost in varnost obravnave. Timsko delo ni organizacijska posebnost ambulate. Ima lahko merljiv vpliv na klinične izide.

MED AMBULANTO DRUŽINSKE MEDICINE IN CENTROM ZA KREPITEV ZDRAVJA: VLOGA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE V INTEGRIRANI PREVENTIVI KRONIČNIH BOLEZNI

Polona Campolunghi Pegan, dr. med., spec. druž. med.

Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: polona.campolunghi.pegan@zd-go.si

Izhodišče

V Sloveniji smo v zadnjih letih pomembno okrepili preventivno obravnavo odraslih. V ambulate družinske medicine so vključene diplomirane medicinske sestre, vzpostavljeni so centri za krepitev zdravja (CKZ), v preventivo pa se vključujejo številni strokovnjaki z različnimi kompetencami. Razvoj interdisciplinarnosti je pomembna pridobitev, vendar se odpira vprašanje, ali večje število kakovostnih preventivnih storitev samo po sebi že pomeni integrirano preventivo. Ključno je, ali pacient obravnavo doživlja kot povezano, komplementarno in usklajeno celoto ter ali vključeni strokovnjaki medsebojno sodelujejo in si prizadevajo za skupne cilje obravnave.

Od izvajanja preventive k skupni skrbi za pacienta

Kontinuiteta, celovitost in koordinacija so temeljne značilnosti družinske medicine. Z razdelitvijo posameznih preventivnih aktivnosti različnim interdisciplinarnim članom tima je mogoče izboljšati dostopnost, kakovost in obseg preventive, vendar delegiranje izvedbe ne bi smelo pomeniti tudi delegiranja preventivnega razmišljanja od zdravnika drugim strokovnim profilom. Preventiva mora ostati del miselnega okvira osebnega zdravnika že pred nastankom bolezni oziroma pred pojavom potrebe po farmakološkem zdravljenju.

Hkrati se odpira vprašanje prisotnosti medicinske kompetence v CKZ. Interdisciplinarnost temelji prav na različnosti strokovnih kompetenc; zdravstvena nega, dietetika, psihologija, kineziologija in medicina se med seboj dopolnjujejo, ne nadomeščajo. Redna prisotnost zdravnika v CKZ, vsaj v delu delovnega časa, bi lahko zagotavljala medicinsko presojo, podporo interdisciplinarnemu timu ter pomembno povezavo med CKZ in osebnim zdravnikom. Prav tako bi pripomogla k bolj individualizirani in uporabnikovemu zdravstvenemu stanju prilagojeni obravnavi.

Za dejansko integracijo je potrebna tudi kakovostna dvosmerna komunikacija. Napotitev v preventivno obravnavo naj vsebuje relevantne zdravstvene okoliščine in jasno opredeljene individualne cilje, povratna informacija pa naj osebnemu zdravniku omogoča smiselno nadaljevanje obravnave. Informacija o opravljeni storitvi sama po sebi še ne zagotavlja kontinuitete.

Od programa k človeku in populaciji

Preventivna obravnava pogosto temelji na standardiziranih vprašalnikih, oceni dejavnikov tveganja in vključevanju posameznika v ustrezen program. Takšna stratifikacija je potrebna, vendar še ni individualizacija. Ta se začne, ko strokovno priporočilo povežemo z življenjem posameznika, njegovimi vrednotami, omejitvami in cilji. V okolju, kjer uporabniki pričakujejo vse bolj personalizirane storitve, mora tudi zdravstveni sistem razvijati komunikacijske pristope, ki posamezniku omogočajo občutek, da je slišan in aktivno vključen v odločanje.

Integrirana preventiva zahteva tudi premik od individualnega k populacijskemu pristopu. Osebni zdravniki, ambulantni timi in CKZ bi morali poznati zdravstvena tveganja svoje opredeljene oziroma lokalne populacije, prepoznavati skupine, ki jih preventivni programi ne dosegajo, ter na podlagi podatkov določati prioritete in merljive cilje. Ključno vprašanje ni le, koliko preventivnih aktivnosti izvedemo, temveč kakšne zdravstvene učinke z njimi dosegamo.

Zaključek

Naslednji razvojni korak integrirane preventive morda ni predvsem širjenje ponudbe, temveč boljše povezovanje že obstoječih znanj, strokovnjakov in struktur. Preventivo je treba ponovno jasno umestiti tudi v medicino, ne da bi jo s tem odvzeli drugim strokam. Cilj ni uspešno izveden preventivni program, temveč usklajena interdisciplinarna podpora posamezniku pri doseganju njegovih zdravstvenih in življenjskih ciljev.

Ključne besede: *integrirana preventiva, družinska medicina, center za krepitev zdravja, interdisciplinarnost, kontinuiteta obravnave*

LAIČNA PODPORA V SKUPNOSTI KOT PRISTOP K OPOLNOMOČENJU IN KREPITVI INTEGRIRANE OSKRBE OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 2 IN ARTERIJSKO HIPERTENZIJO

Tina Virtič Potočnik^{1, 2, 3*}, Matic Mihevc^{1, 4}, Črt Zavrnik^{1, 4}, Majda Mori-Lukančič¹, Antonija Poplas Susič^{1, 4}, Zalika Klemenc-Ketiš^{1, 3, 4}

¹Inštitut za raziskave in razvoj primarnega zdravstva, Zdravstveni dom Ljubljana; ²Zdravstveni dom Slovenj Gradec, ³Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za družinsko medicino, ⁴Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: tina.virtic@gmail.com

Uvod

Integrirana oskrba oseb s sladkorno boleznijo tipa 2 (SB2) in arterijsko hipertenzijo (AH) mora biti dostopna, kontinuirana in usmerjena v posameznika. Vendar se zdravstveni sistemi v praksi pogosto soočajo z izzivi pri zagotavljanju dolgotrajne podpore za učinkovito samoobvladovanje kroničnih bolezni. Laična podpora v skupnosti, ki jo izvajajo osebe z lastno izkušnjo bolezni, lahko pomembno prispeva k izboljšanju kontinuitete in kakovosti oskrbe z zagotavljanjem čustvene, socialne in praktične podpore. Namen raziskave je bil razviti znanstveno utemeljen model laične podpore za osebe s SB2 in AH v Sloveniji ter ovrednotiti njeno vlogo z vključitvijo usposobljenih laičnih svetovalcev pri krepitvi integrirane primarne zdravstvene oskrbe.

Metode

Izvedena je bila pilotna prospektivna intervencijska raziskava tipa pred/potem, z uporabo mešane metodologije. Potekala je od maja 2021 do decembra 2023 v urbanem okolju Zdravstvenega doma Ljubljana in ruralnem okolju Zdravstvenega doma Slovenj Gradec. Z namenskim vzorčenjem so bili v dvomesečni strukturirani izobraževalni program vključeni posamezniki s SB, z ali brez AH (n=36), da bi postali usposobljeni za nudenje laične podpore drugim bolnikom (n=226). V skupinah do 10 bolnikov so se srečevali enkrat mesečno, tri mesece zapored. Kvantitativni podatki so bili zbrani iz medicinske dokumentacije, kliničnih meritev in vprašalnikov, kvalitativni pa preko intervjujev in fokusnih skupin. Statistična analiza je vključevala t-teste za odvisne vzorce in multivariatno linearno regresijo.

Rezultati

Enaintrideset udeležencev (stopnja zadržanja 86,1 %) je uspešno zaključilo usposabljanje za nudenje laične podpore. Njihova povprečna starost je bila $63,9 \pm 8,9$ let; med njimi je bilo 67,7 % žensk. Usposabljanje je bilo ocenjeno kot izvedljivo, visoko sprejemljivo in učinkovito. Znanje udeležencev o SB ($p < 0,001$) in AH ($p = 0,024$) se je po usposabljanju pomembno izboljšalo, prav tako se je po šestih mesecih zmanjšal njihov indeks telesne mase (iz 30,4 na 29,8; $p = 0,020$). Treh srečanj laične podpore se je udeležilo 200 bolnikov (stopnja zadržanja 88,5 %), s povprečno starostjo 68,3 let (SD 10,5), med

njimi 51 % moških. Srečanja so se izkazala za izvedljiva, visoko sprejemljiva in učinkovita, saj se je opolnomočenje bolnikov pomembno izboljšalo ($p < 0,001$). Multivariatni linearni regresijski model je pokazal pomembno povezavo med opolnomočenjem in nižjo starostjo ($p = 0,009$), s prebivanjem v ruralnem okolju ($p < 0,001$) in odsotnostjo zdravljenja z antihiperglikemičnimi zdravili ($p = 0,015$). Kvalitativne ugotovitve so poudarile pomen dostopnosti laične podpore, empatije oseb, ki nudijo podporo in neformalnosti pri krepitevi zaupanja, zmanjševanju stigme in spodbujanju odprte komunikacije.

Diskusija in zaključek

Ustrezno usposobljene osebe, ki nudijo laično podporo, lahko pomembno dopolnjujejo delo zdravstvenih delavcev, zlasti pri krepitevi aktivne vključenosti bolnikov in zagotavljanju kontinuitete oskrbe. Učinkovitost intervencije je odvisna od jasno opredeljenih vlog, kontinuiranega izobraževanja ter sistematične podpore in motivacije oseb, ki izvajajo laično podporo. Laična podpora predstavlja trajnosten in empatično usmerjen dopolnilni pristop v primarni oskrbi oseb s SB2 in AH, ki z vzpostavljanjem zaupanja ter krepitevijo samoučinkovitosti, samooskrbe in socialne povezanosti prispeva k večji integraciji obravnave kroničnih bolezni. Za nadaljnje izboljšanje izidov (samo)oskrbe je ključno njeno sistematično umeščanje v zdravstveni sistem kot del kontinuuma celostne oskrbe, ob čemer so potrebne nadaljnje raziskave dolgoročnih učinkov ter modelov širše implementacije.

Ključne besede: laična podpora, sladkorna bolezen tipa 2, hipertenzija, opolnomočenje, primarno zdravstveno varstvo

UMETNA INTELIGENCA V INTEGRIRANI PREVENTIVI KRONIČNIH BOLEZNI: IZKUŠNJE SODOBNEGA MODELA V SKUPINSKI PRAKSI

Primož Rus¹; Ameli Randelj²; Anja Rozman³

¹Primož Rus, dr.med.spec., glavni zdravnik Studio R (Skupinska praksa); ²Ameli Randelj, mag.posl.v., direktorica Studio R / Humano (Skupinska praksa); ³Anja Rozman, dipl.m.s., Studio R (Skupinska praksa)

Uvod

Kronične bolezni ostajajo vodilni vzrok prezgodnje umrljivosti in bremena bolezni v EU. Hkrati se v primarnem zdravstvu kadrovska stiska strukturno pogloblja. Vsi dosedanji poskusi reševanja so bili dokaj neuspešni, orodja umetne inteligence (UI) se uveljavljajo kot sistemski odgovor na to vrzel: svetovne napovedi predvidevajo rast trga UI v zdravstvu s 32,3 na 208,2 milijarde USD med 2024 in 2030 (AIPRM, 2024). Namen prispevka je prikazati prvi empirični model večnivojske integracije UI v ambulantah družinske medicine v slovenskem kontekstu – s poudarkom na preventivi kroničnih bolezni in upravljanju kroničnih stanj.

Metode

Skupinska praksa združuje ordinacije na primarni in sekundarni ravni ter uporablja skupno IT platformo DDM/MEDSY. Implementacija umetne inteligence je bila zastavljena na štirih ravneh:

- **OBX sistem:** sestavljen iz odločevalskih pravil (»rules engine«) s 2.636 kliničnimi pravili na 128 področjih bolezni, podpora umetne inteligence z uporabo lokalnih odprtokodnih modelov za hitro obdelavo in anonimizacijo zdravstvenih podatkov ter anonimizirani podatki posredovani API storitvam globalnih ponudnikov (Claude, GPT-4), asinhrona integracija z zdravstvenim informacijskim sistemom – stroga uveljavitev načela človeške kontrole (»human in control«) ter stroge ločnice (GDPR/ZVOP-2, AI Act);
- **MEDSY IT profesionalna platforma:** analiza podatkov, strokovni opomniki in predlogi, klinična prognostika;
- **MEDSY IT platforma za paciente:** 7 validiranih zdravstvenih indikatorjev (srčno-žilni indeks, metabolni indeks, možganski indeks, indeks zaščite in imunosti, indeks gibalnega zdravja, indeks stresa, krovní kazalnik biološke starosti), združenih v digitalni preventivni profil pacienta "Moj zdravstveni kompás" ter igrifikacijski modul "Pokal za zdravje".

Učinki so bili merjeni v kvazieksperimentalni longitudinalni študiji (Randelj, 2026): skupina A (4 ordinacije z UI) vs. skupina B (2 kontrolni ordinaciji brez UI), 24-mesečno obdobje (2024 – 2026) retrospektivnih in prospektivnih podatkov. Statistična analiza: t-testi za neodvisne vzorce, ANOVA, regresijska analiza, longitudinalna analiza trendov.

Rezultati

Uvedba sistema umetne inteligence (Medsy OBX) je dosegla produkcijsko implementacijo z vsemi opravljenimi validacijami, kar je vzpostavilo sistemsko osnovo za s smernicam skladno obravnavo kroničnih bolezni. Merjeni izidi po skupinah so pokazali statistično značilne razlike ($p < 0,05$) v vseh ključnih kazalnikih:

- **komunikacijska učinkovitost:** 33 % skrajšanje časa odziva na e-pošto (48 h → 24 h); 35 % povečanje sprejetih klicev dnevno; 109 % več sprejetih klicev v primerjavi s kontrolno skupino ($p < 0,01$) (Randelj, 2026);
- **zdravstvena pismenost in pojasnila pacientom:** 164 % daljša pojasnila (13,75 → 36,25 besed); čas priprave skrajšan za 85 % (6,5 min → 1 min) – skladno z Al-Rashdan et al. (2024) in Yan et al. (2024);
- **preventivni individualizirani načrti:** 137 % več FM-obiskov; 592 % več dietnih načrtov; 1.025 % več osebnih načrtov oskrbe; povprečna dolžina načrtov 10 strani (AI) vs. 1 stran (kontrolna skupina) – »demokratizacija preventive« (Pearl, 2022; Topol, 2019);
- **klinična dokumentacija kroničnih bolezni:** 67 % več dokumentiranih diagnoz; 85 % več referenčnih vrednosti; 414 % več meritev krvnega tlaka in izračunov tveganj dnevno (HEART Score-2, SCORE-2 OP, FINDRISK);
- **kakovostni kazalniki (JAKZ 2025):** pozitivni premiki pri kazalnikih 4.4, 5 in 6.1; zadovoljstvo zdravnikov z UI naraslo od 7,2 → 8,8/10 v 6 mesecih; regresijska analiza: usposabljanje osebja pojasnjuje 45 % variance v uspešnosti implementacije (Randelj, 2026).

Diskusija in zaključek

V Evropi primanjkuje zdravnikov družinske medicine. Vsi poskusi reševanja so klavrno propadli, saj so države samo poskušale spodbujati selitve zdravnikov iz ene države v drugo proti severu ali pa poskušale stimulirati delo preko delovnega časa. Potrebna je trajnostna rešitev, umetna inteligenca je tu vsekakor ena od teh možnosti. Umetna inteligenca omogoča izboljšano tako imenovano »personalizirano medicino« – individualno, celovito zdravljenje pacientov. Z umetno inteligenco je mogoče ustvariti individualno prilagojene načrte zdravljenja na podlagi podatkov o pacientih v elektronskih zbirkah podatkov. Rezultati, doseženi v ordinacijah Skupinske prakse, presegajo ali so primerljivi z referenčnimi mednarodnimi študijami. Uspeh pripisujemo predvsem celoviti integraciji (ne parcialni), visoki digitalni zrelosti sistema in prilagojenosti slovenskemu kliničnemu okolju.

Hibridni AI model (lokalni modeli za občutljive podatke in anonimizirani API klici) predstavlja praktično izvedljiv in pravno ustrezen odgovor na zahteve GDPR/ZVOP-2 v kliničnem okolju. Skladen je z zahtevami EU AI Act (2024) za visokotveganostne medicinske UI sisteme (čl. 6, Annex III): transparentnost, sledljivost in ohranitev zdravnikove presoje. V našem modelu zdravnik ali zdravstveno osebje vedno potrjuje vse predloge umetne inteligence – t.i. pristop »human in control«, skladen z veljavnimi predpisi in pravili stroke. Klinične poti zagotavljajo adherenco k aktualnim smernicam ter zmanjšanje variabilnosti v preventivni obravnavi – kar je v skladu z ugotovitvami McKinsey & Company (2025) o sistemskih učinkih AI na kakovost PZV.

Ključne besede: umetna inteligenca, integrirana preventiva, kronične bolezni, družinska medicina, klinične poti

Literatura

1. AIPRM. (2024). 50+ AI in healthcare statistics 2024. aiprm.com.
2. Al-Rashdan W., et al. (2024). Perceptions of family physicians about applying AI in primary health care. JMIR AI, 3, e40781.
3. EU AI Act. (2024). Regulation (EU) 2024/1689. Official Journal of the European Union.
4. Gilfoyle M., et al. (2024). Exploring artificial intelligence and the future of primary care. Annals of Family Medicine, 22(2), 174–175.
5. Katsakiori P., Sarafis P., Kontodimopoulos N. (2024). AI applications in primary healthcare: A systematic review. Int. J. Medical Informatics, 156, 104–118.
6. Keragon. (2025). AI in healthcare statistics: 62 findings from 18 research reports. keragon.com.
7. Liaw W., et al. (2024). Bridging the gap: Transforming primary care through the AIM-PC curriculum. Annals of Family Medicine, 22(6), 570–571.
8. McKinsey & Company. (2025). Generative AI in healthcare: Current trends and future outlook.
9. NIJZ. (2024). Letno poročilo o stanju na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji 2023.
10. Pearl R. (2022). The potential of artificial intelligence to improve patient safety. npj Digital Medicine, 5(1).
11. Randelj A. (2026). Prenova procesov z uporabo orodij umetne inteligenca v primarnem zdravstvu [magistrska naloga]. DOBA Fakulteta, Maribor.
12. Topol E.J. (2019). High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. Nature Medicine, 25(1), 44–56.
13. WHO. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health. World Health Organization.
14. Yan S., et al. (2024). Using artificial intelligence to improve primary care for patients and clinicians. JAMA Internal Medicine, 184(4), 343–344.
15. ZZZS. (2024). Seznam aktivnih zdravnikov v splošnih ambulantah. Ljubljana: ZZZS.

NAJ NAS PREVENTIVNA OBRAVNAVA KRONIČNEGA PACIENTA V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU ZDRUŽUJE IN NE ODDALJUJE

Janja Janc Jagrič, Ria Jagodic, Martina Vuk, dr. Pika Založnik, dr. Martina Horvat

Vse: Nacionalni inštitut za javno zdravje

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: janja.janc-jagric@nijz.si

Preventivna obravnava kroničnega pacienta (POKP) se v patronažnem zdravstvenem varstvu (PZV) izvaja v skladu s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in Navodilom za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem zdravstvenem varstvu.

Namen POKP na domu je, da z aktivnim nadzorom zdravja in zgodnjim odkrivanjem dodatno prisotnih dejavnikov tveganja (DT) ter s podajanjem informacij o zdravem načinu življenja, upočasnim napredovanje in poslabšanje kronično nenalezljivih bolezni (KNB), zmanjšamo tveganje za nastanek novih ter preprečimo nastanek morebitnih invalidnosti. Izvajalci PZV lahko pri kroničnem pacientu izvedejo v enem letu (12 mesecih) eno daljšo in največ tri krajše obravnave. Kronični pacienti oziroma pacienti s KNB so vse osebe, ki imajo že postavljeno diagnozo KNB.

POKP pomeni izvajanje nadgrajene preventivne obravnave (sekundarna in terciarna preventiva) pri kroničnem pacientu, ki že ima diagnozo KNB. Če je kronični pacient starejši od 65 let se v okviru obravnave izvede tudi oceno tveganja za padce v domačem okolju in ukrepa v skladu s strokovnim protokolom. V primeru, ko izvajalec PZV pri pacientu odkrije samo en DT, izvede kratko zdravstveno vzgojno svetovanje glede na odkrit DT v okviru daljše POKP. Če pa se pri pacientu odkrije več DT, se načrtuje še izvedbo do treh krajših POKP, v skladu s strokovnimi smernicami in glede na število odkritih DT.

Namen obravnave prisotnih vedenjskih in bioloških DT je aktivni nadzor nad zdravjem ljudi ter ustrezno ukrepanje, vključno s svetovanjem za obvladovanje DT, s ciljem zmanjšanja zgodnje obolevnosti, invalidnosti in umrljivosti.

Izvajalci PZV imajo ključno vlogo pri zagotavljanju neprekinjene obravnave kroničnega pacienta na domu. Med patronažnim obiskom preverijo, kako pacient razume in upošteva navodila iz ambulant družinske medicine (ADM) ali obravnave v zdravstveno-vzgojnem centru oz. centru za krepitev zdravja (ZVC/CKZ), oceni njegovo razumevanje bolezni, terapije in priporočil za življenjski slog ter njegovo sposobnost samooskrbe in izvajanja preventivnih ukrepov. Pri tem upošteva tudi stopnjo socialne podpore v domačem okolju, vključno z vlogo družine ali skrbnikov.

Izvajalci PZV so edini, ki pacienta obravnavajo neposredno v njegovem življenjskem okolju. To jim omogoča celostni vpogled v dejanske življenjske okoliščine, navade in izzive, s katerimi se pacient srečuje pri obvladovanju KNB. Na podlagi tega lahko informacije, prejete v drugih zdravstvenih ustanovah, pacientu dodatno razložijo, jih prilagodijo njegovemu razumevanju ter ga usmerjajo k

učinkovitemu in varnemu življenju z boleznijo v domačem okolju. Ves čas v obravnavo vključuje družino in za pacienta pomembne druge.

Obravnava kroničnega pacienta v PZV, ADM in ZVC/CKZ se med seboj razlikuje po načinu dela in okolju izvajanja, vendar pa jih povezuje več skupnih vsebin. Cilj vseh obravnav je preprečevanje napredovanja bolezni, zmanjševanje DT, izboljšanje kakovosti življenja ter povečanje zdravstvene pismenosti pacienta in njegove aktivne vloge pri obvladovanju bolezni. Za zagotavljanje kakovostne, varne in neprekinjene oskrbe kroničnega pacienta skozi vse faze bolezni se morajo izvajalci na primarni ravni zdravstvenega varstva povezati. Samo s sodelovanjem in učinkovito izmenjavo informacij bo obravnava kontinuirana in varna.

Na NIJZ je vzpostavljena nacionalno-regijska koordinacija PZV, ki poleg interne komunikacije z izvajalci vključuje stalno strokovno usposabljanje in spremljanje novosti, navodil, zakonodaje s področja PZV. V zadnjih letih so bile v PZV uvedene številne novosti in nadgradnje na področju preventivnih obravnav, v letošnjem letu poteka tudi prenova POKP.

Preventivne obravnave v PZV so v letu 2024 predstavljale le še 12 % vseh obravnav (leta 1995 pa 38,8 %). V letu 2024 so daljše in krajše POKP predstavljale samo 4,9 % izvedenih preventivnih obravnav. V času starajoče se populacije in naraščajočega bremena KNB postaja ključnega pomena, da se preventivni programi razširijo tja, kjer lahko dolgoročno najbolj razbremenijo zdravstveni sistem.

Ključne besede: *patronažno zdravstveno varstvo (PZV), preventivna obravnava kroničnega pacienta (POKP), kronična nenalezljiva bolezen (KNB), dejavnik tveganja (DT)*

Literatura

1. Horvat M, Jagodic R, Janc-Jagrič J, Brovč-Jelušič K, Krajnc A, Lobe K et al. Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu [e-knjiga]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2025. Dostopno na: <https://nijz.si/zdravstveno-varstvo/patronazno-varstvo/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obracunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu/>
2. Patronažno zdravstveno varstvo danes-priložnost za jutri, Analiza izvajanja patronažnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, 2026 [e-knjiga]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/patronazno-zdravstveno-varstvo-danes-priloznost-za-jutri-analiza-izvajanja-patronaznega-zdravstvenega-varstva-v-sloveniji/>
3. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18, 57/18, 57/21, 162/21, 39/23, 93/23, 125/23, 18/24 in 53/24.

STROKOVNA PODPORA PRI SPREMINJANJU ŽIVLJENJSKEGA SLOGA: PREHRANA IN GIBANJE OD PRIPOROČIL DO NAVAD

Doc. dr. Neža Majdič ^{1,2,3}, dr. med., specialistka FRM

¹ SportMed+Rehab

² Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana; ³ Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju;

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: neza.majdic@sportmed.rehab

Uvod

Prehrana in telesna dejavnost pomembno vplivata na tveganje za razvoj in napredovanje kroničnih nenalezljivih bolezni, zato je njuna obravnava sestavni del preventivnih programov. Priporočila so dobro opredeljena, vendar njihovo poznavanje samo po sebi pogosto ne zadošča za spremembo vedenja. Posameznik lahko dobro ve, da bi se moral več gibati ali spremeniti prehranske navade, pa tega zaradi osebnih, zdravstvenih ali socialnih okoliščin ne zmore prenesti v vsakdanje življenje. Ob tem lahko pričakovanje hitrih rezultatov vodi v pretirano restriktivne prehranske pristope, nerealne cilje telesne dejavnosti in druge kratkoročne rešitve, ki jih je težko vzdrževati. Namen prispevka je predstaviti sodobne poudarke priporočil na področju prehrane in telesne dejavnosti ter z dokazi podprte, v praksi uporabne pristope za uvajanje in dolgoročno vzdrževanje sprememb življenjskega sloga.

Sodobni poudarki prehrane in telesne dejavnosti

V ospredju sodobnih prehranskih priporočil je kakovost celotnega prehranskega vzorca. Poudarek je na raznoliki, hranilno ustrezni prehrani z dovolj zelenjave, sadja in prehranskih vlaknin ter s kakovostnimi viri beljakovin in maščob, ob omejevanju ultra procesiranih živil. Pri tem ne gre za izključevanje posameznih skupin živil, temveč za njihovo ustrezno izbiro in količino. Tudi priporočila glede telesne dejavnosti so se razširila. Pomembno sporočilo je, da koristi prinaša že prehod iz telesne nedejavnosti v kakršnokoli aktivnost in zmanjševanje časa sedenja. Ob aerobni dejavnosti se vse bolj poudarja pomen redne vadbe za mišično moč, pri starejših in posameznikih z zmanjšano funkcijsko zmogljivostjo pa tudi vaj za ravnotežje, stabilizacijo in gibljivost. Cilj zato ni zgolj »več hoje«, temveč ohranjanje oziroma izboljševanje različnih komponent telesne zmogljivosti.

Od priporočila do izvedljivega cilja

Pomemben premik predstavlja odmik od enosmernega podajanja priporočil k soustvarjanju ciljev. Pred postavljanjem cilja je smiselno ugotoviti, kaj je posamezniku pomembno, kaj je pripravljen spremeniti in kaj mu spremembo otežuje. Za neaktivnega posameznika je lahko ustrezen začetek deset minut hoje dnevno, ki ji doda nekaj počepov in preprostih vaj za mišično moč, na primer dvigovanje polnih

plastenk. Obseg in zahtevnost nato postopno povečujemo. Pri prehrani je pogosto učinkoviteje izbrati eno konkretno vedenje, na primer vključiti zelenjavo v glavni obrok ali zamenjati sladkane pijače, kot hkrati spreminjati celoten način prehranjevanja. Majhen korak ni končni cilj, temveč izhodišče za vedenje, ki ga je mogoče ponavljati in nadgrajevati.

Od cilja do vedenja in navade

Novejši vedenjski pristopi več pozornosti namenjajo prehodu od namere h konkretnemu načrtu. Opredelitev, kdaj, kje in kako bo posameznik vedenje izvedel, povečuje verjetnost njegove uresničitve. »Več se bom gibal« tako postane »v ponedeljek, sredo in petek bom po večerji hodil 20 minut«. Koristni so tudi načrti »če–potem«: »če bo deževalo, bom 20 minut vadil doma«. Enak pristop lahko uporabimo pri prehrani, na primer z vnaprejšnjim načrtovanjem obrokov ali izbire hrane med delovnim časom.

Vse več pozornosti se namenja tudi oblikovanju navad in ne zgolj vzdrževanju motivacije. Ponavljanje izbranega vedenja v podobnem kontekstu in njegovo povezovanje z obstoječo rutino lahko sčasoma zmanjša potrebo po vsakokratnem zavestnem odločanju. Nastanek navade praviloma zahteva več tednov ali mesecev in se med posamezniki močno razlikuje, zato pričakovanje hitre in linearne spremembe ni realno.

Od kratkoročnega uspeha do trajne spremembe

Ob spremljanju ne preverjamo le, ali je bil cilj dosežen, temveč predvsem, kaj je delovalo in kaj je spremembo otežilo. Cilj nato prilagodimo ali postopno nadgradimo. Odstopanje od načrta je pričakovano del spreminjanja vedenja in ne pomeni neuspeha. Tak pristop pomaga preprečevati tudi bližnjice, kot so izrazito restriktivne diete, izločanje celih skupin živil ali nenadno uvajanje velikih količin vadbe. Kratkoročni rezultat namreč ni enakovreden trajni spremembi vedenja.

Zaključek

Učinkovita podpora pri spreminjanju življenjskega sloga zahteva več kot posredovanje strokovno pravih priporočil. Vloga izvajalca je posamezniku pomagati izbrati izvedljiv prvi korak, ga prevesti v konkreten načrt ter spremembo postopno nadgrajevati in vključevati v vsakdanje življenje. Uspeh zato ni le doseganje končnega zdravstvenega cilja, temveč predvsem vzpostavljanje vedenj, ki jih posameznik lahko dolgoročno ohranja.

Ključne besede: življenjski slog, prehrana, telesna dejavnost, sprememba vedenja, zdravstvena preventiva

HREPENENJE PO HRANI – KAKO GA RAZUMETI IN URAVNAVATI

Živa Krajnc

Medicinska fakulteta, Filozofska fakulteta Univerze v Mariboru

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: ziva.krajnc2@um.si

Kljub temu da se stalni biološki dejavniki tveganja v zadnjih desetletjih niso spremenili, tako v Sloveniji kot po svetu močno narašča delež ljudi s prekomerno telesno težo in debelostjo¹. Epidemijo debelosti lahko v veliki meri pripišemo debelilnemu okolju, polnemu prehranskih oglasov, z lahko dostopnostjo do energetsko bogate hrane in pretežno sedečim življenjskim slogom. Takšno okolje v ljudeh vzbuja pogostejše doživljanje hrepenenja po hrani (t. i. »food noise«²), enega izmed glavnih psiholoških mehanizmov, ki sprožijo pridobivanje telesne mase³ in ovirajo uspešnost programov hujšanja in preventive⁴.

Hrepenenja po hrani se priučimo

Hrepenenje po hrani se sproži, ko je posameznik izpostavljen dražljaju, ki se ga je naučil povezovati s hrano. Ti dražljaji so lahko bolj očitni (npr. slike prikazujejo videz hrane, vonj pekarne signalizira bližino svežega kruha), v večini primerov pa gre za prikrite, posamezniku specifične dražljaje, kot so recimo določen prostor, čas, socialne situacije, čustva, telesne senzacije ... Hrepenenje po hrani, ki se pojavi v takšni situaciji, spremlja kaskada bolj ali manj nezavednih telesnih in psiholoških odzivov, ki ga ženejo v to, da bi zaužil hrano^{2,5,6}. Ti odzivi so skoraj popolnoma primerljivi s tistimi, ki bi jih doživljal, če bi bila hrana dejansko pred njim na krožniku⁵ ter imajo skupno možgansko osnovo s hrepenenjem pri različnih oblikah zasvojenosti, denimo po digitalnih medijih, nikotinu, alkoholu in prepovedanih substancah⁷.

Priporočilo: Programi usmerjene preventive naj vključujejo tudi individualizirano prepoznavo dražljajev, ki pri posamezniku sprožajo hrepenenje po hrani. Če je mogoče, naj se pretekle učne izkušnje v ozadju teh dražljajev nadomestijo z ustreznimi. Zaradi skupne možganske osnove je mogoče intervencije glede zasvojenosti s prilagoditvami prenesti v usmerjeno preventivo prekomerne telesne mase in debelosti.

Hrepenenje po hrani lahko uravnavamo

Možganske odzive na prehranske dražljaje lahko v grobem razvrstimo v tiste, ki sprožajo hrepenenje (mreže nagrajevanja), in tiste, ki se poskušajo hrepenenju zoperstaviti (mreže kognitivnega nadzora)⁵. Pri prekomerno težkih ter tistih z neprilagojenim prehranjevanjem so mreže nagrajevanja pogosto pretirano aktivne ob hkratni manjši učinkovitosti mrež kognitivnega nadzora⁸. Za uspešno izgubo mase (in s tem normalizacijo možganskega delovanja⁸) je treba vzpostaviti optimalne pogoje za zmožnost vzpostavitve kognitivnega nadzora – spočitost, ustrezne ravni stresa ter prilagojeno čustvovanje. V takšnih pogojih bodo tudi bolj zmožni uporabiti različne strategije uravnavanja hrepenenja po hrani, ki še dodatno izboljšajo aktivnost mrež kognitivnega nadzora⁹. Ko se posamezniki s prekomerno telesno

težo med usmerjeno preventivo učijo strategij uravnavanja hrepenenja po hrani ter čustev, so na dolgi rok bolj uspešni pri izgubi telesne mase ter jo bolje vzdržujejo⁴.

Priporočilo: Programi usmerjene preventive naj vključujejo učenje strategij spoprijemanja s stresom, uravnavanja čustev, higiene spanja, vzpostavljanja ravnovesja služba-dom ter spodbujajo k rednemu počitku. Prav tako naj vključijo tudi učenje različnih strategij uravnavanja hrepenenja po hrani.

Hrepenenje po hrani je posamezniku specifično

Kljub intenzivnemu raziskovanju in številnim usmerjenim preventivnim programom večina posameznikov ne uspe izgubiti odvečne teže oziroma to hitro pridobi nazaj¹⁰. Neuspeh teh programov lahko delno pripišemo raziskavam, ki predpostavljajo enotnost dejavnikov tveganja za vse ter vzroke debelosti iščejo s primerjavo prekomerno težkih ter posameznikov z normalno težo¹¹, s tem pa zanemarjajo dejansko variabilnost med posamezniki. Raziskovalci tako v Sloveniji¹¹ kot v tujini¹² z metodami strojnega učenja prepoznavajo podskupine z unikatno kombinacijo dejavnikov tveganja za neprilagojeno prehranjevanje in pridobivanje telesne mase. Prihodnji preventivni programi naj namesto enotnega programa udeležence presejajo na podlagi teh značilnosti ter preventivo prilagodijo vsaki podskupini. Personalizacija preventive, tudi preprosta personalizacija nasvetov glede prehranjevanja na podlagi demografskih in kognitivnih značilnosti ter zaznavnih preferenc posameznika, namreč bistveno izboljša izide v primerjavi s tradicionalnim »one-size-fits-all« pristopom¹³.

Priporočilo: Usmerjena preventiva naj se premakne od pristopov »one-size-fits-all« k prepoznavanju individualnih tveganj značilnosti posameznika ter delni prilagoditvi preventive tem značilnostim. Novi programi naj temeljijo na napredku raziskav personalizirane medicine.

Ključne besede: hrepenenje po hrani, uravnavanje hrepenenja po hrani, debelost, individualiziran pristop

Literatura

1. Ritchie, H. in Roser, M. (januar 2024). *Obesity*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/obesity>
2. Hayashi, D., Edwards, C., Emond, J. A., Gilbert-Diamond, D., Butt, M., Rigby, A. in Masteros, T. D. (2023). What is food noise? A conceptual model of food cue reactivity. *Nutrients*, 15(22), 4809.
3. Boswell, R. G. in Kober, H. (2016). Food cue reactivity and craving predict eating and weight gain: a meta-analytic review. *Obesity Reviews*, 17(2), 159—177.
4. Alfouzan, N. W. in Nakamura, M. T. (2025). Reduced food cravings correlated with a 24-month period of weight loss and weight maintenance. *Physiology & Behavior*, 15(291), 114813.
5. Devoto, F., Coricelli, C., Paulesu, E. in Zapparoli, L. (2022). Neural circuits mediating food cue reactivity: Toward a new model shaping the interplay of internal and external factors. *Frontiers in Nutrition*, 9.
6. Laaschuijt, M. P., Mars, M., de Graaf, C. in Smeets, P. A. (2020). Endocrine cephalic phase responses to food cues: A systematic review. *Advances in Nutrition*, 11(5), 1364—1383.

7. Kober, L., Wager, T. D. in Kober, H (2023). A neuromarker for drug and food craving distinguishes drug users from non-users. *Nature Neuroscience*, 26(2), 316—325.
8. Li, G., Hu, Y., Zhang, W., Wang, J., Ji, W., Manza, P., Volkow, N. D., Zhang, Y. in Wang, G.-J. (2023). Brain functional and structural magnetic imaging of obesity and weight loss interventions. *Molecular Psychiatry*, 28, 1466—1479.
9. Kober, H., Mende-Siedlecki, P., Kross, E. F., Weber, J., Mischel, W., Hart, C. L. in Ochsner, K. N. (2010). Prefrontal-striatal pathway underlies cognitive regulation of craving. *PNAS: Psychological and Cognitive Sciences*, 107(33), 14811—14816.
10. Busetto, L., Bettini, S., Makaronidis, J., Roberts, C. A., Halford, J. C. G. in Batterham, R. L. (2021). Mechanisms of weight regain. *European Journal of Internal Medicine*, 93, 3—7.
11. Zorjan, S., Karakatič, S., Horvat, M., Mulej Bratec, S. in Krajnc, Ž. (2025). A personalized approach to understanding food cravings and intake: a study protocol. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 103.
12. Brucar, L. R., Rawls, E., Haynos, A. F., Peterson, C. B. in Zilverstand, A. (2025). Mechanism-based subtyping in binge eating: understanding neurobehavioral heterogeneity across negative emotionality, approach behavior, and executive function. *Translational Psychiatry*, 15, 193.
13. Briazu, R. A., Bell, L., Dodd, G. F., Blackburn, S., Massri, C., Chang, B., Fischaber, S., Kehlbacher, A., Williams, C. M., Metheven, L. in McCloy, R. (2024). The effectiveness of personalised food choice advice tailored to an individual's socio-demographic, cognitive characteristics, and sensory preferences. *Appetite*, 201, 107600.

USTAVIMO KLB – OD STATISTIKE DO OBRAVNAVE: EPIDEMIOLOŠKO BREME KLB IN INTEGRIRANA OBRAVNAVA OSEB S KLB

Sanja Vrbovšek¹, Jernej Pajek^{2,3}

¹ Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), ² Klinični oddelek za nefrologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, ³ Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

E-poštni naslov korespondenčnega avtorja: jernej.pajek@mf.uni-lj.si

Uvod

Kronična ledvična bolezen (KLB) je eden vodilnih javnozdravstvenih izzivov sodobnega časa. Po podatkih projekta Global Burden of Disease je bila leta 2017 ocenjena svetovna razširjenost vseh stadijev KLB na 9,1 % (697,5 milijona ljudi), skupna izjava mednarodnih nefroloških združenj iz leta 2021 pa navaja več kot 850 milijonov ljudi z neko obliko ledvične bolezni – približno dvakrat več kot s sladkorno boleznijo in dvajsetkrat več kot z rakom. KLB je med letoma 1990 in 2019 napredovala z 19. na 11. mesto med vodilnimi vzroki smrti. Tudi v Sloveniji KLB ocenjujemo, da prizadene približno 13 % odrasle populacije.

Metode

Projekt »Ustavimo KLB« (Integrirana obravnava oseb s kronično ledvično boleznijo z vidika krepitev zdravstvene pismenosti in zmanjševanja neenakosti v zdravju) izvajata Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKC LJ) v obdobju 2024–2028. Projekt sofinancira Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada plus v okviru Programa evropske kohezijske politike 2021–2027. Namen projekta je razvoj in implementacija interdisciplinarne nefarmakološke preventivne obravnave oseb s KLB na primarni ravni zdravstvenega varstva, pilotno testiranje sistematičnega presejanja za KLB v ambulantah družinske medicine ter razvoj integrirane poti obravnave oseb s KLB z vidika izboljševanja njihove zdravstvene pismenosti in zmanjševanja neenakosti v zdravju. Ciljne skupine projekta so zdravstveni delavci na primarni ravni, odrasle osebe s potrjeno KLB ali z zmernim in visokim tveganjem zanjo ter njihovi svojci.

Rezultati

Projekt se izvaja v okviru sedmih delovnih paketov (DP). DP1 zagotavlja projektno vodenje in koordinacijo vseh projektnih aktivnosti ter doseganje zastavljenih ciljev in kazalnikov v predvidenem časovnem in finančnem okviru. DP2 razvije interdisciplinarno preventivno intervencijo »Ustavimo KLB«, jo pilotno izvede v UKC LJ ter pripravi model za njeno implementacijo na primarni ravni zdravstvenega varstva. DP3 pripravi načrt in izvede pilotno testiranje intervencije v izbranih centrih za krepitev zdravja (CKZ), vključno z usposabljanjem strokovnjakov iz pilotnih okolij. DP4 evalvira pilotno testiranje intervencije v CKZ-jih in pripravi predlog za njeno sistemsko implementacijo na primarni ravni. DP5 na podlagi raziskave o stanju in potrebah na področju zdravstvene pismenosti razvije integrirano pot obravnave oseb s KLB ter pripravi gradiva za bolnike. DP6 pripravi in izvede pilotno testiranje sistematičnega presejanja in zgodnjega odkrivanja KLB v ambulantah družinske medicine

(ADM) ter ga evalvira. DP7 zagotavlja komunikacijo in diseminacijo rezultatov, vključno s »kick-off« dogodkom, zaključno konferenco ter pripravo strokovnih in znanstvenih prispevkov.

Diskusija in zaključek

Sodobno zdravljenje KLB temelji na farmakoloških stebrih – zaviralcih ACE, zaviralcih SGLT2 in nesteroidnih antagonistih mineralokortikoidnih receptorjev – ki upočasnjujejo napredovanje bolezni in zmanjšujejo kardiovaskularno tveganje. Vendar zdravila sama ne zadoščajo: pri diabetični KLB, pa tudi pri drugih etiologijah, ima nefarmakološka intervencija (redukcija telesne mase, obvladovanje krvnega tlaka in proteinurije, specifični prehranski in telesno-gibalni ukrepi, edukacija ter psihosocialna podpora) izjemno velik, a v naši klinični praksi premalo izkoriščen potencial za preprečevanje in ustavljanje napredovanja bolezni. Projekt »Ustavimo KLB« to vrzel naslavlja z razvojem strukturirane, na dokazih temelječe nefarmakološke obravnave in njeno sistemsko umestitvijo v mrežo primarnega zdravstvenega varstva. Končni cilj projekta je utreti pot k celoviti integrirani obravnavi oseb s KLB v Sloveniji, ki povezuje zgodnje odkrivanje, farmakološko in nefarmakološko zdravljenje ter krepitev zdravstvene pismenosti, s čimer bosta zmanjšani breme bolezni in neenakost v zdravju prizadetih populacijskih skupin.

Ključne besede: *kronične bolezni, ledvična bolezen, visceralna debelost, krvni tlak, proteinurija*

PILOTNO TESTIRANJE PRESEJANJA ZA KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZEN (KLB) V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE – REZULTATI PILOTNE ŠTUDIJE

Marija Petek Šter¹, Sanja Vrbovšek², Jošt Peterca³, Jernej Pajek³, Andreja Ošina²

¹ Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, ² Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana, ³ KO za Nefrologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana in Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si

Uvod

KLB je opredeljena kot trajna prisotnost strukturnih ali funkcionalnih okvar ledvic, ki se kažejo z zmanjšano glomerulno filtracijo ($\text{eGFR} < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$) in/ali z znaki ledvične okvare, kot sta albuminurija ali proteinurija. KLB je prisotna pri približno 10 % odrasle populacije. Znani so dejavniki tveganja za razvoj večine KLB; kot so sladkorna bolezen, arterijska hipertenzija, debelost in srčno-žilne bolezni. Zaradi svoje pogostnosti in posledic za zdravje populacije KLB, predstavlja javno-zdravstveni problem.

KLB ima pogosto počasen in dolgo asimptomatski potek, zaradi česar ostaja v zgodnjih stadijih pogosto neprepoznana. Z zgodnjo prepoznavo in ustreznim zdravljenjem lahko pomembno upočasnimo napredovanje bolezni in preprečimo zaplete KLB, ki so poleg končne odpovedi ledvic, ki vodi v nadomestno zdravljenje, predvsem srčno-žilni zapleti.

Raziskava Pilotno testiranje presejanja za kronično ledvično bolezen v ambulantah družinske medicine je omogočila oceno izvedljivosti presajanja za KLB v kliničnem okolju, prepoznavo organizacijskih in strokovnih izzivov ter presojo sprejemljivosti tega presejanja tako za zdravstvene delavce kot za paciente.

Metode

»Pilotno testiranje presejanja za kronično ledvično bolezen v ambulantah družinske medicine« poteka v okviru projekta Integrirana obravnava oseb s kronično ledvično boleznijo z vidika krepitve zdravstvene pismenosti in zmanjševanja neenakosti v zdravju (Ustavimo KLB), ki jo izvajata Nacionalni inštitut za javno zdravje in Univerzitetni klinični center Ljubljana, v sodelovanju z Katedro za družinsko medicino Univerze v Ljubljani.

Pred izvedbo pilotnega testiranja je en tim družinske medicine pregledal protokol, identificiral ključne korake, preveril izvedljivost v ambulantnem okolju ter uskladi notranje postopke (določanje terminov, komunikacija s pacienti, laboratorijske preiskave) ter preveril ustreznost platforme za vnos podatkov v databazo. V fazo predpilotnega testiranja je bilo vključenih 15 oseb v eni ambulantni družinske medicine.

V pilotni raziskavi je v obdobju 6 mesecev sodelovalo 15 timov ambulant družinske medicine, vsak od timov je vključil 50 zaporednih oseb, ki so bile obravnavane v ambulantni pri diplomirani medicinski sestri in so ustrezali vključitvenim kriterijem za presejanje. Timi so bili izbrani iz zdravstvenih domov

po celotni Sloveniji, kar je zagotovilo zastopanost tako urbanih središč kot tudi bolj oddaljenih in manj poseljenih krajev.

Vključitveni kriterij za presejanje je predstavljala odsotnost KLB, starost 40 let in prisotnost vsaj enega od dejavnikov tveganja za KLB. Presejalne preiskave so bile: razmerje U-albumin/kreatinin v urinu in serumski kreatinin z izračunom ocene glomerulne filtracije (eGFR).

Pred začetkom zbiranja podatkov so bili timi povabljeni na predstavitev projekta z edukacijo izvajalcev, kjer smo jih seznanili s protokolom in izkušnjami testiranja protokola v praksi. Zbiranje podatkov je potekalo od februarja do julija 2026. Ves čas trajanja projekta so imeli timi možnost konzultacije z vodji projekta in bili zaproseni, da redno poročajo o morebitnih težavah in opažanjih, zaznanih med izvajanjem pilotnega presejanja.

Rezultati

V predpilotno fazo je bilo vključenih 15 oseb, pri 9 osebah so bile tako vrednosti oGF kot UACR normalne; pri štirih preiskovancih smo ugotovili patološke vrednosti UACR in/ali oGF in smo nadaljevali s potrjevanjem morebitne KLB, pri dveh preiskovancih pa smo z dodatno meritvijo ob že obstoječih patoloških vrednosti potrdili KLB.

Skupno smo opravili 19 preiskav oGF in UACR, pri štirih preiskovancih pa je načrtovana še tretja meritev tri mesece po prvi meritvi.

V okviru pilotnega presejanja je bilo vključenih več kot 750 pacientov (na dan 20.8.2026 838 bolnikov). Preliminarne analize nakazujejo, da je bilo potrjenih približno 19,8% primerov kronične ledvične bolezni v različnih stopnjah.

Metodološka obdelava podatkov je obsežna in zahteva in jo je potrebno načrtovati z veliko mero skrbnosti. Trenutne ugotovitve so predvsem kvalitativne narave in se osredotočajo na sam proces presejanja in odzive ambulant. Zbrane so bile ključne omejitve in izzivi ter predlogi ambulant, kako le te nasloviti.

Pilotno presejanje je v večini ambulant potekalo nemoteno, z dobrim odzivom pacientov. Kot glavni izziv so ambulate izpostavile časovno obremenitev povezano z administrativnimi postopki (vnosom podatkov v databazo) ter težave pri usklajevanju terminov ponovnih laboratorijskih preiskav. Izvajalci so ocenili, da je v povprečju presejanje pacienta trajalo do 30 do 60 minut. Težave so se pojavile pri usklajevanju predvsem drugih in tretjih terminov, ki morajo biti opravljeni v določenem časovnem intervalu. Večkrat so izvajalci poudarili tudi težave z dostopnostjo laboratorijev, ki zahtevane preiskave opravljajo.

Več izvajalcev je poročalo o nejasnostih glede kriterijev za vključitev pacientov – tukaj bodo v protokolu potrebne dopolnitve. Kriteriji za vključitev morajo biti jasno opredeljeni in predvsem primerno predstavljeni izvajalcem presejanja. Predlog bi bil, da se v protokol doda kratka, enostranska operativna navodila, morda v obliki infografike.

Diskusija in zaključek

Kljub navedenim izzivom se je presejanje na KLB izkazalo za izvedljivo in sprejemljivo tako za time ambulant družinske medicine, kot za paciente. Izvajalci presejanja so poročali, da je projekt tudi pri njih povečal pozornost na ledvično funkcijo pri osebah z dejavniki tveganja ter hkrati omogočil tudi

priložnost za dodatno edukacijo pacientov o pomenu skrbi za zdravje ledvic. Ob upoštevanju načina dela, ki predvideva napotitev na presejalne laboratorijske preiskave pred obiskom pri diplomirani medicinski sestri in dejstvo da ima večina oseb v starostnem obdobju presejanja že prisoten vsaj en dejavnik tveganja za KLB, predlagam, da se protokol dopolni tako, da se vsem osebam starim 40 let ali več, ob določanju krvnega sladkorja in lipidograma, določi tudi oGF in UACR.

Ključne besede: Kronična ledvična bolezen, ambulate družinske medicine, presejanja, prve izkušnje

OBRAVNAVA DISLIPIDEMIJ PRI OSEBAH S KLB

Andreja Marn Pernat^{1,2}

¹ Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana,

² Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: andreja.marn@kclj.si

Uvod

Kronična ledvična bolezen (KLB) je pomemben neodvisni dejavnik tveganja za aterosklerotično srčno-žilno bolezen. Tveganje narašča z zmanjševanjem ocenjene glomerulne filtracije (oGF) in povečevanjem albuminurije. Značilnosti dislipidemije pri KLB so hipertrigliceridemija, znižana koncentracija holesterola HDL ter povečano število aterogenih lipoproteinskih delcev, medtem ko koncentracija holesterola LDL ni vedno izrazito povečana.

Ocena srčno-žilnega tveganja pri KLB

Pri vseh osebah s KLB je priporočljivo določiti lipidni profil, oceniti celotno srčno-žilno tveganje in izključiti sekundarne vzroke dislipidemije. Za dodatno oceno tveganja je priporočljivo določiti vsaj enkrat v odraslem življenju lipoprotein(a) in apolipoprotein B, kar lahko pomaga pri odločitvi o intenziviranju zdravljenja. Kadar je odločitev o zdravljenju negotova, je koristna ultrazvočna ocena aterosklerotičnih lezij in določanje kalcija v koronarnih arterijah. Smernice ACC/AHA iz leta 2026 jasno opredeljujejo KLB kot pomembno stanje z velikim srčno-žilnim tveganjem ter ponovno uvajajo ciljne vrednosti holesterola LDL pri zdravljenju dislipidemij. Pri osebah, starih od 30 do 79 let, brez znane aterosklerotične srčno-žilne bolezni se za oceno 10- in 30-letnega tveganja priporoča uporaba enačbe PREVENT-ASCVD. Ta poleg klasičnih dejavnikov tveganja v izračun vključuje tudi eGFR, zaradi česar so osebe s KLB pogosto prej uvrščene v višjo kategorijo tveganja. Podatek o albuminuriji oceno tveganja še izboljša. Osebe so glede na 10-letno tveganje razvrščene v skupine z majhnim (<3 %), mejnim (3 do <5 %), zmernim (5 do <10 %) ali velikim tveganjem (≥10 %). Že mejno tveganje predstavlja razlog za razmislek o zdravljenju za doseganje holesterola LDL pod 2,6 mmol/l.

Zdravljenje dislipidemije pri KLB

Pri primarni preventivi je napredovala KLB pomembna indikacija za začetek zdravljenja. Pri odraslih, starih od 40 do 75 let, z vrednostjo holesterola LDL med 1,8 in 4,9 mmol/l ter KLB tretje ali višje stopnje se priporoča zmerno intenzivno zdravljenje s statinom ali kombinacija zmerno intenzivnega statina in ezetimiba. Ti bolniki so pogosto uvrščeni v skupino z velikim tveganjem, pri kateri je smiselna ciljna vrednost holesterola LDL pod 1,8 mmol/l. Pri osebah s KLB tretje ali višje stopnje in že znano aterosklerotično srčno-žilno boleznijo se priporoča visoko intenzivno zdravljenje s statinom, po potrebi v kombinaciji z ezetimibom in/ali monoklonskim protitelesom proti PCSK9. Cilj je najmanj 50-odstotno znižanje holesterola LDL ter doseganje vrednosti LDL pod 1,4 mmol/l. Lipidni profil je treba preveriti 4–

12 tednov po uvedbi ali spremembi zdravljenja, nato pa na 6–12 mesecev. Zdrav življenjski slog ostaja temelj obravnave tudi ob zdravljenju z zdravili. Pri izbiri statina moramo upoštevati ledvično funkcijo. Prednost imajo statini z manjšim ledvičnim izločanjem, kot je atorvastatin. Pri eGFR pod 30 ml/min/1,73 m² je treba odmerek rosuvastatina prilagoditi. Pri osebah z zelo velikim srčno-žilnim tveganjem pridejo v poštev zaviralci PCSK9, inclisiran ali bempedojska kislina. Dokazi o njihovi učinkovitosti so najobsežnejši pri blagi do zmerni KLB, pri napredovali KLB pa so bolj omejeni. Pri hipertrigliceridemiji ostaja v ospredju zniževanje holesterola LDL. Ikozapent etil je namenjen izbranim osebam z velikim tveganjem, fibrati ali veliki odmerki maščobnih kislin omega-3 pa predvsem bolnikom s hudo hipertrigliceridemijo zaradi zmanjševanja tveganja za pankreatitis.

Zaključek

Sodobna obravnava dislipidemije pri KLB temelji na celoviti in individualizirani oceni srčno-žilnega tveganja, ki poleg lipidnega profila vključuje stopnjo KLB z eGFR, albuminurijo, lipoprotein(a), apolipoprotein B in po potrebi slikovne kazalnike ateroskleroze. Zgodnje prepoznavanje tveganja ter pravočasno in varno zniževanje aterogenih lipoproteinov lahko pomembno prispevata k zmanjšanju velikega bremena srčno-žilnih zapletov pri bolnikih s KLB.

Ključne besede: kronična ledvična bolezen, dislipidemija, srčno-žilno tveganje, statini, holesterol LDL

NEFARMAKOLOŠKA OBRAVNAVA OSEB S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO: KAJ JE BOLNIKOM NAJTEŽJE SPREMENITI?

Dominik Pogorevc¹, Adriana Robič¹, Jošt Peterca¹, Ana Janžekovič¹, Špela Bogataj¹, Katja Kurnik Mesarič¹, Jernej Pajek¹

¹ Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

E-pošta korespondenčnega avtorja: dominik.pogorevc@kclj.si

Kronična ledvična bolezen (KLB) dolgo poteka brez simptomov, njeno napredovanje pa je v veliki meri odvisno od vsakodnevnih navad. Nefarmakološki ukrepi so zato osrednji del preventive in hkrati njen najtežje izvedljivi del. V okviru projekta Ustavimo KLB razvijamo interdisciplinarno preventivno obravnavo za odrasle s KLB in za osebe z zmernim ali visokim tveganjem zanjo, ki povezuje psihološki, prehranski, gibalni in edukacijski steber ter psihosocialno podporo.

Klinične izkušnje ekipe kažejo, da težavnost spremembe ni nujno sorazmerna s trdom, ki ga sprememba zahteva, temveč s funkcijo, ki jo ima obstoječe vedenje v posameznikovem vsakdanu. Najlažje udeleženci sprejmejo dodajanje novega, vidnega in samostojno izvedljivega vedenja, na primer kratke vsakodnevne hoje ali uvajanja določenih prehranskih živil. Bistveno težje je opuščanje vedenja, ki ima za posameznika prijetno vrednost – na primer zmanjševanje vnosa sladkih pijač ali slanih prigrizkov –, saj tu ne dodajamo, temveč odvezujemo. Še težje naslavljammo vedenja, ki so vpeta v socialni kontekst – družinska kosila, praznovanja, pitje alkohola v družbi –, kjer sprememba ni več le osebna odločitev, temveč vključuje tudi pogajanje z okoljem. Najzahtevnejša pa so vedenja, ki opravljajo funkcijo uravnavanja čustev; čustvenega prehranjevanja ali kajenja ob stresu ni mogoče preprosto opustiti, saj bi ostala nenadomeščena vrzel. Posebnost KLB je, da so spremembe pogosto brez zaznavne povratne informacije, kot sta na primer ukrepa omejevanja soli in prilagajanja vnosa beljakovin: oseba razlike ne občuti takoj, strokovni odgovor v obliki izvida pa lahko prejme šele ob naslednji kontroli.

Iz tega izhaja več usmeritev za prakso. Priporočila je smiselno razvrstiti po težavnosti in začeti pri tistem, kar je za osebo sprejemljivo zdaj, oziroma klinično najpomembnejše spremembe razdeliti na manjše, lažje dosegljive cilje. Strokovnjak in udeleženec skupaj oblikujeta seznam ciljev in načine doseganje le-teh, kar udeležencu daje prostor za avtonomno odločanje, hkrati pa razkriva meje njegove trenutne pripravljenosti za spremembo vedenja in udeležencu daje varen prostor za poročanje o ovirah na poti do zastavljenih ciljev. Pri vedenjih s čustveno funkcijo je opuščanje brez nadomestnega vedenja praviloma neuspešno, zato je treba nadomestno vedenje najti in ga postopoma razvijati. Pri socialno vpetih vedenjih se obnesejo vnaprej pripravljeni odzivi za konkretne situacije. Pri nevidnih spremembah je treba povratno informacijo ustvariti – s sprotnim samospremljanjem in z razlago pomena laboratorijskih izvidov. Nujna je tudi usklajenost sporočil med strokovnjaki in njihovo prizadevanje za oblikovanju ustreznega odnosa z udeleženci.

Pri socialno in čustveno pogojenih vedenjih deluje normalizacija: ko udeleženec sliši, da se z isto oviro spoprijemajo tudi drugi, se zmanjša sram, ki je pogost razlog za opuščanje obravnave, zato je vključevanje oseb v skupinsko obravnavo smiselno. Individualna obravnavo ostaja nujna za uvodno personalizacijo intervencije, ki se zaradi različnih pridruženih bolezni, potreb in prehranskih navad

nekoliko razlikuje med posamezniki, hkrati pa je možna pot obravnave pri tistih, ki se zaradi objektivnih razlogov ne morejo udeležiti skupinske obravnave.

Prehranska intervencija se je osredotočala predvsem na vzpostavljanje zdravju ugodnejših prehranskih navad. Poudarek je bil na rednem in uravnoteženem prehranjevanju, zagotavljanju zadostnega energijskega vnosa ter individualno prilagojenem vnosu beljakovin glede na stopnjo kronične ledvične bolezni. Večina udeležencev je tekom rednih obravnav uspela vzpostaviti bolj reden ritem prehranjevanja in izboljšati uravnoteženost obrokov, hkrati pa zmanjšati uživanje procesirane hrane in s tem tudi vnos soli.

V okviru rednega dela intervencije so bile ob sočasni telesni aktivnosti opažene tudi spremembe v telesni sestavi udeležencev. Povprečna telesna masa se je zmanjšala za 1,47 kg, vendar sprememba ni dosegla statistične značilnosti ($p = 0,054$). Statistično značilno zmanjšanje je bilo ugotovljeno pri indeksu telesne mase (ITM), ki se je v povprečju znižal za $0,62 \text{ kg/m}^2$ ($p = 0,018$), ter pri indeksu maščobne mase (FMI), ki se je zmanjšal za $0,68 \text{ kg/m}^2$ ($p = 0,003$). Indeks nemaščobne telesne mase (FFMI) se je spremenil le minimalno, saj se je v povprečju povečal za le $0,07 \text{ kg/m}^2$, vendar sprememba ni bila statistično značilna ($p = 0,688$). Rezultati tako nakazujejo zmanjšanje maščobne mase ob hkratnem ohranjanju nemaščobne mase. Takšen rezultat kaže, da so se spremembe telesne sestave odvijale v ugodni smeri, kljub temu da se celotna telesna masa ni statistično značilno zmanjšala.

Nefarmakološka obravnava ni le prenos informacij, temveč postopno delo z razlogi, zaradi katerih obstoječe vedenje vztraja. Vprašanje torej ni, kako osebo prepričati k uvedbi sprememb, temveč skupaj z njo raziskati, zakaj je vedenje, ki ga naslavljamo, težko opustiti in postopoma najti ustrezne alternative.

Ključne besede: kronična ledvična bolezen, sprememba vedenja, multidisciplinarna obravnava, integrirana preventiva, centri za krepitev zdravja

OD SMERNIC DO VADBE: INDIVIDUALIZIRANA TELESNA VADBA OSEB S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO V PROJEKTU USTAVIMO KLB

Maja Pajek¹, Jošt Peterca², Evelin Colja¹, Ajda Hribar¹, Karmen Šibanc¹, Petra Prevc¹

¹ Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, ² Univerzitetni klinični center Ljubljana

E-pošta korespondenčne avtorice: maja.pajek@fsp.uni-lj.si

Kronična ledvična bolezen (KLB) dolgo poteka brez simptomov, njeno napredovanje pa je v veliki meri odvisno od vsakodnevnih navad. Nefarmakološki ukrepi so zato osrednji del preventive in hkrati njen najtežje izvedljivi del. V okviru projekta Ustavimo KLB razvijamo interdisciplinarno preventivno obravnavo za odrasle s KLB in za osebe z zmernim ali visokim tveganjem zanjo.

Klinične izkušnje ekipe kažejo, da težavnost spremembe ni nujno sorazmerna s trdom, ki ga sprememba zahteva, temveč s funkcijo, ki jo ima obstoječe vedenje v posameznikovem vsakdanu. Najlažje udeleženci sprejmejo dodajanje novega, vidnega in samostojno izvedljivega vedenja. Bistveno težje je opuščanje vedenja, ki ima za posameznika prijetno vrednost. Še težje naslavljamo vedenja, ki so vpeta v socialni kontekst, kjer sprememba ni več le osebna odločitev, temveč vključuje tudi pogajanje z okoljem. Najzahtevnejša pa so vedenja, ki opravljajo funkcijo uravnavanja čustev; čustvenega prehranjevanja ali kajena ni mogoče preprosto opustiti, saj bi ostala vrzel. Posebnost KLB je, da so spremembe pogosto težje zaznane, oseba razlike ne občuti takoj, strokovni odgovor v obliki izvida pa lahko prejme šele ob naslednji kontroli.

Iz tega izhaja več usmeritev za prakso. Priporočila je smiselno razvrstiti po težavnosti in začeti pri tistem, kar je za osebo sprejemljivo zdaj, klinično najpomembnejše spremembe pa razdeliti na manjše, lažje dosegljive cilje. Strokovnjak in udeleženec skupaj oblikujeta seznam ciljev in načine doseganje letih, kar udeležencu daje prostor za avtonomno odločanje, hkrati pa proces razkriva meje njegove trenutne pripravljenosti za spremembo vedenja in udeležencu daje varen prostor za poročanje o ovirah. Pri vedenjih s čustveno funkcijo je opuščanje brez nadomestnega vedenja praviloma neuspešno, zato je treba nadomestno vedenje najti in ga razvijati. Pri socialno vpetih vedenjih se obnesejo vnaprej pripravljeni odzivi za konkretne situacije. Pri spremembah je treba povratno informacijo ustvariti in redno ponuditi. Nujna je tudi usklajenost sporočil med strokovnjaki in njihovo prizadevanje za oblikovanje ustreznega odnosa z udeleženci.

Vključevanje oseb v skupinsko obravnavo je smiselno zaradi ugodnih učinkov, ki jih ima skupina na dojemanje posameznika. Individualna obravnavo ostaja nujna za uvodno personalizacijo intervencije, ki se zaradi različnih pridruženih bolezni, potreb in prehranskih navad nekoliko razlikuje med posamezniki, hkrati pa je možna pot obravnave pri tistih, ki se zaradi objektivnih razlogov ne morejo udeležiti skupinske obravnave.

Prehranska intervencija se je osredotočala predvsem na vzpostavljanje zdravju ugodnejših prehranskih navad. Poudarek je bil na rednem in uravnoveženem prehranjevanju, zagotavljanju zadostnega energijskega vnosa ter individualno prilagojenem vnosu beljakovin glede na stopnjo KLB. Večina udeležencev je tekom rednih obravnav uspela vzpostaviti bolj reden ritem prehranjevanja in izboljšati uravnoveženost obrokov, hkrati pa zmanjšati uživanje procesirane hrane in s tem tudi vnos soli.

V okviru rednega dela intervencije so bile ob sočasni telesni aktivnosti opažene tudi spremembe v telesni sestavi udeležencev. Povprečna telesna masa se je zmanjšala za 1,83 kg, kar je statistično značilna sprememba ($p < 0,05$). Statistično značilno zmanjšanje je bilo ugotovljeno pri indeksu telesne mase (ITM), ki se je v povprečju znižal za $0,72 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,05$), ter pri indeksu maščobne mase (FMI), ki se je zmanjšal za $0,60 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,05$). Indeks nemaščobne telesne mase (FFMI) se je spremenil le minimalno, saj se je v povprečju zmanjšal za $0,01 \text{ kg/m}^2$. Rezultati tako nakazujejo zmanjšanje maščobne mase ob hkratnem ohranjanju nemaščobne mase. Takšen rezultat kaže, da so se spremembe telesne sestave odvijale v ugodni smeri.

Nefarmakološka obravnava ni le prenos informacij, temveč postopno delo z razlogi, zaradi katerih obstoječe vedenje vztraja. Vprašanje torej ni, kako osebo prepričati k uvedbi sprememb, temveč skupaj z njo raziskati, zakaj je vedenje, ki ga naslavljam, težko opustiti in postopoma najti ustrezne alternative.

Ključne besede: kronična ledvična bolezen, sprememba vedenja, multidisciplinarna obravnava, integrirana preventiva, centri za krepitev zdravja ter opredelitev elementov programa, primernih za nadaljnji prenos v prakso.

ŽIVLJENJE S KLB – VSEŽIVLJENJSKA REHABILITACIJA IN MOČ DRUŠTEV BOLNIKOV SKOZI OČI PACIENTOV

Dragica Mlinšek, predsednica društva

Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije (ZDLBS)

E-poštni naslov korespondenčnega avtorja: info@zdlbs.si

Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije (ZDLBS) je humanitarna, neprofitna in nepolitična organizacija, ki temelji na prostovoljnem delu članov. Organizacija ima več članski izvršni odbor in nadzorni odbor, ki skrbi za nadzor nad delovanjem. Takšna sestava nam omogoča delitev odgovornosti in zagotavlja tudi osnovne principe korporativnega upravljanja. Pomembna vloga zveze je tudi povezovanje regionalnih društev po Sloveniji, kar omogoča decentralizirano podporo uporabnikom ter boljšo dostopnost storitev. V zvezi povezujemo 9 regionalnih društev in imamo preko 1300 članov. Neprekinjeno delujemo od leta 1989.

Naše glavno poslanstvo je združevanje bolnikov z različnimi stopnjami bolezni ledvic. Organizacija pa ni namenjena le bolnikom, ampak tudi njihovim svojcem ter zdravstvenim delavcem, ki jih ob težkih časih spremljajo na njihovi poti.

KLB je pogosta, saj jo ima eden od desetih odraslih ljudi. Mnogi za to ne vedo, ker nimajo nobenih težav. Pomembno je zgodnje odkrivanje in pravočasno zdravljenje KLB. Posledice nezdravljene KLB so resne in vodijo do odpovedi ledvic. Dializni bolniki se zaradi narave bolezni pogosto spopadajo z invalidnostjo, osamljenostjo in izolacijo.

Vloga društva je, da krepimo zdravstveno pismenost in spodbujamo fizično aktivnost. S tem bolnikom omogočimo, da se lahko spopadajo z boleznijo, preprečujejo zaplete in v težkih trenutkih najdejo moč za reševanje problemov. Z organizacijo številnih športnih dogodkov, izobraževanj ter kulturnimi dejavnostmi, ki se redno izvajajo po celotni Sloveniji, omogočimo našim članom potrebno znanje za spopadanje z boleznijo, socializacijo in izmenjavo izkušenj. Kar vodi v pozitivnejše vzdušje in zavedanje, da kljub bolezni lahko živijo v mejah normale in se lahko vključijo v okolje.

Prizadevamo si aktivno sodelovati pri oblikovanju in spreminjanju politik na področju zdravstva in pravic pacientov. Javnost seznanjamo s potrebami ledvičnih bolnikov, ozaveščamo jo o pomenu zgodnjega odkrivanja ledvičnih bolezni in pravočasnega zdravljenja, sodelujemo pri preventivnih presejalnih programih. Za komunikacijo med bolniki izdajamo glasilo 'Ledvica', kjer so objavljene zgodbe bolnikov iz različnih dializnih centrov, novice, aktivnosti in strokovna navodila. Imamo svojo spletno stran www.ZDLBS.si, kjer objavljamo vse aktualne dogodke in brošure. Sodelujemo z zvezami in društvi s podobno strukturo članstva doma in v tujini. Mednarodne povezave nam omogočajo prenos znanja in dobrih praks, kar prispeva k izboljšanju delovanja ZDLBS.

Spremljajo nas tudi številni izzivi, ki so povezani z odvisnostjo od prostovoljnega dela, omejenimi finančnimi viri in potreba po večji prepoznavnosti. Za izvajanje programov finance pridobivamo preko razpisov, z zbiranjem dohodnine in s pomočjo donatorjev, zato je naša organizacija zelo odvisna tudi od njihove podpore. Priložnost vidimo v vključevanju digitalne komunikacije, s katero bi učinkovitejše širili informacije o zdravljenju, preventivi in dejavnostih, ki jih organizacija ponuja.

SEKCIJA 1

24 ur za zdravje – gibanje, spanje in zmanjševanje bremena kroničnih stanj

Moderatorki: Andrea Backović Juričan, Tjaša Knific

ZMIGAJ SE DO VADBE - EVROPSKI PROJEKT, KI SPODBUJA TELESNO DEJAVNOST ODRASLE, NEAKTIVNE POPULACIJE

Polona Samec¹, Andrea Backović Juričan²

¹Olimpijski komite Slovenije, Združenje športnih zvez, ²Nacionalni inštitut za javno zdravje

E-poštni naslov korespondenčnih avtoric: polona.samec@olympic.si, andrea.backovic-jurican@nijz.si

Uvod

Projekt **Zmigaj se do vadbe (ZSDV)**, ki poteka **pod okriljem Olimpijskega komiteja Slovenije – Združenja športnih zvez** (v nadaljevanju: OKS-ZŠZ), naslavlja izziv nizke telesne dejavnosti odraslih prebivalcev Slovenije, ki ne dosegajo priporočene ravni gibanja po smernicah Svetovne zdravstvene organizacije. **Cilj projekta je povečanje deleža telesno dejavnih odraslih prebivalcev Slovenije z vzpostavljanjem pogojev za njihovo vključitev v kakovostne, brezplačne, strokovno vodene športno-rekreativne programe vadbe.** S projektom se **vzpostavlja široka mreža izvajalcev, ki izvajajo 60-urne športno-rekreativne programe**, ki morajo biti izvedeni skladno z določenim standardom kakovosti, ki ga je v okviru projekta postavila imenovana **strokovna skupina**, v kateri sodelujeta tudi predstavnici Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ). **NIJZ** je tudi t. i. **institucionalni partner** projekta. Projekt se financira iz sredstev Evropskega socialnega sklada plus in sredstev nacionalnega proračuna na podlagi sklenjene pogodbe z Ministrstvom za gospodarstvo, delo in šport.

Projekt in njegova implementacija

V okviru projekta, ki se je začel v letu 2024 in bo trajal do konca leta 2028 je OKS-ZŠZ junija 2026 že drugič izbral izvajalce celoletnih, 60-urnih programov, tokrat za obdobje 2026/2027, s čimer dopolnjuje mrežo izbranih izvajalcev programov za obdobje 2025/2026. Za izvajanje športno-rekreativnih programov vadbe lahko kandidirajo le izvajalci, določeni z Zakonom o športu (ZŠpo-1), ki s predloženim programom vadbe sledijo standardu kakovosti programa, zagotavljajo ustrezno usposobljenost vaditelja oziroma vodjo vadbe ter v določeni statistični regiji pridobijo najvišje število točk med prijavljenimi programi, skladno z merili za izbor, določenimi v objavljenem javnem povabilu. Z regijsko razporeditvijo in dodelitvijo sredstev se zagotavlja **dostopnost vadbenih programov v vseh 12-ih statističnih regijah Slovenije.**

Vključevanje telesno nedejavne odrasle populacije v vadbene programe je **pogojeno s presejanjem** in sicer z izpolnitvijo **spletnega vprašalnika o oceni ravni telesne dejavnosti** posameznikov ter **vprašalnika o oceni (zdravstvene) pripravljenosti** posameznika **na telesno dejavnost (PAR-Q+)** oziroma po potrebi še **ePARmed-X+**. Namen tega koraka je ugotoviti ali: posameznik dosega priporočeno raven telesne dejavnosti; je njegova vključitev v projekt varna; sodi v ciljno skupino

projekta. Pri oceni se upoštevajo vse oblike gibanja v običajnem tednu (delo, dom, transport, prosti čas). Ocena temelji na pogostosti izvajanja zmerno intenzivne telesne dejavnosti (najmanj 30 minut dnevno) in visoko intenzivne telesne dejavnosti (najmanj 25 minut na posamezno vadbeno enoto). Na podlagi odgovorov se ugotavlja skladnost posameznikove aktivnosti s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), pri čemer so posamezniki razvrščeni v tri skupine: (i) nezadostno telesno dejavni, (ii) mejno telesno dejavni, (iii) zadostno telesno dejavni. Posamezniki so nagovorjeni, da na vprašanja odgovarjajo čim bolj iskreno in realno, saj v nasprotnem primeru z vključitvijo v vadbo lahko tvegajo lastno varnost. **Posamezniki, za katere se na podlagi izpolnjenih vprašalnikov ugotovi, da trenutno niso primerni za vključitev v vadbeni program, se usmerijo v programe za spremembo življenjskega sloga in krepitev zdravja**, ki potekajo v Centrih za krepitev zdravja (CKZ) in Zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC). **Po zaključku obravnave v CKZ/ZVC bo posameznik opolnomočen**, da se vključi v športni program.

Po presejanju sledijo **meritve telesnih zmogljivosti**, ki so pomemben element zagotavljanja varnosti pri izvajanju vadb in ohranjanja motivacije za posamezne ciljne skupine. Te se izvajajo za vse udeležence vadb **ob začetku** obiskovanja 60-urnega programa vadbe in **ob njegovem zaključku**. Z meritvami **posameznik in njegov vaditelj** nazorno **spremljata napredek**, pridobita vpogled v to, kje so posameznikove zmogljivosti zadostne in primerljive z enako staro populacijo istega spola, ter kje je potrebno vložiti še dodaten napor za napredek. **Rezultate meritev** izvajalci vadb **vpisujejo v aplikacijo SLOfit**. Vsi izvajalci vadb so namreč obvezani, da se pred začetkom izvajanja programov udeležijo **usposabljanja za izvajanje meritev SLOfit odrasli**, na podlagi katerega prejmejo dostop do aplikacije. Po želji lahko opravijo tudi dodatno usposabljanje za vodje izvajanja meritev.

Izkušnje pri izvajanju prvega leta strokovno vodenih športno-rekreativnih programov v okviru projekta zmagaj se do vadbe

Na podlagi javnega povabila za izbor izvajalcev vadbenih programov za obdobje 2025/2026 je bilo izbranih 151 izvajalcev. Nekateri izvajalci zaradi različnih razlogov svojih programov niso začeli izvajati. Po vsej Sloveniji je tako v obdobju od oktobra 2025 do konca avgusta 2026 potekalo **131 brezplačnih športno-rekreativnih programov**, v katere je bilo **vključenih 1.884 oseb**.

Programi se izvajajo v različnih športnih panogah in oblikah vadbe. Najpogostejše so različne funkcionalne vadbe, plavanje, različne oblike borilnih veščin, nogomet, rokomet, nordijska hoja, namizni tenis, plezanje ipd. Izvajalci lahko ob pripravi in prijavi programa športno-rekreativne vadbe tega oblikujejo kot t. i. običajno vadbo ali kot vadbo, ki jo posebej prilagodijo osebam iz rizičnih ciljnih skupin. **Od 131 vadbenih programov je določenim specifikam ciljnih skupin prilagojenih šest programov**. Trije so prilagojeni **osebam s težavami s hrbtenico**, en program **osebam s srčno-žilnimi boleznimi**, en program **ženskam po prebolelem raku dojke**, en pa **osebam s prekomerno telesno težo**.

Poseben poudarek je namenjen postopnemu, varnemu in strokovno vodenemu vključevanju v redno gibanje, kar predstavlja ključen korak k izboljšanju zdravja in kakovosti življenja. Da bi se vadbe izvajale in vodile kakovostno, je imenovana strokovna skupina projekta pripravila različne **spletne webinarje, namenjene strokovnemu kadru**, ki vodi vadbe, z namenom dviga kakovosti vodenja vadbenih programov. Webinarji obravnavajo naslednje teme: »Od postavljanja do doseganja ciljev« poudarja pomen ciljev, ki si jih posamezniki določijo ob vključitvi v vadbo; »Skupaj za zdravje: skupnostni pristop

in 24-urno gibalno vedenje» naslavlja pomen preventive kroničnih bolezni skozi gibanje ter skupnostni pristop k zdravju; »Vloga testiranja telesne pripravljenosti v projektu ZSDV« poudarja pomen testiranja telesnih zmogljivosti udeležencev vadbenih programov; »Motivacija za vadbo« izpostavlja pomen motivacije kot ključnega dejavnika za ohranjanje gibalnih navad med vključitvijo v program in po njenem zaključku. Strokovna skupina projekta je pripravila tudi **webinarje za udeležence vadbenih programov** kot so na primer »Motivacija za vadbo«, »Rojeni za gibanje«, »Vadba za zdravje pri starejših odraslih«, »Od diagnoze do gibanja«, »Učinkovito vodenje vadbe: skupaj do cilja«, »Ne vadimo na pamet: pomen testiranja in spremljanja napredka«. V pripravi je tudi **serija webinarjev in srečanj v živo, namenjenih krepitvi povezovanja med izvajalci športno-rekreativnih programov ter programov za krepitev zdravja v zdravstvenem sektorju**, kjer bo potekala predstavitev projekta in njegovih aktivnosti ter se bodo iskale intenzivne sinergije za medsebojno sodelovanje.

V okviru projekta bodo v letih 2026–2028 izvedena tudi usposabljanja strokovnih delavcev za delo v športu z namenom razširitve kompetenc za vodenje športne rekreacije in športnih programov rekreacije starejših. Pozno jeseni 2026 je **predvidena pilotska izvedba programov do-usposabljanja, namenjena fizioterapevtom iz ZVC in CKZ**, ki sicer že imajo številna znanja in izkušnje, medtem ko za samostojno vodenje preventivnih športno-rekreativnih programov za odrasle in starejše odrasle potrebujejo še formalno usposobljenost, kot jo veleva Zakon o športu RS. S programom do-usposabljanja bodo tako dotični fizioterapevti pridobili manjkajoča znanja za pridobitev formalne usposobljenosti za delo v športu.

Delo in dosežke projekta, vključno z delom ekspertne skupine, bomo predstavljali tudi ciljnim javnostim ter jih s tem spodbujali k dejavnemu vključevanju v projektne aktivnosti. Na podlagi izbora izvajalcev vadb za obdobje 2026/2027 bomo predvidoma septembra 2026 izvedli **12 regijskih predstavitev** izvajalcev, na katere **bomo povabili tudi predstavnike CKZ in ZVC** ter s tem poskrbeli za njihovo povezovanje.

OKS-ZŠZ vsako leto organizira tudi odmeven dogodek z naslovom **Dnevi OKS**, ki poteka vsako leto **v mesecu oktobru** in na katerem je prisotna širša športna srenja. Na Dneve OKS 2026 smo že uvrstili temo povezovanja športa in medicine z vidika spodbujanja gibanja kot preventivne dejavnosti za krepitev zdravja. Znotraj Dnevov OKS bo **13. oktobra** izveden tudi 2. nacionalni **Kongres športa za vse**, ki bo usmerjen v tematiko kadrov v športu.

Zaključek

Z vzpostavljeno mrežo strokovno usposobljenih izvajalcev športno-rekreativnih vadb smo oblikovali temelj, na katerem **bomo do konca projekta, to je do leta 2028, intenzivno krepili sodelovanje med izvajalci vadb, predstavniki CKZ in ZVC, regijskimi koordinatorji športa in regijskimi koordinatorji za zdravstveno vzgojo**. Ob tem bomo spodbujali usmerjanje ciljne skupine telesno nedejavnih odraslih v ustrezne zdravstvene ali športno-rekreativne programe vadbe ter zagotavljali redno izmenjavo informacij, izkušenj in dobrih praks med deležniki in lokalno skupnostjo.

Več informacij o projektu **Zmigaj se do vadbe** je na voljo na spletni strani <https://olympic.si/>

»Projekt »Zmigaj se do vadbe« financira Evropska unija, in sicer iz Evropskega socialnega sklada plus (ESS+) in Republika Slovenija (MGTŠ). Operacija se izvaja v okviru »Programa za izvajanje Evropske

kohezijske politike v obdobju 2021–2027«: cilja politik CP 4: »Bolj socialna in vključujoča Evropa za izvajanje evropskega stebra socialnih pravic«; prednostne naloge 7 »Dolgotrajna oskrba in zdravje ter socialna vključenost«, specifičnega cilja ESO 4.11 »Krepitev enakopravnega in pravočasnega dostopa do kakovostnih, trajnostnih in cenovno ugodnih storitev, vključno s storitvami, ki spodbujajo dostop do stanovanj, in storitvami oskrbe, usmerjene v posameznika, vključno z zdravstveno oskrbo; posodobitev sistemov socialne zaščite, vključno s spodbujanjem dostopa do socialne zaščite, s posebnim poudarkom na otrocih in prikrajšanih skupinah; izboljšanje dostopnosti, tudi za invalide, učinkovitosti in odpornosti zdravstvenih sistemov in storitev dolgotrajne oskrbe«.

SPECIFIKE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE NAJPOGOSTEJŠIH MOTENJ SPANJA PRI ODRASLIH

Keti Simonska^{1,3}, Andrea Backović Juričan^{2,3}

¹Zdravstveni dom Medvode, ²Nacionalni inštitut za javno zdravje, ³Univerza Alma Mater Europaea

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: keti.simonska@zd-medvode.si

Motnje spanja pri odraslih v sodobnih družbah predstavljajo vse pomembnejši javnozdravstveni izziv, ki je tesno povezan z demografskimi spremembami, značilnostmi sodobnega življenjskega sloga, delovnimi obremenitvami ter širšimi družbenimi dejavniki. S hitrim pregledom znanstvene literature v angleškem jeziku in s specifičnimi ključnimi besedami v podatkovnih bazah PubMed in Oxford Academic Journals ter v spletnem brskalniku Google Scholar smo se osredotočili na iskanje treh pogostih motenj spanja pri odraslih – nespečnost, obstruktivno spalno apnejo in sindrom nemirnih nog – ter analizirali vsebino vezano na njihove posledice za telesno in duševno zdravje. V podatkovni bazi PubMed smo uporabili več ključnih besed in besednih zvez, med drugim tudi "Sleep disorders adults" (3.000 zadetkov) in "Insomnia adults" (900 zadetkov). Veliko število zadetkov kaže na obsežno raziskovalno aktivnost na področju obravnavanih motenj spanja in omogoča selekcijo najrelevantnejših člankov za nadaljnjo analizo. Poleg tega smo iskali tudi izraze, kot so »Sleep disorders Slovenia«, »Obstructive sleep apnea Slovenia«, »STOP-BANG Slovenia«, »Primary care sleep apnea Slovenia«, »Sleep hygiene Slovenia«, »Sleep quality Slovenia«, »Sleep students Slovenia« in »COVID sleep Slovenia«, pri čemer je število zadetkov variralo od 0 do 8, odvisno od ključne besede. Hkrati smo identificirali ključne diagnostične in terapevtske pristope. Osrednja ugotovitev je bila, da so motnje spanja razširjene, vendar pogosto premalo prepoznane in posledično nezadostno obravnavane, kar vodi v zakasnelo diagnostiko, večjo pojavnost komorbidnosti ter povečano obremenitev zdravstvenega sistema.

Pri analizi orodij za odkrivanje najpogostejših motenj spanja kot so nespečnost, obstruktivna spalna apneja in sindrom nemirnih nog pri odraslih smo ugotovili, da obstaja širok spekter pristopov, od enostavnih presejalnih vprašalnikov do kompleksnih objektivnih diagnostičnih metod. Z javnozdravstvenega vidika je ključnega pomena sistematična krepitev presejanja in zgodnjega prepoznavanja motenj spanja že na primarni ravni zdravstvenega varstva, kjer zdravstveni delavci pogosto predstavljajo prvi stik posameznika z zdravstvenim sistemom. Uporaba standardiziranih orodij, kot so Indeks stopnje nespečnosti (angl. Insomnia Severity Index, ISI), STOP-Bang vprašalnik (STOP Bang Questionnaire) za oceno tveganja za obstruktivno spalno apnejo ter Mednarodna lestvica za oceno prisotnosti sindroma nemirnih nog (angl. International Restless Legs Syndrome Rating Scale, IRLS), sicer omogočajo učinkovito usmerjanje bolnikov in racionalno odločanje o nadaljnjih diagnostičnih postopkih. Kljub temu je treba poudariti, da presejalna orodja ne predstavljajo diagnostičnega standarda, temveč služijo kot pripomoček za oceno tveganja. Njihova uporabnost je odvisna od ustrezne implementacije, pravilne interpretacije rezultatov ter od obstoja jasno opredeljenih poti nadaljnje obravnave znotraj zdravstvenega sistema.

Pregled literature razkriva, da se pri vseh treh obravnavanih motnjah spanja pojavlja podoben vzorec in sicer: zgodnji simptomi so pogosto nespecifični in jih posamezniki pripisujejo vsakodnevnim dejavnikom, kot so stres, staranje ali običajno smrčanje. V klinični praksi se zdravstvena obravnava pogosto osredotoča predvsem na posledice, kot so utrujenost, razdražljivost, arterijska hipertenzija in depresivnost, namesto na prepoznavanje in zdravljenje osnovnih motenj spanja. Ob tem so učinkovite nefarmakološke intervencije, ki jih literatura dosledno podpira, v realnem okolju pogosto slabše dostopne zaradi organizacijskih in kadrovskih omejitev.

Ta razkorak med priporočili in prakso je posebej izrazit pri nespečnosti, kjer je kognitivno-vedenjska terapija prepoznana kot najučinkovitejši terapevtski pristop, vendar v praksi pogosto prevladuje kratkoročno farmakološko zdravljenje. Pri obstruktivni spalni apneji ostajata ključna izziva poddiagnosticiranost in pozna napotitev na objektivno diagnostiko, kljub temu da je presejanje na primarni ravni mogoče učinkovito izvajati z uporabo standardiziranih vprašalnikov. Pri sindromu nemirnih nog pa je problem predvsem v pravočasnem prepoznavanju in razumevanju njegove večfaktorske etiologije, ki lahko vključuje tako pomanjkanje železa kot nevrobiološke mehanizme, kar zahteva individualiziran pristop k diagnostiki in zdravljenju.

Ugotovitve je treba kritično umestiti tudi v širši kontekst zdravstvenih neenakosti. Motnje spanja nesorazmerno prizadenejo posameznike z nižjim socialno-ekonomskim statusom, izmenske delavce, osebe z visoko stopnjo stresa ter bolnike s kroničnimi boleznimi. V teh populacijah se pogosto prepletajo številni dejavniki tveganja, hkrati pa imajo posamezniki omejen dostop do pravočasne in ustrezne zdravstvene obravnave, kar lahko dodatno pogloblja razlike v zdravstvenih izidih. Spanje zato ne predstavlja zgolj individualne odgovornosti, temveč tudi pomembno javnozdravstveno vprašanje, povezano z delovnimi pogoji, dostopnostjo zdravstvenih storitev, zdravstveno pismenostjo in organizacijo zdravstvenega sistema.

Na podlagi predstavljenih ugotovitev lahko zaključimo, da obravnava najpogostejših motenj spanja pri odraslih zahteva premik od pretežno simptomatskega in individualno usmerjenega pristopa k bolj sistematični, preventivni in interdisciplinarni obravnavi. Dodatno je smiselno pri obravnavi vključiti tudi koncept higiene spanja ter priporočila za 24-urno gibalno vedenje, saj je ravnoesje med telesno dejavnostjo, sedentarnimi vedenji in spanjem pogosto porušeno. Spanje namreč predstavlja temeljno komponento zdravja in kakovosti življenja, zato je z javnozdravstvenega vidika smiselno vlagati v zgodnje prepoznavanje, razvoj in dostopnost učinkovitih nemedikamentoznih intervencij, izboljšanje diagnostičnih poti ter ozaveščanje prebivalstva. Skupinske in individualne preventivne obravnave v Centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih lahko pomembno prispevajo pri naslavljanju obravnavane problematike pri odraslih. Tak pristop lahko dolgoročno prispeva k zmanjšanju bremena kroničnih bolezni, izboljšanju telesnega in duševnega zdravja, večji varnosti in delovni učinkovitosti ter razbremenitvi zdravstvenega sistema.

Ključne besede: motnje spanja, nespečnost, obstruktivna spalna apneja, sindrom nemirnih nog, odrasli, javnozdravstveni problem

PRENOVA VADBENEGA PROGRAMA VADBECEDA: OD UPORABNIŠKE IZKUŠNJE DO DOSTOPNE PODPORE TELESNI DEJAVNOSTI ODRASLIH

Tjaša Knific¹, Katja Tomažin², Suzana Pustivšek¹, Urška Ličen¹, Gabrijela Starc³, Marko Zadražnik², Katarina Cesar ¹, Maja Dolenc²

¹ Nacionalni inštitut za javno zdravje, ² Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport,

³ Združenje fizioterapevtov Slovenije

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: tjasa.knific@nijz.si

vAdBeCeDa je javnozdravstveni, z dokazi podprt večkomponentni vadbeni program za odrasle. Telesna vadba je načrtovana, strukturirana in ponavljajoča se oblika telesne dejavnosti, namenjena izboljšanju ali ohranjanju telesne zmogljivosti. V konceptu »exercise is medicine« se telesna vadba razume kot pomemben nefarmakološki ukrep v preventivi in obravnavi številnih kroničnih bolezni, pri čemer je, podobno kot pri zdravih, pomembno njeno ustrezno odmerjanje: vrsta vadbe, pogostost, trajanje, intenzivnost in postopno napredovanje (American College of Sports Medicine, n. d.; Pedersen & Saltin, 2015). vAdBeCeDa ta koncept prenaša v dostopno, praktično in digitalno podprto obliko.

Program je nastal v okviru projekta »Integracija geriatrične oskrbe starejših« kot strokovni odgovor na potrebe aktivnega in zdravega staranja, zlasti za ohranjanje telesne zmogljivosti, samostojnosti ter preprečevanje telesne krhkosti in padcev pri starejših odraslih. S ciljno izbranimi vajami krepi mišično moč, ravnotežje, koordinacijo, mobilnost, gibljivost in vzdržljivost ter podpira gibalno pismenost odraslih. Prvotni vadbeni program je bil pripravljen tudi v obliki vadbenih kartic vAdBeCeDa (Dolenc, Knific, & Tomažin, 2024). Učinki programa so bili preverjeni v več raziskavah, ki so obravnavale vpliv vadbe na preprečevanje padcev, izboljšanje gibalnih in aerobnih sposobnosti ter izboljšanje telesne pripravljenosti starejših odraslih (Bizajl, 2026; Petek, 2026; Zupan, 2025).

Prenova programa in aplikacije je temeljila na evalvaciji uporabniške izkušnje, razumevanja aplikacije in njenega vpliva na telesno dejavnost. V evalvacijo je bilo vključenih 1.087 udeležencev, ki so sodelovali v 74 fokusnih skupinah, izvedenih po delavnicah uporabe aplikacije po vsej Sloveniji med oktobrom 2025 in marcem 2026. Uporabljen je bil kombiniran metodološki pristop, ki je vključeval strukturiran vprašalnik, odprta vprašanja, tematsko analizo odgovorov ter opažanja predavateljev (Simbioza med generacijami, 2026). Večina sodelujočih je bila starejših odraslih, kar je omogočilo vpogled v potrebe prvotne ciljne skupine.

Rezultati evalvacije so pokazali visoko sprejetost aplikacije. Udeleženci so jo večinoma ocenili kot enostavno za uporabo, posebej pa so izpostavili dostopnost vadbe doma, možnost izbire in prilagoditve vaj, video prikaze ter motivacijsko vrednost aplikacije. Hkrati so bile prepoznane priložnosti za nadgradnjo: večja preglednost zaslonskih vsebin, bolj nazorni in daljši videoposnetki, glasovna navodila, večje fotografije, lažje upravljanje opomnikov, boljša prilagoditev starejšim uporabnikom in možnost uporabe na večjem zaslonu.

Na podlagi teh ugotovitev je bil program vsebinsko in funkcionalno prenovljen. Razširjen je bil nabor vsebin za različne potrebe odraslih uporabnikov. vAdBeCeDa Osnovni program krepi ključne gibalne sposobnosti v štirih težavnostnih stopnjah. vAdBeCeDa Home program je prilagojen vadbi doma, zlasti za starejše odrasle, krhke osebe in osebe z večjim tveganjem za padce. Prenova je dodatno naslovila problematiko predkrhkosti in krhkosti v slovenski populaciji. Zato vAdBeCeDa Plus program poleg vaj

za moč vključuje tudi zahtevnejše vsebine za ravnotežje, mobilnost, ekscentrično vadbo oziroma nadzorovano spuščanje ter pliometrično vadbo oziroma poskoke in odrive. Program z nadgradnjo nagovarja tudi mlajše, delovno aktivne odrasle.

Prenova je vključevala 180 videoposnetkov in več kot 450 fotografij vaj. Aplikacija je nadgrajena za Android in iOS, hkrati pa je dostopna tudi v spletni različici. To omogoča širšo uporabo, zlasti pri vadbi doma, izvajanju na večjih zaslonih ter uporabi v socialnovarstvenih zavodih in drugih okoljih, kjer se vadba izvaja individualno ali skupinsko. Prenovljeni program lahko tako še učinkoviteje podpira delo centrov za krepitev zdravja, ambulantne fizioterapije, zdravilišč, lokalnih skupnosti, športnih društev ter drugih izvajalcev preventive pri spodbujanju telesne dejavnosti za krepitev zdravja, preprečevanju padcev in krepitevi gibalne pismenosti odraslih.

Ključne besede: vAdBeCeDa, telesna dejavnost za krepitev zdravja, vadba na recept, digitalna podpora, gibalna pismenost

Literatura

1. American College of Sports Medicine. (n. d.). *Exercise is Medicine: A global health initiative*. Pridobljeno 21. junija 2026 s <https://www.exerciseismedicine.org/>
2. Bizajl, M. B. (2026). *Učinek vadbe v okviru delavnice »Gibam se« na izboljšanje gibalnih in aerobnih sposobnosti odraslih* [Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani]. Repozitorij Univerze v Ljubljani – RUL.
3. Dolenc, M., Knific, T., & Tomažin, K. (2024). *Vadbeceda: Večkomponentni vadbeni program za aktivno in zdravo staranje: Vadbe kartice*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
4. Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine: Evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25(Suppl. 3), 1–72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>
5. Petek, K. (2026). *Učinki 8-tedenskega vadbenega programa na telesno pripravljenost oseb, starejših od 65 let* [Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani]. Repozitorij Univerze v Ljubljani – RUL.
6. Simbioza med generacijami. (2026). *Evalvacijsko poročilo vAdBeCeDa: Analiza uporabniške izkušnje, razumevanja in vpliva na telesno dejavnost* [Poročilo pripravljeno za Nacionalni inštitut za javno zdravje].
7. Zupan, Z. (2025). *Vadba za preprečevanje padcev pri starejših* [Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani]. Repozitorij Univerze v Ljubljani – RUL.

TRANSDISCIPLINARNI PRISTOP V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA: PRESEGANJE MULTIDISCIPLINARNOSTI NA PRIMERU PROJEKTA POSODOBITEV OBRAVNAVE MIŠIČNO-SKELETNIH BOLEČIN NA PRIMARNI RAVNI (MISK-BOL)

Dejan Georgiev, Lara Pančur, Tim Vončina

Zdravstveni dom Ljubljana – enota Šiška, Center za krepitev zdravja

E-poštni naslov korespondenčnega avtorja: dejan.georgiev@zd-lj.si

Centri za krepitev zdravja (CKZ) v Sloveniji so v okviru Državnega programa Skupaj za zdravje oblikovani kot multidisciplinarne enote. Mišično-skeletna obolenja so v Sloveniji vodilni vzrok bolniške odsotnosti, njihovo ekonomsko breme pa je za obdobje 2020–2024 ocenjeno na povprečno 287 milijonov evrov letno oziroma 6,2 % vseh izdatkov za zdravstvo (NIJZ, 2026). Naraščajoča kompleksnost kronične bolečine, multimorbidnosti in socialnih neenakosti ob tem kaže, da zgolj vzporedno delovanje strok ne zagotavlja celostne obravnave. V enoti Šiška ZD Ljubljana smo zato v okviru projekta Posodobitev obravnave mišično-skeletnih bolečin na primarni ravni (MiSk-Bol) in Programa obvladovanja kronične bolečine (POKR) preizkusili prehod iz multidisciplinarnega (aditivnega) prek interdisciplinarnega (interaktivnega) na transdisciplinarni (holistični) pristop, pri katerem, za razliko od multidisciplinarnosti, kjer stroke delujejo vzporedno, tradicionalne meje med strokami presežemo in pacient postane soustvarjalec obravnave (Choi in Pak, 2006). Sorodne rešitve najdemo v evropskih modelih medpoklicnega sodelovanja v primarnem zdravstvu (Nizozemska – POH-GGZ; Norveška – Frisklivssentral; Anglija – social prescribing v okviru PCN/ARRS; Avstrija – Primärversorgungseinheiten; Nemčija – Gesundheitskiosk Hamburg-Billstedt; Belgija – wijkgezondheidscentra/maisons médicales, tj. multidisciplinarne kapacitajske prakse).

V praksi se je razvilo prepuščanje vlog (angl. role release) med strokovnjaki. Fizioterapevt med vodenjem vadbe uporablja osnovne kognitivno-vedenjske tehnike za zmanjševanje kineziofobije in katastrofiziranja: stopnjevanje dejavnosti po času in ne po bolečini, postavljanje ciljev po načelih SMART ter pripravo načrta ob poslabšanju. Psiholog v skupinsko kognitivno-vedenjsko obravnavo vključuje koncepte upada telesne zmogljivosti (dekondicije) in postopnega obremenjevanja. Kineziolog je prevzel vlogo pri kompleksnih stanjih, kot je fibromialgija, pri kateri je telesna vadba edino priporočilo najvišje stopnje po smernicah EULAR (Macfarlane idr., 2017): individualno prilagaja vadbene protokole in usmerja udeležence v samostojno obvladovanje stanja, s čimer dopolnjuje fizioterapevtsko obravnavo v smeri dolgoročne vzdržnosti. Prepuščanje vlog je strukturno podprto: timski sestanki so vgrajeni v urnik programa, vsi profili so vključeni v redno supervizijo kliničnih strokovnjakov URI Soča, iste vsebinske niti (cilji SMART, čuječnost, načrt ob poslabšanju) pa se načrtno ponavljajo pri vseh profilih. Psihosocialne dejavnike tveganja ob vstopu objektiviziramo z validiranimi orodji (Tampa lestvica kineziofobije, Lestvica katastrofiziranja bolečine), funkcijske izide pa spremljamo ob vstopu, zaključku in 12 tednov po njem (Oswestryjev indeks nezmožnosti, IPAQ, funkcijski testi). Skupno načrtovanje obravnave znotraj tima in enotna dokumentacija sta preprečila razdrobljenost obravnave in zagotovila enotno sporočilo tima, kar je preprečilo kognitivno disonanco pri pacientu.

Ob zaključku programa smo pri udeležencih z uporabljenimi vprašalniki zabeležili zmanjšanje strahu pred gibanjem in katastrofiziranja bolečine, opazno pa je bilo tudi večje opolnomočenje udeležencev; zaradi majhnega vzorca teh ugotovitev ne posplošujemo. Prepuščanje vlog med strokovnjaki se je izkazalo kot dobra praksa, prenosljiva na druge CKZ: ne zahteva dodatnih kadrovskih virov, temveč predvsem dogovorjen konceptualni okvir in redno medsebojno usklajevanje tima.

Za širšo uveljavitev pristopa priporočamo posodobitev normativov s priznanjem časa za timsko delo in supervizijo ter vključitev transdisciplinarnih kompetenc v izobraževanje, kar je skladno s smerjo, ki jo v sistemu že nakazuje uvajanje integriranih centrov za krepitev zdravja. Formalizirano sooblikovanje ciljev obravnave s pacientom (shared care planning) v pilotu še ni bilo sistematično uvedeno in ostaja, skladno z mednarodnimi priporočili o skupnem odločanju s pacientom, usmeritev za nadaljnji razvoj. Pri prenosu prakse velja biti pozoren tudi na tveganja, kot sta zameglitev strokovnih vlog, ki lahko vodi v razvodenitev identitete stroke, ter navidezno timsko delo, kjer sodelovanje ostaja zgolj na deklarativni ravni brez dejanske vsebinske povezanosti.

Ključne besede: *transdisciplinarnost, center za krepitev zdravja, medpoklicno sodelovanje, kronična bolečina, prepuščanje vlog*

Literatura:

1. Atalaia, A., Schnegg, C. J., Bodenhofer, J., Grabner, B., & Roth, M. (2025). Primary health care in Austria: qualitative analysis of requirements and challenges in interprofessional collaboration from the perspective of health care and social professionals. *Primary Health Care Research and Development*, 26, e31.
2. Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351–364.
3. Danhieux, K., Buffel, V., Remmen, R., Wouters, E., & van Olmen, J. (2023). Scale-up of a chronic care model-based programme for type 2 diabetes in Belgium: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 23, 141.
4. Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering, organisering og tilbud* (revidirana izdaja). Oslo: Helsedirektoratet.
5. Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., idr. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328.
6. Magnée, T., de Beurs, D. P., Boxem, R., de Bakker, D. H., & Verhaak, P. F. (2017). Potential for substitution of mental health care towards family practices: an observational study. *BMC Family Practice*, 18, 10.
7. NIJZ. (2026). *Ekonomske posledice bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva v Sloveniji v obdobju 2020–2024*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
8. Wilding, A., Agboraw, E., Munford, L., Sutton, M., Mercer, S. W., Salisbury, C., Beeson, M., Wildman, J., & Wilson, P. (2025). Impact of the rollout of the national social prescribing link worker programme on population outcomes: evidence from a repeated cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 75(761), e880–e888.
9. Wild, E.-M., & Schreyögg, J. (2021). *Kurzbericht zur Evaluation INVEST Billstedt/Horn* [Evalvacija projekta INVEST – Gesundheitskiosk Hamburg-Billstedt/Horn]. Hamburg: Universität Hamburg, Hamburg Center for Health Economics.

IZZIVI IN OVIRE PRI OBRAVNAVI ODRASLIH S KRONIČNO BOLEČINO V ZDRAVSTVENOVZGOJNEM CENTRU

Nina Potočnik

ZVC - ZD Medvode

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: nina.potocnik@zd-medvode.si

Uvod

Definicija bolečine je po Mednarodnem združenju za raziskovanje bolečine (angl. International Association for the Study of Pain - IASP) neprijetna čutna in čustvena izkušnja, povezana z dejansko in potencialno škodo tkiva oziroma je izkušnja podobna tisti, ki je povezana z dejansko ali potencialno škodo. Pogosto služi kot simptom, v takih primerih je zdravljenje osnovne bolezni ključno in lahko odpravi bolečino, bolečina lahko vztraja, kljub uspešnemu zdravljenju ali ker osnovnega zdravstvenega stanja ni mogoče uspešno zdraviti. Po IASP je kronična bolečina tista, ki traja ali se ponavlja dlje kot 3 mesece. Takšna bolečina pri nekaterih bolnikih pogosto postane edini ali prevladujoči klinični problem. To lahko zahteva posebno diagnostično obravnavo, zdravljenje in rehabilitacijo. K bolečinskemu sindromu prispevajo biološki, psihološki in socialni dejavniki in prizadene 20% ljudi po svetu (IASP, 2021).

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) je skupna ocena neposrednih in posrednih stroškov v Sloveniji, povezanih z obravnavo kronične bolečine, od leta 2020 do leta 2024 znašala 287.369.809 eurov za šest diagnoz: artoza kolka, artoza kolena, druge motnje sklepa, bolečine ledveno, lezije rame, druge motnje mehkega tkiva (Sedlak in dr., 2026).

Nove usmeritve

Z letom 2025 je Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije (ZZVS) podalo nove usmeritve glede obravnave kronične bolečine, ki zajemajo različne organizacijske enote in službe na primarni zdravstveni ravni. V Zdravstvenem domu Medvode se je posledično sklical in izvedel sestanek z ambulantami družinske medicine, ki med drugim tudi napotujejo paciente na obravnavo v zdravstvenovzgojni center - ZVC ali center za krepitev zdravja - CKZ. Na dotičnem sestanku se je sklenil dogovor o načinu napotovanja, vstopnih kriterijih in potrebnih informacijah o pacientu ob napotitvi. V rubriki na napotnem dokumentu z nazivom »ostale prisotne bolezni« so se tako začele sistematično vpisovati informacije o stanju glede kronične bolečine pri pacientu in pomembne spremljajoče diagnoze oziroma so se po potrebi začeli prilagati tudi izvidi o samem pacientovem stanju.

Obravnava primerov kronične bolečine zdravstvenovzgojnem centru - potek dela

Ocena začetnega stanja

Obravnava odraslih s kronično bolečino v ZVC se prične z dobro anamnezo, ki je ključna za pridobivanje informacij o poteku in kronifikaciji bolečine. Anamneza vključuje tudi pregled izvidov in oceno

začetnega stanja z objektivnimi in subjektivnimi meritvami. Skozi klinično sliko in pregledom izvidov, je pomembno ugotoviti ali gre za akutno bolečino ali gre za centralizacijo kronične bolečine. Prav tako je potrebno oceniti etiologijo oziroma tip bolečine in razlikovanje med nevropatsko, nociceptivno, ishemično bolečino in centralizacijo bolečine.

Začetno ocenjevanje stanja pacienta vključuje sledeče objektivne meritve. Izvede se ocena bolečine s pomočjo na primer VAS lestvica, ugotavljanje akutne/kronične bolečine oziroma stanja, preverjanje otekline, rdečine, zmanjšanja funkcije, povečanja funkcije, meritve gibljivosti, tip bolečine in časovno okvir poslabšanja le-te. Izvede se tudi pregled izvidov in slikovnih preiskav (v kolikor jih nima - klinična slika). Za objektivne meritve se lahko uporabi tudi 6-minutni test hoje, kjer z opazovanjem pacienta pridobimo informacije o na primer morebitni zmanjšani funkciji, prilagoditvi na stanje/kompenzaciji, drži, šepanju, lateralnem odklonu, funkciji stopala, uporabi rok. Večino opazovanj lahko opravimo že v ogrevalnem delu z izvedbo počepa in dvigov na prste. Kot objektivno meritev lahko tako uporabimo katerikoli test, ki se uporablja za testiranje telesne pripravljenosti odraslih in starejših oseb v ZVC in CKZ, s katerimi pridobimo podatke o na primer kardiorespiratorni zmogljivosti, gibčnosti, mišični zmogljivosti in funkcijskem statusu osebe.

Z uporabo Vprašalnika o zdravstvenem stanju pa pridobivamo subjektivne podatke o pacientovem stanju. To so na primer podatki o: njegovi morebitni oviranosti pri izvajanju telesne dejavnosti zaradi bolečine, o samooceni zdravstvenega stanja in ostale potrebne informacije o njegovem zdravstvenem stanju in počutju. Z dodatnimi vprašanji pridobimo informacije oviranosti pri dnevnih aktivnostih in o poslabšanju stanja bolečine.

Po oceni začetnega stanja in oceni splošne telesne zmogljivosti se vzporedno določijo tudi kratkoročni in dolgoročni cilji obravnave. Na primer kratkoročni cilj je lahko vezan na uvajane vaj za mišično-skeletno težavo, postopno uvajanje redne aerobne telesne dejavnosti, ki ne poslabša stanja in hkrati upošteva omejitve pacienta. Med najpogostejše telesne dejavnosti za doseg kratkoročnega cilja spadajo naslednje oblike telesne dejavnosti: hoja po Mavričnem programu, kolesarjenje in plavanje pri telesno nedejavnih pacientih. Pri telesno dejavnih je včasih potrebno uvajati pravo mera in prava oblika telesne dejavnosti, pa uvedbo ogrevalnega dela ali uvedba konstantne izvedbe pri sezonskih aktivnostih (sezonsko delo ali šport).

Izvedba intervencije

Poleg postopnega uvajanja specifičnih vaj in obremenitev glede na anamnezo, intervencija vključuje tudi uvajanje redne telesne dejavnosti z upoštevanjem ovir in omejitev pacienta. Delo poteka individualno in traja od 30 do 90 minut. V začetku se pacienta obravnava enkrat na teden in potem enkrat na mesec oziroma je pogostost obravnave vezana na potrebe pacienta. Cilj intervencije je zmanjšanje bolečine, postopno obremenjevanje in izboljšanje funkcije ter uvajanje redne telesne dejavnosti. Pri tem upoštevamo cilje pacienta. Pomemben del intervencije zajema tudi edukacijo pacienta z namenom, da razume mehanizem in percepcijo kronične bolečine. Pacienta je potrebno tudi educirati, kako postopati ob poslabšanju ter kako se izogniti kronifikaciji bolečine. Cilj intervencije je zato tudi izboljšati ergonomijo gibanja in zmanjšati posledice slabe ergonomije (drža, bremena, obremenitve med delom in telesno dejavnostjo).

V ZVC Medvode trenutno uporabljamo tudi Maitland koncept obvladovanja kronične bolečine, ki ga priznava Mednarodno združenje Maitland učiteljev (angl. International Maitland Teachers Association - IMTA). Dotičen koncept zajema biopsihosocialni okvir oziroma pristop k posamezniku, ki vključuje

upoštevanje patopsihološkega mehanizma, prepričanja in mnenje, prisotnost depresije in/ali anksioznosti. Pristop zajema tudi motivacijski intervju, SMART načrt (želje, pomen ciljev posameznika), razlike v obravnavi akutne in kronične bolečine, razumevanje in edukacijo pacienta, empatijo do njegovega stanja. Pri obravnavi kronične bolečine po tem pristopu se upošteva načelo (»graded exposure« - strah) postopnega obremenjevanja in uvajanja redne telesne dejavnosti, ki krepi zavedanje telesa, zdravljenje primarnega vzroka, razlaga mehanizma: »input«, »output«, »processing«, kaj vse vpliva na centralno živčni sistem. Hkrati pa se poudarja, da delo v skupini prinaša podobne rezultate in je bolj ekonomično.

Ocenjevanje napredka in končna ocena ter evalvacija

Ocena stanja bolečine se opravi med vsako obravnavo, s tem spremljamo morebitno zmanjšanje bolečine in izboljšanje funkcije, hkrati pa prilagajamo obremenitve. Končna ocena stanja (težko govorimo o končnem stanju pri kronični bolečini, bolje bi bilo uporabiti stanje ob zadnji obravnavi/ na dan) je možna le pri dlje časa trajajoči obravnavi, ko pride do živčno-mišične adaptacije in se najde prava mera obremenitve, ki ne poslabšuje stanja (pri osebah, ki imajo tendenco preobremenitve in t.i. »boom-boost efekt«) in je smiselna po redni uvedbi telesne dejavnosti in ostalih ukrepov, saj ima le-ta vpliva na percepcijo bolečine.

Evalvacija in končno poročilo vključujeta začetno in končno stanje z rezultati subjektivnih in objektivnih meritev pacienta. Prav tako lahko vključuje tudi zmogljivost pacienta pri opravljanju dnevnih aktivnosti, ki jih pacient sam opredeli kot pomembne za vsakodnevno funkcioniranje (obuvanje, vstajanje brez opore, seganje po predmetih, zmožnost vstajanje s tal ipd.)

Izzivi in ovire

Izzivov in ovir pri obravnavi odraslih oseb s kronično bolečino je veliko. V nadaljevanju se dotikamo le nekaterih. Velik izziv je na primer ugotoviti primarni vzrok kronične bolečine ali bolečine na splošno, saj je le-ta lahko spregledan in tako ostane neobravnavan. Prav tako je izziv pri obravnavi razlikovati med akutno in kronično bolečino, reakutizacijo kronične bolečine in centralizacijo kronične bolečine. Z dotičnimi novimi usmeritvami s strani ZZS se je pojavilo novo področje dela v ZVC in CKZ ter posledično so se pojavile tudi nove ovire kot so: povečan obseg dela, nove napotitve na podlagi enakih kadrovskih in prostorskih zmogljivostih. Žal predhodno za interdisciplinarni kader v ZVC in CKZ tudi ni bilo izvedenih nobenih posebnih strokovnih izobraževanj za preventivno obravnavo kronične bolečine, kar lahko marsikje predstavlja dodaten izziv in hkrati oviro za delo.

V ZVC Medvode smo tako sami poiskali in začeli uporabljati strokovno literaturo iz področja ter izkoristili predhodno pridobljeno znanje iz ambulantne fizioterapije in ostalih izobraževanj. Letos smo bili privilegirani s strani vodstva in dobili priložnost udeležiti se strokovnega izobraževanja iz IMTA koncepta za obvladovanje kronične bolečine. Tako smo pridobili dodatna in izjemno koristna znanja za delo s tega področja.

Oviro predstavlja lahko vključevanje psihologa v obravnavo kronične bolečine, ker je on praktično obvezen pri kvalitetni celostni obravnavi, vendar je v ZVC in CKZ ta možnost močno okrnjena zaradi kadrovskega primanjkljaja. Za kvalitetno oceno stanja pacienta bi pri obravnavi dotičnih pacientov bi potrebovali tudi preiskovalno/terapevtsko mizo, ki pa je zaenkrat nimamo. Za delo pri pacientih, ki ne zmorejo na tla (delež le-teh pa ni zanemarljiv) je terapevtska miza pravzaprav nuja. Trenutno imamo tudi prostorski problem, ker za naše delo uporabljamo pisarno in predavalnico. Izziv in hkrati oviro

predstavlja tudi delo s starejšo odraslo populacijo ter populacijo s kognitivnim upadom, saj le-ti težko razumejo navodila in pravilno ter korektno izvedbo dogovorjenega.

Namesto zaključka

Obravnava kronične bolečine vključuje celosten pristop in zahteva obsežno strokovno znanje kadra ter zadostne časovne, materialne in prostorske vire. Zaradi ukrepov zmanjševanja stroškov posledic kronične bolečine, zmanjševanja ambulantnih fizioterapevtskih obravnav s strani ZZSZ in novimi usmeritvami iz leta 2025, se paciente po novem preusmerja v preventivne obravnave v ZVC in CKZ, pri čemer pa se zaenkrat še ni povečala kadrovska in prostorska kapaciteta standardnih interdisciplinarnih timov. Prav tako se ni podala vsebinska in strokovna podlaga za intervencije. Ne glede na to smo se nekateri izvajalci v praksi prilagodili vsak po svoje in začeli le-te obravnave izvajati z obstoječimi razpoložljivimi kapacitetami v skladu z internimi dogovori vsak v svoji v ustanovi.

Kronična bolečina ostaja veliko javno zdravstveno breme. Del tega bremena se je še pred zaključkom pilotnega projekta MiskBol, znotraj katerega se je med drugim v šestih pilotnih okoljih pilotiralo intervencije za odrasle osebe s kronično bolečino predčasno preložilo na preventivne obravnave v ZVC in CKZ, vendar brez ustreznih priprav in omogočanja dobrih pogojev za delo. Pri tem se briše še zadnja ločnica med preventivo in kurativo. Izvajalci v praksi močno podpiramo NIJZ, da kot upravljalec programa Skupaj za zdravje v sodelovanju z ZZSZ v bližnji prihodnosti doseže kadrovske širitev, omogoči specifično strokovno usposabljanje kadra iz področja ter implementacijo in vrednotenje intervencij za odrasle osebe s kronično bolečino. Menimo tudi, da je nujna uvedba sistemskega pisanja poročil zaradi lažje sledljivosti obravnav pacienta in njegovega stanja. Takšno delo namreč presega vsebino običajnega individualnega posveta, vendar pa omogoča sistematično presejanje dotičnih pacientov, gradi zaupanje in lažje vključevanje le-teh v ostale morebitne in za njih potrebne delavnice. To vodi sicer v podaljšano intervencijo pacientov in sicer iz individualne v skupinsko obravnavo, a po drugi strani omogoča lažje in predvsem bolj učinkovito doseganje ciljev in vseživljenjsko opolnomočenje pacientov s kronično bolečino.

Kombinacijo skupinskega in individualnega pristopa zagovarja tudi IMTA pristop in ostale raziskave, prav tako uvajanje redne telesne dejavnosti, zavedanje telesa in edukacijo pacienta o njegovem stanju, zastavljanje ciljev ter vse ostale smernice in načela, ki jih uporabljamo v ZVC in CKZ. Strokovnjakom v praksi pa svetujemo, da zmanjšajo morebitno uporabo besede bolečina na najmanjšo možno mero, saj s takšnim pristopom istočasno zmanjšamo vpliv na doživljanje bolečine pri naših pacientih.

Potrebno je tudi podariti da pri pacientih s kronično bolečino težko govorimo o končnem stanju, zato v praksi pacientom puščamo odprta vrata za ponovne obravnave, da ob poslabšanju ali kadar imajo kakršnakoli vprašanja ali dileme vezane na temo telesne dejavnosti, pravilne izvedbe vaje oziroma potrebujejo motivacijo in ponovno edukacijo, lahko pridejo v stik z nami.

Ključne besede: kronična bolečina odraslih, nove usmeritve, potek dela, izzivi in ovire, celosten pristop

Literatura

1. International Association for the Study of Pain, 2021. Definitions of Chronic Pain Syndromes. Dostopno na: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>.
2. Sedlak, S., Simonovič, S., Zaletel, M., Jelenc, M. & Sambt, J. 2026. Ekonomske posledice bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva v Sloveniji v obdobju 2020-2024. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2026/02/Ekonomske-posledice-bolezni-misicno-skeletnega-sistema-in-vezivnega-tkiva-v-Sloveniji-v-obdobju-2020-2024.pdf>.

KJE SE INTEGRIRANA PREVENTIVA ZATAKNE IN PRILOŽNOSTI ZA IZBOLJŠAVE

Tjaša Šarić, mag. zdr. nege.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ambulanta družinske medicine

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: tjasa.saric@zd-mb.si

Uvod

Integrirana preventiva kroničnih nenalezljivih bolezni predstavlja temelj sodobnega primarnega zdravstvenega varstva, saj povezuje zgodnje prepoznavanje ogroženosti, strukturirano obravnavo kroničnih pacientov, podporo spremembam življenjskega sloga ter zmanjševanje zapletov in funkcionalnega upada.

Sistematični pregledi pri diplomirani medicinski sestri/diplomiranemu zdravstveniku (DMS) v ambulanti družinske medicine (ADM) omogočajo strukturirano spremljanje dejavnikov tveganja, medtem ko center za krepitev zdravja (CKZ) obravnavo nadgrajuje s strukturiranimi programi na področju prehrane, telesne dejavnosti in opuščanja kajenja.

Kljub vzpostavljeni organizacijski strukturi se v praksi pojavljajo točke, kjer se učinek preventive zmanjša, kar vodi v nižjo učinkovitost doseganja dolgoročnih zdravstvenih izidov. Namen prispevka je opredeliti ključne dejavnike, ki omejujejo učinkovitost integrirane preventive kroničnih bolezni v praksi ter predstaviti izvedljive priložnosti za izboljšave na ravni ambulate družinske medicine.

Izhodišče prispevka je, da kakovost preventive ni odvisna zgolj od števila izvedenih meritev ali napotitev, temveč predvsem od doseganja merljivih sprememb pri obravnavani osebi in dejanskega zmanjšanja njegove ogroženosti.

Izzivi in rešitve

Najpogostejša ovira pri izvajanju integrirane preventive je upad motivacije po začetnem svetovanju. Kronične bolezni pogosto potekajo brez takojšnjih simptomov, zato pacient težje vzdržuje dolgoročne spremembe življenjskega sloga. Priporočljiva je vpeljava kratkoročnih, dosegljivih ciljev ter redno spremljanje v krajših časovnih intervalih (npr. 4–6 tednov), pri čemer ima DMS v ambulanti družinske medicine (ADM) ključno vlogo pri zagotavljanju kontinuitete obravnave.

Pomemben izziv je razkorak med razumevanjem priporočil in njihovo praktično izvedbo. Pacienti pogosto nimajo zadostnih znanj za načrtovanje prehrane, branja deklaracij ali vključevanje telesne dejavnosti v vsakdanje življenje. V tem kontekstu ima CKZ pomembno vlogo s strukturiranimi delavnicami in praktično podporo, pri čemer mora biti napotitev ciljno usmerjena ciljno opredeljena (npr. hujšanje, opuščanje kajenja, ...) ter vključena v načrt nadaljnjega spremljanja pacienta v ADM.

Dodatno omejitev predstavlja nizka zdravstvena pismenost, zlasti razumevanje tveganja v odsotnosti simptomov. Učinkoviti pristopi vključujejo jasno in ponovljivo razlago tveganja, uporabo vizualnih pripomočkov, preverjanje razumevanja ter kratkih pisnih navodil po obravnavi.

Izziv predstavlja tudi preobremenjenost z informacijami in priporočili, zlasti pri polimorbidnih pacientih. Priporočilo je določiti jasne prioritete: v dogovorjenem obdobju se opredeli en ključni cilj z največjim vplivom na zdravstvene izide, ostali cilji pa se uvajajo postopno.

Učinkovitost integrirane preventive zmanjšuje tudi neodzivnost pacientov (izostanki, odlašanje kontrol, izpad iz obravnave), pogosto prav pri posameznikih z najvišjim tveganjem. Smiselna je uvedba sistematičnih pristopov aktivnega vabljenja in spremljanja, usmerjeni predvsem v visoko ogrožene paciente.

Poseben izziv predstavlja sodelovanje pri zdravljenju z zdravili. Pacienti včasih ne jemljejo predpisanih zdravil redno, pri čemer o tem pogosto ne poročajo zaradi strahu ali občutka krivde; na sodelovanje dodatno vplivajo napačne informacije o zdravilih ter polifarmacija pri starejših. Ključna je rutinska, neobsojajoča obravnava tega vprašanja ter jasna komunikacija koristi in tveganj.

Pomembna priložnost za izboljšanje je tudi krepitev kontinuitete med ADM in CKZ z uvedbo sistematizirane povratne informacije, vključene v informacijski sistem. Ob napotitvi pacienta namreč pogosto ni standardiziranega obveščanja o udeležbi, napredku in zaključku programov, kar zmanjšuje usklajenost obravnave. Predlagamo uvedbo minimalnega nabora povratnih informacij (udeležba, status, doseženi cilji, priporočila), ki omogoča učinkovitejše načrtovanje in ciljno spremljanje pacienta v ADM.

Zaključek

Integrirana preventiva kroničnih bolezni ima velik potencial, vendar je njena učinkovitost odvisna od kontinuiranega vodenja pacienta v ambulantni družinske medicine, krepitev zdravstvene pismenosti, obvladovanja neodzivnosti, zmanjševanja preobremenjenosti s priporočili, podpore sodelovanju pri zdravljenju ter vzpostavitve učinkovite povratne zanke med CKZ in ambulantno. Tak pristop omogoča merljive koristi in večjo dodano vrednost preventive za pacienta.

Ključne besede: integrirana preventiva, kronične bolezni, ambulantna družinske medicine, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, center za krepitev zdravja, zdravstvena pismenost

OD ŠTEVILKE DO RAZUMEVANJA – KAKO KOMUNIKACIJA V AMBULANTI SPREMINJA IZVIDE IN POTEKE ZDRAVLJENJA

Tina Pahole, Tamara Marguč Veternik

Zdravstveni dom Slovenske Konjice

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: tina.tamse@gmail.com

Obvladovanje bioloških dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih bolezni predstavlja eno ključnih prioritet sodobnega zdravstva. Kljub dostopnosti zdravstvenih storitev v ambulantni praksi še vedno opažava, da so dejavniki, kot so povišan LDL holesterol, arterijska hipertenzija in motnje v presnovi glukoze, pogosto slabo nadzorovani – predvsem zaradi nizke prepoznavne tveganja in nezadostne adherentnosti pacientov k zdravljenju.

Prispevek izhaja iz konkretnih izkušenj dela v ambulante družinske medicine kot diplomirani medicinski sestra (DMS) s specialnimi znanji, kjer se vsakodnevno srečujeva s pacienti, ki bolezni ne občutijo, zato tudi ne prepoznajo potrebe po spremembi. Ključni izziv ni zgolj medicinska obravnava, temveč preoblikovanje razumevanja pacienta – od pasivnega prejemnika informacij do aktivnega soustvarjalca lastnega zdravja.

V prispevku predstavlja inovativen pristop komunikacije, ki temelji na poenostavitvi strokovnih vsebin v vsakodnevno razumljiv jezik. Uporabi primerov iz realnega življenja in aktivnem vključevanju pacienta skozi usmerjen razgovor, kjer prepoznamo njegove navade, motivacijo in ovire. Poseben poudarek je na izboljšanju adherentnosti pri zdravljenju hiperholesterolemije s statini, kjer se v praksi kaže, da pacienti terapijo pogosto opuščajo zaradi nerazumevanja pomena dolgoročnega jemanja. Z uporabo prilagojenih razlag, vizualizacij in konkretnih primerjav dosegamo boljše razumevanje in posledično večjo sprejetost terapije.

V ambulante družinske medicine (ADM), bi se morali posluževati kratkih ciljno usmerjenih pogovorov, ki v nekaj minutah vplivajo na pacientove vsakodnevne odločitve (prehrana, gibanje, jemanje terapije). Poudarek na individualiziranem pristopu, kjer informacije prilagodimo pacientovemu nivoju zdravstvene pismenosti. Pomembni faktor pa je zagotovo krepitev odnosa in zaupanja, kot ključni dejavnik za dolgoročne spremembe vedenja. Rezultati iz prakse kažejo, da takšen pristop izboljša razumevanje bolezni, poveča motivacijo za spremembe življenjskega sloga, pomembno vpliva na boljše zdravstvene izide. Ključno sporočilo prispevka je, da učinkovito obvladovanje bioloških dejavnikov tveganja ne temelji zgolj na meritvah in predpisovanju terapije, temveč predvsem na kakovostni komunikaciji, zaupanju in aktivnem vključevanju pacienta. Ambulanta družinske medicine tako postaja prostor največje priložnosti za preprečevanje kroničnih bolezni – še preden se te razvijejo.

Primer dobre prakse: V ambulanti se pogosto srečujeva s pacienti s povišanim LDL holesterolom, ki zaradi odsotnosti simptomov ne prepoznajo pomena zdravljenja. S pomočjo preproste razlage (npr. primerjava holesterola z nalaganjem oblog v ceveh) in kratkega usmerjenega pogovora doseževa, da pacient razume tveganje. Ob tem skupaj določimo majhen, dosegljiv cilj (npr. redno jemanje terapije ali sprememba enega prehranskega vzorca). Tak pristop bistveno poveča sprejetost terapije in

pripravljenost za sodelovanje. Praksa kaže, da največji premik ne nastane ob postavitvi diagnoze, temveč v trenutku, ko pacient razume in sprejme svojo vlogo v procesu zdravljenja.

Na podlagi izkušenj sva pri delu ugotovili, da bi bilo potrebno sistematično vključiti kratke ciljno usmerjene pogovore v rutinsko delo diplomiranih medicinskih sester, vsekakor je treba dati tudi poudarek po dodatnem izobraževanju zdravstvenih delavcev na področju komunikacije in motivacijskih pristopov, razvoj enostavnih vizualnih in pacientu prijaznih gradiv, poudarek na individualiziranem pristopu glede na zdravstveno pismenost, krepitev vloge medicinske sestre kot ključnega povezovalnega člena v preventivi.

Prispevek ponuja prenosljive in takoj uporabne rešitve, ki jih je mogoče enostavno vključiti v delo diplomiranih medicinskih sester in preventivnih programov ter s tem izboljšati učinkovitost obravnave na ravni posameznika in populacije. Največja sprememba v zdravju se ne zgodi z receptom – zgodi se v trenutku, ko pacient razume, zakaj. Zavedati se moramo, da ne zdravimo števil, ampak zdravimo prihodnost.

Ključne besede: *biološki dejavniki tveganja, primer dobre prakse, diplomirana medicinska sestra, adherenca, preventiva*

SKUPAJ DO NAČRTA ZA ZDRAVJE: OBLIKOVANJE OSEBNEGA NAČRTA OBRAVNAVE V PREVENTIVI

Simona Repar Bornšek

Zdravstveni dom Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: simona.repar-bornsek@nijz.si

Uvod

V ambulantah družinske medicine med preventivnim pregledom ugotavljamo številne odklone od priporočenih/zaželenih stanj za preprečevanje nastanka kroničnih nenalezljivih bolezni. Uvrščamo jih med tvegana vedenja in ogroženosti za določene kronične bolezni. Po pregledu pri diplomirani medicinski sestri/diplomiranemu zdravstveniku (v nadaljevanju DMS) oseba običajno prejme številna navodila za ukrepanje, med katerimi so kratka svetovanja, dietna in razna druga priporočila in navodila ter informacije oziroma napotitev na svetovanja in delavnice v CKZ/ZVC. Ob fokusiranju na odklone in v želji po izboljšanju rezultatov meritev zdravstveni delavci velikokrat prezremo pacientovo perspektivo in tako razočarano ugotavljamo nizko motivacijo za spremembe in slabe izide intervencij. Z uporabo osebnega načrta obravnave se približamo pacientovim potrebam, njegovemu vrednotenju pomena rezultatov in pripravljenosti za spremembo.

Osebni načrt obravnave

Opustitev tveganih vedenj in izbira bolj zdravih življenjskih navad ni zgolj stvar racionalne presoje posameznika, ki bi mu ta sprememba koristila. Večinoma vsi vemo, katere razvade nam škodijo in katere dejavnosti in izbire varujejo in krepijo zdravje. Pa vseeno kadimo, se neprimerno prehranjujemo, se ne gibamo, itd... Za spremembo moramo biti pripravljeni, sposobni in motivirani. To pa mnogokrat ne sovпада, saj tudi zdravje ni vedno na seznamu naših najpomembnejših vrednot. Zato moramo pri posamezniku s tveganim vedenjem in ogroženostjo za kronične nenalezljive bolezni prepoznati, kdaj in v kolikšni meri je sposoben narediti korake v smeri izboljšanja svojega zdravja in kdo ter na kakšen način mu lahko pri tem pomaga. Pri tem nam je lahko v pomoč načrt, pri katerem se oseba sama odloči, kaj, kdaj in kako bo spreminjala svoje navade. Osebni načrt obravnave je v prvi vrsti zapisan namen osebe same, glede na njene prioritete in zmožnosti, pri čemer je DMS nekakšen svetilnik, kamor se lahko obrne, če naleti na ovire. Načrt vsebuje cilje, konkretne naloge in časovnico za njihovo doseganje, vključuje pa tudi vire pomoči, ki so posamezniku pri tem potrebni. To so lahko zdravstveni delavci v timu ambulate družinske medicine in zdravstvenovzgojnem centru, pa tudi družina in druge pomembne osebe. Z osebnim načrtom obravnave se želimo približati transdisciplinarnemu pristopu, kjer so pacient in družina aktivni partnerji pri izbiri preventivnih strategij, in vplivajo tako na odločitve kot način nudenja pomoči. Rezultat je celostna obravnava, s poudarkom na kvaliteti življenja in ohranjanju funkcionalnosti in ne zgolj preverjanju merljivih ciljev.

Povzetek

Osebni načrt obravnave je priložnost za izboljšanje rezultatov intervencij pri posameznikih s tveganimi vedenji in ogroženostjo za KNB v ADM s ciljem povečanja posameznikove odgovornosti in motivacije za tiste spremembe v življenjskem slogu, ki so za zanj pomembne, jih želi in zmore udejanjiti, na način, ki si ga izbere sam v sodelovanju z ožjo podporno skupino (družina, osebe zaupanja).

JASNO KOT BELI DAN – POMEN METAFOR PRI RAZLAGI PSIHOEDUKATIVNIH VSEBIN

Niki Jakol, univ. dipl. psih., Sara Brglez, mag. psih.,

Zdravstveni dom Velenje, Center za krepitev zdravja

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: niki.jakol@zd-velenje.si

Psihoedukacija je pomemben del obravnav na področju krepitev duševnega zdravja, saj prispeva k zdravstveni pismenosti, boljšemu razumevanju lastnega psihičnega stanja in razvoju veščin spoprijemanja (Walsh, 2013).

Psihoedukativne vsebine pogosto vključujejo abstraktne koncepte, kot so stres, čustvena regulacija, miselni vzorci ali osebne meje, ki jih udeleženci težje razumejo in prenesejo v vsakdanje življenje. Strokovni jezik lahko pri tem dodatno poveča razdaljo med izvajalcem in udeleženci. Metafore predstavljajo učinkovit most med strokovnim znanjem in vsakdanjo izkušnjo, saj omogočajo, da kompleksne psihološke vsebine približamo na razumljiv in konkreten način ter tako podpirajo njihovo pomnjenje in uporabo v praksi.

Namen prispevka je predstaviti uporabo metafor kot praktičnega orodja v psihoedukativnih delavnicah ter ponuditi nabor konkretnih primerov, ki jih lahko strokovnjaki neposredno uporabijo pri svojem delu. Metafore imajo namreč pomembno vlogo pri krepitev psihološke prožnosti ter zmanjšanju anksioznosti in depresivnosti (Hayes idr., 2011).

V osrednjem delu delavnice bodo slušatelji v manjših skupinah oblikovali primere metafor za izbrane vsebinske sklope psihoedukativnih delavnic. Sledila bo predstavitev izbranih metafor za razlago ključnih vsebin, ki jih izvajalci psihoedukativnih delavnic že uporabljamo v praksi. Na primer, zavedanje simptomov stresa lahko ponazorimo s puščanjem strehe – manjše kot so luknje, lažje jih pravočasno popravimo, medtem ko ignoriranje vodi v večjo škodo. Čustva lahko opišemo kot valove, ki prihajajo in odhajajo, ne glede na to, ali se jim upiramo ali ne. Misli lahko primerjamo z avtomobili na cesti, ki jih lahko opazujemo, ne da bi morali vsaki slediti. Postavljanje osebnih meja pa lahko ponazorimo z ograjo okoli hiše, ki ne služi izključevanju drugih, temveč zaščiti lastnega prostora.

Prispevek poudarja, da metafore ne prispevajo le k boljšemu kognitivnemu razumevanju, temveč tudi k večji izkustveni in čustveni vključenosti udeležencev, kar povečuje verjetnost, da bodo naučene vsebine prenesli v prakso. Raziskave na področju psihoterapije npr. kažejo, da razvijanje in uporaba pacientovih lastnih metafor pomembno pripomoreta k izboljšanju delovnega odnosa s terapevtom (Tay, 2013). Metafore hkrati omogočajo prilagajanje različnim starostnim skupinam in kontekstom, saj jih lahko oblikujemo glede na izkušnje in jezik udeležencev.

V zaključku izpostavljamo, da uporaba metafor zahteva premišljeno izbiro in občutljivost za posameznika ali skupino. Vedno je potrebno tudi preveriti, kako so udeleženci metaforo razumeli, saj

nekatero metafore niso univerzalno razumljive ali lahko vodijo v napačne interpretacije. Kljub temu predstavljajo dostopno in učinkovito orodje, ki lahko pomembno prispeva k večji jasnosti in učinkovitosti preventivnih programov.

Ključne besede: psihoedukacija, metafore, duševno zdravje, spoprijemanje, prenos v prakso

Literatura

1. Hayes, S. C., Strosahl, K. D. in Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2. izdaja). Guilford Press.
2. Tay, D. (2013). *Metaphor in Psychotherapy: A descriptive and prescriptive analysis*. John Benjamins Publishing.
3. Walsh, J. (2013). Psychoeducation. V V. L. Vandiver (ur.), *Best practices in community mental health: A pocket guide* (str. 255–266). Lyceum Books.

POMEN ČUJEČEGA ZAVEDANJA IN SAMOREGULACIJE PRI PREVENTIVI EMPATIČNEGA DISTRESA PSIHOLOGOV V CKZ

Eva Benda, mag. psih.

Center za krepitev zdravja, Zdravstveni dom Domžale

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: eva.benda@zd-domzale.si

Uvod

V Centru za krepitev zdravja (CKZ) delujemo psihologi, ki se pri svojem delu poleg uspešnih zgodb srečujemo tudi z zahtevnimi in čustveno obremenjujočimi življenjskimi izkušnjami pacientov. Čeprav gre v CKZ za preventivno delo, lahko dolgotrajna izpostavljenost težkim vsebinam ob pomanjkljivi skrbi zase prav tako vodi v empatični stres (ED), ki se kaže kot čustvena in telesna preobremenjenost. Skupaj z doc. dr. Mašo Žvelc, univ. dipl. psih., sva v znanstvenem članku raziskovali pomen čuječega zavedanja in samoregulacije pri preprečevanju ED pri psihoterapevtih. V tem prispevku zato ključne ugotovitve raziskave prepletam z lastnimi izkušnjami iz prakse, predvsem z vidika, kako lahko to znanje uporabimo pri vsakodnevnem delu psihologov v CKZ. Vabljeni, da si o temi preberete več v članku, ki je naveden na koncu prispevka.

Prepoznavanje empatičnega distresa v praksi

Kvalitativna raziskava med osmimi slovenskimi integrativnimi psihoterapevtkami je pokazala, da se empatični stres kaže kot kombinacija čustvenih, telesnih in vedenjskih sprememb (Benda in Žvelc, 2025). Psihoterapevtke so poročale o povečani razdražljivosti, tesnobi, utrujenosti, izgubi motivacije za delo ter potrebo po zmanjšanju števila klientov ali socialnih stikov. Prav tako so med seanso pogosto izgubile stik s sabo in postale preveč usmerjene zgolj na klienta. Pogosto so se pojavili tudi telesni simptomi, kot so različne telesne napetosti, bolezn, bolečine ali izčrpanost. Pomembna ugotovitev raziskave je bila, da psihoterapevtke teh znakov niso prepoznale takoj ali pa jim dlje časa niso pripisale prevelikega pomena in jih niso povezovale s svojim delom. Zato so dlje časa vztrajale v stanju preobremenjenosti, ne da bi se zavedale, kaj se z njimi dogaja.

Vloga čuječega zavedanja in samoregulacije

Kot psihologi smo pogosto izrazito usmerjeni na pacienta, pri tem pa lahko spregledamo lastno doživljanje in ostajamo s pacientovimi nereguliranimi čustvenimi in fiziološkimi stanji (Benda in Žvelc, 2025). V praksi je pomembno, da si dovolimo že med obravnavo poskrbeti tudi zase, kar ne pomeni zmanjšane pozornosti do pacienta, temveč vzpostavljanje t. i. dvojnega zavedanja – hkratnega spremljanja pacientovega pripovedovanja in lastnih notranjih odzivov. To vključuje zaznavanje telesnih občutkov, čustev in misli ter omogoča pravočasno samoregulacijo že med samim pogovorom.

Čuječe zavedanje torej pomeni, da te procese sprejemajoče opazimo, samoregulacija pa, da na zaznane signale tudi ustrezno reagiramo (Benda in Žvelc, 2025). V praksi pogosto zavestno usmerjam pozornost na svoje telo; npr. kadar zaznam napetost, po potrebi poglobim dihanje, prilagodim telesno držo ali se prizemljim s stikom stopal na tla. Na ta način prekinjam nefunkcionalno sinhronijo s pacientovim vznemirjenim avtonomnim živčnim sistemom. Pomemben vidik je tudi ko-regulacija, kjer z umirjenim načinom komunikacije in lastno regulacijo posredno pomagam pacientu pri regulaciji, hkrati pa reguliram tudi sebe.

Skrb zase izven obravnave

Čeprav smo med individualno obravnavo pozorni na svoje notranje doživljanje, se lahko zgodi, da po srečanju vseeno ostane občutek čustvene teže ali obremenjenosti. Zato je pomembno, da za lastno dobrobit zavestno poskrbimo tudi pred in po izvedeni obravnavi (Benda in Žvelc, 2025). To lahko vključuje kratko pripravo pred srečanjem (dihalna vaja, pregled zapiskov, skrb za osnovne fiziološke potrebe) ter razbremenitev po njem, na primer z zapisovanjem refleksij in usmeritev za nadaljnja srečanja. Pomembno podporo predstavlja tudi timsko delo v CKZ, kjer lahko med seboj delimo izkušnje, ter vključevanje v supervizijo ali intervizijo, kar prispeva k učinkovitejšemu soočanju z obremenitvami in dolgoročni ohranitvi strokovne dobrobiti.

Zaključek

Empatični distress je lahko neopažen spremljevalec dela psihologov, tudi v preventivnih okoljih, kot je CKZ. Moje izkušnje, podprte z ugotovitvami raziskave, kažejo, da sta čuječe zavedanje in samoregulacija ključna že med samim pogovorom s pacientom. Ko temu dodamo še zavestno skrb zase izven obravnave, lahko pomembno prispevamo k ohranjanju lastnega ravnovesja in kakovosti dela.

Ključne besede: *empatični distress, čuječe zavedanje, samoregulacija, skrb zase*

Literatura

1. Benda, E. in Žvelc, M. (2025). *Psychotherapists' Mindful Awareness and Self-Regulation in the Prevention of Empathic Distress*. *Mindfulness* 16, 3581–3597. <https://doi.org/10.1007/s12671-025-02703-8>

OKROGLA MIZA OB SVETOVNEM DNEVU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V LOKALNI SKUPNOSTI: PRIMER DOBRE PRAKSE IZ CKZ LAŠKO

Anaja Videc, mag. psih.,

Center za krepitev zdravja Laško

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: anaja.videc@zd-lasko.si

Izhodišča

Duševno zdravje predstavlja enega ključnih javnozdravstvenih izzivov sodobne družbe, pri čemer ima lokalna skupnost pomembno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju stisk, destigmatizaciji in zagotavljanju dostopnih oblik podpore. Svetovni dan duševnega zdravja je priložnost za krepitev ozaveščenosti in povezovanje različnih deležnikov, ki se pri svojem delu srečujejo z ljudmi v stiski.

Namen

Namen prispevka je predstaviti okroglo mizo, organizirano v okviru Centra za krepitev zdravja Laško ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja, kot primer dobre prakse skupnostno usmerjene preventive. Dogodek je bil zasnovan z namenom povečanja prepoznavnosti duševnega zdravja kot skupne odgovornosti, spodbujanja odprtega dialoga ter krepitev zavedanja o pomenu skrbi za lastno duševno zdravje.

Opis izvedbe

Okrogla miza je potekala v lokalnem okolju in je povezala ključne predstavnike institucij, ki se v praksi pogosto srečujejo z duševnimi stiskami prebivalcev: župana, zdravnico, strokovno delavko centra za socialno delo, svetovalno delavko iz osnovne šole, policista in gasilca. Takšna sestava je omogočila celosten pogled na duševno zdravje z vidika zdravstva, vzgoje in izobraževanja, socialnega varstva, lokalne skupnosti ter služb zaščite in reševanja. Dogodka se je udeležilo približno 40 odraslih udeležencev različnih starostnih skupin, od mlajših do starejših odraslih.

Vsebinski poudarki

Razprava je bila osredotočena na tri ključne teme: (1) osamljenost kot vse pogostejši dejavnik tveganja za duševne stiske v vseh življenjskih obdobjih, (2) krizne intervencije in pomen pravočasnega odziva ter sodelovanja različnih služb in (3) skrb za lastno duševno zdravje pri posameznikih in strokovnih delavcih, ki se pri svojem delu soočajo z obremenjujočimi situacijami. Poseben poudarek je bil namenjen normalizaciji pogovora o stiskah ter ozaveščanju o tem, kdaj in kje poiskati pomoč.

Ključni elementi dobre prakse

Dogodek je temeljil na nizkopražnem, odprtem formatu, dostopnem širši javnosti, ter na medsektorskem sodelovanju, ki krepi zaupanje prebivalcev v podporne sisteme. Pomemben vidik dobre prakse je bila tudi vloga CKZ kot povezovalca in vstopne točke za preventivne aktivnosti na področju duševnega zdravja. Format okrogle mize se je izkazal kot primeren za prvo tovrstno aktivnost v lokalnem okolju in kot model, ki je prenosljiv tudi v druge skupnosti.

Zaključki

Najbolj oprijemljivi učinki dogodka so se pokazali v večji prepoznavnosti CKZ v lokalnem okolju, velikem zanimanju javnosti glede na to, da je šlo za prvi tovrstni dogodek, ter v pozitivnih povratnih informacijah udeležencev, ki so se širile predvsem po neformalnih poteh. Prispevek potrjuje, da lahko dobro zasnovane skupnostne aktivnosti pomembno prispevajo h krepitvi preventive na področju duševnega zdravja in predstavljajo učinkovito izhodišče za nadaljnje podobne pobude.

Ključne besede: duševno zdravje, lokalna skupnost, medsektorsko sodelovanje

OD PROBLEMA DO REŠITVE: EDUKACIJA OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 2 IN PRVE IZKUŠNJE Z NOVIMI PRISTOPI TER DIDAKTIČNIMI PRIPOMOČKI V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE, PROJEKT JACARDI

Matic Mihevc¹, Marija Petek Šter¹, Jana Klavs², Tanja Kamin³, Sara Atanasova³, Marjan Cugmas³, Irena Bolko³ in Nina Perger³

¹ Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; ² Oddelek za ambulantno diabetološko dejavnost, Univerzitetni klinični center Ljubljana; ³ Katedra za tržno komuniciranje in odnose z javnostmi, Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani

E-poštni naslov korespondenčnega avtorja: matic.mihevc@mf.uni-lj.si

Uvod

Sladkorna bolezen tipa 2 (SB2) predstavlja eno najpogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni, pri kateri ima aktivno samoobvladovanje bolezni pomembno vlogo pri doseganju boljših zdravstvenih izidov. Strukturirana edukacija je pomemben del sodobne obravnave, saj prispeva k večji zdravstveni pismenosti, podpori pri spremembah življenjskega sloga in učinkovitejšemu obvladovanju bolezni. V Sloveniji je osebam z na novo diagnosticirano SB2 na primarni ravni omogočena vključitev v edukacijske programe centrov za krepitev zdravja (CKZ), vendar se teh programov udeleži manj oseb, kot jih je na novo diagnosticiranih.

Eden od dejavnikov, ki vpliva na vključevanje pacientov v edukacijske programe, je dostopnost kakovostnih, razumljivih in uporabnikom prilagojenih informacij, ki jih prejmejo ob diagnozi. Osebe s SB2 po postavitvi diagnoze pogosto potrebujejo jasne usmeritve glede nadaljnjih korakov obravnave, zdravstveni delavci pa podporna gradiva za učinkovitejši proces posredovanja informacij in motiviranja oseb za vključitev v edukacijske programe. Namen pilotnega projekta edukacije v sklopu skupnega ukrepanja evropske unije JACARDI je razviti standardizirana edukacijska gradiva za osebe s SB2 in zdravstvene delavce v ambulantah družinske medicine, ki bodo temeljila na potrebah uporabnikov (pacientov in zdravstvenih delavcev) in načelih zdravstvene pismenosti.

Metode

Razvoj gradiv je potekal v večfaznem procesu, ki je vključeval raziskovanje potreb, pripravo vsebin, sooblikovanje in pilotno preverjanje uporabnosti.

V prvi fazi smo izvedli kvalitativno analizo poti osebe po postavitvi diagnoze SB2 v pilotnih okoljih Zdravstvenega doma Celje in Zdravstvenega doma Trebnje. S polstrukturiranimi intervjuji smo pridobili izkušnje in poglede zdravnikov specialistov družinske medicine, diplomiranih medicinskih sester, edukatorjev v CKZ ter oseb z novo diagnosticirano SB2.

V drugi fazi smo izvedli nacionalno kvantitativno raziskavo med timi družinske medicine.

S strukturiranim vprašalnikom smo zbrali podatke o organizaciji napotovanja, poznavanju edukacijskih programov, zaznanih ovirah in potrebah pri vključevanju oseb v edukacijske programe. Sodelovalo je 224 zdravnikov specialistov družinske medicine in 197 diplomiranih medicinskih sester oziroma zdravstvenikov.

Na podlagi ugotovitev obeh raziskovalnih faz, je strokovna skupina izvedla več delovnih srečanj, pripravila prvi osnutek gradiv, ki smo ga nadgradili na delavnici sooblikovanja s ključnimi deležniki (pacienti, raziskovalci, zdravstvenimi komunikatorji, zdravstvenimi delavci, edukatorji). Na podlagi predlogov razvoja gradiv zbranih na delavnici sooblikovanja, smo nadgradili vsebine, prilagodili jezik in izbrali oblikovne zasnove novega gradiva. Po zaključeni vsebinski nadgradnji je predvideno pilotno testiranje gradiv v izbranih okoljih ter končna prilagoditev gradiv glede na rezultate testiranja.

Rezultati

Analiza intervjujev je pokazala, da med zdravstvenimi delavci ni enotnega pristopa k informiranju in napotovanju oseb z novo diagnosticirano SB2 v edukacijske programe. Sogovorniki so izpostavili potrebo po standardiziranih gradivih, ki bi osebam pomagala razumeti bolezen, nadaljnjo pot obravnave in pomen vključitve v edukacijo. Kot pomembne potrebe so bile prepoznane predvsem razumljivost vsebin, prilagojenost različnim ravnam zdravstvene pismenosti, možnost uporabe gradiv doma ter dostop do enotnega strokovno preverjenega vira informacij.

Rezultati kvantitativne raziskave so pokazali, da zdravstveni delavci edukacijske programe ocenjujejo kot pomemben del obravnave SB2, vendar vključevanje oseb ni sistematično. Večina sodelujočih je v letu 2025 v edukacijske programe napotila le posamezne osebe s SB2. Diplomirane medicinske sestre oziroma zdravstveniki imajo pri tem pomembno vlogo, saj so bili najpogosteje navedeni kot izvajalci napotitev. Med pomembnejšimi ovirami napotovanja so bili izpostavljeni nepripravljenost oseb s SB2 za udeležbo na delavnicah, pomanjkanje povratnih informacij o vključevanju oseb ter prevladujoča uporaba papirnih napotitev, kar kaže na potrebo po bolj povezani in digitalno podprti poti oseb s SB2.

Na delavnici sooblikovanja so udeleženci poudarili, da morajo biti gradiva kratka, jasna, vizualno pregledna in zasnovana tako, da osebo vodijo skozi ključne korake po postavitvi diagnoze, da pacienti razumejo, kaj jih čaka. Pri gradivih za zdravstvene delavce so izpostavili potrebo po jasnem prikazu koristi programov, vsebine edukacijskega programa ter postopkov vključevanja vanj.

Diskusija in zaključek

Razvoj standardiziranih edukacijskih gradiv predstavlja pomemben ukrep za izboljšanje poti osebe s SB2, saj naslavlja informacijske vrzeli, ki nastajajo po postavitvi diagnoze, ter podpira zdravstvene delavce pri informiranju pacientov in njihovem motiviranju za vključevanje v edukacijske programe. Proces razvoja, ki vključuje raziskavo potreb, sodelovanje uporabnikov in pilotno preverjanje, omogoča pripravo gradiv, ki so vsebinsko ustrezna in prilagojena dejanski klinični praksi. Razvoj sledi strategiji in vizualni podobi Državnega programa za obvladovanje sladkorne bolezni ter predstavlja pomemben korak k bolj usklajeni, razumljivi in osebi prijazni obravnavi pacientov s SB2.

Ključne besede: *sladkorna bolezen tipa 2, klinična pot, edukacija, sooblikovanje, primarna raven*

POVEZOVANJE DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE IN DIETETIKA PRI OSKRBI OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA (CKZ)

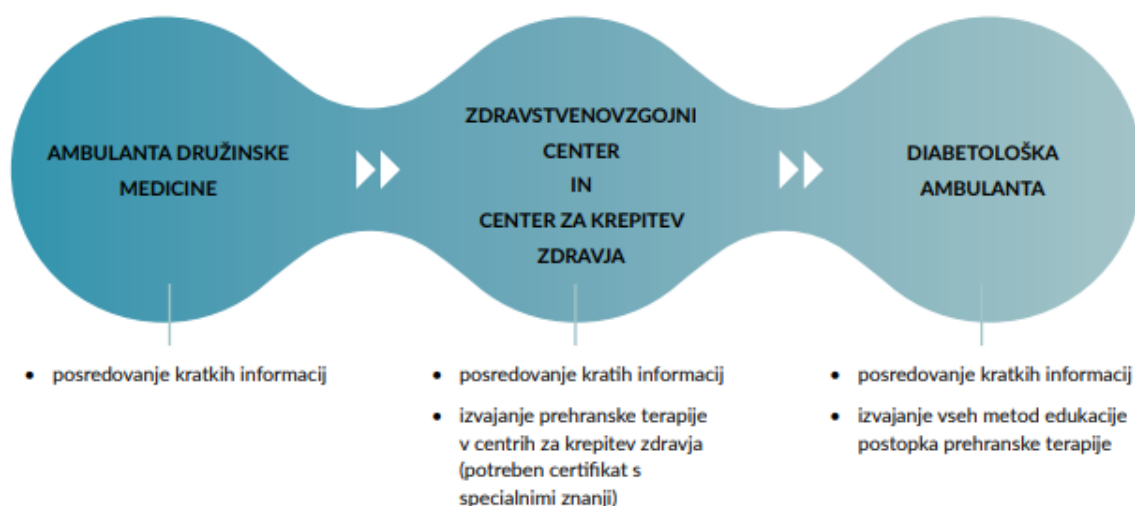
Andreja Semolič Valič

Zdravstveni dom Ljubljana

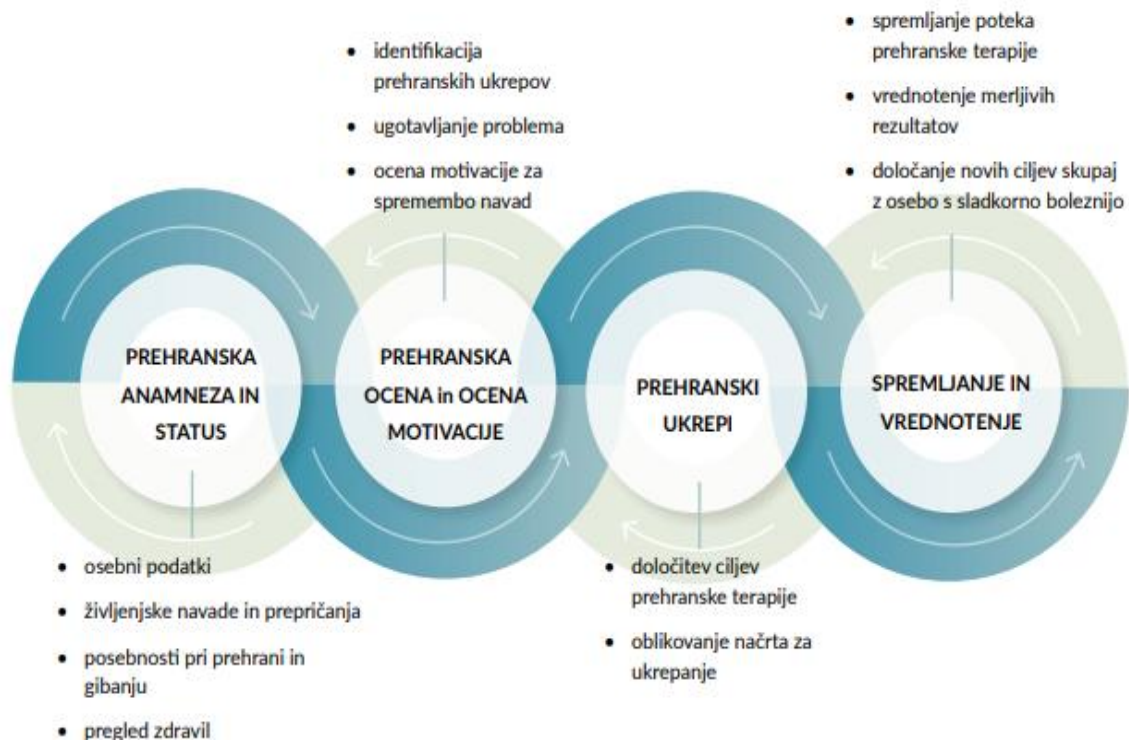
E-poštni naslov korespondenčne avtorice: andreja.valic@zd-lj.si

V letu 2018 so se v okviru novonastalih CKZ oblikovali trije strukturirani programi edukacije za potrebe oskrbe oseb s sladkorno boleznijo. Programe izvajajo posebej za to področje usposobljene diplomirane medicinske sestre (DMS – N1). Dodatna znanja o prehrani in prehranski terapiji, ki so nujna pri izvajanju programov edukacije oseb s sladkorno boleznijo, lahko DMS - N1 pridobijo na vsakoletnih izobraževanjih o prehrani Zofi & Florijan in Sladki februar, ki sta organizirani s strani Endokrinološke sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Prehranska obravnava oseb s sladkorno boleznijo tipa 2 se je v letu 2020 z izdajo nacionalnih priporočil Priporočila o prehrani in telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni tipa 2 (Priporočila), preoblikovala v strukturiran klinični prehranski proces imenovan Prehranska terapija pri osebah s sladkorno boleznijo. Slednja se izvaja v kliničnih okoljih sekundarne in terciarne ravni zdravstvenega varstva, s strani diplomiranih medicinskih sester s specialnimi znanji - edukatoric, kliničnih dietetikov z znanji prehranske oskrbe oseb s sladkorno boleznijo in tudi DMS – N1 ob individualnih posvetih po izvedeni delavnici S sladkorno boleznijo skozi življenje.



Slika 1 Slika 1: Ravni posredovanja informacij o prehrani in gibanju v Sloveniji (Priporočila o telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni tipa 2, 2020)



Slika 2: Proces prehranske terapije (Priporočila o telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni tipa 2, 2020)

V CKZ se poleg programov za osebe s sladkorno boleznijo izvajajo tudi drugi programi, ki s strukturo in vsebino spodbujajo zdrave spremembe v življenjskem slogu in so zato dobrodošli tudi osebam s sladkorno boleznijo po že končanem programu S sladkorno boleznijo skozi življenje. Predvsem sta tukaj mišljeni obravnavi Zdravo jem in Zdrava mera. V obeh obravnavah gre za poglobljeno nadaljevanje spreminjanja prehranskih navad kot tudi za spodbudo in motivacijo za znižanje telesne mase. V omenjenih delavnicah DMS – N1 in dietetik sodelujeta že pri oblikovanju skupin (predaja pomembnih informacij glede prehranske anamneze osebe s sladkorno boleznijo, ki je morda že obiskovala Programe za obvladovanje sladkorne bolezni), kot tudi v nadaljevanju glede terapije oziroma ostalih posebnosti, ki se tičejo patofiziologije sladkorne bolezni. Koristno je če tako dietetik kot tudi DMS – N1 dobro sodelujeta z edukatorjem iz specialistične ambulante za sladkorno bolezen.

1. Vključevanje oseb s sladkorno boleznijo v obravnavo Zdravo jem

Na delavnici Sladkorna bolezen tipa 2 in S sladkorno skozi življenje posameznik dobi ključne informacije o sladkorni bolezni in ključne veščine za oblikovanje uravnoveženega krožnika, priprave obrokov in izbire ustrežnejših živil na tržišču. Vendar pa je zaradi obilice ostalih informacij, ki so potrebne za življenje s sladkorno boleznijo, informacijam o prehrani in kar je še pomembnejše, veščinam s področja prehrane, namenjeno premalo časa.

Obravnava Zdravo jem lahko predstavlja nadgradnjo za še bolj poglobljeno znanje o različnih vplivih hranil in sestave živil. Pomembna razlika in doprinos je v individualni obravnavi, ki vključuje Prehransko terapijo na vseh štirih področjih vključno z izdelavo individualnega prehranskega načrta. Zaradi osnovne strukture obravnave Zdravo jem, ki vključuje uvodni individualni posvet in nato še dva individualna posveta, je tudi časovno omogočena možnost, da dietetik lahko preverja in vzpodbuja k

prehranskim spremembam v življenjskem slogu. Ob tem velja omeniti, da v okviru CKZ ima vsakdo možnost individualnih posvetov z dietetikom kar predstavlja za osebe s sladkorno boleznijo še dodatno možnost pri reševanju težav na področju prehrane in sprememb v prehranjevalnih navadah.

2. Vključevanje oseb s sladkorno boleznijo v obravnavo Zdrava mera

Sladkorna bolezen ima presnovne karakteristike zato z njo povezana debelost ni redkost. V obravnavo Zdrava mera, se poleg diplomirane medicinske sestre, vključujejo tudi Fizioterapevt, dietetik in psiholog, ki s svojimi znanji pomembno vplivajo na pridobivanje veščin za spremembe v življenjskem slogu. V Priporočilih je opredeljeno: » Vsaki osebi s sladkorno boleznijo predstavimo možnost vključevanja v program Zdrava mera, ki poteka v okviru CKZ in zdravstveno vzgojnih centrov. Ključno je sodelovanje med CKZ in zdravstvenimi delavci, ki skrbijo za osebo s sladkorno boleznijo v diabetoloških ambulantah in ambulantah družinske medicine.« (Priporočila o telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni tipa 2, 2020)

Sodelovanje med DMS - N1 in dietetikom v CKZ pri prehranski obravnavi oseb s sladkorno boleznijo je glede na Priporočila ne samo nujno temveč tudi pričakovano. V praksi pa je morda modro razmišljati o dodatnih izobraževanjih dietetikov o različnih vidikih sladkorne bolezni (prehranske posebnosti in načini zdravljenja, vpliv gibanja, inzulinska terapija...), ki bi jih tako bolje pripravila na specifično same bolezni in temu primerno prehransko svetovanje.

Ključne besede: *sladkorna bolezen tipa 2, prehranska terapija, diplomirane medicinske sestre, center za krepitev zdravja, povezovanje*

Literatura

1. Priporočila o prehrani in telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni tipa 2, ur. Klavs J., Pongrac Barlovič D., Ministrstvo za zdravje. Ljubljana, 2020.

VLOGA DIETETIKA V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA PRI OBRAVNAVI OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 2

Ana Stepančič

Zdravstveni dom Ljubljana

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: ana.stepancic@zd-lj.si

Sladkorna bolezen tipa 2 predstavlja enega največjih javnozdravstvenih izzivov sodobnega časa. Zaradi svoje kompleksnosti zahteva celostno, interdisciplinarno obravnavo, kjer imajo pomembno vlogo različni zdravstveni strokovnjaki.

V Centrih za krepitev zdravja osebe s sladkorno boleznijo vstopajo v programa Sladkorna bolezen tipa 2, krajši devetdeset minutni program in drugi S sladkorno boleznijo skozi življenje, daljši petkrat po devetdeset minut. Program izvajajo posebej za to področje usposobljene diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju DMS).

DMS izvaja strukturirano in kontinuirano edukacijo, ki temelji na strokovnih smernicah. V delavnici se DMS osredotoči na širši okvir razumevanje sladkorne bolezni, patogenezo bolezni, pomen zdravil, pomen hrane in preprečevanja hipoglikemij. Ključno vlogo ima tudi pri motivaciji za spremembo življenjskega sloga.

Pri svojem delu opažamo, da si vse več oseb s sladkorno boleznijo želi dodatnih pojasnil predvsem v zvezi s prehrano. Ta vprašanja so pogosto povezana s tehnologije predelave in sestave živil, kar s strani zdravstvenega delavca zahteva dodatno strokovno znanje.

Zato v praksi opažamo, da se sodelovanje med DMS in dietetikom izkazuje kot izredno učinkovito.

Tudi American Diabetes Association priporoča individualizirano medicinsko prehransko terapijo kot ključno komponento obravnave sladkorne bolezni, ki jo izvaja registriran dietetik z izkušnjami na področju sladkorne bolezni. Prehranska terapija je integralni del obvladovanja bolezni njen cilj pa je spodbujanje zdravih prehranskih vzorcev, prilagajanje individualnim prehranskim potrebam ter opolnomočenje posameznika za dolgoročno zdravo prehranjevanje.

Ravno tu vidimo največje možnosti za sodelovanje, saj lahko dietetik pripomore k vzpostavljanju boljših prehranskih vzorcev oseb s sladkorno boleznijo.

Pomembno pa je podariti, da se sodelovanje lahko vzpostavi le na način, da pacient na vseh ravneh dobi enake strokovne informacije. Pri tem dietetik ne sme kakorkoli spodbijati strokovnih priporočil, edukacije DMS in obratno.

DMS in dietetik morata usklajeno svetovati, zato je v prvi vrsti potrebno preveriti kakšne poglede imata oba strokovnjaka. V našem okolju lahko rečemo, da smo učinkoviti pri sodelovanju ravno zato, ker delujemo v sinergiji ter se natančno zavedamo svojih vlog.

Dietetiki s svojim specifičnim znanjem izvedemo celostno prehransko obravnavo posameznika ter imamo osrednjo vlogo pri izvajanju prehranske terapije. Prehranska terapija je proces, ki vključuje prehransko presejanje, oceno prehranskega stanja, postavitve dietetske diagnoze, načrtovanje individualiziranih prehranskih ukrepov in ciljev ter spremljanje in vrednotenje uspešnosti ciljev in načrta. Tak pristop omogoča ciljno usmerjeno obravnavo in predstavlja pomemben del obravnave oseb s sladkorno boleznijo tipa 2.

V Centru za krepitev zdravja ZD Ljubljana enota Šiška prepoznamo več možnosti za sodelovanje dietetika in DMS, ki izvaja delavnice sladkorna bolezen tipa 2.

1. Individualizirana prehranska obravnava s strani dietetika

DMS lahko pri edukaciji ugotovi, da je pacient morebiti prehransko ogrožen, zato ga napoti k dietetiku in o tem seznani ambulantno družinske medicine.

Dietetik izvede prehransko presajanje. Kadar ugotovi, da gre za srednje tveganje MUST 1, izvede prehranski pregled, postavi dietetsko diagnozo ter pripravi prehranski načrt. Pri tem upošteva tudi prisotnost drugih bolezenskih stanj in temu primerno prilagodi prehranski načrt. Pomemben del obravnave predstavlja tudi spremljanje posameznika ter izvajanje meritev telesne sestave. Dietetik o poteku in izidih prehranske obravnave pripravi poročilo za osebnega zdravnika.

2. Vključevanje v obravnavo Zdravo jem

Na delavnici Sladkorna bolezen tipa 2 posameznik zagotovo dobi ključne informacije o sladkorni bolezni in veščine za samoobvladovanje bolezni. Obravnava Zdravo jem pa lahko predstavlja nadgradnjo za še bolj poglobljeno znanje o tehnologiji predelave in sestave živil. Dietetik z vsakim pacientom opravi uvodni individualni posvet, na katerem pridobi tudi zdravstveno anamnezo. Pri osebah s Sladkorno boleznijo tipa 2 mora biti svetovanje v skladu z nacionalnimi priporočili o prehrani in telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni tipa 2.

Udeleženci na skupinskih, zdravstveno vzgojnih srečanjih dobijo praktične veščine za postopno spreminjanje prehranjevalnih navad. Osvojijo, kako si sestaviti zdrav krožnik, vzpostaviti ustrezen ritem prehranjevanja. Naučijo se prepoznati skrite vire sladkorja, soli in maščob v živilih. Opolnomočijo se za branje označb na živilih in uporabo metod zdrave priprave hrane. Vse to so še kako pomembne veščine za osebe s sladkorno boleznijo. Hkrati jim je omogočena individualna prehranska podpora, kjer se oblikuje prehranski načrt.

Dietetik ima pomembno vlogo pri izvajanju prehranske terapije oseb s sladkorno boleznijo tipa 2, predvsem pri individualni prehranski obravnavi. Dietetik je tisti, ki ima širše znanje o sestavi živil. Pri tem se mora dietetik zavedati svojih znanj, pa tudi omejitev pri svetovanju osebam s sladkorno boleznijo tipa 2. Ključno je sodelovanje dietetika in DMS, saj le poenotenje strokovnih informacij omogoča učinkovito obravnavo. Interdisciplinarna obravnava sladkornih bolnikov je ključna pri

obvladovanju bolezni. Smiselno pa bi bilo tudi dietetike v prihodnosti vključiti v izobraževanja na področju prehranske oskrbe oseb s sladkorno boleznijo.

Ključne besede: sladkorna bolezen tipa 2, prehranska terapija, dietetik, interdisciplinarno sodelovanje

Literatura

1. Briggs Early, K., Stanley, K. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: The Role of Medical Nutrition Therapy and Registered Dietitian Nutritionists in the Prevention and Treatment of Prediabetes and Type 2 Diabetes. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2018;118(2):343–353.
2. Klavs J, Pongrac Barlovič D, ur. *Priporočila o prehrani in telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni tipa 2*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2020. ISBN 978-961-6523-67-7.

KDAJ NAJ SI MERIM KRVNI SLADKOR?

Jelka Zaletel ^{1, 2} in Jana Klavs ²

¹Nacionalni inštitut za javno zdravje Slovenije, ²Univerzitetni klinični center Ljubljana, Slovenija

E-mail naslov korespondenčne avtorice: jelka.zaletel@kclj.si

Merjenje krvnega sladkorja je del celovitega zdravljenja

Merjenje krvnega sladkorja oziroma samokontrola glukoze je pomemben del samovodenja sladkorne bolezni. Namen meritev ni zgolj ugotoviti, kakšna je trenutna vrednost glukoze v krvi, temveč predvsem pridobiti informacije, ki pomagajo pri vsakodnevni odločitvah, prilagajanju zdravljenja ter preprečevanju hipoglikemije in hiperglikemije. Pogostost meritev je treba vedno prilagoditi posamezniku, njegovemu zdravljenju, urejenosti glikemije, tveganju za hipoglikemijo ter njegovim potrebam in sposobnostim.

Zdravljenje z insulinom

Pri osebah, ki se zdravijo z insulinom, je samokontrola glukoze nujna za varno zdravljenje. Pogostost meritev je odvisna predvsem od vrste insulina in števila dnevnih odmerkov. V takšnem primeru so lahko potrebne meritve na tešče, pred obroki in dve uri po obrokih ter pri nekaterih vrstah insulina tudi pred spanjem. Merjenje je priporočljivo tudi pred telesno dejavnostjo, pri nekaterih osebah z večjim tveganjem za hipoglikemijo pa tudi med telesno dejavnostjo. Pomembno je meriti glukozo tudi ob sumu na hipoglikemijo in po ukrepih, izvedenih zaradi nizke vrednosti glukoze. Posebno pozornost zahteva opravljanje kritičnih nalog, kot je vožnja, zato je meritev priporočljiva pred in po potrebi tudi med takšnimi dejavnostmi.

Strukturirana samokontrola pri osebah, ki se ne zdravijo z insulinom

Meritve pred obrokom in dve uri po njem imenujemo parne meritve. Omogočajo primerjavo vrednosti glukoze pred obrokom in po njem ter pomagajo oceniti vpliv sestave in količine zaužite hrane na glikemijo. Podobno lahko merimo glukozo pred telesno dejavnostjo in po njej, saj tako ocenimo vpliv gibanja na raven glukoze. Takšen način merjenja je posebej uporaben, kadar želimo prepoznati vzorce in ugotoviti, katero ukrepanje je potrebno.

Pri osebah, ki uporabljajo zdravila z večjim tveganjem za hipoglikemijo, je potreba po meritvah pogostejša. Meritev je pomembna tudi takrat, ko se pojavijo težave, ki bi lahko bile povezane s hipoglikemijo, ali kadar posameznik pričakuje možnost njenega nastanka. Samomeritve so namreč pomembne za pravočasno prepoznavanje in obravnavo hipoglikemije.

Posebno strukturirano merjenje je lahko potrebno, kadar glikemični cilji niso doseženi. Takrat lahko zdravstveni tim predlaga več meritev v določenem časovnem obdobju, da bi prepoznali vzorce nihanja glukoze in pridobili podatke za prilagoditev prehrane, telesne dejavnosti ali zdravljenja. Eden od

primerov je tridnevni profil, pri katerem se glukoza meri pred glavnimi obroki in dve uri po njih. Če je takšnih meritev po mnenju posameznika preveč, se njihovo število in razporeditev prilagodi namenu merjenja in posameznikovim zmožnostim.

Pri sladkorni bolezni tipa 2 brez zdravljenja z inzulinom optimalna pogostost merjenja ni natančno določena. Če oseba dosega zastavljene glikemične cilje in se zdravi samo z nefarmakološkimi ukrepi, je lahko samokontrola potrebna le občasno. Pogostejše merjenje je lahko smiselno ob spremembi zdravljenja, ob uvedbi zdravil, ki lahko vplivajo na glikemijo, med drugo akutno boleznijo ali kadar želimo oceniti učinek sprememb življenjskega sloga.

Cilj meritev ni številka temveč ukrepanje

Pomembno je poudariti, da samo število meritev ni cilj. Meritve so najbolj koristne takrat, ko posameznik razume njihov pomen in ve, kako naj na podlagi rezultatov ukrepa. Zato naj bodo način, čas in pogostost merjenja dogovorjeni z zdravstvenim timom ter vključeni v načrt zdravljenja. Ciljne vrednosti glukoze so prav tako individualno določene; splošni cilj je koncentracija 5,0–7,0 mmol/l pred obroki in 5,0–10,0 mmol/l dve uri po obroku, vendar se lahko cilji glede na posameznikove značilnosti razlikujejo.

Najpomembnejše vprašanje zato ni »Kolikokrat na dan naj si merim krvni sladkor?«, temveč »Kdaj mi bo meritev dala informacijo, na podlagi katere lahko nekaj koristnega naredim?« Odgovor je odvisen od vrste sladkorne bolezni, zdravljenja, tveganja za hipoglikemijo in trenutnih zdravstvenih okoliščin. Dobro načrtovana samokontrola omogoča boljše razumevanje lastne glikemije, varnejše zdravljenje in učinkovitejše samovođenje sladkorne bolezni.

Ključne besede: strukturirana samokontrola glikemije, hipoglikemija, inzulinsko zdravljenje, glikemični cilji

INTEGRIRANO USMERJANJE PRI OBRAVNAVI TVEGANEGA PITJA ALKOHOLA

Tina Bitežnik

Osnovno zdravstvo Gorenjske, Zdravstveni dom Kranj

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: tina.biteznik@zd-kranj.si

V prispevku so predstavljeni podatki anonimizirani in mestoma prilagojeni za zaščito osebnih podatkov, pri čemer strokovni vidik in verodostojnost primera ostajata ohranjena.

Prispevek predstavlja primer dobre prakse obravnave posameznika v programu za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola v okviru Centra za krepitev zdravja. Posameznik se je v program vključil po predhodni obravnavi v primarnem zdravstvenem varstvu in na podlagi informacij, pridobljenih v okviru drugih preventivnih aktivnosti.

Ob začetku obravnave je udeleženec odkrito spregovoril o težavah, povezanih s pitjem alkohola, ter o obremenjujočih življenjskih okoliščinah in stresnih situacijah, ki so vplivale na njegove vedenjske vzorce. Začetna ocena je nakazovala prisotnost tveganega oziroma škodljivega pitja, pri čemer je kot pomemben izziv izpostavil predvsem težave pri ohranjanju nadzora nad količino popitega alkohola, zlasti v stresnih obdobjih.

Kljub temu je bila že v začetni fazi zaznana motivacija za spremembo, podprta z različnimi varovalnimi dejavniki v njegovem okolju. V procesu obravnave je udeleženec postopoma uvajal spremembe, pri čemer je v določenih obdobjih dosegal izboljšanje in zmanjšanje rabe alkohola, občasno pa so se pojavili tudi zdrsi, povezani s povečano obremenitvijo.

Na podlagi prepoznanih potreb je bil dodatno usmerjen v druge podporne aktivnosti znotraj centra, usmerjene v krepitev veščin spoprijemanja s stresom, sproščanja in izboljšanja odnosov. Aktivno sodelovanje v teh programih je prispevalo k razvoju učinkovitejših strategij za obvladovanje vsakodnevnih izzivov.

V nadaljevanju obravnave je udeleženec postopoma izboljševal nadzor nad pitjem in poročal o pozitivnih spremembah v počutju, funkcioniranju in kakovosti življenja. V vzdrževalnem obdobju je spremembe ohranjal ter izpostavljал večjo stabilnost in zadovoljstvo.

Primer ponazarja značilen potek spreminjanja vedenja – od prepoznavanja problema, preko postopnega uvajanja sprememb in občasnih zdrsov, do doseganja stabilnejšega stanja. Ključni dejavniki uspeha so bili predvsem motivacija posameznika, podpora iz okolja ter dostop do različnih oblik strokovne pomoči.

Ob tem velja izpostaviti pomen zgodnjega prepoznavanja in usmerjanja v primarnem zdravstvenem varstvu, medsebojnega povezovanja programov znotraj Centra za krepitev zdravja ter vloge promocije posameznih aktivnosti, ki omogoča večjo vključenost uporabnikov v ustrezne oblike podpore.

PRIMERI OBRAVNAVE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA: IZZIVI IN PRILOŽNOSTI PRI IZVAJANJU DELAVNIC SOPA V PRAKSI

Katarina Rebernak, mag. psih.

Center za krepitev zdravja, Zdravstveni dom Vrhnika

Delavnice SOPA (Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola) predstavljajo strukturiran preventivni pristop, usmerjen v zgodnje prepoznavanje in obravnavo tveganega ter škodljivega pitja alkohola. Temeljni namen je zmanjševanje tveganj, povezanih z rabo alkohola, ter spodbujanje sprememb vedenjskih vzorcev pri posameznikih. Ciljna populacija vključuje odrasle osebe z različnimi stopnjami tveganja, od občasnega tveganega pitja do že izraženih težav, ter posameznike iz ranljivih skupin, pri katerih je priporočena popolna abstinenca. Delavnice sodijo v okvir selektivne in indicirane preventive ter vključujejo kratke intervencije, motivacijski intervju, svetovalno podporo in po potrebi napotitev k dodatnim strokovnim službam. Pričakovani učinki se odražajo v povečani ozaveščenosti, krepitvi notranje motivacije za spremembo ter postopnem zmanjševanju tveganega vedenja. Ključna značilnost pristopa je, da je njegova učinkovitost odvisna od posameznikove pripravljenosti na spremembo ter vpliva širših socialnih in okoljskih dejavnikov, zaradi česar rezultati niso vedno neposredno in kratkoročno merljivi.

Obravnave v okviru SOPA so izrazito heterogene in temeljijo na individualnem pristopu, ki upošteva specifične značilnosti posameznika. Udeleženci se razlikujejo glede na starost, spol, socialno-ekonomski status, zdravstveno stanje ter motive za pitje alkohola, kot so obvladovanje stresa, socialni vplivi ali občutki osamljenosti. V obravnavo vstopajo posamezniki z različnimi vzorci rabe alkohola, od občasnega tveganega pitja do kroničnega čezmernega pitja oz. suma na odvisnost od alkohola (SOA), pa tudi osebe, ki iščejo podporo pri pomoči bližnjim. Posebno skupino predstavljajo ranljive populacije, kot so nosečnice, doječe matere, osebe s kroničnimi boleznimi, duševnimi motnjami ali tisti, ki jemljejo zdravila z možnimi kontraindikacijami z alkoholom, kjer je cilj obravnave praviloma abstinenca. Intervencije lahko vključujejo kratko svetovanje, podporo pri spremembi vedenja, vključevanje družinskih članov ter sodelovanje z drugimi strokovnjaki. Pri tem je ključnega pomena ocena stopnje pripravljenosti na spremembo, kar pogojuje izbiro pristopov in dinamiko obravnave.

Primer 1: visoka stopnja motivacije in uspešna sprememba vedenja

Moški srednjih let se je v obravnavo vključil na lastno pobudo. Ob vstopu je bilo zaznано škodljivo pitje alkohola. Njegova raba alkohola je bila primarno povezana z obvladovanjem stresa na delovnem mestu in napetostmi v medosebnih odnosih v domačem okolju. Ob vstopu je izkazoval visoko stopnjo notranje motivacije za spremembo ter dobro razvito sposobnost uvida v lastno vedenje. Obravnava je obsegala pet srečanj temeljnega svetovanja (v trajanju 15 minut) ter dve vzdrževalni srečanja v razmiku treh mesecev. V procesu sem posebno pozornost namenila prepoznavanju sprožilcev za pitje ter razvoju alternativnih strategij za obvladovanje stresa. Vključene so bile osnovne tehnike sproščanja ter krepitev lastnih virov moči, ki podpirajo dobro počutje in vključitev v delavnico Zdravi odnosi. Posameznik je bil skozi celoten proces aktiven, sodelovalen in refleksiven. Hitro je vzpostavil zaupanje

in bil pripravljen preizkušati predlagane strategije. Kot izvajalka sem obravnavo doživljala kot jasno strukturirano in učinkovito, z občutkom, da posameznik prevzema odgovornost za spremembo. V relativno kratkem času je prišlo do pomembnega zmanjšanja rabe alkohola na manj tvegano stopnjo pitja ter uvedbe bolj funkcionalnih načinov soočanja s stresom. Primer kaže, da kombinacija visoke notranje motivacije, uvida in zaznane lastne učinkovitosti pomembno prispeva k uspešnosti kratkih intervencij v okviru SOPA.

Primer 2: ambivalentnost in delna sprememba vedenja

Mlajši odrasli posameznik se je v obravnavo vključil na pobudo starša, ki je bil vključen v preventivne programe s področja duševnega zdravja. Ob vstopu je bila udeležencu priporočena vključitev v psihiatrično ambulanto za zdravljenje odvisnosti zaradi SOA. Posameznik je psihiatrično obravnavo ali morebitno zdravljenje kategorično zavrnil. Raba alkohola je bila povezana predvsem s socialnimi situacijami in neuspehi v medosebnih odnosih. Ob vstopu je bila prisotna ambivalentnost glede spremembe. Obravnava je potekala skozi več srečanj z uporabo motivacijskega intervjuja. V ospredju je bilo raziskovanje ambivalence ter postopno krepitev zaznane pomembnosti spremembe. Posebno pozornost sem namenila vzpostavljanju varnega prostora za izražanje ter podpori pri oblikovanju lastnih razlogov za spremembo. Posameznik je bil sprva zadržan, vendar je postopoma razvijal večjo odprtost in refleksijo. Kot izvajalka sem proces doživljala kot postopno grajenje motivacije, pri čemer so bili premiki subtilni, vendar pomembni. Prišlo je do delnega zmanjšanja rabe alkohola, vendar je bila pri tem primeru v ospredju pomembno večja ozaveščenost o lastnih vedenjskih vzorcih in motivacija za zdravljenje v prihodnje. Primer kaže, da je pri ambivalentnih posameznikih ključnega pomena potrpežljivo delo na motivaciji, kjer je že povečanje uvida v problematiko lahko pomemben dosežek.

Primer 3: nizka motivacija in pomen vzpostavljanja odnosa

Starejši posameznik z dolgotrajnimi vzorci čezmerne pitja je bil v obravnavo napoten iz ambulante družinske medicine. Ob vstopu je bilo prisotno tvegano pitje alkohola ter nizka motivacija za spremembo, hkrati pa odsotnost uvida v problematiko pitja alkohola. Obravnava je bila usmerjena predvsem v vzpostavljanje odnosa in postopno gradnjo zaupanja. Poudarek je bil na sprejemajočem pristopu, brez obsojanja in ohranjanju kontakta, brez pritiska k spremembi vedenja. Posameznik je bil sprva odklonilen, vendar je sčasoma pokazal večjo pripravljenost za pogovor. Kot izvajalka sem obravnavo doživljala kot izziv, predvsem zaradi počasnega napredka, vendar tudi kot pomemben proces vzpostavljanja temeljev za morebitne prihodnje spremembe. Do vedenjske spremembe ni prišlo. Prisotna pa je bila večja odprtost za razmislek o lastni rabi alkohola. Primer kaže, da uspešnost obravnave ni nujno vezana na takojšnje vedenjske spremembe, temveč tudi na vzpostavitev odnosa in pripravljenosti za prihodnje spremembe.

S pogledom nazaj na izvajanje SOPA obravnav ugotavljam, da uspešnost intervencij ni enoznačno merljiva zgolj skozi takojšnje spremembe vedenja. Za izvajalca lahko zaznava napredka pri posamezniku predstavlja pomemben vir strokovne motivacije. Pomemben vidik predstavlja že vzpostavitev zaupanja, krepitev uvida ter postopno razvijanje motivacije za spremembo. Različni primeri potrjujejo, da je ključna fleksibilnost pristopa in prilagajanje posamezniku, ob hkratnem upoštevanju njegove pripravljenosti na spremembo. Proces obravnave tako pogosto presega okvir

posameznega srečanja in predstavlja pomemben temelj za dolgoročne spremembe vedenja. Ob tem štejejo manjši koraki na poti k spremembi in sprejemajoč odnos do različnosti vključenih posameznikov, ki se vključujejo v SOPA delavnice.

Ključne besede: *SOPA, tvegano pitje alkohola, kratke intervencije, sprememba vedenja, preventiva*

RAZNOLIKOST OBRAVNAV OSEB S TVEGANIM IN ŠKODLJIVIM PITJEM ALKOHOLA V ZVC: PRIKAZ PRIMEROV IZ PRAKSE

Keti Simonska

Zdravstveni dom Medvode

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: keti.simonska@zd-medvode.si

Tvegano in škodljivo pitje alkohola ter sindrom odvisnosti od alkohola ostajajo pomemben javnozdravstveni in družbeni problem v Sloveniji. Alkohol ima zaradi visoke dostopnosti in družbene sprejetosti pomembno mesto v t. i. mokri kulturi, pri čemer je pitje pogosto vpeto v vsakodnevne družbene običaje, družba pa pogosto tolerira njegove negativne posledice. Kljub določenim spodbudnim trendom med mladostniki Slovenije še vedno nadpovprečno pogosto posegajo po alkoholu v primerjavi z drugimi evropskimi državami. Projekt Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola - SOPA predstavlja pomemben interdisciplinarni pristop k zmanjševanju škode, povezane z alkoholom, saj z dokazi podprtimi kratkimi ukrepi povezuje zdravstvene, socialne in nevladne organizacije ter spodbuja sistemsko obravnavo problematike na ravni posameznika in skupnosti.

V okviru Zdravstvenovzgojnih centrov (ZVC) in Centrov za krepitev zdravja (CKZ) se izvajajo nemedikamentozne obravnave, ki vključujejo zdravstvenovzgojne in psihoedukativne delavnice ter individualna svetovanja v okviru Programa za krepitev zdravja. Obravnava temelji na izvajanju kratkega ukrepa (KU1), ki zajema presejanje, svetovanje, spremljanje ter po potrebi usmerjanje posameznikov k dodatnim oblikam pomoči. Ciljna populacija vključuje odrasle osebe s tveganim ali škodljivim pitjem alkohola, njihove svojce ter posameznike z dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni.

V prispevku predstavljamo tri primere obravnave posameznikov, ki se med seboj razlikujejo glede motivacije za vključitev v svetovanje, stopnje pripravljenosti za spremembo vedenja ter sodelovanja v obravnavi. Primeri prikazujejo raznolikost pristopov in izzivov pri delu z osebami s tveganim in škodljivim pitjem alkohola v lokalni skupnosti.

Prvi primer predstavlja udeleženca, ki ga je v ZVC napotil izbrani osebni zdravnik. Po uvodnem razgovoru in oceni stanja je bil oblikovan individualni načrt obravnave. Udeleženec je izražal zavedanje o prisotnosti težave in pripravljenost za spremembo ter je že pred vključitvijo v svetovanje pričel zmanjševati količino popitega alkohola. Po vprašalniku AUDIT-10 je bilo ugotovljeno škodljivo pitje alkohola. Udeleženec se je odzval na vseh pet svetovalnih srečanj, ki so pogosto trajala dlje od predvidenega časa, kar kaže na visoko stopnjo motiviranosti za sodelovanje. Skozi proces je uspešno zmanjševal količino popitega alkohola, vzporedno pa je bil zaradi izražene socialne anksioznosti vključen tudi v psihoedukativne delavnice.

Drugi primer predstavlja udeleženko, ki se je v svetovalni proces vključila samoiniciativno in ob tem vzporedno obiskovala psihoterapevtsko obravnavo. Kot razlog za vključitev je navedla zavedanje, da je njeno pitje alkohola pretirano in da želi spremeniti svoje vedenjske vzorce. Po vprašalniku AUDIT-10 je

bilo njeno pitje opredeljeno kot tvegano, na meji škodljivega pitja alkohola. Udeležila se je vseh svetovalnih srečanj in poročala, da ji kombinacija svetovanja in psihoterapije pomembno koristi pri soočanju s stiskami ter pri zmanjševanju pitja alkohola. Pitje alkohola je opisovala kot večerni ritual po napornem dnevu, skozi proces pa je razvijala večji uvid v pomen alkohola v svojem življenju. Ob zaključku obravnave je navajala enotedensko abstinenco.

Tretji primer prikazuje udeleženca, ki se je v svetovanje vključil zaradi pogoja, ki mu ga je postavil svojec po poškodbi, povezani z alkoholiziranoostjo. Na prvem srečanju je nastopil izrazito agresivno in verbalno napadalno, vendar je bilo s pomočjo tehnik deeskalacije mogoče vzpostaviti ustrezno komunikacijo. Udeleženec je sprva zanikal težave s pitjem alkohola in poudarjal, da svetovanje obiskuje izključno zaradi pritiska svojca. Rezultat vprašalnika AUDIT-10 je pokazal škodljivo pitje alkohola. Kljub zanikanju se je vključil v nadaljnja srečanja, na tretjem srečanju pa prvič verbaliziral, da ima težave s pitjem alkohola. Po tretjem srečanju se na obravnave ni več odzival.

Predstavljeni primeri kažejo na veliko raznolikost posameznikov, ki se vključujejo v svetovanje za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola v ZVC. Kot ključni dejavniki uspešne obravnave se kažejo vzpostavljanje varnega in zaupanja vrednega odnosa, individualno prilagojen pristop ter kontinuirana strokovna podpora. Primeri potrjujejo, da lahko zgodnja obravnava pomembno prispeva k zmanjševanju tvegane pitja alkohola in večjemu uvidu posameznika v lastne vedenjske vzorce. Hkrati pa ostaja pomemben izziv doseganje oseb z nizko notranjo motivacijo in izrazitim zanikanjem težave, kar zahteva nadaljnje krepitve mreženja, interdisciplinarnega sodelovanja in destigmatizacije obravnave na področju alkohola v lokalni skupnosti.

Ključne besede: tvegano pitje alkohola, škodljivo pitje alkohola, svetovanje, ZVC, alkohol

Literatura

1. Hočevar, T., Kolšek, M., Henigsmann, K., Roškar, M. in Boben Bardutzky, D. (Ur.) Priročnik za izvajanje SOPA pristopa: priročnik za izvajanje aktivnosti in obravnavo pitja alkohola, učno gradivo. Ljubljana: NIJZ, 2022.
2. Kolšek, M. *Mokra kultura in pomen preventive*. V: Hočevar, T., Kolšek, M., Henigsmann, K., Roškar, M. in Boben Bardutzky, D. (Ur.) Priročnik za izvajanje SOPA pristopa: priročnik za izvajanje aktivnosti in obravnavo pitja alkohola, učno gradivo. Ljubljana: NIJZ, 2022.
3. Povšnar, E. in Hočevar Tadeja. Zdravstveno vzgojni center in Center za krepitve zdravja. V: Hočevar, T., Kolšek, M., Henigsmann, K., Roškar, M. in Boben Bardutzky, D. (Ur.) Priročnik za izvajanje SOPA pristopa: priročnik za izvajanje aktivnosti in obravnavo pitja alkohola, učno gradivo. Ljubljana: NIJZ, 2022.

SODELOVANJE MED NIJZ, REGIJSKO ODGOVORNO ZDRAVNICO IN ZDRAVSTVENIM DOMOM GLEDE OBRAVNAVE PITJA ALKOHOLA PRI ODRASLIH NA GORIŠKEM – PRIMER ZD OSNOVNO VARSTVO NOVA GORICA

Irena Jerič¹, Polona Campolunghi Pegan², Dr. Tadeja Hočevar¹

¹Nacionalni inštitut za javno zdravje, ²Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: irena.jeric@nijz.si

Slovenija ima izrazito »mokro« kulturo, v kateri je pitje alkohola družbeno sprejeto, zato tveganega ali škodljivega pitja ne prepoznamo kot problem. Ker skoraj polovica odraslih pije tvegano ali škodljivo, je zgodnje ukrepanje ključno, pri čemer pomembno vlogo igra usklajena alkoholna politika različnih deležnikov.

Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) so razvili interdisciplinarni pristop SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola, ki je bil v okviru projekta (2016 – 2022) tudi pilotno preizkušen. Gre za model, ki vključuje usposabljanje strokovnjakov, povezovanje različnih strok, delovanje in sodelovanje na lokalni in regijski ravni ter uporabo enotnih orodij za zgodnje prepoznavanje in obravnavo tveganega in škodljivega pitja alkohola. Od leta 2022 se obravnava pitja alkohola v obliki kratkega svetovanja po modelu SOPA tudi sistemsko izvaja v zdravstvenovzgojnih centrih oz. centrih za krepitev zdravja (delavnici SOPA). Z usposabljanjem izvajalcev omenjenih obravnav se krepijo njihove kompetence učinkovitega vodenja pogovora o pitju alkohola pri obravnavi na individualni ravni ter pri ozaveščanju o alkoholni problematiki v lokalni skupnosti in na regijski ravni, vključno s povezovanjem z lokalnimi in regijskimi deležniki.

Za učinkovito obravnavo so ključna znanja o tveganosti in škodljivosti pitja alkohola (TšpA), njegovem prepoznavanju ter ustreznem svetovanju in usmerjanju. Zaradi stigme je potreben občutljiv, strukturiran in interdisciplinaren pristop, saj so strokovnjaki na primarni zdravstveni ravni pogosto prvi stik z osebami, ki lahko pijejo na škodljiv ali tvegan način. Izvajalcem obravnav na terenu območni sodelavci NIJZ po modelu SOPA nudijo strokovno podporo in krepijo sodelovanje med deležniki na lokalni in regijski ravni.

Primer dobre prakse povezovanja predstavlja Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica (ZD NG). Potreba po izboljšanju obravnave pacientov s težavami zaradi alkohola je bila prepoznana med izvajalci obravnav že v času projekta. Po zaključku projekta je regijska odgovorna zdravnica za preventivo ob izzivu povezala ključne zdravstvene time: ambulate družinske medicine, patronažno varstvo, Center za krepitev zdravja, Center za duševno zdravje odraslih, Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter Center za zdravljenje odvisnosti. Sodeloval je tudi specialist medicine dela, prometa in športa.

Različne strokovne službe so problematiko predstavile z vidika svojega dela in prepoznale potrebe po boljšem povezovanju, poenotениh pristopih ter izboljšanju komunikacijskih veščin. Na tej podlagi je ZD NG pri Območni enoti NIJZ NG predlagal organizacijo strukturiranega izobraževanja iz motivacijskega intervjuja s poudarkom na TšpA za zdravnike in diplomirane medicinske sestre v ambulantni družinske medicine in diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

V ZD NG so prav tako vzpostavili interdisciplinarno skupino, ki je po modelu SOPA aplicirala enotno klinično pot obravnave pacientov s TŠpA in zasvojenostjo od alkohola ter jo predstavila vključenim zdravstvenim timom. To omogoča bolj usklajeno in kontinuirano obravnavo.

Pomembno dodano vrednost predstavlja tudi povezovanje z lokalnimi in regionalnimi nevladnimi organizacijami na področju alkoholne problematike. Te so predstavile programe in možnosti podpore, ki jih lahko zdravstveni delavci posredujejo pacientom. Informacije so zbrane v enotnem letaku ZD NG, dostopnem pacientom in svojem ob stiku z različnimi strokovnjaki primarnega zdravstvenega varstva.

Ugotavljamo, da je uspešna implementacija pristopa SOPA v ZD NG povezana s konstruktivnim sodelovanjem med ZD in NIJZ na območni in nacionalni ravni, podporo vodstva zavoda, aktivno vlogo regijske odgovorne zdravnice ter sodelovanjem različnih strokovnih služb. Pozitiven je tudi odziv regionalnih nevladnih organizacij, kot pomembne podpore pri zdravljenju in rehabilitaciji. Interdisciplinarni pristop z enotno klinično potjo in povezovanjem z zunanjimi deležniki izboljšuje prepoznavanje TŠpA ter celostno obravnavo na primarni zdravstveni ravni. Izziv ostaja pomanjkanje sistema merljivih kazalnikov, ki bi omogočili oceno, ali izvedeni ukrepi dejansko prispevajo k zmanjševanju alkoholne problematike in z njo povezane škode. Pri tem v prvem nadaljnjem koraku velja slediti sistemu spremljanja obravnav po modelu SOPA.

Ključne besede: pristop SOPA, tvegano in škodljivo pitje alkohola, motivacijski intervju, primarna zdravstvena raven

ENA JE ENAKO DVA IN VEČ

PRIMER DOBRE PRAKSE NA DELAVNICI DA, OPUŠČAM KAJENJE

Tadeja Gruden

ZD Novo mesto, ZVC Novo mesto

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: tadeja.gruden@zd-nm.si

Izvajanje preventivne dejavnosti na področju opuščanja kajenja (v nadaljevanju OPK) predstavlja pomemben del reševanja javnozdravstvene problematike. Republika Slovenija je sprejela že vrsto ukrepov za zmanjšanje bremena bolezni zaradi kajenja. Žal, iznajdljivi proizvajalci odkrivajo vedno nove in nove oblike rabe nikotina.

Zdravstveno vzgojni center Novo mesto deluje na področju 8 občin in izvaja individualno ter skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja. Vloga diplomirane medicinske sestre na delavnicah, oz. v našem primeru dveh, ni zgolj informativna, temveč bistveno prispeva k razumevanju mehanizmov zasvojenosti, motiviranju za uresničitev prenehanja, spoprijemanja s strahovi in težavami ob prenehanju in soočanjem z občutki neuspeha. Z usmerjanjem k realnim ciljem, ko vse niti drži v rokah udeleženec, dosegamo rezultate.

Predstavljen primer pokaže, kako se povežeta moč posameznika in moč skupine, kako pomembno je povezovanje med različnimi strokovnjaki v zdravstvu ter pomembnost svobode odločanja in samostojnega ukrepanja.

PRIMER

Moški, star 51 let (zaposlen, poročen, 2 otroka), je bil v ZVC napoten oktobra 2025. Gospod je bil kadilec 30 let, v družini nihče več ne kadi. Med dejavniki tveganja so bili navedeni: kajenje, telesna neaktivnost – sedeče delo. Kronične diagnoze: Arterijska hipertenzija, Diabetes, Obesitas - ITM 34, nočne apnee z zdravljenjem na domu. Gospod je izrazil željo po skupinski delavnici, kar takrat ni bilo mogoče.

Prvi 2 srečanja sta potekali z eno izvajalko. Nato pa se je, glede na gospodovo potrebo in željo dogovorila s sodelavko, da z gospodom podeli njeno izkušnjo opuščanja kajenja. Izmenjava mnenj, občutkov, skrbi, izzivov, strahu pred neuspehom in pogovor o marsičem, ne samo o kajenju, je bil tako dobro sprejet, da sva se, do konca srečanj, z gospodom srečevali obe izvajalki. Gospod se je odločil in najprej zmanjševal število pokajenih cigaret in v četrtem tednu popolnoma opustil kajenje.

Ko je gospod zaključeval individualni sklop delavnice, se je že načrtovala nova skupinska delavnica. Gospod se je skupini želel pridružiti, saj ga je skrbela možnost ponovitve. V skupino je gospod vstopil kot pravi motivator. Člani skupine so željno črpali njegovo izkušnjo, tudi on je marsikaj vprašal njih. Druga izvajalka je s svojo izkušnjo dodajala svoj pogled. Oba pa sta pričevala o uspehu!

Medsebojna pomoč, razumevanje, spoštovanje, skrb, spodbujanje, zaupanje, sprejetost in predvsem pozitivna izkušnja, da je mogoče, je pripeljala do rezultata. Kar 4 od teh 7 udeležencev skupine je popolnoma prenehalo s kajenjem.

Gospod je že pristal, da bo postal ambasador opuščanja kajenja. Skupaj z OE NIJZ Novo mesto, g. Janjo Janc Jagrič in g. Danijelo Čutura Sluga se že pripravlja snemanje izkustvenega videa, ki si ga bo mogoče že kmalu ogledati.

Pomembni izsledki nadgrajenega pristopa

- Motivacija...
Pomembna za odločitev in izvedbo spremembe je motivacija osebe do spoznanja da zmore, samostojno, z ali brez drugih.
Pri vzdrževanju, vztrajanju in premagovanju strahu pred neuspehom je medsebojna pomoč neprecenljiva.
Motivator s svojo energijo, entuziazmom in veseljem nad doseženim motivira še druge osebe.
Povezanost udeležencev v skupini pomembno prispeva k možnosti uspeha.
- Kakovost odnosa med izvajalcem in uporabnikom:
Ključno je, da se dober odnos vzdržuje skozi vsa srečanja, še posebej na prvih srečanjih, kjer so v ospredju temelji zaupanja in razumevanja izzivov, s katerimi se sooča uporabnik. Ko začuti podporo, ko je svetovanje usmerjeno in prilagojeno njemu, se oseba z večjo verjetnostjo odloči nadaljevati obravnavo.
S sodelovanjem, povezovanjem in usklajenim delovanjem znotraj interdisciplinarnega tima lahko pomembno prispevamo k pozitivnim rezultatom.
- Priročnik za izvajanje delavnice OPK je potreben prenove:
Pristop naj bo prilagojen motiviranju, opolnomočenju in ohranjanju avtonomije posameznika.
Dodati je potrebno srečanja namenjena vzdrževanju spremembe.
Izvajalce je potrebno opolnomočiti s praktičnimi in dejanskimi izzivi, s katerimi se srečujejo osebe ob tej spremembi.

V družbi je tolerantnost do raznih oblik rabe nikotina visoka, podcenjen pa je negativni vpliv le - teh. Kakovost življenja, ki ga prinaša življenje brez nikotina, je za prihodnost vsakega posameznika in drugih neprecenljiva. V ZVC ZD Novo mesto v delavnici Individualno / Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja vedno sodelujeva dve izvajalki.

Ključne besede: opuščanje kajenja, motivacija, moč skupine, povezovanje

PERSONALIZIRANI PRISTOPI IN STRATEGIJE VKLJUČEVANJA V PROGRAME OPUŠČANJA KAJENJA: IZKUŠNJE IZ PRAKSE DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA

Petra Vršnik, dipl.m.s. s spec. znanji, mag. zdr. - soc. manag.

Center za krepitev zdravja, ZD Domžale

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: petra.vrsnik@zd-domzale.si

Namen prispevka je osvetliti vlogo diplomirane medicinske sestre pri aktivnem iskanju, motiviranju in vodenju kadičev skozi proces opuščanja razvade. Glavni poudarek obravnave oseb, zasvojenih z nikotinom je na tem, kako teorijo iz učbenikov prenesti v dejansko delo s pacienti, kjer sta najpomembnejša naša samoiniciativnost in prilagajanje posamezniku.

Metode pridobivanja in motiviranja udeležencev

Uspešnost preventivnih programov je v veliki meri odvisna od dostopnosti in aktivnega iskanja oseb s tveganim vedenjem. V praksi se poslužujemo treh glavnih poti:

- **Delovanje v lokalni skupnosti:** Aktivna prisotnost na dogodkih za promocijo zdravja, kjer s kratkimi svetovanji in meritvami vzbudimo zanimanje pri posameznikih, ki sicer ne bi sami poiskali pomoči, jih povprašamo o kajenju in želji po prenehanju ter vključitvi v delavnico.
- **Sodelovanje z referenčno medicinsko sestro:** Povezava znotraj zdravstvenega doma omogoča neposredno usmerjanje pacientov, pri katerih je bila kadilska navada prepoznana med preventivnim pregledom.
- **Indirektne napotitve:** Ključna strategija je prepoznavanje "označenih dejavnikov tveganja" na napotnicah za druge obravnave. Tudi če pacient ni primarno napoten zaradi opuščanja kajenja, se izkoristi priložnost za kratek motivacijski pogovor preko telefonskega klica, ki pogosto vodi v vključitev v program.

Avtonomija izbire in terapevtski pristopi

Temeljno načelo obravnave je upoštevanje pacientove proste izbire in aktivnega sodelovanja. Vsakemu posamezniku je ponujena možnost izbire med **individualnim svetovanjem** in **skupinsko delavnico**. S tem pacientu omogočimo občutek kontrole nad procesom že v prvem koraku.

Sama izvedba svetovanja zahteva veliko mero poslušanja za človeka in prilagajanje glede na njegove potrebe. V praksi se najboljše obnese dva načina dela:

- **Strukturirani pristop:** Uporaben predvsem pri osebah, ki potrebujejo jasne okvire, cilje in vizualizacijo napredka preko delovnih listov ter vnaprej začrtanih korakov po strokovnih protokolih.

- **Poglobljeni individualni pristop:** Pri določenih posameznikih se standardni protokoli izkažejo za manj učinkovite. Pri določenih posameznikih moramo stopiti stran od strogo začrtanih navodil in delovnih listov, saj niso vsi pacienti enako organizirani ali pripravljeni na togo strukturo. V teh primerih je ključno, da najprej razvijemo pristen in zaupen odnos. Namesto sledenja obrazcem se jim poskušam približati kot oseba in ugotoviti, kakšen tip kadilca so ter kdaj so njihova najbolj kritična obdobja kajenja. Skozi srečanja se osredotočamo na to, da pacienta opolnomočimo za obvladovanje močne želje po kajenju v najtežjih trenutkih, pri čemer je včasih že postopno zmanjševanje števila cigaret velik uspeh na poti do končne abstinence. Ključno vprašanje torej ni le "kako nehati", temveč "kaj vam kajenje nudi". Z razumevanjem funkcije kajenja (npr. obvladovanje stresa, socialna komponenta, zapolnitev časa) lahko skupaj s pacientom oblikujemo nadomestne strategije, ki so zanj dolgoročno vzdržne.

Rezultati in ugotovitve

Podatki kažejo, da so pacienti, ki so sami izbrali obliko pomoči (individualno ali skupinsko), bolj sodelujoči in imajo nižjo stopnjo predčasnih izstopov iz programa. Individualizacija obravnave, ki upošteva subjektivni pomen kajenja za posameznika, znatno poveča verjetnost dolgotrajne abstinence, saj ne naslavlja le fiziološke odvisnosti, temveč tudi psihosocialne vzorce vedenja. V praksi se pogosto izkaže, da si udeleženci želijo bolj skupinske obravnave, velikokrat pa jim njihov čas in obveznosti ne dopuščajo, da bi obiskovali skupinsko delavnico, ki je določena ob točnem terminu, zato se z njimi dogovarjamo sproti za individualne termine. Po naših izkušnjah je sicer prav skupinska obravnava bolj uspešna, saj udeležencem omogoča, da slišijo izkušnje drugih, v katerih prepoznajo lastne izzive, kar krepi njihov občutek slišanosti in razumljenosti. Takšna dinamika zmanjšuje stopnjo upada, saj udeleženci drug na drugega delujejo motivacijsko in se srečanj veselijo prav zaradi izmenjave napredka; nemalokrat pa se zgodi, da vezi ohranijo tudi izven skupine, kjer si s stalnimi stiki nudijo medsebojno oporo in spodbudo pri vzdrževanju nekadilskega življenjskega sloga.

Dobre prakse in usmeritve za prihodnost

Kot dobro prakso izpostavljamo fleksibilnost pri uporabi delovnih gradiv – ti služijo kot orodje, ne pa kot ovira. Kot izjemno učinkovito se je izkazalo opolnomočenje pacienta z razumevanjem delovanja lastnih možganov. Pomembno je, da udeležencem pojasnimo, kako so njihovi možgani skozi leta ustvarili močne nevronske povezave med določenimi prostori, situacijami in kajenjem. Ko razumejo, da je kajenje v veliki meri avtomatizirana navada, jih lažje motiviramo za spremembo jutranje rutine in drugih vsakodnevnih vzorcev, ki jih nezavedno vodijo do cigarete. S temi majhnimi, a strateškimi spremembami v začetku dneva, lahko bistveno zmanjšajo število pokajenih cigaret.

Dobra praksa vključuje tudi razbremenitev pacienta glede pričakovanj. Jasno jim damo vedeti, da je povsem sprejemljivo, če se ne lotijo vseh nasvetov z delovnega lista takoj ali v celoti. Naš primarni cilj je, da se pacient ponovno vrne na srečanje. Poudarjamo, da je proces opuščanja dinamičen in da bomo skupaj, korak za korakom, iskali načine za zmanjševanje ali popolno prenehanje, ki bodo zanje obvladljivi. Takšen pristop zmanjšuje občutek krivde ob morebitnih spodrslijah.

Zaključek

Vloga diplomirane medicinske sestre pri obravnavi kadilcev presega zgolj podajanje informacij o škodljivosti tobaka. Postavljena je v samo jedro preventive, kjer z aktivnim iskanjem posameznikov v lokalnem okolju in s povsem osebnim pristopom postane nepogrešljiv steber pri spreminjanju njihovih življenjskih navad. Medicinska sestra ni le svetovalka, temveč ključna sopotnica, ki s svojo strokovnostjo in človeško toplino pacienta opolnomoči, da zmore vztrajati tudi takrat, ko mu je težko. Le v tesnem prepletu strokovnih protokolov z resnično empatijo lahko dosežemo dolgoročne premike v javnem zdravju in bistveno izboljšamo kakovost življenja naših pacientov.

Ključne besede: opuščanje kajenja, preventiva, motivacijski intervju, individualizirana obravnava, diplomirana medicinska sestra

VKLJUČEVANJE RANLJIVIH OSEB V PREVENTIVNE PROGRAME – IZVAJANJE OBRAVNAV CENTRA ZA KREPITEV ZDRAVJA LITIJA V PROGRAMU PUMO

Neja Perič

CKZ Litija

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: neja.peric@zd-litija.si

Na zdravje posameznika vpliva več med seboj povezanih dejavnikov. Med najpomembnejšimi so izobrazba, zaposlitev, dohodek, socialna varnost in socialna mreža, ki pomembno oblikujejo življenjski slog, možnosti za skrb za zdravje ter dostop do zdravstvenih storitev, kar se odraža v zdravstvenem stanju, pojavnosti bolezni in pričakovani življenjski dobi. Čeprav so razlike v zdravju med ljudmi deloma neizogibne, so socialno-ekonomske neenakosti v zdravju tiste, ki so nepravilne in jih je mogoče zmanjševati. Nastajajo zaradi neenakih življenjskih pogojev in dostopa do različnih virov. Pomembno vlogo pri njihovem zmanjševanju ima tudi zdravstveni sistem, zlasti z zagotavljanjem dostopnih, prilagojenih in vključujočih preventivnih programov.

Udeleženci programa projektno učenje mlajših odraslih (PUM-O) so pomembna ranljiva skupina. Gre za mlajše odrasle, ki so izstopili iz šolskega sistema, so brezposelni ali se soočajo z različnimi socialnimi in osebnimi izzivi. Na njihovo zdravje močno vplivajo tudi dejavniki, kot so nizka izobrazba, slabše zaposlitvene možnosti in omejena socialna mreža.

Za njihovo uspešno vključevanje v preventivne programe je pomembno: prilagoditi vsebine njihovemu razumevanju in življenjski situaciji, izvajati programe v znanem in varnem okolju (npr. znotraj PUM-O), vključevati mentorje in strokovne delavce, ki jih že poznajo, spodbujati aktivno sodelovanje in soustvarjanje vsebin, povezovati zdravje z njim pomembnimi temami (npr. duševno zdravje, vsakdanje veščine, zaposljivost).

In kako to počnemo v CKZ Litija?

V Centru za krepitev zdravja ZD Litija smo se ob začetku delovanja (septembra 2023) začeli aktivno povezovati z lokalno skupnostjo in njenimi deležniki. Naše delo poteka skladno s smernicami nacionalnega preventivnega programa Skupaj za zdravje, ki poudarja krepitev zdravja, zmanjševanje neenakosti v zdravju ter posebno pozornost namenja ranljivim skupinam prebivalstva.

V regiji, v Zasavju, program PUM-O poteka v okviru Regionalnega centra za razvoj Zagorje, kamor so vključeni mlajši odrasli tudi iz občin Litija in Šmartno pri Litiji. Gre za skupino mladih odraslih, ki pogosto potrebuje dodatno podporo pri vključevanju v izobraževanje, delo in širše družbeno okolje, zato smo v sodelovanju prepoznali pomembno priložnost za krepitev zdravja in življenjskih veščin te ranljive skupine.

V začetni fazi smo organizirali spoznavno srečanje z mentorji, na katerem smo predstavili delovanje Centra za krepitev zdravja ter možnosti sodelovanja. Za sodelovanje so bili zelo zainteresirani, zato smo skupaj pripravili strukturiran program in urnik srečanj, prilagojen potrebam udeležencev. Vsebine smo oblikovali v tesnem sodelovanju z mentorji programa, ki so predhodno zbrali tudi predloge udeležencev. S tem smo zagotovili večjo relevantnost tem in večjo motiviranost za sodelovanje.

V izvedbo aktivnosti so bili vključeni vsi strokovni profili CKZ: diplomirane medicinske sestre, kineziologinja, fizioterapevtka, dietetika in psihologinja. Vsak strokovnjak je pripravil vsebine s svojega področja v obliki interaktivnih predavanj, delavnic in praktičnih aktivnosti. Poseben poudarek smo namenili spodbujanju zdravih navad ter opolnomočenju mladih odraslih za sprejemanje zdravju koristnih odločitev.

Ker je sedež programa v Zagorju (sosednja občina), smo se dogovorili za izmenično izvedbo srečanj – enkrat v prostorih CKZ Litija, naslednjič pri PUM-O v Zagorju. Tak način dela je dodatno prispeval k dostopnosti programa in večji vključenosti udeležencev.

V letu 2025 je bilo v program PUM-O vključenih 15 udeležencev, podobno število pa beležijo tudi letos. V letu 2025 smo izvedli 14 srečanj, na katerih smo obravnavali teme, kot so: zdrav življenjski slog, ustna higiena, zdrava prehrana, različne oblike zasvojenosti (alkohol, kajenje, droge), pomen spanja, duševno zdravje (odnosi, tehnike sproščanja, obvladovanje tesnobe) ter gibanje in aktivno preživljanje prostega časa, vključno z aktivnimi odmori.

Tudi v letu 2026 nadaljujemo s podobnim programom. Skupina udeležencev je nova, saj so posamezniki v program PUM-O praviloma vključeni do 10 mesecev, z možnostjo podaljšanja glede na njihove potrebe in cilje. To omogoča kontinuirano vključevanje novih udeležencev ter prilagajanje vsebin glede na aktualno skupino.

Srečanja potekajo ob petkih, od 10.00 do 11.30, kar ustreza tako udeležencem kot izvajalcem. Delo poteka v sproščenem in spodbudnem vzdušju, z veliko poudarka na pogovoru, izmenjavi mnenj in izkušnj ter iskanju konkretnih, vsakodnevno uporabnih rešitev. Tak pristop prispeva h krepitvi kompetenc za zdrav življenjski slog, večji samostojnosti udeležencev ter njihovi boljši socialni vključenosti.

Udeleženci programa PUM-O predstavljajo zelo raznoliko skupino – vsak izmed njih je zgodba zase, z lastnimi življenjskimi izkušnjami. Veliko jih ima izkušnje z roba družbe, vključno z izpostavljenostjo alkoholu, drogam ali drugim tveganim vedenjem, številni prihajajo iz socialno ogroženih ali neurejenih družinskih okolij. Prisotne so tudi različne duševne stiske, nizka samopodoba in težave pri socialnem vključevanju. Nekateri udeleženci na bili na začetku naših srečanj redkobesedni, zaprti vase, kar dodatno kaže na kompleksnost njihovih potreb.

Zato smo pri delu zavestno gradili varen, sprejemajoč in ne obsojajoč prostor. Poudarek je bil na skupini kot podporni enoti – nikogar nismo izpostavljali ali silili v sodelovanje. Ko pa se je posameznik odločil za deljenje svoje izkušnje, smo mu prisluhnili, ga podprli in spodbudili. Tak pristop se je izkazal kot ključen za postopno vzpostavljanje zaupanja in večjo vključenost udeležencev.

Udeleženci so aktivnosti zelo dobro sprejeli – srečanja so redno pohvalili, aktivno sodelovali, postavljali vprašanja ter se vključevali v razpravo in praktične naloge. Tekom srečanj smo stkali tudi pristne medosebne odnose; udeleženci in izvajalci smo se postopno povezali, kar se odraža v sproščenem in zaupanja vrednem vzdušju. Veselimo se vsakega prihodnjega petka, ko je na urniku naše srečanje, saj ta predstavljajo prostor podpore, sprejetosti in skupnega učenja.

Sodelovanje med Centrom za krepitev zdravja ZD Litija in PUM-O Zasavje predstavlja primer dobre prakse povezovanja zdravstvenega in izobraževalno-socialnega sektorja na lokalni ravni. Ključni elementi uspešnosti so prilagajanje vsebin potrebam ranljive skupine, interdisciplinarno sodelovanje strokovnjakov ter ustvarjanje varnega in podpornega okolja za udeležence. Pomemben vidik sodelovanja je tudi vzpostavljanje odnosov, ki krepijo občutek pripadnosti in varnosti. Tak model dela je prenosljiv tudi v druga okolja, kjer obstaja potreba po celostnem pristopu h krepitvi zdravja in socialni vključenosti mladih.

Ključne besede: neenakosti v zdravju, ranljiva skupina udeleženci PUM-O, preventivni program Skupaj za zdravje, center za krepitev zdravja

DOSTOPNOST PREVENTIVNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV ZA GLUHE IN NAGLUŠNE

Jana Lavtižar, mag. zdr. nege, Jerca Logonder, dipl. fiziot.

Center za krepitev zdravja Kranj

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: jana.lavtizar@zd-kranj.si

Uvod

V Sloveniji živi približno 1.500 gluhih ter 75.000–80.000 naglušnih oseb, pri čemer se prevalenca zaradi staranja prebivalstva in izpostavljenosti hrupu povečuje. Izguba sluha pomembno vpliva na kakovost življenja, socialno vključenost ter telesno in duševno zdravje. Gluhi in naglušni se pogosteje soočajo z omejenim dostopom do zdravstvenih storitev, predvsem zaradi komunikacijskih ovir, slabše dostopnosti informacij in nižje zdravstvene pismenosti. Posledično pogosteje prihaja do nezadovoljstva z zdravstveno obravnavo, večjega tveganja za napačno diagnozo ter slabših zdravstvenih izidov (McKee et al., 2022; Rannefeld et al., 2023). Kljub temu preventivne zdravstvene storitve predstavljajo pomemben dejavnik pri ohranjanju zdravja in preprečevanju kroničnih bolezni, vendar so za to populacijo pogosto slabše dostopne.

Metode

Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja z anonimnim vprašalnikom, namenjenim gluhih in naglušnim osebam. V raziskavo je bilo vključenih 20 udeležencev (11 gluhih in 9 naglušnih), ki obiskujejo vadbo v Medobčinskem društvu gluhih in naglušnih Gorenjske. Vprašalnik je zajemal področja izkušenj z zdravstvenim sistemom, dostopnosti informacij, vključevanja v preventivne programe ter interesa za sodelovanje v dejavnostih Centra za krepitev zdravja. Podatki so bili analizirani deskriptivno.

Rezultati

Rezultati kažejo, da večina anketiranih meni, da zdravstveni sistem ni ustrezno prilagojen potrebam gluhih in naglušnih. Udeleženci poročajo o občasnem občutku sprejetosti v zdravstvenih ustanovah, več kot polovica pa je že imela negativno izkušnjo. Zdravstveno osebje po njihovem mnenju potrebe te populacije razume le delno. Ključna ovira ostaja komunikacija, kar potrjuje tudi obstoječa literatura. Anketirani navajajo pomanjkanje prilagojenih športnih in kulturnih dejavnosti ter omejeno dostopnost informacij v razumljivi obliki. Kljub temu izražajo velik interes za vključevanje v preventivne programe. Vsi sodelujoči obiskujejo vadbo, ki jo organizira Center za krepitev zdravja, pri čemer jih motivirajo izboljšanje telesne pripravljenosti, druženje in dobro počutje. Večina si želi pogostejše vključevanje v vadbo. Čeprav večina pozna delovanje referenčnih ambulant, preventivnih obravnav niso bili deležni vsi. Vsi sodelujoči so se že udeležili vsaj ene delavnice Centra za krepitev zdravja, pri čemer izkazujejo interes za nadaljnje vključevanje v programe zdravega življenjskega sloga.

Diskusija in zaključek

Rezultati naše raziskave so skladni z ugotovitvami raziskav (Rannefeld et al., 2023; McKee et al., 2022), ki izpostavljajo nezadovoljstvo gluhih in naglušnih z zdravstveno obravnavo ter pomembno vlogo komunikacijskih ovir. Naša raziskava dodatno poudarja problem dostopnosti preventivnih storitev, kjer kljub poznavanju programov prihaja do nezadostne vključenosti. Pomembna ugotovitev je tudi visok interes te populacije za sodelovanje v prilagojenih preventivnih dejavnostih. Primer dobre prakse predstavlja vadba v Centru za krepitev zdravja, ki omogoča prilagojeno komunikacijo (kretnje, demonstracija, podpora tolmačev) in spodbuja vključevanje. Za izboljšanje dostopnosti je ključno sistematično izobraževanje zdravstvenih delavcev o komunikaciji z gluhihimi in naglušnimi, večja uporaba tolmačev za znakovni jezik ter vključevanje digitalnih rešitev. Prav tako je potrebno okrepiti informiranje in aktivno vključevanje v preventivne programe, zlasti v referenčnih ambulantah. Pomembno je, da se vsebine prilagodi gluhih oziroma naglušnim osebam in vzpostavi zaupanje pri uporabnikih. Barker et al. (2025) v svoji raziskavi osvetljuje ključne potrebe in izkušnje gluhih odraslih pri vključevanju v telesno dejavnost ter izpostavlja pomembne ovire, povezane z nedostopnim okoljem in posledično socialno izključenostjo. Pri tem se gluhost kot identitetni dejavnik kaže kot pomemben motivacijski element za vključevanje. Ugotovitve poudarjajo pomen vključujočega pristopa, ki temelji na aktivnem sodelovanju gluhih posameznikov, upoštevanju njihovih izkušenj ter stalnem dialogu pri načrtovanju in izvajanju prilagojenih programov telesne dejavnosti.

Omejitev raziskave predstavlja majhen in priložnostni vzorec, zato rezultatov ni mogoče posploševati. Kljub temu raziskava predstavlja pomembno izhodišče za nadaljnje raziskovanje in razvoj vključujočih zdravstvenih storitev za ranljive skupine. Sport England (2021) v svoji raziskavi poudarja, da ugotovitve raziskave pomembno nadgrajujejo razumevanje izkušenj gluhih odraslih ter ponujajo relevantno osnovo za nadaljnji razvoj in prilagajanje programov telesne dejavnosti. Poseben pomen imajo v luči vse večjih vlaganj v skupnostne pristope, kjer je za učinkovito načrtovanje intervencij nujno upoštevati kompleksne in prepletene neenakosti, značilne za ranljive skupine.

Ključne besede: gluhi, naglušni, dostopnost, preventivni programi, telesna dejavnost

VKLJUČEVANJE RANLIVIH OSEB V PREVENTIVNE PROGRAME – PIKNIK Z BREZDOMCI

Dea Hudarín Kovačič,

ZD Velenje

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: dea.hudarin@zd-velenje.si

Zdravje posameznika ni odvisno le od osebnih odločitev, temveč v veliki meri od širših življenjskih okoliščin. Med ključne vplive sodijo stopnja izobrazbe, zaposlitvene možnosti, višina dohodka, socialna varnost ter kakovost socialnih odnosov. Ti dejavniki določajo, v kolikšni meri lahko posameznik skrbi za svoje zdravje, kakšne so njegove življenjske navade ter kako dostopne so mu zdravstvene storitve, kar se odraža tudi v splošnem zdravstvenem stanju in dolžini življenja. Razlike v zdravju med ljudmi sicer obstajajo, vendar so tiste, ki izhajajo iz socialno-ekonomskih neenakosti, posebej problematične, saj so preprečljive in nepravilne. Povezane so z neenakomerno porazdelitvijo virov in priložnosti v družbi. Pomemben del reševanja teh neenakosti predstavlja zdravstveni sistem, zlasti z razvojem in izvajanjem dostopnih ter vključujočih preventivnih programov, ki dosežejo tudi najbolj ranljive skupine.

Brezdomci predstavljajo izrazito ranljivo skupino, saj se pogosto soočajo s prepletom socialnih, ekonomskih in zdravstvenih težav. Njihovo zdravje je pogosto slabše zaradi negotovih življenjskih razmer, omejenega dostopa do osnovnih virov (npr. bivanja, prehrane, higiene) ter pogostih težav v duševnem zdravju in odvisnosti. Na njihovo zdravje pomembno vplivajo tudi dejavniki, kot so dolgotrajna brezposelnost, socialna izključenost in šibka socialna mreža. Zaradi tega imajo brezdomci pogosto omejen dostop do zdravstvenih storitev in preventivnih programov, hkrati pa se soočajo tudi z nezaupanjem v institucije in dodatnimi administrativnimi ovirami.

Zato je pomembno: izvajati programe na terenu oziroma v okoljih, kjer se brezdomci zadržujejo, zagotavljati nizkopražne in lahko dostopne storitve (brez zapletenih pogojev), graditi zaupanje skozi dolgotrajno in stabilno prisotnost strokovnih delavcev, sodelovati z organizacijami, ki z brezdomci že delajo, prilagajati vsebine njihovim konkretnim potrebam (npr. osnovna skrb za zdravje, duševno zdravje, preprečevanje nalezljivih bolezni).

In kako to počnemo v CKZ Velenje?

V Centru za krepitev zdravja Velenje se zavedamo, da ranljivih skupin ne dosežemo vedno z vabili, letaki ali čakanjem, da pridejo do nas. Pogosto moramo prvi korak narediti mi – stopiti v njihovo okolje, med ljudi, ki so zaradi življenjskih okoliščin pogosto potisnjeni na rob družbe. Eden takšnih primerov je bilo sodelovanje s Centrom za brezdomne osebe, namestitvenim programom Društva Hiša.

Na skupinskem sestanku zaposlenih v CKZ smo razmišljali, kako se jim približati na spoštljiv, topel in smiseln način. Kaj lahko ponudimo, da ne bo šlo zgolj za enkraten obisk, temveč za začetek zaupanja?

Kaj lahko pustimo za spomin na ta dan? In predvsem – kako poskrbeti, da bomo tudi prihodnjič dobrodošli? Iz teh razmislekov se je porodila preprosta, a srčna ideja: pripravimo piknik.

Ko smo prišli med stanovalce, je bilo sprva čutiti zadržanost. Pogledi so bili previdni, ljudje so ostajali v svojih kotičkih in dogajanje opazovali z razdalje. To je povsem razumljivo – mnogi med njimi imajo za seboj težke življenjske izkušnje, razočaranja ter izgubo zaupanja v ljudi in institucije. A ko smo začeli pripravljati prostor, hrano in vse potrebno za piknik, se je začelo nekaj spreminjati.

Počasi so prihajali bližje. Najprej tiho opazovat, nato z vprašanji, kmalu pa tudi s pripravljenostjo pomagati. Nekateri so prinesli stole, drugi pomagali pri pripravi hrane, tretji pa so preprosto ostali zraven. Led se je začel topiti.

Pripravili smo piknik, ki ni bil le druženje, temveč tudi priložnost za promocijo zdravja. Hrana je bila skrbno izbrana – uravnotežena, okusna in hranilna, z ustreznim deležem beljakovin, ogljikovih hidratov, zelenjave, vitaminov in mineralov. A največja vrednost dneva ni bila v hrani, temveč v občutku sprejetosti, spoštovanja in skupnosti.

Ko se je druženje razvilo, so prišli tudi tisti, ki jih v tistem trenutku ni bilo v hiši – ostali stanovalci so jih poklicali, naj se nam pridružijo. To je bil znak, da se je zgodilo nekaj pomembnega. Ljudje so želeli biti del tega trenutka.

Vzpostavili so se pristni pogovori. Smeh je zamenjal začetno tišino. Ob sproščenem druženju so spontano stekle tudi teme o zdravju, počutju, življenjskih navadah in težavah, s katerimi se srečujejo. To je bil dragocen dokaz, da se zaupanje pogosto začne pri človeku, ne pri obrazcu ali ambulanti.

Posebej se nas je dotaknila zgodba stanovalca z golenjo razjedo, ki je zelo redko obiskoval osebnega zdravnika. Rano mu je oskrboval sostanovalec, po izobrazbi bolničar, saj patronažnih sester ni bil pripravljen sprejeti. Ob tej izkušnji smo v naslednjih dneh pripravili donacijsko škatlo s sanitetnim materialom, da bi mu vsaj nekoliko olajšali vsakodnevno oskrbo. To ni bila velika gesta v materialnem smislu, je pa nosila pomembno sporočilo: vidimo vas, slišimo vas in mar nam je.

Ta dan bo vsem zaposlenim v CKZ Velenje ostal v lepem in trajnem spominu. Ne zaradi popolno pripravljenega dogodka, temveč zaradi občutka, da smo s strokovnostjo, srčnostjo in timskim duhom uspeli ustvariti prostor brez obsojanja, brez razlik in brez distance. Prostor, kjer so bili ljudje sprejeti takšni, kot so.

Bili smo siti – ne le hrane, temveč človeške topline. Vreme nam je služilo, vzdušje je bilo prijetno, mi pa smo odšli domov notranje obogateni in hvaležni za izkušnjo, ki nas je globoko zaznamovala. Stanovalci so nas ob slovesu povabili, naj prihodnje leto ponovno pridemo.

To povabilo je za nas največje priznanje. Pomeni, da nismo prišli kot ustanova, ampak kot ljudje. In prav v tem je bistvo dela Centra za krepitev zdravja Velenje – zdravje gradimo tam, kjer so ljudje, z ljudmi in za ljudi. Na to smo lahko iskreno ponosni.

Ključne besede: *neenakosti v zdravju, ranljiva skupina brezdomci, preventivni program Skupaj za zdravje, center za krepitev zdravja*

KOMUNICIRANJE STIGMATIZIRANE TEME PRI OZAVEŠČANJU O ZDRAVEM ŽIVLJENJSKEM SLOGU - PRIMER IZVAJANJA DELAVNIC IN PRIPRAVE PRIROČNIKA ZA DELO V LOKALNEM OKOLJU ZA OSEBE, KI SO BREZPOSELNE

Karmen Henigsman, dr. Tadeja Hočevar

Nacionalni inštitut za javno zdravje

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: karmen.henigsman@nijz.si

Pri pogovoru o alkoholu je, kljub novejšim spoznanjem o obširni škodljivosti alkohola, še vedno prisotna stigma, ki tudi zdravstvenim delavcem pogosto otežuje pričetek pogovora o alkoholu s pacienti.

V projektu SOPA - Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola, je bilo v obdobju od 2016 do 2022 pri izvajanju SOPA pristopa vzpostavljeno sodelovanje z mnogimi pomembnimi deležniki, s ciljem zmanjšanja negativnih posledic zaradi pitja alkohola v Sloveniji. Med deležniki je bilo poleg zdravstvenih in socialnovarstvenih institucij pomembno tudi sodelovanje z Zavodom Republike Slovenije za zaposlovanje (v nadaljevanju ZRSZ) in različnimi nevladnimi organizacijami. Tako so se vzpostavile poti ozaveščanja o alkoholni problematiki in virih pomoči osebam, s tistimi ranljivostmi, ki lahko predstavljajo dodatno tveganje za tvegano in škodljivo pitje alkohola, med njimi tudi osebam, ki so brezposelne..

Za ta namen smo v okviru sodelovanja z ZRSZ razvili in pilotno preizkusili delavnico, ki naslavlja pomembne izbrane teme zdravega življenjskega sloga (duševno zdravje, zdrava prehrana, 24-urno gibalno vedenje in tvegana vedenja), z večjim poudarkom na alkoholni problematiki in možnih virih pomoči. S tem smo želeli zagotoviti, da se udeleženci v čim večji meri zavedajo, da je odnos do pitja alkohola stvar izbire življenjskega sloga, ki vpliva na njihovo zdravje. Prispevati smo želeli tudi k zmanjšanju tabuizacije alkoholne problematike oz. zagotoviti, da je pogovor o problematičnosti pitja alkohola vselej običajni del pogovarjanja.

V času od marca 2019 do vključno septembra 2020 je bilo s strani NIJZ SOPA sodelavcev (občasno tudi v sodelovanju z izvajalci v ZVC/CKZ) izvedenih 20 delavnic, ki se jih je skupno udeležilo 255 brezposelnih oseb iz 18 lokalnih okolij po Sloveniji. Evalvacija izvedb je pokazala, da so bile vključene vsebine dobrodošle in pomembne za osebe, ki so brezposelne..

Uspešnost delavnice je pripomogla k pobudi za nastanek priročnika SOPA v lokalnem okolju, ki je namenjen izvajalcem v ZVC/CKZ. Priročnik predstavlja tako teoretična izhodišča kot tudi predlog izvedbe skupinske delavnice. Čeprav je bila delavnica izvedena predvsem z osebami, ki so brezposelne, je uporabna tudi za druge ciljne skupine za skupinsko naslavljanje teme. Prav tako je širše uporaben priročnik, saj na enem mestu združuje strnjene informacije iz različnih področij. Z njim lahko učinkovito izvajamo celovitejšo promocijo zdravega življenjskega sloga, kot tudi širše in nevsiljivo ozaveščamo o alkoholni problematiki in o SOPA svetovanju kot možnem viru pomoči.

Ključne besede: alkoholna problematika, SOPA, osebe z ranljivostmi, tvegana vedenja, lokalno okolje

Literatura

1. Hočevar, T, Kolšek, M, Henigsmann, K, Roškar, M in Boben Bardutzky, D (ur) (2022). *Priročnik za izvajanje pristopa SOPA: priročnik za izvajanje aktivnosti in obravnavo pitja alkohola. Učno gradivo.* Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
2. Henigsmann, K., Hočevar, T., Krečič, K. in Založnik, P. (2020). *Evalvacija pilotne izvedbe delavnice Zdrav življenjski slog za brezposelne osebe – Interno gradivo SOPA projekta.* NIJZ: Ljubljana.
3. Hočevar, T. in Henigsmann, K. (Ur.) 2026. *SOPA v lokalnem okolju: Priročnik za izvajanje delavnice o izbranih temah zdravega življenjskega sloga z vključeno alkoholno problematiko in s poudarkom na ranljivosti oseb z brezposelnostjo.* Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

KOGNITIVNO-VEDENJSKI PRISTOPI PRI OBVLADOVANJU DEBELOSTI:

OD RAZUMEVANJA DO SPREMEMBE VEDENJA

Ana Munda

UKC Ljubljana, Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: ana.munda@kclj.si

Debelost je posledica zapletenega prepleta bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov, zato njeno zdravljenje zahteva celosten in multidisciplinaren pristop, pri katerem imajo pomembno vlogo tudi psihološke intervencije (1). Raziskave kažejo, da je kognitivno-vedenjska terapija učinkovita pri zmanjševanju telesne teže in njenem vzdrževanju (2-3).

Zmanjšanje telesne teže zahteva negativno energijsko ravnovesje, pri katerem mora biti poraba energije večja od vnosa. Vključitev psiholoških ukrepov, še posebej vedenjskih in kognitivno-vedenjskih, lahko pomembno prispeva k uspešni spremembi življenjskega sloga. Vedenjski pristopi obravnave debelosti temeljijo na predpostavki, da so vedenja naučena, zato se posamezniki lahko naučijo novih vedenj in spremenijo obstoječa. Usmerjeni so v oblikovanje ustrežnejših prehranskih in gibalnih navad s spreminjanjem dejavnikov, ki problematična vedenja sprožajo in vzdržujejo, ter s krepitvijo želenih vedenj. Pomembno omejitev teh pristopov predstavlja predčasno opuščanje programov. Poleg tega pri številnih posameznikih sčasoma pride do ponovnega pridobivanja izgubljene telesne teže (4). Z namenom preseganja navedenih omejitev so vedenjske pristope nadgradili s kognitivnimi elementi. Kognitivno-vedenjska obravnava debelosti se osredotoča na medsebojno povezanost misli, čustev in vedenj, ki vplivajo na prehranjevanje, telesno dejavnost in uravnavanje telesne teže. Način, kako posameznik razume in interpretira določeno situacijo, vpliva na njegov vedenjski odziv in čustvovanje. Eden izmed osrednjih ciljev kognitivno-vedenjske obravnave je prepoznavanje in spreminjanje nekoristnih miselnih in vedenjskih vzorcev ter razvijanje bolj prilagojenih načinov odzivanja (5).

Individualizirana kognitivno-vedenjska obravnava debelosti je sestavljena iz šestih vsebinskih modulov in vključuje kombinacijo vedenjskih in kognitivnih strategij in tehnik. Eden od modulov se osredotoča na prepoznavanje in obravnavo ovir pri zmanjševanju telesne teže. Znotraj tega modula se oblikuje individualna formulacija, ki se osredotoča na predhodne dražljaje oz. sprožilce vedenja, njegove posledice ter nekoristne avtomatske misli in prepričanja. Predhodni dražljaji oz. sprožilci povečujejo verjetnost prekomernega prehranjevanja ali telesne neaktivnosti (npr. dolgčas, neprijetna čustva ali izpostavljenost hrani). Pomembno vlogo pri vzdrževanju vedenja imajo tudi njegove posledice, saj se vedenje, ki mu sledijo pozitivne posledice, utrjuje in ponavlja. Kadar hrana postane prevladujoč vir ugodja, je to lahko pomembna ovira pri izgubi telesne teže. Osrednji del formulacije predstavljajo nekoristne avtomatske misli in prepričanja, ki se jih posameznik običajno ne zaveda, vendar vplivajo na njegovo vedenje. Med pogostimi miselnimi vzorci so katastrofiziranje (»Nikoli mi ne bo uspelo shujšati.«), pretirano posploševanje (»Ker sem se pregrešil, sem pokvaril ves trud in je vseeno kaj jem

do konca dneva.«) ter črno-belo mišljenje (»Ali se načrta držim 100 % ali pa sem neuspešen.«). S prepoznavanjem in oblikovanjem bolj realističnih in funkcionalnih misli lahko posameznik razvije bolj prilagojene odzive in izboljša kontrolo impulzov (6).

Za kognitivno-vedenjsko obravnavo je značilna visoko strukturirana obravnava z jasno opredeljenimi cilji in vsebino posameznih srečanj. Pomemben del zdravljenja je aktivno sodelovanje posameznika, ki pridobljene strategije med srečanji preizkuša in utrjuje z dogovorjenimi nalogami. Kognitivno-vedenjska obravnava tako posamezniku omogoča razvoj veščin za učinkovitejše obvladovanje vsakodnevnih izzivov ter doseganje in dolgoročno vzdrževanje sprememb življenjskega sloga (5, 6).

Ključne besede: *debelost, sprememba vedenja, izguba telesne teže, kognitivno-vedenjska terapija*

Literatura

1. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond: Guilford Publications; 2020.
2. Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, Halford JCG, Sbraccia P, Yumuk V, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. *Nat Med.* 2024;30(9):2395-9.
3. Comşa L, David O, David D. Outcomes and mechanisms of change in cognitive-behavioral interventions for weight loss: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Behav Res Ther.* 2020;132:103654.
4. Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S. Personalized cognitive-behavioural therapy for obesity (CBT-OB): theory, strategies and procedures. *Biopsychosoc Med.* 2020;14:5.
5. Dalle Grave R, Sartirana M, El Ghoch M, Calugi S. (2018). *Treating Obesity with Personalized Cognitive Behavioral Therapy.* Springer.
6. Kurnik Mesarič K, Pajek J, Logar Zakrajšek B, Bogataj Š, Kodrič J. Cognitive behavioral therapy for lifestyle changes in patients with obesity and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2023;13(1):12793.

POMEN MULTIDISCIPLINARNE OBRAVNAVE ODRASLIH OSEB, KI PREJEMAJO AGONISTE RECEPTORJA GLP-1

Katarina Kolenc Klen mag. fiziot., Ana Stepančič mag. dietet.

Zdravstveni dom Ljubljana, enota Vič-Rudnik in Šiška

E-poštni naslov korespondenčnih avtoric: katarina.kolenc-klen@zd-lj.si, ana.stepancic@zd-lj.si

Glede na vse večje predpisovanje zdravil agonistov receptorja GLP-1 imajo zdravstveni delavci in sodelavci, predvsem dietetiki in fizioterapevti, pomembno podporno vlogo. Njihova naloga je predvsem preprečevanje upada puste mišične mase. Pri obravnavi pacientov Centri za krepitev zdravja (CKZ) predstavljajo pomemben element. Največje število posameznikov je napoteno s strani zdravnikov. Ostali poiščejo pomoč v centrih sami. Pri nekaterih pa med izvedbo drugih delavnic ugotovimo, da prejemajo tudi omenjena zdravila. Glede na to, da se strokovnjaki v CKZ-jih vse pogostejše srečujemo s takšnimi posamezniki se moramo zavedati zahtevnosti obravnave. Namen povzetka je preučiti in predstaviti obravnavo pacientov, ki prejemajo farmakološko terapijo kot pomoč pri zmanjševanju telesne mase, v CKZ-jih. Hkrati želimo predstaviti tudi izzive s katerimi se srečujemo, zaradi povečanega števila teh pacientov.

Hitro izgubo telesne mase, pogosto spremlja hiter upad puste mišične mase, kar pogosto vodi v funkcionalni upad. Ob tem se povečuje tveganje za razvoj sarkopenije, zmanjšano mišično jakost in slabšo telesno zmogljivost. Pri tem je naloga fizioterapevta predvsem preprečevanje funkcionalnega upada in možnih zapletov.

Na začetku fizioterapevt izvede funkcionalno oceno. Ta vključuje objektivno ocenjevanje zmogljivosti prijema roke z ročnim dinamometrom, funkcionalne zmogljivosti spodnjih okončin s testom vstajanja s stola v 30. sekundah ter aerobne kapacitete s 6-minutnim testom hoje. Na podlagi rezultatov oblikuje individualno prilagojen program vadbe. Ob tem upošteva obstoječe gibalne navade posameznika ter morebitne omejitve.

V vadbenem programu ima pomembno vlogo vadba za jakost oz. vadba proti upor, ki se priporoča vsaj 2-3-krat tedensko. Hkrati se svetuje vsaj 150 minut zmerno intenzivne aerobne aktivnosti (50-70% max. srčnega utripa) na teden. Takšna kombinacija vadbe pomembno vpliva na ohranjanje mišične in kostne mase. Hkrati vpliva tudi na kardiometabolično zdravje posameznika, saj izboljšuje občutljivost na inzulin, delovanje kardiovaskularnega sistema in oksidativni stres. Pri načrtovanju individualizirane obravnave moramo biti previdni, saj so pogosto nagnjeni k utrujenosti, upoštevati moramo načelo učinkovitosti in progresivnosti. Poleg vadbenega programa predstavlja pomemben del fizioterapevtske obravnave tudi edukacija o pomenu zdravega življenjskega sloga, s poudarkom na gibalnih navadah.

Naloga dietetika je zagotoviti individualno prehransko podporo, ki pomaga ohranjati mišično maso in hkrati preprečuje prehranske zaplete. Na začetku izvedemo prehransko presajanje in naredimo oceno

prehranjevalnih navad ter določimo energijske in hranilne potrebe. Pri tem moramo upoštevati morebitne gastrointestinalne zaplete. Prehranski izzivi, ki se lahko dogajajo v začetku jemanja GLP-1 so slabost, bruhanje, zaprtje in driska. Zaradi zmanjšane energijske vnosa je tveganje za pomanjkanje hranil povečano. Slabost je najpogostejši neželeni učinek. Ukrepi, ki lahko pomagajo ublažiti simptome so: manjši, pogostejši obroki ter izogibanje mastni hrani ali hrani bogati s prehranskimi vlakninami. Ob morebitnem bruhanju je potrebno preprečevati dehidracijo. V kolikor se pojavi zaprtje se priporoča postopno povečevanje živil bogatih s prehranskimi vlaknini ter pitje zadostne količine tekočine.

Za preprečevanje upada puste telesne mase je potrebno zagotoviti zadosten vnos beljakovin ob sočasnem izvajanju vaj za moč. Dosedanje študije navajajo potrebo po povečanem vnosu beljakovin okvirno 1,2–1,5 g/kg telesne mase, pri tem je potrebna individualna prilagoditev. Vnos beljakovin mora biti enakomerno razporejen v več obrokov približno 25–30 g beljakovin na obrok, kar podpira optimalno sintezo mišičnih beljakovin.

Redno spremljanje telesne sestave predstavlja pomemben del obravnave, saj omogoča zgodnje odkrivanje izgube mišične mase in ustrezno prilagoditev prehranskega in gibalnega načrta.

Število pacientov, ki prejemajo farmakološko terapijo kot pomoč pri izgubi telesne mase, naglo narašča, kar za zdravstveni sistem, predvsem za CKZ-je predstavlja nove izzive. Zavedati se moramo pomena multidisciplinarnega pristopa, zahtevnosti in časovnega vložka, ki so potrebni za obravnavo. V prihodnosti bomo potrebovali sistemske rešitve, ki bodo naslovile tovrstne izzive.

Ključne besede: *glp-1, fizioterapevt, dietetik, telesna masa, odrasli*

Literatura

1. Almandoz, J. P., Wadden, T. A., Tewksbury, C., Apovian, C. M., Fitch, A., Ard, J. D., Li, Z., Richards, J., Butsch, W. S., Jouravskaya, I., Vanderman, K. S., & Neff, L. M. (2024). Nutritional considerations with antiobesity medications. *Obesity*, 32(9), 1613–1631. <https://doi.org/10.1002/oby.24067>
2. Blundell, J., Finlayson, G., Axelsen, M., Flint, A., Gibbons, C., Kvist, T., & Hjerpested, J. B. (2017). Effects of once-weekly semaglutide on appetite, energy intake, control of eating, food preference and body weight in subjects with obesity. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 19(9), 1242–1251. <https://doi.org/10.1111/dom.12932>
3. Mechanick, J. I., Butsch, W. S., Christensen, S. M., Hamdy, O., Li, Z., Prado, C. M., & Heymsfield, S. B. (2025). Strategies for minimizing muscle loss during use of incretin-mimetic drugs for treatment of obesity. *Obesity Reviews*, 26(1), e13841. <https://doi.org/10.1111/obr.13841>
4. Mozaffarian, D., Agarwal, M., Aggarwal, M., Alexander, L., Apovian, C. M., Bindlish, S., Bonnet, J., Butsch, W. S., Christensen, S., Gianos, E., Gulati, M., Gupta, A., Horn, D., Kane, R. M., Saluja, J., Sannidhi, D., Stanford, F. C., & Callahan, E. A. (2025). Nutritional priorities to support GLP-1 therapy for obesity: A joint Advisory from the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and The Obesity Society. *Obesity*, 33(8), 1475–1503. <https://doi.org/10.1002/oby.24336>

DEBELOST IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA: KLINIČNI PRIMER USPEŠNEGA NEFARMAKOLOŠKEGA PRISTOPA

Snežana Milutinović Matić¹, Tina Stojković,² Ana Košmrlj³

^{1,2,3}ZD Logatec, ambulanta družinske medicine

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: snezana485@gmail.com

Debelost je ena od bolj pogostih diagnoz v zadnjem času v ambulanti družinske medicine in vodilni vzrok za arterijsko hipertenzijo (AH) (1). Dobra komunikacija in ustrezna motivacija so ključnega pomena za motivacijo pacienta v smeri izgube telesne mase (TM).

Cilj je pokazati kako se s prizadevanjem tima in samega pacienta brez terapije lahko zmanjša telesna masa (TM) ter bolj nadzoruje arterijsko hipertenzijo (AH), bolečine v hrbtu in upočasnijo številne zaplete, ki jih prinašata sladkorna bolezen (SB) in AH.

Naš pacient star 51 let se je prvič oglasil v našo ambulanto leta 2024 zaradi polimorfni zdravstvenih težav (nespečnosti, bolečine v hrbtu, pekočega in žarečega občutka v nogah, zgage..), bolniškega dopusta ter želje po obravnavi za invalidsko komisijo. Ker je že imel pridružene bolezni: AH, SB, debelost in kajenje ter periferno nevropatijo je bil napoten za redno spremljanje v referenčno ambulanto ter na fizioterapevtsko obravnavo. Z intenzivnim prizadevanjem in doslednostjo najprej samega pacienta ter vseh vpletenih v zdravljenje, je pacient v 2 letih od začetnega ITM: 57.5 kg/m² (TM 210 kg TV 191cm) in krvnega tlaka (RR) 180/110 mm Hg v maju leta 2024 znižal TM na 162 kg ter s tem ITM: 44,4 kg/m², prav tako je upadel RR na 169/88 mmHg.

Zaključek

Naš pacient je eden od redkih, ki ni prenašal ne STGL2 zaviralcev in ne GLP1 antagonistov, ki bi pripomogli k večjemu upadu TM. Odločitev in doslednost posameznika na poti k cilju so ključnega pomena in sta neodvisna dejavnika od uporabe zdravil.

Ključne besede: debelost, arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, GLP1, SGLT2

MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA ŽENSK S POLIENDOKRINIM METABOLNIM OVARIJSKIM SINDROMOM: POVEZOVANJE PRIMARNE IN TERCIARNE RAVNI V OKVIRU CKZ LITJA

Nika Šepec, Daša Medvešek, Laura Kolšek Slana

Zdravstveni dom Litija – Center za krepitev zdravja

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: nika.sepec@zd-litija.si

Uvod

Poliendokrini metabolni ovarijski sindrom (angl. *polyendocrine metabolic ovarian syndrome*, PMOS) je najpogostejša hormonska motnja žensk v rodnem obdobju. Gre za novo poimenovanje sindroma policističnih jajčnikov (angl. *polycystic ovary syndrome*, PCOS), ki je v veljavo stopilo 12. maja 2026. PMOS je kompleksno endokrino in presnovno stanje, za katerega je značilno hormonsko neravnovesje s povišano koncentracijo androgenov ter pogosto prisotno inzulinsko rezistenco. Klinično se PMOS kaže z motnjami menstrualnega cikla, anovulacijo in neplodnostjo ter znaki hiperandrogenizma, kot so poraščenost, akne in androgena alopecija (Jensterle Sever idr., 2023). Po mednarodnih podatkih PMOS prizadene približno 8–13 % žensk v rodnem obdobju (Teede, 2013), v Sloveniji pa prevalenco ocenjujejo na okoli 10 % (Jensterle Sever idr., 2023). Poleg reproduktivnih težav je PMOS povezan tudi s povečanim tveganjem za razvoj številnih kroničnih bolezni, kot so sladkorna bolezen tipa 2, presnovni sindrom, srčno-žilne bolezni, nealkoholna zamaščenost jeter ter motnje duševnega zdravja, vključno z depresijo in anksioznostjo (Barber, 2021).

Strokovna priporočila za diagnostiko in zdravljenje sindroma policističnih jajčnikov navajajo, da sta prekomerna hranjenost in debelost pomembna dejavnika, ki prispevata k poslabšanju klinične slike PMOS, zato je uravnavanje telesne mase opredeljeno kot ena izmed temeljnih začetnih strategij zdravljenja. Priporoča se vključitev žensk s PMOS in prekomerno hranjenostjo, oziroma debelostjo v center za krepitev zdravja (CKZ), saj izguba telesne mase (TM) pri ženskah s prekomerno TM za 5–10 % pomembno in pozitivno vpliva na izboljšano klinično sliko (Jensterle Sever idr., 2023).

Na podlagi teh ugotovitev smo v Centru za krepitev zdravja (CKZ) Litija zasnovali in izvedli projekt prilagojene obravnave »Zdravo jem«, namenjene ženskam z diagnosticiranim PMOS. Poseben poudarek projekta je bil na multidisciplinarni obravnavi ter povezovanju primarne in terciarne ravni zdravstvenega sistema.

Metode

Pri zbiranju ustreznih kandidatk smo se obrnili tudi na doc. dr. Nino Jančar, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, vodjo Oddelka za oploditev z biomedicinsko pomočjo na Ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, ki je k sodelovanju povabila še dve svoji sodelavki in sicer Dzhamilyat Abdulkhalikovo, dr. med., spec. ginekologije in porodništva in Evo Skuk, dr. med., spec.

ginekologije in porodništva. Prav tako smo novico o izvedbi obravnave objavili tudi na družbenih omrežjih CKZ Litija in lokalnem radiu.

V projekt smo vključili 12 žensk z diagnosticiranim PMOS, od katerih se jih je obravnave udeležilo 11. Povprečna starost udeleženk je znašala $31,8 \pm 7,4$ let. Na začetku obravnave smo izvedli celostno oceno zdravstvenega in prehranskega stanja. Telesno sestavo smo izmerili z merilnikom telesne sestave (Tanita MC-780 MA), prehransko ogroženost z orodjem MUST, tveganje za sarkopenijo pa s presejalnim vprašalnikom SARC-F. Prehranjevalne navade smo ocenili s pomočjo strukturiranega prehranskega vprašalnika.

Za natančnejšo oceno prehranskega vnosa smo izvedli 24-urni prehranski priklic, ki smo ga analizirali z uporabo 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. Na podlagi Referenčnih vrednosti za energijski ter hranilni vnos – dopolnjena izdaja 2020 smo za vsako udeleženko določili ustrezen energijski in hranilni vnos ter ga primerjali z dejanskim vnosom (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020).

Program obravnave je vključeval tri strukturirana skupinska srečanja ter tri individualne posvete. Obravnava je bila multidisciplinarna in je vključevala dietetičarko, diplomirano medicinsko sestro in kineziologinjo. Vsebine so zajemale razumevanje PMOS, načela uravnotežene prehrane, pomen ritma prehranjevanja, zadosten vnos beljakovin in vlaknin, telesno dejavnost ter obvladovanje stresa. Pred zadnjih individualnih srečanjem, ki bo predvidoma v maju, bodo udeleženke še opravila testiranje telesne pripravljenosti pri kineziologinji, ki jim bo pokazala tudi izvedbo vaj ob PMOS. Z namenom obvladovanja stresa smo jih povabili tudi na delavnico »Tehnike sproščanja«, ki jih bo v maju izvedla diplomirana medicinska sestra.

Rezultati

7 (63,9 %) udeleženk je imelo ob PMOS še druge pridružene bolezni (povišan krvni tlak, hipotiroidizem, zamaščenost jeter, žolčne kamne, endometrioza, adenomioza in astma). Ena izmed udeleženk je imela tudi artrozo kolkov, zato v testiranje telesne pripravljenosti ne bo vključena. Rezultati presejalnega prehranskega vprašalnika so pokazali, da so imele udeleženke pred začetkom obravnave delno ustrezne prehranjevalne navade. Pri SARC-F so vse udeleženke dosegle 0-1 točk. Analiza 24-urnega priklica jedilnika je pri udeleženkah pokazala bodisi prekomeren bodisi nezadosten energijski vnos, nezadosten vnos makrohranil (predvsem beljakovin in/ali ogljikovih hidratov) ter nekaterih mikrohranil (kalcij, magnezij, vitamin B12). Glede na povedano udeleženk glede njihovih telesnih aktivnosti, sklepamo da bo imeli večino udeleženk povprečne oziroma nadpovprečne rezultate.

Povezovanje med terciarno in primarno zdravstveno ravno smo v takšnem obsegu izvedli prvič. Na prvih individualnih posvetih v sklopu obravnave, ki so bili izvedeni z dietetičarko in diplomirano medicinsko sestro, je bilo ugotovljeno, da večina udeleženk ni poznala vpliva PMOS na zdravja in da lahko sprememba življenjskega sloga lahko vpliva tudi na simptome. S povezovanjem različnih strokovnjakov v CKZ (diplomirana medicinska sestra, kineziologinja in dietetičarka) smo želeli še bolj poudariti pomen zdravega življenjskega sloga. Zaenkrat še ne moremo zaključiti, ali je pri udeleženkah prišlo do spremembe življenjskega sloga in ali ima le-to vpliv na simptome PMOS, ugotavljamo pa

(glede na njihovo poročanje iz drugega individualnega posveta), da se držijo zastavljenih sprememb v prehranjevalnih navadah.

Smiselno se nam zdi tudi spremljanje tudi po končani obravnavi, zato smo že pred zadnjim individualnim posvetom vse udeleženke povabili na ponovni (kontrolni) individualni posvet poleti 2026. Večina udeleženek je prisotnost že potrdila.

Diskusija

Ugotovili smo, da so udeleženke po večini slabo poznale PMOS in njegov vpliv na njihovo zdravje. Spodbudno se nam je zdelo, da večina udeleženek (10; 90,9 %) ni izrazila zgolj želje po spremembi TM, temveč po razumevanju svojega stanja in vpliva prehranjevanja ter zdravega življenjskega sloga. Obravnava je bila tako usmerjena v razlago PMOS, prehrano ob PMOS z vidika uravnotežene prehrane z nekaj posebnostmi in v razumevanje, da različne diete glede na ugotovitve strokovnjakov nimajo pozitivnega vpliva na sindrom. Z multidisciplinarnim pristopom s prehranskim svetovanjem, testiranjem telesne pripravljenosti in obvladovanjem stresa smo želeli udeleženkam omogočiti boljšo podporo.

Zaključek

Tak način izvedbe obravnave »Zdravo jem« potrjuje pomen celostnega pristopa pri obravnavi žensk s PMOS, ki je vključevala prehransko svetovanje, dodatno pa še oceno telesne pripravljenosti, spodbudo k telesni aktivnosti in obvladovanje stresa. Poudariti želimo tudi dobro sodelovanje med terciarno in primarno ravno zdravstva v sklopu te obravnave, ki je bilo v celoti usmerjena v kakovostno obravnavo žensk s PMOS.

Ključne besede: *poliendokrini metabolni ovarijski sindrom (PMOS), prehranska intervencija, življenjski slog, multidisciplinarna obravnava*

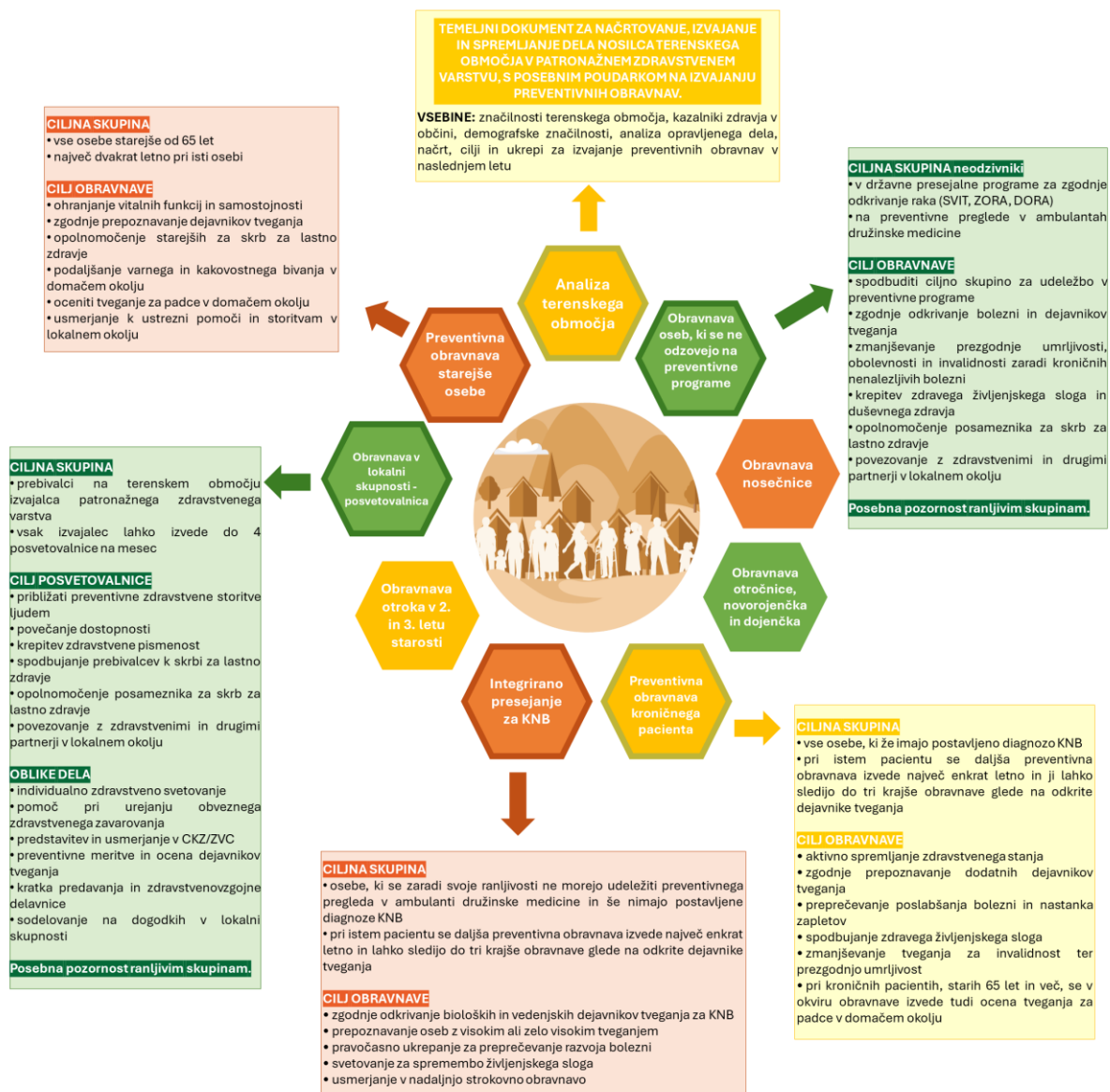
Literatura

1. Barber, T. M., Franks, S. (2021). Obesity and polycystic ovary syndrome. *Clinical endocrinology*, 95(4). doi: 10.1111/cen.14421.
2. Jensterle Sever, M., Janić, M., Kocjan, T., Kotnik, P., Kovač, V., Rotar Pavlič, D., Rakuša, M., Strah, D. M., Šalamun, V., Vrtačnik Bokal, E., Janež, A. (2023). Strokovna priporočila za diagnostiko in zdravljenje sindroma policističnih jajčnikov. Ljubljana: Slovensko osteološko društvo.
3. Poličnik, R., Mastnak Mlakar, D., Terčelj, M. (2024). Zdravo jem – priročnik za izvajalce v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
4. Teede, H. J., Joham, A. E., Paul, E., Moran, L. J., Loxton, D., Jolley, D., & Lombard, C. (2013). Longitudinal weight gain in women identified with polycystic ovary syndrome: Results of an observational study in young women. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21(8), 1526–1532.

18. letna konferenca preventive za odraslo populacijo
14. in 15. september 2026

PREVENTIVNE OBRAVNAVE V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

dr. Martina Horvat, Janja Janc Jagrič, Ria Jagodic, Martina Vuk
Nacionalni inštitut za javno zdravje



Vse preventivne obravnave v patronažnem zdravstvenem varstvu so opisane v Navodilih za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu (NIJZ, 2025) dostopno na povezavi <https://nizj.si/zdravstveno-varstvo/patronazno-varstvo/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obračunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu/>

18 LET PROGRAMA DORA: REZULTATI IN KAKOVOST



Katja Jarm¹, Kristijana Hertl¹, Miloš Vrhovec¹, Vesna Škrbec¹, Veronika Kutnar¹, Lucija Kolar¹, Cveto Švalj¹, Katja Emeršič¹, Katja Kovše¹
¹Oddelek za državni presejalni program za raka dojke DORA, Onkološki inštitut Ljubljana
Korespondenčni avtor: kjarm@onko-l.si

UVOD

Program DORA je slovenski nacionalni organiziran presejalni program za raka dojke, ki ženskam med 50. in 69. letom omogoča presejalno mamografijo vsaki dve leti z namenom zgodnjega odkrivanja raka dojke in zmanjšanja umrljivosti zaradi te bolezni.

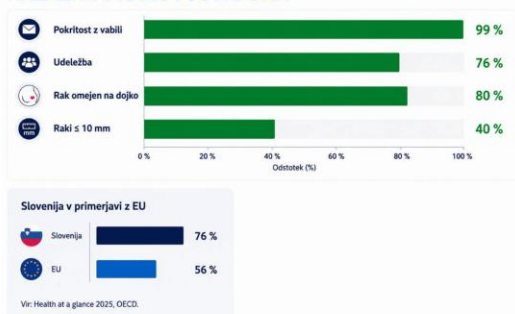


REZULTATI

V 18 letih delovanja programa je bilo:

- ✓ povabljenih 437.100 žensk,
- ✓ opravljenih 1.180.224 presejalnih mamografij,
- ✓ pri 6.950 ženskah odkrit rak dojke,
- ✓ dosežena povprečna udeležba žensk >75 %.

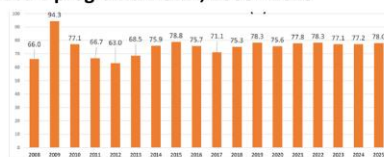
KAZALNIKI KAKOVOSTI DORA



ZNAČILNOSTI PROGRAMA DORA

- organiziran presejalni program
- centralizirano vodenje in upravljanje
- enoten nacionalni register DORA
- osebno vabilo z vnaprej določenim terminom mamografije
- dvojno neodvisno odčitavanje vseh mamografij
- nacionalne strokovne smernice in sistem zagotavljanja kakovosti
- stalno spremljanje kazalnikov uspešnosti programa

Udeležba v programu DORA, 2008 - 2025



METODE

- Evropske smernice za zagotavljanje kakovosti v presejanju in diagnostiki raka dojke.
- Obdobje: april 2008 - april 2026.
- Vir podatkov: register DORA, RRRS.

EVROPSKI POMEN IN ZAKLJUČKI

Program DORA – evropski zgled uspešnega organiziranega presejanja

Z 78 % udeležbo se Slovenija uvršča na 4. mesto v Evropi (2022)

Dokazan prispevek k zgodnjemu odkrivanju raka dojke

Visoka udeležba žensk kaže zaupanje v program.

Zdravljenje zgodaj odkritega raka dojke je lahko zelo uspešno; manj intenzivno in z manj neželenimi učinki.

Naslednji razvojni korak: širitev programa na starost 45–74 let

18 LET ORGANIZIRANEGA DRŽAVNEGA PRESEJALNEGA PROGRAMA ZA RAKA DOJK DORA

Katja Jarm, Kristijana Hertl, Miloš Vrhovec, Vesna Škrbec, Veronika Kutnar, Lucija Kolar,
Cveto Šval, Katja Emeršič, Katja Kovše

Vsi: Onkološki inštitut Ljubljana

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: kjarm@onko-i.si

Uvod

Državni presejalni program za raka dojk DORA, ki je organiziran in populacijski program, je bil uveden aprila 2008 v Osrednjeslovenski regiji, vključitev vseh slovenskih žensk pa je bila po postopni širitvi pod strogimi standardi kakovosti zaključena konec leta 2017. V program na mamografijo vabimo vsaki dve leti ženske, stare od 50 do 69 let. Ženske prejmejo osebno pisno vabilo na dom z vnaprej določeno lokacijo in uro presejalne mamografije. Program deluje v 19 različnih krajih v 16 javnih zdravstvenih zavodih in treh mobilnih enotah. Vsako mamografijo odčitata dva radiologa neodvisno; če na mamografiji odkrijeta spremembe, mamografske slike pregledata še enkrat skupaj s tretjim nadzornim radiologom. Tudi vsa dodatna obravnava najdenih sprememb na mamografskih slikah poteka v okviru programa DORA, in sicer v dveh presejalno-diagnostičnih centrih, na Onkološkem inštitutu Ljubljana in v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Strateški cilj presejalnega programa je zmanjšati umrljivost zaradi raka dojk v ciljni populaciji za 25–30 %, kar je mogoče doseči le z visoko udeležbo nad 70 % in zagotavljanjem visoke kakovosti na vseh korakih presejalne poti.

Namen tega prispevka je predstaviti rezultate programa od začetka delovanja do leta 2026 s poudarkom na ključnih kazalnikih uspešnosti in nadomestnih kazalnikih ter jih umestiti v evropski primerjalni kontekst.

Metode

Program temelji na celovitem zagotavljanju kakovosti, kot ga priporočajo Evropske smernice za zagotavljanje kakovosti v presejanju in diagnostiki raka dojk ter Pobuda Evropske komisije za raka dojk. Urejena je nacionalna politika presejanja raka dojk, centralizirano upravljanje programa, enoten informacijski sistem, specializirano usposabljanje osebja, vrednotenje kakovosti dela osebja in kakovosti aparatur, spremljanje kazalnikov uspešnosti ter strateško komuniciranje. Vsi presejalni centri morajo program izvajati enotno v skladu s strokovnimi standardi, opredeljenimi v nacionalnih smernicah presejalnega programa. Predstavljeni rezultati za obdobje od aprila 2008 do aprila 2026 temeljijo na podatkih iz nacionalnega registra presejanja raka dojk, Registra DORA, in Registra raka Republike Slovenije.

Rezultati

V 18 letih programa je bilo na mamografsko presejanje povabljenih 437.100 žensk, opravljenih je bilo 1.180.224 mamografij, pri 6.950 ženskah pa je bil odkrit rak dojk. Povprečna udeležba je znašala 76 %. Leta 2025 sta pokritost z vabili in presejalnim testom znašali 99 % oziroma 78 %.

V presejanju je 70 % odkritih rakov dojk neinvazivnih ali v stadiju I, 40 % invazivnih rakov pa meri 10 mm ali manj. Raki dojk, odkriti s presejanjem, so klinično in statistično značilno pogostejše diagnosticirani v zgodnejših stadijih v primerjavi z raki, odkritimi pri ženskah enake starosti izven presejalnega programa. Od uvedbe programa se na ravni populacije povečuje delež rakov, odkritih v lokaliziranem stadiju, in zmanjšuje delež napreduvalih rakov. Z 78-odstotno udeležbo leta 2022 se Slovenija uvršča na četrto mesto v Evropi; povprečje EU (24 držav) je leta 2022 znašalo 56 %. Leta 2024 je indeks evropske politike presejanja raka Slovenijo (za presejanje raka dojk, materničnega vratu ter debelega črevesa in danke) uvrstil na prvo mesto med vsemi evropskimi državami. Slovenija je tudi primer dobre prakse in učno središče za države, ki še vzpostavljajo presejalne programe.

Zaključki

Slovenski program presejanja raka dojk je eden najuspešnejših v Evropi, saj zagotavlja enakopraven dostop do pravočasnega in kakovostnega presejanja ter zdravljenja za vse ženske v ciljni populaciji. Gre za visoko strokoven in na ženske osredotočen program, ki ohranja visoko stopnjo zaupanja javnosti in udeležbe. Dosledno upoštevanje evropskih smernic zagotavljanja kakovosti s strogim rednim nadzorom in letnim spremljanjem kazalnikov kakovosti zagotavlja učinkovitost presejanja na ravni populacije ter dolgoročno zmanjševanje umrljivosti zaradi raka dojk. Prihodnje dejavnosti programa bodo usmerjene v ohranjanje visoke kakovosti, sledenje novim z dokazi podprtim priporočilom ter v priprave na razširitev starostne skupine na 45–74 let.

Ključne besede: presejanje, rak dojk, DORA, organiziran, kakovost

Prehranska ogroženost in sarkopenija pri napotnih pacientih na primarni ravni

Maruša Motaln, Zdravstveni dom Ormož

Uvod in strokovno izhodišče

PODHRANJENOST

= stanje, opredeljeno z nenamerno izgubo telesne mase v kombinaciji z nizkim indeksom telesne mase (ITM) ali znižanim indeksom mišične mase (FFMI), kar odraža pomanjkanje energije in/ali beljakovin z negativnimi kliničnimi posledicami.

Vir: Rottevik Koppič et al., 2023

SARKOPENIJA

= progresivna in generalizirana izguba skeletne mišične mase in mišične funkcije (moči in/ali zmogljivosti), ki povečuje tveganje za padce, funkcionalno prizadetost, slabšo kakovost življenja in smrtnost.

Primarna sarkopenija je povezana predvsem s staranjem in naravnimi starostnimi spremembami v mišični masi in moči, brez prisotnih drugih jasno izraženih vzrokov.

Sekundarna sarkopenija nastane kot posledica bolezni, kroničnega vnetja, podhranjenosti, zmanjšane telesne dejavnosti ali dolgotrajne hospitalizacije, pogosto neodvisno od starosti.

Vir: Rottevik Koppič et al., 2023

Primarna zdravstvena raven ima pomembno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju podhranjenosti in sarkopenije. Zato smo v Zdravstvenem domu Ormož izvedli interno raziskavo prehranskega presejanja pri pacientih z dejavniki tveganja za prehransko ogroženost.

Namen, metode dela in cilji

Namen – oceniti prehransko stanje in mišično funkcijo pri pacientih z dejavniki tveganja in omogočiti zgodnje prepoznavanje prehranske ogroženosti, podhranjenosti in sarkopenije ter omogočiti pravočasno prehransko obravnavo.

Metode dela – v opisno analizo je bilo vključenih 64 udeležencev, napotnih med septembrom 2025 in januarjem 2026. **Obravnava je vključevala:**

- oceno prehranskega stanja (kvantitativna in kvalitativna ocena prehranskega vnosa, socialna in zdravstvena anamneza);
- laboratorijski pregled krvi;
- merjenje mišične mase in moči (merjenje moči stiska roke, analiza telesne sestave, test vstajanja iz stola);
- presejanje prehranske ogroženosti z MUST, uporabo diagnostičnega kriterija za podhranjenost GLIM in uporabo presejalnega vprašalnika za sarkopenijo SARC-F.

Cilji: izboljšati prehransko in funkcionalno stanje ter prispevati k boljši kakovosti življenja napotnega pacienta.

Rezultati

Vključenih je bilo 64 udeležencev (64 % ženske, n = 41; 36 % moških, n = 23), ki so bili napoteni iz strani svojega izbranega osebnega zdravnika. **Povprečna starost** udeležencev je znašala **66,2 leta**.

Prehranska ogroženost – MUST je bil uporabljen za presejanje tveganja, merila **GLIM** pa za potrditve diagnoze podhranjenosti. Podhranjenost je bila prisotna pri 83 % udeležencev.



Mišična masa in funkcija - kombinacija nizke mišične mase in moči je pri več kot tretjini podprla diagnozo sarkopenije.



Ključne ugotovitve

V vzorcu napotnih udeležencev je imela večina srednje ali visoko tveganje za podhranjenost po MUST. Merila GLIM je izpolnjevalo 83 %, sarkopenija pa je bila ugotovljena pri 38 % udeležencev. Na podlagi prehranskega pregleda so bili pacienti vključeni v individualizirano prehransko obravnavo in spremljanje; pri 36 % je bila uvedena podpora z oralnimi prehranskimi dodatki.

Ugotovitve poudarjajo pomen sistematičnega prehranskega presejanja, zgodnje napotitve k dietetiku ter pravočasne prehranske intervencije in spremljanja na primarni zdravstveni ravni.

Sistematično presejanje, zgodnja vključitev dietetika in multidisciplinaren pristop omogočajo pravočasno ukrepanje, boljše funkcionalne izide in boljšo kakovost življenja pacientov.

PREHRANSKA OGROŽENOST IN SARKOPENIJA PRI NAPOTENIH PACIENTIH NA PRIMARNI RAVNI

Maruša Motaln

Zdravstveni dom Ormož

E-poštni naslov korespondenčne avtorice: emarusam@zd-ormoz.si

Uvod

Podhranjenost in sarkopenija sta klinično pomembni stanji, povezani z zmanjšano funkcionalnostjo in neugodnimi zdravstvenimi izidi. Na primarni zdravstveni ravni je zato pomembno pravočasno prepoznavanje pacientov z dejavniki tveganja. Namen projekta je bil oceniti prehransko stanje in mišično funkcijo pri pacientih, ki so jih zdravniki družinske medicine napotili zaradi dejavnikov tveganja za prehransko ogroženost, omogočiti zgodnje prepoznavanje podhranjenosti in sarkopenije ter pravočasno prehransko obravnavo.

Metode

V opisno analizo je bilo vključenih 64 udeležencev, kateri so bili napoteni na prehransko obravnavo iz strani svojega osebnega zdravnika, in sicer med septembrom 2025 in januarjem 2026. Obravnava je vključevala prehransko, zdravstveno in socialno anamnezo, kvalitativno in kvantitativno oceno prehrane, laboratorijske preiskave krvi, presejanje prehranske ogroženosti z orodjem MUST, diagnostično oceno podhranjenosti po merilih GLIM in presejanje za sarkopenijo s SARC-F. Telesna sestava je bila ocenjena z bioelektrično impedančno analizo, mišična moč z ročno dinamometrijo, funkcionalna zmogljivost pa s testom vstajanja s stola.

Rezultati

Med 64 udeleženci je bilo 64 % žensk ($n = 41$) in 36 % moških ($n = 23$), povprečna starost je bila 66,2 leta. Po MUST je imelo 41 % udeležencev srednje tveganje za podhranjenost, 44 % udeležencev visoko tveganje za podhranjenost. Merila GLIM za podhranjenost je izpolnjevalo 83 % udeležencev; 61 % jih je imelo zmerno (stopnja 1), 22 % pa hudo podhranjenost (stopnja 2). Nenamerno izgubo 5-10 % telesne mase je imelo 79 % udeležencev, izgubo nad 10 % pa 10 % udeležencev. Znižan FFMI je bil ugotovljen pri 67 % udeležencev, zmanjšana moč stiska roke pri 33 % udeležencev, kriterije za sarkopenijo pa je izpolnjevalo 38 % udeležencev. Pri 36 udeležencih (56 %) so bili v okviru individualne prehranske obravnave uvedeni oralni prehranski dodatki.

Diskusija in zaključek

Visoki deleži prehranske ogroženosti, podhranjenosti ter zmanjšane mišične mase in funkcije se nanašajo na vzorec udeležencev, ki so bili na prehransko obravnavo napoteni zaradi prisotnih dejavnikov tveganja, zato rezultatov ni mogoče posplošiti na celotno populacijo primarnega zdravstvenega varstva. Usmerjeno prehransko presejanje na primarni ravni je pri napotениh pacientih z dejavniki tveganja odkrilo visok delež prehranske ogroženosti, podhranjenosti, znižanega FFMI in sarkopenije. Rezultati podpirajo uvedbo jasne poti zgodnjega prepoznavanja, pravočasne napotitve k dietetiku, individualizirane prehranske obravnave in multidisciplinarnega spremljanja prehranskega ter funkcionalnega stanja.

Ključne besede: prehransko presejanje, podhranjenost, sarkopenija, primarno zdravstveno varstvo



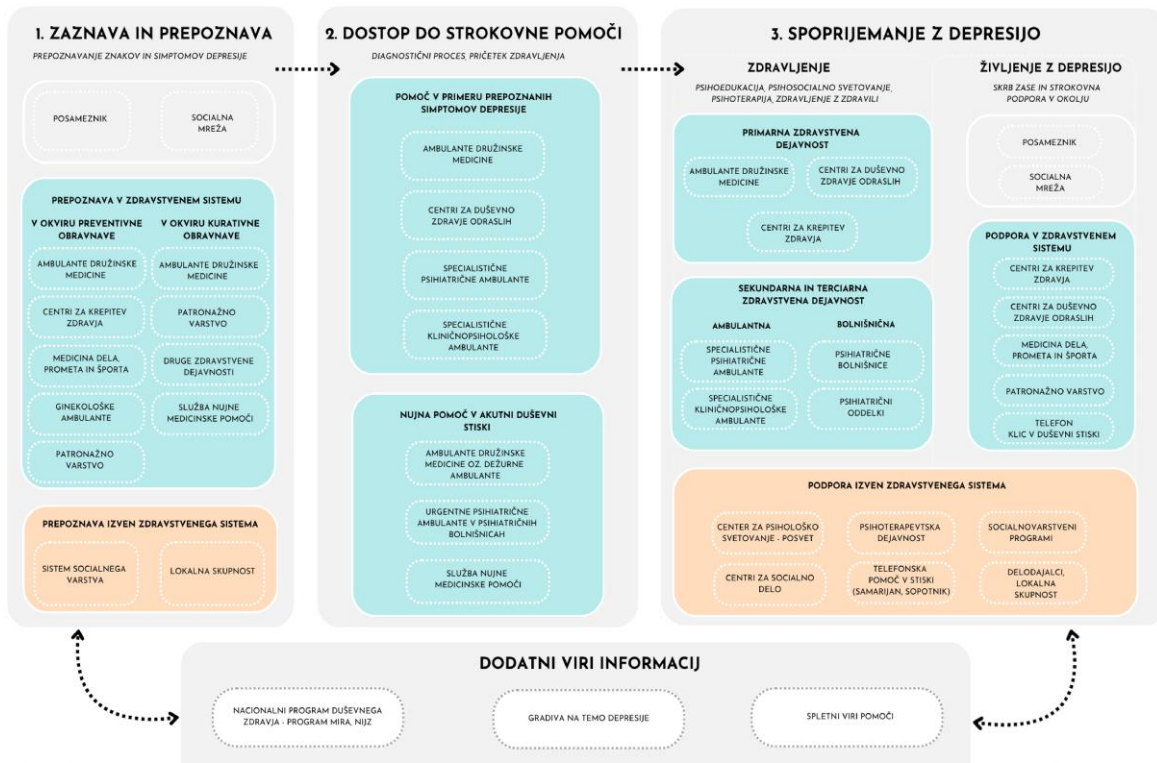
**SKUPAJ
ZA ZDRAVJE**

Državni program integrirane preventive
kroničnih bolezni za odrasle



18. letna konferenca preventive za odraslo populacijo
14. in 15. september 2026

INTEGRIRANA POT OSEBE Z DEPRESIJO



❑ Kaj je integrirana pot?

- Shematski prikaz poti osebe z depresijo skozi sistem podpore in obravnave.
- Dopolnjuje jo priročnik z osnovnimi informacijami o izvajalcih.
- Nastala v okviru projekta "Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji - ZaPiS".

❑ Komu in čemu je namenjena?

- Strokovnjakom za lažje usmerjanje oseb do ustreznih storitev.
- Doprinos k večji zdravstveni pismenosti in h kakovostnejši obravnavi depresije.

❑ Dostop: www.zadusevnozdravje.si

Silva Nemeš, Tatjana Novak Šubara, Nina Ropret, Katja Štucin, Alenka Tančič Grum, Sanja Vrbovšek, Tea Melin

MIRA
NACIONALNI PROGRAM DUŠEVNEGA ZDRAVJA

NIJZ
Nacionalni inštitut
za javno zdravje

18. letna konferenca preventive za odraslo populacijo
14. in 15. september 2026

TESTIRAJ IN ZDRAVI *HELICOBACTER PYLORI* V OKVIRU PROJEKTA TOGAS V ZDRAVSTVENEM DOMU LJUBLJANA

Brigita Petek, dipl. m. s. s spec. znanji, Ljubica Mostarac, dipl. m. s. s spec. znanji, Saša Šajn Lekše, mag. zdr. Nege,
Zdravstveni dom Ljubljana



TRAJANJE: marec 2024 - februar 2026
POPULACIJA: Asimptomatski odrasli,
30-35let, opredeljeni v ambulantah
družinske medicine
IZVAJALCI: Diplomirane medicinske
sestre(DMS), zdravniki specialisti družinske
medicine (ZDM)

PRIPRAVA: Interna usposabljanja timov
družinske medicine, priprava spletne
platforme RedCap, usposabljanje DMS
koordinatorjev (15).
NIJZ pripravi naključni vzorec (10.418),
pošlje vabilo po pošti z informacijami o
raziskavi.



IZVEDBA IN NALOGE TIMOV ADM:

Vabljeni osebe potrjujejo ali zavrnejo sodelovanje z
izpolnitvijo vprašalnika
DMS koordinator spremlja odzivnike – izločijo
se že zdravljeni okužbe s *H.pylori*
DMS preda kandidate za testiranje DMS v ADM
DMS vabi na preventivni pregled in na hkratni
odvzem krvi za serološko testiranje
DMS koordinator spremlja in beleži rezultate
serološkega testiranja in pozitivne vabi na
urea dihalni test (UDT)
DMS koordinator beleži rezultate UDT,
pozitivne preda ZDM za predpis zdravil
(N=101)
ZDM preveri kontraindikacije za zdravljenje, seznanjeni
režimom zdravljenja in spremlja med 14-dnevnim
jemanjem zdravil
DMS koordinator beleži jemanje zdravil in morebitne
stranske učinke, vabi na kontrolni UDT
DMS koordinator beleži rezultate UDT,
ponovno pozitivne preda ZDM za predpis
druge sheme zdravil

REZULTATI :

Vabila poslana 10.418 osebam (41 % celotnega
vzorca ZDL se je odzvalo na spletno anketo)
Na serološko testiranje vabljenih je prišlo 3.557
oseb (34% vabljenih oseb)
Pozitivnih na IgG protitelesa proti *H.pylori* je 13%
vseh testiranih
332 oseb ima pozitiven UDT (84 % pozitivnih)

IZZIVI: Slaba odzivnost vabljenih populacije. Dolgotrajen proces.
Izpadi na vseh korakih raziskave. Dostopnost za osebe brez
izbranega osebnega zdravnika. Dodatna časovna obremenitev za DMS
koordinatorje. Neusklajeno delovanje timov ADM.

PRILožNOSTI: Enostopenjsko presejanje. Izvedba presejalnih testov
v ZD Ljubljana. Računalniška podpora. Presejanje v okviru
preventivnega pregleda v ADM. Razširitev presejanja na družinske
člane pozitivnih.

DEJSTVA: Rak želodca je med vodilnimi vzroki smrti zaradi raka,
težava pa ostaja predvsem pozno odkrivanje bolezni, saj v večini
evropskih držav organizirani presejalni programi za rak želodca še niso
vzpostavljeni. V Sloveniji letno za rakom želodca zboli okoli
450 oseb, kar predstavlja 3,5 % med novimi primeri raka. S tem je rak
želodca na devetem mestu po pogostosti. Število novih
primerov in umrljivost zaradi raka želodca se v Sloveniji v zadnjih
desetih letih statistično značilno zmanjšujeta. Pomemben dejavnik
tveganja za razvoj raka želodca je okužba z bakterijo *Helicobacter
pylori*. Zgodnje odkrivanje in zdravljenje okužbe lahko
pomembno prispevata k zmanjšanju pojavnosti bolezni, zato je razvoj
učinkovitih strategij presejanja in obravnave okužbe ključen za
zmanjšanje bremena raka želodca.

Ste prejeli vabilo ZD Ljubljana na preventivno
presejalno testiranje na okužbo z bakterijo *H.pylori*?

ODZOVITE SE NANJ!

TOGAS NIJZ



PREPREČEVANJE OSTEOPOROZNIH ZLOMOV V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Saša Šajn Lekše, mag. zdr. nege, Sara Stefanović, dipl. m. s., Zdravstveni dom
Ljubljana

Prevalenca osteoporoze in spremljanje v ADM

Za osteoporozo zboli **vsaka tretja ženska po 50. letu** ter **vsak peti moški starejši od 65. let**. V Sloveniji ima osteoporozo približno **140.000 oseb**. Prevalenca narašča zaradi podaljševanja življenjske dobe. V Evropi **vsakih 30 sekund pride do osteoporoznega zloma**.

Od začetka presejanja na osteoporozo v letu 2014 v ADM na leto odkrijemo povprečno več kot 2000 novih primerov osteoporoze (vsako leto več).

V letu 2024 smo v ADM opravili **10789** pregledov oseb z osteoporozo, od tega 868 moških in 9921 žensk. Osteoporozo ima **13 Ž** mlajših od 50 let in **1436** starih med 50-64 let. Med moškimi ima osteoporozo **23** mlajših od 50 let in **220** starih med 50-69 let. Med **47747** presejanimi na osteoporozo je bilo 21838 moških (64 mlajših od 50 let in 12286 starih med 50-69 let). Med 36698 presejanimi ženskami je bilo 172 mlajših od 50 let in 10044 starih med 50-64 let.

V letu **2025** smo pregledali **19474 oseb z osteoporozo** in opravili **80110** presejanj na osteoporozo.



Prikaz primera in izzivi

Ž, 53 let, **1. preventivni pregled pri DMS**. Osteoporozo naključno odkrita na managerskem pregledu leta 2024, zloma še ni utrpela. FRAX 5.6/0.7

Redna terapija: D3 35 gtt/teden, Euthyrox 75 mg

Družinska anamneza: mama osteoporozo, oče Ca trebušne slinavke

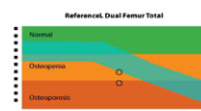
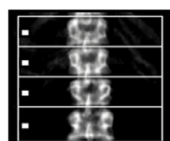
Socialna anamneza: Ekonomski tehnik, vodilno del. mesto (veliko službenih poti), poročena, 2 sinova: 24 in 19 let

Nekadilka, alkohol redko. Prehrana neustrezna – prejme navodila za prehrano pri povišanem LDL, vnos kalcija s prehrano. Telesna aktivnost: vadba za moč 1x tedensko, občasno vzpon na bližnji hrib.

TT: 68 kg TV: 168 cm OP: 86 cm KT: 99/66 ZM: 47 let

Presejalni programi redno, vsi b.p. UZ vratnih žil b.p. DXA vsaki 2 leti v okviru managerskega pregleda (plača delodajalec)

Je ciljano presejanje res smiselno le v visoki starosti? Kako vsem omogočiti potrditev diagnoze še pred zlomom? Zakaj v ADM ne uspemo letno pregledati vseh oseb z osteoporozo? Kako dobro imamo vzpostavljene registre?



Osteoporozo v ZD Ljubljana

V letu 2024 je bilo pregledanih 1263 oseb z osteoporozo (85 M, 1178 Ž). Med moškimi jih je bilo **26 mlajših od 70 let**, med ženskami pa **117 mlajših od 65 let**. Presejanj na osteoporozo je bilo opravljenih 4892, 2123 moških in 2859 žensk. 805 presejanih žensk je bilo mlajših od 65 let in 1077 moških mlajših od 70 let.

Samoplačniška ambulanta za merjenje densitometrije: med 100 naključno izbranimi preiskovanci v letu 2024 potrjenih 11 novih primerov osteoporoze pri ženskah, mlajših od 65 let + 9 žensk v isti starostni skupini s potrjeno osteopenijo. Od 100 preiskovancev je bilo moških le 5, vsi razen enega z že znano osteoporozo.

V letu 2026 je v registrih kroničnih bolnikov z osteoporozo 206 žensk, mlajših od 65 let in 48 moških, mlajših od 70 let. Podatki so bili pridobljeni iz 45 (od skupno 89) ADM.

PREPREČEVANJE OSTEOPOROZNIH ZLOMOV V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Saša Šajn Lekše, mag. zdr. nege, Sara Stefanović, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Ljubljana

E-poštni naslov korespondenčnih avtoric: sasa.sajn-lekse@zd-lj.si, sara.stefanovic@zd-lj.si

Prispevek opisuje vlogo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstvenik v ambulanti družinske medicine pri preprečevanju osteoporoznih zlomov pri starejši populaciji. Predstavimo podatke iz nacionalnega registra oseb z osteoporozo ter število opravljenih obravnav, tako presejanj na osteoporozo kot obravnav kroničnih bolnikov z osteoporozo. Število obravnav za namen prispevka prikazujemo na nacionalni ravni in na ravni največjega zdravstvenega doma v Sloveniji. Predstavimo tudi klinični primer obravnave, ki jo izvaja diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik.

Za učinkovito preventivo pred zlomom kolka in drugimi osteoporoznimi zlomi je nujno redno in dosledno spremljanje v ambulanti družinske medicine ter ustrezna edukacija vseh članov tima. Poseben pomen pri preprečevanju osteoporoznih zlomov ima tudi osveščanje o pomenu merjenja kostne gostote in pravočasnega zdravljenja na podlagi rezultatov meritve. Dobro sodelovanje vseh članov tima ambulante družinske medicine pri vseh oblikah spremljanja oseb, ogroženih za osteoporozni zlom, lahko ključno vpliva na zgodnje odkrivanje osteoporoze in povečanega tveganja za zlom, izboljša kakovost življenja ter prepreči poslabšanje zdravstvenega stanja starejše populacije.

Ključne besede: osteoporozo, starejši odrasli, vloga diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika

ZGODNJE ODKRIVANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA – KLJUČ DO USPEŠNE PREVENTIVE

Tjaša Šarič, mag. zdr. nege Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor – Referenčna ambulanta

UVOD

Kronične nenalezljive bolezni so vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti. Dejavniki tveganja se pogosto pojavijo že pred 40. letom starosti, preventivni pregledi pa se večinoma začnejo šele po 40. letu. Zgodnje odkrivanje omogoča pravočasno ukrepanje in učinkovitejšo preventivo.

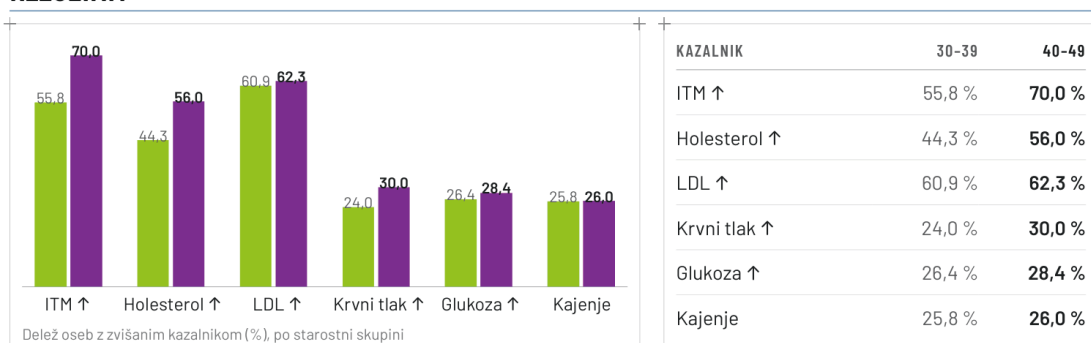
NAMEN

Primerjati pojavnost dejavnikov tveganja in njihovo kumulacijo med odraslimi, starimi 30–39 let in 40–49 let, ter ovrednotiti pomen zgodnjega preventivnega ukrepanja.

METODE

938 preventivnih pregledov	2 ambulantni družinske medicine	30-39 / 40-49 primerjani starostni skupini (let)	6 kazalnikov + kumulacija
RETROSPEKTIVNA ANALIZA – KAZALNIKI			
ITM Krvni tlak Skupni holesterol LDL-holesterol Glukoza na tešče Kajenje			

REZULTATI



27,5 %
30-39 let

37,2 %
40-49 let

Toliko oseb je imelo **več dejavnikov tveganja hkrati** – kumulacija je največja razlika med skupinama.

KLJUČNE UGOTOVITVE

- Največji porast: ITM, skupni holesterol, krvni tlak.
- Kajenje ostaja podobno pogosto v obeh skupinah.
- Največja razlika je kopičenje dejavnikov tveganja.

KLINIČNI POMEN

Presnovne spremembe se začnejo že pred 40. letom starosti. Sčasoma se posamezni dejavniki tveganja povezujejo, kar pomembno poveča tveganje za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni.

ZAKLJUČEK

- ✓ Dejavniki tveganja so pogosti že med 30. in 39. letom starosti.
- ✓ Največja sprememba med starostnima skupinama je njihova kumulacija.
- ✓ Zgodnejše vključevanje odraslih v preventivne programe lahko izboljša uspešnost preventive.

Največji učinek preventive dosežemo, ko dejavnike tveganja odkrijemo, preden se začnejo kopičiti.

ZGODNJE ODKRIVANJE KOT DETERMINANTA USPEŠNOSTI PREVENTIVE

Tjaša Šarić, mag. zdr. nege

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ambulanta družinske medicine

Uvod

V ambulanti družinske medicine pogosto obravnavamo paciente v obdobju, ko so dejavniki tveganja že prisotni v različnih kombinacijah in imajo merljiv vpliv na zdravje. Podrobna analiza podatkov pa jasno kaže, da se ti procesi začnejo bistveno prej, pogosto že v tretjem desetletju življenja. Ključno vprašanje zato ni več, ali tveganje obstaja, temveč kdaj ga prepoznamo, saj prav čas odkrivanja določa uspešnost preventive.

V analizi smo pregledali podatke dveh ambulant družinske medicine pri pacientih, ki so opravili preventivni pregled. Skupno je bilo vključenih 938 pacientov, razdeljenih v dve starostni skupini: 30–39 let ($N = 497$) in 40–49 let ($N \approx 441$). Namen analize je bil opredeliti pojavnost in kumulacijo dejavnikov tveganja ter primerjati dinamiko njihovega razvoja med starostnima skupinama.

V ambulanti družinske medicine pogosto obravnavamo paciente v obdobju, ko so dejavniki tveganja že prisotni v različnih kombinacijah in imajo merljiv vpliv na zdravje. Analiza podatkov kaže, da se ti procesi začnejo bistveno prej, pogosto že v tretjem desetletju življenja. Ključno vprašanje zato ni več ali tveganje obstaja, temveč kdaj ga prepoznamo, saj prav čas odkrivanja pomembno določa uspešnost preventivnih ukrepov.

30–39 let: zgodnje kopičenje tveganja

V starostni skupini 30–39 let ($N = 497$) ima že 55,8 % oseb povišan indeks telesne mase ($ITM \geq 25$), pri čemer je debelost ($ITM \geq 30$) prisotna pri 25,8 %. Povišan skupni holesterol ($\geq 5,0$ mmol/L) ima 44,3 % oseb, povišane vrednosti LDL ($\geq 3,0$ mmol/L) pa 60,9 %.

Povišan krvni tlak ($\geq 140/90$ mmHg) je prisoten pri 24,0 % oseb, medtem ko ima približno 53 % vsaj mejno povišane vrednosti ($\geq 130/85$ mmHg). Motnje glikemije ($\geq 5,6$ mmol/L) so prisotne pri 26,4 %, kajenje pa pri 25,8 % populacije.

Ključna ugotovitev je izrazita kumulacija dejavnikov tveganja, saj ima 27,5 % oseb dva ali več dejavnikov hkrati. Analiza kaže jasen trend naraščanja ogroženosti glede na število prisotnih dejavnikov tveganja: pri osebah brez dejavnikov tveganja znaša delež ogroženih 6,6 %, pri enem dejavniku 26,6 %, pri dveh 29,6 %, pri treh 35,8 % in pri štirih 39,3 %.

Rezultati kažejo, da se tveganje v tej starosti že pomembno kopiči, čeprav so posamezniki pogosto še brez izraženih kliničnih simptomov.

40–50 let: eksplozija kombinacij tveganja

V starostni skupini 40–49 let ($N \approx 441$) se stanje izrazito poslabša. Povišan ITM ima 70,0 % oseb, debelost pa 30,7 %. Povišan skupni holesterol ($\geq 5,0$ mmol/L) ima 56,0 % posameznikov, LDL ($\geq 3,0$ mmol/L) pa 62,3 %. Povišan krvni tlak ($\geq 140/90$ mmHg) je prisoten pri 30,0 %, medtem ko ima 59,3 % oseb vsaj mejno povišan tlak. Motnje glikemije so prisotne pri 28,4 %, kajenje pa pri 26,0 %. Delež oseb z jasno opredeljenimi dejavniki tveganja naraste na 37,2 %, kar pomeni, da ima več kot vsak tretji posameznik že izraženo ogroženost. Ključna sprememba pa je v strukturi tveganja, saj ima skoraj polovica populacije tri ali več dejavnikov tveganja. Najpogostejše kombinacije vključujejo ITM, LDL in holesterol, pogosto v kombinaciji s povišanim krvnim tlakom, kar kaže na prehod iz posameznih odstopanj v kompleksne presnovne profile z visokim tveganjem.

Primerjava: kaj se zgodi v desetih letih

Primerjava med starostnima skupinama pokaže izrazit porast bremena dejavnikov tveganja. Delež oseb s povišanim indeksom telesne mase (ITM) naraste iz 55,8 % na 70,0 %, delež s povišanim skupnim holesterolom z 44,3 % na 56,0 %, delež s povišanim krvnim tlakom pa z 24,0 % na 30,0 %, medtem ko prevalenca kajenje ostaja približno nespremenjena. Ključna razlika pa se ne kaže le v večji pojavnosti posameznih dejavnikov, temveč predvsem v njihovi kumulaciji. Delež oseb z vsaj dvema dejavnikoma tveganja se poveča z 27,5 % na 37,2 %, delež oseb s tremi ali več dejavniki pa z približno 35 % na skoraj 48 %. Rezultati kažejo, da se v obdobju desetih let tveganje ne povečuje zgolj kvantitativno, temveč tudi kvalitativno, saj preide iz posameznih dejavnikov v njihove kombinacije, ki bistveno povečajo verjetnost za razvoj bolezni. Primerjava med starostnima skupinama pokaže izrazit porast bremena dejavnikov tveganja. Delež oseb s povišanim indeksom telesne mase (ITM) naraste z 55,8 % na 70,0 %, delež s povišanim skupnim holesterolom z 44,3 % na 56,0 %, delež s povišanim krvnim tlakom pa z 24,0 % na 30,0 %, medtem ko prevalenca kajenja ostaja približno nespremenjena. Ključna razlika se ne kaže le v večji pojavnosti posameznih dejavnikov tveganja, temveč predvsem v njihovi kumulaciji. Delež oseb z vsaj dvema dejavnikoma tveganja se poveča z 27,5 % na 37,2 %, delež oseb s tremi ali več dejavniki pa z približno 35 % na skoraj 48 %. Rezultati kažejo, da se v obdobju desetih let tveganje ne povečuje zgolj kvantitativno, temveč tudi kvalitativno, saj prehaja iz prisotnosti posameznih dejavnikov v njihove sočasne kombinacije, ki pomembno povečujejo verjetnost za razvoj kroničnih bolezni.

Klinični pomen ugotovitev

Podatki jasno kažejo, da se ključni patofiziološki procesi začnejo že pred 40. letom. V starosti 30–39 let prevladujejo posamezni dejavniki, predvsem povišan ITM in motnje lipidnega profila, medtem, ko v starosti 40–49 let ti dejavniki postajajo medsebojno povezani in se potencirajo.

Povprečne vrednosti v starejši skupini (ITM 29,8; holesterol 5,48 mmol/L; LDL 3,52 mmol/L), potrjujejo prisotnost presnovnih motenj. To odraža prehod iz zgodnje ogroženosti v stanje povečanega tveganja za razvoj kroničnih bolezni, kar dodatno poudarja pomen pravočasnega ukrepanja.

Zaključek

Podatki nedvomno potrjujejo, da se dejavniki tveganja pojavijo že v starostnem obdobju 30–39 let. Uvajanje preventivnih ukrepov šele pri 40. letu pomeni zamujeno priložnost za zgodnje ukrepanje, saj ima takrat že velik delež populacije prisotnih več dejavnikov tveganja hkrati.

Prehod v starostno skupino 40–49 let predstavlja prehod od posameznih dejavnikov k njihovi kumulaciji, ki bistveno povečuje tveganje za razvoj kroničnih bolezni. Zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja je zato ključno za učinkovito preventivo, saj omogoča ukrepanje v fazi, ko je potek bolezni še mogoče upočasniti ali preprečiti.

Ključne besede: *dejavniki tveganja, zgodnje odkrivanje, ambulantna družinske medicine, preventiva, epidemiologija*

POVEZANI ZA ZDRAVJE

ZBIRNIK INFORMACIJ ZA KREPITEV ZDRAVJA V LOKALNI SKUPNOSTI

Zbirnik **Povezani za zdravje** na enem mestu združuje preverjene informacije, programe, storitve in kontakte, ki vam pomagajo skrbeti za zdravje in dobro počutje v vseh življenjskih obdobjih.

NAMEN ZBIRNIKA



povečati
dostopnost
preverjenih
informacij



izboljšati
zdravstveno
pismenost



krepi
preventivo
in zdravje



povezovati
storitve
v skupnosti



olajšati
iskanje
pomoči



KJE JE DOSTOPEN?



na spletni strani
Skupaj za zdravje



na spletnih straneh
centrov za krepitev zdravja



na spletnih straneh
zdravstvenih domov



Brezplačen dostop
za vse uporabnike.

KAJ VSEBUJE?



OSNOVE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

- zdravstveno zavarovanje in kartica zdravstvenega zavarovanja
- evropska kartica zdravstvenega zavarovanja
- eZdravje, portal zVEM
- pacientove pravice in zastopniki



DRŽAVNI PROGRAMI IN PRESEJALNI PROGRAMI

- programi krepitev zdravja: Skupaj za zdravje, Zora, MIRA ...
- programi za zgodnje odkrivanje raka: Svit, Dora, Zora
- državni programi s področja zdravja



ZDRAVSTVENE USTANOVE

- zdravstveni dom in njegove službe
- centri za krepitev zdravja, patronažna služba
- centri za duševno zdravje, bolnišnice, lekarne
- ZZS, NIJZ, NLZOH ...



PODPORA V LOKALNI SKUPNOSTI

- center za socialno delo, občina
- nevladne organizacije in društva
- zaposlovanje, pomoč starejšim
- brezplačna pravna pomoč in drugi lokalni viri



KONTAKTI

na enem mestu zbrani kontakti zdravstvenih ustanov,
socialnih služb in drugih organizacij v lokalnem okolju.

V ZBIRNIKU NAJDETE:

- ✓ aktualne in zanesljive informacije
- ✓ jasne napotke, kam po pomoč
- ✓ pregleden prikaz storitev in programov
- ✓ koristne kontakte za različne življenjske situacije

Pregledno kazalo

Uvodne informacije o zbirniku	112	113
OSNOVE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	112	113
DRŽAVNI PROGRAMI IN PRESEJALNI PROGRAMI	114	115
ZDRAVSTVENE USTANOVE	116	117
PODPORA V LOKALNI SKUPNOSTI	118	119
KONTAKTI	120	121
OSNOVE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	112	113
DRŽAVNI PROGRAMI IN PRESEJALNI PROGRAMI	114	115
ZDRAVSTVENE USTANOVE	116	117
PODPORA V LOKALNI SKUPNOSTI	118	119
KONTAKTI	120	121
OSNOVE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	112	113
DRŽAVNI PROGRAMI IN PRESEJALNI PROGRAMI	114	115
ZDRAVSTVENE USTANOVE	116	117
PODPORA V LOKALNI SKUPNOSTI	118	119
KONTAKTI	120	121

Kontakti na enem mestu



IMAŠ KAKŠNO IDEJO?

Želimo, da zbirnik ostane ažuren in koristen za vas.
Imate predlog, kaj bi še lahko vključili?



Sporočite nam jo na
zvc.ckz@nijz.si

Psihoedukativne delavnice v CDZO

Romana Zupan in Ema Petavar, NIJZ

Razvoj in uvajanje psihoedukativnih delavnic v mrežo CDZO

V okviru projekta **Nove storitve v mreži služb za duševno zdravje** postopoma nastaja deset vsebinsko različnih psihoedukativnih delavnic za odrasle, ki se bodo izvajale v Centrih za duševno zdravje odraslih (CDZO).

Komu so namenjene?

Psihoedukativne delavnice so namenjene odraslim osebam z že prepoznano težavo v duševnem zdravju ali z duševno motnjo, svojcem in njihovim bližnjim osebam.

Kaj udeleženci pridobijo?

Boljše razumevanje duševne motnje oziroma zdravstvenega stanja.

Strokovno preverjene informacije ter uporabna znanja in spretnosti.

Možnosti za učinkovitejše soočanje z zahtevami vsakdanjega življenja.

Priložnost za izmenjavo izkušenj in učenje drug od drugega.

Podporo pri aktivnem vključevanju v zdravljenje, rehabilitacijo in proces okrevanja.

Kako potekajo?

Psihoedukativne delavnice potekajo v manjših skupinah in obsegajo več zaporednih srečanj. Temeljijo na aktivnem sodelovanju, pogovoru, skupinskih razpravah, praktičnih vajah in izmenjavi izkušenj.

Udeleženci nova spoznanja povezujejo z lastnimi izkušnjami in jih prenašajo v vsakdanje življenje. Pri tem so jim v podporo tudi gradiva, ki jih uporabljajo med srečanji in po zaključku delavnice.

Projekt se financira iz sredstev Evropske Unije, Evropskega socialnega sklada in kot nacionalni javni prispevek iz Proračuna Republike Slovenije.

10 vsebinskih sklopov

- Anksioznost
- Psihoze
- Bipolarna motnja razpoloženja
- Demenca
- Fibromialgija
- ADHD
- Avtizem
- Nekemične zasvojenosti
- Osebnostne motnje
- Obsesivno-kompulzivna motnja



Prva delavnica – Bipolarna motnja razpoloženja

Za področje bipolarnе motnje razpoloženja (BMR) so priročnik za izvajalce in gradivo za udeležence že pripravljeni. Izvedeno je bilo tudi specifično usposabljanje strokovnih delavcev CDZO za izvajanje delavnice.

Jeseni 2026 bodo strokovni delavci začeli izvajati psihoedukativne delavnice za paciente, svojce in bližnje v svojih CDZO.



Več o projektu

18. letna konferenca preventive za odraslo populacijo
14. in 15. september 2026

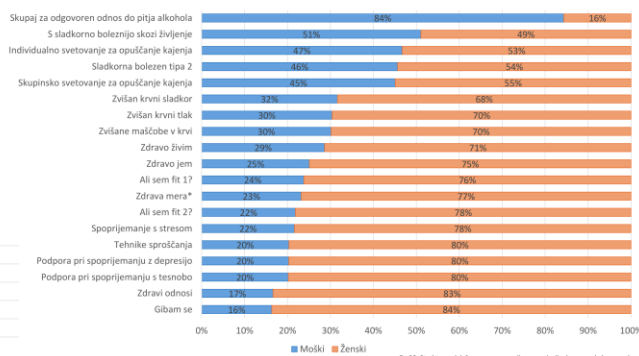
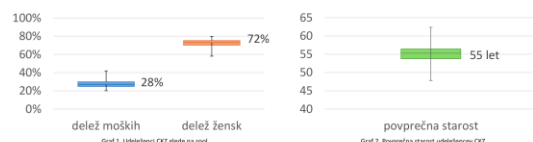
Kdo se vključuje v centre za krepitev zdravja? Struktura udeležencev preventivnih obravnav

Dr. Pika Založnik, Sanja Vrbovšek, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Eden pomembnih pogojev za učinkovito obvladovanje kroničnih bolezni in zmanjševanje neenakosti v zdravju je dostopna in vključujoča preventiva. Pri spremljanju izvajanja programa Skupaj za zdravje zato ni pomembno le, koliko ljudi se vključuje v preventivne obravnave, temveč tudi, koga program dosegajo. Poznavanje socio-demografskih značilnosti udeležencev omogoča vpogled v strukturo populacije, vključene v preventivne obravnave, ter prepoznavanje razlik med posameznimi skupinami udeležencev in okolji. Ti podatki so pomembni za spremljanje izvajanja programa in njegovo nadaljnje prilagajanje potrebam različnih skupin prebivalstva. Analiza prikazuje strukturo udeležencev preventivnih obravnav v centrih za krepitev zdravja (CKZ) v letu 2025 glede na spol, starost in izobrazbo. Ugotovitve omogočajo prepoznavanje značilnih vzorcev v strukturi udeležencev ter predstavljajo izhodišče za nadaljnje spremljanje vključevanja različnih skupin prebivalstva in načrtovanje ciljanih pristopov za spodbujanje vključevanja tistih, ki se v preventivne obravnave vključujejo v manjši meri.

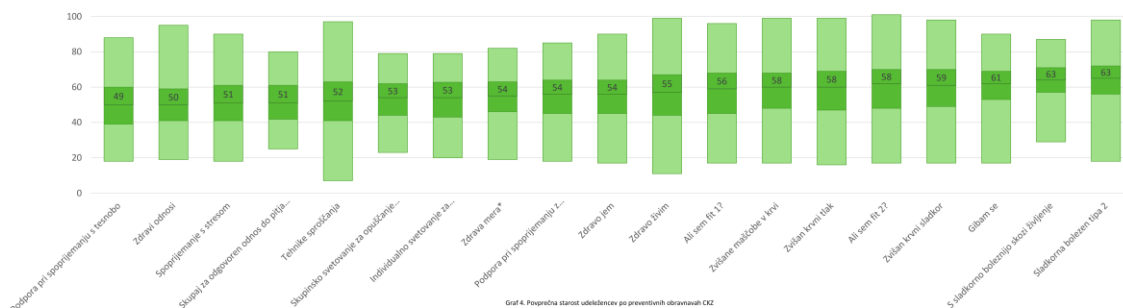
Preventivne obravnave skozi prizmo spola

Med udeleženci preventivnih obravnav v CKZ izrazito prevladujejo ženske (72 %), moški predstavljajo 28 % vseh udeležencev. Delež moških se razlikuje tudi med posameznimi CKZ – najvišji je v Ljutomeru (42 %), najnižji pa v Piranu (20 %). Razlike so še izrazitejše med posameznimi preventivnimi obravnavami. Moški predstavljajo večino udeležencev pri obravnavah tvegane in škodljivega pitja alkohola (84 %) in sladkorno boleznijo skozi življenje (51 %), višji deleži pa so tudi pri obravnavah opuščanja kajenja. Na drugi strani ženske izrazito prevladujejo pri večini drugih obravnav, najbolj pri obravnavah Gibam se (84 % žensk) in Zdravi odnosi (83 %) ter pri obravnavah na področju duševnega zdravja (80 %). Takšen vzorec je podoben ugotovitvam iz preteklih let. Rezultati kažejo na vztrajne razlike v strukturi udeležencev glede na spol in odpirajo vprašanje, kako v preventivne obravnave učinkoviteje vključevati moške.

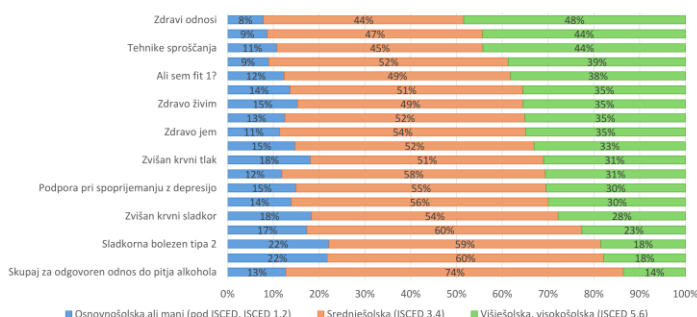


Koga nagovarjajo posamezne obravnave? Pogled skozi starost

Povprečna starost udeležencev preventivnih obravnav v CKZ je 55 let, polovica udeležencev pa je stara med 44 in 67 let. Starostna struktura se razlikuje tako med posameznimi CKZ kot med preventivnimi obravnavami. Povprečna starost udeležencev po CKZ sega od 48 let v CKZ Šentjur do 63 let v CKZ Radovljica. Mlajšo strukturo udeležencev imajo predvsem obravnave na področju duševnega zdravja in zdravega življenjskega sloga, medtem ko so udeleženci obravnav, povezanih s kroničnimi boleznimi in dejavniki tveganja, v povprečju starejši. Med posameznimi obravnavami so v povprečju najstarejši udeleženci obravnave sladkorne bolezni tipa 2 (63 let), med najmlajšimi pa udeleženci obravnave na področju duševnega zdravja.



Različne obravnave, različna izobrazbena struktura



Izobrazbena struktura udeležencev se med preventivnimi obravnavami precej razlikuje. Najvišji deleži udeležencev z višješolsko ali visokošolsko izobrazbo so pri obravnavah na področju duševnega zdravja in zdravih odnosov. Nasprotno je delež višje izobraženih najnižji pri obravnavah tvegane in škodljivega pitja alkohola ter sladkorne bolezni tipa 2. Delež udeležencev z osnovnošolsko izobrazbo ali manj je najvišji pri obravnavah oseb s sladkorno boleznijo. Rezultati kažejo na izrazite razlike v izobrazbeni strukturi udeležencev posameznih preventivnih obravnav.

Opomba. V letu 2025 je bilo v preventivne obravnave v CKZ vključenih več kot 46.100 udeležencev. Priказani so podatki, zbrani iz CKZ v eSZBO za leto 2025. Upoštevanje so vse obravnave, ki so se zaključile v 2025 (zadnje srečanje). Pomanjkljivosti: zaradi prehodnega obdobja pri načinih poročanja podatki ne vključujejo vseh udeležencev na obravnavi Zdrava mera, zaradi uvedbe novih CKZ v IPPO podatki ne vključujejo večine njihovih obravnav v januarju 2025, pri nekaterih je bilo uvažanje bilo daljše; zaradi pomanjkljivega poročanja podatki ne vključujejo podatkov o vseh kratkih preventivnih obravnavah v vseh CKZ.

Vzorci vključevanja pacientov v preventivne obravnave v centrih za krepitev zdravja

Sanja Vrbovšek, dr. Pika Založnik, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Centri za krepitev zdravja (CKZ) zagotavljajo širok nabor preventivnih obravnav, ki posameznikom omogočajo dostop do zanesljivih strokovnih informacij ter pridobivanje znanja in veščin za ohranjanje in krepitev zdravja. Glede na njihove potrebe jim zagotavljajo tudi strokovno podporo pri obvladovanju dejavnikov tveganja in spreminjanju nezdavih življenjskih navad. Potrebe posameznikov po preventivni podpori se razlikujejo glede na njihovo zdravstveno stanje, dejavnike tveganja, zmožnosti in druge okoliščine. Nekaterim zadoščajo informacije, usmeritve ali krajša obravnava, drugi pa za uspešno spreminjanje življenjskih navad potrebujejo intenzivnejšo, dalj časa trajajočo in interdisciplinarno podporo ter se vključujejo v več različnih obravnav. Pomembno dopolnitev preventivnih obravnav lahko predstavlja tudi digitalna podpora, vendar njena ustreznost in obseg nista enaka za vse. Učinkovita preventiva zato temelji na prilagajanju načina in intenzivnosti podpore potrebam posameznika. Analiza prikazuje vzorce vključevanja pacientov v preventivne obravnave CKZ v letu 2025, razlike med posameznimi CKZ glede na število obravnav, v katere se pacienti vključujejo, ter glede na vključevanje v kratke, poglobljene oziroma kombinacije kratkih in poglobljenih obravnav. Poseben poudarek namenjam kombinacijam preventivnih obravnav in ugotavljanju, katere obravnave pacienti najpogosteje obiskujejo skupaj.

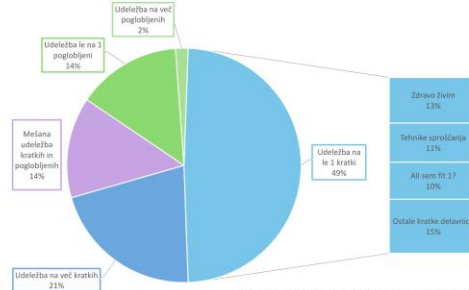
Ena obravnava ali več? Različne poti skozi CKZ

V letu 2025 se je 64 % udeležencev CKZ vključilo v eno preventivno obravnavo, 21 % v dve, posamezni udeleženci pa so obiskali tudi več različnih obravnav – največ 16. Povprečno število preventivnih obravnav je bilo 1,64 na udeleženca. Med udeleženci, ki so obiskali več kot eno obravnavo, pa je povprečno število znašalo 2,8 obravnave na udeleženca.

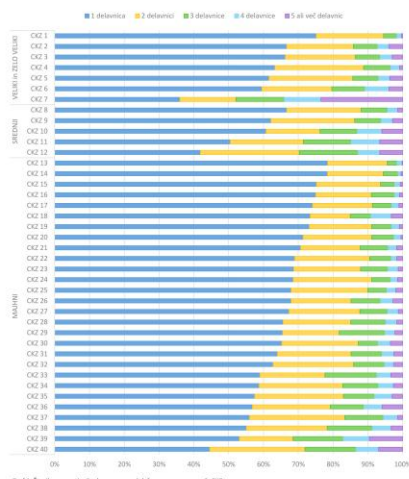
Med posameznimi CKZ so izrazite razlike. Delež udeležencev, ki so obiskali le eno obravnavo, sega od 36 % v Domžalah do 78 % v Sevnici in Slovenskih Konjicah. Tudi povprečno število preventivnih obravnav na udeleženca se med CKZ razlikuje – od 1,3 v Sevnici, Šentjurju, Slovenskih Konjicah in Kranju do 3,1 v Domžalah.

Podatki kažejo, da se poti udeležencev skozi preventivne obravnave med CKZ pomembno razlikujejo in segajo od enkratnega vključevanja do kompleksnejših poti, ki vključujejo več različnih obravnav. Pri tem ni ene same optimalne poti – obseg in način vključevanja izhajata iz zdravstvenega stanja, dejavnikov tveganja in potreb posameznika, razlike med CKZ pa lahko odražajo tudi posebnosti in potrebe prebivalstva v lokalnih okoljih.

Od kratkih informacij do poglobljene podpore



Graf 2. Vključevanje udeležencev v kratke in poglobljene preventivne obravnave



Graf 1. Število preventivnih obravnav na udeleženca po posameznih CKZ

Skoraj polovica udeležencev (49 %) se je v letu 2025 vključila le v eno kratko preventivno obravnavo, dodatnih 21 % pa v več kratkih obravnav. V poglobljene obravnave se je vključilo 30 % udeležencev: 14 % v eno, 2 % v več poglobljenih obravnav, 14 % pa je kombiniralo kratke in poglobljene obravnave. Med udeleženci, ki so obiskali le eno kratko obravnavo, so bile najpogostejše Zdravo živim (13 % vseh udeležencev), Tehnike sproščanja (11 %) in Ali sem fit? (10 %), medtem ko so preostale kratke obravnave skupaj predstavljale 15 %.

Različni vzorci vključevanja odražajo različen obseg podpore, ki so jo udeleženci potrebovali – od kratkih informacij, usmeritev in ozahevalne podpore pri spreminjanju življenjskih navad. Ustrezno posamezne poti zato ni določena s številom ali vrsto obravnave, temveč predvsem s tem, ali sta obseg in intenzivnost podpore prilagojena potrebam posameznika.

Vzorci kombiniranja preventivnih obravnav: katere obravnave udeleženci obiskujejo skupaj?

Med udeleženci, ki so obiskali več preventivnih obravnav, se kažejo prepoznavni vzorci njihovega kombiniranja. Med obravnavam, ki se pogosto pojavljajo v različnih kombinacijah, izstopajo Zdravo živim, Tehnike sproščanja in Ali sem fit. Pogoste so tudi povezave med kratkimi obravnavam dejavnikov tveganja in Zdravo živim ter med psihodukativnimi obravnami in Tehnikami sproščanja.

Posebej izrazite so nekatere vsebinsko povezane poti. Med udeleženci obravnave 5 sladkorna boleznijo skozi življenje se jih je 33 % v letu 2025 udeležilo samo te obravnave, medtem ko se jih je 52 % udeležilo tudi kratke obravnave Sladkorna bolezen tipa 2, 20 % pa tudi obravnave Zdravo živim. Podobno se pri obravnavi na področju duševnega zdravja kaže povezovanje psihodukativnih obravnave med seboj ter s Tehnikami sproščanja. Ugotovljeni vzorci kažejo, da se posamezne preventivne obravnave ne izvajajo kot povsem ločene aktivnosti, temveč se pri delu udeležencev povezujejo v vsebinsko smiselne poti podpore, prilagojene različnim zdravstvenim potrebam in dejavnikom tveganja.

	Zdravo živim	Zdravni krvni tlak	Zdravne maščobe v krvi	Zdravni krvni tlak	Sladkorna bolezen tipa 2	Sladkorna bolezen tipa 2 skozi življenje	Ali sem fit 1	Ali sem fit 2	Gibam se	Podpora pri spoprijemanju anksioznosti s tesnobo	Podpora pri spoprijemanju anksioznosti s stresom	Tehnike sproščanja	Zdravi odnosi	Zdravo živim	Zdrava mera	Opuščanje kajenja - skupinsko	Opuščanje kajenja - individualno	Opuščanje tveganega in nevarnega vedenja	Samo ta delavica	
Zdravo živim (n=13.010)		18%	16%	11%	5%	2%	18%	8%	4%	1%	1%	3%	15%	1%	6%	2%	0,2%	0,5%	0,2%	45%
Zdravni krvni tlak (n=6.458)	37%		34%	24%	6%	2%	19%	10%	4%	1%	1%	3%	15%	1%	6%	2%	0,2%	1%	0,2%	27%
Zdravne maščobe v krvi (n=6.136)	35%	36%		22%	7%	2%	18%	8%	5%	2%	2%	3%	16%	1%	8%	3%	0,4%	1%	0,2%	30%
Zdravni krvni tlak (n=3.617)	39%	42%	38%		8%	3%	21%	8%	5%	2%	1%	3%	16%	1%	7%	3%	0,3%	1%	0,1%	25%
Sladkorna bolezen tipa 2 (n=2.385)	25%	16%	17%	13%		29%	10%	4%	3%	1%	1%	2%	9%	0,4%	3%	1%	0,0%	0,3%	0,2%	37%
Sladkorna bolezen skozi življenje (n=1.344)	20%	8%	10%	9%	52%		8%	3%	4%	1%	1%	2%	7%	0,4%	5%	2%	0,1%	0,4%	0,4%	33%
Ali sem fit 1 (n=10.846)	22%	12%	10%	7%	2%	1%		19%	7%	1%	1%	2%	17%	1%	5%	2%	0,2%	0,2%	0,0%	44%
Ali sem fit 2 (n=5.094)	21%	13%	9%	5%	2%	1%	41%		11%	1%	2%	4%	15%	2%	8%	3%	0,2%	0,3%	0,0%	32%
Gibam se (n=3.065)	17%	9%	10%	6%	2%	2%	25%	18%		2%	3%	6%	17%	2%	11%	1%	0,2%	0,4%	0,1%	41%
Podpora pri spoprijemanju s tesnobo (n=886)	17%	11%	11%	7%	2%	1%	11%	7%	6%		30%	31%	41%	7%	8%	2%	1%	1%	1%	29%
Podpora pri spoprijemanju s tesnobo (n=1.302)	15%	6%	8%	4%	1%	1%	10%	6%	6%	20%		35%	43%	7%	6%	2%	0,4%	1%	1%	30%
Spoprijemanje s stresom (n=2.741)	15%	7%	7%	5%	2%	1%	9%	8%	6%	10%	17%		41%	7%	8%	2%	0,3%	1%	0,3%	35%
Tehnike sproščanja (n=10.417)	19%	9%	9%	5%	2%	1%	17%	7%	5%	3%	5%	11%		3%	5%	2%	0,2%	0,3%	0,1%	49%
Zdravi odnosi (n=1.052)	13%	6%	5%	4%	1%	1%	12%	8%	6%	6%	8%	17%	28%		6%	1%	0,3%	0,1%	0,2%	45%
Zdravo živim (n=3.391)	22%	12%	14%	8%	2%	2%	16%	12%	10%	2%	2%	7%	16%	2%		4%	1%	1%	0,2%	44%
Zdrava mera (n=1.236)*	23%	11%	16%	8%	3%	2%	21%	11%	3%	1%	2%	5%	19%	1%	10%		0,3%	1%	0,2%	80%
Opuščanje kajenja - skupinsko (n=243)	12%	5%	10%	4%	0,4%	1%	10%	5%	3%	2%	2%	3%	8%	1%	12%	2%		2%	0%	63%
Opuščanje kajenja - individualno (n=363)	17%	9%	12%	7%	2%	2%	7%	4%	3%	3%	2%	4%	8%	0,3%	6%	2%	2%		2%	59%
Opuščanje tveganega in škodljivega vnosa alkohola (n=133)	16%	8%	8%	3%	4%	5%	2%	1%	2%	5%	6%	7%	11%	2%	5%	2%	0,0%	5%		53%

Kako bremo prikaz? V vsaki vrstici prikazani delci udeležencev navedene preventivne obravnave, ki so se v letu 2025 udeležili tudi obravnave, navedene v stolpcu. Posameznik se je lahko vključil v več drugih obravnav, zato se delci v vrstici ne seštevajo do 100 %. Zadnji stolpec prikazuje delež udeležencev, ki so se v letu 2025 udeležili samo navedene obravnave.

*Pri obravnavi Zdrava mera na visok delež udeležencev, evidenciranih samo v tej obravnavi, vplivata dolžina obravnave in nepopolno poročanje dela podatkov v aplikaciji IPPO.

Opomba: V letu 2025 je bilo v preventivne obravnave v CKZ vključenih več kot 46.100 udeležencev. Prikazani so podatki, zbrani v CKZ v eSROJ za leto 2025. Uporabljene so vse obravnave, ki so se zaključile v 2025 (zadnje srečanje). Pomembnosti: zaradi preprečitve obdobja pri načnu poročanja podatki ne vključujejo vseh udeležbo na obravnavi Zdravo živim, zaradi uvedbe novih CKZ v IPPO podatki ne vključujejo večjih nihalnih obravnav v januarju 2025, pri nekaterih je bila uvrstitev bila različna zaradi pomembnosti poročanja podatkov ne vključujejo

Graf 3. Delež udeležencev posameznih obravnav, ki so se udeležili tudi druge obravnave

Kako beremo prikaz? V vsaki vrstici je prikazan delež udeležencev, navedene preventivne obravnave, ki so se v letu 2025 udeležili tudi obravnave, navedene v stolpcu. Posameznik se je lahko vključil v več drugih obravnav, zato se deleži v vrstici ne seštevajo do 100 %. Zadnji stolpec prikazuje delež udeležencev, ki so se v letu 2025 udeležili samo navedene obravnave.

*Pri obravnavi Zdrava mera na visok delež udeležencev, evidentiranih samo v tej obravnavi, vplivata dolžina obravnave in nepopolno poročanje dela podatkov v aplikaciji IPPO.

Dopomba: V letu 2025 je bilo v preventivne obravnave v CKZ vključenih več kot 46.100 udeležencev. Prikazani so podatki, zbrani iz CKZ v eSBO do leta 2025. Uporabljene so vse obravnave, ki so se zaključile v 2025 (dodatne se ne štejejo). Pomankljivosti: zaradi prehodnega obdobja pri načrtu poročanja podatki ne vključujejo vseh udeležencev na obravnavi Zdrava mera, zaradi uvedbe novih CKZ v IPPO podatki ne vključujejo večine njihovih obravnav v januarju 2025, pri nekaterih je bilo vpisane bile dodatne, zaradi pomankljivega poročanja podatki ne vključujejo podatkov o vseh kratkih preventivnih obravnavih v vseh CKZ.

Ranljivost v lokalnem okolju

izkušnje pilotnega projekta Skupaj odkrivajmo sladkorno

doc. dr. Ivanka Huber Kropec, Anja Časar, mag. Lea Peternel, NIJZ

Uvod

Neenakosti v zdravju pomembno vplivajo na vključevanje prebivalcev v preventivne zdravstvene programe. Ranljive skupine se pri dostopu do zdravstvenih storitev srečujejo s številnimi ovirami. Namen raziskave je bil prepoznati ranljive skupine, njihove ovire in primere dobrih praks v lokalnih okoljih.

Metode

V letih 2025 in 2026 je bila izvedena kvalitativna raziskava v šestih pilotnih okoljih v Sloveniji. Podatki so bili zbrani z vodenimi razgovori 38 članov delovnih skupin, v katerih so sodelovali predstavniki zdravstvenih domov, centrov za krepitev zdravja, zdravstvenovzgojnih centrov, patronažnih služb, občin, osnovnih šol, nevladnih organizacij in drugih lokalnih deležnikov. Analiza je temeljila na vsebinski analizi z identifikacijo skupnih tem in razlik med okolji.

Rezultati

V pilotnih okoljih so bile kot ranljive prepoznane starejše osebe, socialno-ekonomsko ogrožene osebe, otroci iz socialno šibkejših okolij, brezposelni in dolgotrajno brezposelni, priseljenci, Romi, osebe s težavami v duševnem zdravju, nosečnice in otročnice, samohranilske družine, kronični bolniki, prebivalci geografsko odročnih območij, osebe brez zdravstvenega zavarovanja ali brez izbranega osebnega zdravnika, osebe z različnimi oblikami oviranosti/invalidnosti, neformalni oskrbovalci ter delovno aktivni posamezniki z nefleksibilnim delovnim časom.



Diskusija in priporočila

Rezultati potrjujejo, da ranljivost ni le lastnost posameznika ali posledica zgolj zdravstvenega stanja posameznika, temveč posledica prepleta osebnih, socialnih, ekonomskih, kulturnih, geografskih in organizacijskih dejavnikov oziroma okoliščin, ki lahko omejujejo dostop do različnih storitev in virov v skupnosti, vključno z zdravstvenim varstvom. Zmanjševanje neenakosti zahteva lokalno prilagojene in medsektorsko povezane pristope.

Ključna priporočila:

- prepoznavanje ranljivosti in lokalnih potreb;
- prilagajanje preventivnih programov ranljivim skupinam in izboljšanje dostopnosti, izvajanje storitev neposredno v lokalni skupnosti in doseganje ljudi v njihovem življenjskem okolju (posvetovalnice in »odprta vrata za zdravje« v lokalni skupnosti, preventivne delavnice, svetovanja in patronažni obiski na domu);
- krepitev medsektorskega sodelovanja;
- odpravljanje jezikovnih, kulturnih in digitalnih ovir;
- usposabljanje zdravstvenih delavcev za delo z ranljivimi skupinami.

Zaključek

Neenakosti v zdravju lahko zmanjšujemo le s pravočasnim prepoznavanjem ranljivosti, medsektorskim sodelovanjem in s sodelovanjem s skupnostjo. Prepoznavanje ranljivosti je prvi korak k pravičnejšemu dostopu do storitev.

Pilotni projekt Skupaj odkrivajmo sladkorno – SKOS (JACARDI) 2024–2027

mag. Lea Peternel, doc. dr. Ivanka Huber Kropec, Anja Časar, NIJZ

Cilji

- Spodbujati učinkovito in trajno **sodelovanje lokalnih partnerjev** v skupnosti za pripravo novih pristopov na področju **osveščanja** o sladkorni bolezni tipa 2, pomenu zgodnjega odkrivanja bolezni in **vključevanja v preventivni pregled**, s poudarkom na vključevanju **ranljivih skupin**.
 - Vzpostaviti **formalno lokalno partnerstvo** in **krepitev zmogljivosti** lokalnih partnerjev.
 - Zagotoviti **učinkovitejšo koordinacijo pri izvajanju obstoječih aktivnosti** za osveščanje o sladkorni bolezni tipa 2 in pomenu zgodnjega odkrivanja te bolezni.
 - Razviti nove pristope** za osveščanje o sladkorni bolezni tipa 2 in spodbujanje vključevanja v preventivni pregled, s poudarkom na vključevanju ranljivih skupin.



Ključni rezultati

- Analiza obstoječih aktivnosti/pristopov v skupnosti - pilotni projekt Skupaj odkrivajmo sladkorno.
- Poročilo ocene stanja neenakosti in ranljivosti v zdravju v okoljih pilotnega projekta Skupaj odkrivajmo sladkorno.
- Novi pristopi za krepitev zgodnjega odkrivanja sladkorne bolezni tipa 2 v skupnosti - pilotni projekt Skupaj odkrivajmo sladkorno.

Pilotni projekt Skupaj odkrivajmo sladkorno se izvaja v 6 pilotnih okoljih (Brežice, Velenje, Hrastnik, Litija, Podvelka, Črna na Koroškem) s tesnim sodelovanjem partnerjev v lokalnih okoljih v okviru delovnih skupin.



Skupaj naprej

Analiza odgovorov članov delovnih skupin pridobljenih z anketiranjem je pokazala,

- da so člani delovnih skupin prepričani o pozitivnem vplivu tovrstnega sodelovanja za lokalno okolje (100 %);
- da se jim zdi pomembno, da bi takšna delovna skupina delovala tudi po zaključku projekta Skupaj odkrivajmo sladkorno (54,2 % zelo pomembno, 37,5 pomembno, niti pomembno, niti nepomembno 8,3 %);
- da bi bila večina (90, 9 %) članov delovne skupine pripravljena sodelovati v takšni delovni skupini tudi po zaključku projekta Skupaj odkrivajmo sladkorno.

18. letna konferenca preventive za odraslo populacijo
14. in 15. september 2026

Učinkovitost strukturno in vsebinsko sistematizirane zdravstvene vzgoje bolnikov po srčnem infarktu v programu ambulantne kardiološke rehabilitacije – zasnova pilotne raziskave v okviru projekta JACARDI

doc. dr. Jerneja Farkaš-Lainščak¹, doc. dr. Marko Novakovič², Pia Mayer Hren², Urška Hvala², mag. Silva Nemeš¹, Sanja Vrbovšek¹, prof. dr. Borut Jug²

¹ Nacionalni inštitut za javno zdravje

² Center za preventivno kardiologijo, Klinični oddelek za žilne bolezni, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

1. UVOD

Kardiološka rehabilitacija je učinkovita oblika terciarne preventive, ki zmanjšuje umrljivost in hospitalizacije ter izboljšuje z zdravjem povezano kakovost življenja bolnikov po srčnem infarktu. Medtem ko je vadbeni del programa jasno strukturiran, je zdravstvenovzgojna obravnava pogosto manj standardizirana ter se med izvajalci razlikuje po vsebini, strukturi in načinu izvajanja.

V okviru projekta JACARDI smo zato razvili strukturiran pristop k zdravstveni vzgoji bolnikov po srčnem infarktu. Namen pilotne raziskave (WP9_SI_107) je ovrednotiti učinkovitost strukturno in vsebinsko sistematizirane zdravstvene vzgoje v programu ambulantne kardiološke rehabilitacije.

2. METODE

Pilotna raziskava je bila zasnovana kot randomizirana intervencijska raziskava, v katero bo vključenih približno 100 bolnikov po srčnem infarktu, ki obiskujejo program ambulantne kardiološke rehabilitacije v Centru za preventivno kardiologijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Udeleženci bodo v razmerju 1 : 1 randomizirani v intervencijsko skupino, deležno strukturno in vsebinsko sistematizirane zdravstvene vzgoje v treh vsebinskih sklopih (I. Oskrba bolnika po srčno-žilnem dogodku, II. Ureditev dejavnikov tveganja in sprememba življenjskega sloga, III. Vsakdanje življenje in opolnomočenje) ter kontrolno skupino z običajno zdravstvenovzgojno obravnavo. Pred intervencijo in po njej bomo v obeh skupinah z validiranimi in mednarodno uveljavljenimi instrumenti izvedli meritve zdravstvene pismenosti (HLS-EU-Q16), znanja o življenju po srčnem infarktu (CADE-Q) in z zdravjem povezane kakovosti življenja (SF-36 in EQ-5D-5L). Na zadnjem obisku bomo pri obeh skupinah izmerili tudi zadovoljstvo bolnikov z zdravstvenovzgojno obravnavo (Slika 1).

Priprava intervencije je vključevala pregled literature in primerov dobrih praks, izbor in nadgradnjo zdravstvenovzgojnih pristopov ter vsebin in pripravo strukturiranih gradiv za izvajalce programa ambulantne kardiološke rehabilitacije in bolnike.

Vzpostavljen je bil okvir za izvedbo celostne zdravstvene vzgoje skozi celotno izvajanje programa ter za povezovanje z izvajalci primarnega zdravstvenega varstva in izvajalci vseživljenjske kardiološke rehabilitacije, vključno z zdravstvenimi domovi, centri za krepitev zdravja, koronarnimi klubi in združenji bolnikov.

Metode pilotne raziskave



Slika 1: Metode pilotne raziskave

3. PRIČAKOVANI REZULTATI

Pričakujemo, da bo strukturirana in vsebinsko sistematizirana zdravstvena vzgoja v primerjavi z običajno obravnavo:

- ➡ pomembno izboljšala zdravstveno pismenost in znanje bolnikov o življenju po srčnem infarktu,
- ➡ prispevala k izboljšanju z zdravjem povezane kakovosti življenja ter
- ➡ povečala zadovoljstvo bolnikov z zdravstvenovzgojno obravnavo.

4. ZAKLJUČKI

Rezultati bodo omogočili oceno izvedljivosti in potencialne učinkovitosti standardiziranega pristopa ter njegovega trajnostnega vključevanja v redno izvajanje ambulantne kardiološke rehabilitacije.

Vzpostavljen pristop, podprt s strukturiranimi gradivi in povezovanjem izvajalcev različnih ravni zdravstvenega varstva ter organizacij bolnikov, bo predstavljal podlago za dolgoročno vzdržnost, prenosljivost in širšo implementacijo zdravstvenovzgojne obravnave bolnikov po srčnem infarktu.

JACARDI

18 evropskih držav, **143** pilotnih projektov,
prav vsi pa usmerjeni v zmanjšanje bremena sladkorne bolezni ter bolezni
srca in ožilja,
tudi **4 slovenski**

doc. dr. Jelka Zaletel, NIJZ, UKC Ljubljana; Nika Benedik, NIJZ

1. Skupaj odkrivajmo sladkorno

(7 pilotnih občin)

Cilj: najti čim več posameznikov s še **neodkrito sladkorno boleznijo tipa 2** in njenima predstopnjama – da bi zdravljenje lahko začeli čim prej in preprečili poznejše zaplete.

Kako?

- ljudi spodbujamo, naj z **vprašalnikom FINDRISK** preverijo svoje tveganje in ob 15 točkah ali več obiščejo zdravnika
- s **kampanjo, usmerjeno v lokalna okolja** (RA in TV, občinska glasila, splet, družbena omrežja, JUMBO plakati, osnovne šole, podjetja, zdravstveni domovi ...)
- **skupaj** z lokalno skupnostjo vzpostavljamo trajne pristope za prihodnost

Doseg: 350.000 ljudi (verjetno cilj že dosežen, sicer bo ob prelitju kampanje na nacionalno raven)

3. Oči pod drobnogledom

Pri sladkorni bolezni **dober vid** ni odraz sreče, ampak **skrb za oči** oziroma **pravočasnega pregleda**.

→ zato z zdravstvenimi strokovnjaki in osebami s SB oblikujemo rešitve, s katerimi bo novi državni program preseganja za diabetično retinopatijo **učinkovit, gladko delujoč** in **uporabnikom prijazen**

Doseg: 300 zdravstvenih strokovnjakov in (predstavnikov) oseb s SB

2. Če razumeš, lahko ukrepaš

- zato razvijamo ljudem **zlahka razumljiva, vsebinska** in **pomirjujoča gradiva**, sploh tista, ki jih bo posameznik prejel ob potrditvi diagnoze sladkorne bolezni
- gradiva testiramo – da bi našli besede in podobe, s katerimi bosta zdravnik in diplomirana medicinska sestra osebe s SB opogumila za prve korake, ki prek **edukacije in sprejemanja sladkorne bolezni vodijo do »mojstrstva« pri njenem »upravljanju«**
- usposabljanje timov družinske medicine, CKZ in ZVC za izvajanje usklajenih pristopov: tako ljudje dobijo za kakovostno življenje s SB

Niž zmede, enake verodostojne informacije ter znanja in veščine več zaupanja – vsi zadovoljni.

Doseg: 450 zdravstvenih strokovnjakov in oseb s SB

4. Po srčnem infarktu nazaj v formo

Cilj: ozaveščeni in dobro obveščeni bolniki s koronarno boleznijo, ki **znajo (po)skrbeti zase in zmorejo (za)živeti kakovostno**.

→ zato smo **poenotili pristope, gradiva in orodja** za ambulantno srčno-žilno rehabilitacijo, da bi ljudem po srčnem infarktu **čim bolj olajšali vrnitev v aktivno in kakovostno življenje**. Hkrati prispevamo k oblikovanju strategije za boljše zdravje srca in ožilja v Sloveniji.

Doseg: 500 bolnikov in zdravstvenih strokovnjakov

Skupaj odkrivajmo sladkorno

doc. dr. Jelka Zaletel, NIJZ, UKC Ljubljana; Nika Benedik, NIJZ

Zgodaj odkrita – lažje obvladana

... zato **PREVERI**, kolikšno je **tvoje tveganje** za pojav sladkorne bolezni tipa 2. Reši **FINDRISK**



Če veš, lahko ukrepaš

... in ob **15 točkah ali več** obiščeš svojega zdravnika, ki bo, če bo tako ocenil, opravil laboratorijsko merjenje krvnega sladkorja.

Ko sladkor ni več sladek. Odkrij ga pravočasno.

- ker se sladkorna bolezen tipa 2 nemalokrat razvija tiho – brez jasnih opozorilnih znakov in bolečin,
- ker lahko leta potuhnjeno povzroča škodo tvojemu telesu, zlasti ožilju,
- ker nezdravljena lahko vodi v resne zaplete (kap, infarkt, slepota, ledvična odpoved, amputacija noge).

Dobre novice

Z zgodnjim odkritjem ter ustreznim zdravljenjem **krvnega sladkorja, krvnega tlaka** in **maščob v krvi** lahko:

- napredovanje bolezni **upočasniš**,
- tveganje za zaplete bistveno **zmanjšaš**
- in kljub sladkorni bolezni tipa 2 **živiš kakovostno**.

Bodi **POZOREN** na

čezmerno žejo, pogosto uriniranje, utrujenost, nepojasnjeno hujšanje, zamegljen vid (obišči zdravnika)

in dejavnike tveganja:

- **45+** let,
- čezmerna **telesna teža** ali debelost,
- sladkorna bolezen v **ožji družini**,
- visok **krvni tlak** ($\geq 140/\geq 90$) in/ali zvišane **maščobe** v krvi,
- premalo **gibanja**,
- sladkorna bolezen v **nosečnosti**, porodna **teža otroka**, višja od 4 kg, **sindrom policističnih jajčnikov**.



Skupaj

ODKRIVAJMO SLADKORNO!

Sladkorna bolezen tipa 2 res odkrivamo **SKUPAJ**

- skupaj z **lokalno skupnostjo**, ki v vseh **7 pilotnih občinah** išče učinkovite pristope za prihodnost
- in skupaj **z vami**, ki ste ali boste preverili svoje tveganje s **FINDRISKOM** in ga razširili med svojci, bližnjimi, znanci ...

OBRAVNAVA TELESNE KRHKOSTI

Razvoj, priprava in pilotno preizkušanje celostne obravnave telesne krhkosti na primarni ravni zdravstvenega varstva z namenom vzpostavitve trajnostne klinične poti za zgodnje odkrivanje in učinkovito obvladovanje krhkosti pri odraslih.

CILJI

Vzpostaviti in pilotno ovrednotiti celostno, interdisciplinarno obravnavo telesne krhkosti, ki vključuje gibalno, prehransko in edukacijsko komponento ter jo pripraviti za širšo implementacijo v zdravstveni sistem.

PRISTOPI

- Temeljijo na znanstvenih dokazih in mednarodnih smernicah.
- Strokovno sodelovanje različnih profilov (kineziolog, dietetik, fizioterapevt, medicinska sestra).
- Vključevanje strokovnjakov iz prakse.
- Izvedba klinične študije v pilotnih okoljih.

2024	2025	2026	2027	2028
• Vzpostavitev delovnega paketa in načrtovanje dela	• Pregled literature • Postavitev klinične poti • Razvoj obravnave za predkrhkost	• Pregled literature • Razvoj obravnave za krhkost • Razvoj merilnih orodij • Metodološka in organizacijska priprava klinične študije • Priprava gradiv in izobraževanja • Usposabljanje kadra	• Izvedba pilota • Zbiranje podatkov in vmesne analize	• Analiza podatkov • Končna evalvacija izvedljivosti klinične poti • Načrt nadaljnje implementacije klinične poti • Priprava poročil in diseminacija ugotovitev

PILOTNA IZVEDBA CELOSTNE OBRAVNAVE KRHKOSTI V IZBRANIH OKOLJIH

V pilotni izvedbi sodelujejo ambulantne družinske medicine (ADM), centri za krepitev zdravja (CKZ) in patronažno zdravstveno varstvo (PZV).

KLJUČNI DOSEŽKI DO DANES

- ✓ Pregled literature s področja telesne krhkosti
- ✓ Razvoj novih merilnih orodij za vrednotenje 24-urnega gibalnega vedenja v okviru preprečevanja predkrhkosti
- ✓ Priprava protokola celostne obravnave telesne krhkosti
- ✓ Priprava gradiv za izvedbo pilotne študije
- ✓ Priprava izobraževalnih vsebin za kader v ADM, CKZ in PZV

PREOSTALE NALOGE

- Usposabljanje kadra in izvedba pilotne študije
- Zbiranje in analiza podatkov
- Končna evalvacija izvedljivosti klinične poti
- Priprava poročil in diseminacija ugotovitev
- Priprava priporočil za nadaljnjo implementacijo

KAJ PRINAŠA DELO NA PROJEKTU?



Zgodnejše prepoznavanje telesne krhkosti in pravočasno ukrepanje.



Izboljšanje telesne pripravljenosti, prehranskega stanja in kakovosti življenja.



Zmanjšanje tveganja za padce, hospitalizacijo in izgubo samostojnosti.



Vzpostavitev enotne klinične poti za celostno obravnavo krhkosti v Sloveniji.



Prispevek k aktivnemu in zdravemu staranju prebivalstva Slovenije.

OBVLADOVANJE KRHKOSTI

Sistemska obravnavna krhkosti s poudarkom na predkrhkosti za zdravo in kakovostno staranje



Nacionalni inštitut za javno zdravje



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



Sofinancira
Evropska unija

Financiranje: Projekt sofinancirata Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada plus in Republika Slovenija.

Več o projektu:



Trajanje projekta: 2024–2028

Nosilec: NIJZ v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje.

OBVLADOVANJE KRHKOSTI

Celovit projekt za zgodnje prepoznavanje, obravnavo in preprečevanje krhkosti in predkrhkosti

KAJ JE KRHKOST?

Krhkost je stanje povečane ranljivosti, pri katerem se telo počasi obnovlja, postopno pa se zmanjšujejo moč, ravnotežje in odpornost. Tudi manjši stres, bolezen ali poškodba lahko sprožijo pomembnejše zdravstvene zaplete.

KAJ JE PREDKRHKOST?

Predkrhkost je zgodnja, prehodna faza, ko se prvi znaki upada že kažejo, vendar je mogoče stanje z ustreznimi ukrepi uspešno obvladovati in pogosto tudi preprečiti napredovanje v krhkost.

ZAKAJ JE PROJEKT POMEMBNEN?

- Staranje prebivalstva povečuje potrebo po pravočasnem ukrepanju.
- Krhkost vpliva na telesno, duševno in socialno blagostanje.
- Zgodnje prepoznavanje zmanjšuje tveganje za zaplete, izgubo samostojnosti in večje obremenitve zdravstvenega sistema.
- Projekt povezuje zdravstvo, skupnost, digitalne rešitve in odločevalce.

Več informacij



GLAVNI CILJI PROJEKTA

Vzpostaviti trajne, učinkovite in vključujoče rešitve za obvladovanje krhkosti in predkrhkosti ter tako prispevati k zdravemu in kakovostnemu staranju prebivalcev.

Trajanje projekta: 2024–2028

Nosilec: NIJZ v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje.

PRIČAKOVANI REZULTATI

- ✓ pravočasno prepoznavanje krhkosti in predkrhkosti
- ✓ bolj povezane storitve in deležniki
- ✓ več znanja za strokovnjake in starejše
- ✓ večja ozaveščenost in digitalna pismenost
- ✓ sistemske izboljšave v zdravstvu in skupnosti

STRUKTURA PROJEKTA PO DELOVNIH PAKETIH

Centralna enota NIJZ – vodstvo projekta

DP1 Upravljanje in koordinacija – strateško vodenje, organizacija, finančna in administrativna podpora

Podporni paketi

DP2 Evalvacija
spremljanje, vrednotenje in evalvacija učinkov projekta

DP3 Komuniciranje in diseminacija
promocija, obveščanje in širjenje rezultatov

DP10 Izobraževanje in raziskovanje
razvoj znanja, kompetenc in raziskovalnih zasnov

DP11 Spremljanje in sistemsko urejanje (MZ)
usmerjanje, strokovna podpora in povezovanje z odločevalci

Vsebinski paketi

DP4 Obravnava telesne krhkosti
modeli za prepoznavanje in obravnavo telesne krhkosti

DP5 Obravnava duševne in socialne krhkosti
modeli za prepoznavanje in obravnavo duševne ter socialne krhkosti

DP6 Nevladne organizacije
povezovanje NVO in vključevanje v podporo starejšim

DP7 Lokalna skupnost in zdravo okolje
podporno okolje za zdravo in aktivno staranje

DP8 Informacijske rešitve
razvoj digitalnih rešitev in e-zdravja za podporo uporabnikom

DP9 Varnostni vidiki krhkosti
obrnava različnih oblik nasilja in varnosti starejših v vseh okoljih

Koristi za starejše:



BOLJŠA OSKRBA



KREPITEV TELESNEGA IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA



BOLJŠA KOMUNIKACIJA S STROKOVNJAKI



VEČ PODPORE V SKUPNOSTI



VEČ SAMOSTOJNOSTI IN KAKOVOSTNEJŠE STARANJE

NIJZ

Nacionalni inštitut za javno zdravje



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



OBVLADOVANJE
KRHKOSTI

I FEEL LOVE



Sofinancira
Evropska unija

OBRAVNAVA DUŠEVNE IN SOCIALNE KRHKOSTI

Matej Vinko, Branko Bregar, Tjaša Bertole, Katarina Vatovec, Lina Berlot, Petra Mikolič Brence, Marjeta Ferlan Istinič, Suzana Oreški

Raziskava o povezanosti duševnega zdravja in krhkosti – longitudinalna kvantitativna raziskava

Poglabljeno razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na preplet duševnega zdravja in krhkosti predstavlja pomembno podlago za načrtovanje učinkovitih javnozdravstvenih ukrepov za preprečevanje krhkosti ter krepitev duševnega zdravja pri starejših. Cilji raziskave so opredeliti povezave med duševnim zdravjem in krhkostjo pri starejših, ugotoviti smer teh povezav skozi čas ter raziskati, kakšna je vloga psiholoških, socialnih in drugih dejavnikov, ki vplivajo na povezavo duševnega zdravja in krhkosti.¹

Izvedba longitudinalne raziskave:

Vzorčni načrt je stratificiran enostavni naključni vzorec. V vzorec je vključenih 5.000 prebivalcev Slovenije, starih 50–84 let, s stalnim ali začasnim prebivališčem v zasebnih gospodinjstvih. Zbiranje podatkov bo potekalo v štirih valovih, v razmiku približno osem mesecev (prvi val je bil izveden). Osebe bodo po pošti povabljene k sodelovanju in izpolnitvi bodisi papirnatega ali spletnega vprašalnika. Instrument je sestavljen iz več standardiziranih vprašalnikov.¹

Poročanje in analiza: V 1. valu (januar–marec 2026) je sodelovalo 33 % oseb, vključenih v vzorec (28 % moških, 36 % žensk). Glede na starost je sodelovalo največ oseb, starih 65–74 let (37 %). Preliminarni rezultati kažejo, da več kot polovica sodelujočih ocenjuje svoje duševno zdravje kot cvetoče. Spodnja Tabela 1 prikazuje delež krhkih in nekrhkih oseb glede na njihovo oceno lastnega duševnega zdravja.

TABELA 1

Kontinuum duševnega zdravja (MHC-SF)	Indeks krhkosti Tilburg (TFI)	
	Oseba ni krhka N (%)	Oseba je krhka* N (%)
Veneče duševno zdravje	22 (2,2)	89 (14,6)
Zmerno duševno zdravje	350 (34,6)	331 (54,2)
Cvetoče duševno zdravje	636 (63,2)	191 (31,2)
Skupaj	1008 (100)	611 (100)

* Rezultat TFI ≥ 5.

Duševna in socialna krhkost pomenita povečano ranljivost posameznika za duševne stiske, osamljenost, zmanjšano socialno vključenost ter slabše vsakodnevno delovanje. Če ju ne prepoznamo pravočasno, se lahko postopno stopnjujeta ter prispevata k telesnemu in kognitivnemu upadu, izgubi samostojnosti, večji odvisnosti od tuje pomoči in slabši kakovosti življenja.

Zato sta zgodnje prepoznavanje in pravočasno ukrepanje ključna za ohranjanje zdravja, samostojnosti in socialne vključenosti starejših odraslih.

Ker sta duševna in socialna krhkost še vedno premalo prepoznani, ju je treba dodatno raziskati, izboljšati njuno zgodnje prepoznavanje ter okrepiti ozaveščenost o njunem pomenu. Pomembno je tudi izboljšati znanje in spretnosti strokovnjakov, razviti uporabne pristope za pravočasno ukrepanje ter spodbujati sodelovanje, podporo in socialno vključenost starejših odraslih.

Od razumevanja do ukrepanja – kvalitativna raziskava o duševni krhkosti

Pregled mednarodne strokovne literature² je pokazal, da je krhkost izrazito multidimenzionalen sindrom, kjer posamezne dimenzije sovplivajo druga na drugo (telesna, duševna, kognitivna, socialna ...). Strokovnjaki na primarnem nivoju prepoznavajo pomembnost in potrebo po dodatnih znanjih in veščinah za prepoznavo in obravnavo duševne in socialne krhkosti, ki sta najpogostejše prezrti.

Izvedba kvalitativne raziskave:

Izvedli bomo intervjuje in fokusne skupine z zdravstvenimi delavci (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti) in starejšimi odraslimi. Namen je ugotoviti razumevanje in njihove potrebe, ki bodo omogočale kakovostnejši obravnavo krhkih starejših odraslih.

Priprava vsebin in materialov:

Na podlagi ugotovljenih potreb bo sledila izdelava strukturiranega edukacijskega programa ter priprava konkretnih strokovnih gradiv in orodij (npr. priročnik/skripta), ki bodo strokovnjakom v pomoč pri vsakodnevnem delu.

Antistigma kampanja: Povečati ozaveščenost o pomenu dobrega duševnega zdravja pri starostnikih

Povečanje prepoznavnosti in znanja:

Izdelava komunikacijskega načrta, razvoj in vzdrževanje spletne strani kampanje, priprava in distribucija promocijskih in informativnih materialov (upoštevajo morebitno javno naročilo za spletišče in sodelovanje z osrednjo komunikacijsko službo projekta). Razvoj izobraževalnih gradiv za javnost ter organizacija delavnic in predavanj.

Gradnja skupnosti in mreženje:

Identifikacija ključnih deležnikov (vključno s starejšimi in njihovimi svojci kot ambasadorji, NVO-ji, relevantnimi institucijami) in vzpostavitev stika. Organizacija srečanj in delavnic za krepitev sodelovanja ter razvoj skupnih načrtov za podporo duševnemu zdravju starejših.

¹ Mikolič Brence P, Bregar B, Vatovec K, Bertole T, Oreški S, Ferlan Istinič M, Berlot L and Vinko M (2026) Study protocol: longitudinal observational study on frailty and mental health. Front. Public Health 14:1861495. doi: [10.3389/fpubh.2026.1861495](https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1861495)

² Bregar, B., Vatovec, K., Ferlan Istinič, M., Mikolič Brence, P., Oreški, S., Vinko, M., & Bertole, T. (2026). Doctors' and Pharmacists' knowledge, skills, and perception of mental frailty in older adults: A scoping review. BMC Primary Care. doi: [10.1186/s12875-026-03300-x](https://doi.org/10.1186/s12875-026-03300-x)

INFORMACIJSKE REŠITVE

Digitalna podpora za vključujočo obravnavo starejših, krhkih in ranljivih skupin
zVEM je pomembna digitalna vstopna točka do **eZdravja** – zato mora biti **dostopen, razumljiv in uporaben** tudi za uporabnike z največjim tveganjem **digitalne izključenosti**.

ZAKAJ JE DP8 POMEMBEN?

- DOSTOPNOST ► RAZUMLJIVOST ► DIGITALNA VKLJUČENOST ► VIDEO POSVETI ► HIBRIDNI DOSTOP

OSREDNJI STEBRI DELOVANJA DP8

PRILAGODITVE zVEM

- Poenostavljeni uporabniški vmesnik
- Jasna navigacija in manj korakov
- Hitrejši dostop do ključnih storitev



DOSTOPNOST IN VKLJUČUJOČE OBLIKOVANJE

- Skladnost s smernicami WCAG 2.2 in standardom EN 301 549
- Možnost nastavitve kontrasta, povečave, prilagojenost bralnikom zaslona
- Razumljiv jezik in jasna navodila



PODPORA UPORABNIKOM

- Pomoč pri prvi prijavi in uporabi
- zVEM digi točke
- Digitalni navigatorji, svojci in skrbniki



VIDEO POSVETI IN HIBRIDNI MODEL

- Digitalna pot kot dopolnitev obravnave
- Ohranjanje telefonske in osebne podpore
- Prenos rešitev v prakso primarnega zdravstva



Vključujoč portal zVEM pomeni bolj pravičen dostop do zdravstvenih informacij in storitev.

KLJUČNE AKTIVNOSTI

- ✓ Pripravljena strokovna izhodišča za prilagoditve portala zVEM
- ✓ Sistematični pregled literature
- ✓ Pregled zakonodajnih in standardizacijskih zahtev
- ✓ Opredeljeni predlogi prilagoditev za ranljive skupine



TRAJNOST REZULTATOV

- Vključitev rešitev v nadaljnji razvoj zVEM
- Uporaba smernic pri prihodnjih nadgradnjah
- Stalno uporabniško testiranje in izboljševanje
- Ohranjanje podpornih in hibridnih poti dostopa



IZZIVI



RAZLIČNE
DIGITALNE ZMOŽNOSTI
UPORABNIKOV



USKLAJEVANJE
DOSTOPNOSTI, VARNOSTI
IN UPORABNIŠKE IZKUŠNJE



ZAGOTAVLJANJE
ORGANIZIRANE PODPORE
IN PRENOSA V PRAKSO

OBVLADOVANJE KRHKOSTI

Sistemska obravnava krhkosti s poudarkom na predkrhkosti za zdravo in kakovostno staranje





Obvladovanje kroničnih bolezni skozi prizmo krepitve zdravstvene pismenosti

SKORAJ VSAK DRUGI ODRASLI V SLOVENIJI IMA OMEJENO ZDRAVSTVENO PISMENOST

Težave pri iskanju, razumevanju, presojanju in uporabi zdravstvenih informacij lahko otežujejo sprejemanje odločitev za bolj zdrav življenjski slog, vključevanje v preventivne programe ter učinkovito preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni.

ZAKAJ JE ZDRAVSTVENA PISMENOST POMEMBNA?

Vpliva na

razumevanje zdravstvenih informacij	ustrezno uporabo zdravstvenih storitev
odločanje za zdrav življenjski slog	preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni
vključevanje v preventivne programe	zmanjševanje neenakosti v zdravju

Z boljšo zdravstveno pismenostjo do uspešnejšega preprečevanja in obvladovanja kroničnih bolezni.

OSREDNJI STEBRI PROJEKTA

1

RAZISKOVANJE UČINKOV IN POTI PACIENTOV V PROGRAMU SKUPAJ ZA ZDRAVJE

- Prospektivna večcentrična opazovalna kohortna študija učinkovitosti preventivnih obravnav v centrih za krepitev zdravja;
- zunanja evalvacija preventivnih obravnav za odrasle v centrih za krepitev zdravja;
- raziskovanje poti pacientov od preventivnega pregleda do obravnave v centru za krepitev zdravja in nadaljnje podpore v lokalnem okolju.

2

IZKUŠNJE PACIENTOV IN NJIHOVO VKLJUČEVANJE V IZBOLJŠEVANJE PROGRAMA

- Razvoj in pilotno testiranje orodja za merjenje izkušenj pacientov v centrih za krepitev zdravja (PREMS);
- prepoznavanje njihovih potreb in ovir pri vključevanju v preventivne obravnave;
- vključevanje uporabniških izkušenj v izboljševanje programa.

3

RAZUMLJIVE INFORMACIJE IN NOVE PREVENTIVNE OBRAVNAVE

- Prenova zdravstvenovzgojnih gradiv ter digitalne podpore za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni;
- preverjanje razumljivosti, vizualne ustreznosti in uporabnosti gradiv skupaj z uporabniki;
- razvoj, pilotno testiranje in evalvacija novih preventivnih obravnav za osebe s kroničnimi boleznimi.

4

RAZISKOVANJE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI IN SISTEMSKÉ SPREMEMBE

- Nacionalna raziskava zdravstvene pismenosti odraslih;
- priprava strokovnih podlag za sistemsko prenovo programa Skupaj za zdravje in dolgoročno izboljševanje preventivne kroničnih bolezni.

KAJ ŽELIMO DOSEČI S PROJEKTOM?

- izboljšati dostopnost, kakovost in učinkovitost preventivne kroničnih bolezni;
- izboljšati zdravstveno pismenost in aktivno vlogo prebivalcev pri skrbi za zdravje;
- zagotoviti razumljive in uporabnikom prilagojene zdravstvene informacije;
- zmanjševati neenakosti pri dostopu do informacij in preventivnih obravnav;
- na podlagi raziskovalnih ugotovitev prenoviti program Skupaj za zdravje.

Razumljive informacije in ljudem prilagojene zdravstvene storitve omogočajo boljše odločitve za zdravje.

KAJ PROJEKT PRINAŠA PREBIVALCEM?

- Bolj razumljive, dostopne in uporabne zdravstvene informacije;
- preventivne obravnave, bolj prilagojene njihovim potrebam in izkušnjam;
- več podpore pri preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni;
- lažje vključevanje v preventivne programe in boljšo orientacijo v zdravstvenem sistemu;
- več možnosti za aktivno sodelovanje pri skrbi za lastno zdravje.

NIJZ
Nacionalni inštitut
za javno zdravje

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

ZaPrePis
Obvladovanje kroničnih
bolezni skozi prizmo
krepitve zdravstvene
pismenosti

I FEEL
LOVE
SLOVENIA

Sofinancira
Evropska unija

VEČ O PROJEKTU:

Trajanje: 1. 9. 2025 - 31. 12. 2028
Nosilci: NIJZ in MZ
Celotni proračun: 5.542.439,00 €





Ustavimo KLB

Integrirana obravnava oseb s kronično ledvično boleznijo z vidika krepitve zdravstvene pismenosti in zmanjševanja neenakosti v zdravju



1 OD 10 ODRASLIH IMA KLB
- POGOSTO BREZ SIMPTOMOV

Zakaj je pomembna obravnava kronične ledvične bolezni (KLB)?

10 % POPULACIJE

TIHA BOLEZEN

POVEZANA Z
DEJAVNIKI TVEGANJA

POGOSTO BREZ
OČITNIH SIMPTOMOV

NA POTEK BOLEZNI VPLIVA
TUDI ŽIVLJENJSKI SLOG

Dejavniki tveganja

sladkorna bolezen, visok krvni tlak, bolezni srca in ožilja, prekomerna telesna teža ali debelost, družinska anamneza ledvične bolezni

OSREDNJI STEBRI PROJEKTA

1

SISTEMATIČNO ZGODNJE ODKRIVANJE KLB

- Presejanje v ambulantah družinske medicine
- Ciljane preiskave krvi in urina



2

RAZVOJ INTERDISCIPLINARNE PREVENTIVNE OBRAVNAVE

- V centrih za krepitev zdravja
- Podpora pri spreminjanju nezdravih življenjskih navad



3

KREPITEV ZDRAVSTVENE PISMENOSTI

- Boljše razumevanje bolezni
- Lažje dostopanje do ustrezne zdravstvene obravnave



4

INTEGRIRANA (POVEZANA) POT OBRAVNAVE

- Povezovanje med ravni zdravstvenega varstva
- Vključevanje podpore v lokalnem okolju (npr. društva pacientov)



Kaj želimo doseči s projektom?

- Zmanjšati breme KLB
- Vpeljati sistematično zgodnje odkrivanje KLB
- Okrepiti zdravstveno pismenost
- Zmanjšati neenakosti v dostopu do obravnave
- Zagotoviti boljše razumevanje bolezni
- Okrepiti vlogo primarne ravni (ambulante družinske medicine, centri za krepitev zdravja)
- Olajšati pot do ustrezne zdravstvene pomoči

KLB je tiha bolezen, a lahko jo odkrijemo pravočasno.

Kaj lahko naredite že danes?

- Udeležite se preventivnega pregleda v ambulantni družinske medicine.
- Izberite zdrav življenjski slog - zdrava prehrana, telesna dejavnost, urejeno spanje, skrb za zdravo telesno težo, opustitev škodljivih navad.
- Po potrebi se vključite v center za krepitev zdravja.



Sofinancira
Evropska unija



Nacionalni inštitut
za javno zdravje



univerzitetni
klinični center ljubljana

VEČ O PROJEKTU:

Trajanje: 27. 8. 2024 – 30. 6. 2028

Nosilci: NIJZ in UKC Ljubljana



Financiranje: projekt sofinancirata Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada plus in Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje

OSEBNI NAČRT OBRAVNAVE

PRENOS ANADALUZIJSKE DOBRE PRAKSE V OKVIRU PROJEKTA CIRCE JA

DOBRA PRAKSA OSEBNI NAČRT OBRAVNAVE (ONO): ORODJE ZA PROAKTIVNO SPREMLJANJE OSEB S KOMPLEKSNI MI KRONIČNI MI STANJJI.

Namen prenosa dobre prakse ONO:

Izboljšanje izkušenj pacientov in kakovosti oskrbe s kompleksnimi kroničnimi stanji, ter posledično zmanjšanje števila ponovnih sprejemov, hospitalizacij in prekomerne uporabe storitev nujne medicinske pomoči, neželenih dogodkov in zapletov.

Glavni cilj pilotne implementacije ONO:

Nadgraditi obravnavo kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v Sloveniji s pripravo protokola obravnave oseb s kompleksnimi kroničnimi stanji, ter pilotno testiranje novega procesa obravnave.

PILOTNA IZVEDBA NOVE OBRAVNAVE:



IZIDI PILOTNEGA PRENOSA DOBRE PRAKSE:

NA RAVNI PACIENTA:

- Individualizirano in dokumentirano načrtovanje enostavnih, pacientu razumljivih ciljev pri upravljanju z boleznijo.
- Večja motivacija, izboljšano samoupravljanje ter bolj aktivna vključenost pacienta v obravnavo bolezni.
- Splošno zadovoljstvo pacientov z izkušnjo obravnave.

NA RAVNI ORGANIZACIJE:

- Bolj strukturirano koordiniranje, spremljanje in prilagajanje obravnave pacientov.
- Enotno ukrepanje - intervencije in cilji ponujeni vnaprej glede na rezultate ocenjevanja.
- Uspešno izvedena obravnavo po pripravljenem protokolu.
- Kontinuirana organizacijska in strokovna podpora NIJZ.

NA RAVNI MULTIDISCIPLINARNIH TIMOV:

- Širši vpogled tima ADM v življenjsko situacijo pacienta.
- Boljše razumevanje potreb pacientov.
- Strukturirano sodelovanje in izmenjava rezultatov ocenjevanj.
- Okrepljen sodelovalen odnos s pacienti.
- Splošno zadovoljstvo z izvedbo pilotnega projekta.

NA RAVNI SISTEMA:

- Ustrezno naslavljanje potreb ciljne populacije.
- Preizkušen nov, na pacienta usmerjen model obravnave oseb s kompleksnimi kroničnimi stanji.
- Enoten proces ocenjevanja.
- Vzpostavitev nove vstopne točke v CKZ/ZVC.
- Pripravljen predlog umestitve ONO v redno obravnavo KNB.

CKZ/ZVC: centri za krepitev zdravja/zdravstveno-vzgojni centri



CIRCE JOINT ACTION

Namen: krepitev zdravstvenih sistemov in primarne ravni zdravstvenega varstva s prenosom šestih dobrih praks v 14 držav, na 40 pilotnih lokacij.



PROGRAMSKI ODBOR KONFERENCE: Sanja Vrbovšek, Rade Pribaković Brinovec, Simona Repar Bornšek, Jana Govc Eržen, Tatjana Novak Šubara, Alenka Tančič Grum, Ema Petavar, Andrea Backović Juričan, Tjaša Knific, Suzana Pustivšek, Manica Remec, Brigita Zupančič Tisovec, Rok Poličnik, Judita Kulovec, Silva Nemeš, Ana Štruc, Dijana Malić, Andreja Ošina, Tadeja Hočevar, Rok Zaletel, Karmen Henigsmann, Ajda Jelenc, Mirjam Rožič, Ivanka Huber Kropec, Jelka Zaletel, Nataša Medved, Urška Ličen, Martina Horvat.

ORGANIZACIJSKI ODBOR KONFERENCE: Andreja Ošina, Katarina Stanovnik, Rade Pribaković Brinovec, Sanja Vrbovšek, Ana Štruc.

Izvedba konference je delno podprta s sredstvi projekta Ustavimo KLB.



Sofinancira
Evropska unija

