



**IZZIVI SODOBNE PATRONAŽNE
ZDRAVSTVENE NEGE – OD KRONIČNE BOLEZNI
DO KRIZNIH SITUACIJ**

**STROKOVNI ZBORNIK
Z RECENZIJO**

**1. SIMPOZIJ
PATRONAŽNE
ZDRAVSTVENE
NEGE**

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PATRONAŽNI DEJAVNOSTI

1. SIMPOZIJ PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE NEGE

**Izzivi sodobne patronažne
zdravstvene nege – od kronične bolezni
do kriznih situacij**

STROKOVNI ZBORNIK Z RECENZIJO

Terme Zreče, 21. in 22. oktober 2026

**IZZIVI SODOBNE PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE NEGE –
OD KRONIČNE BOLEZNI DO KRIZNIH SITUACIJ**

Urednica:

Andreja Ljubič

Strokovna recenzija:

Andreja Ljubič

Za založnika:

Staša Rojten

Založila in izdala:

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti,
Ob železnici 30A, Ljubljana

Oblikovanje, prelom in tisk:

Abakos d.o.o.

Naklada: Elektronska izdaja

Zbornik ni namenjen prodaji

Terme Zreče, oktober 2026

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

COBISS.SI-ID 300848643

ISBN 978-961-273-323-0 (PDF)

SREDA, 21. 10. 2026

1

Moderatorici: Renata Škrget in Darja Brudar

- | | |
|-------------|--|
| 8.00–9.00 | Registracija |
| 9.00–9.10 | Otvoritev srečanja |
| 9.10–9.30 | Podelitev priznanj na ožjem strokovnem področju |
| 9.30–9.50 | Zdravje ledvic: kako ga ohranjati in prepoznavati znake bolezni
<i>Tadeja Kokelj Jeršin, dipl. m. s., mag. jav. upr.</i> |
| 9.50–10.00 | Predstavitev predstavnika Nega d.o.o. |
| 10.00–10.20 | Obravnava in samooskrba bolnika s kronično ledvično boleznijo v domačem okolju
<i>Polona Kolenc, dipl. m. s.</i> |
| 10.20–10.40 | Asistirana peritonealna dializa: priložnost za patronažno zdravstveno nego pri krhkih bolnikih
<i>Prof. dr. Jernej Pajek, dr. med.</i> |
| 10.40–10.50 | Predstavitev predstavnika Milupa |
| 10.50–11.00 | Razprava |
| 11.00–11.45 | Odmor |

2

Moderatorici: Saša Kejžar in Mojca Trček

- | | |
|-------------|--|
| 11.45–12.05 | Izzivi in najpogostejše stiske bolnikov odvisnih od hemodialize v domačem okolju
<i>Zvezdana Kaiser Kupnik, dipl. m. s., mag. zdr.-soc.</i> |
| 12.05–12.25 | Usposabljanje diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu za izvajanje asistiranе peritonealne dialize
<i>Barbara Savicki Ponikvar, dipl. m. s., Sara Buh, dipl. m. s.</i> |
| 12.25–12.35 | Predstavitev predstavnika Ewopharma |
| 12.35–13.05 | Peritonealna dializa sredi dnevnе sobe: realnost, izzivi in zmage na terenu
<i>Angelika Ferjan, dipl. m. s.</i> |
| 13.05–13.25 | Življenje po presaditvi ledvice
<i>Martina Milošič, dipl. m. s.</i> |
| 13.25–13.35 | Predstavitev predstavnika Zepter |
| 13.35–13.50 | Razprava |
| 13.50–15.00 | Kosilo |

3

DELAVNICE

- | | |
|-------------|--|
| 15.00–17.55 | 5 ponovitev vsake delavnice, 35 minut in 30 udeležencev na delavnico |
| 15.00–15.35 | Preveza nefrostome
<i>Nemanja Spasovski, dipl. zn.</i> |
| 15.35–16.10 | Delavnica deeskalacijskih tehnik
<i>viš. pred. Aljoša Lapanja, dipl. zn. s specialnim znanjem, univ. dipl. soc. ped., Katarina Potrbín, ZT</i> |

PROGRAM

S R E D A

3

- 16.10–16.45 »S tapkanjem do čustvene svobode«
Cvetka Horvat, EFT, izvajalka 3.stopnje tapkanja
- 16.45–17.20 »Peritonealna dializa od blizu - praktični pristop«
Urška Kutnik, dipl. m. s., Vantive therapy specialist
- 17.20–17.55 **Venski pristopi**
Laura Petrica dipl. m. s., oddelek za klinično prehrano in odpoved prebavil
- 19.30 Večerja z glasbo

PROGRAM

Č E T R T E K

ČETRTEK, 22. 10. 2026

1

- Moderatorici:** **Darja Pangerc Bratina in Darja Hermonko Sušnik**
- 8.30–9.00 Registracija
- 9.00–10.30 **Stres: kako ga prepoznati in kako je povezano delovanje uma in telesa**
Tina Bončina, dr. med., mojster logosinteze, psihoterapevtka, predavateljica in avtorica
- 10.30–10.40 Razprava
- 10.40–10.50 Predstavitev predstavnika VSM
- 10.50–11.25 **Navodila za preprečevanje nasilja nad medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu**
Mojca Trček, dipl. m. s., mag. soc. gerontologije, Darja Pangerc Bratina, dipl. m. s., univ. dipl. org.
- 11.25–11.35 Razprava
- 11.35–12.20 Osvežilni odmor

2

- Moderatorici:** **Mojca Lešnik in Angelika Ferjan**
- 12.20–13.50 **Soočanje z nasiljem in kriznimi dogodki**
mag. Peter Markič, univ. dipl. psiholog
- 13.50–14.00 Razprava
- 14.00–14.30 Zaključek simpozija

K a z a l o

Tadeja Kokelj Jeršin Zdravje ledvic: kako ga ohranjati in prepoznati znake bolezni	9
Polona Kolenc Obravnava in samooskrba bolnika s kronično ledvično boleznijo v domačem okolju	16
dr. Jernej Pajek Asistirana peritonealna dializa: priložnost za patronažno zdravstveno nego pri krhkih bolnikih	18
Zvezdana Kaiser Kupnik Izzivi in najpogostejše stiske bolnikov, odvisnih od hemodialize, v domačem okolju	21
Barbara Savicki Ponikvar, Sara Buh Usposabljanje diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu za izvajanje asistiranе peritonealne dialize	27
Angelika Ferjan Peritonealna dializa sredi dnevne sobe: realnost, izzivi in zmage na terenu	29
Martina Milošič Življenje po presaditvi ledvice	35
Nemanja Spasovski Zdravstvena nega pacienta s perkutano nefrostomo: pregled literature o varnosti in preprečevanju zapletov	43
Mojca Trček, Darja Pangerc Bratina Navodila za preprečevanje nasilja nad medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu	52
mag. Peter Markič Soočanje z nasiljem in kriznimi dogodki	57

ZBORNIKU NA POT

Spoštovane kolegice in kolegi, cenjeni strokovni sodelavci in vsi, ki soustvarjate patronažno zdravstveno nego,

pred nami je zbornik predavanj ob 1. simpoziju patronažne zdravstvene nege, naslovljenem Izzivi sodobne patronažne zdravstvene nege – od kronične bolezni do kriznih situacij. Že naslov pove veliko o okolju, v katerem delujemo. Patronažna zdravstvena nega se srečuje z vse zahtevnejšimi potrebami posameznika in družine, pri tem pa ostaja njeno delovno okolje dom pacienta.

Prispevki v zborniku nas vodijo skozi eno pomembnejših področij sodobne zdravstvene obravnave – življenje s kronično boleznijo in njene posledice, ki se ne končajo na pragu zdravstvene ustanove. Kronična ledvična bolezen je lahko dolgo tiha, vendar njeno obvladovanje zahteva znanje, spremljanje, zdravstveno vzgojo in aktivno vključevanje posameznika. Prav doma pa se pokažejo resnične okoliščine življenja z boleznijo: zmožnost samooskrbe, podpora svojcev, bivalno okolje, socialne razmere in vsakodnevne omejitve.

Posebno mesto v zborniku imajo prispevki o peritonealni dializi. Ti zelo nazorno pokažejo, kako se spreminja vloga patronažne medicinske sestre. Ko zdravljenje vstopi v pacientov dom, postane zdravstvena nega več kot izvajanje posameznega postopka. Zahteva strokovno znanje, presojo, prilagajanje domačemu okolju, spremljanje zdravstvenega stanja, prepoznavanje zapletov ter sodelovanje s pacientom, svojci in drugimi člani zdravstvenega tima. Pri krhkem pacientu lahko prav ustrezna strokovna pomoč omogoči, da zdravljenje ostane doma in da pacient ohrani čim več samostojnosti.

Ob tem zbornik ne govori le o postopkih in boleznih. Govori tudi o človeku. O utrujenosti, stiskah, socialni izolaciji, spremenjenih družinskih vlogah in vseh tistih posledicah bolezni, ki jih v zdravstveni dokumentaciji pogosto težko zajamemo. Patronažna medicinska sestra jih na svojem terenu srečuje vsak dan. Prav zato je celostna obravnava, ki presega zgolj klinične kazalnike, ena temeljnih vrednot naše dela.

Sodobna patronažna zdravstvena nega pa se mora znati odzvati tudi takrat, ko dom ni več samo prostor varnosti, temveč lahko postane prostor tveganja. Nasilje, krizne situacije in različne oblike ogroženosti so realnost terenskega dela. Patronažne medicinske sestre vstopamo v domače okolje same in moramo znati prepoznati tveganje, ustrezno ukrepati ter hkrati zaščititi sebe in pacienta. Zato so znanje, jasni postopki, sodelovanje in kultura varnosti nepogrešljivi del naše stroke.

Ta zbornik je zato več kot zbir strokovnih prispevkov. Je odsev področja, ki se spreminja in razvija. Je dokaz, da želimo svoje delo utemeljevati na znanju, izkušnjah in dokazih ter da smo pripravljeni prevzemati nove naloge in odgovornosti tam, kjer jih potrebe pacientov in družbe zahtevajo.

Naj bo zbornik v pomoč pri vsakodnevnem delu, pri izobraževanju in pri iskanju odgovorov na vprašanja, s katerimi se srečujemo na terenu. Naše znanje, strokovnost, človečnost in pripravljenost na sodelovanje so tisto, kar lahko posamezniku omogoči kakovostnejše, varnejše in bolj dostojno življenje v okolju, ki mu je najbližje.

Vsem avtorjem se zahvaljujem za prispevke, znanje in čas, ki so ga namenili nastanku zbornika, vsem, ki so sodelovali pri pripravi simpozija, pa za predanost in prizadevanja, da se naša stroka povezuje, razvija in postaja vidnejša.

Naj bo zbornik spodbuda za nove ideje, strokovne razprave in predvsem za nadaljnji razvoj sodobne, strokovne in v pacienta usmerjene patronažne zdravstvene nege.

Staša Rojten, dipl. m. s.

predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti

ZDRAVJE LEDVIC: KAKO GA OHRANJATI IN PREPOZNATI ZNAKE BOLEZNI

Kidney health: How to maintain it and recognize signs of kidney disease

Tadeja Kokelj Jeršin, dipl. m. s., mag. jav. upr.

Center za otroško dializo in transplantacijo,
Klinični oddelek za nefrologijo, Pediatrična klinika Ljubljana
tadeja.kokeljersin@kclj.si

Izvleček

Ledvice imajo ključno vlogo pri vzdrževanju notranjega ravnovesja organizma, uravnavanju krvnega tlaka, presnovi in izločanju presnovnih produktov, medtem ko kronična ledvična bolezen predstavlja pomemben javnozdravstveni problem, saj je v zgodnjih fazah pogosto asimptomatska in velikokrat ostane neprepoznana. Namen prispevka je pregledati novejša spoznanja o dejavnikih, ki vplivajo na zdravje ledvic, možnostih preprečevanja bolezni ter zgodnjem prepoznavanju znakov zmanjšane ledvične funkcije. Pregled literature je zajemal iskanje po elektronskih bibliografskih bazah PubMed in MEDLINE ter smernicah mednarodnih strokovnih organizacij, pri čemer so bili vključeni viri, ki obravnavajo dejavnike tveganja, kot so arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, debelost, nezdrava prehrana, kajenje in vpliv zdravil. Rezultati potrjujejo, da zdrav življenjski slog, urejen krvni tlak in presnova glukoze ter zmanjšan vnos soli pomembno prispevajo k ohranjanju zdravja ledvic, ključno vlogo pri zgodnjem odkrivanju pa imata merjenje ocenjene glomerulne filtracije in določanje albuminurije. Ohranjanje delovanja ledvic zahteva vseživljenjski pristop in aktivno vlogo zdravstvenih delavcev pri izobraževanju ter spremljanju ogroženih posameznikov, saj zgodnje ukrepanje dokazano upočasni napredovanje bolezni ter zmanjša tveganje za srčno-žilne zaplete.

Ključne besede: kronična ledvična bolezen; albuminurija; zgodnje odkrivanje; arterijska hipertenzija; sladkorna bolezen; preventiva

Abstract

The kidneys play a crucial role in maintaining the body's internal balance, regulating blood pressure, metabolism, and excreting metabolic waste products, whereas chronic kidney disease represents a major public health issue as it is often asymptomatic in its early stages and frequently goes undetected. The purpose of this paper is to review recent insights into factors affecting kidney health, possibilities for disease prevention, and the early recognition of signs of reduced kidney function. The literature review encompassed searches across electronic bibliographic databases and guidelines from international professional organizations, including sources that address risk factors such as arterial hypertension, diabetes, obesity, an unhealthy diet, smoking, and the impact of medications. The findings confirm that a healthy lifestyle, well-controlled blood pressure and glucose metabolism, and reduced salt intake significantly contribute to preserving kidney health, with the measurement of estimated glomerular filtration rate and the determination of albuminuria playing a key role in early detection. Maintaining kidney function requires a lifelong approach and an active role on the part of healthcare professionals in educating and monitoring at-risk individuals, as early intervention is proven to slow disease progression and reduce the risk of cardiovascular complications.

Keywords: chronic kidney disease; albuminuria; early detection; arterial hypertension; diabetes mellitus; prevention

Uvod

Ledvice so parni organ, ki imata osrednjo vlogo pri vzdrževanju homeostaze organizma. S filtriranjem krvi in tvorbo urina sodelujejo pri odstranjevanju presnovnih produktov, uravnavanju tekočinskega in elektrolitskega ravnovesja ter kislinsko-baznega ravnotežja. Poleg tega sodelujejo

pri uravnavanju krvnega tlaka, tvorbi eritropoetina in presnovi vitamina D. Okvara ledvičnega delovanja zato ne prizadene le izločalnega sistema, temveč ima lahko sistemske posledice. Breme bolezni ledvic je veliko. Ocenjuje se, da različne oblike bolezni ledvic prizadenejo več kot 850 milijonov ljudi po svetu, kronična ledvična bolezen pa predstavlja pomemben vzrok prezgodnje obolevnosti in umrljivosti (Jager, 2019). Posebej pomembna je povezanost kronične ledvične bolezni s srčno-žilnimi boleznimi, arterijsko hipertenzijo in sladkorno boleznijo (Francis et al., 2024; Mayne et al., 2024).

Kronična ledvična bolezen je opredeljena kot prisotnost sprememb v zgradbi ali delovanju ledvic, ki trajajo najmanj tri mesece in imajo posledice za zdravje. Pri njenem prepoznavanju sta pomembna predvsem ocenjena glomerulna filtracija (eGFR) in albuminurija. Smernice Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) poudarjajo, da je treba pri ocenjevanju bolezni poleg stopnje zmanjšanja glomerulne filtracije upoštevati tudi stopnjo albuminurije in vzrok bolezni (KDIGO CKD Work Group, 2024).

Poseben problem predstavlja dejstvo, da je bolezen v začetnih fazah pogosto brez značilnih simptomov. Posameznik se lahko počuti povsem zdravega, medtem ko že obstajajo spremembe v delovanju ledvic. Zato je pri osebah z večjim tveganjem pomembno aktivno odkrivanje bolezni z laboratorijskimi preiskavami (Farrell & Vassalotti, 2024; Mayne et al., 2024).

Pomembno vlogo pri preprečevanju in zgodnjem prepoznavanju kroničnih bolezni ima tudi patronažno zdravstveno varstvo. Obravnava na domu omogoča prepoznavanje dejavnikov tveganja pri ranljivih posameznikih, ki se zaradi zdravstvenih, socialnih ali drugih okoliščin ne vključujejo v preventivne obravnave v ambulantni družinske medicine. V okviru patronažnega zdravstvenega varstva se izvajajo tudi preventivne obravnave na domu in integrirano presejanje za kronične nenalezljive bolezni, pri čemer se prepoznavajo dejavniki tveganja in posameznike usmerja v nadaljnjo obravnavo (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2026a). Patronažna medicinska sestra ima pri tem pomembno vlogo pri zdravstvenovzgojnem delu, spremljanju zdravstvenega stanja in podpori posamezniku pri obvladovanju dejavnikov tveganja (Ramšak Pajk & Poplas Susič, 2017).

Namen prispevka je predstaviti sodobna spoznanja o ohranjanju zdravja ledvic, dejavnikih tveganja za razvoj kronične ledvične bolezni ter znakih in možnostih njenega zgodnjega odkrivanja. Cilj prispevka je poudariti pomen preventivnega ravnanja in vlogo zdravstvenih delavcev pri zgodnjem prepoznavanju ogroženih posameznikov.

Dejavniki tveganja za bolezen ledvic

Arterijska hipertenzija in sladkorna bolezen sta med najpomembnejšimi dejavniki tveganja za kronično ledvično bolezen. Dolgotrajno povišan krvni tlak poškoduje žilje in glomerule, medtem ko kronično povišana koncentracija glukoze povzroča strukturne in funkcionalne spremembe v ledvicah. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo in hipertenzijo je zato pomembno redno spremljanje krvnega tlaka, presnove glukoze in ledvičnih kazalnikov (Mayne et al., 2024).

Tudi debelost in telesna nedejavnost sta pomembna dejavnika tveganja. Povezana sta s hipertenzijo, inzulinsko rezistenco, sladkorno boleznijo in drugimi presnovnimi spremembami, ki lahko povečajo obremenitev ledvic. Sodobna priporočila zato ne obravnavajo zdravja ledvic ločeno od splošnega presnovnega zdravja (Ortiz et al., 2025).

Prehrana in vnos soli

Prehrana je eden od pomembnih spremenljivih dejavnikov, povezanih z zdravjem ledvic. Dokazi podpirajo prehranske vzorce, ki vključujejo več zelenjave, sadja, polnovrednih žit in drugih manj predelanih živil ter manj soli, sladkorja, nasičenih maščob, rdečega mesa in ultraobdelanih živil. Mediteranski in drugi pretežno rastlinski prehranski vzorci so povezani z ugodnejšimi srčno-žilnimi in presnovnimi izidi ter lahko prispevajo k zmanjšanju tveganja za kronično ledvično bolezen (Kelly et al., 2023; Kim & Rebholz, 2024).

Posebno pozornost je treba nameniti vnosu soli. Prekomeren vnos natrija povečuje krvni tlak in s tem tudi obremenitev ledvic. Svetovna zdravstvena organizacija priporoča odraslim manj kot 5 g soli oziroma manj kot 2 g natrija dnevno (World Health Organization, 2026).

Telesna dejavnost in telesna masa

Redna telesna dejavnost ugodno vpliva na krvni tlak, telesno maso, presnovo glukoze in srčno-žilno zdravje. Svetovna zdravstvena organizacija za odrasle priporoča najmanj 150–300 minut zmerno intenzivne aerobne telesne dejavnosti tedensko oziroma ustrezno količino intenzivnejše dejavnosti (World Health Organization, 2020).

Pri osebah s kronično ledvično boleznijo lahko ustrezno prilagojena telesna dejavnost izboljša telesno zmogljivost in posamezne presnovne oziroma srčno-žilne kazalnike. Vadbo je treba prilagoditi zdravstvenemu stanju, starosti, telesni zmogljivosti in stopnji ledvične bolezni (Kelly et al., 2023).

Kajenje in druge škodljive navade

Kajenje prispeva k žilnim spremembam in povečuje srčno-žilno tveganje, ki je pri osebah z ledvično boleznijo že tako povečano. Opustitev kajenja je zato pomemben del celostnega pristopa k ohranjanju zdravja ledvic. Prav tako je pomembno zmanjševanje drugih dejavnikov, ki povečujejo srčno-žilno in presnovno tveganje (Ortiz et al., 2025).

Zdravila in ledvice

Pri ohranjanju zdravja ledvic je pomembna tudi varna uporaba zdravil. Posebno pozornost zahtevajo nesteroidna protivnetna zdravila (NSAID), ki lahko vplivajo na ledvično prekrvavitev in so povezana z akutno ledvično okvaro. Novejša sistematična analiza je pokazala povezavo med dolgotrajno uporabo NSAID in večjim tveganjem za pojav oziroma napredovanje kronične ledvične bolezni, pri čemer je bilo tveganje posebej pomembno pri posameznikih z že prisotno kronično ledvično boleznijo. To ne pomeni, da so vsa zdravila iz te skupine absolutno prepovedana. Pomeni predvsem, da njihova uporaba zahteva previdnost, zlasti pri starejših osebah, bolnikih z zmanjšano ledvično funkcijo, srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo ali pri sočasni uporabi diuretikov. Pri dolgotrajni uporabi analgetikov je priporočljiva strokovna presoja koristi in tveganj (Soliman et al., 2025).

Hidracija

Ustrezen vnos tekočine je pomemben za vzdrževanje normalnega delovanja organizma. Vendar pa splošno priporočilo, da mora vsak posameznik zaužiti zelo velike količine vode, ni znanstveno utemeljeno. Potrebe po tekočini so odvisne od starosti, telesne dejavnosti, temperature okolja, prehrane in zdravstvenega stanja. Pri nekaterih bolnikih, zlasti pri napredovali kronični ledvični bolezni ali srčnem popuščanju, je lahko vnos tekočine potrebno omejiti. Zato je priporočila o hidraciji pri bolnikih z boleznimi ledvic treba individualizirati (KDIGO CKD Work Group, 2024).

Prepoznavanje bolezni ledvic

Eden največjih izzivov pri kronični ledvični bolezni je njena pogosto tiha narava. V zgodnjih stopnjah posameznik praviloma nima značilnih simptomov, zato lahko bolezen napreduje, ne da bi jo opazil. To je eden od glavnih razlogov, zakaj samo spremljanje simptomov ni zadosten način odkrivanja bolezni (Mayne et al., 2024; Paulus et al., 2024).

Pri osebah z dejavniki tveganja je zato pomembno ciljno laboratorijsko testiranje. Posebno pozornost je treba nameniti posameznikom s sladkorno boleznijo, arterijsko hipertenzijo, srčno-žilnimi boleznimi, družinsko obremenjenostjo z boleznimi ledvic in osebam z drugimi dejavniki tveganja (Farrell & Vassalotti, 2024).

Kateri znaki lahko opozarjajo na bolezen?

Pri napredovali ledvični okvari, se lahko pojavijo različni simptomi in znaki. Med pomembnejšimi so:

- otekanje nog, gležnjev ali področja okoli oči;
- spremembe v količini ali pogostosti uriniranja;

- penast urin, ki lahko kaže na povečano izločanje beljakovin;
- kri v urinu;
- utrujenost in zmanjšana telesna zmogljivost;
- slabost, zmanjšan tek ali bruhanje;
- srbenje kože;
- mišični krči;
- težave s koncentracijo;
- motnje spanja;
- zadihanost, zlasti pri pomembnem zastajanju tekočine.

Navedeni znaki niso specifični samo za bolezni ledvic. Otekanje je na primer lahko povezano tudi s srčnim ali jetrnim popuščanjem, spremembe uriniranja pa z boleznimi sečil ali prostate. Zato simptomov ni mogoče uporabiti kot samostojno diagnostično merilo.

Laboratorijsko odkrivanje bolezni

Za oceno ledvičnega delovanja je ključna določitev serumskega kreatinina in izračun ocenjene glomerulne filtracije (eGFR). Pomemben dopolnilni kazalnik je albuminurija, ki se najpogosteje ocenjuje z razmerjem albumin/kreatinin v urinu (ACR). Smernice KDIGO priporočajo uporabo ACR kot pomembnega kazalnika poškodbe ledvic in tveganja za napredovanje bolezni (KDIGO CKD Work Group, 2024).

Kronične ledvične bolezni ni mogoče potrditi na podlagi enega izoliranega rezultata brez upoštevanja kliničnega konteksta in trajanja sprememb. Vztrajanje zmanjšane eGFR ali povečane albuminurije skozi najmanj tri mesece je pomembno pri opredelitvi kroničnosti. Zato je pri odstopajočem rezultatu pogosto potrebno ponavljanje preiskave in nadaljnja diagnostična obravnava. Poleg laboratorijskih kazalnikov so lahko pomembni merjenje krvnega tlaka, telesne mase oziroma indeksa telesne mase, glukoze oziroma HbA1c, lipidov in po potrebi ultrazvočna oziroma druga slikovna diagnostika. Sodobni pristopi k zgodnjemu odkrivanju poudarjajo kombinacijo ocene ledvične funkcije, albuminurije in dejavnikov tveganja (Paulus et al., 2024).

Vloga primarnega zdravstvenega varstva pri zgodnjem odkrivanju KLB

V Sloveniji se v letu 2026 krepi vloga primarne zdravstvene ravni pri zgodnjem prepoznavanju kronične ledvične bolezni (KLB). Slovenski model primarnega zdravstvenega varstva že vključuje preventivno zdravstveno varstvo odraslih v ambulantah splošne in družinske medicine, kjer se sistematično spremljajo številni dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni, med drugim telesna masa, obseg pasu, krvni tlak, krvni sladkor, lipidi in družinska obremenjenost. Takšna organizacija predstavlja pomembno osnovo za prepoznavanje posameznikov s povečanim tveganjem za razvoj KLB, zlasti oseb s sladkorno boleznijo, arterijsko hipertenzijo, srčno-žilnimi boleznimi in debelostjo (NIJZ, 2025).

Ker je KLB v začetnih stopnjah pogosto brez značilnih simptomov, je pri osebah s povečanim tveganjem pomembno aktivno odkrivanje bolezni in ne čakanje na pojav simptomov. Posameznik se lahko počuti zdravega, čeprav je ledvična funkcija že zmanjšana ali je prisotna albuminurija (KDIGO CKD Work Group, 2024).

Pomemben aktualni razvoj na tem področju predstavlja projekt *Ustavimo KLB*, ki ga izvajata Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKCL), sofinancirata pa ga Evropski socialni sklad plus in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Namen projekta je izboljšati pravočasno in celovito obravnavo oseb s KLB na primarni ravni zdravstvenega varstva. V okviru projekta je bilo februarja 2026 izvedeno usposabljanje timov ambulant družinske medicine za pilotno testiranje presejanja za KLB, pri katerem se bo preverjala izvedljivost predlaganega presejalnega pristopa (NIJZ, 2026a).

Pomembno je poudariti, da pilotno presejanje v letu 2026 še ne pomeni uvedbe enotnega nacionalnega presejalnega programa za celotno populacijo, temveč predstavlja preizkušanje

organizacijskega in strokovnega modela. Če se bo model izkazal kot ustrezen, bi lahko sistematično prepoznavanje oseb s povečanim tveganjem omogočilo zgodnejšo diagnostiko, pravočasno uvedbo nefarmakoloških in farmakoloških ukrepov ter upočasnitev napredovanja bolezni in zmanjšanje tveganja za srčno-žilne zaplete (NIJZ, 2026a; NIJZ, 2026b).

Vloga diplomirane medicinske sestre in integrirana oskrba

Diplomirana medicinska sestra ima v timu družinske medicine pomembno vlogo pri izvajanju preventivnih aktivnosti, zdravstvenovzgojnem delu ter spremljanju oseb s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (Pečelin & Sočan, 2016). Pri preprečevanju in zgodnjem odkrivanju KLB sodeluje pri:

- sistematičnem prepoznavanju dejavnikov tveganja ter merjenju telesnih in laboratorijskih kazalnikov,
- zdravstvenem opismenjevanju in spodbujanju zdravega življenjskega sloga, vključno z zdravo prehrano, zmanjšanjem vnosa soli, redno telesno dejavnostjo in opustitvijo kajenja,
- prepoznavanju morebitne neustrezne uporabe nesteroidnih protivnetnih zdravil (NSAID), ki lahko neugodno vplivajo na ledvično funkcijo (Soliman et al., 2025),
- spremljanju izvajanja dogovorjenih preventivnih in terapevtskih ukrepov.

Vloga diplomirane medicinske sestre presega izvajanje posameznih meritev, saj vključuje tudi podporo posamezniku pri razumevanju dejavnikov tveganja, spreminjanju življenjskega sloga in dolgoročnem obvladovanju bolezni. Takšen pristop je pomemben del integrirane obravnave, ki povezuje preventivo, zgodnje odkrivanje in nadaljnje spremljanje posameznika.

Projekt Ustavimo KLB dodatno predvideva razvoj integrirane poti obravnave in interdisciplinarnih nefarmakoloških intervencij. V pilotnem delu poleg zdravstvenih delavcev sodelujejo tudi dietetik, kineziolog in psiholog, s ciljem izboljšati zdravstveno pismenost, samooskrbo in dolgoročno obvladovanje dejavnikov tveganja (NIJZ, 2026b).

Povezovanje s patронаžnim zdravstvenim varstvom in celostni vidik

Pomembno dopolnitev preventivne obravnave v ambulantni družinske medicine predstavlja patронаžno zdravstveno varstvo. Njegova posebna vrednost je možnost obravnave posameznika v domačem okolju, kjer je mogoče prepoznati dejavnike tveganja, socialne okoliščine in ovire za vključevanje v preventivne programe, ki v ambulantnem okolju niso vedno razvidni.

Patronažna medicinska sestra lahko na domu prepozna dejavnike tveganja za kronične nenalezljive bolezni, izvaja zdravstvenovzgojno delo ter posebej dosega ranljive posameznike, ki se zaradi zdravstvenih, socialnih ali drugih okoliščin ne morejo vključiti v preventivne obravnave v ambulantni. Ob ugotovljenih odstopanjih posameznika usmeri v nadaljnjo obravnavo in s tem prispeva k povezovanju domačega okolja z ambulantno družinske medicine (NIJZ, 2026a).

Takšno povezovanje je pomembno tudi pri zgodnjem odkrivanju KLB, saj omogoča, da se preventiva ne omejuje zgolj na posamezne laboratorijske kazalnike, temveč vključuje celovito oceno krvnega tlaka, presnove glukoze, telesne mase, prehrane, telesne dejavnosti, kajenja, uporabe zdravil ter socialnih in funkcionalnih okoliščin posameznika. Tak pristop je skladen s sodobnimi priporočili, ki poudarjajo tesno povezanost ledvičnega, srčno-žilnega in presnovnega zdravja (Ortiz et al., 2025).

Diskusija

Pregled novejšje literature potrjuje, da je preprečevanje bolezni ledvic tesno povezano s preprečevanjem drugih kroničnih nenalezljivih bolezni. Ledvice niso izoliran organ, temveč del kompleksnega srčno-žilnega in presnovnega sistema. Zato pristop, ki se osredotoča samo na ledvične laboratorijske izvide, ni zadosten. Pomembno je hkratno obvladovanje krvnega tlaka, sladkorne bolezni, telesne mase, prehrane in telesne dejavnosti (Ortiz et al., 2025).

Posebno pomembna ugotovitev pregleda je, da je lahko zgodnja kronična ledvična bolezen brez simptomov. To omejuje uporabnost pristopa, pri katerem bi čakali na pojav težav, preden bi opravili

preiskave (Farrell & Vassalotti, 2024). Novejši viri zato poudarjajo pomen ciljnega odkrivanja pri posameznikih z večjim tveganjem ter uporabo eGFR in ACR kot preprostih in razmeroma dostopnih kazalnikov (Francis et al., 2024).

Pomembno je tudi, da se preventiva ne omeji samo na prehrano. Čeprav je zdrava prehrana pomembna, je njen učinek največji kot del širšega življenjskega sloga. Redna telesna dejavnost, nadzor krvnega tlaka, opustitev kajenja in urejanje sladkorne bolezni se medsebojno dopolnjujejo. Sodobna literatura podpira celostni pristop, pri katerem je zdravje ledvic vključeno v širšo obravnavo srčno-žilnega in presnovnega tveganja (Kelly et al., 2023).

Pomembno področje je tudi varna uporaba zdravil. Novejša metaanaliza kaže, da je pri dolgotrajni uporabi NSAID potrebna previdnost, predvsem pri osebah z že prisotno ledvično boleznijo. Pri tem je treba upoštevati, da so podatki o povezavi med NSAID in kronično ledvično boleznijo deloma heterogeni, zato je treba odločanje o zdravljenju prilagoditi posamezniku in ne uporabljati poenostavljenih absolutnih prepovedi (Soliman et al., 2025).

Prispevek temelji na izbranih novjših znanstvenih in strokovnih virih ter ne predstavlja sistematičnega pregleda literature. Izbor literature zato ne vključuje vseh objavljenih dokazov o preprečevanju in zgodnjem odkrivanju kronične ledvične bolezni. Del prispevka se nanaša tudi na aktualne slovenske pilotne aktivnosti, katerih končni rezultati in dolgoročna učinkovitost v času pisanja še niso znani.

Zaključek

Zdravje ledvic je pomemben sestavni del splošnega zdravja. Ohranjanje njihovega delovanja temelji predvsem na dolgoročnem obvladovanju dejavnikov tveganja, zdravem prehranjevanju, redni telesni dejavnosti, primernem vnosu soli, opustitvi kajenja ter urejanju krvnega tlaka in presnove glukoze. Pomembna je tudi varna in premišljena uporaba zdravil.

Ker je kronična ledvična bolezen v zgodnjih fazah pogosto brez simptomov, čakanje na pojav težav ni ustrezen način zgodnjega odkrivanja. Pri ogroženih posameznikih sta pomembna predvsem ocena eGFR in določanje albuminurije, skupaj z oceno dejavnikov tveganja.

Zdravstveni delavci imajo pomembno vlogo pri ozaveščanju prebivalstva, prepoznavanju ogroženih posameznikov, zdravstvenovzgojnem delu in spremljanju bolnikov. Pravočasno prepoznavanje tveganja in bolezni omogoča zgodnejše ukrepanje, s katerim je mogoče upočasniti napredovanje kronične ledvične bolezni ter zmanjšati njene srčno-žilne in druge zaplete. Pri tem imata diplomirana medicinska sestra v ambulantni družinske medicine in patronažna medicinska sestra ključno vlogo, saj z neposrednim stikom z bolniki, izvajanjem preventivnih meritev, zdravstveno vzgojo ter prepoznavanjem ranljivih posameznikov na domu predstavljata temelj za zgodnje odkrivanje in celostno obvladovanje tveganja za nastanek ledvične bolezni.

Literatura

Farrell, D. R., & Vassalotti, J. A. (2024). Screening, identifying, and treating chronic kidney disease: Why, who, when, how, and what? *BMC Nephrology*, 25, Article 34. <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03466-5>

Francis, A., Harhay, M. N., Ong, A. C. M., Tummalaipalli, S. L., Ortiz, A., Fogo, A. B., Fliser, D., Roy-Chaudhury, P., Fontana, M., Nangaku, M., Wanner, C., Malik, C., Hradsky, A., Adu, D., Bavanandan, S., Cusumano, A., Sola, L., Ulasi, I., Jha, V., ... American Society of Nephrology, European Renal Association, & International Society of Nephrology. (2024). Chronic kidney disease and the global public health agenda: An international consensus. *Nature Reviews Nephrology*, 20(7), 473–485. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>

Jager, K. J., et al. (2019). A single number for advocacy and communication—worldwide more than 850 million people have kidney diseases. *Kidney International*, 96(5), 1048–1050. doi: 10.1016/j.kint.2019.07.012
KDIGO CKD Work Group. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of

chronic kidney disease. *Kidney International*, 105(4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
Kim, H., & Rebholz, C. M. (2024). Plant-based diets for kidney disease prevention and treatment. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 33(6), 593–602. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000001015>

Mayne, K. J., Hanlon, P., & Lees, J. S. (2024). Detecting and managing the patient with chronic kidney disease in primary care: A review of the latest guidelines. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 26(Suppl. 6), 43–54. <https://doi.org/10.1111/dom.15625>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2025). *Preventivno zdravstveno varstvo odraslih v dejavnosti splošne in družinske medicine: Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov za spremljanje preventivnega zdravstvenega varstva odraslih v dejavnosti splošne in družinske medicine (v 1.5a)*. NIJZ. https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/12/MN-SZBO_PZVO-2026-v-1.5a_december_2025_2K.pdf

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2026a). *Usposabljanje za pilotno testiranje presejanja za kronično ledvično bolezen v ambulantah družinske medicine*. NIJZ. <https://nijz.si/projektii/usposabljanje-za-pilotno-testiranje-presejanja-za-kronicno-ledvicno-bolezen-v-ambulantah-druzinske-medicine/>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2026b). *Ustavimo KLB: Integrirana obravnava oseb s kronično ledvično boleznijo z vidika krepitve zdravstvene pismenosti in zmanjševanja neenakosti v zdravju*. NIJZ. <https://nijz.si/projekti/ustavimo-klb/>

Ortiz, A., Arreola Guerra, J. M., Chan, J. C. N., Jha, V., Kramer, H., Nicholas, S. B., Pavkov, M. E., Wanner, C., Wong, L. P., Cheung, M., King, J. M., Grams, M. E., Jadoul, M., Tuttle, K. R., & KDIGO Conference Participants. (2025). Preventing chronic kidney disease and maintaining kidney health: Conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney International*, 108(4), 555–571. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2025.04.005>

Paulus, A. B., Alavala, V., & Kidd, J.M., (2024). The Kidney Health Score: A practical guide to early detection of kidney disease risk for optimal kidney health. *Nephrology Nursing Journal*, 51(6), 513–523.

Pečelin, S., & Sočan, M. (2016). Referenčne ambulate: Izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), 82–91. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.82>

Ramšak Pajk, J., & Poplas Susič, T. (2017). Izkušnje medicinskih sester v patronažnem varstvu z obiski na domu v okviru projekta Nadgrajena celovita obravnava pacienta: rezultati pilotne raziskave. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), 24–33. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.1.138>

Soliman, S., Ahmed, R. M., Ahmed, M. M., Attia, A., & Soliman, A. R. (2025). Non-steroidal anti-inflammatory drugs: What is the actual risk of chronic kidney disease? A systematic review and meta-analysis. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 63(1), 3–27. <https://doi.org/10.2478/rjim-2024-0029>

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

World Health Organization. (2026). *Sodium intake for adults and children*. World Health Organization. <https://www.who.int/>

OBRAVNAVA IN SAMOOSKRBA BOLNIKA S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO V DOMAČEM OKOLJU

Care and Self-Management of Patients with Chronic Kidney Disease at Home

Polona Kolenc, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Interna klinika / Klinični oddelek za nefrologijo
free.polona@gmail.com

Izvleček

Kronična ledvična bolezen (KLB) predstavlja velik globalni javnozdravstveni izziv, saj njena prevalenca v sodobni družbi narašča. Uspešno obvladovanje te napredujoče bolezni zahteva ne le strokovno medicinsko obravnavo, temveč tudi aktivno vključevanje bolnika in njegovih svojcev v vsakodnevni proces zdravljenja. Namen tega razširjenega povzetka je predstaviti pomen strukturiranega izobraževanja ter praktične vidike samooskrbe bolnikov s KLB v domačem okolju z vidika zdravstvene nege. Prispevek temelji na pregledu domače in tuje strokovne ter znanstvene literature s področja nefrološke zdravstvene nege, pridobljene v podatkovnih zbirkah PubMed, ScienceDirect in CINAHL.

Samooskrba predstavlja pomemben vidik obvladovanja KLB, saj vključuje vedenja, s katerimi bolnik aktivno sodeluje pri skrbi za svoje zdravje. Raziskave kažejo, da je višja zdravstvena pismenost pri bolnikih s KLB povezana z ugodnejšimi samooskrbnimi vedenji, medtem ko so povezave med zdravstveno pismenostjo in posameznimi zdravstvenimi izidi manj jasne (Billany et al., 2023). Pri bolnikih, ki se zdravijo z dializo, na izvajanje samooskrbe vplivajo različni dejavniki, med drugim znanje, sposobnost prilagajanja bolezni vsakodnevnemu življenju ter podpora zdravstvenih delavcev in okolja (Escudero-Lopez et al., 2024).

Pomemben del samooskrbe predstavlja spremljanje zdravstvenega stanja in izbranih telesnih parametrov. Glede na zdravstveno stanje in individualna navodila zdravstvenega tima lahko bolnik spremlja krvni tlak in telesno maso. Domače spremljanje zdravstvenega stanja lahko vključuje tudi uporabo digitalnih tehnologij, ki omogočajo spremljanje posameznih kazalnikov zdravstvenega stanja in podpora pri samoobvladovanju bolezni (Josemans et al., 2024; Lightfoot et al., 2022).

Drugo področje obsega upoštevanje prehranskih priporočil in nadzor nad vnosom tekočine. Prehranske ukrepe je treba prilagoditi stopnji KLB, zdravstvenemu stanju in načinu zdravljenja. Pri posameznih bolnikih so lahko potrebne prilagoditve vnosa natrija, kalija, fosforja, beljakovin in tekočine, pri čemer naj bodo priporočila individualizirana (KDIGO CKD Work Group, 2024). Tretje področje praktične samooskrbe vključuje varno uporabo predpisanih zdravil. Pri bolnikih s KLB je pomembno upoštevati ledvično funkcijo pri uporabi in odmerjanju zdravil ter biti pozoren na možnost neželenih učinkov in z zdravili povezanih zapletov (KDIGO CKD Work Group, 2024).

Četrto področje se osredotoča na pravilno skrb za dializni dostop pri bolnikih, ki se že zdravijo z dializo. Pri samooskrbi bolnikov na hemodializi so pomembni tudi skrb za žilni dostop, spremljanje telesne teže, prehrana, vnos tekočine in telesna dejavnost. Sistematični pregled raziskav kaže, da lahko programi usposabljanja za samooskrbo izboljšajo nekatere vidike samooskrbe pri bolnikih na hemodializi (Bağrıaçık & Totur Dikmen, 2024).

Strukturirano izobraževanje bolnika s KLB in njegovih svojcev je pomemben del celostne obravnave v domačem okolju. Višja zdravstvena pismenost je povezana z ugodnejšimi vedenji pri obvladovanju bolezni, zato mora biti izobraževanje razumljivo, individualno prilagojeno in usmerjeno v praktične potrebe bolnika (Billany et al., 2023). Digitalne intervencije predstavljajo eno od možnosti za podpora samooskrbi in aktivnejše vključevanje bolnikov v obvladovanje KLB. Raziskava digitalne

intervencije My Kidneys & Me je pokazala možnost izboljšanja aktivacije bolnikov, predvsem pri tistih z nizko začetno stopnjo aktivacije (Lightfoot et al., 2022, 2024). Prihodnji razvoj stroke bi zato lahko vključeval standardizirane pristope samooskrbe ter premišljeno uporabo digitalnih orodij za podporo bolnikom v domačem okolju.

Ključne besede: kronična ledvična bolezen, zdravstvena nega, samooskrba, izobraževanje bolnika, zdravstvena pismenost

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) represents a major global public health challenge, with its prevalence increasing worldwide. Successful management of this progressive disease requires not only appropriate medical care but also the active involvement of patients and their families in everyday disease management. This extended abstract presents the importance of structured education and practical aspects of self-management in patients with CKD at home from a nursing perspective. The paper is based on a review and synthesis of domestic and international professional and scientific literature in the field of nephrology nursing, retrieved from PubMed, ScienceDirect, and CINAHL. Self-management includes monitoring health status, adherence to individualized dietary and fluid recommendations, safe medication use, and, in patients receiving dialysis, appropriate care of the dialysis access. Health literacy and patient education are important factors supporting effective self-management, while digital technologies may provide additional opportunities for home monitoring and patient engagement. Nurses play an important role in providing understandable, individualized education and supporting patients and their families in the long-term management of chronic kidney disease.

Keywords: chronic kidney disease, nursing care, self-management, patient education, health literacy

Literatura

Bağrıçık, E., & Totur Dikmen, B. (2024). Self-management training in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: A systematic review. *Seminars in Dialysis*, 37(2), 91–100. <https://doi.org/10.1111/sdi.13164>

Billany, R. E., Thopte, A., Adenwalla, S. F., March, D. S., Burton, J. O., & Graham-Brown, M. P. M. (2023). Associations of health literacy with self-management behaviours and health outcomes in chronic kidney disease: A systematic review. *Journal of Nephrology*, 36(5), 1267–1281. <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01537-0>

Escudero-Lopez, M., Martinez-Andres, M., Marcilla-Toribio, I., Moratalla-Cebrian, M. L., Perez-Moreno, A., & Bartolome-Gutierrez, R. (2024). Barriers and facilitators in self-care and management of chronic kidney disease in dialysis patients: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 33(10), 3815–3830. <https://doi.org/10.1111/jocn.17193>

Josemans, S. H., Lindeboom, L., Gerritsen, K. G. F., Wieringa, F. P., Kooman, J. P., & Rotmans, J. I. (2024). Home monitoring of patients with chronic kidney disease. *Nature Reviews Nephrology*, 20, 491–492. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00858-6>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, 105(4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>

Lightfoot, C. J., Wilkinson, T. J., Hadjiconstantinou, M., Graham-Brown, M. P. M., Barratt, J., Brough, C., Burton, J. O., Hainsworth, J., Johnson, V., Martinez, M., Nixon, A. C., Pursey, V., Schreder, S., Vadaszy, N., Wilde, L., Willingham, F., Young, H. M. L., Yates, T., Davies, M. J., & Smith, A. C. (2022). The codevelopment of “My Kidneys & Me”: A digital self-management program for people with chronic kidney disease. *Journal of Medical Internet Research*, 24(11), e39657. <https://doi.org/10.2196/39657>

Lightfoot, C. J., Wilkinson, T. J., Sohansoha, G. K., Gillies, C. L., Vadaszy, N., Ford, E. C., Davies, M. J., Yates, T., Smith, A. C., & Graham-Brown, M. P. M. (2024). The effects of a digital health intervention on patient activation in chronic kidney disease. *npj Digital Medicine*, 7, 318. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01296-1>

ASISTIRANA PERITONEALNA DIALIZA: PRILOŽNOST ZA PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO NEGO PRI KRHKIH BOLNIKI

Assisted Peritoneal Dialysis: An Opportunity for Community Nursing Care in Frail Patients

red. prof. Jernej Pajek, dr. med., spec. internist nefrolog,

Klinični oddelek za nefrologijo, Center za peritonealno dializo in kronično hemodializo,
Univerzitetni klinični center Ljubljana;
Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani
jernej.pajek@kclj.si

Izvleček

Peritonealna dializa je sodobna oblika nadomestnega zdravljenja ledvic na domu, katere klinični izidi so v številnih vidikih primerljivi s hemodializo, pri starejših bolnikih pa lahko prinaša dodatne prednosti, kot so manj hemodinamske obremenitve, manj izčrpanosti in odsotnost potreb po rednem prevozu v center. Kljub temu velik delež krhkih starejših odraslih PD ne more začeti ali nadaljevati, ker jim fizične in kognitivne omejitve onemogočajo samostojno izvajanje postopkov, ustrezne asistence pa v Sloveniji pogosto ni. V več državah, med drugim v Franciji, Kanadi, na Danskem in v Veliki Britaniji, so za zmanjševanje te vrzeli uvedli programe asistirane PD, pri katerih pomemben del podpore zagotavljajo medicinske sestre na domu. Namen prispevka je patronažno zdravstveno nego seznaniti s konceptom asistirane PD in jo povabiti k soustvarjanju te priložnosti v slovenskem prostoru.

Ključne besede: asistenca pri dializi; krhkost; kronična ledvična bolezen; kakovost življenja; domača zdravstvena nega

Abstract

Peritoneal dialysis (PD) is a modern home-based kidney replacement therapy with clinical outcomes that are comparable to haemodialysis (HD) in many respects, while offering potential additional benefits for older patients, including greater haemodynamic stability, less treatment-related fatigue, and no need for regular transport to a dialysis center. Nevertheless, many frail older adults are unable to start or continue PD because physical and cognitive limitations prevent them from performing the procedure independently, while appropriate assistance is often unavailable in Slovenia. In several countries, including France, Canada, Denmark, and the United Kingdom, assisted PD programmes have been introduced to address this gap, with home-care nurses providing an important part of the support. The aim of this professional article is to present the concept of assisted PD and to highlight the potential role of community nursing care in providing assistance at home in Slovenia.

Keywords: assisted dialysis; frailty; chronic kidney disease; quality of life; home-based care

Uvod

Kronična ledvična bolezen prizadene vse več starejših, ki so ob napredovanju v odpoved ledvic pogosto krhki, s pridruženimi boleznimi in omejeno funkcionalno zmogljivostjo. Med oblikami nadomestnega zdravljenja ledvic peritonealna dializa (PD) izstopa, ker jo bolnik izvaja v domačem okolju, brez potreb po žilnem pristopu in rednih vožnjah v dializni center. Namen prispevka je predstaviti sodobna spoznanja o asistirani PD pri krhkih starejših bolnikih ter osvetliti možnosti vključevanja patronažne zdravstvene nege v izvajanje asistence na domu v slovenskem prostoru.

Peritonealna dializa – sodobna terapija z izidi, primerljivimi hemodializi

Praksa in klinični izidi PD so se v zadnjih dveh desetletjih bistveno izboljšali (Karkar & Wilkie, 2023). Medtem ko je bilo preživetje na PD v zgodnjih letih te terapije slabše kot na hemodializi

(HD), sodobne raziskave kažejo primerljivo dolgoročno preživetje, pri nekaterih skupinah pa je bilo v prvih letih zdravljenja opisano tudi ugodnejše preživetje pri PD (Karkar & Wilkie, 2023). Novejši sistematični pregled je pokazal tudi boljše z zdravjem povezano kakovost življenja (merjeno z vprašalniki SF-36, EQ-5D) pri bolnikih na PD v primerjavi s HD (Karkar & Wilkie, 2023). Ker gre za zdravljenje na domu, PD dodatno ohranja preostalo ledvično funkcijo, žilni pristop in zmanjšuje tveganje prenosa okužb – med pandemijo covida-19 je bila stopnja okužbe v regiji Lombardija 8-odstotna pri bolnikih na HD in le 1-odstotna pri bolnikih na PD, umrljivost zaradi covida-19 pa je bila v Veliki Britaniji pri bolnikih na HD v centru več kot dvakrat višja kot pri bolnikih na zdravljenju doma (Karkar & Wilkie, 2023).

Zakaj bi od zdravljenja na domu imeli korist prav starejši bolniki

Starejši bolniki so posebej občutljivi na hemodinamsko nihanje ob HD, na izčrpanost po dializnih postopkih in na obremenitev, ki jo prinaša reden transport v center. Raziskava FEPOD (Frail and Elderly Patient Outcomes on Dialysis), ki je primerjala 129 starejših bolnikov na asistirani PD s 122 bolniki na HD, ni pokazala razlik v kakovosti življenja med skupinama, bolniki na PD pa so poročali o pomembno višjem zadovoljstvu z zdravljenjem; starejši od 65 let so poleg tega ocenili svojo kakovost življenja bolje kot mlajši bolniki na PD (Karkar & Wilkie, 2023; Reyskens et al., 2024). Tudi hospitalizacije in umrljivost so med asistirano PD in HD v centru primerljive (Reyskens et al., 2024). V Evropi je na PD zdravljenih le 13 % novih dializnih bolnikov in 5 % bolnikov, ki so se že zdravili z dializo. Med njimi je kar 55 % oziroma 47 % starejših od 65 let – prav v tej starostni skupini je pojavnost funkcionalnih in kognitivnih okvar visoka (Reyskens et al., 2024).

Krhkost kot ovira do PD – vrzel v asistenci

Ključna prepreka za širšo uporabo PD pri starejših odraslih ni terapija sama, temveč zmožnost njene samostojne izvedbe. Med kandidati za PD brez medicinskih kontraindikacij ima kar 63 % vsaj eno fizično ali kognitivno oviro, ki jim onemogoča samostojno izvajanje postopka (Oliver et al., 2024). Podobno je bilo v skupini 134 incidentnih dializnih bolnikov (mediana starosti 73 let) pri 81 % prisotno vsaj eno medicinsko ali socialno stanje, ki predstavlja oviro za samostojno PD, pri čemer je vsaka dodatna ovira zmanjšala verjetnost za uvrstitev na PD za 26 % (Karkar & Wilkie, 2023). Ko asistence ni na voljo, ti bolniki PD sploh ne morejo pričeti ali pa jo predčasno opustijo in preidejo na HD v centru – ne zaradi neustreznosti terapije, temveč zaradi odsotnosti podpore pri njenem izvajanju.

Možnosti vključevanja patronažne zdravstvene nege v asistirano peritonealno dializo

V državah, kjer so uvedli strukturirane programe asistence, se je uporaba PD pri starejših odraslih pomembno povečala. Francoski nacionalni register (RDPLF) beleži, da je bilo od skoraj 12.000 bolnikov kar 51 % takih, ki so PD začeli z asistenco, od tega 82 % z asistenco patronažne medicinske sestre; njihova mediana starost je bila 79,6 leta, torej bistveno višja kot pri bolnikih na samostojni PD (56,5 leta) (Reyskens et al., 2024). Tveganje za peritonitis pri bolnikih z asistenco medicinske sestre pri tem ni povečano, temveč celo nižje (Reyskens et al., 2024). V Kanadi je delež bolnikov, ki so nadomestno zdravljenje pričeli s PD, znašal 47 % v okoljih s programom asistence in 37 % brez njega; v Veliki Britaniji je uvedba asistiranih programov povečala verjetnost začetka zdravljenja s PD (razmerje obetov 1,78; 95 % IZ 1,21–2,61) (Oliver et al., 2024). Stroški asistence sicer zvišajo ceno zdravljenja za približno 34–45 %, vendar ostane asistirana PD v vseh analiziranih zdravstvenih sistemih bistveno cenejša od hemodialize v centru (Oliver et al., 2024; Reyskens et al., 2024). Tudi manjši, novejši ameriški pilotni projekt je pokazal, da lahko asistenco – od pomoči pri dvigovanju vrečk raztopine do priklopa na aparat – uspešno izvajajo tudi zaposleni brez predhodne zdravstvene izobrazbe, pod nadzorom izkušene medicinske sestre, kar je pri treh od šestih bolnikov omogočilo kasnejši prehod v samostojno izvajanje PD (Kim et al., 2025). Prav ta izkušnja kaže, da asistenca ni namenjena le trajni odvisnosti od pomoči, temveč pogosto premostitvi obdobja, dokler bolnik (ponovno) ne postane samostojen.

V Sloveniji tovrstni program asistence za PD vzpostavljamo, predvsem skozi vzpostavljeno mrežo patronažne zdravstvene nege, ki že danes redno obiskuje starejše odrasle na domu in izvaja zahtevne zdravstvene in negovalne postopke. Patronažne medicinske sestre bi lahko zaradi

svojega strokovnega znanja, poznavanja domačega okolja bolnika in obstoječe terenske mreže predstavljale pomembno poklicno skupino pri razvoju modela asistiranе PD v Sloveniji. V Franciji, Kanadi in Veliki Britaniji takšno podporo že zagotavljajo medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno nego na domu. Z ustreznim dodatnim usposabljanjem za postopke PD bi patronažna služba lahko marsikateremu krhkemu starejšemu odraslemu omogočila zdravljenje doma namesto prevoza v dializni center trikrat tedensko – to je priložnost, ki jo velja preizkusiti tudi v okviru nacionalnih prizadevanj za boljšo obravnavo kronične ledvične bolezni.

Zaključek

Peritonealna dializa je sodobna, enakovredna in za starostnike pogosto ugodnejša terapija, vendar jo krhkost bolnikov brez asistencе pogosto naredi nedosegljivo. Tuje izkušnje kažejo, da lahko ustrezno usposobljene medicinske sestre na domu pomembno prispevajo k varnemu in izvedljivemu modelu asistiranе PD. Patronažna zdravstvena nega ima znanje, dostop in zaupanje bolnikov, da postane ključni partner pri širitvi asistiranе PD v Sloveniji – in s tem starejšim odraslim omogoči varno zdravljenje v domačem okolju, prilagojeno potrebam in funkcionalnim zmožnostim posameznika.

Literatura

Karkar, A., & Wilkie, M. (2023). *Peritoneal dialysis in the modern era*. *Peritoneal Dialysis International*, 43(4), 301–314. <https://doi.org/10.1177/08968608211114211>

Kim, H., Nguyen, M., Salenger, P., Tran, A., Seidel, S., Weiner, D. E., Meyer, K. B., & Hsu, C. M. (2025). Assisted peritoneal dialysis: A feasibility and quality improvement project. *Kidney Medicine*, 8(1), Article 101173. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2025.101173>

Oliver, M. J., Abra, G., Béchade, C., et al. (2024). Assisted peritoneal dialysis: Position paper for the ISPD. *Peritoneal Dialysis International*, 44(3), 160–170. <https://doi.org/10.1177/08968608241246447>

Reyskens, M., Abrahams, A. C., François, K., & van Eck van der Sluijs, A. (2024). Assisted peritoneal dialysis in Europe: A strategy to increase and maintain home dialysis. *Clinical Kidney Journal*, 17(Suppl 1), i34–i43. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfae078>

IZZIVI IN NAJPOGOSTEJŠE STISKE BOLNIKOV, ODVISNIH OD HEMODIALIZE, V DOMAČEM OKOLJU

Challenges and Most Common Distresses of Patients Dependent on Hemodialysis in the Home Environment

Zvezdana Kaiser Kupnik, dipl. m. s., mag. zdr. soc.

UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za dializo
zvezdana.kupnik@gmail.com

Izvleček

Odvisnost od hemodialize pomembno vpliva na življenje bolnika tudi v času, ko se zdravljenje ne izvaja. Čeprav bolnik hemodializo prejema v bolnišnici oziroma dializnem centru, posledice kronične bolezni in zahtevnost zdravljenja segajo v domače okolje ter vplivajo na njegovo telesno, psihično, socialno in družinsko funkcioniranje. Namen prispevka je predstaviti najpogostejše stiske bolnikov, ki se zdravijo s hemodializo, v domačem okolju ter izpostaviti dejavnike, ki vplivajo na kakovost njihovega življenja. Izpostavljene so telesna utrujenost in izčrpanost, motnje spanja, bolečina in drugi simptomi, časovna in organizacijska obremenitev, težave s prevozom, prehranske in tekočinske omejitve, psihične stiske, socialna izolacija, zmanjšana delovna sposobnost ter spremembe družinskih vlog. Posebna pozornost je namenjena dejstvu, da se posamezne stiske med seboj prepletajo in lahko tvorijo začaran krog zmanjšane telesne zmogljivosti, socialnega umika in slabšega psihičnega počutja. Za kakovostno zdravstveno obravnavo je zato pomembno, da se bolnika ne obravnava zgolj z vidika učinkovitosti dializnega zdravljenja, temveč celostno, z upoštevanjem njegovega življenja doma. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju simptomov in psihosocialnih stisk ter pri ocenjevanju potreb bolnika in njegove družine.

Ključne besede: kakovost življenja, utrujenost, psihosocialne stiske, socialna izolacija, zdravstvena nega

Abstract

Dependence on hemodialysis significantly affects the patient's life even when the treatment is not being performed. Although the patient receives hemodialysis in a hospital or dialysis center, the consequences of the chronic illness and the demanding nature of the treatment extend into the home environment, impacting their physical, psychological, social, and family functioning. The purpose of this article is to present the most common distresses of patients treated with hemodialysis in their home environment and to highlight the factors that influence their quality of life. Highlighted areas include physical fatigue and exhaustion, sleep disturbances, pain and other symptoms, time and organizational burdens, transportation difficulties, dietary and fluid restrictions, psychological distress, social isolation, reduced working capacity, and changes in family roles. Special attention is given to the fact that individual distresses are intertwined and can form a vicious circle of reduced physical capacity, social withdrawal, and poorer psychological well-being. For high-quality medical care, it is therefore important that the patient is not viewed solely from the perspective of dialysis treatment efficiency, but holistically, taking into account their life at home. The nurse plays an important role in the early recognition of symptoms and psychosocial distress, as well as in assessing the needs of the patient and their family.

Keywords: quality of life, fatigue, psychosocial distress, social isolation, nursing care

Uvod

Hemodializno zdravljenje in težave, ki spremljajo pacienta, pomembno vplivajo na kakovost njegovega življenja (Jesih, 2020). Zdravljenje pomembno posega v pacientov način življenja. Bolnik, ki prihaja na hemodializo v bolnišnico oziroma dializni center, se mora zdravljenju prilagajati večkrat tedensko in več ur na posamezno zdravljenje. Hemodializa spremeni pacientov način

življenja. Sledijo vožnje v bolnišnico trikrat tedensko, stroga dieta, omejitev fizičnih aktivnosti ter delne ali popolne omejitve pri delu v službi. Podpora družine in svetovanje medicinske sestre sta za pacienta zelo pomembna (Špalir Kujavec, 2014). Jesih (2020) ugotavlja, da se pacienti na hemodializi soočajo s številnimi telesnimi in psihosocialnimi težavami. Soočajo se z omejitvami pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, vzdrževanju družinskih in socialnih odnosov ter poskušajo ohraniti čim bolj običajen način življenja.

Raziskave kažejo, da imajo bolniki na dializi pomembno simptomatsko breme, ki je povezano z njihovo kakovostjo življenja. Lu et al. (2024) ugotavljajo, da na breme simptomov vplivajo telesni in bolezenski dejavniki, pa tudi depresija, anksioznost, motnje spanja, socialna podpora, dohodek, delovni status in sposobnost samostojnega obvladovanja bolezni. V sistematičnem pregledu 62 raziskav so bili številni psihosocialni dejavniki pomembno povezani z obsegom simptomatskega bremena bolnikov na dializi (Lu et al., 2024).

Namen prispevka je predstaviti najpogostejše stiske bolnikov, odvisnih od hemodialize, v domačem okolju. Cilj prispevka je opozoriti na telesne, psihične, socialne in družinske posledice hemodialize ter poudariti pomen celostne zdravstvene obravnave bolnika.

Telesne stiske in utrujenost

Ena izmed najpomembnejših težav bolnikov na hemodializi je utrujenost. Ta ni vedno samo kratkotrajna posledica posamezne dialize, ampak lahko postane dolgotrajna težava, ki pomembno vpliva na bolnikovo vsakodnevno funkcioniranje. Sistematični pregled simptomov pri bolnikih s končno ledvično odpovedjo je pokazal, da se poleg utrujenosti pogosto pojavljajo tudi motnje spanja, bolečina, srbenje, slabost, težko dihanje, anksioznost in depresivnost (Almutary et al., 2025; Li et al., 2024).

Telesne in duševne omejitve, povezane z boleznijo in hemodializnim zdravljenjem, lahko zmanjšajo sposobnost bolnika za samostojno obvladovanje vsakodnevnega življenja ter vplivajo na njegovo kakovost življenja (Hejazi et al., 2021). Posledice se lahko pokažejo tudi v družinskem okolju, saj lahko hemodializa povzroči prerazporejanje družinskih vlog, povečano breme skrbi ter prilagajanje družinske rutine urniku zdravljenja (Çelik & Erkayiran, 2026). Bolnik, ki je bil pred začetkom zdravljenja samostojen pri gospodinjstvih in drugih vsakodnevnih opravilih, lahko zaradi utrujenosti in zmanjšane telesne zmogljivosti potrebuje več pomoči svojcev.

Sodobnejši pregled kaže, da je simptomatsko breme pri dializnih bolnikih povezano tudi s kakovostjo spanja, komorbidnostmi, depresijo, anksioznostjo, prehranskim stanjem in trajanjem dializnega zdravljenja (Lu et al., 2024). To pomeni, da posameznega simptoma ni smiselno obravnavati izolirano. Utrujenost lahko vpliva na spanje in telesno dejavnost, zmanjšana dejavnost pa lahko dodatno vpliva na psihično počutje in socialno vključevanje.

Časovna in organizacijska obremenitev

Hemodializa pomembno določa organizacijo bolnikovega tedna. Bolnik mora svoje obveznosti prilagajati urniku zdravljenja, kar lahko oteži načrtovanje dela, družinskih dogodkov, obiskov, potovanj in prostega časa. Pomembna je tudi časovna obremenitev, ki presega samo trajanje dialize. Vanjo sodijo priprava na odhod, pot do dializnega centra, morebitno čakanje, večurno zdravljenje in pot domov. Pri nekaterih bolnikih lahko prevoz predstavlja pomemben vir stresa. Lewis et al. (2023) so v kvalitativni raziskavi ugotovili, da so težave s prevozom povezane s stresom in anksioznostjo ter lahko zmanjšujejo kakovost življenja bolnikov, ki se zdravijo s hemodializo v centru.

Za bolnika je lahko posebej obremenjujoče, če je pri prihodu na hemodializo in odhodu domov odvisen od organiziranega prevoza ali pomoči svojcev. Težave, povezane s prevozom, lahko povzročajo stres in anksioznost, pri bolnikih, ki so pri prevozu odvisni od družinskih članov ali prijateljev, pa se lahko pojavi tudi občutek krivde oziroma občutek, da so svojim bližnjim v breme. Z napredovanjem starosti in zmanjševanjem samostojnosti se lahko odvisnost od svojcev pri zagotavljanju prevoza še povečuje (Lewis et al., 2023). Problem prevoza tako ni zgolj organizacijska

oziroma praktična težava, temveč lahko pomembno poseže tudi v bolnikovo psihično počutje, odnose z bližnjimi in občutek samostojnosti.

Motnje spanja in počitek

Spanje je pomemben dejavnik kakovosti življenja bolnikov na dializi. Sistematični pregled kvalitativnih raziskav, ki je vključeval 48 raziskav in 1.156 udeležencev, je pokazal, da bolniki doživljajo zdravljenje kot zahtevno in neprekinjeno obremenitev. Med opisanimi izkušnjami so bili motnje spanja, nočno zbujanje, skrbi, nemir, dnevno počivanje in občutek neobvladljive izčrpanosti (Cheng et al., 2021).

Cheng et al. (2021) ugotavljajo, da zdravljenje in simptomi dialize pomembno posegajo v spanje ter prispevajo k občutku izčrpanosti. Zato je pri obravnavi bolnika pomembno vprašanje, kako spi, koliko počiva in kako utrujenost vpliva na njegove vsakodnevne aktivnosti.

Psihične stiske in negotovost

Življenje z odvisnostjo od hemodialize prinaša znatno psihološko breme, saj se mora bolnik soočiti z nujnostjo dolgotrajnega nadomestnega zdravljenja in izgubo nadzora nad lastnim vsakdanom. Znanstvene raziskave potrjujejo, da se pri bolnikih na hemodializi lahko pojavljajo simptomi anksioznosti, depresivno razpoloženje in negotovost glede prihodnosti (Li et al., 2024). Ta psihična stiska se nato tesno prepleta s telesno izčrpanostjo, kar še dodatno poslabša kakovost bolnikovega življenja doma. Lu et al. (2024) so ugotovili povezavo med večjim simptomatskim bremenom in depresijo, anksioznostjo ter negotovostjo glede bolezni. Nasprotno so bili socialna podpora, kakovost življenja in sposobnost samostojnega obvladovanja bolezni povezani z manjšim simptomatskim bremenom.

Psihična stiska se lahko v domačem okolju kaže drugače kot v bolnišnici. Med dializo je bolnik v stiku z zdravstvenimi delavci in drugimi bolniki, doma pa ostane sam s svojimi mislimi, strahovi in omejitvami. Lahko se pojavljajo vprašanja: *Ali bom lahko še delal? Kako dolgo bom lahko ostal samostojen? Kaj bo z mojo družino? Kaj če se moje zdravstveno stanje poslabša? Ali bom lahko še potoval?*

Socialna izolacija in omejevanje aktivnosti

Hemodializa lahko pomembno vpliva na bolnikovo socialno življenje, saj redne terapije in nenehna utrujenost pogosto vodijo v socialni umik ter osamljenost (Jesih, 2020). Pogosti odhodi v bolnišnico, utrujenost in druge zdravstvene težave lahko zmanjšajo možnost sodelovanja pri družabnih dogodkih. Bolnik lahko na primer zavrne povabilo na družinsko praznovanje, ker ima tisti dan dializo. Če je prost dan po dializi, je lahko preveč utrujen za druženje. Sčasoma se lahko začne manj vključevati v socialno življenje, čeprav si druženja želi.

Hejazi et al. (2021) so v kvalitativni raziskavi z vidika družinskih skrbnikov pri bolnikih na hemodializi identificirali psihološke težave, socialne motnje in telesne težave. Med socialnimi motnjami sta bili izpostavljeni socialna izolacija in ogroženost socialnega funkcioniranja. Socialna izolacija zato ni vedno posledica zavestne bolnikove odločitve. Lahko je posledica kombinacije utrujenosti, časovne obremenitve, zmanjšane telesne zmogljivosti, prevoznih težav in psihične stiske.

Prehranske in tekočinske omejitve

Pomemben del vsakdanjega življenja bolnika na hemodializi predstavljajo tudi prehranske in tekočinske omejitve. Njihov obseg je individualen in odvisen od zdravstvenega stanja, preostalne ledvične funkcije, laboratorijskih izvidov ter navodil zdravstvenega tima.

Omejitve so posebej pomembne v domačem okolju, saj je hrana povezana z družinskimi navadami, praznovanji in družabnim življenjem. Bolnik mora pri vsakodnevnih odločitvah razmišljati o tem, kaj in koliko lahko zaužije oziroma popije.

Takšna stalna potreba po nadzoru lahko povzroči občutek prikrajšanosti in frustracije. Pri nekaterih bolnikih se lahko omejitve doživljajo kot dodatna izguba svobode.

Vpliv na družinske odnose

Hemodializa ne vpliva samo na bolnika, temveč tudi na družino (Hejazi et al., 2021). Spremenijo se lahko družinske vloge, razdelitev gospodinjskih opravil in način organiziranja prostega časa. Novejša kvalitativna raziskava avtorjev Čelik & Erkeyiran (2026) je pokazala, da hemodializa vpliva na družinsko dinamiko skozi prerazporejanje vlog in povečano breme skrbi, hkrati pa lahko pri družinskih članih spodbuja tudi večjo povezanost in solidarnost. Med pomembnimi temami so bili izpostavljeni cikel utrujenosti in počitka, rutina, osredotočena na dializo, ter potreba po prilagajanju časovne in logistične organizacije družine.

Družina je lahko za bolnika pomemben vir podpore, vendar lahko hkrati postane vir občutka krivde. Bolnik lahko čuti, da zaradi njega svojci spreminjajo svoje načrte, ga vozijo na zdravljenje, prevzemajo gospodinjska opravila ali skrbijo za njegovo prehrano. Hejazi et al. (2021) ugotavljajo, da družinski skrbniki neposredno zaznavajo spremembe, težave in zaplete, povezane z boleznijo in hemodializo. Zato je pri celostni obravnavi pomembno upoštevati tudi njihove potrebe.

Vpliv na delo in finančno varnost

Pri delovno aktivnem bolniku je lahko hemodializa pomembna ovira pri ohranjanju zaposlitve. Pogosti obiski dializnega centra, časovna zahtevnost zdravljenja in potreba po usklajevanju dializnega urnika z delovnimi obveznostmi lahko omejijo delovni čas in možnosti zaposlitve. Tudi telesni simptomi, predvsem utrujenost in zmanjšana telesna zmogljivost, lahko negativno vplivajo na sposobnost opravljanja delovnih nalog. Pri bolnikih na hemodializi so bile kot pomembne omejitve zaposlovanja opisane tudi zmanjšana delovna obremenitev, spremembe vsebine dela in skrajšanje delovnega časa (Hiraki et al., 2017; Erickson et al., 2018). Lu et al. (2024) so ugotovili povezavo med simptomatskim bremenom, delovnim statusom in stroški zdravljenja. Posledice bolezni tako niso samo zdravstvene, temveč prehajajo v socialno in finančno sfero bolnikovega življenja. Izguba zaposlitve ali zmanjšanje delovne sposobnosti namreč dokazano negativno vplivata na bolnikovo samopodobo, občutek družbene koristnosti ter finančno neodvisnost (Jesih, 2020). Če je bil bolnik pred boleznijo glavni vir dohodka v družini, so posledice lahko še pomembnejše.

Izzivi bolnikov na hemodializi v povezavi s patronažno zdravstveno nego

Bolnik, ki se zdravi s hemodializo v bolnišnici oziroma dializnem centru, se s posledicami bolezni in zdravljenja srečuje tudi v domačem okolju. Številnih potreb bolnika ni mogoče ustrezno prepoznati ali zadovoljiti samo med dializnim zdravljenjem, zato je pomembna kontinuiteta zdravstvene obravnave med bolnišnico in domačim okoljem. Bolniki na hemodializi imajo zaradi kompleksnosti bolezni in zahtevnosti zdravljenja različne telesne, psihološke in socialne potrebe, zato je pomembna njihova kontinuirana obravnava tudi zunaj dializnega centra (Tejada-Tayabas et al., 2015).

Pomembno vlogo ima pri tem patronažna medicinska sestra, saj lahko v domačem okolju oceni bolnikovo sposobnost samooskrbe, njegovo telesno in psihično počutje, prehranske in tekočinske navade, izvajanje predpisanega zdravljenja ter obremenjenost svojcev. Domači obisk omogoča prepoznavanje težav, ki jih bolnik v dializnem centru morda ne izrazi oziroma jih zaradi časovne omejenosti obravnave ni mogoče celostno oceniti. Pri starejših bolnikih je to še posebej pomembno, saj lahko hemodializno zdravljenje pomembno vpliva na njihove vsakodnevne aktivnosti, upravljanje časa in življenjske vloge (Moreels et al., 2023).

Pomemben izziv je tudi zagotavljanje kontinuitete in koordinacije zdravstvene obravnave. Patronažna medicinska sestra pri svojem delu sodeluje z dializnim centrom, izbranim osebnim zdravnikom, svojci in drugimi strokovnjaki. Takšno sodelovanje omogoča boljše prepoznavanje sprememb zdravstvenega stanja ter pravočasno ukrepanje. Raziskave kažejo, da je pri bolnikih na hemodializi koordinirana obravnava med bolnišnico in domačim okoljem pomembna za zagotavljanje kontinuitete zdravstvene oskrbe in zadovoljevanje kompleksnih potreb bolnika (Tejada-Tayabas et al., 2015).

Posebej zanimivi so rezultati raziskave, v kateri je bil pri bolnikih na hemodializi izveden strukturiran program obiskov medicinske sestre na domu. Avtorji so ugotovili izboljšanje kakovosti življenja in

adherence k zdravljenju pri bolnikih, ki so bili vključeni v program domačih obiskov (Pooresmaeil et al., 2023). To kaže, da obisk medicinske sestre na domu ni pomemben samo z vidika izvajanja posameznih postopkov zdravstvene nege, ampak lahko predstavlja tudi pomembno obliko edukacije, psihosocialne podpore, spremljanja samooskrbe in opolnomočenja bolnika.

Diskusija

Namen prispevka je bil predstaviti najpogostejše stiske bolnikov, odvisnih od hemodialize, v domačem okolju. Predstavljeni izsledki literature kažejo, da je treba breme hemodialize razumeti kot kompleksen pojav, ki vključuje telesne simptome, psihično doživljanje bolezni, socialno funkcioniranje, družinske odnose in organizacijske obremenitve.

Pomembna ugotovitev je, da se posamezne stiske med seboj povezujejo. Utrujenost lahko zmanjša telesno dejavnost, zaradi česar se bolnik manj vključuje v družabno življenje. Socialni umik lahko poveča občutek osamljenosti, kar lahko negativno vpliva na psihično počutje. Anksioznost in depresivnost lahko povečata doživljanje simptomov, motnje spanja pa dodatno povečajo utrujenost. Lu et al. (2024) potrjujejo, da so simptomatsko breme, spanje, depresija, anksioznost, socialna podpora in sposobnost samostojnega obvladovanja bolezni medsebojno povezani dejavniki.

Posebej pomembno je vprašanje samostojnosti. Bolnik, ki potrebuje pomoč pri prevozu, gospodinjstvu ali drugih vsakodnevnikih opravilih, lahko izgubi občutek neodvisnosti. Vendar pomoč družine ni nujno samo negativna. Raziskave kažejo, da lahko družinska podpora predstavlja pomemben zaščitni dejavnik in prispeva k boljšemu obvladovanju bolezni (Lu et al., 2024). Zato je naloga zdravstvene nege tudi pomagati bolniku in svojcem vzpostaviti ravnovesje med pomočjo in ohranjanjem bolnikove samostojnosti.

Za zdravstveno nego je pomembno, da se ocenjevanje bolnika ne konča pri spremljanju krvnega tlaka, telesne mase, laboratorijskih vrednosti in drugih kliničnih kazalnikov. Potrebno je vprašati tudi, kako bolnik živi med dializami. Pomembna vprašanja so: Kako se počuti dan po dializi? Kako spi? Ali zmore opravljati običajne aktivnosti? Kako prihaja na dializo? Ali se zaradi bolezni manj družijo? Kako bolezen vpliva na družinske odnose? Ali ga skrbi finančna prihodnost? Tak pristop omogoča zgodnejše prepoznavanje težav in usmerjanje bolnika k ustrezni podpori.

Omejitev predstavljenega prispevka je, da temelji na pregledu izbranih objavljenih raziskav in ne predstavlja sistematičnega pregleda literature. Rezultatov zato ni mogoče neposredno posplošiti na vse bolnike na hemodializi. Izkušnje bolnikov se razlikujejo glede na starost, trajanje zdravljenja, komorbidnosti, socialno mrežo, finančni položaj, oddaljenost od dializnega centra in druge individualne dejavnike.

Zaključek

Bolnik, odvisen od hemodialize, se s posledicami bolezni srečuje tudi takrat, ko je doma. Pomembno je, da se hemodializa ne razume samo kot medicinski postopek, ampak kot zdravljenje, ki pomembno vpliva na celotno življenje človeka. Kakovostna zdravstvena nega mora zato vključevati tudi ocenjevanje bolnikovega življenja doma, njegovih potreb, sposobnosti, socialne mreže in psihičnega počutja. Za prakso zdravstvene nege je posebej pomembno, da se bolnika spodbuja k čim večji stopnji samostojnosti, hkrati pa se pravočasno prepozna, kadar potrebuje pomoč. Pomembno je tudi vključevanje svojcev, saj lahko ustrezna družinska podpora pomembno prispeva k bolnikovemu obvladovanju bolezni in kakovosti življenja.

Celostna obravnava zato ne sme biti usmerjena samo v vprašanje, ali je bila dializa izvedena ustrezno, temveč tudi v vprašanje, kako bolnik zaradi te dialize živi doma in kako lahko zdravstvena nega pripomore k temu, da kljub kronični bolezni ohrani čim več samostojnosti, dostojanstva in kakovosti življenja.

Vloga patronažne zdravstvene nege je zato pomembna predvsem pri prenosu načel zdravstvene obravnave iz bolnišničnega okolja v vsakdanje življenje bolnika. Medtem ko je obravnava v

dializnem centru v veliki meri usmerjena v izvajanje in spremljanje dializnega zdravljenja, lahko patronažna medicinska sestra dodatno oceni, kako bolnik z boleznijo in njenimi posledicami živi v domačem okolju.

Literatura

Almutary, H., Al-Azani, M., & Al-Ghabeesh, S. (2025). Cluster of symptoms in kidney failure: A systematic review. *Heliyon*, 11(2), e42104.

Cheng, E., Evangelidis, N., Guha, C., Hanson, C.S., Unruh, M., Wilkie, M., Schell, J., Hecking, M., Matus Gonzalez, A., Ju, A., Eckert, D.J., Craig, J.C., & Tong, A. (2021). Patient experiences of sleep in dialysis: systematic review of qualitative studies. *Sleep*, 44(4), pp. 66–76. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.01.019>

Çelik, D., & Erkeyiran, O. (2026). Investigating the effect of hemodialysis on family dynamics: a qualitative study. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-28054-0>

Erickson, K.F., Zhao, B., Ho, V., & Winkelmayer, W.C., (2018). Employment among patients starting dialysis in the United States. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 13(12), 1815–1824.

Hejazi, S.S., Hosseini, M., Ebadi, A. & Alavi Majd, H. (2021). Components of quality of life in hemodialysis patients from family caregivers' perspective: a qualitative study. *Nephrology*, 22(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02584-8>

Hiraki, K., Yasuda, Y., Matsubara, T., et al. (2017). Factors associated with employment in patients undergoing hemodialysis: a mixed methods study. *Renal Replacement Therapy*, 3, 8. <https://doi.org/10.1186/s41100-017-0105-z>

Jesih, K. (2020). *Težave pacientov zdravljenih s hemodializo*. [Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede]. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru.

Lewis, R.A., Bohm, C., Fraser, F., Fraser, R., Woytkiw, L., Jurgutis, S., Rubin, M., Smith, G., Buenafe, J., Verdin, N., Hutton, J. & Tonelli, M. (2023). Transportation burden associated with hemodialysis in Canada: a qualitative study of stakeholders. *Kidney Medicine*, 5(2), 100571. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2022.100571>

Lu, Y., Zhai, S., Liu, Q., Dai, C., Liu, S., Shang, Y. & Chen, C. (2024). Correlates of symptom burden in renal dialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *Renal Failure*, 46(2), 2382314. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2024.2382314>

Moreels, T., Van de Velde, D., Van Duyse, S., Vanden Wyngaert, K., Leune, T., Van Biesen, W., & De Vriendt, P. (2023). The impact of in-centre haemodialysis treatment on the everyday life of older adults with end-stage kidney disease: a qualitative study. *Clin Kidney J*, 16(10), 1674–1683. doi: 10.1093/ckj/sfad104

Pooresmaeil, M., Iranpour, S.S. & Aghamohammadi, M. (2023). Effects of a nurse-led structured home visiting program on quality of life and adherence to treatment in hemodialysis patients. *Frontiers in Public Health*, 11, 1013019. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1013019>.

Špalir Kujavec, B., (2014). Hemodializa in predializna edukacija pacientov. In: R., Ekart, S. Bevc & R., Hojs (eds). *40. obletnica dialize v UKC Maribor z mednarodno udeležbo: zbornik prispevkov Maribor, 4. in 5. april 2014* (pp. 249–55). Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za interno medicino, Oddelek za dializo in Oddelek za nefrologijo.

Tejada-Tayabas, L. M., Partida-Ponce, K. L., & Hernández-Ibarra, L. E. (2015). Coordinated hospital-home care for kidney patients on hemodialysis from the perspective of nursing personnel. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 225–233.

Orodje ChatGPT (GPT-5.6 Sol) je bilo uporabljeno za jezikovno izboljšanje besedila. Avtor je končno besedilo vsebinsko pregledal in zanj prevzema odgovornost.

USPOSABLJANJE DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH SESTER V PATRONAŽNEM VARSTVU ZA IZVAJANJE ASISTIRANE PERITONEALNE DIALIZE

Training Registered Nurses in Community Nursing to Provide Assisted Peritoneal Dialysis

Barbara Savicki Ponikvar, dipl. m. s., Sara Buh, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center, Ljubljana
barbara.savicki@kclj.si, sara.buh@kclj.si

Izvleček

Asistirana peritonealna dializa omogoča zdravljenje na domu tudi bolnikom, ki zaradi telesnih, funkcionalnih ali kognitivnih omejitev postopkov ne zmorejo izvajati popolnoma samostojno. Pri njenem izvajanju imajo pomembno vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki morajo pred začetkom dela pridobiti ustrezna teoretična znanja in praktične veščine. Namen prispevka je predstaviti ključne elemente usposabljanja diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu za varno izvajanje asistirane peritonealne dialize na domu. Program vključuje prepoznavanje osnov peritonealne dialize, izvajanje ročnih in avtomatiziranih postopkov, nego peritonealnega katetra in izstopišča, spremljanje dializnega materiala, evidentiranje ter zgodnje prepoznavanje zapletov. Pomembna sta tudi kontinuirano sodelovanje s centrom za peritonealno dializo in možnost strokovnega svetovanja pri obravnavi bolnika na domu.

Ključne besede: asistirana peritonealna dializa; patronažno varstvo; usposabljanje; zdravstvena nega na domu

Abstract

Assisted peritoneal dialysis enables home-based treatment also for patients who, due to physical, functional, or cognitive limitations, are unable to perform the procedures completely independently. Community nurses play an important role in its provision and must acquire appropriate theoretical knowledge and practical skills before commencing their work. The purpose of this paper is to present the organization and content of their training for the provision of assisted peritoneal dialysis. The training program includes an introduction to the fundamentals of peritoneal dialysis, the performance of manual and automated procedures, care of the peritoneal catheter and exit site, monitoring of dialysis supplies, documentation, and early recognition of complications. Continuous collaboration with the peritoneal dialysis center and the availability of professional consultation when caring for patients at home are also important. The purpose of this paper is to present the key elements of training registered nurses in community care for the safe implementation of assisted peritoneal dialysis at home.

Keywords: assisted peritoneal dialysis; community care; training; home nursing care

Uvod

Peritonealno dializo (PD) je treba ponuditi vsakemu bolniku z ledvično odpovedjo, pri katerem ni kontraindikacije za PD. PD se izvaja na domu in zato omogoča večjo neodvisnost kot hemodializa v dializnem centru. Velik del bolnikov z ledvično odpovedjo je starejših, krhkih in ima druge telesne oziroma kognitivne omejitve, ki lahko zmanjšajo njihovo sposobnost samostojnega izvajanja PD (Oliver et al., 2024).

Pri asistirani peritonealni dializi (aPD) del postopkov, ki jih bolnik zaradi svojih omejitev ne more izvajati samostojno, prevzame diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu. Izobraževanje patronažnih medicinskih sester za izvajanje aPD praviloma organizira pristojni

Center za PD, v katerem se bolnik vodi. V izobraževanje se vključijo medicinske sestre, ki bodo sodelovale pri izvajanju PD pri posameznem bolniku.

Že pred vstavitvijo peritonealnega katetra, Center za PD stopi v stik s Službo patronažnega varstva in pravočasno načrtuje izobraževanje patronažnih medicinskih sester.

Namen prispevka je predstaviti organizacijo, vsebino in ključne elemente usposabljanja diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu za varno izvajanje asistiranе peritonealne dialize na domu.

Program izobraževanja

Program izobraževanja vključuje teoretični del, kjer medicinske sestre spoznajo delovanje peritonealne dialize ter prepoznavanje zapletov (Pajek et al., 2026). Pri praktičnem učenju medicinske sestre usvojijo proceduralne veščine za zagotavljanje varne in učinkovite oskrbe s PD. Izobraževanje je izvedeno v sodelovanju s predstavnico proizvajalca materiala za PD, ki je specialistka za terapevtsko področje PD.

V okviru izobraževanja diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu usvoji naslednje aktivnosti:

- izvajanje CAPD – menjava dializne raztopine;
- izvajanje APD – avtomatizirana PD – priklop in odklop pri bolnikih, ki se zdravijo z avtomatizirano PD;
- nego peritonealnega katetra in njegovega izstopišča;
- pravilno segrevanje dializnih raztopin;
- spremljanje zalog dializnega in potrošnega materiala na domu;
- dokumentiranje v bolnikov PD dnevnik;
- prepoznavanje morebitnih zapletov;
- pravočasna komunikacija s pristojnim centrom za PD.

Bolnika vodi in kontrolira pristojni center za PD. Patronažne medicinske sestre imajo na voljo strokovno pomoč zdravstvenega osebja iz centra za PD, kjer se bolnik vodi (Oliver et al., 2024). Center za PD, kjer se bolnik vodi, zagotavlja ves material za izvajanje PD.

Po opravljenem izobraževanju se na Zbornico zdravstvene in babiške nege pošlje za vsako patronažno medicinsko sestro dokazilo o opravljenem izobraževanju (Protokol opravljenih aktivnosti zdravstvene nege za pridobitev dodatnih znanj s področja PD (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2016). Podpisano in potrjeno dokazilo je osnova za pridobitev odobritve plačila storitev patronažni službi s strani ZZS.

Zaključek

Ustrezno izobražene patronažne medicinske sestre pomembno prispevajo k varnosti in kakovosti izvajanja PD v domačem okolju. S kontinuiranim izobraževanjem, praktičnim usposabljanjem ter dobrim sodelovanjem s timom za PD se prispeva k celostni obravnavi bolnika ter varnemu izvajanju PD in zgodnjemu prepoznavanju zapletov.

Literatura

Oliver, M. J., Abra, G., Bechade, C., Brown, E. A., Sanchez-Escureda, A., Johnson, D. W., Malho Guedes, A., Graham, J., Fernandes, N., Jha, V., Kabbali, N., Knananjubach, T., Li, P. K., Hahn Lundström, U., Salenger, P., & Lobbedez, T. (2024). Assisted peritoneal dialysis: Position paper for the ISPD. *Peritoneal Dialysis International*, 1-11. DOI: 10.1177/08968608241246447

Pajek, J., Slonjšak, B., & Lindič, J. (2026). Nadomestno zdravljenje s peritonealno dializo. In D. Kovač & J. Lindič (Eds.), *Bolezni ledvic*. 4th ed., pp. 667-685.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2016). Protokol opravljenih aktivnosti zdravstvene nege za pridobitev dodatnih znanj s področja peritonealne dialize (PD). <https://www.nephro-slovenia.si/images/PDF/apd5.pdf>

PERITONEALNA DIALIZA SREDI DNEVNE SOBE: REALNOST, IZZIVI IN ZMAGE NA TERENU

Peritoneal dialysis in the living room: realities, challenges, and successes in community nursing care

Angelika Ferjan, dipl.m.s.

Zdravstveni dom Ljubljana, Enota Vič- Rudnik

Patronažno varstvo

angelika.ferjan@zd-lj.si

Izvleček

Peritonealna dializa omogoča zdravljenje v domačem okolju, vendar nekateri pacienti zaradi telesnih, funkcionalnih ali kognitivnih omejitev ne zmorejo več samostojno izvajati postopka. Pri njih ima patronažna medicinska sestra pomembno vlogo pri izvedbi dialize, spremljanju zdravstvenega stanja, negi katetra in zgodnjem prepoznavanju zapletov. Članek predstavlja posebnosti izvajanja asistiranе peritonealne dialize na domu ter poudarja pomen prilagajanja zdravstvene nege pacientu in njegovemu življenjskemu okolju. Posebej je izpostavljeno, da uspeh ni vedno popolna samostojnost, temveč možnost, da pacient kljub omejitvam varno nadaljuje zdravljenje doma.

Ključne besede: asistirana peritonealna dializa, patronažna zdravstvena nega na domu, peritonitis

Abstract

Peritoneal dialysis allows for treatment in the home environment; however, due to physical, functional, or cognitive limitations, some patients are no longer able to perform the procedure independently. In such cases, the visiting nurse plays a crucial role in administering dialysis, monitoring health status, caring for the catheter, and identifying complications early. This article outlines the specific aspects of assisted home peritoneal dialysis and emphasizes the importance of tailoring nursing care to the patient and their living environment. It highlights that success is not always defined by complete independence, but rather by enabling the patient to safely continue treatment at home despite their limitations.

Keywords: assisted peritoneal dialysis, community nursing care, peritonitis

Uvod

Peritonealna dializa (PD) velja za zdravljenje na domu. Vendar pa se postavi vprašanje: kaj pomeni »doma«, ko pacient sam ne zmore več izvajati postopka?

Kadar pacient ne zmore več samostojno odpreti dializne vrečke, pripraviti materiala, zaradi slabega vida ne vidi več priključka ali pa mu tresenje rok onemogoča varno izvedbo postopka; kadar zaradi kognitivnega upada ne more slediti natančnemu zaporedju korakov ali ne zmore dvigniti težke vrečke z raztopino, ob njem pa ni partnerja, otrok ali drugega neformalnega oskrbovalca, beseda »doma« dobi popolnoma drugačen pomen.

Zdravljenje, ki naj bi pacientu omogočilo kakovostno življenje zunaj bolnišničnega okolja, postane v celoti odvisno od strokovnjaka, ki vstopi skozi njegova vrata – patronažne medicinske sestre. Pri takšnem pacientu patronažna medicinska sestra ni zgolj obiskovalka, izvajalka zdravstvene vzgoje ali opazovalka. Za določeno obdobje postane njegove »roke«. Prav na tej točki pa se začne prava zgodba peritonealne dialize na terenu.

Namen prispevka je predstaviti posebnosti izvajanja asistiranе PD v domačem okolju ter prikazati vlogo patronažne medicinske sestre pri varni izvedbi postopka, spremljanju pacientovega

zdravstvenega stanja, zgodnjem prepoznavanju zapletov in ohranjanju čim večje kakovosti življenja ter samostojnosti pacienta.

Peritonealna dializa in asistirana oblika zdravljenja

PD je oblika nadomestnega zdravljenja končne ledvične odpovedi, pri kateri kot dializna membrana služi bolnikov lastni peritonej (trebušna mrena). Njena ključna prednost je izvajanje v domačem okolju, kar pacientu omogoča večjo samostojnost, vključenost v vsakodnevno življenje in prilagodljivost individualnim potrebam. Izvajanje tega zahtevnega zdravstvenega postopka na domu pa pomeni tudi delno prevzemanje odgovornosti za pravilno izvedbo, preprečevanje okužb in zgodnje prepoznavanje zapletov v domačem okolju.

Kadar pacient zaradi telesnih, kognitivnih ali drugih omejitev tega ne zmore več sam, lahko pride v poštev **asistirana peritonealna dializa (v nadaljevanju asistirana PD)**. Razlogi za potrebo po pomoči so lahko zmanjšana ročna spretnost, tremor, motnje vida, splošna krhkost, kognitivne omejitve ali odsotnost ustrezne podpore doma (Oliver et al., 2024).

V tem procesu ima ključno vlogo patronažna medicinska sestra. Njeno delo obsega tehnično izvedbo postopkov, redno ocenjevanje pacientovih funkcionalnih ter kognitivnih sposobnosti, preverjanje tehnike dialize, poučevanje pacienta in svojcev, prepoznavanje zapletov, oceno varnosti domačega okolja ter stalno povezovanje pacienta z matičnim dializnim timom (Oliver et al., 2024).

Slovenski sistem zdravstvenega varstva asistirano PD vključuje v program patronažne zdravstvene nege. Veljavna ureditev opredeljuje asistirano PD na domu kot storitev, katere nosilka je diplomirana medicinska sestra, ter določa specifične patronažne obiske (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije [ZZZS], 2025, 2026):

- **Z0044** – Asistirana peritonealna dializa na domu (nosilec: diplomirana medicinska sestra)
- **PZN3103** – Kurativni patronažni obisk pri pacientu s CAPD (ročne menjave raztopin)
- **PZN3101** – Kurativni patronažni obisk pri pacientu z APD – podaljšan obisk (jutranji)
- **PZN3102** – Kurativni patronažni obisk pri pacientu z APD (večerni)
- **2242P** – Prva patronažna obravnava pacienta s kontinuirano peritonealno dializo

Peritonealni kateter in specifične domačega okolja

Peritonealni kateter predstavlja abdominalni dostop za izvajanje dialize, ki omogoča pretok dializne raztopine v peritonealno votlino in iz nje. Najpogosteje se uporablja Tenckhoffov kateter, ki je skozi trebušno steno stabiliziran s podkožnimi manšetami (*cuffs*). Za patronažno medicinsko sestro je ključno mesto izstopa katetra na koži, ki zahteva redno opazovanje in strokovno nego. Pri pregledu opazujemo morebitno prisotnost rdečine, otekline, bolečine, izcedka, krvavitve, granulacijskega tkiva ali sprememb na koži. Gnojni izcedek (z rdečino ali brez nje) po smernicah Mednarodnega društva za peritonealno dializo (ISPD) predstavlja značilen znak okužbe izstopišča (Chow et al., 2023).

Največja posebnost PD ni sam tehnični postopek, temveč dejstvo, da zdravljenje poteka na pacientovem domu. Pacient ne živi ob dializi v bolnišničnem okolju, temveč dializa živi z njim – v njegovi dnevni sobi ali spalnici. Uspešnost zdravljenja zato ni odvisna zgolj od predpisane medicinske terapije, temveč tudi od sposobnosti pacienta, ustreznosti domačega okolja, podpore svojcev in kakovosti patronažne zdravstvene nege (Chow et al., 2025).

Glavni namen asistiranja PD ni odvzem pacientove samostojnosti, temveč ravno nasprotno – ob ustrezni strokovni podpori mu omogočiti, da varno ostane v domačem okolju tudi takrat, ko samostojna izvedba dialize ne poteka več brezhibno (Oliver et al., 2024).

Ko dnevna soba postane dializni center

Medtem ko si pod PD pogosto predstavljamo le dializni aparat, vrečke z raztopino in kateter, patronažna sestra ob vstopu v dom vidi celostno sliko: bivalne pogoje, družinsko dinamiko, prisotnost hišnih ljubljencev, pacientove navade, utrujenost ter vsakodnevne omejitve.

Za razliko od zdravstvene ustanove, ki je v celoti prilagojena izvedbi zdravstvenih postopkov, mora patronažna medicinska sestra na domu strokovni postopek varno prilagoditi pacientovemu bivalnemu okolju. Ocena domačega okolja je zato ključni element obravnave. Smernice ISPD poudarjajo, da se šele v domačem okolju pokažejo dejanske ovire in izzivi, ki jih v ambulantnem ali učnem okolju ni mogoče predvideti (Chow et al., 2025).

Na papirju je postopek PD preprost: razkuževanje, priklop, izpust, infuzija in odklop. Na terenu pa se patronažna sestra srečuje z raznolikimi bivalnimi pogoji. Zato ob prihodu ocenjuje:

- Kje se bo postopek izvajal in ali je prostor ustrezno osvetljen ter čist?
- Ali je delovna površina primerna in material dostopen?
- Ali so dializne raztopine pravilno shranjene?
- Ali med postopkom prihaja do nezaželenih prehodov družinskih članov ali prisotnosti živali?

Prisotnost hišnih ljubljencev

Domače živali so za mnoge paciente pomemben vir čustvene podpore in del vsakdana, zato njihova popolna izključitev iz bolnikovega vsakdanjega življenjskega okolja pogosto ni potrebna niti izvedljiva. Vendar pa moramo med izvajanjem PD tveganje za kontaminacijo zmanjšati na minimum. Patronažna medicinska sestra skupaj s pacientom oblikuje realna in praktična pravila (Li et al., 2022):

1. Med pripravo materiala in priklopom žival ne sme biti prisotna v istem prostoru oziroma v bližini delovne površine.
2. Preprečiti je treba vsakršen stik z živaljo med samim postopkom.
3. Ob morebitnem nenamernem stiku je obvezna ponovna higiena in razkuževanje rok.

Namesto prepovedovanja patronažna medicinska sestra nastopa svetovalno in tvorno: »Med menjavo dializne tekočine bo pes počakal v sosednji sobi, nato pa bo spet lahko ob vas.« Tako ohranimo kakovost pacientovega življenja in hkrati zagotovimo visoko stopnjo varnosti ter preprečujemo okužbe (Chow et al., 2025; Li et al., 2022).

Potek peritonealne dialize na domu in vloga patronažne medicinske sestre

Pri pacientu, ki zaradi funkcionalnih omejitev ne zmore samostojne izvedbe postopka, patronažna medicinska sestra prevzame celotno ali delno izvedbo PD ter ob tem stalno ocenjuje pacientovo stanje (Oliver et al., 2024). Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta s PD je večplastna in obsega:

- **Spremljanje splošnega zdravstvenega stanja:**
 - vitalne funkcije (krvni tlak, srčni utrip),
 - telesna teža in bilanca tekočin (hidracija, prisotnost perifernih edemov ali preobremenitve s tekočino),
 - stanje dihanja in prisotnost bolečine,
 - prehransko stanje, stanje kože in splošna zmogljivost,
 - kognitivne ter psihosocialne okoliščine.
 - Zdravstveno nego in oceno izstopišča katetra: Redno preverjanje prisotnosti rdečine, otekline, bolečine, izcedka ali drugih znakov lokalne okužbe.
- **Nadzor dializnega izliva:** Redna kontrola bistrosti dializne tekočine. Motnost tekočine velja za alarmantni znak, ki zahteva takojšnjo obravnavo s sumom na peritonitis. Smernice ISPD določajo, da se ob motnem dializatu pacient obravnava pod diagnozo peritonitisa, dokler ta ni v celoti izključena (Li et al., 2022).

Izvedba obsega naslednje zaporedne korake:

1. Priprava prostora in materiala: Pripravi se čista, razkužena delovna površina in potreben material. Pozornost je usmerjena na preprečevanje kontaminacije, zmanjševanje motenj v prostoru ter osamitev hišnih ljubljencev (Li et al., 2022).

2. Ocena pacienta: Pred začetkom postopka se oceni pacientovo splošno počutje (prisotnost bolečine, slabosti, ocena dihanja, edemov, utrujenosti ali sprememb v kognitivnem stanju ter se opravi merjenje krvnega tlaka in tehtanje).
3. Pregled katetra in izstopišča: Pregleda se mesto izstopa katetra ter preveri prisotnost znakov vnetja (rdečina, oteklina, bolečina, izcedek ali spremembe kože).
4. Priklop in izvedba dialize: Po temeljiti higieni in razkuževanju rok ter pripravi sistemov se izvede priklop po predpisanem protokolu in ob strogi aseptični tehniki.
5. Spremljanje dializata: Natančno se opazuje videz iztekle dializne tekočine (dializata). Moten dializat je primarni opozorilni znak za nastanek peritonitisa in zahteva takojšnje ukrepanje (Li et al., 2022).
6. Odklop in zaključek: Po končanem postopku se izvede odklop skladno s standardi, zabeleži se količina izteka in vteka, vitalne funkcije ter morebitna odstopanja, ki se po potrebi posredujejo lečečemu dializnemu timu. Ultrafiltracija (UF) – odstranjevanje tekočine je razlika med količino izteklega dializata in vtečene raztopine. Redno spremljanje ultrafiltracije je pomembno za ocenjevanje učinkovitosti odstranjevanja tekočine in ga je treba interpretirati skupaj s telesno maso, krvnim tlakom, prisotnostjo edemov, dihanjem ter drugimi kazalniki hidracijskega stanja. Nenadno zmanjšanje ultrafiltracije lahko opozarja na težave z delovanjem katetra, spremembe peritonealne membrane ali druge zaplete in zahteva dodatno oceno.
7. Z beleženjem UF, krvnega tlaka in teže sestra pravočasno prepreči preobremenitev s tekočino ali dehidracijo. (Oliver et al., 2024).

Peritonitis – zaplet, pri katerem čas šteje

Peritonitis (vnetje trebušnice) ostaja eden najresnejših zapletov PD. Smernice ISPD iz leta 2022 poudarjajo pomen preventive, zgodnjega prepoznavanja in takojšnjega zdravljenja (Li et al., 2022).

Na peritonitis lahko opozarjata predvsem:

- bolečina v trebuhu (lahko difuzno ali lokalizirano),
- moten dializni izliv (prisotnost levkocitov),

Naloga patronažne medicinske sestre ni mikrobiološka potrditev diagnoze, temveč pravočasno prepoznavanje opozorilnih znakov in takojšnje obveščanje dializnega centra.

Patronažna medicinska sestra kot del dializnega tima

Patronažna medicinska sestra na terenu deluje kot podaljšana roka dializnega centra. Zaradi rednih obiskov prva opazi subtilne spremembe v zdravstvenem ali kognitivnem stanju pacienta:

- nihanja telesne teže in krvnega tlaka,
- pojav edemov ali sprememb pri dihanju,
- spremembe izstopišča katetra ali videza dializata,
- nepravilnosti pri izvedbi postopka ali izgorelost neformalnih oskrbovalcev (svojcev).

Učinkovita in pravočasna komunikacija med patronažno službo in dializnim timom lahko prispeva k zgodnejšemu prepoznavanju zapletov, ustreznemu ukrepanju in zmanjšanju potrebe po nekaterih hospitalnih obravnavah.

Zmage na terenu

Na terenu so zmage pogosto majhne in zato hitro spregledane. Zmaga je, ko pacient, ki je bil včeraj prestrašen, danes sodeluje pri postopku. Ko pacient z motnjami gibanja še vedno lahko ostane v svojem domačem okolju. Ko pravočasno opazimo spremembo dializata in preprečimo, da bi se zaplet razvil. Ko prepoznamo, da pacient ni samo »bolj utrujen«, ampak da se je njegovo

običajno stanje spremenilo. In tudi takrat, ko svojcu, ki je bil do zdaj glavni pomočnik, pomagamo razumeti, da ni več treba vsega nositi samemu.

Največja zmaga patronažne medicinske sestre pa je morda takrat, ko pacient zaradi naše pomoči ne izgubi tistega, kar mu je ostalo od samostojnosti. Še vedno je doma. Še vedno spi v svoji postelji, ima svoje navade, svoje ljudi in svoje živali. Dializa postane del njegovega življenja, ne pa njegovo celotno življenje.

Ko pacient reče: »Danes pa sem z vašo pomočjo zmogel sam,« ali »Hvala, ker zaradi vas lahko še vedno živim doma,« so to največji kazalniki uspešnosti zdravstvene nege na domu.

Zaključek

PD je kompleksno nadomestno zdravljenje končne ledvične odpovedi. Njena največja posebnost je v tem, da poteka tam, kjer pacient živi – v njegovi dnevni sobi, spalnici ali majhnem stanovanju. Zato mora patronažna zdravstvena nega presegati zgolj tehnično izvedbo postopka. Patronažna medicinska sestra mora obvladovati strokovna znanja, imeti visoko stopnjo empatije, obvladovati ocenjevanje okolja ter znati poučevati in pravočasno ukrepati. Predvsem pa mora znati videti človeka za medicinskim postopkom.

Slovenska ureditev z vključitvijo asistiranje peritonealne dialize v program patronažne zdravstvene nege prepoznava pomembno vlogo in strokovno odgovornost diplomirane medicinske sestre pri obravnavi teh pacientov (ZZZS, 2026). PD zato ni le zgodba o katetrih, vrečkah in aparatih – je zgodba o človeku, ki želi kljub težki bolezni dostojno živeti doma, ter o medicinski sestri, ki mu to vsakodnevno omogoča. Dializa je morda sredi dnevne sobe, v središču obravnave pa mora vedno ostati človek.

Literatura

Buena, T., Tregaskis, P., & Elliott, M. (2018). Peritoneal dialysis home visits: A review of timing, frequency and assessment criteria. *Renal Society of Australasia Journal*, 14(2), 58–63.

Chang, Y. T., Hsu, C. C., Chen, J. S., Hung, K. Y., & Wu, K. D. (2018). Frequent patient retraining at home reduces the risks of peritoneal dialysis-related infections: A randomised study. *Peritoneal Dialysis International*, 38(1), 15–22. <https://doi.org/10.3747/pdi.2017.00102>

Chow, J. S. F., Brunier, G., Figueiredo, A. E., Hurst, H., Perez Moran, D., Neumann, J. L., Mehrotra, R., Mushahar, L., Fuge, T., Avesani, C. M., Chow, N. Y., & Johnson, D. W. (2025). Teaching peritoneal dialysis: A position paper for the International Society for Peritoneal Dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 45(6), 327–343. <https://doi.org/10.1177/08968608251375512>

Chow, J. S. F., Cho, Y., Dhanapriya, J., Dunning, T., Fan, S., Garcia-López, E., Htay, H., Kazi, A. M., Khaw, K. S., Liew, A., & Szeto, C. C. (2023). ISPD catheter-related infection recommendations: 2023 update. *Peritoneal Dialysis International*, 43(3), 201–219. <https://doi.org/10.1177/08968608231172740>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, 105(4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>

Li, P. K. T., Chow, K. M., Cho, Y., Fan, S., Figueiredo, A. E., Harris, T., Kasepreechasat, T., Koh, K. H., Chow, J. S. F., & Johnson, D. W. (2022). ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*, 42(2), 110–153. <https://doi.org/10.1177/08968608221080586>
Martino, F., Adibelli, Z., Mason, G., Nayak, A., Ariyanon, W., Rettore, E., Crepaldi, C., Rodighiero, M., & Ronco, C. (2014). Home visit program improves technique survival in peritoneal dialysis. *Blood Purification*, 37(4), 286–290. <https://doi.org/10.1159/000365168>

Oliver, M. J., Abra, G., Béchade, C., Castledine, C., Finkelstein, F. O., Jager, K. J., et al. (2024). Assisted peritoneal dialysis: Position paper for the International Society for Peritoneal Dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 44(3), 160–170. <https://doi.org/10.1177/08968608241246447>

Piraino, B., Bernardini, J., Brown, E., Figueiredo, A. E., Johnson, D. W., Lye, W. C., Price, V., Ramalakshmi, S., & Szeto, C. C. (2011). ISPD position statement on reducing the risks of peritoneal dialysis-related infections. *Peritoneal Dialysis International*, 31(6), 614–630. <https://doi.org/10.3747/pdi.2011.00057>

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2025). *Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025*. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=URED9300>

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2026). *Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2026*. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=URED9748>

ŽIVLJENJE PO PRESADITVI LEDVICE

Life after kidney transplantation

Martina Milošič, dipl. m. s., mag. vzg. in men. v zdr.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za nefrologijo,

Center za transplantacijo ledvic

martina.milosic@kclj.si

Izvleček

V prispevku je predstavljeno življenje bolnika po presaditvi ledvice ter ključne prilagoditve, povezane z imunosupresivnim zdravljenjem, preprečevanjem zapletov in dolgoročnim življenjem s presajeno ledvico. Končna ledvična odpoved pomembno vpliva na bolnikovo življenje in njegovo psihofizično stanje. Kronični ledvični bolnik se srečuje z mnogimi prehranskimi omejitvami, pojavijo se mu spremembe v fizični zmogljivosti in spremembe v socialnem statusu, ki lahko pomembno vplivajo na kakovost posameznikovega življenja. Presaditev ledvice je oblika nadomestnega zdravljenja, ki bolnikom omogoči boljšo kakovost življenja. Prenehajo se prehranske in tekočinske omejitve, omogoči se ponovna socialna integracija, bolnik dobi občutek, da ima svoje življenje ponovno pod nadzorom, kljub določenim odgovornostim, ki jih ta način zdravljenja prinaša. Za preprečevanje zavrnitve presajenega organa, mora bolnik ves čas prejemati imunosupresivna zdravila. Slednja imajo pomemben vpliv na posamezne segmente bolnikovega življenja, s katerimi se bolnika seznani že v času priprave na vključitev na čakalni seznam za presaditev ledvice in tudi neposredno po presaditvi, kjer so v sklopu hospitalizacije deležni razširjene edukacije, pri kateri prejmejo pomembne napotke za življenje doma. Pomembno vlogo pri uspešnem dolgoročnem izidu imajo ustrezna edukacija bolnika, dosledno jemanje imunosupresivne terapije, zgodnje prepoznavanje zapletov in kontinuirana podpora zdravstvenega tima.

Ključne besede: končna ledvična odpoved, imunosupresivno zdravljenje, kakovost življenja, zdravstvena vzgoja, samooskrba.

Abstract

The article presents the life of a patient after kidney transplantation and key adjustments related to immunosuppressive treatment, prevention of complications and long-term life with a transplanted kidney. End-stage renal failure significantly affects the patient's life and his psychophysical state. A chronic kidney patient faces many nutritional restrictions, changes in physical capacity and changes in social status, which can significantly affect the quality of an individual's life. Kidney transplantation is a form of replacement treatment that allows patients to have a better quality of life. Dietary and fluid restrictions are removed, social reintegration is enabled, and the patient feels that he has his life under control again, despite the certain responsibilities that this method of treatment brings. To prevent rejection of the transplanted organ, the patient must constantly receive immunosuppressive drugs. The latter have a significant impact on individual segments of the patient's life, which the patient is introduced to during the preparation for inclusion on the waiting list for a kidney transplant and also immediately after the transplant, where they receive extensive education as part of their hospitalization, during which they receive important instructions for life at home. Appropriate patient education, consistent use of immunosuppressive therapy, early recognition of complications and continuous support from the healthcare team play an important role in a successful long-term outcome.

Keywords: end-stage renal failure, immunosuppressive therapy, quality of life, health education, self-care.

Uvod

Prve presaditve ledvic so bile opravljene pred skoraj več kot sto leti. Kirurška tehnika in razvoj zdravil proti zavrnitvi organov so do danes zelo napredovali, s tem se je povečala tudi varnost

presaditve in podaljšal se je čas delovanja presajenih ledvic (Kovač, 2019). Pred presaditvijo mora bolnik opraviti preiskave, s katerimi se oceni ali je primeren kandidat za zdravljenje s presaditvijo ledvice. Po presaditvi mora bolnik redno prejemati zdravila, ki preprečujejo zavrnitev presadka in ustrezno upoštevati priporočila za življenje s presajeno ledvico, saj s tem pomembno prispeva k optimalnemu delovanju presadka in h kakovosti življenja po presaditvi ledvice. Na spremembo načina življenja, se bolnike v Centru za transplantacijo ledvic, skozi načrtovani proces edukacije, pripravi že v času opravljanja preiskav pred vključitvijo na čakalni seznam za presaditev ledvice od umrlega darovalca, oziroma pred predvideno presaditvijo od živega darovalca. Namen prispevka je predstaviti ključne spremembe in izzive v življenju bolnikov po presaditvi ledvice ter poudariti pomen zdravstvene vzgoje, samostojnega obvladovanja zdravljenja in podpore zdravstvenega tima pri dolgoročnem ohranjanju zdravja in kakovosti življenja.

Presaditev ledvice

Ko je pri bolniku diagnosticirana končna ledvična odpoved, ima na voljo tri načine nadomestnega zdravljenja. Poleg hemodialize in trebušne dialize ima bolnik na voljo tudi presaditev ledvice, ki velja za najuspešnejšo metodo zdravljenja. Obstaja mnogo prednosti zdravljenja s presaditvijo ledvice, saj ta način zdravljenja bolniku omogoča daljše preživetje v primerjavi z bolniki, ki se zdravijo s hemodializo. Bolnik ima tudi bolj kakovostno življenje, kar v praksi pomeni, da ima več prostega časa in manj dietnih omejitev, izboljša se njegov socialni status, saj se lahko ponovno vrne v delovno okolje. Lažje načrtuje dopust in potovanja, ženske pa lahko načrtujejo nosečnost ter uspešno donosijo in rodijo otroka. Da je presaditev organa med dvema človekoma možna, je potrebno ustrezno ujemanje v antigenih med darovalcem in prejemnikom ledvice. Presajeno ledvico ali presadek imenujemo alograft, saj gre za presaditev organa med dvema človekoma, ki imata različna genotipa (Kovač, 2026).

Zgodnje obdobje po presaditvi ledvice

Po presaditvi ledvice je bolnik premeščen v enoto urološke intenzivne terapije, kjer ostane približno dva dni. Preostali del okrevanja preživi na kliničnem oddelku za nefrologijo, od koder je ob odsotnosti zapletov odpuščen v domačo oskrbo približno 10–14. dan (Kovač, 2019). Bolniki, ki opravljajo preiskave za vključitev na čakalni seznam za presaditev ledvice, so deležni strukturirane edukacije preko katere prejmejo pomembne informacije o načinu zdravljenja s presaditvijo ledvice in njihovi vlogi pri zdravljenju. Po presaditvi ledvice se nato zdravstveno vzgojno delo nadaljuje in se prične približno peti dan, ko je bolnik dovolj pri močeh za sledenje predavanju in navodilom medicinske sestre. Medicinska sestra mu izroči priročnik za bolnike z naslovom Življenje po presaditvi ledvice (Kovač, 2019), v katerem je na razumljiv način opisan vpliv presaditve ledvice na bolnikovo življenje.

Naloga medicinske sestre je da po sklopih predstavi bolniku posamezna poglavja, mu odgovori na vprašanja in pomaga pri razumevanju podane vsebine. Pomemben del edukacijskega načrta je razumevanje in priprava imunosupresivnih zdravil, pri čemer si bolnik pod nadzorom medicinske sestre pripravlja imunosupresivna zdravila, kar mu omogoča zaupanje za pravilno in samostojno pripravo zdravil v domačem okolju. Ko je bolnik odpuščen v domačo oskrbo, opravi medicinska sestra še zadnjo edukacijo v sklopu hospitalne obravnave, pri čemer mu poda ključna navodila do prihoda na prvi ambulantni pregled v Center za transplantacijo ledvic. Zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre se nato po potrebi izvaja ves čas vodenja bolnika na ambulantnih kontrolah. Pomembna veščina medicinske sestre je, da pravočasno zazna potrebo po izvajanju zdravstvene vzgoje in nudenju ustreznih usmeritev. Zdravstveno vzgojo lahko medicinska sestra izvaja tudi po navodilu zdravnika.

Imunosupresivna zdravila

Presaditev ledvice zaradi jemanja imunosupresivne terapije pomembno vpliva na posamezna področja bolnikovega življenja. Razumevanja delovanja imunosupresivne terapije je ključnega pomena za optimalno delovanje presadka in kakovost bolnikovega življenja. Imunosupresivna zdravila zmanjšujejo bolnikovo naravno odpornost proti okužbam. Ker je pojav zavrnitvene reakcije v prvih mesecih po presaditvi najvišji, je v tem obdobju tudi imunosupresivna terapija

najmočnejša, kar povečuje možnost razvoja posameznih okužb pri bolniku. Imunosupresivna zdravila mora bolnik prejemati ves čas delovanja presadka in še nekaj časa po tem, ko presadek ne deluje več. Bolniki s presajeno ledvico morajo poznati svoja imunosupresivna zdravila, njihove stranske učinke in interakcije z drugimi zdravili. Zdravila morajo jemati redno, odmerkov ne smejo izpuščati ali prilagajati sami, saj lahko to privede do zavrnitvene reakcije in s tem slabšega delovanja presadka, ali do prenehanja njegovega delovanja. Ob pojavu stranskih učinkov zdravil se morajo bolniki posvetovati z nefrologom, ki bo optimalno prilagodil odmerek zdravila, ali ga zamenjal z drugim imunosupresivnim zdravilom, ki bo bolniku bolje ustrezal. Odmerki zdravil so prilagojeni posameznemu bolniku, glede na koncentracijo zdravila v krvi in na podlagi druge terapije, ki jo sočasno prejema. Med najpogostejša imunosupresivna zdravila, ki jih bolniki prejemajo spadajo takrolimus, ciklosporin, everolimus, mikofenolat mofetil, metilprednizolon in azatioprin (Kovač, 2014).

Zapleti po presaditvi

Po presaditvi ledvice lahko pride do nekaterih zapletov in pomembno je, da je z njimi bolnik seznanjen že v času izvajanja edukacij pred presaditvijo, nato pa se mu v prvih dneh po presaditvi ponovno predstavi možne pooperativne in druge zaplete, ki se lahko pojavijo, z namenom da lažje razume ter kasneje sodeluje pri zdravljenju in razreševanju zapleta. Najpogostejše se pojavijo kirurški zapleti med katere spadajo tromboza ledvične vene ali arterije, nastanek limfokele, urinom, zožitev sečevoda in zožitev ledvične arterije. Kirurški zapleti se pojavljajo dokaj pogosto, a se jih običajno hitro diagnosticira in razreši. Lahko pride do zakasnelega delovanja presadka, kar pomeni, da bolnik kljub presaditvi še vedno potrebuje zdravljenje s hemodializo. Vzrok za nastanek je običajno dolga hladna ishemija in višja starost darovalca.

Lahko pride tudi do pojava akutne zavrnitve ledvice, ki je lahko celična ali humoralna in jo je potrebno zdraviti z različnimi metodami. Pri nekaterih bolnikih pride do pojava sladkorne bolezni in poveča se možnost nastanka nekaterih okužb. Po presaditvi lahko zaradi imunosupresivov kot sta metilprednizolon in takrolimus pride do pojava kostne bolezni, saj zdravila vplivajo na zmanjšanje kostne mase. Glukokortikoidi lahko povzročijo aseptično nekrozo glavice stegenice. Imunosupresivna zdravila imajo pomembno vlogo pri presnovi lipidov, zato se hiperlipidemija lahko pogosto pojavi po presaditvi. Bolniki tako prejemajo statine in če ti niso dovolj učinkoviti, prejmejo v terapiji tudi ezetimib, ki blokira intestinalno resorpcijo holesterola. Arterijska hipertenzija se pojavi v približno 60–80% bolnikov s presajeno ledvico in je neodvisni dejavnik tveganja za odpoved presajene ledvice. Zaradi višjih vrednosti krvnega tlaka, potrebuje večina bolnikov antihipertenzivno terapijo (Kovač, 2026).

Okužbe po presaditvi ledvice

Zaradi imunosupresivne terapije so bolniki bolj dovzetni za razvoj in hujši potek okužb. Okužbe po presaditvi lahko razdelimo na tri obdobja. V prvem mesecu po presaditvi lahko pride do okužb, ki so se prenesle iz darovalca organa na prejemnika organa. Tukaj gre za dve vrsti okužb in sicer za okužbe, ki so pri darovalcu že bile znane in se lahko prenesejo na prejemnika (okužbe z CMV in EBV virusi, katerih virus ostane po prvi okužbi v telesu), ter okužbe, ki so pri darovalcu lahko prisotne, a v času testiranja niso bile zaznane in se kasneje pri prejemniku pojavi okužba. V drugem obdobju, ki traja od enega do šestih mesecev po presaditvi pride najpogostejše do pojava oportunističnih okužb ali patogenov, ki se reaktivirajo iz latentne okužbe pri prejemniku (virus BK, CMV, virus herpesa simpleksa, virus varicella-zoster, virus hepatitisa B, virus hepatitisa C, tuberkuloza in listerija).

Kasneje so možne okužbe s poznim nastopom, saj se pojavijo več kot 6–12 mesecev po presaditvi. Večino okužb bolnik pridobi v domačem okolju in sicer lahko pride do virusnih okužb dihal, okužbe sečil in pljučnice in druge. Do okužbe lahko pride zaradi izpostavljenosti virom okužbe, najpogostejše na potovanjih ali ko se bolnik vrne nazaj v delovno okolje. Redko se v tem poznem obdobju pojavijo tudi oportunistične okužbe. Pogosto se lahko pojavljajo tudi črevesne okužbe. Najpogostejša je okužba s *C. difficile* in okužbe z norovirusi. Najpogostejši dejavniki za razvoj *C. difficile* driske so uporaba antibiotikov, bolnišnično okolje, starost nad 65 let in uporaba zdravil za zaviranje

izločanja želodčne kisline. Poleg akutne okužbe so pri imunokompromitiranih bolnikih pogoste tudi kronične okužbe z norovirusi, povezane z recidivi in remisivnimi epizodami vodene driske, ki lahko trajajo več mesecev ali tudi leta. Kronična norovirusna driska lahko zaradi dehidracije, privede do povečanja ravni serumskega kreatinina. Zdravljenje je lahko dolgotrajno, nadomeščati je potrebno tekočino in uživati probiotike. V poštev pride tudi zdravljenje z imunoglobulini. Pogosto se pri bolnikih pojavljajo tudi okužbe sečil, ki jih delimo na zapletene in nezapletene. Za bolnike po presaditvi so nevarne tudi okužbe z glivičnimi patogeni, saj je zdravljenje lahko dolgotrajno (Agrawal et al., 2022).

Malignomi

Imunosupresivna zdravila imajo pomemben vpliv na nastanek malignomov (Kovač, 2026). V večini zahodnih držav predstavljajo malignomi drugi najpogostejši vzrok smrti. Tveganje za nastanek raka po presaditvi je približno dvakrat do trikrat večje kot pri splošni populaciji, primerljivi po starosti in spolu, k čemur v veliki meri prispevajo vrste raka, povezane z virusi in imunskim sistemom (Al-Adra et al., 2022). Med najpogostejše malignome spada nastanek kožnega raka (ploščatocelični karcinom (Kovač, 2026).

Na splošno velja, da je preventiva za preprečevanja raka eden izmed pomembnejših ukrepov, ki ga je potrebno upoštevati pri bolnikih po presaditvi organov. Bolniki se morajo redno udeleževati preventivnih presejalnih programov, ki omogočajo odkrivanje karcinomov v zgodni fazi in dosledno upoštevati ukrepe za preprečevanje kožnega raka z ustrezno zaščitno kremo, oblačili, izpostavitvijo sončni svetlobi ob urah, ko sonce ni tako močno, redno samopregledovanje kože za odkrivanje novonastalih znamenj in opazovanje že obstoječih znamenj (Kovač, 2014).

Sladkorna bolezen

Sladkorna bolezen je eden izmed pomembnejših vzrokov za nastanek ledvične bolezni in je tudi pomemben dejavnik tveganja za končno ledvično odpoved. Pri bolniku je sladkorna bolezen lahko prisotna že pred presaditvijo in se po presaditvi poslabša, lahko pa se pri bolniku pojavi na novo, v tem primeru govorimo o posttransplantacijski sladkorni bolezni. Približno 10% bolnikov, ki po presaditvi dobi sladkorno bolezen, je bila le-ta prisotna že pred presaditvijo, a ni bila diagnosticirana. Novo nastala sladkorna bolezen povečuje umrljivost pri bolnikih po presaditvi ledvice, saj se poveča tveganje za srčno-žilne zaplete in okužbe.

Zdravljene sladkorne bolezni po presaditvi je zahtevno, predvsem zaradi medsebojnega delovanja imunosupresivov in antidiabetikov. Hiperglikemija, ki se pojavi po presaditvi ni vedno povezana z novo odkrito sladkorno boleznijo, saj je kratkotrajna hiperglikemija v zgodnjem obdobju po presaditvi lahko posledica pooperativnih dejavnikov kot je stres, vnetje, visoki odmerki steroidov, enteralna ali parenteralna prehrana.

Primeren čas za diagnosticiranje sladkorne bolezni je tako obdobje, ko se delovanje presadka in imunosupresivna stabilizirata in ko se odpravi okužba ali zavrtnitvena reakcija. Za diagnosticiranje sladkorne bolezni se uporabljajo enaki kriteriji, kot pri bolnikih, ki nimajo presajenih organov. Zlati standard za odkrivanje sladkorne bolezni je še vedno OGTT (oralni glukozni tolerančni test), saj so vrednosti hba1c (glikirani hemoglobin) v zgodnjem obdobju po presaditvi lahko nezanesljive, zaradi anemije, ki je po presaditvi pogosti pojav, a je lahko pomembna usmeritev za potrditev sladkorne bolezni tudi z OGTT.

Kot že omenjeno, predstavljajo imunosupresivi, zaradi svojega mehanizma delovanja, pomemben dejavnik tveganja za nastanek sladkorne bolezni po presaditvi. Pomemben dejavnik tveganja predstavlja tudi debelost, ki se lahko pojavi, kot posledica povečanega apetita, zaradi prejemanja steroidov. Nabor zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni se je v zadnjih letih precej razširil. Na tržišču so tudi zdravila, ki ugodno vplivajo na zaščito srčno-žilnega sistema in ledvičnega delovanja, a lahko povečajo možnost nastanka okužb sečil, pomembna je tudi pozornost pri sočasni uporabi diuretikov in antihipertenzivov (Martinez Cantarin, 2022).

Nosečnost

Pri ženskah s končno ledvično odpovedjo, ki se zdravijo s hemodializo je zanositev po naravni poti skoraj nemogoča. Ženske se soočajo s hormonskimi motnjami, kar velikokrat vodi v neplodnost in prezgodnjo menopavzo, pa tudi visoke vrednosti kalija in drugih parametrov v krvi, lahko neugodno vplivajo na plod in povzročijo njegovo smrt. Presaditev ledvice, je način nadomestnega zdravljenja, ki ženskam v rodni dobi omogoča zanositev in rojstvo otroka, saj omogoča ponovno vzpostavitev hormonskega in elektrolitskega ravnovesja. Vsaka nosečnost po presaditvi mora biti v naprej načrtovana in odobrena s strani nefrologa, kajti nosečnost lahko pomembno vpliva na življenje matere in delovanje presadka, obenem pa ima lahko imunosupresija, teratogeni vpliv na zarodek, kar pomeni, da je slednje potrebno nekaj mesecev pred načrtovano nosečnostjo prilagoditi (Gonzalez Suarez et al., 2020).

Načrtovanje nosečnosti se svetuje ob stabilni ledvični funkciji, ko preteče vsaj dve ali tri leta od presaditve ledvice. Izpostavljenost ploda imunosupresivom, povečuje tveganje za prirojene nepravilnosti, kar zahteva skrbno prenatalno oskrbo in spremljanje razvoja ploda (Mustafa et.al, 2024). Nosečnost predstavlja pomembno tveganje za slabše delovanje presadka. Ledvica se med nosečnostjo lahko poveča, znižajo se vrednosti serumskega natrija, povišajo se vrednosti serumskega kreatinina ter poveča se izločanje beljakovin in glukoze preko urina. Razvije se lahko gestacijski diabetes, zastoj rasti ploda, splav in preeklampsija, ki se pri ženskah s presajeno ledvico pojavlja pogostejše, kot pri splošni populaciji, kar vodi v prezgodnji porod otroka in s tem poveča tveganje za umrljivost tako matere kot otroka. Pri ženskah, ki imajo presajeno ledvico je v literaturi zaslediti nekoliko povečano število carskih rezov, a ugotovitve kažejo, da vaginalni porod ne poveča tveganja za ledvične in srčno-žilne zaplete in poškodbo presadka (Gonzalez Suarez et al., 2020). Dojenje kljub jemanju imunosupresivov ni kontraindicirano. Pomembno je le, da so le-ti v času dojenja še vedno prilagojeni, kot so bili v času nosečnosti. Dokazano je, da se z materinim mlekom izloči znatno manj učinkovin, kot jih otrok prejme preko materina krvnega obtoka v času nosečnosti (Agarwal & Pavlakis, 2021).

Psihične težave

Kronična bolezen sama po sebi predstavlja veliko fizično in psihično breme za posameznika. Potrebno se je sprijazniti z omejitvami, ki jih bolezen prinese, preoblikovati način prehranjevanja, dela, preživljanje časa z družino in potovanja. Dializno zdravljenje bolnike prisili v spremembo načina življenja, prinaša pa tudi mnoge omejitve, a je način zdravljenja, ki je največkrat most do presaditve in vrnitve v življenje, kot ga je bolnik poznal pred boleznijo. Tako kot dializno zdravljenje, tudi presaditev ledvice prinaša spremembe v življenje posameznika. Presaditev ledvice pomeni, da se nekomu na eni strani izboljša kakovost življenja, med tem, ko se je na drugi strani življenje nekoga končalo. Tudi to so misli, ki se lahko občasno prikradejo in bremenijo posameznika.

Po presaditvi ledvice, bolniki prejemajo zdravila, ki lahko povzročijo psihične spremembe, ki se kažejo kot motnje spanja, nespečnost in nočne more. Spremembe se lahko kažejo tudi na vedenju in sicer kot motnje spomina, lahko so bolj razdražljivi, se hitreje razburijo in se težje skoncentrirajo. Glukokortikoidi lahko povečajo možnost depresivnega razpoloženja, žalosti, brezvolje, izgubo interesa in pesimizem. Med stranske učinke glukokortikoidov spadajo tudi telesne spremembe, ki vplivajo na posameznikovo zunanost in s tem na povečano tveganje za motnje razpoloženja, težav s sprejemanjem nove podobe, izolacijo in drugo. Ob pojavu stranskih učinkov zdravil, se morajo bolniki pogovoriti z izbranim nefrologom, glede prilagoditve posamezne terapije (Kovač, 2019). Velik stres bolnikom lahko predstavlja strah pred zavrnitvijo presajenega organa in upoštevanje kompleksnega medicinskega režima, ki se ga morajo privaditi neposredno po presaditvi in ga implementirati v svoj vsakdan (Temür & Aksoy, 2024).

Prehrana

Po presaditvi se ob stabilnem ledvičnem delovanju prenehajo prehranske omejitve in omejitve povezane z količino zaužite tekočine. Pojavijo pa se nekatere druge spremembe, ki so povezane s presnovnimi motnjami in zaradi zdravil, ki jih bolniki prejemajo po presaditvi. Nekatera zdravila vplivajo na povečano presnovo beljakovin, povišanje krvnih maščob, spremembe v presnovi

krvnega sladkorja, lahko povišajo krvni tlak in vplivajo na presnovo vitamina D. Spremembe, ki nastanejo lahko pomembno vplivajo na nastanek in pospešitev ateroskleroze, srčno-žilnih bolezni in osteoporoze. Po presaditvi se veliko bolnikov zaradi povečanega apetita srečuje z debelostjo, kar poruši razmerje med velikostjo ledvice in telesa, zaradi česar je ledvica bolj obremenjena. Posledično se spremeni učinkovitost zdravil in poveča se raven maščob v krvi (Kovač, 2019). Za uspešno nadzorovanje telesne teže se mora bolnik držati diete, ki vključuje mediteranski način prehranjevanja, vse od presaditve naprej (Tantisattamo et al., 2022).

Hrana je lahko tudi pomemben dejavnik tveganja za nastanek okužbe pri bolniku po presaditvi ledvice. Hrana, ki jo bolniki uživajo, mora biti dobro termično obdelana, kar pomeni, da mora bolnik določeno hrano povsem izločiti iz svojega jedilnika. Pomembna pazljivost je potrebna tudi pri uživanju vode, pri čemer se odsvetuje uživanje vseh voda, pri katerih neoporečnost ni dokazana (Kovač, 2019). Nekatera živila, lahko vplivajo na zvišanje ali znižanje koncentracije imunosupresivnih zdravil (npr., grenivka, pomelo, zeleni čaj, muškatni orešek, granatno jabolko, ameriški slamenik, ingver, alkohol in druge), zato se jim morajo bolniki izogibati. Pomemben je tudi čas zaužitja imunosupresije v povezavi z obrokom, zaradi česar se priporoča uživanje imunosupresije vsak dan ob istem času in v enakem odnosu do hrane (Miedziaszczyk et al., 2022).

Diskusija

Namen prispevka je bil predstaviti ključne spremembe in izzive v življenju bolnika po presaditvi ledvice. Wang et al. (2021) navajajo, da je presaditev ledvice v primerjavi z dolgotrajnim dializnim zdravljenjem povezana z boljšo kakovostjo življenja in ugodnejšimi dolgoročnimi izidi. Poleg tega lahko zmanjšuje breme zapletov, povezanih z dolgotrajnim dializnim zdravljenjem. Presaditev ledvice praviloma izboljša kakovost življenja in omogoča večjo socialno ter poklicno vključenost, vendar bolnik ostaja kronično bolan in potrebuje vseživljenjsko spremljanje ter imunosupresivno zdravljenje. Imunosupresivna zdravila so ključna za dolgoročno preživetje presadka, vendar bolnika hkrati izpostavljajo številnim neželenim učinkom ter povečanemu tveganju za oportunistične okužbe in malignome (Katabathina et al., 2016).

Presaditev ledvice lahko bolniku na eni strani prinaša olajšanje in novo upanje, na drugi strani pa se lahko srečuje z mnogimi psihološkimi izzivi in čustvenimi nihanji. Pomemben vpliv na telesne spremembe, motnje razpoloženja, pojav anksioznosti in psihoze imajo kortikosteroidi, ki jih bolniki prejemajo po presaditvi ledvice (Nasereddin et al., 2024). Pomembna naloga zdravstvenega osebja je bolnika seznaniti z možnostjo pojava motenj razpoloženja, pravočasno prepoznati morebitne spremembe ter zagotoviti ustrezno podporo in pomoč. O psihosocialnih obremenitvah prejemnikov presajenih ledvic opozarjata tudi Temür & Aksoy (2024) Tantisattamo et al. (2022) pa poudarjajo pomen prehranskih in življenjskih ukrepov pri dolgoročnem ohranjanju presadka.

Debelost lahko pomembno vpliva na presnovne motnje in s tem poveča tveganje za nastanek sladkorne bolezni in arterijske hipertenzije, zato je vzdrževanje ustrezne telesne teže pomemben dejavnik, ki vpliva na dolgoročno preživetje presadka (Gembillo et al., 2025). Dializno odvisne ženske imajo majhne možnosti za zanositev in rojstvo otroka, kar pomembno vpliva na dinamiko zasebnega življenja mnogih parov. Presaditev ledvice mnogim parom omogoča da postanejo starši. Prvo poročilo o nosečnosti po presaditvi ledvice je bilo objavljeno leta 1967. Bolnica je nenačrtovano zanosila in kljub prejetemu imunosupresivom kot sta azatioprin in prednizolonom, ki se v ustrezno prilagojenih režimih lahko uporabljata tudi v nosečnosti, donosila in rodila zdravega otroka (Katz-Greenberg et al. 2025).

Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri opolnomočenju bolnika za življenje po presaditvi ledvice. Cilj strukturiranega edukacijskega protokola je pomoč bolniku pri pridobivanju veščin za vsakdanje življenje ter pomoč pri soočanju s fiziološkimi in psihosocialnimi težavami (Mersal & Aly, 2014).

Zaključek

Pričakovanja bolnikov pred presaditvijo ledvice se mnogokrat razlikujejo od dejanskega stanja s katerim se soočijo po presaditvi. Zgodnje obdobje po presaditvi ledvice je lahko za bolnika

zaradi pojava kirurških zapletov ali akutne zavrnitve organa stresno, naporno in izčrpavajoče. V prvem letu po presaditvi ledvice so kontrolni pregledi in laboratorijske preiskave zelo pogosti, saj je možnost zavrnitve presadka največja. Slednje lahko predstavlja napor predvsem pri starejših bolnikih ali pri tistih posameznikih, ki so iz oddaljenih krajev in jim vožnja ter dolge ure v čakalnici predstavljajo poseben napor.

Usvojitev režima jemanja imunosupresivnih zdravil je za številne bolnike zahtevna in lahko zahteva čas, ponavljanje ter podporo svojcev in zdravstvenega tima. Zaradi neželenih učinkov zdravil je zlasti pri mlajših prejemnikih lahko povečano tveganje za neadherenco pri zdravljenju, zato mora biti zdravstveno osebje na to posebej pozorno. Stanje je potrebno pravočasno opaziti in skupaj z bolnikom poiskati ustrezen rešitev. Redno spremljanje v Centru za transplantacijo ledvic, omogoča bolnikom stalen nadzor nad delovanjem presadka in ustrezno ukrepanje v primeru pojava zapletov. Ko se bolnik privadi življenja s presajeno ledvico, sprejme in usvoji odgovornosti, ki jih ta način zdravljenja prinaša, se lahko kakovost življenja bistveno izboljša.

Bolniki si po presaditvi ledvice mnogokrat na novo postavijo svoje prioritete, saj jim ponovno omogoči večjo samostojnost, socialno vključenost in kakovost življenja. Pri mnogih bolnikih je moč opaziti povečano skrb za lastno zdravje in izvajanje aktivnosti za njegovo ohranjanje, s čemer pomembno prispevajo k preprečevanju pojava nekaterih zapletov. Podpora zdravstvenega in negovalnega tima je v procesu zdravljenja ključnega pomena. Medicinska sestra lahko s strokovnim znanjem, opazovanjem in usmerjenim pogovorom pravočasno prepozna odstopanja, bolniku nudi podporo ter ga z zdravstvenovzgojnim delom usmerja k varnemu in čim bolj samostojnemu življenju s presajeno ledvico.

Literatura

Agrawal, A., Ison, M.G. & Danziger-Isakov, L. (2022). Long- Term Infectious Complications of Kidney Transplantation. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 17(2), 286– 295. doi: 10.2215/CJN.15971020

Agarwal, K. A. & Pavlakakis, M. (2021). Sexuality, Contraception, and Pregnancy in Kidney Transplantation. *Kidney Medicine*, 3 (5), 837– 847. doi: 10.1016/j.xkme.2021.05.009

Al- Adra, D., Al- Qaoud, T., Fowler, K. & Wong, G. (2022). De Novo Malignancies after Kidney Transplantation. *Clinical Journey of American Society of Nephrology*, 17 (3), 434– 443. doi: 10.2215/CJN.14570920

Gonzalez Suarez, M. L., Parker, A. S. & Cheungpasitporn, W. (2020). Pregnancy in Kidney Transplant Recipients. *Advanced Chronical Kidney Disease*, 27 (6), 486– 498. doi: 10.1053/j.ackd.2020.06.004

Gembillo, G., Lo Cicero, L. & Santoro, D. (2025). Kidney transplant outcomes in obese pediatric patients. *World Journal of Nephrology*. 14 (4), 106536. doi: 10.5527/wjn.v14.i4.106536

Katabathina, V., Menias, C.O., Pickhardt, P., Lubner, M. & Prasad, S.R. (2016). Complications of Immunosuppressive Therapy in Solid Organ Transplantation. *Radiologic Clinics of North America*, 54 (2), 303–19. doi: 10.1016/j.rcl.2015.09.009

Katz-Greenberg, G., Afshar, Y., Bonn, J., Casale, J., Constantinescu, S., DeFilippis, E.M., George, R.P., Iltis, A., Jesudason, S., Kittleson, M., Levine, D.J., Moritz, M.J., Sarkar, M., Shah, S., Uccellini, K., Coscia, L.A. & Rossi, A.P. (2025). Pregnancy After Solid Organ Transplantation: Review of the Evidence and Recommendations. *Transplantation*, 109 (9), 1483–1494. doi: 10.1097/TP.0000000000005341

Kovač, D. (2019). Življenje s presajeno ledvico. Priročnik za bolnike. 4. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Interna klinika, Klinični oddelek za nefrologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Kovač, D. (2026). Bolezni ledvic. V Kovač, D. in Lindič, J. (ur). Presaditev ledvice (str. 686– 703). Slovensko nefrološko društvo– Slovensko zdravniško društvo in Univerzitetni klinični center Ljubljana, Interna klinika, Klinični oddelek za nefrologijo.

Martinez Cantarin, M. P. (2021). Diabetes in Kidney Transplantation. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 28 (6), 596- 605. doi: 10.1053/j.ackd.2021.10.004

Mersal, F. A. & Aly, R. A. S. (2014). Effect of Patient Education on Coping, Quality of Life, Knowledge and Self Efficacy of Kidney Recipient Patients. *American Journal of Nursing Science* ,3 (5), 78-86. doi: 10.11648/j.ajns.20140305.14

Miedziaszczyk, M., Bajon, A., Jakielska, E., Primke, M., Sikora, J., Skowrońska, D. & Idasiak- Piechocka, I. (2022). Controversial Interactions of Tacrolimus with Dietary Supplements, Herbs and Food. *Pharmaceutics*, 14 (10), 2154. doi: 10.3390/pharmaceutics14102154

Nasereddin, L., Alnajjar, O., Bashar, H., Abuarab, S.F., Al-Adwan, R., Chellappan, D .K. & Barakat, M. (2024). Corticosteroid-Induced Psychiatric Disorders: Mechanisms, Outcomes, and Clinical Implications. *Diseases*, 12 (12), 300. doi: 10.3390/diseases12120300

Tantisattamo, E., Kalantar-Zadeh, K. & Molnar, M.Z. (2022). Nutritional and dietary interventions to prolong renal allograft survival after kidney transplantation. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 31 (1), 6- 17. doi: 10.1097/MNH.0000000000000757

Temür, B.N. & Aksoy, N. (2024). Psychosocial Problems in Recipients of Kidney Transplant. *Experimental and Clinical Transplantation*, 22 (1), 187- 191.

doi: 10.6002/ect.MESOT2023.P18

Wang, Y., Hemmelder, M.H., Bos, W.J.W., Snoep, J.D., de Vries, A.P.J., Dekker, F.W. & Meuleman, Y. (2021). Mapping health-related quality of life after kidney transplantation by group comparisons: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 36 (12), 2327-2339. doi: 10.1093/ndt/gfab232

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S PERKUTANO NEFROSTOMO: PREGLED LITERATURE O VARNOSTI IN PREPREČEVANJU ZAPLETOV

Nursing care of patients with percutaneous nephrostomy: a literature review of safety and complication prevention

Nemanja Spasovski, dipl. zn. s spec. znanji

UKC Maribor, Klinika za kirurgijo, Oddelek za urologijo
nemanja.spasovski@ukc-mb.si

Izvleček

Uvod: Perkutana nefrostoma omogoča drenažo zgornjih sečil pri obstrukciji, vendar je povezana z okužbami, zamašitvijo in dislokacijo katetra ter z obremenitvijo vsakodnevne življenja. Namen pregleda je predstaviti zdravstveno nego pacienta s perkutano nefrostomo in opredeliti ukrepe, pomembne za varnost, preprečevanje zapletov in samooskrbo.

Metode: Izveden je bil usmerjeni pregled literature. Ponovljeno preveritveno iskanje PubMed-indeksiranih zapisov za obdobje 2019–2026 je bilo izvedeno 13. septembra 2026 in dopolnjeno s ciljnimi pregledom referenc. Vključenih je bilo enajst izvirnih raziskav, katerih ugotovitve so bile analizirane, primerjane in vsebinsko združene. Smernice, strokovni konsenzi in nacionalni protokoli so bili uporabljeni ločeno kot strokovna podpora.

Rezultati: Ugotovitve so bile združene v štiri vsebine: zdravstvena vzgoja in samooskrba, preprečevanje okužb, preprečevanje mehanskih zapletov ter kakovost življenja. Strukturirana zdravstvena vzgoja in standardizirani programi oskrbe so bili povezani z ugodnejšimi izidi, medtem ko so dislokacija, okužbe in težave pri samooskrbi ostajale pomembne.

Diskusija in zaključek: Medicinska sestra ima ključno vlogo pri spremljanju drenaže in vbodnega mesta, varni pritrditvi sistema, zgodnjem prepoznavanju zapletov ter pripravi pacienta in svojcev na samooskrbo. Potrebni so standardizirani postopki in dodatne raziskave zdravstveno-negovalnih intervencij.

Ključne besede: zdravstvena vzgoja; okužbe sečil; kakovost življenja; dislokacija katetra; zdravstveno-negovalne intervencije.

Abstract

Introduction: Percutaneous nephrostomy provides upper urinary tract drainage in obstruction but is associated with infection, catheter blockage and dislodgement, and burdens of everyday living. The aim of the review was to present nursing care of patients with percutaneous nephrostomy and identify measures important for safety, complication prevention and self-care.

Methods: A focused literature review was conducted. A repeat verification search of PubMed-indexed records for 2019–2026 was performed on 13 September 2026 and supplemented by targeted reference searching. Eleven original studies were included; their findings were analysed, compared and grouped by topic. Guidelines, expert consensus documents and national protocols were used separately as professional support.

Results: Findings were grouped into four areas: health education and self-care, infection prevention, prevention of mechanical complications, and quality of life. Structured health education and standardized care programmes were associated with favourable outcomes, while catheter dislodgement, infections and self-care difficulties remained important concerns.

Discussion and conclusion: Nurses have a key role in monitoring drainage and the insertion site, securing the system, early recognition of complications, and preparing patients and relatives for self-care. Standardized procedures and further research into nursing interventions are needed.

Keywords: health education; urinary tract infections; quality of life; catheter dislodgement; nursing interventions.

Uvod

Obstrukcija zgornjih sečil je klinično pomembno stanje, pri katerem je lahko potrebna hitra razbremenitev zbiralnega sistema ledvice. Perkutana nefrostoma je slikovno vodena drenaža, pri kateri kateter preko kože vstopa v ledvični votli sistem in omogoča odtok urina. Sodobna priporočila jo opredeljujejo kot uveljavljeno možnost pri benigni in maligni obstrukciji, okuženi obstrukciji ter v drugih kliničnih situacijah, ko je potreben dostop do zgornjih sečil (Ryan et al., 2026). Slovenski nacionalni protokol poudarja, da so pri pacientu z nefrostomo temeljni cilji zdravstvene nege preprečevanje okužbe, vzdrževanje prehodnosti, nadzor vbodnega mesta, preprečevanje izpada katetra in spremljanje diureze (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije [Zbornica – Zveza], 2024b). Prisotnost zunanega drenažnega sistema pomeni dodatna tveganja in zahteva kontinuirano spremljanje. Aktualni mednarodni dokumenti izpostavljajo potrebo po standardizirani oskrbi vbodnega mesta, ustrezni pritrditvi katetra, spremljanju odtoka urina, prepoznavanju znakov okužbe ali zapore ter jasnih navodilih ob odpustu (NSW Agency for Clinical Innovation, 2022; Valenti et al., 2026). Nacionalni protokol za prevezo nefrostome posebej poudarja aseptično izvedbo posega, oceno kože in vbodnega mesta ter oblikovanje in pritrditev katetra tako, da se zmanjšuje tveganje za nenamerni izpad (Zbornica – Zveza, 2024a).

Raziskovalni dokazi o zdravstveni negi nefrostome so še vedno relativno omejeni. Najnovejši pregled področja je pokazal veliko metodološko heterogenost in ugotovil, da številna praktična priporočila temeljijo predvsem na strokovnem konsenzu in načelih dobre prakse, medtem ko je raziskav, ki neposredno povezujejo posamezne zdravstvenonegovalne intervencije z zmanjšanjem zapletov ali izboljšanjem kakovosti življenja, malo (Dias et al., 2026). Kljub temu so na voljo pomembni podatki o zdravstveni vzgoji, okužbah, dislokaciji katetra, samooskrbi in kakovosti življenja, ki lahko usmerjajo delo medicinske sestre.

Namen prispevka je predstaviti zdravstveno nego pacienta s perkutano nefrostomo ter poudariti ključne zdravstvenonegovalne intervencije za zagotavljanje varnosti, preprečevanje zapletov in spodbujanje samooskrbe. Cilj pregleda je sintetizirati novejša raziskovalna ugotovitve o zapletih, zdravstveni vzgoji, samooskrbi in kakovosti življenja. Raziskovalno vprašanje se glasi: Katere zdravstvenonegovalno pomembne ugotovitve sodobnih raziskav podpirajo varnost, preprečevanje zapletov in samooskrbo pri odraslih pacientih s perkutano nefrostomo?

Metode

Metode pregleda

Uporabljen je bil usmerjeni pregled literature. Za zagotovitev preverljivosti je bilo 13. septembra 2026 izvedeno ponovljeno preveritveno iskanje PubMed-indeksiranih zapisov za obdobje od 1. januarja 2019 do 13. septembra 2026. Iskanje je bilo dopolnjeno s ciljnimi pregledom referenc relevantnih raziskav in aktualnih strokovnih dokumentov. Za prikaz postopka izbora literature so bili uporabljeni rezultati ponovljenega preveritvenega iskanja.

Uporabljenih je bilo pet tematskih poizvedb: (1) ("percutaneous nephrostomy" OR "nephrostomy tube") AND "quality of life"; (2) ("percutaneous nephrostomy" OR "nephrostomy tube") AND ("patient education" OR "health education" OR "self-care"); (3) ("percutaneous nephrostomy" OR "nephrostomytube") AND (infection OR "urinary tract infection"); (4) ("percutaneous nephrostomy" OR "nephrostomy tube") AND (dislodgement OR displacement OR "mechanical complication"); ter (5) ("percutaneous nephrostomy" OR "nephrostomy tube") AND (nursing OR care OR "self-care"). Poizvedbe so vrnilo 10, 9, 11, 11 in 10 zapisov (skupaj 51 pred medsebojno deduplikacijo). Vključene

so bile objave v angleškem ali slovenskem jeziku; starost odraslih pacientov je bila preverjena med presejanjem zapisov.

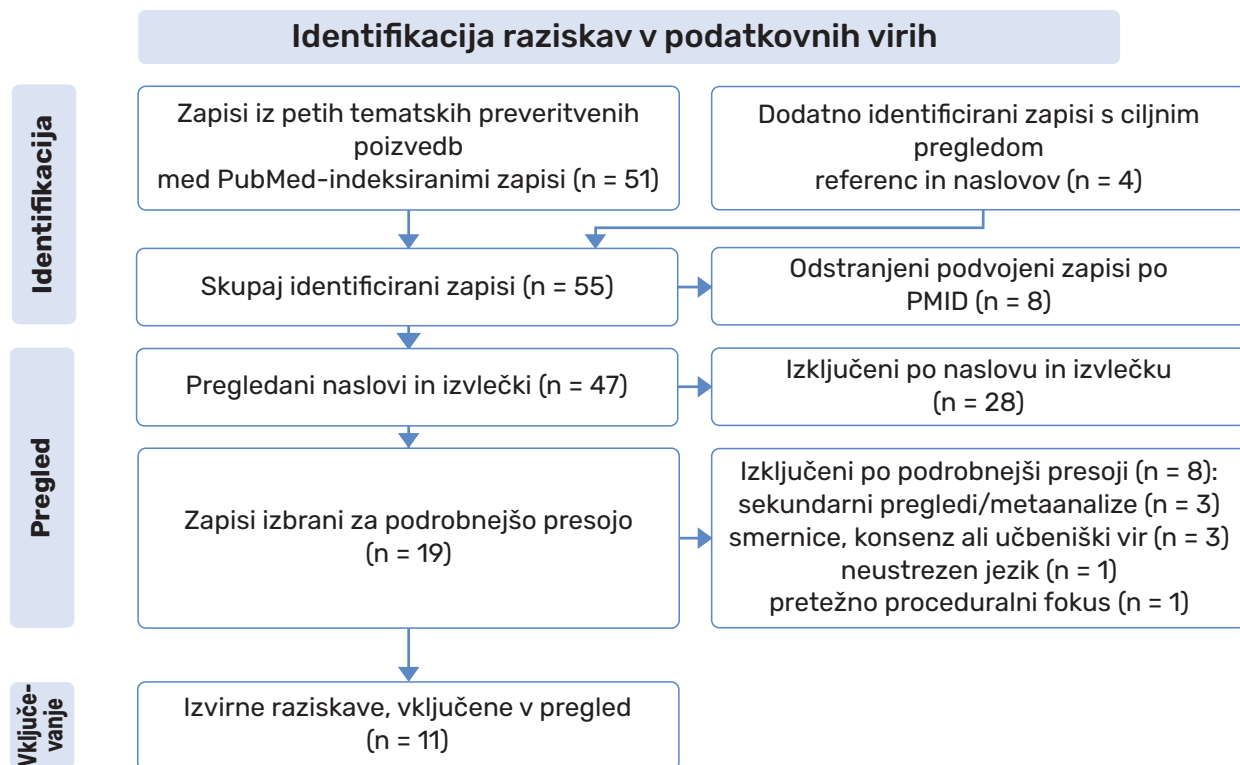
Vključene so bile izvirne raziskave, ki so obravnavale paciente s perkutano nefrostomo in poročale o izidih, pomembnih za zdravstveno nego: zdravstvena vzgoja, samooskrba, okužbe, dislokacija oziroma mehanski zapleti, simptomi, kakovost življenja ali uporaba zdravstvenih storitev. Izključene so bile raziskave, osredotočene izključno na tehnično izvedbo posega brez zdravstveno-negovalnih izidov, pediatrične raziskave, posamezni prikazi primerov ter objave, pri katerih rezultatov za paciente z nefrostomo ni bilo mogoče ločiti od drugih intervencij.

Rezultati pregleda

Pet tematskih preveritvenih poizvedb je skupaj vrnilo 51 zapisov. S ciljnim pregledom referenc in naslovov so bili identificirani še štirje zapisi. Po odstranitvi osmih podvojenih zapisov na podlagi PMID je bilo pregledanih 47 naslovov in izvodkov; 28 zapisov je bilo izključenih zaradi očitne vsebinske neustreznosti, neustrezne populacije ali vrste objave. Za podrobnejšo presojo je bilo izbranih 19 zapisov. Po tej presoji je bilo izključenih osem objav: trije sekundarni pregledi oziroma meta-analize, trije strokovni dokumenti ali konsenzi, ki niso predstavljali izvirnih raziskav, ena objava zaradi neustreznega jezika ter ena raziskava zaradi pretežno proceduralnega fokusa brez neposrednega poudarka na nadaljnji oskrbi nefrostome. V končni pregled je bilo vključenih 11 izvirnih raziskav. Šest aktualnih strokovnih dokumentov in pregledov je bilo uporabljenih ločeno za razlago in podporo priporočilom, vendar niso bili obravnavani kot del raziskovalnega vzorca.

Ocena kakovosti vključenih raziskav in obdelava podatkov

Kakovost in uporabnost vključenih raziskav sta bili ocenjeni opisno glede na raziskovalni dizajn, velikost vzorca, jasnost opredelitve populacije in izidov ter neposredno relevantnost za raziskovalno vprašanje. Najvišjo težo pri interpretaciji so imele randomizirane raziskave, sledile so prospektivne opazovalne raziskave, nato retrospektivne raziskave. Formalno standardizirano orodje za oceno tveganja pristranskosti ni bilo uporabljeno, zato je ocena dokazov v Tabeli 1 opisna. Zaradi heterogenosti populacij, izidov in dizajnov metaanaliza ni bila izvedena; ugotovitve vključenih raziskav so bile analizirane, primerjane in vsebinsko združene po osrednjih temah.



Slika 1: Diagram poteka preveritvenega iskanja in izbora literature

Rezultati

Na podlagi 11 vključenih izvirnih raziskav so bile oblikovane štiri vsebinske teme: (1) zdravstvena vzgoja in samooskrba, (2) preprečevanje in zgodnje prepoznavanje okužb, (3) prehodnost sistema in preprečevanje mehanskih zapletov ter (4) kakovost življenja in psihosocialna podpora. Značilnosti vključenih raziskav so prikazane v Tabeli 1.

Tabela 1: Značilnosti vključenih raziskav

Avtor, leto; država	Dizajn in vzorec	Namen	Ključne ugotovitve	Opisna ocena dokazov
Fernández-Cacho & Ayesa-Arriola, 2019 Španija	Longitudinalna opisna raziskava; n = 150	Oceniti kakovost življenja, anksioznost in bolečino pri pacientih z nefrostomo.	Kakovost življenja se je ob prvi menjavi katetra poslabšala; prisotni sta bili blaga do zmerna anksioznost in bolečina. Izpostavljena je potreba po podpori pacientu pri prilagajanju na življenje z nefrostomo.	Srednja
Shoshany et al., 2019 Izrael	Prospektivna bicentrična raziskava; PCN n = 30, stent n = 45	Primerjati klinične izide in kakovost življenja po PCN ali ureteralnem stentu.	Pacienti s PCN so pogosteje poročali o omejitvah mobilnosti in osebne higiene, medtem ko so bili pri stentu izrazitejši urinarni simptomi. Skupna kakovost življenja je bila podobna.	Srednja
Szvalb et al., 2019	Retrospektivna kohortna raziskava; 571 začetnih PCN	Opredeliti dejavnike ponavljajočih se okužb, povezanih s PCN.	Začetna okužba, povezana s PCN, se je pojavila pri 14 % pacientov; med pacienti z ustreznim spremljanjem je bila ponovitev 21 %. Usklajena antibiotična terapija in pravočasna menjava katetra sta bili povezani z manj ponovitvami.	Nižja do srednja
Panach-Navarrete et al., 2020 Španija	Retrospektivna opazovalna raziskava; n = 205	Preučiti dejavnike tveganja za nenamerno dislokacijo nefrostomskega katetra.	Nenamerna dislokacija se je pojavila pri 26,3 % primerov. Prva vstavev je bila povezana z večjim tveganjem; ugotovitve podpirajo dosledno pritrjevanje in spremljanje lege katetra.	Nižja do srednja
Fernández Cacho & Ayesa Arriola, 2021 Španija	Randomizirana kontrolirana raziskava; n = 178	Oceniti učinek strukturirane zdravstvene vzgoje pri pacientih s PCN.	Intervencijska skupina je imela manj nenačrtovanih obiskov (1,9 proti 4,0; p = 0,004) in nižje stroške. Raziskava neposredno podpira strukturirano zdravstveno vzgojo pred posegom in ob prvi menjavi katetra.	Višja

Avtor, leto; država	Dizajn in vzorec	Namen	Ključne ugotovitve	Opisna ocena dokazov
Shvero et al., 2022 Izrael	Retrospektivna primerjalna raziskava; PCN n = 74, tandem stent n = 30	Primerjati kakovost življenja pri maligni ureteralni obstrukciji.	Obe obliki drenaže sta negativno vplivali na kakovost življenja; pri pacientih z izkušnjo obeh metod je večina preferirala notranjo drenažo. Pomembna sta realno informiranje in skupno odločanje.	Nižja do srednja
Szvalb et al., 2023 ZDA	Prospektivna raziskava; 100 pacientk s PCNI, 74 z ustreznim spremljanjem	Oceniti multidisciplinarni algoritem obravnave PCNI in dejavnike tveganja za ponovitve.	Ponovna okužba z istim povzročiteljem se je pojavila pri 26 %, z drugim pri 23 %, 51 % pa ni imelo ponovne okužbe. Dejavniki ponovitve z istim povzročiteljem so vključevali obsevanje medenice, fistule in predhodno okužbo z istim patogenom.	Srednja
Volkow et al., 2024 Mehika	Retrospektivna raziskava pred-po; pred programom n = 113 PNT, po programu n = 74	Oceniti vpliv standardiziranega programa oskrbe trajnih nefrostomskih katetrov na okužbe sečil, ki zahtevajo hospitalizacijo.	Po uvedbi programa se je delež pacientov z okužbo sečil, ki je zahtevala hospitalizacijo, zmanjšal z 53,9 % na 5,4 % (RR = 0,09; 95 % IZ 0,03–0,25); zmanjšali so se tudi stroški hospitalizacije in antibiotikov.	Srednja
Kuhelj et al., 2025 Slovenija	Prospektivna opazovalna raziskava; 57 pacientov, 75 PCN	Preučiti vpliv vrste katetra, števila šivov in starosti na dislokacijo PCN.	Dislokacija je bila zabeležena pri 17 od 75 katetrov (22,7 %). Vrsta katetra, število šivov in starost nad 70 let niso statistično značilno vplivali na dislokacijo; izpostavljen je možen pomen aktivnosti pacienta in oskrbe sistema.	Srednja
Demirtas et al., 2026 Turčija	Prospektivna opazovalna raziskava; n = 119	Oceniti bolečino, kakovost življenja, depresivne simptome in breme svojcev po PCN.	Po PCN so se poslabšali kazalniki kakovosti življenja, depresivnih simptomov, bolečine in bremena svojcev (vsi p < 0,001). Potrebna sta psihosocialno spremljanje in podpora svojcem.	Višja
Schuil et al., 2026 Nizozemska	Multicentrična randomizirana raziskava; n = 204	Primerjati pacientom poročane izide PCN in JJ-stenta pri obstruktivni urolitiazii.	PCN in JJ-stent sta primerljivo izboljšala splošno kakovost življenja in bolečino. Pri PCN je bilo več težav s samooskrbo, pri JJ-stentu več urinarnih simptomov in višja največja bolečina.	Višja

Zdravstvena vzgoja in samooskrba

Najbolj neposreden dokaz o učinku zdravstveno-negovalno pomembne intervencije predstavlja randomizirana raziskava Fernández Cacho in Ayesa Arriola (2021). Strukturirana zdravstvena vzgoja, izvedena pred vstavitvijo nefrostome in ponovno ob prvi menjavi katetra, je bila povezana z manj nenačrtovanimi oziroma urgentnimi obiski ter z nižjimi stroški zdravstvene obravnave. Ugotovitev podpira načrtovano, ponovljivo in praktično usmerjeno poučevanje, ne le enkratno podajanje navodil ob odpustu.

Samooskrba je tesno povezana s praktičnimi omejitvami, ki jih povzroča zunanji drenažni sistem. V prospektivni raziskavi so pacienti s PCN poročali predvsem o težavah z mobilnostjo in osebno higieno (Shoshany et al., 2019), podobno pa je multicentrična randomizirana raziskava iz leta 2026 pokazala več težav s samooskrbo pri PCN kot pri JJ-stentu (Schuil et al., 2026). Zato mora zdravstvena vzgoja vključevati ravnanje z zbiralno vrečko, varno gibanje, higieno, opazovanje odtoka, zaščito katetra pred vlekom ter jasna navodila, kdaj poiskati pomoč.

Preprečevanje in zgodnje prepoznavanje okužb

Okužba je pomemben zaplet nefrostomskega katetra. Szvalb et al. (2019) so pri 571 pacientih z začetno PCN ugotovili okužbo, povezano s katetrom, pri 14 % pacientov; med pacienti z ustreznim spremljanjem je imelo 21 % ponovitev. V prospektivni raziskavi pacientk z ginekološkimi raki so Szvalb et al. (2023) pri 74 pacientkah z ustreznim spremljanjem ugotovili ponovno okužbo z istim povzročiteljem pri 26 %, z drugim povzročiteljem pri 23 %, medtem ko 51 % ni imelo ponovne okužbe. Volkow et al. (2024) so po uvedbi standardiziranega programa oskrbe trajnih nefrostomskih katetrov ugotovili izrazito zmanjšanje okužb sečil, ki so zahtevale hospitalizacijo, z 53,9 % na 5,4 % (RR = 0,09; 95 % IZ 0,03–0,25). Ti podatki podpirajo standardizirano spremljanje in oskrbo nefrostomskega sistema ter zgodnje prepoznavanje okužb.

Za zdravstveno nego so ključni dosledna higiena rok, aseptična oziroma nedotična tehnika pri prevezi in manipulaciji sistema, spremljanje telesne temperature, bolečine, kože in izcedka ob vbodnem mestu ter opazovanje količine in videza urina. Nacionalni protokol za prevezo nefrostome zahteva aseptično izvedbo, sistematično oceno vbodnega mesta ter ob znakih vnetja ustrezno čiščenje in obvestilo zdravniku (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2024a). Mednarodni pregled zdravstvene nege prav tako ugotavlja, da se priporočila najpogosteje združujejo okoli higiene rok, aseptične tehnike, nege kože in varnega upravljanja drenažnega sistema, vendar opozarja, da so neposredni primerjalni dokazi za posamezne tehnike omejeni (Dias et al., 2026).

Prehodnost sistema in preprečevanje mehanskih zapletov

Nenamerna dislokacija je pomemben mehanski zaplet. Panach-Navarrete et al. (2020) so pri 205 dolgotrajno obravnavanih pacientih ugotovili dislokacijo pri 26,3 % primerov. Slovenska prospektivna opazovalna raziskava Kuhelj et al. (2025), ki je zajela 57 pacientov in 75 nefrostomskih katetrov, je zabeležila dislokacijo pri 22,7 % katetrov. Vrsta katetra, število pritrdilnih šivov in starost nad 70 let niso bili statistično značilno povezani z dislokacijo. Avtorji poudarjajo, da sta pri dolgoročni uspešnosti lahko pomembna aktivnost pacienta in ustrezna skrb za nefrostomo, kar dodatno podpira pomen zdravstvene vzgoje in varnega ravnanja s sistemom.

Medicinska sestra mora spremljati kontinuiran odtok, položaj cevi in zbiralne vrečke, morebitno prepognjenost ali stiskanje cevja, nenadno zmanjšanje ali prenehanje odtoka ter pojav bolečine ali iztekanja ob vbodnem mestu. Kateter in cevi morata biti pritrjena tako, da gibanje pacienta ne povzroča neposrednega vleka na vbodno mesto. Nacionalni protokol priporoča oblikovanje zanke in pritrditev katetra na kožo z namenom preprečevanja izpada (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2024a). Prebrizgavanje se izvaja le po veljavnem protokolu oziroma naročilu in ne rutinsko brez indikacije.

Pri hidraciji je potrebna individualna presoja. Ustrezen vnos tekočine je lahko del podpore normalnemu odtoku, vendar mora biti vedno prilagojen zdravstvenemu stanju pacienta, ledvični

in srčni funkciji ter zdravniškim priporočilom. Splošnega priporočila o povečanem vnosu tekočine zato ni primerno uporabljati pri vseh pacientih.

Kakovost življenja in psihosocialna podpora

Raziskave dosledno kažejo, da je nefrostoma za pacienta več kot tehnični drenažni sistem. Fernández-Cacho in Ayesa-Arriola (2019) sta pri 150 pacientih pokazala negativni vpliv na kakovost življenja ter prisotnost blage do zmerne anksioznosti in bolečine. Shoshany et al. (2019) so izpostavili težave z mobilnostjo in osebno higieno, Shvero et al. (2022) pa so pri maligni obstrukciji pokazali, da tako PCN kot notranji stenti pomembno obremenjujejo kakovost življenja.

Najnovejša prospektivna raziskava je pokazala pomembno poslabšanje pacientom poročanih psihosocialnih izidov in tudi večje breme svojcev po vstavitvi nefrostome (Demirtas et al., 2026). To pomeni, da mora zdravstvena nega poleg ocene katetra in kože vključevati pogovor o vplivu nefrostome na spanje, gibanje, osebno higieno, vsakodnevne aktivnosti, občutek varnosti in podporo svojcev. Pri pacientih, ki bodo z nefrostomo živeli dalj časa, je smiselno načrtovati kontinuirano podporo in preverjanje obvladovanja samooskrbe.

Diskusija

Pregled kaže, da je vloga medicinske sestre pri pacientu s perkutano nefrostomo večdimenzionalna: vključuje tehnično varno oskrbo drenažnega sistema, sistematično spremljanje pacienta, zdravstveno vzgojo, podporo samooskrbi in prepoznavanje psihosocialne obremenitve. Na raziskovalno vprašanje je mogoče odgovoriti, da sodobni dokazi najjasneje podpirajo strukturirano zdravstveno vzgojo, dosledno spremljanje okužb in mehanskih zapletov ter individualno podporo pri prilagajanju na življenje z zunanjim drenažnim sistemom.

Posebej pomembna je razlika med priporočili dobre prakse in neposrednimi raziskovalnimi dokazi. Randomizirana raziskava je pokazala merljiv učinek zdravstvene vzgoje na zmanjšanje nenačrtovanih obiskov (Fernández Cacho & Ayesa Arriola, 2021), medtem ko za številne podrobnosti preveze, izbire materiala ali pogostosti posameznih negovalnih postopkov primanjkuje primerjalnih kliničnih raziskav. Dias et al. (2026) ugotavljajo, da številna priporočila temeljijo na konsenzu, wound-care načelih in dobri praksi. To ne zmanjšuje njihove praktične vrednosti, zahteva pa previdnost pri trditvah, da je posamezna tehnika dokazano boljša od druge.

Slovenski nacionalni protokoli imajo pomembno vlogo pri standardizaciji dela. Protokol za prevezo nefrostome jasno opredeljuje pripravo, higieno rok, aseptično izvedbo, oceno vbodnega mesta in pritrditev katetra, priloga o zdravstveni negi pacienta z nefrostomo pa opredeljuje širše cilje spremljanja in zdravstvene vzgoje (Zbornica – Zveza, 2024a, 2024b). Raziskovalni podatki podpirajo pomen standardiziranih postopkov: Volkow et al. (2024) so po uvedbi standardiziranega programa oskrbe ugotovili izrazito manj hospitalizacij zaradi okužb sečil, Kuhelj et al. (2025) pa v slovenski raziskavi opozarjajo na pomen pacientove aktivnosti in oskrbe sistema pri preprečevanju dislokacije.

Ugotovitve o kakovosti življenja so pomembne za načrtovanje odpusta. Težave z mobilnostjo, higieno in samooskrbo se pojavljajo v več raziskavah (Schuil et al., 2026; Shoshany et al., 2019), novejši podatki pa kažejo tudi breme za svojce in psihološke posledice (Demirtas et al., 2026). Praktično to pomeni, da je treba pred odpustom preveriti, ali pacient oziroma svojec zna pravilno namestiti in prazniti zbiralno vrečko, zaščititi kateter pred vlekom, opazovati vbodno mesto in urin ter prepoznati opozorilne znake, kot so povišana telesna temperatura, mrzlica, izrazita bolečina, prenehanje odtoka, izrazita hematurija, iztekanje ob katetru ali izpad katetra.

Pregled ima omejitve. Iskanje je bilo izvedeno med PubMed-indeksiranimi zapisi in dopolnjeno s ciljnim pregledom referenc, zato obstaja možnost, da raziskave, indeksirane izključno v drugih podatkovnih bazah, niso bile zajete. Podatki v diagramu predstavljajo ponovljeno preveritveno iskanje z dne 13. septembra 2026 in ne prvotne iskalne zgodovine. Pregled ni bil registriran kot sistematični pregled, formalno standardizirano orodje za oceno tveganja pristranskosti pa

ni bilo uporabljeno. Vključene raziskave so bile heterogene glede na osnovno bolezen, trajanje nefrostome in merjene izide, zato neposredna primerjava vseh rezultatov ni mogoča. Kljub temu vključene raziskave omogočajo prepoznavo klinično pomembnih področij zdravstvene nege in jasno ločevanje med raziskovalnimi dokazi ter strokovnimi priporočili.

Zaključek

Kakovostna obravnava pacienta s perkutano nefrostomo vključuje tako tehnično pravilno izveden poseg kot kakovostno zdravstveno nego. Ključne naloge medicinske sestre so spremljanje odtoka in vbodnega mesta, preprečevanje okužb in mehanskih zapletov, varna pritrditev sistema, zgodnje prepoznavanje opozorilnih znakov ter strukturirana zdravstvena vzgoja pacienta in svojcev.

Najmočnejši neposredni dokaz podpira strukturirano zdravstveno vzgojo, ki lahko zmanjša nenačrtovane obiske. Hkrati raziskave kažejo, da nefrostoma pomembno vpliva na samooskrbo, mobilnost, osebno higieno in kakovost življenja. Za prakso je zato smiselna standardizirana, individualno prilagojena in kontinuirana obravnava, ki poleg tehnične oskrbe vključuje tudi psihosocialno podporo. Potrebne so nadaljnje raziskave, ki bodo neposredno ovrednotile učinkovitost posameznih zdravstveno-negovalnih intervencij.

Literatura

Demirtas, B., Tahra, A., Arikan, O., Keles, A., Cicek, M., Hamid-Zada, I., Khalilov, M., Orhan Soylemez, U. P., & Yildirim, A. (2026). Impact of percutaneous nephrostomy on pain, quality of life, family burden, and depressive symptoms: A prospective observational study. *Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, 60(2), 154–161. <https://doi.org/10.14744/SEMB.2026.34032>

Dias, D.P., São João, A. S., Caixeiro, A.C., Braga, A.P., dos Santos, D.P., Sousa, M.C., da Conceição, O.M., & Silva, S.R. (2026). Nursing care for nephrostomy management: A scoping review. *WCET Journal*, 46(2), 32–40. <https://doi.org/10.33235/wcet.46.2.32-40>

Fernández Cacho, L.M., & Ayesa Arriola, R. (2021). Health education intervention for patients undergoing placement of percutaneous nephrostomy tube: A randomized controlled trial. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 48(4), 307–310. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000765>

Fernández-Cacho, L.M., & Ayesa-Arriola, R. (2019). Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3191. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3039.3191>

Kuhelj, D., Šušteršič, A., & Zdešar, U. (2025). The influence of catheter type, the number of sutures and patients' age on percutaneous nephrostomy displacement. *Radiology and Oncology*, 59(4), 522–525. <https://doi.org/10.2478/raon-2025-0037>

NSW Agency for Clinical Innovation. (2022). Management of patients with nephrostomy tubes: Nursing toolkit. NSW Agency for Clinical Innovation. <https://aci.health.nsw.gov.au/networks/urology/management-of-patients-with-nephrostomy-tubes-nursing-toolkit>

Panach-Navarrete, J., Tonazzi-Zorrilla, R., & Martínez-Jabaloyas, J.M. (2020). Dislodgement in long-term patients with nephrostomy tube: Risk factors and comparative analysis between two catheter designs. *Journal of Endourology*, 34(2), 227–232. <https://doi.org/10.1089/end.2019.0655>

Ryan, A.G., Irvine, I., Bardgett, H., van der Meer, R., Rea, D., & Carrafiello, G. (2026). CIRSE standards of practice on nephrostomy and ureteric stent placement and exchange. *CardioVascular and Interventional Radiology*, 49(3), 464–479. <https://doi.org/10.1007/s00270-025-04328-9>

Schuil, H.W., Hendriks, N., Duijnhoven, R.G., Oskam, B.C.H., Arends, T.J.H., Duijvesz, D., Horsch, A.D., van der Heij, B., Tjiam, I.M., van Overhagen, H., Lamers, A.B.G.N., van Delden, O.M., Scheepens, W.A., Drossaerts, J.M.A., d'Ancona, F.C.H., Boering, S., van Uhm, J.I.M., van der Meer, R.W., & van der Steeg, A.F.W. (2026).

Patient-reported outcome measures of percutaneous nephrostomy vs JJ stent in obstructive urolithiasis: Results of the STent Or NEphrostomy (STONE) randomised controlled trial. *BJU International*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/bju.70249>

Shoshany, O., Erlich, T., Golan, S., Kleinmann, N., Baniel, J., Rosenzweig, B., Eisner, A., Mor, Y., Ramon, J., Winkler, H., & Lifshitz, D. (2019). Ureteric stent versus percutaneous nephrostomy for acute ureteral obstruction – clinical outcome and quality of life: A bi-center prospective study. *BMC Urology*, 19, 79. <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0510-4>

Shvero, A., Haifler, M., Mahmud, H., Dotan, Z., Winkler, H., & Kleinmann, N. (2022). Quality of life with tandem ureteral stents compared to percutaneous nephrostomy for malignant ureteral obstruction. *Supportive Care in Cancer*, 30(11), 9541–9548. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07354-2>

Szvalb, A.D., El Haddad, H., Rolston, K.V., Sabir, S.H., Jiang, Y., Raad, I.I., & Viola, G.M. (2019). Risk factors for recurrent percutaneous nephrostomy catheter-related infections. *Infection*, 47(2), 239–245. <https://doi.org/10.1007/s15010-018-1245-y>

Szvalb, A.D., Marten, C., Cain, K., Taylor, J.S., Huang, S.Y., Jiang, Y., Raad, I.I., & Viola, G.M. (2023). Percutaneous nephrostomy catheter-related infections in patients with gynaecological cancers: A multidisciplinary algorithmic approach. *Journal of Hospital Infection*, 141, 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2023.08.021>

Valenti, A., Mineccia, M., Rizzo, A., Salerno, A., & Zamprogno, M. (2026). Expert consensus on the care and management of patients with percutaneous nephrostomy tubes. *Nursing*, 56(2), 41–47. <https://doi.org/10.1097/NSG.0000000000000318>

Volkow, P., García-Aranda, H., Vázquez-Gutiérrez, A.A., Lárraga-Mancilla, V., Dávila, A., Velázquez, C., Guerrero-Ixtláhuac, J., & Cornejo-Juárez, P. (2024). Incidence of urinary tract infections in patients with permanent percutaneous nephrostomy after implementation of a standardized care program. *Gaceta Médica de México*, 160(1), 39–44. <https://doi.org/10.24875/GMM.M24000846>

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2024a). Preveza nefrostome (UČE NP 03.01, verzija 2). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. <https://arhiv.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2024/03/UCE-NP-03.01-Preveza-nefrostome.pdf>

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2024b). Zdravstvena nega pacienta z nefrostomo (UČE NP 03.01.01, priloga 1, verzija 2). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. <https://arhiv.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2024/03/UCE-NP-03.01.01-ZN-pacienta-z-nefrostomo-PRILOGA-1-.pdf>

NAVODILA ZA PREPREČEVANJE NASILJA NAD MEDICINSKIMI SESTRAMI V PATRONAŽNEM VARSTVU

Instructions for preventing violence against nurses in community care

Mojca Trček, dipl.m.s., mag.soc.geront.,

Patronažno varstvo, Žiri
mojca.trcek@gmail.com

Darja Pangerc Bratina, dipl.m.s., univ.dipl.org.

Patronažna služba Zdravstveni dom Ajdovščina
darjapangerc@gmail.com

Izvleček

Medicinske sestre v patronažnem varstvu se pri svojem delu lahko srečujejo z različnimi oblikami nasilja pacientov in njihovih svojcev. K nasilnemu odzivu lahko prispevajo bolezen, stiska, negotovost, strah, pomanjkanje informacij, zdravstveno stanje ter drugi osebni in situacijski dejavniki. V praksi se je pokazalo, da so bile medicinske sestre ob takšnih dogodkih pogosto v stiski, saj enotna strokovna, pravna in organizacijska navodila za ukrepanje ob zaznavi nasilja s strani tretjih oseb niso bila jasno opredeljena. Zato so se odzivi razlikovali glede na predhodne izkušnje, okoliščine dogodka ter podporo vodij in zdravstvene organizacije.

V prispevku so predstavljene ključne smernice iz Navodil za preprečevanje nasilja nad medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu, katerih namen je podpreti enotno in ustrezno ukrepanje medicinske sestre, delodajalca, pacientovega izbranega osebnega zdravnika in drugih pristojnih služb. Poseben poudarek je namenjen prepoznavanju dejavnikov tveganja, preprečevanju eskalacije konflikta, ustreznemu odzivu ob nasilni komunikaciji ter podpori zaposlenim po nasilnem dogodku. Pomembno vlogo ima vodstvo zdravstvene organizacije, ki mora zaposlenim zagotavljati varne pogoje dela, spodbujati prijavljanje nasilja ter omogočati ustrezno psihosocialno in organizacijsko podporo.

Ključne besede: nasilje, patronažne medicinske sestre, opolnomočenje, ukrepanje

Abstract

Nurses working in community nursing may encounter various forms of violence from patients and their relatives. Violent behaviour may be associated with illness, distress, uncertainty, fear, lack of information, health-related problems, and other personal or situational factors. In practice, nurses have often experienced uncertainty when dealing with such incidents because clear and consistent professional, legal, and organisational guidance on responding to violence by third parties has not always been available. As a result, responses have varied depending on previous experience, the circumstances of the incident, and the level of support provided by managers and healthcare organisations.

This paper presents the key recommendations from the Guidelines for the Prevention of Violence against Nurses in Community Nursing, which aim to support consistent and appropriate action by nurses, employers, the patient's primary care physician, and other relevant services. Particular emphasis is placed on identifying risk factors, preventing escalation, responding appropriately to violent communication, and providing support to employees following a violent incident. Healthcare management has an important role in ensuring safe working conditions, encouraging the reporting of violence, and providing appropriate psychosocial and organisational support.

Keywords: violence, community nurses, empowerment, response

Uvod

Patronažno zdravstveno varstvo je pomemben del zdravstvene dejavnosti na primarni ravni in je specifično po vsebini, obsegu in lokaciji delovanja, ki se izvaja na pacientovem domu. Medicinske sestre v patronažnem varstvu v domove pacientov vstopajo same. Zagotavljajo zdravstveno oskrbo in podporo pacientom, ki zaradi svoje ranljivosti ne morejo priti v ambulantno družinskega zdravnika. Vendar pa ta vrsta dela prinaša tudi določena tveganja v odnosu in komunikaciji do medicinskih sester v patronažnem varstvu – tudi možnost agresivne komunikacije ter nasilja bodisi s strani pacientov bodisi njihovih svojcev.

Ena ključnih aktivnosti pri preprečevanju nasilja v patronažnem varstvu je vnaprejšnja ocena tveganja pred obiskom pacienta. Ta omogoča pravočasno prepoznavanje morebitnih dejavnikov tveganja, načrtovanje varnejše izvedbe obiska, dogovor v patronažnem timu in z izbranim osebnim zdravnikom ter ustrezno pripravo medicinske sestre na morebitno ogrožajočo situacijo. Osrednje sporočilo preventivnega pristopa je zato: prepoznati tveganje – načrtovati varen obisk – enotno ukrepati ob nasilju.

V navodilih so predstavljeni dejavniki tveganja za nasilje v patronažnem varstvu ter delovnopravne podlage za zaščito medicinskih sester pred nasiljem pacientov ali njihovih svojcev. Posebno poglavje je namenjeno korakom ukrepanja ob zaznavi različnih oblik nasilja, pri čemer so opredeljene vloge medicinske sestre v patronažnem varstvu, vodje patronažne službe, izbranega osebnega zdravnika in vodstva zavoda.

Posamezna poglavja so namenjena tudi pogovoru kot obliki podpore žrtvi nasilja, interviziji v patronažni dejavnosti ter superviziji v timu. Predstavljen je tudi obrazec za oceno tveganja ob obisku na domu pacienta, ki je patronažnim službam ponujen kot izhodišče za prilagoditev njihovim potrebam, izkušnjam in dosednji praksi preprečevanja nasilja na delovnem mestu.

Smernice za ukrepanje ob zaznavi nasilja nad medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu

1. Pri preprečevanju nasilja v patronažni dejavnosti je ključna podpora vodstva zdravstvenega doma oziroma delodajalca. Zelo je pomembno, da vodstvo zavoda podpre ukrepanje zoper nasilje nad zaposlenimi. Delodajalec je v skladu z Zakonom o varnosti in zdravju pri delu zavezan k zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu za vse zaposlene. Za aktivno preprečevanje nasilja na delovnem mestu in ukrepanje je pravno odgovoren.
2. Pacienti imajo poleg pravic tudi dolžnosti in morajo biti do zdravstvenih delavcev obzirni in spoštljivi ter se v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja ter spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev.
3. Nujno je vnaprejšnje ocenjevanje varnostnih tveganj pred obiskom pacientov, kjer obstajajo tveganja za nasilje: pregled zgodovine pacienta in njegovih odnosov z družino (npr. nasilje nad zdravstvenimi delavci v preteklosti, težave z odvisnostjo od alkohola in drugih substanc, težave v duševnem zdravju, nasilje v družini ...). Izdanemu delovnemu nalogu naj bo dodano opozorilo izbranega osebnega zdravnika o morebitnem tveganju zaradi zdravstvene indikacije. Pomemben del preventivnega delovanja je tudi ustrezna usposobljenost medicinskih sester v patronažnem varstvu za prepoznavanje nasilne komunikacije in dejavnikov tveganja, razlikovanje med konfliktom in nasiljem, postavljanje jasnih meja neprimernemu vedenju ter uporabo ustreznih deeskalacijskih tehnik. Zdravstveni zavod naj zato zagotavlja kontinuirano izobraževanje in usposabljanje zaposlenih za varno odzivanje v konfliktnih in ogrožajočih situacijah.
4. Ob neposrednem ogrožanju ali fizičnem nasilju je prva naloga medicinske sestre poskrbeti za lastno varnost. Če je mogoče, mora prekiniti zdravstveno obravnavo in zapustiti pacientov dom oziroma ogrožajoče okolje. Ob neposredni nevarnosti pokliče policijo na številko 113, ob

poškodbi ali potrebi po nujni zdravstveni pomoči pa ustrezno zdravstveno službo oziroma številko 112. O dogodku čim prej obvesti tudi nadrejenega oziroma vodjo patronažne službe.

5. Ob ogroženosti medicinskih sester mora delodajalec dejanje nasilja oziroma ogrožanja prijaviti na policijo. Tudi če še ni prišlo do fizičnega nasilja s poškodbami, je prav, da je policija obveščena o grožnjah, spolnem nadlegovanju, spletnem ustrahovanju ali fizičnem odrivanju, oviranju, grobih prijemih ipd. Policijo je prav obvestiti tudi, če je po nasilnem dogodku žrtev strah in ne upa več opravljati svojega dela, če se počuti ogroženo, če ne gre za prvi primer nasilnega vedenja, temveč ponavljajoče nasilno vedenje oziroma komunikacijo do medicinske sestre. Policija ob takšnih primerih lahko tudi preventivno ukrepa.
6. Ob ogrožajočem vedenju pacientov ali svojcev delodajalec zaprosi policijo, da zagotovi policijsko spremstvo pri naslednjem obisku nasilnega pacienta. Zato je dobro že vnaprej vzpostaviti stik z lokalno policijo in na multidisciplinarnem timu jasno predstaviti ogroženost medicinskih sester v patronažnem varstvu.
7. Ko gre za slabe socialne ali higienske razmere v družini, je treba narediti prijavo na pristojni center za socialno delo. Ob prijavi je treba posebej opozoriti na nujnost zaupnosti vira prijave, da bi bila medicinska sestra varna ob nadaljnjih obiskih pacienta. Center za socialno delo praviloma skliče multidisciplinarni tim, ki naj se ga, če je to mogoče, udeležita osebni izbrani zdravnik in medicinska sestra. Zaradi slabih izkušenj, da center za socialno delo ne zagotavlja anonimnosti prijavitelja, je mogoče prijavo narediti tudi anonimno.
8. Prav tako je pomembno, da center za socialno delo v primerih nasilja v družini obvešča patronažno službo o svojih ukrepih in kakšna je njihova ocena ogroženosti družinskih članov. Ti ukrepi namreč pogosto neposredno zadevajo varnost medicinskih sester, ki takšno družino obiskujejo tudi po prijavi nasilja. Tudi v takšnih primerih mora biti na centru za socialno delo zagotovljena zaupnost prijavitelja nasilja v družini (npr. če je to patronažna služba).
9. Ker patronažna služba opravlja svoje delo na podlagi naloga izbranega osebnega zdravnika, je prav, da je o nasilju takoj obveščen. Podpora zdravnika in skupen razmislek o tem, kako zagotoviti varnost medicinske sestre ob naslednjem obisku, sta ključna.. Zdravnik ima več organizacijske in strokovne moči in je za pacienta zelo pomemben, zato ima več možnosti za vpliv na njegovo vedenje (telefonsko ali pisno opozorilo).
10. Če gre za ogrožajoče primere nasilja ali ponavljajočo se ogrožajočo komunikacijo, ki v medicinski sestra povzročajo strah, nemoč, občutek ogroženosti, ponižanje, izgubo dostojanstva ... in če zaradi nasilja občuti stres, paniko, tesnobo, posledice na počutju in zdravju ..., naj delodajalec takoj uvede začasne ukrepe za preprečevanje nasilja in odpravljanje posledic ogroženosti zaposlene. Pri tem je ključno počutje žrtve, saj je vedno žrtev ta, ki definira nasilje in lastno ogroženost, in ne zunanji subjekti (vodja, zdravnik, delodajalec, pravna služba itd.), ki te situacije niso doživeli in je v njenem socialnopsihološkem vidiku zato morda ne (z)morejo razumeti. Omalovaževanje, minimalizacija in zanikanje nasilja so nesprejemljivi in so sekundarna viktimizacija žrtve.
11. Učinkovito je lahko tudi pisno opozorilo vodstva zavoda pacientu o nesprejemljivosti kakršne koli oblike nasilja in da bo ob morebitni ponovitvi nasilne komunikacije do medicinske sestre ukrepalo ter obvestilo policijo.
12. Vodstvo zavoda lahko določi, da gre na obisk k nasilnemu pacientu medicinska sestra v spremstvu drugega zdravstvenega delavca ali varnostne službe.
13. Z medicinsko sestro gre na naslednji obisk k nasilnemu pacientu lahko tudi izbrani osebni zdravnik (predvsem, ko je potrebno spremstvo policije).

14. Pacient lahko pride na zdravstveno obravnavo v ambulantno zdravstvenega doma, kjer se poskrbi za ustrezno varnost zdravstvenih delavcev.
15. Na zdravstveno obravnavo v ambulantno se lahko pacienta tudi pripelje.
16. Če varnost medicinskih sester ob obiskih pacientov ogrožajo spuščeni psi, kače ali druge prostoživeče živali ali živali iz terarijev, naj vodstvo zdravstvenega zavoda pacienta pisno obvesti, da medicinska sestra ne bo izvajala obiskov, dokler jo bodo ogrožale živali. Zdravstvena obravnava se bo izvedla v ambulantni zdravstvenega doma.
17. Izbrani osebni zdravnik preveri, ali je zaradi pacientovega vztrajnega zavračanja zdravljenja in neupoštevanja navodil še mogoče nadaljevati zdravljenje v okviru patronažne dejavnosti.
18. Če pacient vztrajno zavrača zdravljenje in ne upošteva navodil oziroma ne dovoli posegov, mu medicinska sestra lahko da v podpis izjavo, da se s predpisano zdravstveno obravnavo ne strinja.
19. O primerih ogrožajočega (predvsem fizičnega) nasilja nad medicinsko sestro naj bo obveščena tudi območna enota ZZZS.
20. Pomembno pravno podlago predstavlja tudi Zakon o zdravstveni negi in babištvu (ZZNB). Ta določa, da lahko zdravstveni delavec v dejavnosti zdravstvene nege in babištva pod določenimi pogoji opusti izvajanje storitve pri pacientu, ki je verbalno ali fizično nasilen, če so bili predhodno izvedeni interni protokoli za zmanjšanje agresivnega vedenja in pomiritev konfliktno situacije, vendar niso bili uspešni, ter če opustitev storitve ne pomeni takojšnjega poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta. O odločitvi mora zdravstveni delavec nemudoma obvestiti nadrejeno osebo, ki mora zagotoviti nadaljnjo zdravstveno obravnavo pacienta.

- ✓ **Pri nasilnem vedenju gre praviloma za izbiro in zato so zanjo povzročitelji tudi odgovorni.** Medicinske sestre ali drugi zdravstveni delavci ne nosijo odgovornosti za nasilje, ki so ga v komunikaciji izbrali pacienti/svojci.
- ✓ V vseh resnejših ali ponavljajočih se primerih nasilja je treba ogroženim sodelavcem ponuditi ustrezno timsko, psihosocialno in zdravstveno pomoč. Podpora po nasilnem dogodku lahko vključuje pogovor s sodelavci oziroma vodjo, razbremenilni pogovor, intervizijo, supervizijo ter po potrebi strokovno psihološko ali drugo zdravstveno pomoč. Pomembno je, da žrtev po dogodku ne ostane sama ter da se podpora prilagodi njenim potrebam in posledicam doživetega nasilja.
- ✓ Na ravni zavoda je treba izvajati oceno tveganja in vse primere nasilja ustrezno evidentirati. Sistematično beleženje dogodkov omogoča prepoznavanje ponavljajočih se vzorcev in dejavnikov tveganja ter predstavlja podlago za načrtovanje preventivnih ukrepov, prilagoditev organizacije dela in izboljševanje varnosti zaposlenih.
- ✓ **V zavodu naj sprejmejo dogovor o ukrepanju znotraj patronažne službe v primerih nasilja** – z jasno opredeljeno vlogo medicinske sestre, vodstva patronažne dejavnosti, izbranega osebnega zdravnika kot naročnika storitve, vodstva zavoda in drugih pristojnih služb.

Predsednica Zbornice-Zveze, Anita Prelec Navodilom za preprečevanje nasilja nad medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu na pot zapiše: »Navodila jasno sporočajo, da je mogoče marsikaj izvesti na ravni preventive in ukrepati učinkovito, ko do nasilja pride, tudi v sistemskem

in pravnem okviru. Treba je le zavzeti jasno in odločno stališče, da je nasilje nesprejemljivo in da imamo vsi zaposleni v zdravstvu do nasilja ničelno toleranco, hkrati pa tudi pravico do varnega in zdravega delovnega mesta.



Navodila za preprečevanje nasilja nad medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu so dostopna na spletni strani Zbornice – Zveze, <https://zbornica-zveza.si/dokumenti/navodila-za-preprecevanje-nasilja-nad-medicinskimi-sestrami-v-patronaznem-varstvu-2026/>

Literatura

Lešnik Mugnaioni D. et al (2026). *Navodila za preprečevanje nasilja nad medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana. Dostopno na : <https://zbornica-zveza.si/dokumenti/navodila-za-preprecevanje-nasilja-nad-medicinskimi-sestrami-v-patronaznem-varstvu-2026/>

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1). (2011). Uradni list RS, št. 43/11.

Zakon o zdravstveni negi in babištvu (ZZNB). (2026). Uradni list RS, št. 14/26

SOOČANJE Z NASILJEM IN KRIZNIMI DOGODKI

Coping with Violence and Crisis Events

mag. Peter Markič, univ. dipl. psih., mag. komunikolog

markic.5r@gmail.com

Izvleček

Nasilje in drugi krizni dogodki predstavljajo pomembno psihosocialno obremenitev za zdravstvene delavce. Prispevek obravnava značilnosti kriznih dogodkov, njihove možne posledice ter različne ravni psihološke podpore in pomoči po izpostavljenosti obremenjujočim dogodkom. Posebna pozornost je namenjena preventivni skrbi za duševno zdravje, medsebojni podpori sodelavcev, vlogi usposobljenih zaupnikov ter razbremenilnemu pogovoru. Predstavljen je tudi projekt KZdrav, katerega namen je razvijanje sistematične psihosocialne podpore zdravstvenim delavcem po kriznih dogodkih. Pomembno je, da zdravstvene organizacije poleg individualnih strategij spoprijemanja zagotavljajo tudi dostopne in strokovno ustrezne oblike podpore.

Ključne besede: nasilje, krizni dogodki, zdravstveni delavci, duševno zdravje, psihosocialna pomoč.

Abstract

Health care professionals are facing violence and other crisis events and that brings psychosocial strain to all of them. This article is about characteristics of crisis events, their possible consequences and different levels of psychological support and help after being exposed to distressing events. The focus is on promoting and protecting mental health, mutual support of colleagues, the role of qualified trustees and debriefing conversations. There is also a presentation of KZdrav project which is designed to develop systematic psychosocial support to healthcare professionals after being exposed to distressing events. It is important for healthcare organizations to ensure accessible and professionally appropriate support as well as individual strategies how to address violence and crisis events.

Keywords: violence, crisis events, health care professionals, mental health, psychosocial support

Uvod

Soočanje z nasiljem se začne s tem, da neko obnašanje pacienta sploh zaznamo kot nasilje. Kje je meja?

Nasilno vedenje pacientov ali njihovih svojcev je ena kriznih situacij. Poleg nasilja so krizne situacije tudi: nenadno hudo poslabšanje zdravstvenega stanja ali smrt pacienta, smrt otroka ali porodna smrt, množične nesreče, etično zahtevne situacije, napake pri delu, poškodbe pri delu in trpinčenje ali psihično nasilje na delovnem mestu ...

Posledice nasilja so stres, krize ali celo travme. Med seboj se ločijo po pogostosti in po moči. Izpostavljenost nasilju ali drugemu kriznemu dogodku lahko povzroči različne odzive, od prehodnega stresnega odziva do izrazite psihične stiske. Pri nekaterih posameznikih se lahko razvijejo tudi dolgotrajnejše posledice. Intenzivnost odziva je odvisna od značilnosti dogodka, posameznika, predhodnih izkušenj ter razpoložljive podpore.

Nasilje torej gotovo sodi med krizne dogodke. Ti so praviloma nenadni in nas presenetijo. Zamajejo naš občutek varnosti, nadzora, predvidljivosti in naše telesno, psihično in duhovno ravnovesje. Kličejo po hitrem prilagajanju na nastale okoliščine. Običajni načini reševanja problemov niso dovolj.

Kriza je občutek, ki nastane v nas kot posledica kriznih dogodkov. Občutimo notranjo stisko, ki jo doživljamo kot odziv na krizni dogodek. Okoliščine presegajo naše običajne zmožnosti za odziv

in ukrepanje. Vsaj za kratek čas imamo občutek, da ne znamo in ne zmoremo obvladati situacije. Čutimo nemir, negotovost, strah, sram, jezo, razočaranje, a hkrati tudi pogum.

Kako se lotimo reševanja krizne situacije? Grozeča situacija sproži občutke tesnobe, ki jim sledijo poskusi, da bi jo rešili tako, kot smo vajeni. To nam ne uspe, ravnotežje je še porušeno, tesnoba vse večja. Vedenje postane neorganizirano, situacijo rešujemo po načinu "poskusov in napak". Tesnoba se pogloblja, iščemo nove rešitve, ponovno preučimo situacijo ali pa spremenimo cilj. V tej situaciji je koristno, če poiščemo pomoč.

Prva reakcija na krizni dogodek je običajno trezna, skušamo se zaščititi pred nevarnostjo. Sledijo ji faze, ki jih poznamo iz žalovanja:

- Faza šoka: strah; pride za mano; "kaj vse bi se lahko zgodilo."
- Faza alarma: zanikanje – "ne želim govoriti, razmišljati"; sledi podoživljanje
- Faza prilagoditve: izkušnja usmerja vsakdanje življenje; prevrednotenje
- Zaključek: izkušnja se predela, integrira (Rakovec-Felsner, 2009).

Dovzetnost za krizne situacije je odvisna od subjektivnega zaznavanja pomena situacije, sposobnosti spoprijemanja s tem (dnevna, življenjska forma), stopnje socialne vključenosti, predhodnih učnih izkušenj – dobra vaja dela mojstra in od pogostosti kriznih situacij – vsaka pusti sled.

Izkušnje kažejo, da je samo manjši del našega doživljanja odvisen od dogodka samega. Veliko večji vpliv imata naš pogled na svet (smo optimisti ali pesimisti), kar polovica našega doživljanja pa je odvisna od aktivnosti spoprijemanja – kaj storimo, kako aktivni smo pri obvladovanju krize.

Krizne situacije lahko:

- zanikamo ali sprejmemo,
- smo pasivni ali aktivni,
- dvomimo ali zaupamo strokovnjakom,
- gojimo negativna ali pozitivna čustva,
- čutimo nesmisel ali odkrijemo smisel,
- doživljamo kot distres ali evstres,
- mislimo samo nase ali tudi na druge,
- se zapremo vase ali odpremo navzven,
- hlaskamo za informacijami ali jih omejujemo,
- se pasiviziramo ali poskrbimo zase,
- samo kritiziramo in jamramo ali iščemo kaj pozitivnega.

Na način spoprijemanja lahko posameznik deloma vpliva z uporabo ustreznih strategij, vendar je odziv na krizni dogodek odvisen od številnih osebnih, situacijskih in okoljskih dejavnikov.

Doživljanje kriznih dogodkov je zelo individualno. Isto situacijo lahko vsak doživlja drugače. Nekomu lahko povzročijo samo stres, drugemu krizo, tretjemu travmo. Pomembno je, da imamo to vedno v mislih in ne sodimo posledic nekega dogodka skozi svoje oči.

Ukrepanje v kriznih dogodkih je odvisno od življenjskega stila in osebnostne strukture, načina in rezultatov preteklih reševanj, količine podpore v okolici in od pogostosti kriznih dogodkov.

Psihološka podpora

Ob kriznih dogodkih rabimo vsaj podporo, če ne že pomoč. Veliko lahko naredimo sami že preden pride do kriznega dogodka. Skrb zase je naša stalna naloga. Kaj pomeni skrbeti zase?

Samo, če najprej poskrbimo zase, potem lahko poskrbimo za druge. Najboljša prispevka te trditve je navodilo za ukrepanje v sili na letalih: Najprej namestite masko sebi, potem šele otroku, ki potuje z vami.

Za začetek pogledjmo nekaj razmišljanj o skrbi zase.

Vse se začne in konča pri meni. Česar nimam, ne morem dati drugim. V kar sam ne verjamem, tega ne morem prepričljivo posredovati drugim. Če ne razumem sebe, ne morem razumeti drugih. Če nimaš rad samega sebe, tudi drugih ne moreš imeti rad. Ljubiti drugega kakor samega sebe, je napotek iz knjig.

Skrbeti zase ni lahko, je pa nujno. Kar naša duševnost ne uspe predelati, se pokaže na telesu. Telo izstavi račun za vsa pretiravanja. Biologija nas opozarja še pravi čas, preden psihologija prepozna izgorelost. Telo ima pamet tudi, kadar jo glava nima.

Skrbeti zase ni egoistično, ni razkošje, temveč nuja, saj brez tega ne moremo biti empatični in ne delovati altruistično. Ne pomeni slediti modnemu trendu postavljati sebe v center vesolja, nenehno se ukvarjati s sabo. Najprej moramo znati poskrbeti zase. »Če bomo vsi skrbeli za druge, kdo bo poskrbel za prve?« nas je ob covidu opozarjal vodja Konzularnega sektorja na Ministrstvu za zunanje zadeve Andrej Šter. Samo tako lahko potem poskrbimo za druge, v družini, na delovnem mestu in v družbi nasploh. Odklop od dela je nujen. Čas zase si moramo vzeti sami, nihče ne bo tega storil namesto nas.

Naučimo se reči NE brez občutka krivde, saj vedno komu rečemo ne. Če tega ne naredimo v službi, rečemo ne doma, tistim ki jih imamo najrajši in nazadnje rečemo ne sebi in skrbi zase. Če ne rečemo ne, ko je to potrebno, bo to namesto nas storilo naše telo in bomo zboleli. Požrtvovalnost ima svoje meje, ki jih ne smemo prestopiti. Postavljanje meja je nujni del skrbi zase. Poznati svoje meje je moč. Eden od korakov je tudi izogibanje toksičnim ljudem, ki nam pijejo kri. Taki ljudje radi širijo negativnosti, obrekujejo, kritizirajo, so privoščljivi, ljubosumni, radi so v vlogi žrtve. So egocentrični, za druge ljudi in za njihove čustvene potrebe jim ni mar. Sodelovanje z njimi nas izčrpava.

Skrb zase ni beg od sveta, ampak je povezana s soljudmi in bogati socialno skupnost. Skrb zase je namreč že od grških časov pojmovana tudi kot skrb za skupnost.

Vsak skrbi zase na svoj način. Ni univerzalnih receptov, ki bi bili primerni za vsakogar. Nekateri skrbijo zase aktivno z različnimi hobiji in ob tem vestno beležijo kilometre in višinske metre, ki jih opravijo. Drugi so bolj pasivni in zase skrbijo v miru, tišini. Čas k zase moramo vnesti v svoj urnik. Važno je, da si izberemo način, ki nam v tistem trenutku ustreza. (Štirn et al., 2026).

Skrb zase je stalna naloga. V preventivi je koristno narediti premik od upravljanja obremenitev k sposobnosti prenašanja obremenitev. Ne ukvarjamo se z planiranjem obremenitev, na katere ne moremo vplivati, ampak povečujemo svoje sposobnosti za njihovo obvladovanje. Spoznanje, da je bolje preprečiti, kot zdraviti nas opominja, da moramo kaj storiti zase še preden nas doseže kriza. Takrat je pomembno v kakšni formi smo, bi se izrazili športniki. Osnovna priprava je enostavna. Obsega zdravo življenje in vse, kar sodi zraven. Priprava traja ves čas, saj ne vemo kdaj nas ujame kriza.

Med krizo delamo stvari, ki nas sprostijo. Eden od bolj učinkovitih načinov je pogovor z ljudmi, ki jim zaupamo. K temu se bomo še vrnili. Socialna mreža, ki jo ustvarimo v mirnem času, je v krizni situaciji neprecenljiva.

Po krizi pa je pomembno kaj doživljamo, kaj smo se iz krize naučili in nam lahko koristi ob naslednji krizni situaciji.

Podporo nam lahko nudijo sodelavci, zlasti zaupniki. V našem projektu KZdrav bomo usposobili skupino zaupnikov, vaših sodelavcev, ki bodo lahko takoj po kriznih situacijah opravili razbremenilni pogovor. Na izobraževanje prijavite sodelavce, s katerimi se že sedaj lahko pogovarjate.

Psihološka pomoč

Izvajajo jo psihologi, psihoterapevti ali drugi za to usposobljeni strokovnjaki. Tudi v našem projektu bo na voljo posebna skupina, ki bo prišla v vašo enoto, ko bodo zaupniki presodili, da kriza presega njihove zmožnosti. Opravili bodo poglobljen razbremenilni pogovor. V težjih primerih, ki terjajo poglobljeno in dolgotrajnejšo obravnavo, pa se bodo vključile druge zunanje institucije.

Tovariška pomoč

To je v bistvu medsebojna podpora sodelavcev. Ko je krizni dogodek očiten in vsi vemo zanj, lažje ukrepamo. Krizo pa lahko doživimo, tudi ne da bi drugi vedeli za to. Kako vemo, da je naša sodelavka v krizi? Najbolj zanesljiv znak je, da se naša sodelavka začne obnašati drugače.

Spremembe vedenja, ki kažejo, da se je s sodelavko nekaj zgodilo:

- Spremembe v razpoloženju – pojavi se nemir, tesnoba, zaskrbljenost, nezadovoljstvo, razdražljivost, občutljivost na kritiko,
- Spremembe v medosebnih odnosih: izogibanje stikom z ljudmi, konfliktnost, molčečnost
- Težave na miselnem področju: slabša pozornost, pozabljivost, več napak, neodločnost.
- Telesne težave: glavobol, utrujenost, slabost, omotičnost,
- Upad motivacije za delo,
- Težave pri delu: izogibanje delu, nedokončano delo, zamujanje na delo, odsotnost z dela, deloholizem,
- Več kajenja, alkohola, poživil, časa pred ekrani,
- Izguba zanimanja za hobije, druženja, družabnost
- Manj skrbi za svoj zunanji videz.

Ne pozabimo ukrepati, ko te znake opazimo tudi pri sebi (Mugnaioni et al., 2026).

Vsaki žrtvi lahko pomagamo po svojih močeh in znanju. Poslušaj lahko vsak, večina je sposobna empatije in pogovora. Pri pogovoru sprašujemo po dejstvih, ne sugeriramo čustev. Pogovor v večini primerov pomaga. Izjema so le žrtve, ki še niso sposobne pogovora. Osnovno načelo pogovora je ZAUPNOST. Zaupnost je temelj takšnega pogovora, izjeme pa predstavljajo okoliščine, v katerih obstaja resna nevarnost za varnost osebe ali drugih oziroma kadar razkritje zahtevajo veljavne strokovne in pravne obveznosti. O prekinitvi molčečnosti žrtvi vedno tudi povemo. Vrsto, trajanje in globino pomoči določa žrtev.

Pristop k sodelavki, za katero sumimo ali vemo, da je doživela nasilje je lahko vprašanje: Kako si?

- Kaj se je zgodilo?
- Kako si se odzvala?
- Kako se počutiš?
- Kako spiš? (motnje spanja so zelo pogost znak, da se s človekom nekaj dogaja) (Mugnaioni et al., 2026).

Ni najboljšega načina, uporabimo tistega, ki se nam zdi najbolj primeren za najino komunikacijo in vanj vložimo vso empatijo):

Potem pa utihnemo in pozorno poslušamo. Vmes jo gledamo v oči – dolžino stika določa žrtev, ko ona umakne pogled, ga tudi mi, sedimo sproščeno, prikimavamo, »aha«

Človek v stiski rabi:

- Aktivno poslušanje: Pokažite, da vam je mar, brez ponujanja vaših rešitev.
- Normalizacija občutkov: Osebi lahko pojasnimo, da so različni čustveni in telesni odzivi po kriznem dogodku pogosti. Hkrati je pomembno spremljati njihovo intenzivnost in trajanje ter ob izraziti ali vztrajajoči stiski pravočasno vključiti strokovno pomoč. Pomirimo jih: »vse kar čutite je v redu in normalno, z vami ni nič narobe. To so normalne reakcije na nenormalno situacijo.«
- Prisotnost: Včasih je dovolj le to, da ste ob osebi (fizično ali preko pogovora). »Tukaj sem zate.«
- Spodbuda: Ponudite nežno upanje in spomnite na njihove moči, ko so pripravljeni.
- Praktična pomoč: Majhne geste (prinesete jim kosilo, pomagajte pri opravilih) lahko zelo pomagajo.
- Oporo vodje: čutim, da vodja stoji za mano

Ključna je empatija: Priznajte njihovo bolečino in občutke, ne da bi jih zmanjševali. Pozorno poslušamo in ne prekinjamo. Odgovor začnemo: »slišim te«, »razumem«, »verjamem«, »opažam«, »vidim« ... in ponovimo njeno izjavo. Sledi pa ukrepanje: »Kaj lahko skupaj narediva«. »Kaj, pa, če bi...“ „ Poskusi ...“ Skupaj poiščiva luč.

Razbremenilni pogovor

Tak pogovor je zelo premišljeno strukturiran. Nastal je na podlagi dolgoletnih izkušenj pri delu z udeleženci nesreč, kriznih dogodkov in travm. Izvajajo ga zaupniki ali psihologi. Poznavanje poteka nam lahko prav pride tudi pri drugih pogovorih z žrtvijo nasilja. Izvajamo ga čimprej po kriznem dogodku. Poskrbimo za nemoten potek pogovora, izključimo vse moteče dejavnike (mobitele, motnje s strani obiskovalcev). Pri skupinskem razbremenilnem pogovoru se posedemo v krogu.

Razbremenilni pogovor ima 4 faze (Lavrič, Štirn, 2016). V prvi in četrti fazi več govori vodja pogovora, v drugi in tretji pa žrtev.

V prvi fazi razjasnimo, zakaj imamo razbremenilni pogovor in kdo ga je predlagal. Vsak udeleženec govori o sebi in svojih izkušnjah in občutkih. Zagotovimo zaupnost, tega, kar se pogovarjamo, nihče o vsebini pogovora ne govori tretjim osebam. Predstavimo strukturo in vsebino pogovora.

V drugi fazi govorimo o dejstvih: Kaj se je zgodilo? Kaj ste takrat delali? Kaj ste storili?

Sledi **čustvena faza**: Kako ste se odzvali? Kaj ste mislili, da se bo zgodilo? Kaj ste občutili? Kako ste se počutili? Kako se zdaj počutite?

V četrti fazi osmislimo dogodek in poučimo udeležence o možnih posledicah in ukrepih za njihovo zmanjšanje. Pomembna je normalizacija. Vsi njihovi občutki so normalen odziv na nenormalno situacijo. Skupaj ugotovimo, kaj jih sprosti in kako bodo lažje predelali svoje občutke (»Kaj vas najbolj sprosti? Kaj vam pomaga pri premagovanju stresa?«). Ponudimo jim svojo pomoč in možne naslednje korake z drugimi strokovnjaki (Lavrič, Štirn, 2016).

Vodenje razbremenilnega pogovora zahteva veliko teoretičnih spoznanj in predvsem veliko vaje. Za to so usposobljeni zaupniki in psihologi. V zdravstvu obstaja tudi skupina več kot 20 usposobljenih zaupnikov za podporo zdravstvenim delavcem v stiski. Delujejo po enotah Nujne medicinske pomoči po celi Sloveniji. Bilo je že več pobud za razširitev skupine zaupnikov tudi v drugih službah, a je ostalo samo pri pobudah.

Velja: NISI SAM in Iti po pomoč pomeni iti poMOČ.

Iskanje pomoči je izraz resne skrbi zase in ne pomeni, da si nemočen (Mugnaioni et al., 2026).

Projekt KZdrav - Krepitev duševnega zdravja zdravstvenih delavcev

Projekt je osredotočen na preventivo, podporo in okrevanje. Sofinancirata ga Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije in Fakulteta za zdravstvene vede v Celju. Traja od 2026 do 2028.

Cilji so:

- Vzpostavitev trajnostnega sistema psihosocialne podpore po kriznih situacijah.
- Osredotočenje na preventivo, podporo in okrevanje.
- Vzpostavitev sistematičnega modela psihosocialne podpore in pomoči.
- Izboljšanje odzivanja organizacij po kriznih dogodkih.
- Zmanjševanje tveganja za izgorelost in sekundarno travmatizacijo.

Ključne projektne aktivnosti so:

- Izvedba delavnic oz. usposabljanj o stresu in soočanju z njim v delovnih okoljih (preventiva).
- Razvoj programov usposabljanja za zaupnike in psihologe.
- Vzpostavitev mreže zaupnikov in psihologov.
- Supervizija in strokovna podpora.
- Razbremenilni pogovori po kriznih dogodkih.

Ciljne skupine so:

- Zdravstveni delavci v različnih delovnih okoljih.
- Vodstveni delavci in odgovorne osebe.

- Zaupniki kot prva kontaktna točka za podporo.
- Strokovnjaki za psihološko pomoč.
- Študenti in dijaki zdravstvenih smeri.

Zaključek

Nasilje in drugi krizni dogodki so pomemben vir psihosocialnih obremenitev zdravstvenih delavcev. Odzivi posameznikov so različni, zato morata biti podpora in pomoč prilagojeni njihovim potrebam ter intenzivnosti stiske. Pomembno vlogo imajo preventivna skrb za duševno zdravje, podpora sodelavcev, usposobljeni zaupniki in pravočasna vključitev strokovne psihološke pomoči. Odgovornost za obvladovanje posledic kriznih dogodkov ne sme biti prepuščena samo posamezniku, temveč mora vključevati tudi sistemsko podporo zdravstvene organizacije. Razvoj organiziranih modelov psihosocialne podpore, kot je projekt KZdrav, lahko pomembno prispeva k varnejšemu in bolj podpornemu delovnemu okolju.

Literatura:

Lavrič, A., & Štirn, M. (2016). *Psihosocialna pomoč po nesrečah in drugih kriznih dogodkih*. Ljubljana: Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje

Lešnik Mugnaioni, D., Trček, M., Pangerc Bratina, D., Cvetežar, I. Š., Rojten, S., Markič, P., & Rozman, D. (2026). *Navodila za preprečevanje nasilja nad medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Rakovec-Felsner, Z. (2009). *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja*. Maribor: Založba Pivec.

Štirn, M., Pelc, J., Markič, P., Poštuvan, V., & Čibej, Ž.B. (2026). *Ko se zgodi najhujše* [Neobjavljeno delo]. Ljubljana: Mladinska knjiga.

**Iskreno se zahvaljujemo predstavnikom, ki ste s svojo podporo
omogočili izvedbo dogodka:**

PAUL HARTMANN Adriatic d.o.o.

SOČA OPREMA d.o.o.

INN d.o.o.

Kozmetika Afrodita d.o.o

VALENCIA Stoma-Medical d.o.o.

Vantive Kidney Care

MagPharm d.o.o.

Nega d.o.o.

TOSAMA d.o.o

Medis

Ewopharma Slovenija

Roche farmacevtska družba d.o.o.

GORDO d.o.o.

ABENA-HELPI d.o.o.

Zaloker & Zaloker d.o.o.

DIAFIT d.o.o.

MEDIASi d.o.o.

ZEPTER SLOVENICA d.o.o.

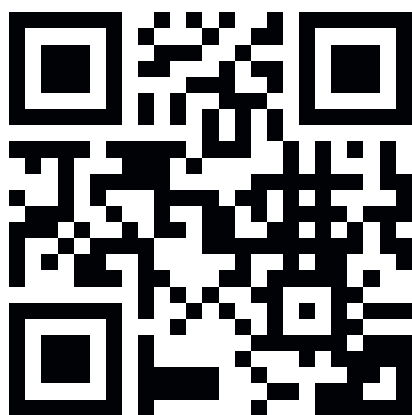
Merit HP d.o.o.

Sanolabor d.d.

PHARMAMED-MADO, d.o.o.

Simps'S d.o.o.

EVALVACIJSKI VPRAŠALNIK







A series of horizontal lines for writing, consisting of 25 evenly spaced lines that span the width of the page.

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN
BABIŠKE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA STROKOVNIH
DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Terme Zreče, 21. in 22. oktober 2026