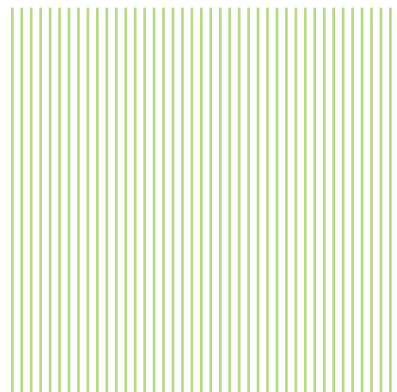
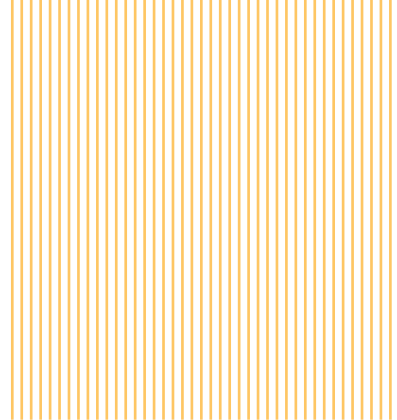
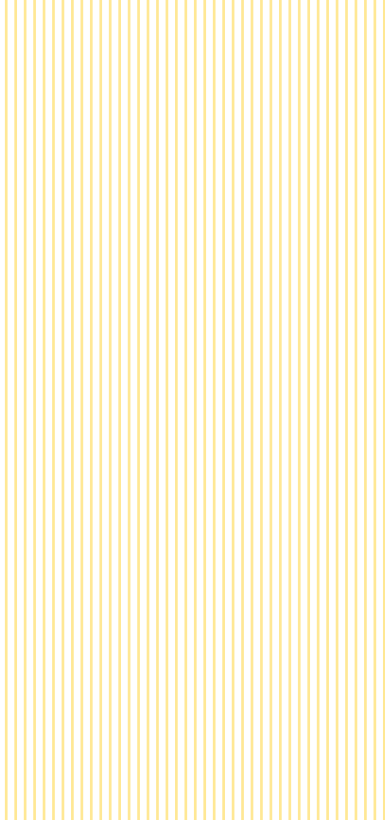




VPLIV ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN FIZIČNEGA OKOLJA NA NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI

**IZZIVI IN PRILOŽNOSTI MED NACIONALNIMI
POLITIKAMI IN LOKALNIMI PRAKSAMI**

(Strokovna monografija)

**VPLIV ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN FIZIČNEGA OKOLJA NA NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI.
IZZIVI IN PRILIKOVNOSTI MED NACIONALNIMI POLITIKAMI IN LOKALNIMI PRAKSAMI**

Strokovna monografija

Urednice: Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Ada Hočevar Grom, Tatjana Kofol Bric, Metka Zaletel

Tehnična urednica: Lea Raztresen, Monika Robnik Levart

Recenzenta: prof. dr. Majda Pahor, doc. dr. Tit Albreht

Lektoriranje: Amidas d.o.o

Oblikovanje: Erna Pečan

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Avtorji fotografij na naslovnici (po abecednem vrstnem redu):

Arhiv občine Pivka, Arhiv TIC Moravske Toplice, Aleš Fevžer, Ivan Lipičnik, Barbara Ploštajner, Lucija Pušnik, Živa Rant, Uroš Švigelj

Piktogrami: Marko Pogačnik

Elektronska izdaja.

Publikacija je dostopna na spletni strani www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2025

Zaščita dokumenta

©2025 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršni koli način in v katerem koli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorjev. Kršitve se sankcionirajo skladno z avtorskoppravno in s kazensko zakonodajo.

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

COBISS.SI-ID 239434755

ISBN 978-961-7211-70-2 (PDF)



Nacionalni inštitut
za javno zdravje

IER Inštitut za ekonomska raziskovanja
Institute for Economic Research

O ONKOLOŠKI INŠTITUT
INSTITUTE OF ONCOLOGY
LJUBLJANA



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA OKOLJE, PODNEBJE IN ENERGIJO
AGENCIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA OKOLJE



JA PreventNCD



**Sofinancira
Evropska unija**

ZAHVALE

Za dopolnitve, pomoč, dragocene usmeritve in refleksijo se zahvaljujemo članom usmerjevalne skupine, v katero so bili vključeni: Vesna Kerstin Petrič (MZ) z namestnico Mojco Gabrijelčič Blenkuš (NIJZ), Ružica Boškič, Magda Zupančič (MDDSZ), Tanja Skornšek Pleš, Aleš Kenda (MSP), Breda Mulec (MVI), Janja Pečar (UMAR), Janja Turšič, Nataša Kovač (ARSO) ter Ada Hočevnar Grom in Metka Zaletel (NIJZ). Za vizijo umestitve sodelovalne platforme nacionalnih institucij za podporo ukrepanju za zmanjševanje neenakosti v zdravju v sistem v Sloveniji se zahvaljujemo Vesni Kerstin Petrič.

Za naklonjeno pomoč in podporo se zahvaljujemo Meliti Vujnović, vodji predstavništva Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji, Vesni Kerstin Petrič, vodji službe za sodelovanje s Svetovno zdravstveno organizacijo, in Chris Brown iz beneške pisarne Svetovne zdravstvene organizacije.

Za umestitev naloge v financiranje programa javnega zdravja in podporo pri njeni izvedbi se zahvaljujemo direktoratu za javno zdravje na Ministrstvu za zdravje in strokovnemu direktorju NIJZ Ivanu Erženu ter generalnemu direktorju NIJZ Branku Gabrovcu. Prav tako se za podporo naloge v sklopu skupnega ukrepa Prevent NCD zahvaljujemo koordinatorju Knutu Ingeju Klepu.

Za dragocen recenzentski pregled se zahvaljujemo Majdi Pahor in Titu Albrehtu.

Za pomoč pri oblikovalskih rešitvah se zahvaljujemo Centru za komuniciranje NIJZ, posebej Erni Pečan.

Za administrativno-tehnično pomoč se zahvaljujemo Meliti Vujnović in Aniti Štefin iz Urada Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji.

Pri pripravi strokovne publikacije so sodelovali (po abecednem vrstnem redu organizacij):

ARSO: Anže Medved, Janja Turšič

IER: Andrej Srakar

MSP: Mateja Nagode

MZ: Vesna Kerstin Petrič

NIJZ: Kaja Batista, Andreja Belščak, Katarina Bitenc, Jona Blatnik, Anja Brunec, Tomaž Čakš, Ivan Eržen, Lucija Ferš, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Alenka Hafner, Ada Hočevnar Grom, Ana Hojs, Marjetka Hovnik Keršmanc, Ivanka Huber Kropec, Neda Hudopisk, Matej Ivartnik, Helena Jeriček Klanšček, Tjaša Jerman, Blashko Kasapinov, Nuša Konec Juričič, Helena Koprivnikar, Aleš Korošec, Marcel Kralj, Matjaž Krošel, Marjeta Kuhar, Darja Lavtar, Tara Ledinek, Andreja Mezinec, Petra Mikolič, Bonia Miljavac, Lara Ofentavšek, Christos Oikonomidis, Simona Perčič, Majda Pohar, Mircha Poldrugovac, Tatjana Kofol Bric, Sandra Radoš Krnel, Martin Ranfl, Nevenka Ražman, Maruša Rehberger, Mateja Rok Simon, Saška Roškar, Andreja Rudolf, Marko Štanta, Eva Štromajer, Simona Uršič, Vesna Viher Hrzenjak, Matej Vinko, Marko Vudrag, Metka Zaletel, Ana Zgaga, Brigita Zupančič Tisovec, Tina Zupanič, Živa Žerjal

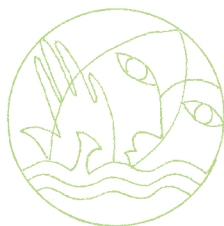
OIL: Mojca Birk, Nika Bric, Mojca Florjančič, Urška Ivanuš, Tine Jerman, Maja Jurtela, Urška Košir, Katarina Lokar, Barbara Mihevc Ponikvar, Ana Mihor, Teja Oblak, Sonja Tomšič, Vesna Zadnik, Tina Žagar

UMAR: Eva Šarec

KAZALO

ZAHVALE	3
PREDGOVOR MINISTRICE ZA ZDRAVJE.....	6
PREDGOVOR MINISTRA ZA OKOLJE, PODNEBJE IN ENERGIJO.....	8
PREDGOVOR MINISTRA ZA KOHEZIJO IN REGIONALNI RAZVOJ.....	10
PREDGOVOR DIREKTORJA INŠTITUTA ZA EKONOMSKA RAZISKOVANJA	12
PREDGOVOR STROKOVNEGA DIREKTORJA NACIONALNEGA INŠTITUTA ZA JAVNO ZDRAVJE	13
KNJIGI NA POT	14
1. PRIKAZ STANJA NA PODLAGI KAZALNIKOV IN KVALITATIVNEGA RAZISKOVANJA ..	15
1.1. O kazalnikih neenakosti v zdravju, primerjalni prikaz ključnih kazalnikov in izbrani kazalniki neenakosti v Sloveniji.....	15
1.1.1 O kazalnikih neenakosti v zdravju	15
1.1.2 Primerjalni prikaz ključnih kazalnikov	18
1.1.3 Prikaz nabora kazalnikov.....	21
1.2. Ranljivosti in neenakosti v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji – izsledki kvalitativne terenske raziskave	96
1.3. Izzivi pri merjenju neenakosti v zdravju invalidov	103
2. NEENAKOSTI V DOSTOPU DO ZDRAVSTVENIH STORITEV IN PROGRAMOV.....	110
2.1. Neenakosti v dostopu do izbranih vrst zdravstvenih storitev	110
2.2. Spol, starost in socialno-ekonomski dejavniki iskanja strokovne pomoči glede na duševno (ne)zdravje oseb.....	128
2.3. Pristop k zmanjševanju neenakosti v dostopnosti storitev državnega programa ZORA v času pandemije covida-19	140
3. VPLIVI OKOLJA NA NEENAKOSTI.....	152
3.1. Uvod v okoljska poglavja	152
3.2. Izobrazba kot dejavnik neenakosti pri umrljivosti zaradi vročinskih valov v Sloveniji v letih od 2015 do 2022.....	153
3.3. Neenakosti v dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode	161
3.4. Neenakosti v zdravju zaradi izpostavljenosti onesnaženemu zraku	174
3.5. Skupni zaključek okoljskih poglavij	187
4. PRENOS IN UPORABA INFORMACIJ O NEENAKOSTIH V REGIJSKA OKOLJA.....	190
4.1. Neenakosti v zdravju v slovenskih regijah skozi oči lokalnih deležnikov	190
5. ZAKLJUČNO POGLAVJE.....	206

SEZNAM KRATIC IN OKRAJŠAV TER KLJUČNI POJMI, POVEZANI S TEMATIKO NEENAKOSTI.....	214
KAZALO SLIK.....	220
KAZALO TABEL	227
PRILOGE	229



PREDGOVOR MINISTRICE ZA ZDRAVJE

Slovenija se lahko pohvali s tradicijo zagotavljanja enakosti v dostopu do zdravstvenega varstva in tudi mednarodna skupnost nas prepoznava kot primer dobre prakse pri oblikovanju vključujočih zdravstvenih politik. Zavedamo se, da je zdravje temeljna pravica vsakega posameznika, nanj pa vpliva mnogo dejavnikov – socialni in ekonomski pogoji, dostopnost zdravstvenih storitev, stopnja izobrazbe in življenjsko okolje.

Preprečevanje neenakosti v zdravju je že vrsto let ena od osrednjih prioritet ministrstva za zdravje. Prednosti Slovenije pri obravnavanju potreb najbolj ranljivih skupin v zdravstvenem sistemu so predvsem dobro sodelovanje primarnega zdravstvenega varstva z javnim zdravjem, skupnostni pristop, ki vključuje individualne in populacijske pristope, izvajanje preventivnih programov in vključevanje različnih deležnikov, vključno s civilno družbo.

Posebno pozornost Slovenija namenja izboljšanju zdravstvene pismenosti ter javnozdravstvenim programom za zgodnje odkrivanje raka, kot so SVIT, ZORA in DORA, ter preventivnim programom za duševno zdravje v okviru programa MIRA, ki vključujejo mrežo centrov za odrasle in otroke. Vsi našeti programi vsebujejo usmerjene aktivnosti za večjo vključenost bolj ranljivih skupin. Vlada Republike Slovenije je septembra 2024 sprejela Strategijo razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 z močnim poudarkom na krepitvi preventivnih programov. V pripravi sta tudi nacionalna strategija za dvig zdravstvene pismenosti in strategija razvoja javnega zdravja, obe posebej pozorno obravnavata potrebne aktivnosti za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Vsi vemo, da zdravje ni zgolj vprašanje zdravstvenega sistema. Medsektorsko sodelovanje je ključno za zagotavljanje enakih možnosti za blaginjo in zdravje. Zdravstvo se povezuje s socialnim varstvom, šolstvom, zaposlovanjem, okoljskim in gospodarskim sektorjem, da bi učinkoviteje obravnavalo socialne determinante zdravja in potrebe ranljivih skupin, ki so jim na voljo prilagojeni ukrepi – vključno z brezplačnim zdravstvenim zavarovanjem, razvijanjem ukrepov socialne participacije in lokalnimi programi za izboljšanje življenjskih razmer.

Letošnje poročilo o neenakostih v zdravju, ki je pred vami, pozornost namenja predvsem dostopnosti izbranih zdravstvenih storitev, ki se je zmanjšala iz različnih razlogov, vključno s posledicami pandemije COVID-19. Ena najizrazitejših ugotovitev raziskave je velika geografska neenakost v povprečnih čakalnih dobah, zaznane so tudi razlike med različnimi starostnimi skupinami čakajočih pacientov – najstarejši in najmlajši pacienti so pogostejše obravnavani prednostno, kar se odraža v krajših povprečnih čakalnih dobah v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami.

Na področju reproduktivnega zdravja poročilo kaže, da pandemija COVID-19 ni poglobila obstoječih neenakosti na področju udeležbe žensk v programu ZORA iz naslova socioekonomskih značilnosti. So se pa v pandemiji pojavile nove ovire, med katerimi je najbolj izstopala težja organizacija časa za presejalni pregled pri mlajših ženskah. Odličen je bil odziv javnozdravstvenih služb, ki so problematiko zaradi dobrega sodelovanja institucij zaznale že med samo pandemijo in nanjo tudi ustrezno odreagirale.

Poročilo predstavlja pomemben mejnik, saj prvič vključuje tudi pregled vpliva izbranih okoljskih dejavnikov na zdravje, s čimer se pridružujemo državam, ki celovito analizirajo neenakosti v zdravju. Tako poročilo ugotavlja, da so v Sloveniji razlike pri izpostavljenosti onesnaženemu zraku, dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode in vplivu podnebnih sprememb predvsem posledica geografskih neenakosti.

V Sloveniji smo zelo aktivni na področjih vključevanja podnebne odpornosti v zdravstveni sistem in zmanjševanja podnebnega odtisa zdravstvenega sektorja ter pripravljamo celovito stra-

tegijo o podnebnih spremembah in zdravju. Poleg tega razvijamo kalkulator ogljičnega odtisa za zdravstveno varstvo, ki bo prilagodljiv sistemom v manjših državah. Za razogljčenje zdravstvenega sistema pa so ključni še krepitev medsektorskega in tudi mednarodnega sodelovanja, iskanje inovativnih rešitev ter sistematično zbiranje, analiziranje in primerjava podatkov – le na dokazih temelječi ukrepi prinašajo celovite in učinkovite rešitve.

Na ministrstvu tudi zato pozdravljamo izid poročila in podpiramo nadaljnja prizadevanja za zmanjševanje neenakosti v zdravju tako v Sloveniji kot v svetu. Slovenija sledi načelom pravičnosti in enakih možnosti pri dostopu do zdravja ter si prizadeva za dolgoročne rešitve, ki bodo prispevale k bolj zdravemu in pravičnejšemu družbenemu okolju. Takšne spremembe zahtevajo skupen napor celotne družbe, zato podpiramo dialog in sodelovanje vseh deležnikov za bolj zdravo prihodnost. Na Ministrstvu za zdravje se zavedamo, da je zdravje za vse pogoj tako za uspešno in zadovoljno družbo blaginje kot za socialno vključenost vseh prebivalcev.

Dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje

PREGOVOR MINISTRA ZA OKOLJE, PODNEBJE IN ENERGIJO

Zdravo in čisto okolje je ključno za dobrobit vsakega posameznika in celotne družbe. Kakovost zraka, vode, tal in življenjskega prostora neposredno vpliva na naše zdravje, dolgoživost in splošno kakovost življenja. Hkrati pa se soočamo s številnimi okoljskimi izzivi, ki predstavljajo jasna zdravstvena tveganja. Onesnaženost zraka, izpostavljenost nevarnim kemikalijam, degradacija prostora, podnebne spremembe in izguba biotske raznovrstnosti so med največjimi grožnjami sodobnega sveta, ki ne prizadenejo vseh enako. Najbolj so jim izpostavljene že tako ranljive skupine – otroci, starejši, socialno šibkejši in kronični bolniki. O povezavi med okoljem in zdravjem priča tudi zadnje Poročilo o stanju okolja v Sloveniji iz leta 2022, ki prav tako obravnava zdravstvene vidike in na podlagi kazalcev, okoljskih monitoringov in drugih virov informacij ugotavlja, da je stanje okolja v državi v splošnem zadovoljivo, opozarja pa na področja, kjer je prizadevanja treba okrepiti.

Raziskave vedno znova potrjujejo pomembno vlogo ekonomskih in socialnih dejavnikov na zdravstveno stanje posameznikov in skupnosti. Ljudje z nižjimi prihodki v večjih naseljih pogosteje živijo v okoljih, kjer imajo omejen dostop do zelenih površin in kjer je zrak slabše kakovosti, njihova bivališča pa so slabše energetske sanirana, kar jih izpostavlja večjim temperaturnim obremenitvam. Težje dostopajo tudi do zdravstvenih storitev. V Sloveniji tako kot v drugih državah opažamo, da so onesnaženost okolja, podnebne spremembe in drugi okoljski dejavniki prepleteni s socialnimi neenakostmi ter da ti izzivi zahtevajo celovite in premišljene rešitve.

Zrak, ki ga dihamo, je še vedno eden ključnih okoljskih dejavnikov tveganja za zdravje prebivalstva. Slovenija je zaradi svoje geografske lege, reliefa in podnebnih značilnosti pozimi še posebej izpostavljena onesnaženosti z delci PM_{10} in $PM_{2,5}$, ki so posledica prometa, industrije in ogrevanja z neučinkovitimi napravami ter z neustreznimi gorivi. Poleti se predvsem na Primorskem spopadamo s prizemnim ozonom. Čeprav smo v zadnjih letih na tem področju že dosegli določen napredek, še vedno ostajajo izzivi, saj strožji standardi za kakovost zraka, za katere si vsi prizadevamo tudi na ravni Evropske unije, zahtevajo dodatne ukrepe.

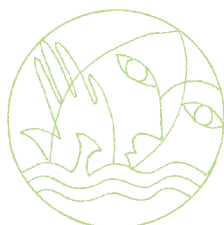
Podnebne spremembe so dodatna grožnja, ki močno vpliva na zdravje in pogloblja družbene neenakosti. Vse pogostejši in intenzivnejši vročinski valovi, ki smo jim priča tudi v Sloveniji, so še posebej nevarni za starejše in kronične bolnike, hkrati pa lahko prispevajo k poslabšanju splošne kakovosti življenja prebivalcev. Suše in poplave, ki postajajo vse bolj nepredvidljive, uničujejo infrastrukturo, povečujejo tveganje za onesnaženje pitne vode in zmanjšujejo varnost preskrbe s hrano. Vse to so izzivi, ki zahtevajo nujno prilagajanje in večjo odpornost družbe.

Na Ministrstvu za okolje, podnebje in energijo si prizadevamo za celovite ukrepe, ki bodo pripomogli k zmanjševanju vplivov okolja na zdravje prebivalstva. Z doslednim izvajanjem skupne evropske zakonodaje omejujemo in obvladujemo okoljske vplive industrije. Gospodinjstvom pa smo v zadnjih letih bistveno povečali subvencije za energetske sanacije stavb ter uvajanje čistejših virov energije. S tem zmanjšujemo energetske revščine in izpostavljenost najranljivejših skupin škodljivim vplivom nizkih temperatur in slabega zraka v bivalnem okolju. Izvajamo tudi že prve ukrepe celovitih programov za sanacijo starih okoljskih bremen v Celjski kotlini in Mežiški dolini. Uspešno povečujemo delež obnovljivih virov energije ter krepimo trajnostno mobilnost in javni potniški promet, da bi zmanjšali izpuste toplogrednih plinov in onesnaževal zraka.

Pravično podnebno prilagajanje je ključno načelo naših politik. Pripravljamo podnebni zakon, ki bo določil dolgoročne cilje in usmeritve za zmanjšanje izpustov toplogrednih plinov ter prilagajanje na podnebne spremembe, pri čemer bo posebno pozornost namenil socialni pravičnosti in varovanju zdravja prebivalcev. Poleg tega smo začeli pripravljati nov zakon o varstvu okolja, ki bo podlaga za sanacijo preostalih starih okoljskih bremen, ki tudi predstavljajo tveganje za zdravje ljudi.

Zavedamo se, da zdravo okolje ne sme biti privilegij, temveč pravica vsakega posameznika. Le z ambicioznimi, usklajenimi in dolgoročnimi ukrepi lahko zagotovimo bolj vključujočo, zdravo in trajnostno prihodnost. Pričujoča publikacija predstavlja dragocen vpogled v razsežnost zdravstvenih neenakosti, zato upamo, da bo spodbudila širšo družbeno razpravo ter pripomogla k oblikovanju politik, ki bodo hkrati obravnavale okoljske in zdravstvene izzive ter ustvarjale pogoje za pravičnejšo in bolj odporno družbo.

Mag. Bojan Kumer, minister za okolje, podnebje in energijo



PREDGOVOR MINISTRA ZA KOHEZIJO IN REGIONALNI RAZVOJ

Zdravje prebivalstva je eden ključnih dejavnikov družbenega in gospodarskega razvoja, ki pomembno vpliva na kakovost življenja ter dolgoročno blaginjo Slovenije. V tem kontekstu ima regionalni razvoj ključno vlogo pri zagotavljanju enakih priložnosti za vse prebivalce, ne glede na to, kje živijo. Vendar pa zaradi zgodovinskih, geografskih in ekonomskih dejavnikov obstajajo znatne razlike v stopnjah razvoja med slovenskimi statističnimi regijami. Kakovost življenja, vključno z zdravjem, je še vedno neenakomerno porazdeljena med regijami.

To kaže tudi Poročilo o regionalnem razvoju 2018–2022, ki smo ga je skupaj z zunanjimi izvajalci pripravili na Ministrstvu za kohezijo in regionalni razvoj. Poročilo analizira štiri splošne cilje regionalne politike: dvig kakovosti življenja, razvojno dohitevanje evropskih regij, zmanjšanje regionalnih razvojnih razlik ter izraba razvojnih potencialov in globalnih priložnosti. Uresničevanje prvega splošnega cilja regionalne politike – dvig kakovosti življenja v vseh regijah – je v poročilu obravnavano po skupaj petnajstih področjih kakovosti življenja, med njimi je tudi zdravje.

Področje zdravja se meri s kazalnikom pričakovana leta zdravega življenja ob rojstvu, pri čemer je postavljena ciljna vrednost 64,5 leta do leta 2030. Ugotovljene so velike razlike med statističnimi regijami, pa tudi med spoloma. Leta 2021 so moški v Sloveniji lahko pričakovali povprečno 63,8 leta zdravega življenja, ženske 67,3 leta. Ciljno vrednost kazalnika 64,5 leta je leta 2021 pri moških preseglo pet od skupaj dvanajstih statističnih regij – gorenjska, obalno-kraška, osrednjeslovenska, posavska in primorsko-notranjska. Največja vrzel je v zasavski statistični regiji, kjer do ciljne vrednosti manjka še 5,6 leta.

V nasprotju s temi podatki je bilo stanje leta 2021 pri ženskah veliko boljše: kar deset statističnih regij je ciljno vrednost že doseglo. Zasavska statistična regija je ciljno vrednost 64,5 leta že skoraj dosegla (leta 2021 je bila vrednost kazalnika 64,3 leta), medtem ko je v pomurski statistični regiji vrzel nekoliko večja (1,5 leta). Od ciljne vrednosti 64,5 leta za oba spola sta najbolj oddaljeni koroška in zasavska statistična regija.

Iz Poročila o regionalnem razvoju 2018–2022 izhaja, da imajo bolj razvite regije, kot sta osrednjeslovenska in gorenjska, tudi večjo stopnjo delovne aktivnosti prebivalstva, večji delež prebivalstva z visoko izobrazbo, višji neto razpoložljivi dohodek na prebivalca, nižjo stopnjo tveganja socialne izključenosti, večjo dostopnost javnega prometa in širokopasovne povezave z vsaj 100 Mb/s v primerjavi z manj razvitimi regijami, kot so zasavska, posavska, pomurska in koroška regija. Te se še vedno spoprijemajo z večjimi izzivi, ki posredno vplivajo tudi na zdravje prebivalcev.

Manj razvite regije se soočajo tudi z omejenim dostopom do kakovostnih zdravstvenih storitev. Pomemben dejavnik, ki vpliva na zdravje v teh regijah, je namreč demografska struktura, saj so mnoge regije starajoče se, kar pomeni večje obremenitve zdravstvenega sistema.

Zavedamo se, da zgolj gospodarski razvoj ne bo zadostoval za odpravo teh razlik. Potrebni so celoviti ukrepi, ki bodo vključevali izboljšanje zdravstvene oskrbe, podporo zdravemu življenjskemu slogu ter zmanjšanje socialnih in geografskih neenakosti. Za dosego teh ciljev je ključnega pomena celostna strategija regionalnega razvoja, ki bo obravnavala specifične potrebe vsake regije ter zagotavljala ustrezno podporo vsem prebivalcem, ne glede na njihovo geografsko ali socialno ozadje.

Na Ministrstvu za kohezijo in regionalni razvoj smo pripravili novelo zakona o spodbujanju skladnega regionalnega razvoja, ki bo šla v kratkem v vladno proceduro. Še letos bomo pripravili osnutek strategije regionalnega razvoja. Zakon sam po sebi ne bo rešil vseh razvojnih razlik, ki so med nekaterimi regijami prevelike, je pa v njem kar nekaj novih predlogov, ki naj bi omogočili odpravo teh razlik.

S spremembami želimo regijam dati več pristojnosti pri odločanju o lastnem razvoju. Naš cilj je, da nobena regija ne zaostaja, hkrati pa ne želimo omejevati napredka najbolj razvitih. Z nadaljnjimi vlaganji v infrastrukturo, gospodarstvo, izobraževanje, zaposlovanje in zdravstvo želimo doseči enakomeren razvoj in visoko kakovost življenja za vse prebivalce Slovenije.

Dr. Aleksander Jevšek, minister za kohezijo in regionalni razvoj

PREDGOVOR DIREKTORJA INŠTITUTA ZA EKONOMSKA RAZISKOVANJA

Evropske države, vključno s Slovenijo, že desetletja po gospodarski rasti zaostajajo za konkurenti, kot so ZDA in Kitajska. Glavni razlog je predvsem upočasnitev rasti produktivnosti, velik izziv pa predstavljajo tudi demografske spremembe. Tudi Slovenija se sooča z izzivi, povezanimi z rastjo produktivnosti, prav tako se sooča tudi s hitrim staranjem prebivalstva – povečuje se delež prebivalstva, starejšega od 65 let, zmanjšuje pa se delež prebivalstva v aktivni dobi. Zato bodo evropske države vse težje sledile zastavljenim ciljem, kot so gospodarska rast, pravičnost in trajnost. Optimistično prepričanje, da je mogoče hkrati doseči vse zastavljene cilje, se je izkazalo pogosto za nerealno, kar še posebej velja za regionalno raven. Razlike ostajajo, nekatere države in regije tvegajo nepomembnost, različni prehodi – digitalni, zeleni, geopolitični – ustvarjajo zmagovalce in poražence. Zato je proučevanje neenakosti v zdravju zelo pomembno, zato da v želji po gospodarski rasti ne pozabimo, da je kakovostno življenje za vse tisti cilj, ki ga v skladu s Strategijo razvoja Slovenije 2030 želimo doseči v Sloveniji.

Dr. Damjan Kavaš, direktor Inštituta za ekonomska raziskovanja

PREDGOVOR STROKOVNEGA DIREKTORJA NACIONALNEGA INŠTITUTA ZA JAVNO ZDRAVJE

Zdravje je ena najpomembnejših vrednot posameznika in družbe. Kljub temu pa ostajajo neenakosti v zdravju eden največjih in najbolj trdovratnih izzivov javnega zdravja, tako v Sloveniji kot globalno. Socialno-ekonomski dejavniki, okoljski vplivi, dostopnost zdravstvenih storitev in življenjski slog so le nekateri od dejavnikov, ki vplivajo na zdravje posameznikov in skupnosti.

Nacionalni inštitut za javno zdravje si že vrsto let prizadeva za obravnavo teh izzivov z raziskovanjem, zbiranjem podatkov, analizami in pripravo ukrepov za zmanjšanje razlik v zdravju. Ta publikacija je pomemben prispevek k razumevanju neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ne le, da prinaša vpogled v razsežnosti tega problema, temveč ponuja tudi konkretne rešitve in usmeritve za ukrepanje.

V tej publikaciji osvetljujemo tudi izzive, s katerimi se soočajo posamezniki in družba pri dostopu do zdravstvenih storitev, ter razpravljamo o možnih rešitvah za zmanjšanje neenakosti. Naš cilj je spodbuditi širšo razpravo in oblikovanje politik, ki bodo omogočile pravičnejši zdravstveni sistem za vse prebivalce, ne glede na njihov socialno-ekonomski status, starost, izobrazbo ali kraj bivanja. Zagotavljanje enake dostopnosti zdravstvenih storitev namreč ni le vprašanje pravičnosti, temveč tudi ključna strategija za izboljšanje splošnega zdravja prebivalstva.

Zavedamo se, da neenakosti v zdravju niso zgolj zdravstveni problem – so širši družbeni izziv, ki zahteva sodelovanje na vseh ravneh: od zdravstvenega sektorja do drugih družbenih podsistemov, vključno z izobraževanjem, socialnim varstvom, urbanizmom in okoljsko politiko. Glede na to upamo, da bo ta publikacija pripomogla k boljšemu razumevanju in razpravi o ključnih izzivih, hkrati pa tudi k uresničevanju potrebnih sprememb.

Zahvaljujem se vsem strokovnjakom in sodelavcem, ki so prispevali k pripravi te publikacije. Njihovo delo je dragocen temelj za nadaljnje prizadevanje za pravičnejšo in bolj zdravo družbo.

Naj bo ta publikacija korak naprej k zmanjšanju neenakosti v zdravju in krepitvi zdravja za vse prebivalce Slovenije.

Prim. prof. dr. Ivan Eržen, strokovni direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje

KNJIGI NA POT

Neenakosti v zdravju so že dolgo eden osrednjih izzivov sodobne družbe, tako v Sloveniji kot v širši mednarodni skupnosti. V slovenskem prostoru smo se z raziskovanjem in spremljanjem neenakosti začeli ukvarjati že ob prelomu 19. v 20. stoletje, pri čemer je ključno vlogo odigralo javno zdravje z močno socialno noto. Zaznamujejo ga dosežki, kot so študije Ivana Pirca po prvi svetovni vojni in večplastne reforme po drugi svetovni vojni, ki so omogočile dostop do zdravstvenega varstva za večino prebivalstva. Kljub napredku pa neenakosti v zdravju ostajajo pomemben izziv, saj nanje vplivajo številni socialni, ekonomski in okoljski dejavniki.

Prejšnje publikacije, posvečene neenakostim v zdravju, so v letih 2011, 2018 in 2021 dale pomemben vpogled v razsežnosti neenakosti in njihove ključne vzroke. Prva publikacija je predstavila osnovno analizo razlik v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva. Druga publikacija je poglobila razpravo o socialno-ekonomskih dejavnikih in obravnavala vpliv finančne krize na zdravje prebivalcev. Tretja publikacija pa je osvetlila vlogo sodelovanja med institucijami ter dala vpogled v vplive pandemije covida-19 na neenakosti v zdravju.

Četrta publikacija, ki je pred vami, pomeni korak naprej pri povezovanju podatkov, politik in ukrepov. Osredotoča se na tri ključna področja: dostopnost zdravstvenega sistema, neenakosti v okolju in regijski pogled na neenakosti. Vključuje tudi analize o vplivih pandemije covida-19 na neenakosti v zdravju in osvetljuje, kako so bile ranljive skupine še dodatno prizadete. Vsebine so nastale v tesnem sodelovanju strokovnjakov iz Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Onkološkega inštituta, Inštituta za ekonomska raziskovanja, Urada za makroekonomske analize in razvoj ter drugih ključnih deležnikov.

Publikacija ponuja celovit pregled stanja ter daje predloge ukrepov za reševanje ugotovljenih izzivov, ki temeljijo na podatkih, analizah ter primerih dobrih praks. Ključna ugotovitev je, da moramo pri zmanjševanju neenakosti v zdravju uporabiti medsektorski pristop, ki povezuje javno zdravje z drugimi področji, kot so okolje, infrastruktura, socialna politika in gospodarstvo. Odličen dodatek tokratni izdaji je regionalni pogled na obravnavane teme, ki kaže, da moramo pri posredovanju informacij bolje poznati potrebe svojih deležnikov ter učinkoviteje prenašati svoje znanje in ugotovitve do širokega kroga uporabnikov. To nam omogoča uvid in usmeritev za prihodnjo, peto publikacijo.

Zahvaljujemo se vsem, ki so prispevali k nastanku te publikacije, od raziskovalcev in strokovnjakov do predstavnikov različnih resorjev in institucij. Upamo, da bodo predstavljene ugotovitve in predlogi v pomoč odločevalcem, raziskovalcem in širši javnosti pri nadaljnjem razvoju ukrepov za zmanjševanje neenakosti in krepitev pravičnosti v zdravju.

Pravičnost v zdravju ni zgolj vprašanje politike, ampak izraz človečnosti. Vsak posameznik si za služi priložnost za zdravo in kakovostno življenje, ne glede na socialne, ekonomske ali okoljske okoliščine. Z medsektorskim sodelovanjem lahko ustvarimo bolj pravično in zdravo družbo za vse.

Uredniški odbor publikacije Vpliv zdravstvenega sistema in fizičnega okolja na neenakosti v zdravju v Sloveniji

1. PRIKAZ STANJA NA PODLAGI KAZALNIKOV IN KVALITATIVNEGA RAZISKOVANJA

1.1. O kazalnikih neenakosti v zdravju, primerjalni prikaz ključnih kazalnikov in izbrani kazalniki neenakosti v Sloveniji

1.1.1 O kazalnikih neenakosti v zdravju

Avtorji: Metka Zaletel, Ada Hočevar Grom, Tatjana Kofol Bric

V Sloveniji že skoraj dve desetletji ugotavljamo, da neenakosti v zdravju obstajajo, pomembno pa je, da jih znamo tudi izmeriti, prikazati in razložiti. Glavno orodje pri tem so javnozdravstveni kazalniki, ki jih uporabljamo kot merila za ocenjevanje zdravstvenih trendov skozi čas in med različnimi populacijami. S spremljanjem teh kazalnikov lahko različni deležniki, zlasti pa upravljalci zdravstvenih sistemov in politik, opazujejo razvoj obstoječih zdravstvenih vprašanj in nastanek novih javnozdravstvenih problemov, spremljajo učinke zdravstvenih politik in dodeljujejo sredstva tja, kjer so najbolj potrebna. Javnozdravstveni kazalniki omogočajo primerjave med regijami, državami in različnimi sociodemografskimi skupinami ter spremljanje razvoja nekega pojava skozi čas, vse to pa pripomore k prepoznavanju dobrih praks in identifikaciji področij, ki jih je treba izboljšati.

V tej in vseh prejšnjih publikacijah o neenakostih v zdravju v Sloveniji¹ spremljamo obsežen nabor kazalnikov. Pri razvoju tega nabora smo izhajali iz metodoloških priročnikov, ki so jih s sodelovanjem vodilnih strokovnjakov pripravile mednarodne organizacije (1, 2, 3, 4, 5). Te so raziskovanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju uvrstile v fokus svojega delovanja na področju zdravja prebivalstva. Izbor kazalnikov smo prilagodili slovenskim razmeram in ključnim javnozdravstvenim izzivom, hkrati pa smo upoštevali tudi razpoložljivost podatkovnih virov v Sloveniji. Osredotočili smo se na razlike, ki nastajajo zaradi socialno-ekonomskega položaja.

Pri pripravi in interpretaciji kazalnikov ne moremo mimo dejstva, da podatki, na katerih temeljijo kazalniki, v večini primerov zajemajo tudi pandemsko leta (2020–2023). Pandemija covid-19 je pomembno zaznamovala vsa področja človekovega življenja v Sloveniji in po svetu. Od pojava prve okužbe z virusom SARS-CoV-2 v Sloveniji so minila že več kot štiri leta. Od takrat smo zaznali več epidemičnih valov, ki so prizadeli celotno državo in vse njene prebivalce. Posledice pandemije čutimo še danes, vrednosti posameznih kazalnikov pa jasno kažejo, kako je pandemija vplivala tudi na področja, s katerimi covid-19 ni neposredno povezan. Gre za vpliv in posledice pandemije na posameznika, družbo in zdravstveni sistem. Resnost pandemije in uvedeni ukrepi za omejevanje prenosa okužbe so po letu 2020 vplivali na vsakdanje življenje vseh ljudi, tudi tistih, ki jih virus ni neposredno prizadel. Vpliv pandemije je, kjer je to potrebno, pojasnjen in opisan v interpretaciji posameznih kazalnikov.

Razvrščanje posameznikov v različne skupine po tipičnih determinantah socialno-ekonomskega položaja za namene primerjav upošteva podatke o posamezniku in mednarodno primerljive kategorije. V publikacijah NIJZ se kot določevalec socialno-ekonomskega položaja največkrat uporablja dosežena stopnja izobrazbe. Ta podatek je med socialno-ekonomskimi določevalci najbolj zanesljiv ali preprosto povezljiv iz različnih virov podatkov, tako iz podatkovnih zbirk kot iz nacionalnih anketnih raziskav, iz katerih pridobivamo informacije s podro-

¹ Neenakosti v zdravju v Sloveniji (2011), Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize (2018), Neenakosti v zdravju: Izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju (2021).

čij zdravja, zdravstva, sociale, trga dela in ekonomskega položaja prebivalstva. Že v prejšnjih publikacijah o neenakosti v zdravju smo prikazali, da dosežena stopnja izobrazbe in dohodek kažeta dobro medsebojno ujemanje tako na nacionalni kot na regionalni ravni (6, 7).

S kazalniki zdravja prikazujemo izide in pomembne dejavnike, ki vplivajo na glavne vzroke bolezni in smrti. Informacije pomagajo organizacijam, skupnostim in državam, da osredotočijo svoje vire in prizadevanja za izboljšanje zdravja in dobrega počutja vseh ljudi. O tem, katere kazalnike izbrati za prikaz neenakosti v zdravju, poteka stalna strokovna razprava. Tuje in domače analize so nas naučile, da obstajajo dejavniki zdravja in bolezni, pri katerih najdemo občutne razlike po socialno-ekonomskem položaju v škodo manj izobraženih ali manj premožnih, pa tudi taki, kjer razlik po socialno-ekonomskem položaju ni ali so celo obrnjene.

V tokratni publikaciji smo se odločili objaviti enak nabor kazalnikov kot v prejšnjih publikacijah razen tistih, za katere še ni novih oziroma osveženih podatkov zaradi večletne periodike nacionalnih raziskav (na primer nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu, ki se izvaja na šest let). Kazalniki za prejšnjo publikacijo so bili izbrani na podlagi izkušenj, pridobljenih ob pripravi prvih dveh publikacij. Tako kot v prejšnji publikaciji vključena tematska področja predstavljajo velike javnozdravstvene izzive z vidika razširjenosti oziroma pogostosti in njihovega vpliva na delovno zmožnost prebivalstva, prezgodnjo umrljivost, obremenitev zdravstvene službe ter kakovost življenja v Sloveniji in Evropi (6).

Tudi v tokratni publikaciji lahko s ponosom pokažemo kazalnike, ki so plod medinstitucionalnega sodelovanja. To je omogočilo, da so pri opisih kazalnikov socialnega varstva, dolgotrajne oskrbe in dostopnosti zdravstvenega sistema svoje znanje prispevali strokovnjaki, ki te podatke in njihovo interpretacijo najbolj poznajo. Socialni kazalniki v zgodnjih obdobjih življenja kažejo pomembne razlike v izhodiščnih možnostih za zdravo življenje. Zato smo tokrat med kazalnike uvrstili obsežen nabor tistih, ki osvetljujejo socialni položaj v Sloveniji. Razširjeno prikazujemo kazalnike zdravstvenega sistema, ki je kljub univerzalnemu zdravstvenemu zavarovanju za nekatere skupine slabše dostopen.

V prikazih kazalnikov izobrazbo razvrščamo v nizko, srednjo in visoko. Nizka izobrazba vključuje osebe brez izobrazbe do poklicne stopnje, visoka pa osebe z doseženo višjo do diplomsko izobrazbo. Kjer je bilo mogoče, smo vrzel med nizko in visoko izobraženimi prikazali v daljšem obdobju in poskušali oceniti, ali se razlike po socialno-ekonomskem položaju v Sloveniji zmanjšujejo, povečujejo, ostajajo nespremenjene ali pa jih ne moremo jasno določiti.

Ko opazujemo zdravje, je starost najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na izide. Tudi pri dejavniki vedenjskega sloga opazamo pomembne razlike po starostnih skupinah, ki pa so pogosto razporejene drugače kot pri izidih zdravja. Izidi zdravja so namreč tipično ugodnejši za mlajše prebivalce, medtem ko pri nekaterih dejavniki tveganja opazamo, da se mlajši prebivalci vedejo bolj tvegano. Da bi v čim večji meri izločili vpliv starosti pri primerjavah v času in prostoru, smo uporabili starostno standardizacijo kot običajni standard pri kazalnikih o izidih zdravja in večini drugih prikazanih kazalnikov.

Pri obsežni analizi, ki je bila potrebna pred opisom kazalnikov, smo izračunavali različne mere tako relativne kot absolutne razlike med skupinami, naklonski (ang. slope) indeks neenakosti, neenakostim pripisljiv delež razlike med skupinami (ang. population attributable fraction – PAF), pri prikazih pa smo se odločali za enostaven prikaz vrzeli v incidenci ali prevalenci po skupinah socialno-ekonomskega dejavnika, najpogosteje po izobrazbi.

S prikazanim naborom kazalnikov vzpostavljamo standardni nabor izbranih kazalnikov, s katerim bomo dolgoročno in pogosteje spremljali neenakosti v zdravju v Sloveniji.

Literatura

1. Spinakis A., Anastasiou G., Panousis V., Spiliopoulos K., Palaiologou S, Yfantopoulos J., idr. Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the European Union - summary report. Luxembourg: Generalni direktorat Evropske komisije za zdravje in potrošnike; 2011. 39 str.
2. WHO. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Luxembourg: World Health Organization; 2013. 126 str.
3. WHO. National health inequality monitoring: a step-by-step manual. Geneva: World Health Organization; 2017.
4. De Looper M., Lafortune G. Health working papers no. 43. Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. Paris: OECD; 2009.
5. Conway D.I., McMahon A.D., Brown D., Leyland A.H. Measuring socioeconomic status and inequalities. In: Vacarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R, et al, editors. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019.
6. Buzeti T., Gabrijelčič Blenkuš M., Gruntar Činč M., Ivanuša M., Pečar J., Tomšič S., idr. Neenakosti v zdravju v Sloveniji [Internet]. 2011 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/neenakosti-v-zdravju-v-sloveniji/>
7. NIJZ. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize [Internet]. 2018 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/neenakosti-v-zdravju-v-sloveniji-v-casu-ekonomske-krize/>

1.1.2 Primerjalni prikaz ključnih kazalnikov

	izboljšanje v opazovanem obdobju
	poslabšanje v opazovanem obdobju
	ni statistično značilne spremembe ali nedoločljiv trend zaradi nihanja vrednosti ali obrata vrzeli v opazovanem obdobju

Tabela 1.1: Časovni trendi kazalnikov, ki jih v publikaciji prikazujemo po izobrazbenih skupinah.

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Kajenje v nosečnosti				
Delež žensk z indeksom telesne mase nad 25 pred nosečnostjo				
Prvi pregled v nosečnosti po 12. tednu				
Nosečnica brez presejalne preiskave				
Nosečnice (prva nosečnost) brez udeležbe na materinski šoli				
Prezgodnji porod				
Nizka porodna teža				
Perinatalna umrljivost enojčkov				
Umivanje zob				
Brezzobost				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka – moški				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka – ženske				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen – moški				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen – ženske				
Incidenca vseh rakov skupaj – moški				
Incidenca vseh rakov skupaj – ženske				
Incidenca pljučnega raka – moški				
Incidenca pljučnega raka – ženske				
Incidenca želodčnega raka – moški				
Incidenca želodčnega raka – ženske				
Incidenca raka dojk				
Incidenca kožnega melanoma – moški				
Incidenca kožnega melanoma – ženske				
Incidenca rakov glave in vratu – moški				
Incidenca rakov glave in vratu – ženske				
Obravnave v bolnišnicah				
Umrlijivost zaradi pljučnega raka – moški				
Umrlijivost zaradi pljučnega raka – ženske				
Umrlijivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov – moški				
Umrlijivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov – ženske				
Umrlijivost odraslih zaradi poškodb v nezgodah				
Umrlijivost starejših zaradi padcev				
Umrlijivost zaradi samomora – moški				
Umrlijivost zaradi samomora – ženske				

Opomba: cvetoče duševno zdravje je izvzeto iz prikaza, ker za ta kazalnik ni trenda.

Tabela 1.2: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi izboljšuje – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se manjša.

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Prvi pregled v nosečnosti po 12. tednu				
Umivanje zob				
Umrljivost zaradi samomora – moški				

Tabela 1.3: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi slabša – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se večja.

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Nosečnice (prva nosečnost) brez udeležbe na materinski šoli				
Brezzobost				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka – moški				
Prejemniki zdravil za zniževanje krvnega tlaka – ženske				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen – moški				
Prejemniki zdravil za sladkorno bolezen – ženske				
Umrljivost zaradi pljučnega raka – ženske				
Umrljivost zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov – moški				

Tabela 1.4: Kazalniki, kjer trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ni statistično značilen ali niha med obdobji.

Kazalnik	Trend Slovenija	Nizka izobrazba	Visoka izobrazba	Trend vrzeli N/V
Kajenje v nosečnosti				
Delež žensk z indeksom telesne mase nad 25 pred nosečnostjo				
Nosečnica brez presejalne preiskave				
Prezgodnji porod				
Nizka porodna teža				
Perinatalna umrljivost enojčkov				
Incidenca vseh rakov skupaj – moški				
Incidenca vseh rakov skupaj – ženske				
Incidenca pljučnega raka – moški				
Incidenca pljučnega raka – ženske				
Incidenca želodčnega raka – moški				
Incidenca želodčnega raka – ženske				
Incidenca raka dojk				
Incidenca kožnega melanoma – moški				
Incidenca kožnega melanoma – ženske				
Incidenca rakov glave in vratu – moški				
Incidenca rakov glave in vratu – ženske				
Obravnave v bolnišnicah				
Umrljivost zaradi pljučnega raka – moški				
Umrljivost zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov – ženske				
Umrljivost odraslih zaradi poškodb v nezgodah				
Umrljivost starejših zaradi padcev				
Umrljivost zaradi samomora – ženske				



Komentarja

Zdravje ljudi je tesno povezano s socialnimi in ekonomskimi razmerami, v katerih živijo. Ljudje, ki so nižje na družbeni lestvici, zbolevajo pogosteje in imajo krajšo pričakovano življenjsko dobo v primerjavi s tistimi v boljšem socialno-ekonomskem položaju. Rak ni izjema – že vrsto let ugotavljamo, da breme te bolezni nesorazmerno pogosto prizadene socialno-ekonomsko prikrajšane skupine, čeprav ni omejeno le nanje. Številni bolniki z rakom v Sloveniji in drugod po Evropi zbolijo ali prezgodaj umrejo prav zaradi socialno-ekonomskih neenakosti v naši družbi. Zmanjševanje teh neenakosti je zato že dolgo v ospredju prizadevanj strokovne in širše javnosti ter odločevalcev.

V Sloveniji imamo zaradi Registra raka Republike Slovenije, ki že 75 let deluje v okviru Onkološkega inštituta Ljubljana, izredno dolgo tradicijo spremljanja bremena raka in kakovosti oskrbe vseh onkoloških bolnikov v državi. Pričujoče poglavje o vplivu socialno-ekonomskega okolja na pojavnost raka v Sloveniji temelji na podatkih tega populacijskega registra. Verjamemo, da lahko pridobljena spoznanja pripomorejo k boljšemu razumevanju neenakosti ter spodbudijo ukrepe za njihovo zmanjšanje ali celo odpravo. Želimo si, da bi naše delo služilo kot temelj za oblikovanje pravičnejših in bolj učinkovitih zdravstvenih politik, ki bodo izboljšale kakovost življenja bolnikov ter prispevale k bolj enakovredni in dostopni zdravstveni oskrbi za vse.

Vesna Zadnik, vodja Registra raka Republike Slovenije, Onkološki inštitut Ljubljana

Sistem zdravstvenega varstva se v Sloveniji že dlje časa vrti v začaranem krogu. Na eni strani rastoče aspiracije po zdravju in staranje prebivalstva večajo izdatke zdravstvenega sistema, na drugi strani pa ostajajo državni izdatki za zdravstvo relativno nespremenjeni. Iz tega razkoraka neogibno izhajajo različne oblike neenakosti prebivalcev pri dostopu do zdravstvenih storitev.

V poročilu Nacionalnega inštituta za javno zdravje raziskovalci analizirajo različne oblike zdravstvene neenakosti, od geografskih, jezikovnih, kulturnih, socioekonomskih, do neenakosti, povezanih s socialno izključenostjo. Opozarjajo na regionalne razlike okolijskih dejavnikov zdravja, kot sta kvaliteta pitne vode in onesnaženost okolja. Osvetlujejo tudi težave, s katerimi se pri dostopu do zdravstvenih storitev srečujejo različne ranljive skupine prebivalstva.

Iz mnenj lokalnih poznavalcev zdravstvenega stanja, pridobljenih z anketo, izhaja, da med slovenskimi regijami obstajajo velike razlike v dostopu do zdravstvenih storitev. Približno dve tretjini jih meni, da je dostop do zdravstvenih in zobozdravstvenih storitev v njihovi regiji pomanjkljiv (predvsem manjka družinskih zdravnikov, zobozdravnikov, pediatrov in ginekologov), več kot 80 odstotkov pa kot nezadostne ocenjuje storitve dolgotrajne oskrbe.

V času, ko se v slovenski javnosti krepi konsenz o tem, da je reforma zdravstvenega sistema nujna, je publikacija, ki so jo pripravili na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, dragocen pripomoček tako za zainteresirano javnost kot za politične odločevalce.

Barbara Kobal Tomc, direktorica Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo

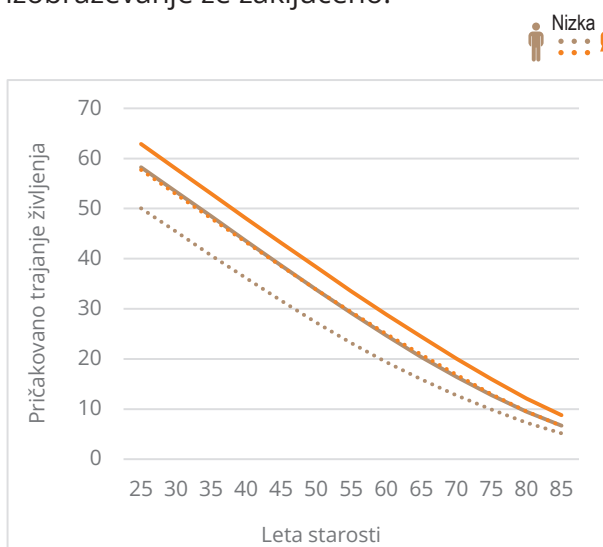
1.1.3 Prikaz nabora kazalnikov

Avtorji: NIJZ: Andreja Belščak, Jona Blatnik, Ivan Eržen, Helena Jeriček Klanšček, Blashko Kasapinov, Aleš Korošec, Helena Koprivnikar, Marcel Kralj, Ana Mihor, Petra Mikolič, Mateja Nagode, Teja Oblak, Christos Oikonomidis, Mircha Poldrugovac, Sandra Radoš Krnel, Martin Ranfl, Mateja Rok Simon, Andreja Rudolf, Saška Roškar, Eva Štromajer, Matej Vinko, Metka Zaletel, Ana Zgaga, Tina Zupanič, OIL: Mojca Birk, Nika Bric, Maja Jurtela, Katarina Lokar, Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič, Vesna Zadnik, Tina Žagar, IER: Andrej Srakar, UMAR: Eva Šarec

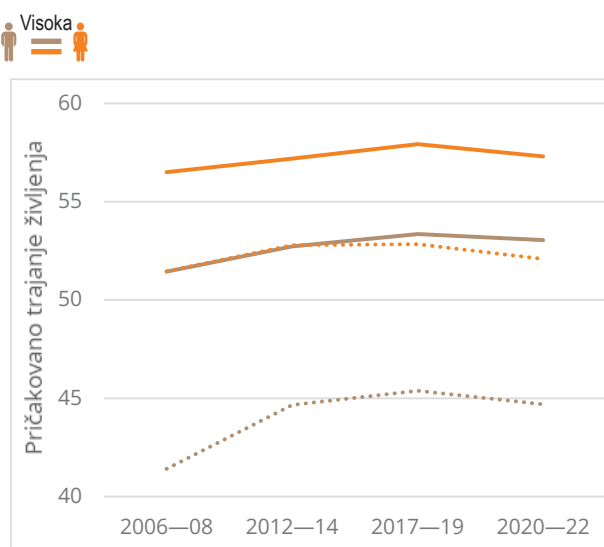
PRIČAKOVANO TRAJANJE ŽIVLJENJA PRI 30. LETU GLEDE NA IZOBRAZBO

Avtor: Blashko Kasapinov

Pričakovano trajanje življenja je kazalnik, ki prikazuje pričakovana leta življenja ob rojstvu ali izbrani že doseženi starosti. Izračun temelji na vzorcih umrljivosti v opazovanem obdobju in predpostavki, da se bodo ti vzorci ohranjali. Osnova za izračun so triletna povprečja stopenj umrljivosti. Ker se v večini družb pričakovano trajanje življenja moških in žensk pomembno razlikuje, je pričakovano trajanje življenja pogosto prikazano ločeno po spolu, navadno ob rojstvu in pri 65. letu starosti. Kazalnik glede na socialno ekonomski položaj, ki je določen z doseženo izobrazbo, prikazujemo za pričakovano trajanje življenja pri 30. letu starosti, ko je izobraževanje že zaključeno.



Slika 1.1: Pričakovano trajanje življenja po spolu in izobrazbi v Sloveniji v obdobju 2020–2022.



Slika 1.2: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po spolu in izobrazbi v štirih obdobjih.

Pričakovano trajanje življenja ob dopolnjenem 30. letu pri obeh spolih se v opazovanih obdobjih povečuje pri vseh izobrazbenih skupinah, razen v zadnjem obdobju, ki ga je zaznamovala pandemija covid-19, ko je Slovenija tako kot večina evropskih držav zaznala upad pričakovanega trajanja življenja. Pri primerjavi obdobj 2012–2014, 2017–2019 in 2020–2022 opazimo ohranjanje okoli 8 let razlike med pričakovanim trajanjem življenja visoko in nizko izobraženih moških, kar je izrazito zmanjšanje vrzeli po izobrazbi iz obdobja 2006–2008, ko je bila razlika 10 let. Pri ženskah se pričakovano trajanje življenja pri 30. letu podaljšuje, vendar ne v vseh izobrazbenih skupinah. V obdobju 2017–2019 je pri nizko izobraženih ženskah pričakovano trajanje življenja ostalo tolikšno, kot je bilo v obdobju 2012–2014, v zadnjem obdobju pa se je še dodatno skrajšalo, kar je predvidoma posledica pandemije covid-19 in visoke umrljivosti med ženskami v višjih starostnih skupinah. Podaljšalo se je pričakovano trajanje življenja visoko izobraženih žensk, kar je povzročilo, da se je vrzel med izobrazbenima

skupinama žensk povečala na 5,2 leta, medtem ko je bila v obdobju 2012–2014 le 4,4 leta, v obdobju 2006–2008 pa 5 let.

Pričakovano trajanje življenja nizko izobraženih žensk je skoraj enako pričakovanemu trajanju življenja visoko izobraženih moških, le v zadnjih opazovanih obdobjih je opazna razlika v korist daljšega življenja visoko izobraženih moških. K razliki po izobrazbi pri moških največ prispeva prezgodnje umiranje nizko izobraženih moških v starosti med 60. in 70. letom, k razliki po izobrazbi pri ženskah pa največ prispeva umiranje nizko izobraženih žensk po 85. letu starosti.

Prikazani podatki za Slovenijo kažejo povečanje izobrazbene vrzeli v pričakovanem trajanju življenja pri ženskah v zadnjih dveh opazovanih obdobjih, v zadnjem opazovanem obdobju pa tudi pri moških. Izobrazbena razlika v umrljivosti žensk je enakomerna v vseh življenjskih obdobjih, poveča pa se v zadnjem obdobju življenja. Preprečljive vzroke za povečanje vrzeli pri ženskah je zato treba poleg že znane različne razširjenosti dejavnikov tveganega vedenjskega sloga med izobrazbenimi skupinami iskati in obravnavati tudi v dostopnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe. Pandemija covid-19 je povzročila občutno skrajšanje pričakovanega trajanja življenja v letih 2020 in 2021, hkrati pa je povzročila močno povečanje vrzeli v tem kazalniku v državah EU. V številnih državah srednje in vzhodne Evrope je upad pričakovanega trajanja življenja od začetka pandemije leta 2020 vsaj začasno zmanjšalo vse pridobitve iz prejšnjega desetletja, če ne še dlje (1).

Neenakosti v pričakovanem trajanju življenja glede na izobrazbo so na splošno večje pri moških kot pri ženskah, posebej v srednji in vzhodni Evropi. Za 14 evropskih držav, kjer je na voljo podatek o izobrazbi umrlih, je povprečno pričakovano trajanje življenja moškega pri 30. letu z nizko izobrazbo 7 let krajše kot moškega z visoko izobrazbo. Izobrazbena vrzel pri ženskah je v povprečju 14 držav okoli 3 leta (2). Pri analizi osmih dejavnikov tveganja, ki značilno predstavljajo različna področja življenja in z njimi povezane politike v izbranih državah EU, so k izobrazbeni vrzeli v pričakovanem trajanju življenja med 35. in 80. letom starosti največ prispevali kajenje, nizek dohodek, debelost ter premajhno uživanje sadja in zelenjave. Med državami obstajajo velike razlike v pomembnosti opazovanih dejavnikov tveganja (3). S tem so povezane tudi različni prednostni cilji držav pri ukrepih, ki posledično podaljšujejo pričakovano trajanje življenja in zmanjšujejo socialno-ekonomske neenakosti. Nazadnje, umrljivost zaradi covid-19 je nesorazmerno prizadela tiste z nižjim socialno-ekonomskim statusom in povečala obstoječe družbene neenakosti (4).

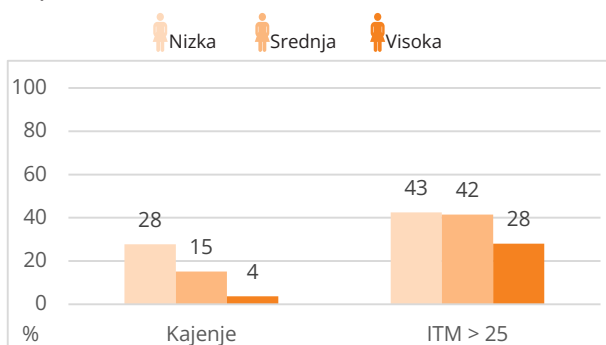


V času pandemije se je ustavilo daljšanje pričakovanega trajanja življenja pri 30. letu starosti. Vrzel med nizko in visoko izobraženimi še vedno obstaja ter je bolj izražena pri moških.

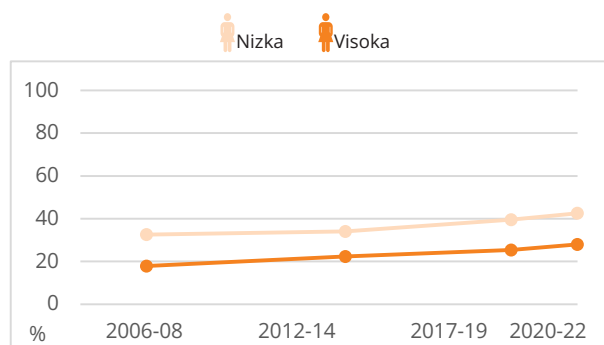
ŽIVLJENJSKI SLOG V NOSEČNOSTI

Avtorji: Eva Štromajer, Barbara Mihevc Ponikvar, Marcel Kralj

Splošno zdravstveno stanje in življenjski slog žensk v rodni dobi vplivata na potek in izid nosečnosti. Med pomembnejšimi dejavniki, ki lahko povzročajo zaplete v nosečnosti in tudi dolgoročno vplivajo na zdravje novorojenega otroka, sta kajenje v nosečnosti in čezmerna prehranjenost nosečnice (5). Zato v tem poglavju prikazujemo delež žensk, ki v nosečnosti kadijo, ter delež žensk s čezmerno prehranjenostjo ali debelostjo (indeks telesne mase (ITM) več kot 25) v začetku nosečnosti.



Slika 1.3: Deleži kadilk in žensk z ITM nad 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi, 2020–2022.



Slika 1.4: Delež žensk z ITM nad 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi in obdobjih.

V letih 2020–2022 je kadilo 9,9 % nosečnic. Največji delež kadilk je bil v najnižji starostni skupini; do vključno 24. leta je kadilo 16,6 % nosečnic, med 25. in 34. letom ter po 35. letu pa 9,1 %. Glede na stopnjo izobrazbe so bile razlike večje, saj je bil delež kadilk med najmanj izobraženimi več kot sedemkrat večji kot med najbolj izobraženimi, nosečnice s srednjo izobrazbo pa so kadile štirikrat pogosteje kot najbolj izobražene. Delež kadilk se v obdobju 2006–2022 ni statistično značilno spremenil, prav tako se ni spremenila vrzel med najnižjo in najvišjo izobrazbeno skupino.

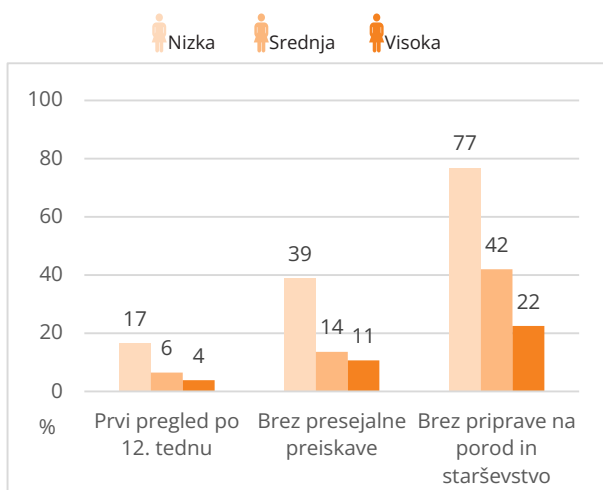
V letih 2020–2022 je ITM več kot 25 v začetku nosečnosti imelo 34,3 % žensk. Najmanj izobražene ženske so imele za 52 % večje tveganje za ITM več kot 25 v primerjavi z najvišje izobraženimi. Razlika med najnižjo in najvišjo izobrazbeno skupino je bila največja pri ženskah, starih 35 let in več (za 70 % večje tveganje) in najmanjša pri ženskah, mlajših od 25 let (za 22 % večje tveganje). V obdobju 2006–2022 je porastel delež nosečnic s čezmerno prehranjenostjo in debelostjo. Porast smo zaznali v vseh izobrazbenih skupinah, ob tem pa se vrzel med najnižjo in najvišjo izobrazbeno skupino ni statistično značilno spremenila.

Dejavniki življenjskega sloga povečajo tveganje za nekatere zaplete in neugodne izide nosečnosti. Kajenje v nosečnosti je povezano z zastojem rasti, prezgodnjim porodom, nizko porodno težo, mrtvorojenostjo in nekaterimi prirojenimi anomalijami. Povezano je tudi z dolgoročnimi posledicami, saj imajo otroci mater, ki so med nosečnostjo kadile, večje tveganje za debelost, prizadetost pljuč ter za vedenjske in kognitivne primanjkljaje (5). Obstajajo dokazi, da se tveganje za nekatere zaplete nosečnosti in za smrt otroka v prvem letu življenja manjša z manjšanjem števila dnevno pokajenih cigaret v nosečnosti (6, 7). Prenehanje kajenja po prvem trimesečju lahko zmanjša tveganje za smrt otroka v prvem letu življenja v primerjavi z nosečnicami, ki kadijo celotno obdobje nosečnosti (7). Nosečnice, ki so čezmerno prehranjene ali debele, imajo povečano tveganje za gestacijski diabetes, preeklampsijo, zastoj rasti ali makrosomijo, prezgodnji porod, carski rez, prirojene anomalije in mrtvorojenost. Med dolgoročnimi posledicami za otroka so lahko debelost, astma in zaostanek v razvoju (5). Pomembno je spodbujanje zdravega življenjskega sloga že v obdobju pred nosečnostjo, spodbujanje udeležbe v programih varne vadbe v nosečnosti ter k opustitvi kajenja v zgodnji nosečnosti, pri čemer je posebno pozornost treba namenjati ženskam iz deprivilegiranih skupin.

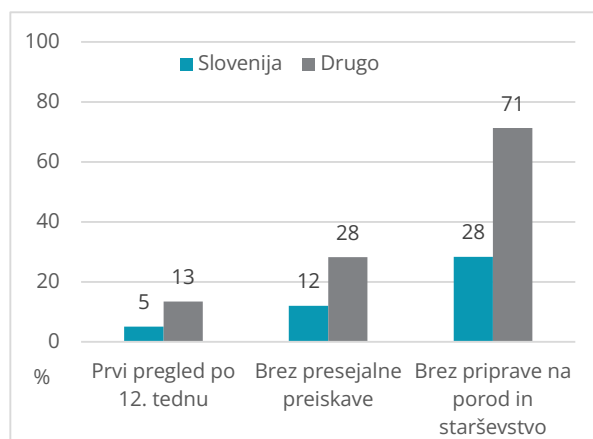
ZDRAVSTVENO VARSTVO V NOSEČNOSTI

Avtorji: Eva Štromajer, Barbara Mihevc Ponikvar, Marcel Kralj

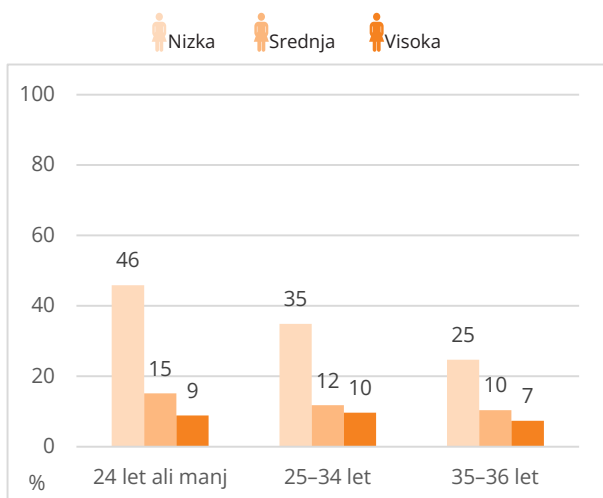
V Sloveniji v skladu s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) vsaki ženski financira deset preventivnih pregledov v obdobju nosečnosti. Prvi pregled naj bi bil opravljen do 12. tedna nosečnosti. Ženske, ki so bile ob terminu poroda stare 35–37 let, so bile do leta 2023 upravičene tudi do presejalne preiskave za odkrivanje kromosomopatij pri plodu; za druge je bila samoplačniška. Nosečnica in partner ali drug spremljevalec se lahko udeležita tudi tečaja priprave na porod in starševstvo (PPS). Med kazalniki uporabe zdravstvenega varstva v nosečnosti prikazujemo delež žensk s prvim pregledom po 12. tednu nosečnosti, delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile PPS, in delež žensk brez opravljene presejalne preiskave na kromosomopatije v nosečnosti. Namen preventivnih aktivnosti v nosečnosti je varovanje zdravja matere in ploda z zgodnjim odkrivanjem in zdravljenjem zapletov, odkrivanjem povečanega tveganja za prirojene nepravilnosti, krepitvijo zdravega življenjskega sloga ter pripravo na porod in skrb za dojenčka.



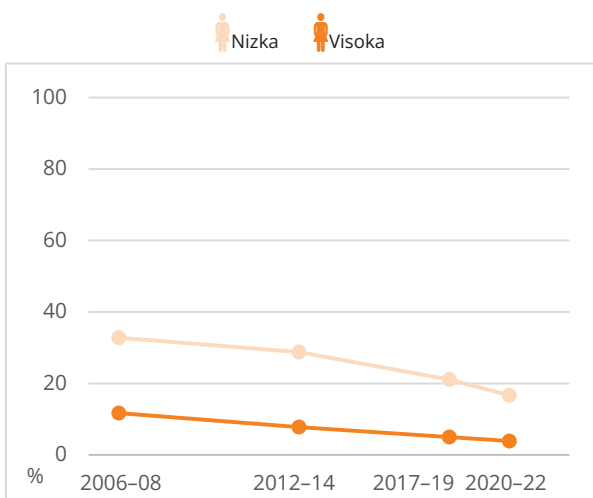
Slika 1.5: Izbrani kazalniki zdravstvenega varstva v nosečnosti, po izobrazbi, 2020–2022.



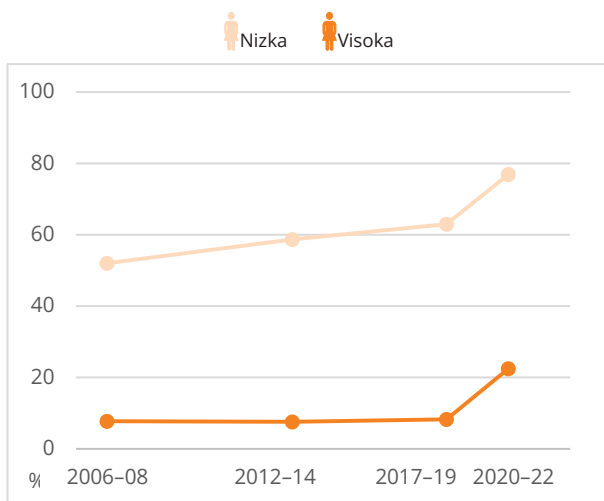
Slika 1.6: Izbrani kazalniki zdravstvenega varstva v nosečnosti, po državi prvega bivališča, 2020–2022.



Slika 1.7: Delež nosečnic brez presejalne preiskave na kromosomopatije, po izobrazbi in starosti, 2020–2022.



Slika 1.8: Delež žensk, ki so prvi pregled v nosečnosti opravile po 12. tednu, po izobrazbi in obdobjih.



Slika 1.9: Delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile priprave na porod in starševstvo, po izobrazbi in obdobjih.

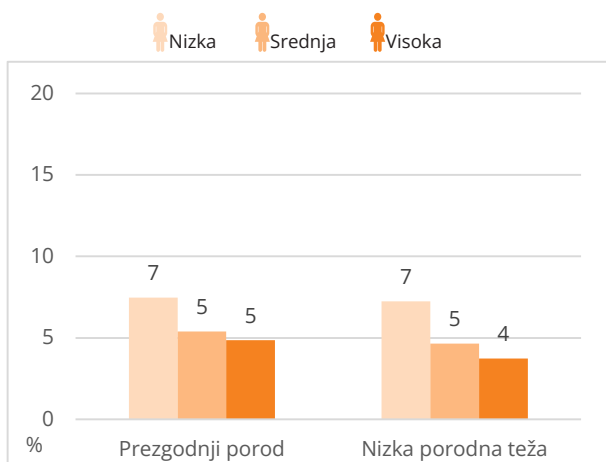
Prvi pregled je po 12. tednu opravilo 6,9 % žensk, med starimi do 24 let pa 13,1 %. V obdobju 2006–2022 ugotavljamo trend upadanja tega kazalnika pri ženskah z visoko in z nizko izobrazbo, zmanjšala se je tudi absolutna vrzel med izobrazbenima skupinama, medtem ko se je v tem obdobju relativna vrzel statistično značilno povečala. Delež žensk brez presejalne preiskave na kromosomopatije je v letih 2020–2022 znašal 15,0 %. Tudi pri tem kazalniku opazamo trend upadanja pri obeh izobrazbenih skupinah, nakazuje se trend zmanjševanja vrzeli med izobrazbenima skupinama, toda za zdaj ni statistično značilen. PPS se ni udeležilo 35,3 % prvorodk, med mlajšimi kar 56,6 %, trend tega kazalnika pa kaže na porast tako pri nizko kot pri visoko izobraženih ženskah, s povečanjem vrzeli med izobrazbenima skupinama.

V letih 2020–2022 je bil pri uporabi zdravstvenih storitev še vedno slabši odziv mlajših, nizko izobraženih in priseljenk. Največje razlike med izobrazbenima skupinama so bile pri mlajših nosečnicah (do 24 let). V omenjenem obdobju je bila pri presejalni preiskavi za kromosomopatije razlika med izobrazbenimi skupinami najnižja med 35. in 37. letom, ko je bila preiskava brezplačna. Od leta 2023 brezplačna presejalna preiskava pripada nosečnicam vseh starosti in upamo, da bo to prispevalo k zmanjšanju vrzeli med izobrazbenimi skupinami. Poleg zagotavljanja brezplačnih storitev je treba ohranjati dostopnost izbranih osebnih ginekologov, vzdrževati čim višjo raven zdravstvene pismenosti ter povečati ozaveščenost pri skupinah z najslabšim izkoriščanjem zdravstvenih storitev. Opažamo povečanje neenakosti pri prvem pregledu po 12. tednu in pri udeležbi na PPS. Pri zadnji lahko značilen upad udeležbe v obdobju 2020–2022 v vseh izobrazbenih skupinah pojasnimo z vplivom pandemije covid-19, žal pa se tudi po koncu te udeležba ni vrnila na predpandemsko raven. Potreben bi bil aktiven pristop z iskanjem in spodbujanjem nosečnic, še posebej ranljivih, k doslednemu izkoriščanju preventivnih zdravstvenih dejavnosti.

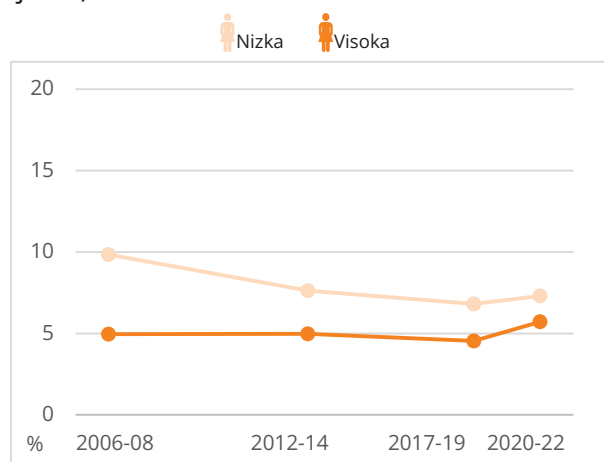
IZIDI NOSEČNOSTI

Avtorji: Eva Štromajer, Barbara Mihevc Ponikvar, Marcel Kralj

Prezgodnji porod (pred 37. tednom nosečnosti) in nizka porodna teža (pod 2500 grami) sta med najpomembnejšimi vzroki obolevnosti in umrljivosti novorojenčkov ter tako spadata med ključne izide nosečnosti. Stopnja perinatalne umrljivosti pa je sploh eden najpomembnejših kazalnikov zdravja in kakovosti zdravstvenega varstva v nosečnosti, med porodom in po njem (5). V poglavju tako prikazujemo delež prezgodaj rojenih enojčkov, delež enojčkov z nizko porodno težo ter stopnjo perinatalne umrljivosti enojčkov (vsota števila mrtvorojenih in števila otrok umrlih v starosti 0–6 dni na 1000 rojstev).



Slika 1.10: Deleži prezgodnjih porodov in enojčkov s težo pod 2500 g, po izobrazbi matere, 2020–2022.



Slika 1.11: Stopnja perinatalne umrljivosti enojčkov, po obdobjih in izobrazbi matere.

V letih 2020–2022 se je prezgodaj rodilo 5,3 % enojčkov, nizko porodno težo je imelo 4,4 % enojčkov. Tveganje za prezgodnji porod je bilo pri ženskah z nizko izobrazbo za 54 % višje, delež enojčkov z nizko porodno težo pa še enkrat večji kot pri visoko izobraženih (v starostni skupini do 24 let trikrat večji delež). Deleža prezgodaj rojenih enojčkov in enojčkov z nizko porodno težo sta v primerjavi s preteklimi obdobji upadla pri visoko izobraženih ženskah, vendar se vrzel med izobrazbenima skupinama ni statistično značilno spremenila. Tudi celotni delež prezgodaj rojenih enojčkov je v obdobju 2006–2022 statistično značilno upadel. Tveganje za perinatalno smrt enojčka je bilo v letih 2020–2022 pri nizko izobraženih ženskah za 28 % višje kot pri visoko izobraženih, vendar razlika ni statistično značilna. Tveganje postane višje za 84 % in statistično značilno, če iz primerjave izključimo umetno sprožene prekinitve nosečnosti zaradi razvojnih nepravilnosti otroka. Stopnja perinatalne umrljivosti se v obdobju 2006–2022 ni statistično značilno spremenila, prav tako se ni statistično značilno spremenila relativna vrzel med izobrazbenima skupinama kljub zmanjšanju absolutne vrzeli.

Družbene determinante prek materialnih okoliščin, življenjskega sloga, psihosocialnega okolja in zdravstvenega sistema z neposrednimi in posrednimi mehanizmi vplivajo na izide nosečnosti. Prezgodnji porod je eden glavnih vzrokov perinatalne obolevnosti in umrljivosti ter je povezan z razvojem kroničnih bolezni pozneje v življenju. Nizka porodna teža je pogostejša pri multipli nosečnosti, prezgodnjem porodu in zastoju rasti ploda ter je prav tako povezana s slabšimi perinatalnimi izidi in z dolgoročnimi posledicami (hipertenzija, srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen, metabolni sindrom). Neugodni izidi nosečnosti tako vzdržujejo neenakosti v zdravju in družbi (5, 8). Zaradi možnosti dolgoročnih posledic slabših izidov nosečnosti je še posebej pomembno njihovo preprečevanje, kar zaradi prepletanja vzrokov na različnih ravneh države predstavlja izziv. Treba je nameniti zadostna finančna sredstva za čim večjo dostopnost preventivnih programov v nosečnosti, s krepitvijo multidisciplinarnih in individualiziranih pristopov s posebno skrbjo za ranljive nosečnice.

VEČANJE VRZELI MED MLADOSTNIKI MED LETOMA 2018 IN 2022

Avtorji: Helena Jeriček Klanšček, Tina Zupanič

Uvod

Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih so ključen izziv za javno zdravje, še posebej med mladostniki, ki so v kritičnem obdobju razvoja. Z zdravjem povezana vedenja v času mladostništva imajo pomemben vpliv na zdravje tudi v obdobju odraslosti oziroma celotnem življenjskem ciklusu (9). Neenakosti v zdravju v otroštvu in adolescenci se pogosto nadaljujejo vse življenjsko obdobje v obliki socialnih prikrajšanj, kot so manj let izobraževanja in slabše možnosti za zaposlitev, kar lahko sčasoma vodi do različnih težav in tudi do prezgodaj izgubljenih let potencialnega življenja (10).

Raziskave v zadnjih desetletjih potrjujejo, da so med mladostniki iz družin z različnim socialno-ekonomskim položajem pomembne razlike (Blume). Mladostniki, ki odrasčajo v družinah s slabšim socialno-ekonomskim položajem, imajo praviloma slabše kazalnike zdravja ter manj zdrave navade in z zdravjem povezana vedenja kot mladostniki, ki prihajajo iz družin z boljšim socialno-ekonomskim položajem (12 – 24).

Namen prispevka je raziskati neenakosti v kazalnikih zdravja in z zdravjem povezanih vedenj med mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem in mladostniki s podpovprečno ocenjenim blagostanjem v Sloveniji v letih 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 in 2022.

Metode

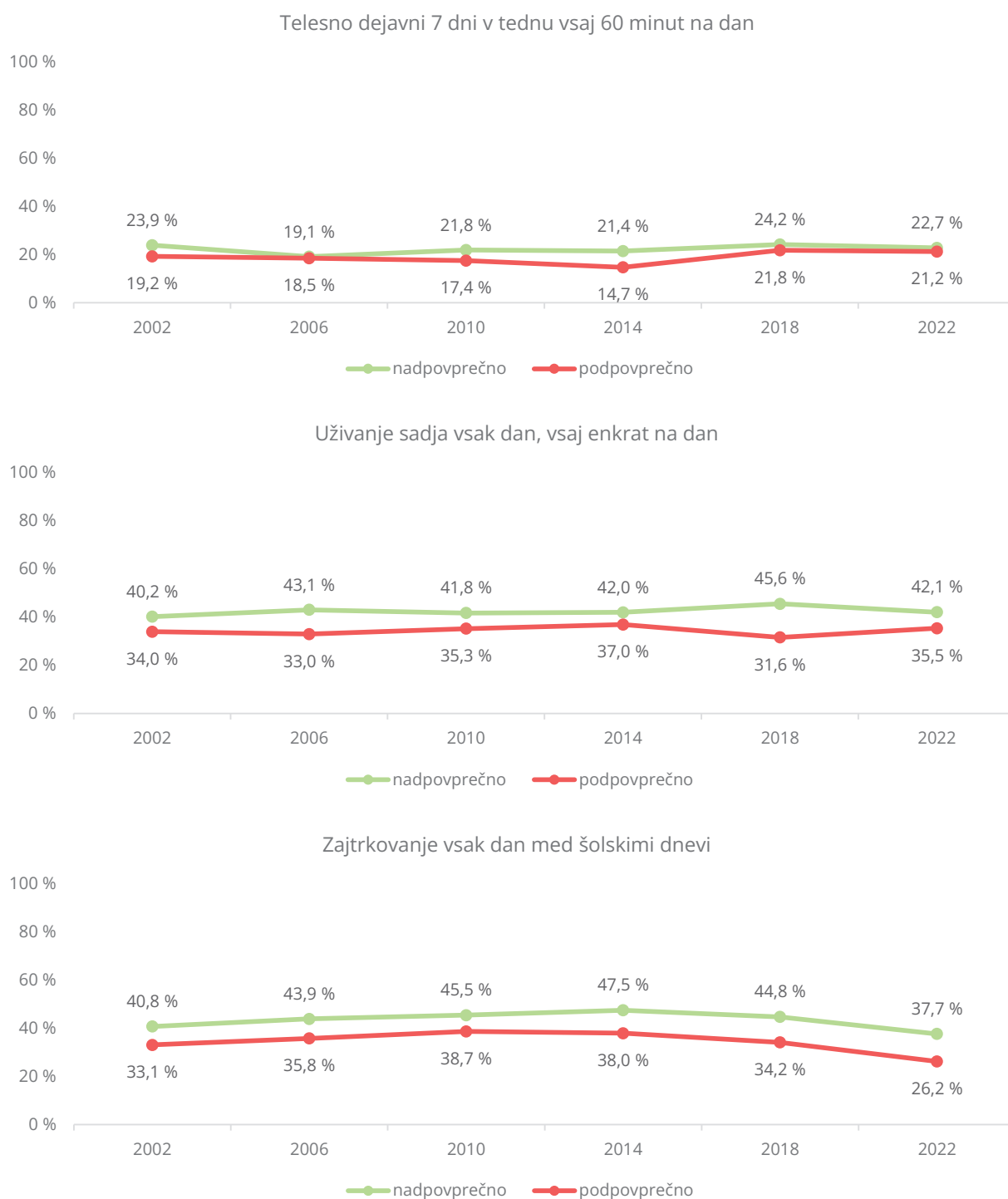
Uporabili smo podatke iz mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (angl. Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) iz let 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 in 2022, ki zajema raznolika področja (25, 26). V skladu z raziskovalnim vprašanjem smo v pričujoči analizi uporabili samoocenjeno denarno blagostanje družine (»Kaj meniš, kako dobro denarno gre tvoji družini: podpovprečno, povprečno ali nadpovprečno?«), ki nam omogoča vpogled v razlike med materialno najbolj privilegirano in najmanj privilegirano skupino mladostnikov. Glede na to smo opazovali kazalnike s posameznih vsebinskih področij: samoocena zdravja (moje zdravje je odlično), zadovoljstvo z življenjem (vrednost 9 ali več na lestvici od 1 do 10), vsaj dva psihosomatska simptoma na teden (od osmih), obremenjenost/pritisk zaradi dela za šolo (zaradi šole sem zelo pod pritiskom), trpinčil druge v šoli vsaj dvakrat v zadnjih mesecih, bil žrtev trpinčenja v šoli (v zadnjih mesecih vsaj enkrat), pitje alkoholnih pijač (več kot enkrat na teden), opitost (vsaj dvakrat v življenju), telesna dejavnost (sedem dni v tednu vsaj 60 minut na dan), uživanje sadja (vsaj enkrat na dan vsak dan), zajtrkovanje (vsak dan med šolskim dnevom), všečnost šole (šola mi je zelo všeč), razmišljanje o samomoru (v zadnjih dvanajstih mesecih).

Rezultati z diskusijo

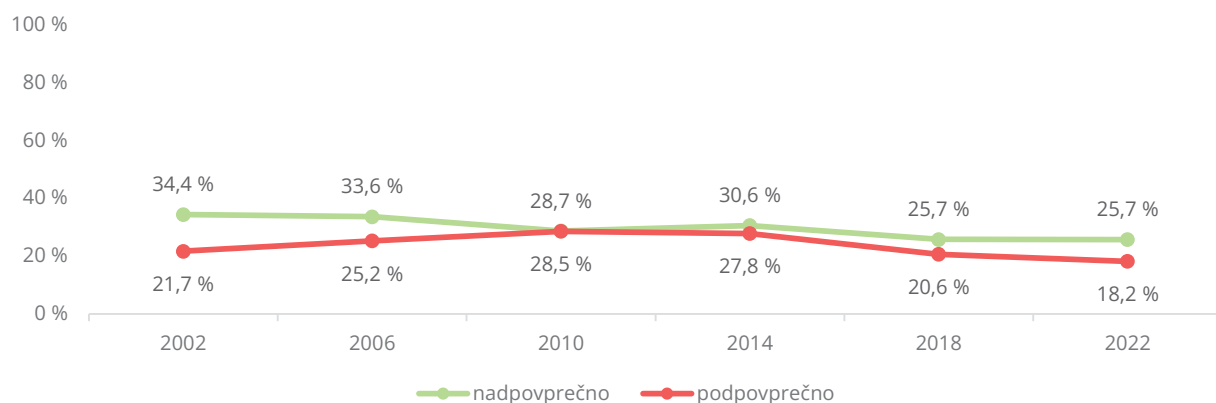
Primerjave med skupinama mladostnikov z nadpovprečno in podpovprečno ocenjenim blagostanjem iz leta 2022 kažejo, da mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem boljše ocenjujejo svoje zdravje, doživljajo manj psihosomatskih simptomov in so bolj zadovoljni s svojim življenjem. Primerjave kažejo tudi, da mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem manj pogosto (tedensko) pijejo alkoholne pijače, so manj pogosto opiti, so pogostejše telesno aktivni, uživajo več sadja, pogostejše zajtrkujejo in jim je šola bolj všeč kot mladostnikom s podpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem. Mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem so manj pod pritiskom zaradi šole, redkeje sodelujejo pri trpinčenju ali so žrtev trpinčenja in so redkeje razmišljali o samomoru v zadnjem letu kot mladostniki s podpovprečno ocenjenim blagostanjem. Razlike med

skupinama so večinoma pomembne, razen pri telesni dejavnosti, kjer ni značilnih razlik med tistimi z nad- in podpovprečnim blagostanjem.

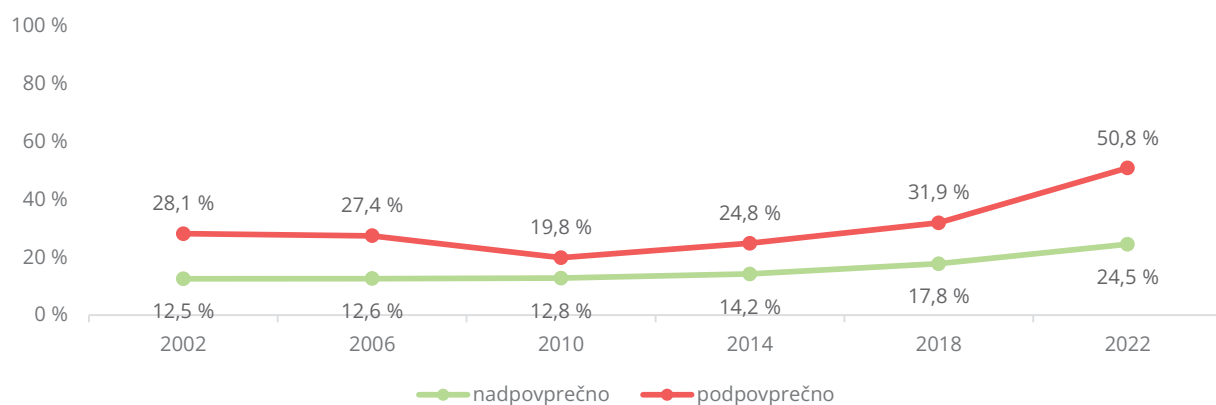
Vrzeli oziroma razlike med skupinama mladostnikov z nadpovprečno in podpovprečno ocenjenim blagostanjem so se v letih od 2002 do 2022 povečale pri približno polovici (šestih) kazalnikih: uživanju sadja, zajtrkovanju, obremenjenosti s šolo, sodelovanju pri trpinčenju in doživetemu trpinčenju ter samomorilnih mislih. Pri preostalih – telesna dejavnost, všečnost šole, tedensko pitje alkohola, odlično zdravje, psihosomatski simptomi in zadovoljstvo z življenjem – ostajajo stabilne ali so se zmanjšale, pri opitosti pa je razlika med skupinama ostala enaka. Vendar so se v letih od 2018 do 2022 razlike med skupinama povečale pri skoraj vseh kazalnikih, razen pri treh, in ostajajo skozi leta velike (Slika 1.12).



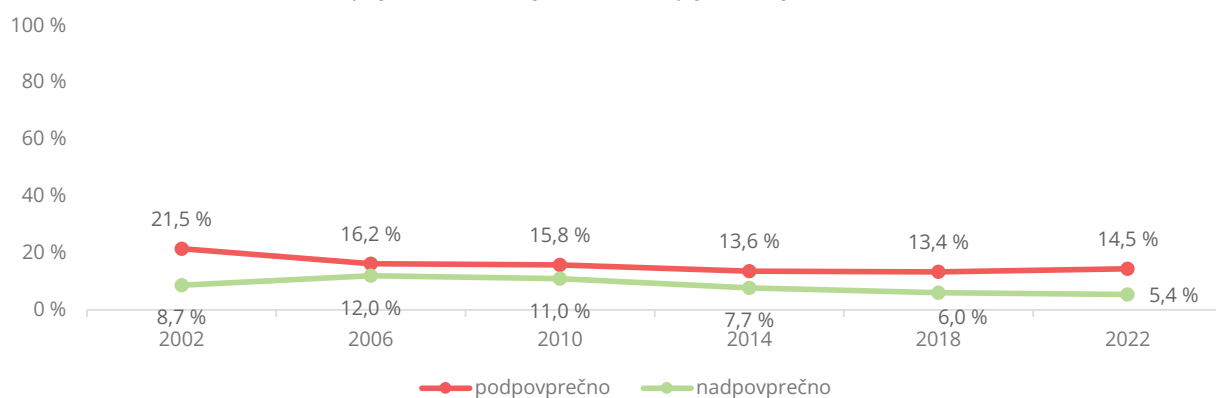
Mladostniki, ki jim je šola zelo všeč



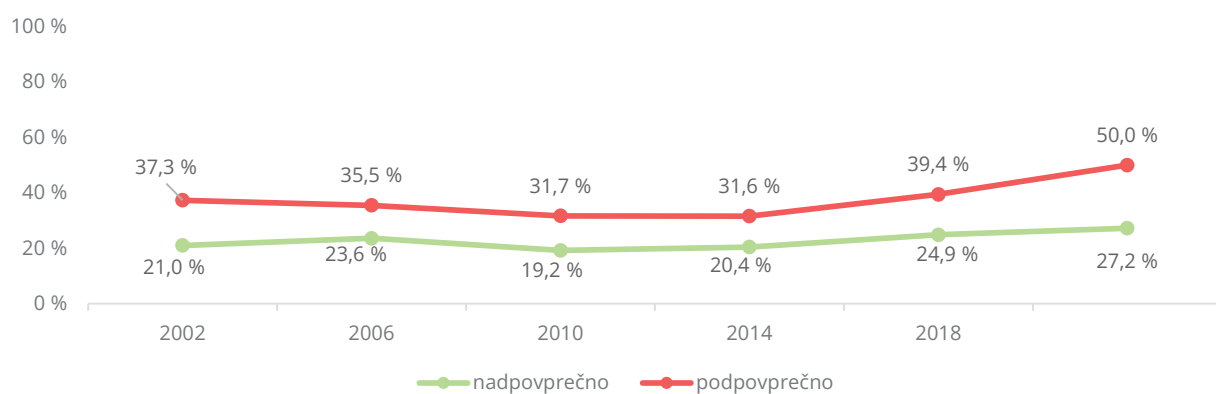
Mladostniki, ki so zelo obremenjeni z delom za šolo



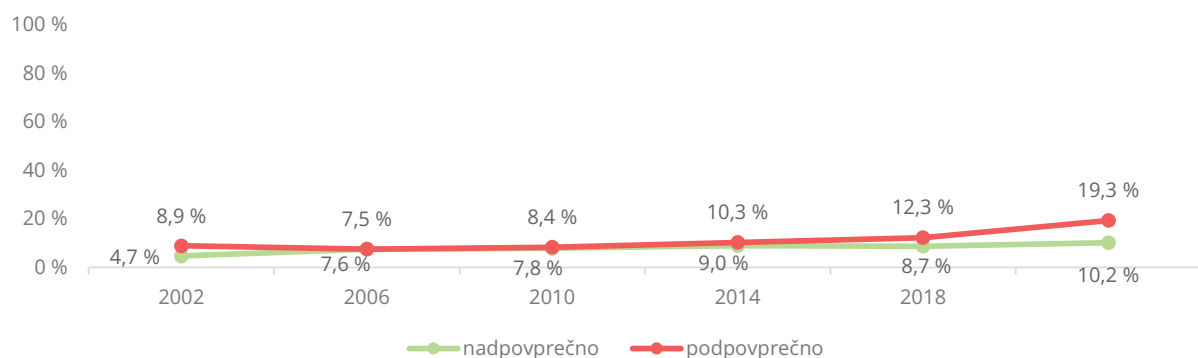
Redno pitje alkohola (Pije alkoholne pijače vsaj enkrat na teden)



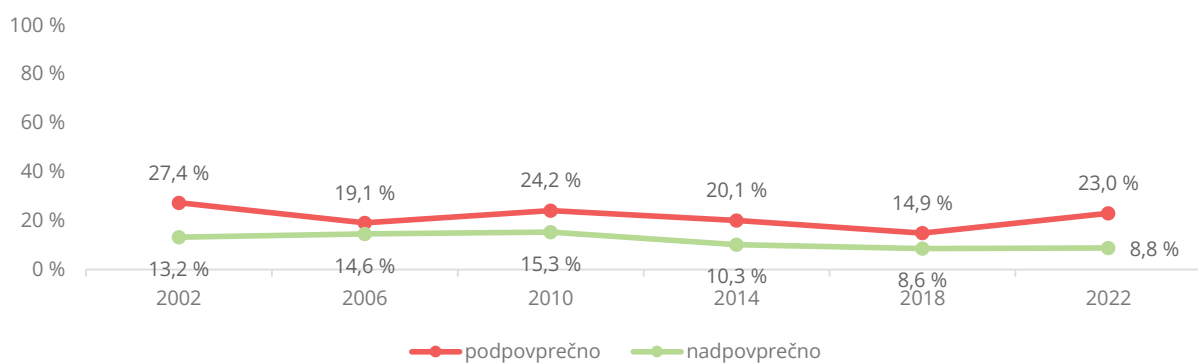
Bil žrtev trpinčenja v šoli vsaj enkrat v zadnjih nekaj mesecih



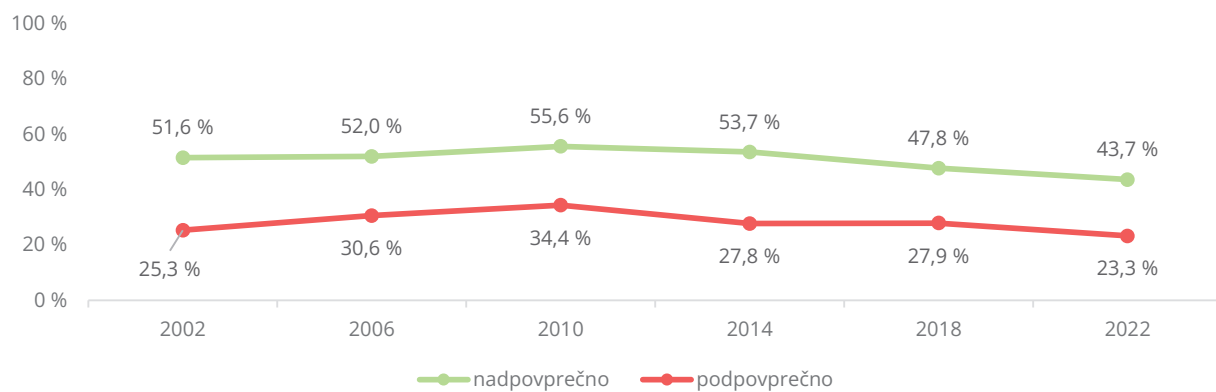
Sodeloval pri trpinčenju v šoli vsaj dvakrat mesečno v zadnjih nekaj mesecih



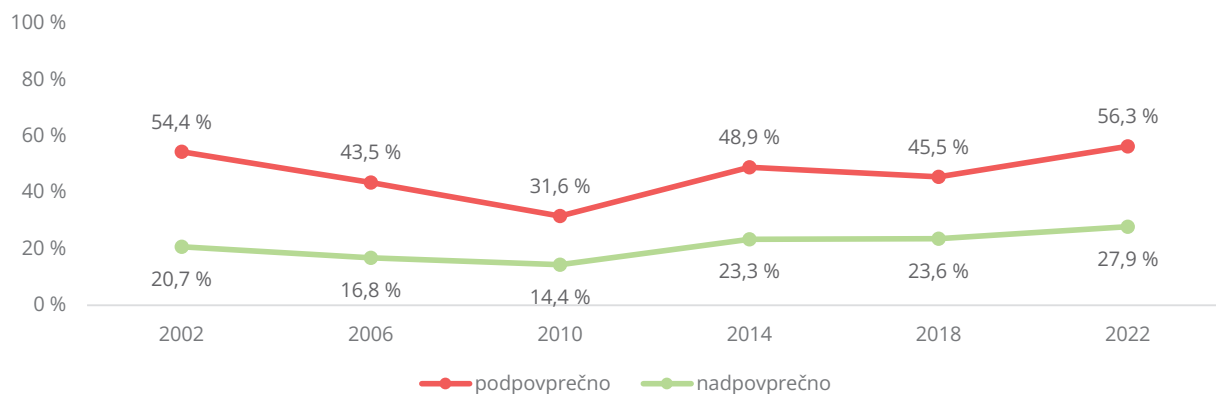
Opit vsaj dvakrat v življenju

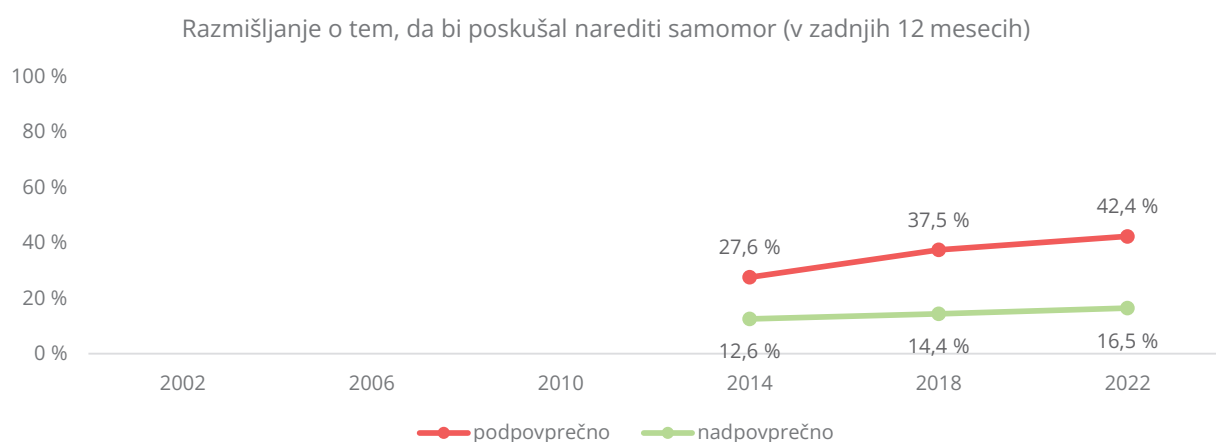
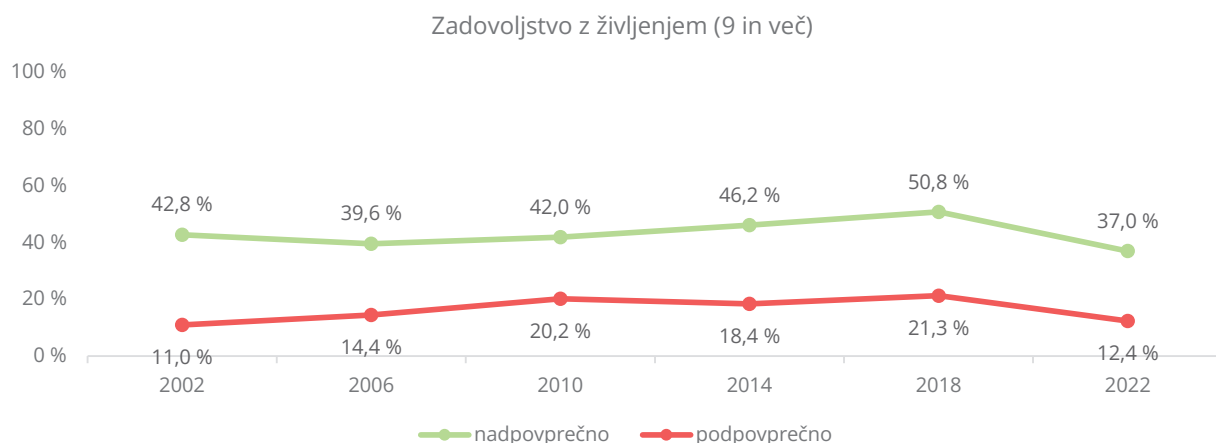


Moje zdravje je odlično



Vsaj dva psihosomatska simptoma več kot enkrat tedensko





Slika 1.12: Vrzel oziroma razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13-, 15-letniki v letih 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 in 2022 (vir: HBSC).

Največje vrzeli oziroma razlike med nad- in podpovprečno skupino v letu 2022 so pri doživljanju psihosomatskih simptomov, obremenjenosti s šolo, samomorilnih misli, zadovoljstvu z življenjem, bil žrtev trpinčenja, doživljanju zdravja kot odličnega. Pri vseh navedenih kazalnikih je absolutna razlika med skupinama nad 20 odstotnih točk. Pri opitosti in vsakodnevnem zajtrkovanju je absolutna razlika med skupinama nad 10 odstotnih točk. Pri preostalih petih kazalnikih so razlike med skupinama manjše od 10 odstotnih točk (tabela 1.5).

Tabela 1.5: Vrzel oziroma razlike v odstotkih (absolutna razlika v prevalenci) ter populaciji pripisljiv delež (PAF) izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13-, 15-letniki v letu 2022 (vir: HBSC, 2022).

	Absolutna razlika v prevalenci (vrzel)	PAF
Tedensko pije alkohol	9,1 %	11,4 %
Bil žrtev trpinčenja	22,8 %	8,0 %
Trpinčil druge	9,1 %	4,8 %
Opit vsaj dvakrat	14,2 %	15,4 %
Šola zelo všeč	-7,5 %	-6,9 %
Odlično zdravje	-20,4 %	-11,4 %
Zelo zadovoljen z življenjem (9 in več)	-24,6 %	-17,5 %
Vsaj dva psihosomatska simptoma tedensko	28,5 %	13,9 %
Razmišljanje o samomoru*	25,9 %	16,1 %
Telesno aktiven 60 minut na dan	-1,5 %	-6,0 %

	Absolutna razlika v prevalenci (vrzel)	PAF
Vsakodnevno zajtrkovanje	-11,4 %	-3,9 %
Vsakodnevno uživanje sadja	-6,7 %	-7,5 %
Zelo obremenjen s šolo	26,4 %	13,0 %

* Samo 15-letniki.

Izračun PAF v raziskavi iz leta 2022 pokaže (tabela 1.5), da bi pri mladostnikih:

- zadovoljstvo z življenjem bilo za 17,5 % višje, če bi bili vsi tako zadovoljni, kot so v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- razmišljanje o samomoru bilo za 16,1 % nižje, če bi vsi razmišljali, kot razmišljajo v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- opitost bila za 15,4 % nižja, če bi bila opitost vseh kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- tedensko doživljanje psihosomatskih simptomov bilo za 13,9 % nižje, če bi vsi doživljali psihosomatske simptome kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- doživljanje stresa/obremenjenosti zaradi dela za šolo bilo za 13 % nižje, če bi vsi doživljali stres zaradi dela za šolo kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- ocena zdravja bila za 11,4 % višja, če bi vsi ocenili svoje zdravje tako kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- tedensko pitje alkohola bilo za 11,4 % nižje, če bi vsi pili alkohol tako kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem.

Pri drugih kazalnikih so razlike med tistimi, ki ocenjujejo denarno blagostanje družine kot podpovprečno, in tistimi, ki ga ocenjujejo nadpovprečno, pod 10 %.

Ugotovitve naše raziskave se skladajo z rezultati raziskav iz drugih držav, ki kažejo, da mladostniki iz družin s slabšim ekonomskim položajem v primerjavi s tistimi z boljšim položajem slabše ocenjujejo svoje zdravje in zadovoljstvo, navajajo več tveganih in nezdravih vedenj, povezanih z zdravjem (12 – 14, 26, 28, 29, 30), ter se počutijo bolj pod pritiskom zaradi šole in jim je šola manj všeč. Za omenjene razlike obstajajo različne razlage. Zelo pogosto se navaja preplet različnih dejavnikov. Splošne razlage pravijo, da imajo materialno in socialno bolj privilegirani posamezniki boljše življenjske razmere, boljši dostop do nekaterih virov ter imajo bolj zdrav življenjski slog (31). Vplivi, prek katerih se socioekonomska raven kaže v zdravstvenih izidih, vključujejo tudi različen dostop do različnih psihosocialnih virov/storitev (31). Velik vpliv naj bi imeli tudi dejavniki, povezani z družinskim ozadjem, na primer odnosi s starši (posebno z očetom) in šolski uspeh (31), pri čemer imajo starši iz manj bogatih okolij navadno na voljo manj materialnih in tudi psiholoških virov, kar negativno vpliva na družinsko in partnersko življenje ter odnose med starši in otroki. Manj virov navadno tudi zmanjšuje zmožnost in sposobnost staršev pri podpori otroka v šolskem okolju, kar se lahko kaže v slabšem učnem uspehu, nižjem zadovoljstvu s šolo ter višjem subjektivno zaznanem stresu zaradi šole.

Čeprav povezava med socialno-ekonomskim statusom in zdravjem v veliki meri poudarja vlogo dejavnikov zunaj zdravstvenega varstva, obstajajo dokazi, da tudi v sistemih zdravstvenega varstva obstajajo razlike glede dostopa do oskrbe. Tuji viri navajajo na primer razlike glede dostopa do oskrbe v primeru duševnih ali razvojnih težav, kar še povečuje socialno-ekonomske neenakosti na področju duševnega zdravja (32). Višja dohodkovna neenakost se povezuje z višjo neenakostjo v ocenah zadovoljstva z življenjem mladostnikov (20). Povezavo med socialno-ekonomskim stanjem in blagostanjem ter duševnim zdravjem otrok in mlado-

stnikov razlaga več mehanizmov, pri čemer se jih večina osredotoča na razlike v dostopnosti materialnih in socialnih virov ter odziv na revščino tako pri otrocih kot pri njihovih starših (20).

Medtem ko je bila v letih 2002 do leta 2018 vrzel med skupinama pri večini kazalnikov stabilna ali se je celo zmanjšala, pa se je v letih od 2002 do 2022 povečala pri polovici izbranih kazalnikov, v letih od 2018 do 2022 pa povečala pri večini kazalnikov. Posebej so se povečale razlike pri obremenjenosti s šolo, doživljanju psihosomatskih simptomov in trpinčenju. Mladostniki iz družin s slabšim blagostanjem so leta 2022 doživljali precej večjo obremenjenost zaradi šole, več psihosomatskih simptomov, so bili pogostejše žrtev trpinčenja ali so pogostejše sodelovali pri trpinčenju kot leta 2018. Razlogi za povečanje razlik so verjetno kompleksni, nikakor pa ne moremo prezreti dejstva, da se je medtem zgodila pandemija covida-19, ki je še posebej zaznamovala tako ali drugače ranljive mladostnike. Mednarodni izsledki HBSC študije kažejo (33), da so v večini vključenih držav (19 od 22 držav) mladostniki iz manj premožnih družin v primerjavi z mladostniki iz bolj premožnih družin pogostejše poročali o negativnih vplivih na večino področij življenja (npr. duševno zdravje, prehranske navade, telesna dejavnost). Mladostniki iz bolj premožnih družin so pogostejše poročali o pozitivnih vplivih na večino področij svojega življenja v primerjavi z manj premožnimi mladostniki. Najvišji delež mladostnikov je poročal o negativnih vplivih pandemije na duševno zdravje (33), kar lahko morda pojasni tudi povečanje vrzeli na tem področju pri nas.

Zaključek

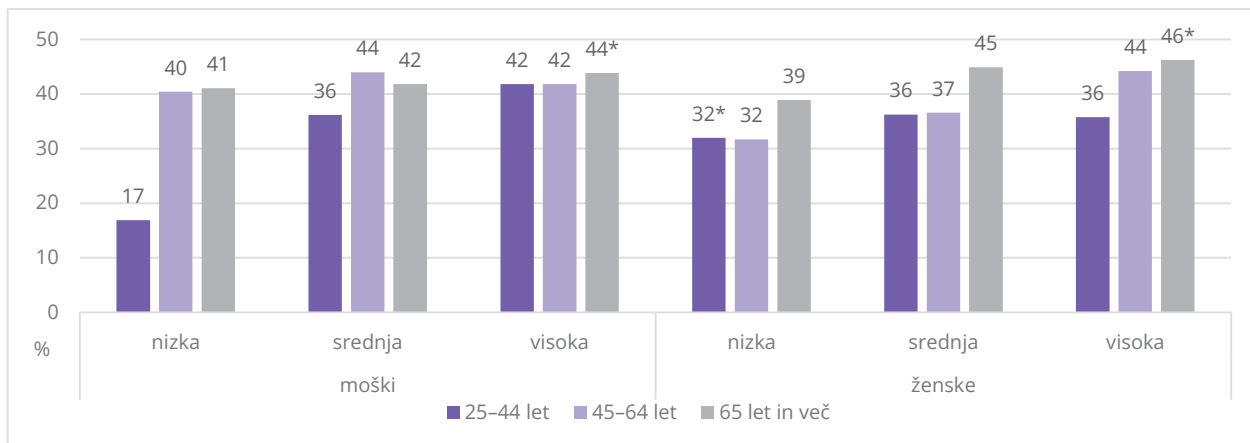
Razlike med mladostniki iz družin z različnim socialno-ekonomskim stanjem so se v zadnjih štirih letih povečale, in sicer so se z zdravjem povezana vedenja in samoocena (duševnega) zdravja med mladostniki iz neprivilegiranih družin bolj poslabšali kot med mladostniki iz privilegiranih družin. Vzroki so lahko različni, med drugimi je verjetno svoje prispevala tudi pandemija. Zato je pomembno zmanjševanje neenakosti tako na ravni celotne populacije, kot na posebej ranljivih skupinah mladostnikov, kot so mladostniki iz deprivilegiranih družin. Vendar ni dovolj le zmanjševanje neenakosti, ampak predvsem da delujemo tudi preventivno in preprečujemo nastanek neenakosti tako da omogočamo vsem enake možnosti za zdravo življenje in enak dostop do izobraževalnih, zdravstvenih, socialnih in drugih storitev oz. virov. Ker so otroci in mladostniki del družin in družbe, so ključni sistemski ukrepi, ki se nanašajo na celotno populacijo, še posebej pa na starše, bodoče starše, otroke in mladostnike ter ranljivejšše podskupine znotraj naštetih skupin. Učinkoviti ukrepi morajo vsem zagotavljati in omogočati enake pogoje in izbire za razvoj vseh potencialov, učinkovito spoprijemanje s stresorji, zdrav življenjski slog, dostop do izobraževanja ter socialnega in zdravstvenega varstva.

Ker je šola poleg domačega okolja glavno socialno okolje, v katerem mladostniki odraščajo in se razvijajo, je idealen prostor za spremembo in krepitev zdravega vedenja tudi pri posameznikih iz ekonomsko deprivilegiranih okolij. Šole lahko ponudijo dostop do zdrave prehrane in zadostne fizične aktivnosti, s krepitvijo kakovostne socialne mreže mladostnikov pa lahko spodbujajo druga z zdravjem povezana vedenja (34). Strategije na ravni domačega okolja bi morale biti usmerjene v učenje pozitivnih starševskih spretnosti, psihoedukacijo o vlogi in pomenu zdravega vedenja ter višanje stopnje sodelovanja staršev s šolo in skupnostjo, v kateri potekajo organizirane aktivnosti (35, 36).

CVETOČE DUŠEVNO ZDRAVJE

Avtorica: Petra Mikolič

Duševno zdravje je veliko več kot le odsotnost duševnih bolezni. Cvetoče ali dobro duševno zdravje prepoznamo po tem, da posameznik sprejema samega sebe, doživlja pozitivna čustva in je zadovoljen s svojim življenjem. Ima tople in zaupljive odnose z drugimi, obvladuje večino vidikov svojega življenja ter se učinkovito spoprijema z izzivi in težavami. Ljudje s cvetočim duševnim zdravjem čutijo pripadnost skupnosti, se počutijo sprejete ter aktivno prispevajo k družbi, ki jo dojemajo kot smiselno in razumljivo (37).



Slika 1.13: Delež oseb s cvetočim duševnim zdravjem, po spolu, starosti in izobrazbi v letu 2021.

* Vrednost je manj natančna.

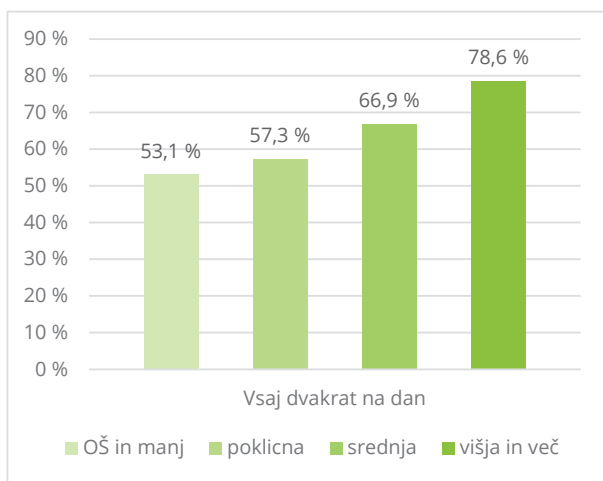
Leta 2021 je 39,3 % prebivalstva poročalo o cvetočem duševnem zdravju. To pomeni, da je tolikšen delež anketiranih oseb, starih 25 let in več, kazal znake, značilne za cvetoče duševno zdravje. Podatki so bili pridobljeni s samoporočanjem v okviru nacionalne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 2021. Med moškimi in ženskami ni bilo zaznati razlik v cvetočem duševnem zdravju, vendar se je delež nekoliko povečal s starostjo in izobrazbo. Raziskave potrjujejo, da so razlike glede na starost in izobrazbo navadno majhne. Stopnja izobrazbe je tesno povezana z dohodkom, ki kot temelj za zadovoljitev osnovnih fizičnih potreb pozitivno vpliva na srečo, vendar je ta povezanost nižja v bolj razvitih državah (38).

Izrazito nizka stopnja cvetočega duševnega zdravja je bila opažena pri moških, starih od 25 do 44 let, z nižjo izobrazbo; le 16,9 % jih je poročalo o znakih cvetočega duševnega zdravja (slika 1.13). Rezultate je treba razumeti v kontekstu časa, saj so bili podatki zbrani na vrhuncu drugega vala pandemije covid-19 v Sloveniji, ko smo ugotavljali najvišje število okuženih in smrti. V primerjavi z letom 2019 (pred pandemijo) je bil delež oseb s cvetočim duševnim zdravjem v letu 2021 nižji za 22,9 %, pri čemer je bil upad največji pri mlajših prebivalcih (39). Cvetoče duševno zdravje je bilo v času pandemije verjetnejše pri tistih, ki so imeli s pandemijo pozitivne ali nevtralne izkušnje. To pomeni, da so ljudje, pri katerih pandemija ni negativno vplivala na odnose, finančno varnost in življenjski slog, lažje ohranili dobro duševno zdravje. Nestabilnosti in negotovosti na področju zaposlitve in finančne varnosti so bili še posebej izpostavljeni mladi delavci in tisti, ki jim vrsta dela ni omogočala prilagoditve (40). Ti dejavniki povečujejo stres in občutek nemoči ter zmanjšujejo občutke kompetentnosti in smisla v življenju (38). Podatki nakazujejo na pomembno vlogo družbenih in ekonomskih dejavnikov pri oblikovanju neenakosti v duševnem zdravju, še posebej v kriznih obdobjih. Ukrepi za spodbujanje cvetočega duševnega zdravja so pomembni, saj lahko zmanjšajo tveganje za razvoj duševnih motenj, slabši uspeh na delovnem mestu, zdravstvene težave in prezgodnjo smrt (41).

UMIVANJE ZOB

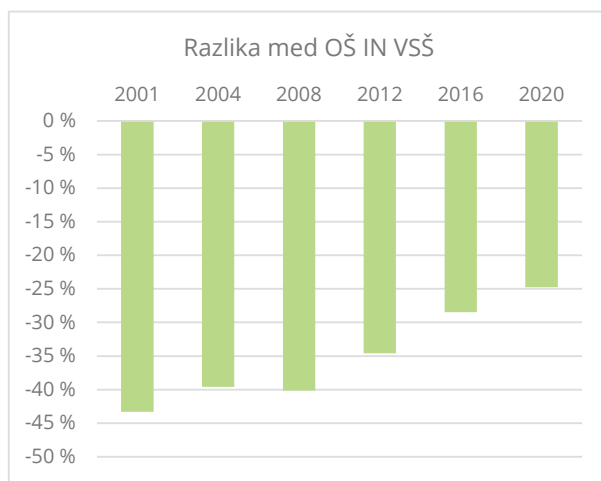
Avtorja: Martin Ranfl, Christos Oikonomidis

Ustno zdravje je pomemben gradnik splošnega zdravja. Umivanje zob je najpomembnejši dejavnik krepitve in ohranjanja ustnega zdravja ter je hkrati osnovni element lastne skrbi zanj. Za ohranjanje ravni ustnega zdravja je v strokovnih izhodiščih priporočeno umivanje zob vsaj dvakrat na dan z zobno pasto, ki vsebuje fluoride (42). Nezadostna pogostost umivanja zob vodi v nastanek in napredovanje bolezni v ustni votlini. S prikazom kazalnika dobimo uvid v pomembno determinanto ustnega zdravja v državi in v neenakosti, ki obstajajo na tem področju.



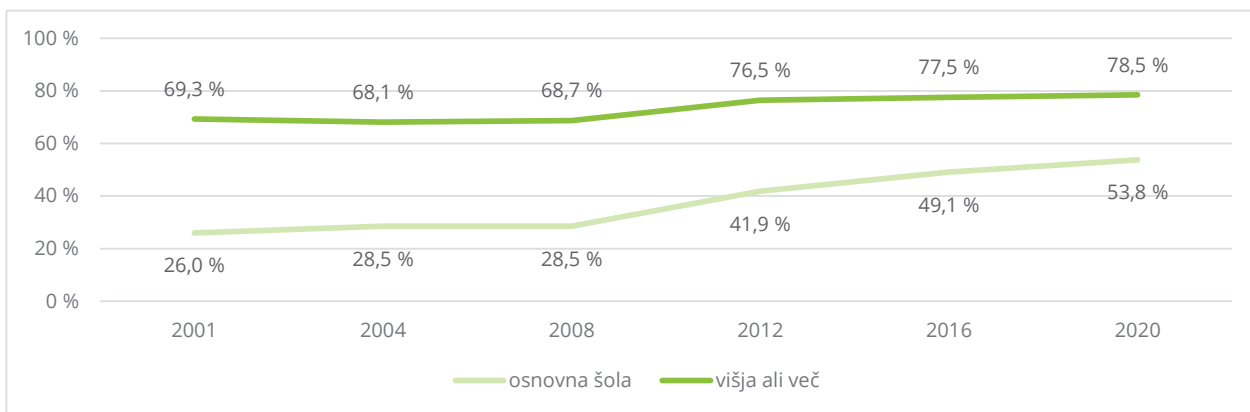
Slika 1.14: Umivanje zob vsaj dvakrat na dan, po izobrazbi.

(Vir: raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog, 2020)



Slika 1.15: Umivanje zob dvakrat na dan.

(Vir: raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog, 2001–2020)



Slika 1.16: Delež oseb, ki si zobe umivajo vsaj dvakrat na dan, glede na izobrazbo, v starostni skupini 20–64 let, brez popolnoma brezzobih oseb.

(Vir: raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog, 2001–2020)

Opazimo lahko, da je umivanje zob v skladu s strokovnimi priporočili (vsaj dvakrat na dan) bistveno pogostejše v skupini najbolj izobraženih prebivalcev Slovenije. Razlika je v letu 2020 znašala slabih 25 odstotnih točk. Opazimo jasn gradient, ki se kaže tudi pri drugih ravneh dosežene izobrazbe, z dvigom dosežene izobrazbe se izboljšuje tudi pogostost primerne skrbi za ustno zdravje. Razlika med najbolj in najmanj izobraženimi v pogostosti umivanja je bila bolj ali manj nespremenjena do leta 2008, ko se sicer začne postopoma zmanjševati. V letu 2001 si je tako zobe vsaj dvakrat na dan umival le vsak četrti z osnovnošolsko izobrazbo,

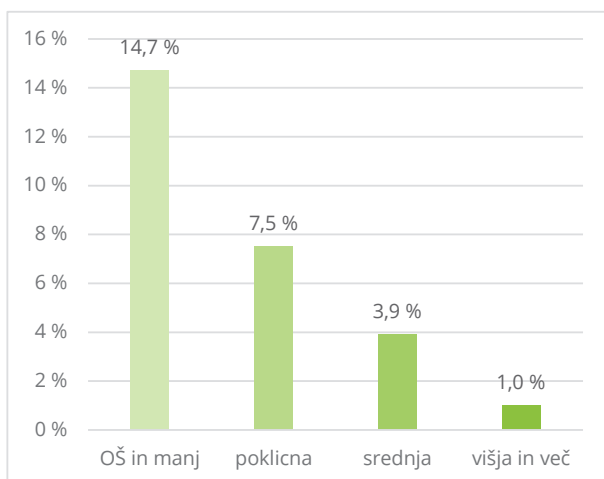
v zadnji raziskavi 2020 pa je ta delež bistveno večji in je tak že vsak drugi. Vseeno pa je stanje med bolj izobraženimi bistveno boljše, saj je med njimi že leta 2001 bilo takih skoraj 70 %, ob zadnji raziskavi pa je takih že 78 %. Razlika med izobrazbenima skupinama se je tako zmanjšala predvsem zaradi izboljšanja prevalece primerne ustne higiene med manj izobraženimi.

Ustno zdravje je neločljiv del splošnega zdravja in pomembno vpliva na kakovost življenja posameznika (43). Ustne bolezni, med katerimi sta najpogostejša karies in parodontalna bolezen, so med najbolj razširjenimi boleznimi. Hkrati je ustno zdravje povezano s številnimi kroničnimi in sistemskimi bolezenskimi stanji (44). Ohranjanje zadostne ravni ustnega zdravja in njegova krepitev sta tako zelo pomembna. Napredovanje najpogostejših ustnih bolezni vodi v različne zaplete, bolečine, izgubo zob in zaradi povezanosti z drugimi zdravstvenimi stanji tudi do poslabšanja teh. Podatki kažejo, da je skrb za ustno zdravje slabša v skupini oseb z osnovnošolsko izobrazbo, kjer pa je znano, da obstajajo tudi drugi dejavniki tveganja za slabše zdravje. Osebe z nižjo izobrazbo so tako bistveno bolj ogrožene z vidika nastanka bolezni v ustni votlini in s tem tudi z vidika nastanka oziroma poslabšanja drugih bolezenskih stanj. Z ustrezno usmerjenimi izobraževalnimi delavnicami oziroma implementacijo vsebin ustnega zdravja v že obstoječe aktivnosti za promocijo zdravja bo mogoče izboljšati navade prebivalcev vezane na umivanje zob.

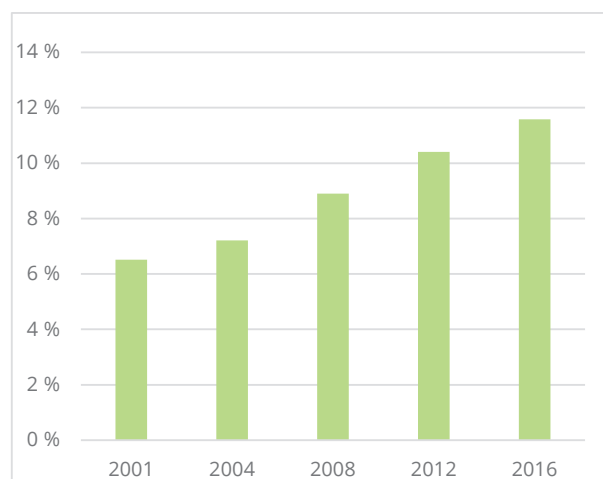
BREZZOBOST

Avtorja: Martin Ranfl, Christos Oikonomidis

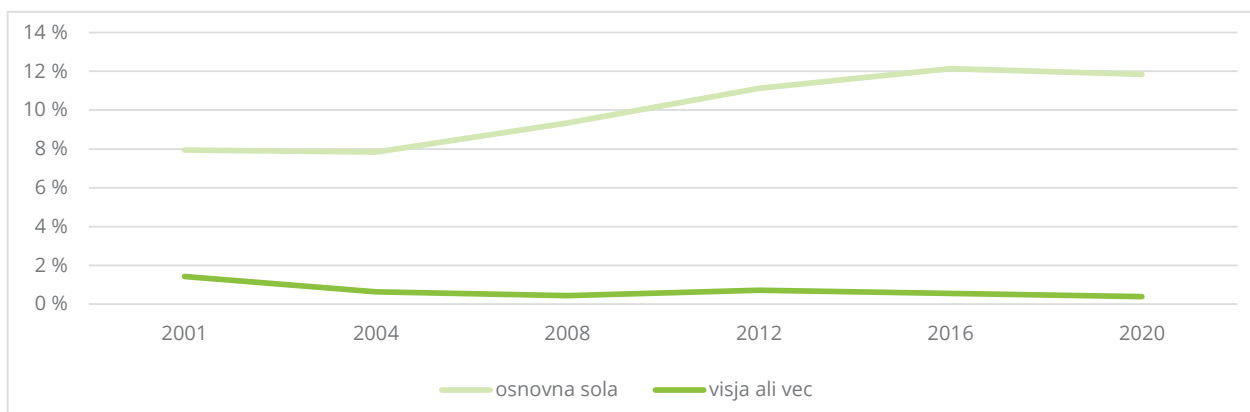
Napredovanje bolezni v ustni votlini vodi v končni stopnji do izgube zob. Prisotnost zob je pomembna za ustrezno izvajanje funkcij ustne votline (npr. grizenje, žvečenje, govor), ima pa tudi socialno funkcijo. Popolna brezzobost je skrajna oblika pomanjkanja zob, je epidemiološki kazalnik preteklih bolezni v ustni votlini in populacijski kazalnik slabšega ustnega zdravja. Ta kazalnik je opredeljen kot delež oseb, ki so poročali, da nimajo lastnih zob. Posamezniki si sicer lahko nosijo zobno protezo, vendar ta ne more v celoti nadomestiti funkcije naravnih zob.



Slika 1.17: Delež popolnoma brezzobih oseb v starostni skupini 20–64 let, po izobrazbi.



Slika 1.18: Trend – vrzel kazalnika med najbolj in najmanj izobraženimi.



Slika 1.19: Delež popolnoma brezzobih oseb v starostni skupini 20–64 let, glede na izobrazbo.

(Vir: raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog)

Delež popolnoma brezzobih oseb v starostni skupini 18–74 let med osebami z največ osnovnošolsko izobrazbo je v letu 2020 znašal skoraj 15 %, z naraščanjem stopnje izobrazbe pa delež popolnoma brezzobih strmo pada. V skupini z najmanj višješolsko izobrazbo je minimalen. Vrzel med najbolj in najmanj izobraženimi se je z leti povečevala. Skupina najmanj izobraženih oseb predstavlja najbolj ranljivo skupino z vidika ustnega zdravja. V starostni skupini 25–64 let se je sicer prevalenca popolne brezzobosti zmanjševala, ker pa je ta tesno povezana s starostjo posameznika, je celotna zaznana popolna brezzobost v zadnji raziskavi Z zdravjem povezan vedenjski slog (CINDI) znašala 4,4 % v starostni skupini 18–74 let in 2,4 % v starostni skupini 25–64 let.

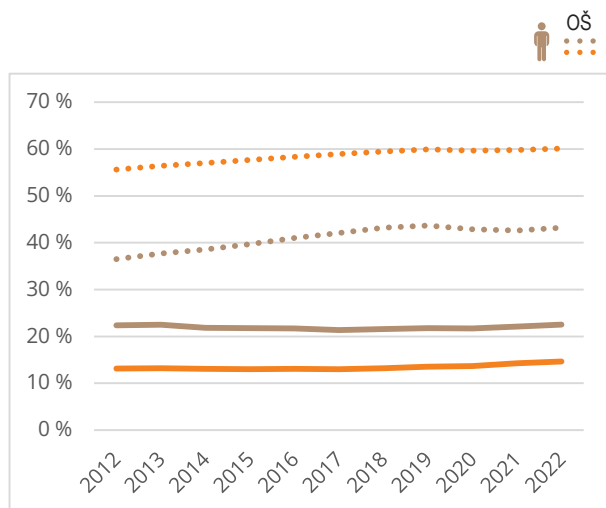
Popolna brezzobost je uporaben populacijski kazalnik, ki povzema skrb za ustno zdravje, hkrati pa je povezana z dostopnostjo in organiziranostjo sistema zobozdravstvenega varstva. Je predmet številnih mednarodnih primerjav glede ustnega zdravja med odraslo populacijo (skoraj 7 % svetovne populacije nad 20 let naj bi bilo popolno brezzobe) (43). Nezdravljene bolezni v ustni votlini vodijo v izgubo zob, ki okrne posameznikovo grizno, žvečno in govorno funkcijo ter vpliva tudi na njegove interakcije z okolico (smeh, podoba obraza, socialni stiki).

Razlika v celotni prevalenci popolne brezzobosti v raziskavah Z zdravjem povezan vedenjski slog glede na vključeno populacijo (25–64 let oziroma 18–74 let) potrjuje velik vpliv starosti. Hkrati opazna vrzel med izobrazbenimi skupinami opozarja na globlji pomen in tudi druge socialno-ekonomske determinante ustnega zdravja. Delež popolnoma brezzobih v celotni populaciji oziroma med bolj izobraženimi je sicer majhen, vendar je v najmanj izobraženi skupini velik. V kontekstu povezave ustnega in splošnega zdravja ter slabšega ustnega zdravja, ki ga izkazuje popolna brezzobost, je pri teh osebah povečano tveganje za slabše splošno zdravje (44). Vključevanje tem ustnega zdravja v delavnice in druge intervencije za izboljšanje zdravega življenjskega sloga bi vsekakor lahko postopoma pripeljalo do izboljšanja kazalnika.

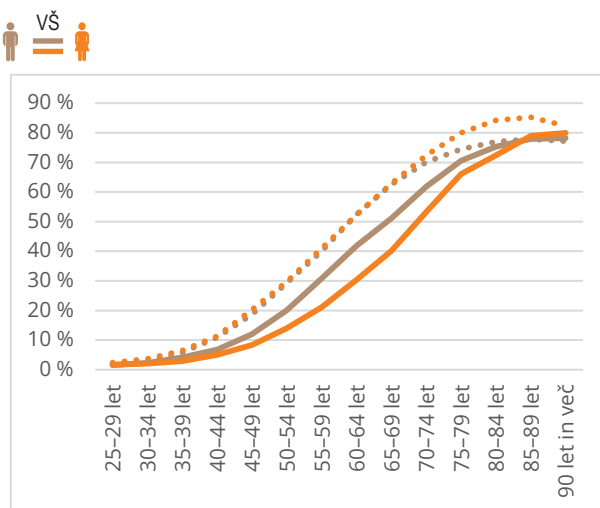
PREJEMNIKI ZDRAVIL ZA ZNIŽEVANJE KRVNEGA TLAKA

Avtor: Blashko Kasapinov

Zdravljenje povišanega krvnega tlaka je sestavljeno iz spremembe življenjskega sloga in zdravljenja z zdravili. Ker je hipertenzija eden najmočnejših napovedovalcev srčno-žilne ogroženosti, je zdravljenje zvišanega krvnega tlaka pomembna preventiva srčno-žilne obolevnosti. Kazalnik prikazuje razmerje med številom oseb, ki so znotraj opazovanega koledarskega leta prejele vsaj en recept za zdravilo za zniževanje krvnega tlaka, in številom vseh prebivalcev sredi istega leta glede na doseženo izobrazbo.



Slika 1.20: Trend deleža prejemnikov zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka pri starejših od 25 let v Sloveniji.



Slika 1.21: Delež prejemnikov zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka, 2022, stari 25 let ali več.

V letu 2022 je bil v Sloveniji 53,6 % prebivalcem nad 25 let z nizko izobrazbo (osnovna šola in manj) predpisan vsaj en recept za zdravljenje zvišanega krvnega tlaka. Hkrati pa je vsaj en recept prejelo 17,9 % prebivalcev nad 25 let z visoko izobrazbo (višja šola in več). Pri obeh spolih obstaja izobrazbeni gradient, ki kaže, da se delež prejemnikov zdravil znižuje z višjo stopnjo izobrazbe. Med ženskami je le 14,6 % žensk z visoko izobrazbo prejelo vsaj en recept za zdravljenje zvišanega krvnega tlaka, medtem ko je bil delež pri ženskah z nizko izobrazbo 60,1 %. Podoben, vendar manj izražen gradient obstaja tudi pri moških, kjer je imelo predpisano zdravilo 22,5 % z visoko izobrazbo in 43,2 % z nizko izobrazbo. Delež prejemnikov narašča s starostjo pri moških in pri ženskah, hkrati pa obstaja in narašča vrzel med nizko in visoko izobraženimi. K razliki po izobrazbi pri obeh spolih največ prispeva predpisovanje zdravil nizko izobraženim moškim in ženskam v starostni skupini med 60. in 69. letom. Delež prejemnikov zdravil za zniževanje krvnega tlaka se je v opazovanem obdobju 2012–2022 na splošno povečal, kar je lahko povezano s staranjem prebivalstva in naraščanjem debelosti, pa tudi z boljšo prepoznavnostjo problema zvišanega krvnega tlaka in boljšim presejanjem. To povečanje deleža je vendar bolj izraženo pri nizko izobraženih moških in ženskah, zato se je vrzel med nizko in visoko izobraženimi moškimi povečala s 14,1 % na 20,7 % in med ženskami z 42,5 % na 45,5 %.

Zvišan krvni tlak oziroma arterijska hipertenzija je eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni, zlasti srčno-žilne bolezni, ki so v Sloveniji in v svetu vodilni vzrok smrti in prezgodnje umrljivosti. Na visok krvni tlak pomembno vpliva nezdrav življenjski slog (kajenje, čezmerno uživanje soli, nezadostno uživanje zelenjave in sadja, čezmerno uživanje alkohola, čezmerna telesna masa in debelost ter nezadostna telesna dejavnost). Raziskave kažejo, da na večjo pojavnost visokega krvnega tlaka vpliva tudi nižji socioeko-

nomski status, zlasti izobrazba (45). Naši podatki kažejo, da se večji delež prebivalstva z nižjo izobrazbo zdravi z antihipertenzivnimi zdravili, kar kaže na večjo prevalenco hipertenzije v tej izobrazbeni skupini. Podatki za Slovenijo o hospitalizacijah zaradi srčno-žilnih bolezni prikazujejo, da se stopnja bolnišničnih obravnav v obdobju 2012–2022 znižuje, hkrati pa obstaja izobrazbena vrzel, saj je več bolnišničnih obravnav pri moških in ženskah z nižjo izobrazbo. Večino presežne umrljivosti pojasni prisotnost znanih dejavnikov tveganja pri nižje izobraženih (46), izboljšanje upoštevanja režima jemanja ustreznih zdravil pa je izjemno pomembno za učinkovito antihipertenzivno zdravljenje (47) in preprečevanje nenadnih srčno žilnih dogodkov. Pomembno je spremljati dejansko uporabo zdravil med prebivalstvom, saj raziskave kažejo na socialno-ekonomske neenakosti (48), in sicer so ravni ozaveščenosti o hipertenziji, zdravljenja in uspešnega nadzora krvnega tlaka v normalnih mejah višje pri bolj privilegiranih posameznikih (49). Čeprav so v zadnjih letih nižje družbeno-ekonomske skupine doživele izjemen upad umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni, nadaljnje zmanjševanje neenakosti ostaja pomemben izziv za zdravstvene sisteme in politike (50).

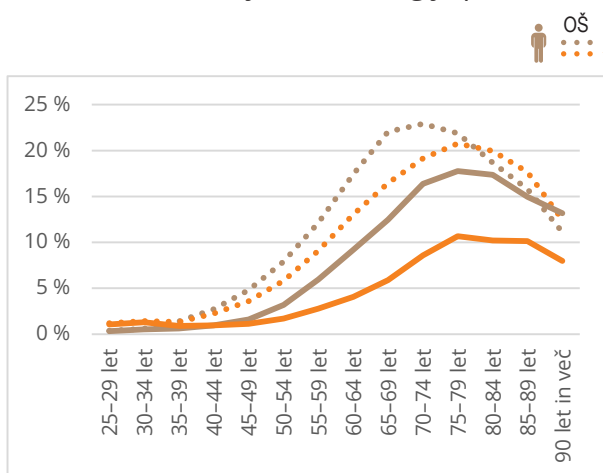


Delež prejemnikov zdravil za zniževanje krvnega tlaka se je v opazovanem obdobju 2012–2022 na splošno povečal, predvsem pri nižje izobraženih. K razliki po izobrazbi pri obeh spolih največ prispeva predpisovanje zdravil nizko izobraženim moškim in ženskam v starostni skupini med 60. in 69. letom.

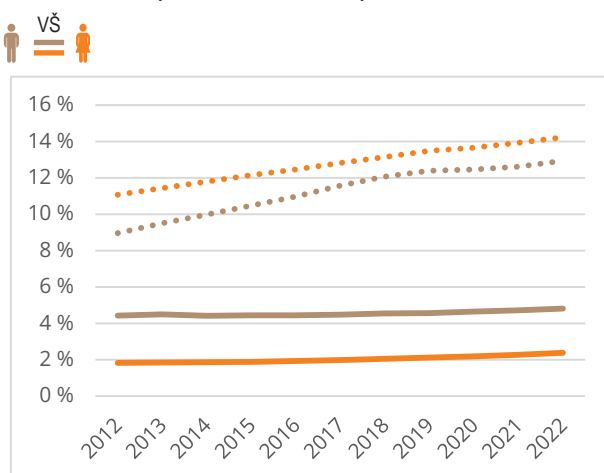
DELEŽ PREJEMNIKOV ZDRAVIL ZA SLADKORNO BOLEZEN

Avtorja: Ivan Eržen, Aleš Korošec

Kazalnik je definiran kot število oseb, ki so jim kadar koli ugotovili sladkorno bolezen in so v zadnjih 12 mesecih prejele zdravila za zniževanje glukoze v krvi (anatomsko-terapevtsko-kemična klasifikacija (ATC): A10). Vključuje vse tipe sladkorne bolezni. Vir podatkov je zbirka o izdanih zdravilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ki daje podatek o porabi zdravil na recept za posamezno osebo. V skladu z metodologijo, ki je opisana v ločenem podpoglavju, ti podatki dajejo informacijo o razširjenosti porabe zdravil v posameznih skupinah prebivalstva, ki so oblikovane glede na spol in stopnjo izobrazbe. Prikazani podatki ne vključujejo oseb, ki imajo sladkorno bolezen, vendar za zdravljenje niso prejele terapije za uravnavanje krvnega sladkorja, zato so podatki nekoliko podcenjeni. Kljub temu je mogoče zaupati trendom pojavljanja bolezni, saj se v celotnem obdobju metodologija pridobivanja podatkov in prikaza teh ni spremenila.



Slika 1.22: Prevalenca sladkorne bolezni po izobrazbi in starosti, 2022, stari 25 let ali več.



Slika 1.23: Trend deleža prejemnikov zdravil zaradi sladkorne bolezni pri starejših od 25 let.

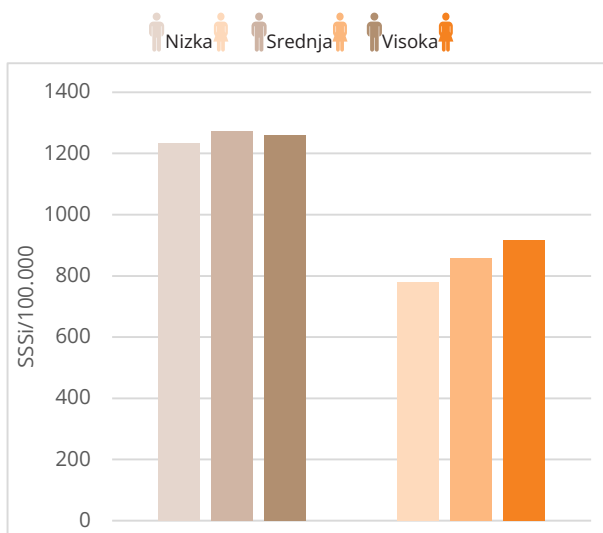
Starostno specifična stopnja prevalenče sladkorne bolezni je v skupinah moških z nizko izobrazbo najvišja med vsemi opazovanimi skupinami (slika 1.22). V primerjavi z ženskami z nizko izobrazbo, ki so po obremenjenosti s sladkorno boleznijo na drugem mestu, se moški prvič srečajo s sladkorno boleznijo približno 10 let prej. Med moškimi z visoko izobrazbo pa je prevalenca znatno nižja. Bolezen se začne v tej skupini pojavljati 5–10 let pozneje in je znatno redkejša kot pri moških z nizko izobrazbo. Pri ženskah se sladkorna bolezen glede na izobrazbo pojavlja drugače kot pri moških (slika 1.22). Sladkorna bolezen se pri ženskah pojavi v poznejšem starostnem obdobju, kar seveda vpliva na starostno specifično stopnjo prevalenče sladkorne bolezni, ki je pri ženskah znatno manjša kot pri moških. Poleg tega je verjetnost, da bodo zbolele zaradi sladkorne bolezni, pri ženskah, še posebno v skupini bolj izobraženih, skoraj dvakrat nižja kot pri moških. Med ženskami z visoko izobrazbo je starostno specifična stopnja prevalenče 2,6 %, med moškimi pa 4,8 %. Z vidika ukrepanja je pomembno, da se moškim v naslednjem obdobju nameni posebna pozornost tako glede preprečevanja zbolevanja kot glede zgodnjega odkrivanja sladkorne bolezni.

Verjetnost, da bodo zboleli za sladkorno boleznijo, se v skupini moških z nizko izobrazbo hitreje povečuje kot pri moških z visoko izobrazbo (slika 1.23). Opazno je povečevanje vrzeli med manj in bolj izobraženimi. V enajstletnem obdobju se je verjetnost, da bodo zboleli za sladkorno boleznijo, pri moških z nizko izobrazbo povečala za 44 %, pri moških z visoko izobrazbo pa za 9 %. Trend vrzeli v verjetnosti, da bodo zbolele zaradi sladkorne bolezni, pa se povečuje tudi pri ženskah (slika 1.23). V enajstih letih se je vrzel povečala za 28 %. Za žensko populacijo je značilno, da so razlike med razširjenostjo sladkorne bolezni med manj in bolj izobraženimi bistveno večje kot pri moških.

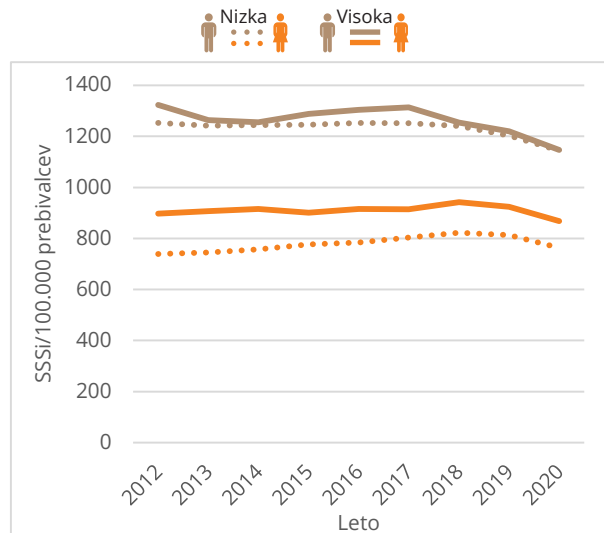
INCIDENCA VSEH RAKOV SKUPAJ

Avtorici: Teja Oblak, Ana Mihor (OI)

Rak je kronično obolenje, ki zajema več kot 200 različnih bolezni. Incidenca raka pomeni število vseh na novo ugotovljenih primerov raka v določenem letu, kjer lahko pri enem bolniku diagnosticiramo več različnih rakov. Incidenčna stopnja raka v Sloveniji je višja od evropskega povprečja predvsem zaradi enega najvišjih deležev starejšega prebivalstva, saj je rak najbolj povezan s staranjem. Leta 2020 je bilo v Sloveniji med novozbolelimi za rakom 65 % oseb, starejših od 65 let (51).



Slika 1.24: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) vseh rakov (C00–C96) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.



Slika 1.25: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) vseh rakov (C00–C96) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.

Za rakom je v obdobju 2012–2020 v Sloveniji povprečno zbolelo več moških kot žensk, saj so moškim diagnosticirali za 17 % več novih primerov raka. Spodbudno je, da starostno standardizirana incidenčna stopnja pri moških v tem obdobju počasi upada, medtem ko pri ženskah še zlagoma narašča (51). Leta 2020, v času epidemije covid-19, smo ugotovili upad novih primerov raka za 10,5 %, izraziteje v starostni skupini 50–64 let (52).

V Sloveniji je več rakov diagnosticiranih pri ljudeh z visoko izobrazbo kot z nizko: če bi vsi zboleli v opazovanem obdobju dosegli visoko izobrazbo, bi se incidenčna stopnja raka v Sloveniji povečala za 11,3 %. Vrzel v starostno standardizirani incidenčni stopnji med visoko in nizko izobraženimi je bolj značilna za ženske, pri moških se skoraj izenačuje. Vrzel v starostno specifičnih incidenčnih stopnjah med nizko in visoko izobraženimi ženskami se začne večati po 60. letu, pri moških pa po 70. letu starosti.

V incidenci vseh rakov skupaj se odražajo neenakosti, ki so povezane z najpogostejšimi vrstami raka. V letu 2020 smo pri ženskah v Sloveniji ugotovili največ nemelanomskega kožnega raka in raka dojke, ki sta tako kot v naši analizi v mednarodnih raziskavah povezana z višjim socioekonomskim položajem (53). Pri moških sta najpogostejša nemelanomski kožni rak in rak prostate povezana z višjim socioekonomskim položajem, tretji in peti najpogostejši (pljučni rak ter raki glave in vratu) pa so povezani z nižjim (53), kar razloži neobstoj pomembne izobrazbene vrzeli.

Vzroki za upad incidence raka leta 2020 so bili omejitveni ukrepi zaradi epidemije, spremembe v dostopnosti zdravstvenega varstva in vedenju ljudi ter prehodno zaprtje presejalnih

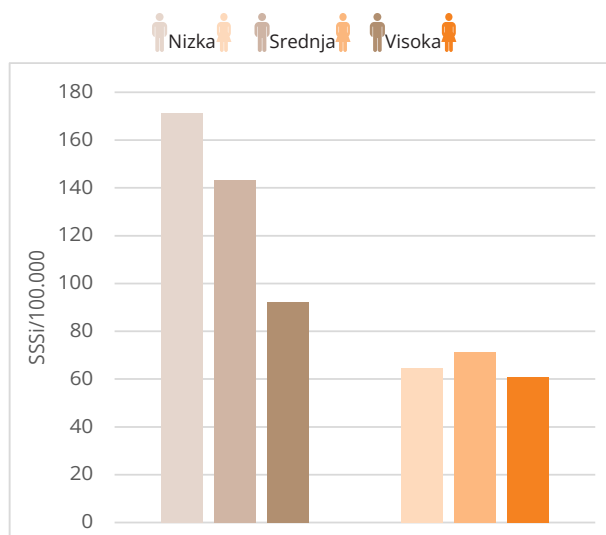
programov (52). Na hitro zaznani upad incidence se je strokovna javnost odzvala z javnimi pozivi po nemotenem delovanju onkologije kljub epidemiji in kmalu so spet pričeli delovati presejalni programi (52).

Ključni nevarnostni dejavniki za pojav raka so kajenje tobaka, pitje alkohola, debelost, sedeč življenjski slog, nezdrava prehrana, čezmerno sončenje, izpostavljenost rakotvornim snovem na delovnem mestu ter okužbe s humanimi papilomavirusi in virusom hepatitisa B. Evropski kodeks proti raku razširja 12 glavnih ukrepov, s katerimi bi lahko preprečili polovico bremena raka v Evropi. Sekundarna preventiva vključuje organizirane presejalne programe za raka (54). Za sistemske ukrepe za zmanjšanje neenakosti se zavzema Državni program obvladovanja raka (55).

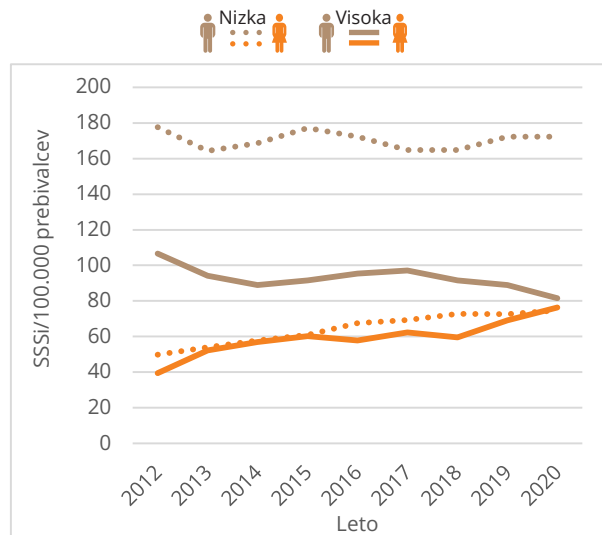
INCIDENCA PLJUČNEGA RAKA

Avtorici: Teja Oblak, Ana Mihor (OI)

Pljučni rak je bil leta 2020 v Sloveniji tretji najpogostejši rak pri obeh spolih. Predstavlja več kot desetino vseh novougotovljenih rakov. Starostno standardizirana incidenčna stopnja se v zadnji dekadi še blago povečuje za 1 % na leto predvsem zaradi hitre rasti pri ženskah, medtem ko je pri moških že dosegla vrh in počasi upada (51).



Slika 1.26: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.



Slika 1.27: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) pljučnega raka (C33–C34) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.

Za pljučnim rakom je v obdobju 2012–2020 v Sloveniji zbolelo 1,8-krat več moških kot žensk ter več srednje in nižje kot visoko izobraženih. Vrzel v starostno standardizirani incidenčni stopnji raka je najbolj izrazita pri moških: če bi vsi dosegli visoko izobrazbo, bi se incidenca pljučnega raka pri moških znižala za 34 %, pri ženskah pa za okrog 4 %. Med ženskami za pljučnim rakom zboleva več žensk s srednjo izobrazbo. Pri ženskah se kaže obrat izobrazbene vrzeli po starosti, saj se najvišja incidenca pljučnega raka pojavlja pri nizko izobraženih med 55. in 65. letom, pri srednje izobraženih med 65. in 75. letom in pri visoko izobraženih med 75. in 80. letom starosti. Pri moških se obrat izobrazbene vrzeli pojavi šele pri najstarejših. V letu 2020 med epidemijo covid-19 smo zaznali 8,9-odstoten upad novih primerov pljučnega raka, kar je primerljivo z drugimi državami, predvsem rakov v razširjenem stadiju in v starosti 60–64 let (52).

Vzroki za upad incidence med epidemijo so verjetno v reorganizaciji zdravstva, spremembah v iskanju pomoči in presežni umrljivosti zaradi covid-19 (52).

Kajenje tobaka predstavlja 80 % tveganja za nastanek pljučnega raka (56). Incidenca pljučnega raka sledi razširjenosti kajenja z 20- do 30-letnim zamikom. Spremembe kadilskih navad opisuje t. i. epidemija kajenja, ki odraža značilnosti obdobja, socialno-ekonomskega položaja, spola in sistemskih ukrepov (57). Sprva je bil delež kadilcev večji med moškimi in ljudmi visokega socialno-ekonomskega položaja, pozneje se je povečal med ženskami in osebami nižjega položaja. Mednarodne raziskave potrjujejo povezanost med nizkim socialno-ekonomskim položajem in incidenco pljučnega raka predvsem pri moških (53, 58). V raziskavah vsak peti prebivalec Slovenije poroča o kajenju, med njimi je največji delež s srednješolsko izobrazbo (59). Delež kadilcev med moškimi upada, med ženskami je stabilen in višji od povprečja EU

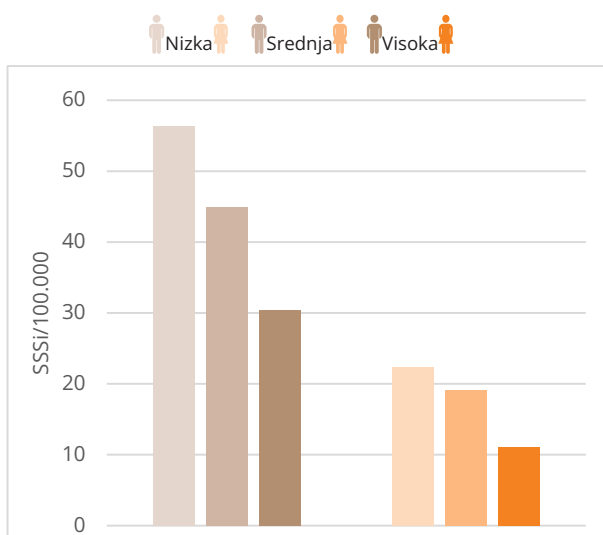
(59). Drugi nevarnostni dejavniki pljučnega raka so še izpostavljenost radonu, drobnim delcem v zraku idr. V Sloveniji lahko 5 % primerov pljučnega raka na leto pripišemo izpostavljenosti radonu v bivalnem okolju (60).

Neenakosti v incidenci pljučnega raka je mogoče obravnavati z ukrepi za omejevanje kajenja in upoštevanjem smernic za gradnjo stavb za zaščito pred radonom. Od leta 2023 v Sloveniji poteka presoja o smiselnosti uvedbe presejalnega programa za pljučnega raka, kjer je cilj zmanjšati umrljivost zaradi tega raka (61).

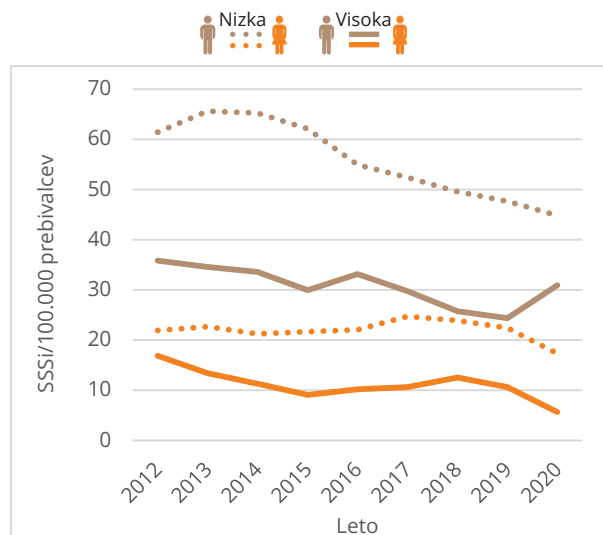
INCIDENCA ŽELODČNEGA RAKA

Avtorici: Teja Oblak, Ana Mihor (OI)

Želodčni rak je bil v letu 2020 deveti najpogostejši rak pri obeh spolih v Sloveniji in je predstavljal 2,8 % vseh novougotovljenih rakov. Starostno standardizirana incidenčna stopnja želodčnega raka v Sloveniji je v primerjavi z drugimi evropskimi državami zmerno visoka, vendar v zadnjih dvajsetih letih stalno upada tako kot v drugih državah z visokim indeksom človekovega razvoja (62).



Slika 1.28: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) želodčnega raka (C16) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.



Slika 1.29: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) želodčnega raka (C16) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.

V obdobju 2012–2020 je v Sloveniji za želodčnim rakom zbolelo 1,7-krat več odraslih moških kot žensk, starostno standardizirana incidenčna stopnja tega raka pa je pri moških 2,3-krat višja kot pri ženskah. Največ zbolevali osebe z nizko izobrazbo. Če bi vsi lahko dosegli visoko izobrazbo, bi se incidenčna stopnja želodčnega raka zmanjšala skoraj za eno tretjino (28,3 %), pri moških za 32,6 %, pri ženskah za 44,3 %. Vrzel med nizko in visoko izobraženimi moškimi v incidenci želodčnega raka se začne povečevati po 55. letu starosti. Pri ženskah je izobrazbeno vrzel težje vrednotiti zaradi majhnega števila primerov.

V naši analizi smo v prvem letu epidemije covid-19 (2020) v primerjavi s petletnim obdobjem pred tem ugotovili upad incidenčne stopnje želodčnega raka za približno 10 %, kar bo mogoče vrednotiti v prihodnjih letih, saj je morda posledica splošnega trenda zniževanja incidence tega raka, in ne epidemije covid-19.

V drugih državah so opažali podoben upad v številu novih primerov želodčnega raka med epidemijo covid-19 in zvečanje deleža primerov, diagnosticiranih v pozni fazi bolezni (63).

Mednarodne raziskave potrjujejo povezanost med višjo incidenco želodčnega raka in nizkim socialno-ekonomskim položajem (53), kar je potrdila tudi nacionalna raziskava z uporabo slovenske različice evropskega kazalnika primanjkljaja (58). Glavni nevarnostni dejavnik za nastanek želodčnega raka je okužba s *Helicobacter pylori* (64). Tveganje za okužbo je večje v bivanjskih razmerah s slabo higieno in prenaseljenostjo, ki je bolj značilna za nižji socialno-ekonomski položaj. Druga nevarnostna dejavnika sta kajenje tobaka in nezdrava prehrana s čezmerno vsebnostjo soli, kar se podobno povezuje z nižjo izobrazbo in nižjim socialno-ekonomskim položajem (56). Trend upada incidence tega raka je najverjetneje odraz splošnega

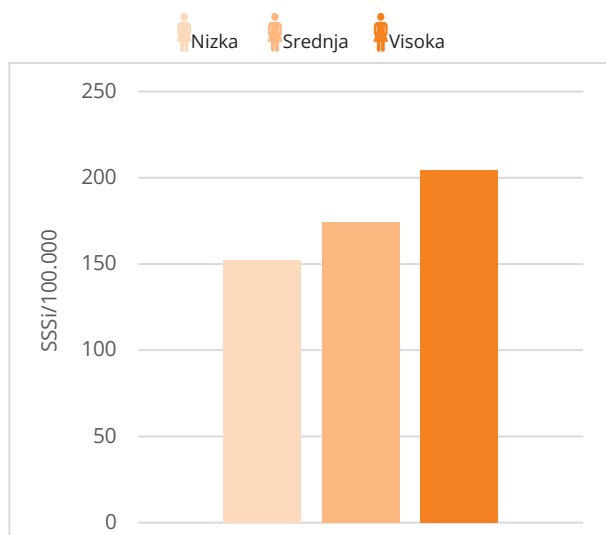
izboljšanja bivanjskih razmer, primarne preventive, usmerjene v dejavnike življenjskega sloga, pogostejšega diagnosticiranja in zdravljenja okužbe s *Helicobacter pylori* ter dostopnosti diagnostike zgornjih prebavil.

Neenakosti v incidenci želodčnega raka je mogoče obravnavati z ukrepi promocije zdravja in primarne preventive, ciljani na najbolj ogrožene. V letih 2025 in 2026 se bosta zaključila dva mednarodna projekta o smiselnosti sekundarne preventive, torej presejanja in zdravljenja okužbe s *Helicobacter pylori* z namenom znižanja incidence želodčnega raka, ki potekata tudi v Sloveniji (65).

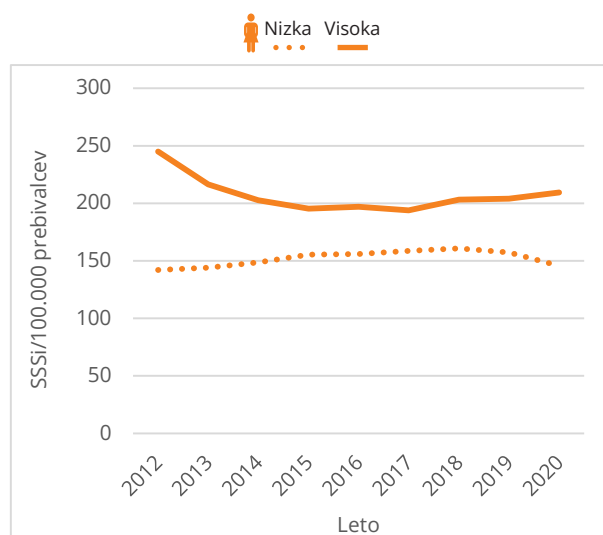
INCIDENCA RAKA DOJK PRI ŽENSKAH

Avtorici: Teja Oblak, Ana Mihor (OI)

Rak dojk je v Sloveniji najpogostejši rak pri ženskah, če izvajamo nemelanomski kožni rak. Predstavlja eno petino vseh novougotovljenih rakov pri ženskah. Starostno standardizirana incidenčna stopnja raka dojk zadnjih 50 let narašča; v zadnjem desetletnem obdobju je vsako leto diagnosticiranih 1,8 % več bolnic z rakom dojke (51).



Slika 1.30: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) raka dojk (C50) pri ženskah (25 let in več) po izobrazbi, povprečje 2012–2020.



Slika 1.31: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) raka dojk (C50) med nizko in visoko izobrazbo pri ženskah (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.

Za rakom dojk so v obdobju 2012–2020 v Sloveniji pogostejše zbolevale odrasle ženske z visoko izobrazbo. Absolutna vrzel v incidenci med visoko in nizko izobraženimi ženskami se je do leta 2014 zmanjšala in ustalila, v letih 2019 in 2020 pa znova povečala. Če bi vse ženske imele visoko izobrazbo, bi se incidenčna stopnja raka dojk v Sloveniji povečala za 18,2 %. Glede na starostno specifične incidenčne stopnje se je vrzel med visoko in nizko izobraženimi začela pojavljati po 40. letu starosti in se zmanjšala po 70. letu starosti.

V letu 2020, po začetku epidemije covid-19, je bil ugotovljen upad novoodkritih primerov raka dojk za 8,3 %, predvsem v starosti 45–64 let (52). V naši analizi se je upad starostno standardizirane incidenčne stopnje raka dojk zgodil predvsem pri nizko in srednje izobraženih ženskih.

Izobrazbena vrzel v incidenci raka dojk se sklada z mednarodnimi in nacionalnimi raziskavami (53, 58). Med epidemijo covid-19 so podoben upad incidence raka dojk ugotavljali v drugih državah, izraziteje pri ženskah z nizkim socioekonomskim položajem (52, 66). Vzroki za to so večplastni, od sprememb v dostopnosti zdravstvenega varstva in iskanja pomoči do prehodne zaustavitve presejalnega programa Dora, kjer so sicer zaostanke nadomestili do konca leta 2020 in začetku leta 2021 (52). Rak dojk je večinoma hormonsko odvisen rak. Ključni nevarnostni dejavniki za nastanek so zgodnja menarha, pozna menopavza, visoka starost ob prvem porodu, manjše število porodov, brez poroda in odsotnost dojenja, ki so bolj značilni za ženske z visoko izobrazbo, kar potrjujejo nacionalne raziskave (56, 67). Nasprotno so nevarnostni dejavniki s področja življenjskega sloga, kot so pitje alkohola, kajenje in debelost, povezani z nižjim socialno-ekonomskim položajem (56). V Sloveniji se je sicer v obdobju 2014–2019 večji delež žensk, ki v raziskavah poročajo o tveganem pitju alkohola, premaknil



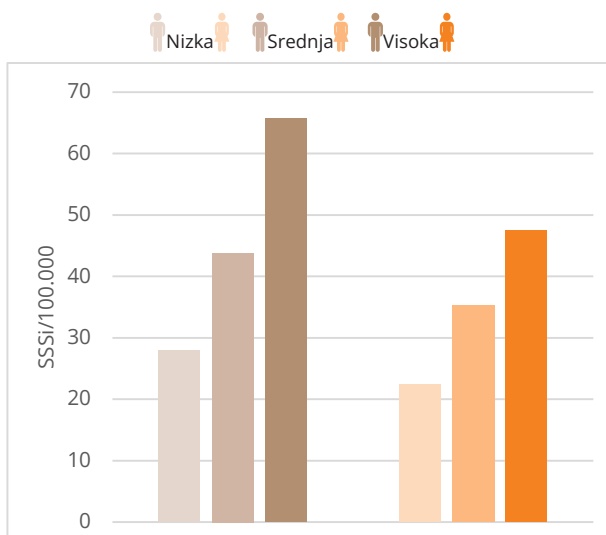
od srednje do visoko izobraženih, medtem ko je delež kadilk najvišji med srednje izobraženimi (59).

Ukrepi za zmanjšanje neenakosti v incidenci raka dojk so v promociji zdravja in primarni preventivi, ozaveščanju o dednih oblikah raka in spodbujanju udeležbe v presejalnem programu Dora. Cilj programa je zmanjšati umrljivost, kar je povezano z dokazanim odkrivanjem raka dojk v zgodnejših fazah, kjer je preživetje žensk boljše (68).

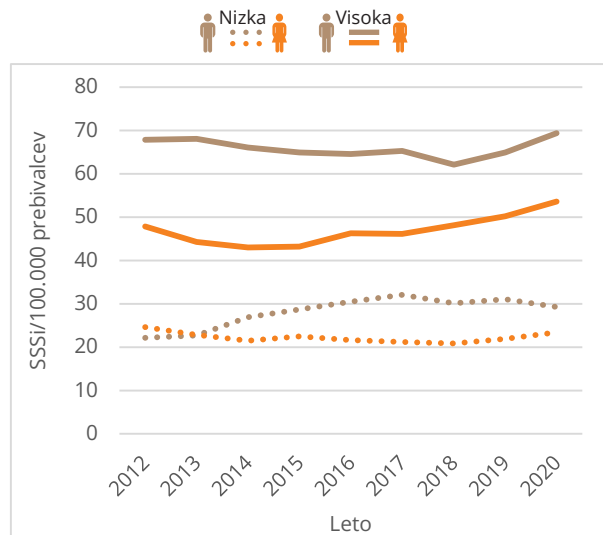
INCIDENCA KOŽNEGA MELANOMA

Avtorici: Teja Oblak, Ana Mihor (OI)

Maligni melanom je bil leta 2020 šesti najpogostejši rak v Sloveniji pri obeh spolih. Starostno standardizirana incidenčna stopnja se v zadnjem desetletnem obdobju pri ženskah neznatno povečuje, pri moških pa je dosegla plato (51), vendar je kljub temu višja od evropskega povprečja (69). Melanom je najnevarnejša oblika kožnega raka, saj je preživetje bolnikov, ki jim je bolezen odkrita v razširjenem stadiju, nizko (70).



Slika 1.32: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) kožnega melanoma (C43) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.



Slika 1.33: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) za kožni melanom (C43) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.

Za kožnim melanomom je v obdobju 2012–2020 zbolelo 10 % več moških kot žensk, medtem ko je bila starostno standardizirana incidenčna stopnja pri moških za 1,3-krat višja. Največ rakov je bilo na novo ugotovljenih pri osebah z visoko izobrazbo: če bi vsi dosegli visoko izobrazbo, bi se incidenčna stopnja kožnega melanoma v Sloveniji povečala za 54,9 %. Absolutna vrzel v incidenčnih stopnjah med visoko in nizko izobraženimi je večja pri moških kot pri ženskah, medtem ko je relativna vrzel večja pri ženskah.

V prvem letu epidemije covid-19 v Sloveniji ni bilo pomembnega primanjkljaja novih primerov kožnega melanoma (52).

Tako nacionalna raziskava z analizo slovenske različice evropskega kazalnika primanjkljaja kakor mednarodne študije so potrdile povezanost incidence kožnega melanoma z višjim socioekonomskim položajem (53, 58).

Ključna nevarnostna dejavnika za kožni melanom sta kratkotrajno, intenzivno sončenje (počitnice ali rekreacija ob morju in v gorah) in uporaba solarijev, kar je bolj značilno za osebe z visokim socioekonomskim položajem (56, 71). Visoko izobraženi so bolj ozavešeni o kožnem raku in se pogosteje udeležujejo dermatoloških pregledov kožnih znamenj, ki so velikokrat samoplačniški (71). Z večanjem blaginje se aktivnosti z večjo izpostavljenostjo soncu pogosteje udeležujejo ljudje s srednjim in nižjim socioekonomskim položajem, kar lahko povzroči premik incidence kožnega melanoma v druge populacijske skupine. Raziskava med slovenskimi srednješolci je pokazala, da se zaradi želje po zagoreli polti namerno izpostavlja soncu večji delež deklet kot fantov in več dijakov s srednjih strokovnih šol kot gimnazij ali poklicnih šol, prav tako več deklet kot fantov obiskuje solarije (72).

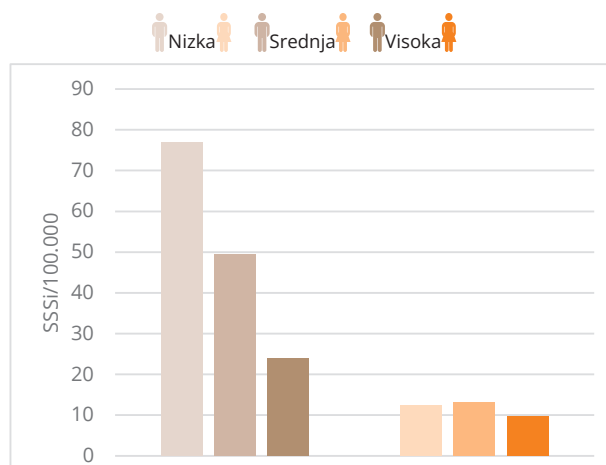


Ukrepi za zmanjšanje neenakosti v incidenci kožnega melanoma so na področju promocije zdravja in primarne preventive, usmerjene predvsem v otroke in mladostnike. S področja sekundarne preventive pri odraslih sta pomembna samopregledovanje kožnih znamenj po načelu ABCDE in udeleževanje dermatoloških pregledov v primeru sumljivih kožnih sprememb.

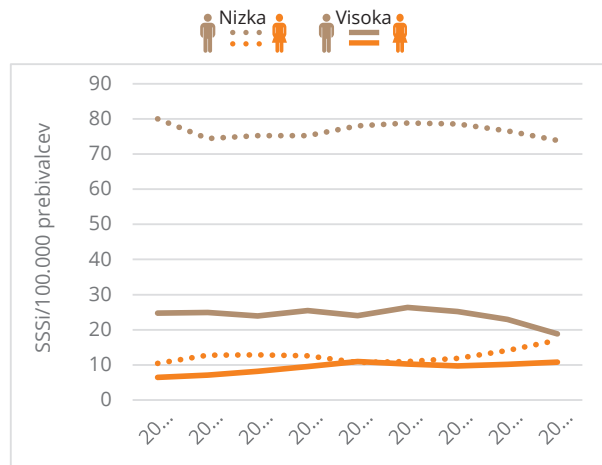
INCIDENCA RAKOV GLAVE IN VRATU

Avtorici: Teja Oblak, Ana Mihor (OI)

Raki glave in vratu so skupina rakov, ki vzniknejo v ustni votlini, žrelu, grlu, nosu in obnosnih votlinah. V letu 2020 so bili raki glave in vratu v Sloveniji peta najpogostejša vrsta raka pri moških in petnajsta po vrsti pri ženskah. V zadnjem desetletnem obdobju starostno standardizirana incidenčna stopnja teh rakov pri moških značilno upada, pri ženskah pa stagnira (51).



Slika 1.34: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.



Slika 1.35: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) za rake glave in vratu (C00–C14, C30–C32) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.

V obdobju 2012–2020 je za raki glave in vratu zbolelo 3,7-krat več moških kot žensk. Zbolevajo predvsem nizko izobraženi moški, saj je pri njih starostno standardizirana incidenčna stopnja 3,2-krat višja kot pri visoko izobraženih; ta vrzel je najbolj poudarjena v srednji starostni skupini (45–69 let). Če bi vsi dosegli visoko izobrazbo, bi se incidenca rakov glave in vratu v Sloveniji znižala za 42,9 %, najbolj pri moških (za 52,8 %). Izobrazbena vrzel je pri moških najbolj izrazita v starostni skupini 50–65 let, kažejo starostno specifične incidenčne stopnje. Pri ženskah zbolevajo predvsem ženske s srednjo in nizko izobrazbo, vendar je razmerja težje zanesljivo vrednotiti, ker je primerov teh rakov pri ženskah malo.

Iz analize je razviden blag upad incidenčne stopnje rakov glave in vratu v prvem letu epidemije covida-19 (2020), ki ga bo mogoče zanesljiveje interpretirati v prihodnjih letih, saj je za to skupino rakov značilen splošen trend zniževanja incidence.

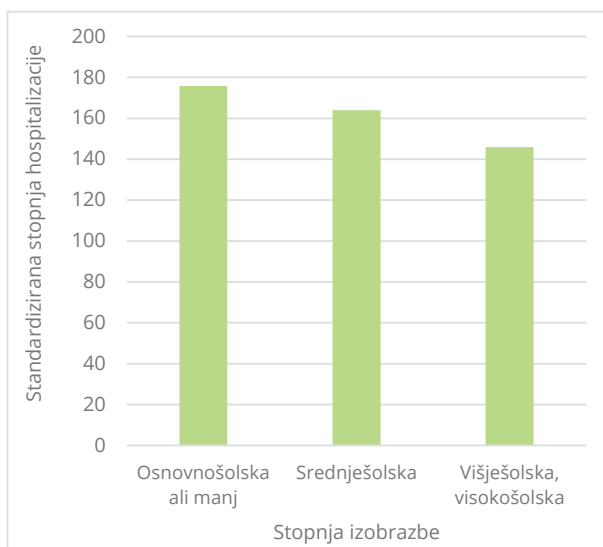
Mednarodne in nacionalne raziskave s slovensko različico evropskega kazalnika primanjkljaja kažejo in potrjujejo povezanost med raki glave in vratu z nizkim socialno-ekonomskim položajem; vrzel je najizrazitejša pri moških (53, 58). Ključna nevarnostna dejavnika za rake glave in vratu sta kajenje tobaka ter tvegano in škodljivo pitje alkohola, ki sta povezana z nižjim socialno-ekonomskim položajem, njuno sočasno delovanje pa rakotvorni učinek še potencira (56, 73). Drugi nevarnostni dejavniki za nastanek rakov glave in vratu so okužba z nekaterimi vrstami humanih papilomavirusov (HPV 16) in virusom Epstein-Barr ter poklicna izpostavljenost lesnemu, nikljevemu prahu in prahu v proizvodnji usnja (56).

Ukrepi proti pojavljanju rakov glave in vratu ter povezanim neenakostim vključujejo promocijo zdravja in primarno preventivo na področju zdravega življenjskega sloga, ki je usmerjeno v najbolj ogrožene skupine, spodbujanje cepljenja proti HPV pri obeh spolih in upoštevanje varovalnih ukrepov na delovnih mestih.

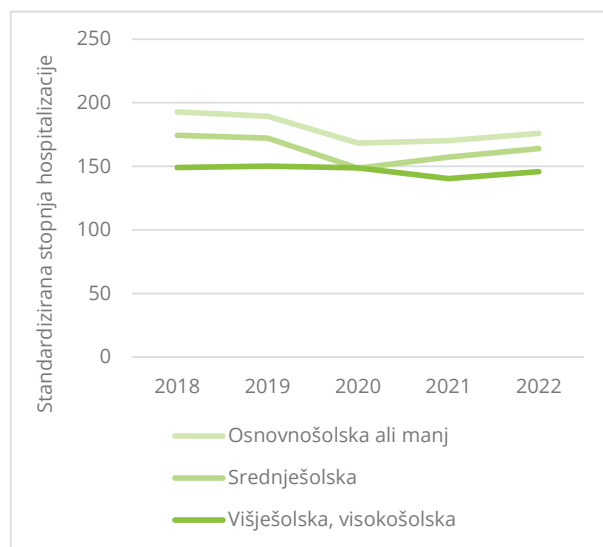
OBRAVNAVE V BOLNIŠNICAH

Avtor: Mircha Poldrugovac

V sistemu, ki stremi k univerzalnemu zdravstvenemu varstvu, dostopnost zdravstvenih storitev ne bi smela biti odvisna od finančnih zmožnosti posameznikov, temveč zgolj od njihovih potreb. Razlike v obolevnosti glede na socioekonomski položaj bi se torej lahko odražale tudi kot razlike v uporabi zdravstvenih storitev. Stopnja hospitalizacije spada med ključne kazalnike uporabe virov v zdravstvu. Zanimajo nas razlike v tem kazalniku glede na stopnjo izobrazbe prebivalcev, pri čemer smo upoštevali le akutne bolnišnične obravnave. Podatki so bili standardizirani po starosti in spolu glede na populacijo Slovenije v letu 2022.



Slika 1.36: Stopnja hospitalizacije v letu 2022 glede na stopnjo izobrazbe pacientov.



Slika 1.37: Stopnja hospitalizacije po stopnji izobrazbe pacientov med letoma 2018 in 2022.

Standardizirana stopnja hospitalizacije prebivalcev z najvišjo stopnjo izobrazbe je bila v letu 2022 17,0 % nižja od stopnje hospitalizacije prebivalcev z najnižjo stopnjo izobrazbe. Pri prebivalcih s srednješolsko izobrazbo pa je bila stopnja hospitalizacije 6,7 % nižja od stopnje hospitalizacije skupine z najnižjo stopnjo izobrazbe.

Razlike med skupinami prebivalcev glede na stopnjo izobrazbe obstajajo v celotnem analiziranem obdobju (od leta 2018 do leta 2022) razen leta 2020, ko sta bili stopnji hospitalizacije skupine s srednješolsko izobrazbo ter skupine z višješolsko in visokošolsko izobrazbo praktično izenačeni. Glede na pomembne spremembe v praksah hospitalizacije pacientov v času pandemije covid-19 pojav v letu 2020 lahko opredelimo kot netipičen.

Variabilnost med leti pri posamezni skupini prebivalcev kaže na večje razlike pri skupinah s srednješolsko stopnjo izobrazbe (14,8-odstotna razlika med letoma 2018 in 2020) in osnovnošolsko stopnjo izobrazbe ali manj (12,7-odstotna razlika med letoma 2018 in 2020). Izrazito manjša je variabilnost v stopnji hospitalizacije med leti pri skupini z najvišjo stopnjo izobrazbe (6,5-odstotna razlika med letoma 2019 in 2021).

Razlike v uporabi zdravstvenih storitev so kompleksen pojav. Lahko so posledica dejavnikov na strani ponudbe storitev (npr. razpoložljivost zdravnikov) ali na strani povpraševanja (npr. želje in odločitve pacienta) (74, 75). Na bolnišnične obravnave vplivajo tudi druge zdravstvene storitve, kot so ambulantne obravnave na primarni in sekundarni ravni.

Stopnja hospitalizacije je bila v Sloveniji leta 2021 nad povprečjem 35 držav Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD), vendar izrazito nižja kakor v državah, kjer je vloga osnovnega zdravstvenega varstva manj pomembna kot v Sloveniji, na primer v Avstriji in Nemčiji (76).

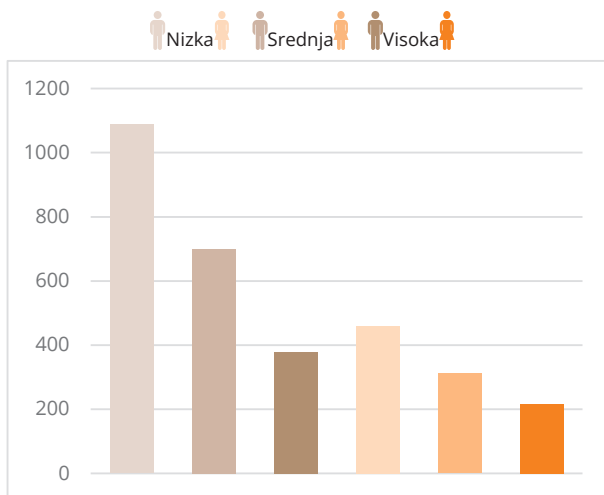
Ugotovljene razlike v stopnji hospitalizacije glede na stopnjo izobrazbe prebivalcev so v skladu s pričakovanji glede na razlike v obolevnosti in ugotovitve v tujih raziskavah (77, 78). Podatki zato ne nakazujejo oviranosti nižje izobraženih pri dostopanju do bolnišničnih obravnav v primerjavi z drugimi skupinami. Hkrati pa podatki ne razkrijejo razlike v uporabi ambulantnih storitev, saj dobro ambulantno spremljanje pacientov lahko prepreči nekatere hospitalizacije (79). Razlike v stopnji hospitalizacije glede na stopnjo izobrazbe potrjujejo že znane razlike o slabšem zdravstvenem stanju prebivalcev nižjega socialno-ekonomskega položaja. Hkrati pa na podlagi prikazanih podatkov ni mogoče sklepati o tem, ali osebe v različnih socialno-ekonomskih položajih ob enakem zdravstvenem stanju uporabljajo zdravstvene storitve v enakem obsegu.

Med dejavniki, ki vplivajo na odločitev o hospitalizaciji pacienta, sta tudi razpoložljivost postelj in vzpostavljena klinična praksa v določenem okolju (75). Ti okoliščini se v različnih regijah razlikujeta in stopnje hospitalizacije so dokazano različne med slovenskimi regijami (80). Tudi delež prebivalcev z določeno stopnjo izobrazbe se med regijami razlikuje, zato moramo ugotovljene razlike interpretirati previdno. Le poglobljene raziskave lahko dokazujejo vzročno povezanost med pojavi, na katere vpliva kompleksen preplet dejavnikov. Razlike v stopnji hospitalizacije med prebivalci glede na stopnjo izobrazbe nedvomno obstajajo.

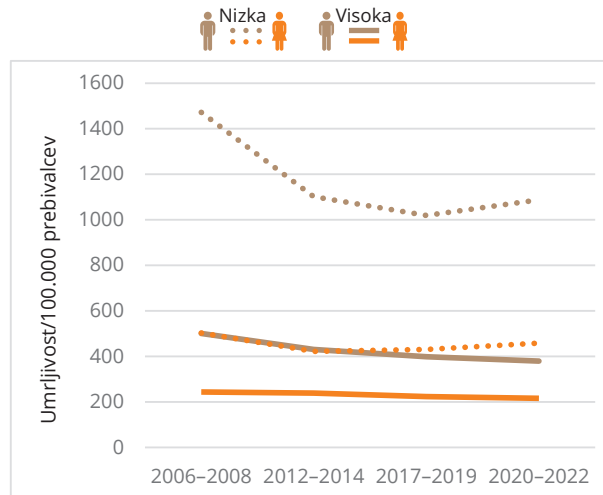
PREZGODNJA UMRRLJIVOST PRED 75. LETOM STAROSTI

Avtorica: Andreja Belščak

Nizek socialno-ekonomski položaj je povezan s povečanim tveganjem za prezgodnjo smrt. Prezgodnja umrljivost po izobrazbi zaradi vseh vzrokov skupaj je prikazana s starostno standardizirano stopnjo umrljivosti med 25. in 74. letom starosti. Uporabljena so povprečja treh zaporednih let.



Slika 1.38: Umrlijivost pred 75. letom starosti po izobrazbi in spolu v obdobju 2020-2022, Slovenija (SSS).



Slika 1.39: Umrlijivost pred 75. letom po izobrazbi in spolu v štirih obdobjih (SSS) –trend vrzeli.

Prezgodnja umrljivost med 25. in 74. letom starosti kaže v Sloveniji velike razlike po izobrazbi tako v obdobju 2020–2022 kot v prejšnjih obdobjih. Moški z nizko izobrazbo imajo do 75. leta starosti 2,9-krat višjo stopnjo umrljivosti kot tisti z visoko izobrazbo. Pri ženskah je vrzel manjša kot pri moških, in sicer imajo ženske z nizko izobrazbo do 75. leta starosti 2,1-krat višjo stopnjo umrljivosti kot tiste z visoko izobrazbo. Izračun PAF pokaže, da bi bilo med moškimi 47 % manj smrti do 75. leta starosti, če bi bila umrljivost v celotni populaciji enaka umrljivosti med visoko izobraženimi. Pri ženskah ta delež znaša 34,7 %. Med opazovanimi vzroki smrti v Sloveniji se v obdobju 2020–2022 izobrazbena vrzel najbolj izrazi pri umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni.

V vseh opazovanih obdobjih se je vrzel med prezgodnjo umrljivostjo nizko in visoko izobraženih zmanjšala, vendar se je gledano po spolu razlika ohranjala. V obdobju 2020–2022 so se vrzeli po izobrazbi glede na prejšnje triletno obdobje povečale pri moških in ženskah ter v celotni populaciji skupaj. Povečanje vrzeli po izobrazbi v obdobju 2020–2022 je povzročila večja umrljivost nizko izobraženih, kar bi lahko pripisali pandemiji covid-19, zaradi katere so nizko izobraženi umirali mlajši kot visoko izobraženi.

Čeprav so nekatere razlike v zdravju med prebivalstvom neizogibne, je zmanjšanje prezgodnje umrljivosti, povezane s socialno-ekonomskim statusom, pomemben cilj javnega zdravja. Reševanje tovrstnih neenakosti v zdravju ostaja velik izziv po vsem svetu (81). Izobrazba je prepoznana kot ključni faktor za doseganje socialno-ekonomskega razvoja in pretekle raziskave so potrdile, da je nizka izobrazba dejavnik tveganja za zgodnejšo umrljivost, kar se odraža predvsem z manj zdravim življenjskim slogom (82). Poleg tega je nizka izobrazba večinoma povezana z nižjimi prihodki, kar prav tako vpliva na življenjski slog (83).

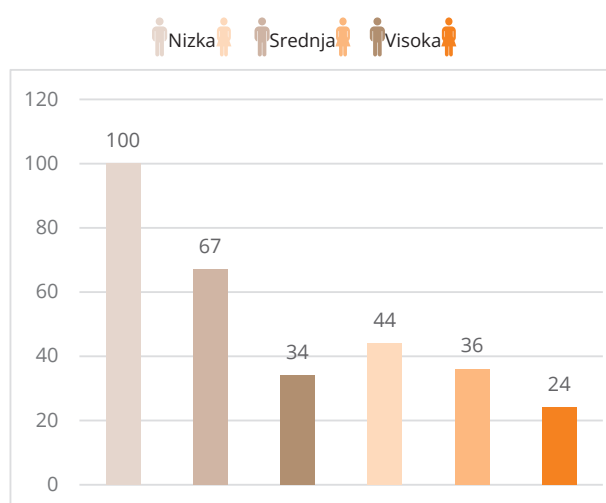
Povišanje prezgodnje umrljivosti v obdobju 2020–2022 so poleg Slovenije zaznali tudi v drugih državah, kjer so raziskave potrdile povezavo z obdobjem pandemije covid-19 in njenimi posledicami (84, 85). Do povišanja prezgodnje umrljivosti je tako v Sloveniji kot v tujini prišlo predvsem med nizko izobraženimi prebivalci (86), za kar bi vzroke lahko našli v manjši uporabi ustrezne zdravstvene oskrbe in preventivnih pregledov v času pandemije.

Marmotovo poročilo, objavljeno leta 2010, glede najučinkovitejših na dokazih temelječih strategij za zmanjšanje neenakosti v zdravju poudarja šest političnih zavez: vsakemu otroku omogočiti najboljši začetek življenja, omogočiti ljudem, da izkoristijo svoje sposobnosti in imajo nadzor nad življenjem, ustvarjati zaposlitve in dobra delovna mesta, zagotavljati zdrav bivalni standard, ustvarjati zdrava in trajnostna okolja ter krepiti preprečevanje bolezni (87).

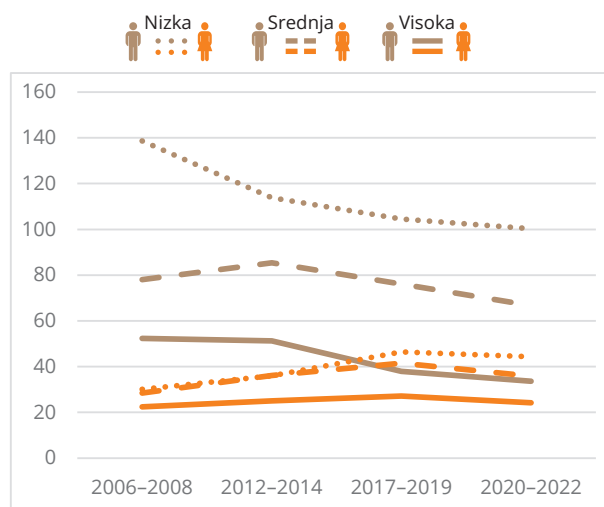
UMRLJIVOST ZARADI PLJUČNEGA RAKA

Avtorici: Helena Koprivnikar, Jona Blatnik

Pljučni rak je v 80 % posledica kajenja tobaka, ki je tudi v Sloveniji med vodilnimi preprečljivimi dejavniki tveganja za smrt in izgubljena zdrava leta življenja (88, 89). Zaradi različne razširjenosti kajenja v skupinah z različnim socialno-ekonomskim položajem (neenakosti v kajenju) se tudi obseg posledic kajenja glede na socialno-ekonomski položaj razlikuje. Neenakosti v kajenju so med pomembnejši vzroki neenakosti v zdravju, celotni umrljivosti in umrljivosti zaradi posameznih vzrokov (88, 90, 91). Neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka, ki ostajajo pomemben dejavnik neenakosti v celotni umrljivosti, se med moškimi zmanjšujejo, med ženskami pa povečujejo (88, 92).



Slika 1.40: Povprečne starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi pljučnega raka na 100.000 prebivalcev med prebivalci, starimi 25–74 let, po spolu in izobrazbi, 2020–2022.



Slika 1.41: Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi pljučnega raka na 100.000 prebivalcev med prebivalci, starimi 25–74 let, po spolu in izobrazbi v obdobjih 2006–2008, 2012–2014, 2017–2019 in 2020–2022.

Povprečne starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi pljučnega raka (SSSU PR) se v obdobju 2020–2022 zmanjšujejo z višanjem stopnje izobrazbe; vrzel je izrazitejša med moškimi kot ženskami. Med moškimi je SSSU PR v skupini z nizko izobrazbo 3-krat višja kot v skupini z visoko izobrazbo, pri ženskah 1,8-krat. Če bi v vseh izobrazbenih skupinah znižali stopnjo umrljivosti na raven visoko izobraženih, bi se pri moških znižala za polovico, pri ženskah za nekaj manj kot tretjino. Relativne neenakosti med moškimi kažejo, da je absolutna vrzel v umrljivosti zaradi pljučnega raka med nizko in visoko izobraženimi višja kot skupna umrljivost zaradi pljučnega raka, pri ženskah pa je nižja (moški: RII = 1,2; ženske RII = 0,8). Med moškimi je v vseh starostnih skupinah umrljivost višja med nizko izobraženimi, med ženskami po 70. letu starosti pa ugotavljamo najvišjo stopnjo med srednje in visoko izobraženimi in je v skladu s posameznimi obdobji epidemije kajenja (91).

V vseh opazovanih obdobjih je bila SSSU PR pri obeh spolih višja med nizko izobraženimi. Med moškimi se je SSSU PR med opazovanimi obdobji znižala tako med nizko kot med visoko izobraženimi, medtem ko se je pri ženskah med nizko izobraženimi zvišala, med visoko izobraženimi pa se ni spremenila. Vrzel v umrljivosti se med moškimi v opazovanih obdobjih ni spremenila, med ženskami pa se je povečala.

V Sloveniji ugotavljamo neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka glede na izobrazbo. Izrazitejše so med moškimi kot ženskami, podobno kot v drugih evropskih državah (89, 92).

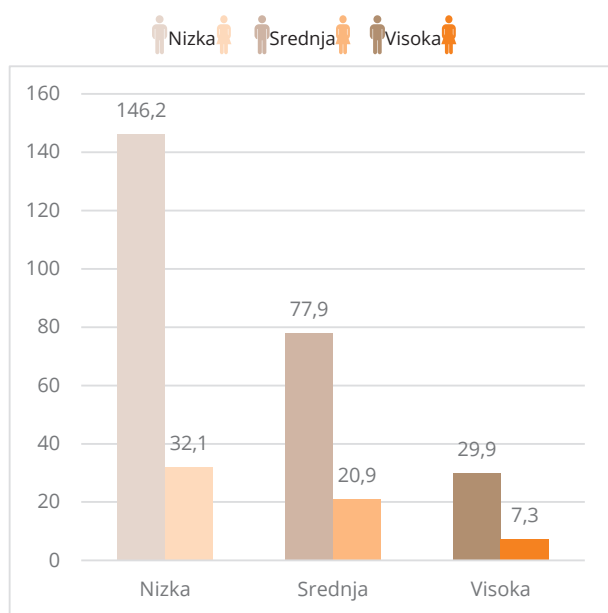
Vrzel v umrljivosti glede na izobrazbo se v spremljanem obdobju med moškimi ne spreminja, med ženskami pa povečuje.

Za zmanjševanje neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka in drugih tobaku pripisljivih bolezni je ključno zmanjševanje neenakosti v kajenju z ukrepi, kot so višanje obdavčitve in cen tobačnih izdelkov za kajenje in usmerjanje ukrepov nadzora nad tobakom v skupine z nižjim socialno-ekonomskim položajem (93, 94).

UMRLJIVOST ZARADI ALKOHOLU NEPOSREDNO PRIPISLJIVIH VZROKOV

Avtorica: Sandra Radoš Krnel

Raba alkohola se povezuje z več kot 200 bolezenskimi stanji, poškodbami in zastrupitvami. Prizadeti so lahko živčevje, prebavila, srčno-žilni sistem ter drugi organi in tkiva, povečano je tudi tveganje za razvoj nekaterih rakavih obolenj (95). Nekateri posledice rabe alkohola se lahko razvijejo zelo hitro kot posledica opijanja, tudi pri osebi, ki sicer nima dolgotrajnih težav s pitjem alkoholnih pijač, na primer akutna zastrupitev z alkoholom, akutni pankreatitis in akutne srčne aritmije. Druge posledice nastanejo v krajšem ali daljšem obdobju in se kažejo na primer kot okvara jeter, jetrna odpoved ali akutna poškodba možganov. Tretjo skupino predstavljajo stanja, ki so posledica dolgotrajne izpostavljenosti višjim odmerkom alkohola, pri čemer so glavni primeri rakava obolenja in jetrna ciroza (96).



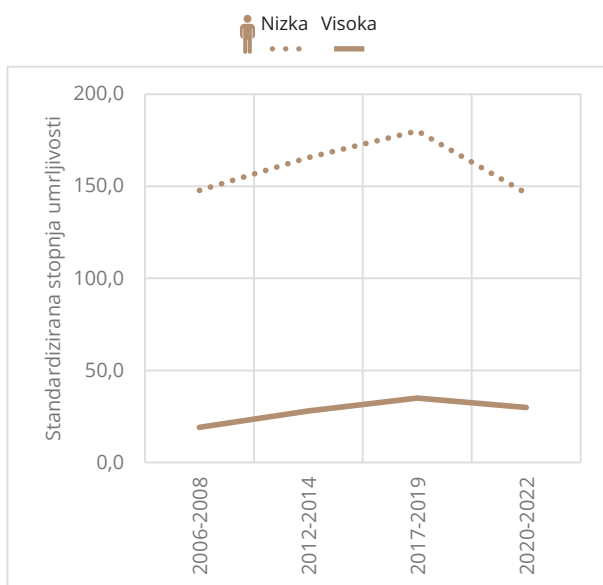
Slika 1.42: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini 25–74 let v obdobju 2020–2022.

V obdobju 2020–2022 so bile razlike v stopnji umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih (ANP) vzrokov med moškimi z različnimi stopnjami izobrazbe statistično značilne. Stopnja umrljivosti je bila najvišja pri moških z nizko izobrazbo in najnižja pri moških z visoko izobrazbo. Tudi pri ženskah je bil enak vzorec razlik v stopnji umrljivosti, razlike med skupinami z različnimi stopnjami izobrazbe so bile prav tako statistično značilne (slika 1.42). Izračun PAF pokaže, da bi se število smrti pri obeh spolih zmanjšalo za 63 %, če bi bila umrljivost v celotni populaciji enaka umrljivosti med visoko izobraženimi. Stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov je bila sicer pri moških v istem obdobju 3,8-krat višja kot pri ženskah; najvišja stopnja umrljivosti je bila tako pri moških kot pri ženskah v starostni skupini od 70 do 74 let.

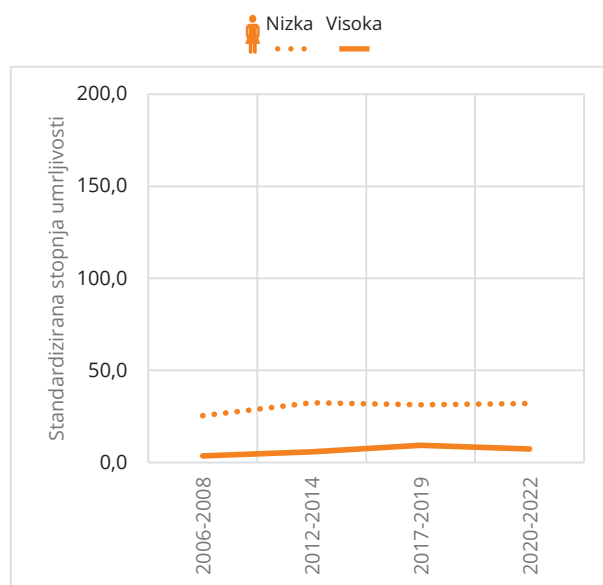
Stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov se je pri moških v obdobju od leta 2006 do leta 2022 statistično značilno povečevala v skupini z visoko izobrazbo, v skupini z nizko pa trend ni bil statistično značilen. Analiza trenda vrzeli je pokazala, da se je razlika v umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi z visoko in nizko izobrazbo povečevala; razlika je bila statistično značilna ($p = 0,016$). Tako je bila stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi z nizko izobrazbo od 4,9-krat (v letih 2020–2022) do 7,7-krat (v letih 2017–2019) višja kot med moškimi z visoko izobrazbo (slika 1.43). Pri ženskah se je v istem obdobju stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov povečevala tako v skupini z nizko kot v skupini z visoko izobrazbo, vendar je bilo povečanje statistično značilno samo v prvi. Razlika v umrljivosti med posameznimi izobrazbenimi skupinami se ni statistično značilno spreminjala. Stopnja umrljivosti pri nižje izobraženih ženskah je bila od 3,4-krat (v letih 2017–2019) do 7,1-krat (v letih 2012–2014) višja kot pri ženskah z visoko izobrazbo (slika 1.44).

Stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov se je pri moških v letih od 2006 do 2022 statistično značilno povečevala v skupini z visoko izobrazbo, v skupini z nizko pa trend ni bil statistično značilen. Analiza trenda vrzeli je pokazala, da se je razlika v umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi z visoko in nizko izobrazbo povečevala; razlika je bila statistično značilna ($p =$

0,016). Tako je bila stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi z nizko izobrazbo od 4,9-krat (v letih 2020–2022) do 7,7-krat (v letih 2017–2019) višja kot med moškimi z visoko izobrazbo (slika 1.43). Pri ženskah se je v istem obdobju stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov povečevala tako v skupini z nizko kot v skupini z visoko izobrazbo, vendar je bilo povečanje statistično značilno samo v prvi. Razlika v umrljivosti med posameznimi izobrazbenimi skupinami se ni statistično značilno spreminjala. Stopnja umrljivosti pri nižje izobraženih ženskah je bila od 3,4-krat (v letih 2017–2019) do 7,1-krat (v letih 2012–2014) višja kot pri ženskah z visoko izobrazbo (slika 1.44).



Slika 1.43: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov po izobrazbi v štirih obdobjih, moški 25–74 let.



Slika 1.44: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov po izobrazbi v štirih obdobjih, ženske 25–74 let.

Več različnih raziskav in poročil posameznih držav kaže, da imajo osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem več posledic zaradi rabe alkohola, čeprav popijejo enake ali manjše količine alkoholnih pijač (97, 98, 99). Raziskovalci ponujajo več razlag za ta t. i. alkoholni paradoks, na primer razlike v načinu pitja alkohola, posebno pogostost visoko tveganega opijanja, pri ranljivejših posameznikih velikokrat hkrati obstaja več dejavnikov tveganja, zaradi pomanjkanja virov naj bi se bili manj sposobni izogniti škodljivim posledicam, pogosto imajo slabši dostop do zdravstvenih storitev in drugih virov pomoči, večja je izpostavljenost okoljskim in psihološkim obremenitvam (100, 101, 102). Zato je pri oblikovanju alkoholne politike nujno vključevati pristop »zdravje v vseh politikah«, tako da se pri političnih odločitvah zunaj zdravstvenega sistema upoštevajo učinki na zdravje in neenakosti v zdravju. Poleg tega je pomembno, da intervencije in programi za zmanjševanje škode zaradi alkohola vsebujejo elemente, ki spodbujajo pravičnost in priporočila ali smernice za zmanjšanje ugotovljenih neenakosti v zdravju (100, 103, 104).

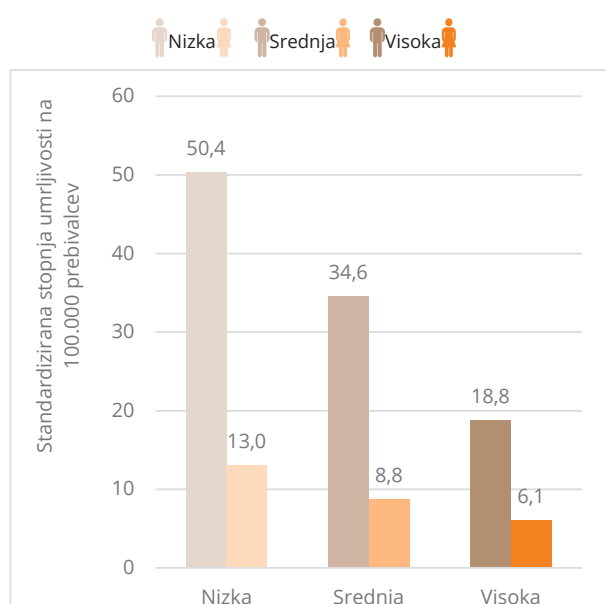


Vrzel v umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov med moškimi z visoko in nizko izobrazbo se je značilno povečala, pri ženskah pa se ni statistično značilno spreminjala.

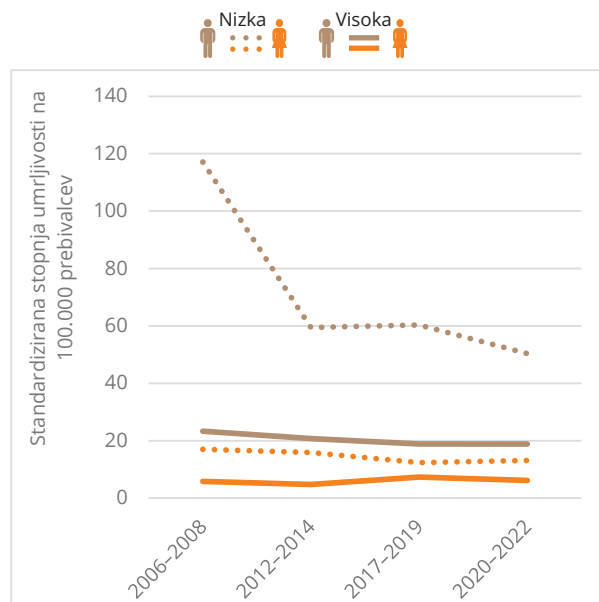
UMRLJIVOST ODRASLIH ZARADI POŠKODB V NEZGODAH

Avtorica: Mateja Rok Simon

Poškodbe v nezgodah so eden glavnih vzrokov umrljivosti odraslih prebivalcev Slovenije in glavni vzrok za izgubo zdravih let življenja zaradi manjzmožnosti. Najpogostejši vzroki smrti so poškodbe pri padcih in v prometnih nezgodah. Moški imajo štirikrat višjo umrljivost zaradi nezgod kot ženske, predvsem zaradi bolj tvegane vedenja v prometu.



Slika 1.45: Umrljivosti odraslih v starosti 25–74 let zaradi nezgod po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2020–2022.



Slika 1.46: Trend umrljivosti odraslih v starosti 25–74 let zaradi nezgod po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2006–2022.

V letih 2020–2022 so imeli nizko izobraženi odrasli statistično značilno 2,5-krat višjo umrljivost zaradi nezgod kot visoko izobraženi (slika 1.45). Razlika v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi odraslimi je bila 1,1-krat večja od njihove povprečne umrljivosti zaradi nezgod. Če bi nižje izobražena skupina dosegla enako stopnjo umrljivosti, kot jo ima višje izobražena skupina odraslih, bi se skupna stopnja umrljivosti zaradi nezgod zmanjšala za 46,9 %. Nizko izobraženi moški so imeli statistično značilno 2,7-krat višjo umrljivost zaradi nezgod kot visoko izobraženi, nizko izobražene ženske pa 2,1-krat višjo umrljivost kot visoko izobražene. Razlike v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi so bile pri moških najbolj izrazite po 45. letu, pri ženskah pa po 60. letu starosti.

V obdobju 2006–2022 je umrljivost zaradi nezgod statistično značilno padala predvsem zaradi hitrega padanja umrljivosti v prometnih nezgodah pri nižje izobraženih moških, zato se je statistično značilno manjšala tudi vrzel v umrljivosti zaradi nezgod med moškimi z nizko in visoko izobrazbo (slika 1.46). Pri ženskah trendov umrljivosti in spremembe vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ni bilo mogoče potrditi.

Med razlogi za neenakosti se navaja bolj tvegano vedenje nizko izobraženih odraslih, ki delajo tudi na nevarnejših delovnih mestih in so manj ozaveščeni o preprečevanju poškodb (105, 106). V času pandemije se je vrzel v umrljivosti različno izobraženih odraslih zaradi prometnih nezgod in padcev nekoliko povečala. Delež smrtnih prometnih nezgod se je povečal (107), k čemur je prispevalo bolj tvegano vedenje voznikov (108, 109) zaradi zmanjšane gostote prometa, manj policijskih kontrol in večjega ekonomskega pritiska na voznike (110). Zlasti pri nizko izobraženih ženskah smo ugotovili večji porast umrljivosti v prometu v primerjavi z visoko izobraženimi. To je lahko posledica velike zaposlenosti nižje izobraženih žensk v

nujnih trgovinah, proizvodnji in storitvah, ki so morale na delo kljub omejitvenim ukrepom, zaradi česar se je povečalo število smrtnih nezgod z osebnimi vozili in kolesi (111). Med pandemijo so se nekatere storitvene in gospodarske dejavnosti začele opravljati od doma ali pa so se popolnoma zaprle. Kljub temu smo ugotovili večjo umrljivost zaradi padcev, vendar le pri nižje izobraženih odraslih. To se pripisuje predvsem omejeni možnosti za delo od doma v nekaterih gospodarskih dejavnostih z večjim tveganjem za resne poškodbe, na primer v gradbeništvu, kmetijstvu, transportu (112), kjer so zaposleni pretežno nizko izobraženi odrasli. Povečala se je tudi umrljivost zaradi padcev doma med manj ozaveščenimi nižje izobraženimi odraslimi. V raziskavah je bilo ugotovljeno, da se je med pandemijo povečala incidenca visokoenergijskih poškodb zaradi padcev z višine pri vzdrževanju doma in vrta ter aktivnostih »sam svoj mojster« (113, 114).

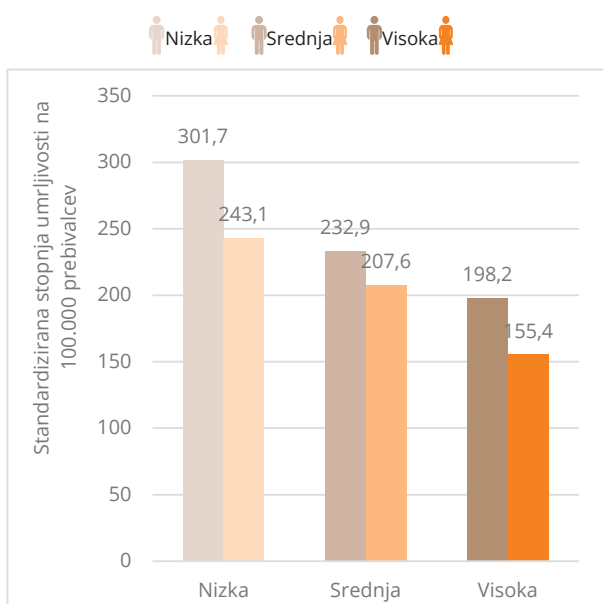


Vrzel v umrljivosti odraslih zaradi nezgod med nizko in visoko izobraženimi se je v času gospodarske krize izrazito zmanjšala. Trend zmanjševanja vrzeli se je nadaljeval, čeprav je prišlo v času pandemije do povečanja vrzeli zaradi padcev in prometnih nezgod.

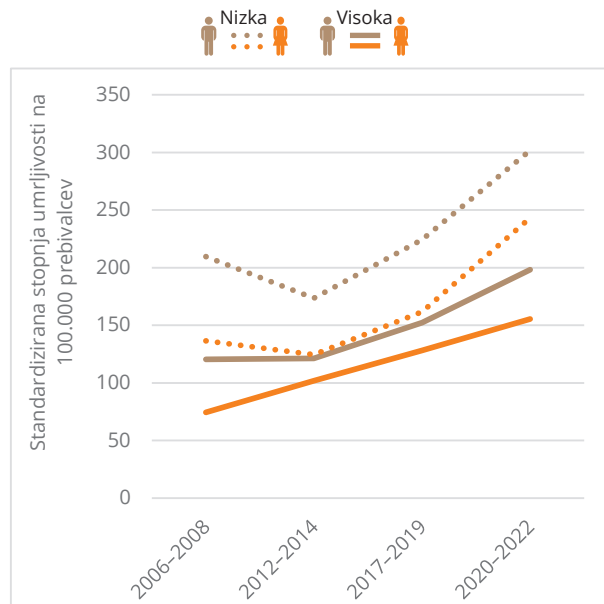
UMRLJIVOST STAREJŠIH ZARADI PADCEV

Avtorica: Mateja Rok Simon

Med nezgodami so padci glavni vzrok umrljivosti in izgube zdravih let življenja zaradi manj možnosti pri starejših od 64 let. Zaradi staranja prebivalstva padci postajajo pereč javnozdravstveni problem, saj so dragi za zdravstveni sistem in imajo pogosto resne posledice, na primer zlom kolka, ki vodijo v ireverzibilno slabljenje funkcije po poškodbi, institucionalizacijo in smrt.



Slika 1.47: Umrljivost starejših od 64 let zaradi padcev po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2020–2022.



Slika 1.48: Trend umrljivosti starejših od 64 let zaradi padcev po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2006–2022.

V letih 2020–2022 so imeli nizko izobraženi starejši statistično značilno 1,5-krat višjo umrljivost zaradi padcev kot visoko izobraženi (slika 1.47). Razlika v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi starejšimi je znašala 43 % njihove povprečne umrljivosti zaradi padcev. Če bi nižje izobražena skupina dosegla enako stopnjo umrljivosti, kot jo ima višje izobražena skupina starejših, bi se skupna stopnja umrljivosti starejših zaradi padcev zmanjšala za 23,5 %. Nizko izobraženi moški so imeli statistično značilno 1,5-krat višjo umrljivost zaradi padcev kot visoko izobraženi, nizko izobražene ženske pa 1,6-krat višjo umrljivost kot visoko izobražene. Razlika v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi moškimi je znašala 55 % povprečne umrljivosti moških zaradi padcev, razlika med nizko in visoko izobraženimi ženskami pa 47 % povprečne umrljivosti žensk.

V obdobju 2006–2022 je umrljivost zaradi padcev statistično značilno naraščala pri nižje in višje izobraženih moških in ženskah, zato trenda spremembe vrzeli umrljivosti pri moških in ženskah z nizko in visoko izobrazbo ni bilo mogoče potrditi (slika 1.48).

V letih 2020–2022 se je vrzel povečala zaradi večjega porasta umrljivosti pri nižje izobraženih starejših, na kar je vplivala pandemija covid-19. Zaradi omejitvenih ukrepov (115, 116) in socialne izolacije se je incidenca padcev doma povečala pri starejših, ki so živeli sami, saj se je med poškodovanci delež tistih, ki so živeli sami, trikratno povečal glede na obdobje pred pandemijo (117, 118). Zlasti so bili prizadeti manj izobraženi starejši, ki niso imeli znanja glede novih telekomunikacijskih možnosti, zaradi česar so se počutili zapuščene in osamljene (119). Starejši ljudje so se spoprijemali tudi s spremembami v svoji dnevi rutini, saj so morali naenkrat samostojno opravljati zahtevne dnevne aktivnosti, za katere so navadno imeli zunanjo

pomoč, številnim pa so se poslabšale tudi kronične bolezni in nevrokognitivna stanja, kar je vse povečalo tveganje za padce (118). Kljub temu so bolj ozaveščeni višje izobraženi posamezniki zaradi pandemije omejili mobilnost v notranjih prostorih in okrog hiše, bili pa so tudi previdnejši pri opravljanju aktivnosti, ki bi lahko privedle do padca, na primer pri čiščenju, vzdrževanju doma in vrta (118, 120). Tako so zmanjšali tveganje za poškodbe, s tem pa tudi stik z zdravstvenim sistemom in izpostavljenost koronavirusu (120). Višje izobraženi ljudje so se tudi pogosteje cepili proti covidu-19 (121), kar je pri starejših z zlomom kolka zmanjšalo umrljivost zaradi učinkov okužbe z virusom SARS-CoV-2 (122, 123). Starejše osebe z zlomom kolka in pridruženimi kroničnimi boleznimi so bile namreč posebej dovzetne za razvoj zapletov zaradi covid-19, tudi za smrt (124, 125).

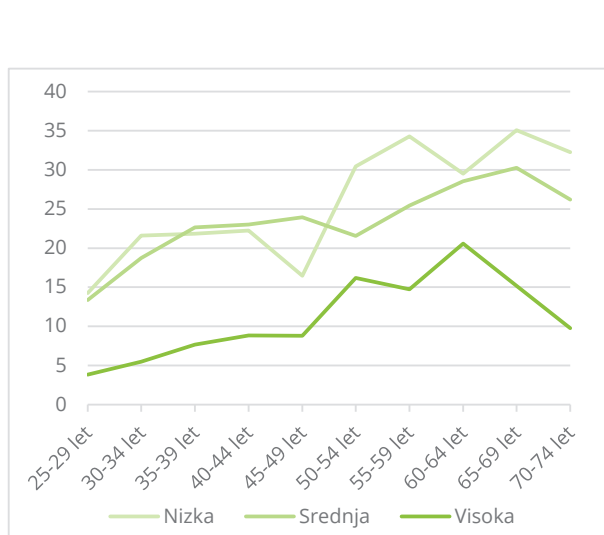


Vrzel v umrljivosti starejših odraslih zaradi padcev med nizko in visoko izobraženimi se v celotnem obdobju ni statistično značilno spreminjala, saj je umrljivost statistično značilno naraščala hkrati pri nizko in visoko izobraženih.

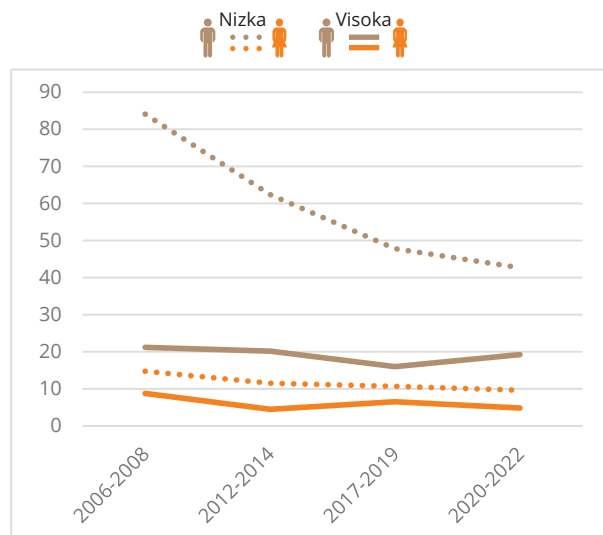
UMRLJIVOST ZARADI SAMOMORA

Avtorja: Matej Vinko, Saška Roškar

Kazalnik prikazuje število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev. Ker analiza primerja podatke v različnih obdobjih, je za zagotavljanje primerljivosti izračun kazalnika prilagojen starostni strukturi prebivalstva v posameznem letu.



Slika 1.49: Starostno specifične stopnje umrljivosti zaradi samomora, po izobrazbi (skupaj, 25–74 let).



Slika 1.50: Umrljivost zaradi samomora po spolu v štirih obdobjih, po izobrazbi.

Med letoma 2001 in 2020 je v Sloveniji vsako leto zaradi samomora umrlo povprečno 448 oseb (126). Umrljivost zaradi samomora v Sloveniji se je v zadnjih 20 letih podobno kot drugod po svetu znižala za več kot 30 %, vendar je kljub temu višja od svetovnega in evropskega povprečja (127). Stopnja umrljivosti zaradi samomora v letih od 2020 do 2022 je bila pri moških 3,8-krat višja kot pri ženskah. Razlike med spoloma so najmanj izrazite pri odraslih med 60. in 74. letom starosti, kjer razmerje znaša približno 3. Pogostost samomora je višja pri starejših osebah. Stopnja umrljivosti zaradi samomora se pri vseh izobrazbah dviguje s starostjo (slika 1.49). Razlike obstajajo tudi glede na doseženo izobrazbo. Stopnja umrljivosti zaradi samomora pri osebah z nizko izobrazbo je bila 2,3-krat višja v primerjavi s stopnjo umrljivosti zaradi samomora pri visoko izobraženih. V mednarodni raziskavi, kjer so primerjali razlike v stopnjah umrljivosti zaradi samomora glede na izobrazbo na podlagi podatkov iz leta 2001, so ugotovili veliko nižji količnik, in sicer 1,5-kratno razliko med nizko in visoko izobraženimi (128). Če bi bila stopnja umrljivosti zaradi samomora v Sloveniji pri nizko izobraženih takšna kot pri visoko izobraženih, bi bila skupna stopnja umrljivosti zaradi samomora za 45,6 % nižja. Vzel med stopnjama umrljivosti zaradi samomora med visoko in nizko izobraženimi se je statistično značilno zmanjšala le pri moških (slika 1.50). V letih od 2006 do 2008 je količnik stopenj med visoko in nizko izobraženimi moškimi znašal 4,0, v letih od 2020 do 2022 pa 2,2. Manjšanje vrzeli lahko pripišemo statistično značilnemu upadanju stopnje umrljivosti zaradi samomora pri nizko izobraženih moških. Statistično značilno je v letih od 2006 do 2008 upadla tudi stopnja umrljivosti zaradi samomora pri ženskah, vendar znižanje ni bilo dovolj veliko, da bi vplivalo na vrzel v umrljivosti med ravnema izobrazbe. Vzel med stopnjama umrljivosti zaradi samomora je bila v opazovanih obdobjih 1,9-krat večja pri moških kot pri ženskah, kar je skladno z ugotovitvami iz tujine (128). V državah, kjer spremljajo okoliščine samomora v obliki registrov, ugotavljajo, da so med umrlimi zaradi samomora, ki so imeli nizko izobrazbo, pogostejše prisotne težave z zlorabo substanc in težave v medosebnih odnosih, medtem ko so med visoko izobraženimi pogostejše duševne motnje in težave na delovnem mestu (129). Za potrebe načrtovanja preventivnih aktivnosti bi bilo koristno enaka raziskovalna vprašanja proučiti tudi v Sloveniji.

NEIZPOLNJENE POTREBE PO ZDRAVSTVENI OSKRBI

Avtorica: Eva Šarec (UMAR)

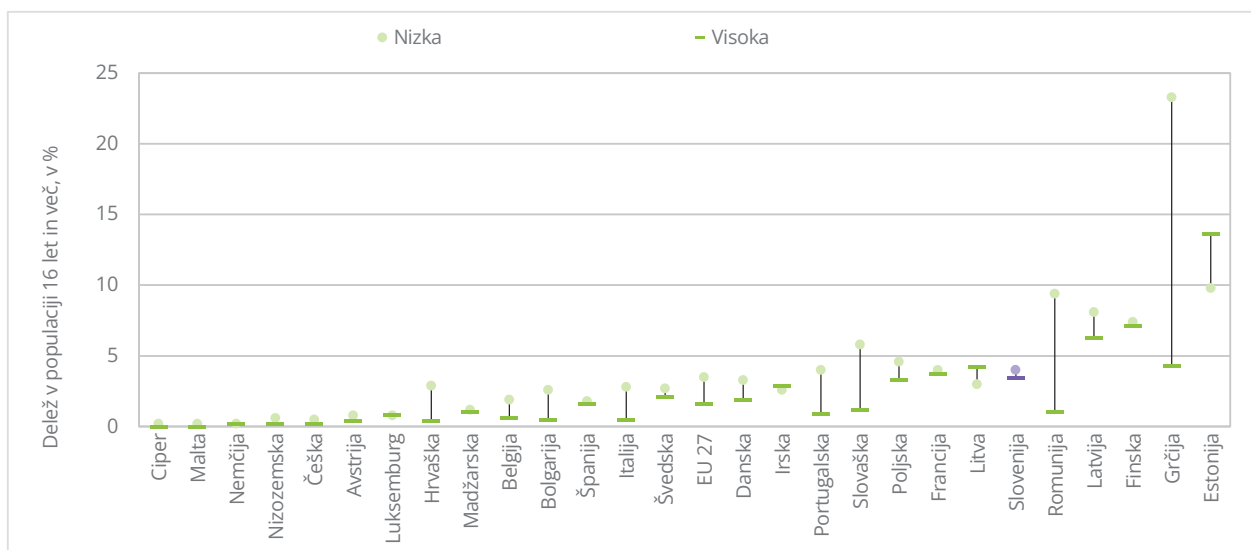
Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi finančnih vzrokov, čakalnih dob in/ali geografske oddaljenosti so eden glavnih kazalnikov dostopnosti zdravstvenega varstva. Posledice neizpolnjenih potreb se odražajo na zdravju posameznika in celotne populacije; navadno so bolj izpostavljeni socialno šibkejši, zato lahko neizpolnjene potrebe povečujejo tudi neenakosti v zdravju (130). V Evropski uniji (EU) se najpogosteje uporablja kazalnik na podlagi evropske raziskave o dohodkih in življenjskih razmerah (ang. EU statistics on income and living conditions, EU-SILC) ali na podlagi evropske raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu (ang. European Health Interview Survey, EHIS). Pomanjkljivost kazalnika je v tem, da ankete ne zajamejo nekaterih skupin prebivalstva (brezdomnih, deloma migrantov in oseb, ki živijo v institucionalnem varstvu), poleg tega na odgovore vplivajo tudi kulturne razlike. V Sloveniji v preteklosti ni bilo ustrezno prevedeno vprašanje o neizpolnjenih potrebah pri raziskavi EU-SILC, zato je podatek ustrezen in primerljiv z drugimi državami šele od leta 2017 (131). Kazalnik se mora uporabljati v kombinaciji z drugimi kazalniki dostopnosti zdravstvenega varstva, kot so pokritost z zavarovanjem, obseg izdatkov iz žepa in dejanska uporaba zdravstvenih storitev (130).

Leta 2023 je imelo neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi 3,8 % odrasle populacije. To je manj kot v letih 2021 in 2022, vendar še vedno precej več kot pred epidemijo covid-19 in več od povprečja EU (2,4 %). V letu 2021 pa so bili glavni vzrok za izrazito velike neizpolnjene potrebe (4,8 %) ukrepi, sprejeti zaradi zaježitve epidemije v letu 2020, kar je vodilo do prenosa zdravstvenih obravnav in podaljšanja čakalnih dob.² Glavni vzrok za neizpolnjene potrebe v Sloveniji so dolge čakalne dobe, skoraj zanemarljive pa so neizpolnjene potrebe zaradi finančnih in geografskih vzrokov. To je povezano s široko košarico pravic in finančno dostopnim javnim zdravstvenim sistemom, v katerem pa čakalne dobe povzročajo težave tako socialno šibkim kot bolj premožnim. Kazalnik za Slovenijo tako potrjuje dobro finančno dostopnost zdravstvene oskrbe in dobro finančno zaščito socialno šibkejših, ki jo sicer kažejo tudi relativno nizki izdatki iz žepa (glej kazalnik neposredni izdatki za zdravstveno varstvo). Po drugi strani odraža velike težave s čakalnimi dobami, ki močno poslabšujejo dostopnost zdravstvenih storitev za vse skupine prebivalstva.

Vrzel med nizko in visoko izobraženimi (slika 1.51) je zelo majhna, zelo majhna pa je tudi vrzel med prvim in petim dohodkovnim kvintilnim razredom. Tudi v povprečju EU je vrzel glede na izobrazbo relativno majhna, bistveno večja pa je glede na dohodek, saj imajo socialno šibkejši več kot 3-krat večji delež neizpolnjenih potreb kot premožnejši (v Sloveniji le 1,2-krat).

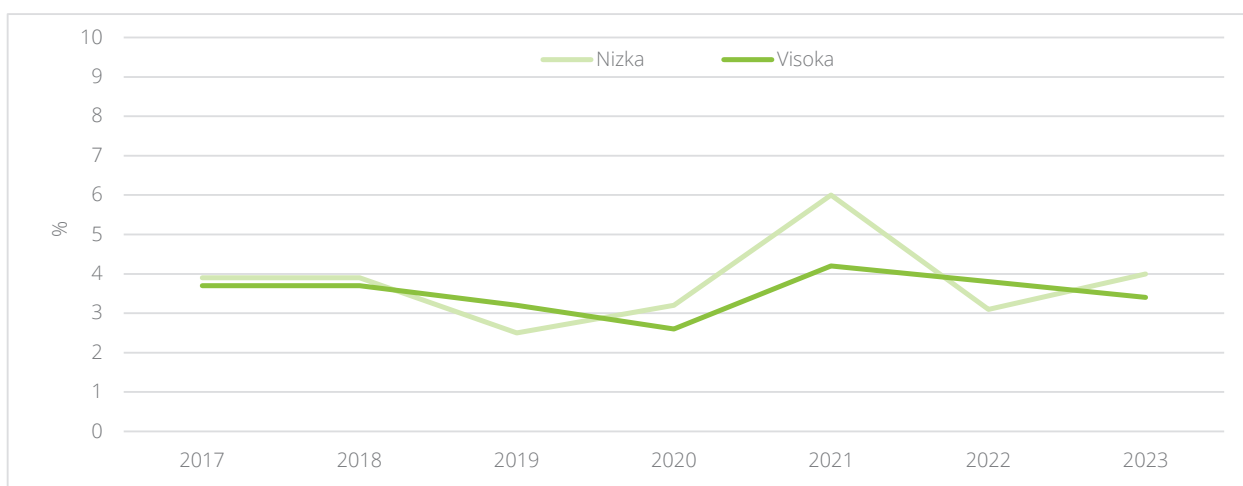
Za vse države EU je značilno, da ženske poročajo o večjem deležu neizpolnjenih potreb kot moški. V Sloveniji je bila v letih 2017–2023 vrzel med spoloma v povprečju 0,9 odstotne točke, pri povprečju EU pa 0,7 odstotne točke. Relativno večja pa je bila v Sloveniji vrzel v deležu neizpolnjenih potreb glede na starost: starejši od 65 let so imeli v povprečju obdobja 2017–2023 za 2,0 odstotne točke večji delež neizpolnjenih potreb kot odrasli v starosti 16–64 let, pri povprečju EU je bila vrzel le 1,2 odstotne točke. Neizpolnjene potrebe torej prizadenejo starejše od 65 let v Sloveniji relativno bolj od povprečja EU.

² Po anketi Eurofond 2022 je v Sloveniji spomladi leta 2022 skoraj petina vprašanih (18 %), ki bi potrebovali zdravstveno storitev, poročalo o neizpolnjenih potrebah. Enak je bil delež v povprečju EU. Zdravstveni sistemi v EU v povprečju spomladi leta 2022 še niso nadoknadili zaostanka, ki se je nabral med pandemijo, saj so neizpolnjene potrebe ostale na enaki ravni kot spomladi leta 2021 (132).



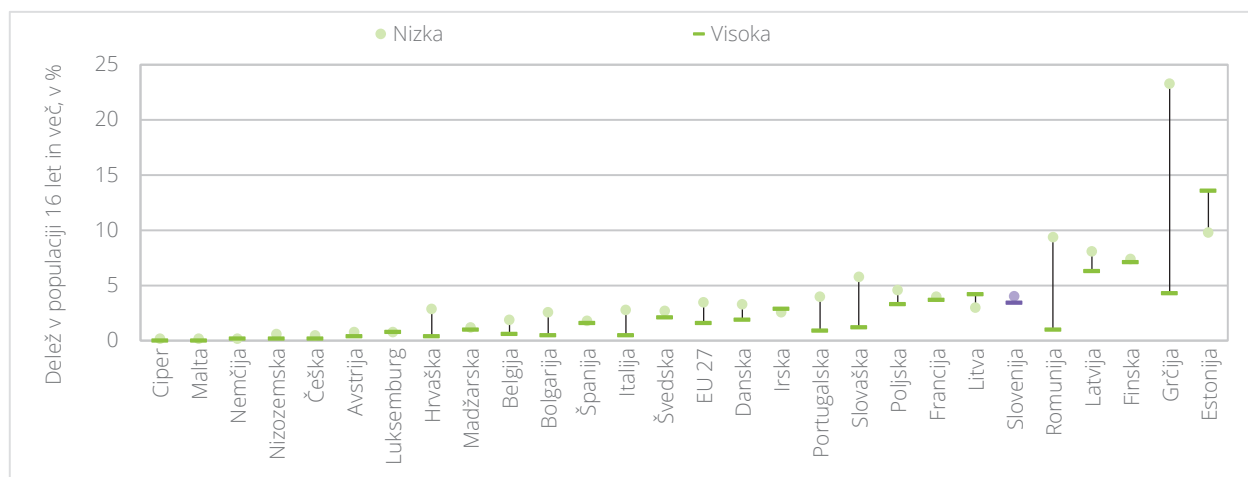
Slika 1.51: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih vzrokov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2023.

Vir: SURS, Eurostat.



Slika 1.52: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi in vrzel glede na izobrazbo, Slovenija, 2017–2023.

Vir: SURS, Eurostat.



Slika 1.53: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi glede na kvintilne dohodkovne razrede, Slovenija in države EU, 2023.

Vir: Eurostat (2024). Opomba: povprečje EU je ocena Eurostata.

NEIZPOLNJENE POTREBE PO ZOBOZDRAVSTVENI OSKRBI

Avtorica: Eva Šarec (UMAR)

Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi finančnih vzrokov, čakalnih dob in/ali geografske oddaljenosti so pomemben kazalnik dostopnosti zdravstvenega varstva. V večini držav je zobozdravstvena oskrba le deloma pokrita iz javnih sredstev ali pa je za odrasle v celoti izvzeta, zato so neizpolnjene potrebe precej večje kot pri zdravstveni oskrbi. Vzroki so navadno finančni, kar ima posledice za neenakost v dostopu in povečuje neenakosti v zdravju. V Evropski uniji (EU) se najpogosteje uporablja kazalnik na podlagi evropske raziskave o dohodkih in življenjskih razmerah (ang. EU statistics on income and living conditions, EU-SILC) ali na podlagi evropske raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu (ang. European Health Interview Survey, EHIS) (131). Problem kazalnika EU-SILC je v tem, da so v deležu populacije vključeni tudi tisti anketirani, ki zobozdravstvene oskrbe niso potrebovali. Kazalnik se uporablja v kombinaciji z drugimi kazalniki dostopnosti zobozdravstvene oskrbe, kot so pokritost z zavarovanjem, obseg izdatkov iz žepa in dejanska uporaba zobozdravstvenih storitev (130).

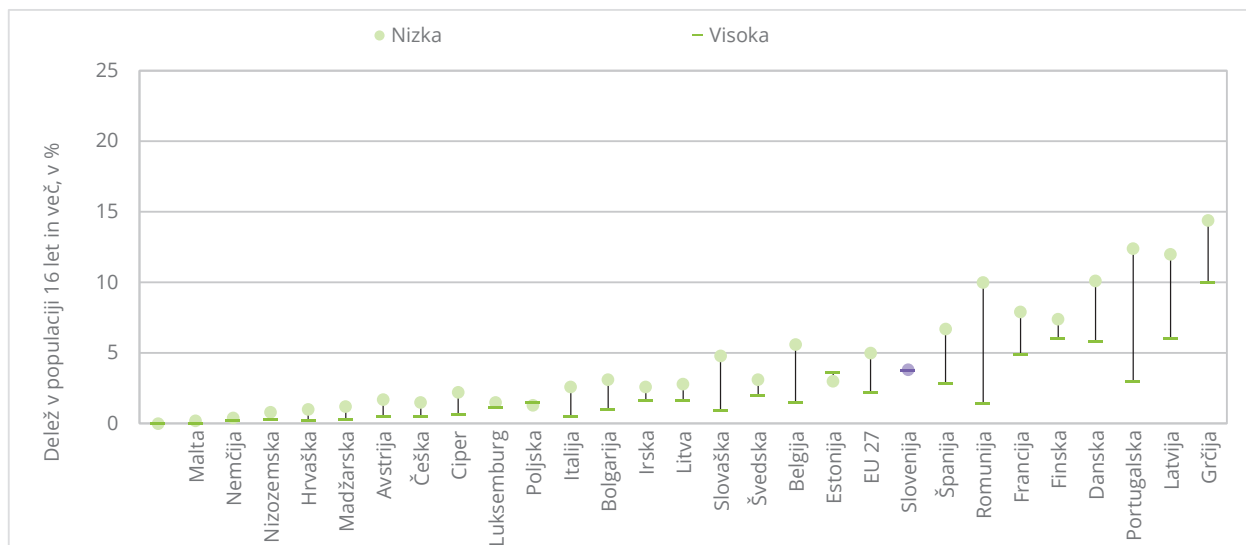
Leta 2023 je imelo neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi 4,0 % odraslih prebivalcev, kar je več od povprečja EU (3,4 %). Glede na epidemično leto 2021, ko je o neizpolnjenih potrebah po zobozdravstveni oskrbi poročalo kar 6,1 % prebivalcev, so se v zadnjih dveh letih pomembno zmanjšale.³ V nasprotju z večino drugih članic EU so v Sloveniji glavni vzrok neizpolnjenih potreb tudi v zobozdravstvu čakalne dobe, in ne previsoki stroški. Enako velja le še za Finsko. Poleg tega je vrzel med nizko in visoko izobraženimi minimalna (slika 1.54), zelo majhna pa je tudi med prvim in petim dohodkovnim kvintilnim razredom: v Sloveniji je razlika 2,0 odstotne točke, v povprečju EU pa 5,2 odstotne točke. To je povezano s tem, da je v Sloveniji tudi zobozdravstveno varstvo odraslih deloma vključeno v košarico pravic, vendar je ta pravica zelo omejena z dolгими čakalnimi dobami. Kar četrtnina prebivalcev zato sploh nima izbranega zobozdravnika (133). Ti bodisi ne hodijo k zobozdravniku bodisi so uporabniki storitev pri zasebnikih. Zanimivo je, da v Sloveniji o več neizpolnjenih potrebah po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob poročajo osebe z visoko izobrazbo; nasprotno velja za finančne vzroke, ki sicer predstavljajo zelo majhen delež neizpolnjenih potreb, po pričakovanju pa jih imajo več osebe z nizko izobrazbo.

Ženske poročajo o večjem deležu neizpolnjenih potreb kot moški, vrzel med spoloma pa je pri zobozdravstveni oskrbi manjša kot pri zdravstveni oskrbi; v povprečju je bila v letih 2017–2023 le 0,5 odstotne točke, kar je enako kot v EU. V Sloveniji je v povprečju 4,5 % starejših od 65 let v opazovanem obdobju poročalo o neizpolnjenih potrebah ter 3,9 % odraslih v starosti 18 do 64 let; nasprotno je bilo v povprečju EU več neizpolnjenih potreb med mlajšimi od 65 let. Podobno kot v zdravstveni oskrbi torej tudi v zobozdravstveni oskrbi čakalne dobe v Sloveniji najbolj prizadenejo starejše od 65 let. Analiza OECD je še pokazala, da je v Sloveniji verjetnost obiska zobozdravnika za osebe z enakimi potrebami za skoraj 24 odstotnih točk višja pri posameznikih z višjimi dohodki kot pri tistih z najnižjimi (130). Do neenakosti glede na dohodek prihaja predvsem zaradi dolgih čakalnih dob, saj si posamezniki z višjimi dohodki lahko sami financirajo obisk zobozdravnika zunaj javne mreže.

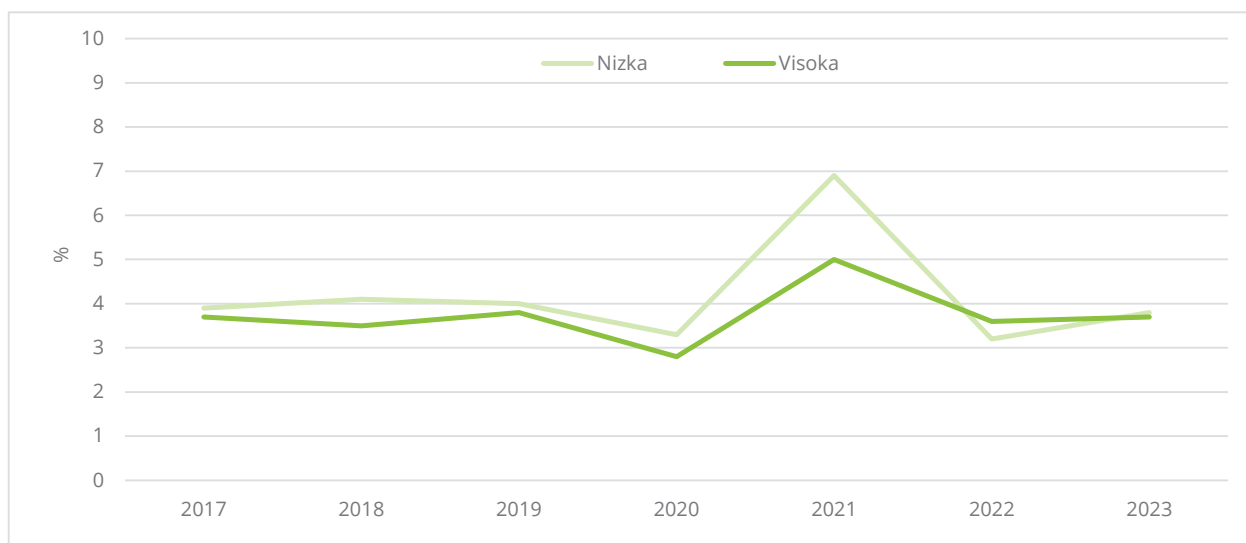
Število zobozdravnikov v Sloveniji se povečuje in je primerljivo s povprečjem držav EU. Leta 2021 je bilo v slovenskem zdravstvu zaposlenih 1577 zobozdravnikov, kar je za 23 % več kot leta 2011 in za 36 % več kot leta 2000 (134). Leta 2021 je bilo zaposlenih 0,75 zobozdravnika

³ Po anketi Eurofound 2022 je spomladi leta 2021 in spomladi leta 2022 v povprečju EU o neizpolnjenih potrebah po zobozdravstveni oskrbi poročalo kar 27 % oziroma 28 % anketiranih, ki bi potrebovali zobozdravstveno storitev, pa je niso prejeli (132).

na 1000 prebivalcev, kar je enako povprečju držav EU (1). Kljub temu pa se čakalne dobe ne skrajšujejo.



Slika 1.54: Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih vzrokov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2023.

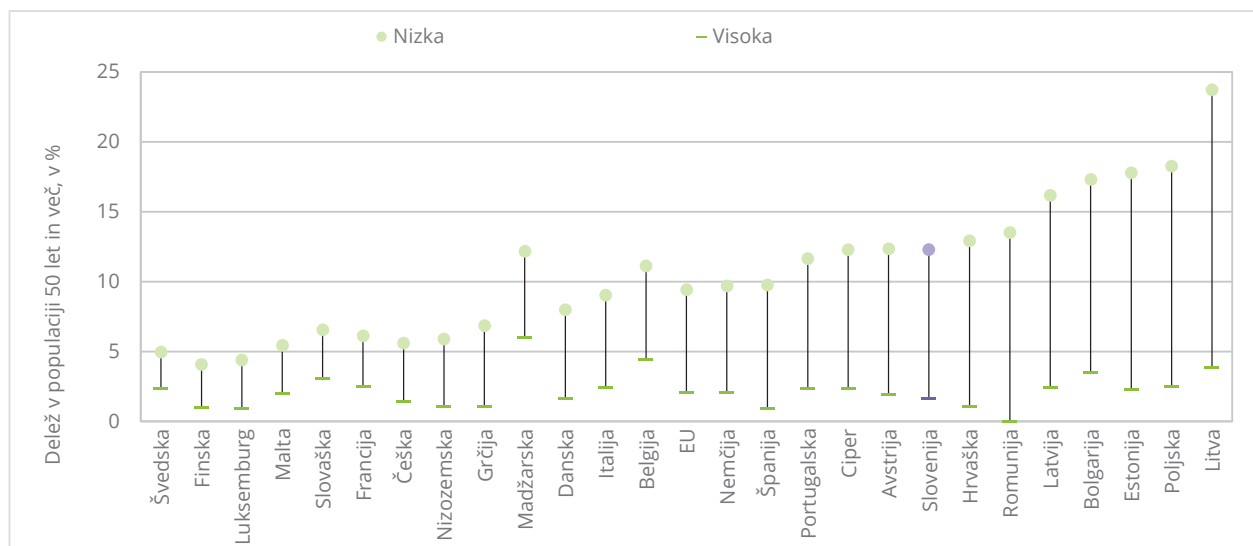


Slika 1.55: Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih vzrokov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija, 2023.

NEIZPOLNJENE POTREBE PO DOLGOTRAJNI OSKRBI

Avtorja: Eva Šarec (UMAR), Andrej Srakar (IER)

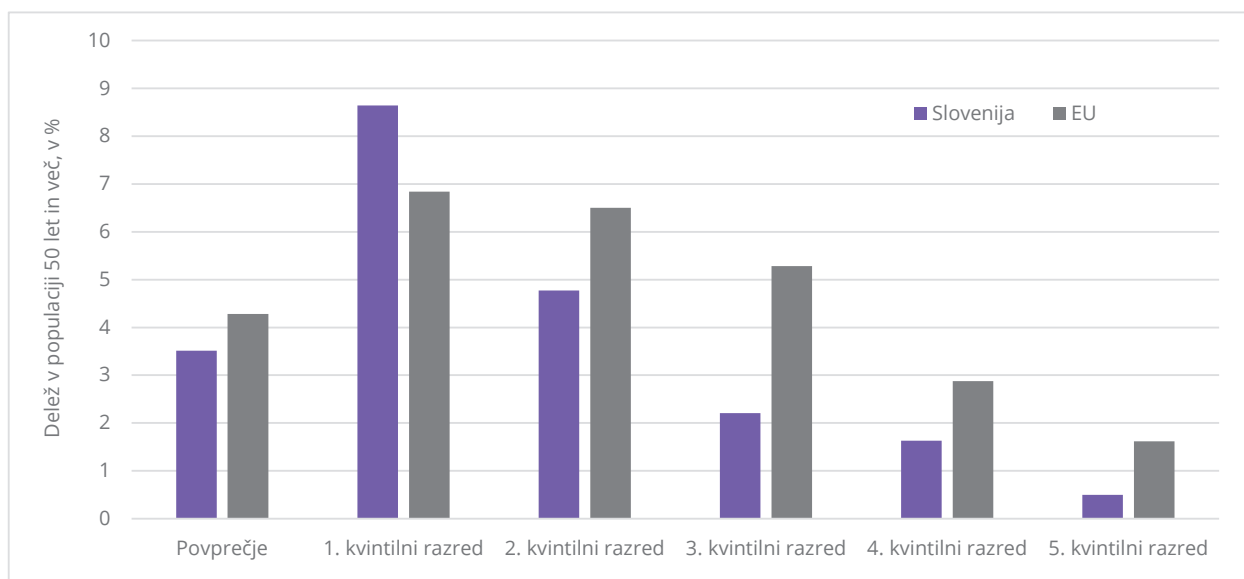
Podobno kot dostopnost zdravstvenega varstva tudi dostopnost dolgotrajne oskrbe merimo z več vidikov: najbolj nas zanimajo časovna, finančna in geografska dostopnost storitev dolgotrajne oskrbe. Kazalnik neizpolnjenih potreb po dolgotrajni oskrbi kaže na neravnovesje med povpraševanjem po oskrbi in dostopnostjo z vseh navedenih vidikov. Hkrati nam razkriva, katere skupine prebivalstva glede na različne socialno-ekonomske značilnosti imajo največ težav z dostopnostjo. Neizpolnjene potrebe nastanejo, kadar oskrba, ki jo potrebujemo, ni dostopna ali ni zadostna, zato nam spremljanje tega kazalnika omogoča boljše razumevanje, kje in zakaj prihaja do pomanjkanja storitev, ter pomaga oblikovalcem politik usmerjati sredstva in izboljševati dostopnost za najbolj ranljive skupine. Kazalnik prikazujemo na podlagi rezultatov longitudinalne raziskave o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi (ang. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE) iz 9. vala raziskave. Kazalnik neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi vključuje osebe v starosti 50 let ali več, ki potrebujejo pomoč pri vsaj eni osnovni dnevni aktivnosti (angl. basic activities of daily living, ADL), vendar pomoči ne prejmejo.⁴



Slika 1.56: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2022.

Vir: SHARE, 9. val (2022).

4 Podoben kazalnik se spremlja tudi v okviru ankete EHIS, vendar je zadnji razpoložljiv podatek za leto 2019.



Slika 1.57: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na dohodek, Slovenija in povprečje EU, 2022.

Vir: SHARE, 9. val (2022).

Leta 2022 v Sloveniji ni imelo izpolnjenih potreb po dolgotrajni oskrbi 3,5 % prebivalcev, starih 50 let ali več, kar pomeni, da približno 31.000 oseb, ki bi potrebovale pomoč pri vsaj eni osnovni dnevni aktivnosti,⁵ ni prejemale nobene oskrbe. Ta delež je nižji od povprečja v državah EU, kjer je imelo neizpolnjene potrebe po DO 4,2 % prebivalcev v starosti 50 let ali več. Manj kot 3 % neizpolnjenih potreb so imeli na Finskem, Luksemburgu, na Danskem, Češkem in Švedskem, več kot 6 % pa na Poljskem, Madžarskem in Portugalskem. Vendar pa je v Sloveniji relativno zelo velika vrzel v neizpolnjenih potrebah med nizko in visoko izobraženimi (slika 1.56). Znašala je kar 10,6 odstotne točke, v povprečju EU pa 7,4 odstotne točke. Zelo velik delež neizpolnjenih potreb so v Sloveniji imeli nizko izobraženi, kar 12,3 %, pri tistih s srednjo izobrazbo je bil delež 3,4 %, pri visoko izobraženih pa le 1,6 %. Poleg tega ugotavljamo, da so razlike v neizpolnjenih potrebah v Sloveniji večje kot v povprečju EU tudi glede na dohodek. Podobno kot pri izobrazbi je vzrok zlasti v zelo velikem deležu neizpolnjenih potreb v prvem kvintilnem razredu (slika 1.57). Navedeno lahko povežemo tudi z ugotovitvami zadnje raziskave OECD glede socialne zaščite na področju dolgotrajne oskrbe, ki je pokazala, da so v Sloveniji doplačila za formalno oskrbo v povprečju tako visoka, da osebe z zmerno oviranostjo pri osnovnih aktivnostih za doplačila porabijo več kot 60 % svojega razpoložljivega dohodka. Doplačila za osebo, ki je zelo ovirana, pa v povprečju presegajo njihov razpoložljivi dohodek in bi kljub javnemu financiranju moralo vsaj 80 % ljudi deloma poseči v svoje prihranke, da bi lahko pokrili stroške oskrbe (137).

V vseh državah, ki so sodelovale tudi v 6. valu raziskave SHARE leta 2017, so se neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi v obdobju do leta 2022 zmanjšale, kar je bilo verjetno povezano predvsem z epidemijo covid-19, ki je sprožila dodatna vlaganja in širitev kapacitet, zlasti v oskrbi na domu. V Sloveniji se je delež neizpolnjenih potreb zmanjšal s 5,3 % leta 2017 na 3,5 % leta 2022. Vendar lahko tudi povečanje neenakosti v dolgotrajni oskrbi deloma povežemo z epidemijo covid-19, ki je na splošno nesorazmerno bolj prizadela socialno šibkejšo.

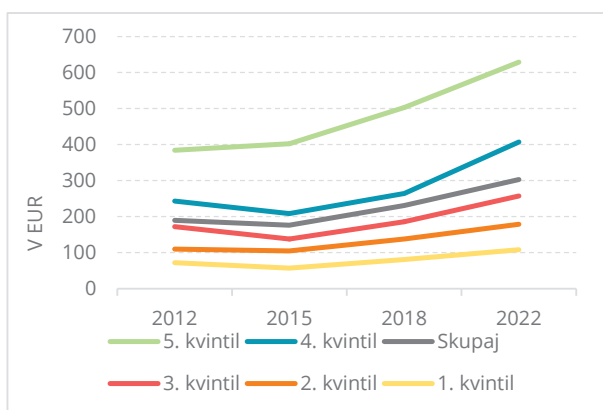
5 Osnovne dnevne aktivnosti (ang. activities of daily living) so prehranjevanje, umivanje, oblačenje, leganje v posteljo in vstajanje iz nje, uporaba stranišča ter obvladovanje inkontinence (135).

IZDATKI IZ ŽEPA IN OGROŽAJOČI IZDATKI ZA ZDRAVSTVO

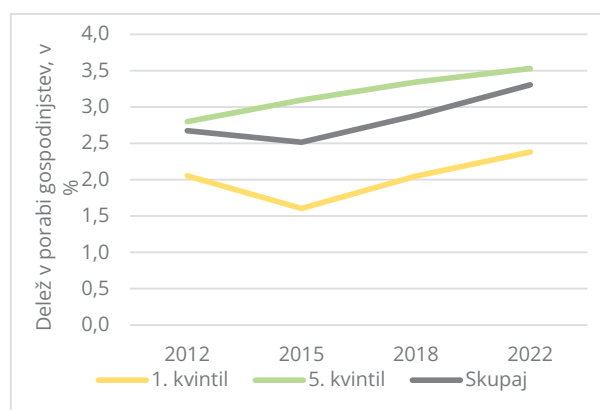
Avtorica: Eva Šarec (UMAR)

Neposredni izdatki za zdravstveno varstvo, ki jih pogosto imenujemo tudi izdatki iz žepa (ang. out-of-pocket expenditure), zajemajo formalne in neformalne izdatke prebivalcev, namenjene neposredno za plačilo zdravstvenih storitev ali dobrin, katerih namen je povrnitev ali vzdrževanje zdravja posameznika ali skupine⁶ (138, 139). Ti izdatki lahko močno ogrozijo finančno varnost posameznika, ker so nepredvidljivi in navadno neomejeno visoki. Neposredni izdatki za zdravstveno varstvo se zato uporabljajo kot glavni kazalnik finančne dostopnosti (ang. affordability) zdravstvenega sistema in finančne zaščite prebivalstva. So tudi eden ključnih kazalnikov za spremljanje ciljev Združenih narodov na področju trajnostnega razvoja glede univerzalne dostopnosti zdravstvenega varstva (140). Izdatki iz žepa se na agregatni ravni spremljajo po mednarodni metodologiji sistema zdravstvenih računov (SHA) (141). Kar nas zanima z vidika različnih socialno-ekonomskih skupin prebivalstva, pa izdatke iz žepa analiziramo po metodologiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, ang. World Health Organization) (139) na podlagi raziskovanja porabe v gospodinjstvih (APG),⁷ kar smo uporabili tudi za ta kazalnik. Na podlagi podatkov APG se po metodologiji SZO izračunavajo tudi ogrožajoči izdatki za zdravstvo (ang. catastrophic expenditure).

Podatki iz raziskovanja porabe v gospodinjstvih kažejo, da je v letu 2022 izdatke iz žepa za zdravstvo imelo 85 % gospodinjstev (2018: 81 %). Delež porabe za zdravje v celotni porabi gospodinjstev se je leta 2022 povečal na povprečno 3,3 % (2018: 2,9 %) oziroma v povprečju na 303 EUR na člana gospodinjstva. Gospodinjstva z najnižjimi dohodki so za zdravje porabila 2,4 % svoje celotne porabe oziroma 108 EUR na osebo, gospodinjstva z najvišjimi dohodki pa 3,5 % oziroma na osebo kar 629 EUR. Najbolj pa se je poraba za zdravje leta 2022 v primerjavi z letom 2018 povečala v gospodinjstvih v tretjem in četrtem kvintilnem potrošnem razredu. V strukturi porabe za zdravje se je najbolj povečal delež za zdravila in ambulantne zdravstvene storitve, zmanjšal pa se je za diagnostične storitve in medicinske pripomočke.



Slika 1.58: Povprečni neposredni izdatki za zdravstvo na osebo v EUR, po kvintilih porabe gospodinjstev, 2012–2022.



Slika 1.59: Povprečni neposredni izdatki za zdravstvo na gospodinjstvo, po kvintilih porabe gospodinjstev, 2012–2022.

Vir: SURS (2024); preračuni SZO. Opomba: pri sliki 1.59 so vrednosti realne, v stalnih cenah leta 2000 (v besedilu so za leto 2022 vrednosti nominalne).

6 Neposredni izdatki se nanašajo na neposredna plačila za storitve, ki ne spadajo v obvezno košarico pravic. Največ (35 %) je porabljenih za zdravila brez recepta ali na beli recept, medicinske pripomočke (korekcijska očala), samoplačniške ambulantne storitve, vključno s fizioterapijo in alternativno medicino, zobozdravstvene storitve idr. Po priporočilih SZO so neposredni izdatki iz žepa še sprejemljivi, dokler ne dosegajo deleža okoli 15 % izdatkov za zdravje. V Sloveniji se neposredni izdatki za zdravstveno varstvo že vrsto let ohranjajo na ravni med 12 in 13 % vseh izdatkov za zdravstvo, kar je bistveno pod povprečjem EU (SI 2022: 12,7 %; EU 2021: 18,6 %) (138).

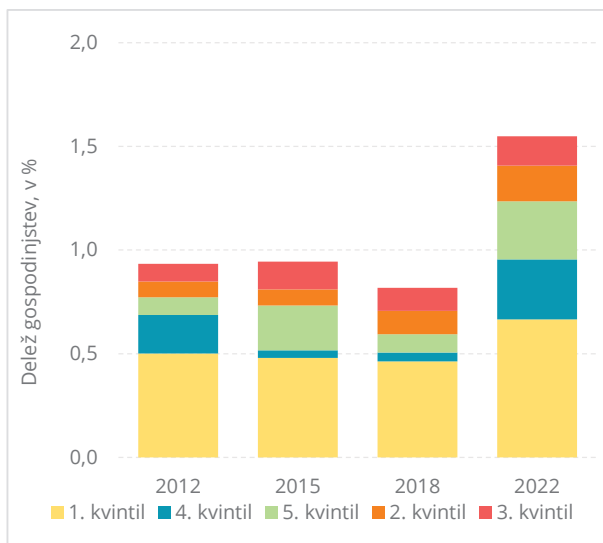
7 Leta 2022 je bila anketa o porabi v gospodinjstvih (APG) prilagojena novi različici klasifikacije COICOP 2018, ki v okviru skupine Zdravje zajema tudi storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe, zato primerljivost s prejšnjimi APG ni popolna (142).

V obdobju od leta 2012 do leta 2022 se je delež porabe gospodinjestev za zdravje povečal v povprečju za 0,6 odstotne točke, najbolj po letu 2015 (slika 1.59). Leta 2012 je bil delež porabe za zdravstvo največji v četrtem potrošnem kvintilu (3,0 %), v letih 2015 in 2018 je bil največji v petem kvintilu (3,1 in 3,3 %), leta 2022 pa spet v četrtem (3,8 %). Pri najrevnejših gospodinjestvih se je delež ohranil na relativno nizki ravni (2012: 2,1 %; 2022: 2,4 %). V denarnih zneskih na člana gospodinjstva se je razmerje med porabo v prvem in petem potrošnem kvintilu povečalo: leta 2012 je znašalo 1 : 5,3, leta 2022 pa 1 : 5,8 kar pomeni, da se je vrzel v obsegu porabe med prvim in petim kvintilom še povečala. Hitra rast potrošnje premožnejših gospodinjestev za zdravje je lahko deloma povezana z rastjo pričakovanj in skrbjo za lastno zdravje, še bolj pa je odraz hitrega podaljševanja čakalnih dob v javni zdravstveni mreži in čedalje več obiskov pri zasebnikih. Dolge čakalne dobe imajo torej povzročijo tudi povečanje neposrednih izdatkov za zdravstvo, vendar najbolj pri gospodinjestvih z višjimi dohodki oziroma večjo potrošnjo, torej tistimi, ki si neposredno plačilo lahko privoščijo. To vpliva tudi na povečevanje neenakosti v zdravju.

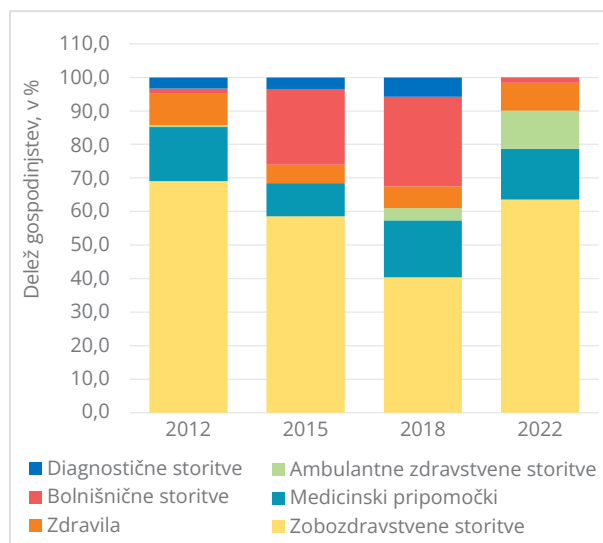
Kot merilo finančnih težav gospodinjestev zaradi izdatkov iz žepa se uporabljata dva kazalnika: o ogrožajočih izdatkih za zdravstvo govorimo, kadar so izdatki iz žepa tako visoki, da za 40 % presegajo zmožnosti gospodinjstva za njihovo plačilo. To pomeni, da presegajo minimalne življenjske stroške oziroma košarico osnovnih življenjskih potrebščin za več kot 40 %. Gre za definicijo SZO za evropsko regijo (139), ki pa se razlikuje od definicije ogrožajočih izdatkov za zdravstvo, ki se uporablja na globalni ravni v okviru ciljev trajnostnega razvoja.⁸ Drugi kazalnik je osiromašenje gospodinjestev zaradi izdatkov iz žepa, ki kaže delež gospodinjestev, ki so imela v določenem letu tako visoke izdatke iz žepa, da so zaradi njih prišla pod prag revščine ali po kazalniku nadaljnjega osiromašenja še globlje pod prag revščine. Tudi ta se po definiciji SZO za evropsko regijo razlikuje od definicije, ki se uporablja na globalni ravni.

Po zadnji raziskavi SZO je imela Slovenija najmanjši delež tako gospodinjestev z ogrožajočimi izdatki kot osiromašenih gospodinjestev. V evropski regiji je bilo le pet držav, v katerih je bil delež gospodinjestev z ogrožajočimi izdatki manjši od 2 %; poleg Slovenije še Irska, Španija, Švedska in Združeno kraljestvo (139). Delež gospodinjestev, ki so bila zaradi neposrednih izdatkov za zdravstvo izpostavljena revščini (kazalnik osiromašenja), pa je bil okoli 1 % le v Sloveniji in poleg že navedenih držav še v Belgiji. Kljub temu trend v Sloveniji vzbuja zaskrbljenost, saj se je delež gospodinjestev z ogrožajočimi izdatki med letoma 2018 in 2022 skoraj podvojil; povečal se je z 0,8 % na 1,5 % (slika 1.60). To pomeni, da je bilo leta 2022 skoraj 13.300 gospodinjestev oziroma 32.000 oseb ogroženih zaradi izdatkov iz žepa za zdravje oziroma so za svoje zdravje porabili več kot 40 % svoje potrošnje, potem ko že odštejemo izdatke za osnovne življenjske potrebe. Največ gospodinjestev z ogrožajočimi izdatki je med najrevnejšimi gospodinjestvi (0,7 % vseh), sledijo gospodinjstva v četrtem in petem kvintilnem potrošnem razredu, torej najpremožnejša gospodinjstva, ki pa so za zdravje pripravljena iz žepa odšteti tudi zelo visoke zneske. V obdobju 2018–2022 se je najbolj povečal delež gospodinjestev z ogrožajočimi izdatki v četrtem dohodkovnem razredu. Kar 64 % ogrožajočih izdatkov je bilo leta 2022 v Sloveniji namenjenih zobozdravstvenim storitvam, sledijo medicinski pripomočki (15 %), zasebne ambulantne zdravstvene storitve (11 %) in zdravila (8 %). V večini drugih držav evropske regije SZO so ogrožajoči izdatki povezani predvsem z doplačili za zdravila (slika 1.61).

8 Po definiciji, ki se uporablja na globalni ravni so ogrožajoči izdatki za zdravstvo tisti, ki presegajo 10 % celotnih izdatkov ali dohodkov gospodinjstva (143).



Slika 1.60: Delež gospodinjstev z ogrožajočimi izdatki po kvintilih porabe gospodinjstev v Sloveniji, 2012–2022.



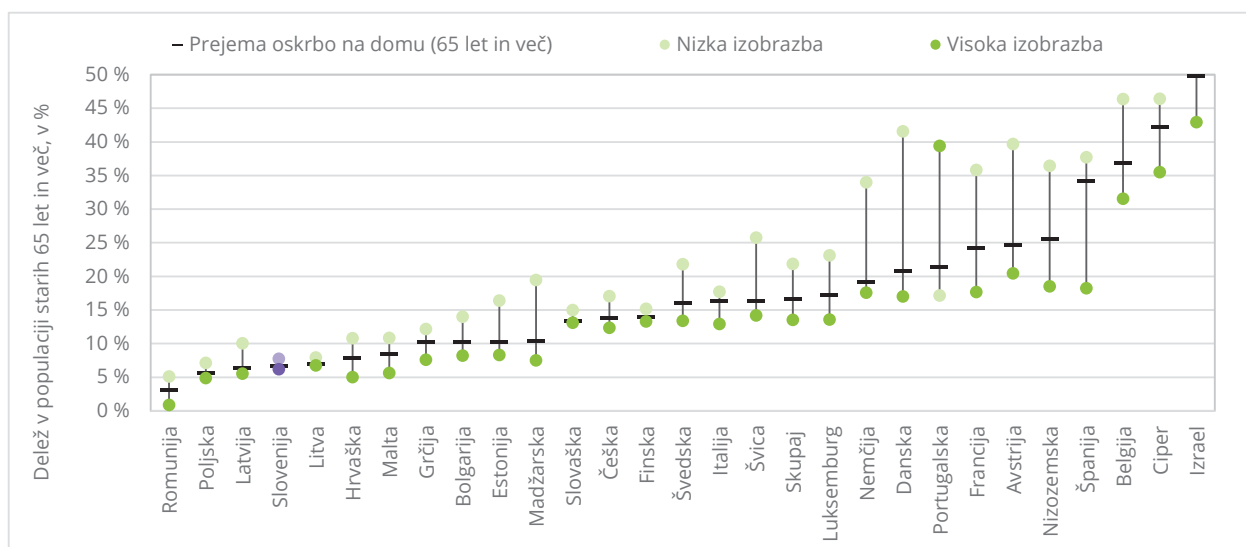
Slika 1.61: Struktura ogrožajočih izdatkov gospodinjstev po namenih porabe v Sloveniji, 2022.

Vir: SURS (2024); preračuni SZO.

VKLJUČENOST V ORGANIZIRANO OSKRBO NA DOMU

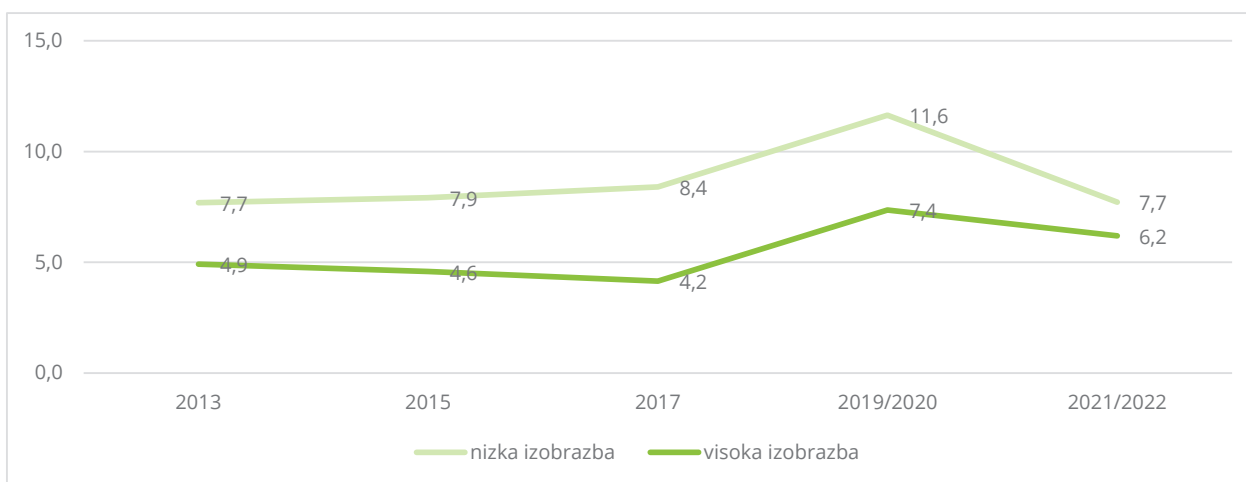
Avtorji: Mateja Nagode (MZ), Eva Šarec (UMAR) in Andrej Srakar (IER)

Dostopnost dolgotrajne oskrbe lahko merimo tudi s kazalnikom vključenosti v oskrbo na domu. Prikazujemo ga na podlagi rezultatov longitudinalne raziskave o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi (SHARE) in uporabljamo podatke od 5. do 9. vala raziskave.⁹ Kazalnik vključenosti v organizirano oskrbo na domu vključuje osebe v starosti 65 ali več let, ki zaradi fizičnih, psihičnih, čustvenih ali spominskih težav na svojem domu prejemajo katero od profesionalnih ali plačanih storitev (pomoč pri osebni negi, domačih opravilih, drugih aktivnostih, dostavo hrane ipd.). Kazalnik ne vključuje neformalne oskrbe.



Slika 1.62: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, osebe, stare 65 in več let, Slovenija in evropske države, 2021/2022.

Vir: SHARE, 9. val (2021/2022), preračuni IER.



Slika 1.63: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, osebe, stare 65 in več let, Slovenija 2013–2022.

Vir: SHARE, 5. val (2013), 6. val (2015), 7. val (2017), 8. val (2019/20), 9. val (2021/22), preračuni IER.

⁹ V tem dokumentu so uporabljeni podatki različnih valov raziskave SHARE. Zbirko podatkov SHARE financira Evropska komisija. Iskreno se zahvaljujemo za dodatno financiranje, prejeto od nemškega Ministrstva za izobraževanje in raziskave, Združenja za napredek v znanosti Maxa Plancka, Nacionalnega inštituta ZDA za staranje in iz različnih virov nacionalnega financiranja.

V Sloveniji je v letu 2022 organizirano oskrbo na domu prejelo 6,7 % oseb, starih 65 ali več let, kar pomeni zelo majhen delež vključenosti v primerjavi z drugimi evropskimi državami, ki sodelujejo v raziskavi SHARE. Manjši je bil le še na Poljskem, v Latviji in v Romuniji. Manj kot 10-odstotno vključenost v organizirano oskrbo na domu ugotavljajo še v Litvi, na Hrvaškem in na Malti. Na drugem polu so Španija, Belgija, Ciper in Izrael, kjer je več kot 30 % oseb, starih 65 ali več let, v letu 2022 prejelo organizirano oskrbo na domu. Visoko vključenost, tj. nad 20-odstotno, opažamo še na Danskem, Portugalskem, v Franciji, Avstriji in na Nizozemskem (slika 1.62). Te države tudi namenjajo bistveno več javnih sredstev za dolgotrajno oskrbo kot Slovenija. Mednarodna primerjava za javne izdatke za dolgotrajno oskrbo v letu 2022 (zadnji podatek) kaže, da so ti v povprečju EU znašali že 1,8 % BDP, v Sloveniji pa 1,1 % BDP. Med državami so velike razlike, največ, med 2 in 4 % BDP, so leta 2021 za dolgotrajno oskrbo namenile Nizozemska, Švedska, Nemčija, Danska, Belgija, Finska in Francija (136). Ob primerjavi vključenosti v organizirano oskrbo na domu z letom 2013 pa za Slovenijo podatki kažejo, da se je do leta 2022 vključenost oseb, starih 65 ali več let, povečala za dve odstotni točki. Za podoben delež se je v tem obdobju na nacionalni ravni povečala vključenost oseb, starih 65 ali več let, v socialnovarstveno storitev pomoč družini na domu,¹⁰ in sicer z 1,7 % na 1,9 %.

Podatki tudi kažejo (slika 1.63), da je bila vključenost v letih 2019 in 2020 izjemoma precej višja kot v drugih časovnih točkah, kar lahko povežemo tudi z izvajanjem projektov na področju dolgotrajne oskrbe¹¹ v tem obdobju. Ti so v osmih projektnih okoljih znatno izboljšali dostopnost oskrbe na domu, saj je bil tudi eden od ciljev projektov preizkusiti nove storitve v domačem okolju. Znižanje vključenosti v organizirano oskrbo na domu v letu 2022 glede na leto 2020 pa je poleg zaključka teh projektov najverjetneje povezano tudi z epidemijo covid-19.

Skoraj v vseh državah obstaja razlika v vključenosti v organizirano oskrbo na domu med nizko in visoko izobraženimi; največja je v Izraelu (66,15 % : 42,92 %). Načeloma za vse države velja, da ima večji delež oseb, vključenih v organizirano oskrbo na domu, nižjo izobrazbo (21,9 % za vse države skupaj) in manjši delež višjo izobrazbo (13,5 % za vse države skupaj); izjema je le Portugalska, kjer sta deleža obrnjena (17,2 % : 39,4 %). Slovenija je med državami, kjer vrzel v izobrazbi (7,7 % z nizko in 6,2 % z visoko izobrazbo) sicer obstaja, vendar je med manjšimi v primerjavi z drugimi državami. Nižje izobraženi starejši so lahko bolj krhki in imajo slabše zdravstveno stanje, zaradi česar tudi prej nastane potreba tako po zdravstveni kot po dolgotrajni oskrbi. Po anketi EU-SILC (144) je leta 2023 v Sloveniji v starostni skupini 65 do 74 let svoje zdravje ocenilo kot slabo ali zelo slabo 26 % nizko izobraženih in 6 % visoko izobraženih; o resni oviranosti pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti pa je poročalo 15 % nizko izobraženih in 4,5 % visoko izobraženih. V starosti od 75 do 84 let je bilo zelo oviranih že 27 % nizko izobraženih in le 7 % visoko izobraženih. Na splošno vsi kazalniki zdravstvenega stanja starejših kažejo, da je zdravje nižje izobraženih v povprečju slabše kot zdravje bolj izobraženih (145). Ne glede na to v obdobju 2013–2022 podatki kažejo, da se je vrzel v vključenosti v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo v Sloveniji zmanjšala (z 2,8 odstotnih točk na 1,5 odstotne točke), in sicer se je nekoliko povečal delež oseb z visoko izobrazbo, medtem ko je delež oseb z nizko izobrazbo ostal enak (slika 1.63).

Čeprav se delež starih 65 let in več, ki so vključeni v organizirano oskrbo na domu, postopoma povečuje, Slovenija s 6,7-odstotno vključenostjo v letu 2022 znatno zaostaja za večino evrop-

10 Socialnovarstvena storitev pomoč družini na domu je organizirana v okviru mreže javne službe, organizirana oskrba na domu pa je širši pojem in lahko poleg socialnovarstvene storitve pomoč družini na domu, vključuje druge vrste plačane in izven javne mreže zagotovljene pomoči, samo dostavo obrokov, pomoč pri gospodinjskih opravilih ipd.

11 V obdobju 2018–2020 je v Sloveniji potekal projekt Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona za dolgotrajno oskrbo (Celje, Dravograd, Krško), v letih 2020 in 2022 pa projekt Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše (Koper, Maribor, Tržič, Ptuj, Poljčane). Naročnik obeh projektov je bilo Ministrstvo za zdravje.

skih držav. Poleg kadrovskih izzivov, ki pestijo celotno Evropo, nizki vključenosti botrujeta predvsem cenovna dostopnost storitev, pa tudi tradicija družinske oskrbe, na kar kažejo tudi podatki o pravici do oskrbovalca družinskega člana, ki je bila uveljavljena s sprejetjem Zakona o dolgotrajni oskrbi leta 2023. Januarja 2024 je bilo ob prevedbi iz družinskega pomočnika 470 oskrbovalcev družinskega člana, marca 2025 pa že 1363.¹² Oskrbovalec družinskega člana ima namreč v primerjavi z družinskim pomočnikom, institutom, ki je obstajal do konca leta 2023, izboljšane pogoje, in sicer nova pravica uvaja višje plačilo za izgubljeni dohodek, odpravlja obveznost zavezancev k doplačilu ter zaznambo na premoženje uporabnika.¹³ Zakon o dolgotrajni oskrbi prinaša univerzalne pravice, financirane iz javnih sredstev, s čimer se bo spodbujala predvsem dolgotrajna oskrba na domu, ki bo na ta način postala dostopnejša vsem slojem prebivalstva.

12 Podatki Ministrstva za solidarno prihodnost.

13 Ko bodo začele veljati še druge pravice po Zakonu o dolgotrajni oskrbi, bo uporabnik upravičen še do e-oskrbe in storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti, oskrbovalec družinskega člana pa do nadomestne oskrbe v obsegu do 21 dni.



Komentarja

Neenakosti v zdravju so pomembne v vseh svojih vidikih, tudi ekonomskih. V ekonomiji je tema neenakosti pomemben del razprav že desetletja, kar se je še okrepilo v zadnjem desetletju z delom mlajših francoskih ekonomistov, kot so Piketty, Saez in Zucman. Slednji so z uporabo velikih podatkovnih baz večjih svetovnih držav izračunali gibanja kazalnikov neenakosti skozi zgodovino in prispevali mnoge pomembne in nove ugotovitve na področju dohodkovne, premoženjske in plačne neenakosti. Prav tako so opozorili na pomen metodologij izračunov ekonomske neenakosti, kjer je ključen drugi porazdelitveni moment (varianca) in le povprečna vrednost.

Publikacijo, ki smo jo pripravili v sodelovanju z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (NIJZ), toplo pozdravljamo in ji želimo dober sprejem v javnosti. Teme, ki jih odpira platforma za neenakosti v zdravju, so ključnega pomena za slovensko družbo, tako v njihovih vsebinskih kot še bolj metodoloških vidikih. Želimo in upamo, da bo to delo odločevalcem v Sloveniji in širše pomagalo bolje razumeti neenakosti v zdravju in usmeriti svoje delovanje v njihovo zmanjševanje in odpravljanje.

Andrej Srakar, Inštitut za ekonomska raziskovanja

Aktualna publikacija ponuja dragocen vpogled v obstoječe razkorake in dosežen napredek na področju neenakosti v zdravju v Sloveniji. Omenjena analiza je izrednega pomena za bodoče politike in ukrepe. Publikacija dokazuje, da je neenakost v zdravju še zmeraj v veliki meri dejavnik izobrazbene ravni in posledično socialnega položaja v družbi, ki determinira kvaliteto življenja tekom celotnega življenjskega cikla posameznika. Ob kreiranju politik in ukrepov na področju zdravja prebivalstva je za doseganje ciljev v prihodnje treba še posebno veliko pozornosti nameniti dostopnosti ter informiranosti glede zdravega načina življenja ter razpoložljivosti zdravstvenih storitev, prilagojeni ranljivim skupinam prebivalstva.

Posebej zanimiv element publikacije zajema vključevanje problematike okoljske neenakosti, ki za izboljšanje stanja nedvomno zahteva celovit in multidisciplinaren pristop ob aktivni vlogi vseh relevantnih resorjev.

Skrb vzbuja ohranjanje ter celo povečevanje neenakosti v zdravju med mladostniki, ki ob odsotnosti individualiziranih ukrepov lahko vodi v dolgoročne javnofinančne stroške za družbo ob tveganju zdravstvenih težav v odraslem življenju. Pomen vlaganja v ljudi, v njihovo izobrazbo in socialno vključenost skozi vse faze življenja je namreč ključen za vzdrževanje in nadgradnje socialne in vključujoče družbe.

Trend staranja prebivalstva zahteva prilagajanje zahtevam starejše populacije. Upoštevati je treba obstoječe razkorake med urbanim in ruralnim okoljem ter generacijski digitalni razkorak, ki starejšim mnogokrat onemogoča enakovreden dostop do zdravstvenih storitev ter informiranosti kot posledice e-storitev, vse bolj prevladujočih tudi v zdravstvenem sektorju. Iz tega razloga pozdravljam vključitev analize regijskega vidika neenakosti, ki prikazuje nabor zdravstvenih in tehnoloških razkorakov, ki na nacionalni ravni niso vidni ter kot taki niso problematični.

Ne nazadnje, covid-19 nam lahko služi kot resen opomnik neenakosti v zdravju, ki so tekom epidemije v veliki meri prizadele starejše. Aktualne raziskave potrjujejo, da se starejši od 65 let v Sloveniji soočajo z višjim deležem neizpolnjenih potreb po zdravstveni oskrbi v primerjavi z ostalimi starostnimi skupinami glede na EU povprečje. Zgolj v razmislek; ali dejavnik starosti morda vpliva na dostopnost oz. subjektivnost zdravljenja, oz. ali se morda celo soočamo s starostno diskriminacijo ter v določeni meri celo z odsotnostjo dostojanstva starejših do enakovredne obravnave v zdravstvu? Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi, čakalne vrste, finančne omejitve so namreč realnost sedanjosti za mnogo posameznikov ter kot taki odraz neobstoja družbene odgovornosti.

Magda Zupančič, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

Metodologija in viri podatkov

Avtorji: Tina Zupanič, Aleš Korošec, Marcel Kralj, Teja Oblak, Metka Zaletel, Ana Zgaga, Andreja Rudolf, Eva Šarec, Andrej Srakar, Mojca Birk, Nika Bric, Maja Jurtela, Katarina Lokar, Ana Mihor, Teja Oblak, Sonja Tomšič, Vesna Zadnik, Tina Žagar

V publikaciji predstavljamo podatke in informacije, ki so jih Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Onkološki inštitut Ljubljana (OIL) in Statistični urad RS (SURS) v preteklih letih zbrali na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva in Zakona o državni statistiki oziroma aktualnega Letnega programa statističnih raziskovanj. Ključni viri podatkov, ki so podrobneje opisani v nadaljevanju, so redne zbirke podatkov¹⁴:

- Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi) (NIJZ 46),
- Perinatalni informacijski sistem RS (NIJZ 15),
- Spremljanje bolnišničnih obravnav (NIJZ 8)
- Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept (NIJZ 64),
- Register raka Republike Slovenije (NIJZ 32);

in anketne raziskave¹⁵:

- Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 in 2022 (HBSC),
- Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001, 2004, 2008, 2012, 2016, 2020 (CINDI),
- Nacionalne raziskave o dohodkih in življenjskih razmerah (EU-SILC),
- Raziskava o porabi v gospodinjstvih (APG),
- Raziskava o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi 2011, 2013, 2015, 2017, 2019–2020 in 2021–2022 (SHARE).

Podatki o izobrazbi, uporabljeni pri podatkih iz rednih zbirk podatkov za obdobje 2006–2008, so bili pripravljeni na podlagi Statističnega registra delovno aktivnega prebivalstva ter Popisa prebivalstva, družin, gospodinjstev in stanovanj 2002, ki ju upravlja Statistični urad RS (146). Podatki o izobrazbi za obdobje od leta 2012 dalje so izveček iz Registra izobrazbe, ki ga od leta 2011 vodi Statistični urad RS za statistične namene (147).

Stopnje izobrazbe smo razvrstili v naslednje kategorije: nizka (osnovnošolska izobrazba ali nižja), srednja (srednješolski programi, ki trajajo od 2 do 5 let) in višja (višješolska izobrazba ali več).

¹⁴ Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ), Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – Zakon o začasnih ukrepih za omilitev in odpravo posledic COVID-19 (ZZUOOP), 175/20 – Zakon o interventnih ukrepih za omilitev posledic drugega vala epidemije COVID-19 (ZIUOPDVE), 203/20, 112/21 – Zakon o nujnih ukrepih na področju zdravstva (ZNUPZ), 196/21 – Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk), 206/21 – Zakon o dodatnih ukrepih za preprečevanje širjenja, omilitev, obvladovanje, okrevanje in odpravo posledic COVID-19 (ZDUPŠOP), 141/22 – Zakon o nujnih ukrepih za zajezitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva (ZNUNBZ), 18/23 – Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o državni upravi (ZDU-1O), 84/23 – Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1) in Zakon o dodatnih interventnih ukrepih za zagotovitev dostopnosti v zdravstvu (ZDIUZDZ), 112/24.

¹⁵ Zakon o državni statistiki (ZDSta), Uradni list RS, št. 45/95 in 9/01, 1995.

Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi)

Podatke o umrljivosti prebivalstva pripravlja NIJZ na podlagi redne zbirke Zdravniško poročilo o umrli osebi (Zbirka podatkov o umrlih osebah). Ta zajema podatke o vseh prebivalcih Slovenije, ki so v referenčnem letu umrli na ozemlju Slovenije ali v tujini. Podatki o vzrokih smrti so pomemben vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti ter ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva in so osnova za poročanje in mednarodne primerjave v okviru obveznosti do Evropske unije, Svetovne zdravstvene organizacije in drugih organizacij. V publikaciji predstavljamo umrljivost prebivalcev po stopnji dosežene izobrazbe.

Podatki o umrlih osebah so bili dopolnjeni s podatki Statističnega urada RS o najvišji doseženi izobrazbi prebivalcev v času smrti, kar je bilo uporabljeno za pripravo kazalnikov umrljivosti zaradi različnih vzrokov smrti glede na izobrazbo umrlih oseb.

Proučevali smo tako skupno umrljivost kot umrljivost zaradi specifičnih vzrokov smrti (na podlagi osnovnega vzroka smrti in zunanega vzroka smrti), kodiranih po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10). Za izračune in primerjavo umrljivosti po izobrazbi so bili uporabljeni letni podatki umrlih, združeni za posamezna triletna obdobja, iz let 2006–2008, 2012–2014, 2017–2019 ter 2020–2022. Podatki o umrljivosti prebivalstva so bili uporabljeni tudi za izračun pričakovanega trajanja življenja, pri katerih je bila uporabljena Sullivanova metoda (148).

Perinatalni informacijski sistem

Zbirka Perinatalni informacijski sistem RS, v katero se zapisujejo podatki o porodih in rojstvih ter novorojenčkih in ki je pomemben vir podatkov za spremljanje, vrednotenje in načrtovanje programov na perinatološkem področju, je samostojen medicinski register porodov in rojstev v Sloveniji. Vanjo se poleg porodov in rojstev v porodnišnicah prijavljajo tudi drugi porodi in rojstva v Sloveniji, to je na domu, na poti v porodnišnico, v porodnih centrih in drugo.

V Perinatalni informacijski sistem RS se sporočajo podatki o vseh živorojenih, ne glede na porodno težo, in mrtvorojenih s porodno težo 500 gramov in več (in/ali gestacijsko starostjo 22 tednov in več in/ali dolžino telesa 25 cm in več) (149).

Zbirka podatkov je bila dopolnjena s podatki Statističnega urada RS o najvišji doseženi stopnji izobrazbe matere na enak način kot zbirka podatkov o umrlih osebah.

Spremljanje bolnišničnih obravnav

Podatki o bolnišničnih obravnavah so pomemben vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti, za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva, so pa tudi osnova za poročanje in za mednarodne primerjave v okviru obveznosti do Evropske unije, Svetovne zdravstvene organizacije in drugih. Informacijski sistem bolnišničnih obravnav vključuje zapise o bolnišničnih obravnavah zaradi bolezni, poškodb, zastrupitev, porodov, fetalnih smrti, sterilizacij ter o bolnišničnih obravnavah novorojenčkov.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (prej Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije) že od šestdesetih let zbira podatke o bolnišničnih obravnavah. Prva večja prenova metodologije zbiranja podatkov na področju spremljanja bolnišničnih obravnav je bila uvedena z letom 1997. Nabor podatkov smo uskladili z zahtevami Svetovne zdravstvene organizacije in Evropske unije, hkrati pa smo poenotili skupne podatke pri posameznih področjih (diagnostičnih skupinah) bolnišničnih obravnav.

V skladu z metodološkimi navodili se sporočajo vse bolnišnične obravnave, ki so se zaključile s 1. januarjem tekočega leta ali pozneje, do 31. decembra tekočega leta. Poroča se o vseh bolnišničnih obravnavah, ki so se zaključile v tekočem letu (150).

Vsakoletna zbirka podatkov je bila dopolnjena s podatki Statističnega urada RS o najvišji doseženi stopnji izobrazbe obravnavanih oseb v tistem letu na enak način kot zbirka podatkov o umrlih osebah.

Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept

Spremljanje porabe zdravil je eden od segmentov javnega zdravja, katerega najširši cilj je preprečevanje bolezni, podaljševanje življenja ter varovanje in izboljševanje zdravja. Podatke o izdanih zdravilih skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva lekarne pošiljajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZSZ), od koder zbrane podatke posredujejo NIJZ. Glavni namen zbiranja podatkov o zdravilih je zagotavljanje informacij za spremljanje in načrtovanje sistema zdravstvenega varstva. Anatomsko-terapevtsko-kemična klasifikacija (ATC) razvršča zdravila glede na njihovo glavno indikacijo najprej v 14 glavnih (anatomskih) skupin (151).

Vsakoletna zbirka podatkov je bila dopolnjena s podatki Statističnega urada RS o najvišji doseženi stopnji izobrazbe oseb v tistem letu, podobno kot zbirka podatkov o umrlih osebah.

Ključni kazalnik je delež oseb v določeni starostni in izobrazbeni skupini, ki jim je bilo v določenem letu izdano vsaj eno zdravilo na recept za naslednje skupine zdravil, označene na podlagi klasifikacije ATC:

- zdravila za zdravljenje povišanega krvnega tlaka: C02, C03, C04, C07, C08, C09,
- zdravila za zdravljenje diabetesa: A10.

Register raka Republike Slovenije

Register raka Republike Slovenije zbira podatke o vseh novih primerih raka (incidenca), prevalenci in preživetju bolnikov z rakom v Sloveniji. Prijavljanje raka je vse od ustanovitve Registra raka zakonsko predpisano in obvezno za vse slovenske javnozdravstvene zavode, ki so primarni vir podatkov. Da se zagotovi njihova popolnost, Register raka dopolnjuje podatke iz različnih zbirk (Zbirke podatkov o umrlih osebah, bolnišničnih registrov, registrov presejalnih programov za raka, Centralnega registra prebivalstva, Geodetske uprave Republike Slovenije). Za razvrščanje primerov raka po primarni lokaciji od leta 1997 uporabljamo MKB-10. Zbrani podatki so ključni za ocenjevanje bremena rakavih bolezni v državi, poročanje mednarodnim organizacijam, raziskovalno dejavnost ter načrtovanje in ocenjevanje delovanja Državnega programa obvladovanja raka (DPOR).

Podatki v Registru raka RS so bili dopolnjeni s podatki Statističnega urada RS o najvišji doseženi stopnji izobrazbe na enak način kot Zbirka podatkov o umrlih osebah.

Za izračune in primerjavo incidence raka po izobrazbi smo uporabili letne podatke o incidenci v obdobju 2012–2020. Glede na pogostost posameznih skupin rakov med prebivalci in znano povezanost s socialno-ekonomskim položajem smo poleg incidence vseh rakov skupaj (MKB-10, kode C00–C96) za proučevanje vpliva izobrazbene neenakosti izbrali pet skupin rakov: pljučni (C33 in C34), želodčni (C16), rak dojke pri ženskah (koda C50), kožni melanom (C43) ter raki glave in vratu (C00–C14, C30–C32).

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC)

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (ang. Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) je periodična mednarodna kvantitativna raziskava, ki se izvaja v štiriletnih intervalih ter zajema številne vidike mladostnikovega zdravja in življenja: samooceno (duševnega) zdravja, zadovoljstvo, poškodbe, ustno zdravje ter druga z zdravjem povezana vedenja (npr. tvegana vedenja, prehrana, gibanje), pa tudi socialni kontekst mladostnika (družina, šola, vrstniki).

V raziskavi je enoto vzorčenja v vseh v analizo vključenih letih predstavljal celoten razred oziroma oddelek učencev, in sicer 6. in 8. razred osnovne šole in 1. letnik srednje šole. Ciljna populacija raziskave so bili všolani 11-, 13- in 15 letniki, v raziskavi pa je bilo uporabljeno dvostopenjsko stratificirano vzorčenje. Na prvi stopnji so bile najprej vzorčene osnovne in srednje šole (6. in 8. razred ter 1. letnik), na drugi stopnji pa srednje šole še glede na program izobraževanja, ki ga izvajajo (gimnazija, srednje tehniško ali drugo strokovno izobraževanje, srednje in nižje poklicno izobraževanje). V končni vzorec raziskave je bilo vključenih 4514 mladostnikov v letu 2002, 5130 v letu 2006, 5436 v letu 2010, 4997 v letu 2014, 5667 v letu 2018 in 6327 v letu 2022 (152).

Izvedba anketiranja je potekala anonimno s spletno anketo v februarju 2014, 2018 in 2022. Pretekle raziskave, izvedene v letih 2002, 2006 in 2010, pa so bile izvedene v februarju z vprašalnikom na papirju. Pred pripravo končnega vprašalnika in izvedbo terenske faze raziskave smo izvedli še pilotno raziskavo.

Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije (CINDI)

Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog je raziskava z najdaljšo tradicijo na področju spremljanja z zdravjem povezanih vedenj v odrasli populaciji v Sloveniji. Z zaporednim izvajanjem raziskav smo v Sloveniji pridobili prvi vpogled v dinamiko proučevanih pojavov (zlasti vedenjskega sloga) in s tem vsaj do neke mere tudi vpogled v oceno uspešnosti obvladovanja za zdravje tveganih vedenj v odrasli populaciji v naši državi.

Prva raziskava o vedenjskem slogu prebivalcev je bila izvedena leta 2001, od leta 2004 dalje pa se izvaja v rednih štiriletnih intervalih (2004, 2008, 2012, 2016, 2020). Vprašalnik vključuje različne dejavnike tveganja: prehranjevanje, telesna aktivnost, pitje alkoholnih pijač, uporaba tobaka in povezanih izdelkov, hkrati pa spremljamo tudi duševno zdravje, skrb za ustno zdravje, zaupanje v cepljenje, spalne navade, kronične bolezni, samooceno zdravja itd. (153).

Uporablja se stratificiran enostavni naključni vzorčni načrt; v vzorec je bilo v zadnji izvedbi vključenih 17.500 prebivalcev Slovenije, ki so bili na prvi dan anketiranja stari od 18 do vključno 74 let. Terenska faza v vseh izvedbah poteka od maja do najpozneje septembra. Anketiranje se je do leta 2012 opravljalo s papirnatimi vprašalniki, od leta 2016 dalje pa s spletnimi in papirnatimi.

Prečiščeni anketni podatki so bili uteženi po spolu, petletnih starostnih skupinah, regiji in vseh dvojnih kombinacijah. Podatke o sestavi prebivalstva na dan 30. junija 2020 smo pridobili na spletnih straneh Statističnega urada RS (SURS). Pri analizi podatkov sta se upoštevala anketna narava podatkov in njihovo uteževanje.

Življenjske razmere

Raziskovanje življenjskih razmer (ang. Survey of Living Conditions, SILC) temelji na uredbah Evropske komisije in se izvaja v vseh državah članicah EU, zato so podatki med seboj neposredno primerljivi. V Sloveniji ga je SURS začel izvajati v letu 2005. Podatki, ki so potrebni za

izračun kazalnikov dohodka, revščine in socialne izključenosti, so pridobljeni iz dveh virov, zato je tudi raziskovanje dvodelno: del podatkov je zbranih z anketnim vprašalnikom Življenjski pogoji (ti podatki se nanašajo na leto izvedbe SILC), del pa iz administrativnih in registrskih podatkov (ti podatki se nanašajo na leto pred izvedbo raziskovanja; to leto je namreč referenčno leto za dohodek). Iz obstoječih registrov in administrativnih evidenc so pridobljeni podatki v zvezi z dohodkom in tudi nekatere druge informacije ter naknadno povezani s podatki, pridobljenimi z vprašalnikom.

Bruto velikost vzorca je vsako leto približno 12.900 gospodinjstev. Ker del gospodinjstev zavrača sodelovanje in z delom gospodinjstev ni mogoče vzpostaviti stika, del pa jih je za raziskovanje neustrezen, je končna, neto velikost vzorca približno 9000 gospodinjstev ali približno 28.000 oseb v vsakem koledarskem letu.

Raziskovanje se izvaja vsako leto.

Poraba gospodinjstev

Podatki v Raziskavi o porabi v gospodinjstvih (APG) se pridobijo na naslednje načine:

- z osebnim anketiranjem na podlagi vprašalnika Raziskovanje o porabi v gospodinjstvih (APG);
- na podlagi dnevnikov izdatkov, v katere člani gospodinjstva 14 dni sami vpisujejo dnevne izdatke in kupljene količine življenjskih potrebščin;
- administrativnih in drugih podatkovnih zbirk: Finančne uprave (dohodnina), Ministrstva za notranje zadeve (CRP, Evidenca gospodinjstev), Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (socialni in družinski prejemki, štipendije), Zavoda za zaposlovanje (nadomestilo za brezposelnost), Geodetske uprave (REN);
- iz lastnih virov SURS: Sestava prebivalstva (DEM-PREB/ČL).

Anketiranje gospodinjstev je enakomerno porazdeljeno skozi vse leto, vsako izbrano gospodinjstvo pa sodeluje v anketi 14 dni. Na začetku anketiranja anketar vnese nekaj osnovnih podatkov o vseh članih gospodinjstva. Za člane, mlajše od 15 let, se anketiranje s tem konča. Za člane, stare vsaj 15 let, sledijo vprašanja, ki se nanašajo na podatke o njih samih, njihovem formalnem (zaposlitvenem) statusu, izdatkih za izobraževanje. Vprašanja v sklopu vprašanj za gospodinjstvo kot celoto se nanašajo na podatke o prebivališču in morebitnih drugih stanovanjih gospodinjstva, motornih vozilih, stanovanjski opreми in gospodinjstevskih napravah ter celem spektru izdatkov v gospodinjstvih (npr. za stanovanje in njegovo vzdrževanje, obleko in obutev, pohištvo, nakupe gospodinjstevskih aparatov in pripomočkov, avdio-vizualne in računalniške opreme, rekreacijo in kulturo, za otroke in pomoč drugim gospodinjstvom).

Raziskovanje se izvaja na tri leta (2012, 2015, 2018, 2022), od leta 1997 do leta 2010 pa se je izvajalo letno.

Raziskava o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi

Osnovni namen raziskave SHARE (ang. Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE) je zbrati podatke o zdravju, socialno-ekonomskem položaju ter socialnih in družinskih omrežjih starejših od 50 let, da bi bolje razumeli, kako se njihovo zdravje in blaginja spreminjata s staranjem. SHARE je največja vseevropska raziskava, ki se izvaja v 27 evropskih državah in Izraelu. Od leta 2004 je v njej sodelovalo približno 140.000 posameznikov in opravljenih je bilo okoli 480.000 intervjujev (154).

Zbrani podatki znanstvenikom omogočajo, da opazujejo, kako staranje ter spremembe v družbi vplivajo na življenje starejših od 50 let. Izsledki raziskave so hkrati pomembna znanstvena podlaga za sprejetje novih politik, ki bodo prispevale k ustvarjanju boljšega zdravstvenega, socialnega in ekonomskega položaja starejših ter boljši kakovosti življenja starejših.

SHARE je panelna raziskava, kar pomeni, da iste osebe spremljamo daljše obdobje. Anketiranje poteka približno na dve leti. Prav dejstvo, da vsaki dve leti sodelujejo isti ljudje, je izjemnega pomena, saj le tako lahko opazujemo, kako spremembe v družbi in staranje vplivajo na posameznike in družine. Ugotavljamo lahko, na primer, kako socialna reforma oziroma spremembe v zvezi s socialnimi podporami in varstvenim dodatkom ali pokojninska reforma vplivajo na življenje starejših v Sloveniji. Poleg tega lahko ugotavljamo, kako prisotnost kroničnih bolezni ali odsotnost fizične aktivnosti vpliva na pojav depresije pri posamezniku in še mnogo več.

Prvi val oziroma prvo anketiranje se je izvedlo v letu 2004. V njem je sodelovalo enajst držav. Od takrat število vključenih držav postopno narašča. Slovenija je v raziskavo vstopila v 4. valu, to je v letu 2011. Do leta 2017 so se v raziskavo vključile vse države članice EU. Do danes je bilo izvedenih 9. valov raziskave, zadnji v letih 2021 in 2022.

Metodologija primerjav med leti in različnimi socialno-demografskimi skupinami

- **Umrljivost**

Analiza umrljivosti po stopnji dosežene izobrazbe je obsegala absolutne primerjave starostno standardiziranih stopenj umrljivosti oseb glede na najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe in relativne primerjave umrljivosti različno izobraženih (npr. razmerje starostno standardiziranih stopenj, ang. rate ratio), vse za obdobja 2006–2008, 2012–2014, 2017–2019 in 2020–2022. V primerjavo sta bili vzeti skrajni skupini oseb – osebe z nizko in visoko izobrazbo. Del analize neenakosti v umrljivosti je zajemal tudi regionalne primerjave, in sicer primerjavo pričakovane življenjske dobe, med dvanajstimi slovenskimi statističnimi regijami.

Razlike v umrljivosti med stopnjami izobrazbe smo proučevali s Poissonovo regresijo, kjer je odvisno spremenljivko predstavljala stopnja umrljivosti, neodvisne spremenljivke pa so bile starost, obdobje in izobrazba ter interakcija med zadnjima. Pojav trenda v neenakosti (tj. povečevanje ali zmanjševanje neenakosti) glede na izobrazbo med obdobji 2006–2008, 2012–2014, 2017–2019 in 2020–2022 ugotavljamo s spremljanjem statistične značilnosti interakcije med obdobjem in izobrazbo.

Za kazalnike umrljivosti so bile izračunane dodatne mere neenakosti, in sicer t. i. indeks naklona neenakosti (ang. Slope Index of Inequality, SII), relativni indeks neenakosti (ang. Relative Index of Inequality, RII) ter populaciji pripisljiv delež (ang. Population Attributable Fraction, PAF). V nasprotju z zgoraj omenjenimi merami absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oziroma neenakosti samo med najbolj in najmanj deprivilegiranimi skupinami (v našem primeru vrzel med nizko in visoko izobraženimi osebami), sta SII in RII indeksa neenakosti, ki delujeta na osnovi regresije in upoštevata celotno populacijo, torej sta dovzetna na distribucijo populacije po vseh socialno-ekonomskih skupinah (v našem primeru tudi srednje izobražene skupine). Absolutna razlika, ki jo določi naklon dobljene regresijske premice med najnižje in najvišje izobraženimi, predstavlja dobljeni SII. Indeks RII, ki je izračunan tako, da vrednost SII indeksa delimo s skupno/povprečno vrednostjo izbranega kazalnika, predstavlja relativni koeficient neenakosti in zato omogoča primerjavo neenakosti med različnimi zdravstvenimi kazalniki in po času. Tretja dodatna mera, PAF, prikazuje delež vrednosti kazalnika (npr. stopnja umrljivosti zaradi pljučnega raka), ki bi se ji lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika za celotno populacijo enaka vrednosti ka-

zalnika, ki jo dosega najbolj privilegirana socialno-ekonomska skupina (tj. višje izobražena skupina) (155).

- Rodnost

Porode in rojstva v Sloveniji smo opazovali v treh različnih obdobjih, in sicer 2006–2008, 2012–2014, 2017–2019 ter 2020–2022. Osnovne razlike po stopnji dosežene izobrazbe in državi prvega prebivališča matere za izbrane izide, na primer prezgodnji porod pred 37. tednom nosečnosti, smo proučevali z analizo na podlagi absolutnih razlik strukturnih deležev in razmerja deležev.

Razlike v izidih med stopnjami izobrazbe smo proučevali z binarno logistično regresijo, v kateri je kot odvisna spremenljivka nastopal posamezen izid (npr. prezgodnji porod pred 37. tednom nosečnosti), neodvisne spremenljivke pa so bile starost porodnice, obdobje in izobrazba ter interakcija med zadnjima. Pojav trenda v neenakosti (tj. povečevanje ali zmanjševanje neenakosti) glede na izobrazbo med obdobji 2006–2008, 2012–2014, 2017–2019 in 2020–2022 smo ugotavljali s statistično značilnostjo interakcije med obdobjem in izobrazbo.

Dva izbrana izida (tj. kajenje v nosečnosti in obisk šole za starše) sta bila vključena v regionalno primerjavo. Ali obstaja statistično značilna razlika v deležih med izbrano statistično regijo in preostalo Slovenijo, smo preverjali s statističnim testom za primerjavo dveh deležev (Z-test).

- Zdravila, izdana na recept

Pregledani so bili podatki o izdanih zdravilih na recept v letih 2012–2022 za prej omenjeni skupini zdravil. V analize so bile vključene le osebe, ki so bile v danem letu starejše od 25 let. Za vsako leto so se izračunale starostno specifične stopnje prejemnikov zdravil, ločeno po spolu in treh stopnjah izobrazbe. Vrzel v starostno specifični stopnji po spolu je bila definirana kot absolutna razlika med stopnjama za nizko in visoko stopnjo izobrazbe. Za vsako leto so se prav tako pripravile starostno standardizirane stopnje prejemnikov zdravil po spolu in treh stopnjah izobrazbe. Primerjava stopenj med nizko in visoko stopnjo izobrazbe je bila lahko absolutna ali relativna. Vrzel v starostno standardizirani stopnji med izobrazbama in po spolu je definirana enako kot pri umrljivosti.

Izračunane so bile tudi dodatne mere neenakosti, in sicer SII, RII in PAF. Čim višja je absolutna vrednost SII, tem večja je razlika v starostno standardiziranih stopnjah nekega pojava med nižjimi in višjimi izobrazbenimi skupinami. Negativna vrednost SII pomeni, da se z višanjem stopnje izobrazbe starostno standardizirana stopnja pojava znižuje. Trend v starostno standardiziranih stopnjah skozi leta smo ločeno po spolu in za visoko oziroma nizko izobrazbo ter njuno razliko (vrzel) proučevali s Poissonovo regresijo, kjer je odvisno spremenljivko predstavljala stopnja, neodvisno pa leto.

- Incidenca raka

V analizo so vključeni vsi primeri raka pri odraslih, starih 25 in več let, ki so zboleli v obdobju 2012–2020 in pri katerih je bil na voljo podatek o doseženi izobrazbi in stalnem prebivališču v Republiki Sloveniji v letu diagnoze. Iz analize so izločeni primeri, pri katerih izobrazbe posameznika ni bilo mogoče določiti – manj kot 0,8 % vseh novih primerov raka. Upoštevali smo najpoznejše incidenčno leto, za katero obstajajo podatki Registra raka Republike Slovenije; leta pred 2012 smo zaradi večjega deleža neobstoječih podatkov o izobrazbi izločili.

Izračunali smo starostno standardizirano stopnjo (SSS; Evropska standardna populacija 2013, verzija 85+) incidence na 100.000 prebivalcev, stratificirano po spolu in izobrazbi (nizka, srednja in visoka), ter absolutne (razlika med SSS) in relativne (razmerje med SSS) mere neenakosti. V primerjavo sta bili vzeti skrajni skupini oseb – osebe z nizko in osebe z visoko izobrazbo. Dodatno smo izračunali še mero neenakosti pripisljiv delež populacije (ang. Population Attributable Fraction, PAF). PAF predstavlja odstotek, koliko rakov več (v primeru negativne vrednosti PAF) ali manj (v primeru pozitivne vrednosti PAF) bi bilo v populaciji, če bi vsi v populaciji imeli najvišjo stopnjo izobrazbe.

Starostno standardizirane incidenčne stopnje smo izračunali za posamezna leta od 2012 do 2020 (za izračun časovnih trendov posameznih izobrazbenih skupin po spolu), za celotno obdobje 2012–2020 (za izračun absolutnih in relativnih vrzeli) in kot triletno drseče povprečje med letoma 2012 in 2020 (za prikaz trenda absolutne vrzeli). Izračunali smo tudi starostno specifične incidenčne stopnje na 100.000 prebivalcev po spolu in izobrazbi v obdobju 2012–2020.

- Podatki nacionalnih raziskav (v HBSC)

Statistično značilnost razlik v deležih med različnimi demografskimi kategorijami smo preverjali s χ^2 -testom, z Z-testom pa smo primerjali deleže med posameznimi pari demografskih kategorij (pri tem smo uporabili Bonferronijev popravek).

Statistično značilnost sprememb neenakosti pri posameznih kazalnikih glede na subjektivno oceno denarnega blagostanja družine med leti 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 in 2022 smo ugotavljali s Cochran-Armitageevim testom trenda. Za posamezne kazalnike so bile tudi v primeru HBSC izračunane različne mere neenakosti, in sicer absolutna razlika v prevalenci (vrzel) in razmerje prevalenc ter PAF. Absolutna razlika v prevalenci (vrzel) in razmerje prevalenc prikazujeta vrzel med podpovprečno in nadpovprečno oceno denarnega blagostanja družine. PAF pa prikazuje delež vrednosti posameznega kazalnika, ki bi se ji lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika pri celotni opazovani populaciji enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosegajo tisti z nadpovprečno oceno denarnega blagostanja družine.

Dolgotrajna oskrba

Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi in vključenosti oseb v oskrbo na domu smo analizirali na podlagi podatkov raziskave o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi (SHARE), ki je v Sloveniji potekala v letih 2011 (4. val), 2013 (5. val), 2015 (6. val), 2017 (7. val), 2019–2020 (8. val) in 2021–2022 (9. val). V prispevku niso bili uporabljeni statistični testi in modeli. Prikazani rezultati so neuteženi deleži in frekvence po državah, za katere obstajajo podatki SHARE. Primerjave razlik, o katerih govorimo, nismo preverjali s testi statistične značilnosti razlik med deleži ali med frekvencami. Razmerja, ki so omenjena v prispevku, zaradi velikega obsega niso vključena v publikacijo, so pa dostopna pri avtorjih. Vrzel v vključenosti v organizirano oskrbo na domu smo izračunali kot razliko med deležem vključenih v organizirano oskrbo na domu med visoko in med nizko izobraženimi.

Literatura

1. OECD. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle [Internet]. 2022 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en.html
2. OECD. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle [Internet]. 2020 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en.html

3. Mackenbach J.P., Valverde J.R., Bopp M., Brønnum-Hansen H., Deboosere P., Kalediene R., idr. Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *Lancet Public Health*. 2019 Oct;4(10):e529-e537. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30147-1. PMID: 31578987.
4. Strozza C., Vigezzi S., Callaway J., Aburto J.M.. The impact of COVID-19 on life expectancy across socioeconomic groups in Denmark. *Popul Health Metr*. 2024 Feb 7;22(1):3. doi: 10.1186/s12963-024-00323-3.
5. Euro Peristat. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015 [Internet]. 2018 [citirano 2024 Maj 8]. Dostopno na: https://www.europeristat.com/wp-content/uploads/2018/11/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf
6. Sun J., Liu X., Zhao M., Magnussen C.G., Xi B. Dose-response association between maternal smoking during pregnancy and the risk of infant death: a nationwide, population-based, retrospective cohort study. *EClinical-Medicine*. 2023 Feb 26;57:101858. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.101858.
7. Tarasi B., Cornuz J., Clair C., Baud D. Cigarette smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes: a cross-sectional study over 10 years. *BMC Public Health*. 2022 Dec 21;22(1):2403. doi: 10.1186/s12889-022-14881-4.
8. Simoncic V., Deguen S., Enaux C., Vandentorren S., Kihal-Talantikite W. A Comprehensive Review on Social Inequalities and Pregnancy Outcome-Identification of Relevant Pathways and Mechanisms. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 10;19(24):16592. doi: 10.3390/ijerph192416592.
9. Commission on Social Determinants of Health. Human Early Learning Partnership. In: Siddiqi A., Irwin L.G., Hertzman C., uredniki. *Early Child Development: A Powerful Equalizer: Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health*. Vancouver, Canada: Human Early Learning Partnership; 2007. str. 38.
10. Case A., Fertig A., Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstance. *J Health Econ*. 2005;24:365–389. doi: 10.1016/j.jhealeco.2004.09.008.
11. Blume M., Rattay P., Hoffmann S., Spallek J., Sander L., Herr R, idr. Health Inequalities in Children and Adolescents: A Scoping Review of the Mediating and Moderating Effects of Family Characteristics. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 21;18(15):7739. doi: 10.3390/ijerph18157739. PMID: 34360031; PMCID: PMC8345625.
12. Moor I., Kuipers M.A.G., Lorant V., Pfortner T.-K., Kinnunen J.M., Rathmann K., idr. Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe: comparing different indicators of socioeconomic status. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73:963-970. doi: 10.1136/jech-2018-211794.
13. Zaborskis A., Grincaite M. Gender and Age Differences in Social Inequality on Adolescent Life Satisfaction: A Comparative Analysis of Health Behaviour Data from 41 Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7). doi: 10.3390/ijerph15071297.
14. Zaborskis A., Grincaite M., Lenzi M., Tesler R., Moreno-Maldonado C., Mazur J. Social Inequality in Adolescent Life Satisfaction: Comparison of Measure Approaches and Correlation with Macro-level Indices in 41 Countries. *Soc Indic Res*. 2019;141:1055–1079. doi: 10.1007/s11205-018-1860-0.
15. Zaborskis A., Grincaite M., Lenzi M., Tesler R., Moreno-Maldonado C., Mazur J. Social Inequality in Adolescent Life Satisfaction: Comparison of Measure Approaches and Correlation with Macro-level Indices in 41 Countries. *Soc Indic Res*. 2019;141:1055–1079. doi: 10.1007/s11205-018-1860-0.
16. McLaughlin K.A., Costello E.J., Leblanc W., Sampson N.A., Kessler R.C. Socioeconomic status and adolescent mental disorders. *Am J Public Health*. 2012;102(9):1742–1750. doi: 10.2105/AJPH.2011.300477.
17. Reiss F., Meyrose A.K., Otto C., Lampert T., Klasen F., Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213700. doi: 10.1371/journal.pone.0213700.
18. Hosozawa M., Bann D., Fink E., Elsdon E., Baba S., Iso H., idr. Bullying victimisation in adolescence: prevalence and inequalities by gender, socioeconomic status and academic performance across 71 countries. *EClinical-Medicine*. 2021;41:101142. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101142.
19. Craike M., Wiesner G., Hilland T.A., Bengoechea E.G. Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018;15(43):1-11. doi: 10.1186/s12966-018-0676-2.

20. Zaborskis A., Grincaite M., Kavaliauskienė A., Tesler R. Family structure and affluence in adolescent eating behaviour: a cross-national study in forty-one countries. *Public Health Nutr.* 2021;24(9):2521-2532. doi:10.1017/S1368980020003584.
21. Bosakova L., Madarasova Geckova A., van Dijk J.P., Reijneveld S.A. School is (not) calling: the associations of gender, family affluence, disruptions in the social context and learning difficulties with school satisfaction among adolescents in Slovakia. *Int J Public Health.* 2020;65:1413-1421. doi:10.1007/s00038-020-01474-4.
22. Leal-Lopez E., Moreno-Maldonado C., Inchley J., Deforche B., Havere T., Van Damme J., idr. Association of alcohol control policies with adolescent alcohol consumption and with social inequality in adolescent alcohol consumption: A multilevel study in 33 countries and regions. *Int J Drug Policy.* 2020;84:102854. doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102854.
23. Lowthian E., Page N., Melendez-Torres G.J., Murphy S., Hewitt G., Moore G. Using Latent Class Analysis to Explore Complex Associations Between Socioeconomic Status and Adolescent Health and Well-Being. *J Adolesc Health.* 2021;69(5):774-781. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.06.013.
24. Quon E.C., McGrath J.J. Subjective socioeconomic status and adolescent health: a meta-analysis. *Health Psychol.* 2014;33(5):433-447. doi: 10.1037/a0033716.
25. Inchley J., Currie D., Budisavljevic S., Torsheim T., Jåstad A., Cosma A., idr. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. 72 p.
26. Rakić J.G., Hamrik Z., Dzielska A., Felder-Puig R., Oja L., Bakalár P., idr. A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
27. Jeriček Klanšček H., Furman L., Roškar M., Drev A., Pucelj V., Koprivnikar H., idr. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji [Internet]. 2023 [citirano 2024 Oct 7]. Dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:doc-VOFQWF9E>
28. Weinberg D., Stevens G.W.J.M., Duinhof E.L., Finkenauer C. Adolescent socioeconomic status and mental health inequalities in the Netherlands, 2001-2017. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(19):3605. doi: 10.3390/ijerph16193605.
29. Holstein B.E., Damsgaard M.T., Madsen K.R., Rasmussen M. Persistent social inequality in low life satisfaction among adolescents in Denmark 2002-2018. *Child Youth Serv Rev.* 2020;116. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105097.
30. Cosma A., Abdrakhmanova S., Taut D., Schrijvers K., Catunda C., Schnohr C. A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
31. Rathmann K., Ottova V., Hurrelmann K., de Looze M., Levin K., Molcho M., idr. Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: a multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas.* 2015;80(4):414-420. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.01.008.
32. Chui Z., Gazard B., MacCrimmon S., Harwood H., Downs J., Bakolis I., idr. Inequalities in referral pathways for young people accessing secondary mental health services in south east London. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021;30(7):1113-1128. doi: 10.1007/s00787-020-01603-7.
33. Residori C., Költő A., Dóra E., Várnai & Gabhainn, Saoirse N. Age, gender and class: how the COVID-19 pandemic affected school-aged children in the WHO European Region: impact of the COVID-19 pandemic on young people's health and well-being from the findings of the HBSC survey round 2021/2022 [Internet]. 2023 [citirano 2024 Okt 7]. Dostopno na: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7743-47511-69872>
34. Moreno-Maldonado C., Ramos P., Moreno C., Rivera F. How family socioeconomic status, peer behaviors, and school-based intervention on healthy habits influence adolescent eating behaviors. *Sch Psychol Int.* 2018;39(1):92-118. doi: 10.1177/0143034317749888.

35. Badura P., Madarasova Geckova A., Sigmundova D., Sigmund E., van Dijk J.P., Reijneveld S.A. Do family environment factors play a role in adolescents' involvement in organized activities? *J Adolesc.* 2017;59:59-66. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.05.017.
36. Badura P., Hamrik Z., Dierckens M., Gobina I., Malinowska-Ciešlik M., Furstova J., idr. After the bell: adolescents' organised leisure-time activities and well-being in the context of social and socioeconomic inequalities. *J Epidemiol Community Health.* 2021;0:1-9. doi: 10.1136/jech-2020-215319.
37. Keyes C.L. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 2002 Jun;43(2):207-22.
38. Avsec A., Kavčič T., Zager Kocjan G. Psihologija subjektivnega blagostanja: znanstvena spoznanja o sreči. Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani, 2022. 220 str.
39. Vinko M., Mikolič P., Roškar S., Jeriček Klanšček H. Positive mental health in Slovenia before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health Front.* 2022 Oct 14;10:963545. doi: 10.3389/fpubh.2022.963545.
40. Hurley J., Fana M., Adăscăliței D., Mazzeo Ortolani G., Mandl I., Peruffo E., idr. What just happened? COVID-19 lockdowns and change in the labour market. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021. 90 str.
41. Keyes C.L., Simoes E.J. To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality. *Am J Public Health.* 2012 Nov;102(11):2164-2172.
42. Ranfl M., Oikonomidis C., Kosem R., Artnik B., Maučec Zakotnik J. Vzgoja Za Ustno Zdravje Prehrana in Higiena: Strokovna Izhodišča [Internet]. 2015. [citirano 2024 Sept 23]. Dostopno na: <https://niz.si/publikacije/vzgoja-za-ustno-zdravje-prehrana-in-higiena/>
43. Svetovna zdravstvena organizacija. Oral health [Internet]. 2023. [citirano 2024 Sept 23]. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
44. Botelho J., Mascarenhas P., Viana J., Proenca L., Orlandi M., Leira Y., idr. An umbrella review of the evidence linking oral health and systemic noncommunicable diseases. *Nat Commun.* 2022 Dec 9;13(1):7614. doi: 10.1038/s41467-022-35337-8.
45. Leng B., Jin Y., Li G., Chen L., Jin N. Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis. *J Hypertens.* 2015 Feb;33(2):221-9. doi: 10.1097/HJH.0000000000000428.
46. Beauchamp A., Peeters A., Wolfe R., Turrell G., Harriss L.R., Giles G.G., idr. Inequalities in cardiovascular disease mortality: the role of behavioural, physiological and social risk factors. *J Epidemiol Community Health.* 2010 Jun;64(6):542-8. doi: 10.1136/jech.2009.094516.
47. Vrijens B., Antoniou S., Burnier M., de la Sierra A., Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. *Front Pharmacol.* 2017 Mar 1;8:100. doi: 10.3389/fphar.2017.00100.
48. Boruzs K., Juhász A., Nagy C., Szabó Z., Jakovljević M., Bíró K., idr. High Inequalities Associated With Socioeconomic Deprivation in Cardiovascular Disease Burden and Antihypertensive Medication in Hungary. *Front Pharmacol.* 2018 Aug 3;9:839. doi: 10.3389/fphar.2018.00839.
49. Zhao Y., Mahal A.S., Haregu T.N., Katar A., Oldenburg B., Zhang L. Trends and Inequalities in the Health Care and Hypertension Outcomes in China, 2011 to 2015. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Nov 19;16(22):4578. doi: 10.3390/ijerph16224578.
50. Di Girolamo C., Nusselder W.J., Bopp M., Brønnum-Hansen H., Costa G., Kovács K., idr. Progress in reducing inequalities in cardiovascular disease mortality in Europe. *Heart.* 2020 Jan;106(1):40-49.
51. Zadnik V., Gašljevič G., Hočvar M., idr. Rak v Sloveniji 2020. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2020.
52. Zadnik V., Žagar T., Bric N., Birk M., Duratović Konjević A., Mihor A., idr. Incidenca raka v prvem letu epidemije covid-19. *Onkologija.* 2023 Dec;27(2):48-54. doi: 10.25670/oi2023-009on.
53. Mihor A., Tomšič S., Žagar T., Lokar K., Zadnik V. Socioeconomic inequalities in cancer incidence in Europe: a comprehensive review of population-based epidemiological studies. *Radiol Oncol.* 2020 Mar; 54(1): 1-13. doi: 10.2478/raon-2020-0008.
54. Schüz J., Espina C., Villain P., Herrero R., Leon M.E., Minozzi S., idr. European code against cancer 4th edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer Epidemiol.* 2015 Dec;39 Suppl 1:S1-10. doi: 10.1016/j.canep.2015.05.009.

55. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Državni program obvladovanja raka 2022-2026 [Internet]. 2022. [citiranje 2024 Dec 4]. Dostopno na: https://www.onko-i.si/fileadmin/user_upload/Drzavni_program_obvladovanja_raka_2022-2026.pdf
56. Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W. World cancer report: cancer research for cancer prevention, World Cancer Reports. International agency for research on cancer; 2020.
57. Koprivnikar H., Zupanič T. Vrednotenje učinkov zakona o omejevanju uporabe tobaknih in povezanih izdelkov med mladimi. Po uveljavitvi vseh ukrepov novega zakona [Internet]. 2023 [citirano 2024 Dec 4]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/03/Monografija_Vrednotenje-ucinkov_ZOUTPI_2023-1.pdf
58. Lokar K., Žagar T., Zadnik V. Estimation of the ecological fallacy in the geographical analysis of the association of the socio-economic deprivation and cancer incidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jan 22;16(3):296. doi: 10.3390/ijerph16030296.
59. NIJZ. Podatkovni portal [Internet]. 2024 [citirano 2024 Dec 4]. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>
60. Birk M., Žagar T., Tomšič S., Lokar K., Mihor A., Bric N., idr. Impact of indoor radon exposure on lung cancer incidence in Slovenia. *Cancers*. 2024 Apr 9;16(8), 1445; doi: 10.3390/cancers16081445.
61. SAPEA. Improving cancer screening in the European Union. Evidence review report no. 10 [Internet]. 2022 [citirano 2024 Dec 4]. Dostopno na: <https://scientificadvice.eu/advice/improving-cancer-screening-in-the-european-union/>
62. Evropski informacijski sistem za raka. Stomach cancer burden in EU-27 [Internet]. 2022. [citirano 2024 Dec 4]. Dostopno na: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC130721>
63. Doeve B.H., Bakx J.A.C., Siersema P.D., Rosman C., van Grieken N.C.T., van Berge Henegouwen M.I., idr. The impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis, stage, and treatment of esophagogastric cancer. *J Gastroenterol*, 2023 Okt;58(10):965-977. doi: 10.1007/s00535-023-02009-3.
64. Salvatori S., Marafini I., Laudisi F., Monteleone G., Stolfi C. *Helicobacter pylori* and gastric cancer: pathogenetic mechanisms. *Int J Mol Sci*. 2023 Feb;24(3):2895. doi: 10.3390/ijms24032895.
65. Leja M. Where are we with gastric cancer screening in Europe in 2024? *Gut*. 2024 Nov 17;73(12):2074-2082. doi: 10.1136/gutjnl-2024-332705.
66. Liu B., Yu M., Byrne J., Cronin K.A., Feuer E.J. The COVID-19 pandemic and associated declines in cancer incidence by race/ethnicity and census-tract level SES, rurality, and persistent poverty status. *Cancer Med*. 2024 Sep;13(17):e70220. doi: 10.1002/cam4.70220.
67. Rudolf A., Mihevc Ponikvar B. Porodi in rojstva v Sloveniji 2016-2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020. 121 str.
68. Tomšič S., Žagar T., Mihor A., Mlakar M., Lokar K., Jarm K., idr. Prognostic factors and outcomes in women with breast cancer in Slovenia in relation to step-wise implementation of organized screening. *PLoS ONE*, 2022 Nov 30;17(11):e0278384. doi: 10.1371/journal.pone.0278384.
69. Evropski informacijski sistem za raka. Skin melanoma burden in EU-27 [Internet]. 2021 [citirano 2024 Dec 4]. Dostopno na: <https://visitors-centre.jrc.ec.europa.eu/en/media/infographics/skin-melanoma-burden-eu-27>
70. Zadnik V., Žagar T., Lokar K., Tomšič S., Duratović Konjević A., Zakotnik B. Trends in population-based cancer survival in Slovenia. *Radiol Oncol*. 2021 Jan 21;55(1):42-49. doi: 10.2478/raon-2021-0003.
71. Vaccarella S., Lortet-Tieulent J., Saracci R., Conway D.I., Straif K., Wild C.P. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research [Internet]. 2019 [citirano 2024 Dec 4]. Dostopno na: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Scientific-Publications/Reducing-Social-Inequalities-In-Cancer-Evidence-And-Priorities-For-Research-2019>
72. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Rezultati spletne ankete o odnosu do zagorelosti in obiskovanja solarijev med dijaki, izvedene v srednjih šolah po Sloveniji v šolskem letu 2022/23 [Internet]. 2024 [citirano 2024 Dec 4]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/05/Porocilo_-ZAGORELOST_2023-OBLIKOVANO_krajse-za-splet_KONCNO-2.pdf
73. Hovnik Keršmanc M., Roškar M. Alkohol – opijanje. V: Gabrijelčič Blenkuš M., Kofol Bric T., Zaletel M., Hočevar Grom A., uredniki. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021. str. 44.

74. OECD. Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? OECD Health Policy Studies [Internet]. 2014 [citirano 2024 Okt 4]. Dostopno na: https://www.oecd.org/en/publications/geographic-variations-in-health-care_9789264216594-en.html
75. Appleby J., Bevan G., Frosini F., Gao H., Lyscom T., Raleigh V. Variations in health care: the good, the bad and the inexplicable. London: The King's Fund; 2011. 40 str.
76. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators [Internet]. 2023 [citirano 2024 Okt 4]. Dostopno na: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
77. Canadian Institute for Health Information. Hospitalization disparities by socio-economic status for males and females [Internet]. 2010 [citirano 2024 Okt 4]. Dostopno na: https://secure.cihi.ca/free_products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_e.pdf
78. de Waure C., Bruno S., Furia G., Di Sciullo L., Carovillano S., Specchia M.L., idr. Health inequalities: an analysis of hospitalizations with respect to migrant status, gender and geographical area. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015 Feb 7; 15:2. doi: 10.1186/s12914-014-0032-9.
79. Schippa L., Gaspar K., van der Hijden E., Koolman X. Attributing practice variation by its sources: the case of varicose veins treatments in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2023 Nov 30;23(1):1329. doi: 10.1186/s12913-023-10328-7.
80. Zaletel M., Vardič D., Hladnik M. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022 [Internet]. Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2024 [citirano 2024 Okt 4]. Dostopno na: <https://nizj.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2022/>
81. Bragg F., Lacey B. Social and spatial inequalities in premature mortality across Europe. *The Lancet Public Health*. 2024 Mar;9(3):e148-e149. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00025-2.
82. IHME-CHAIN Collaborators. Effects of education on adult mortality: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2024 Mar;9(3):e155-65. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00306-7.
83. Rosella L.C., Buajitti E. Risk of premature mortality due to smoking, alcohol use, obesity and physical activity varies by income: A population-based cohort study. *SSM Popul Health*. 2024 Feb 19;25:101638. doi: 10.1016/j.ssmph.2024.101638.
84. Islam N., Jdanov D.A., Shkolnikov V.M., Khunti K., Kawachi I., White M., idr. Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. *BMJ*. 2021 Nov 3;375:e066768. doi: 10.1136/bmj-2021-066768.
85. Moryson W., Kalinowski P., Kotecki P., Stawińska-Witoszyńska B. Changes in the Level of Premature Mortality in the Polish Population Due to Selected Groups of Cardiovascular Diseases before and during the Pandemic of COVID-19. *J Clin Med*. 2023 Apr 17;12(8):2913. doi: 10.3390/jcm12082913.
86. Marlow E.C., Jemal A., Thomson B., Wiese D., Zhao J., Siegel R.L., idr. Mortality by Education Before and During the COVID-19 Pandemic, U.S., 2017-2020. *Am J Prev Med*. 2023 Jan;64(1):105-116. doi: 10.1016/j.amepre.2022.08.015.
87. Marmot M., Allen J., Goldblatt P., Boyce T., McNeish D., Grady M., idr. Fair society healthy lives. (The Marmot Review) [Internet]. 2010 [citirano 2024 Apr 17]. Dostopno na: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
88. GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021 Jun 19;397(10292):2337-60. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01169-7.
89. Koprivnikar H., Zupanič T. Tobaku pripisljiva umrljivost v Sloveniji 1997–2019 [Internet]. Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2021 [citirano 2024 Okt 9]. Dostopno na: https://nizj.si/wp-content/uploads/2021/12/Tobaku-pripisljiva-umrljivost-v-Sloveniji_1997_2019.pdf
90. Svetovna zdravstvena organizacija. Tobacco and inequities: guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija; 2014.
91. Petrovic D., de Mestral C., Bochud M., Bartley M., Kivimäki M., Vineis P., idr. The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. *Prev Med*. 2018 Avg;113:15-31. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.05.003.

92. Long D., Mackenbach J., Martikainen P., Lundberg O., Brønnum-Hansen H., Bopp M., idr. Smoking and inequalities in mortality in 11 European countries: a birth cohort analysis. *Popul Health Metr.* 2021 Jan 30;19(1):3. doi: 10.1186/s12963-021-00247-2.
93. Smith C.E., Hill S.E., Amos A. Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and appraisal of future research directions. *Tob Control.* 2020 Sep 29;30(e2):e87–95. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-055874.
94. Tabuchi T., Iso H., Brunner E. Tobacco Control Measures to Reduce Socioeconomic Inequality in Smoking: The Necessity, Time-Course Perspective, and Future Implications. *J Epidemiol.* 2018 Apr 5;28(4):170-175. doi: 10.2188/jea.JE20160206.
95. Svetovna zdravstvena organizacija. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. 2018 [citirano 2024 Maj 7]. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
96. Babor T.F., Ceatano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K., idr. *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy.* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2022.
97. Svetovna zdravstvena organizacija. Working document for development of an action plan to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija; 2020.
98. Collins S.E. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res.* 2016;38(1):83-94.
99. Probst C., Kilian C., Sanchez S., Lange S., Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health.* 2020 Jun;5(6):e324-e332. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30052-9.
100. Loring B. Alcohol and inequities: guidance for addressing inequities in alcohol-related harm [Internet]. Svetovna zdravstvena organizacija. 2014 [citirano 2024 Maj 7]. Dostopno na: <https://iris.who.int/handle/10665/344496>
101. Huijts T., Gkiouleka A., Reibling N., Thomson K.H., Eikemo T.A., Bambra C. Educational inequalities in risky health behaviours in 21 European countries: findings from the European social survey special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health.* 2017 Feb 1;27:63-72. doi: 10.1093/eurpub/ckw220.
102. Lovrečič M., Lovrečič B., Serec M., Roškar M. Alkohol in neenakosti. V: Lesnik T., Gabrijelčič Blenkuš M., Hočevar Grom A., Kofol Bric T., Zaletel M., uredniki. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize.* Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018. str. 61–64.
103. Svetovna zdravstvena organizacija. Addressing alcohol consumption and socioeconomic inequalities: how a health promotion approach can help [Internet]. 2022 [citirano 2024 Maj 7]. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240043312>
104. Radoš Krnel S., Kamin T., Jandl M., Garbijelčič Blenkuš M., Hočevar Grom A., Lesnik T., idr. Merila za vrednotenje intervencij na področju javnega zdravja: Za namen prepoznavanja in izbire dobrih praks. [Internet]. 2024 [citirano 2024 Maj 7]. Dostopno na: <https://niz.si/wp-content/uploads/2024/05/Prenovljena-merila-za-vrednotenje-intervencij-na-podrocju-javnega-zdravja.pdf>
105. Lomia N., Berdzuli N., Sharashidze N., Sturua L., Pestvenidze E., Kereselidze M., idr. Socio-Demographic Determinants of Road Traffic Fatalities in Women of Reproductive Age in the Republic of Georgia: Evidence from the National Reproductive Age Mortality Study (2014). *Int J Womens Health.* 2020 Jul 13;12:527-537. doi: 10.2147/IJWH.S244437.
106. Valentin G., Pedersen S.E., Christensen R., Friis K., Nielsen C.P., Bhimjiyani A., idr. Socio-economic inequalities in fragility fracture outcomes: a systematic review and meta-analysis of prognostic observational studies. *Osteoporos Int.* 2020 Jan;31(1):31-42. doi: 10.1007/s00198-019-05143-y.
107. Kaufman E.J., Holena D., Koenig G., Martin N.D., Maish G.O. 3rd, Moran B.J., idr. Increase in Motor Vehicle Crash Severity: An Unforeseen Consequence of COVID-19. *Am Surg.* 2021;31348211047466. doi: 10.1177/00031348211047466.
108. Vanlaar B.W.G.M., Woods-Fry H., Lyon C., Robertson R.D. Road safety monitor 2020: the impact of the COVID-19 pandemic on travel behaviour and road safety. Ottawa: Traffic Injury Research Foundation [Internet]. 2020 [citirano 2024 Apr 29]. Dostopno na: <https://trid.trb.org/View/1751299>

109. Woods-Fry H., Vanlaar W.G.M., Wicklund C., Robertson R.D. Alcohol-impaired driving and COVID-19 in the United States results from the 2020 TIRF USA road safety monitor. Ottawa: Traffic Injury Research Foundation [Internet]. 2020 [citirano 2024 Apr 29]. Dostopno na: <https://tirf.ca/publications/road-safety-monitor-alcohol-impaired-driving-covid-19-in-the-united-states-2020/>
110. Yasin Y.J., Grivna M., Abu-Zidan F.M. Global impact of COVID-19 pandemic on road traffic collisions. *World J Emerg Surg.* 2021;16(1): 51. doi: 10.1186/s13017-021-00395-8.
111. Evropski svet za varnost v prometu. Pin briefing: the impact of Covid-19 lockdowns on road deaths in April 2020. Bruselj: Evropski svet za varnost v prometu [Internet]. 2020 [citirano 2024 Apr 29]. Dostopno na: https://etsc.eu/wp-content/uploads/PIN-Corona-Briefing_final.pdf
112. van Aert G.J.J., van der Laan L., Boonman-de Winter L.J.M., Berende C.A.S., de Groot H.G.W., Boele van Hensbroek P., idr. Effect of the COVID-19 pandemic during the first lockdown in the Netherlands on the number of trauma-related admissions, trauma severity and treatment: the results of a retrospective cohort study in a level 2 trauma centre. *BMJ Open.* 2021;11(2):e045015. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045015.
113. Nia A., Popp D., Diendorfer C., Apprich S., Munteanu A., Hajdu S., idr. Impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on number of patients and patterns of injuries at a level I trauma center. *Wien Klin Wochenschr.* 2021;133(7-8):336–343. doi: 10.1007/s00508-021-01824-z.
114. Rajput K., Sud A., Rees M., Rutka O. Epidemiology of trauma presentations to a major trauma centre in the North West of England during the COVID-19 level 4 lockdown. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2021;47(3):631–636. doi: 10.1007/s00068-020-01507-w.
115. Lim M.A., Mulyadi Ridia K.G., Pranata R. Epidemiological pattern of orthopaedic fracture during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Orthop Trauma.* 2021;16:16–23. doi: 10.1016/j.jcot.2020.12.028.
116. Miranda I., Sangüesa-Nebot M.J., González A., Doménech J. Impact of strict population confinement on fracture incidence during the COVID-19 pandemic. Experience from a public Health Care Department in Spain. *J Orthop Sci.* 2021:S0949-2658(21)00124-X. doi: 10.1016/j.jos.2021.03.007. Online ahead of print.
117. Dolci A., Marongiu G., Leinardi L., Lombardo M., Dessì G., Capone A. The Epidemiology of Fractures and Musculo-Skeletal Traumas During COVID-19 Lockdown: A Detailed Survey of 17.591 Patients in a Wide Italian Metropolitan Area. *Geriatr Orthop Surg Rehabil.* 2020;11:2151459320972673. doi: 10.1177/2151459320972673.
118. Ronel D., Keren Y., Muallem A., Elboim-Gabyzon M. The effect of physical and social isolation due to the COVID-19 pandemic on the incidence of hip fractures among senior citizens. *Geriatr Nurs.* 2021;43:21–25. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.10.018. Online ahead of print.
119. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S., idr. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
120. Steinfeld Y., Ben Natan M., Yonai Y., Berkovich Y. Hip Fracture Following a Fall among Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *Isr Med Assoc J.* 2021;23(8):479–483.
121. Vardavas C., Nikitara K., Aslanoglou K., Lagou I., Marou V., Phalkey R., idr. Social determinants of health and vaccine uptake during the first wave of the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Prev Med Rep.* 2023 Jul 16;35:102319. doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102319.
122. Konda S.R., Meltzer-Bruhn A.T., Esper G.W., Solasz S.J., Ganta A., Egol K.A. COVID-19 vaccination improved outcomes in the treatment of geriatric hip fractures between December 2020 and January 2022. *Hip Int.* 2023 Nov;33(6):1133–1139. doi: 10.1177/11207000231151617.
123. Hall A.J., Clement N.D., MacLulich A.M.J., White T.O., Duckworth A.D. Vaccination against COVID-19 reduced the mortality risk of COVID-positive hip fracture patients to baseline levels: the nationwide data-linked IMPACT Protect study. *Osteoporos Int.* 2024 Feb;35(2):353–363. doi: 10.1007/s00198-023-06954-w.
124. Pranata R., Lim M.A., Huang I., Raharjo S.B., Lukito A.A. Hypertension is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *JRAAS.* 2020;April-June:1–11. doi: 10.1177/14703203209268.
125. Huang I., Lim M.A., Pranata R. Diabetes mellitus is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia – a systematic review, meta-analysis, and meta-regression: diabetes and COVID-19. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev.* 2020;14(4):395–403. doi: 10.1016/j.dsx.2020.04.018.

126. Mikolič P, Vinko M, Ropret N, Roškar S. Suicide methods in Slovenia—Characteristics and time trends 2001–2020. *Crisis J Crisis Interv Suicide Prev.* 2024;45(2):93–9. doi: 10.1027/0227-5910/a000918.
127. Roškar S., Vinko M., Konec Juričič N. Samomorilno vedenje v populaciji – prikaz stanja, trendov in značilnosti po svetu in v Sloveniji. V: Roškar S, Videtič Paska A, editors. *Samomor v Sloveniji in svetu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021.
128. Lorant V., Kapadia D., Perelman J. Socioeconomic disparities in suicide: Causation or confounding? *PLoS ONE.* 2021 Jan 4;16(1):e0243895. doi: 10.1371/journal.pone.0243895.
129. Phillips J.A., Hempstead K. Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment, 2000-2014. *Am J Prev Med.* 2017 Oct;53(4):e123–30. doi: 10.1016/j.amepre.2017.04.010.
130. OECD. Health for everyone? Social inequalities in health and health systems, OECD Health Policy Studies [Internet]. 2019 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>
131. Stare M., Inglič R.T., Intihar S., Pirnat U. Methodological explanation - living conditions [Internet]. 2024 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/File/DocSysFile/8108>
132. Eurofound. Fifth round of the Living, working and COVID-19 e-survey: Living in a new era of uncertainty [Internet]. 2022 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2022/fifth-round-living-working-and-covid-19-e-survey-living-new-era-uncertainty>
133. Pavlovič K. Kdo bo odločal o pravicah pacientov do zobozdravniške oskrbe? [Internet]. 2020 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/obvestila>
134. Eurostat. Population and social conditions – Health – Health care [Internet]. 2020 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
135. Nagode M., Zver E., Marn S., Jacovic A. Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji. Urad za makroekonomske analize in razvoj: Ljubljana; 2014.
136. Börsch-Supan A., Brandt M., Hank K., Schröder M. The individual and the welfare state life histories in Europe. 1 sr ed. Berlin: Heidelberg: Springer-Verlag; 2011. 288 str.
137. OECD. Is Care Affordable for Older People? OECD Health Policy Studies [Internet]. 2024 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: https://www.oecd.org/en/publications/is-care-affordable-for-older-people_450ea778-en.html
138. UMAR. Poročilo o razvoju 2024 – Kazalniki razvoja Slovenije [Internet]. 2024 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://www.umar.gov.si/publikacije/porocilo-o-razvoju/publikacija/porocilo-o-razvoju-2024-1>
139. Svetovna zdravstvena organizacija. Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe: Summary [Internet]. 2023 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8969-48741-72485>
140. Thomson S., Cylus J., Evetovits T. Can people afford to pay for health care? Regional report. Barcelona: WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening; 2019. 144 str.
141. Eurostat. A system of Health Accounts 2011 – Revised edition March 2017 [Internet]. 2017 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-05-19-103>
142. SURS. Poraba v gospodinjstvih, podrobni podatki [Internet]. 2022 [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/11553>
143. Svetovna zdravstvena organizacija. The global health observatory: SDG 3.8.2 Catastrophic health spending (and related indicators) [Internet]. [citirano 2024 Okt 2]. Dostopno na: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>
144. Eurostat. Database [Internet]. [citirano 2024 Dec 23]. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
145. Evropska komisija. Health at a Glance: Europe 2024 [Internet]. 2024 [citirano 2024 Dec 23]. Dostopno na: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2024_en
146. Statistični urad RS. Registrski popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj, Slovenija, 1. 1. 2011 – metodološko pojasnilo [Internet]. 2011 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: <http://www.stat.si/statweb/Common/PrikaziDokument.ashx?IdDatoteke=8211>
147. Statistični urad RS. Socioekonomske značilnosti prebivalstva in meddržavnih selivcev, Slovenija – metodološko pojasnilo [Internet]. 2024 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: <http://www.stat.si/statweb/Common/PrikaziDokument.ashx?IdDatoteke=7785>

148. EHEMU team. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method. Third Edition. EHEMU Technical Report [Internet]. 2006 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/reporting/docs/hly_en.pdf
149. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem RS (PIS) – Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov perinatalnega informacijskega sistema preko aplikacije ePrenosi, v 2.8. NIJZ [Internet]. 2024 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/02/PERIS-metodoloska-navodila-2025-v2-8_koncna.pdf
150. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Spremljanje bolnišničnih obravnav (SBO) - Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov o bolnišničnih obravnavah preko aplikacije ePrenosi, v 2.7. NIJZ [Internet]. 2024 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/12/SBO-metodoloska-navodila-2025_v2-7_koncna.pdf
151. Kostnapfel T., Albrecht T. Poraba zdravil, predpisanih na recept v Sloveniji v letu 2023 [Internet]. 2024 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/05/Zdravila-na-recept-2023-Final-9.5.2024.pdf>
152. Jeriček Klanšček H., Furman L., Roškar M., Drev A., Pucelj V., Koprivnikar H., idr. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Nacionalni inštitut za javno zdravje [Internet]. 2023 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/10/HBSC_e_verzija_pop_2023-2.pdf
153. Pustivšek S., Vinko M., Kofol-Bric T., Korošec A., Pribaković Brinovec R., Vrdelja M., idr. Kako skrbimo za zdravje v 2020? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2020. Nacionalni inštitut za javno zdravje [Internet]. 2023 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/05/Kako-skrbimo-za-zdravje_2023_5_pisarniskiTisk.pdf
154. SHARE-ERIC. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 9 [Internet]. 2025 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: <https://share-eric.eu/data/data-documentation/waves-overview/wave-9>
155. Svetovna zdravstvena organizacija. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Built-in database edition. Version 2.0 [Internet]. 2017 [citirano 2025 Feb 21]. Dostopno na: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/gama/activities-of-gama>

1.2. Ranljivosti in neenakosti v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji – izsledki kvalitativne terenske raziskave

Avtorici: Ivanka Huber Kropec, Anja Brunec

Uvod

Ranljivosti in neenakosti v zdravju v izvedeni kvalitativni terenski raziskavi in v tem prispevku razumemo kot družbene pojave, ki vplivajo na to, da ima posameznik ali družbena skupina otežen dostop do družbenih virov, predvsem do zdravja. Ranljivost razumemo kot relacijski pojav med posameznikom ter širšim družbenim, kulturnim in ekonomskim okoljem, pa tudi kot proces, ki se spreminja od ene do druge osebe, se razlikuje v različnih življenjskih obdobjih in različnih okoliščinah, ob čemer se pri eni osebi lahko kombinirajo številne oblike ranljivosti. Pomembno je vedeti, da ranljive skupine niso statične in strogo zamejene, temveč se spreminjajo in prekrivajo (posameznik je lahko v več ranljivih skupinah hkrati ali v nobeni od njih). Pri ranljivosti posameznika gre lahko za preplet različnih dejavnikov; osebam ali skupinam z ranljivostmi ni mogoče vnaprej pripisati določenih značilnosti niti ni mogoče vnaprej nobene skupine definirati kot ranljive, prav tako ranljivosti ni mogoče enoznačno pridati vsem pripadnikom določene skupine; znotraj ene skupine z ranljivostmi so lahko velike razlike, zato jih lahko delimo tudi v več podskupin, ki se prekrivajo, med temi skupinami lahko posamezniki celo prehajajo. Pomembno je upoštevati družbeno-kulturni kontekst, saj lahko v določenem lokalnem okolju neka skupina z ranljivostmi izstopa in jo v tem okolju povezujejo s specifično problematiko, v drugem lokalnem okolju pa ista skupina nima večjih težav; posameznim ranljivim skupinam se ob že zaznanih ranljivostih lahko pridružijo nove (1, 2).

Kvalitativno terensko raziskavo smo izvedli za razumevanje ranljivosti in neenakosti v zdravju ter njihovih pojavnih oblik na ravni različnih lokalnih okolij ter v podporo vključevanju ranljivih oseb oziroma skupin in za zmanjševanja neenakosti v zdravju. Cilj raziskave je bil pridobiti poglobljene podatke, s katerimi smo pripravili analizo ranljivosti in neenakosti v zdravju in tako na podlagi izsledkov raziskave lahko ustrezneje obravnavali ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih. Pričujoči prispevek združuje izsledke raziskave za vsa tri raziskovana okolja. Namen prispevka je ob strnjem prikazu izsledkov kvalitativne terenske raziskave, izvedene v lokalnem okolju Zdravstveni dom (ZD) Vrhnika, ZD Celje in ZD Sevnica, podati ugotovitve, kdo so posamezniki oziroma skupine, ki se srečujejo z ovirami v dostopu do zdravstvenega varstva, katere so njihove ranljivosti, s katerimi ovirami v dostopu do zdravja in drugih storitev se srečujejo in kateri so zaznani načini premoščanja ovir v lokalnih okoljih.

Metode in vzorec

V prispevku obravnavamo izsledke kvalitativne terenske raziskave o neenakostih in ranljivostih v zdravju, ki jo je izvedel Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) v letu 2022. Raziskava je potekala v lokalnih okoljih treh zdravstvenih domov, ki so v okviru projekta Skupaj za zdravje v letih 2013–2016 prvi v Sloveniji vzpostavili centre za krepitev zdravja¹⁶ in prešli iz zdravstvenovzgojnih centrov na nov način delovanja in obravnav. Kvalitativna terenska raziskava se v času transformiranja zdravstvenovzgojnih centrov v centre za krepitev zdravja ni izvedla, zato smo jo izvedli naknadno v letu 2022.

V raziskavi o neenakostih in ranljivostih v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji smo uporabili kvalitativno metodologijo. Kot osrednji metodi sta bila uporabljena individualni polstrukturirani in skupinski polstrukturirani intervju. Intervjuji so bili opravljeni s polstrukturu-

¹⁶ Več o centrih za krepitev zdravja glej (6) in <https://www.skupajzazdravje.si/aktivnosti-za-krepitev-zdravja/kje-se-lahko-udelezim-aktivnosti/>.

riranim vprašalnikom, teme intervjujev pa se pokrivajo s podpoglavji v poglavju o rezultatih v nadaljevanju tega prispevka, in sicer katere družbene skupine so lokalno prepoznane kot ranljive skupine; s kakšnimi ovirami se srečujejo pri dostopu do zdravstvenih in drugih oblik pomoči; in katere so že obstoječe prakse, s katerimi se lokalno okolje odziva na ranljivosti in neenakosti.

V kvalitativni terenski raziskavi lokalnih okolij ZD Vrhnika, ZD Celje in ZD Sevnica je bilo opravljenih 31 intervjujev, v katerih je sodelovalo 41 sogovornikov. V raziskavo so bili vključeni zaposleni v zdravstvenih in drugih ustanovah (zdravstveni dom, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, center za socialno delo, občina, vrtec, osnovna šola) ter nevladnih organizacijah (ljudska univerza, Rdeči križ, karitas, Šent, zavetišče za brezdomne, materinski dom, Javni zavod Socio, zavod KNOF, društvo gluhih in naglušnih, društvo upokojencev) in osebe z neposredno izkušnjo ranljivosti in neenakosti v zdravju ter ovirami v dostopu do zdravstva in drugih storitev.

Rezultati

Na podlagi analize terenskega materiala, pridobljenega s kvalitativno raziskavo, smo lahko ugotovitve analitično porazdelili po tematskih sklopih, kot jih dalje strukturiramo v poglavju o rezultatih na tri podpoglavja.

Lokalno prepoznane ranljive skupine

Sogovorniki so v raziskovanih lokalnih okoljih kot ranljive skupine zaznali **brezposelne**, predvsem so kot posebej ranljivo skupino navedli brezposelne, stare nad 45 let. Naslednja prepoznana ranljiva skupina so bili **tujci, priseljenci** oziroma osebe, ki ne govorijo oziroma težje razumejo slovenski jezik. Posebej so omenili **delavce iz držav nekdanje Jugoslavije**, ki so sami v Sloveniji, in **albanske družine**, predvsem otroke in ženske, ki so zaradi neznanja slovenskega jezika ranljivi pri vključevanju v družbo in dostopu do storitev. Največkrat so otroci prevajalci in tolmači. Sogovorniki so večkrat poudarili problematiko albanskih otrok, ki prevzemajo vlogo tolmačev, tudi pri občutljivih temah pri zdravstvenih obravnavah. Navsezadnje so priseljenški otroci ranljivi tudi glede integracije v družbo oziroma v šolski sistem, ki je povsem drugačen od tistega, na katerega so bili navajeni v svoji domovini. Gre torej za ranljivo skupino, ki se srečuje tako z jezikovnimi kot s kulturnimi ovirami. Naslednja prepoznana ranljiva skupina so bili **starejši ljudje**. Med starejšo populacijo so kot posebej ranljiva skupina bili prepoznani **starejši, ki nimajo svojcev**, in **starejši z nizkimi pokojninami**. Sogovorniki so poudarili ranljivosti znotraj samih družin, poleg socioekonomske ranljivosti tudi težave v odnosih. Kot ranljivi so bile navedeni tudi **socialno ogrožene osebe** (finančno deprivilegirani); **enostarševske družine**, **matere samohranilke**; **prekarni delavci**; **osebe, ki živijo v slabih stanovanjskih razmerah**:

»V mestu je tega [slabih bivanjskih razmer, op. a.] zelo veliko, predvsem pri starejših [...] Nista imela pralnega stroja, potem ne hladilnika, voda je bila zamašena, gospa ni imela ležišča, je ležala na tleh na foliji, potem umazano, pourinirano, onesnaženo perilo je kupčkala, zaradi tega, ker stroj ni delal, wc školjka je bila zamašena; zjutraj za zajtrk sta si skuhalo en kilogram belih testenih, gospa je bila sladkorna bolnica [...] Na mizi so bili ostanki stare hrane, par dni stare hrane [...]« (zaposlena v patronažni službi).

»To, ko so stare hiše, v hribih, so tudi bivanjske stvari take, da ... da pač to ljudje imajo še tiste lese-ne hiše, v zemlji živijo ... Ne dolgo nazaj, mislim, da sem bil prejšnji teden na enem mrliškem ogledu, kjer pa je bil prisoten dobesedno alkohol, to so gor po hribih, gor doma, recimo odrezani od sveta, ne. Ko že od rojstva tako živijo, tako so navajeni, in to je to. Tega ni malo, ne. Pač točno vemo, so pač

ene posebnosti ... točno vemo, za katerega človeka gre ... da je tukaj problem v ozadju alkoholizem in socialna težava» (zaposlen v zdravstvenem domu – reševalna služba).

Kot ranljivo skupino so sogovorniki prepoznali **osebe, ki živijo v geografsko odročnejših, nedostopnih krajih**. Sogovorniki so poudarili, da so med otroki zagotovo najbolj ranljivi **otroci iz ločenih/»razdrtih« družin in otroci s posebnimi potrebami**. V vzgojno-izobraževalnih ustanovah opažajo porast otrok z različnimi dietami ter ranljivost **otrok s posebnimi potrebami** (z motnjo v duševnem razvoju, gibalno oviranostjo). Dalje so kot ranljivo skupino prepoznali **osebe s težavami v duševnem zdravju**. Prepoznana skupina z ranljivostmi so bili tudi **invalidi** (mlajši invalidi), **delovni invalidi, gluhi in naglušni ter slepi in slabovidni**. Sogovorniki so kot ranljive zaznali tudi **žrtve nasilja, uporabnike prepovednih drog in uporabnike alkohola** ter njihove svojce, **osebe z demenco** in njihove svojce ter **nepokretne osebe, osebe s kroničnimi boleznimi in drugimi zdravstvenimi težavami**, ki potrebujejo zahtevnejšo zdravstveno oskrbo. Njihovi svojci se velikokrat znajdejo v stiski, saj zanje niso sposobni ustrezno skrbeti.

Ovire v dostopu do zdravstvenih in drugih ustanov

V tem podpoglavju predstavljamo ovire, ki so jih kot pomembne za raziskovana lokalna okolja navedli sogovorniki v kvalitativni terenski raziskavi. Pomembno je vedeti, da se nekatere ovire medsebojno prepletajo, pri čemer so njihovi vzroki in posledice pogosto večplastni in niso enoznačni. Sogovorniki so velikokrat prepoznali in poudarili **geografske ovire** oziroma geografsko nedostopnost. Posebej omenjene so bile **jezikovne in kulturne ovire**, s katerimi se srečujejo tujci in priseljenci iz albanske skupnosti, predvsem ženske in otroci. Jezikovne ovire so najbolj pereče pri zdravstvenih obravnavah, saj vlogo prevajalcev in tolmačev največkrat prevzemajo otroci. Težave z jezikom in posledično z integracijo se pojavljajo tudi v vzgojno-izobraževalnih ustanovah.

»Ovire so bile recimo, ker delamo tudi z albansko skupnostjo, jezik in da ženske nimajo izbranega ginekologa. To je ena velika ovira, tukaj smo veliko delali [delali na odpravi ovir op. a.]. « (zaposlena v zdravstvenem domu).

»Ta bariera [jezikovna in kulturna ovira op. a.] je, da recimo – tukaj se je najbolj pokazalo, pri izbiri ginekologa, tako da smo se potem dogovarjali z zdravniki ginekologi v našem ZD, da smo naredili ogled ginekološke ambulante, da so lahko prišle [albanske ženske, op. a.] pogledat, da to ni noben bavlav, tako da tukaj imamo tudi eno tako lepo sodelovanje« (zaposlena v zdravstvenem domu).

»Mogoče najtežje je, predvsem delo z družino, tuje govorečo, ki ji ne moreš ustrezno zagotoviti tolmača, pa nobeden ne govori slovensko, to je najbolj težko« (zaposlena v vzgojno-izobraževalni ustanovi).

V raziskavi so bile prepoznane **socialno-ekonomske ovire**, s katerimi se srečujejo tako starejši ljudje kot mlajši. Sogovorniki so glede socialnih ovir navedli predvsem mlade, enostarševske družine ter tiste, kjer je prisotna brezposelnost ali minimalni dohodek. Poleg socialnih ovir (nizkih pokojnin) se starejši spoprijemajo s kombinacijo več ovir hkrati. V domu za starejše opažajo, da je čedalje več starostnih in preostalih bolezni, ki terjajo primerno oskrbo in nego, ki pa si je niti sami niti svojci ne morejo privoščiti. Svojci starejših oseb so v stiski, saj zanje ne morejo ustrezno poskrbeti v času službe.

Raziskava je razkrila tudi primere zelo slabih bivanjskih razmer, opaženih na terenu. Zaradi pomanjkanja socialnih kompetenc je bila kot ovira prepoznana **socialna izključenost**, iz katere izvirajo tudi izoliranost, duševne bolezni ter odvisnosti. Sogovorniki so našli še druge ovire v zdravstvu, kot je kadrovsko pomanjkanje in dolge čakalne dobe. Specifična ovira pa

se je pokazala kot sistemska, ko trenutna organizacija centra za krepitev zdravja, ki v času raziskave še ni bil integriran, ne dopušča obravnav mladostnikov.

»Ena taka ovira za nas je, ker nismo integriran CKZ, ne delamo z mladostniki. To zelo pogrešamo, ker nas šole zelo vabijo, zaradi tega, ker naša psihologinja dela delavnice za zaposlene in tudi za dijake zadnjega letnika, se pravi, tiste, ki so že stari recimo 17, 18 let in je tako dobro bilo to vse sprejeto in si želijo posamezniki k nam. Ali pa klinični psihologi kličejo znotraj hiše: „Daj, kaj bi vzela 16 letnika?“ Pa debelost v družini, otroci, to je pa res tak minus [da ne morejo obravnavati mladostnikov p. a], no, to je ena taka zelo velika ovira« (zaposlena v zdravstvenem domu).

Zaznana ovira, ki onemogoča dostop do sistema zdravstvenega varstva, je bila zdravstvena nezavarovanost:

»Zdravstvena nezavarovanost, predvsem pri ljudeh iz drugih okolij [priseljencev op. a.]– to smo tudi zelo velikokrat urejali. Več tega nezavarovanja je pri ljudeh, ki pridejo od drugod, ko niso toliko seznanjeni, ko predstavlja jezik oviro, ne znajo, ne zmorejo« (zaposlena v zdravstvenem domu).

Kot oviro so sogovorniki zaznali tudi občutek stigme in neodzivnost posameznika.

»Ovira je že to, da je moral iti nekdo čez zdravstveni dom do zdravnika po neko napotnico, da je bil potem k nam napoten, da je tvegan in škodljiv pivec alkohola, recimo, pozitivna stran tega pa je bila, da smo bili dislocirani. Se pravi, bi lahko kar direktno k nam prišel« (zaposlena v zdravstvenem domu).

»So neodzivniki. Že na primer v sami zdravstveni oskrbi odklanjajo. Jaz sem imela eno paliativno gospo, ki je imela en izrastek na dojki in je odklanjala obisk zdravnika. Zdaj nedavno nazaj svit neodzivniki [neodzivniki v preventivni program Svit¹⁷ op. a.], tudi en gospod, ki je bil sicer star 65, 66 let, doživel en srčno-žilni dogodek, zelo hud, živel v urejenih družinskih razmerah ekonomsko in socialno, za svit je pa odklanjal. Lansko leto smo imeli, kar je bilo porodov na domu, tudi so odklanjale prvi obisk patronažne pri novorojenčku, te mame, ki so rojevale na domu« (zaposlena v patronažni službi).

Sogovorniki so posebej omenili tudi arhitektonske ovire v zdravstvenih ustanovah.

»Veliko je tudi pacientov, ki imajo vozičke, so po kapi ali kar koli in mi imamo v ZD samo eno dvigalo in zdaj s tem enim dvigalom lahko pridemo v en del ZD in zopet od tistega dvigala, da prideš do zdravnika moraš zopet premagovati takšne in drugačne ovire oziroma opraviti zelo veliko poti. Tudi ni označeno, tudi mogoče premalo teh informacijskih točk za pomoč tem ljudem. Druga nedostopnost je mogoče tudi, če gledamo za gibalno, parkirišče, naš zdravstveni dom ima zelo majhno parkirišče in je problem, ker verjamem, da velikokrat je to prav za te ljudi ena izmed največjih ovir, po drugi strani tudi če gledamo že mamice z vozički, je tudi problem dostopnosti« (zaposlena v zdravstvenem domu).

Obstoječe prakse, s katerimi se lokalna okolja odzivajo na ranljivosti in neenakosti

Na podlagi analize terenskega materiala, pridobljenega s polstrukturiranimi intervjuji, ugotavljamo, da so v vseh raziskovanih okoljih bili številni različni primeri premagovanja ovir. Primeri premagovanja ovir so, razen sistemskih rešitev, lastni posameznemu okolju in odgo-varjajo na specifične potrebe tamkajšnjih ranljivih skupin oziroma posameznikov. Gre tako za sistemske rešitve kot za socialno naravnano lokalnih okolij in ustanov ter nekatere projektno financirane storitve in programe. Kot dobra praksa premoščanja socialnih ovir je bilo prepoznano delovanje humanitarnih in drugih nevladnih organizacij ter tudi šolskih skladov.

¹⁷ Program Sviti je preventivni zdravstveni program, ki je namenjen preprečevanju in zgodnjemu odkrivanju predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki.

Posameznim ranljivim skupinam so v veliko podporo razna društva. V vzgojno-izobraževalnih ustanovah so poudarili, da veliko pozornost namenjajo preventivi, zato prirejajo razna predavanja in delavnice na temo zdravja. Kar zadeva premoščanje jezikovnih ovir, se v vsaki ustanovi znajdejo po svoje. Za premoščanje jezikovnih in kulturnih ovir ponujajo tečaje slovenskega jezika in ponekod uspešno sodelujejo tudi z medkulturnimi mediatorji.

Razprava

Med letoma 2014 in 2022 je Nacionalni inštitut za javno zdravje izvedel štiri kvalitativne terenske raziskave,¹⁸ ki so osvetlile ranljivosti in neenakosti v zdravju. Te raziskave so omogočile dostop do najbolj marginaliziranih družbenih skupin, ki se srečujejo s kompleksnimi ovirami pri dostopu do zdravstvenih in drugih storitev. Prva raziskava, izvedena leta 2014 v sklopu projekta Skupaj za zdravje, je pokazala, da številne ranljive skupine, kot so brezposelni, migranti, uporabniki nedovoljenih drog in Romi, niso zaznane v statističnih analizah. Nadaljnja raziskava v okviru projekta Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih (MoST) (2018–2019) je identificirala vrsto ranljivih skupin, med katerimi so bile zaznane tudi osebe z dolgotrajno boleznijo, žrtve nasilja in spolne delavke. Raziskava v okviru projekta Sonar-Global (2021) je razkrila, da so se v času pandemije covid-19 pojavile nove ranljivosti, že obstoječe neenakosti pa so se poglobile. Raziskava je pokazala, da so družbena izolacija, marginalizacija in revščina še posebej prizadele najbolj ranljive posameznike. Zadnja kvalitativna terenska raziskava, ki je bila izvedena leta 2022 v treh slovenskih lokalnih okoljih in je obravnavana v tem prispevku, prinaša pomembne ugotovitve glede ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih.

Izsledki kvalitativne terenske raziskave, izvedene v lokalnih okoljih ZD Vrhnika, ZD Celje in ZD Sevnica, so pokazali, da ranljivosti in neenakosti v zdravju močno vplivajo na različne skupine prebivalstva v lokalnih okoljih. Ranljivost je kompleksen in dinamičen pojav, ki se pojavlja v različnih oblikah in je močno odvisna od specifičnih okoliščin posameznikov in njihovih okolij. Raziskava je pokazala, da so brezposelni, starejši ljudje brez družinske podpore, priseljenci, osebe s težavami v duševnem zdravju, invalidi in socialno ogroženi posamezniki med najbolj ranljivimi skupinami v raziskovanih lokalnih okoljih. Sogovorniki so poudarili tudi pomen socioekonomskih, jezikovnih, kulturnih in geografskih dejavnikov, ki otežujejo dostop do zdravstvenih in drugih oblik pomoči in storitev.

Pri proučevanju ovir v dostopu do zdravstva se je pokazalo, da se te ne izražajo le v fizični nedostopnosti (kot so geografske in arhitektonske ovire), ampak tudi v sistemskih in socialnih dejavnikih. Na primer jezikovne in kulturne ovire, ki jih doživljajo priseljenci, zlasti albanske skupnosti, so bile pogosto navedene kot pomembne. Zelo problematično je, da otroci prevzemajo vlogo tolmačev za svoje starše, tudi v občutljivih zdravstvenih situacijah, kar lahko povzroča dodatne stiske in otežuje kakovostno zdravstveno obravnavo. Tudi starejši ljudje se srečujejo z večplastnimi ovirami, ki so med drugim lahko posledica socialne izključenosti, nizkih pokojnin in neustrezne oskrbe. Te ovire so povezane s splošno slabo ekonomsko situacijo in sistemskimi pomanjkljivostmi v zdravstvenem varstvu. Poleg tega so kot ovire bile zaznane dolge čakalne dobe in kadrovske pomanjkanje v zdravstvenih ustanovah, kar še dodatno otežuje dostop do zdravstvenih storitev za ranljive skupine.

Izsledki kvalitativne terenske raziskave pa so pokazali tudi nekatere učinkovite lokalne prakse, s katerimi se lokalne skupnosti in organizacije trudijo zmanjšati neenakosti in premagovati ovire. Pomembna so prizadevanja lokalnih skupnosti, občin, humanitarnih in nevladnih

18 Za več o predhodnih kvalitativnih raziskavah ranljivosti in neenakosti v zdravju v Sloveniji glej (1, 3, 4, 5).

organizacij, vzgojno-izobraževalnih ustanov, uvajanje medkulturnih mediatorjev in druge lokalne pobude.

Zaključek

Raziskava je osvetlila kompleksnost ranljivosti in neenakosti v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji. Raznolike in prekrivajoče se ranljivosti, ki jih doživljajo posamezne skupine oziroma posamezniki, zahtevajo prilagojene in usmerjene intervencije, ki temeljijo na specifičnih potrebah lokalnega prebivalstva. Ranljivost ni enoznačna in se lahko spreminja skozi čas ter med posamezniki in skupinami, zato je treba razvijati prilagodljive strategije, ki bodo vključevale vse ranljive skupine. Za zmanjšanje neenakosti v zdravju so ključne sistematične rešitve na nacionalni ravni, ki vključujejo izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev, zmanjšanje socialne izključenosti, izboljšanje jezikovne podpore za priseljence in krepitev podpore starejšim ter ranljivim skupinam.

Samo s celostnim pristopom, ki vključuje sodelovanje različnih družbenih sektorjev, lahko dosežemo trajne izboljšave in zagotavljanje pravične zdravstvene oskrbe za vse prebivalce, ne glede na njihov družbeni ali ekonomski status. Rezultati te raziskave lahko služijo kot izhodišče za oblikovanje bolj prilagojenih politik in praks, ki bodo usmerjene k zmanjšanju neenakosti in podpori ranljivih skupin v zdravstvenem varstvu.

Literatura

1. Huber I. Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih. V: Huber I., Pistotnik S., Lipovec Čebtron U., urednice. Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020. str. 41–70.
2. Gabrijelčič Blenkuš M., Kofol Bric T., Zaletel M., Hočevar Grom A., Lesnik T. Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021. 199 str.
3. Huber Kropec I., Brunec A. Kvalitativne terenske raziskave neenakosti in ranljivosti v zdravju v lokalnih okoljih in njihov doprinos k javnemu zdravju. V: Gabrovec B., Eržen I., uredniki. Javno zdravje danes in jutri – na križišču ovir in priložnosti. Zbornik recenziranih prispevkov in povzetkov. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2024. str. 168-169.
4. Lipovec Čebtron U., Keršič-Svetel M., Pistotnik S. Zdravstveno marginalizirane - "ranljive" skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem.' V: Farkaš-Lainščak J., urednica. Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016. str. 14–25.
5. Lipovec Čebtron U., Pistotnik S. Kovidna krajina: ranljivosti v času pandemije. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani; 2023. 206 str.
6. Vrbovšek S. Kaj so centri za krepitev zdravja? V: Vrbovšek S., Rojko L., uredniki. Pridružimo se aktivnim in uživajmo v zdravju! 25 centrov za krepitev zdravja v skrbi za boljše zdravje populacije. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019. 108 str.



Komentar

Starost je v veliki meri še neodkrit oziroma ne dovolj raziskan kontinent.

Sočasno pa prevladuje prepričanje, da o njej vemo vse, četudi tega življenjskega obdobja večina sploh še ni doživela. Na starost tako pogosto gledamo kot na usodo, na katero skorajda ni mogoče vplivati, saj naj bi bila naša starost pretežno odvisna od naših genov. Starost naj bi bila tako predvsem obdobje upočasnevanja, upada, nekoristnosti, počitka, izgube mobilnosti, bolezni, odvisnosti, osamljenosti, dolgotrajne oskrbe in podobno. V množici negativnih pogledov se zdi, kot da pozitivnih podob skorajda ni, kar seveda ni res.

Sodobne politike odzivov staranja prebivalstva med drugim poudarjajo dve ključni vsebini:

- *staranje in starost sta »gnetljivi« oziroma se ju da »kovati«. Proces staranja lahko z aktivnim in zdravim življenjem upočasnimo, lahko pa ga na žalost tudi pospešimo, na primer s škodljivimi razvadami. Vpliv genov je namreč mnogo manjši, kot si mnogi ljudje predstavljajo.*
- *Staranje je vseživljenjski proces. Z drugimi besedami, dodana leta v boljšem zdravju so več vredna kot dodana leta v slabem zdravju, zato se je treba bolj zavedati, kako zelo so življenjska obdobja povezana in medsebojno odvisna.*

S sodobnejšimi pogledi na to tematiko se zgodba staranja počasi širi zgolj s starejše populacije tudi na druge starostne skupine. Zgodba staranja tako predstavlja tudi pripravo današnjih otrok na to, da bi s kakovostnim in osmišljenim življenjem dočakali sto let.

*Sodobne politike staranja pa med drugim poudarjajo tudi škodljive posledice **neenakosti**. Gre za različne oblike neenakosti, ki lahko ljudi spremljajo že od rojstva, lahko pa se jim zgodijo kasneje v življenju in vplivajo na proces staranja oziroma na preživetje starosti. Neenakosti so lahko socialno-ekonomske, lahko so v povezavi s spolom, imamo rasne neenakosti, starizem, neenakosti pri izobraževanju, pri bivanjskih razmerah, ne moremo pa na primer niti mimo neenakosti med razvitimi in nerazvitimi državami. Osrednje mesto med neenakostmi predstavljajo **neenakosti v zdravju**, ki jih razkriva pričujoča publikacija. S tem delom NIJZ prispeva k boljšemu poznavanju ne dovolj raziskanega »kontinenta« staranja. Sočasno pa dodaja tudi kamenček k mozaiku vsebin sodobnih politik staranja. Te namreč niso usmerjene zgolj v premagovanje bolezni, temveč tudi h krepitvi zavedanja, da je starost rezultat vseživljenjskega procesa in s tem tudi posledica mnogih odločitev tako posameznika v njegovem življenju kakor tudi odločitev države oziroma njenih politik.*

Aleš Kenda, Ministrstvo za solidarno prihodnost

1.3. Izzivi pri merjenju neenakosti v zdravju invalidov

Avtor: Marko Štanta, NIJZ, OE Nova Gorica

Uvod

V evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki zajema Evropo in države nekdanje Sovjetske zveze, je po oceni SZO 135 milijonov invalidov, kar predstavlja približno 14 % populacije. Število postopno narašča zaradi staranja prebivalstva in zaradi povečanja razširjenosti nenalezljivih bolezni (1). V Evropski uniji (EU) ocene števila invalidov slonijo na periodični raziskavi EU-SILC (EU statistics on income and living conditions). Ta je v letu 2020 zajela 367,8 milijona ljudi, od katerih je 24,9 % invalidov, 7,2 % s prijavo težke invalidnosti (s hudimi omejitvami) in 17,7 % z zmerno invalidnostjo. V starostni skupini od 16 do 64 let je bilo 12,8 % oseb z zmerno invalidnostjo in 4,4 % s težjo invalidnostjo. V starostni skupini od 65 let naprej je bilo 31,9 % ljudi z zmerno in 16,5 % s težjo invalidnostjo. Za Slovenijo so ti podatki podobni. Leta 2020 je bilo v Sloveniji 22,1 % invalidov starih 16 let in več. V starostni skupini od 16 do 64 let je bilo 7,9 % oseb z zmerno invalidnostjo in 14,2 % s težjo invalidnostjo. V starostni skupini 65 let in več je bilo 24,7 % ljudi z zmerno in 18,2 % s težjo invalidnostjo.

Zakaj prihaja pri oceni deleža invalidov v populaciji do drastične razlike med SZO (14 %) in podatki iz podatkovne baze Statistike dohodka in življenjskih razmer v EU (EU-SILC) (24,9 %), bomo obrazložili v nadaljevanju. Namen prispevka je opozoriti na tovrstne težave pri merjenju neenakosti v zdravju invalidov in predlagati morebitne rešitve.

Opredelitev invalidnosti

Konvencija Organizacije združenih narodov (OZN) o pravicah invalidov v 1. členu s pojmom »disability« zajema najširšo paleto oviranosti in te opredeljuje kot dolgotrajne telesne, duševne, intelektualne ali senzorične okvare, ki lahko prizadete omejujejo, da bi enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi. V ta namen je SZO pripravila Mednarodno klasifikacijo oviranosti in zmanjšanih zmožnosti (2) za prepoznavanje vrst in ravni oviranosti, da bi na njej temeljile ustrezne politike za ustvarjanje enakih možnosti (v spremljevalnem dokumentu *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health* (3)).

Opredelitev invalidnosti prevladuje med dvema konceptualnima modeloma invalidnosti: medicinskim modelom, ki vidi invalidnost kot lastnost osebe, ki jo neposredno povzroči bolezen in zahteva zdravniško oskrbo, ter socialnim modelom invalidnosti, ki na invalidnost gleda kot na družbeno ustvarjen problem, in ne kot lastnost posameznika (4). V socialnem modelu je invalidnost posledica interakcij med zdravstvenim stanjem posameznika, osebnimi dejavniki in njegovim okoljem (5). Manj uporabljena modela sta model človekovih pravic, ki temelji na deklaraciji o človekovih pravicah, in najnovejši model kritičnih študij invalidnosti, ki postavlja pod vprašaj koncepte, kot sta »okvara« in »invalidnost«. Osredotoča se na posameznika kot del biološkega, psihološkega in socialnega sveta. Cilj kritičnih študij invalidnosti je preoblikovati »invalidna telesa/ume glede na zmogljivost, potencial, medsebojno povezanost in zmožnost«, da bi zagovarjali bolj enakopravno zastopanost in vključenost v zdravstveno politiko in prakso, s čimer se poudarja potreba po sodelovanju in nadzoru zdravstvene politike s strani uporabnikov (6).

V EU ocene števila invalidov slonijo na periodični raziskavi EU-SILC, ki zajema vse posameznike, stare 16 let in več, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih. Osebe, ki živijo v kolektivnih gospodinjstvih ali v zavodih, so izključene iz ciljne populacije. Podatki o invalidnosti se nanašajo na samooceno anketiranih, v kolikšni meri so zaradi zdravstvenih težav omejeni pri dejavnostih, ki jih ljudje običajno opravljajo, vsaj zadnjih šest mesecev. Odgovori razlikujejo med »močno

omejeno«, »omejeno« in »ni omejeno«. Splošen izraz »invalidnost« se uporablja za seštevek oseb, ki so »močno omejene« in »omejene« (7).

Pravni red Republike Slovenije razlikuje med invalidi in osebami z oviranostmi/posebnimi potrebami (Zakon o socialnem vključevanju invalidov¹⁹ in Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov²⁰). Tako imamo v zakonodaji opredeljeno, da je invalid pridobljeni status, in ne dejansko stanje posameznika. Posledično oseba z oviranostmi nima potrebnih pravic, če si ne pridobi statusa invalida. Zato je za potrebe prispevka invalid opredeljen kot »person with disabilities«, ker sta si pojma še najbolj skladna z vidika zagotovljenih pravic.

Opredelevanje invalidnosti pokaže kompleksnost in večdimenzionalnost koncepta invalidnosti. V Sloveniji je invalid opredeljen kot status, medtem ko je osnovna predpostavka medicinskega modela, socialnega modela, modela, temelječega na človekovih pravicah, in modela kritičnih študij invalidnosti, da gre pri invalidu za trajno, dosmrtno omejitev. Raziskava EU-SILC pa kot invalide opredeljuje posameznike, stare 16 let in več, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih in se samoocenjujejo, da so zaradi zdravstvenih težav vsaj zadnjih šest mesecev »močno omejeni« ali »omejeni« pri dejavnostih, ki jih navadno opravljajo. Torej pri EU-SILC ne gre samo za trajno, ampak tudi za začasno, čeprav dolgotrajno stanje pri osebah, ki živijo samostojno. Posledično prihaja do velike razlike pri oceni deleža invalidov v populaciji med SZO (14 %) in EU-SILC (24,9 %). Deloma je vzrok tudi v tem, da EU-SILC drugače od SZO temelji na samooceni.

Kazalniki neenakosti v zdravju invalidov

Včasih se domneva, da so invalidi slabega zdravja, vendar je zdravstveno stanje v resnici ločeno od invalidnosti. Invalidnost ne pomeni, da oseba ni zdrava ali da ne more biti zdrava. Biti zdrav pomeni biti in ostati dobro, da lahko živimo polno, aktivno življenje. To pomeni imeti orodja in informacije za zdrave odločitve in vedenje, kako preprečiti bolezni. Vendar pa obstajajo pomembne razlike v zdravstvenem stanju med invalidi in njihovimi neinvalidnimi vrstniki. Pri invalidih je štirikrat večja verjetnost, da bodo svoje zdravstveno stanje ocenili kot neprimerno ali slabo, kot pri osebah brez invalidnosti (8).

Osebe z invalidnostjo se spoprijemajo z neenakostmi v zdravju, ki jih povzročajo nepravilne družbeno-ekonomske in politične okoliščine, družbene determinante zdravja, dejavniki tveganja in ovire zdravstvenega sistema (5). Kompleksnost in večdimenzionalnost koncepta invalidnosti vodita do različnih načinov, kako meriti neenakosti v zdravju. Med temi je tako imenovani indikator globalne omejitve aktivnosti (GALI), skupen vsem raziskavam socialnih vzorcev EU, ki jih koordinira Eurostat. Velja za glavno merilo invalidnosti na ravni EU. Poleg GALI se za razširjanje evropske statistike o invalidnosti uporabljajo tudi druge mere invalidnosti, na primer tista, ki temelji na kratkem naboru vprašanj o delovanju Washingtonske skupine za statistiko invalidnosti (WS-SS). GALI in WS-SS se uporabljata v periodični raziskavi EU-SILC. Namen je zbirati pravočasne in primerljive presečne in longitudinalne podatke o dohodku, revščini, socialni izključenosti in življenjskih razmerah (7).

Indikator GALI meri anketirančevo samooceno o tem, ali je omejen (pri »dejavnostih, ki jih ljudje navadno opravljajo«) zaradi kakršne koli trenutne dolgotrajne omejitve (šest mesecev ali več), na primer telesne, duševne ali čustvene zdravstvene težave, vključno z boleznijo ali prizadetostjo in starostjo. Vključene so posledice poškodb/nesreč, prirojena stanja itd. Upoštevane so le omejitve, ki so neposredno posledica ene ali več zdravstvenih težav ali so povezane z njimi (7).

19 Zakon o socialnem vključevanju invalidov, Uradni list RS, št. 30/18, 196/21 – ZDOsk in 206/21 – ZDUPŠOP (sprejet 17. aprila 2018).

20 Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, Uradni list RS, št. 16/07 – uradno prečiščeno besedilo, 87/11, 96/12 – ZPIZ-2, 98/14 in 18/21 (sprejet 21. maja 2004).

Washingtonska skupina za statistiko invalidnosti je razvila sklop šestih vprašanj, ali so invalidi vključeni v enaki meri kot osebe brez invalidnosti v dejavnostih, kot so izobraževanje, zaposlitev ali družinsko/državlansko življenje. Glavni razlog za to izbiro je ključni pomen vprašanja družbene udeležbe in enakih pravic z vidika politike, kot je zahtevano v Konvenciji ZN o pravicah invalidov in opredeljeno v Agendi za trajnostni razvoj do leta 2030. Vprašanja uporabljajo Mednarodno klasifikacijo delovanja, invalidnosti in zdravja (ICF) Svetovne zdravstvene organizacije kot konceptualni okvir, ki predstavlja biopsihosocialni model in invalidnost umešča v interakcijo med človekovimi zmožnostmi (omejitev v delovanju) in okoljskimi ovirami (fizične, socialne, kulturne ali zakonodajne), ki lahko omejujejo njihovo sodelovanje v družbi (9).

Težave kazalnikov neenakosti v zdravju

V EU 27 je v letu 2020 4,1 % invalidov, starih 16 let in več, poročalo o oviranem dostopu do zdravstvene oskrbe zaradi »finančnih vzrokov«, »čakalnih dob« ali »oddaljenosti«; če se upoštevajo tudi druge ovire, pa kar 5,2 %. Gre za opazen prirast v primerjavi z 0,9 % med osebami brez invalidnosti (10). Neskladje v dostopu do zdravstvene oskrbe je med invalidi (5,2 %) in neinvalidi (0,9 %) kar petkratno in kaže na veliko vrzel v zagotavljanju pravičnosti v zdravju. Posledično imajo invalidi slabše zdravstvene izide, vključno s stopnjo umrljivosti, ki je dva- do trikrat višja kot pri ostalem prebivalstvu (11).

Težava kazalnikov neenakosti v zdravju je, kot je razvidno iz navedenih primerov, da kažejo nejasno sliko, saj prikažejo le razlike, ne pa vzrokov zanje (4). Kot primer navedimo oviran dostop do zdravstvene oskrbe zaradi oddaljenosti. Oddaljenost je za mobilno ovirano osebo popolnoma nekaj drugega kot za slepo osebo ali za osebo, ki ni invalid.

Pri doseganju pravičnosti v zdravju je velik problem tudi trenutna medicinska paradigma. Javno zdravje je povezano s socialnimi determinantami zdravja in težko zajame invalidnost (12). Na dokazih temelječa medicinska paradigma, ki poudarja randomizirana kontrolirana preskušanja, ne zadostuje za obravnavo neenakosti, povezanih z invalidnostjo v raziskavah javnega zdravja (4). Z dajanjem prednosti metodološki gotovosti na dokazih podprte prakse pred verodostojnostjo pričevanj oseb z izkušnjo invalidnosti, so invalidi velikokrat izključeni iz baze dokazov, na katerih temeljijo javnozdravstvene intervencije. Podatki se navadno nanašajo na celotno populacijo in ne upoštevajo specifik invalidov (12). Na primer mlajši z okvaro sluha (18–30 let) imajo bistveno več težav s psihiatričnimi simptomi in funkcioniranjem kot tisti v starejših starostnih skupinah (13). Mogoča razlaga je, da je pri mlajših osebah z okvaro sluha večja verjetnost, da bodo zamudile priložnosti v življenju in bodo v tem pogledu drugačne od vrstnikov. Večje incidence anksioznosti so zato delno posledica samozaznanega družbenega delovanja in neuspeha (14). Toda javnozdravstvene intervencije malokrat upoštevajo tovrstne specifične (4).

Kakovostni in celoviti podatki o invalidnosti pa so bistveni za doseganje vključevanja invalidov. Podpirajo oblikovalce politik pri odpravljanju vrzeli ter pri spreminjanju obstoječih politik in predpisov za vključevanje invalidov (15). Da bi izboljšali vključevanje, bi morala zasnova študij dati prednost načelom sooblikovanja in temeljiti na oceni potreb proučevane populacije. Izvajanje teh priporočil pomeni izboljšanje vključujočih praks v raziskavah kliničnih preskušanj, ki služijo za ustvarjanje dobro zaokrožene in celovite baze dokazov (16).

SZO je kot odgovor na obstoječe stanje leta 2021 sprejela resolucijo WHA74.8 o najvišjem dosegljivem standardu zdravja za invalide ter določila potrebo po ukrepanju za odpravo ovir za dostop in uporabo pravočasnih, ustreznih in kakovostnih zdravstvenih storitev za invalide. Septembra 2022 je bil sprejet evropski okvir SZO za ukrepe za doseganje najvišjega dosegljivega standarda zdravja za invalide 2022–2030 s tremi ključnimi cilji (1):

- (a) pravičnost: vse intervencije in strategije uporabljajo nediskriminatoren pristop, ki je prilagojen invalidom, vključno s tistimi, ki so prikrajšani;
- (b) osredotočenost na ljudi: oblikovanje, upravljanje in izvajanje strategij, programov in pobud zdravstvenega varstva mora biti oblikovano glede na potrebe invalidov;
- (c) zbiranje podatkov: zanesljivi podatki, razčlenjeni po invalidnosti, se uporabljajo za spremljanje in vrednotenje, spodbujanje odgovornosti, odločanje in spreminjanje zdravstvene politike.

Obstaja potreba po izboljšanju konceptualne jasnosti o definiciji pravičnosti v zdravju invalidov, o družbenih determinantah zdravja invalidov, potreba po opisu dovolj podrobnih analitičnih pristopov (vključno z analizami podskupin) in po preglednem poročanju o presojah, da se v sistematičnih pregledih omogoči ocena učinkov na pravičnost v zdravju in poročanje o njih (4, 17). To zahteva razumevanje težav invalidov in vključenost v skupnost (18).

Vključenost kot dopolnitev kazalnikov neenakosti v zdravju

Za vključenost invalidov v skupnost so Združeni narodi pripravili Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov, v katerih se uporablja model invalidnosti, ki temelji na deklaraciji o človekovih pravicah (19). Generalna skupščina Združenih narodov jih je sprejela na 48. seji 20. decembra 1993 (resolucija 48/96). Standardna pravila temeljijo na deklaraciji o človekovih pravicah in na dejstvu, ki ga označujemo z družbeno vrednotenim in pogojenim dojemanjem invalidnosti. To pomeni, da se pojem invalidnost pojavlja v odnosu med osebami z biološko ali medicinsko okvaro in njihovo okolico z vidika človekovih pravic. Vzroki so lahko pomanjkljivosti v fizičnem okolju ali neskladje med tem, kar družba ponuja, in dejanskimi potrebami invalidov. Zato ni le posameznik tisti, ki ga je treba prilagoditi in preoblikovati, da bi se integriral in dosegal pričakovane standarde, pač pa je prvenstveno treba družbo načrtovati tako, da bo poudarek na inkluziji, torej na prilagajanju družbenega okolja, ne samo osebam s posebnimi potrebami, ampak vsakemu posamezniku posebej, tako da bodo imeli vsi državljani enake možnosti (19).

Standardna pravila je mogoče uporabiti kot smernice za ukrepe invalidske politike na vseh ravneh družbe, od nacionalne do lokalne, pa tudi v zasebnih podjetjih, organizacijah itd. Švedske invalidske organizacije so v ta namen izdelale metodo, znano kot Agenda 22 (19), ki je namenjena izdelavi načrtov invalidske politike na podlagi standardnih pravil. Osnovna ideja je, da so človekove pravice podlaga, najboljši rezultati pa se dosežejo v okviru sodelovanja med invalidskimi organizacijami in oblastmi. Agenda 22 vsebuje 22 pravil, v katerih so zapisana navodila za načrtovanje invalidske politike za oblasti.

Teh 22 pravil je razdeljenih v tri skupine: predpogoji, ciljna področja in ukrepi za izvajanje.

Predpogoji za enakopravno sodelovanje so sestavljeni iz štirih pravil. Začenja se s pomenom ozaveščanja (1. pravilo), kot stalnice v družbi, glede potreb, pravic in zmožnosti invalidov. Zagotoviti je treba tudi dobro zdravstveno varstvo (2. pravilo), ter dobro rehabilitacijo (3. pravilo), ki ju je treba izvajati ob pravem času. Družba mora biti sposobna zagotoviti službe za strokovno podporo (4. pravilo) in tehnične pripomočke, prilagojene potrebam vsakega posameznika (19).

Pri odgovornosti družbe pravila zajemajo osem ciljnih področij. Najprej je opredeljeno področje dostopnosti (5. pravilo). Če želimo, da bo družba enaka, mora biti dostopna vsakomur. To se nanaša tako na fizično okolje kot na dostopnost informacij in komuniciranja med ljudmi. Vsi otroci in mladostniki morajo biti glede na svoje sposobnosti deležni možnosti izobraževanja (6. pravilo). Invalidi morajo imeti tudi možnost zaposlovanja (7. pravilo) pod enakimi

pogoji kot vsi drugi. Družba mora prevzeti skrb za zagotavljanje zadostne finančne pomoči in socialne varnosti invalidom (8. pravilo), tudi če narava njihove invalidnosti omejuje ali izključuje možnost opravljanja plačanega dela. Vsakdo ima enake pravice do družinskega življenja in osebne integritete (9. pravilo), invalidi ne smejo biti zapostavljeni na področjih odnosov med spoloma, zakonskega življenja in starševstva. Invalidi morajo imeti tudi dostop do kulture (10. pravilo), in sicer kot uporabniki in kot aktivno sodelujoči. Enako velja za rekreacijo in šport (11. pravilo), kar zadeva dejavnosti tako v zaprtih prostorih kot na prostem. Cerkve in verska združenja morajo biti dostopni, da lahko invalidi sodelujejo pri obredih, povezanih z njihovo vero (12. pravilo) (19).

Skupina ukrepov je sestavljena iz desetih splošnih pravil. Z informiranjem in raziskovanjem (13. pravilo) bo družba povečala znanje o potrebah invalidov. Na ta način bo postavila temelje za oblikovanje in načrtovanje politike (14. pravilo), pri čemer bodo invalidski vidiki vključeni v vsa področja. Zakonodaja (15. pravilo) bo zagotovila invalidom zakonsko podlago za sodelovanje in enakopravnost. Ekonomska politika (16. pravilo) pa bo zastavljena tako, da bodo vprašanja invalidnosti vključena kot sestavni del običajnega proračunskega dela. Koordinacija dela (17. pravilo) bo zagotovila, da družba učinkovito uporablja vire. Pomen družbenega priznavanja znanja, ki ga imajo invalidske organizacije (18. pravilo), je ena izmed glavnih tem standardnih pravil. To pravilo namreč določa vlogo, ki jo imajo organizacije kot svetovalke pri načrtovanju, izvajanju in ocenjevanju ukrepov, ki zadevajo življenje invalidov. Za vse kategorije strokovnjakov je treba zagotavljati neprekinjeno usposabljanje strokovnega osebja (19. pravilo), s katerim bodo pridobili znanje o potrebah, pravicah in sposobnostih invalidov. Potrebna sta nenehno nadzorovanje in ocenjevanje programov (20. pravilo), če želimo postopno doseči cilje standardnih pravil. Prek tehničnega in gospodarskega sodelovanja (21. pravilo) lahko članice Združenih narodov pomagajo izboljšati življenjske razmere invalidov v državah v razvoju in podprejo naloge oblikovanja invalidskih organizacij. Invalidski vidiki morajo tvoriti tudi običajni sestavni del vsakršnega mednarodnega sodelovanja (22. pravilo) (19).

Agenda 22 je v osnovi nabor kontrolnih vprašanj, ki preverjajo inkluzivnost politik. Primer za zdravstveno varstvo (19):

- Ali ima lokalna oblast akcijske programe, namenjene zgodnjemu odkrivanju, ocenjevanju in odpravljanju pomanjkljivosti pri zdravstvenem varstvu invalidov?
- Kakšnega izobraževanja je deležno zdravstveno osebje na področju odkrivanja invalidnosti in usmerjanja k ustreznim službam?
- Ali ima zdravstveno osebje stalen dostop do ustreznih metod in tehnologij?
- Na kakšen način lokalna oblast zagotavlja invalidom dostop do vseh vrst rednega zdravljenja in zdravil, ki jih potrebujejo?

Zaključek

Na podlagi Agende 22 lahko pripravimo kazalnike za merjenje vključenosti invalidov v vse sfere življenja invalidov, med drugim tudi z vidika javnega zdravja. S kazalniki na osnovi Agende 22, ki merijo vključenost invalidov v politike javnega zdravja, dobimo jasnejšo sliko o vzrokih za razlike v zdravju invalidov, ki jih prikažejo kazalniki neenakosti v zdravju. Tako je Agenda 22 dobrodošlo orodje pri zmanjševanju neenakosti v zdravju invalidov, saj omogoča večje razumevanje težav invalidov in lažjo pripravo inkluzivnih zdravstvenih politik.

Dopolnjeni kazalniki neenakosti v zdravju invalidov omogočajo tudi lažjo in bolj kakovostno evalvacijo izvajanja Akcijskega programa za invalide 2022–2030, Zakona o izenačevanju možnosti invalidov, Zakona o socialnem vključevanju invalidov, Zakona o dolgotrajni oskrbi ter

lažje in kakovostnejše oblikovanje, upravljanje in izvajanje strategij, programov in pobud za doseganje najvišjega dosegljivega standarda zdravja za invalide (WHA74.8). Hkrati bodo koristili od dobro razvitega kazalniškega sistema imeli tudi deležniki navedenih predpisov in strategij pri izvajanju poročevalskih obveznosti.

Vključenost invalidov je pomemben dejavnik krepitve javnega zdravja. S prilagajanjem družbe omejitvam posameznika se omogoča celovita vključitev oseb s posebnimi potrebami v družbo. Tako dobimo prijaznejše družbeno okolje, ki spodbuja bolj zdrav življenjski slog ne le ranljivih, ampak vseh prebivalcev v skupnosti (20). V praksi se to kaže pri projektu Občina po meri invalidov, ki ga v Sloveniji že več kot 20 let vodi Zveza delovnih invalidov. V letu 2024 ima v Sloveniji naziv občine po meri invalidov 40 občin, kar pomeni, da že imajo opravljeno analizo na podlagi Agende 22 in so lahko že danes poglobljen vir podatkov za kazalnike neenakosti v zdravju invalidov.

Literatura

1. Svetovna zdravstvena organizacija. Global report on health equity for persons with disabilities [Internet]. 2022 [citirano 2024 Jan 15]. Dostopno na: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/global-report-on-health-equity-for-persons-with-disabilities>
2. Svetovna zdravstvena organizacija. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) [Internet]. 2010 [citirano 2024 Jan 15]. Dostopno na: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>
3. Svetovna zdravstvena organizacija. International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF [Internet]. 2002 [citirano 2024 Jan 15]. Dostopno na: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
4. Berghs M., Atkin K., Hatton C., Thomas C. Rights to social determinants of flourishing? A paradigm for disability and public health research and policy. *BMC Public Health*. 2019 Jul 24;19(1):997. doi: 10.1186/s12889-019-7334-8.
5. Svetovna zdravstvena organizacija. Regional consultation on the draft WHO global report on disability inclusion in the health sector. *Health J*. 2023;29(3):224–225. doi: 10.26719/2023.29.03.224.
6. Berghs M., Atkin K., Graham H., Hatton C., Thomas C. Implications for public health research of models and theories of disability: a scoping study and evidence synthesis. *Public Health Res*. 2016 Jul;4(8). doi: 10.3310/phr04080.
7. EUROSTAT. Disability – information on data [Internet]. 2024 [citirano 2024 Jul 15]. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/disability/information-data>
8. Krahn G.L., Walker Klein D., Correa-De Araujo R. Persons with Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *AJ Public Health*. 2015 Apr;105 Suppl 2(Suppl 2):S198-206. doi: 10.2105/AJPH.2014.302182.
9. Washington Group on Disability Statistics. WG Short Set on Functioning (WG-SS) [Internet]. 2022 [citirano 2024 Jul 15]. Dostopno na: <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-short-set-on-functioning-wg-ss/>
10. EUROSTAT. Level of disability (activity limitation) by sex, age and income quintile [Internet]. 2020 [citirano 2024 Jan 15]. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_12/default/table?lang=en
11. Svetovna zdravstvena organizacija. The WHO European Framework for action to achieve the highest attainable standard of health for persons with disabilities 2022–2030 [Internet]. 2022 [citirano 2024 Jan 15]. Dostopno na: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6751-46517-67449>
12. Atkin K., Berghs M., Chattoo S. Representing disabling experiences: Rethinking quality of life when evaluating public health interventions. *Politics & Policy*. 2023 Jan 12;51:41–58. doi: <https://doi.org/10.1111/polp.12515>.
13. Crowe T.V. 2021. Psychiatric Functioning, Resilience, and Recovery Among Deaf Consumers of Public Behavioral Health Services. *Community Ment Health J*. 2021 Avg;57(6):1164-1174. doi: 10.1007/s10597-020-00747-9.

14. Shoham N., Lewis G., McManus S., Cooper C. Common mental illness in people with sensory impairment: results from the 2014 adult psychiatric morbidity survey. *BJPsych Open*. 2019 Nov 5;5(6):e94. doi: 10.1192/bjo.2019.81.
15. Abualghaib O., Nora Groce N., Natalie Simeu N., Carew M.T., Mont D. Making Visible the Invisible: Why Disability-Disaggregated Data is Vital to "Leave No-One Behind". *Sustainability*. 2019;11(11);3091. doi: <https://doi.org/10.3390/su11113091>.
16. Shariq S., Cardoso Pinto A.M., Budhathoki S.S., Miller M., Cro S. Barriers and facilitators to the recruitment of disabled people to clinical trials: a scoping review. *Trials*. 2023 Mar 8;24(171).
17. Welch V., Dewidar O., Tanjong Ghogomu E., Abdisalam S., Al Ameer A., Barbeau V.I., idr. How effects on health equity are assessed in systematic reviews of interventions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Jan 18;1(1).
18. Zuurmond M., Mactaggart I., Kannuri N., Murthy G., Oye J.E., Polack S. Barriers and Facilitators to Accessing Health Services: A Qualitative Study Amongst People with Disabilities in Cameroon and India. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Mar 29;16(7):1126. doi: 10.3390/ijerph16071126.
19. Švedska invalidska zveza. AGENDA 22. Lokalne oblasti: navodila za načrtovanje invalidske politike za lokalne oblasti: revidirana različica [prevod iz angleškega jezika Dijana Alagić]. Ljubljana: Nacionalni svet invalidskih organizacij – NSIOS; 2006. 64 str.
20. Štanta M., Vudrag M. Ovire pri intervencijah javnega zdravja za doseganje enakosti v zdravju invalidov: pregled literature. V: Eržen I., Gabrovec B., urednika. *Zdravje kot vir blaginje 2023*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2023. str. 359-369.
21. Lollar D.J., Horner-Johnson W.K., Froehlich-Grobe K. *Public Health Perspectives on Disability - Science, social justice, ethics and beyond*. 2nd ed. New York: Springer New York; 2021. 261 str.
22. Zakon o izenačevanju možnosti invalidov, Uradni list RS, št. 94/10, 50/14 in 32/17 (Nov 16, 2010).

2. NEENAKOSTI V DOSTOPU DO ZDRAVSTVENIH STORITEV IN PROGRAMOV

2.1. Neenakosti v dostopu do izbranih vrst zdravstvenih storitev

Avtorji: Marjeta Kuhar, Blashko Kasapinov, Mircha Poldrugovac

Uvod

Zagotavljanje univerzalnega dostopa do zdravstvenih storitev je eden glavnih ciljev sodobnih zdravstvenih politik, saj je zdravje temeljna človekova pravica in pomemben dejavnik družbenega razvoja. Združeni narodi so leta 2015 v okviru ciljev trajnostnega razvoja (ang. Sustainable Development Goals, SDG) ta cilj vključili med prednostne naloge globalne zdravstvene politike, in sicer kot tretji cilj, opredelili pa so ga kot zagotavljanje zdravja in dobrega počutja za vse starostne skupine (1). Ta globalni politični okvir opozarja odločevalce politike, da mora biti zdravstvena obravnava dostopna vsem, ne glede na socialne, ekonomske ali geografske razlike, ki se pri tem pojavljajo, kar je za nacionalne zdravstvene sisteme izziv.

V Sloveniji je dostop do zdravstvenih storitev formalno zagotovljen prek obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ). Vanj je po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) vključeno skoraj celotno prebivalstvo²¹ (2). Dostopnost zdravstvenih storitev s finančnega vidika kažejo tudi podatki o neizpolnjenih oziroma nezadovoljenih potrebah prebivalstva zaradi visokih cen zdravstvenih storitev, o katerih poroča neznatni delež slovenskega prebivalstva (3). Zato iz podobnih razlogov ni pričakovati pomembnih razlik v časovni dostopnosti zdravstvenih storitev glede na ekonomski položaj prebivalstva, saj se le te zagotavljajo predvsem v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti, ki niso pogojene s plačili iz žepa.

Poleg finančne dostopnosti zakonodaja v Sloveniji zagotavlja tudi pravico do proste izbire izvajalca zdravstvenih storitev. Prebivalci oziroma zavarovanci imajo tako možnost proste izbire izvajalca, ki mu bodo zaupali svoje zdravljenje (Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah,²² Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju).²³ Ta pravica omogoča večjo prilagodljivost pri dostopu do zdravstvenih storitev in krepi vlogo pacienta kot aktivnega udeleženca v procesu zdravljenja. Za podporo tej pravici je v Sloveniji vzpostavljen portal o čakalnih dobah (<https://cakalnedobe.ezdrav.si/>), ki ga upravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje (17). Prek tega portala so pacientom dostopne informacije o čakalnih dobah za različne vrste zdravstvenih storitev, ki jih imajo posamezni izvajalci (t. i. informacijski vidik dostopnosti). S tem imajo pacienti možnost izbire izvajalca glede na dolžino čakalnih dob.

Vendar dostopnost ni odvisna samo od formalne urejenosti dostopa do zdravstvenih storitev, temveč tudi od zmožnosti, da pacient do zdravstvene obravnave pride pravočasno, ko jo potrebuje. Ta vidik proučevanja neenakosti v časovni dostopnosti zdravstvenih storitev postaja v sodobnih zdravstvenih sistemih vse bolj pomemben in temelj za izvajanje celovite zdravstvene obravnave (4). Zato so dolge čakalne dobe v analizi obravnavane kot strukturni problem številnih javnih zdravstvenih sistemov in predstavljajo eno ključnih »ovir« za pacienta pri zagotavljanju enakega dostopa za vse.

21 Konec leta 2023 je bilo po podatkih ZZZS le 2798 (0,1 %) prebivalcev dlje kot dva meseca brez OZZ (2).

22 Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah. Uradni list RS, št. 55.

23 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - UPB. Uradni list RS, št. 72.

Pretekle raziskave o dostopnosti zdravstvenih storitev (1, 4, 5, 6, 7, 8) so se večinoma osredotočale na finančni vidik, vpliv ekonomskih neenakosti z vidika financiranja zadostnega obsega zdravstvenih storitev v sistemu zdravstvenega varstva (5, 7, 8). V teh primerih je pogosto spregledan vidik čakanja na zdravstveno obravnavo, ki lahko pomembno vpliva na izid zdravljenja, na kakovost življenja posameznika ali na zaupanje v pravičen in dostopen zdravstveni sistem (1, 5, 6, 7, 8).

Zato se v nadaljevanju osredotočamo predvsem na časovni vidik dostopnosti zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu, kjer analiziramo čakalne dobe in čakalne vrste – kazalnika, ki kažeta uspešnost delovanja zdravstvenega sistema ter zmožnost zagotavljanja enakega dostopa prebivalstva do zdravstvene obravnave. S tem pristopom želimo raziskati, kako se časovna dostopnost razlikuje med različnimi skupinami prebivalstva.

Namen analize je raziskati enakosti oziroma neenakosti, ki v procesu obravnave pacienta nastajajo s časovnega vidika dostopa do zdravstvenih storitev. Analizirali smo razlike v pravočasnem dostopu do zdravstvenih storitev prebivalstva glede na statistično regijo, v kateri posameznik prebiva, in glede na statistično regijo, v kateri posameznik čaka na zdravstveno obravnavo pri izbranem izvajalcu zdravstvenih storitev, torej statistično regijo izvajalca.

Cilj raziskave je raziskati neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev z vidika časovne dostopnosti, ki lahko pokaže pomembne razlike med statističnimi regijami. Pri tem izhajamo iz regije prebivališča pacienta, čakajočega na zdravstveno obravnavo, in sicer od napotitve izbranega osebnega zdravnika do dostopa do zdravstvene obravnave, na podlagi katerih pričakujemo razlike po kriteriju povprečja pričakovane čakalne dobe med statističnimi regijami Slovenije ter izvajalci zdravstvenih storitev.

V raziskavi je pomen neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev poudarjen kot kriterij za oceno uspešno upravljanje zdravstvenega sistema, na podlagi katerega se osredotočamo na dve ključni dimenziji: (1) geografska neenakost: analizira razliko v povprečnih pričakovanih čakalnih dobah med statističnimi regijami glede na prebivališče pacientov in sedež izvajalcev zdravstvenih storitev, katere namen je ugotoviti, ali prebivališče pacienta vpliva na dostop do zdravstvenih storitev, ne le fizična oddaljenost med pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev; (2) digitalna dostopnost in starost pacienta: upošteva informacijsko pismenost kot dejavnik, ki lahko vpliva na sposobnost pacientov, da se prijavijo na zdravstvene storitve prek elektronskih sistemov. Predpostavlja se, da je ta pismenost pogosto povezana s starostjo uporabnikov, kar lahko povzroči dodatne neenakosti.

Razpoložljivost informacijskega sistema, ki omogoča elektronsko naročanje v digitalni dobi, lahko izboljša dostopnost zdravstvenih storitev, vendar hkrati ustvarja neenakosti, saj imajo informacijsko bolj spretni (pismeni) posamezniki prednost pri iskanju in naročanju na zdravstvene storitve (9). Ob predpostavki, da je informacijska pismenost delno povezana s starostjo pacienta kot uporabnika zdravstvenih storitev (10), ki temelji na podatkih Eurostata (10), ki kažejo, da je informacijska oziroma računalniška pismenost najvišja pri mlajši populaciji in znatno upada pri starejši populaciji, nas je pri raziskovanju neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev zanimalo, ali se čakalne dobe razlikujejo glede na starostno skupino čakajočih pacientov.

Ker v raziskavi vseh omenjenih vidikov neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev ni mogoče analizirati, zlasti ne za vse vrste zdravstvenih storitev, ki se izvajajo in za katere se v Sloveniji spremljajo in analizirajo čakalne dobe, smo se osredotočili na pet vrst zdravstvenih storitev specialistične dejavnosti – ortopedije. Pri izbiri zdravstvenih storitev v ortopediji — prvi specialistični pregled (ortopedski pregled), diagnostična preiskava kolena in kolka z magnetno resonanco (MR) ter operativni poseg (artroplastika kolena in kolka) – smo izhajali iz izsledkov pre-

teklih raziskav (4, 7, 11), ki kažejo, da se število čakajočih pacientov in povprečje pričakovanih čakalnih dob za izbranih pet vrst zdravstvenih storitev povečujeta. Izbira zdravstvenih storitev sledi konceptu, ki podpira celovito zdravstveno obravnavo pacienta v sistemu zdravstvenega varstva (11), ter metodologiji, ki se odmika od dosedanje prakse, ki je temeljila na metodologiji analize spremenljivk in časovnih vrst za zgolj eno vrsto zdravstvenih storitev (4, 7).

Analiza neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev temelji na analizi podatkov zdravstvenih storitev, ki ustrezajo kriteriju najpogostejše obravnave pacienta v sistemu zdravstvenega varstva na sekundarni ravni: od prvega specialističnega pregleda, diagnostične preiskave do operativnega posega (primer celovite obravnave pacienta je hipotetičen in ne vključuje vseh faz v procesu zdravljenja oziroma rehabilitacije ter drugih mogočih vrst zdravstvenih storitev, ki so potrebne pri obravnavi pacienta). V analizo neenakosti so vključene zdravstvene storitve, ki se nanašajo na diagnostiko in zdravljenje bolezni mišično-skeletnega sistema, prikazane v preglednici (tabela 2.1), katerih del storitev se izvaja v dejavnosti kirurgije in radiologije, in so vključene v mednarodne primerjave oziroma model rednega statističnega poročanja držav članic OECD (12).

Na podlagi predlaganega koncepta celovite obravnave pacienta smo v raziskavi obravnavali razlike v časovni dostopnosti za pet vrst zdravstvenih storitev (tabela 2.1) glede na geografsko preskrbljenost čakajočih pacientov in njihovo starost. Postavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali se povprečne pričakovane čakalne dobe razlikujejo glede na statistično regijo prebivališča pacientov in starostnih skupin pacientov?
- Ali se deleži čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo razlikujejo po statističnih regijah prebivališča pacientov in starostnih skupinah pacientov?
- Ali se povprečne pričakovane čakalne dobe razlikujejo glede na statistično regijo izvajalca zdravstvenih storitev?

Metode in vzorec

Pri analizi podatkov smo se osredotočili na oceno povprečij pričakovanih čakalnih dob za pet vrst zdravstvenih storitev, opredeljenih v šifrantu vrst zdravstvenih storitev (šifrant VZS) (13), kot je prikazano v tabeli 2.1. Šifrant VZS se uporablja za napotovanje in uvrščanje pacienta na čakalne seznime izvajalcev zdravstvenih storitev. V analizi smo se osredotočili na odraslo populacijo, zato analiza ne vključuje podatkov, ki se nanašajo na otroke (npr. 2544P – prvi ortopedski pregled otroka).

Analiza temelji na podatkih o številu čakajočih pacientov, vpisanih na čakalni seznam, na dan 1. januarja 2024. Pri analizi podatkov smo sledili logiki izbire prvega dne v letu, kar omogoča primerjalno analizo za ex post raziskovanje. Podatke smo pridobili iz podatkovne zbirke eZdravja – eNaročanje, ki jo vodi in upravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje na podlagi veljavne zakonodaje (Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva²⁴). V raziskavi je pričakovana čakalna doba iz sistema eNaročanje izražena in izračunana v dnevih kot razlika med datumom vpisa pacienta na čakalni seznam ter datumom okvirnega oziroma točnega termina, ko je zdravstvena storitev načrtovana, pri čemer datum okvirnega oziroma točnega termina ni enak datumu izvedene oziroma opravljene zdravstvene storitve.

24 Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Uradni list RS, št. 31/2018.

Za opredelitev pričakovanih čakalnih dob, dostopnih v sistemu eNaročanje, smo uporabili povprečne vrednosti čakalnih dob, izračunanih kot aritmetične sredine: vsota vseh pričakovanih čakalnih dob čakajočih pacientov, deljena s številom čakajočih pacientov, ki so bili 1. januarja 2024 vpisani na čakalne seznime za izbrane vrste zdravstvenih storitev. V primerjalno analizo nismo vključili povprečij pričakovanih čakalnih dob po stopnjah nujnosti obravnave, ki v Sloveniji veljajo kot najdaljše dopustne čakalne dobe in se med seboj glede na stopnjo nujnosti v dnevih razlikujejo (tabela 2.1): zelo hitro – 14 dni, hitro – 90 oziroma 180 dni ter redno – 180 oziroma 365 dni.²⁵ Združevanje podatkov o čakajočih ne glede na stopnjo nujnosti odpravi vpliv različnih praks napotovanja v posamezno stopnjo nujnosti in praks pregleda napotnic pri izvajalcih ortopedske dejavnosti. Takšne razlike v praksah lahko pomembno vplivajo na relativni delež napotnic, ki imajo posamezno stopnjo nujnosti. Hkrati združevanje podatkov onemogoča prepoznavanja razlik, ki so lahko posledica različnih stopenj obolevnosti napotenih prebivalcev. Zato so podatki po posameznih stopnjah nujnosti vključeni v prilogi.

Podatke smo analizirali glede na statistično regijo prebivališča pacienta in statistično regijo sedeža izvajalca zdravstvenih storitev. Čakajoče paciente smo v raziskavi združili v štiri skupine: od vključno 15 do 34 let, od 35 do 64 let, od 65 do 84 let ter osebe, stare 85 let in več. Glede na zdravstvene storitve iz šifrantu VZS, namenjene obravnavi otrok, osebe stare do 14 let v analizo niso vključene. Prav tako je iz analize izključenih 2485 oseb (6,1 % od vseh oseb), katerih starost ali statistična regija prebivališča v podatkovni bazi eNaročanje ni znana oziroma navedena (tabela 2.2).

Tabela 2.1: Vrste zdravstvenih storitev mišično-skeletnega sistema vključene v raziskavo.

Šifra VZS	Naziv VZS	Starost od vključno (v letih)	Najdaljša dopustna čakalna doba po stopnjah nujnosti obravnave (v dnevih)		
			Zelo hitro	Hitro	Redno
Prvi specialistični pregledi					
1033P	Ortopedski pregled – prvi	20	14	90	180
Diagnostične preiskave					
1771	MR kolka	20	14	90	180
1772	MR kolena	20	14	90	180
Operativni posegi					
1624	Endoproteza kolka delna (PEP)/totalna (TEP)*	ni starostne omejitve	14	365	365
1626	Endoproteza kolena*		14	365	365

* Revizijske operacije kolena ali kolka niso vključene.

Vir: (13).

Tabela 2.2: Število čakajočih pacientov vključenih v raziskavo na dan 1. januarja 2024.

Vrste zdravstvenih storitev		Število vseh čakajočih	Število vseh čakajočih nad dopustno čakalno dobo	Delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo (v %)	Število oseb, izključenih iz raziskave*	Število oseb, vključenih v raziskavo*
Specialistični pregled	Ortopedski pregled – prvi	23.412	12.661	54	513	22.899
Diagnostične preiskave	[1771] MR kolka	522	204	39	5	517
	[1772] MR kolena	2.567	418	16	17	2.550
Operativni posegi/operacije	[1624] Endoproteza kolka	5.314	2.131	40	597	4.717
	[1626] Endoproteza kolena	8.670	3.771	43	1.353	7.317
Skupaj		40.485	19.185	47	2.485	38.000

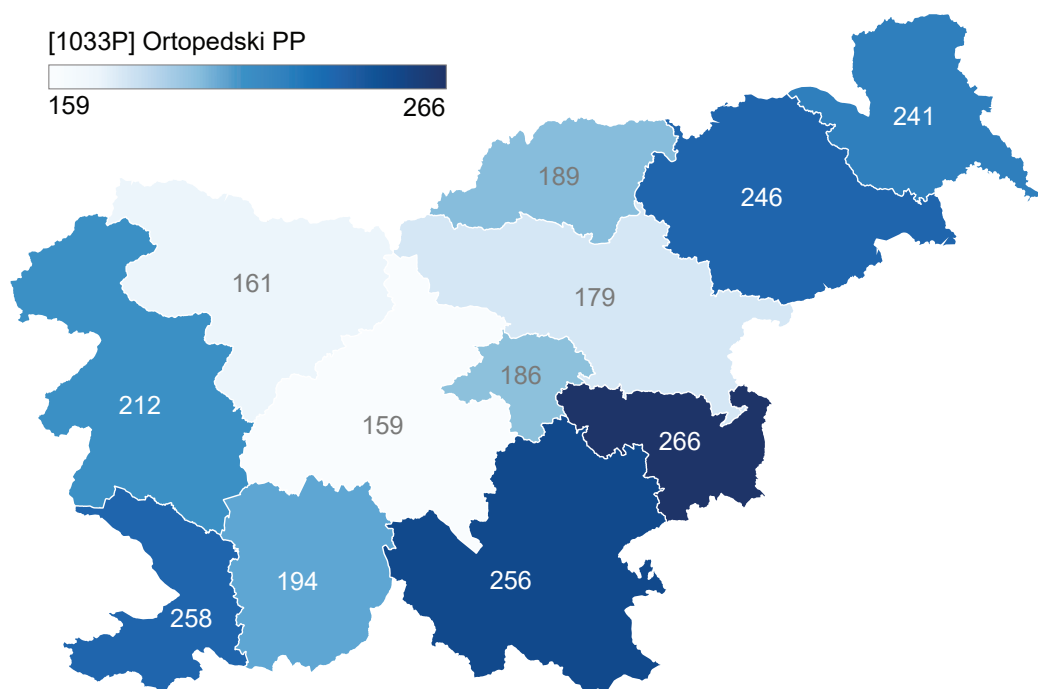
* Osebe, katerih starost ali statistična regija prebivališča ni znana, so iz analize izključene.

25 Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Uradni list RS, št. 3/2018.

Rezultati

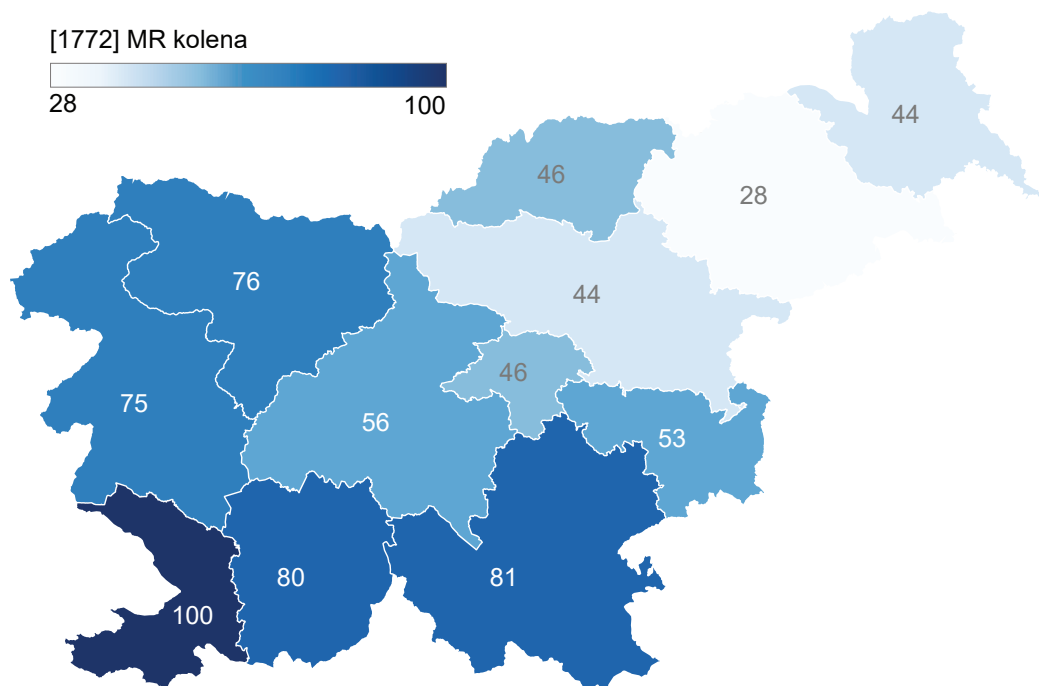
Statistične regije prebivališča pacienta in povprečne pričakovane čakalne dobe

Primerjava povprečij pričakovanih čakalnih dob za prve ortopedske specialistične preglede je pokazala (slika 2.1), da so čakalne dobe najdaljše pri pacientih s stalnim prebivališčem v posavski regiji (266 dni), obalno-kraški regiji (258 dni) in regiji jugovzhodna Slovenija (256 dni), najkrajše pa v osrednjeslovenski (159 dni) in gorenjski regiji (161 dni).

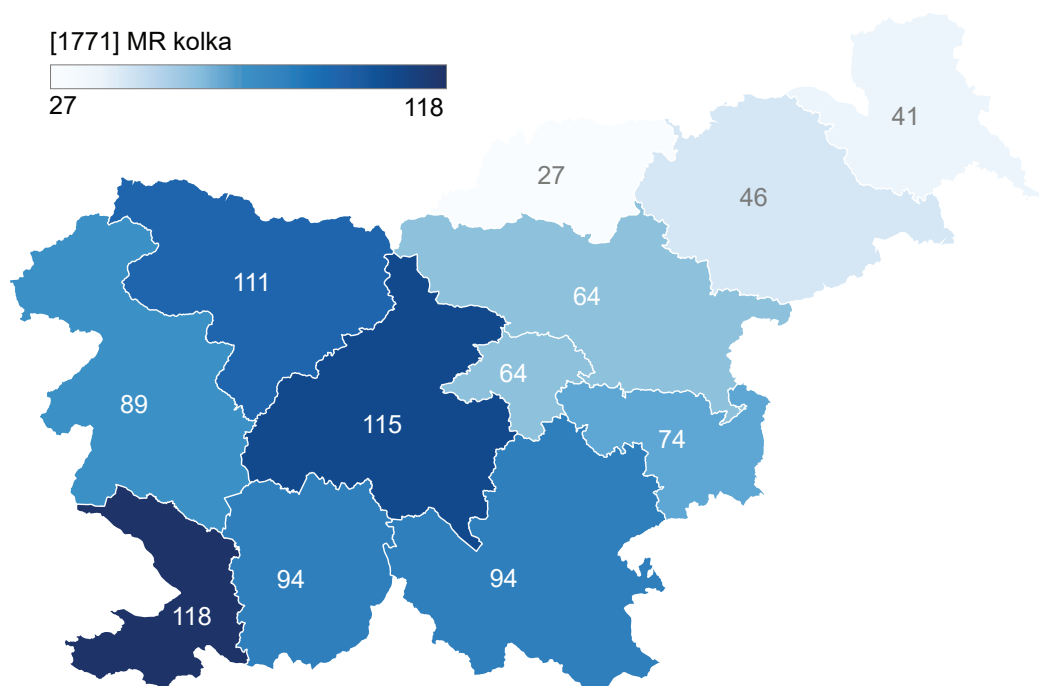


Slika 2.1: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za prvi ortopedski pregled po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.

Primerjava povprečij pričakovanih čakalnih dob za MR kolka in MR kolena (sliki 2.2 in 2.3) je pokazala velike regijske razlike. Najdaljše povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolena je za paciente iz obalno-kraške regije (100 dni), najkrajše pa za paciente iz podravske regije (28 dni). To pomeni, da prebivalci v obalno-kraški regiji na MR kolena v povprečju čakajo za 2,6-krat dlje kot prebivalci podravske regije. Podobno je povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolka najdaljše za prebivalce obalno-kraške regije (118 dni) in najkrajše za paciente iz koroške regije (27 dni). Prebivalci obalno-kraške regije na MR kolka v povprečju čakajo štiri-krat dlje kot prebivalci koroške regije.



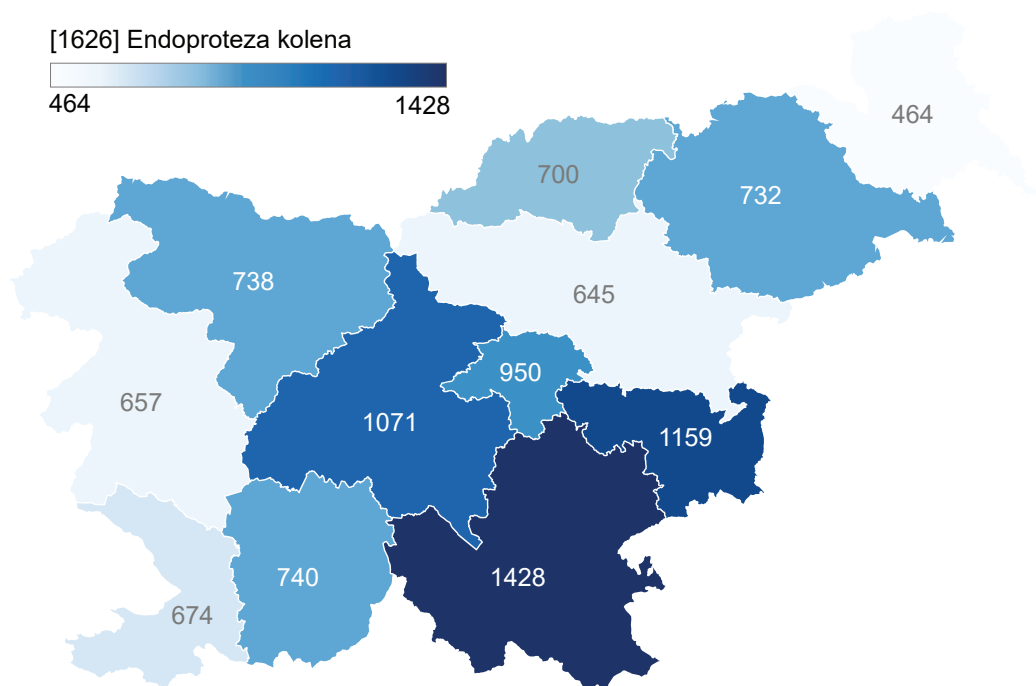
Slika 2.2: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolena po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.



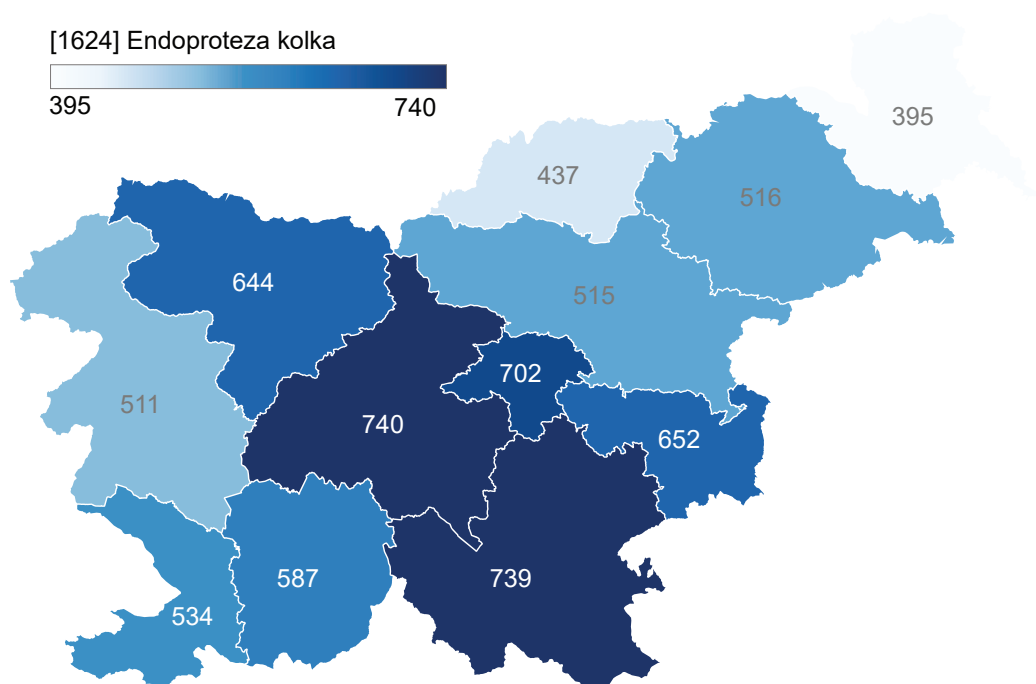
Slika 2.3: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolka po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.

Primerjava povprečnij pričakovanih čakalnih dob za vstavev endoproteze kolka in kolena (sliki 2.4 in 2.5) kaže izrazite regijske razlike. Povprečje pričakovanih čakalnih dob za vstavev endoproteze kolena je najdaljše za paciente iz jugovzhodne Slovenije (1428 dni), najkrajše pa za prebivalce pomurske regije (464 dni), kar je ne glede na regijo bistveno več kot je dopustno (365 dni). Prebivalci regije jugovzhodna Slovenija čakajo na vstavev endoproteze kolena v povprečju 782 dni (168 %) dlje od prebivalcev pomurske regije, kar pomeni razliko več kot dveh let.

Pri vstavitvi endoproteze kolka je povprečje pričakovanih čakalnih dob najdaljše v osrednjeslovenski regiji (740 dni) in jugovzhodni Sloveniji (739 dni), najkrajše pa v pomurski regiji (395 dni). Razlika med omenjenimi regijami znaša 87 %, kar pomeni, da prebivalci osrednjeslovenske regije in jugovzhodne Slovenije na vstavev endoproteze kolka čakajo v povprečju skoraj leto dlje kot prebivalci pomurske regije. Podrobni podatki so predstavljeni tabelarično v prilogi (priloga 1).



Slika 2.4: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za operacijo vstavitve endoproteze kolena po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.

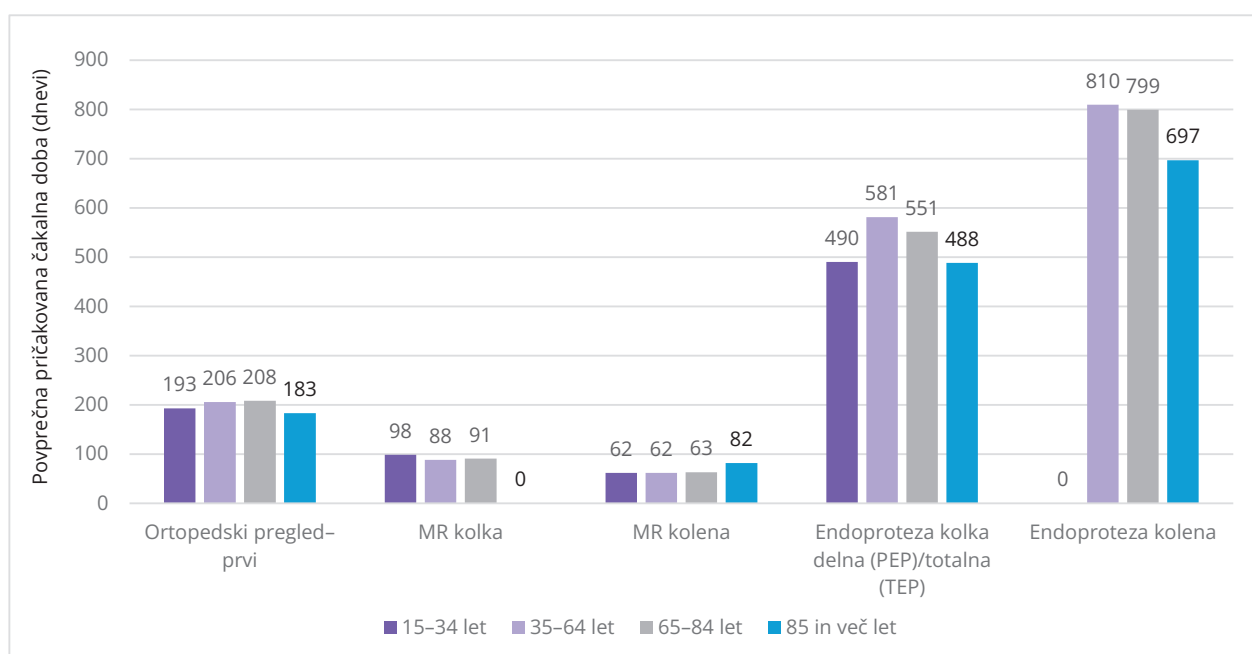


Slika 2.5: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za operacijo vstavitve endoproteze kolka po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.

Starostne skupine in povprečje pričakovanih čakalnih dob

Primerjave povprečnij pričakovanih čakalnih dob glede na starost pacienta povečini niso pokazale izrazitih razlik (priloga 2). Zaradi majhnega števila primerov (manj kot pet) ne prikazujemo povprečne pričakovane čakalne dobe za starostno skupino 85 let in več pri MR kolka ter starostni skupini 15–34 let pri vstavitvi endoproteze kolena.

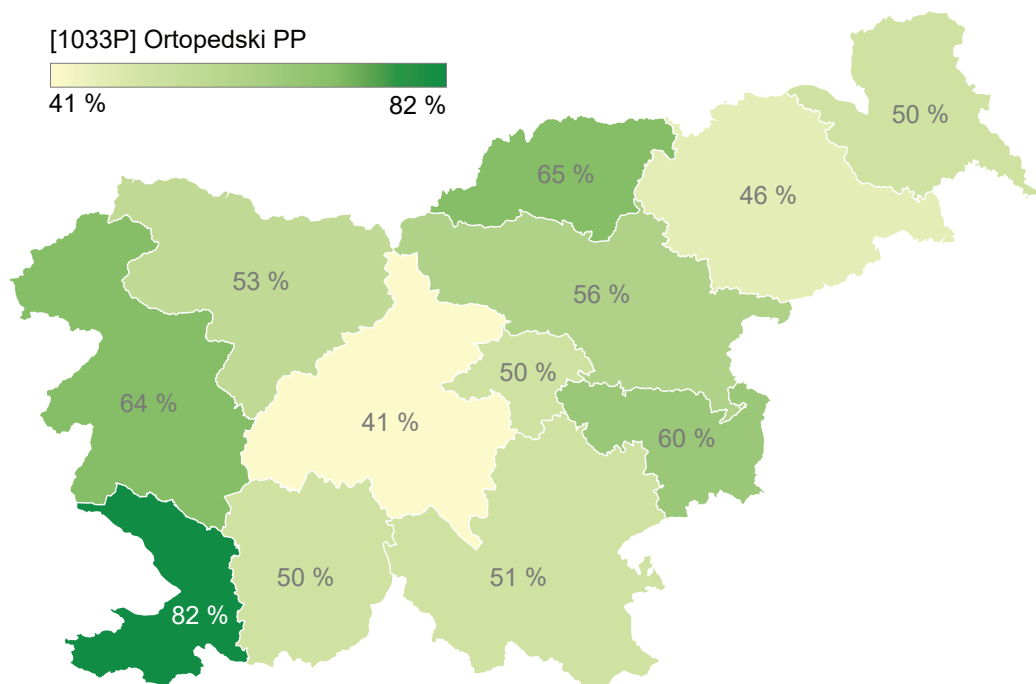
Najstarejša starostna skupina (osebe, stare 85 let in več) je imela najkrajše povprečje pričakovanih čakalnih dob za prvi ortopedski pregled ter obe vrsti operativnih posegov (vstavev endoproteze kolka in kolena). Pri prvih ortopedskih pregledih je bilo povprečje pričakovanih čakalnih dob najdaljše za osebe v starosti med 65 in 84 let in je bilo za 14 % daljše kot za starostno skupino 85 let in več, kjer je bilo najkrajše (183 dni). Razlike med povprečji pričakovanih čakalnih dob za MR kolka so daljša za 11 %, za MR kolena pa za največ 32 %, kar pomeni dvajset dni razlike. Največja razlika med povprečji pričakovanih čakalnih dob za vstavitev endoproteze kolka je 93 dni (19 %), medtem ko je največja razlika med starostnimi skupinami pri vstavitvi endoproteze kolena znašala 113 dni (16 %).



Slika 2.6: Povprečje pričakovanih čakalnih dob glede na starostno skupino čakajočih pri izbranih storitvah; Slovenija, 1. januar 2024.

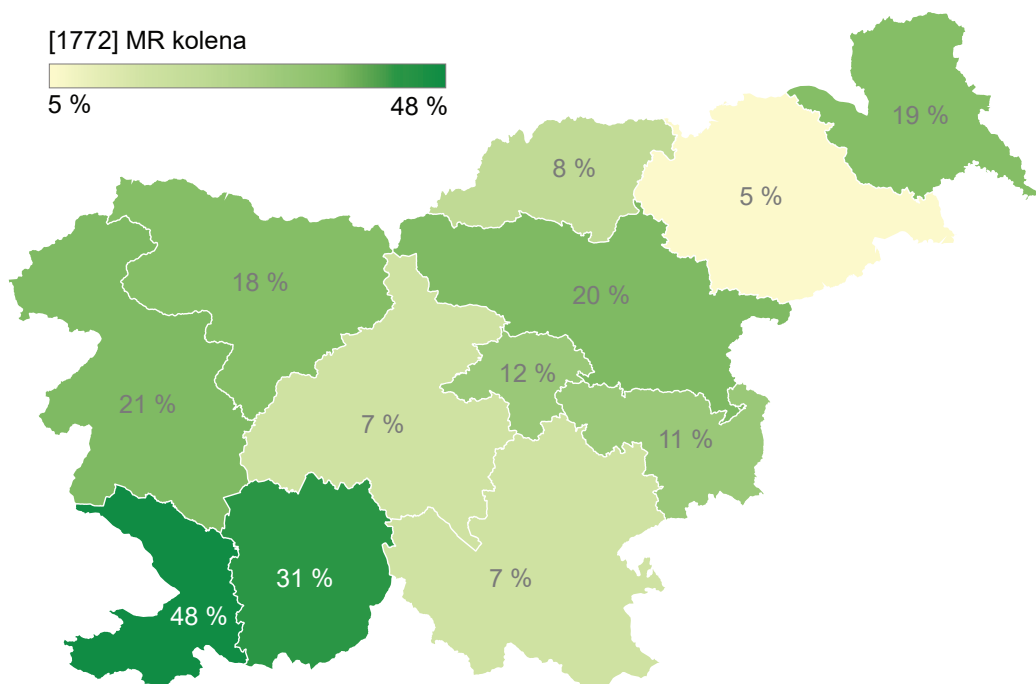
Statistične regije prebivališča pacientov in delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo

Primerjava deležev čakajočih nad dopustno čakalno dobo za prvi ortopedski pregled (slika 2.7) je pokazala izrazite regijske razlike. Največji delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo glede na stalno prebivališče pacienta je bil v obalno-kraški regiji (82 %), najmanjši pa v osrednjeslovenski regiji (41 %). To pomeni, da je med vsemi pacienti iz obalno-kraške regije, ki čakajo na prvi ortopedski pregled, kar 82 % takšnih, ki čakajo dlje, kot je dopustno. Pri tem je pomembno poudariti, da so pri izračunih upoštevane vse tri stopnje nujnosti, kar omogoča celovito primerjavo med regijami.

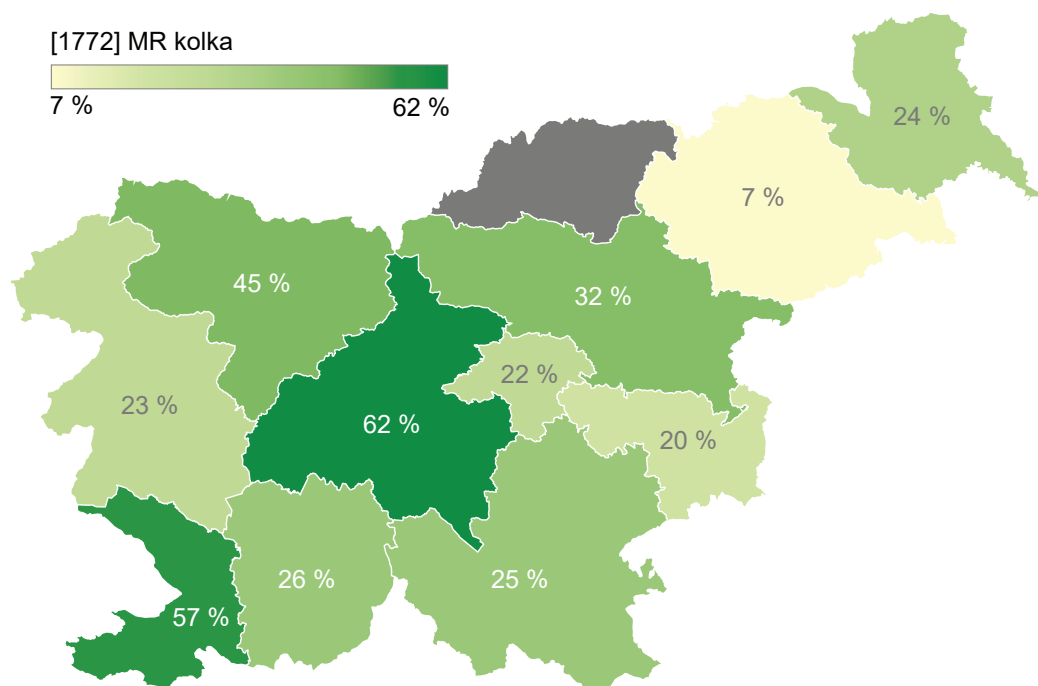


Slika 2.7: Delež čakajočih nad dopustno čakalno za prvi ortopedski pregled po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.

Primerjava deležev pacientov, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo za MR kolena in MR kolka (sliki 2.8 in 2.9), kaže na pomembne regijske razlike. Pri MR kolena je bil delež pacientov, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo, največji v obalno-kraški regiji (48 %). Najmanjši deleži pacientov, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo, so v koroški regiji (8 %), osrednjeslovenski in regiji jugovzhodna Slovenija (7 %) ter podravski regiji (5 %, najmanj). Hkrati je bil delež čakajočih pacientov, ki čakajo na MR kolka nad dopustno čakalno dobo, največji v osrednjeslovenski (62 %) in obalno-kraški regiji (57 %), medtem ko je bil najmanjši v podravski (7 %) in koroški regiji, kjer ni bilo pacientov, ki bi čakali nad dopustno čakalno dobo.

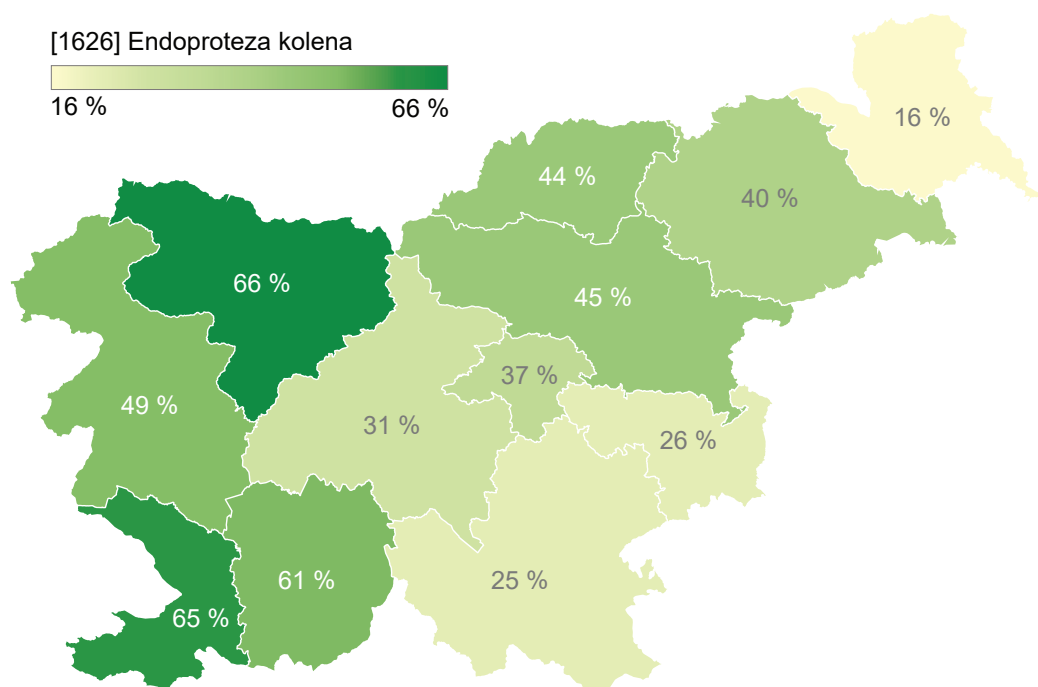


Slika 2.8: Delež čakajočih nad dopustno čakalno za MR kolena po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.

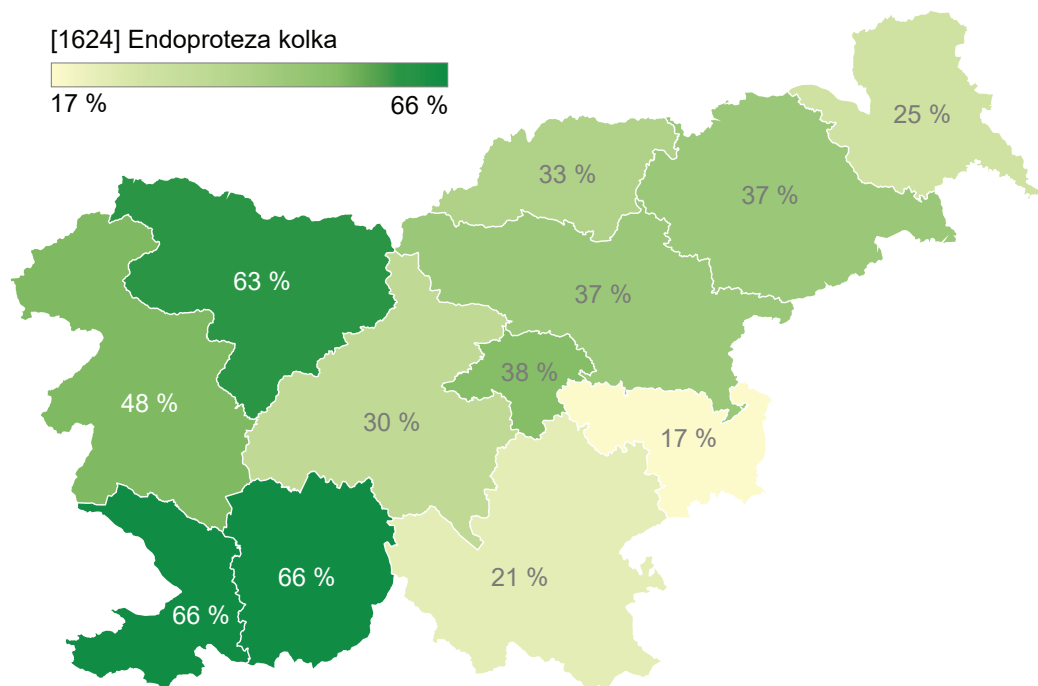


Slika 2.9: Delež čakajočih nad dopustno čakalno za MR kolka po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.

Primerjava deležev pacientov, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo za vstavev endoproteze kolena in kolka (sliki 2.10 in 2.11), razkriva izrazite regijske razlike. Za vstavev endoproteze kolena je bil delež pacientov z nedopustno dolgo čakalno dobo največji v gorenjski (66 %), obalno-kraški (65 %) in primorsko-notranjski regiji (61 %), medtem ko je bil najnižji v pomurski regiji (16 %). Pri vstavitvi endoproteze kolka sta imeli največji delež čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo obalno-kraška in primorsko-notranjska regija (po 66 %), najmanjšega pa posavska regija (17 %). Podrobni podatki so predstavljeni tabelarično v prilogi (priloga 2).



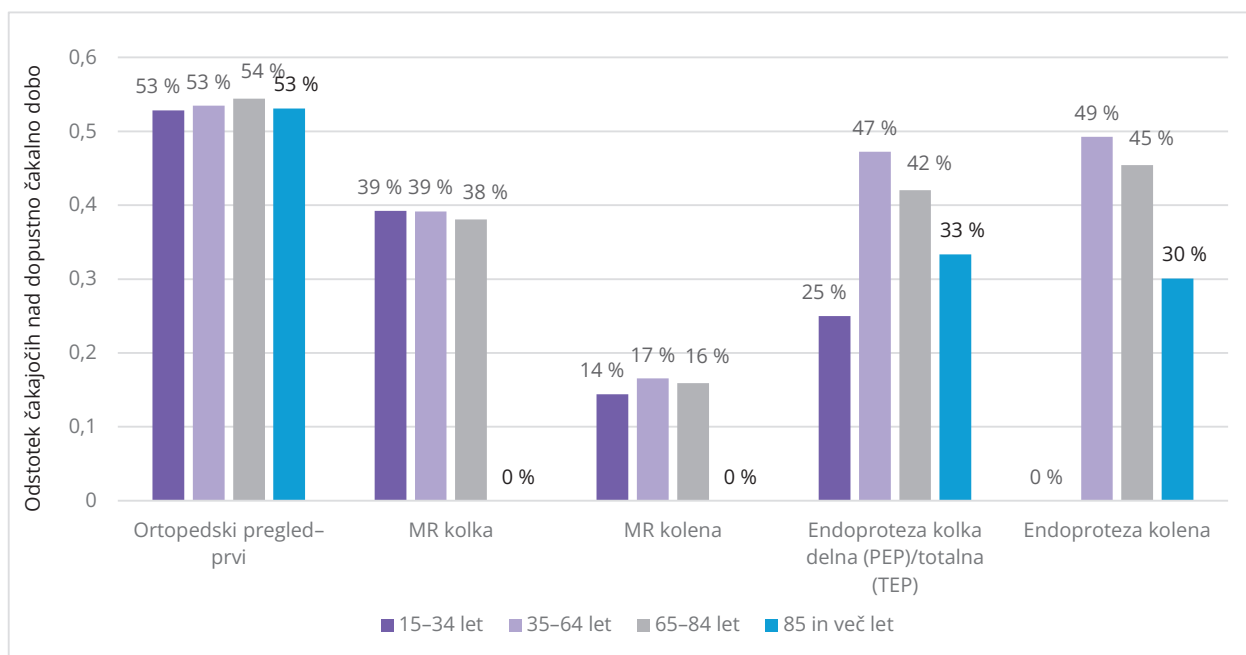
Slika 2.10: Delež čakajočih nad dopustno čakalno za operacijo vstavitve endoproteze kolena po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.



Slika 2.11: Delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo za operacijo vstavitve endoproteze kolka po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.

Starostne skupine pacientov in delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo

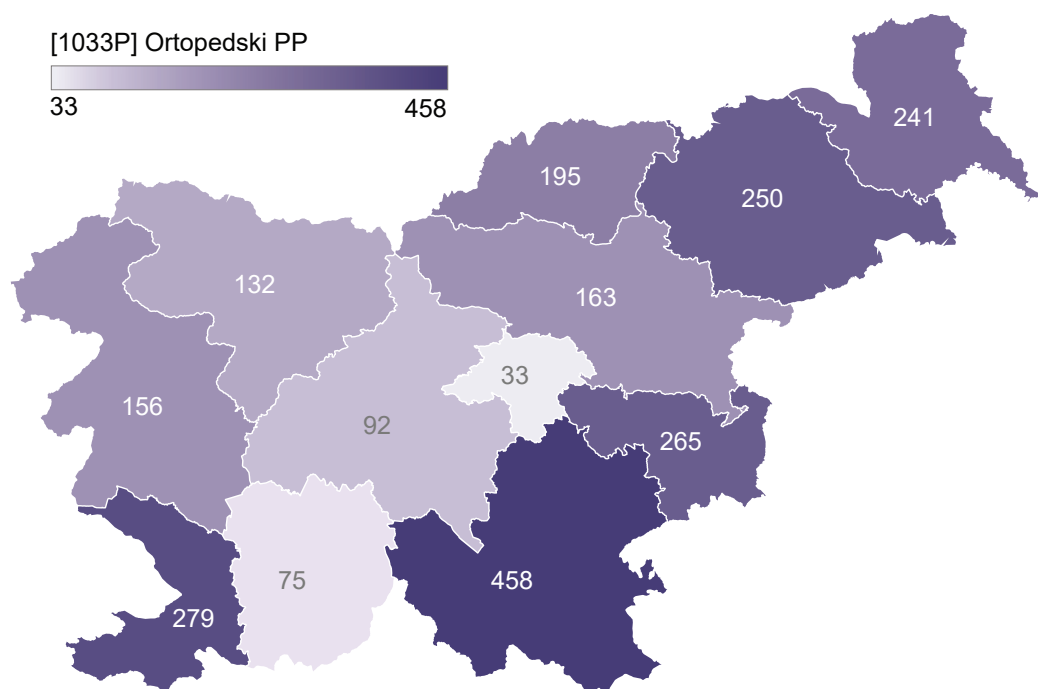
Primerjava deležev čakajočih nad dopustno čakalno dobo po starostnih skupinah (slika 2.12) pokaže, da je odstotek pri vseh starostnih skupinah največji pri prvem ortopedskem pregledu. Vendar razlike med starostnimi skupinami niso izrazite, saj nihajo med 53 in 54 %. Izstopajo razlike med starostnimi skupinami od 15 do 34 let in skupino 85 let in več, kjer je delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo za oba posega (endoprotezi kolka in kolena) bistveno manjši od deleža čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri preostalih dveh starostnih skupinah. Pri tem je treba upoštevati relativno majhno število primerov v teh starostnih skupinah, in sicer skupaj 20 čakajočih na endoprotezo kolka v starostni skupini od 15 do 34 let, od katerih jih je 5 čakalo nad dopustno čakalno dobo, ter 99 čakajočih na endoprotezo kolka in 133 čakajočih na endoprotezo kolena v starostni skupini 85 let in več, ter na MR kolena, kjer med 11 čakajočimi v starosti 85 let in več ni osebe, ki bi čakala nad dopustno čakalno dobo.



Slika 2.12: Odstotek čakajočih nad dopustno čakalno dobo glede na starostno skupino čakajočih pri izbranih storitvah; Slovenija, 1. januar 2024.

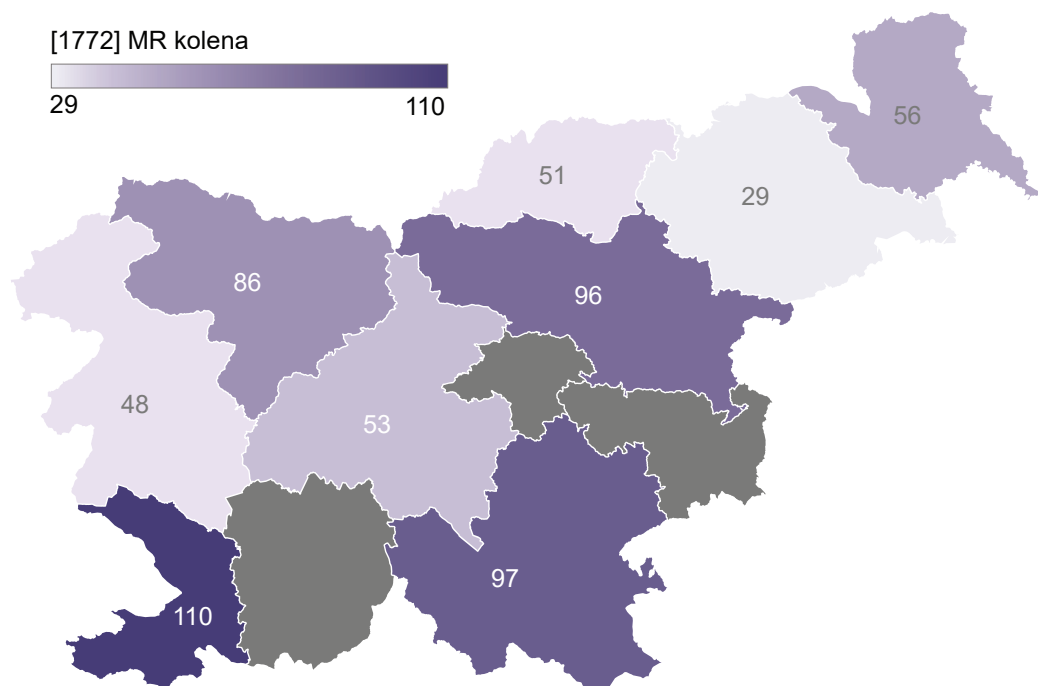
Statistične regije izvajalcev zdravstvenih storitev in povprečje pričakovanih čakalnih dob

Primerjava povprečij pričakovanih čakalnih dob za prvi ortopedski pregled (slika 2.13) razkriva izrazite regijske razlike. Najdaljše so imeli izvajalci zdravstvenih storitev v regiji jugovzhodna Slovenija (458 dni), najkrajše pa v zasavski regiji (33 dni). To pomeni, da je povprečje pričakovanih čakalnih dob v jugovzhodni Sloveniji kar trinajstkrat daljše kot v sosednji zasavski regiji.

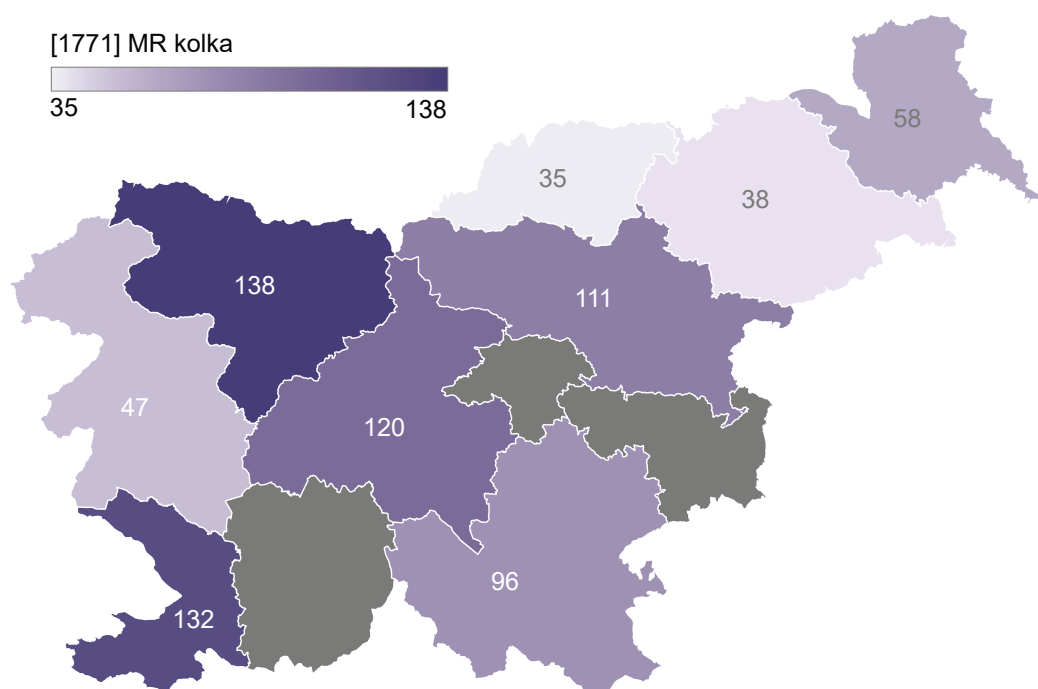


Slika 2.13: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za prvi ortopedski pregled po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.

Primerjava povprečij pričakovanih čakalnih dob za MR kolka in MR kolena (sliki 2.14 in 2.15) pokaže velike regijske razlike. Za MR kolena so te dobe v povprečju najdaljše pri izvajalcih v obalno-kraški regiji (110 dni), najkrajše pa pri izvajalcih v podravski regiji (29 dni). Za MR kolka je povprečje pričakovanih čakalnih dob najdaljše pri izvajalcih v gorenjski (138 dni) in obalno-kraški regiji (132 dni), najkrajše pa pri izvajalcih v koroški (35 dni) in podravski regiji (38 dni). V treh regijah (zasavski, posavski in primorsko-notranjski) ni izvajalca zdravstvenih storitev za MR kolena ali MR kolka.

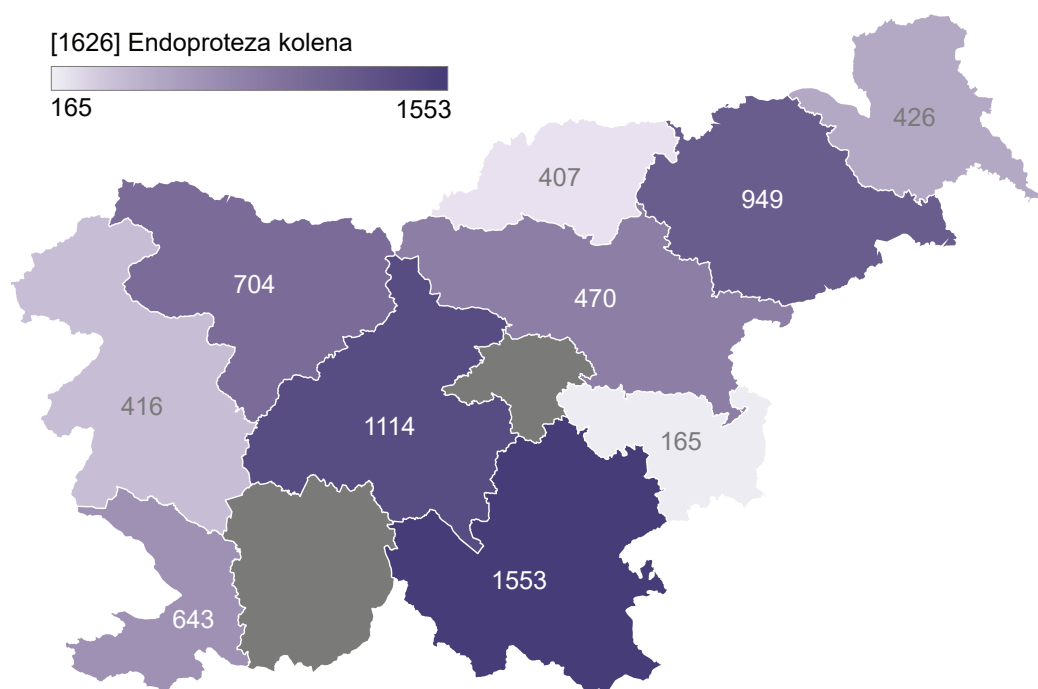


Slika 2.14: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolena po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.

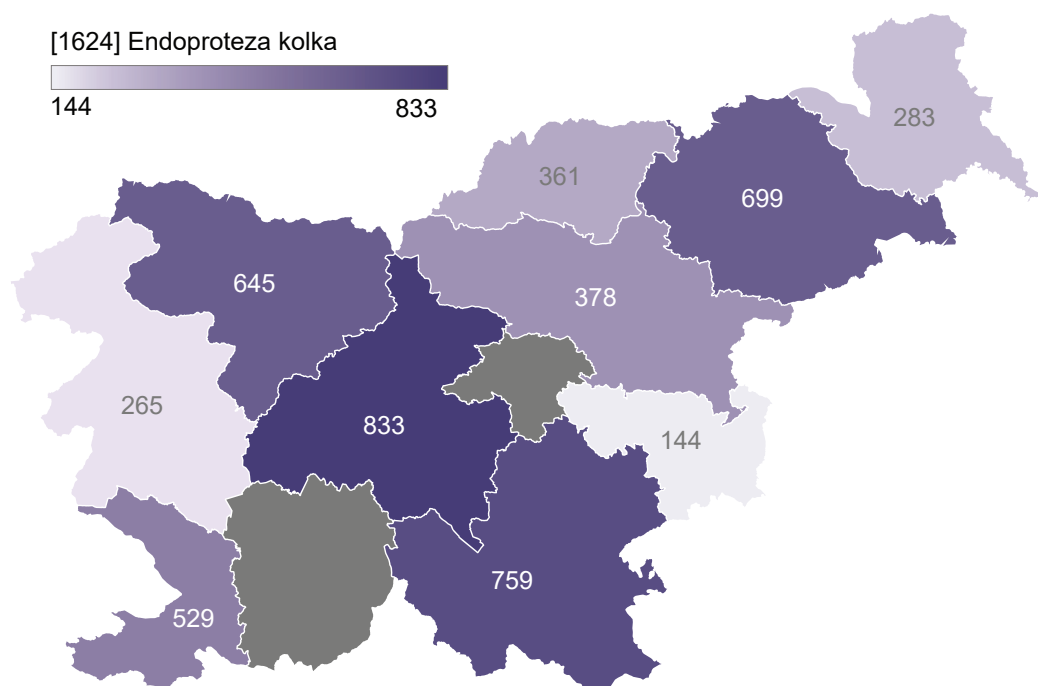


Slika 2.15: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolka po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.

Primerjava povprečnij pričakovanih čakalnih dob za vstavitve endoproteze kolka ali kolena (sliki 2.16 in 2.17) je pokazala razlike po izvajalcih v regijah. Za vstavitve endoproteze kolena so te dobe najdaljše pri izvajalcih v jugovzhodni Sloveniji (1553 dni), najkrajše pa pri izvajalcih v posavski regiji (165 dni). Za vstavitve endoproteze kolka so povprečnja pričakovanih čakalnih dob najdaljša pri izvajalcih v osrednjeslovenski regiji (833 dni) in jugovzhodno slovenski regiji (759 dni), najkrajše pa pri izvajalcih v posavski regiji (144 dni). V dveh regijah (zasavski in primorsko-notranjski) ni izvajalca artroplastike kolena in kolka. Podatki so dostopni v tabelarni obliki v prilogi (priloga 3).



Slika 2.16: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za operacijo vstavitve endoproteze kolena po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.



Slika 2.17: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za operacijo vstavitve endoproteze kolka po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.

Razprava

Analiza neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev je pokazala, da se časovna dostopnost, glede na povprečja pričakovanih čakalnih dob v specialistični dejavnosti ortopedije, razlikuje glede na statistično regijo prebivališča pacienta. Razlike, izražene v številu dni, so največje pri operativnih posegih, kjer so te dobe najdaljše. Največje razlike so značilne za regijo jugovzhodna Slovenija, kjer prebivalci za endoprotezo kolena čakajo skoraj štiri leta (1428 dni), kar je 2,1-krat več kot prebivalci pomurske regije (464 dni). Velike relativne razlike med regijami prebivališča pacientov so tudi pri zdravstvenih storitvah, kjer je povprečje pričakovanih čakalnih dob krajše. Na MR kolka prebivalci obalno-kraške regije v povprečju čakajo 100 dni ali 2,6-krat več (91 dni) kot prebivalci koroške regije (28 dni). Razlike v povprečjih pričakovanih čakalnih dob po starostnih skupinah so v primerjave z regijskimi razlikami pomembno manjše, tako v absolutnem kot v relativnem smislu. Primerjava starostnih skupin kaže izrazite razlike v deležih pacientov, ki čakajo na zdravstvene storitve nad dopustno čakalno dobo. Delež čakajočih je pomembno manjši pri obeh vrstah posegov (vstavev endoproteze kolka in kolena) v starostni skupini 85 let in več v primerjavi s starostnima skupinama 35–64 let in 65–84 let. Pri analizi dostopa do zdravstvenih storitev so med statističnimi regijami sedeža izvajalcev zaznane večje razlike v primerjavi z razlikami med statističnimi regijami prebivališča prebivalstva. Posebej izrazita je trinajstkratna razlika med regijama izvajalcev z najdaljšim (jugovzhodna Slovenija 458 dni) in najkrajšim (zasavska regija 33 dni) povprečjem pričakovanih čakalnih dob za prvi ortopedski pregled. Pri tem je treba dodati, da regije, in sicer zasavska, posavska in primorsko-notranjska, nimajo izvajalca za MR kolena in MR kolka, medtem ko zasavska in primorsko-notranjska nimata izvajalca za vstavev endoproteze kolena ter kolka.

Glavna prednost analize je v upoštevanju različnih vidikov proučevanja razlik v geografskem in časovnem dostopu do zdravstvenih storitev (vključitev razlik v povprečjih pričakovanih čakalnih dob in deležih pacientov, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo). Na eni strani smo izbrali pet vrst zdravstvenih storitev, ki ponazarjajo pogosto prehojeno pot pacienta, ki vstopa v zdravstveni sistem – od prvega specialistično-ambulantnega pregleda, skozi fazo diagnostične obravnave, pa vse do operativnega posega. Istočasno smo tudi ločeno proučevali povprečja pričakovanih čakalnih dob glede na statistično regijo prebivališča pacienta in posebej za statistično regijo izvajalca zdravstvenih storitev. Tovrstna analiza omogoča postavitev domnev, ki terjajo nadaljnje raziskave. Pomembno vprašanje v kontekstu pričujoče analize pa je, zakaj se pojavljajo razlike glede na prebivališče pacienta, če ima pacient možnost proste izbire izvajalca in v načelu dostop do preglednih in ažurnih informacij o pričakovanih čakalnih dobah v Sloveniji. Na odločitve o izbiri pacienta zagotovo vplivajo številni drugi dejavniki, ki pa niso bili predmet te analize (14). Kljub temu pa je presenetljiva analiza razlik med starostnimi skupinami pacientov. Če izhajamo iz predpostavke, da je mobilnost pacientov pomembno vpliva na odločitve o izbiri izvajalca zdravstvenih storitev, bi bilo pričakovati daljše povprečje pričakovanih čakalnih dob pri starejši populaciji (15). Obenem bi zaradi večje informacijske in računalniške pismenosti mlajših oseb (10) pričakovali razlike med starostnimi skupinami v korist mlajših. Naša analiza takšnega starostnega gradienta za izbrane vrste zdravstvenih storitev ni potrdila.

Analiza razlik v povprečjih pričakovanih čakalnih dob glede na statistično regijo sedeža izvajalca je razkrila, da pacienti pogosto izberejo izvajalce zunaj regije prebivališča. Tako na primer prebivalci regije jugovzhodna Slovenije na prvi ortopedski pregled v povprečju čakajo 256 dni, čeprav je povprečje pričakovane čakalne dobe izvajalcev v regiji 458 dni. Nepričakovana je tudi obratna situacija, zaznana v zasavski regiji, kjer je poprečje pričakovane čakalne dobe pri izvajalcu znašala zgolj 33 dni, medtem ko je bilo povprečje pričakovane čakalne dobe pacientov te regije kar 186 dni. Ta izrazita razlika odpira vprašanje, zakaj se pacienti ne odločajo za

bližnjega izvajalca oziroma izvajalca znotraj regije svojega prebivališča. Obstajajo več možnih razlag, ki pojasnjujejo takšne razlike – od napak v podatkih, težav pri definiranju in razumevanju storitev, pa vse do vpliva časovne dinamike vzpostavljanja čakalnih seznamov. Naša analiza ponuja dodatno zanimivo pojasnilo: pacienti se redkeje odločijo za izvajalca, če vedo, da ta opravlja zgolj ambulantno-specialistične preglede, ne pa tudi nadaljnje obravnave, kot so diagnostične preiskave ali operativni posegi. Ugotovili smo namreč, da v zasavski regiji ni izvajalca za magnetno resonanco (MR) kolka in kolena, prav tako tam ni izvajalcev, ki bi izvajali artroplastike kolka ali kolena. Možno je, da prav poznavanje teh omejitev pomembno vpliva na odločitev pacientov že pri izbiri izvajalca za prvi specialistični pregled.

Pri operacijah artroplastike kolka in kolena je treba poudariti, da neposredno naročanje pacientov oziroma njihova prosta izbira izvajalca ni mogoča. Praviloma izvajalec opravi predhodni pregled v zdravstveni ustanovi, kjer bo operacija tudi izvedena, saj želi odgovorni specialist sam oceniti upravičenost in vrsto operativnega posega, za katerega bo strokovno odgovoren. V praksi to pomeni, da pacient svojo prosto izbiro izvajalca uresniči posredno – prek predhodnega specialistično-ambulantnega pregleda. Takšen način lahko deloma pojasni omejitve pri uresničevanju proste izbire izvajalca ter prispeva k večjim razlikam v povprečjih pričakovanih čakalnih dob glede na regijo prebivališča pacientov. Vendar pa takšna razlaga ne pojasni razlik, ki jih ugotavljamo pri dostopu do MR kolka in MR kolena, kjer je neposredna izbira izvajalca mogoča, a vseeno obstajajo izrazite razlike v povprečnih pričakovanih čakalnih dob med izvajalci. Eden izmed pomembnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na te razlike, je tako imenovana navigacijska zdravstvena pismenost – torej sposobnost posameznikov, da se uspešno znajdejo v zdravstvenem sistemu in sprejemajo informirane odločitve. Ta je bila sorazmerno slaba oziroma omejena kar pri 61 % anketirancev, ki so sodelovali v raziskavi o zdravstveni pismenosti odraslih v Sloveniji (16).

Razlike med statističnimi regijami v povprečnih pričakovanih čakalnih dobah za MR kolka in MR kolena ob upoštevanju prebivališča pacientov v precejšnji meri sledijo razlikam ob upoštevanju lokacije oziroma regije izvajalcev. Tako je na primer povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolena v obalno-kraški regiji 100 dni in v osrednjeslovenski regiji 56 dni, pri čemer je ta doba glede na lokacijo izvajalca za isto storitev v obalno-kraški regiji 110 dni in v osrednjeslovenski regiji 53 dni. Posebej preseneča primerjava povprečij pričakovanih čakalnih dob za MR kolka in MR kolena glede na lokacijo oziroma regijo izvajalca. V obalno-kraški regiji je ta doba podobna (100 dni za MR kolena in 118 dni za MR kolka). Nasprotno pa je v osrednje slovenski regiji povprečje pričakovanih čakalnih dob bistveno različna (56 dni za MR kolena in 115 za MR kolka). Pojava ni mogoče razložiti s siceršnjimi stopnjami nujnosti obravnav (zelo hitro, hitro in redno), saj je v primeru MR kolena v osrednjeslovenski regiji le 7 % takih, ki presegajo pričakovano čakalno dobo, medtem ko je takih oseb v primeru MR kolka 62 %. Razlika še posebej preseneča, ker se obe diagnostični preiskavi izvajata na istih aparaturah in jih praviloma izvajajo isti kadri.

Ob pregledu razlik v deležu pacientov na čakalnem seznamu nad dopustno čakalno dobo opazimo, da je med čakajočimi na prvi ortopedski pregled 82 % takih v obalno-kraški regiji in 51 % v regiji jugovzhodna Slovenija. Kljub temu je pričakovana povprečna čakalna doba skoraj enaka (258 dni v prvi in 256 dni v drugi). To lahko pomeni, da imajo prebivalci obalno-kraške regije bistveno pogostejše višjo stopnjo nujnosti za prvi ortopedski pregled v primerjavi s prebivalci jugovzhodne Slovenije. Na podlagi analize podatkov, pa ni mogoče sklepati, ali je to posledica bistveno drugačne obolevnosti oseb v različnih regijah ali razlik v vzorcu napotovanja oziroma v ravnanju izvajalcev, ki napotnico sprejmejo in izvedejo triažo.

Analiza je pokazala, da razlike v časovni dostopnosti zdravstvenih storitev med regijami obstajajo. Podatki nakazujejo, da prosta izbira izvajalca in razpoložljivost podatkov o pričako-

vanih čakalnih dobah verjetno vpliva na zmanjšanje teh razlik, vendar ti ukrepi ne zadoščajo. Podrobneje bi bilo treba proučiti dejavnike, ki pri pacientih vplivajo na izbiro izvajalca. Računalniška in navigacijska zdravstvena pismenost sta verjetno pomembni dejavniki. Razlike med posameznimi zdravstvenimi storitvami, ki predstavljajo le del obravnave pacienta, je treba proučiti celostno. To pomeni, da ni smiselno omejiti ukrepe na posamezno storitev, kot je prvi ortopedski pregled, če hkrati ne upoštevamo dinamike izvajanja diagnostičnih in operativnih posegov ali če, kot zagovarjamo v prispevku, ne upoštevamo koncepta celovite obravnave – od začetka do zaključka zdravljenja (4). Zmanjšanje razlik in tudi splošno skrajšanje čakalnih dob zahtevata usklajevanje razpoložljivosti komplementarnih zdravstvenih storitev znotraj posameznih izvajalcev in med njimi. Posledično je neizogibno ciljano ukrepanje, pri katerem se upoštevajo značilnosti obravnave in dejansko stanje za vsako stroko oziroma specialnost posebej.

Prednost analize je upoštevanje več vrst zdravstvenih storitev na različnih ravneh v procesu obravnave pacienta hkrati, tako da vključuje specialistični pregled in diagnostične ter terapevtske postopke. Študija je omejena zgolj na eno specialnost, ortopedijo, in znotraj tega le na omejen nabor petih vrst zdravstvenih storitev. Prav tako je omejitev presečna narava analize oziroma raziskave, ki se ni poglobila v časovno dinamiko razvoja čakalnih seznamov. Z upoštevanjem deleža čakajočih nad dopustno čakalno dobo in hkrati povprečno pričakovano čakalno dobo za vsako storitev smo lahko prepoznali primere, kjer se regije bistveno razlikujejo pri napotovanju v posamezni stopnji nujnosti obravnave. Analiza pa ne omogoča vpogleda v upravičenost napotovanja glede na posamezno stopnjo nujnosti obravnave.

Zaključek

Razlike v povprečnih pričakovanih čakalnih dobah med prebivalci različnih regij obstajajo in so precejšnje. Prav tako obstajajo razlike med starostnimi skupinami čakajočih na zdravstveno obravnavo, vendar so manj izrazite. Obstajajo tudi razlike med statističnimi regijami glede na delež čakajočih pacientov, ki na čakalnem seznamu čakajo nad dopustno čakalno dobo, toda vzorec razlik v celoti ne sledi vzorcu razlik v povprečnih pričakovanih čakalnih dobah. To najverjetneje pomeni, da bodisi ni enotnega razumevanja opredelitve stopnje nujnosti v praksi bodisi obstajajo pomembne razlike v obolevnosti med regijami. Razlike v povprečju pričakovanih čakalnih dob glede na statistično regijo oziroma lokacijo izvajalca kažejo, da so razlike med regijami še večje. Primerjava je pokazala, da so pri nekaterih storitvah pričakovane čakalne dobe glede na lokacijo oziroma regijo izvajalca tesno povezane s čakalnimi dobami glede na prebivališče pacienta (npr. MR kolka oziroma kolena). Pri drugih storitvah pa je ta povezava manj opazna in manj izrazita. Hkrati smo ugotovili, da je treba pri proučevanju dejavnikov, ki vplivajo na izbiro pacienta glede izvajalca zdravstvenih storitev, upoštevati celoten potek obravnave pacienta, saj je odnos med storitvami (izvajanje ambulantnih pregledov in tudi operativnih posegov) lahko odločilen pri čakalni dobi za operativne posege.

Le podrobna proučitev dejavnikov, ki pri pacientih vplivajo na izbiro izvajalca, omogoča podrobno načrtovanje ukrepov za zmanjšanje teh razlik. Zelo verjetno bodo k temu pripomogli splošni ukrepi, kot je povečanje navigacijske pismenosti pacientov. Hkrati pa bo treba v sodelovanju z izvajalci sprejeti tudi specifične ukrepe na ravni posameznih medicinskih področji glede na specialnost oziroma subspecialnost, da bi se uresničil koncept celovite obravnave pacienta, ki je kot hipotetičen primer v raziskavi prikazan s celotnim potekom obravnave pacientov, od začetka do konca zdravljenja.

Literatura

1. Dawkins B., Renwick C., Ensor T., Shinkins B., Jayne D., Meads D. What factors affect patients' ability to access healthcare? An overview of systematic reviews. *Trop Med Int Health*. 2021;26(10):1177–1188. doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.13651>
2. Ahačič J., Frlež O.D., Erjavec B., Fürst J., Gavrić D., Godler M., idr. Letno poročilo ZZZS 2023 [Internet]. 2024 [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: <https://www.zzs.si/?id=126&detail=25CA7505308118D8C1258AD-70032B7CE>
3. Eurostat. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile [Internet]. 2024 [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/table?lang=en
4. Kuhar M., Simčič B. Dostop pacientov do specialistične obravnave glede na čakalne dobe v Sloveniji 2019–2023. V: Kregar Velikonja N., urednik. Celostna obravnava pacienta: mednarodna znanstvena konferenca. Novo Mesto: Univerza v Novem mestu; 2024. 370 str.
5. Albreht T., Polin K., Brinovec R.P., Kuhar M., Poldrugovac M., Rehberger Ogrin P., idr. Slovenia: Health System Review. *Health Sys Transit*. 2021 Okt;23(1):1-183.
6. Kuhar M., Gabrovec B., Albreht T. Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu: primerjalna analiza Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu: primerjalna analiza [Internet]. 2022 [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/pregled_politik_skrajsevanja.pdf
7. Kuhar M. Dostop do prvih specialističnih pregledov otrok v Republiki Sloveniji za obdobje 2019 [Internet]. 2023 [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/09/Dostop-do-prvih-specialisticnih-pregledov-otrok-2019_2023.pdf
8. Prevolnik Rupel V., Kuhar M., Marušič D. Decision-making in slovenian outpatient care: Can financial incentives reduce patient waiting lists? *Medical Writing*. 2021 Sep;30(3):28–31.
9. Fortney J.C., Burgess J.F., Bosworth H.B., Booth B.M., Kaboli P.J. A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *J Gen Intern Med*. 2011 Okt 12;26(Suppl 2):639–647. doi: 10.1007/s11606-011-1806-6.
10. Eurostat. Digital skills in 2023: impact of education and age [Internet]. 2024 [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240222-1#:~:text=Lower%20digital%20skills%20in%20older,69%25%20compared%20with%2034%25>
11. Kuhar M. Slovenski primer vrednotenja nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema [Internet]. 2023 [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/slovenski-primer-vrednotenja-nujnih-ukrepov-za-zagotovitev-stabilnosti-zdravstvenega-sistema/>
12. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [Internet]. 2021 [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en.html
13. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Šifrant vrst zdravstvenih storitev – VZS, verzija 13.1, zadnjič posodobljeno na dan 3. julij 2021 [Internet]. 2021 [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/podatki/sifrant-vrst-zdravstvenih-storitev-vzs>
14. Victoor A., Delnoij D.M., Friele R.D., Rademakers J.J. Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2012 Avg 22;12(1). doi: 10.1186/1472-6963-12-272.
15. Lee B., Bowes S. A Study of Older Adults' Travel Barriers by Examining Age Segmentation. *J Tour Hosp Manage*. 2016 Dec;4(2):1-16. doi: 10.15640/jthm.v4n2a1.
16. Vrdelja M., Vrbovšek S., Berzelak N. Zdravstvena pismenost odraslih v Sloveniji: Rezultati Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti v Sloveniji [Internet]. 2022 [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/12/porocilo_hls-si19_si.pdf
17. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Čakalne dobe [Internet]. [citirano 2024 Dec 18]. Dostopno na: <https://cakalnedobe.ezdrav.si/>

2.2. Spol, starost in socialno-ekonomski dejavniki iskanja strokovne pomoči glede na duševno (ne)zdravje oseb

Avtorja: Matej Vinko, Saška Roškar

Uvod

Duševne motnje (predvsem depresivna motnja in anksiozne motnje) so pogoste ter pomembno vplivajo na kakovost življenja posameznikov in na družbo kot celoto (1). Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) se je leta 2019 okrog 970 milijonov oseb po svetu spoprijemalo z eno od duševnih bolezni (to pomeni 1 na vsakih 8 oseb), med katerimi sta bili najpogostejši depresija in anksioznost (2). Po ocenah raziskav se je v času pandemije covid-19 doživljanje duševnih stisk pomembno povečalo (3).

Čeprav poznamo učinkovite farmakološke in psihoterapevtske pristope za obravnavo duševnih težav, vrzel zdravljenja (ang. treatment gap; odstotek oseb, ki bi morale biti deležne zdravljenja, pa ga iz različnih razlogov niso) in vrzel iskanja pomoči (ang. help seeking gap; odstotek oseb, ki bi morale poiskati pomoč, pa je ne) ostajata veliki (4). Mnogi posamezniki se kljub simptomom, ki pomembno vplivajo na kakovost življenja, ne odločijo za iskanje strokovne pomoči (5). To lahko privede do neprepoznanih in nezdravljenih težav, ki imajo lahko resne in dolgoročne posledice (6). Na odločitev posameznika, da poišče strokovno pomoč, vplivajo številni dejavniki na socialni, ekonomski, kulturni in osebni ravni (7–9). Eden pomembnejših dejavnikov, ki zavira iskanje pomoči in se lahko pojavlja tako na individualni kot na družbeni ravni, je stigma (10, 11).

V različnih raziskavah so prišli do različnih ugotovitev glede tega, kako na (ne)iskanje pomoči vpliva spol. Nekateri avtorji navajajo, da ženske v primerjavi z moškimi manj pogosto iščejo pomoč (12), medtem ko drugi avtorji poročajo nasprotno, da so moški manj pripravljeni iskati pomoči in jo tudi manjkrat poiščejo (13). Podobno kot glede spola tudi glede starosti in iskanja pomoči literatura ne ponuja enoznačnega odgovora, čeprav v več študijah poročajo o tem, da se večja naklonjenost do iskanja pomoči povezuje z višjo starostjo (14, 15).

Duševne težave so lahko hkrati posledica nezaposlenosti, lahko pa so dejavnik tveganja za nezaposlenost. Nezaposleni imajo višjo stopnjo tveganja za razvoj duševnih težav v primerjavi s posamezniki, ki so zaposleni (16–18), hkrati pa velikokrat odlašajo z iskanjem pomoči ali je sploh ne poiščejo (19). Zaposlitveni status posameznika je vsaj delno povezan z izobrazbenim dosežkom, vsekakor pa se tesno povezuje s socialno-ekonomskim statusom posameznika, ki je tudi napovedni dejavnik zdravstvenih izidov (19). Kar zadeva izobrazbo in socioekonomski status, so avtorji ugotavljali, da se nižja stopnja izobrazbe in nižji socioekonomski status povezujeta z manjšo naklonjenostjo do iskanja pomoči (20, 21). Eden od dejavnikov, ki lahko vplivajo na iskanje pomoči, so pretekle izkušnje s storitvami na področju duševnega zdravja. Avtorji ugotavljajo, da pozitivne pretekle izkušnje s strokovnimi viri pomoči pozitivno vplivajo na stališča do vnovičnega iskanja pomoči (22, 23).

Poleg odločitve, ali posamezniki poiščejo pomoč, je pomemben tudi čas, ki preteče od nastopa prvih simptomov do iskanja pomoči. Odlašanje z iskanjem pomoči namreč zaradi nezdravljenja težave lahko privede do poslabšanja simptomov, kar lahko vodi v zaplet duševne težave ter ima resne in dolgoročne posledice (6). V študijah so ugotovili, da na odlašanje z iskanjem pomoči vpliva več kategorij dejavnikov, in sicer (i) finančni stroški (npr. če je storitev treba plačati; neurejenost zdravstvenega zavarovanja) in nedostopnost ponudnikov storitev na področju duševnega zdravja, (ii) osebna prepričanja (npr. nezavedanje, da je pomoč potrebna; slabša zdravstvena pismenost; dvom o učinkovitosti terapije) in (iii) stigma (24, 25).

Dejavniki, ki vplivajo na iskanje pomoči, predvsem na čas, ki ga posameznik potrebuje, da se odloči za ta korak, so v Sloveniji slabše raziskani. Raziskava, ki jo predstavljamo v tem poglavju, obravnava problematiko iskanja strokovne pomoči zaradi duševnih težav v Sloveniji. Poznavanje, predvsem pa razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na (ne)iskanje pomoči, je ključnega pomena za razvoj ustreznih javnozdravstvenih intervencij in politik, ki so usmerjene v zmanjševanje neenakosti.

Namen raziskave je:

- I. raziskati razlike glede socialno-ekonomskih dejavnikov med osebami, ki so v preteklosti imele duševne stiske, in osebami, ki duševnih stisk v preteklosti niso imele;
- II. raziskati napovedne dejavnike iskanje pomoči med osebami, ki so v preteklosti imele duševne stiske;
- III. raziskati napovedne dejavnike časovne vrzeli²⁶ iskanja strokovne pomoči med osebami, ki so v preteklosti imele duševne težave.

Metode in vzorec

V raziskavi smo uporabili podatke iz nacionalne raziskave o pismenosti o duševnem zdravju v Sloveniji, ki je v okviru projekta Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji potekala od novembra 2021 do januarja 2022. V okviru omenjenega projekta smo uporabili anketni vprašalnik, ki je zajemal standardizirane lestvice (npr. lestvica pismenosti o depresiji, lestvica pismenosti o anksioznosti), pa tudi vprašanja, ki smo jih sami oblikovali in ki se nanašajo na izkušnje z duševnim zdravjem. Dve vprašanji iz vprašalnika smo uporabili tudi v pričujoči študiji, kar opisujemo v nadaljevanju. V verjetnostni vzorec je bilo izbranih 9000 prebivalcev Slovenije, starih med 18 in 64 let, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih. Vzorčni načrt je bil stratificiran enostavni naključni vzorec. Končni vzorec je sestavljalo 2677 oseb, kar pomeni 30,3-odstotno stopnjo odziva. Pri opisnih statistikah vzorca je bil opisan celoten vzorec oseb, v statističnih analizah pa podmnožica oseb z izkušnjo težav v duševnem zdravju ($n = 1202$) oziroma z izkušnjo iskanja strokovne pomoči ($n = 598$). Končne podatke smo pred izvedbo analiz utežili glede na spol, starostne in izobrazbene kategorije ter glede na regijo bivanja (vzhodna ali zahodna kohezijska regija).

Opazovana izida sta bila dva, in sicer (a) iskanje strokovne pomoči zaradi duševnih težav kadar koli v življenju ter (b) časovna vrzel, ki smo jo opredelili kot čas, ki je pretekel od trenutka, ko so se pojavili prvi simptomi duševnih težav, do trenutka, ko je oseba poiskala strokovno pomoč.

Podatke v zvezi z opazovanimi izidi smo pridobili iz dveh vprašanj v anketnem vprašalniku:

- I. Ali ste zaradi težav v duševnem zdravju kadar koli poiskali strokovno pomoč (npr. pri zdravniku, kliničnem psihologu, psihiatru ali psihoterapevtu)?
- II. Koliko časa je preteklo od trenutka, ko so se pojavili prvi simptomi duševnih težav, do trenutka, ko ste poiskali strokovno pomoč?

Odgovor na prvo vprašanje je bil dihotomnega tipa (da, ne), odgovori na drugo vprašanje pa so bili v štirih kategorijah (manj kot 1 mesec; manj kot 6 mesecev; manj kot 1 leto; 1 leto in več). Za omenjene štiri vrzeli v poglavju prikazujemo le opisne značilnosti vzorca in osnovne statistične analize. Zaradi lažje razumljivosti in preglednosti rezultatov smo za namene binarne logistične regresije štiri časovne vrzeli združili v dve, in sicer manj kot eno leto in več kot eno leto.

²⁶ Čas, ki preteče od trenutka, ko so se pojavili prvi simptomi duševnih težav, do trenutka, ko je oseba poiskala strokovno pomoč.

Kot napovedne spremenljivke smo uporabili sociodemografske spremenljivke (spol, starost, regija bivanja, stopnja izobrazbe, zaposlitveni status, samoocena socialno-ekonomskega statusa), zdravstvene spremenljivke (samoocena splošnega zdravstvenega stanja, samoocena duševnega zdravja), pretekle izkušnje s težavami v duševnem zdravju (duševne težave kadar koli v življenju) ter stališča do iskanja strokovne pomoči. Vprašalnik stališč do iskanja strokovne pomoči (ang. Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services, IASMHS (26)) ima 24 postavk, ki jih udeleženci ocenjujejo na petstopenjski Likertovi lestici, na kateri 0 pomeni »se ne strinjam«, 4 pa pomeni »se strinjam«. Postavke se razporejajo v tri faktorje, in sicer psihološka odprtost (pripravljenost za pogovor o duševnih težavah), iskanje pomoči (prepričanje posameznikov, da znajo in zmorejo poiskati strokovno pomoč) ter indiferentnost do stigme (prepričanja posameznikov, kaj bi si pomembni drugi mislili o njih, če bi vedeli, da imajo duševne težave). Trifaktorska struktura vprašalnika je bila psihometrično preverjena tudi na slovenskem vzorcu, kjer so podatki pokazali dobro prileganje (27).

Za obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., ZDA (28)). Za preverjanje razlik med posameznimi spremenljivkami smo uporabili Studentov t-test za neodvisne vzorce, ANOVA pri zveznih spremenljivkah ter χ^2 -kvadrat test. Za preverjanje povezanosti med napovednimi spremenljivkami in opazovanimi izidi smo uporabili binarno logistično regresijo. Za statistično značilno smo šteli vrednost $p \leq 0,05$.

Rezultati

Iz tabele 2.3 je razvidno, da so dobro polovico vzorca sestavljali moški. Povprečna starost udeležencev je bila nekaj več kot 40 let, nekaj več kot polovica udeležencev je prihajala iz vzhodne kohezijske regije. Najmanj udeležencev je imeli visoko ali višjo izobrazbo; kar zadeva zaposlitveni status, jih je bilo največ zaposlenih. Dve tretjini udeležencev se je opredelilo za srednji socialno-ekonomski razred. Nekaj manj kot 40 % udeležencev je že imelo izkušnje s težavami v duševnem zdravju.

Tabela 2.3: Opis vzorca.

		% (N)
Spol	moški	52,3 % (1377)
	ženski	47,7 % (1256)
Starost		42,51 (SD 13,05)
Regija bivanja	vzhod	52,0 % (1369)
	zahod	48,0 % (1264)
Stopnja izobrazbe	nižja poklicna ali manj	52,0 % (1369)
	srednja	34,5 % (909)
	višja ali več	29,3 % (772)
Zaposlitveni status	zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	69,9 % (1828)
	učenec, dijak, študent	8,6 % (224)
	upokojenec	9,4 % (246)
	brezposeln	7,0 % (182)
	drugo	5,2 % (137)
Samoocena socialno-ekonomskega statusa	nizek	25,8 % (677)
	srednji	63,2 % (1655)
	visok	11,0 % (287)
Stališča do iskanja strokovne pomoči	psihološka odprtost	20,99 (SD 6,49)
	iskanje pomoči	23,40 (SD 6,08)
	indiferentnost do stigme	21,38 (SD 7,02)
Pretekle izkušnje s težavami v duševnem zdravju	da	39,0 % (1027)
	ne	61,0 % (1603)

Žensk, ki so kadar koli v preteklosti poiskale strokovno pomoč, je bilo skoraj dvakrat več kot moških. Razlika med spoloma je bila statistično značilna (tabela 2.4). Povprečna starost oseb se ni razlikovala med osebami, ki so kadar koli v preteklosti poiskale pomoč, in osebami, ki pomoči niso iskale. Prav tako je bila v vzorcu enaka razporeditev glede števila oseb, ki so prihajale iz vzhodne ali zahodne kohezijske regije. Statistično značilne razlike med osebami, ki so oziroma niso v preteklosti kadar koli poiskale pomoči, so se pokazale pri izobrazbi, zaposlitvenem statusu, samooceni socialno-ekonomskega statusa ter preteklih izkušenj s težavami v duševnem zdravju. Po pričakovanjih so osebe, ki so v preteklosti imele duševne težave, v primerjavi s tistimi, ki težav v preteklosti niso imele, statistično značilno pogostejše kadar koli v preteklosti poiskale pomoč. Prav tako se je pokazala statistično značilna razlika med posamezniki, ki so kadar koli v preteklosti poiskali pomoč, in med posamezniki, ki pomoči niso poiskali, pri faktorjih psihološke odprtosti in pripravljenosti za iskanje pomoči. Posamezniki, ki so kadar koli v preteklosti že poiskali pomoč, so dosegali statistično značilno višje vrednosti pri faktorju psihološke odprtosti in iskanja pomoči.

Tabela 2.4: Značilnosti vzorca glede na iskanje strokovne pomoči kadar koli v preteklosti.

		Iskanje strokovne pomoči kadar koli v preteklosti; delež (N) oziroma povprečje (SD)		statistika
		da	ne	
Spol	moški	16,9 % (233)	83,1 % (1144)	$\chi^2(1) = 92,002, p < 0,001$
	ženski	33,0 % (415)	67,0 % (841)	
Starost		43,35 (SD 12,84)	42,23 (SD 13,11)	$t(2631) = 1,886, p = 0,059$
Regija bivanja	vzhod	23,2 % (317)	76,8 % (1052)	$\chi^2(1) = 3,254, p = 0,07$
	zahod	26,2 % (331)	73,8 % (933)	
Stopnja izobrazbe	nižja poklicna ali manj	25,8 % (246)	74,2 % (707)	$\chi^2(2) = 10,459, p = 0,005$
	srednja	21,0 % (191)	79,0 % (718)	
	višja ali več	27,5 % (212)	72,5 % (560)	
Zaposlitveni status	zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	21,7 % (397)	78,3 % (1431)	$\chi^2(4) = 44,615, p < 0,001$
	učenec, dijak, študent	24,6 % (55)	75,4 % (169)	
	upokojenec	31,7 % (78)	68,3 % (168)	
	brezposeln	29,7 % (54)	70,3 % (128)	
	drugo	43,8 % (60)	56,2 % (77)	
Samoocena socialno-ekonomskega statusa	nizek	29,5 % (200)	70,5 % (477)	$\chi^2(2) = 13,104, p = 0,001$
	srednji	23,1 % (382)	76,9 % (1273)	
	visok	20,9 % (60)	79,1 % (227)	
Stališča do iskanja strokovne pomoči	psihološka odprtost	22,50 (SD 6,17)	20,50 (SD 6,52)	$t(2542) = 6,708, p < 0,001$
	iskanje pomoči	24,52 (SD 6,02)	23,04 (SD 6,05)	$t(2556) = 5,332, p < 0,001$
	indiferentnost do stigme	21,61 (SD 7,12)	21,30 (SD 6,98)	$t(2555) = 0,976, p = 0,329$
Pretekle izkušnje s težavami v duševnem zdravju	da	58,3 % (599)	41,7 % (428)	$\chi^2(1) = 1029,759, p < 0,001$
	ne	3,1 % (49)	96,9 % (1554)	

V tabeli 2.5 sta prikazana dva modela binarne logistične regresije, v katerih nas je zanimalo, kateri dejavniki napovedujejo iskanje pomoči med osebami, ki so v preteklosti imele težave z duševnim zdravjem. Modela se razlikujeta v tem, da smo poleg socialnih in demografskih spremenljivk v model 2 vključili tudi faktorje iz vprašalnika o stališčih do iskanja pomoči. Kot je razvidno, se je v obeh modelih pokazalo, da so med osebami, ki so kadar koli v preteklosti imele težave z duševnim zdravjem, ženske imele več kot dvakrat višje obete za to, da so poiskale strokovno pomoč. Starost se je pokazala kot statistično značilni napovedni dejavnik iskanja pomoči v prvem modelu (s povečanjem starosti za deset let se je za 20 % povečal tudi obet za iskanje strokovne pomoči), ne pa tudi v drugem. V obeh modelih se je pokazalo, da je bil zaposlitveni status, ki smo ga združili v kategorijo drugo (npr. delo po avtorski pogodbi, nezmožnost za delo), pomembni napovedni dejavnik za iskanje pomoči, saj so bili obeti za iskanje pomoči v tej zaposlitveni kategoriji v primerjavi z zaposlenimi, samozaposlenimi ali

kmetovalci skoraj dvakrat višji. V drugem modelu se je kot pomembni napovedni dejavnik, ki je za dvakrat povečal obete za iskanje pomoči, pokazal tudi upokojski status. V obeh modelih se je kot pomemben napovedni dejavnik pokazala tudi izobrazba, predvsem nižja izobrazba, ki je v modelu 2 za več kot 60 % povečala obete za iskanje pomoči. Višji dosežki pri faktorjih psihološke odprtosti in iskanja pomoči so povečali obete za iskanje pomoči (tabela 2.5).

Tabela 2.5: Razmerje obetov za iskanje strokovne pomoči pri osebah, ki so poročale, da so kadar koli v preteklosti imele težave z duševnim zdravjem.*

	Model 1		Model 2	
	RO (IZ 95 %)	p	RO (IZ 95 %)	p
Spol (ref = moški)	2,34 (1,82–3,02)	0,000	2,21 (1,61–2,80)	0,000
Starost	1,02 (1,01–1,03)	0,003	1,01 (0,99–1,02)	0,245
Visok SES (ref)		0,941		0,389
Nizek SES	1,05 (0,66–1,65)	0,846	1,29 (0,77–2,15)	0,327
Srednji SES	0,99 (0,65–1,52)	0,980	1,04 (0,66–1,66)	0,856
Regija (ref = zahodna)	0,86 (0,67–1,10)	0,227	0,95 (0,73–1,24)	0,714
Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec (ref)		0,111		0,013
Učenec, dijak, študent	0,83 (0,51–1,37)	0,474	0,78 (0,45–1,35)	0,374
Upokojenec	1,29 (0,76–2,20)	0,340	2,01 (1,08–3,76)	0,029
Brezposeln	0,85 (0,54–1,33)	0,471	0,70 (0,41–1,17)	0,171
Drugo (avtorska pogodba, nezmožen za delo ipd.)	1,76 (1,07–2,91)	0,027	1,79 (1,04–3,08)	0,035
Višja izobrazba ali več (ref)		0,000		0,001
Nižja poklicna ali manj	1,33 (0,95–1,86)	0,098	1,61 (1,11–2,36)	0,013
Srednja izobrazba	0,70 (0,52–0,95)	0,023	0,84 (0,60–1,17)	0,307
Psihološka odprtost			1,04 (1,02–1,07)	0,001
Iskanje pomoči			1,10 (1,07–1,12)	0,000
Indiferentnost do stigme			1,00 (0,98–1,02)	0,760

* V analizo so vključene samo osebe, ki so poročale o tem, da so kadar koli v preteklosti imele težave z duševnim zdravjem.

V tabeli 2.6 so prikazane značilnosti vzorca glede na štiri različno dolge časovne vrzeli. Statistično značilne razlike so se pokazale pri vseh vključenih spremenljivkah, razen pri spolu in regiji bivanja. Povprečna starost oseb, ki so pomoč poiskale prej kot v enem mesecu od nastopa prvih simptomov, je bila statistično značilno višja od povprečne starosti oseb, ki so pomoč poiskale pozneje kot v enem mesecu po prvih simptomih. Prav tako so se statistično značilne razlike med posameznimi časovnimi vrzeli pokazale med različnimi stopnjami izobrazbe, zaposlitvenim statusom ter različnim socialno-ekonomskim statusom. Osebe, ki so pomoč poiskale manj kot v enem mesecu po pojavu simptomov, so imele v primerjavi z osebami, ki so pomoč poiskale pozneje, statistično značilno višje dosežke pri faktorju iskanja pomoči in indiferentnosti do stigme (tabela 2.6).

Tabela 2.6: Značilnosti vzorca glede na štiri časovne vrzeli med pojavom simptomov in iskanjem pomoči.**

		Časovna vrzel				Statistika
		< 1 mesec	< 6 mesecev	< 1 leto	≥ 1 leto	
Spol	moški	22,6 % (49)	24,9 % (54)	6,5 % (14)	46,1 % (100)	$\chi^2(3) = 2,107$, p = 0,551
	ženski	24,6 % (99)	25,3 % (102)	8,9 % (36)	41,2 % (166)	
Starost		46,02 (SD 11,41)	42,85 (SD 11,75)	42,14 (SD 15,02)	42,23 (SD 13,65)	F (3) = 3,043, p = 0,028
Regija bivanja	vzhod	24,3 % (73)	21,3 % (64)	9,0 % (27)	45,3 % (136)	$\chi^2(3) = 5,120$, p = 0,163
	zahod	23,5 % (75)	28,8 % (92)	6,9 % (22)	40,8 % (130)	
Stopnja izobrazbe	nižja poklicna ali manj	18,5 % (43)	21,1 % (49)	5,6 % (13)	54,7 % (127)	$\chi^2(6) = 29,027$, p = 0,000
	srednja	26,5 % (48)	21,5 % (39)	9,9 % (18)	42,0 % (76)	
	višja ali več	27,8 % (57)	32,7 % (67)	8,8 % (18)	30,7 % (63)	

		Časovna vrzel				Statistika
		< 1 mesec	< 6 mesecev	< 1 leto	≥ 1 leto	
Zaposlitveni status	zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	26,3 % (99)	28,7 % (108)	6,4 % (24)	38,6 % (145)	$\chi^2(12) = 34,933$, p = 0,000
	učenec, dijak, študent	1,9 % (1)	15,4 % (8)	19,2 % (10)	63,5 % (33)	
	upokojenec	28,0 % (21)	18,7 % (14)	9,3 % (7)	44,0 % (33)	
	brezposeln	24,1 % (13)	18,5 % (10)	9,3 % (5)	48,1 % (26)	
	drugo	23,3 % (14)	25,0 % (15)	6,7 % (4)	45,0 % (27)	
Samoocena socialno-ekonomskega statusa	nizek	19,6 % (37)	21,2 % (40)	6,3 % (12)	52,9 % (100)	$\chi^2(6) = 14,661$, p = 0,023
	srednji	24,9 % (91)	26,8 % (98)	8,8 % (32)	39,5 % (144)	
	visok	32,2 % (19)	28,8 % (17)	10,2 % (6)	28,8 % (17)	
Stališča do iskanja strokovne pomoči	psihološka odprtost	22,57 (SD 6,20)	23,55 (SD 6,38)	22,60 (SD 6,80)	22,06 (SD 5,83)	F (3) = 1,839, p = 0,139
	iskanje pomoči	26,00 (SD 5,40)	25,50 (SD 5,06)	24,47 (SD 5,49)	23,63 (SD 6,43)	F (3) = 6,335, p = 0,000
	indiferentnost do stigme	22,82 (SD 6,41)	22,33 (SD 7,49)	21,20 (SD 8,39)	20,89 (SD 7,07)	F (3) = 2,731, p = 0,043

** V analizo so vključene samo osebe, ki so poročale o duševnih težavah v preteklosti in tudi o tem, da so kadar koli v preteklosti poiskale strokovno pomoč.

V tabeli 2.7 so prikazane značilnosti vzorca glede na dve časovni vrzeli, in sicer manj kot eno leto in več kot eno leto. Rezultati so podobni kot pri analizi štirih časovnih vrzeli (tabela 2.6), razen starosti. Med osebami, ki so pomoč poiskale prej kot v enem letu po nastopu simptomov, in osebami, ki so pomoč poiskale pozneje kot v enem letu, ni bilo statistično značilnih razlik v starosti. Statistično značilne razlike med časovnima vrzelma so se pokazale med različnimi stopnjami izobrazbe, zaposlitvenim statusom ter različnim socioekonomskim statusom. Osebe, ki so pomoč poiskale manj kot v enem letu po pojavu simptomov, so imele v primerjavi z osebami, ki so pomoč poiskale pozneje, statistično značilno višje dosežke pri faktorju iskanja pomoči in indiferentnosti do stigme (tabela 2.7).

Tabela 2.7: Značilnosti vzorca glede na dve časovni vrzeli med pojavom simptomov in iskanjem pomoči. ***

		< 1 leto	≥ 1 leto	Statistika
Spol	moški	53,9 % (117)	46,1 % (100)	$\chi^2(1) = 1,378$, p = 0,269
	ženski	58,8 % (237)	41,2 % (166)	
Starost		44,08 (SD 12,20)	42,23 (SD 13,65)	t (534,904) = 1,745, p = 0,077
Regija bivanja	vzhod	54,8 % (165)	45,2 % (136)	$\chi^2(1) = 1,241$, p = 0,291
	zahod	59,2 % (189)	40,8 % (130)	
Stopnja izobrazbe	nižja poklicna ali manj	45,5 % (106)	54,5 % (127)	$\chi^2(2) = 25,301$, p = 0,000
	srednja	58,2 % (106)	41,8 % (76)	
	višja ali več	69,3 % (142)	30,7 % (63)	
Zaposlitveni status	zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	61,3 % (230)	38,7 % (145)	$\chi^2(4) = 12,600$, p = 0,013
	učenec, dijak, študent	36,5 % (19)	63,5 % (33)	
	upokojenec	55,4 % (41)	44,6 % (33)	
	brezposeln	51,9 % (28)	48,1 % (26)	
	drugo	54,2 % (32)	45,8 % (27)	
Samoocena socialno-ekonomskega statusa	nizek	47,4 % (90)	52,6 % (100)	$\chi^2(2) = 13,999$, p = 0,001
	srednji	60,7 % (222)	39,3 % (144)	
	visok	71,2 % (42)	28,8 % (17)	
Stališča do iskanja strokovne pomoči	psihološka odprtost	23,01 (SD 6,37)	22,06 (SD 5,83)	t (587) = 1,836, p = 0,067
	iskanje pomoči	25,56 (SD 5,28)	23,63 (SD 6,43)	t (484,041) = 3,930, p = 0,000
	indiferentnost do stigme	22,37 (SD 7,19)	20,89 (SD 7,07)	t (599) = 2,518, p = 0,012

*** V analizo so vključene samo osebe, ki so poročale o duševnih težavah v preteklosti in tudi o tem, da so kadarkoli v preteklosti poiskale strokovno pomoč.

V tabeli 2.8 sta prikazana dva modela binarne logistične regresije, v katerih nas je zanimalo, kateri dejavniki napovedujejo krajšo časovno vrzel iskanja pomoči. Modela se razlikujeta v tem, da smo poleg sociodemografskih spremenljivk v model 2 vključili tudi faktorje iz vprašalnika o stališčih do iskanja pomoči. Kot je razvidno, so se v obeh modelih pokazale statistično značilne razlike v obetih za časovno vrzel, vezane na socioekonomski status in poklicno izobrazbo. Osebe z nizkim socioekonomskim statusom imajo v primerjavi z osebami z visokim socioekonomskim statusom približno dvainpolkrat večje obete, da pomoč poiščejo šele po enem letu po nastopu prvih simptomov. Statistično značilno višje obete za pozno iskanje pomoči (po enem letu) imajo v primerjavi z višje izobraženimi tudi osebe z nižjo poklicno izobrazbo. Predvsem se je to pokazalo v prvem modelu (več kot dvakrat višji obeti za poznejše iskanje pomoči), medtem ko so ob upoštevanju stališč, ki vplivajo na iskanje pomoči (model 2), so ti obeti nekoliko nižji (tabela 2.8).

Tabela 2.8: Razmerje obetov za časovno vrzel več kot eno leto. ****

	Model 1		Model 2	
	RO (IZ 95 %)	p	RO (IZ 95 %)	p
Spol (ref = moški)	0,868 (0,61–1,12)	0,441	0,970 (0,66–1,42)	0,876
Starost	0,982 (0,96–1,00)	0,056	0,984 (0,97–1,00)	0,104
Visok SES (ref)		0,013		0,029
Nizek SES	2,454 (1,27–4,75)	0,008	2,648 (1,27–5,50)	0,009
Srednji SES	1,610 (0,86–3,02)	0,138	1,960 (0,98–3,91)	0,056
Regija (ref = zahodna)	1,190 (0,85–1,67)	0,316	1,268 (0,89–1,81)	0,193
Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec (ref)		0,527		0,378
Učenec, dijak, študent	1,810 (0,86–3,83)	0,120	1,356 (0,61–3,01)	0,453
Upokojenec	1,221 (0,65–2,29)	0,533	1,587 (0,82–3,07)	0,169
Brezposeln	1,074 (0,59–1,97)	0,818	0,720 (0,35–1,48)	0,371
Drugo (avtorska pogodba, nezmožen za delo ipd.)	1,011 (0,56–1,82)	0,972	1,130 (0,61–2,08)	0,695
Višja izobrazba ali več (ref)		0,002		0,074
Nižja poklicna ali manj	2,270 (1,44–3,57)	0,000	1,752 (1,07–2,86)	0,025
Srednja izobrazba	1,464 (0,94–2,28)	0,092	1,474 (0,93–2,35)	0,102
Psihološka odprtost			0,987 (0,96–1,01)	0,335
Iskanje pomoči			0,975 (0,94–1,01)	0,116
Indiferentnost do stigme			1,006 (0,97–1,04)	0,717

**** Obeti za čas do iskanja strokovne pomoči v primeru duševnih stisk več kot 1 leto v primerjavi z obeti za iskanje strokovne pomoči v manj kot 1 letu od pojavov simptomov; v analizo so vključene samo osebe, ki so poročale o duševnih težavah v preteklosti in tudi o tem, da so kadar koli v preteklosti poiskale strokovno pomoč.

Razprava

V pričujoči raziskavi nas je zanimalo, ali obstajajo razlike glede socioekonomskih dejavnikov med osebami, ki so v preteklosti imele duševne stiske, in osebami, ki duševnih stisk v preteklosti niso imele. Predvsem pa nas je zanimalo, kateri dejavniki napovedujejo iskanje pomoči med osebami, ki so v preteklosti imele duševne stiske, in kateri dejavniki napovedujejo časovno vrzel iskanja pomoči.

Opazovali smo povezanost posameznih spremenljivk z iskanjem strokovne pomoči (tabela 2.4). Ugotovili smo, da je bilo žensk, ki so poročale o doživljanju duševnih stisk kadar koli v preteklosti in so poiskale strokovno pomoč, skoraj dvakrat več kot moških. To se ujema z ugotovitvami drugih avtorjev (13), da so moški manj pripravljeni iskati pomoč in jo tudi manjkrat poiščejo, kar naj bi bilo povezano z družbenimi vlogami in socialnimi predstavami o moški. Ena od razlag, zakaj moški redkeje kot ženske poiščejo pomoč, je lahko tudi ta, da imajo moški nižjo stopnjo pismenosti o duševnem zdravju (29), pa tudi to, da imajo moški do iskanja pomoči bolj stigmatizirajoča stališča v primerjavi z ženskami (27). Stališča do iskanja strokovne pomoči se v naši raziskavi niso izkazala kot dejavnik, ki bi bistveno spremenil razmerje obetov

za iskanje strokovne pomoči pri moških in ženskah. Tudi naše pričakovane ugotovitve glede tega, da so osebe, ki so v preteklosti imele duševne težave, v primerjavi s tistimi, ki težav v preteklosti niso imele, v preteklosti pogostejše poiskale pomoč, se skladajo z ugotovitvami drugih avtorjev (22). Avtorji navajajo, da imajo lahko pozitivne pretekle izkušnje z iskanjem pomoči pozitiven vpliv na iskanje pomoči v prihodnosti (23). V naši raziskavi se je to odražalo v razlikah v stališčih do iskanja pomoči, saj so posamezniki, ki so imeli izkušnjo z iskanjem pomoči, izkazovali večjo psihološko odprtost in pripravljenost za iskanje pomoči v primerjavi s posamezniki, ki pomoči v preteklosti niso iskali. Tudi glede izobrazbe in socioekonomskega statusa smo podobno kot drugi avtorji (16, 17) ugotovili razlike glede iskanja pomoči. Zato bi bilo smiselno razmisliti o uvedbi programov pismenosti o duševnem zdravju, ki bi bili širše dostopni, predvsem pa dostopni ranljivejšim skupinam.

Zanimive so ugotovitve, ki smo jih dobili glede napovednih dejavnikov iskanja pomoči, ki jih interpretiramo glede na model binarne logistične regresije (tabela 2.5). Poleg ženskega spola se je kot pomemben napovedni dejavnik iskanja pomoči pokazala tudi višja starost, kar se sklada z ugotovitvami drugih avtorjev, da so starejše osebe bolj naklonjene iskanju pomoči (14, 15, 30). Zanimivo je, da se starost ni pokazala kot pomemben napovedni dejavnik iskanja pomoči, ko smo upoštevali tudi vpliv stališč do iskanja pomoči. Ta ugotovitev je pričakovana. Starejše osebe namreč v primerjavi z mlajšimi izkazujejo nižjo stopnjo stigme (27, 30), ki je eden glavnih zaviralnih dejavnikov iskanja pomoči. Po drugi strani pa se je upokojski status ob kontroliranju za stališča izkazal kot pomemben napovednik večje verjetnosti iskanja pomoči. Ob tem se zastavlja vprašanje, ali obstajajo še drugi dejavniki, povezani z upokojitvijo, ki vplivajo na iskanje pomoči, pa jih v naši raziskavi nismo zajeli. Raziskovalci med mogoče razloge za pogostejše iskanje pomoči pri starejših oziroma upokojenih posameznikih navajajo dejstvo, da se s staranjem razvijejo učinkovitejše strategije za premagovanje ovir do iskanja strokovne pomoči. Poleg tega poudarjajo, da ima v pokoju posameznik na razpolago več časa v odnosu do števila obveznosti, kot ga je imel za časa redne zaposlitve (31). Ker smo v vprašalniku kot vir strokovne pomoči opredelili tudi splošnega zdravnika, je morda razlog v pogostejšem poročanju o iskanju pomoči pri upokojenih njihova večja naklonjenost poiskati pomoč pri osebnem zdravniku (14). Raziskovalci poročajo tudi o pozitivni povezanosti socialne podpore oziroma spodbude k iskanju strokovne pomoči, ki jo starejši prejmejo iz svojega socialnega kroga, in večji nameri iskanja strokovne pomoči (32). Čeprav se navadno pričakuje, da se socialna participacija z upokojitvijo zmanjša, raziskave kažejo, da se neformalna socialna participacija (npr. druženje s prijatelji in družino) lahko ohrani ali celo poveča (33). To bi lahko pojasnilo, zakaj se je upokožitev v naši analizi izkazala kot pomemben napovednik iskanja pomoči, tudi ob upoštevanju stališč do iskanja pomoči. V prihodnjih raziskavah bi bilo zato smiselno podrobneje proučiti vlogo socialne podpore in participacije pri odločitvi za iskanje strokovne pomoči, zlasti pri upokojenih. Dodatno je pomembno poudariti široko opredelitev doživljanja duševnih težav v preteklosti, ki smo jo uporabili v raziskavi. Vprašanje namreč ne razločuje med različnimi duševnimi težavami niti ne razločuje med različno težavnostjo stisk oziroma omejitvami v vsakodnevnem funkcioniranju, ki jih je povzročala duševna težava. Raziskave kažejo, da je ravno med upokojenimi in tistimi, ki so invalidsko upokojeni ali opravljajo druge (neredne) oblike dela, pogostejše poročanje o invalidnosti (34). Ob upoštevanju stališč do iskanja pomoči se je kot pomemben napovedni dejavnik pokazala tudi nižja izobrazba, ki je povečala obete za iskanje pomoči. Čeprav je ta ugotovitev nekoliko nepričakovana, je v ozadju lahko razlaga, ki se navezuje na strategije spoprijemanja s težavami. Po ugotovitvah drugih avtorjev (35) imajo namreč osebe z nižjo izobrazbo slabše strategije spoprijemanja, kar lahko vpliva na občutek, da potrebujejo pomoč. Vsekakor pa je spodbudno, da se osebe odločijo poiskati pomoč. Mogoče je tudi, da je višji obet za iskanje pomoči pri nižje izobraženih povezan s tem, da so nižje izobraženi bolj ranljiva skupina, pri katerih so duševne stiske težje (36). Osebe, ki doživljajo duševne stiske, ki močno ovirajo njihovo vsakodnevno

funkcioniranje, se pogostejše in hitreje odločijo za iskanje strokovne pomoči (37). V naši raziskavi nismo preverjali težavnosti duševnih stisk oziroma vrste duševne motnje, o katerih so udeleženci poročali. Toda če predpostavljamo, da je porazdelitev težjih duševnih stisk glede na raven izobrazbe v našem vzorcu podobna kot v tujih raziskavah, potem bi to lahko pojasnilo pogostejše iskanje strokovne pomoči pri osebah z nižjo izobrazbo.

Glede časovne vrzeli so zanimive naše ugotovitve, da so bile osebe, ki so pomoč poiskale manj kot en mesec po pojavu prvih simptomov, v primerjavi z osebami, ki so pomoč poiskale pozneje, v poprečju starejše (tabela 2.6). To se spet lahko povezuje z nižjo stopnjo stigme (27, 30). Prav tako so se razlike glede časovne vrzeli (manj oziroma več kot eno leto) pokazale tudi med skupinami oseb z različno izobrazbo, zaposlitvenim in različnim socialno-ekonomskim statusom. Zadnje je lahko povezano z različnimi dejavniki, od stigme do pismenosti na področju duševnega zdravja.

Dejavnika, ki sta napovedovala časovno vrzel več kot eno leto od pojava prvih simptomov do iskanja pomoči, sta nižji socialno-ekonomski status in nižja izobrazba (tabela 2.7). To se sklada z ugotovitvami drugih avtorjev (19) in je lahko povezano s številnimi dejavniki. Posamezniki z nižjo izobrazbo in slabšim socioekonomskim statusom, predvsem pa posamezniki, ki so nezaposleni, lahko odlašajo z iskanjem pomoči zaradi nižje pismenosti na področju duševnega zdravja, zaradi strahu pred stigmatizacijo in diskriminacijo ali zaradi strukturnih ovir (pomoč ni na voljo) (19). Mogoče je tudi, da si posamezniki z nižjo izobrazbo in slabšim socialno-ekonomskim statusom ne morejo privoščiti bolniškega dopusta in morebitnih tveganj v zvezi z zaposlitvijo, ki bi nastopila zaradi diagnoze duševne bolezni (odpoved, zmanjšan obseg dela, kar bi pomenilo manjši prihodek, itd.). Rezultati so še posebej zanimivi in pomembni, če povežemo naši ugotovitvi, da imajo osebe z nižjo izobrazbo, ki poročajo o duševnih težavah, hkrati najvišje obete za iskanje pomoči in tudi najvišje obete za najdaljšo časovno vrzel (več kot eno leto). V prihodnje bi bilo smiselno podrobneje raziskati, kateri dejavniki so v ozadju.

Naša raziskava je ponudila pomemben vpogled v nekatere neenakosti na področju duševnega zdravja oziroma iskanja pomoči, je pa ob tem pomembno opozoriti na nekatere okoliščine, ki so lahko vplivale na rezultate. Glede na to, da je zbiranje podatkov potekalo v času pandemije covid-19, je rezultate treba interpretirati previdno. Kot poročajo nekateri avtorji, je namreč med pandemijo prišlo do večje časovne vrzeli v iskanju pomoči kot sicer (38), kar je lahko tudi v našem primeru vplivalo na rezultate. Čeprav smo zajeli le krajši časovni interval v času pandemije in čeprav se je vprašanje nanašalo na katero koli obdobje v življenju, nimamo podatkov o tem, ali se izkušnje s težavami v duševnem zdravju, predvsem pa iskanju pomoči, nanašajo na daljši časovni interval ali na obdobje med pandemijo covid-19. Prav tako velja poudariti, da so vsi analizirani podatki samoporočani in da je tudi pri sodelovanju v anketnih raziskavah prisoten vpliv različnih pristranosti, od pristranosti spomina, kjer lahko posamezniki netočno priključijo pretekle dogodke ali izkušnje, do pristranosti socialne zaželenosti, kjer lahko posamezniki svoje odgovore prilagodijo tako, da se prikažejo v boljši luči, ali pa zaradi stigme, povezane z duševnimi težavami, morda ne razkrijejo vseh informacij (39).

Zaključek

Pričujoča raziskava je ponudila nekaj ugotovitev, ki imajo pomembne implikacije za javno duševno zdravje populacije in ki lahko predstavljajo izhodišče za ukrepanje v smeri zmanjševanja neenakosti na področju duševnega zdravja.

Glavne ugotovitve, ki jih velja posebej omeniti, so, da (i) so moški so v primerjavi z ženskami manj naklonjeni iskanju pomoči, jo manjkrat poiščejo in imajo do samega iskanja pomoči bolj stigmatizirajoča stališča, (ii) da je starost pomembno povezana z iskanjem pomoči in s ča-

sovno vrzeljo iskanja pomoči ter (iii) da sta nižja izobrazba in nižji socialno-ekonomski status najpomembnejša napovedna dejavnika časovne vrzeli, daljše od enega leta.

Glavne ugotovitve nakazujejo mogoče ukrepe na področju zmanjševanja neenakosti. Smiselno bi bilo razmisliti o oblikovanju in izvajanju programov za destigmatizacijo, ki bi ciljano nagovarjali moške in v katerih bi bil poudarek na detabuizaciji iskanja pomoči pri moških (predvsem v povezavi s spolno specifičnimi družbenimi vlogami oziroma pričakovanji). Glede na to, da je eden od vzrokov za slabše iskanje pomoči med moškimi lahko nižja pismenost na področju duševnega zdravja, bi bile smiselne tudi okrepljene aktivnosti za dvig pismenosti na področju duševnega zdravja med moškimi. Kar zadeva povezanost med starostjo in iskanjem pomoči, bi se v prihodnje bilo smiselno usmerjati v poglobljeno raziskovanje dejavnikov, ki zaviralno vplivajo na iskanje pomoči med mladimi, pa tudi v oblikovanje in izvajanje programov za destigmatizacijo in iskanje pomoči, ki bi ciljano nagovarjali mlade. Poseben poudarek bi bilo treba nameniti aktivnostim, ki bi zmanjšale časovno vrzel iskanja pomoči, predvsem med skupinami z nižjim socialno-ekonomskim statusom in nižjo izobrazbo. Predhodno bi se bilo smiselno usmeriti v poglobljeno raziskovanje dejavnikov, ki vplivajo na iskanje pomoči med osebami z nižjo izobrazbo in nižjim socialno-ekonomskim statusom in vplivajo na časovno vrzel. Ne nazadnje bi na zmanjšanje neenakosti lahko vplivale tudi okrepljene aktivnosti za dvig pismenosti na področju duševnega zdravja med osebami z nižjo izobrazbo in nižjim socialno-ekonomskim statusom.

Literatura

1. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022 Feb 1;9(2):137–150. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
2. Svetovna zdravstvena organizacija. Mental disorders [Internet]. [citirano 2024 Jul 22]. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. Svetovna zdravstvena organizacija. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief, 2 March 2022 [Internet]. 2022 [citirano 2024 Jul 22]. Dostopno na: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022
4. Wainberg M.L., Scorza P., Shultz J.M., Helpman L., Mootz J.J., Johnson K.A., idr. Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Maj;19(5):1–10. doi: 10.1007/s11920-017-0780-z.
5. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581–90. doi: 10.1001/jama.291.21.2581.
6. Champion J., Bhui K., Bhugra D. European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *Eur Psychiatry*. 2012 Feb;27(2):68–80. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.10.004.
7. Magaard J.L., Löwe B., Brütt A.L., Kohlmann S. Illness beliefs about depression among patients seeking depression care and patients seeking cardiac care: an exploratory analysis using a mixed method design. *BMC Psychiatry*. 2018 Nov 15;18(1):366. doi: 10.1186/s12888-018-1936-z.
8. Yousaf O., Grunfeld E.A., Hunter M.S. A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychol Rev*. 2015 Jan 1;9(2):264–76. doi: 10.1080/17437199.2013.840954.
9. Novak L.A., LaCroix J.M., Perera K.U., Stivers M., Schvey N.A., Goodie J.L., idr. Help seeking among psychiatrically hospitalized military personnel at risk for suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2023;53(1):75–88. doi: 10.1111/sltb.12923.
10. Andrade L.H., Alonso J., Mneimneh Z., Wells J.E., Al-Hamzawi A., Borges G., idr. Barriers to Mental Health Treatment: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychol Med*. 2014 Apr;44(6):1303–17. doi: 10.1017/S0033291713001943.

11. Reynders A., Kerkhof A.J.F.M., Molenberghs G., Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014 Feb;49(2):231–9. doi: 10.1007/s00127-013-0745-4.
12. Molla S. Help-seeking behavior, belief in counseling service effectiveness and academic self-concept of college students. *Cogent Education.* 2022;9(1):2142458. doi: <https://doi.org/10.1080/2331186X.2022.2142458>
13. Nam S.K., Chu H.J., Lee M.K., Lee J.H., Kim N., Lee S.M. A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *J Am Coll health.* 2010;59(2):110–6. doi: 10.1080/07448481.2010.483714.
14. Mackenzie C.S., Gekoski W.L., Knox V.J. Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Health.* 2006 Nov;10(6):574–82. doi: 10.1080/13607860600641200.
15. Holvast F., Verhaak P.F., Dekker J.H., de Waal M.W., van Marwijk H.W., Penninx B.W., idr. Determinants of receiving mental health care for depression in older adults. *J Affect Disord.* 2012;143(1–3):69–74. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.029.
16. Olesen S.C., Butterworth P., Leach L.S., Kelaher M., Pirkis J. Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. *BMC psychiatry.* 2013;13:1–9. doi: 10.1186/1471-244X-13-144.
17. Baumeister H., Härter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42:537–46. doi: 10.1007/s00127-007-0204-1.
18. Honkonen T., Virtanen M., Ahola K., Kivimäki M., Pirkola S., Isometsä E., idr. Employment status, mental disorders and service use in the working age population. *Scand J Work, Environ Health.* 2007;29–36. doi: 10.5271/sjweh.1061.
19. Staiger T., Waldmann T., Rüschi N., Krumm S. Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:1–9. doi: 10.1186/s12913-017-1997-6.
20. Shi J., Dai Y. Promoting favorable attitudes toward seeking counseling among people with depressive symptomatology: A masspersonal communication approach. *Health Comm.* 2022;37(2):242–54. doi: 10.1080/10410236.2020.1834209.
21. Ibrahim N., Amit N., Shahar S., Wee L.H., Ismail R., Khairuddin R., idr. Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC Public Health.* 2019 Jun 13;19(Suppl 4):544.
22. ten Have M., de Graaf R., Ormel J., Vilagut G., Kovess V., Alonso J., idr. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiat Epidemiol.* 2010 Feb 1;45(2):153–63. doi: 10.1007/s00127-009-0050-4.
23. Hatchett G.T. Additional validation of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Psychol Rep.* 2006;98(1):279–84. doi: 10.2466/pr0.98.1.279-284.
24. Rowan K., McAlpine D.D., Blewett L.A. Access and cost barriers to mental health care, by insurance status, 1999–2010. *Health Aff.* 2013;32(10):1723–30. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0133.
25. Prins M., Meadows G., Bobevski I., Graham A., Verhaak P., van der Meer K., idr. Perceived need for mental health care and barriers to care in the Netherlands and Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:1033–44. doi: 10.1007/s00127-010-0266-3.
26. Mackenzie C.S., Knox V.J., Gekoski W.L., Macaulay H.L. Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Services. *J Appl Soc Psychol.* 2004;34:2410–2435. doi:10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x.
27. Roskar S., Bracic M.F., Kolar U., Lekic K., Juricic N.K., Grum A.T., idr. Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *Int J Soc Psychiatry.* 2017 Nov;63(7):614–21. doi: 10.1177/0020764017724819.
28. SPSS. IBM statistical package for social services (Version 25). Seattle, WA: IBM. 2018.
29. Women and men in Sweden: facts and figures. 2020. Örebro: Statistics Sweden, Population and Economic Welfare; 2020. 112 p.

30. Mackenzie C.S., Visperas A., Ogrodniczuk J.S., Oliffe J.L., Nurmi M.A. Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. *Stigma Health*. 2019;4(2):233–41. doi: <https://doi.org/10.1037/sah0000138>.
31. Elshaikh U., Sheik R., Saeed R.K.M., Chivese T., Alsayed Hassan D. Barriers and facilitators of older adults for professional mental health help-seeking: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2023 Aug 25;23(1):516.
32. Bretherton S.J. The Influence of Social Support, Help-Seeking Attitudes and Help-Seeking Intentions on Older Australians' use of Mental Health Services for Depression and Anxiety Symptoms. *Int J Aging Hum Dev*. 2022 Okt 1;95(3):308–25. doi: 10.1177/00914150211050882.
33. Lancee B., Radl J. Social Connectedness and the Transition From Work to Retirement. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012 Jul 1;67(4):481–90. doi: 10.1093/geronb/gbs049.
34. Antunes A., Frasilho D., Azeredo-Lopes S., Silva M., Cardoso G., Caldas-de-Almeida J.M. The effect of socio-economic position in the experience of disability among people with mental disorders: findings from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *Int J Equity Health*. 2018 Aug 7;17(1):113. doi: 10.1186/s12939-018-0821-1.
35. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S., et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
36. Chevalier A., Feinstein L. Sheepskin or Prozac: The Causal Effect of Education on Mental Health [Internet]. 2006 [citirano 2024 Aug 23]. Dostupno na: <https://papers.ssrn.com/abstract=923530>
37. Doll C.M., Michel C., Rosen M., Osman N., Schimmelmann B.G., Schultze-Lutter F. Predictors of help-seeking behaviour in people with mental health problems: a 3-year prospective community study. *BMC Psychiatry*. 2021 Sep 3;21(1):432. doi: 10.1186/s12888-021-03435-4.
38. Yonemoto N., Kawashima Y. Help-seeking behaviors for mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Affect Disord*. 2023 Feb 15;323:85–100. doi: 10.1016/j.jad.2022.11.043.
39. Kessler R.C., Wittchen H.U., Abelson J., Zhao S. Methodological Issues in Assessing Psychiatric Disorders With Self-Reports. V: Stone A.A., Bachrach C.A., Jobe J.B., Kurtzman H.S., Cain V.S., et al. *The Science of Self-report: Implications for Research and Practice*. Mahwah: Psychology Press; 1999.

2.3. Pristop k zmanjševanju neenakosti v dostopnosti storitev državnega programa ZORA v času pandemije covid-19

Avtorji: Urška Ivanuš,¹ Tine Jerman,¹ Mojca Florjančič,¹ Urška Košir,¹ Ada Hočevar Grom², Darja Lavtar², Maruša Rehberger²

¹ Državni program in register ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana

² Nacionalni inštitut za javno zdravje

Uvod

Organizirani populacijski presejalni programi za raka materničnega vratu (RMV) so že desetletja ključni za obvladovanje bremena RMV. V presejalnih programih za RMV odkrivamo in zdravimo predrakave in zgodnje rakave spremembe, ki ženskam ne povzročajo težav, zato ne vedo, da so bolne. Zdravljenje predrakavih sprememb materničnega vratu pri večini žensk prepreči, da bi zbolele z rakom, zato se v državah z učinkovitimi presejalnimi programi pojavnost RMV zmanjšuje. Zdravljenje zgodnjih stadijev RMV je pomembno uspešnejše in manj invazivno kot zdravljenje napredovalih stadijev, zato je prognoza boljša, kakovost življenja ženske med zdravljenjem in po zdravljenju pa večja. Organizirano populacijsko presejanje za RMV s citološkim pregledom brisa materničnega vratu (BMV) lahko zmanjša incidenco RMV za 70 % in umrljivost do 90 % (1, 2). V učinkovitih presejalnih programih, ki dosegajo želen učinek na populacijski ravni, mora biti zagotovljena pregledanost vsaj 70 % ciljne populacije, kakovost storitev na vseh ravneh (od presejanja, dodatne diagnostike do zdravljenja in spremljanja po zdravljenju) mora biti vrhunska in program mora delovati tako, da so neenakosti v pregledanosti ter pravočasnem odkrivanju in zdravljenju sprememb čim manjše.

Med pandemijo covid-19 so se presejalni programi in druge preventivne storitve v večini držav zaustavili ali prilagodili, da bi lahko države zagotovile zadostne kapacitete v zdravstvu za življenjsko ogrožajoče in druge nujne zdravstvene storitve zaradi spremenjenih potreb prebivalstva in razpoložljivosti zdravstvenega kadra v času pandemije. Zaradi zmanjšanja pregledanosti ciljne populacije in posledično manjšega odkrivanja predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb materničnega vratu bi prekinitev v državah z dobro uveljavljenimi in učinkovitimi presejalnimi programi za RMV lahko privedle do povečanja pojavnosti RMV ter odkrivanje raka v napredovalih stadijih, kar bi se na populacijski ravni lahko izrazilo kot povečanje incidence in umrljivosti zaradi tega raka.

V Sloveniji smo organizirano populacijsko presejanje za RMV uvedli leta 2003, v okviru državnega programa zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu (ZORA), ki ga koordinira Onkološki inštitut Ljubljana. Program je bil dobro sprejet, triletna pregledanost v času pred pandemijo je bila okrog 72 %, na leto smo odkrili okrog 1600 predrakavih sprememb visoke stopnje, ki so potrebovale zdravljenje (3). Po uvedbi programa ZORA se je incidenca RMV v Sloveniji pomembno zmanjšala. V zadnjih letih zbolijo okrog 110 in umrejo okrog 40 žensk na leto (4). S starostno standardizirano incidenčno stopnjo (svetovni standard) RMV okrog 7/100.000 žensk in umrljivostjo okrog 2/100.000 žensk se Slovenija zaradi učinkovitega organiziranega populacijskega presejalnega programa ZORA zadnja leta že uvršča med države z najmanjšim bremenom RMV na svetu in v Evropi ter se spogleduje z odpravo tega raka.

V Sloveniji so bili zaradi pandemije covid-19 vsi trije presejalni programi za raka (ZORA, DORA, Svit) med 11. marcem in 9. majem 2020 ustavljeni. V tem času se nista izvajala presejanje v programu ZORA in obravnava žensk s presejalnimi spremembami nizke stopnje, nadaljevala pa se je obravnava simptomatskih žensk in žensk s spremembami visoke stopnje. Upravitelj programa ZORA smo z namenom čim prej znove zaznave sprememb v obsegu in

kakovosti dela izvajalcev programov uvedli tedensko spremljanje izbranih kazalnikov, med drugim triletno pregledanost žensk in odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu. Natančno spremljanje podatkov registra ZORA je pokazalo, da se je kmalu po zaustavitvi presejanja triletna pregledanost ciljne populacije žensk, starih od 20 do 64 let, prvič po uvedbi presejalnega programa ZORA leta 2003 zmanjšala pod ciljno vrednost 70 % (5). Čeprav se je triletna pregledanost zaradi povečanega dela ginekoloških timov in dobre udeležbe žensk v programu ZORA po ponovnem odprtju presejalnih programov v Sloveniji do 30. septembra 2020 že povečala na 70,6 %, je bilo skrb vzbujajoče, da so imele ženske, stare od 30 do 39 let, v registru ZORA največji primanjkljaj presejalnih pregledov, saj v tej starostni skupini odkrijemo več kot tretjino vseh novih primerov predrakavih sprememb visoke stopnje, ki zahtevajo zdravljenje (6). To je glede na naravni potek bolezni pričakovano, saj je vrh RMV v nepresejani populaciji v starosti med 40 in 50 leti, od prvih sprememb do razvoja RMV pa mine v povprečju okrog 12 let (7). Dodatne analize podatkov registra ZORA so pokazale tudi 19-odstotni primanjkljaj na novo diagnosticiranih visokih predrakavih sprememb v starosti 30–39 let v primerjavi s povprečjem prejšnjih let, medtem ko je bilo število v drugih starostnih skupinah primerljivo. To je nosilca programa ZORA spodbudilo, da se je povezal z odgovornimi za raziskavo o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA); v sodelovanju je bilo v 19. izvedbi raziskave, ki je potekala od 7. do 10. decembra 2021, vključenih deset vprašanj, povezanih s programom ZORA. Naš glavni cilj je bil razumeti, kako ženske ocenjujejo dostopnost storitev v ginekoloških ambulantah (presejalnih, z napotnico in ob simptomih) ter spremembe v zaščitnih vedenjih v času pandemije, povezanih z vabljenjem in naročanjem na presejalne preglede, ki bi lahko negativno vplivale na zgodnjo diagnozo ter zdravljenje predrakavih sprememb in RMV. Naš dodatni cilj je bil raziskati, katere ovire otežujejo dostop do pregleda pri ginekologu ter ali ženske med pandemijo težje najdejo čas za pregled pri ginekologu, in če je tako, zakaj.

Metode in vzorec

Opis ciljne populacije in poti žensk skozi program ZORA

Ciljna skupina programa ZORA so ženske, stare od 20 do 64 let, ki imajo v Centralnem registru prebivalstva enotno matično številko občana (EMŠO) in stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji. Presejalni pregledi ZORA so za žensko brezplačni, če ima urejeno zdravstveno zavarovanje. Pregled opravi izbrani osebni ginekolog, ki ženski med običajnim ginekološkim pregledom odvzame BMV, ki ga pošlje v citopatološki laboratorij. Okrog 95 % žensk ima izvid preventivnega brisa negativen; naslednji preventivni pregled se priporoča čez tri leta. Pri okrog 5 % žensk je izvid patološki, kar pa še ne pomeni, da ima ženska predrakave ali rakave spremembe materničnega vratu, vendar potrebuje dodatno obravnavo. Ženska za pregled ne potrebuje posebnega vabila – lahko se naroči sama, na tri leta. Če tega ne stori, jo na pregled povabi njen ginekolog. Če v registru ZORA štiri leta ne registrirajo izvida BMV, ženska prejme centralno vabilo in po potrebi opomnik s sedeža programa. Centralnemu vabilu sta priložena informativna knjižica ZORA in seznam ginekologov v regiji prebivališča ženske s telefonskimi številkami in e-naslovi ginekoloških ambulant, termini za naročanje in informacijo o tem, ali je ginekologa še mogoče izbrati za osebne ginekologa. Ženske s prebivališčem v dvojezičnih občinah prejmejo tudi knjižico ZORA v italijanskem ali madžarskem jeziku. Sezname ginekologov so na sedežu programa ZORA redno posodabljali s telefonskim preverjanjem podatkov pri prav vseh slovenskih ginekoloških ambulantah, tudi med pandemijo covid-19. Prav tako so ženske še naprej prejemale centralna vabila, razen devettedenskega obdobja, ko je bilo presejanje zaustavljeno. Odložena vabila so bila poslana do 16. oktobra 2020 vsem ženskam, ki so izpolnjevale običajne pogoje za centralno vabljenje.

Zasnova študije in vir podatkov

Decembra 2020 je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) s podporo Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji začel izvajati spletno raziskavo SI-PANDA, ki je potekala v okviru spletnega panela. Podatki, predstavljeni v prispevku, so bili zbrani v 19. izvedbi spletne ankete SI-PANDA, ki je potekala od 7. do 10. decembra 2021 in je vključevala 1029 oseb, starih od 18 do 74 let. Vključenih je bilo deset vprašanj na temo programa ZORA, ki jih je pripravila in v pilotni raziskavi testirala multidisciplinarna ekipa ginekologov, statistikov, strokovnjakov za javno zdravje in komunikacijo, ki so vključeni v program ZORA ali raziskavo SI-PANDA. Na vprašanja ZORA so v raziskavi SI-PANDA odgovarjale samo ženske, stare od 20 do 64 let. Vprašanja ZORA in osnovni rezultati so objavljeni v uradnem poročilu 19. izvedbe raziskave SI-PANDA (8). Podatki o sociodemografskih značilnostih žensk, njihovem statusu cepljenja proti covidu-19 in njihovem zaupanju v osebne zdravnike, ki so bili vključeni v analizo, so bili pridobljeni s standardnim naborom vprašanj ankete SI-PANDA. V času ankete je bila Slovenija sredi četrtega vala pandemije. Najpomembnejši ukrep, ki je v času ankete veljal v Sloveniji, je bilo upoštevanje pravila preboleli, cepljeni, testirani (PCT), ki je veljalo le ob predložitvi osebnega dokumenta. Poleg tega so veljali še ukrepi, kot so ostajanje doma v primeru okužbe, izvajanje higiene dihal/kašlja, nošenje kirurške ali maske FFP2 ter razkuževanje rok.

Opazovani izidi in analiza podatkov

Glavni opazovani izidi so bili odgovori na naslednja tri vprašanja oziroma trditve:

(1) Ali menite, da so v času pandemije covid-19 naslednje ginekološke zdravstvene storitve težje, enako ali lažje dosegljive kot pred pandemijo covid-19: (i) redni preventivni pregledi (z brisom materničnega vratu (test PAP) pri izbranem ginekologu (ženska je zdrava in nima znakov, ki so sumljivi za raka materničnega vratu), (ii) pregled v primeru simptomov in znakov, ki so sumljivi za raka materničnega vratu in (iii) pregled v primeru napotitve ginekologa na dodatne preglede, preiskave ali zdravljenje zaradi predrakavih ali rakavih sprememb materničnega vratu?; mogoči odgovori so bili Težje/Enako/Lažje/Ne vem, ne morem oceniti.

(2) V času pandemije covid-19 je verjetnost, da bi prišli na preventivni ginekološki pregled, če bi prejeli pisno ali telefonsko vabilo: manjša/enaka/večja kot pred pandemijo.

(3) V času pandemije covid-19 je verjetnost, da bi se sami naročili na preventivni ginekološki pregled: manjša/enaka/večja kot pred pandemijo.

Odgovore smo kategorizirali v dve vrednosti in kot opazovani izid vzeli odgovor »Težje« na prvo vprašanje (težji dostop do ginekoloških storitev) in »Manjša« pri drugih dveh vprašanjih (manjša verjetnost odziva/samoorganizacije presejalnega pregleda). Kot pojasnjevalne spremenljivke smo vključili demografske in socioekonomske značilnosti anketirank (starost, dosežena izobrazba, okolje prebivališča, sobivanje z mladoletnimi otroki, status zaposlitve, družbeni sloj), status cepljenja proti covidu-19, zaupanje svojemu zdravniku. Status zaposlitve smo kategorizirali v zaposlena (odgovora »zaposlena« in »samozaposlena«) in drugo (odgovori »dijak, študent«, »gospodinja, gospodinjec«, »upokojenec«, »brezposeln« in »drugo«). Zanimala nas je tudi povezava zaznavanja dostopnosti ginekoloških storitev v času pandemije glede na to, kako pomembno se ženskam zdi presejanje (»Kako pomembno za zdravje se vam zdijo redni preventivni pregledi z brisom materničnega vratu (test PAP) pri vašem izbranem ginekologu na tri leta?«), in glede na to, kako zaznavajo s pandemijo povezane izzive pri organizaciji časa za pregled pri ginekologu (»Ali menite, da ženske v času pandemije covid-19 težje najdejo čas oziroma se težje organizirajo za ginekološki pregled? (da, ne)«).

Dodatna opazovana izida sta bila: (4) razlogi za težjo dostopnost ter (5) razlogi za težjo organizacijo časa. Na ti dve vprašanji so lahko odgovarjale samo ženske, ki so pritrdilno odgovorile na povezani vprašanji, pojasnjeni zgoraj, mogočih pa je bilo več odgovorov.

V analizo smo vključili vse ženske, stare od 20 do 64 let. Demografske, socioekonomske in druge značilnosti vzorca smo opisali z absolutnimi številkami in deleži.

Podatke smo z metodo raking utežili glede na starostne skupine in statistične regije. Za referenčno obdobje smo vzeli populacijsko strukturo na 1. januar 2021. Rezultati so prikazani v kontingenčni tabeli (tabela 2.9), kjer smo z bivariatno analizo preverjali povezavo glavnih opazovanih izidov s pojasnjevalnimi spremenljivkami. Pri stratifikaciji po starostnih skupinah smo uporabili Cochran-Armitageev test, pri drugih pa χ^2 -kvadrat test. Nadaljnjo analizo smo izvedli z multivariatno logistično regresijo (tabela 2.10). Pojasnjevalne spremenljivke starost žensk, zaupanje v svojega zdravnika in pomembnost presejanja so bile v logistično regresijo vključene kot številске spremenljivke. V druge analize smo vključili starostne skupine (20–29 let, 30–39 let, 40–49 let, 50–64 let). Prav tako smo v drugih analizah kategorizirali odgovore na vprašanja glede zaupanja zdravniku in pomembnosti presejanja, kjer so ženske odgovarjale na lestvici od 1 – Sploh ne zaupam do 7 – Popolnoma zaupam na dve kategoriji: »da« (odgovori 5–7) in »ne« (odgovori 1–4). Analize so bile izvedene v programu R (9) z uporabo paketov za analizo uteženih podatkov survey in srvyr ter DescTools za Cochran-Armitageev test, pri čemer smo uporabili dvostranske statistične teste pri stopnji tveganja $\alpha = 0,050$.

Etični pristop

Raziskavo SI-PANDA je v imenu NIJZ v tistem obdobju izvajal Valicon; vprašanja za program ZORA so bila pripravljena pod vodstvom strokovnjakov z Onkološkega inštituta Ljubljana. Anketiranke so pred sodelovanjem v anketi dale informirano soglasje. Direktorja NIJZ in OIL sta podpisala medsebojni dogovor o varstvu podatkov, vsi raziskovalci z dostopom do podatkov pa so podpisali izjavo o varstvu podatkov. Pri vseh obdelavah podatkov za ta prispevek so bili uporabljeno anonimizirani mikropodatki. Pred izvedbo ankete SI-PANDA je bilo pridobljeno pozitivno mnenje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (številka 0120-561/2020/4). Raziskavo SI-PANDA je financiralo Ministrstvo za zdravje.

Rezultati

V analizo smo vključili 427 žensk, starih od 20 do 64 let, povprečna starost je bila 43,6 leta. Tabela 2.9 prikazuje demografske, socioekonomske in druge značilnosti vzorca ter njihovo povezavo z glavnimi opazovanimi izidi. Delež anketirank, ki so menile, da je dostop do ginekologa v času pandemije otežen za namen rednega preventivnega pregleda (presejanja), je bil 48,8 %, z napotnico ginekologa 45,7 %, v primeru simptomov in znakov pa 40,7 %, pri čemer razlika ni bila statistično značilna. Kar 26,1 % anketirank je poročalo, da je v času pandemije manjša verjetnost, da bi se same naročile na presejalni pregled, kar je značilno večji odstotek kot verjetnost, da bi se odzvale na vabilo, če bi ga prejele (15,3 %). Da ženske na splošno težje najdejo čas za pregled pri ginekologu, je odgovorilo 45,2 % (193/427) anketirank. Svojemu zdravniku je zaupalo 67,9 % (285/420) anketirank, da je presejanje za RMV pomembno, je menilo 92,6 % (391/427) anketirank.

Rezultati bivariatne analize (tabela 2.9) kažejo, da so težjo dostopnost zaznavale ženske, ki so navajale težave z organizacijo časa, in proti covidu-19 necepljene ženske (do presejanja, z napotnico, ob simptomih), ženske, ki ne zaupajo svojemu osebnemu zdravniku (z napotnico, ob simptomih), in ženske, ki niso bile zaposlene (do presejanja, ob simptomih). Manjšo

verjetnost odziva na vabilo in za samoorganizacijo pregleda so navajale ženske, ki so navedle težjo organizacijo časa, in ženske, ki ne zaupajo svojemu zdravniku, manjšo verjetnost odziva na vabilo so navajale tudi ženske z nižjo stopnjo izobrazbe.

Tabela 2.9: Opis vzorca in rezultati bivariatne analize, ki prikazuje povezavo pojasnjevalnih spremenljivk (starost anketirank, dosežena izobrazba, okolje prebivališča, sobivanje z mladoletnimi otroki, družbeni sloj, status cepljenja proti covidu-19, zaupanje svojemu zdravniku, percepcija pomembnosti presejanja za RMV ter časovni izzivi pri organizaciji pregleda pri ginekologu) z glavnimi opazovanimi izidi (težji dostop do pregledov pri ginekologu (do presejanja, z napotnico, ob simptomih) in manjša verjetnost odziva na vabilo na presejalni pregled ter manjša verjetnost samoorganizacije presejalnega pregleda).

»Značilnosti anketirank«	Skupaj		Težji dostop									Manjša verjetnost					
			do presejanja			z napotnico			ob simptomih			odziva na vabilo na presejalni pregled			samoorganizacije presejalnega pregleda		
	n**	%	n***	% (IZ 95 %)	p	n***	% (IZ 95 %)	p	n***	% (IZ 95 %)	p	n***	% (IZ 95 %)	p	n***	% (IZ 95 %)	p
Skupaj	427	100,0 %	167/342	48,8 % (42,9–54,7 %)		138/301	45,7 % (39,6–52,0 %)		125/308	40,7 % (34,9–46,9 %)		65/427	15,3 % (12,0–19,4 %)		111/427	26,1 % (21,8–30,8 %)	
Starost																	
20–29 let	71	16,7 %	30/61	48,6 % (30,1–67,5 %)	0,277	25/54	45,3 % (26,7–65,4 %)	0,444	22/53	41,2 % (23,3–61,8 %)	0,317	10/71	13,5 % (5,4–30,0 %)	0,188	22/71	30,6 % (17,4–48,1 %)	0,606
30–39 let	94	22,0 %	40/77	51,8 % (41,7–61,8 %)		36/69	51,9 % (41,3–62,3 %)		32/71	45,7 % (35,5–56,3 %)		9/94	10,0 % (5,8–16,8 %)		17/94	17,7 % (12,0–25,5 %)	
40–49 let	105	24,6 %	46/80	57,4 % (46,5–67,7 %)		31/68	45,0 % (33,8–56,7 %)		31/73	43,2 % (32,5–54,6 %)		19/105	18,1 % (11,9–26,5 %)		28/105	26,8 % (19,2–35,9 %)	
50–64 let	157	36,7 %	51/123	41,4 % (32,8–50,5 %)		46/109	42,4 % (33,3–52,1 %)		40/111	35,7 % (27,1–45,3 %)		27/157	17,4 % (12,1–24,4 %)		45/157	28,5 % (21,8–36,3 %)	
Dosežena izobrazba																	
srednja ali manj	183	42,8 %	74/143	51,5 % (43,2–59,8 %)	0,430	64/132	48,6 % (40,0–57,3 %)	0,413	60/135	44,6 % (36,3–53,2 %)	0,264	37/183	20,1 % (14,8–26,5 %)	0,031*	52/183	28,6 % (22,4–35,7 %)	0,336
višja ali visoka	244	57,2 %	93/198	46,8 % (38,8–55,0 %)		73/169	43,4 % (35,0–52,3 %)		65/173	37,7 % (29,8–46,4 %)		29/244	11,7 % (7,8–17,3 %)		59/244	24,1 % (18,5–30,9 %)	
Okolje prebivališča																	
mestno	194	45,5 %	82/155	52,8 % (43,8–61,6 %)	0,141	73/136	53,8 % (44,1–63,3 %)	0,025*	66/138	47,7 % (38,3–57,2 %)	0,046*	26/194	13,2 % (9,1–18,9 %)	0,055	40/194	20,4 % (15,2–26,8 %)	0,070
primestno	76	17,7 %	24/65	36,9 % (25,3–50,3 %)		18/58	31,5 % (20,3–45,5 %)		16/57	27,5 % (16,9–41,3 %)		7/76	9,3 % (4,4–18,5 %)		25/76	33,4 % (22,4–46,5 %)	
podeželje	157	36,7 %	61/123	50,0 % (40,5–59,4 %)		46/108	43,1 % (33,8–52,8 %)		44/112	38,9 % (30,3–48,4 %)		33/157	20,8 % (14,5–28,8 %)		46/157	29,6 % (22,4–37,9 %)	
Živi z mladoletnimi otroki																	
da	152	35,6 %	65/125	52,6 % (43,4–61,6 %)	0,328	54/112	48,2 % (39,1–57,4 %)	0,533	47/111	42,5 % (33,7–51,8 %)	0,660	25/152	16,2 % (10,5–24,1 %)	0,743	37/152	24,1 % (17,5–32,3 %)	0,539
ne	275	64,4 %	101/217	46,6 % (39,2–54,2 %)		84/189	44,2 % (36,2–52,6 %)		78/197	39,8 % (32,2–47,9 %)		41/275	14,8 % (11,0–19,7 %)		75/275	27,1 % (21,7–33,2 %)	
Zaposlitveni status																	
zaposlena	320	75,0 %	113/257	43,8 % (37,2–50,7 %)	0,003*	96/226	42,4 % (35,5–49,6 %)	0,064	86/234	36,8 % (30,4–43,8 %)	0,021*	51/320	16,1 % (12,1–21,0 %)	0,450	77/320	24,0 % (19,2–29,6 %)	0,114
drugo	107	25,0 %	54/85	63,7 % (52,7–73,5 %)		42/75	55,6 % (43,6–67,0 %)		39/74	53,0 % (40,9–64,6 %)		14/107	13,0 % (7,9–20,7 %)		34/107	32,2 % (23,8–41,9 %)	
Družbeni sloj																	
nižji	31	7,4 %	10/26	37,7 % (20,4–58,8 %)	0,264	8/24	31,9 % (15,8–54,0 %)	0,171	8/26	29,5 % (14,7–50,4 %)	0,236	6/31	18,1 % (8,0–35,8 %)	0,686	11/31	34,9 % (19,6–54,1 %)	0,279
srednji do zgornji	385	92,6 %	156/312	50,0 % (43,8–56,2 %)		130/274	47,5 % (41,0–54,0 %)		117/278	42,1 % (35,8–48,6 %)		59/385	15,3 % (11,8–19,6 %)		98/385	25,4 % (20,9–30,4 %)	
Cepljena proti covidu-19																	
da	264	61,9 %	90/208	43,4 % (36,1–50,9 %)	0,028*	72/186	38,9 % (31,4–47,0 %)	0,007*	64/191	33,7 % (26,7–41,5 %)	0,004*	37/264	14,1 % (10,4–19,0 %)	0,435	63/264	23,9 % (19,0–29,7 %)	0,248
ne	163	38,1 %	77/134	57,2 % (47,4–66,4 %)		65/115	56,6 % (46,4–66,2 %)		61/117	52,2 % (42,3–61,9 %)		28/163	17,2 % (11,5–24,9 %)		48/163	29,5 % (22,1–38,1 %)	
Zaupaj svojemu zdravniku																	
da	285	67,8 %	101/224	45,3 % (38,1–52,7 %)	0,089	84/206	40,5 % (33,1–48,4 %)	0,017*	74/210	35,1 % (28,1–42,8 %)	0,009*	35/285	12,2 % (8,8–16,6 %)	0,014*	61/285	21,4 % (16,9–26,7 %)	0,006*
ne	135	32,2 %	64/115	56,0 % (46,0–65,4 %)		52/92	56,6 % (45,8–66,8 %)		49/94	52,4 % (41,9–62,6 %)		30/135	22,3 % (15,3–31,2 %)		48/135	35,3 % (26,8–44,7 %)	
Ženske težje najdejo čas zaradi pandemije																	
da	193	45,2 %	106/159	66,7 % (57,9–74,5 %)	<0,001*	84/140	60,2 % (50,8–68,8 %)	0,017*	79/143	54,9 % (45,8–63,7 %)	<0,001*	46/193	24,0 % (17,9–31,3 %)	<0,001*	84/193	43,7 % (36,1–51,6 %)	<0,001*
ne	234	54,8 %	61/183	33,1 % (26,4–40,6 %)		53/161	33,1 % (25,7–41,5 %)		47/165	28,4 % (21,5–36,5 %)		19/234	8,1 % (5,3–12,4 %)		27/234	11,5 % (8,0–16,3 %)	
Presejanje za RMV je pomembno																	
da	391	91,6 %	155/315	49,3 % (43,2–55,4 %)	0,630	129/281	46,1 % (39,7–52,6 %)	0,648	117/289	40,6 % (34,5–47,0 %)	0,877	56/391	14,3 % (11,1–18,1 %)	0,157	100/391	25,5 % (21,2–30,4 %)	0,540

ne	36	8,4 %	12/27	43,3 % (22,8–66,4 %)	8/20	40,7 % (21,9–62,7 %)	8/19	42,4 % (22,9–64,7 %)	9/36	26,5 % (11,2–50,8 %)	11/36	31,8 % (15,2–54,7 %)
----	----	-------	-------	----------------------	------	----------------------	------	----------------------	------	----------------------	-------	----------------------

* Statistično značilna razlika.

** Seštevek odgovorov pri posameznem vprašanju je lahko manjši kot skupno število anketirank (n = 427), saj vse ženske niso odgovorile na vsa vprašanja.

*** Uteženi podatki so zaokroženi na celo število, zato lahko izračunan odstotek odstopa od odstotka, predstavljenega v tabeli, ki je izračunan iz nezaokroženih števil.

Tabela 2.10 prikazuje rezultate multivariatne analize. Percepcija, da ženske med pandemijo težje najdejo čas za pregled pri ginekologu, ostaja značilen in pomemben napovedni dejavnik za vse opazovane izide. Razmerje obetov (RO) med ženskami, ki težje najdejo čas, in tistimi, ki se tudi v pandemiji lahko organizirajo, se giblje med 2,9 (težji dostop z napotnico) in 6,4 (manjša verjetnost samoorganizacije pregleda). Zaposlitveni status ostaja značilen in pomemben napovedni dejavnik za odgovor, da je v času pandemije dostop do presejalnih pregledov pri ginekologu otežen. Necepljenost proti covidu-19 se kaže kot pomemben dejavnik pri zaznavanju težje dostopnosti; povezava je značilna pri dostopnosti v primeru simptomov ali z napotnico. Prav tako so težji dostop z napotnico značilno pogostejše navajale ženske, ki prebivajo v mestu, v primerjavi z ženskami s podeželja.

Manjša verjetnost odziva na vabilo na presejalni pregled je bila značilno povezana z naraščanjem starosti žensk, prebivališčem na podeželju (v primerjavi s primestnim okoljem), manjšim zaupanjem v svojega zdravnika in manjšo percepcijo pomembnosti presejanja. Pri ženskah, ki so odgovorile, da je dostop do presejanja otežen, je v času pandemije manjša verjetnost, da se bodo odzvale na vabilo na presejalni pregled (RO = 4,8) ali se naročile same (RO = 2,5). Pri ženskah iz podeželskega okolja pa je v primerjavi s tistimi iz mestnega okolja značilno manjša verjetnost, da bi se v času pandemije na presejalni pregled naročile same.

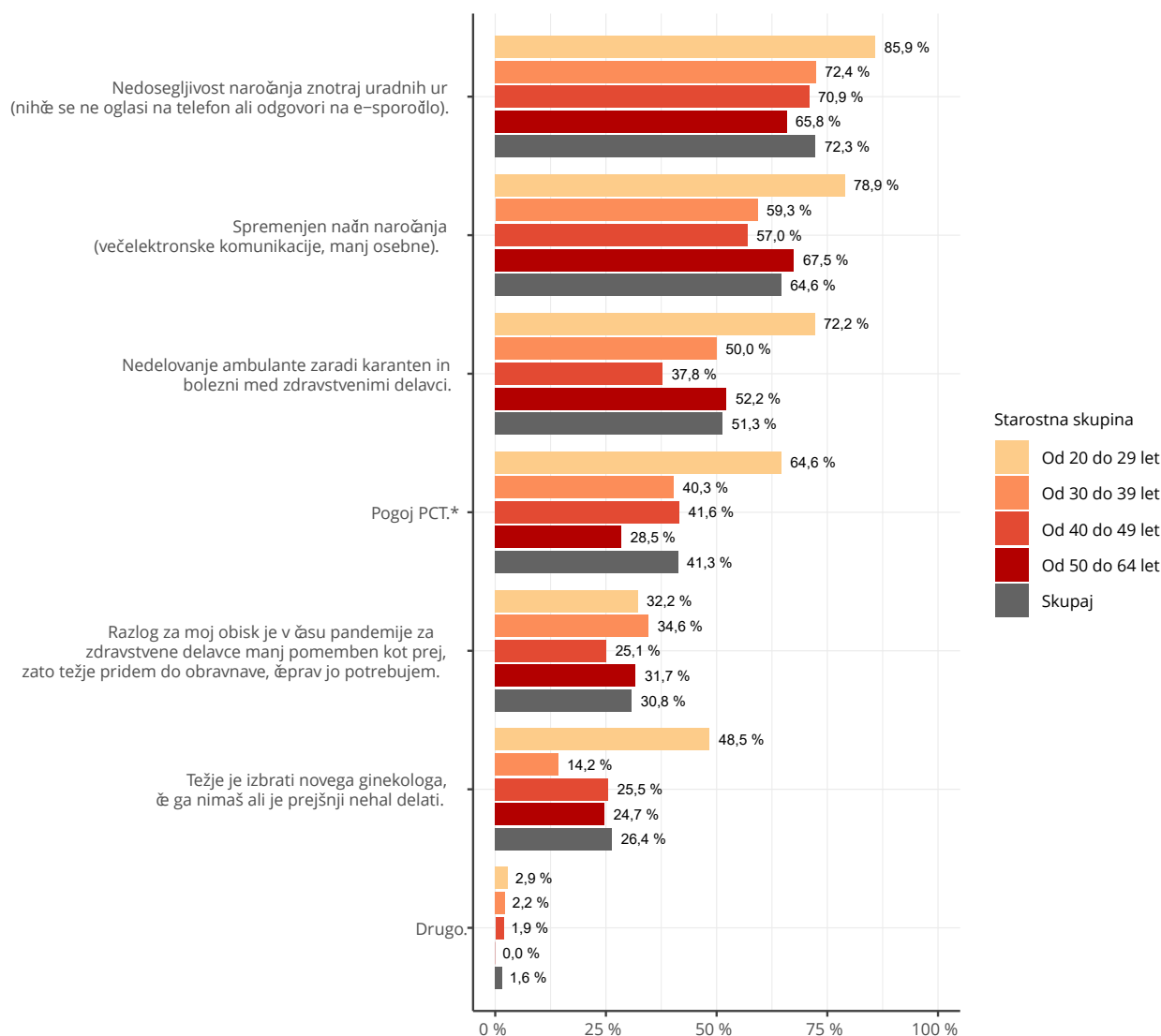
Tabela 2.10: Rezultati multivariatne analize pojasnjevalnih spremenljivk z glavnimi opazovanimi izidi.

Pojasnjevalne spremenljivke	Težji dostop						Manjša verjetnost			
	do presejanja		z napotnico		ob simptomih		»odziva na vabilo na presejalni pregled«		samoorganizacije presejalnega pregleda	
	p	RO (IZ 95 %)	p	RO (IZ 95 %)	p	RO (IZ 95 %)	p	RO (IZ 95 %)	p	RO (IZ 95 %)
Starost (linearna)	0,642	1,005 (0,983–1,029)	0,422	1,010 (0,985–1,036)	0,644	1,006 (0,980–1,033)	0,039*	1,033 (1,002–1,065)	0,213	1,018 (0,990–1,046)
Dosežena izobrazba, srednja ali manj (ref. višja)	0,255	1,350 (0,805–2,264)	0,367	1,299 (0,735–2,294)	0,175	1,500 (0,835–2,695)	0,129	1,776 (0,846–3,728)	0,320	1,368 (0,736–2,541)
Okolje prebivališča (ref. podeželje)										
primestno	0,269	0,661 (0,317–1,379)	0,218	0,595 (0,260–1,361)	0,136	0,518 (0,218–1,231)	0,012*	0,188 (0,051–0,690)	0,380	1,465 (0,624–3,439)
mestno	0,390	1,270 (0,735–2,195)	0,033*	1,891 (1,055–3,393)	0,057	1,760 (0,983–3,150)	0,158	0,590 (0,283–1,228)	0,024*	0,471 (0,245–0,906)
Živi z mladoletnimi otroki (ref. ne)	0,177	1,483 (0,836–2,632)	0,607	1,171 (0,641–2,138)	0,765	1,097 (0,596–2,019)	0,725	0,869 (0,396–1,907)	0,653	0,859 (0,443–1,668)
Zaposlena (zaposlitveni status) (ref. drugo)	0,003*	0,392 (0,214–0,721)	0,133	0,609 (0,319–1,163)	0,095	0,573 (0,298–1,103)	0,090	2,054 (0,892–4,729)	0,272	0,668 (0,325–1,374)
Nižji družbeni sloj (ref. srednji do zgornji)	0,197	0,511 (0,184–1,418)	0,070	0,365 (0,123–1,086)	0,082	0,383 (0,130–1,131)	0,965	0,968 (0,218–4,301)	0,262	1,916 (0,614–5,982)
Cepljena proti covidu-19 (ref. ne)	0,078	0,609 (0,350–1,058)	0,023*	0,505 (0,280–0,911)	0,025*	0,504 (0,277–0,917)	0,307	1,502 (0,687–3,287)	0,620	1,181 (0,612–2,278)
Zaupanje osebnemu zdravniku (linarna)	0,937	0,994 (0,858–1,152)	0,079	0,867 (0,738–1,017)	0,059	0,861 (0,737–1,006)	0,009*	0,772 (0,635–0,938)	0,083	0,859 (0,723–1,020)
Ženske težje najdejo čas zaradi pandemije (ref. ne)	<0,001*	4,278 (2,574–7,110)	<0,001*	2,984 (1,720–5,176)	<0,001*	3,225 (1,845–5,639)	0,029*	2,306 (1,088–4,887)	<0,001*	6,447 (3,322–12,512)
Pomembnost presejanja (linearna)	0,990	0,998 (0,782–1,275)	0,091	1,287 (0,960–1,726)	0,611	1,074 (0,815–1,416)	0,025*	0,739 (0,567–0,963)	0,134	0,838 (0,664–1,056)

Težji dostop do presejanja (ref. ne)		/		/		/	<0,001*	4
Konstanta	0,990	0,856 (0,129–5,685)	0,192	0,203 (0,018–2,239)	0,726	0,667 (0,069–6,464)	0,081	0
Nagelkerkejev R ²	0,229		0,217		0,222		0,289	

* Statistično značilna razlika.

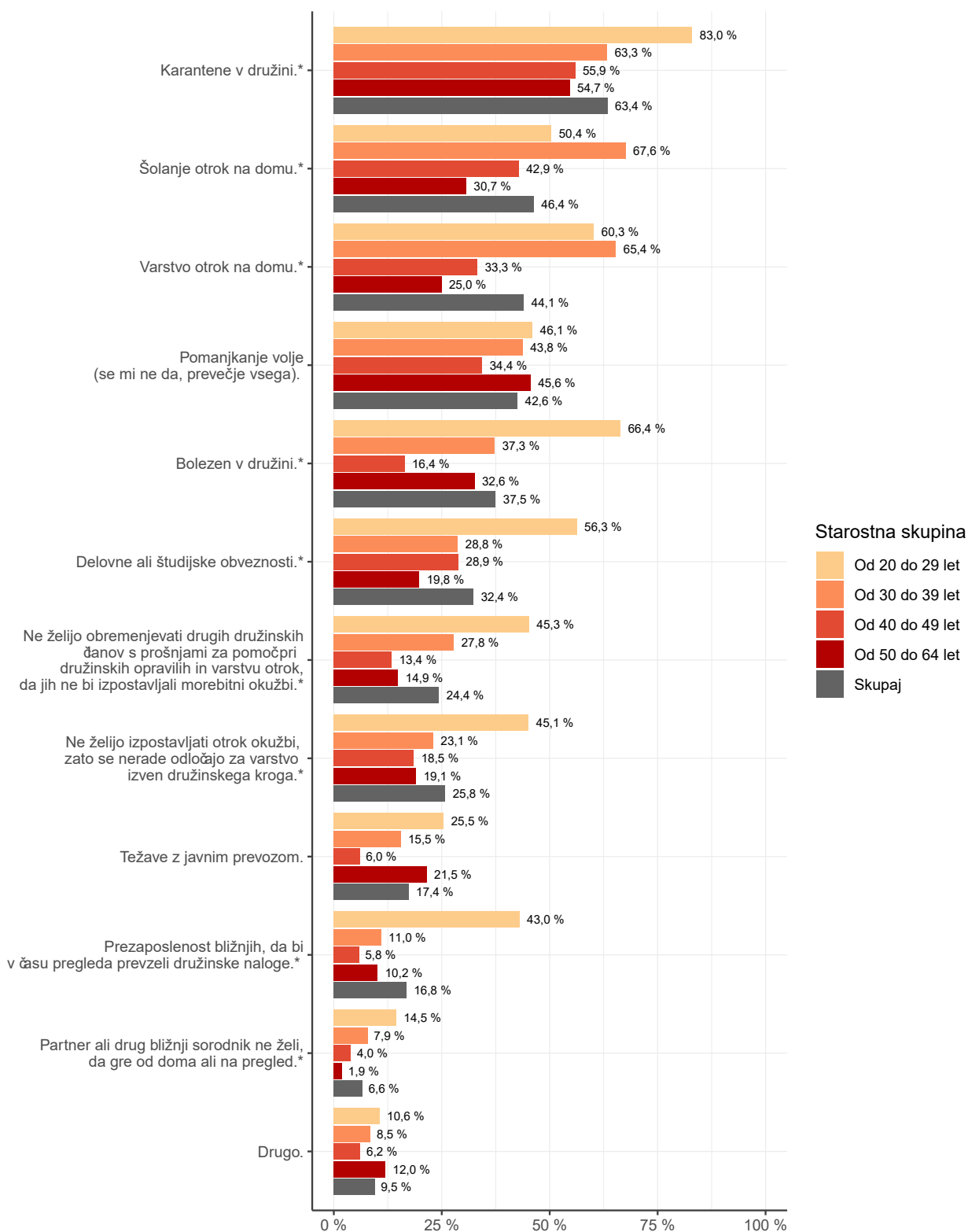
Slika 2.18 prikazuje razloge za težjo dostopnost po starostnih skupinah. Ženske so lahko označile več odgovorov; kot najpogostejši razlog so navedle nedosegljivost naročanja znotraj uradnih ur (72,3 %), spremenjen način naročanja – več elektronske in manj osebne komunikacije (64,6 %) ter nedelovanje ambulate zaradi karanten in bolezni med zdravstvenimi delavci (51,3 %). Pri odgovorih izstopajo najmlajše ženske, stare 20 do 29 let, ki vsaj za 10 odstotnih točk pogostejše zaznavajo vse navedene ovire za težjo dostopnost kot starejše starostne skupine žensk, razen razloga, da je njihov obisk za zdravstvene delavce v času pandemije manj pomemben, čeprav pregled potrebujejo. Trend manj pogostega navajanja posameznega razloga po starostnih skupinah (ko mlajše starostne skupine navajajo več razlogov v primerjavi s starejšimi) je bil značilen pri pogoju PCT. Ženske v starostni skupini 20 do 29 let so kot najpogostejši razlog navedle nedosegljivost naročanja znotraj uradnih ur (85,9 %), spremenjen način naročanja (78,9 %) in nedelovanje ambulate (72,2 %). Pri ženskah v starostni skupini 30 do 39 let so bili najpogostejši razlogi enaki, vendar so jih zaznavale v manjšem odstotku (72,4 %, 59,3 % in 50,0 %). V starostni skupini 40 do 49 let sta bila prva dva razloga enaka, toda manj pogosta (70,9 % in 57,0 %), na tretjem mestu pa je bil pogoj PCT (41,6 %). Ženske, stare od 50 do 64 let, so kot najpogostejši razlog navajale spremenjen način naročanja (67,5 %), nedosegljivost znotraj uradnih ur (65,8 %) in nedelovanje ambulate (52,5 %).



* Trend pogostosti navajanja posameznega razloga po starostnih skupinah je statistično značilen.

Slika 2.18: Razlogi za težjo dostopnost po starostnih skupinah žensk. Mogočih je bilo več odgovorov.

Slika 2.19 prikazuje razloge za težje organizacijo časa za ginekološke preglede med pandemijo; mogočih je bilo več odgovorov. Najpogostejši razlogi so bili karantena v družini (63,4 %), šolanje (46,4 %) in varstvo otrok na domu (44,1 %) ter pomanjkanje volje (42,6 %). Pri vseh razlogih so odgovore pogostejše navajale mlajše ženske; trend manj pogostega navajanja posameznega razloga po starostnih skupinah je bil značilen pri prvih treh. Trend je bil značilen tudi pri navajanju razlogov bolezni v družini; delovne ali študijske obveznosti; ne želijo obremenjevati drugih družinskih članov; ne želijo izpostavljati otrok okužbi; pre zaposlenost bližnjih; in partner ali drug bližnji sorodnik ne želi, da gre od doma ali na pregled. Ženske v starostni skupini 20 do 29 let so kot najpogostejši razlog navedle karanteno v družini (83,0 %) ali bolezen v družini (66,4 %). Pri ženskah v starostni skupini 30 do 39 let sta bila najpogostejša razloga šolanje (67,6 %) in varstvo otrok na domu (65,4 %). Pri ženskah v starostni skupini 40 do 49 let sta bila najpogostejša razloga karantena (55,9 %) in šolanje otrok na domu (42,9 %). Pri ženskah v starostni skupini 50 do 64 let je prav tako najpogostejši razlog karantena (54,7 %), na drugem mestu pa je bilo pomanjkanje volje (45,6 %).



* Trend pogostosti navajanja posameznega razloga po starostnih skupinah je statistično značilen.

Slika 2.19: Razlogi zakaj si ženske v času pandemije težje organizirajo čas za pregled pri ginekologu. Mogočih je bilo več odgovorov.

Razprava

V prispevku smo analizirali vprašanja 19. izvedbe panelne raziskave SI-PANDA, ki se navezujejo na program ZORA. Na vprašanja so odgovarjale ženske v starosti 20 do 64 let. Naš glavni cilj je bil razumeti, kako ženske ocenjujejo dostopnost storitev v ginekoloških ambulantah

(presejalnih, z napotnico in ob simptomih) ter spremembe v zaščitnih vedenjih v času pandemije, povezanih z vabljenjem in naročanjem na presejalne preglede, ki bi lahko negativno vplivale na zgodnjo diagnozo in zdravljenje predrakavih sprememb in RMV. Naš dodatni cilj je bil raziskati, katere ovire otežujejo dostop do pregleda pri ginekologu ter ali ženske med pandemijo težje najdejo čas za pregled pri ginekologu, in če je tako, zakaj. Ugotovili smo, da je 26 % anketirank menilo, da je v času pandemije manjša verjetnost, da se bodo same naročile na presejalni pregled pri svojem ginekologu, in 15 %, da je manj verjetno, da bi se odzvale na vabilo na presejanje med pandemijo v primerjavi z obdobjem pred pandemijo. Razlika je pomembna in statistično značilna. Skoraj polovica anketirank je menila, da so se ženske v času pandemije srečevale z izzivi, povezanimi z dostopnostjo (41 % ob simptomih in 49 % za presejanje). Najpogostejši razlogi so bili karantena v družini (63 %), šolanje (46 %) in varstvo otrok na domu (44 %) ter pomanjkanje volje (43 %). Da težje najdejo čas za pregled pri ginekologu, je odgovorilo 45 % anketirank. Rezultati multivariatne analize kažejo, da je težja organizacija časa za ginekološki pregled med pandemijo statistično značilno povezana z vsemi glavnimi opazovanimi izidi. Ženske, ki menijo, da se je v času pandemije težje organizirati za ginekološki pregled, so značilno pogostejše odgovorile, da je dostop do ginekologa v času pandemije otežen, navajale so značilno manjšo verjetnost odziva na vabilo in samoorganizacije presejalnega pregleda. Ti rezultati nakazujejo, da bi pandemija covid-19 lahko bila povezana s skrb vzbujajočimi spremembami v zaščitnih vedenjih žensk glede RMV ter da so se pojavile nove, s pandemijo povezane ovire, zlasti pri mlajših ženskah.

Kot pojasnjevalne spremenljivke opazovanih rezultatov smo vključili tudi demografske in socioekonomske značilnosti žensk. Od socioekonomskih dejavnikov sta bila v multivariatni analizi okolje prebivališča in status zaposlitve edina značilno povezana z opazovanimi izidi. Težave z dostopnostjo v času pandemije so navajale ženske, ki prebivajo v mestu, manjšo odzivnost na vabila in proaktivnost pri naročanju so navajale ženske s podeželja. Nezaposlene ženske so navajale težjo dostopnost presejalnega pregleda. Starejše ženske so navajale manjšo verjetnost odziva na vabilo. Ti rezultati so skladni z rezultati analize povezanih podatkov registra ZORA in Statističnega urada RS, kjer so bili starost, zaposlitveni status in okolje prebivališča značilni napovedni dejavniki za neudeležbo ženske na presejalnem programu ZORA tudi v času pred pandemijo (10).

Zdi se, da pandemija covid-19 ni poglobila obstoječih neenakosti na področju udeležbe žensk v programu ZORA zaradi socioekonomskih značilnosti in starosti žensk. Vendar so se med pandemijo covid-19 pojavile nove ovire, med katerimi je najbolj izrazita težja organizacija časa za presejalni pregled. Skoraj polovica anketirank je menila, da si ženske med pandemijo težje organizirajo čas za pregled pri ginekologu, tovrstne težave so pogostejše navajale mlajše ženske, kot najpogostejši razlog pa so navedle varstvo in šolanje otrok na domu. Starost ob prvem porodu v Sloveniji presega 30 let, zato ti rezultati niso presenetljivi in skupaj z rezultati programa ZORA (največjim primanjkljajem presejalnih pregledov in predrakavih sprememb v času pandemije v starostni skupini 30 do 39 let) lahko nakazujejo, da so v času pandemije mlade ženske in matere postale nova ranljiva skupina, ki so zaradi številnih novih obveznosti doma zmanjšale skrb za svoje zdravje. Ovire v dostopnosti so pogostejše navajale tudi necepljene ženske, saj je v obdobju anketiranja veljalo za vstop v zdravstveno ustanovo pravilo PCT, zato so se necepljene ženske, ki niso spadale v skupino prebolewnic, pred vstopom morale testirati na okužbo s SARS-CoV-2.

Prav tako je pomembna ugotovitev, da ženske, ki navajajo težjo dostopnost ginekologa v času pandemije, značilno pogostejše navajajo tudi manjšo verjetnost odziva na vabilo in samoorganizacije presejalnega pregleda. Pogostejše navajanje različnih ovir pri dostopnosti ginekoloških storitev med mlajšimi ženskami kaže na razlike v zaznavanju dostopnosti, saj so vse

ženske opisovale isti, slovenski zdravstveni sistem. Prav tako rezultati ankete, v kateri skoraj polovica anketirank meni, da je bil v času pandemije otežen dostop do presejalnega pregleda, niso skladni s podatki registra ZORA o številu presejalnih pregledov po ponovnem odprtju presejanja maja 2020, ki je bilo v času raziskave in pred tem na mesečni ravni primerljivo z leti pred pandemijo. Rezultati analize podatkov, zbranih v okviru raziskave SI-PANDA, kažejo, da je zaznavanje težje dostopnosti značilen napovedni dejavnik tako za manjši odziv na vabilo na presejalni pregled kot za manjšo verjetnost samoorganizacije presejalnega pregleda, zato je smiselno ozaveščanje žensk glede dostopnosti presejalnih pregledov. Zanimivo je, da so ovire za dostopnost najpogostejše navajale ženske, mlajše od 30 let, ter da so kar v 79 % primerov kot oviro navedle tudi spremenjen način komuniciranja (več elektronske in manj osebne komunikacije), kar je za 11 odstotnih točk pogostejše kot najstarejše ženske, pri katerih je bila ta ovira vodilna.

Glavna prednost te študije je, da je ena prvih, ki je ocenila spremembe v zaščitnih vedenjih, povezanih s presejanjem za RMV, zaradi pandemije ter nove ovire, povezane s časom in dostopnostjo med pandemijo covid-19, ki bi lahko negativno vplivale na zgodnje odkrivanje in zdravljenje visokih predrakavih sprememb in RMV. Rezultati študije so prispevali k načrtovanju prilagojene komunikacije z mediji v času pandemije in načrtovanju aktivnosti vabljenja na operativni ravni v okviru programa ZORA. Glavna omejitev je zasnova študije, ki nam ni omogočila povezave odgovorov žensk v anketi z njihovimi dejanskimi vedenji pri presejanju, zato je treba rezultate interpretirati previdno, saj izražanje namenov ali ovir za presejanje ni nujno povezano s spremembami vedenja pri presejanju v praksi.

Zaključek

Redno spremljanje rezultatov programa ZORA iz rutinsko zbranih podatkov registra ZORA je pokazalo primanjkljaj presejalnih pregledov in odkritih predrakavih sprememb materničnega vratu v času pandemije covid-19 v Sloveniji, predvsem pri mlajših ženskah. Raziskava SI-PANDA je v 19. izvedbi na podlagi predloga nosilca programa ZORA razsvetlila vpliv pandemije na vedenja in prepričanja žensk glede programa ZORA. Rezultati raziskave so upravitelju programa pomagali prilagoditi komunikacijo s ciljno populacijo prek medijev in z izvajalci ter načrtovati aktivnosti na operativni ravni.

Ključna sporočila programa ZORA za medije so bila v času pandemije covid-19, tudi na podlagi rezultatov raziskave SI-PANDA, naj ženske zaradi pandemije ne prelagajo pregledov v okviru programa ZORA ter naj se čim prej odzovejo na vabilo, če ga prejmejo. Prav tako naj ne odlašajo z naročilom na pregled, če so od zadnjega pregleda minila tri leta. Če opazijo sumljive simptome, naj takoj stopijo v stik s svojim ginekologom – kajti tudi rak ne bo čakal. Eno od ključnih sporočil je bilo tudi, da je program ZORA (tako kot druga dva presejalna programa za raka) deloval kljub temu, da so bile številne druge preventivne ali nenujne storitve še vedno zaustavljene ali upočasnjene. Pomembno je bilo tudi ženskam prenesti sporočila, da je presejanje pomembno tudi med pandemijo, da je varno in da ne bodo po nepotrebnem obremenile zdravstvenega sistema. Ženske se ne bi smele obotavljati, ko prejmejo vabilo na presejanje ali ko je čas za samostojno načrtovanje pregleda.

Rezultati SI-PANDA so bili predstavljeni tudi izvajalcem in odločevalcem programa ZORA na izobraževalnem dnevu programa ZORA leta 2022, ki se ga je udeležilo okrog 600 oseb, ter objavljeni na spletiščih programa ZORA in NIJZ. Na operativni ravni je nosilec programa ZORA spodbujal ginekološke time, naj aktivno vabijo ženske na presejalne preglede, saj je verjetnost, da se bo ženska odzvala na vabilo, večja, kot če se mora na pregled spomniti in naročiti sama. S sedeža programa ZORA so zamudnice redno prejemale centralna vabila.

Za zmanjševanje neenakosti pri pregledanosti žensk v programu ZORA in pravočasnem odkrivanju in zdravljenju predrakavih sprememb materničnega vratu je v prihodnje smiselno razmisliti in načrtovati prilagoditev sporočil in storitev programa ZORA potrebam mlajših žensk, zlasti pri komunikaciji o pomenu presejanja in pri prilagajanju dostopa z inovativnimi pristopi, ki bi mlajšim ženskam olajšal organizacijo časa za ginekološki pregled.

Literatura

1. IARC Working Group on evaluation of cervical cancer screening programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986 Sep 13;293(6548):659-64. doi: 10.1136/bmj.293.6548.659.
2. Jansen E.E.L., Zielonke N., Gini A., Anttila A., Segnan N., Vokó Z., idr. Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review. *Eur J Cancer*. 2020 Mar;127:207-223. doi: 10.1016/j.ejca.2019.12.013.
3. Jerman T., Ivanuš U., Florjančič M. Kazalniki: Pregledanost v programu ZORA. ZORA: Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu [Internet]. 2024 [citirano 2024 Dec 12]. Dostopno na: <https://zora.onko-i.si/publikacije/kazalniki/>
4. Zadnik V., Žagar T. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka [Internet]. 2024 [citirano 2024 Avg 1]. Dostopno na: www.slora.si
5. Ivanuš U., Jerman T., Gašper Oblak U., Meglič L., Florjančič M., Strojani Fležar M., idr. The impact of the COVID-19 pandemic on organised cervical cancer screening: The first results of the Slovenian cervical screening programme and registry. *Lancet Reg Health Eur*. 2021 Apr 13;5:100101. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100101.
6. Zadnik V., Primic Zakelj M., Lokar K., Jarm K., Ivanuš U., Žagar T. Cancer burden in Slovenia with the time trends analysis. *Radiol Oncol*. 2017; 51(1): 47-55. doi:10.1515/raon-2017-0008.
7. McCredie M.R., Sharples K.J., Paul C, Baranyai J., Medley G., Jones R.W., idr. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol*. 2008 Maj;9(5):425-34. doi: 10.1016/S1470-2045(08)70103-7.
8. Hočevar-Grom A., Belščak A., Rehberger M., Lavtar D., Gabrijelčič Blenkuš M., Jeriček Klanšček H., idr. Pandemija COVID-19 v Sloveniji: izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 19. val [Internet]. 2022 [citirano 2024 Dec 12]. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/raziskava-o-vplivu-pandemije-na-zivljenje-si-panda-20202021>
9. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria [Internet]. 2024 [citirano 2024 Avg 01]. Dostopno na: <https://www.r-project.org/>
10. Florjančič M., Jerman T., Ivanuš U. Značilnosti neodzivnic v programu ZORA [Internet]. 2021 [citirano 2024 Dec 12]. Dostopno na: <https://zora.onko-i.si/publikacije/izobrazevalni-dnevni-zora>

3. VPLIVI OKOLJA NA NEENAKOSTI

3.1. Uvod v okoljska poglavja

V Sloveniji se okoljske neenakosti v zdravju kažejo na različnih področjih, za publikacijo pa smo izbrali neenakosti v dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode, izobrazbo kot dejavnik neenakosti pri umrljivosti zaradi vročinskih valov in vpliv onesnaženega zraka na zdravje ljudi. Čeprav je Slovenija po površini majhna in razmeroma dobro okoljsko razvita država, še vedno pričakujemo neenakosti, zlasti glede na razlike v socialno-ekonomskem položaju in glede na geografsko lokacijo prebivališč.

Podnebne spremembe in z njimi povezani vročinski valovi so v Sloveniji vse pogostejši in prizadenejo predvsem urbana območja, kjer temperaturo še dodatno zvišuje učinek toplotnih otokov. Najbolj ranljive skupine so poleg starejših, otrok, bolnikov s kroničnimi boleznimi, duševnih bolnikov tudi socialno šibkejši prebivalci, ki pogosto nimajo dostopa do ustrezne zaščite pred vročino, kot so klimatske naprave ali prilagoditve v stanovanjih. Ta težava je še izrazitejša v mestih, kjer zgoščenost prebivalstva in infrastrukture zmanjšujeta zmožnost naravnega hlajenja okolja.

Dostop do zdravstveno ustrezne pitne vode je v Sloveniji večinoma zagotovljen, vendar obstajajo izjeme. Nekatere ruralne skupnosti, zlasti tiste na bolj odročnih ali slabše razvitih območjih, se še vedno srečujejo z občasnimi težavami zaradi kontaminacije vodnih virov, predvsem z mikrobiološkimi onesnaževali, hkrati pa ni izvedenih dovolj preskušanj kemijskih parametrov, tako da o kemijski kakovosti pitne vode v teh vodovodih ni zanesljivih podatkov. Poleg tega so nekateri prebivalci, ki nimajo dostopa do javnega vodovoda, odvisni od lokalnih virov oziroma lastne oskrbe s pitno vodo. Kakovost vode iz teh virov v večini primerov ni znana, ker niso vključeni v monitoring pitne vode (6,2 % prebivalstva). Takšne razmere povečujejo zdravstvena tveganja za prebivalce teh območij in odražajo neenakosti v dostopu do varne oskrbe s pitno vodo.

Onesnaženost zraka s trdimi delci (PM) in ozonom je v Sloveniji pomemben okoljski problem, ki povzroča neenakosti v zdravju. Z delci so še posebej obremenjena območja, kjer so prometne in industrijske dejavnosti intenzivne, kot so doline s slabšim kroženjem zraka, še zlasti pa pozimi, ko se pridružijo še kurišča. Prebivalci teh območij so bolj izpostavljeni boleznim dihal, srčno-žilnim boleznim in prezgodnji umrljivosti. Ozon je medtem problem zlasti poleti na Primorskem in višje ležečih območjih. Čeprav so v Sloveniji sprejeti številni ukrepi za izboljšanje kakovosti zraka, učinki teh ukrepov niso enakomerno porazdeljeni, saj so za prebivalce bolj obremenjenih območij tveganja še vedno nesorazmerno visoka.

Pri vsakem od treh prispevkov smo uporabili drugačne geografske enote. Tako smo v prispevku Izobrazba kot dejavnik neenakosti pri umrljivosti zaradi vročinskih valov v Sloveniji v letih od 2015 do 2022 uporabili podnebne regije, v prispevku Neenakosti v dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode statistične regije, v prispevku Neenakosti v zdravju zaradi izpostavljenosti onesnaženemu zraku pa zdravstvene regije. Pojasnilo o vrstah regij je podano v posameznem prispevku.

3.2. Izobrazba kot dejavnik neenakosti pri umrljivosti zaradi vročinskih valov v Sloveniji v letih od 2015 do 2022

Avtorji: Simona Perčič, Majda Pohar, Katarina Bitenc, Vesna Viher Hrzenjak, Anže Medved, Matjaž Krošel, Ana Hojs

Uvod

Podnebne spremembe spreminjajo globalne in lokalne vremenske vzorce, vplivajo na naraščanje povprečne in maksimalne dnevne temperature, na količino padavin ter na dvig morske gladine. Poleg tega se povečuje pogostost ekstremnih vremenskih dogodkov, med drugim vročinskih valov, poplav in suš. Posledice so tudi pogostejši požari in slabša kakovost zraka (1, 2). Pogostost in intenzivnost ekstremnih podnebnih dogodkov, kot so vročinski valovi, nevihte, poplave in gozdni požari, se bosta v prihodnosti še povečali (2).

Podnebne spremembe vplivajo na determinante zdravja, predvsem na determinante zunanjega okolja, in sicer tako na determinante družbenega okolja (npr. osnovne, kot so socialno-ekonomski dejavniki, in kompleksne, kot so družbene krize in katastrofe) kakor na determinante fizičnega okolja (npr. kakovost zraka, vode) (3, 4). Na zdravje vplivajo tudi neposredno: povzročajo bolezni, povezane z vročino, poškodbe in poslabšanje obstoječih bolezni ter posledično povečajo umrljivost in obolevnost (5).

Podnebne spremembe vplivajo tudi na širjenje prenašalcev nekaterih nalezljivih bolezni (vektorjev), na širjenje bolezni, ki se prenašajo z vodo in hrano, ter na duševno zdravje (5). Vplivajo tudi na onesnaženost zraka (posledično na povečano umrljivost in obolevnost), na pojav cvetnega prahu (posledično na povečano umrljivost in obolevnost zaradi alergij, še posebej astme; segrevanje bo podaljšalo sezono cvetnega prahu in lahko povzroči pojav novih virov cvetnega prahu, ko se zaradi segrevanja spremeni mešanica rastlinskih vrst) (6). Podnebne spremembe poleg tega povečujejo nevarnost poplav. Neposredni vplivi poplav na zdravje vključujejo utopitve, električni udar ter druge nenamerne smrti in poškodbe, posredni vplivi na zdravje pa se lahko pojavijo zaradi onesnaženja in prekinitve oskrbe s pitno vodo ter izgube dostopa do transporta, oskrbe z električno energijo in komunikacij (7).

Podnebne spremembe poglobljajo neenakosti: socialno-ekonomske, medgeneracijske, okoljske in neenakosti v zdravju (8).

Vplivi podnebnih sprememb na zdravje ne bodo enaki za vse zaradi različne izpostavljenosti, občutljivosti in sposobnosti prilagajanja posameznikov in skupin, kar skupaj predstavlja njihovo ranljivost (9). Na primer ljudje, ki živijo na poplavnih območjih ali v stanovanjih v višjih nadstropjih, so lahko bolj izpostavljeni vplivom podnebnih sprememb. Starejši ljudje in ljudje z zdravstvenimi težavami so lahko bolj občutljivi za vplive podnebnih sprememb. Ne nazadnje, socialno izolirani ljudje, osebe z omejeno mobilnostjo in priseljenci z omejenim jezikovnim znanjem imajo lahko omejeno sposobnost prilagajanja (6).

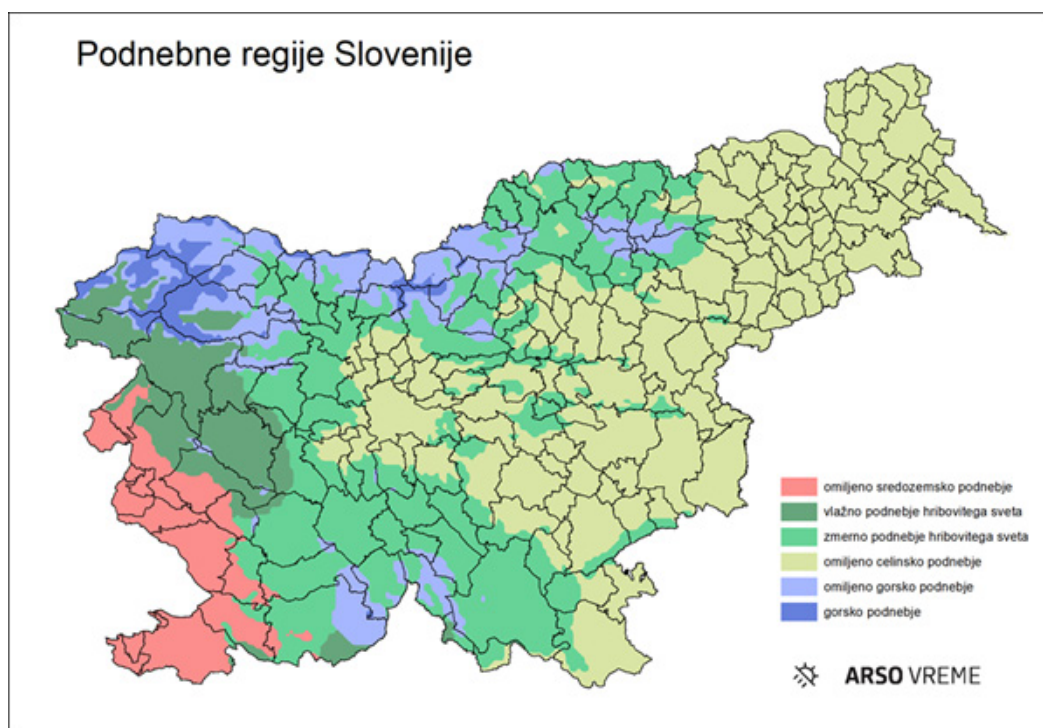
Namen prispevka je pridobiti podatke za načrtovanje in oblikovanje z dokazi podprtih javnozdravstvenih ukrepov za zmanjševanje okoljske neenakosti, pogojene s podnebnimi spremembami, upoštevajoč razlike v zdravstvenem stanju prebivalstva, v socialno-ekonomskem stanju in v izpostavljenosti v različnih podnebnih regijah Slovenije. Cilj našega dela je pregledati grobe podatke o zdravstvenem stanju (število umrlih) v povezavi z izobrazbo (kot komponento socialno-ekonomskega stanja) v obdobju vročinskih valov in izven vročinskih valov v toplem delu leta v posameznih podnebnih regijah ter ugotoviti morebitne neenakosti.

Metode in vzorec

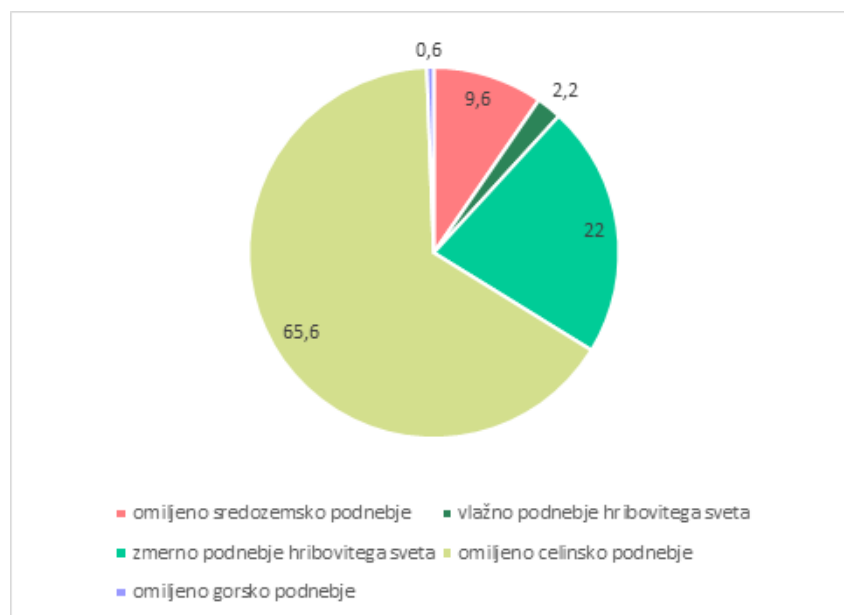
V raziskavo so bili vključeni vsi prebivalci Republike Slovenije, ki so prebivali v štirih podnebnih regijah.

Zaradi majhnega števila opazovanih izidov (število smrti) smo obravnavane podnebne regije združili v tri regije: regijo s celinskim podnebjem (omiljeno celinsko podnebje), regijo s primorskim podnebjem (omiljeno sredozemsko podnebje) in regijo s prehodnim podnebjem (vlažno podnebje hribovitega sveta in zmerno podnebje hribovitega sveta). Regije z gorskim podnebjem nismo obravnavali, ker tam praktično ni stalnih prebivalcev; prav tako za ta prispevek o neenakosti nismo obravnavali regije z omiljenim gorskim podnebjem, ker je število opazovanih izidov (število smrti) zelo majhno.

Agencija Republike Slovenije za okolje (ARSO) deli Slovenijo glede na podatke o podnebjju v šest podnebnih regij (10).



Slika 3.1: Podnebne regije z mejami občin (ARSO, 2023).



Slika 3.2: Odstotni deleži prebivalcev Slovenije po podnebnih regijah (vir: dokument NIJZ, ki je v pripravi).

Podatke o številu smrti za vse vzroke smrti, po izobrazbi in po podnebnih regijah od začetka maja do konca septembra za leta od 2015 do 2022 smo pridobili na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) iz zbirke podatkov o umrlih osebah, kjer so kodirani podatki po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih pojavov za statistične namene – avstralska modifikacija MKB-10-AM, verzija 6.

Podatke o vročinskih valovih smo pridobili od ARSO. Enotne definicije vročinskega vala ni. V prispevku uporabljamo definicijo, sprejeto na znanstvenem posvetu o vročinskih valovih Slovenskega meteorološkega društva: vročinski val je obdobje najmanj treh zaporednih dni s povprečno temperaturo nad izbrano mejo, ki je odvisna od podnebnega tipa. Za zmerno podnebje hribovitiga sveta znaša ta meja 22 °C, za celinsko podnebje 24 °C in za omiljeno sredozemsko podnebje 25 °C (11).

Prebivalce smo po stopnji izobrazbe razdelili v tri skupine: 1. nizka izobrazba (brez izobrazbe, nepopolna osnovnošolska, osnovnošolska); 2. srednja izobrazba (nižja poklicna, srednja poklicna, srednja splošna); 3. visoka izobrazba (visokošolska 1. stopnje, visokošolska 2. stopnje, visokošolska 3. stopnje).

Uporabili smo pristop z izračunavanjem relativnega tveganja (RT) in 95-odstotnega intervala zaupanja (IZ) (12). Primerjali smo število smrti v času vročinskih valov s številom smrti v referenčnem obdobju, tako kot v prejšnjih podobnih raziskavah (12, 13). Opredelili smo trajanje referenčnega obdobja, to je število dni izven vročinskih valov od maja do septembra. Za referenčno obdobje za posamezno leto smo izbrali enako število dni, kot je bilo skupaj dni v vročinskih valovih v določenem letu. Dneve za referenčno obdobje smo izbirali za vseh pet let po enakem vzorcu. Polovico dni v referenčnem obdobju smo določili od začetka maja, drugo polovico dni v referenčnem obdobju pa smo določili od začetka septembra. Če je bilo število dni v referenčnem obdobju liho, smo en dan več upoštevali maja. Predpostavili smo, da prebivalstvo v opazovanem obdobju po številu večinoma ostaja nespremenjeno. Zaradi majhnega števila opazovanih izidov (število smrti) v posameznem letu smo naredili časovni niz po treh stopnjah izobrazbe, torej smo izračunali RT in 95-odstotni IZ za časovni niz od leta 2015 do leta 2022, za vsako podnebno regijo posebej. Povečanje števila smrti smo kot statistično značilno upoštevali takrat, ko je bila spodnja vrednost 95-odstotnega IZ večja ali enaka ena. Zmanjšanje števila smrti smo kot statistično značilno upoštevali takrat, ko je bila zgornja

vrednost 95-odstotnega IZ manjša od ena. Za primerjavo RT med dvema statističnima skupinama (izračun razmerja med RT (RRT)) smo metodo povzeli po Altmanu in Blandu (14).

Rezultati

Celinsko podnebje (omiljeno celinsko podnebje): rezultati so pokazali, da pri analizi povezanosti med številom umrlih in vročinskimi valovi ni statistično značilnih razlik pri nobeni skupini z različno stopnjo izobrazbe glede na referenčno obdobje. Tudi ko smo primerjali skupine z različno stopnjo izobrazbe med seboj, ni bilo statistično značilnih razlik v številu umrlih v času vročinskih valov.

Tabela 3.1: Relativna tveganja za število umrlih med vročinskimi valovi in 95-odstotni intervali zaupanja po stopnji izobrazbe za celinsko podnebje – časovni niz 2015–2022 – ter razmerje relativnih tveganj med stopnjami izobrazbe.

CELINSKO PODNEBJE (reprezentativna postaja Novo mesto)				
izobrazba/diagnoza smrti (koda MKB-10)	časovni niz 2015–2022 RT (95 % IZ) na vzorcu		primerjava skupin po stopnji izobrazbe	RRT med stopnjo izobraženosti
nizka izobrazba (A00–T98)	0,97 (0,92–1,03)		1 in 2	0,97 (0,89–1,05)
srednja izobrazba (A00–T98)	1 (0,94–1,06)		1 in 3	0,94 (0,82–1,08)
visoka izobrazba (A00–T98)	1,03 (0,91–1,17)		2 in 3	0,97 (0,84–1,11)

Prehodno podnebje (vlažno podnebje hribovitega sveta in zmerno podnebje hribovitega sveta): rezultati so pokazali, da je pri analizi povezanosti med številom umrlih in vročinskimi valovi statistično značilna razlika za skupino 2 (s srednjo stopnjo izobrazbe) s povečanim številom umrlih v času vročinskih valov glede na referenčno obdobje. Pri primerjavi skupin z različno stopnjo izobrazbe se je pokazalo statistično značilno manjše število umrlih v obdobju vročinskih valov v skupini 1 (z nizko stopnjo izobrazbe) kot v skupini 2 (s srednjo stopnjo izobrazbe).

Tabela 3.2: Relativna tveganja za število umrlih med vročinskimi valovi in 95-odstotni intervali zaupanja po stopnji izobrazbe za prehodno podnebje – časovni niz 2015–2022 – ter razmerje relativnih tveganj med stopnjami izobrazbe.

PREHODNO PODNEBJE (reprezentativna postaja Postojna)				
izobrazba/diagnoza smrti (koda MKB-10)	časovni niz 2015–2022 RT (95 % IZ) na vzorcu		primerjava skupin po stopnji izobrazbe	RRT med stopnjo izobraženosti
nizka izobrazba (A00–T98)	0,98 (0,89–1,07)		1 in 2	0,87 (0,76–0,99)
srednja izobrazba (A00–T98)	1,12 (1,02–1,23)		1 in 3	0,93 (0,72–1,19)
visoka izobrazba (A00–T98)	1,05 (0,83–1,31)		2 in 3	1,06 (0,83–1,36)

Primorsko podnebje (omiljeno sredozemsko podnebje): rezultati so pokazali, da pri analizi povezanosti med številom umrlih in vročinskimi valovi ni statistično značilnih razlik med skupinami z različnimi stopnjami izobrazbe glede na referenčno obdobje. Tudi ko smo primerjali stopnje izobrazbe med seboj, ni bilo statistično značilnih razlik v številu umrlih v času vročinskih valov.

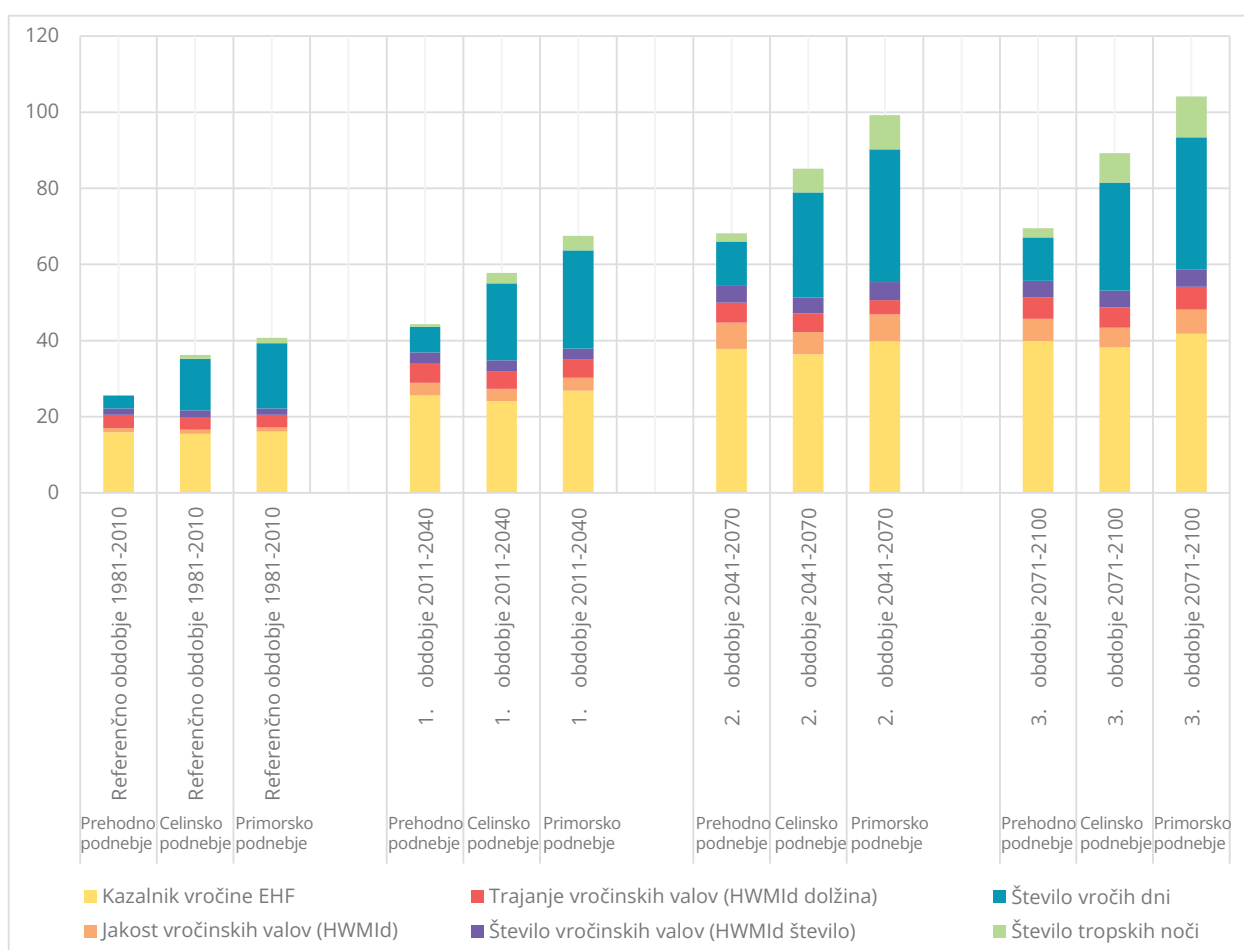
Tabela 3.3: Relativna tveganja za število umrlih med vročinskimi valovi in 95-odstotni intervali zaupanja po stopnji izobrazbe za primorsko podnebje – časovni niz 2015–2022 – ter razmerje relativnih tveganj med stopnjami izobrazbe.

OMILJENO SREDOZEMSKO PODNEBJE (reprezentativna postaja Koper)				
izobrazba/diagnoza smrti (koda MKB-10)	časovni niz 2015–2022 RT (95 % IZ) na vzorcu		primerjava skupin po stopnji izobrazbe	RRT med stopnjo izobraženosti
nizka izobrazba (A00–T98)	1 (0,86–1,17)		1 in 2	0,99 (0,70–1,23)
srednja izobrazba (A00–T98)	1,01 (0,86–1,19)		1 in 3	1,02 (0,88–1,63)
visoka izobrazba (A00–T98)	0,83 (0,64–1,09)		2 in 3	1,21 (0,89–1,66)

Razprava

Posledice podnebnih sprememb so ekstremni vremenski dogodki, med katerimi so poleg drugih poletni vročinski valovi, ki se pojavljajo tudi v Sloveniji. Vročinski valovi po svetu spadajo med najresnejše vzroke za povečano umrljivost in obolevnost zaradi posledic podnebnih sprememb (5). Učinki vročinskih valov na umrljivost se po svetu razlikujejo in so povezani s številnimi dejavniki, vključno z lokalnim podnebjem, socialno-ekonomskimi dejavniki, demografskimi dejavniki, zdravstvenim sistemom, pripravljenostjo skupnosti, da upošteva nasvete zdravstvenih delavcev, in odpornostjo prebivalstva v določeni državi (15).

Tudi v Sloveniji bodo po napovedih za lokalno podnebje vročinski valovi močnejši, daljši ali pogostejši. Napovedi kažejo, da bo največja obremenitev na območju s primorskim podnebjem, sledi območje s celinskim podnebjem in nato območje s prehodnim podnebjem. Slika 3.3 prikazuje poglobljanje okoljskih neenakosti zaradi podnebnih sprememb v prihodnosti.



Slika 3.3: Srednje vrednosti kazalnikov obremenitve s toploto v referenčnem obdobju in sprememb v naslednjih tridesetletnih obdobjih v regijah s prehodnim podnebjem (vlažno podnebje hribovitega sveta in zmerno podnebje hribovitega sveta), celinskim podnebjem in primorskim podnebjem (scenarij RCP 4.5) (vir: dokument NIJZ, ki je v pripravi).

Opomba: V grafu smo prikazali srednje vrednosti vseh šestih kazalnikov obremenitve s toploto, združenih za posamezno obdobje v enem stolpcu, zato na osi y ne navajamo enot. EHF – faktor toplotnega presežka (ang. Excess Heat Factor), HWMId – kazalnik magnitude vročinskega vala (ang. Heat Wave Magnitude Index).

Podnebna regija omiljeno gorsko podnebje je po številu prebivalcev in prostorsko najmanjša med opazovanimi regijami v našem poročilu. Za to regijo ni bila narejena posebna ocena po podnebnih scenarijih. Glede na ocene za Slovenijo, ki so jih pripravili na Agenciji RS za okolje, bi pričakovali naraščanje temperature oziroma odražanje sprememb v podnebnih kazalnikih,

povezanih z vročino, vendar se v tej podnebni regiji ne pričakuje nič takih dogodkov ali manj kot v drugih opazovanih podnebnih regijah, odstopanja pa bodo še manjša na višje ležečih območjih. Vročinski valovi pa bodo tudi v tej regiji nekoliko daljši in intenzivnejši (10).

Na umrljivost zaradi vročinskih valov vpliva tudi socialno-ekonomski status (SES). SES je kompleksen koncept, ki vključuje socialno-ekonomske dejavnike tveganja: izobrazbo, dohodek, splošno finančno varnost, poklic, življenjske razmere, vire in priložnosti, ki so na voljo ljudem v družbi (16). Ugotovljeno je, da je nižji SES povezan s povečano umrljivostjo v času vročinskih valov (5). Večina raziskav je narejenih za vse komponente SES skupaj (5).

Nekatere raziskave nakazujejo povezavo med izobrazbo, dohodkom in zdravjem. Podatki za Slovenijo potrjujejo, da se stopnja izobrazbe dobro povezuje z ravno dohodka. Nižji ko je posameznikov socialno-ekonomski položaj, večje je tveganje za slabo zdravje (17).

Znanstvena literatura na temo povezanosti vročinskih valov z umrljivostjo glede na izobrazbo je skopa. Višja izobrazba je lahko zanesljiv kazalec socialno-ekonomskega položaja, ki vpliva na dohodek, življenjske razmere in poklic (18). Osebe z višje doseženo izobrazbo imajo na splošno večje premoženje in boljšo kakovost življenja (19). Tako lahko pričakujemo, da je nižja stopnja izobrazbe povezana z večjo umrljivostjo v času vročinskih valov, kar vodi v neenakosti do zdravja zaradi podnebnih sprememb. Rezultati raziskave Medine-Ramón in sodelavcev (20) so pokazali, da so temnopolti in nizko izobraženi prebivalci Združenih držav Amerike, za katere je praviloma značilen nizek SES, dovzetnejši za umiranje ob ekstremnih temperaturah. Ta pojav so povezali s slabšim zdravstvenim stanjem, omejenim dostopom do zdravstvene oskrbe in slabšimi bivalnimi razmerami (predvsem pomankanje klimatizacije). Višjo stopnjo umrljivosti med manj izobraženimi na splošno so opazili v kohortni raziskavi v ZDA (21). V raziskavi O'Neill in sodelavcev (22) so v sedmih ameriških mestih pokazali povečano umrljivost pri nižje izobraženih, prav tako so povečano umrljivost v času vročinskih valov za nižje izobražene v enajstih ameriških mestih pokazali v raziskavi Curriera in sodelavcev (23). Tako so v obeh raziskavah zaključili, da je na območju, kjer je večji delež ljudi, ki nimajo vsaj srednješolske izobrazbe, večja umrljivost v času vročinskih valov (23).

V naši raziskavi smo ugotovili statistično značilno višje število smrti med vročinskimi valovi glede na referenčno obdobje v skupini prebivalcev s srednjo stopnjo izobrazbe, ki živijo v prehodnem podnebju (vlažno podnebje hribovitega sveta in zmerno podnebje hribovitega sveta), v primerjavi s skupinami z nižjo ali visoko stopnjo izobrazbe. Ugotovili smo tudi, da so nizko izobraženi umirali statistično značilno manj kot srednje izobraženi, kar je v nasprotju z ugotovitvami raziskav, opravljenih v tujini (21, 22, 23). Kaj je dejanski vzrok za ta pojav, bi bilo treba raziskati z nadaljnjimi epidemiološkimi raziskavami.

Drugi kazalniki socialno-ekonomskega položaja, kot so nizek dohodek, socialna izoliranost, so povezani s povečanimi škodljivimi učinki na zdravje med vročinskimi valovi. Potekajo razprave o vlogi socialno-ekonomskih dejavnikov pri ranljivosti med vročinskimi valovi in o tem, ali vplivajo izključno posameznikove socialno-ekonomske razmere ali tudi tiste v skupnosti. Posameznikovi dejavniki (izobrazba, dohodek) vplivajo na zdravje, medtem ko lahko na stališča in vedenja, razpršena med ljudmi na ravni skupnosti ali soseske, vpliva tudi zdravstvena vzgoja (5).

Opravljen raziskava je prva raziskava v Sloveniji, pa tudi ena redkih v Evropi in širše, ki obravnava razlike v umrljivosti med skupinami prebivalstva z različnimi stopnjami izobrazbe v času vročinskih valov v različnih podnebnih regijah in s tem v manjših geografskih enotah. Daje nam podatke o tem, katere skupine prebivalcev v različnih podnebnih regijah so pri nas najranljivejše v času vročinskih valov, upoštevajoč stopnjo izobrazbe kot eno od determinant

SES. Z raziskavo ugotovljene razlike v umrljivosti nam kažejo na potrebo po prilagajanju ukrepov blaženja podnebnih sprememb tako po SES prebivalstva kot po podnebnih regijah.

Kljub pomembnim izsledkom raziskave je treba njene rezultate razlagati z nekaj previdnosti. Ta je potrebna pri morebitni ekstrapolaciji rezultatov raziskave iz spremljanja različne stopnje izobrazbe na splošni SES, na katerega poleg stopnje izobrazbe vplivajo še številni drugi družbeni dejavniki, zato bodo za ugotovitve vpliva splošnega SES na umrljivost v času vročinskih valov potrebne raziskave, ki bodo upoštevale vpliv vseh teh dejavnikov.

Določena mera previdnosti pri interpretaciji rezultatov raziskave je potrebna tudi zaradi relativne majhnosti skupin opazovane populacije. Majhnost opazovane populacije rezultira v majhnem številu opazovanih dogodkov, kar lahko vpliva na statistično značilnost rezultatov, zato moramo biti pri razlagi teh previdni.

Dodatno je treba poudariti, da smo v raziskavi opazovali vpliv vročinskih valov na število smrti le na podlagi enega dejavnika tveganja, to je stopnje izobrazbe. Na število smrti v času vročinskih valov vpliva zelo veliko različnih dejavnikov. Za natančnejšo opredelitev vpliva stopnje izobrazbe na število smrti v času vročinskih valov bodo potrebne dodatne raziskave, ki bodo upoštevale tudi druge dejavnike tveganja.

Zaključek

Vročinski valovi poleti bodo zaradi podnebnih sprememb vse daljši, pogostejši in intenzivnejši. Kljub določenim omejitvam so rezultati raziskave pokazali, da je treba pri ocenjevanju vplivov podnebnih sprememb na zdravje in načrtovanju preventivnih ukrepov upoštevati tako socialno-ekonomske dejavnike kot značilnosti različnih podnebnih regij v Sloveniji. Intenzivno moramo nadaljevati preventivne javnozdravstvene ukrepe in medresorsko sodelovanje (ARSO, NIJZ, pa tudi drugi deležniki) ter pripravljati z dokazi podprte prikaze dejstev za podporo odločevalcem. Potrebne so nadaljnje študije.

Literatura

1. Ebi K.L., Hess J.J. Health Risks Due To Climate Change: Inequity In Causes And Consequences. *Health Aff (Millwood)*. 2020 Dec;39(12):2056-2062. doi: 10.1377/hlthaff.2020.01125.
2. Intergovernmental panel on climate change. *Climate Change 2023: Synthesis Report. Summary for Policymakers. A report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Ženeva: IPCC; 2023. 42 str.
3. Svetovna zdravstvena organizacija. *Climate change* [Internet]. 2023 [citirano 2024 Dec 13]. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
4. Zaletel-Kraglej L., Kuček A., Eržen I. *Javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta: Katedra za javno zdravje, Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2023. 556 str.
5. Svetovna zdravstvena organizacija. *Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention* [Internet]. 2021 [citirano 2024 Dec 13]. Dostopno na: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055406>
6. Paavola J. Health impacts of climate change and health and social inequalities in the UK. *Environ Health*. 2017 Dec 5;16(Suppl 1):113. doi: 10.1186/s12940-017-0328-z.
7. Svetovna zdravstvena organizacija. *Floods in the WHO European Region: Health effects and their prevention* [Internet]. 2013 [citirano 2024 Dec 13]. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789289000116>
8. Svetovna zdravstvena organizacija. *Strengthening health resilience to climate change. Technical briefing for the world health organization conference on health and climate* [Internet]. 2014 [citirano 2024 Dec 13]. Dostopno na: <https://www.who.int/docs/default-source/climate-change/technical-briefing---health-resilience-to-climate-change.pdf>
9. Adger W.N. Vulnerability. *Global Environ Chang*. 2006;16(3):268–281. doi: 10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006.

10. Bertalanič R., Dolinar M., Draksler A., Honzak L., Kobold M., Kozjek K., idr. Ocena podnebnih sprememb v Sloveniji do konca 21. stoletja: sintezno poročilo – prvi del. Ljubljana : Ministrstvo za okolje in prostor, Agencija Republike Slovenije za okolje; 2018.
11. ARSO. Vročinski kazalniki 2023 [Internet]. [citirano 2024 Maj 15]. Dostopno na: https://meteo.arso.gov.si/met/sl/climate/current/heat_indices/
12. Joe L., Hoshiko S., Dobraca D., Jackson R., Smorodinsky S., Smith D., idr. Mortality during a large-scale heat wave by place, demographic group, internal and external causes of death, and building climate zone. *Int J Environ Res Public Health*. 2016; 13 (3): 299. doi: 10.3390/ijerph13030299.
13. Grašič M., Perčič S. Število umrlih v času vročinskih valov po diagnozah, spolu, starostnih skupinah ter mestnem in podeželskem okolju, za Slovenijo, primerjava med letoma 2014 in 2018. *Med Razg*. 2022;61(3):437–456.
14. Altman D.G., Bland J.M. Interaction revisited: The difference between two estimates. *BMJ*. 2003;326(7382):219.
15. Li M., Gu S., Bi P., Yang J., Liu Q. Heat waves and morbidity: Current knowledge and further direction – A comprehensive literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Maj 18;12(5):5256–83. doi: 10.3390/ijerph120505256.
16. Oakes J.M., Rossi P.H. The measurement of SES in health research: Current practice and steps toward a new approach. *Soc Sci Med*. 2003 Feb;56(4):769–784. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00073-4.
17. Lesnik T., Gabrijelčič Blenkuš M., Hočevnar-Grom A., Kofol-Bric T., Zaletel, M. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018.
18. Brunner E. Commentary: education, education, education. *Int J Epidemiol*. 2001;30:1126–8.
19. Liberatos P., Link B.G., Kelsey J.L. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev*. 1988;10:87–121. doi: 10.1093/oxfordjournals.epirev.a036030.
20. Medina-Ramón M., Zanobetti A., Cavanagh D.P., Schwartz J. Extreme temperatures and mortality: assessing effect modification by personal characteristics and specific cause of death in a multi-city case-only analysis. *Environ Health Perspect*. 2006;114(9):1331–1336. doi:10.1289/ehp.9074.
21. Steenland K., Henley J., Thun M. All-cause and cause-specific death rates by educational status for two million people in two American Cancer Society cohorts, 1959–1996. *Am J Epidemiol*. 2002;156:11–21. doi: 10.1093/aje/kwf001.
22. O'Neill M.S., Zanobetti A., Schwartz J. Modifiers of the temperature and mortality association in seven US cities. *Am J Epidemiol*. 2003 Jun 15;157(12):1074–82. doi: 10.1093/aje/kwg096.
23. Curriero F.C., Heiner K.S., Samet J.M., Zeger S.L., Strug L., Patz J.A. Temperature and mortality in 11 cities of the eastern United States. *Am J Epidemiol*. 2002 Jan 1;155(1):80–7. doi: 10.1093/aje/155.1.80.

3.3. Neenakosti v dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode

Avtorji: Bonia Miljavac, Lara Ofentavšek

Uvod

Neenakosti v dostopu do pitne vode so globalni izziv, ki sega čez geografske meje in vpliva na različne plasti družbe.

Dostop do zdravstveno ustrezne pitne vode je ključen za zagotavljanje osnovnih človekovih pravic in ohranjanje zdravja prebivalstva, preprečevanje resnih zdravstvenih težav, ki jih je v preteklosti pogosto povzročala izpostavljenost onesnaženi pitni vodi. Velike svetovne hidrične epidemije so v zgodovini človeštva povzročile nepopravljive posledice, ki so globoko zaznamovale družbe in poudarile pomen ustreznega varovanja človekove pravice do kakovostne pitne vode. Na mednarodni ravni so bili postavljeni številni cilji in smernice, ki se osredotočajo na izboljšanje dostopnosti pitne vode ter s tem povezane zdravstvene in okoljske vidike (1).

Protokol o vodi in zdravju, sprejet v Parizu leta 1999, je ključen dokument, ki opredeljuje cilje za izboljšanje kakovosti pitne vode in varstvo zdravja prebivalcev. Parmska deklaracija, sprejeta leta 2010, zavezuje države podpisnice k zagotavljanju dostopa do čiste pitne vode za vse prebivalce, ne glede na socialno-ekonomske razmere. S tem, ko se države zavežejo izpolnjevanju teh ciljev, se vključujejo v okvir globalnih prizadevanj, ki jih zastopa Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) s svojimi cilji za trajnostni razvoj. Pri teh se poleg drugega poudarjata pomembnost zdravja in dostop do pitne vode (2, 3).

Glede na mednarodna prizadevanja je tudi Slovenija sprejela Strategijo Republike Slovenije za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem (2012–2020), ki se osredotoča na zagotavljanje zdravega okolja za otroke, vključno z ustreznim dostopom do pitne vode (4).

Pravica do pitne vode je posebej zapisana v Ustavi RS, kar poudarja njen ključni pomen v okviru temeljnih človekovih pravic. Kljub temu se spoprijemamo z izzivi neenakosti v dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode tudi na domačem terenu. Različni dejavniki, ki segajo od geografskih značilnosti do socialno-ekonomskih razlik, vplivajo na to, kako prebivalci Slovenije dostopajo do kakovostne pitne vode.

V prispevku bomo predstavili, kako se neenakosti v dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode v Sloveniji odražajo v razlikah v izpostavljenosti izbranim dejavnikom tveganja za zdravje. Poudarek bomo namenili tudi vplivu političnih odločitev na lokalni, regionalni in nacionalni ravni ter njihovi vlogi pri zmanjševanju teh neenakosti in izboljševanju dostopa do varne pitne vode za vse prebivalce. Predstavili bomo tudi relevantne statistične podatke o dostopnosti pitne vode v Sloveniji, da bi bralcem omogočili celovit vpogled v trenutno stanje ter mogoče poti za izboljšanje.

S pristopom strokovne monografije želimo omogočiti razumevanje teh kompleksnih vprašanj tudi tistim, ki nimajo specializiranega znanja s področja javnega zdravja, vendar imajo ključno vlogo pri oblikovanju politik ter sprejemanju odločitev, ki vplivajo na zdravje in dobrobit družbe.

Metode in vzorec

Neenakosti v dostopnosti pitne vode v Sloveniji in njene kakovosti smo prikazali na podlagi (ne)vključenosti prebivalcev v monitoring pitne vode po posameznih statističnih regijah in rezultatov preskušanj odvzetih vzorcev pitne vode na pipi uporabnika, ki nam omogočajo

vpogled v neenakosti pri izpostavljenosti uporabnikov izbranim mikrobiološkim in kemijskim dejavnikom tveganja za zdravje v pitni vodi. Poleg tega smo kot indikator neenakosti dostopa do zdravstveno ustrezne pitne vode upoštevali tudi potrebo po izvedbi ukrepov omejitve ali prepovedi uporabe pitne vode ter nadomestne oskrbe s pitno vodo. Za prikaz neenakosti dostopa do pitne vode in ukrepov omejitve uporabe pitne vode, prepovedi in nadomestne oskrbe s pitno vodo v Sloveniji smo uporabili podatke iz informacijskega sistema za monitoring pitne vode (MPV), v nadaljevanju imenovanega informacijski sistem. V informacijskem sistemu so podatki o sistemih za oskrbo s pitno vodo (vodovodih), oskrbovalnih območjih, vodnih virih, mestih vzorčenj ter načrt monitoringa, rezultati terenskih meritev in laboratorijskih preskušanj odvzetih vzorcev pitne vode.

Sistem za oskrbo s pitno vodo ima eno ali več oskrbovalnih območij. Oskrbovalno območje je območje, ki se oskrbuje s pitno vodo iz enega ali več vodnih virov, znotraj katerega je kakovost vode približno enaka. V Pravilniku o pitni vodi (Priloga II, tabela 1) so oskrbovalna območja razporejena v velikostne razrede glede na količino distribuirane vode na dan oziroma število prebivalcev na oskrbovalnem območju. Kot je prikazano na sliki 4.1, jih združujemo v mala, srednja in velika oskrbovalna območja, ki oskrbujejo 50–1000, 1001–10.000 in > 10.000 prebivalcev (5).

Namen monitoringa je preverjanje skladnosti pitne vode z zahtevami, ki jih mora izpolnjevati pitna voda, z namenom varovanja zdravja ljudi pred škodljivimi učinki zaradi kakršnega koli onesnaženja pitne vode. Načrt monitoringa opredeljuje čas in mesta vzorčenja, pogostost in obseg vzorčenja, metodologijo vzorčenja, fizikalno-kemijske in mikrobiološke analize ter izvajalce vzorčenja in laboratorijskih preskušanj. Preskušanje pitne vode se izvaja na pipah oziroma mestih, kjer se voda uporablja kot pitna voda.

Informacijski sistem omogoča različne načine poizvedovanja o načinu oskrbe s pitno vodo po prostorskih enotah (naselje, občina, statistična regija), kakovosti pitne vode, številu uporabnikov na oskrbovalnih območjih, velikosti oskrbovalnih območij, upravljavcih vodovodov in obdobjih. V informacijskem sistemu upravljavci sistemov za oskrbo s pitno vodo evidentirajo tudi ukrepe omejitve uporabe pitne vode, prepovedi in nadomestne oskrbe s pitno vodo, ki so prikazani glede na datum vnosa, upravljavca, vodovodni sistem, število uporabnikov območja, oskrbovalno območje, izdan ukrep, število prizadetih uporabnikov, neskladne parametre, vrsto nadzora, vzrok in opis vzroka, opis ukrepa, datum uvedbe ukrepa, datum preklica ukrepa in trajanje ukrepa (6).

Za namen te publikacije smo uporabili podatke iz leta 2022.

Monitoring pitne vode se izvaja na podlagi določil 11. do 14. člena Pravilnika o pitni vodi,²⁷ ki se bodo glede na prehodne in končne določbe Uredbe o pitni vodi²⁸ uporabljala do 31. decembra 2028, zagotavlja ga pa Ministrstvo za zdravje RS.

Izvajalec monitoringa je v skladu z določili Pravilnika o pitni vodi Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (NLZOH).

Metodologija obdelave podatkov: neenakosti v številu in deležu prebivalcev, ki (n)imajo dostopa do zdravstveno ustrezne pitne vode, ter izpostavljenosti izbranim mikrobiološkim in kemičnim dejavnikom tveganja za zdravje v pitni vodi ter pri ukrepih omejitve uporabe pitne vode, prepovedi in nadomestne oskrbe s pitno vodo so obdelane in prikazane po velikostnih razredih oskrbovalnih območij in statističnih regijah.

27 Uradni list RS, št. 19/04, 35/04, 26/06, 92/06, 25/09, 74/15, 51/17 in 61/23.

28 Uradni list RS, št. 61/2023.

Na karti, ki prikazuje vsebnost nitratov v pitni vodi, so zajeti rezultati vzorčenja, ki se je izvajalo na oskrbovalnih območjih, ki so oskrbovala več kot 500 prebivalcev.

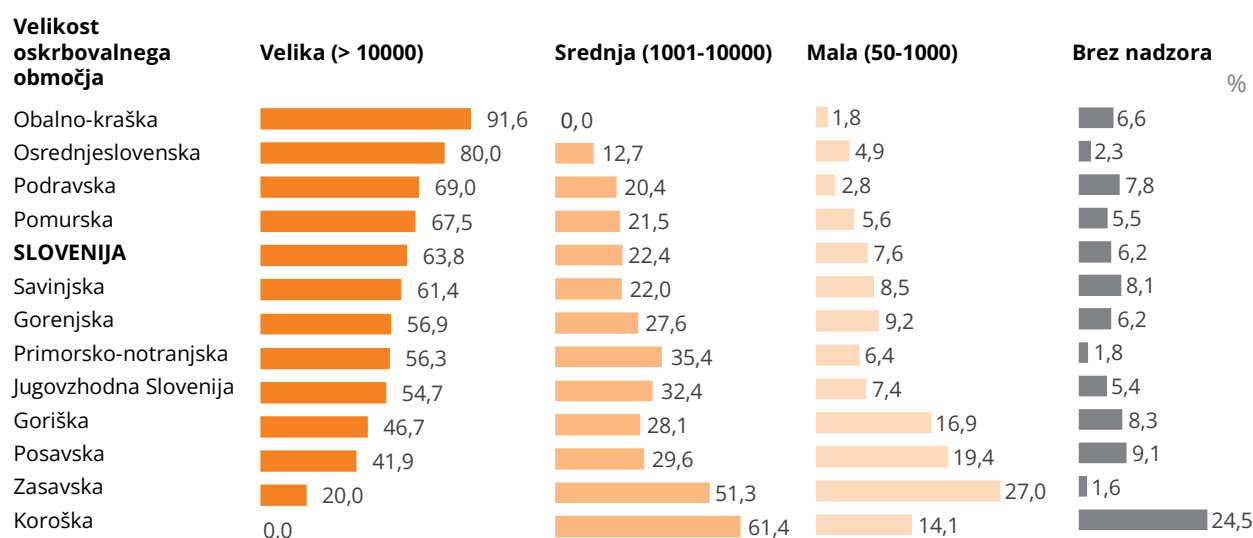
Karta, ki prikazuje prisotnost bakterije *Escherichia coli* (indikator fekalne onesnaženosti), prikazuje rezultate preskušanja na oskrbovalnih območjih ≥ 50 prebivalcev.

Karta, ki prikazuje koncentracijo pesticidov v pitni vodi, ne vsebuje podatkov o metabolnih produktih S-metolaklora, metolaklora ESA in metolaklora OXA.

Rezultati

Neenakosti v dostopu do pitne vode v Sloveniji

Na oskrbovalnih območjih, vključenih v monitoring, se je oskrbovalo 93,8 % (1.978.376) prebivalcev. Od tega skoraj dve tretjini (63,8 % – 1.345.129) prebivalcev na velikih oskrbovalnih območjih (> 10.000 prebivalcev), tri četrtine (73,6 % – 1.552.536) na oskrbovalnih območjih z > 5000 prebivalci, skupaj na velikih in srednjih (> 1000 prebivalcev) 86,2 % (1.817.336) prebivalcev ter 7,6 % (161.040) prebivalcev na malih oskrbovalnih območjih (50–1000 prebivalcev). V letu 2022 v monitoring ni bilo vključenih 6,2 % (130.356) prebivalcev (npr. lastna oskrba, samooskrba – kapnica).



Slika 3.4: Deleži prebivalcev, vezani na mala, srednja in velika oskrbovalna območja, ter deleži prebivalcev brez nadzora, ki niso vključeni v monitoring pitne vode, po statističnih regijah, Slovenija, 2022.

Vir: (7). Opomba: število prebivalcev, vključenih v monitoring pitne vode, je ponekod ocenjeno in se lahko spreminja tudi med letom.

Neenakosti v dostopnosti pitne vode po statističnih regijah so dobro vidne na sliki 3.4, ki prikazuje prebivalce, vezane na mala (50–1000), srednja (1001–10.000) in velika (> 10.000) oskrbovalna območja. Glede na statistične regije je bil največji delež prebivalcev na velikih oskrbovalnih območjih v obalno-kraški regiji (91,6 %), osrednjeslovenski regiji (80,0 %) in podravski regiji (69,0 %). Koroška regija nima velikega oskrbovalnega območja. Pri oskrbovalnem območju srednje velikosti (1001–10.000 uporabnikov) je bil največji delež prebivalstva v koroški regiji (61,4 %), sledita zasavska (51,3 %) in primorsko-notranjska regija (35,4 %). Obalno-kraška regija nima srednjega oskrbovalnega območja. Največji delež prebivalstva pri malih oskrbovalnih območjih je v zasavski (27,0 %), posavski (19,4 %) in goriški regiji (16,9 %). Največji delež prebivalstva, ki ni vključen v monitoring pitne vode, je v koroški regiji (24,5 %), sledita posavska (9,1 %) in goriška regija (8,3 %).

Tabela 3.4: Delitev prebivalcev glede na okolje in po monitoringu pitne vode, 2022.

LETO 2022	št. prebivalcev	%
mestno okolje (občini MB in LJ)	406.409	19,3
podeželje	1.702.323	80,7
celotna SLO (po SURS, H2)	2.108.732	100,0
PODEŽELJE	št. prebivalcev	%
monitoring se izvaja	1.571.967	92,3
monitoring se ne izvaja	130.356	7,7

Opomba: H2 – polletna raven.

Vir: (8).

Iz slike 3.5 je razvidno, da sta bili v letu 2022 v Sloveniji dve mesti z več kot 100.000 prebivalci, Ljubljana in Maribor. Glede na podatke Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) (stanje H2, 2022) v Ljubljani in Mariboru živi 19,3 % (406.409) prebivalcev. V primeru mestnega okolja se upoštevajo mesta z ≥ 100.000 prebivalci, za podeželje pa vsa druga mesta in naselja. V mestnem okolju se praviloma vsi oskrbujejo s pitno vodo, vključeno v monitoring (izjeme so redke, nekaj oseb). Preostalih 80,7 % prebivalcev na podeželju in v mestih z < 100.000 prebivalci se oskrbuje s pitno vodo, kjer se monitoring izvaja ali ne izvaja.

Neenakosti v kakovosti pitne vode v Sloveniji

Prikazujemo delež neskladnih vzorcev pitne vode zaradi mikrobioloških in kemijskih parametrov po velikostnih razredih oskrbovalnih območij ter fekalno onesnaženost po statističnih regijah v letu 2022.

V tabeli 3.5 je prikazana fekalna onesnaženost – prisotnost bakterije *Escherichia coli* (v nadaljevanju: *E. coli*). Prisotnost te bakterije v pitni vodi zanesljivo dokazuje, da je bila voda fekalno onesnažena. Po Pravilniku o pitni vodi so bakterije *E. coli* uvrščene v Prilogo I, del A, med mikrobiološke parametre. Mejna vrednost za parameter *E. coli* v pitni vodi je 0/100 ml (5).

Tabela 3.5: Delež neskladnih vzorcev zaradi fekalne onesnaženosti (prisotnosti bakterije *E. coli*), po velikostnih razredih oskrbovalnih območij, po statističnih regijah, 2022 (redni preskusi – parametri skupine A).

Velikost oskrbovalnega območja	Gorenjska	Goriška	JV Slovenija	Koroška	Obalno-kraška	Osrednjeslovenska	Podravska	Pomurska	Posavska	Primorsko-notranjska	Savinjska	Zasavska	Slovenija
NAJMANJŠA (50–500)	7,4	6,2	6,8	-	22,2	5,1	9,1	-	5,1	10,5	2,7	1,4	5,4
MALA (501–1000)	-	2,6	-	-	-	1,9	20,0	-	-	-	-	-	1,1
MALA SKUPAJ (50–1000)	6,3	5,5	5,8	-	19,0	4,3	9,7	-	4,2	10,5	2,1	0,9	4,6
SREDNJA (1001–10000)	1,5	-	-	-	-	-	3,4	-	-	-	-	-	0,6
VELIKA (> 10000)	1,5	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-	0,2
SKUPAJ	4,3	4,0	2,8	-	4,4	1,9	3,9	-	2,9	4,2	1,1	0,7	2,6

Vir: (6).

Neenakosti v deležu neskladnih vzorcev se odražajo med posameznimi statističnimi regijami in po velikostnih razredih oskrbovalnih območij. Iz tabele 3.5 je razvidno, da je glede na velikost vseh oskrbovalnih območij bil največji delež neskladnih vzorcev v obalno-kraški regiji (4,4 %), gorenjski regiji (4,3 %) in primorsko-notranjski regiji (4,2 %). Vsi skladni vzorci so bili v koroški regiji (0,0 %) in pomurski regiji (0,0 %). Iz tabele 3.5 je opazen tudi trend padanja deleža neskladnih vzorcev z naraščanjem velikosti oskrbovalnih območij. Pri malih oskrbovalnih območjih je bil največji delež neskladnih vzorcev v obalno-kraški regiji (22,2 %), najmanjši pa v pomurski in koroški regiji (0,0 %).

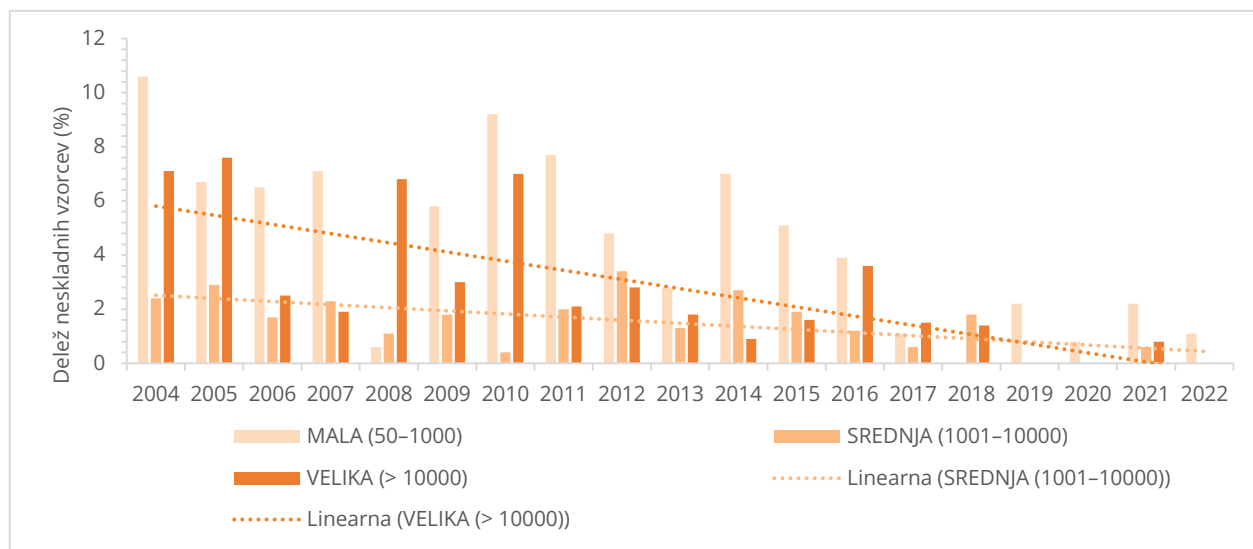
Vir: Zbirka podatkov o sistemih za oskrbo s pitno vodo in o skladnosti pitne vode 2022, NLZOH, 2023; kartografska podlaga: ARSO, GURS, DRSV.

V enem odvzetem vzorcu pri občasnih preskusih – parametri skupine B je bil neskladen pesticid desetilatrazin, pri rednih preskusih – parametri skupine A pa svinec. Preseženim pesticidom je bilo izpostavljenih 580 uporabnikov na enem oskrbovalnem območju, preseženi vrednosti svinca pa 108 uporabnikov na enem oskrbovalnem območju.

Svinec je s svojimi toksičnimi učinki še vedno eden pomembnejših onesnaževalcev, ki predstavljajo tveganje za zdravje ljudi, predvsem otrok, zaradi široke uporabe je pogost onesnaževalec okolja: zraka, zemljine, vode. Glavni vir svinca v pitni vodi je interna vodovodna napeljava v starejših objektih, npr. cevi, stiki, ventili, v manjši meri je prisoten tudi v novejših

materialih, kot so PVC, medenina, guma, keramika. Koncentracija svinca v pitni vodi je višja pri nizki trdoti vode, nizkem pH, visoki temperaturi idr.

Pesticid desetilatrazin, pesticidi so prisotni v vodnih virih predvsem na območjih z intenzivnim kmetijstvom, vzroki prisotnosti so lahko tudi pogozdovanje, vrtničkarstvo. Ukrepi za zmanjšanje koncentracije pesticidov v pitni vodi morajo biti usmerjeni primarno v izbiro in zaščito vodnega vira.

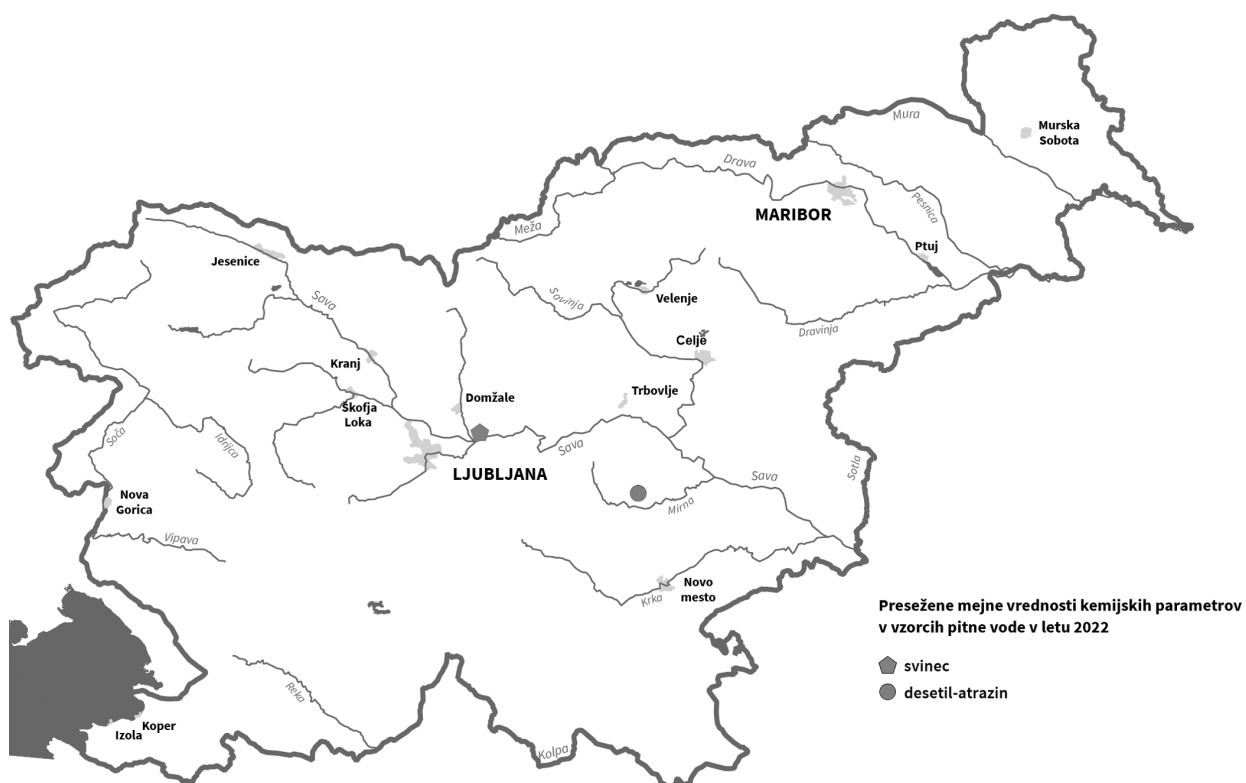


Slika 3.7: Delež neskladnih vzorcev zaradi kemijskih parametrov (del B Priloge I k Pravilniku o pitni vodi), po velikostnih razredih oskrbovalnih območij, 2004–2022 (občasni preskusi – parametri skupine B).

Vir: (9).

Na sliki 3.7 je prikazan delež neskladnih vzorcev zaradi kemijskih parametrov (del B Priloge I k Pravilniku o pitni vodi). Razvidno je, da so bili vsi odvzeti vzorci zaradi kemijskih parametrov skladni v velikem in srednjem oskrbovalnem območju, pri malem oskrbovalnem območju je bil delež neskladnih vzorcev 1,1 %.

Slika 3.8 prikazuje dva neskladna vzorca (vzorec pesticida desetilatrazina in svinca) zaradi preseženih mejnih vrednosti kemijskih parametrov v pitni vodi v letu 2022. Neskladen vzorec zaradi presežene mejne vrednosti parametra svinca je bil odvzet v osrednjeslovenski statistični regiji, v jugovzhodni statistični regiji pa je bil neskladen vzorec zaradi presežene mejne vrednosti pesticida desetilatrazina.

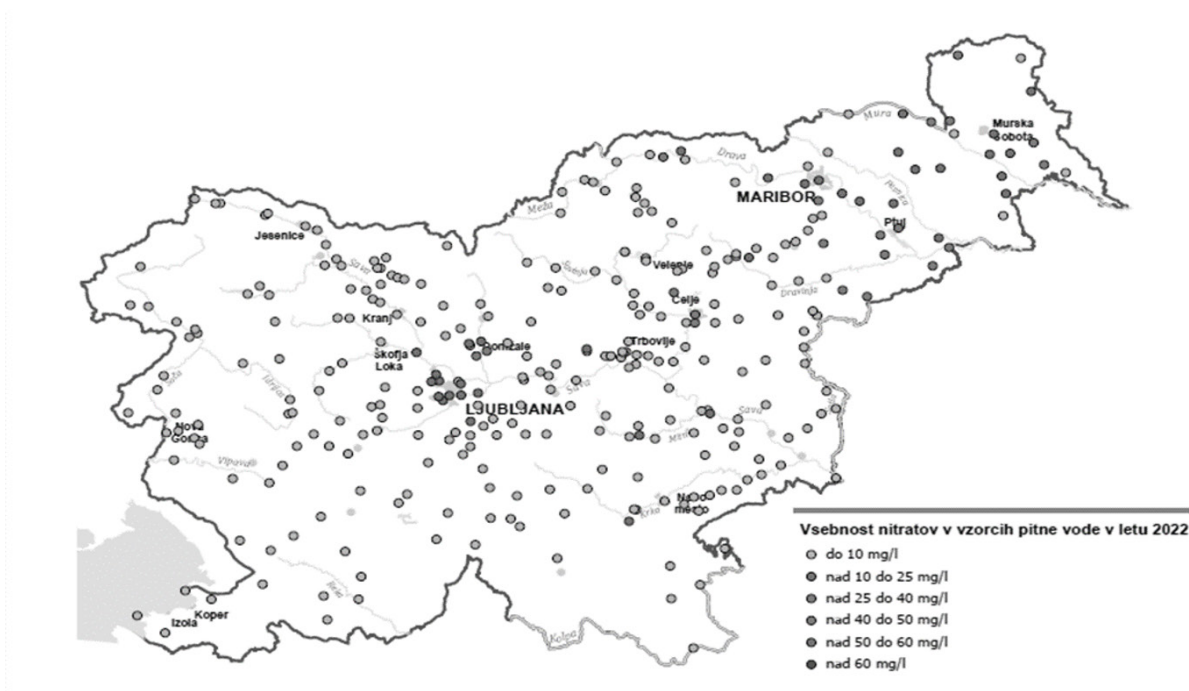


10 5 0 10 20 30 km

Slika 3.8: Presežene mejne vrednosti kemijskih parametrov v pitni vodi v letu, Slovenija, 2022.

Vir: Zbirka podatkov o sistemih za oskrbo s pitno vodo in o skladnosti pitne vode 2022, NLZOH, 2023; kartografska podlaga: ARSO, GURS, DRSV.

Nitrati so do leta 2015 ponekod vsako leto presegali mejno vrednost in še leta 2018, ko je bilo preseženim koncentracijam nitratov izpostavljenih okoli 17.000 prebivalcev. Iz slike 3.9 je razvidno, da v letu 2022 ni bilo presežene mejne vrednosti nitratov v Sloveniji, so pa bili v pomurski statistični regiji tik pod mejno vrednostjo (49 mg/l) pri 533 prebivalcih.



Slika 3.9: Število prebivalcev, izpostavljenih preseženim koncentracijam nitratov v pitni vodi v letu, Slovenija, 2022.

Vir: Zbirka podatkov o sistemih za oskrbo s pitno vodo in o skladnosti pitne vode 2022, NLZOH, 2023; kartografska podlaga: ARSO, GURS, DRSV.

Neenakosti pri izvajanju ukrepov omejitve uporabe pitne vode, prepovedi in nadomestne oskrbe s pitno vodo.

V obdobju od 1. januarja 2022 do 31. decembra 2022 je bilo v Sloveniji po podatkih upravljavcev, ki so bili poslani v informacijski sistem, zaradi prekinitve oziroma omejitve dobave pitne vode, treba ukrepati na 102 oskrbovalnih območjih pitne vode.

Pravilnik o pitni vodi v 20. členu določa, da kadar se pri izvajanju notranjega nadzora ali monitoringa ugotovi onesnaženje pitne vode, mora upravljavec ugotoviti vzroke neskladnosti in izvesti ukrepe za njihovo odpravo. Ukrepi morajo upoštevati stopnjo prekoračitve mejne vrednosti parametra in potencialno nevarnost za zdravje ljudi. Ne glede na to, ali je prišlo do neskladnosti, mora upravljavec prenehati dobavo pitne vode, ali omejiti njeno uporabo, ali sprejeti ukrep, ki je potreben za varovanje zdravja ljudi, če uporaba pitne vode pomeni potencialno nevarnost za zdravje ljudi (5).

V primeru omejitve ali prepovedi uporabe pitne vode mora upravljavec takoj obvestiti uporabnike in jim posredovati ustrezna priporočila. Če prekinitev dobave traja več kot 24 ur, mora upravljavec zagotoviti nadomestno oskrbo s pitno vodo.

Najpogostejši vzroki omejitve uporabe pitne vode, prepovedi in nadomestne oskrbe s pitno vodo v letu 2022 so bili: dolgotrajno oziroma obilno deževje (28,4 %), kratkotrajni nalivi (17,6 %), nedoločeni vzroki (15,5 %). Najmanj pogosti vzroki so bili izlitje nevarnih snovi (3,4 %), okvara na vodovodnem omrežju (2,7 %) in vzdrževalna dela na vodovodnem sistemu (0,7 %). Iz tabele 3.6 je razvidno, da je bilo največ ukrepov omejitve ali prepovedi izdanih v najmanjšem oskrbovalnem območju, in sicer 96. Najpogosteje izdan ukrep je bilo prekuhanje pitne vode.

Tabela 3.6: Število izdanih ukrepov omejitve ali prepovedi pitne vode v letu 2022, vezano na najmanjša, mala, srednja in velika oskrbovalna območja.

Vrste ukrepov omejitve ali prepovedi	1-najmanjša (50–500)	2-mala (501–1000)	3-srednja (1001–10000)	4-velika (> 10000)
Nadomestna oskrba	5	-	-	-
Prekuhavanje	76	5	21	19
Prekuhavanje in nadomestna oskrba	1	-	1	-
Prepoved in nadomestna oskrba	-	-	1	-
Drugo	14	2	2	1
Skupaj	96	7	25	20

Vir: (6).

V nekaterih statističnih regijah je bil v letu 2022 ukrep prekuhavanja razglašen dolgotrajno. Dolgotrajni ukrep prekuhavanja pitne vode se razglasi, kadar je vir pitne vode površinska voda ali voda s površinskim vplivom brez priprave ali kadar priprava pitne vode ni ustrezna oziroma ne zagotavlja stalne mikrobiološke skladnosti pitne vode (*E. coli*, enterokoki) ali kadar je pitna voda na izvoru skladna, sistem oziroma njegov del pa pomeni potencialno tveganje za fekalno onesnaženje. Prekuhavanje pitne vode je navadno kratkoročen ukrep priprave pitne vode, s katerim odpravimo mikrobiološko onesnaženost pitne vode. S pravilno izvedenim prekuhavanjem pitne vode uničimo ali inaktiviramo mikroorganizme, ki so povzročitelji nalezljivih bolezni, ki se prenašajo z vodo. Ukrep je potreben zaradi varovanja zdravja ljudi, če uporaba pitne vode pomeni potencialno nevarnost za zdravje ljudi (10).

V tabeli 3.7 so prikazane statistične regije z dolgotrajnim prekuhavanjem pitne vode. Te so zasavska, posavska, jugovzhodna Slovenija, osrednjeslovenska in gorenjska regija. V zasavski regiji je bil ukrep prekuhavanja razglašen na treh oskrbovalnih območjih, v osrednjeslovenski, posavski, jugovzhodni Sloveniji in gorenjski regiji pa na enem oskrbovalnem območju.

Tabela 3.7: Število oskrbovalnih območij po statističnih regijah, kjer je ukrep prekuhavanja razglašen dolgotrajno, in število oskrbovalnih območij in uporabnikov.

Statistična regija	Število prizadetih prebivalcev	Število oskrbovalnih območij
05-zasavska	190	3
06-posavska	100	1
07-jugovzhodna Slovenija	95	1
08-osrednjeslovenska	142	1
09-gorenjska	450	1
Skupna vsota	977	7

Vir: (6).

Iz tabele 3.8 je razvidno, da je bil v letu 2022 izdan ukrep prekuhavanja pitne vode na 89 oskrbovalnih območjih in je tako prizadel 99.359 prebivalcev, najpogosteje izdan pa je bil ukrep omejitve. Največji delež prizadetih uporabnikov, ki so morali v letu 2022 prekuhavati pitno vodo, je 31,7 % v primorsko-notranjski regiji.

Tabela 3.8: Število oskrbovalnih območij in prizadetih prebivalcev, pri katerih je bil izdan ukrep prekuhavanja vode, po statističnih regijah.

	Pomurska	Podravska	Koroška	Savinjska	Zasavska	Posavska	Jugovzhodna Slovenija	Osrednjeslo- venska	Gorenjska	Primorsko- notranjska	Goriška	Obalno-kraška	SKUPAJ
št. vseh oskrbovalnih območij	32	73	57	116	57	68	71	129	113	27	108	12	863
št. oskrbovalnih območij-ukrep prekuhavanja vode	3	2	1	2	7	3	17	7	19	9	16	3	89

	Pomurska	Podravska	Koroška	Savinjska	Zasavska	Posavska	Jugovzhodna Slovenija	Osrednjeslovenska	Gorenjska	Primorsko-notranjska	Goriška	Obalno-kraška	SKUPAJ
% oskrbovalnih območij- ukrep prekuhavanja vode	9,4	2,7	1,8	1,7	12,3	4,4	23,9	5,4	16,8	33,3	14,8	25,0	10,3
št. vseh uporabnikov	107.906	302.379	53.334	238.276	56.014	68.830	138.562	544.042	197.599	52.428	108.410	110.596	1.978.376
št. uporabnikov, ki prekuhavajo vodo	484	500	75	4.570	9.743	4.065	20.189	5.275	29.279	16.636	3.043	5.500	99.359
% uporabnikov, ki prekuhavajo vodo	0,4	0,2	0,1	1,9	17,4	5,9	14,6	1,0	14,8	31,7	2,8	5,0	5,0

Vir: (6).

Razprava

Neenakosti v dostopu do pitne vode so globalni izziv. Dostop do zadostnih količin zdravstveno ustrezne pitne vode je osnovna človekova pravica, ki je bistvena za zdravje in je sestavni del učinkovite politike varovanja zdravja. Z vidika javnega zdravja je delež prebivalstva s trajnim oziroma zanesljivim dostopom do zadostnih količin zdravstveno ustrezne pitne vode najpomembnejši kazalnik uspešnosti izvajanja varne oskrbe s pitno vodo.

Dostop do zdravstveno ustrezne pitne vode je pomemben za javno zdravje, ne glede na to, ali se uporablja za pitje, domačo uporabo, proizvodnjo hrane ali rekreacijske namene. Izboljšana varna oskrba s pitno vodo in komunalno ureditvijo ter boljše upravljanje vodnih virov lahko spodbudijo gospodarsko rast držav in lahko močno prispevajo k zmanjšanju revščine (11).

Delež prebivalcev, vključenih v monitoring pitne vode, se razlikuje ne samo po statističnih regijah, ampak tudi po velikostnih razredih oskrbovalnih območij. V Sloveniji se je leta 2022 na velikih oskrbovalnih območjih oskrbovalo s pitno vodo 63,8 % prebivalcev, in sicer največ v obalno-kraški regiji (91,6 %), najmanj pa v zasavski (20,0 %). Skupno v Sloveniji ni bilo v monitoring vključenih 130.356 prebivalcev (6,2 %), največ v koroški regiji (24,5 %). Vseeno je treba poudariti, da je število prebivalcev, ki so vključeni v monitoring pitne vode, ponekod ocenjeno in se lahko spreminja tudi med letom.

Pitna voda je voda v svojem prvotnem stanju ali po pripravi, namenjena pitju, kuhanju, pripravi hrane ali za druge gospodinjske namene, ne glede na njeno izvor in ne glede na to, ali se dobavlja iz vodovodnega sistema za oskrbo s pitno vodo, cistern ali kot predpakirana voda, ter vsa voda, ki se uporablja za proizvodnjo in promet živil. Pitna voda je zdravstveno ustrezna, kadar ne vsebuje mikroorganizmov, parazitov in njihovih razvojnih oblik v številu, ki lahko pomeni nevarnost za zdravje, in snovi v koncentracijah, ki same ali skupaj z drugimi snovmi lahko pomenijo nevarnost za zdravje ljudi, ter je skladna z zahtevami za mejne vrednosti parametrov (skladnost), določenimi v delih A in B Priloge I k Pravilniku o pitni vodi (5).

V letu 2022 je bilo za redna preskušanja – parametri skupine A odvzetih 2738 vzorcev na vseh 863 oskrbovalnih območjih (mikrobiološki parametri – del A in indikatorski parametri – del C Priloge I k Pravilniku o pitni vodi). Neenakosti v kakovosti pitne vode so vidne po oskrbovalnih območjih v primeru mikrobiološke onesnaženosti pitne vode, kjer se je ugotavljala fekalna onesnaženost pitne vode na podlagi prisotnosti bakterije *E. coli*. Delež neskladnih vzorcev močno pada z naraščanjem velikosti oskrbovalnih območij. Pri najmanjših in malih oskrbovalnih območjih je bilo zaradi bakterije *E. coli* 4,6 % vzorcev neskladnih. Pri srednjih oskrbo-

valnih območjih je bil delež neskladnih vzorcev 0,6 %, pri velikih oskrbovalnih območjih 0,2 %. V primerjavi s prejšnjim letom se je leta 2022 mikrobiološka kakovost nekoliko poslabšala, saj je bilo nekaj vzorcev v okviru rednih preskusov parametrov skupine A na srednjih in velikih oskrbovalnih območjih neskladnih. Kemijska kakovost pitne vode se je v primerjavi z letom 2021 izboljšala, neskladna sta bila samo dva vzorca na dveh oskrbovalnih območjih.

Z vidika javnega zdravja je največji delež neustrezno urejenih oskrbovalnih območjih v velikostnem razredu s po 50–500 uporabnikov, ki oskrbujejo 4,6 % oziroma 96.701 prebivalcev in so v večjem deležu mikrobiološko onesnažena. Tudi podatki o njihovi kemijski kakovosti so pomanjkljivi. Nekatera ne ustrezajo zahtevam za pitno vodo in ne zagotavljajo varne oskrbe s pitno vodo (pomanjkljivo upravljanje, niso določena vodovarstvena območja idr.); treba jih je ustrezno urediti ali ukiniti in priključiti prebivalce na večja (12).

Kakovost pitne vode je osnova za kakovost bivalnega okolja, saj dostop do pitne vode prispeva k zmanjševanju neenakosti med ljudmi ter h gradnji trajnostnih mest in skupnosti. Za doseganje ustrezne kakovosti pitne vode v Sloveniji sledimo enemu izmed ključnih ciljev Agende za doseg trajnostnega razvoja do leta 2030. Cilj 6 narekuje, da bi bilo treba do leta 2030 vsem zagotoviti dostop do vode in sanitarne ureditve ter poskrbeti za trajnostno gospodarjenje z vodnimi viri. S tem namenom je treba izvajati naslednje ukrepe:

1. izboljšati kakovost oskrbe s pitno vodo,
2. zmanjšati izgube pitne vode v vodovodnem omrežju,
3. zmanjšati emisije v vodo,
4. gradnja kanalizacijskega sistema za komunalne, industrijske in onesnažene padavinske vode ter gradnja čistilnih naprav,
5. zagotoviti skladnost in zdravstveno ustreznost pitne vode z zahtevami, določenimi v Pravilniku o pitni vodi oziroma Uredbi o pitni vodi,
6. zagotoviti varno oskrbo s pitno vodo s preventivnim pristopom – načrt za zagotavljanje varnosti pitne vode – zagotavljanja ustreznih količin skladne in zdravstveno ustrezne pitne vode, od prispevnega območja, odvzema, priprave, shranjevanja in distribucije vode do mesta uporabe,
7. zagotoviti dosledno izvajanje načela večkratnih ovir pri oskrbi s pitno vodo,
8. dosledno izvajati pripravo vode, kjer je ta potrebna,
9. izvajati ukrepe na vodovarstvenih območjih oziroma določiti vodovarstvena območja za vsak sistem za oskrbo s pitno vodo in zagotoviti izvajanje vodovarstvenih režimov v njih,
10. pri onesnaženih malih sistemih za oskrbo s pitno vodo je treba zagotoviti ustrezno strokovno upravljanje ali jih ukiniti in priključiti prebivalce na večje sisteme z ustreznim strokovnim upravljanjem in nadzorom (13).

Na podlagi podatkov monitoringa pitne vode in notranjega nadzora se v primeru mikrobiološke onesnaženosti pitne vode izvajajo nekateri ukrepi, kot je prekuhavanje pitne vode zaradi fekalne onesnaženosti drugih mikrobioloških indikacij, spiranje interne vodovodne napeljave (tudi pri kemijskem onesnaženju, npr. zaradi svinca). Ukrepi nadomeščanja pitne vode se izvajajo v primeru preseženih koncentracij nitratov za dojenčke, nosečnice in doječe matere ter v primeru preseženega svinca za vse otroke do 6. leta in nosečnice. Zaradi preseženih koncentracij pesticidov se posebni ukrepi niso izvajali, tudi od leta 2004 ni bilo izdanih dovoljenj za odstopanje. V splošnem ti ukrepi niso zadostni za zagotavljanje skladnosti, saj ne prispevajo k izboljšanju kakovosti pitne vode že na vodnem viru. Na onesnaženih območjih koncentracije

pesticidov in nitratov med posameznimi leti minimalno nihajo okoli mejnih vrednosti, poleg tega se za kemijske parametre iz dela B večinoma odvzame po en ali dva vzorca na leto v okviru občasnih preskušanj – parametrov skupine B (9).

V Sloveniji je z ukrepom dolgotrajnega prekuhavanja pitne vode evidentiranih skupaj 977 uporabnikov, ki se oskrbujejo iz sedmih sistemov za oskrbo s pitno vodo ali oskrbovalnih območij, vključno s tistimi, ki oskrbujejo manj kot 50 uporabnikov. Pri odločitvi za ukrep prekuhavanja ali druge ukrepe moramo upoštevati povezanost vzroka, vzorca in ukrepa v prostoru in času – zato so potrebne informacije, kaj se je zgodilo, kaj v vodi lahko pričakujemo ipd.

Spomnimo se tudi, da je leto 2022 zaznamovala večja okoljska nesreča v kemični tovarni Melamin v Kočevju, ki je povzročila dvom o varnosti pitne vode. Zaradi možnosti odtekanja onesnaževal iz tovarne Melamin v vir pitne vode je bila odsvetovana uporaba vode za prehrambne namene in osebno higieno. V ta namen je bil izdan ukrep nadomestne oskrbe za pet oskrbovalnih območij, ki je trajal 11 dni. V letu 2022 je bil v Sloveniji evidentiran tudi en hidrični izbruh v savinjski regiji, katerega povzročitelj je bil norovirus. Obolelih v hidričnem izbruhu je bilo 94. Izdan je bil ukrep prekuhavanja pitne vode za 4000 prebivalcev, ki je trajal 15 dni.

V Sloveniji je zadnja leta eden večjih problemov mikrobiološka kakovost pitne vode, zlasti na najmanjših sistemih (50–500 uporabnikov). Zaradi mogočih akutnih posledic je obvladovanje mikroorganizmov v pitni vodi na prvem mestu po pomenu za zdravje.

Ključ do uspešnega reševanja izzivov na področju neenakosti v dostopnosti in kakovosti pitne vode je sodelovanje na več nivojih:

- Lokalni nivo: občine in lokalni upravljavci oskrbe s pitno vodo morajo biti v prvi vrsti odgovorni za izvajanje ukrepov in spremljanje stanja na terenu.
- Regijski nivo: povezovanje z regionalnim zdravstvenim, kmetijskim in okoljskim inšpektoratom ter drugimi relevantnimi institucijami za boljše upravljanje tveganj na prispevnem območju za zajetja pitne vode in posledično sistemih za oskrbo s pitno vodo.
- Državni nivo: vlada mora zagotoviti potrebna sredstva, koordinacijo in podporo pri izvajanju ukrepov ter sprejemati zakonodajo, ki bo omogočala izboljšanje dostopa do kakovostne pitne vode.
- Mednarodni nivo: sodelovanje z mednarodnimi organizacijami in izmenjava dobrih praks ter inovativnih rešitev za izboljšanje kakovosti pitne vode.

Vključiti je treba različne sektorje, vključno z zdravstvom, okoljem, kmetijstvom, infrastrukturo, izobraževanjem in lokalnim razvojem, saj so vsi tesno povezani z zagotavljanjem varne pitne vode za vse.

Zaključek

Pitna voda je osnovna človekova pravica in naša dolžnost je, da nenehno stremimo k izboljšanju dostopnosti in kakovosti pitne vode s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah. Omogočiti je treba enakopraven dostop do čiste in poceni pitne vode za vse. Izboljšanje dostopa do zdravstveno ustrezne pitne vode veliko prispeva k izboljšanju zdravja prebivalstva, prav tako pomembno vpliva na razvoj mednarodnega, državnega, regionalnega in lokalnega področja. V letu 2022 je bilo v monitoring pitne vode vključenih 1.978.376 prebivalcev Slovenije, kar je 93,8 % prebivalstva. Še vedno ni bilo znane kakovosti pitne vode za 6,2 % prebivalstva. Kakovost pitne vode je skladna in zdravstveno ustrezna na velikih, srednjih in deloma na malih oskrbovalnih območjih, še vedno pa vzbujajo skrb najmanjša oskrbovalna območja, pred-

vsem zaradi mikrobiološke onesnaženosti. Pomembno je, da se osredotočimo na pregled problemov in si tako zastavimo cilje, ki bodo pripomogli k izboljšanju kakovosti in dostopnosti pitne vode predvsem na lokalnem, regijskem ter tudi na državnem in mednarodnem nivoju. Zmanjšanje neenakosti v kakovosti in dostopnosti pitne vode je trajna naloga celotne skupnosti, ki mora temeljiti na oceni in upravljanju tveganj v celotni oskrbovalni verigi pitne vode, od prispevnega območja za zajetja pitne vode, vzdolž sistema za oskrbo s pitno vodo, do mesta uporabe. Pred onesnaženjem je treba varovati vse vodne vire za oskrbo s pitno vodo: obstoječe, rezervne in predvidene, tudi tiste, ki nimajo določenih vodovarstvenih območij in vodovarstvenega režima v njih, zato da se zagotavlja skladna in zdravstveno ustrezna pitna voda v zadostnih količinah ter s tem varovanje zdravja ljudi.

Literatura

1. Združeni narodi. Protocol on Water and Health to the 1992 Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes. Treaty Series. 2005;2331. 202 str.
2. Svetovna zdravstvena organizacija. Svetovna zdravstvena organizacija Evropa. Parma Declaration on Environment and Health. Fifth Ministerial Conference on Environment and Health [Internet]. 2010 [citirano 2024 Apr 18]. Dostopno na: <https://iris.who.int/handle/10665/107985>
3. Svetovna zdravstvena organizacija. Svetovna zdravstvena organizacija Evropa. Children's Environment and Health Action Plan for Europe. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health [Internet]. 2004 [citirano 2024 Apr 18]. Dostopno na: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2004-3855-43614-61290>
4. Vlada Republike Slovenije. Strategija Republike Slovenije za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem 2012–2020 [Internet]. 2011 [citirano 2024 Apr 18]. Dostopno na: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Preventiva-in-skrb-za-zdravje/okolje-in-zdravje/strategija_zdravje_otrok_-2011-do-2020.pdf
5. Pravilnik o pitni vodi, Uradni list RS, št. 19/04, 35/04, 26/06, 92/06, 25/09, 74/15, 51/17 in 61/23 (Mar 1, 2004).
6. Informacijski sistem MPV [software]. 2022 [citirano 2024 Maj 14]. Dostopno na: <https://mpv.si/program>
7. NIJZ. Zdravstveni statistični letopis Slovenije [Internet]. 2024 [citirano 2024 Apr 18]. Dostopno na: <https://nijz.si/podatki/zdravstveni-statisticni-letopis-slovenije/>
8. SURS. Statistični urad Republike Slovenije. Prebivalstvo po starosti in spolu, statistične regije, Slovenija, polletno [Internet]. 2022 [citirano 2024 Mar 14]. Dostopno na: <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/05C2001S.px>
9. ARSO. Agencija Republike Slovenije za okolje-kazalci okolja. Kakovost pitne vode [Internet]. 2024 [citirano 2024 Apr 17]. Dostopno na: <https://kazalci.arso.gov.si/sl/content/kakovost-pitne-vode-6?tid=16>
10. NIJZ. Kriteriji za razglasitev ukrepa prekuhanja pitne vode [Internet]. 2023 [citirano 2024 Apr 23]. Dostopno na: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/07/Kriteriji-za-razglasitev-ukrepa-prekuhanja-pitne-vode.pdf>
11. Svetovna zdravstvena organizacija. Guidelines for drinking-water quality: fourth edition incorporating the first and second addenda [Internet]. 2022 [citirano 2024 Mar 14]. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045064>
12. ARSO. Agencija republike Slovenije za okolje-kazalci okolja. Dostop do pitne vode [Internet]. 2024 [citirano 2024 Apr 19]. Dostopno na: <https://kazalci.arso.gov.si/sl/content/dostop-do-pitne-vode-2>
13. Agenda 2030. Spremenimo svet: Agenda za trajnostni razvoj do leta 2030 [Internet]. 2015 [citirano 2024 Apr 18]. Dostopno na: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZZ/Dokumenti/multilateral/razvojno-sodelovanje/publikacije/Agenda_za_trajnostni_razvoj_2030.pdf
14. NLZOH. Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano. Zbirka podatkov o sistemih za oskrbo s pitno vodo in o skladnosti pitne vode 2022 [Internet]. 2023 [citirano 2024 Mar 14].
15. Uredba o pitni vodi, Uradni list RS, št. 61/2023 (Jun 2, 2023).

3.4. Neenakosti v zdravju zaradi izpostavljenosti onesnaženemu zraku

Avtorji: Matjaž Krošel,¹ dr. Janja Turšič,² Majda Pohar,¹ mag. Simona Uršič¹

¹ Nacionalni inštitut za javno zdravje, ² Agencija Republike Slovenije za okolje

Uvod

Stanje onesnaženosti zraka v Sloveniji

Onesnažen zrak je poleg podnebnih sprememb najpomembnejši dejavnik tveganja za bolezni, povezane z okoljem (1).

Vzroke onesnaženja zraka – glavna sta promet in individualna kurišča pozimi, tudi industrija in druge gospodarske dejavnosti – je praktično nemogoče odstraniti, lahko jih samo zmanjšujemo. Onesnaženemu zraku, dejavniku tveganja za nastanek bolezni, je stalno ali občasno izpostavljen vsak prebivalec velikih mest Evrope. V Evropi je okoli 90 % mestnega prebivalstva izpostavljenega čezmernim vrednostim delcev (PM), dušikovih oksidov (NO_x), ozona (O₃) in benzena. Ocenjuje se, da v Evropi (EU-27) 252.000 ljudi na leto umre za posledicami izpostavljenosti delcem, 52.000 zaradi NO₂ in 22.000 zaradi ozona (2).

Za Slovenijo velja, da so pozimi najbolj onesnažena mesta v zaprtih kotlinah in dolinah (Ljubljana, Celje, Zasavje), ko pride zaradi temperaturne inverzije do kopičenja onesnaževal. Visoke koncentracije onesnaževal v zraku so predvsem v času prometnih konic (zjutraj, pozno popoldne). Poleti se zlasti na Primorskem pojavlja onesnaženost zraka z ozonom (3, 4).

Številne raziskave so pokazale na povezavo kakovosti zunanjega zraka z boleznimi srca in ožilja, dihalnimi obolenji, obolenji živčevja, sladkorno boleznijo in težavami z reproduktivnimi organi. Najbolj ranljive skupine so starejši, kronični bolniki in otroci (5, 6). Standardi kakovosti zunanjega zraka so določeni v Uredbi o kakovosti zunanjega zraka in Uredbi o arzeniu, živem srebru, niklju in policikličnih aromatskih ogljikovodikih v zunanjem zraku.²⁹ Z vidika varovanja zdravja so določene mejne in ciljne vrednosti. Pri onesnaževalih z akutno toksičnostjo so predpisane tudi opozorilne in alarmne vrednosti. Mejne vrednosti so predpisane za delce PM₁₀ in PM_{2,5}, žveplov dioksid, ogljikov monoksid, dušikov dioksid, svinec in benzen. Ciljne vrednosti so določene za ozon, arzen, kadmij, nikelj in benzo(a)piren. Opozorilna vrednost je predpisana za ozon, alarmne vrednosti pa za dušikov dioksid, žveplov dioksid in ozon. V oktobru 2024 je bila sprejeta prenovljena Direktiva o kakovosti zunanjega zraka in čistejšem zraku v Evropi, ki za večino onesnaževal predvideva strožje vrednosti, ki se približujejo smernicam Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) iz leta 2005 (7). Prenovljena direktiva mora biti v pravni red Republike Slovenije prenesena najpozneje decembra 2026. Na podlagi novih znanstvenih raziskav pa je SZO v letu 2021 izdala nove smernice, ki so glede na smernice iz 2005 znižale še dopustne ravni za PM₁₀, PM_{2,5} in NO₂, za nekatera onesnaževala (benzen, svinec, kadmij, nikelj benzo(a)piren) pa so priporočene ravni prvič predlagane (8).

Pred nekaj desetletji je bil v Sloveniji z vidika onesnaženosti zraka najbolj pereč problem žveplov dioksid. Po izvedenih ukrepih v termoelektrarnah in industriji ter uvedbi goriv z nizko vsebnostjo žvepla težav z žveplovim dioksidom nimamo več. Poleg žveplovega dioksida so pod predpisanimi mejnimi oziroma ciljnimi vrednostmi tudi ravni NO₂, benzena, ogljikovega oksida in kovin v delcih. Ravni benzo(a)pirena so v območju ciljne vrednosti. Po vsebnosti kovin v delcih izstopa merilno mesto v Žerjavu, kjer so ravni svinca, kadmija in arzena višje kot na drugih merilnih mestih. Ciljna vrednost za arzen v obdobju izvajanja meritev ni bila

29 Uradni list RS, št. 9/11, 8/15, 66/18 in 44/22 – ZVO-2 (Feb 26, 2011), Uradni list RS, št. 56/06 in 44/22 – ZVO-2 (jun 14, 2006).

presežena. Mejna vrednost za svinec je bila presežena v letu 2021, ciljna vrednost za kadmij pa v letu 2016 (4).

V Sloveniji sta najbolj problematični onesnaževali zunanjega zraka delci in ozon, prvi v zimskem, drugi v poletnem obdobju. Delci so tudi dober pokazatelj onesnaženosti zraka na splošno. V okviru našega prispevka se bomo osredotočili na delce PM₁₀ in ozon.

Za delce PM₁₀ sta v Uredbi o kakovosti zunanjega zraka predpisani letna in dnevna mejna vrednost. Letna mejna vrednost znaša 40 µg/m³, dnevna pa 50 µg/m³. Slednja je lahko presežena največ 35-krat v koledarskem letu (Uredba o kakovosti zunanjega zraka, 2011). Nove smernice SZO so bistveno strožje – za letno mejno vrednost velja 15 µg/m³, za dnevno mejno vrednost pa 45 µg/m³. Pri tem je dnevna vrednost definirana kot 99. percentil, kar je ekvivalentno trem do štirim preseganjem na leto.

Ozon je sekundarno onesnaževalo, saj v prizemni plasti zraka ni njegovih neposrednih izpustov. Nastane iz predhodnikov ozona (dušikovi oksidi, lahkohlapni ogljikovodiki) v kompleksnih fotokemičnih reakcijah, ki so intenzivnejše ob visoki temperaturi in močnem sončnem obsevanju, zato je onesnaženost zraka z ozonom največja poleti (4).

Za ozon so v Uredbi o kakovosti zunanjega zraka predpisane ciljna maksimalna dnevna osemurna povprečna vrednost ter opozorilna in alarmna vrednost. Ciljna maksimalna dnevna osemurna povprečna vrednost znaša 120 µg/m³ in je lahko presežena največ 25-krat v koledarskem letu, pri čemer se za izračun upošteva povprečje zadnjih treh let. Zaradi vpliva na zdravje ljudi zaradi kratkotrajne izpostavljenosti sta predpisani tudi enourna opozorilna vrednost, ki znaša 180 µg/m³, in alarmna vrednost, ki znaša 240 µg/m³. Smernice SZO so bistveno strožje. Tako smernice iz leta 2005 kot tiste iz leta 2021 predlagajo maksimalno osemurno povprečno vrednost 100 µg/m³, ki je definirana kot 99. percentil, kar je ekvivalentno trem do štirim preseganjem na leto (7, 8).

Vplivi onesnaženega zraka na zdravje ljudi

Vplivi onesnaženega zraka na zdravje so kompleksni, prispevajo k povečanju umrljivosti in obolevnosti zlasti zaradi bolezni srca in žilja ter dihal, prizadevajo pa tudi druge organe.

Onesnaženost zraka je med najpomembnejšimi okoljskimi vzroki smrti zaradi raka. Mednarodna agencija za raziskave raka (ang. International Agency for Research on Cancer, IARC) je onesnaženost zunanjega zraka uvrstila v 1. skupino, to je med dokazano rakotvorne snovi za ljudi (9).

Mejne vrednosti za določena onesnaževala ne pomenijo, da pod njimi škodljivega vpliva obravnavanih onesnaževal na zdravje ni, velja pa: čim manjše so vrednosti, tem manjši so škodljivi vplivi na zdravje.

Vpliv delcev na zdravje

Epidemiološke študije kažejo, da imajo z vidika onesnaženosti zraka najbolj negativen vpliv delci. Glede na ugotovitve SZO meja, pod katero ni pričakovati vpliva na zdravje, ne obstaja. Manjši ko so delci, globlje v pljuča lahko prodrejo.

Študije so pokazale vpliv na razvoj bolezni različnih organov ter povezavo z večjo obolevnostjo in umrljivostjo. Pokazale so, da so prva tarča delcev dihala, najmanjši delci (PM_{2,5} in manjši) pa dosežejo tudi druge organske sisteme ter ogrožajo srce in ožilje, ledvice, živčevje, prebavila, reproduktivni sistem. Sproži se več reakcij, kot so vnetni odziv, oksidativni stres, rakotvornost, genotoksičnost (10).

Delci PM_{2,5} lahko povzročijo ali poslabšajo širok nabor bolezni, povezanih z dihalni, kot so astma, pljučni rak, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) in pljučnica (10). Spremembe v srčno-žilnem sistemu so aritmije, povišan krvni tlak in spremembe v srčni frekvenci (11, 12). Študije, ki so proučevale vpliv delcev PM_{2,5} na živčevje, ugotavljajo povečano tveganje za razvoj Parkinsonove bolezni, Alzheimerjeve bolezni, težave s spominom in demenco (10, 12). Vpliv na ledvice se kaže kot tveganje za kronično ledvično bolezen in poslabšanje le-te v končno ledvično odpoved (10). Pri vplivu na prebavila se kaže povečana umrljivost za jetrnim rakom, rakom debelega črevesa in rakom želodca (10, 13). Delci PM_{2,5} imajo negativen učinek na reproduktivni sistem, na posameznikovo plodnost. Negativno vplivajo tudi na razvoj ploda in funkcijo posteljice (10, 14).

Učinki delcev na zdravje ljudi so po posameznih organskih sistemih predstavljeni v tabeli 3.9.

Tabela 3.9: Posledice in mogoče povezave za nastanek bolezni zaradi izpostavljenosti delcem v zunanjem zraku (PM).

Dihala	Vnetja dihalnih poti (npr. bronhitis, pljučnica) Poslabšanje in tveganje za nastanek astme Večje tveganje za nastanek kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) Večje tveganje za nastanek pljučnega raka
Srce in žilje	Motnje srčnega ritma Hipertenzija Ateroskleroza Akutni koronarni sindrom, srčni infarkt Srčno popuščanje
Živčevje	Povezava z demenco, depresijo, ADHD (motnje pozornosti in hiperaktivnost) Tveganje za razvoj Alzheimerjeve bolezni Povezava s Parkinsonovo boleznijo Anksioznost in kognitivne motnje Sprememba normalnega razvoja živčevja pri plodu in novorojenčku
Ledvice	Tveganje za kronično ledvično bolezen Tveganje za končno ledvično odpoved Povezava z rakom mehurja in ledvic (onesnaženje zraka na splošno)
Prebavila	Spremembe v črevesni mikrobioti Tveganje za raka prebavil (kolorektalni) Tveganje za raka jeter
Reproduktivni sistem	Spremembe na posteljici Prezgodnji porod Zastoj rasti ploda, nizka porodna teža Povezava z nosečniško sladkorno boleznijo, povišanim krvnim tlakom
Umrljivost	Povezava z umrljivostjo zaradi vseh vzrokov, pa tudi zaradi respiratornih, kardiovaskularnih in cerebrovaskularnih vzrokov

Vir: (10).

Vpliv ozona na zdravje

Ozon vdihujemo z zrakom, zato je poglavitna pot vstopa v telo skozi dihalni, ki jih ozon tudi najbolj prizadene. Mehanizmi poškodbe dihal z ozonom so zapleteni. Osrednje dogajanje je vnetje, ki je lahko akutno in prehodno, pri dolgotrajni izpostavljenosti pa lahko vnetje povzroči trajne strukturne spremembe pljučnega tkiva oziroma dihal. Povzroči zmanjšanje pljučne

funkcije, poveča odzivnost dihal, oslabi obrambni mehanizem dihal, povzroči poslabšanje astme. Novejše raziskave so pokazale tudi sistemske škodljive učinke ozona, ki se med drugim kažejo z vplivi na delovanje srca in razvoj ateroskleroze. Ozon povezujejo z večjo obolenostjo (dihala, srčno-žilni sistem) in večjo umrljivostjo zaradi teh vzrokov.

Škodljivi učinki ozona so odvisni od časa izpostavljenosti, koncentracije ozona v zraku in stopnje telesne dejavnosti.

Že kratkotrajna izpostavitve zelo majhnim koncentracijam ozona lahko povzroči zmanjšanje pljučne funkcije pri otrocih. Pri odraslih je ta povezava manj jasna, poslabšanje pa se pojavi tudi pri starostnikih (15).

Kratkotrajna izpostavitve ozonu v zunanjem zraku je povezana tudi s povečanim tveganjem za hospitalizacije zaradi KOPB (16) in astme (17). Ozon je povezan tudi s hospitalizacijami zaradi možganske kapi (18) ter splošno umrljivostjo, umrljivostjo zaradi srčno-žilnih bolezni in zaradi srčnega popuščanja. Umrljivost se lahko pojavi z zamikom, večja je pri starejših osebah, ženskah in sladkornih bolnikih (19, 20, 21).

Izpostavljenost ozonu je povezana tudi z nastankom sladkorne bolezni tipa 2 in nosečnostne sladkorne bolezni (22).

Namen prispevka

Namen prispevka je predstaviti razlike v izpostavljenosti onesnaženemu zraku na območju Slovenije zaradi geografske lege prebivališč prebivalcev, ki lahko povzročajo/povečujejo neenakosti.

Ker največji problem v Sloveniji predstavljajo visoke ravni delcev in ozona, smo se osredotočili na razlike med ravnmi teh dveh onesnaževal.

Metode

Podatke o onesnaženosti zraka smo pridobili na podlagi meritev, ki jih izvaja Agencija RS za okolje v okviru Državne merilne mreže za spremljanje kakovosti zunanjega zraka. Za predstavitev trendov delcev je bilo za vsako zdravstveno regijo izbrano eno merilno mesto (Ljubljana, Maribor, Celje, Kranj, Novo mesto, Murska Sobota Rakičan, Koper in Nova Gorica). Izjema je le zdravstvena regija Ravne na Koroškem, kjer lokacija v Žerjavu, kjer se izvajajo meritve, ni reprezentativna za to regijo. Vsa merilna mesta uvrščamo v kategorijo mestnega ozadja. Izjemi sta le merilni mesti Murska Sobota Rakičan, ki spada v podeželsko oziroma primestno ozadje, in Maribor, ki spada v kategorijo urbane prometne lokacije. Za predstavitev trendov ravni ozona je bilo izbranih šest merilnih mest. Štiri merilna mesta (Ljubljana, Celje, Nova Gorica in Koper) so uvrščena v kategorijo mestnega ozadja, Murska Sobota Rakičan v kategorijo podeželskega oziroma primestnega ozadja, lokacija Krvavec pa je reprezentativna za višje ležeča območja.

Poleg rezultatov meritev delcev in ozona na reprezentativnih mestih so predstavljeni tudi rezultati modeliranja z modelom ALADIN-SI/CAMx in rezultati na podlagi tehnike združevanja podatkov (ang. data fusion), pri kateri se s statistično analizo rezultati modelskega sistema ALADIN-SI/CAMx optimalno združijo z meritvami. Rezultati modelskih izračunov zaradi vpliva prostorske ločljivosti modela, numeričnih opisov dinamičnih, fizikalnih in kemijskih procesov v atmosferi ter pogosto pomanjkljivih vhodnih podatkov niso povsem zanesljivi. Po drugi strani nam meritve zagotavljajo bistveno natančnejše vrednosti ravni onesnaževal, vendar le na lokacijah merilnih mest. S tehniko združevanja podatkov smo za pripravo optimalne ocene prostorske porazdelitve ravni onesnaževal uporabili informacije obeh virov.

Prostorska ločljivost z zunanjim vplivom je bila izvedena v dveh korakih. V prvem koraku smo interpolirali modelske rezultate (ALADIN-SI/CAMx) ravni onesnaževal, model z ločljivostjo 4,4 km, na modelsko mrežo z ločljivostjo 1 km, v drugem koraku pa interpolirali vrednosti meritev na modelsko mrežo z ločljivostjo 1 km.

Pri izračunu mediane (srednja vrednost) in 90. percentila (vrednost, od katere je večjih 10 % modelskih vrednosti) so bile upoštevane modelske celice z gostoto prebivalcev nad 50 prebivalcev/km².

Odločili smo se, da se neenakosti, povezane z izpostavljenostjo onesnaženemu zunanjemu zraku, ovrednotijo z vidika razlik v izpostavljenosti med zdravstvenimi regijami. Zemljevid zdravstvenih regij je predstavljen na <https://nizj.si/regije/>.

Za prikaz po zdravstvenih regijah, in ne po statističnih, smo se odločili zato, da bi posamezna območna enota NIJZ lažje predstavljala stanje kakovosti zraka v povezavi z drugimi podatki (demografski podatki, zdravstveni kazalniki itd.) v svoji, zdravstveni regiji.

Vrednotenje razlik med občinami bi lahko vodilo do zavajajočih zaključkov, posebno v primeru občin, ki imajo majhno površino.

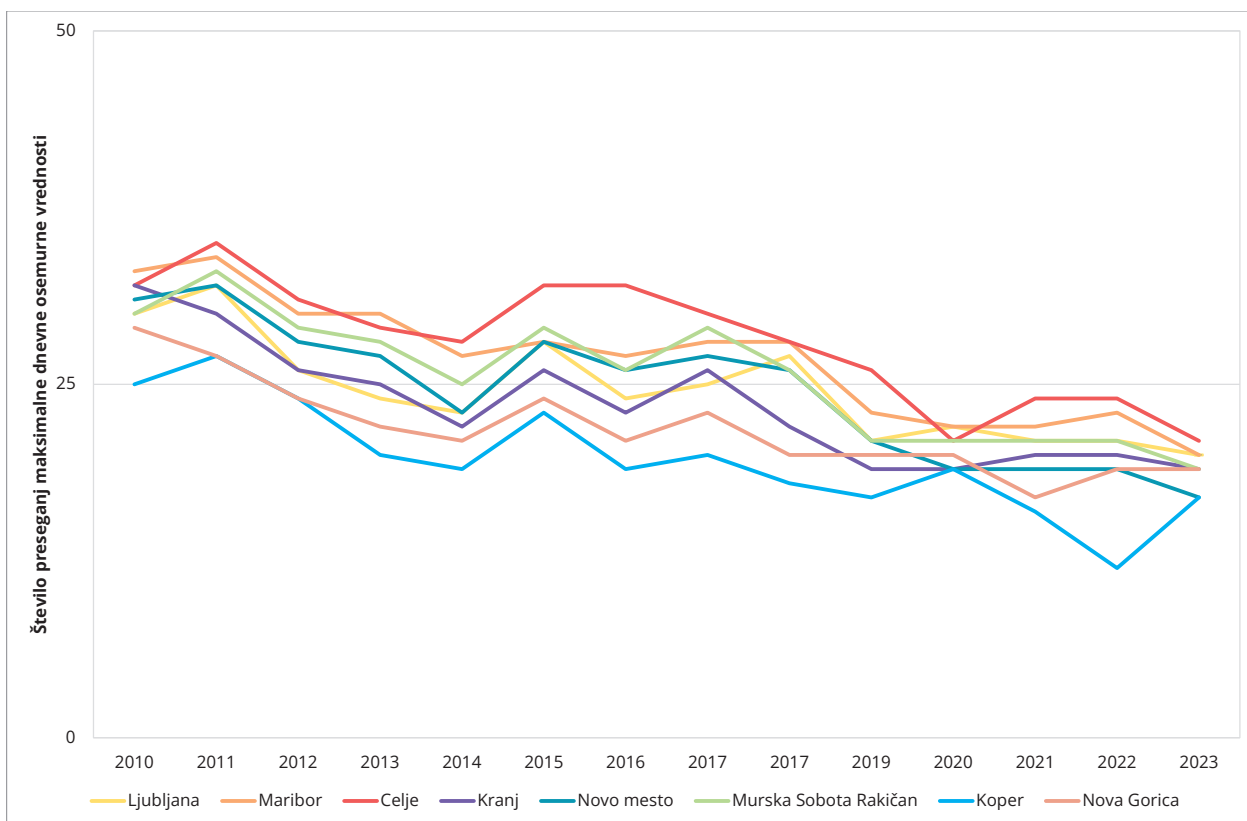
Povezave med izpostavljenostjo onesnaženemu zraku in socioekonomskim položajem za zdaj nismo preverjali. Te povezave ne pričakujemo, saj menimo, da v Sloveniji ni izrazite razmejčitve območij bivanja glede na socioekonomski status (kot so izrazito revne četrti večmilijskih mest), bi pa lahko to preverili v prihodnosti. Poleg tega ima onesnaženost z ozonom izrazito regionalno naravo, kar pomeni, da izpostavljenost ni povezana s socioekonomskim statusom.

Rezultati

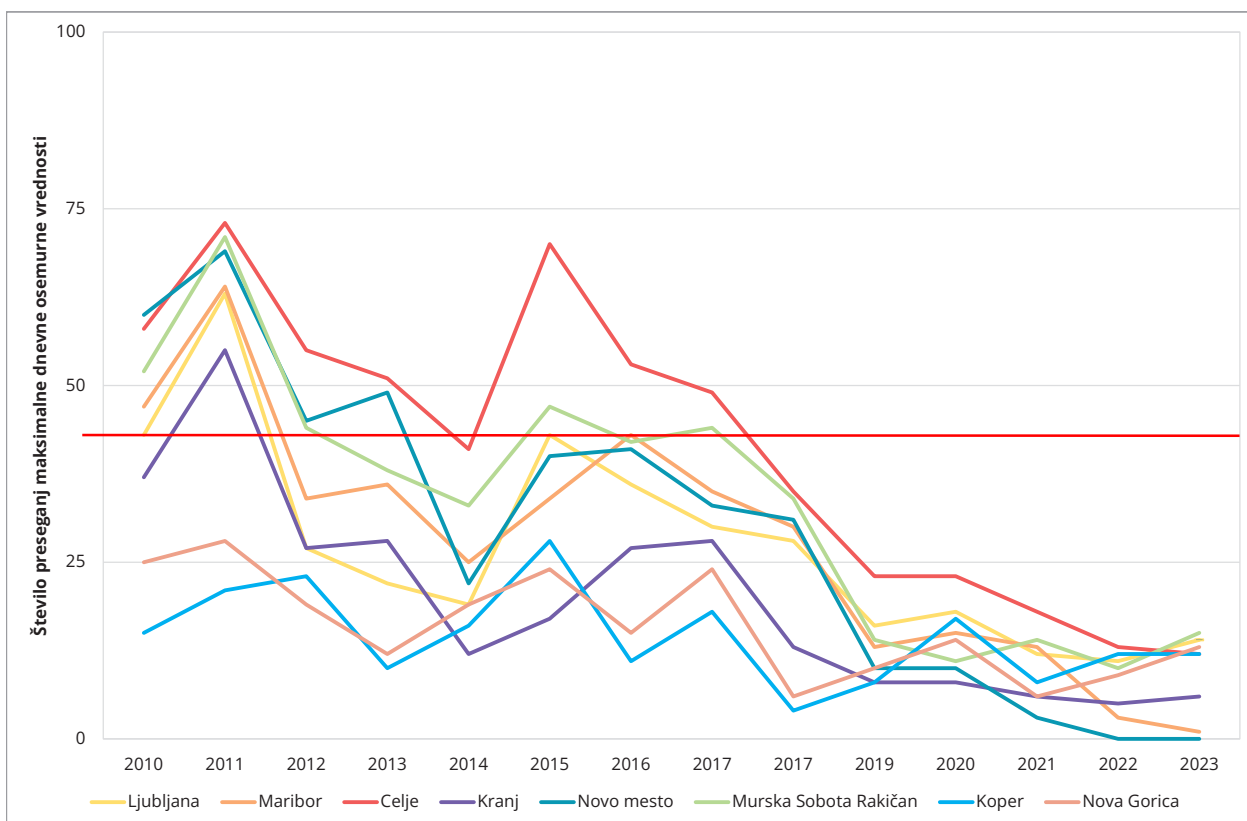
V prispevku prikazujemo stanje onesnaženosti zunanjega zraka (delci PM₁₀, ozon) na podlagi meritev v okviru Državne merilne mreže za spremljanje kakovosti zunanjega zraka in modelnih izračunov.

Izpostavljenost delcem

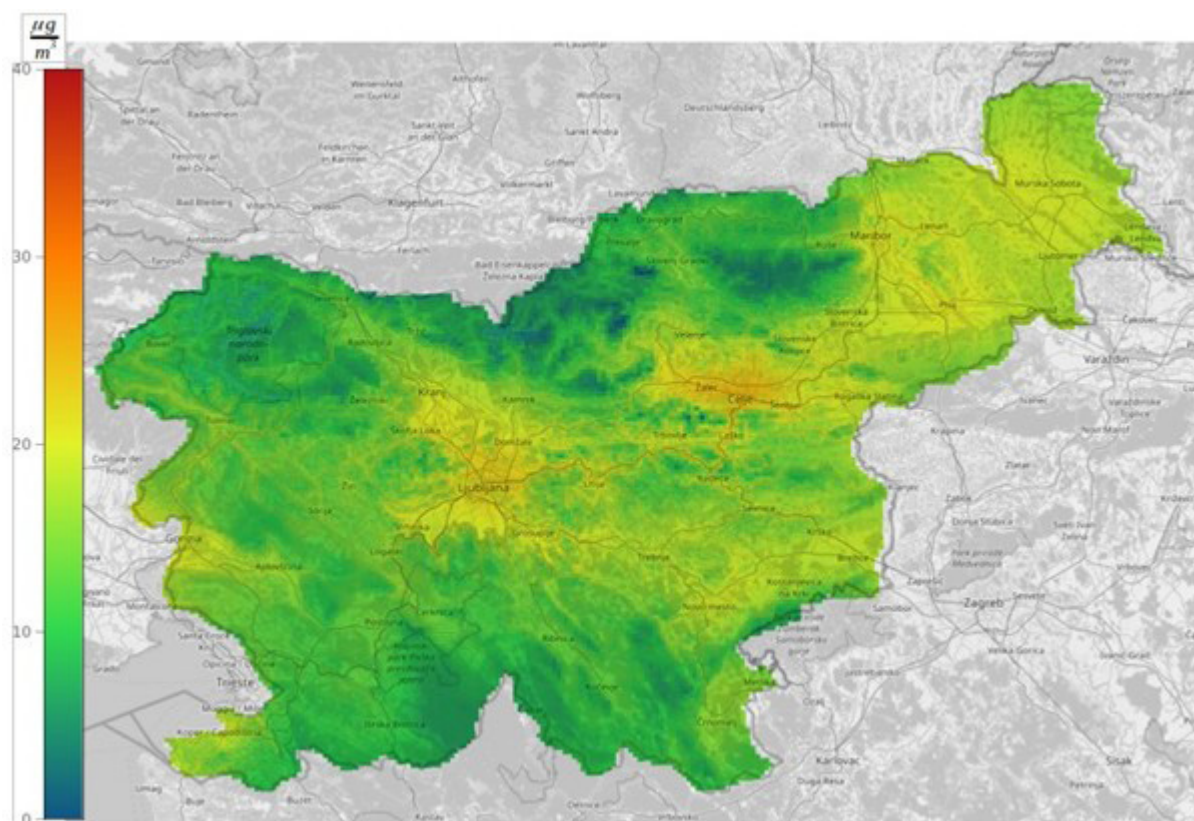
Na slikah 3.10 in 3.11 so prikazani trendi povprečnih letnih koncentracij ter števila preseganj dnevne mejne koncentracije delcev PM₁₀ v obdobju 2010–2023 na izbranih merilnih mestih v Sloveniji. Na sliki 3.12 je prikazana prostorska porazdelitev letne povprečne vrednosti delcev PM₁₀ v letu 2022, izračunana s postopkom združevanja podatkov. Na sliki 3.13 pa je prikazana prostorska porazdelitev modelske ocene števila preseganj dnevne mejne vrednosti. Razlike v prostorski porazdelitvi letne povprečne vrednosti v letu 2022 glede na mediano in 90. percentil po zdravstvenih regijah so prikazane v tabeli 3.10.



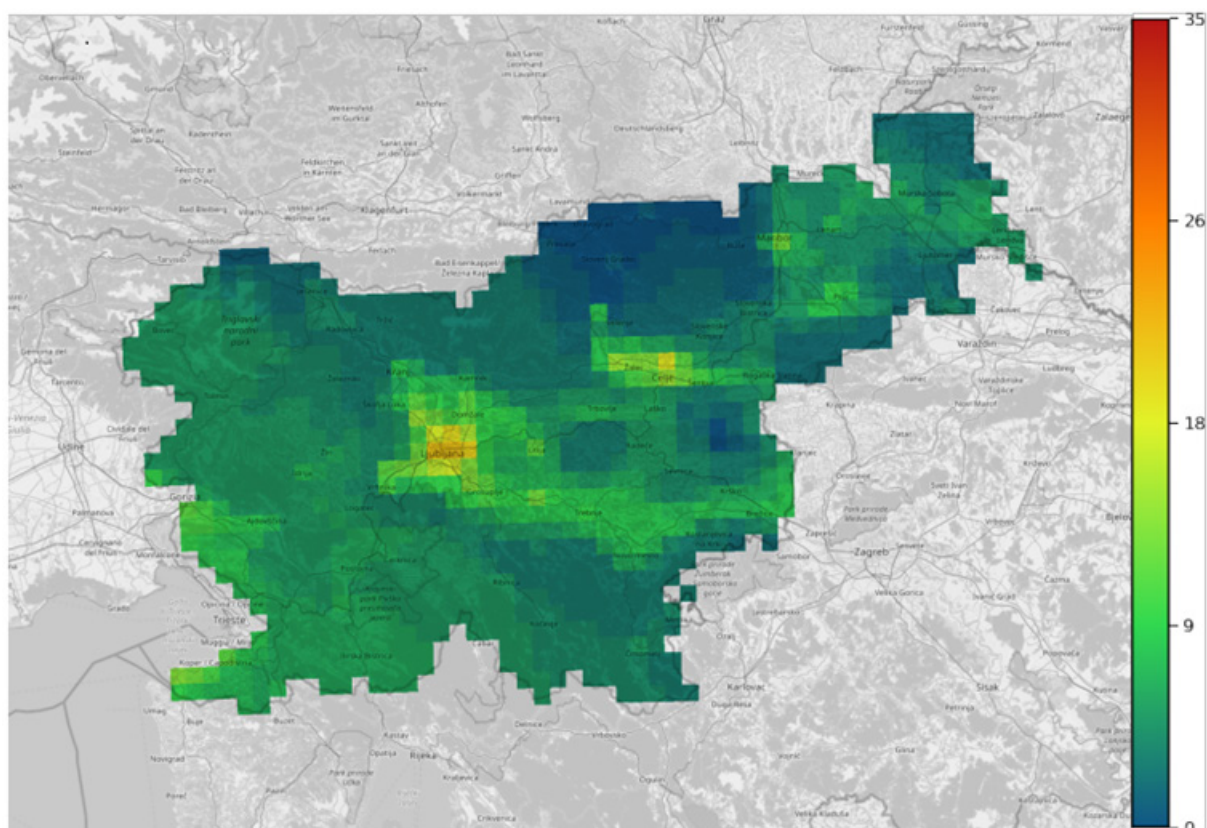
Slika 3.10: Trendi povprečnih letnih koncentracij delcev PM_{10} določeni na osnovi dnevni koncentracij, obdobje 2010–2023, Slovenija – po zdravstvenih regijah. Letna mejna vrednost znaša $40 \mu g/m^3$.



Slika 3.11: Trendi števila preseganj dnevne mejne koncentracije delcev PM_{10} v obdobju 2010–2023, Slovenija – po merilnih postajah. Po veljavni zakonodaji je preseganje dnevni mejni vrednosti za delce PM_{10} dovoljeno 35-krat v letu (35 preseganj je na sliki označeno z rdečo vodoravno črto).



Slika 3.12: Prostorska porazdelitev letne povprečne vrednosti delcev PM_{10} izražena v $\mu g/m^3$, v Sloveniji za leto 2022, izračunana s postopkom združevanja podatkov. Najnižje ravni delcev so označene z modro in zeleno barvo, višje pa sledijo barvam semaforja od rumene proti rdeči. Po veljavni zakonodaji letna mejna vrednost znaša $40 \mu g/m^3$.



Slika 3.13: Število preseganj dnevne vrednosti delcev PM_{10} za Slovenijo v letu 2022, izračunanih z modelskim sistemom ALADIN-SI/CAMx. Najmanjše število preseganj je označene z modro in zeleno barvo, višje število pa sledi barvam semaforja od rumene proti rdeči. Dnevna mejna vrednost, ki znaša $50 \mu g/m^3$, je lahko presežena največ 35-krat v koledarskem letu.

Tabela 3.10: Prikaz mediane in 90. percentila za delce PM_{10} po zdravstvenih regijah – rezultati prostorske porazdelitve letne povprečne vrednosti delcev PM_{10} v letu 2022 glede na mediano in 90. percentil.

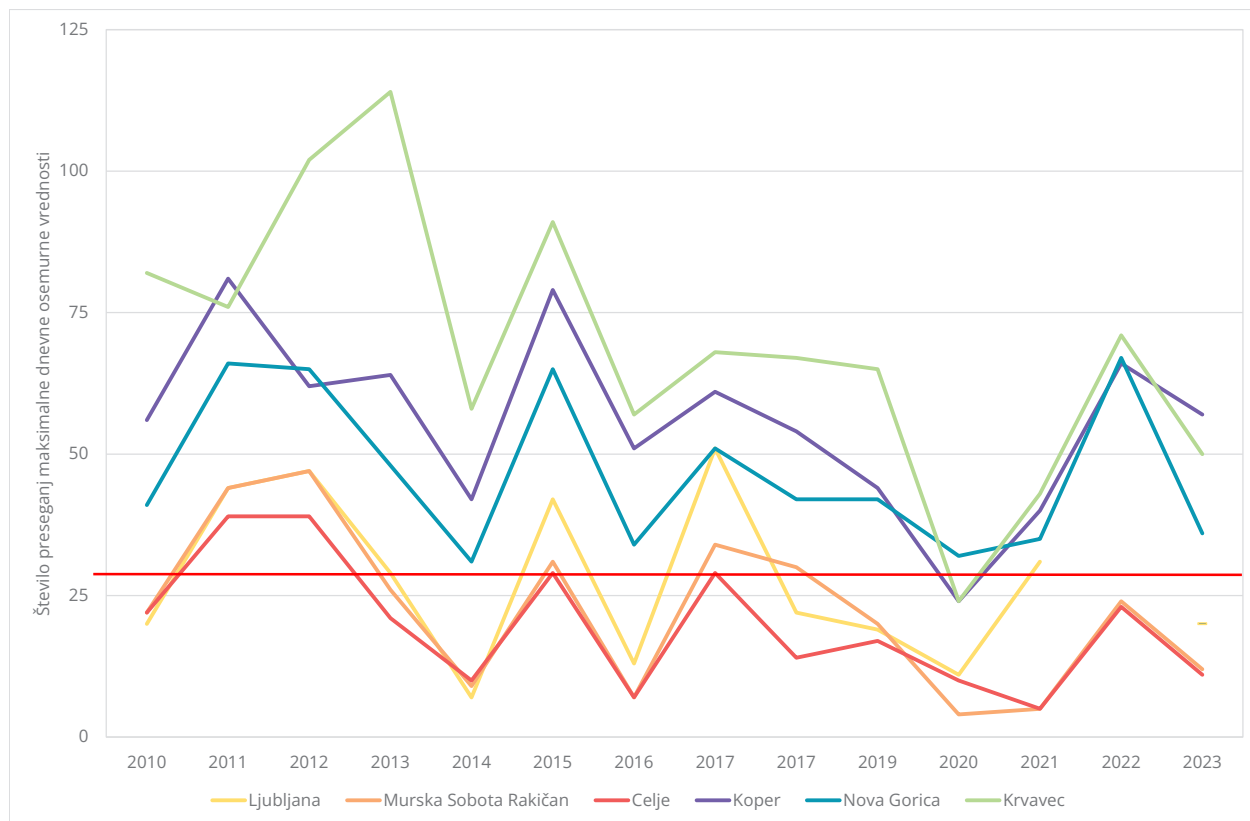
Zdravstvena regija	Mediana ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	90. percentil ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)
Celje	17	22
Koper	13	17
Kranj	15	19
Ljubljana	17	21
Maribor	18	20
Murska Sobota	19	19
Nova Gorica	16	19
Novo mesto	17	18
Ravne na Koroškem	12	14

Opomba: Mediana – polovica letnih povprečnih vrednosti koncentracije delcev za posamezno zdravstveno regijo je višja in polovica nižja od navedene vrednosti. 90. percentil – 10 % letnih povprečnih vrednosti koncentracije delcev za posamezno zdravstveno regijo je višjih in 90 % nižjih od navedene vrednosti.

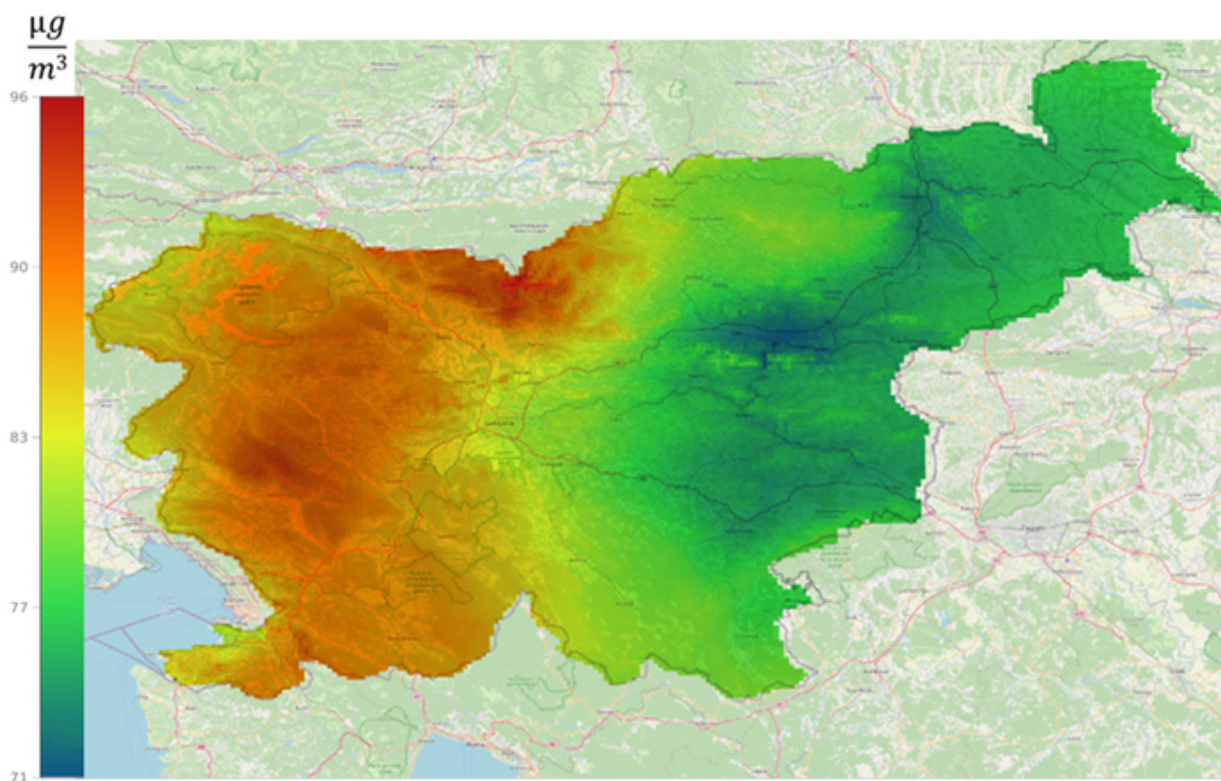
Izpostavljenost ozonu

Na sliki 3.14 so prikazani trendi števila preseganj maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti v obdobju med letoma 2010 in 2023 na izbranih merilnih mestih v Sloveniji. Prostorska porazdelitev letnega povprečja dnevnih maksimumov osemurnih povprečij ozona v letu 2022, izračunana s postopkom združevanja podatkov, je prikazana na sliki 3.15.

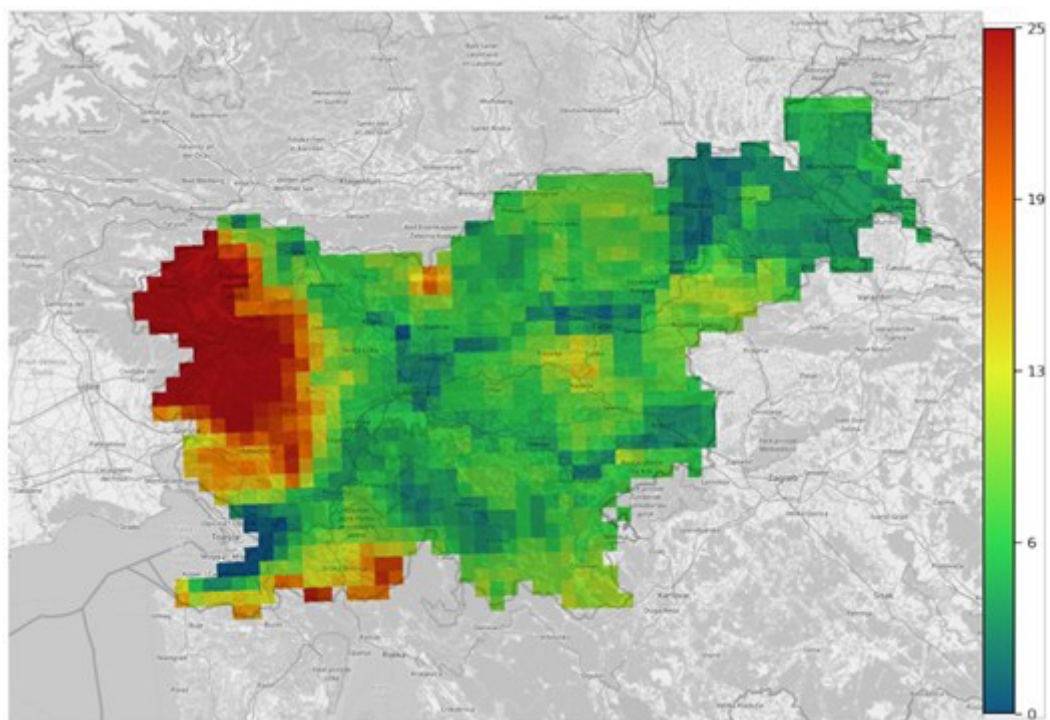
Število preseganj maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti v letu 2022, izračunanih z modelskim sistemom ALADIN-SI/CAMx, je prikazano na sliki 3.16. Razlike v prostorski porazdelitvi letnega povprečja dnevnih maksimumov osemurnih drsečih povprečij ozona glede na mediano in 90. percentil po zdravstvenih regijah so prikazani v tabeli 3.11.



Slika 3.14: Trendi števila preseganj maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti ozona v obdobju 2010–2023, Slovenija – po merilnih postajah. Po veljavni zakonodaji je preseganje maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti ozona dovoljeno za 25 dni v koledarskem letu triletnega povprečja (25 preseganj je na sliki označeno z rdečo vodoravno črto).



Slika 3.15: Prostorska porazdelitev letnega povprečja dnevni maksimumov osemurnih povprečij za ozon v Sloveniji za leto 2022, izraženih v $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Najnižje ravni ozona so označene z modro in zeleno barvo, višje pa sledijo barvam semaforja od rumene proti rdeči.



Slika 3.16: Število preseganj maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti ozona za Slovenijo v letu 2022, izračunanih z modelskim sistemom ALADIN-SI/CAMx. Najmanjše število preseganj je označeno z modro in zeleno barvo, večje pa sledi barvam semaforja od rumene proti rdeči. Ciljna maksimalne dnevna 8-urna povprečna vrednost ozona je lahko presežena največ 25 krat v koledarskem letu triletnega povprečja.

Tabela 3.11: Prikaz mediane in 90. percentila za ozon po zdravstvenih regijah – rezultati prostorske porazdelitve letnega povprečja dnevni maksimumov osemurnih drsečih povprečij ozona glede na mediano in 90. percentil.

Zdravstvena regija	Mediana ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	90. percentil ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)
Celje	75	79
Koper	88	89
Kranj	89	91
Ljubljana	83	89
Maribor	76	77
Murska Sobota	76	77
Nova Gorica	88	91
Novo mesto	75	79
Ravne na Koroškem	80	83

Opomba: Mediana – polovica letnih povprečnih vrednosti koncentracije ozona za posamezno zdravstveno regijo je višja in polovica nižja od navedene vrednosti. 90. percentil – 10 % letnih povprečnih vrednosti koncentracije ozona za posamezno zdravstveno regijo je višjih in 90 % nižjih od navedene vrednosti.

Razprava

Delci

Preseganja dnevne mejne vrednosti delcev PM_{10} so praviloma omejena na hladni del leta in se pojavljajo predvsem v januarju, februarju in decembru. So posledica močno razširjene uporabe lesne biomase v kurilnih napravah gospodinjstev in neugodnih vremenskih razmer v slabo prevetrenih kotlinah in dolinah celinske Slovenije. Poleg tega se lahko visoke ravni delcev občasno pojavljajo tudi zaradi prehoda puščavskega prahu čez Slovenijo (4). V obdobju med letoma 2010 in 2023 je bilo na obravnavanih merilnih mestih največ preseganj dnevne mejne vrednosti izmerjenih v Celju. Za delce je posebno v hladni polovici leta v urbanih okoljih značilen dnevni potek koncentracij z jutranjim in večernim maksimumom. Bolj izrazit je večerni maksimum, ko se prometni konici pridružijo še izpusti zaradi ogrevanja, hkrati pa je v večernem času pogosto prisoten tudi temperaturni obrat, ki zmanjšuje sposobnost redčenja onesnaženega zraka.

Prostorska porazdelitev delcev kaže, da so najvišjim ravnom delcev izpostavljeni prebivalci naselij v dolinah in kotlinah celinske Slovenije, najnižjim pa prebivalci, ki živijo v višje ležečih predelih v manj naseljenih območjih. Z vidika mediane je najbolj obremenjena zdravstvena regija Murska Sobota, z vidika 90. percentila pa Celje. Najmanj obremenjena zdravstvena regija z vidika mediane in tudi 90. percentila so Ravne na Koroškem. Pri tem je treba upoštevati, da na območju te zdravstvene regije meritve onesnaženosti zraka z delci PM_{10} potekajo na lokaciji v Žerjavu, ki ni reprezentativna z vidika izpostavljenosti prebivalcev, modelski rezultati pa praviloma podcenjujejo ravni delcev.

Ozon

Ravni ozona se v zadnjih letih opazno ne spreminjajo. Nihanja so posledica vremenskih razmer, posebej poleti, ko so pogoji za nastanek ozona zaradi močnejšega sončnega obsevanja in višjih temperatur ugodnejši (4). Ta nihanja so bolj kot v letnem povprečju izražena v številu prekoračitev opozorilne urne in ciljne osemurne vrednosti. Nekoliko nižje vrednosti so bile izmerjene v letih 2020 in 2021, ko so bili zaradi ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe z virusom SARS-CoV 2 izpusti predhodnikov ozona nižji. Trendi števila preseganj maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti v obdobju 2010–2023 kažejo, da na Primorskem in v višje ležečih krajih redno prihaja do preseganja dovoljenega števila ciljne maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti. V nižjih predelih celinske Slovenije je preseganj manj.

Do preseganj opozorilne vrednosti v zadnjem obdobju občasno prihaja na merilnih mestih na Primorskem. Število preseganj je odvisno od meteoroloških značilnosti v poletnih mesecih. Za ozon je značilen dnevni potek, ki je odvisen od mikrolokacije merilnega mesta, od nadmorske višine in vpliva lokalnih izpustov na to merilno mesto. Na višje ležečih odprtih legah, kjer ni vpliva lokalnih izpustov, dnevni hod ozona čez dan ni tako izrazit. Na vseh merilnih mestih nastopi maksimum med 13. in 17. uro, ko je sončno obsevanje močno in so temperature zraka najvišje. Najnižje ravni ozona so navadno zaznane v času jutranje prometne konice, ko ozon reagira z dušikovim monoksidom iz prometa.

Prostorska porazdelitev letnega povprečja dnevnih maksimumov osemurnih povprečij ozona v letu 2022 kaže, da so najvišjim ravнем ozona izpostavljeni prebivalci Primorske (odprtost Primorske proti Padski nižini, od koder se širijo onesnaževala) in višje ležečih območij, najnižjim pa prebivalci, ki živijo v dolinah in kotlinah celinske Slovenije.

Z vidika mediane in 90. percentila letnega povprečja dnevnih maksimumov osemurnih povprečij ozona so najbolj obremenjene zdravstvene regije Kranj, Koper in Nova Gorica, najmanj pa Celje in Novo mesto. Pri tem je treba upoštevati, da velik del območja zdravstvene regije Kranj leži na višjih nadmorskih višinah.

Rezultati kažejo, da v Sloveniji obstajajo razlike v izpostavljenosti delcem in ozonu glede na geografski položaj prebivališča. Delci in ozon škodljivo vplivajo na dihalo, srce in ožilje, pa tudi na druge organe. Izpostavljenost zraku slabe kakovosti lahko zato pomembno vpliva na zdravstveno stanje prebivalcev.

Delci lahko povzročijo ali poslabšajo širok nabor bolezni, povezanih z dihalo, kot so astma, pljučni rak, KOPB in pljučnica (10). Spremembe v srčno-žilnem sistemu so aritmije, povišan krvni tlak in spremembe v srčni frekvenci (10, 11).

Že kratkotrajna izpostavitve zelo majhnim koncentracijam ozona lahko povzroči zmanjšanje pljučne funkcije pri otrocih. Pri odraslih je ta povezava manj jasna, poslabšanje pa se pojavi tudi pri starostnikih (15).

Kratkotrajna izpostavitve ozonu v zunanjem zraku je povezana tudi s povečanim tveganjem za hospitalizacije zaradi KOPB (16) in astme (17). Ozon je povezan tudi s hospitalizacijami zaradi možganske kapi (18) ter splošno umrljivostjo, umrljivostjo zaradi srčno-žilnih bolezni in zaradi srčnega popuščanja. Umrljivost se lahko pojavi z zamikom, večja je pri starejših osebah, ženskah in sladkornih bolnikih (19, 20, 21).

Zaključek

Predstavili smo neenakosti v izpostavljenosti onesnaženemu zraku na območju Slovenije za onesnaževali delci (PM) in ozon zaradi geografske lege prebivališč prebivalcev. Na območjih, kjer je kakovost zraka slabša in s tem izpostavljenost prebivalcev onesnaževalom večja, bi lahko pričakovali več zdravstvenih posledic. Navedeno lahko povečuje neenakosti v zdravju med območji z različno kakovostjo zraka.

Na podlagi večdesetletnega spremljanja koncentracij delcev in ozona v zraku, ki smo jim izpostavljeni prebivalci v Sloveniji, namreč ugotavljamo, da zaradi geografskih značilnosti (zaprte kotline, doline, odprtost Primorske proti Padski nižini) obstaja povezanost med geografskim območjem prebivališča in izpostavljenostjo onesnaženemu zunanjemu zraku. Najvišjim ravнем delcev so izpostavljeni prebivalci naselij v dolinah in kotlinah celinske Slovenije, najnižjim pa prebivalci, ki živijo v višje ležečih predelih v manj naseljenih območjih. Najvišjim ravнем ozona so izpostavljeni prebivalci Primorske in višje ležečih območij, najnižjim pa prebivalci, ki živijo v dolinah in kotlinah celinske Slovenije.

Povezave med izpostavljenostjo onesnaženemu zraku in socioekonomskim položajem za zdaj nismo preverjali. Te povezave ne pričakujemo, saj menimo, da v Sloveniji ni izrazite razmejitev območij bivanja glede na socioekonomski status (kot so izrazito revne četrti večmilijskih mest). Povezava med izpostavljenostjo ozonu in socioekonomskim položajem je še manj pričakovana, saj ima drugače od delcev onesnaženje z ozonom izrazito regionalno naravo.

Glede na pomemben vpliv onesnaženega zraka na zdravje prebivalcev je o tem še naprej nujno intenzivno ozaveščati prebivalce ter jih spodbujati k spremljanju stanja onesnaženosti zraka in samozaščitnemu ravnanju tako v domačem kraju kot drugje.

Priporočila za ravnanje ob visokih koncentracijah delcev ali ozona so dosegljiva na spletnih straneh Nacionalnega inštituta za javno zdravje – NIJZ:

<https://nijz.si/moje-okolje/zrak/povisane-ravni-delcev-v-zraku-priporocila-za-prebivalce/>
<https://nijz.si/moje-okolje/zrak/povisane-koncentracije-troposferskega-ozona-priporocila-za-prebivalce/>

Podatki o rezultatih meritev kakovosti pa so dosegljivi na spletni strani Agencije RS za okolje – ARSO: <https://www.arso.gov.si/zrak/kakovost%20zraka/podatki/>

Literatura

1. Svetovna zdravstvena organizacija. Ambient (outdoor) air pollution [Internet]. 2024 [citirano 2024 Jul 1]. Dostopno na: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)
2. Evropska agencija za okolje. Harm to human health from air pollution in Europe: burden of disease 2023 [Internet]. 2023 [citirano 2024 Jul 1]. Dostopno na: <https://www.eea.europa.eu/publications/harm-to-human-health-from-air-pollution/>
3. ARSO. Kakovost zraka v Sloveniji v letu 2021 [Internet]. 2022 [citirano 2024 Jul 1]. Dostopno na: http://hmljn.arso.gov.si/zrak/kakovost%20zraka/poro%C4%8Dila%20in%20publikacije/Letno_porocilo_2021_Final.pdf
4. ARSO. Kakovost zraka v Sloveniji v letu 2022 [Internet]. 2023 [citirano 2024 Jul 1]. Dostopno na: http://hmljn.arso.gov.si/zrak/kakovost%20zraka/poro%C4%8Dila%20in%20publikacije/porocilo_2022_Merged.pdf
5. NIJZ. Povišane ravni delcev PM₁₀ v zraku - priporočila za prebivalce [Internet]. 2023 [citirano 2024 Jul 1]. Dostopno na: <https://nijz.si/moje-okolje/zrak/povisane-ravni-delcev-v-zraku-priporocila-za-prebivalce/>
6. Perčič S., Otorepec P., Kukec A. Različni patofiziološki učinki onesnaževal v zunanjem zraku na telesna tkiva. *Slov Med J*. 2018;87(3–4). doi: <https://doi.org/10.6016/zdravvestn.2477>.
7. Svetovna zdravstvena organizacija. Air Quality Guidelines. Global update 2005 [Internet]. 2006 [citirano 2024 Jul 1]. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SDE-PHE-OEH-06.02>
8. Svetovna zdravstvena organizacija. WHO global air quality guidelines: Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide [Internet]. 2021 [citirano 2024 Jul 1]. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228>
9. IARC Monographs. Outdoor air pollution. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2015:109.
10. Garcia A., Santa-Helena E., De Falco A., de Paula Ribeiro J., Gioda A., Gioda C.R. Toxicological Effects of Fine Particulate Matter (PM_{2.5}): Health Risks and Associated Systemic Injuries-Systematic Review. *Water Air Soil Pollut*. 2023;234(6):346. doi: <https://doi.org/10.1007/s11270-023-06278-9>.
11. Lederer A.M., Fredriksen P.M., Nkeh-Chungag B.N., Everson F., Strijdom H., De Boever P., idr. Cardiovascular effects of air pollution: current evidence from animal and human studies. *Am J Physiol. Heart Circ Physiol*. 2021 Apr 1;320(4):H1417-H1439. doi: 10.1152/ajpheart.00706.2020.
12. Wilker E.H., Osman M., Weisskopf M.G. Ambient air pollution and clinical dementia: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 2023 Apr 5;381:e071620. doi: 10.1136/bmj-2022-071620.

13. Pritchett N., Spangler E.C., Gray G.M., Livinski A.A., Sampson J.N., Dawsey S.M., idr. Exposure to Outdoor Particulate Matter Air Pollution and Risk of Gastrointestinal Cancers in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Epidemiologic Evidence. *Environ Health Perspect.* 2022 Mar;130(3):36001. doi: 10.1289/EHP9620.
14. Rodulfo-Cárdenas R., Ruiz-Sobremazas D., Biosca-Brull J., Cabré M., Blanco J., López-Granero C., idr. The influence of environmental particulate matter exposure during late gestation and early life on the risk of neurodevelopmental disorders: A systematic review of experimental evidences. *Environ Res.* 2023 Nov 1;236(Pt 1):116792. doi: 10.1016/j.envres.2023.116792.
15. Holm S.M., Balmes J.R. Systematic Review of Ozone Effects on Human Lung Function, 2013 Through 2020. *Chest.* 2022 Jan;161(1):190-201. doi: 10.1016/j.chest.2021.07.2170.
16. Gao H., Wang K.W., Au W., Zhao W., Xia Z.-L. A Systematic Review and Meta-Analysis of Short-Term Ambient Ozone Exposure and COPD Hospitalizations. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Mar 23;17(6):2130. doi: 10.3390/ijerph17062130.
17. Zheng X.-Y., Orellano P., Lin H.-L., Jiang M., Guan W.-J. Short-term exposure to ozone, nitrogen dioxide, and sulphur dioxide and emergency department visits and hospital admissions due to asthma: A systematic review and meta-analysis. *Environ Int.* 2021 Maj;150:106435. doi: 10.1016/j.envint.2021.106435.
18. Niu Z., Liu F., Yu H., Wu S., Xiang H. Association between exposure to ambient air pollution and hospital admission, incidence, and mortality of stroke: an updated systematic review and meta-analysis of more than 23 million participants. *Environ Health Prev Med.* 2021 Jan 26;26(1):15. doi: 10.1186/s12199-021-00937-1.
19. Sun H.Z., Yu P., Lan C., Wan M.W.L., Hickman S., Murulitharan J., idr. Cohort-based long-term ozone exposure-associated mortality risks with adjusted metrics: A systematic review and meta-analysis. *Innovation (Camb).* 2022 Apr 20;3(3):100246. doi: 10.1016/j.xinn.2022.100246.
20. Stafoggia M., Forastiere F., Faustini A., Biggeri A., Bisanti L., Cadum E., idr. Susceptibility factors to ozone-related mortality: a population-based case-crossover analysis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010 Avg 1;182(3):376-84. doi: 10.1164/rccm.200908-1269OC.
21. Huang W.-H., Chen B.-Y., Kim H., Honda Y., Guo Y.L. Significant effects of exposure to relatively low level ozone on daily mortality in 17 cities from three Eastern Asian Countries. *Environ Res.* 2019 Jan;168:80-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.09.017>.
22. Yu S., Zhang M., Zhu J., Yang X., Bigambo F.M., Snijders A.M., idr. The effect of ambient ozone exposure on three types of diabetes: a meta-analysis. *Enviro Health.* 2023 Mar 30;22(1):32. doi: 10.1186/s12940-023-00981-0.

3.5. Skupni zaključek okoljskih poglavij

Vročinski valovi poleti so povezani s povečano umrljivostjo/obolevnostjo po vsem svetu. Vzroki za povečano ranljivost skupine prebivalcev so tako fiziološki kot socialno-ekonomski. V pričujočem prispevku obravnavamo zgolj stopnjo izobrazbe, kot eno od komponent socialno-ekonomskega statusa, ki lahko vodi do neenakosti v povezavi z vročinskimi valovi in umrljivostjo. V nadaljnjih študijah bi bilo smiselno upoštevati še druge komponente socialno-ekonomskega statusa (dohodek, splošno finančno varnost, poklic, življenjske razmere, vire in priložnosti, ki so na voljo ljudem v družbi), da bi lahko pripravili na dokazih temelječe ukrepe, ki bi bili namenjeni tudi zmanjševanju neenakosti na področju zdravja in okolja.

Zdravstveno ustrezna pitna voda in dostop do nje sta temeljnega pomena za zagotavljanje osnovnih človekovih pravic in ohranjanje zdravja prebivalstva ter preprečevanje resnih zdravstvenih težav. V prispevku smo se osredotočili na neenakosti v dostopu do pitne vode in njene kakovosti ter izvajanju ukrepov uporabe pitne vode, prepovedi in nadomestne oskrbe s pitno vodo. Resen izziv nam predstavljajo najmanjša oskrbovalna območja, predvsem zaradi mikrobiološke onesnaženosti, in prebivalstvo, za katero ni znana kakovost pitne vode. Zmanjšanje neenakosti v kakovosti in dostopnosti pitne vode je trajna naloga celotne skupnosti, ki mora temeljiti na oceni in upravljanju tveganj v celotni oskrbovalni verigi pitne vode, od prispevnega območja za zajetja pitne vode, vzdolž sistema za oskrbo s pitno vodo, do mesta uporabe.

Pri onesnaženosti zunanjega zraka z delci in ozonom rezultati potrjujejo, da zaradi geografskih značilnosti Slovenije (zaprte kotline, doline, odprtost Primorske proti Padski nižini) obstaja povezanost med geografskim območjem prebivališča in izpostavljenostjo onesnaženemu zunanjemu zraku. Osredotočili smo se le na neenakosti zaradi geografske lege prebivališč prebivalcev, saj zaradi majhnosti in geografskih značilnosti države ne moremo proučevati neenakosti glede na socioekonomski položaj (nimamo področij, kot so izrazito revne četrti večmilijonskih mest). V prihodnosti bi lahko morda raziskali povezavo med socioekonomskim statusom in izvajanjem zaščitnih ukrepov v epizodah onesnaženega zraka. Vseskozi pa je treba ozaveščati prebivalce o nevarnostih onesnaženega zraka in o samozaščitnih ukrepih.

Obravnavane tri razsežnosti okoljskih neenakosti v Sloveniji so med seboj prepletene in pogosto prizadenejo iste skupine prebivalstva. Reševanje teh neenakosti zahteva celosten pristop, ki vključuje trajnostne infrastrukturne rešitve, predvsem pa ozaveščanje prebivalstva in zmanjšanje emisij. Pravično načrtovanje ukrepov pa je ključno, da se zagotovijo enake možnosti za zdravo okolje za vse prebivalce Slovenije, ne glede na njihov socialno-ekonomski ali geografski položaj.



Komentar

Tako kakovost okolja kot vremenske okoliščine vplivajo na naše počutje. Poleg tega pa lahko tudi negativno vplivajo na zdravje.

Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije predstavlja največje tveganje za zdravje ljudi onesnažen zrak. Za zmanjšanje tega vpliva je bila konec leta 2024 sprejeta prenovljena direktiva o kakovosti zunanjega zraka, ki je uveljavila strožje standarde kakovosti, ki jih bodo morale članice EU doseči do leta 2030.

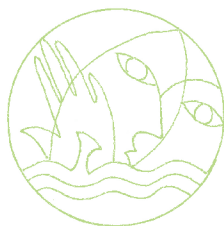
Podnebne spremembe se kažejo tako v obliki pogostejših vročinskih valov oziroma daljših sušnih obdobj kot v obliki intenzivnejših, celo ekstremnih padavin in poplav. Z vidika vpliva na zdravje je izredno pomemben tudi dostop do ustrezne pitne vode.

Čeprav so neenakosti, povezane s kakovostjo okolja in podnebnimi spremembami, večje na globalni skali, pa lahko razlike opazimo tudi v Sloveniji.

Na neenakosti v zdravju z vidika okolja in podnebnih sprememb ne vplivajo le geografsko pogoje ne danosti, temveč tudi socialno-ekonomski status in medgeneracijske razlike.

Naš cilj mora biti, da zagotovimo zdravo okolje za vse prebivalce oziroma da jim omogočimo, da se lahko ustrezno prilagodijo na spremembe, kar pa zahteva sodelovanje različnih sektorjev.

Joško Knez, generalni direktor Agencije Republike Slovenije za okolje





Komentar

Hipokratova misel nas spominja, da je naše zdravje neločljivo povezano s čistim okoljem in skrbjo za zdrav življenjski slog. Ta grški zdravnik, ki je danes javnosti poznan predvsem po znameniti Hipokratovi zaprisegi, pa je v svojem delu O zraku, vodi in tleh že nekaj stoletij pred našim štetjem razpravljal o boleznih, ki imajo vzrok v onesnaženem okolju. To pa je še kako aktualno tudi danes, ko mnogi avtorji ugotavljajo, da je stanje na področju varstva okolja kljub določenemu napredku še vedno zaskrbljujoče. Onesnaženost zraka ostaja prvi okoljski vzrok prezgodnje smrti tudi v Evropi, samo zaradi strupenih izpuhov iz izpušnih loncev pa umre vsako leto okoli 50.000 ljudi. Velik okoljski izziv, s katerim se soočajo države, je tudi segrevanje ozračja zaradi podnebnih sprememb, ki na eni strani povzročajo sušo, na drugi pa poplave in neurja velikih razsežnosti. Podnebne spremembe pa že danes povzročajo tako imenovane »podnebne begunce,« ki zaradi suše zapuščajo svoje domove in iščejo nova okolja, ki so bogata ali preskrbljena s pitno vodo, in priča smo novim neenakostim, ko govorimo o dostopu do osnovnih dobrin, brez katerih ni življenja.

Tu so še pereči problemi, kam z odpadki, še posebej tiste vrste plastike, ki jo je težko reciklirati. Žal ta nemalokrat v nepojasnjenih okoliščinah tudi zagori – po principu, zakaj bi ravnali plemenito, če nekaj ni donosno. Že starogrški filozof Plutarh je razglabljal, kako je vrlina, ki se ponaša s svojim plemenitim poreklom, deležna obtožb, da je sicer »plemenita, vendar nedonosna«. Seveda pa zaradi zažgane plastike vdihavamo v pljuča strupen zrak. V zadnjih desetletjih so ponekod odpadki postali tudi donosen posel kriminalnih in mafijskih združb in po nekaterih ocenah se okoljski kriminal splača bolj kot ilegalna trgovina z orožjem.

Vendar ljudje postajamo za okoljske izzive vedno bolj občutljivi, do škodljivih praks pa kritični. Kultura obnašanja do okolja se je z implementacijo obsežnih evropskih okoljskih direktiv začela spreminjati tudi v Sloveniji. Z vstopom Slovenije v EU se je začelo o teh izzivih veliko več razpravljati in začele so se spreminjati družbene vrednote. To se danes odraža v dvigu zavesti ljudi, še posebej pripadnikov mlajših generacij, ki zavržna dejanja tudi hitro obsodijo.

Toda naši okoljski cilji in zaveze ne bi bili doseženi brez osrednje vloge nekaterih državnih institucij. Tu mislim predvsem na osrednjo vlogo Nacionalnega inštituta za javno zdravje in njegovih raziskovalcev in strokovnjakov, ki s svojimi študijami opozarjajo na škodljive posledice, ki jih ima onesnaženo okolje za naše zdravje. Tudi v pričujoči publikaciji, ki poleg drugih poglavij, ki obravnavajo široko paleto neenakosti, denimo v dostopu do izbranih vrst zdravstvenih storitev ali pri iskanju strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju, zelo podrobno obravnava tudi neenakosti v dostopu do zdravstveno ustrezne pitne vode, izobrazbo kot dejavnik neenakosti pri umrljivosti zaradi vročinskih valov in vpliv onesnaženega zraka na ljudi. Izsledki raziskav pa niso zgolj pomemben pripomoček in smernice odločevalcem pri kreiranju politik, temveč so opomnik vsem nam, kako pomembno je izbirati ustrezen življenjski slog in skrbeti za okolje, če želimo ohraniti najdragocenejšo človekovo dobrino, zdravje. Vzgojo in izobraževanje o obravnavanih temah pa je treba začeti že zelo zgodaj, zato je lahko tudi ta modro izpisana publikacija dragocen pripomoček učiteljem v osnovnih in srednjih šolah, prav tako pa tudi pomemben vir za nadaljnja znanstvena in strokovna proučevanja v akademskem svetu.

Izr. prof. dr. Breda Mulec, Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje

4. PRENOS IN UPORABA INFORMACIJ O NEENAKOSTIH V REGIJSKA OKOLJA

4.1. Neenakosti v zdravju v slovenskih regijah skozi oči lokalnih deležnikov

Avtorji: Tara Ledinek, Kaja Batista, Tomaž Čakš, Lucija Ferš, Alenka Hafner, Matej Ivartnik, Marjetka Hovnik Keršmanc, Tjaša Jerman, Nuša Konec Juričič, Andreja Mezinec, Bonia Miljavač, Christos Oikonomidis, Martin Ranfl, Nevenka Ražman, Marko Vudrag, Brigita Zupančič Tisovec, Živa Žerjal, Neda Hudopisk

Uvod

Slovenijo kljub majhnosti definira izjemna raznolikost – tako po geografskih značilnostih, pokrajinah, klimi kot po razvitosti, bruto domačem proizvodu (BDP), materialni blaginji, izobrazbeni in starostni strukturi ter življenjskih navadah prebivalstva. Posledica je pojav regijskih razlik v zdravju prebivalstva, o čemer pričajo kazalniki o pričakovani življenjski dobi, obolevnosti in umrljivosti prebivalstva po regijah in občinah, ki jih Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) obdobjno skupaj z drugimi kazalniki objavlja v publikaciji Zdravje v občini. Omenjene razlike so neposredno povezane s kazalniki »relativne revščine«, pri čemer so zahodne in centralne regije Slovenije v boljšem položaju kot vzhodne in severovzhodne, kar se odraža v boljših zdravstvenih izidih in rezultatih zdravstvene obravnave (1). Čeprav se je zdravstveno stanje populacije v zadnjih desetletjih v splošnem izboljšalo, neenakosti v zdravju med spoloma, glede na socialne in ekonomske determinante ter tudi regijske in geografske značilnosti, ostajajo (1). Radi se definiramo kot država z visoko stopnjo družbene odgovornosti, vendar o enakosti v zdravju (še) ni mogoče govoriti (2).

NIJZ s svojim delovanjem področje neenakosti v zdravju obravnava že vrsto let. Kot ključno za prepoznavanje in zmanjševanje neenakosti v zdravju, ki so posledica kompleksnejše problematike na globalni, nacionalni in regionalni ravni, prepoznava medsektorsko povezovanje. Da bi dosegli cilj, to je ustrezno prepoznavo, zmanjševanje in preprečevanje neenakosti, je nujno povezovanje vseh deležnikov, ki v posamezni skupnosti na tem področju delujejo (3). Javni sektor s svojimi pooblastili, ki temeljijo na načelih pravičnosti, udeležbe in medsektorskega sodelovanja na vseh ravneh, predstavlja osnovo za ukrepanje na področju socialnih determinant zdravja in enakosti v zdravju (4). Medsektorsko sodelovanje je mogoče izboljšati, če pri pripravi argumentacije in oblikovanju ter prezentaciji posameznih politik in njenih ukrepov sodelujejo kompetentne, medsebojno povezane, multidisciplinarne skupine strokovnjakov na nacionalni in sektorski ravni (3).

Poznavanje problematike, njeno razumevanje in prepoznavanje kot ključne ter posledično ukrepanje vseh vpletenih lokalnih deležnikov, je osnova za zmanjševanje neenakosti v zdravju, vključno z dostopnostjo zdravstvenih storitev. Ker je ob tem pomembna percepcija deležnikov posameznih regij, smo v okviru raziskave obravnavali problematike, ki se dotikajo regijskih neenakosti, kot jih dojemajo posamezne skupine oziroma udeleženci v procesu izvajanja javnozdravstvenih politik v Sloveniji na lokalni ravni. Ob tem smo se osredotočili na tri izbrana aktualna področja: (a) dostop do zdravstvenih storitev, (b) duševno zdravje in (c) okoljska problematika.

Dostop do zdravstvenih storitev

Dostop do zdravstvenega varstva za vse je eden od »ciljev trajnostnega razvoja«,³⁰ ki ga na pobudo prizadevanj različnih gibanj za univerzalen dostop do zdravstvenega varstva na dnevni red globalne zdravstvene politike postavljajo Združeni narodi (5). Proučevanje zagotavljanja dostopa do zdravstvenih storitev je prednostna naloga v vseh razvitih zdravstvenih sistemih ter prioriteta zdravstvene politike na nacionalni in globalni ravni. Neenakost v dostopnosti zdravstvenih storitev je namreč poleg neenakosti, ki so posledica socialno-ekonomskih dejavnikov, v strokovno-znanstveni in javnozdravstveni literaturi poudarjena kot najpomembnejši vidik neenakosti v zdravju (6). Zato je svetovna pozornost vse bolj usmerjena v neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev (1, 5). Ker je dostopnost kakovostne zdravstvene obravnave opredeljena kot temeljna človekova pravica (7), so prizadevanja politik usmerjena v uresničevanje tega temeljnega poslanstva zdravstvenega sistema, ki temelji na konceptu, da morajo biti zdravstvene storitve dostopne vsem in takrat, ko jih potrebujejo. Vprašanja, povezana z ugotavljanjem dostopnosti oziroma nedostopnosti, lahko razumemo kot vrednotenje skladnosti med zdravstvenimi potrebami prebivalstva (izbrane populacije za določene zdravstvene potrebe) in zdravstvenim sistemom, ki zagotavlja zdravstvene storitve glede na potrebe prebivalstva. Del neenakosti v zdravju v kontekstu zagotavljanja dostopa do zdravstvenih storitev lahko pripišemo dostopu oziroma nedostopu do zdravstvene obravnave. Vpliv socialno-ekonomskih determinant na dostopnost zdravstvenega varstva je kompleksen in je odraz različnih dejavnikov, med katere spada (ne)enakomerna dostopnost – finančna, geografska, informacijska, časovna, etična ter mnoge druge – zdravstvenih storitev, ki jih ovirajo različni dejavniki (8). Posledica so (ne)enakosti v zdravstvenih izidih, pri čemer sta socialna varnost in univerzalni sistem javnega zdravstva nujen, vendar ne zadosten pogoj za zmanjšanje teh neenakosti. Obstajajo namreč pomembne razlike v uporabi zdravstvenih storitev glede na socialno-ekonomski položaj posameznika. Vzrok za to je mogoče iskati v finančnih in geografskih, pa tudi v kulturnih in informacijskih ovirah (nepoznavanje poti zdravstvenega sistema) in v pomanjkanju lastne pobude (9).

Duševno zdravje

Duševno zdravje je bistveno in neločljivo povezano z našim celovitim zdravjem, saj predstavlja dinamično ravnovesje telesnih in duševnih prvin, ki so osnova za našo produktivnost in prispevek k družbi, pa tudi za zadovoljno in izpolnjujoče življenje. Nanj vpliva kompleksen preplet genskih, razvojnih, okoljskih, družbenih, ekonomskih in kulturnih dejavnikov ter osebnih življenjskih izkušenj. Dejavniki vplivajo drug na drugega in v kombinaciji naše duševno zdravje krepijo in varujejo ali ogrožajo. V mnogih primerih ljudje, ki se spoprijemajo z duševnimi težavami, potrebujejo strokovno pomoč, zato je zagotavljanje dostopnih in kakovostnih virov pomoči ob duševnih težavah ključno za zmanjšanje bremena duševnih motenj in njihovo ustrezno obravnavanje v posameznem okolju. Neenakosti v duševnem zdravju se kažejo tudi v regijskih razlikah, ki jih sooblikujejo različne geografske, demografske in sistemske značilnosti posameznih regij. Gostota poselitve in oddaljenost od ponudnikov storitev s področja duševnega zdravja sta izziv za prebivalce oddaljenih območij. Raznolikost ranljivih skupin, kot so Romi, priseljenci z jezikovnimi ovirami ter druge marginalizirane skupine, zahteva prilagojene pristope. Prav tako se regije razlikujejo v razvitosti in dostopnosti služb ter storitev na področju duševnega zdravja, vključno z razlikami v mreženju med različnimi ustanovami in strokovnjaki (10).

30 Agenda 2030; ang. Sustainable Development Goals.

Okoljska problematika

Okoljsko pogojene neenakosti v zdravju so neenakosti, ki nastanejo zaradi izpostavljenosti različnim okoljskim dejavnikom tveganja (onesnaženje zraka, vode in tal, izpostavljenost kemikalijam, hrup, dostopnost zelenih površin in drugo) v povezavi z drugimi determinantami zdravja. Dokazano je, da onesnaženost okolja neodvisno od drugih dejavnikov tveganja vpliva na pojav kroničnih nenalezljivih bolezni (bolezni dihalnega sistema, srčno-žilnih bolezni in različnih vrst raka), zato so neenakosti v zdravju neposredno odvisne tudi od okoljskih razlikosti.

Namen prispevka je predstaviti pogled posameznih regijskih deležnikov na pojav neenakosti na področjih dostopnosti zdravstvenih storitev, duševnega zdravja in okoljske problematike ter njihovo poznavanje problematike in dosedanjega dela na področju zmanjševanja neenakosti.

Ciljna skupina so bili predstavniki (i) občin, (ii) zdravstvenih ustanov primarnega zdravstvenega varstva (ZD), (iii) regionalnih razvojnih agencij/centrov (RRA/RRC) in (iv) centrov za socialno delo (CSD). K sodelovanju v raziskavi smo povabili predstavnike občin, ki so bile v preteklosti nominirane za priznanje »občina zdravja«. Priznanje NIJZ od leta 2020 letno podeljuje izbrani občini, ki je prepoznala zdravje kot pomembno vrednoto in skladno s tem izstopa po aktivnostih za izboljšanje zdravja svojih prebivalcev. V pripravo in izvedbo raziskave je bilo vključenih vseh devet območnih enot (OE) NIJZ. S pripravo raziskave, ki je del prispevka, smo želeli področje neenakosti in objavljene publikacije o neenakostih približati deležnikom, ki so v lokalni skupnosti ključni za obravnavanje področja neenakosti v zdravju in dostopnosti zdravstvenih storitev. Rezultati raziskave bodo uporabni za namen ozaveščanja deležnikov in kot osnova za načrtovanje strategij in programov, povezanih z zmanjševanjem in odpravljanjem regijskih neenakosti v zdravju.

Metode in vzorec

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodologijo anketiranja s spletnim vprašalnikom 1KA. Vprašalnik, ki je skupno zajemal 22 vprašanj, razdeljenih v štiri vsebinske sklope (splošna vprašanja, področje dostopnosti, področje duševnega zdravja in področje okoljske problematike), je bil razvit na podlagi pregleda literature in sodelovanja strokovnjakov NIJZ s posameznih vsebinskih področij.

V okviru raziskave smo sodelujoče spraševali po poznavanju dveh vrst publikacij, ki jih izdaja NIJZ. Publikacija Zdravje v občini izhaja vsako leto od leta 2016 naprej in zajema posodobljene podatke o zdravju prebivalcev v slovenskih občinah z namenom krepitve zdravja, preprečevanja bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti ter omogočanja boljše dosegljivosti in dostopnosti zdravstvenih podatkov v vseh slovenskih občinah. Publikacije o neenakostih v zdravju NIJZ izdaja obdobjno, med letoma 2011 in 2021 so izšle tri, o poznavanju katerih smo spraševali respondente v naši raziskavi, in sicer: Neenakosti v zdravju v Sloveniji (2011), Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize (2018) in Neenakosti v zdravju – Izzivi prihodnosti v medsektorskem povezovanju (2021).

Z vseh devetih OE NIJZ (OE Celje, OE Kranj, OE Koper, OE Ljubljana, OE Maribor, OE Murska Sobota, OE Nova Gorica, OE Novo mesto, OE Ravne na Koroškem) smo 30. maja 2024 povezavo do ankete po elektronski pošti poslali trem izbranim občinam (skupno 27), ki so bile v preteklih letih v posamezni regiji nominirane za priznanje »občina zdravja«, vsem ZD (skupno 68), vsem RRA/RRC (skupno 24) in vsem CSD (skupno 30). Število sodelujočih iz posamezne izbrane ustanove ob tem ni bilo omejeno. Tabela 4.1 prikazuje število naslovnikov (ustanov) po deležnikih za posamezne regije.

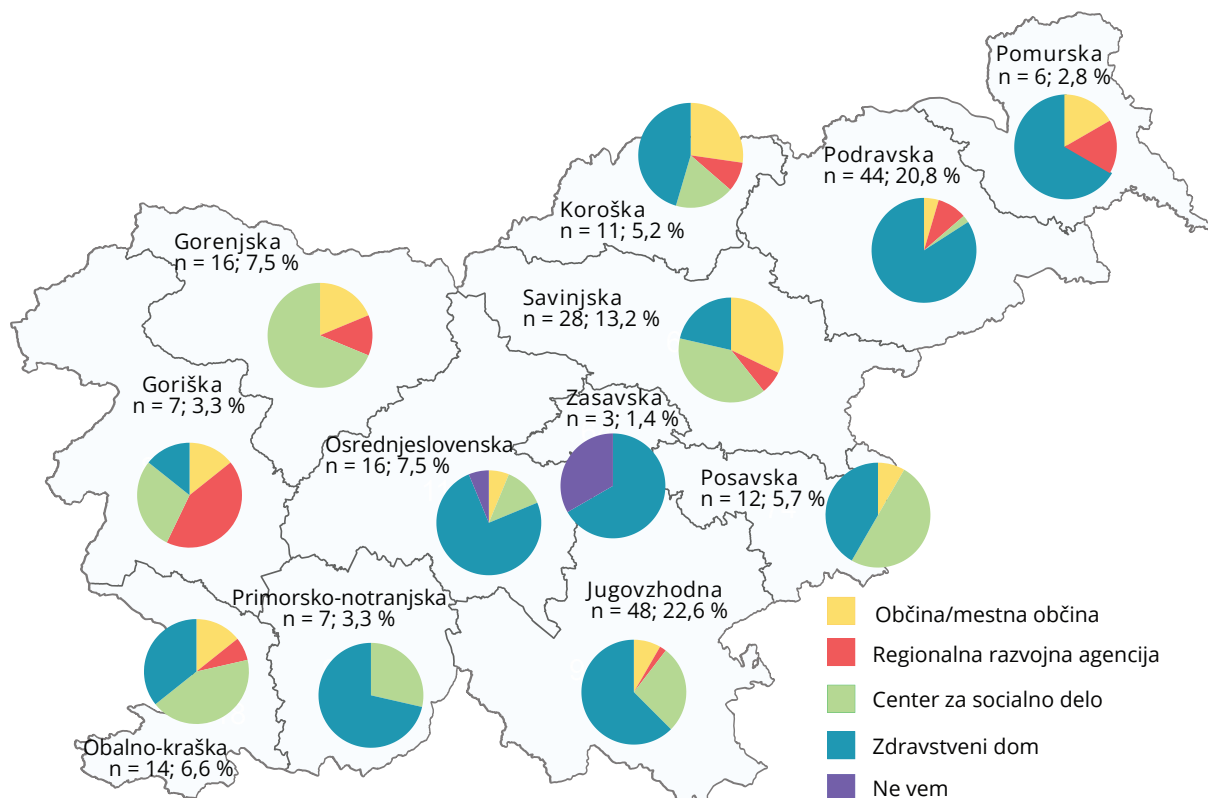
Odgovore smo zbirali prek spletne platforme 1KA. Dva tedna po prvem pošiljanju smo vsem izbranim partnerjem posredovali opomnik za sodelovanje v anketi, po treh tednih (20. junija 2024) smo anketo zaprli. Podatke smo analizirali z uporabo deskriptivne statistike ter jih prikazali s tabelami, grafi in opisno.

Tabela 4.1: Število naslovnikov (ustanov) po deležnikih in zdravstvenih regijah (ZD – zdravstveni dom, CSD – center za socialno delo, RRA – regionalna razvojna agencija, RRC – regionalni razvojni center).

	Občina	ZD	CSD	RRA/RRC	Skupaj
Celje	3	11	3	4	21
Koper	3	6	2	2	13
Kranj	3	7	1	2	13
Ljubljana	3	23	18	2	46
Maribor	3	5	2	4	14
Murska Sobota	3	4	1	5	13
Nova Gorica	3	3	1	3	10
Novo mesto	3	5	1	1	10
Ravne na Koroškem	3	4	1	1	9
Skupaj	27	68	30	24	149

Rezultati

Na anketni vprašalnik je deloma ali v celoti odgovorilo 213 oseb (respondentov), katerih odgovore smo upoštevali v končni analizi. Slika 4.1 prikazuje regijsko zastopanost respondentov in zastopanost posameznih organizacij v vsaki statistični regiji.



Slika 4.1: Regijska zastopanost odgovorov in zastopanost odgovorov posameznih organizacij (N = 212).

V 30,0 % primerov so na anketo odgovarjali predstavniki vodstvenega kadra, v 55,9 % strokovni delavci, v 4,2 % administrativni delavci, v 9,9 % primerov drugi zaposleni. Največ odgovorov smo prejeli od zaposlenih v ZD.

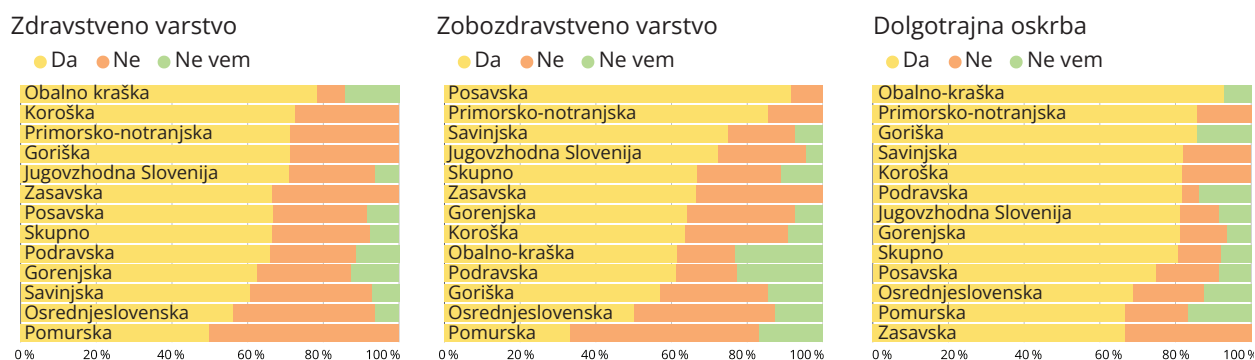
Anketirani so se v največjem deležu opredelili za aktivne uporabnike informacij, ki jih prejemajo od območnih enot NIJZ (36,6 %), 30,0 % jih je navedlo, da so pasivni prejemniki informacij. 16,4 % vprašanih z območno enoto NIJZ aktivno sodeluje, približno enak odstotek (16,9 %) je tistih, ki informacij od območnih enot ne prejemajo. Med 28 v anketi sodelujočimi predstavniki občin/mestnih občin so se zgolj trije (10,7 %) opredelili kot aktivno sodelujoči z NIJZ, eden več je navedel, da informacij od NIJZ ne prejemajo. Od predstavnikov CSD jih je 28,6 % navedlo, da informacij ne prejemajo, 35,7 % se jih je opredelilo kot pasivni prejemniki informacij. Da z NIJZ aktivno sodelujejo, je navedlo 26 predstavnikov ZD (23,2 %) in nobeden od predstavnikov RRA/RRC, ki so se v več kot polovici primerov (53,3 %) opredelili kot pasivni uporabniki – prejemniki informacij.

Poznavanje publikacij o neenakostih v zdravju je med deležniki različno. Skupno je s publikacijami seznanjenih 31,5 % respondentov (43,8 % iz ZD, 39,3 % iz občin, 8,9 % iz CSD in 6,7 % iz RRA/RRC). Med vsemi s publikacijami seznanjenimi sta le dva vprašana (en predstavnik CSD in en predstavnik ZD) navedla, da jima informacije, pridobljene iz publikacije, pri delu in obravnavanju neenakosti v zdravju v njunem okolju niso v pomoč. Med tistimi, ki publikacije sicer ne poznajo, bi si informacije želelo prejemati 85,6 % (iz občin kar 94,1 %) in menijo, da bi bilo za sprejemanje njihovih strokovnih odločitev smiselno, da so jim informacije o stanju na področju neenakosti in zdravja na voljo.

S publikacijo Zdravje v občini je skupno seznanjenih 67,8 % predstavnikov občin in mestnih občin. Publikacijo jih 57,1 % aktivno uporablja pri načrtovanju aktivnosti in usmerjanju svojega delovanja, preostalih 10,7 % je pri načrtovanju aktivnosti ne uporablja.

Dostop do zdravstvenih storitev

Skupno je 66,7 % vprašanih menilo, da v regiji, iz katere prihajajo, obstajajo nezadovoljene potrebe po dostopu do zdravstvenih storitev. Da potrebam ne zadoščajo storitve zobozdravstvenega varstva, jih meni 67,0 %, še več vprašanih, kar 80,3 %, meni, da potrebam ne zadoščajo storitve dolgotrajne oskrbe (storitve pomoči na domu, storitve institucionalnega varstva).



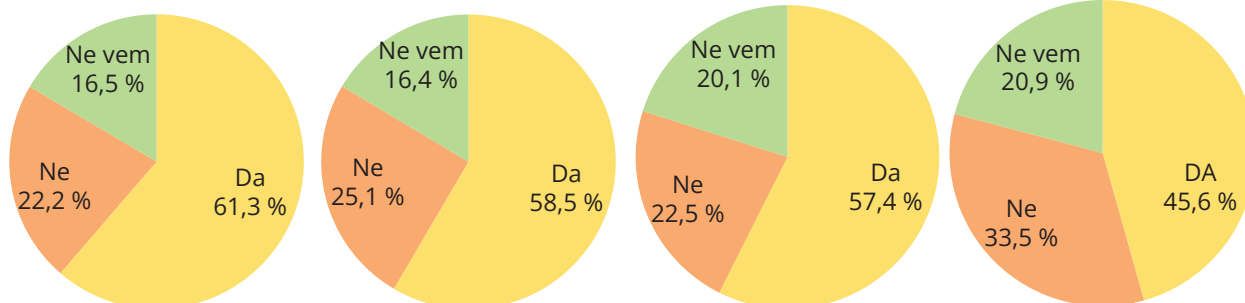
Slika 4.2 predstavlja razporeditev odgovorov na vprašanje »Ali ocenjujete, da obstajajo v vašem okolju neizpolnjene potrebe po zdravstvenem, zobozdravstvenem varstvu in storitvah dolgotrajne oskrbe?« po statističnih regijah.

Splošni (družinski) zdravniki

Zobozdravniki

Pediatri

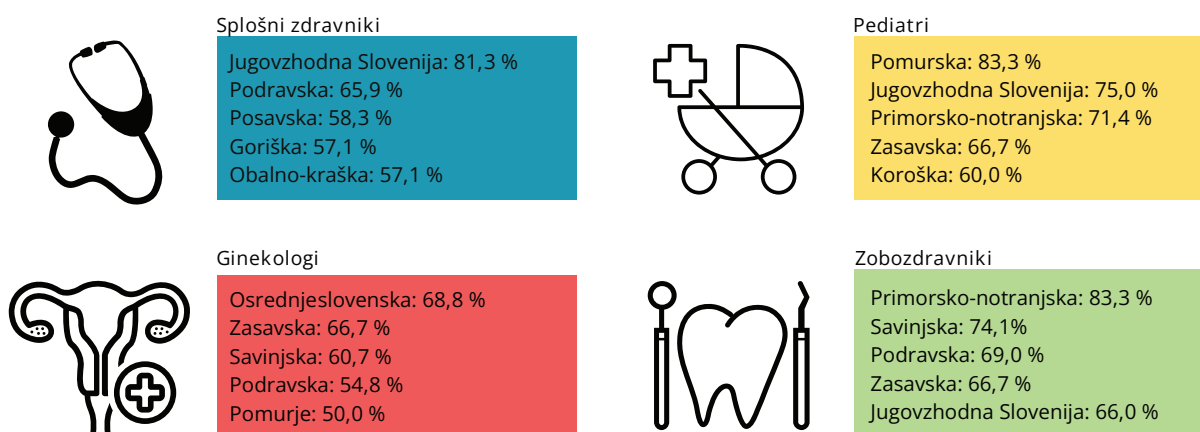
Ginekologi



Slika 4.3: Razporeditev odgovorov na vprašanje »Ali ocenjujete, da obstajajo v vašem okolju neizpolnjene potrebe po zdravstvenem, zobozdravstvenem varstvu in storitvah dolgotrajne oskrbe?« po regijah.

Kot prikazuje slika 4.3, največ vprašanih (61,3 %) meni, da je v njihovem okolju v primerjavi z drugimi okolji glede na število prebivalcev manj splošnih (družinskih) zdravnikov, sledijo zobozdravniki (58,5 %), pediatri (57,4 %) in ginekologi (45,6 %).

Slika 4.4 za vsako izmed navedenih specialnosti prikazuje pet regij, za katere se glede na mnenje vprašanih deležnikov nakazuje, da po številu zdravnikov glede na druga okolja negativno odstopajo. Da je v njihovi regiji v primerjavi z drugimi manj družinskih zdravnikov, meni največ respondentov iz jugovzhodne Slovenije (81,3 %), medtem ko je zgolj 28,6 % vprašanih iz primorsko-notranjske regije navedlo, da ima njihova regija v primerjavi z drugimi manj družinskih zdravnikov na število prebivalcev. So pa v isti regiji v največ odstotkih (83,3 %) izrazili negativno odstopanje v številu zobozdravnikov, ki jih po drugi strani po mnenju vprašanih najmanj primanjkuje v osrednjeslovenski regiji (37,5 %). V tej so sicer v najvišjem odstotku med vsemi vprašanimi navedli, da je glede na druge regije pri njih izrazito pomanjkanje ginekologov (68,8 %). Teh pa po drugi strani po mnenju vprašanih v primerjavi z drugimi regijami najmanj primanjkuje v jugovzhodni Sloveniji (28,3 %).



Slika 4.4: Prikaz petih regij z najvišjim odstotkom pritrdilnih odgovorov na vprašanje »Ali menite, da obstajajo negativne razlike v razporeditvi zmogljivosti v zdravstvenem varstvu na primarni ravni med vašim lokalnim okoljem in drugimi okolji glede števila posameznih zdravstvenih delavcev (splošnih zdravnikov, pediatrov, ginekologov, zobozdravnikov) na število prebivalcev?«.

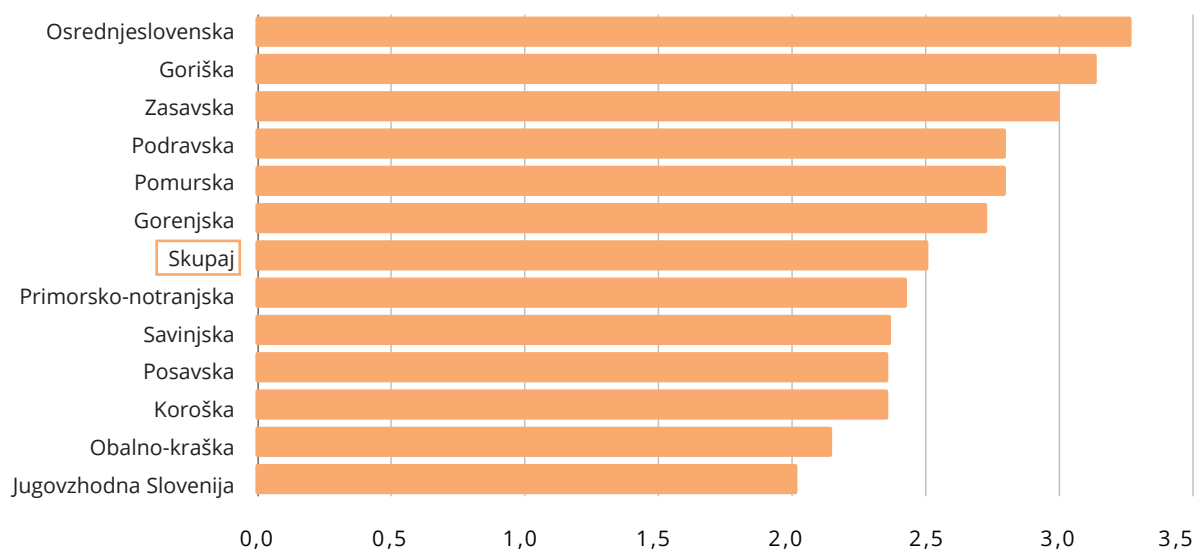
Centre za krepitev zdravja (CKZ) in zdravstvenovzgojne centre (ZVC) pozna 90,9 % vprašanih (najmanj (73,3 %) iz RRA/RRC in največ (97,3 %) iz ZD), med njimi je 49,7 % takšnih, ki menijo, da storitve, ki jih ponujajo, zadoščajo potrebam prebivalstva. S centri za duševno zdravje odraslih (CDZO) je seznanjenih 85,7 % vprašanih, le 15,6 % med njimi jih meni, da so storitve skladne s potrebami. Še manj, 7,6 % med 83,2 % vprašanih, ki poznajo centre za duševno

zdravje otrok in mladostnikov (CZDOM), jih meni, da so storitve teh glede na potrebe prebivalstva zadostne. Da obstajajo dodatne potrebe po CDZOM, meni največ (72,8 %) predstavnikov CSD. Z obstojem CDZOM glede na pridobljene odgovore ni seznanjenih največ (29,2 %) respondentov iz jugovzhodne Slovenije.

Duševno zdravje

17,3 % vprašanih je navedlo, da so viri pomoči ob duševni stiski v njihovem okolju v primerjavi z večino drugih okolij v Sloveniji veliko slabše dostopni, 33,7 %, da so slabše dostopni. Le 5,3 % jih je navedlo, da so viri veliko bolje dostopni kot v drugih regijah. Slika 4.5 prikazuje izračunane povprečne vrednosti odgovorov na lestvici od 1 do 5 (1 – viri so veliko slabše dostopni, 2 – viri so slabše dostopni, 3 – viri so enako dostopni, 4 – viri so bolje dostopni, 5 – viri so veliko bolje dostopni) po regijah na vprašanje »Kako ocenjujete dostopnost virov pomoči ob duševni stiski v vašem okolju v primerjavi z večino drugih okolij v Sloveniji?«.

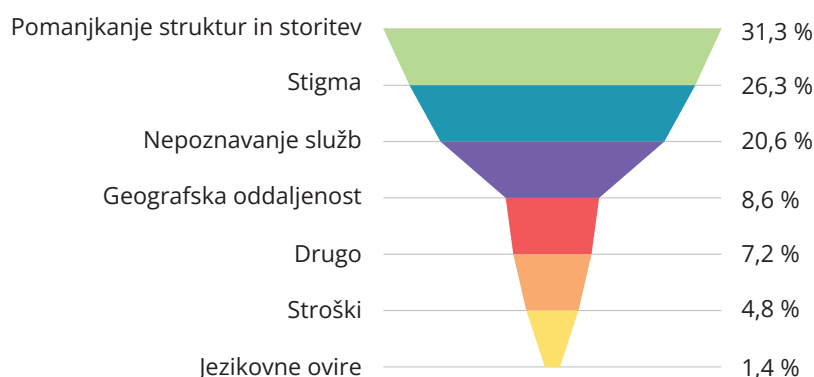
Vprašani so kot najpomembnejši dejavnik med navedenimi (socialna mreža, posameznikove značilnosti, bivanjsko okolje, finančna in socialna varnost, zaposlitev in delovni pogoji), ki prispeva k duševnemu zdravju posameznika, prepoznali socialno mrežo (91,9 % pritrdilnih odgovorov – »prispeva« in »zelo prispeva«), sledijo finančna in socialna varnost (89,4 % pritrdilnih odgovorov), zaposlitev in delovni pogoji (86,1 %) ter bivanjsko okolje (86,1 %). Kot najmanj pomembna dejavnika vpliva na duševno zdravje so opredelili posameznikove osebne značilnosti (geni in vedenje) (71,6 % pritrdilnih odgovorov) in zdravstveno varstvo (71,2 %).



Slika 4.5: Izračunane povprečne vrednosti odgovorov na lestvici od 1 do 5 (1 – viri so veliko slabše dostopni, 2 – viri so slabše dostopni, 3 – viri so enako dostopni, 4 – viri so bolje dostopni, 5 – viri so veliko bolje dostopni) po regijah na vprašanje »Kako ocenjujete dostopnost virov pomoči ob duševni stiski v vašem okolju v primerjavi z večino drugih okolij v Sloveniji?«.

V sedmih regijah (koroška, zasavska, posavska, jugovzhodna Slovenija, primorsko-notranjska, goriška in obalno-kraška) je bil v največjem odstotku kot glavna ovira, ki ljudem preprečuje dostop do ustrezne pomoči pri težavah v duševnem zdravju, izbran odgovor »pomanjkanje ustreznih struktur in storitev«, v petih regijah (podravska, savinjska, zasavska, osrednjeslovenska in gorenjska) »stigma«, v štirih regijah (pomurska, zasavska, primorsko-notranjska in obalno-kraška) »nepoznavanje služb, ki na tem področju delujejo v lokalnem okolju«. Slika 4.6 prikazuje razporeditev ovir, ki preprečujejo dostop do pomoči, kot so jih vprašani prepoznali po pomembnosti. Največ (31,1 %) jih je kot najpomembnejšo oviro prepoznalo »pomanjkanje struktur in storitev«.

Za vsako od navedenih potencialnih ovir so se vprašani v nadaljevanju opredelili glede njene pomembnosti na lestvici od 1 do 5 (1 – sploh ni pomembno, 2 – ni pomembno, 3 – niti ni pomembno, niti je pomembno, 4 – je pomembno in 5 – zelo je pomembno).



Slika 4.6: Prikaz odgovorov na vprašanje »Katera je po vašem mnenju največja ovira, ki preprečuje ljudem v vašem lokalnem okolju dostop do ustrezne pomoči pri težavah v duševnem zdravju?«.

Tabela 4.2 prikazuje skupni delež odgovorov »je pomembno« in »zelo je pomembno« za vsako od navedenih ovir po regijah in skupno. Tri regije, ki so pri posameznem dejavniku glede na povprečje vseh odgovorov odstopale z največjim deležem, so označene z rdečo, tri, ki so odstopale z najmanjšim deležem, z zeleno. Največ dejavnikov so v deležu, večjem od povprečja vseh odgovorov, kot »pomembne« ali »zelo pomembne« prepoznali anketirani iz koroške, savinjske in posavske regije, najmanj iz gorenjske in podravske regije.

Tabela 4.2: Delež odgovorov »je pomembno« in »zelo je pomembno« za vsako od opredeljenih ovir, ki lahko preprečujejo dostop do ustrezne pomoči pri težavah v duševnem zdravju po regijah in skupno. Tri regije, ki so pri posameznem dejavniku glede na povprečje vseh odgovorov odstopale najbolj negativno, so označene z rdečo, tri, ki so najbolj pozitivno izstopale, z zeleno barvo.

	Geografska oddaljenost	Jezikovne ovire	Stigma	Stroški	Pomanjkanje struktur in storitev	Nepoznavanje služb
Pomurska	66,7 %	50,0 %	100,0 %	83,3 %	100,0 %	100,0 %
Podravska	61,9 %	53,6 %	78,6 %	70,7 %	81,0 %	81,0 %
Koroška	90,0 %	60,0 %	88,9 %	90,0 %	100,0 %	80,0 %
Savinjska	70,3 %	55,5 %	85,1 %	77,7 %	92,6 %	88,9 %
Zasavska	66,7 %	66,7 %	66,6 %	66,6 %	100,0 %	100,0 %
Posavska	83,4 %	66,7 %	91,7 %	75,0 %	66,7 %	83,4 %
Jugovzhodna slovenija	80,4 %	40,0 %	68,9 %	76,1 %	91,3 %	82,2 %
Osrednjeslovenska	60,0 %	60,0 %	93,3 %	53,3 %	66,6 %	73,4 %
Gorenjska	56,3 %	50,0 %	80,0 %	56,3 %	66,6 %	73,3 %
Primorsko -notranjska	66,7 %	42,9 %	85,8 %	85,7 %	100,0 %	85,8 %
Goriška	85,7 %	42,9 %	85,7 %	85,7 %	83,3 %	85,8 %
Obalno-kraška	61,6 %	46,2 %	61,6 %	84,6 %	84,6 %	84,7 %
Skupno	70,4 %	51,0 %	79,6 %	73,9 %	84,7 %	82,7 %

Okoljska problematika

Slika 4.7 prikazuje regijsko razporeditev deležev pritrdilnih odgovorov (»občutim« in »zelo občutim«) na vprašanje »Katere vplive podnebnih sprememb občutite v vaši regiji in kako?« ter primerjavo regij s povprečjem vseh odgovorov. Največ vprašanih občuti obremenitev s toploto (78,2 %), sledijo pojavi neurij, poplav, zemeljskih plazov in požarov (75,8 %). Kot manj problematičen so respondenti prepoznali vpliv podnebnih sprememb na preskrbo s pitno vodo (24,4 %) in hrano (22,4 %). Zadnje ne velja za primorsko-notranjsko regijo, kjer je pritr-

dilno odgovorilo 57,2 % (vpliv na preskrbo s pitno vodo) in 71,5 % (vpliv na preskrbo s hrano) vprašanih.

25,4 % vprašanih meni, da je na območju, kjer živijo, kakovost zraka dobra, največ (43,8 %) iz gorenjske regije. 12,7 % jih meni, da imajo v slovenskem merilu zelo slabo kakovost zraka (42,9 % iz primorsko-notranjske regije) in dodatnih 26,3 %, da je zrak pri njih velikokrat slab. Preostali (33,7%) menijo, da je onesnažen zrak v njihovem okolju problem zgolj občasno, ob zunanjih dogodkih, kot so požar in saharski pesek. Trije vprašani so navedli, da menijo, da onesnaženost zraka v njihovem okolju ni problem, in jih ta tematika ne zanima.

Da je dostopnost zdravstveno ustrezne pitne vode v njihovi regiji odlična, meni več kot polovica (53,5 %) vprašanih. Dodatnih 41,6 % meni, da je vode navadno dovolj in je ukrep omejitve uporabe pitne vode razglašen le občasno. Ob primerjavi regij izstopata obalno-kraška in primorsko-notranjska regija, kjer kar 50,0 % in 37,5 % vprašanih meni, da je dostopnost pitne vode v njihovi regiji slaba, da pitne vode občasno ni dovolj in da je ukrep omejitve in/ali prepovedi uporabe pitne vode razglašen pogosto. Izmed vprašanih iz preostalih regij je kakovost pitne vode kot slabo opredelil samo eden.



Slika 4.7: Regijska razporeditev deležev pritrdilnih odgovorov (»občutim« in »zelo občutim«) na vprašanje »Katere vplive podnebnih sprememb občutite v vaši regiji in kako?«.

Razprava

Območne enote NIJZ so pomemben most med lokalnimi skupnostmi oziroma občinami in strokovnjaki s širšega področja javnega zdravja, saj s svojim delovanjem tesno sodelujejo z lokalno skupnostjo in vsemi njenimi predstavniki. To je potrdila tudi izvedena raziskava, saj je skupno 83,1 % vprašanih navedlo, da bodisi aktivno bodisi pasivno sodelujejo z območno enoto NIJZ. Predstavniki občin so s publikacijo Zdravje v občini dobro seznanjeni in jo aktivno uporabljajo pri načrtovanju aktivnosti in usmerjanju svojega dela. Dodatna promocija publikacije je zaradi slabšega poznavanja potrebna med drugimi deležniki.

Med vsemi anketiranimi so po drugi strani slabše poznane publikacije o neenakostih v zdravju, ki jih obdobjno izdaja NIJZ. Skoraj vsi sodelujoči v raziskavi so pokazali zanimanje za področje neenakosti v zdravju in željo po prejemanju informacij, ki bi jih lahko uporabili pri sprejemanju odločitev v okviru svojega delovanja. Ugotovljeno nakazuje potrebo po dodatni distribuciji in promociji publikacije ter aktivnem obveščanju deležnikov o problematiki neenakosti in mogočih ukrepih za zmanjšanje oziroma odpravo neenakosti v zdravju.

Dostop do zdravstvenih storitev

Organizacijski, kadrovski in drugi viri v zdravstvu pomembno prispevajo k zmogljivosti zdravstvenega sistema in dostopnosti zdravstvenih storitev. Število zdravnikov na 100000 prebivalcev je v Sloveniji kljub opazni rasti v zadnjih dvajsetih letih pod povprečjem držav članic EU, enako velja za število zdravnikov splošne in družinske medicine. Ob tem o(b)stajajo pomembne regijske razlike, pri čemer z najnižjim številom zaposlenih družinskih zdravnikov in zdravnikov splošne medicine na 100000 prebivalcev izstopa koroška regija (51,0/100000), sledijo jugovzhodna Slovenija (56,0/100000), pomurska (56,9/100000) in obalno-kraška regija (57,4/100.000). Povprečje vseh regij sicer znaša 64 zdravnikov/100000 prebivalcev, največ zdravnikov družinske medicine na število prebivalcev pa je v primorsko-notranjski regiji (74,9/100000) (11). Ravno respondenti iz te regije so, skladno z navedenimi podatki, v naši raziskavi v najmanjšem odstotku izrazili mnenje, da po številu družinskih zdravnikov v primerjavi z drugimi regijami negativno odstopajo. Da so v njihovi regiji nezadostne storitve zdravstvenega varstva, so v največjem deležu opredelili respondenti iz obalno-kraške in koroške regije.

V Sloveniji je v zdravstvu skupno zaposlenih 1571 zobozdravnikov, kar znaša 74,5 zobozdravnika na 100000 prebivalcev. Da je v njihovi regiji v primerjavi z drugimi manj zobozdravnikov, je v naši raziskavi odgovorilo največ respondentov iz primorsko-notranjske regije, kar je skladno z dejanskimi podatki, saj je število zobozdravnikov, zaposlenih v zdravstvu, tam najnižje (58,1/100000). Sledita savinjska (59,8/100000) in pomurska (60,4/100000) regija. Največ zobozdravnikov glede na število prebivalcev je v osrednjeslovenski regiji (90,1/100000), kar so glede na odgovore prepoznali tudi respondenti v naši raziskavi (11).

Pediatrov je bilo leta 2022 v Sloveniji 646 (vsi nivoji zdravstvenega varstva), največ glede na število prebivalcev v osrednjeslovenski regiji, najmanj v primorsko-notranjski in zasavski. Da jih je v njihovi regiji manj kot v drugih, je sicer v naši raziskavi odgovorilo največ respondentov iz pomurske regije, sledi jugovzhodna Slovenija. Istega leta je bilo v Sloveniji skupno 409 ginekologov, največ glede na število prebivalcev v podravski in koroški regiji, najmanj v savinjski, obalno-kraški in pomurski. Največ respondentov, ki so opredelili pomanjkanje ginekologov na primarnem nivoju v primerjavi z drugimi regijami, prihaja iz osrednjeslovenske in zasavske regije, najmanj iz jugovzhodne Slovenije.

Po podatkih publikacije Zdravje v občini pomoč na domu, ki je ena od oblik dolgotrajne oskrbe in po Zakonu o socialnem varstvu ena od socialnovarstvenih storitev, prejema le 1,81 % prebivalcev Slovenije, starejših od 65 let – največ (3,07 %) v goriški regiji, sledita posavska (2,68 %) in primorsko-notranjska (2,43 %). Najmanjši delež prejemnikov pomoči na domu je v koroški (1,21 %) in pomurski regiji (1,36 %). Nobena regija ne dosega cilja, opredeljenega v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva (2013–2020), da bi pomoč na domu za starejše prejemale najmanj 3,5 % ciljne populacije (12). Anketirani v naši raziskavi so storitve dolgotrajne oskrbe kot nezadostne v najvišjem odstotku opredelili v obalno-kraški in primorsko-notranjski regiji, v najnižjem odstotku v zasavski in pomurski regiji. V koroški regiji, ki po deležu prejemnikov pomoči na domu od povprečja Slovenije izrazito negativno odstopa, so anketirani storitve dolgotrajne oskrbe kot nezadostne opredelili v 81,8 % primerov, v obalno-

-kraški, ki je po deležu prejemnikov pomoči na domu nad slovenskim povprečjem (1,90 %), pa v kar 92,9 %.

CDZO in CDZOM, katerih namen je povečanje dostopnosti služb na področju duševnega zdravja v lokalnem okolju in na dolgi rok zmanjšanje problematike čakalnih dob, se po celotni Sloveniji vzpostavljajo od leta 2019 (13). Na primarni ravni zdravstvenega varstva je trenutno vzpostavljenih 17 CDZO in 20 CDZOM. Sodelujoči v študiji so večinsko poudarili nezadostnost storitev glede na potrebe, pri čemer skoraj tretjina anketiranih iz jugovzhodne Slovenije (29,2 %) z obstojem CDZOM niti ni seznanjena. Zadnje ne preseneča, saj je jugovzhodna Slovenija edina statistična regija Slovenije, v kateri CDZOM še ne deluje. Vzpostavitev je v prihodnosti načrtovana v Kočevju (kjer sicer že deluje edini CDZO v jugovzhodni Sloveniji) in Novem mestu. Realna situacija je skladna s subjektivno oceno anketiranih, da trenutno delujoči centri potrebam prebivalstva ne zadoščajo. V prihodnosti se tako načrtuje vzpostavitev štirih dodatnih CDZOM v Ljubljani in enega v Slovenski Bistrici ter CDZO v Novem mestu, Slovenskih Konjicah in dodatnega CDZO v Mariboru.

ZVC in CKZ so samostojne enote ZD in ključne organizacijske strukture na primarni ravni zdravstvenega varstva za zagotavljanje zdravstvenovzgojne dejavnosti, ki v okviru programa Skupaj za zdravje izvajajo strukturirane zdravstvenovzgojne obravnave ter aktivnosti krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v lokalnih skupnostih. CKZ, ki predstavljajo organizacijsko in vsebinsko nadgradnjo ZVC, je v Sloveniji skupno 47, ZVC, ki bodo postopoma v celoti preoblikovani v CKZ, pa še 19. Anketirani deležniki so z njihovim delovanjem v veliki večini (90,9 %) seznanjeni, pri čemer negativno odstopajo anketirani predstavniki RRA, med katerimi z njihovim obstojem ni seznanjena več kot četrtnina (26,7 %) respondentov. Zadnje kljub razmeroma dobremu poznavanju delovanja kaže na priložnost za izboljšave na področju promocije in informiranja strokovne in splošne javnosti o aktivnostih, ki jih CKZ in ZVC ponujajo v lokalnem okolju. Navedeno potrjuje tudi dejstvo, da skoraj polovica vprašanih (49,7 %) meni, da storitve zadoščajo potrebam, kar ob dobrem poznavanju storitev med lokalnimi deležniki in v splošni populaciji dopušča možnost dodatnega izkoristka razpoložljivih kapacitet.

Duševno zdravje

Na duševno zdravje vpliva kompleksen preplet genskih, razvojnih, okoljskih, družbenih, ekonomskih in kulturnih dejavnikov ter osebnih življenjskih izkušenj, ki medsebojno vplivajo drug na drugega ter naše duševno zdravje bodisi krepijo in varujejo, bodisi ogrožajo. Dedna nagnjenost, nekatere osebne značilnosti posameznika in nezdrav življenjski slog ter stresne izkušnje v zgodnjem življenjskem obdobju so najpomembnejši individualni dejavniki tveganja za pojav duševnih motenj, ki v kombinaciji z revščino, brezposelnostjo, socialno izključeno-stjo, diskriminacijo, stigmo, prikrajšanostjo in nepravilnimi neenakostmi, pa tudi hitrim načinom življenja in nerealnimi pričakovanji okolice, negativno vplivajo na duševno zdravje. Delež vpliva posameznega dejavnika na nastanek duševne bolezni je individualen in objektivno (v večini primerov) težko opredeljiv. Respondenti so navedli, da podporno socialno mrežo in varno družinsko okolje opredeljujejo kot najpomembnejša varovalna dejavnika duševnega zdravja, ki vplivata na duševno zdravje posameznika (91,9 % pritrdilnih odgovorov). Ti so sicer vse navedene dejavnike vpliva v večini prepoznali kot pomembne. Večji pomen so pripisali družbenim (socialna mreža) in ekonomskim (finančna in socialna varnost) dejavnikom kot značilnostim posameznika (genskim in razvojnim) ter njegovemu bivalnemu okolju. Čeprav so anketiranci zdravstvene storitve in vire pomoči v primeru duševne stiske v večini ocenili kot nezadostne, so zdravstveno varstvo opredelili za najmanj pomemben dejavnik vpliva na duševno zdravje.

Po podatkih Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj (OECD) več kot 67,0 % prebivalcev držav članic še vedno poroča, da nimajo zadostne pomoči na področju duševnega zdravja. V Sloveniji je po njihovih podatkih ta delež še večji (88,0 %), kar kaže na slabo dostopnost storitev na tem področju (13). Da storitve ne zadoščajo potrebam, ugotavljajo tudi sodelujoči deležniki, saj je med tistimi, ki so z delovanjem CDZO in CDZOM seznanjeni, samo 15,6 % (za CDZO) in 7,6 % (za CDZOM) vprašanih mnenja, da storitve zadoščajo potrebam prebivalstva. Da so viri pomoči v njihovi regiji (v primerjavi z drugimi okolji v Sloveniji) veliko slabše ali slabše dostopni, skupno meni več kot polovica (51,0 %) vprašanih, da so bolj dostopni, le 5,3 %.

V Sloveniji ob tem obstajajo velike razlike v dostopnosti storitev na področju duševnega zdravja, hkrati pa so znotraj posameznih geografskih območij precejšnje socialno-ekonomske in demografske razlike, zaradi česar obstajajo različno velika tveganja za pojav težav v duševnem zdravju. Slabšo dostopnost virov pomoči dodatno potencira primanjkljaj ustrezno usposobljenih specialistov, z velikimi razlikami med posameznimi regijami, kar številne prebivalce Slovenije postavlja v neenakopraven položaj (14).

Obstoj pomembnih regijskih razlik v dostopnosti virov pomoči nakazujejo tudi odgovori respondentov, pri čemer kar 70,2 % vprašanih iz jugovzhodne Slovenije navaja, da so viri pomoči v njihovi regiji slabše ali veliko slabše dostopni, nasprotno pa jih 40,0 % iz osrednjeslovenske regije meni, da so viri pomoči v njihovi regiji dostopni boljše ali veliko boljše kot v preostalih. Kazalniki za spremljanje reforme na področju duševnega zdravja v skladu z nacionalnim programom duševnega zdravja kažejo problem dostopnosti, saj nekatera okolja še vedno nimajo vzpostavljenih določenih socialnovarstvenih programov s področja duševnega zdravja ali so ti zaradi oddaljenosti in pomanjkljivega javnega prevoza slabše dostopni oziroma nedosegljivi. Pomanjkanje socialnovarstvenih programov je glede na kazalnike prisotno v gorenjski, notranjsko-kraški, jugovzhodni in spodnjeposavski regiji (15). Percepcija anketiranih partnerjev nakazuje z realnostjo skladno sliko, saj so respondenti iz jugovzhodne Slovenije, obalno-kraške in posavske regije vire kot slabše dostopne opredelili v najvišjem odstotku. Respondenti iz gorenjske regije so vire kot slabo ali slabše dostopne opredelili v le 31,3 % primerov.

Zaradi navedene slabe dostopnosti ustreznih služb, pa tudi zaradi predsodkov, negativnih stališč do iskanja pomoči in stigmatizacije duševnih motenj ter slabega znanja o duševnem zdravju, nastaja nesprejemljivo velika vrzel med tistimi, ki pomoč potrebujejo, in tistimi, ki jo poiščejo in prejmejo. V Evropi približno polovica ljudi s težavami v duševnem zdravju ne poišče strokovne pomoči ali jo poišče prepozno (16). V Sloveniji so kot najpomembnejši vzrok za slabši dostop do storitev pomoči navedene čakalne dobe, v primeru nekaterih storitev tudi geografska oddaljenost in finančne ovire. Zadnje velja predvsem za psihoterapevtske storitve, ki so v večji meri dostopne kot samoplačniška storitev (1). Iskanje strokovne pomoči je dodatno oteženo zaradi slabe pismenosti o duševnem zdravju.

Sodelujoči so kot ključne ovire, ki ljudem v njihovem lokalnem okolju preprečujejo dostop do pomoči, opredelili pomanjkanje struktur in storitev, stigmo in nepoznavanje služb, ki na tem področju delujejo v lokalnem okolju. Iz rezultatov je razvidno, da v regijah, kjer so storitve na področju duševnega zdravja dobro razvite in so viri pomoči v primerjavi z drugimi regijami (glede na mnenje deležnikov) boljše dostopni (izstopa osrednjeslovenska regija), deležniki kot glavni oviri, ki preprečujeta dostop do storitev, navajajo stigmo in jezikovne ovire. V regijah, v katerih so deležniki dostopnost virov pomoči opredelili kot slabšo od povprečja (izstopa jugovzhodna Slovenija), kot glavno oviro, ki lahko preprečuje dostop do ustrezne pomoči pri težavah v duševnem zdravju, navajajo prav pomanjkanje struktur in storitev. Koroška, posavska, jugovzhodna Slovenija in goriška regija kot pomembno oviro navajajo tudi fizično nedostopnost zaradi geografske oddaljenosti. Dve od treh najpogostejše omenjenih ovir, ki preprečujejo dostop do ustrezne pomoči – stigma in nepoznavanje služb, ki na tem področju

delujejo v lokalnem okolju – povezujemo s pismenostjo s področja duševnega zdravja. Povečevanje pismenosti je na področju duševnega znanja, ki se nanaša na znanje, prepričanja in stališča o duševnih motnjah ter znanje, ki pomaga pri njihovem prepoznavanju, obravnavi in preventivi, eden glavnih načinov zmanjševanja stigme in s tem socialne izključenosti, ki predstavlja pomembno breme osebi z duševno motnjo in njenim svojcem. Med slovenskimi regijami obstajajo razlike v pismenosti na področju duševnega zdravja, pri čemer je v regijah, ki so bile promocijskim in preventivnim dejavnostim izpostavljene v večji meri, pismenost o duševnem zdravju boljša (17).

Okoljska problematika

Čeprav se je kakovost zraka v Sloveniji v zadnjih desetletjih izboljšala, je koncentracija nekaterih onesnaževal v zunanjem zraku še vedno previsoka. V poletnih mesecih glavni problem predstavlja ozon, v zimskih mesecih delci PM10 in benzo(a)piren. Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da največje okoljsko tveganje za zdravje ljudi v Evropski uniji predstavlja prav onesnaženost zraka. Zlasti so ji izpostavljeni prebivalci mestnih območij. Glede na rezultate ankete vprašani kakovost zraka v Sloveniji v več kot četrtini dojemajo kot dobro. Dodatnih 33,7 % vprašanih meni, da je onesnaženost zgolj občasen problem, ob dodatnih dejavnikih. Iz zadnjega poročila Agencije za okolje in prostor je razvidno, da so bile v letu 2022 najvišje letne povprečne vrednosti delcev PM10 izmerjene na merilnem mestu v Murski Soboti. Letne ravni ozona so bile na večini merilnih mest višje kot prejšnja leta, opozorilna urna vrednost je bila presežena na merilnih mestih na Primorskem (18). Da je kakovost zraka v njihovi regiji slaba ali zelo slaba, so sicer v najvišjem odstotku navedli respondenti iz primorsko-notranjske (71,5 %) in goriške regije (71,4 %).

Slovenija premore veliko vodnih virov, pri čemer se skoraj dve tretjini prebivalcev oskrbuje ta iz vodnih virov podzemne vode brez vpliva površinske vode, dobra tretjina iz podzemne vode, ki je pod vplivom površinske vode, ter manjšina prebivalcev iz mešane vode. Podzemna voda je tako najpomembnejši vir pitne vode v Sloveniji. Rezultati monitoringa pitne vode skozi leta spremljanja kažejo izboljšanje kakovosti pitne vode (19), kar je skladno z odgovori anketirancev, ki v večini menijo, da je dostopnost zdravstveno ustrezne pitne vode v njihovi regiji odlična ali da je vode navadno dovolj in je ukrep omejitve uporabe pitne vode razglašen samo občasno. Izstopanje obalno-kraške in primorsko-notranjske regije si lahko razlagamo s pomanjkanjem pitne vode na omenjenih območjih v sušnih obdobjih. Kraški vodonosniki s kraško in razpoklinsko poroznostjo so zelo občutljivi za različne vire onesnaženja, zato je ključno, da na teh območjih posebno pozornost namenimo dejavnostim za zagotavljanje kakovosti pitne vode.

Podnebne spremembe in z njimi povezani vplivi so globalna problematika, ki v smislu prepoznavanja in reševanja predstavlja pomemben bistveno večji izziv, kot ga obravnava naš prispevek. Ob tem je iz odgovorov mogoče razbrati, da respondenti kot problematično izražajo predvsem tisto, kar občutijo v svojem vsakdanjem življenju in česar z ukrepi iz širšega okolja ni mogoče ublažiti. Vpliva na preskrbo s hrano respondenti v večini regij ne ocenjujejo kot večji problem (22,14 % pritrdilnih odgovorov), čeprav smo v resnici daleč od ustrezne samooskrbe, na voljo pa imamo dovolj uvožene hrane. V 2020 je bila Slovenija 88-odstotno samooskrbna z žiti, 84-odstotno z mesom, 48-odstotno z zelenjavo. V letu 2021 smo uvozili 2,3 milijona ton hrane in pijače, kar je skoraj trikrat toliko kot v letu 2000 (20). Ker je Slovenija bogata z vodnimi viri, vpliv podnebnih sprememb na preskrbo s pitno vodo opažajo skoraj izključno v regijah, v katerih v sušnem obdobju prihaja do pomanjkanja pitne vode (primorsko-notranjska in obalno-kraška), dodaten problem predstavljajo večji nalivi. V Sloveniji smo že pred leti opredelili statistično značilno linearno povezavo med številom ukrepov na oskrbovalnih območjih vodovodov in številom prizadetih ljudi ter maksimalno količino padavin.

Najpogostejši ukrep je prekuhavanje vode, pri čemer moramo pri odločitvi za njegovo uvedbo (ali uvedbo drugega ukrepa) upoštevati povezanost vzroka, vzorca in ukrepa v prostoru in času ob hkratnem upoštevanju razpoložljivih informacij o vzroku nastalih težav.

Nasprotno od preskrbe z vodo in hrano prepoznava toplotne obremenitve in naravne nesreče kot pomemben problem več kot polovica vprašanih. Od največjih poplav v Sloveniji je minilo le eno leto, junij 2024 je bil na ravni Slovenije močno nadpovprečen, kar zadeva temperature, in podpovprečno namočen ter bolj osončen kot običajno (21). Navedeni pojavi neposredno prizadenejo veliko število ljudi, hkrati pa so deležni obsežne medijske pozornosti. Ljudje jih posledično bolj ponotranjimo in prepoznamo kot pomembnejše, kar je mogoče povezati z velikim številom pritrdilnih odgovorov respondentov.

Prednosti in omejitve raziskave

Pomembno omejitev raziskave predstavlja dejstvo, da število sodelujočih na posamezno ustanovo ni bilo omejeno. To je privedlo do nastanka pomembnih razlik v zastopanosti regij, pri čemer iz dveh najbolj zastopanih regij (jugovzhodna Slovenija in podravska regija) prihaja 43,2 %, iz dveh najmanj zastopanih (zasavska in pomurska regija) pa le 4,2 % odgovorov, neodvisno od velikosti regij. Različna je tudi zastopanost posameznih v raziskavo vključenih organizacij v celotni državi in med posameznimi regijami. Hkrati so samo 30,0 % odgovorov dali predstavniki vodstvenega kadra, preostale odgovore so dali zaposleni na različnih delovnih mestih, ki se lahko ob svojem delu s problematiko neenakosti v zdravju srečujejo redkeje ali bolj specifično in ne poznajo celotne slike.

Navedene metodološke pomanjkljivosti raziskave lahko vplivajo na kvaliteto podatkov, zato je ključno njihovo kritično vrednotenje v povezavi s širšim razumevanjem problematike. Dodatno omejitev predstavljata pristranost samoporočanja, saj so respondenti anketo izpolnjevali glede na subjektivne zaznave, na katere vpliva več dejavnikov, med drugimi lastne izkušnje in dajanje družbeno oziroma od nadrejenega sprejemljivih odgovorov.

Kljub omejitvam je pričujoča raziskava prvi prikaz stališč uporabnikov dela, ki ga na področju neenakosti opravlja NIJZ, v lokalnih skupnostih. Na ravni Slovenije in gledano na cilje skupine in obravnavano problematiko rezultati raziskave kljub omenjenim omejitvam dajejo edinstven vpogled v razumevanje področja in njegovo priznavanje od ključnih deležnikov na regijskem nivoju. Ker ti vstopajo v skupnost ter so s svojim delovanjem povezava med prebivalstvom in javnimi ustanovami, ki se ukvarjajo z neenakostmi, sta njihova seznanjenost s problematiko in njeno obravnavanje v okviru sprejemanja strokovnih odločitev nepogrešljiva.

Zaključek

Kot sodobna družba si moramo prizadevati za uvedbo in izvajanje ukrepov za zmanjšanje neenakosti v zdravju, vključno z neenakostjo v dostopnosti zdravstvenih storitev. Ob tem so ključni zavedanje neenakosti, njihovo razumevanje, prepoznavanje in snovanje ciljev in ukrepov na vseh ravneh delovanja ter vrednotenje le-teh. V raziskavo smo vključili deležnike, ki lahko na različnih ravneh in v različnih sektorjih vplivajo na področje neenakosti v zdravju, zagovarjajo zdravje v različnih okoljih, poročajo o javnem zdravju, raziskujejo determinante zdravja in neenakosti v različnih sektorjih, ter druge, ki pri svojem delu sprejemajo politične odločitve, ki posredno ali neposredno vplivajo na neenakosti v zdravju.

Naša raziskava je pokazala, da so vključeni deležniki z obdobjimi publikacijami NIJZ o neenakostih v zdravju slabše seznanjeni, vendar izražajo jasno željo po njihovem bolj poglobljenem poznavanju in uporabi. Informacije, ki jih publikacija ponuja, so prepoznali kot dragocen vir za usmerjanje njihovega delovanja na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju. To nas

kot raziskovalce zavezuje k izboljšanju diseminacije informacij, poglobljenemu sodelovanju z lokalnimi deležniki in oblikovanju usmerjenih aktivnosti, ki bodo pripomogle k boljši uporabi obstoječih virov. Prenos informacij in obveščanje ter sodelovanje z regijskimi deležniki so tako prvi korak na poti do odprave neenakosti v zdravju na regijski ravni.

Eden od namenov naše raziskave je bil regije in posamezne deležnike spodbuditi, da ozaveštujejo področje neenakosti v zdravju ter svoje vire in prizadevanja usmerijo v njihovo zmanjševanje ter posledično izboljšanje zdravja in počutja vseh prebivalcev. Jasnega odgovora na vprašanje, ali smo zavedanje neenakosti v zdravju v slovenskih regijah s pričujočo raziskavo povečali, v okviru te analize nismo prejeli, smo pa opozorili na pomen medsektorskega povezovanja in dejstvo, da je za dosego sprememb, ki so mogoče, potrebna skupna, tudi politična volja.

V okviru raziskave smo identificirali regionalne razlike v dostopu do zdravstvenih, zobozdravstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe ter razlike v številu izbranih zdravstvenih delavcev (splošni zdravniki, pediatri, ginekologi in zobozdravniki v primarnem zdravstvu), kot jih prepoznavajo lokalni deležniki. Prav tako odgovori deležnikov nakazujejo obstoj regijskih razlik v dostopnosti virov pomoči ob težavah v duševnem zdravju. V regijah, kjer so po mnenju respondentov storitve bolj dostopne, glavni oviri pri dostopu do pomoči v primeru težav v duševnem zdravju predstavljajo stigma in jezikovne ovire. Po drugi strani so na območjih, kjer je dostopnost storitev omejena, respondenti kot ključno oviro pri iskanju pomoči prepoznali prav pomanjkanje ustreznih struktur in storitev. Nekatere regije so po mnenju vprašanih bolj obremenjene s posameznimi okoljskimi izzivi, kot so preskrba s pitno vodo in hrano, ekstremne temperature in naravne nesreče. Navedene ugotovljene regijske razlike poudarjajo potrebo po ciljanih ukrepih, prilagojenih specifičnim tveganjem in potrebam posameznih regij. To predstavlja osnovo za zmanjševanje regijskih neenakosti v zdravju.

Pomembno je poudariti, da je bilo v raziskavi prvič na ta način združenih vseh devet območnih enot NIJZ, kar je velik dosežek in pomemben korak k bolj koordiniranemu pristopu k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Ugotovitve raziskave bodo osnova za načrtovanje prihodnjih raziskav, katerih cilj bosta izboljšanje metodologije in zagotovitev celovitega vključevanje vidikov uporabnikov publikacij o neenakostih. Naša prizadevanja bodo tudi v prihodnje usmerjena v ozaveščanje, krepitev sodelovanja med deležniki in podporo načrtovanju ukrepov, ki bodo prispevali k izboljšanju zdravja vseh prebivalcev. Ob tem so izrednega pomena skupno delovanje in povezovanje politik ter priprava nabora ukrepov, ki vključujejo vse ravni delovanja (nacionalno, regijsko in lokalno). Izsledki raziskave poudarjajo ključna področja, ki jih je v prihodnjih letih treba obravnavati, in predstavljajo osnovo za krepitev sodelovanja ter povečanje informiranosti in motiviranosti za delovanje na področju zmanjševanja regijskih neenakosti v zdravju.

Literatura

1. Albreht T., Polin K., Pribaković Brinovec R., Kuhar M., Poldrugovac M., Ogrin Rehberger P., idr. Slovenia Health System review. *Health Syst Transit.* 2021;23(1).
2. Lesnik T., Gabrijelčič Blenkuš M., Hočvar-Grom A., Kofol-Bric T., Zaletel M., Pahor M., idr. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018.
3. Gabrijelčič Blenkuš M., Kofol-Bric T., Zaletel M., Hočvar-Grom A., Lesnik T. Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju [Internet]. 2021 [citirano 2024 Avg 5]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/neenakosti-v-zdravju-izziv-prihodnosti-v-medsektorskem-povezovanju/>
4. Ministrstvo za zdravje. Zmanjševanje razlik v času ene generacije: [izboljševanje enakosti na področju zdravja z vplivanjem na socialne determinante zdravja]. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva; 2009. 73 str.

5. Dawkins B., Renwick C., Ensor T., Shinkins B., Jayne D., Meads D. What factors affect patients' ability to access healthcare? An overview of systematic reviews. *Trop Med Int Health*. 2021 Jul 4;26(10):1177-1188. doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.13651>.
6. Zaletelj-Kragelj I., Eržen I., Premik M. Uvod v javno zdravje, 1. ponatis. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2011.
7. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS (Feb 26 2008).
8. Kuhar M. Slovenski primer vrednotenja nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (analiza sprememb v dostopnosti do izbranih vrst zdravstvenih storitev od 1. septembra 2022 do 31. decembra 2022) [Internet]. 2023 [citirano 2024 Avg 5]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/slovenski-primer-vrednotenja-nujnih-ukrepov-za-zagotovitev-stabilnosti-zdravstvenega-sistema/>
9. Buzeti T., Djomba J.K., Gabrijelčič Blenkuš M., Ivanuša M., Jeriček Klanšček H., Kelšin N., idr. Neenakosti v zdravju v Sloveniji [Internet]. 2011 [citirano 2024 Avg 5]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/neenakosti_v_zdravju_v_sloveniji.pdf
10. Svetovna zdravstvena organizacija. World mental health report: transforming mental health for all. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija; 2022.
11. Hladnik M., Prodan V., Simončič M. Viri v zdravstvu. Zdravstveni statistični letopis Slovenije [Internet]. 2022; 1-31 [citirano 2024 Avg 20]. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/03/8_Viri_v_zdravstvu_2022_Z.pdf
12. NIJZ. Zdravje v občini: Pomoč na domu [Internet] 2024 [citirano 2024 Avg 20]. Dostopno na: <https://obcine.nijz.si/kazalniki/K4.13>
13. Švab V., Makivić I. Ocena stanja na področju storitev za duševno zdravje [Internet]. 2023 [citirano 2024 Avg 5]. Dostopno na: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/02/Ocena-stanja-na-podrocju-storitev-za-dusevno-zdravje.pdf>
14. Pravno-informacijski sistem Republike Slovenije. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 – 2028 (ReNPDZ18-28) [Internet]. 2018 [citirano 2024 Avg 1]. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=RESO120>
15. Švab V., Kragelj A., Makivić I. Kazalniki za spremljanje reforme na področju duševnega zdravja v skladu z nacionalnim programom duševnega zdravja [Internet]. 2024 [citirano 2024 Avg 5]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/kazalniki-za-spremljanje-reforme-na-podrocju-dusevnega-zdravja-v-skladu-z-nacionalnim-programom-dusevnega-zdravja/>
16. Sapiens Labs. Mental State of the World 2021: A publication of the Mental Health Million Project. Global Mind Project: Sapien Labs; 2022.
17. Majcen K. Pismenost o duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah, magistrsko delo [Internet]. 2016 [citirano 2024 Avg 5]. Dostopno na: <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=57077>
18. Agencija Republike Slovenije za okolje. Kakovost zraka – letna poročila [Internet]. 2022 [citirano 2024 Avg 5]. Dostopno na: https://www.arso.gov.si/zrak/kakovost%20zraka/poro%c4%8dila%20in%20publikacije/kakovost_letna.html
19. Gale I., Ofentavšek L. Monitoring pitne vode. Zdravstveni statistični letopis Slovenije [Internet]. 2023 [citirano 2024 Avg 20]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2021/>
20. Statistični urad Republike Slovenije. Samooskrba s hrano in uvoz hrane v Slovenijo [Internet]. 2022 [citirano 2024 Avg 13]. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/10236>
21. Agencija Republike Slovenije za okolje. Podnebne značilnosti zadnjega meseca [Internet]. 2024 [citirano 2024 Avg 3]. Available from: https://meteo.arso.gov.si/met/sl/climate/current/climate_month/
22. Miljavac B., Hojs A., Veninšek-Perpar I., Bitenc K. Predstavitev in pomen podatkov iz aplikacije za vnos ukrepov v NPV: predavanje na izobraževanju Izdelava načrta za zagotavljanje varnosti pitne vode. Ljubljana; 2017.

5. ZAKLJUČNO POGLAVJE

Uredila Mojca Gabrijelčič Blenkuš, na podlagi prispevkov avtorjev (po abecednem redu organizacij): ARSO: Anže Medved, Janja Turšič; IER: Andrej Srakar; MZ: Mateja Nagode; NIJZ: Kaja Batista, Andreja Belščak, Katarina Bitenc, Jona Blatnik, Anja Brunec, Tomaž Čakš, Ivan Eržen, Lucija Ferš, Alenka Hafner, Ada Hočevar Grom, Ana Hojs, Marjetka Hovnik Keršmanc, Ema Kobal, Ivanka Huber Kropec, Neda Hudopisk, Matej Ivartnik, Helena Jeriček Klanšček, Tjaša Jerman, Blashko Kaspinov, Nuša Konec Juričič, Helena Koprivnikar, Aleš Korošec, Marcel Kralj, Matjaž Krošel, Marjeta Kuhar, Darja Lavtar, Tara Ledinek, Andreja Mezinec, Petra Mikolič, Bonia Miljavac, Lara Ofentavšek, Christos Oikonomidis, Simona Perčič, Majda Pohar, Mircha Poldrugovac, Tatjana Kofol Bric, Sandra Radoš Krnel, Martin Ranfl, Nevenka Ražman, Maruša Rehberger, Mateja Rok Simon, Saška Roškar, Andreja Rudolf, Marko Štanta, Eva Štromajer, Simona Uršič, Vesna Viher Hrzenjak, Matej Vinko, Marko Vudrag, Metka Zaletel, Ana Zgaga, Brigita Zupančič Tisovec, Tina Zupanič, Živa Žerjal; OIL: Mojca Birk, Nika Bric, Mojca Florjančič, Urška Ivanuš, Tine Jerman, Maja Jurtela, Urška Košir, Katarina Lokar, Barbara Mihevc Ponikvar, Ana Mihor, Teja Oblak, Sonja Tomšič, Vesna Zadnik, Tina Žagar; UMAR: Eva Šarec

Svet je sredi enega najbolj negotovih in nepredvidljivih obdobj nedavne zgodovine. Zbirni učinki pandemije covida-19, naraščajočih globalnih konfliktov, ekonomske nestabilnosti in podnebnih sprememb so se združili v dobo polikrize: sočasne krize, ko se učinki posameznih kriz prepletajo in povečujejo svoj globalni vpliv onkraj vsote posameznih delov (1). Čeprav se krize po naravi, dinamiki in vzrokih razlikujejo, imajo skupni imenovalec: vse nesorazmerno prizadenejo najbolj ranljive ter poslabšujejo revščino in neenakosti na lokalni in globalni ravni. Z vidika javnega zdravja dramatičen upad ključnih socialnih determinant zdravja znatno povečuje obolevnost in smrtnost med najrevnejšimi, kar vodi do večjih neenakosti v zdravju (2). Učinkovit pristop k obravnavanju neenakosti v zdravju je zato v današnjem času večplasten: zagovarja multimetodološke in multidisciplinarne pristope za ustvarjanje podatkov, vključevanje različnih strokovnjakov in zagotavljanje celovitih ocen. To vključuje izkoriščanje obstoječih zbirk podatkov, uporabo različnih oblik raziskav in vključevanje deležnikov iz različnih sektorjev. Cilj tega pristopa je premostiti vrzel med raziskavami in politiko ter spodbujati na dokazih temelječe odločanje za zmanjšanje zdravstvenega bremena in doseganje zdravstvenih ciljev trajnostnega razvoja (3). Zato smo se pri pripravi četrte publikacije o neenakostih v zdravju vsaj deloma dotaknili te kompleksne problematike.

Tudi tokratna publikacija je nastala s sodelovanjem pomembnih nacionalnih institucij, ki delujejo v posameznih sektorjih: Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Onkološkega inštituta Ljubljana v okviru sektorja zdravja, Inštituta za ekonomska raziskovanja v okviru sektorja dela, Agencije RS za okolje v okviru okoljskega sektorja in Urada RS za makroekonomske analize in razvoj kot ključne vladne strokovne ustanove. V fazi načrtovanja je sodeloval tudi Inštitut RS za socialno varstvo. Pripravo so spremljali in usmerjali predstavniki Ministrstva za zdravje, Ministrstva za okolje, podnebje in energijo, Ministrstva za solidarno prihodnost, Ministrstva za vzgojo in izobraževanje ter Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Omenjene institucije so po preudarni presoji delo usmerile v zelo aktualno področje dostopnosti storitev zdravstvenega sistema, ki jih doslej v publikacijah o neenakostih v zdravju še nismo obravnavali, vključno z refleksijo o času pandemije covida-19. V publikaciji prav tako prvič obravnavamo neenakosti v zdravju, ki nastajajo zaradi vplivov fizičnega okolja. Kazalniškemu delu, s katerim prikazujemo zdravstvene izide in pomembne dejavnike, ki vplivajo na glavne vzroke bolezni in smrti, sta tudi tokrat dodana kvalitativni vidik neenakosti v ranljivih skupinah in pogled na izzive pri merjenju neenakosti pri invalidih. Dodana vrednost publikacije sta pogled regijskih in lokalnih deležnikov na neenakosti ter uporabnost tovrstnih

poročil za tiste, ki so v stiku s populacijami oziroma posamezniki in najbolj poznajo neenake potrebe in priložnosti tistih, s katerimi delajo.

V publikaciji smo objavili enak nabor kazalnikov kot v prejšnjih publikacijah razen tistih, za katere zaradi večletne periodike nacionalnih raziskav še ni novih oziroma osveženih podatkov. Tako kot v prejšnji publikaciji vključena tematska področja predstavljajo velike javnozdravstvene izzive z vidika razširjenosti oziroma pogostosti in njihovega vpliva na delovno zmožnost prebivalstva, prezgodnjo umrljivost, obremenitev zdravstvene službe ter kakovost življenja. S prikazanim naborom izbranih kazalnikov vzpostavljamo standarden nabor kazalnikov, s katerim bomo dolgoročno in pogosteje spremljali neenakosti v zdravju v Sloveniji.

Kvalitativna terenska raziskava o neenakostih in ranljivostih v zdravju je bila izvedena v treh lokalnih okoljih: ZD Vrhnika, ZD Celje in ZD Sevnica. V prispevku so predstavljene ugotovitve o skupinah in posameznikih, ki se srečujejo z ovirami pri dostopu do zdravstvenega varstva, vrstah ranljivosti, s katerimi se spoprijemajo, ter specifičnih izzivih pri dostopu do zdravstvenih in drugih storitev. Prav tako so analizirane zaznane prakse premoščanja teh ovir v lokalnih okoljih. V raziskavo so bile vključene tudi osebe z neposredno izkušnjo ranljivosti, neenakosti v zdravju ter oteženega dostopa do zdravstvenih in drugih storitev. Ranljivost ni enoznačna in se lahko spreminja skozi čas ter med posamezniki in skupinami, zato je treba razvijati prilagodljive strategije, ki bodo vključevale vse ranljive skupine. Za zmanjšanje neenakosti v zdravju so ključne sistematične rešitve na nacionalni ravni, ki vključujejo izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev, zmanjšanje socialne izključenosti, izboljšanje jezikovne podpore za priseljence in krepitev podpore starejšim ter ranljivim skupinam. Pri premoščanju različnih sistemskih in praktičnih ovir ima ključno vlogo lokalna skupnost.

Ob proučevanju ranljivih skupin se je pokazalo, da kompleksnost in večdimenzionalnost koncepta invalidnosti vodita do različnih načinov merjenja neenakosti v zdravju v tej ranljivi skupini. Kazalniki neenakosti v zdravju pogosto ne pokažejo vzrokov za razlike, temveč le razlike same. Pri prizadevanjih za pravičnost v zdravju predstavlja izziv tudi medicinska paradigma, ki temelji na dokazih in daje prednost randomiziranim kontroliranim preskušanjem – ta pa ne zadoščajo za obravnavo neenakosti, povezanih z invalidnostjo v raziskavah javnega zdravja. Ključna sta razumevanje težav invalidov in njihova vključitev v skupnost, kar obravnava Evropski okvir Svetovne zdravstvene organizacije 2022–2030 za doseganje kar najvišjega zdravstvenega standarda invalidov. Združeni narodi so za ta namen sprejeli Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov, ki temeljijo na modelu invalidnosti kot vprašanju človekovih pravic. Na podlagi teh pravil je nastala Agenda 22, koristno orodje za zmanjševanje neenakosti v zdravju invalidov, saj omogoča boljše razumevanje njihovih potreb in pripravo bolj vključujočih zdravstvenih politik. V tej publikaciji so zato dodane definicije in mogoči kazalniki za ocenjevanje stanja invalidnih oseb. V prihodnje bo mogoče sprejeti odločitve o spremljanju invalidnosti in neenakosti v Sloveniji.

Neenakost v dostopu do zdravstvenih storitev je ključna tema z vidika pravočasne obravnave pacientov in pogosto predmet javne razprave. V študiji primera smo zato (a) analizirali neenakosti pri dostopu do izbranih petih medsebojno povezanih vrst zdravstvenih storitev; posebno pozornost pa smo namenili tudi (b) iskanju strokovne pomoči glede na duševno zdravje posameznika ter (c) dostopnosti storitev v državnem programu (DP) Zora med sindemijo covid-19. Vsi trije primeri so povzeti v nadaljevanju.

Študija primera (a) prikazuje geografske in starostne razlike v časovni dostopnosti zdravstvenih storitev. Na podlagi razpoložljivih podatkov o čakalnih vrstah in čakalnih dobah smo preverili neenakosti v dostopu do petih medsebojno povezanih vrst zdravstvenih storitev: prvih ortopedskih specialističnih pregledov, izbranih diagnostičnih preiskavah (diagnostična pre-

iskava kolena in kolka z magnetno resonanco) ter izbranih operativnih posegih (vstavitvah endoproteze kolka in kolena). Pri teh zdravstvenih storitvah smo analizirali razlike v pričakovanih čakalnih dobah glede na regijo prebivališča pacienta in regijo izvajalca zdravstvenih storitev ter starostne skupine pacientov. Analiza je pokazala izrazite neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev, tako glede na regijo izvajalca kot na regijo pacientovega prebivališča, pri čemer so bile največje razlike pri dostopu do diagnostične preiskave kolena in kolka z magnetno resonanco. Primerjava po starostnih skupinah je razkrila, da mlajši (15–35 let) in najstarejši (85 let in več) v povprečju čakajo krajši čas kot druge skupine pacientov. Analiza kaže, da pacienti iščejo zdravstvene storitve zunaj regije prebivališča, kar statistično zmanjšuje neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev med pacienti. Če bi pacienti uporabljali le zdravstvene storitve v regiji svojega prebivališča, bi bile verjetno razlike, s tem pa tudi neenakosti v dostopu večje. Kljub temu je dostop do izvajalcev v regiji prebivališča pacienta še vedno pomemben dejavnik, saj vsi pacienti nimajo enakih možnosti za iskanje zdravstvenih storitev zunaj regije svojega prebivališča. Poleg tega analiza nakazuje, da obstaja zapletena povezava med različnimi vrstami zdravstvenih storitev. Na primer izbira izvajalca za ambulantni pregled lahko vpliva na neenakosti v dostopu do operativnih posegov, saj nekateri izvajalci teh storitev ne opravljajo. Zato je pri oblikovanju ukrepov za zmanjšanje razlik in skrajšanje čakalnih dob nujno upoštevati, kako so zdravstvene storitve med seboj povezane in kako je pacientom zagotovljen celovit dostop do zdravstvenih storitev v nacionalnem zdravstvenem sistemu. Rezultati študije primera nakazujejo potrebo po nadaljnjih študijah.

Drugo področje v publikaciji se nanaša na vpliv socialno-ekonomskih dejavnikov na iskanje strokovne pomoči v povezavi z duševnim (ne)zdravjem posameznikov. Duševne motnje so pogoste in močno vplivajo na kakovost življenja. Kljub težavam v duševnem zdravju, ki lahko posamezniku otežujejo vsakdanje življenje, mnogi odlašajo z iskanjem strokovne pomoči ali pa je sploh ne iščejo. Na odločitev o tem ter na to, kdaj posameznik poišče pomoč, vplivajo različni socialni, ekonomski, kulturni in osebni dejavniki. Namen raziskave je bil preučiti socialno-ekonomske značilnosti oseb, ki so v preteklosti imele duševne težave, ter jih primerjati s tistimi, ki teh težav niso imele. Osredotočili smo se na dejavnike, ki napovedujejo iskanje strokovne pomoči, in na dejavnike, ki vplivajo na časovno vrzel pri njenem iskanju. Analiza je temeljila na podatkih nacionalne raziskave o pismenosti o duševnem zdravju v Sloveniji. Rezultati kažejo pomembne razlike iskanja pomoči med spoloma, stopnjo izobrazbe, zaposlitvenim in socialno-ekonomskim statusom ter v stališčih do iskanja pomoči. Dejavniki, ki so napovedovali višjo verjetnost iskanja pomoči pri osebah, ki so v preteklosti že imele duševne težave, so bili ženski spol, višja starost, višja izobrazba ter pozitivna stališča do iskanja pomoči (višja psihološka odprtost in pripravljenost za iskanje pomoči). Nasprotno pa sta nizek socialno-ekonomski status in nižja izobrazba najmočnejše napovedovali daljšo časovno vrzel pri iskanju pomoči (več kot eno leto). Razumevanje teh dejavnikov je ključno za prepoznavanje najbolj ranljivih skupin prebivalstva ter za oblikovanje učinkovitih javnozdravstvenih ukrepov in politik, ki prispevajo k zmanjševanju neenakosti v dostopu do strokovne pomoči.

Tretja pomembna tema dostopnosti zdravstvenega sistema, ki jo opisujemo v publikaciji, se osredotoča na organizirano populacijsko presejanje raka materničnega vratu – program ZORA. Citološki pregled brisa materničnega vratu lahko zmanjša incidenco raka materničnega vratu za 70 % in umrljivost do 90 %, vendar so ti rezultati dosegljivi samo ob vsaj 70-odstotni pregledanosti žensk v presejalnem programu ter pravočasnem odkrivanju in zdravljenju predrakavih in začetnih rakavih sprememb materničnega vratu. Redno spremljanje rezultatov programa ZORA iz registra ZORA je v času pandemije covida-19 razkrilo upad presejalnih pregledov in odkritih predrakavih sprememb materničnega vratu, predvsem pri mlajših ženskah. Raziskava SI-PANDA (19. izvedba) je osvetlila vpliv pandemije na vedenja in prepričanja žensk glede programa ZORA. Želeli smo razumeti, kako ženske ocenjujejo dostopnost

storitev v ginekoloških ambulantah ter kako so se v času pandemije spremenila njihova vedenja, povezana z odzivom na vabila in naročanjem na presejalne preglede – spremembe, ki bi lahko negativno vplivale na zgodnje odkrivanje in zdravljenje predrakavih sprememb in raka materničnega vratu. Dodatno smo raziskali ovire, ki so ženskam oteževale dostop do ginekoloških pregledov, ter razloge, da so mlajše ženske med pandemijo težje našle čas za pregled. Ugotovitve kažejo, da je pandemija covid-19 povzročila skrb vzbujajoče spremembe v zaščitnih vedenjih žensk glede preventive raka materničnega vratu in da so se pojavile nove, s pandemijo povezane ovire, zlasti v povezavi z organizacijo časa pri mlajših ženskah. Rezultati raziskave so upravitelju programa ZORA pomagali prilagoditi komunikacijo s ciljno populacijo prek medijev in z izvajalci programa ter načrtovati aktivnosti na operativni ravni.

Vplivi fizičnega okolja na neenakosti v zdravju so v tokratni publikaciji vključeni prvič in predstavljeni z vidika ocene neenakega položaja prebivalcev glede na tri okoljske dejavnike: (a) podnebne spremembe in vročinske valove, (b) onesnaženost zraka ter (c) dostopnost kakovostne pitne vode.

Raziskav o vplivu socialno-ekonomskih dejavnikov na umrljivost med vročinskimi valovi (a) je malo. Zato smo v raziskavi preverjali, ali je nizka izobrazba povezana z višjo umrljivostjo v obdobju vročinskih valov, kar bi lahko prispevalo k neenakostim v zdravju, povezanim s podnebnimi spremembami. V analizi časovnega niza smo ocenili povezanost med stopnjo izobrazbe in umrljivostjo v treh podnebnih regijah Slovenije v obdobju 2015–2022. Na območjih celinskega in primorskega podnebja v Sloveniji med vročinskimi valovi glede na tri stopnje izobrazbe ni mogoče najti statistično značilne povezanosti med številom smrti zaradi vseh vzrokov. Pri medsebojni primerjavi teh treh ravni (razmerje relativnega tveganja) med njimi ni bilo ugotovljenih statistično pomembnih razlik. V prehodnem podnebnju pa smo zaznali pomembno povečanje umrljivosti pri osebah s srednjo stopnjo izobrazbe v primerjavi s tistimi z nizko izobrazbo, kjer je bilo število smrti celo nižje. Pri ocenjevanju vplivov podnebnih sprememb na zdravje in načrtovanju preventivnih ukrepov je zato treba upoštevati tako socialno-ekonomske dejavnike kot značilnosti različnih podnebnih območij v Sloveniji. Rezultati raziskave nakazujejo potrebo po nadaljnjih študijah.

Onesnažen zrak (b) je pomemben dejavnik tveganja za številne bolezni (bolezni dihal, bolezni srca in žilja, bolezni prebavil, živčevja, reproduktivnega sistema ter ledvic) in vpliva na prezgodnjo umrljivost prebivalcev. V Sloveniji sta najpomembnejša dejavnika onesnaženost zraka z delci PM in ozon. Povišane ravni delcev PM nastajajo v glavnem zaradi vpliva prometa in pozimi individualnih kurišč. Ozon je problem poleti na Primorskem in v višjih legah, torej predvsem zaradi geografske lege prebivališč prebivalcev. Prostorska porazdelitev kaže, da so najvišjim ravнем delcev PM izpostavljeni prebivalci naselij v dolinah in kotlinah celinske Slovenije, najnižjim pa prebivalci, ki živijo v višje ležečih predelih v manj naseljenih območjih. Nekoliko nižjim ravнем delcev so izpostavljeni tudi prebivalci Primorske (zdravstveni regiji Nova Gorica in Koper). Trendi tako z vidika povprečne letne koncentracije kot z vidika števila preseganj kažejo, da se onesnaženje z delci PM sicer zmanjšuje, je pa še vedno nad vrednostmi, ki jih za zaščito zdravja priporoča SZO. Tudi za ozon so bili narejeni trendi števila preseganj maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti, vendar pri njem ni zaznanega upada, razen v letih sindemije covid-19. Prikaza prostorske porazdelitve letnega povprečja dnevni maksimumov osemurnih povprečij ozona in števila preseganj maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti kažeta, da so ozonu bistveno bolj izpostavljeni prebivalci Primorske in višje ležečih krajev. Glede na pomemben vpliv onesnaženega zraka na zdravje prebivalcev je o tem še naprej treba ozaveščati prebivalce ter jih spodbujati k spremljanju stanja onesnaženosti zraka in samozaščitnemu ravnanju v domačem kraju oziroma povsod. Še posebej je to

pomembno za bolj ranljive skupine, ki potrebujejo ciljne informacije in možnosti za samozaščitno ravnanje.

Dostop do zdravstveno ustrezne pitne vode (c) je ključen za zagotavljanje osnovnih človekovih pravic in ohranjanje zdravja prebivalstva, preprečevanje resnih zdravstvenih težav, ki so v preteklosti pogosto izvirale iz izpostavljenosti onesnaženi pitni vodi. V letu 2022 se je več kot devet desetih prebivalcev Slovenije oskrbovalo iz sistemov za oskrbo s pitno vodo oziroma oskrbovalnih območjih, kjer se je izvajal monitoring pitne vode (spremljanje kakovosti) na mestu uporabe (pipa uporabnika). Kakovost pitne vode ni bila znana za nekaj več kot pet odstotkov prebivalcev, ki so se oskrbovali iz sistemov za oskrbo s pitno vodo z manj kot 50 oseb (npr. lastna oskrba, samooskrba iz kapnice). Velika, srednja in deloma mala oskrbovalna območja, ki oskrbujejo več kot 500 prebivalcev (devet desetih prebivalcev), imajo praviloma ustrezno kakovost pitne vode. Iz javnozdravstvenega vidika so neurejena predvsem mala oskrbovalna območja s 50–500 prebivalci, pri katerih je bila v večjem deležu v pitni vodi prisotna fekalna onesnaženost, ter nekatera oskrbovalna območja s kraškimi vodnimi viri. Kemijska onesnaženost pitne vode je bila ugotovljena na dveh oskrbovalnih območjih zaradi presežene mejne vrednosti pesticida desetilatrazina in parametra svinca. Glede na obdobje 2004–2022 se dostopnost pitne vode izboljšuje, prav tako njena kakovost. Zaradi varovanja zdravja ljudi je treba pred onesnaženjem varovati vse vodne vire, tudi tiste, ki nimajo določenih vodovarstvenih območij in vodovarstvenega režima. Neenakosti v dostopnosti pitne vode je mogoče proučevati regijsko, za druge vrste prikazov pa bi bilo treba prilagoditi in posodobiti zajem podatkov.

Četrta publikacija o neenakostih v zdravju prinaša posebno dodano vrednost z vključitvijo pogledov regijskih deležnikov na njene vsebine. Kljub splošnemu izboljšanju zdravstvenega stanja v Sloveniji regijske neenakosti v zdravju kot posledica gospodarskih, geografskih in družbenih razlik še vedno predstavljajo pomemben izziv javnozdravstveni politiki. Raziškovalci in strokovnjaki Nacionalnega inštituta za javno zdravje v publikaciji poudarjamo pomen medsektorskega sodelovanja in povezovanja lokalnih deležnikov za njihovo zmanjšanje oziroma odpravo. Tokratni publikaciji je dodan pogled ključnih regijskih deležnikov (občin, zdravstvenih domov, regionalnih razvojnih agencij/centrov in centrov za socialno delo) na pojav neenakosti v zdravju na področjih dostopnosti zdravstvenih storitev, duševnega zdravja in okoljskih izzivov. S publikacijami o neenakostih želimo še bolj povečati zavedanje in ukrepanje na lokalni ravni. Podatki kažejo, da večina regijskih deležnikov izraža zanimanje za področje neenakosti in željo po dodatnih informacijah. Ugotovljeno nakazuje potrebo po boljši promociji in distribuciji informacij o neenakostih v zdravju. Odgovori deležnikov nakazujejo potrebo po obravnavi problematike, kot je pomanjkanje zdravnikov in zobozdravnikov, nezadostnosti kapacitet centrov za duševno zdravje odraslih in centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov v nekaterih regijah (izstopa jugovzhodna Slovenija), in priložnosti za izboljšanje promocije programov preventive v okviru delovanja centrov za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrov. Na področju duševnega zdravja bo treba usmeriti dodatne kapacitete v izboljšanje dostopnosti virov pomoči in dvig pismenosti. Od dejavnikov fizičnega okolja deležniki v manjši meri zaznavajo problematiko neenakosti zaradi slabe kakovosti zraka in motene preskrbe s pitno vodo in hrano, v večji meri pa pojav toplotne obremenitve in naravnih nesreč. Kljub določenim omejitvam (neenakomerni zastopanosti regij in raznoliki strukturi anketiranih oseb) pridobljena spoznanja ponujajo pomembne usmeritve za krepitev sodelovanja in izboljšanje delovanja na področju zmanjševanja regijskih neenakosti v zdravju. Skupno delovanje in povezovanje politik ter priprava nabora ukrepov, ki vključujejo vse ravni delovanja (nacionalno, regijsko in lokalno), je ključno za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Neenakosti v zdravju so zapleten in precejšen javnozdravstveni izziv, vendar je trdnih dokazov o njihovem obsegu in smeri v Sloveniji in drugih evropskih državah relativno malo. Zato je ključno, da jih temeljito proučujemo in posledično natančno razumemo, kje in kako lahko ukrepamo. Le tako bomo lahko učinkoviteje usmerjali politike, namenjene njihovem zmanjševanju. Poleg tega natančnejša analiza zdravstvenih neenakosti omogoča boljše ocenjevanje vpliva obstoječih politik ter razvoj novih, bolj usmerjenih ukrepov. To bi pomagalo izboljšati zdravstvene izide in kakovost življenja najbolj ranljivih skupin prebivalstva. Pomembno je, da se osredotočimo na zbiranje in analizo podatkov z različnih področij, da bomo lahko bolje razumeli kompleksno dinamiko neenakosti v zdravju in oblikovali ukrepe, ki bodo imeli dolgoročen pozitiven učinek na zdravje vseh prebivalcev Slovenije.

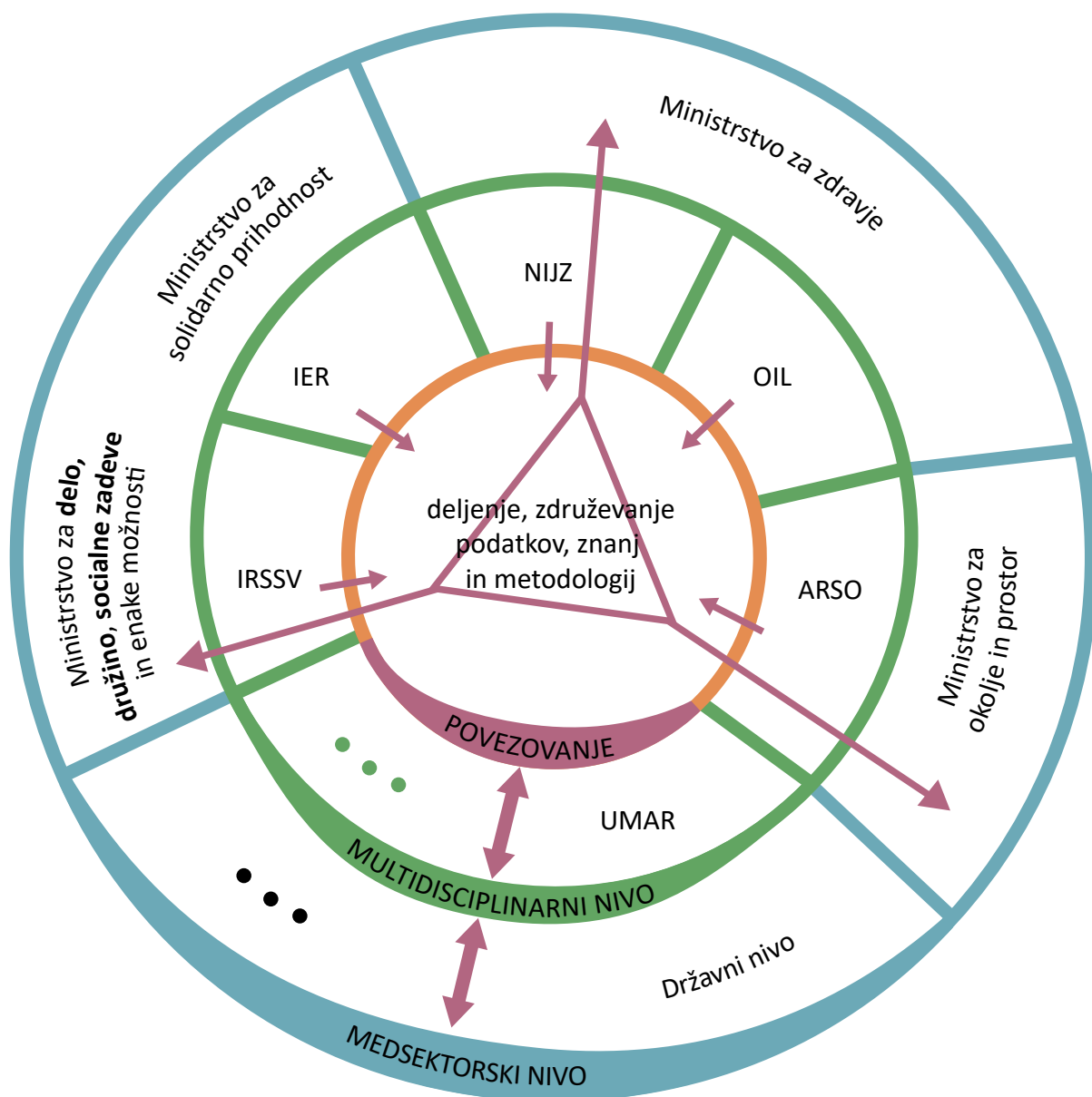
Pester nabor tematik v publikaciji o neenakostih v zdravju, ki izhaja v letu 2025, je v svojem bistvu bogastvo, ki ga lahko pokažemo v Sloveniji na eni strani na področju raziskovanja in prikazovanja informacij o tej problematiki, na drugi strani pa na infrastrukturni ravni, pri multidisciplinarnem sodelovanju nacionalnih sektorskih institucij, ki je unikatna praksa. Platforma za neenakosti v zdravju je nastala med letoma 2014 in 2016, ko so nacionalne sektorske institucije zdravja, dela, sociale in šolstva skupaj pripravljale podlage za strategijo dolgožive družbe.³¹ Tako so razvijale multidisciplinarno kompetenco in sodelovanje, izboljšale kvaliteto posameznih predlogov in močno pospešile proces medresorskega usklajevanja. Sektorske sisteme je učinkoviteje obravnavati skupaj, medresorsko usklajevanje pa se učinkoviteje izvaja vzporedno s posameznimi fazami priprav predlogov ukrepov.

Želimo si, da bi se za delovanje vzpostavila institucionalizirana platforma za neenakosti, kjer bi lahko institucije skupaj proučevale neenakosti v zdravju. Nacionalne strokovne institucije, ki pokrivajo posamezna področja, na platformi sodelujejo pri pripravi analize stanja in odločitvi za uporabo ustreznih baz podatkov in razvoj usklajenih metodologij ter druga drugi pomagajo pri interpretaciji rezultatov. Usklajujejo predloge ukrepov in ocene njihovih posledic, še posebej glede posledic na blaginjo in vrzel v enakosti v zdravju.

Infrastrukturen in sistematičen pristop oblikovane platforme odpravlja sicer običajne in ponavljajoče se težave: časovno stisko priprave analize, pomanjkanje oziroma neustreznost podatkov in orodij, težave pri koordinaciji dela raziskovalcev posameznih ustanov, težave pri vzpostavljanju redne skupine raziskovalcev, saj je angažiranje le občasno in delno. Za usklajeno delovanje ključnih sektorskih raziskovalnih in drugih relevantnih ustanov je v prihodnje pomembno sistemsko vzpostaviti možnost sodelovanja v fazi, ko se podlage za ukrepe pripravljajo in ukrepi šele oblikujejo. Platforma prav ob izidu te publikacije praznuje desetletnico obstoja, v njenem okviru so izšle tudi zadnje tri publikacije o neenakostih v zdravju.

Prepričani smo, da je platforma za neenakosti v zdravju unikatna in obetavna nastajajoča praksa, zato smo jo ponudili v medsebojno delitev izkušenj sodelujočim 24 državam EU v okviru skupnega ukrepa JA Prevent NCD. Skupni ukrep med presečnimi temami pomembno obravnava tudi ukrepanje za zmanjševanje neenakosti v zdravju v posameznih državah članicah in v EU. Slovensko pilotno izkušnjo sodelovanja nacionalnih sektorskih institucij, ki usklajeno pripravljajo podlage za ukrepe svojih sektorjev in jih tudi najlažje usklajeno sporočajo vsaka po svojih vertikalah, bomo v naslednjih treh letih v okviru skupnega ukrepa razvijali naprej, hkrati pa predstavili drugim sodelujočim državam. Verjamemo, da jo bo mogoče v Sloveniji institucionalizirati in optimalno uporabiti za skupno učinkovito načrtovanje ukrepov s posebnim poudarkom na zmanjševanju vrzeli v neenakostih v zdravju in za povečevanje blaginje posameznih populacijskih skupin in družbe kot celote.

31 Projekt Integracija geriatrične oskrbe starejših, dostopen na: <https://staranje.si/>. Strategija dolgožive družbe, dostopna na: https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf.



Slika 5.1: Platforma za medsektorsko sodelovanje za področje neenakosti v zdravju.

Opomba: ARSO - Agencija RS za okolje, IER - Inštitut za ekonomska raziskovanja, IRSSV - Inštitut RS za socialno varstvo, NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje, OIL - Onkološki inštitut Ljubljana, UMAR - Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.

Literatura

1. World Economic Forum. Global risks report [internet]. 2023 [citirano 2025 Mar 4]. Dostopno na: <https://www.weforum.org/publications/global-risks-report-2023/>
2. Združeni Narodi. The sustainable development goals report, special edition [internet]. 2023 [citirano 2025 Mar 4]. Dostopno na: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023.pdf>
3. Rasaella D., Macicame I., Naheed A., Naidoo M., Landin-Basterra E., Silva N., idr. The need for global social epidemiology in the polycrisis era. *BMJ Glob Health*. 2024 Apr 19;9(4):e015320. doi: 10.1136/bmjgh-2024-015320.



Recenziji

»Splošen vtis ob pregledu kazalnikov je, da se neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva Slovenije večinoma ohranjajo. Še vedno se kaže izobrazba kot pomembna determinanta teh razlik. To pomeni, da izobrazba potegne za sabo tako finančni kot kulturni in socialni kapital, kar posledično vpliva na zdravje. Osebe z nizko izobrazbo so ranljive tudi glede zdravja, tako glede pričakovane življenjske dobe kot glede ogroženosti po posameznih zdravstvenih problemih (z nekaterimi izjemami). Seveda ni mogoče niti smiselno, da bi vsi prebivalci imeli visoko izobrazbo. Tu se postavi vprašanje, kaj bi bilo mogoče narediti, da bi, prvič, opolnomočili te osebe za bolj zdrav življenjski slog, in drugič, da bi jim naredili zdravstveno varstvo bolj dostopno.

V Sloveniji je zdravstveni sistem še vedno veliki izravnalec socialnih razlik, in prizadevanja javnega zdravja za identifikacijo, analizo, pojasnitev in načrtovanje preseganja neenakosti v zdravju so nosilna dejavnost v tej smeri. Problem so interesi drugih nosilcev moči v družbi, ki so do teh prizadevanj indiferentni ali nasprotujoči. Kot so avtorji prispevkov skoraj enoglasno ugotovili, je na tej poti potrebno povezovanje, sodelovanje, zavezništvo. Zavezništvo za zdravje. Pomemben prispevek objavljenih tekstov je ne le identifikacija področij neenakosti, ampak tudi akterjev, ki v medsebojni povezavi lahko prispevajo k boljšemu zdravju prebivalcev Slovenije.«

Majda Pahor, recenzentka

»Gledano prečno ostaja ključna ugotovitev, da v Sloveniji še vedno vztrajajo pomembne razlike v zdravju, na katere vplivata izobrazbena stopnja ter socioekonomski položaj v družbi. Pri prezgodnji umrljivosti še vedno najbolj izstopajo nizkoizobraženi moški, medtem ko se je stanje pri visokoizobraženih toliko izboljšalo, da ne zaostajajo več za nizkoizobraženimi ženskami. Velik socialni gradient je prisoten tudi pri umrljivosti zaradi pljučnega raka, zaradi bolezni, povezanih s čezmernim uživanjem alkohola, zaradi poškodb in padcev ter zaradi samomora. Pričujoča publikacija bo vsekakor odlično gradivo za razprave tako s predstavniki ministrstva za zdravje in vseh tistih ministrstev, ki so povezana z zdravjem, pa tudi s poslanci državnega zbora, plačniki zdravstvenih storitev in vsemi tistimi, ki jih skrbi zdravje prebivalstva in kako se bo le-to razvijalo naprej.

Publikacija poudarja ključne ugotovitve, ki ponujajo pomembna sporočila in napotke za prihodnje javnozdravstveno ukrepanje. Izpostavljene teme spadajo med najbolj pereča vprašanja javnozdravstvenega ukrepanja, ki dejansko vsa zahtevajo multisektorsko in multidisciplinarno sodelovanje. Analitična narava prispevkov in pestrost uporabljenih metod, ki odražajo prilagodljivost specifičnim vprašanjem, potrjuje validnost izsledkov in priporočil.

Pričujoča publikacija bo vsekakor odlično gradivo za razprave s predstavniki ministrstva za zdravje in vseh tistih ministrstev, ki so povezana z zdravjem, pa tudi s poslanci državnega zbora, plačniki zdravstvenih storitev in vsemi tisti, ki jih skrbi zdravje prebivalstva in kako se bo le-to razvijalo naprej.«

Tit Albreht, recenzent

SEZNAM KRATIC IN OKRAJŠAV TER KLJUČNI POJMI, POVEZANI S TEMATIKO NEENAKOSTI

ADL – osnovne dnevne aktivnosti (ang. basic activities of daily living)

ANOVA – Analiza variance (ang. analysis of variance)

ANP – alkoholu neposredno pripisljiv

APG – Raziskava o porabi gospodinjstev

ARSO – Agencija Republike Slovenije za okolje

ATC – anatomsko-terapevtsko-kemična klasifikacija

BDP – bruto domači proizvod

BMV – bris materničnega vratu

CINDI – Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije

CKZ – center za krepitev zdravja

CSD – center za socialno delo

CZDOM – center za duševno zdravje otrok in mladostnikov

ČD – čakalna doba

DP – državni program

DPOR – Državni program obvladovanja raka

EHIS – nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu (ang. European Health Interview Survey)

EMŠO – enotna matična številka občana

EU – Evropska unija

EU-SILC – nacionalna raziskava o dohodkih in življenjskih razmerah (ang. EU statistics on income and living conditions)

GALI – indikator globalne omejitve aktivnosti

HBSC – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (ang. Health Behaviour in School-aged Children)

HPV – humani papilomavirus

IADL – podporna dnevna opravila (ang. instrumental activities of daily living)

IARC – Mednarodna agencija za raziskave raka (ang. International Agency for Research on Cancer)

IASMHS – vprašalnik stališč do iskanja strokovne pomoči (ang. Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services)

ICF – Mednarodna klasifikacija delovanja, invalidnosti in zdravja (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health)

IER – Inštitut za ekonomska raziskovanja

IRSSV – Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo

ITM – indeks telesne mase

IZ – interval zaupanja

KOPB – kronična obstruktivna pljučna bolezen

MoST – Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih

MPV – monitoring pitne vode

MR – diagnostična preiskava z magnetno resonanco

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

NLZOH – Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano

NO_x – dušikov oksid

O₃ – ozon

OE – območna enota

OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development)

OIL – Onkološki inštitut Ljubljana

OŠ – osnovna šola

OZN – Organizacija združenih narodov

OZZ – obvezno zdravstveno zavarovanje

PAF – populaciji pripisljiv delež (ang. population attributable fraction)

PCT – pravilo preboleli, cepljeni, testirani

PM – trdi delci

PPS – Program priprave na porod in starševstvo

RII - relativni indeks neenakosti (ang. Relative Index of Inequality)

RMV – rak materničnega vratu

RRA – regionalna razvojna agencija

RRC – regionalni razvojni center

RRT – razmerje relativnega tveganja

RT – relativno tveganje

SDG – cilj trajnostnega razvoja (ang. sustainable development goal)

SHA – sistem zdravstvenih računov (ang. system of health accounts)

SHARE – raziskava o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi (ang. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)

SES – socialno-ekonomski status

SII - indeks naklona neenakosti (ang. Slope Index of Inequality)

SI-PANDA – raziskava o vplivu pandemije na življenje

SPSS – ang. Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc.

SSSi - starostno standardizirana incidenčna stopnja

SSS – starostno standardizirana stopnja (ang. age standardised rate)

SSSU PR – starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi pljučnega raka

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

UMAR – Urad Republike Slovenije za Makroekonomske Analize in Razvoj

VZS – vrste zdravstvenih storitev (šifrant)

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

WS-SS – Washingtonska skupina za statistiko invalidnosti

ZD – zdravstveni dom

ZORA – Zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu (program)

ZVC – zdravstvenovzgojni center

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Enakost v zdravju pomeni neobstoje nepravilnih, preprečljivih in odpravljivih razlik v zdravstvenem stanju med različnimi skupinami ljudi. Enakost v zdravju je dosežena, ko lahko vsakdo v celoti izkoristi svoj potencial za zdravje in dobro počutje (1).

Neenakosti v zdravju,³² kot jih obravnavamo v tej publikaciji, so razlike v zdravstvenem stanju ali porazdelitvi zdravstvenih in drugih povezanih virov med različnimi skupinami prebivalstva, ki izvirajo iz razmer, v katerih se ljudje rodijo, rastejo, živijo, delajo in starajo.

Neenakosti v dostopnosti zdravstvenega varstva se nanašajo na pravico vsakega prebivalca, ne glede na socialno-ekonomske okoliščine, iz katerih izhaja, do pravočasnega, cenovno dostopnega in kakovostnega preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva. Socialno-ekonomski položaj posameznika vpliva na dostopnost zdravstvenega varstva v treh dimenzijah. Prva je obseg uporabe storitev zdravstvenega varstva, druga finančna dostopnost in tretja nezadovoljene potrebe kot posledica različnih ovir v dostopu (npr. čakalnih dob) ali slabe kakovosti storitev (2).

(Izobrazbena) **vrzel** v zdravju pri izbranem kazalniku pomeni razliko v vrednosti izbranega kazalnika med osebami z najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe (višja izobrazba in več) in tistimi

32 Definicijo je na sestankih za pripravo publikacije oblikovala skupina strokovnjakov NIJZ in sodelujočih institucij.

z najnižjo doseženo stopnjo izobrazbe (osnovna šola ali manj). Vrzeli se lahko izračunavajo tudi glede na dohodkovne razrede oseb in različne druge socialno-ekonomske kategorije, ki so na voljo za opazovano populacijo.

Razlike v zdravju med spoloma so razlike v zdravju, ki so odvisne od ekonomskih, socialnih in družbenih dejavnikov in ne izvirajo samo iz bioloških razlik. Pomembno je, da neenakosti v zdravju analiziramo ločeno za moške in ženske, saj se lahko neenakosti in vzroki zanje po spolu razlikujejo (3).

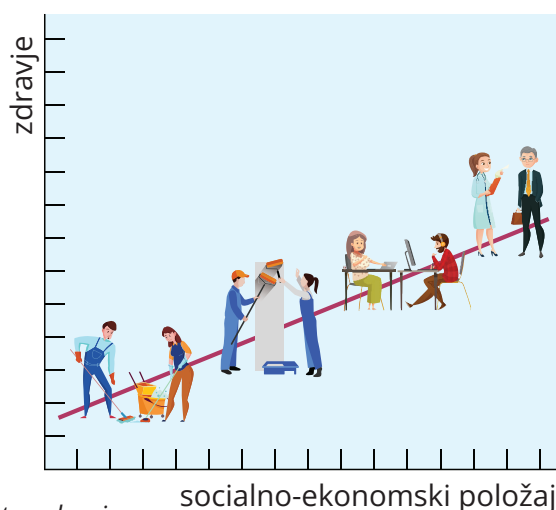
Geografske ali teritorialne razlike v zdravju so razlike v zdravju med različnimi zemljepisnimi območji. Pomembno je, da pri tem upoštevamo tudi starostno sestavo prebivalstva in socialno-ekonomske dejavnike območja, ki ga analiziramo. Zdravstvene kazalnike opazovanega območja lahko uporabimo kot približek oziroma oceno socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju, ko nimamo na razpolago zdravstvenih kazalnikov v povezavi z različnimi socialno-ekonomskimi skupinami. Pri tem je pomembno, da je družbena sestava homogena in da upoštevamo razlike v starostni sestavi prebivalstva (3).

Determinante zdravja so posamezni dejavniki ali kombinacija dejavnikov, ki pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje. To poročilo se osredotoča na socialno-ekonomske determinante zdravja. To so dejavniki, na katere lahko vplivamo s političnimi, gospodarskimi in tudi osebnimi odločitvami. V nasprotju s tem pa na determinante oziroma dejavnike, kot so starost, spol in genetske lastnosti, omenjene odločitve ne morejo vplivati.

Varovalni dejavniki vplivajo na zdravje in na vedenja, povezana z zdravjem, tako, da varujejo zdravje ter hkrati preprečujejo in zmanjšujejo tveganje za določeno bolezen. Klasičen primer je cepljenje proti vrsti različnih nalezljivih bolezni. Prav tako sta varovalna dejavnika tudi zdrava prehrana (npr. mediteranska dieta) ali nekajenje. Med varovalne dejavnike spadajo tudi širši dejavniki duševnega zdravja (npr. družbena podpora in jasna življenjska usmeritev, nadzor nad svojim življenjem ter dobri odnosi v družini in družbenem okolju), ekonomska varnost, primerne stanovanjske razmere, prehranska varnost idr. (4, 5).

Dejavniki tveganja povečujejo verjetnost oziroma tveganje za pojav zdravstvenih težav in bolezni, ki jih lahko preprečimo. Lahko so socialno-ekonomski, lahko pa so povezani s specifičnimi okoljskimi dejavniki (npr. onesnažen zrak) ali z življenjskim slogom (npr. kajenje).

Socialni gradient v zdravju prikazuje zdravstvene izide v odnosu do socialno-ekonomskega položaja. Gradient kaže, da neenakosti v zdravju niso le vprašanje vrzeli v zdravju med najpremožnejšo in najrevnejšo skupino prebivalcev, saj se nanaša na celotno populacijo (slika 6.1).



Slika 6.1: Socialni gradient v zdravju.

Socialno-ekonomski položaj je relativni položaj družine ali posameznika na hierarhični družbeni lestvici in je odvisen od dostopa do premoženja, ugleda in moči ter nadzora nad njimi.

Zdravje v vseh politikah je pristop, ki poudarja, da morata biti boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju skupni cilj vseh sektorjev na različnih ravneh, ti pa temu cilju sledijo s skupnimi integralnimi politikami, strategijami in programi. Je pristop uresničevanja univerzalne, zdravju naklonjene politike ali t. i. politike zdravja, ki je dolgoročna, medsektorska in skupna odgovornost celotne vlade.

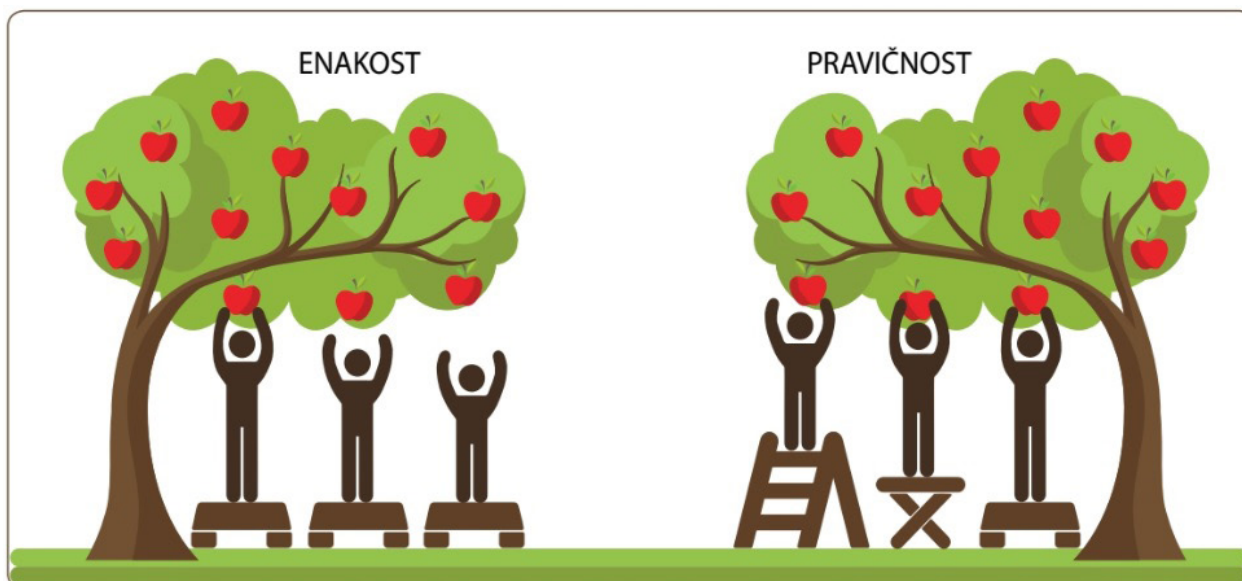
Zdravstveni izidi so opazovani pojavi, npr. obolevnost, invalidnost, umrljivost, samoocenjeno zdravje, blagostanje.

Ranljivost razumemo kot relacijski pojav (med posameznikom in širšim družbenim, kulturnim in ekonomskim okoljem) in tudi kot proces, ki se spreminja od ene do druge osebe, se razlikuje v različnih življenjskih obdobjih in različnih okoliščinah, ob čemer se pri eni osebi lahko kombinirajo številne oblike ranljivosti. Posameznik je dojet na presečišču različnih individualnih in družbenih procesov (mikro-, mezo- in makroraven), ki vplivajo na ranljivost v zdravju in druga področja človekovega življenja. Poleg tega ranljive skupine niso statične in strogo zamejene, temveč se spreminjajo in prekrivajo. Posameznik je v nekem življenjskem obdobju lahko v več ranljivih skupinah hkrati, v naslednjem pa v nobeni od njih (6).

Pojem blaginje ima več razsežnosti, kar pomeni, da ga sestavlja več blaginjskih področij (zdravje, dohodek in premoženje, stanovanje, socialna omrežja, usklajevanje dela in družine itd.). Na opredelitev blaginje pomembno vplivajo specifično družbeno, ekonomsko in kulturno okolje ter upoštevanje subjektivnih kazalnikov. Takšno razumevanje blaginje (in posledično njeno merjenje) obstaja že vsaj od 60. let prejšnjega stoletja oziroma od pojava zahtev po večji veljavi t. i. socialnih kazalnikov v ocenah družbenega napredka (7). Pomembne mednarodne organizacije, kot so SZO, OECD, PISA, in raziskave, na primer Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC) in Raziskava blaginje otrok (ISCI), priznavajo pomembno vlogo subjektivnih kazalnikov pri oceni blaginje in vključujejo tudi subjektivno oceno blaginje (torej zadovoljstva z življenjem, srečo ipd.).

Dolgotrajna oskrba je definirana kot sklop storitev in pomoči osebam, ki so zaradi duševne in/ali fizične oslabelosti in/ali invalidnosti daljše obdobje odvisne od pomoči pri izvajanju dnevnih opravil in/ali potrebujejo stalno zdravstveno nego. Dnevna opravila so lahko tista, ki jih oseba, ki potrebuje pomoč, opravlja vsak dan (osnovna dnevna opravila (ADL), kot so umivanje, oblačenje, prehranjevanje), ali pa so povezana s samostojnim življenjem (podporna dnevna opravila (IADL), kot so priprava obroka, upravljanje denarja, nakupovanje živil ali osebnih potrebščin, lahka ali težka gospodinjska opravila in uporaba telefona) (8).

Pri razumevanju splošnih epidemioloških konceptov in pojmov si lahko pomagata tudi s pojmovnikom SLORA (9).



Slika 6.2: Slovensko specifični prikaz nepravičnih razlik v zdravju

Literatura

1. Svetovna zdravstvena organizacija. World Health Day 2021. Health equity and its determinants [Internet]. 2021 [citirano 2025 Mar 4]. Dostopno na: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2021>
2. OECD. Health for everyone? Social inequalities in health and health systems, OECD Health Policy Studies [Internet]. 2019 [citirano 2025 Mar 4]. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>
3. Dahlgren G., Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2006.
4. Svetovna zdravstvena organizacija. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija; 2008.
5. Wilkinson R. The impact of inequality: how to make sick societies healthier. London: Routledge; 2005.
6. Škraban J., Pistotnik S., Lipovec Čebren U. Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo. V: Huber I., Lipovec Čebren U., Pistotnik S., urednice. Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020.
7. Land K.C., Michalos A.C. Fifty years after the social indicators movement: has the promise been fulfilled? An assessment and agenda for the future. Soc Indic Res. 2017 Mar 2;135:835-868.
8. Evropska Komisija: Generalni direktorat za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje. Long-term care report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Publications office. 2021;1. doi: 10.2767/677726.
9. Onkološki inštitut Ljubljana. SLORA [Internet]. 2021 [citirano 2025 Mar 4]. Dostopno na: <http://www.slora.si/definicije-kazalnikov-in-metod>

KAZALO SLIK

Slika 1.1: Pričakovano trajanje življenja po spolu in izobrazbi v Sloveniji v obdobju 2020–2022.	21
Slika 1.2: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po spolu in izobrazbi v štirih obdobjih.	21
Slika 1.3: Deleži kadilk in žensk z ITM nad 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi, 2020–2022.....	23
Slika 1.4: Delež žensk z ITM nad 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi in obdobjih.....	23
Slika 1.5: Izbrani kazalniki zdravstvenega varstva v nosečnosti, po izobrazbi, 2020–2022.....	24
Slika 1.6: Izbrani kazalniki zdravstvenega varstva v nosečnosti, po državi prvega bivališča, 2020–2022.	24
Slika 1.7: Delež nosečnic brez presejalne preiskave na kromosomopatije, po izobrazbi in starosti, 2020–2022.....	24
Slika 1.8: Delež žensk, ki so prvi pregled v nosečnosti opravile po 12. tednu, po izobrazbi in obdobjih.....	24
Slika 1.9: Delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile priprave na porod in starševstvo, po izobrazbi in obdobjih.	25
Slika 1.10: Deleži prezgodnjih porodov in enojčkov s težo pod 2500 g, po izobrazbi matere, 2020–2022.	26
Slika 1.11: Stopnja perinatalne umrljivosti enojčkov, po obdobjih in izobrazbi matere.	26
Slika 1.12: Vrzeli oziroma razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13-, 15-letniki v letih 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 in 2022 (vir: HBSC).	31
Slika 1.13: Delež oseb s cvetočim duševnim zdravjem, po spolu, starosti in izobrazbi v letu 2021.....	34
Slika 1.14: Umivanje zob vsaj dvakrat na dan, po izobrazbi.....	35
Slika 1.15: Umivanje zob dvakrat na dan.	35
Slika 1.16: Delež oseb, ki si zobe umivajo vsaj dvakrat na dan, glede na izobrazbo, v starostni skupini 20–64 let, brez popolnoma brezzobih oseb.	35
Slika 1.17: Delež popolnoma brezzobih oseb v starostni skupini 20–64 let, po izobrazbi.	37
Slika 1.18: Trend – vrzel kazalnika med najbolj in najmanj izobraženimi.	37
Slika 1.19: Delež popolnoma brezzobih oseb v starostni skupini 20–64 let, glede na izobrazbo. .	37

Slika 1.20: Trend deleža prejemnikov zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka pri starejših od 25 let v Sloveniji.	39
Slika 1.21: Delež prejemnikov zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka, 2022, stari 25 let ali več.	39
Slika 1.22: Prevalenca sladkorne bolezni po izobrazbi in starosti, 2022, stari 25 let ali več.	41
Slika 1.23: Trend deleža prejemnikov zdravil zaradi sladkorne bolezni pri starejših od 25 let.	41
Slika 1.24: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) vseh rakov (C00–C96) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.	42
Slika 1.25: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) vseh rakov (C00–C96) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.....	42
Slika 1.26: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.	44
Slika 1.27: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) pljučnega raka (C33–C34) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.....	44
Slika 1.28: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) želodčnega raka (C16) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.	46
Slika 1.29: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) želodčnega raka (C16) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.....	46
Slika 1.30: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) raka dojke (C50) pri ženskah (25 let in več) po izobrazbi, povprečje 2012–2020.	48
Slika 1.31: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) raka dojke (C50) med nizko in visoko izobrazbo pri ženskah (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.	48
Slika 1.32: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) kožnega melanoma (C43) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.....	50
Slika 1.33: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) za kožni melanom (C43) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.....	50
Slika 1.34: Starostno standardizirana incidenčna stopnja (SSSi) rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi in spolu (25 let in več), povprečje 2012–2020.	52
Slika 1.35: Vrzel pri starostno standardiziranih incidenčnih stopnjah (SSSi) za rake glave in vratu (C00–C14, C30–C32) med nizko in visoko izobrazbo ter po spolu (25 let in več), triletna drseča povprečja za obdobje 2012–2020.....	52

Slika 1.36: Stopnja hospitalizacije v letu 2022 glede na stopnjo izobrazbe pacientov.	53
Slika 1.37: Stopnja hospitalizacije po stopnji izobrazbe pacientov med letoma 2018 in 2022.	53
Slika 1.38: Umrljivost pred 75. letom starosti po izobrazbi in spolu v obdobju 2020-2022, Slovenija (SSS).	55
Slika 1.39: Umrljivost pred 75. letom po izobrazbi in spolu v štirih obdobjih (SSS) –trend vrzeli. .	55
Slika 1.40: Povprečne starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi pljučnega raka na 100.000 prebivalcev med prebivalci, starimi 25–74 let, po spolu in izobrazbi, 2020–2022.	57
Slika 1.41: Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi pljučnega raka na 100.000 prebivalcev med prebivalci, starimi 25–74 let, po spolu in izobrazbi v obdobjih 2006–2008, 2012–2014, 2017–2019 in 2020–2022.	57
Slika 1.42: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini 25–74 let v obdobju 2020–2022.	59
Slika 1.43: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov po izobrazbi v štirih obdobjih, moški 25–74 let.	60
Slika 1.44: Stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov po izobrazbi v štirih obdobjih, ženske 25–74 let.	60
Slika 1.45: Umrljivosti odraslih v starosti 25–74 let zaradi nezgod po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2020–2022.	61
Slika 1.46: Trend umrljivosti odraslih v starosti 25–74 let zaradi nezgod po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2006–2022.	61
Slika 1.47: Umrljivost starejših od 64 let zaradi padcev po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2020–2022.	63
Slika 1.48: Trend umrljivosti starejših od 64 let zaradi padcev po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2006–2022.	63
Slika 1.49: Starostno specifične stopnje umrljivosti zaradi samomora, po izobrazbi (skupaj, 25–74 let).	65
Slika 1.50: Umrljivost zaradi samomora po spolu v štirih obdobjih, po izobrazbi.	65
Slika 1.51: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih vzrokov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2023.	67
Slika 1.52: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi in vrzel glede na izobrazbo, Slovenija, 2017–2023.	67
Slika 1.53: Neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi glede na kvintilne dohodkovne razrede, Slovenija in države EU, 2023.	67

Slika 1.54: Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih vzrokov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2023.	69
Slika 1.55: Neizpolnjene potrebe po zobozdravstveni oskrbi zaradi čakalnih dob, finančnih vzrokov ali oddaljenosti ter vrzel glede na izobrazbo, Slovenija, 2023.	69
Slika 1.56: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2022.	70
Slika 1.57: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na dohodek, Slovenija in povprečje EU, 2022.	71
Slika 1.58: Povprečni neposredni izdatki za zdravstvo na osebo v EUR, po kvintilih porabe gospodinjstev, 2012–2022.	72
Slika 1.59: Povprečni neposredni izdatki za zdravstvo na gospodinjstvo, po kvintilih porabe gospodinjstev, 2012–2022.	72
Slika 1.60: Delež gospodinjstev z ogrožajočimi izdatki po kvintilih porabe gospodinjstev v Sloveniji, 2012–2022.	74
Slika 1.61: Struktura ogrožajočih izdatkov gospodinjstev po namenih porabe v Sloveniji, 2022.	74
Slika 1.62: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, osebe, stare 65 in več let, Slovenija in evropske države, 2021/2022.	75
Slika 1.63: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, osebe, stare 65 in več let, Slovenija 2013–2022.	75
Slika 2.1: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za prvi ortopedski pregled po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	114
Slika 2.2: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolena po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	115
Slika 2.3: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolka po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	115
Slika 2.4: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za operacijo vstavitve endoproteze kolena po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	116
Slika 2.5: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za operacijo vstavitve endoproteze kolka po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	116
Slika 2.6: Povprečje pričakovanih čakalnih dob glede na starostno skupino čakajočih pri izbranih storitvah; Slovenija, 1. januar 2024.	117
Slika 2.7: Delež čakajočih nad dopustno čakalno za prvi ortopedski pregled po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	118

Slika 2.8: Delež čakajočih nad dopustno čakalno za MR kolena po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	118
Slika 2.9: Delež čakajočih nad dopustno čakalno za MR kolka po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	119
Slika 2.10: Delež čakajočih nad dopustno čakalno za operacijo vstavitve endoproteze kolena po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	119
Slika 2.11: Delež čakajočih nad dopustno čakalno za operacijo vstavitve endoproteze kolka po statističnih regijah prebivališča pacientov; Slovenija, 1. januar 2024.	120
Slika 2.12: Odstotek čakajočih nad dopustno čakalno dobo glede na starostno skupino čakajočih pri izbranih storitvah; Slovenija, 1. januar 2024.	121
Slika 2.13: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za prvi ortopedski pregled po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.	121
Slika 2.14: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolena po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.	122
Slika 2.15: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za MR kolka po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.	122
Slika 2.16: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za operacijo vstavitve endoproteze kolena po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.	123
Slika 2.17: Povprečje pričakovanih čakalnih dob za operacijo vstavitve endoproteze kolka po statističnih regijah glede na lokacijo izvajalcev; Slovenija, 1. januar 2024.	123
Slika 2.18: Razlogi za težjo dostopnost po starostnih skupinah žensk. Mogočih je bilo več odgovorov.	147
Slika 2.19: Razlogi zakaj si ženske v času pandemije težje organizirajo čas za pregled pri ginekologu. Mogočih je bilo več odgovorov.	148
Slika 3.1: Podnebne regije z mejami občin (ARSO, 2023).	154
Slika 3.2: Odstotni deleži prebivalcev Slovenije po podnebnih regijah (vir: dokument NIJZ, ki je v pripravi).	155
Slika 3.3: Srednje vrednosti kazalnikov obremenitve s toploto v referenčnem obdobju in sprememb v naslednjih tridesetletnih obdobjih v regijah s prehodnim podnebjem (vlažno podnebje hribovitega sveta in zmerno podnebje hribovitega sveta), celinskim podnebjem in primorskim podnebjem (scenarij RCP 4.5) (vir: dokument NIJZ, ki je v pripravi).	157
Slika 3.4: Deleži prebivalcev, vezani na mala, srednja in velika oskrbovalna območja, ter deleži prebivalcev brez nadzora, ki niso vključeni v monitoring pitne vode, po statističnih regijah, Slovenija, 2022.	163

Slika 3.6: Neskladni vzorci zaradi prisotnosti bakterije <i>E.coli</i> , po velikostnih razredih oskrbovalnih območij, Slovenija, 2022.	165
Slika 3.7: Delež neskladnih vzorcev zaradi kemijskih parametrov (del B Priloge I k Pravilniku o pitni vodi), po velikostnih razredih oskrbovalnih območij, 2004–2022 (občasni preskusi – parametri skupine B).....	166
Slika 3.8: Presežene mejne vrednosti kemijskih parametrov v pitni vodi v letu, Slovenija, 2022.	167
Slika 3.9: Število prebivalcev, izpostavljenih preseženim koncentracijam nitratov v pitni vodi v letu, Slovenija, 2022.....	168
Slika 3.10: Trendi povprečnih letnih koncentracij delcev PM_{10} , določeni na osnovi dnevnih koncentracij, obdobje 2010–2023, Slovenija – po zdravstvenih regijah. Letna mejna vrednost znaša $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$	179
Slika 3.11: Trendi števila preseganj dnevne mejne koncentracije delcev PM_{10} v obdobju 2010–2023, Slovenija – po merilnih postajah. Po veljavni zakonodaji je preseganje dnevnih mejnih vrednosti za delce PM_{10} dovoljeno 35-krat v letu (35 preseganj je na sliki označeno z rdečo vodoravno črto).....	179
Slika 3.12: Prostorska porazdelitev letne povprečne vrednosti delcev PM_{10} , izražena v $\mu\text{g}/\text{m}^3$, v Sloveniji za leto 2022, izračunana s postopkom združevanja podatkov. Najnižje ravni delcev so označene z modro in zeleno barvo, višje pa sledijo barvam semaforja od rumene proti rdeči. Po veljavni zakonodaji letna mejna vrednost znaša $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$	180
Slika 3.13: Število preseganj dnevne vrednosti delcev PM_{10} za Slovenijo v letu 2022, izračunanih z modelskim sistemom ALADIN-SI/CAMx. Najmanjše število preseganj je označene z modro in zeleno barvo, višje število pa sledi barvam semaforja od rumene proti rdeči. Dnevna mejna vrednost, ki znaša $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$, je lahko presežena največ 35-krat v koledarskem letu.	180
Slika 3.14: Trendi števila preseganj maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti ozona v obdobju 2010–2023, Slovenija – po merilnih postajah. Po veljavni zakonodaji je preseganje maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti ozona dovoljeno za 25 dni v koledarskem letu triletnega povprečja (25 preseganj je na sliki označeno z rdečo vodoravno črto).	181
Slika 3.15: Prostorska porazdelitev letnega povprečja dnevnih maksimumov osemurnih povprečij za ozon v Sloveniji za leto 2022, izraženih v $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Najnižje ravni ozona so označene z modro in zeleno barvo, višje pa sledijo barvam semaforja od rumene proti rdeči.	182
Slika 3.16: Število preseganj maksimalne dnevne osemurne povprečne vrednosti ozona za Slovenijo v letu 2022, izračunanih z modelskim sistemom ALADIN-SI/CAMx. Najmanjše število preseganj je označeno z modro in zeleno barvo, večje pa sledi barvam semaforja od rumene proti rdeči. Ciljna maksimalne dnevna 8-urna povprečna vrednost ozona je lahko presežena največ 25 krat v koledarskem letu triletnega povprečja.....	182
Slika 4.1: Regijska zastopanost odgovorov in zastopanost odgovorov posameznih organizacij (N = 212).....	193

Slika 4.2 predstavlja razporeditev odgovorov na vprašanje »Ali ocenjujete, da obstajajo v vašem okolju neizpolnjene potrebe po zdravstvenem, zobozdravstvenem varstvu in storitvah dolgotrajne oskrbe?« po statističnih regijah.	194
Slika 4.3: Razporeditev odgovorov na vprašanje »Ali ocenjujete, da obstajajo v vašem okolju neizpolnjene potrebe po zdravstvenem, zobozdravstvenem varstvu in storitvah dolgotrajne oskrbe?« po regijah.	195
Slika 4.4: Prikaz petih regij z najvišjim odstotkom pritrdilnih odgovorov na vprašanje »Ali menite, da obstajajo negativne razlike v razporeditvi zmogljivosti v zdravstvenem varstvu na primarni ravni med vašim lokalnim okoljem in drugimi okolji glede števila posameznih zdravstvenih delavcev (splošnih zdravnikov, pediatrov, ginekologov, zobozdravnikov) na število prebivalcev?«	195
Slika 4.5: Izračunane povprečne vrednosti odgovorov na lestvici od 1 do 5 (1 – viri so veliko slabše dostopni, 2 – viri so slabše dostopni, 3 – viri so enako dostopni, 4 – viri so boljše dostopni, 5 – viri so veliko boljše dostopni) po regijah na vprašanje »Kako ocenjujete dostopnost virov pomoči ob duševni stiski v vašem okolju v primerjavi z večino drugih okolij v Sloveniji?«	196
Slika 4.6: Prikaz odgovorov na vprašanje »Katera je po vašem mnenju največja ovira, ki preprečuje ljudem v vašem lokalnem okolju dostop do ustrezne pomoči pri težavah v duševnem zdravju?«	197
Slika 4.7: Regijska razporeditev deležev pritrdilnih odgovorov (»občutim« in »zelo občutim«) na vprašanje »Katere vplive podnebnih sprememb občutite v vaši regiji in kako?«.....	198
Slika 5.1: Platforma za medsektorsko sodelovanje za področje neenakosti v zdravju.....	212
Slika 6.1: Socialni gradient v zdravju.	217
Slika 6.2: Slovensko specifični prikaz nepravičnih razlik v zdravju.....	219

KAZALO TABEL

Tabela 1.1: Časovni trendi kazalnikov, ki jih v publikaciji prikazujemo po izobrazbenih skupinah.	18
Tabela 1.2: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi izboljšuje – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se manjša.	19
Tabela 1.3: Kazalniki, kjer se trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi slabša – razlika med socialno-ekonomskima skupinama se večja.	19
Tabela 1.4: Kazalniki, kjer trend vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ni statistično značilen ali niha med obdobji.	19
Tabela 1.5: Vrzeli oziroma razlike v odstotkih (absolutna razlika v prevalenci) ter populaciji pripisljiv delež (PAF) izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13-, 15- letniki v letu 2022 (vir: HBSC, 2022).	31
Tabela 2.1: Vrste zdravstvenih storitev mišično-skeletnega sistema vključene v raziskavo.	113
Tabela 2.2: Število čakajočih pacientov vključenih v raziskavo na dan 1. januarja 2024.	113
Tabela 2.3: Opis vzorca.	130
Tabela 2.4: Značilnosti vzorca glede na iskanje strokovne pomoči kadar koli v preteklosti.	131
Tabela 2.5: Razmerje obetov za iskanje strokovne pomoči pri osebah, ki so poročale, da so kadar koli v preteklosti imele težave z duševnim zdravjem.*.....	132
Tabela 2.6: Značilnosti vzorca glede na štiri časovne vrzeli med pojavom simptomov in iskanjem pomoči.**.....	132
Tabela 2.7: Značilnosti vzorca glede na dve časovni vrzeli med pojavom simptomov in iskanjem pomoči.***.....	133
Tabela 2.8: Razmerje obetov za časovno vrzel več kot eno leto.****.....	134
Tabela 2.9: Opis vzorca in rezultati bivariatne analize, ki prikazuje povezavo pojasnjevalnih spremenljivk (starost anketirank, dosežena izobrazba, okolje prebivališča, sobivanje z mladoletnimi otroki, družbeni sloj, status cepljenja proti covidu-19, zaupanje svojemu zdravniku, percepcija pomembnosti presejanja za RMV ter časovni izzivi pri organizaciji pregleda pri ginekologu) z glavnimi opazovanimi izidi (težji dostop do pregledov pri ginekologu (do presejanja, z napotnico, ob simptomih) in manjša verjetnost odziva na vabilo na presejalni pregled ter manjša verjetnost samoorganizacije presejalnega pregleda).	144
Tabela 2.10: Rezultati multivariatne analize pojasnjevalnih spremenljivk z glavnimi opazovanimi izidi.....	145

Tabela 3.1: Relativna tveganja za število umrlih med vročinskimi valovi in 95-odstotni intervali zaupanja po stopnji izobrazbe za celinsko podnebje – časovni niz 2015–2022 – ter razmerje relativnih tveganj med stopnjami izobrazbe.	156
Tabela 3.2: Relativna tveganja za število umrlih med vročinskimi valovi in 95-odstotni intervali zaupanja po stopnji izobrazbe za prehodno podnebje – časovni niz 2015–2022 – ter razmerje relativnih tveganj med stopnjami izobrazbe.....	156
Tabela 3.3: Relativna tveganja za število umrlih med vročinskimi valovi in 95-odstotni intervali zaupanja po stopnji izobrazbe za primorsko podnebje – časovni niz 2015–2022 – ter razmerje relativnih tveganj med stopnjami izobrazbe.....	156
Tabela 3.4: Delitev prebivalcev glede na okolje in po monitoringu pitne vode, 2022.	164
Tabela 3.5: Delež neskladnih vzorcev zaradi fekalne onesnaženosti (prisotnosti bakterije <i>E. coli</i>), po velikostnih razredih oskrbovalnih območij, po statističnih regijah, 2022 (redni preskusi – parametri skupine A).	164
Tabela 3.6: Število izdanih ukrepov omejitve ali prepovedi pitne vode v letu 2022, vezano na najmanjša, mala, srednja in velika oskrbovalna območja.	169
Tabela 3.7: Število oskrbovalnih območij po statističnih regijah, kjer je ukrep prekuhavanja razglašen dolgotrajno, in število oskrbovalnih območij in uporabnikov.	169
Tabela 3.8: Število oskrbovalnih območij in prizadetih prebivalcev, pri katerih je bil izdan ukrep prekuhavanja vode, po statističnih regijah.	169
Tabela 3.9: Posledice in mogoče povezave za nastanek bolezni zaradi izpostavljenosti delcem v zunanjem zraku (PM).	176
Tabela 3.10: Prikaz mediane in 90. percentila za delce PM_{10} po zdravstvenih regijah – rezultati prostorske porazdelitve letne povprečne vrednosti delcev PM_{10} v letu 2022 glede na mediano in 90. percentil.	181
Tabela 3.11: Prikaz mediane in 90. percentila za ozon po zdravstvenih regijah – rezultati prostorske porazdelitve letnega povprečja dnevnih maksimumov osemurnih drsečih povprečij ozona glede na mediano in 90. percentil.	183
Tabela 4.1: Število naslovnikov (ustanov) po deležnikih in zdravstvenih regijah (ZD – zdravstveni dom, CSD – center za socialno delo, RRA – regionalna razvojna agencija, RRC – regionalni razvojni center).	193
Tabela 4.2: Delež odgovorov »je pomembno« in »zelo je pomembno« za vsako od opredeljenih ovir, ki lahko preprečujejo dostop do ustrezne pomoči pri težavah v duševnem zdravju po regijah in skupno. Tri regije, ki so pri posameznem dejavniku glede na povprečje vseh odgovor odstopale najbolj negativno, so označene z rdečo, tri, ki so najbolj pozitivno izstopale, z zeleno barvo.	197

PRILOGE

Priloga 1: Povprečne čakalne dobe po nujnosti obravnave in statistični regiji prebivališča pacienta za izbrane zdravstvene storitve na dan 1. januarja 2024

Statistična regija prebivališča pacienta	Število čakajočih				Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo				Povprečna čakalna doba vseh čakajočih			
	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
Prvi specialistični pregled: [1033P] Ortopedski prvi pregled												
1 – gorenjska	316	1.290	412	2.018	260	688	124	1.072	74	160	229	161
2 – goriška	312	1.140	311	1.763	267	697	167	1.131	115	218	287	212
3 – jugovzhodna Slovenija	331	924	369	1.624	236	563	33	832	114	233	439	256
4 – koroška	246	689	155	1.090	201	431	81	713	140	191	256	189
5 – obalno-kraška	491	1.269	434	2.194	435	1.054	314	1.803	126	282	341	258
6 – osrednjeslovenska	948	2.210	701	3.859	651	794	149	1.594	89	172	214	159
7 – podravska	1.072	2.018	447	3.537	605	881	137	1.623	197	255	321	246
8 – pomurska	700	980	180	1.860	443	429	53	925	150	296	298	241
9 – posavska	288	720	145	1.153	180	465	49	694	170	277	401	266
10 – primorsko-notranjska	121	349	281	751	89	179	105	373	89	206	225	194
11 – savinjska	769	1.547	394	2.710	522	839	160	1.521	117	194	237	179
12 – zasavska	56	210	74	340	38	111	22	171	116	205	185	186
Ni podatka	69	137	307	513	54	81	74	209	185	313	810	593
Skupaj	5.719	13.483	4.210	23.412	3.981	7.212	1.468	12.661				
Diagnostične preiskave: [1771] MR kolka												
1 – gorenjska	7	35	9	51	7	14	2	23	71	105	165	111
2 – goriška	4	13	5	22	-	5	-	5	21	90	138	89
3 – jugovzhodna Slovenija	3	25	8	36	3	6	-	9	36	84	148	94
4 – koroška	2	5	3	10	-	-	-	-	11	30	32	27
5 – obalno-kraška	8	26	12	46	6	19	1	26	38	124	158	118
6 – osrednjeslovenska	18	123	26	167	13	81	9	103	32	118	158	115
7 – podravska	18	35	20	73	4	1	-	5	29	48	59	46
8 – pomurska	7	11	3	21	4	1	-	5	23	48	58	41
9 – posavska	1	9	-	10	1	1	-	2	31	78	-	74
10 – primorsko-notranjska	1	9	9	19	1	4	-	5	44	87	107	94
11 – savinjska	10	26	8	44	7	7	-	14	28	66	103	64
12 – zasavska	2	12	4	18	1	3	-	4	28	64	82	64
Ni podatka	-	5	-	5	-	3	-	3	-	100	-	100
Skupaj	81	334	107	522	47	145	12	204				
Diagnostične preiskave: [1772] MR kolena												
1 – gorenjska	52	189	64	305	35	16	5	56	37	76	106	76
2 – goriška	21	121	40	182	4	32	2	38	26	69	119	75
3 – jugovzhodna Slovenija	22	142	41	205	8	5	1	14	38	71	140	81
4 – koroška	14	38	14	66	3	2	-	5	51	44	45	46
5 – obalno-kraška	46	137	71	254	33	86	4	123	43	106	127	100
6 – osrednjeslovenska	120	504	113	737	22	27	1	50	21	58	85	56
7 – podravska	65	94	58	217	8	3	-	11	20	28	38	28
8 – pomurska	40	54	10	104	17	3	-	20	23	58	58	44
9 – posavska	14	66	3	83	6	3	-	9	35	56	65	53
10 – primorsko-notranjska	17	34	33	84	10	14	2	26	32	84	101	80

11 – savinjska	71	160	48	279	38	16	1	55	22	49	58	44
12 – zasavska	4	21	9	34	-	4	-	4	20	53	41	46
Ni podatka	3	7	7	17	1	6	-	7	56	123	86	96
Skupaj	489	1.567	511	2.567	185	217	16	418				
Operacije/posegi: [1624] Endoproteza kolka delna (PEP)/totalna (TEP)												
1 – gorenjska	29	218	312	559	21	86	243	350	283	451	812	644
2 – goriška	10	59	152	221	6	14	85	105	169	463	553	511
3 – jugovzhodna Slovenija	3	86	282	371	2	6	71	79	171	527	809	739
4 – koroška	16	40	98	154	5	5	41	51	180	340	518	437
5 – obalno-kraška	13	65	168	246	9	19	135	163	240	388	614	534
6 – osrednjeslovenska	32	498	981	1.511	20	55	376	451	266	649	801	740
7 – podravska	88	194	256	538	35	38	125	198	220	387	715	516
8 – pomurska	21	62	115	198	6	5	39	50	272	309	464	395
9 – posavska	2	39	114	155	-	8	19	27	237	575	686	652
10 – primorsko-notranjska	8	37	109	154	7	10	84	101	186	527	636	587
11 – savinjska	42	100	345	487	23	11	148	182	199	464	568	515
12 – zasavska	3	39	81	123	2	8	37	47	203	615	762	702
Ni podatka	37	135	425	597	13	47	267	327	331	497	867	750
Skupaj	304	1.572	3.438	5.314	149	312	1.670	2.131				
Operacije/posegi: [1626] Endoproteza kolena												
1 – gorenjska	20	377	531	928	16	164	429	609	331	534	899	738
2 – goriška	4	67	263	334	1	15	147	163	169	573	686	657
3 – jugovzhodna Slovenija	5	102	633	740	3	12	172	187	688	979	1.507	1428
4 – koroška	9	50	173	232	4	13	84	101	290	527	771	700
5 – obalno-kraška	6	93	305	404	4	32	226	262	539	445	747	674
6 – osrednjeslovenska	21	654	1.479	2.154	10	78	571	659	343	920	1.148	1.071
7 – podravska	65	251	444	760	24	76	206	306	334	548	895	732
8 – pomurska	3	125	233	361	-	6	53	59	295	386	507	464
9 – posavska	2	35	227	264	1	6	61	68	163	677	1.242	1.159
10 – primorsko-notranjska	2	43	141	186	2	11	101	114	160	561	802	740
11 – savinjska	27	108	605	740	15	25	291	331	248	508	688	645
12 – zasavska	2	53	159	214	1	10	69	80	291	803	1.008	950
Ni podatka	53	275	1.025	1.353	13	151	668	832	464	625	1.008	909
Skupaj	219	2.233	6.218	8.670	94	599	3.078	3.771				

Priloga 2: Delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo za izbrane zdravstvene storitve na dan 1. januarja 2024

Statistična regija prebivališča pacienta	Število čakajočih				Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo				Delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo			
	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
Prvi specialistični pregled: [1033P] Ortopedski prvi pregled												
1 – gorenjska	316	1.290	412	2.018	260	688	124	1.072	82 %	53 %	30 %	53 %
2 – goriška	312	1.140	311	1.763	267	697	167	1.131	86 %	61 %	54 %	64 %
3 – jugovzhodna Slovenija	331	924	369	1.624	236	563	33	832	71 %	61 %	9 %	51 %
4 – koroška	246	689	155	1.090	201	431	81	713	82 %	63 %	52 %	65 %
5 – obalno-kraška	491	1.269	434	2.194	435	1.054	314	1.803	89 %	83 %	72 %	82 %
6 – osrednjeslovenska	948	2.210	701	3.859	651	794	149	1.594	69 %	36 %	21 %	41 %
7 – podravska	1.072	2.018	447	3.537	605	881	137	1.623	56 %	44 %	31 %	46 %
8 – pomurska	700	980	180	1.860	443	429	53	925	63 %	44 %	29 %	50 %

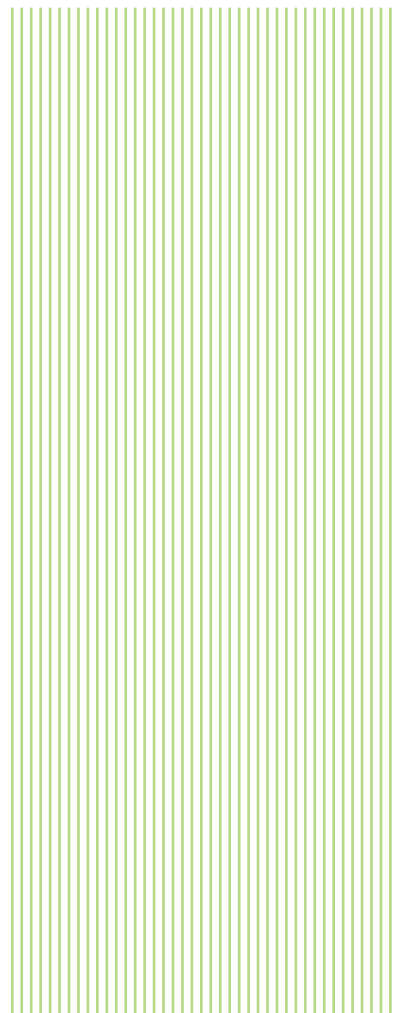
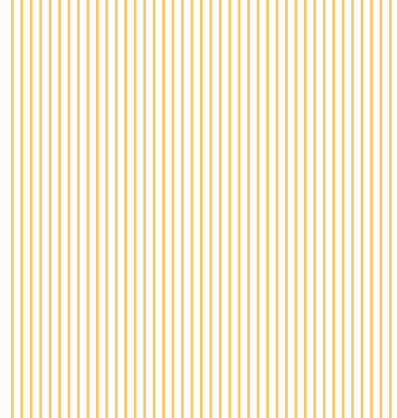
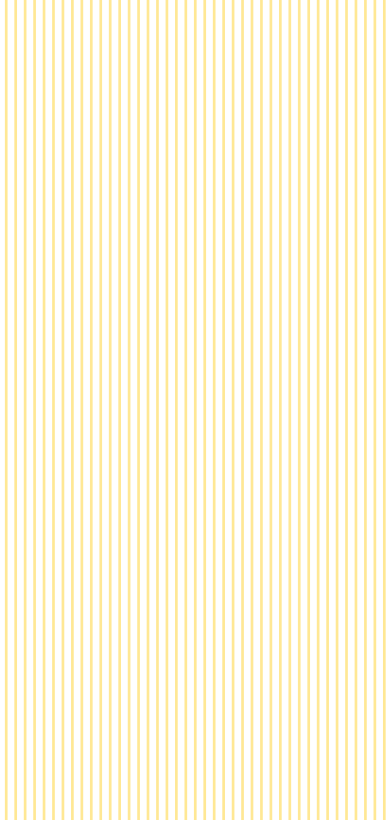
9 – posavska	288	720	145	1.153	180	465	49	694	63 %	65 %	34 %	60 %
10 – primorsko-notranjska	121	349	281	751	89	179	105	373	74 %	51 %	37 %	50 %
11 – savinjska	769	1.547	394	2.710	522	839	160	1.521	68 %	54 %	41 %	56 %
12 – zasavska	56	210	74	340	38	111	22	171	68 %	53 %	30 %	50 %
Ni podatka	69	137	307	513	54	81	74	209	78 %	59 %	24 %	41 %
Skupaj	5.719	13.483	4.210	23.412	3.981	7.212	1.468	12.661	70 %	53 %	35 %	54 %
Diagnostične preiskave: [1771] MR kolka												
1 – gorenjska	7	35	9	51	7	14	2	23	100 %	40 %	22 %	45 %
2 – goriška	4	13	5	22	-	5	-	5	-	38 %	-	23 %
3 – jugovzhodna Slovenija	3	25	8	36	3	6	-	9	100 %	24 %	-	25 %
4 – koroška	2	5	3	10	-	-	-	-	-	-	-	-
5 – obalno-kraška	8	26	12	46	6	19	1	26	75 %	73 %	8 %	57 %
6 – osrednjeslovenska	18	123	26	167	13	81	9	103	72 %	66 %	35 %	62 %
7 – podravska	18	35	20	73	4	1	-	5	22 %	3 %	-	7 %
8 – pomurska	7	11	3	21	4	1	-	5	57 %	9 %	-	24 %
9 – posavska	1	9	-	10	1	1	-	2	100 %	11 %	-	20 %
10 – primorsko-notranjska	1	9	9	19	1	4	-	5	100 %	44 %	-	26 %
11 – savinjska	10	26	8	44	7	7	-	14	70 %	27 %	-	32 %
12 – zasavska	2	12	4	18	1	3	-	4	50 %	25 %	-	22 %
Ni podatka	-	5	-	5	-	3	-	3	-	60 %	-	60 %
Skupaj	81	334	107	522	47	145	12	204	58 %	43 %	11 %	39 %
Diagnostične preiskave: [1772] MR kolena												
1 – gorenjska	52	189	64	305	35	16	5	56	67 %	8 %	8 %	18 %
2 – goriška	21	121	40	182	4	32	2	38	19 %	26 %	5 %	21 %
3 – jugovzhodna Slovenija	22	142	41	205	8	5	1	14	36 %	4 %	2 %	7 %
4 – koroška	14	38	14	66	3	2	-	5	21 %	5 %	-	8 %
5 – obalno-kraška	46	137	71	254	33	86	4	123	72 %	63 %	6 %	48 %
6 – osrednjeslovenska	120	504	113	737	22	27	1	50	18 %	5 %	1 %	7 %
7 – podravska	65	94	58	217	8	3	-	11	12 %	3 %	-	5 %
8 – pomurska	40	54	10	104	17	3	-	20	43 %	6 %	-	19 %
9 – posavska	14	66	3	83	6	3	-	9	43 %	5 %	-	11 %
10 – primorsko-notranjska	17	34	33	84	10	14	2	26	59 %	41 %	6 %	31 %
11 – savinjska	71	160	48	279	38	16	1	55	54 %	10 %	2 %	20 %
12 – zasavska	4	21	9	34	-	4	-	4	-	19 %	-	12 %
Ni podatka	3	7	7	17	1	6	-	7	33 %	86 %	-	41 %
Skupaj	489	1.567	511	2.567	185	217	16	418	38 %	14 %	3 %	16 %
Operacije/posegi: [1624] Endoproteza kolka delna (PEP)/totalna (TEP)												
1 – gorenjska	29	218	312	559	21	86	243	350	72 %	39 %	78 %	63 %
2 – goriška	10	59	152	221	6	14	85	105	60 %	24 %	56 %	48 %
3 – jugovzhodna Slovenija	3	86	282	371	2	6	71	79	67 %	7 %	25 %	21 %
4 – koroška	16	40	98	154	5	5	41	51	31 %	13 %	42 %	33 %
5 – obalno-kraška	13	65	168	246	9	19	135	163	69 %	29 %	80 %	66 %
6 – osrednjeslovenska	32	498	981	1.511	20	55	376	451	63 %	11 %	38 %	30 %
7 – podravska	88	194	256	538	35	38	125	198	40 %	20 %	49 %	37 %
8 – pomurska	21	62	115	198	6	5	39	50	29 %	8 %	34 %	25 %
9 – posavska	2	39	114	155	-	8	19	27	-	21 %	17 %	17 %
10 – primorsko-notranjska	8	37	109	154	7	10	84	101	88 %	27 %	77 %	66 %
11 – savinjska	42	100	345	487	23	11	148	182	55 %	11 %	43 %	37 %
12 – zasavska	3	39	81	123	2	8	37	47	67 %	21 %	46 %	38 %

Ni podatka	37	135	425	597	13	47	267	327	35 %	35 %	63 %	55 %
Skupaj	304	1.572	3.438	5.314	149	312	1.670	2.131	49 %	20 %	49 %	40 %
Operacije/posegi: [1626] Endoproteza kolena												
1 – gorenjska	20	377	531	928	16	164	429	609	80 %	44 %	81 %	66 %
2 – goriška	4	67	263	334	1	15	147	163	25 %	22 %	56 %	49 %
3 – jugovzhodna Slovenija	5	102	633	740	3	12	172	187	60 %	12 %	27 %	25 %
4 – koroška	9	50	173	232	4	13	84	101	44 %	26 %	49 %	44 %
5 – obalno-kraška	6	93	305	404	4	32	226	262	67 %	34 %	74 %	65 %
6 – osrednjeslovenska	21	654	1.479	2.154	10	78	571	659	48 %	12 %	39 %	31 %
7 – podravska	65	251	444	760	24	76	206	306	37 %	30 %	46 %	40 %
8 – pomurska	3	125	233	361	-	6	53	59	-	5 %	23 %	16 %
9 – posavska	2	35	227	264	1	6	61	68	50 %	17 %	27 %	26 %
10 – primorsko-notranjska	2	43	141	186	2	11	101	114	100 %	26 %	72 %	61 %
11 – savinjska	27	108	605	740	15	25	291	331	56 %	23 %	48 %	45 %
12 – zasavska	2	53	159	214	1	10	69	80	50 %	19 %	43 %	37 %
Ni podatka	53	275	1.025	1.353	13	151	668	832	25 %	55 %	65 %	61 %
Skupaj	219	2.233	6.218	8.670	94	599	3.078	3.771	43 %	27 %	50 %	43 %

Priloga 3: Povprečne pričakovane čakalne dobe po statistični regiji izvajalca zdravstvenih storitev za izbrane zdravstvene storitve na dan 1. januarja 2024

Statistična regija prebivališča pacienta	Število čakajočih				Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo				Povprečna čakalna doba vseh čakajočih			
	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
Prvi specialistični pregled: [1033P] Ortopedski prvi pregled												
1 – gorenjska	247	1.026	310	1.583	202	550	77	829	65	134	176	132
2 – goriška	61	464	124	649	42	199	55	296	80	144	239	156
3 – jugovzhodna Slovenija	311	878	529	1.718	201	561	7	769	171	317	860	458
4 – koroška	159	448	111	718	146	345	82	573	150	199	245	195
5 – obalno-kraška	1.229	3.616	1.277	6.122	1.155	3.131	941	5.227	135	302	354	279
6 – osrednjeslovenska	1.242	2.706	903	4.851	736	429	42	1.207	66	98	110	92
7 – podravska	1.101	1.952	378	3.431	570	781	92	1.443	209	261	316	250
8 – pomurska	617	870	167	1.654	394	336	40	770	145	300	292	241
9 – posavska	238	505	89	832	147	365	55	567	192	290	320	265
10 – primorsko-notranjska	93	220	155	468	65	26	1	92	50	87	74	75
11 – savinjska	407	766	152	1.325	312	489	76	877	113	182	204	163
12 – zasavska	14	32	15	61	11	-	-	11	17	31	50	33
Skupaj	5.719	13.483	4.210	23.412	3.981	7.212	1.468	12.661	116	195	270	195
Diagnostične preiskave: [1771] MR kolka												
1 – gorenjska	4	37	4	45	4	11	2	17	111	126	280	138
2 – goriška	6	9	1	16	-	-	-	-	38	51	55	47
3 – jugovzhodna Slovenija	3	21	3	27	3	-	-	3	36	93	177	96
4 – koroška	3	4	2	9	2	-	-	2	16	39	55	35
5 – obalno-kraška	7	41	32	80	7	33	1	41	47	136	146	132
6 – osrednjeslovenska	21	108	19	148	16	91	9	116	26	124	199	120
7 – podravska	29	99	42	170	7	1	-	8	27	36	52	38
8 – pomurska	4	5	1	10	4	1	-	5	22	75	116	58
9 – posavska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 – primorsko-notranjska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 – savinjska	4	10	3	17	4	8	-	12	27	139	130	111

Statistična regija prebivališča pacienta	Število čakajočih				Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo				Povprečna čakalna doba vseh čakajočih			
	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
12 – zasavska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Skupaj	81	334	107	522	47	145	12	204	39	91	134	86
Diagnostične preiskave: [1772] MR kolena												
1 – gorenjska	41	140	39	220	36	13	4	53	44	86	133	86
2 – goriška	13	59	13	85	-	1	-	1	17	51	65	48
3 – jugovzhodna Slovenija	17	101	27	145	8	2	1	11	46	85	173	97
4 – koroška	11	34	14	59	3	1	-	4	63	39	68	51
5 – obalno-kraška	56	238	145	439	46	175	10	231	42	113	131	110
6 – osrednjeslovenska	140	569	117	826	23	5	-	28	22	56	78	53
7 – podravska	186	353	143	682	46	3	-	49	22	29	37	29
8 – pomurska	20	39	5	64	18	2	-	20	23	70	80	56
9 – posavska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 – primorsko-notranjska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 – savinjska	5	34	8	47	5	15	1	21	32	96	138	96
12 – zasavska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Skupaj	489	1.567	511	2.567	185	217	16	418	34	70	100	70
Operacije/posegi: [1624] Endoproteza kolka delna (PEP)/totalna (TEP)												
1 – gorenjska	15	147	194	356	15	45	181	241	239	419	848	645
2 – goriška	6	17	57	80	-	-	-	-	187	212	289	265
3 – jugovzhodna Slovenija	1	96	623	720	-	-	82	82	20	482	803	759
4 – koroška	6	8	76	90	-	-	7	7	73	171	403	361
5 – obalno-kraška	96	477	1.098	1.671	70	174	885	1.129	247	413	604	529
6 – osrednjeslovenska	18	530	733	1.281	6	28	223	257	332	730	920	833
7 – podravska	142	202	332	676	52	64	244	360	242	440	1.053	699
8 – pomurska	7	81	94	182	-	-	-	-	282	215	341	283
9 – posavska		1	28	29	-	-	-	-		45	147	144
10 – primorsko-notranjska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 – savinjska	13	13	203	229	6	1	48	55	152	288	398	378
12 – zasavska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Skupaj	304	1.572	3.438	5.314	149	312	1.670	2.131	197	342	581	490
Operacije/posegi: [1626] Endoproteza kolena												
1 – gorenjska	15	307	414	736	14	136	381	531	309	515	858	704
2 – goriška	3	15	93	111	-	-	-	-	118	186	463	416
3 – jugovzhodna Slovenija	1	125	1.158	1.284	1	-	238	239	1.291	993	1.614	1.553
4 – koroška	3	7	108	118	-	-	16	16	124	138	432	407
5 – obalno-kraška	35	500	1.840	2.375	23	217	1.447	1.687	454	450	699	643
6 – psrednjeslovenska	17	688	1.024	1.729	6	33	268	307	297	1.004	1.202	1.114
7 – podravska	122	422	850	1.394	41	209	595	845	379	604	1.202	949
8 – pomurska	3	142	265	410	-	-	1	1	248	332	478	426
9 – posavska	1	4	52	57	1	-	-	1	24	143	169	165
10 – primorsko-notranjska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 – savinjska	19	23	414	456	8	4	132	144	230	320	489	470
12 – zasavska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Skupaj	219	2.233	6.218	8.670	94	599	3.078	3.771	347	469	761	685



Nacionalni inštitut za javno zdravje

Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Telefon: + 386 1 2441 400

E-pošta: info@nijz.si