

PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO DANES – PRILOŽNOST ZA JUTRI

Analiza izvajanja patronažnega zdravstvenega varstva v Sloveniji



PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO DANES – PRILOŽNOST ZA JUTRI

Analiza izvajanja patronažnega zdravstvenega varstva v Sloveniji

Urednici: Janja Janc Jagrič, dr. Martina Horvat

Jezikovni pregled: Mihaela Törnar

Oblikovanje: Erna Pečan

Shemo (sliko 1) na strani 12 je oblikoval Rene Antolin.

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

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2026

Elektronska izdaja

Spletni naslov: <http://www.nijz.si/>

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 265345795

ISBN 978-961-7211-92-4 (PDF)

Zaščita dokumenta

© 2026 NIJZ

Vse pravice pridržane. Uporaba in objava podatkov, v celoti ali deloma, dovoljena le z navedbo vira.

V dokumentu uporabljeni izrazi, zapisani v ženski spolni slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za moški in ženski spol. Z navedbo medicinska sestra v PZV se v dokumentu razume diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik.

MONOGRAFIJI NA POTI

dr. Martina Horvat, Janja Janc Jagrič

Nacionalni inštitut za javno zdravje je v sodelovanju z Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (Zbornico – Zvezo) 6. novembra 2025 organiziral posvet z naslovom »Patronažno varstvo danes – priložnost za jutri«. Na dogodku smo skupaj iskali možne rešitve za ohranitev temeljne, torej preventivne vloge patronažnega zdravstvenega varstva.

Posvet smo zaključili z okroglo mizo z naslovom »Partnerstvo in razvoj: pogovor o prihodnosti patronažnega zdravstvenega varstva«, na kateri so predstavniki Ministrstva za zdravje, Združenja zdravstvenih zavodov, Zbornice – Zveze, Sekcija medicinskih sester in tehnikov v patronažni dejavnosti in Nacionalnega inštituta za javno zdravje razpravljali o možnih rešitvah za ohranitev in krepitev patronažnega zdravstvenega varstva.

Za potrebe posveta se je skupina strokovnjakov, avtorjev pričujoče publikacije, sistematično poglobila v različne vire podatkov o patronažnem zdravstvenem varstvu, jih kritično analizirala ter ugotovitve prvič predstavila širši strokovni in zainteresirani javnosti. Večmesečni raziskovalni proces je bil usmerjen v celovit prikaz področja ter v z dokazi podprto prepoznavanje tveganj, izzivov in odprtih vprašanj.

Ker obseg in kompleksnost izvedenih analiz presegata časovne in vsebinske okvire posveta, smo se odločili, da rezultate predstavimo v razširjeni, poglobljeni in strukturirani obliki v pričujoči monografiji.

Ob njenem izidu se iskreno zahvaljujemo vsem sodelujočim avtorjem in drugim deležnikom, ki so s svojim strokovnim prispevkom in konstruktivnim sodelovanjem omogočili, da je monografija izšla kot vsebinsko zaokroženo in znanstveno utemeljeno delo. Hvala tudi vsem udeležencem posveta in sodelujočim na okrogli mizi za strokovne razprave, ki so obogatile potek srečanja.

Posebna zahvala gre predstojniku Centra za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja na Nacionalnem inštitutu za varovanje zdravja, Radivoju Pribakoviću Brinovcu, ki je podprl začetno idejo, omogočil pogoje za delo in izvedbo posveta, kjer so bili prvič predstavljeni ključni rezultati raziskav. Brez njegove podpore nastanek te monografije ne bi bil mogoč.



KAZALO

MONOGRAFIJI NA POTI	3
KAZALO VSEBIN	4
KAZALO SLIK.....	5
SEZNAM KRATIC	6
OPREDELITEV POJMOV	7
POVZETEK.....	8
UVOD.....	10
POGLED NA PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO – PREDNOSTI, SLABOSTI, NEVARNOSTI IN PRILOŽNOSTI.....	14
ANALIZA KADROVSKIH RAZMER V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN VPLIV ŠIRITVE TIMOV	16
MED PREVENTIVO IN KURATIVO: PODATKI KOT OGLEDALO PATRONAŽNEGA VARSTVA	19
Preventivne obravnave v patronažnem zdravstvenem varstvu	20
Kurativne obravnave v patronažnem zdravstvenem varstvu.....	22
Posvetovalnice v lokalnem okolju.....	26
Analiza terenskega območja.....	27
OBREMENITEV PATRONAŽNIH TIMOV V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU	28
DEMOGRAFSKI IN SISTEMSKI VPLIVI NA RAZVOJ PATRONAŽNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	32
Ležalna doba ob porodu	34
Bolezni kože in podkožja (MKB L00–L99).....	34
Bolezni mišično-skeletnega sistema in veziva (MKB M00–M99).....	35
Diabetes (MKB E10–E14).....	36
Bolezni obtočil (MKB I00–I99)	36
Neoplazme (MKB C00–D48)	37
REZULTATI ANALIZE PODATKOV IZ ZBIRKE SZBO_PATR.....	39
ZAKLJUČEK	43
KLJUČNA SPOROČILA	44
VIRI IN LITERATURA	45

KAZALO SLIK

Slika 1: Koncept medicinske sestre v patronažnem varstvu, kot je opredeljen v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.....	11
Slika 2: Preventivni in kurativni obiski v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva, Slovenija, 1995–2022.	12
Slika 3: Posodobljen program izvajanja preventivnih obravnav v PZV.....	14
Slika 4: Prednosti, slabosti, nevarnosti in priložnosti v patronažnem zdravstvenem varstvu.	15
Slika 5: Prikaz gibanja zdravstvenega osebja v patronažnem zdravstvenem varstvu, Slovenija, 2015–2023.	17
Slika 6: Gibanje zdravstvenega osebja (DMS in TZN) v patronažnem varstvu, Slovenija, 2015–2023.	18
Slika 7: Preventivne in kurativne obravnave v patronažnem zdravstvenem varstvu, Slovenija, 2015–2024..	19
Slika 8: Delež preventivnih obravnav otročnice, novorojenčka in dojenčka v primerjavi z ostalimi preventivnimi obravnavami, Slovenija, 2015–2024.	21
Slika 9: Delež preventivnih obravnav po vrsti, Slovenija, 2024.	21
Slika 10: Prva in ponovna kurativna obravnava v PZV, Slovenija, 2015–2024.	22
Slika 11: Delež različnih kurativnih obravnav v letu 2024.	23
Slika 12: Šifrant ZZZS 15.23b – Evidenčne storitve v patronažni službi (EPZN).	24
Slika 13: Realizacija izbora EPZN prve in ponovne kurativne obravnave pacienta, Slovenija, 2015–2024.....	25
Slika 14: Realizacija paliativnih obravnav v PZV, Slovenija, 2015–2024.....	25
Slika 15: Število izvedenih posvetovalnic v lokalni skupnosti, Slovenija, 2021–2024.	26
Slika 16: Število izvedenih ATO, Slovenija, 2021–2024.....	27
Slika 17: Delež delovnih dni izvajalcev PZV glede na število obravnav, Slovenija, od julija 2022 do julija 2025..	28
Slika 18: Delež delovnih dni izvajalcev PZV glede na število obravnav, po zdravstvenih regijah, 2024.....	29
Slika 19: Povprečje storitev na delovni dan, po zdravstvenih regijah, od julija 2022 do julija 2025.....	30
Slika 20: Povprečno število storitev na delovni dan na ravni zdravstvenega izvajalca, od julija 2022 do julija 2025.	30
Slika 21: Razlika med planiranimi in realiziranimi timi v PZV, 2020–2024.....	31
Slika 22: Število prebivalcev na eno DMS v PZV v letu 2024, po zdravstvenih regijah v Sloveniji.	31
Slika 23: Primerjava prebivalstvenih piramid Slovenije za leti 1953 in 2023 ter projekcija za leto 2063.	32
Slika 24: Število prebivalcev Slovenije, 2010–2024.....	33
Slika 25: Povprečno trajanje hospitalizacije zaradi bolezni, v dnevih, Slovenija, 2003–2023.	33
Slika 26: Povprečna ležalna doba ob porodu v dnevih, 2013–2024, Slovenija.....	34
Slika 27: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri boleznih kože in podkožja, 2021–2023, Slovenija.	35
Slika 28: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri boleznih mišično-skeletnega sistema in veziva, 2021–2023, Slovenija.	35
Slika 29: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri diabetesu, 2021–2023, Slovenija.	36
Slika 30: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri boleznih obtočil, 2021–2023, Slovenija.	37
Slika 31: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri neoplazmah, 2021–2023, Slovenija.	38
Slika 32: Število dni od odpusta novorojenčka do prvega obiska medicinske sestre v PZV.....	39
Slika 33: Prvi stik medicinske sestre v PZV z novorojenčkom, po regijah.	40
Slika 34: Najpogostejši kriteriji ranljivosti	40
Slika 35: Delež obiskanih neodzivnikov v Program Sviti v okviru PZV, po statističnih regijah	42

SEZNAM KRATIC

ATO	analiza terenskega območja
DMS	diplomirana medicinska sestra
EPZN	evidenčne storitve v patronažni službi (ZZZS)
eSZBO	elektronsko spremljanje zunajbolnišničnih obravnav
MKB 10	Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10)
MZ	Ministrstvo za zdravje
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
PERIS NIJZ	Podatkovni zbirka Perinatalni informacijski sistem Nacionalnega inštituta za javno zdravje
PZN	storitve patronažne službe (ZZZS)
PZV	patronažno zdravstveno varstvo
RIZDDZ	Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu
SBO NIJZ	Podatkovna zbirka Spremljanje bolnišničnih obravnav Nacionalnega inštituta za javno zdravje
SZBO_PATR	Podatkovna zbirka Spremljanje zunajbolnišničnih obravnav patronažno zdravstveno varstvo
TZN	tehniki zdravstvene nege
ZD	Zdravstveni dom
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

OPREDELITEV POJMOV

Povzeto po Zborniku 50-let Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti (1)

Patronažno varstvo: oblika zdravstvenega varstva, ki zajema aktivno zdravstveno varstvo posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti ali določenih obolenj posebno občutljivi na vplive okolja. Namen delovanja patronažnega varstva je pospeševanje zdravstvenega napredka vsega prebivalstva, cilj tega pa je preprečevanje bolezni in skrb za poškodovane in bolne. Globalni cilj patronažnega varstva je doseganje pozitivnega zdravja posameznika, družine in skupnosti s pomočjo storitev, ki so preventivne, kurativne in socialne narave (2).

Patronažno zdravstveno varstvo: enak pomen kot patronažno varstvo.

Patronažna zdravstvena nega: zdravstvena nega, ki se izvaja v okviru patronažnega varstva.

Patronažna dejavnost: je ena od vrst zdravstvenih dejavnosti (kot npr.: bolnišnična dejavnost, specialistična ambulantna dejavnost ...).

Patronažna služba: je organizacijska enota zdravstvenega doma, v kateri so zaposleni izvajalci patronažnega varstva; uporabljajo se različna poimenovanja (npr.: patronažna in babiška služba, služba patronažnega varstva, organizacijska enota patronažno varstvo ...).

Patronažna medicinska sestra: medicinska sestra po zaključenem podiplomskem izobraževanju s področja patronažne zdravstvene nege (pri nas se uporablja za vse zaposlene v patronažnem varstvu, kar ni primerljivo s tujino, je pa utečeno poimenovanje tudi med pacienti). V Sloveniji smo v preteklosti že imeli podiplomsko izobraževanje na tem področju, ki pa se ne izvaja več (3, 4).

Zato je pravilen izraz za izvajalce patronažnega varstva v Sloveniji:

Medicinska sestra v patronažnem varstvu: je diplomirana medicinska sestra, zaposlena na področju patronažnega varstva.

Tim v PZV: v pogovornem jeziku pomeni nosilko terenskega območja, to je medicinsko sestro v patronažnem zdravstvenem varstvu.

Nosilka zdravstvene nege v patronažnem zdravstvenem varstvu diplomirana medicinska sestra: glede na podatke v RIZDDZ so zaposleni v patronažnem varstvu po izbranih poklicih iz seznama MZ v zdravstvenih domovih in v VZD 510-Patronažno varstvo (zatečeno stanje): diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, tehnik zdravstvene nege/tehnica zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra/38. člen ZZDej-K, medicinska sestra babica, diplomirana babica/diplomirani babičar. Glede na različne kompetenčne modele pa moramo obvezno upoštevati, da je nosilka zdravstvene nege v patronažnem zdravstvenem varstvu diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/38. člen ZZDej-K). Tehniki zdravstvene nege izvajajo samo ponovne kurativne obravnave (zdravstveno nego). Bolničar negovalec pa izvaja nego in oskrbo (je sodelavec v timu zdravstvene nege pacienta in timu oskrbe pacienta (5).

POVZETEK

dr. Martina Horvat, Janja Janc Jagrič, Martina Vuk

Demografske in družbene spremembe v zadnjih letih pomembno zaznamujejo delo medicinskih sester v patronažnem zdravstvenem varstvu. Zaradi sprememb na primarni in drugih ravneh zdravstvenega varstva ter kratkih ležalnih dob se intenzivnost in zahtevnost obravnave pacientov v domačem okolju povečujeta. Narašča delež starejših pacientov s pridruženimi bolezenskimi stanji, katerih zdravstvena nega je bolj zahtevna, predvsem pa dolgotrajnejša, kar potrjuje tudi porast ponovnih kurativnih obiskov v zadnjih desetih letih. Veča se število izdanih delovnih nalogov in zahtevnost obravnav, zato je večja tudi obremenitev patronažnih timov. Navedenim spremembam bi morala že pred desetletjem slediti nadgradnja patronažnega zdravstvenega varstva na vsebinskem in kadrovskem področju skupaj z zagotavljanjem trajnostnega financiranja (6). Potrebo po povečanju obsega delovanja in krepitvi patronažnega varstva je zaznala tudi Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, ki je bila zvedena leta 2015 (4). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« prav tako poudarja, da je za zagotavljanje dostopnosti do kakovostne obravnave za ranljive skupine prebivalstva in zmanjševanje neenakosti v zdravju ključen razvoj na področju patronažne dejavnosti (7). V zadnjih desetih letih so bile v patronažnem zdravstvenem varstvu uvedene številne novosti in nadgradnje na področju preventivnih obravnav, ki so bile razvite in pilotirane v vnaprej dogovorjenih projektih. Od 1. 1. 2021 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) financira izvajanje nadgrajenih preventivnih obravnav na vseh terenskih območjih (6). Kljub temu se obseg preventivnega dela v patronažnem zdravstvenem varstvu iz leta v leto zmanjšuje, zato smo se odločili, da z analizo razpoložljivih podatkov skušamo pojasniti razloge, zaradi katerih je odstotek izvedenih preventivnih obravnav dosegel najnižjo raven.

Na podlagi leta 2024 opravljenih izračunov potreb po diplomiranih medicinskih sestrah v patronažnem zdravstvenem varstvu bi jih poleg 869, kolikor jih je danes, potrebovali še približno 200 oziroma 19,2 % več kot zdaj. Predlagan normativ za tehnike zdravstvene nege v PZV je 0,2 tehnika zdravstvene nege na eno diplomirano medicinsko sestro. To pomeni, da bi glede na zdajšnje število diplomiranih medicinskih sester potrebovali 169 tehnikov zdravstvene nege oziroma 51,5 % več kot zdaj. Leta 2024 je bila povprečna starost zaposlenih 46,1 leta, največ jih je v starostni skupini od 45 do 49 let. Glede na starostno strukturo je v naslednjih 10–15 letih pričakovati upokožitev 39 % trenutno zaposlenih v patronažnem zdravstvenem varstvu, kar odpira vprašanja zagotavljanja kadrovske vzdržnosti (8). Zato ni dvoma, da je za dolgoročno zagotavljanje kakovostnega in dostopnega patronažnega zdravstvenega varstva nujno sistemsko reševanje kadrovskih izzivov, zlasti s povečanjem števila diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, prilagajanjem mreže izvajalcev ter upoštevanjem raznolikosti posameznih terenskih območij glede na gostoto poseljenosti, demografske trende in rastoče potrebe prebivalstva. Le tako bo mogoče ohraniti funkcionalnost in dostopnost patronažnega zdravstvenega varstva kot enega od stebrov primarnega zdravstvenega sistema v Sloveniji.

Zaradi izvajanja nadgrajenih preventivnih obravnav in aktivnosti, opredeljenih v Nacionalnem programu duševnega zdravja (9), je bilo v zadnjih 10 letih v izvajanje patronažnega zdravstvenega varstva vključenih 125 dodatnih timov. Vendar pa zaradi povečanja števila prebivalcev ter naraščajočih potreb po kurativnih obravnavah učinek kadrovske okrepitve na izvajanje preventivnih obravnav ni viden.

Aktualno število timov je preseglo dogovorjeni program z ZZZS za 70 dodatnih timov (10). Indeks realizacije preseženega programa iz leta v leto narašča. Med letoma 2010 in 2024 se je število prebivalcev Slovenije povečalo za 76.973 oseb (+3,8 %), kar pomeni 0,27-odstotno povprečno letno rast (11). Pri kadrovskem normativu 2.200 prebivalcev/medicinsko sestro v patronažnem zdravstvenem varstvu (12) to pomeni za 34,98 timov v 15 letih.

Leta 2024 so kurativne obravnave predstavljale že 88 % vseh obravnav. Preventivne obravnave so z 38,8 % v letu 1995, padle na zgolj 12 vseh obravnav (10). Več kot tri četrtine preventivnih obravnav je vezanih na otročnico, novorojenčka in dojenčka, kar potrjuje tradicionalno dobro pokrito perinatalno preventivo na domu, ne odraža pa potreb populacije (13, 14).

Od leta 2022 dalje se delež visoko obremenjenih dni, ko izvajalci izvedejo več kot devet obravnav še naprej zvišuje in lahko v prihodnje vpliva na kakovost izvedenih obravnav in varnost tako izvajalcev kot pacientov. Narašča pa tudi število paliativnih obravnav, saj vpeljava mobilnih paliativnih timov izvajalcev patronažnega zdravstvenega varstva ni razbremenila (10).

Razlike v podatkih o izvajanju patronažnega zdravstvenega varstva med regijami (10, 13, 14), neenakosti v zdravju in do zdravja ter kompleksni problemi patronažnih obravnav na pacientovem domu in v skupnosti zahtevajo sistematičen razvoj, enotno koordinacijo in vodenje, poenotenje pristopov ter kontinuirano spremljanje in evalvacijo programa preventivnega patronažnega varstva. Nujna je poenotena, kakovostna obravnava posameznikov in družin v vseh okoljih, kar bo prispevalo k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Udeleženci posveta in okrogle mize so se strinjali, da mora usmerjenost delovanja patronažnega zdravstvenega varstva v dobrobit posameznika, družine in skupnosti, še posebej ranljivih skupin, ostati pomemben element zagotavljanja enakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Zato je nujno sprejeti sistemske ukrepe, ki bodo omogočali nadaljnji razvoj patronažnega zdravstvenega varstva in krepitev njegove vloge v javnem zdravju. Ukrepe smo razdelili na tiste, ki jih lahko izvedemo takoj v letošnjem letu in tiste, ki jih bomo izvedli do konca leta 2028, ko bomo ponovili poglobljeno analizo podatkov in preverili uspešnost sprejetih ukrepov.



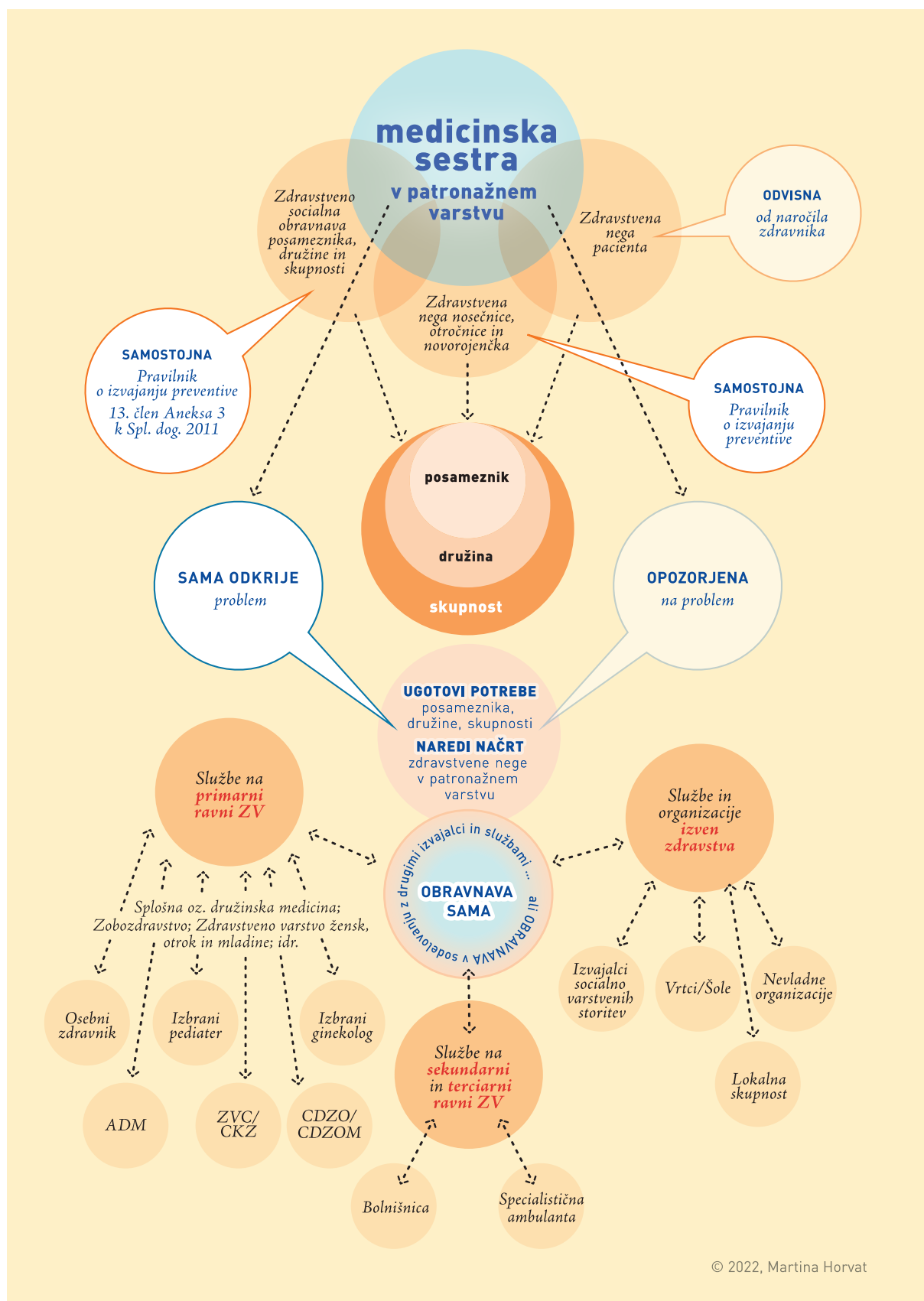
UVOD

dr. Martina Horvat, Petra Nadrag

V Sloveniji je patronažno zdravstveno varstvo (PZV) že od svojih začetkov pomemben del zdravstvenega varstva, katerega osnovni namen je izvajanje preventive pri posamezniku, v družini in lokalni skupnosti (15, 16). V desetletjih so njegov razvoj in izvajanje pomembno zaznamovale demografske, družbene ter spremembe na drugih ravneh zdravstvenega varstva (17).

Svetovna zdravstvena organizacija PZV definira kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali nenavajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja (18). Poglobljeno individualno in družinsko obravnavo zahtevajo predvsem prednostne skupine prebivalstva zaradi svojih bioloških lastnosti (dojenčki, šolarji, nosečnice, starejše osebe itd.), zaradi spremenjenih pogojev življenja in socialne ogroženosti (priseljenci, brezdomci itd.) ter zaradi zdravstvene ogroženosti (invalidi in pacienti s kronično boleznijo itd.) ali druge vrste ranljivosti in drugi (16, 19).

Za PZV je temeljni terenski koncept dela na geografsko opredeljenem območju z družinsko obravnavo pacientov v vseh življenjskih obdobjih in v njihovem domačem okolju. Delo posameznega izvajalca PZV je usmerjeno predvsem v obravnavo geografsko opredeljenega terenskega območja kot celote, s tem pa tudi v obravnavo posameznika, družine in skupnosti v njihovem življenjskem okolju (20). Aktivno skrbi za zdravstveno stanje prebivalcev in razvija programe promocije zdravja ter tako vzpodbuja zavarovance k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družin. Zagotoviti mora povezavo med institucionalnimi varstvi (zdravstvo, šolstvo, otroško varstvo, socialno skrbstvo itd.) in posamezniki oziroma družinami in skupnostmi na terenu (Slika 1) (21).



Slika 1: Koncept medicinske sestre v patronažnem varstvu, kot je opredeljen v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2022, Martina Horvat).

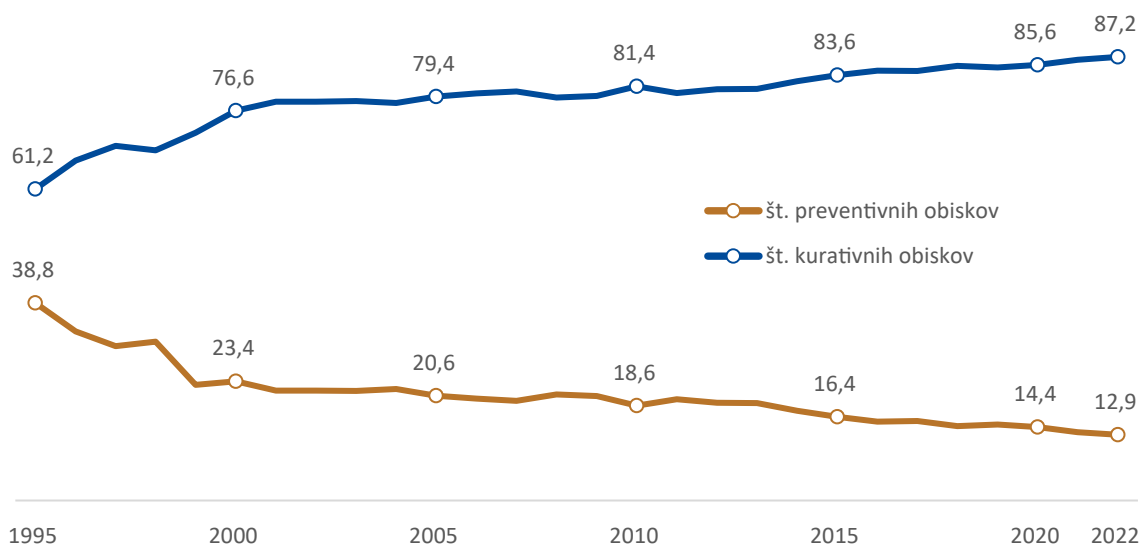
Na podlagi letnega načrta dela, ki je del dokumenta Analiza terenskega območja (ATO) vsakega posameznega izvajalca, vodja patronažne službe zdravstvenega zavoda pripravi letni načrt programiranega preventivnega PZV in programirane zdravstvene vzgoje za določeno zdravstveno območje (22). Za pripravo kakovostnih načrtov so potrebne analize opravljenega dela v predhodnem obdobju ter predlogi ukrepov za izboljšanje izvajanja zdravstvenega varstva, ki so prav tako del Analize terenskega območja, in z zakonom določeno poročanje v zdravstveni informacijski sistem (22).

Medicinske sestre v PZV kot družinske medicinske sestre znajo upoštevati celotno sliko skupnosti in kulturnega konteksta, v katerem živi posamezna družina ter odnose med družinskimi člani (17). So koordinatorice vseh oblik pomoči na domu in vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (19).

Zaradi naraščanja potreb po zdravljenju in zdravstveni negi v domačem okolju, ki so posledica staranja prebivalstva, novih medicinskih doktrin ter s tem hitrejšega odpuščanja iz bolnišnic, se je breme izvajanja teh obravnav v celoti preneslo na mrežo izvajalcev PZV. Ti posledično skoraj ne utegnejo več izvajati preventive, sicer izjemno pomembne zlasti pri skrbi za najbolj ranljive.

Stražar in Šušteršič (23) sta v analizi podatkov o opravljenih obiskih v PZV v Ljubljani med leti 1984 in 1993 ugotovili, da je odstotek zdravstveno-socialnih obravnav, to je preventivnih obravnav odraslih, v PZV pričel upadati. Leta 1993 so predstavljale samo še polovico vseh obravnav, za razliko od leta 1984, ko je bilo takih obravnav kar 66,5 %. Trend upadanja se je nadaljeval in v letu 2015 so preventivne obravnave predstavljale samo še 16,4 % vseh obravnav (14) (Slika 2).

Slika 2 prikazuje deleže izvedenih preventivnih in kurativnih obiskov v PZV v obdobju od 1995 do 2022. V 27 letih se je skupno število obiskov povečalo za 25 %. Izvajanje preventivnih obravnav v PZV pa se je v letih od 1995 do 2022 zmanjšalo za dve tretjini (13, 14).



Slika 2: Preventivni in kurativni obiski v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva, Slovenija, 1995–2022 (Vir: NIJZ, Statistična poročila o delu patronažnega varstva, Obr. 8,95).

Delovanje PZV v dobrobit posameznika, družine in skupnosti mora ostati pomemben element zagotavljanja enakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev, zato želimo poiskati možne rešitve za ohranitev njegove preventivne vloge (7, 24, 25). Pri tem nam bodo v pomoč

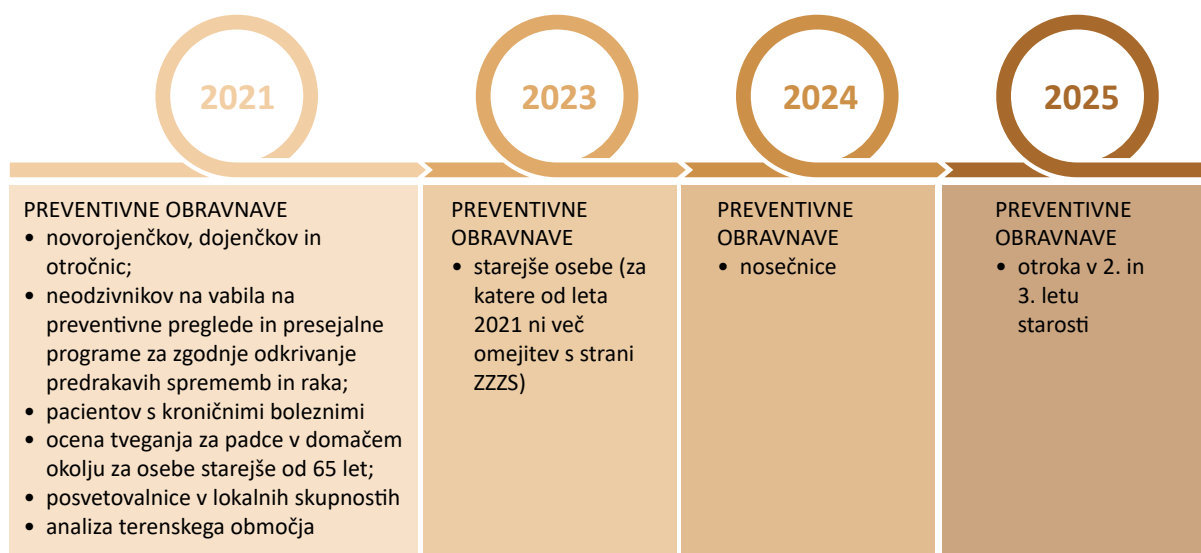
analize podatkov, ki jih predstavljamo v nadaljevanju. Za zagotovitev čim bolj celovite slike in celostnega prikaza obravnavanega področja smo uporabili podatke iz več različnih baz (ZZZS, SZBO_PATR, Podatkovni portal NIJZ, RIZDDZ, SURS podatkovna baze SiStat) (10, 11, 13, 14, 26). S tem smo omogočili večplastno razlago rezultatov, ki kot taki predstavljajo ustrežnejšo podlago za pripravo ukrepov. Za potrebe analize v poglavjih 3 in 4 smo pridobili podatke o realizaciji storitev v PZV za obdobje desetih let s strani ZZZS (10). NIJZ je do leta 2023 zbiral podatke za namen statistične obdelave na obrazcu Statistično poročilo o delu patronažnega varstva (oznaka obrazca DZS 8,95). Z letom 2023 pa je NIJZ uvedel elektronsko spremljanje zunajbolnišničnih obravnav (eSZBO) z uporabo aplikacije (13, 14). Posodobljeno spremljanje bo s spremljanjem opravljenih aktivnosti omogočilo natančnejši vpogled v izvajanje PZV. S tem bomo v prihodnje lažje analizirali značilnosti izvajanja storitev, obremenitve zaposlenih in kazalnike kakovosti. Na podlagi tako zbranih podatkov in informacij bomo ustrezneje načrtovali potrebe po obravnavah in kadrih v PZV, s ciljem učinkovito odgovoriti na naraščajoče potrebe prebivalcev. Pri interpretaciji smo upoštevali tudi razlike v zbiranju in prikazovanju glede na zdravstvene oziroma statistične regije.

POGLED NA PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO – PREDNOSTI, SLABOSTI, NEVARNOSTI IN PRILOŽNOSTI

dr. Martina Horvat, mag. Andreja Krajnc

Priložnost za nadgradnjo PZV in krepitev vloge medicinskih sester v PZV smo dobili leta 2013 s pomočjo projekta »Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju«, v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma (6, 26). Cilj projekta, ki je potekal v treh lokalnih okoljih, je bila nadgradnja preventivnih programov za otroke, mladostnike in odrasle, zmanjševanje neenakosti v zdravju, vključevanje ranljivih skupin v preventivno zdravstveno varstvo ter krepitev zdravja v lokalni skupnosti. V okviru projekta so se za področje PZV kot dobre izkazale številne nove vsebine, orodja in pristopi (6). Pilotni projekt se je zaključil leta 2016. Preizkušene rešitve, ki smo jih ovrednotili in optimizirali, smo predlagali za nadaljnjo implementacijo v dodatnih 27 zdravstvenih domovih in pripadajočih lokalnih skupnostih (27, 28, 29, 30). Za ta namen so bila Sloveniji dodeljena sredstva v okviru Operativnega programa Evropske kohezijske politike 2014–2020. Projekt »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih« je potekal pod vodstvom Ministrstva za zdravje. Strokovno podporo in usmerjanje pri izvajanju projektnih aktivnosti v zdravstvenih domovih ter vsebinsko spremljanje projekta pa sta izvajala Ministrstvo za zdravje in Nacionalni inštitut za javno zdravje (27).

Od 1. 1. 2021 se nadgrajene preventivne obravnave v PZV izvajajo na vseh terenskih območjih in so financirane s strani ZZSZ (6). Po posodobljenem programu se izvajajo preventivne obravnave v PZV, kot je prikazano na Sliki 3 (22).



Slika 3: Posodobljen program izvajanja preventivnih obravnav v PZV.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (7) poudarja, da je za zagotavljanje dostopnosti do kakovostne obravnave za ranljive skupine prebivalstva in zmanjševanje neenakosti v zdravju ključen razvoj na področju patronažne dejavnosti. Neenakosti v zdravju in kompleksni problemi patronažnih obravnav na pacientovem domu in v skupnosti zahtevajo sistematičen razvoj, enotno koordinacijo

cijo in vodenje, poenotenje pristopov ter kontinuirano spremljanje in evalvacijo programa preventivnega PZV (25). Koordinacija programa bo lahko učinkovito naslavljalala probleme na sistemski ravni le, če bo jasno umeščena v pravilnik in/ali druge zavezujoče akte. Opredeljene morajo biti njene pristojnosti, odgovornosti in vloga v razmerju do drugih deležnikov. Zagotovljeno mora biti stabilno in zadostno financiranje ter ustrezna strokovna in administrativna podpora. Samo tako se bo zagotovila poenotena, kakovostna obravnava posameznikov in družin v vseh okoljih, kar bo prispevalo k zmanjšanju neenakosti do zdravja in v zdravju.

Slika 4 prikazuje prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti PZV, ki smo jih zbrali na podlagi kritične analize stanja.



Slika 4: Prednosti, slabosti, nevarnosti in priložnosti v patronažnem zdravstvenem varstvu.

ANALIZA KADROVSKIH RAZMER V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN VPLIV ŠIRITVE TIMOV

Sabina Arnault, dr. Martina Horvat

Nacionalni inštitut za javno zdravje vodi Evidenco gibanja zdravstvenih delavcev in mreže zdravstvenih zavodov v Sloveniji, kar omogoča načrtovanje in spremljanje mreže javne zdravstvene službe. Analiza zaposlenih v PZV temelji na podatkih, pridobljenih iz Centralne baze podatkov Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev z zdravstvu (RIZDDZ) (26). V letih 2023 in 2024 je bila narejena Analiza stanja kadra v PZV na podlagi podatkov iz RIZDDZ (8, 31).



<https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/11/Analiza-stanja-kadra-v-patronaznem-zdravstvenem-varstvu2023.pdf>



<https://nijz.si/wp-content/uploads/2025/07/Analiza-stanja-kadra-v-PZV-2024-4.8.2025.pdf>

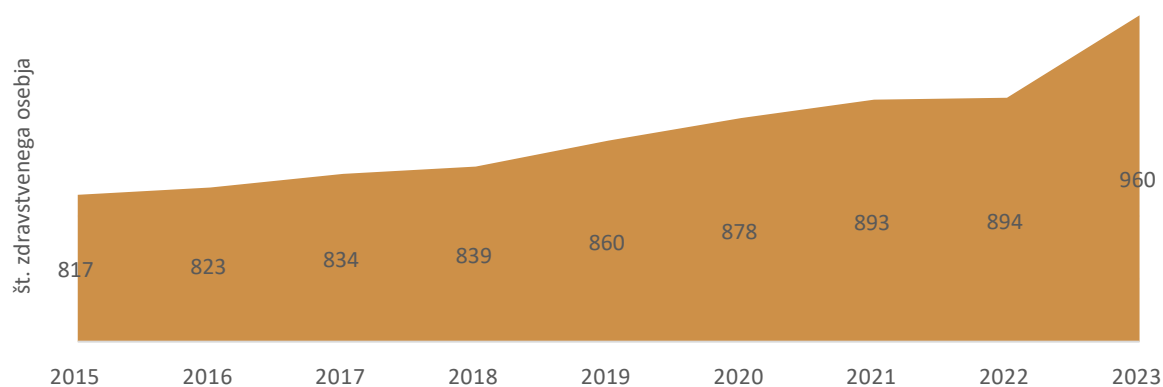
Vsebinska zdravstvene nege posameznika in njegove družine na domu postaja vse bolj zahtevna ter kompleksna, zato jo izvaja diplomirana medicinska sestra, izobražena v skladu z evropsko direktivo za regulirane poklice (2005/36/ES; 2013/55/EU) (32, 33). V priporočilih stroke (12, 33, 35) je opredeljeno, da se mora najprej doseči pokritost mreže z nosilko dejavnosti ter v nadaljevanju, hkrati s širitvijo programov in dogovorom z ZZS, zaposlovati še tehnike zdravstvene nege. Tehniki zdravstvene nege lahko izvajajo samo ponovne kurativne obravnave v skladu s kompetencami.

Čeprav je v izvajanje PZV glede na aktualne podatke RIZDDZ (8) vključenih 13 diplomiranih babic, je pomembno izpostaviti, da gre pri diplomiranih medicinskih sestrah in diplomiranih babicah za dva različna poklica, regulirana z evropsko direktivo za regulirane poklice

(2005/36/ES; 2013/55/EU)(32, 33). Nosilka dejavnosti PZV in terenskega območja je tako diplomirana medicinska sestra, ostali strokovnjaki, vključno z diplomiranimi babicami (36), pa se lahko v obravnavo posameznikov in družin vključujejo kot člani širšega tima.

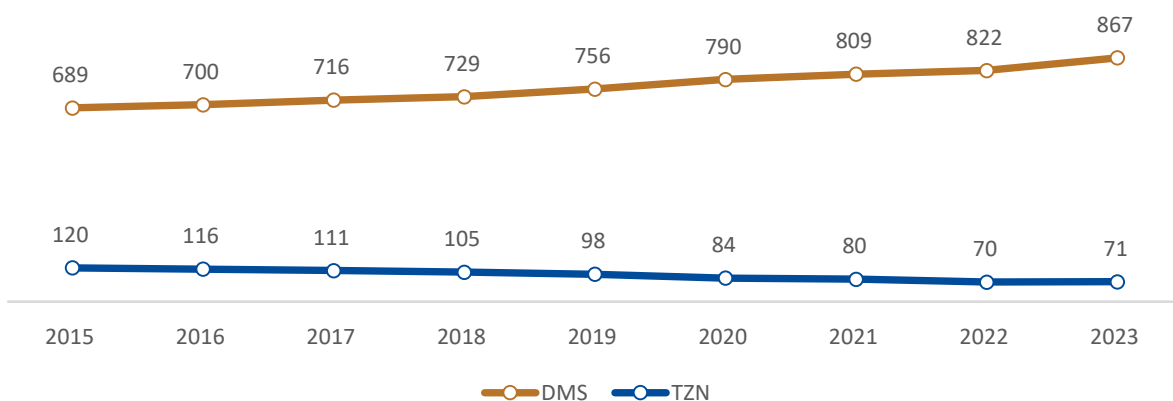
Na podlagi izračunov potreb po diplomiranih medicinskih sestrah v PZV bi poleg obstoječih 869 zaposlenih diplomiranih medicinskih sester potrebovali še približno 200, oziroma 19,2 % več kot sedaj. Predlagan normativ za tehnike zdravstvene nege v PZV je 0,2 tehnika zdravstvene nege na eno diplomirano medicinsko sestro, kar bi pomenilo, da bi glede na obstoječe število diplomiranih medicinskih sester v Sloveniji potrebovali 169 tehnikov zdravstvene nege, oziroma 51,5 % več kot sedaj. V letu 2024 je povprečna starost zaposlenih znašala 46,1 leta, največ zaposlenih je v starostni skupini od 45 do 49 let. Glede na starostno strukturo se v naslednjih 10–15 letih pričakuje upokojitev 39 % trenutno zaposlenih v tej panogi, kar odpira vprašanja zagotavljanja kadrovske vzdržnosti, zlasti ob upoštevanju dejstva, da je povprečna starost ob upokojitvi 63 let (8).

Zaradi daljšega časovnega obdobja bomo v nadaljevanju predstavitve, kot vir podatkov uporabili Zdravstveni statistični letopis (Obr. DZS 8,95)(14).



Slika 5: Prikaz gibanja zdravstvenega osebja v patronažnem zdravstvenem varstvu, Slovenija, 2015–2023 (Vir: Zdravstveno statistični letopis Slovenije).

Slika 5 prikazuje gibanje števila zdravstvenega osebja, DMS in TZN v PZV skupaj od leta 2015 do leta 2023. Na Sliki 6 pa je prikazano gibanje zdravstvenega osebja ločeno za DMS in TZN. Vseh 25 dodatnih timov v okviru projektov »Skupaj za zdravje in Krepitev zdravja za vse« je bilo namenjeno zdravstvenim domovom, vključenim v projekta. Zasebni izvajalci s koncesijo za izvajanje patronažne dejavnosti in zdravstveni domovi, ki so z izvajanjem nadgrajenih preventivnih obravnav v PZV pričeli šele s 1. 1. 2021, dodatnih timov niso prejeli. Enako velja za dodatnih 100 timov v okviru Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028.



Slika 6: Gibanje zdravstvenega osebja (DMS in TZN) v patронаžnem varstvu, Slovenija, 2015–2023 (Vir: Zdravstveno statistični letopis Slovenije).

Za dolgoročno zagotavljanje kakovostnega in dostopnega PZV je nujno sistemsko reševanje kadrovskih izzivov – zlasti s povečanjem števila diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, prilagajanjem mreže izvajalcev ter upoštevanjem raznolikost posameznih terenskih območij glede na gostoto poseljenosti, demografske trende in rastoče potrebe prebivalstva (37). Le na ta način bo mogoče ohraniti funkcionalnost in dostopnost PZV kot enega od stebrov primarnega zdravstvenega sistema v Sloveniji. **V zadnjih 10 letih se je zaradi izvajanja nadgrajenih preventivnih obravnav (6) in aktivnosti, opredeljenih v Nacionalnem programu duševnega zdravja Mira (9), v PZV dodalo 125 dodatnih timov. Zaradi povečanja števila prebivalcev ter povečane potrebe po kurativnih obravnavah, učinek na izvajanje preventivnih obravnav ni viden.**

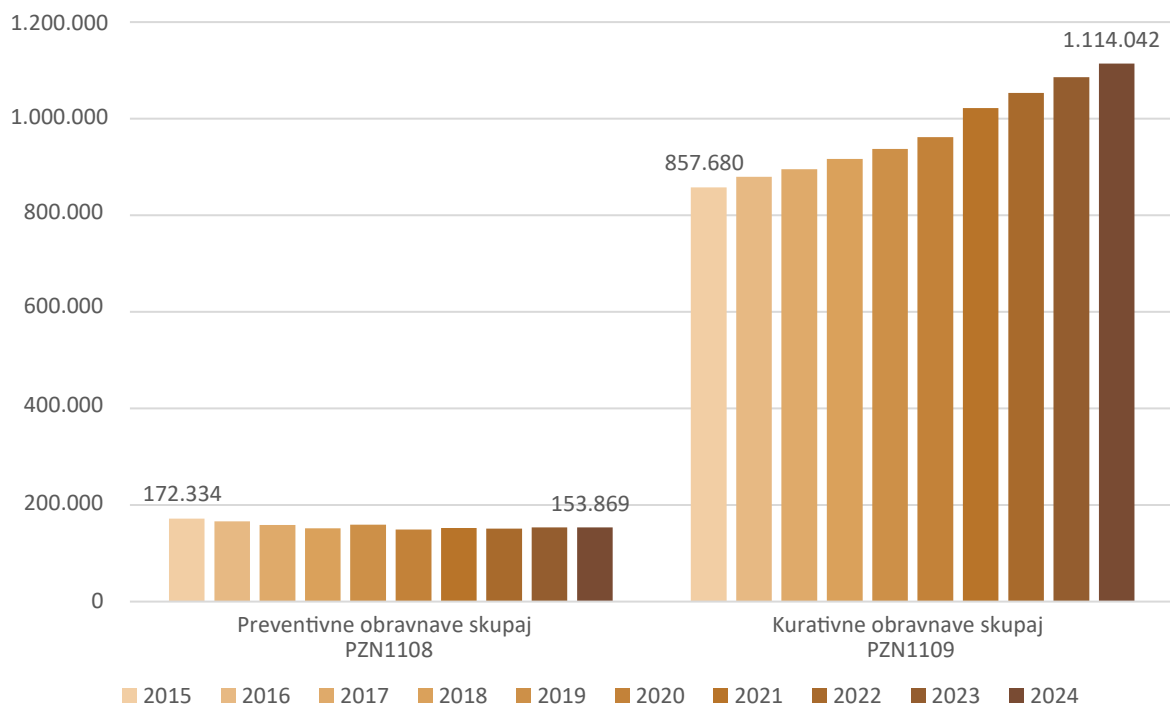


MED PREVENTIVO IN KURATIVO: PODATKI KOT OGLEDALO PATRONAŽNEGA VARSTVA

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

V PZV se preventivne in kurativne obravnave stalno prepletajo, vendar opravljajo zelo različne vloge. Preventiva zmanjšuje tveganja in dolgoročno ščiti zdravje, kurativa pa odgovarja na že nastale zdravstvene potrebe in akutne ali kronične težave uporabnikov. Razumevanje ravnotežja med obema področjema je ključno za načrtovanje kadrovskih in finančnih virov ter razvoja stroke.

Slika 7 prikazuje gibanje skupnega števila preventivnih in kurativnih obravnav v PZV v Sloveniji med letoma 2015 in 2024 po podatkih ZZZS. Število preventivnih obravnav se je v zadnjem desetletju zmeroma zmanjševalo. Leta 2015 je bilo opravljenih 172.334 preventivnih obravnav (17 % vseh obravnav), do leta 2024 pa se je njihovo število znižalo na 153.869 (12 %). V nasprotju s preventivo graf jasno kaže stalno in izrazito rast števila kurativnih obravnav. Leta 2015 je bilo opravljenih 857.680 kurativnih obravnav (83 %), leta 2024 pa kar 1.114.042 (88 %).



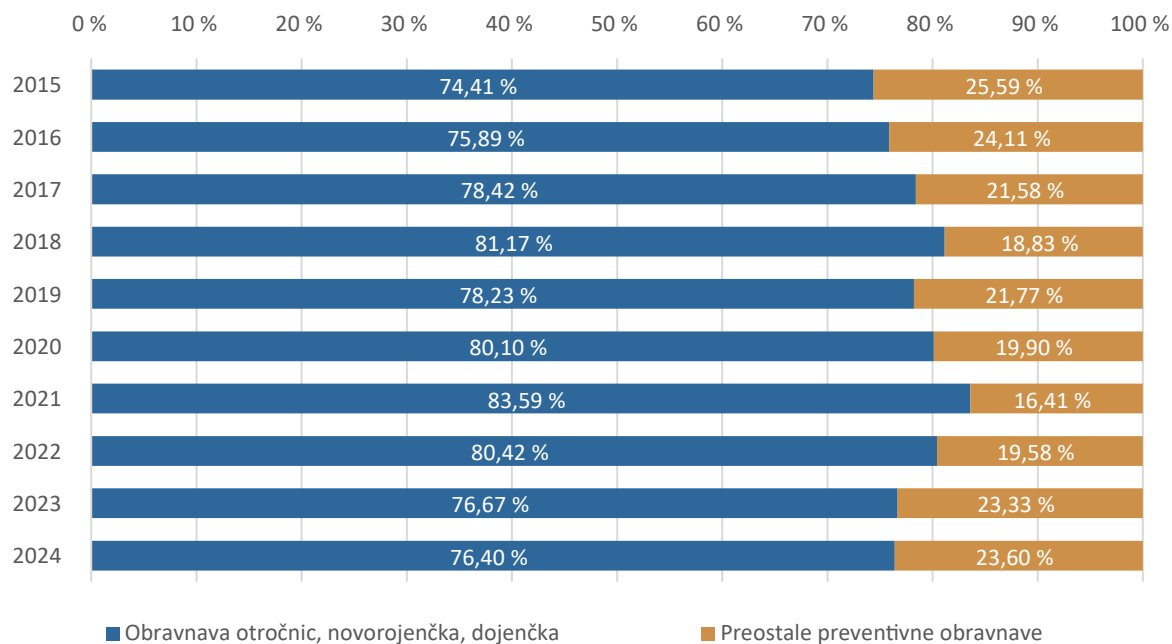
Slika 7: Preventivne in kurativne obravnave v patronažnem zdravstvenem varstvu, Slovenija, 2015–2024 (Vir: ZZZS).

Preventivne obravnave v patronažnem zdravstvenem varstvu

Izvajanje preventivnih obravnav v PZV se izvaja v skladu z Navodilom za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu (22) in pripadajočimi prilogami. Navodila in priloge so prosto dostopna na spletni strani NIJZ: <https://nijz.si/zdravstveno-varstvo/patronazno-varstvo/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obračunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu/>. **Med preventivne obravnave v PZV uvrščamo preventivno obravnavo nosečnice (PZN1101), daljšo (PZN1102) in krajšo (PZN1103) preventivno obravnavo otročnice, novorojenčka in dojenčka, preventivno obravnavo otroka v 2. in 3. letu starosti (PZN1104), daljšo (PZN1105) in krajšo (PZN1106) preventivno obravnavo pacienta s kroničnim obolenjem, daljšo (PZN1115) in krajšo (PZN1116) preventivno obravnavo na domu (integrirano presejanje za kronične nenalezljive bolezni), preventivno obravnavo starejše osebe (PZN1114), preventivno obravnavo oseb, zaradi sodelovanja v nacionalnih preventivnih programih Svit, Zora, Dora ter preventivni pregled v ambulantni družinske medicine (PZN1107), cepljenje na domu (PZN1119) ter krajši (PZN 5103) in daljši (PZN5104) preventivni posvet na daljavo (38). Izvedba posvetovalnic v lokalnem okolju in analiza terenskega območja sta prikazani v ločenih poglavjih.**

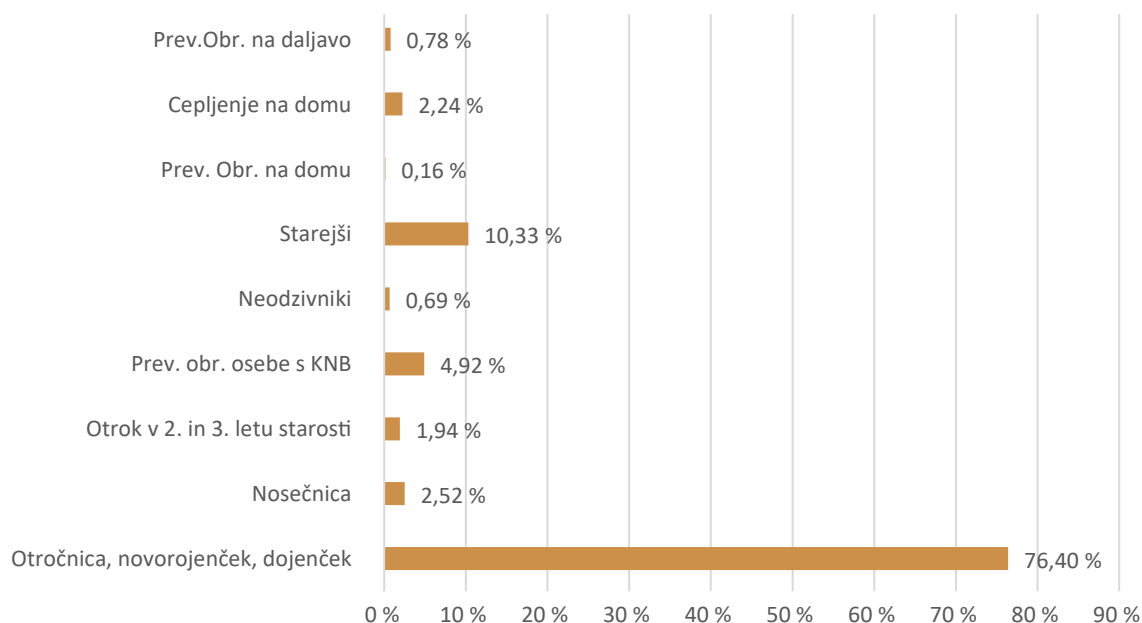
Slika 8 prikazuje delež preventivnih obravnav, vezanih na otročnice, novorojenčke in dojenčke v primerjavi z ostalimi preventivnimi obravnavami v obdobju 2015–2024 v Sloveniji. **V vseh analiziranih letih obravnave otročnic, novorojenčkov in dojenčkov predstavljajo med 74 % in 84 % vseh preventivnih obravnav, kar pomeni, da je patronažna preventiva izrazito usmerjena v zgodnje življenjsko obdobje in potrjuje tradicionalno dobro pokritost perinatalno preventivo na domu, ne odraža pa potreb ostale populacije.** Delež ostalih preventivnih obravnav se v celotnem obdobju giblje med 16 % in 26 %. Število rojstev je v Sloveniji med letoma 2015 in 2024 upadlo z 20.740 na 16.962 (11) kar se odraža tudi v upadu števila obravnav. Z upadom rojstev se obravnave niso smiselno preusmerile v druge ciljne skupine, temveč se je njihovo skupno število preprosto zmanjšalo. Takšen trend kaže na zmanjšano izkoriščenost obstoječih zmogljivosti in na pomanjkanje prilagoditev sistema demografskim spremembam.

Najvišji delež izvedenih preventivnih obravnav otročnice, novorojenčka in dojenčka je bil zabeležen leta 2021 (83,6 %), kar lahko pojasnimo z uvedbo sistemskega financiranja dodatnih storitev zaradi odkritih kriterijev ranljivosti ravno pri družini, otročnici, novorojenčku in dojenčku. Prav tako je bilo to še leto epidemije, ko se je na terenu v večini izvajalo le preventivne obravnave otročnice, novorojenčka in dojenčka.



Slika 8: Delež preventivnih obravnav otročnice, novorojenčka in dojenčka v primerjavi z ostalimi preventivnimi obravnavami, Slovenija, 2015–2024 (Vir: ZZZS).

V letu 2024 je 76,4 % preventivnih obravnav predstavljala (Slika 9) preventivna obravnava otročnice, novorojenčka in dojenčka (daljša in krajša), 10,3 % je predstavljala preventivna obravnava starejše osebe in 4,9 % daljšo in krajšo preventivno obravnavo pacienta s kroničnim obolenjem.



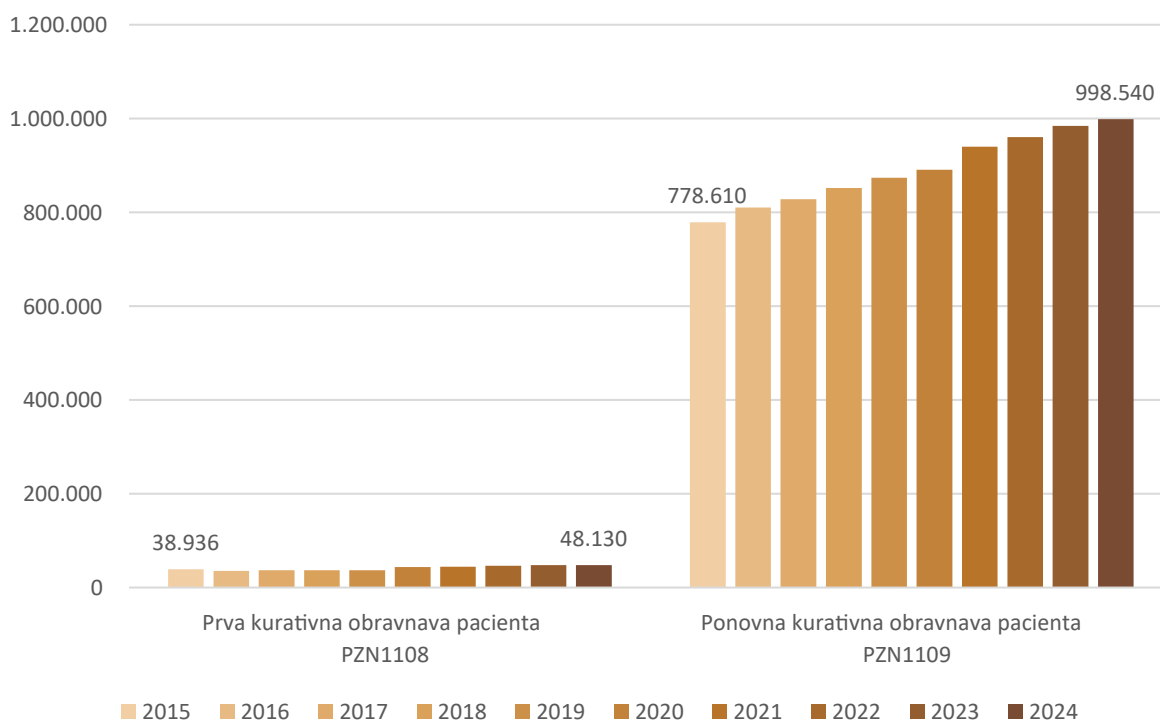
Slika 9: Delež preventivnih obravnav po vrsti, Slovenija, 2024 (Vir: ZZZS).

Čeprav podatki potrjujejo visoko pokritost preventivnih obravnav otročnice, novorojenčka in dojenčka, hkrati razkrivajo vrzel pri skupinah, ki jih demografski trendi postavljajo v vse bolj osrednjo vlogo. V času starajoče se populacije in naraščajočega bremena kroničnih bolezni postaja ključnega pomena, da se preventivni programi razširijo tja, kjer lahko dolgoročno najbolj razbremenijo zdravstveni sistem.

Kurativne obravnave v patronažnem zdravstvenem varstvu

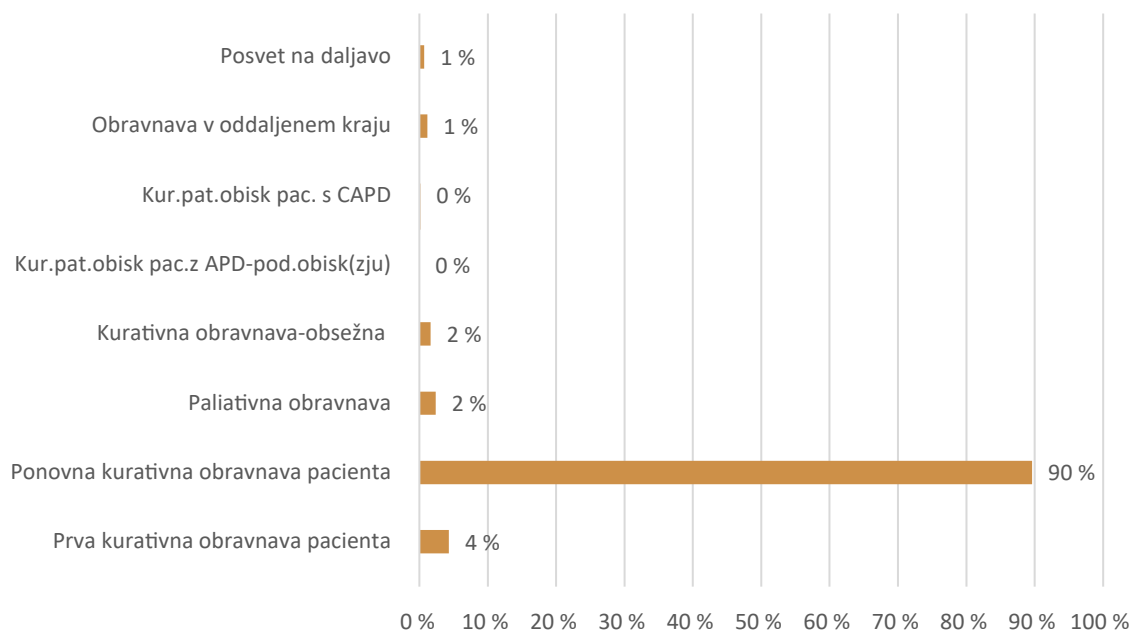
Za izvedbo kurativnih obravnav v PZV je potreben delovni nalog zdravnika. Pri obračunu zdravstvenih storitev morajo izvajalci zdravstvenih storitev uporabljati šifrant in povezovalne šifranke ZZZS, s čemer se zagotavlja enotno evidentiranje podatkov. Šifranti za obračun Zavodu (Šifrant) so priloga 1.a Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov (38). Storitve patronažne službe, ki se beležijo po osebi, so navedene v številki 15.23 in 15.23b Šifranta. Opredeljene so s šiframi PZN (storitve patronažne zdravstvene nege) in EPZN (evidenčne storitve PZN). V sklopu kurativnih obravnav lahko beležijo 21 različnih storitev. V nadaljevanju bodo prikazane najpogostejše izvedene kurativne obravnave v PZV v obdobju od leta 2015 do 2024.

V letih od 2015 do 2024 je naraščalo izvajanje prvih (PZN1108) in ponovnih (PZN1109) kurativnih obravnav pacienta v PZV. Prva in ponovna kurativna obravnava v letu 2024 predstavljata 95 % vseh kurativnih obravnav. Razmerje med prvo in ponovno kurativno obravnavo v letu 2024 je 1 : 20,6 (Slika 10).



Slika 10: Prva in ponovna kurativna obravnava v PZV, Slovenija, 2015–2024 (Vir: ZZZS).

V letu 2024 je ponovna kurativna obravnava pacienta (PZN1109) predstavljala kar 90 % vseh kurativnih obravnav, 4 % pa prva kurativna obravnava pacienta (PZN1108). Vse ostale kurativne obravnave predstavljajo manjši delež obravnav (Slika 11). PZN, ki niso bili poročani v letu 2024, niso prikazani.



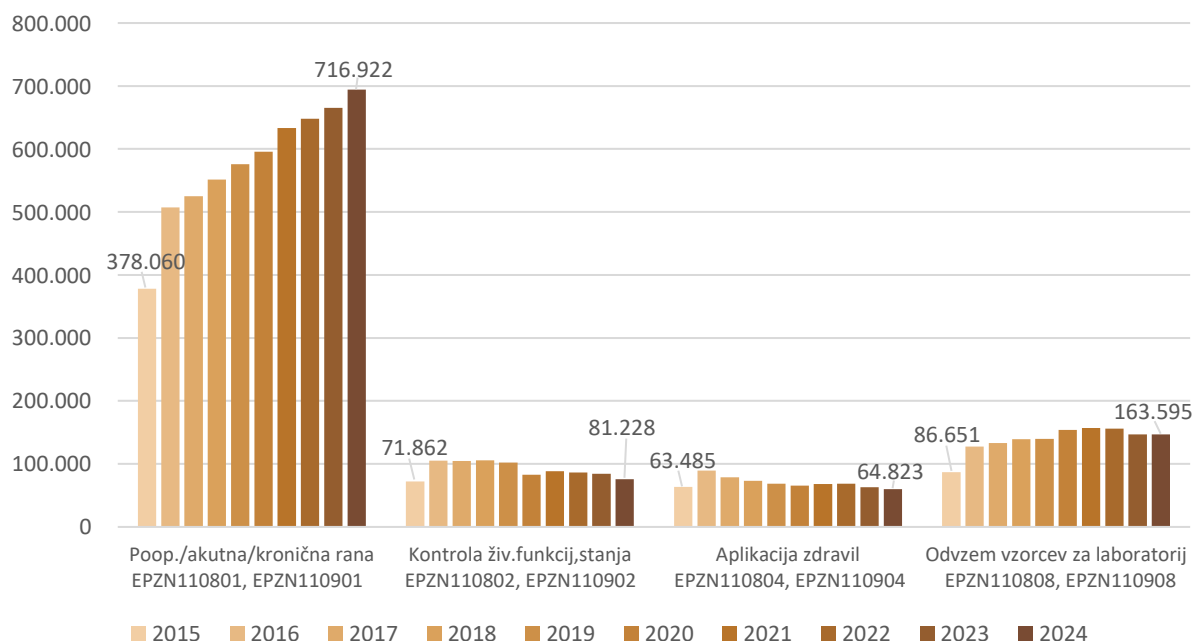
Slika 11: Delež različnih kurativnih obravnav v letu 2024 (Vir: ZZS).

V sklopu prvih in ponovnih kurativnih obravnav izvajalci PZV beležijo po šifrantu ZZZS številka 15.23b še evidenčne storitve (EPZN). Izbirajo med devetimi različnimi EPZN (Slika 12).

Prva kurativna obravnava pacienta PZN1108		Ponovna kurativna obravnava pacienta PZN1109	
EPZN110801	Obravnava pacienta s pooperativno, akutno ali kronično rano – prva kurativna obravnava	EPZN110901	Obravnava pacienta s pooperativno, akutno ali kronično rano – ponovna kurativna obravnava
EPZN110802	Obravnava pacienta zaradi kontrole življenjskih funkcij in zdravstvenega stanja – prva kurativna obravnava	EPZN110902	Obravnava pacienta zaradi kontrole življenjskih funkcij in zdravstvenega stanja – ponovna kurativna obravnava
EPZN110803	Obravnava pacienta s trajnim urinskim katetrom – prva kurativna obravnava	EPZN110903	Obravnava pacienta s trajnim urinskim katetrom – ponovna kurativna obravnava
EPZN110804	Obravnava pacienta zaradi aplikacije zdravil – prva kurativna obravnava	EPZN110904	Obravnava pacienta zaradi aplikacije zdravil – ponovna kurativna obravnava
EPZN110805	Obravnava pacienta zaradi aplikacije klizme – prva kurativna obravnava	EPZN110905	Obravnava pacienta zaradi aplikacije klizme – ponovna kurativna obravnava
EPZN110806	Obravnava pacienta s stomo – prva kurativna obravnava	EPZN110906	Obravnava pacienta s stomo – ponovna kurativna obravnava
EPZN110807	Obravnava pacienta z nasogastrično ali nasointestinalno sondo – prva kurativna obravnava	EPZN110907	Obravnava pacienta z nasogastrično ali nasointestinalno sondo – ponovna kurativna obravnava
EPZN110808	Obravnava pacienta zaradi odvzema, priprave in transporta vzorcev za laboratorijske preiskave – prva kurativna obravnava	EPZN110908	Obravnava pacienta zaradi odvzema, priprave in transporta vzorcev za laboratorijske preiskave – ponovna kurativna obravnava
EPZN110810	Obravnava pacienta zaradi ostalih kurativnih obravnav – prva kurativna obravnava	EPZN110910	Obravnava pacienta zaradi ostalih kurativnih obravnav – ponovna kurativna obravnava

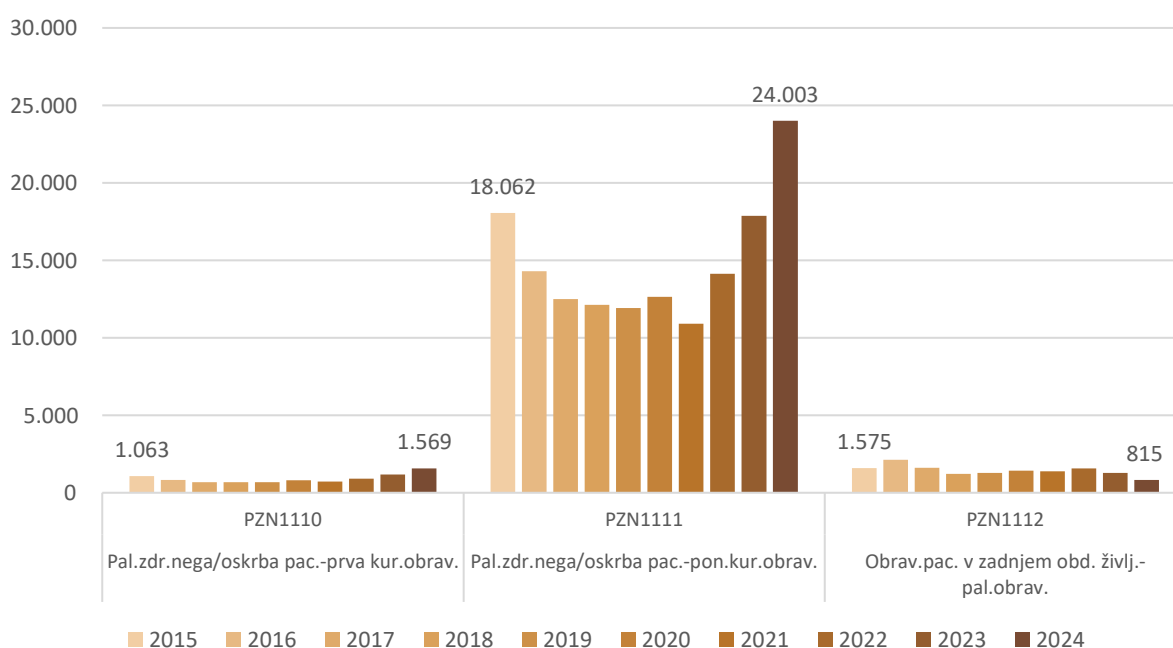
Slika 12: Šifrant ZZZS 15.23b – Evidenčne storitve v patronažni službi (EPZN) (Vir: ZZZS).

V nadaljevanju so prikazane štiri EPZN, ki so bile najpogostejše izvedene med leti 2015 in 2024 v sklopu prve ali ponovne kurativne obravnave pacienta. Najpogostejše izbrane EPZN v desetletnem opazovanem obdobju v sklopu prve in ponovne kurativne obravnave pacienta so bile Obravnava pacienta s pooperativno, akutno ali kronično rano (EPZN110801, EPZN110901), sledi Obravnava pacienta zaradi odvzema, priprave in transporta vzorcev za laboratorijske preiskave (EPZN110808, EPZN110908), Obravnava pacienta zaradi kontrole življenjskih funkcij in zdravstvenega stanja (EPZN110802, EPZN110902) ter Obravnava pacienta zaradi aplikacije zdravil (EPZN110804, EPZN110904). **V letu 2024 predstavlja Obravnava pacienta s pooperativno, akutno ali kronično rano kar 61 % vseh prvih in ponovnih kurativnih obravnav, medtem ko Obravnava pacienta zaradi odvzema, priprave in transporta vzorcev za laboratorijske preiskave predstavlja 14 % vseh prvih in ponovnih kurativnih obravnav (Slika 13).**



Slika 13: Realizacija izbora EPZN prve in ponovne kurativne obravnave pacienta, Slovenija, 2015–2024 (Vir: ZZS).

V sklopu kurativnih obravnav izvajalci PZV beležijo tudi paliativne obravnave. Po šifrantu ZZS številka 15.23 imajo na voljo tri storitve, in sicer Prva paliativna zdravstvena nega in oskrba pacienta (PZN1110), Ponovna paliativna zdravstvena nega in oskrba pacienta (PZN1111) in Obravnava pacienta v zadnjem obdobju življenja (PZN1112). Slika 14 prikazuje gibanje paliativnih obravnav v PZV od leta 2015 do 2024 po podatkih ZZS. **Izvedba prve in ponovne paliativne zdravstvene nege in oskrbe pacienta od leta 2021 naraščata, saj vpeljava mobilnih paliativnih timov izvajalcev PZV ni razbremenila.**



Slika 14: Realizacija paliativnih obravnav v PZV, Slovenija, 2015–2024 (Vir: ZZS).

Posvetovalnice v lokalnem okolju

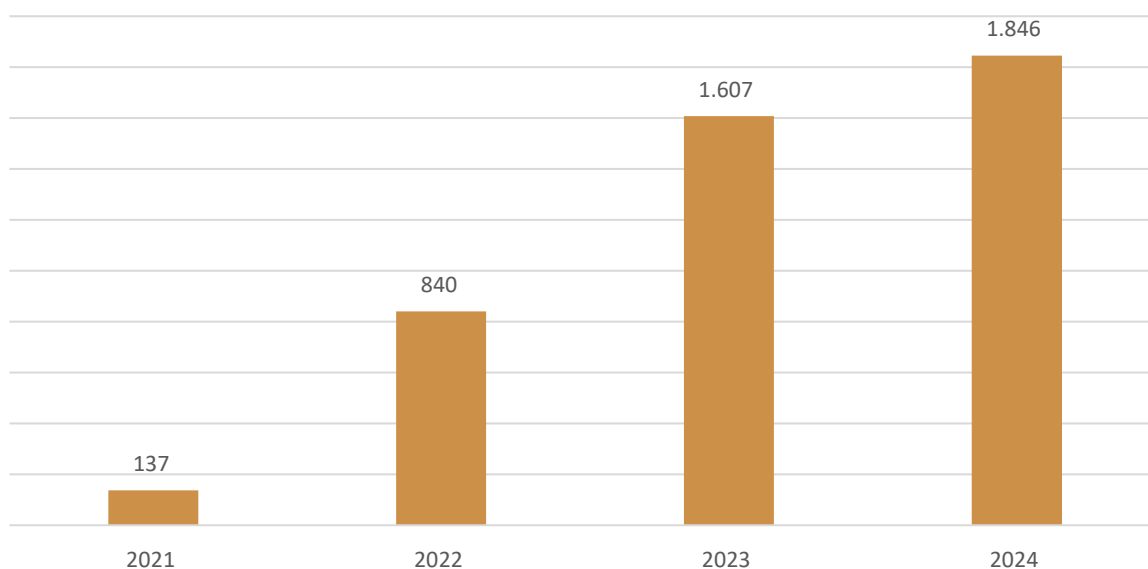
V številki 15.23c Šifranta so navedene storitve, ki se ne beležijo po osebi. To sta Obravnava v lokalni skupnosti, tako imenovana posvetovalnica v lokalni skupnosti (PZN117), in Analiza terenskega območja (PZN1118).

Obravnava v lokalni skupnosti – posvetovalnica pomeni preventivno obravnavo v lokalni skupnosti, ki jo medicinska sestra v patronažni dejavnosti izvaja na geografsko opredeljenem območju, kjer sicer izvaja PZV. Obravnava v lokalni skupnosti je opredeljena v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (21). Financiranje storitve je urejeno s strani ZZS od leta 2021 dalje. V okviru posvetovalnic medicinska sestra izvaja individualna svetovanja, pomaga pri ureditvi obveznega zdravstvenega zavarovanja, predstavlja in usmerja v centre za krepitev zdravja, izvaja meritve, krajša predavanja ter krajše delavnice in sodeluje pri različnih dogodkih v lokalni skupnosti (22). Medicinska sestra v PZV jo izvaja in evidentira največ enkrat tedensko oziroma največ štirikrat mesečno.

Število izvedenih posvetovalnic v lokalni skupnosti narašča v letih od leta 2021 do 2024 narašča (Slika 15). Vsaka izvajalka PZV bi lahko izvedla največ 48 posvetovalnic na leto na svojem terenskem območju. V letu 2024 je bila povprečna izvedba posvetovalnic 3,79 na eno izvajalko PZV, ki so izvajale posvetovalnice.

Če bi v letu 2024 vseh 869 DMS v PZV izvedlo največje število posvetovalnic, bi jih bilo izvedenih 41.712. V letu 2024 je realiziranih 4,4 % posvetovalnic v lokalni skupnosti.

Pri analizi podatkov smo ugotovili, da se je pri zasebnih izvajalkah s koncesijo izvajalo storitev posvetovalnic v lokalnem okolju manj, kar pojasnujemo s tem, da niso dobile dodatnih timov za izvajanje nadgrajenih preventivnih programov.



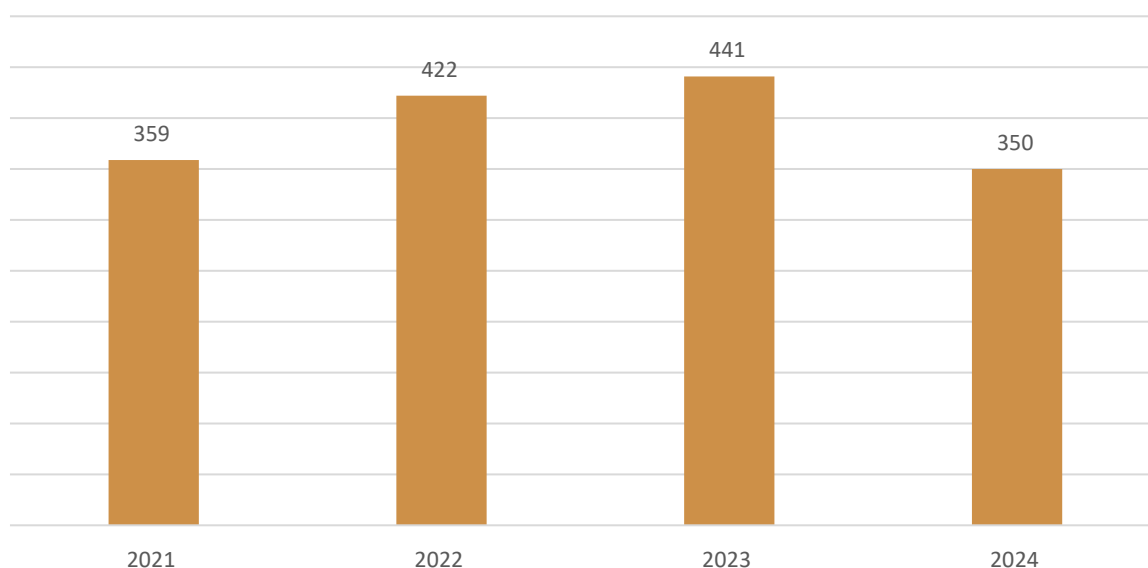
Slika 15: Število izvedenih posvetovalnic v lokalni skupnosti, Slovenija, 2021–2024 (Vir: ZZS).

Analiza terenskega območja

Analiza terenskega območja (ATO) je analiza opravljenega dela v predhodnem obdobju z ugotovitvami ter predlogi ukrepov za izboljšanje, načrta programiranega preventivnega zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje, ki ga mora za učinkovito izvajanje preventivnega dela pripraviti medicinska sestra v patronažni dejavnosti. Vsaka izvajalka v PZV jo izvede za svoje terensko območje, enkrat v koledarskem letu (22). Analiza terenskega območja je opredeljena v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (21). Financiranje storitve je urejeno s strani ZZZS od leta 2021 dalje.

Število izvedenih ATO je bilo najvišje v letu 2023 (Slika 16). V letu 2023 je ATO naredilo 52 % izvajalcev PZV, v letu 2024 pa 40 %. Če vzamemo za kriterij, da je vsaj ena izvajalka v posameznem zdravstvenem domu (ZD) pripravila ATO je 25 ZD (40 %) izvedlo ATO v vseh štirih letih od leta 2021 do 2024. 14 ZD (23 %) ni v nobenem letu od 2021 do 2024 pripravilo ATO.

Pri analizi podatkov smo ugotovili, da se je pri zasebnih izvajalkah s koncesijo izvajalo storitev ATO manj, kar pojasnjujemo s tem, da niso dobile dodatnih timov za izvajanje nadgrajenih preventivnih programov.



Slika 16: Število izvedenih ATO, Slovenija, 2021–2024 (Vir: ZZZS).

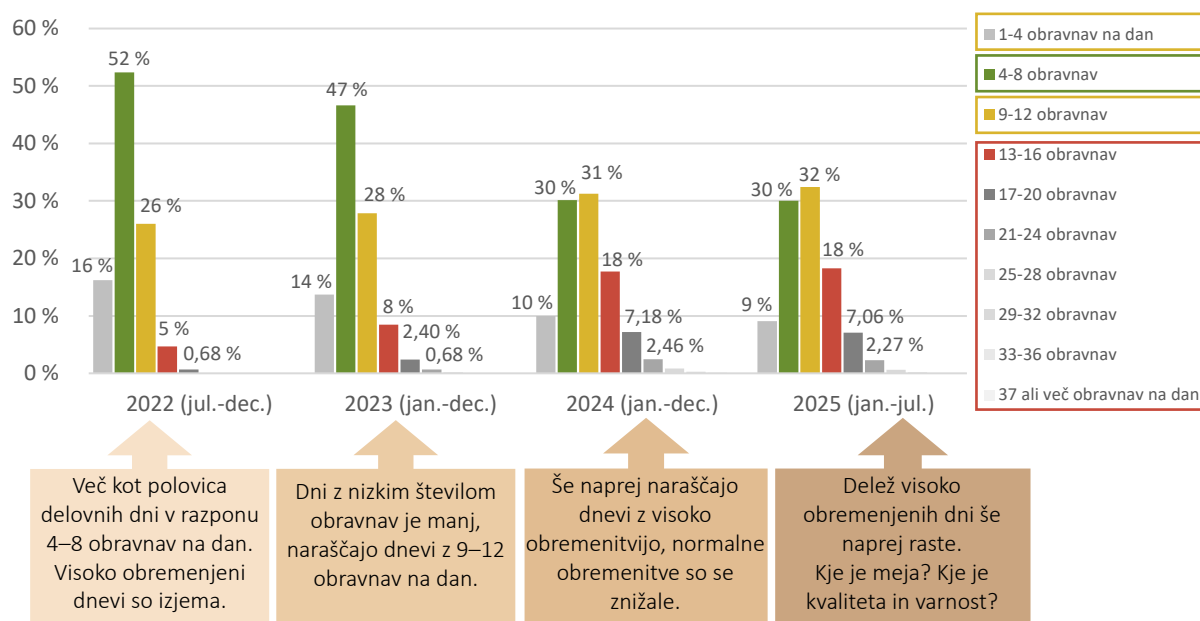


OBREMENITEV PATRONAŽNIH TIMOV V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

Janja Janc Jagrič, dr. Martina Horvat, dr. Pika Založnik, mag. Andreja Krajnc, Martina Vuk, Tomaž Burnik

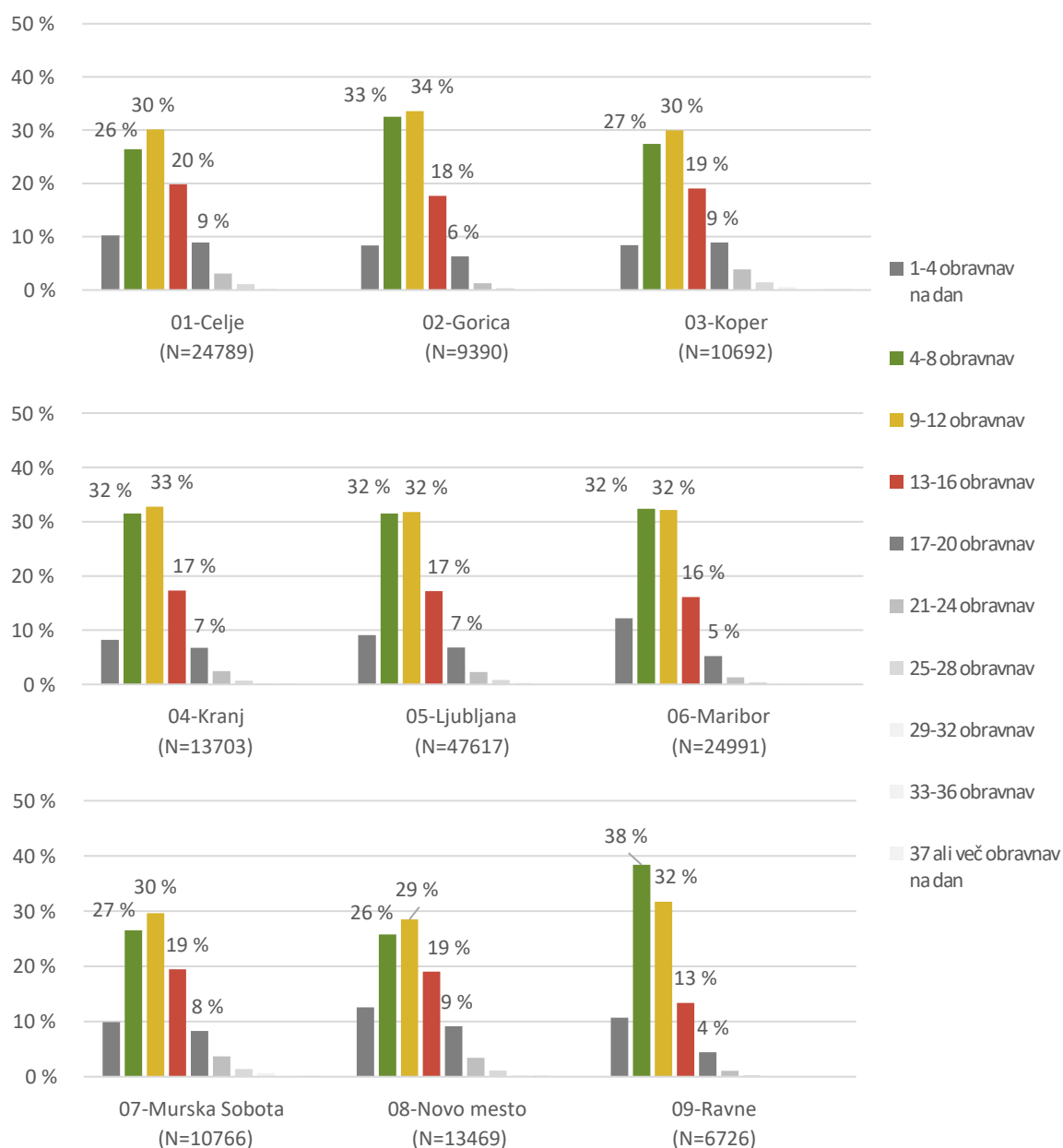
Program PZV predvideva 1.350 obravnav na posameznega izvajalca na letni ravni hkrati z doseganjem finančne vrednosti programa. Če letno obremenitev preračunamo na 220 delovnih dni, to pomeni, da mora en izvajalec v povprečju opraviti približno šest obravnav na delovni dan. V ta izračun niso vključena dežurstva ob sobotah, nedeljah in praznikih, ki dodatno povečujejo obremenitev izvajalcev PZV.

Podatki o številu izvedenih obravnav na posameznega izvajalca v PZV so javno dostopni na spletni strani ZZZS (10) (<https://partner.zzzs.si/zdravstvene-storitve/podatki-o-izvedenih-obravnavah-po-zdravstvenem-delavcu/patronazno-varstvo/>). V analizo so vključeni podatki drugega polletja leta 2022, celo leto 2023 in 2024 ter od januarja do julija leta 2025. Tekom analize podatkov smo na ZZZS preverili navedeno število obravnav v VZD 510 029 Patronažna služba. Prikaz na spletni strani ZZZS temelji na številu obravnav in ne storitev, saj lahko ena obravnava vključuje več storitev in je po vsebini najbližja obisku. Kot normalno obremenitev na enega izvajalca v PZV smo upoštevali 4–8 obravnav na delovni dan, 13 obravnav in več na posamezni delovni dan je že visoka obremenitev posameznega izvajalca v PZV. V drugem polletju leta 2022 je več kot polovica (52 %) delovnih dni v razponu 4–8 obravnav dnevno. **V letu 2023 in 2024 je začel delež normalno obremenjenih dni padati, naraščati začnejo dnevi z visoko obremenitvijo. V letu 2024 beležimo že 31 % delovnih dni, ko je 9–12 obravnav dnevno in 18 % delovnih dni, ko je obravnava v povprečju 13–16 na posamezni delovni dan na izvajalca v PZV. Trend naraščanja visoko obremenjenih delovnih dni ostaja tudi v prvih sedmih mesecih leta 2025 (Slika 17).**



Slika 17: Delež delovnih dni izvajalcev PZV glede na število obravnav, Slovenija, od julija 2022 do julija 2025 (Vir: ZZZS).

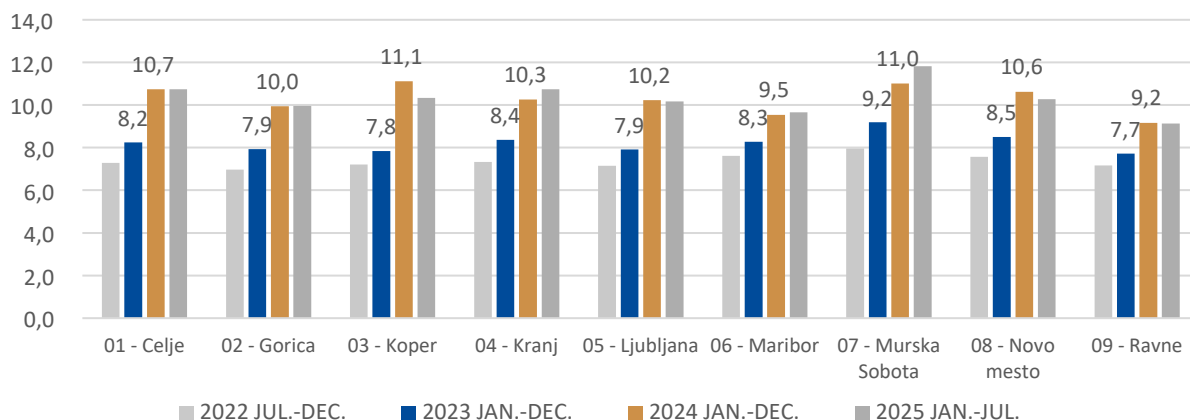
Slika 18 prikazuje obremenjenost izvajalcev PZV po zdravstvenih regijah v letu 2024. **Število obravnav na delovni dan se med regijami razlikuje.** Delež delovnih dni, ko imajo izvajalci PZV med 4 in 8 obravnav, je najnižji (26 %) v Zdravstvenih regijah Celje in Novo mesto, najvišji z 38 % pa v Zdravstveni regiji Ravne na Koroškem. Delež dni z 9–12 obravnavami na posameznega izvajalca se v vseh regijah giblje okrog 30 %. Visoka obremenitev izvajalcev v PZV s 13–16 obravnavami pa je najnižja (13 %) v Zdravstveni regiji Ravne na Koroškem in najvišja (20 %) v Zdravstveni regiji Celje. Pojavljajo se tudi dnevi z izjemno visokim številom obravnav (nad 20 obravnav dnevno), kar bi moralo sprožiti resno sistemsko vprašanje o organizaciji dela, kadrovskem načrtovanju in realnih pričakovanjih do zaposlenih. Čeprav predstavljajo manjši odstotek, so takšni dnevi za delavke fizično in psihično tvegani, za paciente pa lahko pomenijo nižjo kakovost obravnav.



Slika 18: Delež delovnih dni izvajalcev PZV glede na število obravnav, po zdravstvenih regijah, 2024 (Vir: ZZS)

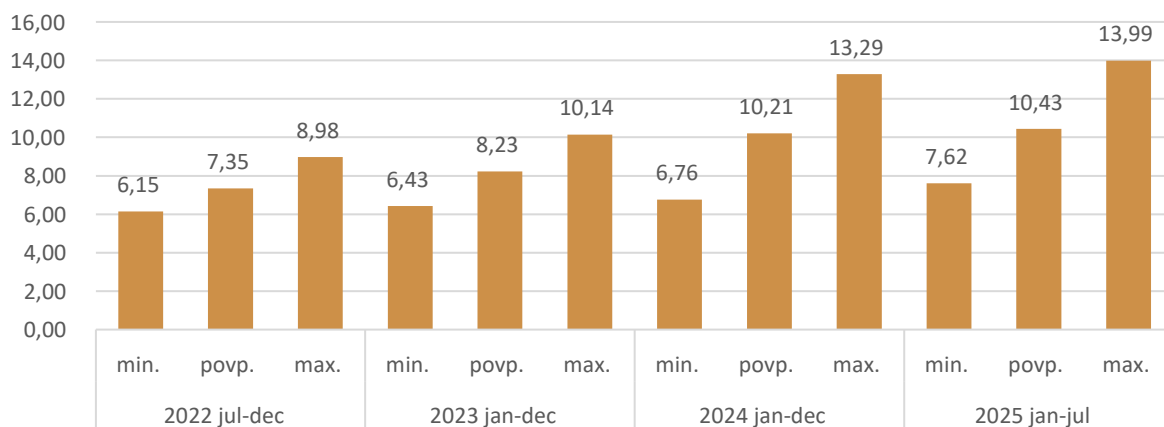
Grafi na Sliki 18 kažejo, da se delovna obremenitev delavk v večini regij v letu 2024 vrtili okoli srednjih obremenitev (4–12 obravnjav). Kljub temu ni zanemarljiv delež dni z visoko obremenitvijo (13+ obravnjav), kar je pomembno za kadrovsko načrtovanje, organizacijo dela in oceno tveganja za preobremenjenost.

Obremenitve v PZV rastejo v vseh regijah (Slika 19). Povprečje storitev na delovni dan je najnižje v regiji Ravne, kjer znaša v letu 2024 v povprečju 9,2 obravnave in najvišje v regiji Koper, kjer znaša 11,1 obravnave na enega izvajalca v PZV.



Slika 19: Povprečje storitev na delovni dan, po zdravstvenih regijah, od julija 2022 do julija 2025 (Vir: ZZZS).

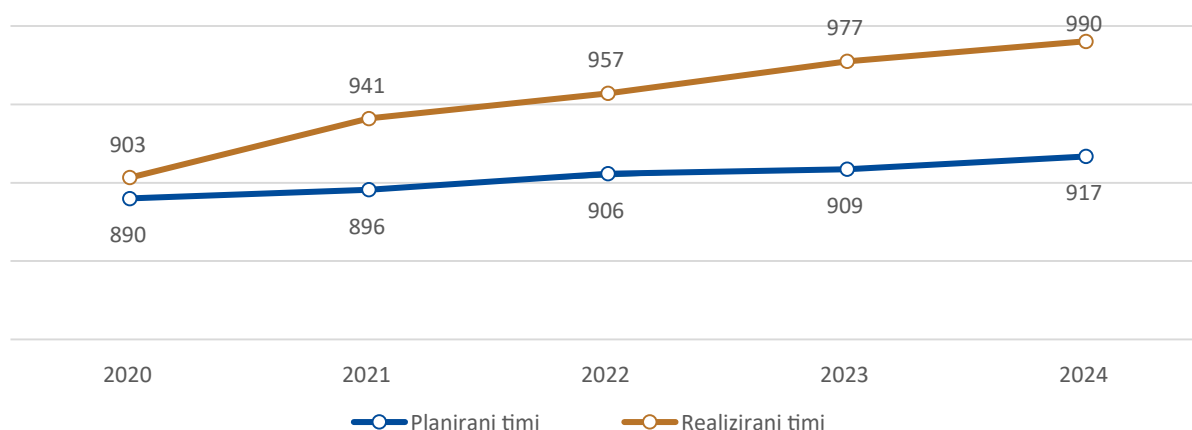
Povprečno število storitev na zdravstvenega izvajalca je v letu 2022 znašalo 7,35 obravnave, v letu 2025 pa 10,43 obravnave (Slika 20). Vendar rast povprečnega števila obravnjav ni enakomerna – razlike med zdravstvenimi izvajalci se povečujejo.



Slika 20: Povprečno število storitev na delovni dan na ravni zdravstvenega izvajalca, od julija 2022 do julija 2025 (Vir: ZZZS).

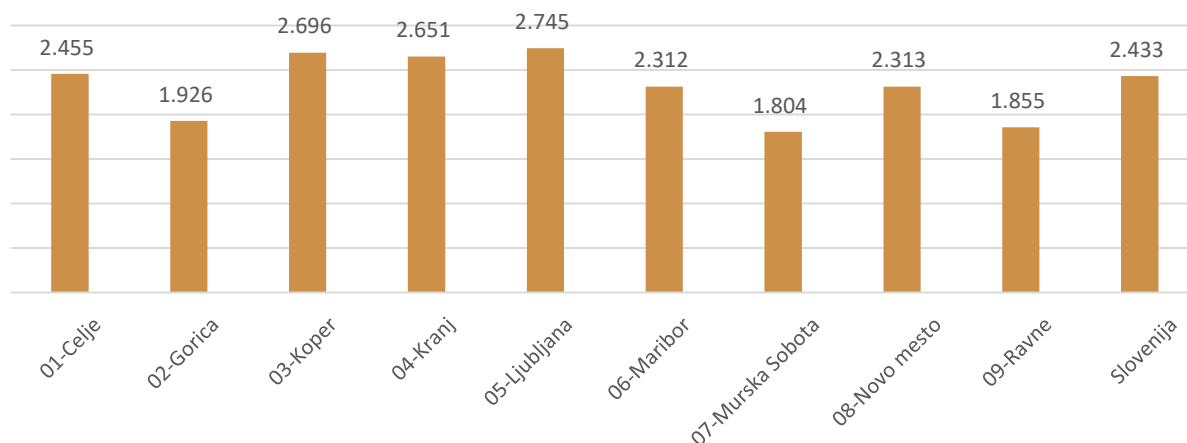
V letu 2022 je bila razlika med zdravstvenimi izvajalci z najnižjim povprečnim številom dnevni obravnjav in najvišjim povprečnim številom 2,8 obravnave. V letu 2024 se razlika zviša na več kot 6 obravnjav – povprečna dnevna obremenitev v enem od zdravstvenih domov je bila 6,76 obravnave na dan, na drugem skrajnem koncu pa je zdravstveni dom s povprečno 13,29 obravnave na dan.

Aktualno število timov je preseglo dogovorjeni program z ZZZS za 70 dodatnih timov. Indeks realizacije preseženega programa iz leta v leto narašča. Slika 21 prikazuje razliko med planiranimi in realiziranimi timi v PZV od leta 2020 do leta 2024. Indeks realizacije presežka programa iz leta v leto narašča, najvišji je v letu 2024. Število planiranih timov ne sledi številu realiziranih timov v PZV. Realiziran program v letu 2024 je za 70 DMS višji, kot je planirano število timov.



Slika 21: Razlika med planiranimi in realiziranimi timi v PZV, 2020–2024 (Vir: ZZZS).

Trenutno kadrovski normativ na eno medicinsko sestro v PZV je 2.200 prebivalcev (12). Slika 22 prikazuje razmerje med številom prebivalcev in eno medicinsko sestro v PZV ter s tem ponazarja razlike med obremenitvami med posameznimi regijami. V letu 2024 so bile izrazite regijske razlike v obremenitvi medicinskih sester v PZV. **Povprečje za Slovenijo znaša 2.433 prebivalcev na eno medicinsko sestro v PZV, pri čemer posamezne regije to vrednost bistveno presegajo ali pa so pod njo.** Razlike med regijami kažejo na potrebo po bolj prilagodljivem in demografsko utemeljenem načrtovanju kadrov, ki bo upoštevalo ne le število prebivalcev, temveč tudi njihovo starostno strukturo, zdravstveno stanje in geografske značilnosti. K temu bi pripomogla tudi okrepitev upravljanja PZV na nacionalni in regijski ravni.



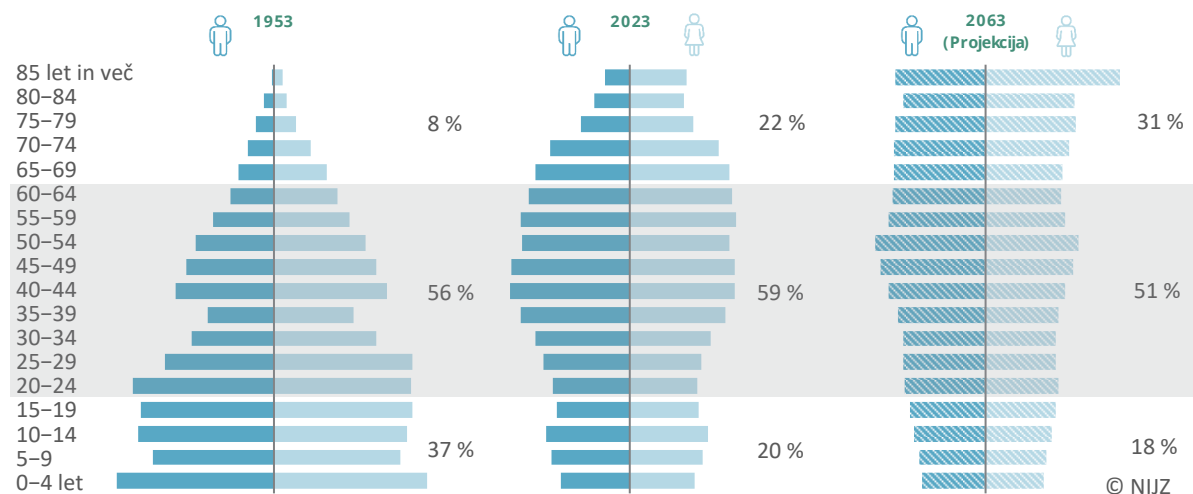
Slika 22: Število prebivalcev na eno DMS v PZV v letu 2024, po zdravstvenih regijah v Sloveniji (Vir: SiStat, RIZDDZ).

DEMOGRAFSKI IN SISTEMSKI VPLIVI NA RAZVOJ PATRONAŽNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Petra Nadrag, dr. Martina Horvat, Janja Janc Jagrič

Demografske in družbene spremembe v zadnjih letih pomembno oblikujejo delo medicinskih sester v PZV. Povečuje se delež starejših pacientov s številnimi pridruženimi bolezenskimi stanji, kar neposredno vpliva na večjo zahtevnost in dolgotrajnost obravnav na domu. V zadnjem desetletju je opazen tudi porast ponovnih kurativnih obiskov, kar odraža večjo potrebo po kontinuirani obravnavi kronično bolnih in multimorbidnih pacientov. Posledično narašča tako število izdanih delovnih nalogov kot tudi kompleksnost patronažnih obravnav, kar dodatno obremenjuje patronažne time. Na intenzivnost dela vplivajo tudi spremembe na vseh ravneh zdravstvenega varstva, predvsem izrazito krajšanje bolnišničnih ležalnih dob, zaradi katerih se prehod pacientov v domače okolje zgodi hitreje in v klinično zahtevnejši fazi.

Analiza demografske strukture prebivalstva v treh časovnih presekih (povojno obdobje, sedanost in projekcija za leto 2063) jasno kaže pospešeno staranje populacije, kar se odraža v naraščanju deleža starejših odraslih in hkratnem zmanjševanju deleža mlajših starostnih skupin. V letu 2023 je prebivalstvo, starejše od 65 let, predstavljalo že več kot eno petino vseh prebivalcev, projekcije za leto 2063 pa napovedujejo nadaljnjo rast te skupine (Slika 23).

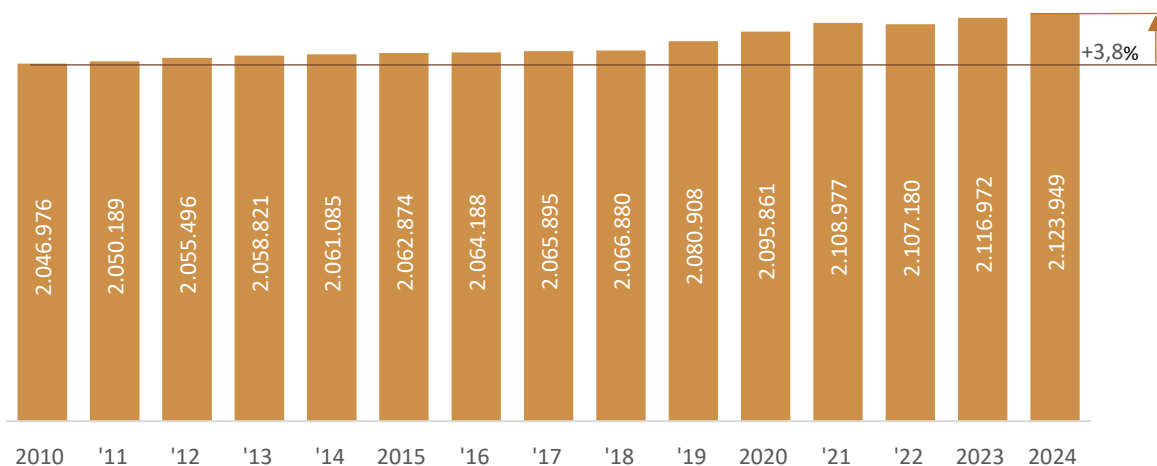


Viri: SURS, <https://pxweb.stat.si/SiStat/sl>, 19. 7. 2024.

Slika 23: Primerjava prebivalstvenih piramid Slovenije za leti 1953 in 2023 ter projekcija za leto 2063 (Vir: Zdravstveno statistični letopis).

Staranje prebivalstva ustvarja dodaten pritisk na izvajalce PZV, saj narašča število kroničnih in multimorbidnih pacientov, ki potrebujejo pogostejše, bolj intenzivne in strokovno zahtevnejše obravnave na domu.

Na delo medicinskih sester v PZV ne vpliva zgolj starostna struktura, temveč tudi spremembe v celotnem številu prebivalcev. Med letoma 2010 in 2024 se je prebivalstvo Slovenije povečalo za 76.973 oseb (+3,8 %) (Slika 24), kar pomeni povprečno letno rast 0,27 % (11). Po demografskih projekcijah se bo rast prebivalstva nadaljevala predvsem zaradi priseljevanja, ne pa zaradi naravnega prirasta.

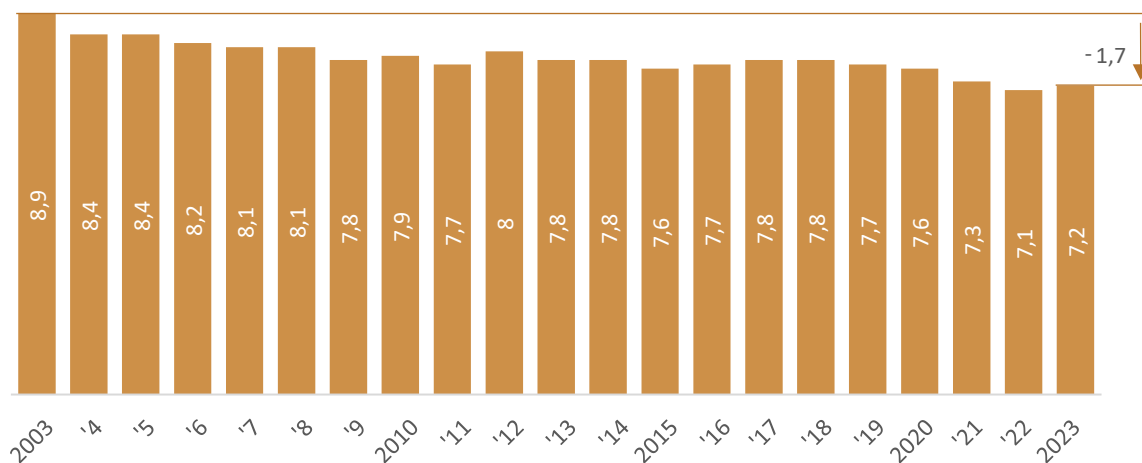


Slika 24: Število prebivalcev Slovenije, 2010–2024 (Vir: SURS, januar 2025).

Ob upoštevanju kadrovskega normativa 2.200 prebivalcev na eno diplomirano medicinsko sestro (12) bi moral sistem v obdobju zadnjih 15 let zagotoviti 34,98 dodatnih patronažnih timov. Če pa upoštevamo samo zadnje desetletje, ko se je število prebivalcev povečalo za 61.075 oseb, bi za ohranitev kadrovskega normativa potrebovali še 27,76 novih timov.

Ob demografskih dejavnikih imajo pomemben vpliv tudi sistemske spremembe v zdravstvenem varstvu, zlasti izrazito skrajševanje ležalnih dob v porodnišnicah in bolnišnicah.

Podobno analize podatkov o bolnišničnih obravnavah (SBO NIJZ) (13) kažejo, da se je povprečna ležalna doba pri hospitalizacijah zaradi bolezni v obdobju 2003–2023 skrajšala za 19 % oziroma 1,7 dneva (Slika 25).



Slika 25: Povprečno trajanje hospitalizacije zaradi bolezni, v dnevih, Slovenija, 2003–2023 (Vir: Bolnišnične obravnave, NIJZ).

Tako kot skrajševanje ležalnih dob ob porodu tudi krajša bolnišnična obravnava (hospitalizacija) pomeni hitrejši prehod pacientov v domače okolje, kar povečuje potrebo po zgodnji, intenzivni in strokovno zahtevnejši patronažni obravnavi. Takšen premik bremena iz bolnišnic na primarno raven dodatno obremenjuje patronažne time, ki prevzemajo večji delež klinično kompleksnih primerov ter skrbijo za varno nadaljevanje zdravljenja na domu.

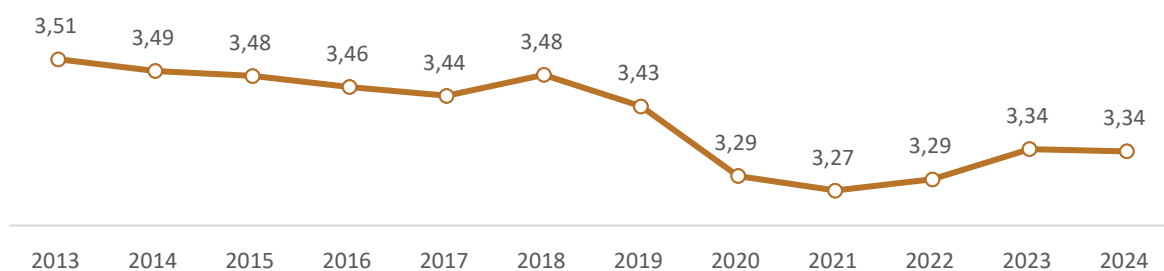
V nadaljevanju je predstavljena primerjava med številom prvih kurativnih obiskov in pov-

prečne ležalne dobe za najpogostejše skupine bolezni po poglavjih Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10) v PZV za bolezni kože in podkožja, bolezni mišično-skeletnega sistema in veziva, diabetesa, bolezni obtočil in neoplazme, ki potrjuje vzorec obdobjnega skrajševanja ležalnih dob ob hkratnih spremembah števila prvih obravnav v PZV.

Ležalna doba ob porodu

Analiza podatkov perinatalnega informacijskega sistema (PERIS NIJZ)(13) je pokazala, da se povprečna ležalna doba ob porodu v zadnjem desetletju postopno skrajšuje.

V obdobju 12 let, od leta 2013 naprej, se je skrajšala za približno 5 % oz. za 0,17 dneva (Slika 26).



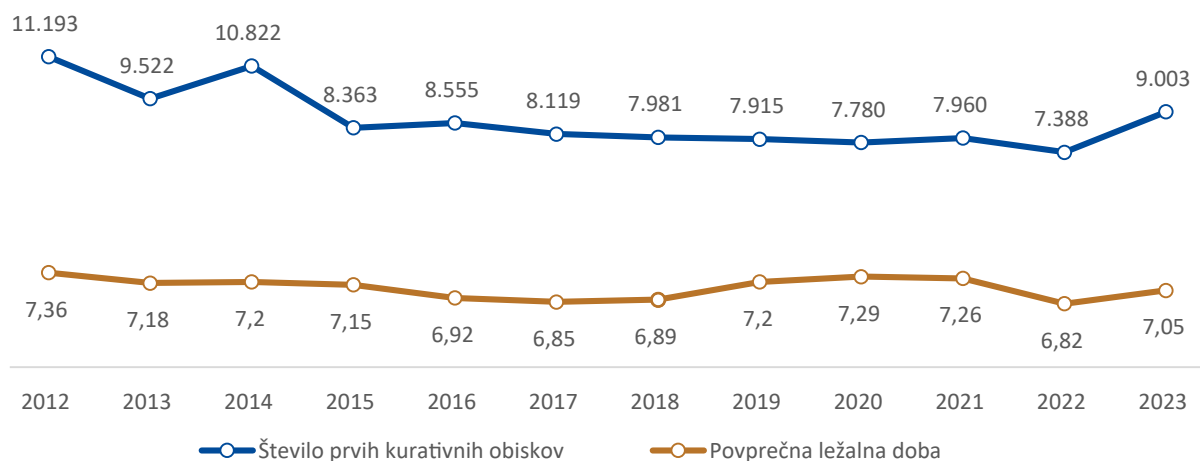
Slika 26. Povprečna ležalna doba ob porodu v dnevih, 2013–2024, Slovenija (Vir: Perinatalni informacijski sistem, NIJZ).

Krajšanje ležalnih dob ob porodu pomeni hitrejši prehod matere in novorojenčka v domače okolje kar posledično povečuje obseg zgodnjih poporodnih obiskov medicinskih sester v PZV, ki morajo v krajšem času opraviti bolj intenzivno in celostno obravnavo.

Bolezni kože in podkožja (MKB L00–L99)

V obdobju 2012–2022 se je število prvih kurativnih obiskov zaradi bolezni kože in podkožja postopno zmanjševalo (Slika 27). Z začetnih 11.193 obiskov leta 2012 je število do leta 2022 padlo na 7.388, kar pomeni približno 34-odstotni padec. Največji upad je viden v prvih štirih letih, ko je obseg patronažnih obravnav upadel za tretjino, nato pa se trend umiri in stabilizira med 7.500 in 8.000 letno. Izjema je leto 2014, kjer je število prvih obiskov glede na preteklo leto naraslo za 13 %.

Povprečna ležalna doba se je v tem obdobju skrajševala precej manj izrazito. S 7,36 dneva leta 2012 se je do leta 2022 skrajšala na 6,82 dneva, kar predstavlja približno 7-odstotno skrajšanje. Kljub manjšim letnim nihanjem ostaja trajanje hospitalizacij v tej skupini dolgo stabilno, brez izrazitejšega padanja, ki ga opažamo pri nekaterih drugih skupinah bolezni.

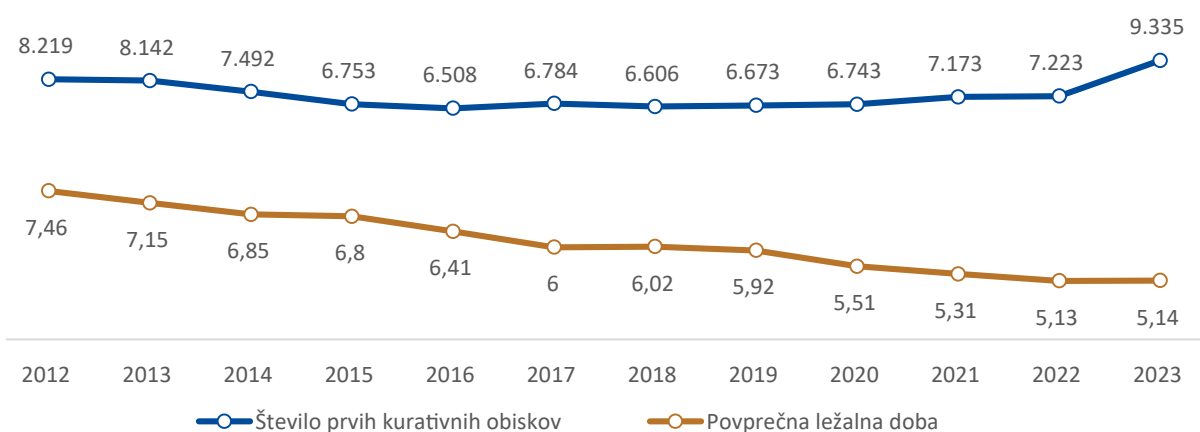


Slika 27: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri boleznih kože in podkožja, 2021–2023, Slovenija (Vir: Bolnišnične obravnave; Statistično poročilo o delu patronažnega varstva, Obr. 8,95; SZBO_PATR, NIJZ).

Kombinacija opaznega upada števila prvih patronažnih obiskov ter relativno stabilne ležalne dobe nakazuje, da se razbremenitev patronažne službe v tej skupini dogaja predvsem zaradi manjšega obsega potreb po patronažni obravnavi, ne pa zaradi bistveno krajšega bolnišničnega zdravljenja. Podatki lahko odražajo učinkovitejše ambulantno zdravljenje, širšo dostopnost dermatoloških storitev in spremembe v napotitvenih praksah.

Bolezni mišično-skeletnega sistema in veziva (MKB M00–M99)

Število prvih kurativnih obiskov zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema in veziva se je v obdobju 2012–2022 postopno zmanjševalo. Z začetnih 8.219 obiskov leta 2012 se je obseg obravnav do leta 2016 zmanjšal za približno 20 %, nato pa se je trend stabiliziral pri vrednostih med 6.500 in 7.200 letno in je v letu 2022 znašal 12 %. **Povprečna ležalna doba hospitalizacij se je skozi celotno obdobje izrazito krajšala. S 7,46 dneva leta 2012 se je skrajšala na 5,13 dneva leta 2022, kar pomeni približno 31-odstotni skrajšanje (Slika 28). Gre za enega najizrazitejših trendov krajšanja hospitalizacij med vsemi obravnavanimi skupinami.**

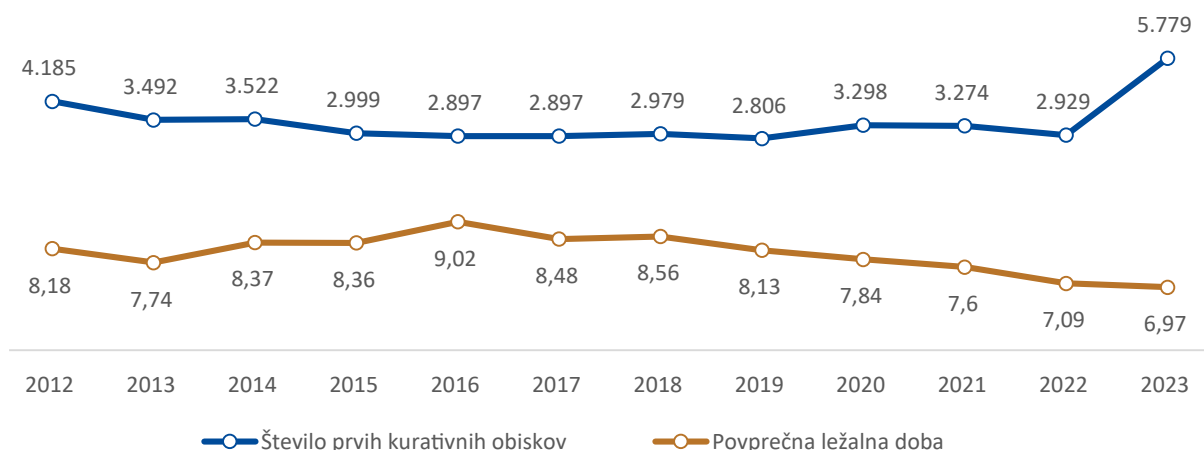


Slika 28: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri boleznih mišično-skeletnega sistema in veziva, 2021–2023, Slovenija (Vir: Bolnišnične obravnave; Statistično poročilo o delu patronažnega varstva, Obr. 8,95; SZBO_PATR, NIJZ).

Stabilno in enosmerno zniževanje trajanja ležalne dobe nakazuje bolj učinkovite terapijske postopke, okrepljeno ambulantno obravnavo ter hitrejše premeščanje rehabilitacije v domače okolje. Kombinacija manjšega števila patronažnih obiskov in pospešenega krajšanja bolnišničnih hospitalizacij kaže, da se pri tej skupini bolnikov razbremenitev patronažnih ekip odvija predvsem prek izboljšav v klinični obravnavi in hitrejšem okrevanju. Kljub temu ostaja skupina pomembna zaradi naraščajočega deleža starejših oseb, kar lahko v prihodnjih letih ponovno okrepi potrebe po patronažnih intervencijah.

Diabetes (MKB E10–E14)

V obdobju 2012–2022 se je število prvih kurativnih obiskov zaradi sladkorne bolezni zmanjšalo s 4.185 na 2.929, kar predstavlja približno 30-odstotni upad. Spremembe med posameznimi leti sicer kažejo določena nihanja, vendar je skupni trend izrazito padajoč. **Sočasno se je povprečna ležalna doba pri hospitalizacijah zaradi sladkorne bolezni skrajšala z 8,18 na 7,09 dneva, kar pomeni okoli 13-odstotno skrajšanje (Slika 29). V večini let je prisotno postopno, relativno stabilno krajšanje bolnišničnega zdravljenja, z izjemo rahlega porasta v letu 2016.**



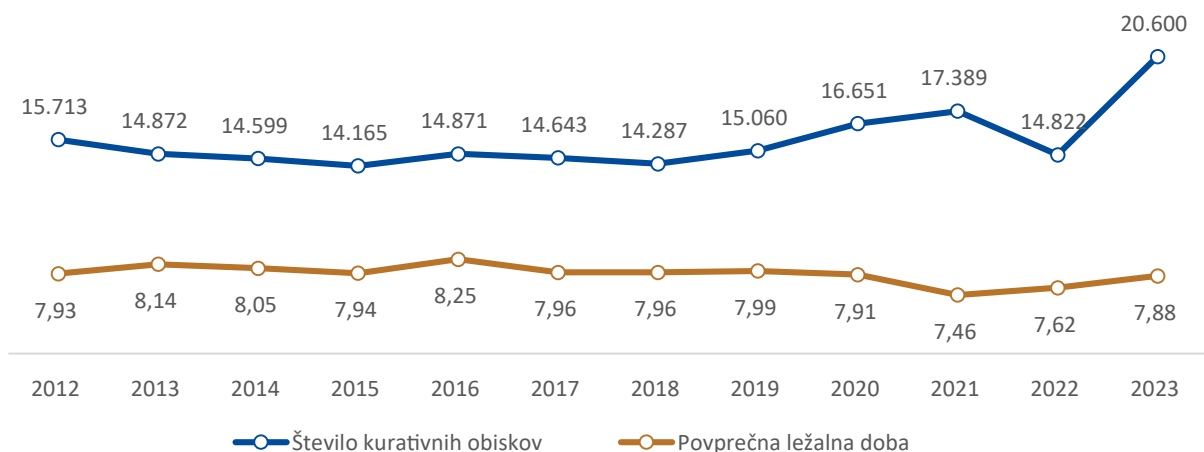
Slika 29: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri diabetesu, 2012–2023, Slovenija (Vir: Bolnišnične obravnave; Statistično poročilo o delu patronažnega varstva, Obr. 8,95; SZBO_PATR, NIJZ).

Takšna dinamika – manj prvih kurativnih obiskov na terenu, hkrati pa krajše bolnišnično zdravljenje – kaže, da patronažne medicinske sestre v obravnavo pogosteje prevzemajo paciente v zgodnejši, klinično zahtevnejši fazi po odpustu. Krajše ležalne dobe v kombinaciji z visoko prevalenco sladkorne bolezni tako povečujejo kompleksnost patronažne oskrbe, čeprav absolutno število prvih obiskov nekoliko upada.

Bolezni obtočil (MKB I00–I99)

V obdobju 2012–2022 se je število prvih kurativnih obiskov zaradi bolezni obtočil večji del desetletja gibalo med 14.000 in 15.000 letno, kar kaže na stabilno potrebo po patronažni obravnavi. Izstopa pa obdobje po letu 2019, ko se je obseg obiskov povečal in v letih 2020–2021 presegel 16.000 primerov, kar pomeni približno 15-odstotni porast glede na predhodna leta. Leta 2022 se vrednost znova zniža, a ostaja blizu dolgoletnega povprečja.

Povprečna ležalna doba v tem obdobju je bila stabilna, med 7,9 in 8,2 dneva. Po letu 2019 je opazno postopno krajšanje ležalne dobe – leta 2021 se je skrajšala na 7,46 dneva – kar predstavlja približno 9-odstotno skrajšanje glede na najvišje vrednosti v obdobju (Slika 30). Kljub temu ostaja variabilnost majhna, kar kaže na relativno nespremenjene klinične poti obravnave.

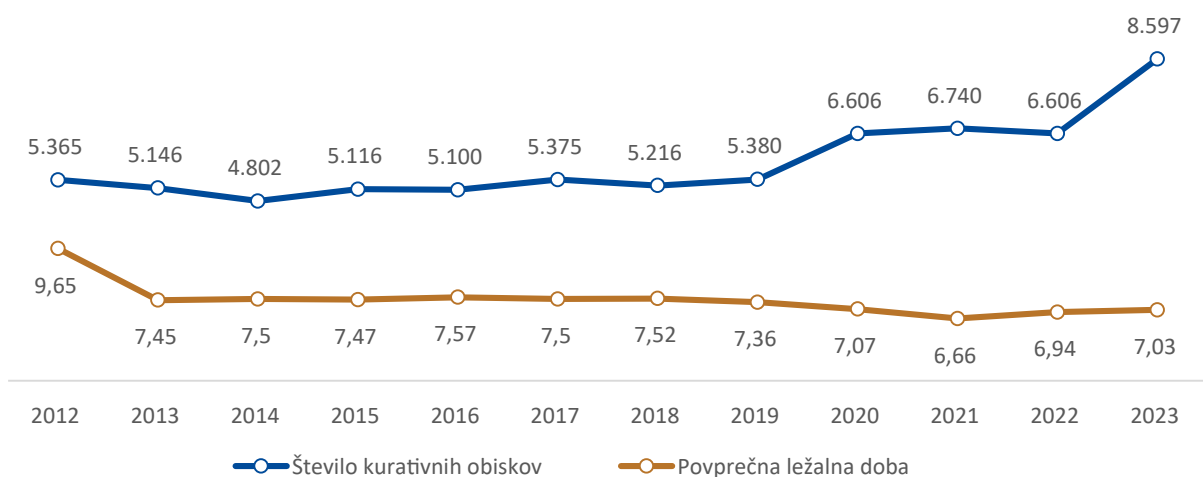


Slika 30: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri boleznih obtočil, 2021–2023, Slovenija (Vir: Bolnišnične obravnave; Statistično poročilo o delu patronažnega varstva, Obr. 8,95; SZBO_PATR, NIJZ).

Kombinacija rahlega porasta potreb po patronažni obravnavi po letu 2019 in zmernega krajšanja bolnišničnih hospitalizacij nakazuje, da se obremenitev patronažne službe pri bolnikih z boleznimi obtočil ni bistveno spremenila, vendar so pacienti po odpustu lahko nekoliko prej vezani na okrevanje v domačem okolju. Zaradi visoke prevalece bolezni obtočil to ostaja ena največjih skupin bolezni v patronažni dejavnosti.

Neoplazme (MKB C00–D48)

V obdobju 2012–2022 se je število prvih kurativnih obiskov zaradi neoplazem v PZV povečalo za približno 23 %, kar odraža postopno rast števila pacientov, ki po zaključku bolnišničnega zdravljenja potrebujejo nadaljnjo oskrbo na domu. **Sočasno se je v enakem obdobju povprečna ležalna doba pri hospitalizacijah zaradi neoplazem skrajšala za okoli 28 %, kar pomeni, da so bili pacienti iz bolnišnic odpuščeni hitreje kot v preteklosti (Slika 31).**



Slika 31: Število prvih kurativnih obravnav in povprečna ležalna doba pri neoplazmah, 2021–2023, Slovenija (Vir: Bolnišnične obravnave; Statistično poročilo o delu patronažnega varstva, Obr. 8,95; SZBO_PATR, NIJZ).

Takšna dinamika kaže na prehod h krajši in bolj ambulantno usmerjeni onkološki obravnavi, v kateri pomemben del nadaljnje nege in spremljanja bolezni prevzamejo izvajalke v PZV. Krajše ležalne dobe pomenijo, da patronažne medicinske sestre prevzemajo paciente v klinično zahtevnejši fazi okrevanja, kar povečuje intenzivnost in kompleksnost dela na terenu.

Skupni premiki potrjujejo, da patronažna dejavnost ne upada po obsegu, temveč se vse bolj usmerja v obravnavo pacientov, ki končajo bolnišnično zdravljenje prej kot v preteklosti in zato potrebujejo zahtevnejšo, strokovno intenzivno in kontinuirano zdravstveno nego na domu. Takšna dinamika bistveno vpliva na obremenjenost patronažnih timov ter zahteva ustrezno načrtovanje kadrovskih in organizacijskih zmogljivosti.

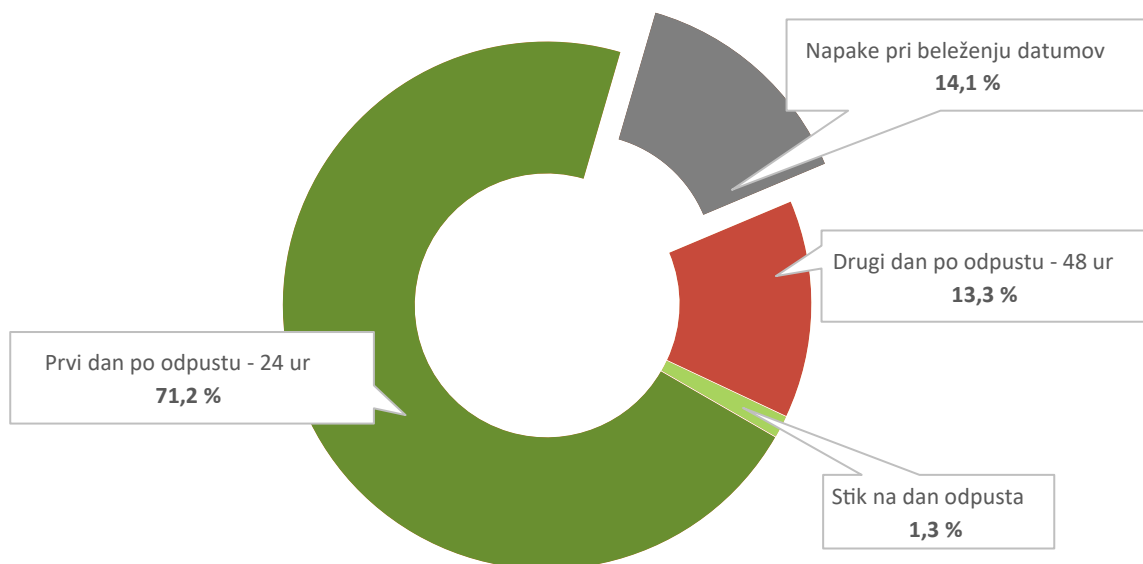


REZULTATI ANALIZE PODATKOV IZ ZBIRKE SZBO_PATR

dr. Martina Horvat, Petra Nadrag, Janja Janc Jagrič

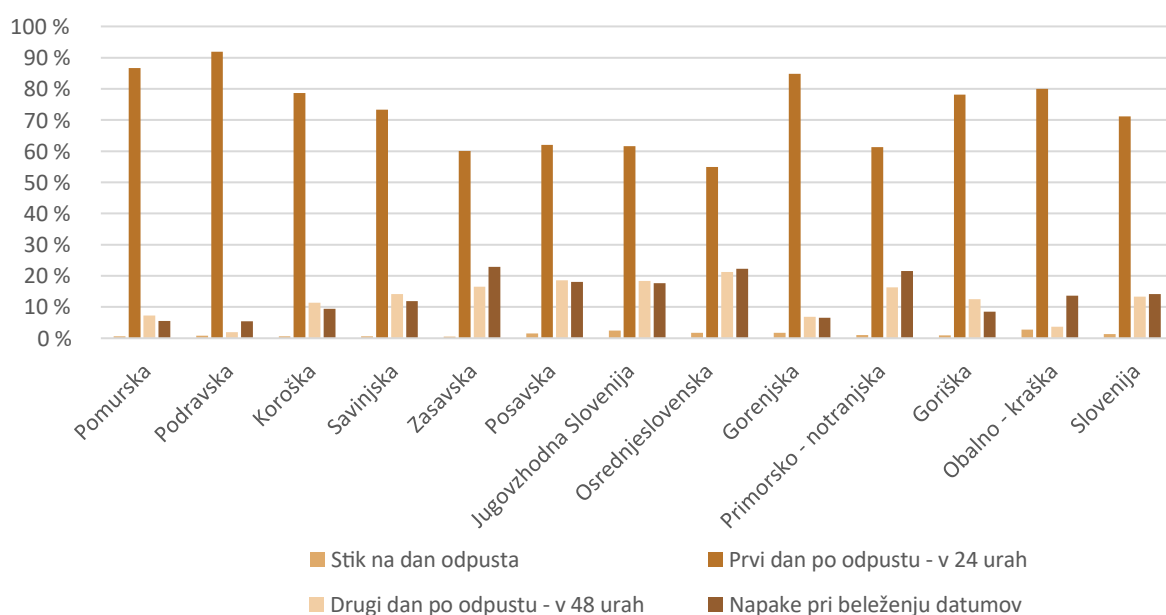
V letu 2023 smo pričeli z uvajanjem posodobljenega spremljanja zunajbolnišničnih obravnav SZBO_PATR, ki bo omogočalo poglobljene analize izvedenega dela in s podatki podprt razvoj strokovnega področja (13). Podatki, zbrani po prenovljenem sistemu zbiranja, uvedenem v letu 2023, so bili vključeni v analizo v letu 2025. Zaradi obsežnosti podatkovne zbirke ter potrebe po vzpostavitvi celotnega sistema na novo smo se v tej fazi odločili za analizo omejenega nabora podatkov. V prihodnjih letih načrtujemo postopno širitev nabora, pri čemer je predvideno letno vključevanje dodatnih podatkovnih sklopov.

Pravilnik o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (21) določa, da mora medicinska sestra v PZV novorojenčka obiskati v 24 urah po odpustu iz porodnišnice. Ta cilj je v praksi dosežen samo v 71 % primerov (Slika 32), kar vzbuja skrb. Predvideni razlogi so navedeni na koncu te analize.



Slika 32: Število dni od odpusta novorojenčka do prvega obiska medicinske sestre v PZV, SZBO_PATR, NIJZ, 2023.

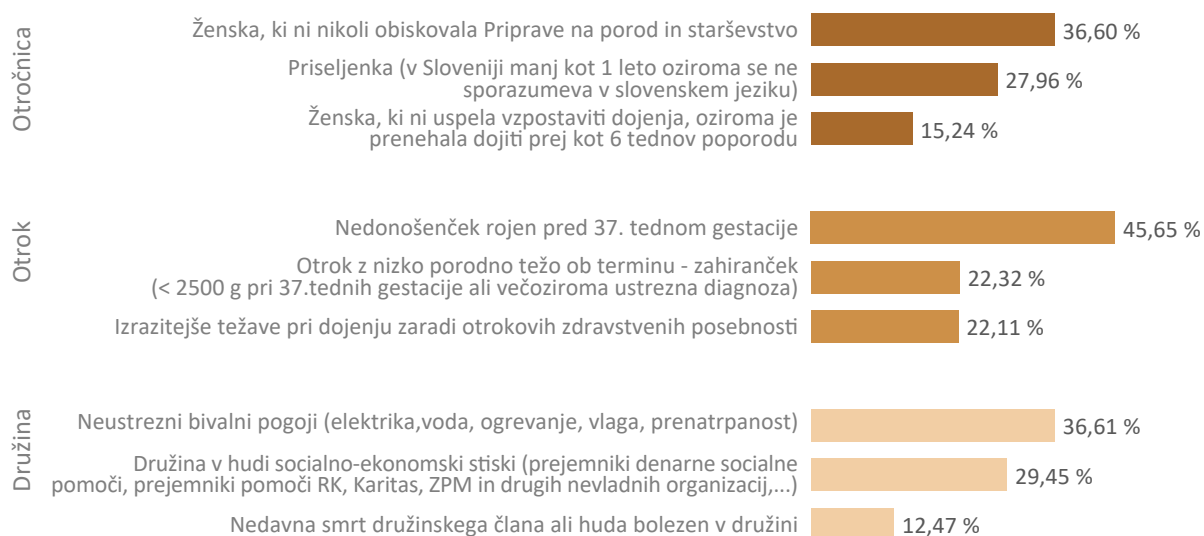
Na Sliki 33 so prikazani časovni okviri prvega obiska novorojenčka po odpustu iz porodnišnice po statističnih regijah. Največ novorojenčkov je v prvih 24 urah po odpustu in v skladu s Pravilnikom, obiskanih v Podravski regiji, najmanj pa v Osrednjeslovenski regiji.



Slika 33: Prvi stik medicinske sestre v PZV z novorojenčkom, po regijah, SZBO_PATR, NIJZ, 2023.

Na podlagi ugotovljenih kriterijev ranljivosti imajo tako otročnice kot dojenčki možnost dodatnih patronažnih obravnav (22). Medicinska sestra v PZV razpolaga z naborom 26 različnih kriterijev, ki so razvrščeni v štiri kategorije: otročnica, novorojenček, družina in krajši kriteriji.

Na Sliki 34 so prikazani trije najpogostejše poročani kriteriji iz prvih treh kategorij. Za namen tega poročila krajših kriterijev, ki se nanašajo predvsem na fiziološki razvoj otroka, ne bomo predstavljali. Pri otročnicah izstopajo ženske, ki niso obiskovale priprave na porod in starševstvo, in priseljenke. Pri družini so najpogostejši neustrezni bivalni pogoji in huda socialno-ekonomska stiska. Pri otrocih pa je najbolj izstopajoč kriterij ranljivosti nedonošenost pred 37. tednom gestacije.



Slika 34: Najpogostejši kriteriji ranljivosti, SZBO_PATR, NIJZ, 2023

Pravilnik določa dva obiska medicinske sestre v PZV pri otročnici (21). Prvi je predviden v prvem tednu po odpustu in drugi najmanj štiri do največ šest tednov po porodu (22). Pri analizi podatkov smo ugotovili, da je bilo v letu 2023 povprečno število stikov patronažne MS z otročnico 1,8, kar pomeni, da pri nekaterih otročnicah nista bili izvedeni niti dve preventivni obravnavi. Zato nas lahko upravičeno skrbi, ali je zagotovljena ustrezna pripravljenost in zmožnost izvedbe dodatnih obravnav, predvidenih ob prisotnosti kriterijev ranljivosti. Tudi pri teh podatkih smo zaznali razlike med regijami, kar dodatno prispeva k poglobljanju neenakosti v zdravju in povečuje tveganje, da najbolj ranljive skupine ostajajo brez potrebne podpore. Podatki se nanašajo na obdobje od 1. 1. 2023 do 31. 10. 2023.

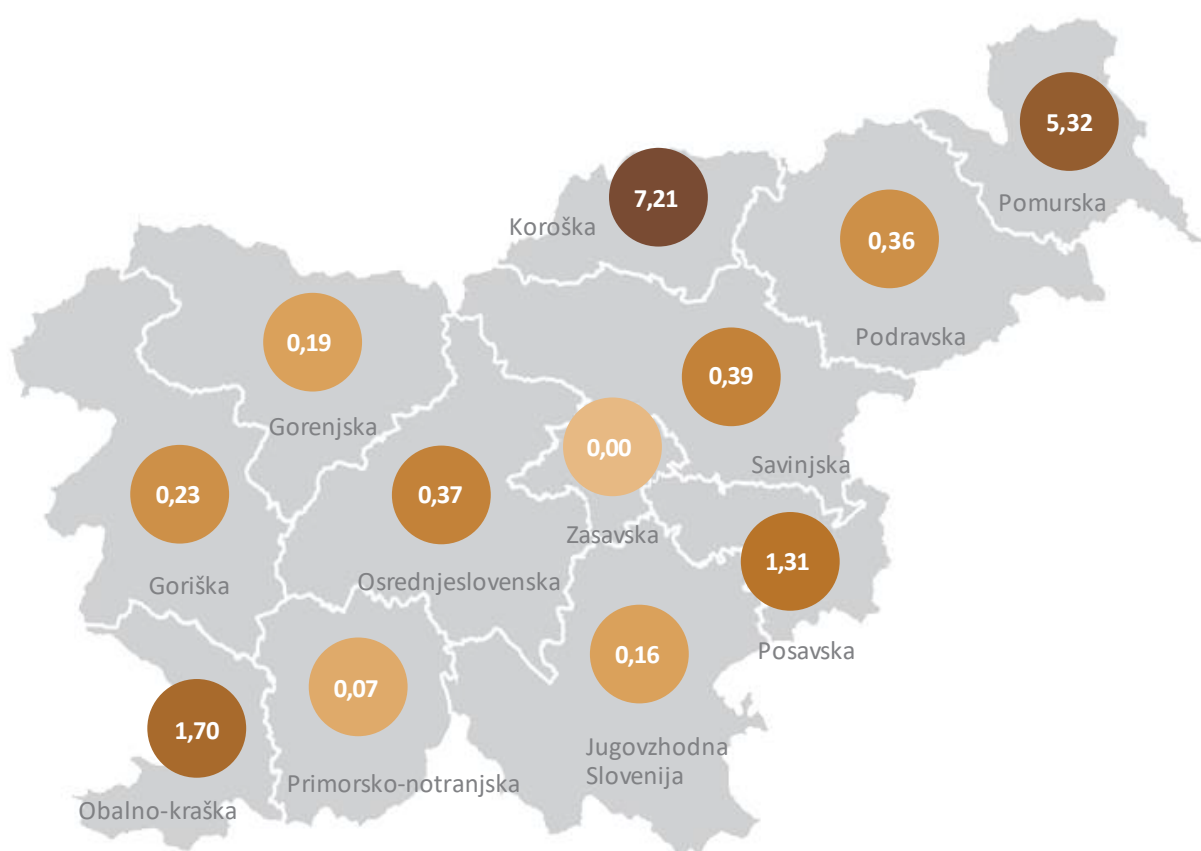
V nadaljevanju so navedeni ključni izzivi in posebnosti v načinu dela izvajalcev, ki lahko pojasnijo odstopanje rezultatov analize podatkov od predvidenih izhodišč Pravilnika:

- Obveščanje izvajalcev PZV o porodih in rojstvih ni sistemsko urejeno. Nekatere porodnišnice jih ne obveščajo o odpustih otročnic in novorojenčkov. Velikokrat to naloge preložijo na starše. Rešitev vidimo v vključitvi terenske mreže patronažnega zdravstvenega varstva v Centralni register podatkov o pacientu in v državni spletni portal.
- Zaradi različnega načina organizacije in delovanja patronažnih služb se težave pojavljajo predvsem pri popoldanskem delu in delu ob sobotah, nedeljah ter praznikih, kjer je usklajevanje oteženo. Zaradi tega se v vseh okoljih obiski novorojenčka ne izvedejo v 24 urah po odpustu iz porodnišnice. Rešitev vidimo v sprejetju Pravilnika o organizaciji in delovanju PZV.
- Pomanjkanje dodatnih usposabljanj izvajalcev PZV s področja zdravstvene nege otročnice, novorojenčka, dojenčka in družine. Študijski programi prve stopnje zdravstvena nega niso zasnovani tako, da bi obravnavali dovolj vsebin s področja zdravstvenega varstva na primarni ravni, zato je ključno, da bomo v prihodnje načrtovali in izvajali dodatne module, ki bodo naslovili to vrzel.
- Nezavedanje izvajalcev PZV o pomenu obiskov otročnic, ki imajo več otrok. Kljub strokovnim navodilom se velikokrat dogaja, da izvajalci PZV število obravnav otročnic in novorojenčkov v družinah, ki že imajo otroka, zmanjšajo in opravijo samo 1–2 obravnavi. Rešitev vidimo v dodatnih izobraževanjih in rednem izvajanju modula Obravnava otročnice, novorojenčka in dojenčka v PZV.
- Izjemno povečanje obravnav/storitev zdravljenja na domu, zaradi katerih se zmanjšuje obseg izvajanja preventivnih obravnav. Rešitev vidimo v sprejetju sistemskih ukrepov, ki bodo omogočali nadaljnji razvoj patronažnega zdravstvenega varstva in krepitve njegove vloge v javnem zdravju.

Vse navedeno predstavlja pomembno priložnost za izboljšave in dodatno podporo v okviru nacionalno regijske koordinacije PZV, ki jo od leta 2021 izvajamo na NIJZ in jo moramo v prihodnje še okrepiti (39). To bo omogočalo, da se bodo ključni izzivi na tem področju naslavljali na sistemski ravni. Samo tako se bo zagotovila poenotena, kakovostna obravnava posameznikov in družin v vseh okoljih, kar bo prispevalo k zmanjševanju neenakosti v zdravju.

Medicinske sestre v PZV imajo pomembno vlogo tudi pri sodelovanju z nacionalnimi preventivnimi programi (39). Z izvajanjem preventivnih obiskov na domu in obravnavo oseb, ki se ne odzovejo (neodzivniki) pripomorejo k zgodnjem odkrivanju predrakavih sprememb in raka, v okviru državnih presejalnih programov Dora, Zora in Program Svit (22, 40). Trenutno je na voljo samo priporočen algoritem za vključevanje ne-odzivnikov v

Program Svit, ki povezuje ambulantno družinske medicine in izvajalce PZV. Izbrani osebni zdravnik lahko za osebo, ki se v tridesetih koledarskih dneh ne odzove na vabilo Programa Svit, ali osebo, ki se ne naroči na kolonoskopijo, naroči patronažni obisk, ki ga je potrebno izvesti v sedmih dneh (41). Po opravljenem obisku DMS v PZV pisno poroča izbranemu osebnemu zdravniku o izidu. Obisk DMS v PZV je možen tudi, če oseba potrebuje pomoč pri vključitvi v postopke Programa Svit ali pri odvzemu vzorca blata in drugih korakih, ki jih sama, zaradi različnih oviranosti, ne zmore izvesti (41, 42). Namen obiska DMS v PZV je spodbuditi ciljno populacijo, da se odzove na vabilo in sodeluje v presejalnih programih. Slika 35 prikazuje deleže obiskanih neodzivnikov v Program Svit v okviru PZV po statističnih regijah (39). Za Slovenijo je delež obiskanih neodzivnikov v Program Svit v okviru PZV 0,98-odstoten. Po zbranih podatkih je najvišji delež obiskanih neodzivnikov v Program Svit v Koroški regiji in najnižji v Zasavski regiji.



Slika 35: Delež obiskanih neodzivnikov v Program Svit v okviru PZV, po statističnih regijah (Vir: NIJZ)

ZAKLJUČEK

dr. Martina Horvat, Janja Janc Jagrič, Martina Vuk

PZV je bilo pred več kot šestimi desetletji vzpostavljeno kot ključni nosilec preventivnega zdravstvenega varstva posameznikov, družin in skupnosti. Predstavljeni podatki kažejo, da je povečevanje obsega storitev zdravljenja in zdravstvene nege na domu privedlo do postopnega, vendar pomembnega odmika od njegovega temeljnega poslanstva. Izvajanje preventivnih obravnav je v letu 2024 doseglo najnižji odstotek v zgodovini. Hkrati se odpira vprašanje, ali trenutna usmeritev patronažne službe še omogoča celostno obravnavo posameznika in skupnosti ter učinkovito uresničevanje javnozdravstvenih ciljev, ki temeljijo na krepitvi zdravja in preprečevanju bolezni. Prav tako se povečujejo dnevne obremenitve izvajalcev, kar lahko v prihodnje vpliva na kakovost izvedenih obravnav in varnost tako izvajalcev kot pacientov.

Krepitev preventivnih obravnav v sklopu PZV zato ni zgolj strokovna nuja, temveč predstavlja strateško in dolgoročno naložbo v vzdržnost zdravstvenega sistema. Učinkovite preventivne obravnave v domačem okolju prispevajo k zmanjševanju potrebe po kasnejših, zahtevnejših in stroškovno bolj obremenjujočih kurativnih obravnavah ter dodatnih obremenitvah drugih ravni zdravstvenega sistema, hkrati pa prispevajo k večji enakosti in dostopnosti zdravstvenih storitev, boljši zdravstveni pismenosti ter boljšim zdravstvenim kazalnikom prebivalstva. Patronažno zdravstveno varstvo mora zato ohraniti ključno vlogo pri uresničevanju ciljev javnega zdravja, saj s svojim delovanjem neposredno posega v življenjsko okolje posameznika, družine in širše skupnosti. S celostnim, kontinuiranim in proaktivnim pristopom omogoča zgodnje prepoznavanje zdravstvenih tveganj, krepitev zdravih življenjskih navad ter pravočasno podporo ranljivim skupinam prebivalstva.

Predstavljeni podatki opozarjajo na nujnost systemske ureditve področja, saj bo le z načrtno krepitvijo njegove preventivne vloge mogoče ohraniti njegovo pomembno vlogo v javnem zdravju. Na podlagi analize podatkov smo pripravili nabor ukrepov, ki nam bodo pomagali doseči zadane cilje. V letu 2026 bomo ZZZS predlagali oblikovanje delovne skupine za pripravo navodila za izdajo delovnih nalogov, začel se bo proces spremembe modela financiranja, ki velja od leta 2015, ter posodobitev navodil za zagotavljanje zdravstvene in socialnovarstvene obravnave ob odpustu iz bolnišnic. Posebno pozornost bomo namenili tudi pregledu evidenc izvajalcev, ki so pri ZZZS vodeni kot patronaža, čeprav te dejavnosti v praksi ne izvajajo. MZ Republike Slovenije bomo posredovali osnutek strokovnih podlag za pripravo Pravilnika o organizaciji in delovanju PZV. Pomembna naloga je tudi vzpostavitev evidence terenskih območij, vključno z ureditvijo dostopa izvajalcev patronažnega zdravstvenega varstva do Centralnega registra podatkov o pacientih. Pomemben poudarek bo tudi na vzpostavitvi systemskega financiranja in upravljanja PZV ter na izboljšanju koordinacije z drugimi izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe na domu, kot so paliativni timi, skupnostna psihiatrija in dolgotrajna oskrba.

Načrtujemo še ukrepe, ki zahtevajo širšo podporo. Ti vključujejo zagotovitev sredstev za postopno vključevanje tehnikov zdravstvene nege v patronažno službo ter pripravo in uvedbo modulov izobraževanja za izvajalce PZV, s posebnim poudarkom na preventivnih vsebinah. Uresničevanje navedenih ukrepov bo celostno ovrednoteno novembra 2028, ko bo izvedena presoja doseženih ciljev in uspešnosti predlaganih sprememb.

KLJUČNA SPOROČILA

PREDNOSTI POLIVALENTNE OBLIKE PATRONAŽNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

- Vsa geografska območja v Sloveniji pokrita s terenskim konceptom dela.
- Obravnava zdravih in bolnih posameznikov v vseh življenjskih obdobjih.
- Obravnava celotne družine v domačem okolju.
- Finančna učinkovitost polivalentne oblike dela.
- Prepoznavnost med ljudmi.
- Prepoznavnost in vzpostavljeno sodelovanje z ostalimi izvajalci zdravstvenega varstva, še posebej z družinskimi zdravniki.
- Prepoznavnost in sodelovanje v lokalni skupnosti.
- Znanje in izkušnje.



KADROVSKE RAZMERE V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

- Leta 2024 v PZV zaposlenih po RIZDDZ 869 DMS in 54 TZN.
- V letu 2024 je povprečna starost zaposlenih v PZV znašala 46,1 leta.
- Nujno sistemsko reševanje kadrovskih izzivov in ohraniti funkcionalnost in dostopnost PZV.
- V zadnjih 10 letih se je v PZV dodalo 125 dodatnih timov.
- Zaradi povečanja števila prebivalcev ter povečane potrebe po kurativnih obravnavah, učinek na izvajanje preventivnih obravnav ni viden.



PREVENTIVNE IN KURATIVNE OBRAVNAVE V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

- Leta 2024 so kurativne obravnave predstavljale že 88 % vseh obravnav.
- Preventivne obravnave so z 38,8 % v letu 1995, padle na zgolj 12 % vseh obravnav.
- Več kot $\frac{3}{4}$ preventivnih obravnav je vezanih na otročnico, novorojenčka in dojenčka.
- $\frac{1}{4}$ preventivnih storitev je namenjena nosečnicam, otrokom v 2. in 3. letu starosti, starejšim, kroničnim pacientom, neodzivnikom in cepljenju na domu, kar pa ne sledi potrebam populacije.
- Med kurativnimi storitvami so med najvišjimi storitvami obravnav pacienta z rano in odvzem materiala za laboratorij.



OBREMENITEV PATRONAŽNIH TIMOV

- Normalna obremenitev izvajalca PZV je 4–8 obravnav na delovni dan. Takšnih dni je bilo v letu 2024 le 30 %.
- Veča se število izdanih delovnih nalogov in zahtevnost obravnav, zato je večja tudi obremenitev patronažnih timov.
- Povečujejo se dnevi z 9–13 obravnavami na enega izvajalca PZV na delovni dan.
- V letu 2024 je 17 % dni s 14 obravnavami in več na delovni dan. Takšno število dnevnih obravnav ne more zagotavljati več kakovosti in varnosti, tako za paciente kot izvajalce.



DEMOGRAFSKI IN SISTEMSKI VPLIVI

- Med letoma 2010 in 2024 se je število prebivalcev Slovenije povečalo za 76.973 oseb (+3,8 %).
- Narašča delež starejših pacientov s pridruženimi bolezenskimi stanji, katerih zdravstvena nega je bolj zahtevna in dolgotrajnejša.
- Povprečna ležalna doba ob porodu se je v 12 letih zmanjšala za približno 5 % oz. za 0,17 dneva.
- Povprečna ležalna doba hospitalizacije zaradi bolezni se je v 21 letih zmanjšala za približno 19 %.



RAZVOJ PATRONAŽNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

- Sprejeti Pravilnik o organizaciji in delovanju patronažnega zdravstvenega varstva.
- Vzpostaviti evidenco terenskih območij in dostop izvajalcem PZV do CRPP.
- Zagotoviti sistemsko financiranje upravljanja patronažnega zdravstvenega varstva.
- Vzpostaviti koordinacijo z drugimi izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe na domu na sistemski ravni (paliativni timi, skupnostna psihiatrija, dolgotrajna oskrba, odpusti iz bolnišnic ...).



VIRI IN LITERATURA

1. Horvat M. Opredelelitev pojmov. V: Rojten S, Keršič I, Klemenc D, ur. 50-let Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti (1975 – 2025). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2025. Str. 15.
2. Prevolnik-Rupel V, Simčič B, Turk E. Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2014.
3. Horvat M. Analiza vsebin izobraževalnih programov v Sloveniji in tujini za izvajanje zdravstvene nege na domu: specialistično delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2016. [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=103657&lang=slv>
4. Analysis of the Health System in Slovenia, Optimizing Service delivery: Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
5. Spremljanje patronažnega zdravstvenega varstva (SZBO_PATR), Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov v patronažnem zdravstvenem varstvu, 1.7 [e-knjiga]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2025.
6. Horvat M, Pribaković-Brinovec R, Petrič V K. Strengthening community health nursing in Slovenia via the project: the upgrade and development of preventive care programmes and their implementation in primary healthcare and local communities. Eurohealth. 2023; 29(2): 26–29.
7. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2016. [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=RES0102>
8. Arnault S, Horvat M, Albrecht T, Pribaković-Brinovec R. Analiza stanja kadra v patronažnem zdravstvenem varstvu na podlagi podatkov iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ), januar 2024 [e-knjiga]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2025 [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://nizj.si/publikacije/analiza-stanja-kadra-v-patronaznem-zdravstvenem-varstvu-na-podlagi-podatkov-iz-registra-izvajalcev-zdravstvene-dejavnosti-in-delavcev-v-zdravstvu-rizddz-januar-2024/>
9. MIRA za duševno zdravje, Nacionalni program duševnega zdravja. Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.
10. Podatkovni portal Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno na: <https://www.zzs.si/informacije/podatkovni-portal-zzs/>
11. Podatkovna baza SISTAT. Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <https://pxweb.stat.si/SiStat/sl>
12. Kramar Z, Bregar B, ur. Kadrovske standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2021.
13. Podatkovni portal Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Dostopno na: <https://podatki.nizj.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>
14. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistični letopis Slovenije (2015–2023). [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://nizj.si/podatki/zdravstveni-statisticni-letopis-slovenije/>

15. Vuga S. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege, Načrt razvoja patronažne zdravstvene nege. Obzornik zdravstvene nege. 1994; 28(1): 6–7.
16. Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternej A, Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega - nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Obzornik zdravstvene nege. 2006; 40(4): 247–52.
17. Horvat M. Krepitev vloge patronažnega varstva v javnem zdravju. V: Majcen Dvoršak S, Štemberger Kolnik T, Kvas A, ur. Medicinske sestre in babice - ključne za zdravstveni sistem [Elektronski vir]: zbornik prispevkov z recenzijo; 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 27. in 29. november 2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic; 2017. Str. 253–63.
18. Community Health Nursing, Report of the WHO Expert Committee on Nursing. WHO Technical Report Series 558. Geneva: World Health Organization; 1974.
19. Železnik D, Horvat M, Panikvar-Žlahtič K, Filej B, Vidmar I. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.
20. Horvat M, Krajnc A. Pomen geografske opredeljenosti terenskega območja nosilcev patronažnega varstva-analiza terenskega območja. V: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Kvas A, Prelec A, ur. Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse [Elektronski vir]: zbornik prispevkov z recenzijo; 12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2019. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic; 2019. Str. 487–89.
21. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18, 57/18, 57/21, 162/21, 39/23, 93/23, 125/23, 18/24 in 53/24.
22. Horvat M, Jagodic R, Janc-Jagrič J, Brovč-Jelušič K, Krajnc A, Lobe K et al. Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu [e-knjiga]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2025 [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://nizj.si/zdravstveno-varstvo/patronazno-varstvo/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obracunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu/>
23. Stražar D, Šušteršič O. Razmerje med preventivno in kurativno zdravstveno nego v patronažnem varstvu od leta 1984 do 1993 v Ljubljani. Obzornik zdravstvene nege. 1996; 30(3–4): 79–88.
24. Farkaš-Lainščak J. ur. Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin [e-knjiga]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016. [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://nizj.si/publikacije/ocena-potreb-uporabnikov-in-izvajalcev-preventivnih-programov-za-odrasle/>
25. Strategija razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031 (SRZDPR2031). Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2024. [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/2-NOVICE/Strategija-razvoja-zdravstvene-dejavnosti-na-primarni-ravni-zdravstvenega-varstva-do-leta-2031.pdf>

26. Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: <https://nijz.si/podatki/izvajalci-zdravstvene-dejavnosti/>
27. Operational Programme for the Implementation of the EU Cohesion Policy 2014–2020. Ljubljana: Government Office for Development and European Cohesion Policy of the Republic of Slovenia; 2015.
28. Farkaš-Lainščak J, Huber I, Maučec-Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S, ur. Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje [e-knjiga]. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015 [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/program-integriranje-preventive-knb-in-zmanjševanja-neenakosti-v-zdravju-pri-odraslih/>
29. Mihevc-Ponikvar B, Tomšič S, Drglin Z, Rok-Simon M, Mesarič E, Dravec S., ur. Strokovne podlage za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu ter podlage za nadaljnji razvoj preventivnih programov za zmanjševanje neenakosti v zdravju Zaključno raziskovalno poročilo pilota »Kakovostno starševstvo za zdrav začetek« [e-knjiga]: Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016. [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/strokovne-podlage-za-posodobitev-programa-preventivnega-zdravstvenega-varstva-nosecnic-otrocnic-novorojenckov-in-dojenckov-na-domu-ter-podlage-za-nadaljnji-razvoj-preventivnih-programov-za-zmanjseva-2/>
30. Vrbovšek S, Rebernik, K, ur. Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih, Vsebinska izhodišča za izvajanje projektnih aktivnosti [e-knjiga]. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017. [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/12/vsebinska_izhodisca_za_izvajanje_op_nadgradnja_in_razvoj_preventivnih_programov.pdf
31. Debeljak I, Horvat M, Albrecht T, Pribaković-Brinovec R. Analiza stanja kadra v patronažnem zdravstvenem varstvu na podlagi podatkov iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ), januar 2023 [e-knjiga]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2023 [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/11/Analiza-stanja-kadra-v-patronaznem-zdravstvenem-varstvu2023.pdf>
32. Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Union, L 255, pp. 22–142; 2005.
33. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council. Official Journal of the European Union, L354/132.; 2013.
34. Ažman M, Prestor J, ur. Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2021.
35. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV) Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2008. [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=NACP51>
36. Skela-Savič B. Kompetentnost diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu – usmeritve za stroko in odločevalce v Sloveniji: strokovna ekspertiza. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti; 2023.

37. Krajnc A. Obremenjenost kadra v patronažni zdravstveni negi: magistrsko delo. Kranj: Univerza v mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2016. [Pridobljeno 20. 11. 2025]. Dostopno na: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=89589&lang=slv>
38. Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno na: <https://partner.zzzs.si/sifranti/>
39. Janc-Jagrič J, Markočič-Tadič I, Nadrag P, Novak-Mlakar D, Medved N, Horvat M. Preventivna obravnava neodzivnikov v program Svit v okviru patronažnega zdravstvenega varstva. V: Eržen I, Gabrovec B, ur. Javno zdravje – most do boljšega zdravja in odpornosti v skupnosti, Zbornik recenziranih povzetkov in prispevkov, 3. nacionalna konferenca javnega zdravja z mednarodno udeležbo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2025. Str. 440.
40. Krajnc A. Vloga patronažnega varstva pri obravnavi pacientk z ginekološkim rakom. V: Isenič A, ur. Ženske in ginekološki raki, Zbornik predavanj z recenzijo Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2018. Str. 234–54.
41. Debeljak I, Novak-Mlakar D, Škrjanec A L. Delovanje programa SVIT. V: Marinček Garić G, ur. Aktualno! : onkološke teme in dileme, Zbornik predavanj. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2016. Str. 49–57.
42. Tepeš B, Novak-Mlakar D. Smernice programa Svit. Slovenske smernice zagotavljanja kakovosti presejanja raka debelega črevesa in danke. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2023. Str. 182.