

**NIJZ** Nacionalni inštitut  
za javno zdravje

# Zdravje žensk v Sloveniji

## ZDRAVJE ŽENSK V SLOVENIJI

Urednice	Barbara Mihevc Ponikvar, Mateja Rok Simon, Tatjana Kofol, Sonja Tomšič
Tehnična urednica	Victoria Zakrajšek
Recenzentki	prof. dr. Vesna Zadnik, mag. Pia Vračko
Lektoriranje	Mihaela Törner
Oblikovanje	Erna Pečan
Izdajatelj	Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, Ljubljana
Elektronska izdaja	Publikacija je dostopna na spletni strani: <a href="http://www.nijz.si">www.nijz.si</a> .
Kraj in leto izdaje	Ljubljana, 2024

Zaščita dokumenta

© 2024 NIJZ

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

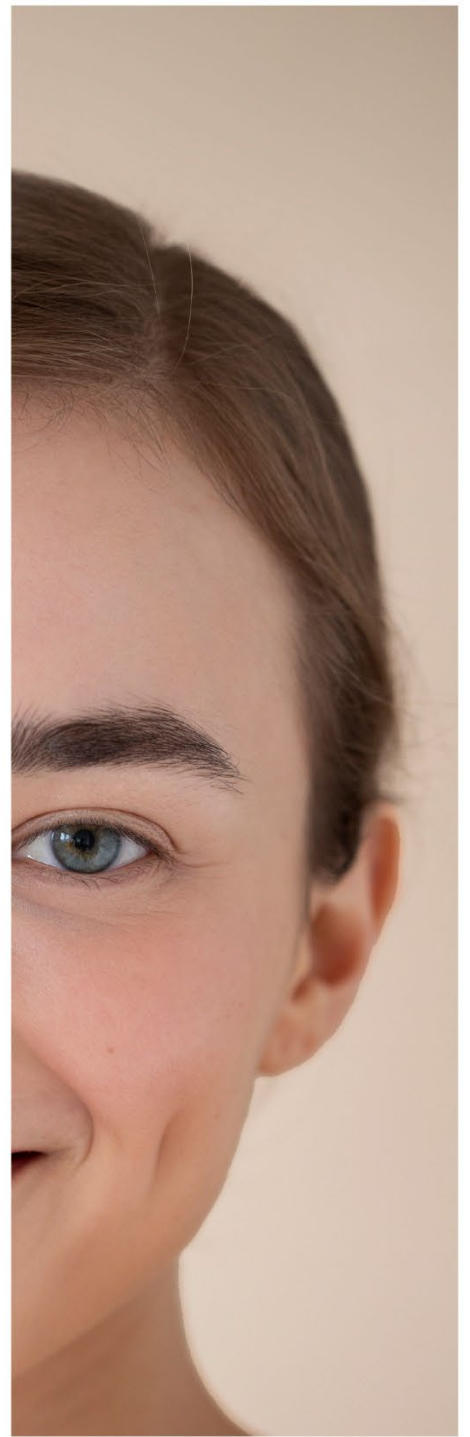
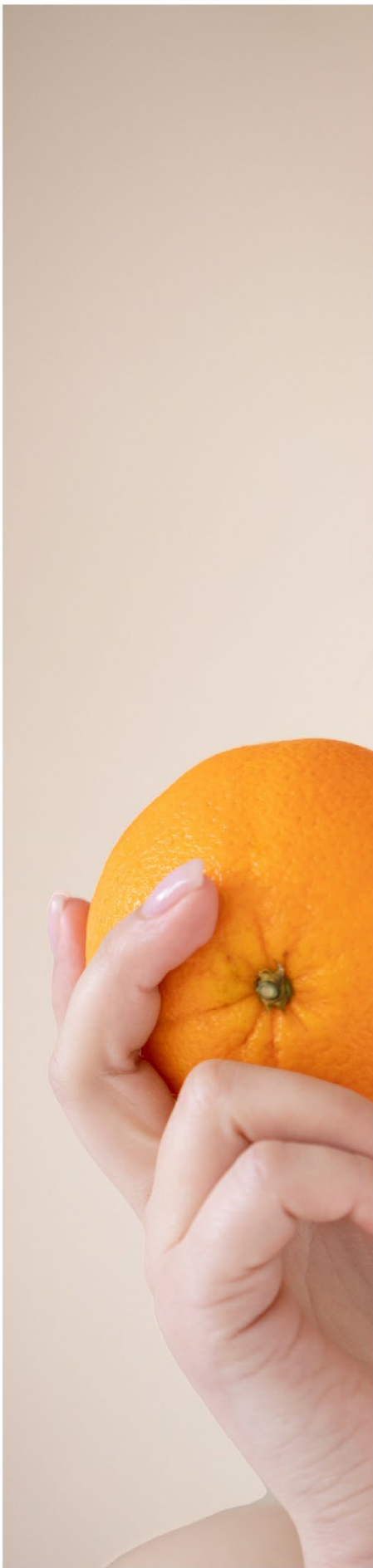
Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani  
COBISS.SI-ID 186389251  
ISBN 978-961-7211-29-0 (PDF)

**KAZALO VSEBINE**

1	ZDRAVJE ŽENSK – UVODNIK .....	2
2	ŽENSK V SLOVENIJI .....	9
3	UMRLJIVOST .....	22
4	OBOLEVNOST.....	38
5	DUŠEVNO ZDRAVJE.....	60
6	SPOLNO IN REPRODUKTIVNO ZDRAVJE.....	75
7	OBPORODNO ZDRAVJE.....	86
8	COVID-19 .....	98
9	RAK .....	107
10	PROGRAM ZORA.....	117
11	PROGRAM DORA .....	125
12	PROGRAM SVIT.....	134
13	BOLNIŠKA ODSOTNOST .....	144
14	REPRODUKTIVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO .....	159
15	TOBAČNI IN POVEZANI IZDELKI .....	169
16	ALKOHOL .....	179
17	NASILJE IN ZDRAVJE.....	192
	STVARNO KAZALO .....	200

## SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

ACE2	Encim angiotenzinska konvertaza 2
ANP vzroki	Alkoholu neposredno pripisljivi vzroki
BMV	Bris materničnega vratu
BS	Bolniški stalež
CINDI	Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog
CRPP	Centralni register podatkov o pacientih
DBO	Dolgotrajna bolniška odsotnost
DID indeks	delež izdanih zdravil v izbranem obdobju
DPOR	Državni program obvladovanja raka
DSO	Domovi starejših občanov
eBOL	Elektronsko potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela
ECDC	Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ang. European Centre for Disease Prevention and Control)
EHIS	Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu
eRCO	Elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju
EU	Evropska Unija
Eurostat	Evropski statistični urad
FASD	Motnje fetalnega alkoholnega spektra (ang. Fetal alcohol spectrum disorder)
HBSC	Raziskava Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju
HKC	Hormonska kontracepcija
HPV	Humani papiloma virus
IF	Indeks frekvenca
IO	Indeks onesposabljanja
MKB-10	Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
PCT pogoj	preboleli, cepljeni, testirani
RIZDDZ	Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu
RMV	Rak materničnega vratu
RSK	Razširjeni strokovni kolegij
SBO	Zbirka podatkov o številu hospitalizacij zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev pa »Spremljanje bolnišničnih obravnav«
SDG	Cilji trajnostnega razvoja (angl. Sustainable development goals)
SI-PANDA	Raziskava o vplivu pandemije na življenje
SSSU	Starostno standardizirana stopnja umrljivosti
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZPIZ	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje
ZUBSTAT	Zbirka podatkov »Zunajbolnišnična zdravstvena statistika«
ZZPPZ	Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



1

# UVODNIK

Sonja Tomšič, Barbara Mihevc Ponikvar

## IZHODIŠČA

Pred nami je prva publikacija, ki je v celoti posvečena prikazu zdravja žensk v Sloveniji ter povezanih dejavnikov. Kot taka pomembno osvetljuje razlike med spoloma, ki obstajajo, in prispeva k družbenemu diskurzu o enakosti in zmanjševanju neenakosti med različnimi družbenimi skupinami. O le-teh neposredno govorita peti in deseti cilj trajnostnega razvoja (*angl.* Sustainable development goals – SDG), celotna vsebina publikacije pa posega tudi na področja drugih ciljev trajnostnega razvoja, ki so jih Združeni narodi leta 2015 lansirali kot globalne cilje človeštva do leta 2030.

Razlike med spoloma niso le »neizbežne« fiziološke, ampak tudi psihološke in družbene, njihov kompleksen preplet pa se zrcali tudi v zdravstvenih izidih. Čeprav v zahodnih razvitih državah, kamor prištevamo Slovenijo, veliko govorimo o visoki stopnji enakosti med spoloma, žal razlike med spoloma še vedno obstajajo, v večji ali manjši meri, v bolj ali manj prikriti obliki in pomembno vplivajo na funkcioniranje celotne družbe. Pričujoča publikacija osvetljuje nekatere najpomembnejše značilnosti v povezavi z zdravjem žensk v Sloveniji, ki zrcalijo tudi te razlike.

Avtorji in avtorice so v publikaciji zbrali obstoječe podatke s področja dejavnikov tveganja za zdravje in zdravstvene izide pri ženskah. Kjer je smiselno, so jih primerjali z dejavniki in izidi pri moških. Določena poglavja, kot sta reproduktivno in obporodno zdravstveno varstvo, opisujejo tudi značilnosti zdravstvenega sistema, ki pomembno vpliva na dostopnost in s tem tudi kakovost zdravstvene obravnave. Publikacija prikazuje nekatere splošne tematike, ki ponujajo izhodiščni oris stanja v aktualnem obdobju – ženske v Sloveniji, umrljivost, obolevnost, bolniška odsotnost, uporaba tobaka, pitje alkohola –, druga poglavja pa se osredotočajo bolj na dejavnike tveganja ali zdravstvena stanja, ki so pri ženskah pogostejša, imajo večji vpliv na njih ali so sploh ekskluzivno prisotna pri njih – nasilje, duševno zdravje, obporodno zdravje.

## METODOLOGIJA

Opisani rezultati se nanašajo povečini na starostno skupino žensk po 15. letu, pri opisovanju izidov v povezavi z reproduktivnim zdravjem in povezanimi dejavniki na obdobje med 15. in 49. letom, ki je v javnozdravstvenih prikazih opredeljeno kot reproduktivno obdobje žensk.

V različnih poglavjih so uporabljene različne obstoječe zbirke podatkov s področja javnega zdravja in demografskih kazalnikov. Podatki o dejavniki tveganja so pridobljeni povečini iz občasnih anketnih raziskovanj (npr. podatki o uporabi tobaka, alkohola), udeležba in izidi obstoječih organiziranih presejalnih programov s področja raka izvirajo iz presejalnih registrov, podatki o zdravstvenem stanju pa iz rednih zdravstvenih zbirk (npr. zbirka umrlih, zbirka bolnišničnih in izvenbolnišničnih (ambulantnih) obravnav, bolniških odsotnosti, register raka, poraba zdravil na recept), ki jih upravljata Nacionalni inštitut za javno zdravje in Onkološki inštitut. Pri poglavju o nasilju so uporabljeni različni viri s tega področja, prvo poglavje o ženskah v Sloveniji pa uporablja za prikaze različne vire demografskih podatkov, ki so dostopni na Statističnem uradu Republike Slovenije.

Prikazani rezultati se nanašajo predvsem na obdobje od leta 2015 do 2020, oz. glede na dostopnost podatkov, ponekod je obdobje epidemije covid-19 (predvsem prvo leto, t.j. leto 2020) posebej izpostavljeno in opisan zaznan ali pričakovan vpliv na zdravje. Prav epidemija covid-19 je v zadnjem obdobju z vidika družbe predstavljala eno največjih prelomnic, zato ji je posvečeno tudi ločeno poglavje, kjer pa se avtorji osredotočajo predvsem na prikaz bremena okužb s SARS-CoV-2 med slovenskimi ženskami in njihovo precepljenost proti covidu-19 v primerjavi z moškimi od začetka epidemije covid-19 v Sloveniji pa do konca junija 2022.

## POVZETEK POMEMBNEJŠIH UGOTOVITEV

Ženske v Sloveniji predstavljajo 49,7 % prebivalstva, med priseljenci še vedno večji delež predstavljajo moški, vendar se delež priseljenc z leti povečuje. Ženske so v večji meri bolj izobražene kot moški, delovna aktivnost med ženskami v Sloveniji, predvsem takimi, ki imajo otroke, pa je med najvišjimi v Evropi. Nataliteta v zadnjih desetletjih vztrajno upada, kar je posledica zmanjševanja števila žensk v rodni dobi, medtem ko stopnja rodnosti ostaja relativno stabilna in znaša 1,6 živorojenega otroka na žensko v rodni dobi in je primerljiva z evropskim povprečjem. Povprečna starost žensk pri porodu je v zadnjih desetletjih porasla in znaša preko 31 let.

Ženske po celem svetu živijo dlje od moških. Do 20. stoletja med spoloma ni bilo velikih razlik v **umrljivosti**, ker so v tistem obdobju prevladovale infekcijske bolezni. Z zmanjševanjem umrljivosti zaradi infekcijskih bolezni pa so vodilni vzrok umrljivosti postale kronične bolezni. S tem so postali pomembnejši vedenjski, družbeni ter biološki dejavniki tveganja, ki se med spoloma razlikujejo – v preteklosti predvsem v škodo moških. Razlika v umrljivosti pa se med spoloma zmanjšuje, kar pripisujejo predvsem večjemu upadu srčno-žilnih bolezni pri moških kot pri ženskah ter vse bolj podobnemu tveganemu vedenju med spoloma, predvsem naraščanju kajenja pri ženskah in upadu kajenja pri moških. Podatki kažejo, da imajo ženske nižjo starostno standardizirano stopnjo umrljivosti kot moški ter višjo mediano starost ob smrti. Najpogostejši vzroki smrti pri ženskah so srčno-žilne bolezni ter rak. V zadnjih letih se je povišala umrljivost zaradi bolezni živčevja (predvsem demenca), ki postajajo vse pomembnejši vzrok smrti. V Sloveniji je maternalna umrljivost nizka, v manj razvitih državah pa še vedno pomembno prispeva k umrljivosti žensk. Pandemija covid-19 je pomembno vplivala na umrljivost, k čemur so prispevale okužbe, deloma pa lahko tudi spremembe v kodiranju vzrokov smrti ter presežne smrti, ki jih ne moremo pripisati covidu-19.

Ženske sicer v primerjavi z moškimi živijo dlje, vendar imajo višjo **obolevnost** in pogosteje iščejo pomoč zdravnika. K razlikam v obolevnosti med spoloma prispevajo biološki, vedenjski in družbeni dejavniki. Pogostejše obravnave žensk na primarni ravni večkrat pripisujejo težavam v reproduktivnem zdravju, ki so specifične za ženske, vendar v raziskavah ugotavljajo, da to razloži le del razlik med spoloma v pogostosti obiskov zdravnika, ki se s starostjo tudi postopno zmanjšujejo. V poglavju o obolevnosti je prikazano, da so bile ženske v opazovanem obdobju pogosteje kot moški obravnavane na primarni ravni zdravstvenega sistema, ter pogosteje hospitalizirane kot moški. Le v višjih starostnih skupinah so bile ženske hospitalizirane redkeje kot moški. Najpogostejši vzroki za obravnave na primarni ravni so bile pri ženskah bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, bolezni dihal ter bolezni sečil in spolovil, najpogostejši vzroki za hospitalizacije pa so bile novotvorbe, bolezni obtočil ter bolezni sečil in spolovil. Poškodbe so bile pri ženskah redkejše kot pri moških, razen pri starejših, kjer so bile obravnave na primarni ravni zaradi poškodb med spoloma skoraj izenačene, hospitalizacije zaradi poškodb pa so bile pri ženskah pogostejše kot pri moških, predvsem zaradi višje stopnje poškodb pri padcih. Obolevnost narašča s starostjo, zato je zaradi starajočega prebivalstva pričakovati, da bo še naraščala. Z naraščanjem obolevnosti in staranjem prebivalstva se povečuje pomembnost preventivnih ukrepov, predvsem za bolezni, ki predstavljajo največje breme.

**Duševno zdravje** je pomemben del kakovostnega življenja. Z razvojem epidemioloških metod in dvigom kakovosti zdravstvenih podatkov smo pridobili tudi boljši vpogled v breme, ki ga nosijo duševne motnje med prebivalstvom. Breme duševnih motenj je v kazalnikih praviloma podcenjeno, hkrati pa z njimi ne moremo celovito opisati vseh izkušenj, ki jih doživljajo osebe, ki živijo z duševnimi motnjami, ter njihovi bližnji. Raziskave kažejo razlike med spoloma in med različnimi starostnimi skupinami v pojavnosti duševnih

motenj, koriščenju zdravstvenih storitev ter uporabi zdravil. Ženske so v večji meri izpostavljene depresivnim in anksioznim motnjam, medtem ko moški pogosteje trpijo zaradi motenj, povezanih z uživanjem psihoaktivnih snovi. Opazili smo pomembno povečanje števila bolniških staležev zaradi duševnih motenj, kar zahteva večjo pozornost in ukrepanje na tem področju. Še vedno pa obstajajo velike vrzeli v obstoju duševnih motenj in iskanju pomoči na področju duševnega zdravja, kar kaže na potrebo po nadaljnem ozaveščanju in destigmatizaciji področja duševnega zdravja. Slednje pa je nujno podkrepiti z nadaljnjo širitvijo mreže služb, ki nudijo podporo v duševni stiski.

Spolno in reproduktivno zdravje je izjemnega pomena za splošno zdravje in dobrobit posameznic in posameznikov in varovanju spolnega in reproduktivnega zdravja so v Sloveniji namenjeni posebni preventivni programi. Dostopnost kontracepcijskih sredstev je dobra, država sodi med uspešnejše v svetu po stopnji najstniških nosečnosti in dovoljene splavnosti, ki je v zadnjih dvajsetih letih pomembno upadla. Opažamo pa, da v zadnjem desetletju upada raba hormonske kontracepcije, medtem ko je nekoliko poraslo število vstavitvev materničnih vložkov. Anketni podatki pa kažejo, da še vedno vsak tretji odrasli, ki ne načrtuje nosečnosti, pri zadnjem spolnem odnosu ni uporabil kontracepcije, vsak sedmi pa je uporabil manj zanesljive metode, kar kaže na to, da so še številne priložnosti za izboljšave na tem področju. Breme spolno prenosljivih okužb, ki so pogostejše pri moških, je relativno nizko, vendar podatki o prijavljenih primerih spolno prenesenih okužb praviloma podcenjujejo njihovo pogostost.

V povprečju so ključni slovenski **obporodni izidi** zadovoljivi in primerljivi s stanjem v Evropski uniji. Že dalj časa pa ugotavljamo precejšnje razlike med skupinami žensk z različnim socialno-ekonomskim položajem, tako v dejavnih tveganja, koriščenju zdravstvenih storitev in perinatalnih izidih. Ukrepanje v obporodnem obdobju pa je ključno za preprečevanje medgeneracijskega prenosa slabega zdravja, za kar bi bilo potrebno razviti in vpeljati specializirane preventivne programov za ranljive skupine žensk v obporodnem obdobju. Opažamo tudi precejšnje razlike med izvajalci pri številnih postopkih, tako v času nosečnosti kot ob porodu, čemur bi bilo potrebno v prihodnje posvetiti več pozornosti. Storitve, povezane z nosečnostjo in porodom, so bile v času epidemije covid-19 obravnavane kot prednostne in tako ni prišlo do prekinitve izvajanja le-teh, kljub temu pa je bila izvedba tečajev Priprave na porod in starševstvo marsikje okrnjena in je udeležba zelo upadla.

V Sloveniji smo prvi primer okužbe s **SARS-CoV-2** potrdili marca 2020, uvedeni so bili številni ukrepi za zamejevanje in obvladovanje širjenja okužb. Čeprav imajo okuženi moški večje tveganje za težji potek covid-19 in smrt zaradi te bolezni, pa je potrebno poudariti, da ženske predstavljajo večji del delovne sile v zdravstvu in socialnih storitvah, kar jih je samodejno postavljalo v prvo vrsto med odzivom na epidemijo in zviševalo njihovo tveganje za okužbo. Breme okužb s SARS-CoV-2 med slovenskimi ženskami je bilo tako nekoliko višje kot med moškimi. Veliki napor mednarodne skupnosti so bili vloženi v razvoj cepiv proti covidu-19 s ciljem zmanjšati umrljivost zaradi covid-19, izboljšati zdravje prebivalstva s preprečevanjem težkega poteka bolezni, razbremeniti zdravstveni sistem ter omogočiti ponoven zagon delovanja družbe. Do konca junija 2022 smo v Sloveniji dosegli 68 % precepljenost našega prebivalstva, precepljenost pa je bila nekoliko nižja med ženskami v primerjavi z moškimi.

**Rak** ni ena bolezen, temveč več sto različnih bolezni, ki se lahko pojavijo na vseh lokacijah telesa. Rakava obolenja so pogosta. Po ocenah bo do 75. leta za rakom zbolela ena od treh žensk, rojenih leta 2018. Leta 2018 je bil po vzroku smrti rak med ženskami na 2. mestu in med moškimi na 1. mestu. Število novih primerov raka in število smrti zaradi raka tako pri ženskah kot pri moških naraščata. Naraščanje incidence in umrljivosti zaradi raka gre predvsem na račun staranja prebivalstva. V kolikor izključimo vpliv staranja pa



pri ženskah opazimo naraščanje incidence in upadanje umrljivosti, pri moških pa je viden tako upad umrljivosti kot tudi incidence. Upad incidence pri moških gre verjetno predvsem na račun upadanja incidence raka debelega črevesja in danke ter pljučnega raka (oba spadata med najpogostejše rake pri moških), medtem ko je pri ženskah najpogostejši rak, to je rak dojk, v porastu, prav tako pa je v porastu tudi pljučni rak. Z ukrepi primarne preventive ter presejanja in zgodnjega odkrivanja bi lahko pomembno vplivali na ustavitev trenda naraščanja števila novih primerov. Na izboljšanje preživetja in zmanjševanje umrljivosti pa poleg zgodnjega odkrivanja in celovite diagnostike vpliva tudi stalno izboljševanje zdravljenja.

S **programom ZORA** učinkovito odkrivamo ženske s povečanim tveganjem za raka materničnega vratu, z odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb materničnega vratu visoke stopnje zmanjšujemo incidenco in umrljivost zaradi tega raka v Sloveniji. Prav tako je uspeh, če odkrijemo raka v zgodnjem stadiju, ko je zdravljenje manj invazivno in bolj uspešno. Uspeh programa ZORA se je že pokazal na zmanjšanju incidence raka materničnega vratu po vzpostavitvi organiziranega populacijskega programa ZORA leta 2003. Program ZORA že več let dosegla ciljno 3-letno pregledanost, to je 70 %. Stopnja pregledanosti je povezana z različnimi dejavniki in je nižja med ženskami z nižjim socialno-ekonomskim položajem, prav tako se pregledanost manjša s starostjo. Slovenija izpolnjuje dva od treh pogojev, ki omogočajo eliminacijo raka materničnega vratu in bi lahko bila med prvimi državami Evrope, ki bodo dosegle ta cilj.

Državni **presejalni program za raka dojk DORA** je namenjen zgodnjemu odkrivanju raka dojk. Dolgoročen cilj programa je zmanjšati umrljivost zaradi raka dojk med ciljno populacijo za 25–30 %, kratkoročen pa odkrivanje raka dojk v čim nižjem stadiju, ker to pomeni boljše izide zdravljenja in boljšo kakovost življenja. Program se je pričel izvajati leta 2008 in se je postopno širil po Sloveniji. Od konca leta 2017 poteka po vsej državi. Udeležba v programu DORA večino let delovanja programa presega 70 %, leta 2019 je udeležba v vseh starostnih skupinah presegala 75 %. Ker incidenca raka dojke v populaciji narašča in ker se v programu DORA večino rakov odkrije v začetnih stadijih, je pomembno, da se ženske presejalnega programa za raka dojk udeležujejo v čim večjem številu.

Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki – **Program Svit** – je presejalni program, namenjen preprečevanju in zgodnjemu odkrivanju predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki, ki vključuje tako ženske kot moške. Ženske imajo v vseh letih delovanja Programa Svit višjo odzivnost in presejanost kot moški, ter nižji delež pozitivnih testov kot moški. Od začetka programa leta 2009 se je odzivnost v Program Svit pri obeh spolih povečala. Poleg ugodnejših kazalnikov Programa Svit imajo ženske, po podatkih Registra raka, nižjo incidenco in umrljivost zaradi raka debelega črevesa in danke kot moški. Razmerje v incidenci med ženskami in moškimi je enako že več let in Program Svit nanj ni bistveno vplival. Pred začetkom Programa Svit je bila incidenca raka debelega črevesa in danke v porastu in od njegove uvedbe upada. Od uvedbe Programa Svit se je občutno znižala tudi umrljivost za rakom debelega črevesa in danke. K uspehu Programa Svit sta prispevali visoki stopnji presejanosti in udeležbe na kolonoskopijah.

**Bolniška odsotnost** z dela zaradi zdravstveno opravičenih razlogov kaže začasno nezmožnost za delo in je v veliki meri odraz zdravstvenega stanja zaposlenih. Vendar pa ni odvisna le od zdravstvenega stanja, temveč tudi od delovnega okolja, družbenih okoliščin in posamezniku lastnih okoliščin. Ženske imajo višjo stopnjo bolniške odsotnosti v primerjavi z moškimi. Odsotne so več dni in bolj pogosto, trajanje posamezne odsotnosti pa je pri moških daljše. Največ dni so ženske odsotne zaradi bolezni mišičnokostnega sistema in vezivnega tkiva, medtem ko so pri moških vodilni vzrok poškodbe in zastrupitve. V zadnjih letih število dni zaradi bolniške odsotnosti med ženskami narašča. Najbolj so porastle odsotnosti zaradi mišičnokostnih

bolezni, medtem ko smo pri odsotnostih zaradi nege družinskih članov ter bolezni in stanj, povezanih z nosečnostjo, opazili le blago povišanje števila izgubljenih dni.

Zaradi posebnega bremena, ki ga za zdravje žensk predstavlja njihova reproduktivna vloga, se je že pred desetletji v Sloveniji razvila posebna organizacijska oblika zdravstvenega varstva, to je primarno **reproduktivno zdravstveno varstvo**. Na primarnem nivoju si ženske izberejo osebnega ginekologa, ki je dostopen brez napotnice, sicer pa je ginekološko porodniška dejavnost organizirana tudi na sekundarnem in terciarnem nivoju v 14 porodnišnicah oziroma bolnišnicah z ginekološko porodniškimi oddelki. V letu 2021 je ginekološki tim na primarni ravni v povprečju skrbel za 4600 žensk, ob 78 % opredeljenosti. Starostna struktura ginekologov, ki delujejo na primarni ravni, je zelo neugodna zato lahko v prihodnjih letih pride do še večjih težav z dostopnostjo v nekaterih okoljih. Za razliko od ginekologov je veliko bolj ugodna starostna struktura diplomiranih babic, ki pa so zaenkrat zaposlene predvsem v bolnišnicah, lahko pa bi se v prihodnjih letih okrepila njihova vloga tudi v predporodnem in poporodnem zdravstvenem varstvu.

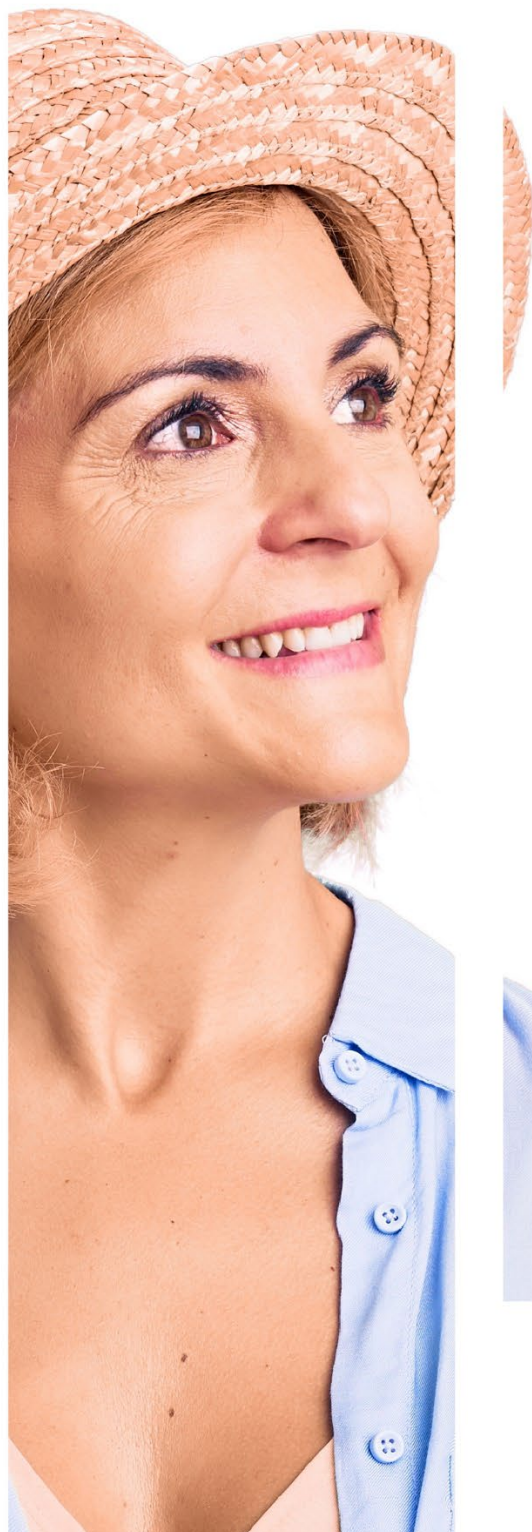
**Kajenju tobaka** pripisujemo veliko breme različnih bolezni in prezgodnjih smrti. Pri tem obstajajo pomembne razlike med spoloma, ki so predvsem odraz razlik v razvoju kajenja skozi čas, saj se je kajenje med ženskami praviloma začelo in doseglo najvišji odstotek kasneje kot med moškimi. Posledice kajenja tobaka na zdravje žensk so podobne kot na zdravje moških, kajenje in izpostavljenost tobačnemu dimu v nosečnosti pa predstavljata tudi tveganje za neugodne izide v nosečnosti in tveganje za zdravje še nerojenega otroka. V letu 2019 je kadila približno vsaka peta ženska, v zadnjih dveh desetletjih nismo opazili velikih sprememb v deležu kadilk, zadnja raziskava pa je pokazala rahel upad, medtem ko se je delež kadilcev v zadnjih desetletjih bistveno zmanjšal. Povprečna starost ob pričetku kajenja med ženskami je okoli 18. leta starosti, a se v zadnjem desetletju pomika k nižjim starostim. Tobačnemu dimu je izpostavljena vsaka sedma nekadilka, kar je manj kot pri moških. Med ženskami je bilo tobaku pripisljivih 12,8 % smrti, celokupno število tobaku pripisljivih smrti med ženskami se zvišuje, medtem ko se pri moških znižuje.

Zdravstveno in družbeno breme, ki ga povzroča **raba alkohola**, je v Sloveniji še vedno veliko, v veliki meri pa ga je mogoče preprečiti. Zloraba alkohola s strani kogarkoli predstavlja resno javnozdravstveno skrb, ženske, ki pijejo alkohol, pa imajo večje tveganje za nekatere težave, povezane z alkoholom, v primerjavi z moškimi. Ženske, ki so ali bi lahko bile noseče ali dojijo otroka, bi se morale alkoholu popolnoma odpovedati. Enako velja za mladostnice in mladostnike, ženske, ki jemljejo zdravila, imajo različna zdravstvena stanja, ki se lahko zaradi pitja alkoholnih pijač poslabšajo ali so bile v preteklosti odvisne od alkohola. Poleg neposredne škode, ki jo ženske utrpijo zaradi rabe alkohola, ne smemo pozabiti, da ženske nosijo velik del bremena zaradi pitja drugih, po navadi gre za pitje partnerja ali drugih članov družine. Zato je ukrepanje v smislu zaščite zdravja prebivalstva z zmanjševanjem rabe alkohola in s spodbujanjem k abstinenci pomembna javnozdravstvena naloga ter predstavlja ključni del ukrepov za nadzor nad rabo alkohola.

Izkušnje **nasilja** pomembno vplivajo na zdravje, tako fizično kot psihično, vseh vpletenih. Nekatere oblike nasilja, kot so nasilje v družini, spolne zlorabe, spolno nadlegovanje, intimnopartnerski umori ter druge oblike medosebnega nasilja v nesorazmerno večjem deležu prizadenejo ženske. Slovenska raziskava o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih je pokazala, da je vsaka druga ženska od dopolnjenega 15. leta starosti doživela eno od oblik nasilja, pogosto pa so žrtve nasilja tudi otroci (neposredno ali kot priče), med pandemijo se je stanje dodatno poslabšalo, toleranca do nasilja nad ženskami pa je še vedno zelo visoka. Nasilje nad ženskami v družini je najpogostejša oblika nasilja nad ženskami. Nasilje predstavlja pomemben javnozdravstveni in družbeni problem, zato je izjemnega pomena, da se posvečamo preventivi, zgodnjemu odkrivanju in ustrezni podpori žrtvam.

## ZAKLJUČEK

Ženske in moški se razlikujemo tako zaradi fizioloških značilnosti kot tudi zaradi družbenih vlog, kar se odseva tudi v zdravstvenih izidih in dejavnikih, povezanih z zdravjem. Ne glede na prizadevanja, bodo določene razlike med spoloma vedno prisotne in kot take zahtevajo prilagojene pristope tudi v zdravstvu, druge razlike pa so posledica neenakopravnega položaja in družbenih razlik med spoloma, ki tudi v Sloveniji obstajajo in jih lahko z različnimi pristopi zmanjšamo. Vsakdo, ki se bo lotil branja te publikacije, bo zagotovo nad nekaterimi ugotovitvami presenečen in upamo, da ga bodo nova spoznanja spodbudila k aktivnemu delovanju za zmanjševanje razlik med spoloma.



2

# ŽENSKE V SLOVENIJI

Barbara Mihevc Ponikvar

## UVOD

V prispevku predstavljamo osnovne podatke o strukturi prebivalstva, s poudarkom na ženskah. Prikazujemo starostno in izobrazbeno strukturo, podatke o delovni aktivnosti in državljanstvu. V drugem delu prispevka pa se osredotočamo na kazalnike natalitete in rodnosti, njihove trende in mednarodne primerjave.

## METODOLOGIJA

V prispevku prikazane podatke o prebivalkah in prebivalcih Slovenije smo pridobili z analizo prosto dostopnih podatkov Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) iz Podatkovne baze SiStat (1) in iz objav na spletni strani SURS ter z analizo podatkov iz Perinatalnega informacijskega sistema (2), katerega upravljavec je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Za mednarodne primerjave so bili uporabljeni podatki Svetovne zdravstvene organizacije – Health for all database (3), Evropskega statističnega urada (Eurostat) (4) in Population Reference Bureau (5).

## DEFINICIJE

**Živorojen** je otrok, ki je takoj po rojstvu pokazal znake življenja (dihanje, srčni utrip, trzanje mišic), čeprav le za krajši čas. Trajanje nosečnosti ni pomembno.

**Nataliteta** ali živorojeni na 1000 prebivalcev je razmerje med številom živorojenih otrok v koledarskem letu in številom prebivalstva sredi istega leta, pomnoženo s 1000.

**Celotna stopnja rodnosti** je povprečno število živorojenih otrok na eno žensko v rodni dobi (15-49 let) v koledarskem letu. Izračunamo jo tako, da seštejemo vse vrednosti starostnospecifičnih stopenj splošne rodnosti v koledarskem letu.

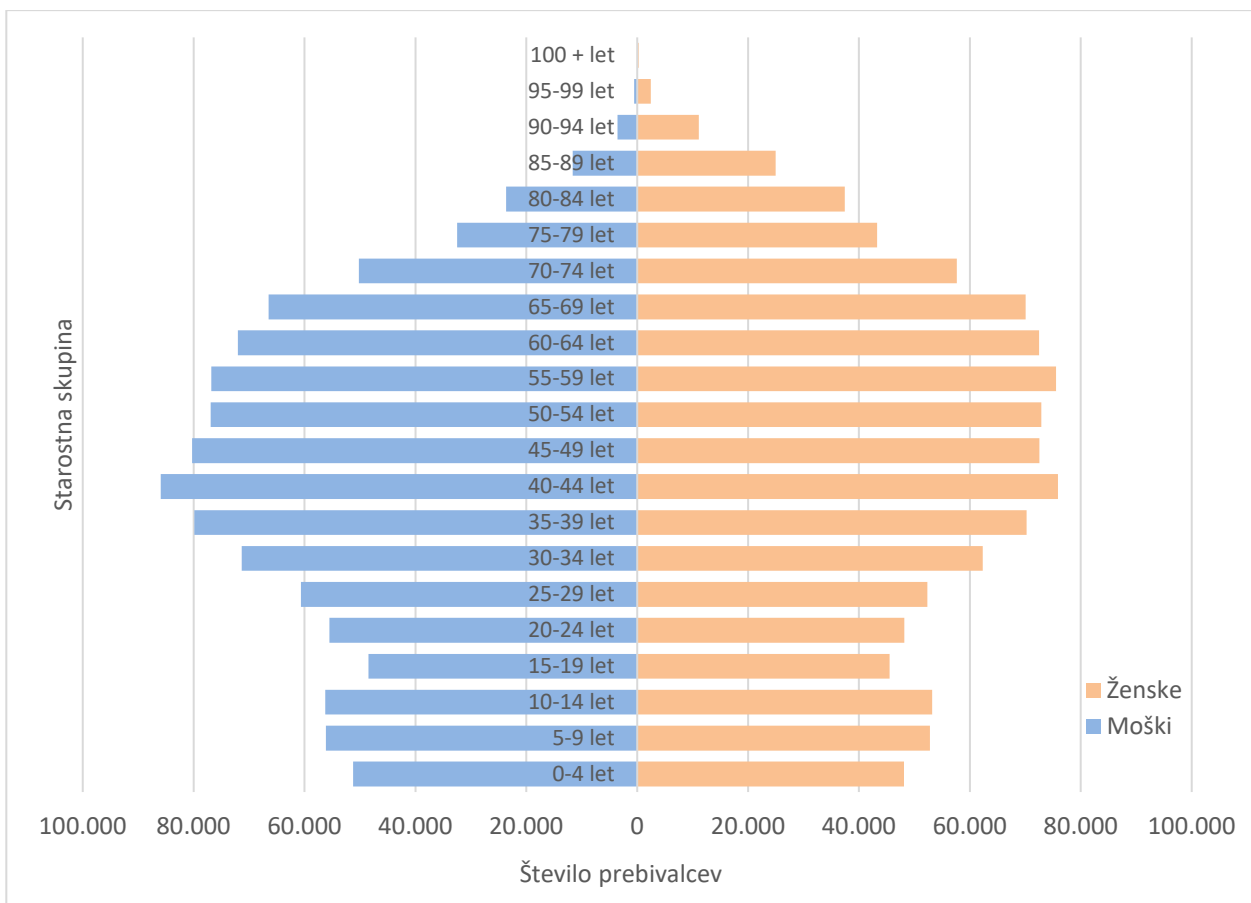
**Starostno specifična stopnja rodnosti** je razmerje med številom živorojenih otrok v koledarskem letu in številom žensk v starostni skupini sredi istega leta, pomnoženo s 1.000.

**Povprečna starost matere** ob rojstvu otroka je tehtana aritmetična sredina starosti mater ob rojstvu otroka.

## REZULTATI IN RAZPRAVA

### SESTAVA PREBIVALSTVA

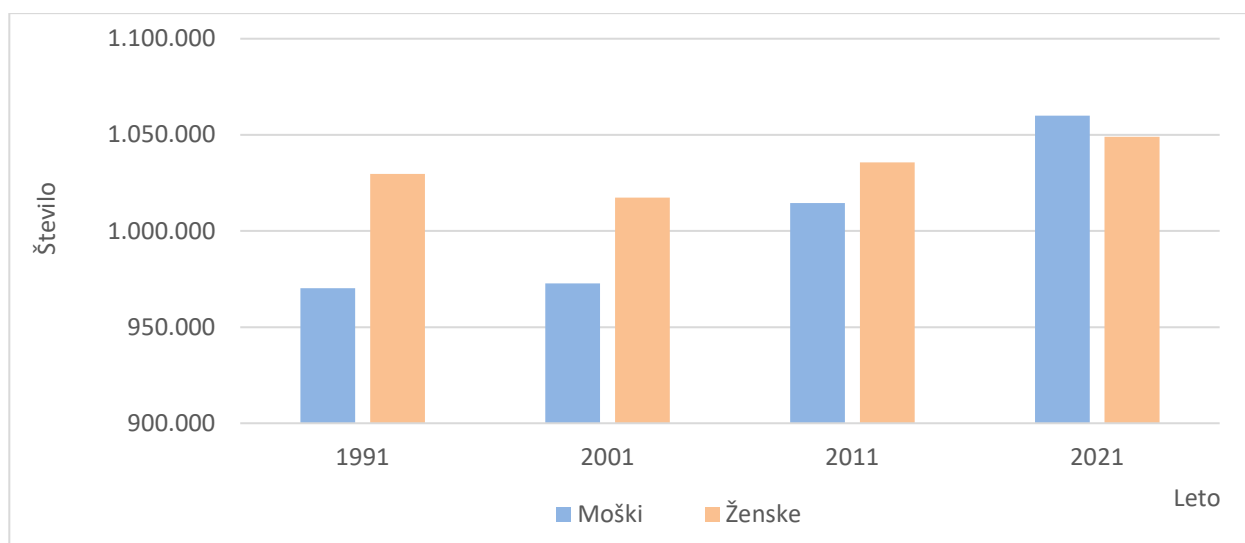
Leta 2021 je imela Slovenija 2.108.977 prebivalcev, med katerimi je bilo 1.049.039 ali 49,7 % žensk. Žensk je bilo manj kot moških v starostnih skupinah pod 60 let, v starejših starostnih skupinah pa so prevladovale. Med vsemi ženskami jih je bilo 61,8 % starih med 15 in 64 let, skoraj četrtna (23,6 %) pa jih je bilo starih 65 let in več. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu je znašala 83,7 let za ženske in 77,6 let za moške (6). Podrobneje je starostna struktura predstavljena na Sliki 1.



Slika 1. Struktura prebivalstva po starosti in spolu, Slovenija 2021.

Vir podatkov: SURS, Podatkovna baza SiStat (1).

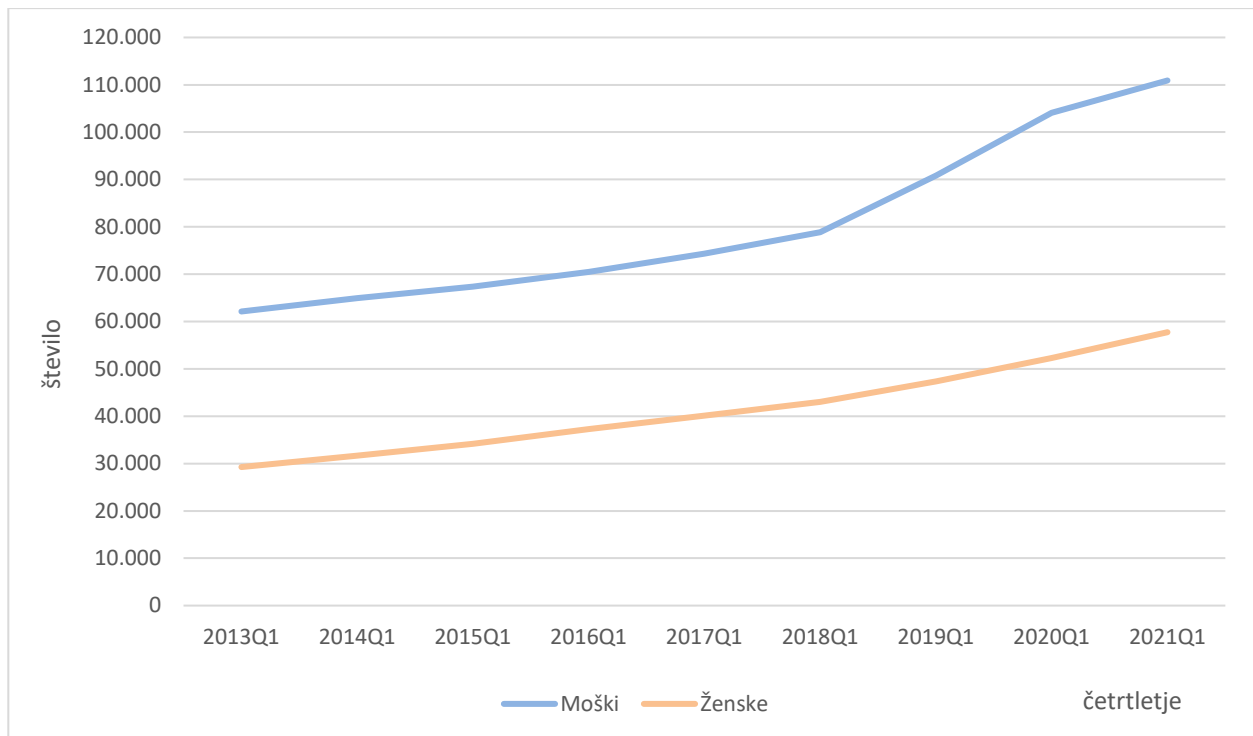
Po letu 2000 število prebivalcev v Sloveniji raste (Slika 2), izraziteje pri moških, katerih število od leta 2020 dalje presega število žensk.



Slika 2. Prebivalci in prebivalke Slovenije, 1991, 2001, 2011 in 2021.

Vir podatkov: SURS, Podatkovna baza SiStat (1).

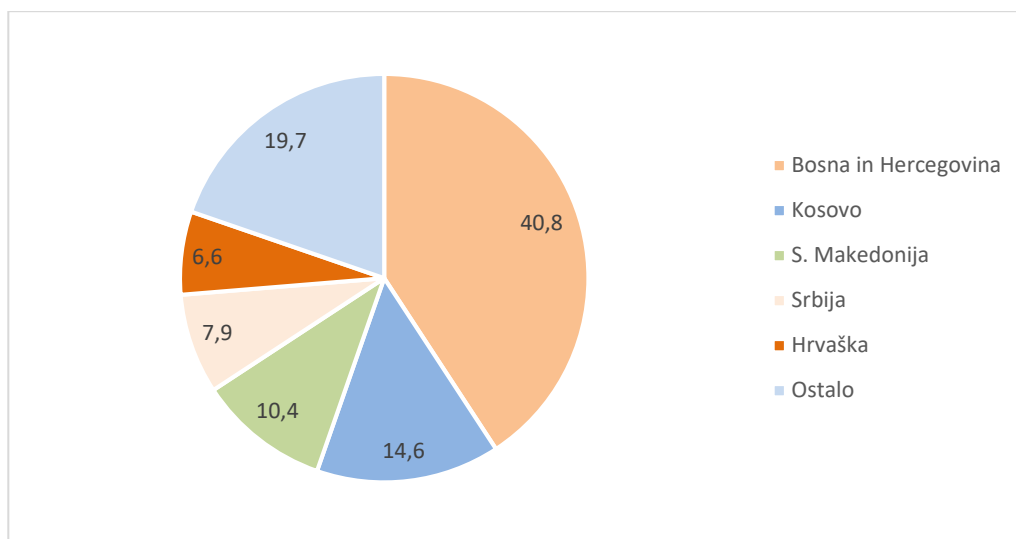
K naraščanju števila prebivalcev Slovenije pomembno prispevajo priselitve tujih državljanov. Število tujih državljanov med prebivalci Slovenije narašča (Slika 3), njihov delež je v začetku leta 2021 znašal 8 % vseh prebivalcev. Med vsemi tujimi državljani pa je bila dobra tretjina (34,2 %) žensk (7).



Slika 3. Tuji državljani med prebivalci, Slovenija 2013–2021.

Vir: SURS, povzeto po (7).

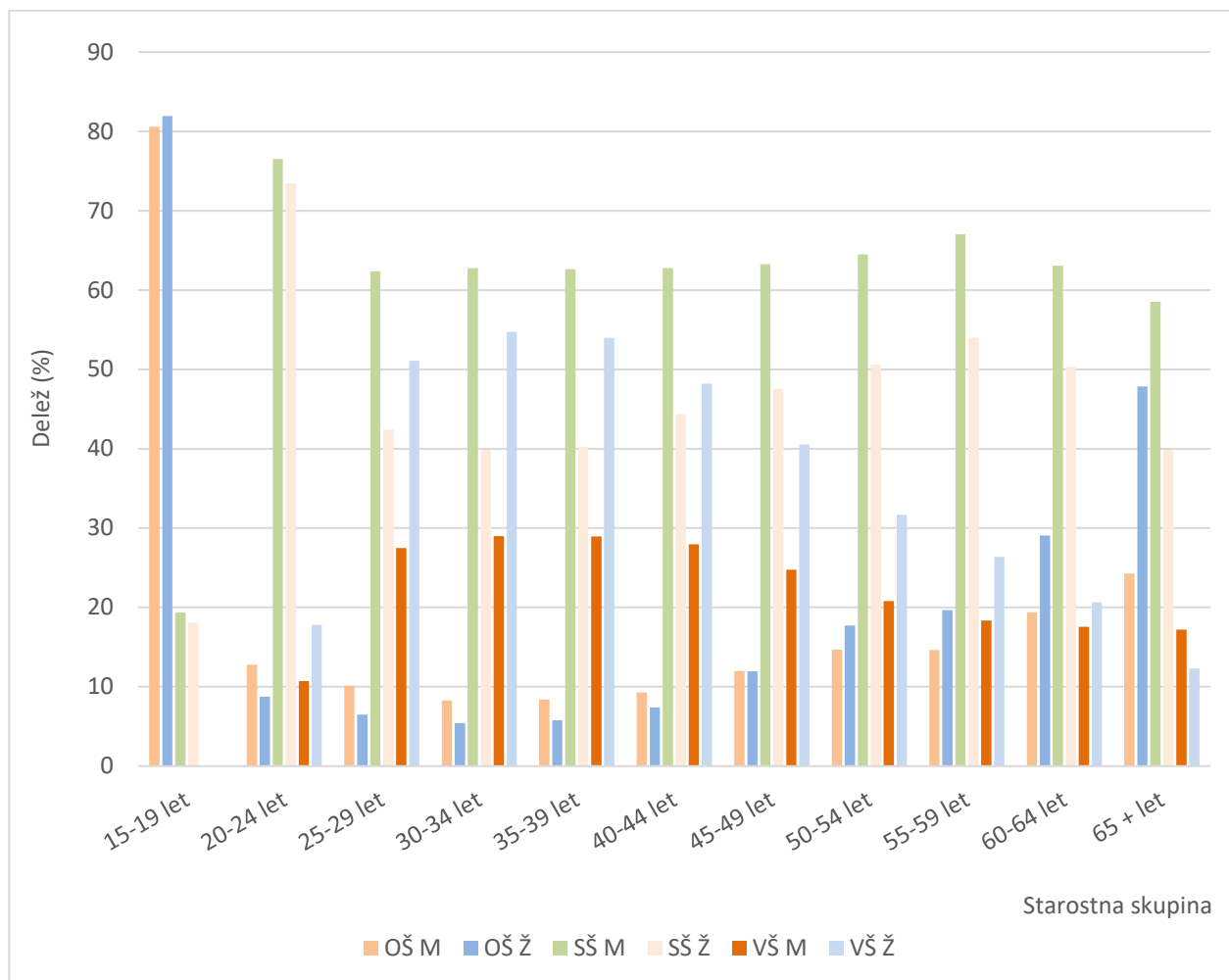
Priseljenke v Slovenijo najpogosteje prihajajo iz držav Zahodnega Balkana, največ tujih državljanek v Sloveniji ima državljanstvo Bosne in Hercegovine (Slika 4).



Slika 4. Deleži (%) tujk v Sloveniji po državi državljanstva, Slovenija 2022.

Vir podatkov: SURS, Podatkovna baza SiStat (1).

V letu 2021 je imelo 22,2 % prebivalcev Slovenije končano osnovno šolo ali manj, 52,8 % srednješolsko izobrazbo ter 25 % višje- ali visokošolsko izobrazbo. Z izjemo starejših žensk (po 65. letu starosti) je izobrazbena struktura žensk višja od izobrazbene strukture moških (Slika 5). V starostni skupini 30–34 let, kjer je bila izobrazba prebivalcev najvišja, je imelo višje- ali visokošolsko izobrazbo skoraj 55 % žensk in le 29 % moških. Podrobneje je izobrazbena struktura prebivalcev prikazana na Sliki 5.



Slika 5. Izobrazbena struktura prebivalcev starih 15 let in več po starosti in spolu, Slovenija 2021.

OŠ – osnovna šola ali manj, SŠ – srednja šola, VŠ – visoka/višješolska izobrazba, Ž – ženske, M – moški.

Vir podatkov: SURS, Podatkovna baza SiStat (1).

Dobra polovica žensk, starejših od 15 let, je leta 2021 sodila med aktivne prebivalke (46 % zaposlenih, 5,2 % brezposelnih), eno tretjino so predstavljale upokojenke, 8,8 % učenke, dijakinje in študentke, 6,6 % pa druge neaktivne prebivalke. Med moškimi je bil delež aktivnih višji za deset odstotnih točk, predvsem na račun nižjega deleža upokojenec.

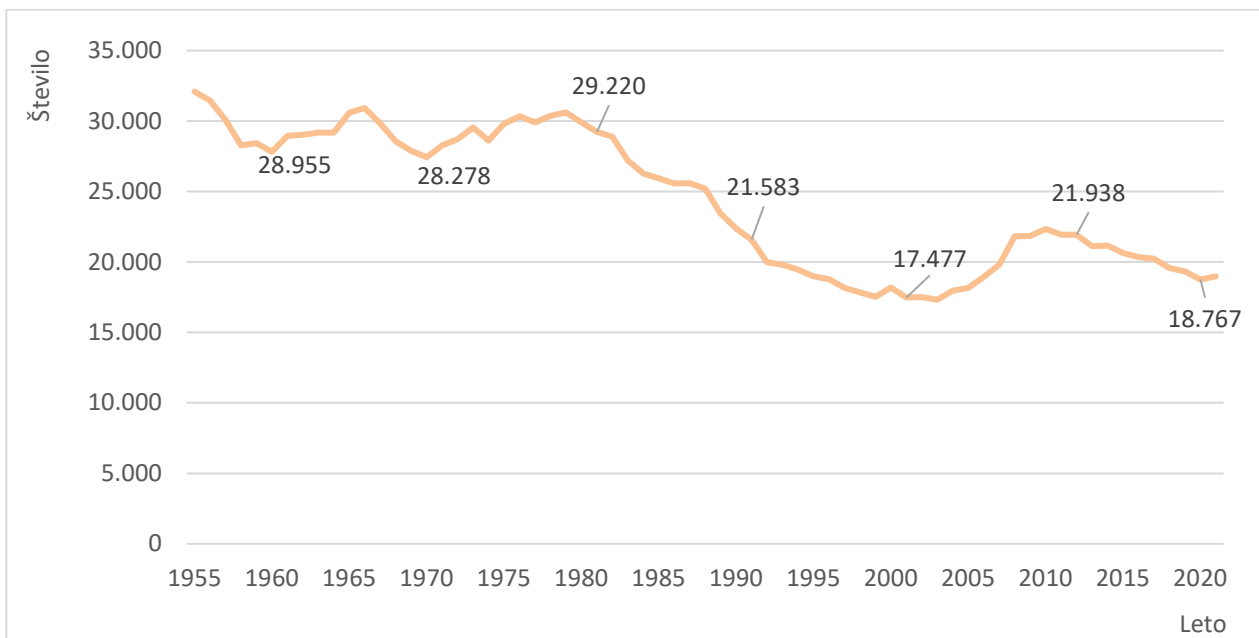
Stopnja delovne aktivnosti žensk, starih med 20 in 64 let, je znašala 70,7 %. Med ženskami brez otrok je bila 64,6-odstotna, kar je bilo blizu povprečja EU-27 (64,5 %). Stopnje delovne aktivnosti žensk z otroki pa so bile med najvišjimi v EU. Stopnja delovne aktivnosti je bila najvišja med materami z dvema otrokoma (83,3 %). Med materami z enim otrokom je bila 76,6-odstotna, med tistimi s tremi ali več otroki pa 80,6-odstotna, kar je bilo sploh največ v EU-27, kjer je povprečje znašalo 55,8 % (8).



## NATALITETA IN RODNOST

Svetovno prebivalstvo je po ocenah Organizacije združenih narodov leta 2022 doseglo 8 milijard in se še povečuje ter naj bi se do konca stoletja bližalo 11 milijardam ljudi. Najhitreje bo naraščalo prebivalstvo Afrike, kjer je bila celokupna stopnja rodnosti leta 2020 ocenjena na 4,3 otroka na žensko v rodni dobi; povprečje za svet je znašalo 2,3 otroka na žensko v rodni dobi, najnižja pa je bila v Evropi (1,5) in Severni Ameriki (1,6) (5).

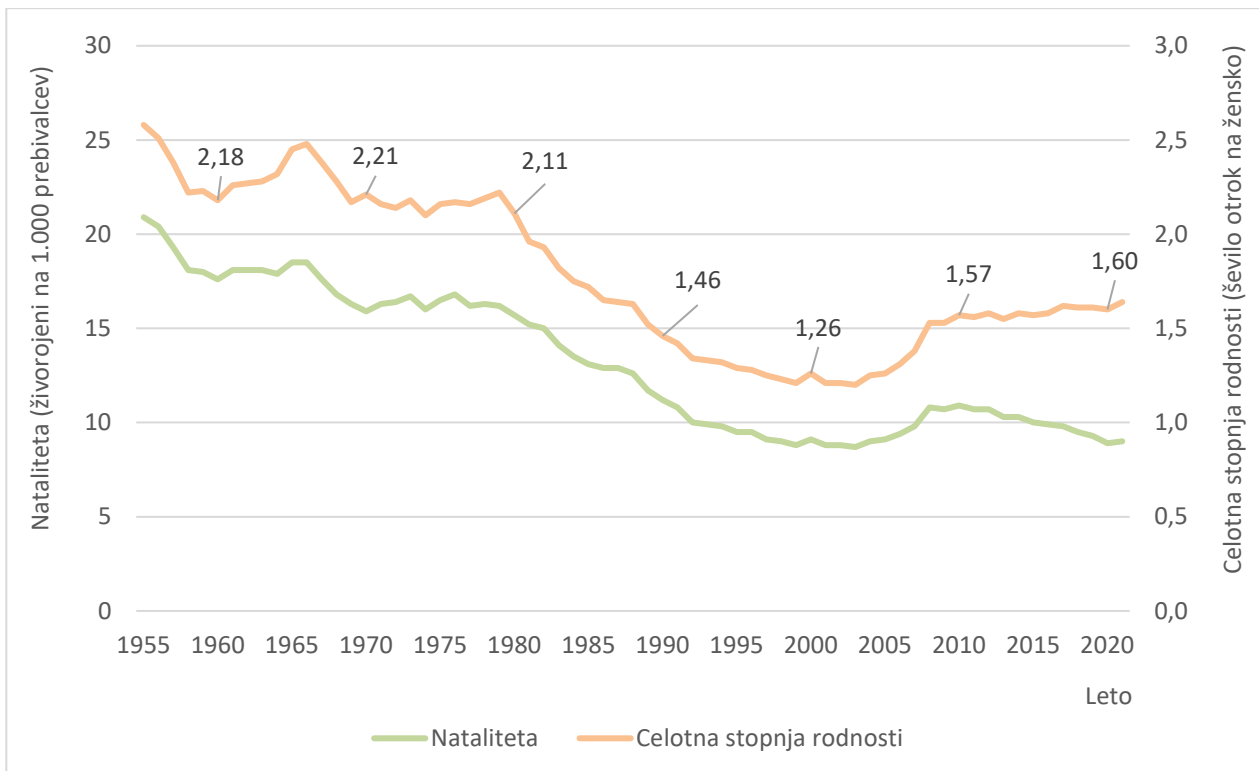
V Sloveniji se je leta 2021 po podatkih SURS rodilo 18.984 otrok oz. nekoliko več kot leto prej. Hkrati je bilo to 33 % manj kot pred 50 leti in 38 % manj kot leta 1979, ko je bilo rojstev največ v zadnjih 50 letih, po drugi strani pa 10 % več kot leta 2003, ko je bilo rojstev najmanj (8) (Slika 6). Po letu 1980 je namreč v Sloveniji število rojstev dobri dve desetletji strmo padalo in leta 2003 smo zabeležili le še dobrih 17.300 živorojenih otrok. Sledil je porast na preko 22.000 živorojenih leta 2010, nato pa je število živorojenih ponovno pričelo upadati.



Slika 6. Število živorojenih otrok, Slovenija 1955–2021.

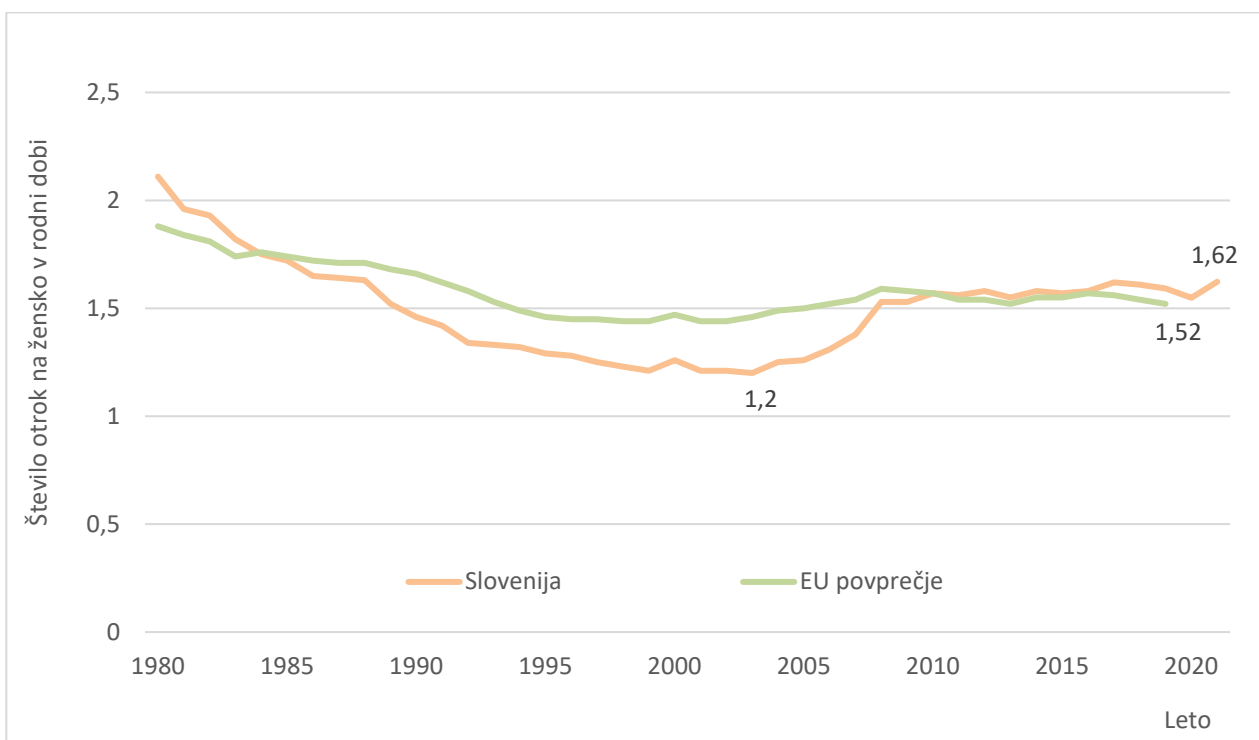
Vir podatkov: SURS, Podatkovna baza SiStat (1).

Posledično v zadnjem desetletju beležimo upad natalitete, ki je leta 2021 znašala 9,0 živorojenih na 1000 prebivalcev (Slika 7), kar je bilo tik pod povprečjem EU-27, ki je znašalo 9,1 živorojenih na 1000 prebivalcev. V EU se je sicer nataliteta gibala med 6,8 v Italiji in 11,6 na Irskem (4, 8). Ob tem pa je celotna stopnja rodnosti (povprečno število živorojenih otrok na eno žensko v rodni dobi) ostajala v zadnjem desetletju razmeroma stabilna, okoli 1,6 živorojenega otroka na žensko v rodni dobi, kar je primerljivo s povprečjem v EU (Slika 8). Vzrok za upadanje števila živorojenih in s tem natalitete je potrebno iskati v zmanjševanju števila žensk v rodni dobi, še posebno v njenem vrhu, to je med 25 in 34 letom starosti žensk.



Slika 7. Nataliteta in celotna stopnja rodnosti, Slovenija 1955–2021.

Vir podatkov: SURS, Podatkovna baza SiStat (1).

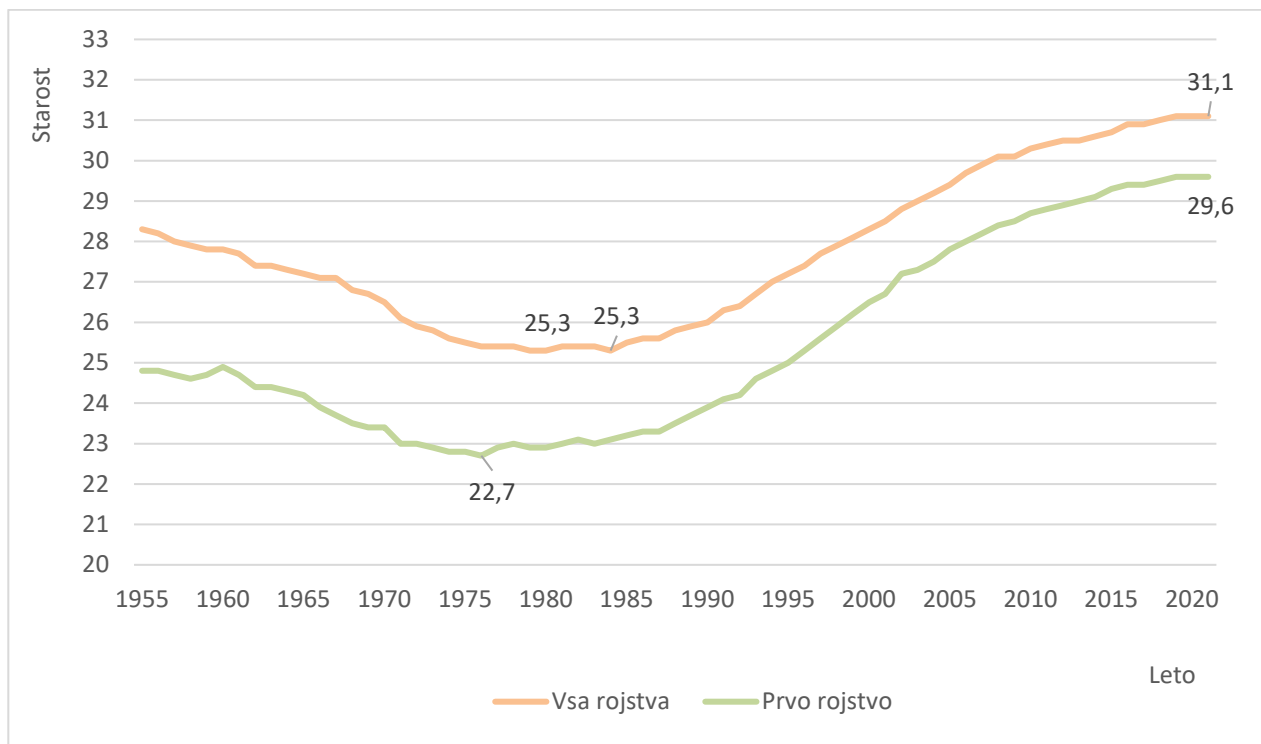


Slika 8. Celotna stopnja rodnosti, Slovenija in EU, 1980–2021.

Vir podatkov: Svetovna zdravstvena organizacija, HFA database (3).

Povprečna starost žensk pri porodu je v zadnjih desetletjih porasla. Najnižja povprečna starost je bila zabeležena v letih 1979, 1980 in 1984, ko je znašala 25,3 leta. Najnižja povprečna starost prvorodk pa v letu

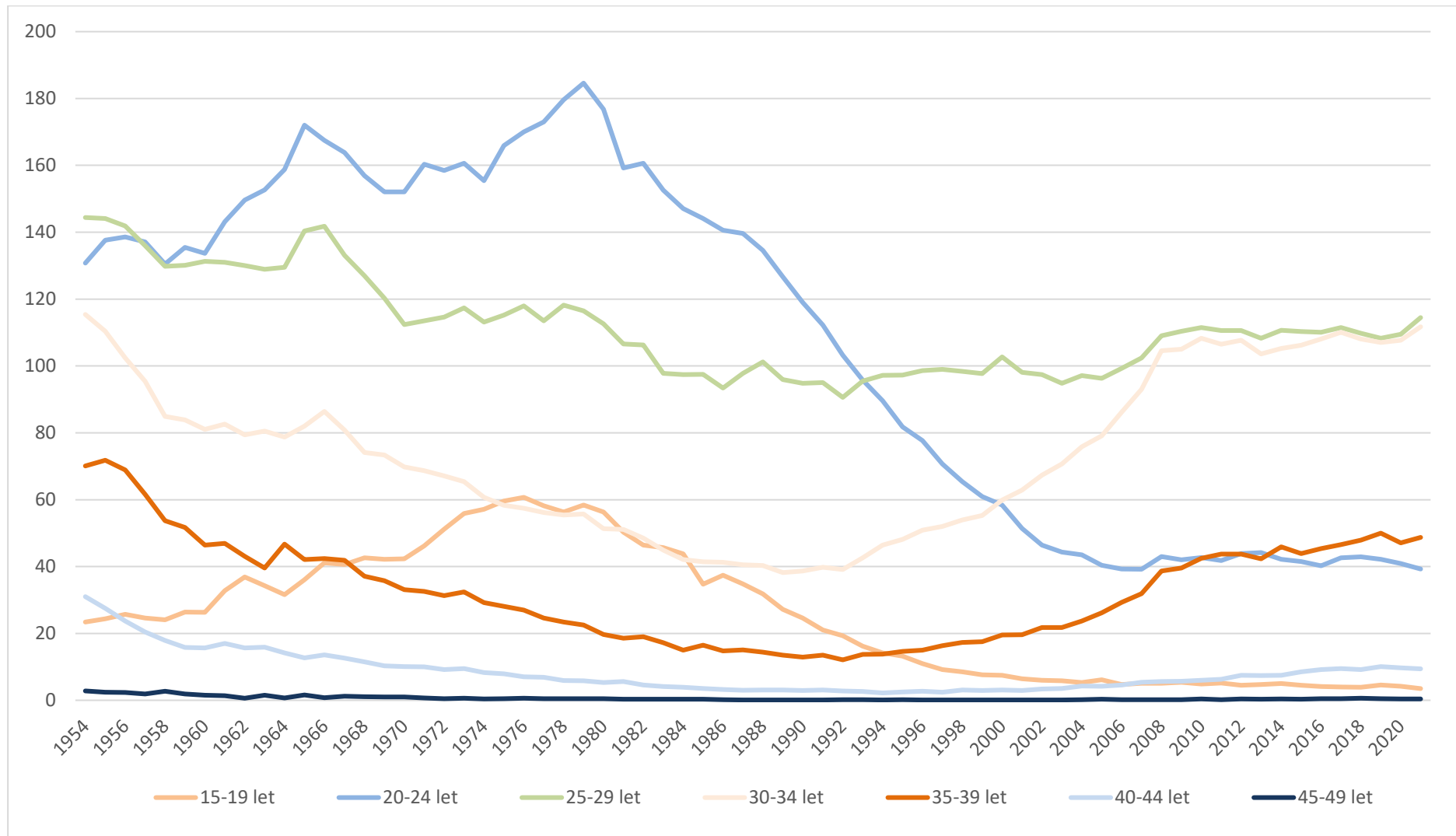
1976, ko je znašala 22,7 let. Povprečna starost žensk pri porodu je porasla za skoraj šest let na 31,1 let, povprečna starost prvorodk pa za skoraj 7 let na 29,6 let (Slika 9).



Slika 9. Povprečna starost matere ob porodu, Slovenija 1954–2021.

Vir podatkov: SURS; Podatkovna baza SiStat (1).

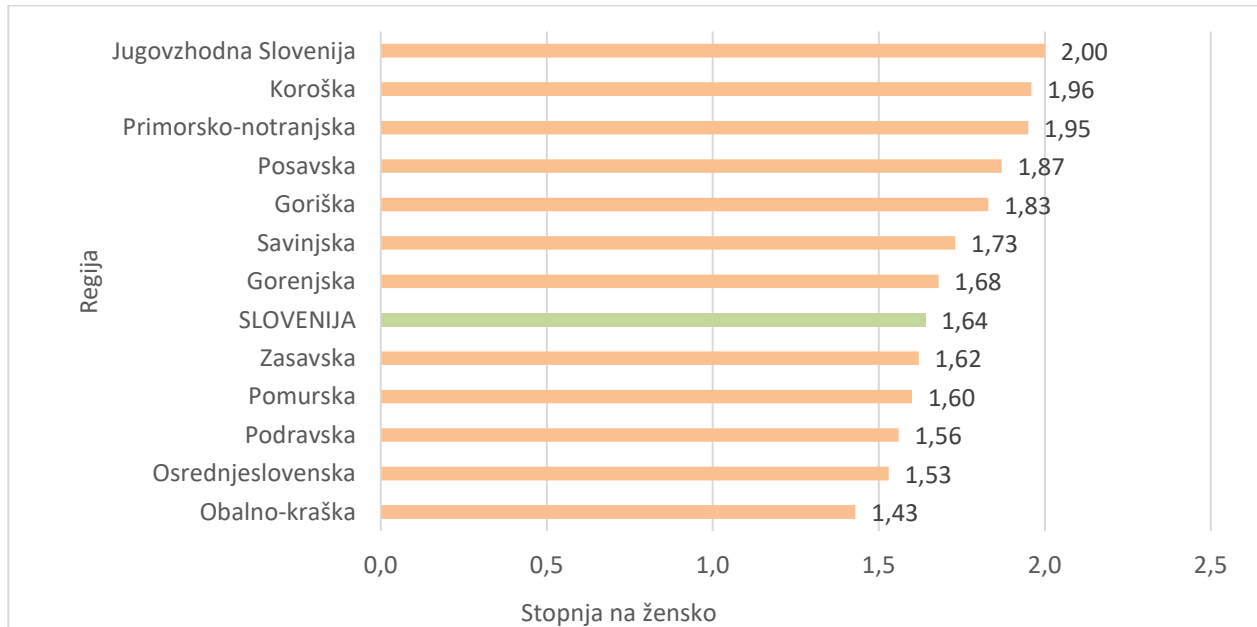
Po letu 1980 je močno upadla stopnja rodnosti žensk, mlajših od 25 let, kar gre verjetno pripisati porastu terciarnega izobraževanja. Po letu 1990 pa je strmo porasla stopnja rodnosti žensk, starejših od 30 in 35 let. Zadnjih 15 let izrazitejših sprememb v starostno specifičnih stopnjah rodnosti več ne opažamo, se pa še vedno nadaljuje blag trend premikanja rojevanja v višjo starost (Slika 10).



Slika 10. Starostno specifične stopnje splošne rodnosti (na 1000 žensk), Slovenija 1954–2021.

Vir podatkov: SURS; Podatkovna baza SiStat (1).

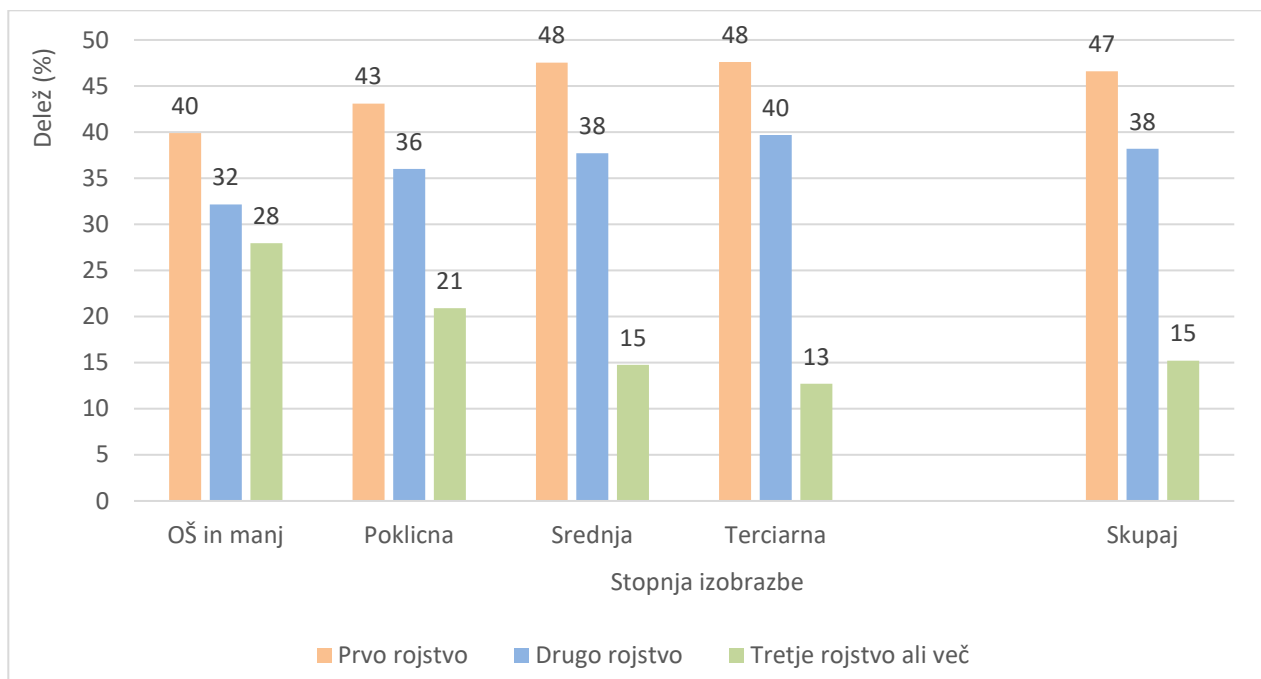
Celotna stopnja rodnosti se pomembno razlikuje med regijami. Leta 2021 je bila najvišja v JV Sloveniji in najnižja v Obalno–kraški regiji (Slika 11). V regijah z višjo celotno stopnjo rodnosti je več družin s tremi ali več otroki.



Slika 11. Celotna stopnja rodnosti po regijah, Slovenija 2021.

Vir podatkov: SURS; Podatkovna baza SiStat (1).

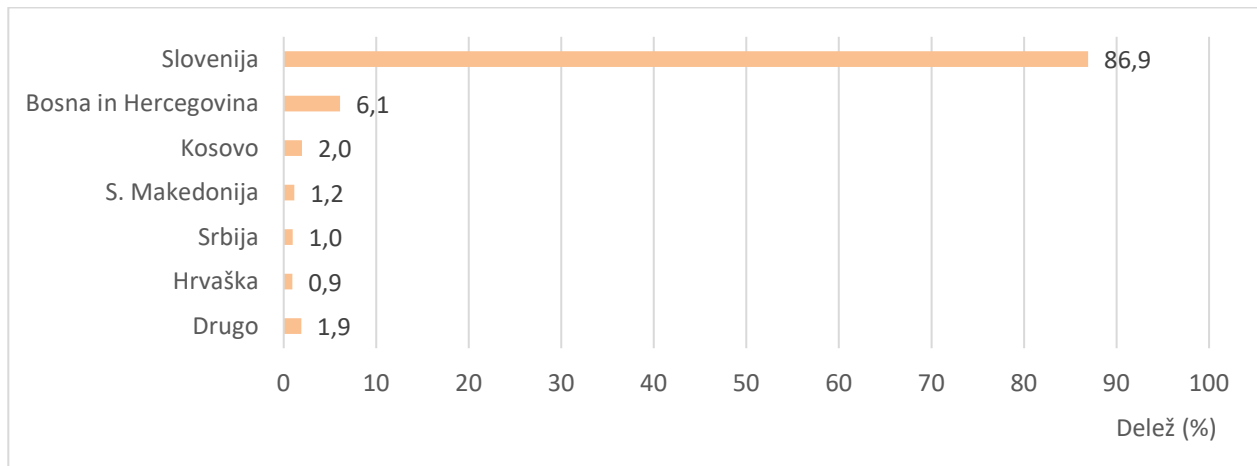
Tretjega otroka ali več pogosteje rodijo najmanj izobražene ženske in najredkeje ženske s terciarno izobrazbo (Slika 12).



Slika 12. Delež živorojenih po vrstnem redu rojstva in izobrazbi matere, Slovenija 2020.

Vir podatkov: SURS; Podatkovna baza SiStat (1).

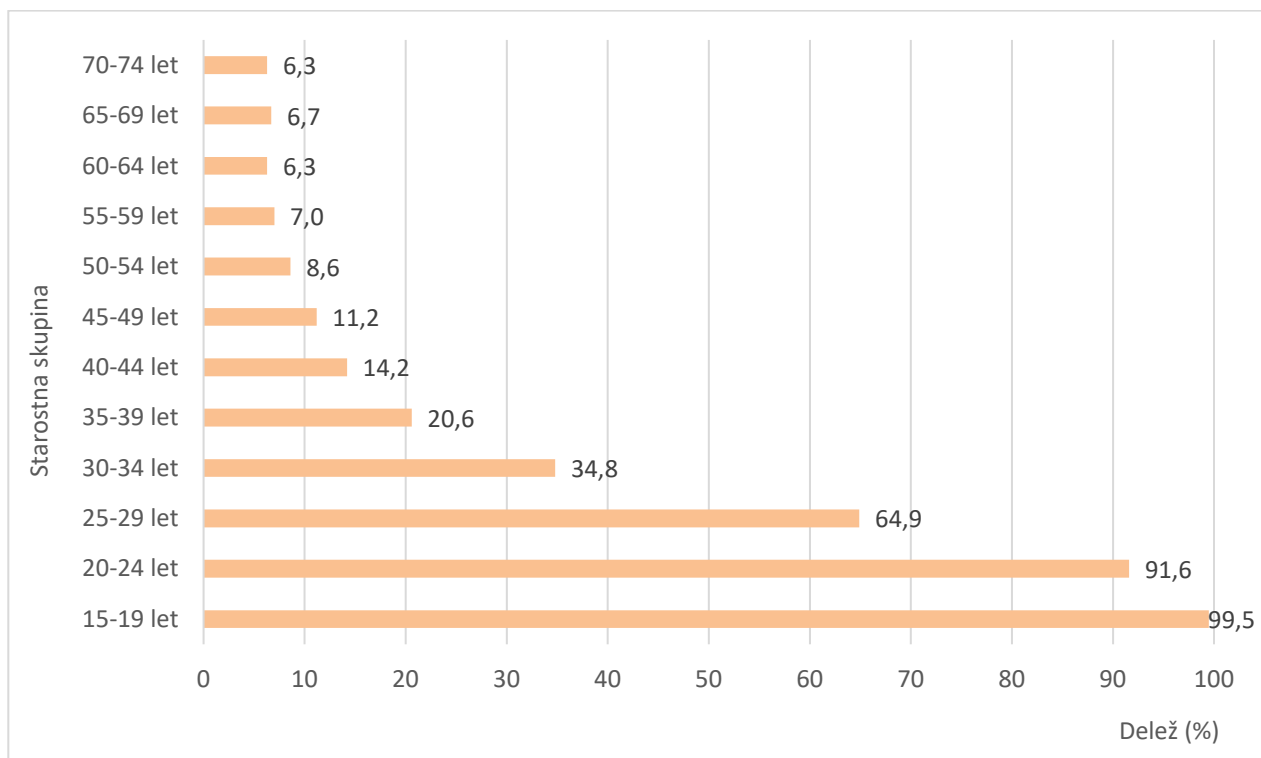
Nekoliko pogosteje (v 20 %) rodijo tretjega otroka ali več tudi ženske, katerih država prvega bivališča ni bila Slovenija. Priseljene ženske so sicer leta 2021 v Sloveniji rodile kar dobrih 13 % vseh živorojenih otrok, največ ženske, katerih država prvega bivališča je bila Bosna in Hercegovina (Slika 13).



Slika 13. Delež (%) živorojenih otrok glede na mamino državo prvega bivališča, Slovenija 2021.

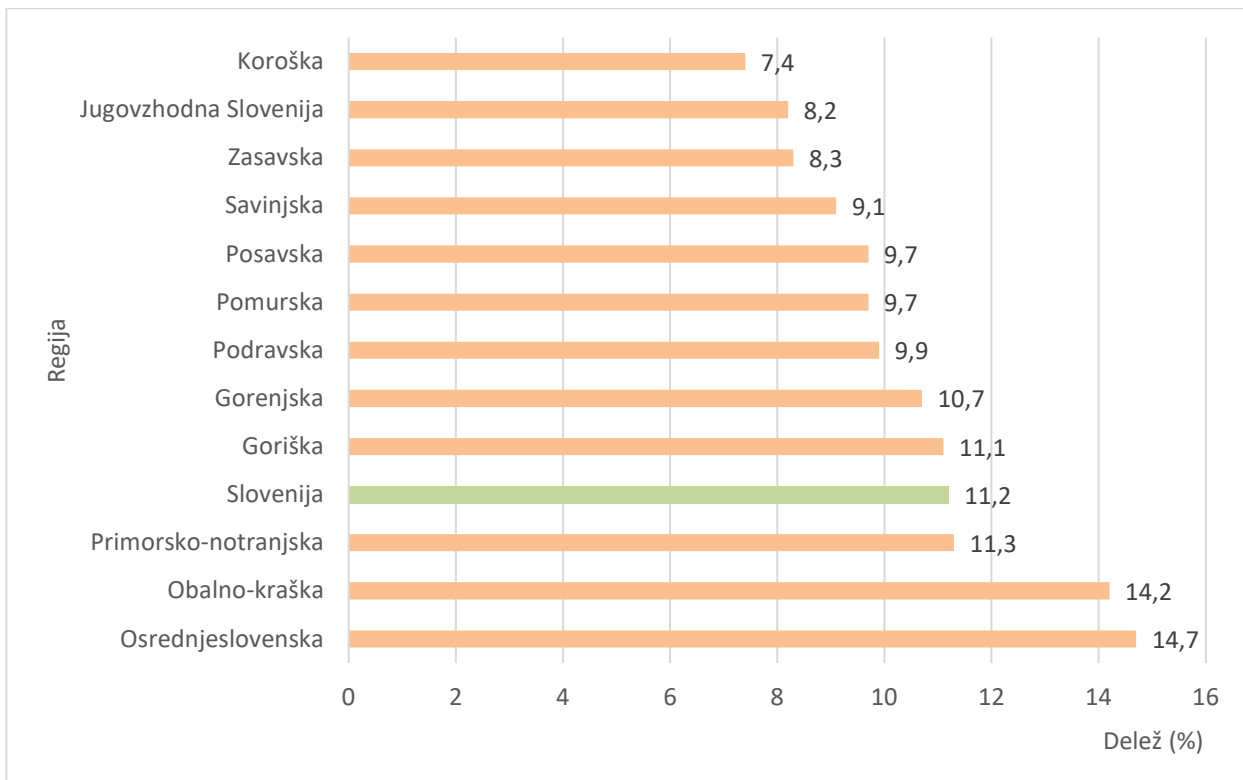
Vir: NIJZ, Perinatalni informacijski sistem RS (2).

Posebna skupina so ženske, ki nikoli ne rodijo. Delež teh se počasi povečuje (Slika 14), tudi pri tem pojavu opažamo precejšnje regijske razlike, tako je bilo leta 2018 ob zaključku rodne dobe, v starosti 45–49, v povprečju 11,2 % žensk, ki niso rodile, od 7,4 % na Koroškem do 14,7 % v Osrednjeslovenski regiji (Slika 15). V tej starosti prvič rodi še izjemno malo žensk, tako da predstavlja približek stanja ob zaključku rodne dobe.



Slika 14. Delež (%) žensk, ki (še) niso rodile, po starostnih skupinah, Slovenija 2018.

Vir podatkov: SURS; Podatkovna baza SiStat (1).



Slika 15. Delež (%) žensk v starosti 45–49 let, ki (še) niso rodile, po regijah, Slovenija 2018.

Vir podatkov: SURS; Podatkovna baza SiStat (1).

## ZAKLJUČEK

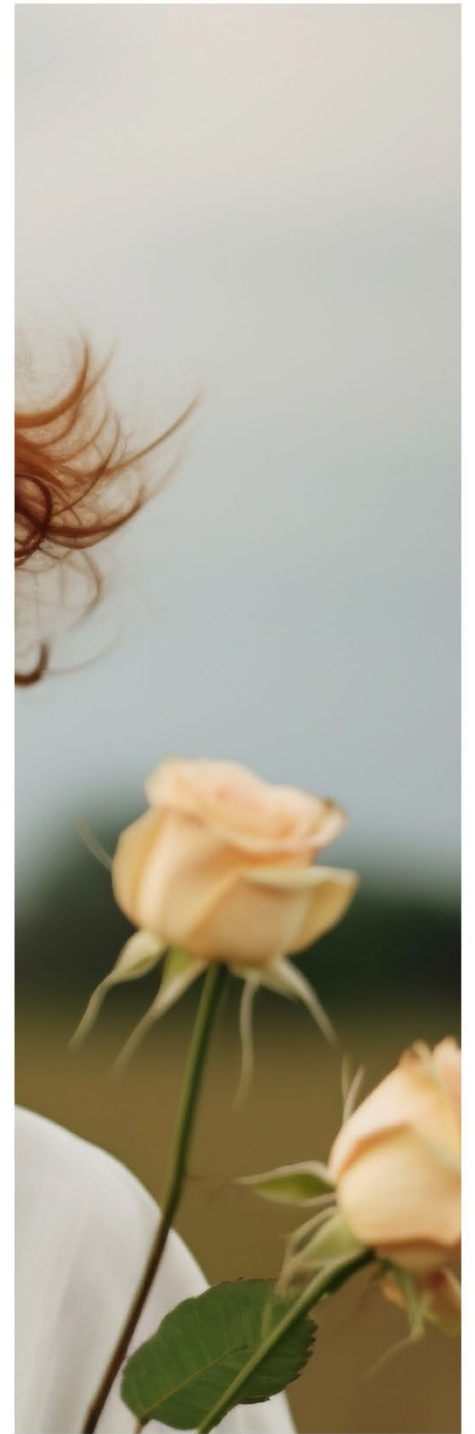
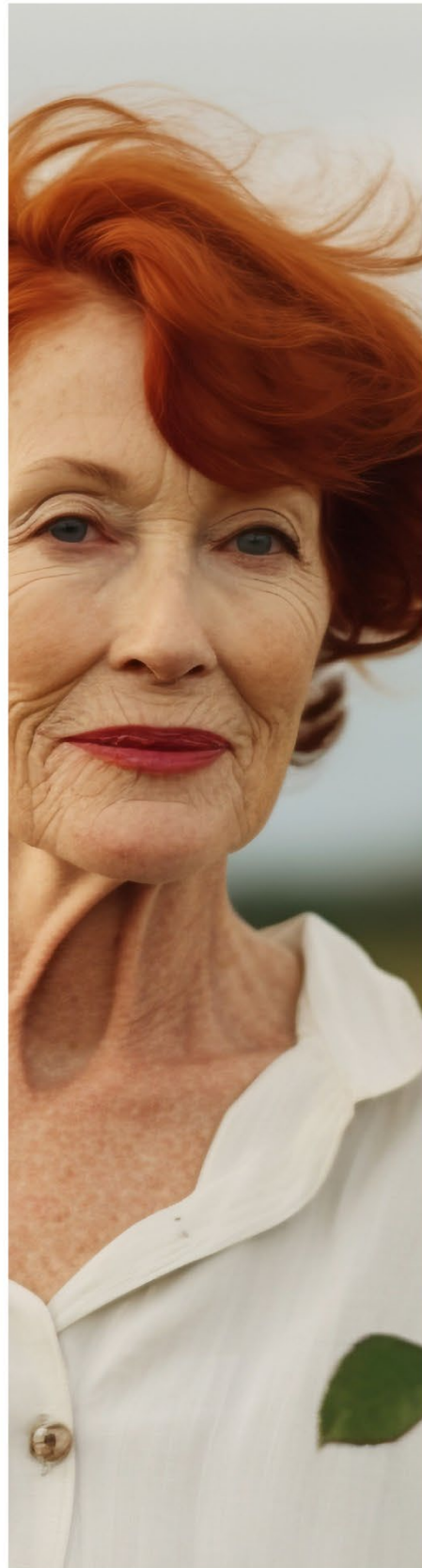
Ženske so v Sloveniji v letu 2021 predstavljale slabo polovico prebivalstva. Kljub temu, da njihovo število raste, so jih v zadnjih letih moški številčno prehiteli. Predvsem gre to na račun priseljevanja, saj je med tujimi državljani v Sloveniji skoraj dve tretjini moških. Ženske so precej bolj izobražene kot moški, v mlajših starostnih skupinah je terciarno izobraženih več kot polovica žensk. Stopnja delovne aktivnosti slovenskih žensk, posebno tistih, ki imajo otroke, je med najvišjimi v EU. Nataliteta v Sloveniji sicer v zadnjem desetletju pada, kar prispeva k staranju prebivalstva, vendar pa to ni posledica nižje rodnosti. Slednja ostaja stabilna, okoli 1,6 otroka na žensko v rodni dobi, vzrok za padec natalitete je vse manjše število žensk v rodni dobi. Rojevanje se je premaknilo v višja starostna obdobja, povprečna starost ob porodu presega 31 let.

## VIRI

1. Statistični urad Republike Slovenije. Podatkovna baza SiStat [Internet]. 2023 [citirano 2023 Jul 12]. Dostopno na: <https://pxweb.stat.si/SiStat/sl>.
2. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem RS [Internet]. 2023 [citirano 2023 Jul 14]. Dostopno na: <https://nijz.si/podatki/podatkovne-zbirke-in-raziskave/perinatalni-informacijski-sistem/>.
3. Svetovna zdravstvena organizacija. Health for all database [Internet]. 2022 [citirano 2023 Jul 13]. Dostopno na: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>.
4. Evropski statistični urada (Eurostat) [Internet]. 2023 [citirano 2023 Jul 13]. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>.
5. Population Reference Bureau [Internet]. 2023 [citirano 2023 Jul 17]. Dostopno na: <https://www.prb.org/>.

6. Statistični urad republike Slovenije. Kazalniki SDG [Internet]. 2022 [citirano 2023 Jul 17]. Dostopno na: <https://www.stat.si/Pages/cilji/cilj-3.-poskrbeti-za-zdravo-%C5%BElivljenje-in-spodbujati-splo%C5%A1no-dobro-po%C4%8Dutje-v-vseh-%C5%BElivljenjskih-obdobjih/3.1-pri%C4%8Dakovano-trajanje-%C5%BElivljenja-ob-rojstvu>.
7. Statistični urad republike Slovenije. Prebivalstvo, Slovenija, 1. januar 2021 [Internet]. 2021 [citirano 2023 Jul 18]. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/9212>.
8. Statistični urad republike Slovenije. Materinski dan 2023. [Internet]. 2023 [citirano 2023 Jul 18]. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/10994>.





3

# UMRLJIVOST

Eva Štromajer, Sonja Tomšič

## UVOD

Ženske po celem svetu živijo dlje od moških (1, 2, 3). Do 20. stoletja med obema spoloma ni bilo velikih razlik v umrljivosti, ker so v tistem obdobju kot vzrok smrti prevladovali infekcijske bolezni (1, 4). S hitrim napredkom pri obvladovanju infekcijskih bolezni pa so vodilni vzrok umrljivosti postale kronične bolezni, predvsem srčno-žilne bolezni (bolezni obtočil) ter rak (1, 2). S tem so postali pomembnejši vedenjski, družbeni ter biološki dejavniki, ki vplivajo na razvoj kroničnih bolezni in se med spoloma razlikujejo (1, 2, 4). Skozi zgodovino je bila visoka tudi umrljivost, povezana z nosečnostjo in porodom, v 20. stoletju pa je v razvitem delu sveta zaradi napredka v zdravstveni oskrbi zelo upadla in ni več med najpomembnejšimi vzroki umrljivosti žensk (5). V manj razvitih državah je razlika v umrljivosti med spoloma manjša kot v razvitih državah, kar pripisujejo večji prevalenci infekcijskih bolezni, slabšemu socialnoekonomskemu statusu žensk in maternalni umrljivosti (6).

V razvitih državah se v prihodnje pričakuje zmanjšanje razlik v umrljivosti med spoloma zaradi vse bolj podobnega vedenjskega sloga žensk in moških, v nerazvitem svetu pa se bo razlika med spoloma verjetno povečevala zaradi vse boljšega položaja žensk (6).

## METODOLOGIJA

### DEFINICIJE

**Umrljivost:** Z umrljivostjo izrazimo absolutno število vseh umrlih za določeno boleznijo v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu (7).

**Prezgodnja umrljivost:** Prezgodnja umrljivost je opredeljena kot smrt oseb, ki umrejo v starosti pred dogovorjeno mejo 65 let (8).

**Groba stopnja umrljivosti:** Groba stopnja umrljivosti je število umrlih, preračunano na 100.000 oseb opazovane populacije (8).

**Starostno specifična stopnja umrljivosti:** Starostno specifična stopnja umrljivosti je razmerje med številom umrlih določene starostne skupine v koledarskem letu in številom prebivalstva te starostne skupine sredi istega leta na določenem območju, pomnoženo s 100.000 (8).

**Starostno standardizirana stopnja umrljivosti:** Starostno standardizirana stopnja umrljivosti je teoretična stopnja, pri kateri predpostavimo, da je starostna struktura opazovane populacije taka kot v standardni populaciji. Izračunamo jo lahko z metodo direktne standardizacije, kjer se izračun stopnje umrljivosti na 100.000 prebivalcev, razdeljen po petletnih starostnih skupinah, umeri s preračunom na standardno populacijo, kar izniči razlike v populacijah glede starosti prebivalstva posameznih držav/regij/teritorija ali v različnih časovnih obdobjih. Ta postopek omogoči neposredno primerjavo stopenj umrljivosti med populacijami v različnih geografskih enotah (državah, regijah) ali v različnih časovnih obdobjih, ne glede na razlike v starostni strukturi prebivalstva (7, 8).

**Povprečna starost ob smrti:** Povprečna starost ob smrti je razmerje med vsoto starosti umrlih prebivalcev in številom umrlih prebivalcev, primernejša je za primerjavo pojavov, ki sledijo normalni (Gaussovi) razporeditvi (8).

**Mediana starost ob smrti:** Mediana starosti ob smrti predstavlja srednjo vrednost starosti ob smrti, od katere ima polovica umrlih nižjo in polovica umrlih višjo vrednost starosti ob smrti, primernejša je za primerjavo pojavov, ki nimajo normalne (Gaussove) razporeditve (8).

## PREISKOVANCI IN MATERIALI

V raziskavo so bile zajete prebivalke Slovenije, umrle v letih 2003–2020. Vzroki smrti so določeni s kodami *Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov* (MKB-10). Vir podatkov o umrlih je bila *Zbirka podatkov o umrlih osebah* (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46), ki jo vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), vir podatkov o številu prebivalk in prebivalcev je bil Statistični urad Republike Slovenije (SURS).

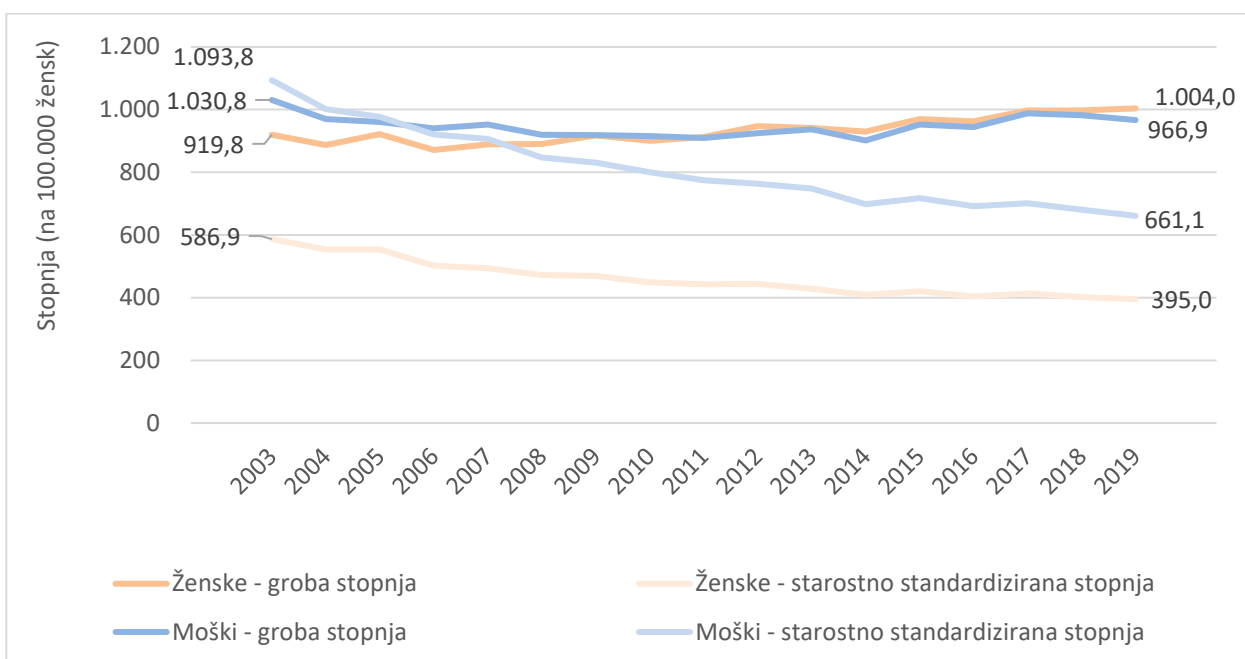
## STATISTIČNE METODE

V analizi trendov za leta 2003–2019 so bile uporabljene že izračunane starostno standardizirane stopnje umrljivosti, povprečne starosti in mediane starosti ob smrti. Za analizo let 2019 in 2020 so bile izračunane absolutne in relativne frekvence (v %) smrti po starosti, spolu, poglavjih in sklopih MKB-10, po starosti in spolu specifične stopnje umrljivosti (na 100.000 prebivalk ali prebivalcev), ter po spolu in poglavjih MKB-10 starostno standardizirane stopnje umrljivosti (na 100.000 prebivalk ali prebivalcev).

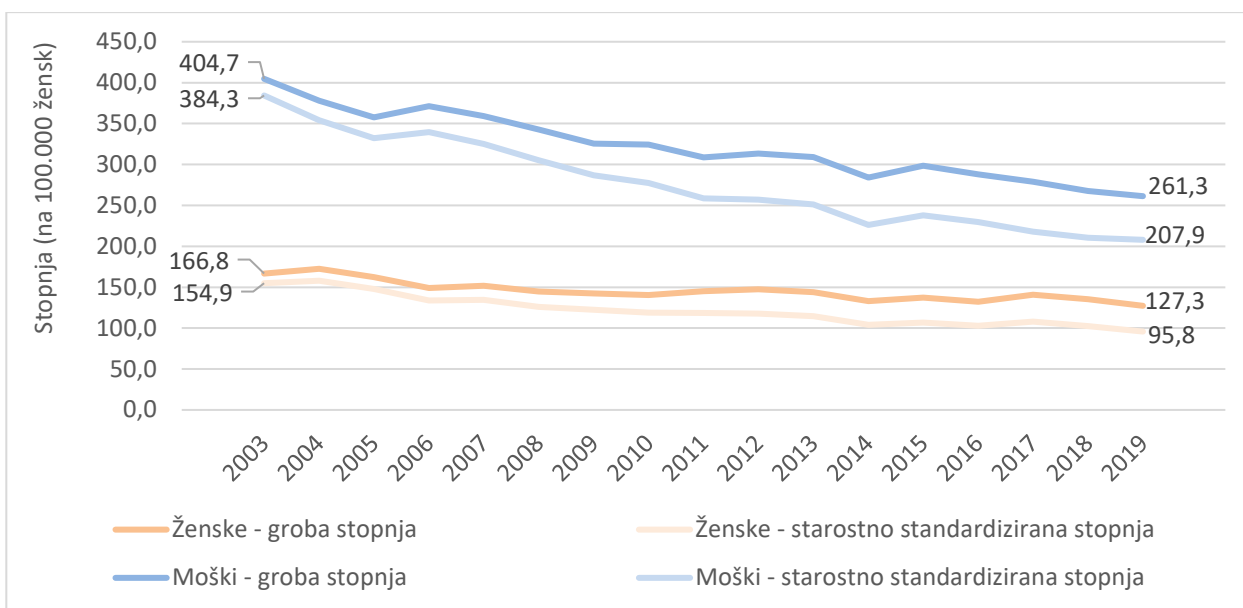
## REZULTATI

### TREND UMRLJIVOSTI PRI ŽENSKAH V OBDOBJU 2003-2019

V obdobju 2003–2019 se je groba stopnja umrljivosti žensk povišala, medtem ko se je starostno standardizirana stopnja umrljivosti znižala (Slika 1a). Znižali sta se groba stopnja prezgodnje umrljivosti in standardizirana stopnja prezgodnje umrljivosti (Slika 1b). Ženske so imele v zadnjih letih višjo grobo stopnjo umrljivosti kot moški, medtem ko so bili ostali trije kazalniki pri ženskah ves čas nižji kot pri moških. Za razliko od žensk so pri moških upadli vsi štiri kazalniki, poleg tega so se znižali bolj kot pri ženskah. Tako se je starostno standardizirana stopnja umrljivosti žensk leta 2019 glede na leto 2003 znižala za 32,7 % (pri moških za 39,6 %) in starostno standardizirana stopnja prezgodnje umrljivosti za 38,1 % (pri moških za 45,9 %).

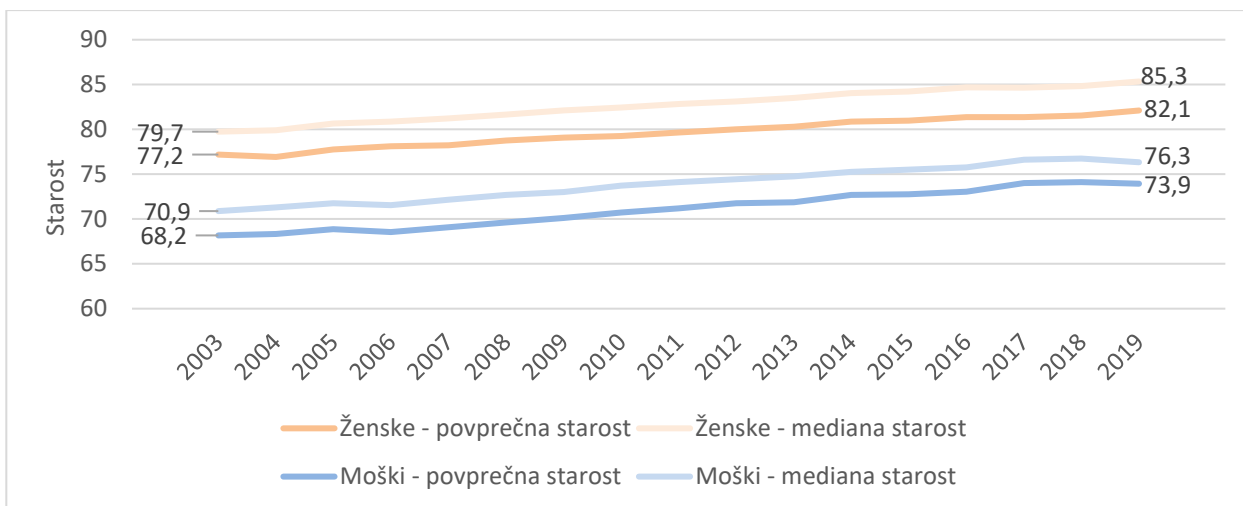


Slika 1a. Kazalniki umrljivosti pri obeh spolih, Slovenija, 2003–2019.



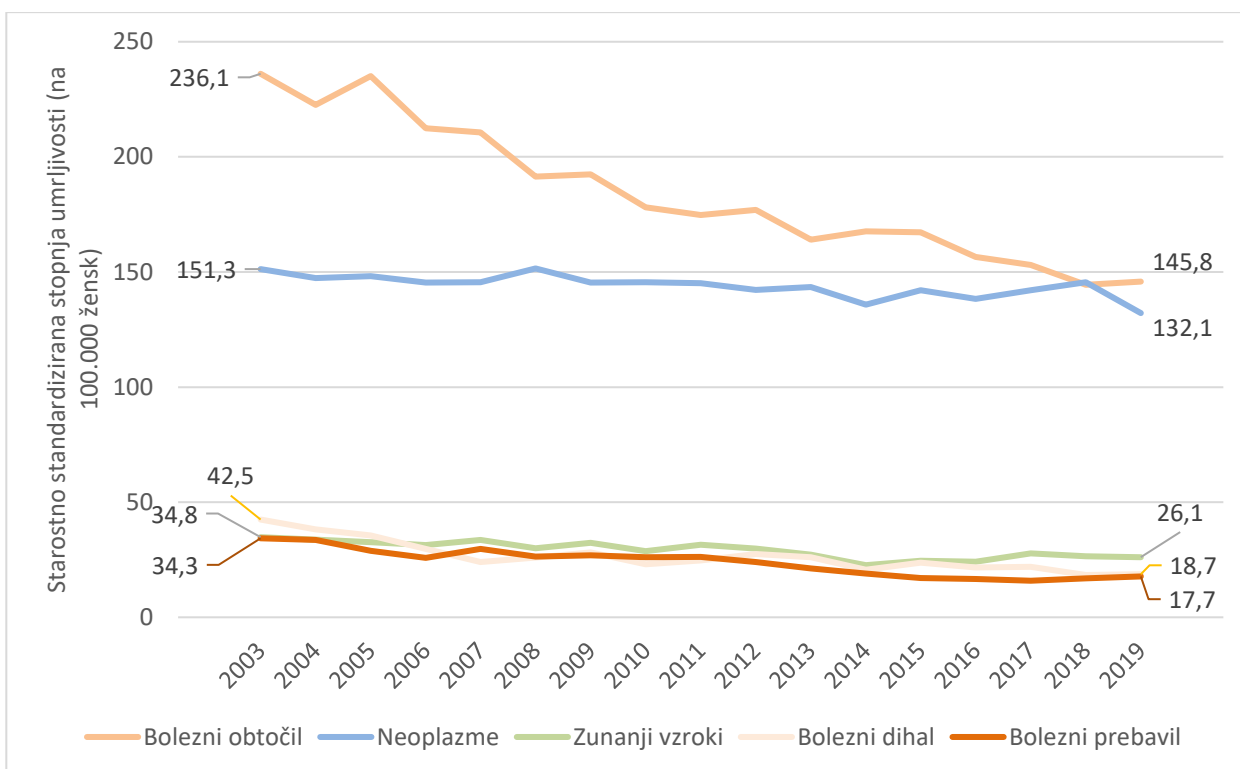
Slika 1b. Kazalniki prezgodnje umrljivosti pri obeh spolih, Slovenija, 2003–2019.

V celotnem opazovanem obdobju so ženske umirale v višjih starostih kot moški, merjeno tako s povprečno kot mediano starostjo. Glede na leto 2003 se je povprečna starost žensk ob smrti v letu 2019 povišala za 4,9 leta (pri moških za 5,8) in mediana starost ob smrti za 5,6 leta (pri moških za 5,5) (Slika 2).



Slika 2. Povprečna in mediana starost ob smrti pri obeh spolih, Slovenija, 2003–2019.

Od leta 2003 do 2019 sta bila pri ženskah najpogostejša vzroka smrti ves čas bolezni obtočil in rak (Slika 3). Starostno standardizirana stopnja umrljivosti žensk zaradi bolezni obtočil je v tem obdobju zelo upadla in se je približala raku, leta 2018 je bila celo nekoliko nižja kot pri raku. Ostali najpogostejši vzroki v tem obdobju so bile bolezni dihal, zunanji vzroki in bolezni prebavil. Po številu smrti so bile leta 2019 med petimi najpogostejšimi vzroki prvič bolezni živčevja, ki jih je bilo več kot smrti zaradi bolezni prebavil. Pri moških je bila v istem časovnem obdobju starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni obtočil sprva prav tako na prvem mestu, vendar jih je rak že prehitel in je od leta 2010 na prvem mestu.



Slika 3. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti na 100.000 za najpogostejše vzroke smrti pri ženskah, Slovenija, 2003–2019.

### UMRLJIVOST ŽENSK V LETU 2019

Leta 2019 je umrlo 10.476 žensk in 10.112 moških. Pri ženskah je bila povprečna starost ob smrti 82,1 leta in mediana starost 85,3 leta. Povprečna starost moških ob smrti je bila 73,9 in mediana 76,3 leta.

Groba stopnja umrljivosti pri ženskah je bila 1004,0/100.000 (pri moških 966,9/100.000), starostno standardizirana stopnja umrljivosti 395,0 (pri moških 661,1), groba stopnja prezgodnje umrljivosti 127,3 (pri moških 261,3) in starostno standardizirana stopnja prezgodnje umrljivosti 95,8 (pri moških 207,9).

Najvišja stopnja umrljivosti žensk je bila zaradi bolezni obtočil (starostno standardizirana stopnja 145,8/100.000 žensk), sledil je rak (132,1/100.000), zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti (26,1/100.000), bolezni dihal (18,7/100.000) in bolezni prebavil (17,7/100.000). Smrti zaradi bolezni živčevja je bilo več kot smrti zaradi bolezni prebavil (448 oz. 434), vendar je bila starostno standardizirana stopnja bolezni živčevja rahlo nižja (17,3/100.000) kot zaradi bolezni prebavil.

Mediana starost žensk ob smrti je bila pri boleznih obtočil 88,3 leta, pri raku 77,3 leta, pri zunanjih vzrokih obolevnosti in umrljivosti 85,3 leta, pri boleznih dihal 87,7 leta in pri boleznih prebavil 82,6 leta.

Pri moških je bila najvišja stopnja umrljivosti zaradi raka (starostno standardizirana stopnja 226,4/100.000 moških, mediana starost 74,2 leta), sledile so bolezni obtočil (200,3/100.000, 81,4 leta), zunanji vzroki bolezni in umrljivosti (66,1/100.000, 67,1 leta), bolezni prebavil (31,2/100.000, 71,7 leta) in bolezni dihal (30,8/100.000, 81,8 leta).

Vzroki smrti žensk po starostnih skupinah so prikazani v preglednicah od 1 do 3.

Preglednica 1: Število umrlih žensk in starostno specifična stopnja umrljivosti (na 100.000 žensk) po poglavjih MKB-10 v starostni skupini 15-49 let, Slovenija, 2019 (niso prikazana poglavja, ki niso imela nobenega primera smrti).

15-49 let		
Poglavja MKB-10-AM	Število umrlih	Stopnja (na 100.000 žensk)
2 Neoplazme	85	19,8
20 Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti	46	10,7
6 Bolezni živčevja	10	2,3
9 Bolezni obtočil	9	2,1
11 Bolezni prebavil	9	2,1
18 Simptomi, znaki ter nenormalni izvidi, neuvrščeni drugje	8	1,9
17 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	7	1,6
4 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	4	0,9
3 Bolezni krvi in krvotvornih organov ter imunski odziv	3	0,7
13 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in veziva	3	0,7
5 Duševne in vedenjske motnje	2	0,5
1 Infekcijske in parazitske bolezni	1	0,2
10 Bolezni dihal	1	0,2
<b>SKUPAJ</b>	<b>188</b>	<b>43,9</b>

Preglednica 2: Število umrlih žensk in starostno specifična stopnja umrljivosti (na 100.000 žensk) po poglavjih MKB-10 v starostni skupini 50-74 let, Slovenija, 2019 (niso prikazana poglavja, ki niso imela nobenega primera smrti).

50-74 let		
Poglavja MKB-10-AM	Število umrlih	Stopnja (na 100.000 žensk)
2 Neoplazme	1.133	332,3
9 Bolezni obtočil	388	113,8
11 Bolezni prebavil	117	34,3
20 Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti	104	30,5
6 Bolezni živčevja	86	25,2
10 Bolezni dihal	63	18,5
18 Simptomi, znaki ter nenormalni izvidi, neuvrščeni drugje	60	17,6
5 Duševne in vedenjske motnje	50	14,7
4 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	43	12,6
13 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in veziva	12	3,5
17 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	12	3,5
14 Bolezni sečil in spolovil	8	2,3
1 Infekcijske in parazitske bolezni	7	2,1
3 Bolezni krvi in krvotvornih organov ter imunski odziv	2	0,6
12 Bolezni kože in podkožja	1	0,3
<b>SKUPAJ</b>	<b>2.086</b>	<b>611,9</b>

Preglednica 3: Število umrlih žensk in starostno specifična stopnja umrljivosti (na 100.000 žensk) po poglavjih MKB-10 v starostni skupini 75 let in več, Slovenija, 2019 (niso prikazana poglavja, ki niso imela nobenega primera smrti).

75 let in več		
Poglavja MKB-10-AM	Število umrlih	Stopnja (na 100.000 žensk)
9 Bolezni obtočil	4.324	3.559,4
2 Neoplazme	1.571	1.293,2
10 Bolezni dihal	512	421,5
20 Zunanji vzroki obolenosti in umrljivosti	482	396,8
6 Bolezni živčevja	349	287,3
11 Bolezni prebavil	308	253,5
18 Simptomi, znaki ter nenormalni izvidi, neuvrščeni drugje	189	155,6
4 Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	183	150,6
14 Bolezni sečil in spolovil	131	107,8
1 Infekcijske in parazitske bolezni	46	37,9
13 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in veziva	44	36,2
5 Duševne in vedenjske motnje	23	18,9
3 Bolezni krvi in krvotvornih organov ter imunski odziv	10	8,2
12 Bolezni kože in podkožja	3	2,5
17 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	1	0,8
<b>SKUPAJ</b>	<b>8.176</b>	<b>6.730,3</b>

### 15–49 let

Leta 2019 je bilo pri ženskah v starosti 15–49 let zabeleženih 188 smrti (43,9 smrti/100.000 žensk). Pri ženskah je bilo zabeleženih mnogo manj smrti kot pri moških, pri katerih je bilo v tej starostni skupini zabeleženih 524 smrti (109,5 smrti/100.000 moških).

Najpogostejši vzroki umrljivosti žensk v tej starostni skupini je bil rak, zunanji vzroki obolenosti in umrljivosti, bolezni živčevja, bolezni obtočil in bolezni prebavil (Preglednica 1).

Med umrlimi zaradi **raka** je bilo največ smrti zaradi raka dojke (23,5 %), sledita rak prebavil (21,2 %) in rak ženskih spolnih organov (20,0 %).

Stopnja umrljivosti žensk zaradi **zunanjih vzrokov obolenosti in umrljivosti** je bila pri ženskah (10,7/100.000) veliko nižja kot pri moških (42,6/100.000). Pri ženskah je bilo največ smrti posledica namerne samopoškodbe (65,2 %), sledile so transportne nezgode (10,9 %). Stopnja transportnih nezgod je bila pri ženskah (1,2/100.000) nižja kot pri moških (9,8/100.000). Pri ženskah so bili na tretjem mestu padci (6,5 %) ter kirurški in drugi medicinski postopki kot vzrok za nenormalno reakcijo pacienta ali kasnejši zaplet (6,5 %). Pri moških so bile na prvem mestu namerne samopoškodbe, sledile so transportne nezgode, naključna izpostavljenost škodljivim snovem in zastrupitev z njimi ter dogodek nedoločenega namena.

K umrljivosti žensk zaradi **bolezni živčevja** so največ prispevale smrti zaradi demielinizacijskih bolezni centralnega živčevja, med **boleznimi obtočil** je bilo največ smrti žensk posledica cerebrovaskularnih bolezni, večina smrti zaradi **bolezni prebavil** pa je bila posledica bolezni jeter in drugih bolezni črevesa.

## 50–74 let

Pri ženskah v starosti 50–74 let je bilo leta 2019 zabeleženih 2086 smrti (611,9 smrti/100.000 žensk). To je približno polovico manj kot pri moških, pri katerih je bilo zabeleženih 4108 smrti (1231,0 smrti/100.000 moških).

V tej starostni skupini so bili najpogostejši vzroki umrljivosti žensk rak, bolezni obtočil, bolezni prebavil, zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti ter bolezni živčevja (Preglednica 2).

Najpogostejši vzroki umrljivosti žensk zaradi **raka** so bili rak prebavil (24,2 %), rak respiratornih in intratorakalnih organov (23,1 %) ter rak dojke (15,5 %).

Umrljivost žensk zaradi **bolezni obtočil** je bila najpogosteje posledica ishemičnih bolezni srca (33,0 %), cerebrovaskularnih bolezni (31,7 %) ter drugih bolezni srca (14,2 %).

Med **boleznimi prebavil** je bilo največ smrti žensk zaradi bolezni jeter (66,7 %), drugih bolezni črevesja (12,8 %) ter zaradi okvar žolčnika, biliarnega trakta in trebušne slinavke (9,4 %).

Umrljivostna stopnja zaradi **zunanjih vzrokov obolevnosti in umrljivosti** je bila pri ženskah (30,5/100.000) veliko nižja kot pri moških (102,2/100.000). Smrti žensk zaradi zunanjih vzrokov so bile največkrat posledica namerne samopoškodbe (37,5 %), padcev (24,0 %) ter kirurških in drugih medicinskih postopkov kot vzrokov za nenormalno reakcijo pacienta ali kasnejši zaplet (8,7 %). Transportne nezgode so bile na četrtem mestu (6,7 %) in so bile pri ženskah (2,1/100.000 žensk) redkejše kot pri moških (12,9/100.000 moških). Pri moških so bile najpogostejše namerne samopoškodbe, sledili so padci, transportne nezgode ter kirurški in drugi medicinski postopki.

Vzroki umrljivosti žensk zaradi **bolezni živčevja** so bile najpogosteje druge degenerativne bolezni živčevja (26,7 %), sistemske atrofije, ki primarno prizadenejo centralno živčevje (22,1 %), ter demielinizacijske bolezni centralnega živčevja (17,4 %).

## 75 let in več

V starosti 75 let in več je bilo leta 2019 pri ženskah za zabeleženih 8176 smrti (6730,3 smrti/100.000 žensk), pri moških pa 5438 smrti (7619,2 smrti/100.000 moških).

Najpogostejši vzroki smrti pri ženskah v tej starostni skupini so bili bolezni obtočil, rak, bolezni dihal, zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti ter bolezni živčevja (Preglednica 3).

Največ smrti zaradi **bolezni obtočil** je bilo posledica drugih bolezni srca (38,4 %), cerebrovaskularnih bolezni (23,9 %), in ishemičnih bolezni srca (15,4 %).

Vzroki smrti zaradi **raka** so bili najpogosteje rak prebavil (30,5 %), rak dojke (15,1 %) in rak limfatičnega, krvotvornega in sorodnega tkiva (12,7 %).

Med **boleznimi dihal** je bilo največ primerov smrti zaradi gripe in pljučnice (47,7 %), kroničnih bolezni spodnjih dihal (39,8 %) in drugih bolezni dihal, ki prizadenejo predvsem intersticij (5,9 %).

Pri ženskah je bila stopnja umrljivosti zaradi **zunanjih vzrokov obolevnosti in umrljivosti** tudi v tej starostni skupini nižja kot pri moških (396,8/100.000 oz. 483,4/100.000). Najpogostejši vzroki smrti med zunanjimi vzroki so bili pri ženskah padci (84,2 %). Tudi pri moških so bili na prvem mestu padci.

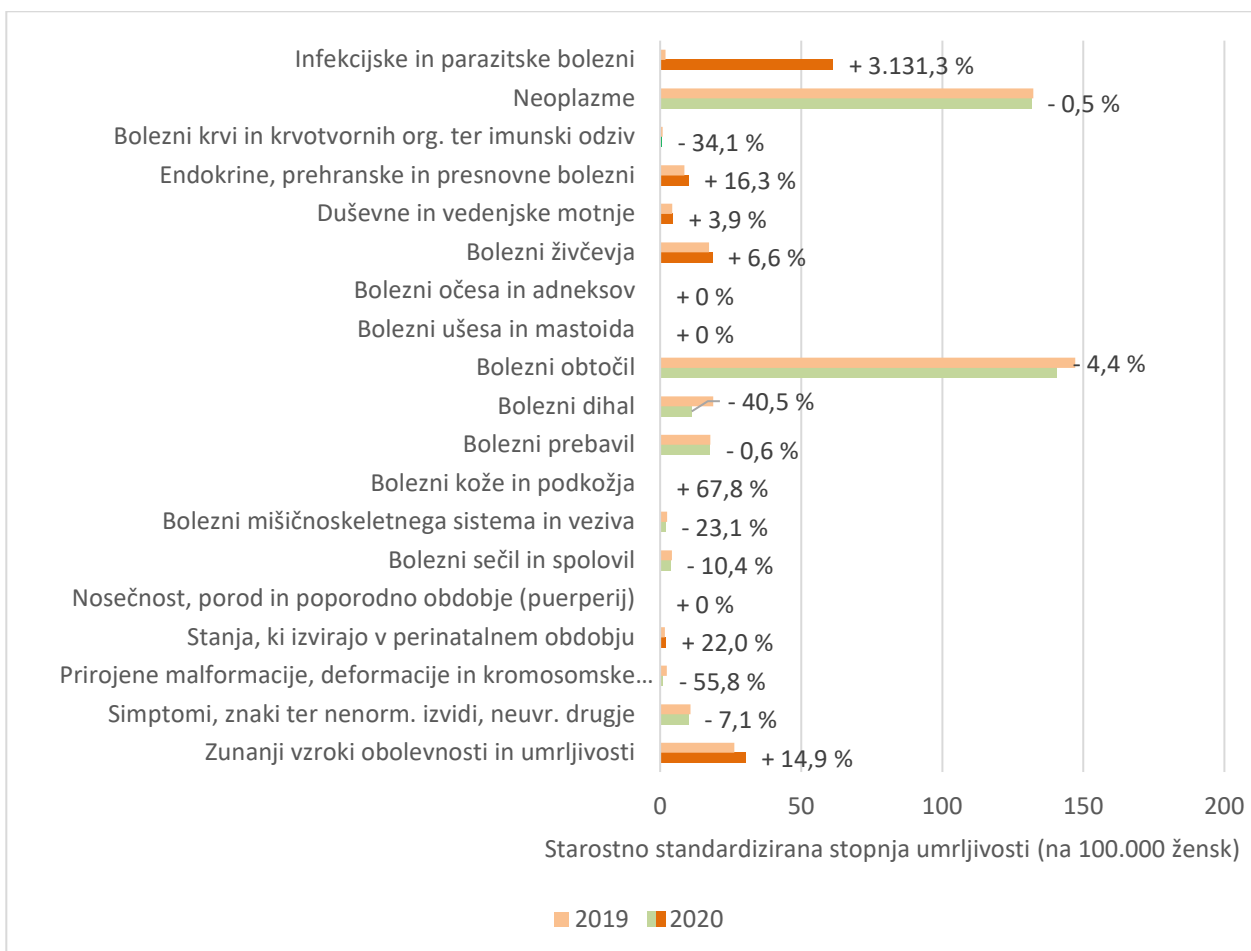
Pri ženskah je bilo med **boleznimi živčevja** največ smrti zaradi drugih degenerativnih bolezni živčevja (64,3 %), ekstrapiramidnih bolezni in motenj gibanja (21,4 %) in epizodnih in paroksizmalnih motenj gibanja (5,1 %).



## UMRLJIVOST ŽENSK V LETU 2020

V letu 2020 se je zaradi epidemije covid-19 spremenilo kodiranje smrti. Uvedla se je posebna koda za kodiranje smrti zaradi covid-19 (koda U07.1: COVID-19, virus dokazan). Sprva je za namen sprotnega spremljanja umrljivosti v povezavi s covidom-19 za primer umrle osebe s potrjeno okužbo s SARS-CoV-2 veljala definicija: smrt osebe s potrjeno okužbo s SARS-CoV-2, ki je nastopila 28 dni po datumu prvega pozitivnega izvida testiranja na SARS-CoV-2 ali smrt osebe, pri kateri je bil izvid testiranja na SARS-CoV-2 pozitiven post mortem in datum smrti je bil zabeležen v *Centralnem registru podatkov o pacientu* (CRPP). Postopno pa se je zabeležilo tudi osnovni vzrok smrti, tako da je končna ocena števila umrlih natančneje razločila med umrlimi zaradi covid-19 in med umrlimi zaradi drugih vzrokov s pridruženo okužbo s SARS-CoV-2 (9).

Leta 2020 je bilo pri ženskah zabeleženih 12.283 smrti, pri moških pa 11.733. Pri ženskah se je groba stopnja umrljivosti glede na leto 2019 povišala za 17,0 % in starostno standardizirana stopnja umrljivosti za 11,9 %. Groba stopnja prezgodnje umrljivosti se je znižala za 1,6 %, starostno standardizirana stopnja prezgodnje umrljivosti pa je bila enaka kot leta 2019. Pri moških sta se groba stopnja in starostno standardizirana stopnja umrljivosti prav tako povišali (za 15,1 % oz. 11,5 %), rahlo sta se povišali groba stopnja ter starostno standardizirana stopnja prezgodnje umrljivosti (za 0,4 % oz. 0,6 %).



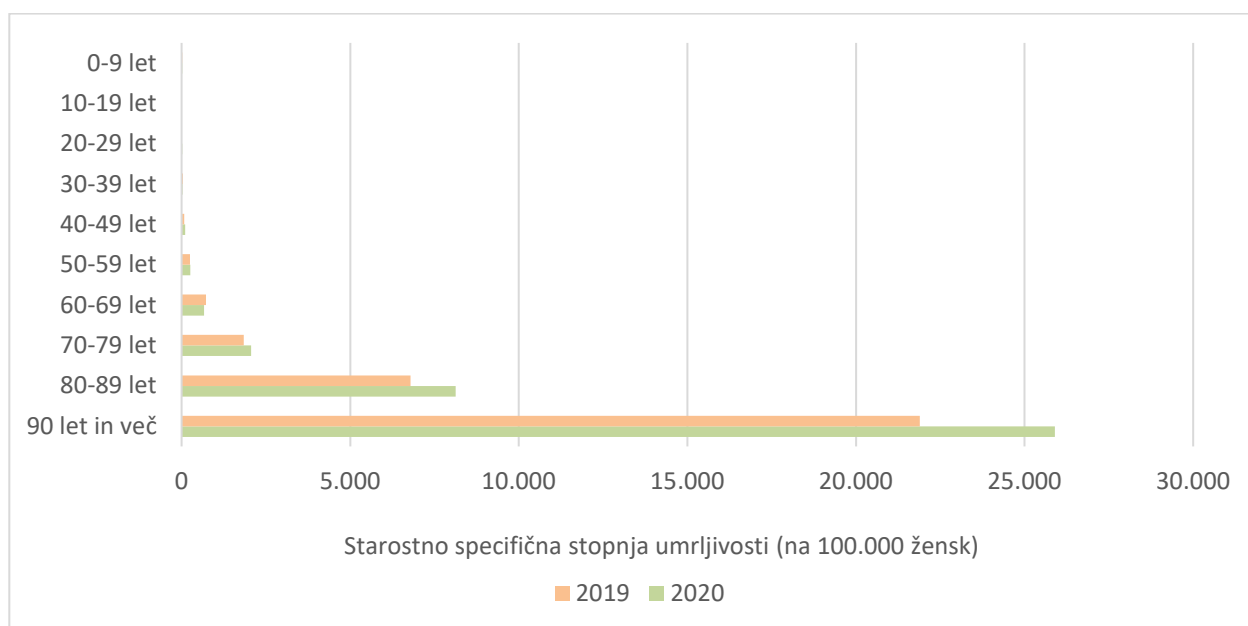
Slika 4. Starostno standardizirana stopnja umrljivosti žensk (na 100.000) v letu 2020 in sprememba v % glede na leto 2019, po poglavjih MKB-10, Slovenija.

V letu 2020 se je najbolj povečala umrljivost zaradi **infekcijskih in parazitskih bolezni**. K povečanju starostno standardizirane stopnje umrljivosti iz tega poglavja so prispevale smrti zaradi covid-19. Zaradi covid-19 je umrlo 1825 žensk, kar predstavlja 96,2 % smrti zaradi infekcijskih in parazitskih bolezni ter 14,9 % vseh smrti žensk. V starostni skupini od 15 do 49 let so smrti zaradi covid-19 predstavljale 4,5 % vseh smrti v tej starostni skupini (2,3 smrti/100.000 žensk), v starostni skupini od 50 do 74 let 8,6 % smrti (53,6/100.000) in v starostni skupini 75 let in več 16,5 % smrti (1347,6/100.000). Stopnja umrljivosti žensk zaradi covid-19 v starosti 75 let in več je bila primerljiva z umrljivostjo zaradi raka v tej starostni skupini. V vseh starostnih skupinah je bila pri ženskah stopnja umrljivosti zaradi covid-19 nižja kot pri moških. Največja razlika med spoloma je bila v starostni skupini od 50 do 74 let, v kateri je bila pri ženskah stopnja umrljivosti več kot 2-krat nižja kot pri moških. Zaradi covid-19 je umrlo 1565 moških, pri njih je bila stopnja umrljivosti zaradi covid-19 v starosti od 15 do 49 let 2,5 smrti/100.000 moških, od 50 do 74 let 119,1/100.000 in v starosti 75 let in več 1595,3/100.000.

Precej se je znižala umrljivost žensk zaradi **bolezni dihal**, kar je šlo predvsem na račun znižanja števila smrti zaradi gripe in pljučnice ter zaradi kroničnih bolezni spodnjih dihal. Starostno specifična stopnja umrljivosti žensk, starih 15 let in več, se je zaradi gripe in pljučnice znižala za 35,8 % in zaradi kroničnih bolezni spodnjih dihal za 47,0 %.

Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi **zunanjih vzrokov obolevnosti in umrljivosti** se je pri ženskah povišala za 14,9 % in pri moških za 0,9 %. Stopnja umrljivosti žensk, starih 15 let in več, zaradi padcev se je povišala za 34,4 %, zaradi namernih samopoškodb znižala za 15,1 %, zaradi kirurških in drugih medicinskih postopkov znižala za 16,1 % in zaradi transportnih nezgod povišala za 10,9 %. Pri moških, starih 15 let in več, se je stopnja umrljivosti zaradi padcev povišala za 36,3 %, zaradi namernih samopoškodb znižala za 4,4 %, zaradi kirurških in drugih medicinskih postopkov znižala za 36,3 % in zaradi transportnih nezgod znižala za 13,5 %.

V letu 2020 se je glede na leto 2019 pri ženskah stopnja umrljivosti zvišala v večini starostnih skupin, predvsem v višjih starostih (Slika 5). Proporcionalno je prišlo do največjega povečanja umrljivosti v starostni skupini od 20 do 29 let (60,1 %), kar pa v skupni številki zaradi relativno majhnega števila primerov ne doprinese bistveno. Pri moških se je stopnja umrljivosti znižala v vseh starostnih skupinah do 39 leta, v ostalih višjih starostnih skupinah pa se je zvišala. Največje povišanje stopnje umrljivosti je bilo pri moških v starostni skupini 90 let in več.



Slika 5. Starostno specifična stopnja umrljivosti žensk v letih 2020 in 2019, Slovenija.

## RAZPRAVA

Letno v Sloveniji umre več žensk kot moških, kar se odraža tudi v grobi stopnji umrljivosti, ki je pri ženskah višja kot pri moških. Starostno standardizirana stopnja pa je pri ženskah veliko nižja kot pri moških. To pomeni, da je starostna struktura umrlih po spolu precej različna, bistveno večji delež žensk je v starejših starostnih skupinah. Velika razlika med spoloma je tudi v prezgodnji umrljivosti, in sicer sta groba in starostno standardizirana stopnja prezgodnje umrljivosti pri ženskah za več kot polovico nižji kot pri moških. Prav tako sta pri ženskah povprečna in mediana starost ob smrti precej višji kot pri moških (za 8,2 oz. 9,0 let v letu 2019). Ti rezultati odražajo že znane podatke, po katerih ženske po celem svetu živijo dlje kot moški (1, 2, 3). K razlikam v umrljivosti med spoloma prispevajo epidemiološki dejavniki oz. prevalenca različnih bolezni. Nekoč so prevladovali infekcijske bolezni, ki so bolj ogrožale ženske kot moške, kar bi lahko bila posledica bioloških razlik med spoloma, ter vloge žensk kot skrbnic in s tem večjo verjetnost za okužbe in z njimi povezanimi dolgotrajnimi posledicami (10, 11). Nekateri avtorji kot vzrok navajajo tudi diskriminacijo žensk in zaradi tega slabše splošne življenjske pogoje (4). Zmanjšanje infekcijskih bolezni je zato bolj pripomoglo k znižanju umrljivosti pri ženskah kot pri moških (10, 12). Z naraščanjem umrljivosti zaradi kroničnih bolezni večjo vlogo pridobijo predvsem vedenjski in družbeni pa tudi biološki dejavniki (1, 2). Ženske se pogosteje vedejo na način, ki vzdržuje zdravje, npr. pogosteje obiskujejo zdravnika, medtem ko so med moškimi pogostejša tvegana vedenja za zdravje kot kajenje, pitje alkohola in nezdrava prehrana (1, 4, 13). Na umrljivost vplivajo tudi družbene vloge (npr. vrsta dela, kjer imajo moški v povprečju bolj tvegana delovna mesta) in socialnoekonomski status oz. neenakosti v družbi (1). Nekateri raziskave kažejo, da je umrljivost višja pri ženskah nižjega socialnoekonomskega statusa (1, 13). Pri ženskah so pogostejše manj usodne bolezni, ki so dalj časa trajajoče kronične bolezni, kot so depresija, artritis in vnetne bolezni, pri moških pa so pogostejše bolezni, ki hitreje privedejo do poslabšanj in posledično bolj vplivajo na krajšo življenjsko dobo (1, 2). Razlika v umrljivosti med spoloma je v največji meri posledica razlike v umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni in razlike v prevalenci kajenja, ki je eden od ključnih vedenjskih dejavnikov tveganja za številne bolezni (1). K biološkim razlikam prispevajo genetski in hormonski dejavniki – genetski zapis žensk vsebuje dva kromosoma X, zaradi česar lahko drug kromosom nadomesti mutacije prvega, škodljive mitohondrijske mutacije pa se zaradi asimetričnega dedovanja mitohondrijev prenesejo na moške (2, 14). Ženski hormoni naj bi ščitili pred srčno-žilnimi boleznimi, medtem ko naj bi bil testosteron povezan s slabšim zdravjem srčno-žilnega sistema (2, 15) prav tako pa naj bi imelo upadanje testosterona s starostjo negativne posledice za zdravje moških (16). Ženske se starajo počasneje kot moški, kar je posledica tako bioloških oz. genetskih kot vedenjskih dejavnikov (2). Tudi imunski sistem deluje različno pri obeh spolih in se pri ženskah stara počasneje kot pri moških (2).

Največja razlika v umrljivosti med spoloma je bila v naši analizi ugotovljena v najmlajši starostni skupini, v kateri so imele ženske 2,5-krat nižjo stopnjo umrljivosti kot moški. To se ujema z drugimi študijami, po katerih je umrljivost med mladimi odraslimi pri ženskah 2-3-krat nižja kot pri moških, kar pripisujejo različnim tveganjem vedenjem mlajših moških zaradi vpliva testosterona, kar pa s starostjo pojenja (2, 17). Smrti v mlajših letih je proporcionalno malo, zato ta razlika ni glavni vzrok za razliko v umrljivosti med spoloma; za razliko v življenjski dobi med spoloma so odgovorne smrti, ki se zgodijo v višjih starostnih skupinah, v katerih je smrti bistveno več (17).

Kot opisano, smo ugotavljali, da se je groba umrljivostna stopnja pri ženskah v opazovanem obdobju nekoliko povečevala, medtem, ko se je pri moških nekoliko zmanjševala, ostale umrljivostne stopnje pa so upadale pri obeh spolih, vendar nekoliko manj izrazito pri ženskah kot pri moških. To je skladno s poročili nekaterih držav, kot sta Kanada in Združene države Amerike, v katerih so v zadnjih desetletjih zaznali zmanjšanje razlike v pričakovani življenjski dobi med spoloma (1, 13). Zmanjšanje razlike med spoloma pripisujejo vse bolj podobnemu vedenju med spoloma, predvsem razširjenosti kajenja (6, 17). Drugi

pomembni dejavniki so še izboljšanje nadzora nad dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni (predvsem povišanega krvnega pritiska in krvnih maščob) ter socialni in ekonomski napredek države (1, 2, 13).

V letu 2019 so bile najpogostejši vzrok smrti žensk **bolezni obtočil** (45,2 % vseh smrti žensk, starih 15 let in več). Zaradi bolezni obtočil je umrlo več žensk kot moških, vendar je bila starostno standardizirana stopnja umrljivosti pri ženskah nižja kot pri moških, torej so umirale v višjih starostih. To se ujema s podatki iz drugih držav, po katerih imajo ženske nižjo stopnjo umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni kot moški (18). Srčno-žilne bolezni so vodilni vzrok smrti v svetovnem merilu (19). Kot je razvidno iz rezultatov tega poglavja, se je v Sloveniji umrljivost žensk zaradi bolezni obtočil v zadnjih desetletjih zelo zmanjšala. Vendar pa se je po svetu od 20. stoletja naprej zmanjšala manj kot pri moških (18), za kar je več razlogov. Pomemben dejavnik je že omenjen spremenjen vzorec kajenja pri obeh spolih, poleg tega naj bi bil vpliv kajenja na srčno-žilne bolezni pri ženskah večji kot pri moških (15, 20). Možno je, da imajo ženske manjše koristi od zdravljenja srčno-žilnih bolezni, ker za njimi sicer zbolijo kasneje kot moški, vendar se zato tudi zdravijo manj časa kot moški (13, 18). Možno je tudi, da se pri ženskah redkeje in kasneje prepozna srčno-žilne bolezni kot pri moških zaradi nižje incidence in drugačne simptomatike teh bolezni pri ženskah (15, 18, 20). Leta 2019 je bila pri obeh spolih mediana starost ob smrti zaradi bolezni obtočil višja kot mediana starost ob smrti zaradi vseh vzrokov skupaj, vendar je bila ta razlika pri ženskah manjša kot pri moških (3 oz. 5,1 leta), kar bi lahko odražalo omenjeno večjo korist zdravljenja srčno-žilnih bolezni pri moških. V zadnjih letih v nekaterih državah umrljivost zaradi nekaterih srčno-žilnih bolezni sicer ne upada več ali pa se je celo povečala, kar pripisujejo naraščanju dejavnikov tveganja, kot so hipertenzija, debelost in sladkorna bolezen (18), ter možnosti, da je že dosežena meja učinkovitosti preventivnih ukrepov (2).

Drug najpogostejši vzrok smrti žensk v letu 2019 je bil **rak**, in je predstavljal 26,7 % smrti žensk, starih 15 let in več. Največ smrti je bilo zaradi raka prebavil, sledil je rak dihalnih in intratorakalnih organov ter rak dojke. Za razliko od žensk je umrljivost zaradi raka pri moških od leta 2010 na prvem mestu in je prehitela umrljivost zaradi bolezni obtočil. Mediana starost žensk ob smrti zaradi raka je bila precej nižja od mediane starosti žensk zaradi vseh vzrokov skupaj (za 8 let), ta razlika je bila večja kot pri moških (2,1 leta). Pri ženskah se je starostno standardizirana umrljivost zaradi raka v zadnjih desetletjih zmanjšala manj kot pri moških (21). Umrlijivost zaradi raka je povezana tudi z njihovo incidenco, ki pri ženskah narašča, pri moških pa upada (21). Veliko vlogo pri tem pripisujejo pljučnemu raku, ki je med najpogostejšimi raki pri obeh spolih, spada med rake z relativno kratkim preživetjem in čigar starostno standardizirana incidenca in umrljivost sta pri ženskah v zadnjih letih za razliko od moških naraščali (21). Tako kot pri boleznih obtočil to razliko v trendih kazalnikov pljučnega raka pripisujejo spreminjajočemu vzorcu kajenja pri obeh spolih (13). Starostno standardizirana incidenca in umrljivost raka debelega črevesa in danke sta v zadnjih letih pri obeh spolih upadali, nekoliko bolj pri moških kot pri ženskah, pri raku dojke pa se je starostno standardizirana umrljivost žensk kljub naraščajoči incidenci znižala, kar pripisujejo zgodnejši diagnozi in napredku v zdravljenju (21, 22, 23). Za podrobnejše podatke in diskusijo glej poglavje »Ženske in rak«.

Leta 2019 so bile pri ženskah **bolezni živčevja** po številu smrti med petimi najpogostejšimi vzroki smrti, med njimi je bil najpogostejši vzrok iz sklopa druge degenerativne bolezni živčevja (kamor sodi Alzheimerjeva bolezen in druge podobne bolezni). Skladno z upadanjem celokupne umrljivosti upada tudi umrljivost zaradi večine vzrokov, kar pa ne drži za umrljivost zaradi bolezni živčevja, ki narašča (24). Predvsem narašča umrljivost zaradi demence, ki predstavlja največji delež smrti zaradi bolezni živčevja in je med vodilnimi vzroki smrti v Evropi in po svetu (24, 25, 26). Več smrti zaradi demence je zabeleženih pri ženskah kot pri moških, delno zaradi višje starosti ob smrti pri ženskah (25). Staranje je namreč najpomembnejši dejavnik pri nastanku različnih vrst demenc (26). Nekatero možganske spremembe, kot je kopičenje proteinov, so skupne procesu staranja in procesu nevrodegenerativnih obolenj oz. lahko vplivajo na dovzetnost za nevrodegenerativne bolezni (26). Zaradi starajočega prebivalstva se pričakuje, da se bo breme nevrodegenerativnih bolezni v prihodnje še povečalo (27).

**Bolezni dihal** so bile tretji najpogostejši vzrok smrti pri ženskah, starih 75 let in več. Skoraj polovica smrti iz te skupine je bila zaradi gripe in pljučnice, večina ostalih smrti pa je bila posledica kroničnih bolezni spodnjih dihal (v to skupino bolezni spadata med drugim kronična obstruktivna pljučna bolezen in astma). Gripa in pljučnica sta v svetu med vodilnimi vzroki smrti pri starejših ljudeh (28, 29). Tveganje za smrt zaradi gripe in pljučnice zelo naraste po 65. letu, smrti zaradi gripe in pljučnice v tej starostni skupini prispevajo večino vseh z gripo in pljučnico povezanih smrti (30, 31). Poleg tega so bakterijske in virusne okužbe pomemben vzrok za poslabšanje kroničnih pljučnih bolezni, število poslabšanj pa vpliva na preživetje bolnikov s temi boleznimi (32, 33). Za diskusijo o boleznih dihal glej tudi poglavje »Obolevnost«.

**Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti** so bili v vseh starostnih skupinah med petimi najpogostejšimi vzroki smrti pri ženskah. Stopnja umrljivosti zaradi zunanjih vzrokov je naraščala s starostjo in je bila v najvišji starostni skupini kar 40-krat višja kot v najnižji starostni skupini. V starosti od 15 do 74 let so bile najpogostejše namerne samopoškodbe, v starosti 75 let in več pa so močno prednjačili padci. Namerne samopoškodbe so v najnižji starostni skupini predstavljale skoraj dve tretjini smrti zaradi zunanjih vzrokov. Pri ženskah so bili zunanji vzroki v vseh starostnih skupinah bistveno redkejši kot pri moških, vendar se je ta razlika s starostjo zmanjševala. Za podrobnejšo diskusijo o namernih samopoškodbah glej poglavje »Duševno zdravje«, za diskusijo o padcih in transportnih nezgodah glej poglavje »Obolevnost«.

V letu 2020 so smrti zaradi **covida-19** pomembno prispevale k številu umrlih. V najnižji starostni skupini je bila stopnja smrti zaradi covida-19 nizka, s starostjo pa je zelo naraščala in je bila pri ženskah, starih 75 let in več, primerljiva s stopnjo umrljivosti zaradi raka v tej starostni skupini. Umrljivost žensk zaradi covida-19 je bila v vseh starostnih skupinah nižja kot pri moških, v starostni skupini od 50 do 74 let je bila celo več kot 2-krat nižja kot pri moških. To je skladno z ugotovitvami različnih študij, po katerih imajo ženske nižjo umrljivost zaradi covida-19 kot moški (34, 35). Nižje umrljivosti zaradi covida-19 pri ženskah kot pri moških se ne more pripisati le mehanizmu, ki so odgovorni za splošno nižjo umrljivost žensk ali morebitnim pridruženim boleznim pri moških (35). Razlika med spoloma je lahko posledica večje aktivnosti imunskega sistema pri ženskah zaradi delovanja spolnih hormonov (36). Pri ženskah sta izražanje in aktivnost angiotenzinske konvertaze 2 (ACE2), ki omogoča vstop virusa SARS-CoV-2 v celice, nižji kot pri moških (36). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) je v letu 2020 umrlo 3795 prebivalcev (žensk in moških) več kot povprečno v letih 2015–2019 (presežna umrljivost) (37). V večini razvitih držav je bila presežna umrljivost v letu 2020 pri ženskah nižja kot pri moških (38). Tudi sicer naj bi bila presežna umrljivost ob izrednih razmerah pri ženskah nižja kot pri moških (39). Presežna umrljivost je poleg same bolezni covid-19 odvisna od ukrepov, od tega, kakšna je umrljivost že v osnovi, od bremena posameznih bolezni, zdravstvenega sistema in starostne strukture prebivalstva (40). Na določitev vzroka presežne umrljivosti lahko vpliva tudi način kodiranja vzrokov smrti, ki so bile lahko pripisane covidu-19 namesto drugim boleznim (40). Pandemija covida-19 je po raziskavah poslabšala neenakosti v zdravju in povzročila sindemijo z višjo obolevnostjo in umrljivostjo zaradi drugih bolezni (41). Vendar je bilo število umrlih zaradi nekaterih vzrokov majhno in je lahko del normalnega nihanja iz leta v leto, torej ni izključno posledica pandemije v letu 2020. Izračun presežne umrljivosti se lahko uporabi za oceno resnosti in poteka pandemije ter načrtovanje ukrepov (42). Za diskusijo o covidu-19 glej tudi poglavje »Obolevnost«.

## ZAKLJUČEK

Ženske imajo nižjo starostno standardizirano stopnjo umrljivosti kot moški, ter višjo povprečno in mediano starost ob smrti. Najpogostejša vzroka smrti pri ženskah sta srčno-žilne bolezni ter rak. V zadnjih letih se je povišala umrljivost zaradi bolezni živčevja, ki postajajo vse pomembnejši vzrok smrti. V Sloveniji je maternalna umrljivost nizka, v manj razvitih državah pa še vedno pomembno prispeva k umrljivosti žensk. Razlika v umrljivosti med spoloma se zmanjšuje, kar pripisujejo predvsem večjemu upadu srčno-žilnih

bolezni pri moških kot pri ženskah ter vse bolj podobnemu tveganemu vedenju med spoloma, predvsem naraščanju kajenja pri ženskah in upadu kajenja pri moških. Pandemija covid-19 je pomembno vplivala na umrljivost, k čemur je prispevala okužba s covidom-19, deloma pa lahko tudi spremembe v kodiranju vzrokov smrti ter presežne smrti, ki jih ne moremo pripisati covidu-19.

## VIRI

1. Crimmins EM. Differences between Men and Women in Mortality and the Health Dimensions of the Morbidity Process. *Clin Chem*. 2019 Jan 1;65(1):135–45. doi: 10.1373/clinchem.2018.288332.
2. Zhao E, Crimmins EM. Mortality and morbidity in ageing men: Biology, Lifestyle and Environment. *Rev Endocr Metab Disord*. 2022 Dec;23(6):1285-1304. doi: 10.1007/s11154-022-09737-6.
3. Lenart P, Kuruczova D, Joshi PK, Bienertová-Vašků J. Male mortality rates mirror mortality rates of older females. *Sci Rep*. 2019 Jul 22;9(1):10589. doi: 10.1038/s41598-019-47111-w.
4. Gjonca A, Tomassini C, Vaupel J, James W, Vaupel. Male-female Differences in Mortality in the Developed World [Internet]. 1999 [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: <https://www.demogr.mpg.de/Papers/Working/wp-1999-009.pdf>.
5. Roser M, Ritchie H. Maternal Mortality. *Our World in Data*. 2013 [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/maternal-mortality>.
6. Yin S. Gender Disparities in Health and Mortality. Population Reference Bureau. 2007 nov 9 [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: <https://www.prb.org/resources/gender-disparities-in-health-and-mortality/>.
7. Zadnik V, Žagar T. SLORA: Slovenija in rak. Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka. [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: [www.slora.si](http://www.slora.si).
8. Zaletel M, Vardič D, Hladnik M. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021.
9. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Podatkovni portal [Internet]. 2023 [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: [https://podatki.nijz.si/docs/Razlike\\_umrli\\_COVID.pdf](https://podatki.nijz.si/docs/Razlike_umrli_COVID.pdf)
10. Gerberding JL. Women and infectious diseases. *Emerg Infect Dis*. 2004 Nov;10(11):1965-7. doi: 10.3201/eid1011.040800.
11. World Health Organization. Addressing sex and gender in epidemic-prone infectious diseases. WHO Press; 2007.
12. Ortiz-Ospina E, Beltekian D. Why do women live longer than men?. *Our World in Data*. 2018 avg 14 [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/why-do-women-live-longer-than-men>.
13. Rosella LC, Calzavara A, Frank JW, Fitzpatrick T, Donnelly PD, Henry D. Narrowing mortality gap between men and women over two decades: a registry-based study in Ontario, Canada. *BMJ Open*. 2016 Nov 14;6(11):e012564. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012564.
14. Beekman M, Dowling DK, Aanen DK. The costs of being male: are there sex-specific effects of uniparental mitochondrial inheritance? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2014 Jul 5;369(1646):20130440. doi: 10.1098/rstb.2013.0440.
15. Maas AH, Appelman YE. Gender differences in coronary heart disease. *Neth Heart J*. 2010 Dec;18(12):598-602. doi: 10.1007/s12471-010-0841-y.
16. Yeap BB. Testosterone and ill-health in aging men. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab*. 2009 Feb;5(2):113-21. doi: 10.1038/ncpendmet1050.
17. Zarulli V, Kashnitsky I, Vaupel JW. Death rates at specific life stages mold the sex gap in life expectancy. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2021 May 18;118(20):e2010588118. doi: 10.1073/pnas.2010588118.
18. Bots SH, Peters SAE, Woodward M. Sex differences in coronary heart disease and stroke mortality: a global assessment of the effect of ageing between 1980 and 2010. *BMJ Glob Health*. 2017 Mar 27;2(2):e000298. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000298.
19. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. 2021 jun 11 [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
20. Galiuto L, Locorotondo G. Gender differences in cardiovascular disease. *J Integr Cardiol*. 2015. doi: 10.15761/JIC.1000107.

21. Zadnik V. Rak v Sloveniji 2019. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2022.
22. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Gender gaps in cancer mortality remain large in OECD countries, but starting to narrow [Internet]. 2016 mar [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: <https://www.oecd.org/gender/data/gender-gaps-in-cancer-mortality-remain-large-in-oecd-countries-but-starting-to-narrow.htm>.
23. Zadnik V, Žagar T, Tomšič S, Lokar K, Duratović Konjević A, Zakotnik V. Preživetje bolnikov z rakom, zbolelih v letih 1997–2016 v Sloveniji. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2020.
24. Mackenbach JP, Karanikolos M, Looman CW. The rise of mortality from mental and neurological diseases in Europe, 1979-2009: observational study. BMC Public Health. 2014 Aug 13;14:840. doi: 10.1186/1471-2458-14-840.
25. Global Burden of Disease 2019 Collaborators. Global mortality from dementia: Application of a new method and results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2021 Jul 27;7(1):e12200. doi: 10.1002/trc2.12200.
26. Gonzales MM, Garbarino VR, Pollet E, Palavicini JP, Kellogg DL Jr, Kraig E, Orr ME. Biological aging processes underlying cognitive decline and neurodegenerative disease. *J Clin Invest*. 2022 May 16;132(10):e158453. doi: 10.1172/JCI158453.
27. Global Burden of Disease 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019 May;18(5):459-480. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X.
28. Pop-Vicas A, Gravenstein S. Influenza in the elderly: a mini-review. *Gerontology*. 2011;57(5):397-404. doi: 10.1159/000319033.
29. Chebib N, Cuvelier C, Malézieux-Picard A, Parent T, Roux X, Fassier T, et al. Pneumonia prevention in the elderly patients: the other sides. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Apr;33(4):1091-1100. doi: 10.1007/s40520-019-01437-7.
30. Paget J, Spreuwenberg P, Charu V, Taylor RJ, Iuliano AD, Bresee J, et al.; Global Seasonal Influenza-associated Mortality Collaborator Network and GLaMOR Collaborating Teams. Global mortality associated with seasonal influenza epidemics: New burden estimates and predictors from the GLaMOR Project. *J Glob Health*. 2019 Dec;9(2):020421. doi: 10.7189/jogh.09.020421.
31. Restrepo MI, Sibila O, Anzueto A. Pneumonia in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2018 Jul;81(3):187-197. doi: 10.4046/trd.2018.0030.
32. Liao KM, Chen YJ, Shen CW, Ou SK, Chen CY. The Influence of Influenza Virus Infections in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2022 Sep 14;17:2253-2261. doi: 10.2147/COPD.S378034.
33. Singanayagam A, Joshi PV, Mallia P, Johnston SL. Viruses exacerbating chronic pulmonary disease: the role of immune modulation. *BMC Med*. 2012 Mar 15;10:27. doi: 10.1186/1741-7015-10-27.
34. Alkhouli M, Nanjundappa A, Annie F, Bates MC, Bhatt DL. Sex Differences in Case Fatality Rate of COVID-19: Insights From a Multinational Registry. *Mayo Clin Proc*. 2020 Aug;95(8):1613-1620. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.05.014.
35. Geldsetzer P, Mukama T, Jawad NK, Riffe T, Rogers A, Sudharsanan N. Sex differences in the mortality rate for coronavirus disease 2019 compared to other causes of death: an analysis of population-wide data from 63 countries. *Eur J Epidemiol*. 2022 Aug;37(8):797-806. doi: 10.1007/s10654-022-00866-5.
36. Mukherjee S, Pahan K. Is COVID-19 Gender-sensitive? *J Neuroimmune Pharmacol*. 2021 Mar;16(1):38-47. doi: 10.1007/s11481-020-09974-z.
37. Statistični urad Republike Slovenije. Umrli, Slovenija, 2020 [Internet]. 2021 [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/sl/News/Index/9633>.
38. Islam N, Shkolnikov VM, Acosta RJ, Klimkin I, Kawachi I, Irizarry RA, et al. Excess deaths associated with covid-19 pandemic in 2020: age and sex disaggregated time series analysis in 29 high income countries. *BMJ*. 2021 May 19;373:n1137. doi: 10.1136/bmj.n1137.
39. Nielsen J, Nørsgaard SK, Lanzieri G, Vestergaard LS, Moelbak K. Sex-differences in COVID-19 associated excess mortality is not exceptional for the COVID-19 pandemic. *Sci Rep*. 2021 Oct 21;11(1):20815. doi: 10.1038/s41598-021-00213-w.

40. Achilleos S, Quattrocchi A, Gabel J, Heraclides A, Kolokotroni O, Constantinou C, et al. Excess all-cause mortality and COVID-19-related mortality: a temporal analysis in 22 countries, from January until August 2020. *Int J Epidemiol*. 2022 Feb 18;51(1):35-53. doi: 10.1093/ije/dyab123.
41. McGowan VJ, Bambra C. COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *Lancet Public Health*. 2022 Nov;7(11):e966-e975. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00223-7.
42. European mortality monitoring activity (EuroMOMO). Rationale [Internet]. 2023 [citirano 2023 avg 11]. Dostopno na: <https://euromomo.eu/how-it-works/rationale/>.





4

# OBOLEVNOST

Eva Štromajer, Mateja Rok Simon

## UVOD

Ženske v primerjavi z moškimi živijo dlje časa, vendar imajo višjo obolevnost in pogosteje obiskujejo zdravnika (1). Pogostejše obravnave žensk na primarni ravni večkrat pripisujejo težavam v reproduktivnem zdravju (2), vendar v raziskavah ugotavljajo, da to razloži le del razlik med spoloma v pogostosti obiskov zdravnika (2), ki se s starostjo tudi postopno zmanjšujejo (1).

Največje breme bolezni pri obeh spolih predstavljajo bolezni obtočil in novotvorbe (3, 4). Pomemben vzrok obolevnosti so tudi poškodbe, ki so pri ženskah redkejše (5). K razlikam v obolevnosti med spoloma prispevajo biološki, vedenjski in družbeni dejavniki (6). Večja potreba žensk po obravnavah na primarni ravni je povezana predvsem z njihovim slabšim zdravjem: večjim bremenom bolezni t.j. resnostjo in številom kroničnih bolezni, slabšim dojemanjem lastnega zdravja, slabšo kakovostjo življenja, povezano z zdravjem, in več manjzmožnostmi v primerjavi z moškimi (7). K temu prispeva tudi drugačna socialna vloga žensk, ki vpliva na njihova stališča in ukrepanje ob bolezni ter iskanje pomoči pri zdravniku (1). Ženske običajno skrbijo za zdravje celotne družine in pri tem pozabijo nase (7), vendar bolj pogosto kot moški obiščejo družinskega zdravnika, ko gre za resnejše bolezni (7).

Čeprav ženske pogosteje obiščejo družinskega zdravnika, pa med spoloma ni razlik v hospitalizacijah (1) oziroma so moški v višjih starostih hospitalizirani pogosteje kot ženske (1), kar pripisujejo počasnejšemu napredovanju bolezni pri ženskah (8). K višjim stopnjam hospitalizacije moških prispeva tudi njihova nenaklonjenost do zgodnjega iskanja zdravniške pomoči na primarni ravni, kar lahko povzroči zamude pri diagnozi in zdravljenju ter povzroči hitrejšo napredovanje bolezni do točke, ko je potrebno zdravljenje v bolnišnici (9).

Bolezen ne prizadene samo posameznika, temveč ima širše posledice za družbo in zdravstveni sistem. Pričakovati je, da bo obolevnost zaradi staranja prebivalstva naraščala, zato postajajo vse pomembnejši preventivni ukrepi, s katerimi se lahko odloži pojav bolezni, upočasnijo njeno napredovanje in pojav zapletov ter zmanjša stroške zdravstvene oskrbe (10). S preventivnimi ukrepi bi lahko preprečili velik delež kroničnih nenalezljivih bolezni, ki predstavljajo največje breme bolezni (11).

## METODOLOGIJA

### DEFINICIJE

**Obravnava na primarni ravni zdravstvene dejavnosti:** Obravnave na primarni ravni vključujejo obravnave v dejavnosti splošne in družinske medicine, dejavnosti medicine dela, prometa in športa, pediatrije v splošni zunajbolnišnični dejavnosti in ginekologije v splošni zunajbolnišnični dejavnosti. Diagnoza obravnave je diagnoza ob pregledu ugotovljene bolezni ali stanja.

**Hospitalizacija:** Hospitalizacija je neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj preko noči) trajajoča obravnava pacienta v posteljni enoti bolnišnice. Začne se s sprejemom, nadaljuje z eno ali več epizodami zdravljenja in zaključí z odpustom. Glavna diagnoza hospitalizacije je diagnoza vodilne bolezni ali stanja, ki je bila vzrok bolnišnični obravnavi. Je glavno stanje, diagnosticirano ob koncu bolnišnične obravnave kot glavni vzrok, zaradi katerega je bolnik potreboval zdravljenje ali preiskavo.

## PREISKOVANCI IN MATERIALI

V raziskavo so bile zajete prebivalke Slovenije, stare 15 let in več. Zajeti so bili primeri obravnav na primarni ravni v letih 2019 in 2020 in povprečje primerov hospitalizacij za leta 2017–2019 ter primeri hospitalizacij za leto 2020.

Diagnoze oz. vzroki za ambulantne obravnave in hospitalizacije so določene s kodami Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM, verzija 6). V 21. poglavju MKB-10-AM »Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo«, so opredeljeni razlogi za obravnavo, kot so presejalni pregledi, predpisovanje receptov za že znane bolezni, težke socialne okoliščine, določeni terapevtski posegi, zato so obravnave iz tega poglavja v vsaki starostni skupini opisane na zadnjem mestu, tudi kadar so bile znotraj posamezne starostne skupine med vodilnimi vzroki obravnav. Poškodbe in zastrupitve so opredeljene z diagnozo narave poškodbe (npr. poškodba glave) v 19. poglavju MKB-10-AM »Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov« in z diagnozo zunanjega vzroka (npr. padec) v 20. poglavju »Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti«. V 15. poglavju MKB-10-AM »Nosečnost, porod in poporodno obdobje« niso zajete hospitalizacije, pri katerih je bil vzrok porod, temveč le hospitalizacije, ki so bile posledica zapletov oz. bolezni, povezanih z nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem.

Vir podatkov o številu obravnav na primarni ravni zdravstvene dejavnosti je zbirka podatkov »Zunajbolnišnična zdravstvena statistika« (ZUBSTAT), o številu hospitalizacij zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev pa »Spremljanje bolnišničnih obravnav« (SBO), ki ju vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Vir podatkov o številu prebivalcev in prebivalk je Statistični urad Republike Slovenije (SURs).

## STATISTIČNE METODE

V analizi je bila uporabljena zbirka epizod, združenih po hospitalizacijah, in upoštevani primeri prvih in ponovnih hospitalizacij za posamezno diagnozo.

V deskriptivni analizi so bile izračunane absolutne in relativne frekvence (v %) hospitalizacij in obravnav na primarni ravni po starosti, spolu, poglavjih, sklopih in diagnozah MKB-10-AM ter po starosti in spolu specifične stopnje hospitalizacij in obravnav na primarni ravni (na 1000 prebivalk ali prebivalcev).

## REZULTATI

### OBRAVNAVE NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V LETU 2019

Leta 2019 je bilo med ženskami, starimi 15 let in več, na primarni ravni zabeleženih 2.464.117 obravnav (2766,6 obravnav/1000 žensk). Pri moških, starih 15 let in več, je bilo zabeleženih 1.654.177 obravnav (1871,9 obravnav/1000 moških).

Preglednica 1. Število obravnav žensk na primarni ravni in stopnja obravnav (na 1000 žensk) po poglavjih MKB-10-AM v starostni skupini 15-49 let, Slovenija, 2019.

15-49 let		
Poglavja MKB-10-AM	Število obravnav	Stopnja (na 1.000 žensk)
21 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	342.227	799,1
10 Bolezni dihal	122.051	285,0
14 Bolezni sečil in spolovil	107.364	250,7

18	Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje	105.376	246,1
1	Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	78.082	182,3
13	Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	75.417	176,1
12	Bolezni kože in podkožja	47.393	110,7
19	Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov	46.710	109,1
11	Bolezni prebavil	37.127	86,7
15	Nosečnost, porod in poporodno obdobje (puerperij)	32.829	76,7
8	Bolezni ušesa in mastoida	25.321	59,1
7	Bolezni očesa in adneksov	22.289	52,0
5	Duševne in vedenjske motnje	20.516	47,9
2	Neoplazme	20.294	47,4
9	Bolezni obtočil	18.349	42,8
4	Endokrine, prehranske (nutricijske) in presnovne (metabolične) bolezni	11.826	27,6
6	Bolezni živčevja	10.045	23,5
3	Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv	6.188	14,4
17	Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	1.095	2,6
16	Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem (obporodnem) obdobju	83	0,2
20	Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti	12	0,0
<b>SKUPAJ</b>		<b>1.130.594</b>	<b>2.460,0</b>

Preglednica 2. Število obravnav žensk na primarni ravni in stopnja obravnav (na 1000 žensk) po poglavjih MKB-10-AM v starostni skupini 50-64 let, Slovenija, 2019.

#### 50-64 let

Poglavja MKB-10-AM	Število obravnav	Stopnja (na 1.000 žensk)
21	Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	637,2
13	Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	369,8
18	Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje	244,3
10	Bolezni dihal	241,2
14	Bolezni sečil in spolovil	215,7
9	Bolezni obtočil	187,3
19	Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov	124,0
1	Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	116,1
12	Bolezni kože in podkožja	105,3
11	Bolezni prebavil	95,4
4	Endokrine, prehranske (nutricijske) in presnovne (metabolične) bolezni	73,9
7	Bolezni očesa in adneksov	72,0
2	Neoplazme	70,0
8	Bolezni ušesa in mastoida	66,3
5	Duševne in vedenjske motnje	64,0
6	Bolezni živčevja	30,7
3	Bolezni krvi in krvotv. organov ter nekatere bol., pri katerih je udel. imunski odziv	8,0
17	Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	1,0
15	Nosečnost, porod in poporodno obdobje (puerperij)	0,1
20	Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti	0,0

16 Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem (obporodnem) obdobju	5	0,0
<b>SKUPAJ</b>	<b>606.782</b>	<b>2.722,5</b>

Preglednica 3. Število obravnav žensk na primarni ravni in stopnja obravnav (na 1000 žensk) po poglavjih MKB-10-AM v starostni skupini 65 let in več, Slovenija, 2019.

65 let in več		
Poglavja MKB-10-AM	Število obravnav	Stopnja (na 1.000 žensk)
21 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	125.526	524,2
9 Bolezni obtočil	102.179	426,6
13 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	87.099	363,6
18 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje	78.177	326,4
10 Bolezni dihal	52.422	218,9
14 Bolezni sečil in spolovil	47.007	196,2
12 Bolezni kože in podkožja	38.087	159,0
19 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov	36.803	153,6
7 Bolezni očesa in adneksov	25.678	107,2
11 Bolezni prebavil	25.624	107,0
4 Endokrine, prehranske (nutricijske) in presnovne (metabolične) bolezni	22.505	94,0
8 Bolezni ušesa in mastoida	22.476	93,8
2 Neoplazme	17.577	73,4
1 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	17.430	72,8
5 Duševne in vedenjske motnje	15.987	66,7
6 Bolezni živčevja	7.757	32,4
3 Bolezni krvi in krvotv. organov ter nekatere bol., pri katerih je udel. imunski odziv	4.238	17,7
17 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	155	0,6
20 Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti	14	0,1
<b>SKUPAJ</b>	<b>726.741</b>	<b>3.034,0</b>

### 15–49 let

Na primarni ravni zdravstvenega varstva je bilo leta 2019 zabeleženih 1.130.594 obravnav žensk v starosti 15–49 let. Pri ženskah je bilo v tej starostni skupini zabeleženih precej več obravnav kot pri moških, pri katerih smo zabeležili 714.416 obravnav. Stopnja obravnav za vse bolezni je bila pri ženskah 2640/1000, kar je za 76,9 % več kot pri moških, pri katerih je stopnja znašala 1492,7/1000 moških.

Bolezni oz. stanja, zaradi katerih so bile ženske v tej starostni skupini najpogosteje obravnavane, so dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in stik z zdravstveno službo, bolezni dihal, bolezni sečil in spolovil, simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje, nekatere infekcijske in parazitske bolezni ter bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (Preglednica 1).

Od obravnav zaradi **bolezni dihal** je bilo 76,6 % obravnav zaradi akutnih infekcij zgornjih dihal, npr. akutni tonzilitis, akutni faringitis in akutni sinuzitis.

Med **bolezni sečil in spolovil** je bilo največ obravnav zaradi nevnjetnih motenj ženskega spolnega trakta (46,1 %) (večinoma motnje menstrualnega cikla oz. nenormalne krvavitve iz ženskih spolnih organov) in zaradi drugih bolezni sečil (28,9 %) (večinoma cistitisi).

Med **simptomi, znaki ter nenormalnimi kliničnimi in laboratorijskimi izvidi, neuvrščeni drugje**, je bilo največ obravnav s področja prebavil in trebuha (31,7 %) (večinoma zaradi bolečine v trebuhu) in iz sklopa splošni simptomi in znaki (27,5 %) (najpogosteje zaradi glavobola).

Od **infekcijskih in parazitskih boleznih** so bile ženske najpogosteje obravnavane zaradi virusnih infekcij. Največ obravnav (64,5 %) je bilo namreč iz sklopa druge virusne bolezni. Precej pogoste so bile tudi črevesne infekcijske bolezni, saj je bil to drugi najpogostejši sklop obravnav (15,9 %).

Iz skupine **bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva** so bile ženske največkrat obravnavane zaradi bolezni hrbta (51,1 % obravnav). Med obravnavami zaradi bolezni hrbta je bilo kar 81 % obravnav zaradi bolečine v hrbtu, pri čemer je bila najpogostejša bolečina v predelu križa. Sicer pa je bil natančnejši vzrok za obravnave zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v več kot polovici primerov prav tako bolečina različnih delov telesa.

Od obravnav zaradi **dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje in stik z zdravstveno službo**, je bilo 25,5 % obravnav zaradi okoliščin, povezanih z reprodukcijo. Poleg tega je bilo 21,9 % obravnav zaradi splošnega rutinskega ginekološkega pregleda, torej je bil največji del obravnav zaradi reprodukcije oziroma reproduktivnega zdravja.

Velike razlike v obolevnosti med spoloma se kažejo pri obravnavah zaradi **poškodb, zastrupitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov**. Ženske so bile zaradi poškodb skoraj 2-krat manj pogosto obravnavane kot moški. Pri ženskah je bila stopnja obravnav 109,1/1000 in pri moških 199,0/1000. Najpogostejše poškodbe pri ženskah so bile poškodbe zapestja in roke, skočnega sklepa in stopala ter kolena in goleni, med zunanjimi vzroki za poškodbe pa so bili najpogosteje zabeleženi padci (35,7 %) (večinoma je šlo za padeč na isti ravni, ker oseba zdrsnje, se spotakne ali zaplete), delovanje neživih mehanskih sil (32,7 %) (največkrat zaradi zadevanja ob druge predmete ali udarjanja z njimi), transportne nezgode (9,9 %) in delovanje živih mehanskih sil (8,1 %) (največkrat zaradi ugriza ali pika nestrupenih insektov in drugih nestrupenih členonožcev). Transportne nezgode so bile vzrok le za 9,9 % obravnav žensk zaradi poškodb, vendar obstajajo pri transportnih nezgodah pomembne razlike med spoloma. Stopnja obravnav zaradi transportnih nezgod je bila pri ženskah 10,0/1000 žensk in pri moških 14,7/1000 moških. Ženske so bile skoraj enako pogosto kot moški poškodovane kot peške (0,8/1000 žensk oziroma 0,7/1000 moških) in kot osebe v avtomobilu (6,1/1000 žensk oziroma 6,0/1000 moških), medtem ko so bile precej redkeje kot moški poškodovane kot kolesarke (2,0/1000 žensk oziroma 4,9/1000 moških). Za razliko od žensk je bil pri moških najpogostejši zunanji vzrok izpostavljenost neživim mehanskim silam, padci so bili na drugem mestu.

## 50–65 let

Na primarni ravni zdravstvenega varstva je bilo leta 2019 zabeleženih 606.782 obravnav žensk v starosti 50–64 let (2722,5 obravnav/1000 žensk). Pri moških je bilo zabeleženih 437.535 obravnav oz. je bila stopnja obravnav 1934,4/1000 moških.

Pri ženskah so bile v tej starostni skupini bolezni in stanja z najvišjo stopnjo obravnav dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in stik z zdravstveno službo, bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje, bolezni dihal, bolezni sečil in spolovil ter bolezni obtočil (Preglednica 2).

Vzrok večine obravnav **zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva** so bile bolezni hrbta (43,8 %) (večinoma bolečina v križu) in artropatije (28,6 %) (najpogosteje sklepna bolečina).

Največ obravnav zaradi **simptomov, znakov ter nenormalnih kliničnih in laboratorijskih izvidov, neuvrščeni drugje** je bilo zaradi simptomov in znakov, ki zajemajo obtočila in dihala (26,3 %) (najpogosteje zaradi kašlja in bolečine v prsih) ter prebavila in trebuh (26,2 %) (večinoma zaradi bolečine v trebuhu).

K obravnavam zaradi **bolezni dihal** so tudi v tej starostni skupini največ prispevale infekcije dihal. Največ obravnav je bilo namreč zaradi akutnih infekcij zgornjih dihal (60,2 %) in zaradi drugih akutnih infekcij spodnjih dihal (28,1 %).

Med **boleznimi sečil in spolovil** je bilo največ obravnav zaradi nevnetnih motenj ženskega spolnega trakta (42,6 %) (najpogostejše so bile menopavzne in perimenopavzne motnje) in zaradi drugih boleznih sečil (40,1 %) (najpogostejši diagnozi sta bili infekcija sečil z neopredeljenim mestom in akutno vnetje sečnega mehurja).

Med najpogostejšimi vzroki obravnav so bile še **bolezni obtočil**, med katerimi je bilo največ obravnav zaradi hipertenzivnih boleznih (69,0 %) (skoraj v vseh primerih je šlo za esencialno arterijsko hipertenzijo). Pri ženskah so bile bolezni obtočil redkejšje kot pri moških te starostne skupine. Pri ženskah je bila stopnja obravnav zaradi boleznih obtočil 187,3/1000 žensk, pri moških pa 216,6/1000 moških.

Od **dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje in stik z zdravstveno službo**, je bilo največ (24,4 %) obravnav zaradi splošnega oz. rutinskega ginekološkega pregleda.

Stopnja obravnav zaradi vseh **poškodb, zastrupitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov** je bila tudi v tej starosti pri ženskah (124,0/1000) nižja kot pri moških (161,2/1000). Najpogosteje je pri ženskah prišlo do poškodb zapestja in roke, kolena in goleni ter skočnega sklepa in stopala. Glede na zunanji vzrok je bilo zabeleženih največ obravnav zaradi padcev (48,4 %) (večinoma zaradi padcev na isti ravni, ker oseba zdrsne, se spotakne ali zaplete), zaradi izpostavljenosti neživim mehničnim silam (27,7 %) (največ zaradi zavedanja ob druge predmete ali udarjanje z njimi) in zaradi izpostavljenosti živim mehničnim silam (6,8 %) (največ zaradi ugriza ali pika nestrupenih insektov in drugih nestrupenih členonožcev). Obravnave zaradi transportnih nezgod so predstavljale le 5,7 % obravnav zaradi zunanjih vzrokov in so bile s stopnjo 6,6/1000 žensk redkejšje pri ženskah kot pri moških, pri katerih je bila stopnja 9,2/1000 moških. Tudi v tej starostni skupini so bile ženske zaradi transportnih nezgod skoraj enako pogosto kot moški obravnavane kot peške (0,6/1000 žensk oziroma 0,5/1000 moških) in kot osebe v avtomobilu (3,3/1000 žensk oziroma 3,1/1000 moških), redkeje od moških pa kot kolesarke (2,2/1000 žensk oziroma 3,4/1000 moških). Pri moških je bila najpogostejša izpostavljenost neživim mehničnim silam, padci so bili drugi najpogostejši.

## 65 let in več

Na primarni ravni zdravstvenega varstva je bilo leta 2019 zabeleženih 726.741 obravnav žensk in 502.226 obravnav moških v starosti 65 let in več. V tej starostni skupini je bila razlika v stopnji vseh obravnav med spoloma manjša kot v nižjih starostnih skupinah, saj je bila pri moških 2807,3/1000 moških, pri ženskah pa 3034,0/1000 žensk.

V tej starostni skupini so bili po stopnji obravnav pri ženskah na prvem mestu dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in stik z zdravstveno službo, sledile so bolezni obtočil, bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje, bolezni dihal ter bolezni sečil in spolovil (Preglednica 3).

Med **boleznimi obtočil** je bilo največ obravnav zaradi hipertenzivnih boleznih (58,1 %) (velika večina zaradi esencialne arterijske hipertenzije). Na drugem mestu so bile druge bolezni srca (24,8 %) (največ obravnav je bilo zaradi preddvorne fibrilacije in undulacije ter zaradi srčne odpovedi). Stopnja obravnav zaradi boleznih obtočil je bila pri ženskah (426,6/1000 žensk) le malenkost nižja kot pri moških (436,2/1000).

Med obravnavami zaradi **boleznih mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva** so bile najpogostejše obravnave zaradi boleznih hrbtna (48,1 %) (največ zaradi bolečine v križu) in zaradi artropatij (35,2 %) (največ zaradi sklepne bolečine).

Iz poglavja **simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje** je bilo največ obravnav zaradi obtočil in dihal (28,0 % obravnav) (najpogosteje zaradi bolečine v prsih) in zaradi splošnih simptomov in znakov (24,1 %) (najpogosteje zaradi slabega počutja in utrujenosti). Sicer sta bili med posameznimi diagnozami najpogostejši neopredeljene bolečine v trebuhu ter vrtoglavica in omotičnost.

Od **boleznih dihal** je bilo največ obravnav zaradi akutnih infekcij zgornjih dihal (37,3 %) ter zaradi drugih akutnih infekcij spodnjih dihal (29,2 %).

Med **boleznimi sečil in spolovil** je bilo daleč največ obravnav zaradi drugih boleznih sečil (63,0 %) (največ zaradi infekcij sečil na neopredeljenem mestu in zaradi vnetja sečnega mehurja) in zaradi nevnetnih motenj ženskega spolnega trakta (20,6 %) (največ zaradi menopavznih in perimenopavznih motenj).

V tej starostni skupini je bilo največ obravnav iz poglavja **dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje in stik z zdravstveno službo**, in sicer zaradi ponovnega predpisovanja recepta (12,9 %) in zaradi cepljenja proti gripi (12,7 %).

Obravnave zaradi **poškodb, zastrupitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov** so se v tej starostni skupini pri ženskah (153,6/1000 žensk) skoraj izenačile z obravnavami moških (157,9/1000 moških). Poškodbe, zaradi katerih so bile ženske najpogosteje obravnavane, so bile poškodbe kolena in goleni, poškodbe glave ter poškodbe zapestja in roke. Od zunanjih vzrokov poškodb so bile v tej starostni skupini še pogostejše obravnave zaradi padcev (65,2 %) (večinoma zaradi padca na isti ravni, ker oseba zdrsne, se spotakne ali zaplete). Sledile so obravnave zaradi izpostavljenosti neživim mehničnim silam (19,1 %) (največ zaradi zadevanja ob druge predmete ali udarjanje z njimi) in obravnave zaradi izpostavljenosti živim mehničnim silam (4,5 %) (največ zaradi izpostavljenosti neopredeljenemu dejavniku). Delež obravnav žensk zaradi transportnih nezgod je bil relativno nizek (2,7 %), pri čemer je bila stopnja obravnav pri ženskah manjša (3,9/1000 žensk) kot pri moških (6,4/1000 moških). Ženske so bile skoraj enako pogosto kot moški obravnavane zaradi transportnih nezgod, v katerih so bile poškodovane kot peške, kot moški (0,7/1000 žensk oz. 0,6/1000 moških), redkeje kot moški pa so se poškodovale kot kolesarke (1,4/1000 žensk oz. 2,5/1000 moških) in kot osebe v avtomobilu (1,6/1000 žensk oz. 2,1/1000 moških). V tej starostni skupini so bili tudi pri moških najpogostejši padci, izpostavljenost neživim mehanskim silam je bila na drugem mestu.

## HOSPITALIZACIJE V LETIH 2017–2019

V letih 2017–2019 je bilo pri ženskah, starih 15 let in več, zabeleženih letno povprečno 136.093 hospitalizacij (153,0/1000 žensk), pri moških pa 124.919 hospitalizacij (143,0/1000 moških).

Preglednica 4. Število hospitalizacij žensk in stopnja hospitalizacij (na 1000 žensk) po poglavjih MKB-10-AM v starostni skupini 15-49 let, Slovenija, povprečje 2017–2019.

15-49 let		
Poglavja MKB-10-AM	Število hospitalizacij	Stopnja (na 1.000 žensk)
21 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	7.645	17,7
15 Nosečnost, porod in poporodno obdobje (puerperij)	6.138	14,2
14 Bolezni sečil in spolovil	6.078	14,1
2 Neoplazme	3.752	8,7
11 Bolezni prebavil	3.463	8,0
19 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov	2.485	5,8
5 Duševne in vedenjske motnje	2.467	5,7
13 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	2.211	5,1
18 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje	1.889	4,4
10 Bolezni dihal	1.556	3,6
9 Bolezni obtočil	1.335	3,1
6 Bolezni živčevja	889	2,1
4 Endokrine, prehranske (nutricijske) in presnovne (metabolične) bolezni	778	1,8
17 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	626	1,5
1 Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	613	1,4
12 Bolezni kože in podkožja	436	1,0



7	Bolezni očesa in adneksov	304	0,7
8	Bolezni ušesa in mastoida	215	0,5
3	Bolezni krvi in krvotv. organov ter nekatere bol., pri katerih je udel. imunski odziv	186	0,4
16	Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem (obporodnem) obdobju	2	0,0
SKUPAJ		43.077	99,8

Preglednica 5. Število hospitalizacij žensk in stopnja hospitalizacij (na 1000 žensk) po poglavjih MKB-10-AM v starostni skupini 50-74 let, Slovenija, povprečje 2017–2019.

## 50-74 let

Poglavja MKB-10-AM	Število hospitalizacij	Stopnja (na 1.000 žensk)
2 Neoplazme	9.948	29,4
13 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	7.316	21,6
9 Bolezni obtočil	7.060	20,9
14 Bolezni sečil in spolovil	5.232	15,5
11 Bolezni prebavil	4.634	13,7
19 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov	4.328	12,8
10 Bolezni dihal	3.119	9,2
21 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	2.036	6,0
5 Duševne in vedenjske motnje	2.024	6,0
18 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje	1.419	4,2
6 Bolezni živčevja	1.308	3,9
4 Endokrine, prehranske (nutricijske) in presnovne (metabolične) bolezni	1.141	3,4
1 Nekateri infektivni in parazitski bolezni	978	2,9
7 Bolezni očesa in adneksov	949	2,8
12 Bolezni kože in podkožja	488	1,4
3 Bolezni krvi in krvotv. organov ter nekatere bol., pri katerih je udel. imunski odziv	393	1,2
8 Bolezni ušesa in mastoida	288	0,9
17 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	100	0,3
15 Nosečnost, porod in poporodno obdobje (puerperij)	2	0,0
16 Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem (obporodnem) obdobju	1	0,0
SKUPAJ	52.761	155,9

Preglednica 6. Število hospitalizacij žensk in stopnja hospitalizacij (na 1000 žensk) po poglavjih MKB-10-AM v starostni skupini 75 let in več, Slovenija, povprečje 2017–2019.

## 75 let in več

Poglavja MKB-10-AM	Število hospitalizacij	Stopnja (na 1.000 žensk)
9 Bolezni obtočil	9.156	76,6
19 Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov	5.371	44,9
10 Bolezni dihal	4.685	39,2
2 Neoplazme	3.955	33,1
13 Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	2.967	24,8
11 Bolezni prebavil	2.964	24,8
14 Bolezni sečil in spolovil	2.552	21,3

1	Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	1.381	11,6
21	Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	1.202	10,1
18	Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje	1.172	9,8
4	Endokrine, prehranske (nutricijske) in presnovne (metabolične) bolezni	1.113	9,3
6	Bolezni živčevja	897	7,5
3	Bolezni krvi in krvotv. organov ter nekatere bol., pri katerih je udel. imunski odziv	820	6,9
5	Duševne in vedenjske motnje	791	6,6
7	Bolezni očesa in adneksov	649	5,4
12	Bolezni kože in podkožja	479	4,0
8	Bolezni ušesa in mastoida	90	0,7
17	Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	12	0,1
15	Nosečnost, porod in poporodno obdobje (puerperij)	-	-
16	Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem (obporodnem) obdobju	-	-
<b>SKUPAJ</b>		<b>40.255</b>	<b>336,6</b>

### 15–49 let

V tej starostni skupini je bilo v letih 2017–2019 med ženskami zabeleženih povprečno 43.077 hospitalizacij letno in med moškimi povprečno 29.900 hospitalizacij. Stopnja hospitalizacij je bila pri ženskah 99,8/1000 in pri moških 63,0/1000.

Ženske so bile najpogosteje hospitalizirane zaradi dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo, zaradi nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, zaradi bolezni sečil in spolovil, zaradi novotvorb, bolezni prebavil, ter zaradi poškodb, zastrupitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov (Preglednica 4).

Med hospitalizacijami zaradi **nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja** je bilo največ hospitalizacij zaradi drugih materinih bolezni, povezanih predvsem z nosečnostjo (51,8 %) (npr. grozeči splav, v velikem številu primerov pa stanje ni natančno opredeljeno) in zaradi oskrbe matere, povezane s plodom in amnijsko votlino in možnimi zapleti pri otrokovem rojstvu (28,0 %) (npr. nepravi porod pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti, oskrba matere zaradi nezadostnosti materničnega vratu ...).

K hospitalizacijam zaradi **bolezni sečil in spolovil** so največ prispevale hospitalizacije zaradi nevnetnih motenj ženskega spolnega trakta (70,1 %) (npr. ženska neplodnost, endometrioza jajčnika in ciste jajčnika) in hospitalizacije zaradi vnetnih bolezni ženskih medeničnih organov (8,4 %) (npr. absces Bartholinove žleze in akutni salpingitis in ooforitis).

Največ hospitalizacij zaradi **novotvorb** je bilo zaradi benignih tumorjev (44,2 %) (največ zaradi leiomiomov maternice in benignih tumorjev jajčnika) in zaradi raka dojke (14,3 %).

Hospitalizacije zaradi **bolezni prebavil** so bile največkrat posledica okvar žolčnika, biliarnega trakta in trebušne slinavke (37,6 %) (večinoma kamen žolčnika) in bolezni slepiča (16,4 %) (velika večina zaradi akutnega apendicitisa).

Od **dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo**, je bilo največ hospitalizacij iz sklopa »osebe, ki se srečujejo z zdravstveno službo zaradi drugih okoliščin« (55,5 %) (skoraj vse zaradi spremstva bolne osebe) in iz sklopa »osebe, ki se srečujejo z zdravstveno službo v okoliščinah, povezanih z reprodukcijo« (27,1 %) (večinoma zaradi obravnave, povezanih z oploditvijo).

Zaradi vseh **poškodb, zastrupitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov** je bila stopnja hospitalizacij pri ženskah za več kot polovico nižja kot pri moških (5,8/1000 žensk oz. 13,9/1000 moških).

Glede na naravo poškodb je bilo največ hospitalizacij žensk zaradi poškodb kolena in goleni, glave ter komolca in podlakti. Od vseh zunanjih vzrokov je bilo daleč največ hospitalizacij zabeleženih zaradi padcev (48,1 %) (največ zaradi padca na isti ravni zaradi zdrsa). Na drugem mestu so bile transportne nezgode, ki so pri ženskah predstavljale 15,1 % hospitalizacij zaradi poškodb. Stopnja hospitalizacij zaradi vseh transportnih nezgod je bila pri ženskah nižja v primerjavi z moškimi (0,9/1000 žensk oz. 2,3/1000 moških). Pri tem je bila stopnja hospitalizacij zaradi nezgod, v katerih je bila oseba poškodovana kot pešec, pri ženskah enaka kot pri moških (pri obeh spolih 0,1/1000), stopnja hospitalizacij zaradi poškodb kolesark (0,2/1000 žensk oz. 0,7/1.000 moških) in stopnja hospitalizacij žensk, poškodovanih kot oseb v avtomobilu (0,4/1000 žensk oz. 0,7/1000 moških), pa je bila pri ženskah manjša kot pri moških. Na tretjem mestu so bile hospitalizacije zaradi dogodka nedoločenega namena (8,3 %), sledile so hospitalizacije zaradi izpostavljenosti neživim mehničnim silam (7,3 %) (največ zaradi zadevanja ob druge predmete ali udarjanja z njimi). Pri moških so bili prav tako na prvem mestu padci in na drugem mestu transportne nezgode.

### 50–74 let

Hospitalizacije so bile v tej starostni skupini pri ženskah redkejše kot pri moških. Pri ženskah je bilo v letih 2017–2019 zabeleženih povprečno 52.761 hospitalizacij letno (stopnja 155,9/1000 žensk), pri moških pa povprečno 65.193 hospitalizacij letno (stopnja 197,6/1000 moških).

Najpogostejši vzrok hospitalizacij med ženskami so bile novotvorbe, bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, bolezni obtočil, bolezni sečil in spolovil, bolezni prebavil ter poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (Preglednica 5).

Najpogostejši vzroki hospitalizacij zaradi **novotvorb** so bili dokaj enakomerno razporejeni. Med novotvorbami so bile najpogostejše hospitalizacije zaradi benignih tumorjev (17,8 %), sledijo rak dojke (16,4 %), prebavil (12,2 %), respiratornih in intratorakalnih organov (11,9 %).

Iz skupine **bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva** je bilo največ hospitalizacij zaradi artroz (42,8 %) (večinoma artroza kolena in kolka) in zaradi drugih motenj sklepa (18,9 %) (večinoma pridobljeni haluks valgus).

Hospitalizacije zaradi **bolezni obtočil** so bile v največji meri posledica ishemičnih bolezni srca (27,8 %) (največ zaradi angine pectoris in akutnega miokardnega infarkta) in drugih bolezni srca (25,7 %) (največ zaradi preddvorne fibrilacije in undulacije in zastojne srčne odpovedi). Najpogostejši glavni diagnozi sta bili sicer varice ven spodnjih udov brez ulkusa ali vnetja in ateroskleroza arterij udov.

Med **bolezni sečil in spolovil** je bilo največ hospitalizacij zaradi nevnethnih motenj ženskega spolnega trakta (56,8 %) (največ zaradi polipa materničnega telesa in zaradi pomenopavzne krvavitve) in drugih bolezni sečil (17,0 %) (največ zaradi stresne inkontinence in infekcije sečil).

Hospitalizacije zaradi **bolezni prebavil** so bile v največji meri posledica okvar žolčnika, biliarnega trakta in trebušne slinavke (43,2 %) (večinoma zaradi kamna žolčnika) in drugih bolezni črevesja (17,2 %) (največ zaradi divertiklov debelega črevesa, ileusa in zaprtja).

Stopnja hospitalizacij zaradi **poškodb, zastrupitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov** je bila pri ženskah (12,8/1000 žensk) nižja kot pri moških (17,1/1000 moških). Največ hospitalizacij je bilo zaradi poškodb kolena in goleni, komolca in podlakti ter glave. V tej starostni skupini je bilo največ hospitalizacij zaradi poškodb pri ženskah zabeleženih zaradi padcev (70,9 %) (največ zaradi padca na isti ravni zaradi zdrsa). Na drugem mestu so bile hospitalizacije zaradi transportnih nezgod (7,3 %). Stopnja hospitalizacij zaradi vseh transportnih nezgod je bila pri ženskah manjša kot pri moških (0,9/1000 žensk oz. 1,8/1000 moških). Pri tem je bila stopnja hospitalizacij žensk zaradi transportnih nezgod, v katerih je bila oseba

poškodovana kot pešec, enaka kot pri moških (pri obeh spolih 0,1/1000), stopnja zaradi nezgod, v katerih je bila oseba poškodovana kot kolesar (0,4/1000 žensk oz. 0,7/1000 moških), in stopnja zaradi transportnih nezgod, v katerih je bila poškodovana oseba v avtomobilu (0,3/1000 in pri moških 0,4/1000), pa sta bili pri ženskah nižji kot pri moških. Na tretjem mestu so bile hospitalizacije zaradi dogodkov nedoločenega namena (5,0 %), sledile pa so hospitalizacije zaradi kasnih posledic zunanjih vzrokov obolevnosti in umrljivosti (4,2 %) (največ zaradi kasnih posledic kirurških in medicinskih postopkov kot vzroka za nenormalno reakcijo pacienta ali kasnejše zaplete, brez omembe nezgode med postopkom). Pri moških so bili na prvem mestu padci, sledila je izpostavljenost neživim mehanskim silam.

### 75 let in več

Tudi v tej starostni skupini so bile hospitalizacije pri ženskah redkejše kot pri moških. V letih 2017–2019 je bilo pri ženskah, starih 75 let in več, zabeleženih povprečno 40.255 hospitalizacij letno (336,6/1000 žensk), pri moških pa 29.825 (431,5/1000 moških).

Največ hospitalizacij žensk je bilo potrebnih zaradi bolezni obtočil, poškodb, zastrupitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov, bolezni dihal, novotvorb, bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva in bolezni prebavil (Preglednica 6).

Najpogostejše hospitalizacije zaradi **bolezni obtočil** so bile zaradi drugih bolezni srca (44,3 %) (največ zaradi zastojne srčne odpovedi, preddvorne fibrilacije in undulacije ter aortne stenoze) in zaradi ishemičnih bolezni srca (15,5 %) (največ zaradi miokardnega infarkta in angine pectoris).

Stopnja hospitalizacij žensk te starosti zaradi **poškodb, zastrupitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov** je znašala 44,9/1000 žensk, pri moških pa 34,9/1000 moških. Zabeleženih je bilo največ hospitalizacij zaradi poškodb kolka in stegna, glave ter trebuha, spodnjega dela hrbta, ledvene hrbtenice in medenice. Padci so bili vzrok za 87,4 % hospitalizacij žensk zaradi poškodb (predvsem zaradi padca na isti ravni zaradi zdrsa, najpogosteje pa padec ni bi opredeljen), na drugem mestu so bili dogodki nedoločenega namena (2,5 %). Transportne nezgode so bile na tretjem mestu in so bile vzrok za 2,0 % hospitalizacij žensk zaradi poškodb. Stopnja hospitalizacij zaradi transportnih nezgod je bila pri ženskah 0,9/1000 in pri moških 1,7/1000. Pri tem so bile ženske v primerjavi z moškimi manj pogosto hospitalizirane zaradi nezgod, v katerih je bila oseba poškodovana kot kolesar (0,2/1000 žensk oz. 0,7/1000 moških), in kot oseba v avtomobilu (0,3/1000 žensk oz. 0,5/1000 moških) ter bolj pogosto zaradi nezgod, v katerih je bila oseba poškodovana kot pešec (0,3/1000 žensk oz. 0,2/1000 moških). Sledile so hospitalizacije zaradi kasnih posledic zunanjih vzrokov obolevnosti in umrljivosti (1,7 %) (največ zaradi kasnih posledic kirurških in medicinskih postopkov kot vzroka za nenormalno reakcijo pacienta ali kasnejše zaplete, brez omembe nezgode med postopkom). Pri moških so bili na prvem mestu padci, sledile so transportne nezgode.

Najpogostejša vzroka hospitalizacij zaradi **bolezni dihal** sta bila gripa in pljučnica (54,3 %) (večinoma bakterijske pljučnice) in druge bolezni dihal (14,5 %) (največ zaradi akutne respiratorne odpovedi).

Hospitalizacije zaradi **novotvorb** so bile najpogosteje posledica novotvorb prebavil (25,8 %), raka dojke (11,6 %), benignih tumorjev (11,4 %) in novotvorb ženskih spolnih organov (10,7 %).

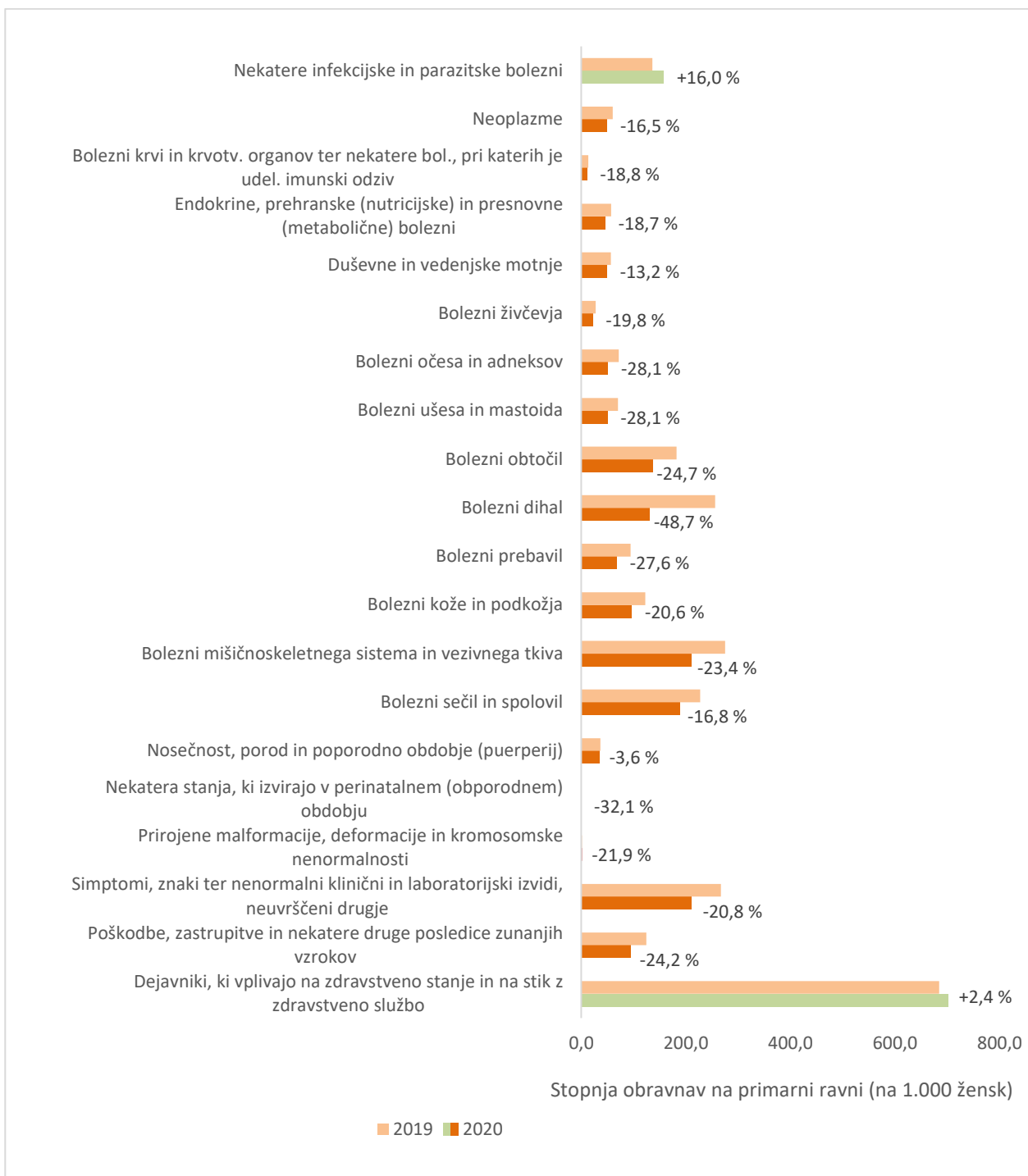
Med **bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva** je bilo največ hospitalizacij zaradi artroz (47,7 %) (največ zaradi artroze kolena in kolka) in spondilopatij (13,9 %) (večinoma spinalna stenoza).

Najpogostejši vzroki hospitalizacij zaradi **bolezni prebavil** so bile okvare žolčnika, biliarnega trakta in trebušne slinavke (31,8 %) (večinoma kamen žolčnika oz. žolčnega voda ali holecistitis) in druge bolezni črevesja (27,0 %) (največ zaradi zaprtja, ileusa in divertiklov debelega črevesa).

## OBRAVNAVE NA PRIMARNI RAVNI IN HOSPITALIZACIJE V LETU 2020

V letu 2020 sta se stopnja obravnav na primarni ravni in stopnja hospitalizacij žensk, starih 15 let in več, znižali glede na predhodna leta. Pri ženskah se je stopnja obravnav na primarni ravni glede na leto 2019 znižala za 16,2 % in stopnja hospitalizacij za 18,0 % glede na povprečje let 2017–2019. Pri moških se je stopnja obravnav na primarni ravni znižala za 16,0 % in stopnja hospitalizacij za 16,4 %.

### OBRAVNAVE NA PRIMARNI RAVNI



Slika 1. Stopnja obravnav žensk, starih 15 let in več (na 1000), na primarni ravni v letu 2020 in sprememba v % glede na leto 2019, Slovenija.

V letu 2020 sta se na primarni ravni povečali le stopnji obravnav zaradi nekaterih infekcijskih in parazitskih bolezni ter zaradi dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo. Stopnje obravnav zaradi drugih vzrokov so se zmanjšale, najbolj zaradi bolezni dihal (Slika 1).

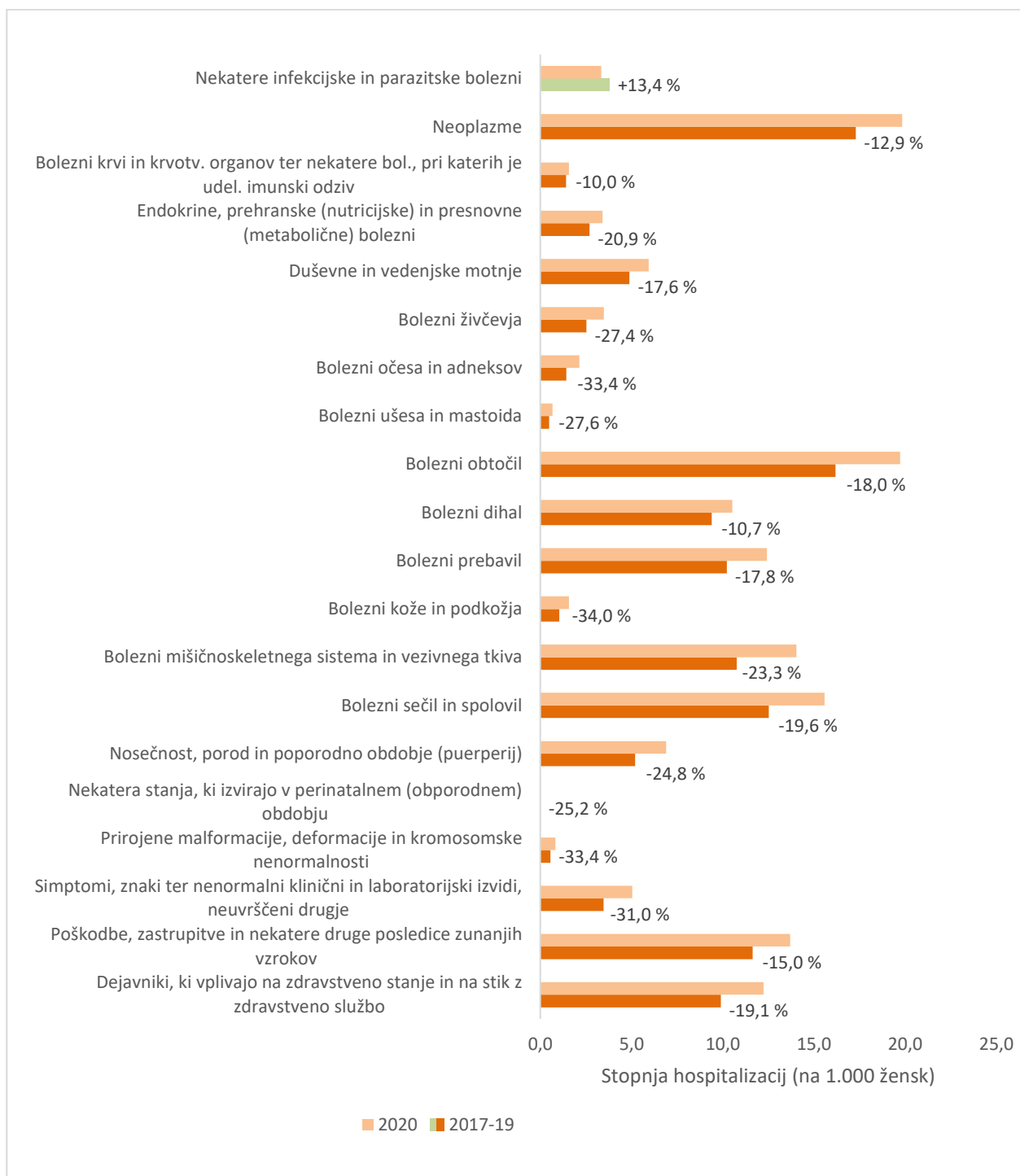
Povečanje stopnje obravnav zaradi **nekaterih infekcijskih in parazitskih bolezni** je nastalo predvsem na račun pojava koronavirusne infekcije. Obravnave zaradi koronavirusne infekcije so predstavljale 19,8 % obravnav zaradi nekaterih infekcijskih in parazitskih bolezni med ženskami. Pri starejših ženskah je koronavirusna infekcija predstavljala večji delež obravnav zaradi nekaterih infekcijskih in parazitskih bolezni kot pri mlajših ženskah. V starostni skupini od 15 do 49 let je bila koronavirusna infekcija vzrok za 17,0 % obravnav (33,9/1000 žensk), v starostni skupini od 50 do 64 let za 22,4 % obravnav (32,6/1000 žensk) in v starostni skupini 65 let in več za 26,5 % obravnav (25,9/1000 žensk). Pri moških je bila stopnja obravnav zaradi koronavirusne infekcije v vseh starostnih skupinah nižja kot pri ženskah (od 15 do 49 let: 25,8/1000 moških, od 50 do 64 let: 28,7/1000 moških, od 65 let in več 22,7/1000 moških).

K povečanju obravnav zaradi **dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo** je prispevalo predvsem povečanje števila obravnav zaradi potencialnega zdravstvenega tveganja, povezanega z nalezljivimi boleznimi. V to skupino obravnav poleg koronavirusne infekcije spada tudi cepljenje proti gripi, ki se je v letu 2020 povečalo (pri ženskah, starih 65 let in več, s 66,4/1000 žensk v letu 2019 na 93,1/1000 žensk v letu 2020). Povečalo se je tudi število obravnav zaradi ponovnega predpisovanja receptov (pri ženskah v starosti 50 let in več z 51,6/1000 žensk v letu 2019 na 65,9/1000 žensk v letu 2020).

Največje znižanje stopnje obravnav na primarni ravni je bilo zaznati zaradi **bolezni dihal**. Med boleznimi dihal se je stopnja obravnav zaradi akutnih infekcij zgornjih in zaradi drugih akutnih infekcij spodnjih dihal znižala za več kot polovico (53,0 %). Najmanj se je znižala stopnja obravnav zaradi **nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja**.

Stopnja obravnav zaradi **poškodb, zastrupitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov** se je leta 2020 glede na leto 2019 pri ženskah znižala za 24,2 % in pri moških za 21,8 %. Najbolj so se znižale obravnave zaradi izpostavljenosti električnemu toku, sevanju in skrajni temperaturi in tlaku v okolju (za 50,0 %), zaradi naključne utopitve in potopitve (za 40,0 %) in zaradi izpostavljenosti naravnim silam (za 37,4 %). Obravnave zaradi padcev so se znižale za 23,3 %, zaradi delovanja neživih mehanskih sil za 28,8 % in zaradi delovanja živih mehanskih sil za 23,1 %. Obravnave zaradi transportnih nezgod so se pri ženskah znižale za 33,7 %, pri moških pa za 23,5 %. Med ženskami se je stopnja obravnav zaradi poškodb, pri katerih so bile ženske poškodovane kot peške, znižala za 36,4 % in stopnja obravnav zaradi poškodb, pri katerih so bile ženske poškodovane v avtomobilu za 42,1 %. Najmanj so se znižale obravnave zaradi poškodb, pri katerih so bile ženske poškodovane kot kolesarke, in sicer za 14,2 %. Pri moških se je stopnja pri pešcih zmanjšala za 21,1 %, pri potnikih v avtomobilu za 37,5 % in pri kolesarjih za 12,3 %.

## HOSPITALIZACIJE



Slika 2. Stopnja hospitalizacij žensk, starih 15 let in več (na 1000) v letu 2020 in sprememba v % glede na povprečje let 2017–2019, Slovenija.

Pri hospitalizacijah so se v letu 2020 povečale le stopnje hospitalizacij zaradi **nekaterih infekcijskih in parazitskih bolezni**, stopnje obravnav zaradi drugih vzrokov pa so se zmanjšale (Slika 2).

Pri ženskah je bila koronavirusna infekcija vzrok hospitalizacij v 26,9 % hospitalizacij zaradi nekaterih infekcijskih in parazitskih bolezni. Delež koronavirusne bolezni se je s starostjo povečeval: v starostni skupini od 15 do 49 let: 24,8 % (0,3/1000 žensk), od 50 do 74 let: 26,2 % (0,8/1000 žensk), 75 let in več: 28,1 %

(4,0/1000 žensk), prav tako tudi pri moških: od 15 do 49 let (0,3/1000 moških), od 50 do 74 let (1,3/1000 moških), 75 let in več (3,9/1000 moških).

Najbolj se je znižala stopnja hospitalizacij **zaradi bolezni kože in podkožja**, medtem ko je bilo najmanjše znižanje med hospitalizacijami zaradi **bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekaterih bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv**.

Hospitalizacije zaradi **poškodb, zastрупitev in nekaterih drugih posledic zunanjih vzrokov** so se leta 2020 glede na povprečje let 2017–2019 pri ženskah znižale za 15,0 % in pri moških za 18,0 %. Hospitalizacije žensk zaradi padcev so se zmanjšale za 13,6 %, zaradi dogodka nedoločenega namena za 14,4 % in zaradi izpostavljenosti neživim mehanskim silam za 27,0 %. Hospitalizacije žensk zaradi transportnih nezgod so se znižale za 22,8 %, moških pa za 15,4 %. Stopnja hospitalizacij zaradi nezgod, v katerih so bile ženske poškodovane kot peške, se je znižala za 34,0 % (pri moških za 37,1 %), zaradi nezgod, v katerih so bile ženske poškodovane kot osebe v avtomobilu, pa se je znižala za 40,9 % (pri moških za 38,9 %). Zvišala pa se je stopnja hospitalizacij zaradi nezgod, v katerih so bile ženske poškodovane kot kolesarke, in sicer za 11,1 % (pri moških za 3,4 %).

## RAZPRAVA

V Sloveniji je bilo v letu 2019 pri ženskah zabeleženih več obravnav na primarni ravni in več hospitalizacij kot pri moških, kar navajajo tudi v drugih raziskavah (1). K razlikam so delno prispevala ženskam lastna stanja, torej nosečnost in bolezni ženskega spolnega trakta (2), s starostjo pa se razlika v obravnavah med spoloma zmanjšuje (1). Ženske so imele tudi nekoliko višjo stopnjo hospitalizacij kot moški, kar gre predvsem na račun višje stopnje hospitalizacij žensk do 50. leta, v starosti 50 let in več pa so imele ženske nižjo stopnjo hospitalizacij v primerjavi z moškimi. Tudi druge raziskave so pokazale, da so starejše ženske hospitalizirane redkeje kot starejši moški (12), kar pripisujejo počasnejšemu napredovanju bolezni pri ženskah in poznemu iskanju zdravniške pomoči na primarni ravni pri moških (8).

Na primarni ravni je bila zabeležena visoka stopnja obravnav zaradi **bolezni mišično skeletnega sistema in vezivnega tkiva**, predvsem pri ženskah v starosti 50–64 let. Stopnja obravnav oz. pojavnosti mišičnoskeletnih bolezni je naraščala s starostjo in je bila višja pri ženskah v primerjavi z moškimi, kar se sklada s podatki o prevalenci teh bolezni po svetu (13). Precej obravnav iz te skupine bolezni je bilo potrebnih zaradi bolečine različnih delov telesa, pri čemer ni bilo zabeleženih bolj natančne diagnoze, ki bi opredeljevala vzrok bolečine. To ni presenetljivo, saj gre za obravnave na primarni ravni, kjer potrebujejo zdravniško pomoč bolniki z novonastalimi težavami oz. se šele postavlja natančnejša diagnoza. Po drugi strani pa je bolečina mišičnoskeletnega sistema pogosto minljiv pojav, ki mu ne sledi nadaljnja diagnostika. Zabeležena je bila predvsem visoka stopnja obravnav zaradi bolečine v hrbtu, ki je danes ena najpogostejših zdravstvenih težav in glavni vzrok izgube produktivnosti (14). Najpogosteje je šlo za bolečino v križu, ki se neredko kronificira in terja ponavljajoče obravnave (14). Ker je bolečina v križu med drugim povezana tudi z zmanjšano močjo hrbtnih mišic in vzdržljivostjo zaradi nizke ravni telesne dejavnosti in sedečega življenjskega sloga, ki postaja bolj pogost, je možno, da se bo pojavnost bolečine v križu še povečala (15). Nasploh je bolečina pogost vzrok za obisk zdravnika, saj imajo ljudje zaradi bolečine precejšnje omejitve pri različnih življenjskih dejavnostih in pri delu, kar poslabša kakovost življenja bolnikov in njihovih bližnjih ter vpliva tudi na socialno in poklicno okolje (16). Mišičnoskeletne bolezni so bile tudi med najpogostejšimi vzroki za hospitalizacije pri ženskah, starejših od 50 let. Največ hospitalizacij med mišičnoskeletnimi bolezni je bilo zabeleženih zaradi artroze, ki je pogost vzrok obolevnosti v svetovnem merilu in je pogostejša pri ženskah kot pri moških, saj ima 30 % žensk in le 9 % moških prizadet vsaj en sklep (17).



Med najpogostejšimi vzroki za obravnave na primarni ravni so bile **akutne infekcije zgornjih dihal**, stopnja obravnav je bila visoka predvsem pri ženskah v starosti 15–49 let. Tudi v drugih državah so akutne infekcije zgornjih dihal med najpogostejšimi razlogi, da bolniki iščejo pomoč pri osebnem zdravniku, čeprav v raziskavah ugotavljajo, da je dve tretjini obravnav nepotrebnih za ustrezno zdravljenje (18). Visoka stopnja obravnav zaradi infekcij zgornjih dihal se povezuje s pogostim predpisovanjem antibiotikov, saj avtorji navajajo, da se na primarni ravni zdravstvenega varstva 50–70 % vseh antibiotikov predpiše za zdravljenje akutnih infekcij zgornjih dihal, razlog pa je predvsem nespecifična diagnoza (18). Pri ženskah, starih 75 let in več, so bile **bolezni dihal** tudi med najpogostejšimi vzroki za hospitalizacijo. Največkrat je šlo za gripo in pljučnico, kar se sklada z ugotovitvami drugih raziskav, da sta pljučnica in gripa pomembna vzroka obolevnosti in umrljivosti zaradi nalezljivih bolezni med starejšimi (19). Odrasli v starosti nad 65 let imajo več sočasnih kroničnih obolenj in s starostjo povezan slabši imunski odziv, zaradi česar je zmanjšana tudi učinkovitost sedanjih cepiv proti gripi, kar vse prispeva k povečanemu tveganju za hujši potek gripe (20). Poleg tega so pri starejših ljudeh slabše izraženi klinični simptomi in znaki, zato se pogosto težje prepozna, da gre za gripo, kar ovira pravočasno zdravljenje (21). Povečano incidenco pljučnice pri starejših osebah je mogoče prav tako razložiti s fiziološkimi spremembami zaradi staranja, kar vodi v krhkost, okužbo in verjetno smrt. Med glavnimi patofiziološkimi mehanizmi, ki vodijo v pljučnico, se omenja disfagija, ki je povezana s podhranjenostjo in dehidracijo ter prispeva k pogostejši aspiraciji manjših tujkov v pljuča in nastanku pljučnice (19).

**Novotvorbe** niso bile med najpogostejšimi vzroki obravnav žensk na primarni ravni, pač pa so bile med najpogostejšimi vzroki za hospitalizacije žensk v vseh starostnih skupinah. K temu razkoraku verjetno prispeva dejstvo, da ambulantno vodenje novotvorb ne poteka na primarni ravni, temveč na višjih ravneh zdravstvenega varstva. Stopnja hospitalizacij zaradi novotvorb ne odraža samo pogostosti, temveč tudi resnost te skupine obolenj, predvsem malignih novotvorb. V Sloveniji je pri ženskah najpogostejši nemelanomski kožni rak, sledijo rak dojke, ki predstavlja petino vseh rakov, pljučni rak ter rak debelega črevesa in danke (22). Najpogostejši raki so povezani z nezdravim življenjskim slogom, čezmernim sončenjem, nepravilno prehrano, kajenjem in čezmernim pitjem alkoholnih pijač. Incidenca raka narašča s starostjo, zato lahko pričakujemo, da se bo samo zaradi staranja slovenskega prebivalstva incidenca novih primerov raka še povečala. V letu 2018 je v Sloveniji živelo skoraj 63.000 žensk, ki so kadarkoli zbolele za eno od rakavih bolezni (prevalenca) (22).

Pri ženskah so bile **bolezni sečil in spolovil** v vsaki starostni dobi med najpogostejšimi vzroki za obravnave na primarni ravni. Najpogosteje je šlo za motnje ženskega spolnega trakta ter za infekcije sečil oz. vnetje sečnega mehurja. Okužbe sečil so pogoste vrste okužb pri sicer zdravih ženskah (23). Pogosteje prizadenejo ženske kot moške, kar pripisujejo anatomskim posebnostim ženskih sečil ter njihovi bližini reproduktivnim in prebavnim organom. To prispeva k lažji kolonizaciji distalnega dela sečil z naravno vaginalno floro in črevesnimi bakterijami. V postmenopavzalni dobi padec estrogena povzroči postopno atrofijo vaginalne sluznice in zmanjšanje števila mlečnokislinskih bakterij, kar dodatno olajša kolonizacijo sečil z drugimi, predvsem črevesnimi bakterijami (24). Okužbe sečil se pri ženskah ponavljajo, po nekaterih ocenah pri vsaki četrthi ženski, ki je imela akutno vnetje sečil (23).

Stopnja obravnav na primarni ravni zaradi **ponovnega predpisovanja receptov** je naraščala s starostjo. S to diagnozo se zabeleži izdajanje recepta za kronične bolezni, zaradi katerih je bil pacient že obravnavan in redno dobiva terapijo, npr. za bolezni obtočil, sladkorno bolezen ipd. Kronične bolezni so pogost vzrok za obisk pri zdravniku in predstavljajo pomembno obremenitev za zdravstveni sistem (25). Večina ljudi tekom življenja zbolijo za vsaj eno kronično boleznijo (26), saj je starost dejavnik tveganja za različne kronične bolezni, s starostjo pa narašča tudi število kroničnih bolezni pri isti osebi oz. multimorbidnost (27). Ocenjuje se, da ima v razvitih državah 16–57 % odraslih več kot eno kronično bolezen (25), prevalenca multiplih kroničnih bolezni pa se povečuje ne le pri starejših temveč tudi pri mlajših odraslih (27). Osebe z multiplimi

kroničnimi boleznimi imajo večje tveganje za manjzmožnosti, omejitve gibanja, slabo funkcionalno stanje, hospitalizacijo, neželene učinke zdravil in interakcije med njimi ter pogosteje uporabljajo zdravstvene storitve kot osebe z eno ali brez kroničnih bolezni (27). Kronične bolezni se povezujejo z dejavniki nezdravega življenjskega sloga, pri čemer je povezanost dejavnikov tveganja in starosti ob pojavu prve kronične bolezni pri ženskah močnejša v primerjavi z moškimi (26). Po drugi strani pa je kumulativna incidenca kroničnih bolezni večja pri moških, kar razlagajo z večjim bremenom moških zaradi dejavnikov nezdravega življenjskega sloga (26). Med kroničnimi boleznimi so pogoste bolezni obtočil, ki so med vodilnimi vzroki obolevnosti in umrljivosti v svetu, njihova incidenca pa se povečuje kljub temu, da dejavnike nezdravega življenjskega sloga lahko spreminjamo s preventivnimi ukrepi (28). Ženske imajo nižjo incidenco bolezni obtočil v primerjavi z moškimi (29), kar se sklada z rezultati naše raziskave, po kateri imajo ženske nižjo stopnjo obravnav na primarni ravni in nižjo stopnjo hospitalizacij. Ženske namreč pogosteje kot moški spremenijo vedenje skladno z načeli zdravega življenjskega sloga in jemljejo ustrezna zdravila ter manjkrat potrebujejo preiskave in koronarno revaskularizacijo (29).

Stopnja obravnav na primarni ravni zaradi **poškodb** je pri ženskah s starostjo naraščala, medtem ko se je pri moških nižala. V starosti od 15 do 49 let so bile stopnje obravnav zaradi poškodb pri ženskah skoraj 2-krat nižje kot pri moških, v starosti 65 let in več pa so bile med spoloma skoraj izenačene. V nasprotju z obravnavami na primarni ravni se je stopnja hospitalizacij zaradi poškodb s starostjo pri obeh spolih višala in je bila v starosti 75 let in več pri ženskah celo višja kot pri moških, predvsem zaradi višje stopnje poškodb pri padcih. S starostjo se povečuje tudi resnost poškodb, npr. poškodbe glave ter poškodbe kolka in stegna so bile med najpogostejšimi obravnavami na primarni ravni in vzroki za hospitalizacije žensk, starih 65 let in več. Na splošno se moški poškodujejo pogosteje kot ženske, vendar se breme poškodb s starostjo pri ženskah bolj poveča kot pri moških. Večjo incidenco poškodb pri moških ugotavljajo tudi v drugih raziskavah, kar razlagajo predvsem z bolj tveganim vedenjem moških, ki je posledica bioloških in družbeno-socialnih dejavnikov ter z različno izpostavljenostjo okoljskim in drugim dejavnikom tveganja (30). Najpogostejši zunanji vzrok za obravnave na primarni ravni pri ženskah in hospitalizacije pri obeh spolih so bili padci. Največkrat je šlo za padce na isti ravni. S starostjo obolevnost zaradi padcev narašča, zato je pričakovati, da bo zaradi hitrega staranja prebivalstva in še hitrejšega naraščanja deleža oseb, starejših od 80 let, v prihodnosti problem poškodb starejših zaradi padcev še večji (31). S starostjo naraščata tako tveganje za padce kot tudi tveganje za poškodbe zaradi prepleta različnih dejavnikov tveganja, npr. s procesom staranja slabijo organski sistemi in njihove funkcije, med drugim mišična moč, delovanje ravnotežnega sistema, hoja in koordinacija ter vid in sluh. Tudi jemanje več zdravil hkrati zaradi multiplih kroničnih bolezni je pomemben dejavnik tveganja za padce zaradi stranskih učinkov in interakcij med zdravili. Kostni postajajo bolj krhke, tkiva bolj dovzetna za poškodbe, zdravljenje je dolgotrajnejše. Poškodbo pogosto spremljajo kronične bolečine, omejena mobilnost, strah pred ponovnimi padci pa dodatno oslabi mobilnost in mišično moč, kar vodi v izgubo samostojnosti in slabšo kakovost življenja po poškodbi. Posledice padcev prizadenejo tudi svojce poškodovanca in so drage za zdravstveni sistem. Za odrasle po 65. letu starosti se zato enkrat letno priporoča presejanje na tveganje za padce z oceno dejavnikov tveganja, na katere lahko vplivamo s potrjeno učinkovitimi preventivnimi intervencijami (31). Obravnave na primarni ravni in hospitalizacije zaradi **transportnih nezgod** so bile pri ženskah manj pogoste kot pri moških, predvsem zaradi nižjih stopenj poškodb žensk, ki so bile udeležene v nezgodah kot voznice motornih vozil in kot kolesarke. Pri tem je treba upoštevati, da na različno incidenco poškodb v prometu vplivajo tudi razlike med spoloma v drugih dejavnikih tveganja, kot so število ur, ko je bila oseba udeležena na poti, pogostost uporabe različnih prevoznih sredstev, hitrost oz. sile, ki delujejo pri določenih prevoznih sredstvih ter neupoštevanje prometnih pravil in tvegano vedenje (32).

Zaradi **pandemije covid-19** v letu 2020 so veljali nepredvideni in izredni ukrepi tudi v zdravstvu. Zabeleženih je bilo precej manj obravnav na primarni ravni in manj hospitalizacij kot v letu 2019, k čemur so verjetno prispevali tako strožji kriteriji za obisk ambulanste oz. hospitalizacijo in slabša dostopnost

zdravnikov na primarni ravni kot tudi izogibanje stikom in posledično okužbi s strani bolnikov (33). Na primarni ravni se je najbolj znižala stopnja obravnav zaradi **bolezni dihal**, k čemur je največ prispevalo znižanje obravnav zaradi infekcij dihal. To je verjetno posledica ukrepov za zmanjšanje prenosa okužbe s koronavirusom, zaradi katerih se je zmanjšal tudi prenos drugih povzročiteljev infekcijskih obolenj dihal. Ne glede na to se je stopnja obravnav na primarni ravni v kategoriji **“nekatere infekcijske in parazitske bolezni”** povečala zaradi izbruha okužb z novim koronavirusom. Stopnja obravnav zaradi koronavirusne okužbe se je pri ženskah manjšala s starostjo, pri čemer so imele ženske v vseh starostnih skupinah nekoliko višjo stopnjo obravnav kot moški. Na tveganje za okužbo vpliva več dejavnikov, med drugim število stikov, kar je lahko povezano z vrsto dela, načinom življenja in drugimi dejavniki, vezanimi na starost in spol. V raziskavah sicer ugotavljajo, da med spoloma ni razlik v občutljivosti za okužbo in prevalenci covid-19 (34). Za razliko od obravnav na primarni ravni, pa je bila stopnja hospitalizacij zaradi koronavirusne infekcije pri ženskah nižja kot pri moških in je pri obeh spolih naraščala s starostjo. To je skladno z ugotovitvami raziskav, ki kažejo da sta moški spol in višja starost povezana z večjim tveganjem za težji potek covid-19 (34). Med razlogi za razlike med spoloma navajajo različen imunski odziv zaradi supresivnega delovanja testosterona, pozno iskanje zdravniške pomoči in večji delež kadilcev med moškimi (34). Večje tveganje za težji potek covid-19 pri starejših pa povezujejo predvsem s pridruženimi kroničnimi boleznimi (35).

V letu 2020 se je stopnja obravnav na primarni zaradi **nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja** le malo znižala, ker so se kljub pandemiji izvajali redni kontrolni pregledi v nosečnosti. Po drugi strani pa se je precej znižala stopnja hospitalizacij zaradi nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, pa tudi hospitalizacij zaradi drugih vzrokov (razen zaradi infekcijskih bolezni), kar je povezano z ukrepi v zdravstvu ob pandemiji covid-19. Pri ženskah, starejših od 50 let, je bilo zabeleženo opazno povečanje obravnav na primarni ravni zaradi **ponovnega predpisovanja receptov**, kar je verjetno posledica zmanjšanja fizičnih obiskov zaradi kroničnih bolezni pri osebnem zdravniku. Zaradi tega je del bolnikov verjetno le nadaljeval z že obstoječo terapijo, kar bi lahko negativno vplivalo na urejenost kroničnih bolezni. Zaradi zmanjšanja stopnje obravnav na primarni ravni je verjetno ostalo neodkritih več bolezni, ki bi bile ob normalnem delovanju zdravstvenega sistema diagnosticirane, na znižanje incidence kroničnih bolezni pa je dodatno vplivalo tudi zmanjšanje preventivnih pregledov v letu 2020 (36).

Stopnji obravnav na primarni ravni in hospitalizacij zaradi **poškodb** sta se v letu 2020 znižali. Pri celokupnih poškodbah ni bilo velikih razlik med spoloma, pri transportnih nezgodah pa je bilo znižanje obravnav in hospitalizacij pri ženskah opaznejše kot pri moških. Največje znižanje stopnje hospitalizacije zaradi transportnih nezgod je bilo pri obeh spolih zaradi poškodb z avtomobilom, hospitalizacije zaradi poškodb pri kolesarjenju pa so se celo povečale, in sicer pri ženskah bolj kot pri moških. Med pandemijo so veljali ukrepi, kot je šolanje otrok na daljavo, delo od doma, omejitev javnega prevoza in odpoved prireditev, kar je nedvomno prispevalo k zmanjšanju transportnih nezgod in poškodb. O znižanju števila transportnih nezgod med pandemijo so poročali iz večine držav in ob tem ugotavljali, da se je povečal delež nezgod s hujšimi izidi (37). Porast nezgod s hujšim izidom pripisujejo predvsem večji hitrosti vožnje zaradi manjše gostote prometa in slabšega nadzora prometa ter drugim dejavnikom tveganega vedenja, npr. vožnji pod vplivom alkohola in neuporabi varnostnih pasov (37).

## ZAKLJUČEK

Ženske so bile pogosteje kot moški obravnavane na primarni ravni zdravstvenega sistema ter pogosteje hospitalizirane kot moški. Le v višjih starostnih skupinah so bile ženske hospitalizirane redkeje kot moški. Najpogostejši vzroki za obravnave na primarni ravni so bile pri ženskah bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, bolezni dihal ter bolezni sečil in spolovil, najpogostejši vzroki za hospitalizacije pa so bile novotvorbe, bolezni obtočil ter bolezni sečil in spolovil. Poškodbe so bile pri ženskah redkeje kot pri

moških, razen pri starejših, kjer so bile obravnave na primarni ravni zaradi poškodb med spoloma skoraj izenačene, hospitalizacije zaradi poškodb pa so bile pri ženskah pogostejše kot pri moških, predvsem zaradi višje stopnje poškodb pri padcih.

Obolevnost narašča s starostjo, zato je zaradi starajočega prebivalstva pričakovati, da bo še naraščala. Z naraščanjem obolevnosti in staranjem prebivalstva se povečuje pomembnost preventivnih ukrepov, predvsem za bolezni, ki predstavljajo največje breme. Pandemija covid-19 na zdravje ni vplivala le preko neposredne okužbe s koronavirusom, temveč tudi zaradi ukrepov ob pandemiji, zaradi katerih sta upadli stopnja obravnave na primarni ravni in stopnja hospitalizacij.

## VIRI

1. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 2006 Jun 16;6:155. doi: 10.1186/1471-2458-6-155.
2. Wang Y, Hunt K, Nazareth I, Freemantle N, Petersen I. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. *BMJ Open*. 2013 Aug 19;3(8):e003320. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003320.
3. Roser M, Ritchie H, Spooner F. Burden of disease. Our World in Data. 2021 [posodobljeno 2016 Sep; citirano 2023 Mar 15]. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>.
4. Peters SAE, Woodward M, Jha V, Kennedy S, Norton R. Women's health: a new global agenda. *BMJ Global Health*. 2016 Nov;1(3):e000080. doi: 10.1136/bmjgh-2016-000080.
5. El-Menyar A, El-Hennawy H, Al-Thani H, Asim M, Abdelrahman H, Zarour A, et al. Traumatic injury among females: does gender matter? *J Trauma Manag Outcomes*. 2014 Jul 28;8(1). doi: 10.1186/1752-2897-8-8.
6. Gronowski AM, Schindler EI. Women's health. *Scand J Clin Lab Invest Suppl*. 2014;244:2-7. doi: 10.3109/00365513.2014.936672.
7. Carretero MT, Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, Prados-Torres A. Primary health care use from the perspective of gender and morbidity burden. *BMC Womens Health*. 2014 Nov 30;14:145. doi: 10.1186/s12905-014-0145-2.
8. Höhn A, Larsen LA, Schneider DC, Lindahl-Jacobsen R, Rau R, Christensen K, et al. Sex differences in the 1-year risk of dying following all-cause and cause-specific hospital admission after age 50 in comparison with a general and non-hospitalised population: a register-based cohort study of the Danish population. *BMJ Open*. 2018 Jul;8(7):e021813. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021813.
9. Höhn A, Gampe J, Lindahl-Jacobsen R, Christensen K, Oksuyzan A. Do men avoid seeking medical advice? A register-based analysis of gender-specific changes in primary healthcare use after first hospitalisation at ages 60+ in Denmark. *J Epidemiol Community Health*. 2020 Jun;74(7):573-579. doi: 10.1136/jech-2019-213435.
10. Garza A. The aging population: The increasing effects on health care. *Pharmacy Times*. 2016 Jan 19 [citirano 2023 Mar 15]. Dostopno na: <https://www.pharmacytimes.com/view/the-aging-population-the-increasing-effects-on-health-care>.
11. Fragala MS, Shiffman D, Birse CE. Population Health Screenings for the Prevention of Chronic Disease Progression. *Am J Manag Care*. 2019;25(11).
12. Höhn A, Oksuyzan A, Lindahl-Jacobsen R, Christensen K, Seaman R. Gender differences in time to first hospital admission at age 60 in Denmark, 1995–2014. *Eur J Ageing*. 2021 Mar 27;18(4):443–51. doi: 10.1007/s10433-021-00614-w.
13. Safiri S, Kolahi A, Cross M, Hill C, Smith E, Carson-Chahhoud K, et al. Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years Due to Musculoskeletal Disorders for 195 Countries and Territories 1990-2017. *Arthritis Rheumatol*. 2021 Apr;73(4):702-714. doi: 10.1002/art.41571.
14. Popescu A, Lee H. Neck Pain and Lower Back Pain. *Med Clin North Am*. 2020 Mar;104(2):279-292. doi: 10.1016/j.mcna.2019.11.003.
15. Castillo ER, Lieberman DE. Lower back pain. *Evol Med Public Health*. 2015 Jan 10;2015(1):2-3. doi: 10.1093/emph/eou034.

16. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res.* 2016 Jun 28;9:457-67. doi: 10.2147/JPR.S105892.
17. Nelson AE. Osteoarthritis year in review 2017: clinical. *Osteoarthritis Cartilage.* 2018 Mar;26(3):319-325. doi: 10.1016/j.joca.2017.11.014.
18. Renati S, Linder JA. Necessity of office visits for acute respiratory infections in primary care. *Family Practice.* 2016 Jun 1;33(3):312-7. doi:10.1093/fampra/cmw019.
19. Chebib N, Cuvelier C, Malézieux-Picard A, Parent T, Roux X, Fassier T, et al. Pneumonia prevention in the elderly patients: the other sides. *Aging Clinical and Experimental Research.* 2019 Dec 31;33. doi: 10.1007/s40520-019-01437-7.
20. Czaja CA, Miller L, Alden N, Wald HL, Cummings CN, Rolfes MA, et al. Age-Related Differences in Hospitalization Rates, Clinical Presentation, and Outcomes Among Older Adults Hospitalized With Influenza—U.S. Influenza Hospitalization Surveillance Network (FluSurv-NET). *Open Forum Infect Dis.* 2019 Jul 1;6(7):ofz225. doi: 10.1093/ofid/ofz225.
21. Pop-Vicas A, Gravenstein S. Influenza in the Elderly – A Mini-Review. *Gerontology* 2011;57:397-404. doi: 10.1159/000319033.
22. Rak v Sloveniji 2018. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2021.
23. McLellan LK, Hunstad DA. Urinary Tract Infection: Pathogenesis and Outlook. *Trends Mol Med.* 2016 Nov;22(11):946-957. doi: 10.1016/j.molmed.2016.09.003.
24. Czajkowski K, Broś-Konopielko M, Teliga-Czajkowska J. Urinary tract infection in women. *Prz Menopauzalny.* 2021 Apr;20(1):40-47. doi: 10.5114/pm.2021.105382.
25. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep.* 2018 Oct 19;12:284-293. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.10.008.
26. Ng R, Sutradhar R, Yao Z, Wodchis WP, Rosella LC. Smoking, drinking, diet and physical activity-modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease. *Int J Epidemiol.* 2020 Feb 1;49(1):113-130. doi: 10.1093/ije/dyz078.
27. Atella V, Piano Mortari A, Kopinska J, Belotti F, Lapi F, Cricelli C, et al. Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell.* 2019 Feb;18(1):e12861. doi: 10.1111/accel.12861.
28. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* 2020 Dec 22;76(25):2982-3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010.
29. Walli-Attaei M, Joseph P, Rosengren A, Chow CK, Rangarajan S, Lear SA, et al. Variations between women and men in risk factors, treatments, cardiovascular disease incidence, and death in 27 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet.* 2020 Jul 11;396(10244):97-109. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30543-2.
30. Chou PS, Huang SH, Chung RJ, Huang YC, Chung CH, Wang BL, et al. Gender Differences in the Epidemiological Characteristics and Long-Term Trends of Injuries in Taiwan from 1998 to 2015: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 22;19(5):2531. doi: 10.3390/ijerph19052531.
31. Rok Simon M. Padci starejših odraslih – naraščajoči problem javnega zdravja. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020.
32. Cullen P, Möller H, Woodward M, Senserrick T, Boufous S, Rogers K, et al. Are there sex differences in crash and crash-related injury between men and women? A 13-year cohort study of young drivers in Australia. *SSM Popul Health.* 2021 May 12;14:100816. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100816.
33. Blecker S, Jones SA, Petrilli CM, Admon AJ, Weerahandi H, Francois F, Horwitz LI. Hospitalizations for Chronic Disease and Acute Conditions in the Time of COVID-19. *JAMA Intern Med.* 2021 Feb 1;181(2):269-271. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.3978.
34. Mukherjee S, Pahan K. Is COVID-19 Gender-sensitive? *J Neuroimmune Pharmacol.* 2021 Mar;16(1):38-47. doi: 10.1007/s11481-020-09974-z.
35. Romero Starke K, Petereit-Haack G, Schubert M, Kämpf D, Schliebner A, Hegewald J, Seidler A. The Age-Related Risk of Severe Outcomes Due to COVID-19 Infection: A Rapid Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Aug 17;17(16):5974. doi: 10.3390/ijerph17165974.

36. Pifarré I Arolas H, Vidal-Alaball J, Gil J, López F, Nicodemo C, Saez M. Missing Diagnoses during the COVID-19 Pandemic: A Year in Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 17;18(10):5335. doi: 10.3390/ijerph18105335.
37. Yasin YJ, Grivna M, Abu-Zidan FM. Global impact of COVID-19 pandemic on road traffic collisions. *World J Emerg Surg*. 2021 Sep 28;16(1):51. doi: 10.1186/s13017-021-00395-8.



5

**DUŠEVNO  
ZDRAVJE**

Matej Vinko, Petra Jelenko Roth

## UVOD

Dobro duševno zdravje je temelj kakovostnega življenja. V preteklih desetletjih se je razumevanje duševnega zdravja poglobilo in spodbudilo vrsto ukrepov, ki stremijo k boljšemu razumevanju vzrokov za duševne motnje, načinov preprečevanja le-teh ter krepitev duševnega zdravja. Z razvojem epidemioloških metod in dvigom kakovosti zdravstvenih podatkov smo pridobili tudi boljši vpogled v breme, ki ga nosijo duševne motnje med prebivalstvom. Zagovorništvu duševnega zdravja je tako poleg pristopa, ki se usmerja prvenstveno v človekove in pacientove pravice ter v izkušnje oseb s težjimi duševnimi motnjami, pridobilo pomembno orodje, s katerim opozarjamo na vrednost vlaganja v duševno zdravje celotnega prebivalstva, od rojstva do pozne starosti. Duševne motnje prispevajo od 4,4 do 6,9 % vseh nezmožnosti prilagojenih let življenja v Sloveniji. Če se osredotočimo le na ženske, ugotovimo, da je ta delež še višji – od 5,6 do 8,8 %. Ko zožimo naš pogled ter opišemo zgolj nezmožnosti prilagojena leta življenja, ki jih v Sloveniji zaradi duševnih motenj izgubijo ženske med 10. in 24. letom, kar je starost, do katere se razvije tri četrtine vseh duševnih motenj, se povzpne na 15,1 do 23,9 % vseh izgubljenih let (1, 2). Kazalniki bremena bolezni nam odstirajo samo del celotne slike duševnega zdravja žensk. Breme duševnih motenj je v kazalnikih praviloma podcenjeno, hkrati pa z njimi ne moremo celovito opisati vseh izkušenj, ki jih doživljajo osebe, ki živijo z duševnimi motnjami, ter njihovi bližnji (3). Kljub temu pa so zaradi razpoložljivosti podatkov ravno kazalniki bremena, koriščenja storitev in umrljivosti zaradi samomora med najbolj pogosto uporabljanimi. V nadaljevanju prikazujemo izbor kazalnikov s katerimi opisujemo značilnosti duševnega zdravja ter koriščenja zdravstvenih storitev s področja duševnega zdravja v preteklem obdobju.

## METODOLOGIJA

Podatki, analizirani in predstavljeni v nadaljevanju, so zbrani v okviru rednega spremljanja zdravja prebivalstva, ki ga opravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ).

Pogostost duševnih motenj v populaciji ocenjujemo na podlagi podatkov, ki jih zbiramo s presečnimi raziskavami. V pričujočem poglavju so uporabljeni podatki raziskav *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju* iz leta 2018 (HBSC (4)), *Z zdravjem povezan vedenjski slog* iz leta 2016 (CINDI (5)), *Nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu* iz let 2014 in 2019 (EHIS (6)) ter *Raziskave o vplivu pandemije na življenje* (SI-PANDA (7)). Vse štiri raziskave so bile izvedene na način, ki omogoča pridobitev reprezentativnega vpogleda v razširjenost duševnih motenj v populaciji, ki je s posamezno raziskavo naslovljena. Raziskava HBSC vključuje otroke in mladostnike stare 11, 13, 15 in 17 let, raziskava CINDI odrasle med 25 in 74 let, raziskava EHIS vključuje populacijo, staro 15 let in več (v pričujočem poglavju prikazujemo podatke za starejše od 24 let), raziskava SI-PANDA pa populacijo, staro med 18 in 74 let. Podroben opis izvedbe posameznih raziskav je na voljo v publikacijah, ki jih navajamo v literaturi (4–7).

Podatki o uporabi zdravstvenih storitev, porabi zdravil, bolniškem staležu in samomorih so zbrani v okviru zdravstvene statistike, ki jo upravlja NIJZ.

Pri analizi zunajbolnišničnih obravnav zajemamo podatke iz podatkovne zbirke *Zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost*. Na primarni ravni zdravstvenega varstva uporabljamo podatke o **prvih diagnozah** – gre za diagnozo, postavljeno ob prvem obisku zdravnika. Na sekundarni ravni ambulantnega zdravstvenega varstva uporabljamo podatke o **končni diagnozi** – gre za diagnozo, postavljeno ob zaključku obravnave. Končna diagnoza se postavi zgolj enkrat, ne glede na število obiskov tekom obravnave. Ena oseba lahko prejme več kot eno končno diagnozo le, če je v obravnavi zaradi iste diagnoze pri dveh ali več različnih strokovnjakih na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Diagnoze duševnih motenj so zabeležene s kodami iz 5. poglavja Mednarodne klasifikacije bolezni 10 AM (MKB 10 AM, F00 – F99). Pri analizi bolnišničnih obravnav pridobivamo podatke iz podatkovne zbirke *Spremljanje bolnišničnih obravnav. Hospitalizacije*, obravnavane v pričujočem poglavju, vključujejo neprekinjene, več kot 24 ur (ali vsaj preko



noči) trajajoče obravnave pacientov v posteljni enoti bolnišnice. Hospitalizacija se začne s sprejemom, nadaljuje z eno ali več epizodami zdravljenja in zaključi z odpustom. Analizirali smo hospitalizacije v zdravstvenih ustanovah, ki izvajajo dejavnost psihiatričnega zdravljenja odraslih, mladostnikov in otrok. Diagnoze, ki jih prikazujemo ob hospitalizacijah, so **glavne diagnoze obravnave** – to je vodilna diagnoza, ki je bila vzrok bolnišnične obravnave. **Uporabo zdravil** smo analizirali na podlagi podatkov zbirke *Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept*. **Porabo zdravil** prikazujemo s kazalnikom dnevni definirani odmerek na 1000 prebivalcev na dan (DID), ki upošteva celoletno porabo zdravil v določeni skupini ATC (anatomsko-terapevtsko-klinična klasifikacija) in število prebivalcev v določenem letu ter je po Svetovni zdravstveni organizaciji priporočen za prikaz porabe ambulantno predpisanih zdravil. V analizo smo vključili zdravila iz terapevtskih/farmakoloških skupin antipsihotikov, anksiolitikov, hipnotikov in sedativov, antidepresivov ter psihostimulansov.

**Bolniški stalež** smo analizirali na podlagi podatkov iz podatkovne zbirke *Bolniški stalež*. Uporabljena sta kazalnika *indeks onesposabljanja*, ki prikazuje število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca na leto, ter *indeks frekvenca*, ki opisuje število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v enem letu. V analizo so vključeni bolniški staleži, ki so nastali zaradi duševnih motenj oz. so bili zavedeni z diagnozo iz 5. poglavja Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistično uporabo (MKB-10-AM).

Stanje na področju **samomora** je bilo analizirano na podlagi podatkov iz podatkovne zbirke *Umrle osebe*. Vključili smo umrle osebe, pri katerih je bil osnovni vzrok smrti samomor.

## REZULTATI

### POGOSTOST DUŠEVNIH TEŽAV V POPULACIJI

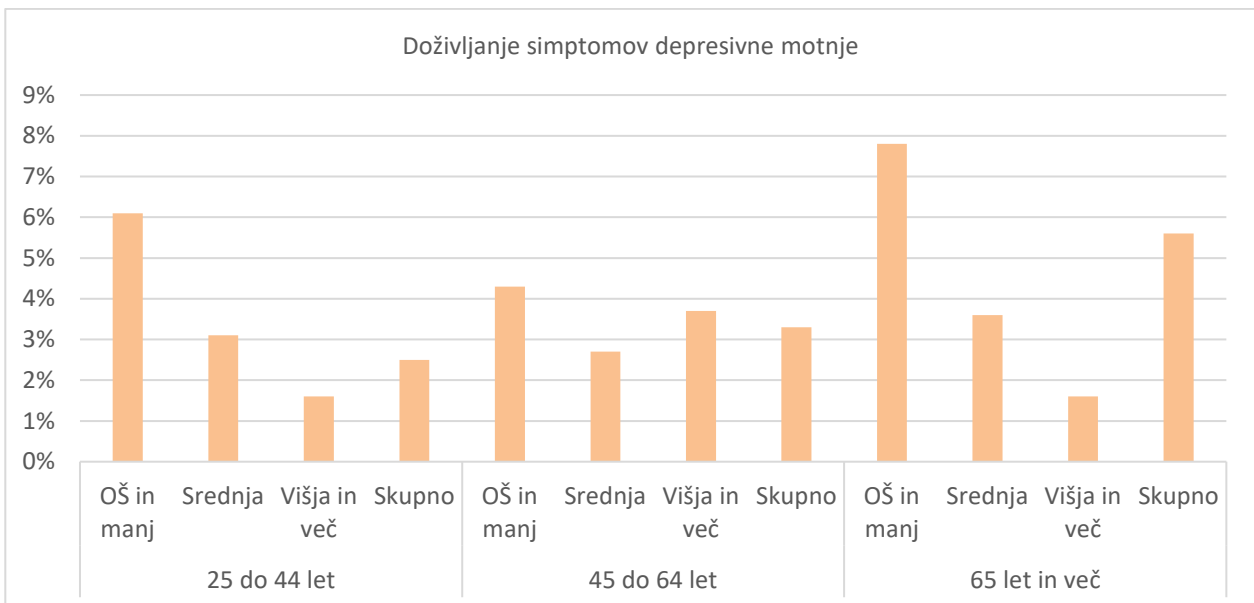
Raziskave na dovolj velikem in reprezentativnem vzorcu prebivalstva, v katerih proučujemo duševno zdravje, so v Sloveniji redke. Najmanj podatkov o duševnem zdravju imamo na razpolago pri najmlajših prebivalcih. Raziskava HBSC obdobjno preučuje z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju in zajame tudi nekatere vidike duševnega zdravja (4). Vsi kazalniki, povezani z duševnim zdravjem, kažejo slabše stanje pri dekletih, če jih primerjamo s fanti (Preglednica 1).

Preglednica 1. Podatki o nekaterih kazalnikih duševnega zdravja za mladostnike, stare 15 in 17 let, v Sloveniji leta 2018 skupaj in po spolu. Polja, obarvana s sivo, označujejo, da vprašanje ni bilo zastavljeno tej starostni skupini.

Odstotek (%)	Skupaj		Fantje		Dekleta	
Starost	15	17	15	17	15	17
Vsaj 2 psihosomatska simptoma več kot enkrat tedensko	36,6		22,9		52,2	
Vsaj 2 tedna žalosten ali obupan v zadnjih 12 mesecih	29,3	29,4	17,3	20,8	42,6	38,2
Razmišljanje o tem, da bi poskušal narediti samomor (v zadnjih 12 mesecih)	18,1	15,9	12,4	13,4	24,4	18,4

Poleg razlike med spoloma so bile med mladostniki prisotne tudi razlike glede na druge pojasnjevalne spremenljivke. Kazalniki duševnega zdravja so namreč slabši pri starejših mladostnikih in slabši samooceni družinskega blagostanja. Mladostniki s podpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem doživljajo več psihosomatskih simptomov. Vsaj dva simptoma duševnih motenj tedensko doživlja 30 % deklet in 18 % fantov z nadpovprečnim družinskim blagostanjem ter 54 % deklet in 36 % fantov s podpovprečnim blagostanjem (8).

Nekoliko več podatkov je na razpolago za odraslo populacijo. Glede na samoporočane podatke iz raziskave CINDI iz leta 2016, ki je vključevala odrasle med 25. in 74. letom starosti so zdravniki depresivno motnjo pogosteje diagnosticirali pri ženskah (9,1 % proti 5,7 % pri moških) (5). Največja razlika med spoloma je bila v starostni skupini od 45 do 54 let, kjer je bila depresivna motnja približno dvakrat pogosteje ugotovljena pri ženskah (13,1 %) kot pri moških (5,1 %). Hkrati pa so ženske pogosteje poročale, da so v preteklem letu poiskale strokovno pomoč zaradi duševne stiske (7,8 % proti 5,6 % pri moških). Po podatkih raziskave EHIS, iz katere prikazujemo podatke za osebe, starejše od 24 let, je pomoč pri strokovnjakih za duševno zdravje v letu 2014 poiskalo 4,6 % in leta 2019 5,7 % prebivalcev Slovenije. V obeh izvedbah raziskave je bil delež višji pri ženskah (5,2 % leta 2014 in 6,3 % leta 2019) kot pri moških (4,0 % leta 2014 in 5,1 % leta 2019). Raziskava je vključevala tudi mersko orodje (vprašalnik PHQ-8), s katerim je mogoče oceniti delež prebivalstva, ki je v 2 tednih pred sodelovanjem v raziskavi doživiljal simptome depresije. Delež pozitivnih odgovorov je bil v obeh izvedbah raziskave višji med ženskami. Leta 2014 je o simptomih depresije poročalo 3,1 % in leta 2019 3,7 % žensk (v primerjavi z 1,3 % in 3,3 % moških). Raziskava Hapke in sod., ki je uporabila podatke EHIS raziskave iz leta 2018 iz 28 EU držav, je prav tako pokazala pogostejše simptome depresije pri ženskah in delež prebivalcev Slovenije s simptomi depresije nekoliko pod povprečjem EU (9). Izpostaviti je potrebno, da so Hapke in sod. za izračun deleža uporabili drugačno metodologijo kot raziskava EHIS in zato vrednosti niso medsebojno primerljive z vrednostmi v tem poglavju. Med ženskami je mogoče opaziti velike razlike v prisotnosti simptomov depresije glede na starostne skupine in glede na različne stopnje izobrazbe (Slika 1). Deleži so v vseh starostnih skupinah višji med nižje izobraženimi in praviloma nižji med višje izobraženimi ženskami. Izjema je starostna skupina med 45 in 64 let starosti, kjer je bil delež žensk s simptomi depresije leta 2019 najnižji med srednje izobraženimi. Med obema izvedbama raziskave je bila edina statistično značilna razlika med ženskami z osnovnošolsko ali nižjo izobrazbo, starejšimi od 65 let, kjer je delež narasel za 3,2 %.



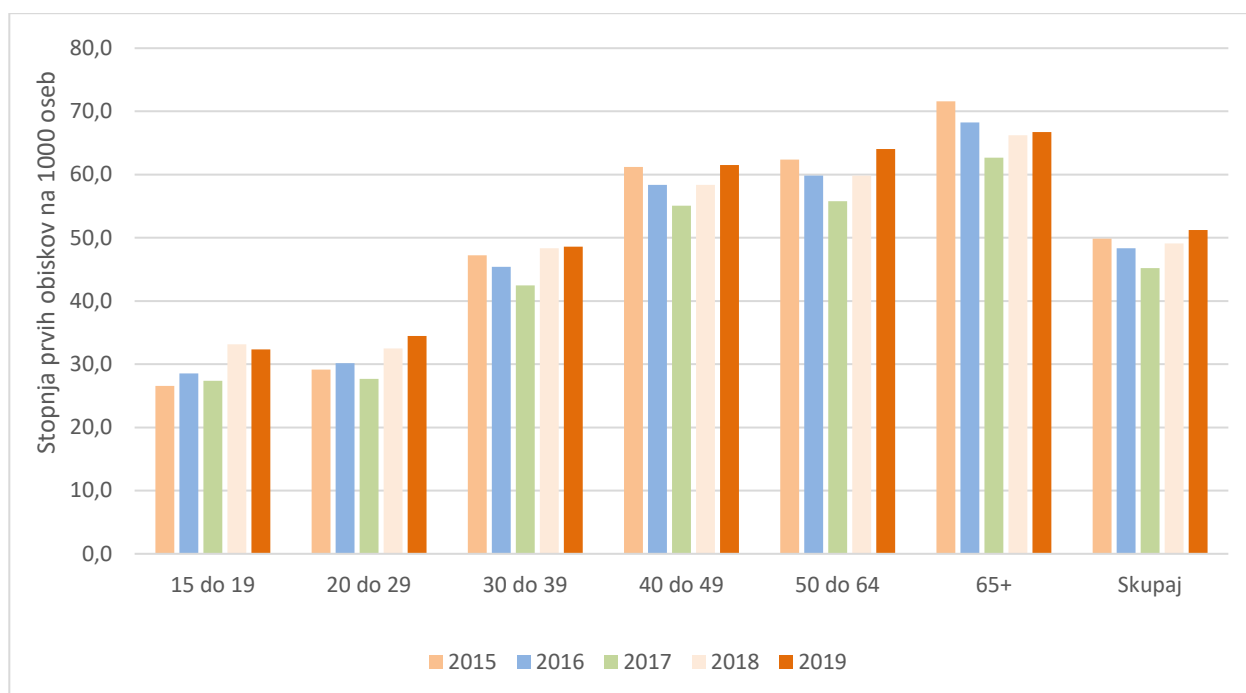
Slika 1. Podatki o deležu žensk, ki so v obdobju raziskave leta 2019 doživljale simptome, značilne za depresivno motnjo.

## UPORABA ZDRAVSTVENIH STORITEV

V Sloveniji vodimo obsežne zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva. V njih so zbrani podatki o zdravstvenih obravnavah oseb, ki uporabljajo storitve v sistemu javnega zdravstva. S tem pridobimo dragocen vpogled v del potreb oz. zagotavljanja storitev, ki naslavlja tudi potrebe oseb s težavami v duševnem zdravju.

## Zunajbolnišnične obravnave

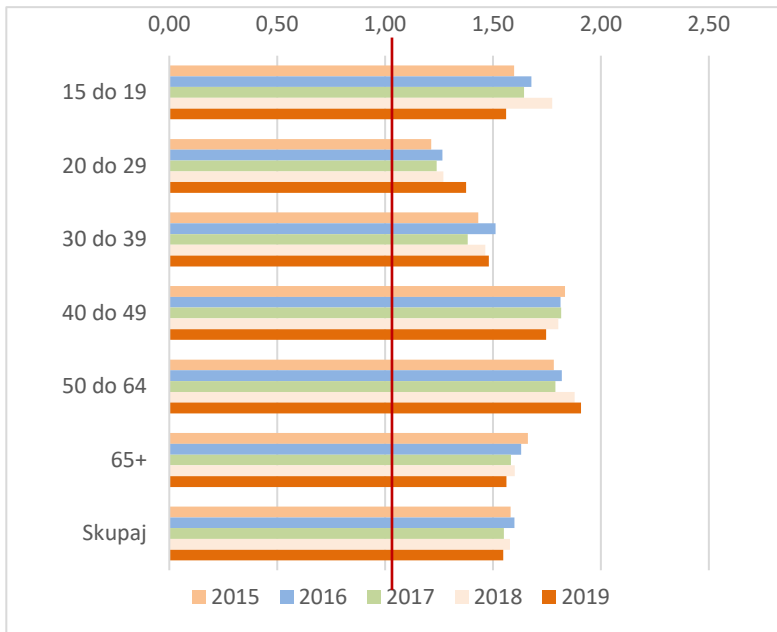
Obravnave na primarni ravni zdravstvenega varstva prikazujemo s številom **zabeleženih prvih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb**. Stopnja prvih obiskov z diagnozo iz 5. poglavja MKB 10 AM pri ženskah v obdobju od leta 2015 do leta 2019 je znašala povprečno 48 prvih obiskov na 1000 oseb. V obravnavanem obdobju se je stopnja zniževala do leta 2017 (Slika 2). V zadnjih dveh analiziranih letih pa zaznavamo porast stopnje prvih obiskov v vseh starostnih skupinah, najbolj izrazit pa je bil v starostni skupini od 15 do 19 let, kjer je stopnja leta 2018 narasla za 21 % v primerjavi z letom prej. Stopnja prvih obiskov narašča s starostjo, česar ni mogoče pripisati zgolj razlikam v razširjenosti težav med starejšo populacijo, temveč imajo pomembno vlogo tudi navade in stališča oseb v zvezi z uporabo zdravstvenih storitev. Starejši prebivalci pogosteje obiščejo zdravnika, prav tako imajo bolj pozitivna stališča do iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju (10).



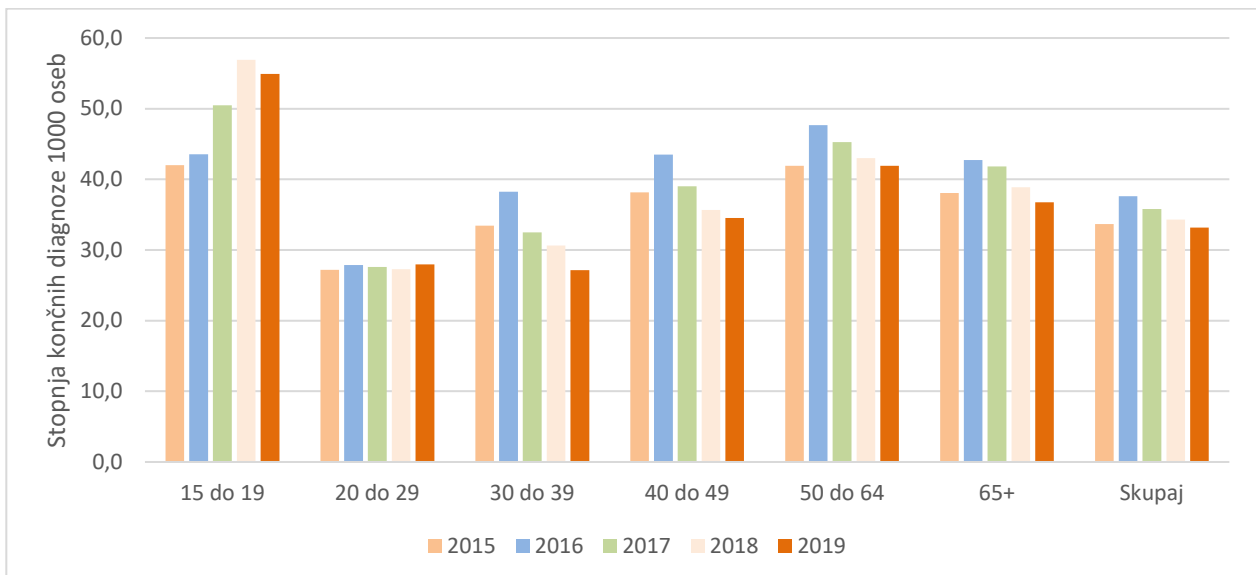
Slika 2. Stopnja prvih obiskov z diagnozo iz 5. poglavja MKB-10-AM na 1000 oseb pri ženskah, po starostnih skupinah in letih.

V primerjavi s stopnjami prvih obiskov na 1000 oseb pri moških so stopnje pri ženskah v povprečju za 57 % višje (Slika 3). Obravnave na primarni ravni so pogostejše pri moških, mlajših od 14 let, od starostne skupine od 15 do 19 let naprej pa so pogosteje obravnavane ženske. Jasnih trendov v večini starostnih skupin ni nakazanih, kar pomeni, da so spremembe v številu obravnav pri moških podobne spremembam v številu obravnav žensk.

Na sekundarni ravni zdravstvenega varstva prikazujemo ambulantne obravnave s številom oz. stopnjo končnih diagnoz duševnih in vedenjskih motenj na 1000 oseb, ki je od leta 2015 do leta 2019 znašala povprečno 34 obravnav na 1000 oseb. Za razliko od primarne ravni, kjer stopnja obravnav narašča s starostjo, so na sekundarni ravni najpogosteje obravnavane ženske v starostni skupini od 15 do 19 let (Slika 4). Najvišjo stopnjo končnih diagnoz v tej starostni skupini lahko pojasnimo z meta-analizo Solmi idr., ki je pokazala vrhunec incidence duševnih motenj pri 14,5 letih (11). V starostni skupini od 15 do 19 let lahko torej pričakujemo višje potrebe po specialistični obravnavi. Stopnja obravnav pri ženskah je v tej starostni skupini skoraj dvakrat višja kot stopnja obravnav žensk v starostnih skupinah od 10 do 14 in od 20 do 29 let. Med starejšimi od 30 let je mogoče prepoznati tudi jasen časovni trend postopnega upadanja stopnje ambulantnih obravnav na sekundarni ravni zdravstvenega varstva.



Slika 3. Razmerje stopenj prvih obiskov z diagnozo iz 5. poglavja MKB-10-AM pri ženskah z referenčno stopnjo prvih obiskov pri moških, po starostnih skupinah in letih.



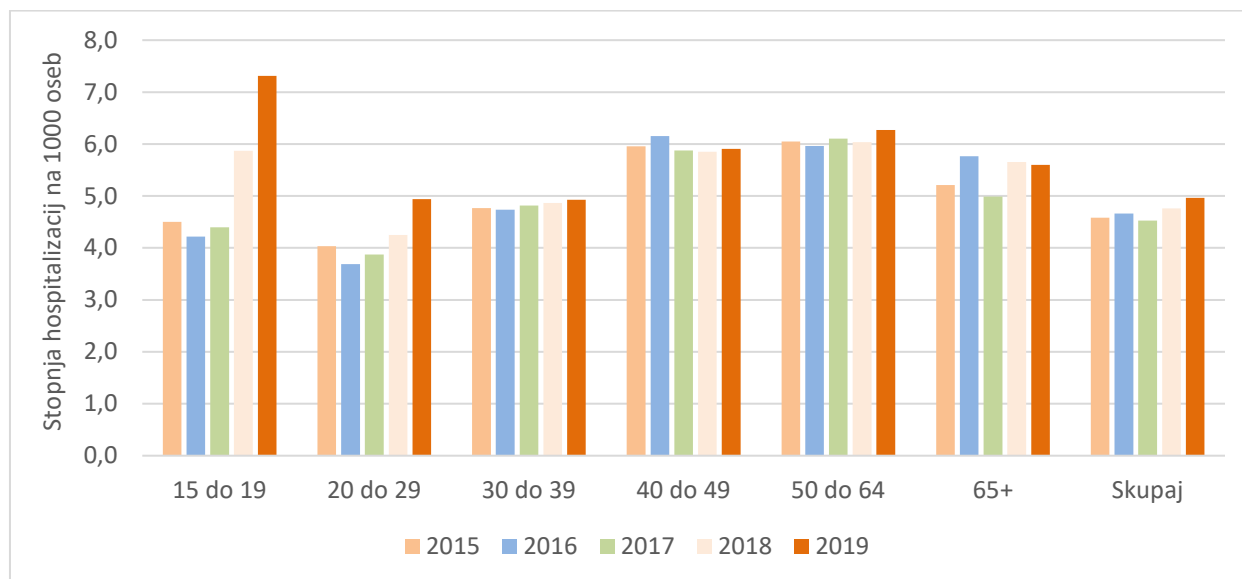
Slika 4. Stopnja končnih diagnoz iz 5. poglavja MKB-10-AM na 1.000 oseb pri ženskah na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, po starostnih skupinah in letih.

Slika 5. Razmerje stopenj končnih diagnoz iz 5. poglavja MKB-10-AM pri ženskah z referenčno stopnjo končnih diagnoz pri moških, po starostnih skupinah in letih.

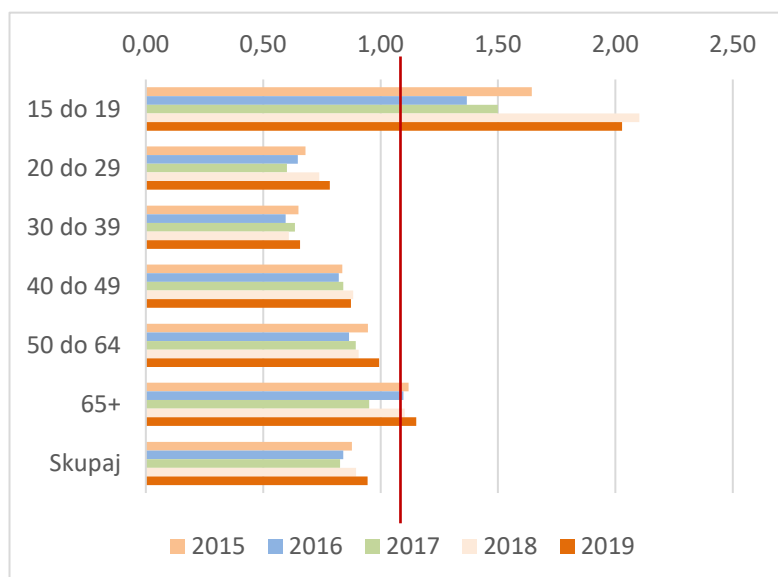
Ženske so na sekundarni ravni zdravstvenega varstva obravnavane v povprečju za 23 % pogosteje kot moški. Največja razlika v stopnji obravnav je bila zabeležena v starostni skupini od 15 do 19 let, kjer so bile ženske v letih 2017 in 2018 v primerjavi z moškimi več kot enkrat pogosteje obravnavane na sekundarni ravni (Slika 5). Predvsem v starostni skupini od 30 do 39 let je opazen trend premikanja razmerja stopenj proti vrednosti 1, kar pomeni, da postajajo obravnave moških v tej starostni skupini pogostejše oz. ne upadajo v enakem deležu, kot upada število obravnav žensk.

## Bolnišnične obravnave

Bolnišnične obravnave zaradi duševnih motenj v ustanovah, kjer izvajajo dejavnost psihiatrije ali otroške in mladostniške psihiatrije, prikazujemo s **stopnjo hospitalizacij na 1000 oseb**. Povprečna stopnja hospitalizacij na 1000 oseb med leti 2015 in 2019 je pri ženskah znašala 4,7 hospitalizacij na 1000 oseb. Najvišjo povprečno stopnjo beležimo v starostni skupini od 50 do 64 let starosti, kjer je ta znašala 6,1 hospitalizacije na 1000 oseb. Hkrati pa velja izpostaviti velik porast stopnje hospitalizacij v starostni skupini od 15 do 19 let, kjer se od leta 2017 še naprej hitro povečuje (Slika 6). V primerjavi z letom 2017 se je leta 2018 povišala za 34 % in leta 2019 za 25 %. Trend naraščanja stopnje hospitalizacij beležimo še v starostni skupini od 20 do 29 let, v zadnjem opazovanem letu pa predvsem v starostni skupini od 15 do 19 let.



Slika 6. Stopnja hospitalizacij z glavno diagnozo iz 5. poglavja MKB-10-AM na 1000 oseb pri ženskah, po starostnih skupinah in letih.

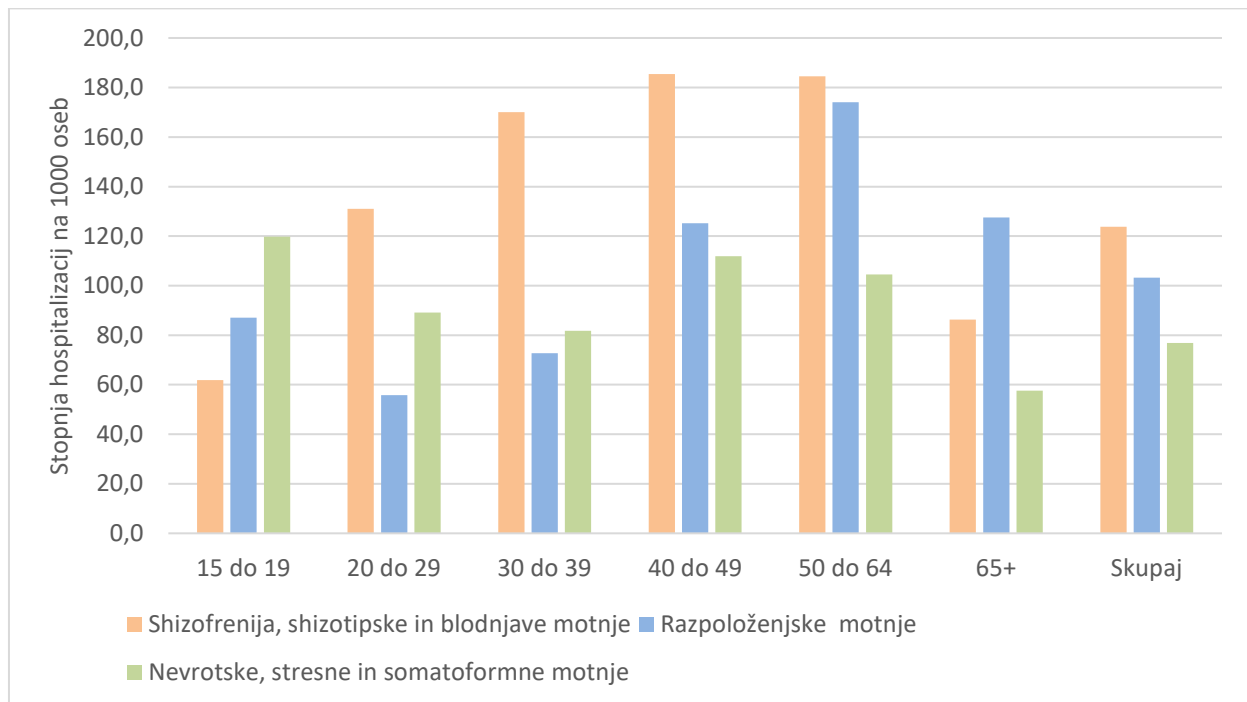


Slika 7. Razmerje stopenj hospitalizacij z glavno diagnozo iz 5. poglavja MKB-10-AM pri ženskah z referenčno stopnjo hospitalizacij pri moških, po starostnih skupinah in letih.

Stopnja hospitalizacij žensk je bila v obdobju od 2015 do 2019 za 12 % nižja kot pri moških. Ženske so bile pogosteje hospitalizirane le v starostnih skupinah od 10 do 14 in od 15 do 19 let ter nad 65 let (Slika 7). Od leta 2017 je opazen porast pogostosti hospitalizacij žensk v primerjavi z moškimi predvsem v starostni skupini od 15 do 19 let.

Najpogostejši razlog hospitalizacij pri ženskah so bile duševne motnje iz skupin shizofrenije, shizotipske in blodnjave motnje ter razpoloženjske motnje. Diagnoze iz teh dveh skupin motenj so predstavljale 48,6 % vseh glavnih diagnoz obravnav med ženskami.

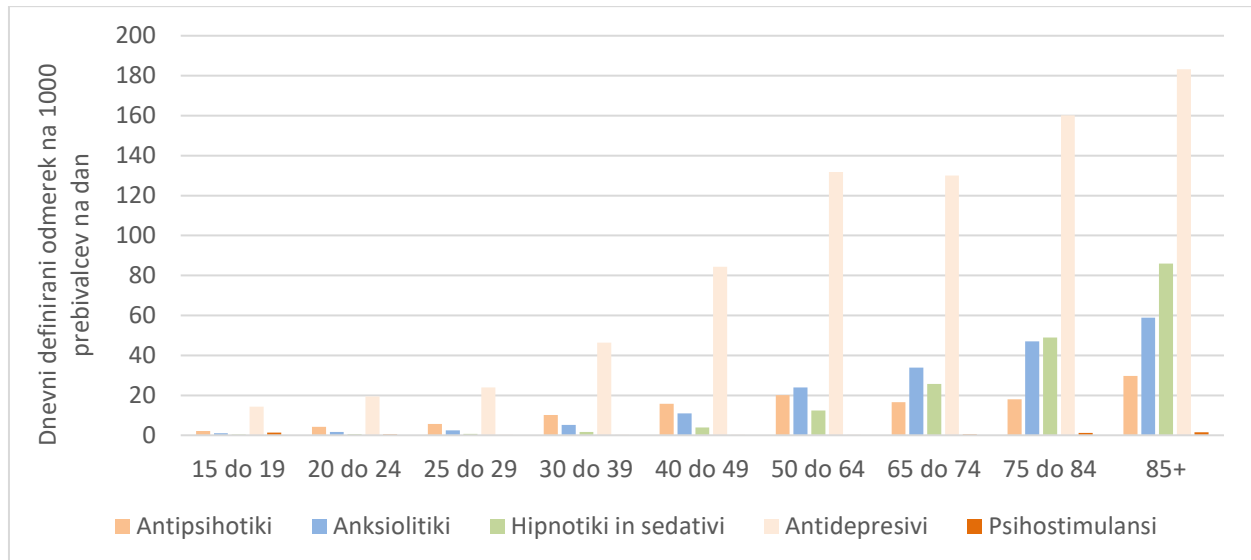
Pregled stopenj hospitalizacij zaradi treh najpogostejših skupin diagnoz na Sliki 8 po starostnih skupinah pokaže, da je imela porazdelitev hospitalizacij zaradi shizofrenije, shizotipskih in blodnjavih motenj vrh pri 40–49 let starih ženskah (Slika 8). V primerjavi z moškimi so bile hospitalizacije žensk zaradi shizofrenije, shizotipskih in blodnjavih motenj pogostejše v višjih starostnih skupinah, kar je skladno z razvojno dinamiko teh motenj, ki je bila podrobno raziskana tudi v mednarodnih raziskavah (12). Hospitalizacije zaradi razpoloženskih, nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj so imele starostno porazdelitev z dvema vrhovoma. Prvi vrh je bil za vse motnje v starosti od 15 do 19 let. Drugi vrh hospitalizacij zaradi nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj je bil v skupini od 40 do 49 let, zaradi razpoloženskih motenj pa od 50 do 64 let.



Slika 8. Stopnje hospitalizacij žensk po treh najpogostejših glavnih diagnozah in starostnih skupinah v obdobju od 2015 do 2019.

### Uporaba zdravil

Za analizo uporabe zdravil pri ženskah smo preučili količino izdanih zdravil v lekarnah iz skupine zdravil z delovanjem na živčevje, ki se praviloma uporabljajo za zdravljenje duševnih motenj. Zdravila iz omenjene skupine so lahko uporabljana tudi za druge indikacije, ki niso nujno povezane z duševnimi motnjami. Najredkeje uporabljena zdravila so psihostimulansi. Uporaba slednjih je najpogostejša pri mlajši (39,0 % celotne porabe je pri mlajših od 19 let) in starejši populaciji žensk (45,2 % celotne porabe pri starejših od 65 let). Antidepresivi so bili med leti 2015 in 2019 najpogosteje izdana zdravila za zdravljenje duševnih motenj. V dveh starostnih obdobjih pa se je porast porabe v obravnavanem obdobju zmanjšala (Slika 9) – v starostni skupini od 20 do 29 let ter v starostni skupini od 65 do 74 let. V primeru hipnotikov in sedativov ter anksiolitikov beležimo višanje porabe skladno z višanjem starosti. Poraba ambulantno predpisanih antipsihotikov narašča do starostne skupine od 50 do 65 let, nato nekoliko upade in ponovno poraste v najvišji starostni skupini.



Slika 9. Poraba zdravil za zdravljenje duševnih motenj v dnevni definiranem odmerku na 1000 prebivalcev na dan (DID), povprečne vrednosti pri ženskah za obdobje od 2015 do 2019, po farmakološko/terapevtskih skupinah in starostnih skupinah.

V obdobju od leta 2015 do 2019 je pri ženskah naraščala poraba antipsihotikov (za povprečno 1,7 % letno), antidepresivov (za povprečno 2,9 % letno) ter psihostimulansov (za povprečno 6,5 % letno). V istem obdobju je upadala poraba hipnotikov in sedativov (za povprečno 4,4 %) ter anksiolitikov (za povprečno 5,8 %).

V primerjavi z moškimi se razmerje porabe zdravil od 2015 do 2019 ni bistveno spreminjalo, kar pomeni, da smo spremljali podobne trende naraščanja ali upadanja porabe zdravil iz istih terapevtskih skupin. Poraba zdravil je med spoloma praktično enaka v primeru antipsihotikov, pri ženskah pa je za več kot 60 % večja poraba anksiolitikov ter hipnotikov in sedativov, ter za več kot 120 % višja poraba antidepresivov. Poraba psihostimulansov je pri ženskah povprečno za 54 % manjša kot pri moških.

### Povzetek ugotovitev o uporabi zdravstvenih storitev in zdravil

Podatki iz področja zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav ter porabe zdravil nam razkrivajo del slike duševnega zdravja oz. duševnih motenj pri ženskah. Ob tem je treba izpostaviti, da je vrzel iskanja pomoči na področju duševnega zdravja med največjimi v zdravstvu (13). Vemo torej, da velik delež oseb, ki živi z duševno motnjo, posledično tudi ni zajet v kazalnikih, ki prikazujejo uporabo zdravstvenih storitev. Pogostost koriščenja storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva pri ženskah narašča s starostjo. Specialistične storitve s področja duševnega zdravja, ki so na voljo na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, sledijo podobnemu vzorcu z eno pomembno razliko. Izstopa starostna skupina od 15 do 19 let, kjer je stopnja končnih diagnoz najvišja med vsemi starostnimi skupinami. V primerjavi z moškimi je uporaba zunajbolnišničnih storitev pri ženskah pogostejša. Moški koristijo zunajbolnišnične storitve pogosteje kot ženske zgolj v najmlajši starostni skupini (od 0 do 14 let starosti). Hospitalizacije zaradi duševnih motenj so, podobno kot specialistične zunajbolnišnične storitve, pogostejše med starejšimi ženskami, v zadnjih opazovanih letih pa opazamo pomembno povečanje hospitalizacij v starostni skupini od 15 do 19 let. V primerjavi z moškimi so hospitalizacije med ženskami pogostejše zgolj v starostni skupini med 10 in 19 let. S starostjo narašča tudi poraba zdravil za zdravljenje duševnih motenj (z izjemo psihostimulansov).

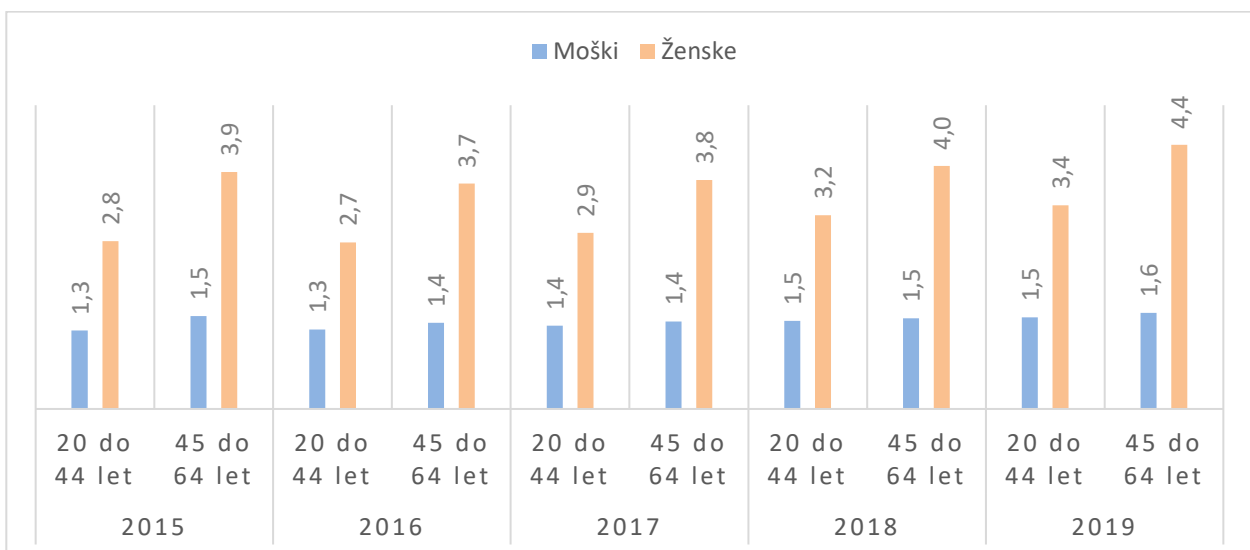
Koriščenje storitev je v prvi vrsti povezano s potrebo po storitvah. Razlike v razširjenosti duševnih motenj med ženskami in moškimi opazamo pri številnih diagnozah. Med ženskami so bolj pogoste depresivna in anksiozne motnje, medtem ko pri moških pogosteje prepoznavamo duševne motnje, povezane z uživanjem psihoaktivnih snovi (alkohol, prepovedane droge itn.). Posebej za depresivno in anksiozne motnje je

značilno pogostejše koriščenje zdravstvenih (zunajbolnišničnih) storitev ter uporaba zdravil v primerjavi z drugimi duševnimi motnjami (14). Določene motnje se pojavljajo pri obeh spolih enako pogosto, a se pojavijo ob različnih starostih in z drugačnim kliničnim potekom. Takšen primer je shizofrenija, ki se pri ženskah pojavi ob višjih starostih, ima značilno drugačno klinično sliko ter boljše obete zdravljenja, če jo primerjamo z značilnostmi shizofrenije pri moških (15). Razlike v pojavnosti duševnih motenj, ki jih prepoznavamo med ženskami in moškimi, obstajajo zaradi številnih vzrokov oz. razlik v izpostavljenosti determinantam duševnega zdravja – od družbenih do bioloških (16). Slednje pojasnjujejo del razlik v koriščenju zdravstvenih storitev. Razumevanje statistik o koriščenju zdravstvenih storitev dodatno izboljšujejo raziskave s področja stališč in namer iskanja pomoči v primeru duševnih težav. Raziskava Roškar in sod. je na vzorcu odraslih prebivalcev Slovenije pokazala, da imajo bolj stigmatizirajoča oz. odklonilna stališča do iskanja strokovne pomoči moški ter mlajše osebe (16). Zato lahko predpostavljamo, da je uporaba storitev pri mlajših in moških redkejša ob primerljivem bremenu duševnih motenj. Zapisano velja upoštevati ob interpretaciji predstavljenih podatkov ter posploševanju ugotovitev na širše področje duševnega zdravja oz. duševnih motenj.

## BOLNIŠKI STALEŽ

V obdobju med 2015 in 2019 so bili **na 100 zaposlenih zaradi diagnoze duševne motnje** pri ženskah zabeleženi povprečno 3,4 primeri bolniškega staleža, pri moških 1,4. Pri ženskah so trajali povprečno 44,2 dni, pri moških 47,5. V tistem obdobju se je povečalo tako število primerov kot tudi povprečno trajanje. Če primerjamo zgolj leti 2015 in 2019, je število primerov bolniškega staleža pri ženskah naraslo za 0,55 oz. za 17 %, povprečno trajanje pa za 11,6 dni oz. za 30 %.

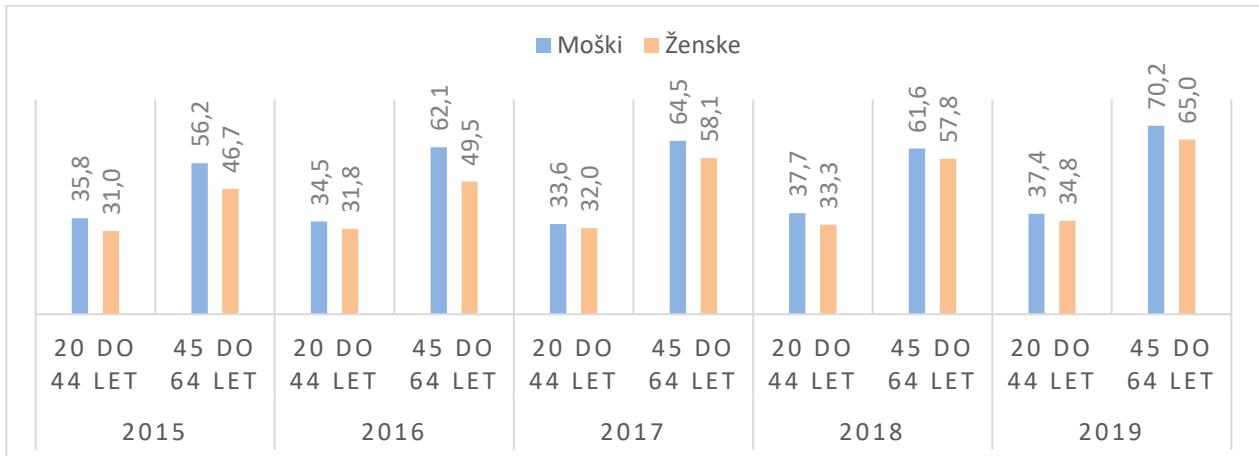
Ker je primerov bolniškega staleža zaradi duševnih motenj med mlajšimi od 19 let in starejšimi od 65 izjemno malo (< 1 % vseh primerov bolniškega staleža zaradi duševnih motenj), so v nadaljevanju predstavljeni kazalniki za dve starostni skupini, ki predstavljata obdobje običajne delovne aktivnosti – od 20 do 44 let in od 45 do 64 let. Število primerov bolniškega staleža zaradi duševnih motenj na 100 zaposlenih je pri obeh starostnih skupinah višje pri ženskah (Slika 10). V letih od 2015 do 2019 je prišlo do blagega porasta s povprečno 5,0-odstotnim povečanjem števila primerov glede na preteklo leto pri ženskah, starih od 20 do 44 let in do 2,9-odstotnega porasta pri ženskah, starih od 45 do 64 let. Število primerov je pri moških v obeh starostnih skupinah podobno, medtem ko je pri ženskah v starostni skupini od 45 do 64 let na 100 zaposlenih povprečno 1 primer več kot v starostni skupini od 20 do 44 let.



Slika 9. Število primerov bolniškega staleža zaradi diagnoz iz 5. poglavja MKB-10-AM na 100 zaposlenih po letih, spolu in starostnih skupinah.



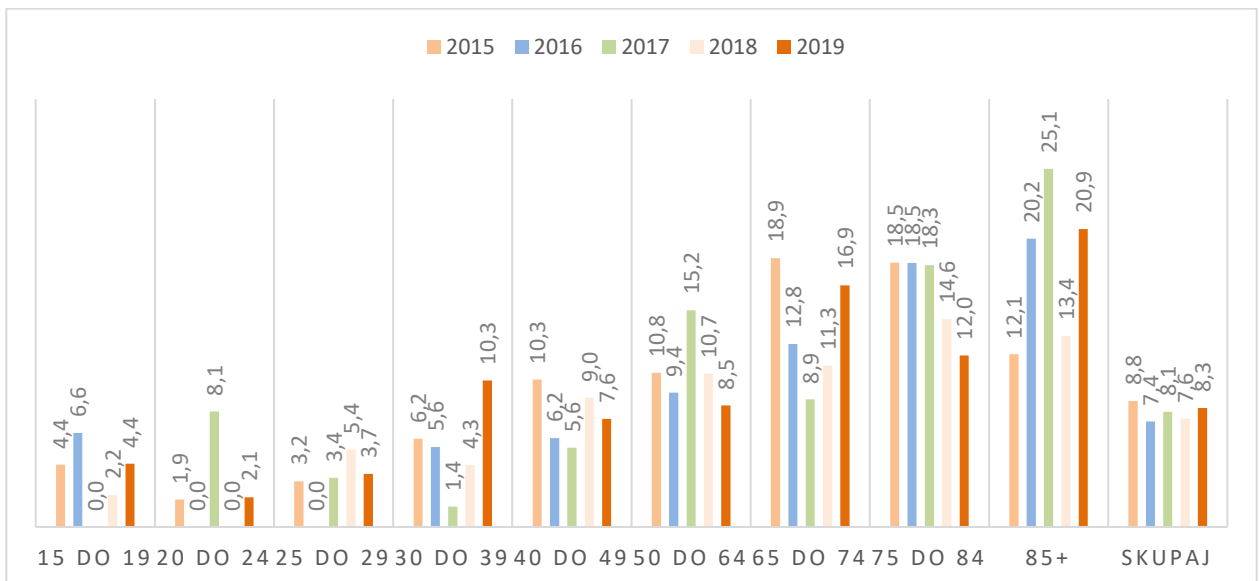
Bolniški staleži zaradi duševnih motenj sodijo med staleže s povprečno najdaljšim trajanjem. Povprečno trajanje ene odsotnosti zaradi duševne motnje je bilo daljše pri moških (Slika 11). Tako pri moških kot pri ženskah je bilo povprečno trajanje ene odsotnosti krajše v mlajši starostni skupini (32,6 dni pri ženskah in 35,8 pri moških) kot v starejši starostni skupini (55,4 dni pri ženskah in 62,9 pri moških). V opazovanem obdobju se je trajanje bolniškega staleža zaradi duševne motnje daljšalo s povprečno 2,9-odstotnim porastom na letni ravni pri ženskah od 20 do 44 let starosti in 8,8-odstotnim porastom pri ženskah od 45 do 64 let starosti.



Slika 10. Povprečno trajanje ene odsotnosti v dnevih zaradi diagnoze iz 5. poglavja MKB-10-AM po letih, spolu in starostnih skupinah.

## SAMOMOR

Med leti 2015 in 2019 je **samomorilni količnik** za ženske znašal povprečno 8,1 samomorov na 100.000 oseb, število samomorov pa je bilo med 74 in 92 oz. povprečno 82 na leto. V danem obdobju opazamo letna odstopanja samomorilnega količnika, ki pa mu ne moremo pripisati prepoznavnega trenda upadanja ali naraščanja (Slika 12). Samomorilni količnik pri ženskah narašča s starostjo. Zaradi relativno nizkega števila samomorov v večini starostnih skupin so vidne precejšnje razlike v samomorilnem količniku med posameznimi leti.



Slika 12. Samomorilni količnik pri ženskah po starostnih skupinah in letih.

Samomorilni količnik pri ženskah je približno štirikrat nižji kot pri moških. Višje stopnje umrljivosti zaradi samomora v primerjavi z moškimi lahko opazimo v posameznih letih pri mlajših starostnih skupinah, kar pa lahko pripišemo letnim odstopanjem v številu samomora pri starostnih skupinah, kjer je samomor redek pojav.

Najpogostejša metoda samomora pri ženskah je bila, enako kot pri moških, namerno samopoškodovanje z obešanjem, zadavljenjem in zadušitvijo. Sledili sta namerno samopoškodovanje z utopitvijo ter s skokom iz višine. Pri moških je druga najpogostejša metoda samomora namerno samopoškodovanje s strelom, sledi pa namerno samopoškodovanje s skokom iz višine. Pri ženskah je namerno samopoškodovanje s strelom med najredkejšimi metodami samomora.

## DUŠEVNO ZDRAVJE V OBPORODNEM OBDOBJU

Obporodno oz. perinatalno obdobje se začne z zanositvijo in zaključi 1 leto po porodu. Do 80 % porodnic doživlja poporodno otožnost, ki običajno izzveni v enem tednu, za poporodno psihozo pa zbolijo 0,1 % porodnic. Raziskava, ki je v letu 2011 potekala na Ginekološki kliniki v Ljubljani in je zajela 350 nosečnic, je pokazala povečanje depresivnih simptomov pri 21,7 % nosečnic, simptomi anksioznosti so bili povečani pri 15,7 % nosečnic, brez razlik med trimesečji. V tretjem trimesečju so bili simptomi depresije in anksioznosti intenzivnejši pri nosečnicah z nižjo izobrazbo, nižjimi dohodki in pri tistih z več otroki (17).

V obdobju po porodu naj bi bilo v Sloveniji 31,8 % depresivnih žensk (18). Leta 2005 je bila validirana slovenska različica Edinburškega vprašalnika za poporodno depresijo, ugotavljali so incidenco 21,3 % pozitivnih rezultatov vprašalnika (19). V okviru projekta nadgradnje preventivnih programov na primarni ravni je v letih 2018–2019 potekalo presejanje na poporodno depresijo, ki ga je med 9672 ženskami v poporodnem obdobju izvedlo 326 patronažnih sester. Sum na poporodno depresijo je bil ugotovljen pri 3,1 % žensk. Nenavadno velik delež žensk je oddalo vprašalnik z rezultatom 0 točk, kar pojasnjujemo najmanj kot nezanesljiv odgovor (Interni podatki NIJZ).

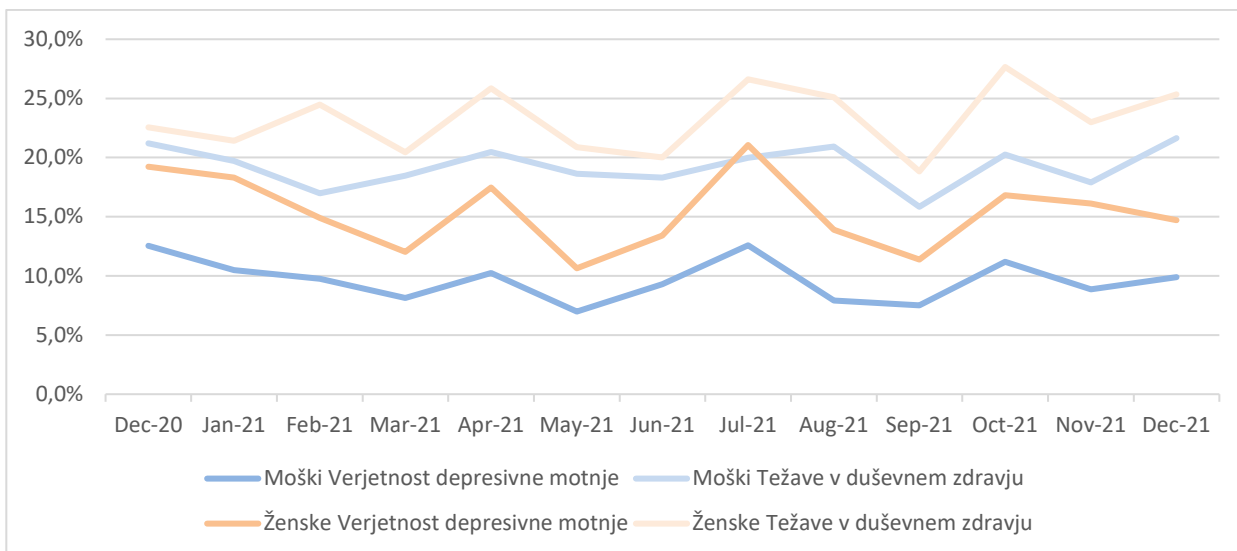
V letih od 2009 do 2019 je bilo v Sloveniji zabeleženih 11 samomorov žensk v obporodnem obdobju, vse po zaključku nosečnosti.

## DUŠEVNO ZDRAVJE ŽENSK MED PANDEMIJO COVIDA-19

Pandemija covid-19 je pomembno vplivala na več vidikov duševnega zdravja. Zaradi ukrepov za zamejevanje širjenja okužbe, ki niso zaobšli nikogar v državi, smo več mesecev preživeli v bistveno spremenjenih družabnih, delovnih in družinskih okoliščinah. Storitve s področja duševnega zdravja so bile v posameznih obdobjih manj dostopne in porast duševnih stisk je že sicer preobremenjeni sistem skrbi za duševno zdravje postavil pod še večji pritisk. Breme za ženske se je povečalo zaradi dodatne skrbi na domu za predšolske in šolske otroke, stare starše in gospodinjstvo predvsem tam, kjer niso imele pomoči (20). Kako se je spremenilo duševno zdravje žensk med pandemijo covid-19, opisujemo s predstavitvijo rezultatov raziskovalnega projekta SI-PANDA, ki je potekal od decembra 2020 do decembra 2021, ter s podatki o porabi zdravil, ki omogočajo razčlenitev po posameznih mesecih, kar je za razumevanje dogajanja med pandemijo ključnega pomena.

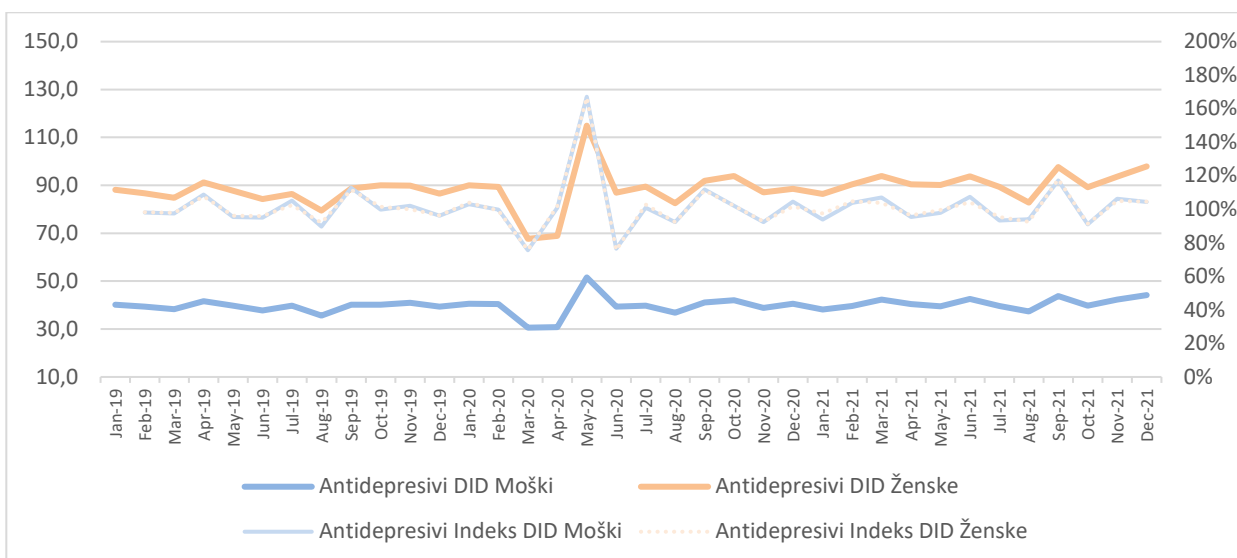
V obdobju pandemije je bila obdobjno izvajana raziskava SI-PANDA, v kateri je bilo uporabljeno mersko orodje za oceno duševnega zdravja (vprašalnik WHO-5). Z orodjem je mogoče oceniti delež prebivalcev, ki doživlja težave v duševnem zdravju in delež prebivalcev, pri katerem obstaja povišana verjetnost prisotnosti duševne oz. depresivne motnje. Številni ukrepi za omejitev širjenja epidemije, ki so veljali v začetnih mesecih raziskave (omejitve gibanja, omejitve izvajanja storitev, spremembe v izvajanju izobraževalnih procesov itn.), so bili sproščeni aprila 2021. Septembra leta 2021 je bilo uvedenih nekaj novih ukrepov, ki so pomembno vplivali na vsakdan posameznika – odpravljeno je bilo brezplačno testiranje, uveden je bil pogoj PCT (preboleli, cepljeni, testirani) in obvezna identifikacija z osebnim dokumentom ter druge omejitve izvajanja storitev ter vključevanja v družbeno življenje. Meritve, opravljene od decembra 2020 do

decembra 2021, kažejo precejšnja mesečna odstopanja (Slika 13), ki jih lahko v pripišemo tudi merski napaki zaradi manjšega vzorca raziskave. Ukrepov za omejevanje prenosa virusa ali števila okuženih oseb v državi na podlagi prikazanih podatkov ni mogoče enoznačno povezati z ocenami duševnega zdravja prebivalstva, deloma zaradi omejitve raziskave, deloma pa zaradi raznovrstnosti vpliva sprememb med epidemijo na različne podskupine prebivalstva, ki jih na danih podatkih ni mogoče natančno razčleniti. Ženske so v celotnem obdobju raziskovanja doživljale duševne težave v večjem obsegu kot moški. Prav tako je bil delež žensk, pri katerih ocenjujemo povišano tveganje za depresivno motnjo, višji kot pri moških.



Slika 12. Delež prebivalcev s težavami v duševnem zdravju od decembra 2020 do decembra 2021 po spolu.

Podatki o porabi zdravil omogočajo vpogled dlje v preteklost. Iz podatkov na Sliki 14 je razviden predvsem upad porabe antidepresivov v obdobju prvega vala epidemije leta 2020. Temu je sledil t.i. »povratni učinek« v maju 2020, ko je bila izdana nadpovprečno velika količina antidepresivov. Vrednosti indeksa DID, kjer primerjamo delež izdanih zdravil glede na pretekli mesec, kaže, da so bile spremembe v količini izdanih antidepresivov enake pri obeh spolih. Če primerjamo povprečno količino izdanih antidepresivov v obdobju pred epidemijo (od januarja 2019 do februarja 2020) in po zaprtju med prvim valom epidemije (od junija 2020 do decembra 2021), lahko opišemo majhen porast v količini izdanih antidepresivov v času epidemije (za 2,1 % pri moških in za 3,4 % pri ženskah).



Slika 13. Poraba antidepresivov v DID (leva vertikalna os) ter indeks spremembe porabe antidepresivov glede na pretekli mesec (desna vertikalna os) po mesecih od 2019 do 2021 in spolu.

## ZAKLJUČEK

Iz predstavljenih podatkov in analiz lahko zaključimo, da je duševno zdravje pomemben del kakovostnega življenja in da je ozaveščanje o njem ter ukrepanje na tem področju ključno. Raziskave kažejo razlike med spoloma in različnimi starostnimi skupinami v pojavnosti duševnih motenj, koriščenju zdravstvenih storitev ter uporabi zdravil. Ženske so v večji meri izpostavljene depresivnim in anksioznim motnjam, medtem ko moški pogosteje trpijo zaradi motenj, povezanih z uživanjem psihoaktivnih snovi. Poleg tega smo opazili pomembno povečanje števila bolniških staležev zaradi duševnih motenj, kar zahteva večjo pozornost in ukrepanje na tem področju. Še vedno pa obstajajo velike vrzeli v iskanju pomoči na področju duševnega zdravja, kar kaže na potrebo po nadaljnjem ozaveščanju in destigmatizaciji področja duševnega zdravja. Slednje pa je nujno podkrepiti z nadaljnjo širitvijo mreže služb, ki nudijo podporo v duševni stiski.

V prihodnosti je pomembno nadaljevati z raziskavami in spremljanjem trendov duševnega zdravja ter zagotoviti dostopnost in učinkovitost zdravstvenih storitev za vse, ki jih potrebujejo. S tem bomo lahko izboljšali duševno zdravje prebivalstva in prispevali k boljšemu kakovostnemu življenju vseh državljanov.

## VIRI

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare [Internet]. Seattle, WA: University of Washington; 2015. Available at: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. jún 2005; 62(6): 593–602.
3. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 01. februar 2016; 3(2): 171–8.
4. Jeriček Klanšček H, Roškar M, Drev A, Pucelj V, Koprivnikar H, Zupanič T, et al. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018 [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019. Available at: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbhc\\_2019\\_e\\_verzija\\_obl.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbhc_2019_e_verzija_obl.pdf).
5. Vinko M, Kofol-Bric T, Korošec A, Tomšič S, Vrdelja M. Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016 [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018 [cit 22. marec 2019]. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/kako\\_skrbimo\\_za\\_zdravje\\_splet\\_0506\\_končna.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/kako_skrbimo_za_zdravje_splet_0506_končna.pdf).
6. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS 2019) [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020. Available at: <https://www.nijz.si/sl/podatki/nacionalna-raziskava-o-zdravju-in-zdravstvenem-varstvu-ehis-2019>.
7. Hočevar Grom A, Belščak Čolaković A, Rehberger M, Lavtar D, Gabrijelčič Blenkuš M, Jeriček Klanšček H, et al. Pandemija COVID-19 v Sloveniji: Izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 8. val. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021.
8. Walsh SD, Sela T, Looze MD, Craig W, Cosma A, Harel-Fisch Y, et al. Clusters of Contemporary Risk and Their Relationship to Mental Well-Being Among 15-Year-Old Adolescents Across 37 Countries. *Journal of Adolescent Health*. 01. jún 2020; 66(6): S40–9.
9. Hapke U, Cohrdes C, Nübel J. Depressive symptoms in a European comparison—Results from the European Health Interview Survey (EHIS) 2. *J Health Monit*. 2019; 4: 57–65.
10. Mackenzie CS, Scott T, Mather A, Sareen J. Older Adults' Help-Seeking Attitudes and Treatment Beliefs Concerning Mental Health Problems. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 01. december 2008; 16(12): 1010–9.
11. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. januar 2022; 27(1): 281–95.
12. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry*. januar 2013; 202(s54): s5–10.

13. Roškar S, Bračič MF, Kolar U, Lekić K, Juričič NK, Grum AT, et al. Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *Int J Soc Psychiatry*. 01. november 2017; 63(7): 614–21.
14. Rhodes AE, Goering PN, To T, Williams JI. Gender and outpatient mental health service use. *Social Science & Medicine*. 01. januar 2002; 54(1): 1–10.
15. Canuso CM, Pandina G. Gender and schizophrenia. *Psychopharmacol Bull*. 2007;40(4):178–90.
16. Viana MC, Corassa RB. Epidemiology of Psychiatric Disorders in Women. V: Rennó Jr. J, Valadares G, Cantilino A, Mendes-Ribeiro J, Rocha R, Geraldo da Silva A, editori. *Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cit 24. november 2022]. s. 17–29. Available at: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8_3).
17. Podvornik N, Globevnik Velikonja V, Praper P. Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia. *Zdr Varst*. 30. december 2014; 54(1): 45–50.
18. Lupattelli A, Twigg MJ, Zagrodnikova K, Moretti ME, Drozd M, Panchaud A, et al. Self-reported perinatal depressive symptoms and postnatal symptom severity after treatment with antidepressants in pregnancy: a cross-sectional study across 12 European countries using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Clin Epidemiol*. 2018; 10: 655–69.
19. Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. *Medicinski razgledi* [Internet]. 2005 [cit 20. október 2022];44(2). Available at: <https://medrazgl.si/pojavnost-depresij-v-poporodnem-obdobju-v-slovenskem-vzorcu/>.
20. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health*. december 2020; 23(6): 741–8.



6

# REPRODUKTIVNO ZDRAVJE

Irena Krotec, Petra Večko, Barbara Mihevc Ponikvar

## UVOD

Spolno in reproduktivno zdravje je temeljnega pomena za splošno zdravje in dobrobit posameznikov, parov in družin ter za socialni in gospodarski razvoj skupnosti in držav (1). Spolne in reproduktivne pravice so elementarni del človekovih pravic. Odbor za ekonomske, socialne in kulturne pravice in Odbor za odpravo diskriminacije žensk sta jasno navedla, da pravica žensk do zdravja vključuje njihovo spolno in reproduktivno zdravje (2).

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje spolno in reproduktivno zdravje kot »stanje fizične, čustvene, duševne in socialne dobrobiti v zvezi z reproduktivnim sistemom in njegovimi funkcijami in ne le kot odsotnost bolezni, disfunkcije ali nemožnosti (1). Uresničevanje spolnih in reproduktivnih pravic pomeni, da imajo vsi ljudje:

- možnost zdravega, varnega, sporazumnega in prijetnega spolnega življenja;
- možnost imeti otroke in se svobodno odločati če, kdaj in kako bodo to storili;
- pravico do obveščeniosti in dostopnosti do varnih, učinkovitih, cenovno dostopnih in sprejemljivih metod načrtovanja družine po njihovi izbiri ter do drugih zakonitih metod uravnavanja rodnosti po njihovi izbiri;
- pravico do ustreznih zdravstvenih storitev pred in med nosečnostjo ter ob in po porodu;
- možnosti za zdravega otroka (3).

55. člen Ustave Republike Slovenije določa, da je »odločanje o rojstvu otrok svobodno«, država pa zagotavlja možnosti za uresničevanje te svoboščine in ustvarja razmere, ki omogočajo staršem, da se odločajo za rojstva svojih otrok (4). *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok* določa, da pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok obsega tudi »pravico do pouka, svetovanja in seznanjanja s postopkom, potekom in posledicami uporabe sodobnih načinov in sredstev za uravnavanje rojstev«, zdravstvene organizacije ter zdravstveni, socialni in drugi strokovni delavci, pa so dolžni storiti vse potrebno, da lahko ženska in moški to pravico uresničujeta. Isti zakon tudi določa, da »imata ženska in moški pravico do nasveta, kako lahko preprečita zanositev«, tako začasno (kontracepcija) kot tudi stalno (sterilizacija) ter pravico, da »jima zdravnik svetuje ali predpiše zanj najboljši primerno sredstvo za začasno preprečevanje zanositve« (4–6).

Enega temeljnih dokumentov na področju varovanja in promocije spolnega in reproduktivnega zdravja v Sloveniji predstavlja *Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*, ki je bil sprejet leta 1988 in kasneje večkrat dopolnjen, nazadnje v letu 2023. V njem so opredeljeni naslednji cilji preventivnih programov na področju varovanja reproduktivnega zdravja:

- zmanjševanje ogroženost zaradi bolezni, ki so povezane z reprodukcijo, nenačrtovanimi in neželenimi nosečnostmi;
- zgodnje odkrivanje rakavih bolezni, ki povzročajo prezgodnjo obolevnost, invalidnost in umrljivost;
- zagotavljanje in uveljavljanje reproduktivnih pravic ter promocija reproduktivnega zdravja.

Poleg preventivnih programov varovanja spolnega in reproduktivnega zdravja med drugim opredeljuje tako vzgojo za zdravje, kamor sodi tudi vzgoja za zdravo spolnost za šolarje ob sistematiki, kot tudi šolo za bodoče starše – Pripravo na porod in starševstvo, in individualno svetovanje v povezavi z načrtovanjem družine. Pravilnik na področju varovanja spolnega in reproduktivnega zdravja natančneje določa namen in cilje, vsebino preventivnih programov, programirano zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja v okviru primarnega zdravstvenega varstva žensk, izvajalce, način izvajanja in koordinacijo ter spremljanje in nadzor izvajanja preventivnih programov (7).

Iz vsega zgoraj napisanega izhaja, da ima dostopnost do svetovanja za načrtovanje družine in ostalih storitev varovanja spolnega in reproduktivnega zdravja velik pomen tako za reproduktivno kot splošno zdravje

posameznice ali posameznika ter vpliva tudi na njeno/njegovo življenje samo. V Sloveniji je kontracepcija relativno dobro dostopna in praviloma brez doplačil, kar je še posebej pomembno za mlade in socialno-ekonomsko prikrajšane skupine prebivalstva. Država parom omogoča tudi dober dostop do zdravljenja neplodnosti, vključno s postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Umetna prekinitvev nosečnosti (dovoljeni splav) na željo ženske je v Sloveniji legalna od leta 1977 in dovoljena pod pogojem, da nosečnost ne traja več kot deset tednov. Z umestitvijo te pravice v zakonodajo je postala umetna prekinitvev nosečnosti varna in dostopna vsem ženskam v Sloveniji. Po 10. tednu nosečnosti je prekinitvev nosečnosti možna le z dovoljenjem posebne komisije (8).

## METODOLOGIJA

Podatki, predstavljeni v tem poglavju, so pridobljeni iz rednih zdravstveno statističnih zbirk in anketnih podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ). Podatki o spolno prenosljivih okužbah so povzeti po *Evidenci pojavnosti spolno prenesenih bolezni po Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ)*, predstavljeni v letnih poročilih NIJZ *Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji*. Podatki o dovoljeni in spontani splavnosti so bili pridobljeni z analizo podatkov iz zbirke podatkov *Fetalne smrti do 28. tedna nosečnosti (Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti)*. Podatki o sterilizacijah so bili pridobljeni iz *Evidence sterilizacij*, podatki o rabi hormonske kontracepcije pa z analizo podatkov iz *Evidence porabe zdravil izdanih na recept*. Podatki o številu vstavitvev materničnih vložkov so NIJZ-ju poročani iz enot primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk. Podatki o spolnem vedenju odraslih v povezavi z rabo kontracepcije ob zadnjem spolnem odnosu pa so bili pridobljeni s pomočjo *Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu (angl. European Health Interview Survey - EHIS)*, ki jo je v letu 2019 izvedel NIJZ na reprezentativnem vzorcu 16.000 prebivalcev Slovenije, starih 15 let in več, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih.

## DEFINICIJE

**Dovoljena splavnost na 1.000 žensk** rodne dobe je razmerje med številom dovoljenih splavov in številom žensk v rodni dobi (15–49 let) sredi istega leta, pomnoženo s 1.000.

**Starostno specifična stopnja dovoljene splavnosti** je razmerje med številom dovoljenih splavov žensk v določeni starostni skupini in številom žensk iste starostne skupine sredi istega leta, pomnoženo s 1.000.

**Celokupna stopnja dovoljene splavnosti** je povprečno število dovoljenih splavov na eno žensko v rodni dobi (15-49 let) v koledarskem letu. Izračunamo jo tako, da seštejemo vse vrednosti starostnospecifičnih stopenj dovoljene splavnosti v koledarskem letu.

## REZULTATI IN RAZPRAVA

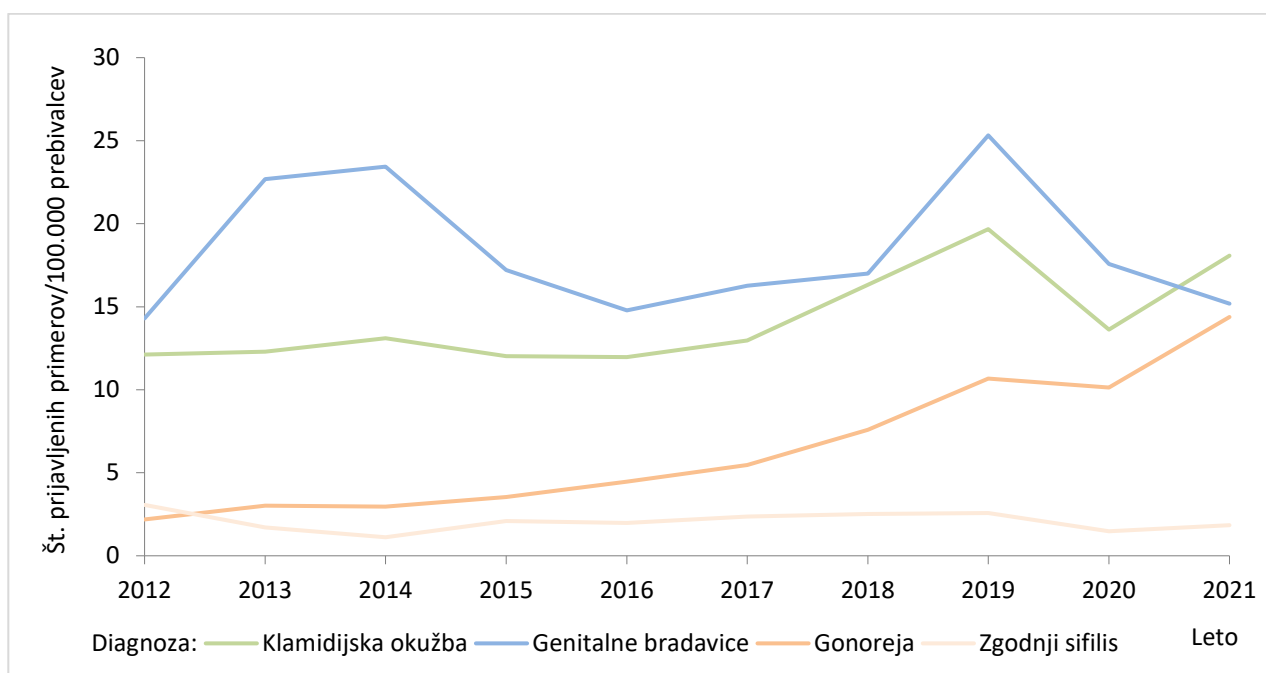
### SPOLNO PRENOSLJIVE OKUŽBE

V letu 2021 je bilo v Sloveniji prijavljenih 1759 primerov spolno prenesenih okužb (83,5/100.000 prebivalcev), brez upoštevanja prijav okužbe s HIV, virusom hepatitisa B in hepatitisa C (Slika 1). Podatki o prijavljenih primerih spolno prenesenih okužb praviloma precej podcenjujejo njihovo pogostost. Najpogosteje je bil prijavljen nespecifični uretritis s 529 primeri (25,1/100.000 prebivalcev). Genitalne bradavice so bile najpogosteje prijavljena spolno prenesena virusna okužba s 320 primeri (15,2/100.000 prebivalcev). Klamidijska okužba pa je bila najpogosteje prijavljena spolno prenesena bakterijska okužba



(18,1/100.000 prebivalcev). Prijavne incidence so bile najvišje med 20–24 let starimi prebivalci in prebivalkami. Moški imajo na splošno številčno več oziroma pogostejše spolno prenosljive okužbe, predvsem na račun tistih moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM). To opažamo predvsem pri okužbah s HIV, gonorejo in sifilisom (9).

V obdobju 2012–2021 je bilo v Sloveniji prijavljenih skupno 435 primerov novih diagnoz okužbe s HIV. Letno število prijavljenih primerov se je gibalo od najvišjega 62 (3,0/100.000 prebivalcev) v letu 2016 do najnižjega 27 (1,3/100.000 prebivalcev) v letu 2020 (kar je lahko posledica manj testiranj v času epidemije covid-19). V letu 2021 je bilo prijavljenih 32 primerov novih diagnoz okužbe s HIV, od tega 26 med moškimi (18 pri MSM), pet med ženskami ter ena pri transseksualni osebi. V obdobju 2012–2021 je bil prijavljen en primer okužbe s HIV prenesene z matere na otroka (10).



Slika 1. Prijavne incidence genitalnih bradavic, spolno prenesene klamidijske okužbe, gonoreje in zgodnjega sifilisa, skupaj za oba spola, Slovenija, 2012–2021.

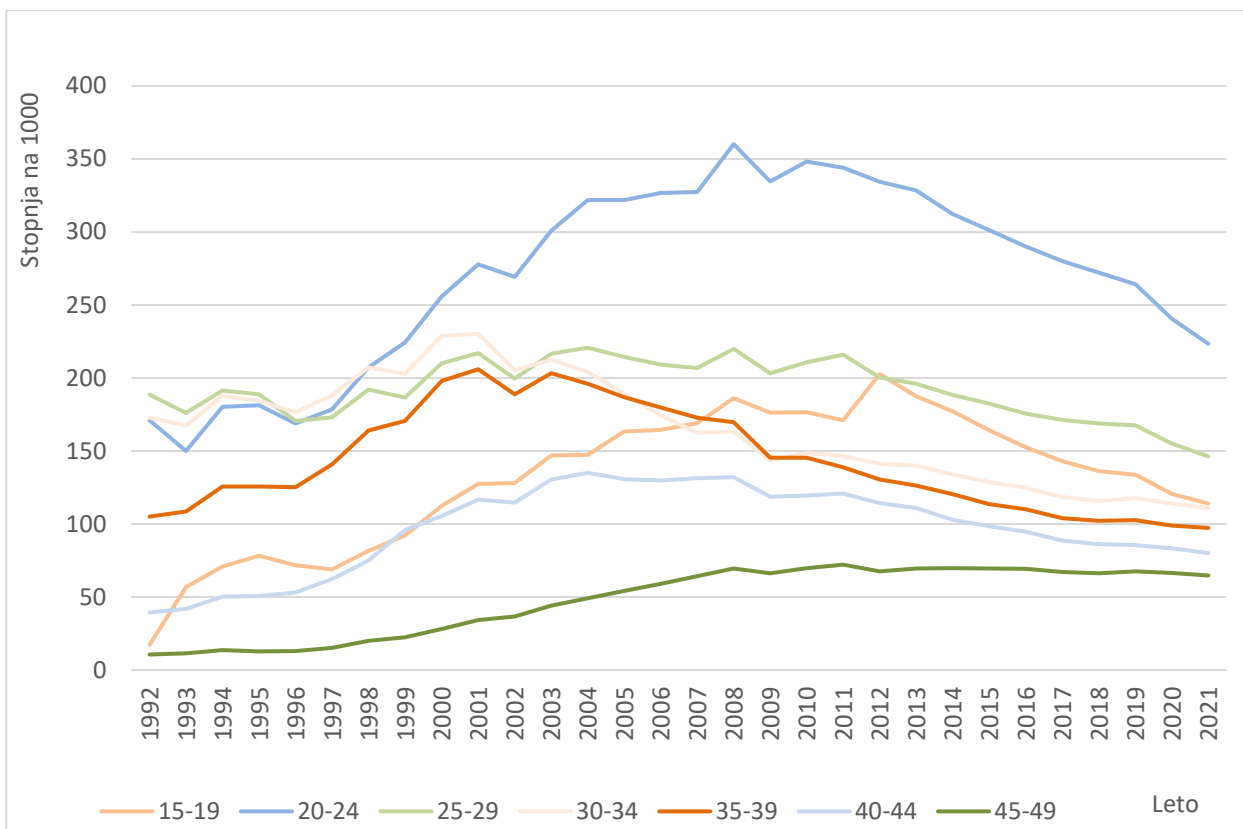
Vir: NIJZ, Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni po ZZPPZ.

## RABA KONTRACEPCIJE

### Hormonska kontracepcija

Konec prejšnjega in v začetku tega tisočletja je v Sloveniji močno porasla uporaba hormonske kontracepcije (HKC), ki je tako postala najpogostejše uporabljena zaščita pred nosečnostjo pri ženskah v rodni dobi, vendar v zadnjih desetih letih uporaba upada. Število uporabnic HKC, preračunano iz izdanih omotov HKC na 1000 žensk v rodni dobi (15–49 let), je v letu 1992 znašalo 110, v letu 2008 je znašalo 182, v letu 2021 pa 113 uporabnic na 1000. Skupno število uporabnic HKC je od leta 2011 do 2021 upadlo za tretjino. Upad je bil zabeležen v vseh starostnih skupinah, razen med 45. in 49. letom.

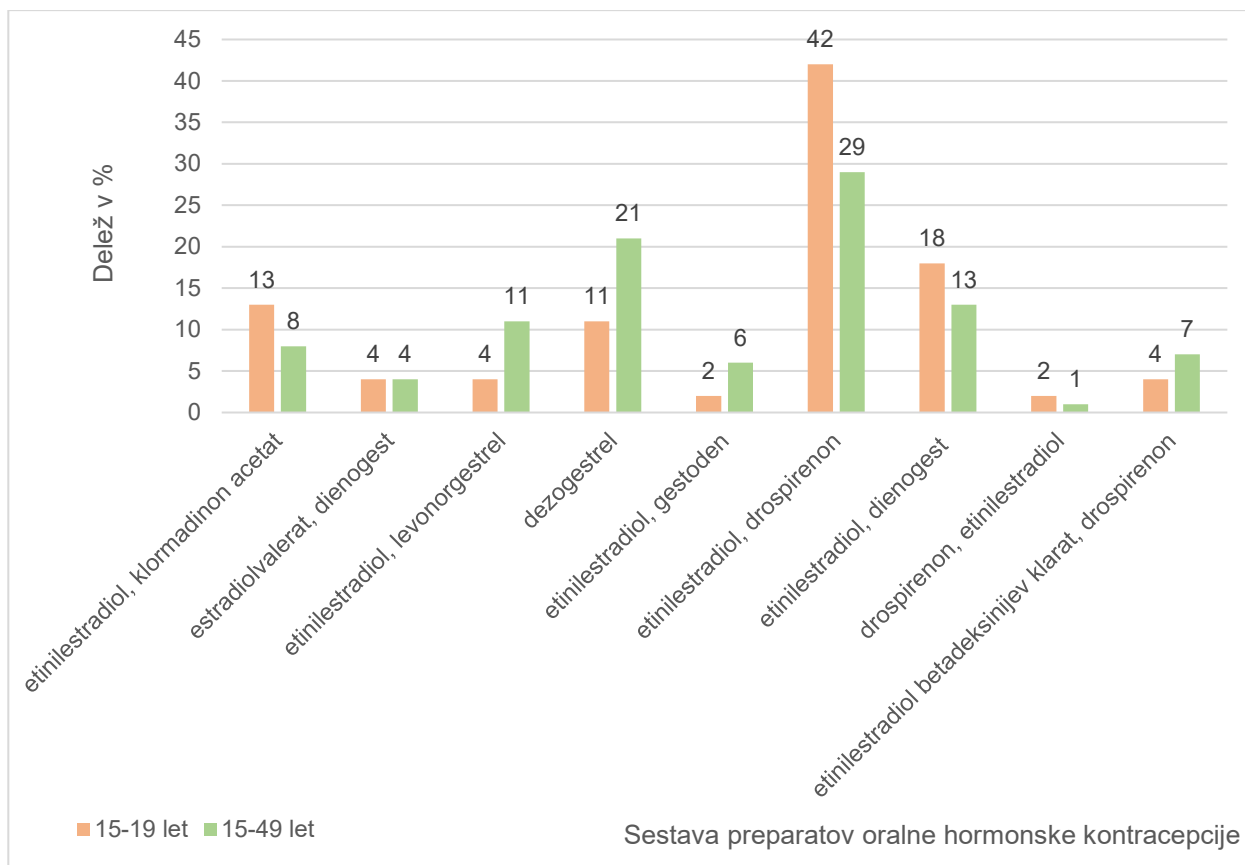
Daleč največ uporabnic je v starostni skupini od 20 do 24 let (Slika 2), kjer jo je v letu 2011 uporabljala vsaka tretja ženska, v letu 2021 pa nekaj manj kot vsaka četrta. V letu 2011 je hormonsko kontracepcijo uporabljala skoraj vsaka peta mladostnica (15 do 19 let), v letu 2021 pa le še vsaka osma mladostnica.



Slika 2. Uporabnice hormonske kontracepcije na 1000 žensk po starostnih skupinah, Slovenija 1991–2021.  
Vir: NIJZ, Evidenca porabe zdravil izdanih na recept.

Glede na vrsto preparatov hormonske kontracepcije je v letu 2021 daleč največji delež žensk uporabljal kontracepcijske tablete (88,7 %), medtem ko je uporabljalo vaginalni dostavni sistem 10,1 % in obliž 1,2 % uporabnic hormonske kontracepcije. Od leta 2014 dalje je počasi naraščal delež žensk, ki kot obliko hormonske kontracepcije uporabljajo vaginalni dostavni sistem in pa obliž, na ta račun pa se je za malo več kot 1 odstotno točko zmanjšal delež žensk, ki uporabljajo kontracepcijske tablete.

Če pogledamo uporabo kontracepcijskih tabletk glede na vrsto učinkovine skozi daljše obdobje (2002–2021), vidimo, da je v zadnjem desetletju močno upadla uporaba kombiniranih tabletk z etinilestradiolom in gestodenom, zelo pa je porasla uporaba kombiniranih tabletk z etinilestradiolom in drospirenonom. Glede na vrsto učinkovine pri oralni hormonski kontracepciji prednjačijo kombinirane tablete z estrogenom in progesteronom (etinilestradiolom in drospirenonom), te vrste tabletk je v letu 2021 uporabljalo največ žensk in sicer 42 % mladostnic (15–19 let) oziroma malo manj kot tretjina (29 %) žensk od 15 do 49 leta starosti (Slika 3). Na drugem mestu po množičnosti uporabe pri mladostnicah je novejši kombiniran preparat z estradiolom in dienogestom, pri uporabnicah med 15 in 49 letom pa preparat samo s progesteronom (dezagestrelom).



Slika 3. Delež predpisanih preparatov kontracepcijskih tabletk glede na sestavo in starost uporabnic, Slovenija, 2021. Vir: NIJZ, Evidenca porabe zdravil izdanih na recept.

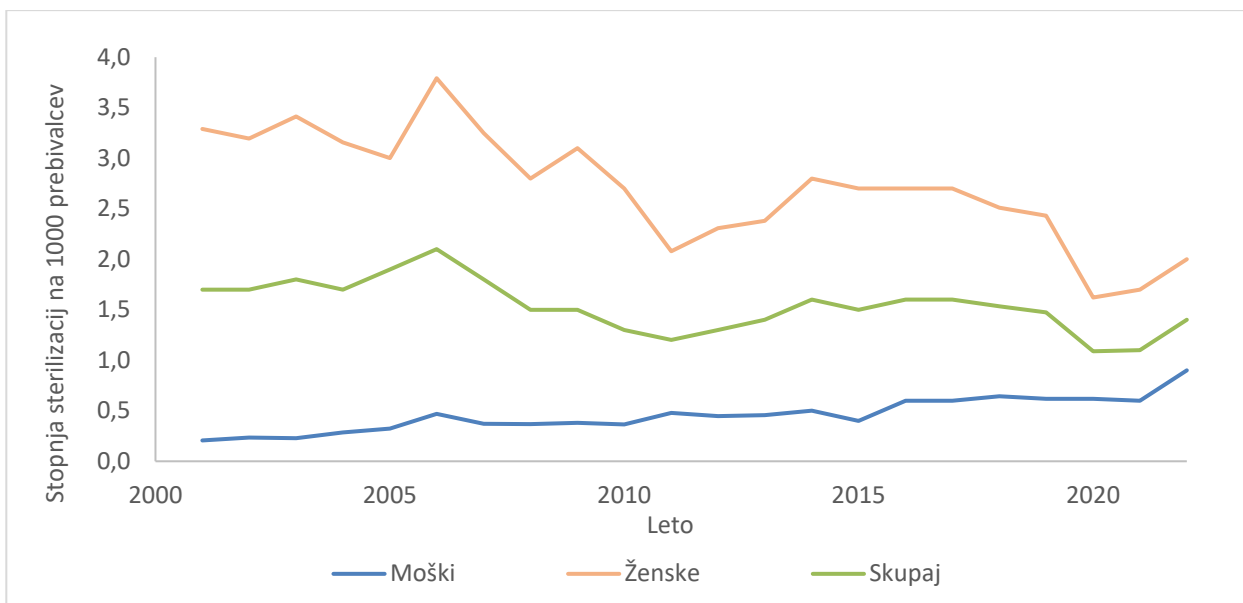
### Maternični vložki

Število vstavitve materničnih vložkov, prvih in ponovnih v zadnjih 20 letih postopno narašča in je od leta 2006 do leta 2015 naraslo za več kot 40 %. Od leta 2016 do 2020 je to število ostalo približno enako, opaziti je blažji upad v letu 2020 (15,7 vstavitev na 1000 žensk v rodni dobi), kar je možno pripisati pandemiji covid-19. V letu 2021 je število vstavitve materničnih vložkov ponovno nekoliko naraslo (16,9 vstavitev na 1000 žensk v rodni dobi), še vedno pa je nižje kot v letu 2019 (18,3 vstavitve na 1000 žensk v rodni dobi). Uporaba materničnih vložkov kot način kontracepcije je na splošno precej pogostejša pri ženskah v starosti od 30 do 49 let. To je najverjetneje zato, ker ženske, ki so že rodile in tiste, ki ne nameravajo več imeti otrok, pogosteje posegajo po tej metodi kontracepcije kot ženske, ki še niso rodile in/ali nameravajo roditi v prihodnosti.

### Sterilizacije

Sterilizacija je kirurški poseg, s katerim zagotovimo trajno zaščito pred neželjeno nosečnostjo. Pri moškem (vazektomija) se kirurško prekine semenovoda, pri ženski pa se zlepi oziroma odstrani jajcevoda.

Na sliki 4 so predstavljene stopnje sterilizacije po spolu na 1000 prebivalcev Slovenije v starosti 15–49 let v zadnjih 21 letih.



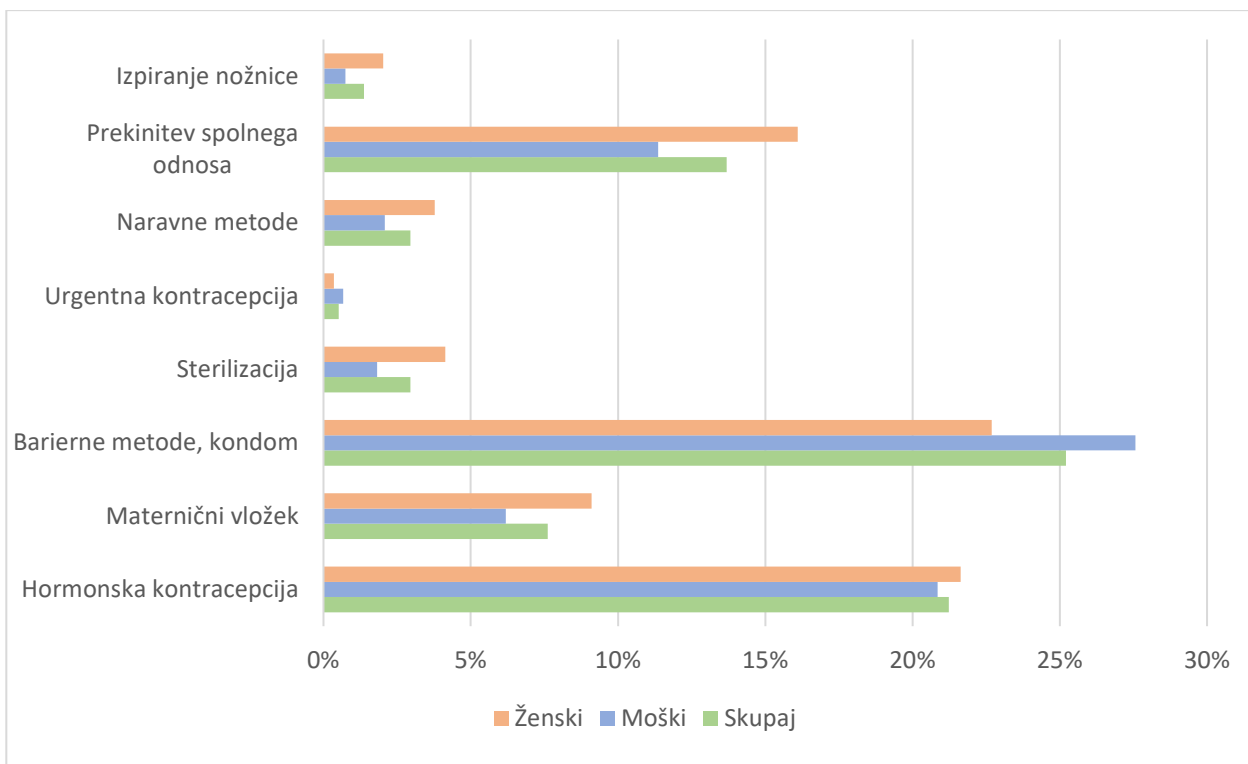
Slika 4. Stopnje sterilizacije na 1000 prebivalcev 15 do 49 let po spolu.

Vir: Evidenca sterilizacije in umetne osemenitve.

Iz Slike 4 je razvidno, da je število sterilizacij pri obeh spolih nizko, vendar je pri ženskah nekajkrat višje kot pri moških, povprečje za oba spola skupaj pa ostaja približno enako. Stopnja sterilizacij je pri obeh spolih upadla od leta 2019 do 2020, kar pripisujemo pandemiji covid-19. Od leta 2021 dalje se stopnja sterilizacij pri obeh spolih dviguje. V letu 2022 je pri moških znašala 0,9 na 1000 moških, skupaj pri obeh spolih pa 1,4 na 1000, kar pomeni, da je že dosegla in pri moških celo preseгла vrednosti pred pandemijo, pri ženskah pa je tudi v letu 2022 še nekoliko nižja kot pred pandemijo (2,0 na 1000 žensk). Ob upoštevanju povprečne starosti ob sterilizaciji (malo pod 40 let), ocenjujemo, da sterilizacijo kot metodo zaščite pred nezaželeno nosečnostjo uporabljajo okoli 3 % parov.

### Spolno vedenje odraslih in kontracepcija

Leta 2019 izvedena *Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu* (EHIS) je pokazala, da pri zadnjem spolnem odnosu tretjina (33,8 %) odraslih, starih med 15 in 49 let, ki ne načrtujejo nosečnosti, ni uporabila kontracepcije, 13,3 % pa je uporabilo manj zanesljive metode. Neuporaba zanesljivejših metod kontracepcije je bila pogostejša v višjih starostnih skupinah in pri manj izobraženih anketirancih. Vrste uporabljene kontracepcije pri zadnjem spolnem odnosu po deležih pri anketirancih obeh spolov, starih med 15 in 49 let, so prikazane na Sliki 5.

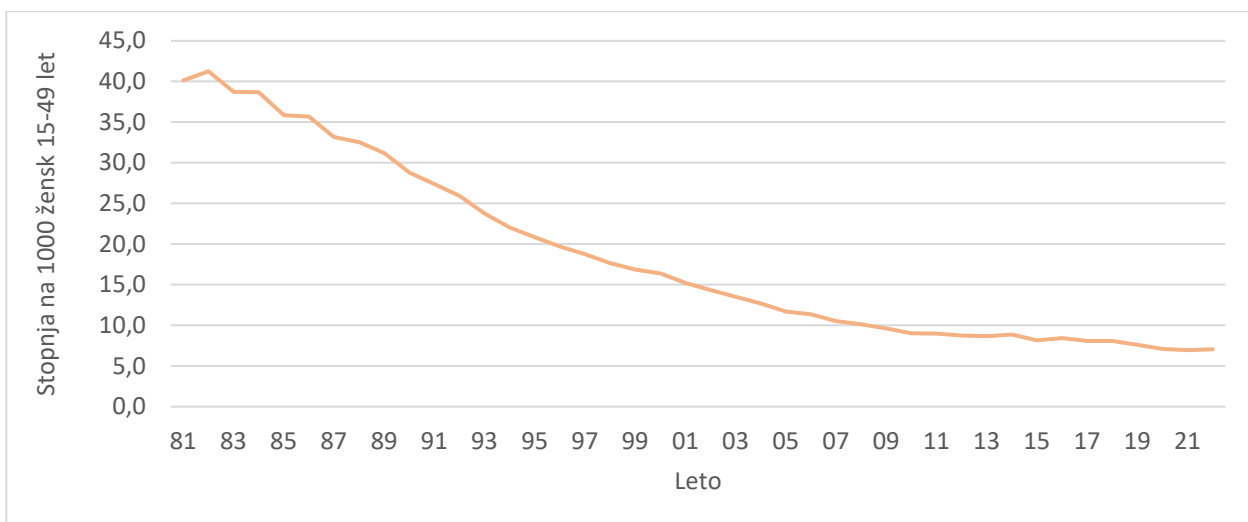


Slika 5. Vrste kontracepcije pri zadnjem spolnem odnosu, Slovenija, 2019.

Opomba: vključene so osebe, ki so imele spolne odnose v zadnjih 4 tednih, niso noseče in ne načrtujejo nosečnosti ter niso brez rodil. Vir: NIJZ, EHIS 2019.

## SPLAVNOST

Nosečnosti, ki se ne končajo s porodom razdelimo v več kategorij in sicer na umetne prekinitve nosečnosti (dovoljeni splavi), zunajmaternične nosečnosti ter spontane splave in druge patološke nosečnosti.

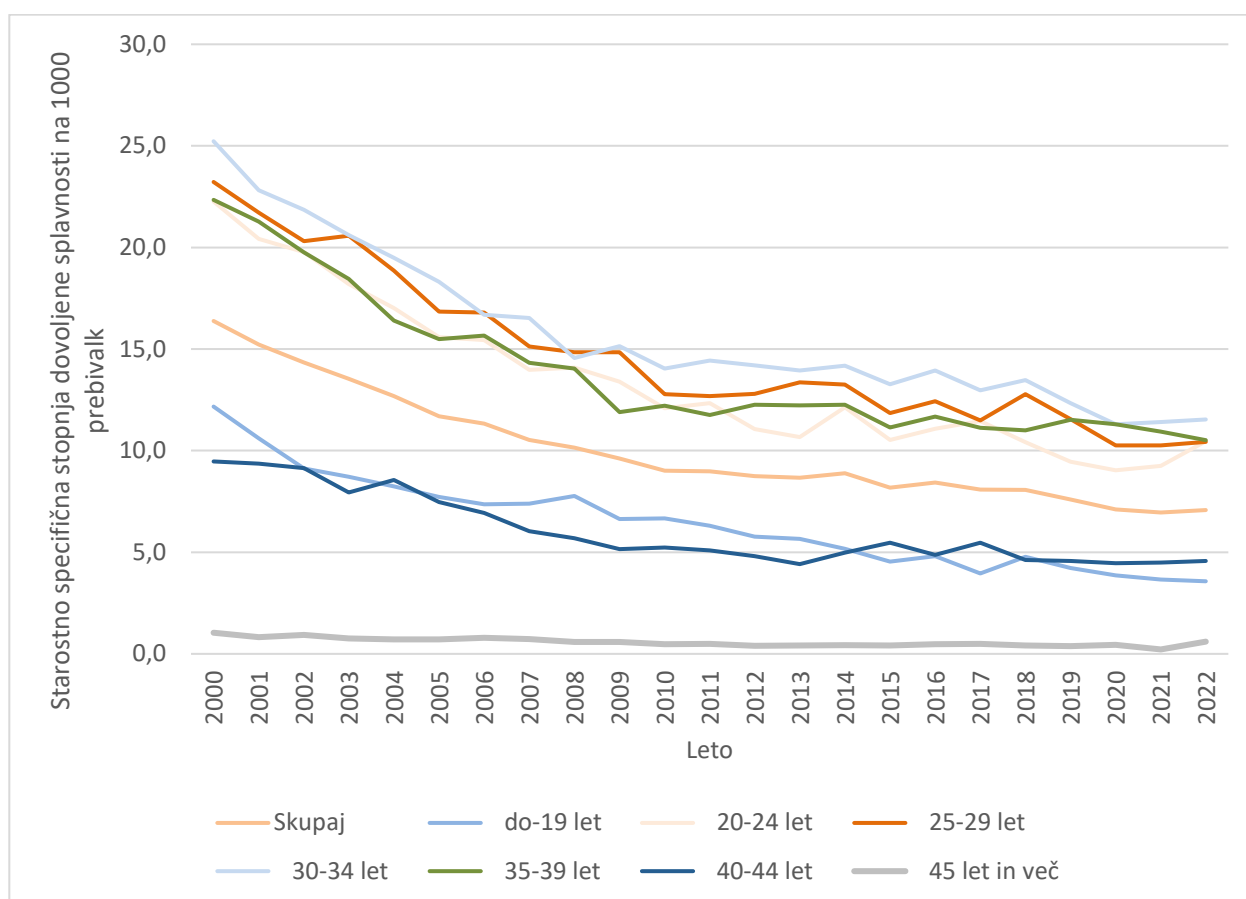


Slika 6. Stopnja dovoljene splavnosti v Sloveniji v obdobju od 1981 do 2022.

Vir: NIJZ, Fetalne smrti do 28. tedna nosečnosti.

Po podatkih *Informacijskega sistema spremljanja fetalnih smrti* je število umetnih prekinitev nosečnosti v zadnjih 20 letih (od 2001 do 2022) pomembno upadlo v vseh starostni skupinah (Sliki 6 in 7). Najvišjo stopnjo dovoljene splavnosti imajo ženske v starostnih skupinah od 30 do 39 let. Pri večini žensk (50,1 %), ki so v letu 2022 opravile umetno prekinitev nosečnosti, se je predhodna nosečnost končala z rojstvom otroka. V starostni skupini od 15 do 19 let, torej pri mladostnicah, pa se je v zadnjih 20 letih stopnja splavnosti zmanjšala za več kot 3-krat in sicer z 12,2 v letu 2000 na 3,6 na 1000 mladostnic v letu 2022, kar predstavlja manj kot šestino tiste iz začetka osemdesetih let prejšnjega stoletja (24,3 v letu 1981). Na tem področju sodimo med najuspešnejše države v Evropi.

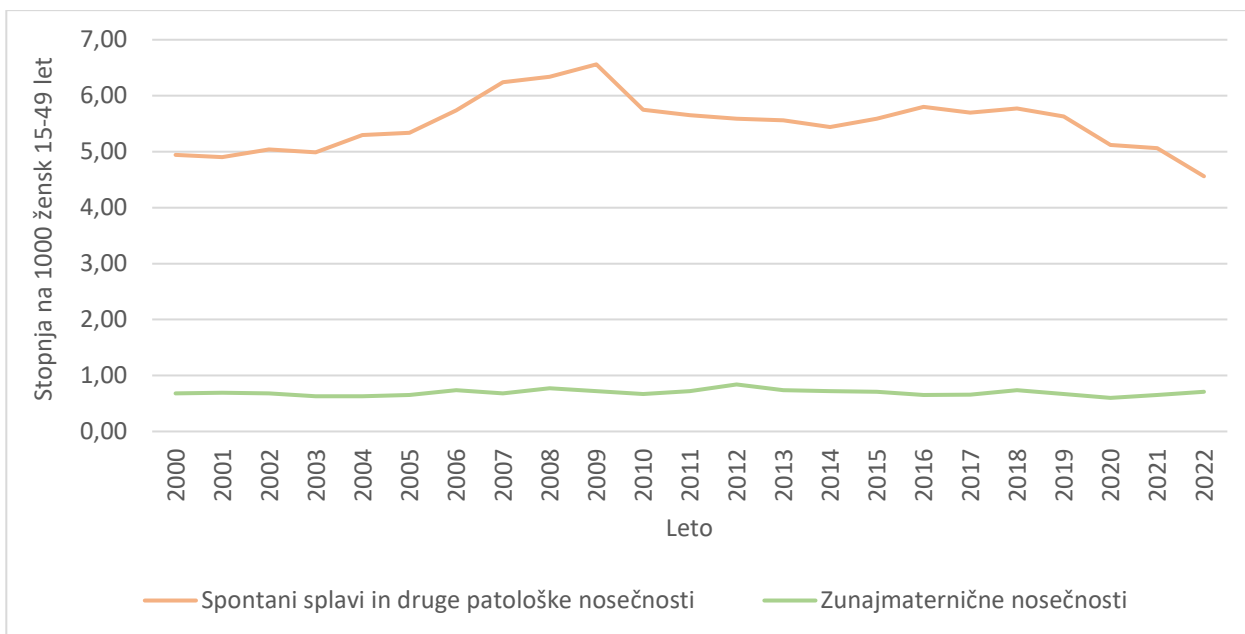
Celokupna stopnja dovoljene splavnosti se je v zadnjih 22 letih prepolovila (z 0,579 dovoljenega splava na žensko v rodni dobi v letu 2000 na 0,258 v letu 2022). Stopnja dovoljene splavnosti na 1000 žensk je v zadnjih 20 letih upadla za 2,4-krat (s 16,4 v letu 2000 na 7,1 v letu 2020), v zadnjih 3 letih (2020–2022) ostaja približno enaka, med 7,0 in 7,1. Pri tem so opazne precejšnje medregijske razlike, najvišja stopnja dovoljene splavnosti na 1000 žensk v rodni dobi (15–49 let) je bila v letu 2022 v Posavski (9,2) in Pomurski regiji (9,1), najnižja pa na Goriškem (5,4).



Slika 7. Starostno specifična dovoljena splavnost na 1000 žensk v starostni skupini, Slovenija, 2000–2022.

Vir: NIJZ, Fetalne smrti do 28. tedna nosečnosti.

Stopnja spontanih splavov in drugih patoloških nosečnosti je eden izmed kazalnikov dobrega reprodukativnega zdravstvenega varstva. Od leta 2000 dalje znaša med 4,46 (leta 2022) in 6,58 (leta 2009) na 1000 žensk v rodni dobi, z vrhom v letih 2007–2009, od leta 2016 dalje pa polagoma upada. Stopnja zunajmaterničnih nosečnosti ostaja v tem obdobju konstantna in znaša med 0,60 in 0,84 na 1000 žensk v rodni dobi (Slika 8).



Slika 8. Spontani splavi in druge patološke oblike nosečnosti ter zunajmaternične nosečnosti na 1000 žensk 15–49 v letih 2000–2021.

Vir: NIJZ, Fetalne smrti do 28. tedna nosečnosti.

## ZAKLJUČEK

Nacionalni podatki kažejo, da je sedanji sistem dostopnosti do kontracepcije razmeroma dober in učinkovit, saj je Slovenija še vedno ena izmed uspešnejših držav na tem področju, z nizkim številom splavov in najstniških nosečnosti. Obdobje pandemije covid-19 sodeč po zbranih podatkih na dostopnost in uporabo kontracepcije ni bistveno vplivalo. V zadnjih desetih letih konstantno upada uporaba HKC, ki je sicer močno porasla konec prejšnjega in v začetku tega tisočletja, število vstavitvev materničnih vložkov pa je v zadnjih 20 letih postopno naraščalo. Daleč največ uporabnic HKC je v starostni skupini od 20 do 24 let, kjer jo je v letu 2021 uporabljala vsaka četrta ženska. Število sterilizacij je pri obeh spolih nizko, pri ženskah je sicer nekajkrat višje kot pri moških. Podatki *Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu* (EHIS) iz leta 2019 kažejo, da pri zadnjem spolnem odnosu tretjina odraslih, ki ne načrtujejo nosečnosti, ni uporabila kontracepcije, vsak sedmi pa je uporabil manj zanesljive metode, kar kaže na to, da so še številne priložnosti za izboljšave na tem področju. Število umetnih prekinitev nosečnosti je v zadnjih 20 letih sicer pomembno upadlo, vendar se je v zadnjih letih trend upadanja ustavil. Najvišjo stopnjo dovoljene splavnosti imajo ženske v starostnih skupinah od 30 do 39 let. Pri večini njih se je predhodna nosečnost končala z rojstvom otroka. To kaže, da je potrebno več pozornosti nameniti tej populaciji in okrepiti kontracepcijsko svetovanje po porodu. Breme spolno prenosljivih okužb je relativno nizko, vendar podatki o prijavljenih primerih spolno prenesenih okužb praviloma podcenjujejo njihovo pogostost. Spolno prenosljive okužbe so pogostejše pri moških, predvsem na račun tistih, ki imajo spolne odnose z moškimi.

## VIRI

1. World Health Organization. Health topics. Reproductive health. Pridobljeno 3. 8. 2022 s spletne strani: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/reproductive-health>.
2. United nations. United nations human rights. Sexual and reproductive health and rights. Pridobljeno 3. 8. 2022 s spletne strani: <https://www.ohchr.org/en/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights>.
3. Amnesty International Slovenija. Kaj so spolne in reproduktivne pravice in kje vse so urejene? Pridobljeno 4. 8. 2022 s spletne strani: <https://www.amnesty.si/kaj-so-spolne-in-reproduktivne-pravice-in-kje-vse-so-urejene.html>.
4. Ustava Republike Slovenije (URS-NPB9). 55. člen: svobodno odločanje o rojstvih otrok. Pridobljeno 4. 8. 2022 s spletne strani: <https://zakonodaja.com/ustava/urs/55-clen-svobodno-odlocanje-o-rojstvih-otrok>.
5. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Pridobljeno 24. 8. 2022 s spletne strani: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408&d-16544-s=3&d-16544-o=2&d-16544-p=1>.
6. Zakon o spremembah zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP-A). Pridobljeno 24. 8. 2022 s spletne strani: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1864>.
7. 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 in 22/09. Pridobljeno 25. 8. 2022 s spletne strani: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59>.
8. Digitalna knjižica Univerze v Mariboru. Pisnik S., Novak M. Pravna ureditev umetne prekinitve nosečnosti v Republiki Sloveniji, 2012. Pridobljeno 20. 9. 2022 s spletne strani: <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=22297>.
9. Klavs I, Berlot L, Kustec T, Kastelic Z, Klepac P, Učakar V, et al. Spolno prenesene okužbe v Sloveniji v letu 2021. Spolno prenesene okužbe v Sloveniji. 2023: 1–22. Pridobljeno 27. 10. 2023 s spletne strani: <https://nijz.si/nalezljive-bolezni/spremljanjenalezljivih-bolezni/spolno-prenesene-okuzbe-v-sloveniji/>.
10. Klavs I, Kustec T, Berlot L, Kastelic Z, Tomažič J, et al. Okužba s HIV v Sloveniji v letu 2021. Okužba s HIV v Sloveniji. 2022: 4–8. Pridobljeno 10. 6. 2023 s spletne strani: <https://nijz.si/nalezljive-bolezni/okužba-s-hiv-v-sloveniji/>.





7

# OBPORODNO ZDRAVJE

Barbara Mihevc Ponikvar, Andreja Rudolf

## UVOD

Zdravje mater in novorojenčkov sodi med ključne kazalnike zdravja prebivalstva. Kljub desetletjem napredka na področju medicinske stroke, dostopnosti zdravstvenih storitev in ozaveščenosti žensk v rodni dobi, kar je vse pripomoglo k zmanjšanju maternalne umrljivosti in umrljivosti dojenčkov v Evropi, se še vedno soočamo z velikimi izzivi preden bo dosežen cilj, da bo vsem otrokom in družinam zagotovljen optimalen začetek življenja (1). V Evropski uniji se še vedno letno okoli 60.000 družin sooči z izgubo otroka v nosečnosti ali prvem letu življenja (2), med 1 in 3 % porodnic pa po ocenah doživi hujši zdravstveni zaplet v času hospitalizacije zaradi poroda, pogosto kot posledico pod-standardne oskrbe (3). V zadnjih desetletjih niso bili doseženi pomembnejši napredki pri preprečevanju prezgodnjega poroda in zastoja rasti ploda, ki sta med najpomembnejšimi dejavniki obolevnosti novorojenčkov. Pogostejši pa postajajo nekateri dejavniki za zaplete v nosečnosti in pri porodu, kot sta višja starost mater in debelost (4).

V okviru vseživljenjskega pristopa k zdravju ima zdravje mater in novorojenčkov posebno težo. Dobro zdravje v nosečnosti in obporodnem obdobju predstavlja temelj dolgoročnega zdravja posameznika. Raziskave so pokazale povezanost med obporodnimi izpostavljenostmi in izidi nosečnosti s povečano dovzetnostjo otroka za številne bolezni, kot so astma, alergije, debelost, hipertenzija in metabolične bolezni kasneje v življenju (1). Tudi ženske, ki v nosečnosti doživijo zaplete, kot sta nosečnostna sladkorna bolezen in hipertenzija, imajo povečano tveganje za razvoj kroničnih bolezni v kasnejših letih.

Čeprav so perinatalni rezultati v Evropi med najboljšimi na svetu, so med državami še vedno prisotne velike razlike (1). Tudi znotraj držav, vključno s Slovenijo, pa konstantno ugotavljamo pomembne neenakosti med skupinami žensk z različnim socialno-ekonomskim položajem (5–7).

## METODOLOGIJA

Podatke o poteku nosečnosti, porodnici, porodu in novorojenčku v Sloveniji zbiramo v *Perinatalnem informacijskem sistemu*, ki je od leta 1993 zdravstveni register porodov in rojstev v državi. Upravljavca zbirke je Nacionalni inštitut za javno zdravje, podatke na enoten način poroča vseh 14 porodnišnic ter samostojne babice, ki nudijo pomoč pri porodih na domu. V *Perinatalni informacijski sistem* se poročajo podatki o vseh živorojenih otrocih, ne glede na porodno težo, in mrtvorojenih otrocih s porodno težo 500 gramov in več ali gestacijsko starostjo 22 tednov in več. Izjema so prijave mrtvorojenih plodov multiplih nosečnosti, kjer med rojstva uvrstimo vse otroke, v kolikor vsaj en izpolnjuje kriterije (8). Za prikaz kazalnikov obporodnega zdravja in zdravstvenega varstva smo analizirali podatkovno zbirko *Perinatalni informacijski sistem* za leto 2020 in za prikaz trendov tudi za pretekla leta.

## DEFINICIJE

**Nizka porodna teža:** porodno težo opredelimo kot nizko, če novorojenček ob rojstvu tehta manj kot 2.500 g.

**Mrtvorojeni** je otrok, ki je bil rojen brez znakov življenja (ni dihal, ni gibal, srce ni utripalo), in je ob porodu tehtal najmanj 500 gramov, oziroma je nosečnost trajala najmanj 22 tednov.

**Mrtvorojenost** je razmerje med številom mrtvorojenih in številom rojstev (živorojenih in mrtvorojenih) v koledarskem letu, pomnoženo s 1000.

**Zgodnja neonatalna umrljivost** je razmerje med številom umrlih v roku 6 dni po rojstvu in številom živorojenih v istem koledarskem letu, pomnoženo s 1.000.











**Perinatalna umrljivost** je razmerje med številom mrtvorjenih in umrlih v roku 6 dni po rojstvu ter številom rojstev v istem koledarskem letu, pomnoženo s 1.000.

**Število carskih rezov na 1.000 živorojenih** je razmerje med številom otrok, rojenih s carskim rezom, in številom živorojenih v istem koledarskem letu, pomnoženo s 1.000

### ROBSONOVA KLASIFIKACIJA

Za primerjave deleža carskih rezov po porodnišnicah, smo uporabili *Robsonovo klasifikacijo* (9) kot to od leta 2015 priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (10). *Robsonova klasifikacija* je poznana tudi kot klasifikacija desetih skupin, z uporabo katere razporedimo vse porodnice v eno izmed desetih kategorij, ki se medsebojno izključujejo, skupaj pa zajamejo vse porodnice. Razporeditev v kategorije temelji na šestih osnovnih porodniških karakteristikah, ki se rutinsko spremljajo v porodnišnicah pri vseh porodih, to so: pariteta (zaporedni porod), število plodov v aktualni nosečnosti, predhodni carski rez, pričetek poroda, gestacijska starost in vstava ploda (Slika 1) (10, 11).

Podatke za mednarodne primerjave, ki so vključeni v nekatere prikaze, smo pridobili s spletnega portala Svetovne zdravstvene organizacije *European Health Information Gateway* (2).

1		Prvorodke z donošenim enojčkom v glavični vstavi in spontanem pričetkom poroda	6		Vse prvorodke z enojčkom v medenični vstavi
2		Prvorodke z donošenim enojčkom v glavični vstavi in induciranim porodom ali elektivnim CR	7		Vse mnogorodke z enojčkom v medenični vstavi, vključno z ženskami s predhodnim CR
3		Mnogorodke brez predhodnega CR, z donošenim enojčkom v glavični vstavi in spontanem pričetkom poroda	8		Vse ženske z večplodno nosečnostjo, vključno z ženskami s predhodnim CR
4		Mnogorodke brez predhodnega CR, z donošenim enojčkom v glavični vstavi in induciranim porodom ali elektivnim CR	9		Vse ženske z enojčkom v prečni legi, vključno z ženskami s predhodnim CR
5		Vse mnogorodke s predhodnim CR, z donošenim enojčkom v glavični vstavi	10		Vse ženske z nedonošenim enojčkom v glavični vstavi, vključno z ženskami s predhodnim CR

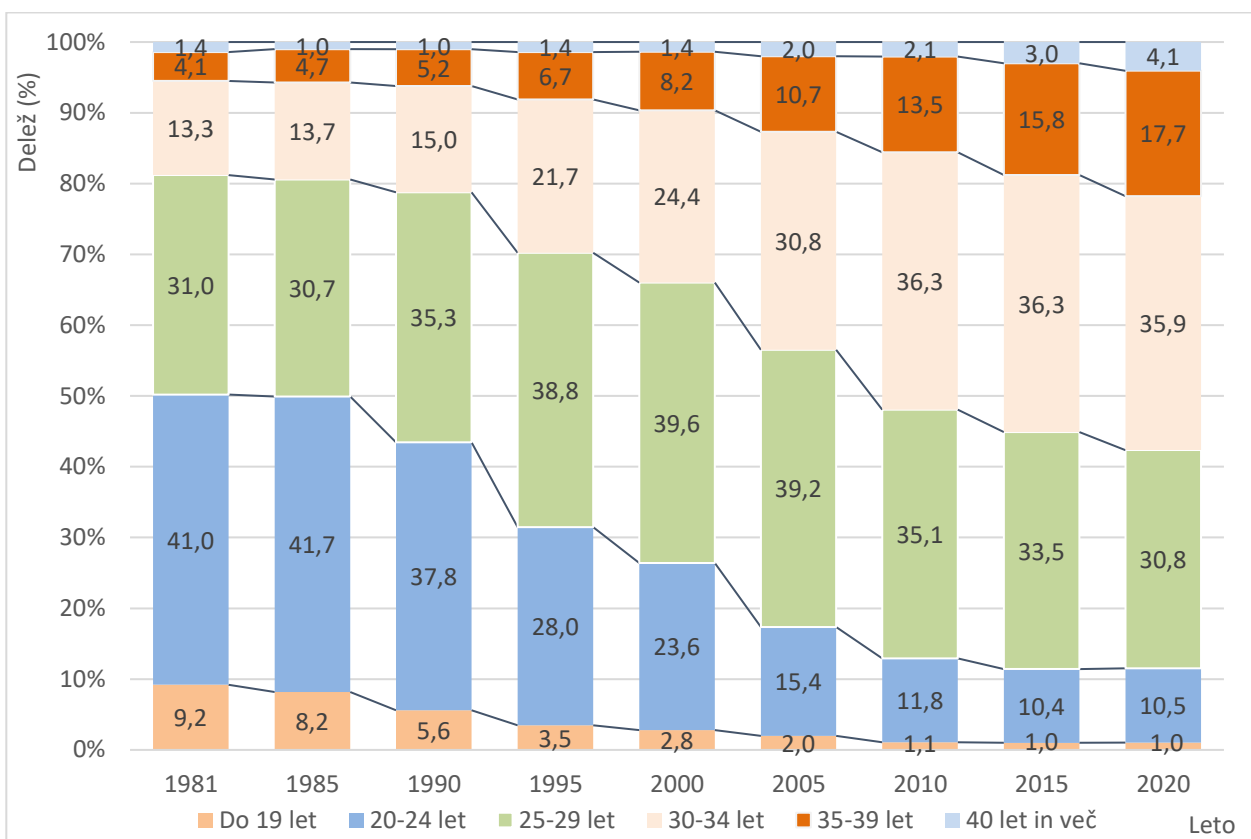
Slika 1. Skupine porodnic po *Robsonovi klasifikaciji*\* (Povzeto po 10).

\* CR - carski rez.

## REZULTATI

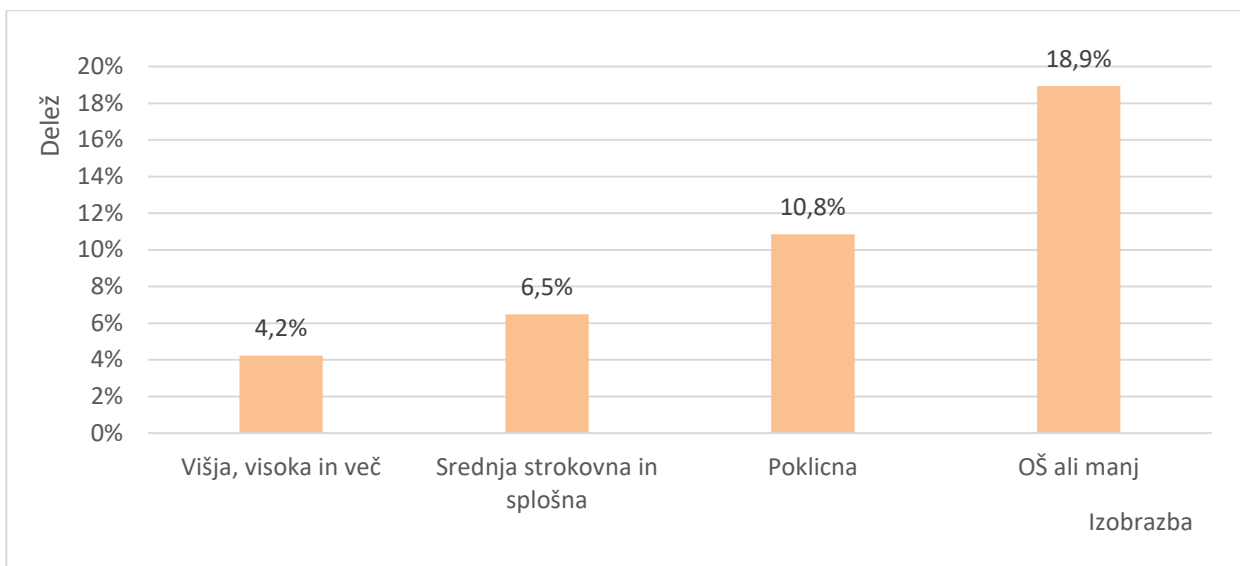
V letu 2020 smo zabeležili 18.329 porodov prebivalk Slovenije, pri katerih se je rodilo 18.628 otrok. Mrtvorojenih je bilo 114 otrok, živorojenih pa 18.514. Med živorojenimi je bilo 582 (3,1 %) otrok iz večplodnih nosečnosti. Nataliteta je v letu 2020 znašala 8,8 živorojenih na 1000 prebivalcev, celokupna stopnja rodnosti pa 1,58 otroka na žensko v rodni dobi.

Povprečna starost porodnic je v zadnjem desetletju še nekoliko porasla. Ženske, ki so rodile v letu 2020, so bile v povprečju stare 31 let, tiste, ki so rodile prvega otroka pa 29,6 let. Ženske, mlajše od 20 let, so rodile en odstotek otrok, mladoletnih porodnic je bilo le 59. Več kot vsak peti otrok (21,8 %) pa je bil rojen ženski, stari 35 let ali več (Slika 2).



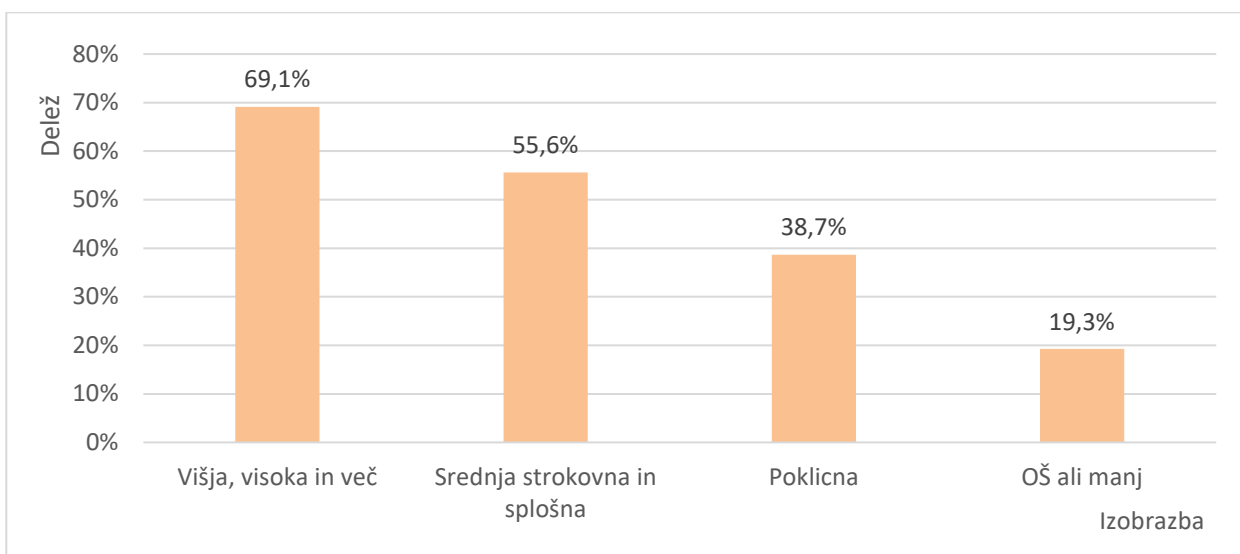
Slika 2. Delež živorojenih otrok po starosti matere, Slovenija 1981–2020.

Ženske, ki so rodile v letu 2020, so v 94,2 % zanosile spontano, 1,1 % jih je zanosilo po indukciji ovulacije in/ali umetni inseminaciji, 4,7 % pa s pomočjo postopkov oploditve v epruveti. Porodnice so v povprečju opravile 10,1 pregled v posvetovalnici za nosečnice, kar je za 0,5 manj kot predhodno leto. Prisotne so velike regijske razlike, na Goriškem so tako zabeležili v povprečju 9,3 pregledov v nosečnosti, na Koroškem pa kar 12. Brez pregleda v nosečnosti je bilo 0,3 % porodnic, kar je primerljivo s predhodnimi leti. Večina nosečnic (92 %) je prišla na prvi pregled v nosečnosti do 12. tedna, kar je v skladu s priporočili. Tveganje, da bo ženska pozno vstopila v predporodno zdravstveno varstvo, je bilo pomembno večje pri najmanj izobraženih nosečnicah (Slika 3).



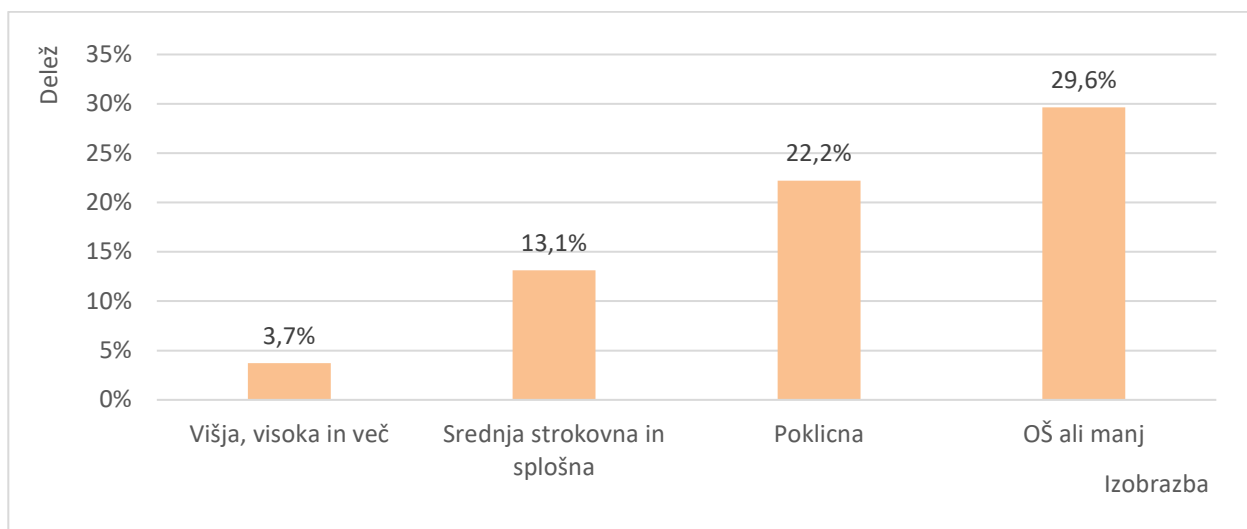
Slika 3. Prvi preventivni pregled po 12. tednu nosečnosti, po dokončani izobrazbi nosečnice, Slovenija 2020.

V letu 2020 so imele ženske v povprečju v nosečnosti opravljenih tudi 4,7 ultrazvočnih preiskav (od 3,9 na Goriškem do 5,6 na Koroškem), kar 84 % pa jih je opravilo tudi vsaj eno presejalno preiskavo na prisotnost kromosomopatij pri plodu, najmanj (58 %) v skupini žensk z osnovnošolsko izobrazbo ali manj. V letu 2020 je pomembno upadla udeležba na tečajih *Priprave na porod in starševstvo*, kar sovpada s prisotnostjo epidemije covid-19 in ukrepov za omejevanje širjenja okužbe. Storitve, povezane z nosečnostjo in porodom, so bile sicer obravnavane kot prednostne in tako ni prišlo do prekinitve izvajanja le-teh, kljub temu pa je bila izvedba tečajev *Priprave na porod in starševstvo* ponekod okrnjena zaradi prerazporeditve kadra na delovišča, povezana z obvladovanjem epidemije (testiranje in kasneje cepljenje). Tovrstne tečaje je v predepidemijskem obdobju v povprečju obiskalo 80 % prvorodk, v letu 2020 pa le 58 % (od 41 % v podravski regiji do 75 % v Primorsko-notranjski regiji). Mnogo bolj so pripravo na porod in starševstvo obiskovale terciarno izobražene prvorodke, kot tiste z nižjo izobrazbo (Slika 4).



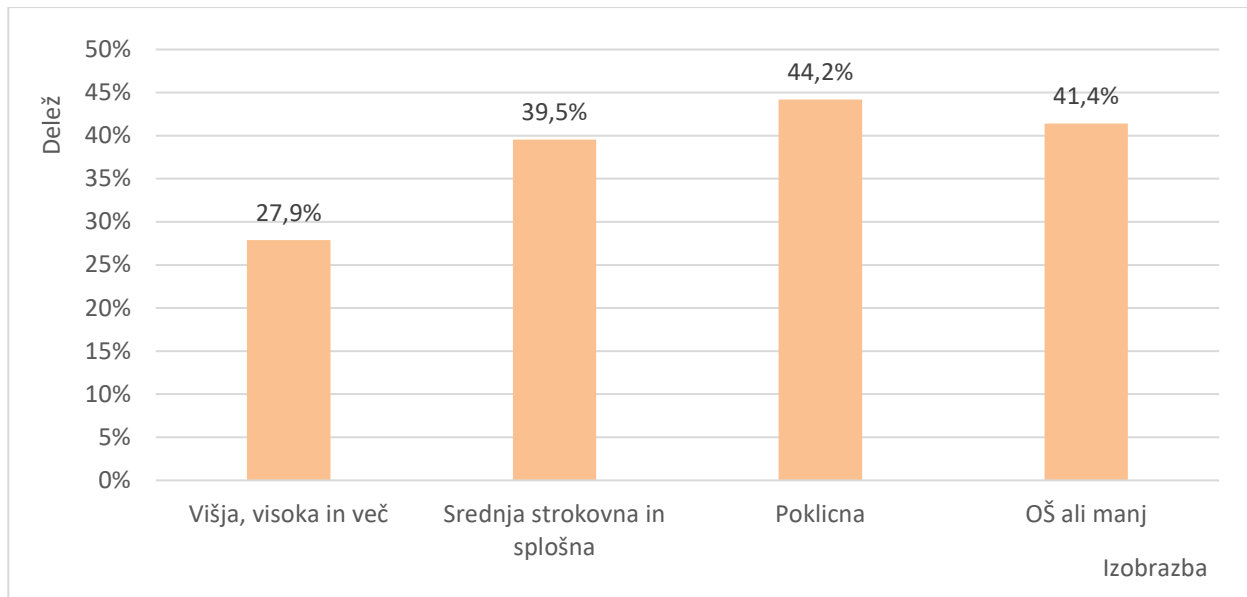
Slika 4. Udeležba prvorodk na *Pripravi na porod in starševstvo* po izobrazbi, Slovenija 2020.

Nižja izobrazba je bila tudi dejavnik tveganja za kajenje v nosečnosti (Slika 5). V povprečju je o kajenju v nosečnosti poročalo 10 % žensk, pogosteje mlajše in manj izobražene.



Slika 5. Delež kadilk med nosečnicami po izobrazbi, Slovenija 2020.

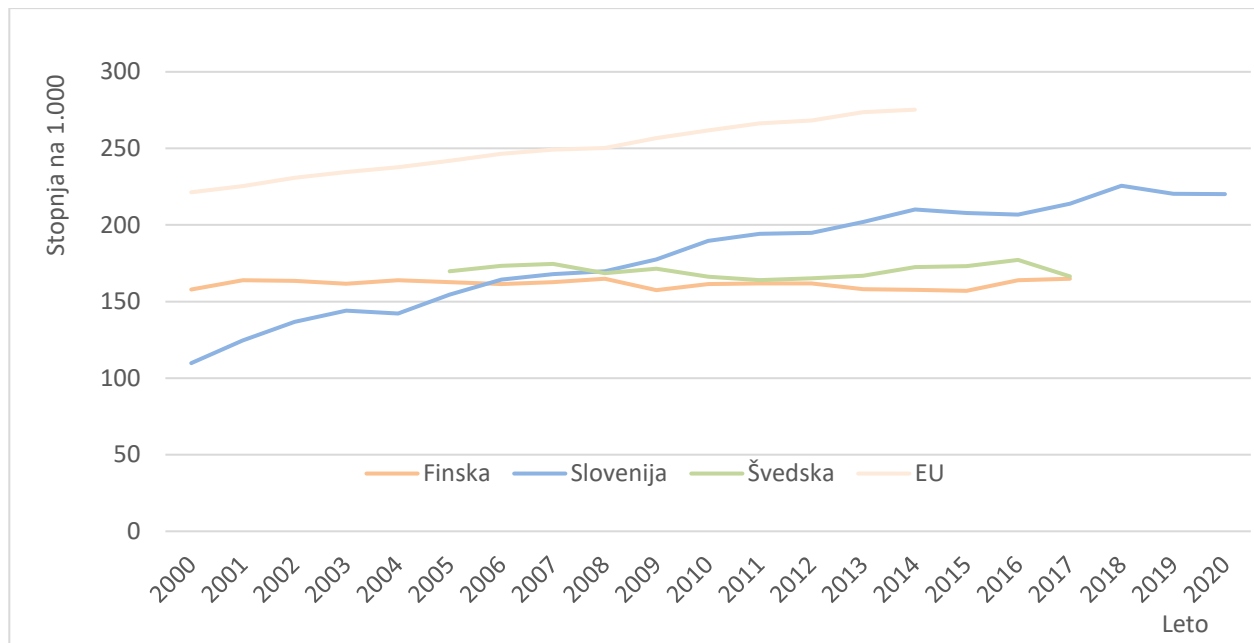
V začetku nosečnosti je imela dobra tretjina žensk (33,8 %) povišan indeks telesne mase, najpogosteje ženske s poklicno izobrazbo (Slika 6).



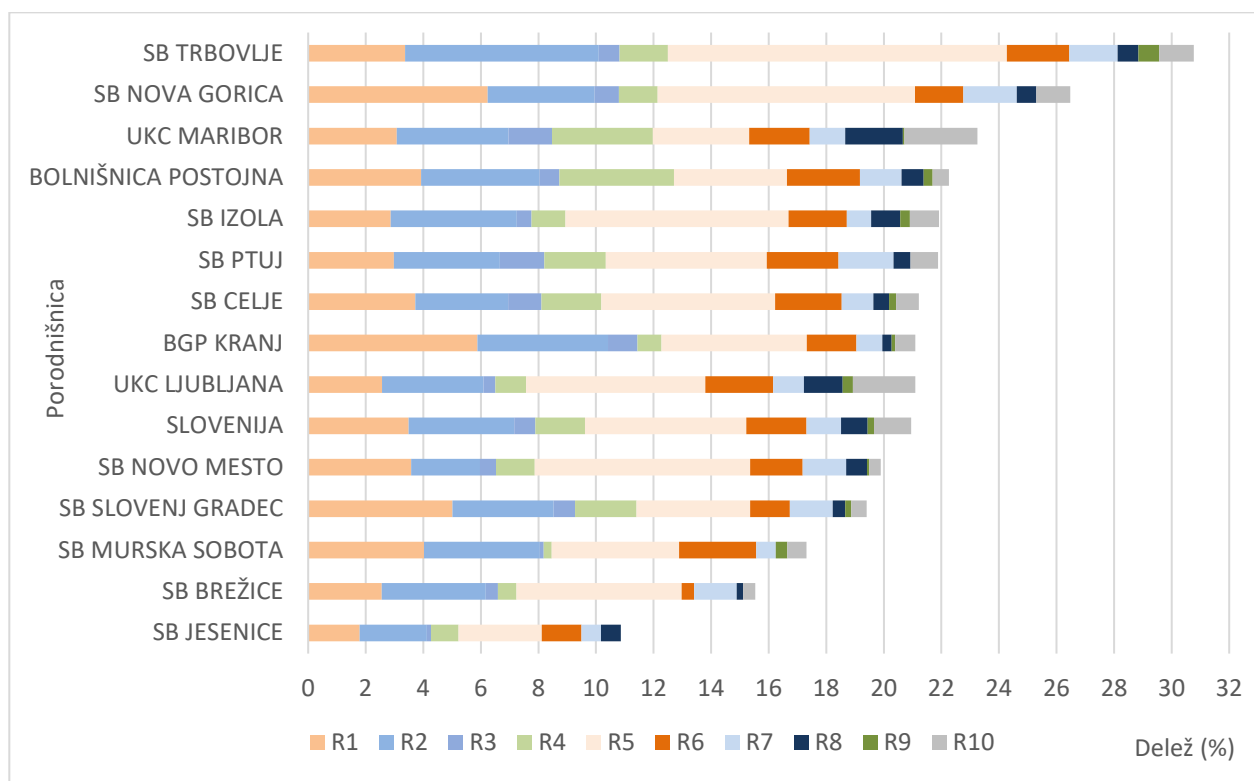
Slika 6. Delež nosečnic z indeksom telesne mase 25 in več v začetku nosečnosti po izobrazbi, Slovenija 2020.

Kar 18,6 % žensk, ki so rodile v letu 2020, je imelo v nosečnosti diagnosticiran gestacijski diabetes, 2,5 % hipertenzijo in 1,6 % preeklamsijo. Pri 0,7 % nosečnic je bil pred porodom indiciran transport in utero v terciarni center. 30 žensk je nenačrtovano rodilo izven porodnišnice ali na poti v porodnišnico, 55 pa jih je načrtovano rodilo izven porodnišnice, s strokovno pomočjo diplomirane babice. Vsi ostali porodi (99,5 %) so bili v porodnišnicah. Dva od treh porodov (67,5 %) sta se pričela spontano, 22,5 % porodov je bilo sproženih, pri 10 % pa je bil indiciran elektivni carski rez. Še nadaljnjih 11,4 % porodov se je končalo z

urgentnim carskim rezom. Naraščanje deleža carskih rezov v Sloveniji, ki je bilo zelo intenzivno v preteklih dvajsetih letih, se je v zadnjih letih umirilo in delež carskih rezov ostaja pod povprečjem v Evropski uniji (Slika 7), še vedno pa ugotavljamo zelo velike razlike med porodnišnicami, tudi če upoštevamo različno strukturo porodnic, ki jih obravnavajo (Slika 8).



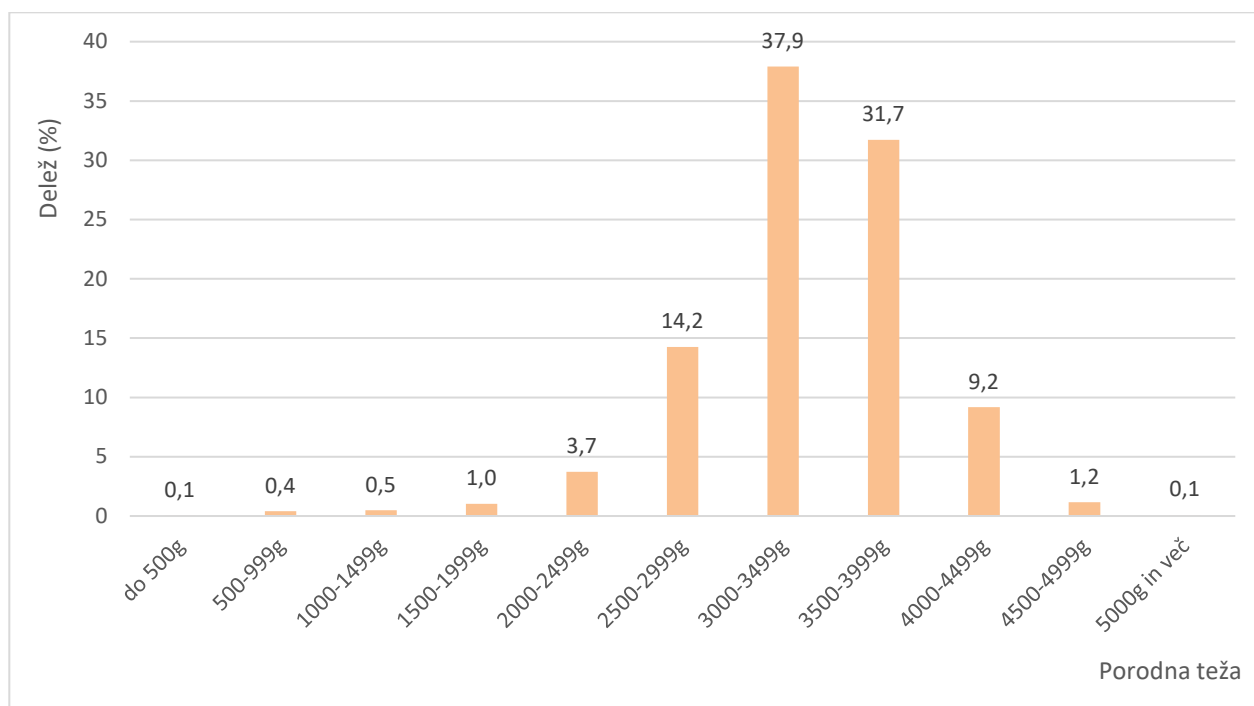
Slika 7. Število carskih rezov na 1000 živorojenih, Slovenija, Finska, Švedska in povprečje EU, 2000–2020.



Slika 8. Delež porodov s carskim rezom, po Robsonovih skupinah in porodnišnicah v Sloveniji, 2020. R1 do R10 – Robsonove skupine od 1 do 10.

Velike razlike med porodničnicami so tudi v deležu vaginalnih porodov, ki se končajo s pomočjo vakuuma. Takšnih je bilo leta 2020 v povprečju 3,3 %, od 1,5 % na Ptuju do 10,2 % v Izoli. Še mnogo večji razpon je v deležu vaginalnih porodov, pri katerih je narejena epiziotomija. Le-teh je bilo v letu 2020 povprečno 29,4 %, od 2,2 % na Jesenicah do 56,8 % v Trbovljah. Tudi pri obravnavi porodne bolečine je situacija v Sloveniji zelo pestra. V letu 2020 je tako 22,5 % porodnic, ki so rodile vaginalno, prejelo epiduralno analgezijo (od manj kot odstotka v Trbovljah in Celju, do preko 50 % v Kranju). Dobra četrtina porodnic je prejela inhalacijsko analgezijo z dušikovim oksidulom, velika večina teh je rodila v Ljubljani, kjer je tovrstno analgezijo prejela vsaka tretja porodnica, medtem ko nekaj porodničnic tovrstne analgezije sploh ne uporablja. Prevladovala je uporaba analgezije z različnimi farmakološkimi sredstvi, petidin sta prejela 22,2 %, remifentanil 10,8 % in druga farmakološka sredstva 12,5 % žensk, ki so rodile vaginalno. Povsem brez analgezije je vaginalno rodila vsaka četrta ženska, od 6,6 % na Ptuju, do kar 85,4 % na Jesenicah.

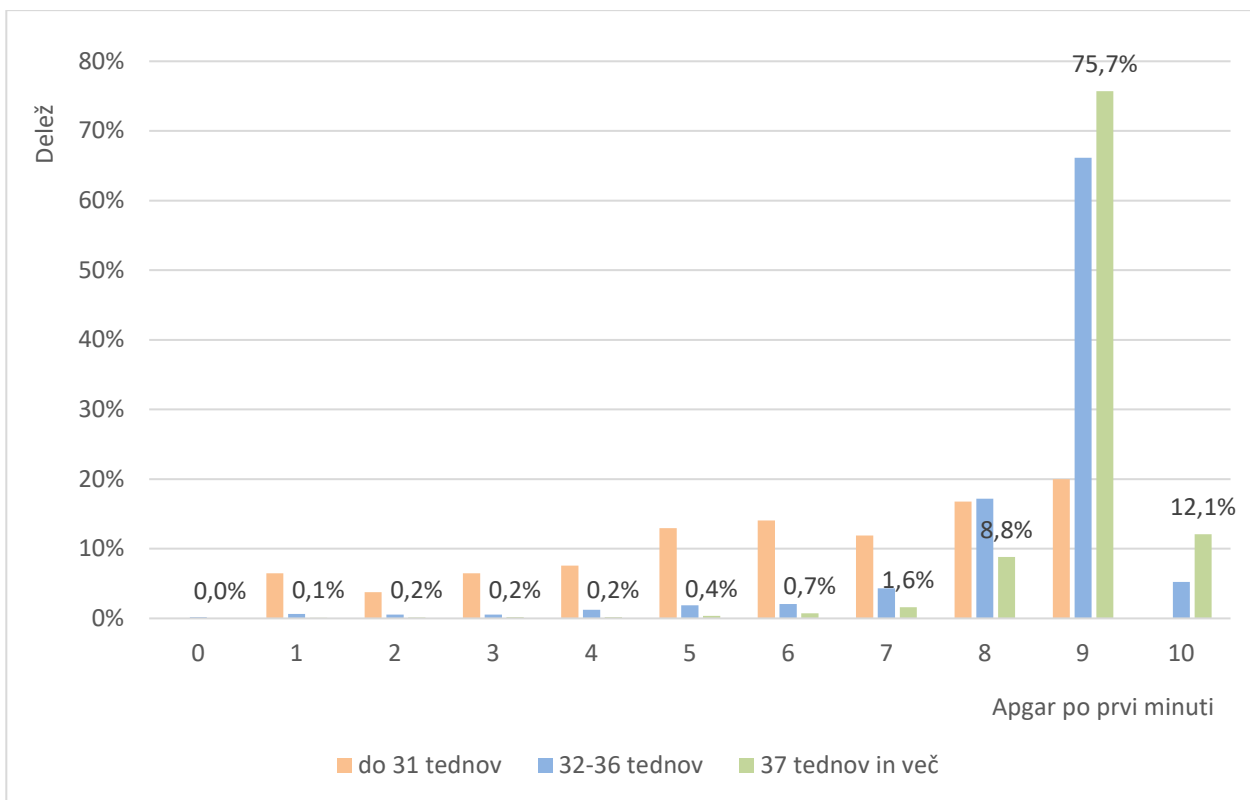
Skoraj 7 % živorojenih otrok, rojenih v letu 2020, je bilo nedonošenih (rojenih pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti). Pred 32. tednom nosečnosti je bil rojen 1 % živorojenih otrok, med 32. in 36. tednom nosečnosti pa 5,8 %. Prenošanih (rojenih po 41. tednu) je bilo le 0,1 % otrok, kar pomeni, da je bilo ob terminu rojenih dobrih 93 % živorojenih novorojenčkov. Nizka porodna teža (pod 2500 gramov) je bila zabeležena pri 5,7 % živorojenih novorojenčkov, podrobnejši prikaz teže novorojenčkov je na Sliki 9.



Slika 9. Živorojeni novorojenčki po porodni teži, Slovenija 2020.

Kot primernih za gestacijsko starost so zdravstveni strokovnjaki opredelili 86,9 % živorojenih novorojenčkov, 5,6 % je bilo opredeljenih kot premajhnih oziroma zahirančkov, 7,5 % pa kot prevelikih za gestacijsko starost. Največ novorojenčkov (74,6 %) je v prvi minuti po rojstvu prejelo oceno po Apgarjevi 9, podrobnejši prikaz ocene po Apgarjevi po gestacijski starosti je prikazan na Sliki 10.



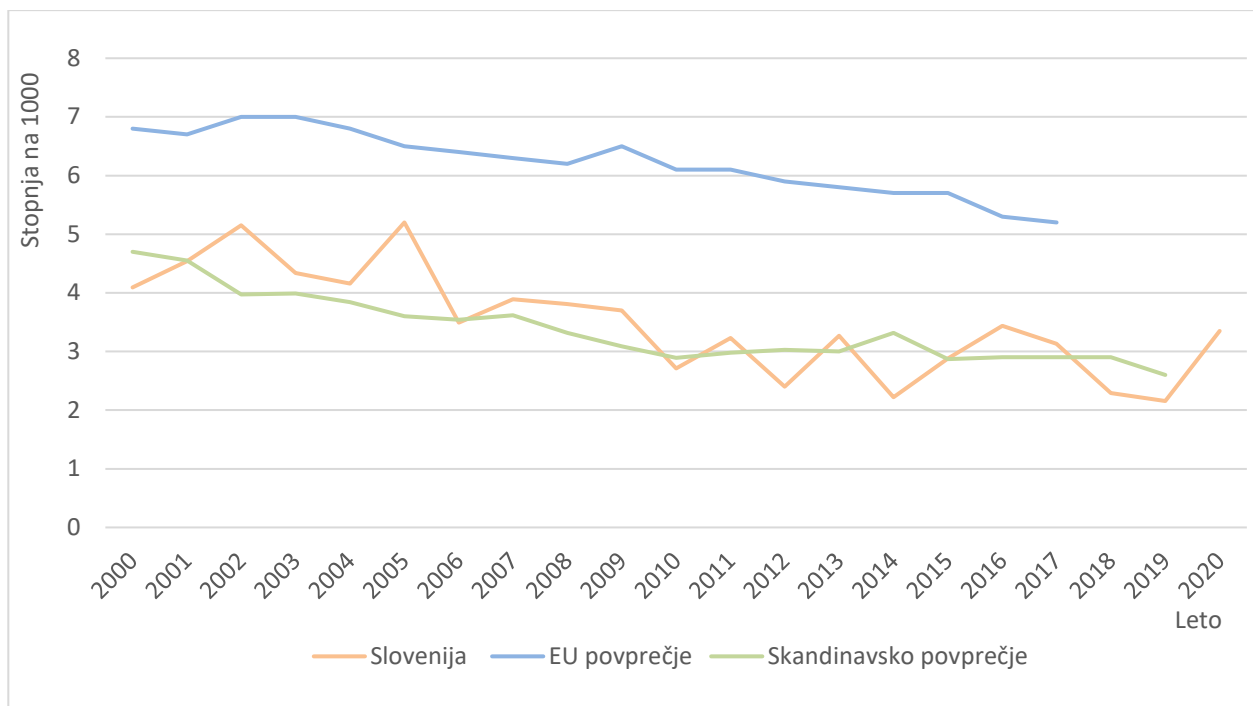


Slika 10. Apgar po prvi minuti glede na gestacijsko starost, živorojeni 2020.

Dobrih 95 % živorojenih novorojenčkov ob rojstvu ni potrebovalo nobenih ukrepov za oživljanje, 1,9 % jih je potrebovalo stimulacijo dihanja, 2,4 % umetno ventilacijo z masko, manj kot odstotek pa intenzivnejše ukrepe oživljanja.

Večje prirojene anomalije (major malformacije) so bile zabeležene pri 137 živorojenih novorojenčkih (0,7 % vseh), manjše prirojene anomalije (minor malformacije) pa pri 515 ali 2,8 % živorojenih novorojenčkih. Kot najpogostejša malformacija je bila zabeležena ankiloglosija (priraščen jezik). Najpogostejše diagnoze, ki so jih prejeli novorojenčki v času hospitalizacije, so bile zlatenica, sindrom otroka matere z gestacijskim diabetesom ter okužba ali sum na okužbo. Najpogostejša zabeležena poškodba novorojenčka je bil kefalhematom zaradi porodne poškodbe.

Stopnja mrtvorojenosti je v letu 2020 znašala 6,1 na 1000 rojstev, stopnja perinatalne umrljivosti 7,1 na 1000 rojstev, stopnja perinatalne umrljivosti otrok, težkih 1000 gramov in več, 3,4 na 1000 rojstev, zgodnja neonatalna umrljivost 1,0 na 1000 živorojenih ter pozna neonatalna umrljivost 0,4 na 1000 živorojenih. Primerjava stopnje perinatalne umrljivosti otrok, težkih 1000 gramov in več, s povprečjem članic EU in skandinavskih držav je prikazana na Sliki 11.



Slika 11. Perinatalna umrljivost otrok, težkih 1000 g in več, na 1000 rojstev, Slovenija, EU in skandinavsko povprečje, 2000–2020.

## RAZPRAVA

V zadnjem desetletju smo v Sloveniji zabeležili trend upadanja števila rojenih otrok, kar je predvsem posledica vse manjšega števila žensk v rodni dobi, medtem ko se celokupna stopnja rodnosti že desetletje giblje okoli vrednosti 1,6 otroka na žensko v rodni dobi, kar je primerljivo s povprečjem v Evropski uniji (2). Kot kažejo podatki v Sloveniji, večina nosečnic pravočasno vstopi v predporodno varstvo in se redno udeležuje preventivnih pregledov. Pomemben dejavnik tveganja za slabšo udeležbo na preventivnih pregledih in v drugih preventivnih programih je nizek socialno-ekonomski položaj, kar ugotavljamo že dalj časa (5–7). Epidemija covid-19 v letu 2020 ni pomembneje vplivala na predporodno zdravstveno varstvo nosečnic pri izbranih ginekologih. V povprečju smo zabeležili le 0,5 preventivnega pregleda manj kot v letu 2019. Je pa epidemija covid-19 v letu 2020 negativno vplivala na udeležbo na tečajih *Priprave na porod in starševstvo*. Tovrstne tečaje je v predepidemijskem obdobju v povprečju obiskalo 80 % prvorodk. V letu 2020, ko je bila izvedba tečajev motena zaradi epidemskih ukrepov in prerazporeditve zdravstvenega kadra, je udeležba padla na 58 %, pri najmanj izobraženih ženskah je bila celo manj kot 20-odstotna. Pri izvedbi preventivnih programov za nosečnice ugotavljamo precejšnje razlike med regijami, kar kaže na različne prakse izvajalcev in je lahko posledica neobstoječega upravljanja oziroma nacionalne koordinacije preventivnih programov za nosečnice na državni ravni.

Povprečna starost porodnic je v zadnjih desetletjih porasla, s tem pa raste tudi tveganje za prisotnost kroničnih bolezni in njihovih zapletov v nosečnosti. Več kot vsak peti otrok je že rojen materi, starejši od 35 let, več pa se tudi delež otrok, ki jih rodijo ženske po 40. letu. Med dejavniki, ki lahko negativno vplivajo na potek nosečnosti, v zadnjem desetletju opažamo tudi trend porasta povišane telesne teže in debelosti pri nosečnicah, medtem ko delež žensk, ki v nosečnosti kadijo, stagnira. Pri obeh dejavnikih so manj izpostavljene ženske z višjim socialno-ekonomskim položajem.

Med diagnosticiranimi zapleti v nosečnosti je v zadnjem desetletju zelo porasel delež žensk z nosečnostno sladkorno boleznijo, kar je lahko posledica tako porasta dejavnikov tveganja (starost, povišana telesna teža in debelost), kot tudi spremembe načina preseganja nosečnic ter mejnih vrednosti za diagnozo.

Delež otrok, rojenih s carskim rezom, se je v zadnjih dveh desetletjih v Sloveniji praktično podvojil. Trend naraščanja beležijo tudi številne druge evropske države (2). Svetovna zdravstvena organizacija od leta 1985 priporoča od 10- do 15-odstotni delež carskih rezov in tudi v reviziji priporočil iz leta 2015 ugotavlja, da povečevanje deleža carskih rezov nad te vrednosti ne pripomore k zmanjševanju maternalne in neonatalne umrljivosti (12). Z večanjem deleža carskih rezov se povečuje tudi tveganje za zaplete, kot so predležea posteljica v naslednji nosečnosti, ki je lahko tudi vraščena, večja krvavitev ob tem in naslednjem porodu ter ponoven carski rez (13, 14). V Sloveniji se trend naraščanja deleža carskih rezov v zadnjih letih umirja in ostajamo pod povprečjem Evropske unije (2) tematiki pa se posveča tudi več pozornosti (15). Skrbijo pa velike razlike med porodničnicami, ki so prisotne, tudi če upoštevamo razlike v strukturi porodnic. Podobno opažamo tudi pri nekaterih drugih kazalnikih, kot so delež induciranih porodov, deleža vakuumskih izhodnih operacij in epiziotomij pri vaginalnih porodih ter pri uporabi sredstev za lajšanje porodnih bolečin. To kaže na potrebo po rednih analizah kazalnikov obporodnega zdravstvenega varstva, identifikaciji vzrokov za razlike med izvajalci ter sprejemanju strokovnih priporočil za odpravo neupravičenih razlik med izvajalci.

Deleža prezgodaj rojenih otrok in novorojenčkov z nizko porodno težo se v zadnjih letih gibljeta okoli povprečja v članicah Evropske unije (2). Stopnja mrtvorojenosti je bila v letu 2020 precej nad večletnim povprečjem in je presegala povprečja v članicah EU v zadnjem desetletju. Največji porast je bil zabeležen pri iatrogenih prekinitvah nosečnosti zaradi prirojenih anomalij ploda. Slednje bi lahko pripisali administrativnemu zvečanju števila primerov zaradi vpliva epidemije na potek nekaterih postopkov v zdravstvenem varstvu. Stopnja perinatalne umrljivosti otrok, težkih 1000 gramov in več, je bila leta 2020 v okviru običajnih letnih nihanj, ki smo jih opazovali v zadnjem desetletju. Podobno velja za zgodnjo neonatalno umrljivost ter pozno neonatalno umrljivost. Vsi ti kazalniki so bili tudi ugodnejši od povprečij v Evropski uniji v zadnjem desetletju.

## ZAKLJUČEK

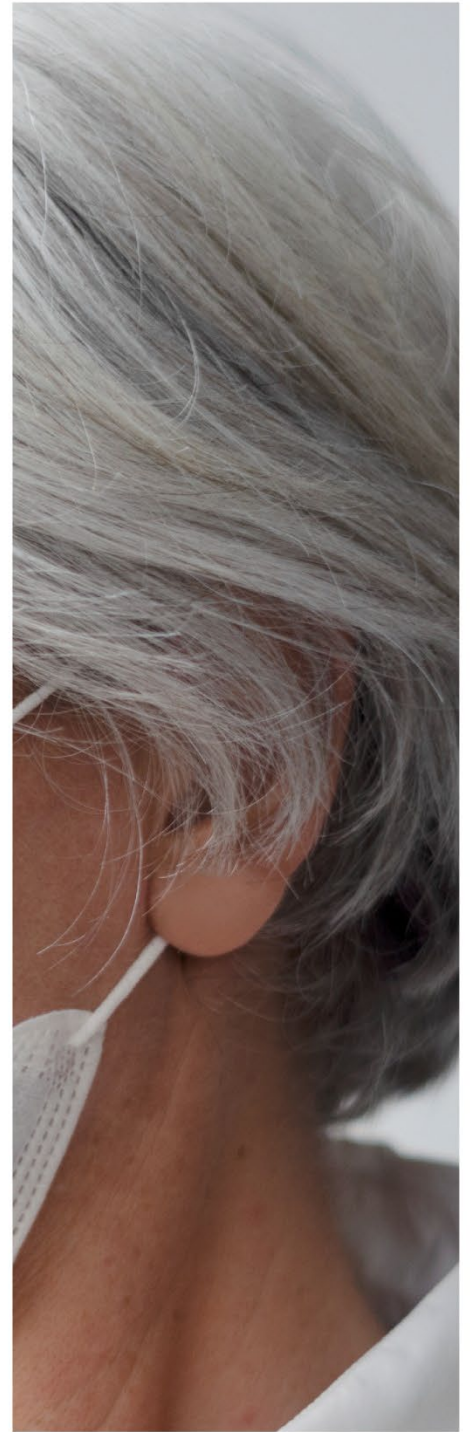
V povprečju so ključni slovenski perinatalni izidi zadovoljivi in primerljivi s stanjem v Evropski uniji. Prisotne pa so velike razlike v praksah že pri samem vodenju nosečnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva, še posebno pri preiskavah, ki niso dogovorjeno krite iz sredstev zdravstvenega zavarovanja. Prav tako ugotavljamo velike razlike med izvajalci pri številnih postopkih ob samem porodu. Vse to kaže na pomanjkanje ali neupoštevanje enotnih doktrin ter na odsotnost nacionalne koordinacije preventivnih programov v času nosečnosti. Tej problematiki bi bilo v prihodnje potrebno posvetiti več pozornosti.

Pomembne so tudi razlike v dejavnikih tveganja, koriščenju zdravstvenih storitev in perinatalnih izidih, ki jih konstantno ugotavljamo med ženskami z različnim socialno-ekonomskim položajem. Tovrstne neenakosti v zdravju so nepravilne in še posebej zaskrbljujoče, saj lahko vodijo do dolgoročnih posledic za zdravje, zato je ukrepanje v obporodnem obdobju ključno za preprečevanje medgeneracijskega prenosa slabega zdravja (1). V Sloveniji si žal že dalj časa prizadevamo za podporo odločevalcev pri razvoju specializiranih preventivnih programov za ranljive skupine žensk v obporodnem obdobju, saj obstoječi preventivni programi na njihove potrebe ne odgovarjajo v zadostni meri.

Storitve, povezane z nosečnostjo in porodom, so bile v času epidemije covid-19 obravnavane kot prednostne in tako ni prišlo do prekinitve izvajanja le-teh, kljub temu pa je bila izvedba tečajev *Priprave na porod in starševstvo* ponekod okrnjena in je udeležba zelo upadla. Večjih sprememb v perinatalnih izidih v času epidemije nismo zaznali, so pa še v teku podrobnejše analize nekaterih kazalnikov.

## VIRI

1. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015 [e-knjiga]. Euro-Peristat Project 2018. Pridobljeno 23. 5. 2022 s spletne strani: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com).
2. World Health Organization. European Region. European Health Information Gateway [spletna stran na internetu]. Pridobljeno 21. 10. 2022 s spletne strani: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>.
3. Bouvier-Colle MH, Mohangoo AD, Gissler M, Novak-Antolic Z, Vutuc C, Szamotulska K, et al. What about the mothers? An analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe. *BJOG* 2012; 119(7): 880–9.
4. Zeitlin J, Szamotulska K, Drewniak N, Mohangoo AD, Chalmers J, Sakkeus L, et al. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG* 2013; 120(11): 1356–65.
5. Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, et al., uredniki. Neenakosti v zdravju v Sloveniji Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2011.
6. Lesnik T, Gabrijelčič Blenkuš M, Hočevar Grom A, Kofol Bric T, Zaletel M, urednice. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
7. Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Zaletel M, Hočevar Grom A, Lesnik T, urednice. Neenakosti v zdravju: Izzivi prihodnosti v medsektorskem povezovanju [e-knjiga]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. Pridobljeno 27. 10. 2022 s spletne strani: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti\\_e\\_verzija.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_e_verzija.pdf).
8. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem RS [e-knjiga]. Ljubljana, 2021. Pridobljeno 2. 10. 2022 s spletne strani: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne\\_zbirke\\_raziskave/pis/peris-metodoloska-navodila-2022-v2-4.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne_zbirke_raziskave/pis/peris-metodoloska-navodila-2022-v2-4.pdf)
9. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001; 12(1): 23–39.
10. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization, 2017.
11. Robson Classification: Example of Robson Report Table with Interpretation. Geneva: World Health Organization, 2017.
12. Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization, 2015.
13. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007; 21: 98–113.
14. Fabjan Vodušek V, Kavšek G. Porod. V: Verdenik I, Novak Antolič Ž, Zupan J, uredniki. *Perinatologia Slovenica II, pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002–11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika UKC Ljubljana, 2013. str. 59–71.
15. Premru Sršen T, Mujezinović F, Kavšek G, uredniki. Carski rez; Pojasnilna dolžnost in pravni problemi v perinatologiji in neonatologiji: zbornik 17. Novakovi dnevi. Postojna, 3.-4. junij 2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, 2016.



8

COVID

Veronika Učakar, Nadja Šinkovec Zorko

## UVOD

Na Kitajskem so decembra 2019 zaznali več primerov pljučnic in potrdili okužbo z novim koronavirusom, ki so ga poimenovali SARS-CoV-2, bolezen, ki jo virus povzroča, pa covid-19. Prvi primeri covid-19 v Evropi so bili potrjeni konec januarja 2020 v Franciji in Nemčiji. V Sloveniji pa smo prvi primer covid-19 potrdili v začetku marca 2020. Zaradi vse večjega porasta števila novih primerov okužb je bila kasneje dvakrat s strani Vlade Republike Slovenije razglašena epidemija in uvedeni številni ukrepi za zamejevanje in obvladovanje širjenja okužb s SARS-CoV-2, kot so izolacija za okužene, karantena za izpostavljene, nošenje mask na javnih mestih, omejitve zbiranja ljudi, lokalne in mednarodne omejitve potovanj ter zaprtje šol in nekaterih podjetij (1).

Posamezniki, okuženi s SARS-CoV-2, so lahko brez simptomov ali imajo predsimpltomatsko okužbo, medtem ko se simptomi gibljejo od blage okužbe zgornjih dihal do hude dihalne stiske, ki se lahko konča celo s smrtjo (2). Podatki o potrjenih primerih okuženih s SARS-CoV-2 po spolu iz številnih držav po svetu kažejo, da so okužbe približno enako pogosto potrjene pri ženskah kot pri moških, imajo pa okuženi moški večje tveganje za težji potek covid-19 (ki zahteva zdravljenje v bolnišnici, na enoti intenzivne terapije) in smrt zaradi covid-19 (3). Kljub temu pa je potrebno poudariti, da po vsem svetu ženske predstavljajo 70 % delovne sile v zdravstvu in socialnih storitvah, kar jih samodejno postavlja v prvo vrsto med odzivom na epidemijo. Tako se ženske zaposlene v teh poklicih soočajo z večjim tveganjem za okužbo (4). Tudi odgovornost za nego bolnih svojcev doma je pogosto bolj naloga žensk, v nekaterih primerih imajo tako ženske v prvi vrsti odziva dvojno vlogo negovalk tako v službi kot doma, zaradi česar so še dodatno izpostavljene večjemu tveganju okužbe (5).

Samo z zaščitnimi ukrepi ni bilo možno dovolj učinkovito preprečevati novih okužb z virusom SARS-CoV-2 in težjih potekov covid-19, zato so bili vloženi veliki napor mednarodne znanstvene skupnosti, farmacevtskih podjetij in odločevalcev v razvoj učinkovitih in varnih cepiv proti covidu-19. Od decembra 2020 naprej je Evropska agencija za zdravila podelila izredna dovoljenja za uporabo petim cepivom proti covidu-19 (6). V Sloveniji je bila oblikovana *Nacionalna strategija cepljenja proti covidu-19*, s ciljem zmanjšati umrljivost zaradi covid-19, izboljšati zdravje prebivalstva s preprečevanjem težkega poteka koronavirusne bolezni pri posameznikih, razbremeniti zdravstveni sistem ter omogočiti ponoven zagon gospodarstva ter ponovno vzpostaviti izobraževanje, promet, dejavnosti v kulturi ter socialno življenje in ostale aktivnosti, ki so bile zaradi epidemije omejene (7).

Cepljenje proti covidu-19 se je v Sloveniji začelo konec decembra 2020, najprej med oskrbovanci in zaposlenimi v Domovih starejših občanov (DSO) ter med izpostavljenimi zdravstvenimi delavci in sodelavci, nato pa med osebami, starimi 80 let in več. V drugem tednu februarja se je začelo izvajati cepljenje tudi pri osebah, starih 18–65 let (posebej ranljivi kronični bolniki), v skladu s posodobljenimi priporočili glede prednostnih skupin za cepljenje in cepljenje nepokretnih oseb ne glede na starost. V naslednjih mesecih se je starostna meja ciljnih skupin za cepljenje postopoma zniževala, s cepljenjem so začeli tudi pri zaposlenih v vzgoji in izobraževanju ter kroničnih bolnikih (8). Od drugega tedna meseca maja je cepljenje proti covidu-19 na voljo za vse prebivalce. Cepljenje z dodatnim tretjim odmerkom cepiva za osebe s presajenimi organi in težje imunsko oslabele osebe se je pri nas pričelo v drugi polovici avgusta 2021, čez nekaj tednov pa še cepljenje s požitvenim (tretjim) odmerkom cepiva za oskrbovance DSO, osebe, stare 70 let in več, ter za posebej ranljive kronične bolnike. Od konca novembra 2021 naprej pa je bilo cepljenje s požitvenim odmerkom priporočeno za vse odrasle prebivalce, še posebej pa za nekatere ciljne skupine prebivalstva. V skladu s priporočili, veljavnimi v času priprave tega besedila, je za oskrbovance DSO/SVZ, osebe, stare 60 let in več, ter posebej ranljive kronične bolnike priporočljiv tudi drugi požitveni (četrti) odmerek cepiva.

Namen tega prispevka je prikazati breme okužb s SARS-CoV-2 med slovenskimi ženskami in prikazati njihovo precepljenost proti covidu-19 v primerjavi z moškimi od začetka epidemije covid-19 v Sloveniji pa do konca junija 2022.

## METODOLOGIJA

Ob pojavu prve osebe z okužbo s SARS-CoV-2 v Sloveniji je bila uvedena obveznost prijave vseh potrjenih primerov v skladu z *Zakonom o nalezljivih boleznih* (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20, 175/20 – ZIUOPDVE, 15/21 – ZDUOP, 82/21 in 178/21 – odl.US). Potrjen primer je bil opredeljen kot oseba, pri kateri je bila okužba s SARS-CoV-2 potrjena s PCR, ter v obdobjih od 21. 12. 2020 do 12. 2. 2021 in od 1. 2. 2022 dalje tudi kot oseba, pri kateri je bila okužba potrjena s hitrim antigenskim testom (HAGT) (9). V *Evidenco nalezljivih bolezni* na NIJZ (NIJZ 48) v skladu z *Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva* (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOP DVE in 112/21 – ZNUPZ) pridobivamo prijave potrjenih primerov vseh laboratorijev, ki v Sloveniji opravljajo PCR testiranje kliničnih vzorcev na okužbo s SARS-CoV-2 (11). Poleg tega iz *Centralnega registra podatkov o pacientih* (CRPP) pridobivamo tudi prijave potrjenih primerov s strani vseh izvajalcev HAGT v Sloveniji.

V prispevku podatke o potrjenih primerih okuženih s SARS-CoV-2 prikazujemo po tednih, oštevilčenih po ISO standardu. Izračunali smo tedensko število primerov na 100.000 prebivalcev (incidenco) po spolu in po starostnih razredih: 18–44, 45–64, 65–74, 75–84, 85+ let. Tedenske incidence so izračunane na število prebivalcev na dan 1. 1. (H1) za posamezno leto 2020, 2021 in 2022, po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURs) (10).

NIJZ je v okviru eZdravja vzpostavil *Elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju* (eRCO), ki izvajalcem cepljenja omogoča poenoten način beleženja opravljenih cepljenj v lokalne sisteme, podatki se potem sproti prenašajo v eRCO. Sistem omogoča tudi poročanje neželenih učinkov po cepljenju (11). V sklopu nacionalne kampanje cepljenja našega prebivalstva proti covidu-19 pa je bila prvič zagotovljena vključenost vseh izvajalcev tega cepljenja v eRCO, kar je omogočilo izdelavo natančnejših ocen precepljenosti in pregled nad izvajanjem cepljenja v realnem času ter spremljanje neželenih učinkov po cepljenju. Po veljavni zakonodaji, ki ureja cepljenje, so izvajalci cepljenja dolžni voditi evidence o opravljenih cepljenjih in zaščiti s specifičnimi imunoglobulini ter o njih poročati na NIJZ.

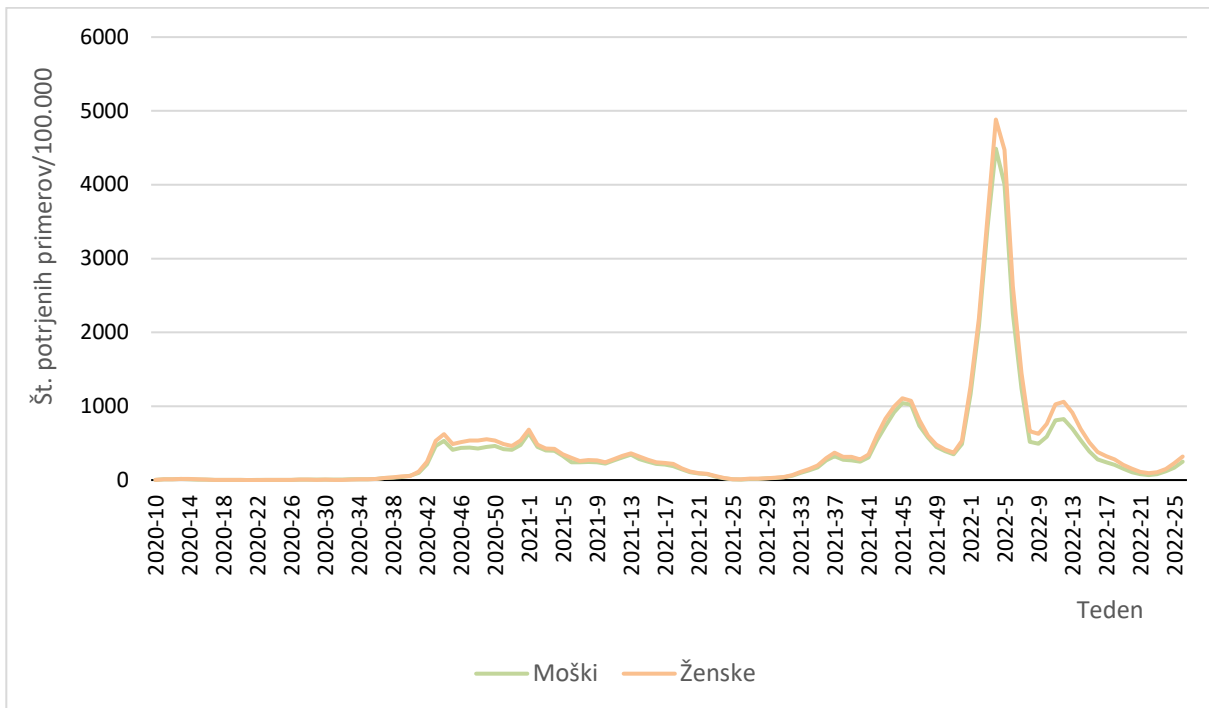
Precepljenost pomeni delež oseb, cepljenih proti določeni nalezljivi bolezni ali z določenim cepivom v ciljni populaciji na določenem območju, oziroma delež pravočasno cepljenih oseb v ciljni populaciji. Na podlagi precepljenosti lahko ocenimo, koliko oseb v ciljni populaciji je zaščiteno (12). Precepljenost proti covidu-19 izračunavamo na podlagi podatkov o opravljenih cepljenjih, zbranih v eRCO, in podatkov o številu prebivalstva na dan 1. 1. 2022 (H1), ki jih objavlja SURs (10). V prispevku podatke o precepljenosti proti covidu-19 prikazujemo glede na cepilni status (cepljeni z vsaj enim odmerkom, cepljeni z vsemi odmerki po osnovni shemi, cepljeni z dodatnim/poživitvenim odmerkom) po spolu in po starostnih razredih. Polno cepljene so vse tiste osebe, ki so bile cepljene po osnovni shemi z vsemi predpisanimi odmerki cepiva proti covidu-19. Osnovna shema cepljenja proti covidu-19 za cepiva Comirnaty (Pfizer-BioNTech), Spikevax (Moderna), Vaxzevria (AstraZeneca), Nuvaxovid (Novavax) je 2 odmerka, za cepivo Jcovden/Janssen (Johnson&Johnson) pa 1 odmerek. Osebe, ki so prejele dodaten ali poživitveni odmerek, so bile vse tiste, ki so bile cepljene po osnovni shemi in so prejele tudi dodaten odmerek cepiva v okviru osnovnega cepljenja (npr. zaradi oslabiljene imunosti) ali poživitveni odmerek po cepljenju po osnovni shemi.

## REZULTATI

V Sloveniji je bilo v opazovanem obdobju (od 10. tedna 2020 do 26. tedna 2022) potrjenih 1.041.527 primerov okužbe s SARS-CoV-2. Od tega je bilo 550.135 potrjenih primerov pri ženskah in 489.422 pri moških.

Slika 1 prikazuje tedensko število prijavljenih primerov na 100.000 prebivalcev (incidenca) med ženskami in moškimi.

V letu 2020 je bila najvišja tedenska incidenca na 100.000 prebivalcev med ženskami v 47. in 50. tednu in je znašala 534,7, pri moških pa v 50. tednu in je znašala 463,2. V letu 2021 je bila najvišja tedenska incidenca med ženskami v 45. tednu in je znašala 1106,5, med moškimi pa prav tako v 45. tednu in je znašala 1043,2. V začetku leta 2022 smo zabeležili absolutni vrh epidemije, ko sta bili tedenski incidenci daleč najvišji v celotnem opazovanem obdobju od začetka epidemije. Tedenska incidenca med ženskami je bila najvišja v 4. tednu in je znašala 4883,8, v istem tednu je bila najvišja tudi med moškimi in je znašala 4486,1.



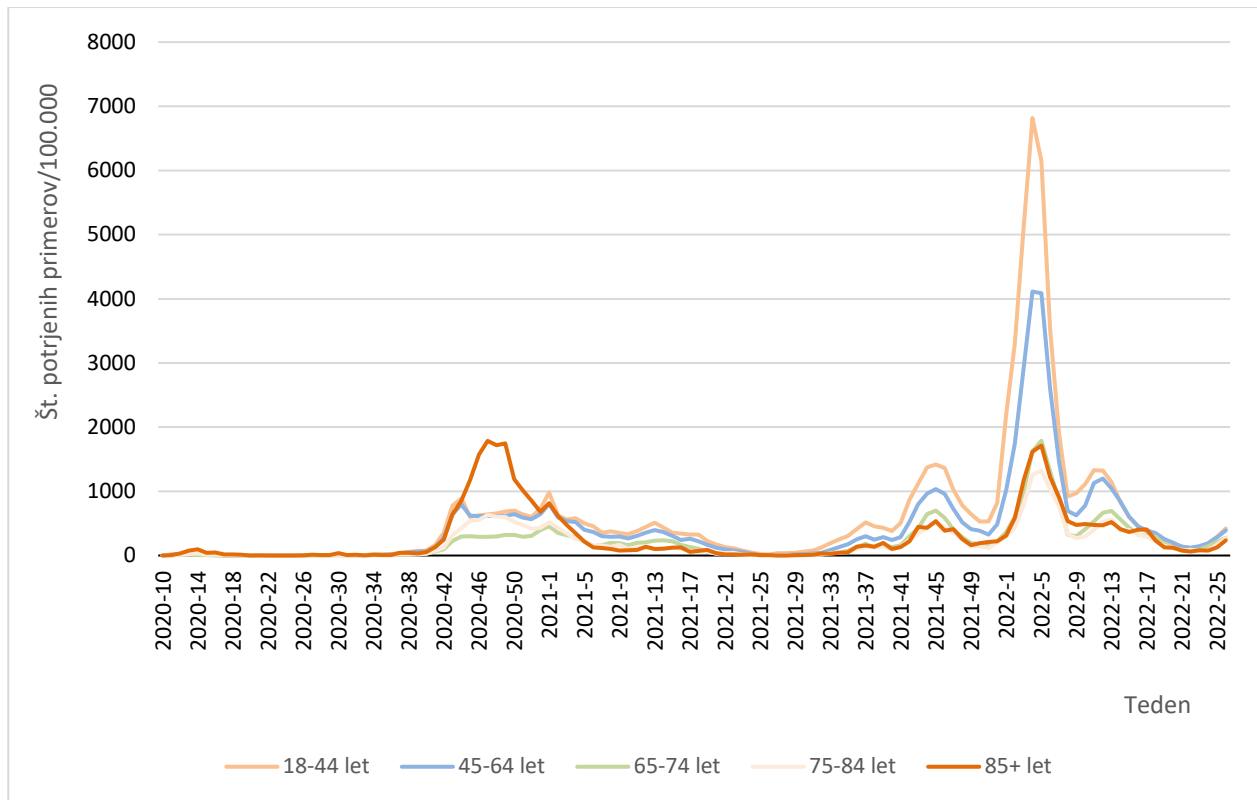
Slika 1. Tedensko število potrjenih primerov na 100.000 prebivalcev med ženskami in moškimi, Slovenija, od 10. tedna 2020 do 26. tedna 2022.

Slika 2 prikazuje tedensko število potrjenih primerov med ženskami na 100.000 žensk (incidenca) po starostnih razredih.

V začetku epidemije covid-19 v Sloveniji, v letu 2020, smo najvišje tedenske starostno specifične incidence med ženskami beležili v najstarejših starostnih skupinah. Tako je bila najvišja tedenska incidenca v starostni skupini žensk, starih 85 let in več, v 47. tednu in je znašala 1786,6, manj pogoste pa so bile okužbe s SARS-CoV-2 v aktivni populaciji žensk, kjer sta tedenski incidenci v istem tednu znašali 642,4 (18–44 let) in 618,1 (45–64 let). Nato pa je sledila starostna skupina žensk starih od 75 do 84 let, pri kateri je bila najvišja tedenska incidenca v letu 2020 zabeležena v 47. tednu in je znašala 628,3.



V nadaljevanju epidemije, od začetka leta 2021, pa se je epidemiološka situacija spremenila. Najvišje tedenske incidence med ženskami nismo več beležili med najstarejšimi, ampak se je breme okužb s SARS-CoV-2 preneslo v aktivno populacijo žensk. Tako smo v 4. tednu leta 2022 (vrh epidemije po številu okuženih) daleč najvišjo tedensko incidenco beležili med ženskami, starimi od 18 do 44 let, in je znašala 6818,4, sledila je starostna skupina žensk od 45 let do 64 let, kjer je tedenska incidenca znašala 4113,5. Okužbe s SARS-CoV-2 pa so bile najmanj pogoste v starostni skupini od 75 do 84 let, kjer je tedenska incidenca v 4. tednu leta 2022 znašala 1260,5.



Slika 2. Tedensko število potrjenih primerov med ženskami na 100.000 žensk po starostnih razredih, Slovenija, od 10. tedna 2020 do 26. tedna 2022.

V Sloveniji je bilo do konca junija 2022 1.218.871 prebivalcev, starih 18 let ali več, cepljenih z vsaj enim odmerkom cepiva proti covidu-19, od tega je bilo 608.925 žensk in 609.946 moških. Z vsemi odmerki po osnovni shemi pa je bilo cepljenih 1.179.411 prebivalcev, od tega 588.642 ženski in 590.769 moških.

Preglednica 1 prikazuje delež cepljenih (precepljenost) proti covidu-19 po starostnih razredih za vse prebivalce, stare 18 let ali več, za ženske in za moške v Sloveniji na dan 30. 6. 2022.

Precepljenost z vsaj enim odmerkom, z vsemi odmerki osnovne sheme in z dodatnim/poživitvenim odmerkom je naraščala s starostjo pri moških.

Precepljenost proti covidu-19 z vsaj enim odmerkom, z vsemi odmerki osnovne sheme in z dodatnim/poživitvenim odmerkom je bila nekoliko nižja med ženskami v primerjavi z moškimi v vseh starostnih skupinah, razen pri ženskah iz aktivne populacije, starih od 18 do 64 let, cepljenih z dodatnim/poživitvenim odmerkom.

Preglednica 1. Delež cepljenih proti covidu-19 (skupaj, ženske, moški) po starostnih razredih, Slovenija na dan 30. 6. 2022.

	Cepljeni z vsaj enim odmerkom		Cepljeni z vsemi odmerki osnovne sheme		Cepljeni z dodatnim/poživitvenim odmerkom	
	Število	%	Število	%	Število	%
Skupaj						
<b>18–44</b>	410.176	59,7	390.012	56,8	137.148	20,0
<b>45–64</b>	436.100	72,8	422.271	70,5	238.714	39,8
<b>65–74</b>	206.806	82,4	203.793	81,2	154.273	61,5
<b>75–84</b>	118.688	86,1	117.164	85,0	90.629	65,8
<b>85+ let</b>	47.101	84,1	46.171	82,4	33.025	59,0
Ženske						
<b>18–44</b>	190.056	59,0	180.064	55,9	65.500	20,3
<b>45–64</b>	212.887	72,5	205.828	70,1	117.855	40,1
<b>65–74</b>	105.963	81,0	104.329	79,8	78.278	59,8
<b>75–84</b>	67.853	83,7	66.954	82,6	50.701	62,5
<b>85+ let</b>	32.166	81,5	31.467	79,7	21.908	55,5
Moški						
<b>18–44</b>	220.120	60,3	209.948	57,5	71.648	19,6
<b>45–64</b>	223.213	73,1	216.443	70,8	120.859	39,6
<b>65–74</b>	100.843	83,9	99.464	82,8	75.995	63,3
<b>75–84</b>	50.835	89,6	50.210	88,5	39.928	70,4
<b>85+ let</b>	14.935	90,4	14.704	89,0	11.117	67,3

## RAZPRAVA

V dveh letih in pol epidemije covid-19 so bile najvišje tedenske incidence prijavljenih primerov okužb s SARS-CoV-2 na 100.000 prebivalcev nekoliko višje med slovenskimi ženskami kot med moškimi. Raziskave in podatki iz sistemov epidemiološkega spremljanja kažejo, da covid-19 ne prizadene enako žensk kot moških, pri čemer imajo okuženi moški večje tveganje za težji potek covid-19 (ki zahteva zdravljenje v bolnišnici, na enoti intenzivne terapije) in smrt zaradi covid-19. Možne razlage za takšno razliko med spoloma vključujejo: manjše breme nenalezljivih bolezni med ženskami (npr. možganska kap, večina srčnih bolezni, večina rakov in sladkorna bolezen), ki so dejavniki tveganja za umrljivost bolnikov, okuženih s SARS-CoV-2; bolj razširjen zdrav življenjski slog med ženskami in manj razširjeni dejavniki tveganja, kot je kajenje itd.; nekoliko drugačno delovanje imunskega sistema pri ženskah (kaže se, da imajo ženske močnejši imunski odziv kot moški), čeprav razlogi za to še niso povsem jasni in so predmet raziskovanja. Nekatere skupine žensk pa imajo višje tveganje za težak potek bolezni. Poleg starejših žensk s kroničnimi obolenji se tudi nosečnice uvrščajo v skupino, kateri se priporočajo dodatni preventivni ukrepi za preprečevanje okužbe (3, 13).

Biološke razlike med ženskami in moškimi zaradi njihovega spola igrajo vlogo pri tveganju ljudi za bolezen in smrt zaradi covid-19, vendar pa pri tem ne smemo zanemariti tudi vloge drugih dejavnikov, ki jo imajo družbena okolja, strukture in norme, ki vplivajo na upoštevanje preventivnih ukrepov (13). Tako bi nekoliko višjo incidenco prijavljenih primerov okužb s SARS-CoV-2 med slovenskimi ženskami v primerjavi z moškimi lahko pripisali tudi navadam glede koriščenja storitev zdravstvenega sistema. V večini držav z visokimi dohodki se je namreč pokazalo, da ženske bolj pogosto uporabljajo zdravstvene storitve kot moški. Iskanje

zdravstvenih storitev in njihova dostopnost pa imata pomemben vpliv na izide zdravljenja (5). Poleg tega pa je potrebno opozoriti še, da število prijavljenih primerov okužbe s SARS-CoV-2 podcenjuje število vseh okužb v populaciji. Spreminjanje števila ni odvisno le od spreminjanja števila novih okužb, ampak tudi od spreminjanja kapacitet in priporočil za testiranje.

V začetku epidemije covid-19 v Sloveniji, v letu 2020, smo najvišje tedenske starostno specifične incidence med ženskami beležili v najstarejših starostnih skupinah. V nadaljevanju epidemije, od začetka leta 2021, pa se je epidemiološka situacija spremenila. Najvišje tedenske incidence med ženskami nismo več beležili med najstarejšimi, ampak se je breme okužb s SARS-CoV-2 preneslo v aktivno populacijo žensk. Spreminjanje števila potrjenih primerov z okužbo s SARS-CoV-2 v Sloveniji v času je, poleg potenciala same različice virusa za prenos med ljudmi, tudi nedvomno odraz uvedbe in trajanja različno strogih ukrepov za zamejevanje širjenja. Poleg tega pa je tudi odraz dejavnikov, ki so vplivali na upoštevanje ukrepov, pa tudi dejavnikov s strani prebivalstva, kot je pandemska izčrpanost, ki pomeni naraven in pričakovan odziv na dolgotrajno javnozdravstveno krizo, ki bistveno posega v vsakdan posameznika. Definirana je tudi kot pomanjkanje motivacije za upoštevanje priporočenih samozaščitnih vedenj in ogroža uspešnost ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe z virusom SARS-CoV-2 (14). Omenjeni ukrepi so bili v večini uvedeni na nacionalni ravni, zato so razlike v incidenci med posameznimi skupinami verjetno posledica razlik v prisotnosti dejavnikov tveganja za okužbo (število stikov z drugimi, zaprti kolektivi) med posameznimi populacijskimi skupinami). Tako so bili v začetku epidemije covid-19 v Sloveniji v ospredju izbruhi v DSO, še posebej zaradi izzivov pri zagotavljanju kadra, prostorov, zaščitne opreme, ki so nujni za izvajanje nefarmakoloških ukrepov preprečevanja in obvladovanja širjenja okužbe s SARS-CoV-2 (1).

Do konca junija 2022 smo v Sloveniji dosegli 68 % precepljenost našega prebivalstva, starega 18 let in več, z vsemi odmerki cepiva po osnovni shemi cepljenja. Precepljenost je naraščala s starostjo in je med prebivalci, starimi 18–44 let, znašala 56,8 % v starostni skupini 45–64 let je znašala 70,5 %, pri starejših od 65 let pa je v vseh starostnih skupinah znašala več kot 80 %. Glede na podatke ECDC, ki zbira podatke o precepljenosti za države Evropske unije, se je Slovenija glede na ostale države konec junija 2022 uvrščala proti dnu lestvice po precepljenosti z vsemi odmerki cepiva in je bila primerljiva s Hrvaško in Poljsko. Najvišjo precepljenost so dosegale Portugalska (94,6 %; populacija, starih 18 let in več), Irska (94,1 %) in Malta (93,9 %) (15). Razlogi za to, kako uspešna je nacionalna kampanja cepljenja proti covidu-19 in dosežena precepljenost ciljnih skupin prebivalstva, so zelo različni ter segajo od dinamike dobave cepiv in izvajanja storitev v zdravstvenih sistemih do prepričanj, odnosa do cepljenja in vzorcev ravnanja ljudi.

Precepljenost proti covidu-19 z vsaj enim odmerkom, z vsemi odmerki osnovne sheme in z dodatnim/poživitvenim odmerkom v Sloveniji je bila nekoliko nižja med ženskami v primerjavi z moškimi v vseh starostnih skupinah, razen pri ženskah iz aktivne populacije, starih od 18 do 64 let, cepljenih z dodatnim odmerkom. Ti podatki so skladni z izsledki prečnih in panelnih raziskav v sklopu spremljanja in proučevanja pandemske izčrpanosti v Sloveniji, kjer je več žensk poročalo o tem, da se ne nameravajo cepiti proti covidu-19 (14). V presečni raziskavi na velikem naključnem vzorcu naših prebivalcev, starih 25–74 let, kjer smo v obdobju pred epidemijo preučevali odnos do cepljenja na splošno, se je pokazalo, da ima približno dve tretjini sodelujočih pozitiven odnos do učinkovitosti in pomembnosti cepljenja (64,9 % oziroma 67,6 %). Skoraj tretjina (31,0 %) pa jih je izrazila strah pred cepljenjem zaradi neželenih učinkov, ta delež pa je bil značilno višji pri ženskah v primerjavi z moškimi in bi lahko vplival tudi na odločitev za cepljenje. Dejstvo, da imajo ženske manj zaupanja v varnost cepiv, bi lahko negativno vplivalo na njihovo precepljenost. Poleg tega bi se tak negativen vpliv na odločanje za cepljenje lahko pokazal tudi v njihovih družinah. Pomembno je poudariti, da raziskave iz nekaterih razvitih držav kažejo, da ženske sprejemajo večino odločitev o zdravstvenem varstvu svojih družin, zlasti glede cepljenja (16).

## ZAKLJUČEK

V Sloveniji smo prvi primer okužbe s SARS-CoV-2 potrdili v marcu 2020, uvedeni so bili številni ukrepi za zamejevanje in obvladovanje širjenja okužb. Čeprav imajo okuženi moški večje tveganje za težji potek covid-19 in smrt zaradi te bolezni, pa je potrebno poudariti, da ženske predstavljajo večji del delovne sile v zdravstvu in socialnih storitvah, kar jih samodejno postavlja v prvo vrsto med odzivom na epidemijo in zvišuje njihovo tveganje za okužbo. V prispevku smo prikazali breme okužb s SARS-CoV-2 med slovenskimi ženskami, ki je bilo nekoliko višje kot med moškimi. Veliki napor mednarodne skupnosti so bili vloženi v razvoj cepiv proti covidu-19 s ciljem zmanjšati umrljivost zaradi covid-19, izboljšati zdravje prebivalstva s preprečevanjem težkega poteka bolezni, razbremeniti zdravstveni sistem ter omogočiti ponoven zagon delovanja družbe. Do konca junija 2022 smo v Sloveniji dosegli 68 % precepljenost našega prebivalstva, starega 18 let in več, z vsemi odmerki cepiva po osnovni shemi cepljenja. Precepljenost je nekoliko nižja med ženskami v primerjavi z moškimi.

## VIRI

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v letu 2019 in 2020. Dostopno 12. 8. 2022 na: <https://www.nijz.si/sl/epidemiolosko-spremljanje-nalezljivih-bolezni-letna-in-cetrletna-porocila>.
2. Kumar M, Taki K, Gahlot R, Sharma A, Dhangar K. A chronicle of SARS-CoV-2: Part-I - Epidemiology, diagnosis, prognosis, transmission and treatment. *Sci Total Environ.* 2020 Sep 10; 734: 139278. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.139278.
3. Global Health. COVID-19 Sex-disaggregated Data Tracker: Sex, Gender and COVID19 USA (2020). Dostopno 22. 8. 2022 na: <https://globalhealth5050.org/covid19/sex-disaggregated-data-tracker/>.
4. Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, and Campbell J. Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries. Geneva: World Health Organization (2019).
5. de Paz C, Muller M, Munoz Boudet AM, and Gaddis I. Gender Dimensions of the COVID-19 Pandemic. Washington, DC: World Bank (2020).
6. European Medicines Agency. COVID-19 vaccines. Authorised for use in European Union. Dostopno 12. 8. 2022 na: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/covid-19-vaccines>.
7. Vlada Republike Slovenije. Nacionalna strategija cepljenja proti covid-19, verzija 1-6. Dostopno 12. 8. 2022 na: <https://www.gov.si teme/koronavirus-sars-cov-2/cepljenje-proti-covid-19/>.
8. Učakar V. Spremljanje precepljenosti in neželenih učinkov po cepljenju proti covid-19. Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov. Znanstvena in Strokovna konferenca. Javno zdravje in covid-19. Dostopno 12. 8. 2022 na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/zbornik-povzetkov-in-recenziranih-prispevkov-javno-zdravje-in-covid-19>.
9. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Definicije prijavljivih nalezljivih bolezni za namene epidemiološkega spremljanja. Dostopno 12. 8. 2022 na: <https://www.nijz.si/sl/definicije-prijavljivih-nalezljivih-bolezni-za-namene-epidemioloskega-spremljanja>.
10. Statistični urad Republike Slovenije. Podatkovna baza SiStat. Prebivalstvo. Število prebivalcev. Dostopno 12. 8. 2022 na: <https://pxweb.stat.si/SiStat/sl/Podrocja/Index/100/prebivalstvo>.
11. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju – eRCO. Dostopno 12. 8. 2022 na: <https://www.nijz.si/sl/elektronski-register-cepljenih-oseb-in-nezelenih-ucinkov-po-cepljenju-erco>.
12. World Health Organisation. Immunization, Vaccines and Biologicals. Immunization coverage. Dostopno 12. 8. 2022 na: [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/routine/coverage/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/).
13. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Women at the core of the fight against COVID-19 crisis. Dostopno 22. 8. 2022 na:

<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/women-at-the-core-of-the-fight-against-covid-19-crisis-553a8269/>.

14. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 2020/2021. Dostopno 23. 8. 2022 na: <https://www.nijz.si/sl/raziskava-o-vplivu-pandemije-na-zivljenje-si-panda-20202021>.
15. European centre for disease prevention and control (ECDC). COVID-19 Vaccine Tracker. Dostopno 23. 8. 2022 na: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/covid-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>.
16. Učakar, V., Vrdelja, M. The image of vaccination in Slovenia: attitudes toward the effectiveness, safety, and importance of vaccination—a population based survey. J Public Health (Berl.) (2021). Dostopno 23. 8. 2022 na: <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01584-0>.



9

**RAK**

Eva Štromajer, Sonja Tomšič

## UVOD

Rak ni ena bolezen, temveč več sto različnih bolezni, ki se lahko pojavijo na vseh lokacijah telesa. Pri raku gre za hitro razmnoževanje spremenjenih celic, ki se lahko razširijo na okolne in/ali oddaljene organe. Uporabljamo tudi izraz maligni tumor ali neoplazma. Rakava obolenja se med seboj razlikujejo po pogostosti, poteku in načinu zdravljenja. Nekatere vrste raka so povezane z znanimi nevarnostnimi dejavniki (1).

Rakava obolenja so pogosta. V Sloveniji v zadnjih letih za rakom zbolijo več kot 15.000 prebivalcev letno, umre jih nekaj več kot 6500. V Sloveniji živi več kot 110.000 ljudi, ki so kadarkoli v življenju zboleli za rakom (prevalenca). Po ocenah bo do 75. leta za rakom zbolela ena od treh žensk in eden od dveh moških, rojenih leta 2018 (2). Leta 2018 je bil po vzroku smrti rak med ženskami na 2. mestu in med moškimi na 1. mestu. Ker je raka več med starejšimi in ker se slovensko prebivalstvo stara, je pričakovati da bo incidenca še naraščala (2). Tudi podatki po svetu kažejo na visoko in še naraščajoče breme raka (3).

Poleg tega, da rak neposredno prizadene veliko ljudi, ima posledice za širše družbeno okolje in zdravstveni sistem. Z namenom znižanja bremena raka in izboljšanja kakovosti življenja bolnikov z rakom v Sloveniji imamo od leta 2010 sprejet Državni program obvladovanja raka (DPOR), ki določa cilje in aktivnosti za obvladovanje raka za 5-letna obdobja (trenutno veljaven je za obdobje 2022–2026). DPOR vsebuje ukrepe na področju primarne in sekundarne preventive (presejalni programi), diagnostike in zdravljenja, rehabilitacije, paliativne oskrbe, raziskovanja in izobraževanja izvajalcev onkološke zdravstvene oskrbe ter spremljanje bremena raka in kakovosti obravnave.

V tem poglavju bomo na začetku predstavili nekatere kazalnike bremena raka žensk v Sloveniji, na koncu pa sledi predstavitev kazalnikov za najpogostejše vrste raka pri ženskah.

## METODOLOGIJA

V prispevku prikazujemo breme raka v Sloveniji. Prikazujemo ga s kazalniki incidence, umrljivosti in preživetja za obdobje od 1999 do 2018. Podatke smo pridobili s spletišča SLORA (Slovenija in rak - <http://www.slora.si/>) in publikacij, ki jih pripravljajo v Registru raka. Ponekod smo izključili nove primere in smrti zaradi nemelanomskega raka kože, ki je pogost, a ima nizko smrtnost.

### DEFINICIJE

**Breme raka:** Opisujejo ga kazalniki incidenca, umrljivost in prevalenca.

**Incidenca:** Število vseh na novo ugotovljenih primerov raka v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu.

**Umrlijivost:** Število vseh umrlih za določeno boleznijo v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu.

**Prevalenca:** Število vseh bolnikov z določeno boleznijo, ki so bili živi na izbrani datum (običajno zadnji dan v letu) ne glede na to, kdaj so zboleli.

**Groba stopnja:** Incidenca ali umrljivost, preračunani na velikost opazovane populacije. Običajno je izražena na 100.000 prebivalcev.

**Starostno standardizirana stopnja:** Starostna standardizacija nam pove, kakšna bi bila groba stopnja v opazovani populaciji, če bi bila starostna struktura te populacije enaka, kot je v standardni populaciji.

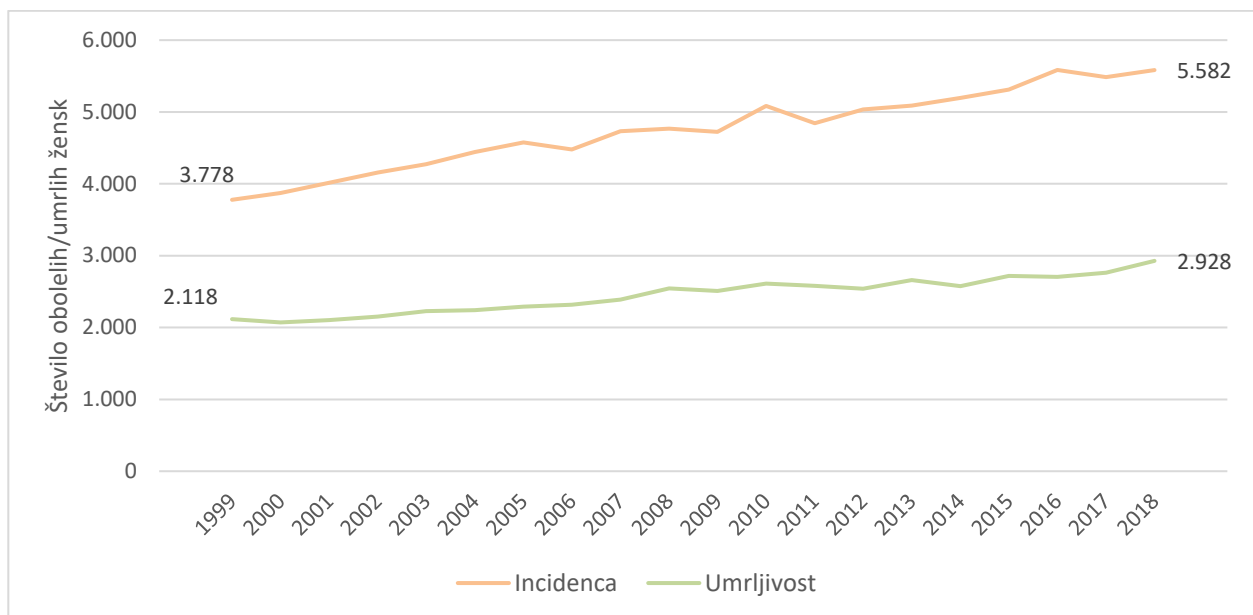
Uporabljajo se lahko različne standardne populacije. V tem poglavju smo uporabili slovensko standardno populacijo (Popis 2002) (2).

**Čisto preživetje:** Preživetje, ki bi ga opazili, če bi bil edini vzrok smrti bolezen, ki jo proučujemo, torej vzročno specifično preživetje (4).

## REZULTATI IN DISKUSIJA

### INCIDENCA IN UMRJIVOST

Incidenca in umrljivost zaradi raka stalno naraščata (Slika 1). Povprečno letno število novih primerov raka za obdobje 2014–2018 je bilo pri ženskah 5432, umrlo je povprečno 2738 žensk.



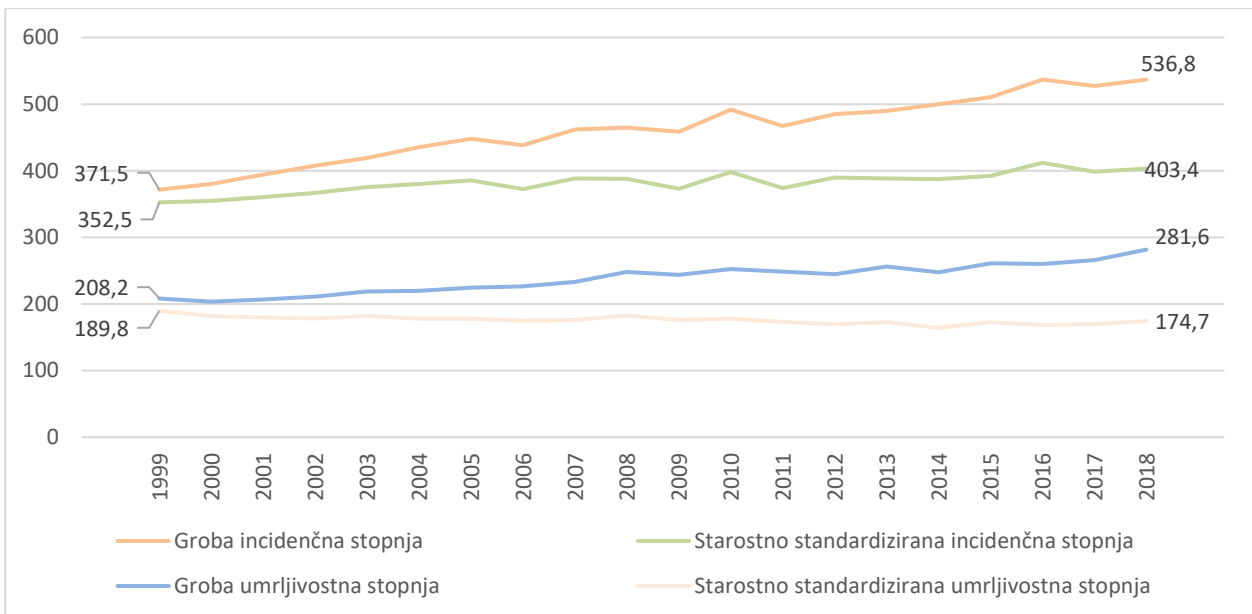
Slika 1. Incidenca in umrljivost vseh rakov (brez nemelanomskega kožnega raka), ženske, Slovenija, 1999–2018.

Slika 2 nam prikazuje grobo in starostno standardizirano incidenčno in umrljivostno stopnjo pri ženskah. Groba incidenčna in umrljivostna stopnja sta v opazovanem obdobju naraščali, groba incidenčna stopnja je bila pri ženskah leta 2018 glede na leto 1999 višja za 44,5 % in groba umrljivostna stopnja višja za 35,3 %.

Starostno standardizirana incidenčna stopnja, kjer izničimo učinek staranja prebivalstva, se je od leta 1999 do leta 2018 pri ženskah povišala za 14,4 %. Večina povečanja grobe incidence gre torej na račun povečanja deleža starejšega prebivalstva, pri katerem je rak pogostejši. Starostno standardizirana umrljivostna stopnja se je od leta 1999 do leta 2018 pri ženskah znižala za 8,0 %.

Pri moških je bilo v letih 2014–2018 povprečno 6676 novih primerov raka, umrlo je povprečno 3479 moških. Trend incidenčnih in umrljivostnih kazalnikov je pri moških ugodnejši kot pri ženskah. Starostno standardizirana incidenčna stopnja se je namreč leta 2018 glede na leto 1999 pri moških povišala za 5,9 %, medtem ko se je starostno standardizirana umrljivostna stopnja znižala za 20,3 %.



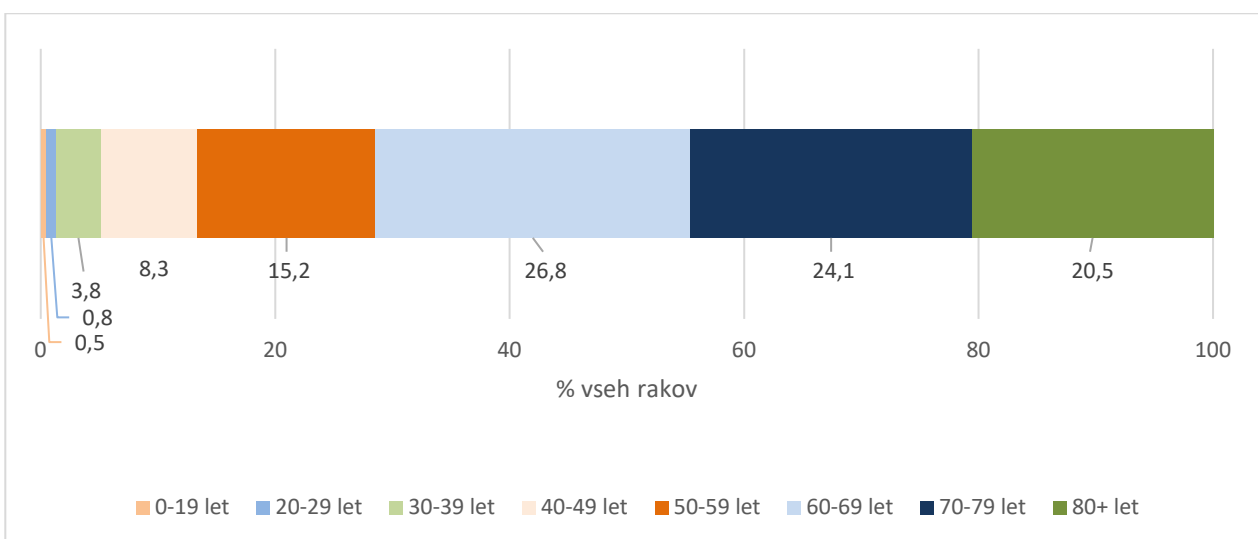


Slika 2. Groba in starostno standardizirana stopnja za incidenco in umrljivost za vse rake (brez nemelanomskega kožnega raka), ženske, Slovenija 1999–2018.

### VPLIV STAROSTI

V letu 2018 je bilo 72 % novih primerov raka odkritih po dopolnjenem 60. letu starosti (Slika 3). Pri ženskah je do 60. leta odkrit večji delež vseh rakov kot pri moških.

Najpogosteje odkriti rak pri ženskah od 20. do 49. leta je bil v letih 2014–2018 rak dojke (32,6 % novoodkritih primerov raka pri ženskah v tej starostni skupini). Po dopolnjenem 75. letu je bil najpogostejši novoodkriti rak nemelanomski rak kože. V najmlajši starostni skupini žensk (do 20. leta) je bilo ugotovljenih le 0,5 % vseh rakavih obolenj. Najpogostejše novoodkrito rakavo obolenje v tej starostni skupini so bile levkemije (2).



Slika 3. Odstotni delež vseh rakov (brez nemelanomskega kožnega raka) po starostnih skupinah, ženske, Slovenija, 2018.

## PREŽIVETJE

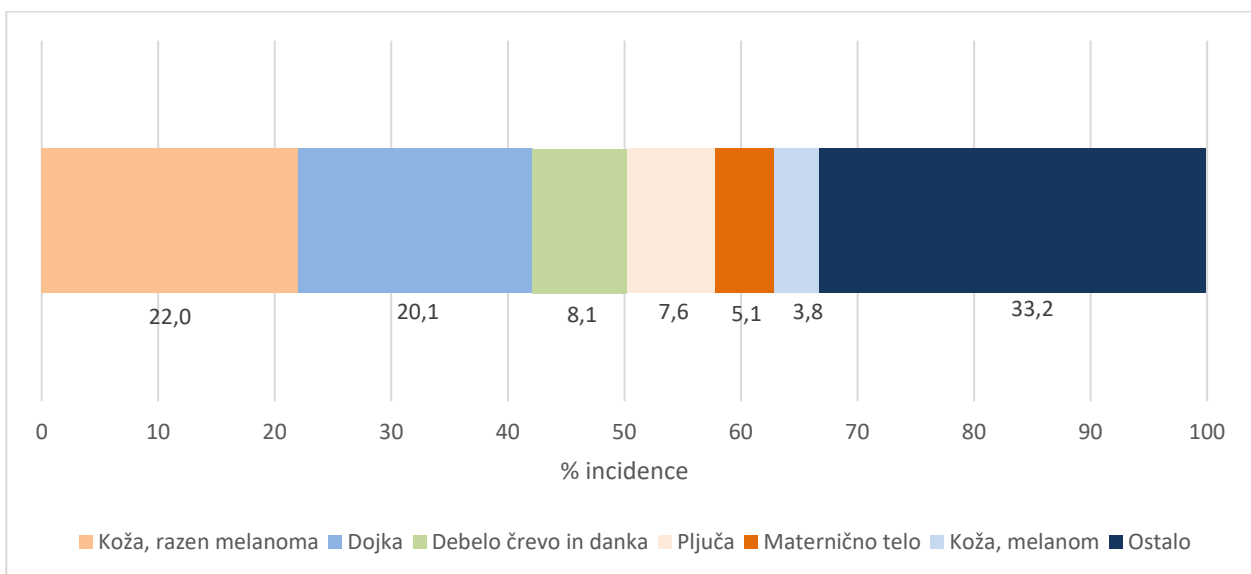
Petletno čisto preživetje žensk s kakršnimkoli rakom (razen nemelanomskega kožnega raka), ki so zbolele v obdobju 2014–2018, je bilo 61,0 %. Raki z več kot 80 % petletnim čistim preživetjem pri ženskah so bili rak ščitnice, kožni melanom, rak dojk, Hodgkinov limfom in rak materničnega telesa. Raki z manj kot 20 % petletnim čistim preživetjem so bili rak požiralnika, rak jeter in intrahepatičnih vodov ter rak trebušne slinavke. Na preživetje najbolj vplivata starost in stadij ob diagnozi.

Petletno čisto preživetje je bilo pri ženskah višje kot pri moških, pri katerih je bilo 57,3 %, vendar se je od obdobja 1997–2001 do obdobja 2012–2016 pri ženskah preživetje povečalo manj kot pri moških (2).

## NAJPOGOSTEJŠI RAKI PRI ŽENSKAH

Najpogosteje ugotovljen rak pri ženskah v obdobju 2014–2018 je bil nemelanomski rak kože (Slika 4). Sledili so rak dojk, rak debelega črevesa in danke, pljučni rak, rak materničnega telesa in maligni melanom kože. Ti raki so predstavljali 66,8 % novoodkritih rakov pri ženskah.

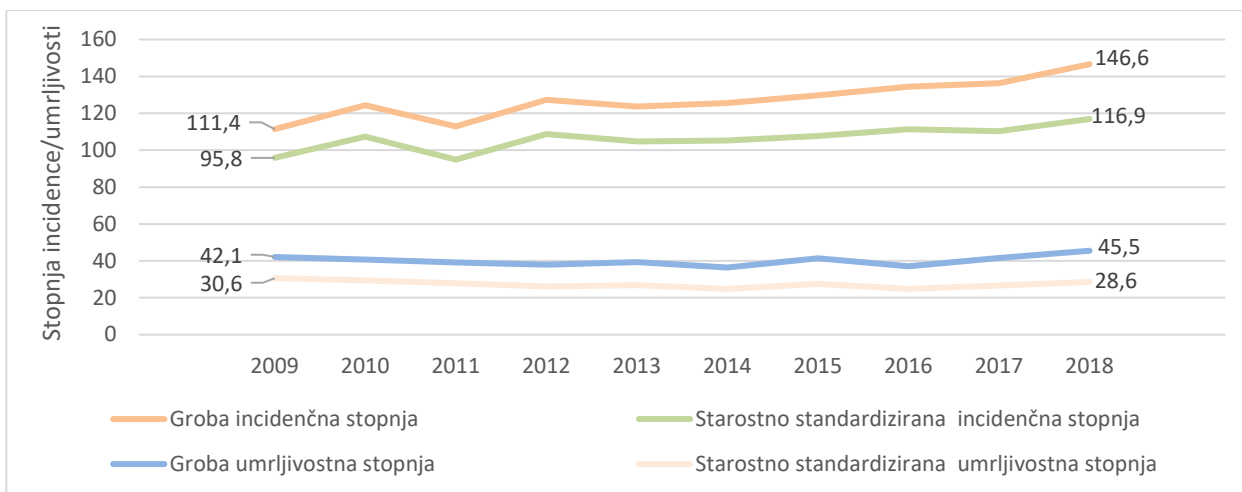
Najpogostejši raki pri moških so bili rak prostate, nemelanomski rak kože, pljučni rak, rak debelega črevesa in danke, rak glave in vratu in maligni melanom kože.



Slika 4. Odstotni deleži najpogostejših rakov, ženske, Slovenija 2014–2018 (Povzeto po: Rak v Sloveniji 2018. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2021).

## Rak dojk (C50)

V letih 2014–2018 je bilo letno ugotovljenih povprečno 1400 novih primerov raka dojk, umrlo je povprečno 420 žensk. Groba incidenčna stopnja je bila leta 2018 glede na leto 2009 višja za 31,6 %, starostno standardizirana incidenčna stopnja za 22,0 % in groba umrljivostna stopnja za 8,1 %. Po drugi strani pa se je starostno standardizirana umrljivostna stopnja znižala za 6,5 % (Slika 5).



Slika 5. Groba in starostno standardizirana incidenčna ter umrljivostna stopnja, rak dojk, ženske, Slovenija 2009–2018.

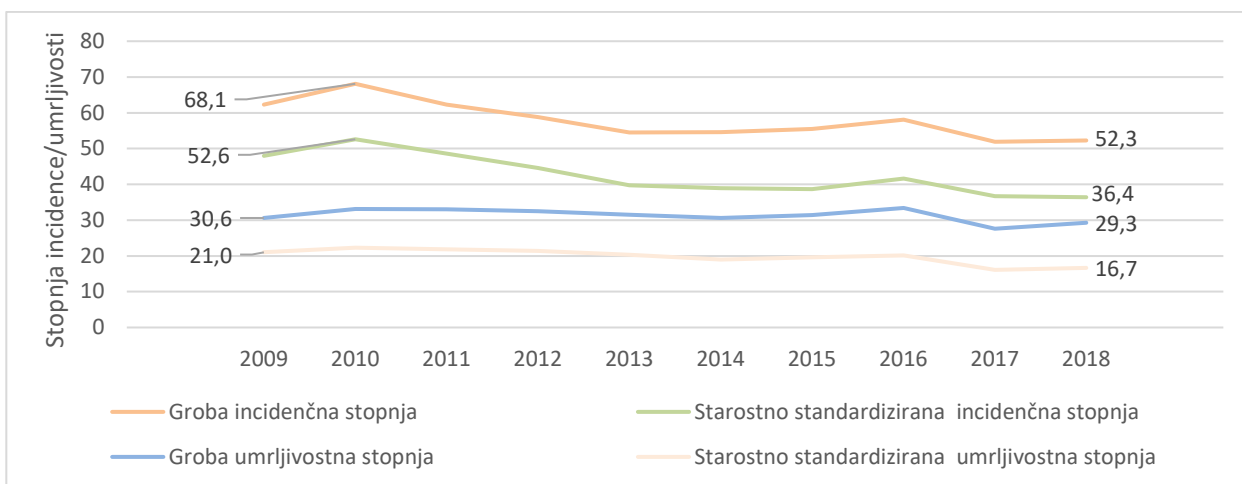
Del porasta novih primerov raka dojk lahko pripišemo uvedbi programa DORA, saj s tem programom raka dojk odkrivamo nekoliko prej, kot bi jih brez organiziranega presejalnega programa. Spodbudna je ugotovitev, da kljub naraščanju incidence raka dojk, umrljivost upada, kar gre predvsem pripisati napredku v diagnostiki in zdravljenju raka dojk. V petletnem obdobju 2012–2016 se je namreč glede na predhodna obdobja bistveno povečal delež bolnic, ki so bile ob prvem zdravljenju operirane in so prejele še sistemsko zdravljenje ter obsevanje (4).

Leta 2018 je bilo petletno čisto preživetje žensk z rakom dojk, ki so zbolele v obdobju 2014–2018, 87,3 % (2).

### Rak debelega črevesa in danke (C18-C20)

Povprečno je bilo pri ženskah v letih 2014–2018 ugotovljenih 567 novih primerov raka debelega črevesa in danke letno, umrlo je povprečno 317 žensk. Pri moških je bilo v enakem obdobju ugotovljenih povprečno 827 novih primerov, zabeleženih je bilo povprečno 434 smrti.

Leta 2018 je bil glede na leto 2009 pri ženskah zabeležen upad vseh incidenčnih in umrljivostnih kazalnikov. Groba incidenčna stopnja je upadla za 16,1 %, starostno standardizirana incidenčna stopnja za 24,2 %, groba umrljivostna stopnja za 4,2 % in starostno standardizirana umrljivostna stopnja za 20,5 %.



Slika 6. Groba in starostno standardizirana incidenčna ter umrljivostna stopnja, rak debelega črevesa in danke, ženske, Slovenija 2009–2018.

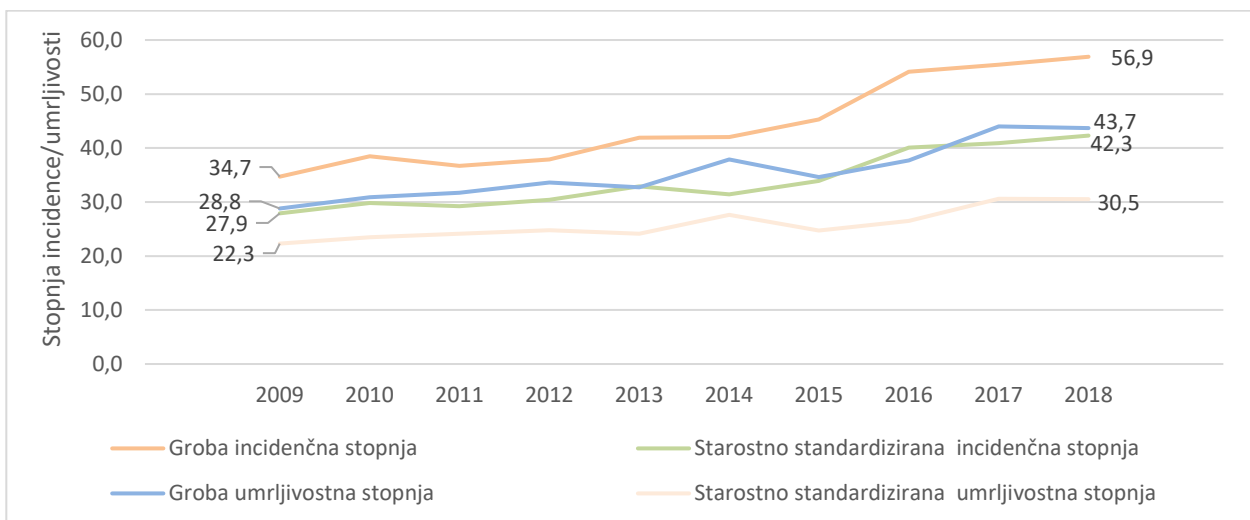
Pred uvedbo Programa Svit (program je bil uveden leta 2009) sta incidenca in umrljivost raka debelega črevesa in danke naraščali, od njegove uvedbe pa po pričakovanem začetnem porastu incidence, oba kazalnika upadata (Slika 6). Upad incidence in umrljivosti lahko v precejšnji meri pripišemo prav vzpostavitvi in delovanju Programa Svit, kjer odkrivajo in zdravijo predrakave spremembe oziroma odkrivajo rakave spremembe v bolj zgodnjem stadiju. V obdobju 2012–2016 je bil glede na predhodna obdobja večji delež oseb, ki so jim raka ugotovili v omejenem stadiju, ter nižji delež oseb, ki niso prejele specifičnega prvega zdravljenja. Vpliv Programa Svit je bil sicer nekoliko manjši pri ženskah, saj ženske redkeje zbolevajo za rakom debelega črevesa kot moški.

Petletno čisto preživetje žensk z rakom debelega črevesa in danke, ki so zbolele v obdobju 2012–2016, je bilo 59,7 %. To je nižje kot pri moških, pri katerih je bilo preživetje 63,1 % (4).

### Pljučni rak (C33-C34)

Pri ženskah je bilo v letih 2014–2018 ugotovljenih povprečno 528 novih primerov pljučnega raka letno, umrlo je povprečno 412 žensk letno. V enakem obdobju je bilo pri moških ugotovljenih povprečno 952 novih primerov, umrlo je povprečno 798 moških.

Glede na leto 2009 je bil leta 2018 pri ženskah za razliko od moških zabeležen porast vseh incidenčnih in umrljivostnih kazalnikov za pljučnega raka. Pri ženskah se je groba incidenčna stopnja zvišala za 64,0 %, starostno standardizirana incidenčna stopnja za 51,6 %, groba umrljivostna stopnja za 51,7 % in starostno standardizirana umrljivostna stopnja za 36,8 %.



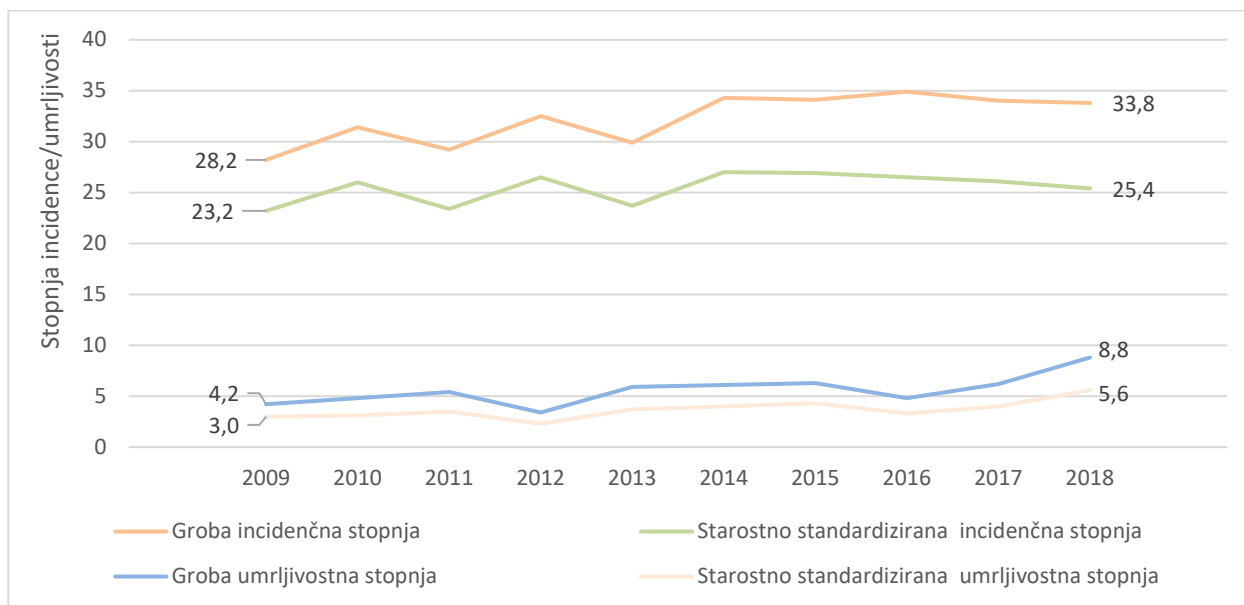
Slika 7. Groba in starostno standardizirana incidenčna ter umrljivostna stopnja, pljučni rak, ženske, Slovenija 2009–2018.

Pojavnost pljučnega raka se pri ženskah povečuje, pri moških starostno standardizirana incidenca celo upada. Vzrok v razliki med spoloma gre iskati v razlikah v vzorcih kajenja. Kajenje se je med ženskami razširilo kasneje kot med moškimi, zato je pri njih incidenca pljučnega raka kasneje porastla. Trendi pri pljučnem raku, ki jih opazujemo danes, so odraz kadilskih navad izpred 20–30 let. Glede na trende kajenja med ženskami je pričakovati, da bo incidenca pljučnega raka pri ženskah še naraščala. Naraščanje umrljivosti sledi naraščanju števila novih primerov pljučnega raka, saj je pljučni rak žal eden tistih, ki ima relativno slabo preživetje (čisto petletno preživetje v obdobju 2012–2016 je za oba spola skupaj 18 %), tudi zato, ker je večina primerov odkritih v razsejanem stadiju (v obdobju 2012–2016 več kot polovica primerov) (4).

Petletno preživetje žensk s pljučnim rakom, ki so zbolele v obdobju 2014–2018, je bilo 26,2 %. To je več kot pri moških, pri katerih je bilo preživetje 17,9 % (2).

### Rak materničnega telesa (C54)

Povprečna letna incidenca raka materničnega telesa v letih 2014–2018 je bila 356, povprečna umrljivost je bila 67. Tudi pri raku materničnega telesa je bil leta 2018 glede na leto 2009 viden porast vseh kazalnikov incidence in umrljivosti. Groba incidenčna stopnja se je zvišala za 19,9 %, starostno standardizirana incidenčna stopnja za 9,5 %, groba umrljivostna stopnja za 109,5 % in starostno standardizirana umrljivostna stopnja za 86,7 %.



Slika 8. Groba in starostno standardizirana incidenčna ter umrljivostna stopnja, rak materničnega telesa, ženske, Slovenija 2009–2018.

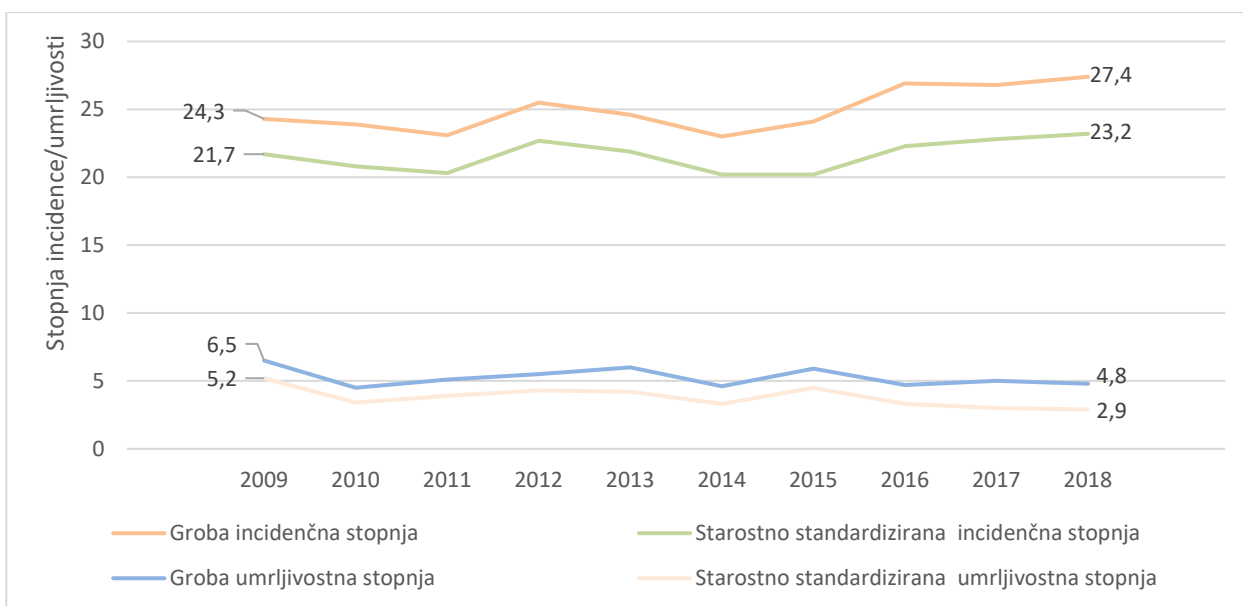
Pri incidenci raka materničnega telesa je v obdobju po letu 2014 videti stagnacijo, medtem ko se umrljivost nekoliko povišuje. Večine povišanja umrljivosti ne moremo pripisati staranju prebivalstva. V večini razvitih držav so v zadnjih letih zabeležili porast incidence in umrljivosti zaradi raka materničnega telesa, kar povezujejo z naraščanjem debelosti, z manjšim številom opravljenih histerektomij zaradi benignih vzrokov ter z nekaterimi dejavniki življenjskega sloga (5, 6).

Petletno čisto preživetje žensk z rakom materničnega telesa, ki so zbolele v obdobju 2014–2018, je bilo 80,2 % (2).

### Maligni melanom kože (C43)

V letih 2014–2018 je bilo pri ženskah ugotovljenih povprečno 267 novih primerov malignega melanoma letno, umrlo je povprečno 52 žensk. Pri moških so bili ugotovljeni povprečno 303 novi primeri, umrlo je povprečno 70 moških.

Pri ženskah je bil leta 2018 glede na leto 2009 zabeležen porast incidenčnih kazalnikov in upad umrljivostnih kazalnikov za maligni melanoma kože. Groba incidenčna stopnja se je pri ženskah zvišala za 12,8 % in starostno standardizirana incidenčna stopnja za 6,9 %. Groba umrljivostna stopnja se je znižala za 26,2 % in starostno standardizirana umrljivostna stopnja za 44,2 %. Pri moških je bil, za razliko od žensk, v enakem obdobju zabeležen porast vseh incidenčnih in umrljivostnih kazalnikov.



Slika 9. Groba in starostno standardizirana incidenčna ter umrljivostna stopnja, maligni melanom kože, ženske, Slovenija 2009–2018.

Pri ženskah se je pojavnost malignega melanoma glede na leto 2009 povišala, medtem ko se je umrljivost znižala. Maligni melanom se diagnosticira bolj zgodaj kot v preteklosti in bolj natančno zameji ob postavitvi diagnoze (4).

Petletno čisto preživetje žensk z malignim melanomom kože, ki so zbolele v obdobju 2014–2018, je bilo 91,3 % (2).

## RAK V LETU 2020

Podatki Registra raka za leto 2020 v času analize še niso bili na voljo, zato povzemamo le skupno število novih primerov raka, ki je bilo v letu 2020 pri ženskah 7034 (od tega 1439 drugi maligni tumorji kože) (7).

Zaradi slabše dostopnosti do zdravstvenih storitev v času epidemije covid-19 je pričakovati negativen vpliv na incidenco in umrljivost rakavih obolenj, kar pa bomo lahko ocenjevali šele čez nekaj let. Poleg splošnega vpliva sprememb v družbi v času epidemije je bilo spomladi 2020 začasno ustavljeno izvajanje preventivnih zdravstvenih storitev, tudi presejalnih programov za raka. Ti so po ponovni vzpostavitvi sicer uspeli nadomestiti izpad delovanja, ne pa nujno tudi vse učinke epidemije (8).

## ZAKLJUČEK

Število novih primerov raka in število smrti zaradi raka tako pri ženskah kot pri moških naraščata, torej je pričakovati še nadaljnje naraščanje bremena raka v družbi. S tem namenom je nastal tudi Državni program obvladovanja raka, ki predstavlja strateški dokument za področje obvladovanja raka v državi. Naraščanje incidence in umrljivosti zaradi raka gre predvsem na račun staranja prebivalstva. V kolikor izključimo vpliv staranja prebivalstva pri ženskah, opazimo naraščanje incidence in padanje umrljivosti, pri moških pa je viden tako upad umrljivosti kot tudi incidence. Upad incidence pri moških gre verjetno predvsem na račun upadanja incidence raka debelega črevesa in danke ter pljučnega raka (oba spadata med najpogostejše rake pri moških), medtem ko je pri ženskah najpogostejši rak, to je rak dojke, v porastu, prav tako pa je v

porastu pljučni rak. Z ukrepi primarne preventive ter presejanja in zgodnjega odkrivanja bi lahko pomembno vplivali na ustavitev trenda naraščanja števila novih primerov. Na izboljšanje preživetja in zmanjševanje umrljivosti pa poleg zgodnjega odkrivanja in celovite diagnostike vpliva tudi stalno izboljševanje zdravljenja.

## VIRI

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2022 [citirano 2022 avg 1]. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Zadnik V. Rak v Sloveniji 2018. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2021.
3. World Health Organization. Cancer [Internet]. [citirano 2022 avg 1]. Dostopno na: <https://www.who.int/health-topics/cancer>.
4. Zadnik V, Žagar T, Tomšič S, Lokar K, Duratović Konjević A, Zakotnik B. Preživetje bolnikov z rakom zbolelih v letih 1997-2016 v Sloveniji. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2020.
5. Raglan O et al. Risk factors for endometrial cancer: An umbrella review of the literature. *Int J Cancer*. 2019 Oct 1;145(7):1719-1730. doi: 10.1002/ijc.31961.
6. McAlpine JN, Temkin SM, Mackay HJ. Endometrial cancer: Not your grandmother's cancer. *Cancer*. 2016 Sep 15;122(18):2787-98. doi: 10.1002/cncr.30094.
7. Zadnik V, Žagar T. SLORA: Slovenija in rak. Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka. [citirano 2023 okt 12]. Dostopno na: [www.slora.si](http://www.slora.si).
8. Zveza slovenskih društev za boj proti raku. Presejalni programi Zora, Dora in Svit v času pandemije covid-19 [Internet]. 2021 okt 22 [citirano 2022 avg 1]. Dostopno na: <https://www.protiraku.si/Arhiv-novic/ArticleID/153/Sporo%C4%8Dilo-za-javnost-Presejalni-programi-Zora-Dora-in-Svit-v-%C4%8Dasu-pandemije-covid-19>.



**10**

**ZORA**

Urška Ivanuš, Eva Štromajer, Mojca Florjančič, Tine Jerman

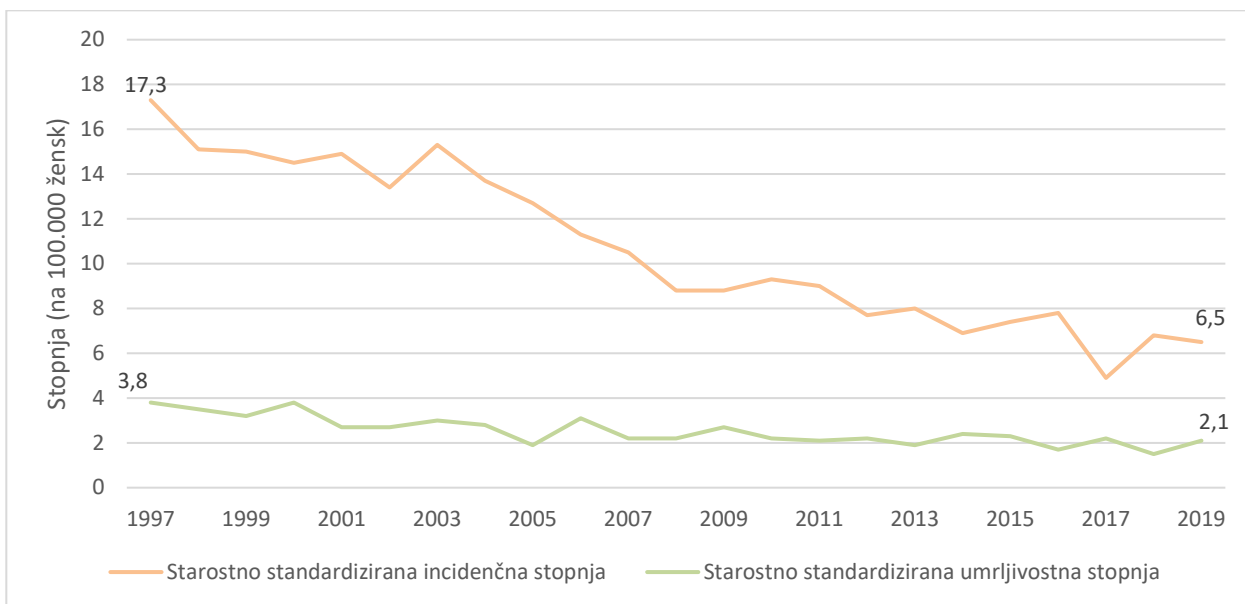


## UVOD

Program ZORA je organiziran, populacijski državni presejalni program za odkrivanje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb materničnega vratu (1).

V programu se preseja navidezno zdrave ženske od 20. do 64. leta starosti s pregledom celic v brisu materničnega vratu (BMV) enkrat na tri leta, po tem, ko sta ob vstopu v program dva presejalna testa v razmiku enega leta negativna (2). BMV opravi izbrani osebni ginekolog. Za sodelovanje v programu ni potrebno vabilo, ženska se lahko naroči sama pri svojem izbranem osebni ginekologu. Če ženska na bris po treh letih ne pride sama, jo je dolžan povabiti izbrani osebni ginekolog s standardiziranim vabilom programa ZORA. Če je od zadnjega brisa minilo štiri leta ali več, je ženska nanj povabljen s centralnim vabilom programa ZORA, ki ga pošljejo iz sedeža programa ZORA na Onkološkem inštitutu Ljubljana (3). Letno se opravi več kot 150.000 presejalnih BMV, okoli 5 % izvidov je patoloških in zahteva dodatno spremljanje ali diagnostiko (4).

Za rakom materničnega vratu (RMV) letno zbolijo okoli 120 žensk in umre okoli 40–50 žensk. Namen programa je zmanjšati zbolevnost in umrljivost za RMV ter doprinesti k čim prejnji eliminaciji tega raka v Sloveniji, kar pomeni, da je potrebno vzdrževati starostno standardizirano (svetovni standard) incidenco RMV pod 4 primeri na 100.000 žensk. Za to je potrebno dosegati tri cilje: več kot 70-odstotno udeležbo v organiziranem presejalnem programu, učinkovito zdravljenje predrakavih in rakavih sprememb materničnega vratu pri 90 % žensk in 90 % precepljenost deklet proti humanemu papiloma virusu (HPV) do 15. leta (3, 5). Incidenca RMV se je od uvedbe programa ZORA prepolovila (3). V programu ZORA se namreč učinkovito odkriva in zdravi že predrakave spremembe materničnega vratu. Tudi umrljivost se je od uvedbe programa ZORA zmanjšala, kar je posledica odkrivanja rakov v zgodnejših stadijih in učinkovitejšega zdravljenja (Slika 1) (6).



Slika 1. Starostno standardizirani incidenca in umrljivost zaradi raka materničnega vratu (svetovni standard), Slovenija, 1997–2019 (SLORA, 24. 8. 2023).

Slovenija že dosega prva dva cilja in se je že približala meji za eliminacijo RMV, zato bi lahko med prvimi državami v Evropi dosegla eliminacijo RMV (3).

## METODOLOGIJA

V prispevku smo predstavili izbrane kazalnike uspešnosti programa ZORA za obdobje 2007–2020, izračunane na podlage rutinsko zbranih podatkov v centralnem presejalnem Registru ZORA, dostopni so na spletnih straneh programa.

### DEFINICIJE

**Pregledanost:** Odstotek žensk od 20 do 64 let, ki je imel v opazovanem 3-letnem obdobju evidentiran vsaj en BMV (7).

**Patološki izvid brisa materničnega vratu:** Patološki izvid BMV pomeni prisotnost sprememb nizke ali visoke stopnje na ploščatih ali žlezni celicah ob citološkem pregledu BMV. Ženska s patološkim izvidom BMV potrebuje dodatne preiskave, ki so odvisne od stopnje sprememb (8). Pri spremembah nizke stopnje je priporočen kontrolni pregled čez pol leta z BMV in triažnim testom HPV, pri spremembah visoke stopnje pa kolposkopija, pri kateri lahko ginekolog opravi biopsijo za histopatološko preverjanje sprememb.

**Kolposkopija:** Pregled materničnega vratu med ginekološkim pregledom s posebnim mikroskopom-kolposkopom.

## REZULTATI IN DISKUSIJA

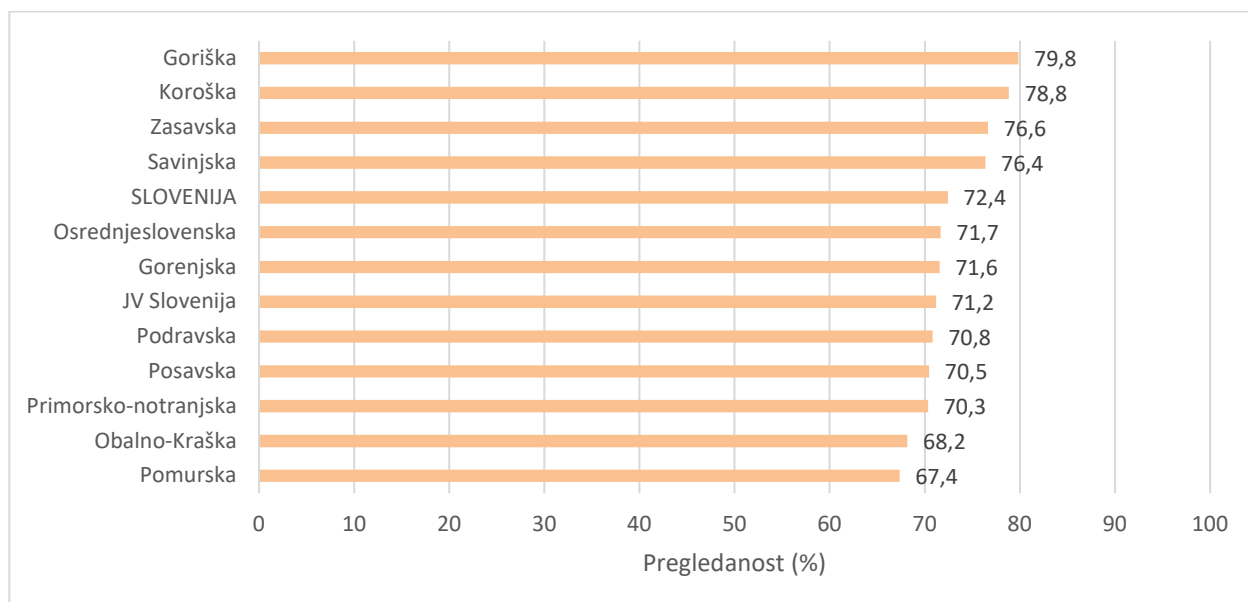
### PREGLEDANOST

Program ZORA že več let dosegajo ciljno 3-letno pregledanost, to je 70 %. Pregledanost se manjša s starostjo (Slika 2). V obdobju 2016–2019 je bila pregledanost v starostni skupini od 20 do 29 let 81,5 %, od 30 do 39 let 78,8 %, od 40 do 49 let 75,0 % in od 50 do 64 let 63,2 %. Najstarejša starostna skupina ni dosegala ciljne pregledanosti, ob tem pa je bilo v obdobju 2015–2019 pri ženskah, starejših od 50 let, odkritih več kot 50 % novih primerov RMV (9). Pregledanost v vseh starostnih skupinah, razen najmlajši, se je od 2010 do 2019 povečala, kljub temu je bila pregledanost v najmlajši starostni skupini nad 80 % (7).



Slika 2. 3-letna pregledanost v programu ZORA po 10-letnih starostnih skupinah, Slovenija, 2010–2019.

Med statističnimi regijami je bila v obdobju od 1. 7. 2016 do 30. 6. 2019 precejšnja razlika v pregledanosti (Slika 3). Največja pregledanost je bila v Goriški regiji, skoraj 80 %. Regiji, ki nista dosegli ciljne pregledanosti, sta bili Obalno-kraška, v kateri je bila pregledanost 68,2 % in Pomurska regija, v kateri je bila 67,4 %. Sicer ti dve regiji že v predhodnih obdobjih nista dosegali ciljne pregledanosti. Po drugi strani pa so Podravska, Posavska in Primorsko-notranjska regija prvič v obdobju od 2010 do 2019 dosegle ciljno pregledanost.



Slika 3. 3-letna pregledanost v programu ZORA po statističnih regijah, Slovenija, 2016-2019.

### ZNAČILNOSTI NEODZIVNIC V PROGRAMU ZORA

Rezultati raziskave programa ZORA, v kateri so proučevali značilnosti neodzivnic, so pokazali, da je bilo leta 2018 v Sloveniji 12,7 % žensk, pri katerih je od zadnjega BMV minilo več kot 9 let ali ga sploh niso opravile (»neodzivnice«) (10). Ugotovili so, da je z deležem neodzivnic povezanih več napovednih dejavnikov: starost, zdravstvena regija stalnega prebivališča, država državljanstva, stopnja urbanizacije, izobrazba, zakonski stan, položaj v družini, dejavnost zaposlitve in status delovne aktivnosti. Tako je bil večji delež neodzivnic med ženskami s tujim državljanstvom, s stalnim bivališčem v mestnem okolju, med manj izobraženimi, med vdovami, samskimi in razvezanimi ter med delovno neaktivnimi ženskami. Znotraj ostalih napovednih dejavnikov je bil večji delež neodzivnic med ženskami, starimi od 20 do 29 let, med ženskami s stalnim prebivališčem v zdravstvenih regijah Murska Sobota in Koper, med ženskami, ki so bile članice skupinskega gospodinjstva in med ženskami, zaposlenimi v dejavnostih kmetijstva in lova, gozdarstva ter ribištva. Na odzivnost v program vplivajo tudi dejavniki izven posameznika, kot je organizacija zdravstvenega sistema (10).

Neodzivnice imajo večje tveganje, da zbolijo za RMV. Poleg tega je RMV pri njih v večjem deležu odkrit v razširjenem in razsejanem stadiju (10). Zato je pomembno izvajati ukrepe za čim večjo udeležbo, predvsem med tistimi ženskami, pri katerih je višje tveganje za neodzivnost. Za povečanje udeležbe že obstajajo ukrepi, kot so vabila in opomniki iz ambulante izbranega osebnega ginekologa, dvojezična vabila, pošiljanje pošte na začasni naslov, centralna vabila iz sedeža programa ZORA ter promocija programa na javnih prireditvah in v medijih. Poleg tega so možni tudi aktivnejši pristopi, kot je naročilo ginekologa za obisk patronažne medicinske sestre tistih žensk, ki se niso odzvale na kontrolni pregled po patološkem brisu in

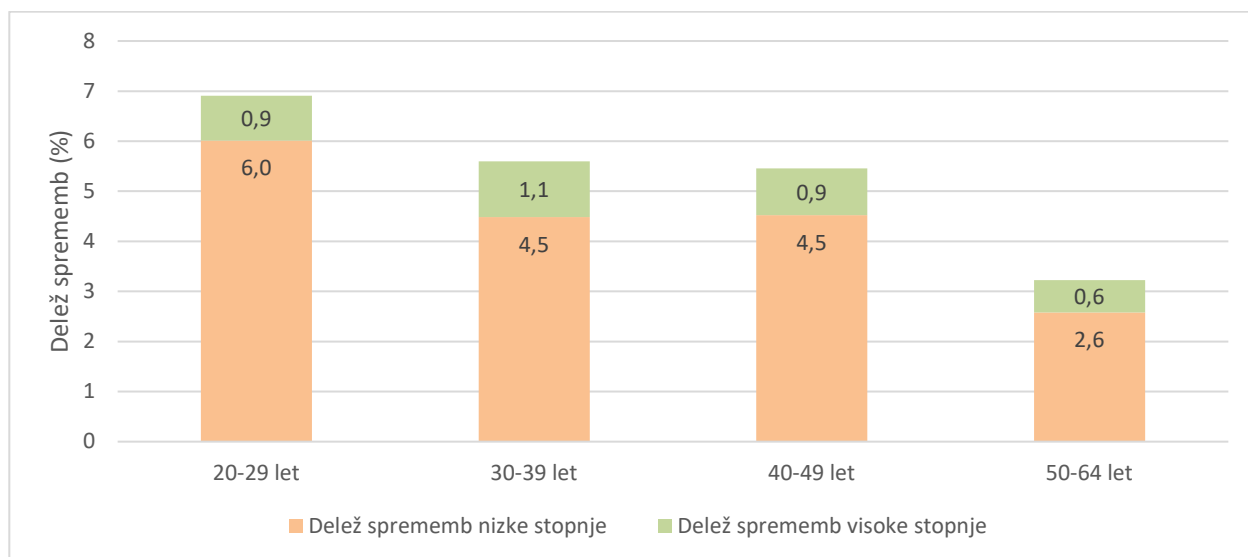
spodbujanje k presejanju v referenčnih ambulantah. Vlogo pri odzivnosti verjetno igra tudi razlika v dostopnosti ginekologov po različnih regijah. Za doseganje čim večje udeležbe je pomembno ženskam zagotoviti dober dostop do izbranega osebnega ginekologa, kar vključuje zadostne kapacitete mreže ginekologov na primarni ravni zdravstvenega varstva (10).

### PATOLOŠKI BRISI MATERNIČNEGA VRATU IN NADALJNI POSTOPKI

V obdobju od 2015 do 2019 je bilo letno v Sloveniji odvzetih več kot 150.000 presejalnih BMV, patološke spremembe so bile ugotovljene povprečno v 5,1 %. Spremembe nizke stopnje so bile ugotovljene v 4,2 % in spremembe visoke stopnje v 0,9 % presejalnih BMV.

Delež patoloških BMV se je manjšal s starostjo (Slika 4). V starostni skupini od 20 do 29 let je bil delež patoloških BMV 6,9 %, v starostni skupini od 30 do 39 let 5,6 %, v starostni skupini od 40 do 49 let 5,4 % in v starostni skupini od 50 do 64 let 3,2 %.

Največji delež sprememb visoke stopnje med presejalnimi BMV je bil v starostni skupini od 30 do 39 let in najmanjši v starostni skupini od 50 do 64 let.

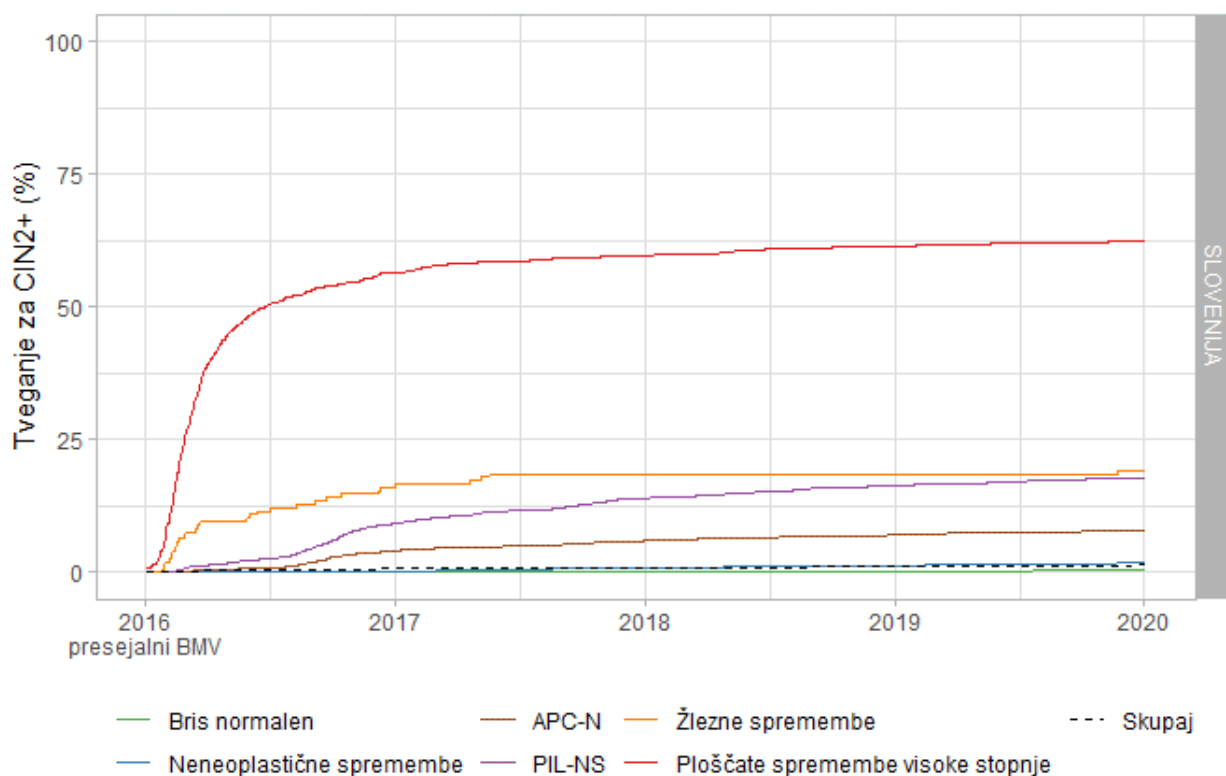


Slika 4. Spremembe nizke in visoke stopnje, odkrite v presejalnem programu ZORA po starostnih skupinah, Slovenija, povprečje za obdobje 2015–2019.

Ženske s spremembami nizke stopnje ginekolog povabi na kontrolni pregled. Opravi se kontrolni bris materničnega vratu in glede na starost ženske triažni test HPV (11). Izvid testa HPV je v pomoč pri odločanju o nadaljnjih ukrepih. Ženske z negativnim testom HPV imajo namreč pomembno manjše tveganje za razvoj RMV (3).

Pri spremembah visoke stopnje je priporočena kolposkopija. Ob kolposkopiji se lahko odvzame tkivni vzorec za histološko analizo. S histološkim pregledom se ugotavlja, ali je prisotna ploščatocelična intraepitelijska lezija visoke stopnje, cervikalna intraepitelijska neoplazija stopnje 2 ali več (PIL-VS/CIN2+) ali spremembe žleznih celic visoke stopnje, pri katerih je priporočeno zdravljenje. Letno je takojšnja kolposkopija zaradi presejalnega BMV visoke stopnje priporočena pri okrog 1400 ženskah (12). Dodatno se kolposkopija priporoča pri vztrajanju sprememb nizke stopnje, pri patoloških izidih kontrolnih testov po zdravljenju predrakavih sprememb materničnega vratu in glede na izvide in simptome pri simptomatskih ženskah (11).

Letno v Sloveniji odkrijejo okrog 1500 PIL-VS/CIN2+, pri katerih z zdravljenjem lahko preprečijo raka (13). Slika 5 prikazuje tveganje v odstotkih (%), da bo ženska po presejalnem BMV, odvzetem leta 2016, v prihodnjih štirih letih razvila CIN2+. Z izračunom kumulativnega tveganja lahko ocenimo napovedno vrednost presejanja za RMV. Ob normalnem brisu je tveganje po štirih letih 0,4 %, ob neneoplastičnih spremembah 1,8 %, ob neopredeljenih atipičnih ploščatih celicah (APC-N) 7,8 %, ob ploščati intraepitelijski leziji nizke stopnje (PIL-NS) 17,7 %, ob žlezni spremembah 19,2 % in ob ploščatih spremembah visoke stopnje 62,5 %. APC-N in PIL-NS so spremembe nizke stopnje, žlezne spremembe in PIL-VS spadajo pod spremembe visoke stopnje (11).



Slika 5. Kumulativna verjetnost za CIN2+ glede na vrsto patoloških sprememb v presejalnem brisu materničnega vratu odvzetem leta 2016 v programu ZORA, čas sledenja je 4 leta (Državni program ZORA).

### PROGRAM ZORA IN COVID-19

Leta 2020 so bili vsi trije presejalni programi za raka sistemsko ustavljeni od 12. 3. do 8. 5. 2020. Za program ZORA to pomeni, da je bilo ustavljeno vabljenje in presejanje. Priporočeno je bilo, da se odloži preglede pri spremembah nizke stopnje. Nadaljevala pa se je diagnostika in zdravljenje predrakavih sprememb visoke stopnje ter diagnostika sprememb pri nosečnicah in simptomatskih ženskah. Ambulante so bile dolžne voditi evidenco odloženih pregledov žensk in jih na pregled naročiti kasneje (12, 14).

Pregledanost v triletnem obdobju od 1. 7. 2017 do 30. 6. 2020 je bila 69,6 % in je prvič od začetka programa ZORA padla pod ciljno vrednost 70 % (4). V mesecih po prekinitvi presejalnih programov pa se je obseg dela v primerjavi z enakim obdobjem v predhodnih letih povečal, zato je 3-letna pregledanost že konec poletja 2020 ponovno preseгла ciljnih 70 %. Kljub temu je bilo v letu 2020 opravljenih 9,7 % manj presejalnih BMV v primerjavi s preteklim 3-letnim povprečjem (2017–2019) (12).

Podatki Registra ZORA kažejo, da je bilo v starostni skupini žensk od 30 do 39 let v letu 2020 odkritih in zdravljenih 14 % manj predrakavih sprememb materničnega vratu visoke stopnje, medtem ko je bilo v ostalih starostnih skupinah število primerljivo s preteklim povprečjem. V tej starosti se sicer odkrije tretjino predrakavih sprememb visoke stopnje (12).

## ZAKLJUČEK

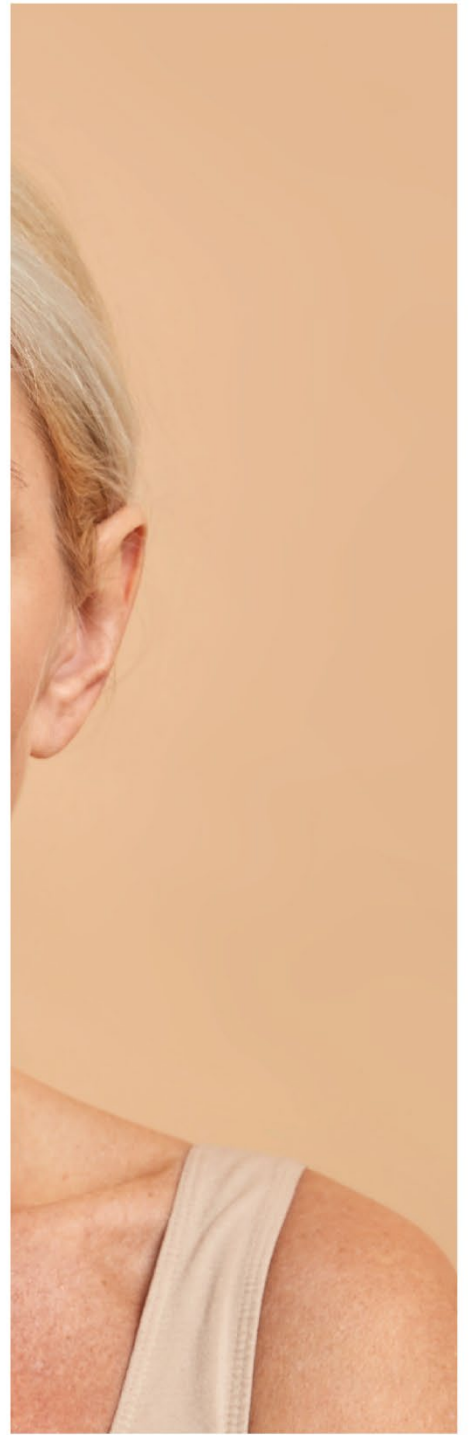
Za uspeh programa ZORA ter zmanjševanje incidence in umrljivosti RMV je potrebna zadostna pregledanost žensk in kakovost vseh storitev v programu ZORA. Stopnja pregledanosti je povezana z različnimi dejavniki in je nižja med ženskami z nižjim socialno-ekonomskim položajem. S programom ZORA učinkovito odkrivamo ženske s povečanim tveganjem za RMV, z odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb materničnega vratu visoke stopnje zmanjšujemo incidenco in umrljivost zaradi tega raka v Sloveniji. Prav tako je uspeh, če odkrijemo raka v zgodnjem stadiju, ko je zdravljenje manj invazivno in bolj uspešno.

Uspeh programa ZORA se je že pokazal na zmanjšanju incidence RMV po vzpostavitvi organiziranega populacijskega program ZORA leta 2003. Slovenija izpolnjuje dva od treh pogojev, ki omogočajo eliminacijo RMV in bi lahko bila med prvimi državami Evrope, ki bodo dosegle ta cilj.

## VIRI

1. Državni program ZORA. Program ZORA [Internet]. [citirano 2022 avg 1]. Dostopno na: <https://zora.onko-i.si/program-zora>.
2. Državni program ZORA. Namen in cilji [Internet]. [citirano 2022 avg 1]. Dostopno na: <https://zora.onko-i.si/program-zora/namen-in-cilji>.
3. Državni program ZORA. Izjava za javnost ob Evropskem tednu preprečevanja raka materničnega vratu 17.–23. januar 2022 [Internet]. 2022 [citirano 2022 avg 1]. Dostopno na:
4. [https://zora.onko-i.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/izjave\\_za\\_javnost/2022\\_IZJAVA\\_DP\\_ZORA.pdf](https://zora.onko-i.si/fileadmin/user_upload/publikacije/izjave_za_javnost/2022_IZJAVA_DP_ZORA.pdf).
5. Ivanuš U, Jerman T, Florjančič M, Podobnik B. Poročilo o rezultatih programa ZORA v letu 2019 in v času pandemije COVID-19. 10. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2020 [zbornik predavanj]. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2020.
6. Svetovna zdravstvena organizacija. Cervical Cancer Elimination Initiative [Internet]. [citirano 2022 avg 1]. Dostopno na: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>.
7. Ivanuš U, Florjančič M, Jerman T, Primic Žakelj M. Pregled rezultatov in dela v državnem programu ZORA v letu 2017 in načrti za prihodnost. 8. izobraževalni dan programa ZORA z mednarodno udeležbo [zbornik predavanj]. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2018.
8. Državni program ZORA. Kazalniki [Internet]. [citirano 2022 avg 1]. Dostopno na: <https://zora.onko-i.si/publikacije/kazalniki>.
9. Zaletel M, Vardič D, Hladnik M. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021.
10. Zadnik V, Žagar T. SLORA: Slovenija in rak. Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka. [citirano 2023 avg 30]. Dostopno na: [www.slora.si](http://www.slora.si).
11. Florjančič M, Jerman T, Ivanuš U. Značilnosti neodzivnic v programu ZORA. 11. izobraževalni dan programa ZORA z mednarodno udeležbo [zbornik predavanj]. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2021.
12. Uršič Vrščaj M. Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2011.
13. Ivanuš U, Jerman T, Florjančič M. Poročilo o rezultatih programa ZORA v pandemskem letu 2020. 11. izobraževalni dan programa ZORA z mednarodno udeležbo [zbornik predavanj]. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2021.

14. Državni program ZORA. Monitoring and evaluation, high-grade cervical lesions [Internet]. 2023 [citirano 2023 okt 20]. Dostopno na: <https://zora.onko-i.si/en/monitoring-and-evaluation/high-grade-cervical-lesions>.
15. Ivanuš U, Jerman T, Gašper Oblak U, Meglič L, Florjančič M, Strojan Fležar M et al. The impact of the COVID-19 pandemic on organised cervical cancer screening: The first results of the Slovenian cervical screening programme and registry. *Lancet Reg Health Eur*. 2021 Apr 13;5:100101. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100101.



11

**DORA**

Katja Jarm, Eva Štromajer, Kristijana Hertl



## UVOD

Državni presejalni program za raka dojk DORA je namenjen zgodnjemu odkrivanju raka dojk. Program se je pričel leta 2008 in se postopno širil po Sloveniji. Od konca leta 2017 poteka po vsej državi.

V program so vabljene ženske med 50. in 69. letom starosti s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji in urejenim osnovnim zdravstvenim zavarovanjem. Ustrezne ženske so vsaki dve leti vabljene na presejalno mamografijo s pisnim vabilom. Ženske, ki so jim v preteklosti že ugotovili raka dojke, v program DORA niso vabljene. Postopek udeležbe v programu DORA je zelo olajšan, saj se ženskam ni potrebno posebej naročiti na pregled, ker so datum, ura in lokacija presejalne mamografije že vnaprej določeni, za presejanje pa ni potrebna posebna priprava. Če ženski termin ne ustreza, ima možnost, da ga prestavi.

Letno je povabljenih okoli 140.000 žensk, odzove se jih okoli 100.000. Kadar je na mamografskih slikah ugotovljena sumljiva sprememba v dojkah, je ženska vabljena na nadaljnje diagnostične postopke. Cilj programa je zmanjšati umrljivost zaradi raka dojk med ciljno populacijo za 25–30 %. Ciljna udeležba je več kot 70 %, ker ta odstotek omogoča ciljno znižanje umrljivosti (1).

Presejalne mamografije se izvajajo na 22 mamografih (19 mamografov je v stacionarnih presejalnih enotah in trije v mobilnih presejalnih enotah) po celi Sloveniji. Nadaljnji postopki se izvajajo v dveh presejalno-diagnostičnih centrih: na Onkološkem inštitutu Ljubljana in v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor.

V Sloveniji je bilo pri ženskah v letih 2015–2019 letno ugotovljenih povprečno 1454 primerov raka dojke, povprečen letni porast grobe incidenčne stopnje zadnjih 10 let je bil 2,6 %, starostno standardizirane stopnje pa 1,7 % (2). Za več podatkov o raku dojk glej poglavje »Ženske in rak«.

V poglavju prikazujemo rezultate v presejalnem programu DORA.

## METODOLOGIJA

### DEFINICIJE

**Udeležba:** Delež povabljenih žensk, ki se udeleži presejalne mamografije (3).

**Pozitivna mamografija:** Mamografija s sumljivimi spremembami, potrebna je nadaljnja diagnostika.

**Delež žensk za nadaljnjo obravnavo:** Delež slikanih žensk s pozitivnim izvidom mamografije. V števcu je število pozitivnih mamografij v določenem obdobju, v imenovalcu je število slikanih žensk v določenem obdobju.

**Stopnja odkrivanja raka dojk:** Delež slikanih žensk, pri katerih je bil z nadaljnji preiskavami potrjen rak dojke. Poroča se kot število žensk z rakom dojk na 1000 presejalnih mamografij.

### PREISKOVANCI IN MATERIALI

Podatki o številu mamografij, udeležbi in odkritih rakih so prikazani za obdobje od leta 2008 do 2020. Posebej smo analizirali leto 2019, ker se je program DORA na celotno državo razširil konec leta 2017, leta 2018 pa se je zaključila implementacija programa z odprtjem treh dodatnih presejalnih centrov. Leto 2019 je prvo koledarsko leto, v katerem je program DORA potekal v dokončnem obsegu; prikazali smo udeležbo, delež žensk za nadaljnjo obravnavo ter stopnjo odkrivanja raka dojk. Temu sledi še prikaz za leto 2020, ko je na izvajanje programa DORA vplival začetek pandemije covid-19. Omenjene podatke smo pridobili iz Registra DORA. Prikazali smo tudi podatke o incidenci in umrljivosti raka dojke za leti 2007 in 2018 za vse

prebivalke ter za prebivalke, stare od 50 do 69 let. Te podatke smo pridobili iz spletišča SLORA (Slovenija in rak – <http://www.slora.si/>).

## STATISTIČNE METODE

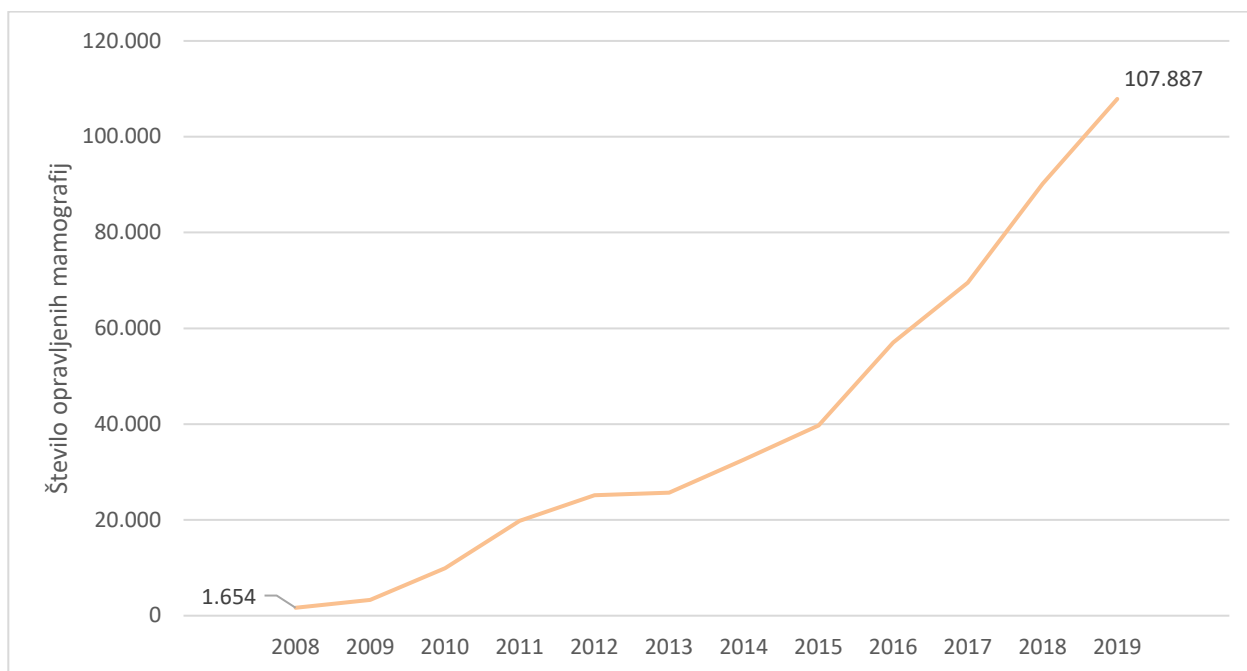
Izračunali smo delež žensk, ki se je udeležil presejanja (udeležbo), delež žensk za nadaljnjo obravnavo, delež žensk, ki so se udeležile nadaljnjih obravnav in stopnjo odkrivanja raka dojke na 1000 slikanih žensk. Spremembo grobe umrljivosti smo prikazali kot delež spremembe v ciljnem letu glede na začetno leto.

## REZULTATI IN DISKUSIJA

### ŠIRITEV PROGRAMA DORA IN UDELEŽBA

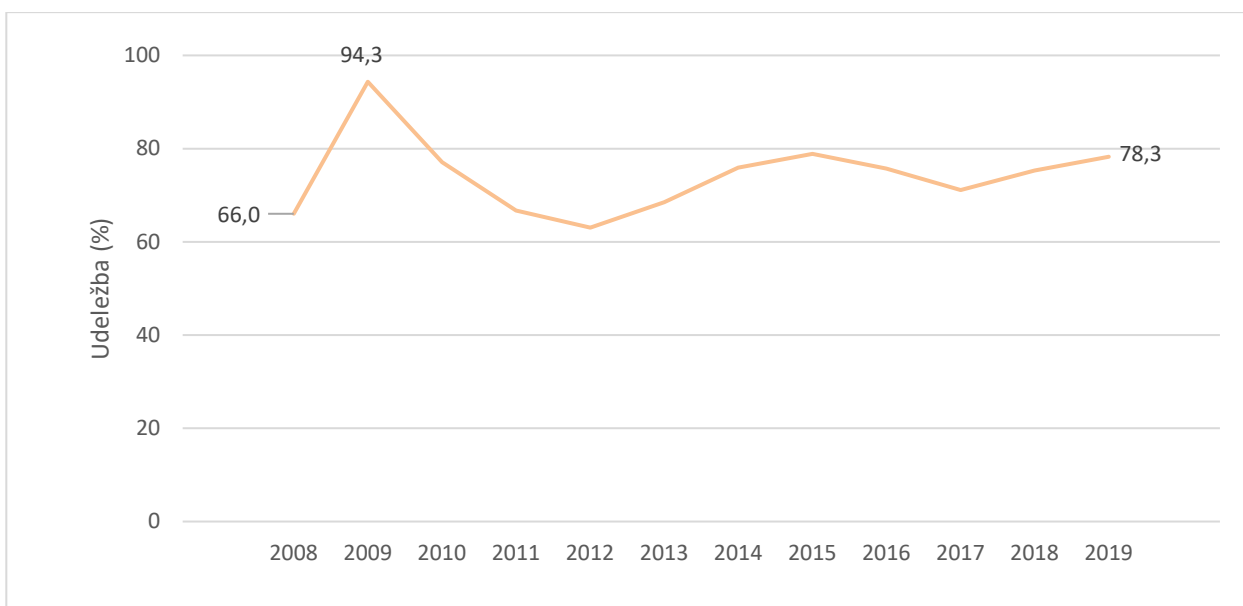
Program DORA se je pričel izvajati leta 2008 na območju Mestne občine Ljubljana. Do leta 2014 se je postopno razširil na celotno Osrednjeslovensko regijo, na Zasavsko regijo in v del Podravske regije. V letih 2015–2016 se je program razširil na celotno Podravske regije ter dodatno na Gorenjsko, Goriško, Obalno-kraško, Primorsko-notranjsko, Jugovzhodno in Posavsko regijo. Konec leta 2017 se je program DORA razširil še na Savinjsko, Koroško in Pomursko regijo in tako končal širitev po vsej Sloveniji (1).

Slika 1 prikazuje število opravljenih presejalnih mamografij v organiziranem programu po letih. S postopno širitvijo programa se je povečevalo tudi število opravljenih mamografij. Leta 2019 je bilo opravljenih 108.267 presejalnih mamografij.



Slika 1. Število opravljenih mamografij v programu DORA, Slovenija, 2008–2019 (Podatki na dan 7. 6. 2022).

Udeležba v programu DORA večino let delovanja programa presega 70 % udeležbo (Slika 2). Že prvo leto je bila udeležba več kot 60 % in se v vseh letih od začetka programa ni spustila pod to vrednost. Od leta 2014 je udeležba stalno nad 70 %.

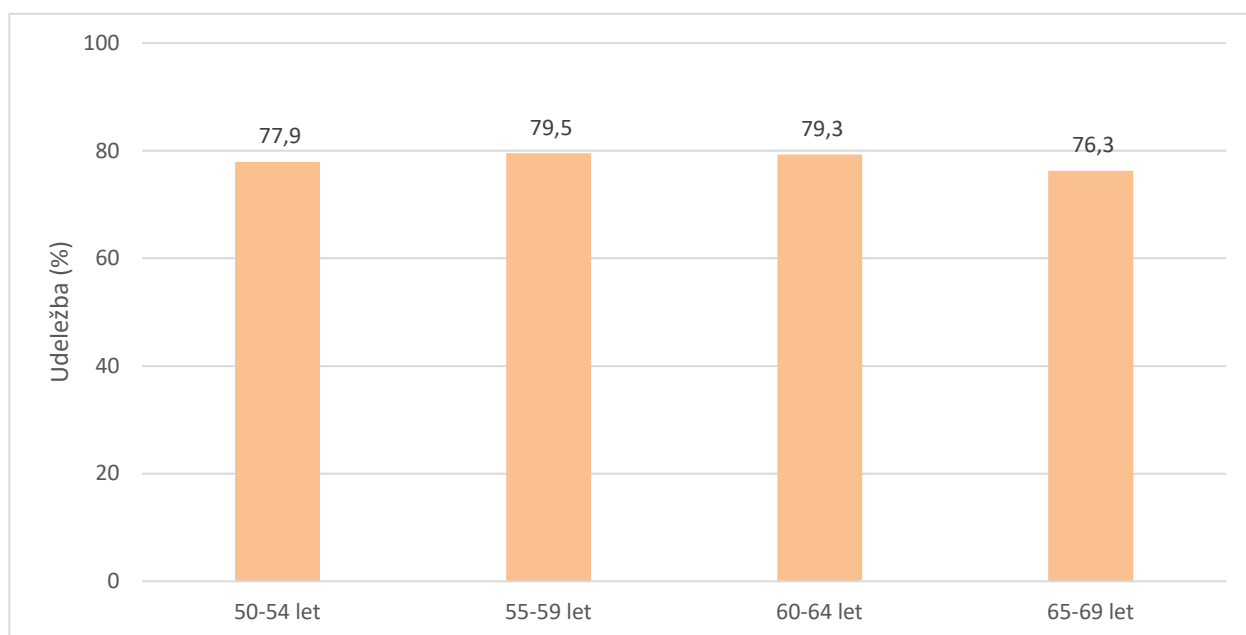


Slika 2. Udeležba žensk v programu DORA, Slovenija, 2008–2019 (podatki na dan 7. 6. 2022).

## PROGRAM DORA V LETU 2019

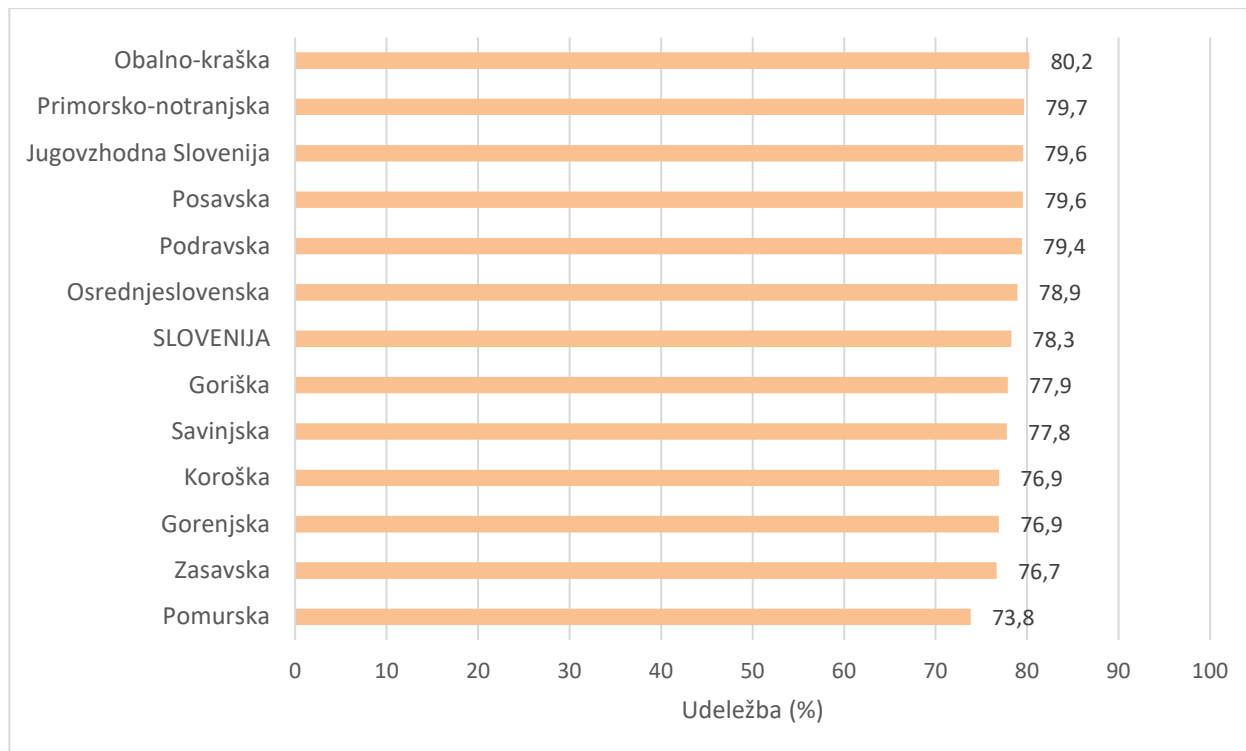
### Udeležba

Leta 2019 je udeležba v vseh starostnih skupinah ciljne populacije žensk presegala 75 % (Slika 3). Razlike v udeležbi po starostnih skupinah so majhne. Najvišja udeležba je bila v starostni skupini od 55 do 59 let (79,5 %) in najnižja v najstarejši starostni skupini od 65 do 69 let (76,3 %).



Slika 3. Udeležba v programu DORA po 5-letnih starostnih skupinah, Slovenija, 2019 (podatki na dan 7. 6. 2022).

Udeležba je bila leta 2019 v vseh regijah nad 70 %. Najvišja je bila v Obalno-kraški regiji, kjer je celo dosegla 80 % (80,2 %), in najnižja v Pomurski regiji, kjer je bila 73,8 % (Slika 4). Udeležba je bila nižja od ciljne le pri pomurskih ženskah, starih od 65 do 69 let (67,8 %). Najvišja udeležba je bila med ženskami, stari od 55 do 59 let, iz Primorsko-notranjske regije (83,5 %).

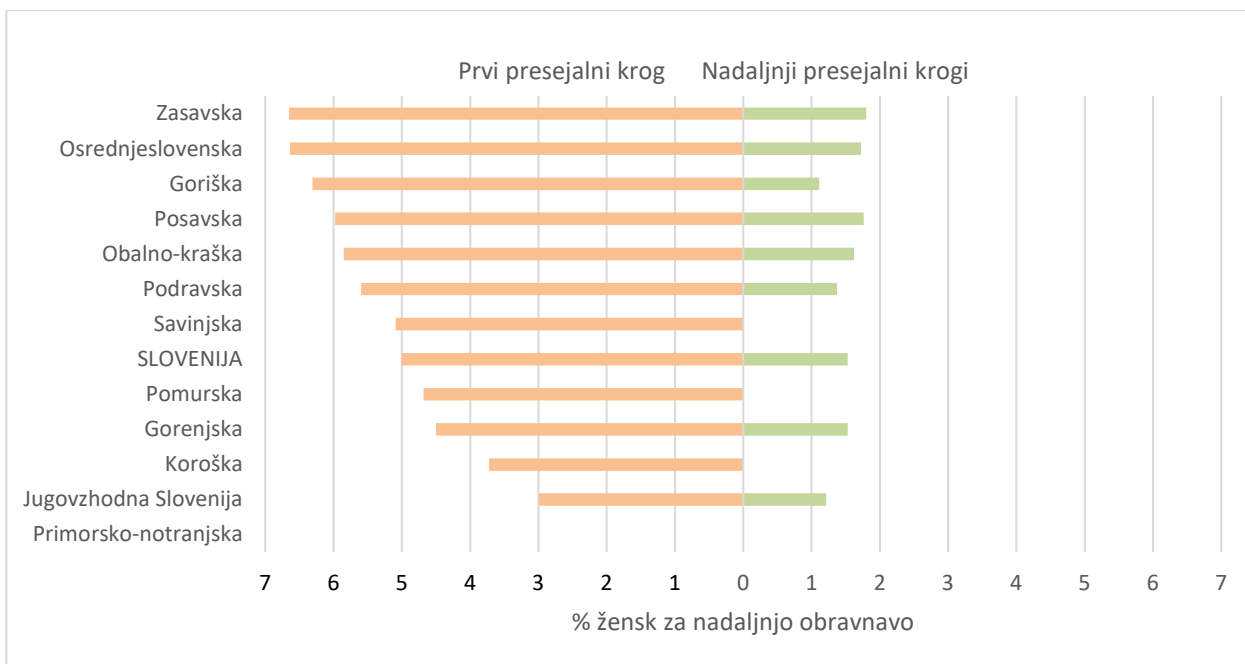


Slika 4. Udeležba v programu DORA po statističnih regijah, Slovenija, 2019 (podatki na dan 7. 6. 2022).

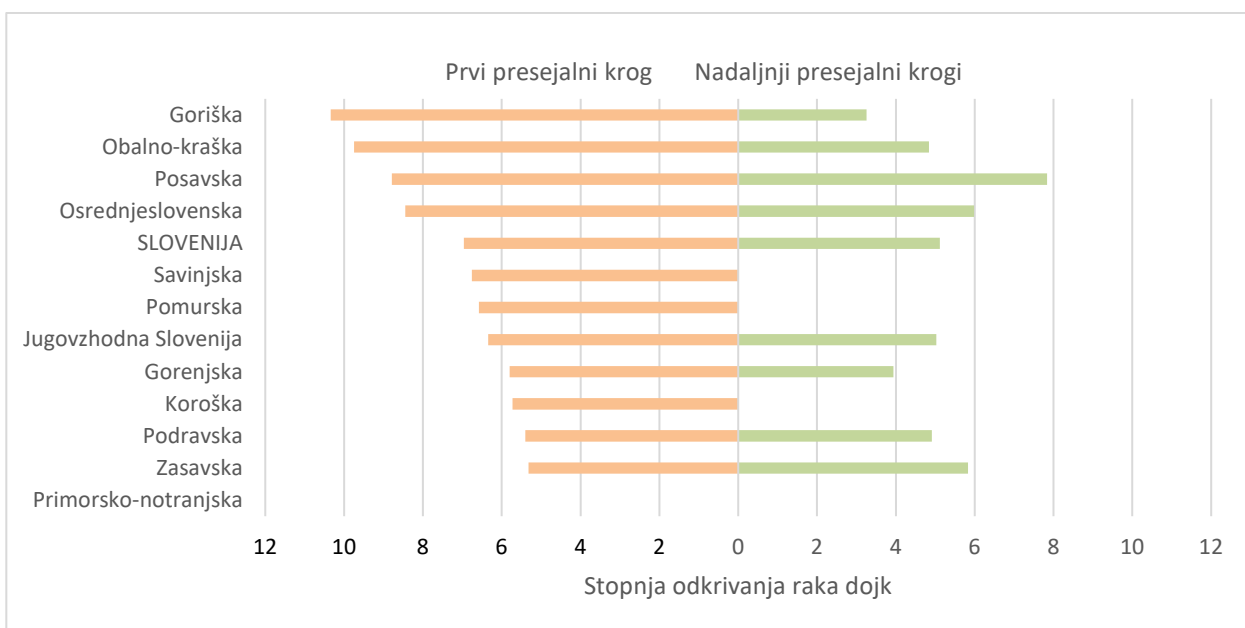
Udeležba med regijami ni povsem primerljiva, ker program DORA v regijah ni bil enako dolgo vzpostavljen (v nekaterih regijah šele dve leti, drugod pa od 4 do 10 let). K razliki v udeležbi je prispevala kasnejša razširitev programa DORA v nekatere regije, znano pa je, da je udeležba ob prvem vabljenju vedno nekoliko nižja kot v nadaljnjih vabljenjih. Večina žensk iz Pomurske, Savinjske in Koroške regije je bila kot zadnja vključena v program DORA, in sicer konec leta 2017. Iz Slike 3 je razvidno, da so imele Pomurska, Savinjska in Koroška regija leta 2019 nižjo udeležbo od povprečja države. Tudi v Primorsko-notranjski regiji je bila leta 2019 posebnost, ki je vplivala na udeležbo. V tej regiji v tem letu ni delovala mobilna enota programa DORA, ki pokriva večino občin v Primorsko-notranjski regiji, saj tam deluje na parna leta. Leta 2019 je bilo število vabljenih iz Primorsko-notranjske regije majhno, te ženske so bile vabljen in slikane v drugih presejalnih enotah programa.

### Pozitivne mamografije in odkriti raki

Leta 2019 je bilo na nadaljnjo obravnavo povabljenih 3,1 % slikanih žensk. Pri šestih ženskah od 1000 slikanih žensk je bil odkrit rak dojke. Med ženskami v prvem presejalnem krogu (t. j. prva udeležba v presejalnem programu) je višji odstotek žensk za nadaljnjo obravnavo in višja stopnja odkrivanja rakov kot v nadaljnjih krogih, ker ženske v prvem krogu še niso presejane (Sliki 5 in 6). Med ženskami v prvem presejalnem krogu je bil rak dojke odkrit pri sedmih od 1000 slikanih žensk in med ženskami v vseh nadaljnjih presejalnih krogih pri petih od 1000 slikanih žensk.



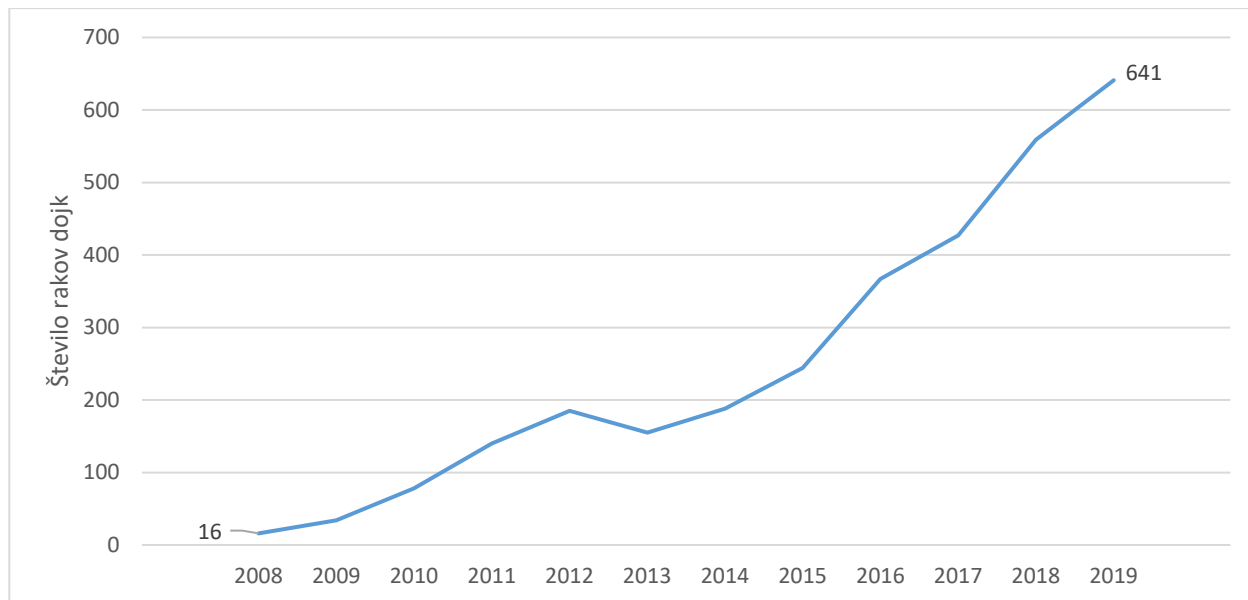
Slika 5. Delež žensk (%) za nadaljnjo obravnavo v programu DORA po statističnih regijah, Slovenija, 2019 (V Koroški, Pomurski in Savinjski regiji leta 2019 še ni bilo nadaljnjih presejalnih krogov. Velik del Primorsko-notranjske regije pokriva mobilna enota, ki v tej regiji leta 2019 ni delovala, zato podatki niso prikazani). (Podatki na dan 27. 6. 2022).



Slika 6. Stopnja odkrivanja raka dojk v programu DORA po statističnih regijah, Slovenija, 2019 (V Koroški, Pomurski in Savinjski regiji leta 2019 še ni bilo nadaljnjih presejalnih krogov. Velik del Primorsko-notranjske regije pokriva mobilna enota, ki v tej regiji leta 2019 ni delovala, zato podatki niso prikazani). (Podatki na dan 27. 6. 2022).

V programu DORA je delež žensk, ki se po pozitivni mamografiji udeležijo nadaljnje obravnave, velik (99,1 %). Leta 2019 so se v šestih od 12 regij vse ženske s pozitivno mamografijo udeležile nadaljnjih obravnav (100 % udeležba na nadaljnjih obravnavah). Najnižja udeležba na nadaljnjih obravnavah je bila med ženskami, starimi od 60 do 64 let, v Pomurski regiji, in sicer 95,9 %.

Slika 7 prikazuje število rakov dojk, odkritih v programu DORA, glede na povabljene v določenem letu. Med ženskami, vabljenimi na presejanje v letu 2019, je znašal delež majhnih rakov (manjših od 1 cm), odkritih v presejanju, 40 %. To je nad željeno minimalno vrednostjo, ki jo predpisujejo evropske smernice. 24 % rakov, odkritih v presejanju, je bilo neinvazivnih (in situ) (4).



Slika 7. Število rakov dojk, odkritih v programu DORA, glede na povabljene v določenem letu, Slovenija, 2008–2019 (Podatki na dan 7. 6. 2022).

Leta 2018, ko je bil program že razširjen po vsej Sloveniji, je bilo v programu DORA odkritih 36,6 % vseh rakov dojk žensk v državi in 74,8 % vseh rakov dojk med ženskami, stariimi od 50 do 69 let (5). Delež rakov, odkritih v programu DORA je še posebej pomemben v luči podatka, da je 70 % rakov v programu odkritih v omejenem stadiju, ki ima skoraj 100 % 5-letno preživetje (6). Leta 2007 (zadnje leto pred pričetkom programa DORA) je bilo pri ženskah, starih od 50 do 69 let, v omejenem stadiju odkritih 51,9 % rakov dojk, leta 2018 pa 64,5 % (7).

Cilj programa DORA je znižanje umrljivosti zaradi raka dojk. Groba umrljivostna stopnja za starostno skupino od 50 do 69 let je bila leta 2018 glede na leto 2007 nižja za 11,5 % (7). Program DORA se je vzpostavljal postopno 10 let in v polnem obsegu poteka od konca leta 2017, zato je smiselno pričakovati, da se bo umrljivost v povezavi s presejalnim programom zmanjševala v naslednjih desetih letih.

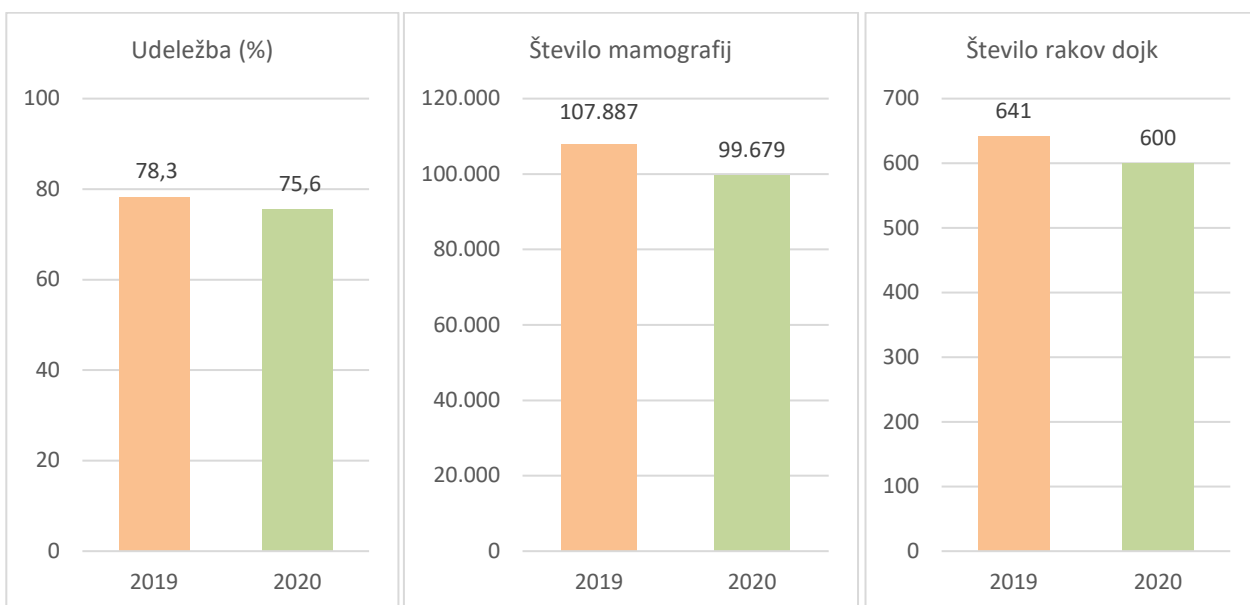
V programu DORA se za razliko od Programa Svit in programa ZORA ne ugotavlja predrakavih sprememb, zato uvedba programa nima vpliva na zmanjšanje incidence raka dojk. Je pa rak v visokem deležu odkrit v omejeni obliki bolezni, ko je zdravljenje lahko zelo uspešno. Poleg tega je zdravljenje raka v začetnih fazah načeloma manj invazivno.

V presejalnem programu se lahko odkrije tudi rake, ki bi sicer ostali nediagnosticirani, ker ne ogrožajo ženske in ne potrebujejo zdravljenja (prediagnosticiranje). Takšnega raka se ne da ločiti od ostalih rakov, zato se zdravijo vsi odkriti raki. Nekaj rakov se odkrije tudi pri ženskah, ki se sicer udeležujejo presejalnega programa, vendar je rak diagnosticiran med dvema presejalnima mamografijama torej izven presejalnega programa (intervalni rak) (8). Pomembno je, da si ženske kljub sodelovanju v programu DORA redno pregledujejo dojke in so pozorne na vsako spremembo, ki ni običajna in ni povezana z mesečnimi ciklusi.

## PROGRAM DORA IN COVID-19

Spomladi 2020 so bili presejalni programi začasno ustavljeni zaradi epidemije covid-19. Mamografije se niso izvajale od sredine marca do konca maja. Konec maja so se ponovno začele izvajati mamografije na Onkološkem inštitutu v Ljubljani in junija še v drugih centrih. Do avgusta 2020 je slikanje potekalo v zmanjšanem obsegu. Nprekinjeno pa so se izvajale nadaljnje obravnave po pozitivnih mamografijah in zdravljenje ob potrjenem raku dojke. Programu je do začetka leta 2021 uspelo nadoknaditi večino zamud zaradi ustavitve slikanja (6).

Udeležba je bila leta 2020 kljub epidemiji nad 75 %. Opravljenih je bilo 7,9 % manj mamografij in odkritih 6,4 % manj rakov dojke kot leta 2019. Rezultati so primerljivi s tistimi pred epidemijo.



Slika 8. Udeležba, število mamografij in število odkritih rakov dojke v programu DORA, Slovenija, 2019–2020 (Podatki na dan 7. 6. 2022).

## ZAKLJUČEK

Program DORA že več let dosega udeležbo, ki omogoča ciljno zmanjšanje umrljivosti zaradi raka dojke. V polnem obsegu program DORA poteka od leta 2018 dalje, cilj znižanja umrljivosti pa je dolgoročen cilj.

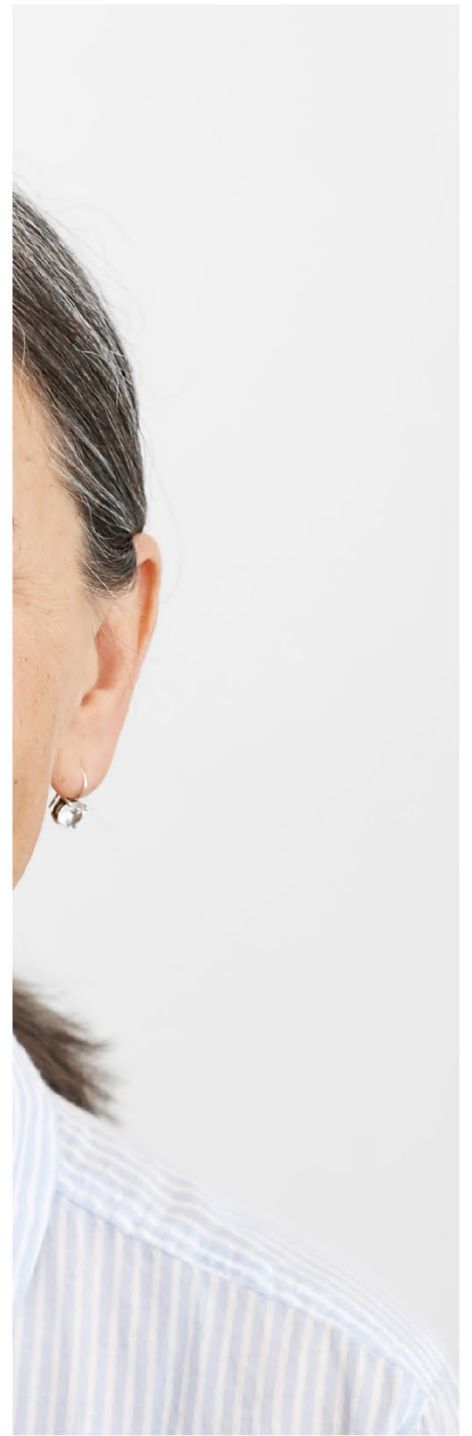
Večina kazalnikov kakovosti programa DORA dosega ciljne vrednosti, zadane v evropskih smernicah kakovosti (4). Ker incidenca raka dojke narašča in ker se v programu DORA večino rakov odkrije v začetnih stadijih, je pomembno, da se ženske presejalnega programa za raka dojke udeležujejo v čim večjem številu. Z uspešnim izvajanjem programa DORA se lahko pomembno zmanjša breme raka dojke.

## VIRI

1. Jarm K, Hertl K, Krajc M, Šval C, Kutnar V, Kurir M, et al. Deset let Državnega presejalnega programa za raka dojke DORA. *Onkologija* 2020; XXIV (2): 12–21. doi:10.25670/oi2020-008on.
2. Zadnik V. Rak v Sloveniji 2019. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2022.

3. Jarm K, Šval C, Krajc M, Kurir M, Kadivec M, Hertl K, et al. Program DORA v letu 2018. 8. izobraževalni dan programa zora z mednarodno udeležbo [zbornik predavanj]. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2018. doi: 10.25670/oi2018-002m.
4. Sodelavci programa DORA. Letno poročilo 2020 Državnega presejalnega programa za raka dojk DORA. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2021.
5. Zadnik V, Žagar T. SLORA: Slovenija in rak. Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka. [citirano 2022 jun 15]. Dostopno na: [www.slora.si](http://www.slora.si).
6. Kurir Borovčič M, Jarm K, Hertl K, Kutnar V. Programske smernice Dora. 11. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2021 [zbornik predavanj]. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2021.
7. Zadnik V, Žagar T. SLORA: Slovenija in rak. Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka. [citirano 2022 jun 16]. Dostopno na: [www.slora.si](http://www.slora.si).
8. Državni presejalni program za raka dojk – DORA. Presejanje za raka dojk. [Internet]. [citirano 2022 avg 1]. Dostopno na: [https://dora.onko-i.si/presejanje\\_za\\_raka\\_dojk](https://dora.onko-i.si/presejanje_za_raka_dojk).





**12**

**SVIT**

Dominika Novak Mlakar, Tatjana Kofol Bric, Eva Štromajer

## UVOD

Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki - Program Svit je presejalni program, namenjen preprečevanju in zgodnjemu odkrivanju predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki (1).

Program je začel na državni ravni delovati leta 2009. Sprva so bili vključeni moški in ženske od 50. do 69. leta, od 1. 7. 2015 pa so vabljeni prebivalci do 74. leta (2). Vabljeni so prebivalci z urejenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem, ki imajo pravico do presejalnih storitev in nadaljnega zdravljenja v celoti pokrito iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (1). V programu se ugotavlja prikrita krvavitev v blatu, v primeru pozitivnega izvida sledi kolonoskopski pregled debelega črevesa in danke.

Program poteka v 2-letnih ciklih, kar v praksi pomeni, da je vsak upravičenec vabljen vsako drugo leto s pisnim vabilom, ki ga prejme na dom. Prebivalci, ki želijo sodelovati, izpolnijo izjavo o prostovoljnem sodelovanju in jo vrnejo po pošti. V kolikor nimajo izključitvenih kriterijev, na dom prejmejo komplet za odvzem vzorcev blata z navodili. Vzorce blata vrnejo po pošti v centralni laboratorij Programa Svit. O izidu preiskave blata so obveščeni v roku enega tedna, v primeru pozitivnega izvida so vabljeni na kolonoskopijo. Tudi izbrani osebni zdravnik je obveščen o izvidu analize vzorca blata. V primeru pozitivnega testa pripravi pacienta na kolonoskopijo, izda napotnico za kolonoskopijo, predpiše zdravilo za čiščenje črevesa ter oceni stanje pacienta, potrebne prilagoditve obstoječih terapij ter potrebo po sedaciji. Izbrani osebni zdravniki so s strani Programa Svit trikrat letno obveščeni o opredeljenih pacientih, ki se na vabilo v program niso odzvali ali niso vrnili vzorcev blata. Že na sami kolonoskopiji se odstrani odkrite predrakave spremembe (polipe/adenome) in večino rakavih sprememb. V primeru, da odstranitev ni možna takoj, se sprememba odstrani ob naknadni kolonoskopiji ali kirurško. Za vse odstranjene spremembe je potrebna histopatološka potrditev najdbe.

V članku prikazujemo značilnosti žensk glede udeležbe in rezultatov presejanju ter jih primerjamo z moškimi. Epidemiološki podatki o raku debelega črevesa in danke so v poglavju o raku.

## METODOLOGIJA

Za analizo smo uporabili anonimne agregirane podatke informacijskega sistema Programa Svit. Za prikaz značilnosti žensk v presejanju za raka debelega črevesa in danke smo uporabili kazalnike, ki se najpogosteje uporabljajo in so definirani v Smernicah Programa Svit (3). Za obdobje od 2010 oz. 2011 do 2019 smo predstavili trend odzivnosti, presejanosti in pozitivnih presejalnih testov. Natančnejši vpogled v značilnosti sodelovanja populacije v Programu Svit dobimo z obdelavo podatkov po presejalnih krogih, ko se podatki vabljenih oseb dopolnijo z njihovim odzivom in postopki v analiziranem presejalnem krogu. Za predstavitev nekaterih značilnosti udeležencev smo povzeli podatke 5. presejalnega kroga. V obdelavi podatkov po presejalnih krogih so namreč vključene tudi nekatere demografske značilnosti udeležencev Programa Svit. 5. presejalni krog je potekal od januarja 2017 do decembra 2018 in je zadnji presejalni krog, za katerega je bila obdelava večine podatkov zaključena. Posebej smo analizirali leto 2020 in podatke primerjali s predhodnim obdobjem.

Vrednosti kazalnikov Programa Svit po doseženi stopnji izobrazbe in zakonskem stanu se zaradi manjkajočih podatkov nekoliko razlikujejo od vrednosti po drugih kriterijih. Vseeno pa se kazalniki lahko primerjajo znotraj teh dveh kriterijev (npr. razlika v odzivnosti med nizko in visoko izobraženimi).

## UPORABLJENI IZRAZI IN DEFINICIJE

**Odzivnost:** Delež oseb, ki so vrnilo podpisano izjavo o sodelovanju v program. V imenovalcu je število oseb, ki jim je bilo vročeno vabilo.

**Presejanost:** Delež oseb, ki so vrnilo vzorec blata (ne glede na pravilnost odvzema oz. primernost vzorca za analizo). V imenovalcu je število oseb, ki jim je bilo vročeno vabilo minus število oseb z izključitvenimi kriteriji.

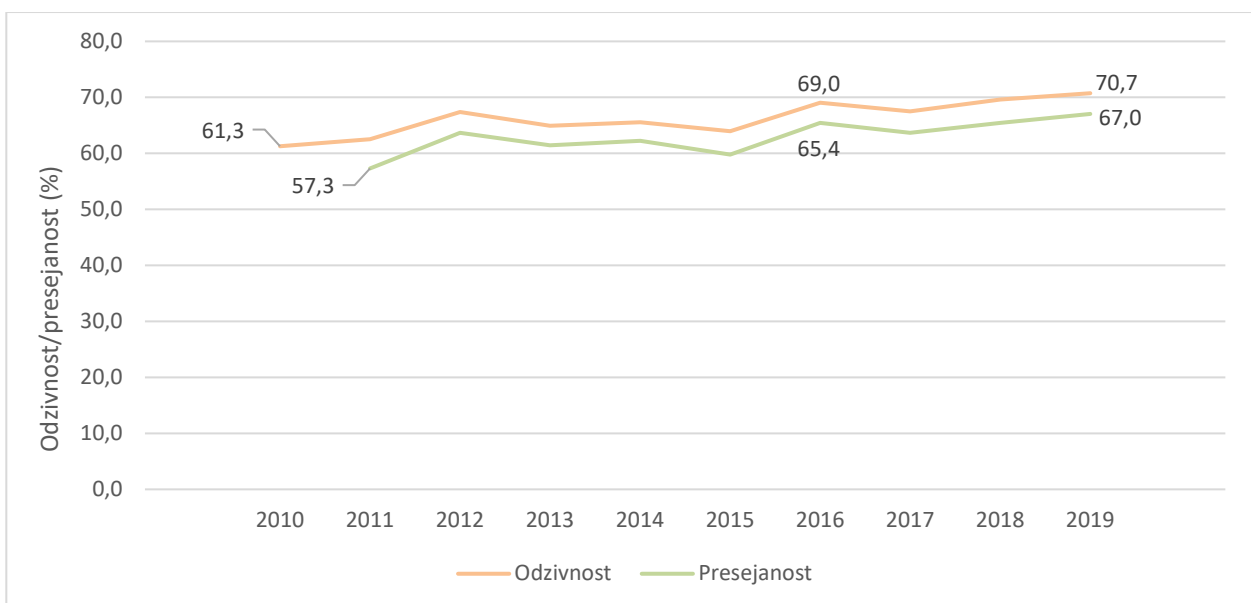
**Izključitveni kriteriji za sodelovanje v Programu Svit:** Začasni izključitveni kriteriji so opravljena kolonoskopija v zadnjih treh letih brez odkrite patologije (rak debelega črevesa in danke, kronična vnetna črevesna bolezen ali napredovali adenom). Osebe z začasnimi izključitvenimi kriteriji se ponovno vključi v naslednji krog vabljenja. Trajni izključitveni kriteriji so odstranjeni polipi med kolonoskopijo, ugotovljen rak debelega črevesa in danke, ugotovljena kronična vnetna črevesna bolezen. Te osebe se kontrolira s kolonoskopijami izven Programa Svit in se jih ne vključi več v program.

**Pozitiven presejalni test:** Delež vzorcev blata z ugotovljeno krvavitvijo. V imenovalcu je število oseb z vrnjenimi testnimi kompleti, ki so primerni za analizo.

**Udeležba na kolonoskopiji:** Delež izvedenih kolonoskopij po pozitivnem presejalnem testu. V imenovalcu je število oseb s pozitivnim testom.

## REZULTATI IN RAZPRAVA

### ODZIVNOST IN PRESEJANOST ŽENSK

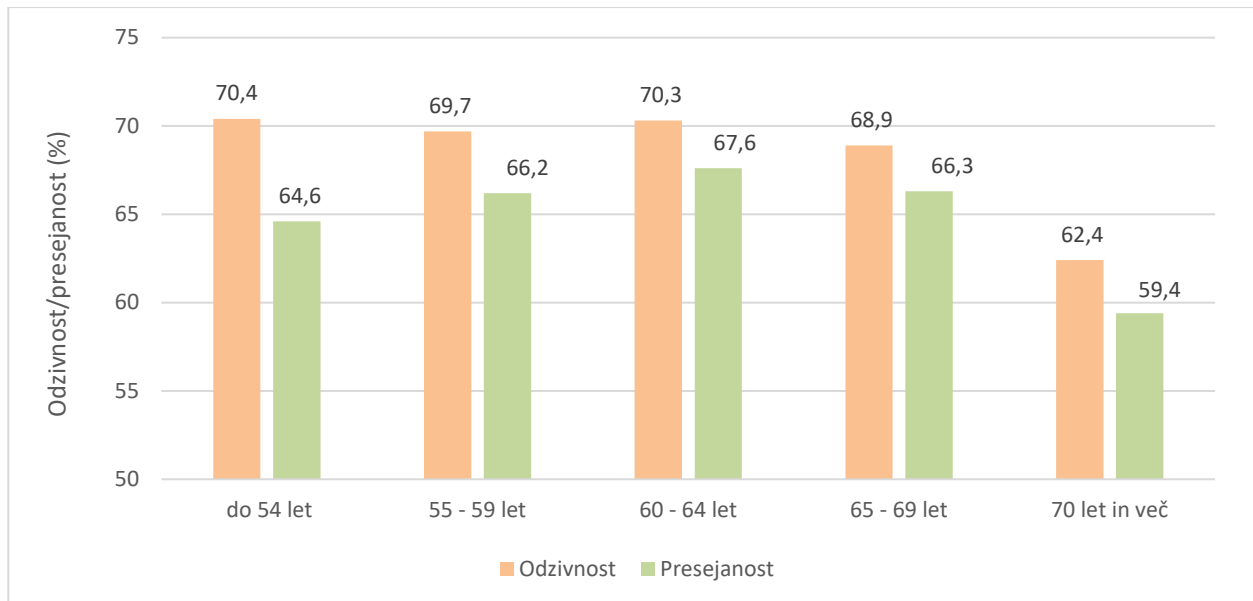


Slika 1. Odzivnost in presejanost v Programu Svit, ženske, Slovenija 2010–2019.

Letno je na presejanje v Programu Svit vabljenih približno 150.000 žensk. Slika 1 prikazuje odzivnost in presejanost žensk v Programu Svit za obdobje od 2010 do 2019. Po Smernicah Programa Svit je sprejemljiva odzivnost 45 % in zaželena 75 % (3). Ženske ves čas delovanja Programa Svit krepko presegajo sprejemljivo odzivnost. Odzivnost žensk v Programu Svit od njegove ustanovitve narašča, med letoma 2010 in 2019 se je povečala za 9,4 odstotne točke.

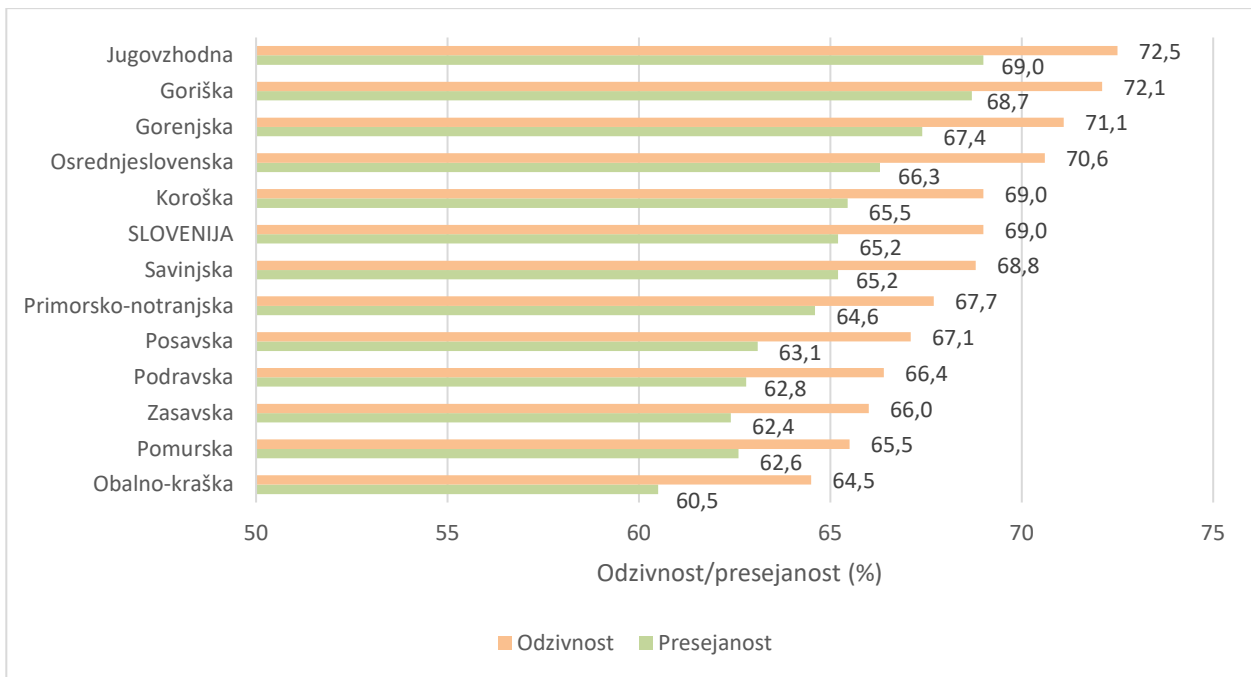
Sprejemljiva presejanost je več kot 45 % in zaželena več kot 65 %. Ženske v zadnjih letih večinoma dosegajo zaželeno presejanost. Tudi presejanost žensk v Programu Svit se je povečala, in sicer za 9,7 odstotne točke leta 2019 glede na leto 2011 (prvo leto, za katerega imamo podatke ločene po spolu).

Vsa leta delovanja Programa Svit sta odzivnost in presejanost pri ženskah približno za 10 odstotnih točk višji kot pri moških. Pri moških je bila leta 2019 odzivnost 60,1 % in presejanost 55,3 %. Odzivnost in presejanost sta bili pri obeh spolih v prikazanem časovnem obdobju najvišji leta 2019. Tudi porast odzivnosti in presejanosti je bil pri ženskah večji kot pri moških. Odzivnost in presejanost moških sta se leta 2019 glede na leto 2010 oz. 2011 povečali za 7,5 odstotne točke.



Slika 2. Odzivnost in presejanost v Programu Svit po starostnih skupinah, ženske, Slovenija, 5. presejalni krog

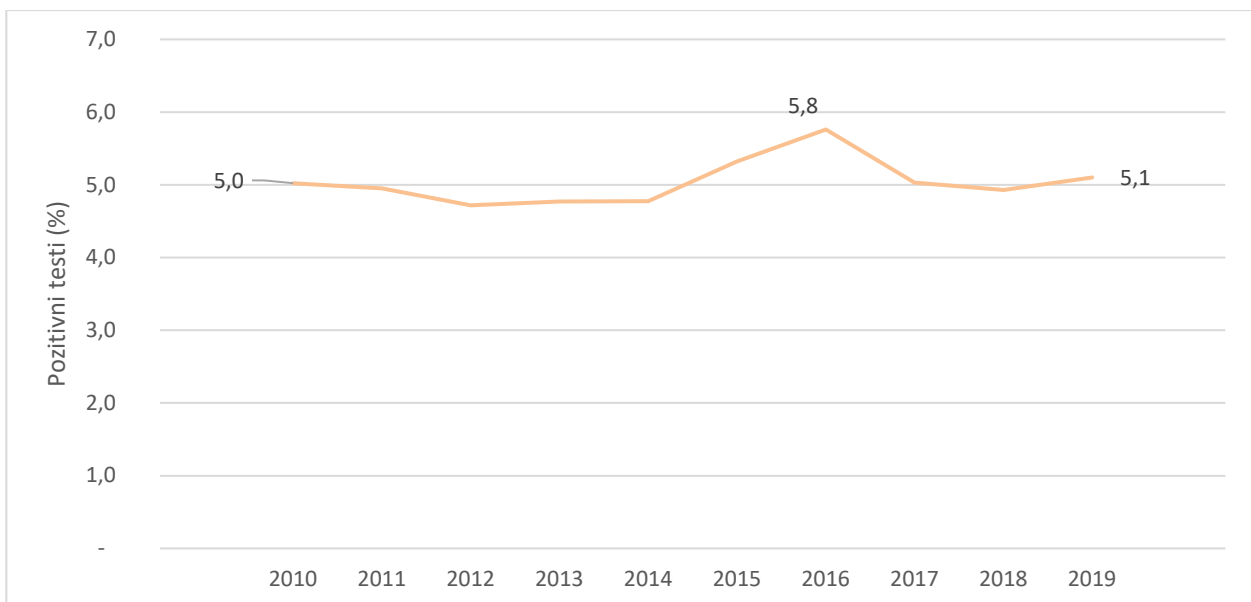
V 5. presejalnem krogu ki je potekal od januarja 2017 do decembra 2018, je bila odzivnost med ženskami 69,0 % in presejanost 65,2 %. V tem presejalnem krogu sta odzivnost in presejanost pri ženskah zelo upadli v skupini, starosti 70 let in več glede na mlajše starostne skupine (Slika 2). Iz Slike 2 je razvidno, da so ženske večinoma dosegale zaželeno presejanost. Skupina žensk do 54 let je imela največjo razliko med odzivnostjo in presejanostjo, najvišjo presejanost pa je dosegla skupina od 60 do 64 let. Za razliko od žensk sta bili pri moških odzivnost in presejanost najnižji pri moških do 59. leta. Moški v nobeni starostni skupini niso dosegli zaželeno presejanosti.



Slika 3. Odzivnost in presejanost v Programu Svit po statističnih regijah, ženske, Slovenija, 5. presejalni krog

Odzivnost in presejanost sta bili med ženskami najvišji v Jugovzhodni regiji in najnižji v Obalno-kraški regiji (Slika 3). V vseh regijah je bila odzivnost žensk precej nad sprejemljivo vrednostjo. V štirih regijah je bila odzivnost žensk več kot 70 %. Presejanost žensk je bila nad zaželeno vrednostjo v šestih od dvanajstih regij. Za razliko od žensk presejanost moških v nobeni regiji ni dosegla zaželenih ravni.

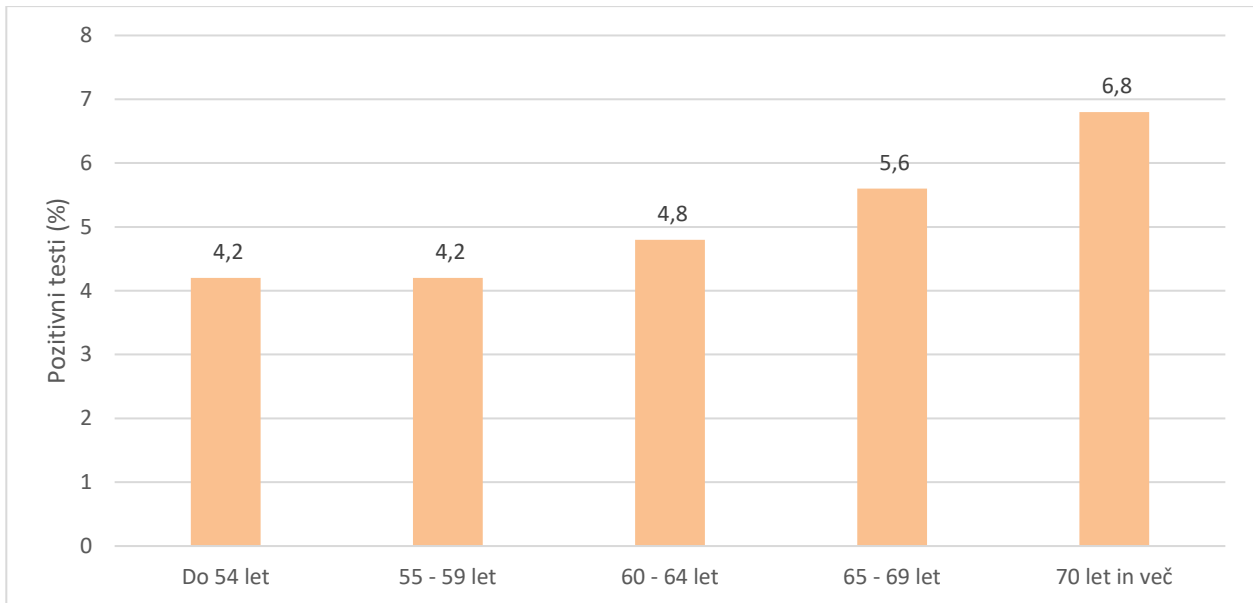
### POZITIVNI TESTI IN NAJDBE NA KOLONOSKOPIJI



Slika 4. Pozitivni presejalni testi v Programu Svit, ženske, Slovenija, 2010-19

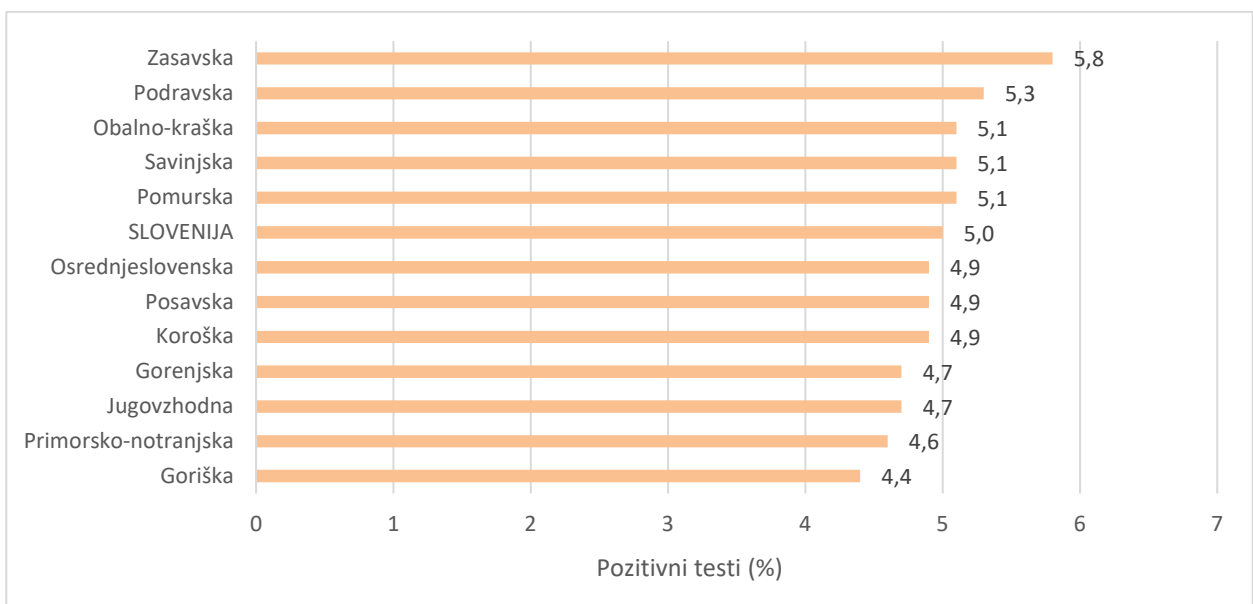
Delež pozitivnih presejalnih testov se je pri ženskah vsa leta gibal okoli 5 % (Slika 4). Pri moških je bil delež pozitivnih presejalnih testov vsa leta nad 7 %. Na delež pozitivnih presejalnih testov vpliva pogostost rakavih in predrakavih sprememb, ki so pri ženskah redkejše (4).

Skozi čas narašča število presejalnih krogov, v katerih smo s presejanjem izločili hujšo patologijo, zato ne pričakujemo povišanja deleža pozitivnih presejalnih testov. Pri obeh spolih je bil leta 2016 delež pozitivnih testov najvišji v vseh letih izvajanja programa, zaradi dviga starostne meje ciljne populacije za sodelovanje v programu.



Slika 5. Pozitivni presejalni testi v Programu Svit po starostnih skupinah, ženske, Slovenija, 5. presejalni krog

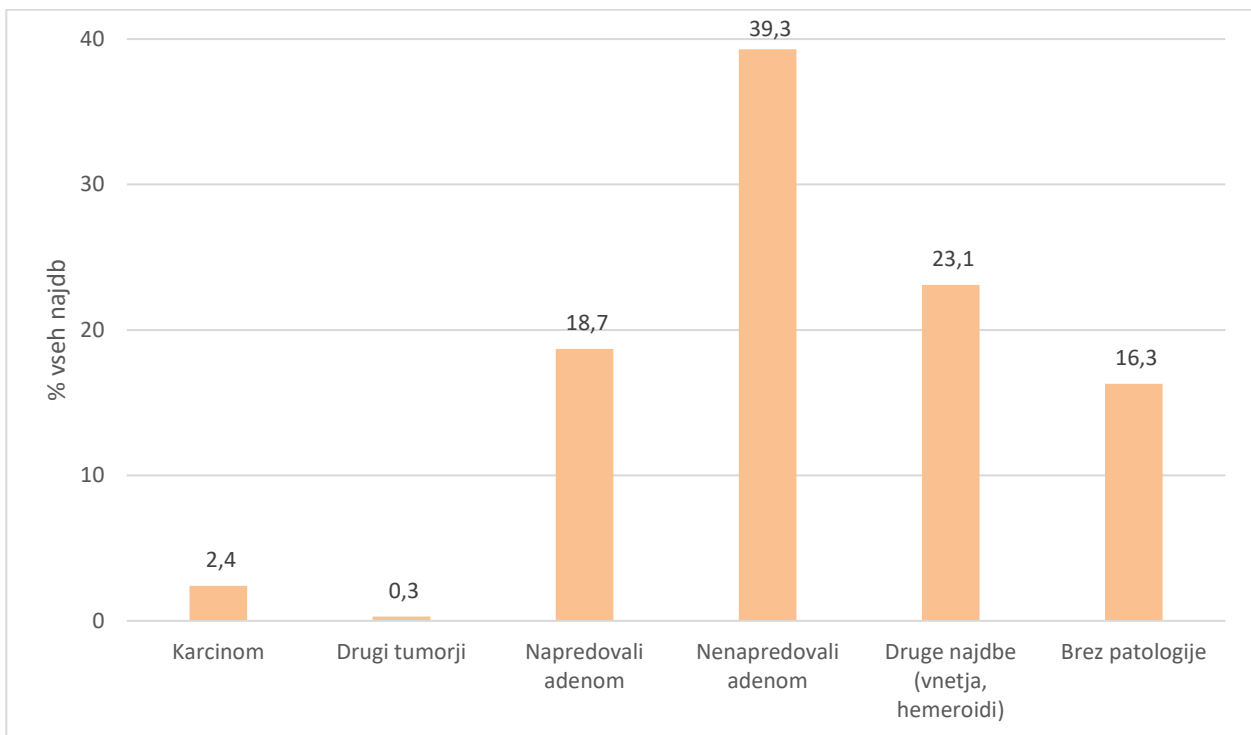
V 5. presejalnem krogu je bil delež pozitivnih testov pri ženskah 5,0 %. Delež pozitivnih testov pri ženskah je s starostjo naraščal (Slika 5). Tudi pri moških je bilo zabeleženo naraščanje deleža pozitivnih presejalnih testov s starostjo. Pri moških je bil v starostni skupini 70 let in več delež pozitivnih presejalnih testov 9,8 %, torej je bil v tej starostni skupini pozitiven vsak deseti presejani moški.



Slika 6. Pozitivni presejalni testi v Programu Svit po statističnih regijah, ženske, Slovenija, 5. presejalni krog

Največji delež pozitivnih presejalnih testov med ženskami v 5. presejalnem krogu je bil v Zasavski regiji in najmanjši v Goriški regiji (slika 6).

Delež oseb, ki opravijo kolonoskopijo po pozitivnem presejalnem testu, je pri obeh spolih nad 90 %, in sicer pri ženskah 94,0 % in pri moških 93,2 %. V Sloveniji imamo dobro udeležbo na kolonoskopiji, saj je zaželen delež opravljenih kolonoskopij po pozitivnem testu nad 85 % (3). Udeležba na kolonoskopijah po starosti, regijah, izobrazbi in glede na zakonski stan je pri ženskah nekoliko drugače razporejena kot pri kazalnikih odzivnosti in presejanosti. Stopnja udeležbe na kolonoskopiji je po starosti najvišja v skupini od 60 do 64 let, po regijah v Goriški regiji, po izobrazbi pri ženskah s srednjo izobrazbo in glede na zakonski stan pri poročenih ženskah.

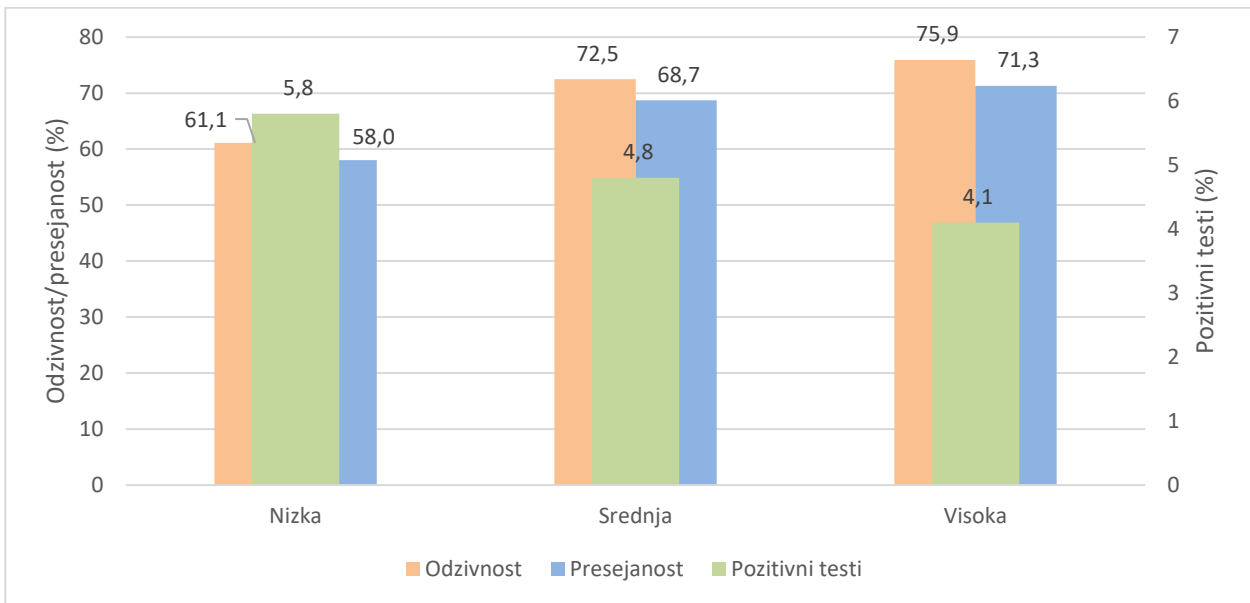


Slika 7. Najhujše najdbe ob kolonoskopijah v Programu Svit, ženske, Slovenija, 5. presejalni krog

Slika 7 prikazuje najhujše najdbe ob kolonoskopijah v Programu Svit pri ženskah. Pri ženskah je manj kolonoskopij, kjer se kot najhujše najdbe odkrijejo nenapređovali in napređovali adenomi, karcinomi in drugi tumorji, kot je takih kolonoskopij pri moških. Pri ženskah so v 5. ciklu tovrstne najdbe odkrili v 60,7 % kolonoskopij in pri moških v 75,4 % kolonoskopij. Pri moških je bil karcinom odkrit v 2,8 % in napređovali adenom v 29,2 % kolonoskopij. Tudi pri moških je bila najpogostejša najhujša najdba nenapređovali adenom, ki je bil odkrit v 43,2 % kolonoskopij.

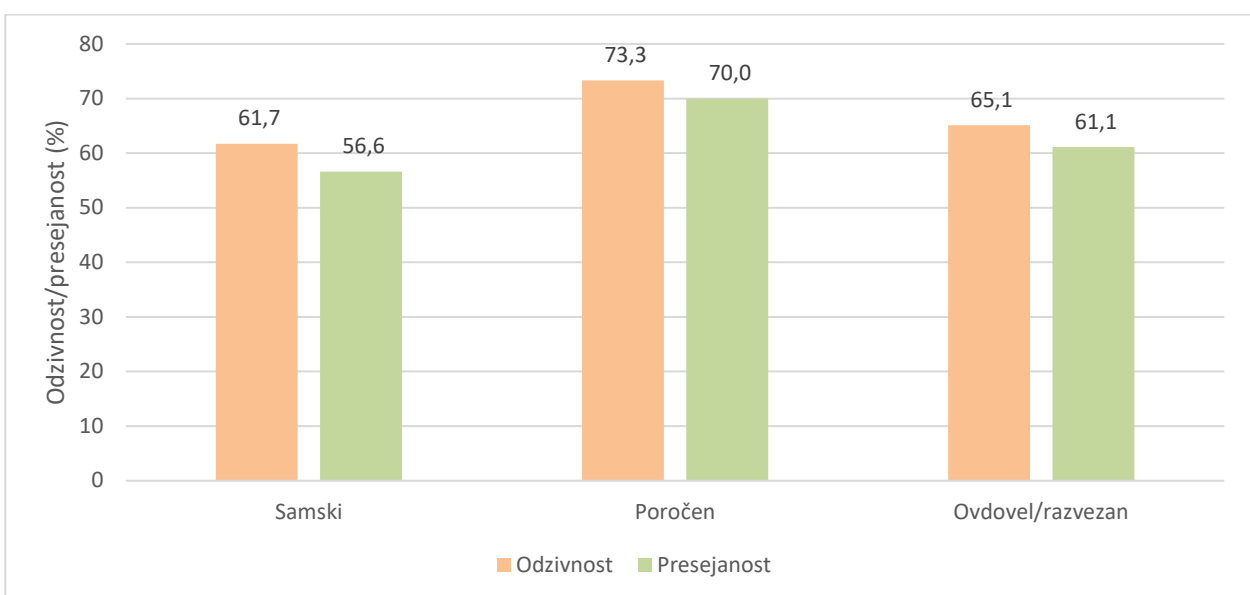
V 5. presejalnem ciklu je bilo pri ženskah odkritih 5512 rakavih in predrakavih sprememb (karcinom, suspektno za karcinom, limfom, nevroendokrini tumor, napređovali adenom, nenapređovali adenom, sesilna serirana lezija, hiperplastični polip, drugi polipi, drugi tumorji), od tega je bilo karcinomov 218 (sem so všteti tudi suspektni karcinomi, ki jih je bilo 29). Karcinomi, odkriti v Programu Svit, so med primeri, prijavljenimi v Register raka Slovenije, predstavljali 20,1 % novih primerov raka debelega črevesa in danke pri ženskah vseh starosti in 42,3 % primerov raka debelega črevesa in danke pri ženskah, starih od 50 do 74 let (5).

## VPLIV IZOBRAZBE IN ZAKONSKEGA STANU NA KAZALNIKE PRI ŽENSKAH



Slika 8. Odzivnost, presejanost in delež pozitivnih presejalnih testov v Programu Svit glede na stopnjo izobrazbe, ženske, Slovenija, 5. presejalni krog

Stopnja izobrazbe ima opazen vpliv na kazalnike Programa Svit, še posebej je opazna razlika v odzivnosti in presejanosti med nizko in srednjo izobrazbo. Višja stopnja izobrazbe ima ugodnejši vpliv na kazalnike: višja kot je izobrazba, višji sta odzivnost in presejanost ter nižji je delež pozitivnih testov (Slika 8). Pri ženskah ima izobrazba nekoliko manjši vpliv na odzivnost in presejanost kot pri moških. Odzivnost visoko izobraženih moških je za 21,7 odstotnih točk višja kot pri moških z nizko izobrazbo in presejanost za 20,9 odstotnih točk višja pri visoko izobraženih kot pri nizko izobraženih moških. Delež pozitivnih testov pri moških z nizko izobrazbo je 8,8 %, pri tistih z visoko izobrazbo pa 6,0 %. Moški z visoko izobrazbo so med moškimi edina skupina, ki dosega zaželeno presejanost.



Slika 9. Odzivnost in presejanost v Programu Svit po zakonskem stanju, ženske, Slovenija, 5. presejalni krog



Opazamo razliko v odzivnosti in presejanosti med poročenimi, ovdovelimi oz. razvezanimi in samskimi ženskami (Slika 9). V 5. ciklu so imele poročene ženske najvišjo odzivnost ter presejanost. Sledile so ovdovele in razvezane in na zadnjem mestu samske ženske, ki so imele najnižjo odzivnost in presejanost (Slika 6). Pri moških opazamo enako povezavo med zakonskim stanom in kazalniki s še bolj izrazito razliko med poročenimi in samskimi moškimi. Pri poročenih moških sta bili odzivnost in presejanost za 18,1 oz. 19,0 odstotnih točk višji kot pri samskih moških.

Vse opazovane skupine žensk so dosegale sprejemljivo presejanost. V 5. presejalnem krogu moški z nizko izobrazbo in samski moški med opazovanimi skupinami niso dosegali sprejemljive presejanosti.

## PROGRAM SVIT IN COVID-19

Med epidemijo covida-19 spomladi 2020 je bil Program Svit, tako kot drugi preventivni programi, začasno ustavljen. Popolnoma je bilo prekinjeno pošiljanje testnih kompletov ter naročanje in izvajanje kolonoskopij. Analiza vzorcev blata je potekala v omejenem obsegu. V mesecih po koncu razglašene epidemije so nadoknadili vabljenje in presejanje in sta potekala po predvidenem načrtu za leto 2020. Po pomladi 2020 Programa Svit niso več ustavljali. (6). Do konca novembra leta 2020 je bilo opravljenih le 2,0 % manj analiz vzorcev blata in 0,4 % manj kolonoskopij kot v enakem obdobju leta 2019 (7).

Odzivnost, presejanost in delež pozitivnih presejalnih testov pri ženskah so bili leta 2020 primerljivi s 5-letnim povprečjem za leta 2015–2019. Leta 2020 je bila odzivnost žensk 69,6 % in presejanost 65,7 %. Delež pozitivnih presejalnih testov pri ženskah je bil 5,2 %.

## ZAKLJUČKI

Ženske imajo v vseh letih delovanja Programa Svit višjo odzivnost in presejanost kot moški, ter nižji delež pozitivnih testov kot moški. Poleg spola se vrednosti kazalnikov Programa Svit spreminjajo s starostjo, statistično regijo Slovenije, stopnjo izobrazbe in zakonskim stanom. Od začetka programa leta 2009 se je odzivnost v Program Svit pri obeh spolih povečala.

Poleg ugodnejših kazalnikov Programa Svit imajo ženske po podatkih Registra raka nižjo incidenco in umrljivost zaradi raka debelega črevesa in danke kot moški. Razmerje v incidenci med ženskami in moškimi je enako že več let in Program Svit nanj ni bistveno vplival. Pred začetkom Programa Svit je bila incidenca raka debelega črevesa in danke v porastu in od njegove uvedbe upada. Od uvedbe Programa Svit se je občutno znižala tudi umrljivost za rakom debelega črevesa in danke. K uspehu Programa Svit sta prispevali visoki stopnji presejanosti in udeležbe na kolonoskopijah.

## VIRI

1. Program Svit. Kako deluje Program Svit?. [Internet]. [citirano 2022 avg 3]. Dostopno na: <https://www.program-svit.si/za-uporabnike/o-programu/kako-poteka-program-svit/>.
2. Program Svit. V Program Svit bomo odslej vabili prebivalce do 74. leta [Internet]. 2015 [citirano 2022 avg 3]. Dostopno na: <https://www.program-svit.si/v-program-svit-bomo-odslej-vabili-prebivalce-do-74-leta/>.
3. Tepeš B, Kasesnik K, Novak Mlakar D. Smernice Programa Svit. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015.
4. Grobbee EJ, Wieten E, Hansen BE, Stoop EM, de Wijkerslooth TR, Lansdorp-Vogelaar I, et al. Fecal immunochemical test-based colorectal cancer screening: The gender dilemma. United European Gastroenterol J. 2017 Apr;5(3):448-454. doi: 10.1177/2050640616659998.

5. Zadnik V, Žagar T. SLORA: Slovenija in rak. Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka. [citirano 2022 avg 3]. Dostopno na: [www.slora.si](http://www.slora.si).
6. Program Svit. Program Svit klub epidemiji COVID-19 še naprej deluje [Internet]. 2020 [citirano 2022 avg 3]. Dostopno na: <https://www.program-svit.si/program-svit-klub-epidemiji-covid-19-se-naprej-deluje/>.
7. Novak Mlakar D, Kofol Bric T, Škrjanec AL. Program Svit in covid-19. Strokovno srečanje Svitov dan; 2020 dec 10.



13

**BOLNIŠKA  
ODSOTNOST**

Eva Štromajer, Tatjana Kofol Bric

## UVOD

Bolniška odsotnost z dela zaradi zdravstveno opravičenih razlogov kaže začasno nezmožnost za delo in je v veliki meri odraz zdravstvenega stanja zaposlenih. S spremljanjem kazalnikov bolniške odsotnosti lahko torej sklepamo na zdravstveno stanje delovno aktivnega prebivalstva (1). Vendar bolniška odsotnost ni odvisna le od zdravstvenega stanja zaposlenega, temveč tudi od delovnega okolja, družbenih okoliščin in posamezniku lastnih okoliščin. Visoka stopnja bolniške odsotnosti ima posledice tako za zaposlenega kot za delodajalce, državo in širše družbeno okolje (2).

Bolniško odsotnost do 30 dni odobri osebni zdravnik, odsotnost nad 30 dnevi pa je v domeni imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (3). Plačnik in višina nadomestila sta odvisna od razloga in trajanja odsotnosti (4, 5). Trajno nezmožnost za delo oz. invalidsko upokožitev presoja invalidska komisija Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ) (6). Od 1. 1. 2020 zdravniki ne izdajajo več papirnatega bolniškega lista pacientom, temveč izdajajo elektronsko potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (eBOL), ki je v elektronski obliki neposredno dostopno delodajalcu (7).

Ženske imajo višjo stopnjo bolniške odsotnosti v primerjavi z moškimi. Odsotne so več dni in bolj pogosto. Trajanje posamezne odsotnosti pa je pri moških daljše. Največ dni so ženske odsotne zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, medtem ko so pri moških vodilni vzrok poškodbe in zastrupitve (1).

V obdobju gospodarske krize od leta 2008 do 2014 je odstotek koledarskih dni bolniške odsotnosti na zaposlenega upadel (8). Na splošno se v obdobjih in regijah z višjo brezposelnostjo bolniška odsotnost zniža (9).

Primerjavo bolniške odsotnosti med državami otežujejo različna ureditev pravic v sistemu socialne varnosti in posledična registracija bolniške odsotnosti. Na izsledke vpliva tudi stopnja zaposlitve žensk, ki se med državami razlikuje. V Sloveniji je stopnja zaposlitve žensk visoka. V nekaterih državah je med starejšimi zaposlenimi manj žensk v primerjavi z drugimi državami, kar dodatno vpliva na izračune kazalnikov, saj je med starejšimi delavci več bolniške odsotnosti. Dodatno k razlikam prispevajo še različna pravila bolniške odsotnosti, kot je dovoljena dolžina odsotnosti in višina denarnega nadomestila za bolniško odsotnost. Vseeno pa se ponavljajo informacije, da znotraj posameznih držav opažajo višjo stopnjo bolniške odsotnosti med ženskami, pri starejših, samskih, osebah z nižjimi dohodki oz. nižjim socialno-ekonomskim položajem in v določenih gospodarskih dejavnostih (10).

## METODOLOGIJA

Pri analizi smo uporabili bazo podatkov *Evidenca začasne in trajne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva in drugih vzrokov*, ki se na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) vodi skladno z *Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva* pod oznako NIJZ 3. Uporabili smo anonimizirane agregirane javno dostopne podatke, zato posebne odobritve za uporabo osebnih podatkov niso bile potrebne. Podatke o bolniški odsotnosti v obdobju 2015 do 2020 v Sloveniji smo analizirali na socialno-medicinski način, pri katerem za število primerov štejemo primere, ki imajo v opazovanem letu zaključeno bolniško odsotnost za eno izbrano diagnozo, ne glede na to, kdaj se je odsotnost začela. Za število izgubljenih koledarskih dni štejemo vse dneve v opazovanem obdobju zaključenih primerov odsotnosti z dela za eno izbrano diagnozo.

## DEFINICIJE

**% BOLNIŠKEGA STALEŽA (% BS):** Odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca na 365 dni.

**INDEKS ONESPOSABLJANJA (IO):** Število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca.

**INDEKS FREKVENCE (IF):** Število primerov bolniške odsotnosti z dela na 100 zaposlenih v 1 letu (pogostost odsotnosti).

**RESNOST (R):** Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka.

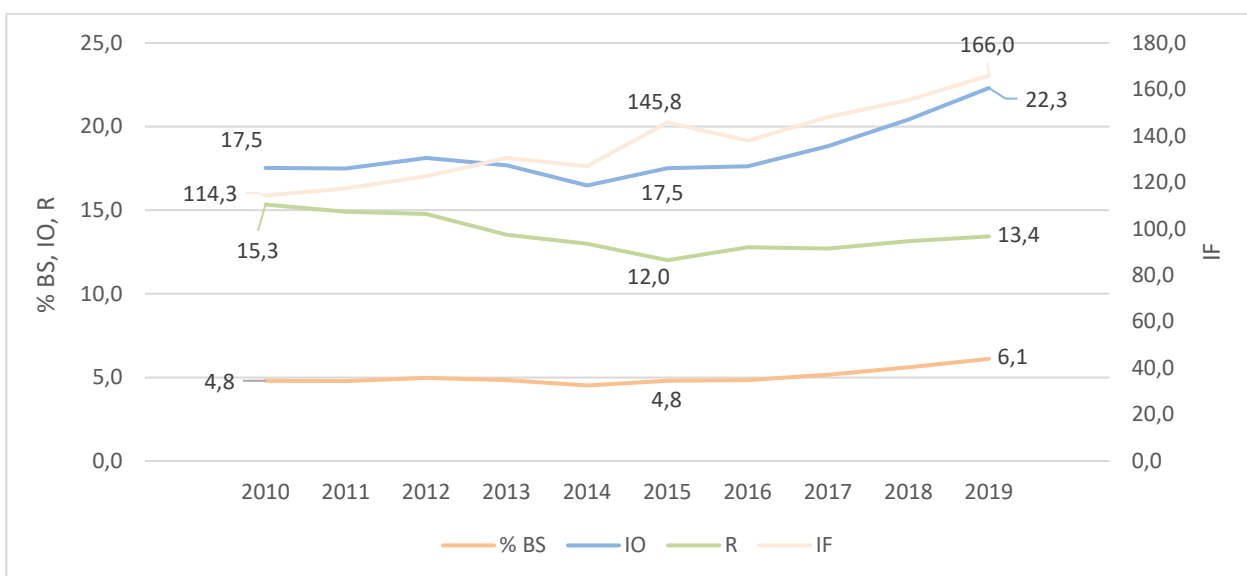
**DIAGNOZE, POVEZANE S COVIDOM-19:** So sledeče diagnoze iz MKB-10-AM: B34.2 Coronavirusna infekcija, neopredeljena, J12.8 Druge virusne pljučnice, J84.8 Druge opredeljene bolezni pljučnega intersticija, Z20.8 Izpostavljenost drugim nalezljivim boleznim in stik z njimi, Z22.8 Nosilec povzročiteljev drugih infekcijskih bolezni, Z29.0 Izolacija, B97.2 Coronavirus kot vzrok bolezni, uvrščenih drugje, U07.1 COVID-19 dokazan, U07.2 COVID-19, virus ni dokazan.

## REZULTATI IN RAZPRAVA

## BOLNIŠKA ODSOTNOST ŽENSK V LETIH 2015–2019

V obdobju 2015–2019 smo pri ženskah tako kot pri moških opazili porast vseh kazalnikov bolniške odsotnosti (Slika 1). Ohranjale so se že znane razlike v bolniški odsotnosti med spoloma. Posamezna ženska je bila v obdobju 2015–2019 odsotna povprečno 6,6 dni več kot moški, ženske so bolniško odsotnost koristile dvakrat pogosteje kot moški, povprečno trajanje ene odsotnosti pa je bilo pri ženskah krajše za 4,9 dni.

Povprečje deleža bolniške odsotnosti (% BS) za leta 2015–2019 je pri ženskah za 52,3 % višje kot pri moških (5-letno povprečje kazalnikov pri moških: % BS 3,48, IO 12,70, IF 71,84, R 17,67). Pri moških smo prav tako opazili porast kazalnikov, vendar manj izrazito (% BS +16,7 %, IO +16,9 %, IF +9,5 %, R +6,8 %).



Slika 1. Kazalniki bolniške odsotnosti pri ženskah, Slovenija, 2010–2019.

## VZROKI IN RAZLOGI ZA BOLNIŠKO ODSOTNOST

Vzroki (po poglavjih MKB-10-AM) se med ženskami in moškimi pomembno razlikujejo. Daleč največ izgubljenih koledarskih dni pri ženskah je zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva. Sledijo poškodbe in zastrupitve, bolezni in stanja zaradi nosečnosti, duševne in vedenjske motnje ter nega družinskega člana (Preglednica 1, Slika 2).

Ženske so najpogosteje (največje število primerov) bolniško odsotne zaradi nege družinskega člana. Sledijo primeri vzrokov iz XXI. Poglavja MKB-10-AM (Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo), bolezni dihal, nekatere infekcijske in parazitarne bolezni in bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva.

Trajanje posamezne odsotnosti je najdaljše zaradi neoplazem, sledijo bolezni in stanja zaradi nosečnosti, duševne in vedenjske motnje, poškodbe in zastrupitve ter bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva.

Pri moških je največ izgubljenih koledarskih dni zaradi poškodb in zastrupitev. Sledijo bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, bolezni dihal, bolezni obtočil ter duševne in vedenjske motnje. Največje število primerov je bilo pri moških zaradi bolezni dihal. Sledijo dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo, nekatere infekcijske in parazitarne bolezni, bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva in nega družinskega člana. Tudi pri moških so vzrok za najdaljšo posamezno odsotnost neoplazme, ki jim sledijo poškodbe in zastrupitve, bolezni obtočil, duševne in vedenjske motnje ter bolezni krvi in krvotvornih organov.

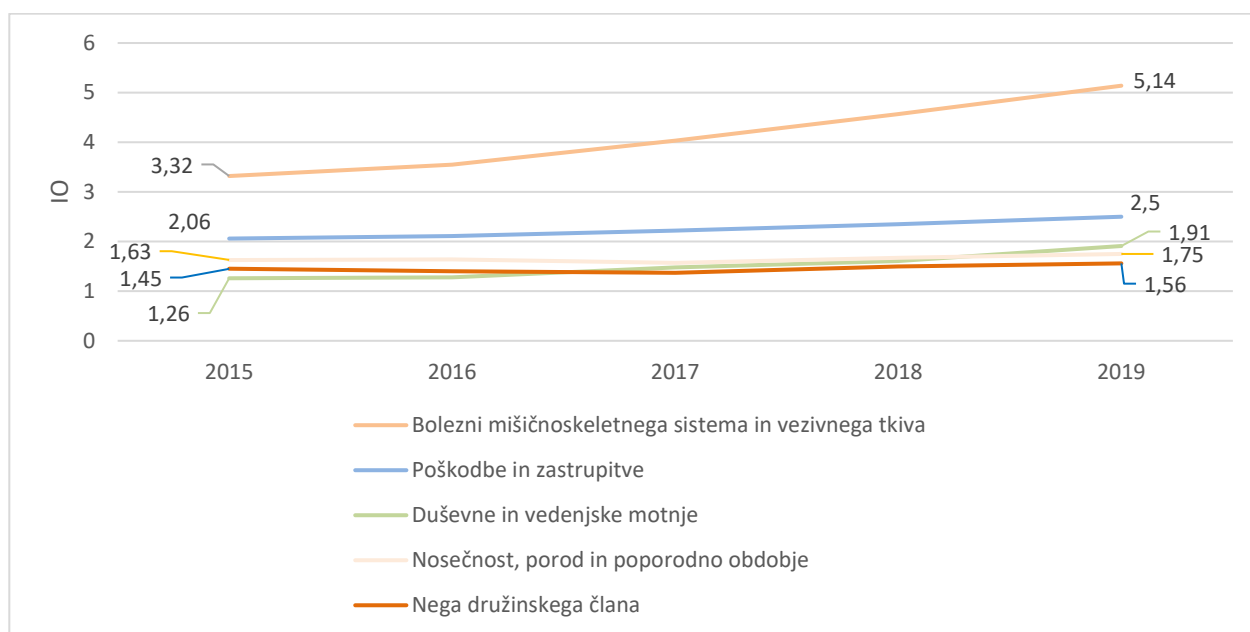
Preglednica 1. Kazalniki bolniške odsotnosti po poglavjih MKB-10-AM za ženske, 5-letno povprečje, Slovenija, 2015–2019.

Poglavje MKB-10-AM	% BS	IO	IF	R
I Nekaterne infekcijske in parazitarne bolezni (A00-B99)	0,24	0,89	15,49	5,74
II Neoplazme (C00-D48)	0,33	1,18	1,99	59,25
III Bolezni krvi in krvotvornih organov (D50-D89)	0,02	0,07	0,33	20,85
IV Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00-E90)	0,04	0,16	0,79	19,93
V Duševne in vedenjske motnje (F00-F99)	0,41	1,51	3,39	44,18
VI Bolezni živčevja (G00-G99)	0,14	0,50	1,72	29,30
VII Bolezni očesa in adneksov (H00-H59)	0,05	0,18	1,35	13,04
VIII Bolezni ušesa in mastoida (H60-H59)	0,02	0,10	1,05	9,18
IX Bolezni obtočil (I00-I99)	0,14	0,50	1,85	27,03
X Bolezni dihal (J00-J99)	0,37	1,35	17,19	7,86
XI Bolezni prebavil (K00-K93)	0,16	0,58	6,60	8,75
XII Bolezni kože in podkožja (L00-L99)	0,06	0,23	1,81	12,59
XIII Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00-M99)	1,13	4,12	12,39	33,07
XIV Bolezni sečil in spolovil (N00-N99)	0,16	0,58	4,27	13,65
XV Nosečnost, porod in poporodno obdobje (O00-O99)	0,45	1,65	3,08	53,63
XVI Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem (obporodnem) obdobju (P00-P96)	0,00	0,00	0,00	0,00
XVII Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti (Q00-Q99)	0,01	0,03	0,10	27,36
XVIII Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00-R99)	0,22	0,81	7,02	11,49
XIX_A Poškodbe in zastrupitve pri delu (S00-T98)	0,12	0,42	0,99	42,73
XIX_B Poškodbe in zastrupitve izven dela (S00-T98)	0,50	1,82	4,74	38,42
XXI Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo (Z00-Z99)	0,33	1,20	30,12	4,01
XXII Kode za posebne namene (U00-U99)	-	-	-	-
Nega družinskega člana	0,40	1,46	34,37	4,23

Pri ženskah za razliko od moških k bolniški odsotnosti bistveno prispevata nega družinskega člana ter bolezn in stanja, povezana z nosečnostjo. Povprečno so v letih 2015–2019 ženske koristile 81,3 % in moški 18,7 % dni odsotnosti, ki je bilo namenjenih negi družinskega člana. Pri ženskah je bilo v povprečju 5,4-krat več izgubljenih dni na zaposleno osebo zaradi nege družinskega člana kot pri moških. Na posamezno žensko je bilo povprečno 4,3-krat več primerov odsotnosti zaradi nege družinskega člana kot pri moških.

Le za ženske značilne odsotnosti zaradi bolezn in stanj, povezanih z nosečnostjo, predstavljajo precejšen delež bolniške odsotnosti, saj so bila omenjena stanja v obdobju 2015–2019 na tretjem mestu po številu izgubljenih dni na zaposleno žensko in na drugem mestu po povprečnem trajanju posamezne odsotnosti. To je pomemben delež, ki veliko prispeva k razliki v bolniški odsotnosti med ženskami in moškimi. Vendar pri ženskah upadeta deleža dni, ki jih nega družinskega člana ter bolezn in stanja zaradi nosečnosti prispevata k vsem dnevom zaradi vseh odsotnosti. Leta 2015 je nega prispevala 8,3 % vseh dni, leta 2019 pa 7,0 %. Delež dni za bolezn in stanja, povezana z nosečnostjo, je bil leta 2015 9,3 % in leta 2019 7,8 %. Na ta trend vpliva padajoče število nosečnic in število otrok na eno žensko.

Med najpogostejšimi vzroki bolniške odsotnosti pri ženskah se je v obdobju 2015–2019 najbolj povečala odsotnost zaradi bolezn mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (Slika 2). Prebivalstvo se stara, prav tako tudi delež starejših zaposlenih, med katerimi so omenjene bolezn vodilni vzrok odsotnosti.



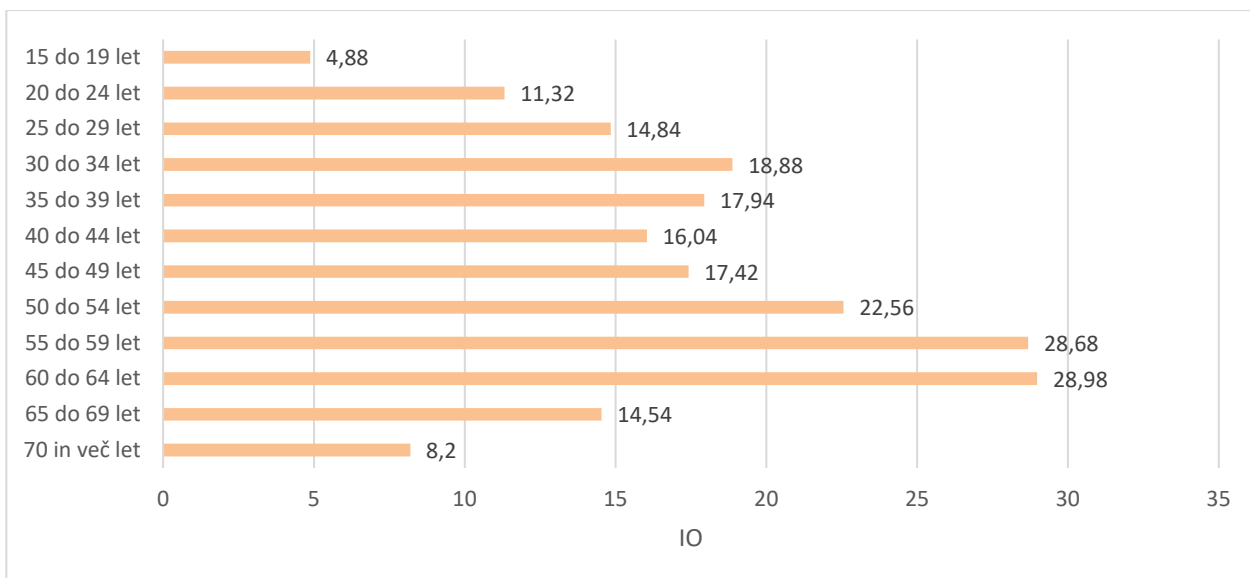
Slika 2. Vodilni vzroki začasne odsotnosti z dela – indeks onesposabljanja (IO) za ženske, Slovenija, 2015–2019.

## BOLNIŠKA ODSOTNOST IN STAROST ZAPOSLENIH

Število izgubljenih koledarskih dni zaradi bolniške odsotnosti narašča s starostjo (Slika 3). Največ koledarskih dni nezmožnosti za delo na zaposleno žensko je v starosti od 50 do 64 let. Pri ženskah vidimo še en manjši vrh v starosti 30–39 let. Pri moških je bolniška odsotnost v bolj neposredni povezavi s starostjo – vidimo samo en vrh, in sicer v starostnih skupinah 50–69 let.

Trajanje posamezne odsotnosti je pri starejših ženskah več kot dvakrat daljše kot pri mlajših ženskah. Pogostost bolniške odsotnosti pa se s starostjo manjša.

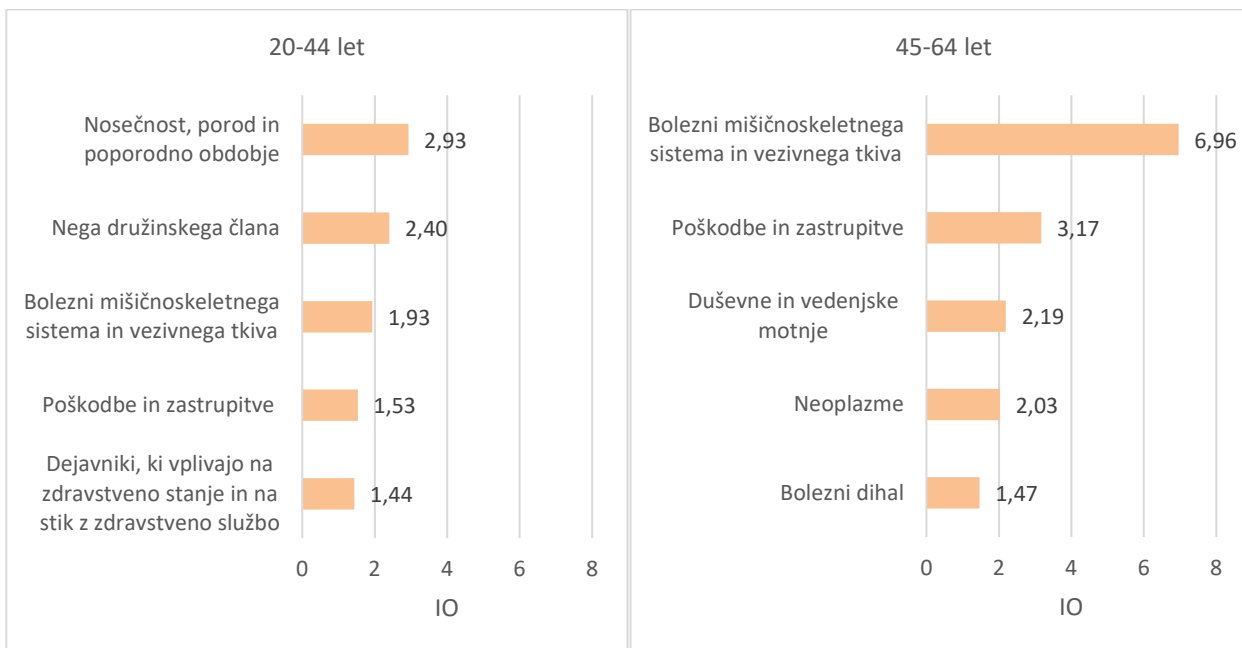
Pri moških je viden enak trend kazalnikov glede na starost. Pogostost bolniške odsotnosti se zmanjša manj kot pri ženskah, trajanje posamezne odsotnosti pa se podaljša nekoliko bolj kot pri ženskah.



Slika 3. Indeks onesposabljanja (IO) za ženske po starostnih skupinah, 5-letno povprečje, Slovenija, 2015–2019.

Mlajše ženske so največ dni odsotne zaradi bolezni in stanj v nosečnosti, nege družinskega člana ter zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (Slika 4). Starejše ženske so največ dni odsotne zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, poškodb in zastrupitev ter duševnih in vedenjskih motenj.

Mlajši moški so največ dni odsotni zaradi poškodb in zastrupitev, na drugem mestu so bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva ter bolezni dihal na tretjem mestu. Pri starejših moških tako kot pri starejših ženskah prvo mesto zavzamejo bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, sledijo poškodbe in zastrupitve ter bolezni dihal.



Slika 4. Vodilni vzrokičasne odsotnosti z dela – indeks onesposabljanja (IO) za ženske glede na starost, 5-letno povprečje, Slovenija, 2015–2019.



## BOLNIŠKA ODSOTNOST PO GOSPODARSKIH DEJAVNOSTIH

K bolniškimi odsotnostim znotraj posamezne dejavnosti poleg spola prispevata narava dela (fizične obremenitve, izmensko delo ...) in starostna struktura zaposlenih. Med dejavnostmi so precejšnje razlike v kazalnikih bolniške odsotnosti.

Dejavnosti z največjim deležem in številom izgubljenih dni pri ženskah so dejavnosti javne uprave in obrambe ter obvezne socialne varnosti, predelovalne dejavnosti ter dejavnost zdravstva in socialnega varstva (Preglednica 2). Najmanj izgubljenih dni na zaposleno žensko je v strokovnih, znanstvenih in tehničnih dejavnostih, kjer je število izgubljenih dni kar 2,3-krat manjše kot v dejavnosti javne uprave in obrambe ter obvezne socialne varnosti.

Največ primerov bolniške odsotnosti na zaposleno žensko je v dejavnosti javne uprave in obrambe ter obvezne socialne varnosti, v finančni in zavarovalniški dejavnosti in v oskrbi z električno energijo, plinom in paro. V prvouvrščeni dejavnosti javne uprave in obrambe ter obvezne socialne varnosti je število primerov bolniške odsotnosti kar za 36,5 % večje kot v drugouvrščeni finančni in zavarovalniški dejavnosti. Najmanj pogosto koristijo bolniško odsotnost ženske v kmetijstvu, kjer je število primerov bolniške odsotnosti kar 5,9-krat manjše kot med ženskami v javni upravi in obrambi ter obvezni socialni varnosti.

Najdlje trajajoče povprečne odsotnosti žensk so v dejavnosti kmetijstva in lova, gozdarstva in ribištva, v dejavnosti gostinstva ter v gradbeništvu. Najkrajše odsotnosti med ženskami so v informacijski in komunikacijski dejavnosti, in sicer 4,1-krat krajše kot v kmetijstvu in lovu, gozdarstvu, ribištvu.

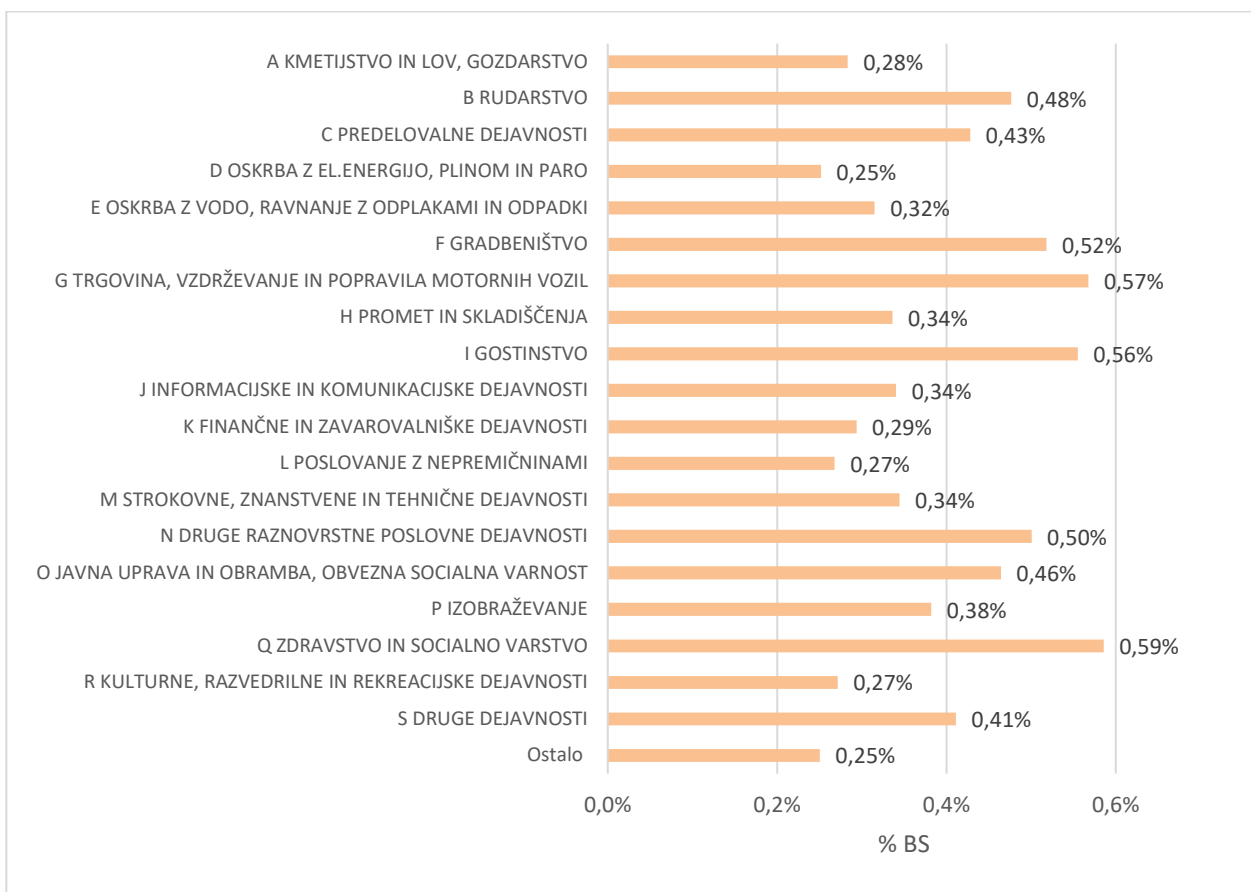
Samo v dveh dejavnostih – dejavnosti rudarstva in dejavnosti oskrbe z vodo, ravnanju z odpadki in saniranju okolja – je odstotek bolniške odsotnosti pri ženskah nižji kot pri moških. Največje razlike v odstotku bolniške odsotnosti med spoloma so v dejavnosti izobraževanja, kjer je pri ženskah 2,4-krat višji % BS kot pri moških, v informacijski in komunikacijski dejavnosti, kjer je pri ženskah 2,2-krat višji % BS kot pri moških in v zdravstvu in socialnem varstvu, kjer je pri ženskah 1,9-krat višji % BS kot pri moških. Razlike med spoloma, ki odstopajo od povprečne razlike med bolniško odsotnostjo žensk in moških na ravni države, so povezane s starostno strukturo žensk v posamezni dejavnosti ter z razporeditvijo tipičnih delovnih mest, ki jih v posamezni dejavnosti pokrivajo ženske ali moški. Zaposleni na vodilnih delovnih mestih ali na delovnih mestih, kjer je zahtevana višja izobrazba ali kjer je delo bolje plačano, so manj bolniško odsotni.

Preglednica 2. Kazalniki začasne odsotnosti z dela po gospodarskih dejavnostih za ženske, 5-letno povprečje, Slovenija, 2015–2019.

Gospodarska dejavnost	% BS	IO	IF	R
A KMETIJSTVO IN LOV, GOZDARSTVO, RIBIŠTVO	4,6	16,72	45,34	36,64
B RUDARSTVO	5,58	20,36	126,56	16,52
C PREDELOVALNE DEJAVNOSTI	6,38	23,28	154,26	15,08
D OSKRBA Z ELEKTRIČNO ENERGIJO, PLINOM IN PARO	4,78	17,54	192,54	9,18
E OSKRBA Z VODO, RAVNANJE Z ODPLAKAMI IN ODPADKI, SANIRANJE OKOLJA	4,72	17,2	146,18	11,8
F GRADBENIŠTVO	3,56	13,02	71,62	18,22
G TRGOVINA, VZDRŽEVANJE IN POPRAVILA MOTORNIH VOZIL	5,16	18,78	117,46	15,96
H PROMET IN SKLADIŠČENJE	5,2	18,94	139,68	13,54
I GOSTINSTVO	4,94	18	78,48	22,94
J INFORMACIJSKE IN KOMUNIKACIJSKE DEJAVNOSTI	4,04	14,74	167,9	8,8
K FINANČNE IN ZAVAROVALNIŠKE DEJAVNOSTI	4,9	17,9	197,42	9,08
L POSLOVANJE Z NEPREMIČNINAMI	3,68	13,38	97,54	13,72
M STROKOVNE, ZNANSTVENE IN TEHNIČNE DEJAVNOSTI	3,12	11,4	102,54	11,1
N DRUGE RAZNOVRSTNE POSLOVNE DEJAVNOSTI	5,72	20,94	135,26	15,5

Gospodarska dejavnost	% BS	IO	IF	R
O DEJAVNOST JAVNE UPRAVE IN OBRAMBE, DEJAVNOST OBVEZNE SOCIALNE VARNOSTI	7,16	26,08	269,44	9,68
P IZOBRAŽEVANJE	4,78	17,54	184,06	9,52
Q ZDRAVSTVO IN SOCIALNO VARSTVO	6,38	23,2	179,02	12,96
R KULTURNE, RAZVEDRILNE IN REKREACIJSKE DEJAVNOSTI	3,96	14,5	115,86	12,5
S DRUGE DEJAVNOSTI	3,4	12,44	69,8	17,8
T DEJAVNOST GOSPODINJSTEV Z ZAPOSLENIM HIŠNIM OSEBJEM, PROIZVODNJA ZA LASTNO RABO	-	-	-	-
U DEJAVNOST EKSTERITORIALNIH ORGANIZACIJ IN TELES	-	-	-	-

Zaradi bolezni in stanj, povezanih z nosečnostjo, je bil v letih 2015–2019 najvišji odstotek koledarskih dni nezmožnosti za delo v dejavnostih zdravstva in socialnega varstva, v trgovini, vzdrževanju in popravilih motornih vozil in v gostinstvu ter najnižji v oskrbi z električno energijo, plinom in paro ter v ostalih (neuvrščenih) dejavnostih (Slika 5).



Slika 5. Odstotek koledarskih dni nezmožnosti za delo na zaposlenega (% BS) za nosečnost, porod in poporodno obdobje (XV. Poglavlje MKB-10) po gospodarskih dejavnosti za ženske, 5-letno povprečje, Slovenija, 2015–2019.

## TRAJANJE BOLNIŠKE ODSOTNOSTI

V letih 2015–2019 je bilo med ženskami največ kratkotrajnih bolniških odsotnosti, s trajanjem do 7 dni. Največ dni od vseh izgubljenih dni pa so prispevali primeri odsotnosti s trajanjem več kot 30 dni (preglednica). Delež kratkotrajnih odsotnosti se je v letih 2015–2019 povečeval, medtem ko so odsotnosti

nad 30 dni prispevale vse večji delež skupnih dni nezmožnosti. Pri ženskah je za 8,1 odstotnih točk več bolniških odsotnosti s trajanjem do 7 dni kot pri moških in za 2,5 odstotnih točk manj dni odsotnosti, ki jih prispevajo odsotnosti nad 30 dni.

Preglednica 3. Delež primerov in delež dni bolniške odsotnosti, ki jih prispevajo primeri različnih trajanj za ženske, 5-letno povprečje, Slovenija, 2015–2019.

	Delež primerov	Delež dni
Do 7 dni	72,4 %	14,4 %
8 do 14 dni	14,2 %	11,2 %
15 do 30 dni	7,3 %	11,9 %
Nad 30 dni	6,1 %	62,5 %

Dolgotrajna bolniška odsotnost (DBO) je glede trajanja različno definirana glede na namen prikazovanja podatkov. V tem prispevku prikazujemo dolgotrajno odsotnost, ki traja več kot leto dni. Pri ženskah sta se delež primerov in delež dni, ki jih prispevajo dolgotrajne odsotnosti, v letih 2015–2019 povečevala (preglednica). Pri obeh spolih je bilo vsa leta največ primerov dolgotrajne odsotnosti zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, medtem ko so se vzroki s povprečno najdaljšo odsotnostjo pri obeh spolih spreminjali.

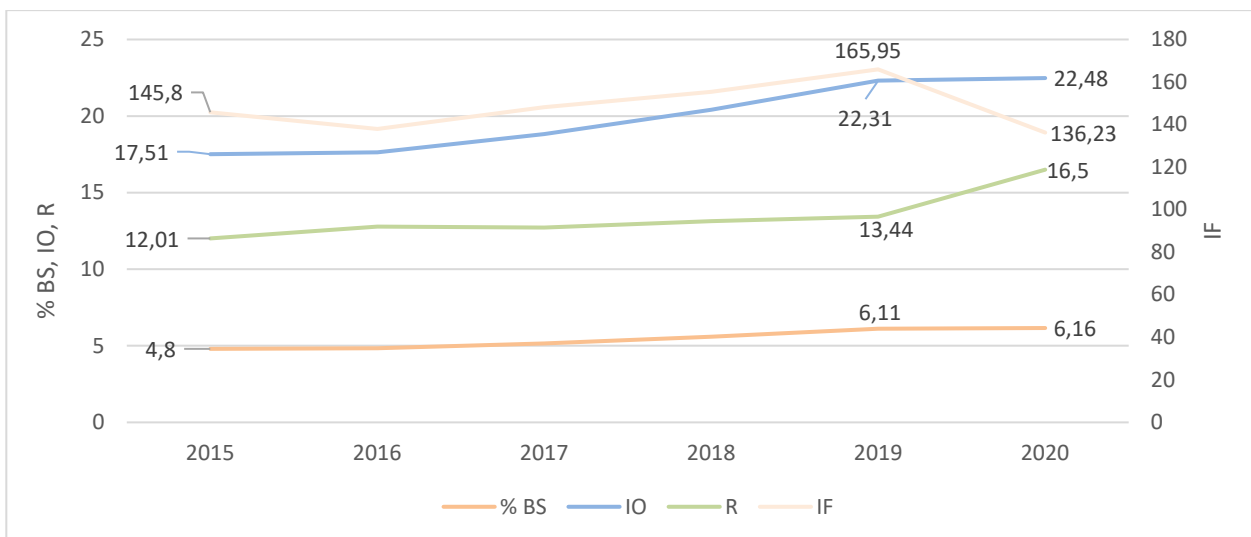
Preglednica 4. Delež primerov in delež dni, ki jih prispevajo dolgotrajne bolniške odsotnosti (DBO) za ženske, 2015–19, Slovenija.

	2015	2016	2017	2018	2019	5-letno povprečje
Delež primerov DBO	0,28 %	0,33 %	0,39 %	0,41 %	0,52 %	0,39 %
Delež dni DBO	14,7 %	16,2 %	20,0 %	21,4 %	28,1 %	20,1 %
Povprečno trajanje DBO (v dnevih)	625,1	625,5	660,8	682,8	714,6	661,8

## BOLNIŠKA ODSOTNOST V LETU 2020

Leta 2020 smo se soočili z izrednimi zdravstvenimi razmerami zaradi pandemije covid-19. Pandemija ni imela le neposrednega vpliva zaradi same okužbe, temveč tudi na druga področja, ki so lahko še dodatno poslabšala zdravje prebivalstva – duševno zdravje, ekonomsko stanje ter odloženo zdravljenje drugih bolezni ob zaustavitvi oz. delnem zaprtju ostalih zdravstvenih dejavnosti. Na bolniško odsotnost so vplivali tudi ukrepi za zmanjševanje širjenja covid-19. Uvedena je bila obvezna izolacija ob potrjeni okužbi v daljšem trajanju kot običajno traja odsotnost zaradi blažjih akutnih virusnih obolenj. Na drugi strani pa so ukrepi čakanja na delo, dela na domu in karantenske odločbe lahko sovpadali z zdravstvenimi težavami, zaradi katerih bi zaposleni sicer koristili bolniško odsotnost.

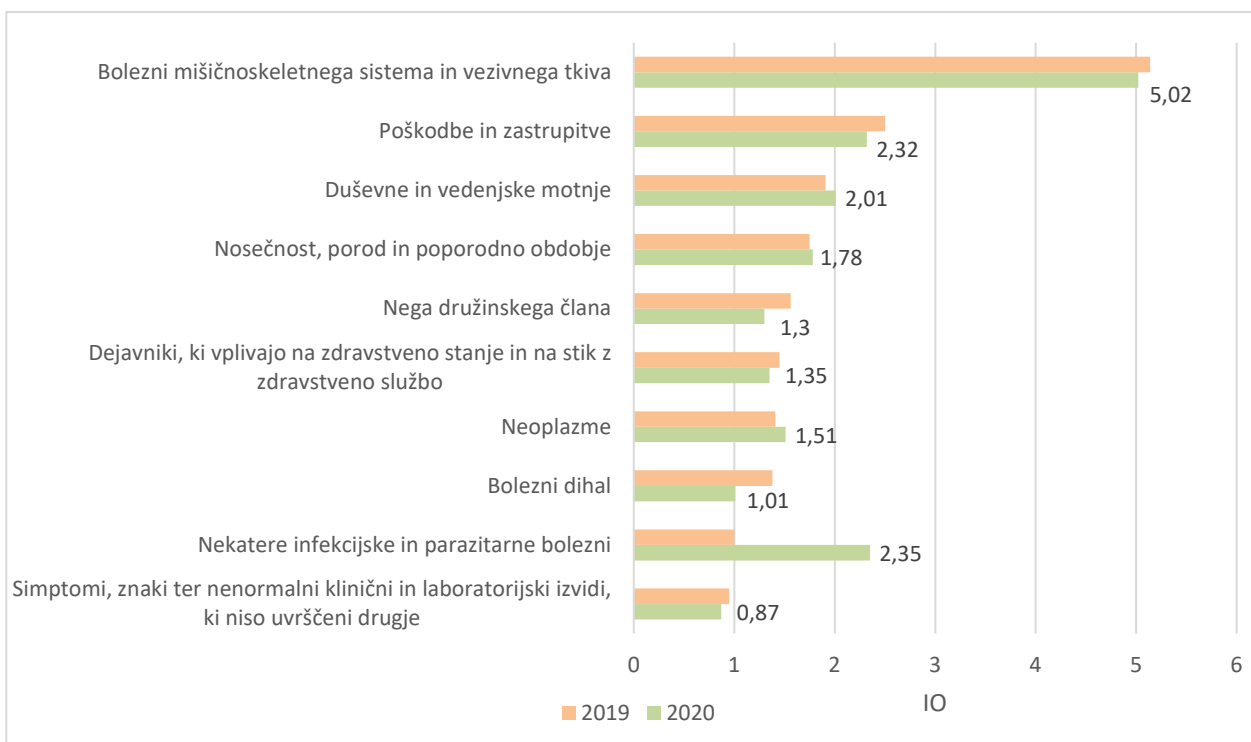
V letu 2020 so kazalniki bolniške odsotnosti pri ženskah nadaljevali trend rasti, z izjemo kazalnika IF (Slika 6). Pri moških smo pri vseh kazalnikih opazili enak, vendar manj izrazit trend kot pri ženskah – majhen porast % BS (s 3,8 na 3,9) in IO (s 14,0 na 14,2), IF se je znižal manj kot pri ženskah (s 77,5 na 69,5), R (trajanje posamezne odsotnosti) se je povišal manj kot pri ženskah (z 18,1 na 20,5).



Slika 6. Kazalniki bolniške odsotnosti za ženske, Slovenija, 2015–2020.

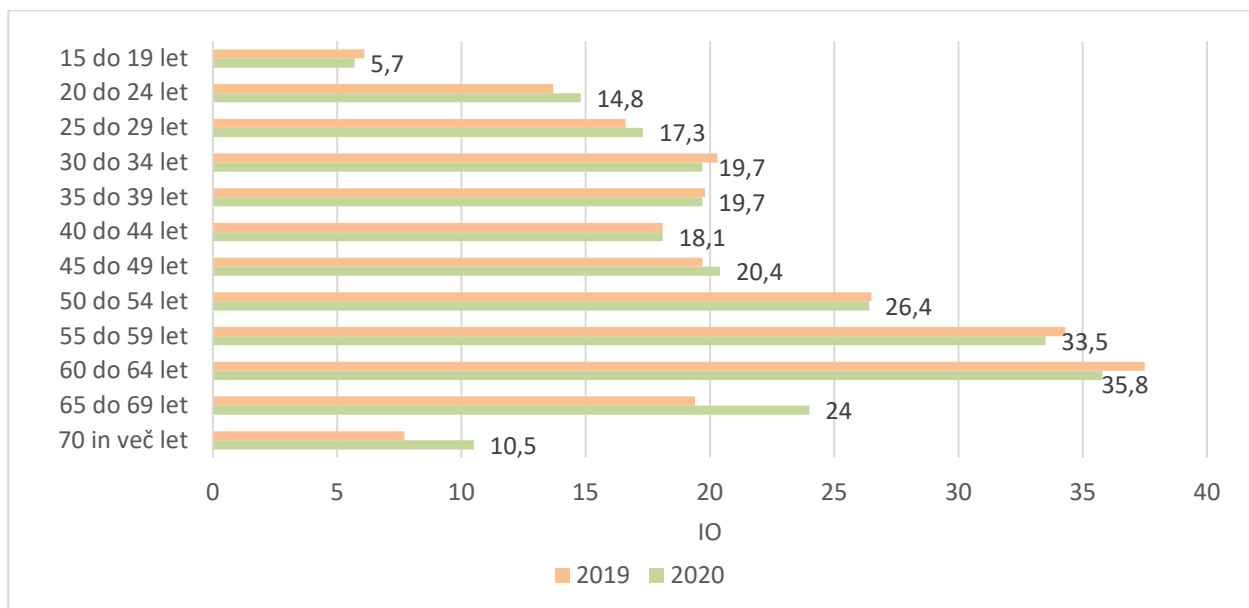
Najpogostejši vzroki za bolniško odsotnost (glede na indeks onesposabljanja) so bili v letu 2020 nekoliko drugačni kot leta 2019 (Slika 7). Na prvem mestu so bile ponovno bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, medtem ko so bile na drugem mestu infekcijske in parazitarne bolezni. Sledile so duševne in vedenjske motnje, poškodbe in zastrupitve ter bolezni in stanja, povezana z nosečnostjo. Število izgubljenih dni na zaposleno žensko za nego družinskega člana se je nekoliko znižalo z 1,56 dni leta 2019 na 1,36 dni leta 2020. Za bolezni in stanja, povezana z nosečnostjo, je število izgubljenih dni na zaposleno žensko ostalo praktično enako, saj je leta 2019 znašalo 1,75 dni in leta 2020 1,78 dni.

Pri moških so bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva izpodrinile poškodbe in zastrupitve iz prvega mesta. Na tretjem mestu so bile infekcijske in parazitarne bolezni, sledile so bolezni obtočil in duševne in vedenjske motnje.



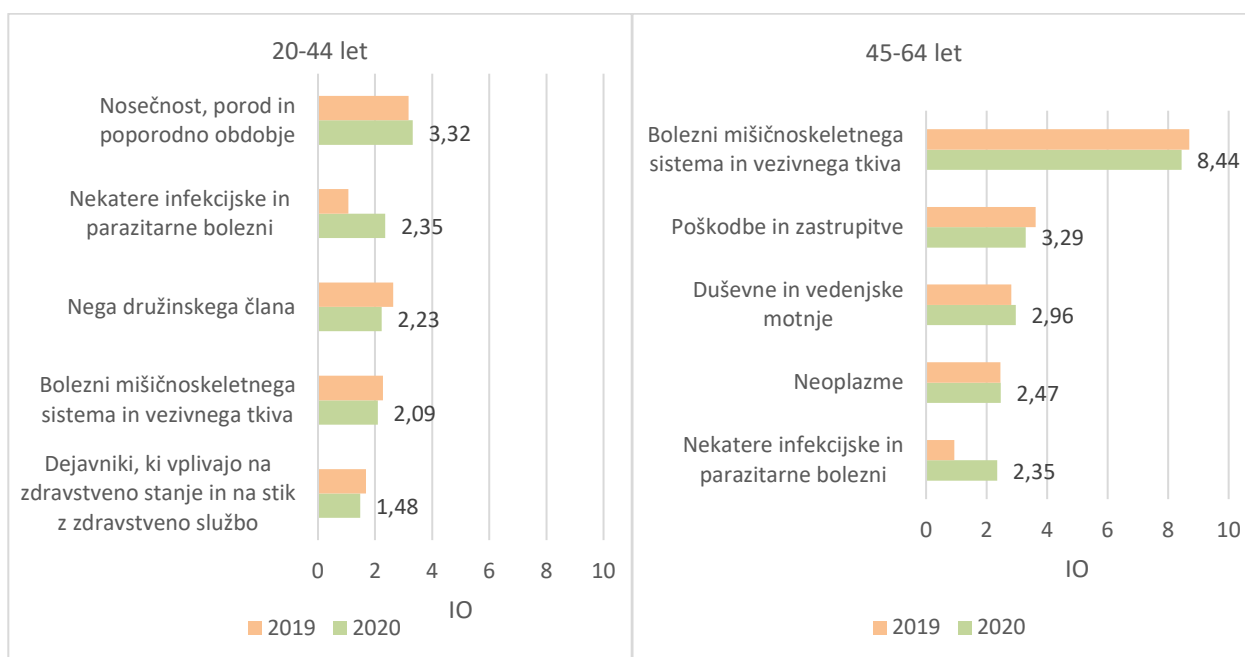
Slika 7. Vodilni vzroki začasne odsotnosti z dela – indeks onesposabljanja (IO) za ženske, Slovenija, 2019–2020.

Med ženskami in med moškimi je leta 2020 glede na leto 2019 najbolj naraslo število izgubljenih dni na zaposlenega v skupini starejših zaposlenih (Slika 8).



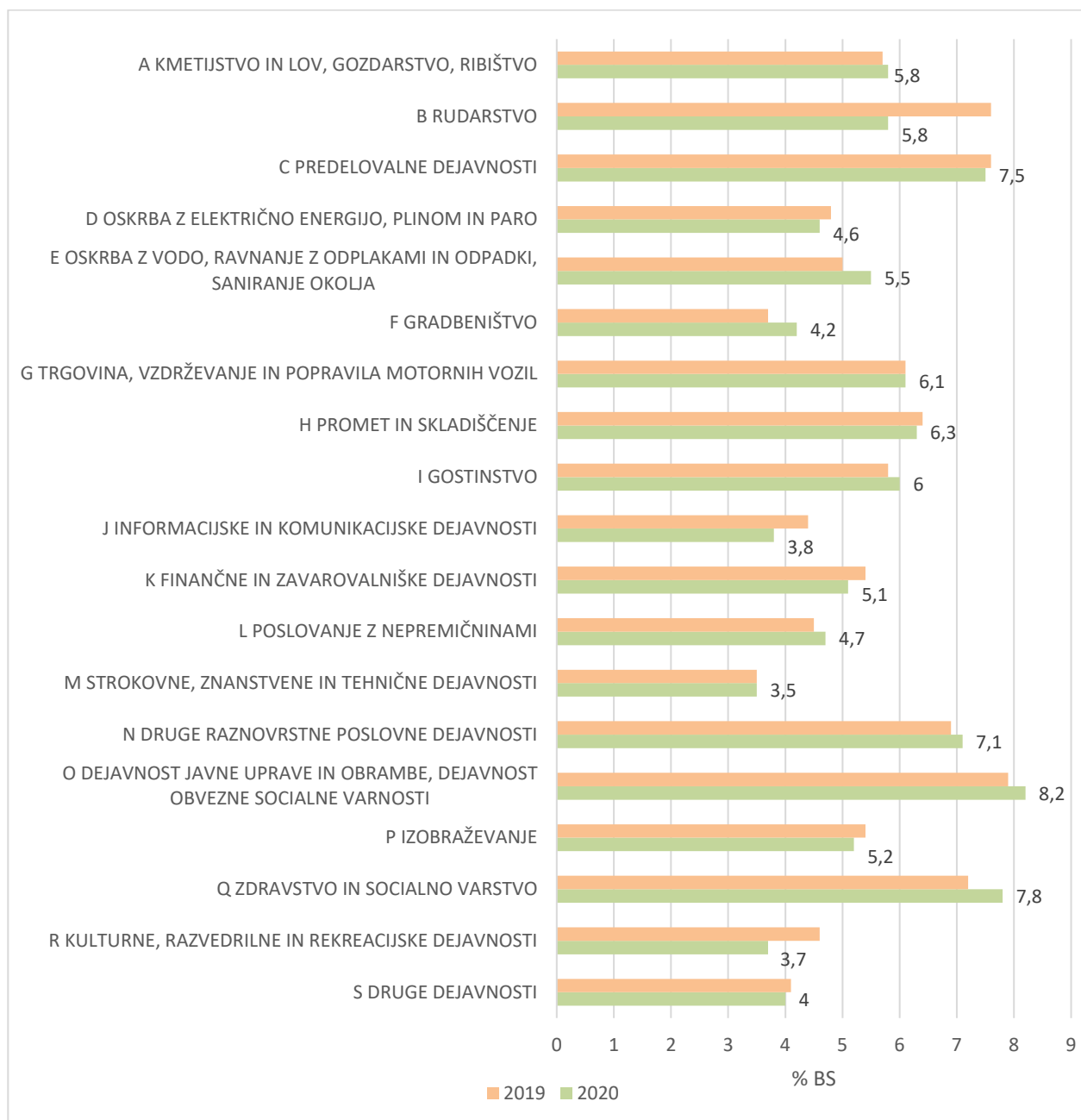
Slika 8. Indeks onesposabljanja (IO) po starostnih skupinah, Slovenija, 2019–2020.

Vodilni vzroki pri mlajših in pri starejših ženskah so se leta 2020 glede na leto 2019 najbolj spremenili na račun skupine infekcijskih in parazitarnih bolezni (Slika 9). Pri mlajših in pri starejših ženskah se je zmanjšalo število izgubljenih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva ter zaradi poškodb in zastrupitev. Pri obeh starostnih skupinah žensk se je število izgubljenih dni zaradi duševnih in vedenjskih motenj povečalo.



Slika 9. Vodilni vzroki začasne odsotnosti z dela – indeks onesposabljanja (IO) za ženske glede na starost, Slovenija, 2020.

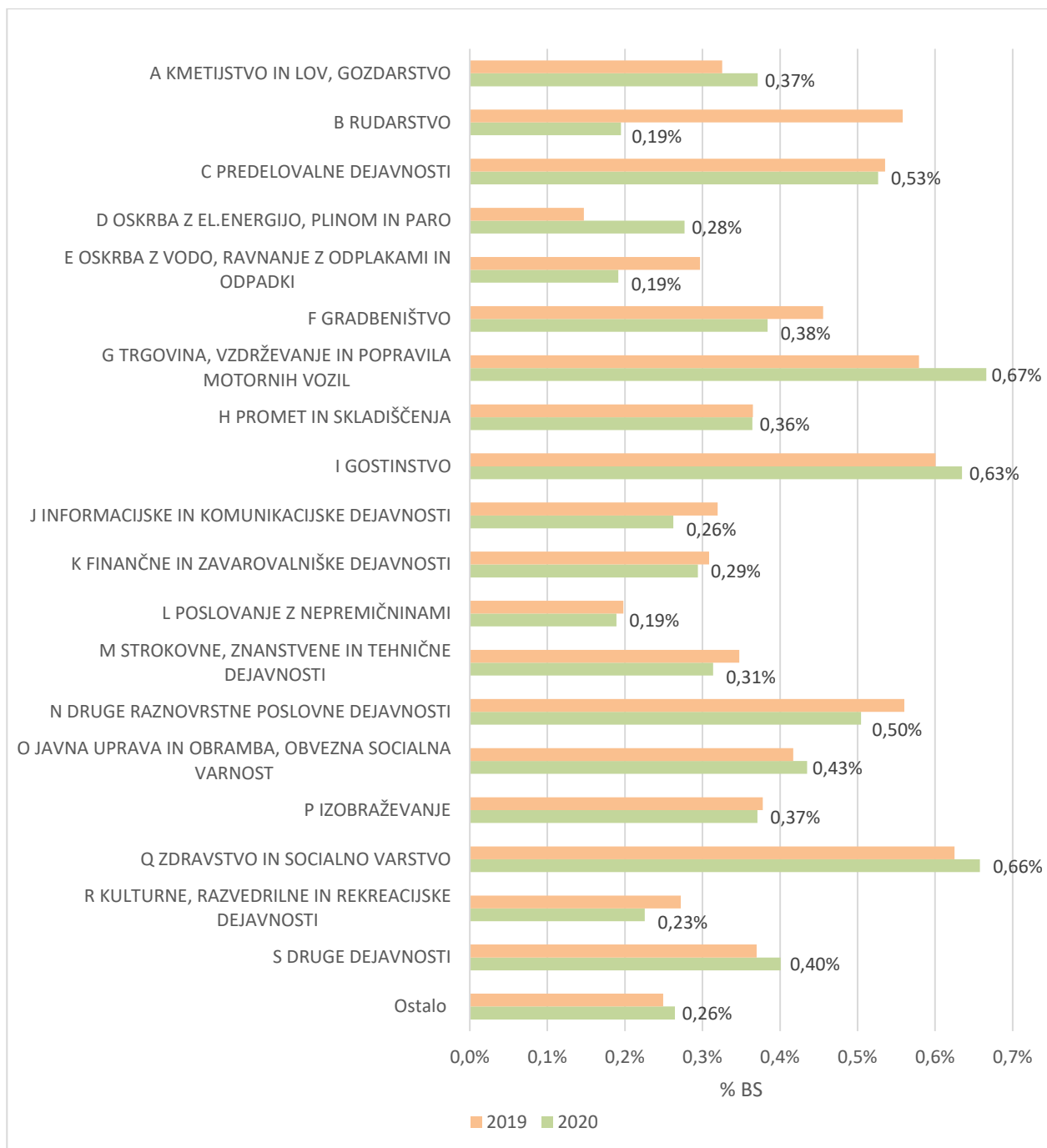
Med gospodarskimi dejavnostmi je bila pri ženskah leta 2020, tako kot leta 2019, dejavnost javne uprave in obrambe ter obvezne socialne varnosti ponovno na prvem mestu po deležu izgubljenih dni (Slika 10). Najopaznejši porast bolniške odsotnosti je bil v zdravstvu in socialnem varstvu, oskrbi z vodo, ravnanjem z odpadki in v gradbeništvu. Dejavnosti z najbolj opaznim upadom odsotnosti glede na leto 2019 so bile rudarstvo, kulturne, razvedrilne in rekreacijske dejavnosti ter informacijske in komunikacijske dejavnosti.



Slika 10. Odstotek koledarskih dni nezmožnosti za delo na zaposlenega (% BS) za ženske po gospodarskih dejavnostih, Slovenija, 2019–2020.

Med dejavnostmi z najvišjim % BS zaradi bolezni in stanj, povezanih z nosečnostjo, so bile leta 2020 dejavnost trgovine, vzdrževanja in popravila motornih vozil, zdravstvo in socialno varstvo in gostinstvo (Slika 11). V oskrbi z električno energijo, plinom in paro je leta 2020 prišlo do skoraj 2-kratnega povečanja bolniške odsotnosti zaradi bolezni in stanj, povezanih z nosečnostjo, glede na leto 2019. Na drugi strani je

bilo bolniških odsotnosti zaradi bolezni in stanj, povezanih z nosečnostjo, v rudarstvu za več kot polovico manj.



Slika 11. Odstotek koledarskih dni nezmožnosti za delo na zaposlenega (% BS) za nosečnost, porod in poporodno obdobje (XV. Poglavlje MKB-10) po gospodarskih dejavnostih, ženske, Slovenija, 2019–2020.

Posebno pozornost v letu 2020 smo namenili diagnozam, povezanim s covidom-19. Covid-19 je pri ženskah povzročil več dni odsotnosti kot pri moških (pri moških je bil % BS 0,24, IO 0,88, IF 6,94 in R 12,69) (Preglednica 3). Vendar je bil delež vseh izgubljenih dni zaradi covid diagnoz pri ženskah 5,3 %, pri moških pa 6,2 %. Največ dni odsotnosti zaradi covid diagnoz je bilo tako pri ženskah kot pri moških v dejavnosti zdravstva in socialnega varstva. Pri ženskah sledijo predelovalne dejavnosti, oskrba z vodo in ravnanje z

odplakami in odpadki, javna uprava in obramba, obvezna socialna varnost in trgovina, vzdrževanje in popravila motornih vozil.

Pri ženskah je bilo najmanj odsotnosti, povezanih s covidom-19, v kmetijstvu, lovu in gozdarstvu in pri moških v gostinstvu. Porazdelitev odsotnosti zaradi covida-19 po dejavnostih je povezana z večjim tveganjem za okužbo zaradi narave dela.

Preglednica 5. Primeri, dnevi in kazalniki bolniške odsotnosti za diagnoze, povezane s covidom-19 po gospodarskih dejavnostih, ženske, Slovenija 2020.

Gospodarske dejavnosti	Primeri	Dnevi	%BS	IO	IF	R
A KMETIJSTVO IN LOV, GOZDARSTVO	207	2.706	0,13%	0,49	3,72	13,07
B RUDARSTVO	24	331	0,27%	0,98	7,08	13,79
C PREDELOVALNE DEJAVNOSTI	6.839	87.825	0,37%	1,35	10,51	12,84
D OSKRBA Z EL.ENERGIJO, PLINOM IN PARO	102	1.199	0,20%	0,74	6,27	11,75
E OSKRBA Z VODO, RAVNANJE Z ODPLAKAMI IN ODPADKI	195	2.288	0,31%	1,15	9,77	11,73
F GRADBENIŠTVO	369	4.554	0,22%	0,80	6,46	12,34
G TRGOVINA, VZDRŽEVANJE IN POPRAVILA MOTORNIH VOZIL	4.734	61.714	0,28%	1,04	7,97	13,04
H PROMET IN SKLADIŠČENJA	657	8.312	0,25%	0,90	7,12	12,65
I GOSTINSTVO	719	9.904	0,14%	0,52	3,74	13,77
J INFORMACIJSKE IN KOMUNIKACIJSKE DEJAVNOSTI	431	5.238	0,15%	0,56	4,60	12,15
K FINANČNE IN ZAVAROVALNIŠKE DEJAVNOSTI	819	9.972	0,22%	0,79	6,49	12,18
L POSLOVANJE Z NEPREMIČNINAMI	146	1.972	0,23%	0,84	6,23	13,51
M STROKOVNE, ZNANSTVENE IN TEHNIČNE DEJAVNOSTI	1.707	20.567	0,20%	0,72	5,96	12,05
N DRUGE RAZNOVRSTNE POSLOVNE DEJAVNOSTI	1.133	14.014	0,24%	0,87	7,05	12,37
O JAVNA UPRAVA IN OBRAMBA, OBVEZNA SOCIALNA VARNOST	2.385	30.658	0,30%	1,11	8,63	12,85
P IZOBRAŽEVANJE	4.449	57.129	0,25%	0,92	7,17	12,84
Q ZDRAVSTVO IN SOCIALNO VARSTVO	11.144	155.040	0,76%	2,76	19,83	13,91
R KULTURNE, RAZVEDRILNE IN REKREACIJSKE DEJAVNOSTI	317	4.167	0,14%	0,52	3,99	13,15
S DRUGE DEJAVNOSTI	536	7.561	0,17%	0,63	4,48	14,11
T DEJAVNOST GOSPODINJSTEV Z ZAPOSLENIM HIŠNIM OSEBJEM	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
U DEJAVNOST EKSTERITORIALNIH ORGANIZACIJ IN TELES	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
Ostalo	16	228	0,07%	0,27	1,86	14,25
<b>Vsi</b>	<b>36.929</b>	<b>485.379</b>	<b>0,33%</b>	<b>1,20</b>	<b>9,14</b>	<b>13,14</b>

Pri obeh spolih se je leta 2020 delež krajših odsotnosti s trajanjem do 7 dni zmanjšal, kar je v nasprotju s trendom do leta 2019. K manjšemu deležu kratkih odsotnosti so prispevale izolacije zaradi covida-19, ki so trajale 10 dni.

Pri ženskah se je delež dni zaradi kratkotrajnih odsotnosti do 7 dni ponovno zmanjšal, medtem ko se je delež dni zaradi odsotnosti, daljših od 30 dni ponovno povečal (preglednica). Pri moških se je za razliko od žensk delež dni, ki so jih prispevali primeri odsotnosti nad 30 dni nekoliko zmanjšal.

Preglednica 6. Delež primerov in delež dni, ki jih prispevajo primeri odsotnosti različnih trajanj, Slovenija, 2020.

Trajanje odsotnosti	Delež primerov	Delež dni
Do 7 dni	65,4 %	10,3 %
8 do 14 dni	18,5 %	11,6 %
15 do 30 dni	9,2 %	11,4 %
Nad 30 dni	6,9 %	66,7 %



## ZAKLJUČEK

V zadnjih letih število dni zaradi bolniške odsotnosti med ženskami narašča. Najbolj so porastle odsotnosti zaradi mišičnokostnih bolezni, medtem ko smo pri odsotnostih zaradi nege družinskih članov ter bolezni in stanj, povezanih z nosečnostjo, opazili le blago povišanje števila izgubljenih dni. Precejšen delež bolniških odsotnosti prispevajo starejši delavci. Smiselne bi bile dodatne raziskave in ukrepi pri starejših zaposlenih in za zmanjšanje odsotnosti zaradi mišičnokostnih obolenj.

Ugotovili smo že znane razlike v bolniški odsotnosti med spoloma in po vzrokih, starosti ter gospodarskih dejavnostih.

Epidemija covid-19 je prinesla pričakovane spremembe glede bolniške odsotnosti, predvsem glede najpogostejših vzrokov za odsotnost in v določenih dejavnostih. Zaradi sovpadanja uvedbe eBOL in pandemije covid-19 je težko oceniti, ali je imela ta tehnična novost vpliv na kazalnike bolniške odsotnosti.

## VIRI

1. Zaletel M, Vardič D, Hladnik M. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021.
2. Vingard E, Alexanderson K, Norlund A. Consequences of being on sick leave. Scand J Public Health 2004;32(Suppl 63):207–215.
3. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23).
4. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pogoji [Internet]. [citirano 2023 okt 24]. Dostopno na: [https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/nadomestila/nadom\\_place/nadom\\_pogoji/!ut/p/z1/04\\_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N\\_Q083YNCLAwcQ52C3EPc3QwMHA30C7ldFQE-MsQG/](https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/nadomestila/nadom_place/nadom_pogoji/!ut/p/z1/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTQxdPd2N_Q083YNCLAwcQ52C3EPc3QwMHA30C7ldFQE-MsQG/).
5. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Višina nadomestila plače [Internet]. [citirano 2023 okt 24]. Dostopno na: [https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/nadomestila/nadom\\_place/nadom\\_visina/](https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/nadomestila/nadom_place/nadom_visina/).
6. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 12/92, 56/92 – odl. US, 43/93 – odl. US, 67/93 – odl. US, 5/94, 7/96, 29/97 – odl. US, 54/98 in 106/99 – ZPIZ-1).
7. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Elektronsko potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (eBOL) [Internet]. [citirano 2023 okt 17]. Dostopno na: [https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/bolniska\\_ods/ebol/](https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/bolniska_ods/ebol/).
8. Zaletel M, Vardič D, Hladnik M. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2015. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017.
9. Scheil-Adlung X, Sandner L. Evidence on paid sick leave: Observations in times of crisis. Inter Econ. 2010;45(5):313–21.
10. Scheil-Adlung X, Sandner L. The case for paid sick leave. World Health Organization; 2010.



**14**

# **REPRODUKTIVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO**

Eva Štromajer, Barbara Mihevc Ponikvar

## UVOD

Ginekološka in porodniška dejavnost je v Sloveniji organizirana na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju. Na primarnem nivoju si ženske izberejo osebnega ginekologa, ki je dostopen brez napotnice družinskega zdravnika. Dejavnost primarnega nivoja se izvaja v zdravstvenih domovih, pri koncesionarjih ter tudi v bolnišnicah. Slednje predstavlja anomalijo sistema, saj bolnišnice v osnovi zagotavljajo sekundarno in terciarno raven oskrbe na področju reprodukativnega zdravja, se pa ta anomalija z leti vse bolj širi. Izvajalci primarnega reprodukativnega zdravstvenega varstva so ginekološki timi, katere sestavljajo zdravnik specialist ginekologije in porodništva, diplomirana babica in zdravstveni tehnik. Diplomirano babico se lahko nadomesti z diplomirano medicinsko sestro, ki je ustrezno izobrazena za samostojno preventivno delo. Ginekološki timi izvajajo kurativno in preventivno dejavnost po dispanzerski metodi dela (1).

Preventivni program je določen s *Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni* in vključuje (1):

- Preglede in nasvete za načrtovanje družine, za rabo kontracepcije, proti spolno prenosljivim okužbam in posledični neplodnosti;
- Preventivne preglede v nosečnosti;
- Preglede in svetovanja po porodu, spontani in dovoljeni prekinitvi nosečnosti ter zunajmaternični nosečnosti;
- Preventivne aktivnosti za varovanje reprodukativnega zdravja v patronažni dejavnosti (preventivni obisk pri nosečnici, otročnici in novorojenčku ter ženskah, ki še niso opredelile ginekologa);
- Zgodnje odkrivanje raka dojk (za ženske med 20. in 50. letom);
- Predpisovanje hormonskega nadomestnega zdravljenja v perimenopavzi in pomenopavzi;
- Programirano zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja.
- Ginekološki timi so vključeni tudi v izvajanje državnega presejalnega programa ZORA za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu (1).

Programe reprodukativnega zdravstvenega varstva za zavarovanke financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Del dejavnosti se plačuje glede na doseženo glavarino iz opredeljenih pacientk in del po opravljenih storitvah (2). Razširjeni strokovni kolegij (RSK) za ginekologijo in porodništvo je že leta 2009 sprejel sklep, da je 4000 opredeljenih žensk na specialista ginekologije in porodništva tisto število, ki še zagotavlja strokovno in kakovostno delo (3).

Po drugi strani pa so tisti izvajalci, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS in izpolnjujejo pogoje za izbranega ginekologa, dolžni sprejemati zavarovanke, dokler ne dosežejo obremenitve slovenskega povprečja glavarinskih količnikov v tej dejavnosti (4, 5).

Ginekologi primarne ravni lahko napotujejo na nadaljnje specialistične obravnave, ki se izvajajo na sekundarni in terciarni ravni. Na sekundarni ravni se izvaja specialistična ambulantna dejavnost in bolnišnična dejavnost. Deset ginekološko-porodniških oddelkov deluje v okviru splošnih bolnišnic, imamo pa tudi dve specialni bolnišnici za ginekologijo in porodništvo (v Postojni in Kranju). Dejavnost na terciarni ravni, ki je namenjena obravnavi najzahtevnejših zdravstvenih stanj, v Sloveniji opravljata dve ginekološki kliniki, ki delujeta v okviru Univerzitetnih kliničnih centrov, v Ljubljani in Mariboru.

## METODOLOGIJA

Podatke za analizo smo pridobili iz *Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu* (RIZDDZ), katerega upravljaavec je Nacionalni inštitut za javno zdravje, iz javno objavljenih podatkov ZZZS ter iz javno objavljenih podatkov Statističnega urada Republike Slovenije (SURS). Analizirali smo stanje v letu 2021, iz omenjenih virov smo uporabili podatke, ki so bili na voljo novembra 2021. Izračunali smo delež opredeljenih žensk, povprečno število opredeljenih žensk na tim, povprečno število prebivalk po regijah, povprečno starost zaposlenih v ginekološki dejavnosti ter njihov delež po starostnih skupinah.

### DEFINICIJE

**Opredeljenost:** Delež prebivalk, ki so opredeljene pri izbranem osebnem ginekologu. V števcu je število žensk z izbranim osebnim ginekologom na nekem območju, v imenovalcu je število prebivalk tega območja.

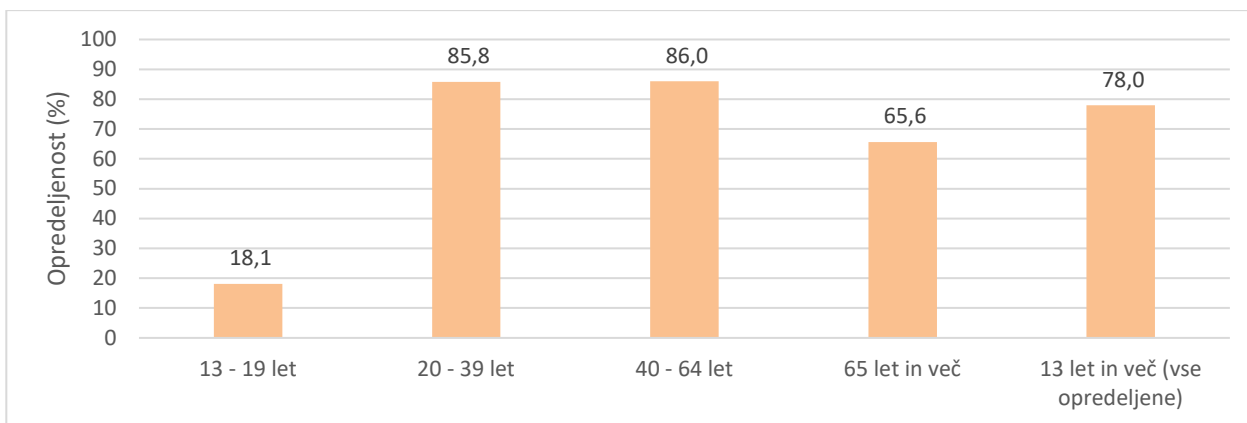
**Glavarina:** Glavarina je prospektivna oblika plačevanja zdravstvene dejavnosti. Izvajalec oz. tim izbranega zdravnika dobi za določeno obdobje opredeljen znesek za vsako zavarovano osebo, ki se je odločila zanj. Glavarinski količnik je glede na starost zavarovane osebe ponderirana glavarina in se uporablja za obračun po pogodbi z ZZZS (6, 7). V ginekološki dejavnosti so posebna skupina še nosečnice, za katere je določen dodaten količnik.

## REZULTATI IN DISKUSIJA

### GINEKOLOGI, TIMI IN OPREDELJENOST

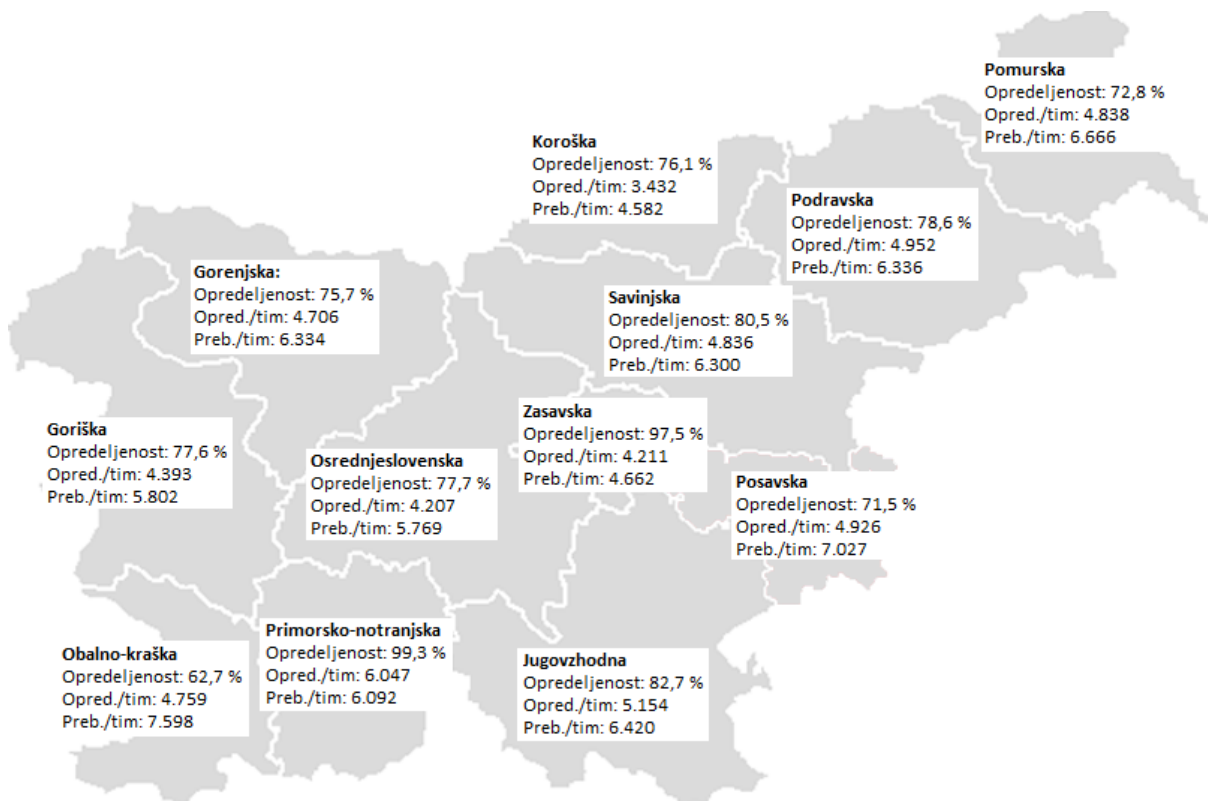
Po podatkih ZZZS in RIZDDZ je v Sloveniji leta 2021 delovalo 357 specialistov ginekologije in porodništva. Dejavnost primarnega reprodukativnega zdravstvenega varstva žensk je v javni mreži opravljalo 307 ginekologov, specialistično zunajbolnišnično dejavnost je opravljalo 142 ginekologov in bolnišnično dejavnost 203 ginekologi. Večina ginekologov, zaposlenih v bolnišnicah, je v manjšem obsegu opravljala tudi dejavnost primarnega reprodukativnega zdravstvenega varstva žensk. Redno zaposlenih ginekologov v izključno bolnišnični dejavnosti je bilo 10, čistih zasebnikov specialistov ginekologije in porodništva je bilo 15.

1. 7. 2021 je bilo po podatkih Statističnega urada v Sloveniji 915.460 žensk, starih 13 let in več. Pri ginekologih je bilo po podatkih ZZZS iz dne 1. 10. 2021 opredeljenih 713.779 žensk, od tega 690.930 pri aktivnih ginekologih ter dodatnih 22.849 (podatki ZZZS iz dne 31. 8. 2021) pri ginekologih, ki so v zadnjih dveh letih prenehali opravljati dejavnost. Na primarni ravni je 307 ginekologov izvajalo 150,1 programov reprodukativnega zdravstvenega varstva žensk, povprečno je bilo na tim opredeljenih 4603 žensk. Opredeljenost prebivalk, starih 13 let in več, je bila 78,0 %. V starostni skupini od 20 do 64 let, ki ji je namenjena večina preventivnih ginekoloških programov, je bila opredeljenost še višja, znašala je 85,9 % (Slika 1). Opredeljenost mladostnic (od 13 do 19 let) je bila 18,1 %.



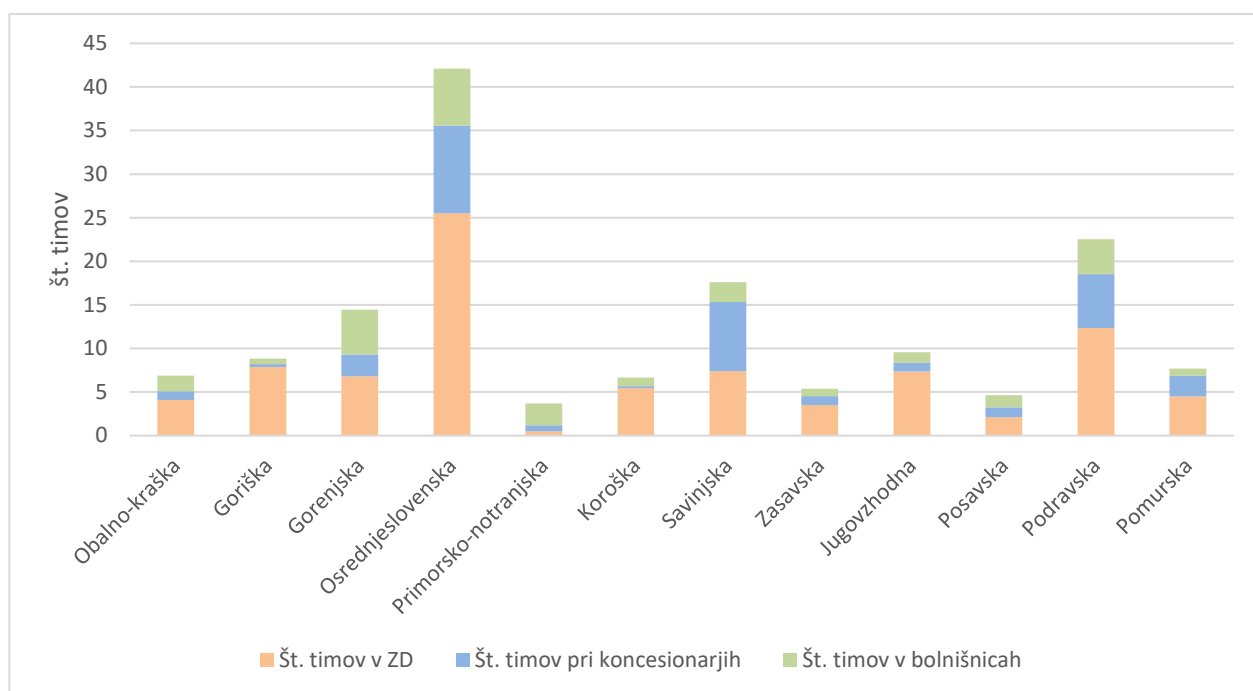
Slika 1. Delež žensk z izbranim osebnim ginekologom (delež opredeljenih žensk) po starostnih skupinah, Slovenija, 2021.

Opredeleženost se je med regijami zelo razlikovala: najvišja opredeljenost žensk, starih 13 let in več je bila z 99,3 % v Primorsko-notranjski regiji in najnižja z 62,7 % v Obalno-kraški regiji (Slika 2). V večini regij je bilo na tim opredeljenih med 4000 in 5000 žensk. Manj opredeljenih na tim je bilo v Koroški regiji, več pa v Jugovzhodni in Primorsko-notranjski regiji. Opredeleženost in število opredeljenih na tim sta povezani s porazdelitvijo timov po regijah. Kot je razvidno iz Slike 2, so bile med regijami precejšnje razlike v številu prebivalk na tim. Dodaten dejavnik, ki vpliva na opredeljenost, je še opredeljevanje žensk izven regije svojega stalnega prebivališča. V delež opredeljenih so zajete tudi ženske, ki so bile opredeljene pri ginekologih, ki so v zadnjih dveh letih iz različnih razlogov prenehali delati na določenem delovišču. Za te ženske ustanova, v kateri je deloval ginekolog, še dve leti prejema finančna sredstva in so jih za to obdobje dolžne obravnavati. Zato je dejansko število opredeljenih na tim v posamezni regiji nekoliko višje, vendar le za določen čas dveh let.



Slika 2. Opredeleženost, število opredeljenih žensk na tim ter število prebivalk na tim po regijah za ženske, stare 13 let in več, Slovenija, 2021.

Na ravni države je en ginekolog opravljal obseg dejavnosti primarnega reprodukativnega zdravstvenega varstva žensk za povprečno 0,48 tima. To gre predvsem na račun ginekologov v bolnišnicah, kjer ginekologi to dejavnost večinoma opravljajo le v manjšem obsegu, poleg bolnišnične dejavnosti. Primarno dejavnost je v zdravstvenih domovih opravljalo 114 ginekologov s 87,5 tima (58,3 % vseh timov, 0,77 tima na ginekologa), pri koncesionarjih 43 ginekologov s 34,5 tima (23,0 % vseh timov, 0,80 tima na ginekologa) in v bolnišnicah 167 ginekologov z 28,2 tima (18,8 % timov, 0,17 tima na ginekologa). 26 ginekologov je delovalo na dveh deloviščih ali več, od tega so štirje delali na treh deloviščih. V večini regij je bilo največ timov v zdravstvenih domovih, razen v Savinjski regiji, kjer je bilo največ timov pri koncesionarjih, ter v Primorsko-notranjski regiji, kjer je bilo največ timov v bolnišnicah (Slika 3). V zdravstvenih domovih je bilo opredeljenih povprečno 4333 žensk na tim, pri koncesionarjih 5144 in v bolnišnicah 4782.



Slika 3. Število ginekoloških timov glede na vrsto izvajalca, Slovenija, 2021.

## OBREMENJENOST

Glavarinski količniki se razvrščajo glede na starost in nosečnost opredeljenih žensk in odražajo zahtevnost obravnave. Nosečnice in ženske v poporodnem obdobju imajo začasno višji količnik, letno posamezna ginekološka ambulanta obravnava povprečno 150 do 200 nosečnic (8). V letu 2021 je bilo povprečno število količnikov na tim 1476. Glede na glavarinske količnike je bila najbolj obremenjena Primorsko-notranjska regija in najmanj obremenjena Koroška regija (Preglednica 1).

Preglednica 1. Povprečje glavarinskih količnikov ginekoloških timov po regijah, Slovenija, 2021.

Obalno-kraška	1.508	Savinjska	1.537
Goriška	1.357	Zasavska	1.318
Gorenjska	1.502	Jugovzhodna	1.696
Osrednjeslovenska	1.387	Posavska	1.534
Primorsko-notranjska	1.903	Podravska	1.577
Koroška	1.098	Pomurska	1.517

## DODATNE POTREBE PO IZVAJALCIH V LETU 2021

Za doseganje normativa 4000 opredeljenih na ginekologa bi za vse opredeljene že v letu 2021 potrebovali 178,4 tima, to je 28,3 dodatne time (Preglednica 2). Za 80 % opredeljenost prebivalk, starih 13 let ali več, bi potrebovali 183,1 tim (33,0 dodatnih timov), za vse trenutno opredeljene ter za vse neopredeljene, stare od 20 do 64 let, pa bi potrebovali 199,5 tima (49,4 dodatne time).

Preglednica 2. Potrebno dodatno število ginekoloških timov po regijah, Slovenija, 2021.

Regije	Št. timov	Potrebno dodatno št. timov za že opredeljene za doseg normativa 4000 opredeljenih na tim	Potrebno št. timov za 80 % opredeljenost prebivalk 13+ let	Potrebno št. timov za vse že opredeljene in neopredeljene 20–64 let
Obalno-kraška	6,90	1,3	10,5	10,7
Goriška	8,9	1,1	10,2	11,0
Gorenjska	14,4	2,9	18,3	19,9
Osrednjeslovenska	42,1	5,1	48,6	54,0
Primorsko-notranjska	3,70	1,9	4,5	4,9
Koroška	6,7	-0,9	6,1	6,5
Savinjska	17,6	4,7	22,2	24,7
Zasavska	5,4	0,7	5,0	6,1
Jugovzhodna	9,6	3,1	12,3	13,5
Posavska	4,7	1,2	6,5	7,0
Podravska	22,5	5,5	28,6	30,7
Pomurska	7,7	1,6	10,3	10,6
<b>SKUPAJ</b>	<b>150,1</b>	<b>28,3</b>	<b>183,1</b>	<b>199,5</b>

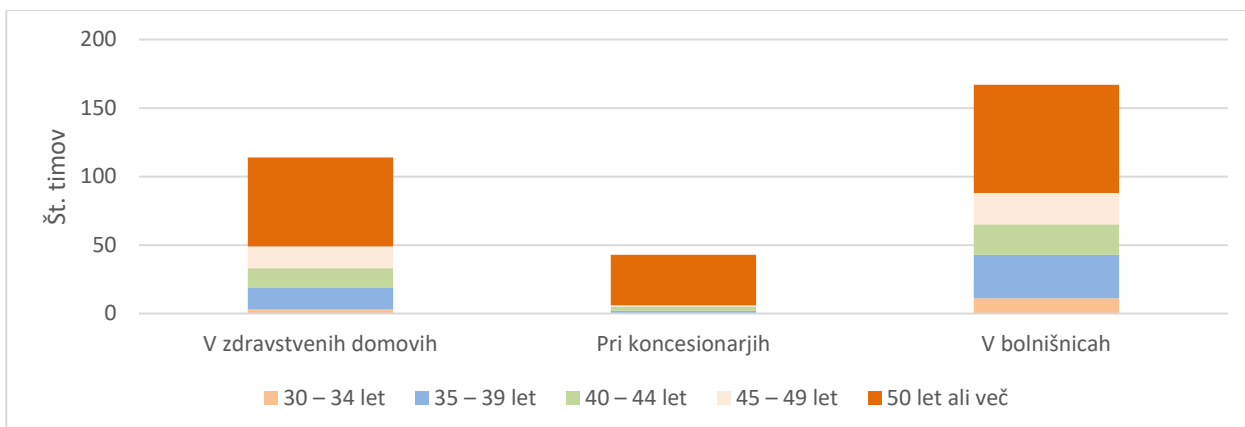
## STAROSTNA STRUKTURA GINEKOLOGOV IN POTREBE V PRIHODNJE

Starostna struktura specialistov ginekologije je neugodna (Preglednica 3). Ob koncu leta 2021 je bila povprečna starost vseh specialistov ginekologije in porodništva 52,0 let. Povprečna starost vseh ginekologov v primarni dejavnosti je bila 51,6 let in vseh ginekologov v bolnišnični dejavnosti 48,0 let.

Preglednica 3. Število specialistov ginekologije in porodništva po 5-letnih starostnih skupinah, Slovenija, 2021.

Starostna skupina	Število ginekologov
30 – 34 let	20
35 – 39 let	55
40 – 44 let	40
45 – 49 let	42
50 – 54 let	44
55 – 59 let	53
60 let in več	103
<b>SKUPAJ</b>	<b>357</b>

V primarni dejavnosti je bilo pri vseh vrstah izvajalcev daleč največ ginekologov v starostni skupini nad 50 let (Slika 3). Povprečna starost ginekologov v zdravstvenih domovih je bila 53,3 leta in pri koncesionarjih 58,7 let. Najugodnejša starostna struktura je bila v bolnišnicah, tam je bila povprečna starost 49,6 let.



Slika 3. Število ginekologov, ki opravljajo splošno dejavnost, po starosti in tipu izvajalca, Slovenija, 2021.

V prihodnjih letih bo znaten delež ginekologov dosegel pogoje za starostno upokožitev. Ob koncu leta 2021 je bilo med vsemi specialisti ginekologije in porodništva 89 (24,9 %) starih 62 let ali več in bo v naslednjih petih letih doseglo pogoje za starostno upokožitev. 138 (38,7 %) jih je bilo starih 57 let ali več in bo pogoje za starostno upokožitev doseglo v naslednjih 10 letih.

Med ginekologi, ki so opredeljevali pacientke, jih je bilo konec leta 2021 68 (22,1 %) starih 62 let ali več in bo v naslednjih petih letih izpolnilo pogoje za starostno upokožitev (Preglednica 4). Ti ginekologi so pokrivali 42,19 tima (20,6 tima v zdravstvenih domovih, 16,7 tima pri koncesionarjih in 4,9 tima v bolnišnicah). 114 (37,1 %) ginekologov je bilo starih 57 let ali več in bo v naslednjih desetih letih izpolnilo pogoje za starostno upokožitev. Pokrivali so 63,7 tima (34,1 tima v zdravstvenih domovih, 19,9 tima pri koncesionarjih in 9,7 tima v bolnišnicah). V primeru, da teh upokožitev ne bi mogli nadomestiti z novimi ginekologi, bi lahko v naslednjih petih letih brez ginekologa ostalo 220.934, v naslednjih desetih letih pa 326.125 žensk.

Preglednica 4. Predvidene upokožitve ginekologov v naslednjih petih in desetih letih ter timi, ki jih pokrivajo, Slovenija, 2021.

Regije	Upokožitve v 5-ih letih		Upokožitve v 10-ih letih	
	Oseb*	Timov	Oseb*	Timov
Obalno-kraška	4	2,7	6	3,1
Goriška	4	1,0	8	2,5
Gorenjska	7	4,2	10	6,1
Osrednjeslovenska	16	9,1	27	13,8
Primorsko-notranjska	4	1,7	6	2,2
Koroška	3	1,5	6	3,3
Savinjska	10	6,9	14	8,8
Zasavska	4	2,9	6	3,6
Jugovzhodna	2	0,3	5	1,7
Posavska	4	2,1	4	2,1
Podravska	8	6,9	18	12,5
Pomurska	5	3,1	8	4,0
<b>SKUPAJ</b>	<b>71</b>	<b>42,2</b>	<b>118</b>	<b>63,7</b>

\*Število ginekologov je višje od dejanskega, ker nekateri ginekologi delajo v dveh regijah.

Potreb s sedanjimi specializanti ne bo mogoče pokriti, saj je bilo ob koncu leta 2021 zabeleženih 70 specializantov, ki bi jih praktično v celoti potrebovali samo za potrebe primarne ravni, ob nespremenjeni



opredeljenosti žensk in nespremenjenih obremenitvah timov. Ne vemo pa ali bodo ti specializanti po končani specializaciji delali v primarni ali bolnišnični dejavnosti in v kateri regiji. Nekateri specializanti tudi opustijo specializacijo oz. po končani specializaciji ne delajo celotne delovne dobe v kliničnem okolju. Potrebe v prihodnje lahko nekoliko ublažijo nekateri ginekologi, ki bi se kasneje upokojevali ali ostali aktivni tudi po upokojitvi. Upokojenih, a še delujočih je bilo leta 2021 20 ginekologov. 13 jih je opravljalo ginekologijo v primarni dejavnosti, štirje so delali v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti, eden pa v bolnišnični dejavnosti. Preostali so opravljali druge dejavnosti.

## BABICE V GINEKOLOŠKI IN PORODNIŠKI DEJAVNOSTI

### Srednje in diplomirane babice

V novembru 2021 je bilo v *Registru izvajalcev zdravstvenega varstva* zabeleženih 387 aktivnih babic. Med njimi je bilo 48 oseb, ki so končale izobraževanje še po nekdanjem srednješolskem programu, ki se je izvajal do leta 1984 (9) in med katerimi jih je bila velika večina starejših od 55 let. Visokošolsko izobraževanje babic se je v Sloveniji pričelo v študijskem letu 1996/97 (9) in visokošolsko stopnjo izobrazbe (1. bolonjska stopnja) je imelo v novembru 2021 zabeleženo 333 oseb, njihova povprečna starost pa je znašala 33,0 let. Štiri osebe so imele zabeleženo visokošolsko univerzitetno izobrazbo (2. bolonjska stopnja), ena magisterij znanosti in ena doktorat znanosti.

### Primarna zaposlitev

Kar 95 (ali 24,5 %) aktivnih babic, zaposlenih v zdravstvenem varstvu, ni bilo primarno zaposlenih v dejavnosti ginekologije in porodništva oziroma v reprodukativnem zdravstvenem varstvu. 17 med njimi je bilo primarno zaposlenih v patronažnem varstvu, 14 v pediatriji na vseh nivojih zdravstvenega varstva, 11 v družinski medicini, 9 v socialno varstvenih zavodih, 6 v promociji zdravja na primarnem nivoju, 6 v srednješolskem in visokošolskem izobraževanju, 5 v zobozdravstvu, 5 v splošni kirurgiji, 4 v interni medicini, 3 v oftalmologiji, 3 v urgentni medicini in po ena v ostalih dejavnostih (fizikalna medicina, podaljšano bolnišnično zdravljenje, abdominalna kirurgija, anesteziologija, medicina dela, kardio in vaskularna medicina, radiologija, travmatologija, nevrologija, laboratorijska dejavnost, javno zdravje ter babiška nega). Tri babice so bile sicer primarno zaposlene izven ginekologije, vendar so delovale tudi v ginekologiji.

### Ginekologija in porodništvo v bolnišnični dejavnosti

V dejavnosti ginekologije in porodništva v bolnišnični dejavnosti je imelo primarno zaposlitev zabeleženo 234 babic, katerih povprečna starost je znašala 33,7 let. Med njimi je bilo le še 16 srednješolsko izobraženih, njihova povprečna starost pa je bila 57,6 let. Preostalih 218 visokošolsko izobraženih je bilo v povprečju starih 32,0 let.

Preglednica 5. Babice s primarno zaposlitvijo v ginekologiji in porodništvu v bolnišnični dejavnosti po starosti in izobrazbi, Slovenija, 2021.

Starostna skupina	Srednješolska izobrazba	Visokošolska izobrazba
Manj kot 30 let	0	95
30–34 let	0	51
35–39 let	0	36
40–44 let	0	35
45–49 let	1	0
50 let in več	15	1
<b>SKUPAJ</b>	<b>16</b>	<b>218</b>

### Zunajbolnišnična specialistična dejavnost

V ginekologiji in porodništvu v zunajbolnišnični specialistični dejavnosti je imelo primarno zaposlitev zabeleženih le 7 babic, vse z visokošolsko izobrazbo in povprečno starostjo 36,3 leta. Šest med njimi je bilo zaposlenih v bolnišnicah in ena v zasebni specialistični ambulanti.

### Primarno reprodukativno zdravstveno varstvo žensk

Primarno zaposlitev v primarnem reprodukativnem zdravstvenem varstvu žensk je imelo 51 babic. V primarnem reprodukativnem zdravstvenem varstvu je bilo sicer vsaj deloma zaposlenih 58 babic, ki so bile v povprečju stare 36,5 let. Srednješolsko izobraženih je bilo 6, povprečno so bile stare 57,8 let. Visokošolsko izobraženih babic je bilo 52, povprečno so bile stare 34,0 let.

Preglednica 6. Babice s primarno zaposlitvijo v primarnem reprodukativnem zdravstvenem varstvu po starosti in izobrazbi, Slovenija, 2021.

Starostna skupina	Srednješolska izobrazba	Visokošolska izobrazba
Manj kot 30 let	0	12
30–34 let	0	12
35–39 let	0	14
40–44 let	0	8
45–49 let	0	0
50 let in več	5	0
<b>SKUPAJ</b>	<b>5</b>	<b>46</b>

Iz prikazanih podatkov je razvidno, da je starostna struktura babic v Sloveniji ugodna, kar je posledica vrzeli v izobraževanju teh zdravstvenih profilov, ki je nastala po zaključku srednješolskega izobraževanja pa do prvih diplomantk babištva na Zdravstveni fakulteti. Tako lahko pričakujemo, da bo v prihodnjih desetletjih število babic v Sloveniji poraslo, kar bo morda prispevalo tudi k njihovem večjemu zaposlovanju na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, tako v predporodni kot poporodni oskrbi nosečnic in otročnic.

## ZAKLJUČEK

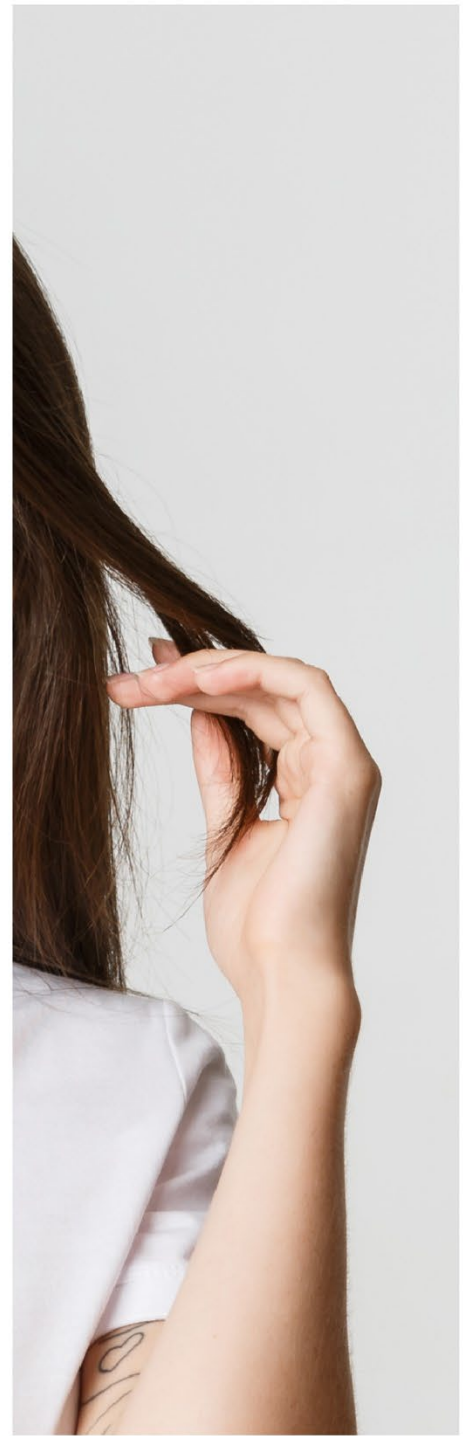
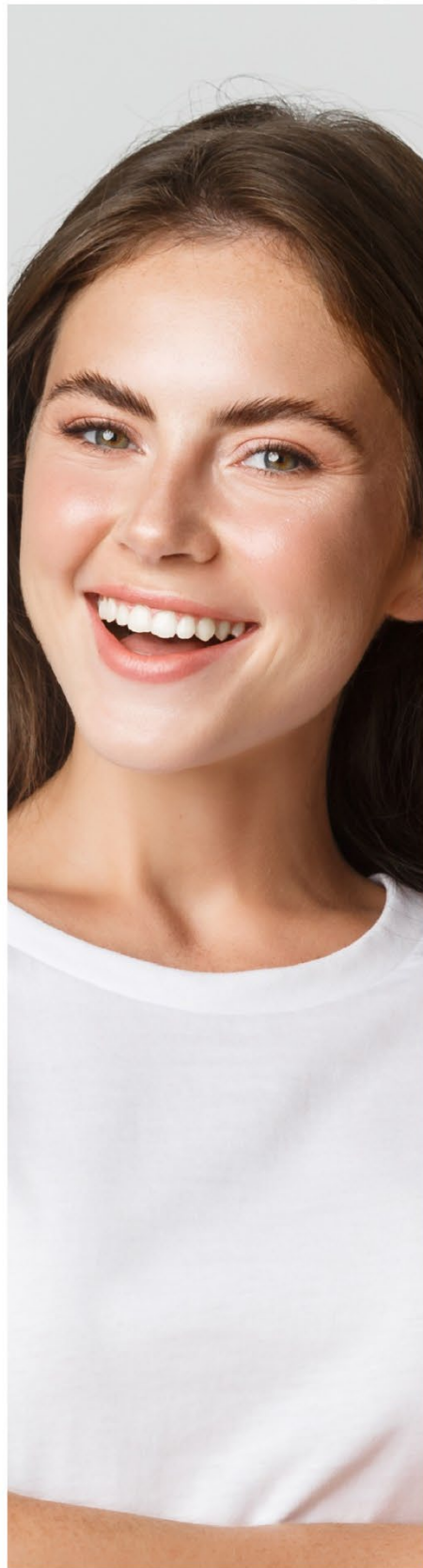
Delež žensk v Sloveniji, ki imajo izbranega osebnega ginekologa, se približuje strokovnim priporočilom, vendar povprečna ginekološka ambulanta v Sloveniji presega strokovni standard, ki omogoča varno in kakovostno obravnavo. Starostna struktura ginekologov, predvsem na primarni ravni, je neugodna. Glede na pričakovano upokojevanje, trenutno število specializantov in potrebe mladostnic, ki bodo v prihodnje vstopale v sistem, je pričakovati še nadaljnjo preobremenjenost in težko dostopnost ginekologov primarne ravni, kar bi lahko imelo posledice za reprodukativno zdravje žensk. Za razliko od ginekologov je starostna struktura babic veliko bolj ugodna, vendar pa je večina primarno zaposlenih v bolnišnicah.

## VIRI

1. 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 in 93/23).
2. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Modeli plačevanja zdravstvenih storitev. [Internet]. [citirano 2023 okt 19]. Dostopno na:

[https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene\\_storitve/bele%C5%BEenje\\_in\\_obracun\\_zdr\\_storitev\\_in\\_izd\\_material/model\\_placevanja\\_zdravstvenih\\_storitev!/ut/p/z1/04\\_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfjjo8zivTxNDTy8gg18\\_YMMzQ0Cif0dzZ38fAwMPMz1C7ldFQFbLTB-/](https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/bele%C5%BEenje_in_obracun_zdr_storitev_in_izd_material/model_placevanja_zdravstvenih_storitev!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfjjo8zivTxNDTy8gg18_YMMzQ0Cif0dzZ38fAwMPMz1C7ldFQFbLTB-/).

3. Delovna skupina za pripravo predloga Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodne službe v Republiki Sloveniji do leta 2020. Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v republiki Sloveniji. Ljubljana; 2010.
4. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Seznam aktivnih ginekologov v dispanzerjih za ženske [Internet]. [citirano 2023 okt 19]. Dostopno na: [https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene\\_storitve/izbira\\_osebnega\\_zdravnika/seznam\\_aktivnih\\_ginek\\_v\\_dispanzerjih\\_za\\_zenske/](https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/izbira_osebnega_zdravnika/seznam_aktivnih_ginek_v_dispanzerjih_za_zenske/).
5. Ilijaš Koželj M. Ginekološko porodniška dejavnost na primarni ravni. 2. izobraževalni dan programa ZORA [zbornik predavanj]. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2011.
6. Uradni list Republike Slovenije. Uradni list RS št. 25 z dne 6.4.2016. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije d.o.o.; 2016.
7. Petrič D, Žerdin M. Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2013.
8. Grebenc M, Meglič L. Kaj se dogaja z ginekologijo na primarni ravni?. Zdravniška zbornica Slovenije. 2019 nov 20 [citirano 2023 okt 19]. Dostopno na: <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/obvestila/2019/11/20/kaj-se-dogaja-z-ginekologijo-na-primarni-ravni>.
9. Adamič M, Njenjić G. Zgodovina babištva na Slovenskem. UTRIP. 2017; XXV(5): 34 -6.



15

## TOBAČNI IN POVEZANI IZDELKI

Helena Koprivnikar, Tina Zupanič, Darja Lavtar, Maruša Rehberger, Andreja Rudolf

## UVOD

Kajenju tobaka pripisujemo veliko breme bolezni in prezgodnjih smrti ter pomemben vpliv na neenakosti v zdravju. Pri tem obstajajo pomembne razlike med spoloma, ki so predvsem odraz razlik v razvoju kajenja skozi čas. Če pogledamo skozi desetletja, se je kajenje med ženskami praviloma začelo in doseglo najvišji odstotek kasneje kot med moškimi. Med najvišjim obsegom rabe tobaka in najvišjo umrljivostjo zaradi tobaka običajno minejo približno tri desetletja. Ženske zaradi kajenja izkusijo podobne posledice kot moški, to so številne vrste raka, bolezni dihal, bolezni srca in ožilja ter številne druge bolezni, med drugim sladkorno bolezen. Tobačnemu dimu izpostavljene ženske, ki ne kadijo, imajo tako kot moški večje tveganje za pljučnega raka, možgansko kap in ishemično srčno bolezen, v primerjavi s tistimi, ki niso izpostavljene tobačnemu dimu. Ženske pa dodatno bremenijo zanje specifična zdravstvena tveganja v reproduktivnem obdobju, saj kajenje in izpostavljenost tobačnemu dimu v nosečnosti predstavljata tveganje za neugodne izide v nosečnosti in številna tveganja za zdravje še nerojenega otroka (1–3).

Namen poglavja je predstavitev ključnih podatkov o razširjenosti uporabe tobačnih in povezanih izdelkov, razširjenosti izpostavljenosti tobačnemu dimu in smrtih, pripisljivih kajenju tobaka, med ženskami v Sloveniji.

## METODOLOGIJA

Iz dostopnih podatkov in publikacij, zbranih in pripravljenih na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, smo za prikaz stanja izbrali ključne podatke o razširjenosti kajenja, izpostavljenosti tobačnemu dimu, tobaku pripisljivih smrtih in uporabi brezdimnih tobačnih izdelkov, ogrevanih tobačnih izdelkov in različnih izdelkov z nikotinom med ženskami in v izbranih primerih za primerjavo tudi med moškimi. Kjer navajamo spremembe kazalnikov, govorimo o statistično značilnih razlikah.

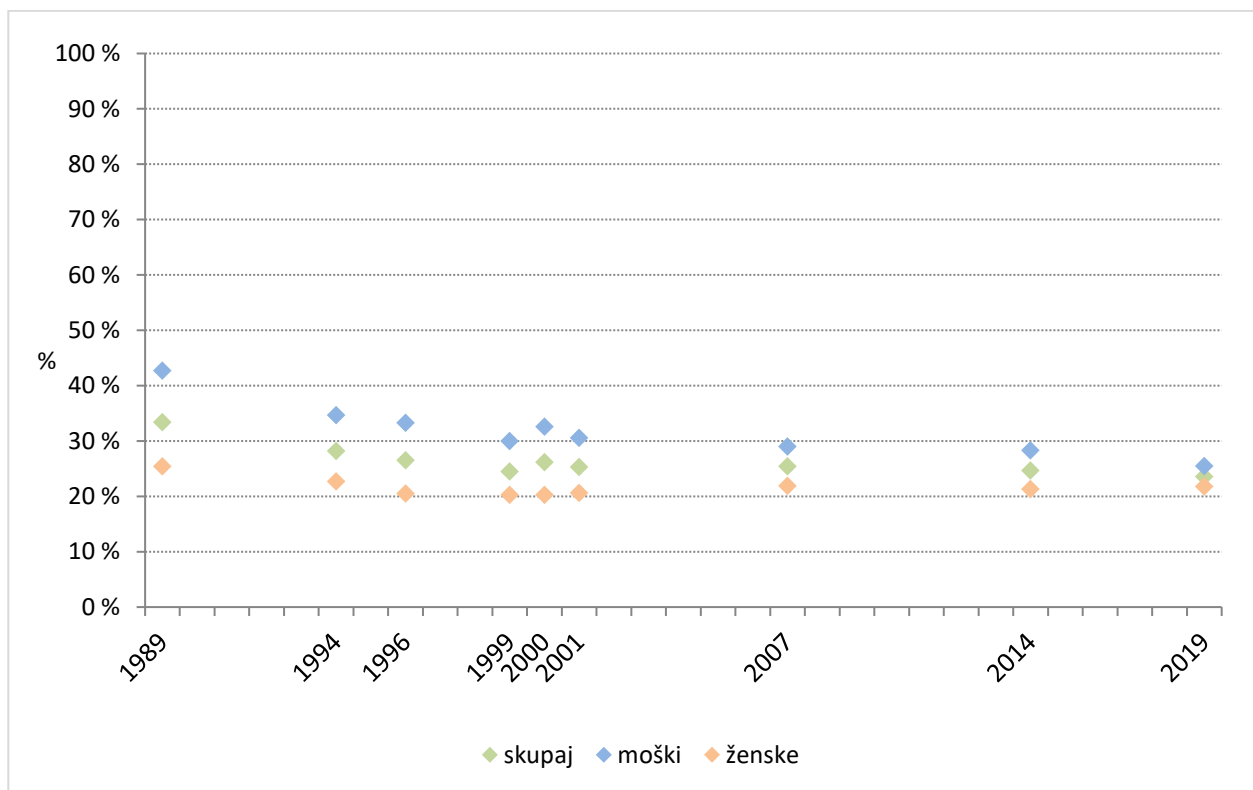
V prispevku opisujemo uporabo različnih tobačnih in povezanih izdelkov. Poleg tobačnih izdelkov za kajenje (tovarniške cigarete, ročno zvite cigarete, cigarilosi, cigare, vodne pipe) so na trgu v Sloveniji dostopni še drugi izdelki, kot so elektronske cigarete, ogrevani tobačni izdelki, nikotinske vrečke in brezdimni tobačni izdelki. Elektronska cigareta je izdelek, ki s pomočjo baterije segreva tekočino, ki vsebuje nikotin (nekatero tekočino nikotina ne vsebujejo), vlažilce, arome, vodo in druge snovi. Pri segrevanju tekočine nastane aerosol, ki ga uporabnik vdihuje. Pri ogrevanih tobačnih izdelkih uporabnik vstavi posebej oblikovano, krajšo cigareto, ki vsebuje tobak, v napravo z baterijami. Ta jo segreje, pri čemer nastane aerosol, ki vsebuje nikotin in druge kemične snovi, in ga uporabnik vdihava. Nikotinske vrečke ne vsebujejo tobaka, pač pa nikotin, arome, sladila in polnila. Način uporabe je podoben kot pri snusu. Tobak za njuhanje ali žvečenje je tobak, ki ga uporabnik njuha (vdihava) v nos oziroma žveči. Tobak za oralno uporabo, to je uporabo v ustih, je znan pod imenom snus oziroma fuge. Na voljo je v majhnih vrečkah, ki se jih namesti ob dlesen pod zgornjo ustnico, in se jih počasi sesa.

## REZULTATI

### RAZŠIRJENOST KAJENJA

Leta 1989 je v Sloveniji kadila približno vsaka četrta polnoletna prebivalka Slovenije, 30 let kasneje, v letu 2019, pa približno vsaka peta (Slika 1). Odstotek kadilcev je bil v tem tridesetletnem obdobju med ženskami vedno nižji kot med moškimi, a se je razlika v odstotku kadilcev med spoloma zmanjšala; v letu 1989 je znašala 17,3 odstotne točke, v letu 2019 pa 3,7. Zmanjševanje razlik med spoloma je v tem obdobju

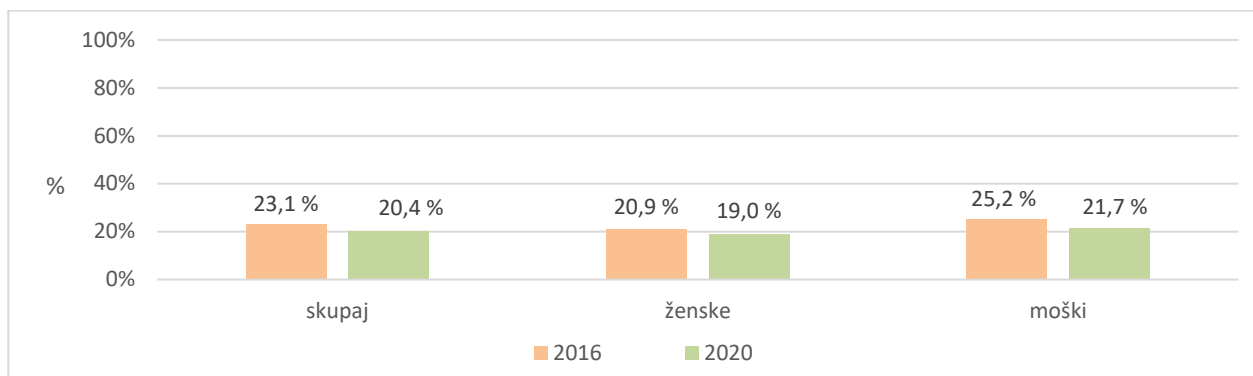
posledica ugodnega zmanjševanja odstotka kadilcev med moškimi in relativno stabilnega odstotka kadilk med ženskami od leta 1994 naprej.



Slika 1. Odstotek kadilcev med polnoletnimi prebivalci Slovenije, skupaj in po spolu, 1989 do 2019.

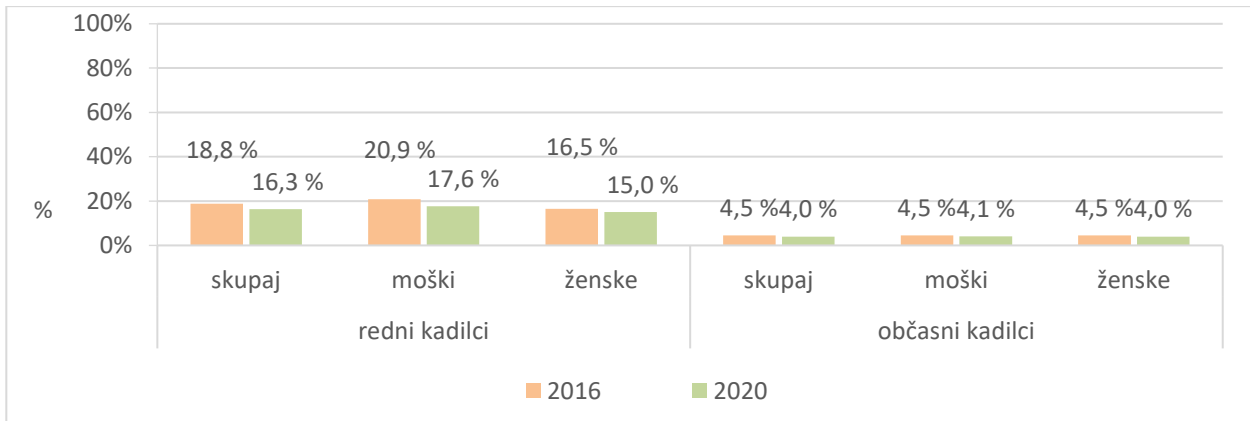
Vir: Slovensko javno mnenje do vključno leta 2001, po letu 2001 Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu.

Za obdobje po letu 2019 so na voljo podatki za prebivalce, stare od 25 do 74 let, ki kažejo, da se je med letoma 2016 in 2020 znižal odstotek kadilk med prebivalkami, starimi od 25 do 74 let (Slika 2). Tako prvič po dolgem obdobju med ženskami beležimo znižanje odstotka kadilk. Odstotek kadilcev se je znižal tudi med moškimi, a tudi v letu 2020 ostaja višji kot med ženskami, in sicer za 2,7 odstotne točke. Večina kadilk kadi redno, vsak dan (Slika 3), tako kot tudi moški kadilci. Med letoma 2016 in 2020 se je med ženskami in moškimi znižal odstotek rednih kadilcev, odstotek občasnih pa se ni spremenil. Odstotek rednih kadilcev je med ženskami nižji kot med moškimi, v odstotku občasnih kadilcev pa ni razlik (4).



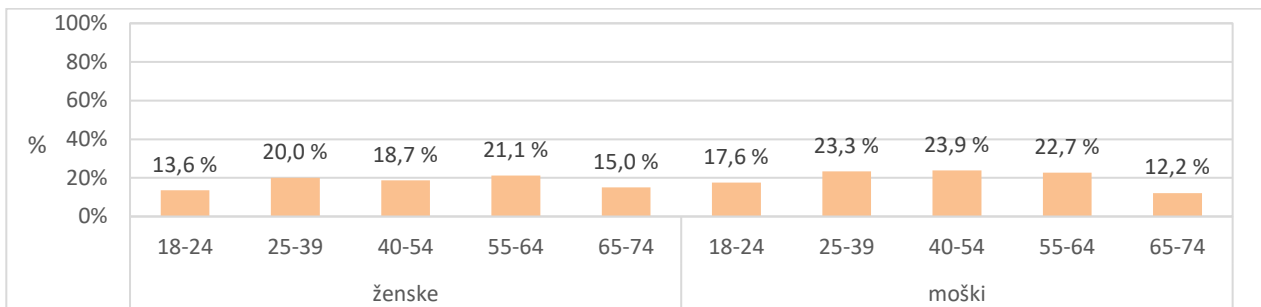
Slika 2. Odstotek kadilcev med prebivalci Slovenije, starimi od 25 do 74 let, skupaj in po spolu, 2016 in 2020.

Vir: Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije, 2016 in 2020.

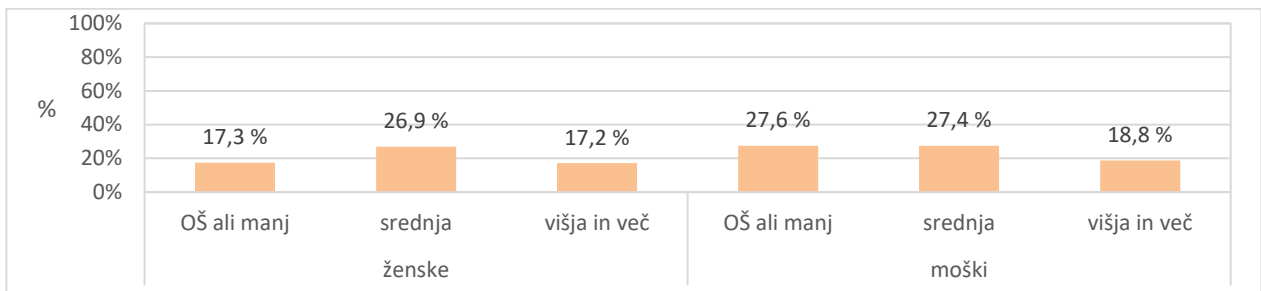


Slika 3. Odstotek rednih in občnih kadilcev med prebivalci Slovenije, starimi od 25 do 74 let, skupaj in po spolu, 2016 in 2020. Vir: Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije, 2016 in 2020.

Po podatkih iz raziskave *Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2020* so odstotki kadilk najnižji v najmlajši in najstarejši starostni skupini (Slika 4). V starostni skupini od 40 do 54 let je odstotek kadilk nižji kot odstotek kadilcev med moškimi, v drugih starostnih skupinah ni razlik. Glede na stopnjo izobrazbe je pri ženskah odstotek kadilk najvišji med tistimi s srednješolsko izobrazbo, med moškimi pa med osnovnošolsko in srednješolsko izobraženimi.



Slika 4. Odstotek kadilcev med prebivalci Slovenije, starimi od 18 do 74 let, po spolu in starostnih skupinah, 2020. Vir: Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije, 2020.

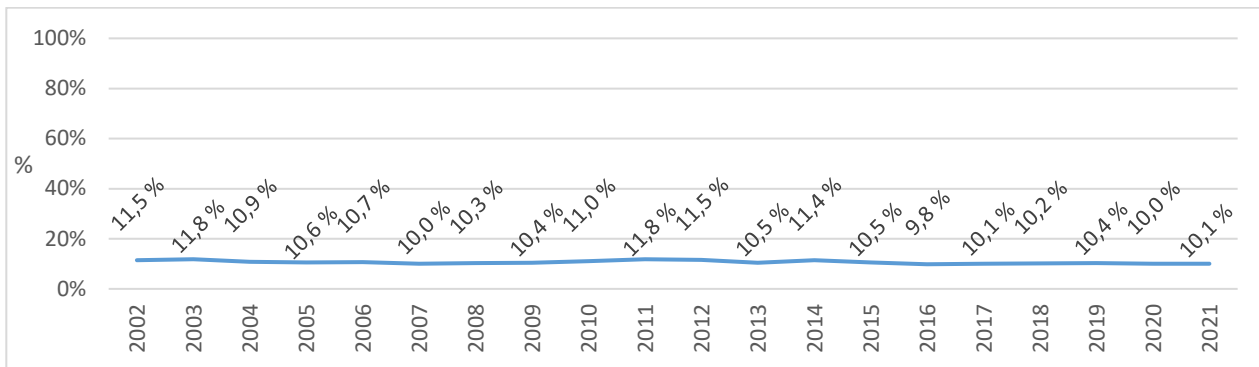


Slika 5. Odstotek kadilcev med prebivalci Slovenije, starimi od 25 do 74 let, po spolu in izobrazbenih skupinah, 2020. Vir: Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije, 2020.

Redne kadilke, stare od 25 do 74 let, pokadijo na dan v povprečju 13,3 cigarete, kar je manj kot pri moških rednih kadilcih (17,3 cigarete). Povprečno število pokajenih cigaret se pri nobenem od spolov med letoma 2016 in 2020 ni spremenilo (4).

V letu 2020 je 60,2 % žensk (podobno kot moških), starih od 25 do 64 let, poročalo o tem, da želijo opustiti kajenje, vendar jih kar 45,3 % to namerava storiti nekoč v prihodnosti in le 14,9 % v naslednjih 6 mesecih. Med letoma 2016 in 2020 se je znižal odstotek kadilk, ki bi rade opustile kajenje v naslednjih 6 mesecih (izraziteje kot med moškimi) in zvišal odstotek tistih, ki ne nameravajo opustiti kajenja ali o tem niso razmišljale, med moškimi se je odstotek znižal. Med kadilkami, stari od 25 do 74 let, jih je v zadnjih 12 mesecih sicer poskusilo opustiti kajenje 35,2 %, kar je višji odstotek kot med moškimi (29,2 %), odstotek pa se glede na leto 2016 ni spremenil, ne med ženskami ne med moškimi. Povprečna starost ob opustitvi kajenja se ne razlikuje med spoloma in je približno 36 let (4).

O kajenju v času nosečnosti v letu 2021 poroča približno desetina porodnic (Slika 6). Odstotek se razlikuje glede na starost in izobrazbo. V starostni skupini mlajših od 24 let je odstotek 16,7 %, med tistimi, stari od 25 do 34 let ter 35 let in več pa 9,1 % in 9,6 %. Med osnovnošolsko in manj izobraženimi jih je kadilo 27,6 %, med poklicno 25,8 %, med srednješolsko 13,4 % in med najvišje izobraženimi 3,7 %.



Slika 6. Odstotek porodnic, ki so kadile med nosečnostjo, 2002–2021.

Vir: Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije, 2002–2021.

Povprečna starost ob začetku kajenja pri ženskah, starih od 25 do 74 let, ki so kadarkoli v življenju kadile, je bila v letu 2012 ob polnoletnosti, to je 18,1 leto (Preglednica 1). To je višja starost kot med moškimi (17,3 let). V vseh desetletnih starostnih skupinah od starosti 35 let naprej je povprečna starost ob prvem kajenju med ženskami višja kot med moškimi, medtem ko v najmlajši starostni skupini (od 25 do 34 let) med spoloma ni razlik. Povprečna starost ob začetku kajenja se znižuje, med ženskami hitreje kot med moškimi in je med ženskami tako kot med moškimi pod mejo polnoletnosti (5).

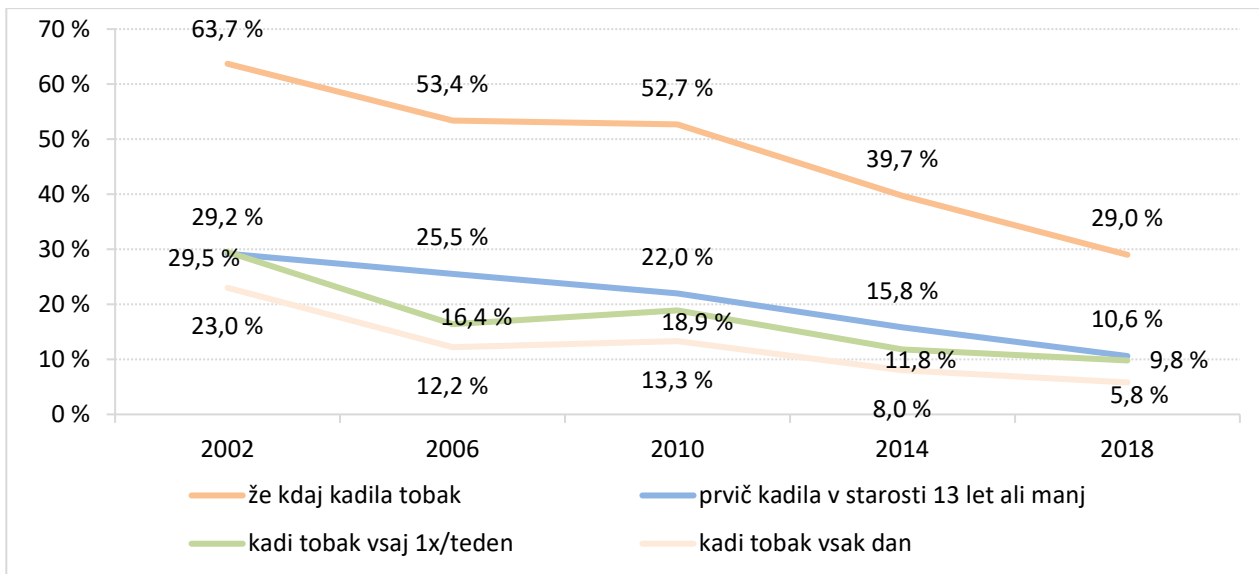
Preglednica 1. Povprečna starost ob začetku kajenja med prebivalci Slovenije, stari od 25 do 74 let, ki so kadarkoli v življenju kadili, skupaj in po spolu ter starostnih skupinah, 2012.

	25–74 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	65–74 let
Skupaj	17,7	16,1	16,9	17,7	18,4	20,4
Ženske	18,1	15,9	17,4	18,0	19,6	23,4
Moški	17,3	16,3	16,6	17,5	17,7	19,1

Vir: Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije, 2012.

Med mladostnicami se razširjenost kajenja v Sloveniji med leti 2002 in 2018 zmanjšuje, kot tudi med mladostniki. Na Sliki 6 prikazujemo spremembe ključnih kazalnikov kajenja med 15-letnimi všolanimi mladostnicami, pri katerih se kazalniki v letu 2018 ne razlikujejo od tistih pri fantih (7).





Slika 7. Kazalniki kajenja med 15-let starimi všolanimi mladostnicami, 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018.  
Vir: Raziskava Z zdravjem povezana vedenja med všolanimi mladostniki, 2002, 2006, 2010, 2014, 2018.

## IZPOSTAVLJENOST TOBAČNEMU DIMU

Tobačnemu dimu je izpostavljena vsaka sedma nekadilka (Preglednica 2), odstotek je med ženskami nižji kot med moškimi. Pri vsakodnevni izpostavljenosti ni razlik med spoloma, razlika je prisotna pri manj pogosti izpostavljenosti tobačnemu dimu (med ženskami je odstotek tedensko in redkeje kot tedensko izpostavljenih nižji kot med moškimi (Preglednica 2).

Preglednica 2. Odstotki nekadilcev, izpostavljenih tobačnemu dimu, in pogostost izpostavljenosti skupaj in po spolu, med prebivalci, starimi 15 let in več, 2019.

%	Izpostavljeni (ne glede na pogostost)	Vsak dan vsaj 1 uro	Vsak dan manj kot 1 uro	Vsaj 1x tedensko, a ne vsak dan	Redkeje kot 1x tedensko
<b>Skupaj</b>	<b>17,2</b>	<b>2,4</b>	<b>1,6</b>	<b>4,3</b>	<b>8,9</b>
Spol					
Moški	20,5	2,6	1,8	5,1	10,9
Ženske	14,2	2,2	1,4	3,6	7,0
<i>p-vrednost</i>	< 0,001	> 0,050	> 0,050	< 0,050	< 0,050

Vir: Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu, 2019.

V obdobju med leti 2001 in 2016 se je med ženskami odstotek tobačnemu dimu izpostavljenih nekadilk, starih od 25 do 64 let, znižal (Preglednica 3), in sicer razpolovil, prav tako med moškimi (2).

Preglednica 3. Odstotki nekadilcev, izpostavljenih tobačnemu dimu, skupaj in po spolu, med prebivalci, starimi od 25 do 64 let, 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016.

%	2001	2004	2008	2012	2016	<i>p-vrednost trenda</i>
<b>Skupaj</b>	<b>50,1</b>	<b>47,9</b>	<b>29,9</b>	<b>26,6</b>	<b>24,2</b>	<b>0,018</b>
Spol						
Moški	58,0	57,4	36,4	30,7	27,9	0,015
Ženske	42,8	38,8	23,5	22,5	20,5	0,025

Vir: Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije, 2001, 2004, 2008, 2012, 2016.

Med nosečnicami nekadilkami je leta 2018 o izpostavljenosti tobačnemu dimu poročala nekaj več kot petina (22,8 %); vsak dan je izpostavljenih 5,4 % nosečnic kadilk, tedensko 5,4 %, mesečno 3,9 % in redkeje kot mesečno 8,1 % (2).

### SMRTI, PRIPISLJIVE KAJENJU

Število tobaku pripisljivih smrti je nižje med ženskami kot med moškimi, prav tako tudi stopnje tobaku pripisljive umrljivosti skupno in pri posameznih skupinah bolezni (rakava obolenja, bolezni srca in žilja, bolezni dihal), z izjemo bolezni srca in žilja, kjer so višje. Med ženskami je bilo tobaku pripisljivih 12,8 % smrti, med moškimi 17,7 %. V obdobju od leta 2017 do leta 2019 je bilo povprečno letno število tobaku pripisljivih smrti med ženskami 1336, med moškimi pa 451 več. Pri ženskah sta glavna vzroka tobaku pripisljivih smrti rak (40,9 %) in bolezni srca (39,9 %), medtem ko je med moškimi rak vzrok skoraj dvema tretjinama tobaku pripisljivih smrti (64,4 %). Število tobaku pripisljivih prezgodnjih smrti in stopnje tobaku pripisljive prezgodnje umrljivosti skupno, pri posameznih skupinah bolezni in obravnavanih posameznih boleznih so prav tako nižje med ženskami kot med moškimi. Med ženskami je tobaku pripisljivih 22,2 % prezgodnjih smrti, med moškimi 24,7 %. V obdobju od leta 2017 do leta 2019 je bilo povprečno letno število tobaku pripisljivih prezgodnjih smrti med ženskami 357, med moškimi 831. Pri ženskah je glavni vzrok tobaku pripisljivih prezgodnjih smrti rak (66,9 %) tako kot pri moških (69,0 %) (7).

Dolgoletni trendi v obdobju med leti 1997 in 2019 v tobaku pripisljivi umrljivosti kažejo, da se med ženskami celokupno število tobaku pripisljivih smrti zvišuje (povprečno letno za 3,0 %), splošna tobaku pripisljiva starostno standardizirana stopnja umrljivosti pa se ne spreminja, med moškimi pa pri vseh omenjenih kazalnikih beležimo zniževanje. Medtem ko med moškimi v nobeni od skupin bolezni ali posameznih boleznih ne beležimo zvišanj v številu tobaku pripisljivih smrti in v tobaku pripisljivi starostno standardizirani stopnji umrljivosti, pa pri ženskah beležimo zvišanje števila smrti v treh glavnih skupinah bolezni (rak povprečno letno za 5,1 %, bolezni srca in žilja povprečno letno za 2,3 % in bolezni dihal povprečno letno za 1,3 %), pri stopnji umrljivosti pa pri rakavih obolenjih (povprečno letno za 3,4 %). Razlike med spoloma v tobaku pripisljivi (prezgodnji) umrljivosti se zmanjšujejo. Tudi pri tobaku pripisljivi prezgodnji umrljivosti se med ženskami zvišuje celokupno število tobaku pripisljivih prezgodnjih smrti (povprečno letno za 1,6 %), splošna tobaku pripisljiva starostno standardizirana stopnja prezgodnje umrljivosti pa se ne spreminja (med moškimi pri vseh omenjenih kazalnikih beležimo zniževanje). Medtem ko med moškimi v nobeni od skupin bolezni ne beležimo zvišanj v številu tobaku pripisljivih prezgodnjih smrti in v tobaku pripisljivi starostno standardizirani stopnji prezgodnje umrljivosti, pa pri ženskah beležimo zvišanje števila smrti v dveh glavnih skupinah bolezni (rak povprečno letno za 1,6 % in bolezni dihal povprečno letno za 4,5 %), pri stopnji umrljivosti pa pri rakavih obolenjih (povprečno letno za 3,4 %) (7).

### UPORABA BREZDIMNIH TOBAČNIH IZDELKOV, OGREVANIH TOBAČNIH IZDELKOV, ELEKTRONSKIH CIGARET IN NIKOTINSKIH VREČK

Na slovenskem tržišču se v zadnjih dveh desetletjih pojavljajo različni izdelki, ki vsebujejo tobak ali nikotin. Leta 2006 so se pojavile elektronske cigarete, konec leta 2017 ogrevani tobačni izdelki, pred nekaj leti še nikotinske vrečke. Med brezdimne tobačne izdelke uvrščamo tobak za njuhanje, tobak za žvečenje in tobak za oralno uporabo (snus ali fuge). Tobačni izdelki za oralno uporabo (snus, fuge) se pri nas kljub zakonodajni prepovedi prodaje prodajajo kot tobačni izdelki za žvečenje, katerih prodaja je po zakonu dovoljena.

Elektronske cigarete sta v letu 2020 uporabljala 2,1 % žensk, starih od 25 do 74 let, kar je manj kot med moškimi (2,4 %). Med letoma 2016 in 2020 se je odstotek uporabnic med ženskami te starosti zvišal, prav tako med moškimi (4). V letu 2020 sta jih uporabljala 2,8 % učenk 9. razredov osnovnih šol in 4,0 % dijakinj 4. letnikov srednjih šol.

Brezdimne tobačne izdelke je v letu 2020 uporabljal 1,0 % žensk, starih od 25 do 74 let, kar je manj kot med moškimi (2,8 %). Med letoma 2016 in 2020 se je odstotek uporabnic med ženskami te starosti znižal, med moškimi pa se ni spremenil (4). Večina uporabnikov brezdimnih tobačnih izdelkov je uporabljala tobak za oralno uporabo (snus, fuge). V letu 2020 je te izdelke uporabljalo 1,9 % učenk 9. razredov osnovnih šol in 5,4 % dijakinj 4. letnikov srednjih šol.

Ogrevane tobačne izdelke je v letu 2019 uporabljalo 1,1 % žensk, starih 15 let in več, kar je primerljivo z moškimi (1,2 %) (4). V letu 2020 jih je uporabljalo 1,9 % učenk 9. razredov osnovnih šol in 4,2 % dijakinj 4. letnikov srednjih šol.

O razširjenosti uporabe nikotinskih vrečk imamo podatke za priložnostni vzorec dijakov 2. letnikov srednjih šol. Nikotinske vrečke so uporabljali 4 % dijakinj, kar je manj kot med fanti (7,4 %).

## RAZPRAVA

V Sloveniji v letu 2020 kadi približno vsaka peta prebivalka, stara od 25 do 74 let. V več kot zadnjih dveh desetletjih je bil odstotek kadilk relativno stabilen, zdaj pa je zadnja dostopna raziskava iz leta 2020 pokazala znižanje odstotka, kar je spodbudno. Spremembe odstotka kadilk se sicer v tem več kot dvajsetletnem obdobju zelo razlikujejo od sprememb med moškimi; med moškimi se je odstotek kadilcev postopno zniževal in se še znižuje. Zniževanje odstotka kadilcev med moškimi in manj izrazit trend zniževanja odstotka kadilk med ženskami (v nekaterih predelih tudi zviševanje) sta značilna tudi za države Evropske regije Svetovne zdravstvene organizacije (3). Zaradi omenjenih sprememb se razlike v odstotkih kadilcev med spoloma zmanjšujejo. V Sloveniji je sicer odstotek kadilk še vedno nižji od odstotka kadilcev, a je razlika vedno manjša in v letu 2020 znaša manj kot tri odstotne točke. Podobne spremembe beležimo med rednimi kadilkami in kadilci, kjer je odstotek med ženskami tudi nižji kot med moškimi. V zadnjem obdobju se je odstotek rednih kadilcev znižal pri obeh spolih, a izraziteje med moškimi, in razlika med spoloma je manjša. Pri občasnih kadilcih med spoloma ni razlik. Sicer pri obeh spolih večina kadilcev kadi redno, vsak dan, a redne kadilke povprečno dnevno pokadijo manjše število cigaret kot kadilci.

V večini starostnih skupin med spoloma ni razlik v odstotku kadilcev, prisotne so le v starostni skupini od 40 do 54 let. V praktično celotni reproduktivni dobi je odstotek kadilk torej podoben odstotku kadilcev med moškimi. Glede na izobrazbo so odstotki kadilcev med ženskami nižji med najnižje in najvišje izobraženimi, medtem ko so med moškimi najnižji med najvišje izobraženimi. Razlike med skupino z najvišjim in najnižjim odstotkom pa so podobne, okoli 1,5-kratne. Moški kažejo značilno neenakost v kajenju, torej v skupinah z nižjim socialno-ekonomskim položajem so odstotki kadilcev višji, medtem ko ženske v tem odstopajo, saj imajo nižji odstotek kadilk tudi med najnižje izobraženimi.

Medtem ko v odstotku tistih, ki nameravajo opustiti kajenje, med spoloma ni razlik, pa pri ženskah v zadnjem obdobju beležimo zniževanje odstotka tistih, ki nameravajo opustiti kajenje. Med ženskami je sicer odstotek tistih, ki so v zadnjem letu poskusile opustiti kajenje višji kot med moškimi, povprečna starost ob opustitvi kajenja pa je pri obeh spolih podobna.

Starost ob začetku kajenja je pri obeh spolih pod mejo polnoletnosti, med ženskami pa po podatkih iz leta 2012 še višja kot med moškimi, a razlika je vedno manjša in je ne beležimo več v najmlajši starostni skupini. Le ugibamo lahko ali desetletje kasneje sploh še obstaja razlika med spoloma v starosti ob začetku kajenja, ti podatki trenutno niso dostopni. Raziskave še kažejo, da se razširjenost kajenja med mladoletnicami (in tudi med vrstniki moškega spola) zmanjšuje ter da v spremljanih starostnih skupinah pri večini kazalnikov ni razlik med spoloma (6).

V Sloveniji v času nosečnosti kadi približno desetina nosečnic, kar se že daljše obdobje ni spremenilo. To je za dve odstotni točki več kot v Evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije, kjer znaša 8,1 % (3). Odstotki kadilk v nosečnosti se v Sloveniji razlikujejo glede na starost in spol, in sicer so odstotki kadilk višji med mlajšimi in se znižujejo z višanjem stopnje izobrazbe in kažejo značilno neenakost v kajenju. Razlike glede na starost in izobrazbo beležijo tudi v drugih državah Evropske regije Svetovne zdravstvene organizacije (3). Medtem ko je tobačnemu dimu v splošni populaciji izpostavljena vsaka sedma nekadilka (manj v primerjavi z moškimi) in se delež že dlje časa znižuje, pa je med nosečnicami tobačnemu dimu izpostavljenih več kot petina.

Tobaku pripisljiva umrljivost je odraz razširjenosti kajenja pred desetletji. V skladu s tem, da se je razširjenost kajenja med moškimi v preteklih desetletjih zmanjševala, med ženskami pa bila bolj ali manj nespremenjena, pred tem pa se je sredi sedemdesetih let prejšnjega stoletja zvišala, že beležimo ugodne spremembe v tobaku pripisljivi umrljivosti med moškimi, ne pa med ženskami. Med ženskami beležimo porast števila tobaku pripisljivih (prezgodnjih) smrti, stopnja tobaku pripisljive (prezgodnje) umrljivosti se sicer celokupno ne spreminja, a se zvišuje v posameznih skupinah bolezni, in sicer pri raku (na račun pljučnega raka). Podobno velja tudi za tobaku pripisljivo prezgodnjo umrljivost. Ker so bili odstotki kadilcev v preteklosti vedno nižji med ženskami kot moškimi, je tobaku pripisljiva umrljivost praviloma nižja med ženskami kot moškimi (7).

V času, ko se zaostrejo ukrepi nadzora nad tobakom in zmanjšuje razširjenost kajenja, pa industrija na trg pošilja različne vrste izdelkov, ki vsebujejo tobak ali nikotin v želji po ohranitvi prodaje in dobičkov. Ključna past teh izdelkov je, da praktično vsi (razen nekaterih tekočin za elektronske cigarete), vsebujejo nikotin, ter da jih predvsem uporabljajo mladostniki in mladi odrasli. Nikotin povzroča zasvojenost, ne glede na vrsto izdelka iz katerega izvira. Mladostniki so zelo in bolj kot odrasli dovzetni za zasvojenost z nikotinom. Mlajši kot je posameznik ob začetku uporabe nikotina, bolj verjetno bo postal zasvojen in bolj bo zasvojen (1). Nikotin pri mladostnikih poveča tveganje za zasvojenost z drugimi psihoaktivnimi snovmi (1). Mladostništvo je tudi ključno obdobje za razvoj možganov, ki se razvijajo še do približno 25. leta starosti in izpostavljenost nikotinu v tem času lahko privede do trajnih škodljivih učinkov na kognitivne (miselne) sposobnosti, motenj v delovnem spominu, pozornosti, razpoloženju in zaznavanju zvoka ter zvečane impulzivnosti ali tesnobe (1). Poleg tega uporaba elektronskih cigaret in brezdimnih tobačnih izdelkov pri mladostnikih zviša tveganje, da bodo začeli kaditi cigarete (1, 8); za ostale izdelke teh podatkov še nimamo, saj to še ni raziskano. V času, ko se razširjenost kajenja med mladostniki zmanjšuje, lahko to seveda neugodno vpliva na trende zmanjševanja kajenja in lahko zaobrbe spodbudne premike tudi pri kajenju med ženskami. Z Irske med prvimi poročajo o povečanju kajenja cigaret med mladostniki ob istočasnem povečanju uporabe elektronskih cigaret (9). Poleg tega izdelki, ki vsebujejo nikotin, predstavljajo tveganje za še nerojenega otroka ob uporabi med nosečnostjo, saj tudi majhne količine nikotina lahko predstavljajo tveganje za razvoj še nerojenega otroka, predvsem možganov (10). Tako kot kajenje tobaka torej tudi uporaba brezdimnih tobačnih izdelkov, ogrevanih tobačnih izdelkov, elektronskih cigaret in nikotinskih vrečk med nosečnostjo ni varna. Med odraslimi ženskami je odstotek uporabnic teh izdelkov sicer nizek in nižji kot med moškimi, bolj zaskrbljujoči so odstotki uporabnic med mladostnicami (in mladostniki), ki so praviloma višji kot med odraslimi ženskami, se večinoma ne razlikujejo od tistih med fanti iste starosti in bodo verjetno še porasli, podobno kot v tujini.

## ZAKLJUČEK

V Sloveniji kadi vsaka peta odrasla ženska in šele v zadnjih nekaj letih po dolgem obdobju beležimo znižanje odstotka odraslih kadilk. Med mladostnicami beležimo zniževanje razširjenosti kajenja že dlje časa. Kadilske navade med ženskami se, kot kažejo zbrani podatki, približujejo kadilskim navadam moških.

Tobaku pripisljiva umrljivost med ženskami ne kaže ugodnih sprememb, kar je v skladu z odstotkom in spremembami odstotka kadič in kadičev v preteklosti, zato lahko šele pričakujemo najboljše posledice kajenja med ženskami v smislu tobaku pripisljive umrljivosti in verjetno tudi obolevnosti.

Za ženske specifične so posledice kajenja v reproduktivnem obdobju. O kajenju v času nosečnosti poroča približno desetina porodnic, delež pa že dlje časa ostaja nespremenjen. Poleg tega je tobačnemu dimu izpostavljena vsaka peta nosečnica v Sloveniji.

Zaskrbljujoče je tudi stanje na področju uporabe brezdimnih tobačnih izdelkov in izdelkov, ki vsebujejo tobak ali nikotin, predvsem med mladostnicami.

Poleg nadaljnjega spremljanja stanja na tem področju med ženskami je ključno, da pri načrtovanju ukrepov in programov, namenjenih preprečevanju in zmanjševanju kajenja in uporabe povezanih izdelkov, upoštevamo posebnosti in razlike med spoloma. Izstopa tudi potreba po okrepitvi ukrepanja za zmanjševanje kajenja v nosečnosti in izpostavljenosti nosečnic tobačnemu dimu.

## VIRI

1. Koprivnikar H. Tobačni in povezani izdelki. Posledice, razširjenost uporabe in ukrepi. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
2. Koprivnikar H, Korošec A, Rehberger M, Lavtar D, Zupanič T, Delfar N, Rudolf A. Izpostavljenost tobačnemu dimu v Sloveniji – stanje in ukrepi za zmanjševanje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.
3. World Health Organization. Through a gender lens: women and tobacco in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021.
4. Koprivnikar H, Korošec A, Rehberger M, Lavtar D, Zupanič T, Rudolf A. Pregled najnovejših podatkov o uporabi tobačnih in povezanih izdelkov v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.
5. Koprivnikar H, Korošec A. Age at Smoking Initiation in Slovenia. *Zdr Varst.* 2015; 54(4): 274–81. doi: 10.1515/sjph-2015-0036.
6. Jeriček Klanšček, H., Roškar, M., Drev, A., Pucelj, V., Koprivnikar, H., Zupanič, T. in Korošec, A. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.
7. Koprivnikar, H., Zupanič, T. Tobaku pripisljiva umrljivost v Sloveniji 1997-2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.
8. Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services. Associations between the use of snus (moist tobacco) or electronic cigarettes and tobacco smoking, 2020 [cited 2023 Aug 8]. Available from: <https://www.sbu.se/en/publications/sbu-bereder/associations-between-the-use-of-snus-moist-tobacco-or-electronic-cigarettes-and-tobacco-smoking/>.
9. Sunday S, Hanafin J, Clancy L. Increased smoking and e-cigarette use among Irish teenagers: a new threat to Tobacco Free Ireland 2025. *ERJ Open Res.* 2021; 7(4): 00438–2021. doi: 10.1183/23120541.00438-2021.
10. Römer P, Mathes B, Reinelt T, Stoyanova P, Petermann F, Zierul C. Systematic review showed that low and moderate prenatal alcohol and nicotine exposure affected early child development. *Acta Paediatr.* 2020; 109(12): 2491–501. doi: 10.1111/apa.15453.



**16**

**ALKOHOL**

Sandra Radoš Krnel, Marjetka Hovnik Keršmanc, Maja Roškar

## UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) uvršča rabo alkohola med ključne dejavnike tveganja za prezgodnjo umrljivost in breme bolezni, poleg tega veliko prispeva tudi k neenakostim v zdravju. Alkohol pomembno vpliva na pojav več kot 200 bolezenskih stanj, poškodb in zastrupitev. Nekatera bolezenska stanja se razvijejo izključno zaradi vpliva alkohola, pri drugih je pitje alkoholnih pijač eden od dodatnih vzrokov obolenja, poškodbe ali smrti. Prizadeti so lahko živčevje, prebavila, srčno-žilni sistem, pa tudi drugi organi in tkiva, povečano je tudi tveganje za razvoj nekaterih rakavih obolenj in težav v duševnem zdravju (1). Posledice pitja alkoholnih pijač so številne in se kažejo pri posamezniku, v družini, v okolici in širše v družbi (2).

## REGISTRIRANA PORABA ALKOHOLA

Evropska regija SZO je regija, v kateri se popije največ alkohola na svetu. Slovenija se žal uvršča med države, ki njeno porabo čistega alkohola na odraslega prebivalca vseskozi presegajo (3). Po izračunih NIJZ je registrirana poraba alkohola v letu 2022 v Sloveniji znašala 11,60 l čistega alkohola na odraslega prebivalca, starega 15 let in več let.

## ŽENSKES IN PITJE ALKOHOLNIH PIJAČ – VPLIV DRUŽBENIH NORM IN OGLAŠEVALSKIH TAKTIK ALKOHOLNE INDUSTRIJE

Pitje alkoholnih pijač je med nami prisotno že stoletja in je postalo tudi del posameznih ritualov in žal se velikokrat vgradi v vedenjske vzorcev posameznikov (3). Večji del zgodovine je bila raba alkoholnih pijač v domeni moških, v drugi polovici prejšnjega stoletja pa je, vzporedno s spreminjanjem vloge žensk v družbi in naraščanjem njihove socialno-ekonomske moči, postalo pitje alkoholnih pijač sprejemljivo tudi za ženske. Tako je v današnjem času pitje alkoholnih pijač med mladimi (in ne tako mladimi) ženskami v zahodni kulturi sprejeto in celo spodbujano, ob tem pa se od žensk pričakuje, da ostanejo znotraj »uveljavljenih družbenih okvirjev«, ki narekujejo spodobnost in ženstvenost (4).

Multinacionalna alkoholna industrija je hitro prepoznala priložnost in za ženske ustvarila nove modne alkoholne pijače, od piva s sadnim okusom do nizkokaloričnih alkoholnih pijač, s poudarkom na vitkosti, v rožnati embalaži, bleščicah, sporočilih sestrstev, ženskih prijateljstev, spolni privlačnosti in celo materinstvu (5). Ob tem alkoholna industrija poskuša ženskam vsiliti stanje duha, življenjski slog ali način življenja, ki vedno izpostavlja pitje alkoholnih pijač, tudi če so noseče, ne glede na škodo za zdravje ženske in še nerojenega otroka (4).

K pitju alkohola prispevajo individualni in družbeni dejavniki. Na individualni ravni vzorce in ravni pitja alkohola določajo spol, starost, biološke in socialno-ekonomske ranljivosti posameznika ter družbeno okolje (6). Razlogi, zakaj ženske pijejo alkohol, so različni: družbeni (srečanja, praznovanja), obvladovanje stresa, samozdravljenje duševne motnje (depresija, anksioznost) (7). Veliko pogosteje pijejo alkohol, imajo težave zaradi njega ali postanejo od alkohola odvisne tudi ženske, ki so bile v otroštvu telesno ali spolno zlorabljene (8).

Spreminjanje družbenih norm, ob agresivnem trženju alkoholne industrije in rasti prebivalstva v državah z nizkim in srednjim dohodkom, predstavlja grožnjo, da se bo brez ukrepanja število žensk in deklet, ki pijejo alkohol, v prihodnjih letih v svetu verjetno znatno povečalo (9).

## ŽENSKE IMAJO VEČJE TVEGANJE ZA DOLGOROČNE NEGATIVNE UČINKE ALKOHOLA NA ZDRAVJE IN ZA NEGATIVNE DRUŽBENE POSLEDICE

Dejavniki, povezani z biološkim spolom in družbenim (družbenokulturni vidik) spolom, vplivajo na pitje alkohola in njegove učinke, s posebnim tveganjem za ženske (10). **Negativni učinki alkohola na zdravje** pri ženskah nastopijo prej ter pri nižjih stopnjah pitja kot pri moških (10, 11). Alkohol vpliva na ženske drugače kot na moške, k čemer prispevajo **biološke razlike v telesni zgradbi in kemiji (10, 11)**. Ženske v povprečju tehtajo manj kot moški. V njihovem telesu je večji delež maščevja kot pri moških, a manj vode, zato se alkohol, ki se kopiči pretežno v telesni vodi, manj razredči. Posledično je pri ženski in moškem z enako telesno težo po isti popiti količini alkohola koncentracija alkohola v krvi ženske običajno višja (9, 10). To pomeni, da se ženske hitreje opijejo in dlje časa vzdržujejo raven alkohola v krvi, zaradi česar so izpostavljene večjemu tveganju za škodo. Krajša je tudi pot do odvisnosti pri populaciji, ki je na zdravljenju (10). K temu lahko prispevajo še druge biološke razlike (manjša aktivnost encimov za presnovo alkohola, učinek alkohola na delovanje možganov in na raven spolnih hormonov) (9, 10, 11). S povečanim tveganjem za raka ustne votline in žrela, požiralnika, grla, danke, jeter, dojke in vseh vrst raka skupaj je povezano celo pitje manjših do zmernih količin alkohola (10). Študije kažejo, da imajo ženske, ki popijejo približno eno alkoholno pijačo na dan, od 5 do 9 odstotkov več možnosti za razvoj raka dojke kot ženske, ki alkoholnih pijač sploh ne pijejo, tveganje pa se poveča z vsako dodatno popito pijačo na dan (12). Pri povezavi pitje alkohola in rak ženskih dojke imajo verjetno vlogo dejavniki, kot so prehrana, hormonsko stanje, menopavza, pitje alkohola v obdobju mladostništva ter genetska in epigenetska dovzetnost (10). **Ozaveščenost žensk o vlogi alkohola pri povečanju tveganja za nastanek raka dojke pa je slaba (13)**. Dejavniki, povezani z biološkim spolom, igrajo pomembno vlogo tudi pri razvoju alkoholne ciroze jeter in pri napredovanju alkoholne bolezni jeter. Ženske razvijejo in imajo progresivnejše poškodbe jeter, tudi če uživajo manjše količine alkohola, v primerjavi z moškimi (10).

Ženske, ki pijejo alkohol, so izpostavljene tudi večjemu tveganju za negativne družbene posledice (7, 10). Prekomerno pitje, zlasti popivanje, je povezano z večjim tveganjem žensk za spolne napade ali druge vrste nasilja (7, 10). Ker alkohol vpliva na koordinacijo, pozornost in presojo, pitje alkohola poveča tudi tveganje za prometne ali druge nesreče (7). Zloraba alkohola lahko prispeva k izgubi službe in k težavam v odnosih (7). Spolne norme, ki pripisujejo posebno stigmo ženskam, ki pijejo alkohol, pa so lahko ovira pri iskanju podpore pri opustitvi pitja (9).

### ŠKODA DRUGIM

Raba alkohola ne povzroča škode samo tistim, ki pijejo alkohol, temveč tudi drugim osebam, kot žrtvam prometnih nezgod, nasilja, kršitev javnega reda in podobno. Prizadeti so lahko družinski člani, sorodniki, prijatelji, sodelavci in tudi tujci, ter družba v celoti (3, 14). Alkohol je eden glavnih dejavnikov tveganja za nasilje v družini, žrtve pa so pogosto otroci, ki nimajo socialne moči in razvite obrambe, s katerimi bi se obvarovali destruktivnih vplivov okolja ali si poiskali pomoč (15).

Alkohol je tudi teratogen, zato pitje alkohola med nosečnostjo kvarno vpliva na razvoj in rast zarodka oz. ploda. Izpostavljenost alkoholu pred rojstvom lahko pri otrocih povzroči telesne, kognitivne in vedenjske težave, ki so sestavni deli motenj fetalnega alkoholnega spektra (FASD). Pitje alkohola med nosečnostjo lahko poveča tudi tveganje za spontani splav, odmrtje ploda, zastoj rasti v maternici, prezgodnji porod, nizko porodno težo in sindrom nenadne smrti dojenčka (11). Tveganje za nekatere neugodne izide poveča že izpostavljenost majhnim količinam alkohola. Zato je med nosečnostjo in v času načrtovanja nosečnosti najvarnejša odločitev nič alkohola. Zdi se, da je alkohol dejavnik tveganja za nenadno smrt dojenčka, še zlasti, če starši spijo z dojenčkom. Trdnih dokazov o učinkih majhnih količin zaužitega alkohola med dojenjem ni. Toda tudi izpostavljenost nizkim ravnam etanola lahko moti vzorec spanja pri dojenčku ter



zmanjša nastajanje materinega mleka. Pitje alkohola je povezano tudi z zgodnjim prenehanjem dojenja. Zato je tudi v obdobju dojenja najvarnejša odločitev abstinenca od alkohola (16).

V prispevku smo prikazali razširjenost in navade pitja alkoholnih pijač med ženskami v Sloveniji ter umrljivost zaradi vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu in umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze, ki je najpomembnejši vzrok za smrti zaradi alkohola.

## METODOLOGIJA

### RAZŠIRJENOST IN NAVADE PITJA ALKOHOLNIH PIJAČ

Vira podatkov o razširjenosti in navadah pitja sta bila raziskavi *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju* (HBSC) in *Z zdravjem povezan vedenjski slog* (CINDI).

Raziskava *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju* (HBSC) je mednarodna presečna raziskava, ki jo v Sloveniji od leta 2002 izvajamo vsake štiri leta, zadnja raziskava je bila izvedena leta 2022. V raziskavo je vključen reprezentativen vzorec slovenskih všolanih 11-, 13- in 15-letnikov ter od leta 2018 tudi 17-letnikov (enota vzorčenja je razred). Anketiranci s pomočjo standardiziranega vprašalnika odgovarjajo na več sklopov vprašanj o vedenjih, ki so povezana z zdravjem. V sklopu vprašanj o pitju alkoholnih pijač so odgovarjali na vprašanja o pitju alkohola kadarkoli v življenju, o trenutni pogostosti pitja alkoholnih pijač ter o pogostosti opitosti. Beležili smo odstotek mladostnikov, ki so na vprašanje "Koliko dni (če sploh) si pil/a alkoholne pijače – kadarkoli v življenju?", odgovorili s katerimkoli drugim odgovorom razen *nikoli* (vsi možni odgovori: *nikoli*; 1–2 dni; 3–5 dni; 6–9 dni; 10–19 dni; 20–29 dni; 30 dni ali več), odstotek mladostnikov, ki so na vprašanje "Kako pogosto sedaj piješ alkoholne pijače, kot so na primer pivo, vino ali žgane pijače?" odgovorili *vsak dan* ali *vsak teden* (vsi možni odgovori: *vsak dan*; *vsak teden*; *vsak mesec*; *redko*; *nikoli*) in odstotek mladostnikov, ki so na vprašanje "*Ali si že kdaj spil/a toliko alkoholnih pijač, da si bil/a res pijan/a – kadarkoli v življenju?*" odgovorili *da*, *2–3-krat*, *da*, *4–10-krat* ali *da*, *več kot 10-krat* (vsi možni odgovori: *ne*, *nikoli*; *da*, *enkrat*; *da*, *2–3-krat*; *da*, *4–10-krat*; *da*, *več kot 10-krat*) (17). Podatki so prikazani za leto 2022 za 11-, 13-, 15- in 17-letnike, trendi za obdobje 2002–2022 pa za 11-, 13- in 15-letnike.

Raziskava *Z zdravjem povezan vedenjski slog* (CINDI) je presečna nacionalna raziskava, ki se med odraslimi prebivalci Slovenije izvaja vsake štiri leta, zadnja je bila izvedena leta 2020 ter je sledila raziskavam iz let 2001, 2004, 2008, 2012 in 2016. Anketiranci, stari od 18 do 74 let, so v sklopu vprašanj o alkoholu odgovarjali, kako pogosto in v kakšni količini so v zadnjem letu pili alkoholne pijače in kako pogosto so se opijali. Kot abstinenti so bili opredeljeni tisti, ki v zadnjih 12 mesecih niso pili alkoholnih pijač; kot pivci čez mejo manj tveganega pitja tisti, ki v povprečju popijejo več kot 10 gramov čistega alkohola na dan (ženske) ali več kot 20 g čistega alkohola na dan (moški), kot osebe, ki se opijejo, tisti, ki so v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat ob eni priložnosti popili 40 gramov čistega alkohola ali več (ženske) ali 60 gramov čistega alkohola (moški) in kot tvegani ali škodljivi pivci tisti, ki presegajo dnevno mejo manj tveganega pitja in/ali so se v zadnjem letu vsaj enkrat opili. *10 gramov čistega alkohola je v 1 dl vina ali v 2,5 dl piva ali v 0,3 dl žgane pijače ali 5 dcl radlerja*. Trendi vključujejo prikaze za starostno skupino 25–64 let. Kot rodna doba je bila upoštevana starost od 18 do 49 let oz. pri prikazu trendov starost od 25 do 49 let.

### UMRLJIVOST

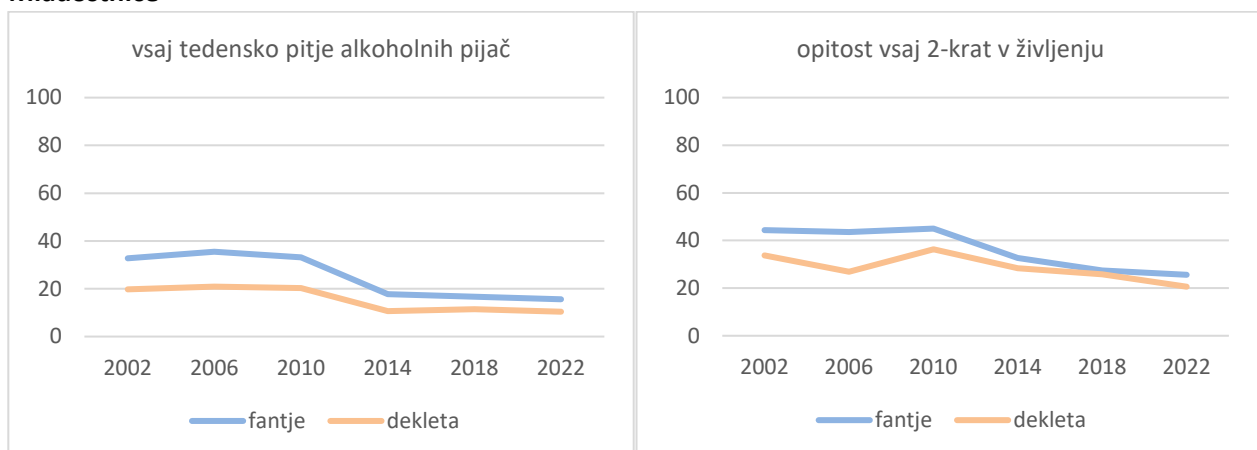
Vir podatkov o umrljivosti je statistična zbirka podatkov NIJZ: *Zbirka podatkov o umrlih osebah*, ki zajame vse smrti med prebivalci Slovenije v opazovanem obdobju (18). Umrljivost (upoštevani so osnovni vzroki smrti) je prikazana za bolezni, poškodbe in zastrupitve, ki jih neposredno (stoodstotno) pripisujemo

alkoholu (v nadaljevanju ANP) (19, 20) – vključene so naslednje diagnoze Desete revizije avstralske modifikacije *Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene* (v nadaljevanju MKB–10 AM) (21): Duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola (F10), Degeneracija živčevja zaradi alkohola (G31.2), Alkoholna polinevropatija (G62.1), Alkoholna miopatija (G72.1), Alkoholna kardiomiopatija (I42.6), Alkoholni gastritis (K29.2), Alkoholna bolezen jeter (K70), Kronični alkoholni pankreatitis (K86.0), Oskrba matere zaradi poškodbe plodu zaradi alkohola (O35.4), Plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega uživanja alkohola (P04.3), Fetalni alkoholni sindrom Q86.0 Prisotnost alkohola v krvi (R78.0), Toksični učinki alkohola (T51.0, T51.1, T51.9), Izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim (X45, X65, Y15). Umrljivost je dodatno prikazana še za kronične bolezni jeter in cirozo, ki zajemajo naslednje diagnoze po MKB-10 AM: Alkoholna bolezen jeter (K70), Kronični hepatitis, ki ni uvrščen drugje (K73), Fibroza in ciroza jeter (K74). Umrljivost za posamezna opazovana leta in za povprečje opazovanega obdobja je prikazana z absolutnimi številkami in s kazalnikom starostno standardizirano stopnjo umrljivosti (SSSU) na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več. Izračunani so trendi za obdobje 2013–2021. Statistično značilnost trenda smo določili z uporabo p-vrednosti, kjer je vrednost manj kot 0,05 pomenila, da je trend statistično značilen (3).

## REZULTATI

### RAZŠIRJENOST IN NAVADE PITJA ALKOHOLNIH PIJAČ

#### Mladostnice



Slika 1. Deleži 15-letnikov, ki alkoholne pijače pijejo vsaj enkrat na teden in tistih, ki so bili v življenju 2- ali večkrat opiti, po spolu, v letih 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 in 2022. (Vir: Raziskava HBSC).

Alkoholne pijače (več kot majhno količino/več kot požirek) je v življenju že kdaj pilo 16,7 % 11-letnic, 43,2 % 13-letnic, 69,0 % 15-letnic in 85,4 % 17-letnic. 20,6 % 15- in 41,2 % 17-letnic je bilo v življenju 2- ali večkrat opitih, 10,4 % 15- in 18,1 % 17-letnic pa alkoholne pijače pije vsaj enkrat na teden. Odstotki mladostnic, ki alkohol pijejo tedensko in tistih, ki so bile opite več kot dvakrat v življenju, so se v obdobju 2002–2022 znižali v vseh proučevanih starostnih skupinah, le z izjemo tedenskega pitja 11-letnic. Na osnovi podatkov ugotavljamo, da je pitje alkohola bolj razširjeno med mladostniki v primerjavi z mladostnicami, ugotavljamo pa tudi, da se razlike med spoloma zmanjšujejo (Slika 1) (17).

## Odrasle ženske

Preglednica 1. Deleži abstinentk ter tistih, ki pijejo čez mejo manj tveganega pitja; so se najmanj 1-krat opile v zadnjih 12 mesecih; s tveganim ali škodljivim pitjem, med ženskami, starimi od 18 do 74 let, Slovenija. (Vir: Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog 2020).

Ženske	Abstinentke* (%)	Pitje čez mejo manj tveganega pitja (%)**	Opijanje najmanj 1-krat v zadnjih 12 mesecih (%)***	Tvegano ali škodljivo pitje (%)****
<b>Skupaj</b>	<b>25,7</b>	<b>4,9</b>	<b>44,6</b>	<b>45,1</b>
STAROSTNA SKUPINA				
18–24 let	19,2	8,8	61,0	61,0
25–29 let	18,8	5,4	53,3	53,3
30–34 let	22,2	6,5	47,6	48,6
35–39 let	22,0	5,2	47,3	47,6
40–44 let	21,5	4,6	46,5	47,2
45–49 let	24,3	3,5	36,2	37,0
50–54 let	26,0	3,1	36,7	37,3
55–59 let	30,4	3,8	40,5	40,7
60–64 let	33,8	4,2	36,9	37,4
65–69 let	36,0	5,3	40,4	41,4
70–74 let	28,0	4,5	48,3	48,6
IZOBRAZBA				
OŠ in manj	41,9	4,6	39,5	39,8
Poklicna	32,7	3,0	47,9	48,0
Srednja	25,2	4,8	46,4	47,0
Višja in več	20,3	5,6	43,4	43,9

\*Abstinentke so ženske, ki v zadnjih 12 mesecih niso pile alkoholnih pijač.

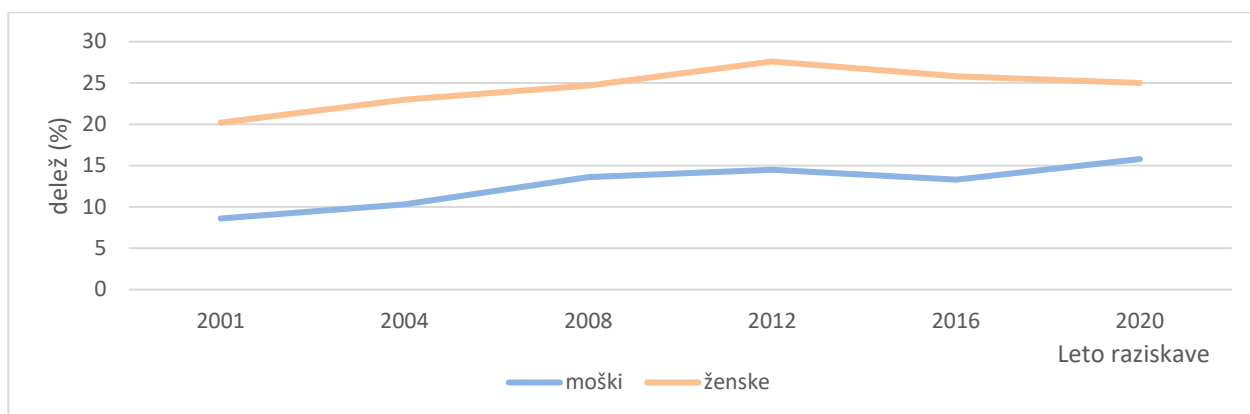
\*\*Dnevna meja manj tveganega pitja je za ženske največ 10 gramov čistega alkohola (za moške največ 20 gramov čistega alkohola).

\*\*\*Opijanje je za ženske pitje 40 gramov ali več čistega alkohola ob eni priložnosti vsaj 1-krat v zadnjih 12 mesecih (za moške 60 gramov ali več čistega alkohola ob eni priložnosti vsaj 1-krat v zadnjih 12 mesecih): 10 gramov čistega alkohola je v 1dcl vina ali 2,5 dcl piva ali 0,3 dcl žgane pijače ali 5 dcl radlerja.

\*\*\*\* Tvegano ali škodljivo pijejo osebe, ki presegajo dnevno mejo manj tveganega pitja in/ali se priložnostno opijejo.

Opomba: % v vrsticah se ne seštevajo.

**Abstinentke:** Med odraslimi ženskami, starimi od 18 do 74 let, alkoholnih pijač v zadnjih 12 mesecih ni pilo 25,7 % žensk te starosti (abstinentke). Delež abstinentk se s starostjo povečuje in je bil med ženskami v rodni dobi (18–49 let), 21,5 %, statistično značilno nižji kot med ženskami, starimi od 50 do 74 let, 30,9 % ( $p < 0,001$ ). Glede na stopnjo izobrazbe je bil delež abstinentk najvišji med najmanj izobraženimi in se je z višanjem stopnje izobrazbe zniževal (Preglednica 1).

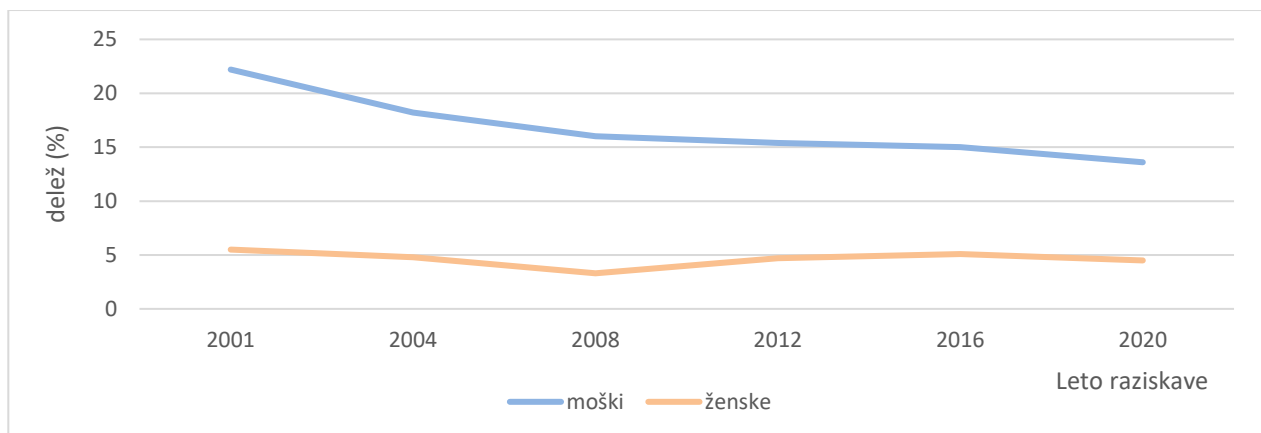


Slika 2. Gibanje deleža abstinentov med ženskami in moškimi, starimi od 25 do 64 let, Slovenija. (Vir: Raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001–2020).

V opazovanem obdobju se delež abstinentk med ženskami, starimi od 25 do 64 let, statistično značilno ne spreminja ( $p = 0,091$ ) (Slika 2). Tak trend je prisoten tudi med ženskami v rodni dobi (25–49 let) ( $p = 0,247$ ), medtem, ko se med ženskami po zaključeni rodni dobi (50–64 let) delež abstinentk zvišuje ( $p = 0,044$ ).

V primerjavi z moškimi, starimi od 18 do 74 let, je bil delež abstinentov med isto starimi ženskami 1,6-krat višji, se pa med moškimi, starimi od 25 do 64 let, delež abstinentov zvišuje ( $p = 0,013$ ) (Slika 2).

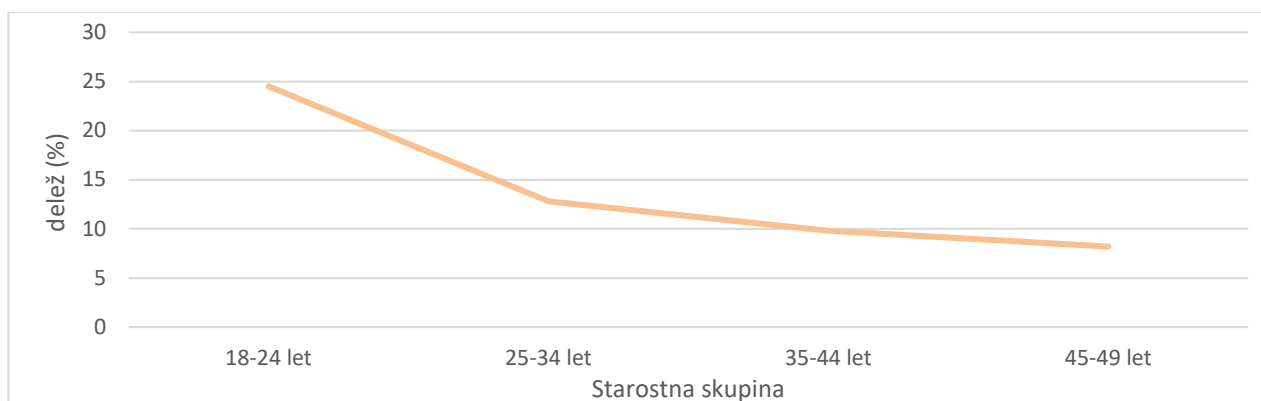
**Pitje čez mejo manj tveganega pitja:** Dnevno mejo manj tveganega pitja je presegalo 4,9 % žensk, starih 18–74 let. V starostni skupini 18–24 let je bil delež takih pivk statistično značilno višji kot med ženskami v starostnih skupinah 45–49 let, 50–54 let, 55–59 let in 60–64 let (oz. od 45 do 64 let). Glede na stopnjo izobrazbe je bil delež žensk, ki presegajo dnevno mejo manj tveganega pitja, med najvišje izobraženimi ženskami 1,87-krat višji kot med tistimi s poklicno izobrazbo (Preglednica 1). V primerjavi z moškimi, ki presegajo dnevno mejo manj tveganega pitja (14 %), je bil delež takih med ženskami skoraj 3-krat nižji.



Slika 3. Gibanje deleža oseb, ki presegajo dnevno mejo manj tveganega pitja, med ženskami in moškimi, starimi od 25 do 64 let, Slovenija. (Vir: Raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001–2020).

Se pa, glede na raziskavo leta 2001, ta delež pri moških, starih od 25 do 64 let, znižuje ( $p = 0,008$ ), pri isto starih ženskah pa trend ni statistično značilen ( $p = 0,714$ ) (Slika 3).

**Opijanje:** Štirideset gramov ali več čistega alkohola ob eni pivski priložnosti je najmanj 1-krat v zadnjem letu popilo 44,6 % žensk, starih od 18 do 74 let (Preglednica 1). S starostjo se delež žensk, ki se najmanj 1-krat v letu opijejo, znižuje.

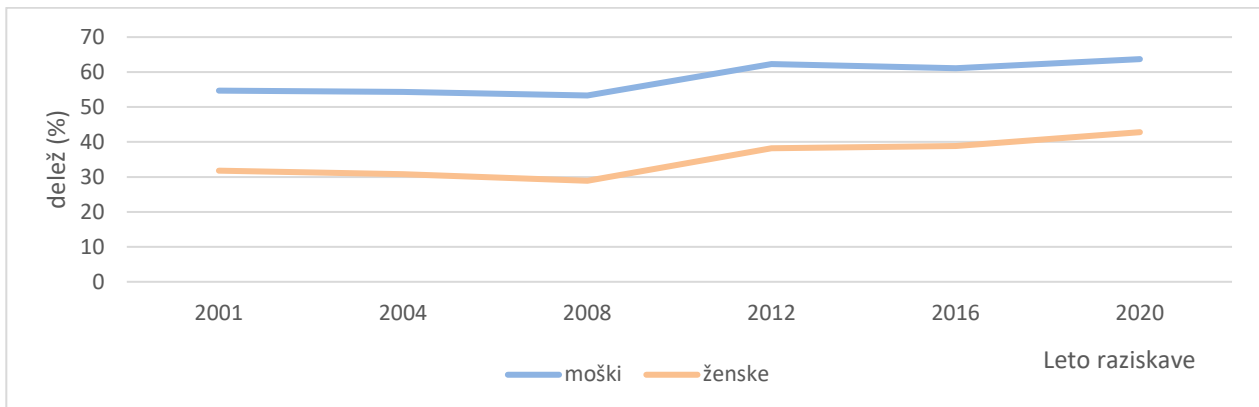


Slika 4. Gibanje deleža žensk, ki so se najmanj enkrat mesečno opile v zadnjih 12 mesecih, med starimi od 18 do 49 let, Slovenija. (Vir: Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog 2020).

V rodni dobi (18–49 let) je bil tak način pitja najmanj 1-krat v letu prisoten pri 48,3 % žensk, najmanj 1-krat mesečno pa med 12,8 % žensk, s tem, da je bilo v starostni skupini 18–24 let (24,5 %) opijanje statistično značilno bolj razširjeno kot v starejših starostnih skupinah (Slika 4).

Glede na izobrazbo je bil delež žensk, ki se najmanj 1-krat v letu opiyejo, med osebami s poklicno izobrazbo 1,21-krat in osebami s srednjo izobrazbo 1,17-krat višji kot med tistimi z najnižjo izobrazbo, med osebami s poklicno izobrazbo pa tudi 1,10-krat višji kot med najvišje izobraženimi ženskami (Preglednica 1).

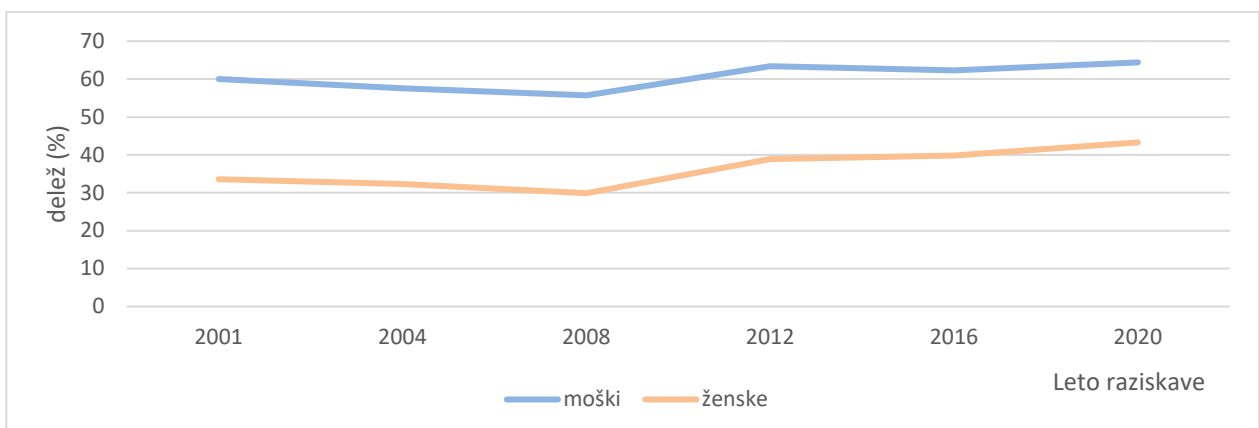
Opijanje je bilo med moškimi prisotno pri 1,4-krat večjem deležu kot med ženskami.



Slika 5. Gibanje deleža oseb, ki so se najmanj enkrat v letu opile, med ženskami in moškimi, starimi od 25 do 64 let, Slovenija. (Vir: Raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001–2020).

V opazovanem obdobju raste delež oseb, starih od 25 do 64 let, ki se najmanj 1-krat v letu opiyejo, pri ženskah ( $p = 0,028$ ) in moških ( $p = 0,028$ ) (Slika 5). Pri ženskah je tak trend prisoten samo v rodni dobi ( $p = 0,010$ ), med starimi od 50 do 64 let pa ne ( $p = 0,182$ ).

**Tvegano ali škodljivo pitje:** Med ženskami, starimi 18–74 let, je bilo takih 45,1 %, sicer manj kot med moškimi (64,8 %). Delež žensk, ki pijejo alkoholne pijače na tak način, se s starostjo znižuje: v rodni dobi (48,8 %) je bil statistično značilno višji kot med starejšimi (40,4 %), najvišji pa je bil med starimi 18–24 let in je statistično značilno presegal deleže v ostalih starostnih skupinah, z izjemo starostne skupine 25–29 let. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe je bil delež žensk, ki pijejo alkoholne pijače tvegano ali škodljivo, med tistimi s poklicno 1,21-krat in tistimi s srednjo izobrazbo 1,18-krat višji v primerjavi z najmanj izobraženimi, medtem ko med ženskami s poklicno, srednjo in najvišjo izobrazbo statistično značilnih razlik ni bilo (Preglednica 1).



Slika 6. Gibanje deleža oseb, ki pijejo tvegano ali škodljivo, med ženskami in moškimi, starimi od 25 do 64 let, Slovenija. (Vir: Raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog 2001–2020).

Glede na raziskavo leta 2001 trend deleža oseb, ki pijejo tvegano ali škodljivo, med ženskami, starimi od 25 do 64 let, statistično značilno raste ( $p = 0,040$ ), medtem, ko med isto starimi moškimi, trend ni statistično značilen ( $p = 0,134$ ) (Slika 6). Statistično značilen trend rasti deleža žensk, ki pijejo tvegano ali škodljivo, pa je prisoten le med ženskami v rodni dobi ( $p = 0,0125$ ), med starimi od 50 do 64 let pa ne ( $p = 0,331$ ).

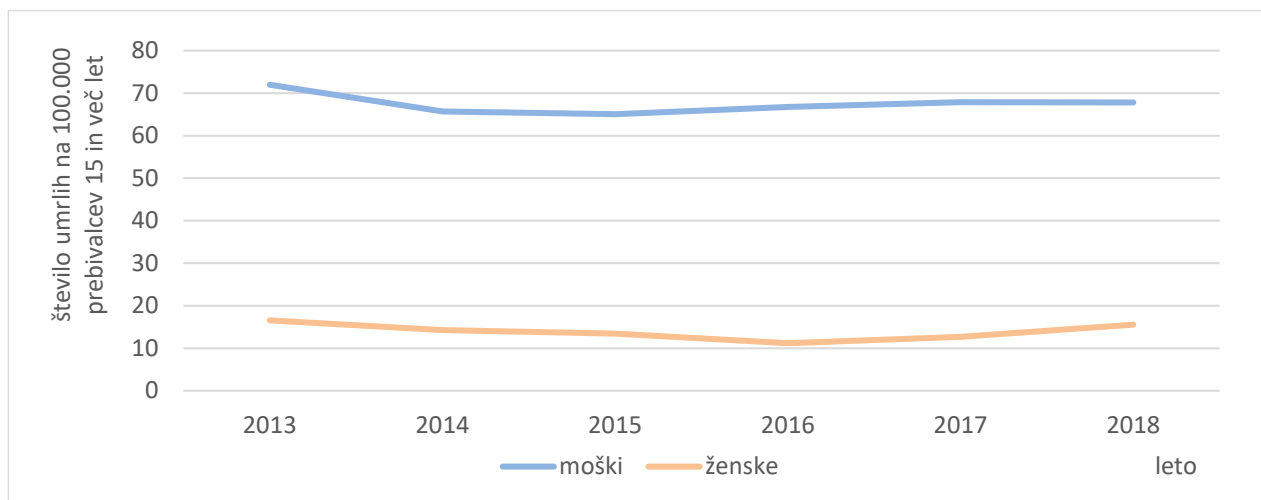
Večina (89,0 %) žensk, ki so pile tvegano ali škodljivo, običajno ni presegla meje manj tveganega pitja, so se pa najmanj 1-krat v zadnjem letu opile. Tudi trend rasti tveganega ali škodljivega pitja med ženskami je na račun opijanja.

## IZBRANE ZDRAVSTVENE POSLEDICE RABE ALKOHOLA

### Umrljivost zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov

V obdobju 2013–2020 je zaradi alkoholu neposredno pripisljivih (ANP) vzrokov umrlo 1440 žensk, njihov delež med smrtmi zaradi ANP vzrokov je bil 20,2 %. Ta delež je bil najnižji v letu 2016 (16,9 %) in najvišji v letu 2020, ko je znašal kar 22,0 %.

Smrti zaradi ANP vzrokov so v obdobju 2013–2018 predstavljale 4,3 % vseh smrti v državi (7,0 % pri moških in 1,7 % pri ženskah). Skoraj polovica teh smrti je bila posledica alkoholne bolezni jeter, z dobro tretjino smrti so sledile duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola (3). Več kot polovica (55,0 %) vseh smrti zaradi ANP vzrokov (moški in ženske) je bila pred dopolnjenim 65. letom starosti, kar predstavlja prezgodnjo umrljivost. Delež žensk, ki so zaradi ANP vzrokov umrle pred 65. letom, je bil 44,1 %.



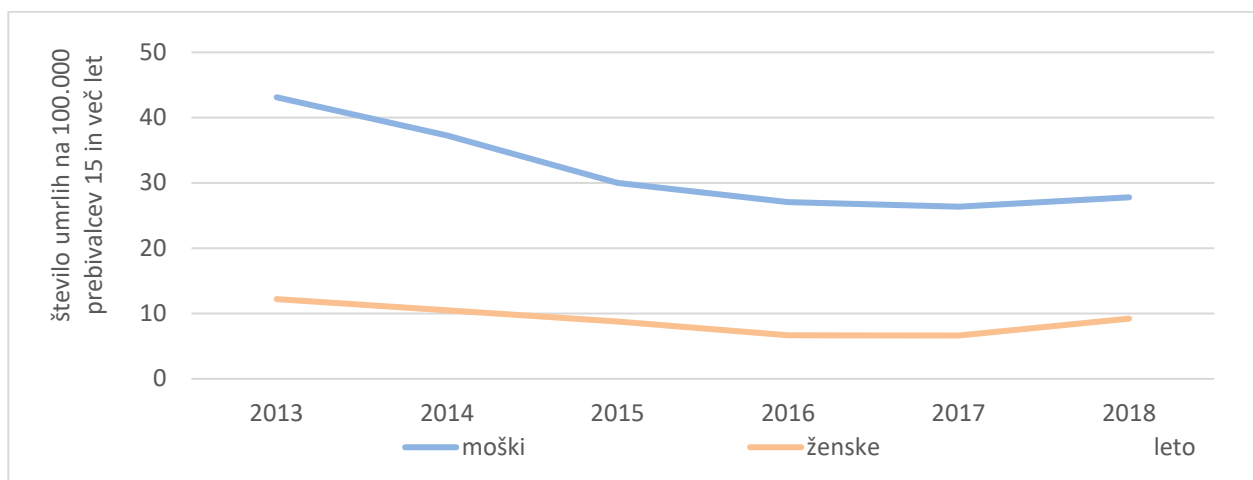
Slika 7. Gibanje starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov med prebivalci, starimi 15 let in več, po spolu, Slovenija, 2013–2018.

Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (SSSU) zaradi ANP vzrokov je v Sloveniji v obdobju 2013–2018 v povprečju znašala 39,6 smrti na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, trend v opazovanem obdobju ni bil statistično značilen (Slika 7). Pri ženskah je v povprečju znašala 13,9 smrti na 100.000 prebivalcev, najnižja je SSSU bila zabeležena v letu 2016, najvišja pa leta 2013. V istem obdobju je bila v povprečju starostno standardizirana umrljivost moških zaradi ANP vzrokov 4,8-krat višja od umrljivosti žensk.

### Umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze

V obdobju od 2013 do 2018 je v Sloveniji zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze umrlo 672 žensk, njihov delež med smrtmi zaradi teh bolezenskih stanj je bil 25,6 %. Ta delež je bil najnižji v letu 2016 (23,9 %) in

najvišji v letu 2018, ko je znašal kar 27,3 %. Smrti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze so predstavljale 2,2 % vseh smrti (pri moških 3,3 % in pri ženskah 1,1 %).



Slika 8. Gibanje starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze med prebivalci, starimi 15 let in več, po spolu, Slovenija, 2013–2018.

Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (SSSU) zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze je v Sloveniji v obdobju 2013–2018 v povprečju znašala 19,9 smrti na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več. Pri ženskah je povprečju znašala 9,0 smrti na 100.000 prebivalcev, najnižja je bila zabeležena v letu 2017, najvišja pa leta 2013. V istem obdobju je bila SSSU zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze v povprečju pri moških 3,5-krat višja kot pri ženskah, statistično značilno se je znižala pri moških ( $p = 0,018$ ), pri ženskah pa ne (Slika 8).

## RAZPRAVA

Nenalezljive bolezni predstavljajo več kot 70 % vseh smrti po svetu, vendar je to veliko in rastoče breme med ženskami pogosto spregledano, če se na njihovo zdravje primarno gleda z reproduktivnega vidika. Največji ubijalci žensk po vsem svetu so bolezni srca in ožilja, raki in kronične bolezni dihal (9). K bremenu kroničnih ali nenalezljivih bolezni in poškodb pomembno prispeva tudi alkohol.

Naš prispevek potrjuje, da je pitje alkoholnih pijač razširjeno med ženskami v Sloveniji, tako med mladostnicami kot tudi med odraslimi ženskami. Večina mladostnic se z alkoholom sreča do svojega 15. leta starosti, alkoholnih pijač v zadnjem letu pa ni pila samo malo več kot četrtnina odraslih žensk, medtem, ko jih je 74,3 % po njih poseglo vsaj enkrat. Alkoholne pijače je pilo več višje kot nižje izobraženih žensk. Čeprav pije alkoholne pijače manjši delež odraslih žensk kot moških, tudi manj pogosto in v manjših količinah, pa se ženske v navadah pitja vse bolj približujejo moškim. Na to kažejo trendi gibanja abstinentov ter tveganih ali škodljivih pivcev v preiskovani populaciji od leta 2001 dalje. Medtem, ko se delež abstinentov med odraslimi moškimi povečuje, se le-ta med odraslimi ženskami ni statistično značilno spremenil. Vendar pa je natančnejši pregled pokazal, da se delež abstinentk ne spreminja med ženskami v rodni dobi, medtem ko se po zaključeni rodni dobi ta delež povečuje. Tvegano ali škodljivo je pila alkoholne pijače skoraj polovica, 45,1 %, odraslih žensk. Od leta 2001 dalje se je delež žensk, ki pijejo alkoholne pijače na tak način, statistično pomembno povečal, in sicer bolj kot pri moških. Tudi glede tega je podrobnejši pregled pokazal, da je trend rasti deleža žensk, ki pijejo tvegano ali škodljivo, prisoten le med ženskami v rodni dobi, med starimi od 50 do 64 let pa ne. Razširjenost in naraščanje rabe in zlorabe alkohola med ženskami opisujejo tudi avtorji tujih raziskav in opozarjajo, da ženske glede pitja alkohola dohitvajo moške,

trend, znan kot "spolna konvergenca", pa je najbolj očiten med mladimi odraslimi (11, 22). Ob tem izpostavljajo tveganje za zdravje in varnost žensk, ki je celo večje, kot je za moške (11).

Kot je pokazala naša raziskava, gre večina tveganega ali škodljivega pitja alkohola med ženskami na račun opijanja, ki pa je najbolj razširjeno med mlajšimi ženskami v rodni dobi in se še povečuje. Opijanje je zelo pogosto tudi med slovenskimi mladostniki, ki so v odstotkih opijanja nad mednarodnim povprečjem držav, (11. mesto med 45 državami) (23). Tvegan način pitja alkohola pred nosečnostjo je tudi pomemben napovedni dejavnik pitja alkohola med nosečnostjo. Ob spoznanju, da so noseče, večina žensk sicer zmanjša ali preneha s pitjem alkohola, nekatere pa z njim nadaljujejo. Ob dejstvu, da nosečnost ni vedno načrtovana, v evropski regiji je takih skoraj polovica vseh nosečnosti, obstaja nevarnost za alkoholu izpostavljene nosečnosti, ko le-te še niso prepoznane (24). Kot kaže raziskava Popove in sodelavcev o razširjenosti konzumiranja alkohola v nosečnosti na nacionalnih in svetovni ravni se Evropa sooča z najvišjim deležem nosečnic na svetu, ki pijejo alkoholne pijače (25,2 %), po oceni v Sloveniji več kot četrtnina, 26,9 % (25). Izpostavljenost otrok alkoholu pred rojstvom pa je eden od vodilnih vzrokov za prirojene razvojne motnje in nepravilnosti, ki bi jih lahko povsem preprečili.

Naša raziskava je pokazala, da je več kot štiri odstotke smrti v Sloveniji izključno posledica razlogov, povezanih z rabo alkohola, pri ženskah pa je ta delež nekaj manj kot dva odstotka. Če bi upoštevali tudi tiste smrti, pri katerih je alkohol pridružen vzrok (kot so na primer določena rakava obolenja, nalezljive bolezni, nevropsihiatrične bolezni, srčno-žilne bolezni in še druge ter nenamerne in namerne poškodbe), bi bilo breme umrljivosti zaradi alkohola še večje (26, 27, 28).

Čeprav zaradi rabe alkohola umre več moških kot žensk, kar je posledica večje razširjenosti pitja alkoholnih pijač med moškimi v primerjavi z ženskami, nas skrbi približevanje navad pitja med moškimi in ženskami, saj lahko v prihodnosti pričakujemo, da bomo imeli pri ženskah več zdravstvenih posledic zaradi alkohola. Raziskave namreč kažejo, da se pri ženskah težave, povezane s pitjem alkoholnih pijač, pojavijo prej in pri manjših količinah v primerjavi z moškimi, zato so ženske bolj dovzetne za dolgoročne negativne učinke alkohola na zdravje. Negativni učinki na možgane, kot je upad kognitivnih sposobnosti, se pri ženskah razvijejo prej, prav tako poškodbe srca, poleg tega imajo ženske zvišano tveganje za pojav kroničnih bolezni jeter in ciroze (11, 29, 30). Raziskava v Avstraliji je na primer pokazala, da je stopnja napredovanja bolezni jeter do ciroze pri ženskah 13,5 leta, pri moških pa 20 let (31). V obdobju 2013–2018 se je umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze v Sloveniji statistično značilno zmanjšala le pri moških, pri ženskah pa ne, vendar gre za relativno kratko obdobje opazovanja. Da bomo lahko zanesljivo potrdili ali je res prišlo do spremembe v trendu umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze z omenjenimi razlikami med moškimi in ženskami, bomo potrebovali podatke za daljše časovno obdobje.

## ZAKLJUČEK

Zdravstveno in družbeno breme, ki ga povzroča raba alkohola, je v veliki meri mogoče preprečiti. Prevladujoče družbene norme, ki podpirajo pivsko vedenje, in mešana sporočila o škodi in koristih pitja lahko spodbujajo pitje alkohola, odmikajo zdrav življenjski slog in slabijo ukrepanje skupnosti (6).

Medtem, ko zloraba alkohola s strani kogarkoli predstavlja resno javnozdravstveno skrb, pa imajo ženske, ki pijejo, večje tveganje za nekatere težave, povezane z alkoholom, v primerjavi z moškimi. Zlasti mlade ženske bi morale biti ciljna skupina usklajenih ukrepov prizadevanj za zmanjšanje vpliva rabe alkohola in s tem povezane škode. Za sprejemanje informirane odločitve glede pitja alkohola je pomembno, da se ženske zavedajo zdravstvenih in drugih tveganj in se odločijo, da ne bodo pile ali da bodo pile v mejah manj tveganega pitja, to je, da omejijo vnos na 1 pijačo ali manj na dan ter da vsaj nekaj dni v tednu ne pijejo alkoholnih pijač. Manj pitja je bolje za zdravje kot več. Nekatere ženske pa bi se morale alkoholu popolnoma



odpovedati, še zlasti tiste, ki so ali bi lahko bile noseče ali dojijo otroka (32). Enako velja za mladostnice in mladostnike, ženske, ki jemljejo zdravila, imajo različna zdravstvena stanja, ki se lahko zaradi pitja alkoholnih pijač poslabšajo ali so bile v preteklosti odvisne od alkohola (32).

Poleg neposredne škode, ki jo ženske utrpijo zaradi rabe alkohola, ne smemo pozabiti, da ženske nosijo velik del bremena zaradi pitja drugih, po navadi gre za pitje partnerja ali drugih članov družine (33). Zato je ukrepanje v smislu zaščite zdravja prebivalstva z zmanjševanjem rabe in spodbujanjem k abstinenici od alkohola pomembna javnozdravstvena naloga ter predstavlja ključni del alkoholne politike in ukrepov za nadzor nad rabo alkohola (33, 34).

## VIRI

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018. Pridobljeno 6. 10. 2021 s spletne strani: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
2. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistični letopis 2020. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022. Pridobljeno 26. 8. 2022 s spletne strani: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2020/3.4\\_alkohol\\_2020.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2020/3.4_alkohol_2020.pdf).
3. Radoš Krnel S, Hovnik Keršmanc M. Poraba alkohola in zdravstvene posledice rabe alkohola v Sloveniji v obdobju 2013–2018, trendi. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022.
4. Ramšak M. Social Impact of Wine Marketing, The Challenge of Digital Technologies to Regulation. London: Springer Nature, 2023.
5. Lindsay J, Supski S. Curating identity. Drinking, young women, femininities and social media practices. In Lyons AC, McCreanor T, Goodwin I, Barnes HM, uredniki. Youth drinking cultures in a digital world: Alcohol, social media and cultures of intoxication. New York: Routledge, 2017.
6. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022–2030 to strengthen implementation of the global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization, 2021.
7. Miller L. The effects of alcohol on women, 2022. Pridobljeno 26. 9. 2022 s spletne strani: <https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment/the-effects-of-alcohol-on-women>.
8. Women and Alcohol: The Hidden Risks of Drinking. 2022. Pridobljeno 26. 9. 2022 s spletne strani: <https://www.helpguide.org/harvard/women-and-alcohol.htm>.
9. Dain K, Varghese C, Atiim G A, Rekke D, Gouda HN. Protecting women and girls from tobacco and alcohol promotion. *BMJ* 2021; 374: n1516.
10. Greaves L, Poole N, Brabete AC. Sex, Gender, and Alcohol Use: Implications for Women and Low-Risk Drinking Guidelines. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 4523.
11. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence* 2015; 156: 1–13.
12. Shield KD, Soerjomataram I, Rehm J. Alcohol use and breast cancer: A critical review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2016; 40: 1166–81.
13. Sinclair J, McCann M, Sheldon E, in dr. The acceptability of addressing alcohol consumption as a modifiable risk factor for breast cancer: a mixed method study within breast screening services and symptomatic breast clinics. *BMJ Open* 2019; 9: e027371.
14. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2011. Pridobljeno 26. 8. 2022 s spletne strani: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44499/9789241564151\\_eng.pdf;jsessionid=CD840E9D6F4DB056318A8727B7721AAF?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44499/9789241564151_eng.pdf;jsessionid=CD840E9D6F4DB056318A8727B7721AAF?sequence=1).
15. Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini 2009–2014 (ReNPPND0914). UL RS 41/09.
16. Andreasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T. Alcohol and Society 2020: Alcohol, pregnancy and infant health – a shared responsibility. Stockholm: Swedish Society of Nursing, SFAM, SAFF,

- CERA & IOGT-NTO, 2020. Pridobljeno 26. 8. 2022 s spletne strani: [https://www.drugsandalcohol.ie/31678/1/Alcohol-pregnancy\\_alcohol-and-society-2020.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/31678/1/Alcohol-pregnancy_alcohol-and-society-2020.pdf).
17. Jeriček Klanšček H, Furman L, Roškar M, Drev A, Pucelj V, Koprivnikar H, Zupanič T, Korošec A. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2022. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023.
  18. Lovrečič B, Lovrečič M. Poraba alkohola in zdravstveni kazalniki tvegane in škodljive rabe alkohola: Slovenija, 2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
  19. Centers for Disease Control and Prevention. About Alcohol Related Disease Impact (ARDI). Alcohol--Related ICD Codes. Atlanta, 2004. Pridobljeno 31. 12. 2020 s spletne strani: <https://apps.nccdc.cdc.gov/ardi/AboutARDICros-swalk.htm>.
  20. Kovše K, Tomšič S, Mihevc Ponikvar B, Nadrag P. Posledice tvegane in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2013; 81: 119–27.
  21. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. Ljubljana, 2008. Pridobljeno 2. 9. 2022 s spletne strani: <https://www.nijz.si/sl/podatki/mkb-10-am-verzija-6>.
  22. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Teesson M. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open* 2016; 6: e011827.
  23. Inchley J, Currie D, Budisavljevič S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A in dr., uredniki. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings and Volume 2: Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020.
  24. Scholin L. Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member states. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2016. Pridobljeno 27. 2. 2018 s spletne strani: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/318074/Prevention-harm-caused-alcohol-exposure-pregnancy.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/318074/Prevention-harm-caused-alcohol-exposure-pregnancy.pdf).
  25. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J in dr. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2017; 5: e209-9.
  26. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. Pridobljeno 7. 11. 2022 s spletne strani: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf;jsessionid=BE63434473AAB244E7109BC78B9464FB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=BE63434473AAB244E7109BC78B9464FB?sequence=1).
  27. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health* 2011; 34: 135–43.
  28. Department of health. Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers. London: Department of Health, 2016. Pridobljeno 7. 11. 2022 s spletne strani: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545739/GDG\\_report-Jan2016.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545739/GDG_report-Jan2016.pdf).
  29. Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, et al. Alcohol consumption and risk of liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2019; 114: 1574–86.
  30. Alcohol and Liver Function in Women. Part of the Topic Series: Women and Alcohol. Haripriya Maddur and Vijay H. Shah. Pridobljeno 7. 11. 2022 s spletne strani: <https://arcr.niaaa.nih.gov/volume/40/2/alcohol-and-liver-function-women>.
  31. Wilkinson P, Kornaczewski A, Rankin JG, in dr. Physical disease in alcoholism. Initial survey of 1,000 patients. *Med J Aust* 1971; 1: 1217–23.
  32. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Women and Alcohol. Pridobljeno 5. 9. 2022 s spletne strani: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/women-and-alcohol>.
  33. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, in dr. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2010.
  34. Radoš Krnel S, Kamin T, Košir M, Markič M. Stakeholders' interests identified through their views on the alcohol policy measures in Slovenia. *Zdra Varst* 2010; 49(2): 86–98.



**17**

**NASILJE  
IN ZDRAVJE**

Anja Bohinec

## UVOD

Nasilje ogroža življenje, zdravje in srečo vseh ljudi. Vsako leto zaradi nasilja izgubi življenje več kot 1,5 milijona ljudi po vsem svetu, še več jih zaradi nasilja trpi duševne stiske, telesne, reproduktivne in spolne zdravstvene težave. Nasilje je eden izmed vodilnih vzrokov za smrti ljudi, ki so stari med 15 in 44 let (1). Podreka pojasnjuje, da statistični podatki in empirične raziskave kažejo, da obstajajo nekatere oblike nasilja, kot so nasilje v družini, spolne zlorabe, spolno nadlegovanje, intimnopartnerski umori ter druge oblike medosebnega nasilja, ki v nesorazmerno večjem deležu prizadenejo osebe ženskega spola, glavni povzročitelji teh oblik nasilja pa so moški (2). Svetovna zdravstvena organizacija opozarja, da nasilje nad ženskami ostaja razširjeno po vsem svetu ter da so podatki o nasilju zaskrbljujoči, saj kažejo, da je 1 od 3 žensk v svojem življenju izpostavljena fizičnemu ali spolnemu nasilju s strani intimnega partnerja ali spolnemu nasilju s strani druge osebe (3).

Dolgo se je toleriralo in ignoriralo obsežen problem nasilja nad ženskami ter odgovornost za nasilje prelagalo na posameznice. Trpljenje, ki ga povzroča nasilje nad ženskami, vpliva tudi na njihove otroke, hkrati pa nasilje negativno vpliva na celostno zdravje ženske ter na kakovost življenja vseh vpletenih. Pomembno je, da tudi na področju javnega zdravja ustvarjamo boljše razumevanje problematike ter da nasilje naslovimo in vzpostavimo učinkovite mehanizme za prepoznavo in preprečevanje nasilja.

## NASILJE NAD ŽENSKAMI – DRUŽBENI IN JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEM

Nasilje nad ženskami je ena najpogostejših kršitev človekovih pravic. Eden izmed ključnih vzrokov za nasilje nad ženskami je neenakovredna porazdelitev družbene moči med moške in ženske, kar vodi v diskriminacijo žensk na vseh področjih življenja. Društvo za nenasilno komunikacijo pojasnjuje, da je pojav nasilja odvisen tudi od tega, kako se družba nanj odzove. Lahko ga sankcionira in obsodi ter ga s tem ustavlja, ali pa ga tolerira in minimalizira, zato je nasilje družbeni problem in ne le individualni problem posameznice, ki ga doživlja (4).

Toleranca do določenih oblik nasilja nad ženskami je še vedno visoka, kar je pokazala tudi raziskava o nasilju med spoloma, *Special Eurobarometer 449: Gender-based violence*, ki jo je naročila Evropska komisija. Več kot četrtina vprašanih je dejala, da je spolni odnos brez privoljenja v določenih okoliščinah sprejemljiv. V Sloveniji je vsak četrti anketiranec mnenja, da žrtev (ženska) sama izsili nasilje (2).

Nasilje nad ženskami pomaga ohranjati neravnovesje moči med spoloma, kar pa lahko vodi do zlorab in tako se, ob še vedno visoki družbeni tolerantnosti, nasilje nadaljuje. Nasilje nad ženskami je družbeni problem tudi zaradi posledic, ki jih prinaša, saj predstavlja veliko finančno obremenitev za državo. Zaradi nasilja nastajajo dodatni stroški zdravljenja, stroški zaradi odsotnosti z dela, stroški, povezani s preprečevanjem nadaljnjega nasilja, idr. (4).

Neenakost med moškimi in ženskami ter družbena toleranca do nasilja vplivata na to, da so ženske pogosteje žrtve nasilja tako v javni kot zasebni sferi. V zasebni sferi se to kaže predvsem kot nasilje v družini oziroma nasilje v intimnopartnerskih odnosih, v javni sferi pa ima nasilje nad ženskami mnogotere obraze, ki so pogosto prikriti.

Nasilje ni le družbeni problem, ampak tudi javnozdravstveni. Nasilje v družini je prioritarno področje zdravstva in javnega zdravja, zaradi dolgoročnih in kratkoročnih posledic za posameznike, družine, državo, družbo in tudi za zdravstvene sisteme (5). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije velja nasilje v družini za eno izmed večjih zdravstvenih tveganj za ženske in otroke po vsem svetu. Dolgo obdobje so bili

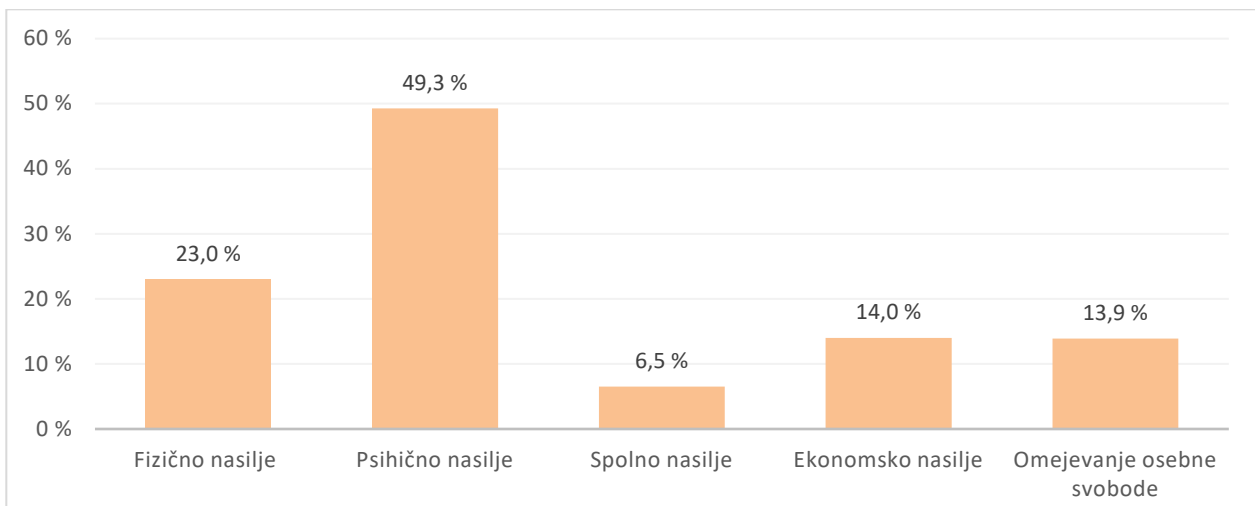
podatki o incidenci in oblikah nasilja v družini na voljo le občasno ali jih sploh ni bilo. Zdravstvene službe so večinoma ignorirale problem nasilja kot vzrok za zdravstvene težave, vse dokler ni skupščina Svetovne zdravstvene organizacije leta 1996 izjavila, da je nasilje v družini tudi javnozdravstveni problem ter da je preprečevanje nasilja prednostna in pomembna naloga javnega zdravja (6).

Vsi deležniki, ki se pri svojem delu pogosto srečujejo z ženskami in otroki, imajo pomembno vlogo pri prepoznavanju in preprečevanju nasilja. Predvsem zdravstveni, socialni in pedagoški kadri ter drugi so pomembni člani, ki lahko pomagajo pri razreševanju stisk žensk in otrok. Etično in zakonsko so obvezani, da se na nasilje odzovejo ter prispevajo k ustavitvi nasilja in vzpostavitvi ničelne tolerance do nasilja.

## PRIKAZ PODATKOV IN RAZPRAVA

### OBSEG NASILJA NAD ŽENSKAMI

Vsaka tretja ženska na svetu doživlja fizično in/ali spolno nasilje, večinoma s strani intimnega partnerja (3). Raziskava Agencije Evropske unije za temeljne pravice, ki je temeljila na razgovorih z okrog 42 tisoč ženskami v 28-ih državah članicah Evropske unije, je pokazala, da je vsaka tretja ženska od svojega 15. leta starosti doživela fizično in/ali spolno nasilje. Ena od 20 žensk, starejših od 15 let, je bila posiljena. Vsaka tretja ženska pa je doživela psihično nasilje. 8 % žensk je doživelo fizično ali spolno nasilje v zadnjih 12-ih mesecih pred razgovorom v okviru raziskave. V 28-ih državah članicah Evropske unije je 22 % žensk od 15. leta starosti dalje bilo žrtev fizičnega in/ali spolnega nasilja s strani partnerja (7).



Slika 1. Delež žensk, ki so od dopolnjenega 15. leta starosti doživele eno od oblik nasilja.

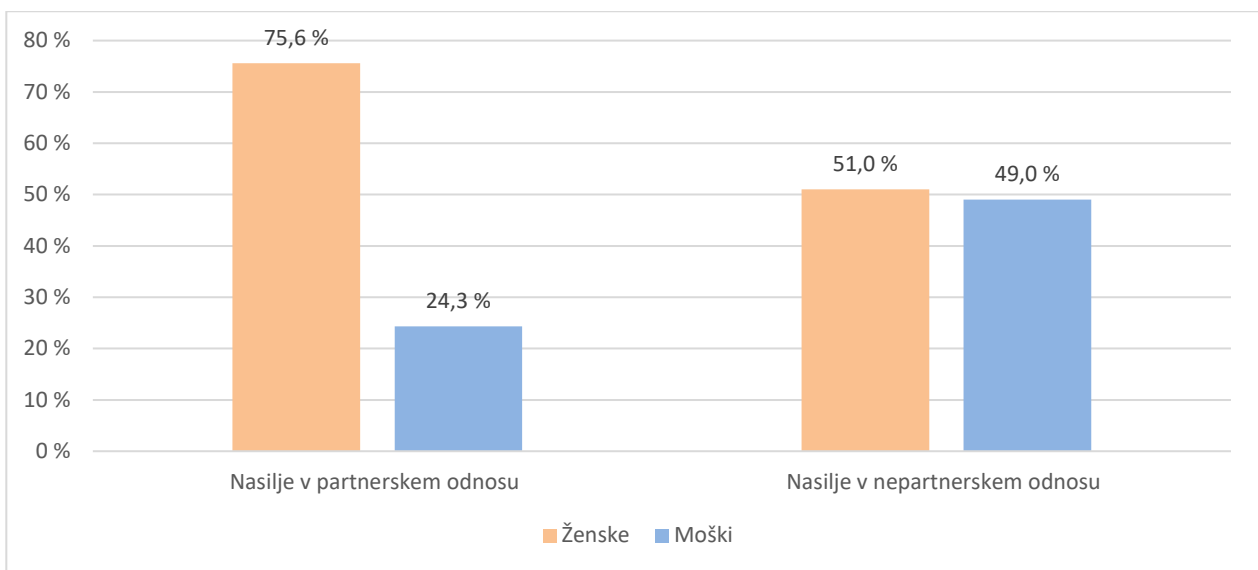
Vir podatkov: Leskošek V, Urek M, Zaviršek D. Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih: končno poročilo 1. faze raziskovalnega projekta. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, 2010.

Rezultati prve slovenske raziskave o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih so pokazali, da je vsaka druga ženska (56,6 %) od dopolnjenega 15. leta starosti doživela eno od oblik nasilja. Najpogosteje so doživljale psihično nasilje, skoraj četrtina fizično nasilje, temu sledijo premoženjsko nasilje, omejevanje gibanja in spolno nasilje (Slika 1). Povzročitelji nasilja so v 90,8 % moški. Nekatere ženske (4 %) doživljajo nasilje s strani večjega števila oseb. Podatki kažejo, da se nasilje lahko začne kadarkoli v življenju, od

zgodnjega otroštva in vse do pozne starosti, nekatere ženske ga doživljajo celo življenje. 4,7 % žensk je poročalo, da je povzročitelj nasilja bil nasilen tudi do otrok, najpogosteje psihično ter fizično in spolno (8).

Republika Slovenija ni izjema v globalnem in evropskem prostoru, saj je tudi v naši družbi nasilje nad ženskami in otroki vsakdanji pojav. Nasilje, ki ga doživljajo ženske, vpliva tudi na njihove otroke, saj so tudi otroci, ki so nasilju izpostavljeni kot priče (opazovalci ali slušatelji), žrtve nasilja.

Nasilje nad ženskami v družini je najpogostejša oblika nasilja nad ženskami. Mednarodne raziskave kažejo, da je večja verjetnost, da bo žensko napadel, posilil, poškodoval ali umoril sedanji ali nekdanji partner kot katera koli druga oseba (9).



Slika 2. Delež oseb, ki so doživele fizično ali spolno nasilje od 15. leta starosti.

Vir podatkov: Statistični urad Republike Slovenije. Osebna varnost v zasebnem okolju, 2020. Ženske pogosteje žrtve nasilja tako v partnerskem kot tudi v nepartnerskem odnosu, 2022.

Statistični urad Republike Slovenije je z raziskavo *Osebna varnost v zasebnem okolju, 2020*, ugotovil, da ženske pogosteje kot moški doživljajo nasilje, ki se ponavlja in ima hujše posledice, ter da nasilje nad ženskami večinoma povzročajo njihovi intimni partnerji (10). Med osebami, ki so v partnerskem odnosu doživele nasilje, je 75,6 % žensk, kar potrjuje dejstvo, da so ženske najpogosteje žrtve nasilja v zasebni sferi oziroma v intimnopartnerskem odnosu. 30 % več žensk kot moških je imelo fizične poškodbe (npr. modrice, praske, ureznine, zlome kosti, splav, poškodbe glave, notranjih organov ali genitalij) kot posledice fizičnega ali spolnega nasilja. 2-krat več žensk kot moških se je bala za svoje življenje, ko so doživljale fizično ali spolno nasilje. Ženske so bile 3-krat pogosteje kot moški žrtve nasilja v družini in so v njih 5-krat pogosteje kot moški doživljale spolno nasilje. Tri četrtine nasilja v sklopu družine je predstavljalo fizično nasilje z grožnjami, četrtino pa spolno. Od svojega 15. leta starosti je nasilje v družini vsaj enkrat doživel 14,9 % žensk in 5,4 % moških, starih od 18 do 74 let (10).

V vseh sferah življenja doživljajo ženske nasilje pogosteje kot moški. Ženske so v večini žrtve nasilja v intimnopartnerskih odnosih in v krogu družine. Moški pogosteje doživljajo nasilje v javni sferi oziroma izven partnerskih odnosov, vendar tudi to nekoliko manj pogosto kot ženske.

28 % žensk je bilo kadarkoli v življenju žrtev vsaj ene vrste nasilja s strani sedanjega ali bivšega partnerja ter 20 % moških s strani sedanje ali bivše partnerice. Najpogostejša vrsta nasilja v partnerskih razmerjih je psihično nasilje, doživelo ga je 26,2 % žensk in 19,7 % moških. Ženske so bile približno 6-krat pogosteje kot moški žrtve spolnega nasilja v partnerskih odnosih (10).

Nasilja v družini in nasilja nad ženskami je bilo že pred pandemijo covid-19 veliko, med pandemijo pa se je stanje dodatno poslabšalo. Strah, občutki tesnobe in negotovosti so bili eni izmed številnih dejavnikov, ki so vplivali na povečanje nasilja nad ženskami. V Sloveniji, Evropi in drugod po svetu se je nasilje nad ženskami med pandemijo covid-19 povečalo, kar je značilno za obdobja povečane družbene negotovosti ter krizne razmere.

Svetovna zdravstvena organizacija pojasnjuje, da je nasilje nad ženskami velika grožnja svetovnemu javnemu zdravju in ženskam v kriznih situacijah, saj se nasilje nad ženskami poveča v vseh vrstah izrednih razmer, vključno s pandemijami (3).

Raziskava Evropskega parlamenta, *Women in times of COVID-19*, je pokazala, da približno tri četrtine (77 %) intervjuvanih žensk iz celotne Evropske unije menijo, da je pandemija covid-19 povzročila povečanje fizičnega in čustvenega nasilja nad ženskami v njihovi državi, vključno 46 % jih meni, da se je nasilje nad ženskami močno povečalo. V vseh državah je znatna skupina žensk poročala, da so ženske iz njihovih prijateljskih ali družinskih krogov doživele spletno nadlegovanje (16 %), ulično nadlegovanje (16 %), nasilje v družini (14 %), ekonomsko nasilje (14 %) ter nadlegovanje na delovnem mestu (11 %). V nekaterih državah so te številke občutno višje, na primer v štirih državah (Grčija, Romunija, Hrvaška in Ciper) približno četrtina anketirank poroča, da poznajo ženske v krogu prijateljev in družine, ki so doživele nasilje ali zlorabo v družini od začetka pandemije (11).

37 % anketirank iz Slovenije meni, da je pandemija covid-19 vplivala na veliko povečanje fizičnega in čustvenega nasilja v državi, 46 % jih meni, da je prišlo do majhnega povečanja fizičnega in čustvenega nasilja. Torej 83 % anketirank meni, da je prišlo do povečanja nasilja nad ženskami. 32 % anketirank iz Slovenije je poročalo, da so zaskrbljene in pod stresom ter 36 %, da jih na splošno skrbi njihova prihodnost (11).

V primežu nasilja je že pred pandemijo covid-19 živel mnogo žensk in otrok, med pandemijo pa se je problematika dodatno poglobila. Človeštvo se nenehno sooča z različnimi krizami (vojne, podnebne spremembe, politične nestabilnosti, pandemije, težnje po retradicionalizaciji družbe itd.), v katerih so običajno najbolj prizadete ranljive družbene skupine, med katere spadajo tudi ženske in otroci, zato je nujno naslavljanje te problematike na vseh družbenih ravneh ter proaktivno ravnanje vseh deležnikov (tudi zdravstvenega sektorja), da se nasilje nad ženskami prepreči in ustavi.

## ZDRAVSTVENE POSLEDICE NASILJA

Nasilje neposredno vpliva na zdravje žensk, v nekaterih primerih usodno. Zdravstvene posledice fizičnega, psihičnega, reproduktivnega in spolnega nasilja lahko trajajo še dolgo po prenehanju nasilja. Negativni zdravstveni vplivi vključujejo škodo za zdravje posameznice, lahko pa tudi dolgotrajno škodo za otroke in skupnosti (npr. zaradi izgube delovne sposobnosti in brezdomstva). Posledice nasilja so še hujše, če ženske doživljajo več vrst nasilja hkrati (npr. fizično in spolno) ter več nasilnih incidentov tekom življenja (12).

Kumulativne izkušnje nasilja tekom življenja lahko povzročijo trajen vpliv na duševno in telesno zdravje. Posledice nasilja lahko povzročijo kratkoročne, srednjeročne in dolgoročne zdravstvene težave. Neposredni

vplivi na začetku izhajajo iz akutnih poškodb in neposrednih duševnih ter psihosocialnih težav, ki so posledica občutkov tesnobe in ogroženosti, duševnih stisk, težav s koncentracijo in povečanega uživanja alkohola. Poleg tega raziskave kažejo, da so lahko somatski, psihosomatski in psihološki simptomi posledica telesnega, spolnega in psihičnega nasilja (6). Posledice nasilja se odražajo tudi v življenjskem slogu ter vedenju človeka. Žrtve nasilja so pogosto socialno izolirane, težje navezujejo stiske, težje vzpostavljajo in ohranjajo odnose ter imajo pomanjkljive socialne spretnosti. Osebe, ki doživljajo nasilje, lahko razvijejo nezdrave strategije preživetja, denimo tvegano spolno vedenje, uživanje drog in alkohola, samopoškodbeno vedenje idr. (6, 9).

Rezultati prve nacionalne raziskave o nasilju v zasebni sferi so pokazali, da so ženske, ki doživljajo nasilje, manj zdrave od žensk v splošni populaciji. 44,6 % žensk z izkušnjo nasilja je svoje zdravje označilo kot slabo in zelo slabo, v primerjavi s 6,9 % žensk iz splošne populacije. Ženske, ki so žrtve nasilja, pogosteje doživljajo tesnobo, stres, glavobol, prebavne motnje, izgubo teka, želodčne težave ter imajo stalne bolečine v različnih delih telesa. Pogosteje čutijo utrujenost, motnje spanja, tresenje rok, strah, nespečnost, depresivnost in pogosteje mislijo na samomor (8). Pri ženskah, ki so doživele nasilje, močno prevladujejo posledice na duševnem zdravju. Anketiranke poročajo o stalno prisotnem strahu, nezaupanju, nočnih morah in psihiatričnih težavah (18,7 % vseh anketirank). Temu sledi škoda na telesnem zdravju, anketiranke so poročale o »izgubi zdravja« ter trajni invalidnosti (7,3 %). 0,4 % žensk zaradi posledic nasilja ne more imeti otrok (8).

Ženske, ki doživljajo intimnopartnersko nasilje, imajo več zdravstvenih težav/potreb in pogosteje iščejo zdravstvene storitve kot splošna populacija, njihova uporaba teh storitev pa narašča z resnostjo in pogostostjo nasilja. Velika študija, ki je bila izvedena v Združenih državah Amerike, je pokazala, da je bila uporaba zdravstvenih storitev najvišja med ženskami, ki ponavljajoče doživljajo nasilje in zlorabe v intimnopartnerskem odnosu (12).

Na telesno in duševno zdravje ne vplivajo le nasilni dogodki, temveč tudi individualno doživetje ter osebna predelava teh izkušenj. Na izkušnje nasilja prav tako vplivajo številni drugi dejavniki, kot so socialne težave, revščina, socialna izolacija idr. (6).

Nasilje vpliva na vse vidike življenja ženske, ki ga doživlja. Zdravstvene posledice nasilja se kažejo na celostnem zdravju in puščajo posledice za vse življenje v obliki čustvenih ran, duševnih stisk ter drugih telesnih in reproduktivnih težav. Ne glede na vrsto nasilja, ki ga ženska doživlja, so negativne zdravstvene posledice prisotne za vse življenje in pomembno vplivajo na vzpostavljanje odnosov z drugimi ljudmi ter na sploh na doživljanje sveta in lastnega življenja.

## NASILJE MED NOSEČNOSTJO IN ZDRAVSTVENE POSLEDICE

Keeling in Fisher navajata, da lahko po podatkih Združenih narodov iz leta 2000 sklepamo, da je ena od štirih žensk med nosečnostjo žrtev nasilja v družini (13). Tudi prva nacionalna raziskava o nasilju v intimni sferi je pokazala, da je 5,5 % žensk doživljalo nasilje v nosečnosti (8). Ženske, ki doživljajo nasilje med nosečnostjo, imajo večje tveganje za depresijo, tesnobo in poskuse samomora (14).

Nasilje pred in med nosečnostjo ima resne zdravstvene posledice tako za mater kot za otroka. Bogat in drugi opozarjajo na negativne vplive na zdravje matere in nerojenega otroka ter pojasnijo, da se lahko travma, ki jo ženska doživi med nosečnostjo, prenese in vpliva na nerojenega otroka. Študija državne univerze v Michiganu, ki je bila izvedena na 182 materah, starih od 18 do 34 let, je odkrila močno povezavo med predporodno zlorabo matere s strani moškega partnerja in simptomi poporodne travme pri njenem otroku.



Predporodna izpostavljenost stresu ima lahko pomembne in včasih vseživljenjske posledice za otroka, ki se kažejo kot fetalna stiska, nizka porodna teža, motnje v normalnem razvoju in delovanju možganov, težave z navezanostjo, motnje spanja in druge posledice (15).

Nasilje povzroča različne težave in stiske v življenju ženske, ki ga doživlja (zdravstvene težave, socialne težave, odnosne in čustvene težave itd.), poleg tega pa vpliva tudi na njene bližnje. Nasilje nad nosečo žensko vpliva tudi na njenega še nerojenega otroka, kar lahko negativno zaznamuje otrokovo življenje, prihodnost in zdravje že pred njegovim rojstvom. S posvečanjem pozornosti problematiki nasilja skrbimo za zdravje žensk, dojenčkov in otrok ter dobrobit vseh ljudi, hkrati pa soustvarjamo bolj strpen in enakopraven svet za vse prihodnje generacije žensk, otrok in tudi moških.

## ZAKLJUČEK

Na področju javnega zdravja se zavzemamo za dobrobit in zdravje vsake posameznice, posameznika in celotne družbe ter za zmanjševanje neenakosti na področju zdravja. Težko razpravljamo o zdravju in dobrem stanju populacije in družbe, če je ta prežeta s predsodki o spolnih vlogah, spolnimi stereotipi, neenakostmi med spoloma in vsakodnevnim doživljanjem nasilja v družinskem življenju (predvsem) žensk in otrok. Zdravje je zelo pomembna komponenta življenja, brez dobrega ali stabilnega zdravstvenega stanja težko funkcioniramo v vsakodnevnem življenju, še težje pa sledimo svojim življenjskim vizijam, željam ter uresničevanju svojih potencialov. Zato je tudi na področju zdravstva in javnega zdravja izjemnega pomena, da se posvečamo preventivi na področju nasilja, zgodnjemu odkrivanju nasilja, ustrezni podpori žrtvam ter se povezujemo z drugimi pomembnimi organizacijami, ki se posvečajo področju nasilja nad ženskami.

## VIRI

1. Svetovna zdravstvena organizacija. Violence prevention: the evidence. Geneva: Svetovna zdravstvena organizacija, 2010 [citirano 23. junija 2023]. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/violence-prevention-the-evidence>.
2. Podreka J. Odsotnost spolno zaznamovane perspektive v sodobnih razpravah o nasilju nad ženskami. *Ars & humanitas* 2018; 12(1): 26–55.
3. Svetovna zdravstvena organizacija. COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do, 2020 [citirano 7. aprila 2023]. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf?ua=1>.
4. Društvo za nenasilno komunikacijo. Nasilje nad ženskami. Društvo za nenasilno komunikacijo, 2022 [citirano 23. junija 2023]. Dostopno na: <https://www.drustvo-dnk.si/o-nasilju/nasilje-nad-zenskami.html>.
5. Kopčavar Guček N. Nasilje v družini je tudi javnozdravstveni problem! *Revija ISIS* 2015; 10: 15–8.
6. Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A, Horch K. Health Consequences of Violence with Special Consideration of Domestic Violence against Women. Federal Health Reporting. Berlin: Robert Koch Institute, 2008.
7. Agencija Evropske unije za temeljne pravice. Nasilje nad ženskami: vseevropska raziskava. Rezultati na kratko. Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2014 [citirano 23. junija 2023]. Dostopno na: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14\\_sl.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_sl.pdf).
8. Leskošek V, Urek M, Zaviršek D. Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih: končno poročilo 1. faze raziskovalnega projekta. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, 2010.
9. Matko K, Horvat D. Kako poročati o nasilju v družini in o nasilju nad ženskami. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja, 2016.

10. Statistični urad Republike Slovenije. Osebna varnost v zasebnem okolju, 2020. Ženske pogosteje žrtve nasilja tako v partnerskem kot tudi v nepartnerskem odnosu, 2022 [citirano 23. junija 2023]. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/10159>.
11. Maggio L, Alpoegger M, Buttner M, Chiesa A, Javora J, Tsoulou Malakoudi D. Eurobarometer Flash Survey: Women in times of COVID-19. European Parliament: Public opinion Monitoring Unit, 2022 [citirano 28. septembra 2022]. Dostopno na: [file:///C:/Users/ABohinec/Downloads/Women in times of Covid19 2022 ep eb fl report en.cleaned\(1\).pdf](file:///C:/Users/ABohinec/Downloads/Women%20in%20times%20of%20Covid19%2022%20ep%20eb%20fl%20report%20en.cleaned(1).pdf).
12. Svetovna zdravstvena organizacija. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence: information sheet. Geneva: Svetovna zdravstvena organizacija, 2012 [citirano 23. junija 2023]. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>.
13. Keeling J, Fisher C. Women's Early Relational Experiences That Lead to Domestic Violence. Qualitative health research, 2012; 22(11): 1559–67.
14. Finnbogadóttir H. Domestic violence and pregnancy: impact on outcome and midwives' awareness of the topic. Holmbergs, Malmö: Malmö University, 2011.
15. Bogat A, Levendosky Akiko A, Davison II S W. Understanding the Intergenerational Transmission of Violence From Pregnancy Through the First Year of Life. Final Project Report, Michigan State University, 2002 [citirano 23. junija 2023]. Dostopno na: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/understanding-intergenerational-transmission-violence-pregnancy>.

## 18 STVARNO KAZALO

**A**

alkohol, 3, 7, 32, 54, 56, 68, 180  
 Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu, 81  
 anketni podatki, 5, 77  
 anksiolitiki, 62, 67, 68  
 antidepresivi, 62, 67, 68, 72

**B**

bolezni dihal, 4, 25, 26, 29, 31, 34, 42, 43, 44, 49, 51, 54, 56, 147, 149, 170, 175, 188  
 bolezni mišičnoskeletnega sistema, 4, 42, 43, 44, 48, 49, 53, 56, 145, 147  
 bolezni obtočil, 4, 23, 25, 26, 28, 29, 33, 39, 43, 44, 48, 49, 54, 56, 147, 153  
 bolezni sečil in spolovil, 4, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 54, 56  
 bolezni srca, 29, 44, 48, 49, 170, 175, 188  
 bolezni živčevja, 4, 25, 26, 28, 29, 33, 34  
 bolniška odsotnost, 3, 5, 6, 61, 62, 69, 145  
 bolnišnična obravnava, 39, 61, 66, 68, 166

**C**

carski rez, 88  
 cepljenje, 51, 99  
 Covid-19, 3, 4, 5, 30, 34, 55, 71, 78, 80, 84, 90, 95, 98, 115, 122, 126, 132, 142, 146, 152, 157, 196

**D**

debelost, 33, 87, 95, 96, 114  
 dejavniki tveganja, 3, 4, 5, 33, 55, 95, 96, 103, 181, 197  
 depresija, 32, 63, 71, 180, 197  
 diabetes, 91, 94  
 dovoljena splavnost, 5, 77, 82, 83, 84  
 država prvega bivališča, 19  
 duševne motnje, 4, 61, 66, 67, 68, 70, 73, 180, 183, 187  
 duševno zdravje, 3, 4, 34, 61, 62, 63, 64, 71, 73, 152, 180, 196

**E**

Elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju, 100  
 Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept, 62, 77, 79, 80  
 Evropska agencija za zdravila, 99  
 Evropska unija, 5, 87, 92, 95, 96, 104, 194, 196

**F**

FASD, 181  
 fetalne smrti, 77, 82, 83

**G**

glavarina/glavarinski količnik, 160, 161, 163  
 groba stopnja, 23, 24, 26, 30, 32, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 127, 131

**H**

hospitalizacija, 4, 39, 40, 45, 47, 48, 49, 52, 54, 55, 56, 62, 66, 68, 87, 94

**I**

indeks telesne mase (ITM), 91  
 Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti, 77, 83  
 izobrazba, izobrazbena struktura, 10, 13, 18, 63, 71, 90, 91, 120, 135, 140, 141, 142, 150, 166, 167, 172, 176, 177, 184, 185, 186

**K**

kajenje, 7, 32, 54, 91, 103, 113, 170, 173, 176, 177  
 kazalniki, 3, 4, 6, 10, 24, 33, 61, 62, 68, 69, 83, 87, 96, 108, 112, 113, 114, 119, 135, 140, 141, 142, 145, 146, 148, 150, 152, 157, 170, 173, 174, 175, 176, 183  
 kontracepcija, 5, 76, 77, 78, 81, 82, 84, 160  
 kronične bolezni, 4, 23, 29, 31, 32, 34, 39, 54, 55, 87, 95, 103, 183

**M**

maternični vložki, 5, 77, 80, 84  
 mlajše ženske, 16, 20, 32, 51, 67, 89, 110, 137, 149, 154, 172, 173, 177, 189  
 mrtvorojeni, 87, 89

**N**

Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu EHIS, 61, 63, 77, 81, 82, 84  
 načrtovanje družine, 76, 160, 181  
 nasilje, 3, 7, 181, 193, 194, 196, 197  
 nataliteta, 4, 10, 14, 20, 89  
 neenakosti, 3, 32, 34, 87, 96, 170, 176, 180, 193, 198  
 nosečnost, 5, 7, 10, 23, 40, 47, 51, 56, 76, 78, 80, 82, 84, 87, 89, 95, 147, 160, 163, 170, 173, 177, 181, 197

**O**

obolevnost, 3, 4, 26, 34, 39, 43, 49, 53, 57, 76, 87, 178  
 obporodno zdravje, 3, 86  
 opijanje, 184, 185, 187, 189

**P**

padci, 4, 28, 29, 34, 43, 44, 45, 48, 49, 55, 57  
 perinatalna umrljivost, 94, 96  
 Perinatalni informacijski sistem, 10, 87  
 pljučni rak, 6, 33, 54, 111, 113, 116, 170, 177  
 podatkovne zbirke, 3, 24, 40, 61, 63, 77, 87, 182  
 poškodbe, 4, 6, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 51, 53, 55, 56, 94, 145, 146, 147, 149, 153, 154, 180, 181, 182, 188, 189, 195, 197  
 Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 76, 160  
 presejalni program, 3, 6, 108, 112, 115, 118, 122, 126, 129, 131, 132, 135  
 prezgodnja umrljivost, 23, 24, 26, 30, 32, 175, 177, 180, 187  
 prezgodnji porod, 87, 181  
 pričakovana življenjska doba, 10, 32  
 primerjava z EU, 180  
 primerjava z EU, 4, 5, 92, 95, 96, 176, 177  
 primerjava z EU, 194  
 Priprave na porod in starševstvo, 5, 90, 95, 96  
 priseljenci/priseljenke, 4, 12, 19

**R**

rak debelega črevesa in danke, 6, 33, 54, 111, 112, 135  
 rak dojke, 6, 28, 29, 33, 47, 48, 49, 54, 110, 111, 126, 160, 181  
 rak kože, 108, 110, 111, 114  
 rak materničnega vratu, 6, 118  
 ranljive skupine, 5, 96, 196  
 regijske razlike, 18, 19, 23, 83, 89, 95, 120, 121, 129, 138, 162  
 reproduktivna doba, 176  
 reproduktivne težave, 193, 197  
 reproduktivno obdobje, 3, 178  
 reproduktivno zdravje, 3, 4, 5, 39, 43, 76, 160, 167  
 rodnost, 4, 10, 14, 15, 17, 18, 20, 76, 89, 95

**S**

samomor, 61, 62, 70, 197  
 samomorilni količnik, 70, 71  
 samopoškodbe, 28, 31, 34  
 samopoškodbeno vedenje, 197  
 sestava prebivalstva, 10, 80  
 sindrom nenadne smrti dojenčka, 181  
 socialno varstvo, 150, 151, 155, 156  
 socialno-ekonomski položaj, 5, 6, 23, 32, 40, 53, 76, 77, 87, 95, 96, 123, 145, 176, 180  
 splav, 47, 77, 82, 181, 195  
 splavnost, 77, 82  
 spolno in reproduktivno zdravje, 5, 75  
 spolno prenosljive okužbe, 5, 77, 84, 160  
 srčno-žilne bolezni, 4, 23, 32, 33, 34, 189  
 starejše ženske, 4, 10, 13, 29, 32, 34, 51, 53, 55, 56, 63, 64, 67, 68, 69, 70, 99, 102, 103, 104, 109, 119, 128, 145, 148, 149, 154, 158, 166, 172, 186  
 sterilizacija, 76, 77, 80

stopnja mrtvorojenosti, 94, 96  
 stopnja umrljivosti, 4, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 175, 183, 187, 188

**T**

telesna teža, 95, 96, 181  
 tobak, 3, 7, 170, 175  
 transportne nezgode, 28, 31, 34, 43, 44, 45, 48, 49, 51, 53, 55, 56

**U**

ukrepi/ukrepanje, 4, 5, 7, 33, 34, 39, 55, 56, 57, 61, 71, 73, 90, 94, 95, 96, 99, 103, 105, 108, 116, 120, 121, 152, 158, 177, 178, 180, 189  
 umrljivost, 3, 4, 5, 6, 23, 49, 54, 61, 87, 94, 99, 108, 109, 170, 175, 182  
 umrljivost perinatalna, 88  
 umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov, 187  
 umrljivost zaradi bolezni obtočil, 25, 33  
 umrljivost zaradi covid-19, 34, 105  
 umrljivost zaradi infekcijskih in parazitskih bolezni., 31  
 umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze, 182, 187, 189  
 umrljivost zaradi raka debelega črevesa in danke, 142  
 umrljivost zaradi raka dojke, 6, 126, 131, 132  
 umrljivost zaradi raka materničnega vratu, 118  
 umrljivost zaradi samomora, 71  
 umrljivosti dojenčkov, 87

**V**

vzroki umrljivosti, 23, 28, 29

**Z**

Z zdravjem povezan vedenjski slog (CINDI), 61, 172, 173, 174, 182, 184, 185, 186  
 Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju HBSC, 61, 62, 182, 183  
 Zakon o nalezljivih boleznih, 100  
 Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, 77, 100, 145  
 Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, 76  
 zdrav življenjski slog, 55, 103, 189  
 zdravila, 3, 5, 7, 55, 61, 62, 67, 68, 71, 73, 190  
 zdravstveno varstvo, 3, 7, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 64, 65, 68, 76, 77, 83, 87, 89, 95, 96, 121, 159, 160, 161, 163, 166, 167

**Ž**

življenjska doba, 32  
 življenjski slog, 53, 54, 55, 103, 114, 180, 189, 197