



Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana

Demografija

Zora

Dejavniki  
zdravja

Osnovna  
zdravstvena  
dejavnost

PREBIVALCI

# ZDRAVJE

v ljubljanski zdravstveni regiji

2012

Poškodbe  
pri delu

Svit

Obiski

Bolniški stalež

Rak

Zdravstveno  
varstvo

Umrljivost

DORA

## Zdravje v ljubljanski zdravstveni regiji 2012

Avtorji:

Nives Letnar Žbogar

Tjaša Jerman

Majda Domanjko

Lea Peternel

Izdal

Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana

Ljubljana, 2013

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614(497.451.1)(047)(0.034.2)  
314.14(497.451.1)(047)(0.034.2)

ZDRAVJE v ljubljanski zdravstveni regiji 2012 [Elektronski vir] / avtorji Nives Letnar Žbogar  
... [etal.]. - El. knjiga. - Ljubljana : Zavod za zdravstveno varstvo, 2013

ISBN 978-961-6148-15-3 (pdf)  
1. Letnar Žbogar, Nives  
265813504

**ZDRAVJE**  
**v ljubljanski zdravstveni regiji**  
**2012**

**Pripravili:**

Nives Letnar Žbogar

Tjaša Jerman

Majda Domanjko

Lea Peternel

## **PREDGOVOR**

*Ljubljanska zdravstvena regija je največja zdravstvena regija v državi, saj zajema 40 občin s približno 600.000 prebivalci. Zbiranje, obdelava in interpretacija podatkov s področja javnega zdravja je veliko delo in vesel sem, da je pred nami v obliki regijskega poročila. Za to so zaslužne sodelavke na Centru za socialno medicino Zavoda za zdravstveno varstvo Ljubljana. Ta je bil ustanovljen v začetku dvajsetega stoletja zaradi potreb, ki so jih pogojevale zdravstvene, higienske, socialne in druge razmere. Je naslednik mestnega fizikata, Higienske postaje in Centralnega higienskega zavoda iz časov med obema svetovnjima vojnoma. Njegova osnovna dejavnost je vpeta v lokalno okolje in skupaj z usmeritvami države v zaščito javnega zdravja na nivoju primarne preventive na področju, ki ga pokriva. Regijsko poročilo je odraz aktivnega delovanja Zavoda pri zaznavanju problematike na terenu in osnova za vključevanje tako v pripravo kot tudi v realizacijo potrebnih ukrepov na nivoju zdravstvene regije. Izjemno pomembno je za načrtovanje zdravstvene in socialne politike tako na področju regije kot na nivoju celotne države. Osnova vseh teh dejavnosti so zagotovo prikaz organiziranosti celotne zdravstvene regije in demografski podatki, kar je oboje lepo in jasno predstavljeno.*

*Na zdravje ljudi vpliva več različnih dejavnikov. Ti dejavniki so: biološki (starost, spol, genska zasnova), socialne in ekonomske okoliščine, nove delovne tehnologije, informacijska in komunikacijska revolucija, življenjski slog ter zastrupljanje okolja. Na nekatere lahko posameznik vpliva v večji meri na druge pa le omejeno. Nekaj tega je za ljubljansko zdravstveno regijo predstavljeno v poglavju »Dejavniki povezani z zdravjem«. Včasih je veljalo, da je zdravje predvsem odsotnost bolezni. V zadnjem času se je definicija, kaj je zdravje, bistveno dopolnila in razširila. Zdravje je opredeljeno kot širša vrednota, kjer ne gre le za odsotnost bolezni, ampak za stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, ki se kaže v zmožnosti neprekinjenega prilagajanja okolju. Skrb za zdravje ni več le ozek interes posameznika, ampak vse bolj postaja tudi skrb družbe in je ne le zasebna, ampak družbena dobrina. Pogosto je potrebno prilagajati shemo primarne preventive trenutnim socialnim in ekonomskim spremembam v regiji.*

*Izjemno pomembni podatki o dogajanju na določenem področju so podatki o umrljivosti, tako splošni kot po posameznih vzrokih smrti in v regijskem poročilu so za ljubljansko zdravstveno regijo prestavljeni v posebnem poglavju. Ti podatki kažejo, da je stanje v regiji v primerjavi s celo državo dobro. Vendar so znotraj ljubljanske zdravstvene regije precejšnje razlike v zdravju prebivalcev, saj regijo sestavljajo različne pokrajine s svojimi posebnostmi. Že glavno mesto države Ljubljana ima svoje posebnosti.*

*V zadnjem času se vse več aktivnosti usmerja v preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni, med katere sodijo predvsem bolezni srca in žilja ter različna rakava obolenja in še cela vrsta drugih, zaradi katerih večinoma obolevajo in umirajo prebivalci predvsem razvitih dežel, kamor spada tudi*

*Slovenija. Prav rakava obolenja so posebej predstavljena v svojem poglavju. Preprečevanje in zgodnje odkrivanje teh je izjemno pomembno in v regijskem poročilu so opisani trije zelo pomembni državni presejalni programi za rake debelega črevesa in danke (SVIT), dojke (DORA) in materničnega vratu (ZORA).*

*Zelo povedni so tudi podatki o bolniškem staležu, tako o odsotnosti iz dela, kot vzrokih za to odsotnost. Na podlagi teh informacij se lahko načrtujejo preventivne aktivnosti.*

*Skrb za zdravje in dobro počutje zaposlenih in preprečevanje nastanka poškodb pri delu je izredno pomembno, pri tem pa je nujno sodelovanje z vodstvi podjetij in njihovimi službami za varstvo pri delu ter zdravniki medicine dela. Podatki o teh poškodbah so prav tako podani v posebnem poglavju in lahko služijo za osnovo preventivnih aktivnosti.*

*O organiziranosti zdravstvene službe v regiji in o obiskih v osnovni zdravstveni dejavnosti govorita zadnji dve poglavji regijskega poročila. Sta odraz dejavnosti na primarnem nivoju. Služba javnega zdravja si prizadeva varovati in krepiti zdravje vseh prebivalcev. Veliko aktivnosti temelji tudi na zdravstveno-vzgojnih vsebinah in učenju veččin za njihovo udejanjanje. Za varovanje zdravja prebivalcev pa ni pomembno samo zdravstvo ampak tudi drugi resorji v čigar pristojnosti so na primer: splošni ukrepi za zagotavljanje ustrezne pitne vode, hrane, zraka, čistega okolja, odstranjevanje odpadkov, zadostnosti in ustreznosti bivalnih prostorov, možnosti za izobraževanje, zaposlitev in kvalitetno preživljanje prostega časa ... .*

*Upoštevajoč priporočila strokovnjakov Svetovne zdravstvene organizacije, ki pripisujejo raziskavam na področju varovanja zdravja pomembno vlogo, je za ljubljansko regijo pomembno izvajati epidemiološke, antropološke in sociološke raziskave o zdravstvenem stanju prebivalcev, o vplivu življenjskega sloga na zdravje, o medsebojnem vplivu fizičnega in socialnega okolja na zdravje, o preskrbljenosti prebivalstva z zdravstveno dejavnostjo in njene učinkovitosti ter o procesih načrtovanja in odločanja na področju varovanja zdravja. ZZV Ljubljana bo zato v okviru svojih pristojnosti in zmožnosti to nalogo vestno opravljal še naprej in promoviral ukrepe varovanja zdravja in življenjskega okolja na nivoju celotne regije ter aktivno deloval za njihovo udejanjanje. Ob tem je izredno pomembno informiranje in priprava priporočil s področja javnega zdravja za strokovno in splošno javnost v regiji. Temu je namenjeno tudi to regijsko poročilo o zdravju v ljubljanski zdravstveni regiji.*

*mag. Tomaž Čakš, dr. med.  
spec. spl. med., spec. higijene in javnega zdravja  
v. d. direktorja ZZV Ljubljana*

## KAZALO VSEBINE

<b>UVOD</b>	<b>14</b>
<b>1. OZEMLJE LJUBLJANSKE ZDRAVSTVENE REGIJE</b>	<b>16</b>
<b>2. DEMOGRAFSKI PODATKI</b>	<b>19</b>
<b>3. DEJAVNIKI POVEZANI Z ZDRAVJEM</b>	<b>31</b>
<b>4. UMRLJIVOST</b>	<b>41</b>
<b>5. RAK</b>	<b>52</b>
<b>6. DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAMI</b>	<b>61</b>
<b>6.1 PROGRAM SVIT – DRŽAVNI PROGRAM PRESEJANJA IN ZGODNJEGA ODKRIVANJA PREDRAKAVIH SPREMENB IN RAKA DEBELEGA ČREVEŠA IN DANKE</b>	<b>61</b>
<b>6.2 REZULTATI DRŽAVNEGA PRESEJALNEGA PROGRAMA DORA V LJUBLJANSKI REGIJI</b>	<b>66</b>
<b>6.3 DELOVANJE DRŽAVNEGA PRESEJALNEGA PROGRAMA ZA RAKA MATERNIČNEGA VRATU ZORA V OSREDNJESLOVENSKE STATISTIČNE REGIJE</b>	<b>74</b>
<b>7. BOLNIŠKI STALEŽ</b>	<b>95</b>
<b>8. POŠKODBE PRI DELU</b>	<b>99</b>
<b>9. ZDRAVSTVENO VARSTVO PREBIVALCEV</b>	<b>105</b>
<b>10. OBISKI V OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI</b>	<b>113</b>
<b>PRILOGE</b>	<b>122</b>

## KAZALO SLIK

<i>Slika 1: Model dejavnikov zdravja</i>	15
<i>Slika 2: Zemljevid upravnih enot v ljubljanski zdravstveni regiji</i>	16
<i>Slika 3: Zemljevid občin v ljubljanski zdravstveni regiji - število prebivalcev na 1 km<sup>2</sup>, 2011</i>	17
<i>Slika 4: Velikost občine v km<sup>2</sup> ter število prebivalcev na km<sup>2</sup>, ljubljanska zdravstvena regija, 2011</i>	18
<i>Slika 5: Delež prebivalcev starih do 15 in nad 65 let, ljubljanska zdravstvena regija, 2007 – 2011</i>	19
<i>Slika 6: Delež prebivalcev starih do 15 in nad 65 let, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2007 – 2011</i>	20
<i>Slika 7: Povprečna starost prebivalcev, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2007 – 2011</i>	21
<i>Slika 8: Povprečna starost prebivalcev po skupinah občin prebivališča, ljubljanska zdravstvena regija, 2007 - 2011</i>	22
<i>Slika 9: Povprečna starost po spolu, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2007 - 2011</i>	23
<i>Slika 10: Indeks staranja prebivalstva po skupinah občin prebivališča, ljubljanska zdravstvena regija, 2007 – 2011</i>	24
<i>Slika 11: Indeks staranja prebivalcev po spolu, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2007 - 2011</i>	25
<i>Slika 12: Število prebivalcev po petletnih starostnih skupinah in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2001 in 2011</i>	26
<i>Slika 13: Naravno gibanje prebivalstva, ljubljanska zdravstvena regija, indeks 2011/2001</i>	27
<i>Slika 14: Rodnost, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2001 – 2011</i>	28
<i>Slika 15: Umrljivost, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2001 – 2011</i>	29
<i>Slika 16: Naravni prirastek, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2001 - 2011</i>	30
<i>Slika 17: Skupine občin glede na koeficient razvitosti za leti 2011 in 2012</i>	32
<i>Slika 18: Število zaposlenih na 1000 prebivalcev po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2004 – 2011</i>	33
<i>Slika 19: Delež prebivalstva (15 in več let) po stopnji izobrazbe za ljubljansko zdravstveno regijo, Slovenija, 2011 (stanje 1.1.2011)</i>	34

<i>Slika 20: Delež delovno aktivnega prebivalstva po občinah prebivališča in doseženi izobrazbi, ljubljanska zdravstvena regija, Slovenija, 2011 (stanje 31.12.)</i>	35
<i>Slika 21: Stopnja registrirane brezposelnosti, ljubljanska zdravstvena regija, Slovenija, 2001 – 2011</i>	36
<i>Slika 22: Stopnje registrirane brezposelnosti po upravnih enotah in spolu, 2011</i>	37
<i>Slika 23: Stopnja registrirane brezposelnosti po upravnih enotah in starostnih razredih, 2011</i>	38
<i>Slika 24: Stopnje registrirane brezposelnosti po doseženi izobrazbi po upravnih enotah, 2011</i>	39
<i>Slika 25: Stopnje registrirane brezposelnosti glede na trajanje brezposelnosti po upravnih enotah, 2011</i>	40
<i>Slika 26: Umrljivost po spolu v ljubljanski zdravstveni regiji, 2001-2011</i>	41
<i>Slika 27: Starostno standardizirana umrljivost po upravnih enotah bivališča, ljubljanska zdravstvena regija, 2011</i>	43
<i>Slika 28: Starostno standardizirana umrljivost do 65. leta po upravnih enotah bivališča, ljubljanska zdravstvena regija, 2011</i>	44
<i>Slika 29: Umrljivost dojenčkov, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2000-2011</i>	46
<i>Slika 30: Delež najpogostejših vzrokov smrti po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2011</i>	47
<i>Slika 31: Umrljivost zaradi najpogostejših vzrokov, ljubljanska zdravstvena regija, 1992-2011</i>	48
<i>Slika 32: Nekateri vzroki umrljivosti pri mlajših od 65 let, ljubljanska zdravstvena regija, 2004-2011</i>	49
<i>Slika 33: Umrljivost zaradi najpogostejših vzrokov smrti pred 65. letom po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2011</i>	51
<i>Slika 34: Število novih primerov raka na 100.000 prebivalcev po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 1961 – 2008</i>	53
<i>Slika 35: Število novih primerov raka na 100.000 prebivalcev po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 1998 – 2008</i>	54
<i>Slika 36: Novi primeri raka na 100.000 prebivalcev po starostnih skupinah in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 1999 – 2008</i>	55
<i>Slika 37: Najpogostejša mesta nastanka raka, ljubljanska zdravstvena regija, 2004-2008</i>	56
<i>Slika 38: Najpogostejša mesta nastanka raka pri ženskah, ljubljanska zdravstvena regija 2004 – 2008</i>	57
<i>Slika 39: Najpogostejša mesta nastanka raka pri moških, ljubljanska zdravstvena regija 2004 – 2008</i>	58



<i>Slika 40: Gibanje šestih najpogostejših vrst raka pri moških, ljubljanska zdravstvena regija, 1998 – 2008</i>	59
<i>Slika 41: Gibanje šestih najpogostejših vrst raka pri ženskah, ljubljanska zdravstvena regija, 1998 – 2008</i>	60
<i>Slika 42: Shematska razporeditev presejalnih enot (ki so lahko stacionarne ali mobilne) in enot za nadaljnjo obravnavo in zdravljenje. Število mobilnih enot je odvisno od odzivnosti žensk ciljne starostne skupine.</i>	70
<i>Slika 43: Mobilna presejalna enota</i>	71
<i>Slika 44: Notranjost mobilne enote – prostor za slikanje</i>	71
<i>Slika 45: Informacijska zgibanka in vabilo programa Dora</i>	73
<i>Slika 46: Informativna knjižica Zora za ženske, Onkološki inštitut, 2011. Knjižica je v e-obliki dostopna na uradni spletni strani programa (<a href="http://zora.onko-i.si/">http://zora.onko-i.si/</a>).</i>	76
<i>Slika 47: Pot ženske skozi program Zora. Vsi standardizirani obrazci, navodila in strokovna priporočila so v e-obliki dostopni na uradni spletni strani programa (<a href="http://zora.onko-i.si/">http://zora.onko-i.si/</a>).</i>	77
<i>Slika 48: Triletno drseče povprečje grobe incidenčne stopnje RMV in CIN 3 na 100.000 prebivalc v ljubljanski zdravstveni regiji in Sloveniji, 1998–2011. (Vir: Register raka RS in spletni portal SLOA, november 2012)</i>	85
<i>Slika 49: Petletno drseče povprečje starostno specifične incidenčne stopnje CIN 3 (levo) in RMV (desno) na 100.000 prebivalc Slovenije, 1998–2011. (Vir: Register raka RS in spletni portal SLOA, december 2012)</i>	86
<i>Slika 50: Povprečno število dni na 1 primer zdravstveno opravičene začasne odsotnosti z dela po upravnih enotah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011</i>	96
<i>Slika 51: Število primerov zdravstveno opravičene začasne odsotnosti z dela na 1000 zaposlenih po upravnih enotah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011</i>	97
<i>Slika 52: Prijavljene poškodbe pri delu po mestu nastanka poškodbe na 1000 zaposlenih, ljubljanska zdravstvena regija, 2005 - 2010</i>	99
<i>Slika 53: Umrli zaradi poškodb pri delu, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2010</i>	100
<i>Slika 54: Število prijavljenih poškodb pri delu na 100 zaposlenih po skupinah gospodarskih dejavnosti, ljubljanska zdravstvena regija, 2008 – 2010</i>	102
<i>Slika 55: Prijavljene poškodbe pri delu na 100 zaposlenih po upravnih enotah sedeža delodajalca, ljubljanska zdravstvena regija, 2008 – 2010</i>	103

- Slika 56: Število prijavljenih poškodb pri delu na 100 zaposlenih po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2010 \_\_\_\_\_ 104
- Slika 57: Delež kurativnih obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011 \_\_\_\_\_ 116
- Slika 58: Število obiskov na 1000 otrok v dejavnosti zdravstvenega varstva predšolskih otrok, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011 \_\_\_\_\_ 117
- Slika 59: Število obiskov na 1 zdravnika v dejavnosti zdravstvenega varstva predšolskih otrok, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011 \_\_\_\_\_ 118
- Slika 60: Število obiskov na enega zdravnika v dejavnosti zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011 \_\_\_\_\_ 119
- Slika 61: Število obiskov na 1000 šolskih otrok in mladine v dejavnosti zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011 \_\_\_\_\_ 120

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Število umrlih ter umrljivost in starostno standardizirana umrljivost na 1000 prebivalcev po upravnih enotah bivališča in po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2011	42
Tabela 2: Umrljivost po starostnih skupinah in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2011	45
Tabela 3: Odzivnost vabljenih v Program Svit na ravni Slovenije in po zdravstvenih regijah, prva polovica leta 2012	62
Tabela 4: Odzivnost vabljenih v ljubljanski zdravstveni regiji po občinah, prva polovica leta 2012	63
Tabela 5: Triletna pregledanost ciljne populacije programa Zora (%) po upravnih enotah ljubljanske zdravstvene regije v primerjavi s povprečjem regije in Slovenije, v treh, prekrivajočih se triletnih obdobjih (1. julij 2006–30. junij 2009, 1. julij 2007–30. junij 2010 in 1. julij 2008–30. junij 2011). (Vir: Register Zora, november 2012)	81
Tabela 6: Triletna pregledanost ciljne populacije programa Zora (%) v ljubljanski zdravstveni regiji v primerjavi s Slovenijo, po starostnih skupinah, v treh, prekrivajočih se triletnih obdobjih (1. julij 2006–30. junij 2009, 1. julij 2007–30. junij 2010 in 1. julij 2008–30. junij 2011). (Vir: Register Zora, oktober 2012.)	82
Tabela 7: Incidenca RMV in CIN 3 v in Sloveniji, ljubljanski zdravstveni regiji (ZR) in upravni enoti (UE) Ljubljana v letih 1998–2011. (Vir: Register raka RS, spletni portal SLORA, november 2012)	83
Tabela 8: Število ginekoloških timov in število opredeljenih žensk na ginekološki tim po izpostavah območne enote Ljubljana v letih 2009–2011. (Vir: Seznami izvajalcev v dispanzerjih za ženske, Število opredeljenih po starostnih skupinah pri aktivnih ginekologih, podatki za 30. avgust posameznega leta, ZZZS)	89
Tabela 9: Zdravstveno opravičena začasna odsotnost z dela, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011	95
Tabela 10: Odstotni delež primerov in dni zdravstveno opravičene začasne odsotnosti z dela	98
Tabela 11: Število prijavljenih poškodb pri delu po skupinah gospodarskih dejavnosti po SKD in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2010	101
Tabela 12: Število javnih zavodov in zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti v ljubljanski zdravstveni regiji, 2011	107
Tabela 13: Število zaposlenih po izobrazbi in pravnem statusu zdravstvene ustanove, ljubljanska zdravstvena regija, 31.12. 2010	110

Tabela 14: Število stalno zaposlenih zdravnikov na 1000 prebivalcev v osnovni zdravstveni dejavnosti, po skupinah občin, ljubljanska zdravstvena regija, 31.12.2010	112
Tabela 15: Število kurativnih obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011	113
Tabela 16: Odstotni delež obiskov po vzroku (končne diagnoze) pri zdravniku v osnovni zdravstveni dejavnosti po poglavjih MKB-10, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011	114
Tabela 17: Število kurativnih obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011	115
Tabela 18: Število kurativnih obiskov pri zdravniku v ambulanti splošne/družinske medicine in izbrani kazalci, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011	121
Tabela 19: Površina občin in število prebivalcev na km <sup>2</sup> , ljubljanska zdravstvena regija, stanje 01.07.2011	122
Tabela 20: Seznam "skupin občin" po občinah ljubljanske zdravstvene regije, 2011	124
Tabela 21: Število zaposlenih na 1000 prebivalcev po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2004 – 2011	125
Tabela 22: Delež prebivalstva (15 in več let) po stopnji izobrazbe za ljubljansko zdravstveno regijo in Slovenijo, 2011 (stanje 1.1.2011)	126
Tabela 23: Delež delovno aktivnega prebivalstva po občinah prebivališča in doseženi izobrazbi, ljubljanska zdravstvena regija, Slovenija, 2011 (stanje 31.12.)	128
Tabela 24: Stopnja registrirane brezposelnosti po upravnih enotah, ljubljanska zdravstvena regija, Slovenija, 2001 – 2011	130
Tabela 25: Stopnje registrirane brezposelnosti po upravnih enotah in spolu, 2011	131
Tabela 26: Stopnje registrirane brezposelnosti po upravnih enotah in starostnih razredih, 2011	132
Tabela 27: Stopnje registrirane brezposelnosti po doseženi izobrazbi po upravnih enotah, 2011	133
Tabela 28: Stopnje registrirane brezposelnosti glede na trajanje brezposelnosti po upravnih enotah, 2011	134
Tabela 29: Primerjava ravni izobrazbe	135
Tabela 30: Odstotni delež primerov in dni zdravstveno opravičene začasne odsotnosti z dela, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011	136

*Tabela 31: Prijavljene poškodbe pri delu po upravnih enotah in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2010* \_\_\_\_\_ 137

*Tabela 32: Delež prijavljenih poškodb pri delu po upravnih enotah in mestu nastanka poškodbe, ljubljanska zdravstvena regija, 2010* \_\_\_\_\_ 138

*Tabela 33: Prijavljene poškodbe pri delu po načinu nastanka poškodbe, ljubljanska zdravstvena regija, 2007 – 2010* \_\_\_\_\_ 139

## **UVOD**

Zdravje lahko opredelimo kot splošno vrednoto in osnovo za produktivno in kvalitetno življenje vsakega posameznika in skupnosti. V tem smislu zdravje in skrb zanj ni le interes posameznika, medicinskih strok ali institucij zdravstvenega varstva, temveč odgovornost celotne družbe.

Na zdravje vpliva veliko različnih dejavnikov. Te dejavnike, ki vplivajo na zdravje ljudi, imenujemo determinante ali dejavniki zdravja. Pojem vključuje vsak dejavnik, ki povzroči spremembo v zdravstvenem stanju, ali pa je kako drugače povezan z zdravjem. Pri tem je zelo pomembno dejstvo, da so ti dejavniki v medsebojnem odnosu, saj pri nastanku posameznih bolezni skoraj vedno »sodeluje« veliko dejavnikov. Prav tako pa je vsak posamezen dejavnik »odgovoren« za nastanek več različnih bolezni. Nekateri dejavniki so danost npr. biološke značilnosti, ki jih ne moremo spremeniti. Na druge kot so splošni socialnoekonomski, kulturni in okoljski pogoji, življenjski in delovni pogoji, socialni vplivi in vplivi skupnosti in vedenjski dejavniki pa imamo lahko večji ali manjši vpliv in možnost ukrepanja na različnih ravneh.

'Mavrica' dejavnikov, ki vplivajo na zdravje je lepo prikazana v modelu dejavnikov zdravja, ki sta ga razvila Dahlgren in Whitehead (Slika 1). Avtorja še posebej poudarjata medsebojni vpliv delovanja dejavnikov.

Slika 1: Model dejavnikov zdravja



*Vir: Determine, 2008*

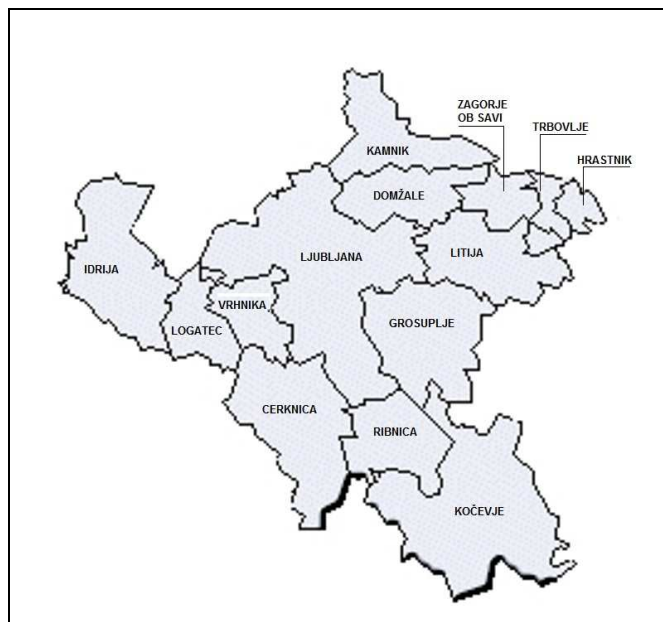
**Literatura:**

1. Povzetek aktivnosti, Izboljšanje enakosti na področju zdravja preko socialnih determinant zdravja v EU, Pregled prvega leta dela konzorcija DETERMINE, 2008.

## 1. OZEMLJE LJUBLJANSKE ZDRAVSTVENE REGIJE

Ljubljanska zdravstvena regija obsega 14 upravnih enot (Slika 2) s 40 občinami (Slika 3) in več kot 600.000 prebivalci. Je največja od devetih zdravstvenih regij v Sloveniji. Živiljenjsko okolje na tem območju je izjemno raznoliko – od mestnega v slovenski prestolnici do planot in gozdov, kjer je človek še vedno redek gost.

Slika 2: Zemljevid upravnih enot v ljubljanski zdravstveni regiji



Območje ljubljanske zdravstvene regije zajema poleg celotne Osrednje slovenske in Zasavske statistične regije še občine Idrija in Cerknica iz Goriške, Cerknico, Loško dolino in Bloke iz Notranjsko-kraške in Kočevje, Ribnico, Sodražico, Loški potok, Kostel ter Osilnico iz regije Jugovzhodna Slovenija.

Razprostira se na 4.712 km<sup>2</sup>, kar predstavlja več kot 23 % površine Slovenije. Na tem območju je leta 2011 živel 31,4 % prebivalcev Slovenije, ki pa so zelo neenakomerno razporejeni. Gostota prebivalcev se giblje od 1.017 prebivalcev na km<sup>2</sup> v Mestni občini Ljubljana do 11 prebivalcev na km<sup>2</sup> v občini Osilnica (Slika 3).

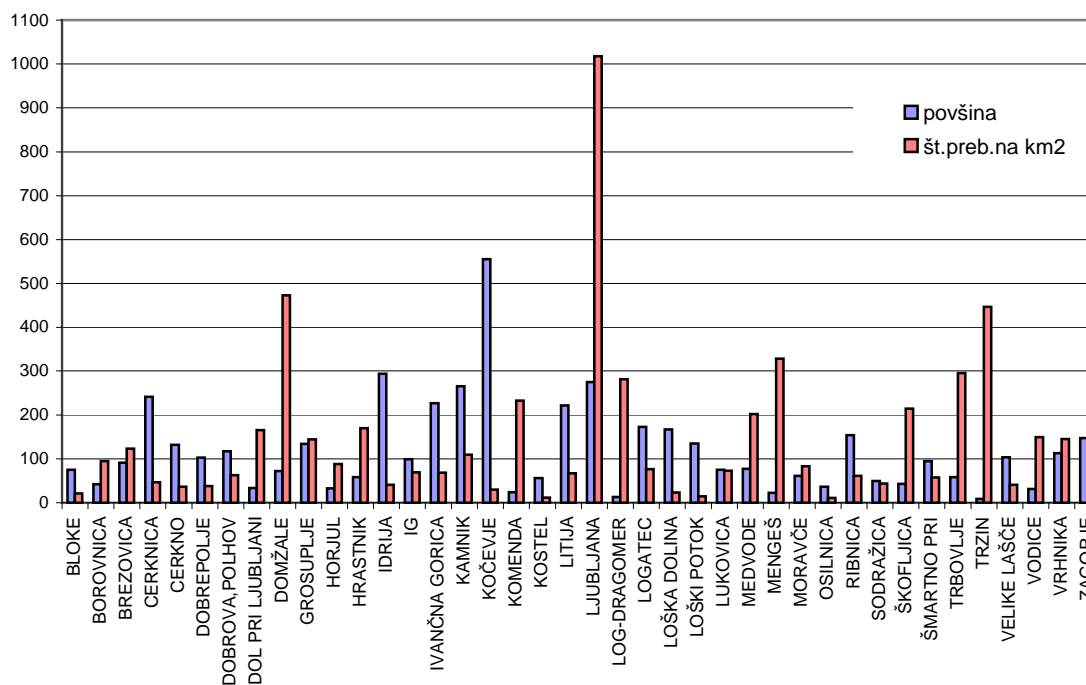




Nekateri statistični podatki se ne zbirajo na nivoju upravnih enot, ampak le na nivoju občine. Ker so določeni podatki občutljive narave ali predstavljajo majhno število primerov, smo občine združili v skupine občin, ki večinoma ustrezajo upravnim enotam. Tabela s seznamom skupin občin je v prilogi (Tabela 20).

Slika 4 prikazuje velikost občine ter število prebivalcev na km<sup>2</sup>. Po površini je največja občina Kočevje, in sicer kar 555 km<sup>2</sup>, ki pa ima na km<sup>2</sup> le 29 prebivalcev. Mestna občina Ljubljana pa je velika 275 km<sup>2</sup>, medtem ko je ima na km<sup>2</sup> kar 1017 prebivalcev. Podatke o površini občin in številu prebivalcev na km<sup>2</sup> prikazuje Tabela 19.

Slika 4: Velikost občine v km<sup>2</sup> ter število prebivalcev na km<sup>2</sup>, ljubljanska zdravstvena regija, 2011

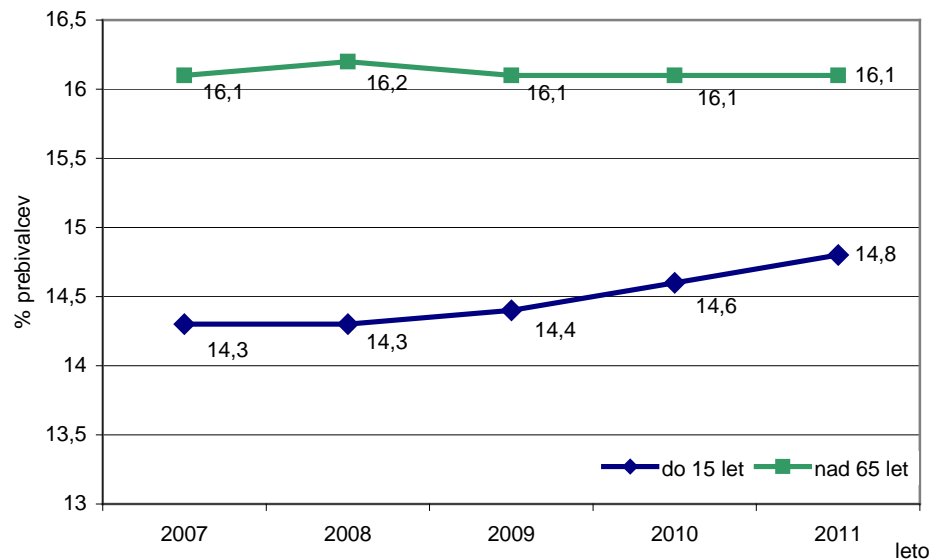


## 2. DEMOGRAFSKI PODATKI

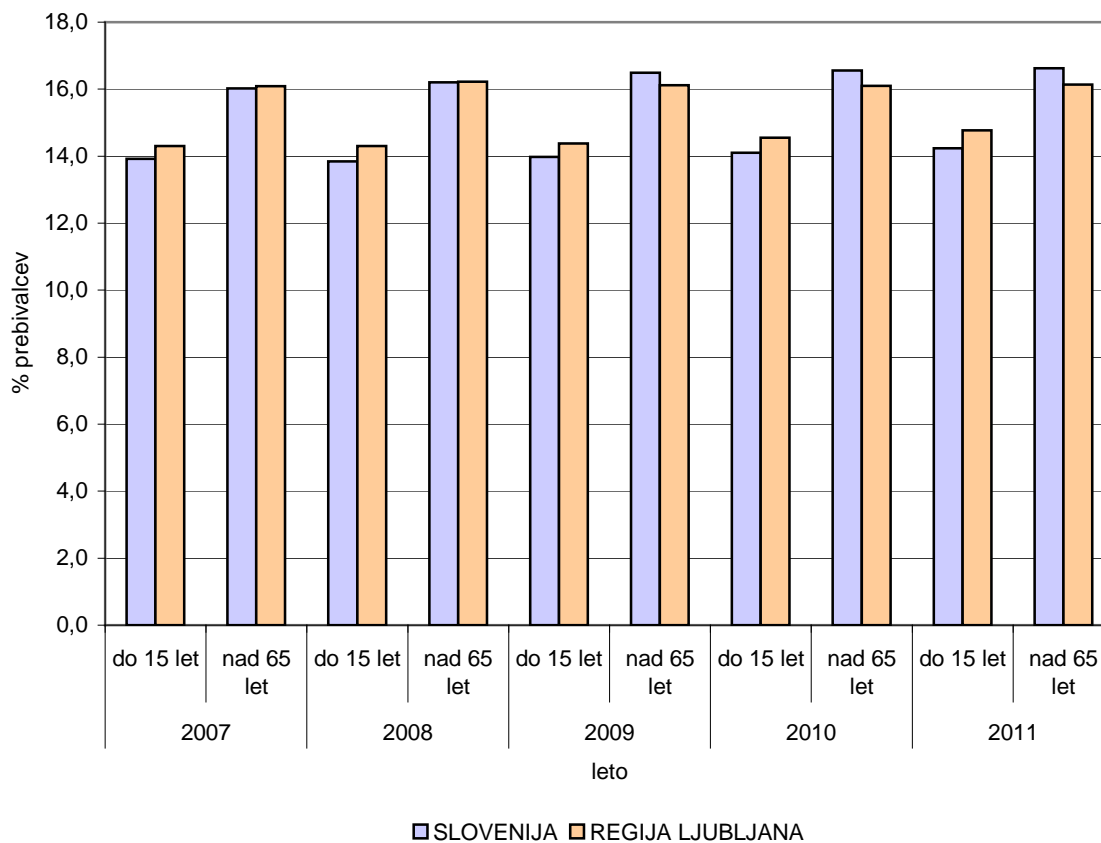
Leta 2011 je v Sloveniji stalno prebivalo 2.042.335 prebivalcev, od tega v ljubljanski zdravstveni regiji 643.508, kar predstavlja 31,4 % prebivalcev Slovenije.

V letu 2011 je bilo v Sloveniji 14,2 % prebivalcev starih do 15 let, v ljubljanski zdravstveni regiji pa 14,8 %. Delež starejših nad 65 let v istem obdobju je bil v Sloveniji 16,6 %, v ljubljanski zdravstveni regiji pa 16,1 %. Delež prebivalcev starih do 15 let se je od leta 2007 do leta 2011 povečeval, v ljubljanski zdravstveni regiji hitreje kot v Sloveniji in je višji od slovenskega povprečja (Slika 6). Delež prebivalcev starejših od 65 let se v ljubljanski zdravstveni regiji v istem obdobju ni bistveno spreminjal in je po letu 2008 nižji od slovenskega povprečja. (Slika 5, Slika 6).

Slika 5: Delež prebivalcev starih do 15 in nad 65 let, ljubljanska zdravstvena regija, 2007 – 2011

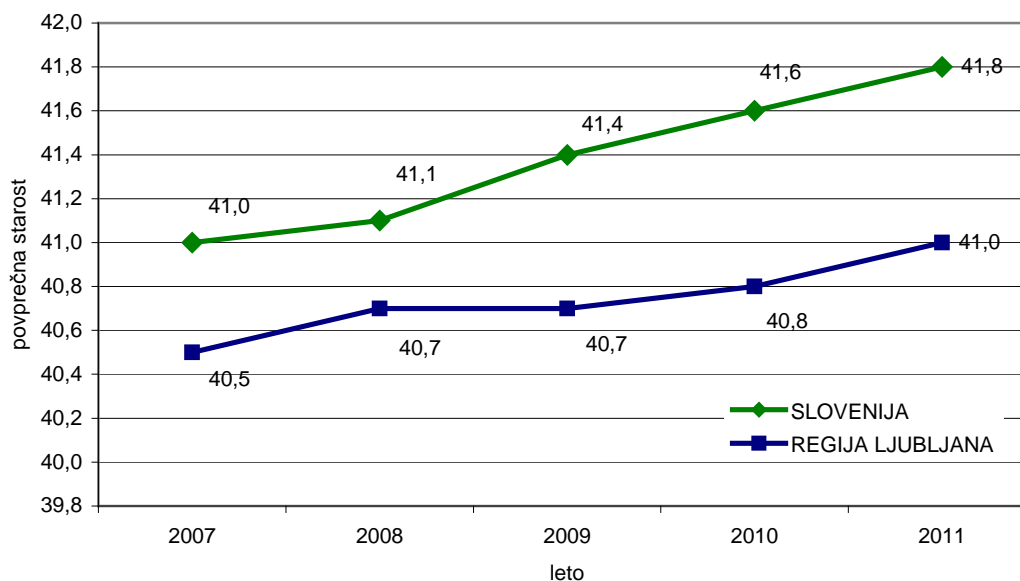


Slika 6: Delež prebivalcev starih do 15 in nad 65 let, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2007 – 2011

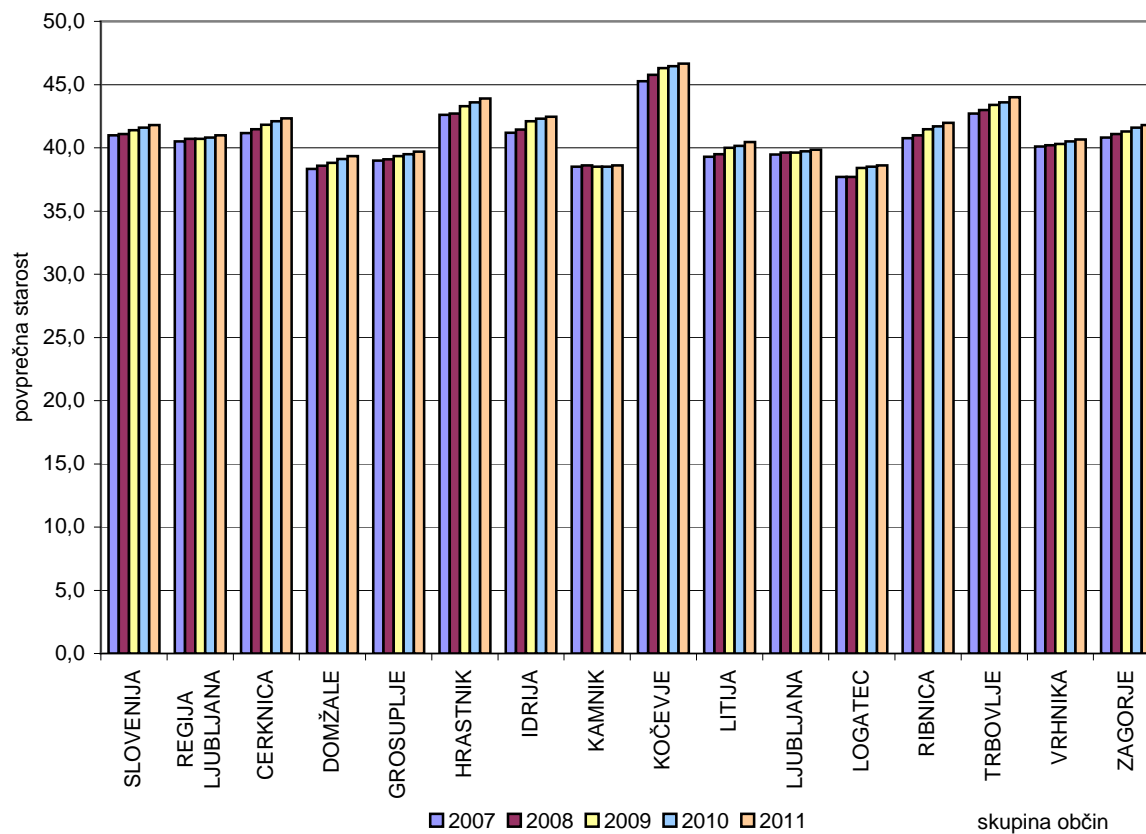


Povprečna starost prebivalcev (moških in žensk) se je v obdobju od 2007 do 2011 zvišala tako v Sloveniji, kot tudi v ljubljanski zdravstveni regiji (Slika 7 in Slika 9). V enakem obdobju se je povprečna starost prebivalcev zvišala tudi v vseh skupinah občin, razen v Kamniku, kjer je v celotnem obdobju enaka (Slika 8). Manjše znižanje povprečne starosti opazimo samo pri ženskah v ljubljanski zdravstveni regiji leta 2009.

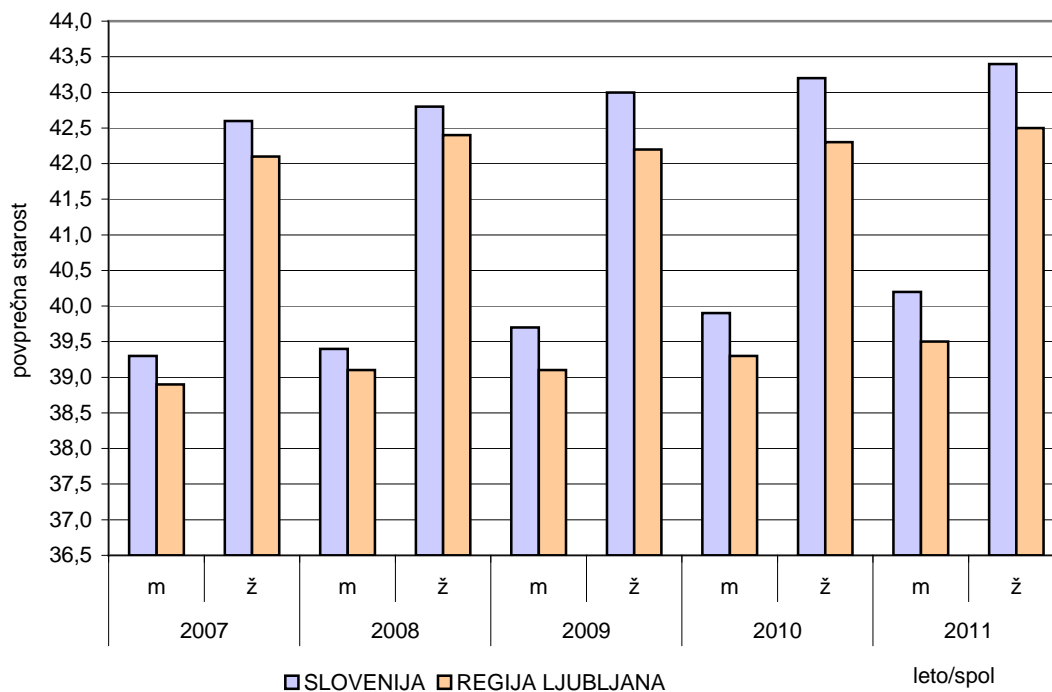
Slika 7: Povprečna starost prebivalcev, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2007 – 2011



Slika 8: Povprečna starost prebivalcev po skupinah občin prebivališča, ljubljanska zdravstvena regija, 2007 - 2011



Slika 9: Povprečna starost po spolu, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2007 - 2011

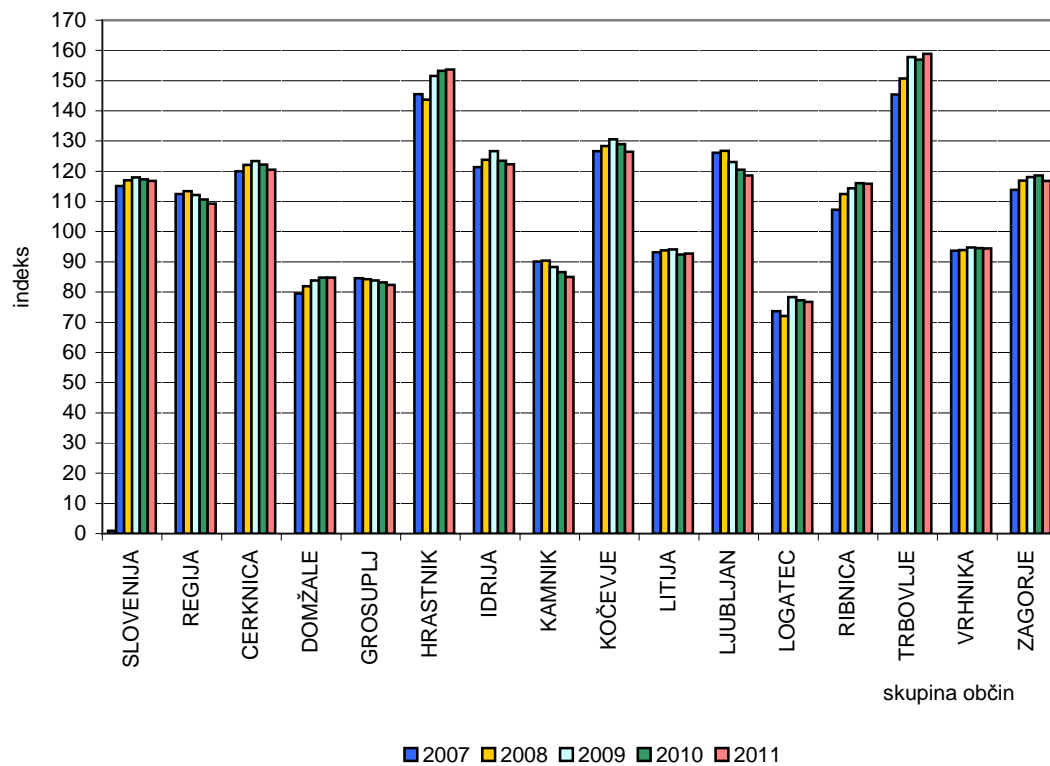


Indeks staranja predstavlja razmerje med številom oseb, starih 65 let ali več in številom oseb, mlajših od 15 let. Indeks pomeni število starejših od 65 let na 100 mlajših od 15 let.

Indeks staranja se je v večini skupin občin v ljubljanski zdravstveni regiji v obdobju od 2007 do 2011 praviloma nižal, z izjemo skupin občin Domžale, Hrastnik, Ribnica in Trbovlje, kjer se je zvišal (Slika 10).

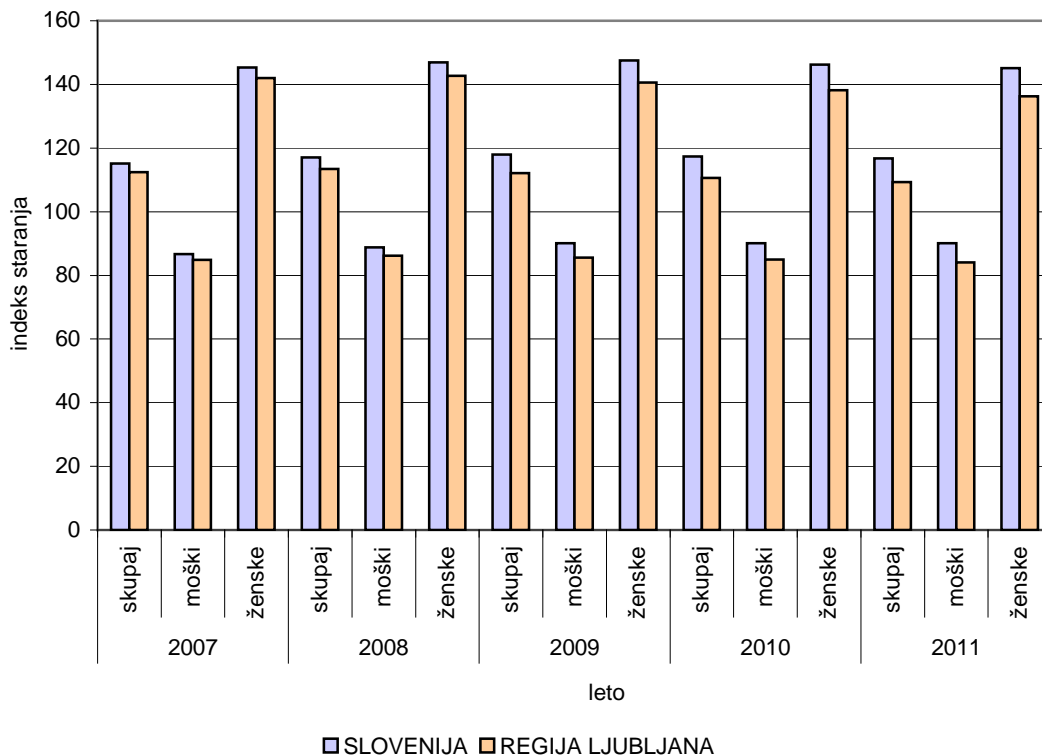
Indeks staranja se je tako v Sloveniji kot v ljubljanski zdravstveni regije torej začel nižati, in sicer v Sloveniji po letu 2009 in v regiji po letu 2008 (Slika 11). Podobno opažamo tudi, če pogledamo prebivalce po spolu. V regiji se je indeks staranja tako pri moških kot pri ženskah začel nižati po letu 2008. V Sloveniji pa se je indeks staranja pri ženskah začel nižati po letu 2009, pri moških pa se je višal do leta 2009, potem pa je do leta 2011 ostal enak.

Slika 10: Indeks staranja prebivalstva po skupinah občin prebivališča, ljubljanska zdravstvena regija, 2007 – 2011



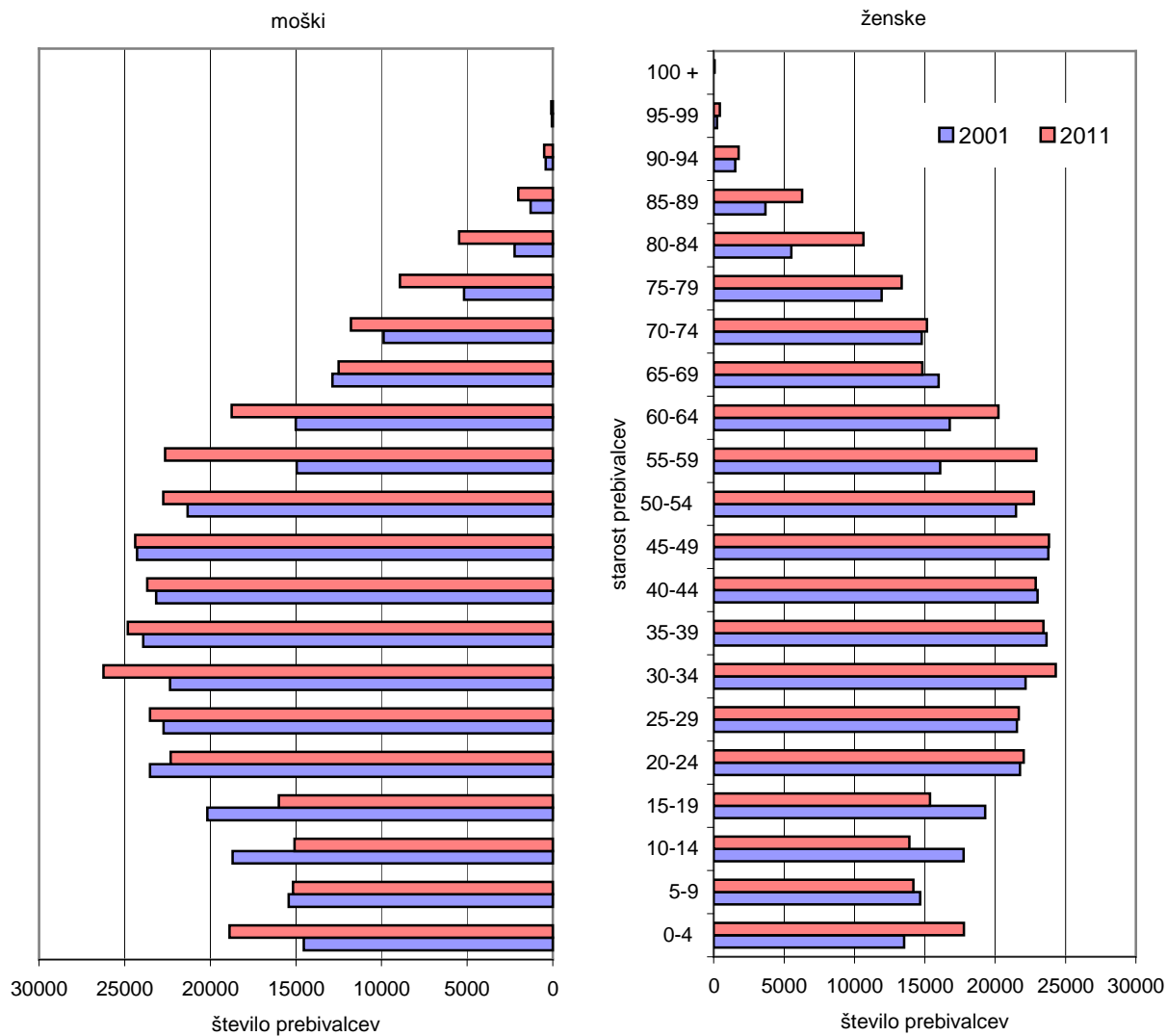


Slika 11: Indeks staranja prebivalcev po spolu, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2007 - 2011



V letu 2011 so bile najštevilčnejše starostne skupine od 20 do 64 let. V primerjavi z letom 2001 se je povečalo število prebivalcev v najmlajši starostni skupini 0 do 4 let in v starostnih skupinah nad 55 let. V najstarejših starostnih skupinah (nad 65 let) je žensk izrazito več kot moških (Slika 12). Zaradi manjše številčnosti starostnih skupin pod 20 let lahko v prihodnosti pričakujemo ponoven padec rodnosti, če bo vsaka ženska rodila povprečno enako število otrok kot sedaj. Ti demografski trendi bodo zaradi manjšega deleža aktivne populacije v primerjavi z upokojenci predstavljali tudi dodatno težavo pri zagotavljanju pokojnin.

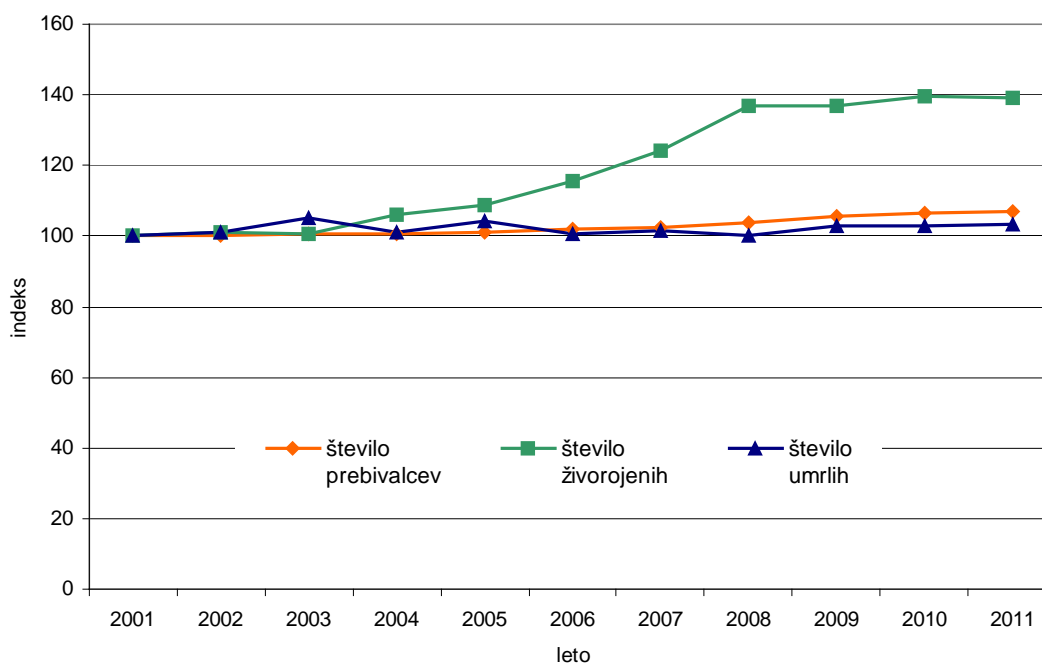
Slika 12: Število prebivalcev po petletnih starostnih skupinah in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2001 in 2011



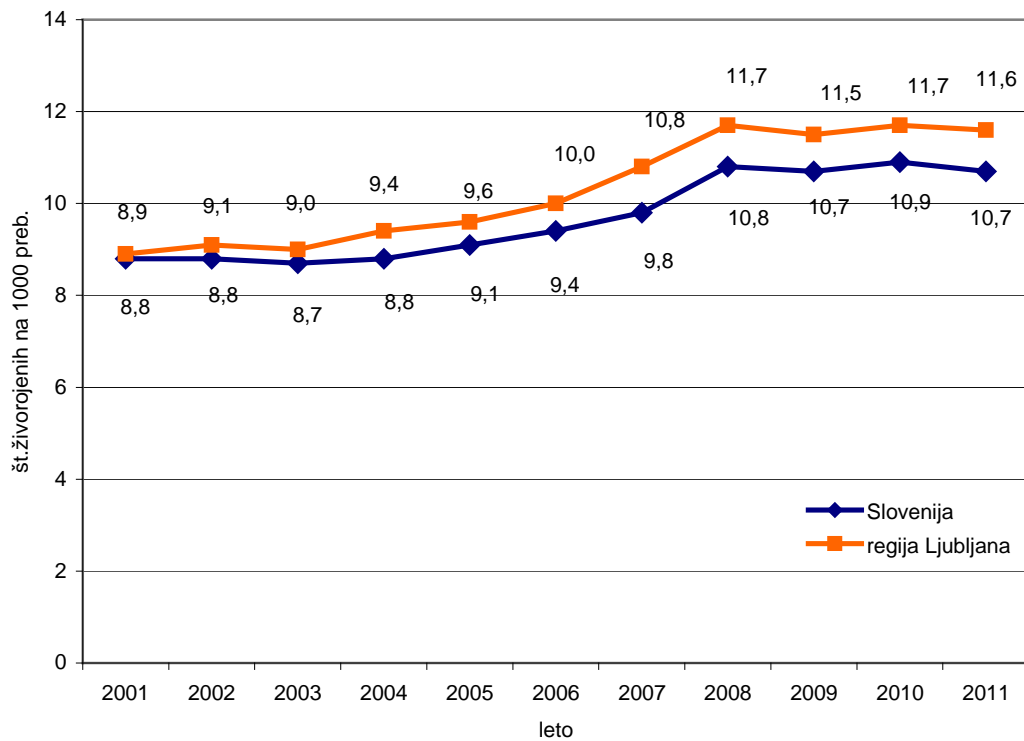
Rodnost se je v Sloveniji in ljubljanski zdravstveni regiji višala od leta 2004, v zadnjih treh letih pa ni velikih sprememb (Slika 14).

Umrljivost je bila tako v Sloveniji kot tudi v ljubljanski zdravstveni regiji najvišja leta 2003, in sicer 9,7 za Slovenijo in 8,8 za regijo (Slika 15). Do leta 2011 pa je padla na 9,1 za Slovenijo in 8,1 za regijo.

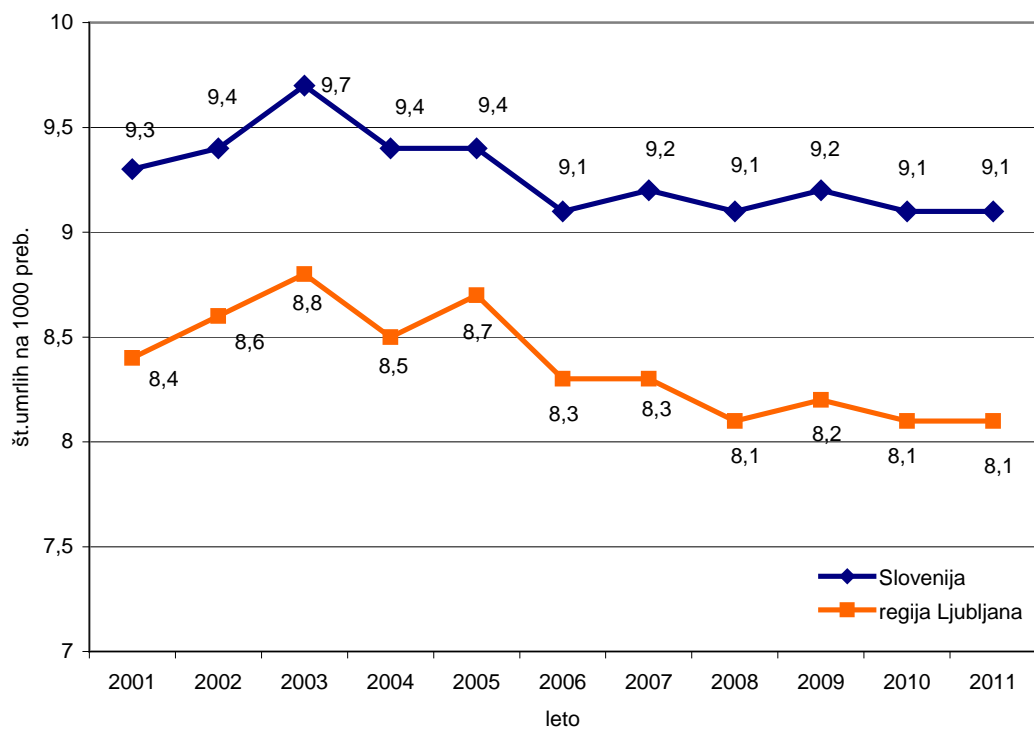
Slika 13: Naravno gibanje prebivalstva, ljubljanska zdravstvena regija, indeks 2011/2001



Slika 14: Rodnost, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2001 – 2011

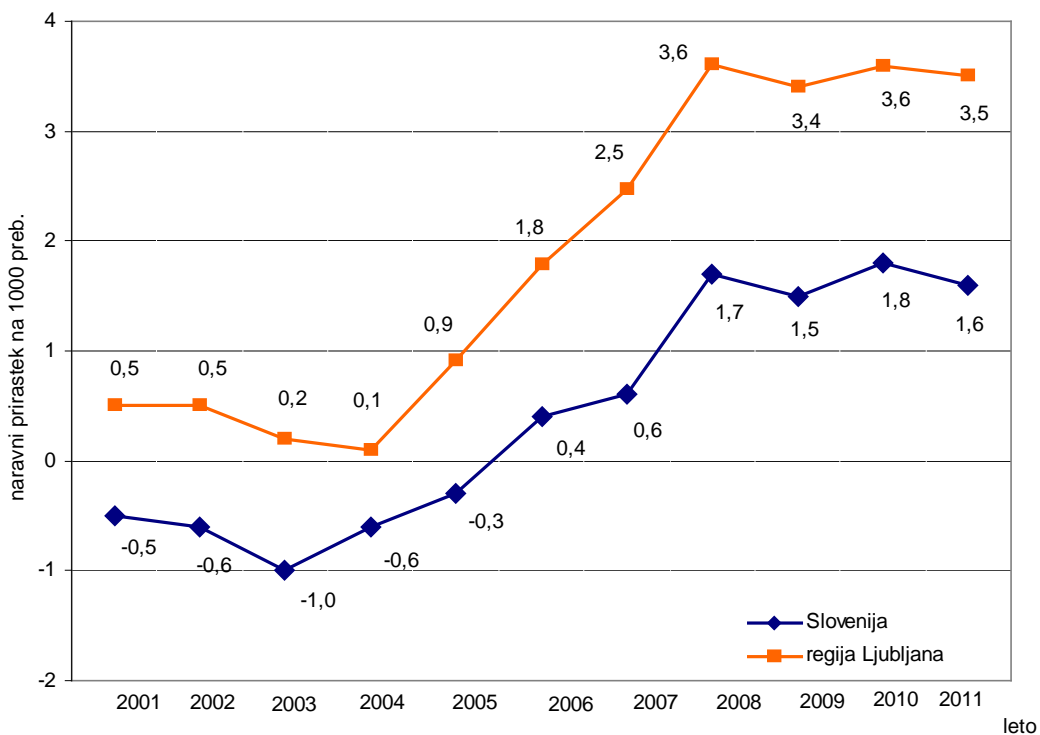


Slika 15: Umrljivost, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2001 – 2011



Naravni prirastek je razlika med rodnostjo in umrljivostjo. Če je torej umrljivost večja od rodnosti, je naravni prirastek negativen. V Sloveniji v obdobju od 2001 do 2011 umrljivost ni bila večja od rodnosti, v ljubljanski zdravstveni regiji pa se je to pojavilo od leta 2001 do leta 2005 (Slika 16). Po letu 2004 se je naravni prirastek višal, v zadnjih treh letih pa se je ustalil.

Slika 16: Naravni prirastek, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2001 - 2011



### **3. DEJAVNIKI POVEZANI Z ZDRAVJEM**

Kot smo zapisali že v uvodu, na zdravje ljudi vplivajo številni dejavniki. Zdravje posameznika torej ni odvisno le od njegovih bioloških značilnosti in njegovega vedenja, ampak v veliki meri tudi od okolja v katerem živi. Ljudje, ki živijo v bolj razvitem okolju so v povprečju bolj zdravi kot ljudje, ki živijo v manj razvitem okolju. Eden izmed načinov kako lahko merimo razvitost posamezne občine je uporaba sestavljenega kazalnika, ki se uporablja za sofinanciranje investicij občin iz državnega proračuna, in sicer je to koeficient razvitosti občine.

Koeficient razvitosti občine je razmerje med vrednostjo aritmetičnega povprečja standardiziranih vrednosti kazalnikov v občini in vrednostjo aritmetičnega povprečja standardiziranih vrednosti kazalnikov v državi (1). Koeficient razvitosti občine je sestavljen iz kazalnikov, ki se izračuna ob upoštevanju več kazalnikov - kazalniki razvitosti<sup>1</sup>, kazalniki ogroženosti<sup>2</sup>, kazalniki razvojnih možnosti<sup>3</sup>.

Slika 17 prikazuje skupine občin glede na koeficient razvitosti in vidimo, da so nadpovprečno razvite občine na severu in delno v osrednjem delu regije, medtem ko so podpovprečno razvite občine na jugu in delno na vzhodu regije.

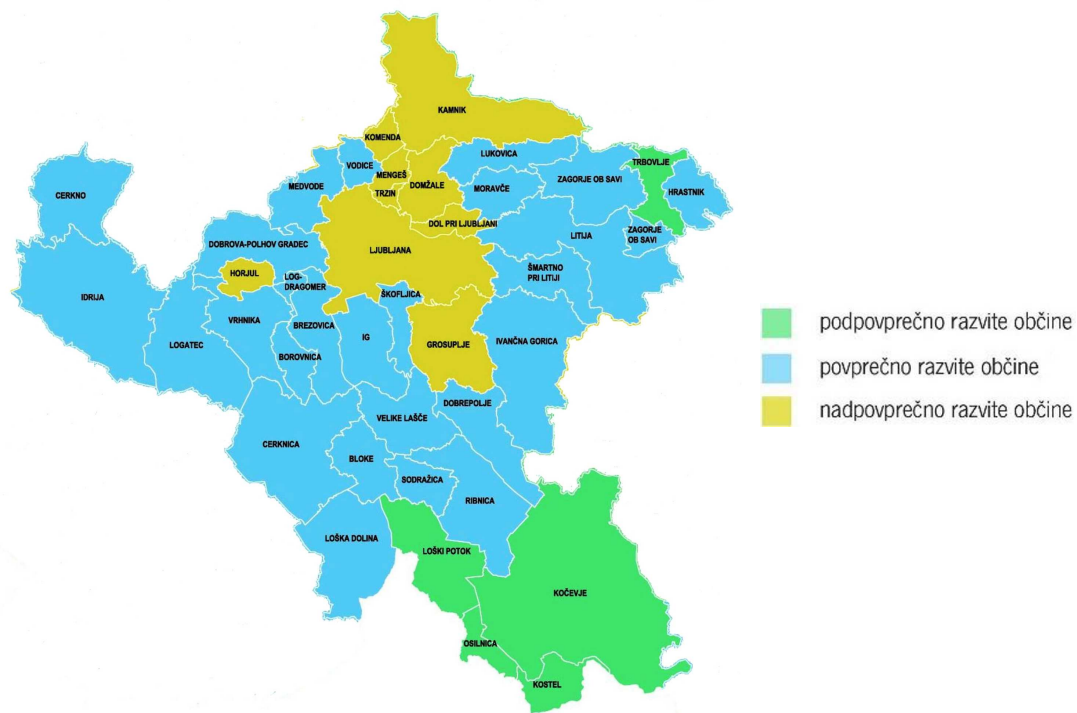
---

<sup>1</sup> bruto dodana vrednost gospodarskih družb na zaposlenega, osnova za dohodnino na prebivalca občine in število delovnih mest na število delovno aktivnega prebivalstva občine

<sup>2</sup> indeks staranja prebivalstva občine, stopnja registrirane brezposelnosti in stopnja delovne aktivnosti na območju občine

<sup>3</sup> oskrbljenost z dobrinami in storitvami javnih komunalnih služb, opremljenost s kulturno infrastrukturo, delež območij Natura 2000 v občini in poseljenost občine

Slika 17: Skupine občin glede na koeficient razvitosti za leti 2011 in 2012

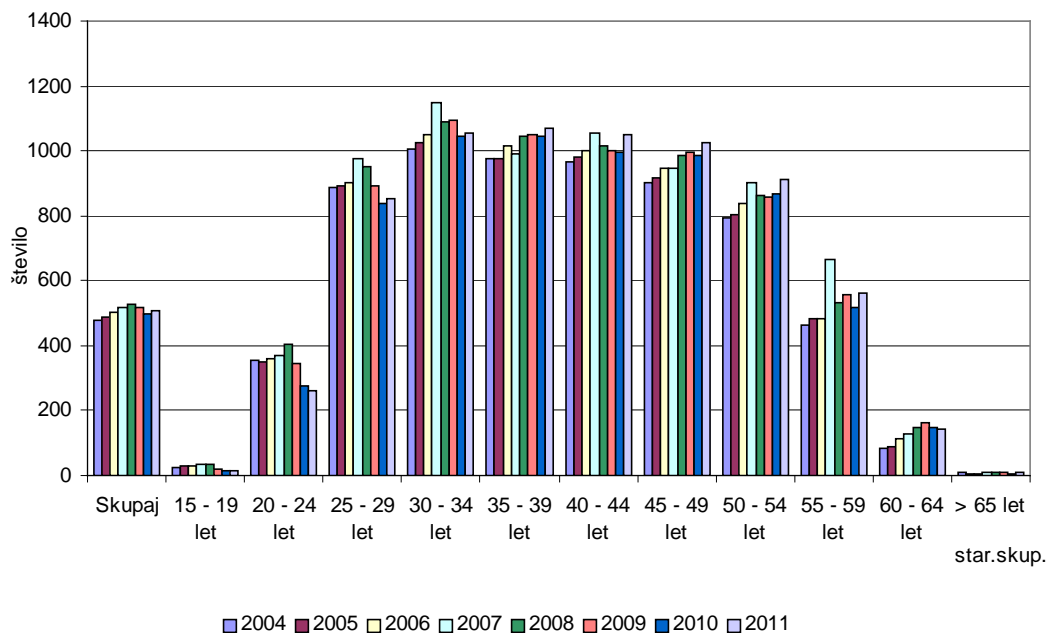


Vir: Dnevnik, 2010 (Ministrstvo za finance)



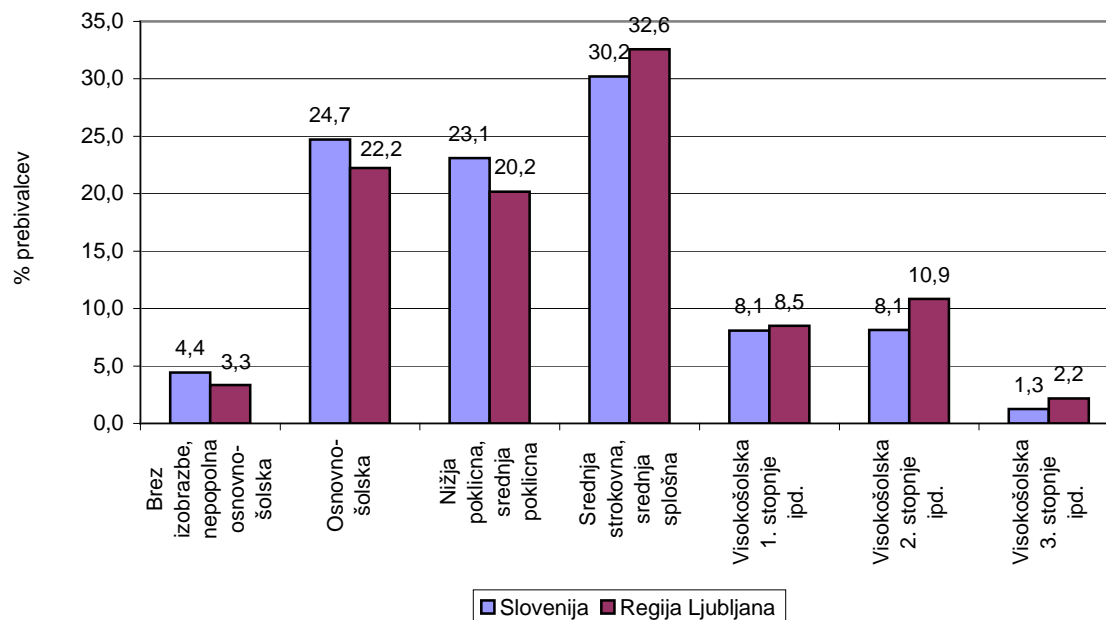
Število zaposlenih na 1000 prebivalcev v starostni skupini od 20 do 24 let v ljubljanski zdravstveni regiji od leta 2008 dalje pada (Slika 18). V ostalih starostnih skupinah, razen v skupini od 60 do 64 let, pa vidimo v letu 2011 porast števila zaposlenih. Podatke o številu zaposlenih na 1000 prebivalcev v regiji Ljubljana od leta 2004 do leta 2011 prikazuje Tabela 21 v prilogi.

Slika 18: Število zaposlenih na 1000 prebivalcev po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2004 – 2011



Na zdravje posameznika pozitivno vpliva tudi njegova izobrazba. Prebivalci ljubljanske zdravstvene regije imajo v povprečju višjo stopnjo izobrazbe kot v Sloveniji. V ljubljanski zdravstveni regiji je, v primerjavi s Slovenijo, več prebivalcev s srednješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo\* in manj prebivalcev brez izobrazbe oziroma z dokončano osnovno šolo (Slika 19). Podatke za posamezno občino prikazuje Tabela 22 v prilogi.

Slika 19: Delež prebivalstva (15 in več let) po stopnji izobrazbe za ljubljansko zdravstveno regijo, Slovenija, 2011 (stanje 1.1.2011)

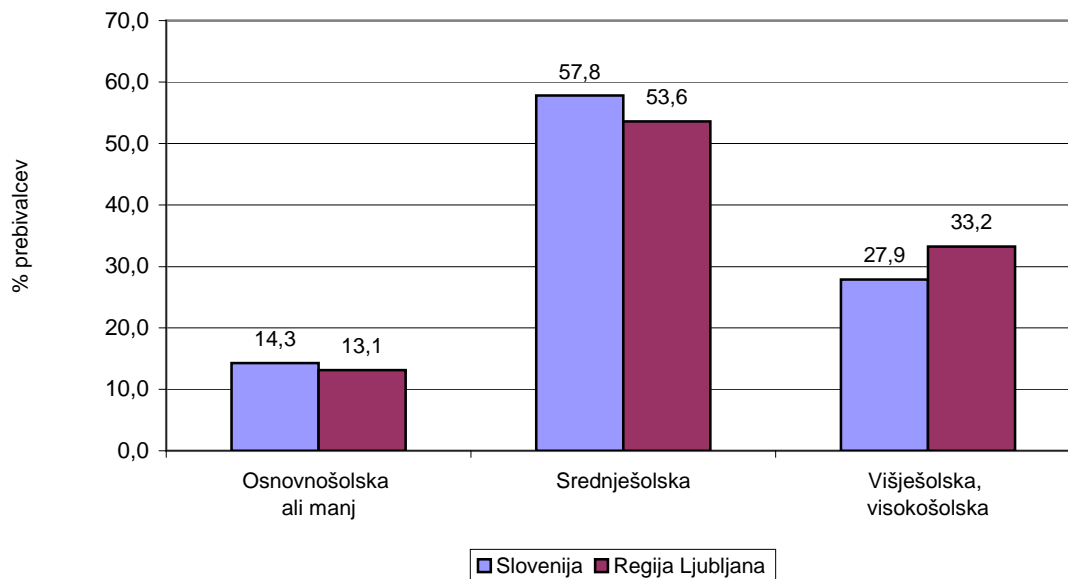


Vir: Statistični urad RS

Tabela 29 prikazuje primerjavo med dosedanjimi ravni izobrazbe in bolonjskimi ravni izobrazbe

V ljubljanski zdravstveni regiji je, v primerjavi s Slovenijo manj aktivnih prebivalcev z srednješolsko izobrazbo ali manj in več aktivnih prebivalcev z višjo oziroma visoko izobrazbo (Slika 20). Podatke za posamezno občino prikazuje Tabela 23 v prilogi.

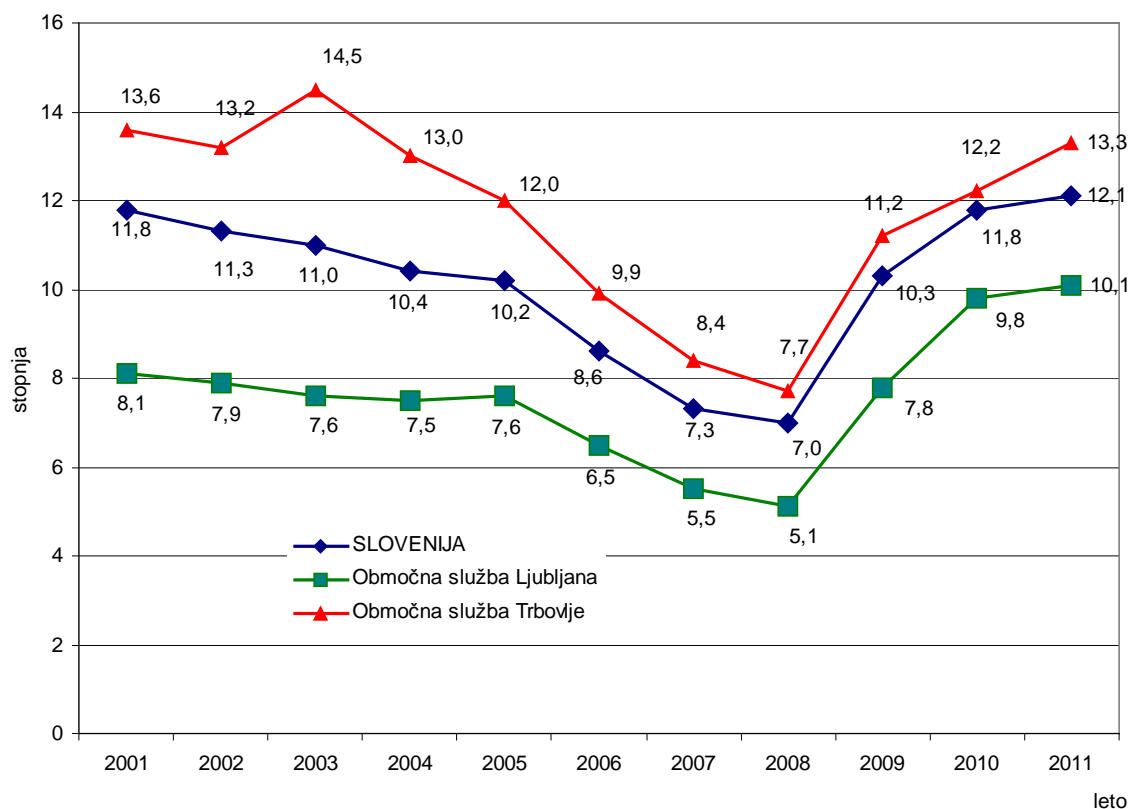
Slika 20: Delež delovno aktivnega prebivalstva po občinah prebivališča in doseženi izobrazbi, ljubljanska zdravstvena regija, Slovenija, 2011 (stanje 31.12.)



Vir: Statistični urad RS

Brezposelnost je dejavnik, ki negativno vpliva na zdravje posameznika. Slika 21 prikazuje stopnjo registrirane brezposelnosti od leta 2001 do 2011 za Slovenijo, območno enoto Ljubljana in območno enoto Trbovlje Zavoda RS za zaposlovanje. Vidimo, da se od leta 2008 stopnja registrirane brezposelnosti povsod viša. V območni službi Trbovlje je brezposelnost višja od slovenskega povprečja, medtem ko je v območni enoti Ljubljana nižja. Podatki po upravnih enotah so prikazani v Tabeli 24 v prilogi.

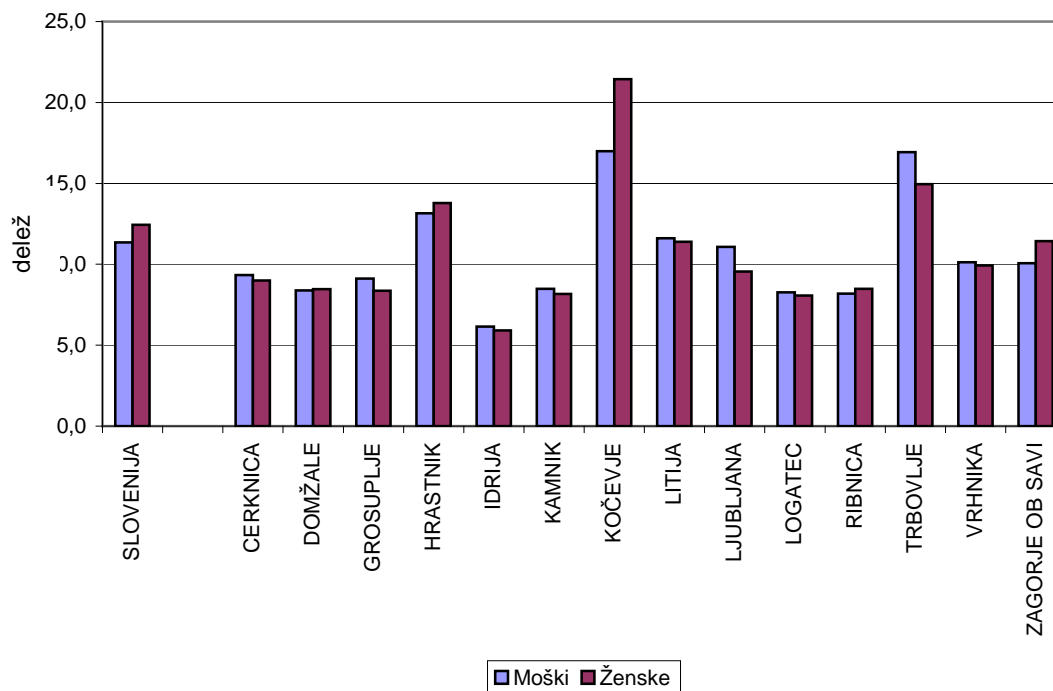
Slika 21: Stopnja registrirane brezposelnosti, ljubljanska zdravstvena regija, Slovenija, 2001 – 2011



Vir: Statistični urad RS

Stopnja registrirane brezposelnosti je najvišja v UE Kočevje, sledita pa UE Trbovlje in UE Hrastnik, ki so vse tudi nad slovenskim povprečjem (Slika 22). V Sloveniji je delež brezposelnih žensk višji od moških, medtem ko je v večini UE ljubljanske regije delež moških večji kot žensk. Izjema so UE Hrastnik, UE Kočevje in UE Zagorje ob Savi. Podatki po upravnih enotah so prikazani v Tabeli 25 v prilogi.

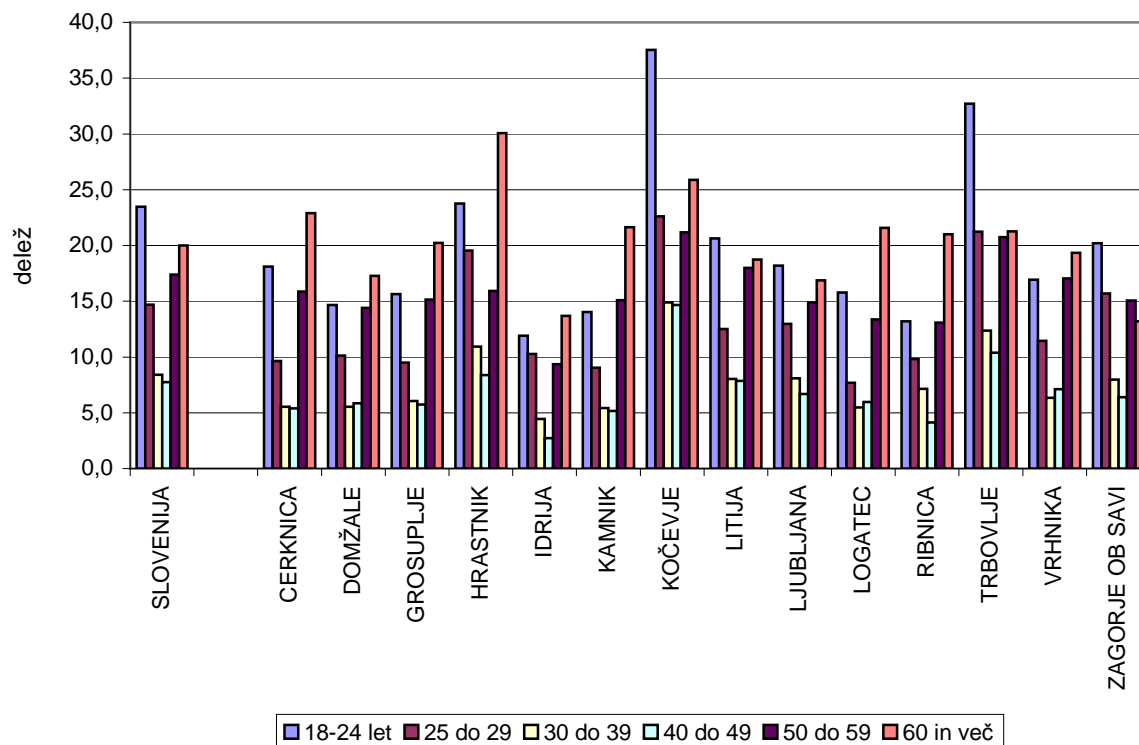
Slika 22: Stopnje registrirane brezposelnosti po upravnih enotah in spolu, 2011



Vir: Statistični urad RS

Stopnja registrirane brezposelnosti je v ljubljanski zdravstveni regiji višja v starostnih skupini od 18 do 29 let in v starostni skupini nad 50 let (Slika 23). Glede brezposelnosti mlajših izstopata UE Kočevje in UE Trbovlje, kjer je stopnja brezposelnosti v starostni skupini od 18 do 24 let 32,7 oziroma 37,5. Glede brezposelnosti starejših pa izstopajo UE Cerknica, UE Hrastnik, UE Kočevje, kjer je stopnja brezposelnosti v starostni skupini 60 in več let 22,9 oziroma 30,1 oziroma 25,9. Podatki po upravnih enotah so prikazani v Tabeli 26 v prilogi.

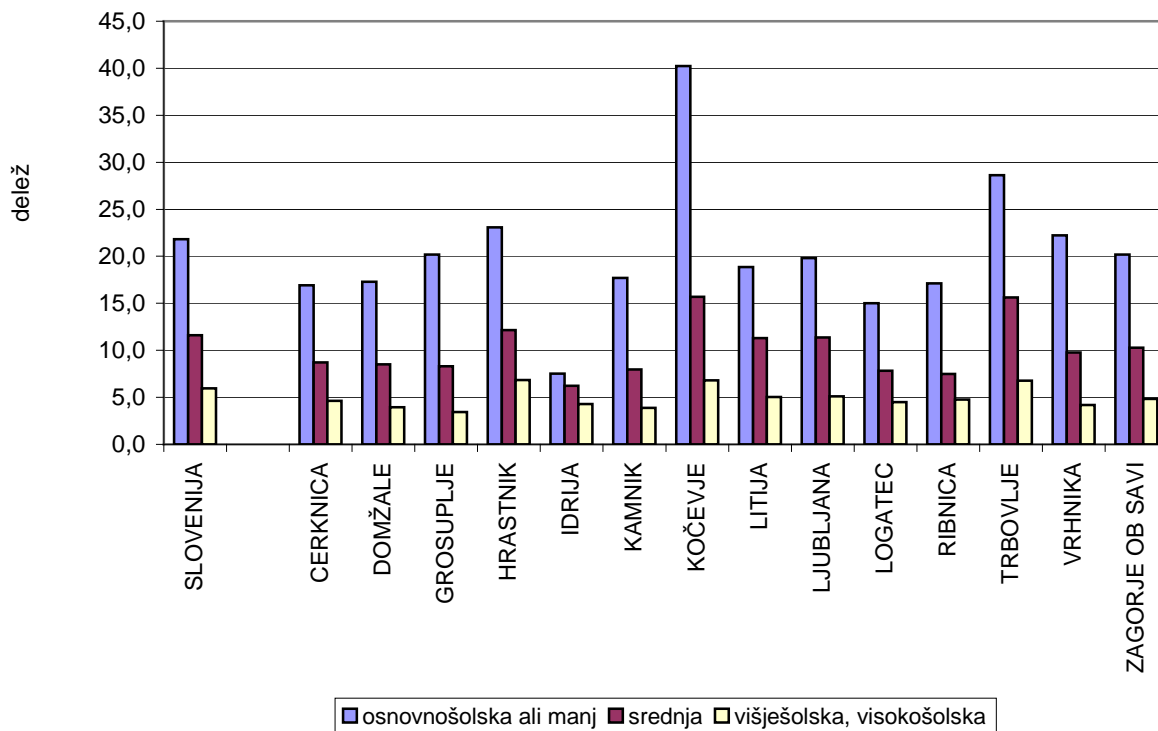
Slika 23: Stopnja registrirane brezposelnosti po upravnih enotah in starostnih razredih, 2011



Vir: Statistični urad RS

V vseh UE ljubljanske zdravstvene regije je stopnja registrirane brezposelnosti najvišja med tistimi, ki imajo dokončano osnovno šolo ali manj, sledijo tisti s srednješolsko izobrazbo, najnižja pa je stopnja med tistimi z višjo in visoko izobrazbo (Slika 24). Podatki po upravnih enotah so prikazani v Tabeli 27 v prilogi.

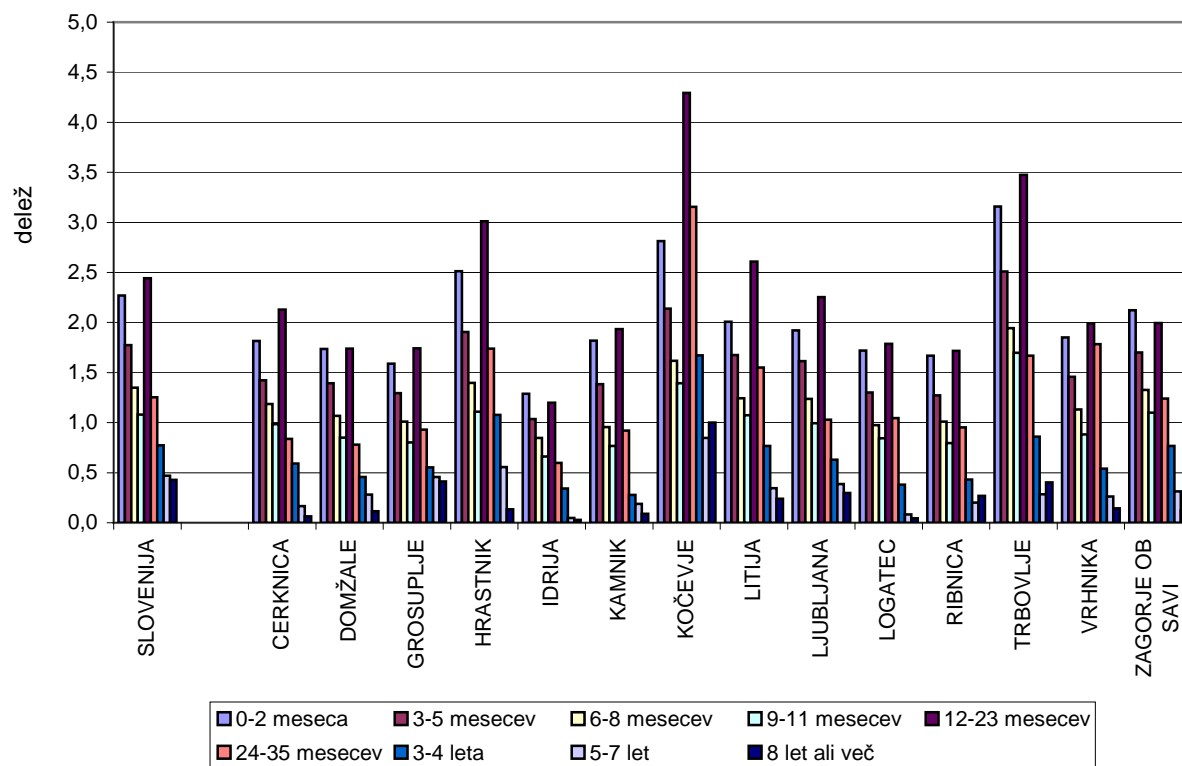
Slika 24: Stopnje registrirane brezposelnosti po doseženi izobrazbi po upravnih enotah, 2011



Vir: Statistični urad RS

Stopnja brezposelnosti v ljubljanski zdravstveni regiji je najvišja v skupini, ki je brezposelna od 12 do 23 mesecev (Slika 25). Sledi skupina, ki je brezposelna od 0 do 2 meseca in skupina, ki je brezposelna od 3 do 5 mesecev. V UE Kočevje je, v primerjavi z drugimi UE, visoka stopnja v skupini, ki je brezposelna od 24 do 35 mesecev – 3,2 % in od 3 do 4 leta – 1,7 %. Podatki po upravnih enotah so prikazani v Tabeli 28 v prilogi.

Slika 25: Stopnje registrirane brezposelnosti glede na trajanje brezposelnosti po upravnih enotah, 2011



Vir: Statistični urad RS

#### Literatura:

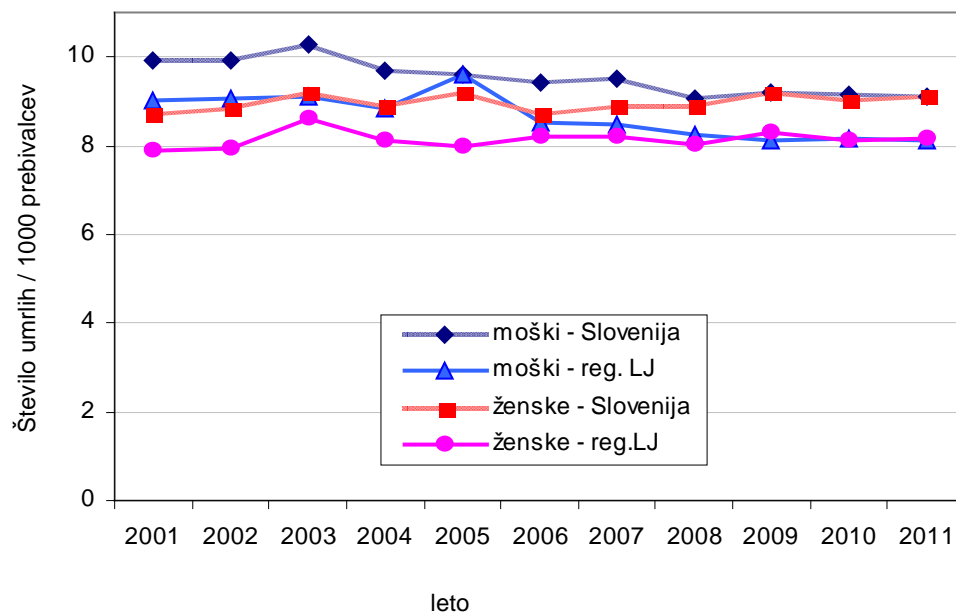
1. Uredba o metodologiji za določitev razvitosti občin. Uradni list RS številka 3/2011.



#### 4. UMRLJIVOST

Podatki o umrljivosti in vzrokih smrti so eden najpomembnejših in tudi najbolj zanesljivih kazalnikov zdravstvenega stanja prebivalstva.

Slika 26: Umrljivost po spolu v ljubljanski zdravstveni regiji, 2001-2011



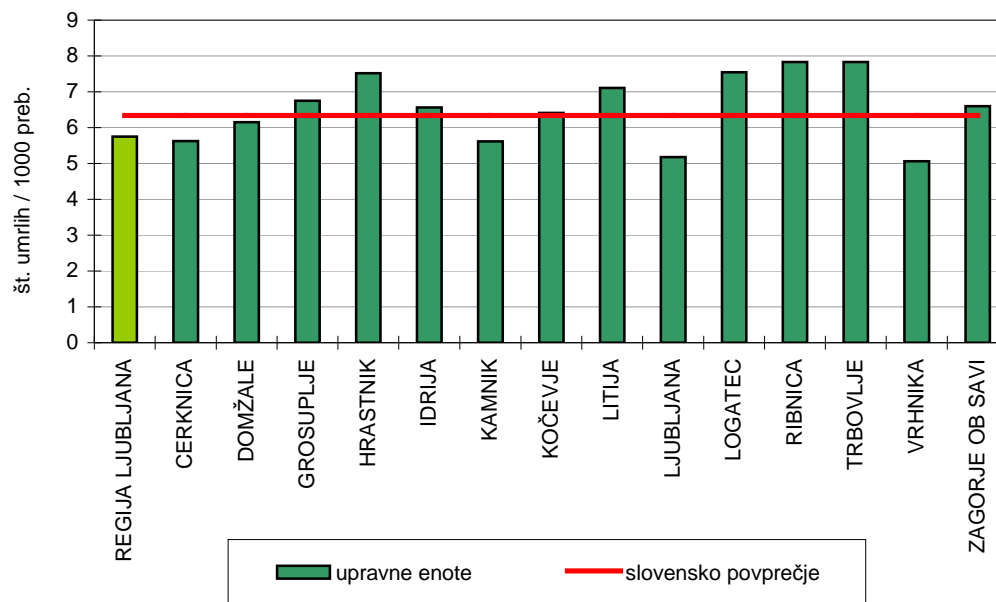
Stopnja umrljivosti, izražena kot število umrlih na 1000 prebivalcev, je bila v zadnjem desetletju v ljubljanski zdravstveni regiji ves čas nižja od slovenskega povprečja. Tako kot v celi Sloveniji, se tudi v ljubljanski regiji pri ženskah v preteklem desetletju ni bistveno spreminjala, pri moških pa se je zmanjšala (Slika 26). Stopnja umrljivosti se močno razlikuje po starostnih skupinah (Tabela 2), pa tudi upravnih enotah bivališča (Slika 27). Leta 2011 je bila v ljubljanski zdravstveni regiji mediana starosti ob smrti 79,7 let, slovensko povprečje je bilo 79,0. Mediana starosti ob smrti pomeni, da je polovica umrlih starejših, polovica pa mlajših od te starosti. Za moške prebivalce ljubljanske regije je bila mediana starosti ob smrti 75,3 let (slovensko povprečje je bilo 74,1), za ženske pa 83,6 let (slovensko povprečje 82,8 let). V primerjavi z letom 2001 se je mediana starosti ob smrti v ljubljanski regiji povečala pri moških za 5,3 leta, pri ženskah pa za 4,2 leti.

Umrljivost prebivalcev je povezana tudi s starostno strukturo. Da bi ta vpliv zmanjšali, izračunamo starostno standardizirano umrljivost, ki nam pove, kakšna bi bila umrljivost, če bi imele vse upravne enote enako starostno strukturo prebivalcev. Za standardizacijo smo uporabili evropsko standardno populacijo. Tudi starostno standardizirana umrljivost je v ljubljanski regiji kot celoti manjša od slovenskega povprečja (v letu 2011 za 9 %). Nekatere upravne enote pa slovensko povprečje presegajo. V letu 2011 so imele najvišjo starostno standardizirano umrljivost upravne enote Ribnica, Trbovlje in Hrastnik, najnižjo pa Vrhnika in Ljubljana (Tabela 1, Slika 27).

Tabela 1: Število umrlih ter umrljivost in starostno standardizirana umrljivost na 1000 prebivalcev po upravnih enotah bivališča in po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2011

Upravna enota	Število umrlih			Umrli na 1000 prebivalcev			Starostno standardizirana umrljivost na 1000 prebivalcev		
	skupaj	m	ž	skupaj	m	ž	skupaj	m	ž
<b>Slovenija</b>	18699	9235	9464	9,11	9,09	9,13	6,34	8,21	4,91
<b>Regija Ljubljana</b>	5232	2560	2672	8,13	8,11	8,15	5,75	7,36	4,56
<b>Cerknica</b>	135	66	69	8,04	7,71	8,38	5,62	7,16	4,27
<b>Domžale</b>	411	182	229	7,34	6,59	8,08	6,15	7,02	5,15
<b>Grosuplje</b>	313	156	157	8,09	7,97	8,22	6,75	9,77	4,98
<b>Hrastnik</b>	123	59	64	12,35	12,18	12,51	7,52	10,67	5,79
<b>Idrija</b>	180	87	93	10,74	10,34	11,16	6,56	9,96	5,11
<b>Kamnik</b>	241	123	118	6,96	7,19	6,73	5,62	6,85	4,35
<b>Kočevje</b>	170	93	77	9,69	10,67	8,71	6,41	9,56	4,60
<b>Litija</b>	184	99	85	8,93	9,60	8,27	7,10	10,17	4,84
<b>Ljubljana</b>	2645	1309	1336	7,61	7,79	7,45	5,18	6,71	4,08
<b>Logatec</b>	122	56	66	9,18	8,35	10,02	7,54	10,78	5,61
<b>Ribnica</b>	172	72	100	12,74	10,57	14,95	7,83	8,95	6,71
<b>Trbovlje</b>	214	105	109	12,49	12,50	12,48	7,83	10,51	5,91
<b>Vrhnika</b>	157	77	80	6,53	6,44	6,62	5,06	6,41	4,23
<b>Zagorje ob Savi</b>	165	76	89	9,70	9,07	10,30	6,59	7,78	5,44

Slika 27: Starostno standardizirana umrljivost po upravnih enotah bivališča, ljubljanska zdravstvena regija, 2011



Med mlajšimi od 65 let je bila starostno standardizirana umrljivost največja v upravnih enotah Trbovlje, Zagorje in Hrastnik, najmanjša pa v Cerknici (Slika 28).

Slika 28: Starostno standardizirana umrljivost do 65. leta po upravnih enotah bivališča, ljubljanska zdravstvena regija, 2011

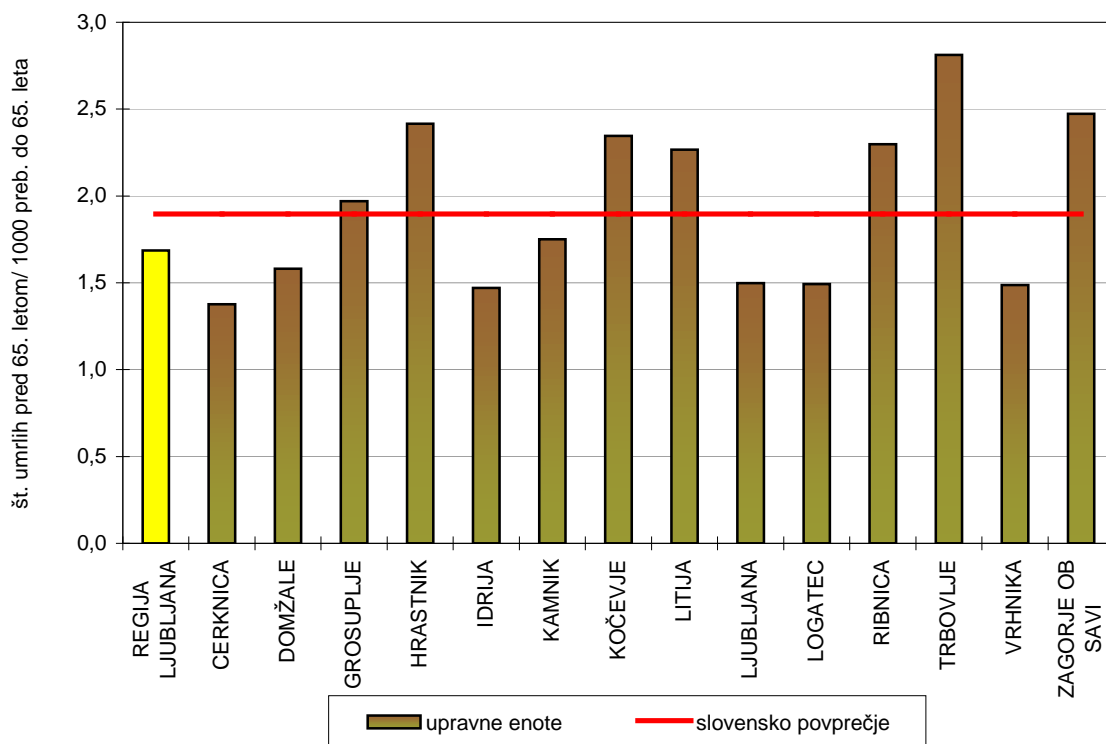


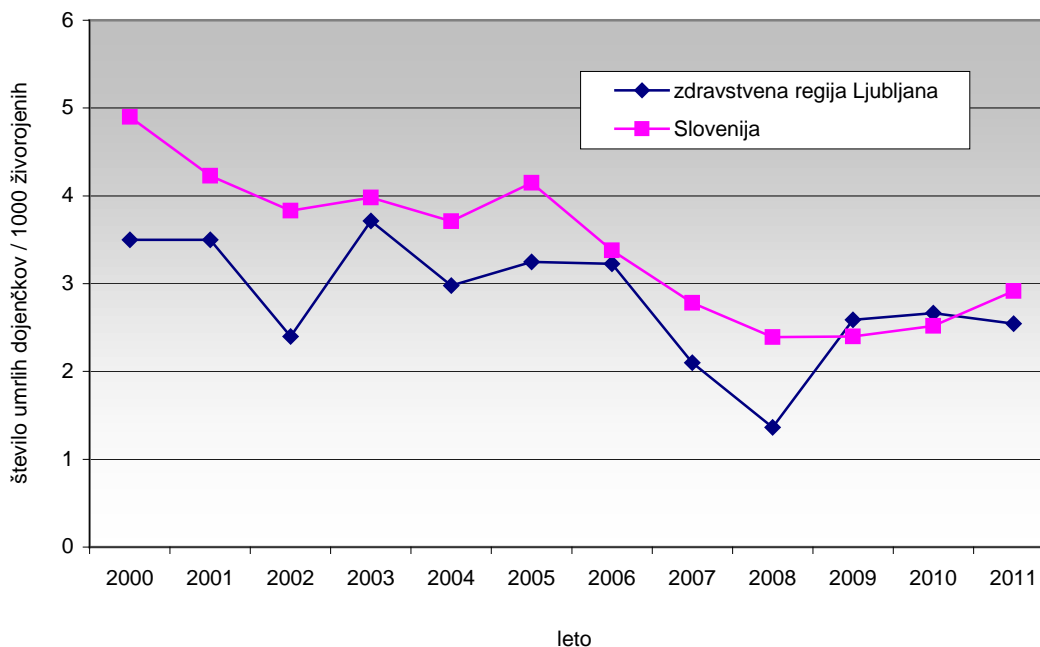
Tabela 2: Umrljivost po starostnih skupinah in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2011

Starost (leta)	Število umrlih			Umrli na 1000 prebivalcev		
	skupaj	moški	ženske	skupaj	moški	ženske
skupaj	5232	2560	2672	8,13	8,11	8,15
manj kot 1	19	11	8	2,52	2,84	2,19
1 do 14	10	3	7	0,11	0,07	0,17
15 do 19	12	8	4	0,38	0,50	0,26
20 do 44	138	99	39	0,59	0,82	0,34
45 do 64	883	594	289	4,95	6,71	3,22
65 in več	4170	1845	2325	40,15	44,66	37,17

Glede na starostne skupine je umrljivost najnižja v skupinah 1-14 let, nato začne počasi naraščati. V prvem letu življenja je umrljivost višja kot sicer pri otrocih in mladini, ker v tem obdobju umrejo otroci, ki imajo hude prirojene nepravilnosti.

Umrljivost dojenčkov je pomemben kazalec kakovosti zdravstvenega varstva in socialno-ekonomske razvitosti. V ljubljanski regiji in celotni Sloveniji je umrljivost dojenčkov v preteklih desetletjih letih močno padla. Tudi v zadnjem desetletju v Sloveniji še opazamo zmanjševanje, po letu 2008 pa ne več (Slika 29). Če opazujemo samo ljubljansko zdravstveno regijo, so zaradi razmeroma majhnega števila umrlih dojenčkov letna nihanja večja, trend pa je podoben kot v celi Sloveniji.

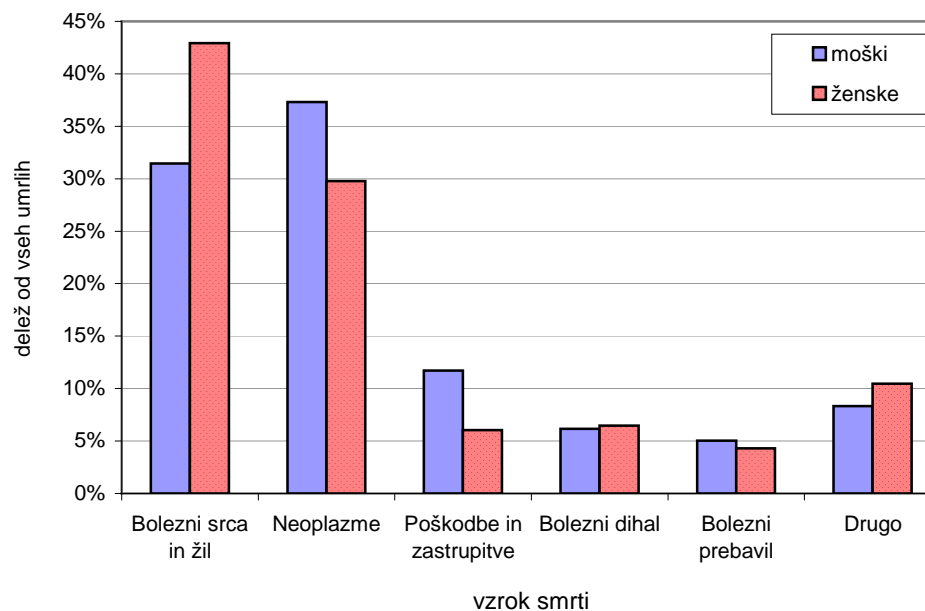
Slika 29: Umrljivost dojenčkov, ljubljanska zdravstvena regija in Slovenija, 2000-2011



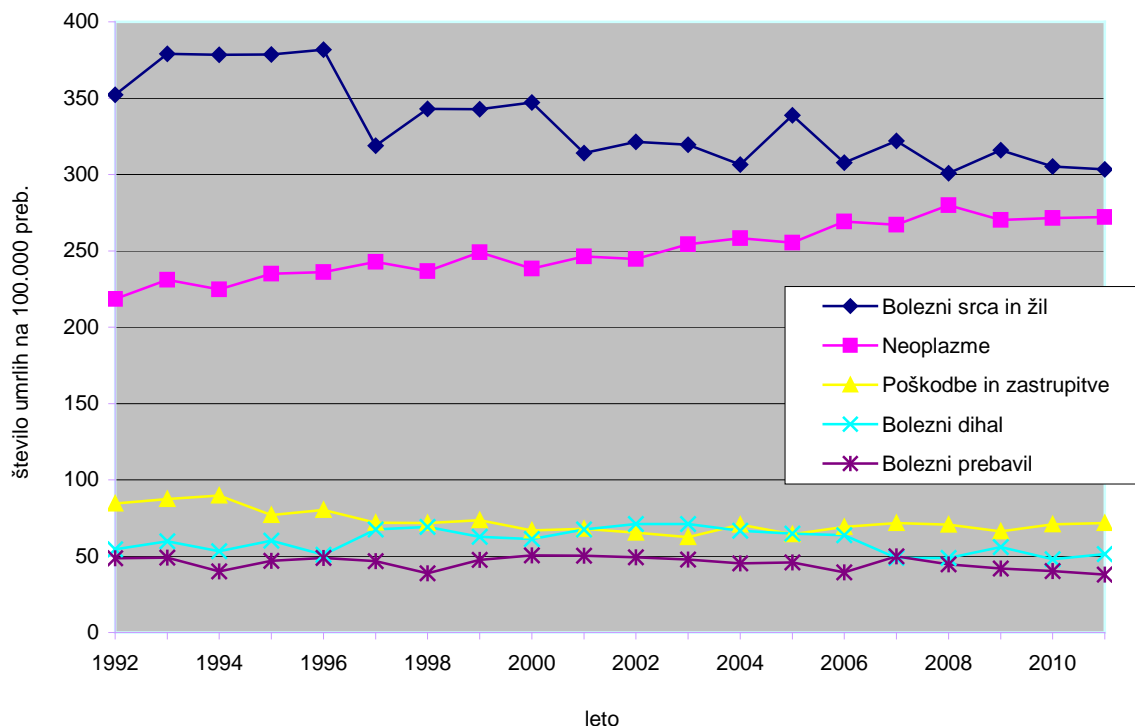
## Vzroki smrti

Najpogostejši vzroki smrti med prebivalci ljubljanske regije so, enako kot v Sloveniji, bolezni srca in žil ter novotvorbe (rakava obolenja), sledijo poškodbe in zastrupitve, bolezni dihal in bolezni prebavil (Slika 30). Pri moških so od leta 2006 dalje postale najpogostejši vzrok smrti novotvorbe. Bolezni srca in žil ostajajo tudi v letu 2011 najpogostejši vzrok smrti pri ženskah.

Slika 30: Delež najpogostejših vzrokov smrti po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2011



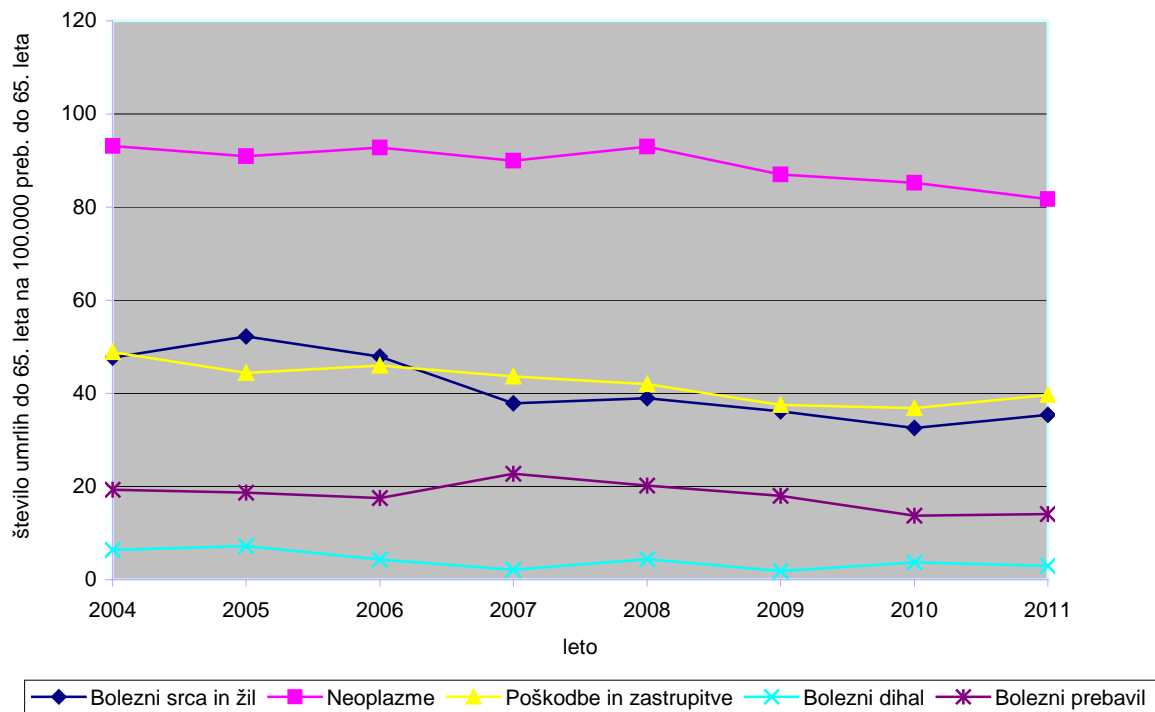
Slika 31: Umrljivost zaradi najpogostejših vzrokov, ljubljanska zdravstvena regija, 1992-2011



V zadnjih dveh desetletjih se zmanjšuje umrljivost zaradi bolezni srca in žil, povečuje pa se število umrlih zaradi rakavih obolenj (Slika 31). Pri mlajših od 65 let pa v zadnjih letih opažamo zmanjševanje umrljivosti zaradi vseh najpogostejših vzrokov, tudi zaradi raka (Slika 32). Manjša umrljivost je predvsem posledica uspešnejšega zdravljenja in zgodnejšega odkrivanja, ne pa manjšega pojavljanja rakavih obolenj.



Slika 32: Nekateri vzroki umrljivosti pri mlajših od 65 let, ljubljanska zdravstvena regija, 2004-2011



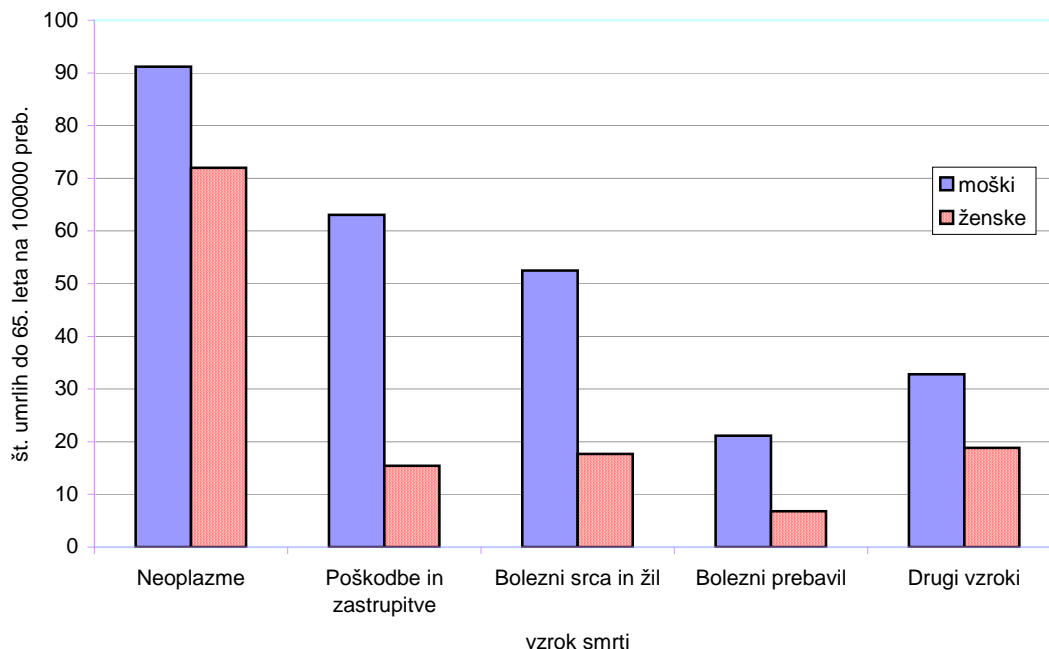
Zaradi bolezni srca in žil umre letno okoli 2000 prebivalcev ljubljanske regije. Med njimi vodijo ishemične bolezni srca, kamor štejemo srčni infarkt in angino pektoris, ter bolezni možganskih žil (možganska kap). Z zdravim načinom življenja bi lahko velik del obolevnosti in umrljivosti zaradi teh bolezni preprečili ali odložili na kasnejše obdobje. Na njihov nastanek namreč vpliva tudi nezdrav način življenja, zlasti kajenje, nezdrava prehrana, škodljiva raba alkohola, prekomerna telesna teža, telesna neaktivnost, stres.

Zaradi novotvorb (rakavih bolezni) je leta 2011 v naši regiji umrlo 1.751 ljudi. Nastanek mnogih rakov je povezan z načinom življenja, kamor sodi prehrana, kajenje, pitje alkoholnih pijač, spolno vedenje, izpostavljanje ultravijoličnim žarkom, manjši del lahko pripišemo onesnaženosti delovnega in bivalnega okolja, vlogo imajo tudi dedni dejavniki. Za zmanjšanje umrljivosti zaradi raka je pomembno tako preprečevanje nastanka bolezni kot tudi zgodnje odkrivanje in zdravljenje.

Zaradi poškodb in zastrupitev umre letno okoli 400 prebivalcev naše regije, in sicer dvakrat več moških kot žensk. Najpogostejši vzrok poškodb in zastrupitev, ki so se končale s smrtjo, so bili v letu 2011 padci, sledijo samomori in prometne nezgode. Padec opredelimo kot osnovni vzrok smrti tudi takrat, kadar smrt ni nastopila neposredno po padcu, ampak kot kasnejši zaplet, npr. kot posledica pljučne embolije po zlomu stegenice zaradi padca. Pri moških je bilo več smrti zaradi samomorov kot zaradi padcev.

Po starostnih skupinah se vzroki smrti močno razlikujejo, povezani so tudi s spolom. Umrljivost moških do 65. leta starosti je bila v letu 2011 dvakrat večja kot pri ženskah, umrljivost zaradi poškodb in zastrupitev pa je bila skoraj štirikrat večja (Slika 33).

Slika 33: Umrljivost zaradi najpogostejših vzrokov smrti pred 65. letom po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2011



Pri dojenčkih do enega leta starosti so prevladovala stanja, ki izvirajo v obporodnem obdobju in prirojene napake. V starosti 1-14 let so prevladovala prirojene napake, pri mladih v starosti 15-19 let so bile skoraj vse smrti v letu 2011 posledica poškodb in zastrupitev. Pri mlajših odraslih moških, starih 20-44 let, še vedno močno vodijo poškodbe, sledijo novotvorbe, pri ženskah enake starosti pa postanejo novotvorbe najpogostejši vzrok smrti. V starosti 45-64 let so bile pri obeh spolih najpogostejši vzrok smrti novotvorbe, sledijo bolezni srca in ožilja, predvsem ishemične bolezni srca. Na tretjem mestu so poškodbe in zastrupitve, med katerimi je največ smrti zaradi samomora. Ženske starejše od 65 let so najpogosteje umrle zaradi bolezni srca in žil, sledijo novotvorbe, bolezni dihal in poškodbe. Moški v tej starosti so najpogosteje umrli zaradi raka, sledijo bolezni srca in žil, bolezni dihal in poškodbe.

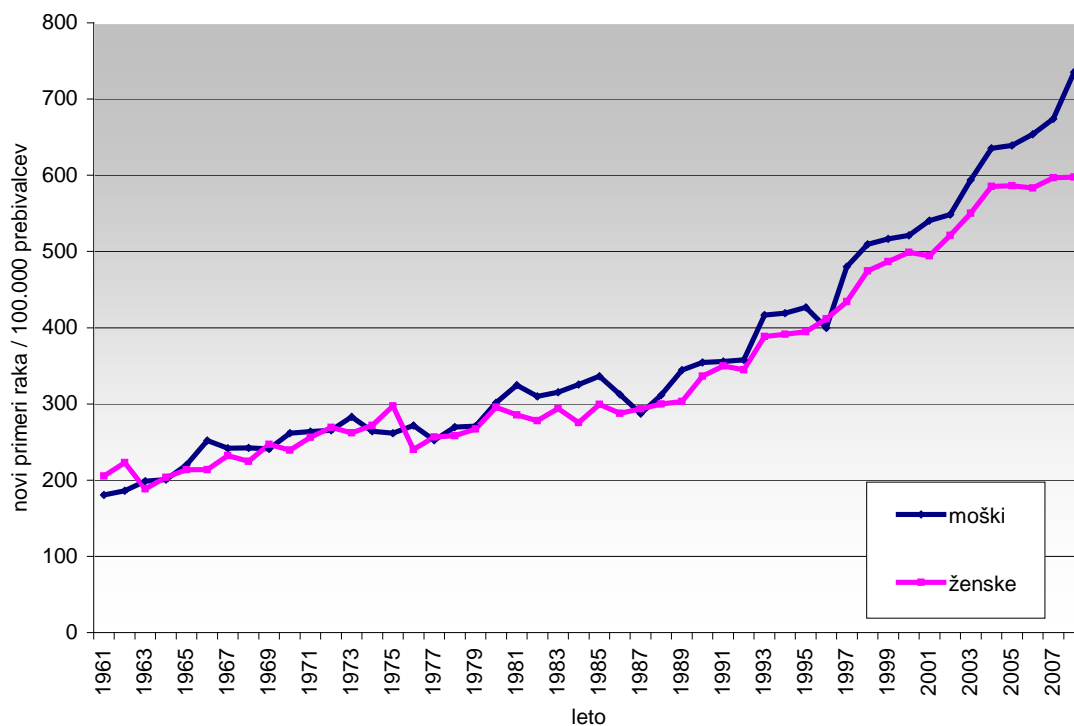
## 5. RAK

Znano je, da tveganje za pojav posameznih vrst raka povečujejo določeni dejavniki. Na nekatere od teh dejavnikov ne moremo vplivati (starost, spol, genska zasnova), na druge pa lahko (način življenja). Tu kot primer navajamo samo nekatere dejavnike, povezane z najpogostejšimi vrstami raka:

- Tveganje za raka kože povečuje izpostavljenost UV žarkom.
- Dejavniki tveganja za nastanek raka debelega črevesa in danke so: prehrana (preveč maščob, beljakovin, premalo sadja, zelenjave, balasta), telesna neaktivnost, debelost, alkohol, dedna obremenjenost, črevesni polipi, kronična vnetna bolezen črevesa.
- Velika večina pljučnega raka je povezana s kajenjem (80 – 90 %). Obstajajo pa tudi drugi dejavniki, ki ga povzročajo (radon, prašni delci, azbest, šestvalentni krom ...), ki se lahko nahajajo v notranjem ali zunanjem bivalnem ali delovnem okolju.
- Kajenje pa je povezano tudi z drugimi vrstami raka (npr. rak žrela, grla, požiralnika, ledvic, mehurja ...).
- Na nastanek raka dojke vplivajo različni dejavniki. Večje tveganje imajo ženske z zgodnjo prvo menstruacijo, pozno menopavzo, tiste, ki niso nikoli rodile ali so bile starejše (več kot 35 let) ob prvem porodu, jemljejo hormonsko kontracepcijo ali hormonsko nadomestno zdravljenje ter tiste, katerih matere ali sestre so zbolele zaradi raka dojke. Dojenje na dolgi rok zmanjšuje tveganje. Tveganje povečuje debelost in prekomerno pitje alkohola. Ugotovljena je povezava z delom v nočnem času in rakom dojke, zaradi izpostavljenosti umetni svetlobi. Znanim dejavnikom tveganja pa lahko pripišemo le okoli tretjino primerov raka dojke, zato je kot preventiva pred napredovalo boleznijo zelo pomembno tudi samopregledovanje in preventivna mamografija (državni preventivni program DORA).

Register raka na Onkološkem inštitutu v Ljubljani zbira podatke o obolevnosti zaradi raka že od leta 1961. Od takrat dalje opazamo trend povečevanja števila novih primerov raka, tako v celi Sloveniji kot na področju ljubljanske zdravstvene regije. Naraščanje pa je hitrejše v zadnjih dveh desetletjih (Slika 34). Zadnji dostopni podatki iz Registra raka so za leto 2008 (podatki iz registra so zelo zanesljivi, zato pa njihovo pridobivanje traja dalj časa).

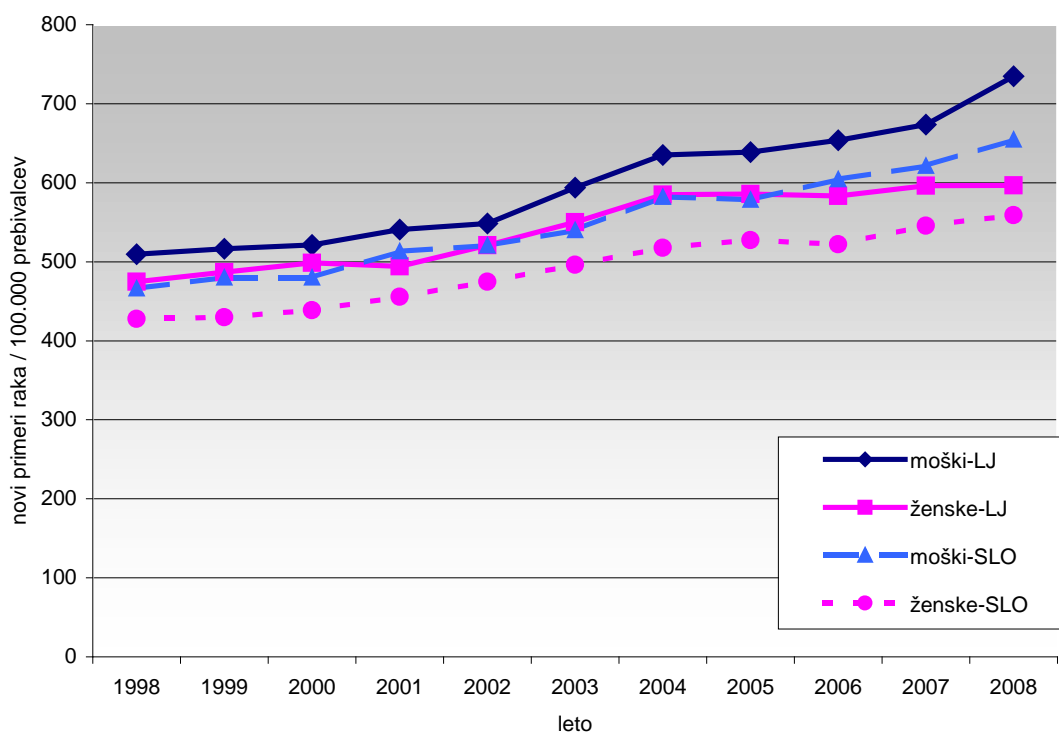
Slika 34: Število novih primerov raka na 100.000 prebivalcev po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 1961 – 2008



Vir podatkov: [www.slora.si](http://www.slora.si), pridobljeno 6.11.2012

V zadnjem opazovanem desetletju se rak med prebivalci ljubljanske zdravstvene regije pojavlja pogosteje kot je slovensko povprečje, to velja tako za ženske kot za moške (Slika 35). Pogostost pojava raka pa je pri moških v zadnjih treh opazovanih desetletjih nekoliko večja kot pri ženskah.

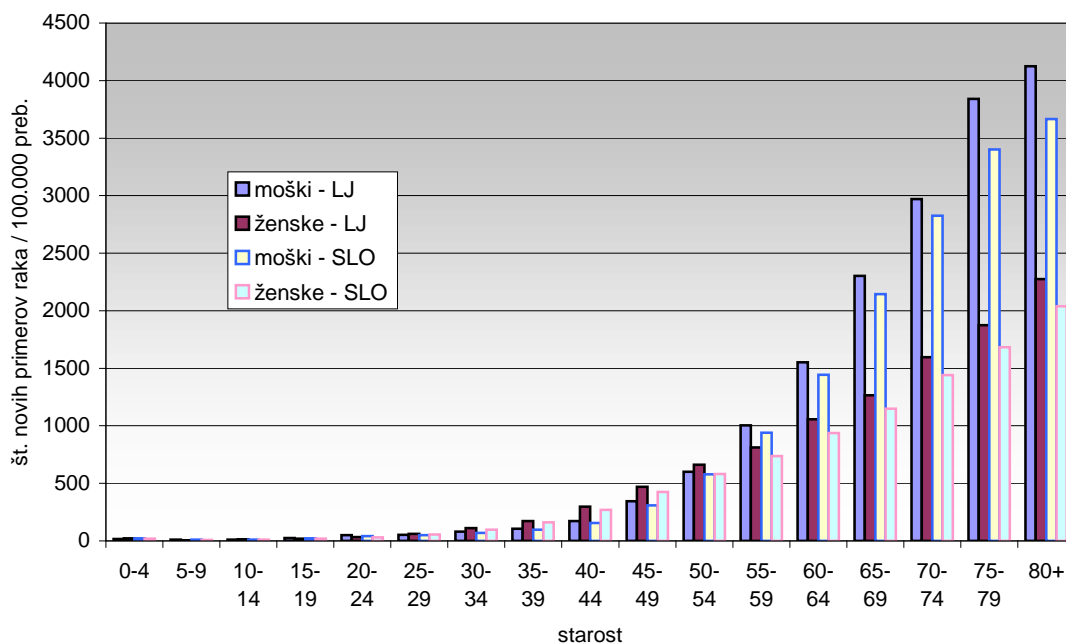
Slika 35: Število novih primerov raka na 100.000 prebivalcev po spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 1998 – 2008



Vir podatkov: [www.slora.si](http://www.slora.si), pridobljeno 3.10.2012

Povečevanje števila novih primerov raka gre delno na račun staranja prebivalstva, saj je znano, da se rak pogosteje pojavlja pri starejših (Slika 36). V starostnih skupinah 25-54 let se rak pogosteje pojavlja pri ženskah, po 55. letu pa pri moških.

Slika 36: Novi primeri raka na 100.000 prebivalcev po starostnih skupinah in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 1999 – 2008

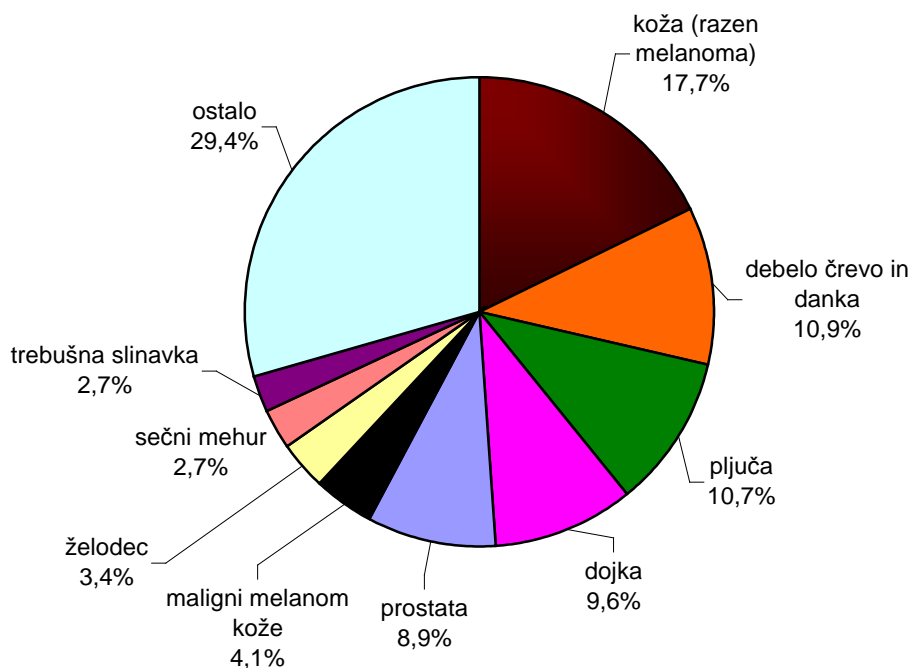


Vir podatkov: [www.slora.si](http://www.slora.si), pridobljeno 3.12.2012

V petletnem obdobju 2004 do 2008 se je med prebivalci ljubljanske zdravstvene regije najpogosteje pojavljal rak kože, sledita rak debelega črevesa in danke in danke in pljučni rak (Slika 37). Enako velja za celo Slovenijo. Pri ženskah sta bili najpogostejši mesti nastanka raka dojka in koža, pri moških pa prostata in koža (Slika 38, Slika 39).

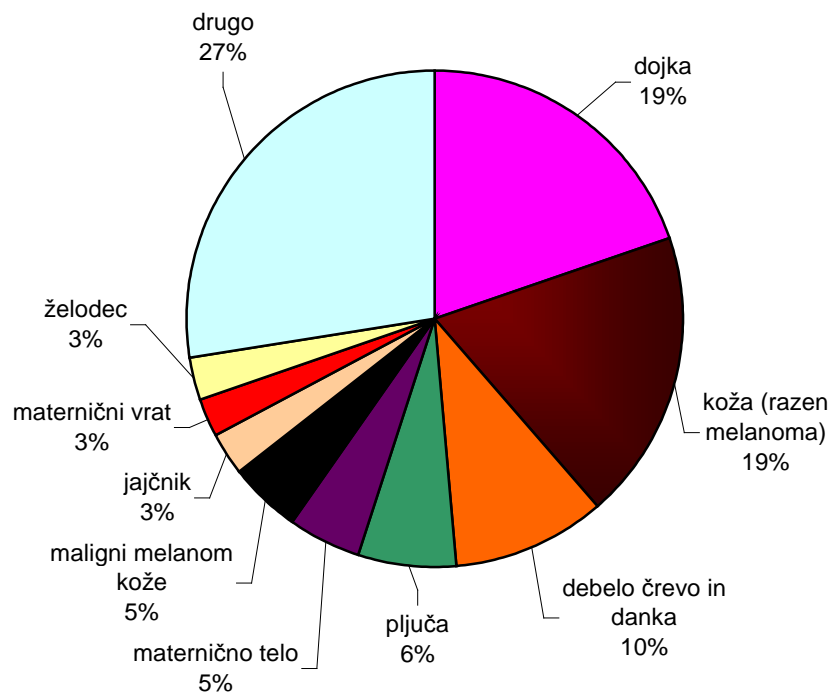
V letu 2008 je bilo pri ženskah odkritih nekaj več novih primerov nemelanomskega raka kože kot raka dojke, vendar pa rak dojke ostaja večji problem, saj nemelanomski rak kože le redko zaseva, ga dokaj enostavno zdravimo in večinoma ne ogroža življenja.

Slika 37: Najpogostejša mesta nastanka raka, ljubljanska zdravstvena regija, 2004-2008

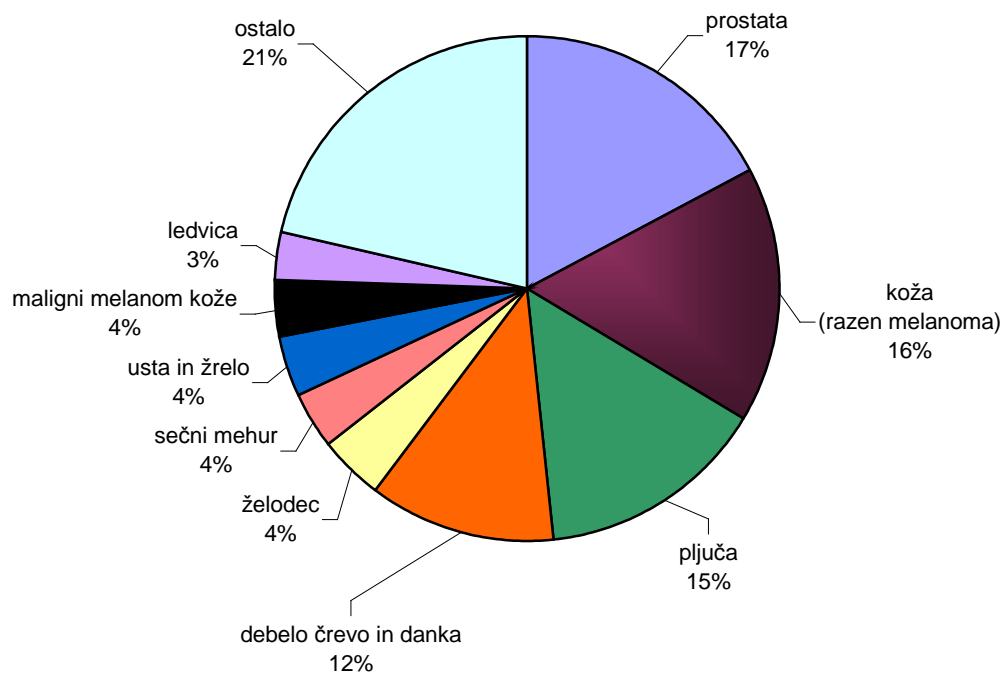




Slika 38: Najpogostejša mesta nastanka raka pri ženskah, ljubljanska zdravstvena regija 2004 – 2008



Slika 39: Najpogostejša mesta nastanka raka pri moških, ljubljanska zdravstvena regija 2004 – 2008

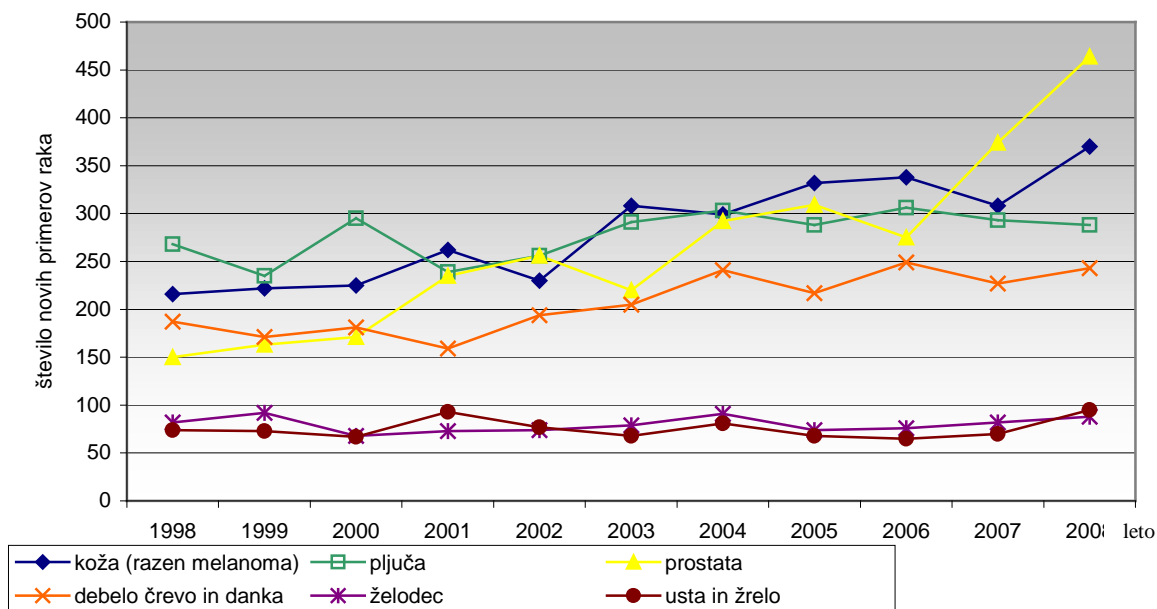


Čeprav skupno število rakavih obolenj iz leta v leto narašča, pa to ne velja za vse vrste raka v enaki meri. Med najpogostejšimi vrstami raka se je v zadnjem desetletju najbolj povečalo obolenje zaradi kožnega raka in pri moških zaradi raka prostate (Slika 40, Slika 41).

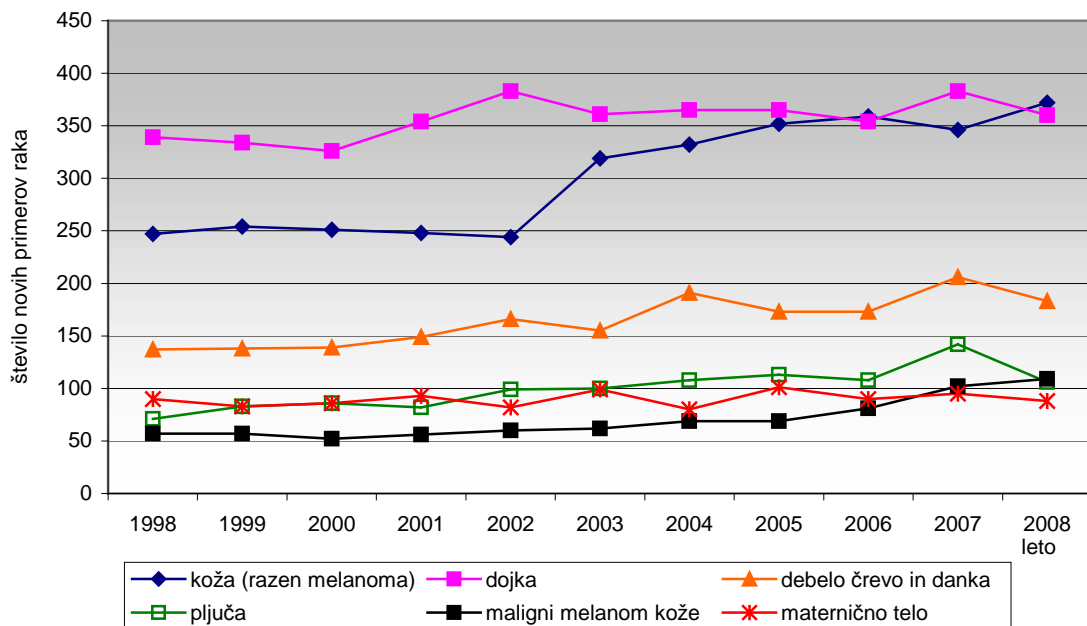
Število novih primerov nekaterih rakov je ostajalo približno enako, to velja npr. za raka materničnega telesa (Slika 41).

Razveseljivo pa je, da se v zadnjih letih zmanjšuje število novih primerov raka materničnega vratu, kar lahko povezujemo predvsem z uspešnim potekom programa Zora – več o tem je opisano v posebnem poglavju o programu Zora. V prihodnjih letih pričakujemo, da bomo tudi s pomočjo programa Svit zaustavili trend naraščanja števila rakov debelega črevesa in danke.

Slika 40: Gibanje šestih najpogostejših vrst raka pri moških, ljubljanska zdravstvena regija, 1998 – 2008



Slika 41: Gibanje šestih najpogostejših vrst raka pri ženskah, ljubljanska zdravstvena regija, 1998 – 2008



Ogroženost za raka lahko vsak posameznik zmanjša z nekaterimi ukrepi, kot so:

- opustitev uporabe tobaka in izogibanje pasivnemu kajenju;
- omejevanje uživanja alkohola;
- izogibanje pretiranemu izpostavljanju soncu;
- redna telesna dejavnost;
- zdrava prehrana;
- skrb za primerno telesno težo;
- zaščita pred okužbami, ki povzročajo raka
- samopregledovanje (kože, dojk, mod) in udeležba v presejalnih programih (SVIT, ZORA, DORA)
- upoštevanje navodil za varnost pri delu.

Več podatkov o raku v Sloveniji je dostopno na [www.slora.si](http://www.slora.si).

## **6. DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAMI**

Državni presejalni programi so opredeljeni v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Mednje sodijo:

- Državni program presajanja za raka dojk – DORA,
- Zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu – ZORA
- Preventivni zdravstveni pregledi za zgodnje odkrivanje raka debelega črevesa in danke – SVIT.

V nadaljevanju je na kratko predstavljeno delovanje in rezultati vseh treh programov.

### **6.1 PROGRAM SVIT – DRŽAVNI PROGRAM PRESEJANJA IN ZGODNJEGA ODKRIVANJA PREDRAKAVIH SPREMEMB IN RAKA DEBELEGA ČREVESA IN DANKE**

V Program Svit so vabljeni vsi prebivalci med 50. in 69. letom starosti, ki imajo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje. Presejalnega testiranja so deležni vsaki dve leti.

Če predrakave spremembe ali začetne stopnje raka na debelem črevesu in danki pravočasno odkrijemo, temu sledi ustrezno zdravljenje, kar vodi v zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti. Prav to je namen Programa Svit. V Sloveniji zaradi raka na debelem črevesu in danki vsako leto zbolijo okoli 1.400 ljudi. Za kožnim rakom je to druga najpogostejša vrsta raka. Ker raka na debelem črevesu in danki pogosto odkrijemo prepozno, 700 bolnikov s tem rakom na leto umre. Bolezen se lahko dolgo razvija potuhnjeno, brez očitnih znakov. Eden izmed znakov, ki nam lahko sporoča, da se v našem črevesu nekaj dogaja, je tudi kri v blatu. Toda krvavitev je ob predrakavih spremembah ali zgodnjih fazah raka pogosto tako majhna, da je s prostim očesom ne opazimo. Ugotavljanje skrite krvavitve v blatu pa omogoča Program Svit. Postopek je za preiskovanca precej preprost, potrebno pa je natančno upoštevanje navodil.

Dosedanje izkušnje Programa Svit kažejo, da je bila kri v blatu ugotovljena pri okoli 6 % preiskovancev. Če se izkaže, da je v blatu prisotna kri, je potrebno opraviti nadaljnjo diagnostično preiskavo črevesa, kolonoskopijo, da odkrijemo vzrok krvavitve. Vsaka kri v blatu seveda še ne pomeni raka ali predrakave spremembe, možen vzrok so npr. hemoroidi

(zlata žila). V letu 2009 so ob kolonoskopiji v okviru Programa Svit odkrili predrakave spremembe pri 48 % preiskovancev, raka pri 7 %, pri 45 % pa ni bilo sprememb, sumljivih za raka. Velika večina teh rakov je bila še v zgodnji fazi, ko so povsem ozdravljivi in poleg operacije ni potrebno nobeno drugo onkološko zdravljenje.

Tako lahko ocenimo, da bomo s Programom Svit lahko vsako leto preprečili najmanj 200 smrti zaradi raka debelega črevesa in danke. Da pa bi to dosegli, je pomembno, da ljudje izkoristijo možnost sodelovanja v programu. Odzivnost prebivalcev na Program Svit se povečuje, želimo pa si, da bi bila še večja.

### **Potek programa Svit v ljubljanski zdravstveni regiji v prvi polovici leta 2012**

Od 01.01. do 30.06.2012 je bilo v program povabljenih 46.796 oseb in 46.552 osebam je bilo vabilo tudi vročeno. Izjavo o sodelovanju je vrnilo 28.614 (61,47 %) oseb. Zaradi začasnih ali trajnih izključitvenih kriterijev (kolonoskopija v zadnjih treh letih z ali brez odstranjenimi polipi, rak debelega črevesa ali danke in kronična vnetna črevesna bolezen) je bilo izključenih 2.536 (8,86 %) oseb. V programu ni želelo sodelovati 142 oseb (0,31 %). Od 24.808 vrnjenih kompletov vzorcev blata primernih za analizo je bilo 23.317 (93,99 %) testov negativnih in 1.491 (6,01 %) pozitivnih; v celi Sloveniji je bilo v istem obdobju pozitivnih 6,32 % presejanih oseb.

Presejane je bilo 56,67 % povabljenih populacije. Tabela 4 prikazuje odzivnost vabljenih po občinah. V ljubljanski zdravstveni regiji je odzivnost nekoliko nad slovenskim povprečjem (Tabela 3).

Tabela 3: Odzivnost vabljenih v Program Svit na ravni Slovenije in po zdravstvenih regijah, prva polovica leta 2012

<b>Zdravstvena regija</b>	<b>Odzivnost</b>
Celje	58,03%
Koper	57,28%
Kranj	62,69%
Ljubljana	61,47%
Maribor	57,25%

Zdravstvena regija	Odzivnost
Murska Sobota	56,37%
Nova Gorica	63,70%
Novo mesto	61,02%
Ravne na Koroškem	59,78%
<b>Slovenija</b>	<b>59,77%</b>

Tabela 4: Odzivnost vabljenih v ljubljanski zdravstveni regiji po občinah, prva polovica leta 2012

Občina	Odzivnost
Osilnica	80,56%
Komenda	72,78%
Kostel	70,91%
Trzin	69,76%
Šmartno pri Litiji	69,17%
Idrija	69,11%
Litija	67,66%
Cerkno	67,41%
Borovnica	67,33%
Log-Dragomer	67,00%
Medvode	65,70%
Dol pri Ljubljani	65,64%
Hrastnik	65,60%
Domžale	65,59%
Loška dolina	65,07%
Škofljica	64,95%
Ig	64,82%
Mengeš	64,14%
Kamnik	64,02%
Lukovica	63,98%

<b>Občina</b>	<b>Odzivnost</b>
Bloke	63,46%
Kočevje	62,90%
Vrhnika	62,30%
Dobrova-Polhov Gradec	62,15%
Grosuplje	61,97%
Vodice	61,96%
Velike Lašče	61,74%
Zagorje ob Savi	61,67%
Moravče	61,49%
Ribnica	61,17%
Ljubljana	59,33%
Sodražica	59,06%
Cerknica	58,67%
Brezovica	58,54%
Horjul	58,21%
Trbovlje	58,04%
Ivančna Gorica	57,47%
Logatec	56,90%
Loški Potok	54,55%
Dobropolje	50,92%
<b>LJUBLJANA</b>	<b>61,47%</b>



V ljubljanski regiji izvaja za Program Svit kolonoskopijo šest kolonoskopskih centrov: Diagnosticni center Bled d.o.o. - Podružnica Ljubljana, Iatros dr. Košorok d.o.o., Medicinski center Heliks, Klinika Pacient d.o.o., SB Trbovlje in UKC Ljubljana, SPS interna klinika, KO za gastroenterologijo. V teh kolonoskopskih centrih je bilo v prvem polletju 2012 izvedenih 1.673 kolonoskopij, kar predstavlja 35,12 % vseh izvedenih kolonoskopij na državni ravni. Podatek predstavlja število opravljenih kolonoskopij in ne število oseb, ki je opravilo kolonoskopijo, saj je lahko pri eni osebi opravljen več kot en poseg. Prav tako je podatek pripravljen glede na to, v katerem kolonoskopskem centru je bila kolonoskopija opravljena, in ne glede na to, kje oseba, ki je kolonoskopijo opravila, prebiva. Pacienti lahko svobodno izbirajo kolonoskopski center za izvedbo posega, posledično lahko osebe iz ljubljanske regije poseg opravijo v drugi regiji in obratno.

#### **Literatura:**

1. Gradivo programa SVIT.
2. Polletno poročilo o delovanju Programa Svit za obdobje od 01.01. do 30.06.2012, (pripravili: Dominika Novak Mlakar, dr. med. spec., Tanja Metličar, uni. dipl. soc.), Inštitut za varovanje zdravja RS, Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni, Oddelek Svit (tekst je prepisan iz poročila).

Več o programu Svit je dostopno na spletni strani: <http://www.program-svit.si/>

## **6.2 REZULTATI DRŽAVNEGA PRESEJALNEGA PROGRAMA DORA V LJUBLJANSKI REGIJI**

### **Avtorji:**

Mateja Krajc, Cveto Šval, Maksimiljan Kadivec, Kristijana Hertl in Maja Primic Žakelj -  
Onkološki inštitut Ljubljana

### **Povzetek**

Program Dora je konec marca 2008 povabil prve ženske iz Mestne občine Ljubljana na presejalno mamografijo v presejalni center na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OI). Spomladi 2010 sta poleg presejalne enote na OI postopoma začeli delovati še dve mobilni presejalni enoti. V vse tri enote zaenkrat vabimo ženske med 50. in 69. letom starosti s stalnim prebivališčem v Osrednjeslovenski statistični regiji in Zasavju, kot regije razvršča Statistični urad Republike Slovenije. Ob vzpostavljanju novih presejalnih enot bomo v okviru centraliziranega državnega programa vabljenje razširili na širše območje Slovenije.

Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana (ZZV LJ) sodeluje s 40 občinami, 11 od teh ne sodi v t. i. Osrednjeslovensko statistično regijo in Zasavje. Tako program Dora še ne vabi žensk iz občin: **Bloke, Cerknica, Cerkno, Idrija, Kočevje, Kostel, Loška dolina, Loški Potok, Osilnica, Ribnica in Sodražica**. Ženske teh občin lahko opravijo mamografski pregled v katerem koli mamografskem centru v Sloveniji.

**Do končne vzpostavitve programa Dora na območje vse Slovenije, se vsaj z organizacijskega vidika, za ženske, ki ne bodo z območja, kjer vabimo v program Dora, ne bo nič spremenilo. Še vedno bodo mamografije in klinične preglede opravljale z napotnico v mamografskih ambulantah.**

Naj spomnimo, da je kakovostno organiziran program presejanja bistven za zgodnje odkrivanje raka dojke in zmanjšanje umrljivosti. Ključni elementi takega programa so ustrezna izobraženost in strokovna usposobljenost kadra (predvsem radiologov in radioloških inženirjev, pa tudi ostalega kadra, vključenega v nadaljnjo diagnostiko in zdravljenje), zagotavljanje dvojnega odčitavanja mamografskih slik, interdisciplinarno sodelovanje, ustrezna tehnična kakovost mamografskih naprav, vzpostavitev ustreznega informacijskega sistema ter določitev, spremljanje in preverjanje kazalcev kakovosti programa. Poleg vsega omenjenega pa je treba določiti ciljno populacijo žensk, ki bodo organizirano in sistematično

vabljene na presejalno mamografijo, ter med njimi s kompleksnimi metodami doseči ustrezno odzivnost.

**Od 2008 do konca leta 2011 smo na presejalno mamografijo povabili 44.215 žensk. Vabilu se je odzvalo 34.770 žensk, kar predstavlja 78,6 -odstotno udeležbo. V tem času smo med slikanimi odkrili 252 rakov dojk.**

V občinah, s katerimi sodeluje ZZV LJ ugotavljamo visoko udeležbo, večinoma nad 70 % v prvem krogu presejanja, kar pripisujemo visoki ozaveščenosti žensk o pomembnosti presejalne mamografije. V program Dora so tako vključene ženske iz naslednjih občin, s katerimi sodeluje ZZV LJ: **Borovnica, Brezovica, Dobrepolje, Dobrova-Polhov Gradec, Dol pri Ljubljani, Domžale, Grosuplje, Horjul, Hrastnik, Ig, Ivančna Gorica, Kamnik, Komenda, Litija, Ljubjana, Log-Dragomer, Logatec, Lukovica, Medvode, Mengeš, Moravče, Škofljica, Šmartno pri Litiji, Trbovlje, Trzin, Velike Lašče, Vodice, Vrhnika, Zagorje ob Savi.**

Naj izpostavimo občino Log Dragomer, kjer se je presejanja udeležilo 84,5 % vseh vabljenih žensk. Najslabšo udeležbo med občinami ZZV LJ merimo v občini Medvode, kjer je udeležba slaba, vabilu na presejalno mamografijo se je odzvalo le 36 % vseh povabljenih žensk. Razloge za slab odziv še proučujemo.

**Ženske, ki so stare 50 – 69 let, s stalnim prebivališčem iz občin Ostrednjeslovenske statistične regije in Zasavja, se v program Dora lahko vključijo tudi same, preko klicnega centra Dora (080 27 28) ali preko e-pošte dora@onko-i.si.**

Program Dora izpolnjuje vsa merila Evropskih smernic za zagotavljanje kakovosti presejanja za raka dojk in zdravljenja in že daje prve rezultate.

## **Uvod**

Svet Evropske unije je leta 2003 državam članicam priporočil, naj do leta 2008 vzpostavijo presejalni program za raka dojk, ki bo za 25 % zmanjšal umrljivost za rakom dojk v Evropski uniji in zmanjšal razlike v preživetju bolnic med državami na 5 % (1).

Tako kot drugod v razviti Evropi je tudi v Sloveniji rak dojk pomemben javnozdravstveni problem, saj na leto zboli več kot 1.100 žensk, incidenca pa vztrajno narašča. Kljub hitremu razvoju diagnostične medicine raka dojk v polovici primerov odkrivamo pozno, ko bolezen ni

več v omejenem stadiju. Glede na to, da ga lahko zgodaj odkrivamo s preprosto presejalno metodo, s presejalno mamografijo, in to v stadiju, ko še ni tipen in ne daje klinične slike, je uvedba presejalnega programa smiselna tudi pri nas.

**Presejanje pomeni iskanje predstopenj ali začetne bolezni med navidezno zdravimi ljudmi s preprostimi preiskavami, ki izločijo tiste, ki imajo morda predinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka, zaradi česar so pri njih potrebne nadaljnje diagnostične preiskave. Za iskanje raka dojk se kot presejalni test uporablja mamografija.** Glavno merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med redno pregledovanimi ženskami, kar je tudi končni cilj programa Dora.

Presejanje lahko poteka **organizirano**, če vse ženske v neki starostni skupini s pisnimi vabili povabimo na preventivni (= presejalni) pregled, ali pa **oportunistično**, torej po nasvetu zdravnikov ali na pobudo žensk, kar je sedaj na voljo slovenskim ženskam. Žal sedanje oportunistično presejanje pri nas ne daje pravih rezultatov, saj ima po podatkih Registra raka Republike Slovenije le polovica bolnic ob diagnozi bolezni v omejenem stadiju, umrljivost za rakom dojk pa se zmanjšuje prepočasi. Znano je, da lahko le z organiziranim presejanjem dosežemo učinek na populaciji, ob predpogoju, da se redno pregleduje zadosten delež ciljnega prebivalstva (najmanj 70 %), zlasti če ga spremlja primeren nadzor kakovosti v vseh korakih organiziranega presejanja.

Res pa je, da ima iskanje raka pri velikem številu ljudi, od katerih mnogi sploh ne bodo zboleli ali umrli za rakom, tudi svojo slabo stran: če drugega ne, lahko povzroči zaskrbljenost ob misli na morebitno bolezen, pa tudi preiskava je lahko neugodna ali boleča. Kot večina preiskav v medicini imajo tudi presejalne nekaj napačno pozitivnih in napačno negativnih rezultatov. Njihov delež je sicer majhen, vendar lahko preiskovancu, če je rezultat napačno negativen, nepravilno zagotovimo, da je zdrav, v resnici pa že ima začetno bolezen. Napačno pozitivni rezultati po nepotrebem povzročajo zaskrbljenost, poslabšajo kakovost življenja, ljudi pa odvrčajo od ponovnih presejalnih pregledov. Z etične plati je odgovornost države pri vzpostavitvi takega programa še posebno velika, zato je pri delu zelo pomembna kakovost, ki mora zagotoviti kar najmanjši delež napačnih izvidov.

Novosti, ki jih uvajamo v programu Dora, je več. Po zahtevah Evropskih smernic za zagotavljanje kakovosti presejalnega programa skrbimo za dodatno ciljno teoretično in praktično usposabljanje osebja, predvsem radiologov in radioloških inženirjev, pa tudi vseh drugih, ki so vključeni v nadaljnjo diagnostiko in zdravljenje. Za mamografske naprave je predpisana tehnična kakovost, ki jo je treba preverjati vsak teden. Vse mamografske slike

neodvisno odčitata dva radiologa; s tretjim, nadzornim, pa se na posebnem sestanku skupaj odločijo, kakšen naj bo postopek pri ženski, pri kateri sta prva odčitovalca zapisala različen izvid. Če je potrebna invazivna diagnostična obravnava, je vključen multidisciplinarni tim. Delo vsakega posameznika, ki je vključen v presejanje, se sproti preverja po vnaprej določenih kazalnikih. Kadar je potrebno, se organizira dodatno usposabljanje. Za program smo vzpostavili poseben informacijski sistem, ki omogoča spremljanje žensk v posameznih presejalnih krogih in redno spremljanje kazalcev kakovosti programa.

**V program Dora so pisno vabljene ženske, stare od 50 do 69 let. Vsako drugo leto prejmejo pisno vabilo na pregled, v katerem so določeni tudi kraj, datum in ura pregleda.**

Osnovne zahteve Evropskih smernic za zagotavljanje kakovosti so (2):

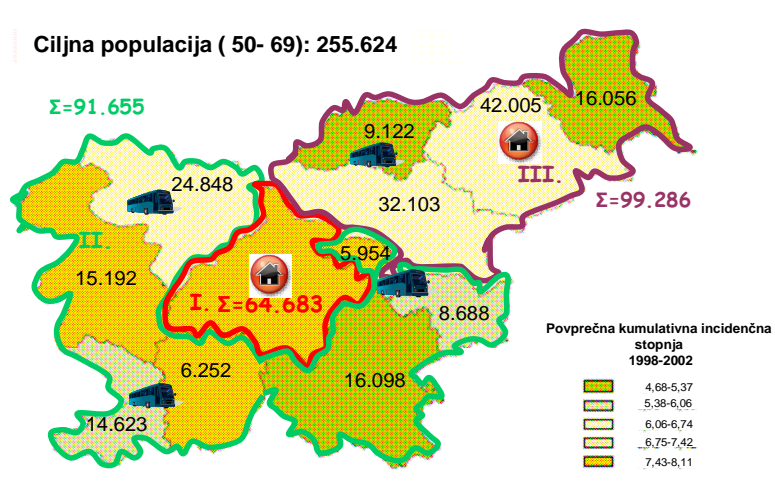
- ločevanje simptomatskih ambulant od aktivnosti presejanja,
- ustrezna izobraženost in usposobljenost osebja, vključenega v presejanje,
- zagotavljanje tehnične kakovosti mamografskih naprav (uvedba dnevne kontrole),
- ustrezna informacijska podpora, ki poleg administrativne podpore omogoča tudi spremljanje parametrov kakovosti.

**Vse enote, ki so vključene v presejanje, tako diagnostične kot terapevtske, morajo zagotavljati primerno multidisciplinarno delo v delovni skupini, v kateri so medicinska sestra, radiološki inženir in zdravniki različnih specialnosti: radiolog, patolog, kirurg, internist onkolog in radioterapevt. Vsako žensko, ki potrebuje operacijo dojke ali kako drugo zdravljenje, je treba obravnavati na multidisciplinarnem konziliju (pred- in pooperativne konference) pred zdravljenjem in po njem.**

### **Potek aktivnosti presejanja v programu Dora**

Presejalni center je osnovna organizacijska in presejalna enota v organiziranem presejalnem programu ter je strokovno in funkcionalno tesno povezana z diagnostičnim centrom za dojke (centrom za diagnostiko/nadaljnjo obravnavo in zdravljenje). Presejalne mamografije bodo ženske opravljale v mobilnih ali stacionarnih presejalnih enotah (Slika 42, Slika 43, Slika 44).

Slika 42: Shematska razporeditev presejalnih enot (ki so lahko stacionarne ali mobilne) in enot za nadaljnjo obravnavo in zdravljenje. Število mobilnih enot je odvisno od odzivnosti žensk ciljne starostne skupine.



Slika 43: Mobilna presejalna enota



Slika 44: Notranjost mobilne enote – prostor za slikanje



Žensko v presejalnem centru sprejme zdravstveni administrator, radiološki inženir pa opravi presejalno mamografijo. Mamografijo nato neodvisno odčitata 2 radiologa. Dvojno odčitavanje je obvezno, saj občutljivost presejalnega testa poveča za 5 - 15 %, odvisno od radiologove usposobljenosti in izkušenosti. V primeru nesoglasij in kadar oba označita pozitiven izvid, se na tedenskih sestankih oba odčitovalca in odgovorni radiolog s konsenzom odločijo o nadaljnji obravnavi posamezne ženske. Od vseh slikanih je takih žensk, ki jih pokličemo na dodatno obravnavo 4,4 %.

Odgovorni radiolog nato opravi nadaljnjo obravnavo, ki vključuje neinvazivno (povečava, kompresija, druge projekcije, ultrazvočni pregled) in invazivno diagnostiko (debeloigelnna biopsija). Nadaljnja obravnavo v okviru programa Dora poteka v diagnostično-presejalnem centru v Ljubljani (OI).

**Osrednjo vlogo pri presejanju ima ženska.** Kakršna koli komunikacija z njo mora potekati tako, da ne povzroča posredne ali neposredne škode. Pomembno je, da so ženske seznanjene s koristmi in tveganji presejanja. Informacije, ki jih prejmejo, morajo biti uravnotežene, iskrene, primerne, utemeljene na z dokazi podprti medicini, dosegljive, spoštljive in prirejene individualnim potrebam, kjer je to le mogoče.

**Ženske zato poleg vabila prejmejo tudi zgibanko (Slika 45), v kateri sta razložena potek in namen presejanja, na voljo pa imajo tudi telefonsko linijo, ki deluje v okviru klicnega centra Dora (telefonska številka 080 27 28).**



Slika 45: Informacijska zgibanka in vabilo programa Dora



### Literatura:

1. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC) OJ L 327/34–38.
2. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, Puthaar E (eds) European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Fourth Edition. European Commission. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2006 (ISBN 92-79-01258-4).

### **6.3 DELOVANJE DRŽAVNEGA PRESEJALNEGA PROGRAMA ZA RAKA MATERNIČNEGA VRATU ZORA V OSREDNJESLOVENSKI STATISTIČNI REGIJI**

#### **Avtorji:**

Urška Ivanuš, Maja Primic Žakelj, Tina Žagar, Mojca Florjančič in Mojca Kuster

#### **Povzetek**

**Incidenca raka materničnega vratu (RMV) se je po uvedbi presejalnega programa Zora zmanjšala tako v ljubljanski regiji kot v celi državi.** V ljubljanski regiji se je breme RMV v 13 letih po uvedbi organiziranega programa skoraj prepolovilo, z 69 novih primerov RMV v letu 1998 na 38 v letu 2011. V Sloveniji se je breme RMV v osmih letih po uvedbi organiziranega programa na ravni cele države zmanjšalo za dobro tretjino, z 211 novih primerov RMV v letu 2003 na 138 v letu 2011.

V zadnjih letih se je zmanjševanje incidence RMV ustalilo, tako v ljubljanski regiji kot v Sloveniji. Incidenca je dosegla plató v vseh starostnih skupinah, razen pri ženskah med 65 in 74 letom, kjer se je ponovno začela večati kar je najverjetneje posledica **premajhne pregledanosti žensk med 50 in 64 letom.** Po zgledu tujih držav z dobro organiziranimi presejalnimi programi je v programu Zora smiselno **povečati aktivnosti za ozaveščanje žensk in iskati nove pristope za povečanje odzivnosti** v tisti skupini žensk, ki se ne odziva na reden program. Tako v ljubljanski regiji kot Sloveniji so to predvsem ženske med 50 in 64 letom starosti.

V koordinacijskem centru programa Zora v zadnjih letih opažamo **probleme v dostopnosti do presejalnega pregleda** v ljubljanski regiji in tudi ponekod drugod:

- Čedalje pogosteje prejemamo klice ljubljanskih ginekologov in medicinskih sester, ki nas opozarjajo, da so preobremenjeni. Po drugi strani nas kličejo tudi ženske, ki se ne morejo naročiti na presejalni pregled, še posebej, če še nimajo izbranega ginekologa. Število opredeljenih žensk na ginekološki tim je v ljubljanski regiji blizu slovenskemu povprečju, vendar se v ljubljanski regiji to število povečuje hitreje.
- Čeprav obstoječa pravila ženskam zagotavljajo navidezno enako dostopnost do ginekologa in udeležbe v programu Zora, ustvarjajo **razlike v obremenjenosti ginekologov, kar povzroča neenakosti v kakovosti in varnosti obravnave žensk.** V

Ljubljanski regiji je razlika v obremenjenosti ginekoloških timov med najbolj in najmanj obremenjeno izpostavo okoli 30 %.

- Ginekološka obravnava žensk postaja iz leta v leto bolj kompleksna. Vprašanje je, kje je največja **zgornja meja opredeljenosti**, ki še omogoča kakovostno oskrbo žensk v skladu z vsemi zakonskimi in strokovnimi določili in navodili. To mejo je leta 2009 Razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo in porodništvo postavil pri 4.000 opredeljenih žensk. Obstoječi sistem omogoča preseganje te meje, ki je po mnenju ginekološke stroke še varna za paciente in hkrati sili različno obremenjene ginekologe k enako obsežnim in kakovostnim storitvam. Povprečna obremenjenost ljubljanskih ginekologov je leta 2011 presegala to mejo za približno četrtno, to je 1.000 žensk na ginekološki tim.
- Dodatno je zaskrbljujoče, da je bila v letu 2010 povprečna starost ginekologov 52 let, več kot polovica pa jih je bila starejša od 50 let, kar pomeni (v ne tako daljni prihodnosti) **izgubo ginekologov iz sistema zaradi upokojevanja**. Zdravje naših žensk se bo že v bližnji prihodnosti poslabšalo, če tega upokojevanja ne bomo nadomestili z mladimi specialisti ginekologije in s tem zagotovili vzdržnosti obstoječega sistema ali našli novo sistemsko rešitev za zagotavljanje reproduktivnega zdravja slovenskih žensk.

**Nujno rabimo sistemske rešitve**, v katerih bomo ginekologom in ženskam omogočili enako kakovostno in varno obravnavo vsake ženske, ki se želi udeleževati presejalnega programa Zora, ter v prihodnosti preprečili zmanjševanje dostopnosti zaradi upokojevanja ginekologov.

## Uvod

Ime državnega programa Zora (DP Zora) sestavljajo začetnice naslova programa – **z**godnje **o**dkrivanje **p**red**r**akavih sprememb (1, 2). Program je pomemben del preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja žensk. Zakonsko osnovo predstavljajo:

- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007 in 22/2009);
- Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za pregledovanje brisov materničnega vratu (Ur. l. RS, št. 68/2001 in 128/2004);
- Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (Ur. l. RS, št. 64/2004);
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Ur. l. RS, št. 65/2000).

Slika 46: Informativna knjižica Zora za ženske, Onkološki inštitut, 2011. Knjižica je v e-obliki dostopna na uradni spletni strani programa (<http://zora.onko-i.si/>).

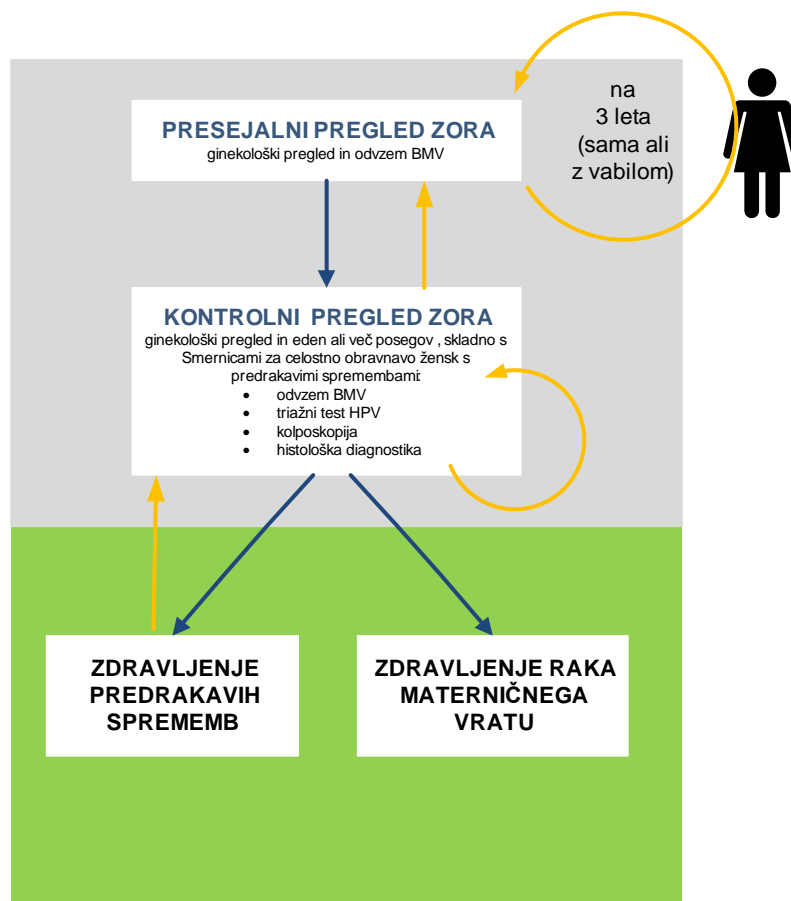


DP Zora se je začel kot pilotni projekt leta 1998 v ljubljanski regiji, v letu 2001 pa tudi v obalnih občinah Izola, Piran in Koper. V letu 2003 se je kot državni program razširil na vso Slovenijo. Nosilci programa so Ministrstvo za zdravje RS, Onkološki inštitut Ljubljana in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Sedež programa je na Onkološkem inštitutu Ljubljana, kjer deluje tudi Register Zora, ki se povezuje s Centralnim registrom prebivalstva (Ministrstvo za notranje zadeve), Registrom prostorskih enot (Geodetska uprava RS) in Registrom raka RS (Onkološki inštitut Ljubljana). Strokovni sodelavci programa so ginekologi, citologi, patologi, presejalci, medicinske sestre in nekateri drugi strokovnjaki, ki delujejo na vseh ravneh reproduktivnega zdravstvenega varstva. Pomembno vlogo v programu imajo tudi regijski zavodi za zdravstveno varstvo, ki sodelujejo predvsem pri promociji programa, ozaveščanju ciljne populacije in razdeljevanju pisnega gradiva strokovnim sodelavcem programa. Prav tako je pomembna naloga zavodov organizacija regijskih sestankov in izobraževanj strokovnih sodelavcev programa enkrat letno, in sicer v sodelovanju s koordinacijskim centrom programa Zora na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

Namen programa Zora je zmanjšati zbolewnost in umrljivost za rakom materničnega vratu (RMV) v Sloveniji. Cilj programa je doseči, da bo 70–80 % žensk v starosti 20–64 let enkrat na tri leta opravilo ginekološki pregled in odvzem brisa materničnega vratu za citološki pregled. Za razliko od drugih dveh obstoječih presejalnih programov za raka (Dora in Svit) se ženska lahko za presejalni pregled Zora naroči sama (brez napotnice ali vabila) pri svojem izbranem ginekologu vsake tri leta. Če se ženska ne naroči sama, ji v četrtem letu pošlje standardizirano osebno vabilo njen izbrani ginekolog. Če v registru Zora tudi v četrtem letu ne zabeležimo izvida presejalnega BMV, ji v petem letu standardizirano osebno vabilo pošljemo še iz koordinacijskega centra programa Zora na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Vsem vabilom je dodana tudi informativna knjižica (Slika 46). V primeru, da je izvid presejalnega brisa negativen (brez patoloških sprememb), se ženska vrne v triletni cikel presejalnega programa, v skladu z navodili programa Zora. Če je izvid patološki, ginekolog

žensko povabi na kontrolni pregled ali dodatno kolposkopsko in histopatološko diagnostiko in po potrebi tudi zdravljenje, v skladu s *Smernicami za obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu* in *Smernicami za obravnavo žensk z rakom materničnega vratu v Sloveniji* (Slika 47).

Slika 47: Pot ženske skozi program Zora. Vsi standardizirani obrazci, navodila in strokovna priporočila so v e-obliki dostopni na uradni spletni strani programa (<http://zora.onko-i.si/>).



Pomemben del vsakega organiziranega presejalnega programa so enotni postopki in njihova kakovost, ne le pri presejalnem pregledu, pač pa tudi pri nadaljnjem diagnosticiranju in zdravljenju v programu odkritih predrakavih sprememb in raka materničnega vratu. Pri vodenju in izvajanju programa Zora v okviru objektivnih možnosti sledimo *Evropskim smernicam za zagotavljanje kakovosti v presejanju za raka materničnega vratu* (3), ki so bile po prvi izdaji leta 1993 ponovno posodobljene leta 2008. Osnovno sporočilo teh smernic in *Priporočila Evropskega sveta o presejanju za raka* iz leta 2003 (4) je, da ima ta javnozdravstveni ukrep največji učinek, če se izvaja kot organiziran populacijski program, ki mora delovati čim bolj kakovostno na vseh ravneh:

- sistematično pošiljanje vabil in ponovnih vabil na presejalni pregled;
- presejalni pregled;
- ustrezna in učinkovita nadaljnja diagnostika v primeru patoloških izvidov
- ustrezno in učinkovito zdravljenje, če je to potrebno
- spremljanje po zdravljenju in psihološka pomoč;

vse to v skladu s smernicami, ki temeljijo na ugotovitvah, podprtih z dokazi. Kakovost v programu Zora zagotavljamo s standardiziranimi obrazci, enotnimi navodili in strokovnimi smernicami, rednim izobraževanjem strokovnih sodelavcev programa ter nadzorom kakovosti dela izvajalcev programa. Material, namenjen strokovnim sodelavcem je dostopen tudi v e-obliki na spletni strani programa Zora (5). Pred uvedbo državnega populacijskega programa je bilo prisotno priložnostno presejanje brez enotnih standardov in navodil, ki je bilo prepuščeno ozaveščenosti žensk in ginekologov.

Centralizirani presejalni registri s kakovostnimi podatki o vseh postopkih in izvidih v klinični poti Zora so - v skladu z Evropskim priporočilom in Evropskimi smernicami (3, 4) - nujen sestavni del organiziranih presejalnih programov, saj omogočajo spremljanje in nadzor kakovosti programa na vseh ravneh. Le z rednim spremljanjem in nadzorom kakovosti presejalnega programa lahko zagotovimo, da presejalni program ciljni populaciji zagotavlja kakovostno zdravstveno oskrbo. Če program ni kakovosten, lahko tveganja (iz naslova prekomerne diagnostike in zdravljenja nenevarnih sprememb ali nezadostne prepoznave in ukrepanja pri spregledanih patoloških spremembah) prekašajo koristi programa. Zavedati se moramo namreč, da so v program vključene predvsem zdrave ženske in je od kakovosti programa odvisno, ali bomo med njimi pravilno prepoznali tako bolne (in jih pravočasno zdravili) kot zdrave (in jih ne bomo po nepotrebnem obremenjevali z dodatnimi pregledi ali celo zdravljenjem).

Učinkovitost programa spremljamo z dolgoročnimi kazalniki bremena bolezni (incidenca in umrljivost) in dodatnimi procesnimi kazalniki, tudi mednarodno dogovorjenimi (npr. pregledanost ciljne populacije). Marsikaterega od njih nam že omogoča spremljati informacijski sistem programa Zora in njegovo povezovanje s podatki Registra raka RS; objavljamo jih v poročilih o poteku programa Zora (1, 2) in na uradni spletni strani programa (5).

K učinkovitemu spremljanju programa bi pomembno prispevala tudi vključitev celovite klinične poti Zora v e-zdravje, saj bi se tako lahko izognili marsikateremu nepotrebnemu papirnemu prepisovanju in naknadnemu vnašanju podatkov v informacijske sisteme tako pri ginekologih kot v laboratorijih in omogočili neposredno povezavo med različnimi strokovnjaki, ki obravnavajo isto žensko. Za ta del poleg finančnih sredstev potrebujemo tudi zakonska dopolnila.

### **Delovanje programa Zora v ljubljanski regiji**

Ljubljanska regija je bila prva slovenska regija, kjer je v obliki pilotnega projekta Zora leta 1998 zaživelo organizirano, populacijsko presejanje za raka materničnega vratu. V nadaljevanju sta podana dva najpomembnejša kazalnika, s katerima spremljamo učinkovitost programa, in sicer pregledanost ciljne populacije in incidenca RMV v ljubljanski zdravstveni regiji. Ker je, za razliko od drugih dveh presejalnih programov za raka, program Zora umeščen v primarno raven osnovnega zdravstvenega varstva, kot tretji kazalnik prikazujemo obremenjenost ginekoloških timov v območni enoti Ljubljana v primerjavi s Slovenijo.

#### *Pregledanost ciljne populacije*

Pregledanost ciljne populacije je kazalnik, ki prikazuje, kolikšen delež ciljne populacije se udeležuje rednih presejalnih pregledov na tri leta. Za pomembno zmanjšanje incidence RMV in umrljivosti zaradi RMV v populaciji mora biti pregledanost najmanj 70 %, zaželeno pa je, da je okoli 80 %. Vir podatkov za pregledanost ciljne populacije je Register Zora, nekateri podatki so objavljeni tudi v letnem poročilu programa (1) in na uradni spletni strani (5).

Triletna pregledanost v Sloveniji že od začetka programa dosega ciljnih 70 %, vendar obstajajo razlike v pregledanosti tako med regijami kot med starostnimi skupinami žensk. V Tabeli 5 je prikazana pregledanost žensk s stalnim prebivališče, v ljubljanski zdravstveni

regiji v primerjavi s celo Slovenijo in po posameznih upravnih enotah (UE). Zajeta so tri prekrivajoča se triletna časovna obdobja, ki skupaj kažejo pregledanost od leta 2006 do leta 2011:

- V vseh treh časovnih obdobjih je pregledanost v ljubljanski regiji nekoliko večja od slovenskega povprečja, v zadnjem triletnem je bila pregledanost 72 %.
- Pregledanost se med upravnimi enotami razlikuje. V nobeni upravni enoti pregledanost ne dosega 80 %. Najmanjšo pregledanost imajo ženske v UE Cerknica, Trbovlje in Ribnica, kjer je pregledanost pod 70 %. V teh treh upravnih enotah in še v UE Zagorje, Logatec in Ljubljana je pregledanost tudi pod slovenskim povprečjem. Največjo pregledanost imajo ženske s stalnim bivališčem v UE Idrija, Hrastnik, Vrhnika, Litija in Kočevje; v zadnjem triletnem obdobju je bila med 75 in 76 %.
- Časovno se pregledanost v ljubljanski zdravstveni regiji ne spreminja bistveno. V šestih upravnih enotah se je pregledanost povečuje, najbolj se je povečala v UE Logatec in Kočevje, in sicer za okoli 3 %. V ostalih osmih upravnih enotah se pregledanost zmanjšuje - najbolj je zaskrbljujoče zmanjševanje pregledanosti v UE Trbovlje, Zagorje in Domžale, kjer se je pregledanost zmanjšala za več kot 2 %, v UE Trbovlje pa je tudi že manjša od 70 %. V največji upravni enoti regije, UE Ljubljana, se je pregledanost povečala za dober odstotek.

V Tabeli 6 je prikazana triletna pregledanost po starostnih skupinah žensk s stalnim bivališčem v ljubljanski zdravstveni regiji v primerjavi s Slovenijo:

- Pregledanost se med starostnimi skupinami razlikuje. Pomembnih razlik med ljubljansko regijo in Slovenijo ni opaziti.
- Najbolj so pregledane mlade ženske; v starostni skupini 20-29 let pregledanost presega 80 %.
- Najbolj zaskrbljujoča je premajhna pregledanost pri ženskah starih 50 let ali več, ki ne dosega 70 %. V najstarejši starostni skupini (60-64 let) pa je pregledanih samo polovica vseh žensk.
- V zadnjih triletnih obdobjih je pregledanost stabilna ali se malenkost povečuje v vseh starostnih skupinah, razen pri najstarejših ženskah (60-64 let) in ženskah med 35 in 39 leti, kjer je opaziti neugodna nihanja v pregledanosti.



Tabela 5: Triletna pregledanost ciljne populacije programa Zora (%) po upravnih enotah ljubljanske zdravstvene regije v primerjavi s povprečjem regije in Slovenije, v treh, prekrivajočih se triletnih obdobjih (1. julij 2006–30. junij 2009, 1. julij 2007–30. junij 2010 in 1. julij 2008–30. junij 2011). (Vir: Register Zora, november 2012)

<b>Upravna enota</b>	<b>2008–2011</b>	<b>2007–2010</b>	<b>2006–2009</b>	<b>Razlika*</b>
Cerknica	67,0	65,2	64,8	-2,2
Trbovlje	68,2	68,4	70,6	2,4
Ribnica	69,4	68,4	67,4	-2,0
Zagorje	70,4	73,5	73,7	3,3
Logatec	70,9	70,4	68,1	-2,8
Ljubljana	71,4	70,6	70,0	-1,4
<b>Slovenija</b>	<b>71,5</b>	<b>71,4</b>	<b>71,2</b>	<b>-0,3</b>
Domžale	71,6	72,3	73,7	2,1
<b>Ljubljanska zdravstvena regija</b>	<b>72,0</b>	<b>71,6</b>	<b>71,5</b>	<b>-0,5</b>
Grosuplje	73,7	73,3	73,1	-0,6
Kamnik	74,4	73,9	75,4	1,0
Kočevje	75,4	72,9	72,1	-3,3
Litija	75,6	74,1	76,1	0,5
Vrhnika	75,8	77,3	77,7	1,9
Hrastnik	75,9	75,9	76,5	0,6
Idrija	75,9	77,2	77,7	1,8

\* Razlika v pregledanosti 2008-2011 in 2006-2009

Tabela 6: Triletna pregledanost ciljne populacije programa Zora (%) v ljubljanski zdravstveni regiji v primerjavi s Slovenijo, po starostnih skupinah, v treh, prekrivajočih se triletnih obdobjih (1. julij 2006–30. junij 2009, 1. julij 2007–30. junij 2010 in 1. julij 2008–30. junij 2011). (Vir: Register Zora, oktober 2012.)

Starostna skupina	a) Ljubljanska zdravstvena regija				b) Slovenija			
	2008–2011	2007–2010	2006–2009	Razlika*	2008–2011	2007–2010	2006–2009	Razlika*
20–24	85,2	84,7	83,5	1,7	86,6	86,5	84,9	1,7
25–29	81,7	81,8	81,2	0,5	80,8	81,2	80,5	0,4
30–34	79,5	79,4	78,9	0,7	78,7	78,8	78,4	0,3
35–39	75,9	77,0	76,6	-0,7	76,4	76,9	77,1	-0,6
40–44	77,5	76,1	75,5	2,0	77,0	76,4	76,1	0,9
45–49	73,1	72,2	72,7	0,3	72,7	71,9	72,3	0,4
50–54	67,3	66,0	65,7	1,6	66,0	65,2	64,3	1,8
55–59	58,3	56,6	56,5	1,8	56,6	55,3	54,8	1,8
60–64	49,6	48,2	49,8	-0,2	48,7	48,2	49,0	-0,4
<b>Skupaj (20-64)</b>	<b>72,0</b>	<b>71,6</b>	<b>71,5</b>	<b>0,5</b>	<b>71,5</b>	<b>71,4</b>	<b>71,2</b>	<b>0,3</b>

\* Razlika v pregledanosti 2008–2011 in 2006–2009

### *Incidenca raka materničnega vratu*

Incidenca (število novih primerov na leto) RMV je kazalnik, ki nam pove, kako uspešni smo pri obvladovanju bremena tega raka. Za razliko od večine drugih rakov, lahko s presejalnimi pregledi materničnega vratu odkrivamo že predrakave spremembe (cervikalne intraepitelijske neoplazije ali CIN), ki jih nato zdravimo in s tem preprečimo razvoj raka. Zato je presejanje za raka materničnega vratu eno izmed redkih presejanj, kjer lahko z učinkovitim presejalnim programom pomembno zmanjšamo ne le umrljivost, temveč tudi incidenco tega raka. Vir podatkov za incidenco RMV in CIN 3 je Register raka RS, podatki so objavljeni v letnih poročilih registra, dostopnih v e-obliki na uradni spletni strani Onkološkega inštituta Ljubljana (6), in na interaktivnem spletnem portalu Registra raka RS - SLORA (7). Podatki za leta 2009–2011 uradno še niso objavljeni, so pa v Registru na voljo vsem, ki jih potrebujejo.

Program Zora kot prvi slovenski organiziran, populacijski, nacionalni presejalni program za raka že kaže prve rezultate. Z zagotavljanjem dobre pregledanosti ciljne populacije in kakovosti vseh postopkov v programu, ki sta nujna za zagotavljanje učinkovitosti programa, se incidenca RMV zmanjšuje, tako v državi kot v ljubljanski regiji.

Tabela 7: Incidenca RMV in CIN 3 v in Sloveniji, ljubljanski zdravstveni regiji (ZR) in upravni enoti (UE) Ljubljana v letih 1998–2011. (Vir: Register raka RS, spletni portal SLORA, november 2012)

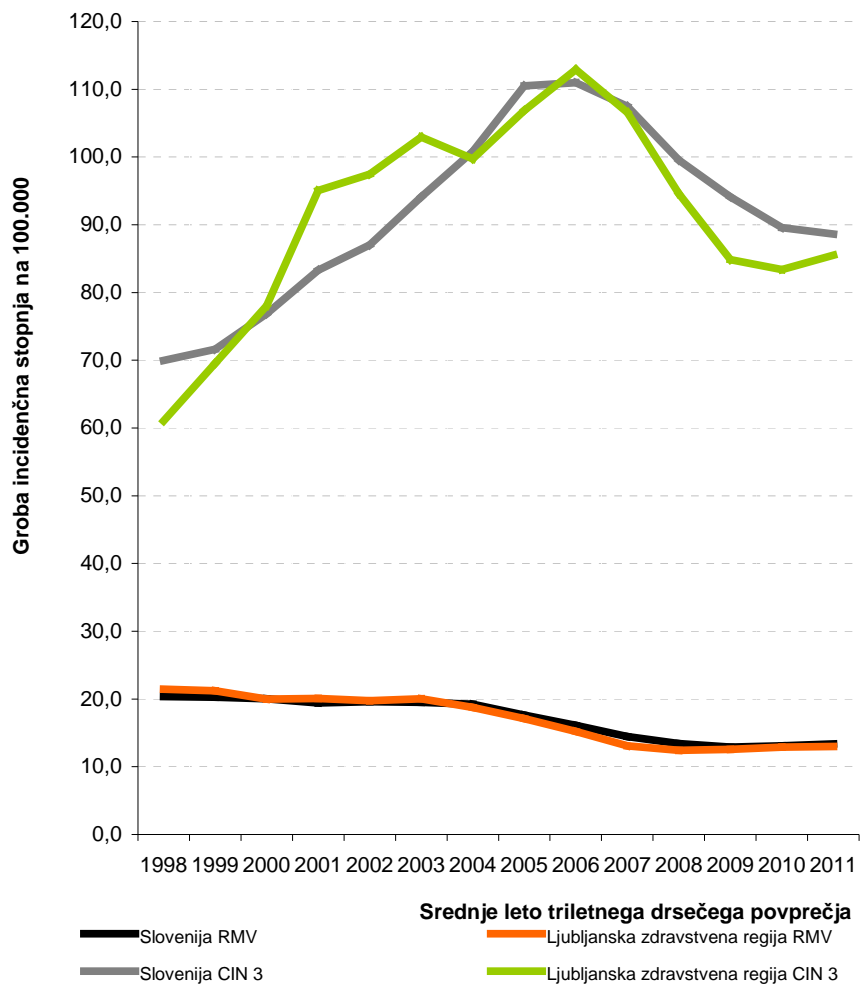
Leto	RMV			CIN 3		
	Slovenija	ZR Ljubljana	UE Ljubljana	Slovenija	ZR Ljubljana	UE Ljubljana
1998	207	69	49	715	180	121
1999	206	63	34	707	196	111
2000	205	64	42	763	267	167
2001	201	58	33	877	260	149
2002	188	65	43	905	356	236
2003	211	61	42	879	291	190
2004	198	61	31	1,094	313	198
2005	180	53	33	1,112	328	184
2006	162	46	24	1,179	361	209
2007	153	44	28	1114	374	202
2008	130	34	22	1009	275	158
2009	130	41	17	943	256	116
2010	139	47	27	956	292	171
2011	138	38	23	880	267	148

Tabela 7 prikazuje incidenco najhujše predrakave spremembe (CIN 3) in RMV v ljubljanski zdravstveni regiji ter Sloveniji v letih 1998–2011. V naši največji slovenski regiji (ki v grobem ustreza področju, kjer smo že leta 1998 v okviru pilotnega projekta uvedli organiziran presejalni program) in v največji upravni enoti regije (UE Ljubljana), se je breme RMV v 13 letih po uvedbi organiziranega programa približno prepolovilo, s 69 oz. 49 novih primerov

RMV v letu 1998 na 38 oz. 23 v letu 2011. Po uvedbi organiziranega, nacionalnega populacijskega programa leta 2003, se je breme RMV v državi zmanjšalo za dobro tretjino, z 211 novih primerov RMV v letu 2003 na 138 v letu 2011. V letih 2008 in 2009 je bila incidenca RMV v Sloveniji najmanjša do sedaj oziroma od leta 1950, ko je bil ustanovljen Register raka RS. V zadnjih dveh letih (2010 in 2011) se incidenca RMV tako v državi kot v ljubljanski regiji in UE Ljubljana ne zmanjšuje več, oziroma so se, podobno kot že v preteklosti, pojavila manjša nihanja navzgor.

Nihanja v incidenci RMV, ki jih opažamo v zadnjih letih, so lahko naključna ali pa posledica sistematične spremembe trenda incidence. Slika 48 zato prikazuje triletna drseča povprečja incidence RMV in CIN 3 s katerimi ublažimo naključna nihanja in poudarimo trende. Incidenca RMV se je po letu 2008 ustalila tako v ljubljanski regiji kot v Sloveniji in se zaenkrat ne več, prav tako pa se v zadnjem letu nakazuje ustavljanje zmanjševanja incidence CIN 3. Po uvedbi organiziranega presejanja se je zmanjševala incidenca RMV in hkrati večala incidenca CIN 3: to je pričakovan in želen učinek presejanja, ko se z večanjem pregledanosti ciljne populacije in poenotenimi strokovnimi smernicami izboljša odkrivanje predrakavih sprememb ter se z njihovim zdravljenjem preprečuje razvoj RMV.

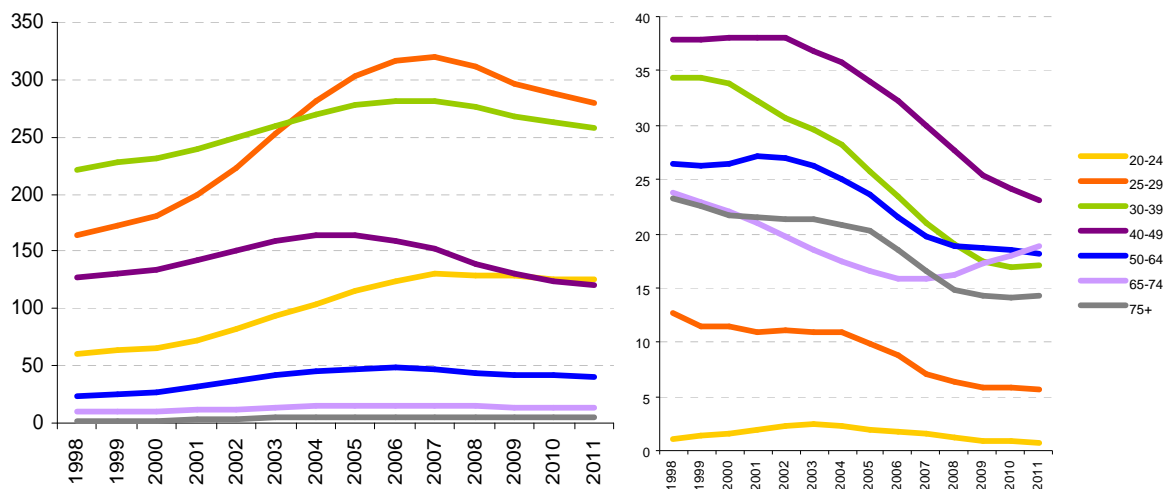
Slika 48: Triletno drseče povprečje grobe incidenčne stopnje RMV in CIN 3 na 100.000 prebivalk v ljubljanski zdravstveni regiji in Sloveniji, 1998–2011. (Vir: Register raka RS in spletni portal SLORA, november 2012)



Pričakovano se je incidenca CIN 3 najprej povečala v ljubljanski regiji, kjer se je program Zora začel že leta 1998 s pilotnim projektom (Slika 48).

Največjo incidenco CIN 3 v Sloveniji, ljubljanski regiji in UE Ljubljana smo zabeležili v letih 2006, 2007 in 2002. Prehodni dvig incidence CIN 3 in nato padec ter ustalitev na večji vrednosti od izhodiščne, je značilen začetni učinek presejalnega programa, ko zaradi večje pregledanosti ciljne populacije in večje kakovosti citologije ter vseh nadaljnjih postopkov s programom zajamemo v nekaj letih toliko CIN 3, kot bi jih brez organiziranega programa v daljšem časovnem obdobju oz. bi nekatere diagnosticirali šele v fazi, ko bi se razvil RMV.

Slika 49: Petletno drseče povprečje starostno specifične incidenčne stopnje CIN 3 (levo) in RMV (desno) na 100.000 prebivalk Slovenije, 1998–2011. (Vir: Register raka RS in spletni portal SLORA, december 2012)



Slika 49: prikazuje slovenski trend incidence CIN 3 in RMV po starostnih skupinah v časovnem obdobju 1998–2011:

- Incidenčna stopnja CIN 3 je največja v starostni skupini 25–39 let, incidenčna stopnja RMV pa v skupini 40–49 let, kar je skladno z znanimi dokazi o počasnem razvoju RMV, ki se razvije postopoma, in sicer povprečno v 10–15 letih preko hudih predrakovih

sprememb ali CIN (3,8). Incidenčna stopnja CIN 3 je večja kot je bila kadarkoli zabeležena incidenčna stopnja RMV v Sloveniji, kar je skladno z znanimi dokazi o regresiji določenega deleža CIN 3 (3, 8).

- Incidenca CIN 3 se je prehodno pomembno povečala v vseh starostnih skupinah, ki so zajete v ciljno populacijo programa Zora. Pri starejših ženskah (65 let in več) je incidenca CIN 3 v opazovanem obdobju ves čas majhna in se tudi ni pomembno povečala. V nekaj letih po uvedbi programa Zora na državni ravni, se je trend večanja incidence CIN 3 bodisi ustalil na največji vrednosti (pri vstopnicah v program in pri ženskah nad 50 let), bodisi nekoliko znižal in se ustalil.
- Incidenca RMV se je po uvedbi programa zmanjšala v vseh starostnih skupinah, najbolj pa pri ženskah med 30. in 49. letom starosti, kar je skladno z dobro pregledanostjo in veliko odkritih CIN 3 pri mlajših ženskah. Gre za pričakovan učinek presejalnega programa, ko pri ženskah pravočasno odkrijemo in zdravimo CIN in s tem preprečimo razvoj raka 10–15 let kasneje.
- V zadnjih letih se je incidenca RMV ustalila v vseh starostnih skupinah, razen pri ženskah med 65 in 74. letom, kjer se je ponovno začela večati kar je skladno s premajhno pregledanostjo žensk med 50 in 64 letom, ki jo opažamo v programu Zora že od začetka. Programa Zora se udeležuje le nekaj več kot polovica žensk te starosti, zato lahko pri njih pravočasno prepoznamo in zdravimo le dobro polovico CIN. Pri ženskah, ki se pregledov ne udeležujejo, ostanejo namreč CIN neprepoznani in nezdravljeni in zato lahko v 10–15 letih napredujejo do RMV.

### *Obremenjenost ginekoloških timov na primarni ravni zdravstvenega varstva*

Obremenjenost ginekologov prikazujemo v tem prispevku kot število žensk, ki so opredeljene na en ginekološki tim. Razlike v obremenjenosti se lahko izrazijo kot razlike v kakovosti obravnave posamezne ženske in/ali razlike v dostopnosti do kakovostnih presejalnih pregledov in lahko vplivajo na pregledanost žensk v programu Zora. Vir podatkov za obremenjenost ginekologov so *Seznami izvajalcev v dispanzerjih za ženske, Število opredeljenih po starostnih skupinah pri aktivnih ginekologih, ZZZS (9)*.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja sicer omogočajo enako dostopnost do presejalnih pregledov vsem slovenskim ženskam, ki pa je v nekaterih primerih samo navidezna. V skladu s pravili je dolžan ginekolog, ki ima sklenjeno pogodbo z ZZZS in

izpolnjuje pogoje za izbranega ginekologa, sprejeti vse zavarovanke, ki si ga izberejo. Odkloni jih lahko, ko za 10 % preseže povprečno število količnikov iz glavarine na zdravnika ginekologa v svoji dejavnosti na območju izpostave ZZZS, kjer ima sedež dejavnosti. Če ima na območju izpostave ZZZS sedež dejavnosti en sam ginekolog, je dolžan sprejeti vse zavarovanke, ki si ga izberejo.

Po podatkih ZZZS je bilo na dan 30. avgusta leta 2011 povprečno število opredeljenih žensk na ginekološki tim v Sloveniji 4.921 (Tabela 8). Zaradi obstoječega pravila se pojavljajo neenakosti v obremenjenosti ginekologov s številom opredeljenih žensk, tako med različnimi območnimi enotami (OE) ZZZS kot znotraj ene OE. Avgusta leta 2011 so bili najbolj obremenjeni ginekologi v OE Kranj, najmanj pa ginekologi v OE Nova Gorica (povprečno 5.251 in 4.431 žensk na ginekološki tim). Obremenitev ginekologov v OE Ljubljana je bila v tem obdobju blizu slovenskemu povprečju (povprečno 4.935 v primerjavi s 4.921 žensk na ginekološki tim). Znotraj OE Ljubljana so bili najbolj obremenjeni ginekološki timi v izpostavah Grosuplje in Vrhnika (povprečno 5.664 in 5.379 žensk na ginekološki tim), pri čemer v Vrhniki dela le en ginekološki tim, ki po zgoraj opisanih pravilih ne sme zavračati žensk, ki se želijo na novo opredeliti. Najmanj so bili obremenjeni ginekološki timi v izpostavah Ribnica in Domžale (povprečno 4.029 in 4.216 žensk na ginekološki tim). Ljubljanska izpostava, ki je največja in ima zaposlenih 29,4 ginekoloških timov, ima povprečno obremenjenost 4.898 žensk na ginekološki tim, kar je blizu slovenskemu in ljubljanskemu povprečju. Obremenitev ginekologov (merjena s povprečnim številom opredeljenih žensk na en ginekološki tim) se v Ljubljanski regiji veča hitreje kot v Sloveniji: od leta 2009 do leta 2011 se je v OE Ljubljana povečala za 201 in v Sloveniji za 25 (9).

Če povzamemo zgoraj navedene obremenjenosti po izpostavah OE Ljubljana vidimo, da je med izpostavo Grosuplje in izpostavo Ribnica razlika v povprečni obremenjenosti 1.635 žensk na ginekološki tim ali z drugimi besedami, v Grosupljem je povprečna obremenitev ginekološkega tima za 30 % večja kot v Ribnici. Opisane neenakosti v obremenitvi ginekologov so škodljive za ženske, saj ustvarja neenakosti v obravnavi žensk. Ginekološki timi, ki imajo več opredeljenih žensk, imajo manj časa za eno žensko, kar pomeni manjši obseg storitev in/ali manj kakovostne storitve - tudi tiste, ki so vezane na program Zora.



Tabela 8: Število ginekoloških timov in število opredeljenih žensk na ginekološki tim po izpostavah območne enote Ljubljana v letih 2009-2011. (Vir: *Seznami izvajalcev v dispanzerjih za ženske, Število opredeljenih po starostnih skupinah pri aktivnih ginekologih, podatki za 30. avgust posameznega leta, ZZZS*)

Izpostava	2011		2010		2009		Razlika*	
	št. timov	št. opredeljenih/tim	št. timov	št. opredeljenih/tim	št. timov	št. opredeljenih/tim	št. timov	št. opredeljenih/tim
Grosuplje	1,50	5.664	1,50	5.495	1,50	5.321	0,00	343
Vrhnika	1,00	5.379	1,00	5.314	1,00	5.299	0,00	80
Idrija	0,80	5.341	0,80	5.259	0,80	5.173	0,00	168
Litija	1,10	5.321	1,10	5.242	1,10	5.175	0,00	146
Kočevje	1,02	5.302	1,02	5.223	1,02	5.265	0,00	37
Zagorje	1,04	5.237	1,04	5.087	1,04	5.014	0,00	223
Cerknica	0,70	5.226	0,70	5.063	0,60	5.798	0,10	-572
Kamnik	2,00	5.127	2,00	5.060	2,00	4.995	0,00	132
Trbovlje	1,90	5.039	1,90	4.972	1,90	4.867	0,00	172
Logatec	0,50	5.032	0,50	4.944	0,50	4.806	0,00	226
Hrastnik	0,70	5.024	0,70	4.983	0,70	4.970	0,00	54
<b>Območna enota</b>								
<b>Ljubljana</b>	<b>45,36</b>	<b>4.935</b>	<b>44,36</b>	<b>4.908</b>	<b>44,55</b>	<b>4.734</b>	<b>0,81</b>	<b>201</b>
<b>Slovenija</b>	<b>138,44</b>	<b>4.921</b>	<b>139,06</b>	<b>4.886</b>	<b>137,09</b>	<b>4.896</b>	<b>1,35</b>	<b>25</b>
Ljubljana	29,40	4.898	28,40	4.936	28,69	4.818	0,71	80
Domžale	3,00	4.216	3,00	3.829	3,00	2.934	0,00	1.282
Ribnica	0,7	4.029	0,7	4.009	0,7	2271	0	1.758

\* Razlika med 2011 in 2009

Obremenjenost ginekologov bi lahko prikazali tudi z drugimi kazalniki, izračunanimi iz podatkov, ki se zbirajo rutinsko v Sloveniji; npr. število obiskov na leto in delež posamezne vrste obiska (nosečnice, kontracepcija, druga preventiva, kurativa). Iz vidika analize premajhne pregledanosti žensk starih 50 let in več bi bil zanimiv tudi podatek o opredeljenosti žensk za ginekologa glede na regijo ali upravno enoto stalnega bivališča in starostno skupino.

## Razprava

Incidenca raka materničnega vratu (RMV) se zmanjšuje tako v državi kot v ljubljanski zdravstveni regiji kar pripisujemo učinkovitosti programa Zora in zagotavljanju dobre pregledanosti ciljne populacije ter kakovosti vseh postopkov v programu. V ljubljanski regiji, ki v grobem ustreza področju, kjer smo že leta 1998 v okviru pilotnega projekta uvedli organiziran presejalni program, se je breme RMV v 13 letih po uvedbi organiziranega programa skoraj prepolovilo: s 69 novih primerov RMV v letu 1998 na 38 v letu 2011. Po uvedbi organiziranega nacionalnega populacijskega programa leta 2003, se je breme RMV v državi zmanjšalo za dobro tretjino, z 211 novih primerov RMV v letu 2003 na 138 v letu 2011.

V zadnjih letih se je zmanjševanje incidence RMV ustalilo, tako v ljubljanski regiji kot v Sloveniji. Incidenca je dosegla plató v vseh starostnih skupinah, razen pri ženskah med 65 in 74 letom, kjer se je ponovno začela večati kar je najverjetneje posledica premajhne pregledanosti žensk med 50. in 64. letom starosti, ki jo opažamo v programu Zora že od začetka. Programa Zora se namreč udeležuje le nekaj več kot polovica žensk v starosti 50–64 let, zato lahko pri njih prepoznamo in pravočasno zdravimo le dobro polovico CIN. Pri ženskah, ki se pregledov ne udeležujejo, ostanejo CIN neprepoznani in nezdravljeni ter lahko v 10–15 letih napredujejo do RMV (3,8).

Podobno kot v dobro organiziranih presejalnih programih v tujini, v zadnjih letih tudi v Sloveniji zbolevalo predvsem ženske, ki se niso redno udeleževale presejalnih pregledov (neodzivnice). Od vseh žensk, ki so zbolele za RMV v letih 2008–2009 in 2010–2011, se jih več kot polovica (54,7 % in 60,8 %) ni udeleževala pregledov v priporočenih intervalih - več kot polovica teh žensk je bila stara 65 let ali več. Pri ženskah brez presejalnega izvida v Registru Zora je bila bolezen najpogosteje odkrita v razširjeni obliki (FIGO II+) in sicer pri 75,3 % neodzivnicah, ki so zbolele v 2008–2009, in 80,2 % neodzivnicah v 2010–2011. Pri ženskah, ki so se redno udeleževale presejalnih pregledov, je bila bolezen najpogosteje odkrita v mikroinvazivni (FIGO Ia pri 42,2 % in 50,5 % odzivnic) ali omejeni obliki (FIGO Ib pri 43,0 % in 36,2 % odzivnic) (2). Ženske, ki se programa Zora ne udeležujejo redno, so torej bolj ogrožene z RMV. Pri njih je bolezen pogosteje odkrita v razširjeni obliki, ki narekuje obsežno zdravljenje, prognoza pa je slabša. Po zgledu tujih držav z dobro organiziranimi presejalnimi programi je v programu Zora smiselno iskati nove pristope za povečanje odzivnosti v tisti skupini žensk, ki se ne odziva na reden program, v Sloveniji so to predvsem ženske med 50 in 64 letom.

Po uvedbi organiziranega presejanja se je zmanjševala incidenca RMV in hkrati večala incidenca CIN 3: to je pričakovan in želen učinek presejanja, ko se z večanjem pregledanosti ciljne populacije in poenotenimi strokovnimi smernicami izboljša odkrivanje predrakavih sprememb ter se z njihovim zdravljenjem preprečuje razvoj RMV. Prehodni dvig incidence CIN 3 in nato padec ter ustalitev na večji vrednosti od izhodiščne, je značilen začetni učinek presejalnega programa, ko zaradi večje pregledanosti ciljne populacije in večje kakovosti citologije ter vseh nadaljnjih postopkov s programom zajamemo v nekaj letih toliko CIN 3, kot bi jih brez organiziranega programa v daljšem časovnem obdobju oz. bi nekatere diagnosticirali šele v fazi, ko bi se razvil RMV. Vendar moramo biti pri vsakem zniževanju incidence CIN 3 tudi pozorni, da se nam ob tem ne zmanjšuje pregledanost ciljne populacije ali kakovost programa, kajti v tem primeru bi bilo zmanjšanje incidence CIN 3 lahko posledica manjšega odkrivanja bolezni in posledično več zamujenih CIN, ki bi jih kasneje odkrili v obliki RMV. Zato moramo poleg incidence CIN 3 in pregledanosti budno spremljati tudi incidenco RMV, ki se ne sme večati. Če se ob zmanjševanju incidence CIN 3 začne večati incidenca RMV je to znak, da odkrivamo spremembe prepozno, bodisi zaradi premajhne pregledanosti ali slabše kakovosti programa. Za razumevanje učinkovitosti programa in načrtovanje izboljšav za nadaljnje manjšanje incidence RMV je nujno analizirati vse nove primere RMV, in sicer:

- z vidika udeležbe v programu Zora (med novimi bolnicami ne sme naraščati delež žensk, ki so se redno udeleževale programa);
- z vidika kakovosti citologije (med novimi bolnicami, ki so udeleževale programa, ne sme naraščati delež žensk s podcenjenimi izvidi presejalnih BMV) in
- tudi z vidika vseh ostalih postopkov (pravočasna in kakovostna ginekološka obravnava, histopatološka diagnostika ipd.).

Pri tem se moramo zavedati, da tudi z zelo kakovostnim presejalnim programom ne moremo preprečiti vseh rakov, predvsem na račun omejitve v občutljivosti presejalnega testa, ki je lahko največ okoli 80 %.

Čeprav obstoječa pravila zagotavljajo navidezno enako dostopnost žensk do ginekologa in udeležbe v programu Zora v koordinacijskem centru programa čedalje pogosteje prejemamo klice ginekologov in medicinskih sester. Opozarjajo nas, da so preobremenjeni in da kljub pravilom ne morejo več sprejemati novih žensk, saj ne zmorejo zagotoviti ustreznih standardov kakovosti in s tem varnosti obravnave. Po drugi strani nas kličejo tudi ženske, ki se ne morejo naročiti na presejalni pregled, še posebej, če še nimajo izbranega ginekologa.

V območni enoti Ljubljana je razlika v obremenjenosti ginekoloških timov med najbolj in najmanj obremenjeno izpostavo okoli 30 %. Obstoječa pravila torej ustvarjajo razlike v obremenjenosti ginekologov, to pa povzroča neenakosti v kakovosti in varnosti obravnave žensk. Ginekološki timi, ki imajo več opredeljenih žensk, imajo manj časa za eno žensko, kar pomeni manjši obseg storitev in/ali manj kakovostne storitve – tudi tiste, ki so vezane na program Zora. Na problem dostopnosti do primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva v Sloveniji je opozorila tudi nedavna raziskava »Dostopnost in izvajalci primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji v letu 2010«, ki so jo opravili na Inštitutu za varovanje zdravja (10).

Obravnava enega pacienta postaja iz leta v leto bolj kompleksna. Z razvojem stroke v obravnavo uvajamo nove preventivne, diagnostične in terapevtske postopke, kar vpliva na zahtevnost in število obravnav. Poleg tega se v sodobni družbi spreminja tradicionalen odnos med zdravnikom in pacientom iz avtoritativnega v partnerskega, ki od pacienta zahteva informirano soodločanje o načinu obravnave, kar od zdravnika zahteva dodaten čas. Poleg naštetega ima ginekolog, ki je na primarni zdravstveni ravni vpet v program Zora, posebne naloge (vezane na program), ki so pod stalnim nadzorom in zahtevajo dodaten čas. Poleg kliničnega pregledovanja in informiranja žensk o preiskavah in rezultatih preiskav mora ginekološki tim zagotavljati vabljenje opredeljenih žensk na presejalne preglede, povratno obveščati o rezultatih pregleda ter po potrebi naročati na kontrolne preglede ter opominjati na zamujene preglede. Zavezan je k strogim standardom in nadzoru kakovosti, vpleten je v postopek registracije storitev in izvidov na poti ženske skozi program, prav tako se centralno (v Registru Zora), ves čas spremlja kakovost in učinkovitost njegovega dela v okviru programa (kot seveda tudi vseh drugih izvajalcev programa).

Vprašanje je, kje je največja zgornja meja opredeljenosti, ki še omogoča kakovostno oskrbo žensk in je v skladu z vsemi zakonskimi in strokovnimi določili in navodili. To mejo je leta 2009 *Razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo in porodništvo* postavil pri 4.000 opredeljenih žensk na ginekologa in pri tem navedel časovne normative za posamezne vrste pregledov (11). Obstoječi sistem omogoča preseganje te meje, ki je po mnenju ginekološke stroke še varna za paciente in hkrati sili zelo različno obremenjene ginekologe k enako obsežnim in kakovostnim storitvam - v praksi tega ni mogoče izvajati. Povprečna obremenjenost ginekologov konec leta 2011 je presegala to mejo za približno za 25 % oz. 1.000 žensk na ginekološki tim (9).

V *Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013* so ob takratnem stanju števila ginekoloških timov in žensk nad 13 let in opredeljenosti žensk za ginekologa

izračunali, da bi bila ob 100 % opredeljenosti obremenitev ginekologov 5.500 žensk na ginekološki tim oz., da bi pri ohranjanju takratne obremenjenosti ginekoloških timov za opredelitev še neopredeljenih žensk (okoli 23 %) rabili dodatnih 31 ginekoloških timov (12). Od takrat se stanje ni bistveno spremenilo, ob približno enakem številu ginekoloških timov in obremenitvi ginekoloških timov kot leta 2008, je bilo v prvi polovici 2012 za ginekologa neopredeljenih okoli 24 % žensk (13). Dodatno je zaskrbljujoče, da je bila v letu 2010 povprečna starost ginekologov 52 let, več kot polovica pa jih je bila starejša od 50 let, kar pomeni v ne tako daljni prihodnosti izgubo ginekologov iz sistema zaradi upokojevanja (10). Zdravje naših žensk se bo že v bližnji prihodnosti poslabšalo, če tega upokojevanja ne bomo nadomestili z mladimi specialisti ginekologije in s tem zagotovili vzdržnosti obstoječega sistema ali našli novo sistemsko rešitev za zagotavljanje reproduktivnega zdravja slovenskih žensk.

Nujno rabimo sistemske rešitve, v katerih bomo (1) ginekologom in ženskam omogočili enako kakovostno in varno obravnavo vsake ženske, ki se želi udeleževati presejalnega programa Zora, ter (2) v prihodnosti preprečili zmanjševanje dostopnosti iz naslova bližnjega upokojevanja velikega deleža ginekologov.

## Viri

1. Primic Žakelj M, Ivanuš U, Pogačnik A, Uršič-Vrščaj M. Poročilo o rezultatih državnega programa ZORA v letih 2007 in 2008. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2009. Dostopno na: <http://zora.onko-i.si/>
2. Primic Žakelj M, Ivanuš U. Aktivnosti DP ZORA v letu 2011. In: Ivanuš U, Žakelj MP, Florjančič M, Kuster M, editors. 3 izobraževalni dan programa ZORA; Brdo pri Kranju: Onkološki inštitut Ljubljana; 2012. p. 9–14, 89–92. Dostopno na: <http://zora.onko-i.si/>
3. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al., editors. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. 2<sup>nd</sup> edition. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities, 2008. Dostopno na: <http://zora.onko-i.si/>
4. Commission of the European Communities: Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening. Official Journal of the European Union 2003; L327/34. Dostopno na: <http://zora.onko-i.si/>
5. Spletna stran DP ZORA: <http://zora.onko-i.si/>

6. Letna poročila Registra raka RS. Onkološki inštitut Ljubljana. Dostopno na: <http://www.onko-i.si/rrs>
7. Spletna stran interaktivnega portala Registra raka RS - SLORA: <http://www.slora.si/>
8. McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, Baranyai J, Medley G, Jones RW, Skegg DC. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol.* 2008 May;9(5):425-34.
9. Sezname izvajalcev v dispanzerjih za ženske, Število opredeljenih po starostnih skupinah pri aktivnih ginekologih. Pridobljeno 12.11.2012 s spletne strani: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/6F2CAD56EE119706C125770B00390171>
10. Šinkovec N, Mihevc Ponikvar B, Renar I. Dostopnost in izvajalci primarnega reprodukcijskega zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji v letu 2010. *Zdrav Var* 2011; 50: 239–248.
11. Ilijaš Koželj M. Ginekološko porodniška dejavnost na primarni ravni. In: Ivanuš U, Žakelj MP, Florjančič M, Kuster M, editors. 2 izobraževalni dan programa ZORA; Brdo pri Kranju: Onkološki inštitut Ljubljana; 2011. Dostopno na: <http://zora.onko-i.si/>
12. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). Uradni list RS, št. 72/2008. Pridobljeno 12.11..2012 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200872&stevilka=3163>.
13. Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju. ZZZS 2004–2012; Pridobljeno 12.11.2012 s spletne strani: [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/pod\\_OZZ?OpenView&count=1000](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/pod_OZZ?OpenView&count=1000)

## 7. BOLNIŠKI STALEŽ

Zaradi zdravstveno opravičenih razlogov je bilo v ljubljanski zdravstveni regiji v letu 2011 vsak dan v povprečju odsotnih 3,1 % zaposlenih, kar pomeni, da je bil vsak zaposleni v povprečju odsoten z dela 11 koledarskih dni (Tabela 9). Po letu 2007 se je % bolniškega staleža vsako leto zmanjševal. Število primerov bolniške odsotnosti je pri ženskah večje kot pri moških, trajanje posamezne odsotnosti pa je pri moških v povprečju daljše. Del teh razlik je posledica tega, da bolniški stalež za nego družinskega člana v večji meri koristijo ženske.

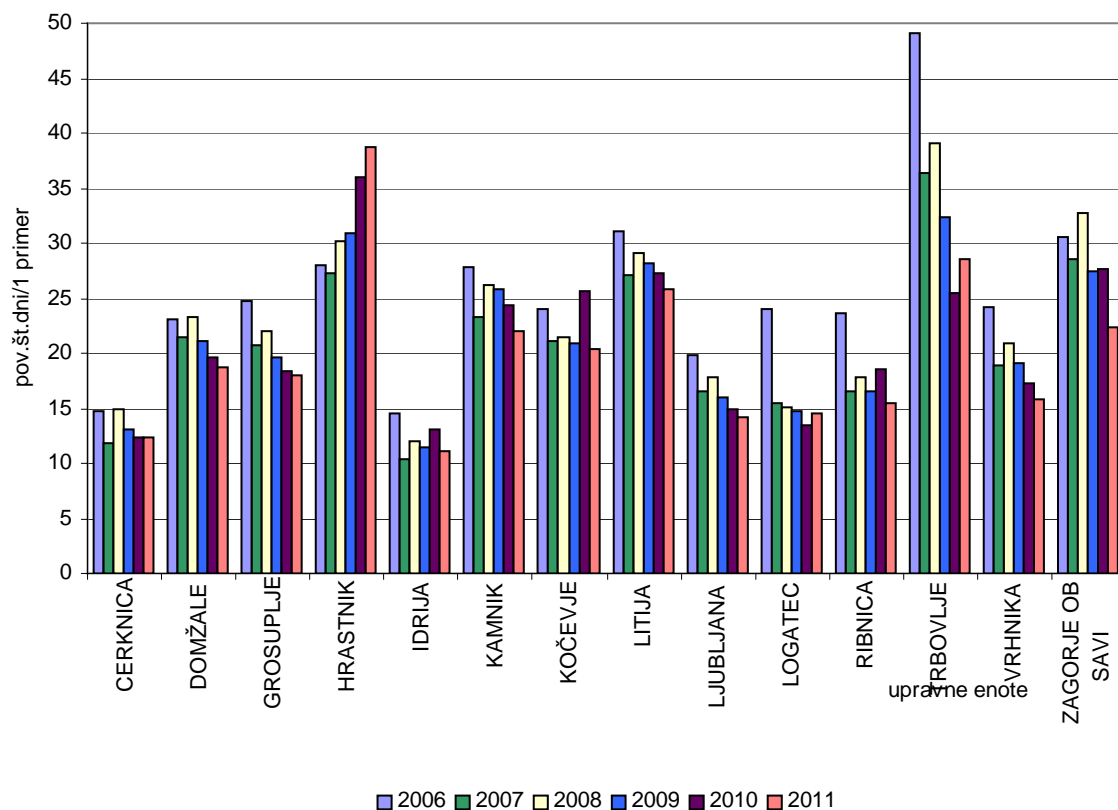
Tabela 9: Zdravstveno opravičena začasna odsotnost z dela, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>% odsotnih zaradi bolniškega staleža</b>						
- vsi	3,7	3,8	3,7	3,6	3,3	3,1
- moški	3,1	3,1	3,0	2,9	2,7	2,5
- ženske	4,5	4,6	4,7	4,4	4,0	3,9
<b>št. primerov* odsotnosti na 100 zaposlenih v enem letu</b>						
- vsi	64,7	78,7	72,5	76,6	73,4	74,6
- moški	46,8	54,8	49,7	51,6	48,6	47,8
- ženske	86,9	108,7	101,4	107,8	103,9	107,9
<b>povprečno št. koledarskih dni na 1 primer odsotnosti</b>						
- vsi	21,2	17,4	18,9	17,1	16,2	15,2
- moški	24,0	20,3	22,1	20,6	20,2	18,8
- ženske	19,1	15,6	16,8	14,9	13,9	13,3
<b>povprečno št. koledarskih dni odsotnosti na 1 zaposlenega</b>						
- vsi	13,6	13,7	13,7	13,1	11,9	11,3
- moški	11,3	11,1	11,0	10,6	9,8	9,0
- ženske	16,6	17,0	17,1	16,1	14,5	14,3

\* en primer pomeni ena bolniška odsotnost; en zaposleni je lahko v enem letu večkrat odsoten, to pomeni več primerov

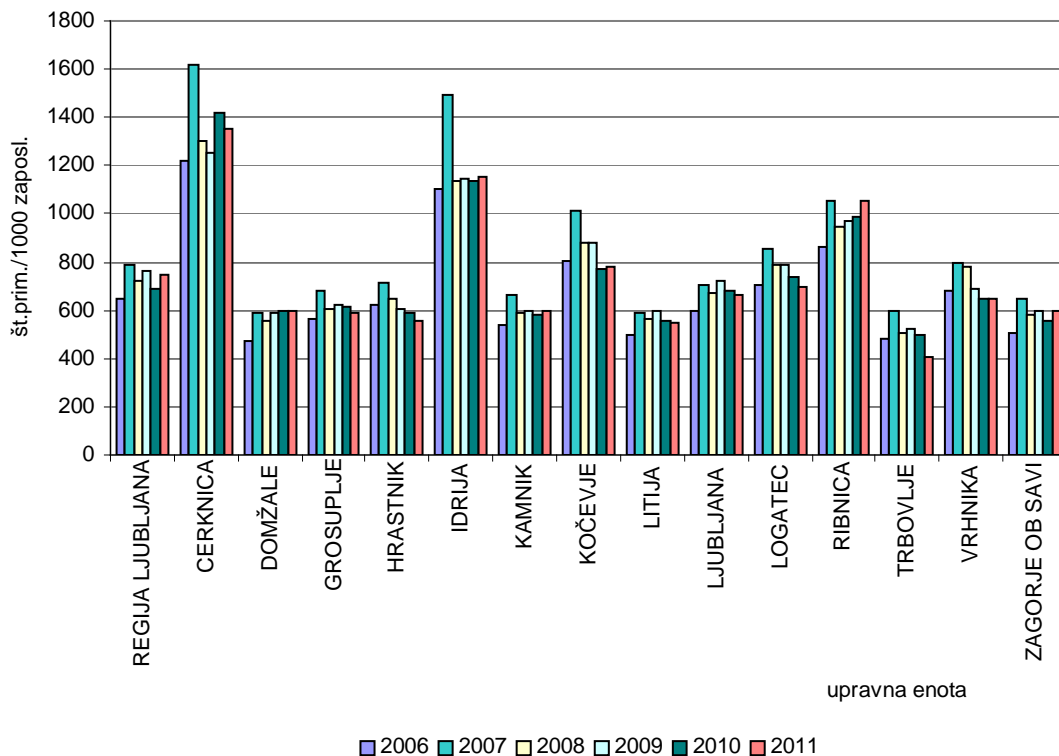
Povprečno trajanje enega primera bolniškega staleža se med posameznimi upravni enotami (UE) precej razlikuje. Z daljšim trajanjem izstopajo zasavske UE – Hrastnik, Trbovlje Zagorje in Litija (Slika 50). V UE, kjer je število primerov bolniškega staleža na zaposlenega večje, pa je trajanje posamezne odsotnosti v povprečju krajše – to je v UE Cerknica in Idrija (Slika 51, Slika 52).

Slika 50: Povprečno število dni na 1 primer zdravstveno opravičene začasne odsotnosti z dela po upravnih enotah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011





Slika 51: Število primerov zdravstveno opravičene začasne odsotnosti z dela na 1000 zaposlenih po upravnih enotah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011



Največ primerov bolniškega staleža je bilo zaradi nege družinskega člana, bolezni dihal in nalezljivih bolezni. Te odsotnosti pa so v povprečju razmeroma kratkotrajne, zato so največ izgubljenih dni prispevale bolezni kostno-mišičnega sistema in vezivnega tkiva ter poškodbe – oboje so precej pogoste, hkrati pa v povprečju zahtevajo daljšo bolniško odsotnost (Tabela 10).

V tabeli so prikazani tudi primeri odsotnosti zaradi ostalih skupin bolezni.

Tabela 10: Odstotni delež primerov in dni zdravstveno opravičene začasne odsotnosti z dela

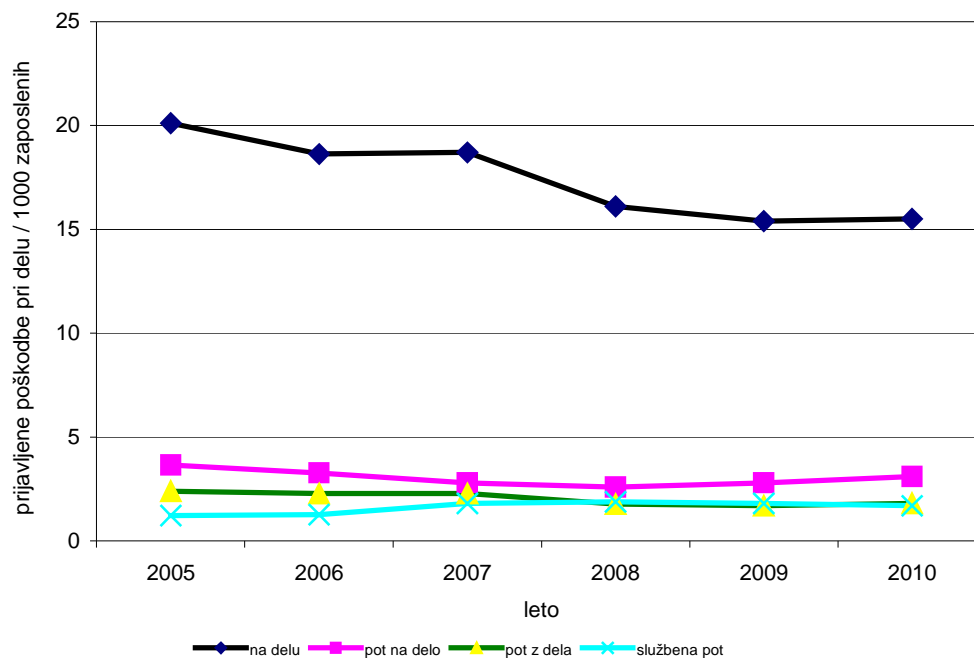
Vzrok	2011	
	primeri	dnevi
Skupaj	100,0	100,0
Nalezljive bolezni	11,1	5,0
Neoplazme	1,3	4,8
Bolezni krvi in krvotvornih organov	0,2	0,3
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	0,5	0,8
Duševne in vedenjske motnje	2,3	6,6
Bolezni živčevja	1,1	2,5
Bolezni očesa	1,0	1,0
Bolezni ušesa	0,9	0,6
Bolezni srca in žil	1,6	4,3
Bolezni dihal	16,0	9,1
Bolezni prebavil	5,3	3,8
Bolezni kože in podkožja	1,7	1,4
Bol. mišic, kosti in vezivnega tkiva	8,6	17,7
Bolezni sečil in spolovil	2,5	2,3
Nosečnost, porod in popor. obdobje	1,6	4,3
Stanja iz obporodnega obdobja	0,0	0,0
Prirojene nepravilnosti	0,1	0,1
Slabo opredeljena stanja	4,6	4,1
Poškodbe, nastale pri aktivnostih iz 18.člena ZZVZ in nekatere ostale poškodbe	0,5	1,7
Poškodbe in zastrupitve pri delu	2,2	6,3
Poškodbe in zastrupitve izven dela	5,4	12,2
Dej., ki vpl. na zdr.st. in na stik z zdr. služ.	8,3	3,6
Nega	23,2	7,4

## 8. POŠKODBE PRI DELU

Poškodbe pri delu so pomemben razlog začasne zadržanosti z dela, lahko pa so tudi vzrok trajne invalidnosti ali smrti.

V ljubljanski regiji je bilo v letu 2010 prijavljenih 7011 poškodb pri delu. Upoštevane so poškodbe delavcev, katerih delodajalci imajo sedež v tej regiji, ne glede na to, kje se je zgodila nezgoda oziroma poškodba. Največ poškodb se je zgodilo na delu, 22 % pa na poti na delo ali z dela (Slika 53). V obdobju 2005-2010 opažamo zmanjševanje števila prijav poškodb pri delu.

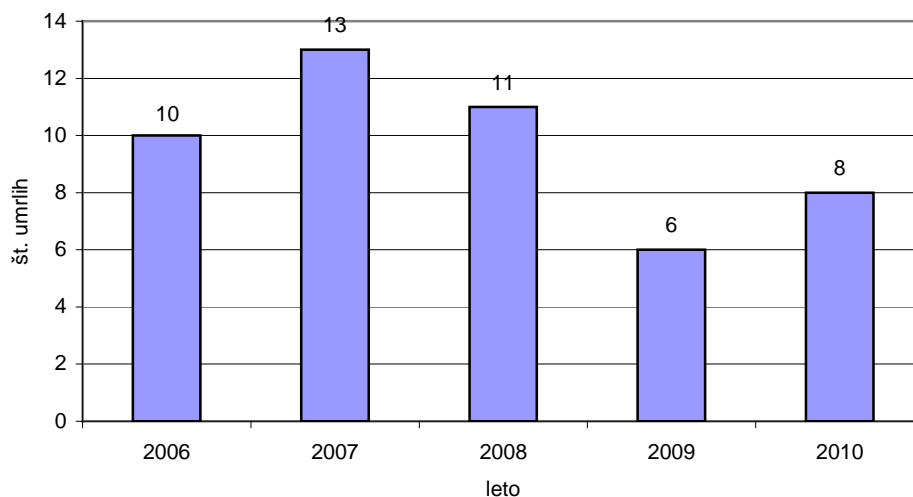
Slika 52: Prijavljene poškodbe pri delu po mestu nastanka poškodbe na 1000 zaposlenih, ljubljanska zdravstvena regija, 2005 - 2010



Število prijavljenih poškodb po upravni enoti sedeža delodajalca in spolu je prikazano v prilogi (Tabela 31). Delež prijavljenih poškodb po mestu nastanka in upravni enoti sedeža delodajalca je prikazano v prilogi (Tabela 32).

V letu 2010 je bilo v regiji prijavljenih 8 poškodb s smrtnim izidom (to je 0,11 % od vseh prijav).

Slika 53: Umrli zaradi poškodb pri delu, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2010



Moški se na delu poškodujejo pogosteje kot ženske (Tabela 11), kar je predvsem posledica tega, da so pogosteje zaposleni na nevarnejših delovnih mestih. Med gospodarskimi dejavnostmi so velike razlike v deležu poškodb. Največji delež poškodb je med zaposlenimi v rudarstvu ter v kmetijstvu in gozdarstvu, najmanjši pa med zaposlenimi v informacijskih in telekomunikacijskih dejavnostih ter finančnih in zavarovalniških dejavnostih.

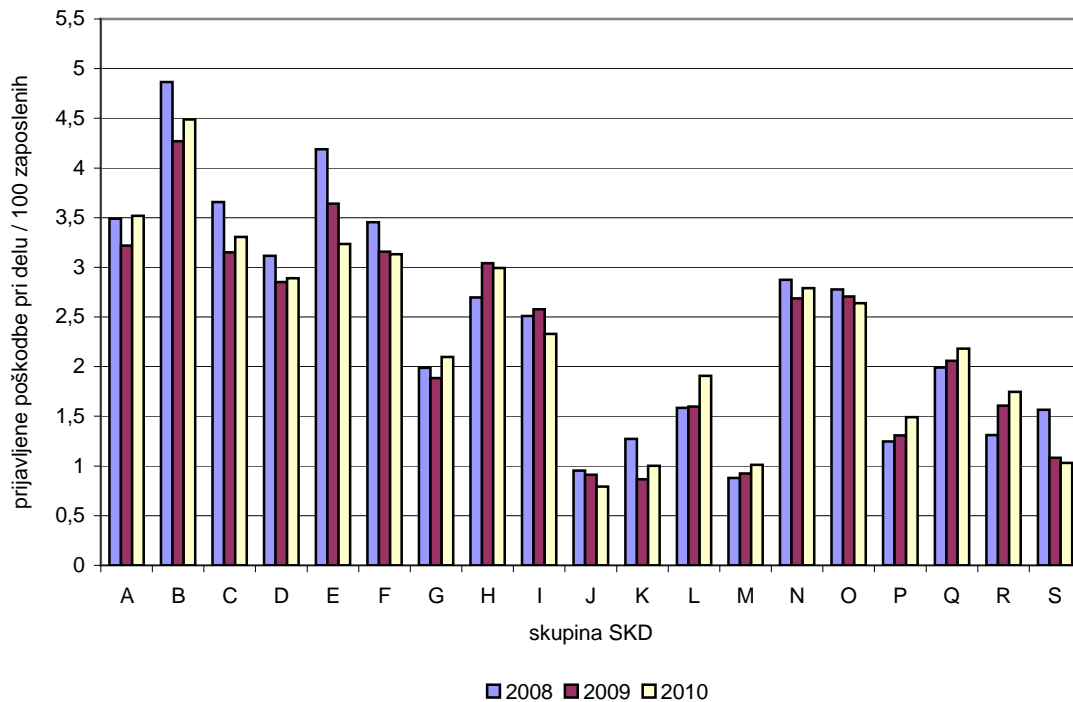
Tabela 11: Število prijavljenih poškodb pri delu po skupinah gospodarskih dejavnosti po SKD in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2010

oznaka	Skupine gospodarskih dejavnosti	Št. prijavljenih poškodb pri delu			Št. prijavljenih poškodb na 1000 zaposlenih		
		skupaj	moški	ženske	skupaj	moški	ženske
	Slovenija	20803	14421	6382	24,9	31,2	17,2
	Regija Ljubljana	7011	4712	2299	22,1	26,9	16,1
A	Kmetijstvo in lov, gozdarstvo, ribištvo	102	93	9	35,2	44,7	11,0
B	Rudarstvo	39	36	3	44,9	49,7	20,8
C	Predelovalne dejavnosti	1522	1207	315	33,1	39,4	20,5
D	Oskrba z elekt. energijo, plinom in vodo	74	63	11	28,9	31,2	20,3
E	Oskrba z vodo; ravnanje z odplakami in odpadki; saniranje okolja	85	82	3	32,4	38,7	5,9
F	Gradbeništvo	808	781	27	31,3	33,2	11,9
G	Trgovina; vzdrževanje in popravila motornih vozil	930	515	415	21,0	23,5	18,5
H	Promet in skladiščenje	434	396	38	29,9	33,3	14,5
I	Gostinstvo	189	98	91	23,3	24,8	21,9
J	Informac. in komunikac. dejavnosti	116	71	45	7,9	7,6	8,5
K	Finančne in zavarovalniške dejavnosti	123	38	85	10,0	8,4	11,0
L	Poslovanje z nepremičninami	41	28	13	19,1	22,3	14,5
M	Strokovne, znanstvene in tehnične dejavnosti	242	149	93	10,1	11,8	8,2
N	Druge raznovrstne poslovne dejavnosti	365	226	139	27,9	32,5	22,7
O	Dejavnost javne uprave in obrambe; dejavnost obvezne socialne varnosti	932	663	269	26,4	34,0	17,0
P	Izobraževanje	397	77	320	14,9	10,5	16,6
Q	Zdravstvo in socialno varstvo	436	99	337	21,8	26,0	20,8
R	Kulturne, razvedrilne in rekreacijske dejavnosti	99	55	44	17,5	19,7	15,3
S	Druge dejavnosti	58	23	35	10,3	12,1	9,4
	Drugo*	19	12	7	1,8	1,9	1,5

Opomba: Standardna klasifikacija dejavnosti (SKD) - 2008, \* vključena dejavnost "U" - dej. eksteritor. org. in teles, nezaposleni, neopred. dej.

Vir: Prijava poškodb pri delu (Obr. ER-8), Evidenca poškodb pri delu IVZ RS

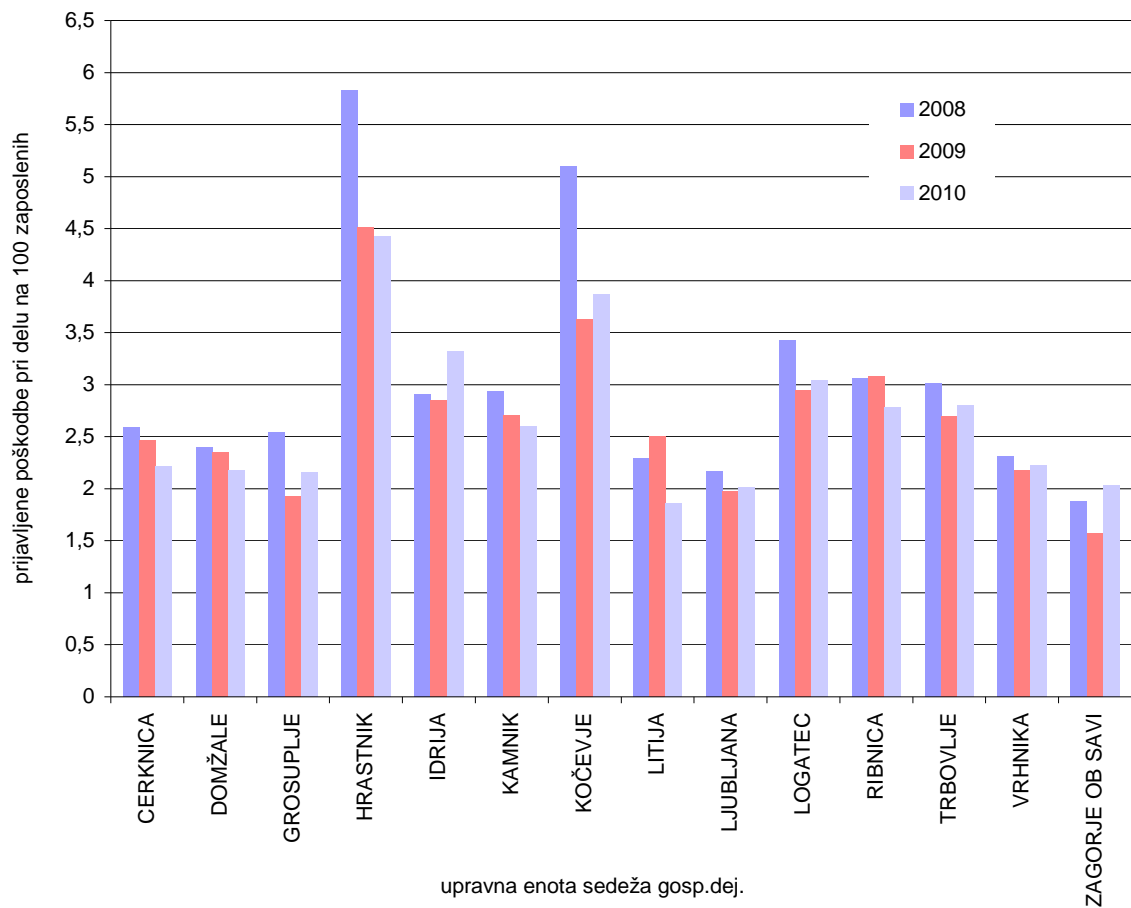
Slika 54: Število prijavljenih poškodb pri delu na 100 zaposlenih po skupinah gospodarskih dejavnosti, ljubljanska zdravstvena regija, 2008 – 2010



Legenda: skupine SKD so opisno navedene v Tabeli 11.

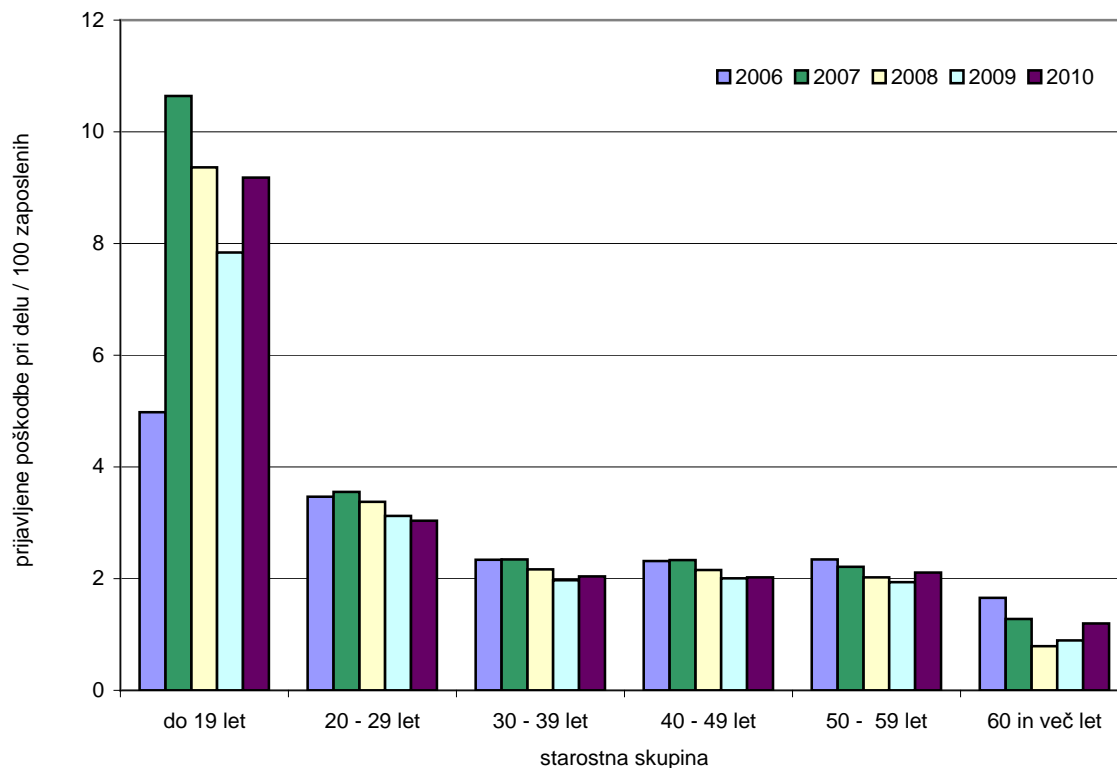
Število prijavljenih poškodb pri delu na 100 zaposlenih se precej razlikuje glede na upravno enoto sedeža delodajalca (Slika 56, Slika 55), letna nihanja pri tem niso izrazita. Razlike so povezane z vrstami gospodarskih dejavnosti, ki v posamezni upravni enoti prevladujejo.

Slika 55: Prijavljene poškodbe pri delu na 100 zaposlenih po upravnih enotah sedeža delodajalca, ljubljanska zdravstvena regija, 2008 – 2010



Mlajši delavci se poškodujejo pogosteje kot starejši, kar je povezano predvsem s pomanjkanjem izkušenj (Slika 517). Izrazito večji je delež poškodb pri mlajših od 20 let. Tej skupini je zato treba posvetiti še posebno pozornost pri izobraževanju o varnosti pri delu in njenemu zagotavljanju.

Slika 56: Število prijavljenih poškodb pri delu na 100 zaposlenih po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2010



Število prijavljenih poškodb pri delu po načinu nastanka poškodbe je prikazano v prilogi (Tabela 33).



## **9. ZDRAVSTVENO VARSTVO PREBIVALCEV**

Zdravstveno varstvo je sistem družbenih, skupinskih in osebnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, njeno pravočasno zdravljenje ter nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Cilj je čim boljše zdravje posameznika in družbe kot celote.

Zdravstveno varstvo je organizirano na treh nivojih: na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Primarno raven sestavljajo zdravstvene službe splošne oziroma družinske medicine, zdravstvenega varstva otrok in mladine, zdravstvenega varstva žensk ter mladinskega zobozdravstva in zobozdravstva za odrasle. Na primarni ravni delujejo še patronaža, fizioterapija, psihiatrija, medicina dela ter psihologi, logopedi in delovni terapevti.

Sekundarno raven sestavljajo zdravstvene službe različnih specialnosti interne medicine, kirurgije, pediatrije, ginekologije, oftalmologije, otorinolaringologije, nevrologije, dermatologije, infektologije, pnevmologije, itd.

Najvišjo raven (zahtevne in redke bolezni in stanja, raziskovanje in učenje) v zdravstveni mreži predstavlja terciarna dejavnost, ki je prisotna v Univerzitetnem kliničnem centru ter na Psihiatrični kliniki Ljubljana, Inštitutu za rehabilitacijo RS, Inštitutu za varovanje zdravja RS, Bolnišnici Golnik - Kliničnemu oddelku za pulmologijo in alergologijo in na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

V sklop primarne, sekundarne in terciarne zdravstvene službe sodijo še lekarniška dejavnost, služba nujne medicinske pomoči, dežurna služba ter fizikalna medicina in rehabilitacija.

Mreža zdravstvenega varstva je prostorska in časovna porazdelitev zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev ter vključuje človeške, materialne, prostorske in druge vire, s katerimi država zagotavlja prebivalcem optimalno dostopnost in oskrbo z zdravstvenimi storitvami na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. V Sloveniji je organizirano neprekinjeno zdravstveno varstvo (Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva, Ur. l. RS, št. 94/2010 z dne 26. 11. 2010). Tudi mreža je glede na raven izvajalca razdeljena na primarno, sekundarno in terciarno. Spremljanje, upravljanje, načrtovanje, izvajanje in financiranje primarne, sekundarne in terciarne zdravstvene službe poteka ločeno. Po letu 1991 se vsako leto sproti določi mreža zdravstvenega varstva s Splošnim dogovorom in v področnih dogovorih, v katerih se

podrobno opredeli zgoraj navedene vsebine po izvajalcih, količinah, vrednostih in drugih lastnostih. V nadaljevanju bomo predstavili primarno zdravstveno raven.

### **Primarna zdravstvena raven**

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni je dostopna vsem ljudem v lokalnem okolju brez predhodnih napotitev ali posredovanja drugih zdravstvenih zavodov oziroma posameznikov. Na primarni ravni je mreža zaradi hitre in enostavne dostopnosti postavljena čim bliže prebivalcem. Upoštevana je geografska razporeditev, razporeditev osnovnih dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva in ustrezna časovna dostopnost zdravstvene službe.

Mrežo na primarni ravni oblikuje in uresničuje občina na podlagi kadrovskih standardov za osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Nekatere občine so premajhne, da bi mrežo zagotavljale same, zato se več občin skupaj dogovori o načinu zagotavljanja zdravstvenega varstva za svoje občane na način, ki omogoča optimalno uporabo vseh virov ob zagotavljeni primerni krajevni dostopnosti.

Na primarni ravni javno mrežo izvajalcev zdravstvenega varstva sestavljajo javni zdravstveni zavodi in zasebni s koncesijo. Večina koncesionarjev je organiziranih v samostojne prakse, ki so del sistema javnega zdravstvenega varstva. V ljubljanski zdravstveni regiji je 23 zdravstvenih domov (javni zavodi) na 30 lokacijah, kjer je en ali več izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Zdravstveni domovi izvajajo vse osnovne dejavnosti na primarni ravni, razen nekje ginekologije. Trije zdravstveni domovi nimajo zaposlenega ginekologa, vendar je za zdravstveno varstvo žensk poskrbljeno v okviru koncesije. Poleg tega pa v okviru javne službe mrežo sestavljajo tudi zasebni izvajalci in sicer 75 družinsko medicino, 14 pediatrijo, 14 ginekologijo, 159 zobozdravnikov, 23 patronažno dejavnost, 32 fizioterapijo. V regiji je tudi 7 javnih in 2 zasebni bolnišnici ter 7 javnih in 23 zasebnih lekarn. Poleg vseh že navedenih pa je v regiji še več izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki sprejemajo le samoplačnike.

Tabela 12: Število javnih zavodov in zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti v ljubljanski zdravstveni regiji, 2011

Upravna enota  Občina	Javni zavod			Zasebna družba, zasebni zdrav. delavec						
	ZD s postaja- jami	bolniš- nica	lekarna *	družinska medicina	pedia- trija	gine- kologija	zobo- zdravstvo	patro- naža	lekar- na	bolniš- nica
<b>Regija Ljubljana</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>75</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>229</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>2</b>
CERKNICA	3	-	2	1	-	-	4	-	-	-
Bloke	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cerknica	1	-	1	1	-	-	2	-	-	-
Loška dolina	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-
DOMŽALE	5	-	5	8	3	1	18	-	2	-
Domžale	1	-	2	5	3	1	12	-	2	-
Lukovica	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Mengeš	1	-	1	2	-	-	3	-	-	-
Moravče	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Trzin	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-
GROSUPLJE	1	1	3	1	-	1	3	1	-	-
Dobrepolje	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Grosuplje	1	-	1	-	-	1	2	-	-	-
Ivančna Gorica	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-
HRASTNIK	1	-	2	2	-	-	4	1	-	-
Hrastnik	1	-	2	2	-	-	4	1	-	-
IDRIJA	1	1	2	-	-	-	6	-	1	-
Cerkno	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-
Idrija	1	1	1	-	-	-	5	-	-	-

Upravna enota  Občina	Javni zavod			Zasebna družba, zasebni zdrav. delavec						
	ZD s postaja- jami	bolniš- nica	lekarna *	družinska medicina	pedia- trija	gine- kologija	zobo- zdravstvo	patro- naža	lekar- na	bolniš- nica
<b>KAMNIK</b>	1	-	1	4	3	1	5	-	1	-
Kamnik	1	-	1	3	3	1	4	-	-	-
Komenda	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-
<b>KOČEVJE</b>	1	-	1	5	-	1	7	-	-	-
Kočevje	1	-	1	5	-	1	7	-	-	-
Kostel	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Osilnica	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>LITIJA</b>	1	-	1	4	-	-	3	-	-	-
Litija	1	-	1	4	-	-	3	-	-	-
Šmartno pri Litiji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>LJUBLJANA</b>	5	4	5	41	6	13	157	16	19	2
Brezovica	-	-	1	3	-	-	2	1	-	-
Dobrova, Pol. Gradec	-	-	-	2	-	-	2	2	1	-
Dol pri Ljubljani	-	-	-	1	-	-	2	-	1	-
Horjul	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-
Ig	-	-	-	2	-	-	3	2	1	-
Ljubljana	3	4	1	30	6	13	142	6	16	2
Medvode	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Škofljica	-	-	1	1	-	-	1	2	-	-
Velike Lašče	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-
Vodice	-	-	-	1	-	-	2	2	-	-
<b>LOGATEC</b>	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-
Logatec	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-

Upravna enota  Občina	Javni zavod			Zasebna družba, zasebni zdrav. delavec						
	ZD s postaja- jami	bolniš- nica	lekarna *	družinska medicina	pedia- trija	gine- kologija	zobo- zdravstvo	patro- naža	lekar- na	bolniš- nica
RIBNICA	1	-	2	1	-	-	3	-	-	-
Loški potok	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ribnica	1	-	1	1	-	-	3	-	-	-
Sodražica	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
TRBOVLJE	1	1	1	-	-	-	2	-	1	-
Trbovlje	1	1	1	-	-	-	2	-	1	-
VRHNIKA	1	-	2	4	1	1	8	2	-	-
Borovnica	-	-	1	2	-	-	1	1	-	-
Log-Dragomer	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Vrhnika	1	-	1	2	1	1	6	-	-	-
ZAGORJE	1	-	2	4	1	1	7	3	-	-
Zagorje	1	-	2	4	1	1	7	3	-	-

#### Organiziranost lekarn:

1. Zasavske lekarnе Trbovlje: Trbovlje, Hrastnik, Dol pri Hrastniku, Zagorje, Izlake
2. Mestne lekarnе Kamnik: Kamnik, Domžale, Radomlje, Mengeš, Moravče, Litija
3. Lekarna Kočevje: Kočevje
4. Lekarna Ribnica: Ribnica, Sodražica
5. Lekarna Ljubljana: Ljubljana - MOL, Cerknica, Stari trg pri Ložu, Idrija, Cerkno, Logatec, Vrhnika, Borovnica, Brezovica, Grosuplje, Ivančna Gorica, Videm-Dobrepolje, Velike Lašče, Škofljica, Medvode, Trzin

Vir: BPI

Konec leta 2010 je bilo v ljubljanski zdravstveni regiji v bazi izvajalcev zdravstvene dejavnosti vpisanih 12.242 oseb, od tega je bilo 12.050 zaposlenih v zdravstvenih ustanovah, ostali so bili zaposleni v nezdravstvenih. V zdravstvenih ustanovah je bilo zaposlenih 10.844 zdravstvenih delavcev (90 %), 365 zdravstvenih sodelavcev (3 %) in 841 nezdravstvenih delavcev (7 %).

Tabela 13: Število zaposlenih po izobrazbi in pravnem statusu zdravstvene ustanove, ljubljanska zdravstvena regija, 31.12. 2010

status Poklicna skupina	Pravni	Skupaj	Javni zavod	Zasebna družba	Zasebni zdrav. delavec	Ostalo *
<b>VSI ZAPOSLENI</b>		12242	10780	509	761	192
<b>ZDRAVSTVENI DELAVCI</b>		11030	9616	479	749	186
<b>ZDR. DEL. Z VISOKO-UNIV. IZOB.</b>		3227	2627	176	351	73
zdravnik		2250	1997	101	130	22
zobozdravnik		486	250	74	160	2
farmacevt		476	367	-	61	48
prof. zdravstvene vzgoje		15	13	1	-	1
<b>ZDR. DEL. Z VISOKO IZOB.</b>		1408	1321	47	20	20
dipl. delovni terapevt		112	96	8	2	6
dipl. fizioterapevt		168	148	14	4	2
dipl. ing. lab. biomedicine		47	47	-	-	-
dipl. ing. ortotike in protetike		17	17	-	-	-
dipl. ing. radiologije		121	114	4	1	2
dipl. medicinska sestra		823	782	19	12	10
diplomirana babica		25	23	2	-	-
dipl. org. dela v zdravstvu		32	31	-	1	-
dipl. sanitarni inženir		63	63	-	-	-

status Poklicna skupina	Pravni				
	Skupaj	Javni zavod	Zasebna družba	Zasebni zdrav. delavec	Ostalo *
<b>ZDR. DEL. Z VIŠJO IZOB.</b>	1190	1092	24	58	16
delovni terapevt	67	63	3	-	1
dentist	1	1	-	-	-
fizioterapevt	214	178	2	31	3
ing. farmacije	28	27	-	-	1
ing. med. biokemije	1	1	-	-	-
ing. ortototike in protetike	2	1	-	1	-
ing. radiologije	122	114	5	3	-
ing. zobne protetike	3	2	-	1	-
višja medicinska sestra	699	654	13	21	11
višji laboratorijski tehnik	8	8	-	-	-
višji sanitarni inženir	43	43	-	-	-
višji zobni tehnik	2	-	1	1	-
<b>ZDR. DEL. S SREDNJO IZOB.</b>	5205	4576	232	320	77
farmaceutski tehnik	229	212	-	17	-
laboratorijski tehnik	303	296	4	1	2
zdravstveni tehnik	4365	3931	182	177	75
zobotehnik	279	113	46	120	-
ostali	29	24	-	5	-
<b>ZDR. SODELAVCI - VSI</b>	368	341	17	7	3
<b>NEZDRAVSTVENI DELAVCI - VSI</b>	844	823	13	5	3
visoka	228	216	9	2	1
ostali	616	607	4	3	2

\* zdravstveni delavci zaposleni v nezdravstveni organizaciji

Vir: BPI

Število zdravnikov različnih specialnosti v osnovnem zdravstvenem varstvu v ljubljanski zdravstveni regiji na 1000 prebivalcev je nekoliko višje od števila v Sloveniji.

Tabela 14: Število stalno zaposlenih zdravnikov na 1000 prebivalcev v osnovni zdravstveni dejavnosti, po skupinah občin, ljubljanska zdravstvena regija, 31.12.2010

Skupina občin	Družinska medicina na 1000 prebivalcev	Pedriatrija in šolska medicina na 1000 otrok (0 - 18 let)	Zdravstveno varstvo žensk na 1000 žensk (15 in več let)	Zobozdravstvo-otroci in šolarji na 1000 otrok (0 - 18 let)	Zobozdravstvo - odrasli na 1000 preb. (19 in več let)
Slovenija	0,5	1,1	0,1	1,1	0,5
Regija Ljubljana	0,5	1,1	0,2	1,3	0,7
Cerknica	0,7	0,9	0,1	0,9	0,4
Domžale	0,4	0,9	0,2	1,0	0,4
Grosuplje	0,4	0,8	0,1	0,8	0,5
Hrastnik	0,4	1,3	0,2	1,3	0,5
Idrija	0,8	1,0	0,1	1,6	0,4
Kamnik	0,5	0,8	0,2	0,7	0,3
Kočevje	0,5	1,0	0,1	0,7	0,4
Litija	0,7	1,0	0,1	0,7	0,3
Ljubljana	0,5	1,3	0,2	1,6	1,0
Logatec	0,4	0,7	0,2	1,0	0,4
Ribnica	0,7	0,7	0,2	1,1	0,6
Trbovlje	0,3	1,1	0,3	1,1	0,5
Vrhnika	0,5	1,1	0,1	0,8	0,3
Zagorje ob Savi	0,4	1,3	0,1	0,6	0,5

*Opomba: zobozdravstvo - všeti vsi zobozdravniki, tudi specialisti s koncesijo in samoplačniški*

*Število zdravnikov izračunano iz delovnih ur (1430)*

*Vir: Računalniško podprta poročila - ZUBZS, Poročilo o zobozdravstveni dejavnosti*



## **OBISKI V OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI**

Podatki o obiskih v osnovni zdravstveni dejavnosti so zbrani na osnovi računalniško podprtega sistema zunajbolnišnične zdravstvene statistike in zajemajo obiske v dejavnosti splošne/družinske medicine, zdravstvenega varstva predšolskih in šolskih otrok in mladine ter zdravstvenega varstva žensk (ginekologi) na osnovnem nivoju.

V ljubljanski zdravstveni regiji je bilo pri zdravnikih v osnovni zdravstveni dejavnosti vsako leto preko dva milijona kurativnih obiskov (to so obiski zaradi zdravstvenih težav) – Tabela 15. V letu 2011 je to pomenilo približno 3,6 obiska na prebivalca. Upoštevati je sicer treba, da gredo k zdravniku v naši regiji tudi prebivalci drugih regij in obratno.

Tabela 15: Število kurativnih obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011

<b>skupina občin</b> \ <b>leto</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Regija Ljubljana	2294141	2353824	2351181	2397443	2227968	2220899
Cerknica	87318	89398	91798	77030	64234	66067
Domžale	173629	171994	176969	183958	196421	186873
Grosuplje	61620	124368	93111	96193	106453	109154
Hrastnik	35933	34534	37035	34578	33729	34170
Idrija	92721	66281	96807	92656	88563	94903
Kamnik	147182	108099	105321	113157	109745	97493
Kočevje	111767	122337	114591	106129	115110	97891
Litija	88213	68566	68544	72855	70878	65404
Ljubljana	1147747	1220186	1221946	1269889	1136567	1179515
Logatec	67434	64111	65876	56617	46828	47340
Ribnica	75007	74560	75605	70450	61425	64003
Trbovlje	83633	85700	81820	85459	69311	55305
Vrhnika	62318	55671	64322	69410	67530	61507
Zagorje ob Savi	59619	68019	57436	69062	61174	61274

V letu 2011 so pacienti najpogosteje iskali zdravniško pomoč zaradi bolezni dihal, sledijo bolezni mišično-skeletnega sistema, slabo opredeljene težave (simptomi, znaki in nenormalni izvidi, ki niso opredeljeni drugje) in poškodbe (Tabela 16). V skupini diagnoz »dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo« (v letu 2011 so predstavljali 6,9% od vseh obiskov) so bili najpogosteje navedeni ginekološki pregledi, obiski zaradi ponovnega predpisovanja recepta in opazovanje zaradi suma na bolezen.

Tabela 16: Odstotni delež obiskov po vzroku (končne diagnoze) pri zdravniku v osnovni zdravstveni dejavnosti po poglavjih MKB-10, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011

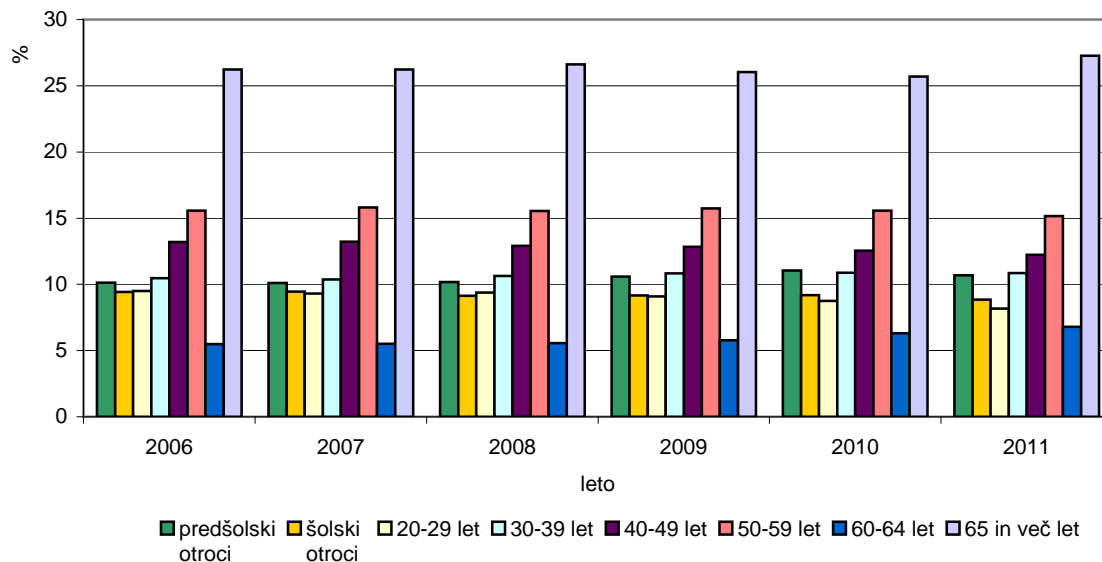
<b>Vzrok obiska – (skupine diagnoz po poglavjih MKB-10)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nalezljive bolezni (A00-B99)	6,2	6,6	7,9	6,8	6,5	7,3
Neoplazme (C00-D48)	1,8	2,0	2,0	2,1	2,1	2,4
Bolezni krvi in krvotvornih organov (D50-D89)	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni (E00-E90)	2,4	2,5	2,5	2,7	2,7	2,9
Duševne in vedenjske motnje (F00-F99)	2,2	2,4	2,3	2,4	2,4	2,4
Bolezni živčevja (G00-G99)	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3
Bolezni očesa in adneksov (H00-H59)	3,5	3,5	3,5	3,6	3,5	3,8
Bolezni ušesa in mastoida (H60-H95)	3,6	4,0	4,2	3,9	4,4	5,0
Bolezni obtočil (I00-I99)	6,8	7,6	7,4	7,4	6,9	8,1
Bolezni dihal (J00-J99)	15,0	16,0	16,2	15,0	15,8	16,4
Bolezni prebavil (K00-K93)	4,7	4,6	4,6	4,6	4,5	4,8
Bolezni kože in podkožja (L00-L99)	7,0	6,5	6,3	6,3	6,1	6,5
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00-M99)	8,7	9,2	9,4	8,7	8,9	9,9
Bolezni sečil in spolovil (N00-N99)	4,2	3,9	4,1	3,7	3,8	4,1
Nosečnost, porod in poporodno obdobje ) (O00-O99)	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

<b>Vzrok obiska – (skupine diagnoz po poglavjih MKB-10)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Nekatera stanja, ki izvirajo v obporodnem obdobju (P00-P96)	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1
Prirojene nepravilnosti (Q00 do Q99)	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Simptomi, znaki ter nenormalni izvidi, ki niso uvrščeni drugje (R00-R99)	8,2	8,2	7,9	9,0	8,5	9,3
Poškodbe in zastrupitve (S00-T98)	8,9	8,8	7,5	8,3	7,4	7,9
Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo (Z00-Z99)	14,3	11,8	12,0	13,2	13,9	6,9

Tabela 17: Število kurativnih obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011

<b>leto</b>	<b>skupaj</b>	<b>predšolsk i otroci</b>	<b>šolski otroci</b>	<b>20-29 let</b>	<b>30-39 let</b>	<b>40-49 let</b>	<b>50-59 let</b>	<b>60-64 let</b>	<b>65 in več let</b>
<b>2006</b>	2294141	232207	216071	218187	239996	302632	357028	126029	601991
<b>2007</b>	2353824	237818	222403	219223	243824	311202	372176	129545	617633
<b>2008</b>	2351181	239317	214946	220677	250033	303490	365656	130998	626064
<b>2009</b>	2397443	253712	219408	217655	259618	307631	377031	138327	624061
<b>2010</b>	2227968	246102	204644	194915	242620	279543	346947	140771	572426
<b>2011</b>	2220899	237225	196472	181388	241172	271758	336572	150637	605675

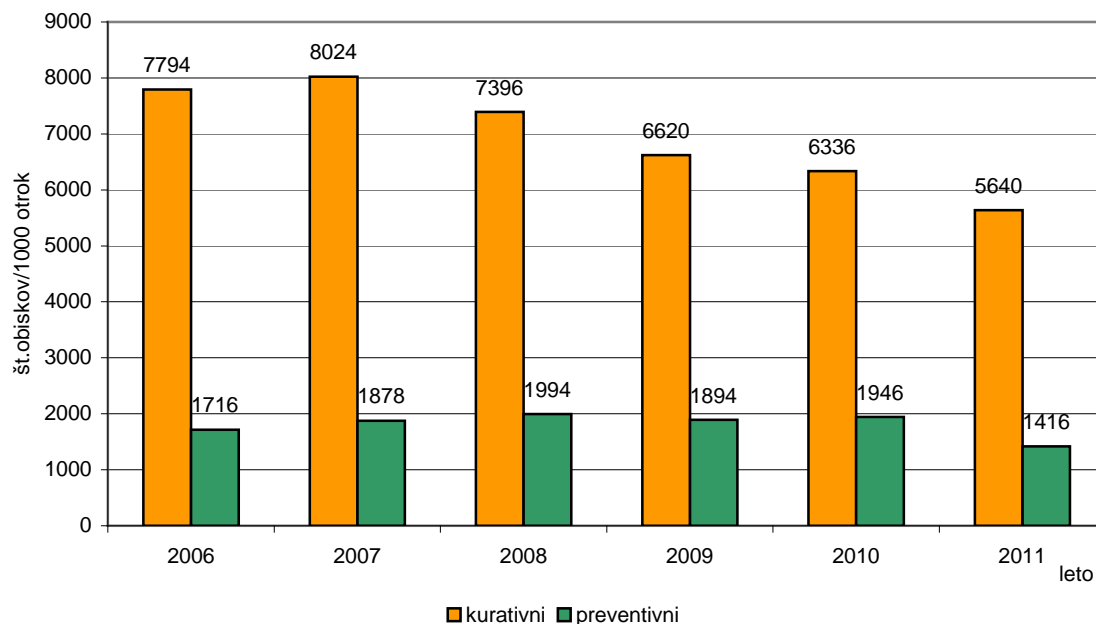
Slika 57: Delež kurativnih obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011



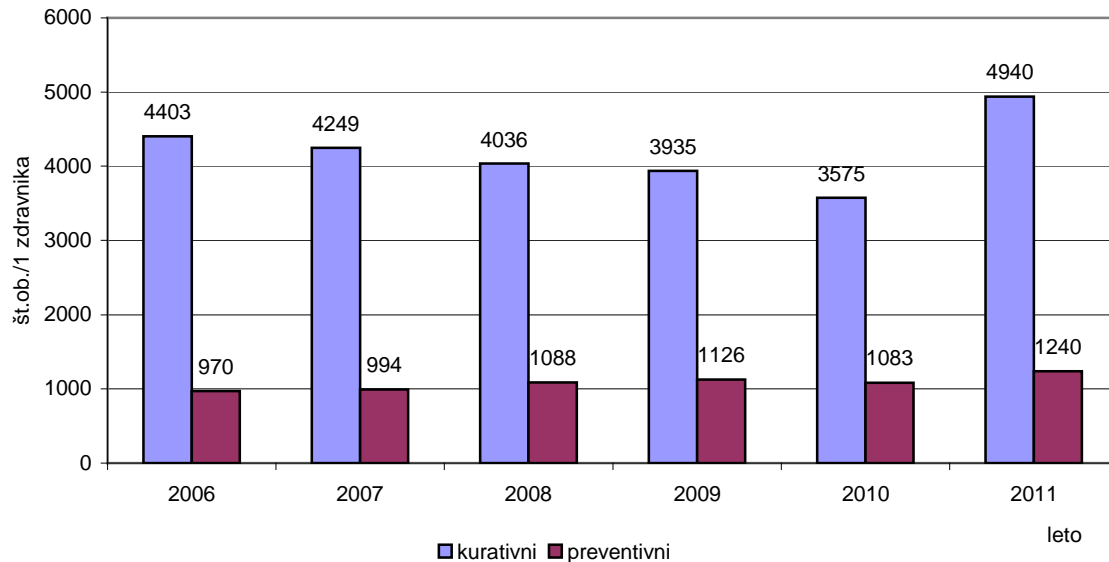
Slika 57 in Tabela 17 kažeta, da največji delež kurativnih obiskov pripada starejšim od 65 let. Predšolski otroci obišejo zdravnika pogosteje kot šolarji, kasneje pa s starostjo narašča pogostost obiskov. Skupno število obiskov v starostni skupini 60-65 let je nižje zato, ker ta skupina predstavlja samo 5-letno starostno obdobje. Dodaten možen vzrok pa je tudi to, da velik delež ljudi v tej starostni skupini ni več zaposlen in zato ne potrebujejo bolniškega staleža in ob manjših težavah zato ne obišejo zdravnika (npr. pri prehladu).

Pogostost kurativnih obiskov predšolskih otrok se v obdobju 2007-2011 zmanjšuje (od povprečno 8 obiskov leta 2007 na 5,6 v letu 2011). V tem obdobju je bilo število preventivnih obiskov na otroka povprečno od 1,4 (leta 2011) do 2,0 (leta 2008) – Slika 59. Število kurativnih in tudi preventivnih obiskov na enega zdravnika je bilo v letu 2011 večje kot v preteklih petih letih (Slika 60).

Slika 58: Število obiskov na 1000 otrok v dejavnosti zdravstvenega varstva predšolskih otrok, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011

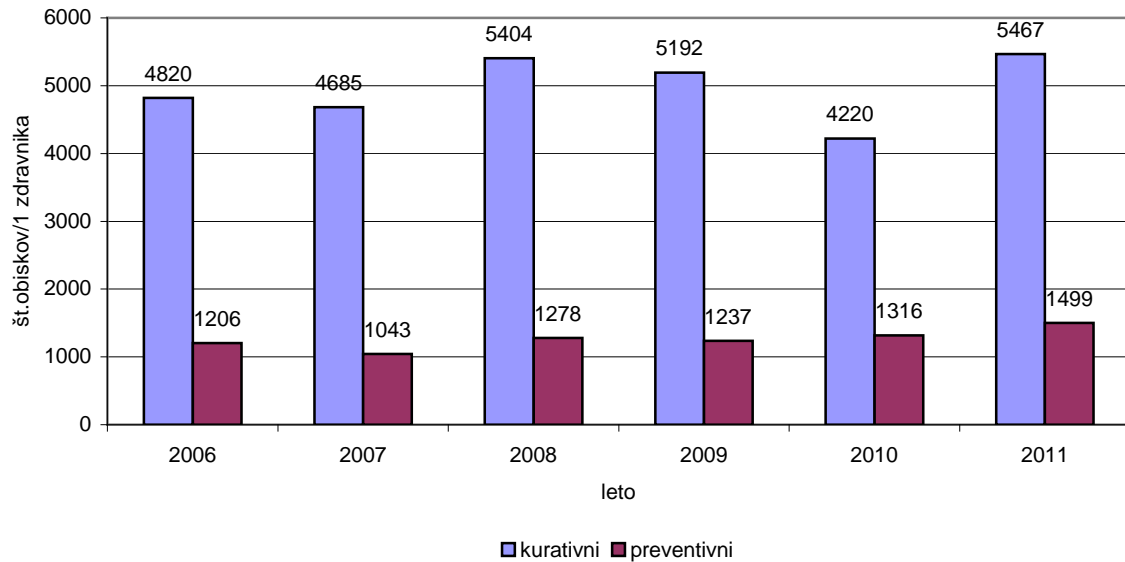


Slika 59: Število obiskov na 1 zdravnika v dejavnosti zdravstvenega varstva predšolskih otrok, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011

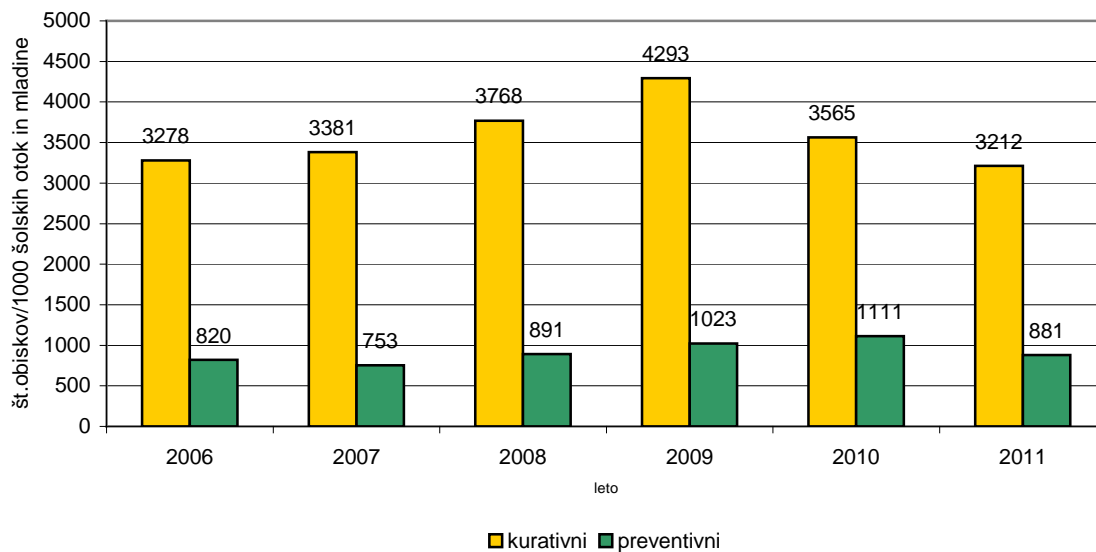


Tudi v dejavnosti zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine je bilo v letu 2011 število kurativnih in preventivnih obiskov na enega zdravnika večje kot v predhodnih petih letih (Slika 61).

Slika 60: Število obiskov na enega zdravnika v dejavnosti zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011



Slika 61: Število obiskov na 1000 šolskih otrok in mladine v dejavnosti zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011



Pri ocenjevanju zgornjega grafa moramo upoštevati, da se v ljubljanski regiji šola več otrok iz drugih regij kot obratno, zato je v tej regiji tudi razmeroma več preventivnih pregledov (ti se večinoma izvajajo glede na kraj šolanja).

V službi zdravstvenega varstva odraslih predstavljajo preventivni obiski manj kot 2 % vseh obiskov. Ta delež je bil v letih 2010 in 2011 večji kot v predhodnih štirih letih (Tabela 18).



Tabela 18: Število kurativnih obiskov pri zdravniku v ambulanti splošne/družinske medicine in izbrani kazalci, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 - 2011

leto	vsi obiski	kurativni obiski	preventivni obiski	št. kurativ. obiskov na 1000 preb.	št. kurativnih obiskov na 1 stal. zdravnika	št. preven. obisk.na 1000 preb.	št. prevent. obisk. na 1 stal. zdravnika	% prevent. obiskov od vseh	št. preb. na 1 stal. zdravnika
2006	1773769	1748637	25132	2856	6752	41	97	1,4	2364
2007	1829547	1797443	32104	2912	6805	52	122	1,8	2338
2008	1821776	1790650	31126	2864	6464	50	112	1,7	2257
2009	1874085	1842462	31623	2897	5234	50	108	1,7	2156
2010	1739170	1706129	33041	2662	5282	52	102	1,9	1984
2011	1770610	1737746	32864	2700	6076	51	115	1,9	2250

*Vir: Poročilo o delu službe splošne medicine iz računalniško podprtega poročila - ZUBZS*

## PRILOGE

Tabela 19: Površina občin in število prebivalcev na km<sup>2</sup>, ljubljanska zdravstvena regija, stanje 01.07.2011

Občina	Površina - km <sup>2</sup>	Št. prebivalcev na km <sup>2</sup>
Slovenija	20273,0	101,2
Regija Ljubljana	4712,6	136,6
Bloke	75,1	21,0
Borovnica	42,3	94,4
Brezovica	91,2	123,3
Cerknica	241,3	46,9
Cerkno	131,7	36,3
Dobrepolje	103,1	38,1
Dobrova, Polhov Gradec	117,5	63,0
Dol Pri Ljubljani	33,3	165,6
Domžale	72,3	473,0
Grosuplje	133,8	144,5
Horjul	32,5	88,4
Hrastnik	58,6	169,9
Idrija	293,7	40,7
Ig	98,8	69,3
Ivančna Gorica	227,0	68,8
Kamnik	265,6	109,3
Kočevje	555,4	29,7
Komenda	24,1	232,7
Kostel	56,1	11,6
Litija	221,4	67,4
Ljubljana	275,0	1017,8
Log-Dragomer	12,9	281,2
Logatec	173,1	76,8

<b>Občina</b>	<b>Površina - km<sup>2</sup></b>	<b>Št. prebivalcev na km<sup>2</sup></b>
Loška Dolina	166,8	23,4
Loški Potok	134,5	14,6
Lukovica	74,9	72,8
Medvode	77,6	201,7
Mengeš	22,5	329,0
Moravče	61,4	82,9
Osilnica	36,2	11,0
Ribnica	153,6	61,0
Sodražica	49,5	43,7
Škofljica	43,3	214,3
Šmartno Pri Litiji	94,9	57,7
Trbovlje	58,0	295,4
Trzin	8,6	446,6
Velike Lašče	103,2	40,6
Vodice	31,4	149,1
Vrhnika	113,3	144,9
Zagorje	147,1	115,7

Tabela 20: Seznam "skupin občin" po občinah ljubljanske zdravstvene regije, 2011

<b>SKUPINE OBČIN</b>	
<b>CERKNICA</b>	<b>LJUBLJANA</b>
Bloke	Brezovica
Cerknica	Dobrova-Polhov Gradec
Loška dolina	Dol pri Ljubljani
	Horjul
<b>DOMŽALE</b>	Ig
Domžale	Ljubljana
Lukovica	Medvode
Mengeš	Škofljica
Moravče	Velike Lašče
Trzin	Vodice
<b>GROSUPLJE</b>	<b>LOGATEC</b>
Dobropolje	Logatec
Grosuplje	
Ivančna Gorica	<b>RIBNICA</b>
	Loški potok
<b>HRASTNIK</b>	Ribnica
Hrastnik	Sodražica
<b>IDRIJA</b>	<b>TRBOVLJE</b>
Cerkno	Trbovlje
Idrija	
	<b>VRHNIKA</b>
<b>KAMNIK</b>	Borovnica
Kamnik	Log-Dragomer
Komenda	Vrhnika
<b>KOČEVJE</b>	<b>ZAGORJE</b>
Kočevje	Zagorje
Kostel	
Osilnica	
<b>LITIJA</b>	
Litija	
Šmartno pri Litiji	

Tabela 21: Število zaposlenih na 1000 prebivalcev po starostnih skupinah, ljubljanska zdravstvena regija, 2004 – 2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Skupaj</b>	479,3	487,7	502,2	520,0	525,2	518,3	496,0	509,0
15 - 19 let	25,0	27,6	31,0	32,4	34,1	20,2	15,8	16,1
20 - 24 let	352,7	351,1	359,5	367,5	405,6	344,9	277,0	263,1
25 - 29 let	885,4	893,9	901,1	976,6	952,1	890,0	837,9	851,1
30 - 34 let	1006,9	1027,6	1049,2	1146,9	1090,2	1095,1	1044,1	1054,3
35 - 39 let	975,3	976,4	1016,4	991,5	1047,2	1049,2	1044,7	1070,4
40 - 44 let	967,9	979,9	1001,5	1055,0	1013,2	1002,7	997,8	1047,7
45 - 49 let	899,8	916,7	947,7	948,9	987,5	996,3	985,8	1025,0
50 - 54 let	794,8	805,3	838,4	903,8	861,4	859,4	866,0	911,5
55 - 59 let	461,9	484,2	484,9	664,6	532,6	555,6	518,8	564,2
60 - 64 let	81,9	89,2	114,3	129,6	149,8	164,9	145,6	144,7
> 65 let	7,7	5,7	6,5	7,4	7,4	7,7	7,2	8,8

Tabela 22: Delež prebivalstva (15 in več let) po stopnji izobrazbe za ljubljansko zdravstveno regijo in Slovenijo, 2011 (stanje 1.1.2011)

Občina	Brez izobrazbe, nepop. osnovno-šolska	Osnovno-šolska	Nižja poklicna, srednja poklicna	Srednja strokovna, srednja splošna	Visokošolska 1. stopnje ipd.	Visokošolska 2. stopnje ipd.	Visokošolska 3. stopnje ipd.
Slovenija	4,4	24,7	23,1	30,2	8,1	8,1	1,3
Regija Ljubljana	3,3	22,2	20,2	32,6	8,5	10,9	2,2
Bloke	6,7	28,0	21,6	28,3	7,7	6,5	0,5
Borovnica	2,9	27,3	20,7	34,4	7,5	6,4	0,7
Brezovica	2,1	21,1	22,5	33,6	9,1	9,1	1,8
Cerknica	4,1	24,8	23,2	30,4	8,6	7,4	0,8
Cerkno	9,1	32,1	23,1	23,4	6,5	5,2	0,6
Dobropolje	6,9	26,9	25,0	28,5	6,6	4,5	0,5
Dobrova - Polhov Gradec	4,9	22,8	22,1	31,2	8,6	7,9	1,3
Dol pri Ljubljani	3,2	20,6	21,6	33,7	9,0	9,4	1,8
Domžale	2,6	22,1	21,2	33,5	9,0	9,2	1,8
Grosuplje	3,2	22,1	22,1	32,1	9,5	8,9	1,6
Horjul	3,6	23,4	25,2	32,5	7,2	6,8	1,3
Hrastnik	7,3	29,4	25,3	26,9	7,1	3,8	0,4
Idrija	6,5	28,0	21,4	26,7	8,1	7,4	1,0
Ig	4,2	23,3	22,5	32,5	8,4	7,2	1,2
Ivančna Gorica	5,6	23,9	22,9	31,4	7,9	6,3	1,0
Kamnik	4,4	25,6	21,4	31,5	8,2	8,1	1,3
Kočevje	7,4	26,8	27,9	26,1	6,8	4,8	0,5

Občina	Brez izobrazbe, nepop. osnovnošolska	Osnovnošolska	Nižja poklicna, srednja poklicna	Srednja strokovna, srednja splošna	Visokošolska 1. stopnje ipd.	Visokošolska 2. stopnje ipd.	Visokošolska 3. stopnje ipd.
Komenda	2,6	20,1	22,5	32,0	9,3	9,5	1,6
Kostel	8,0	24,1	28,6	25,5	7,7	7,2	0,9
Litija	4,9	26,7	23,4	31,4	7,2	5,5	0,7
Ljubljana	2,1	19,3	16,9	34,6	8,8	15,1	3,4
Log - Dragomer	1,2	16,2	19,7	35,3	9,9	13,4	3,4
Logatec	3,9	26,5	20,8	30,4	8,5	7,9	1,3
Loška dolina	5,2	30,1	25,2	24,6	8,9	4,8	0,6
Loški Potok	5,2	38,5	23,8	24,4	4,9	3,3	0,3
Lukovica	5,9	26,1	25,6	29,5	6,7	4,6	0,6
Medvode	3,1	20,5	21,2	33,8	9,1	10,1	1,7
Mengeš	3,2	21,4	21,4	34,9	9,0	8,7	1,2
Moravče	5,1	29,4	24,5	28,2	6,5	4,8	0,6
Osilnica	14,0	27,5	31,7	18,7	5,5	3,9	0,0
Ribnica	4,0	26,6	25,0	29,1	8,4	6,1	0,6
Sodražica	5,2	29,0	24,3	25,8	8,4	6,5	0,7
Škofljica	2,7	19,4	21,4	33,2	9,8	10,3	2,1
Šmartno pri Litiji	8,0	26,9	24,7	28,5	6,7	4,1	0,5
Trbovlje	4,1	26,6	25,1	29,7	8,1	6,0	0,7
Trzin	1,0	14,4	16,3	35,4	12,4	16,5	3,9
Velike Lašče	4,5	24,3	21,8	32,4	8,1	7,1	1,1
Vodice	2,2	23,7	22,2	31,4	8,8	9,1	1,5
Vrhnika	3,0	24,3	19,5	33,5	8,8	8,7	1,5
Zagorje ob Savi	5,3	26,5	25,1	29,6	7,6	5,4	0,6

Vir: Statistični urad RS

Tabela 23: Delež delovno aktivnega prebivalstva po občinah prebivališča in doseženi izobrazbi, ljubljanska zdravstvena regija, Slovenija, 2011 (stanje 31.12.)

Občina	Izobrazba - skupaj	Osnovnošolska ali manj	Srednješolska	Višješolska, visokošolska
Slovenija	817311	14,3	57,8	27,9
Regija Ljubljana	263145	13,1	53,6	33,2
Bloke	693	17,2	59,9	22,9
Borovnica	1719	14,9	60,2	25,0
Brezovica	4816	9,6	58,9	31,5
Cerknica	4852	13,9	59,7	26,3
Cerkno	2211	24,9	56,5	18,5
Dobrepolje	1617	13,5	66,7	19,8
Dobrova - Polhov Gradec	3106	12,6	58,8	28,6
Dol pri Ljubljani	2461	10,2	58,5	31,3
Domžale	14449	11,5	56,9	31,6
Grosuplje	8480	11,2	57,8	31,0
Horjul	1255	11,1	65,3	23,7
Hrastnik	3600	17,4	62,2	20,4
Idrija	4986	18,2	54,8	26,9
Ig	2977	14,1	60,2	25,7
Ivančna Gorica	7027	13,2	62,5	24,3
Kamnik	12177	14,3	58,1	27,6
Kočevje	5936	14,2	63,9	21,9
Komenda	2502	9,1	58,3	32,6
Kostel	221	10,4	61,5	28,1
Litija	6383	16,9	61,2	21,9
Ljubljana	111389	12,8	46,2	41,0
Log - Dragomer	1416	7,6	52,8	39,6
Logatec	5943	15,3	56,5	28,2
Loška dolina	1665	19,0	57,5	23,5
Loški Potok	769	22,2	63,2	14,6
Lukovica	2357	14,7	65,1	20,2
Medvode	6374	10,4	56,7	32,9
Mengeš	3020	10,5	58,7	30,8



<b>Občina</b>	<b>Izobrazba - skupaj</b>	<b>Osnovnošolska ali manj</b>	<b>Srednješolska</b>	<b>Višješolska, visokošolska</b>
Moravče	2205	16,1	64,5	19,3
Osilnica	130	11,5	77,7	10,8
Ribnica	3970	11,2	63,8	25,1
Sodražica	855	13,1	60,9	26,0
Škofljica	4001	8,9	54,2	36,9
Šmartno pri Litiji	2171	17,9	60,7	21,4
Trbovlje	6149	15,0	59,2	25,8
Trzin	1591	7,4	47,5	45,1
Velike Lašče	1806	11,7	62,8	25,4
Vodice	2107	9,8	58,9	31,3
Vrhnika	6901	12,6	56,2	31,2
Zagorje ob Savi	6858	14,3	62,1	23,6

*Vir: Statistični urad RS*

Tabela 24: Stopnja registrirane brezposelnosti po upravnih enotah, ljubljanska zdravstvena regija, Slovenija, 2001 – 2011

Upravna enota	Leto										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Slovenija	11,8	11,3	11,0	10,4	10,2	8,6	7,3	7,0	10,3	11,8	11,8
Cerknica	7,8	6,5	7,1	6,6	6,3	4,8	4,2	5,1	7,4	9,0	9,2
Domžale	7,0	7,6	7,1	6,3	7,2	6,3	4,6	4,1	6,6	8,5	8,4
Grosuplje	8,0	7,6	7,0	6,8	6,6	5,5	4,8	4,4	7,0	8,5	8,8
Hrastnik	15,5	15,8	14,9	14,8	12,3	12,2	10,2	9,6	13,6	13,0	13,4
Idrija	3,9	4,0	2,9	2,4	2,2	1,2	1,6	2,6	4,7	6,3	6,1
Kamnik	8,2	7,1	7,1	6,1	6,4	5,5	3,9	3,7	7,5	8,6	8,3
Kočevje	16,2	16,1	16,1	14,2	16,7	13,7	11,9	12,4	18,4	18,6	18,9
Litija	10,9	9,6	11,9	11,3	10,1	8,0	6,9	6,5	9,7	11,2	11,5
Ljubljana	8,1	8,1	7,9	8,0	7,9	7,1	6,1	5,3	7,6	10,1	10,4
Logatec	5,9	5,3	4,2	3,5	3,7	2,6	2,7	4,1	7,2	9,1	8,2
Ribnica	10,2	11,2	7,8	7,7	8,4	6,4	5,1	5,2	7,6	8,7	8,3
Trbovlje	17,4	17,6	19,4	16,3	15,9	13,0	11,1	9,6	13,7	14,7	16,0
Vrhnika	5,8	5,5	5,5	6,2	6,3	5,1	4,4	4,6	9,2	10,1	10,0
Zagorje ob Savi	11,8	11,3	12,1	10,5	10,0	7,5	6,6	6,2	9,4	10,5	10,7

Vir: Statistični urad RS

Tabela 25: Stopnje registrirane brezposelnosti po upravnih enotah in spolu, 2011

	Stopnje registrirane brezposelnosti (%)		
	Skupaj	Moški	Ženske
Slovenija	11,8	11,4	12,4
Cerknica	9,2	9,3	9,0
Domžale	8,4	8,4	8,5
Grosuplje	8,8	9,1	8,4
Hrastnik	13,4	13,1	13,8
Idrija	6,1	6,2	5,9
Kamnik	8,3	8,5	8,2
Kočevje	18,9	17,0	21,4
Litija	11,5	11,6	11,4
Ljubljana	10,4	11,1	9,5
Logatec	8,2	8,3	8,1
Ribnica	8,3	8,2	8,5
Trbovlje	16,0	16,9	15,0
Vrhnika	10,0	10,1	9,9
Zagorje ob Savi	10,7	10,1	11,4

*Vir: Statistični urad RS*

Tabela 26: Stopnje registrirane brezposelnosti po upravnih enotah in starostnih razredih, 2011

	Stopnje registrirane brezposelnosti (%)						
	Skupaj	18-24 let	25 do 29	30 do 39	40 do 49	50 do 59	60 in več
Slovenija	11,8	23,5	14,7	8,4	7,8	17,4	20,0
Cerknica	9,2	18,1	9,6	5,5	5,4	15,9	22,9
Domžale	8,4	14,7	10,1	5,5	5,9	14,4	17,3
Grosuplje	8,8	15,6	9,5	6,0	5,7	15,1	20,2
Hrastnik	13,4	23,8	19,5	10,9	8,4	15,9	30,1
Idrija	6,1	11,9	10,3	4,4	2,7	9,4	13,7
Kamnik	8,3	14,0	9,0	5,4	5,2	15,1	21,6
Kočevje	18,9	37,5	22,6	14,9	14,7	21,2	25,9
Litija	11,5	20,6	12,5	8,0	7,9	18,0	18,7
Ljubljana	10,4	18,2	13,0	8,1	6,7	14,9	16,9
Logatec	8,2	15,8	7,7	5,5	6,0	13,4	21,6
Ribnica	8,3	13,2	9,8	7,1	4,1	13,1	21,0
Trbovlje	16,0	32,7	21,2	12,4	10,4	20,7	21,3
Vrhnika	10,0	16,9	11,4	6,3	7,1	17,0	19,3
Zagorje ob Savi	10,7	20,2	15,7	8,0	6,4	15,1	13,2

Vir: Statistični urad RS

Tabela 27: Stopnje registrirane brezposelnosti po doseženi izobrazbi po upravnih enotah, 2011

	Stopnje registrirane brezposelnosti (%)			
	skupaj	osnovnošolska ali manj	srednja	višješolska, visokošolska
Slovenija	11,8	21,8	11,6	5,9
Cerknica	9,2	16,9	8,7	4,6
Domžale	8,4	17,3	8,5	4,0
Grosuplje	8,8	20,2	8,3	3,4
Hrastnik	13,4	23,1	12,1	6,9
Idrija	6,1	7,5	6,2	4,3
Kamnik	8,3	17,7	8,0	3,9
Kočevje	18,9	40,2	15,7	6,8
Litija	11,5	18,9	11,3	5,0
Ljubljana	10,4	19,8	11,4	5,1
Logatec	8,2	15,0	7,8	4,5
Ribnica	8,3	17,1	7,5	4,8
Trbovlje	16,0	28,6	15,6	6,8
Vrhnika	10,0	22,2	9,8	4,2
Zagorje ob Savi	10,7	20,2	10,3	4,8

Vir: Statistični urad RS

Tabela 28: Stopnje registrirane brezposelnosti glede na trajanje brezposelnosti po upravnih enotah, 2011

	Stopnje registrirane brezposelnosti (%)									
	skupaj	0-2 meseca	3-5 mesecev	6-8 mesecev	9-11 mesecev	12-23 mesecev	24-35 mesecev	3-4 leta	5-7 let	8 let ali več
Slovenija	11,8	2,3	1,8	1,3	1,1	2,4	1,3	0,8	0,5	0,4
Idrija	6,1	1,3	1,0	0,8	0,7	1,2	0,6	0,3	0,0	0,0
Logatec	8,2	1,7	1,3	1,0	0,8	1,8	1,0	0,4	0,1	0,0
Ribnica	8,3	1,7	1,3	1,0	0,8	1,7	1,0	0,4	0,2	0,3
Kamnik	8,3	1,8	1,4	1,0	0,8	1,9	0,9	0,3	0,2	0,1
Domžale	8,4	1,7	1,4	1,1	0,8	1,7	0,8	0,5	0,3	0,1
Grosuplje	8,8	1,6	1,3	1,0	0,8	1,7	0,9	0,6	0,5	0,4
Cerknica	9,2	1,8	1,4	1,2	1,0	2,1	0,8	0,6	0,2	0,1
Vrhnika	10,0	1,9	1,5	1,1	0,9	2,0	1,8	0,5	0,3	0,1
Ljubljana	10,4	1,9	1,6	1,2	1,0	2,3	1,0	0,6	0,4	0,3
Zagorje ob Savi	10,7	2,1	1,7	1,3	1,1	2,0	1,2	0,8	0,3	0,1
Litija	11,5	2,0	1,7	1,2	1,1	2,6	1,6	0,8	0,3	0,2
Hrastnik	13,4	2,5	1,9	1,4	1,1	3,0	1,7	1,1	0,6	0,1
Trbovlje	16,0	3,2	2,5	1,9	1,7	3,5	1,7	0,9	0,3	0,4
Kočevje	18,9	2,8	2,1	1,6	1,4	4,3	3,2	1,7	0,8	1,0

Vir: Statistični urad RS

Tabela 29: Primerjava ravni izobrazbe

<b>RAVNI IZOBRAZBE PO DOSEDANJIH PROGRAMIH</b>	<b>RAVEN</b>	<b>RAVNI IZOBRAZBE PO NOVIH "BOLONJSKIH" PROGRAMIH</b>
višješolski programi (do 1994)	6/1	
višješolski strokovni programi		
specializacija po višješolskih programih	6/2	visokošolski strokovni (1. bolonjska stopnja)
visokošolski strokovni programi		univerzitetni programi (1. bolonjska stopnja)
specializacija po visokošolskih strokovnih programih	7	magisteriji stroke (ZA imenom) (2. bolonjska st.)
univerzitetni programi		
specializacija po univerzitetnih programih	8/1	
magisteriji znanosti (PRED imenom)		
doktorati znanosti (PRED imenom)	8/2	doktorati znanosti (PRED imenom) (3. bolonjska st.)

Tabela 30: Odstotni delež primerov in dni zdravstveno opravičene začasne odsotnosti z dela, ljubljanska zdravstvena regija, 2006 – 2011

Vzrok	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	primeri	dnevi	primeri	dnevi	primeri	dnevi	primeri	dnevi	primeri	dnevi	primeri	dnevi
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nalezljive bolezni	8,7	3,4	10,8	4,4	10,6	4,3	12,8	5,6	9,7	4,3	11,1	5,0
Neoplazme	1,2	4,8	1,2	5,2	1,2	5,0	1,2	5,5	1,3	5,5	1,3	4,8
Bolezni krvi in krvotvornih organov	0,2	0,6	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	0,6	1,0	0,6	0,9	0,6	0,9	0,5	0,9	0,5	0,9	0,5	0,8
Duševne in vedenjske motnje	2,8	7,4	2,6	6,8	2,5	7,0	2,4	6,8	2,5	6,6	2,3	6,6
Bolezni živčevja	1,0	2,3	1,0	2,1	0,9	2,1	1,0	2,1	1,0	2,4	1,1	2,5
Bolezni očesa	1,1	1,0	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0	1,0
Bolezni ušesa	0,9	0,5	0,9	0,6	0,9	0,6	0,9	0,6	1,0	0,6	0,9	0,6
Bolezni srca in žil	2,0	5,3	1,8	4,6	1,9	5,0	1,7	5,0	1,7	5,0	1,6	4,3
Bolezni dihal	17,2	7,7	17,8	8,6	16,9	8,1	17,4	9,2	16,8	9,1	16,0	9,1
Bolezni prebavil	5,2	3,7	4,9	3,6	5,4	3,5	4,9	3,7	5,4	3,8	5,3	3,8
Bolezni kože in podkožja	2,1	1,5	1,8	1,5	1,9	1,6	1,6	1,4	1,8	1,4	1,7	1,4
Bol. mišic, kosti in vezivnega tkiva	10,9	18,4	9,9	17,7	10,1	18,6	8,8	17,5	9,4	17,7	8,6	17,7
Bolezni sečil in spolovil	3,0	2,3	2,7	2,2	2,7	2,3	2,5	2,2	2,6	2,3	2,5	2,3
Nosečnost, porod in popor. obdobje	1,9	6,4	1,7	6,4	1,9	5,9	1,7	4,8	1,8	4,6	1,6	4,3
Stanja iz obporodnega obdobja	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prirojene nepravilnosti	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Slabo opredeljena stanja	4,5	3,2	4,2	3,6	4,5	3,7	4,2	3,6	4,6	3,7	4,6	4,1
Poškodbe, nastale pri aktivnostih iz 18. člena ZZVZ in nekatere ostale poškodbe	1,2	2,7	1,1	2,6	0,9	2,3	0,8	2,2	0,1	0,1	0,5	1,7
Poškodbe in zastrupitve pri delu	3,9	7,5	3,2	7,3	3,2	7,1	2,6	6,5	2,7	6,9	2,2	6,3
Poškodbe in zastrupitve izven dela	7,6	12,0	5,9	11,0	6,1	11,1	5,7	11,1	6,5	13,9	5,4	12,2
Dej., ki vpl. na zdr.st. in na stik z zdr. služ.	6,6	3,5	8,7	4,4	7,3	3,9	6,9	3,7	7,8	3,5	8,3	3,6
Nega	17,3	4,7	18,0	4,9	19,0	5,4	21,2	6,2	21,6	6,5	23,2	7,4



Tabela 31: Prijavljene poškodbe pri delu po upravnih enotah in spolu, ljubljanska zdravstvena regija, 2010

upravna enota sedeža gospodarskih dejavnosti	skupaj	moški	ženske	na 100 zaposlenih		
				skupaj	moški	ženske
Slovenija	20803	14421	6382	2,5	3,1	1,7
Regija Ljubljana	7011	4712	2299	2,2	2,7	1,6
Cerknica	125	91	34	2,2	2,9	1,3
Domžale	471	301	170	2,2	2,5	1,8
Grosuplje	222	170	52	2,2	2,7	1,3
Hrastnik	109	75	34	4,4	6,1	2,8
Idrija	235	195	40	3,3	4,6	1,4
Kamnik	238	182	56	2,6	3,6	1,4
Kočevje	184	152	32	3,9	5,6	1,6
Litija	82	56	26	1,9	2,2	1,4
Ljubljana	4613	2957	1656	2,0	2,4	1,6
Logatec	112	97	15	3,0	4,3	1,0
Ribnica	105	72	33	2,8	3,1	2,3
Trbovlje	134	96	38	2,8	3,7	1,8
Vrhnika	122	92	30	2,2	2,9	1,3
Zagorje ob Savi	99	71	28	2,0	2,8	1,2
Neznana UE	160	105	55	-	-	-

Tabela 32: Delež prijavljenih poškodb pri delu po upravnih enotah in mestu nastanka poškodbe, ljubljanska zdravstvena regija, 2010

upravna enota sedeža delodajalca	skupaj	na običajnem delovnem mestu	začasno delovno mesto v isti enoti	službena pot ali delovno mesto v drugi enoti	pot na delo ali z dela	drugo ali ni podatka
Regija Ljubljana	100,0	64,7	2,9	7,7	22,0	2,7
Cerknica	100,0	80,8	2,4	4,8	9,6	2,4
Domžale	100,0	68,6	5,7	6,8	15,7	3,2
Grosuplje	100,0	72,1	2,7	9,0	14,0	2,3
Hrastnik	100,0	81,7	1,8	2,8	12,8	0,9
Idrija	100,0	79,6	3,8	3,0	11,5	2,1
Kamnik	100,0	76,9	2,9	7,1	9,7	3,4
Kočevje	100,0	80,4	5,4	4,9	7,6	1,6
Litija	100,0	69,5	2,4	8,5	14,6	4,9
Ljubljana	100,0	59,7	2,3	8,5	26,7	2,8
Logatec	100,0	67,0	11,6	8,0	12,5	0,9
Ribnica	100,0	78,1	1,0	3,8	15,2	1,9
Trbovlje	100,0	70,9	4,5	6,7	14,9	3,0
Vrhnika	100,0	84,4	3,3	4,1	8,2	-
Zagorje ob Savi	100,0	73,7	2,0	8,1	14,1	2,0
Neznana UE	100,0	66,3	3,8	9,4	18,1	2,5

Tabela 33: Prijavljene poškodbe pri delu po načinu nastanka poškodbe, ljubljanska zdravstvena regija, 2007 – 2010

Način nastanka	2007	2008	2009	2010
Skupaj	8211	7767	7024	7011
Stiki z elektriko, temperaturo in nevarnimi snovmi	276	329	289	229
Utopitev, prekritje, ograditev	8	9	3	4
Vodoravno ali navpično trčenje z ali proti nepremičnemu predmetu (pošk. se giblje)	1739	1642	1751	2029
Udarec z gibajočim predmetom, trčenje z njim	2729	2301	2039	1951
Stik z ostrim, koničastim, grobim materialnim povzročiteljem	1672	1987	1489	1311
Ujet, stisnjen, itd.	554	552	436	378
Fizični ali duševni stres	970	676	833	896
Ugriz, brca, itd. (žival ali človek)	196	225	165	192
Drugi načini poškodb, ki niso navedeni v tem šifrantu	14	16	6	5
Ni podatka	53	30	13	16