



NAVIGACIJSKA ZDRAVSTVENA PISMENOST IN IZBOR PETIH KRONIČNIH BOLEZNI/STANJ

Znanstvena monografija



**FAKULTETA
ZA ZDRAVSTVENE
VEDE V CELJU**



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za *zdravstvene vede*

Navigacijska zdravstvena pismenost in izbor petih kroničnih bolezni/stanj

Znanstvena monografija

2024

Naslov: Navigacijska zdravstvena pismenost in izbor petih kroničnih bolezni/stanj

Avtorice: Tamara Štemberger Kolnik, Andreja Hrovat Bukovšek, Vesna Čuk, Karmen Erjavec

Recenzentki: Ljiljana Leskovic in Sabina Krsnik

Založnik: Fakulteta za zdravstvene vede Celje

Elektronska izdaja

Leto izdaje: 2024

Dostopno na: https://www.fzvce.si/riz_projekti/dvig-zdravstvene-pismenosti-za-ucinkovito-navigacijo-po-zdravstvenem-sistemu/

Financirano s strani Javne agencije za znanstvenoraziskovalno in inovativno dejavnost RS in Ministrstva za zdravje



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

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

COBISS.SI-ID 189794819

ISBN 978-961-6889-53-7 (PDF)

KAZALO VSEBINE

4	UVOD
6	PREGLED PORABE FINANČNIH SREDSTEV ZZS ZA MEDICINSKE PRIPOMOČKE V OBDOBJU MED LETI 2012 IN 2022
18	EPIDEMIOLOGIJA DEMENCE - PODLAGA ZA PRIPRAVO POTI PO ZDRAVSTVENEM SISTEMU
31	POMEN ZDRAVSTVENE PISMENOSTI NA PODROČJU USTNEGA ZDRAVJA IN PARODONTALNA BOLEZEN
42	EPIDEMIOLOGIJA NAJPOGOSTEJŠIH OBOLENJ V SLOVENIJI
50	PRAVICA PACIENTOV DO ZDRAVSTVENIH STORITEV IN ČAKALNE DOBE V SLOVENIJI
60	STROKOVNI DELEŽNIKI O IZZIVIH POTEKA OBRAVNAVE PACIENTA NA PETIH PODROČJIH BOLEZNI/STANJA
78	ZAKLJUČEK
82	LITERATURA

UVOD

Zdravstvena pismenost je ključna sestavina javnega zdravja in ima pomembno vlogo v individualnem in kolektivnem odločanju, povezanem z zdravjem, in ne vključuje zgolj sposobnosti branja in razumevanja medicinskih informacij, temveč tudi sposobnost kritičnega ocenjevanja, uporabe teh informacij v praktične namene in sprejemanja informiranih odločitev glede zdravstvene nege ter sposobnost posameznika, da se učinkovito orientira in manevrira v kompleksnem zdravstvenem sistemu. Prvič, zdravstvena pismenost omogoča posameznikom, da razumejo svoje zdravstvene potrebe za ohranjanje zdravja, možnosti zdravljenja in rehabilitacije. To je še posebej pomembno v sodobnem svetu, kjer je zdravstvenih informacij na pretek, pogosto pa so te informacije zapletene ali celo protislovne. Posamezniki z visoko stopnjo zdravstvene pismenosti lahko bolje krmarijo skozi zdravstveni sistem, uporabljajo zdravila po navodilih, sledijo zdravniškim navodilom in učinkovito komunicirajo z zdravstvenim osebjem (Guo idr., 2018). Drugič, zdravstvena pismenost prispeva k preventivi, saj pismeni posamezniki bolje razumejo pomen preventivnih ukrepov, kot so cepljenje, redni zdravstveni pregledi in zdrav življenjski slog. To ne samo da izboljša posameznikovo kakovost življenja, temveč lahko zmanjša tudi skupne stroške zdravstvenega varstva z zmanjšanjem potrebe po zdravljenju kroničnih bolezni in drugih zdravstvenih težav, ki so pogosto posledica pomanjkanja preventivnih ukrepov. Tretjič, zdravstvena pismenost ima pomembno vlogo pri zmanjševanju neenakosti v zdravju. Raziskave kažejo, da so posamezniki iz družbeno-ekonomsko prikrajšanih skupin pogosto manj zdravstveno pismeni, kar povečuje njihovo ranljivost za zdravstvene težave (Abel & McQueen, 2020; Liu idr., 2020). Svetovna zdravstvena organizacija že več kot petdeset let opozarja na problem omejene zdravstvene pismenosti splošne populacije. Poudarja, da zdravstvena pismenost ne zajema le posameznih veščin, ampak je kompleksen koncept, ki je odvisen od številnih dejavnikov, kot so izobraževanje, socialna podpora in zdravstveni sistemi. V tem kontekstu je pomen zdravstvene pismenosti, poudarjen kot ključen dejavnik pri opolnomočenju posameznikov, da sprejemajo informirane odločitve in nadzorujejo svoje zdravje (Kickbusch idr., 2013). V Sloveniji je zdravstvena pismenost prvič zavedena v nacionalnem dokumentu v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Ta dokument predvideva ukrepe za varovanje zdravja, preprečevanje bolezni ter izboljšanje zdravstvene pismenosti prebivalcev Slovenije. Poudarjeno je ozaveščanje državljanov o pomenu zdravja, krepitev moči za skrb za lastno zdravje in razvoj digitalizacije ter informatizacije zdravstvenih storitev (Ministrstvo za zdravje RS, 2016). Digitalizacija je ena od ključnih nalog, saj naj bi izboljšala razumevanje delovanja zdravstvenega sistema, omogočila lažje krmarjenje, izboljšala komunikacijo ter zagotovila dostopnost do zdravstvenih storitev, še posebej za ranljive skupine (Ministrstvo za zdravje RS, 2016). Razvoj digitalizacije predstavlja poseben vidik zdravstvene pismenosti, saj od uporabnikov zahteva ne le znanje, povezano z zdravjem, temveč tudi osredotočenost na tehnične vidike, ki zahtevajo posebna izobraževanja in usposabljanja različnih ciljnih skupin na področju e-zdravja. E-zdravje predstavlja poznavanje in usmeritev uporabnikov zdravstvenega sistema po sistemu ter služi spremljanju storitev, ki ji v zdravstvenem sistemu prejme uporabnik. Poznavanje in uporaba e-zdravja je del navigacijske zdravstvene pismenosti, kar je eden od elementov povezave med zdravstveno pismenostjo na individualni ravni in kakovostjo zdravstvenega sistema. Posamezniki, ki so zdravstveno pismeni, imajo večjo verjetnost, da bodo pravočasno prejeli ustrezno obravnavo, kar zmanjšuje tveganje za zdravstvene napake ali nepotrebno zdravljenje (Jansen idr., 2018).

Pregledna študija merjenja zdravstvene pismenosti v Evropi ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European idr., 2012; Sørensen idr., 2013) je razkrila pomembne razlike v stopnjah zdravstvene

pismenosti med evropskimi državami. Več kot tretjina prebivalstva, zajetega v raziskavo, se je izkazala za slabo zdravstveno pismeno (Pelikan idr., 2012). Raziskava je potrdila, da so sociodemografski dejavniki, kot so starost, izobrazba, dohodek in migrantski status, povezani z variacijami ravni zdravstvene pismenosti. Starejši odrasli ter posamezniki z nižjo izobrazbo ali dohodkom so izkazali omejeno zdravstveno pismenost. Povezava med zdravstveno pismenostjo in različnimi zdravstvenimi rezultati, vključno s samo-zaznavanjem zdravja, obvladovanjem kroničnih bolezni, zdravstvenim vedenjem in dostopom do zdravstvenih storitev, je bila jasno izpostavljena (Sørensen idr., 2015). V Ameriki so že desetletja izvajali raziskave o zdravstveni pismenosti. Baur, (2010) je v eni od raziskav ugotovil, da skoraj 9 od 10 odraslih Američanov doživlja težave pri uporabi vsakdanjih zdravstvenih informacij, ki so na voljo v zdravstvenih ustanovah, medijih in v skupnosti. V letu 2019 se je Slovenija ključila v evropsko raziskavo o stopnji zdravstvene pismenosti. Rezultati so pokazali, da omejena zdravstvena pismenost pogosteje prizadene starejše odrasle, posameznike z nižjo izobrazbo, socialno deprivilegirane in tiste, ki slabše ocenjujejo svoje zdravje. Izvedena Nacionalna raziskava iz leta 2020 na reprezentativnem vzorcu je razkrila, da je kar 48 odstotkov prebivalcev Slovenije omejeno zdravstveno pismenih. Največ težav so imeli pri presojanju zdravstvenih informacij, še posebej v kontekstu zdravstvene obravnave. Skrb vzbujajoče je tudi ugotovljeno pomanjkanje navigacijske zdravstvene pismenosti, ki se kaže kot resen izziv za več kot 60 odstotkov odrasle populacije v Sloveniji. Starejši odrasli, posamezniki z nižjo izobrazbo ter tisti s finančno deprivacijo so še posebej izpostavljeni tej težavi. Navedena raziskava jasno kaže, da je navigacijska zdravstvena pismenost ključen element, ki zahteva posebno pozornost in ukrepe. Vse večja kompleksnost zdravstvenega sistema in naraščajoče število kroničnih bolezni ter pandemija COVID-19 poudarjajo nujnost izboljšanja zdravstvene pismenosti na vseh ravneh prebivalstva. Oblikovanje ciljnih intervencij, politik in programov zdravstvene vzgoje ter izboljšanje komunikacije med zdravstvenimi delavci in pacienti so ključni koraki v smeri dviga zdravstvene pismenosti in zagotavljanja boljšega razumevanja ter uporabe zdravstvenih informacij v vsakdanjem življenju (Vrdelja idr., 2022).

Navigacijska zdravstvena pismenost predstavlja specifično področje znotraj širšega koncepta zdravstvene pismenosti, ki se osredotoča na sposobnost posameznika, da se učinkovito orientira in manevrira v kompleksnem zdravstvenem sistemu. Ta oblika pismenosti vključuje razumevanje, kako dostopati do zdravstvenih storitev, razumeti zdravstveno zavarovanje, prepoznati prave zdravstvene vire in izbrati ustrezne zdravstvene ponudnike. Kot znanstvenik bi poudaril, da je navigacijska zdravstvena pismenost ključna za izboljšanje zdravstvenih izidov, saj omogoča posameznikom, da postanejo bolj aktivni udeleženci v procesu svojega zdravljenja. Navigacijska zdravstvena pismenost vključuje dostop do informacij, torej sposobnost iskanja, razumevanja in uporabe zdravstvenih informacij za navigacijo po zdravstvenem sistemu. Vključuje zmožnost razlikovanja med zanesljivimi in manj zanesljivimi viri informacij ter uporabo te informacije za sprejemanje informiranih zdravstvenih odločitev. Vključuje tudi razumevanje zdravstvenega sistema, kar se nanaša na poznavanje, kako so zdravstvene storitve organizirane, financirane in kako do njih dostopati. Vključuje razumevanje različnih vlog zdravstvenih delavcev, načina napotitve k specialistom in uporabe nujne medicinske pomoči. Navigacijska zdravstvena pismenost vključuje tudi razumevanje, kako deluje zdravstveno zavarovanje, vključno z razumevanjem pojmov, kot so premije, odbitne franšize in kritje storitev, je ključno za navigacijo po zdravstvenem sistemu. Navigacijska zdravstvena pismenost vključuje tudi veščine komunikacije, ki omogočajo posameznikom, da učinkovito komunicirajo s svojimi zdravstvenimi ponudniki, postavljajo vprašanja in izražajo skrbi. Pomen navigacijske zdravstvene pismenosti za zdravstvene izide je obsežen. Posamezniki z visoko stopnjo navigacijske pismenosti lahko hitreje dostopajo do potrebnih zdravstvenih storitev, kar lahko vodi do hitrejšega diagnosticiranja in zdravljenja, manjše verjetnosti za zaplete in boljših

dolgoročnih zdravstvenih izidov. Poleg tega so bolj verjetno, da bodo uspešno upravljali kronične bolezni, se izogibali nepotrebnim nujnim obiskom in hospitalizacijam ter učinkovito uporabljali preventivne storitve (Griese idr., 2020, 2023).

Navigacijska zdravstvena pismenost, kot dimenzija splošne zdravstvene pismenosti, ima ključno vlogo pri zadovoljstvu uporabnikov in njihovi zavzetosti za učinkovito sodelovanje v zdravstveni obravnavi. Posamezniki, ki so dobro usposobljeni za komunikacijo svojih potreb in želja izvajalcem zdravstvenih storitev (jasno povedo, kaj potrebujejo in želijo), postanejo partnerji v procesu odločanja o procesu zdravljenja, kar povečuje verjetnost pozitivnih zdravstvenih izidov (Altin & Stock, 2016). Hkrati pa imajo zdravstvene organizacije in izvajalci ključno vlogo pri spodbujanju navigacijske zdravstvene pismenosti. Z jasno komunikacijo, zagotavljanjem dostopnih informacij in osredotočenostjo na uporabnika lahko posameznikom omogočijo samozavestno krmarjenje v zdravstvenem sistemu. Poudarek na navigacijski zdravstveni pismenosti spodbuja kulturo obravnave, osredotočene na pacienta, s poudarjanjem skupnega odločanja, spoštovanja individualnih preferenc in aktivnega vključevanja pacientov v zdravstveni sistem in skrb za zdravje. V tej luči je ključno razumeti tudi pojem nacionalnih kliničnih poti, ki predstavljajo standardizirana orodja za diagnosticiranje, zdravljenje in vodenje obravnave pacientov v zdravstvenem sistemu. Poti pacienta po zdravstvenem sistemu lahko služijo kot temelj za lažjo in bolj učinkovito krmarjenje po zdravstvenem sistemu (Busse idr., 2019). Uspešno krmarjenje po kompleksnem zdravstvenem sistemu je pogosto na pacientih in njihovi bližnjih. Ti se pogosto znajdejo v ranljivem položaju in potrebujejo pomoč iz različnih zdravstvenih razlogov (Tran idr., 2008; Wang in Lo, 2021). Pomembno je poudariti ključno vlogo ocene zdravstvene pismenosti in podpore s strani zdravstvenih delavcev pri dostopu, razumevanju, vrednotenju ter uporabi zdravstvenih informacij. Te informacije so ključne za odločanje, upravljanje zdravja ter učinkovito uporabo zdravstvenih storitev (Perez idr., 2016). Nizka zdravstvena pismenost, vključno s težavami pri razumevanju zdravstvenih informacij, je povezana s slabšimi zdravstvenimi rezultati in manjšo uporabo zdravstvenih storitev (Perez idr., 2016). Po drugi strani pa posamezniki z ustrežno zdravstveno pismenostjo bolje prevzemajo odgovornost za svoje zdravje, kar prispeva k blaginji družin in skupnosti (Sørensen idr., 2012).

Skupen raziskovalni predmet obravnave v tej monografiji je izbor in utemeljitev petih bolezni/stanj, in sicer raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni. Zato je namen monografije predstaviti kompleksno študijo o prepoznavanju petih ključnih kroničnih bolezni/stanj, ki predstavljajo breme slovenskega zdravstvenega sistema z uporabo deskriptivnega kvantitativnega in kvalitativnega pristopa. Ker je metodologija za vsak raziskovalni korak specifična, jo predstavljamo skupaj z rezultati v posameznem poglavju. Monografija je nastala v okviru projekta *Dvig zdravstvene pismenosti za učinkovito navigacijo po zdravstvenem sistemu* (V3-2327), ki ga sofinancirata Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovativno dejavnost RS in Ministrstvo za zdravje.

Monografija vključuje sedem poglavij. Prvo poglavje s pomočjo namizne raziskave predstavlja skupine medicinskih pripomočkov, ki so najbolj obremenjujoče za zdravstveno blagajno. Rezultati kažejo, da je največja letna poraba sredstva iz zdravstvene blagajne namenjenih za medicinske pripomočke za težave z odvajanjem urina – urinska inkontinenca. V drugem poglavju je na temelju sistematičnega pregleda 19 znanstvenih člankov prikazana razširjenost demence v razvitem svetu in dejavniki tveganja, ki so tesno povezani z dejavniki za nastanek bolezni srca in ožilja ter drugimi dejavniki. Tretje poglavje potrjuje pomembnost pismenosti na področju ustnega zdravja in hitre obravnave bolnikov v zdravstvenem sistemu za učinkovito preprečevanje zapletov zaradi paradontalne bolezni. Analiza 17 znanstvenih

člankov je pokazala, da raziskave zajemajo različna področja, vključno z znanjem o ustnem zdravju in parodontalnih boleznih, vplivom zdravstvene pismenosti in vedenja na ustno zdravje in parodontalne bolezni, samooceno pacienta, povezavo med parodontalno boleznijo in kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, posebno demografsko skupino – nosečnice in smernicami za zaščitna prizadevanja na področju ustnega zdravja. Četrto poglavje se osredotoča na epidemiologijo najpogostejših bolezni v Sloveniji. Pregled Zdravstvenih statističnih letopisov za obdobje zadnjih osmih let je pokazal, da so glede na incidenco, prevalenco in umrljivost najpogostejša rakava obolenja ter bolezni srca in ožilja. Peto poglavje obravnava pravice pacientov do zdravstvenih storitev in problem čakalnih dob v Sloveniji, šesto pa mnenja ključnih strokovnih akterjev na področju izbranih kroničnih bolezni/stanj, pridobljenih s pomočjo 12 poglobljenih intervjujev s strokovnjaki na obravnavanem področju. V zadnjem poglavju so povzete ključne ugotovitve študije o izboru in utemeljitvi petih bolezni/stanj, in sicer raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in parodontalne bolezni. V Zaključku povzemamo ključne ugotovitve.

PREGLED PORABE FINANČNIH SREDSTEV ZZZS ZA MEDICINSKE PRIPOMOČKE V OBDOBJU MED LETI 2012 IN 2022

Uvod

Medicinski pripomočki so naprave, izdelki, instrumenti ali oprema, vključno s programsko opremo, ki se uporabljajo za diagnostične ali terapevtske namene za preprečevanje bolezni ali poškodb, lajšanje invalidnosti, izboljšanje zdravja in kakovosti življenja ter za raziskovalne in razvojne namene. Uredba o medicinskih pripomočkih (EU) 2017/745, ki je glavni predpis, ki regulira medicinske pripomočke, definira medicinski pripomoček kot vsak instrument, aparat, napravo, programsko opremo, vsadek, reagent, material ali drug predmet, za katerega je proizvajalec predvidel, da se uporablja samostojno ali v kombinaciji za ljudi za enega ali več naslednjih specifičnih medicinskih namenov, kot so a) diagnosticiranje, preventivo, spremljanje, predvidevanje, prognozo, zdravljenje ali lajšanje bolezni, b) diagnosticiranje, spremljanje, zdravljenje, lajšanje poškodb ali invalidnosti ali nadomestilo zanje, c) preiskovanje, nadomeščanje ali spreminjanje anatomije ali fiziološkega ali patološkega procesa ali stanja, d) pridobivanje informacij z in vitro preiskavami vzorcev, pridobljenih iz človeškega telesa, vključno z darovanimi organi, krvjo in tkivi.

Pomembnost medicinskih pripomočkov je večplastna. Medicinski pripomočki omogočajo natančno diagnozo in zdravljenje različnih bolezni ter stanj. To vodi k boljši zdravstveni oskrbi in izboljšanju življenja pacientov. Pripomočki, kot so merilniki glukoze v krvi, inhalatorji za astmatike, in naprave za merjenje krvnega tlaka, pomagajo ljudem nadzorovati kronične bolezni in preprečevati zaplete. Ortoteze, proteze in pripomočki za rehabilitacijo pomagajo ljudem, ki so utrpeli poškodbe ali amputacije, ponovno pridobiti mobilnost in neodvisnost. Medicinski pripomočki so ključni za znanstvene raziskave in razvoj novih terapevtskih pristopov in diagnostičnih tehnik. Omogočajo raziskovalcem natančno spremljanje stanja pacientov in učinkovitost zdravljenja. Pravilna uporaba medicinskih pripomočkov lahko zmanjša potrebo po dolgotrajnih bolnišničnih bivanjih in kirurških posegih, kar prispeva k zmanjšanju stroškov zdravstvenega sistema. Za mnoge ljudi so medicinski pripomočki ključni za ohranjanje ali izboljšanje njihove kakovosti življenja, saj omogočajo samostojnost in boljše obvladovanje zdravstvenih stanj. Medicinski pripomočki lahko izboljšajo dostopnost do zdravstvene oskrbe, zlasti v oddaljenih ali manj razvitih območjih, kjer ni vedno na voljo visokotehnološke medicinske opreme ali specializiranih strokovnjakov.

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam v Sloveniji zagotavljajo pravice do zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov ter pravice do določenih denarnih dajatev oziroma povračil, povezanih z zdravljenjem. Določitev pravic do izdaje medicinskih pripomočkov ureja *Pravilnik o seznamu medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (2020)*. Izraz medicinski pripomočki se uporablja od leta 2013. Predhodno smo vse pripomočke, ki so jih uporabniki potrebovali za bolj kakovostno življenje z boleznijo ali posledicami zdravljenja medicinsko tehnični pripomočki. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je v Poslovnem poročilu za leto 2013 zapisal obrazložitev spremembe poimenovanja: »Zaradi uskladitve Pravil s spremembami in dopolnitvami Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, uveljavljenimi z Zakonom za uravnoteženje javnih financ [...], je pojem medicinsko-tehnični pripomočki terminološko nadomeščen s pojmom medicinski pripomočki [...].« (Fakin idr., 2014). Poleg tega je v istem letu ZZZS vzpostavil sistem,

v katerem so zdravniki in dobavitelji dolžni posredovati vse podatke, ki se nanašajo na predpis oziroma izdajo medicinskih pripomočkov v informacijski sistem ZZS, kar omogoča avtomatske kontrole ob predpisu oziroma izdaji medicinskega pripomočka in opozarja na potrebo po skladnosti s Pravili in drugimi navodili ZZS (Fakin idr., 2014).

Že v letu 2012 se je ZZS začel ukvarjati z racionalizacijo letnega stroška medicinskih pripomočkov. Začela so se prizadevanja, da se vzpostavijo ustrezne pravne podlage za vzpostavitev seznama vrst medicinskih pripomočkov in seznama pripomočkov (artiklov), ki se bodo lahko izdajali v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (Fakin idr., 2013). V letu 2013 so bile v okviru drugih predlaganih sprememb in dopolnitev Pravil pomembne tudi spremembe in dopolnitve, ki se nanašajo na vzpostavitev seznama medicinskih pripomočkov (Fakin idr., 2013). Spremembe, vezane na Pravilnik o seznamu medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na medicinske pripomočke v letu 2013, ZZS ni uresničil, se pa je v naslednjih letih izvedla priprava pravil, ki temeljijo na delu strokovnih skupin. V letu 2014 je ZZS sprejel pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki za medicinske pripomočke predvideva natančnejša merila za obseg in postopek uveljavljanja pravice do medicinskih pripomočkov, s katerimi ZZS pričakuje naslednje učinke: širitev obsega pravice do medicinskih pripomočkov z novimi skupinami medicinskih pripomočkov, večja jasnost natančnejšega obsega pravice do medicinskih pripomočkov, jasnejša ločitev kritja stroškov medicinskih pripomočkov med izvajalci in ZZS, bolj gospodarna raba sredstev za medicinske pripomočke, varstvo pravic v obdobju po določitvi novih cen medicinskih pripomočkov, enakopravnejšo dostopnost do medicinskih pripomočkov z upravičenostjo do istega pripomočka brez doplačil, odprava administrativnih bremen na strani zavarovanih oseb ter možnost širše, lažje in hitrejše dostopnosti do medicinskih pripomočkov (Fakin idr., 2015). V letu 2014 je poleg tega ZZS sprejel minimalne zahteve na področju medicinskih pripomočkov, ki so kot prve zajele medicinske pripomočke pri zdravljenju sladkorne bolezni in medicinske pripomočke, ki se uporabljajo pri težavah z odvajanjem seča (Fakin idr., 2015), kar pomeni, da so se za področje medicinskih pripomočkov pri zdravljenju sladkorne bolezni in tistih, ki se uporabljajo pri težavah z odvajanjem seča zaznavali visoki stroški in potreba po obvladovanju le teh. V letu 2015 je ZZS poleg obstoječih pripomočkov na seznam pripomočkov za odvajanje seča dodal še pravico do posebnih predlog pri srednji inkontinenci (posebna izvedba za moške in posebna predloga za inkontinenco blata), hlačne predloge (plenice) tudi v primerih obsegov pasov do 65 cm in več kot 150 cm ter zbiralnik za seč z manjšim volumnom (350 ml) in urinski kateter s hidrofилno prevleko ali iz silikona, ki ima hkrati priloženo tudi vodno vrečko. S tem je ZZS omogočil dostop do pripomočkov za odvajanje seča tudi moškim pacientom, pri katerih je nujna vrsta inkontinence urina pogosto posledica benigno povečanje prostate. Stresna inkontinenca pri moških je relativno redka in se običajno pojavlja kot posledica prostatektomije (kirurške odstranitve prostate) (Smrkolj, 2018). Broom (2022) ugotavlja, da med 8 % in 87 % prostatektomij povzroči urinsko inkontinenco, pri čemer približno polovica pacientov uporablja vložke za inkontinenco vsak dan kar šest mesecev in več po posegu (Broom, 2022). ZZS je tudi zaznal potrebo po predpisovanju manjših pleníc, kar predstavlja možnost prilagoditve pri starejših odraslih z nižjo telesno maso in pa pleníc za večji obseg pasu, ki postaja vedno pogostejši problem prekomerno težkih odraslih in starejših odraslih v sodobni družbi, saj znanstveniki potrjujejo, da je urinska inkontinenca tesno povezana s povišano telesno težo in debelostjo (Shang idr., 2023).

ZZS je v nadaljevanju iskal rešitve za obvladovanje stroškov na področju izdaje medicinskih pripomočkov. V letu 2017 je bila na področju predpisovanja zahtevnejših medicinskih pripomočkov sprejeta rešitev, ki je poenostavila postopek uveljavljanja pravice za zavarovane osebe in manj

administrativnega dela za izvajalce zdravstvenih storitev. Določeni medicinski pripomočki so bili namreč črtani s seznama zahtevnejših medicinskih pripomočkov, o katerih z odločbo odloča imenovani zdravnik ZZS. To pomeni, da lahko zavarovana oseba na podlagi izdane naročilnice za medicinski pripomoček, ki ga izda osebni zdravnik pravico do zahtevnega medicinskega pripomočka, uveljavlja neposredno pri pogodbenem dobavitelju ZZS (Bogataj idr., 2018). V letu 2022 se je na področju predpisovanja medicinskih pripomočkov zgodil še en premik, ki omogoča diplomirani medicinski sestri predpisovanje medicinskih pripomočkov za sanitarne ali gibalne potrebe uporabnikov. V Zakonu o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (2022) je opredeljeno, da lahko izbrani osebni zdravnik ob določenih pogojih za predpisovanje medicinskih pripomočkov pisno pooblasti diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirane zdravstvenike za predpisovanje medicinskih pripomočkov namenjenih za sanitarne ali gibalne potrebe zavarovanih oseb. Pooblastilo pa ne zajema medicinskih pripomočkov, kjer je največ izdanih naročilnic, to so medicinski pripomočki pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča ter pri sladkorni bolezni. ZZS predvideva, da tovrstni ukrep ne bo imel nikakršnih finančnih posledic, ki bi zmanjšale porabo sredstev za izdajo medicinskih pripomočkov (Bolka idr., 2022).

V procesu raziskovanja smo se posvetili zbiranju in analiziranju podatkov, ki se nanašajo na finančna sredstva, porabljena za izdajo medicinskih pripomočkov. Ta korak smo izvedli z namenom, da bi bolje razumeli strukturo porabe sredstev znotraj zdravstvenega sistema in identificirati pet ključnih kroničnih bolezni/stanj, ki predstavljajo breme slovenskega zdravstvenega sistema. Skozi analitični pregled in obdelavo zbranih podatkov smo prišli do pomembne ugotovitve, da stroški, povezani z izdajo medicinskih pripomočkov, predstavljajo približno 3 odstotke celotnih sredstev, ki jih zdravstvena blagajna na letni ravni dodeli za podporo in izvajanje različnih zdravstvenih dejavnosti (Bolka idr., 2023).

Metodologija

Izvedeno je bilo namizno raziskovanje (»desktop research«), za katerega je značilno sistematično zbiranje in analiziranje podatkov, ki so že na razpolago. Ta pristop ima širok spekter uporabnosti in je ključno orodje za pridobivanje informacij, ki pomagajo pri odločanju in strategiji na različnih področjih.

Podatke smo zbirali iz baz podatkov prosto dostopnih letnih poročil ZZS. Izvedena je bila retrogradna sekundarna obdelava podatkov z namenom ugotavljanja rasti stroškov za medicinske pripomočke, ki jih ZZS letno nameni, primerjava stroškov za obdobje zadnjih deset let in ugotavljanje, kateri medicinski pripomočki najbolj obremenjujejo zdravstveno blagajno. V poslovnih letnih poročilih ZZS smo se osredotočili le na podatke, ki so predstavljali gibanje stroškov na področju skupin medicinsko tehničnih pripomočkov. V nadaljevanju smo zbrane podatke primerjali po letih in identificirali skupino medicinskih pripomočkov, ki predstavlja največje breme za zdravstveno blagajno.

Rezultati

ZZS vodi evidenco izdanih naročilnic za medicinske pripomočke, po posameznem področju medicinskih pripomočkov, kar prikazujemo za osemletno obdobje v tabeli 1. Pred letom 2014 v Letnem poročilu ZZS ni podatka o številu izdanih naročilnic za medicinske pripomočke. Podatke za medicinske pripomočke za dihanje smo vnesli v letu 2019, ko jih je ZZS prvič opredelil tudi v Letnem poročilu. Največje število izdanih naročilnic za medicinske pripomočke je na področju urinske inkontinence, kar je

razvidno v vseh letih, čeprav z leti kumulativno število izdanih Naročilnic za medicinske pripomočke na področju urinske inkontinence pada.

Tabela 1: Prikaz števila izdanih naročilnic za medicinske pripomočke po letih

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Urinska inkontinenca	165.933	143.000	138.087	137.361	135.697	133.692	140.442	144.000	135.434
Sladkorna bolezen	127.808	113.561	111.843	109.936	110.640	110.276	114.537	115.122	110.608
MP za gibanje, vozički	29.150	29.774	31.163	32.618	33.855	35.058	34.360	37.626	39.993
Slušni aparati	17.233	16.888	17.681	18.034	18.013	17.336	14.781	15.615	17.611
MP za stome	16.533	14.206	14.294	14.610	15.052	14.638	15.883	15.408	16.103
MP za dihanje						9.213	9.993	16.173	19.538
Obvezilni material	33.169	30.428	30.428	27.245	26.401	25.057	25.437	22.986	22.584
Obvezilni material	136.233	125.880	125.572	122.328	127.328	129.572	107.112	125.015	122.821

Vir: Poslovna poročila ZZZS 2014–2022

V tabeli 2 so prikazani stroške izdanih medicinskih pripomočkov v breme sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja po načelu obračunane realizacije. Od leta 2012 do 2022 za skupino medicinskih pripomočkov, ki ima po poročilih ZZZS največje letno breme. Izbrali smo prvih pet. Kot je razvidno iz tabele 2, stroški iz leta v leto naraščajo. Stroški za medicinske pripomočke za dihanje pred letom 2019 niso bili merjeni. Iz tabele 2 je tudi razvidno, da so se stroški za pripomočke za dihanje začeli spremljati v času epidemije COVID-19 in so tudi v štirih letih, ki smo jih zajeli v raziskavo, strmo naraščali.

Tabela 2: Stroški za pet skupin medicinskih pripomočkov, ki predstavljajo največje finančno breme iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja po načelu obračunane realizacije

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Stroški za stome	4.016	4.103	4.267	4.513	4.583	4.710	4.873	4.981	5.417	5.443	6.091
Stroški urinska inkontinence	13.724	13.642	14.137	14.993	15.624	16.086	16.523	17.002	18.453	18.992	22.031
Stroški sladkorne bolezni	16.370	15.306	16.210	17.154	18.016	18.603	19.630	20.728	21.810	27.196	30.217
Stroški za MP dihanje								6.591	7.430	8.024	9.410
Stroški slušni aparatov	4.084	4.307	4.875	5.205	5.622	5.667	6.129	5.982	5.147	5.859	6.435

Vir: Poslovna poročila ZZZS 2012–2022

V Poslovnih letnih poročilih ZZZS predstavlja izdajo medicinskih pripomočkov po vrstah z največjim vplivom na stroške zdravstvene blagajne v letu. Podatki so kategorizirani v štiri največje skupine: Pripomočki, pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi, Pripomočki pri težavah z odvajanjem seča, Pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni in Slušni aparati. V nadaljevanju podrobneje predstavljamo

vsako skupino posebej. V tabeli 3 so predstavljeni stroški za desetletno obdobje, pri skupini medicinskih pripomočkov za oskrbo stome. Skupna vrednost v desetih letih za to skupino je 21.435.437 evrov.

Tabela 3: Razporeditev stroškov zdravstvene blagajne za medicinske pripomočke za oskrbo stome v desetletnem obdobju

Medicinski pripomočki podrobno znotraj skupine medicinskih pripomočkov za oskrbo stome		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pripomočki pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi	Kožne podlage	272.790	285.848	287.276	297.767	302.009	311.635	317.540	315.262	348.453	352.326	365.249
	Vrečke za ileostomo	230.822	253.989	270.122	304.941	314.486	340.150	352.104	362.763	404.596	421.542	433.863
	Vrečke za urostomo	97.861	103.749	116.122	123.795	132.518	139.958	141.631	150.966	172.888	178.049	185.028
	Vrečke za kolostomo	1.117.636	1.151.799	1.136.005	1.156.056	1.143.838	1.124.928	1.127.765	1.113.200	1.155.925	1.117.170	1.124.842
	Rokavniki za irigacijo	21.380	21.200	24.660	28.280	27.430	27.880	26.050	23.981	26.130	25.162	24.960
	Irigacijski sistem	87	58	84	73	78	77	81	126	123	138	137
SKUPAJ V EVRIH		1.740.576	1.816.643	1.834.269	1.910.912	1.920.359	1.944.628	1.965.171	1.966.298	2.108.115	2.094.387	2.134.079

Vir: Poslovna poročila ZZS 2012–2022

V tabeli 4 predstavljamo porabo sredstev zdravstvene blagajne za medicinske pripomočke za težave pri odvajanju urina v obdobju desetih let. Stroški so prikazani razdeljeno glede na bivanje upravičenca (doma ali v instituciji), stopnjo inkontinence ter nekatere skupine pripomočkov. Prikazano je gibanje stroškov za medicinske pripomočke v obdobju desetih let. Iz podatkov je razvidno, da strošek vsako leto raste in znaša v desetih letih 618.121.159 evrov. Pregledali smo tudi stroške za medicinske pripomočke za obvladovanje sladkorne bolezni, vendar jih ne bomo podrobneje predstavljali, ker je pot pacienta s sladkorno boleznijo bila pripravljena s strani NIJZ v okviru projekta Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji (Vrdelja idr., 2022). Izračun porabe stroškov zdravstvene blagajne za medicinske pripomočke za zdravljenje sladkorne bolezni v obdobju desetih let znaša 465.734.433 evrov, kar je še vedno 152.386.726, manj kot strošek za medicinske pripomočke za težave z urinsko inkontinenco.

Tabela 4: Razporeditev stroškov zdravstvene blagajne za medicinske pripomočke za težave pri odvajanju seča

Medicinski pripomočki podrobno znotraj skupine		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Pripomočki pri težavah z odvajanjem seča	Zavarovane osebe doma	Mobilne hlačke								924.017	2.255.138	3.242.011	
		Predloga za srednjo inkontinenco	20.882.819	21.616.382	22.578.377	24.305.889	25.415.403	26.118.765	26.738.784	27.576.514	28.187.615	28.895.202	30.769.134
		Predloga za težko inkontinenco	2.483.087	2.381.284	2.279.896	2.363.259	2.325.842	2.300.710	2.299.093	2.230.634	2.299.118	2.379.509	2.234.344
		Plenice za težko inkontinenco	4.581.544	4.955.402	5.260.037	5.644.552	5.933.035	6.278.691	6.520.396	6.755.513	6.787.365	6.078.206	6.177.559
		Predloga za zelo težko inkontinenco	201.785	183.658	163.365	151.424	155.513	156.082	163.140	158.511	178.124	182.547	179.981
		Plenice za zelo težko inkontinenco	3.907.188	3.909.821	3.897.143	4.070.015	4.123.327	4.100.070	4.126.313	4.076.202	4.144.378	3.874.605	3.958.267
		Plenice za otroke	136.701	150.445	148.486	158.955	170.732	158.401	148.456	147.847	200.209	248.606	232.454
		Posteljne predloge	355.730	348.840	369.169	379.411	379.475	352.651	306.668	290.056	340.384	419.827	771.019
	Zavarovane osebe v socialnih in drugih posebnih zavodih	Predloga za srednjo inkontinenco	2.828.237	2.869.902	2.890.538	2.948.837	3.059.387	3.001.722	2.965.253	2.938.346	3.158.510	3.034.663	3.162.412
		Predloga za težko inkontinenco	478.254	469.565	469.388	469.311	470.498	390.842	355.770	356.136	335.657	273.237	251.854
		Plenice za težko inkontinenco	2.419.746	2.614.242	2.693.432	2.883.056	3.145.275	3.594.163	3.821.307	4.148.161	4.415.013	3.891.038	3.914.391
		Predloga za zelo težko inkontinenco	29.997	51.156	70.232	51.088	31.881	18.556	25.711	21.920	11.428	8.067	12.496
		Plenice za zelo težko inkontinenco	8.795.831	9.124.018	9.339.616	9.450.945	9.608.172	9.449.083	9.459.136	9.391.337	9.844.214	8.966.452	9.453.508

		Plenice za otroke	9.987	9.335	5.521	5.677	6.237	10.238	8.035	4.908	8.156	7.470	
		Posteljne predloge	648.690	602.749	579.016	543.564	423.143	366.664	348.417	342.392	865.375	1.487.146	1.574.345
	SKUPAJ		47.759.596	49.286.799	50.744.216	53.425.983	55.247.920	56.296.638	57.286.479	58.438.477	61.699.563	62.001.713	65.933.775

Vir: Poslovna poročila ZZZS 2012–2022

V letnih poročilih ZZZS smo zasledili tudi podatek o številu upravičencev, ki so uveljavljali pravico do medicinskega pripomočka, ki ga prejmejo na podlagi izdane naročilnice za medicinski pripomoček. V tabeli 5 prikazujemo število izdanih naročilnic za medicinske pripomočke za obdobje od 2014 do 2022. V letnih poročilih ZZZS za leto 2012 in 2013 nismo našli podatka. V tabeli 5 prikazujemo še delež populacije starejših od 65 %, ki je bil upravičen do naročilnice za medicinske pripomočke. Podatki kažejo, da se število upravičenih iz leta v leto povečuje, povečuje se tudi delež oseb starejših od 65 let, ki prejemajo medicinske pripomočke na naročilnico.

Tabela 5: Število izdanih naročilnic za medicinske pripomočke v osemletnem obdobju in odstotek starejših od 65 let, ki so pridobili naročilnico za medicinski pripomoček

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Skupno število	ni podatka	ni podatka	268.817	275.921	279.946	280.553	287.458	293.062	266.742	288.059	292.830
Starejši od 65 %	ni podatka	ni podatka	47,7 %	48,84 %	49,92 %	50,65 %	51,06 %	51,42 %	53,98 %	52,37 %	53,83 %

Vir: Poslovna poročila ZZZS 2012–2022

Razprava

Iz predstavljenih rezultatov je razvidno, da ZZZS v zadnjih desetih letih največji delež finančnih sredstev nameni za medicinske pripomočke za uporabnike s težavami z uriniranjem, pripomočke za obvladovanje sladkorne bolezni in za pripomočke za osebe s stomo (na trebušno steno izpeljanim črevesjem). Zvišanje prevalence omenjenih zdravstvenih stanj v populaciji eden izmed glavnih razlogov za tako velik delež finančnih sredstev. Slovenija, kot mnoge druge države, se sooča s staranjem prebivalstva. Starejši posamezniki imajo večjo verjetnost za razvoj kroničnih stanj, vključno s tistimi, ki zahtevajo uporabo medicinskih pripomočkov za uriniranje, obvladovanje sladkorne bolezni in oskrbo stomije. Kot posledica se povečuje potreba po teh pripomočkih, kar prispeva k večjemu finančnemu bremenu za zdravstveni sistem.

Medicinski pripomočki za te skupine uporabnikov bistveno izboljšujejo kakovost življenja. Učinkovito obvladovanje teh stanj z uporabo specializiranih pripomočkov lahko zmanjša tveganje za zaplete, zmanjša potrebo po hospitalizaciji in omogoči bolnikom, da ostanejo aktivni člani družbe. Tretji razlog je

verjetno tehnološki napredek, saj so sodobni medicinski pripomočki postali bolj sofisticirani in učinkoviti pri obvladovanju specifičnih zdravstvenih težav. Tehnološki napredek je povečal stroške razvoja in proizvodnje teh pripomočkov, kar se odraža v višjih cenah. Da bi zagotovili dostop do najnovejših in najučinkovitejših pripomočkov, mora ZZS nameniti večji delež svojih sredstev. V zdravstveni politiki je vse večji poudarek na preventivi in spodbujanju samoupravljanja kroničnih stanj. Medicinski pripomočki, kot so merilniki glukoze v krvi in pripomočki za uriniranje, omogočajo uporabnikom, da bolje nadzorujejo svoje zdravstveno stanje, kar lahko dolgoročno zmanjša stroške zdravstvene oskrbe. Obstajajo tudi pritisk javnosti in pričakovanja pacientov, saj so sodobni pacienti bolje informirani in imajo višja pričakovanja glede svoje zdravstvene oskrbe. To vključuje dostop do najnovejših in najučinkovitejših medicinskih pripomočkov. Javni pritisk in pričakovanja pacientov tako prisiljujejo ZZS, da v svojem financiranju upošteva te zahteve. Vlaganje v medicinske pripomočke za obvladovanje kroničnih bolezni je lahko ekonomsko učinkovito. Zmanjšanje zapletov in potrebe po dražjih zdravstvenih posegih lahko dolgoročno zmanjša skupne stroške zdravstvenega sistema. ZZS tako morda namenja večji delež sredstev za te pripomočke kot strategijo za zmanjšanje skupnih stroškov zdravstvene oskrbe. Sledenje mednarodnim standardom in primerjavam lahko privede do povečane porabe za medicinske pripomočke. Slovenija si morda prizadeva doseči ali preseči mednarodne standarde oskrbe, kar zahteva ustrezna finančna vlaganja. Vse te točke skupaj pojasnjujejo kompleksnost in raznolikost dejavnikov, ki vplivajo na odločitve ZZS glede financiranja medicinskih pripomočkov. Upravljanje teh sredstev zahteva skrbno načrtovanje in ocenjevanje, da se zagotovi največja možna korist za zdravstveni sistem in njegove uporabnike.

Daleč največji delež sredstev (primer: v letu 2022 znaša 65.933.775,00 evra) je namenjen pripomočkom za obvladovanje težav z odvajanjem seča, ki so lahko povezane z retenco urina (recimo urinski katetri), bolj pogosto pa verjetno za inkontinenco urina, ki se vedno pogosteje pojavlja pri mlajši populaciji in je pogosto prisotna pri starejših odraslih (Ščepanović, 2020). Eden glavnih razlogov je demografska sprememba, predvsem staranje prebivalstva. Starejši ljudje so pogosteje izpostavljeni zdravstvenim težavam, vključno z inkontinenco urina, kar povečuje potrebo po tovrstnih medicinskih pripomočkih. Inkontinenca urina močno vpliva na kakovost življenja posameznikov, saj lahko povzroča socialno izolacijo, anksioznost in depresijo. ZZS s financiranjem teh pripomočkov stremi k izboljšanju kakovosti življenja uporabnikov, jim omogoča večjo samostojnost in zmanjšuje negativne socialne in čustvene posledice, povezane z inkontinenco. Zagotavljanje kakovostnih pripomočkov za inkontinenco lahko deluje tudi preventivno, saj preprečuje morebitne dodatne zdravstvene zaplete, kot so okužbe sečil in poškodbe kože. S tem ZZS dolgoročno zmanjšuje potrebo po dražjih zdravstvenih posegih in terapijah. V zadnjih letih je opaziti trend poudarjanja domače nege in oskrbe, ki je pogosto cenejša in za uporabnika prijaznejša alternativa institucionalni oskrbi. S tem se povečuje povpraševanje po medicinskih pripomočkih, ki omogočajo boljšo samopomoč in nego na domu.

Starejši odrasli imajo pravico do brezplačnih medicinskih pripomočkov za uporabnike s težavami z uriniranjem. Količina pripomočkov, ki jih uporabnik prejme iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, je odvisna od stopnje urinske inkontinence, pridružene fekalne inkontinence in težjih stanj ter se določa na mesečni ravni (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2023). Stroški urinske inkontinence so pereč problem tudi v svetu. Sistematični pregled iz leta 2014 razkriva, da so stroški, povezani z UI, leta 2007 v ZDA znašali 65,9 milijarde dolarjev, in predvideva, da se bodo ti stroški do leta 2020 povečali na 82,6 milijarde dolarjev (Milsom idr., 2014). Že Subak idr. (2006) so v presečni študiji ugotovili, da ženske v starosti med 45 in 67 let porabijo za pripomočke za inkontinenco, spodnje perilo in

praške za pranje perila, kar se povezuje s potrebo glede inkontinence, 900 dolarjev letno. Inkontinenco pa ne povezujejo le s stroški, temveč tudi s kakovostjo življenja. Avtorji poudarijo, da lahko pravočasno zdravljenje urinske inkontinence zmanjša stroške in izboljša kakovost življenja (Subak idr., 2006). Dve tretjini žensk, ki živi v kantonu Bern (Švica) in trpi zaradi stresne urinske inkontinence, je poročalo o negativnem vplivu na kakovost življenja. Študija je ugotovila, da UI lahko povzroči veliko gospodarsko obremenitev zdravstvenih storitev. Povprečni zdravstveni stroški so bili 2256 švicarskih frankov. Veliko gospodarsko breme urinske inkontinence zahteva stroškovno učinkovite preventivne ukrepe in koncepte kliničnega zdravljenja (Koenig idr., 2020). Pomembno je izvajanje izobraževalnih programov za javnost in zdravstvene delavce o vzrokih, preprečevanju in zdravljenju urinske inkontinence. To vključuje informacije o zdravem življenjskem slogu, pomenu fizične aktivnosti in pravih tehnikah za dvigovanje bremen. Spodbujanje zdravega življenjskega sloga, vključno z uravnoteženo prehrano, redno telesno vadbo, ohranjanjem zdrave telesne teže in omejevanjem vnosa alkohola in kofeina, ki lahko vplivajo na simptome inkontinence. Verjetno bi bilo treba vključiti koncepte kliničnega zdravljenja, kot so ocenjevanje in diagnostika. Natančna ocena in diagnostika pacienta, vključno z zgodovino bolezni, fizičnim pregledom in po potrebi uporabo diagnostičnih testov. Uporaba farmakološkega zdravljenja, vključno z antiholinergiki in beta-3 agonisti, fizioterapije, vedenjske terapije in urinskega treninga, ter uporaba pripomočkov, kot so vložki in katetri. V primerih, kjer konservativno zdravljenje ni učinkovito, se lahko uporabijo kirurški posegi, kot so vstavev mrežice (sling operacija), suspenzija vratu mehurja ali umetni sfinkter. Sodelovanje med različnimi zdravstvenimi strokovnjaki, kot so urologi, ginekologi, geriatri in fizioterapevti, za zagotavljanje celovite oskrbe pacienta. Prilagoditev zdravljenja posameznikovim potrebam, simptomom in življenjskemu slogu, s ciljem izboljšanja kakovosti življenja. Celostni pristop, ki združuje preventivne ukrepe in klinično zdravljenje, je ključnega pomena za učinkovito obvladovanje urinske inkontinence in zmanjšanje njenega gospodarskega bremena.

Novo mednarodno raziskavo o gospodarskem bremenu urinske inkontinence v letu 2023 razkrivajo, da bodo stroški oskrbe inkontinence preseglji več kot 40 milijard evrov. Ti stroški vključujejo vpliv inkontinence na zdravje posameznikov, stroške zdravniških posvetovanj in uporabo izdelkov (vložki za inkontinenco, odsotnost z dela zaradi inkontinence, sprejem v domove za ostarele in vpliv odpadkov na okolje). Če se ne bodo sprejeli ukrepi za podporo preprečevanju in zdravljenju inkontinence, bo inkontinenca postala velik zdravstveni problem v Evropi, ki se bo še poslabšal zaradi starajoče in dolgožive družbe, kar bo leta 2030 povzročilo skupno akumulirano gospodarsko breme v višini 320 milijard evrov (Blasco, 2023). Podatki, pridobljeni iz Poslovnih poročil ZZZS, kažejo na rast stroškov, na rast letno uporabljenih naročilnic za medicinske pripomočke s strani pacientov ter na rast števila populacije, ki je starejša od 65 let in potrebuje medicinske pripomočke.

Zaključek

Pregled poslovnih letnih poročil ZZZS je pokazal, da je ta v zadnjih desetih letih največji delež finančnih sredstev namenil za medicinske pripomočke za uporabnike s težavami z uriniranjem, pripomočke za obvladovanje sladkorne bolezni in za pripomočke za osebe s stomo (na trebušno steno izpeljanim črevesjem). Največji delež sredstev je bil namenjen pripomočkom za obvladovanje težav z odvajanjem seča. Te težave so lahko povezane z zadrževanjem urina, kot na primer pri uporabi urinskih katetrov, pogosteje pa so namenjene obvladovanju urinske inkontinence.

Inkontinenca ni zgolj zdravstveni problem, temveč predstavlja tudi socialni, okoljski in finančni izziv, ki vpliva tako na posameznika kot na skupnost. S staranjem populacije, nezdravim življenjskim slogom z nezadostno telesno aktivnostjo in prevladujočim preživljanjem prostega časa v urbanem okolju, ki prinaša vedno manjši stik z naravo, se dejavniki tveganja za pojav urinske inkontinence vsakodnevno povečujejo. Problem ne prizadene le starejše populacije, ampak se širi tudi na mlajše skupine, vključno z otroki, mladostniki, nosečnicami, ženskami po porodu in vsemi pacienti po uroloških operacijah. Za učinkovito preprečevanje in zdravljenje inkontinence bodo potrebne strategije v vseh državah, vključno s Slovenijo.

EPIDEMIOLOGIJA DEMENCE - PODLAGA ZA PRIPRAVO POTI PO ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Teoretična izhodišča

Slovenija je država z dolgoživo družbo, delež starejših od 65 let se povečuje in zajema 20,9 % prebivalstva. Demografske spremembe so odsev razvoja v sodobni družbi, zato je treba prilagoditi zdajšnje sisteme in ureditve. Ustvariti je treba možnosti za kakovostno življenje in dostojno staranje vseh generacij, povečati razumevanje, izboljšati diagnostiko in terapijo demence, povečati zdravstveno pismenost, ozaveščanje prebivalcev. Naloga javnega zdravja je ozaveščati družbo in zmanjševati tveganja za demenco, vzpostaviti ustrezne mehanizme za zdravljenje, oskrbo in podporo obolelim, podporo neformalnim oskrbovalcem ter spodbujati raziskovalno okolje, inovacije in inovativne pristope (Ministrstvo za zdravje, 2023) Ob upoštevanju gibanja pričakovanega trajanja življenja, se bo do leta 2030 delež prebivalstva, starega 65 let in več, povečal na 24,8 %, do leta 2060 pa na 29,5 %. S staranjem se povečuje tudi breme bolezni in se krepijo potrebe po dolgotrajni oskrbi (Prince idr., 2015). Demenca zaradi staranja prebivalstva postaja vse večji javnozdravstveni in družbeni problem, vzrok za odvisnost od drugih in invalidnost. Nacionalna strategija obvladovanja demence do leta 2030 (Ministrstvo za zdravje, 2023) in Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2017) navajajo, da bi bilo lahko do leta 2050 z demenco neposredno ali posredno prizadetih okoli 250.000 državljanov Slovenije. Lovrečič in Lovrečič, (2021) navajata podatke ocene za ekonomsko breme v Sloveniji, ki je bilo izračunano po presečni metodi, v obdobju 2015–2017 in se giblje okoli 11,4 milijona EUR letno oziroma 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo. Svetovna zdravstvena organizacija (2017) je izračunala svetovne stroške demence v letu 2015, ki so znašali 818 milijard EUR oziroma 1 % svetovnega bruto domačega proizvoda. Wimo idr. (2023) ugotavljajo, da veliki stroški demence po vsem svetu močno obremenjujejo sisteme oskrbe in družine. Čeprav večina ljudi z demenco živi v državah z nizkim in srednjim dohodkom, so najvišji skupni stroški in stroški na osebo opaženi v državah z visokim dohodkom. Globalni gospodarski stroški demence so bili leta 2019 ocenjeni na 1313,4 USD. Enainšestdeset odstotkov ljudi z demenco živi v državah z nizkimi in srednjimi dohodki, medtem ko se 74 % stroškov pojavi v državah z visokimi dohodki. Vpliv neformalne oskrbe predstavlja približno 50 % svetovnih stroškov. Razvoj infrastrukture za dolgotrajno oskrbo je velik izziv za države z nizkimi in srednjimi dohodki. Šprah (2021) navaja, da bi se lahko število ljudi z demenco dolgoročno povečalo tudi zaradi nevrološkega vpliva okužbe z virusom SARS-CoV-2, ki poveča verjetnost za pojav demence oz. povzroči, da se simptomi demence pojavijo prej. V času pandemije so bili oboleli za demenco bolj ranljiva skupina prebivalcev in zato dodatno ogroženi ter stigmatizirani.

Demenco pogosto označujemo kot eno izmed največjih zdravstvenih in družbenih izzivov sodobne družbe. Njen pomen za družbo je mogoče razumeti z več vidikov, vključno z zdravstvenega, ekonomskega, socialnega in etičnega. Iz zdravstvenega vidika demenca prizadene kognitivne funkcije, kot so spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računanje, učenje, jezik in presoja. To ne vpliva le na posameznike, ampak tudi na njihove družine in skrbnike, saj je za napredovale stopnje bolezni pogosto potrebna intenzivna nega in podpora. To povzroča dodatno breme zdravstvenemu sistemu, ki se mora spoprijemati z naraščajočim številom prizadetih. Ekonomski vpliv demence je ogromen, vključuje neposredne stroške zdravstvene oskrbe, dolgotrajne oskrbe in socialne zaščite, pa tudi posredne stroške, kot so izguba produktivnosti prizadetih oseb in njihovih skrbnikov. Globalni stroški demence so ocenjeni na stotine

milijard dolarjev letno in naraščajo s povečevanjem števila prizadetih. Demenci lahko sledi stigma, ki vpliva na kakovost življenja prizadetih oseb in njihovih družin. Prav tako lahko povzroči izolacijo in socialno izključenost. Poleg tega obremenitev skrbnikov, ki pogosto vključujejo družinske člane, lahko povzroči znatno čustveno, fizično in finančno stisko. Demence se dotikajo tudi etičnih in pravnih vprašanj, povezanih z avtonomijo, soglasjem za zdravljenje, pravicami in dostojanstvom prizadetih oseb. Vprašanja, kot so skrbništvo, zastopništvo in sprejemanje odločitev v imenu nekoga, ki ni več sposoben odločati sam, so kompleksna in zahtevajo skrbno razmislek (Arvanitakis idr., 2019) Demenca torej predstavlja večplasten izziv za družbo, ki zahteva celostni pristop k obravnavi. To vključuje izboljšanje zdravstvene oskrbe, podpore skrbnikom, javne ozaveščenosti in razumevanja ter razvoj učinkovitih politik za obvladovanje ekonomskih in socialnih posledic. Poleg tega je bistvenega pomena nadaljnje raziskovanje za boljše razumevanje bolezni in razvoj učinkovitejših načinov zdravljenja in skrbi za prizadete.

Obravnava dementnih pacientov predstavlja zapleten nabor izzivov, ki izhajajo iz narave bolezni, raznolikosti njenih manifestacij in vpliva, ki ga ima na posameznike in družbo. Eden izmed največjih problemov pri obravnavi dementnih pacientov multidimenzionalnost demence, ki zahteva celostni pristop k oskrbi, vendar pa se v praksi pogosto soočamo z omejitvami, ki otežujejo učinkovito obravnavo. Demenca je bolezen, ki prizadene več kognitivnih funkcij in ima širok spekter simptomov. Zaradi tega je za učinkovito obravnavo potrebna multidisciplinarna ekipa, ki vključuje nevrologe, psihiatre, psihologe, terapevte, medicinske sestre in socialne delavce. Koordinacija med temi strokovnjaki je ključnega pomena, vendar pa se v praksi pogosto soočamo s težavami pri komunikaciji in usklajevanju oskrbe, kar lahko vodi do manj učinkovite oskrbe. Vsak pacient z demenco ima edinstven nabor simptomov, potreb in preferenc, kar zahteva individualiziran pristop k obravnavi. Standardizirani protokoli morda ne bodo ustrezali potrebam vseh pacientov, kar otežuje načrtovanje in izvajanje učinkovite oskrbe. Poleg tega lahko napredovanje bolezni pri vsakem posamezniku poteka drugače, kar zahteva nenehno prilagajanje načrtov oskrbe. Komunikacija z dementnimi pacienti je lahko izjemno zahtevna, saj bolezen prizadene jezikovne sposobnosti in razumevanje. To otežuje izražanje potreb, želja in simptomov s strani pacientov, kar lahko vodi v napačno interpretacijo njihovih stanj in potreb ter posledično v neustrezno oskrbo. Stigma, povezana z demenco, in družbena percepcija bolezni lahko dodatno otežita obravnavo. Pogosto prihaja do nezadostne podpore za dementne paciente in njihove skrbnike, kar lahko vodi do izolacije in zmanjšanja kakovosti oskrbe. Pomanjkanje finančnih in kadrovskih virov v zdravstvenih in socialnih sistemih je še ena ključna ovira. To lahko vodi do pomanjkanja dostopa do specializirane oskrbe, dolgih čakalnih dob in preobremenjenosti skrbnikov (Sandilyan in Dening, 2019). Torej, največji problem pri obravnavi dementnih pacientov izhaja iz kompleksnosti bolezni, ki zahteva celovito, multidisciplinarno in individualizirano obravnavo. Omejitve v zdravstvenem sistemu, pomanjkanje virov in družbene ovire dodatno otežujejo učinkovito obravnavo. Zato je ključno poznati pot pacienta z demenco po zdravstvenem sistemu.

Namen tega poglavja je utemeljiti potrebo po oblikovanju poti pacienta z demenco po slovenskem zdravstvenem sistemu in s tem omogočiti pacientom in njihovim svojcem pravočasno, ustrezno zdravljenje, podporo in socialno pomoč.

Metodologija

Za potrebe raziskave smo izvedli sistematični pregled slovenskih in tujih znanstvenih člankov. Osredotočenost tiskanja uporabnih virov je temeljila na vsebinski analizi, s katero smo opredelili razširjenost in nevarnosti, ki jih demenca prinaša kot prihajajoči trend sodobne starajoče se družbe. Statistične podatke za slovenski prostor sta odlično povzeli urednici Lovrečič in Lovrečič (2021), ki jih povzemamo tudi v pričujočem prispevku. Pregledani sta bili bazi podatkov Google Učenjak in Pubmed v obdobju od leta 2020 do leta 2024. Uporabljene ključne besede so bile »demenca in epidemiološki podatki«/»dementia and epidemiologic data« in Alzheimer in epidemiologija«/»Alzheimer and epidemiology«.

Ob pregledu literature smo za vključitev člankov v raziskavo postavili vključitvene kriterije, ki jih predstavljamo v tabeli 1. Oceno kakovosti člankov, vključenih v raziskavo, smo izvedli glede na vključitvene kriterije.

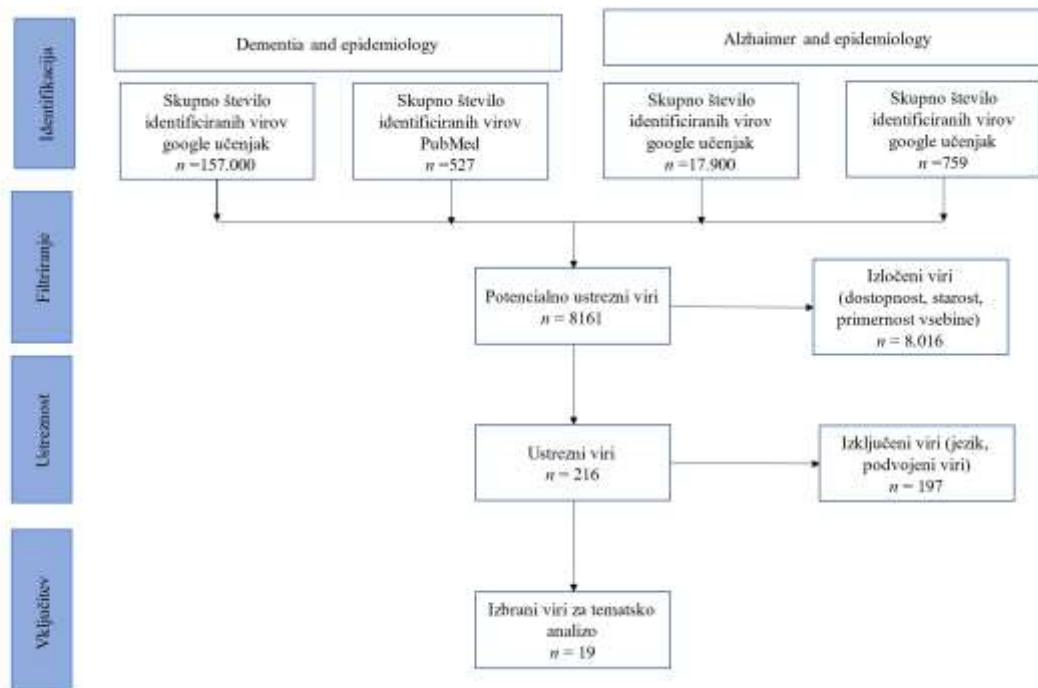
Tabela 1: Prikaz vključitvenih in izključitvenih kriterijev

Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Objava v slovenskem ali angleškem jeziku	Objava v drugih znanstvenih revijah
Objava besedila članka v celoti	Dostopen le povzetek članka
Objava članka v letih od 2020 do 2024	Literatura starejša od treh let
Pojav vseh uporabljenih ključnih besed v besedni zvezi v naslovu, ključnih besedah in povzetku članka	Ključne besede v uporabljeni besedni zvezi se ne pojavijo v naslovu, ključnih besedah in povzetku članka
Članki z raziskovalno metodologijo	Strokovni prispevki
Tema članka: epidemiologija demence	Druge tematike povezane z demenco ali epidemiologijo

Analiza sistematičnega pregleda literature je potekala tako, da smo vse identificirane študije pregledali na podlagi naslovov in povzetkov, in odstranili tiste, ki očitno ne ustrezajo kriterijem za vključitev. Polna besedila preostalih študij smo nato uvrstili za podrobnejšo oceno. Za vključene študije smo ekstrahirali ključne podatke. Podatke smo kvalitativno sintetizirali. Rezultati smo interpretirali v kontekstu obstoječega znanja, pri čemer smo upoštevali možne omejitve, tveganja pristranskosti in implikacije za prakso in nadaljnje raziskave.

Rezultati pregleda podatkovnih baz

Na podlagi vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo ob pregledu dveh podatkovnih baz (Google Učenjak in PubMed) identificirali 19 znanstvenih člankov. Postopek iskanja prikazujemo v sliki 1, ki predstavlja Prisma diagram poteka iskanja literature. Najprej smo identificirali 176.186 znanstvenih člankov, ki smo jih z izločanjem po prej omenjenih kriterijih zmanjšali na 216 člankov, z branjem povzetkov pa na 19.



Slika 1: Diagram Prisma – prikaz poteka iskalnih faz pregleda literature

Rezultati in razprava

V tabeli 2 prikazujemo končni seznam člankov, vključenih v vsebinsko kvalitativno analizo, ki smo jih prepoznali kot uporabne za ugotavljanje epidemiologije in drugih pomembnih elementov značilnosti demence, s katerimi bi lahko potrdili smiselnost priprave nacionalne poti pacientov z demenco. Iz identificiranih virov izhaja, da jih glede na vsebino lahko razdelimo na tri večja tematska področja: I. Definicija in značilnosti demence, kako lahko pojasnimo obolenje ter morebitna priporočila, kako preprečiti, zdraviti; II. Kateri so dejavniki tveganja ter na kaj morajo biti pacienti, svojci in zdravstveni delavci pozorni za pravočasno odkrivanje simptomov in znakov ter preprečevanje demence; III. Epidemiologija demence – kaj nam narekuje incidenca in prevalenca bolezni v različnih okoljih.

Tabela 2: Temeljne ugotovitve iz analiziranih virov

Definicije, pojasnila, priporočila	Jessen idr. (2020)	Izraz subjektivni kognitivni upad (SCD) je bil zasnovan leta 2014 za opis tega stanja. Epidemiološki podatki dokazujejo, da je tveganje za blago kognitivno okvaro in demenco povečano pri posameznikih s subjektivnim kognitivnim upadom. Obstajajo dokazi, da so posamezniki s subjektivnim kognitivnim upadom izpostavljeni večjemu tveganju za prihodnji kognitivni upad in demenco kot posamezniki, ki niso kognitivno prizadeti in nimajo subjektivnega kognitivnega upada.
	Committee on Developing a Behavioral and Social Science Research idr. (2020)	Predstavljena je pot pacienta z demenco, ki vključuje farmakološko in nefarmakološko zdravljenje, zdravstveni sistem, socialni sistem, neformalne oskrbovalce in družinske člane kot neformalne oskrbovalce. Epidemiologijo demence avtorji predstavljajo kot pomemben dejavnik vpogleda v potrebe oseb z demenco, saj dajejo vpogled, kaj se na nacionalni ravni dogaja in kaj vpliva na prihajajoče trende, povezane z demenco in se lahko uporabijo za oblikovanje podpornih dejavnosti v različnih okoljih in na različnih populacijah.
	Zhang idr. (2021)	Avtorji ugotavljajo, da je blaga Alzheimerjeva bolezen glavni vzrok demence, saj predstavlja 50–70 % primerov. Alzheimerjeva bolezen je ireverzibilna nevrodegenerativna bolezen, ki vpliva na vsakodnevne življenjske aktivnosti in socialno delovanje. Ker se pričakovana življenjska doba podaljšuje in prihaja do demografskega staranja, se pričakuje, da bo globalna razširjenost Alzheimerjeve bolezni še naprej naraščala, zlasti v državah v razvoju, kar bo povzročilo drago breme bolezni. Alzheimerjeva bolezen je zapletena in večfaktorska motnja, ki jo določa interakcija genetske dovzetnosti in okoljskih dejavnikov skozi vse življenje. Epidemiološke študije so odkrile potencialno spremenljivo tveganje in zaščitne dejavnike za preprečevanje Alzheimerjeve bolezni. Poleg tega velja, da se Alzheimerjeva bolezen začne desetletja prej, preden se pojavijo klinični simptomi, zato bi lahko intervencije, usmerjene na več dejavnikov tveganja pri drugih starejših ljudeh, celo pri populaciji srednjih let, preprečile ali odložile pojav Alzheimerjeve bolezni.
Dejavniki tveganja in usmeritve za preprečevanje	Hamzé idr. (2022)	Številni epidemiološki podatki kažejo na močno povezavo med sladkorno boleznijo tipa 2 in povečanim tveganjem za demenco. Te bolezni so degenerativne in progresivne ter imajo skupne dejavnike tveganja. Velika količina dokazov o obstoju inzulinske rezistence v možganih med Alzheimerjevo boleznijo je privedla do opisa te bolezni kot "sladkorna bolezen tipa 3«. Čeprav sta T2D in AD sprva veljala za dve neodvisni patologiji, pomembni epidemiološki argumenti kažejo povečano tveganje za razvoj AD pri bolnikih s sladkorno boleznijo in obstaja dovolj eksperimentalnih dokazov o skupnem patofiziološkem mehanizmu za ti dve bolezni. Poleg svoje kanonične vloge pri vzdrževanju energijske homeostaze je inzulin nevrotrofični in nevroprotektivni dejavnik, pomemben za ohranjanje kognitivnih funkcij, zaradi česar so mnogi raziskovalci razmišljali o AD kot presnovni bolezni, povezani s pomanjkanjem insulina.
	Zhou idr. (2021)	Visok krvni tlak je eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za ishemično bolezen srca, možgansko kap, druge bolezni srca in ožilja, kronično ledvično bolezen in demenco.
	Wong-Lin idr. (2020)	Demenco povzročajo različne nevrodegenerativne bolezni in je povezana z upadom spomina in drugih kognitivnih sposobnosti, hkrati pa predstavlja ogromno družbenoekonomsko breme. Kompleksnost demence in z njo povezanih komorbidnosti predstavlja ogromen izziv za raziskave in oskrbo demence, zlasti pri kliničnem odločanju. Trenutno je razumevanje demence pomanjkljivo in pot oskrbe demence ni optimalna. Avtorji predlagajo, da lahko pristopi računalniške nevrologije ponudijo specifične rešitve, ki zahtevajo timski pristop in olajšajo diagnostiko ter podporo pacientu in svojcem.
	Bakulski idr. (2020)	Alzheimerjeva bolezen in z njo povezane demence nimajo učinkovitega zdravljenja ali ozdravitev in so velik izziv za javno zdravje. Tveganje za Alzheimerjevo bolezen in z njo povezane demence je delno mogoče pripisati okoljskim dejavnikom. Težke kovine, svinec, kadmij in mangan, so zelo razširjene in obstojne v našem okolju. Epidemiološke študije pri odraslih ljudeh so dosledno pokazale, da so svinec, kadmij in mangan povezani z oslabljenjo kognitivno funkcijo in kognitivnim upadom.

	John idr. (2022)	Avtorji proučujejo 59 modelov za napoved tveganja za nastanek demence. Poročajo, da so v večini primerov (v 35 študijah) o rezultatih poročali nepopolno, zato ni zanesljive ocene, koliko dobro bi izbrani modeli lahko napovedovali nastanek demence. Za oceno smiselnosti ocenjevalnih modelov bi morala biti poročanja o rezultatih bolj eksplicitna in upoštevati tudi zunanje dejavnike, če bi se model uporabljal v različnih okoljih.
	Chang Wong & Chang Chui (2022)	Patofiziologija vaskularne kognitivne okvare in demence je heterogena, najnovejša diagnostična merila za vaskularno kognitivno okvaro in demenco razčlenjujejo diagnozo velike vaskularne demence v štiri fenotipske kategorije: subkortikalno ishemično vaskularno demenco, demenco po možganski kapi, multi-infarktno demenco in mešano demenco. Nadzor kardiovaskularnih dejavnikov tveganja, vključno z uravnavanjem krvnega tlaka v srednjih letih, holesterola in krvnega sladkorja, ostaja temelj preprečevanja vaskularnih kognitivnih motenj in demence.
Epidemiologija	Selten idr. (2021)	Migranti iz Azije in Afrike so v Evropi izpostavljeni povečanemu tveganju za demenco. Stopnje razširjenosti v državah izvora na splošno niso višje od stopenj za populacijo v Evropi, zato lahko obstaja vzporednica z epidemiologijo demence.
	Tahami Monfared idr. (2022)	Alzheimerjeva demenca je razširjena po vsem svetu in je glavni vzrok demence pri starejših posameznikih (starih ≥ 65 let). Blaga kognitivna okvara zaradi Alzheimerjeve demence lahko na koncu napreduje v bolezen Alzheimerjevo demenco. Ocena etiologije Alzheimerjeve demence pri pacientih z blaga kognitivno okvaro se gibljejo od 40 % do 75 %, odvisno od preučevane populacije in tega, ali je bila diagnoza blaga kognitivna okvara postavljena klinično ali v kombinaciji z biomarkerji. Tveganje za Alzheimerjevo demenco se poveča z napredovanjem od normalne kognicije brez kopičenja amiloida beta (A β) do zgodnje nevrodegeneracije in posledično do blagih kognitivnih okvar. Za paciente s kopičenjem A β in nevrodegeneracijo je bilo ocenjeno, da je življenjsko tveganje za Alzheimerjevo demenco 41,9 % pri ženskah in 33,6 % pri moških. Rezultati kažejo, da bo uporaba biomarkerjev skupaj z nevrokognitivnimi testi postala pomemben del klinične prakse, ko bodo uvedene nove terapije, ki spreminjajo bolezen.
	Mar idr. (2022)	V vzorcu 631.949 posameznikov, starejših od 60 let, so avtorji identificirali 28.563 posameznikov z diagnozo demence, od tega jih je imelo 15.828 (55,4 %) psihotične simptome in 19.461 (68,1 %) depresivne simptome. Incidenca demence v letu 2019 je bila 6,8/1000 oseb/leto. Večina primerov je imela depresivne (72,3 %) in psihotične (51,9 %) znake demence.
	Blotenberg idr. (2023)	31. decembra 2021 je v Nemčiji živelo približno 1,8 milijona ljudi z demenco; število novih primerov demence je bilo v letu 2021 ocenjeno na 360 000 do 440 000. Leta 2033 bo predvidoma obolelih za demenco od 1,65 do 2 milijona ljudi, starih 65 in več let. Ocenjuje se, da je 38 % teh primerov povezanih z enajstimi potencialno spremenljivimi dejavniki tveganja. 15-odstotno zmanjšanje razširjenosti dejavnikov tveganja bi lahko leta 2033 potencialno zmanjšalo število primerov za 138 000. Avtorji menijo, da je za nadaljnji razvoj javnozdravstvenih pristopov k preprečevanju demence potrebna ocena števila ljudi z demenco, trendi incidence in razširjenosti ter potencialni vpliv preventivnih ukrepov.
	Carcaillon-Bentata idr. (2021)	Avtorji opozarjajo na pojavnost demence pri ljudeh mlajših od 65 let. V raziskavi so zajeli populacijo v starosti med 40 in 64 let. Osebe z demenco so v raziskavi identificirali na podlagi treh meril: trditev o zdravljenju proti Alzheimerjevi bolezni, hospitalizacija s kodami demence po Mednarodni klasifikaciji bolezni ali registracija za brezplačno zdravstveno varstvo za demenco. Ocenili so stopnjo prevalence in stopnjo incidence ter ocenili povezavo sočasnih bolezni z incidenco demence pri osebah mlajših od 64 let. Incidenca in prevalenca demence sta se močno povečali s starostjo. Z incidenco demence so bile povezane: kardio in cerebrovaskularne bolezni, nevrološke motnje, psihiatrične bolezni in razširjenost travmatske možganske poškodbe. Avtorji so ocenili, da je bila leta 2016 v Franciji prevalenca demence približno 24.000 in incidenca približno 5.300 oseb. Pogostejša je bila pojavnost demence pri moških, kar avtorji pripisujejo večji razširjenosti srčno-žilnih in nevrovaskularnih bolezni, motenj zlorabe snovi in travmatičnih možganskih poškodb.

Jia idr. (2020)	Kitajska ima največjo populacijo pacientov z demenco na svetu, kar predstavlja veliko breme za javne in zdravstvene sisteme. Na Kitajskem je bilo opravljenih več kot 100 epidemioloških študij o demenci, vendar ocene razširjenosti in incidence ostajajo nedosledne; zaradi uporabe različnih metod vzorčenja. Kljub izboljššanemu dostopu do zdravstvenih storitev sta neustrezna diagnoza in zdravljenje demence še vedno pogosta, zlasti na podeželju. Kitajska vlada je izdala novo politiko za povečanje možnosti oskrbe za državljane, starejše od 65 let, vendar večina pacientov z demenco še vedno prejema oskrbo na domu. Potrebna so prizadevanja za vzpostavitev nacionalnega sistema oskrbe z demenco, izboljšanje usposabljanja zdravstvenih delavcev o demenci in razvoj globalnega sodelovanja za preprečevanje in zdravljenje demence.
Chiari idr. (2021)	Avtorji ugotavljajo, da je skupna prevalenca zgodnjih znakov demence v Italiji, območju Modene 6,5/100.000 prebivalcev na leto, groba incidenca pa 13,2/100.000 ogrožene osebe v starostnem razponu od 30 do 64 let in 22,1/100.000 ogroženih oseb v starostnem razponu od 45 do 64 let.
Lu idr. (2023)	Na vzorcu 14.935 do 16.115 so avtorji identificirali 3.729 posameznikov, kjer so bili prisotni znaki zgodnje demence. Med njimi je bilo 77,9 % starih 65 let ali več (37,2 % moških). 10-letna prevalenca zgodnjih znakov demence je bila 14,5 oziroma 6,6 %. Ugotovili so padajoče trende razširjenosti zgodnjih znakov demence (s 14,9 na 13,6 %) in demence (s 7,4 na 6,0 %) na splošno v zadnjem desetletju. Rezultati študije kažejo trend zmanjševanja razširjenosti zgodnjih znakov demence in demence v v zadnjem desetletnem obdobju. Avtorji so dokazali tudi rasne/etnične razlike in razlike med spoloma med incidenco in prevalenco oseb za zgodnjimi znaki demence/demenco v ZDA.
Haque idr. (2023)	Avtorji ocenjujejo, da je v Avstraliji težko oceniti prevalenco in incidenco demence, saj je Avstralija velika država, ki ni povsod enako poseljena. Prevalenca demence med odraslimi, starimi 65 let in več je bila leta 2018 višja (5.229 na 100.000) kot leta 2015 (5.099 na 100.000). Odkrili so, da so leta 2015 starejši odrasli, ki živijo v večjih mestih, imeli 1,29-krat večjo verjetnost, da bodo imeli demenco, v primerjavi s svojimi kolegi iz ruralnih regionalnih in oddaljenih območij. V letu 2018 so imeli starejši odrasli, ki živijo v večjih mestih, 1,12-krat večjo verjetnost, da bodo imeli demenco, kot njihovi vrstniki, ki živijo v ruralnih regionalnih in oddaljenih območjih. Avtorji so ugotovili, da je v Avstriji demenca v porastu.
Chen idr. (2020)	V raziskavi, s katero so avtorji ugotavljali incidenco demence, so bila uporabljena standardna merila, ki temeljijo na kognitivni in funkcionalni motnji. Pregledali so časovni trend pojavnosti demence glede na starost, spol in doseženo izobrazbo. Ocenjena pojavnost demence se je od leta 2002 do 2008 zmanjšala za 28,8 % in se je od leta 2008 do 2016 povečala za 25,2 %. Skupina z nižjo izobrazbo je imela manjši upad incidence demence od leta 2002 do 2008 in večji porast po letu 2008. Če bi se trend naraščanja incidence nadaljeval, bi bilo do leta 2040; 1,7 milijona (1,62–1,75) primerov demence v Angliji in Walesu, kar predstavlja 70 % več od prejšnjih napovedi.

Definicija obolenja in značilnosti demence

V prvi kategoriji je podana definicija obolenja in značilnosti demence, v nadaljevanju pa priporočila, kako demenco preprečiti oziroma zdraviti. Izraz demenca pomeni napredujoče bolezensko stanje, ki se kaže z motnjami spomina, mišljenja, orientacije, prepoznavanja, razumevanja, govornega izražanja, presoje, vedenja, zaznavanja in čustvovanja, vse to omejuje posameznikove dnevne dejavnosti in vodi v potrebo po zagotavljanju pomoči druge osebe (Jessen idr., 2020; Mehta idr., 2021). Demenca je sindrom, za katerega je značilen globalni upad kognitivnih sposobnosti, ki človeka postopoma onespobijo za izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti. Značilen in opazen je upad spominskih funkcij, poleg tega pa so vselej prizadete tudi višje duševne sposobnosti, kot je pozornost, vidno prostorska orientacija izvedbene aktivnosti, govor, pa tudi motivacija, razpoloženje in osebnostne značilnosti (Darovec idr., 2014; Zhang idr., 2021). Demenca je posledica nevrodegenerativnih, žilnih, vnetnih ali drugih boleznih možganov, ki se pri posamezniku razvijajo postopno. Sodobni nevrološki diagnostični pristopi z uporabo analize bioloških

označevalcev ter nevrofizioloških in naprednih slikovnih metod omogočajo opredelitev narave bolezenskega procesa že v zgodnjih fazah bolezni, ko pri posamezniku klinična slika demence še ni razvita. Natančna in zgodnja diagnoza zagotavlja izbiro ustreznega terapevtskega pristopa, napoved prognoze bolezni in zasnovo postdiagnostične obravnave, hkrati pa osebi z demenco in svojcem olajša spoprijemanje z boleznijo in omogoči načrtovanje prihodnosti (Committee on Developing a Behavioral and Social Science Research Agenda on Alzheimer's Disease and Alzheimer's Disease-Related Dementias idr., 2020). Znanih je več dejavnikov tveganja za razvoj demence, ki so v znatni meri odvisni od posameznikovega okolja, življenjskega sloga in nekaterih pridruženih bolezni, ki bi jih bilo mogoče učinkoviteje zdraviti in s tem preprečevati razvoj demence. Lu idr. (2023) navajajo, da so dejavniki zgodnjega odkrivanja demence: starost, spol, rasa, dosežena izobrazba, možganska kap, artritične bolezni, težave s srcem in upokojitev.

Jessen idr. (2020) so ugotovili, da je tveganje za blago kognitivno okvaro in demenco povečano pri posameznikih s subjektivnim kognitivnim upadom. Prav tako Kejžar in Jenko (2020) trdita, da imajo poleg starejših oseb povečano tveganje za pojav demence tudi tisti ljudje, ki niso miselno aktivni v starosti, so socialno izolirani ali imajo nižjo stopnjo izobrazbe. Strokovnjaki ocenjujejo, da bi z boljšim nadzorom dejavnikov življenjskega sloga lahko preprečili tretjino primerov demence. Med značilnostmi bolezni so avtorji Zhang, idr. (2021) navedli, da je blaga Alzheimerjeva bolezen glavni vzrok demence, saj predstavlja 50–70 % primerov. Alzheimerjeva bolezen je ireverzibilna nevrodegenerativna bolezen, ki vpliva na vsakodnevne življenjske aktivnosti in socialno delovanje. Poleg tega so Taquet idr. (2021) in Bacsu idr. (2021) v raziskavah ugotovili, da imajo ljudje po preboleli koronavirusni bolezni, v 44 % večjo možnost za pojav duševnih in nevroloških težav kot po preboleli gripi. Pri vsakem tretjem prebolelniku je bilo odkritih več različnih nevroloških težav ali težav v duševnem zdravju.

Demenca je bolezen, ki je v družbi še vedno močno stigmatizirana. Glavno priporočilo organizacij Alzheimer Europe in Alzheimer's Disease International (2014) vsem državam članicam je bilo, da naj povečajo ozaveščanje splošne in strokovne javnosti glede bolezni demence, izboljšajo prepoznavanje prvih znakov bolezni in zmanjšujejo stigmo. Posebno skrb bi morali nameniti zaščiti človekovih pravic oseb z demenco in urediti status svojcev, ki so ob osebi z demenco izpostavljeni tveganju izgorelosti in pogosto tudi sami zbolijo. Posebno pozornost je treba nameniti tudi preprečevanju nasilja nad osebami z demenco ter opolnomočenju oseb z demenco in svojcev (neformalnih oskrbovalcev) v družbi. Slovenija je strategijo obvladovanja demence sprejela leta 2016 in jo povzela po evropski deklaraciji (Ministrstvo za zdravje, 2023). Kot navajajo (prav tam), so bile že leta 2014 v Glasgowski deklaraciji opredeljene človekove pravice oseb z demenco, poleg tega so se evropske članice zavezale k izpolnjevanju v njej zapisanih pravic, da ima vsaka oseba z demenco pravico do: pravočasne diagnoze, dostopa do kakovostne postdiagnostične podpore, osredotočene, usklajene in kakovostne oskrbe, pravičnega dostopa do zdravljenja in terapevtskih posegov, ohranjanja dostojanstva, spoštovanja kot posameznika v lastni skupnosti. Slovenija je že leta 2016 sprejela Strategijo za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020 (Ministrstvo za zdravje, 2016). Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 (Ministrstvo za zdravje, 2023) pomeni nadaljevanje in nadgradnjo načrtovanih in usklajenih dejavnosti za obvladovanje demence, kot jo je zastavila že prva strategija. Med cilje, ki so bili doseženi s predhodno strategijo, spadajo ozaveščanje, zmanjševanje stigme ter izobraževanje neformalnih oskrbovalcev in strokovnih izvajalcev v zdravstvenem varstvu, socialnem varstvu in dolgotrajni oskrbi (Strategija, 2023; Alzheimer Evrope, 2020). Zhang idr. (2021) navajajo, da se Alzheimerjeva bolezen začne desetletja prej,

preden se pojavijo klinični simptomi, zato bi lahko intervencije, usmerjene na več dejavnikov tveganja pri drugih starejših ljudeh, celo pri populaciji srednjih let, preprečile ali odložile pojav Alzheimerjeve bolezni.

Prav zato so pomembni cilji strategije obvladovanja demence (Ministrstvo za zdravje, 2023), ki navajajo ključne aktivnosti za spodbujanje preventivnih programov, za zmanjševanje dejavnikov tveganja ter za ohranjanje in krepitev zdravja v skupnosti z različnimi pristopi do posameznih skupin in posameznikov, in sicer diagnosticiranje zgodnjih faz nevrokognitivnih motenj, izboljšanje dostopnosti do kakovostnih, varnih in učinkovitih zdravstvenih obravnav in zdravljenja; izboljšanje dostopnosti do ustrezne in usklajene postdiagnostične interdisciplinarne obravnave za osebe z demenco, vključno z integrirano obravnavo, dolgotrajno oskrbo, socialnimi storitvami, podporo družinam ali skrbnikom v lokalnem okolju ter dostopom do paliativne obravnave. Pomembno je poznavanje sociodemografskih značilnosti oseb z demenco, stanje in kakovost oskrbe oseb z demenco v posameznih državah.

Dejavniki tveganja za bolezen demence

V drugi kategoriji smo s pregledom virov ugotovili ključne dejavnike tveganja za nastanek in razvoj bolezni demence. Največji nespremenljiv dejavnik tveganja za demenco je seveda starost, vendar za demenco obolevajo tudi ljudje že pred 65. letom. Kot navajata Lovrečič in Lovrečič (2021), je teh obolelih oseb 9 %. Približno 40 % na novo odkritih primerov demence je povezanih z dejavniki tveganja, na katere je potencialno mogoče vplivati s preventivnimi ukrepi. Na podlagi dokazov iz longitudinalnih študij, sistematičnih pregledov in metaanaliz je komisija Lancet za preprečevanje, posredovanje in oskrbo demence opredelila 12 dejavnikov tveganja, ki so povezani s povečanim tveganjem za demenco, in sicer: nizka stopnja izobrazbe, okvara sluha, travmatične poškodbe možganov, arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, kajenje, čezmerno pitje alkohola, depresija, debelost, socialna izolacija in onesnažen zrak (Schippinger in Pichler, 2023).

V številnih raziskavah so avtorji ugotavljali še druge razloge za razvoj demence. Bakulski idr. (2020) in John idr. (2022) ugotavljajo, da Alzheimerjeva bolezen in z njo povezane demence še nimajo učinkovitega zdravljenja ali ozdravitev in so zato velik izziv za javno zdravje. Tveganje za Alzheimerjevo bolezen in z njo povezane demence je delno mogoče pripisati tudi okoljskim dejavnikom. Težke kovine, svinec, kadmij in mangan so zelo razširjeni in obstojni v našem okolju. Študije pri odraslih ljudeh so pokazale, da so prav te kovine (svinec, kadmij in mangan) povezane z oslajeno kognitivno funkcijo in kognitivnim upadom. V študijah Wong-Lin idr. (2020) so ugotovili, da demenco povzročajo različne nevrodegenerativne bolezni in da je demenca povezana z upadom spomina in drugih kognitivnih sposobnosti, hkrati pa predstavlja ogromno družbenoekonomsko breme. Kompleksnost demence in z njo povezanih komorbidnosti predstavlja ogromen izziv za raziskave in oskrbo demence zlasti pri kliničnem odločanju. Tahami Monfared idr. (2022) so ugotovili, da je glavni vzrok demence pri starejših posameznikih blaga kognitivna okvara in da se tveganje za Alzheimerjevo demenco poveča z napredovanjem nevrodegeneracije in posledično blagih kognitivnih okvar. Uporaba biomarkerjev skupaj z nevrokognitivnimi testi naj bi postala pomemben del klinične prakse, ko bodo uvedene nove terapije, ki spreminjajo bolezen demence. S starostjo se močno poveča tveganje za kardio in cerebrovaskularne bolezni, nevrolške motnje, psihiatrične bolezni in razširjenost travmatske možganske poškodbe, ki so bile povezane tudi z dejavniki tveganja za razvoj demence (Carcaillon-Bentat idr., 2021).

Chang Wong in Chang Chui (2022) so ugotovili, da je patofiziologija vaskularne kognitivne okvare in demence heterogena. Najnovejša diagnostična merila za vaskularno kognitivno okvaro in demenco razčlenjujejo diagnozo velike vaskularne demence v štiri fenotipske kategorije: vključno s subkortikalno ishemično vaskularno demenco, demenco po možganski kapi, multi- infarktno demenco in mešano demenco. Nadzor kardiovaskularnih dejavnikov tveganja, vključno z uravnavanjem krvnega tlaka v srednjih letih, holesterola in krvnega sladkorja, ostajajo temelj preprečevanja vaskularnih kognitivnih motenj in demence. Tako so tudi Hamzé idr. (2022) na podlagi epidemioloških podatkov ugotovili močno povezavo med sladkorno boleznijo tipa 2 in povečanim tveganjem za demenco. Te bolezni so degenerativne in progresivne ter imajo skupne dejavnike tveganja. Velika dokazov je o obstoju inzulinske rezistence v možganih med Alzheimerjevo boleznijo. Tudi Zhou idr. (2021) navajajo, da je visok krvni tlak eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za ishemično bolezen srca, možgansko kap, druge bolezni srca in ožilja, kronično ledvično bolezen in demenco.

Pomembno je vedeti, na kaj morajo biti pacienti, svojci in zdravstveni delavci pozorni za pravočasno odkrivanje simptomov in znakov demence ter preprečevanje. Ozaveščanje prebivalstva o dejavniki tveganja, prvih znakih demence, pomenu pravočasne diagnoze in ustreznem pristopu do oseb z demenco in njihovih svojcev je vsekakor prednostna naloga strategije in javnega zdravja, saj s pristopi za zmanjšanje dejavnikov tveganja, prispevamo, da se bolezen demence pri posameznikih razvije pozneje. Čeprav je največji dejavnik tveganja starost, lahko z zmanjševanjem stigme in ozaveščanjem prebivalcev, zmanjšamo druge znane dejavnike tveganja za demenco, ki so večinoma odvisni od posameznikovega okolja, življenjskega sloga in nekaterih pridruženih bolezni, ustrezna obravnava pa zmanjša tveganje za razvoj demence. Strukturna stigmatizacija se kaže v zanikanju problema, pomanjkljivi oskrbi, celo zanemarjanju in nespoštovanju oseb z demenco. Na prvem mestu mora biti posameznik s svojimi sposobnostmi in dostojanstvom in ne bolezen. Stigma vodi v pozno iskanje pomoči, prevladujoč občutek manjvrednosti in pomembno prispeva tudi k slabšim izidom zdravljenja in izgubi upanja. Stigma je po mnenju SZO poglobljena ovira za vzpostavitev ustreznih, kakovostnih in dostopnih služb na področju duševnega zdravja. Zato so k zmanjševanju stigme namenjeni tudi navedeni ukrepi, zapisani v strategiji obvladovanja bolezni (Alzheimer Europe, 2020; Ministrstvo za zdravje, 2023).

Epidemiologija – incidenca in prevalenca demence v Sloveniji in drugih okoljih

Tretje identificirano področje v pregledu je epidemiologija demence. Z daljšanjem pričakovane življenjske dobe se razširjenost demence po vsem svetu povečuje. Demenca je med največjimi izzivi za zdravstvene in socialne sisteme prihodnosti. Za demenco zbolijo od 3 do 11 % populacije starejše od 65 let in je na četrtem mestu po razlogih umrljivosti. Ima pa tudi številne socialne in psihološke posledice bolezni v družbi, ki so pomembnejše od podatkov o prevalenci bolezni. V zgodovini nevrologije se je sindrom demence prvič pojavil že leta 1892, ko je Arnold Pick poročal o napredujočem kognitivnem upadu z afazijo in atrofijo temporalnega režnja pri 71.-letnem pacientu. V Sloveniji je 1. januarja 2021 živel 2.108.977 prebivalcev, od tega je bilo 20,19 % prebivalcev starejših od 65 let in 5,44 % prebivalcev je bilo starejših od 80 let. Ocenjuje se, da bo do leta 2030 v Sloveniji živel 2.079.967 prebivalcev, starejših od 65 let bo predvidoma 25 % prebivalcev, starejših od 80 let pa 6,8 %. V naslednjih desetletjih se bo pomembno spremenila starostna sestava prebivalstva Slovenije. Enočlanskih gospodinjstev je bilo 292.301, kar pomeni vsako tretje (34 %) gospodinjstvo. Do starosti 63 let so prevladovala enočlanska gospodinjstva moških, od starosti 64 let pa enočlanska ženska gospodinjstva. Ženske, ki so živele same, so bile stare povprečno 64,7 let in so bile povprečno 13,4 let starejše od moških v enočlanskih

gospodinjstvih (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023). Ministrstvo za zdravje (2023) v Strategiji navaja podatke za incidenco in prevalenco demence. Statistični podatki kažejo, da je v skupini ljudi, ki imajo diagnosticirano demenco ter so stari od 30 let in vse do 95 let, 22.711 žensk in 9.324 moških. Ocenjuje se, da je bilo v letu 2019 v Sloveniji približno 43.038 oseb z demenco, število pa naj bi se zaradi demografskih trendov do leta 2035 podvojilo. Za vsakega obolelega skrbijo tri osebe, zato je posredno prizadetih še približno 150.000 svojcev, prijateljev in drugih, ki skrbijo za osebe z demenco. Poleg demografskih trendov so pomembni tudi podatki o socialnih razmerah starejših. Veliko jih živi v enočlanskem gospodinjstvu, v katerem je leta 2021 živel vsak sedmi prebivalec Slovenije. Podatek o povečevanju števila enočlanskih družin v starostni skupini nad 65 let, posebej pri ženskah, pomembno vpliva na pripravo potrebnih ukrepov in ciljev za zagotavljanje zadostne podpore prebivalcem tako pri preventivnih aktivnostih kot postdiagnostičnih obravnavah za osebe z demenco, ki živijo same. Jelenc idr. (2022) na podlagi retrospektivne, opazovalne študije podatkov iz Baze ambulantno predpisanih zdravil Republike Slovenije ugotavljajo, da se je število receptov za zdravila za zdravljenje demence med letoma 2008 in 2018 povečalo za 140 % pri moških in pri ženskah.

V pregledu virov so bile navedene številne epidemiološke študije o incidenci in prevalenci demence. Carcaillon-Bentat idr. (2021) opozarjajo na pojavnost demence pri ljudeh mlajših od 65 let. V raziskavo v Franciji so zajeli populacijo v starosti med 40 in 64 let. Osebe z demenco so v raziskavi identificirali na podlagi treh meril: trditev o zdravljenih proti Alzheimerjevi bolezni, hospitalizacijo s kodami demence po Mednarodni klasifikaciji bolezni ali registracijo za brezplačno zdravstveno varstvo za demenco. Ocenili so stopnjo prevalence in stopnjo incidence ter ocenili povezavo sočasnih bolezni z incidenco demence pri osebah mlajših od 64 let. Avtorji so ugotovili, da je bila leta 2016 v Franciji prevalenca demence približno 24.000 in incidenca približno 5.300 oseb. Bolj pogosta je bila pojavnost demence pri moških, kar avtorji pripisujejo večji razširjenosti srčno-žilnih in nevrovaskularnih bolezni, motenj zlorabe snovi in travmatskih možganskih poškodb. Tahami Monfared idr. (2022) navajajo, da je Alzheimerjeva demenca razširjena po vsem svetu in je glavni vzrok demence pri starejših posameznikih (starih ≥ 65 let). Blaga kognitivna okvara lahko na koncu napreduje v Alzheimerjevo demenco. Ocene etiologije Alzheimerjeve demence pri pacientih z blago kognitivno okvaro se gibljejo od 40 % do 75 %, odvisno od preučevane populacije in tega, ali je bila diagnoza blaga kognitivna okvara postavljena klinično ali v kombinaciji z biomarkerji. Življenjsko tveganje za Alzheimerjevo demenco je 41,9 % pri ženskah in 33,6 % pri moških. Selten idr. (2021) je ugotovil, da so migranti iz Azije in Afrike v Evropi izpostavljeni povečanemu tveganju za demenco. Stopnja razširjenosti v državah izvora na splošno niso višje od stopenj za populacijo v Evropi, zato lahko obstaja vzporednica z epidemiologijo demence. Mar idr. (2022) so na vzorcu 631.949 posameznikov, starejših od 60 let, identificirali 28.563 posameznikov z diagnozo demence, od tega jih je imelo 15.828 (55,4 %) psihotične simptome in 19.461 (68,1 %) depresivne simptome. Incidenca demence v letu 2019 je bila 6,8/1000 oseb/leto. Večina primerov je imela depresivne (72,3 %) in psihotične (51,9 %) znake demence. V Italiji na območju Modene je Chiari idr. (2021) ugotovil, da je skupna prevalenca zgodnjih znakov demence 6,5/100.000 prebivalcev na leto, groba incidenca pa 13,2/100.000 ogroženih oseb v starostnem razponu od 30 do 64 let in 22,1/100.000 ogroženih oseb v starostnem razponu od 45 do 64 let. Blotenberg idr. (2023) so ugotovili, da je razširjenost demence pri odraslih, starejših od 60 let v Indiji 7,4 %. Približno 8,8 milijona Indijcev, starejših od 60 let, živi z demenco. Demenca je bolj razširjena med ženskami kot moškimi in na podeželju kot v mestih. Pri razširjenosti demence obstajajo pomembne razlike med državami.

V Angliji se je stopnja incidence, standardizirana glede na starost in spol, od leta 2002 do 2010 zmanjšala (z 10,7 na 8,6 na 1000 oseb-let), nato pa se je od leta 2010 do 2019 povečala (z 8,6 na 11,3 na 1000 oseb-let). Če bi se trend naraščanja incidence nadaljeval, bi bilo do leta 2040 1,7 milijona (1,62–1,75) primerov demence v Angliji in Walesu, kar predstavlja 70 % več od prejšnjih napovedi. Če se bo trend rasti od leta 2008 nadaljeval, bo skupaj s staranjem prebivalstva obremenitev zdravstva in socialnega varstva še večja (Chen idr., 2023). V Nemčiji je 31. decembra 2021 z demenco živelo približno 1,8 milijona ljudi; število novih primerov demence v letu 2021 je bilo ocenjeno na 360 000 do 440 000. Leta 2033 bi lahko bilo že prizadetih od 1,65 do 2 milijona ljudi, starih 65 let in več. Predvideva se, da se bo število ljudi z demenco v Nemčiji povečalo, vendar obstaja precejšen potencial za preprečevanje (Blotenberg idr., 2023). Med odraslimi Avstralci so opažene velike geografske razlike v razširjenosti demence in trend narašča. Rezultati razkrivajo, da je bila od leta 2015 do leta 2018 razširjenost demence med odraslimi, starih 65 let in več, leta 2018 višja (5.229 na 100.000) kot leta 2015 (5.099 na 100.000). Okrepljene pobude za javno zdravje bi se morale osredotočiti na vedenjske značilnosti in kontekstualne okoljske dejavnike prebivalstva, da bi izboljšali duševno zdravje ljudi (Haque idr., 2023). Lu idr. (2023) so v ZDA na vzorcu 14.935 do 16.115 ljudi identificirali 3.729 posameznikov z znaki zgodnje demence. Med njimi je bilo 77,9 % udeležencev, starih 65 let ali več, med njimi 37,2 % moških. 10-letna prevalenca zgodnjih znakov demence je bila 14,5 oziroma 6,6 %. Ugotovili so padajoče trende razširjenosti zgodnjih znakov demence (s 14,9 na 13,6 %) in demence (s 7,4 na 6,0 %) na splošno v zadnjem desetletju. Rezultati študije kažejo trend zmanjševanja razširjenosti zgodnjih znakov demence in demence v zadnjem desetletnem obdobju. Avtorji so dokazali tudi rasne/etnične razlike in razlike med spoloma med incidenco in prevalenco oseb za zgodnjimi znaki demence/demenco v ZDA.

Kitajska ima največjo populacijo pacientov z demenco na svetu, kar predstavlja veliko breme za javne in zdravstvene sisteme. Na Kitajskem je bilo opravljenih več kot 100 epidemioloških študij o demenci, vendar ocene razširjenosti in incidence ostajajo nedosledne zaradi uporabe različnih metod vzorčenja. Kljub izboljššanemu dostopu do zdravstvenih storitev sta neustrezna diagnoza in zdravljenje demence še vedno pogosta, zlasti na podeželju. Kitajska vlada je izdala novo politiko za povečanje možnosti oskrbe za državljane, starejše od 65 let, vendar večina pacientov z demenco še vedno prejema oskrbo na domu. Potrebna so prizadevanja za vzpostavitev nacionalnega sistema oskrbe z demenco, izboljšanje usposabljanja zdravstvenih delavcev o demenci in razvoj globalnega sodelovanja za preprečevanje in zdravljenje demence (Jia idr., 2020).

Pregled literature je ključen pristop za sintezo raziskovalnih dokazov na določenem področju, vendar ima tudi določene omejitve. Te omejitve izhajajo iz metodologije pregleda, razpoložljivosti in kakovosti raziskav ter drugih zunanjih dejavnikov. Sistematični pregled je odvisen od kakovosti in natančnosti izvornih raziskav. Tveganje pristranskosti v posameznih študijah, kot so izbira udeležencev, stepitev ali selektivno poročanje rezultatov, je lahko vplivalo na skupne zaključke pregleda.

Zaključek

Demenca prizadene osebo z demenco in celotno družino, bolezen je dolgotrajna in napredujoča. Zato je potrebno spremljanje osebe z demenco in njene družine ter se odzivati na njihove potrebe po zagotavljanju pomoči pri napredovanju bolezni. Ugotovitve pregleda raziskav in virov kažejo na epidemiološke značilnosti in razširjenost bolezni demenca, opozorijo na dejavnike tveganja in nam podajo številne možnosti za preprečevanje, ki so naštetje tudi v strategiji za obvladovanje demence.

Pomembno je načrtovanje aktivnosti za izboljšanje zdravstvene pismenosti in ozaveščanje prebivalstva o demenci in preventivnih aktivnostih ter možnosti dostopnosti do zgodnje diagnoze in ustrezne postdiagnostične obravnave oseb z demenco s krepitvijo in boljšo organizacijo integrirane mreže izvajalcev različnih storitev in programov. Za obrnavo oseb z demenco in podporo osebam, svojcem in okolju, je potrebno zmanjševanje stigme, povečanje spoštovanja ter dostojanstva oseb z demenco in ozaveščanje splošne in strokovne javnosti za vzpostavitev demenci prijaznih skupnosti. Izobraževanje vseh poklicnih skupin na področju obvladovanja demence bo zagotovilo ustrezna znanja in opolnomočenost vseh zaposlenih, ki prihajajo v stik z osebami z demenco, zato je ključno zagotoviti izpopolnjevanja in usposabljanja za zaposlene izvajalce zdravstvenih, dolgotrajnih in socialnovarstvenih storitev. Ključno je vzpostaviti zbiranje podatkov o demenci na nacionalni ravni, vzpostavitev nacionalnega registra za spremljanje incidence, umrljivosti, kliničnih in drugih značilnosti demence, evidentirati tako pogoste kot redke oblike demence in značilnosti v zvezi z oskrbo. Ena izmed predlaganih rešitev je tudi pot za vodenje pacienta po zdravstvenem sistemu.

POMEN ZDRAVSTVENE PISMENOSTI NA PODROČJU USTNEGA ZDRAVJA IN PARODONTALNA BOLEZEN

Teoretična izhodišča

Večino bolezni ustnega zdravja, kot so zobni karies, parodontalne bolezni in izguba zob, je v veliki meri mogoče preprečiti in zdraviti v zgodnjih fazah. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (2022) parodontalne bolezni prizadenejo približno 19 % svetovne odrasle populacije, kar predstavlja več kot milijardo primerov po vsem svetu. Razširjenost med dohodkovnimi skupinami držav je podobna, vendar je število primerov največje v državah z nižje-srednjimi dohodki (437 milijonov) in najmanjše v državah z nizkimi dohodki (80 milijonov). Svetovna zdravstvena organizacija še ugotavlja, da z globalnimi demografskimi spremembami, za katere je značilno večje staranje prebivalstva in daljša življenjska doba, lahko v prihodnosti pričakujemo še večje globalno breme hude parodontalne bolezni (World health organization, 2022). Rezultati kažejo, da gospodarsko breme parodontalne bolezni v svetu narašča, saj so (Botelho idr., 2022) ocenili, da so skupni stroški parodontalne bolezni leta 2018 v 32 evropskih državah znašali približno 158.64 milijarde EUR in 154,06 milijarde dolarjev v ZDA.

Parodontalne bolezni so nalezljive vnetne kronične bolezni večfaktorske narave, povzročajo jih predvsem disbiotične ekološke spremembe v zobnem biofilmu, na katere lahko vplivajo dejavniki tveganja, ki vodijo do začetka in napredovanja bolezni (Cota idr., 2021). Ti dejavniki tveganja so lahko genetski in okoljski, ki jih lahko razdelimo na determinante (starost, spol, etnična pripadnost, genski polimorfizmi) in pridobljene dejavnike, kot so okoljski in vedenjski (specifična bakterijska flora, kajenje, stres, sladkorna bolezen, debelost, osteoporoza, socialnoekonomski status) (Borrell in Papapanou, 2005). Gre za vnetje obzobnih tkiv, ki ga povzročajo bakterije, ki se nabirajo na zobeh in na robu dlesni in ustvarjajo biofilm. Razvoj parodontalne bolezni na splošno določa kopičenje biofilma, vendar je prisotnost drugih dejavnikov individualno odgovorna za posameznikovo dovzetnost ali odpornost na bolezen (Dolińska idr., 2022). Obstajata dve stopnji parodontalne bolezni, in sicer je zgodnja ali začetna faza, imenovana gingivitis, opisana kot vnetje dlesni zaradi kopičenja bakterij in ostankov hrane med robom dlesni in zobom, znano tudi kot zobne obloge. Kasnejša in hujša oblika napreduje iz gingivitisa v kronično, destruktivno, ireverzibilno vnetno bolezen, znano kot parodontoza (Gasner in Schure, 2024), ki pogosteje prizadene osebe v srednjih letih, najvišjo stopnjo razširjenosti pa doseže okoli 60. leta (World health organization, 2022). Najpogostejši vzrok nastanka je neustrezna ustna higiena, ki privede do vnetja obzobnih tkiv, prvi opozorilni znak pa je krvavitev iz dlesni ob ščetkanju zob (Petelin, 2019).

Raziskovalci ugotavljajo tesno povezanost med stanjem ustnega zdravja in stopnjo zdravstvene pismenosti na področju ustne higiene in ustnega zdravja (Firmino idr., 2017), saj ta predstavlja dejavnik tveganja posameznikovega vedenja glede ustnega zdravja (Hamdard College of Medicine and Dentistry idr., 2021a). Zdravstveno pismenost na področju ustnega zdravja se opredeljuje kot stopnja, do katere so posamezniki sposobni pridobiti, obdelati in razumeti osnovne zdravstvene informacije in storitve, potrebne za sprejemanje ustreznih odločitev o ustnem zdravju (Horowitz in Kleinman, 2008; „The Invisible Barrier“, 2005). Če posameznik ne razume v celoti osnovnih informacij o ustnem zdravju, izrazov in priporočil, lahko to negativno vpliva na njegovo ustno zdravje. V zadnjih desetletjih je bila zdravstvena pismenost v povezavi z ustnim zdravjem priznana kot pomemben dejavnik pri zmanjševanju neenakosti v ustnem zdravju in spodbujanju boljših zdravstvenih rezultatov, vključno s tistimi, ki so

povezani s parodontalnim zdravjem (Batty idr., 2018). Predvsem se izpostavlja povezava med nizkim socialno-ekonomskim statusom in slabim ustnim zdravjem oz. nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti na področju ustnega zdravja (Das idr., 2020; Mohamadian idr., 2011), z zamujenimi pregledi pri zobozdravniku, povečanjem števila nujnih obiskov pri zobozdravniku, kadilskimi navadami in redkejšim umivanjem zob (Baskaradoss, 2016; Henderson idr., 2018). Osebe, ki imajo nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti v povezavi z ustnim zdravjem, imajo slabšo samooceno o ustnem zdravju in manj povprašujejo po zdravstvenih informacijah (Baskaradoss, 2016). Prav tako imajo te osebe večje število pokvarjenih, manjkajočih in plombiranih zob ter znatno večjo razširjenost hudega parodontitisa (Baskaradoss, 2016; Henderson idr., 2018). Avtor Baskaradoss, (2018) ugotavlja, da je zdravstvena pismenost na področju ustnega zdravja ključnega pomena za krmarjenje po sistemu zdravstvenega varstva za ustrezno podporo, zdravljenje in nego ter za doseganje ali vzdrževanje ustreznega ustnega zdravja. Ministrstvo za zdravje je v okviru kohezijskega projekta Štemberger Kolnik idr. (2022) opravila raziskavo, s katero so ugotavljali, koliko zdravstvene organizacije na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva informirajo svoje uporabnike o parodontalni bolezni iz vidika zdravstvene pismenosti. Našli so samo pet primernih objav na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki so bile namenjene pacientom na področju navigacije po zdravstvenem sistemu, razumevanja bolezni in navodil za obvladovanje bolezni.

Metode

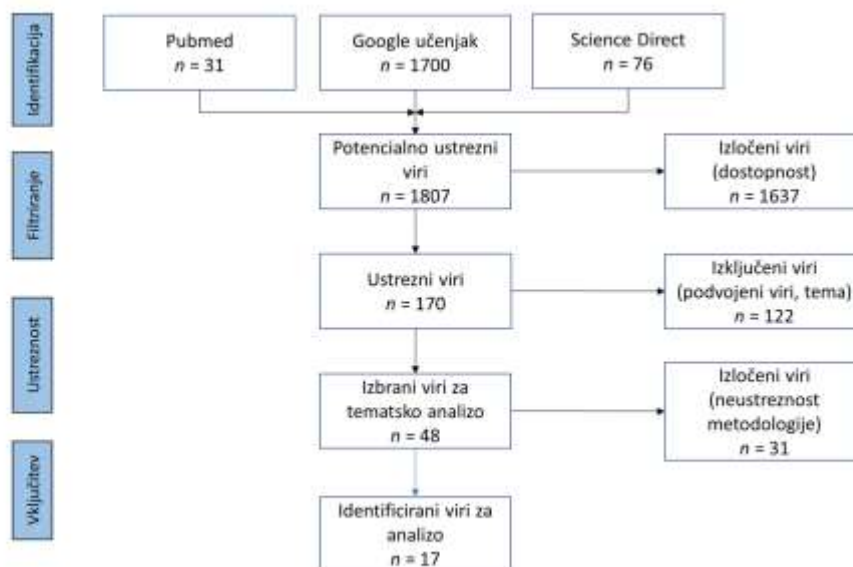
V članku predstavljeni pregled literature temelji na analizi raziskav, ki so bile narejene na področju zdravstvene pismenosti v povezavi z ustnim zdravjem in parodontalno boleznijo. Opisali smo ugotovitve raziskav, ki potrjujejo, da je stopnja posameznikove zdravstvene pismenosti na področju ustnega zdravja povezana s pojavnostjo oz. razširjenostjo parodontalne bolezni.

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom domače in tuje literature v mednarodnih bazah podatkov: Google učenjak, Pubmed in Science Direct. Uporabili smo naslednje ključne besede, povezane z Boolovim operaterjem AND: health literacy AND periodontal disease. Domačih raziskav na področju zdravstvene pismenosti in parodontalne bolezni nismo našli, razen raziskave, ki jo je izvedlo Ministrstvo za zdravje v povezavi z dostopnostjo informacij o parodontalni bolezni za uporabnike na spletnih straneh zdravstvenih organizacij. Za vključitev člankov v raziskavo smo postavili vključitvene kriterije, ki jih predstavljamo v tabeli 1. Oceno kakovosti člankov, vključenih v raziskavo, smo izvedli glede na vključitvene kriterije.

Tabela 1: Prikaz vključitvenih in izključitvenih kriterijev

Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Objava v slovenskem ali angleškem jeziku	Objava v drugih znanstvenih revijah
Objava besedila članka v celoti	Dostopen le povzetek članka
Objava članka v letih od 2020 do 2024	Literatura starejša od treh let
Pojav vseh uporabljenih ključnih besed v besednih zvezah v naslovu, ključnih besedah in povzetku članka	Ključne besede v uporabljeni besedni zvezi se ne pojavijo v naslovu, ključnih besedah in povzetku članka
Članki z raziskovalno metodologijo	Strokovni prispevki
Tema članka: zdravstvena pismenost v povezavi s parodontalno boleznijo/statusom	Druga tematika povezane z zdravstveno pismenostjo in parodontalno boleznijo/statusom

Za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih virov smo uporabili metodo PRISMA (slika 1), kjer smo se osredotočili predvsem na raziskave, ki so poleg ocenjevalne lestvice o zdravstveni pismenosti, vključevale tudi orodja za merjenje parodontalnega indeksa, ki je kazalnik parodontalnega statusa in prisotnosti parodontalne bolezni. Na podlagi ključnih besed smo našli skupno 1807 virov, od katerih jih je bilo dostopnih v celoti 170 virov, od katerih smo v nadaljevanju še izključili vire, ki so se podvajali in niso neposredno naslavljali teme pregleda literature. V tematsko analizo smo tako vključili 48 virov, na podlagi vključitvenega kriterija o ustreznosti metodologije (tabela 1) pa smo v končni izbor vključili 17 virov (slika 1). V raziskavo zajeti članki so predvsem temeljili na presečnih raziskavah.



Slika 1: Prikaz iskalnih nizov literature v Prisma diagramu

Rezultati in razprava

Na podlagi pregledanih predvidenih baz podatkov v nadaljevanju v tabeli 2 podrobneje prikazujemo 17 identificiranih člankov.

Tabela 2: Prikaz člankov, ki smo jih identificirali za oblikovanje rezultatov raziskave

Bado idr. (2022)	Oral Health Literacy and Periodontal Disease in Primary Health Care Users	Namen presečne študije je bil na vzorcu 250 odraslih uporabnikov storitev primarnega zdravstvenega varstva v Braziliji oceniti povezavo med zdravstveno pismenostjo na področju ustnega zdravja in parodontalno boleznijo z instrumentom. Ugotovili so, da so nizke ravni zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju pri odraslih povezane s slabim parodontalnim zdravstvenim stanjem med uporabniki storitev primarne zdravstvene oskrbe glede na demografske, socialno-ekonomske, samoocenjene in vedenjske spremenljivke.
Timková idr. (2020)	Health Literacy Associations with Periodontal Disease among Slovak Adults	Namen presečne študije je bil preučiti povezanost zdravstvene pismenosti s kazalci parodontalne bolezni na vzorcu 1117 odraslih, ki so obiskovali zobnega higienika. Ugotovitve potrjujejo, da je posameznikov nižji zdravstveno pismenostjo pomembno povezan z večjo možnostjo pojavnosti parodontalne bolezni med odraslimi Slovaki.
Singh idr. (2020)	Impact of Oral Health Literacy on Periodontal Health among Low-income-group Workers of Dental Institutes in Patna, Bihar, India	Presečna študija je bila izvedena na 137 delavcih zaposlenih v zobozdravstvenih ustanovah z nizkimi dohodki, z namenom oceniti vpliv zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju na parodontalno zdravje. Parodontalna bolezen prizadene ljudi z nizkim socialno-ekonomskim statusom, zato je potreba po učinkoviti komunikaciji med izvajalci zobozdravstvenih storitev in laiki glede dejavnikov tveganja in etiološke komponent, ki jih identificiramo s parodontalnimi boleznimi.
Chaichit in Deeraksa (2020)	The Association between Functional Oral Health Literacy and Periodontal Disease among Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in the Northeast Region of Thailand	Namen presečne študije je bil analizirati povezavo med funkcionalno zdravstveno pismenostjo o ustnem zdravju in vedenjem na področju ustnega zdravja, s parodontalno boleznijo na vzorcu 1110 odraslih s sladkorno boleznijo tipa 2 v 10 bolnišnicah na severovzhodu Tajske. Ugotovili so, da je stopnja funkcionalne zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju in vedenjem na področju ustnega zdravja med odraslimi Tajci s sladkorno boleznijo tipa 2 statistično značilna, pri čemer parodontalna bolezen predstavlja odločilni dejavnik odnosa med zdravjem in tveganjem za ustno bolezen ter da pacienti z nizko stopnjo funkcionalne zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju in slabim ustnim zdravjem potrebujejo dodatno podporo zobozdravstvenih delavcev, da zmanjšajo tveganje za ustne bolezni.
Hamdard College of Medicine and Dentistry idr. (2021)	Association of Oral Health Literacy Level and Periodontal Health Status: A Contributory Step Towards Prevention of Periodontal Diseases	Namen presečne študije je bil oceniti raven zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju med odraslimi pacienti, ki iščejo oskrbo v zasebni učni zobozdravstveni ustanovi. Pri kadilcih se je pokazala pomembna povezava med kajenjem in parodontalno boleznijo. Poudarjen je pomen dvosmerne komunikacije med zobozdravnikom in pacientom, kar pripomore k razumevanju parodontalne bolezni, pomen za zdravje celotnega telesa ter učinkovite ukrepe za preprečevanje zapletov parodontalne bolezni in drugih ustnih bolezni.
Shimpi idr. (2020)	Patient Awareness of Association of Diabetes and Periodontal Disease	S presečno študijo so ocenili trenutno ozaveščenost, znanje in vedenje posameznikov v podeželski skupnosti o povezavi med sladkorno boleznijo in parodontalno boleznijo. Rezultati so pokazali, da je potrebno izboljšati raven znanja med pacienti glede povezanosti parodontalne bolezni in sladkorne bolezni. Ciljano usmerjene zdravstveno vzgojne aktivnosti bi lahko pripomogle k preprečevanju zapletov parodontalne bolezni, k čemur bi zagotovno pripomoglo enakomerno obvladovanje sladkorne bolezni.
Jaafar idr. (2021)	Oral Health Literacy and Oral Health Status among Undergraduate University Students	Raziskovalci so ugotavljali razširjenost kariesa, zobnih oblog in parodontalne bolezni na vzorcu 280 dodiplomskih študentov ter korelacije med pojavnostjo ustnih bolezni in zdravstveno pismenostjo o ustnem zdravju. Prevalenca zobnega kariesa je bila v tej raziskavi visoka, medtem ko je bila prevalenca parodontalnih bolezni nizka. Zdravstvena pismenost o ustnem zdravju je pomembno korelirala z rezultati glede pojavnosti zobnih oblog. Raziskovalci so ocenili, da se ocena zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju lahko šteje kot presejalno orodje za zgodnje odkrivanje slabe ustne higijene.
Dolińska idr. (2022)	Periodontitis-Related Knowledge and Its	Raziskovalci so na vzorcu 302 pacientov ugotovili, da imajo pacienti nezadostno znanje o dejavnih tveganja za pojav ustnih bolezni kot tudi o preprečevanju

	Relationship with Oral Health Behavior among Adult Patients Seeking Professional Periodontal Care	parodontalne bolezni. Ocena zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju med pacienti je dober kazalnik za oblikovanje ustreznih intervencij zdravstvene vzgoje.
Cho idr. (2020)	The association between oral health literacy and oral health behaviors in North Korean defectors: a cross-sectional study	Raziskovalci so proučevali zdravstveno pismenost o ustnem zdravju in vedenje povezano s skrbjo za ustno zdravje med 123 severnokorejskimi prebežniki, ki so obiskali zobozdravstveno ambulanto za brezplačne storitve. Raziskava je potrdila, da je zdravstvena pismenost o ustnem zdravju severnokorejskih prebežnikov pomembno povezana z boljšo skrbjo za ustno zdravje. Avtorji potrjujejo pomen zdravstveno vzgojnih aktivnosti za dvig zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju kot del intervencij za izboljšanje ustnega zdravja.
An idr. (2022)	Oral health literacy, oral health behavior, and oral health status among dental patients and associated factors	Namen presečne študije je bil oceniti zdravstveno pismenost o ustnem zdravju, vedenje na področju ustnega zdravja, stanje ustnega zdravja in z njim povezane dejavnike pri 184 zobozdravstvenih pacientih. Ugotovili so, da so razlogi za obisk zobozdravnika predvsem otekle ali krvaveče dlesni (50,5 %) in parodontoza (34,8 %). Pacienti z nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju so imeli večjo pogostnost krvavenja dlesni in manj pogoste so obiskovali zobozdravnika. Zdravstvena pismenost o ustnem zdravju med zobozdravstvenimi pacienti je statistično pomembno povezana z ekonomskim bremenom, umivanjem zob, krvavitvijo dlesni in obiskom zobozdravnika.
Das idr. (2020)	Oral health literacy: A practical strategy towards better oral health status among adult population of Ghaziabad district	Cilj študije je bil oceniti raven zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju in njen vpliv na socialno-ekonomski status in stanje ustnega zdravja med 6000 odraslimi prebivalci v okrožju Ghaziabad. 50 % udeležencev v raziskavo je imelo neustrezno raven pismenosti o ustnem zdravju. Stopnja zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju je bila nekoliko višja pri ženskah. Ugotovljena je bila statistično pomembna razlika med zdravstveno pismenostjo o ustnem zdravju in stanjem ustnega zdravja ter socialno-ekonomskim statusom.
Al-Bitar idr. (2024)	Association between periodontal health status and quality of life: a cross-sectional study	Namen presečne študije je bil ugotoviti, ali stanje ustnega zdravja, zlasti parodontalni status, vpliva na kakovost življenja pacientov, povezano z ustnim zdravjem. V vzorec je bilo zajetih 97 udeležnih. Pri 44 % udeležencev je bil ugotovljena parodontalna bolezen, pri teh je bilo tudi več manjkajočih, plombiranih in razpadlih zob, kar lahko vpliva na zdravje celotnega telesa in dobro počutje. Starost in kajenje sta povezana z večjo razširjenostjo parodontalne bolezni. Dobra splošna zdravstvena pismenost ni zagotovilo za dobro zdravstveno pismenost o ustnem zdravju in dobro skrb za ustno zdravje.
Meseli idr. (2023)	Is There Any Association Between Health Literacy Level, Periodontal Status, and Adverse Pregnancy Outcomes in Pregnant Women?	Namen študije je bil določiti raven zdravstvene pismenosti 216 nosečnic in prikazati povezavo med stopnjo zdravstvene pismenosti in statusom parodontalne bolezni. Rezultati so pokazali, da je bila stopnja zdravstvene pismenosti pri nosečnicah višja brez kakršnih koli učinkov na parodontalno bolezen. Nosečnice so pokazale višjo stopnjo zdravstvene pismenosti v primerjavi z nenosečimi osebami. Avtorji povzamejo, da nosečnost lahko pozitivno vpliva na motivacijo matere glede skrbi za lastno zdravje, kar vpliva na zdravje matere in otroka, kar velja tudi za področje ustnega zdravja. Vendar pa niso potrdili neposredne povezave med stopnjo zdravstvene pismenosti in parodontalno boleznijo.
Noor idr. (2019)	Sociodemography, Oral Health Status and Behaviours Related to Oral Health Literacy	Cilj raziskave je bil oceniti razmerja med sociodemografski podatki, podatki o stanju ustnega zdravja in vedenjem povezanim z ustnim zdravjem ter zdravstveno pismenostjo o ustnem zdravju. V vzorec je bilo zajetih 165 odraslih Malezijcev. Višjo stopnjo zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju so imeli odrasli z boljšim socialnoekonomskim statusom in dobrim ustnim zdravjem.
Hu idr. (2023)	Oral Health Status and Literacy/Knowledge Amongst Pregnant Women in Shanghai	Vzorec v raziskavi so bile nosečnice. Ugotovili so, da je ustno zdravje med nosečnicami v Šanghaju slabo, vendar sta bila ozaveščenost in odnos do ustnega zdravja relativno visoka. Predlagajo izvajanje pogostejše strokovne skrbi za ustno zdravje med nosečnostjo, da se utrdijo in okrepijo zdravi vedenjski vzorci, zlasti v zvezi z dobrimi ustno higienskimi navadami. Avtorji poudarijo še poznavanje

		ustnega zdravja in vključevanje v zdravstveno vzgojen aktivnosti za držge zdravstvene delavce, kot so porodničarji, ginekologi in družinski zdravniki, da tudi ti postanejo pomemben del skrbi za ustno zdravje nosečnic.
Tenani idr. (2021)	The role of health literacy as a factor associated with tooth loss	S presečno študijo so avtorji raziskovali vlogo zdravstvene pismenosti kot dejavnika, povezanega z izgubo zob in parodontalno boleznijo na vzorcu 238 uporabnikov brazilskega zdravstvenega sistema s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Zdravstvena pismenost je bila pomemben dejavnik, povezan z izgubo zob, kar se je povezovalo tudi z ostalimi odločilnimi dejavniki zdravja, dostopom do zobozdravstvenih storitev in vedenja na področju zdravja.
Khamrin idr. (2021)	Factors Associated with Health Literacy, Self-Efficacy, Social Support, and Oral Health Care Behaviors Among Elderly in Northern Border Community Thailand	V raziskavo je bilo zajetih 406 starejših ljudi, ki živijo na podeželju severne Tajske. Neustrezno funkcionalno zdravstveno pismenost o ustnem zdravju je imelo 85 % udeležencev, pri 52 % je bila potrjena zmerena samoučinkovitost v vedenju na področju ustnega zdravja in 91,9 % jih je navajalo zmerno socialno podporo. Rezultati kažejo, da so samoučinkovitost, socialna podpora in zdravstvena pismenost o ustnem zdravju pozitivno povezani z vedenjem pri skrbi za ustno zdravje pri starejših. Posebno pozornost je treba nameniti komunikacijskim veščinam med izvajalci in prejemniki zobozdravstvenih storitev za dvig samopodobe in samoučinkovitosti na področju ustnega zdravja.

Iz tabele 2 lahko razberemo, da se nekatere odločilni dejavniki zdravja ogroženih skupin prebivalstva z nizko stopnjo zdravstvene pismenosti, neustreznim dostopom do oskrbe in nizkim socioekonomskim statusom kažejo v slabših izidih in vzdrževanju parodontalnega zdravljenja (Batista idr., 2018). Slaba skrb za ustno zdravje se kaže v visoki stopnji izgube zob, zobnem kariesu in razširjenosti parodontalne bolezni, ki pomembno vpliva na kakovost življenja in vodi v naraščajoče zobozdravstvene in zdravstvene stroške (Wong idr., 2021). Pomanjkanje zdravstvene pismenosti pacientov je lahko skrita ovira za samooskrbo, saj lahko prepreči sodelovanje pacientov in povzroči negativne rezultate, povezane z zdravjem (Caruso idr., 2018). Parodontalna bolezen, kot najbolj razširjena ustna kronična bolezen zahteva ustrezno razumevanje in skladnost s pacientom, za ohranitev uspešnega in dolgoročnega vzdrževanja ter stabilnost parodontalne bolezni (Goyal idr., 2019). Raziskave potrdijo, da na stopnjo zdravstvene pismenosti vplivajo tudi družinske življenjske razmere in da so ustne higienske navade in družinska anamneza statistično pomembno povezani s parodontalnim zdravstvenim statusom (Bado idr., 2022; Singh idr., 2021). Vse to povzroča višje stopnje ustnih bolezni in slabše zdravstvene rezultate ter lahko poslabša, ali vpliva na povečano tveganje za sistemske kronične bolezni, vključno s sladkorno boleznijo, rakom in srčno-žilnimi boleznimi (Liu idr., 2014).

Rezultate iz pregleda literature smo razporedili v šest tematskih sklopov, ki smo jih identificirali glede na pridobitve rezultate.

1) Znanje, vedenje in ozaveščenost o ustnem zdravju in parodontalnem statusu v povezavi z različnimi demografskimi, družbenimi in ekonomskimi dejavniki

Ugotovitve raziskav poudarjajo vpliv demografskih, družbenih in ekonomskih dejavnikov na resnost parodontalne bolezni. Večina študij ne ugotavlja bistvene statistične razlike med spoloma, medtem ko Jaafar in sodelavci (2021) ugotavljajo, da ženske bolj skrbijo za ustno higieno kot moški, imajo več znanja o ustnem zdravju, pogosteje si ščetkajo zobe, redno obiskujejo zobozdravnika in imajo bolj pozitiven odnos do zdravega načina življenja. Raziskava med odraslimi Tajci je potrdila povezavo med demografskimi značilnostmi in zmerno do hudo parodontalno boleznijo pri moškem spolu z nižjo in srednješolsko izobrazbo (Chaichit & Deeraksa, 2020). Posamezniki z nižjo stopnjo izobrazbe, slabšim

finančnim položajem imajo večje probleme s pridobivanjem informacij o ustnem zdravju, kar se kaže v minimalnih obiskih pri zobozdravniku ter slabši skrbi za ustno zdravje (Singh idr., 2021). Primanjkljaj v znanju na področju ustnega zdravja je najbolj viden v starostni skupini od 71 do 80 let (Dolińska idr., 2020), kar je povezano tudi z nižjo stopnjo izobrazbe (Khamrin idr., 2021). Timková in sodelavci (2020) so potrdili, da so starejši udeleženci s prisotnim vnetjem dlesni imeli nižje ravni zdravstvene pismenosti v primerjavi s pacienti z zdravimi zobmi. Tudi Bado in sodelavci (2022) dokazujejo, da je staranje in nižji družbeno-ekonomski status lahko povezano s slabšim parodontalnim stanjem skozi vse življenje, kar pa je dejavnik, ki ga je treba upoštevati pri načrtovanju javnega zdravja za odkrivanje skupin z večjim tveganjem za parodontalno bolezen. Starejši ljudje imajo zaradi slabših kognitivnih spretnosti nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti, zmanjšano sposobnost učenja in razumevanja pomena ustnega zdravja, zato posledično nepravilno izvajajo nego ust in zobovja, npr. nepravilno si umivajo zobe, ne uporabljajo zobne nitke in uživajo sladko hrano, kar vodi do kariesa in zobne gnilobe (Khamrin idr., 2021). Das in sodelavci (2020) potrjujejo, da je družbenoekonomski status eden najmočnejših dejavnikov tveganja in kazalnik zdravstvene pismenosti in ozaveščenosti o ustnem zdravju ter posledično slabega ustnega zdravja. Z raziskavo so ugotovili, da je bila večina udeležencev, ki so imeli neustrezno raven zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju iz nižjega družbenoekonomskega razreda (64,5 %) in višjega nižjega razreda (82,11 %). Noor in sodelavci (2019) tudi ugotovijo, da imajo posamezniki, katerih dohodek gospodinjstva spada med zgornjih 20 % prebivalstva v državi, znatno višjo stopnjo zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju v primerjavi z drugimi dohodkovnimi razredi. Izobrazba, kot primarni dejavnik zdravja, je bila v raziskavi Tenani in sodelovancev (2021) potrjena kot dejavnik večje razširjenosti izgube zob pri posameznikih z nižjo stopnjo izobrazbe. Nasprotno z vsemi zgornjimi ugotovitvami so Meseli in sodelavci (2023) ugotovili, da izobrazba in ekonomski status ne vplivata na stopnjo zdravstvene pismenosti in parodontalni status.

2) Vpliv zdravstvene pismenosti in vedenja na področju ustnega zdravja na parodontalno zdravje

Ocenjevanje vedenja na področju ustnega zdravja se nanaša na ščetkanje zob, uporabo pripomočkov za nego ustne votline, redno obiskovanje zdravnika ter prisotnost razvad, kot sta kajenje in nezdrava prehrana. Raziskave potrjujejo, da imajo posamezniki z omejenimi ravnmi zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju slabo parodontalno zdravje in da je pismenost o ustnem zdravju močno povezana z vedenjem glede ustnega zdravja in kakovostjo življenja, povezano z ustnim zdravjem (Bado idr., 2022; Baskaradoss, 2018; Cho idr., 2020). Al-Bitar in sodelavci (2024) so ugotovili, da so imeli pacienti z neustrezno stopnjo zdravstvene pismenosti, 1,6-krat težji parodontitis kot pacienti z ustrežno stopnjo zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju. Dolińska idr. (2022) ugotavljajo, da so pacienti z nizko stopnjo zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju bolj nagnjeni h gingivitisu/parodontitisu in imajo hujši potek bolezni. Singh in sodelavci (2021) potrjujejo povezavo med nizko stopnjo zdravstvene pismenosti in hujšim potekom parodontalne bolezni pri 57-% udeležencih raziskave. V brazilski raziskavi (Bado idr., 2022) so ugotovili, da je slabo parodontalno stanje med uporabniki primarnega zdravstvenega varstva povezano z nizkimi ravnmi zdravstvene pismenosti. Nezaželeno stopnjo zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju se kaže z višjo stopnjo krvavitev dlesni, nastajanja parodontalnih žepov in izgube pričvrstitve zob (Das idr., 2020). Ponavljajoče se krvavitve dlesni pri ščetkanju so pomemben kontrolni znak vnetja dlesni in parodontalne bolezni (An idr., 2022). Z odkrivanjem krvavitve iz dlesni pri ščetkanju je mogoče parodontalno bolezen odkriti prej ter jo bolje preprečiti in zdraviti ter tako zmanjšati njeno globalno breme (Deng idr., 2021). Ščetkanje zob je osnovna metoda za ohranjanje ustnega zdravja (An idr., 2022). Za uspešno odstranjevanje zobnih oblog je potrebno ščetkanje zob vsaj dvakrat na dan, kar potrjuje, da imajo

posamezniki, ki si zobe umivajo več kot dvakrat na dan in uporabljajo zobno nitko, višjo raven zdravstvene pismenosti (Cepova idr., 2018; Noor idr., 2019). Pri udeležencih, ki poročajo, da izvajajo ustno higieno z zobno ščetko vsaj enkrat na dan, je bila družinska anamneza parodontitisa prisotna pri 57 % udeležencev s parodontitisom (Singh idr., 2021). Pomanjkljivo je tudi znanje o začetni fazi parodontalne bolezni, ki jo je še mogoče preprečiti (Hamdard College of Medicine and Dentistry idr., 2021). Cho in sodelavci (2020) poročajo o pozitivni korelaciji med znanjem o ustnem zdravju in vedenjem na področju ustnega zdravja, saj so udeleženci raziskave v Severni Koreji izvajali pravilne prakse in osvojili veščine pravilnega ščetkanja zob in vzdrževanja osebne ustne higiene.

Sposobnost navigacije po zdravstvenem sistemu in uporabe zdravstvenih storitev je eden od glavnih vidikov zdravstvene pismenosti, tudi na področju ustnega zdravja. Raziskave potrjujejo, da imajo višjo stopnjo zdravstvene pismenosti posamezniki, ki redno ali vsaj enkrat letno obišejo zobozdravnika (Noor idr., 2019). Študenti zdravstvenih ved v primerjavi s študenti naravoslovnih in družbenih ved bolj redno obiskujejo zobozdravnika, si dvakrat ali večkrat na dan umivajo in nitkajo zobe in imajo več znanja o ustnem zdravju (Jaafar idr., 2021). Bado in sodelavci (2022) so ugotovili, da je le 38,2 % udeležencev raziskave v zadnjem letu dni obiskalo zobozdravnika. Tako imajo posamezniki, ki neredno obiskujejo zobozdravnika neustrezno stopnjo zdravstvene pismenosti in slabše vedenje na področju ustnega zdravja (An idr., 2022; Cho idr., 2020). Prav tako pomanjkanje sodelovanja pacientov ali časovnih omejitev med naročenimi pregledi prispeva k pomanjkanju pacientovega razumevanja stanja njihove bolezni ali okužbe, kar ima za posledico nezmožnost sprejemanja premišljenih odločitev glede priporočenega zdravljenja (Akl idr., 2021). Nekateri raziskave kažejo, da so zdrav življenjski slog, zdrava prehrana, dobre ustne zdravstvene navade in pogostejši obiski zobozdravnika, zaščitni dejavniki za stanje dlesni (Chen idr., 2020). Da je obiskovanje zobozdravnika pomembno, pa se bolj zavedajo nosečnice, saj jih je v raziskavi, ki so jo izvedli Hu in sodelavci (2023) potrdilo kar 98,2 % udeleženk.

Nekateri raziskave so pri ocenjevanju vedenja povezanega z ustnim zdravjem pokazale, da kajenje negativno vpliva na zdravstveno vedenje, povezano z ustnim zdravjem, in povzroča parodontalne zdravstvene težave ter nastanek parodontalne bolezni (Ahmed idr., 2021) ter da je parodontalno stanje slabše pri posameznikih, ki kadijo (Khamrin idr., 2021; Bado idr., 2022).

3) Vpliv samoocene o stanju ustnega zdravja na parodontalno zdravje

Na splošno velja, da boljša, kot je samoocena stanja ustnega zdravja, višja je stopnja zdravstvene pismenosti o ustnem zdravju. Samoocena ustnega zdravja je celovita ocena ustnega zdravja udeležencev na podlagi njihovega zdravja in splošnih subjektivnih občutkov. Posamezniki s slabšo samooceno ustnega zdravja imajo običajno slabše vedenje na področju ustnega zdravja in slabši parodontalni status (Bado idr., 2022). Rezultati raziskave, izvedene na Kitajskem, so pokazali, da je 15,2 % pacientov ocenilo svoje ustno zdravje kot slabo, 69,6 % jih je ustno zdravje ocenilo kot ustrezno in le 15,4 % jih je svoje ustno zdravje ocenilo kot dobro (An idr., 2022). Glede na samooceno o stanju ustnega zdravja jih približno ena tretjina meni, da je njihovo ustno zdravje slabo, čeprav si večina (94,6 %) umiva zobe več kot enkrat na dan (Bado idr., 2022). Raziskava v Maleziji je potrdila predhodne potrditve, da nižja stopnja zdravstvene pismenosti na področju ustnega zdravja vpliva na slabše stanje ustnega zdravja, saj so posamezniki z nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti sami poročali o slabem ustnem stanju (9,1 %) in pokvarjenih zobeh (36,4 %) (Noor idr., 2019). Stopnja zdravstvene pismenosti na področju ustnega zdravja in samoocena zaradi tveganja nastanka parodontitisa je bila višja pri pacientih s hudim/napredovalim parodontitisom,

kar nakazuje, da se zavedajo, da to lahko vpliva na njihovo splošno zdravstveno stanje in kakovost življenja (Al-Bitar idr., 2024). Na samooceno stanja ustnega zdravja vpliva tudi nizka samoučinkovitost, ki je povezana z večjim tveganjem za pojav zobnih oblog in parodontalne bolezni (Jamieson idr., 2014). Khamrin in sodelavci (2021) so ugotovili, da imajo starejši odrasli slabo ali zmerno samoučinkovitost pri preprečevanju težav z ustnim zdravjem, kar je povzročilo neustrezno vedenje pri skrbi za ustno zdravje in povečanje ustnih zdravstvenih težav, kot sta zobna gniloba in karies.

4) Vpliv ozaveščenosti o ustnem zdravju na vedenje povezano z ustnim zdravjem pri pacientih s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi

Zdravstvena pismenost je pri pacientih s kroničnimi boleznimi pomembna za optimalno obvladovanje bolezni, saj se mora pacient proaktivno in učinkovito vključiti v vsakodnevno samooskrbo, vključno z vzdrževanjem dobrega ustnega zdravja (U. S. Department of Health and Human Services Oral Health Coordinating Committee, 2016). Dokazano je, da je parodontalna bolezen tesno povezana z najpogostejšimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, funkcionalnimi omejitvami ter fizičnimi bolečinami in psihološkim nelagodjem, kar lahko vodi v zmanjšano kakovost življenja (Al-Bitar idr., 2024). Najmočnejši in najbolj dosledni dokazi so pokazali povezavo med hudo parodontalno boleznijo in sladkorno boleznijo (Chaichit in Deeraksa, 2020; Shimpi idr., 2020). Shimpi in sodelavci (2020) so z raziskavo ugotovili, da se le polovica vključenih v raziskavo zaveda, da parodontalna bolezen zvišuje raven sladkorja v krvi. Pri odraslih Tajcih je prisotna zmerna do huda parodontalna bolezen pri 52 % anketiranih s sladkorno boleznijo tipa 2. Nezadostno stopnjo zdravstvene pismenosti na področju ustnega zdravja so ugotovili pri 33 % odraslih, zato ti potrebujejo dodatno podporo zobozdravstvenega osebja, da zmanjšajo tveganje za parodontalno bolezen (Chaichit in Deeraksa, 2020). Tenani in sodelavci (2021) so opozorili na povezavo med visoko vrednostjo glukoze v krvi in izgubo zob, kar dokazuje, da je izguba zob pomemben kazalnik sistemskega zdravja. Vzrok za večjo razširjenost izgube zob se nanaša na slabše vedenje o ustnem zdravju, neredno ščetkanje in nitkanje zob ter neredne obiske zobozdravnika (Tenani idr., 2021). Kot alternativno najboljšo prakso za prepoznavanje prisotnosti morebitnih sistemskih bolezni zlasti pri populacijah, ki ima morda nižjo zdravstveno pismenost, avtorji prepoznajo presejanje za sladkorno bolezen pri zobozdravniku. Podatki raziskav potrjujejo, da lahko taki zobozdravstveni pregledi povečajo kakovost oskrbe s spodbujanjem preprečevanja bolezni in hkrati znižujejo stroške zdravstvene oskrbe (Shimpi idr., 2020). V literaturi zasledimo tudi dokaze o povezavi med hudo parodontalno boleznijo in srčno-žilnimi boleznimi (Batty idr., 2017; Lee idr., 2019), revmatoidnim artritisom (Genco in Sanz, 2020) ter v manjši meri cerebrovaskularnimi boleznimi in kronično obstruktivno pljučno boleznijo (Manger idr., 2017, Gaeckle idr., 2020).

5) Vpliv ozaveščenosti o ustnem zdravju na vedenje, povezano z ustnim zdravjem v času nosečnosti

Stanje parodontalnega zdravja je povezano z neugodnimi izidi v nosečnosti zlasti pri nosečnicah, starejših od 40 let (Hu idr., 2023). Parodontalna bolezen lahko poveča tveganje za neželene izide v nosečnosti, kot so preeklampsija, prezgodnji porod in nizka porodna teža (Lafaurie idr., 2020). Hu in sodelavci (2023) ugotavljajo, da je razširjenost kariesa med nosečnicami kar 70 %, kar kaže na pomanjkanje ozaveščenosti o ustnem zdravju in življenjskih navadah. Parodontalno bolezen je imelo 77 % v raziskavo vključenih nosečnic. Poleg tega je raziskava pokazala, da je 93 % nosečnic vedelo, da lahko bakterije povzročijo karies in krvavitev iz dlesni, da se lahko to prepreči s ščetkanjem zob. Od večine nosečnic, ki si je zobe umivala dvakrat na dan, jih je le polovica pravilno ščetkala zobe, 26 % pa jih je uporabljalo zobno nitko.

Večina se je zavedala pomena rednih obiskov pri zobozdravniku, vendar se jih je 43 % odločilo, da bodo zobozdravnika obiskale po porodu. Kljub ozaveščenosti o ustreznem vedenju na področju ustnega zdravja se to v praksi ne izvaja, zato ni nenavadno, da so Meseli in Mamaklioğlu (2023) z raziskavo ugotovili, da ni bilo nobene povezave med stopnjo zdravstvene pismenosti in parodontalnimi parametri pri nosečnicah, saj so pri nosečnicah kljub izmerjeni višji stopnji zdravstvene pismenosti zaznali slabo ustno zdravje. Te ugotovitve kažejo, da se ustno zdravje pri nosečnicah še vedno obravnava kot ločena komponenta splošnega zdravja in bi bilo treba zagotavljati znanje o ustnem zdravju, ozaveščenost o vzdrževanju parodontalnega zdravja pred in med nosečnostjo (Meseli in Mamaklioğlu, 2023; Hu idr., 2023).

6) Zdravstvena pismenost in preventiva

Zdravstvena pismenost, vključno z ozaveščenostjo o ustnem zdravju, igra ključno vlogo pri izvajanju preventivnih ukrepov, kot tudi zgodnje iskanje pomoči za obvladovanje bolezni (Siddiqi idr., 2020). Velike vrzeli v zdravstveni pismenosti o ustnem zdravju obstajajo predvsem v zvezi z vzročnimi in sorodnimi dejavniki parodontalne bolezni ter povezavo s sistemskimi motnjami (Siddiqi idr., 2020), vendar zmanjšanje vpliva dejavnikov tveganja lahko vpliva na učinkovitost preprečevanja in zdravljenja parodontalne bolezni (Dolińska idr., 2022). Ugotovitve raziskav poudarjajo potrebo po sprejetju celovitih načrtov zdravljenja parodontalne bolezni v sistemu primarnega zdravstvenega varstva, ki bi morali vključevati strategije za obravnavanje nizkih ravni zdravstvene pismenosti na področju ustnega zdravja (Bado idr., 2022). Ker ima parodontalna bolezen velik vpliv na splošno zdravje zaradi tesne povezave z različnimi sistemskimi boleznimi/motnjami, kot so bolezni srca in ožilja, možganska kap in sladkorna bolezen (Tonetti idr., 2017), morajo izvajalci zdravstvenega varstva obravnavati zdravstveno pismenost na področju ustnega zdravja kot pomemben konstrukt, ki ga je treba ovrednotiti in izboljšati pri pacientih s parodontalnimi težavami (Bado idr., 2022). Preprečevanje parodontalnih bolezni lahko vključuje različne strategije, osredotočene na zmanjševanje distalnih, vmesnih in proksimalnih dejavnikov tveganja tako na ravni populacije kot posameznika (Cota idr., 2021). Zato je velik poudarek na preventivi, ki se v primarnem delu nanaša na predklinično fazo s ciljem preprečiti nastanek bolezni z zmanjšanjem dejavnikov tveganja za razvoj biofilma in vnetja dlesni. Ko se bolezen že pojavi, se sekundarna preventiva usmerja na pravilno obvladovanje bolezni v zgodnji fazi na podlagi pravočasne diagnoze in hitrega zdravljenja za ponovno vzpostavitev zdravja parodontalne bolezni. Terciarna preventiva pa je usmerjena v omejitev posledic ugotovljene in ireverzibilne bolezni, obnovitev funkcij in preprečevanje ponovitev bolezni (Baehni, 2012). Poleg tega izboljšanje zdravstvene pismenosti z izobraževanjem pacientov omogoča pacientom, da bolje razumejo svoje stanje, kar lahko privede do izboljšanja zdravstvenega vedenja in tehnik samooskrbe, kar pa lahko vpliva na zmanjševanje stroškov zdravljenja v prihodnosti (Albano idr., 2019). Pri starejših odraslih z zmanjšanimi kognitivnimi sposobnostmi je potrebno za dvig spretnosti na področju ustnega zdravja prilagoditi komunikacijske metode, primerne njihovem kontekstu, da so razumljive in dojemljive (Khamrin idr., 2021).

Zaključek

Stopnja zdravstvene pismenosti na področju ustnega zdravja predstavlja pomemben dejavnik, ki prispeva k rezultatom ustnega zdravja in kot tak je povezan s povečanimi negativnimi vplivi na ustno zdravje, vključno z nujnimi obiski zobozdravnika, povečanjem zobne gnilobe in slabim parodontalnim zdravjem. V svetu dvig zdravstvene pismenosti na področju ustnega zdravja predstavlja pomembno

prednostno nalogo za spodbujanje boljših rezultatov ustnega zdravja, zlasti med tistimi, ki so socialno prikrajšani. Poudarjata se učenje pacientov in stalno in kontinuirano zdravstvenovzgojno svetovanje o ustnem zdravju z namenom preprečevanja ustnih bolezni, predvsem pa kariesa in parodontalne bolezni, kar posledično vpliva na razvoj in skrb za kronično nenalezljive bolezni.

EPIDEMIOLOGIJA NAJPOGOSTEJŠIH OBOLENIJ V SLOVENIJI

Teoretična izhodišča

Epidemiologija je veda, ki proučuje pogostnost, porazdelitev in dejavnike bolezni in drugih zdravstvenih stanj v populaciji ter uporabo pridobljenih podatkov v namen preprečevanja in obvladovanja zdravstvenih težav z elementi promocije zdravja in zdravstvene vzgoje (Kebede, 2004). Epidemiologija je relativno nova disciplina, ki se je razvila s spremembami v družbi in pojavom novih bolezni. Razvoj je omogočil, da je epidemiologija postala uporabno in ustrezno orodje pri razkrivanju in razumevanju bolezni in novih področij, povezanih z epidemiologijo. Od njenega nastanka pred več kot stoletjem je bilo predlaganih veliko definicij epidemiologije (Frérot idr., 2018) od osnovne definicije – *»Epidemiologija je metoda sklepanja o bolezni, ki se ukvarja z biološkim sklepanjem, ki izhaja iz opazovanj pojavov bolezni v populacijskih skupinah«* (Lilienfeld, 1978) – pa vse do kompleksnih definicij, ki zajemajo povezovanje epidemiologije z različnimi strokovnimi področji, kot so na primer etika, filozofija in epistemologija (Attenborough, 2021). Dicker idr. (2004) predstavljajo epidemiologijo kot vedo, ki preučuje porazdelitev in determinante z zdravjem povezanih stanj ali dogodkov v določenih populacijah in uporabo rezultatov, pridobljenih v študijah pri obvladovanju zdravstvenih težav. Avtorji jo opisujejo kot osnovno znanost o javnem zdravju, ki je kvantitativna disciplina, saj temelji na empiričnih podatkih, verjetnosti, statistiki in zanesljivih raziskovalnih metodah. Epidemiologija vključuje metodo vzročnega sklepanja, ki temelji na tvorjenju in testiranju hipotez, utemeljenih na znanstvenih področjih, kot so biologija, vedenjske vede, fizika in ergonomija, za razlago z zdravjem povezanega vedenja, stanja in dogodkov. Epidemiologija ni le raziskovalna dejavnost, temveč celostna sestavina javnega zdravja, ki predstavlja osnovo za usmerjanje praktičnih in ustreznih javnozdravstvenih ukrepov, temelječa na znanosti in vzročnem sklepanju. Epidemiologi raziskujejo dejavnike, ki povečujejo tveganje za razvoj bolezni, kot so starost, spol, življenjski slog in okoljski dejavniki. Proučujejo, kako se prenašajo bolezni npr. z neposrednim stikom, aerosolno, z okuženo hrano ali vodo in druge možnosti ter razvijajo strategije za preprečevanje in nadzor bolezni in stanj. Na podlagi tega oblikujejo strategije za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih in nenalezljivih bolezni/stanj. Cilji epidemiologije so razumeti vzroke in prenos bolezni in stanj ter razviti strategije za preprečevanje in obvladovanje teh bolezni v populaciji (Tojiboyeva Solijonovna, 2023). Na podlagi epidemioloških podatkov se opredeljujejo koncepti umrljivosti, incidence in prevalence bolezni ali stanj v populaciji.

Umrljivost tako opredeljuje število, ki pove, koliko ljudi je v letu umro zaradi določene bolezni ali stanja. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2023) podatke o umrljivosti definira kot podatke, ki sodijo med najzanesljivejše podatke zdravstvene statistike in so osnova za izračun nekaterih kazalnikov zdravstvenega stanja prebivalstva. Podatki o umrljivosti skupaj z drugimi pomembnimi kazalniki predstavljajo temelj za načrtovanje zdravstvenega varstva in zdravstvene politike v državi. Farkaš-Lainščak (2009) vpeljuje koncept zaznavanje zdravja, ki predstavlja subjektivno oceno zdravja, ki jo posameznik poda s pomočjo pripravljenih orodji. Avtorica povzema različne avtorje, ki povezujejo zaznavanje zdravja in poudarijo tesno povezanost med navedenim konceptom in napovednimi dejavniki poteka bolezni/stanja in umrljivostjo. Najpogostejši vzrok obolevnosti in smrti so danes v razvitem svetu kronične nenalezljive bolezni, od katerih še vedno prvo mesto zavzemajo bolezni srca in ožilja, sledijo jim različna rakava obolenja (novotvorbe), za katera avtorica meni, da se pri pacientih z rakom zaznavanje zdravja kaže kot dejavnik, tesno povezan z umrljivostjo.

Naj opredelimo še pojem incidence, ki ponazarja stopnjo novih primerov bolezni, ki se pojavijo v določeni populaciji v določenem obdobju, tj. absolutno število vseh novih primerov bolezni/stanj v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu. Incidenca ni osredotočena na pacienta, temveč na primere bolezni/stanja. Tako lahko posamezna oseba, če v istem letu zbolijo za različnimi boleznimi/stanji, prispeva v incidenco več primerov bolezni/stanja (Zaletel idr., 2018). V konceptu epidemiologije ima pomembno vlogo tudi prevalenca, ki podaja število vseh pacientov z obolenjem/stanjem v točno določeni populaciji ne glede na čas obolevnosti, ki so bili živi zadnji dan v koledarskem letu, ko se zbirajo podatki. Pacienti so lahko zboleli pred tekočim letom, za bolj natančne podatke pa se izračunava delna prevalenca, pri kateri se opredli obdobje, v katerem so pacienti zboleli, na primer eno, pet ali deset let pred datumom, na katerega računamo prevalenco (Zaletel idr., 2018). Prevalenca in incidenca sta med seboj tesno povezani, čeprav merita različna pojava. Prevalenca je delež populacije, ki ima bolezen v določenem času, vendar na to vpliva incidenca kot trajanje posameznega obolenja/stanja. Prav tako pomembno vpliva na prevalenco dolžina bolezni ali stanja, saj le pacienti, ki ozdravijo, se odselijo ali umrejo, niso več vštet v številu, prikazanem kot prevalenca bolezni/stanja. Z incidenco ali pojavnostjo je opredeljeno število novih primerov bolezni v določenem časovnem intervalu oziroma obdobju na določenem območju v določeni populaciji. Gre za delež ljudi z določenim znakom ali boleznijo, ki ga na novo najdemo v določeni populaciji v določenem obdobju.

V Sloveniji se podatki o incidenci, prevalenci in umrljivosti objavljajo v zdravstvenih statističnih letopisih, ki jih izdaja Nacionalni inštitut za javno zdravje. Od leta 1950 je na Onkološkem inštitutu v Ljubljani ustanovljen register raka, ki vodi incidenco, prevalenco in umrljivost zaradi rakavih obolenj in je vključen v mednarodne baze za spremljanje rakavih bolezni (Duratović Konjević idr., 2020). Najpogostejša obolenja v Sloveniji so tako po incidenci, prevalenci in umrljivosti najpogostejša rakava obolenja in obolenja srca in ožilja (Zdravstveni statistični letopis, 2023).

Metodologija

Izvedeno je bilo namizno raziskovanje (»desktop research«), za katerega je značilno sistematično zbiranje in analiziranje podatkov, ki so že na razpolago. Ta pristop ima širok spekter uporabnosti in je ključno orodje za pridobivanje informacij, ki pomagajo pri odločanju in strategiji na različnih področjih.

Izvedena je bila retrogradna sekundarna obdelava podatkov z namenom ugotavljanja incidence, prevalenci in umrljivosti v Sloveniji. Podatke smo zbirali iz baz podatkov prosto dostopnih Zdravstvenih letopisov za obdobje osmih let (od leta 2013 do leta 2021). Zdravstveni statistični letopis izhaja in predstavlja podatke za dve leti v nazaj. Podatkov pred letom 2013 pa nismo našli prosto dostopnih.

Pregled podatkov je bil opravljen v času od 15. 10. 2023 do 15. 1. 2024, ko še ni bil objavljen zdravstveni statistični letopis za leto 2022. V Zdravstvenih statističnih letopisih smo se osredotočili izključno na podatke o incidenci, prevalenci in umrljivosti z namenom identificirati bolezni, ki jih bomo podrobneje raziskali in pripravili poti po zdravstvenem sistemu v Sloveniji.

Rezultati

V poglavju rezultati predstavljamo pregled umrlih moških po poglavjih MKB-10 od leta 2013 do 2021 v Sloveniji.

Tabela 1: Umrli moški po poglavjih MKB-10 med 2013–2021 v Sloveniji

Umrljivost moški							
Leto	Bolezni obtočil	Neoplazme	Infekcijske bolezni (SARSCoV2)	Poškodbe, zastrupitve	Bolezni dihal	Bolezni živčevja	Bolezni prebavil
2013	3.056	3.394		867	631	150	629
2014	3.071	3.301		753	576	169	548
2015	3.184	3.489		846	631	188	480
2016	3.135	3.509		845	604	192	478
2017	3.302	3.537		918	628	287	508
2018	3.298	3.592		847	532	332	490
2019	3.166	3.527		894	501	326	467
2020	3.139	3.587	1.625	948	452	409	500
2021	3.186	3.561	1.784	1.004	337	410	466

Vir: Zdravstveni statistični letopis 2013–2021

Pri moških od leta 2019 dalje bolezni srca in ožilja niso več najpogostejši vzrok smrti, temveč so na drugem mestu, takoj za neoplazmami (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021), ki so v Sloveniji vodilni vzrok za smrt pri moških (rak pljuč, rak prebavil in rak prostate), nato sledijo bolezni obtočil (med najpogostejše sodijo srčni infarkt, možganska kap, odpoved srca in drugo). Sledijo poškodbe, zastrupitve in drugi zunanji vzroki ter bolezni dihal in prebavil (tabela 1). Svetovna zdravstvena organizacija je 11. marca 2020 razglasila pandemijo zaradi novega koronavirusa (SARS-CoV-2). V letu 2020 je zaradi posledic okužb ugasnilo najmanj 3 milijone življenj po vsem svetu. V Sloveniji je v letu pandemije umrlo 3.428 ljudi (17 %) več kot v letu 2019 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022). Iz tabele 1 je razvidno, da v letu 2020 in 2021 beležimo porast infekcijskih bolezni zaradi coronavirusne bolezni in bolezni živčevja.

Vodilni vzroki za smrt moških v Sloveniji v letu 2020 in 2021 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021, 2022, 2023) so še vedno neoplazme, na drugem mestu pa je bolezni obtočil. Iz tabele 1 vidimo, da od leta 2017 pada število umrljivosti pri moških zaradi bolezni obtočil in prav tako od leta 2018 rahlo upada število umrljivosti zaradi neoplazem. V letu pandemije se je spremenilo zaporedje vodilnih vzrokov smrti moških prebivalcev Slovenije. Na tretje mesto so se uvrstile infekcijske in parazitarne bolezni, kamor so vključene tudi smrti, povezane z obolenostjo zaradi SARS-CoV-2. Stopnja umrljivosti se je glede na preteklo leto zvišala za 16 %, predvsem na račun višje umrljivosti v starostnih skupinah oseb stararih 85 in več let.

Tabela 2: Umrle ženske po poglavjih MKB-10 med leti 2013–2021 v Sloveniji

Umrljivost ženske							
Leto	Bolezni obtočil	Neoplazme	Infekcijske bolezni (SARSCoV2)	Poškodbe, zastrupitve	Bolezni dihal	Bolezni živčevja	Bolezni prebavil
2013	4.448	2.690		512	704	211	460
2014	4.684	2.609		454	576	222	425
2015	4.798	2.742		490	675	234	395
2016	4.675	2.739		485	662	242	418
2017	4.702	2.824		618	652	333	404
2018	4.563	2.994		653	547	380	398
2019	4.721	2.791		635	576	448	434
2020	4.603	2.849	1.897	806	347	523	434
2021	4.382	2.685	1.390	869	334	574	415

Vir: Zdravstveni statistični letopis 2013–2021

Vodilni vzroki za smrt žensk v Sloveniji so bolezni obtočil (med najpogostejše sodijo srčni infarkt, možganska kap, odpoved srca in drugo), sledijo neoplazme (rak dojke, rak pljuč in rak prebavil), nato bolezni dihal, poškodbe, zastrupitve, bolezni prebavil in drugi zunanji vzroki (tabela 2). Iz tabele 2 je razvidno, da v letu 2020 in 2021 beležimo porast infekcijskih bolezni zaradi koronavirusne bolezni in bolezni živčevja. Vodilni vzroki za smrt pri ženskah v Sloveniji v letu 2020 in 2021 (Zdravstveni statistični letopis 2022, 2023) so še vedno neoplazme in na drugem mestu bolezni obtočil. Iz tabele 2 vidimo, da od leta 2016 upada število umrljivosti pri ženskah zaradi bolezni obtočil in prav tako od leta 2019 rahlo upada število umrljivosti zaradi neoplazem. V letu pandemije se je spremenilo zaporedje vodilnih vzrokov smrti pri ženskah v Sloveniji. Na tretje mesto so se uvrstile infekcijske in parazitarne bolezni, kamor so vključene tudi smrti, povezane s koronavirusno boleznijo. Stopnja umrljivosti se je glede na preteklo leto zvišala za 16 %, predvsem na račun višje umrljivosti v starostni skupini oseb starih 85 in več let.

Tabela 3: Umrlji zaradi bolezni srca in ožilja med leti 2013–2021 v Sloveniji

Umrlji zaradi bolezni obtočil po diagnozah				
Leto	Bolezni srca in žilja	Ishemična bolezen srca	Možgansko-žilna bolezen	Srčna odpoved
2013	7.504	1.983	1.889	1.400
2014	7.755	1.866	1.944	1.641
2015	7.982	2.076	1.965	1.607
2016	7.810	1.887	1.948	1.702
2017	8.004	1.962	1.961	1.738
2018	7.861	1.927	1.982	1.548
2019	7.887	1.862	1.930	1.671
2020	7.742	1.748	1.939	1.631
2021	7.568	1.917	1.871	1.476

Vir: Zdravstveni statistični letopis 2013–2021

Tabela 3 prikazuje število umrlih pacientov zaradi bolezni obtočil od leta 2013 do leta 2021. Največ pacientov je umrlo zaradi bolezni srca in ožilja, sledi število umrlih zaradi ishemične bolezni srca, nato število umrlih zaradi možgansko-žilne bolezni in število umrlih zaradi srčne odpovedi. Bolezni srca in ožilja obsegajo vrsto bolezni, povezanih z obtočili. Porast umrljivosti pacientov z boleznimi srca in ožilja je v letu 2017, od leta 2018 umrljivost pacientov zaradi bolezni srca in ožilja rahlo upada (tabela 3). Najpogostejše bolezni srca so ishemična bolezen srca (vključno z akutnim miokardnim infarktom), motnje srčnega ritma, srčna odpoved (popuščanje srca) in bolezni srčnih zaklopk. Umrljivost pacientov z ishemično boleznijo srca naraste v letu 2015, od leta 2016 pa rahlo upada (tabela 3). Med možgansko-žilnimi (cerebrovaskularnimi) boleznimi je najpogostejša možganska kap (CVI), ki je lahko posledica motenj dotoka krvi v možgane ali možganske krvavitve. Porast umrljivosti pacientov z možgansko-žilno boleznijo zasledimo v letu 2018, od leta 2019 pa umrljivost rahlo upada. Najpogostejša vzroka za smrt zaradi bolezni srca sta akutni miokardni infarkt (imenovan tudi srčni infarkt ali srčna kap) in srčna odpoved, medtem ko je med možgansko-žilnimi boleznimi največ smrti zaradi možganske kapi. Porast umrljivosti pacientov s srčno odpovedjo zasledimo v letu 2017, umrljivost pacientov zaradi srčne odpovedi pa od leta 2018 rahlo upada (tabela 3). Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja je v osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja v Sloveniji presegala povprečje EU, vendar se je pri obeh spolih ta razlika zmanjševala in je od leta 2000 na ravni evropskega povprečja (Statistični zdravstveni letopis, 2023).

Tabela 4: Prevalenca raka po najpogostejših lokacijah in po spolu med leti 2011–2019 v Sloveniji

Prevalenca rak													
Leto	Moški						Ženske						
	Ostale lokacije	Maligne neoplazme kože	Melanom	Prostata	Debelo črevo	Danka	Ostale lokacije	Maligne neoplazme kože	Melanom	Dojka	Maternično telo	Maternični vrat	Debelo črevo
2011	10.730	9.692		8.450	2.921	2.502	9.591	11.046		14.029	4.143	3.561	2.634
2012	10.982	10.322		9.352	3.145	2.625	9.887	11.679		14.724	4.270	3.539	2.768
2013		11.170		10.274	3.224	2.703		12.533		15.292	4.347	3.546	2.827
2014		11.807		11.136	3.336	2.828		13.153		15.909	4.468	3.532	2.930
2015		12.557		12.152	3.432	2.859		13.836		16.479	4.560	3.507	3.009
2016		13.377		13.224	3.607	2.898		14.709		17.195	4.687	3.523	3.089
2017		14.256	3.010	14.141	3.688	2.987		15.680	3.672	17.868	4.784	3.491	3.150
2018		15.322	3.182	15.117	3.772	3.036		16.836	3.854	18.572	4.847	3.463	3.222
2019		16.279	3.379	15.922	3.865	3.037		17.900	4.050	19.317	4.984	3.433	3.356

Vir: Zdravstveni statistični letopis 2011–2019

Leta 2013 je v Sloveniji konec decembra 2013 živel 94.073 ljudi, ki jim je bila postavljena diagnoza rak (Zaletel idr., 2017). Konec decembra 2016 je živel 107.093 ljudi z diagnozo raka (Zaletel idr., 2020), konec decembra 2019 pa več kot 121.000 ljudi (Zdravstveni statistični letopis, 2021). Pri moških je najvišja prevalenca raka zaradi maligne neoplazme kože in raka prostate. Število vseh obolelih moških za maligno neoplazmo kože je od leta 2011 do leta 2019 naraslo za 6.587 pacientov. Število vseh obolelih moških za rakom prostate je od leta 2011 do leta 2019 naraslo za kar 7.472 pacientov (tabela 4). Pri ženskah je najvišja prevalenca raka zaradi raka dojke in maligne neoplazme kože. Število vseh žensk obolelih za raka dojke je od leta 2011 do leta 2019 porasla za 5.288 pacientov. Število vseh žensk obolelih za maligno neoplazmo kože je od leta 2011 do leta 2019 poraslo za kar 6.854 pacientov (tabela 4).

Tabela 5: Incidenca raka po najpogostejših lokacijah in po spolu med leti 2011–2019 v Sloveniji

Incidenca rak											
Leto	Moški						Ženske				
	Prostata	Druge lokacije	Maligne neoplazme kože	Sapnik pljuča	Debelo črevo	Dojka	Druge lokacije	Maligne neoplazme kože	Debelo črevo	Sap. pljuča	Maternični vrat
2011	1.539	2.448	1.050	819	556	1.143	1.907	1.054	415	376	301
2012	1.425	2.541	1.175	867	534	1.296	1.972	1.157	387	384	336
2013	1.485	2.610	1.350	869	436	1.252	2.087	1.336	350	429	311
2014	1.415	2.794	1.213	888	468	1.288	2.161	1.220	343	432	356
2015	1.599	2.798	1.397	976	471	1.319	2.209	1.282	382	458	355
2016	1.690	2.813	1.491	966	514	1.386	2.303	1.459	393	555	361
2017	1.595	3.067	1.547	887	453	1.399	2.293	1.609	330	570	351
2018	1.680	3.033	1.738	978	482	1.515	2.252	1.865	368	587	351
2019	1.565	2.955	1.810	1.002	487	1.568	2.478	1.799	404	603	390

Vir: Zdravstveni statistični letopis 2011–2019

Leta 2013 je v Sloveniji na novo za rakom zbolelo 3.717 ljudi (Zaletel idr., 2017). Število zbolelih se vsako leto poveča za približno 2,3 odstotka. Najpogosteje so v letu 2011 tako moški kot ženske zbolevali za rakom debelega črevesa in danke; v letu 2019 je med moškimi bila najvišja incidenca raka prostate, med ženskami pa rak dojke (tabela 5). Sicer je v tabeli 5 prikazana najvišja incidenca pri obeh spolih na drugih lokacijah, kar pa za prikaz rezultatov v našem članku ni relevantno, saj v to skupino sodijo različne vrste rakov, ki imajo manjšo incidenco, od navedenih v tabeli 5. Leta 2016 je v Sloveniji za rakom na novo zbolelo 15.072 ljudi (Zaletel idr., 2020). Število za rakom zbolelih žensk in moških se v zadnjih desetih letih povečuje za 2 % povprečno na leto. Med moškimi je najpogostejši rak prostate (20,8 %), med ženskami pa rak kože (razen melanoma) (21 %). Najpogosteje zbolevalo ženske še za rakom dojke, pljuč ter debelega črevesa in danke, ki skupaj predstavljajo 60 % vseh na novo odkritih malignih bolezni (tabela 5). Leta 2019 je v Sloveniji za rakom na novo zbolelo več kot 16.000 ljudi (Zdravstveni statistični letopis, 2021). Med moškimi sta najpogostejša nemelanomski kožni rak (22 %) in rak prostate (19 %), med ženskami pa sta najpogostejša nemelanomski kožni rak (23 %) in rak dojke (20 %). Pogosto zbolevalo tako moški kot ženske še za rakom pljuč (tabela 5).

Tabela 6: Umrljivost za rakom po najpogostejših lokacijah in po spolu med leti 2011–2019 v Sloveniji

Leto	Umrljivost zaradi raka									
	Moški					Ženske				
	Ostale lokacije	Sapnik pljuča	Prostata	Debelo črevo	Želodec	Ostale lokacije	Dojka	Sapnik pljuča	Debelo črevo	Želodec
2011	1.421	786	387	261	226	1.250	407	328	219	154
2012	1.460	777	388	253	195	1.227	394	349	217	155
2013	1.574	748	371	270	208	1.328	410	340	213	155
2014	1.505	786	372	250	214	1.229	379	392	184	145
2015	1.544	847	405	265	217	1.358	431	358	209	127
2016	1.644	814	404	242	206	1.644	384	392	226	121
2017	1.680	787	464	252	201	1.350	433	458	176	129
2018	1.719	750	449	246	198	1.429	472	452	196	137
2019	1.651	784	445	244	192	1.363	433	437	170	120

Vir: Zdravstveni statistični letopis 2011–2019

Leta 2013 je v Sloveniji za rakom umrlo 6.071 ljudi (Zaletel idr., 2017), leta 2016 6.247 ljudi (Zaletel idr., 2020) in leta 2019 skoraj 6.300 (Zdravstveni statistični letopis, 2021). Tabela 6 prikazuje umrljivost žensk in moških zaradi raka po najpogostejših lokacijah od leta 2011 do 2019. Najvišja umrljivost zaradi raka pri moških je v skupini, kjer opredeljujemo raka na ostalih lokacijah (zajem različne vrste raka, kar nam onemogoča oceno, kateri je najpogostejši), raka pljuč, prostate, debelega črevesa, najnižja umrljivost pa je zaradi raka želodca. Najvišja umrljivost zaradi raka pri ženskah je zaradi raka na vseh ostalih lokacijah, raka dojke, raka sapnika in pljuč, debelega črevesa, najnižja pa je umrljivost zaradi raka želodca (tabela 6). Preživetje slovenskih pacientov z rakom se s časoma izboljšuje, saj v zadnjih letih že skoraj 60 % zbolelih živi več kot pet let po postavitvi diagnoze (Zdravstveni statistični letopis, 2023).

Razprava

Bolezni srca in ožilja predstavljajo od leta 1980 najvažjo skrb, povezano z zdravjem svetovnega prebivalstva, saj so vodilne na lestvici prevalence in umrljivosti v populaciji (Amini idr., 2021). V Sloveniji so bolezni srca in ožilja med ženskami najpogostejši vzrok smrti, med moškimi pa drugi najpogostejši vzrok smrti. Amini in sodelavci (2021) ugotavljajo, da se trend umrljivosti in incidence bolezni srca in ožilja v svetu med letoma 1990 in 2017 v razvitih državah zmanjšuje bistveno hitreje kot v nerazvitih državah. V Sloveniji po pregledanih podatkih tega trenda nismo zaznali. Na pojav bolezni srca in žilja vplivajo različni dejavniki tveganja, kot so starost, spol, družinska anamneza (Ding idr., 2021), debelost, povišan krvni tlak, povišan holesterol v krvi in sladkorna bolezen (Rosenblit, 2019). Danes se dejavniki tveganja razširjajo še na dodatne dejavnike tveganja, kot so insulinska rezistenca, ki ni le značilna za sladkorno bolezen tipa dva, temveč tudi za prekomerno težke posameznike in tiste z debelostjo ali presnovnim sindromom ter indeks trigliceridi-glukoza, ki izhaja iz trigliceridov in glukoze v krvi na tešče (Khan idr., 2018; Beverly in Budoff, 2020). Navedeni dejavniki tveganja so tesno povezani z vedenjem, povezanim z zdravjem, ki vključuje prehranske navade, telesno aktivnost, tvegano pitje alkohola, kajenje in druga vedenja razvitega sveta, ki obremenjujejo zdravje posameznikov. V skupino bolezni srca in ožilja spadata akutni miokardni infarkt in srčno popuščanje, ki sta bili v okviru projekta ZaPiS podrobneje obravnavana. Oblikovana je bila pot pacienta s srčnim popuščanjem in akutnim srčnomišičnim infarktom po slovenskem zdravstvenem sistemu. Pot predstavlja orodje za dvig zdravstvene pismenosti pacientov na področju navigacije pacient po zdravstvenem sistemu z namenom omogočanja celostne oskrbe in enakosti za vse paciente ne glede, kje v državi vstopajo v zdravstveni sistem (Štemberger Kolnik idr., 2023).

V zadnjih dveh proučevanih letih so se med podatke o umrljivosti zaradi visoke stopnje umrlih zaradi podatki o infekcijskih boleznih s poudarkom na koronavirusni bolezni, ki predstavlja 3.409 umrlih moških in 3.287 umrlih žensk v obdobju dveh let. Prav tako se je v obdobju pandemije koronavirusne bolezni povečala umrljivost v svetovnem merilu. Dessie in Zewotir (2021) sta ugotavljala povezanost umrljivosti zaradi koronavirusne bolezni in dejavniki tveganja ter vedenjem povezanim z zdravjem in prikazala statistično pomembno pogostejšo umrljivost zaradi koronavirusne bolezni pri kadilcih, pacientih s kronično obstruktivno boleznijo pljuč in srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo, visok krvni tlak, debelostjo, rakom in akutno okvaro ledvic. Talic in sodelavci (2021) koronavirusno bolezen povezujejo z osebni zaščitnimi in socialnimi ukrepi vključno z umivanjem rok, nošenjem mask in fizičnim distanciranjem, ki so predstavljali odgovornost posameznika in so ob neupoštevanju pripomogli k hitrejšemu širjenju koronavirusne bolezni in večje umrljivosti zaradi večje incidence.

Najpogosteje pa v zadnjih letih ljudje v svetu in v Sloveniji zbolevajo (incidenca, prevalenca) za rakavimi obolenji. V predstavljenih podatkih zasledimo najvišjo incidenco v skupini druge lokacije, kjer so zajete različne oblike raka. Najvišja incidenca raka pri moških in pri ženskah, ki v obdobju osmih let vztrajno raste, so maligne neoplazme kože. Tako melanom kot nemelanomski kožni rak predstavljata najpogostejšo vrsto raka pri belopoltih populacijah v svetu. Kažeta sicer naraščajočo stopnjo incidence, vendar stabilno ali padajočo stopnjo umrljivosti (Leiter idr., 2020). Leiter idr. (2014) predvidevajo, da naraščajoča stopnja incidence raka kože temelji na kombinaciji povečane izpostavljenosti ultravijolični ali sončni svetlobi, povečanih aktivnosti na prostem, spremembah v slogu oblačenja, podaljšani življenjski dobi, tanjšanju ozonskega plašča, genetiki in v nekaterih primerih tudi imunske supresiji. Po mnenju Leiterja in sodelavcev (2020) je med mlajšo populacijo predvsem v Avstraliji in Novi Zelandiji opazna stabilizacija ali upadanje stopnje incidence kožnega raka, ki jo lahko pripišemo kampanjam

primarne preventive, katerih cilj je zmanjšati izpostavljenost UV-sevanju. Nasprotno pa stopnje incidence kožnega raka še vedno naraščajo v večini evropskih držav in v ZDA. Trend nižanja stopnje umrljivosti se pripisuje zgodnjemu odkrivanju kožnega raka (Leiter idr., 2020). Ne glede na to, da predhodni avtor govori o večji incidenci kožnega raka med belopolto populacijo, se z izzivom povečane incidence kožnega raka soočajo tudi v azijskih državah. Huang in sodelavci (2023) potrjujejo, da se incidenca kožnega raka povečuje s starostjo populacije ter da se najpogosteje kožni rak pojavi na vratu ali glavi, kar pripisujejo večji izpostavljenosti ultravijoličnemu sevanju teh delov telesa. Prav tako pa navajajo, da se kožni rak pogosteje pojavlja pri pacientih, ki imajo spremljajoče bolezni, kot sta povišan krvni tlak in sladkorna bolezen.

Iz prikazanih podatkov je razvidno, da v moški populaciji predstavlja velik izziv tudi rak prostate, saj trend incidence in umrljivosti ostaja zmeren z manjšimi nihanji navzdol in navzgor. Rak prostate je tudi v svetovnem merilu druga najpogostejša diagnoza raka pri moških in peti vodilni vzrok smrti. Leta 2018 je po vsem svetu prijavljenih 1.276.106 novih primerov raka prostate (Rawla, 2019), v letu 2020 pa že 1 414 000 novih primerov (Gandaglia idr., 2021). Severna Evropa ima najvišjo pojavnost raka prostate v vseh starostnih skupinah, medtem ko je bila najnižja stopnja incidence raka prostate v južni in srednji Aziji (Gandaglia idr., 2021). Umrljivost zaradi raka prostate je povezana s starostjo, saj je večja v populaciji moških po 65. letu starosti. Afroameriški moški imajo najvišjo stopnjo obolevnosti in bolj agresiven tip raka prostate v primerjavi z belimi moškimi (Rawla, 2019). Leta 2020 je bilo po ocenah več kot 375.000 smrti po vsem svetu, splošna umrljivost zaradi raka prostate pa je bila 7,7 na 100.000 prebivalcev z najvišjo stopnjo na Karibih in najnižjo v južni srednji Aziji (Gandaglia idr., 2021). Pojavnost raka prostate je tesno povezana z naraščajočo starostjo in drugimi dejavniki, kot so družinska anamneza, debelost, kadilske navade, anamneza vazektomije in uživanje alkohola (Ati, 2021). Klinično se rak prostate manifestira na različne načine. Dijagnozo raka prostate se postavi na podlagi vrednosti serumskega prostata specifičnega antigena (PSA) in v nadaljevanju zbiopsijo prostate (Mijović idr., 2020). V zgodnji fazi je rak prostate lahko asimptomatičen in ima pogosto indolenten potek, ki lahko zahteva le aktivno spremljanje (Rawla, 2019).

V ženski populaciji je v pregledu incidence in umrljivosti najpogostejši rak dojke. Tudi za to obolenje je bila že pripravljena pot pacienta po zdravstvenem sistemu, ki je bila oblikovna v okviru projekta Dvig zdravstvene pismenosti populacije v Sloveniji (Štemberger Kolnik in Ljubič, 2023).

Zaključek

V članku predstavljeni rezultati incidence, prevalence in umrljivosti v obdobju osmih let potrjujejo, da so izziv družbe tako v svetu kot v Sloveniji bolezni srca in žilja, rakava obolenja, med katerimi je najpogostejši kožni rak, rak prostate in rak dojke. V času pandemije so po umrljivosti prevladovali infekcijske bolezni predvsem zaradi koronavirusne bolezni. S pregledom podatkov smo potrdili, da je smiselno pripraviti pot pacienta z rakom kože in rakom prostate po zdravstvenem sistemu, saj sta oba lahko obvladljiva z učinkovitim obvladovanjem dejavnikov tveganja, pravočasnim odkrivanjem, diagnosticiranjem in zdravljenjem.

PRAVICA PACIENTOV DO ZDRAVSTVENIH STORITEV IN ČAKALNE DOBE V SLOVENIJI

Teoretična izhodišča

Zdravstveno varstvo je ena izmed osnovnih človekovih pravic, ki jo zagotavlja ustava Republike Slovenije (Urani list, 1991). Zagotavljanje dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe je ključnega pomena za ohranjanje zdravja in blaginje posameznikov. Vendar se v praksi pogosto srečujemo s težavo čakalnih vrst, ki lahko negativno vplivajo na posameznikove pravice do zdravstvenega varstva. Ustava Republike Slovenije (1991) v 41. členu jasno določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva po meri človeka, kar pomeni, da morajo biti storitve zdravstvenega varstva dostopne vsem brez diskriminacije in načina plačila. Prav tako Ustava Republike Slovenije (1991) v 49. členu zagotavlja pravico do socialne varnosti, vključno s pravico do zdravstvenega zavarovanja, kar omogoča posamezniku dostop do zdravstvenega varstva ne glede na socialni status ali finančne zmožnosti. Kljub tem ustavnim zagotovitvam se v Sloveniji še vedno soočamo s problematiko dolgih čakalnih dob, ki lahko ogrožajo uresničevanje pravic ljudi do zdravstvene oskrbe. Dolge čakalne dobe za preglede, posege ali operacije lahko privedejo do poslabšanja zdravstvenega stanja pacientov ali celo zapletanja bolezni. V takšnih primerih se postavlja vprašanje, ali se pravica do zdravstvenega varstva dejansko uresničuje v skladu z ustavnimi določbami.

Na spletni strani Združenih narodov (United Nations, 2024) je zapisano: »Pravica do zdravja je vključujoča pravica, ki ne zajema le pravočasne in ustrezne zdravstvene oskrbe, temveč tudi temeljne dejavnike zdravja«, kar zajema ustrezna oskrba z varno hrano, prehrano in stanovanjem; dostop do varne in pitne vode ter ustreznih sanitarnih razmer; zdrave poklicne in okoljske razmere; dostop do zdravstvenega izobraževanja in informacij, vključno s spolnim in reproduktivnim zdravjem. Butala (2003) je zapisala, da ima vsak posameznik pravico do življenjske ravni, ki zagotavlja zdravje in blaginjo zanj ter njegovo družino, vključno z zdravstveno oskrbo ter pravico do varstva v primeru bolezni in starosti. Zdravstveno varstvo naj bo osredotočeno na izboljšanje zdravja posameznikov in povečanje kakovosti njihovega življenja. Nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva bi moralo biti v skladu z interesi in pravicami pacientov. Kwame in Petručka (2022) poudarjata tretji cilj trajnostnega razvoja, ki je usmerjen v doseganje univerzalne zdravstvene oskrbe za izboljšanje zdravja in spodbujanja dobrega počutja ter implicitno priznava pravico do zdravja za vse.

Pravice posameznika do zdravja ne vsebuje le pravic, temveč tudi svoboščine. Vsakdo, ki vstopa v zdravstveni sistem, mora imeti možnost, da samostojno odloča o svojem zdravju, če ima za to fizične in psihične zmožnosti. V tem primeru svoboščine vključujejo pravico do nadzora nad lastnim zdravjem, vključno z zagotavljanjem sistema zdravstvenega varstva in temeljnih družbenih determinant zdravja, ki ljudem zagotavlja enake možnosti, da uživajo najvišji dosegljiv standard zdravja (Organizacija združenih narodov, 2024).

Pacientove pravice so ključni del človekovih pravic, ki spodbujajo in vzdržujejo koristne odnose med pacienti in ponudniki zdravstvenih storitev. Njihova vloga je potrditi temeljne človekove pravice znotraj zdravstvenega varstva, zagotavljati humano obravnavo pacientov ter zaščito in spodbujanje dostojanstva, integritete in spoštovanja. Opredelitev pacientovih pravic bi morala krepiti odnose med

pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev, ki bodo zaznamovani z medsebojno podporo in spoštovanjem, ter zagotoviti pacientom pravico do avtonomije, svobodnega izražanja, samoodločanja, informacij, prilagojene pozornosti in nediskriminacije (Abdho idr., 2015). Zakon o pacientovih pravicah (2008) je bil napisan z namenom omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravstveni delavci ali sodelavci. V člankih, ki smo jih zasledili na relevantnih spletnih straneh, se s problematiko pacientovih pravic pretežno ukvarjajo raziskovalci s področja zdravstvene nege. Raef Fouad idr. (2020) ocenjujejo zadovoljstvo pacientov in dojemanje kakovosti zdravstvene oskrbe z dimenzijami osebnega vrednotenja, ki zajema pacientova pričakovanja glede njegovega zdravstvenega stanja ter zagotavljanja njegovih pravic v zdravstvenem sistemu v odnosu z medicinsko sestro. Pacientove pravice so postale prioriteta v oblikovanju zdravstvene politike in izvajanju zdravstvenih storitev po vsem svetu. So ključni indikator kakovosti zdravstvene oskrbe ter osnova za določanje standardov zdravstvenih storitev. Listina o pacientovih pravicah je v različnih državah po svetu oblikovana z namenom zagotoviti etično obravnavo vseh pacientov, povečati njihovo zaupanje v zdravstveni sistem, omogočiti reševanje morebitnih težav ter spodbujati aktivno vlogo pacientov pri ohranjanju ali izboljšanju zdravja. Hkrati poudarja pomen močnih odnosov med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev (Tabassum idr., 2016).

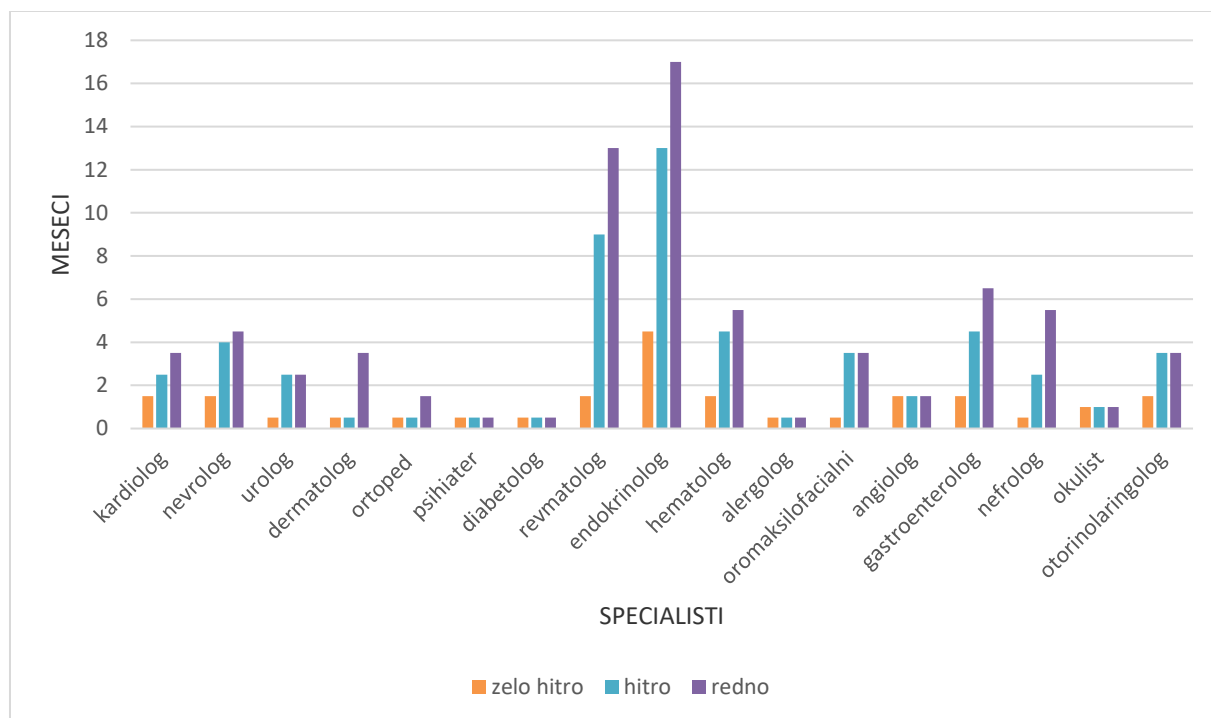
Plahuta idr. (2022) so v času koronavirusne pandemije ugotavljali zadovoljstvo pacientov z dostopnostjo do zdravstvenih storitev. Zaradi omejevanja gibanja v času koronavirusne pandemije je prišlo do omejitev obiskovanja zdravstvenih ustanov in izvajanja neposrednega zdravstvenega varstva, posledično so se za paciente podaljšale čakalne vrste. Rezultati raziskave so pokazali manjšo stopnjo zadovoljstva z dostopnostjo do zdravstvenih storitev. Zaupanje do zdravstva in zdravstvenih storitev in njuna dostopnost se v Sloveniji v času koronavirusne pandemije nista izrazito spremenila. Zakon o pacientovih pravicah (2008) v 3. členu določa, da ima pacient pravico do dostopa do zdravstvenih storitev v razumnem času. To pomeni, da bi morale biti čakalne dobe primerne glede na nujnost zdravstvenega stanja in potrebo pacienta. V primeru, da so čakalne dobe neprimerno dolge, ima pacient pravico do informacij o razlogih za čakanje ter pravico do ustrezne obravnave in rešitve problema. Tako pacientove pravice delujejo kot mehanizem za zagotavljanje učinkovitega dostopa do zdravstvene oskrbe in preprečevanje kršitev ustavnih pravic do zdravstvenega varstva. V zdravstvu prevladujejo čakalne vrste pacientov, ki ustvarjajo eno od meril dostopa do zdravstvene oskrbe – čakalne dobe (Palvannan in Teow, 2012). Avtorja predstavita štiri ključne dejavnike, ki vplivajo na pacientovo čakalno dobo: povprečno povpraševanje pacientov, povprečno stopnjo storitev in razlike med obema.

Metodologija

Pregledane so bile spletne strani (<https://cakalnedobe.ezdrav.si/>), kjer pacienti lahko dostopajo do podatka o čakalnih dobah na različnih področjih zdravstvenega varstva. V pregled smo zajeli samo čakalne vrste za prvi specialistični pregled na 17 področjih. Pregled smo izvedli ločeno glede na stopnjo nujnosti izdane napotnice, ki jo pridobi pacient: »zelo hitro«, »hitro« in »redno«. Napotnic s stopnjo nujnosti z oznako »nujno« nismo vključili, saj morajo biti pacienti, ki prejmejo napotnico z oznako »nujno« pregledani takoj oz. v 24h urah. V nadaljevanju smo pristojni organ v Sloveniji zaprosili za pridobitev podatkov o čakalnih vrstah po posameznih strokovnih področjih. Prejeli smo podatke za 38.932 področij, opredeljenih glede na specifiko pregleda za različna stanja in bolezni. V rezultatih bomo prikazali le tiste podatke o čakalnih dobah, ki so povezane z izbranimi petimi boleznimi.

Rezultati

Na sliki 1 so prikazani podatki, ki jih na spletnih portalih za naročanje vidi pacient, ki se želi naročiti pri posameznem specialistu za prvi pregled.



Slika 1: Čakalne vrste pri posameznih specialistih za prvi pregled glede na stopnjo nujnosti, predpisano na napotnici, opredeljeno v mesecih

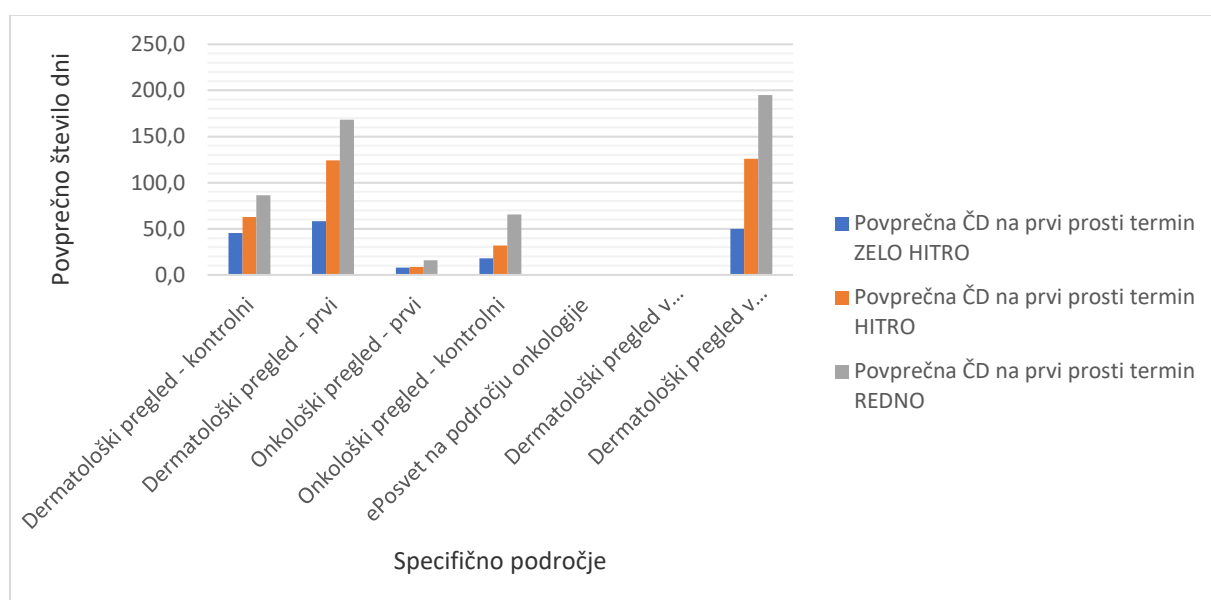
Najkrajše čakalne dobe za prvi specialistični pregled pod stopnjo nujnosti »zelo hitro« zasledimo na področjih, kot so urologija, dermatologija, ortopedija, psihiatrija, diabetologija, alergologija, oromaksilofacialna kirurgija in nefrologija, kjer je čakalna doba 0,5 meseca ali manj. Pri okulistu je čakalna doba 1 mesec. Najdaljše čakalne dobe za prvi specialistični pregled pod stopnjo nujnosti »zelo hitro« zasledimo na področju endokrinologija, kjer čakalna doba znaša 4,5 meseca. Pri kardiologu, nevrologu, revmatologu, angiologu, gastroenterologu in otorinolaringologu zanaša čakalna doba 1,5 meseca.

Najkrajše čakalne dobe za prvi specialistični pregled pod stopnjo nujnosti »hitro« so na področjih dermatologija, psihiatrija, ortopedija, diabetologija in alergologija, kjer čakalna doba znaša 0,5 meseca ali manj. Pri okulistu je čakalna doba 1 mesec. Najdaljše čakalne dobe za prvi specialistični pregled pod stopnjo nujnosti »hitro« zasledimo na področjih endokrinologija brez diabetologije, kjer čakalna doba znaša 13 mesecev, revmatologija devet mesecev, hematologija in gastroenterologija pa 4,5 meseca. Na področju otorinolaringologije in oromaksilofacialne kirurgije je čakalna doba 3,5 meseca, na področju kardiologije in urologije pa 2,5 meseca in pri ostalih specialistih 1,5 meseca ali manj.

Najkrajše čakalne dobe za prvi specialistični pregled pod stopnjo nujnosti »redno« so na področjih diabetologija, psihiatrija in alergologija, kjer je čakalna doba 0,5 meseca ali manj. Pri okulistu je čakalna doba en mesec. Najdaljše čakalne dobe za prvi specialistični pregled pod stopnjo nujnosti »redno« so na področjih endokrinologija brez diabetologije, kjer je čakalna doba 17 mesecev, revmatologija 13 mesecev in gastroenterologija 6,5 meseca. Najkrajša čakalna doba (1,5 meseca oz. manj) je na področju

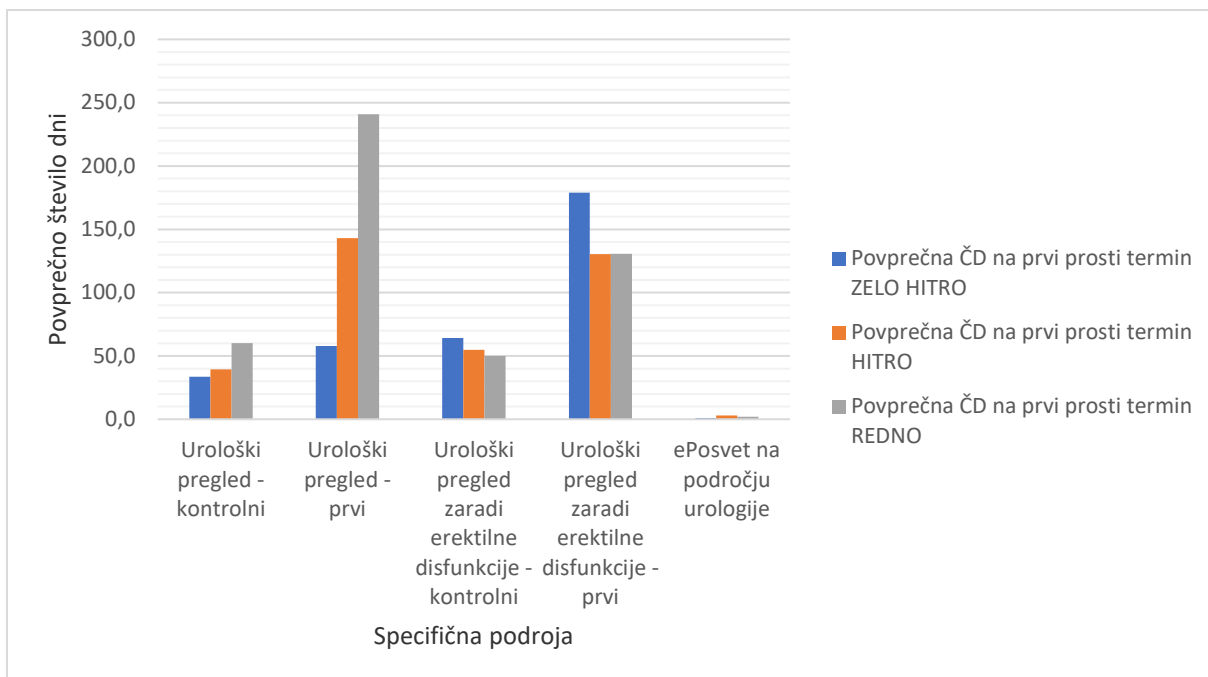
psihiatrije, angiologije in okulistike. Najkrajše čakalne dobe za prvi specialistični pregled pod stopnjo nujnosti »zelo hitro«, »hitro« in »redno« so na področjih psihiatrije, diabetologije in alergologije, na vseh treh stopnjah nujnosti so 0,5 meseca ali manj. Najkrajše čakalne dobe za prvi specialistični pregled pod stopnjo nujnosti »zelo hitro« in »hitro« so na področju ortopedije, v obeh primerih 0,5 meseca ali manj. Najdaljše čakalne dobe za prvi specialistični pregled pod stopnjo »hitro« in »redno« so na področjih revmatologije (hitro: 9 mesecev; redno: 13 mesecev), hematologije (hitro: 4,5 meseca; redno: 5,5 mesecev) in gastroenterologije (hitro: 4,5 mesecev; redno: 6,5 mesecev). Najdaljše čakalne dobe za prvi specialistični pregled na vseh treh stopnjah pod stopnjo nujnosti »zelo hitro« (4,5 meseca), »hitro« (13 mesecev) in »redno« (17 mesecev) so na endokrinologiji.

V nadaljevanju prikazujemo rezultate bolj podrobnega pregleda čakalnih vrst za posamezno izbrano stanje/bolezen. Glede na to, da v seznamu storitev v zdravstvu, za katere se vodijo čakalne vrste, nismo našli opredeljenih storitev za posamezno obolenje, smo zajeli storitev, v katerih bi lahko bili zajeti pacienti z rakom prostate, z rakom kože, s parodontalno boleznijo, inkontinenco in demenco.



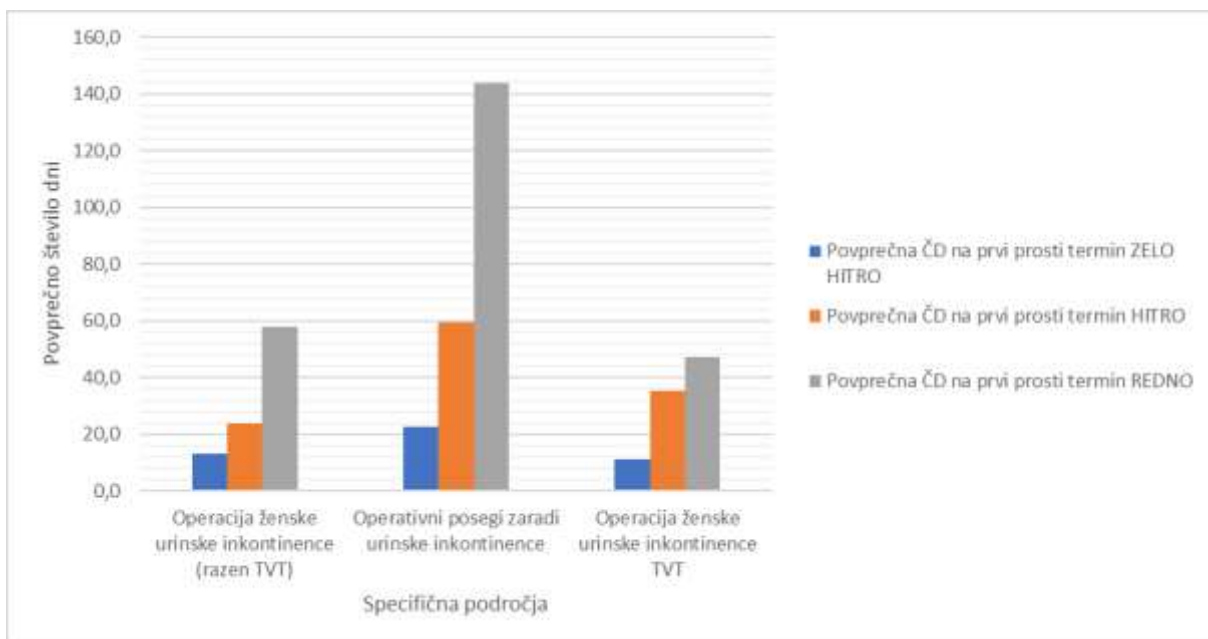
Slika 2: Prikaz povprečnega čakalnega števila dni glede na zdravstvene storitve, ki jih lahko uporabi pacient z rakom kože

Pregledali smo zdravstvene storitve, ki jih lahko uporabi pacient za diagnosticiranje raka kože in ki so bile v seznamu prejetih podatkov o čakalnih vrstah. Zajeli smo storitve: Dermatološki pregled – kontrolni, Dermatološki pregled – prvi, Onkološki pregled – prvi, Onkološki pregled – kontrolni, ePosvet na področju onkologije, Dermatološki pregled v subspecialistični dermatoonkološki ambulanti – kontrolni, Dermatološki pregled v subspecialistični dermatoonkološki ambulanti – prvi (slika 2). Pacient z napotnico čaka največ časa na prvi dermatološki pregled (zelo hitro: 58,2 dneva; hitro: 124,2 dneva; redno: 168,1 dneva). Tudi na prvi dermatološki pregled v subspecialistični dermatoonkološki ambulanti pacient čaka z napotnico pod stopnjo nujnosti »zelo hitro« 50 dni, z napotnico pod stopnjo nujnosti »hitro« 126 dni in z napotnico pod stopnjo nujnosti »redno« 195 dni.



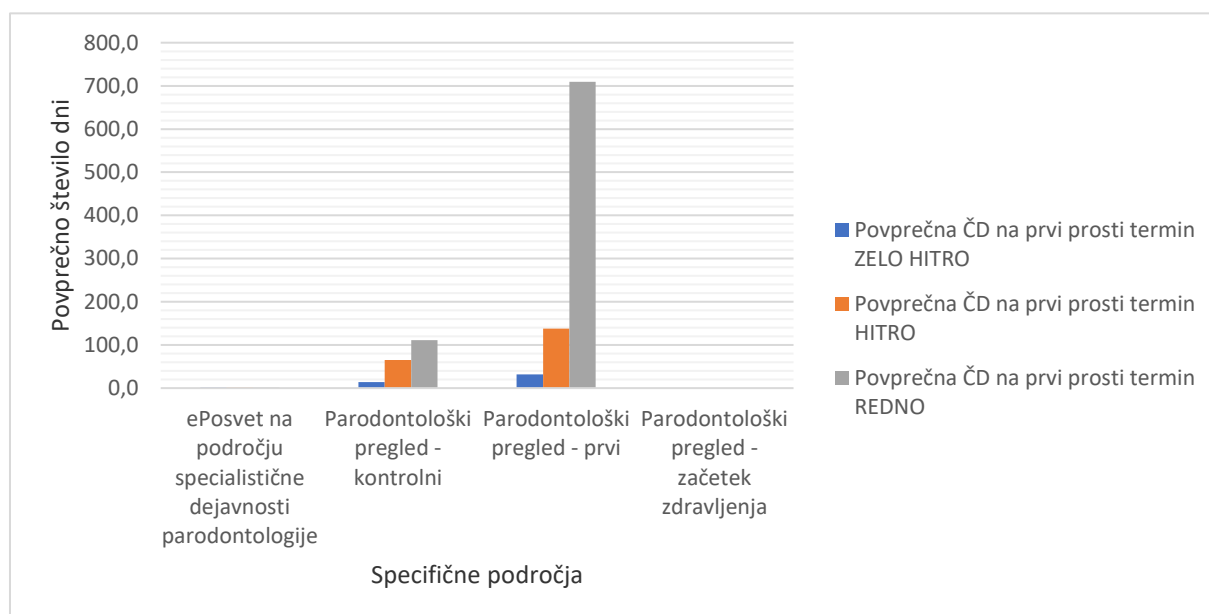
Slika 3: Prikaz povprečnega čakalnega števila dni glede na zdravstvene storitve, ki jih lahko uporabi pacient z rakom prostate

Pregledali smo zdravstvene storitve, ki jih lahko uporabi pacient za diagnosticiranje raka prostate in ki so bile v seznamu prejetih podatkov o čakalnih vrstah. Zajeli smo storitve: Urološki pregled – kontrolni, Urološki pregled – prvi, Urološki pregled zaradi erektilne disfunkcije – kontrolni, Urološki pregled zaradi erektilne disfunkcije – prvi, ePosvet na področju urologije. Najdlje čakajo pacienti z napotnico pod stopnjo nujnosti »zelo hitro« na prvi urološki pregled zaradi erektilne disfunkcije (179 dni). Na prvi urološki pregled pod stopnjo nujnosti »redno« čakajo pacienti (240,9 dneva). Najkrajšo čakalno dobo imajo pacienti za ePosvet na področju urologije – na vse tri opredeljene stopnje nujnosti na napotnici (slika 3).



Slika 4: Prikaz povprečnega čakalnega števila dni glede na zdravstvene storitve, ki jih lahko uporabi pacient z inkontinenco

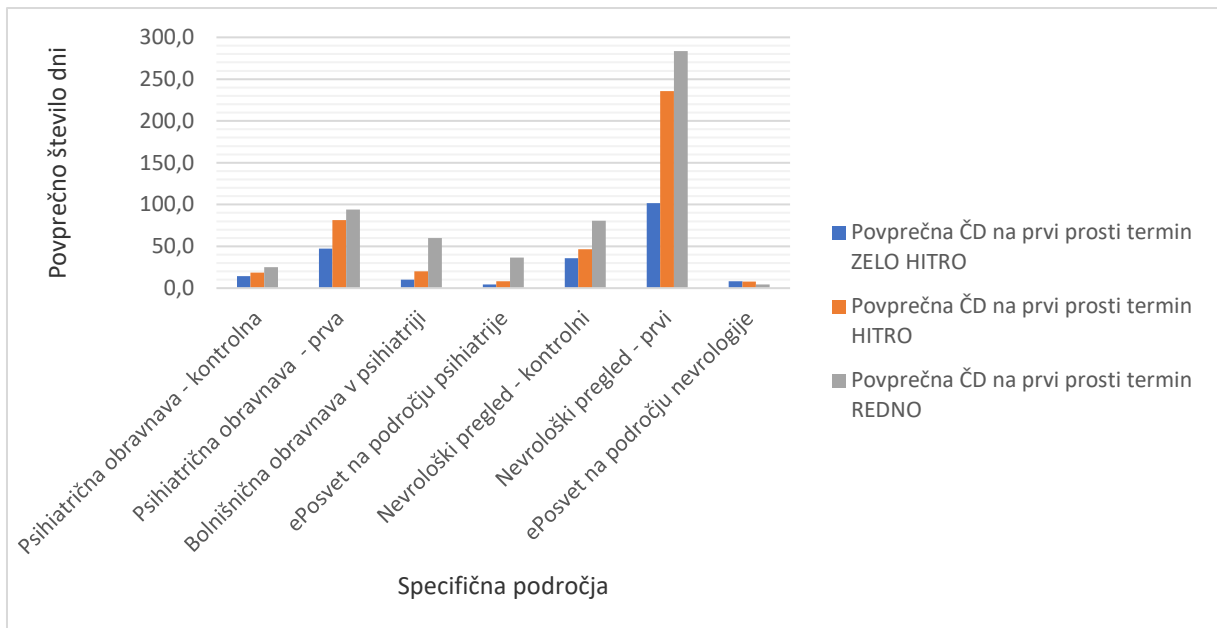
Na sliki 4 prikazujemo zdravstvene storitve, ki so povezane z inkontinenco. Zajeli smo storitve: Operacija ženske urinske inkontinence (razen TVT), Operativni posegi zaradi urinske inkontinence in Operacija ženske urinske inkontinence TVT. Diagnozo inkontinence lahko postavi osebni izbrani specialist družinske medicine ali osebni izbrani ginekolog. Iskali smo specialistične preglede, ki so potrebni za nadaljnjo obravnavo inkontinence. Najdaljšo čakalno dobo imajo operativni posegi zaradi urinske inkontinence z opredeljeno stopnjo nujnosti »redno«, ki znaša kar 143,8 dneva.



Slika 5: Prikaz povprečnega čakalnega števila dni glede na zdravstvene storitve, ki jih lahko uporabi pacient s parodontalno boleznijo

Na sliki 5 prikazujemo zdravstvene storitve, na katere se naroča pacient s parodontalno boleznijo. Zajeli smo storitve: ePosvet na področju specialistične dejavnosti parodontologije, Parodontološki pregled – kontrolni, Parodontološki pregled – prvi, Parodontološki pregled – začetek zdravljenja. Na prvi parodontološki pregled čaka pacient z napotnico s stopnjo nujnosti »redno« (709,6 dneva).

Na sliki 6 prikazujemo zdravstvene storitve, ki jih lahko uporabi pacient za postavitev diagnoze demenca pri specialistih tako na področju psihiatrije kot na področju nevrologije. Konkretno za demenco v naboru podatkov, nismo našli nobene storitve z opredeljeno diagnozo demenca. Najdlje pacienti čakajo na prvi nevrološki pregled z napotnicami z vsemi stopnjami nujnosti: »zelo hitro« 101,8 dneva, »hitro« 235,6 dneva in »redno« 283,6 dneva. Najkrajša čakalna doba je pri vseh treh stopnjah nujnosti na ePosvet na področju nevrologije.



Slika 6: Prikaz povprečnega čakalnega števila dni glede na zdravstvene storitve, ki jih lahko uporabi pacient z demenco

V tabeli 1 prikazujemo skupno število čakajočih pacientov glede na izbrane specialistične preglede in kaže, da je na področju kontrolnih onkoloških pregledov navedenih največ čakajočih (N = 37.521), kar pa verjetno ni skrb vzbujajoča številka, saj ni nobenega pacienta, ki bi čakal nad dopustno čakalno dobo. Sklepamo lahko, da pacienti ob pregledih dobijo datum za nadaljnji pregled, ki ustvari »umetno« čakalno vrsto. Enak fenomen opazimo pri kontrolnih pregledih na področju psihiatrije (N = 30.294), urologije (N = 22.700) in nevrologije (N = 18.797). Podobni podatki so tudi pri ostalih kontrolnih pregledih. Skrb vzbujajoči so podatki, da na prvi dermatološki pregled čaka 13.205 pacientov, od tega jih 6.591 čaka nad dopustno čakalno dobo. Največ čakajočih nad dopustno čakalno dobo je s stopnjo nujnosti »hitro«. Na prvi parodontološki pregled čaka 6.832 pacientov, od teh jih čaka 4.986 nad dopustno čakalno dobo. Največ jih čaka s stopnjo nujnosti »redno« (N = 4.448). Na operacijo ženske urinske inkontinence TVT čakajo 204 ženske, od tega jih 111 žensk čaka nad dopustno čakalno dobo.

Tabela 1: Prikaz skupnega števila čakajočih in števila čakajočih glede na stopnjo nujnosti, opredeljeno na napotnici

VZS naziv	Število čakajočih skupna vsota	Število čakajočih NAD dop. ČD Zelo hitro	Število čakajočih NAD dop. ČD Hitro	Število čakajočih NAD dop. ČD Redno	Število čakajočih NAD dop. ČD skupna vsota
Dermatološki pregled – kontrolni	16.466	0	0	0	0
Dermatološki pregled – prvi	13.205	1.134	3.160	2.297	6.591
Onkološki pregled – prvi	104	3	0	9	12
Onkološki pregled – kontrolni	37.521	0	0	0	0
Dermatološki pregled v subspecialistični dermatoonkološki	36	0	0	0	0
Dermatološki pregled v subspecialistični dermatoonkološki	779	72	276	311	659
Urološki pregled – kontrolni	22.700	0	0	0	0
Urološki pregled – prvi	4.464	519	1.106	454	2.079
Urološki pregled zaradi erektilne disfunkcije - kontrolni	63	0	0	0	0
Urološki pregled zaradi erektilne disfunkcije - prvi	59	1	20	6	27
Operacija ženske urinske inkontinence (razen TVT)	43	0	1	4	5
Operativni posegi zaradi urinske inkontinence	16	0	0	9	9
Operacija ženske urinske inkontinence TVT	204	2	13	96	111
Parodontološki pregled - kontrolni	6.084	0	0	0	0
Parodontološki pregled – prvi	6.832	35	503	4.448	4.986
Parodontološki pregled – začetek zdravljenja	4	0	0	4	4
Psihiatrična obravnava – kontrolna	30.294	0	0	0	0
Psihiatrična obravnava – prva	2.165	280	198	31	509
Bolnišnična obravnava v psihiatriji	47	0	5	15	20
Nevrološki pregled – kontrolni	18.797	0	0	0	0
Nevrološki pregled – prvi	9.004	826	3.565	798	5.189

Razprava

V Sloveniji se lahko pacient na specialistične preglede, diagnostične preiskave in druge zdravstvene storitve naroči s pridobljeno napotnico, ki jo na podlagi pregleda izda osebni zdravnik ali specialist. Na napotnici je opredeljena napotna diagnoza, specialist in stopnja nujnosti pregleda. Napotnico je potrebno predložiti izvajalcu zdravstvene dejavnosti v določenem roku po njeni izdaji: najpoznejše naslednji dan, če je na napotnici označena stopnja nujnosti »nujno«, v sedmih dneh, če je označena stopnja nujnosti »zelo hitro«, v 21 dneh, če je stopnja nujnosti »hitro« ali »redno« (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2024).

Na spletnih straneh Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je zapisano, da izvajalci zdravstvene dejavnosti vodijo čakalne sezname skladno z Zakonom o pacientovih pravicah (2008) in skladno s Pravilnikom o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (2018), ki ga sprejme Minister za zdravje. V zadnjih letih se v Sloveniji kritično gleda na čakalne dobe; saj se iz leta v leto daljšajo. Najdaljša dopustna čakalna doba za posamezno zdravstveno storitev je določena glede na stopnjo nujnosti. Stopnjo nujnosti določi zdravnik, ki izda napotnico, na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic, strokovne presoje in ob upoštevanju največje zdravstvene koristi za pacienta, pri čemer se upošteva razumen čas. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo

nujnosti »nujno« se izvedejo takoj, oziroma 24 ur od predložitve napotnice in niso predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »zelo hitro« se izvedejo v 14 dneh od predložitve napotnice. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »hitro«, se izvedejo v treh mesecih (90 dni) od predložitve napotnice, zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »redno« pa se izvedejo najpozneje v šestih mesecih od predložitve napotnice. V prikazanih podatkih je razvidno, da so na področjih, ki smo jih zajeli v raziskavo pogosto čakalne dobe na prvi specialistični pregled nad dopustnimi čakalnimi dobami.

Ministrstvo za zdravje (2023) je pripravilo analizo čakalnih dob. V analizi sta zajeti dve različni obdobji: 2022 v primerjavi z letom 2019 (polni leti, pred in po-covid-19) in 2023 v primerjavi z letom 2022. V obdobju med letom 2022 in 2019 se je število čakajočih povečalo za 7 %, nad dopustno mejo čakanja pa za 15 %. Ključni vzroki, ki jih Ministrstvo za zdravje navaja, so povečanja števila izdanih relevantnih napotnic (ne-nujnih) (+7 %), večji delež napotnic z oznako »zelo hitro« (25 % v 2022, 8 % v 2019) na račun »rednih napotnic« (23 % v 2022, 37 % v 2019). Pogostejše predpisovanje napotnic z oznako zelo hitro botruje k hitrejšemu premiku nad dopustno mejo in posledično višjemu številu čakajočih nad dopustno mejo in številu obravnav specialistov višje za 7 % v letu 2022 glede na leto 2019. Dinamika v obdobju 2023 v primerjavi z letom 2022 je drugačna. Število čakajočih je višje za 8 %, nad dopustno mejo pa je število čakajočih višje za 20 % (podatki na letni ravni). Ključni vzroki, ki jih Ministrstvo za zdravje navaja so zmanjšanje deleža napotnic z oznako nujno (11 % v 2023, 20 % v 2022), predvsem v smeri višjega deleža napotnic z oznako hitrih (38 % v 2023, 32 % v 2022) in posledično povečanje števila relevantnih napotnic (ne-nujnih) za 24 % na letni ravni (2023 glede na 2022); večje število relevantnih napotnic, ki štejejo za čakalne vrste, pomeni povišanje tako števila čakajočih kot tudi števila čakajočih nad dopustno mejo. Število obravnav specialistov je bilo v letu 2023 višje za 5 % glede na število specialističnih obravnav v letu 2022 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023). Pregled čakalnih dob glede na specialistični pregled, ki jih vidi pacient na portalu za naročanje, kaže, da so najkrajše čakalne dobe na vseh treh stopnjah nujnosti na področju psihiatrije, diabetologije in alergologije. Najdaljša čakalna doba pa je na področju endokrinologije.

Prepoznavanje in vodenje, predvsem pa pravočasno ukrepanje ob odkritju velikih odstopanj od dopustnih čakalnih dob, je ključno vprašanje na številnih področjih zdravstvenih storitev. Dupuis idr. (2022) so ugotovili, da so dolge čakalne dobe za rehabilitacijske storitve povezane s številnimi škodljivimi učinki pri invalidih. Študija je ugotovila pozitivne učinke številnih strategij preoblikovanja storitev, da se skrajšajo čakalne dobe in da se pomaga bolje odgovoriti na potrebe oseb s telesnimi okvarami. Naiker idr. (2018) so identificirali strategijo za obvladovanje čakalnih dob, ki zajema povečanje operativne učinkovitosti in izboljšanje procesov, da lahko zagotavljajo celovit pristop k oskrbi pacienta in skrajša čakalne dobe. Fun idr. (2022) ugotavljajo, da sta dolge čakalne dobe in gneča glavni težavi, ki vplivata na zagotavljanje ambulantnih storitev, vendar ni jasno, kako to vpliva na paciente. Javni zavodi imajo daljše čakalne dobe kot zasebni. Njihova študija je pokazala, da bi zgodnji čas začetka posvetovanja, ki se ujema s časom prihoda pacienta in postopnim prihodom, lahko zmanjšal mediani čas registracije in klinike za javne in zasebne ustanove za 40 % oziroma 21 %. Podobno bi se lahko število pacientov, ki čakajo na kliniki na uro pregleda, zmanjšalo za 10–21 %. Stute idr. (2020) menijo, da so dolge čakalne dobe v specialističnih ambulantah običajne v javnih zdravstvenih ustanovah, opozorijo pa, da vsi pacienti ne potrebujejo posveta z zdravnikom – specialistom. Vpliv na ambulantne čakalne dobe specialistov je bil različen glede na model storitve in značilnosti poti. Lewis idr. (2018) so raziskovali vpliv čakalnih dob na izide zdravljenja pri pacientih in ugotovili, da je raven dokazov, da bi čakalne dobe vplivale na izide zdravljenja v primarnem

zdravstvenem varstvu nizka, medtem ko se kažejo statistično pomembne povezave med čakalnimi dobami in zdravljenjem v specialističnih ambulantah, recimo na področju psihiatrije, mišično skeletnih obolenj in drugih. V Kanadi so izvajalci primarne oskrbe vhodna vrata do drugih storitev v zdravstvenem sistemu. V primerjavi z drugimi državami imajo v Kanadi dolge čakalne dobe za napotitve na specialistične preglede, kar vodi do slabših zdravstvenih rezultatov (Marshall idr., 2023). Liddy idr. (2020) so v raziskavi o čakalnih dobah uporabili merilo čakanja od napotitve s strani specialista družinske medicine do pregleda pri specialistu in ocenili, da je v Kanadi mediana čakalnih dob za obisk specialista predolga (11 tednov), 75 % pacientov pa čaka kar 25 tednov. McIntyre in Chow (2020) sta raziskovala čakalne dobe za elektivne operacije in oskrbo na urgentnem oddelku med različnimi državami. Ugotovila sta, da se čakalna doba v različnih razvitih državah v zadnjih desetih letih podaljšuje ali ostane nespremenjena. Pri neposrednih mednarodnih primerjavah se pojavi velik izziv, saj se definicije za vrste čakalnih dob razlikujejo. Čakalne dobe so lahko opredeljene kot čakalne vrste za primarno oskrbo, specialistično oskrbo, sorodne zdravstvene preglede in čas pacienta, porabljen v čakalnicah. Avtorja pa vseeno poudarjata, da ne glede na opredelitev, čakalna doba v teh okoljih prispeva k pomembni težavi dostopa do zdravstvenega varstva.

Zaključek

Ustavne pravice do zdravstvenega varstva v Sloveniji zagotavljajo vsakomur pravico do dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe. Kljub temu se soočamo s problematiko čakalnih dob, ki lahko negativno vplivajo na uresničevanje pravic ljudi do kakovostnega in dostopnega zdravstva. Pacientove pravice v povezavi s čakalnimi dobami delujejo kot pomemben mehanizem za zagotavljanje učinkovitega dostopa do zdravstvene oskrbe in zaščito pacientovih interesov v primeru neprimernih čakalnih dob. S tem je ključnega pomena zagotoviti ustrezen nadzor nad čakalnimi dobami ter učinkovite mehanizme za reševanje težav, ki se lahko pojavijo pri uresničevanju ustavnih pravic do zdravstvenega varstva. Glede na pregled raziskav, izvedenih v drugih državah sveta, lahko potrdimo, da so čakalne dobe svetovna težava, ki ovira dostop posameznikom do zdravstvenih storitev. Poti pacientov po zdravstvenem sistemu z jasno usmeritvijo in določenimi koraki, ki jih postavitev diagnoze, zdravljenje in rehabilitacija na področju posameznega stanja/obolenja zahtevajo, zagotovo lahko omogočijo pacientu tudi hitrejši dostop in kakovostno pot po zdravstvenem sistemu.

STROKOVNI DELEŽNIKI O IZZIVIH POTEKA OBRAVNAVE PACIENTA NA PETIH PODROČJIH BOLEZNI/STANJA

Teoretična izhodišča

Poznavanje poteka obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu je pomembno, saj je njegovo prepoznavanje in razumevanje s strani pacienta ključna prvina zdravstvene pismenosti. Splošno sprejeto je, da se zdravstvena pismenost nanaša na sposobnost posameznikov, da pridobijo, razumejo in uporabijo osnovne zdravstvene informacije in storitve, potrebne za ustrezno odločanje o zdravju (Griese idr., 2020, 2023). Poznavanje poteka obravnave pomeni razumevanje korakov, postopkov in odločitev, ki se pojavljajo v procesu zdravstvene oskrbe, od začetnega stika s sistemom do zaključka zdravljenja. To vključuje tudi razumevanje, kako navigirati po zdravstvenem sistemu, kako so organizirane zdravstvene ustanove, kakšni so postopki diagnoze, zdravljenja in spremljanja ter kako se odločitve o zdravljenju sprejemajo in izvajajo. Višja stopnja zdravstvene pismenosti omogoča boljše razumevanje poteka obravnave, kar pacientom omogoča, da se bolj informirano odločajo o zdravljenju. To lahko vodi do boljših zdravstvenih izidov in večjega zadovoljstva pacientov. Pacienti, ki razumejo zdravstvene informacije in potek obravnave, lahko učinkoviteje komunicirajo s svojimi zdravstvenimi delavci. To pomaga pri jasnejšem izražanju skrbi, vprašanj in preferenc glede zdravljenja. Poznavanje poteka obravnave in zdravstvena pismenost skupaj podpirata samoupravljanje področja zdravja. Pacienti, ki so dobro obveščeni, lahko bolje sledijo svojim načrtom zdravljenja, prepoznajo simptome, ki zahtevajo pozornost, in izvajajo zaščitne ukrepe za ohranjanje zdravja. Razumevanje pomanjkljivosti v poteku obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu je pomembno, saj ko pacienti razumejo zdravstveno pot, lahko bolje upravljajo svoje zdravje, saj so bolj informirani o poteku zdravljenja. To lahko vodi do boljših zdravstvenih izidov in večje samostojnosti pacientov. Ko pacienti razumejo delovanje zdravstvenega sistema, so lahko bolj aktivno vključeni v procese odločanja o svojem zdravljenju. To vključuje razpravo o različnih možnostih zdravljenja, razumevanje tveganj in koristi ter sprejemanje informiranih odločitev, ki ustrezajo njihovim vrednotam in željam. Bolj informirani pacienti lahko igrajo ključno vlogo pri zagovarjanju izboljšav v zdravstvenem sistemu. Z razumevanjem poti obravnave so pacienti tudi bolj pripravljeni prepoznati in nasloviti morebitne neenakosti v oskrbi, ki lahko vplivajo na različne populacije. To je še posebej pomembno v kontekstu zagotavljanja pravičnega dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe za vse skupnosti. Zdravstvena pismenost, ki vključuje razumevanje zdravstvenega sistema in njegovih pomanjkljivosti, je tako ključna za opolnomočenje pacientov, izboljšanje zdravstvenih izidov in spodbujanje bolj odgovornega in vključujočega zdravstvenega sistema (Griese idr., 2020, 2023). Za navigacijo po zdravstvenem sistemu morajo pacienti poznati integrirane klinične poti. Pogoj za poznavanje poteka obravnave po integrirani klinični poti pa je izbor ustreznih poti. Zato se v tem poglavju najprej osredotočamo na tiste poti, pri katerih sta pregled literature in mnenja ključnih strokovnih deležnikov pokazala pomanjkljivosti poteka obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu (področje bolezni/stanj raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni).

Izbor obravnave pacienta z rakom kože za pot, vključeno v navigacijsko zdravstveno pismenost, je v literaturi utemeljen z različnimi razlogi (npr. Apalla idr., 2017; Ali idr., 2018; Razmjooj idr., 2020; Simoes idr., 2015). Prvi razlog je pogostost in naraščajoča incidenca, saj je rak kože eden od najpogostejših oblik raka na svetu. Drugi razlog je zgodnje odkrivanje in preventiva. Rak kože je, če ga odkrijemo zgodaj, eden najlažje zdravljenih oblik raka, kar poudarja pomen preventivnih pregledov in zgodnjega odkrivanja. Tako

lahko poznavanje poteka obravnave in analiza pomanjkljivosti pripomore k izboljšanju preventivnih strategij in zgodnjega odkrivanja. Tretji razlog, ki ga običajno navajajo študije (npr. Apalla idr., 2017; Ali idr., 2018; Razmjooy idr., 2020; Simoes idr., 2015), je dostop do zdravstvenih storitev, saj igra dostop do dermatoloških pregledov in specializiranih zdravstvenih storitev ključno vlogo pri odkrivanju in zdravljenju raka kože. Proučevanje pomanjkljivosti v dostopu do teh storitev lahko razkrije socialno-ekonomske in geografske ovire, s katerimi se soočajo pacienti. Četrti razlog je kakovost življenja pacientov, saj rak kože in njegovo zdravljenje lahko močno vplivata na kakovost življenja pacientov, vključno z njihovim fizičnim videzom, samopodobo in duševnim zdravjem. Peti razlog so izzivi obravnave pacienta pri raku kože, ki vključuje različne vidike, kritične za izboljšanje zdravstvenih izidov in pacientove izkušnje. Pomemben element so čakalne dobe, saj so dolge čakalne dobe za prvi pregled pri dermatologu ali za nadaljnje zdravljenje velik izziv, ker lahko zamuda pri zdravljenju negativno vpliva na izid zdravljenja, zlasti pri agresivnejših oblikah raka kože, kot je melanom (npr. Apalla idr., 2017). Velik izziv za paciente je dostop do informacij. Pacienti se pogosto soočajo s težavami pri pridobivanju jasnih, razumljivih in zanesljivih informacij o vzrokih za nastanek raka kože, pa tudi svoji diagnozi, možnostih zdravljenja in pričakovanih izidih. Zagotavljanje kakovostnih informacij je ključno za osveščanje pacientov, podporo pacientom pri sprejemanju informiranih odločitev o svojem zdravljenju (Apalla idr., 2017; Ali idr., 2018; Razmjooy idr., 2020; Simoes idr., 2015). Psihosocialna podpora je naslednji razlog, ki po teoriji utemeljuje izbor raka kože. Čustvene in psihološke potrebe pacientov z rakom kože so pogosto spregledane. Podpora pri spopadanju z diagnozo, zdravljenjem in njegovimi posledicami, vključno s spremembami videza in samopodobe, je ključna za celostno obravnavo pacienta. Sledenje in nadzor med in po zdravljenju je tudi pomemben element možne vrzeli problemih v poteku obravnave pacienta pri raku kože. Tudi neenakost v zdravstveni oskrbi je pomemben element izziva poteka obravnave pacienta pri raku kože. Geografska, ekonomska in socialna neenakost lahko vpliva na dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe za pacienta z rakom kože (Apalla idr., 2017; Ali idr., 2018; Razmjooy idr., 2020; Simoes idr., 2015). Naslavljanje teh neenakosti je pomembno za zagotavljanje pravične in enakopravne obravnave za vse paciente. Pomembna je tudi komunikacija med zdravstvenim osebjem. Pomanjkljivosti v komunikaciji in koordinaciji med različnimi specialisti, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta, lahko privedejo do zamud, napak in neoptimalnih izidov zdravljenja. Učinkovit multidisciplinarni pristop je ključnega pomena za uspešno obravnavo raka kože. Za izboljšanje poteka obravnave pacientov z rakom kože je treba celovito pristopiti k identifikaciji in naslavljanju teh in drugih povezanih težav. To zahteva sodelovanje med zdravstvenimi delavci, izboljšanje zdravstvenih sistemov in politik, vključevanje pacientov in njihovih družin v proces zdravljenja ter poudarek na stalnem izobraževanju in usposabljanju zdravstvenega osebja (Apalla idr., 2017; Ali idr., 2018; Razmjooy idr., 2020; Simoes idr., 2015).

Izbor obravnave pacienta z rakom prostate za pot, vključeno v navigacijsko zdravstveno pismenost, je v znanstveni literaturi utemeljen z različnimi razlogi, kot sta pogostost in incidenca, saj je rak prostate ena izmed najpogostejših oblik raka pri moških, zlasti v starejši populaciji (npr. Barsouk idr., 2020; Gandaglia idr., 2021; Litwin in Tan, 2017; Rawla, 2019). Visoka prevalenca te bolezni pomeni, da se zdravstveni sistemi pogosto soočajo z obravnavo teh pacientov, kar ponuja obsežno osnovo za izbor te poti. Drugi razlog je kompleksnost diagnosticiranja in zdravljenja. Diagnostični postopki raka prostate, kot so krvni testi za prostatični specifični antigen (PSA), digitalni rektalni pregledi, biopsija in slikovne tehnike, so kompleksni in pogosto zahtevajo natančno usklajevanje med različnimi zdravstvenimi službami. Ta kompleksnost omogoča preučevanje morebitnih pomanjkljivosti v koordinaciji in komunikaciji med zdravstvenimi delavci. Vpliv na kakovost življenja je tudi pomemben razlog izbora. Zdravljenje raka prostate lahko ima pomembne posledice za kakovost življenja pacientov, vključno s težavami, kot sta

urinska inkontinenca in erektilna disfunkcija. To poudarja potrebo po učinkoviti podporni oskrbi in rehabilitacijskih storitvah, ki so ključne komponente celostne obravnave pacientov. Obstajajo tudi razlike v dostopu do zdravljenja. Raziskovanje raka prostate lahko razkrije tudi socio-ekonomske in geografske razlike v dostopu do diagnostičnih in terapevtskih storitev, kar je pomembno za razumevanje in odpravljanje neenakosti v zdravstvenem varstvu (npr. Barsouk idr., 2020; Gandaglia idr., 2021; Litwin in Tan, 2017; Rawla, 2019). Zamude pri diagnozi in zdravljenju so velik izziv poteka obravnave. Pacienti se lahko spopadajo z dolgimi čakalnimi dobami za diagnostične postopke, kot so biopsije, in začetek zdravljenja. Takšne zamude lahko poslabšajo prognozo bolezni in povzročijo dodatno anksioznost pri pacientih. Tudi komunikacijske ovire so ključen razlog, saj slaba komunikacija med različnimi specialisti, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta (urologi, onkologi, radiologi, družinski zdravniki), lahko vodi do nesporazumov in zamud pri zdravljenju; pomembna pa je tudi dobra komunikacija s samimi pacienti in svojci, saj pacienti z rakom prostate s težavo komunicirajo o neprijetnostih (npr. Barsouk idr., 2020; Gandaglia idr., 2021; Litwin in Tan, 2017; Rawla, 2019). Pomanjkanje celostne oskrbe je ključen razlog (npr. Barsouk idr., 2020; Gandaglia idr., 2021; Litwin in Tan, 2017; Rawla, 2019). Pacienti z rakom prostate potrebujejo ne le fizične, ampak tudi psihološke podpore, ki je pogosto spregledana. Pomanjkanje integriranih storitev za podporo duševnemu zdravju, rehabilitacijo in svetovanje o spremembah življenjskega sloga lahko vpliva na celostno okrevanje pacientov. Obstaja tudi neenak dostop do zdravljenja, saj geografske in socio-ekonomske razlike lahko vplivajo na dostopnost kakovostne oskrbe za pacienta z rakom prostate (npr. Barsouk idr., 2020; Gandaglia idr., 2021; Litwin in Tan, 2017; Rawla, 2019). Pacienti v oddaljenih ali manj premožnih območjih imajo lahko otežen dostop do specializiranih zdravstvenih storitev ali najnovejših možnosti zdravljenja. Reševanje teh izzivov zahteva celostni pristop, ki vključuje izboljšanje koordinacije in komunikacije med zdravstvenimi delavci, standardizacijo kliničnih smernic v integrirano klinično pot, izboljšanje dostopnosti oskrbe, zagotavljanje multidisciplinarnih podpor pacientom in njihovim družinam ter vlaganje v raziskave in izobraževanje zdravstvenih delavcev (Barsouk idr., 2020; Gandaglia idr., 2021; Litwin in Tan, 2017; Rawla, 2019).

Izbor poti obravnave pacientov z demenco za pot, vključeno v navigacijsko zdravstveno pismenost, ima v literaturi več utemeljitev, ki izhajajo iz kompleksnosti bolezni, njenega vpliva na posameznike in družbo in izzivov, ki jih predstavlja za zdravstveni sistem (Barbosa idr., 2015; Dichter idr. 2018; Pickett idr., 2018; Surr idr., 2016). Razširjenost in naraščanje incidence demence je ključen razlog izbora, saj demenca prizadene veliko ljudi po svetu, število obolelih pa zaradi staranja prebivalstva narašča. To pomeni, da se zdravstveni sistemi, kot je slovenski, soočajo z vedno večjim številom pacientov, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo in podporo. Kompleksnost bolezni je tudi pomemben element. Demenca ni ena sama bolezen, ampak skupina simptomov, ki jih povzročajo različne bolezni in stanja možganov. Ta kompleksnost otežuje diagnozo, obravnavo in oskrbo obolelih, kar predstavlja izzive za zdravstveni sistem na vseh ravneh. Psihosocialni in ekonomski vplivi so tudi pomembni, saj demenca močno vpliva ne samo na obolele, ampak tudi na njihove družine in skrbnike, kar vključuje psihološko, socialno in finančno breme. Zdravstveni sistemi, kot je slovenski, se pogosto ne spopadajo učinkovito s temi posledicami, kar lahko vodi v dodatne pomanjkljivosti v obravnavi. Pomembne so razlike v dostopu do oskrbe, saj dostop do osebnega zdravnika, kakovostne diagnoze, zdravljenja in podporne oskrbe za osebe z demenco se močno razlikuje, odvisno od geografske lokacije, ekonomskega statusa in drugih socialno-ekonomskih dejavnikov (npr. Barbosa idr., 2015; Dichter idr. 2018; Pickett idr., 2018; Surr idr., 2016). To povzroča neenakosti v zdravstvenem sistemu, ki so še posebej izrazite pri obravnavi demence. Zgodnje prepoznavanje in intervencija je ključnega pomena za upočasnitev napredovanja bolezni in izboljšanje kakovosti življenja obolelih. Ker zdravstveni sistemi v glavnem niso dovolj opremljeni ali

usposobljeni za zgodnje prepoznavanje simptomov demence, to vodi v zamude pri diagnozi in zdravljenju (Barbosa idr., 2015; Dichter idr. 2018; Pickett idr., 2018; Surr idr., 2016). To odpira pomembna vprašanja o dostopnosti in učinkovitosti preventivnih programov in storitev. Demenca je pogosto obdana s stigmo, kar lahko vpliva na to, kako posamezniki iščejo pomoč in kako družba obravnava obolele. Zdravstveni sistemi igrajo ključno vlogo pri izobraževanju javnosti in zmanjševanju stigme, a pogosto so ti prizadevanja nezadostna ali neuspešna. Razumevanje poti, obravnave pacientov in njene pomanjkljivosti je bistveno za izboljšanje obravnave in podpore osebam z demenco. Zdravstveni sistemi se pogosto tudi težko prilagajajo spreminjajočim se potrebam pacientov in svojcev, kar vodi v neustrezno oskrbo. Proučevanje poti obravnave pacientov z demenco in načina, kako lahko zdravstveni sistemi bolje prilagodijo svoje storitve za zagotavljanje individualizirane in celostne oskrbe, je ključnega pomena. Zaradi teh dodatnih razlogov je demenca izjemno primerna tema za postavitve integrirane klinične poti in raziskovanje, ki omogoča celovit vpogled v številne izzive, s katerimi se zdravstveni sistemi soočajo pri obravnavi kompleksnih kroničnih bolezni, saj je poznavanje poti, razumevanje teh izzivov in iskanje učinkovitih rešitev ključno za izboljšanje zdravstvene oskrbe in kakovosti življenja obolelih in njihovih družin (Barbosa idr., 2015; Dichter idr. 2018; Pickett idr., 2018; Surr idr., 2016) in tudi za zdravstveno pismenost pacientov.

Izbor poti obravnave pacientov z inkontinenco za pot, vključeno v navigacijsko zdravstveno pismenost, je izjemno relevanten iz več razlogov (Bardsley, 2016; Bø, 2020; Hu in Pierre, 2019; Nambiar idr., 2018). Variabilnost pacientovih potreb je pomemben element, saj je vsak pacient edinstven s svojimi specifičnimi potrebami, zdravstveno zgodovino in odzivi na zdravljenje. Obravnava inkontinence kaže, da ni enotnega pristopa, ki bi bil učinkovit za vse, kar lahko privede do neenakomernih rezultatov zdravstvene oskrbe (Bardsley, 2016; Bø, 2020; Hu in Pierre, 2019; Nambiar idr., 2018). Z oblikovanjem integrirane klinične poti in nadaljnjim raziskovanjem teh pristopov in različnih vidikov obravnave se lahko razvijejo celovite strategije in poti, ki ne samo naslavlajo obstoječe pomanjkljivosti, ampak tudi krepijo odpornost in prilagodljivost zdravstvenega sistema na prihodnje izzive (Bardsley, 2016; Bø, 2020; Hu in Pierre, 2019; Nambiar idr., 2018).

Izbor poti obravnave pacienta s paradontalno boleznijo za pot, vključeno v navigacijsko zdravstveno pismenost, je v literaturi utemeljen na več načinov (npr. Dopico idr., 2016; Helal idr., 2019; Kwon idr., 2021; Sousa idr., 2016). Tudi pri tej bolezni je ključna razširjenost, saj je paradontalna bolezen ena izmed najpogostejših bolezni ustne votline, ki prizadene velik del svetovne populacije (npr. Kwon idr., 2021). Zaradi njene visoke prevalence je pomembno razumeti, kako zdravstveni sistemi obravnavajo to bolezen in kje so morebitne pomanjkljivosti. Pomembna za izbor poti obravnave bolezni je tudi kompleksnost zdravljenja, saj zdravljenje paradontalne bolezni pogosto zahteva multidisciplinarni pristop, vključno s preventivnimi ukrepi, nekirurškim in kirurškim zdravljenjem ter dolgoročnim vzdrževalnim zdravljenjem. Vpliv na splošno zdravje je ključno, saj dokazi kažejo na povezavo med paradontalno boleznijo in številnimi sistemskimi boleznimi, vključno s srčno-žilnimi boleznimi, diabetesom in pljučnimi boleznimi (npr. Dopico idr., 2016; Helal idr., 2019; Kwon idr., 2021; Sousa idr., 2016). Proučevanje obravnave paradontalne bolezni lahko ponudi vpogled v to, kako zdravstveni sistemi povezujejo ustno zdravje s splošnim zdravjem in kako to vpliva na celostno obravnavo pacienta. Dostopnost zdravstvene oskrbe za zdravljenje paradontalne bolezni je lahko omejen zaradi ekonomskih, geografskih ali socialnih dejavnikov (npr. Dopico idr., 2016; Helal idr., 2019; Kwon idr., 2021; Sousa idr., 2016). Proučevanje teh omejitev lahko razkrije neenakosti v zdravstvenem sistemu in priložnosti za izboljšave. Vloga pacientovega sodelovanja je pomembna, saj ima pri zdravljenju paradontalne bolezni ključno vlogo pacient, zlasti kar

zadeva ustno higieno in spremembe življenjskega sloga. Proučevanje poti obravnave pacienta s paradontalno boleznijo in načinov, kako zdravstveni sistem spodbuja in podpira pacientovo sodelovanje, lahko ponudi vpogled tudi v pomanjkljivosti pri izobraževanju pacientov in vključevanju pacientov v proces zdravljenja (Dopico idr., 2016; Helal idr., 2019; Kwon idr., 2021; Sousa idr., 2016).

Ker je pregled literature nakazal pomanjkljivosti poteka obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu na področju bolezni/stanj raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni, je namen tega poglavja s pomočjo mnenj ključnih strokovnih deležnikov utemeljiti izbor petih bolezni/stanj, in sicer raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni.

Metoda

V izvedbo poglobljenih intervjujev, ki omogočajo izostren uvid v predmet proučevanja s predstavitvijo stališč in izkušenj, smo vključili ključne strokovne akterje oziroma deležnike na področju obravnave pacientov, in sicer zdravstvene delavce (zdravnike in diplomirane medicinske sestre) iz primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvenega varstva, ki obravnavajo paciente na področju petih bolezni/stanj (rak kože, rak prostate, demence, inkontinenca in paradontalna bolezen), strokovnjaka za javno zdravje, predstavnico zagovornikov pacientov in predstavnico Ministrstva za zdravje (N = 12). Z njihovimi vpogledi, strokovnim znanjem in različnimi perspektivami smo opredelili in potrdili izbrane kronične bolezni/stanja.

Ključne teme poglobljenega intervjuja, ki smo jih oblikovali na podlagi literature in izkušenijskega znanja, so bile: splošno, razširjenost in pogostost, breme bolezni, vpliv na družbo in zdravstveni sistem, dostopnost, pomanjkljivosti poteka obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu na področju bolezni/stanj raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni.

Vabilo za sodelovanje v poglobljenem intervjuju smo poslali izbranim deležnikom. Intervjuvanci so dali informirano soglasje za sodelovanje v raziskavi. Glede na časovno razpoložljivost smo se prilagodili intervjuvancem in intervjuje izvedli na način in v času, ki je intervjuvancem najbolj ustrežal (v neposredni medosebni komunikaciji, po MS Teams-ih/Zoomu in telefonu). Intervjuji so trajali okrog ene ure. Izvedli so jih štirje raziskovalci.

Anonimizirane izjave udeležencev so bile prepisane in za analizo je bila uporabljena tematska analiza. V procesu analize in kodiranja smo besedilo najprej večkrat prebrali ter posameznim trditvam pripisali pripadajoče pojme oz. kode. Slednje smo glede na sorodne pomene nato združili v podteme, le-te pa smo združili v teme. Rezultat analize predstavljajo kode, pripadajoče podteme in teme, interpretirane ter podkrepljene z izjavami intervjuvancev. Za boljšo razumevanje rezultatov smo dodali tudi narativno analizo.

Rezultati

Rezultati so razdeljeni na dve poglavji. Prvo poglavje predstavlja rezultate izjav intervjuvancev s splošno perspektivo, drugo poglavje pa s specifično perspektivo, kar pomeni, da so vključeni rezultati izjav zdravstvenih delavcev, ki delajo na specifičnih področjih, ki so predmet obravnave.

Splošna perspektiva

Intervjuvanci, ki delajo na primarni zdravstveni ravni, ali se srečujejo z različnimi pacienti (varuhinja pacientovih pravic), ali imajo pregled na nacionalni ravni (predstavnica Ministrstva za zdravje) so na splošno po pogostosti bolezni/stanj v ospredje postavili kardiovaskularne bolezni in rak. Tipična izjava je bila od Intervjuvanke 4: »Po podatkih se izmenjujejo kardiovaskularne bolezni in pa rak. Zadnjih nekaj let raste incidenca raka. Še malo pa bomo imeli večjo težavo s tem kot pa na področju kardiovaskularnih bolezni.«

Na vprašanje, katere bolezni/stanja predstavljajo najvišje breme slovenskemu zdravstvenemu sistemu, so intervjuvanci poudarili predvsem kronične bolezni, ki prinašajo tako neposredne kot posredne stroške za družbo, rak – kožni rak (razen melanoma), rak debelega črevesa in danke, rak prostate, rak pljuč in rak dojke, kardiovaskularne bolezni, duševne težave, sladkorna bolezen, astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), bolezni kostno-mišičnega sistema, demenca in nevrodegenerativne bolezni. Tipična izjava je bila od Intervjuvanke 4:

Po mojem pregledu je kronična bolezen, ki predstavlja največje breme za sistem, rak ... Med najpogostejšimi raki je kožni rak razen melanoma, rak debelega črevesa in danke, rak prostate, rak pljuč in rak dojke. Če gremo naprej, sledijo seveda srčno-žilne bolezni, kot so zvišan krvni tlak, koronarna bolezen srca, bolezni možganskega žilja, periferna arterijska bolezen in kronična ledvična bolezen, potem pa sledijo duševne motnje, pa sladkorna bolezen, astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen, bolezni kostno-mišičnega sistema ter demenca in nevrodegenerativne bolezni.

Na vprašanje, katere kronične bolezni imajo največji vpliv na družbo oziroma prinašajo izgubo produktivnosti, bolniški dopust, dolgotrajno invalidnost, zmanjšano kakovosti življenja in povečano finančno obremenitev za posameznike in družbo kot celoto ter zgodnje smrti, so intervjuvanci poudarili srčno-žilne bolezni, rak, ki ima velik vpliv na družbo zaradi visokih stroškov zdravljenja, dolgotrajne oskrbe in izgube produktivnosti, sladkorna bolezen, še posebej tip 2, ki je pogosto povezana z debelostjo in nezdravim življenjskim slogom, povzročajo obsežne stroške za zdravstvene sisteme zaradi potrebe po dolgoročni oskrbi in zdravljenju zapletov, kronične respiratorne bolezni, kot sta astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), ki povzročajo znatno breme zaradi visoke prevalence, potrebe po dolgotrajni oskrbi in omejevanja zmožnosti za delo, duševne motnje, vključno z depresijo in anksioznimi motnjami, imajo velik vpliv na družbo ne le zaradi neposrednih stroškov zdravljenja, ampak tudi zaradi izgube produktivnosti, socialne izolacije in stigmatizacije, bolezni mišično-skeletnega sistema, kot sta osteoartritis in revmatoidni artritis, ki povzročajo dolgotrajno bolečino, invalidnost in omejitve pri vsakodnevnih aktivnostih, kar vodi v znatne družbene in ekonomske stroške. Tipična izjava je bila od Intervjuvanke 4:

Kronične bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, rak, sladkorna bolezen in bolezni dihal, so vodilni vzroki smrti in invalidnosti in pomembno vplivajo na družbo ..., ker povečujejo stroške zdravstvenega varstva. Te bolezni pa so pogosto povezane s tveganim vedenjem, kot je kajenje, prekomerna uporaba alkohola in debelost.

Na vprašanje, kateri pacienti imajo največje težave z dostopnostjo do zdravstvene obravnave, so intervjuvanci dejali, da je največji izziv trenutno v Sloveniji na področju duševnih bolezni in bolezni mišično-skeletnega sistema. Tako je intervjuvanec 1 dejal:

Jaz mislim, da so danes v najslabšem položaju najbrž tisti z duševnimi motnjami, saj je dostopnost psihoterapevtskih intervencij slaba, ker so v javnem sistemu in so zelo dolge čakalne dobe, zasebni psihoterapevti pa so dokaj dragi. Precej slaba dostopnost oz. dolge čakalne dobe so tudi na področju oskrbe ljudi z ortopedskimi težavami, saj je diagnostika prepočasna, čas od diagnostike do operativne oskrbe predolg, rehabilitacija v javnem sistemu pa nezadostna.

Dodatna podtema je bila tudi nedostopnost zaradi digitalizacije oziroma elektronskega naročanja. Intervjuvanci so poudarili težavo predvsem starejših ljudi, ki nimajo dovolj digitalnih kompetenc, da bi enakopravno kot mlajši dostopali do osebnega zdravnika:

V Sloveniji so nekatere ranljive skupine, kot so starejši, osebe z omejenim dostopom do mobilnih aplikacij, in tisti, ki niso digitalno pismeni, ki imajo težave pri dostopu do zdravnikov zaradi elektronskega naročanja. Dostop po telefonu in osebno je otežen, saj ambulante ne zagotavljajo telefonskega naročanja. Pacienti mi poročajo o težavah dostopa do osebnih zdravnikov, vključno s situacijami, ko so kljub večkratnim poskusom klicanja in pošiljanja elektronskih sporočil ostali brez odgovora. (Intervjuvanka 2)

Na vprašanje o pomanjkljivosti poteka obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu na področju petih bolezni/stanj, in sicer raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni, so intervjuvanci na splošno poudarili, da so čakalne vrste v slovenskem zdravstvu velik in dolgotrajen problem, ki je bil v preteklih letih še dodatno poudarjen zaradi epidemije COVID-19. Na primer, izjava Intervjuvanke 2 je bila: »Čakalne vrste v specialističnih ambulantah so nedopustno dolge, to je že kršenje človekovih pravic.«

Ko so intervjuvanci navajali pomanjkljivosti poteka obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu, so na področju demence poudarili prepočasno prepoznavanje bolezni, počasno delovanje zdravstvenega sistema in šibka sistemska podpora svojcem; na področju raka kože so poudarili problem prepoznega obiska osebnega zdravnika, izgubljanja pacientov v sistemu, ker si pacienti želijo čim prej izrezati rakasto spremembo pri zasebnikih; na področju raka prostate so poudarili problem dostopnosti do zdravnika in testiranost na PSA ter težave s komunikacijo, saj moški težje govorijo o neprijetnostih, povezanih z inkontinenco in erektilno disfunkcijo; na področju inkontinence so omenili premalo preventive in podajanja ustreznih pripomočkov; na področju paradontalne bolezni so poudarili predvsem izjemno dolge čakalne vrste in problem prepoznega dostopa do zdravnika. Tipična izjava je bila od Intervjuvanca 1:

Pri raku kože je problem predvsem včasih prepozen obisk osebnega zdravnika, pri raku prostate je problem slaba dostopnost do urologa v nekaterih regijah, kar podaljša čas do agresivnega zdravljenja in zmanjša pogostost kontrolnih pregledov, pri demenci je največja težava pozno prepoznavanje stanja tako pri svojcih kot pri zdravnikih, poleg tega je pomanjkljiva tudi dostopnost psihiatrov. Treba pa je povedati, da je učinkovitost terapije zelo nizka. Pri inkontinenci je premalo poudarka na preventivi, več bi se moralo delati na krepitvi mišičja medeničnega dna ter premalo poznavanja različnih pripomočkov za te paciente. Pri paradontalni bolezni velik delež pacientov s to težavo pride do zobozdravnikov prepozno, kar zahteva obsežnejše posege, na uspeh zdravljenja lahko neugodno vplivajo zdravila proti osteoporozi.

Tabela 1: Tematska analiza s podtemami in kodami ter citati zdravstvenih delavcev o izboru petih bolezni/stanj (rak kože, rak prostate, demence, inkontinenca in paradontalna bolezen) – splošna perspektiva

Teme	Podteme	Kode	Citati
Pogostost bolezni/stanj		<ul style="list-style-type: none"> - Kardiovaskularne bolezni - Rak - Degenerativne osteomuskularne bolezni - Bolezni dihal - Duševne bolezni - Metabolni sindromi - Bolezni dihal - Demenca 	<i>Kot družinski zdravnik se najpogosteje kardiovaskularnimi boleznimi, raki, kot so melanom, na prostati ter rak dojke, degenerativne osteomuskularne bolezni, duševne bolezni, metabolni sindromi in v velikem naraščanju so duševne bolezni in demenca. (Intervjuvanec 1)</i>
Breme bolezni/stanj		<ul style="list-style-type: none"> - Rak - Kardiovaskularne bolezni - Duševne težave - Sladkorna bolezen - Astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen - Degenerativne osteomuskularne bolezni - Demenca in nevrodegenerativne bolezni 	<i>Jaz mislim, da so iste, kot sem prej naštel, ker so najbolj razširjene. Vse to, pa še duševne bolezni, ker nekateri ne sprejemajo bolezni. No, posebej pri raku so dolga in draga zdravljenja. (Intervjuvanka 3)</i>
Vpliv na družbo		<ul style="list-style-type: none"> - Rak - Kardiovaskularne bolezni - Duševne motnje - Sladkorna bolezen - Kronične respiratorne bolezni - Degenerativne osteomuskularne bolezni - Demenca in nevrodegenerativne bolezni - Inkontinenca 	<i>Srčno-žilne bolezni, rak, sladkorna bolezen, bolezni dihal, duševne motnje in bolezni mišično-skeletnega sistema imajo velik vpliv tako na posameznike kot na družbo. Te bolezni povečujejo zdravstvene stroške in zmanjšujejo kakovost življenja, zaradi česar je pomembno osredotočenje na preventivo, zgodnje odkrivanje in učinkovito obvladovanje. (Intervjuvanka 4)</i>
Dostopnost	<ul style="list-style-type: none"> - Bolezni - Elektronsko naročanje 	<ul style="list-style-type: none"> - Duševne motnje - Degenerativne osteomuskularne bolezni - Težave starejših z elektronskim naročanjem 	<i>Čeprav sta rak in demenca zelo problematični, mislim, da je dostopnost na področju duševnih bolezni največja trenutno danes v Sloveniji. (Intervjuvanka 2) Starejši imajo hude težave, ker niso toliko izvežbani z elektronskimi aplikacijami. Velika težava na primaru, da pridejo do zdravnika. (Intervjuvanka 2)</i>
Pomanjkljivosti poteka obravnave pacienta po zdravstvenem	- Splošne pomanjkljivosti	- Splošno: čakalne vrste	<i>Čakalne vrste. Predvsem v specialističnih ambulantah. Se mi zdi, da vedno več ljudi rabi te ambulante. (Intervjuvanka 4)</i>

sistemu na področju bolezni/stanj raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni	- Bolezni	- Demenca: prepočasno prepoznavanje bolezni, šibka podpora svojcem - Rak kože: prepozen obisk osebnega zdravnika, »izguba« v sistemu - Rak prostate: problem dostopnosti in testiranost na PSA, težave s komunikacijo - Inkontinenca: premalo preventivne in ustreznih pripomočkov - Paradontalna bolezen: dolge čakalne vrste	<i>No, meni se zdi najbolj počasen sistem pri demenci. Nobeden resno ne jemlje te hude bolezni. Svojci nimajo podpore. Pri paradontalni bolezni je dolga čakalna vrsta, pacienti so prisiljeni v samoplačniški sistem. Rak kože je manjši po incidenci, ampak je problematičen. Predvsem vidim, da so težave, ko osebni zdravnik pošlje naprej do dermatologa. Torej edukacija družinskih, kdaj, kam, kakšna je nujnost, kako hitro, kaj je še potrebno. Pri raku kože glede na to, da je najbolj pogostejši, so ljudje v težavah, ker si hočejo to čim prej izrezat in blodijo po sistemu. Lahko grejo tudi k zasebnikom. Rak prostate, mislim, da je eden izmed problemov testiranje na PSA, vprašanje, kje so plusi in minusi, ali so samo številke v laboratorijih. Mislim, da imajo kar veliko težav, predvsem psiholoških, da ne govorimo o fizičnih težavah, hipertreatmentu. Moški kasneje pridejo k zdravniku, zato ne gredo na preventivo, razen izjem. Edukacija predvsem. (Intervjuvanka 3)</i>
--	-----------	--	---

Specifična perspektiva

Intervjuvanci, ki so strokovnjaki za analizirane bolezni/stanja, so za pogosto raka kože dejali, da je melanom zelo pogost, šesti po vrsti, vendar je umrljivost razmeroma nizka. Opozorili so, da je večina primerov povezanih z UV sevanjem, torej izpostavljanjem sončnim žarkom. Intervjuvanka 7 je dejala: »Kožni melanom je še vedno zelo pogost rak, v Sloveniji je šesti po vrsti in pravzaprav imamo po 600 novih primerov letno. Ja, kljub temu da je v veliki meri prepričljiv. V Sloveniji naj bi okoli 90 % kožnega melona bilo povezanih za UV sevanjem, prav izpostavitvijo sončnim žarkom.« Intervjuvanci so poudarili, da je največja težava neosveščenost pacientov, ki se ne zavedajo, da jim sončenje lahko škodi, kot je poudarila Intervjuvanka 7:

Ljudje dejansko ne razumejo, da vsako sončenje, sončni žarki, se akumulirajo, poškodbe, se pravi, tukaj ne gre za to, da z malo rjav, pa potem ko nisi več, poškodba izgine ne. Ta poškodba bo ostala za vedno, če se DNK poškoduje poškodba ostane in se pač nalaga tekom življenja. So pa ljudje različno dovzetni bolj, ko so svetlopolti bolj svetlolasi, imajo več znamenj določenih vrst, so bolj nagnjeni k raku kože, manjša izpostavljenost je potrebna kakor pri drugih, a ne.

Druga težava je dostopnost do osebnega zdravnika zaradi pomanjkanja zdravnikov in elektronskega naročanja. Tako je Intervjuvanka 8 dejala: »Ljudje enostavno ne gredo k zdravniku, če opazijo spremembe

na znamenjih, ker nimajo dostopa ali pa je ta zaradi digitalizacije otežen. Ljudje imajo hude težave, ker ne pridejo v sam sistem. No, tisti z vezami ali bogatejši grede mimo javnega sistema si k zasebnikom izrezat.« Intervjuvanci so se strinjali, da je rak veliko breme za sistem in ima velik vpliv na družbo. Kot ključno pomanjkljivost na področju obravnave pacientov z rakom kože so poudarili dolge čakalne vrste, nepovezanost deležnikov zaradi premajhne koordinacije ključnih akterjev in pomanjkanje integrirane klinične poti, ki bi povezala zdravstvo in socialo, kot je dejala Intervjuvanka 8:

Ključna pomanjkljivost je nepovezanost deležnikov; koordinacija ljudi ... nam se pacienti kar izgubljajo. Moramo vzpostaviti varnostne mehanizmi, timski pristop, ko kolega prekontrolira drugega, pomembna je koordinacija ljudi ... Druga stvar pa so čakalne vrste. Kako se lahko čakalne vrste zdaj, ko je stavka, skrajšajo? Nekaj je narobe v naši organizaciji, hudo narobe. Problem je tudi, da smo sistem socialne obravnave ločili od zdravstvenega sistema, ni integrirano pri obravnavi ... To je problem socialni delavec bi moral biti od začetka zraven, kdo bo poskrbel za pacienta, ko se bo vrnil ...

Na področju raka prostate so intervjuvanci poudarili, da je rak prostate najpogostejši rak med moškimi, da pa ni natančnih števil o njegovi pogostosti v preteklosti, ker bolezen ni bila ustrezno zabeležena, zagotovo pa je tudi pred desetletji spadal med pet najpogostejših rakov. Intervjuvanci so dejali, da pri raku prostate obstaja velika razlika med incidenco in umrljivostjo. Težava pri merjenju pogostosti raka prostate je tudi ta, da je pri odraslih starejši veliko neodkritega raka, saj je pri njih splošno zdravstveno stanje zelo slabo zaradi pridruženih bolezni in jih zaradi tega zdravstveni delavci neradi obremenijo z diagnostiko na tem področju, kot je rekla Intervjuvanka 8:

Prostata je specifična, kar se tiče beleženja pogostosti, ker so dolg časa urologi beležili in v bistvu ni bila ustrezno zavedena in prepoznana in ni bila zajeta. Potem pa se je začelo prijavljati po zakonu in so tudi naši začeli zbirati podatke. Zato teh podatkov točno ni za prostatato. Zato ni primerjave. Je zagotovo med petimi največjimi, najpogostejšimi raki. Problem tukaj je, da veliko raka na prostati ni odkritega, ker gre za starejše paciente, ker je performance starega človeka tako že slab in se potem ne dela natančna diagnostika. Poleg tega pa je problem z diagnostiko, da dodatno mučimo starostnike.

Intervjuvanci so posebej pri raku prostate poudarili, da je poleg ostalih težav, kot sta otežen dostop do družinskih zdravnikov in elektronsko naročanje, posebna težava zanikanje bolezni in slaba komunikacija pacientov, stigmatizacija in povezanost z inkontinenco in erektilno disfunkcijo. Intervjuvanka 5 je dejala:

Pri raku prostate je poleg vsega, kar sem že omenila, še problem v tem, da so moški manj zgovorni, ne pokažejo navzven, niti se ne ukvarjajo s temi stvarmi. To je zelo nevarno in da je gluh zato potrebno pri moških mogoče absolutno drugačen način pristopati kot pri ženskih. In tudi rak prostate je povezan z inkontinenco. Moški ne govorijo o erektilni disfunkciji. Rak prostate ima pri moških veliko posledic. Na njihovo kakovost življenja, rak prostate pa ne pomeni, da si star in da nič več ne delaš. Rak prostate je treba omenjati in kaj se da narediti proti temu. Premalo se govori, sploh zato, ker so moški bolj zaprti in bolj introvertirani, zato morajo še bolj na pladnju dobiti vse stvari, ker oni ne brskajo in ko vidijo čim, se enkrat enkratne funkcije dotakneš in še inkontinence zraven. Takrat imajo pa kar vsi antene po koncu, a ne, ker tega si noben moški ne želi. Tako, da definitivno rak prostate absolutno primeren za pripravo poti po sistemu.

Poudarjeno je tudi bilo, da program presejanje na področju raka prostate trenutno poteka neorganizirano in pogosto ne sledi smernicam, kar naglašuje potrebo po bolj organiziranem pristopu. Intervjuvanka 7 je

dejala: »Trenutno je na raku prostate veliko novih poti, skozi katere se posameznik premika. Tukaj poteka projekt PETER, kot priprava izhodišč za presejalni program za rak prostate.« Težava je tudi ozaveščenost pacientov glede potrebe po operaciji raka prostate:

Kar precej bolnikov, ki jim raka prostate, ga odkrijejo na podlagi testiranja PSA in so asimptomatski bolniki. Pravzaprav se pri teh odsvetuje zdravljenje, priporoča pa samo spremljanja ne. In zdaj je problem, kako v bistvu te ljudje prepričati, da bo več koristi, pa manj škode, če se bodo spremljali in ne, če se bodo zdravili za tega raka, ker je rak zelo verjetno, pravzaprav tak, ki jim ne bo stregel po življenju. (Intervjuvanka 7)

Na urološkem področju so intervjuvanci poudarili, da je inkontinenca oziroma retenca urina eno izmed tistih kroničnih stanj, ki prevladuje in narašča oziroma »inkontinenca je stanje, s katerimi se vedno več srečujemo« (Intervjuvanka 5). Intervjuvanci poudarili razlike vzrokov po spolu:

Pri moškemu lahko inkontinenca zaradi samih operacij prostate, na kateri moramo v bistvu veliko še delat glede na stigmatiziranost, sploh pri moških. Stvari so zelo stigmatizirane in je zelo veliko neznanja tudi iz njihovih strani, kam se obrniti po pomoč. In tako pri ženski in kontinenca zaradi raznih karcinomov rodil ali prolapsu maternice bi tukaj tako rekla, no potem so razne poškodbe zaradi pritiska, ki nastanejo v času hospitalizacije, srčno žilna obolenja kot kronične bolezni, ki tudi posledično potem izzovejo različna stanja, kot so na primer golenje. Razjeda je lahko venska ali pa arterijska. Tukaj hkrati govorimo o bolezni, seveda diabetes, ki ima zopet eno stanje kot posledico. (Intervjuvanka 5)

Intervjuvanci so potrdili, da je inkontinenca veliko breme za zdravstveni sistem: »Največje breme za zdravstvo na mojem področju je definitivno inkontinenca« (Intervjuvanka 5). Največja težava uroloških pacientov je dostopnost do družinskega zdravnika in digitalizacija oziroma elektronsko naročanje:

Ja, tukaj vidim dejansko iz vidika naših uroloških pacientov je največja težava že na primarni ravni. Dostopnost do zdravnika do osebnega zdravnika, ker so ljudje, kot sem že rekla, starejši, veliko starejših pacientov nima svojcev ali pa so skregani ali pa ne vem je zelo, zelo problem, tukaj digitalizacija za te starejše ljudi. Niso večji mobilnih telefonov, niso večji interneta in je to zelo zelo velik problem, da sploh pride človek do osebnega zdravnika. (Intervjuvanka 6)

Poleg tega so intervjuvanci poudarili, da med pomanjkljivosti obravnave spadajo dolge čakalne dobe, slaba preventiva, nepoznavanje sodobnih pripomočkov na primarni zdravstveni ravni ter velika stigmatizacija:

Čakalne dobe, to je pa ena taka stvar, ki – tako jaz mislim, da bi se dala kljub vsemu malo urediti. Mi imamo sistem, ki funkcionira v dopoldanskem času. Vse funkcionira v dopoldanskem času. Jaz še danes ne razumem, zakaj preiskav ne moremo izvajati v popoldanskem času. Kar tudi čakalno dobo povečuje. Zakaj ne moremo stvari uredit? ... Problem neustreznih pripomočkov in premalo preventive je na primarni ravni. Če govorimo o inkontinenci se o preventivi lahko govori že v otroškem dispanzerju, če sprašujejo o spolnih dejavnostih, lahko vprašajo tudi o inkontinenci, ker zelo, zelo veliko mladih ima že težave s tem. Medtem ko se starejši ljudje še vedno smatrajo inkontinenco kot del staranja in pač to tako je, še vedno uporabljajo. Doživim, da uporabljajo krpe za brisanje posode, namesto inkontinentnih pripomočkov še vedno v današnji dobi. Še vedno sploh ne vedo, kaj pomeni fizioterapevt in trening mišic medeničnega dna. Kar se tiče spolnosti je to vse tabu pri nas ... še vedno je velika stigmatizacija. ... Poleg tega se ljudje ne znajo kam obrniti pri inkontinenci. (Intervjuvanka 6)

Na področju demence so intervjuvanci poudarili, da se soočamo z naraščajočo pogostostjo demence, ki je posledica podaljševanja življenjske dobe in staranja prebivalstva, napovedi pa kažejo, da bo to število znatno naraslo, oziroma »do leta 2030 bo naraslo verjetna na približno 48.000 oseb« (Intervjuvanec 10). Alzheimerjeva bolezen je najpogostejša oblika demence, ki predstavlja več kot dve tretjini vseh diagnosticiranih primerov. Poudarili so tudi, da je demenca izjemno pereča javnozdravstvena težava, ki ne prizadene le oseb z demenco, temveč tudi njihove svojce in širšo družbo, saj je povezana s številnimi izzivi, vključno z zdravstvenim, socialnim, čustvenim in finančnim bremenom.

Zdravstvene težave, ki spremljajo demenco, vključujejo ne le kognitivne simptome, kot so izguba spomina in zmedenost, ampak pogosto tudi fizične posledice, kot so težave z mobilnostjo in telesnim upadom, prehranske zaplete, povečano tveganje za okužbe ipd., kar vodi v potrebo po celodnevni oskrbi. Potem je še stigmatizacija in izolacija. Demenca pogosto vodi do socialne izolacije ne samo oseb z demenco, ampak tudi njihovih svojcev in skrbnikov, ki se lahko znajdejo v izčrpavajoči vlogi oskrbovalcev brez zadostne podpore in razumevanja iz skupnosti. ... Potem so še spremembe v osebnosti in vedenju, ki jih demenca povzroča, lahko povzročijo napetost v družinskih in prijateljskih odnosih. Svojci se lahko soočajo s čustvi žalosti, jeze, frustracij in občutki krivde, medtem ko skušajo navigirati po kompleksnih čustvenih in praktičnih izzivih, ki jih prinaša oskrba za ljubljeno osebo z demenco. In potem je še izgorelost neformalnih oskrbovalcev. Predvsem žensko so na robu in tukaj dejansko sistem daje premalo podpore svojcem ... Tudi finančno breme je. Dolgoročna oskrba in zdravljenje predstavljata znatne stroške za posameznike in družine. Za nekatere lahko dolgotrajna nega vodi v izgubo dohodka, saj se svojci pogosto odločijo za zmanjšanje delovnega časa ali popolno opustitev zaposlitve, da bi skrbeli za ljubljeno osebo. (Intervjuvanec 10)

Intervjuvanci so poudarili, da tudi na področju demence obstajajo številni izzivi glede »dostopa do osebnega zdravnika in čakalnih vrst pri specialistih, neenakega dostopa do zdravil in zdravljenja ter nezadostna podpora svojcem in skrbnikom« (Intervjuvanec 10). Pomanjkljivosti obravnave, ki so jih poudarili intervjuvanci, so bile: »Zaradi slabega dostopa do primarnega zdravstva je nezadostno prepoznavanje zgodnjih znakov demence in kasneje diagnosticiranje bolezni, kar otežuje zgodnje in učinkovito zdravljenje« (Intervjuvanec 10). Intervjuvanci so tudi poudarili stigmatizacijo in težave pri pravočasnem prepoznavanju simptomov. »Stigma demence ostaja pomembna ovira za ustrezno obravnavo, ker vpliva tako na pravočasno diagnozo kot na vključevanje oseb z demenco v skupnost in družbo, poleg tega pa otežuje zagotavljanje ustrezne podpore po diagnozi,« je dejal Intervjuvanec 10. Vsi intervjuvanci so se strinjali, da trenutno v Sloveniji podpora tem osebam ni zadostna. Nezadostne zdravstvene in socialne storitve za osebe z demenco so kompleksen problem, ki vključuje, omejen dostop do specializirane oskrbe, pomanjkanje integrirane oskrbe, neustrezna usposobljenost osebja, omejeni viri za podporo svojcem, pomanjkanje preventivnih programov:

Ključni problem je omejen dostop do specializirane oskrbe. Pacienti potrebujejo specializirano oskrbo. Dostop do takšnih storitev je omejen zaradi pomanjkanja specializiranih centrov ali strokovnjakov. In to vodi v daljše čakalne dobe in manj učinkovito obravnavo. Pri nas tudi manjka integrirana oskrba, ki združuje zdravstvene in socialne storitve, je ključna za celostno obravnavo oseb z demenco. Srečujemo se tudi z neustrezno usposobljenostjo osebja. Tako zdravstveni kot socialni delavci se pogosto soočajo s pomanjkanjem specifičnih znanj in veščin za delo z osebami z demenco, kar lahko vpliva na kakovost oskrbe. Velik problem, ki sem ga že omenil, so omejeni viri za podporo svojcem, ki igrajo ključno vlogo pri oskrbi, vendar pogosto ne prejmejo dovolj podpore in usposabljanj, ki bi jim pomagala pri soočanju s to nalogo. Imamo pa tudi velik

problem zaradi tega, ker je pomanjkanje preventivnih programov. Kljub temu, da je znano, da lahko nekateri preventivni ukrepi zmanjšajo tveganje za razvoj demence ali odložijo njen začetek, so takšni programi redki ali pa neustrezno financirani. (Intervjuvanec 10)

Intervjuvanec 11 je opozoril na pomembnost demence: »Dodal bi, da se je treba zavedati, da je prava pandemija 21. stoletja – demenca!« Zato je za izboljšanje zdravstvenih in socialnih storitev za osebe z demenco potrebno večje vlaganje v razvoj in razširitev specializiranih storitev, izboljšanje usposobljenosti osebja, zagotavljanje podpore svojcem, razvoj integriranih programov oskrbe ter povečanje dostopnosti in enakosti pri dostopu do oskrbe. Pomembno je tudi spodbujanje sodelovanja med zdravstvenim in socialnim sektorjem ter civilno družbo za ustvarjanje bolj demenci prijaznih skupnosti.

Na dentalnem področju so intervjuvanci poudarili, da je paradontalna bolezen najbolj prisotna poleg kariesa. Vedno več pa imajo pacienti težave zaradi pridruženih boleznih predvsem s srčnim popuščanjem:

Ja, v moji zobozdravstveni ordinaciji je še vedno največ prisotnega kariesa in paradontalne bolezni. Imajo pa pacienti pridružene tudi druge sistemske bolezni, med katerimi so najpogosteje težave s srčnim popuščanjem. In jim je uvedena antikoagulantna terapija, ki je pomembna predvsem pri puljenju in zdravljenju paradontalne bolezni. Potem so zelo razširjene psihološke, duševne težave, težave z dihalni, pa tudi sladkorna bolezen. Pa na ustno zdravje ima zelo velik vpliv sladkorna bolezen, pri katerih je paradontalna bolezen še bolj razširjena in težje obvladljiva. Potem je tudi pri teh, ki imajo uvedeno antikoagulantno terapijo, imajo več krvavitev pri čiščenju zob, zato si slabše perejo zobe, ker se temu izogibajo, zaradi, posledičnega krvavenja dlesni. Posledično je povečana možnost paradontalne bolezni. Potem zelo vpliva na ustno zdravje tudi terapija za astmo in KOPB ter pljučne bolezni, predvsem teh inhalatorji, kot je ventolin in kortikosteroidi povečujejo prevalenco kariesa. Te paciente zelo opozarjamo, da si morajo fajn splakniti usta po vpihu. Tudi osteoporoza se mi zdi, da je zelo razširjena. Kar tiče psihiatričnih bolezni, zdravila, ki jih za te težave prepisujejo povzročajo suha usta, pa tudi še veliko drugih zdravil. Ker so suha usta, se zmanjša kakovost slin, slin ni in se poslabša paradontalna bolezen. Tudi staranje je nek dejavnik tveganja za slabše ustno zdravje, saj se zmanjša količina slin, slina je manj kakovostna, veliko imajo uvedenih zdravil, ki še dodatno sušijo usta, manj imajo motoričnih sposobnosti za ustno higieno že z staranjem populacije. (Intervjuvanka 9)

Dostopnost do osebnega zobozdravnika in specialistov je zelo slaba, kot je dejala Intervjuvanka 9: »Dostopnost do zobozdravstvene obravnave je precej okrnjena, tako na splošno. Nekako dostopnost do osebnih zobozdravnikov je slaba, kar se tiče pa sekundarne ravni, specialistov pa je katastrofalna. Tako da je v večini stvari v breme samega pacienta in kdor si želi pač karkoli urediti in zrihtati zobe, hitro ugotovi, da bo moral to urediti samoplačniško.«

Intervjuvanci so med pomanjkljivosti obravnave poudarili premajhno kapaciteto oziroma čakalne dobe, zato si morajo pacienti sami plačati obravnavo. Velik izziv je tudi preventiva na področju paradontalne bolezni, ki je izjemno pomanjkljiva:

Predvsem je pomanjkljivost premajhna kapaciteta storitev oz. denarja za storitve. Pri paradontalni bolezni pri tistih, ki imajo težave z nastajanjem zobnih oblog in zobnega kamna, si morajo tudi vse sami plačati, ker zavarovalnica tega ne krije. Pri paradontalni bolezni je v bistvu

vse bolj odvisno od pacienta, da mora skrbeti sam za ustno higieno, navajanje na pravilno ustno higieno, kako naj jo izvaja-svetovanje ni krito iz strani zavarovalnice, ter odstranjevanje oblog in sledenje ni. Razen pač potem, ko so žepki že tako globoki, da rabijo operacijo. Takrat grejo pač na sekundarni nivo, kjer je tudi omejena dostopnost zaradi čakalnih dob, tam pa potem je krito iz zavarovalnico. Preventiva in pa prva stopnja bolezni, kjer je najboljše, da se jo omeji in se ji posveča največ pozornosti, jo zavarovalnica ne pokriva. Pokriva šele tretji stadij bolezni, kjer je dražja in storitev, je težje ozdravljiva, je že napredovala. Preventive sploh ni na tem področju, sploh na področju ustne higiene, je samo pri otrocih, in to samo do 5. razreda, mislim, še to ni individualno, je v obliki skupinskih predavanj, delavnic, kar pa ni dovolj učinkovito. Najbolj učinkovite na tem področju so individualne obravnave. ... Ker je paradontalna bolezen v veliki večini posledica nečiščenja zob in jo poslabša sladkorna bolezen, nosečnost in tudi kajenje. Predvsem mora biti poudarek na preventivi, ker bi se zmanjšali problemi, breme bolezni (Intervjuvanka 9)

Intervjuvanci so dejali, da je treba nujno uvesti higienika v sistem obravnave, kot je poudarila Intervjuvanka 9: »Dobro bi bilo higienike spraviti v sistem in da bi bilo organizirano na način preventivnih pregledov, da bi ti pripadal en pregled in svetovanje o pravilni ustni higieni na 5 let. Obvezno bi mogli bit pod vodstvom zobozdravnika in ne samostojno delat, kot sedaj (imajo svojo ordinacijo).« Pomanjkljivost je tudi ta, da ni povezave med zdravstvom in zobozdravstvom, kar ima velike posledice na individualni in sistemski ravni:

Nimamo nobene povezave med zdravstvom in zobozdravstvom. Stomatologu greš samo za to, da se izključijo fokusi vnetja in razna žarišča, drugače pa ni povezave. Mi pa vemo, da je. Ogromno medikamentov, ogromno vsega, terapije pri kroničnih obolenjih, ki vplivajo na stanje v ustni votlini. ... Meni na primer nihče ni rekel, da medrol povzroča toliko težav v ustni votlini. (Intervjuvanka 9)

Tabela 1: Tematska analiza s podtemami in kodami ter citati zdravstvenih delavcev o izboru petih bolezni/stanj (rak kože, rak prostate, demence, inkontinenca in paradontalna bolezen) – specifična perspektiva

Teme	Podteme	Kode	Citati
Rak kože	- Pogostost	- Melanom je šesti najpogostejši rak	<i>Kožni melanom je še vedno zelo pogost rak, v Sloveniji je šesti po vrsti in pravzaprav imamo po 600 novih primerov letno. (Intervjuvanka 7)</i>
	- Neozaveščenost pacientov	- Sončenje	<i>Ljudje ne vedo, da jim vsako sončenje lahko škodi, da se poškodbe akumulirajo. (Intervjuvanka 7)</i>
	- Dostopnost do družinskega zdravnika	- Pomanjkanje osebnih zdravnikov, elektronsko naročanje	<i>Ljudje enostavno ne gredo k zdravniku, če opazijo spremembe na znamenjih, ker nimajo dostopa ali pa je ta zaradi digitalizacije otežen. (Intervjuvanka 8)</i>
	- Pomanjkljivosti obravnave	- Dolge čakalne vrste - Nepovezanost deležnikov	<i>Ključna pomanjkljivost je nepovezanost deležnikov ... Druga stvar pa so čakalne vrste. Kako se lahko čakalne vrste zdaj, ko je stavka, skrajšajo? Nekaj je narobe v naši organizaciji, hudo narobe. Problem</i>

		- Pomanjkanje integrirane klinične poti	<i>je tudi, da smo sistem socialne obravnave ločili od zdravstvenega sistema, ni integrirano pri obravnavi ... (Intervjuvanka 8)</i>
Rak prostate	- Pogostost - Dostop - Pomanjkljivosti obravnave	- Najpogostejši rak med moškimi - Moški: zanikanje bolezni, slaba komunikacija, stigmatizacija zaradi povezanosti z inkontinenco in erektilno disfunkcijo - Neorganizirano presejanje - Ozaveščenost pacientov	<i>Rak prostate najpogostejši rak med moškimi. (Intervjuvanka 7) Poleg običajnih zadev problema pri dostopu do primara, je problem tudi posebej pri moških, ki nimajo istega pristopa in zanikajo bolezen, ne komunicirajo, ker je to povezano z inkontinenco in erektilno disfunkcijo. (Intervjuvanka 5) Presejanje za rak prostate trenutno poteka neorganizirano in pogosto ne sledi smernicam, kar poudarja potrebo po bolj organiziranem pristopu. (Intervjuvanka 7) Izziv je prepričati pacienta, da je zanj bolje, da se ne operira, ampak ga samo spremlja, saj mu verjetno ne bo stregel po življenju. (Intervjuvanka 8)</i>
Inkontinenca	- Pogostost - Razlike po spolu glede na vzrok - Breme - Dostopnost - Pomanjkljivosti obravnave	- Prevladujoče stanje - Moški: posledica operacij prostate, stigmatizacija - Ženska: posledica karcinoma na rodilih, prolaps maternice in poškodbe zaradi pritiska - Največje breme - Dostopnost do družinskega zdravnika in digitalizacija - Čakalne dobe, slaba preventiva, stigmatizacija in neznanje	<i>Inkontinenca je stanje, s katerimi se vedno več srečujejo. (Intervjuvanka 5). Pri moškem je inkontinenca običajno posledica operacij prostate, kjer je velika stigmatizacija. Pri ženskah je običajno posledica karcinoma na rodilih, prolaps maternice in poškodbe zaradi pritiska. (Intervjuvanka 5). Največje breme je definitivno inkontinenca. (Intervjuvanka 5) Problem je dostop na primarni ravni in digitalizacija. (Intervjuvanka 6) Dodaten problem so čakalne dobe so velik problem ... pa slaba preventiva, nepoznavanje sodobnih pripomočkov na primarni ravni ter velika stigmatizacija, o tem se ne govori. (Intervjuvanka 6)</i>
Demenca	- Pogostost - Breme	- Zelo naraščajoča bolezen zaradi staranja prebivalstva - Zdravstvena, socialna (stigmatizacija in izolacija),	<i>Soočamo se z naraščajočo pogostnostjo, ki je posledica podaljševanja življenjske dobe in staranja prebivalstva. Ocenjujem, da jih je danes okrog 40.000, do leta 2030 bo naraslo verjetno na približno 48.000 oseb. (Intervjuvanka 6) Zdravstvene težave, ki spremljajo demenco, vključujejo ne le kognitivnih</i>

	<p>- Dostop</p> <p>- Pomanjkljivosti obravnave</p>	<p>čustvena in finančna bremena</p> <p>- Izjemno veliko breme za svojce</p> <p>- Slaba dostopnost do osebnega zdravnika in čakalne vrste pri specialistih, neenak dostop do zdravlil in zdravljenja ter nezadostna podpora svojcem in skrbnikom</p> <p>- Zamude pri diagnozi, pomanjkanje integrirane oskrbe, neustrezna usposobljenost osebja, omejeni viri za podporo svojcem, pomanjkanje preventivnih programov</p>	<p><i>simptomov ..., ampak pogosto tudi fizične posledice, kot so težave z mobilnostjo in telesnim upadom. ... Potem je še stigmatizacija in izolacija. Demenca pogosto vodi do socialne izolacije ne samo oseb z demenco, ampak tudi njihovih svojcev in skrbnikov, ki se lahko znajdejo v izčrpavajoči vlogi oskrbovalcev brez zadostne podpore in razumevanja iz skupnosti. ... Potem so še spremembe v osebnosti in vedenju, ki jih demenca povzroča, lahko povzročijo napetost v družinskih in prijateljskih odnosih ... In potem je še izgorelost neformalnih oskrbovalcev. Tudi veliko finančno breme je. (Intervjuvanec 10)</i></p> <p><i>Velik problem je dostop do osebnega zdravnika in dolge so čakalne vrste pri specialistih, neenak dostop do zdravlil in zdravljenja ter nezadostna podpora svojcem in skrbnikom. (Intervjuvanec 10)</i></p> <p><i>Zaradi čakalnih vrst in neosveščenosti prebivalstva so zamude pri diagnozi. (Intervjuvanec 11) Pri nas tudi manjka integrirana oskrba, ki združuje zdravstvene in socialne storitve, je ključna za celostno obravnavo oseb z demenco. ... Srečujemo se tudi z neustrezno usposobljenostjo osebja. ... Velik problem, ki sem ga že omenil, so omejeni viri za podporo svojcem. ... Kljub temu, da je znano, da lahko nekateri preventivni ukrepi zmanjšajo tveganje za razvoj demence ali odložijo njen začetek, so takšni programi redki ali pa neustrezno financirani. (Intervjuvanec 10)</i></p>
Paradontalna bolezen	<p>- Pogostost</p> <p>- Dostopnost in breme</p> <p>- Pomanjkljivosti obravnave</p>	<p>- Karies in paradontalna bolezen prevladujeta</p> <p>- Izjemno slaba dostopnost</p> <p>- Veliko breme za posameznika</p> <p>- Premajhna kapaciteta storitev/čakalne vrste</p>	<p><i>Ja, v moji zobozdravstveni ordinaciji je še vedno največ prisotnega kariesa in paradontalne bolezni. (Intervjuvanka 9)</i></p> <p><i>Nekako dostopnost do osebnih zobozdravnikov je slaba, kar se tiče pa sekundarne ravni, specialistov pa je katastrofalna. (Intervjuvanka 9)</i></p> <p><i>Predvsem je pomanjkljivost premajhna kapaciteta storitev oz. denarja za storitve. (Intervjuvanka 9)</i></p>

		- Ni povezave med zdravstvom in zobozdravstvom - Nujno uvedba higienika in več preventive	<i>Ogromno medikamentov je, ki vplivajo na stanje v ustni votlini. (Intervjuvanka 6) Nujno je uvesti higienika kot pomoč za zobozdravnika in preventivo nujno okrepit. (Intervjuvanka 6)</i>
--	--	--	--

Razprava in zaključki

Ključna ugotovitev analize izjav je, da so intervjuvanci soglasni o ustreznem izboru obravnavanih boleznih/stanj, saj pri izbrane bolezni/stanja prevladujejo pomanjkljivosti obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Primerjava rezultatov z ugotovitvami obstoječih raziskav glede pomanjkljivosti obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu na področju bolezni/stanj raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni (npr. Apalla idr., 2017; Ali idr., 2018; Razmjooj idr., 2020; Simoes idr., 2015) je pokazala nekatera odstopanja, med katerimi prevladujejo slaba dostopnost oziroma dolge čakalne vrste v Sloveniji, ki so jih intervjuvanci osvetlili pri vseh boleznih.

Na področju raka kože so strokovnjaki opozorili na pogostost melanoma, ki je šesti najpogostejši rak v Sloveniji, s približno 600 novimi primeri letno, večinoma povezanih z UV sevanjem. Kljub relativno nizki umrljivosti je ključen izziv pri tej bolezni neozaveščenost ljudi o škodljivih učinkih sončenja, ki lahko trajno poškoduje DNK. Dodatne težave predstavljajo otežen dostop do osebnih zdravnikov zaradi pomanjkanja zdravstvenega osebja in zapletenega elektronskega naročanja. Intervjuvanci izpostavljajo tudi dolge čakalne dobe pri specialistih in slabo koordinacijo med zdravstvenim in socialnim sistemom (manko integrirane klinične poti) kot ključne pomanjkljivosti v obravnavi pacientov z rakom kože.

Na področju raka prostate je bila izpostavljena njegova visoka prevalenca med moškimi. Poseben izziv pri ugotavljanju prevalenca raka prostate je pri starejših, kjer zaradi sočasnih bolezni pogosto ni podrobne diagnostike. Posebej je bila poudarjena problematika zanikanja bolezni in komunikacijske ovire pri moških, ki so manj odprti za pogovor o simptomih, še posebej o inkontinenci in erektilni disfunkciji, ki sta pogosto povezani z rakom prostate. To močno vpliva na njihovo kakovost življenja. Obenem je bila omenjena težava z neorganiziranim presejanjem raka prostate, kar kaže na potrebo po bolj sistematičnem pristopu. Prav tako je poudarjena težava ozaveščanja pacientov o koristih spremljanja bolezni brez aktivnega zdravljenja pri določenih oblikah raka prostate, ki niso življenjsko ogrožajoče.

Urološki strokovnjaki opažajo porast inkontinence, ki predstavlja veliko breme za zdravstveni sistem. Razlike v vzrokih za inkontinenco med spoloma so povezane s posegi na prostati pri moških in z ginekološkimi stanji pri ženskah. Izpostavljena je stigmatizacija in neznanje o dostopnih virih pomoči (pripomočki). Glavna težava za urološke paciente je dostopnost do primarne zdravstvene oskrbe, še posebej za starejše, ki se spopadajo s težavami zaradi elektronskega naročanja. Poudarjene so bile tudi dolge čakalne dobe, pomanjkljiva preventiva, nepoznavanje sodobnih pripomočkov in široko razširjena stigmatizacija inkontinence. Opozorjeno je bila potreba po boljšem ozaveščanju in dostopnosti pomoči za osebe z inkontinenco.

Pogostost demence narašča zaradi staranja prebivalstva, pričakuje se, da bo do leta 2030 število prizadetih v Sloveniji naraslo na približno 48.000. Alzheimerjeva bolezen je najpogostejša oblika demence. Demenca predstavlja pomembno javnozdravstveno težavo z večdimenzionalnimi

posledicami, ki vplivajo ne le na osebe z demenco, temveč tudi na svoje in širšo družbo. Oskrba oseb z demenco pogosto zahteva nenehno nego zaradi kognitivnih in fizičnih posledic, kar vodi v socialno izolacijo in psihološke težave pri svojcih in drugih oskrbovalcih. Poudarjena je potreba po izboljšanju dostopa do zdravstvenih in socialnih storitev, vključno s specializirano oskrbo, saj zaradi čakalnih vrst prihaja do zamude pri diagnozi, nadalje je bila poudarjena potreba po boljšem usposabljanju zdravstvenega in socialnega osebja, podporo svojcem in razvoji integriranih oskrbovalnih programov. Pomembno je tudi preseganje stigme ter izboljšanje ozaveščenosti in razumevanja demence v družbi.

Na dentalnem področju je poudarjena visoka prisotnost paradontalne bolezni ob kariesu, dodatni zapleti zaradi sistemskih bolezni, kot je srčno popuščanje. Antikoagulantna terapija, psihične in dihalne težave ter sladkorna bolezen dodatno otežujejo zdravljenje in vzdrževanje ustnega zdravja. Slaba dostopnost do zobozdravstvenih storitev in dolge čakalne dobe prisilijo mnoge pacienta v samoplačniško obravnavo. Poudarjena je potreba po večjem vlaganju v preventivo in izboljšanju povezave med splošnim zdravstvom in zobozdravstvom, da se izboljša skrb za ustno zdravje na sistemski ravni.

ZAKLJUČEK

Poznavanje poteka oskrbe v zdravstvenem sistemu je ključnega pomena za zdravstveno pismenost, ki omogoča pacientom informirane odločitve o zdravljenju. Razumevanje procesov, od diagnoze do zaključka zdravljenja, ter sposobnost navigiranja po sistemu in komunikacije z zdravstvenimi delavci, izboljša zdravstvene izide in pacientovo zadovoljstvo. Zdravstvena pismenost spodbuja samoupravljanje zdravja, omogoča prepoznavanje simptomov in izvajanje preventivnih ukrepov. Informirani pacienti so bolj aktivno vključeni v svoje zdravljenje, kar vodi do večje avtonomije in možnosti za izboljšave v zdravstvenem sistemu. To je še posebej pomembno za zagotavljanje enakopravnega dostopa do kakovostne oskrbe za vse posameznike, kar krepi zdravstveni sistem in izboljšuje izide zdravljenja. Za navigacijo po zdravstvenem sistemu morajo pacienti poznati integrirane klinične poti. Pogoj za poznavanje poteka obravnave po integrirani klinični poti pa je izbor ustreznih poti. Zato smo se v monografiji osredotočali na tiste poti, pri katerih sta pregled literature, namizno raziskovanje dokumentov in analiza mnenj ključnih strokovnih deležnikov pokazala pomanjkljivosti poteka obravnave pacienta po zdravstvenem sistemu (področje bolezni/stanj raka kože, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni).

V posameznih poglavjih so predstavljeni posamezni vidiki naše študije. Tako smo v prvem poglavju predstavili pregled poslovnih letnih poročil ZZZS, ki je pokazal, da je ta v zadnjih desetih letih največji delež finančnih sredstev namenil za medicinske pripomočke za uporabnike s težavami z uriniranjem, pripomočke za obvladovanje sladkorne bolezni in za pripomočke za osebe s stomo (na trebušno steno izpeljanim črevesjem). Največji delež sredstev je bil namenjen pripomočkom za obvladovanje težav z odvajanjem seča. Te težave so lahko povezane z zadrževanjem urina, kot na primer pri uporabi urinskih katetrov, pogosteje pa so namenjene obvladovanju urinske inkontinence.

Sistematični pregled literature 19 znanstvenih člankov na področju demence v drugem poglavju je pokazal, da je demenca bolezen sodobnega obdobja, ki je bolj razširjena v razvitem svetu, prisotna pa tudi v nerazvitem. Dejavniki tveganja za demenco so tesno povezani z dejavniki za nastanek bolezni srca in ožilja ter drugimi dejavniki. Incidenca demence zelo hitro narašča, zato je nujno hitro odzivanje politik in zdravstvenega sistema.

Analiza 17 znanstvenih člankov na področju paradontalnih bolezni je pokazala, da raziskave zajemajo različna področja, vključno z znanjem o ustnem zdravju in paradontalnih boleznih, vplivom zdravstvene pismenosti in vedenja na ustno zdravje in paradontalne bolezni, samooceno bolnika, povezavo med paradontalno boleznijo in kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, posebno demografsko skupino – nosečnice in smernicami za zaščitna prizadevanja na področju ustnega zdravja.

Pregled Zdravstvenih statističnih letopisov za obdobje zadnjih osmih let s podatki, dostopnimi na spletnih straneh, je pokazal, da sta glede na incidenco, prevalenco in umrljivost najpogostejša rakava obolenja in bolezni srca in ožilja. Med rakavimi obolenji so pri moških najpogostejše maligne neoplazme kože in rak prostate, pri ženskah pa prav tako maligne neoplazme kože ter rak dojke.

V šestem poglavju tematiziramo ustavne pravice do zdravstvenega varstva v Sloveniji, ki zagotavljajo vsakomur pravico do dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe. Kljub temu se soočamo s problematiko čakalnih dob, ki lahko negativno vplivajo na uresničevanje teh pravic. Čakalna doba je eno od meril

dostopa do oskrbe. V poglavju je ponazorjena teorijo čakalne vrste – analitično orodje, ki je ponudnikom storitev zagotovilo veliko vpogledov pri načrtovanju novih sistemov storitev in upravljanju obstoječih. Pacienti najdlje čakajo na prvi dermatološki pregled (do 168,1 dneva) in subspecialistični dermatoonkološki pregled (do 195 dni). Najdaljša čakalna doba je pri uroloških pregledih za erektilno disfunkcijo pod nujnostjo »zelo hitro« (179 dni) in »redno« (240,9 dneva). Najkrajše čakajo na ePosvet v urologiji. Za diagnozo inkontinence so potrebni specialistični pregledi, najdaljša čakalna doba je za operacije urinske inkontinence (143,8 dneva). Na prvi parodontološki pregled pacienti čakajo najdlje (709,6 dneva), pri čemer 6.832 pacientov čaka, od teh 4.986 nad dopustno dobo. Na nevrološki ePosvet je čakalna doba najkrajša.

Analiza izjav strokovnih deležnikov na področju petih izbranih bolezni/stanj je pokazala, da se strokovnjaki strinjajo z izborom petih ključnih stanj za klinične poti, in sicer kožni rak, rak prostate, demenca, inkontinenca in paradontalna bolezen. Analiza je pokazala, da je kožni rak pogost, z nizko stopnjo smrtnosti pri melanomu, a obstajajo veliki izzivi v dostopu do zdravstvene oskrbe. Rak prostate je najpogostejši med moškimi, a z skrb vzbujajočo razliko med incidenco in smrtnostjo ter sistemskimi težavami v zdravstvu. Inkontinenca postaja pogostejša, z razlikami med spoloma v vzrokih in dostopnosti do oskrbe. Demenca, naraščajoča s staranjem populacije, zahteva celovit pristop in večje vlaganje v oskrbo. Paradontalna bolezen, obremenjena s sistemskimi boleznimi, potrebuje boljše preventivo in integracijo v primarno zdravstveno varstvo.

Če povzamemo, celovita študija je utemeljila, da je razvoj in implementacija integriranih kliničnih poti za obravnavo kožnega raka, raka prostate, demence, inkontinence in paradontalne bolezni ključnega pomena za izboljšanje navigacije pacienta po zdravstvenem sistemu, povečanje učinkovitosti zdravstvenega sistema in zmanjšanje bremena, ki ga ta stanja predstavljajo za posameznike in družbo. Utemeljimo jih lahko s *pogostostjo*, saj je kožni rak, zlasti melanom, je ena od najpogostejših oblik raka na globalni ravni, z naraščajočo incidenco, kar poudarja potrebo po učinkovitih preventivnih in terapevtskih strategijah. Rak prostate je najpogostejši rak med moškimi in predstavlja pomembno zdravstveno breme. Demenca, s staranjem populacije, postaja vse pogostejša, kar predstavlja velik javnozdravstveni izziv. Inkontinenca prizadene milijone ljudi po svetu, vpliva na kakovost življenja in je pogosto povezana z drugimi zdravstvenimi stanji. Paradontalna bolezen je eden od glavnih vzrokov za izgubo zob med odraslimi in ima pomembne sistematične zdravstvene povezave. Kar se *dostopnosti* tiče, je omejen dostop do zdravstvene oskrbe je skupen izziv pri vseh omenjenih boleznih/stanjih. Dolge čakalne dobe, pomanjkanje specializiranih zdravstvenih delavcev in zapleti pri naročanju na preglede so pogoste težave, ki lahko vodijo do zamud pri diagnozi in zdravljenju, poslabšanja stanja in večje končne obremenitve zdravstvenega sistema. Vsa navedena stanja/bolezni predstavljajo znatno *breme* za posameznike in družbo, vključno z zdravstvenimi, socialnimi in ekonomskimi posledicami. Rak kože in prostate imata visoke stope preživetja, če se odkrijeta zgodaj, kar poudarja pomen zgodnje diagnoze in zdravljenja. Demenca in inkontinenca močno vplivata na kakovost življenja posameznikov in njihovih skrbnikov, medtem ko paradontalna bolezen lahko vodi do resnih sistemskih zdravstvenih težav, če se ne zdravi učinkovito. Obstaja več *pomanjkljivosti v trenutni obravnavi teh stanj/bolezni*, vključno z neenakomerno kakovostjo oskrbe, pomanjkanjem koordinacije med zdravstvenimi storitvami in zdravstvenimi delavci, ter odsotnostjo celovitega pristopa k oskrbi, ki bi upošteval vse potrebe pacientov. To poudarja potrebo po celostnih in integriranih pristopih, ki zagotavljajo kontinuiteto in kakovost oskrbe.

Integrirane klinične poti predstavljajo multidisciplinarni pristop k načrtovanju in izvajanju zdravstvene oskrbe, ki temelji na najboljših dokazih in praksah. Raziskava je pokazala, da je obravnava poti za rak kože, rak prostate, demenco, inkontinenco in paradontalno bolezen je izjemnega pomena zaradi več ključnih razlogov. S hitro naraščajočo incidenco *kožnega raka*, zlasti melanoma, postaja ključno hitro prepoznavanje, diagnoza in učinkovito zdravljenje. Integrirane klinične poti omogočajo standardizacijo diagnostičnih in terapevtskih postopkov, kar zmanjšuje čas do zdravljenja in izboljšuje izide za bolnika. Poleg tega lahko poti spodbujajo izobraževanje in ozaveščenost javnosti o preprečevanju, vključno z zaščito pred UV-sevanjem in samoocenjevanjem kože.

Glede na visoko prevalenco *raka prostate* med moškimi in potencialno skrb vzbujajočo razliko med incidenco in stopnjo smrtnosti je sistematičen pristop z integrirano klinično potjo nujen za izboljšanje zgodnje diagnoze in zdravljenja. Pot obravnave lahko zagotovi usklajenost presejalnih postopkov, diagnostičnih testov (npr. testiranje PSA) in zdravljenja, kar vodi k boljšim izidom in upravljanju s stranskimi učinki.

S starajočo se populacijo narašča tudi število primerov *demence*. Integrirana klinična pot za demenco omogočajo celostni pristop, ki zajema ne samo zdravstveno oskrbo, ampak tudi podporo pacientom in njihovim družinam. Takšni pristopi vključujejo zgodnje prepoznavanje simptomov, upravljanje s kognitivnimi in vedenjskimi spremembami ter podporo pri obvladovanju vsakodnevnega življenja in socialne integracije.

Povečanje števila primerov *inkontinence*, povezane s starostjo, kirurškimi posegi ali kroničnimi stanji, zahteva usklajene pristope k preprečevanju, oceni in obvladovanju. Integrirana klinična pot lahko zagotovi usklajeno oskrbo med različnimi strokovnjaki in zdravstvenimi storitvami, vključno s fizioterapijo, urologijo in geriatrijo, kar izboljšuje kakovost življenja prizadetih.

Ker *paradontalna bolezen* lahko vpliva na splošno zdravje in je povezana s številnimi sistemskimi boleznimi (npr. srčno-žilne bolezni, diabetes), je pomembno, da se integrirana klinična pot osredotoča na preventivo, zgodnje prepoznavanje in celovito obravnavo. Pot obravnave lahko vključuje multidisciplinarno sodelovanje med zobozdravniki, primarno zdravstveno oskrbo in specialisti za sistemske bolezni, kar zagotavlja celostno oskrbo pacientov.

Z uporabo integriranih kliničnih poti za te bolezni in stanja se lahko izboljša navigiranje po sistemu, usklajenost oskrbe, poveča učinkovitost in izboljšajo izidi za paciente. Poleg tega integrirane klinične poti spodbujajo boljše sodelovanje med zdravstvenimi delavci, optimizirajo uporabo virov in omogočajo boljše spremljanje kakovosti in varnosti pacientov. Poti tako predstavljajo ključni mehanizem za doseganje boljših zdravstvenih izidov, večje zadovoljstvo pacientov in zdravstvenih delavcev ter bolj učinkovito in stroškovno učinkovito zdravstveno varstvo. Integrirane klinične poti prav tako omogočajo prilagajanje zdravljenja posameznim pacientom z upoštevanjem njihovih specifičnih potreb in okoliščin, kar je še posebej pomembno pri boleznih, ki zahtevajo dolgoročno obvladovanje in spremljanje, kot so demenca in kronične bolezni. Prilagojene poti lahko izboljšajo skladnost pacientov z zdravljenjem, kar je bistvenega pomena za izboljšanje zdravstvenih izidov. Z vključitvijo preventivnih ukrepov, izobraževanja pacientov in podpornih storitev, zagotavljajo celosten pristop k obravnavi zdravstvenih težav. To ne samo da izboljša fizično zdravje pacientov, ampak tudi njihovo psihološko dobro počutje, kar je ključno za celostno obravnavo. V kontekstu vedno večjih pritiskov na zdravstvene sisteme po vsem svetu

integrirane klinične poti ponujajo obetaven pristop za reševanje nekaterih najpomembnejših izzivov v zdravstvu. Z zagotavljanjem usklajene, učinkovite in kakovostne oskrbe lahko integrirane klinične poti pomembno prispevajo k izboljšanju javnega zdravja in blaginje.

LITERATURA

- Abdho, A. O., Sleem, W. F., & El-sayed, R. S. (2015). Nurses' Perception toward Patient's Rights. *International Journal of Social Science and Humanities Research*, 3(4), 532–539.
- Abel, T., & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promotion International*, 35(6), 1612–1613. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa040>
- Akl, S., Ranatunga, M., Long, S., Jennings, E., & Nimmo, A. (2021). A systematic review investigating patient knowledge and awareness on the association between oral health and their systemic condition. *BMC Public Health*, 21(1), 2077. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12016-9>
- Albano, M. G., d'Ivernois, J. F., De Andrade, V., & Levy, G. (2019). Patient education in dental medicine: A review of the literature. *European Journal of Dental Education*, 23(2), 110–118. <https://doi.org/10.1111/eje.12409>
- Al-Bitar, K. M., Garcia, J. M., Han, S., & Guentsch, A. (2024). Association between periodontal health status and quality of life: A cross-sectional study. *Frontiers in Oral Health*, 5, 1346814. <https://doi.org/10.3389/froh.2024.1346814>
- Altin, S. V., & Stock, S. (2016). The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Services Research*, 16(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
- Alzheimer Europe. (2020). Intercultural dementia care for health and social care providers: A guide. Policy briefing on intercultural care and support for people with dementia and their informal carers/supporters. Alzheimer Europe. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_policy_briefing_on_intercultural_care_and_support_for_people_with_dementia_and_their_informal_carers.pdf
- Amini, M., Zayeri, F., & Salehi, M. (2021). Trend analysis of cardiovascular disease mortality, incidence, and mortality-to-incidence ratio: Results from global burden of disease study 2017. *BMC Public Health*, 21(1), 401. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10429-0>
- An, R., Li, Q., Luo, Y., Chen, W., Sohaib, M., Liu, M., & Wu, Z. (2022). Oral health literacy, oral health behavior, and oral health status among dental patients and associated factors [Preprint]. *Public and Global Health*. <https://doi.org/10.1101/2022.09.09.22279289>
- Apalla, Z., Nashan, D., Weller, R. B., & Castellsagué, X. (2017). Skin cancer: epidemiology, disease burden, pathophysiology, diagnosis, and therapeutic approaches. *Dermatology and therapy*, 7, 5-19.
- Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia. *Jama*, 322(16), 1589-1599. doi:10.1001/jama.2019.4782
- Ati, V. R. B. (2021). Risk factors associated with the event of prostate cancer. *Mandala Of Health*, 14(2), 67. <https://doi.org/10.20884/1.mandala.2021.14.2.5116>
- Attenborough, J. (2021). A century of professional regulation: What does it mean for nurses today? *Nursing Times*, 117(9), Article 9.
- Bacsu, J.-D. R., O'Connell, M. E., Webster, C., Poole, L., Wighton, M. B., & Sivananthan, S. (2021). A scoping review of COVID-19 experiences of people living with dementia. *Canadian Journal of Public Health*, 112(3), 400–411. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00500-z>
- Bado, F. M. R., Barbosa, T. D. S., Soares, G. H., & Mialhe, F. L. (2022). Oral Health Literacy and Periodontal Disease in Primary Health Care Users. *International Dental Journal*, 72(5), 654–658. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.12.004>

- Bakulski, K. M., Seo, Y. A., Hickman, R. C., Brandt, D., Vadari, H. S., Hu, H., & Park, S. K. (2020). Heavy Metals Exposure and Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 76(4), 1215–1242. <https://doi.org/10.3233/JAD-200282>
- Barbosa, A., Sousa, L., Nolan, M., & Figueiredo, D. (2015). Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: a systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(8), 713-722.
- Bardsley, A. (2016). An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*, 25(18), S14-S21.
- Barsouk, A., Padala, S. A., Vakiti, A., Mohammed, A., Saginala, K., Thandra, K. C., & Barsouk, A. (2020). Epidemiology, staging and management of prostate cancer. *Medical Sciences*, 8(3), 28.
- Baskaradoss, J. K. (2016). The association between oral health literacy and missed dental appointments. *The Journal of the American Dental Association*, 147(11), 867–874. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.05.011>
- Baskaradoss, J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, 18(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-1>
- Batista, M. J., Lawrence, H. P., & Sousa, M. D. L. R. D. (2018). Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, 18(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4443-0>
- Batty, G. D., Jung, K. J., Mok, Y., Lee, S. J., Back, J. H., Lee, S., & Jee, S. H. (2018). Oral health and later coronary heart disease: Cohort study of one million people. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(6), 598–605. <https://doi.org/10.1177/2047487318759112>
- Baur, C. (2010). New Directions in Research on Public Health and Health Literacy. *Journal of Health Communication*, 15(sup2), Article sup2. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499989>
- Beverly, J. K., & Budoff, M. J. (2020). Atherosclerosis: Pathophysiology of insulin resistance, hyperglycemia, hyperlipidemia, and inflammation. *Journal of Diabetes*, 12(2), 102–104. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.12970>
- Blasco, P. (2023). Continence Health Manifesto calls for action 1st EU Continence Health Summit in Brussels urges policymakers to act. *European Urology Today*, 35(5), 1–2.
- Blotenberg, I., Hoffmann, W., & Thyrian, J. R. (2023). Dementia in Germany: Epidemiology and prevention potential. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0100>
- Bogataj, B., Bolka, A., Dimić, D., Ganziti, K., Jelisavčić, S., Kenk, N., Kos, D., Kramberger, B., Pirnat, N., & Romavh, B. (2018). Poslovno poročilo za leto 2017. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZS).
- Bolka, A., Dimić, D., Božič Povše, R., Fele, M., Ganziti, K., Jarc, S., Jelisavčić, S., Kos, D., Rudolf, B., Škufca, J., & Vodičar, A. (2022). Poslovno poročilo za leto 2021. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZS).
- Bolka, A., Dimić, D., Božič Povše, R., Fele, M., Ganziti, K., Jarc, S., Jelisavčić, S., Kos, D., Rudolf, B., Škufca, J., & Vodičar, A. (2023). Poslovno poročilo za leto 2022. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZS).
- Borrell, L. N., & Papapanou, P. N. (2005). Analytical epidemiology of periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 32(s6), 132–158. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2005.00799.x>
- Botelho, J., Machado, V., Leira, Y., Proença, L., Chambrone, L., & Mendes, J. J. (2022). Economic burden of periodontitis in the United States and Europe: An updated estimation. *Journal of Periodontology*, 93(3), 373–379. <https://doi.org/10.1002/JPER.21-0111>

- Broom, R. (2022). Pathway for post-prostatectomy urinary incontinence: Impact on patient confidence and satisfaction. *British Journal of Nursing*, 31(18), S24–S31. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.18.S24>
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (Ur.). (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. WHO Regional Office for Europe.
- Butala, B. (2003). Postopki uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. *Zdravstveni Vestnik*, 72(5), 314–316.
- Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *Journal of physiotherapy*, 66(3), 147-154.
- Carcaillon-Bentata, L., Quintin, C., Boussac-Zarebska, M., & Elbaz, A. (2021). Prevalence and incidence of young onset dementia and associations with comorbidities: A study of data from the French national health data system. *PLOS Medicine*, 18(9), e1003801. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003801>
- Caruso, R., Magon, A., Baroni, I., Dellafiore, F., Arrigoni, C., Pittella, F., & Ausili, D. (2018). Health literacy in type 2 diabetes patients: A systematic review of systematic reviews. *Acta Diabetologica*, 55(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00592-017-1071-1>
- Cepova, E., Cicvakova, M., Kolarcik, P., Markovska, N., & Geckova, A. M. (2018). Associations of multidimensional health literacy with reported oral health promoting behaviour among Slovak adults: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 18(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0506-6>
- Chaichit, R., & Deeraksa, S. (2020). The association between functional oral health literacy and periodontal disease among adults with type 2 diabetes mellitus in the northeast region of Thailand. *Journal of International Oral Health*, 12(5), 432. https://doi.org/10.4103/jioh.jioh_338_19
- Chang Wong, E., & Chang Chui, H. (2022). Vascular Cognitive Impairment and Dementia. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 28(3), 750–780. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001124>
- Chen, Y.-C., Oyang, Y.-J., Lin, T.-Y., & Sun, W.-Z. (2020). Risk assessment of dementia after hysterectomy: Analysis of 14-year data from the National Health Insurance Research Database in Taiwan. *Journal of the Chinese Medical Association*, 83(4), 394–399. <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000286>
- Chiari, A., Vinceti, G., Adani, G., Tondelli, M., Galli, C., Fiondella, L., Costa, M., Molinari, M. A., Filippini, T., Zamboni, G., & Vinceti, M. (2021). Epidemiology of early onset dementia and its clinical presentations in the province of Modena, Italy. *Alzheimer's & Dementia*, 17(1), 81–88. <https://doi.org/10.1002/alz.12177>
- Cho, H.-A., Im, A.-J., Sim, Y.-R., Jang, H.-B., & Lim, H.-J. (2020). The association between oral health literacy and oral health behaviors in North Korean defectors: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), 1074. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08550-7>
- Committee on Developing a Behavioral and Social Science Research Agenda on Alzheimer's Disease and Alzheimer's Disease-Related Dementias, Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Challenging Questions about Epidemiology, Care, and Caregiving for People with Alzheimer's Disease and Related Dementias and Their Families:

- Proceedings of a Workshop in Brief (M. Checksfield, Ur.; str. 25706). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25706>
- Cota, L. O. M., Villar, C. C., Vettore, M. V., Campos, J. R., Amaral, G. C. L. S. D., Cortelli, J. R., & Cortelli, S. C. (2021). Periodontal diseases: Is it possible to prevent them? A populational and individual approach. *Brazilian Oral Research*, 35(suppl 2), e098. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0098>
- Darovec, J., Kogoj, A., Kores Plesničar, B., Muršec, M., Pišljarič, M., Pregelj, P., & Stokin, B. G. (2014). Smernice za obravnavo bolnikov z demenco. *Zdravstveni Vestnik*, 83(7/8), 497–504.
- Das, D., Menon, I., Gupta, R., Arora, V., Ashraf, A., & Ahsan, I. (2020). Oral health literacy: A practical strategy towards better oral health status among adult population of Ghaziabad district. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(2), 764. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1049_19
- Deng, K., Pelekos, G., Jin, L., & Tonetti, M. S. (2021). Gingival bleeding on brushing as a sentinel sign of gingival inflammation: A diagnostic accuracy trial for the discrimination of periodontal health and disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 48(12), 1537–1548. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13545>
- Dessie, Z. G., & Zewotir, T. (2021). Mortality-related risk factors of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 855. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06536-3>
- Dichter, M. N., Quasdorf, T., Schwab, C. G. G., Trutschel, D., Haastert, B., Riesner, C., & Halek, M. (2015). Dementia care mapping: effects on residents' quality of life and challenging behavior in German nursing homes. A quasi-experimental trial. *International Psychogeriatrics*, 27(11), 1875-1892.
- Dicker, R., Coronado, F., Koo, D., & Gibson Parrish, R. (2004). Principles of Epidemiology in Public Health Practice Third Edition. An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics (Third Edition, Let. 2004). U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.
- Ding, X., Wang, X., Wu, J., Zhang, M., & Cui, M. (2021). Triglyceride–glucose index and the incidence of atherosclerotic cardiovascular diseases: A meta-analysis of cohort studies. *Cardiovascular Diabetology*, 20(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12933-021-01268-9>
- Dolińska, E., Milewski, R., Pietruska, M. J., Gumińska, K., Prysak, N., Tarasewicz, T., Janica, M., & Pietruska, M. (2022). Periodontitis-Related Knowledge and Its Relationship with Oral Health Behavior among Adult Patients Seeking Professional Periodontal Care. *Journal of Clinical Medicine*, 11(6), 1517. <https://doi.org/10.3390/jcm11061517>
- Dopico, J., Nibali, L., & Donos, N. (2016). Disease progression in aggressive periodontitis patients. A retrospective study. *Journal of Clinical Periodontology*, 43(6), 531-537.
- Dupuis, F., Déry, J., Lucas De Oliveira, F. C., Pecora, A. T., Gagnon, R., Harding, K., Camden, C., Roy, J.-S., Lettre, J., Hudon, A., Beauséjour, M., Pinard, A.-M., Bath, B., Deslauriers, S., Lamontagne, M.-È., Feldman, D., Routhier, F., Desmeules, F., Hébert, L. J., ... Perreault, K. (2022). Strategies to reduce waiting times in outpatient rehabilitation services for adults with physical disabilities: A systematic literature review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 27(2), 157–167. <https://doi.org/10.1177/13558196211065707>
- Duratović Konjević, A., Škrbec, V., Tomšič, Katarina, S., Lokar, K., Bric, N., & Zadnik, V. (2020). 70 let Registra raka Slovenije: Znanje, kakovost, uporabnost (Let. 2020). Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije.
- Fakin, S., Jarc, S., Kos, D., Ganziti, K., Jelisivčič, S., Jerše Jan, U., Kramberger, B., Romavh, B., & Štok, J. (2013). Poslovno poročilo za leto 2012. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

- Fakin, S., Kramberger, B., Kos, D., Ganziti, K., Jarc, S., Jelisavčić, S., Jerše Jan, U., Romavh, B., & Štok, J. (2014). Poslovno poročilo za leto 2013. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).
- Fakin, S., Kramberger, B., Kos, D., Ganziti, K., Jarc, S., Jelisavčić, S., Jerše Jan, U., Romavh, B., & Štok, J. (2015). Poslovno poročilo za leto 2014. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).
- Farkaš-Lainščak, J. (2009). Zaznavanje zdravja kot napovedni dejavnik umrljivosti pri bolnikih z nekaterimi kroničnimi boleznimi (Let. 2009). Univeza v Ljubljani, Medicinska fakuteta.
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S10-S19.
- Firmino, R. T., Ferreira, F. M., Paiva, S. M., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Martins, C. C. (2017). Oral health literacy and associated oral conditions. *The Journal of the American Dental Association*, 148(8), 604–613. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.04.012>
- Frérot, M., Lefebvre, A., Aho, S., Callier, P., Astruc, K., & Aho Glélé, L. S. (2018). What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017. *PLOS ONE*, 13(12), e0208442. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208442>
- Fun, W. H., Tan, E. H., Khalid, R., Sararaks, S., Tang, K. F., Ab Rahim, I., Md. Sharif, S., Jawahir, S., Sibert, R. M. Y., & Nawawi, M. K. M. (2022). Applying Discrete Event Simulation to Reduce Patient Wait Times and Crowding: The Case of a Specialist Outpatient Clinic with Dual Practice System. *Healthcare*, 10(2), 189. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020189>
- Gaeckle, N. T., Pragman, A. A., Pendleton, K. M., Baldomero, A. K., & Criner, G. J. (2020). The Oral-Lung Axis: The Impact of Oral Health on Lung Health. *Respiratory Care*, 65(8), 1211–1220. <https://doi.org/10.4187/respcare.07332>
- Gandaglia, G., Leni, R., Bray, F., Fleshner, N., Freedland, S. J., Kibel, A., & La Vecchia, C. (2021). Epidemiology and prevention of prostate cancer. *European urology oncology*, 4(6), 877-892.
- Gandaglia, G., Leni, R., Bray, F., Fleshner, N., Freedland, S. J., Kibel, A., Stattin, P., Van Poppel, H., & La Vecchia, C. (2021). Epidemiology and Prevention of Prostate Cancer. *European Urology Oncology*, 4(6), 877–892. <https://doi.org/10.1016/j.euo.2021.09.006>
- Gasner, N. S., & Schure, R. S. (2024). Periodontal Disease. V StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554590/>
- Genco, R. J., & Sanz, M. (2020). Clinical and public health implications of periodontal and systemic diseases: An overview. *Periodontology 2000*, 83(1), 7–13. <https://doi.org/10.1111/prd.12344>
- Goyal, J., Menon, I., Singh, R., Gupta, R., Sharma, A., & Bhagia, P. (2019). Prevalence of periodontal status among nicotine dependent individuals of 35-44 years attending community dental camps in Ghaziabad district, Uttar Pradesh. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(7), 2456. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_315_19
- Griese, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5731. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
- Griese, L., Schaeffer, D., & Berens, E.-M. (2023). Navigational health literacy among people with chronic illness. *Chronic Illness*, 19(1), Article 1. <https://doi.org/10.1177/17423953211073368>
- Guo, S., Armstrong, R., Waters, E., Sathish, T., Alif, S. M., Browne, G. R., & Yu, X. (2018). Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: A systematic review. *BMJ Open*, 8(6), Article 6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020080>
- Hamdard College of Medicine and Dentistry, Ahmed, W., Aslam, M., Hassan, S. I. H., Ahmed, K., Bukhari, S. F., Mahi, P., Kaleem, A., & Zafar, F. (2021a). Association of Oral Health Literacy Level and

- Periodontal Health Status: A Contributory Step Towards Prevention of Periodontal Diseases. *Journal of the Pakistan Dental Association*, 30(03), 164–169. <https://doi.org/10.25301/JPDA.303.164>
- Hamzé, R., Delangre, E., Tolu, S., Moreau, M., Janel, N., Bailbé, D., & Movassat, J. (2022). Type 2 Diabetes Mellitus and Alzheimer's Disease: Shared Molecular Mechanisms and Potential Common Therapeutic Targets. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(23), 15287. <https://doi.org/10.3390/ijms232315287>
- Haque, R., Alam, K., Gow, J., & Neville, C. (2023). Changes in the prevalence of dementia in Australia and its association with geographic remoteness. *PLOS ONE*, 18(8), e0289505. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289505>
- Helal, O., Göstemeyer, G., Krois, J., Fawzy El Sayed, K., Graetz, C., & Schwendicke, F. (2019). Predictors for tooth loss in periodontitis patients: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*, 46(7), 699–712.
- Henderson, E., Dalawari, P., Fitzgerald, J., & Hinyard, L. (2018). Association of Oral Health Literacy and Dental Visitation in an Inner-City Emergency Department Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1748. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081748>
- Horowitz, A. M., & Kleinman, D. V. (2008). Oral Health Literacy: The New Imperative to Better Oral Health. *Dental Clinics of North America*, 52(2), 333–344. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2007.12.001>
- Hu, J. S., & Pierre, E. F. (2019). Urinary incontinence in women: evaluation and management. *American family physician*, 100(6), 339–348.
- Hu, W., Wang, Y., Chen, R., & Pan, T. (2023). Oral Health Status and Literacy/Knowledge Amongst Pregnant Women in Shanghai. *International Dental Journal*, 73(2), 212–218. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2022.06.005>
- Huang, J., Zhang, L., Shi, L., Wu, M., Lv, T., Zhang, Y., Lai, Y., Tu, Q., Wang, X., & Wang, H. (2023). An epidemiological study on skin tumors of the elderly in a community in Shanghai, China. *Scientific Reports*, 13(1), 4441. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-29012-1>
- Jaafar, A., Ab Malik, N., & Ali Alkadhim, A. H. (2021). Oral Health Literacy and Oral Health Status among Undergraduate University Students. *Journal of Clinical and Health Sciences*, 6(2), 13–22. <https://doi.org/10.24191/jchs.v6i2.11506>
- Jamieson, L. M., Parker, E. J., Roberts-Thomson, K. F., Lawrence, H. P., & Broughton, J. (2014). Self-efficacy and self-rated oral health among pregnant aboriginal Australian women. *BMC Oral Health*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-29>
- Jansen, T., Rademakers, J., Waverijn, G., Verheij, R., Osborne, R., & Heijmans, M. (2018). The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: A survey study. *BMC Health Services Research*, 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3197-4>
- Jelenc, M., Korošec, A., & Lovrečič, M. (2022). Trendi predpisovanja zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do leta 2018. *Revija Za Zdravstvene Vede*, 7(1), 19–30.
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Buckley, R. F., Van Der Flier, W. M., Han, Y., Molinuevo, J. L., Rabin, L., Rentz, D. M., Rodriguez-Gomez, O., Saykin, A. J., Sikkes, S. A. M., Smart, C. M., Wolfgruber, S., & Wagner, M. (2020). The characterisation of subjective cognitive decline. *The Lancet Neurology*, 19(3), 271–278. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30368-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30368-0)

- Jia, L., Du, Y., Chu, L., Zhang, Z., Li, F., Lyu, D., Li, Y., Li, Y., Zhu, M., Jiao, H., Song, Y., Shi, Y., Zhang, H., Gong, M., Wei, C., Tang, Y., Fang, B., Guo, D., Wang, F., ... Qiu, Q. (2020). Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, 5(12), e661–e671. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30185-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30185-7)
- John, L. H., Kors, J. A., Fridgeirsson, E. A., Reys, J. M., & Rijnbeek, P. R. (2022). External validation of existing dementia prediction models on observational health data. *BMC Medical Research Methodology*, 22(1), 311. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01793-5>
- Kebede, Y. (2004). *Epidemiology*. University of Gondar.Ethiopia Public Health Training Initiativ.
- Kejžar, A., & Jenko, N. (2020). *Vsak dan znova: Knjiga o demenci* (Let. 2020).
- Khamrin, P., Boonyathee, S., Bootsikeaw, S., Ong-Artborirak, P., & Seangpraw, K. (2021). Factors Associated with Health Literacy, Self-Efficacy, Social Support, and Oral Health Care Behaviors Among Elderly in Northern Border Community Thailand. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 16, 1427–1437. <https://doi.org/10.2147/CIA.S320900>
- Khan, S. H., Sobia, F., Niazi, N. K., Manzoor, S. M., Fazal, N., & Ahmad, F. (2018). Metabolic clustering of risk factors: Evaluation of Triglyceride-glucose index (TyG index) for evaluation of insulin resistance. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 10(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s13098-018-0376-8>
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., & World Health Organization (Ur.). (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Koenig, I., Moetteli, C., Luginbuehl, H., Radlinger, L., Kuhn, A., & Taeymans, J. (2020). Health status, comorbidities and cost-of-illness in females with stress urinary incontinence living in the Canton of Bern. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 150–152, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.02.002>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2022). Universal healthcare coverage, patients' rights, and nurse-patient communication: A critical review of the evidence. *BMC Nursing*, 21(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00833-1>
- Kwon, T., Lamster, I. B., & Levin, L. (2021). Current concepts in the management of periodontitis. *International dental journal*, 71(6), 462-476.
- Lafaurie, G. I., Gómez, L. A., Montenegro, D. A., De Avila, J., Tamayo, M. C., Lancheros, M. C., Quiceno, J., Trujillo, T. G., Noriega, L. A., Grueso, M. L., & Cepeda, K. (2020). Periodontal condition is associated with adverse perinatal outcomes and premature rupture of membranes in low-income pregnant women in Bogota, Colombia: A case–control study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(1), 16–23. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1484092>
- Lai, V., Cranwell, W., & Sinclair, R. (2018). Epidemiology of skin cancer in the mature patient. *Clinics in dermatology*, 36(2), 167-176.
- Lee, H. J., Choi, E. K., Park, J. B., Han, K. D., & Oh, S. (2019). Tooth Loss Predicts Myocardial Infarction, Heart Failure, Stroke, and Death. *Journal of Dental Research*, 98(2), 164–170. <https://doi.org/10.1177/0022034518814829>
- Leiter, U., Eigentler, T., & Garbe, C. (2014). *Epidemiology of Skin Cancer*. V J. Reichrath, Sunlight, Vitamin D and Skin Cancer (str. 120–140). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0437-2_7
- Leiter, U., Keim, U., & Garbe, C. (2020). *Epidemiology of Skin Cancer: Update 2019*. V J. Reichrath (Ur.), Sunlight, Vitamin D and Skin Cancer (Let. 1268, str. 123–139). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46227-7_6

- Lewis, A. K., Harding, K. E., Snowdon, D. A., & Taylor, N. F. (2018). Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 869. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3669-6>
- Liddy, C., Moroz, I., Affleck, E., Boulay, E., Cook, S., Crowe, L., Drimer, N., Ireland, L., Jarrett, P., MacDonald, S., McLellan, D., Mihan, A., Miraftab, N., Nabelsi, V., Russell, C., Singer, A., & Keely, E. (2020). How long are Canadians waiting to access specialty care? Retrospective study from a primary care perspective. *Canadian Family Physician*, 66, 434–444.
- Lilienfeld, D. E. (1978). DEFINITIONS OF EPIDEMIOLOGY¹. *American Journal of Epidemiology*, 107(2), 87–90. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112521>
- Litwin, M. S., & Tan, H. J. (2017). The diagnosis and treatment of prostate cancer: a review. *Jama*, 317(24), 2532-2542.
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2),. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Liu, Y., Li, Z., & Walker, M. P. (2014). Social disparities in dentition status among American adults. *International Dental Journal*, 64(1), 52–57. <https://doi.org/10.1111/idj.12062>
- Lovrečič, B., & Lovrečič, M. (Ur.). (2021). Spremljanje demence v Sloveniji. Epidemiološki in drugi vidiki (Let. 2021). Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Lu, K., Xiong, X., Li, M., Yuan, J., Luo, Y., & Friedman, D. B. (2023). Trends in prevalence, health disparities, and early detection of dementia: A 10-year nationally representative serial cross-sectional and cohort study. *Frontiers in Public Health*, 10, 1021010. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1021010>
- Manger, D., Walshaw, M., Fitzgerald, R., Doughty, J., Wanyonyi, K. L., White, S., & Gallagher, J. E. (2017). Evidence summary: The relationship between oral health and pulmonary disease. *British Dental Journal*, 222(7), 527–533. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.315>
- Mar, J., Gorostiza, A., Arrospide, A., Larrañaga, I., Alberdi, A., Cernuda, C., Iruin, Á., Tainta, M., Mar-Barrutia, L., & Ibarrondo, O. (2022). Estimation of the epidemiology of dementia and associated neuropsychiatric symptoms by applying machine learning to real-world data. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 15(3), 167–175. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2022.09.005>
- Marshall, E. G., Miller, L., & Moritz, L. R. (2023). Challenges and impacts from wait times for specialist care identified by primary care providers: Results from the MAAP study cross-sectional survey. *Healthcare Management Forum*, 36(5), 340–346. <https://doi.org/10.1177/08404704231182671>
- McIntyre, D., & Chow, C. K. (2020). Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 004695802091030. <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>
- Mehta, K. J., Miletich, I., & Detyna, M. (2021). Content-specific differences in Padlet perception for collaborative learning amongst undergraduate students. *Research in Learning Technology*, 29. <https://doi.org/10.25304/rlt.v29.2551>
- Meseli, S. E., Mamaklioglu, D., & Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Istanbul Aydin University, İstanbul, Turkey. (2023). Is There Any Association Between Health Literacy Level of Pregnants Both Periodontal Status and Adverse Pregnancy Outcomes? *Current Research in Dental Sciences*. <https://doi.org/10.5152/CRDS.2023.2291157>

- Mijović, M., Nedeljković, V., Vukićević, D., Mitić, N., Đerković, B., Rašić, J., & Premović, V. (2020). Diagnostic, prognostic and predictive parameters in prostate cancer. *Praxis Medica*, 49(3–4), 43–49. <https://doi.org/10.5937/pramed2004043M>
- Milsom, I., Coyne, K. S., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.-I., & Wein, A. J. (2014). Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. *European Urology*, 65(1), 79–95. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031>
- Ministrstvo za zdravje RS. (2016). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25). Uradni list RS, št. 25/16).
- Ministrstvo za zdravje. (2016). Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020 (Let. 2016). Ministrstvo za zdravje.
- Ministrstvo za zdravje. (2023). Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 (Let. 2023). Vlada republike Slovenije. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf>
- Mohamadian, H., Eftekhar, H., Rahimi, A., Mohamad, H. T., Shojaiezade, D., & Montazeri, A. (2011). Predicting health-related quality of life by using a health promotion model among Iranian adolescent girls: A structural equation modeling approach: Predicting quality of life in adolescents. *Nursing & Health Sciences*, 13(2), Article 2. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00591.x>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). Zdravstveni statistični letopis 2019. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zdravstveni_statisticni LETOPIS_2019.pdf
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2022). Zdravstveni statistični letopis 2020. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/03/zdravstveni_statisticni LETOPIS_2020.pdf
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023). *NACIONALNO SPREMLJANJE ČAKALNIH DOB Mesečno poročilo za stanje na dan 1.5. 2023*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/05/Porocilo-eNarocanje-1.5.-2023.pdf>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023). Zdravstveno statistični letopis Slovenije 2021. 2. Zdravstveno stanje prebivalstva. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Naiker, U., FitzGerald, G., Dulhunty, J. M., & Rosemann, M. (2018). Time to wait: A systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Australian Health Review*, 42(3), 286. <https://doi.org/10.1071/AH16275>
- Nambiar, A. K., Bosch, R., Cruz, F., Lemack, G. E., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., ... & Burkhard, F. C. (2018). EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *European urology*, 73(4), 596-609.
- Noor, N. M., Rani, H., Zakaria, A. S. I., Yahya, N. A., & Sockalingam, S. N. M. P. (2019). Sociodemography, Oral Health Status and Behaviours Related to Oral Health Literacy. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2019.191.120>
- Organizacija združenih narodov. (2024). *Človekove pravice*.
- Palvannan, R. K., & Teow, K. L. (2012). Queueing for Healthcare. *Journal of Medical Systems*, 36(2), 541–547. <https://doi.org/10.1007/s10916-010-9499-7>
- Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU, HLS-EU CONSORTIUM (Let. 2012). Pridobljeno 30.3.2018 s <http://www.health-literacy.eu>.

- Perez, L., Morales, K. H., Klusaritz, H., Han, X., Huang, J., Rogers, M., Bennett, I. M., Rand, C. S., Ndicu, G., & Apter, A. J. (2016). A health care navigation tool assesses asthma self-management and health literacy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 138(6), Article 6. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2016.08.043>
- Petelin, M. (2019). Parodontalna bolezen je najbolj razširjeno kronično vnetje zobnih tkiv pri ljudeh. *Farmaceutski Vestnik*, 70(2), 145–149.
- Pickett, J., Bird, C., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Cowan, K., & Walton, C. (2018). A roadmap to advance dementia research in prevention, diagnosis, intervention, and care by 2025. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(7), 900-906.
- Plahuta, A., Skrt, S., Jazbec, J., Prosen, M., & Ličen, S. (2022). Zadovoljstvo pacientov z dostopnostjo zdravstvenih storitev v obdobju epidemije covid-19: Opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(4). <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.4.3124>
- Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah. (2018). *Uradni list RS*. št. 3/18, 201/20, 103/21 in 132/22. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV13238>
- Pravilnik o seznamu medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. (2020). *Uradni list RS št.4/20*.
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., & Prina, M. (2015). World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends (Let. 2015). Alzheimer's Disease International (ADI). <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Raef Fouad, E., Abdelrahman, S. M., & Mohamed, E. A. (2020). Nurses Compliance Toward Patients' Rights and its Relation To Patients Satisfaction. *Minia Scientific Nursing Journal*, 007(1), 44–53. <https://doi.org/10.21608/msnj.2020.188019>
- Rawla, P. (2019). Epidemiology of prostate cancer. *World journal of oncology*, 10(2), 63.
- Razmjoooy, N., Ashourian, M., Karimifard, M., Estrela, V. V., Loschi, H. J., Do Nascimento, D., ... & Vishnevski, M. (2020). Computer-aided diagnosis of skin cancer: a review. *Current medical imaging*, 16(7), 781-793.
- Rosenblit, P. D. (2019). Extreme Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) Risk Recognition. *Current Diabetes Reports*, 19(8), 61. <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1178-6>
- Sandilyan, M. B., & Dening, T. (2019). What is dementia. Evidence Based Practice in Dementia for Nurses and Nursing Students. Jessica Kingsley, London, 12-26.
- Schippinger, W. M., & Pichler, G. (2023). Prävention demenzieller Erkrankungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 56(3), 227–234. <https://doi.org/10.1007/s00391-023-02175-2>
- Selten, J.-P., Termorshuizen, F., Van Sonsbeek, M., Bogers, J., & Schmand, B. (2021). Migration and dementia: A meta-analysis of epidemiological studies in Europe. *Psychological Medicine*, 51(11), 1838–1845. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000586>
- Shang, X., Fu, Y., Jin, X., Wang, C., Wang, P., Guo, P., Wang, Y., & Yan, S. (2023). Association of overweight, obesity and risk of urinary incontinence in middle-aged and older women: A meta epidemiology study. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1220551. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1220551>
- Shimpi, N., Glurich, I., Schroeder, D., Katrak, C., Chyou, P.-H., & Acharya, A. (2020). Patient Awareness of Association of Diabetes and Periodontal Disease. *Health Promotion Practice*, 21(3), 464–472. <https://doi.org/10.1177/1524839918801909>

- Simoës, M. F., Sousa, J. S., & Pais, A. C. (2015). Skin cancer and new treatment perspectives: A review. *Cancer letters*, 357(1), 8-42.
- Singh, P., Singh, R., Kumari, S., Kumari, S., Singh, S., & Singh, J. P. (2020). Impact of Oral Health Literacy on Periodontal Health among Low-income-group Workers of Dental Institutes in Patna, Bihar, India. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 21(7), 787–791.
- Smrkolj, T. (2018). Inkontinenca urina pri moških. V R. Batas (Ur.), *Inkontinenca in rane—Od preventive do kurative* (Let. 2018, str. 13–20). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenij, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. van den, & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), Article 6. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Sousa, V., Mardas, N., Farias, B., Petrie, A., Needleman, I., Spratt, D., & Donos, N. (2016). A systematic review of implant outcomes in treated periodontitis patients. *Clinical oral implants research*, 27(7), 787-844.
- Stute, M., Moretto, N., Waters, R., Raymer, M., Sam, S., Bhagwat, M., Banks, M., Comans, T., & Buttrum, P. (2020). Allied health primary contact services: Results of a 2-year follow-up study of clinical effectiveness, safety, wait times and impact on medical specialist out-patient waitlists. *Australian Health Review*, 45(3), 344–352. <https://doi.org/10.1071/AH19225>
- Subak, L. L., Brown, J. S., Kraus, S. R., Brubaker, L., Lin, F., Richter, H. E., Bradley, C. S., & Grady, D. (2006). The “Costs” of Urinary Incontinence for Women: *Obstetrics & Gynecology*, 107(4), 908–916. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000206213.48334.09>
- Surr, C. A., Walwyn, R. E., Lilley-Kelly, A., Cicero, R., Meads, D., Ballard, C., & Wallace, D. (2016). Evaluating the effectiveness and cost-effectiveness of Dementia Care Mapping™ to enable person-centred care for people with dementia and their carers (DCM-EPIC) in care homes: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 1-17.
- Ščepanović, D. (2020). Gradniki modela nacionalnega programa priamrne preventive urinske inkontinence v Sloveniji. Univerza v Novem Mestu Fakulteta za organizacijske študije v Novem mestu.
- Šprah, L. (2021). Demenca v središču pozornosti v času pandemije covida-19 ob svetovnem dnevu alzheimerjeve bolezni 2021. V B. Lovrečič & M. Lovrečič (Ur.), *Spremljanje demence v Sloveniji: Epidemiološki in drugi vidiki* (str. 15–17). ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut.

- Štemberger Kolnik, T., & Ljubič, A. (Ur.). (2023). Nacionalna pot oseb z rakom dojke v Sloveniji. Ministrstvo za zdravje.
- Štemberger Kolnik, T., Farkaš Lainščak, J., Hrovat Bukovšek, A., Bahat Kmetič, V., Kofol, T., Rajh, B., Horvat, M., Nemeš, S., Govc Eržen, J., & Ljubič, A. (2023). Nacionalna pot oseb z akutnim miokardnim infarctom in srčnim popuščanjem po sistemu zdravstvenega varstva: študija primera. Ministrstvo za zdravje.
- Štemberger Kolnik, T., Ljubič, A., & Pahor, M. (2022). Nekateri indikatorji zdravstvene pismenosti ustanov v Sloveniji: Analiza spletnih strani (Let. 2022). Ministrstvo za zdravje. <https://zdravstvena-pismenost.si/wp-content/uploads/2022/06/Analiza-spletnih-strani.pdf>
- Tabassum, T., Ashraf, M., & Thaver, I. (2016). Hospitalized Patients' Awareness Of Their Rights-A Cross Sectional Survey In A Public And Private Tertiary Care Hospitals Of Punjab, Pakistan. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*, 28(3), 582–586.
- Tahami Monfared, A. A., Byrnes, M. J., White, L. A., & Zhang, Q. (2022). Alzheimer's Disease: Epidemiology and Clinical Progression. *Neurology and Therapy*, 11(2), 553–569. <https://doi.org/10.1007/s40120-022-00338-8>
- Talic, S., Shah, S., Wild, H., Gasevic, D., Maharaj, A., Ademi, Z., Li, X., Xu, W., Mesa-Eguiagaray, I., Rostron, J., Theodoratou, E., Zhang, X., Motee, A., Liew, D., & Ilic, D. (2021). Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, e068302. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068302>
- Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: A retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 416–427. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
- Tenani, C. F., Junior, M. F. S., Lino, C. M., Sousa, M. D. L. R. D., & Batista, M. J. (2021). O papel da literacia em saúde como fator associado às perdas dentárias. *Revista de Saúde Pública*, 55, 116. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003506>
- The Invisible Barrier: Literacy and Its Relationship with Oral Health.: A Report of a Workgroup Sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, U. S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. (2005). *Journal of Public Health Dentistry*, 65(3), 174–182. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2005.tb02808.x>
- Timková, S., Klamárová, T., Kovačová, E., Novák, B., Kolarčík, P., & Madarasová Gecková, A. (2020). Health Literacy Associations with Periodontal Disease among Slovak Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2152. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062152>
- Tojiboyeva Solijonovna, D. (2023). Goals and objectives of the science of microbiology and epidemiology, history of development. *Proceedings of International Educators Conference*, 2(4), 135–138.
- Tonetti, M. S., Jepsen, S., Jin, L., & Otomo-Corgel, J. (2017). Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *Journal of Clinical Periodontology*, 44(5), 456–462. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12732>
- Tran, T. P., Robinson, L. M., Keebler, J. R., Walker, R. A., & Wadman, M. C. (2008). Health Literacy among Parents of Pediatric Patients. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 9(3), Article 3.

- United Nations, O. of the H. C. (2024). *Defining the right to physical and mental health*. United Nations. Defining the right to physical and mental health. <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health>
- U.S. Department of Health and Human Services Oral Health Coordinating Committee. (2016). U.S. Department of Health and Human Services Oral Health Strategic Framework, 2014-2017. Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974), 131(2), 242–257.
- Uredba (EU) 2017/745 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 5. aprila 2017 o medicinskih pripomočkih, spremembi Direktive 2001/83/ES, Uredbe (ES) št. 178/2002 in Uredbe (ES) št. 1223/2009 ter razveljavitvi direktiv Sveta 90/385/EGS in 93/42/EGS.
- Ustava republike Slovenije. (1991). Urani list RS. (št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a). <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>
- Vrdelja, M., Vrbovšek, S., & Berzelak, J. (2022). Sloveniji Rezultati Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti v Sloveniji (HLS-SI19). <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-LWRMMFD6/78af3f3b-81ba-4107-97d0-8a9d0769640f/PDF>
- Wang, M.-J., & Lo, Y.-T. (2021). Improving Patient Health Literacy in Hospitals – A Challenge for Hospital Health Education Programs. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 14, 4415–4424. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S332220>
- Wimo, A., Seeher, K., Cataldi, R., Cyhlarova, E., Dielemann, J. L., Frisell, O., Guerchet, M., Jönsson, L., Malaha, A. K., Nichols, E., Pedroza, P., Prince, M., Knapp, M., & Dua, T. (2023). The worldwide costs of dementia in 2019. *Alzheimer's & Dementia*, 19(7), 2865–2873. <https://doi.org/10.1002/alz.12901>
- Wong, L. B., Yap, A. U., & Allen, P. F. (2021). Periodontal disease and quality of life: Umbrella review of systematic reviews. *Journal of Periodontal Research*, 56(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/jre.12805>
- Wong-Lin, K., McClean, P. L., McCombe, N., Kaur, D., Sanchez-Bornot, J. M., Gillespie, P., Todd, S., Finn, D. P., Joshi, A., Kane, J., & McGuinness, B. (2020). Shaping a data-driven era in dementia care pathway through computational neurology approaches. *BMC Medicine*, 18(1), 398. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01841-1>
- World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/259615>
- World health organization. (2022). Global oral health status report Towards universal health coverage for oral health by 2030. World Health Organization.
- Zakon o pacientovih pravicah (*ZPacP*). Uradni list, RS. (2008). št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
- Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema. (2022). Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23 in 136/23 – ZIUZDS.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2023). Pravica do medicinskih pripomočkov. Zaletel, M., Vardič, D., & Hladnik, M. (Ur.). (2017). Zdravstveni statistični letopis 2015. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zdravstvenistatisticniletopis_2015_3.pdf
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2024). *Naročanje na zdravstvene storitve, čakalne dobe in ordinacijski časi*. <https://zavarovanec.zzs.si/pravice-do-zdravstvenih-storitev/narocanje-na-zdravstvene-storitve-cakalne-dobe-in-ordinacijski-casi/>

- Zaletel, M., Vardič, D., & Hladnik, M. (Ur.). (2018). Zdravstveni statistični letopis 2016. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zdravstvenistatisticniletopis_2016.pdf
- Zaletel, M., Vardič, D., & Hladnik, M. (Ur.). (2020). Zdravstveni statistični letopis 2018. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zdravstvenistatisticniletopis_2018.pdf
- Zhang, X.-X., Tian, Y., Wang, Z.-T., Ma, Y.-H., Tan, L., & Yu, J.-T. (2021). The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable Risk Factors and Prevention. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 1–9. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.15>
- Zhou, B., Perel, P., Mensah, G. A., & Ezzati, M. (2021). Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nature Reviews Cardiology*, 18(11), 785–802. <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00559-8>