



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

**NEENAKOSTI V DOSTOPU DO
FIZIOTERAPEVTSKIH STORITEV –
PREGLED LITERATURE**

**INEQUALITIES IN ACCESS TO
PHYSIOTHERAPY SERVICES –
A LITERATURE REVIEW**

Mentorica: dr. Mateja Bahun, viš. pred.

Kandidatka: Adrijana Arko

Jesenice, julij, 2026

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici dr. Mateji Bahun, viš. pred., za vso pomoč, strokovne nasvete in natančnost pri pisanju diplomskega dela. Prav tako se zahvaljujem recenzentki Andrei Backović Juričan, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela in Špeli Fele, lektorici slov. jezika. Največjo zahvalo namenjam mami Veroniki, očetu Andreju, babici Sonji, dediju Jožetu in bratu Patriku. Hvala možu Sebastjanu in sinu Tristanu, da mi stojita ob strani.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Neenakost predstavlja velik problem pri dostopu do fizioterapevtskih storitev. Namen pregleda literature je bil raziskati obstoječa spoznanja o neenakostih v dostopu do fizioterapevtskih storitev glede na kraj bivanja in socioekonomski status.

Metoda: V pregledu literature smo za iskanje virov uporabili baze podatkov PubMed, ProQuest, PEDro in spletni brskalnik Google Scholar (prvih 50 zadetkov). Vire smo iskali s pomočjo ključnih besed v angleškem jeziku: »development«, »healthcare«, »physiotherapy«, »inequality«, »sustainable healthcare«, »socioeconomic«, »geographical« in »access«. Uporabili smo Boolova operatorja »AND« in »OR«. Upoštevali smo vključitvene kriterije: članki v angleškem jeziku, raziskovalni članki, obdobje od leta 2016 do 2026, prosto dostopno celotno besedilo člankov in vsebinska ustreznost. Upoštevali smo izključitvene kriterije: viri v slovenskem jeziku, podvojeni viri in neraziskovalni prispevki.

Rezultati: Na začetku pregleda smo pridobili 3813 zadetkov, od tega smo jih za končno analizo uporabili 16. Na podlagi ključnih ugotovitev izbranih člankov je bilo identificiranih 25 vsebinskih kod, ki so bile združene v dve tematski kategoriji: (1) »neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev glede na kraj bivanja« in (2) »neenakosti dostopu do fizioterapevtskih storitev glede na socioekonomski status«.

Razprava: Ugotovitve kažejo, da imajo ljudje z nizkim socioekonomskim statusom in tisti, ki živijo v geografsko oddaljenih krajih, omejen dostop do fizioterapevtskih storitev. S tem se zmanjšuje možnost pravočasne obravnave, kar lahko vodi v poslabšanje zdravstvenega stanja, daljše obdobje okrevanja in večje tveganje za razvoj kroničnih težav in funkcionalnih omejitev. Za zmanjšanje teh razlik sta potrebna ključna ukrepa, in sicer izboljšanje dostopnosti fizioterapevtskih storitev v manj dostopnih območjih ter razvoj finančno dostopnih oblik obravnave za socialno ogrožene skupine prebivalstva.

Ključne besede: pravičnost, dostopnost, zdravstvo, pacienti, fizioterapevtska storitev

SUMMARY

Theoretical background: Inequality is a significant issue when it comes to access to physiotherapy services. The aim of the literature review was to investigate existing findings on inequalities in access to physiotherapy services with regard to place of residence and socioeconomic status.

Methods: For the literature review, we searched for sources using the PubMed, ProQuest, and PEDro databases, as well as the Google Scholar search engine (the first 50 results). The following English keywords were used for the search: “development”, “health care”, “physiotherapy”, “inequality”, “sustainable health care”, “socioeconomic”, “geographical”, and “access”. We employed the Boolean operators “AND” and “OR”. Freely accessible full-text research articles relevant to the topic, written in English and published from 2016 to 2026 were considered. The following exclusion criteria were applied: sources in Slovenian language, duplicate sources, and non-research contributions.

Results: Initially, 3,813 hits were obtained. Of these, 16 were included in the final analysis. Based on the key findings of the selected articles, 25 content codes were identified and grouped into two thematic categories: (1) inequalities in access to physiotherapy services with regard to place of residence, and (2) inequalities in access to physiotherapy services with regard to socioeconomic status.

Discussion: The findings indicate that people with low socioeconomic status and those living in geographically remote areas have limited access to physiotherapy services. This reduces the possibility of timely treatment, which can lead to deterioration of health status, longer recovery periods, and an increased risk of developing chronic conditions and functional limitations. To reduce these disparities, two key measures are needed: improving the accessibility of physiotherapy services in less accessible areas, and developing financially affordable forms of care for socially vulnerable population groups.

Key words: equity, accessibility, health care, patients, physiotherapy service

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 ENAKOST	1
1.2 NEENAKOSTI.....	3
1.3 DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENIH STORITEV	3
2 EMPIRIČNI DEL.....	7
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	7
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	7
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	7
2.3.1 Metode pregleda literature.....	7
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	8
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	8
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	9
2.4 REZULTATI	10
2.4.1 Diagram PRISMA	10
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	22
2.5 RAZPRAVA.....	23
2.5.1 Omejitve raziskave	30
2.5.2 Doprinos za stroko in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	31
3 ZAKLJUČEK	32
4 LITERATURA	34

KAZALO SLIK

Slika 1: Diagram PRISMA	10
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	8
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu	9
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	11
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	22

SEZNAM KRAJŠAV

CP	cerebralna paraliza (angl. Cerebral Palsy)
CT	računalniška tomografija (angl. Computed Tomography)
GBS	Guillain-Barréjev sindrom (angl. Guillain-Barré syndrome)
ITB	intratekalna baklofenska črpalka (angl. Intrathecal Baclofen Therapy)
MRI	magnetnoresonančno slikanje (angl. Magnetic Resonance Imaging)
MZ	Ministrstvo za zdravje (angl. Ministries of Health)
NHS	javni zdravstveni sistem Združenega kraljestva (angl. National Health Service)
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje (angl. National Institute of Public Health)
NZTM2000	koordinatni sistem New Zealand Transverse Mercator 2000 (angl. New Zealand Transverse Mercator 2000)
ReNPZV26–35	Resolucija o nacionalnem načrtu zdravstvenega varstva v Sloveniji 2026–2035 (angl. Resolution on the National Health Care Plan in Slovenia 2026–2035)
ROBIS	riziko pristranskosti v sistematičnih pregledih (angl. The Risk of Bias in Systematic Reviews)
SDR	selektivna dorzalna rizotomija (angl. Selective Dorsal Rhizotomy)
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija (angl. World Health Organization)
WP	Svetovna fizioterapija (angl. World Physiotherapy)
ZDA	Združene države Amerike (angl. United States of America)

1 UVOD

Fizioterapija obsega postopke, pri katerih sta gibanje in funkcijska sposobnost posameznika obravnavana glede na okoliščine, kot so staranje, poškodbe, bolezni, okvare, zdravstveno stanje ali okoljski dejavniki. Namen fizioterapije je razvijati, vzdrževati ali ponovno vzpostaviti optimalno gibanje in funkcijske sposobnosti pri posameznikih ter celotnem prebivalstvu v vseh življenjskih obdobjih. Funkcionalno gibanje je bistvo pomena biti zdrav. Fizioterapevti se ukvarjajo z opredeljevanjem in izboljševanjem kakovosti posameznikovega življenja ter njegove zmožnosti za gibanje na področjih promocije zdravja, preventive, zdravljenja, rehabilitacije in rehabilitacije. Sodelujejo s pacienti ali uporabniki, drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, družinami in skupnostjo. V tem procesu se postavijo cilji fizioterapevtske obravnave glede na fizioterapevtsko oceno, znanje in spretnosti tako pacienta kot tudi fizioterapevta. Fizioterapevtovo obsežno poznavanje človeškega telesa in njegovih gibalnih potreb ter možnosti je bistveno za določitev strategij za fizioterapevtsko diagnostiko in fizioterapevtske postopke. Fizioterapija je pomemben del zagotavljanja storitev na področjih zdravstvenega in socialnega varstva, ki deluje na treh ravneh – primarni, sekundarni in terciarni ravni (World Physiotherapy, 2019). Fizioterapevt spoštuje pravice in dostojanstvo vseh posameznikov. Vsak, ki potrebuje fizioterapevtsko obravnavo, ima pravico do nje, ne glede na starost, spol, narodnost, veroizpoved, etnično pripadnost, socialni položaj, spolno usmerjenost, zmanjšano zmožnost, zdravstveno stanje ali politično prepričanje (Združenje fizioterapevtov Slovenije, 2017).

1.1 ENAKOST

Enakost je odsotnost nepravilnih, izogibanih ali odpravljljivih razlik med skupinami ljudi, ne glede na to, ali so te skupine opredeljene socialno, ekonomsko, demografsko ali geografsko ali z drugimi dimenzijami neenakosti (npr. spol, etnična pripadnost, zmanjšana zmožnost ali spolna usmerjenost). Zdravje je temeljna človekova pravica. Enakost na področju zdravja je dosežena, ko lahko vsakdo doseže svoj polni potencial za zdravje in dobro počutje. Zdravje in enakost v zdravju določajo razmere, v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo, delajo, se igrajo in starajo, pa tudi biološki

dejavniki. Strukturni dejavniki (politični, pravni in ekonomski) skupaj z družbenimi normami in institucionalnimi procesi oblikujejo porazdelitev moči in virov, ki jo določajo razmere, v katerih se ljudje rodijo, odrasčajo, živijo, delajo, se igrajo in starajo. Življenjske razmere ljudi pogosto poslabšujejo diskriminacija, stereotipi in predsodki na podlagi spola, starosti, etnične pripadnosti ali zmanjšane zmožnosti. Postopno uresničevanje pravice do zdravja pomeni sistematično prepoznavanje in odpravljanje neenakosti, ki izhajajo iz razlik v zdravju in splošnih življenjskih razmer (Whitehead, 1992; World Health Organization (WHO), 2026). Izvorna definicija enakosti v zdravju je bila opredeljena leta 1992. Opredelila jo je Margaret Whitehead, po kateri enakost v zdravju pomeni, da bi imel v idealnih razmerah vsakdo pravično možnost doseči svoj polni zdravstveni potencial in da nihče ne bi smel biti prikrajšan pri njegovem doseganju, če se je temu mogoče izogniti (Whitehead, 1992).

Zagotavljanje univerzalnega dostopa do zdravstvenih storitev je eden glavnih ciljev sodobnih zdravstvenih politik, saj je zdravje temeljna človekova pravica in pomemben dejavnik družbenega razvoja. V Sloveniji je dostop do zdravstvenih storitev formalno zagotovljen prek obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vanj je po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije vključeno skoraj celotno prebivalstvo. Dostopnost zdravstvenih storitev s finančnega vidika kažejo tudi podatki o neizpolnjenih oziroma nezadovoljenih potrebah prebivalstva zaradi visokih cen zdravstvenih storitev, o katerih poroča neznatni delež slovenskega prebivalstva. Iz podobnih razlogov ni pričakovati pomembnih razlik v časovni dostopnosti zdravstvenih storitev glede na ekonomski položaj prebivalstva, saj se te zagotavljajo predvsem v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti, ki ni pogojena s plačili iz žepa (Kuhar, et al., 2025). V Sloveniji so leta 1992 z domišljeno in takrat sodobno zakonodajo postavili trdne temelje sistema zdravstvenega varstva na evropskih vrednotah solidarnosti, enakosti in pravičnosti. Ta je državljanom Slovenije zagotavljala dostopno in kakovostno zdravstveno varstvo (Ministrstvo za zdravje (MZ), 2016). Zmanjševanje neenakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev je opredeljeno kot eno ključnih prednostnih področij slovenske zdravstvene politike v Resoluciji o nacionalnem načrtu zdravstvenega varstva v Sloveniji 2026–2035 »Z odgovornostjo in sodelovanjem do boljših izidov zdravljenja« (2026).

1.2 NEENAKOSTI

Marmot (2017) poudarja, da so neenakosti v socialnih in ekonomskih razmerah čez vse življenje odgovorne za številne neenakosti v zdravju. Obstaja veliko dokazov, da imajo socialni dejavniki, vključno z izobrazbo, zaposlitvenim statusom, ravno dohodka, spolom in etnično pripadnostjo, izrazit vpliv na zdravje posameznika.

V vseh državah – ne glede na to, ali imajo nizke, srednje ali visoke dohodke – obstajajo velike razlike v zdravstvenem stanju različnih socialnih skupin. Nižji kot je posameznikov socioekonomski položaj, večje je njegovo tveganje za slabo zdravje. Neenakosti v zdravju so sistematične razlike v zdravstvenem stanju različnih skupin prebivalstva. Te neenakosti imajo znatne socialne in ekonomske stroške tako za posameznike kot za družbo. Neenakosti v zdravju so razlike v zdravstvenem stanju ali porazdelitvi zdravstvenih virov med različnimi skupinami prebivalstva, ki izhajajo iz družbenih razmer, v katerih se ljudje rodijo, odrasčajo, živijo, delajo in starajo. Neenakosti v zdravju so nepravilne in bi jih lahko zmanjšali s pravo kombinacijo vladnih politik (Whitehead, 1992; WHO, 2018).

Geografske ali teritorialne razlike v zdravju so razlike v zdravju med različnimi geografskimi območji. Pomembno je, da pri tem upoštevamo tudi starostno strukturo prebivalcev in socioekonomske dejavnike območja, ki ga analiziramo. Zdravstvene kazalnike opazovanega območja lahko uporabimo kot približek oz. oceno socioekonomskih neenakosti v zdravju, ko nimamo na razpolago zdravstvenih kazalnikov v povezavi z različnimi socioekonomskimi skupinami. Pri tem je pomembno, da je socialna oz. družbena struktura homogena in da upoštevamo razlike v starostni strukturi prebivalcev (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2021).

1.3 DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

Zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva je prednostna naloga vseh naprednih zdravstvenih sistemov. Trajnostno prizadevanje za kakovost in varnost je tako tudi eden izmed prednostnih ciljev za enakovreden in pravočasen dostop do varnih,

kakovostnih, trajnostnih in cenovno dostopnih, potrebnih zdravstvenih storitev v Sloveniji. Pri tem upoštevamo mednarodno sprejeta temeljna načela kakovosti: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost in enakopravnost zdravstvene obravnave z osredotočanjem na državljana/pacienta (MZ, 2025). Zagotavljanje enakosti v dostopu do zdravstvenih storitev vsem prebivalcem je zato eden od ključnih ciljev zdravstvene politike. V razvitih državah, kjer je javni zdravstveni sistem dostopen vsej populaciji, so neposredni izdatki za zdravje (izdatki iz žepa) običajno med glavnimi razlogi za slabšo dostopnost do zdravstvenih storitev in zdravil, zlasti pri prebivalstvu z nižjimi dohodki. Neposredni izdatki za zdravje so nepredvidljivi in lahko neomejeno visoki, poleg tega pa daleč najbolj obremenijo kronično bolne in starejše prebivalce (Zver & Srakar, 2018). Dostopnost do zdravstvenih storitev sta v literaturi prva celovito opredelila Penchansky in Thomas (1981), ki dostopnost razumeta kot stopnjo ujemanja med značilnostmi zdravstvenega sistema ter značilnostmi in pričakovanji uporabnikov. Njun model 5A opisuje pet razsežnosti dostopnosti: razpoložljivost (angl. availability), ki se nanaša na obseg in vrsto storitev ter kadra glede na potrebe uporabnikov; geografsko dostopnost (angl. accessibility), ki opisuje prostorsko razmerje med lokacijo izvajalcev in uporabnikov, vključno z razdaljo, prevoznimi možnostmi in potovalnim časom; organizacijsko dostopnost (angl. accommodation), ki zajema organiziranost storitev, kot so način naročanja, ordinacijski časi in čakalne dobe; finančno dostopnost (angl. affordability), ki se nanaša na razmerje med ceno storitev ter plačilno sposobnostjo in zavarovanjem uporabnikov; ter sprejemljivost (angl. acceptability), ki opisuje medsebojna stališča in pričakovanja uporabnikov in izvajalcev storitev (Penchansky & Thomas, 1981). Nekateri kasnejši avtorji pojem dostopnosti v grobem razdelijo na kakovostno, organizacijsko in finančno dostopnost. V diplomskem delu se osredotočamo predvsem na geografsko in socioekonomsko oz. delno finančno razsežnost dostopnosti.

Verulava (2021) poudarja, da se v evropskih državah in Kanadi zdravstvena oskrba šteje za javno storitev, katere zagotavljanje je v pristojnosti javnega sektorja in ne temelji na individualnem dohodku. V teh državah velja načelo univerzalnega zdravstvenega varstva. Univerzalna pokritost ne pomeni le zaščite prebivalstva pred finančnimi tveganji, temveč tudi zagotavljanje kakovostnih zdravstvenih storitev in pravične in enake pravice do zdravja za vse ljudi. Pravica do dostopa do zdravstvenih storitev za vse spodbuja

solidarnost med njimi in velja za pomemben temelj državnosti. Financiranje zdravstva ni osnovano na aktuarskih načelih, zato finančni prispevki osebe k zdravstvu niso odvisni od njenega zdravstvenega stanja ali tveganja. Zdravstvena oskrba velja za temeljno človekovo pravico ne le iz humanističnih in moralnih razlogov, temveč tudi zaradi racionalnih, utilitarističnih pristopov. Za razliko od mnogih razvitih držav zdravstvena oskrba v Združenih državah Amerike (ZDA) ni obravnavana kot pravica ali ustavno načelo. V ZDA ni zakonodajnega okvira, ki bi zagotavljal pravico do zdravja, medtem ko obstaja selektivni sistem socialne zaščite. Temelji na postopkih ocenjevanja potreb prebivalstva in vključuje, da država pokriva le tisti del prebivalstva, ki je socialno ranljiv ali zaradi visokega tveganja bolj potrebuje storitve. Zagotavljanje pravice do zdravstvene oskrbe zahteva velike naložbe. Za doseg univerzalnih ciljev zdravstvenega varstva se uporabljajo različni mehanizmi financiranja, in sicer model socialne varnosti (Bismarckov model) in model na podlagi davkov (Beveridgev model). Socialno zavarovanje je bilo v Nemčiji prvič uvedeno leta 1883. Zaposleni in delodajalci morajo plačevati prispevke za socialno varnost na blagajnah bolnišnic. Bismarckov model socialnega zavarovanja temelji na načelih federalizma in decentralizacije pristojnosti. Zvezni upravni organi določajo institucionalni model in smernice, stranke imajo preostale zakonodajne pristojnosti, regionalne institucije pa izvajajo pravni nadzor nad lokalnimi zdravstvenimi strukturami.

Nacionalne akademije znanosti, inženirstva in medicine (prej znane kot Inštitut za medicino) opredeljujejo dostop do zdravstvene oskrbe kot pravočasno uporabo osebnih zdravstvenih storitev za doseg najboljših možnih zdravstvenih izidov. Veliko ljudi se sooča z ovirami, ki preprečujejo ali omejujejo dostop do potrebnih zdravstvenih storitev, kar lahko poveča tveganje za slabe zdravstvene izide in zdravstvene razlike (Office of Disease Prevention and Health Promotion, n.d.). Pravica vsakega do pravočasnega dostopa do cenovno dostopne, preventivne in kurativne zdravstvene oskrbe dobre kakovosti je eno od ključnih načel nedavno razglašenega evropskega stebra socialnih pravic. To pomeni, da mora biti dostop do zdravstvenega varstva učinkovit za vsakega posameznika: zagotovljen mora biti, ko ga ljudje potrebujejo, skozi uravnoteženo geografsko razporeditev zdravstvenih objektov, strokovnjakov in politik za zmanjševanje čakalnih dob. Stroški ne bi smeli preprečevati ljudem, da prejmejo zdravstveno oskrbo,

ki jo potrebujejo. Kurativna oskrba, spodbujanje zdravja in preprečevanje bolezni morajo biti relevantni, ustrezni, varni in učinkoviti (Baeten, et al., 2018).

Fizioterapija ima v zdravstvenem in socialnem varstvu veliko vlogo. Vendar poklicna etika fizioterapevtov ne prepreči nastanka neenakosti v dostopu do storitev. Takšne ovire pogosto doživljajo družbene skupine z nižjim socioekonomskim statusom, nižjo izobrazbo in tiste, ki živijo na oddaljenih območjih. V diplomskem delu se bomo osredotočili na raziskovanje teh neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev med različnimi družbenimi skupinami in prepoznavanje ključnih dejavnikov, ki prispevajo k tem razlikam, s čimer želimo prispevati k boljšemu razumevanju družbenih neenakosti na področju fizioterapije in večji pravičnosti.

2 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu smo s pregledom obstoječe slovenske in tuje strokovne in znanstvene literature raziskali pomen neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev v različnih družbenih skupinah.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati in razumeti družbene neenakosti na področju fizioterapije.

Cilj diplomskega dela je bil raziskati razlike v dostopu do fizioterapevtskih storitev med posamezniki iz različnih družbenih skupin in identificirati ključne dejavnike za nastanek teh razlik.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi namena in zastavljenega cilja smo oblikovali raziskovalno vprašanje:

1. Kakšne so neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev v različnih družbenih skupinah (glede na kraj bivanja in socioekonomski status)?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo izvedli pregled literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

V pregledu literature smo uporabili baze podatkov PubMed, ProQuest, PEDro in spletni brskalnik Google Scholar (do vključno 50. zadetka). Vire smo iskali s pomočjo ključnih besed v angleškem jeziku: »development«, »healthcare«, »physiotherapy«, »inequality«, »sustainable healthcare«, »socioeconomic«, »geographical« in »access«. Pri iskanju virov smo upoštevali naslednje vključitvene kriterije: članki v angleškem jeziku,

raziskovalni članki, obdobje od leta 2016 do 2026, prosto dostopno celotno besedilo člankov in vsebinska ustreznost. Upoštevali smo tudi naslednje izključitvene kriterije: viri v slovenskem jeziku, podvojeni viri in neraziskovalni prispevki (uvodniki, mnenja in komentarji). Iskali smo vire, s katerimi smo ugotavljali učinek fizioterapije v trajnostnem zdravstvenem varstvu in izdelali analizo neenakosti v dostopu do storitev.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Izbrano literaturo smo prikazali shematsko in tabelarično. Izbor literature smo shematsko prikazali z diagramom PRISMA, ki je prikazan na sliki 1 (Page, et al., 2021). Rezultate smo prikazali tudi tabelarično v tabeli 1, kjer smo navedli število zadetkov glede na uporabljene ključne besede za posamezno podatkovno bazo in koliko zadetkov smo pregledali v polnem besedilu. Te ključne besede so bile v angleškem jeziku: »development«, »healthcare«, »physiotherapy«, »inequality«, »sustainable healthcare«, »socioeconomic«, »geographical« in »access«.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu za končno analizo
ProQuest	»physiotherapy« AND »inequities« AND (»socioeconomic« OR »geographical«) AND »healthcare« AND »development«	1225	7
Google Scholar	»physiotherapy« AND »access« AND »inequities« AND (»socioeconomic« OR »geographical«) AND »healthcare«	2490 (pregledali smo prvih 50 zadetkov)	6
PubMed	»physiotherapy« AND »inequities« AND »healthcare«	92	3
PEdro	»access« AND »inequities«	6	0
SKUPAJ		3813	16

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Za analizo izbrane literature smo uporabili kvalitativno deskriptivno metodo. V začetni fazi smo izbirali vire, ki so objavljeni v celoti in tematsko ustrezajo vsebini diplomskega dela. Prvo selekcijo smo opravili na podlagi naslova. Drugo selekcijo smo naredili s pomočjo branja izvlečkov virov, v tretjem krogu pa smo prebrali polna besedila, izvedli

poglobljeno branje in izluščili vsebine, ki so relevantne za odgovor na raziskovalno vprašanje. V ključnih ugotovitvah posameznih virov smo z odprtim kodiranjem identificirali kode in jih nato glede na njihov pomen smiselno razvrstili v kategorije (Kordeš & Smrdu, 2015).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Za ocenjevanje kakovosti izbranih virov smo uporabili pristop, ki temelji na hierarhiji dokazov. Hierarhični model, kot ga predstavljata Polit in Beck (2021), razvršča znanstvene dokaze v osem stopenj glede na njihovo moč dokazov in verodostojnost. Na drugi nivo smo uvrstili eno raziskavo, na četrti nivo pet raziskav, na peti nivo osem raziskav in na sedmi nivo dve raziskavi, medtem ko na prvi, tretji, šesti in osmi nivo nismo uvrstili nobenega vira. Razporeditev virov je prikazana v tabeli 2.

Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu

Nivo	Hierarhija dokazov	Število (n)	Avtorji
1	Sistematični pregledi/metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	0	/
2	Posamezne randomizirane klinične raziskave	1	Bishop, et al., 2021
3	Nerandomizirane klinične raziskave (kvaziekperimenti)	0	/
4	Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	5	Demont, et al., 2019; Jones, et al., 2023; Cattrysse, et al., 2024; Oshomoji, et al., 2025; Veras, et al., 2025.
5	Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	8	Webber, et al., 2022; Cogollos-de-la-Peña, et al., 2023; Tesch, et al., 2023; Buhler, et al., 2024; Dedijer Dujović, et al., 2025; García-Campanario & Vinolo-Gil, 2025; Paget, et al., 2025; Shakya, et al., 2025.
6	Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	0	/
7	Kvalitativne/opisne raziskave	2	Wiklund, et al., 2016; Dawes, et al., 2017.
8	Neraziskovalni viri (mnenja ...)	0	/

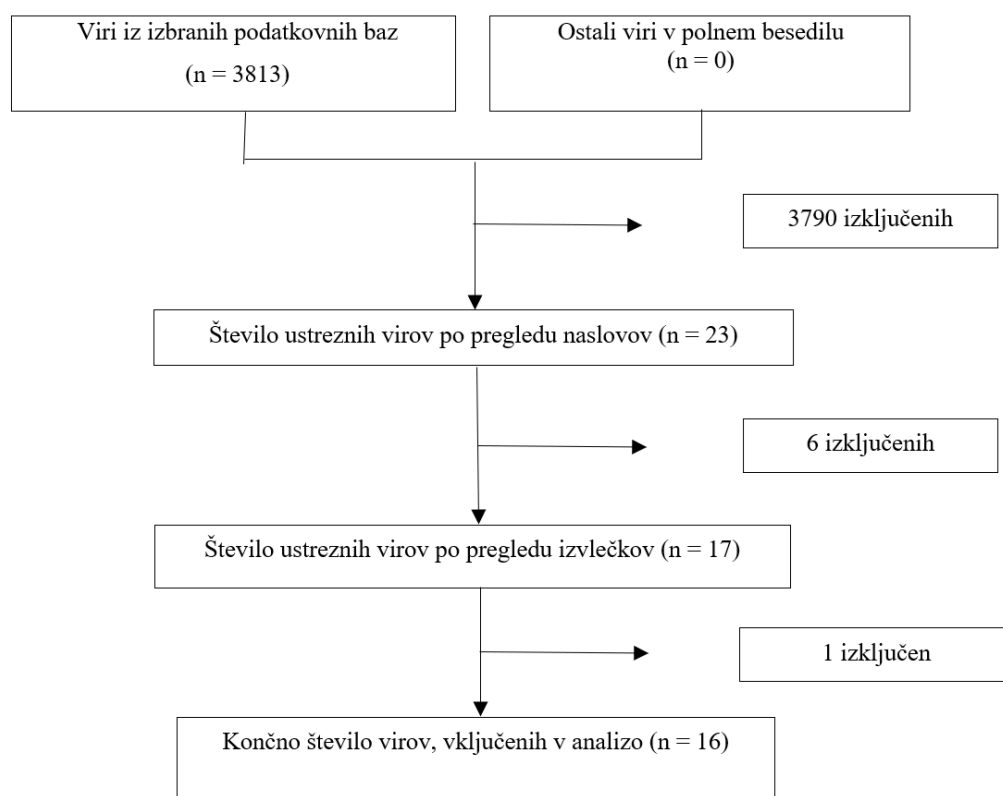
(Polit & Beck, 2021)

2.4 REZULTATI

Rezultate pregleda literature smo prikazali shematsko s pomočjo diagrama PRISMA in tabelarično s prikazom ključnih ugotovitev izbranih raziskav.

2.4.1 Diagram PRISMA

Z iskanjem v podatkovnih bazah ProQuest, PubMed, PEDro in s spletnim brskalnikom Google Scholar smo skupno pridobili 3813 zadetkov. Pri pregledu naslovov smo izključili 3790 zadetkov. V spletnem brskalniku Google Scholar smo pregledali le prvih 50 zadetkov, ker se je pri nadaljnjih zadetkih vsebinska ustreznost virov izgubila. Ostalo je 23 zadetkov, pri katerih smo na podlagi branja izvlečkov izločili še šest virov. Od preostalih 17 virov smo po podrobnem pregledu in branju celotnih vsebin v končno analizo uvrstili 16 virov, ki so ustrezali vsebinskim kriterijem.



Slika 1: Diagram PRISMA
(Page, et al., 2021)

Ključna spoznanja avtorjev, ki smo jih izbrali za končni pregled, so predstavljena v tabeli 3. Navedli smo avtorja in leto objave, vzorec (velikost in država) ter ključna spoznanja.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
Bishop, et al., 2021	Pilotna randomizirana kontrolirana raziskava	4 splošne ambulate in pripadajoče fizioterapevtske službe NHS (angl. National Health Service; slov. javni zdravstveni sistem Združenega kraljestva) Združeno kraljestvo	Raziskava je preučevala delovanje modela neposrednega dostopa do fizioterapije na delovno obremenitev splošnih ambulant v javnem zdravstvenem sistemu Združenega kraljestva. Vključene so bile 4 splošne ambulate s pripadajočimi fizioterapevtskimi službami.	Avtorji ugotavljajo, da bi neposreden dostop do fizioterapevtskih storitev prispeval k zmanjšanju neenakosti v dostopu do teh storitev, ker bi se zmanjšalo čakanje na zdravnika, ki jih tja napoti. Ta ovira je izrazita pri geografsko oddaljenih pacientih in pri tistih, ki imajo nižji socioekonomski status. Raziskava je pokazala, da trenutni dokazi ne zadostujejo za splošne trditve o delovanju modela neposrednega dostopa. Avtorji pozivajo k izvedbi obsežnejših raziskav.
Buhler, et al., 2024	Presečna populacijska opazovalna raziskava	5582 fizioterapevtov, 1523 mest storitev, koordinate NZTM2000 (angl. New Zealand Transverse Mercator 2000; slov. koordinatni sistem Nove Zelandije) Nova Zelandija	Prostorska analiza dostopnosti do fizioterapevtskih storitev je bila izvedena z uporabo koordinatnega sistema NZTM2000 na Novi Zelandiji in je vključevala 5582 fizioterapevtov na 1523 lokacijah. Cilj prostorske analize je bil ugotoviti, če je geografska razporeditev fizioterapevtov sorazmerna s porazdelitvijo prebivalstva po državi.	Rezultati so pokazali geografsko neenakomernost. Urbana središča so imela najboljšo dostopnost, to so bila Wanaka/Queenstown, notranjost osrednjega Canterburyja in Tauranga. Območja, ki so imela najslabšo dostopnost, geografsko oddaljenost in bila redko poseljena, so bila Rakiura, južna zahodna obala, notranjost južnega Canterburyja, vzhodna in severna regija Manawatu-Wanganui ter jugozahodni Waikato. Zaznana je

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
				bila znižana dostopnost v delih Northlanda, Hawkes Baya, zahodne obale, Marlborougha in Southlanda. Analiza je razkrila, da geografska neenakost ni samo posledica razdalje do najbližjega fizioterapevta, ampak jo krepijo tudi strukturni dejavniki: omejene napotitvene poti s strani zdravnikov primarne zdravstvene oskrbe, pomanjkanje javnega prevoza v podeželskih regijah in slabše razvita zdravstvena infrastruktura izven urbanih središč. Opredelila je specifične regije, ki imajo akutno pomanjkanje fizioterapevtov, kar predstavlja izhodišče za načrtovanje ukrepov za enakomernjšo razporeditev fizioterapevtov. Ugotovitve dokazujejo, da je eden temeljnih vzrokov za razlike neenakomerna geografska porazdelitev fizioterapevtov med urbanim in podeželskim prebivalstvom.
Cattrysse, et al., 2024	Sistematični pregled literature	5 sistematičnih pregledov, 56 pregledanih virov, od tega 39 sekundarnih virov (pregledov literature) in 17 primarnih virov (izvirnih raziskav)	Sistematični pregled je bil izveden s Scoping pregledom, uporabljenih je bilo 17 primarnih raziskav in celovito so bili ovrednoteni učinki neposrednega dostopa do fizioterapevtskih	Rezultati kažejo, da bi neposreden dostop do fizioterapevtskih storitev lahko zagotovil enakovredno raven kakovosti oskrbe.

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
		Belgija	storitev pri mišično-skeletnih boleznih na kakovost primarne zdravstvene oskrbe z vidika izvajalca, pacienta in družbe. Z orodjem ROBIS so ocenili kakovost vključenih pregledov in večina jih je kazala na visoko tveganje pristranskosti, ki omejuje zanesljivost zaključkov.	Prednosti neposrednega dostopa do fizioterapevtskih storitev so bile zaznane z vidika izvajalca, pacienta in vidika celotne družbe. Raziskava posebej poudarja, da je neposreden dostop učinkovita strategija za zmanjšanje neenakosti pri dostopu do storitev, ker odpravlja napotitveno oviro, ki je najpogostejše problematična za geografsko oddaljene in socioekonomsko prikrajšane paciente.
Cogollos-de-la-Peña, et al., 2023	Mešana kohortna raziskava	2235 žensk z diagnozo raka dojke; retrospektivni podatki zbrani v obdobju od januarja 2003 do izvedbe raziskave leta 2016, prospektivni podatki pa v obdobju od januarja do novembra 2016 Španija	Raziskava je bila prospektivna in retrospektivna in je vključevala 2235 žensk, diagnosticiranih z rakom dojke v štirih glavnih bolnišnicah v Barceloni: Hospital Clínic, Hospital de la Vall d'Hebrón, Hospital de Mar in Hospital de Sant Pau. Celotna kohorta je vsebovala 9771 žensk, vključenim kriteriji so bili starost nad 18 let, podpisano informirano soglasje in hospitalizacija z osnovno diagnozo raka dojke. Retrospektivni podatki so bili zbrani v obdobju od januarja 2003 do izvedbe raziskave leta 2016, prospektivni podatki pa v obdobju od januarja do novembra 2016. Pri statistični analizi so uporabili Poissonov regresijski	Rezultati so pokazali, da je vključenost žensk z rakom dojke v fizioterapije kritično nizka, čeprav so prisotni akutni simptomi. Fizioterapijo je obiskalo le 20 do 35 % žensk in dve tretjini žensk sta poročali, da so dobile nezadostne informacije o zdravstveni oskrbi in fizioterapiji po zdravljenju. To kaže na sistemsko oviro: pomanjkljiva informiranost o razpoložljivih fizioterapevtskih storitvah, kar je predpogoj za aktivno iskanje pomoči, in nizka vključenost v fizioterapijo. V raziskavi je bilo identificiranih več ključnih socioekonomskih dejavnikov, ki so

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
			model z robustno varianco.	statistično napovedali verjetnost obiska fizioterapevta. Ženske, mlajše od 62 let (64,3 %), z visokošolsko izobrazbo (53,8 %), z vodstvenim poklicem (40,7 %) in s privatnim ali vzajemnim zdravstvenim zavarovanjem, so najpogostejše koristile fizioterapevtske storitve. Ženske z nizko izobrazbo, manj privilegiranimi poklici in brez dodatnega zdravstvenega zavarovanja fizioterapevtske storitve koristijo veliko manj. Ženske z lokaliziranim tumorjem so bile pogostejše vključene v fizioterapevtsko obravnavo v primerjavi s tistimi z napredovano boleznijo, kar pomeni, da tudi klinični dejavniki delujejo na dostop. Rezultati so pokazali, da so ekonomske in socialne neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev pri ženskah z rakom dojke tudi sistemsko pogojene.
Dawes, et al., 2017	Kvalitativna raziskava (polstrukturirani intervjuji)	34 brezdomcev v Londonu Združeno kraljestvo	V devetmesečnem obdobju je raziskava sledila napotitvam 34 brezdomnih oseb na fizioterapijo v London. Z delno strukturiranimi intervjuji je preučila ovire pri dostopu do fizioterapevtskih storitev.	Rezultati so pokazali, da je bilo od 34 napotenih pacientov 25 identificiranih v evidencah oddelka; 9 pacientov se jih ni udeležilo niti prvega pregleda; 7 pacientov jih je opravilo prvi pregled, ampak zdravljenja ni

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
				nadaljevalo; samo 5 pacientov je zdravljenje uspešno zaključilo in od teh so 4 pacienti zdravljenje nadaljevali. Stopnja uspešnega zdravljenja je bila le 14,7-%. Odsotnost stalnega naslova in mobilnega telefona je onemogočala obveščanje o terminih. Rezultati so pokazali, da so za zmanjšanje neenakosti potrebni fleksibilni pristopi, ki upoštevajo potrebe brezdomnih in uvajajo protokole za te ranljive skupine.
Dedijer Dujović, et al., 2025	Retrospektivna kohortna raziskava	289 pacientov (58 % moških in 42 % žensk) s potrjeno prvo diagnozo možganske kapi, preverjeno z nevrološkim slikanjem, tj. z računalniško tomografijo (angl. Computed Tomography – CT) ali magnetnoresonančnim slikanjem (angl. Magnetic Resonance Imaging – MRI), med januarjem 2017 in decembrom 2019 Beograd (Srbija)	Retrospektivna kohortna raziskava je preučevala izide rehabilitacijskih programov in fizioterapevtskih obiskov pri 289 pacientih, ki so imeli diagnosticirano prvo možgansko kap v Beogradu (Srbija), potrjeno s CT ali slikanjem MRI v obdobju od januarja 2017 do decembra 2019. Vzorec je vseboval 58 % moških in 42 % žensk, večina jih je bila upokojenih (60 %), 29 % zaposlenih in 11 % brezposelnih.	Rezultati so pokazali, da se je zaposlitveni status izkazal za najmočnejšega napovedovalca uspešnosti za funkcionalno okrevanje, ker so zaposleni statistično dosegali boljše rezultate. To je pojasnjeno tudi z dejavniki, kot so večja motivacija, boljše izhodiščno zdravstveno stanje in jasen cilj vrnitve na delovno mesto. Sistematično manj uspešni so brezposelni in upokojenci zaradi finančnih ovir, pomanjkanja prevoza, nižje informiranosti o storitvah in odsotnosti socialnih spodbud. Statično pomembni so bili tudi dejavniki, kot so spol, starost, izobrazba in zakonski stan. Ti tvorijo kompleksen socialno demografski profil

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
				tveganja, ki deluje na funkcionalno okrevanje.
Demont, et al., 2019	Sistematični pregled literature	18 raziskav šibke do zmerne kakovosti Francija	Sistematični pregled literature je vključeval 18 primarnih raziskav šibke do zmerne metodološke kakovosti iz petih bibliografskih podatkovnih baz in je primerjal klinične izide in stroškovno učinkovitost neposrednega dostopa do fizioterapevtskih storitev pri mišično-skeletnih obolenjih v primerjavi z modelom zdravniške napotnice.	Približno četrтина raziskav (4 od 18) je ugotovila, da je neposreden dostop do fizioterapevtskih storitev cenejši ali primerljiv z modelom zdravniško usmerjene oskrbe. Pregled ugotavlja, da je neposreden dostop do fizioterapevtskih storitev koristen za zmanjšanje neenakosti, ker odpravlja napotitveno oviro in skrajšuje čakalne dobe.
García-Campanario & Vinolo-Gil, 2025	Presečna raziskava podatkov	Vključenih 22.072 ljudi, starejših od 16 let, med letoma 2019 in 2020 Španija	Presečna raziskava španskih zdravstvenih podatkov za leti 2019 in 2020 je vključevala 22.072 oseb, starejših od 16 let, in je preučevala razlike v dostopnosti specialistične fizioterapevtske oskrbe pri preživelih po možganski kapi.	Rezultati so pokazali stopnjo nedostopnosti, ki je kritično visoka. 83,6 % ljudi, ki so doživeli možgansko kap, v 12 mesecih po akutnem dogodku ni imelo nobene obravnave pri specialistu za rehabilitacijo ali pri fizioterapevtu. To kaže na sistemsko neenakost pri dostopu do fizioterapije, kar je eden od najpomembnejših dejavnikov slabšega funkcionalnega okrevanja po možganski kapi. Raziskava je razkrila izrazite socioekonomske neenakosti, ki so: osebe z nižjim dohodkom, nižjo stopnjo izobrazbe in brez privatnega zdravstvenega zavarovanja so bile statistično značilno manj verjetno deležne

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
				specialistične rehabilitacijske oskrbe. Geografski dejavnik je imel enako pomemben učinek, saj so pacienti iz ruralnih in polruralnih območij poročali o večjih ovirah. Ugotovitve kažejo na temeljno pomanjkljivost zdravstvenega sistema, ker formalna prisotnost fizioterapije v državi ne zadostuje za enakopraven dostop vseh skupin. Zamuda pri fizioterapevtski obravnavi po možganski kapi vodi v slabše funkcionalno okrevanje, večjo invalidnost in višje dolgoročne stroške zdravstvenega sistema.
Jones, et al., 2023	Sistematični pregled opazovalnih raziskav z mešanimi metodami (kvantitativni in kvalitativni)	Odrasli pacienti z večkratno poškodbo NI PODATKA O ŠTEVILU PACIENTOV Združeno kraljestvo	Raziskava je analizirala učinek zagotavljanja fizioterapevtskih storitev in geografske lokacije glede na izide okrevanja odraslih pacientov z večkratno poškodbo.	Izrazita geografska neenakost v dostopu do fizioterapevtskih storitev je bila ključna ugotovitev te raziskave. Ugotovljeno je bilo, da so bili ljudje iz podeželskih in oddaljenih območij prikrajšani za specialistične fizioterapevtske storitve zaradi velikih razdalj do ustreznih centrov. Tisti, ki so živeli bližje večjih travmatoloških centrov, so imeli višjo kakovost fizioterapevtske oskrbe. Rezultati dokazujejo, da je kvalitativni del pregleda razkril, da

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
				pacienti pogosto negativno ocenjujejo svojo fizioterapevtsko pot zaradi geografske oddaljenosti, nejasnih izidov in omejenega dostopa do storitev.
Oshomoji, et al., 2025	Sistematični pregled literature	33 raziskav, izvedenih v različnih kulturnih okoljih Indija, Japonska, Brazilija, Egipt, Združene države Amerike (angl. United States of America – ZDA)	V sistematičnem pregledu je bilo vključenih 33 primarnih raziskav iz petih različnih kulturnih kontekstov: Indija, Japonska, Brazilija, Egipt in ZDA. Preučevani so bili vključenost pacientov z Guillan-Barréjevim sindromom (GBS) pri fizioterapevtskih storitvah in kulturni in socioekonomski dejavniki, ki na to delujejo.	Rezultati so pokazali, da je ključni dejavnik za vključenost v fizioterapijo socioekonomski status. Izkazalo se je, da pacienti z nižjim socioekonomskim statusom pogosteje odlašajo z iskanjem fizioterapevtske pomoči ali pa je ne poiščejo, kar pa ima izredno negativne posledice za okrevanje. Pacienti z višjo zdravstveno pismenostjo statistično prej posežejo po fizioterapevtskih storitvah, zato dosegajo pozitivne izide okrevanja.
Paget, et al., 2025	Presečna raziskava	64 otrok s cerebralno paralizo (angl. Cerebral Palsy – CP), ki so bili operirani zaradi vstavitve intratekalne baklofenske črpalke (angl. Intrathecal Baclofen Therapy – ITB) in 52 otrok s CP, ki so imeli selektivne dorzalne rizotomije (angl. Selective Dorsal Rhizotomy – SDR) Avstralija	Presečna raziskava je primerjala dostop do dveh specializiranih posegov pri otrocih s CP v Avstraliji. 64 otrok s cerebralno paralizo, ki so bili zdravljeni z ITB in 52 otrok s SDR.	Ugotovitve so pokazale, da socioekonomska prikrajšanost neposredno omejuje dostop do fizioterapevtskih storitev ali obravnav, ne glede na medicinsko indikacijo. Rezultati so pokazali, da socioekonomska prikrajšanost in geografska oddaljenost delujeta multiplikativno. Bistveno nižje možnosti za dostop do fizioterapevtskih storitev imajo otroci, pri katerih sta prisotna oba dejavnika. Zdravstveni sistem v

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
				Avstraliji, kljub formalni dostopnosti fizioterapevtskih storitev, ni zagotovil enakopravnega dostopa za vse otroke s CP.
Shakya, et al., 2025	Presečna raziskava	29 zdravstvenih centrov v 6 okrožjih, po 20 pacientov na ustanovo Nepal	Presečna anketa pacientov je bila opravljena v 29 zdravstvenih centrih v šestih okrožjih Nepala. Vključenih je bilo 55,3 % žensk; 48,1 % je bilo privilegiranih etničnih skupin; 76,4 % je bilo napotenih s strani zdravnika, 76,6 % pa je plačevalo fizioterapevtske storitve iz lastnega žepa.	Analiza je razkrila, da razmerje med mestnim in podeželskih območjem, izobrazbena stopnja in čas potovanja do ustanove ključno kažejo geografsko dostopnost storitev, in sicer pacienti s podeželja in s slabšo izobrazbo so imeli slabši dostop do fizioterapevtskih storitev. Pacienti, ki so bili iz prikrajšanih socialnih skupin, si storitev niso mogli privoščiti. Rezultati kažejo, da odsotnost javnega zdravstvenega zavarovanja za fizioterapijo neposredno oblikuje socialne neenakosti in onemogoča, da bi bile fizioterapevtske storitve enako dostopne vsem.
Tesch, et al., 2023	Kohortna raziskava	Vključenih povprečno 2,9 milijona pacientov s potrjeno diagnozo bolezni hrbtenice letno, v starostnem obdobju od 20 do 64 let in časovnem obdobju med letoma 2012 in 2016 Nemčija	Raziskava temelji na rutinskih zdravstvenih podatkih, zbranih v nemškem sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Med letoma 2012 in 2016 je bilo analiziranih 11,7 milijona let spremljanja oseb s potrjeno diagnozo bolezni hrbtenice. Vključeni so bili zaposleni posamezniki, stari	Rezultati so razkrili socioekonomske razlike pri uporabi fizioterapevtskih storitev, korišćene so bile v 31,7 %. Pokazalo se je, da višji kot je socioekonomski status, višja sta tudi udeležba in korišćenje fizioterapevtskih storitev. Pokazalo se je tudi, da so ljudje z nižjo šolsko izobrazbo pogosteje koristili

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
			med 20 in 64 let, in izključeni so bili pacienti s sočasnim zlomom hrbtenice ali z manj kot 350 zavarovalnih dni letno. Socioekonomski status je bil ocenjen na podlagi devetmestne nemške kode delovnega mesta, kar pa vsebuje podatke o poklicni izobrazbi, šolski izobrazbi in delovnem položaju. Za analizo je bil uporabljen Poissonov regresijski model z robustno varianco.	masažo kot fizioterapijo. Analiza dokazuje, da znotraj sistema obveznega zavarovanja obstajajo socioekonomske neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev. Predvidevajo, da ljudje z višjo izobrazbo lažje izrazijo svoje želje, kar se tiče fizioterapevtskih storitev, v primerjavi z ljudmi, ki imajo nižjo izobrazbo. To privede do neenakosti pri koriščenju fizioterapevtskih storitev.
Veras, et al., 2025	Hiter pregled literature	67 preglednih raziskav, vključenih v končno analizo NI PODATKA O DRŽAVI/AH	Hiter pregled literature je vključeval 67 preglednih raziskav, pridobljenih iz baz Medline in EMBase, za obdobje od 2010 do 2020 in leto 2023. Iskanje je zajemalo vse oblike rehabilitacijskih storitev, ki so jih izvajali fizioterapevti ali delovni terapevti.	Pregled literature je identificiral glavne ovire: pomanjkanje interneta ali ustreznih naprav, slaba digitalna pismenost, visoki stroški tehnologije, jezikovne in kulturne ovire. Starejši, revnejši in etnično manjšinski pacienti telerehabilitacijske storitve koristijo bistveno manj. Tudi tisti, ki so geografsko bolj oddaljeni, imajo moten dostop do fizioterapevtskih storitev. Rezultati so pokazali, da večina obstoječih raziskav o etiki in enakosti dostopa do telerehabilitacijskih storitev ne obravnava dovolj resno.
Webber, et al., 2022	Presečna raziskava	665 polnoletnih pacientov v 32 zasebnih fizioterapevtskih klinikah	Raziskava je bila izvedena v 32 zasebnih fizioterapevtskih klinikah v Winnipegu	Rezultati so dokazali, da se je finančna ovira izkazala kot eden ključnih mehanizmov izključevanja in

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Namen oz. cilj	Ključna spoznanja
		Kanada	in anketo je izpolnilo 665 odraslih pacientov. Upoštevali so geografsko raznolikost urbanih četrti in uporabili so hi-kvadrat test. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali obstajajo sistemske razlike, ki kažejo na neenakopravni dostop. Pacienti zasebne fizioterapije so bili starejši, imeli so tudi višjo raven izobrazbe in višji dohodek. Priseljenci, osebe iz vidnih manjšin in domorodne skupnosti so bili statistično premalo zastopani.	kažejo, da sistem, ki se v veliki meri opira na zasebno financiranje fizioterapevtskih storitev, strukturno reproducira etnične in socialne neenakosti v dostopu. Obstaja velik segment populacije, ki bi fizioterapevtske storitve koristil, vendar do njih ne more dostopati, niti v javnem niti v zasebnem sektorju.
Wiklund, et al., 2016	Kvalitativna vsebinska analiza	10 odraslih oseb (5 moških in 5 žensk), starih od 35 do 65 let, v obdobju med decembrom 2010 in februarjem 2011 Švedska	V analizi je sodelovalo 10 odraslih oseb s kroničnimi bolečinami, od tega je bilo 5 moških in 5 žensk, starih med 35 in 65 let, ki so že imeli izkušnjo s specialistično fizioterapevtsko obravnavo na Švedskem od decembra 2010 do februarja 2011.	Identificirane so bile tri temeljne kategorije, ki so nakazovale na zaznavno neenakost: družbeni status, spol in diagnoza. Skupno fizioterapevtsko obravnavo so dojemali kot neenakomerno dostopen vir, ki se ravna po spolu, etnični pripadnosti, socioekonomskem statusu in vrsti diagnoze. Rezultati so pokazali, da je prisotna globoka zakoreninjenost pristranskosti znotraj zdravstvenih ustanov, in pozivajo k razvoju protokolov, ki bi sistematično preprečevali te diskriminacije pri napotitvah na fizioterapevtske storitve.

Legenda: NZTM2000 – New Zealand Transverse Mercator 2000 (slov. koordinatni sistem Nove Zelandije), NHS – National Health Service (slov. javni zdravstveni sistem Združenega kraljestva), ROBIS – The Risk of Bias in Systematic Reviews (slov. riziko

pristranskosti v sistematičnih pregledih), CT – Computed Tomography (slov. računalniška tomografija), MRI – Magnetic Resonance Imaging (slov. magnetnoresonančno slikanje), CP – Cerebral Palsy (slov. cerebralna paraliza), ITB – Intrathecal Baclofen Therapy (slov. intratekalna baklofenska črpalka), GBS – Guillain-Barré Syndrome (slov. Guillain-Barréjev sindrom), SDR – Selective Dorsal Rhizotomy (slov. selektivna dorzalna rizotomija), ZDA – United States of America (slov. Združene države Amerike)

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V pregledu literature smo v tabelo 4 razporedili 25 identificiranih vsebinskih kod in jih glede na vsebinski pomen razdelili v 2 kategoriji:

- K1: neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev glede na kraj bivanja;
- K2: neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev glede na socioekonomski status.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
K1: neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev glede na kraj bivanja	geografska oddaljenost – podeželska dostopnost – mestna dostopnost – razdalja do fizioterapevta – pomanjkanje kadra – neenakomerna porazdelitev fizioterapevtov – regijska neenakost – ovire prevoza – specializirane storitve – dostop do rehabilitacije – brezdomci in fizioterapija – napotitev – čakalne dobe 13 kod	Dawes, et al., 2017; Demont, et al., 2019; Bishop, et al., 2021; Webber, et al., 2022; Jones, et al., 2023; Tesch, et al., 2023; Buhler, et al., 2024; Cattrysse, et al., 2024; García-Campanario & Vinolo- Gil, 2025; Paget, et al., 2025; Shakya, et al., 2025; Veras, et al., 2025.
K2: neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev glede na socioekonomski status	socioekonomski status – dohodek – izobrazba – zaposlitveni status – spol – starost – etnična pripadnost – kulturni dejavniki – brezposelnost – revščina – plačilo iz lastnega žepa – zdravstveno zavarovanje 12 kod	Wiklund, et al., 2016; Dawes, et al., 2017; Demont, et al., 2019; Webber, et al., 2022; Tesch, et al., 2023; Cattrysse, et al., 2024; Cogollos-de-la-Peña, et al., 2024; Dedijer Dujović, et al., 2025; García-Campanario & Vinolo- Gil, 2025; Oshomoji, et al., 2025; Paget, et al., 2025; Shakya, et al., 2025; Veras, et al., 2025.

2.5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil s pregledom literature raziskati in razumeti neenakosti na področju fizioterapije in ugotoviti, kakšne so razlike v dostopu do fizioterapevtskih storitev s poudarkom na socioekonomskem statusu in kraju bivanja. Namen pregleda literature je bil dosežen, saj smo s pregledom in analizo izbranih virov odgovorili na postavljeno raziskovalno vprašanje in ugotovili ključne dejavnike, ki prispevajo k nastanku teh neenakosti.

V sklopu prve kategorije smo razvrstili neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev glede na kraj bivanja in ugotovitve kažejo, da je ta dejavnik ena od najpomembnejših ovir pri dostopu do fizioterapevtskih storitev. V raziskavi Buhler, et al. (2024) so z analizo dostopnosti fizioterapevtskih storitev na Novi Zelandiji ugotovili, da so bila oddaljena območja prikrajšana, saj je bila porazdelitev fizioterapevtov neenakomerna in pretežno skoncentrirana v urbanih središčih. Ugotovili so, da se geografska neenakost ne kaže zgolj v razdalji do najbližjega fizioterapevta, ampak tudi v pomanjkanju prevoza, slabše razviti infrastrukturi in omejenih možnostih za napotitev s strani zdravnikov primarne zdravstvene oskrbe. Paget, et al. (2025) so v svoji raziskavi o otrocih s cerebralno paralizo v Avstraliji potrdili, da so otroci iz geografsko oddaljenih območij prejeli manj specialnih obravnav, kar kaže na to, da geografska oddaljenost vpliva na dostop do obravnave fizioterapevta. Takšne ugotovitve navajajo tudi Dawes, et al. (2017), ki so pri brezdomcih v Londonu ugotovili, da je bila večina pacientov sicer uspešno deležna fizioterapevtske obravnave, ampak so bili brezdomci brez stalnega bivališča in zato sistemsko izključeni iz rednega dostopa do zdravstvenih storitev, posledično tudi do fizioterapije.

Neposreden dostop do fizioterapij pomeni, da se pacienti obrnejo na fizioterapevta, ne da bi imeli predhodno napotitev zdravnika, kar je v nekaterih državah prepoznano kot eden od pristopov za zmanjšanje neenakosti v zvezi z geografsko oddaljenostjo. Bishop, et al. (2021) in Cattrysse, et al. (2024) navajajo, da neposreden dostop do fizioterapije precej skrajša čakalne dobe, kar omogoča precej hitrejšo obravnavo pacientov z mišično-skeletnimi okvarami, ne glede na kraj bivanja pacienta. Demont, et al. (2019) v pregledu

ugotavljajo, da ima neposreden dostop pozitivne učinke na kakovost življenja pacientov in stroškovno učinkovitost, kar je posebej pomembno za ljudi, ki živijo dlje od ordinacij in se v nasprotnem primeru fizioterapije ne bi udeležili. García-Campanario in Vinolo-Gil (2025) sta potrdila, da je bilo v Španiji večino preživelih po možganski kapi brez dostopa do specialistične rehabilitacije, kar dokazuje, da ima geografska neenakost neposreden vpliv na zdravstvene izide. Shakya, et al. (2025) so v Nepalju pokazali, da je bilo razmerje med mestnimi in podeželskimi razmerji bivanja eden glavnih napovedovalcev dostopnosti fizioterapije, pri čemer so imeli pacienti iz mestnih območij bistveno boljši dostop do fizioterapevtskih storitev.

Raziskava od Jones, et al. (2023) potrjuje geografsko neenakost in je pri pacientih z večkratno poškodbo ugotovila povezavo med kakovostjo fizioterapevtske oskrbe in geografsko oddaljenostjo. Torej tisti, ki so s podeželskih ali oddaljenih območij, so bili prikrajšani za fizioterapevtske storitve ravno zaradi velikih razdalj od ustreznih centrov, medtem ko so tisti, ki so živeli bližje, prejeli kakovostnejšo obravnavo. Raziskava je razkrila, da pacienti fizioterapevtsko storitev ocenjujejo negativno zaradi geografske oddaljenosti in omejenega dostopa do fizioterapevtskih storitev. Veras, et al. (2025) ugotavljajo, da ima telerehabilitacija potencial, vendar so predstavljene nove ovire, kot so pomanjkanje interneta, slaba digitalna pismenost, visoki stroški tehnologije in jezikovne ali kulturne ovire, zaradi katerih jo starejši in revnejši koristijo manj. To dejstvo prikazuje, da tehnološke rešitve ne rešujejo neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev.

V podrobnejšem pregledu kod prve kategorije se pokaže, da geografske neenakosti najdemo skozi več med seboj povezanih razsežnosti. Mestna in podeželska dostopnost sta se v raziskavah dosledno pojavili kot nasprotna pola, in sicer pri Shakya, et al. (2025) so ugotovili, da so imeli prebivalci podeželja slabši dostop do fizioterapevtskih storitev kot prebivalci mestnih območij v Nepalju. Medtem so v raziskavi Buhler, et al. (2024) v Novi Zelandiji pokazali, da je v mestih fizioterapevt dosegljiv v nekaj minutah vožnje, na podeželju pa razdalja hitro preseže sprejemljivo mejo. Neenakomerna porazdelitev fizioterapevtov in pomanjkanje kadra sta se pokazali kot strukturna vzroka teh razlik, ker je bila večina analiziranih fizioterapevtov skoncentrirana v urbanih središčih, kar pa

ustvarja regijsko neenakost med posameznimi območji države (Buhler, et al., 2024). Regijsko neenakost so opisovali tudi Jones, et al. (2023) v Združenem kraljestvu, kjer so bili pacienti z oddaljenih območij prikrajšani za kakovosten dostop do fizioterapije in specializirane storitve. Ovire prevoza so opisovali tudi Dawes, et al. (2017) in so pri brezdomcih ugotovili, da odsotnost prevoza in stalnega bivališča omejuje prisotnost pri fizioterapevtskih obravnavah, Veras, et al. (2025) pa opozarjajo, da telerehabilitacija prevoznih ovir ne odpravi v celoti, ker jih pogosto nadomestijo digitalne ovire.

Opisane ugotovitve smiselno umestimo v model 5A, po katerem razpoložljivost in geografska dostopnost predstavljata glavni razsežnosti dostopa do zdravstvenih storitev (Penchansky & Thomas, 1981). Primerljive ugotovitve kažejo viri, ki niso neposredno vezani na fizioterapijo. Na primer Baeten, et al. (2018) so v analizi politik držav Evropske unije med pomembnimi vzroki neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev navedli pomanjkanje zdravstvenega kadra in neenakomerno geografsko porazdelitev izvajalcev storitev, še posebej na podeželju, kar pa potrjuje, da geografske ovire, ki so ugotovljene v fizioterapiji, odsevajo širši vzorec v zdravstvenih sistemih. V Sloveniji Kuhar, et al. (2025) navajajo, da je dostop do zdravstvenih storitev formalno zagotovljen preko obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar v tujinah ugotovitve kažejo regijsko neenakost in neenakomerno porazdelitev fizioterapevtov in opozarjajo, da je pri nas treba spremljati dejansko regijsko razpoložljivost fizioterapevtskih storitev in s tem tudi dostop do fizioterapije za prebivalce, ki so z bolj oddaljenih območij.

V sklopu druge kategorije smo proučevali neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev glede na socioekonomski status. Ugotovili smo, da imajo socioekonomske neenakosti več plasti in so prepletene z različnimi dejavniki, kot so dohodek, izobrazba, zaposlitveni status, spol, starost in etnična oz. kulturna pripadnost.

Dedijer Dujović, et al. (2025) so v retrospektivni kohortni raziskavi s pacienti po možganski kapi v Beogradu ugotovili, da je imel dejavnik zaposlenosti najmočnejšo vrednost za uspeh rehabilitacije, saj so zaposleni posamezniki dosegali veliko boljše rezultate na več področjih funkcionalnega okrevanja, kar odraža boljše izhodiščno zdravstveno stanje, kot tudi močnejšo motivacijo in jasnejši cilj za vrnitev na delovno

mesto. Nezaposleni in upokojeni so imeli tudi nižjo udeležbo v rehabilitaciji, kar kaže na strukturne ovire, kot so pomanjkanje transporta in finančne omejitve ali nezadostna informiranost o razpoložljivih storitvah.

V kvalitativni raziskavi na Švedskem so Wiklund, et al. (2016) ugotovili, da so ljudje rehabilitacijo razumeli kot vir, ki ni enakomerno dostopen, ampak je v veliki meri odvisen od dejavnikov, kot so etnična pripadnost, družbeno-ekonomski status in spol. Ženske z nižjim socioekonomskim statusom so poročale o ovirah pri dostopu do specialistične fizioterapije za dolgotrajne bolečine, pri čemer je imel vlogo spol in je deloval v kombinaciji z drugimi dejavniki.

Dodaten sloj neenakosti pa se dogaja tudi pri kulturnih in etničnih dejavnikih. Oshomoji, et al. (2025) so v sistematičnem pregledu poudarili, da socioekonomski dejavniki vplivajo na način, kako si pacienti z Guillain-Barréjevim sindromom v različnih kulturnih pojmi razlagajo prednosti fizioterapevtskih storitev, in na stopnjo njihovega izboljšanja. Kulturna prepričanja, ki dajejo prednost tradicionalnemu oziroma skupinskemu zdravljenju in ne prepoznavajo vrednosti fizioterapije, so se izkazala kot ovira. Shakya, et al. (2025) so v Nepal ugotovili, da so pacienti iz višjih socialnih razredov prejeli fizioterapevtske storitve v večjem deležu kot pacienti iz prikrajšanih skupin, ki so si storitve plačevali iz lastnega žepa, kar je neposredno omejevalo dostop do fizioterapevtskih storitev. Prav tako je izobrazba pomemben napovedovalec dostopa, saj so imeli manj izobraženi pacienti manjše razumevanje vrednosti fizioterapije in so zato tudi redkeje poiskali pomoč ob težavah.

Tesch, et al. (2023) so pokazali, da socioekonomske neenakosti vztrajajo znotraj sistemov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pacienti z nižjo izobrazbo so pogosteje koristili masažo kot fizioterapevtsko storitev, kar pa pojasnjujejo s tem, da bolj izobraženi posamezniki lažje izrazijo svoje potrebe. Raziskava Webber, et al. (2022) je v zasebnih fizioterapevtskih klinikah pokazala, da so bili porabniki storitev starejši, višje izobraženi in premožnejši. Priseljenci in pripadniki manjšin teh domorodnih skupnosti pa so bili premalo zastopani. Cogollos-de-la-Peña, et al. (2023) so izpostavili pomen izobrazbe in informiranosti v raziskavi, ki je bila izvedena med ženskami z rakom dojke v Barceloni.

Najpogostejše so fizioterapevtske storitve koristile mlajše ženske z višjo izobrazbo, dodatnim zdravstvenim zavarovanjem in vodstvenim položajem. Dve tretjini žensk sta poročali, da jim je bilo danih premalo informacij o razpoložljivosti fizioterapevtskih storitev po zdravljenju in se to kaže kot sistemska ovira.

Znotraj druge kategorije velja izpostaviti tudi kode, ki se v raziskavah med seboj povezujejo najpogostejše. Zaposlitveni status se je izkazal za enega najmočnejših napovedovalcev, ker so imeli zaposleni pacienti po možganski kapi višjo udeležbo in s tem tudi boljše rezultate funkcionalnega okrevanja kot brezposelni in upokojeni (Dedijer Dujović, et al., 2025). Webber, et al. (2022) so s tem tesno povezali tudi starost, in sicer ugotovili so, da so bili uporabniki zasebnih fizioterapevtskih klinik večinoma starejši višje izobraženi in premožnejši, medtem ko Veras, et al. (2025) opozarjajo, da so ravno starejši pacienti tisti, ki telerehabilitacijske storitve uporabljajo najmanj, kar pa kaže, da starost kot ovira deluje samo v kombinaciji z nižjim dohodkom in slabo digitalno pismenostjo. V raziskavi Shakya, et al. (2025) sta se najbolj neposredno pokazala revščina in plačilo iz lastnega žepa, pri čem so pacienti iz prikrajšanih skupin storitve plačevali sami, kar pa je neposredno omejevalo dostop do fizioterapevtskih storitev. Zdravstveno zavarovanje se je izkazalo kot pomemben dejavnik tako v sistemih obveznega zavarovanja, kjer pa socioekonomske razlike kljub zavarovanju vztrajajo (Tesch, et al., 2023), kot pri dostopu do specialistične rehabilitacije, kjer so bile osebe brez dodatnega zdravstvenega zavarovanja manj verjetno deležne fizioterapevtske obravnave (Cogollos-de-la-Peña, et al., 2023; García-Campanario & Vinolo-Gil, 2025). Zver in Srakar (2018) ugotavljata, da so v razvitih državah plačila iz žepa med glavnimi razlogi za slabšo dostopnost do zdravstvenih storitev, še posebej pri prebivalstvu z nižjim dohodkom, ker so takšna plačila nepredvidljiva in najbolj obremenjujejo starejše in kronično bolne. Verulava (2021) opozarja, da organizirana zdravstvena zavarovanja ne pomenijo le zaščite pred finančnimi tveganji, vendar tudi zagotavljajo pravične in enake pravice do zdravja, medtem ko selektivni sistemi, kot je ameriški, del prebivalstva puščajo brez ustrezne zaščite. Te ugotovljene socioekonomske neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev ustrezajo opredelitvi neenakosti v zdravju kot nepravilnih in izogibnih razlik, ki jih bi bilo mogoče zmanjšati z ustreznimi politikami (Whitehead, 1992).

Marmot (2017) razlaga, da so takšne neenakosti sistemske in zahtevajo sistemske rešitve. NIJZ (2021) opozarja, da se v Sloveniji socioekonomske razlike v zdravju ohranjajo kljub formalno zagotovljenemu univerzalnemu zdravstvenemu varstvu, saj dostop do nekaterih storitev, kamor spada tudi fizioterapija izven primarne ravni, ni enako dostopen vsem skupinam prebivalstva. MZ (2025) navaja, da je ena od nalog slovenskega zdravstvenega sistema enakopravnost in pravočasna dostopnost do zdravstvenih storitev, kar pa neposredno nakazuje, da je neenakost v dostopu prepoznana kot sistemski problem, ki zahteva ukrepe. Ko smo primerjali ugotovitve iz različnih držav, smo opazili skupne vzorce, in to so pomanjkanje fizioterapevtov v podeželskih krajih, neenakomerna porazdelitev specialnih storitev in finančne ter kulturne ovire, ki spadajo med najpogostejše ovire.

Ob tem obstajajo tudi specifični dejavniki, ki so vezani na posamezne zdravstvene sisteme, kot je vpliv neposrednega dostopa do fizioterapije v državah z razvitimi sistemi primarne zdravstvene oskrbe (Demont, et al., 2019; Bishop, et al., 2021) ali plačevanje iz lastnega žepa v državah z omejenim zdravstvenim sistemom (Shakya, et al., 2025). Skupno vsem preučevanim raziskavam je spoznanje, da neenakosti niso le posledica individualnih odločitev posameznika, ampak se s tem odražajo globoki strukturni in sistemski mehanizmi, ki zahtevajo celostne rešitve na ravneh zdravstvene politike ter organizacije zdravstvenih storitev.

Zaletel, et al. (2025) navajajo, da se v Sloveniji že skoraj dve desetletji ugotavlja, da neenakosti v zdravju obstajajo, pomembno pa je, da jih znamo tudi izmeriti, prikazati in razložiti. Glavno orodje pri tem so javnozdravstveni kazalniki, ki se uporabljajo kot merila za ocenjevanje zdravstvenih trendov čez čas in med različnimi populacijami. S spremljanjem teh kazalnikov lahko različni deležniki, zlasti pa upravljalci zdravstvenih sistemov in politik, opazujejo razvoj obstoječih zdravstvenih vprašanj in nastanek novih javnozdravstvenih problemov, spremljajo učinke zdravstvenih politik in dodeljujejo sredstva tja, kjer so najbolj potrebna. Javnozdravstveni kazalniki omogočajo primerjave med regijami, državami in različnimi sociodemografskimi skupinami ter spremljanje razvoja nekega pojava čez čas, vse to pa pripomore k prepoznavanju dobrih praks in

identifikaciji področij, ki jih je treba izboljšati. Socialni kazalniki v zgodnjih obdobjih življenja kažejo pomembne razlike v izhodiščnih možnostih za zdravo življenje.

Huber Kropec in Brunec (2025) poudarjata, da so izsledki kvalitativne terenske raziskave, izvedene v lokalnih okoljih zdravstvenih domov Vrhnika, Celje in Sevnica, pokazali, da ranljivosti in neenakosti v zdravju močno vplivajo na različne skupine prebivalstva v lokalnih okoljih. Ranljivost je kompleksen in dinamičen pojav, ki se pojavlja v različnih oblikah in je močno odvisna od specifičnih okoliščin posameznikov in njihovih okolij. Brezposelni, starejši ljudje brez družinske podpore, priseljenci, osebe s težavami v duševnem zdravju, invalidi in socialno ogroženi posamezniki so med najbolj ranljivimi skupinami v raziskovanih lokalnih okoljih. Poudarjen je bil tudi pomen socioekonomskih, jezikovnih, kulturnih in geografskih dejavnikov, ki otežujejo dostop do zdravstvenih in drugih oblik pomoči in storitev. Pri proučevanju ovir v dostopu do zdravstva se je pokazalo, da se te ne izražajo le v fizični nedostopnosti (kot so geografske in arhitektonske ovire), ampak tudi v sistemskih in socialnih dejavnikih. Starejši ljudje se srečujejo z večplastnimi ovirami, ki so med drugim lahko posledica socialne izključenosti, nizkih pokojnin in neustrezne oskrbe. Te ovire so povezane s splošno slabo ekonomsko situacijo in sistemskimi pomanjkljivostmi v zdravstvenem varstvu. Poleg tega so bili kot ovire zaznani dolge čakalne dobe in kadrovske pomanjkanje v zdravstvenih ustanovah, kar še dodatno otežuje dostop do zdravstvenih storitev za ranljive skupine.

Ko ugotovitve pregleda povežemo z modelom 5A (Penchansky & Thomas, 1981), lahko ugotovimo, da so se vse raziskave, vključene v naš pregled, osredotočale na finančno in geografsko razsežnost dostopnosti, medtem ko so organizacijska dostopnost, sprejemljivost in razpoložljivost ostale manj raziskane. Huber Kropec in Brunec (2025) ter Zaletel, et al. (2025) opozarjajo, da se v slovenskem okolju ovire ranljivih skupin ne izražajo le v fizični nedostopnosti, ampak tudi v socialnih in sistemskih dejavnikih, kot so kadrovske pomanjkanje, pomanjkljiva informiranost in čakalne dobe.

2.5.1 Omejitve raziskave

Pri analizi izbranih znanstvenih člankov o neenakostih v dostopu do fizioterapevtskih storitev smo naleteli na več metodoloških in vsebinskih omejitev. Prva omejitev je, da so bili preučevani članki izvedeni v različnih zdravstvenih sistemih in geografskih kontekstih, kot so Španija, Nemčija, Kanada, Nova Zelandija, Srbija, Nepal, Švedska, Združeno kraljestvo, Belgija in Avstralija, kar otežuje primerjanje rezultatov in prenos ugotovitev v slovensko okolje. Med državami se zdravstveni sistemi in stopnje financiranja fizioterapevtskih storitev bistveno razlikujejo, zato se nekatere ugotovitve lahko le pogojno prenesejo v slovensko prakso.

Druga omejitev je majhno število znanstvenih člankov, ki so bili vključeni v končno analizo. Čeprav smo iskali v podatkovnih bazah ProQuest, PubMed, PEDro in s pomočjo brskalnika Google Scholar ter uporabljali več kombinacij ključnih besed, smo ugotovili, da je literatura, ki se neposredno ukvarja z neenakostmi v dostopu do fizioterapevtskih storitev, zelo skromna. V pregledu nismo zajeli niti enega vira v slovenskem jeziku, ker virov v slovenskem jeziku nismo iskali, kar omejuje relevantnost ugotovitev za slovensko okolje.

Tretja omejitev pa se nanaša na metodološko kakovost vključenih virov. Večina vključenih raziskav je bila opazovalnih ali presečnih, kar omejuje zmožnost ugotavljanja vzročno-posledičnih odnosov. V nekaterih virih so se kazale omejitve pri vzorčenju, na primer majhni vzorci, priložnostno vzorčenje ali samoselektivnost udeležencev.

Četrta omejitev izhaja iz raziskovalnega vprašanja, s katerim smo iskali vire, vezane le na dve obliki oz. vrsti dostopnosti, in sicer na socioekonomsko in geografsko dostopnost. O neenakosti na področju ostalih razsežnosti dostopnosti po modelu 5A (razpoložljivost, sprejemljivost in organizacijska dostopnost) in kakovostne dostopnosti na podlagi našega pregleda vemo malo (Penchansky & Thomas, 1981).

2.5.2 Doprinos za stroko in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Diplomsko delo pripomore k boljšemu razumevanju neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev. Fizioterapevtom in odločevalcem v zdravstveni politiki pa pregled tuje znanstvene literature ponuja vpogled v ključne dejavnike, ki vplivajo na neenakosti v dostopu do fizioterapije, ter lahko predstavlja izhodišče za razpravo o rešitvah v slovenskem zdravstvenem sistemu. Zgolj formalna zagotovitev storitev ne zadostuje, na kar opozarjajo tudi te ugotovitve. Nujno je aktivno iskanje ovir, ki posameznim skupinam lahko onemogoča enak dostop do fizioterapije.

Diplomsko delo služi kot strokovna osnova za razvoj nadaljnjih raziskav in je dobra osnova za nadgradnjo pri ugotavljanju dejavnikov, ki vplivajo na dostop do fizioterapevtskih storitev in njihovo odpravljanje.

V prihodnje bi morali raziskati morebitne obstoječe vire v slovenskem jeziku s tega področja, predvsem pa preučiti še druge vrste oziroma oblike dostopnosti po modelu 5A (razpoložljivost, organizacijsko dostopnost in sprejemljivost) ter kakovost dostopnosti, ki jih s tem pregledom literature nismo zajeli (Penchansky & Thomas, 1981).

3 ZAKLJUČEK

Socioekonomski dejavnik in kraj bivanja sta med pomembnimi (ne pa edina) dejavniki, ki se med seboj prepletata in omogočata, da pride do nastanka neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev, kar vpliva na kakovost življenja posameznikov. Natančno razumevanje teh dveh dejavnikov in njunih vplivov na kakovost življenja posameznikov je ključno za oblikovanje ustreznih ukrepov.

Pregled literature kaže, da neenakosti v dostopu do fizioterapevtskih storitev obstajajo v različnih zdravstvenih sistemih po vsem svetu in da so geografski in socioekonomski dejavniki med seboj pogojeni. Z našim raziskovalnim vprašanjem smo se osredotočili na dotična konkretna dejavnika. Torej geografska oddaljenost, neenakomernost razporeditve fizioterapevtov (ki je sicer vezana predvsem na razpoložljivost in organizacijsko razsežnost dostopnosti), nizek dohodek, nizka izobrazba, zaposlitveni status, spol, starost ter kulturno-etnična pripadnost so se pokazali kot glavni dejavniki, ki omejujejo dostop do fizioterapevtskih storitev. Zaključki pregleda literature dokazujejo, da se te neenakosti ne pojavljajo naključno, ampak se odražajo kot sistemski mehanizmi, ki nekatere skupnosti postavljajo v slab položaj in jim s tem onemogočajo enakopravnost pri uveljavljanju svojih pravic do zdravja. Geografske neenakosti pa se najpogosteje kažejo v pomanjkanju fizioterapevtov v oddaljenih regijah, v omejenem dostopu do specialnih rehabilitacijskih obravnav in v slabi razvitosti, da bi se storitve izvajale izven središč.

Socioekonomske neenakosti se kažejo v pomenu dohodka, izobrazbe in zaposlitvenega statusa, ki ga imajo te značilnosti na dostop do fizioterapije, pri čemer so prikrajšane skupine ljudi, kot so npr. brezposelni, manj izobraženi, starejši in predstavniki manjšinskih etničnih skupin. Te skupine ljudi s svojimi socioekonomskimi značilnostmi so zato sistematično slabše upoštevane pri razporeditvi fizioterapevtskih virov. Za posameznike z nižjim dohodkom je plačilo fizioterapije iz lastnega žepa velik finančni zalogaj in si ga ne morejo privoščiti, kar je eden najpogostejših razlogov, da nimajo dostopa do fizioterapevtske obravnave. Pregled je dokazal, da socioekonomske neenakosti vztrajajo v sistemih obveznega zavarovanja, kar se kaže kot dejstvo, da pacienti z višjo izobrazbo fizioterapevtske storitve koristijo pogosteje. Pomembna ovira

je pomanjkljivost informiranosti o razpoložljivosti fizioterapevtskih storitev, prav tako pa novejša tehnološke rešitve, kot je telerehabilitacija, neenakosti ne odpravijo, vendar le poglobijo ovire. Za geografsko oddaljene ljudi je lahko telerehabilitacija rešitev, vendar za socioekonomsko prikrajšane to ni rešitev, saj jim prinaša nove ovire, kot so pomanjkanje interneta, slaba digitalna pismenost, visoki stroški tehnologije in jezikovne ali kulturne ovire, zaradi katerih jo starejši in revnejši koristijo manj.

Enakopraven dostop do fizioterapije je možno izboljšati z več ukrepi, kar je za klinično okolje ključna ugotovitev. Ti ukrepi so prepoznavanje in naslavljanje socialnih determinant zdravja v procesu fizioterapevtske obravnave; razvoj kulturno kompetentnih pristopov; izboljšanje geografske pokritosti fizioterapevtskih storitev in vodenje zdravstvene politike, ki sistemsko preprečuje in odpravlja obstoječe ovire.

Fizioterapevti imajo pri tem dve vlogi. So klinični strokovnjaki, ki si prizadevajo za celostno, individualno in enakopravno obravnavo vseh pacientov, in so tisti v zdravstvenem sistemu, ki opozarjajo na neenakosti in zagovarjajo njihovo odpravo. V slovenskem kontekstu to diplomsko delo opozarja, da sta potrebna raziskava in zbiranje podatkov o neenakostih v dostopu do fizioterapije, ki bi pomagala pri oblikovanju ciljnih ukrepov. Rezultati pregleda literature so dobra izhodiščna točka za razvijanje strategij, ki bodo zagotovile, da bodo fizioterapevtske storitve postale dostopne, ne glede na kraj bivanja ali socioekonomski status.

Pregled literature kaže, da sta za zmanjšanje razlik (geografska oddaljenost in socioekonomski status) potrebna ključna ukrepa, in sicer izboljšanje dostopnosti fizioterapevtskih storitev v manj dostopnih območjih ter razvoj finančno dostopnih oblik obravnave za socialno ogrožene skupine prebivalstva.

4 LITERATURA

Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B. & Coster, S., 2018. *Inequalities in access to healthcare: A study of national policies*. [pdf] European Commission. Available at: <https://www.ygeiamou.gr/wp-content/uploads/2023/04/KE-03-18-334-EN-N.pdf> [Accessed 19 May 2026].

Bishop, A., Chen, Y., Protheroe, J., Ogollah, O.R., Bailey, J., Lewis, M., Jordan, K. & Foster, E.N., 2021. Providing patients with direct access to musculoskeletal physiotherapy: The impact on general practice musculoskeletal workload and resource use. The STEMS-2 study. *Physiotherapy*, 111(2021), pp. 48-56. 10.1016/j.physio.2020.04.006.

Buhler, M., Shah, T., Perry, M., Tennant, M., Kruger, E. & Milosavljevic, S., 2024. Geographic accessibility to physiotherapy care in Aotearoa New Zealand. *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology*, 49(100656), pp.1-9. 10.1016/j.sste.2024.100656.

Cattrysse, E., Van den Broeck, J., Petroons, R., Teugels, A., Scafoglieri, A. & Trijffel, E., 2024. Impact of direct access on the quality of primary care musculoskeletal physiotherapy: A scoping review from a patient, provider, and societal perspective. *Archives of Physiotherapy*, 14(1), pp. 20-28. 10.33393/aop.2024.3023.

Cogollos-de-la-Peña, R., Álvarez-Vargas, A., Domínguez-Navarro, F., Espelt, A., Fuentes-Aparicio, L. & Puigpinós-Riera, R., 2023. Social inequalities in the use of physiotherapy in women diagnosed with breast cancer in Barcelona: DAMA cohort. *Breast Cancer Research and Treatment*, 204(2), pp. 377-387. 10.1007/s10549-023-07191-9.

Dawes, J., Deaton, S. & Greenwood, N., 2017. Homeless people's access to primary care physiotherapy services: An exploratory, mixed-method investigation using a follow-up qualitative extension to core quantitative research. *BMJ Open*, 7(6), pp. 1-8. 10.1136/bmjopen-2016-012957.

Dedijer Dujović, S., Djordjević, O., Vidaković, A., Mitrović, S., Grajić, M., Dimkić Tomić, T., Rosić, S., Radić, A. & Konstantinović, L., 2025. Inequities in stroke recovery: Examining sociodemographic predictors of rehabilitation success. *Healthcare*, 13(14), pp. 1-16. 10.3390/healthcare13141739.

Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A. & Desmeules, F., 2019. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: A systematic review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 43(12), pp. 1637-1648. 10.1080/09638288.2019.1674388.

García-Campanario, I. & Vinolo-Gil, M.J., 2025. Prevalence of stroke in Spain and its impact on quality of life: Socioeconomic inequalities and access to rehabilitation. *Healthcare*, 13(9), pp. 1-11. 10.3390/healthcare13091075.

Huber Kropec, I. & Brunec, A., 2025. Ranljivosti in neenakosti v zdravju v treh lokalnih okoljih v Sloveniji – izsledki kvalitativne terenske raziskave. In: M. Gabrijelčič Blenkuš, A., Hočevar Grom, T., Kofol Bric & M. Zaletel, eds. *Vpliv zdravstvenega sistema in fizičnega okolja na neenakosti v zdravju v Sloveniji: izzivi in priložnosti med nacionalnimi politikami in lokalnimi praksami: strokovna monografija*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 96-101.

Jones, S.M., West, C., Rappoport, J. & Akhtar, K., 2023. Rehabilitation outcomes based on service provision and geographical location for patients with multiple trauma: A mixed-method systematic review. *Injury*, 54(3), pp. 887-895. 10.1016/j.injury.2023.01.034.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 51-60.

Kuhar, M., Kasapinov, B. & Poldrugovac, M., 2025. Neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev in programov. In: M. Gabrijelčič Blenkuš, A. Hočevar Grom, T. Kofol Bric & M. Zaletel, eds. *Vpliv zdravstvenega sistema in fizičnega okolja na*

neenakosti v zdravju v Sloveniji: izzivi in priložnosti med nacionalnimi politikami in lokalnimi praksami: strokovna monografija. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 110-151.

Marmot, M., 2017. The health gap: The challenge of an unequal world: The argument. *International Journal of Epidemiology*. 46(4), pp. 1312-1318. 10.1093/ije/dyx163.

Ministrstvo za zdravje (MZ), 2016. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025*. [online] Available at: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=RESO102> [Accessed 15 February 2026].

Ministrstvo za zdravje (MZ), 2025. *Dostopnost in varnost zdravstvenega varstva*. [online] Available at: <https://www.gov.si/podrocja/zdravje/dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/> [Accessed 16 February 2026].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2021. *Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://nijz.si/publikacije/neenakosti-v-zdravju-izziv-prihodnosti-v-medsektorskem-povezovanju/> [Accessed 18 February 2026].

Office of Disease Prevention and Health Promotion, n.d. *Access to health services*. [online] Available at: <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/access-health-services> [Accessed 19 May 2026].

Oshomoji, O.I., Ajiroba, J.O., Semudara, S.O., Olayemi, M.A., Adeoye, S.O., Ugwu, O.C. & Ojo, L.I., 2025. Cultural influences on physiotherapy engagement and outcomes in Guillain-Barré syndrome rehabilitation: A systematic review. *Discover Public Health*, 22(302), pp. 1-29. 10.1186/s12982-025-00682-8.

Page, M.J., McKenzie, J.M., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffman, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw,

J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomasab, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134(2021), pp. 178-189. 10.1016/j.jclinepi.2021.03.001.

Paget, S.P., Stewart, K., Copeland, L., Waight, E., Smith, N., Baker, F. & Lewis, J., 2025. Socioeconomic disadvantage, residential remoteness and access to specialised interventions in cerebral palsy: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 14(10), pp. 1-10. 10.3390/jcm14103579.

Penchansky, R. & Thomas, J.W., 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), pp. 127-140.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Essentials of nursing research: Apprising evidence of nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva v Sloveniji 2026–2035 »Z odgovornostjo in sodelovanjem do boljših izidov zdravljenja« (ReNPZV26–35), 2026. Uradni list Republike Slovenije št. 13.

Shakya, N.R., Shrestha, N., Webb, G., Myezwa, H., Karmacharya, B.M. & Stensdotter, A.K., 2025. A patient survey on outpatient physiotherapy services in Nepal: Service received, and patients' recommendations. *BMC Health Services Research*, 25(1), pp. 1-13. 10.1186/s12913-025-13055-3.

Tesch, F., Schmitt, J., Dröge, P., Günster, C., Seidler, A., Flechtenmacher, J., Lembeck, B., Kladny, B., Wirtz, D.C., Niethard, F.U. & Lange, T., 2023. Socioeconomic differences in the utilization of diagnostic imaging and non-pharmaceutical conservative therapies for spinal diseases. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(1), pp. 1-9. 10.1186/s12891-023-06909-6.

Veras, M., Sigouin, J., Auger, L.-P., Auger, C., Ahmed, S., Boychuck, Z., Cavallo, S., Lévesque, M., Lovo, S., Miller, W.C., Nelson, M., Norouzi-Gheidari, N., O'Neil, J., Perreault, K., Urbanowski, R., Sheehy, L., Singh, H., Vincent, C., Wang, R.H., Zidarov, D., Hudon, A. & Kairy, D., 2025. A rapid review of ethical and equity dimensions in telerehabilitation for physiotherapy and occupational therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(7), pp. 1-20. 10.3390/ijerph22071091.

Verulava, T., 2021. Access to healthcare as a fundamental right or privilege? *Siriraj Medical Journal*, 73(10), pp. 721-726. 10.33192/Smj.2021.92.

Webber, S.C., Parsons, J.L., Arnott, T., Bauer, A., D'Errico, D., Fillion, J., Giesbrecht, J., Loewen, A., Scheller, C., Tse, J.Y.Y. & Thille, P., 2022. Signs of inequitable access: Users of private physiotherapy services do not reflect the urban population in Winnipeg, Manitoba. *Physiotherapy Canada*, 74(4), pp. 379-386. 10.3138/ptc-2020-0111.

Whitehead, M., 1992. The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), pp. 429-445.

Wiklund, M., Fjellman-Wiklund, A., Stålnacke, B.M., Hammarström, A. & Lehti, A., 2016. Access to rehabilitation: Patient perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective. *Glob Health Action*, 9(1), pp. 1-11. 10.3402/gha.v9.31542.

World Health Organization (WHO), 2018. *Health inequities and their causes*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes> [Accessed 18 May 2025].

World Health Organization (WHO), 2026. *Health equity*. [online] Available at: https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_2 [Accessed 18 May 2025].

World Physiotherapy, 2019. *World Physiotherapy Policy Statement: Description of Physical Therapy*. [pdf] World Physiotherapy. Available at:

<https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf> [Accessed 3 July 2026].

Zaletel, M., Hočevar Grom, A. & Kofol Bric, T., 2025. Prikaz stanja na podlagi kazalnikov in kvalitativnega raziskovanja. In: M. Gabrijelčič Blenkuš, A. Hočevar Grom, T. Kofol Bric & M. Zaletel, eds. *Vpliv zdravstvenega sistema in fizičnega okolja na neenakosti v zdravju v Sloveniji: izzivi in priložnosti med nacionalnimi politikami in lokalnimi praksami: strokovna monografija*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 15-17.

Združenje fizioterapevtov Slovenije, 2017. *Kodeks etike fizioterapevtov*. [pdf] Združenje fizioterapevtov Slovenije. Available at: <https://physio.si/wp-content/uploads/2021/05/Kodeks-etike-fizioterapevtov.pdf> [Accessed 18 May 2025].

Zver, E.H. & Srakar, A., 2018. Finančna dostopnost do zdravstva v Sloveniji in njen vpliv na neenakosti v zdravju. In: T. Lesnik, M. Gabrijelčič Blenkuš, A. Hočevar Grom, T. Kofol Bric & M. Zaletel, eds. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 127-136.