



I z k u š n j e

V z t r a j n o s t

Z r e l o s t

ZDRAVJE V SLOVENIJI



IVZ INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA REPUBLIKE SLOVENIJE

Ljubljana, marec 2010

ZDRAVJE V SLOVENIJI

Izdajatelj:

*Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije,
Trubarjeva 2, Ljubljana*

Spletni naslov:

www.ivz.si

Za izdajatelja:

Marija Seljak

Glavna urednica:

Ada Hočevar Grom

Uredniki:

Jana Trdič, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Tatjana Kofol Bric, Polonca Truden-Dobrin, Tit Albreht

Jezikovni pregled:

Urška Kaloper

AVTORJI POGLAVIJ (po abecednem redu):

Tit Albreht, Maja Bajt, Polona Brcar, Andreja Drev, Zalka Drglin, Vida Fajdiga Turk, Tatjana Frelj, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Ivanka Gale, Matej Gregorič, Marta Grgič Vitek, Eva Grilc, Ana Hojs, Helena Jeriček Klanšček, Nevenka Kelšin, Irena Klavs, Tatjana Kofol Bric, Jana Kolman, Helena Koprivnikar, Katja Kovše, Alenka Kraigher, Evita Leskovšek, Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Barbara Mihevc Ponikvar, Daša Moravec Berger, Mojca Omerzu, Peter Otorepec, Silva Pečar Čad, Aleš Petrovič, Nina Pirnat, Tatjana Pokrajac, Radivoje Pribaković Brinovec, Irma Renar, Mateja Rok Simon, Saška Roškar, Maja Sočan, Jožica Šelb Šemerl, Sonja Tomšič, Polonca Truden-Dobrin, Eva Turk, Veronika Učakar, Maja Zorko, Aleksandra Žalar^I

Milena Ilić, Stanka Intihar, Breda Ložar, Apolonija Oblak Flander, Irena Svetin, Tina Žnidaršič^{II}

Maja Primic Žakelj, Vesna Zadnik^{III}

^I Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

^{II} Statistični urad Republike Slovenije

^{III} Onkološki inštitut Ljubljana

KAZALO

PREDGOVORA	7
I. POGLAVJE	9
PREBIVALSTVO SLOVENIJE IN NJEGOVE ZNAČILNOSTI.....	10
RAST PREBIVALSTVA	10
IZOBRAZBENA SESTAVA PREBIVALSTVA.....	17
ZAPOSLOTVENA SESTAVA PREBIVALSTVA SLOVENIJE	19
II. POGLAVJE.....	23
DEJAVNIKI, POVEZANI Z ZDRAVJEM	24
SOCIALNO OKOLJE	25
ZUNANJE OKOLJE.....	27
Pitna voda	27
Zrak	27
Varnost hrane.....	28
Podnebne spremembe.....	29
PREHRANA IN PREHRANJEVALNE NAVADE	31
TELESNA TEŽA	33
TELESNA DEJAVNOST.....	35
DUŠEVNO ZDRAVJE	37
KAJENJE.....	39
TVEGANO IN ŠKODLJIVO PITJE ALKOHOLA.....	41
PREPOVEDANE DROGE	43
SPOLNO VEDENJE	45
III. POGLAVJE.....	48
ZDRAVJE POPULACIJSKIH SKUPIN	49
ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV.....	50
Umrljivost.....	50
Duševno zdravje in samomor	51
Obolevnost.....	51
Prehranjevalne navade.....	52
Telesna dejavnost in preživljanje prostega časa.....	52
Raba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi	53
Spolno vedenje.....	53
Nasilje	53
ZDRAVJE ŽENSK MED 20. IN 64. LETOM.....	55
Reproduktivno zdravje	56
Zdravje v nosečnosti	56
Rak.....	58
Srčno-žilne bolezni.....	59
Nenamerne poškodbe.....	59
Skeletno-mišične bolezni	59
Duševne motnje in samomor.....	59
Alkohol	60
Nasilje	60
Kajenje, prehrana, telesna dejavnost.....	60
ZDRAVJE MOŠKIH MED 20. IN 64. LETOM.....	62
Poškodbe	63
Samomor in depresija	63
Raba alkohola.....	63
Rak.....	64
Bolezni srca in žilja.....	64
Kajenje	65
Prehranske navade	65
Bolezni skeletno-mišičnega sistema	65
Telesna dejavnost	65

ZDRAVJE STAREJŠIH	67
Srčno-žilne bolezni.....	67
Rak.....	68
Poškodbe	68
Demenca	69
Depresija in samomor.....	69
Življenjske navade	69
IV. POGLAVJE	71
VELIKI JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEMI.....	72
RAK	73
Breme raka v Sloveniji	73
SLADKORNA BOLEZEN	77
BOLEZNI SRCA IN ŽILJA	80
DUŠEVNE MOTNJE.....	83
Depresija	83
Demenca	83
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	83
SKELETNO-MIŠIČNE BOLEZNI	85
ASTMA IN KRONIČNA OBSTRUKTIVNA PLJUČNA BOLEZEN.....	88
JETRNA CIROZA.....	90
NALEZLJIVE BOLEZNI	92
Črevesne nalezljive bolezni.....	92
Transmisivne (vektorske) nalezljive bolezni	93
Gripa in akutne okužbe dihal.....	93
Virusni hepatitisi.....	93
Okužba s HIV in druge spolno prenosljive okužbe.....	94
Okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo (bolnišnične okužbe)	95
Odpornost bakterij proti antibiotikom.....	96
Turbekuloza	96
Cepljenje.....	96
POŠKODBE DOMA IN V PROSTEM ČASU	98
POŠKODBE V PROMETU	100
POŠKODBE PRI DELU.....	102
SAMOMOR.....	103
V. POGLAVJE	105
ZDRAVSTVENI SISTEM V SLOVENIJI.....	106
KLJUČNI PROFILI ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V SLOVENIJI.....	108
ŠTEVILO ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V LETU 2007 IN RETROSPEKTIVNI TRENDI.....	108
Zdravniki.....	108
Zobozdravniki	109
Medicinske sestre	110
Farmacevti.....	111
ZUNAJBOLNIŠNIČNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST.....	111
DEJAVNOST SPLOŠNE IN DRUŽINSKE MEDICINE	113
Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov	113
Zdravstveno varstvo žensk	114
Ambulantna specialistična dejavnost	115
BOLNIŠNIČNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST	118
Hospitalizacije	118
Druge vrste bolnišničnih obravnav.....	121
Najpogostejše obravnave v sistemu bolnišničnih obravnav po skupinah primerljivih primerov (SPP)	121
ZDRAVILA.....	125
FINANCIRANJE ZDRAVSTVA V SLOVENIJI.....	129
KAZALO SLIK	134
KAZALO TABEL	137

Predgovora

Analize zdravja in zdravstvenega varstva so dandanes nujne, saj zagotavljajo dokaze, s pomočjo katerih lahko po eni strani načrtujemo ukrepe za krepitev in varovanje zdravja, po drugi strani pa ocenjujemo potrebe po zdravstvenih storitvah ter gradimo in načrtujemo sistem zdravstvenega varstva.

Staranje prebivalstva, nova in učinkovitejša zdravila ter sodobne zdravstvene tehnologije predstavljajo velik izziv, saj pomenijo tudi večji pritisk na zdravstveni sistem. Nove metode odkrivanja in zdravljenja bolezni zagotavljajo posamezniku večjo možnost preživetja in ozdravitve, naraščajoče potrebe in vse večja pričakovanja prebivalstva pa za zdravstveni sistem pomenijo vrtozglavo večanje stroškov. Zato je omejene vire treba smiselno razporediti in porabiti tako, da bodo zagotovljeni največji možni učinki.

V Sloveniji smo na pragu zdravstvene reforme, ki bo pomenila prelomnico v razvoju zdravstvenega sistema. Publikacija Zdravje v Sloveniji predstavlja pregled nekaterih javnozdravstvenih izzivov in priložnosti za ukrepanje.

Krepitev preventive in zgodnjega odkrivanja bolezni sta pristopa, ki bosta dolgoročno vplivala na potrebe po zdravstvenih storitvah. Te bodo obvladljive le v primeru, da bomo ustrezno okrepili zdravstveno varstvo na primarni ravni. Slednje bo omogočalo učinkovitejšo in uspešnejšo zdravstveno obravnavo, kar je še posebej pomembno, ko gre za kronično bolne.

Publikacija Zdravje v Sloveniji, ki jo je pripravil Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, predstavlja vir informacij, ki so nujne za načrtovanje zmogljivosti zdravstvenega sistema in opredelitev nekaterih merljivih ciljev. Analize zdravja, determinant zdravja in zdravstvenega sistema, ki jih prinaša, temeljijo deloma na rutinsko zbranih podatkih, deloma pa že vključujejo namensko zbrane podatke o determinantah zdravja in zdravstvenem stanju prebivalstva. V naslednjem obdobju bo treba še več pozornosti nameniti objektivnemu merjenju obolevnosti in s tem potreb posameznih skupin po zdravstvenih storitvah, kar bo predstavljalo osnovo za načrtovanje zmogljivosti zdravstvenega sistema.

dr. Ivan Eržen, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije

Zdravje je v večini sodobnih družb spoznano kot največja vrednota, saj je predpogoj za povečanje blaginje. Nanj vplivajo številni med seboj prepleteni dejavniki, tako imenovane determinante zdravja. Krepitev in varovanje zdravja posameznika pa zahteva celovit pogled in sodelovanje tako posameznika kakor celotne družbe.

Zdravje prebivalcev Slovenije se je v zadnjih desetletjih nedvomno izboljšalo. Pričakovano trajanje življenja se je podaljšalo. Tako lahko otroci, rojeni v Sloveniji v drugi polovici desetih let tega stoletja, pričakujejo, da bodo v povprečju dočakali nekaj manj kot 80 let, kar je skoraj deset let več kot pred petdesetimi leti. Zvišuje se tudi povprečna starost ob smrti in znižuje prezgodnja umrljivost, to je umrljivost pred 65. letom starosti.

Na ta napredek vpliva več dejavnikov, vsekakor pa so med njimi višja povprečna raven izobrazbe, boljše življenjske in delovne razmere ter večja socialna varnost. Hkrati ne gre zanemariti boljših zdravstvenih storitev in spremenjenih navad posameznikov.

Vseeno pa ostajajo številni izzivi, pri katerih je mogoče z usmerjenimi politikami in usklajenimi ukrepi doseči še pomembno izboljšanje. Med njimi so zagotovo razlike v zdravju med različnimi populacijskimi skupinami, ki se kljub splošnemu izboljšanju zdravja niso zmanjšale. Pravzaprav se lahko zgodi, da se bodo zaradi krize, s katero se soočamo v tem času, le še povečale, predvsem v skupinah, ki jih je kriza najbolj prizadela. Pred nami so tudi številni novi izzivi, kot npr. tisti, povezani s staranjem prebivalstva in z uvajanjem novih zdravstvenih tehnologij.

Knjiga Zdravje v Sloveniji prikazuje ključna področja, ki osvetljujejo vprašanja glede zdravja prebivalcev Slovenije in dejavnikov, ki nanj vplivajo. Vsebuje celovit pregled osnovnih demografskih, prikaz kazalnikov zdravja v posameznih populacijskih skupinah in opredelitev ključnih javnozdravstvenih izzivov. Opredeljene so tudi osnovne značilnosti sistema zdravstvenega varstva.

Osnovni namen knjige je podati čim bolj obsežen pregled in opozoriti na ključne izzive pri skrbi za nadaljnje izboljšanje zdravja prebivalstva. Avtorji posameznih poglavij so se bolj osredotočili na celovitost prikaza kot na poglobljene razprave o posameznih problemih. Vendar so pri pisanju prepoznali številna področja, ki potrebujejo globlji prikaz za pomoč tako načrtovalcem zdravstvenih in drugih politik kot tudi zdravstvenim delavcem in ne nazadnje širši javnosti. Ta področja bodo v letošnjem in naslednjih letih predmet poglobljenih obdelav. Kot prva je bila prepoznana potreba po pripravi celovitega pregleda zdravstvenega stanja z vidika neenakosti v zdravju, ki naj bi bil kot posebna publikacija izdan že v naslednjem letu.

Upamo, da bo knjiga Zdravje v Sloveniji čim širšemu krogu bralcev nudila pregledno in celovito sliko o zdravstvenem stanju v Sloveniji. Ob prebiranju se bosta najverjetneje porodila marsikatero vprašanje ali predlog za izboljšanje. Vseh predlogov in pripomb bomo zelo veseli, saj nam bodo služili kot podlaga za oblikovanje naslednje publikacije.

mag. Marija Seljak, direktorica Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije

I. POGLAVJE

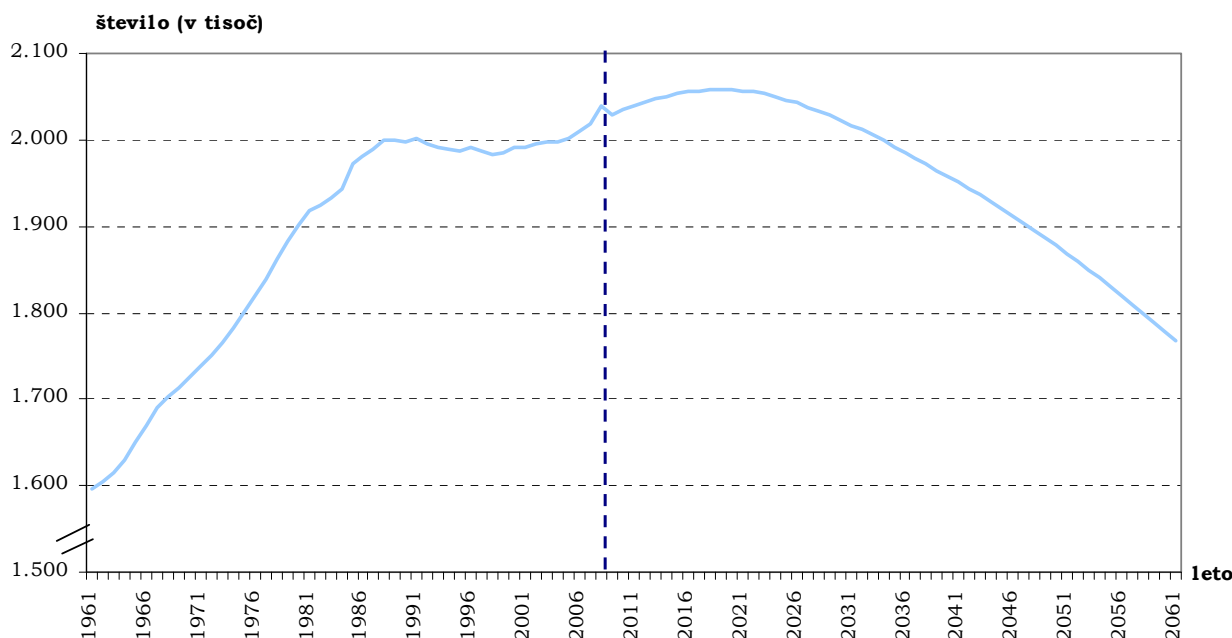
PREBIVALSTVO SLOVENIJE IN NJEGOVE ZNAČILNOSTI (DEMOGRAFSKI IN SOCIALNO-EKONOMSKI DEJAVNIKI)

PREBIVALSTVO SLOVENIJE IN NJEGOVE ZNAČILNOSTI (DEMOGRAFSKI IN SOCIALNO-EKONOMSKI DEJAVNIKI)

Milena Ilič, Stanka Intihar, Breda Ložar, Apolonija Oblak Flander, Irena Svetin, Tina Žnidaršič

Rast prebivalstva

Prebivalstvo Slovenije je v zadnjih petdesetih letih poraslo za skoraj pol milijona (460.489). Konstantna rast števila prebivalcev od sredine petdesetih let prejšnjega stoletja se je ustavila po letu 1991 in se je ponovno začela po letu 1999, vendar ni bila tako intenzivna kot v npr. sedemdesetih letih 20. stoletja. Konec leta 2008 je imela Slovenija 2.032.362 prebivalcev (1.003.945 moških in 1.028.417 žensk). Projekcije števila prebivalstva EUROPOP2008¹ pa za Slovenijo ne kažejo optimistične slike. Po osnovni varianti omenjenih projekcij bo prebivalstvo Slovenije naraščalo le še do začetka leta 2020, nato pa bo začelo upadati. V začetku leta 2061 naj bi v Sloveniji živelo približno toliko prebivalcev kot na začetku sedemdesetih let prejšnjega stoletja (glej sliko 1.1).



Vir: Statistični urad RS, Eurostat

Slika 1.1: Število prebivalcev Slovenije v letih 1961–2008 (po stanju 30. junija) in projekcija števila prebivalcev Slovenije po osnovni varianti v obdobju 2009–2061 (EUROPOP2008)

¹ Zaradi potreb po ustrežnejših načrtovanjih ekonomske vzdržnosti (predvsem pokojninskih sistemov) in vključitve novih dveh članic v letu 2007 je Eurostat, statistični urad Evropskih skupnosti, v letu 2008 za izračune projekcij javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva v Evropski uniji, izdelal projekcije prebivalstva za obdobje 2008–2061 za posamezne države članice Evropske unije ter za Norveško in Švico, imenovane tudi EUROPOP2008, in sicer po t. i. konvergenčnem scenariju. Kot konvergenčno leto, tj. leto, v katerem bo (teoretično) dosežena največja podobnost razvoja izbranega kazalnika, je bilo upoštevano leto 2150. Projekcije so bile objavljene spomladi 2008. Osnovna varianta projekcij za Slovenijo je dostopna tudi na spletnem podatkovnem portalu SI-STAT Statističnega urada RS.

Analize demografskih gibanj za zadnjih petdeset let so pokazale, da je bilo leta 2003 v Sloveniji doseženo t. i. »demografsko dno«. Po tem letu, zlasti v letu 2007, pa so bila demografska gibanja takšna, da so slovenski javnosti vlila novo upanje na boljši demografski razvoj slovenskega prebivalstva. Vendar pa demografske analize daljših časovnih vrst pokažejo, da se bo Slovenija zaradi »krčenja« generacij po letu 1980 kljub dejanskemu in predvidenemu pozitivnemu selitvenemu prirastku soočila z resno demografsko krizo. Tako analiza demografskih gibanj za zadnjih petdeset let kot tudi analiza osnovne variante projekcij za obdobje 2009–2061, ki jih je za Slovenijo v letu 2008 za izračune projekcij javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva v Evropski uniji, izdelal Eurostat, pokaže, da ni razlogov za pretiran optimizem.

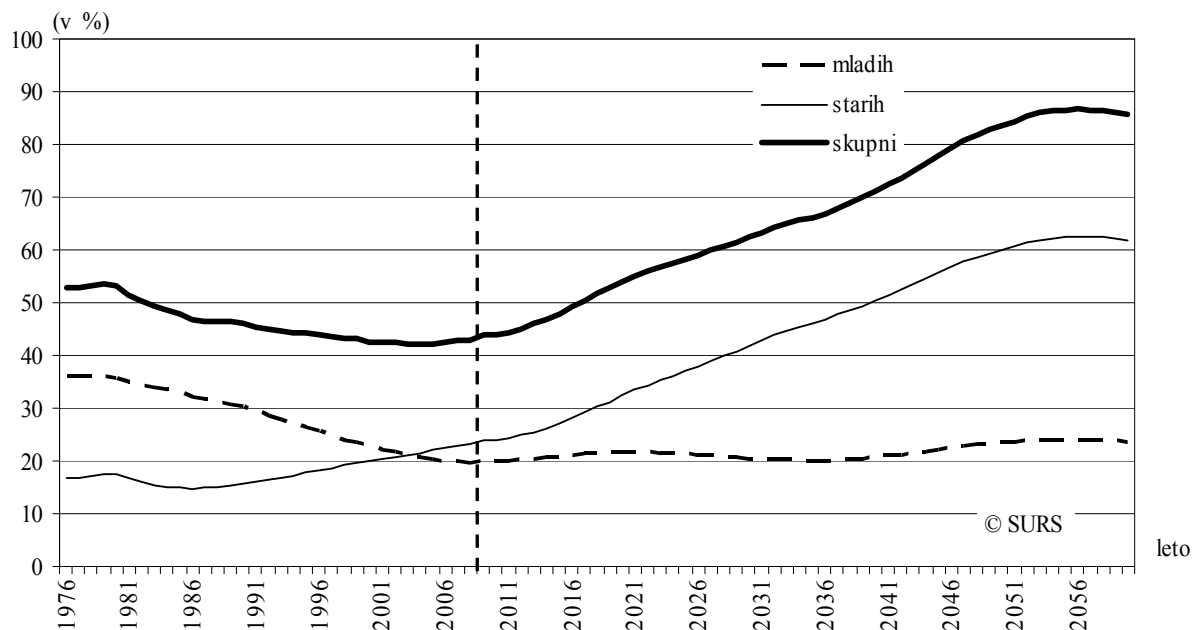
Prebivalstvo Slovenije se stara

Prebivalstvo Slovenije naj po tej projekciji ne bi le upadlo, temveč naj bi se tudi izrazito postaralo. Če je bilo konec leta 2007 16,0 % prebivalcev starih 65 let ali več, naj bi jih bilo po projekcijah konec leta 2060 že 33,4 %, kar je dobra tretjina vsega prebivalstva Slovenije. Pri tem Slovenija v okviru EU ni izjema, saj naj bi staranje prebivalstva zajelo vse države članice EU (po osnovni varianti projekcij naj bi bilo leta 2060 v državah članicah EU kar 30 % prebivalstva starega 65 let ali več). Vzroke gre iskati v izraziti nizki rodnosti v nekaterih državah članicah in nizki rodnosti v večini držav članic ter večjem številu preživelih v višjih starostih. Tako naj bi bilo po teh projekcijah konec leta 2060 v EU trikrat več prebivalcev starih 80 let ali več kakor v letu 2008.

Za vzdrževanje ene starostno odvisne osebe v Sloveniji na voljo 2,4 delovno sposobne osebe, leta 2061 le še 1,2

Staranje prebivalstva med drugim prinaša večjo obremenjenost delovno sposobnega prebivalstva (v starostni skupini prebivalstva od 15–64 let). To obremenjenost delovno sposobnega prebivalstva ponavadi merimo s koeficientom starostne odvisnosti². Slovenija je imela v preteklih treh desetletjih, zlasti pa v zadnjih dvajsetih letih z vidika obremenjenosti delovno sposobnega prebivalstva (starega 15–64) dobro prebivalstveno strukturo in koeficient starostne odvisnosti je bil v upadu. Večji del je k skupnemu koeficientu starostne odvisnosti v preteklosti prispeval koeficient starostne odvisnosti mladih. Vendar pa se je upadanje koeficienta starostne odvisnosti v letu 2003 ustavilo in od takrat je v porastu. V istem letu se je spremenila tudi struktura koeficienta – in sicer od leta 2003 k skupnemu koeficientu starostne odvisnosti prispeva več koeficient starostne odvisnosti starih kot mladih. Kot prikazuje slika 1.2, pa naj bi koeficient starostne odvisnosti od sredine leta 2008 (računano iz osnovnih podatkov) do začetka leta 2061 (računano iz podatkov projekcij) porasel še za dvakrat, in sicer s 43,3 % na 85,6 %, pri čemer naj bi delež starostno odvisnega starega prebivalstva k skupnemu koeficientu prispeval že skoraj 3/4 skupne vrednosti koeficienta starostne odvisnosti.

² Koeficient starostne odvisnosti prebivalstva je razmerje med prebivalstvom, starim 0–14 let ter 65 let ali več, in delovno sposobnim prebivalstvom (starim 15–64 let) *100. Koeficient starostne odvisnosti *mladih* je razmerje med prebivalstvom, starim 0–14 let in delovno sposobnim prebivalstvom *100. Koeficient starostne odvisnosti *starih* je razmerje med prebivalstvom, starim 65 let ali več, in delovno sposobnim prebivalstvom *100. Vsota koeficienta starostne odvisnosti mladih in koeficienta starostne odvisnosti starih je enaka vrednosti koeficienta starostne odvisnosti prebivalstva.



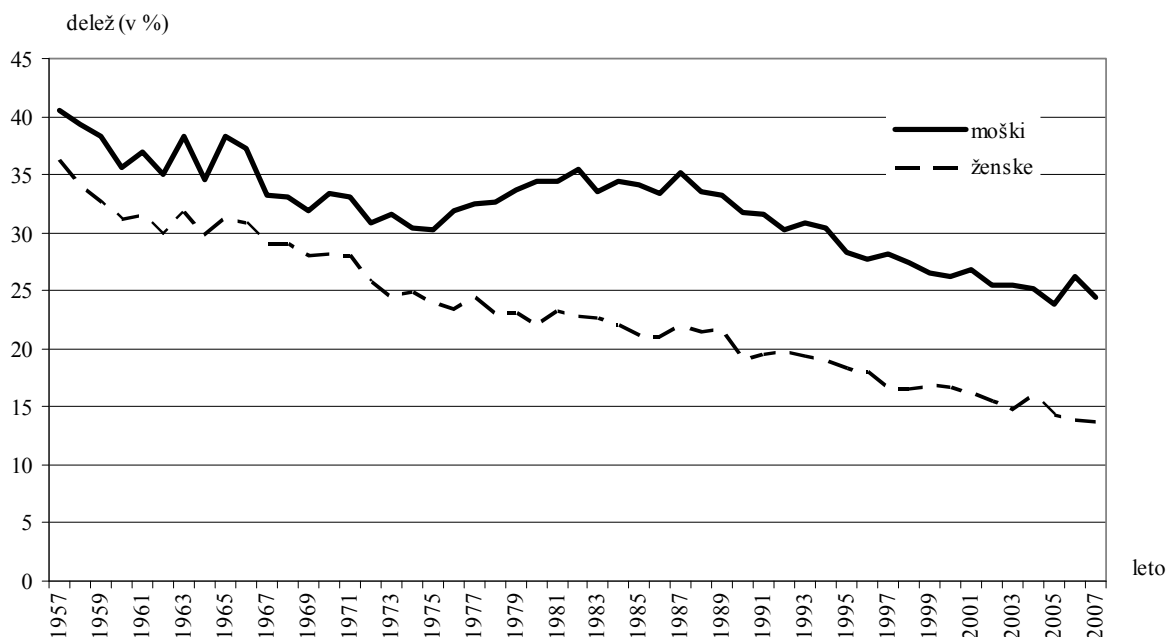
Vir: Statistični urad RS, Eurostat

Slika 1.2: Koefficienti starostne odvisnosti – skupaj, starih in mladih, v obdobju 1976–2008 in po osnovni varianti projekcij prebivalstva Slovenije za obdobje 2009–2061 (EUROPOP2008)

Za Slovenijo so značilni zviševanje starosti ob smrti, nizka stopnja umrljivosti dojenčkov in podaljševanje pričakovanega trajanja življenja

V Sloveniji smo v letu 2006 zabeležili najnižje število umrlih po letu 1979, in sicer je v tem letu umrlo 18.180 oseb (9.270 moških in 8.910 žensk). Število umrlih se je v letu 2007 ponovno dvignilo na raven umrljivosti pred letom 2006. Moški, umrli v letu 2007, so bili ob smrti v povprečju za 9,1 let mlajši od umrlih žensk (moški so bili leta 2007 povprečno stari 69,1 let, umrle ženske pa 78,2 let). Samo v zadnjih petih desetletjih se je povprečna starost umrlega moškega dvignila za skoraj 12 let (11,8), povprečna starost umrle ženske pa za 15 let. V zadnjih petdesetih letih pa se je povečala tudi razlika med spoloma v starosti ob smrti – za malo več kot tri leta, in sicer v korist žensk.

Povprečna starost ob smrti se zvišuje tudi zaradi preprečevanja prezgodnjih, potencialno preprečljivih vzrokov smrti. Da se zdravstveno stanje prebivalstva Slovenije izboljšuje, je razvidno iz zniževanja tako imenovane prezgodnje umrljivosti, ki jo zdravstvene statistike definirajo kot umrljivost pred 65. letom starosti (glej sliko 1.3). Pred petdesetimi leti sta bila med umrlimi mlajša od 65 let vsak drugi moški in vsaka tretja ženska; leta 2007 pa vsak tretji moški in vsaka sedma ženska. Delež umrlih moških, mlajših od 65 let, se je tako v zadnjih petdesetih letih zmanjšal z 49,1 % na 33,0 %, delež toliko starih umrlih žensk pa s 36,2 % na 13,7 %.

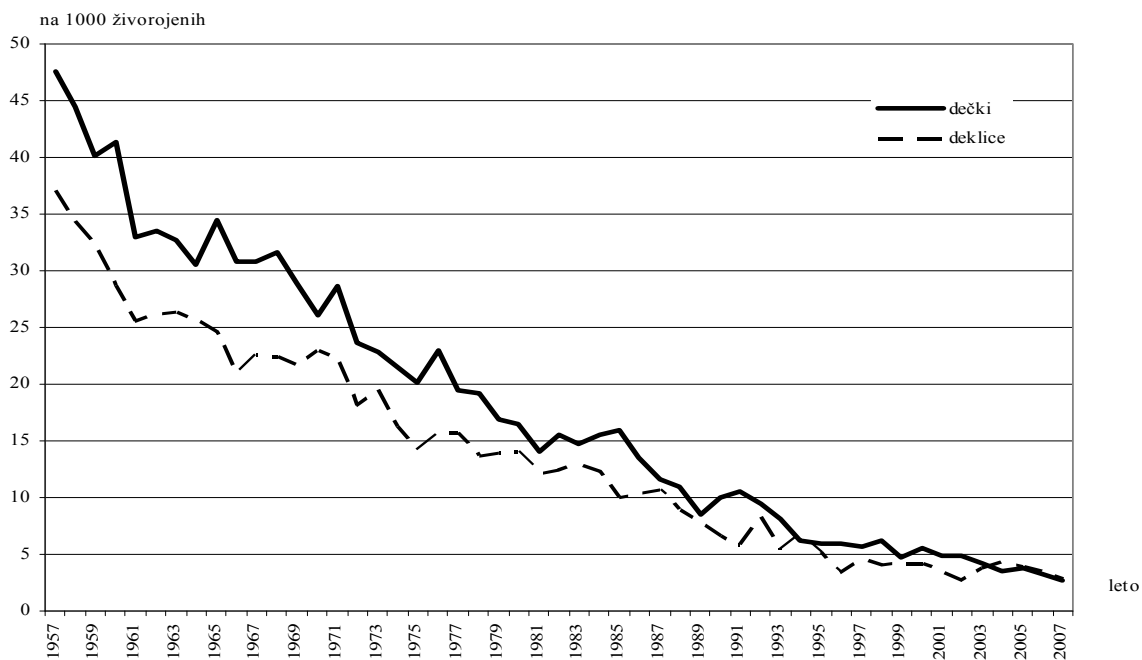


Vir: Statistični urad RS

Slika 1.3: Delež umrlih pred 65 letom starosti, po spolu, Slovenija, 1957-2007

V Sloveniji se zmanjšuje tudi umrljivost dojenčkov (glej sliko 1.4). Razloge za upad gre v splošnem iskati v »napredku medicine in izboljššanem zdravstvenem varstvu nosečnic« (Nejašmić, 2005). Pred petdesetimi leti je v Sloveniji v prvem letu starosti na 1000 živorojenih umrlo 42,4 živorojenih otrok, v letu 2007 pa le še 2,8, kar uvršča Slovenijo med države z najnižjo umrljivostjo dojenčkov v Evropi in svetu nasploh.

V preteklosti je v Sloveniji veljalo, da je v prvem letu starosti praviloma umrlo več dečkov kot deklic. V petdesetih letih prejšnjega stoletja je bilo med umrlimi dojenčki približno 58 % dečkov in 42 % deklic. Z manjšimi odstopanji se je takšno razmerje ohranilo do konca devetdesetih let. Po letu 2000 pa se razmerje po spolu med umrlimi dojenčki spreminja. Leta 2006 je bilo enako umrlih dečkov kot deklic, v letu 2007 pa je bilo med umrlimi dojenčki celo več deklic kot dečkov (27 dečkov, 28 deklic).

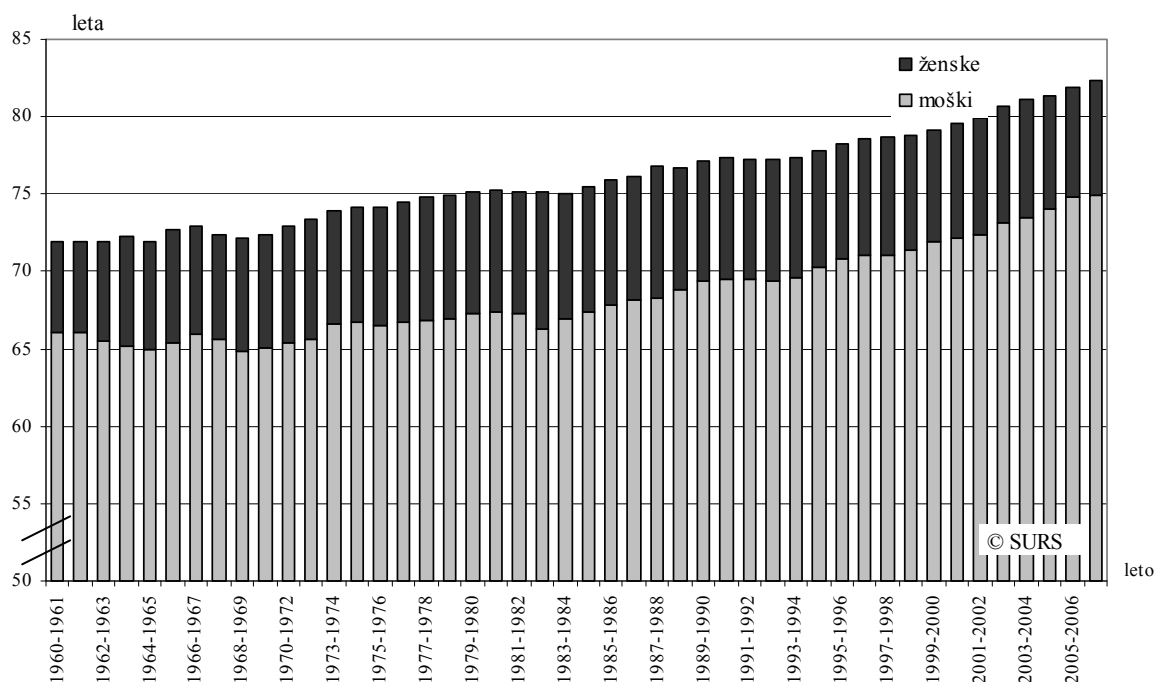


Vir: Statistični urad RS

Slika 1.4: Umrljivosti dojenčkov na 1000 živorojenih po spolu, Slovenija, 1957–2007

Pri zmanjševanju umrljivosti dojenčkov Slovenija v evropskem prostoru ni posebnost, saj je tako v vseh evropskih državah. Sredi sedemdesetih let prejšnjega stoletja so bile v Evropi le štiri države, v katerih je bila umrljivost dojenčkov na 1000 živorojenih nižja od 10 – to so bile tri skandinavske države (Švedska, Norveška in Finska) ter Švica. Leta 2007 pa je le v redkih državah v Evropi umrljivost dojenčkov na 1000 živorojenih preseгла vrednost 10 (med njimi Turčija, Romunija, Moldavija, Ukrajina in Nekdanja jugoslovanska republika Makedonija).

Ob podaljševanju življenja in zmanjševanju umrljivosti dojenčkov v Sloveniji pa se podaljšuje tudi pričakovano trajanje življenja novorojenega otroka. V obdobju 2006/2007 v Sloveniji rojen deček lahko pričakuje, da bo dočakal starost 75,0 let, deklica 82,3 let, kar je pri dečkih za 8,9 let več kot v začetku 60. let, pri deklicah pa kar za 10,3 leta več (glej sliko 1.5).



Vir: Statistični urad RS

Slika 1.5: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu po spolu za rojene v obdobju 1960–2007, Slovenija

Rodnost v Sloveniji kljub porastu v zadnjih letih še vedno nizka

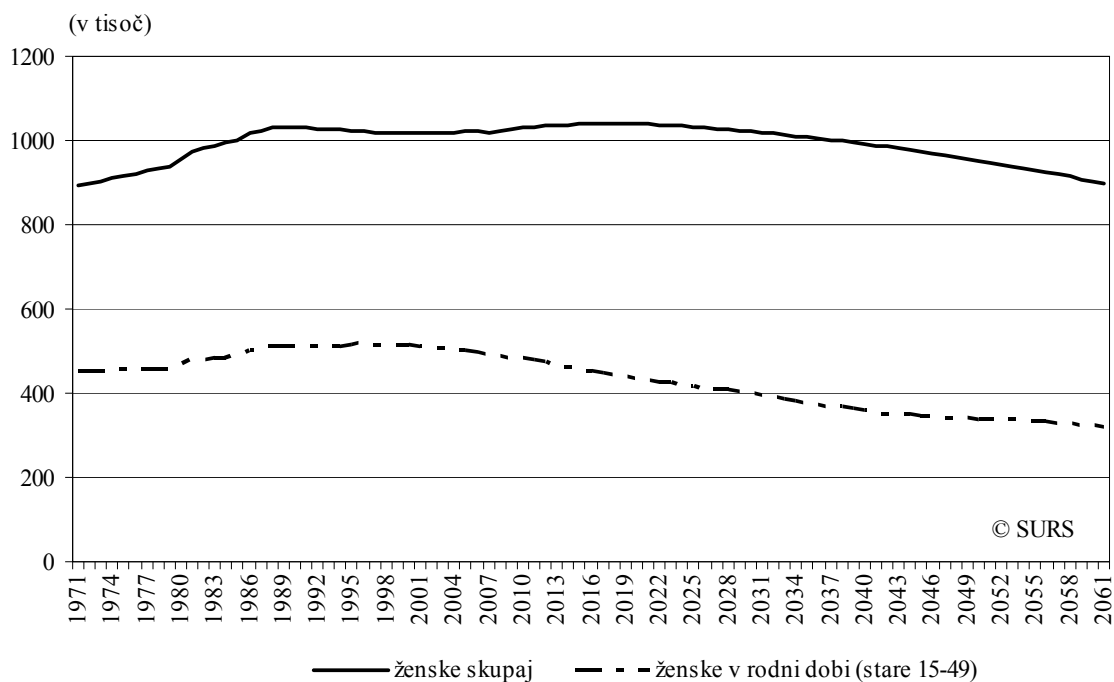
Slovenija se je po intenzivnem upadanju rodnosti od začetka osemdesetih let v devetdesetih letih prejšnjega stoletja soočila z zelo nizko rodnostjo. Če se ozremo petdeset let nazaj, ko se je v Sloveniji rodilo nekaj več 30 tisoč otrok (leta 1957 30.086), se je njihovo število na začetku 21. stoletja skoraj prepolovilo. Minimum števila živorojenih je bil dosežen leta 2003³, ko se je v Sloveniji rodilo le 17.321 živorojenih otrok, stopnja celotne rodnosti pa je znašala 1,20. Prelomnico v naravnem prirastu je predstavljalo leto 2006, ko je število živorojenih otrok (18.932) ponovno presegló število umrlih (18.180). V letu 2007 se je nadaljeval trend iz leta 2006 – naravni prirast je bil ponovno pozitiven in je znašal 1.239. Analiza celotne stopnje rodnosti za Slovenijo za preteklih petdeset let pokaže, da se prebivalstvo Slovenije po naravni poti ne obnavlja več že vse od leta 1981.

Na prvi pogled se zdi, da je bil minimum živorojenih že dosežen in da bo njihovo število začelo počasi naraščati. Dodatna analiza števila žensk, ki so in bodo v rodni dobi v prihodnjih desetih, dvajsetih in tridesetih letih, pa kljub temu da bi se, na primer, celotna stopnja rodnosti dvignila na 1,5 ali 1,6, ne bo (z)mogla zagotoviti take rodnosti kot, npr., ženske, ki so rojevale v drugi polovici 80. let, ko so se celotne stopnje rodnosti še gibale med 1,5 in 1,6.

Konec osemdesetih let prejšnjega stoletja je bila v Sloveniji v rodni dobi (v starosti 15–49 let) še polovica vseh žensk (leta 1988 508.955). Tako število žensk v rodni dobi kot tudi njihov delež med vsemi ženskami pa sta začela konec devetdesetih upadati. Sredi leta 2008 je bilo v Sloveniji v rodni dobi le še 487.485 žensk in so predstavljale le še 47,7 % vseh žensk (glej sliko 1.6). V prihodnjih petdesetih letih

³ Istega leta je delež otrok, starih od 0–14, prvič presegló delež starih (65 let ali več), tako kot tudi koeficient starostne odvisnosti starih koeficient starostne odvisnosti mladih.

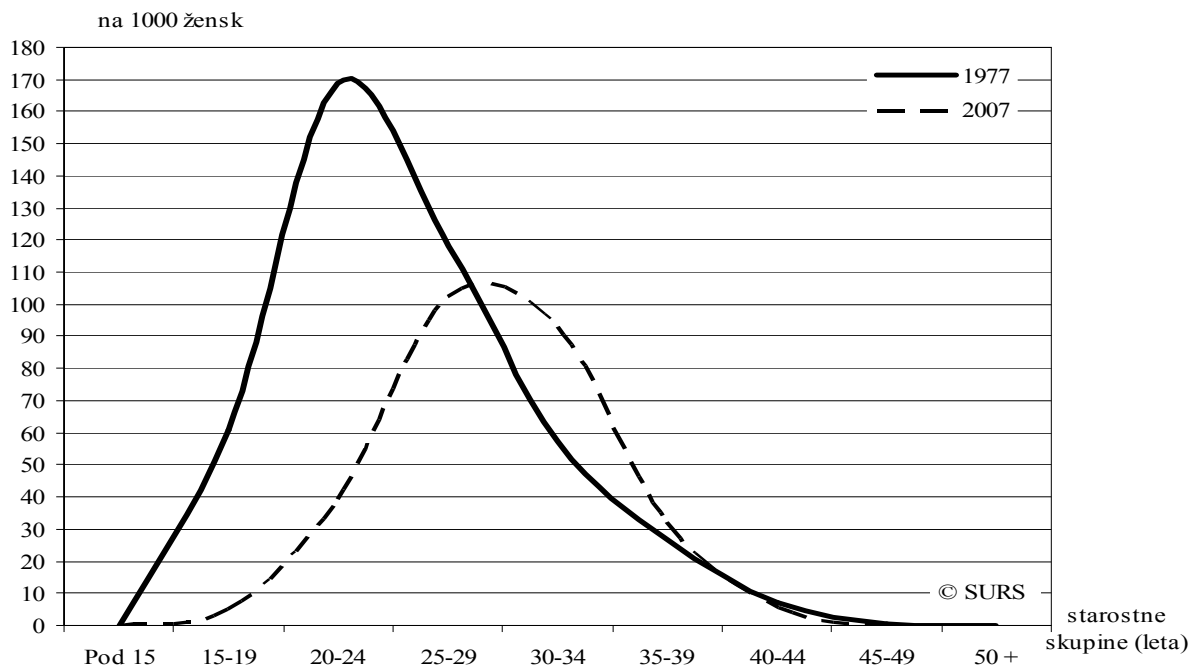
naj bi po osnovni varianti projekcij EUROPOP2008 število žensk v rodni dobi upadlo na vsega 328.666 (podatek za leto 2058), ženske v rodni dobi naj bi takrat predstavljale le še dobro tretjino (36,0 %) vseh žensk.



Vir: Statistični urad RS

Slika 1.6: Število vseh žensk in žensk v rodni dobi (starih 15–49 let) od 1971–2008 (po stanju 30. junija) in po osnovni varianti projekcij prebivalstva Slovenije za obdobje 2009–2061 (EUROPOP2008), Slovenija

Število živorojenih deklic se je s 15 tisoč v sredini 50. let prejšnjega stoletja, ko je celotna stopnja rodnosti še zagotavljala enostavno obnavljanje prebivalstva (vrednosti nad 2,1), v začetku 21. stoletja zmanjšalo za 40 odstotnih točk, celotna stopnja rodnosti pa je upadla na 1,2 do 1,3. Z resnim problemom nizke rodnosti se bo Slovenija soočila, ko bodo v rodno dobo začele prihajati generacije deklic, rojenih v osemdesetih in devetdesetih letih 20. stoletja ter v prvih desetletjih 21. stoletja. Spremembe v rodnosti v Sloveniji pa niso bile le v tem, da je rodnost žensk v Sloveniji nižja kot pred tridesetimi leti. V zadnjih tridesetih letih se je namreč povprečna starost matere ob rojstvu otrok zvišala kar za 4,5 leta oziroma kar za 5,3 leta ob rojstvu prvega otroka. V letu 2007 so bile matere v povprečju stare 29,9 leta, ob rojstvu prvega otroka so imele v povprečju 28,2 let. To je doslej najvišja starost žensk ob rojstvu prvega otroka po drugi svetovni vojni. Tako upad števila rojenih kot premik v povprečni starosti mater iz starostne skupine 20–24 let v 25–29 let ob rojstvu otrok prikazuje slika 1.7.



Vir: Statistični urad RS

Slika 1.7: Starostno-specifične stopnje splošne rodnosti, Slovenija, 1977, 2007

Negativno naravno gibanje prebivalstva v Sloveniji vse od leta 1993 (z izjemo leta 1998) kompenzira pozitiven selitveni prirast (s tujino)

Selitveni tokovi v Slovenijo in iz nje so še vedno intenzivni in njihov obseg se celo povečuje. Zlasti so se povečali po vstopu Slovenije v EU, torej po letu 2004. Slovenija je bila v letu 2007 glede na odstotno povečanje neto selitev po začasni podatkih Eurostata v vrhu EU. Pozitiven selitveni prirast pa smo v Sloveniji že osmo leto zapored zabeležili le med tujci. Selitveni prirast je v skupnem znašal 7.205 in je bil med državljani negativen. Iz države se je namreč v letu 2007 odselilo 1.489 državljanov Slovenije več, kot se jih je vanjo priselilo. Med v Slovenijo priseljenimi tujci je bilo v letu 2007 kar 85,4 % državljanov iz držav, nastalih na območju nekdanje Jugoslavije. Med tujci, ki so se k nam priselili v letu 2007, je bilo tudi 2.646 državljanov članic EU (to je za 905 oseb več kot v letu 2006). V tej skupini k nam priseljenih tujcev je bilo v tem letu največ državljanov Bolgarije (790) in Slovaške (451).

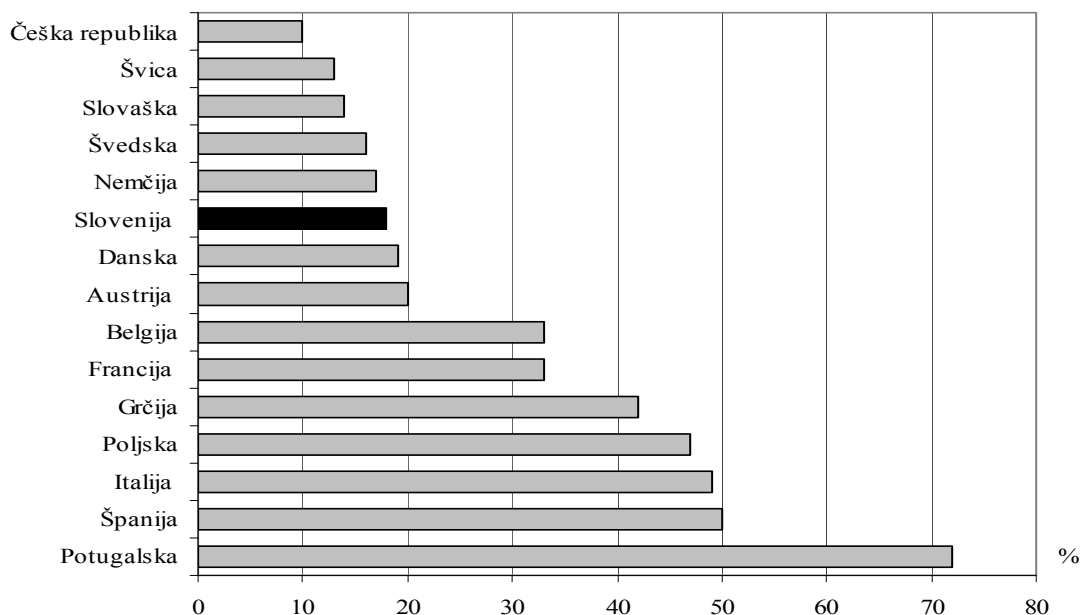
Izobrazbena sestava prebivalstva

Izobrazbena sestava prebivalstva je pomembna socialno-ekonomska determinanta zdravja. V skladu z mednarodnimi kriteriji razvrščamo doseženo stopnjo izobrazbe odraslega prebivalstva, starega od 25 do 64 let, v tri razrede: prebivalstvo z nizko stopnjo izobrazbe, prebivalstvo s srednjo stopnjo izobrazbe in prebivalstvo z višjo in visoko stopnjo izobrazbe⁴.

⁴ Med prebivalstvo z nizko stopnjo izobrazbe uvrščamo osebe, ki imajo dokončano osnovno šolo ali manj ter prebivalstvo, ki ima dokončane zelo kratke poklicne programe. Zaradi slabe reprezentativnosti zadnje kategorije so za Slovenijo ti podatki prikazani pod srednjo izobrazbo. Pod srednjo izobrazbo so prikazani prebivalci z dokončano nižjo in srednjo poklicno izobrazbo ter s srednjo strokovno in splošno izobrazbo. Pod višjo in visoko izobrazbo so prikazani prebivalci, ki so dokončali študij na višjih strokovnih šolah in visokošolskih zavodih na dodiplomski in podiplomski ravni.

Delež nizkoizobraženega prebivalstva v Sloveniji je majhen

Nizkoizobraženega prebivalstva je v Sloveniji iz leto v leto manj. Če smo imeli ob popisu prebivalstva leta 1991 še dobrih 40 % odraslih prebivalcev z dokončano osnovno šolo ali manj, jih je bilo ob popisu prebivalstva v letu 2002 le še 24 %, v letu 2007 pa 18,2 %. Značilno je, da je v vseh opazovanih letih delež žensk z nižjo izobrazbo večji od deleža moških. Tako je bilo v letu 2007 žensk z nizko stopnjo izobrazbe 20,5 %, moških pa 15,9 %. Zadnji razpoložljivi podatki za ostale članice EU so za leto 2006 in po njih se Slovenija z 18,5 % uvršča med države z majhnim deležem nizkoizobraženega prebivalstva. Največ nizkoizobraženega prebivalstva med državami EU imajo Portugalska (72 %), Španija (50 %) in Italija (49 %), najmanj pa Švedska (16 %), Slovaška (14 %) in Češka republika (10 %).

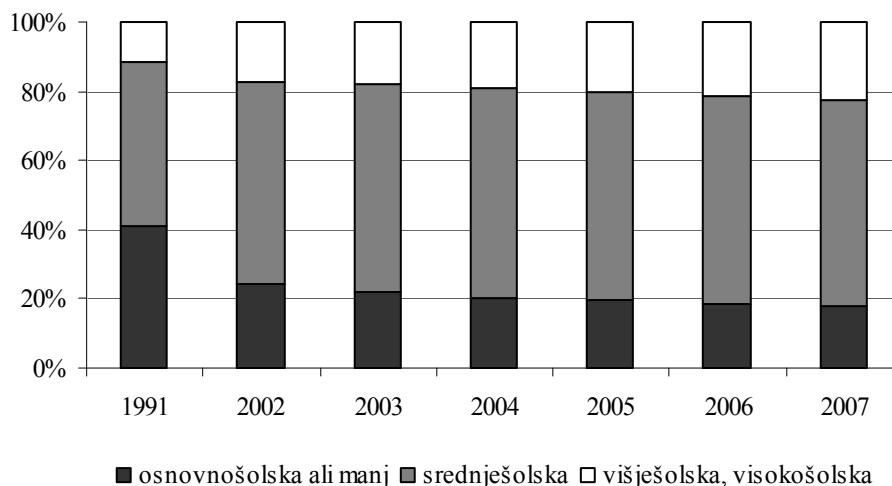


Vir: OECD, Education at a Glance 2008

Slika 1.8: Pregled EU držav z najvišjim in najnižjim deležem nizkoizobraženega odraslega prebivalstva, 2006

Slovenija je z visokim deležem srednješolsko izobraženega prebivalstva med državami EU v samem vrhu

Delež odraslega prebivalstva z dokončano srednjo šolo se v zadnjih nekaj letih giblje okrog 60 %, s čimer se Slovenija v EU uvršča v skupino držav z najvišjim deležem srednješolsko izobraženega prebivalstva. Delež prebivalstva z višješolsko in visokošolsko izobrazbo pa je v primerjavi z drugimi državami EU še vedno relativno nizek, kljub temu da se je v zadnjih 15 letih podvojil in je v letu 2007 znašal že 22,3 %. V obdobju med popisoma prebivalstva v letu 1991 in 2002 se je zgodila tudi strukturna sprememba med prebivalstvom z višjo in visoko izobrazbo – do leta 1991 so prevladovali moški z najvišjo doseženo izobrazbo, ob popisu prebivalstva v letu 2002 pa so prevlado na tem področju prevzele ženske. V letu 2007 smo tako v Sloveniji imeli nekaj manj kot 19 % moških in 26 % žensk z višješolsko in visokošolsko izobrazbo (slika 1.9).



Viri: Statistični urad RS, 1991 in 2002, Popis prebivalstva, 2003 do 2007, Anketa o delovni sili
Slika 1.9: Izobrazbena struktura prebivalstva, starega 25–64 let, Slovenija, 1991–2007

Zaposlitvena sestava prebivalstva Slovenije

Stopnja delovne aktivnosti je v Sloveniji nekaj manj kot 57 %

V Sloveniji je bilo leta 2008 delovno aktivnih 996.000 prebivalcev, med njimi 55 % moških in 45 % žensk. Stopnja delovne aktivnosti, ki pomeni odstotni delež delovno aktivnih prebivalcev med vsemi prebivalci, starejšimi od 14 let, je znašala skoraj 57 %. To pomeni, da smo še precej daleč od predvidevanj Lizbonske strategije, po kateri naj bi bila ta stopnja 70 %. Res pa je, da se stopnja delovne aktivnosti dviguje; pred petnajstimi leti je namreč znašala dobrih 52 %. Skoraj sedem od desetih delovno aktivnih prebivalcev je bilo leta 2008 v srednjih letih, kar pomeni, da so bili stari med 25 in 49 let. Med delovno aktivnimi osebami je bilo leta 2008 slabih 86 % zaposlenih in skoraj 20 % samozaposlenih oseb, ostale 4 % pa so predstavljali pomagajoči družinski člani. Med zaposlenimi osebami jih je 17 % imelo zaposlitev za določen, 83 % pa za nedoločen čas. 9 % delovno aktivnih prebivalcev je imelo delo z delovnim časom, ki je bil krajši od polnega; med temi je bilo več žensk (skoraj 11 %) kot moških (dobrih 7 %). V običajnem tednu so delovno aktivni prebivalci v povprečju opravili 40,5 ur dela, moški nekoliko več (41,5 ur) kot ženske (39,2 ur). Zaposlene osebe so v povprečju običajno delale 40 ur na teden, samozaposlene pa so na delovnem mestu preživele veliko več časa, saj so delale skoraj 47 ur tedensko.

Največ delovno aktivnih prebivalcev je leta 2008 delalo v predelovalnih dejavnostih, in sicer 260 tisoč. Razporeditev po poklicih, ki so jih opravljali delovno aktivni prebivalci lani, pokaže, da je bilo največ tehnikov in drugih strokovnih sodelavcev. Med ženskami je bilo največ (20 %) strokovnjakinj, med moškimi pa so prevladovali upravljavci strojev in naprav, industrijski izdelovalci in sestavljavci (19 %).

Stopnja brezposelnosti v Sloveniji med najnižjimi v EU

Najslabše razmere na trgu dela v času slovenske neodvisnosti smo zabeležili dve leti po osamosvojitvi. Takrat je bilo na zavodu za zaposlovanje prijavljenih 129.000 brezposelnih oseb, kar je pomenilo 14,4-odstotno stopnjo brezposelnosti. Od takrat naprej se je število brezposelnih oseb zmanjševalo z izjemo let 1997 in 1998, ko je njihovo število nekoliko naraslo. Najmanj brezposelnih je bilo na zavodu za

zaposlovanje prijavljenih septembra 2008, ko je njihovo število padlo celo pod 60 tisoč in ko je bila stopnja registrirane brezposelnosti rekordno nizka, saj je znašala 6,3 %. Se pa njihovo število od takrat naprej vztrajno povečuje. Marca 2009 je bilo v Sloveniji spet nekaj manj kot 80 tisoč iskalcev zaposlitve, ki so se za pomoč obrnili tudi na zavod za zaposlovanje.

Leta 2008 je stopnja brezposelnosti, ki jo merimo z anketo o delovni sili in katere rezultati so mednarodno primerljivi, znašala 4,4 % za moške in 4,9 % za ženske. Kot običajno smo najvišjo stopnjo brezposelnosti zabeležili pri mladih, to je v starostni skupini 15–24 let; znašala je 10,6 % (10,0 % za moške in 11,1 % za ženske). Med evropsko sedemindvajseterico smo v tretjem četrletju leta 2008 s 4,1-odstotno stopnjo brezposelnosti zasedli peto mesto. Najnižjo brezposelnost so takrat izmerili na Nizozemskem (2,5 %), najvišjo pa v Španiji (11,3 %).

Stopnja brezposelnosti je najnižja pri bolj izobraženih osebah, res pa je pri tistih, ki imajo končano vsaj višjo šolo, v zadnjih letih ostajala nespremenjena, pri tistih, ki imajo končano največ osnovno šolo ali srednjo šolo, pa se je nizala. Med najnižje izobraženimi osebami je bila stopnja brezposelnosti leta 1993 10,8 %, 15 let kasneje, se pravi leta 2008, pa 6,5 %. Med osebami, ki imajo končano vsaj osnovno šolo, pa je stopnja brezposelnosti leta 1993 znašala 4,0 % in leta 2008 3,5 %.

V zadnjih petnajstih letih se je tudi močno zmanjšal čas iskanja dela. Leta 1993 je skoraj 65 % brezposelnih oseb iskalo delo eno leto ali več, leta 2008 pa je bilo takih »le« še dobrih 45 %. Istočasno se je seveda spremenil delež oseb, ki so iskale delo manj kot šest mesecev. Leta 1993 je bilo takih slabih 20 % iskalcev, njihov delež pa je v 15 letih narasel na dobrih 40 %.

Slovenija se z 11,5 % uvršča med države z najnižjo stopnjo revščine v EU

Osebe, ki so s svojim razpoložljivim dohodkom pod pragom revščine⁵, so izpostavljene večjemu tveganju socialne izključenosti in s tem nižji kakovosti življenja, ki se odraža tudi na njihovem zdravstvenem stanju.

Kljub temu da podatki od leta 2005 zaradi spremembe vira za izračun niso popolnoma primerljivi s podatki za obdobje pred letom 2005, lahko rečemo, da se stopnja tveganja revščine (v nadaljevanju stopnja revščine) v Sloveniji počasi znižuje. V zadnjem desetletju se je znižala s 14 na 12 %, vendar je treba upoštevati, da ti podatki kažejo le porazdelitev dohodka⁶ med prebivalci, ne upoštevajo pa premoženja, prihrankov, gibanja cen, bivanjskih pogojev, zdravja in drugih dejavnikov, ki prav tako vplivajo na življenjski standard prebivalcev.

Po podatkih Raziskovanja o dohodkih in življenjskih pogojih (SILC) za leto 2007 je bila stopnja tveganja za revščino v Sloveniji 11,5-odstotna, letni prag revščine za odraslo osebo pa je znašal 5.944 evrov. To pomeni, da je v omenjenem letu v Sloveniji 11,5 % ljudi živelo z mesečnim dohodkom, nižjim od 495 evrov na ekvivalentno⁷ odraslo osebo.

⁵ Na Statističnem uradu RS se za določanje praga revščine in izračun stopnje revščine uporablja relativni koncept. Prag revščine je določen na podlagi porazdelitve dohodkov in se glede na njo tudi spreminja. Ne pokaže, koliko prebivalcev je dejansko revnih, temveč koliko jih ima nižji dohodek glede na 60 % srednje vrednosti dohodka v državi. Relativno revščino izražamo s stopnjo tveganja revščine. Predstavlja delež ljudi, katerih dohodek je nižji od praga tveganja za revščino.

⁶ Razpoložljivi denarni dohodek gospodinjstva obsega neto dohodke vseh članov gospodinjstva (iz zaposlitve, vključno z nadomestilom za prehrano in prevoz na delo, iz samozaposlitve, pokojnine, nadomestila za brezposelnost, nadomestila za bolniško odsotnost, štipendije, družinske in socialne prejemke ...).

⁷ Ker vsi člani gospodinjstva nimajo enakih potreb, se dohodek na ekvivalentnega odraslega člana gospodinjstva izračuna tako, da se sešteje dohodek vseh članov gospodinjstva in nato deli s številom ekvivalentnih odraslih članov (izračunano po OECD-jevi prilagojeni ekvivalenčni lestvici) v gospodinjstvu.

Analiza družbenoekonomskih kategorij oseb in gospodinjstev pokaže, da so najpomembnejši vzroki za revščino v Sloveniji brezposelnost oz. neaktivnost, pa tudi starost, še posebej pri ženskah, večje število otrok, življenje v enočlanskih ali enostarševskih gospodinjstvih in bivanje v najetem stanovanju.

Podatki za leto 2007 kažejo, da so bila v najslabšem položaju gospodinjstva brez zaposlenih članov (s 36,7-odstotno stopnjo revščine), še posebej tista z vzdrževanimi otroki (54,5 %), in gospodinjstva z vzdrževanimi otroki, v katerih je bila zaposlena manj kot polovica odraslih članov (31,2 %), ter enočlanska (39,4 %) in enostarševska gospodinjstva (28,6 %) ter pari s tremi ali več vzdrževanimi otroki (15,2 %). Med najbolj ogroženimi so bile tudi vse neaktivne osebe, med katerimi so še posebej izstopali brezposelni (35,9 %) ter upokojene ženske (20,1 %). Nadpovprečno stopnjo revščine so imele še starejše ženske (24,9 %) in najemniki stanovanj (25,7 %). V daleč najboljšem položaju pa so bila delovno intenzivna gospodinjstva, v katerih so bili vsi odrasli člani delovno aktivni (2,9 %), in delovno aktivne osebe (4,7 %), glede na starost pa osebe, stare od 18 do 49 let (9,1 %).

V letu 2007 je bila povprečna stopnja revščine v državah EU 16 %. Slovenija se z 11,5 % uvršča med države z najnižjo stopnjo revščine v EU. Primerjava kazalnikov dohodkovne neenakosti med državami EU pokaže, da je tudi ta v Sloveniji relativno nizka. Vrednosti Ginijevega količnika (23,2 %) in razmerja kvintilnih razredov (3,3) sta med najnižjimi v EU, torej je bil dohodek v Sloveniji relativno enakomerno porazdeljen med prebivalce.

Subjektivno mnenje prebivalcev Slovenije o njihovem splošnem zdravstvenem stanju

V letu 2007 je bilo na Statističnem uradu RS izvedeno raziskovanje o dohodkih in življenjskih razmerah⁸ in kar 58 % oseb, ki so v izrazile mnenje o svojem splošnem zdravstvenem stanju, je ocenilo, da so zelo dobrega ali dobrega zdravja, 14 % jih je menilo, da je njihovo zdravje slabo ali zelo slabo, preostali pa, da je njihovo zdravstveno stanje srednje dobro. Moški so imeli nekoliko boljše mnenje o svojem zdravju kot ženske, saj jih je 61 % ocenilo, da so zelo dobrega ali dobrega zdravja, žensk z enakim mnenjem je bilo nekoliko manj (55 %). Svoje zdravje je kot slabo ali zelo slabo ocenilo 13 % moških in 16 % žensk.

Glede na trenutne dejavnosti anketiranih v času raziskave so imeli najboljše mnenje o svojem zdravstvenem stanju tisti, ki so se izobraževali. Med njimi jih je 86 % menilo, da je njihovo zdravstveno stanje dobro ali zelo dobro. Sledijo jim delovno aktivne osebe z 69 %. Najvišji delež oseb s slabim mnenjem o svojem zdravstvenem stanju je bil med upokojenci (32 %) in drugimi neaktivnimi osebami (30 %) ter med brezposelnimi (20 %). Med delovno aktivnimi osebami jih je 6 % menilo, da je njihovo zdravstveno stanje slabo ali zelo slabo, med osebami, ki se izobražujejo, pa le 1 %.

Delež oseb, ki so svoje zdravstveno stanje ocenile kot slabo ali zelo slabo, narašča s starostjo. V najmlajši skupini (od 16 do 25 let) tako menita 2 % anketiranih, v najstarejši skupini (nad 65 let) pa 38 %. Delež oseb z zelo dobrim ali dobrim mnenjem o svojem zdravstvenem stanju pa s starostjo pada – od 86 % v najmlajši skupini do 24 % v najstarejši.

⁸ Osebe, izbrane za raziskovanje o dohodkih in življenjskih razmerah, stare vsaj 16 let (samo eno osebo iz vsakega gospodinjstva), so vprašali tudi za mnenje o njihovem splošnem zdravstvenem stanju.

Viri

Nejašmić I. Demogeografija : stanovništvo u prostornim odnosima i procesima. Zagreb, Školska knjiga, 2005.

Povzetek posveta Strategija ekonomskih migracij: zakaj jo potrebujemo? Ljubljana, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2007.

Raziskovanje o dohodkih in življenjskih pogojih (SILC), Statistični urad Republike Slovenije, 2007

OECD, Education at a Glance 2008

II. POGLAVJE

DEJAVNIKI, POVEZANI Z ZDRAVJEM (DETERMINANTE ZDRAVJA)

DEJAVNIKI, POVEZANI Z ZDRAVJEM (DETERMINANTE ZDRAVJA)

Mojca Gabrijelčič Blenkus

Na zdravje posameznika in skupnosti vplivajo številni med seboj prepleteni dejavniki: njegovo socialno in ekonomsko okolje, zunanje okolje ter osebne značilnosti in življenjski slog – vse naštete pa imenujemo determinante zdravja. Razumemo jih kot katero koli kombinacijo individualnih in strukturnih dejavnikov, ki vplivajo na pogostost ali porazdelitev tako zdravja kot bolezni v populaciji. Posamezna determinanta zdravja je lahko skupek podobnih dejavnikov, npr. samo dejavnikov iz naravnega okolja, lahko pa so med seboj prepleteni številni različni dejavniki.

Socialne determinante zdravja pomenijo socialne in ekonomske razmere, v katerih ljudje živijo in delajo (npr. zaposlitveni status, kulturne vrednote, prisotnost določenih političnih ukrepov). Vplivajo tako na populacijo kot na odločevalske procese in so tesno povezane z enakostjo v zdravju. Posamezne determinante z različno težo pripomorejo k socialni stratifikaciji (npr. spol, izobrazba, dohodek, socialna izključenost). Socialno-ekonomski dejavniki vplivajo na zdravstvene izide vsaj tako pomembno kot medicinska oskrba ali vedenje posameznika. Tako, na primer, velja, da višji dohodek posameznika pomeni tudi njegovo boljše zdravje in obratno.

Dejavniki iz okolja oziroma okoljske determinante, kot so na primer kakovosten zrak, varna in zdrava hrana in pitna voda, varno in zdravo bivalno okolje, vsi prispevajo k dobremu zdravju oziroma v nasprotnem primeru h globalnemu bremenu bolezni.

Ljudje v vsakdanjem življenju oblikujejo svoje vzorce vedenja, kar imenujemo življenjski slog – ta pa pomembno prispeva k telesnemu, duševnemu in duhovnemu zdravju posameznika ter h kakovosti njegovega življenja. Življenjski slog, še posebej kadar je povezan s tveganimi vedenji, kot sta telesna nedejavnost ali škodljivo uživanje alkohola, razumemo predvsem kot izbiro posameznika. Vendar šele premik od pretežne odgovornosti posameznika k pretežni odgovornosti ustvarjalcev socialnega in zunanjega okolja za zdrave izbire oziroma zdravje omogoči razvoj učinkovitejših pristopov za varovanje in krepitev zdravja. Seveda pa je pomembna determinanta pri posamezniku tudi njegova dedna zasnova.

Ukrepi za varovanje in krepitev zdravja na podlagi tovrstnega celostnega razumevanja zdravja so zato širši in kompleksnejši. Usmerjeni so širše, vključujejo več strategij, poleg posameznika pa upoštevajo tudi ožjo in širšo skupnost ter okolje, v katerem živi. Obenem ukrepi niso načrtovani kot odgovor na specifičen problem (npr. obvladovanje določene bolezni), ampak vključujejo tudi širšo družbeno problematiko, saj z vlaganjem v izboljšanje determinant zdravja dosežejo tudi vlaganje v zdravje in razvoj (z zmanjševanjem revščine se, na primer, povečuje enakost prebivalcev v zdravju). Tovrstni ukrepi so usmerjeni v doseganje pozitivnih sprememb, za uspeh pa so potrebne vsestranske in obsežne medsektorske dolgoročne strategije, ki gradijo na pristopih promocije zdravja in preventive bolezni. Zdravje namreč ne nastaja v zdravstvenem sektorju, ampak je predvsem posledica aktivnosti različnih sektorskih politik, ki s svojimi ukrepi prispevajo k ustvarjanju bolj ali manj zdravih okolij, v katerih posamezniki vsak dan živijo, delajo, se igrajo in se imajo radi.

Socialno okolje

Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Socialne determinante, ki vplivajo na zdravstvene izide, so odvisne od socialnega gradienta (razvrščanja posameznikov vzdolž socialne lestvice). Značilno je, da nižji socialno-ekonomski standard pomeni manj zdravja in obratno. Socialne razmere, v katerih ljudje živijo in delajo (npr. revščina, socialna izključenost in diskriminacija, nezdravi pogoji življenja v zgodnjem otroštvu), določajo večino bolezni, vzrokov smrti in neenakosti v zdravju. Tako tudi v naši državi opazamo večletno razliko v pričakovanem trajanju življenja med prebivalci, ki živijo v različnih predelih Slovenije. Razlika je odvisna od izobrazbene strukture, ravni dohodka, vrste in varnosti zaposlitve, pa tudi od socialnih in življenjskih razmer.

Pomembne socialne determinante zdravja so izobrazbeni status, zaposlitveni status oz. brezposelnost in stopnja revščine, ki so natančneje opisane v poglavju Demografija.

Ko se ljudje soočajo z različnimi težavami in stiskami, običajno poiščejo pomoč in oporo pri drugih ljudeh, v osebnih omrežjih socialne opore, ki se oblikujejo glede na aktualne potrebe posameznih skupin ljudi, zato so socialne mreže izredno pomembne za kakovost življenja ljudi.

Prebivalci Slovenije se po pomoč in podporo obračajo predvsem na svoj neformalni krog. Več kot polovico neformalnih virov pomoči predstavljajo sorodniki, glavni vir opore pa je v tej skupini partner. Značilnosti socialne podpore pri prebivalcih Slovenije so naslednje: (1) družijo se večinoma s prijatelji, (2) ključni vir finančne opore so prijatelji in starši, (3) ob čustvenih potrebah in boleznih je glavni vir opore partner, pa tudi otroci, starši in prijatelji.

Starejši prebivalci imajo v povprečju manjša omrežja kot mlajši, moški imajo manjša omrežja kot ženske. Najmanjša omrežja socialne opore imajo posamezniki v enostarševskih gospodinjstvih, starejši posamezniki, ki živijo sami, ter posamezniki z gibalnimi težavami, vsem pa predstavljajo ključni vir opore njihovi otroci. Pri revnejših prebivalcih Slovenije je bistveno zmanjšan predvsem obseg socialnih omrežij, to manjše omrežje pa je bolj obremenjeno, kar lahko, posebej ob izgubi zaposlitve, spiralno vodi v socialno izolacijo in socialno izključenost.

Pri enostarševski družini (skrbnica je pogosteje mati) ne gre samo za manjšo možnost reševanja kriznih situacij v družini, ampak pravzaprav za proces, ki povzroči socialno izključenost, saj imajo ti starši v primerjavi s starši, ki živijo v paru, manj stikov s sorodniki in prijatelji tudi v prostem času. Tudi starši z majhnimi otroci v mestnem okolju lahko zaradi ozkega kroga podpornih neformalnih mrež postanejo zelo ranljivi.

Bistvene spremembe v strukturi družin, ki so bile v preteklosti predvsem razširjene, danes pa prevladujejo enogeneracijske oziroma do odraslosti otrok dvogeneracijske družine, so pripeljale do drugačnih potreb starejših. Njihove manjše sposobnosti (stopnja izobrazbe naših starejših je nižja od stopnje splošne populacije) ali strah pred novostmi, predvsem na komunikacijskem področju, so lahko velika ovira za vzpostavljanje in ohranjanje socialnih stikov in zagotavljanje pomoči v primeru potrebe. 18 % starejših si želi ohranjanje socialnih stikov z obiskom prostovoljca, 15 % srečanja, 15 % druženje v skupinah, 14 % pa spremstvo prostovoljca pri opravljanju obveznosti v okolju. Četrtnina bi jih potrebovala pomoč pri čiščenju

stanovanja in enak delež pri prinašanju hrane, petina pa pomoč pri nakupovanju. Tudi pri vzdrževanju osebne higiene bi jih pomoč potrebovala osmina, tretjina pa si jih želi brezplačnega svetovanja o različnih zadevah; enak delež si želi rednega zdravstvenega nadzora.

Glavni vir socialne podpore za prebivalce Slovenije, ki se znajdejo v stiski ali potrebujejo določeno vrsto pomoči, je predvsem družina, zato bi bilo treba več pomoči, ki je prek servisov zdaj usmerjena predvsem v posameznika, usmeriti tudi na družino takega posameznika in tako neformalnim virom pomoči pridružiti formalno podporo.

Viri

Artnik B., Vidmar G., Javornik J., Laaser U. (2006). Premature mortality in Slovenia in relation to selected biological, socioeconomic, and geographical determinants. *CMJ* 47(1):103-13.

WHO (2008). Closing the gap in a generation, Health equity through action on the social determinants of health, Commission on social determinants of health FINAL REPORT, WHO Geneva.

Novak M, Černigoj Sadar N, Dragoš S, Dremelj P, Ferligoj A, Hlebec V, Kogovšek T, Nagode M. 2004. Omrežja socialne podpore prebivalstva Slovenije. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Irena Koželj Levičnik. 2006. Socialne mreže v starosti. V: Izzivi staranja, strokovno srečanje. Drugi dnevi javnega zdravja, IVZ RS.

EHIS 2007. Raziskovalni podatki, IVZ.

Šešok J. Prezgodnja umrljivost v Sloveniji v obdobju 1997 - 2005. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana, 2007.

MDDSZ (2008). Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja 2008 - 2010.

World Health Organization (2009). *The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation, 19 January 2009*. Geneva, World Health Organization.

Zunanje okolje

Ana Hojs, Nina Pirnat, Aleš Petrovič, Ivanka Gale, Peter Otorepec

Onesnaževalci v zraku, vodi, hrani, zemlji in drugih nosilcih lahko povzročijo številna obolenja, npr. različne vrste raka, bolezni dihal, prebavil, razvojne nepravilnosti, izbruhe nalezljivih bolezni in v najtežjih primerih tudi smrt.

Kazalce, ki podrobneje opisujejo vplive dejavnikov iz okolja na zdravje, lahko razdelimo na kazalce razmer oziroma dejavnikov v okolju (npr. koncentracije onesnaževalcev, presežene mejne vrednosti parametrov, ki jih merimo v pitni vodi, hrani), kazalce izpostavljenosti tem dejavnikom in kazalce zdravstvenega stanja (npr. izbruhi bolezni, obolevnost, umrljivost).

V Sloveniji imamo razmeroma dosti podatkov o koncentracijah onesnaževalcev v okolju, manj pa zanesljivih podatkov o izpostavljenosti prebivalcev posameznim dejavnikom, zato to področje ostaja eden pomembnejših raziskovalnih izzivov. Zanesljivi podatki so zelo pomembni, saj iz ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu (2007) razberemo, da skoraj polovica anketirancev meni, da je (včasih ali pogosto) izpostavljena nekaterim škodljivim vplivom okolja.

V nadaljevanju bomo predstavili nekatere okoljske determinante in kazalce.

Pitna voda

Pitna voda predstavlja enega izmed osnovnih pogojev za zdravje. Kakovost pitne vode je v Sloveniji na splošno dobra, kar velja predvsem za vodo v večjih vodovodih.

Voda v nekaterih manjših vodovodih (ki oskrbujejo od 50 do 500 prebivalcev), pogosto vsebuje mikroorganizme, ki lahko povzročijo akutne izbruhe bolezni. Delež vzorcev vode, pri katerih je ugotovljena prisotnost ali možnost prisotnosti povzročiteljev nalezljivih bolezni, pomembno pada z velikostjo oskrbovalnih območij. Od leta 1997 so bile registrirane do tri hidrične epidemije letno s 34 do 256 zbolelimi. Z ureditvijo manjših vodovodnih sistemov ali z njihovo priključitvijo na večje sisteme, ki lažje zagotavljajo potrebne ukrepe za preprečevanje mikrobiološke onesnaženosti, bi pomembno zmanjšali tveganje za nastanek hidričnih epidemij.

Zdravstveno tveganje, ki je posledica onesnaženosti vode z določenimi kemičnimi snovmi, običajno ni tako veliko kot v primeru mikrobiološke onesnaženosti. Primeri hudih onesnaženj v primeru nezgod in neposrednih škodljivih posledic za zdravje so izjemno redki. Večji javnozdravstveni izziv predstavlja dejstvo, da lahko dolgotrajno uživanje teh snovi škoduje zdravju, zlasti če imajo kumulativni toksični učinek. Kemijsko onesnaženost opazamo na območjih z intenzivnim kmetijstvom v severovzhodni in jugovzhodni Sloveniji, kjer se v vodi občasno pojavljajo nekateri pesticidi in nitrati. Čeprav so njihove koncentracije večinoma pod dovoljenimi vrednostmi ali pa te vrednosti le rahlo presegajo, je treba tudi na teh območjih prednostno poskrbeti za zaščito vodnih virov in temu prilagoditi dejavnosti na območju.

Zrak

Vpliv onesnaženega zraka na zdravje ljudi je pomemben javnozdravstveni problem v večini razvitih držav, saj je onesnaženemu zraku stalno ali občasno izpostavljena večina prebivalcev velikih mest. Ocenjujejo, da je okoli 90 % mestnega prebivalstva izpostavljenega čezmernim vrednostim prašnih delcev, manjših od 10 μm (PM_{10}), dušikovemu oksidu, ozonu in benzenu.

V mestnih središčih v Evropi in Sloveniji je glavni vir onesnaženja promet. V Sloveniji k onesnaženju dodatno prispevajo klimatske razmere, t. j. predalpska klima s prevladujočimi šibkimi lokalnimi vetrovi, na katere vpliva mestni toplotni otok.

V okviru evropskega projekta APHEIS je bila opravljena ocena ogroženosti zdravja zaradi izpostavljenosti prašnim delcem oziroma delcem, manjšim od 2,5 µm (PM2.5), za daljše obdobje, v Ljubljani in Celju. Izsledki študije so pokazali, da bi v Ljubljani zaradi bolezni dihal ter bolezni srca in ožilja na leto umrlo približno 60 ljudi manj, v Celju pa okoli 12 ljudi manj, če bi letno samo za 3,5 ug/m³ znižali povprečno koncentracijo PM2.5. Podobno velja za druga večja mesta v Sloveniji.

Ukrepi za zmanjševanje onesnaženja v večjih mestih so usmerjeni predvsem v zmanjševanje izpustov.

Varnost hrane

Živila ne smejo vsebovati bioloških, kemijskih ali fizikalnih dejavnikov tveganja, ki bi lahko ogrožali zdravje ljudi.

Med letoma 2003 in 2007 je bilo prijavljenih 134 izbruhov bolezni, povezanih z živili (14 do 42 izbruhov letno). Najpogosteje dokazan povzročitelj je bila *Salmonella enteritidis*, sledita *Staphylococcus aureus* in *Calicivirus*.

Rezultati monitoringa živil kažejo pogosto prisotnost bakterije *Campylobacter* v perutninskem mesu, medtem ko so salmonele prisotne v nizkem deležu vzorcev. Podatkov epidemiološkega spremljanja alimentarnih izbruhov tako ni mogoče neposredno povezati z rezultati monitoringov živil. Ocenjujemo, da k okužbam pogosto prispeva napačno ravnanje z živili v gospodinjstvih in obratih za pripravo hrane (npr. neprimerno shranjevanje, nezadostna toplotna obdelava, navzkrižna kontaminacija).

Rezultati monitoringa živil kažejo tudi, da je hrana v Sloveniji glede potencialno prisotnih onesnaževal, ostankov pesticidov in aditivov varna, saj je visok delež (najmanj 97 %) preiskanih živil skladen z veljavno zakonodajo.

V primerih, ko zakonodaja ne opredeljuje dovoljenih koncentracij kemikalij v živilih, je treba narediti toksikološko oceno tveganja. Leta 2003 je v Sloveniji prišlo do množične zastrupitve z izdelki iz ajdove moke zaradi onesnaženja ajdovega zrnja s strupenim plevelom, navadnim kristavcem. Prizadeti potrošniki so zboleli s klasičnimi simptomi zastrupitve z atropinom in s skopolaminom, ki sta v kristavcu. Na podlagi ocene tveganja smo predlagali maksimalne dovoljene količine ostankov, Zdravstveni inšpektorat RS pa je uvedel spremljanje vsebnosti obeh alkaloidov v ajdovi moki. Pri uradnem nadzoru atropina in skopolamina v izdelkih iz ajde sporadično ugotavljajo prisotnost obeh alkaloidov v ajdovi moki, zato je nadaljnje spremljanje nedvomno upravičeno.

Pri materialih in snoveh, ki so v stiku z živili, v smislu varnosti za zdravje spremljamo migracije zdravju škodljivih snovi iz materialov v koncentracijah, ki presegajo mejne vrednosti, ter morebitno prisotnost v materialih prepovedanih snovi. Približno 5 % pregledanih vzorcev ni skladnih z zahtevami zakonodaje.

Podnebne spremembe

Tudi v Sloveniji opažamo bolezni in smrti, verjetno povezane s pojavi, ki jih povezujemo s podnebnimi spremembami. Primer za to je povečana umrljivost prebivalcev poleti 2003, ko je bila v številnih evropskih državah in tudi pri nas večja obremenitev s toploto oziroma so se pojavljali tako imenovani vročinski valovi. V Sloveniji je takrat umrlo 81 prebivalcev več, kot jih sicer umre v tem časovnem obdobju, to pomeni skoraj 13-odstotni porast umrljivosti za opazovano obdobje.

Z izpostavljenostjo UV-žarkom je povezana groba letna incidenčna stopnja raka kože, ki pomeni število novih primerov raka kože na 100.000 oseb opazovane populacije. Za raka kože brez malignega melanoma se je groba letna incidenčna stopnja v desetih letih (med 1995 in 2004) skoraj podvojila. Enako velja za maligni melanom. Vendar k večjemu številu ugotovljenih rakov kože ne prispeva le večja izpostavljenost sončnemu sevanju, temveč tudi večja pozornost zdravstvenih delavcev in boljša ozaveščenost prebivalcev.

Posledice globalnega segrevanja, enega od znanilcev podnebnih sprememb, so opazne tudi pri pojavljanju cvetnega prahu v zraku: cvetni prah trav se v Ljubljani povprečno pojavi kar osem dni prej kot pred desetimi leti, cvetni prah breze pa skoraj dva dni prej kot pred desetimi leti. Tudi količina cvetnega prahu (»doza« ali breme) je večja.

Viri

Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji. SURS, IVZ RS, 2009.

Public Health Agency of Canada. What Makes Canadians Healthy or Unhealthy? Pridobljeno na spletni strani v marcu 2009: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-eng.php#physenviron>.

WHO/EEA joint workshop on children's environment and health indicators. WHO/EEA; 2002.

K. Bitenc, I. Gale, A. Petrovič. Monitoring pitne vode 2007. Poročilo o pitni vodi v Republiki Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008.

I. Gale, A. Petrovič, K. Bitenc, T. Žagar. Geografski prikaz neskladnosti sistemov za oskrbo s pitno vodo in izpostavljenost prebivalcev. Slovenija 2006. Bilten 2008; 24:107-14.

World Health organization. Air Quality Guidelines, Global update 2005, Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide. WHO, 2006.

Health effects institute. Airborne Particles and Health: HEI Epidemiologic Evidence. HEI Perspectives, 2001. Health Effects Institute, Cambridge MA.

Katsouyanni K., Schwartz J., Spix C., Touloumi G., Zanobetti A., Wojtyniak B. et al. Short Term Effect of Air Pollution on Health: A European Approach Using Epidemiologic Time Series Data: The APHEA Protocol. Journal of Epidem. and Com. Health 1996, 50 (Suppl 1), S12-S18.

Boldo E, Medina S, Le Tertre A, Hurley F, Mücke HG, Ballester F, Aguilera I, Eilstein D. Apheis: Health impact assessment of long-term exposure to PM2.5 in 23 European cities. European Journal of Epidemiology 2006; 21: 449-458.

Poročilo o uradnem nadzoru ZIRS nad živili in izdelki, ki prihajajo v stik z živili za leto 2007. ZIRS, 2008.

Program monitoringa zoonoz in njihovih povzročiteljev za leto 2009. MKGP, MZ, IVZ, 2009.

Directorate General for Health and Consumers. The rapid alert system for food and feed. Annual report 2007. European Commission, Brussels, 2008. Privzeto s spletne strani: http://ec.europa.eu/food/food/rapidalert/report2007_en.pdf, 22.5.2009.

Perharič L, Koželj G, Zidarič M & Mehikič D. Risk Assessment of buckwheat flour contaminated with Datura Stramonium alkaloids. Zbornik mednarodnega toksikološkega kongresa Bioznanosti 2004, Nova Gorica 2004: 75. Perharic L. Mass tropane alkaloid poisoning due to buckwheat flour contamination. Clin Toxicol 2005; 43 (5): 413

Kofol Seliger A. Vpliv podnebnih sprememb na pojavljanje alergenov v zraku. In: Svetovni dan zdravja 2008 Podnebne spremembe vplivajo na zdravje: moje, tvoje, naše, IVZ Ljubljana 2008: 20-21.

Onkološki inštitut: Incidenca raka v Sloveniji 2004. Pridobljeno s spletne strani v marcu 2009: http://www.onko-i.si/uploads/LP_2004.pdf

Tomšič S, Šelb Šemerl J, Omerzu M. Vpliv vročinskih valov na umrljivost ljudi. In: Svetovni dan zdravja 2008 Podnebne spremembe vplivajo na zdravje: moje, tvoje, naše, IVZ Ljubljana 2008:22-24.

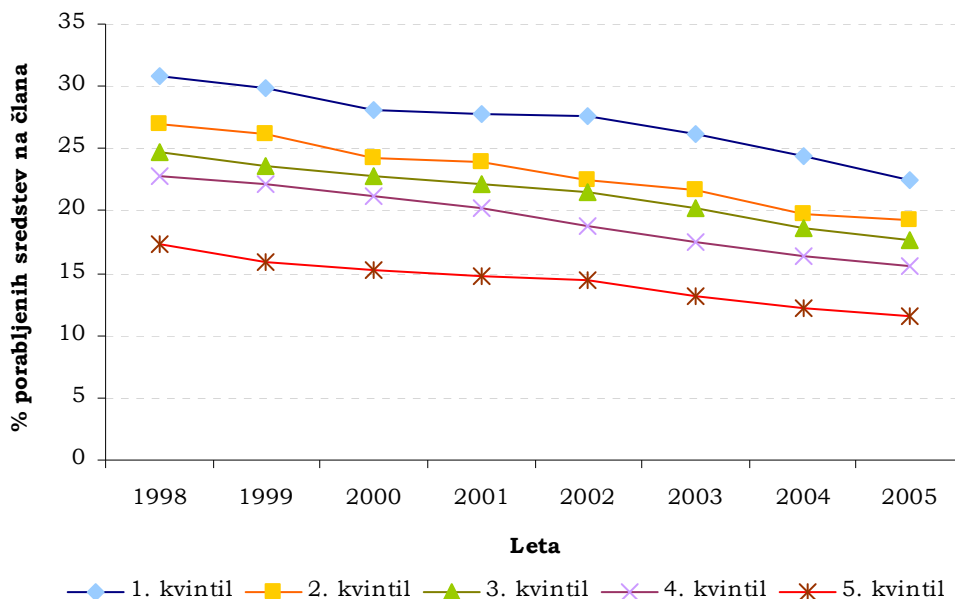
Prehrana in prehranjevalne navade

Matej Gregorič

Zdrava prehrana obsega ustrezno hranljivo in energijsko vrednost zaužite hrane, pestro sestavo živil in ustrezne načine njihove priprave ter pravilen režim uživanja. Med odraščanjem hrana poleg energije zagotavlja tudi optimalno rast in razvoj. Nezdravo prehranjevanje je dejavnik tveganja za nastanek kroničnih bolezni, zlasti sladkorne bolezni tipa 2, bolezni srca in žilja, nekaterih vrst raka, debelosti in osteoporoze, vodi pa tudi v manjšo delavno zmožnost. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je kar 41 % kroničnih bolezni pomembno povezanih s prehranskimi dejavniki tveganja.

Prehranjevalne navade velikega dela Slovencev niso dobre, kar velja za vse starostne skupine. Otroci in mladostniki uživajo premalo sadja in zelenjave, pre pogosto uživajo energijsko goste jedi, prigrizke in sladkane pijače, dobra tretjina jih nikoli ne zajtrkuje. Otroci iz družin z nižjim socialno-ekonomskim statusom se prehranjujejo najmanj zdravo. V prehrani mladih doječih mamic primanjkujejo nekateri vitamini (tudi folna kislina) in nekateri elementi (tudi železo). Z obveznim jodiranjem kuhinjske soli pa je Sloveniji sicer uspelo izkoreniniti golšavost.

Podobne prehranjevalne navade imajo tudi odrasli, v Sloveniji se zdravo prehranjuje le 23 % ljudi. Energijska vrednost povprečnega obroka je previsoka, še vedno v povprečju zaužijemo preveč soli (12–13 g/dan) in maščob, od teh preveč nasičenih, in premalo sadja, predvsem pa premalo zelenjave. Če bi v Sloveniji povečali uživanje zelenjave in sadja za 100 gramov na dan, bi lahko zmanjšali tveganje za srčno-žilne bolezni za 10 %, možgansko kap za 6 % in nekatere vrste raka za 6 %. Prav tako nista v skladu s priporočili število dnevnih obrokov in ritem prehranjevanja. Zunaj doma se prehranjuje že kar 43,1 % Slovencev, kosilo pa je še vedno osrednji obrok – tri četrtine odraslih vsak dan med tednom skuha kosilo iz osnovnih živil. Posebej nezdrave prehranske navade so ugotovljene pri moških, pri ljudeh iz nižjih družbenih slojev, z nižjo izobrazbo, pri aktivno zaposlenih ter pri prebivalcih iz vaškega okolja in vzhodnega dela Slovenije. Prehrana pa je povezana tudi s socialno-ekonomskim položajem posameznika; največji delež v skupnih izdatkih za prehrano namenjajo gospodinjstva z najnižjim dohodkom, slika 2.4. Živila, ki jih izbirajo prebivalci iz nižjih socialno-ekonomskih skupin, imajo višjo energijsko vrednost in nižjo hranilno vrednost na enoto.



Vir: Statistični urad RS

Slika 2.1: Povprečna porabljena sredstva za hrano in pijačo na člana gospodinjstva, po dohodkovnih kvintili, v %

Nacionalni program prehranske politike 2005–2010 želi v Sloveniji zagotoviti izboljšanje prehranjevalnih navad in usmeritev v bolj zdravo ponudbo zadostnih količin varne, kakovostne in zdravju koristne hrane za vse prebivalce. Od ključnih ukrepov so bile pripravljene smernice za prehrano v vrtcih in šolah, za študente, za delovne organizacije ter bolnišnice in domove za starejše. Zakonodaja na področju dela priznava odmor za malico, šolstvo zagotavlja za otroke vsaj en obrok dnevno, za dijake brezplačno, in sofinanciranje šolske malice za učence, ki je zaradi socialnega položaja ne zmorejo plačati v celoti. Študentska prehrana je subvencionirana. Učne vsebine s področja prehrane so vključene tudi v učne načrte različnih predmetov, največ pri gospodinjstvu v osnovnih šolah.

Viri

Božič A., Zupanič T. Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji. Ljubljana, Statistični urad Republike Slovenije, 2009

Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Koch V, Tivadar B, Kostanjevec S, Lavtar D, Zalar A, Turk Fajdiga V, Rozman U, Bočkaj B, Dobrila I. Prehranske navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja II. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja, 2009.

Gregorič M., Adamič M., Fajdiga Turk V., Gabrijelčič Blenkuš M. Javnozdravstveni vidiki uporabe statističnih podatkov o povprečni porabi živil v Sloveniji. Raziskovalno poročilo. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2006

Jeriček H. in sod. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006; (ur) Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007

Lock K., Gabrijelčič Blenkuš M., Zakotnik Maučec J., Poličnik R., Ocena vplivov prehranske in kmetijske politike na zdravje prebivalcev RS zaradi pristopa k Evropski uniji, Poročilo za Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za zdravje, 2004.

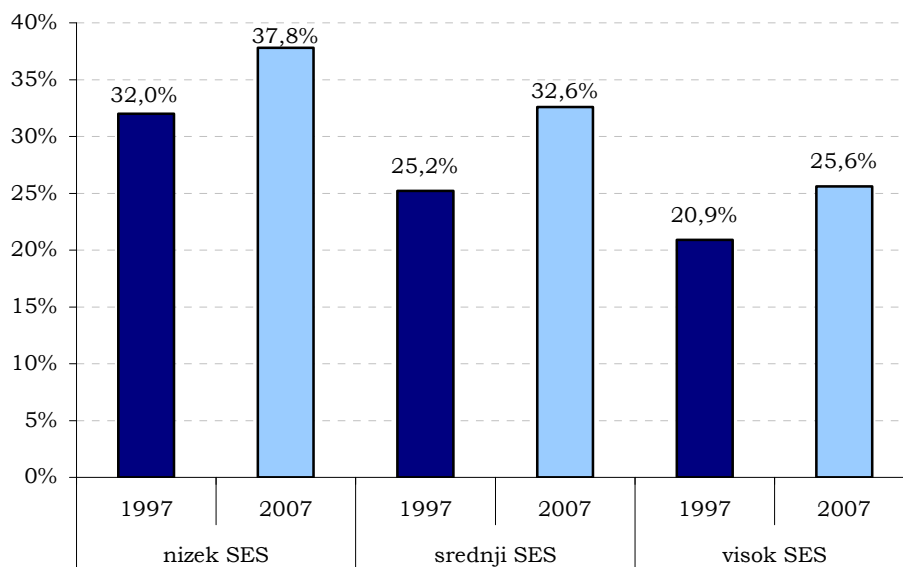
Zaletel-Kragelj L., Fras Z., Maučec Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana, CINDI Slovenija, 2004

Telesna teža

Vida Fajdiga Turk

Telesna teža je stabilna, če posameznik zaužije tolikšno količino energije, kot je porabi. Če pa zaužije več energije, kot je porabi, se telesna teža zvišuje – oziroma obratno. Telesno težo najpogosteje ocenjujemo z indeksom telesne mase (ITM), ki v normalnem obsegu pri odraslih znaša od 18,5 do 25. Prekomerna prehranjenost in debelost vplivata na slabšo kakovost življenja ter na prezgodnjo umrljivost, predvsem zaradi večje verjetnosti pojava kroničnih bolezni (bolezni srca in žilja, sladkorne bolezni tipa 2 in nekaterih vrst raka). Na drugi strani pa je treba opozoriti na problem prenizke telesne teže, predvsem pri dekletih in ženskah. Prekomerna prehranjenost in debelost predstavljata v EU resen javnozdravstveni problem. Prevalenca debelosti hitro narašča in po napovedih lahko že leta 2010 pričakujemo 20 % debelih odraslih in 10 % debelih otrok. Naraščajoči trend debelosti je posebej zaskrbljujoč med otroki in mladostniki.

Tudi v Sloveniji zaznavamo naraščajoč trend prekomerne telesne teže in debelosti tako pri otrocih kot mladostnikih. V Sloveniji delež normalno prehranjenih otrok in mladostnikov, starih od 7 do 19 let, upada. Od leta 1987 do 2007 je delež prekomerno težkih fantov narasel v povprečju z 12,9 % na 21,2 %, deklet pa s 13,1 na 18,2 %. Delež debelih fantov je v istem obdobju narasel z 2,7 % na 7,7 % in deklet z 2,5 na 5,9 %. Po podatkih raziskave o razširjenosti prekomerne prehranjenosti in debelosti med otroki in mladostniki je med petletniki prekomerno prehranjenih 18,4 % dečkov in 20,9 % deklic, predebelih pa je 9 % dečkov in 7,9 % deklic te starosti; podobna je slika med mladostniki. Slovenija se med 41 evropskimi in severnoameriškimi državami po deležu prekomerno hranjenih in debelih 15-letnikov uvršča v prvo tretjino držav. Raziskava iz leta 2009 je pokazala, da je med odraslimi, starimi med 18 in 65 let, 35,4 % prekomerno prehranjenih in 15 % debelih, odstotek je višji med moškimi. Pri odraslih prebivalcih iz nižjih socialno-ekonomskih slojev se v povezavi s slabšo prehranjenostjo pogosteje pojavljajo kronične nenalezljive bolezni. V Sloveniji je med prebivalci z nižjim socialno-ekonomskim statusom 26,6 % prekomerno prehranjenih in 26,6 % debelih.



Vir: Koch, 1997; Gabrijelčič Blenkuš in drugi, 2009

Slika 2.2: Porazdelitev deleža prekomerno hranjenih in debelih v Sloveniji (ITM >27) glede na SES, primerjava 1997–2009

Bolezni prizadenejo posameznika, posledično pa zadevajo vso družbo, saj pomenijo precejšnje stroške za zdravstveno blagajno. Mnogim boleznim, ki so posledice debelosti in prekomerne hranjenosti, bi se z ustreznimi ukrepi lahko izognili.

Viri

Avbelj M, Saje-Hribar N, Seher-Zupančič M, Brcar P, Kotnik P, Iršič A, Bratanič N, Kržišnik C, Battelino T. Prevalenca prekomerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroki in 15 oziroma 16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2005; 74:753-9.

Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Koch V, Tivadar B, Kostanjevec S, Lavtar D, Zalar A, Turk Fajdiga V, Rozman U, Bočkaj B, Dobrila I. Prehranske navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja II. Raziskovalno poročilo. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja, 2009.

Koch V. Prehranske navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Doktorska disertacija. Ljubljana, Biotehniška fakulteta, 1997.

Strel J, Kovač M, Starc G. BMI and obesity trends of Slovenian children and youth 1987 - 1997-2007. UL, Fakulteta za šport, Ljubljana, 2008. Pridobljeno 1.4.2009 s spletne strani: <http://www.fsp.uni-lj.si/didaktika/raziskujemo/BMI%20and%20obesity%20trends%20of%20Slovenian%20children%20and%20youth%201987.pdf>

Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J, uredniki. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. 3. Zdravstvena stanja. 2004, Ljubljana. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004; 565-610.

Telesna dejavnost

Andreja Drev

Kljub pozitivnim učinkom telesne dejavnosti na zdravje v državah Evropske skupnosti kar dve tretjini ljudi ni dovolj telesno dejavnih, da bi jih dosegali. Vzrok je v veliki meri sodoben način življenja, ki postaja vse bolj sedeč. Okolja, v katerih vsak dan živimo – bivalno, delovno, šolsko okolje, okolja za preživljanje prostega časa – in dostopnost prevoza vse manj prispevajo k telesni dejavnosti, pogosto jo celo zavirajo. Telesna nedejavnost je prepoznana kot samostojni dejavnik tveganja za zdravje. V evropski regiji namreč k skupnemu bremenu bolezni prispeva kar 3,5 %, poleg tega pa v tej regiji povzroči tudi do 10 % smrti. Epidemiološke raziskave so pokazale, da lahko telesni nedejavnosti pripišemo od 15 do 20 % skupnega tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2, raka debelega črevesa, raka prsi ter zloma kolkov pri starejših.

V Sloveniji je delež tistih otrok in mladostnikov, ki so telesno dejavni po eno uro na dan vsaj pet ali vse dni v tednu, upadel. Leta 2002 je bilo po eno uro na dan pet ali več dni v tednu dejavnih 44,6 % otrok in mladostnikov, leta 2006 pa le 39,6 %. Telesna dejavnost upada tudi s starostjo, tako je aktivnih več 11-letnikov (50,7 %) kot 13- (37,6 %) in 15-letnikov (30,1%). Fantje so telesno bolj dejavni kot dekleta, mladi iz višjih socialno-ekonomskih razredov se pogosteje rekreirajo, medtem ko v nizkem socialno-ekonomskem razredu najdemo največ tistih otrok in mladostnikov, ki se nikoli ne rekreirajo. Rezultati raziskave Slovensko javno mnenje 2006, ki je zajela tudi vprašanja o športni dejavnosti med odraslimi Slovenci v starostnem obdobju od 15 let naprej, so pokazali, da je nedejavnih kar 37,9 % ljudi, od tega 22,5 % žensk in 15,4 % moških. Največji del športno dejavnih se ukvarja z nizkointenzivno vadbo (37,4 %), pri kateri izstopa hoja. S starostjo se viša delež športno nedejavnih, tako je v starostni skupini od 55 do 64 let nedejavnih že 45,5 % prebivalcev. Sicer pa med športno dejavnimi najdemo več bolj izobraženih ter tistih z višjimi prihodki.

Slovenija je evropske usmeritve na področju telesne dejavnosti vključila v marca 2007 sprejeto Strategijo Vlade RS na področju spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja 2007–2012. Cilj strategije je spodbujanje vseh oblik redne telesne dejavnosti za zdravje: športno rekreacijo, pristočasno ukvarjanje s športom, telesno dejavnost v šolskem in delovnem okolju ter telesno dejavnost, ki se odraža kot pešačenje ali kolesarjenje do službe, šole in po opravkih. Pri ciljnih skupinah prebivalstva – otroci in mladostniki do 18. leta starosti, odrasli od 18. do 65. leta starosti, starejši od 65 let, ženske v času nosečnosti, družine, osebe z invalidnostjo, delavci v delovnem okolju – si nacionalni program za cilje postavlja:

- za 20–30 % zmanjšati delež telesno popolnoma nedejavnih ter
- povečati delež tistih, ki dosegajo priporočila o zadostni telesni dejavnosti za krepitev zdravja za 20–30 %.

Viri

Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. HBSC Slovenija 2006. Z zdravje povezano vedenje v šolskem obdobju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.

Starc G, Sila B. Ura športa na dan prežene vse težave stran: tedenska športna dejavnost odraslih v Sloveniji. Šport - revija za teoretična in praktična vprašanja športa 2007; 55 Priloga 3: 27-36

Step to health A European Framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

Telesna dejavnost in zdravje v Evropi: dokazno gradivo za ukrepanje. WHO, 2006. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor, Center za spremljanje zdravstvenega varstva prebivalstva in promocijo zdravja, 2007.

The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007a.

Duševno zdravje

Helena Jeriček Klanšček

Duševno zdravje je širok koncept, ki vključuje tako pozitivno duševno zdravje, npr. pozitiven odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivno samopodobo, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami, kot tudi negativno duševno zdravje, npr. težave v duševnem zdravju in duševne bolezni.

V ospredju spremljanja duševnega zdravja tako pri nas kot v tujini so še vedno predvsem duševne motnje in bolezni, šele v zadnjem času se poudarjajo tudi pozitivni vidiki duševnega zdravja. V Sloveniji je bilo v zadnjih letih opravljenih le nekaj nacionalnih raziskav, ki so se deloma ali v celoti dotikale duševnega zdravja prebivalcev in posameznih populacijskih skupin. Najbolj celovit pregled in tudi največ pozitivnih vidikov duševnega zdravja najdemo v raziskavi o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije iz leta 2006, ki je pokazala, da ima 59 % vprašanih nizko stopnjo vitalnosti in energije (Indeks energije in vitalnosti). Povprečna vrednost indeksa je pri nas nižja (54,1) kot v drugih državah EU (od 58,9 do 65,2). Merjenje občutka obvladovanja svojega življenja je pokazalo, da 11,5 % vprašanih spada v skupino z nizkim občutkom obvladovanja svojega življenja, medtem ko merjenje splošne ravni samospoštovanja (lestvica samospoštovanja RSES) kaže, da imamo Slovenci v splošnem visoko samospoštovanje, le 2,7 % vprašanih ima nizkega. Podatki o velikosti omrežja čustvene opore (lestvica socialne opore) kažejo, da bi se v poprečju oseba, ki ima osebne težave, po pomoč lahko obrnila na štiri do pet ljudi, medtem ko je v tujini povprečje med devet do 18 ljudi. Kar 13 % vprašanih pravi, da so zaradi duševnih težav morali omejiti svoje dejavnosti in so izostali z dela, pomoč pa je poiskalo le 6 % ljudi, kar kaže na to, da je iskanje pomoči zaradi duševnih težav še vedno stigmatizirano. Zdravila zaradi duševnih težav je jemalo 10 % vprašanih, kar lahko pomeni, da so jih jemali dlje časa ali pa da gre za zdravila, ki se jih dobi brez recepta.

Raziskava kaže (podobno kot tudi podatki iz zdravstvenih evidenc in drugih baz) na pomembne neenakosti v duševnem zdravju glede na starost, spol, izobrazbo in zaposlitev. Tako imajo ženske v primerjavi z moškimi nižjo stopnjo indeksa vitalnosti in energije, pogosteje izostajajo ali omejujejo svoje delo zaradi duševnih težav, imajo slabši občutek obvladovanja svojega življenja, manjša omrežja čustvene opore in nižje samospoštovanje. Posebej ranljivi sta tudi skupina ljudi z nižjo izobrazbo (OŠ) in skupina starejših od 60 let, saj imajo nižjo stopnjo vitalne energije, pogosteje omejujejo svoje dejavnosti, imajo slabši občutek obvladovanja svojega življenja, nižjo samopodobo in manjša omrežja čustvene opore kot druge starostne in izobrazbene skupine. Kar se zaposlitvenega statusa tiče, pa izstopajo kmetje, upokojenci in brezposelni, ki ravno tako dosegajo najnižje kazalnike duševnega zdravja v primerjavi z drugimi. Raziskave pri otrocih in mladostnikih kažejo, da problematika duševnega zdravja nastaja že v tem obdobju.

Pomemben vidik neenakosti je tudi mreža izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje (tako vladni kot nevladni sektor), ki pa pri nas ni vsem enako dostopna; zdravstveni delavci so v mreži neenakomerno porazdeljeni in tudi teritorialna pokritost s psihiatričnimi in nevladnimi službami je neenakomerna.

Viri

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. in Roškar, S. (2008). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Kamin, T., Jeriček Klanšček, H. (2009). Duševno zdravje Slovencev. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Jeriček H. in sod. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006; (ur) Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007

Kajenje

Helena Kopriwnikar

Raba tobaka je v svetu in tudi v Sloveniji eden vodilnih preprečljivih dejavnikov tveganja za številne bolezni in smrti. Raziskave so potrdile vzročno povezavo med kajenjem in razvojem številnih bolezni in zdravstvenih težav, predvsem različnimi vrstami raka, boleznimi srca in žilja in boleznimi dihal. V Sloveniji zaradi s kajenjem povzročenih bolezni na leto umre okoli 2800 oseb, ki v povprečju umrejo 16 let prej kot njihovi vrstniki, ki niso nikoli kadili.

Velika večina, to je več kot tri četrtine prebivalcev Slovenije, starih 15 let ali več, je nekadilcev. Leta 2007 je bil delež kadilcev med Slovenci, starimi 15 let ali več, približno 25 %, to je nekaj več kot 433.000 oseb. Med moškimi, starimi 15 let in več, je delež kadilcev pomembno večji kot med ženskami in znaša nekaj več kot 28 %, med ženskami pa nekaj manj kot 22 %. Približno 75 % vseh kadilcev kadi vsak dan. Redni, dnevni kadilci cigaret, v povprečju pokadijo nekaj več kot 16 cigaret dnevno. Delež kadilcev se razlikuje po spolu, pa tudi po starostnih skupinah in stopnji izobrazbe. Delež kadilcev je najvišji v starostni skupini 20 do 29 let (35,9 %), nato 40 do 49 let (33,7 %) in 30 do 39 let (31,3 %), od 50 do 59 pa znaša 25 % – v višjih starostnih skupinah je delež kadilcev torej znatno nižji. Po stopnji dosežene izobrazbe je delež kadilcev najvišji med ljudmi s srednjo izobrazbo, predvsem tistimi, ki so končali nižjo ali srednjo poklicno šolo (EHIS 2007). V skupini držav članic EU spada Slovenija med države z najnižjimi deleži kadilcev med prebivalci, starimi 15 let in več. Deleži kadilcev v državah Evropske skupnosti so med 22 % in 42 %, povprečje vseh 27 držav pa znaša 31 %.

Skoraj vsi odrasli redni kadilci so začeli kaditi v adolescenci. Delež všolanih mladostnikov, ki poročajo o tem, da so že kadili tobak, pomembno narašča s starostjo. V letu 2006 je v svojem življenju vsaj eno cigareto (oziroma cigaro oziroma pipo) pokadilo nekaj manj kot 9 % 11-letnikov, približno 32 % 13-letnikov in nekaj več kot 54 % 15-letnikov v Sloveniji. Leta 2006 je 18 % 15-letnikov obeh spolov kadilo vsaj enkrat tedensko ali pogosteje (20 % 15-letnih fantov in 16 % 15-letnih deklet), med njimi jih je večina kadila vsak dan. V povprečju so bili ob kajenju prve cigarete 15-letniki stari nekaj več kot 13 let. Fantje so prvo cigareto pokadili značilno prej kot dekleta. Med 41 evropskimi in severnoameriškimi državami se v letu 2006 Slovenija po deležu 15-letnih kadilcev, ki kadijo vsaj enkrat tedensko ali pogosteje, uvršča nekje v sredino držav. V teh državah so deleži rednih kadilcev med 8 % in 43 %, povprečje pa znaša 19 %. Med letoma 2006 in 2002 beležimo pomembno zmanjšanje rabe tobaka pri mladostnikih, in sicer pomembno manj prvih poskusov kajenja, pomembno manjši odstotek rednih kadilcev v starosti 11, 13 in 15 let ter pomembno višjo povprečno starost ob prvi pokajeni cigareti.

Ob dolgotrajni izpostavljenosti tobačnemu dimu se lahko pojavijo resne in nevarne posledice za zdravje, podobne škodljivim učinkom kajenja pri kadilcih. Raziskava iz leta 2008 je pokazala, da je bilo dimu v zadnjem mesecu različno pogosto in različno dolgo izpostavljenih 49 % polnoletnega prebivalstva, to je približno 823.000 oseb, v letu 2006, torej pred uvedbo prepovedi kajenja v vseh zaprtih javnih in na delovnih mestih, pa je bilo takih 65 %, to je nekaj manj kot 1.070.000 oseb. Tudi delež tistih, ki so mu bili izpostavljeni vsak dan ali skoraj vsak dan, se je v letu 2008 glede na leto 2006 med polnoletnimi prebivalci pomembno zmanjšal, in sicer s 27 % oziroma približno 450.000 oseb v letu 2006 na nekaj več kot 21 % oziroma nekaj več kot 350.000 oseb v letu 2008.

Številni učinkoviti ukrepi za zmanjševanje rabe tobaka so v Sloveniji že uvedeni: prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih prostorih in na delovnih mestih, splošna prepoved oglaševanja in promocije tobačnih izdelkov (z izjemo prodajnih mest, kjer je mogoče oglaševanje v obliki in podobi zaščitene blagovne znamke), velika in jasna opozorila na škatlicah tobačnih izdelkov z navedbo telefonske številke za pomoč pri opuščanju kajenja, različni in dostopni načini opuščanja kajenja ter omejitve starosti za nakup in prodajo tobačnih izdelkov na 18 let.

Viri

Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 2nd Edition, revised June 2006. International Union Against Cancer, Geneva: Switzerland, 2006.

Inštitut za varovanje zdravja RS. Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu - EHIS 2007. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Eurobarometer. Survey on Tobacco. Analytical Report. European Commission, Flash Eurobarometer 253, March 2009. Pridobljeno 23.3.2009 s spletne strani http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf

Helena Jeriček, Darja Lavtar, Tatjana Pokrajac. HBSC Slovenija 2006: Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007.

World Health Organization. Inequalities in young people's health. Health Behaviour in School-aged Children: international report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

Koprivnikar H. Raziskava o obsegu pasivnega kajenja med polnoletnimi prebivalci RS 2006 in 2008. Na: Svetovni dan brez tobaka 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008.

Tvegano in škodljivo pitje alkohola

Maja Bajt, Maja Zorko

Škodljivo pitje alkohola v Sloveniji predstavlja velik javnozdravstveni problem, ki pomembno vpliva na kakovost življenja posameznikov, njihovih bližnjih in družbe v celoti. Med letoma 1981 in 2005 smo vsako leto presegli kritično količino desetih litrov čistega alkohola na prebivalca, kar predstavlja veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogroža blagostanje ljudi. Poškodbe in zastrupitve kot kratkoročna posledica opijanja so najpogostejše vzrok za hospitalizacijo v starostni skupini od 10 do 19 let. Leta 2006 se je 11,0 % vseh prometnih nezgod zgodilo z udeležbo alkohola, med umrlimi povzročitelji prometnih nesreč jih je bila skoraj polovica alkoholiziranih. Med letoma 1985 in 2007 se je standardizirana stopnja umrljivosti zaradi izbranih vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, v Sloveniji gibala med 93,77 in 169,19, s čimer smo v teh letih presegali povprečje 27 evropskih držav, ki imajo podobno stopnjo umrljivosti in rodnosti kot mi.

Populacijske raziskave kažejo, da leto dni pred anketo ni uživalo alkoholnih pijač med 15 % in 33 % anketiranih. Od 60 % do 70 % slovenske populacije naj bi bilo zmernih pivcev, med 13 % in 20 % pa naj bi jih presegalo dnevne meje manj tveganega pitja. Pri 11 % populacije oseb obstaja velika verjetnost, da so pri njih že prisotne škodljive posledice pitja alkohola ali da gre celo za odvisnost od alkohola. Med osebami, ki so obiskale splošnega zdravnika, je bilo v eni od raziskav na presejalnem testu škodljive rabe alkohola in sindroma odvisnosti od alkohola pozitivnih 20,7 % moških in 15,4 % žensk.

Alkoholne pijače je že pilo približno 85 % slovenskih 15-letnikov, nekaj več kot dve tretjini 13-letnikov in dobrih 40 % 11-letnikov, 27,5 % 15-letnikov redno uživa alkohol. Z alkoholom so se naši mladostniki v povprečju prvič srečali pri 13,3 letih. Slovenski mladostnik se prvič opije pri povprečni starosti 14 let. Delež 16-letnikov, ki uživajo alkohol, se povečuje in presega mednarodno povprečje. Slovenski 16-letniki zaužijejo večjo količino čistega alkohola ob eni priložnosti kot njihovi vrstniki v drugih državah.

Viri

Hovnik-Keršmanc M, Čebašek-Travnik Z, Trdič J. (2000). Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999 (Rezultati raziskave). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Toš, N., Malnar, B., Hafner Fink M., Uhan, S., Štebe, J., Kurdija, S., Švara, S. in Kecman, I. (1999). Stališča o zdravju in zdravstvu III, Slovensko javno mnenje 1999/2; Mednarodna raziskava o kakovosti življenja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Zaletel-Kragelj, L., Fras, Z., Maučec-Zakotnik, J. (2004). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Inštitut za varovanje zdravja RS. Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu - EHIS 2007. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Kamin, T., Jeriček Klanšček, H. (2008). Duševno zdravje Slovencev. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Kolšek, M. (2006). Slovenia Report. V Heather, N. (ur.). WHO Collaborative Project on Identification and nagement of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care. Report on Phase IV (str. 189-198). Geneva: WHO Press.

Jeriček, H., Lavtar, D., Pokrajac, T. (2007). HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 Countries. Stockholm: CAN.

Kovše, K., Nadrag, P. (2008). Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Prepovedane droge

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Prepovedane droge so tiste psihoaktivne snovi (PAS: učinkujejo na naš centralni živčni sistem in prek tega na telo), ki lahko zaradi svoje kemične sestave in učinkov na človeški organizem negativno vplivajo na človekovo bio-psiho-socialno ravnovesje in njegovo celovito zdravje – telesno, duševno, čustveno, socialno, družbeno, duhovno in osebno – in so zaradi tveganja za zdravje, v skladu z zakonodajo, uvrščene med prepovedane. Vse prepovedane droge pri ponavljajoči se uporabi povzročajo psihično, nekatere celo telesno odvisnost. Poleg tega uporaba prepovedanih drog vodi tudi v zdravstvene zaplete (smrt zaradi zastrupitve, smrt zaradi prometne nezgode ...) ali posledice (okužba z virusom HIV/AIDS).

Po podatkih Evropske agencije za droge je kanabis glede na uporabo v splošni in šolski populaciji najbolj razširjena prepovedana droga v EU. Za tobakom in alkoholom ostaja tista PAS, ki jo šolska mladina največkrat uporablja, a je uporaba relativno redka. Podatki za Slovenijo kažejo, da 82 % mladostnikov ni nikoli uporabilo marihuane ter da se ta delež povečuje (72 % v letu 2002); 23,2 % mladostnikov pa je vsaj enkrat poskusilo katero koli prepovedano drogo, najpogosteje marihuano (22 % vseh mladostnikov). Upad uporabe prepovedanih drog v obdobju 1995–2007 velja za vse prepovedane droge, razen za kokain, katerega povečana uporaba se kaže v letu 2007. Med problematičnimi uporabniki prepovedanih drog tako v EU kot v Sloveniji izstopajo predvsem uporabniki heroina.

Med letoma 2005 in 2007 je bilo prvič zabeleženih 1185 uporabnikov prepovedanih drog, ki so prvič iskali pomoč v slovenskih Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD). Pri tem je bilo razmerje moški/ženske približno 3:1, povprečna starost je bila 25,5 let. Pomoč je bila najpogosteje poiskana zaradi heroina (89,5 %), sledita kanabis (6,7 %) in kokain (1,1 %). V obdobju 2005–2007 opazamo upad injiciranja glavne droge, vendar pa se hkrati beleži povečano tvegano spolno vedenje (neuporaba kondoma).

Število smrti zaradi drog je v Sloveniji v obdobju med letoma 2001 in 2006 (registracija smrti po metodologiji Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, EMCDDA) globalno gledano naraščalo. Število umrlih moških je bilo vedno višje kot število umrlih žensk. V letih od 2001 do 2006 je bilo zabeleženih od 39 do 67 smrtnih primerov zaradi drog. Največ smrti je bilo zaradi zastrupitve s heroinom, nato zaradi drugih opioidov, sledile so smrti zaradi metadona (v zadnjih petih letih je zaradi metadona umrlo po 5 do 9 oseb na leto). Največ umrlih zaradi prepovedanih drog je bilo starih od 20 do 29 let. Nekaj manj kot polovica vseh umrlih v obdobju 2003–2006, ki so uporabljali droge, a niso zaradi njih umrli, je naredila samomor, ena petina jih je umrla v prometnih nezgodah, ena osmina jih je bila žrtev ubojev.

Slovenija je država z nizkim deležem okuženih z virusom HIV. V skupini injicirajočih uporabnikov prepovedanih drog (IUD) se še ne kaže hitro širjenje okužb s HIV in delež okuženih IUD ostaja zelo nizek. Med letoma 2003 in 2007 ni bila zabeležena niti ena nova HIV diagnoza med IDU med prostovoljno zaupno testiranimi IUD v CPZOPD in v enakem obdobju je prevalenca okužbe z virusom HIV ostala pod 1 %, prevalenca protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) pa se je gibala od najvišje (10,4 %) leta 2003 do najnižje (3,6 %) v letu 2007. Prevalenca protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) se je gibala od najvišje (23,4 %) leta 2005 do najnižje (21,8 %) v letu 2007.

Pravkar se je izteklo obdobje, za katerega je veljala Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009. Kljub temu da akcijskega načrta s področja prepovedanih drog še nimamo na voljo, v Sloveniji na področju prepovedanih drog že potekajo številne dejavnosti in ukrepi.

Viri

Lovrečič M (ur.). Poročilo s področja prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007.

Lovrečič M (ur.). Report on the Drug Situation in 2008 of the Republic of Slovenia. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2008.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Umrljivost zaradi uporabe prepovedanih drog v Sloveniji v obdobju 2001 do 2006. Pridobljeno 16.3.2009 s spletne strani http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke//1665Umrljivost_droge2008.DOC

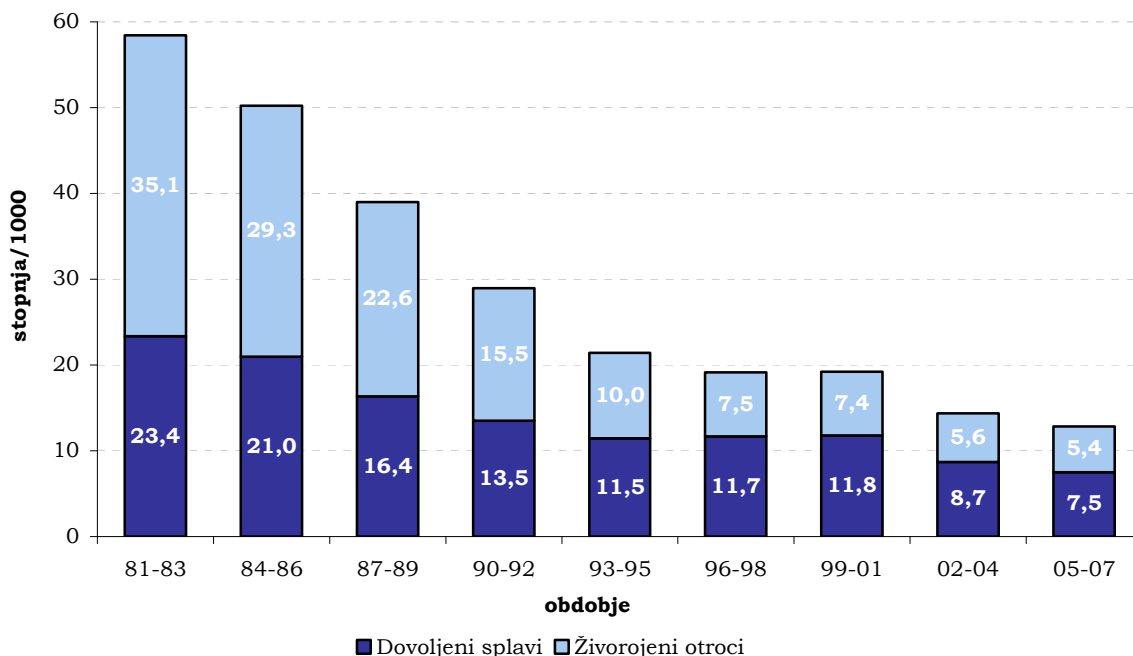
European Commission. EU Drugs Action Plan for 2009-2012 (2008/C 326/09). Brussel, 2009.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami. Letno poročilo 2008: Stanje na področju problematike drog v Evropi. Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2008.

Spolno vedenje

Barbara Mihevc Ponikvar, Evita Leskovšek, Irena Klavs

Mladi dandanes vstopajo v partnerske zveze v povprečju mlajši in prej kot nekoč pričenjajo spolno življenje. Leta 2004 narejena raziskava med srednješolci je pokazala, da je imelo spolne odnose že 23 % dijakov prvega letnika ter 53 % dijakov tretjega letnika. Srednja starost ob prvem spolnem odnosu, ko ima polovica srednješolcev že spolne odnose, se je v primerjavi z letom 1996 znižala z 18,5 na 17 let. Praktično enak delež spolno aktivnih 15-letnikov je pokazala tudi raziskava »Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju 2006«. Zgodnejša spolna dejavnost je povezana z bolj tveganim spolnim vedenjem, manjšo uporabo kondoma pri prvem spolnem odnosu, mladostniškim materinstvom in večjim tveganjem za spolno prenosljive okužbe. Sicer raziskave kažejo, da je na splošno porasla raba zanesljive kontracepcije. Kondom ob prvem spolnem odnosu uporabi okoli tri četrtine mladostnikov, slabša pa je uporaba kondoma oziroma dvojne zaščite ob zadnjem spolnem odnosu. Največji porast je pri uporabi kontracepcijskih tablet, v letih 2005–2007 jih je v povprečju uporabljalo 16,6 % mladostnic oziroma približno vsaka tretja spolno aktivna mladostnica. Večja uporaba kontracepcije se odraža v upadu števila mladostniških nosečnosti (Slika 2.6.). V zadnjih letih beležimo od pet do šest rojenih otrok na 1000 mladostnic, kar nas trenutno uvršča med države z najnižjimi stopnjami rodnosti mladostnic v Evropi. Pomembno je upadla tudi stopnja dovoljene splavnosti mladostnic. Stopnja, ki smo jo zabeležili v letu 2007 (7,4 dovoljenega splava na 1000 mladostnic), predstavlja manj kot tretjino stopnje z začetka osemdesetih let prejšnjega stoletja. Tudi na tem področju spadamo med uspešnejše države v Evropi, vendar se je trend v zadnjih letih upočasnil in bo treba v prihodnje pozorno spremljati situacijo.



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS in Statistični urad RS

Slika 2.3: Živorojeni otroci in dovoljeni splavi mladostnic na 1000 prebivalk, starih 15–19 let, Slovenija 1981–2007

V Sloveniji vzgoja za zdravje ni del rednega predmetnika. Raziskava o izvajanju vzgoje za zdravo spolnost v Sloveniji je pokazala na vrzeli in nesistematičnost v podajanju omenjene vsebine. Zaradi tradicije odmevnih nacionalnih kampanj ob svetovnem dnevu aidsa je večina mladih dobro informirana o HIV/aidsu in o kondomu, za razliko od drugih spolno prenosljivih bolezni in možnosti zaščite.

Večina odraslih je bodisi poročenih, živijo v zunajzakonski skupnosti ali imajo vsaj stalnega partnerja. Med partnerskimi zvezami narašča število zunajzakonskih skupnosti, še posebej med mladimi odraslimi. Rodnost, ki je v zadnjih dvajsetih letih prejšnjega stoletja močno upadla, po letu 2003 sicer ponovno raste, a ne dosega stopnje, potrebne za enostavno obnavljanje prebivalstva, ki je bila v Sloveniji zadnjič dosežena leta 1980. Stopnja dovoljene splavnosti po letu 1982 upada in se je znižala z 41,3/1000 na 10,5/1000 žensk v rodni dobi v letu 2007.

Podatki o spolnem vedenju Slovencev so bili zbrani med letoma 1999 in 2001 na vzorcu odraslih med 18. in 49. letom starosti. V raziskavi moški poročajo o večjem številu heteroseksualnih spolnih partnerjev v dosedanem življenju (povprečno 8,3, mediana 4) kot ženske (povprečno 3,2, mediana 2), prav tako tudi v zadnjem letu (moški povprečno 1,4, ženske 1,0). Moški navajajo tudi več sočasnih heteroseksualnih razmerij kot ženske. Kadar koli v življenju je bilo v takšni zvezi 35,3 % moških in 15,3 % žensk, v zadnjem letu pa 13,5 % moških ter 2,8 % žensk. Heteroseksualnega partnerja, ki ni bil Slovenec, je imelo kadar koli v življenju 24 % moških in 21,3 % žensk. Za spolne odnose pa je ženski kadar koli v življenju plačalo 4,4 % moških. Kakršno koli spolno izkušnjo s partnerjem istega spola navaja 3,3 % moških in 3,6 % žensk, spolni odnos z osebo istega spola pa 1 % moških ter 0,9 % žensk.

V zadnjih 15 letih je v Sloveniji močno porasla uporaba hormonske kontracepcije, ki je tako postala najpogosteje uporabljena zaščita pred nosečnostjo pri odraslih. Največ uporabnic je v starostni skupini od 20 do 24 let, v kateri jo uporablja vsaka tretja ženska, v starosti od 25. do 39. leta pa skoraj vsaka peta ženska. V zadnjih letih je sicer njena uporaba po 25. letu nekoliko nižja, kar je lahko posledica višje rodnosti ali ponovno večje priljubljenosti intrauterine kontracepcije. V letu 2007 smo zabeležili 16 vstavitev materničnih vložkov na 1000 žensk v rodni dobi. Število sterilizacij je v Sloveniji še vedno nizko, v obdobju 2005–2007 smo jih zabeležili v povprečju 3,4 na 1000 žensk ter le 0,4 na 1000 moških v starosti 15–49 let. Podatki o uporabi kondoma v zadnjem mesecu pred raziskavo so bili zbrani v letih 1999–2001 na verjetnostnem vzorcu odraslih med 18. in 49. letom starosti. Raziskava je pokazala, da je kondom v zadnjem mesecu redno uporabljalo 11,7 % spolno aktivnih moških ter 9,1 % spolno aktivnih žensk, dodatnih 14,7 % moških in 9,9 % žensk pa ga je uporabilo občasno.

Viri

Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T, eds. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007.

Klavs I, Rodrigues LC, Wellings K, Weiss HA, Hayes R. Increased condom use at sexual debut in the general population of Slovenia and association with subsequent condom use. *AIDS* 2005; 19: 1215-23.

Klavs I, Rodrigues LC, Weiss HA, Hayes R. Factors associated with early sexual debut in Slovenia: results of a general population survey. *Sex Transm Infect* 2006; 82: 478-83.

Klavs I, Rodrigues LC, Wellings K, Weiss HA, Hayes R. Sexual behaviour and HIV/sexually transmitted infection risk behaviours in the general population of Slovenia, a low prevalence country in central Europe. *Sex Transm Infect* 2009; 85: 132-8.

Pinter B, Čeh F, Verdenik I, Grebenc M, Maurič D, Pavičević L, et al. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev v letu 2004. *Zdrav Vestn* 2006; 75: 615-9.

III. POGLAVJE

ZDRAVJE POPULACIJSKIH SKUPIN

ZDRAVJE POPULACIJSKIH SKUPIN

Tatjana Kofol Bric

Za velike javnozdravstvene probleme je značilno, da se le redki pojavljajo enako intenzivno v celotni populaciji. Poleg različno izraženih zunanjih determinant zdravstveno stanje najmočnejše določata življenjsko obdobje in spol. Jasnejšo sliko nam da pogled na velike populacijske skupine, pri katerih se pokažejo razlike med moškimi in ženskami ter različna obremenjenost z zdravstvenimi težavami v dobi otroštva in mladosti, pri odraslih v delovno aktivnem obdobju in pri starejših. Sodobni javnozdravstveni pristop znotraj teh skupin analizira socialno-ekonomske determinante zdravja, o katerih imamo v rednih zbirkah za zdaj še malo podatkov.

Z opazovanjem zdravja v splošni populaciji ne moremo zaznati posebnosti problemov v posamezni skupini, zato se jim je treba posvetiti posebej. Izkazalo se je, da je treba celo pri istih javnozdravstvenih problemih ukrepe za posamezne dele populacije načrtovati in izvajati tako, da se upoštevajo njihove specifične lastnosti in pričakovanja, saj v nasprotnem primeru pričakovani učinek ni dosežen. Za posamezno skupino je treba določiti prioritete in ukrepanje povezati v učinkovito in izvedljivo celoto. Glede na velikost in specifične potrebe populacijskih skupin je treba prilagajati tudi kapacitete vseh ravni zdravstva in različnih usmerjenih programov v zdravstvu ter drugih sektorjih.

Raziskovanje zdravja otrok in mladine ter posebej reproduktivnega zdravja žensk z namenom oblikovanja izvedbenih ukrepov je v preteklosti že imelo svoje mesto v načrtih dela javnega zdravja. K populaciji starejših in posebej ranljivih skupin pa se usmerjamo v zadnjem obdobju. Zdravje odraslih moških še nima zaokroženega mesta med ciljnim skupinami. V tem poglavju so za te skupine povzeti najpogostejši zdravstveni problemi ter dejavniki, ki nanje vplivajo.

Poleg pristopa k velikim populacijskim skupinam je za posamezne zdravstvene probleme potrebna še bolj podrobna analiza manjših delov teh populacij, ki presega okvir tega poglavja. Te skupine so posebej ogrožene in jih določajo izbrane skupne značilnosti, za izboljšanje zdravja pa je pomembno tudi zmanjšanje neenakosti med njimi.

Viri

Svetovna zdravstvena organizacija. Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region 1998. Dosegljivo 22.5. 2009 <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-E.pdf>

Zaletelj-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana. Medicinska fakulteta-Katedra za javno zdravje, 2007

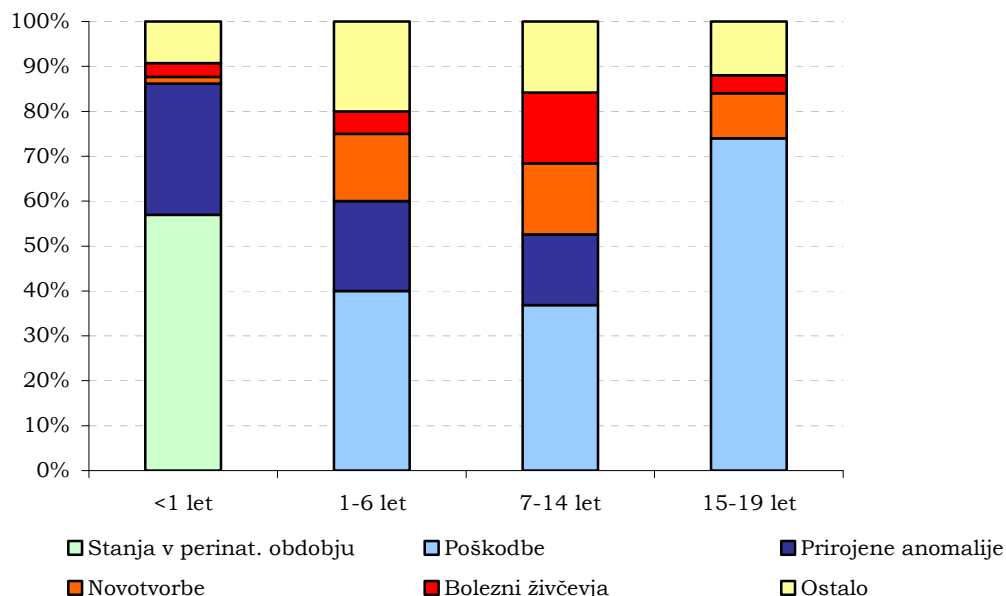
Zdravje otrok in mladostnikov

Mateja Rok Simon, Maja Bajt, Polona Bracar, Andreja Drev, Vida Fajdiga Turk, Matej Gregorič, Eva Grilc, Helena Jeriček Klanšček, Helena Koprivnikar, Mercedes Lourečič, Barbara Mihevc Ponikvar, Saška Roškar, Maja Zorko

Za otroke in mladostnike so na splošno značilni zdravstveni problemi, ki so povezani z značilnostmi rasti in razvoja ter načina življenja. Ti vplivajo na njihovo telesno, duševno in duhovno ter družbeno zdravje. Poleg »klasičnih« bolezni in stanj pesti mlado populacijo tudi »nova obolevnost«, ki vključuje nezdravo koriščenje prostega časa, npr. motnje prehranjevanja in nezadostno telesno dejavnost, zlorabo drog, tvegano spolno vedenje, trpinčenje in zlorabe, motnje duševnega zdravja, ki se v težjih oblikah kažejo kot težave v komunikaciji, slab učni uspeh, nizka samopodoba in depresivnost.

Umrljivost

V Sloveniji je med letoma 2005 in 2007 umrlo 154 otrok in mladostnikov letno, stopnja umrljivosti je najvišja pri dojenčkih in mladostnikih. Umrljivost v zadnjih dveh desetletjih pada in se za starostno skupino 1–19 let ni pomembno spreminjala, pozitivne spremembe pa smo zabeležili pri dojenčkih.



Vir: Baza umrlih. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005–2007

Slika 3.1: Delež umrljivosti otrok in mladostnikov (0–19 let) po starosti in vzrokih smrti, Slovenija, 2005–2007.

Perinatalna umrljivost otrok

Perinatalna umrljivost otrok, težkih 1000 gramov in več, je v obdobju 2005–2007 znašala 4,1/1000 rojstev, kar je za petino manj kot pred desetimi leti in manj od povprečja tako starih kot novih članic EU. Višja je bila pri otrocih najmanj izobraženih žensk in posebej visoka pri otrocih tistih žensk, ki v nosečnosti niso bile na nobenem preventivnem pregledu. Umrljivost dojenčkov, tako neonatalna kot tudi postneonatalna, se je v zadnjem desetletju pomembno znižala. Po teh kazalnikih se Slovenija uvršča precej bolje od povprečja evropskih držav z nizko umrljivostjo otrok in odraslih (EUR-A). Med glavnimi vzroki umrljivosti dojenčkov izstopajo stanja, ki izvirajo iz perinatalnega obdobja, predvsem nepravilnosti, povezane s trajanjem nosečnosti in plodovo rastjo, ter prirojene anomalije. Tako kot v drugih evropskih

državah tudi pri nas otroci po prvem letu starosti in mladostniki najpogosteje umirajo zaradi poškodb in zastrupitev, sledijo novotvorbe in prirojene anomalije. Delež umrlih zaradi poškodb raste s starostjo (v starosti 1–6 let 40 %, 7–14 let 38 %, 15–19 let 73 % skupne umrljivosti). Najpogostejši vzrok so prometne nezgode s 64- in samomori s 14-odstotnim deležem umrljivosti.

Poškodbe v prometu

Zaradi prometnih nezgod z motornimi vozili je v obdobju 2005–2007 umrlo 27 otrok in mladostnikov letno. V zadnjem desetletju stopnja umrljivosti otrok in mladostnikov v prometu počasi pada, a je še vedno 1,5-krat višja, kot jo imajo najvarnejše evropske države. Otroci so v prometu žrtve predvsem kot potniki v avtomobilu in pešci, mladostniki pa kot osebe (predvsem potniki) v avtomobilu in motoristi. Delež otrok, ki umrejo kot pešci v prometu, se v zadnjem desetletju manjša, kar se razlaga z manjšo izpostavljenostjo, saj otroke večinoma vozimo v avtomobilu. Žrtve so najpogosteje otroci v starosti od enega leta do treh let. Problem pa še vedno ostaja visoka umrljivost otrok kot potnikov v avtomobilu, ki je najvišja v starosti 4–6 let in je visoka tudi v šolskem obdobju. Vzrok je v slabi varnostni kulturi, saj je pripetih le 61 % otrok, ki potrebujejo otroški varnostni sedež. Mladostniki pa so med najbolj ogroženimi skupinami v prometu, saj v avtomobilu umirajo 10-krat pogosteje kot starejši šolski otroci. Fantje na ta način umirajo 4-krat pogosteje kot dekleta. Med vzroki so najpomembnejši neizkušenost, iskanje vznemirljivih situacij in precenjevanje svojih sposobnosti, nižja toleranca za alkohol, prehitra vožnja, poudarja se tudi negativen vpliv vrstnikov kot sopotnikov v avtomobilu. Motoristi so pri nas žrtve napak drugih udeležencev v prometu, pogosto pa so tudi sami povzročitelji nesreč (prehitra vožnja, alkoholiziranost).

Duševno zdravje in samomor

Čeprav je 88 % fantov in 84 % deklet zadovoljnih s svojim življenjem, pa jih skoraj polovica vsaj enkrat mesečno doživlja psihosomatske simptome (razdražljivost, nespečnost, glavobol, bolečine v želodcu in križu), pri tem dekleta v povprečju navajajo več simptomov kot fantje. Raziskava med slovenskimi srednješolci je pokazala, da je bila klinično pomembna stopnja depresivnosti ugotovljena pri 21 % fantov in 42 % deklet, starih od 14 do 19 let. Poleg depresivne simptomatike so izstopale tudi težave s samopodobo in nizko samospoštovanje, ki je, bolj kot depresija, izstopajoč dejavnik za samomorilno tveganje pri mladostnikih. Kar 7 % fantov in 14 % deklet je poročalo, da so že poskušali storiti samomor. Tudi v novejši raziskavi je skoraj tretjina dijakov prvih letnikov vsaj enkrat ali pogosto razmišljala o tem, da bi se poškodovali, 16 % dijakov pa je navedlo, da so poskusili storiti samomor enkrat ali pogosteje. Žal resnost takega ravnanja potrjujejo tudi podatki o umrljivosti, saj je samomor pri nas drugi najpogostejši vzrok smrti pri otrocih in mladostnikih. V letih 2005–2007 si je vsako leto življenje vzelo povprečno 7 (6–10) mladih, večina v starosti 15–19 let. Med njimi je štirikrat več fantov kot deklet. Spodbudno pa je, da od leta 2004 v starostni skupini 0–14 let umrljivost zaradi samomora pada. V letih 2006 in 2007 v tej skupini ni bilo zabeleženih primerov samomora. Drugače je v starostni skupini 15–19 let: v letu 2006 je bilo v njej zabeleženih 10 samomorov, leta 2007 pa 6. Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje med mladimi so kompleksni, od socialnih in demografskih vzrokov do medosebnih odnosov in individualnih lastnosti.

Obolevnost

Otroci in mladostniki iščejo zdravniško pomoč pri izbranem zdravniku povprečno trikrat letno (mlajši otroci 5-krat, starejši otroci in mladostniki 2,5-krat), najpogosteje zaradi bolezni dihal, nalezljivih bolezni ter poškodb in zastrupitev. Pri zdravniku specialistu so obravnavani predvsem zaradi kroničnih bolezni kože, dihal

in boleznih oči, mladostniki pa tudi zaradi mišičnokostnih bolezni. Slednje ne preseneča, saj v zadnjih petnajstih letih na preventivnih zdravstvenih pregledih otrok in mladostnikov narašča delež mladih z ugotovljeno deformacijo hrbtenice (šolski novinci: 3 %, osnovnošolci: 9 %, srednješolci: 15 %) in motnjo ostrine vida (šolski novinci: 8 %, osnovnošolci 14 %, srednješolci: 25 %). Na zdravljenje v bolnišnico je letno sprejetih 61.000 otrok in mladostnikov, predvsem zaradi bolezni dihal, stanj, ki izvirajo iz perinatalnega obdobja, ter poškodb in zastrupitev.

Pomemben del akutne obolevnosti otrok in mladostnikov predstavljajo bolezni dihal, ki so najpogostejši vzrok za obisk pri izbranem zdravniku in glavni vzrok za zdravljenje v bolnišnici (25 % vzrokov za obisk in 15 % bolnišničnih obravnav). Na zdravljenje v bolnišnico so največkrat sprejeti mlajši otroci, predvsem zaradi akutnih infekcij spodnjih in zgornjih dihal (akutni bronhitis/bronhiolitis), nato stopnja hospitalizacije s starostjo pada. Otroci v predšolskem obdobju pogosto obolevajo tudi za črevesnimi naležljivimi boleznimi. Najpogostejše so okužbe z rotavirusi in kalicivirusi, ki se zaradi velike kužnosti pojavljajo tudi kot manjši ali večji izbruhi, zlasti v vrtcih.

Od kroničnih bolezni so v ospredju in v porastu alergijske bolezni (7 % vzrokov za obisk in 3 % bolnišničnih obravnav), predvsem astma (prevalenca: 14 % prvošolcev), alergijski dermatitis in alergijski nahod. V porastu je tudi sladkorna bolezen tipa 1, saj se število mladih bolnikov vsako leto poveča za 3,6 %. Zaradi slabih prehranjevalnih navad in nezadostne telesne dejavnosti se otroci in mladostniki že srečujejo s težavami uravnavanja primerne telesne teže in z boleznimi gibal. Vse več otrok in mladostnikov ima prekomerno telesno težo. V letih 1987–2007 je delež prekomerno težkih fantov narasel v povprečju s 13 % na 21 %, deklet pa s 13 % na 18 %. Delež debelih fantov je v istem obdobju narasel s 3 % na 8 % in deklet s 3 % na 6 %. Slovenija se tako med 41 evropskimi in severnoameriškimi državami po deležu prekomerno hranjenih in debelih 15-letnikov uvršča v prvo tretjino.

Prehranjevalne navade

Nezdrave prehranjevalne navade so izrazite prav pri otrocih in mladostnikih. Glede na priporočila uživajo premalo zelenjave in sadja ter rib, dekleta pa tudi premalo mleka, mlečnih izdelkov in mesa. Prepogosto posegajo po energijsko gostih jedeh, sladkih in slanih prigrizkih ter sladkanih pijačah. To so tudi najpogostejše oglaševane skupine živil, ki vplivajo na prehransko vedenje in posledično odstopanje od priporočenega vnosa živil in hranil. Zaužijejo manjše število dnevnih obrokov od priporočenega, obenem se prehranjujejo neredno, predvsem opuščajo zajtrk. V letih 2002–2006 se je povečal delež otrok in mladostnikov, ki dnevno zajtrkujejo in uživajo sadje, medtem ko se je delež teh, ki dnevno uživajo zelenjavo, zmanjšal. Vsak dan uživa sadje in zelenjavo več deklet (47 %) kot fantov (34 %), uživanje sadja in zelenjave s starostjo upada, manj pa uživajo sadje tudi otroci iz družin z nižjim socialno-ekonomskim statusom. Vseeno dekleta veljajo za slabše prehranjen del populacije, saj slovenski podatki o prehrani mladih doječih mamic kažejo, da jim v prehrani primanjkuje nekaterih vitaminov in elementov. Slabši odnos do prehrane in lastne podobe, kot odziv na okolje in družbo, pri mladostnicah vodi v vse pogostejši pojav prehranskih motenj (anoreksije in bulemije).

Telesna dejavnost in preživljanje prostega časa

Mladim se priporoča vsaj 60 minut zmerne telesne dejavnosti na dan, vendar tem priporočilom sledi manj kot polovica slovenskih 11-, 13- in 15-letnikov, delež pa se je v letih 2002–2006 znižal s 45 % na 40 %. S starostjo telesna dejavnost pri otrocih upada, po eno uro na dan pet ali več dni v tednu je aktivnih polovica 11-letnikov in

le še slaba tretjina 15-letnikov. Sicer pa so fantje bolj telesno dejavni kot dekleta; poleg tega je med tistimi, ki se redno rekreirajo, več otrok iz visokega socialno-ekonomskega razreda. Eden od vzrokov, da telesna dejavnost med otroci in mladostniki upada, je morda v tem, da so zabava, razvedrilo in sprostitve vse redkeje razlog za telesno dejavnost, vse pogosteje pa na njihovo mesto stopata telesni videz in kondicija.

Slovenska mladina se v prostem času večinoma druží s prijatelji oziroma prijateljicami, gleda televizijo, posluša glasbo in se ukvarja s športom. Žal delež redno telesno dejavnih mladih v zadnjih letih upada, vse bolj pa se uveljavlja sedeč življenjski slog. Enajstletniki med tednom v šoli in ob šolskem delu doma skupaj presedijo v povprečju že okoli 9 ur. Poleg tega najstniki tudi svoj prosti čas pogosto namenjajo računalniku in televiziji, kar 86 % jih med tednom preživi več kot pol ure dnevno pasivno pred ekranom. Gledanje televizije in uporaba računalnika sta pogostejši pri fantih kot pri dekletih.

Raba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi

Mladostniki večino prostega časa preživljajo v družbi vrstnikov, kjer je uporaba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi pogosto osnovni del druženja. V Sloveniji izstopa pitje alkoholnih pijač, saj je tovrstne pijače že pilo 85 % 15-letnikov, dve tretjini 13-letnikov in dobrih 40 % 11-letnikov. Z alkoholnimi pijačami se mladostniki v povprečju prvič srečajo pri 13. letih, redno pa jih uživa 28 % 15-letnikov. Prvič se slovenski mladostniki opijejo pri 14. letih, fantje pogosteje in pri nižji starosti kot dekleta. V primerjavi z letom 2002 beležimo med mladimi enako uporabo alkohola in nekoliko manj opijanja ter znatno manjšo rabo tobaka in marihuane. Slovenski 15-letniki so bili leta 2006 ob kajenju prve cigarete stari 13 let, redno pa je kadilo 18 % 15-letnikov. Za alkoholom in tobakom ostaja marihuana tista psihoaktivna snov, ki jo šolska mladina najpogosteje uporablja. Glede na leto 2002 se je povečal delež 15-letnikov, ki še niso uporabili marihuane, in tistih, ki je ne uporabljajo redno.

Spolno vedenje

Mladi danes vstopajo v partnerske zveze v povprečju mlajši in tudi prej kot nekoč pričenjajo spolno življenje. Srednja starost ob prvem spolnem odnosu, ko ima polovica srednješolcev že spolne odnose, se je znižala na 17 let. Ob tem je porasla raba zanesljive kontracepcije, predvsem kontracepcijskih tablet. Kondom ob prvem spolnem odnosu uporabi okoli tri četrte mladostnikov, slabša pa je uporaba kondoma oziroma dvojne zaščite ob naslednjih spolnih odnosih. Rodnost in dovoljena splavnost pri mladostnicah sta pomembno upadli, kar nas uvršča med uspešnejše države na tem področju.

Nasilje

Nasilja nad mladoletnimi osebami je vse več, delno tudi na račun večje občutljivosti javnosti. Prijavljenih je 80/10.000 kaznivih dejanj zoper mladoletnike, 6/10.000 primerov zanemarjanja in surovega ravnanja z otroki do 18. leta starosti in 8/10.000 spolnih zlorab otrok do 15 leta starosti. Zaradi nasilja je v bolnišnici letno zdravljenih 19 otrok in 66 mladostnikov, v obdobju 2005–2007 pa so zaradi tega umrli trije v starosti 7–19 let. Raziskava med odraslimi prebivalci Slovenije je pokazala, da jih kar tretjina pozna vsaj eno družino, v kateri je klofuta običajen način kaznovanja otrok. Otroci, ki so žrtve nasilja, trpijo tako fizične posledice (poškodbe), kot tudi posledice na področju spolnega in reproduktivnega zdravja ter psihološke in vedenjske posledice. Iz rezultatov anket je sklepati, da narašča tudi medvrstniško nasilje. V letu 2006 je skoraj polovica vprašanih najstnikov sodelovala pri pretepanju, četrtnina pa jih je bila vsaj enkrat trpinčenih. Fantje so bolj nasilni in

tudi pogosteje žrtve nasilja, težke poškodbe mladostnikov zaradi napada pa se največkrat zgodijo v prostem času.

Viri

Brcar P. Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov. Pridobljeno 30. 4. 2009 s spletne strani: [http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/856-](http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/856-ZdravjecotrokCcmadostnicincmladostnikovcPOLONAcBRCARcmarecc...)

ZdravjecotrokCcmadostnicincmladostnikovcPOLONAcBRCARcmarecc...

Dekleva B. Nasilje med vrstniki v zvezi s šolo. Revija za kriminalistiko in kriminologijo 1996; (47) 4: 355-65.

Filipčič K. Obravnavanje zanemarjanja, zlorab in nasilja nad otroki in mladino. In: Černak MA (ur.). Otroci in mladina v prehodni družbi: analiza položaja v Sloveniji, Ljubljana: MŠŠ, Urad RS za mladino; Maribor: Aristej, 2005: 239-60.

Gabrijelčič Blenkuš M. Prehranske navade ljubljanskih srednješolcev. Podiplomska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za socialno medicino in higieno, 2000.

Hafner A. Motnje hranjenja. V: Zdrav življenjski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje.

Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T (ur.). HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.

Koprivnikar H. Telesna dejavnost pri mladih v Sloveniji in v svetu. V: Kostanjevec S, Torkar G, Gregorič M, Gabrijelčič M (ur.) Zdrav življenjski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008: 48-54

Kostanjevec S., Torkar G., Gregorič M., Gabrijelčič Blenkuš M. (ur.). Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.

Maček V. Astma pri otroku. Med Razgl 2002;41:S1:147-51

Rok Simon M. Poškodbe otrok in mladostnikov v Sloveniji. Analiza podatkov o umrljivosti in obolevnosti. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.

Sedmak M, Medarič Z, Simčič B. Nasilje v družinah v Sloveniji: Rezultati raziskave. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno raziskovalno središče Koper, 2006.

Stergar, E., Pucelj, V. in Scagnetti, N. ESPAD: Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2003. Ljubljana: MZ, Urad za droge, 2005.

Tomori M. Podatki o splošnih značilnostih srednješolcev vključenih v raziskavo. In: Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: 1998.

Ule, M; Kuhar, M. Sodobna mladina: Izziv sprememb. V: Mihelj V. (ur.). Mladina 2000. Ljubljana, Maribor: Urad Republike Slovenije za mladino in Aristej, 2000: 40-78.

Uršič Bratina N. Sladkorna bolezen pri otrocih in mladostnikih - tip 1. Zbornik Seminarja za učitelje o sladkorni bolezni. Ljubljana: 2008.

Zdravje žensk med 20. in 64. letom

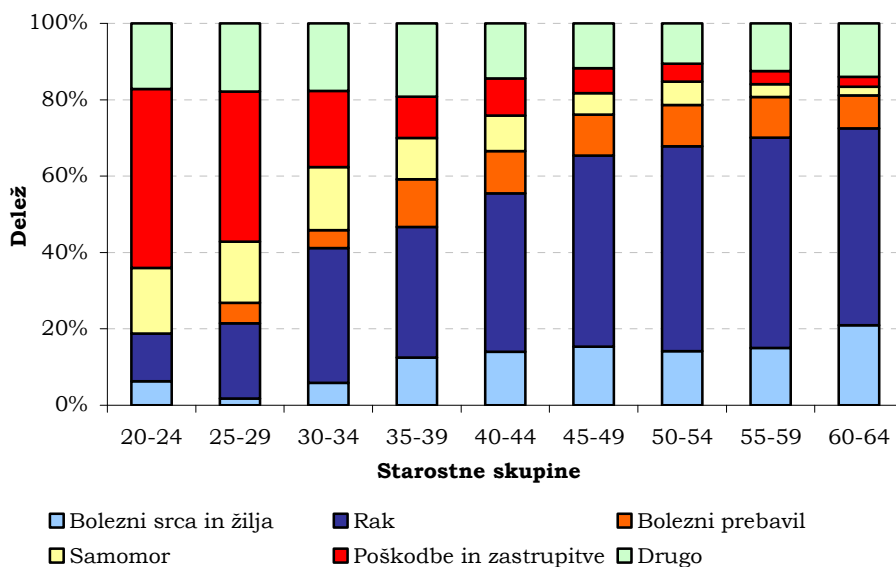
Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič, Andreja Drev, Zalka Drglin, Vida Fajdiga Turk, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Matej Gregorič, Tatjana Kofol Bric, Helena Koprivnikar, Katja Kovše, Maja Primic Žakelj, Irma Renar, Mateja Rok Simon, Saška Roškar, Jožica Šelb Šemerl, Vesna Zadnik, Maja Zorko, Aleksandra Žalar

Ženske dobivajo bolezni, ki so značilne za oba spola, ogrožene pa so tudi zaradi svoje reproduktivne vloge in bolezni, ki so značilne le zanje. Ženska, rojena v Sloveniji leta 2007, lahko pričakuje, da bo živela 82,1 let, kar je 7,3 leta več od moškega in eno leto manj od povprečja prebivalk starih članic EU. Čeprav moški umirajo mlajši, pa večina raziskav kaže, da ženske zbolevalo pogosteje in večji delež svojega življenja preživijo bolne. Prebivalka Slovenije lahko pričakuje, da bo z boleznijo preživela 21 let oziroma četrtno svojega življenja.

Tretjina žensk med 20. in 64. letom ima kakšno dolgotrajno bolezen ali zdravstveno težavo, okoli 7 % pa jih svoje splošno zdravstveno stanje ocenjuje kot slabo ali zelo slabo. Zdravnika obiščejo večkrat kot moški, med glavnimi vzroki so akutne okužbe dihal in sečil, bolezni ženskih spolnih organov in skeletno-mišične bolezni, pri mlajših tudi poškodbe in po 50. letu starosti srčno-žilne bolezni, predvsem zvišan krvni tlak. Pogosti so tudi preventivni pregledi, predvsem zaradi presejanja raka materničnega vratu, kontracepcijskega svetovanja in pregledov v nosečnosti. Vodilni razlogi za odsotnost z dela so skeletno-mišične bolezni, poškodbe, akutne okužbe dihal in duševne motnje, pri mlajših beležimo tudi zelo pogoste in dolge bolniške v času nosečnosti ter pogoste odsotnosti zaradi nege družinskega člana.

Ženske v starosti od 20 do 64 let so pogosteje kot moški zdravljene v bolnišnici, vendar gre razlika na račun mlajših žensk in njihove reproduktivne vloge. Glavni razlogi za hospitalizacijo so namreč pri ženskah do 40. leta nosečnost in porod ter nevnetne bolezni spolnih organov. Slednje zavzemajo vodilno mesto vse do 60. leta starosti. Med pomembnejšimi vzroki hospitalizacij so še benigne in maligne neoplazme, bolezni prebavil, predvsem žolčnika, poškodbe ter bolezni obtočil in mišično skeletnega sistema.

V obdobju 2005–2007 je v Sloveniji v starosti od 20 do 64 let povprečno umrlo več kot 1200 žensk letno (191/100.000). Vodilni vzroki prezgodnje umrljivosti so maligne bolezni, ki so odgovorne za 44 % prezgodaj izgubljenih let življenja. Sledijo srčno-žilne bolezni, zlasti pri starejših, ter nenamerne poškodbe, zaradi katerih izgubimo največ mladih žensk. Med pogostimi vzroki so še bolezni prebavil, jeter in samomor (Slika 3.2).



Vir: Baza umrlih. Inštitut za varovanje zdravja RS

Slika 3.2: Delež posameznih vzrokov smrti pri ženskah po starostnih skupinah, od 20 do 64 let, Slovenija, 2005–2007

Reproduktivno zdravje

Velik del bremena bolezni žensk je povezan z reproduktivnim zdravjem. Pri ženskah v aktivni dobi spadajo bolezni spolnih organov med najpogostejše vzroke za obisk pri zdravniku ter zdravljenje v bolnišnici. Pri mlajših prevladujejo vnetja in motnje menstrualnega ciklusa. Razmeroma pogosta patologija so tudi predrakave spremembe materničnega vratu ter neplodnost. Med 40. in 64. letom so v ospredju menopavzne in obmenopavzne motnje. Pomembna so še vnetja, benigne novotvorbe, predvsem leiomiomi maternice, predrakave spremembe na materničnem vratu ter težave zaradi zdrsa ženskih spolnih organov.

Podatkov o prevalenci neplodnosti v Sloveniji na žalost nimamo, število postopkov zunajmaternične oploditve pa narašča. Po podatkih slovenskih centrov jih je bilo v letu 2005 izvedenih 2907; na ta način se je rodilo 695 ali 3,8 % vseh živorojenih otrok. Stopnja dovoljene splavnosti upada od leta 1982 in se je leta 2007 znižala na 10,5/1000 žensk v rodni dobi, s čimer spadamo v povprečje med državami EU. Zmanjševanje dovoljene splavnosti je povezano z večjo rabo zanesljive kontracepcije, med metodami prevladuje hormonska kontracepcija. Pri dovoljeni splavnosti beležimo precejšnje regijske razlike, dovoljenih splavov je več pri manj izobraženih ženskah in ženskah iz nižjih socialno-ekonomskih slojev.

Zdravje v nosečnosti

Za nosečnost, porod in poporodno obdobje so značilna posebna zdravstvena tveganja, ki imajo lahko za ženske dolgotrajne posledice. To obdobje je ključno tudi za zdravje otroka. Obvladovanje obolevnosti v nosečnosti ima dolgoročno velik vpliv na zdravje populacije, saj zdrava nosečnost in najzgodnejše otroštvo zmanjšujeta celo tveganje za pogoste bolezni v odrasli dobi, kot sta zvišan krvni tlak in sladkorna bolezen. Povprečna starost matere ob rojstvu otroka je v zadnjih desetih letih zrasla za več kot dve leti in je dosegla že 30 let. Višja starost mater je povezana z večjim številom zapletov v nosečnosti.

Pri normalno potekajoči nosečnosti ima nosečnica pravico do desetih preventivnih pregledov ter dveh ultrazvočnih preiskav. V obdobju 2005–2007 je bilo to število skoraj doseženo, saj smo zabeležili 9,7 pregledov na nosečnico. Brez pregleda je bilo manj kot pol odstotka porodnic. Prvi pregled je bil povprečju v 10. tednu, kar je teden in pol prej kot pred desetimi leti. Delež nosečnic, ki opravijo presejalni test za odkrivanje kromosomskih anomalij, raste. V letih 2005–2007 sta ga opravili v povprečju 2/3 nosečnic; v starosti 35–37 let, ko je brezplačen, pa 79 % nosečnic. Pogosteje so ga opravile bolj izobražene ženske, kar je lahko posledica njihove boljše ozaveščenosti ali pa slabše dostopnosti za nekatere druge skupine, saj je test za večino plačljiv. Na področju predporodnega varstva smo žal priča vse večji komercializaciji nekaterih zdravstvenih storitev, a premalo pozornosti se namenja najbolj ranljivim skupinam, na primer odkrivanju žensk s slabim socialno-ekonomskim položajem, žensk z duševnimi stiskami ter žensk, ki so žrtve nasilja, čeprav je znano, da so ta stanja povezana z večjo obolevnostjo mater in otrok.

V obdobju 2005–2007 je kar 40 % porodnic v nosečnosti pridobilo več kot 15 kg telesne teže, največ mlajše. V nosečnosti je kadila vsaka deseta porodnica. Leta 2005 izvedena raziskava v šolah za starše je pokazala, da je dobrih 27 % nosečnic v domačem okolju izpostavljenih pasivnemu kajenju. Raziskava je tudi pokazala, da je približno 6 % nosečnic v zadnjem letu nekajkrat tedensko ali pogosteje uživalo alkoholne pijače. Najpogosteje zabeležena obolenja v nosečnosti so krvavitve, odmrtje zarodka ali spontani splav ter prekomerno bruhanje. Pomembna so še vnetja nožnice in sečil, edemi in zvišan tlak, sladkorna bolezen, grozeč prezgodnji porod ter nepravilnosti in znaki ogroženosti ploda, med katerimi prevladuje zastoj rasti. Število spontanih splavov in drugih patoloških oblik nosečnosti, ki se končajo s smrtjo zarodka, v primerjavi s porodi raste. V obdobju 2005–2007 smo jih zabeležili 153/1000 porodov. Stopnja zunajmaterničnih nosečnosti je znašala 18/1000 porodov in rahlo upada. V bolnišnici je bilo zdravljenih 18 % nosečnic, ki so rodile v obdobju med letoma 2005 in 2007.

Brez posega se je v letih 2005–2007 končalo 81 % porodov, v 16 % je bil potreben carski rez, v 3 % pa vakuumska ekstrakcija. Delež carskih rezov strmo narašča, med letoma 1999 in 2007 je porasel s 101 na 168/1000 živorojenih otrok. Večini porodnic so med porodom lajšali bolečine. Epiduralni blok je s 6,5 % še relativno redek, a se z leti vse več uporablja. Epiziotomija je bila narejena pri skoraj polovici vaginalnih porodov, kljub temu se je pri več kot četrtini poškodovala porodna pot. Po porodu so ostale otročnice v porodnišnici povprečno 4,4 dni.

Skoraj 93 % živorojenih otrok v letih 2005–2007 je bilo donošenih in le 0,6 % rojenih pred 28. tednom nosečnosti. Otroci iz večplodnih nosečnosti so predstavljali 3,3 % vseh rojenih otrok, njihov delež je bil za 32 % višji kot pred desetletjem. S porodno težo pod 2500 gramov je bilo rojenih 6 % otrok. To je več kot pred desetletjem in je povezano z večjim številom večplodnih nosečnosti. Stopnja perinatalne umrljivosti je bila nižja od povprečja v EU.

Stopnja maternalne umrljivosti je v letih 2000–2002 znašala 15,1/100.000 ter v letih 2003–2005 9,4/100.000 živorojenih otrok. Med vzroki prevladujejo duševne bolezni v povezavi z nosečnostjo in poporodnim obdobjem, porodne in poporodne krvavitve, kronična in maligna obolenja ter v zadnjih letih hipertenzivne bolezni v nosečnosti. Ti podatki kažejo, da je stopnja maternalne umrljivosti v Sloveniji sicer primerljiva z rezultati razvitega sveta, a še precej zaostajamo za najuspešnejšimi državami na tem področju.

Rak

V Sloveniji v zadnjih letih za rakom zbolijo več kot 5000 žensk, okrog 40 % je starih od 20 do 64 let. Leta 2006 je v tej starostni skupini zbolelo 2189 žensk (346,3/100.000). Med rojenimi leta 2006 bo za rakom do 65. leta zbolela ena od šestih žensk. Od 2346 žensk, ki so leta 2006 zaradi raka umrle, jih je bilo 25 % (582) starih od 20 do 64 let. Več kot četrtina onkoloških bolnic v tej starostni skupini zbolijo za rakom dojke, več kot 15 % jih ima enega od ginekoloških rakov. Z javnozdravstvenega vidika sta pomembna še rak debelega črevesa in danke ter pljučni rak, ki skupaj obsegata več kot 13 % vseh primerov (tabela 3.1). Njuna incidenca pri ženskah strmo raste, zato bomo morali biti prav nanju v prihodnje še posebej pozorni.

Tabela 3.1: Odstotni deleži najpogostejših mest raka pri ženskah, starih 20–64 let, v Sloveniji, 2006

Dojka	28,7	Koža, melanom	5,2
Koža, razen melanoma	12,6	Jajčnik	4,3
Debelo črevo in danka	8,0	Ščitnica	3,6
Maternični vrat	6,1	Ne-Hodgkinovi limfomi	2,3
Maternično telo	5,9	Ostalo	17,8
Pljuča	5,4	Skupaj	100,0

Vir: Register raka, 2009

Rak dojke je praviloma bolezen žensk in je pogostejši v razvitem svetu. Slovenija po incidenci spada v sredino lestvice evropskih držav. Leta 2006 je v Sloveniji za njim zbolelo 1112 (109/100.000) žensk; v starosti 20–64 let 629. Incidenca raka dojke se večja, v zadnjih desetih letih za povprečno 3,1 % letno. Čeprav se preživetje bolnic izboljšuje, rak dojke še vedno ostaja na prvem mestu vzrokov smrti zaradi raka pri ženskah. Leta 2006 je zaradi njega umrlo 400 žensk, 126 med njimi jih je bilo ob smrti starih med 20 in 64 let. Za preprečevanje raka dojk za zdaj lahko svetujemo le zdrav način življenja. Glede na to, da primarna preventiva ni najuspešnejša, so naporji usmerjeni v sekundarno preventivo, to je v organizirano populacijsko presejanje z mamografskim pregledovanjem. V Sloveniji smo marca 2008 začeli uvajati državni presejalni program DORA za ženske v starosti 50–69 let.

Med **ginekološke rake** uvrščamo rake zunanjšega spolovila, nožnice, materničnega vratu, materničnega telesa, posteljice in jajčnikov z adneksi. Mlajše ženske v največji meri ogroža rak materničnega vratu. V Sloveniji smo leta 2006 pri ženskah, starih od 20 do 64 let, zabeležili 134 primerov raka materničnega vratu, 130 primerov rakov materničnega telesa, 95 primerov raka jajčnikov in 8 primerov raka zunanjšega spolovila. Raki materničnega vratu, nožnice in zunanjšega spolovila spadajo v skupino rakov, katerih nastanek je pogojen z okužbo z onkogenimi sevi virusov papiloma. Za zmanjšanje bremena teh rakov se priporoča ustrezna zdravstvena in spolna vzgoja. Danes veliko obeta tudi cepljenje proti okužbi z virusi papiloma. Ker pa cepivo ne varuje pred vsemi sevi, popolne odprave problema ni pričakovati. Poleg primarne je pri teh rakih zelo pomembna tudi sekundarna preventiva. Z uvedbo organiziranih populacijskih presejalnih programov lahko pri raku materničnega vratu pomembno zmanjšamo incidenco in umrljivost. V Sloveniji

se od leta 2003 izvaja in kaže dobre rezultate državni presejalni program za raka materničnega vratu ZORA.

Srčno-žilne bolezni

Srčno-žilne bolezni so pri ženskah pred menopavzo precej manj pogoste kot pri moških, a vseeno pri ženskah v starostni skupini 20–64 let predstavljajo drugi najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost. S staranjem se razlike med spoloma zmanjšujejo. Večino teh bolezni je mogoče preprečiti z vplivanjem na dejavnike tveganja. Med spoloma obstajajo pomembne razlike pri izražanju bolezni, poteku, odgovoru na zdravljenje in izidih zdravljenja, zato je v prihodnje treba srčno-žilnim boleznim pri ženskah posvetiti posebno pozornost.

Nenamerne poškodbe

Nenamerne poškodbe spadajo med najpomembnejše vzroke za prezgodnjo umrljivost žensk. Ženske med 20. in 64. letom se v skoraj 2/3 primerov smrtno poškodujejo v prometnih nezgodah, predvsem v avtomobilu. Ženske se na cesti sicer vedejo manj tvegano, vendar so manj pazljive, manj izkušene in bolj utrujene kot moški. Naši podatki kažejo izrazito razliko glede na starost, saj imajo mlajše ženske povprečno dvakrat višjo stopnjo umrljivosti zaradi tega razloga v primerjavi z ženskami srednjih let.

Skeletno-mišične bolezni

Skeletno-mišične bolezni so z 18 % vseh izgubljenih dni pri ženskah vodilni vzrok nezmožnosti za delo. Med njimi prevladujejo bolezni hrbta, ki se izrazito povečajo po 40. letu starosti in so povezane s telesnimi obremenitvami in psihosocialnimi razmerami na delovnem mestu. Ženske pogosteje zbolijo za revmatoidnim artritisom in osteoporozo, ki zahteva večjo pozornost zdravstva za odkrivanje ogroženih in ustrezno obravnavo.

Duševne motnje in samomor

Duševne motnje predstavljajo veliko breme, ki se kaže v obolevnosti in manjzmožnosti žensk. V primerjavi z moškimi sta pri ženskah pogostejši depresija in anksioznost, pojavljajo pa se tudi specifične motnje, kot so pred- in poporodne duševne motnje. Depresija je najpogostejša duševna motnja žensk, po podatkih iz leta 2007 jo je kadar koli v življenju imelo 4,6 % prebivalk Slovenije, starih od 20 do 65 let. Podatki so najverjetneje podcenjeni, saj bolezen pogosto ostaja neprepoznana. Prevalenca pri ženskah v Evropi je ocenjena na 17 %. Pogost zaplet nezdravljene depresije je samomorilno vedenje. Ženske prevladujejo v skupini poskusov samomora, čeprav je med dokončanimi samomori več moških. V letih 2005–2007 je med 20. in 64. letom starosti zaradi samomora umrlo 190 žensk, kar predstavlja 58 % vseh samomorov žensk. Večja pojavnost nekaterih duševnih težav pri ženskah je povezana z večjo izpostavljenostjo dejavnikom, kot so slabši socialni in finančni položaj, diskriminacija in nasilje, ki so povezani z družbeno vlogo spolov. Položaj žensk v Evropi je relativno dober, a razlike med spoloma še vedno obstajajo, tudi v Sloveniji. Mlade ženske imajo več težav pri iskanju zaposlitve, več zaposlitev je za določen čas, imajo v povprečju nižji dohodek, tudi stopnja tveganja za revščino je višja pri ženskah. Obstajajo tudi občutne razlike pri delu v gospodinjstvu, za katerega porabijo ženske dvakrat več časa kot moški, prav tako večinoma prevzamejo skrb za otroke, kar se odraža v večji obremenjenosti žensk in v stresu. V obdobju recesije je pričakovati, da se bo položaj žensk še poslabšal.

Alkohol

Alkohol je tudi pri ženskah povezan s številnimi vzroki za prezgodnjo umrljivost, izstopajo alkoholna ciroza in duševne ter vedenjske motnje. Težave zaradi alkohola so verjetno pogostejše, kot je zabeleženo, saj se zaradi večje stigmatizacije uživanja alkohola pri ženskah pogosto prikrivajo. Zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov letno umre povprečno 14,2/100.000 žensk, starih od 20 do 64 let. Raziskava Slovensko javno mnenje 1999 je ocenila, da je od alkohola odvisna vsaka 25. polnoletna ženska. Po podatkih iz leta 2007 pa 3,8 % odraslih žensk mesečno ob eni priložnosti popije šest ali več enot alkohola.

Nasilje

Nasilje ima številne posledice za zdravje. Povezano je z duševnimi motnjami, s poškodbami, kroničnimi bolečinami, posledicami za reproduktivno zdravje, vključno z večjim tveganjem za slab izid nosečnosti. Prevalenca nasilja nad ženskami je zaskrbljujoča, po ocenah nevladnih organizacij je v Sloveniji žrtev nasilja vsaka peta ženska. Nasilje žal ni prepoznano kot pomemben javnozdravstveni problem, premalo pozornosti se namenja razvoju preventivnih programov, prepoznavanje žrtev v zdravstvu je slabo in ukrepanje premalo učinkovito.

Kajenje, prehrana, telesna dejavnost

Kajenje je pri ženskah povezano z zmanjšano plodnostjo, med nosečnostjo povzroča zastoj rasti, nizko porodno težo, prezgodnji porod in zmanjšanje otrokovih pljučnih funkcij. Je tudi ključna determinanta pljučnega raka. Povezano je še z rakom materničnega vratu in s številnimi drugimi raki, z boleznimi srca in žilja ter dihal in z zmanjšano kostno gostoto. V letu 2007 je bilo med ženskami v starosti od 20 do 64 let 27,6 % kadilk, največ med 40. in 49. letom (35,8 %) starosti. Obremenjenost in stres pri ženskah v aktivni dobi zmanjšujeta motivacijo za opuščanje kajenja. Sicer pa se ženske v večji meri zdravo prehranjujejo in bolj skrbijo za telesno težo kot moški. Obroke uživajo bolj redno in pogosteje posegajo po sadju in zelenjavi. Več nezdravih prehranskih navad imajo ženske v starosti od 40 do 49 let, tiste z dve- do triletno poklicno šolo, zaposlene in ženske iz vaškega okolja ter iz vzhodne Slovenije. Po podatkih iz leta 2007 je med 20. in 29. letom prekomerno težkih 14,3 % ter debelih 5,7 % žensk. Prekomerna teža narašča vse do starostne skupine 60–64 let, v kateri je prekomerno težkih 38,8 % žensk, debelih pa že 27,5 %. Podatki raziskave Slovensko javno mnenje 2006 so pokazali, da so ženske še vedno nekoliko manj telesno dejavne kot moški. Telesno dejavnih je skoraj 60 % žensk, od teh jih skoraj dve tretjini izpolnjuje priporočila za zadostno telesno dejavnost za krepitev zdravja.

Viri

European Commission. Major and Chronic Diseases - Report 2007. Luxembourg: European Commission; 2008.

Nyboe Andersen A, Goossens V, Bhattacharya S, Ferraretti AP, Kupka MS, de Mouzon J, Nygren KG. Assisted reproductive technology in Europe 2005. Results generated from European registers by ESHRE. Human Reproduction 2009; 1: 1-21.

Incidenca raka v Sloveniji 2006. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka RS; 2009.

Sen G, Östlin P, George A. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007.

Zaletel-Kragelj L., Fras Z., Maučec Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana, CINDI Slovenija, 2004

Zadnik V, Primic-Žakelj M. Rak pri ženskah. In: Rak rodil. Ljubljana 2009: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; p. 7-14.

Zadnik V, Žagar T, Primic-Žakelj M. Ginekološki raki v Sloveniji = Gynecological cancers in Slovenia. In: 80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru: mednarodni znanstveni simpozij. Maribor 2008: Univerzitetni klinični center Maribor; p. 443-55.

Žalar A. Pasivno kajenje nosečnic v RS. Svetovni dan brez tobaka 2006. Strokovni posvet. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana 2006.

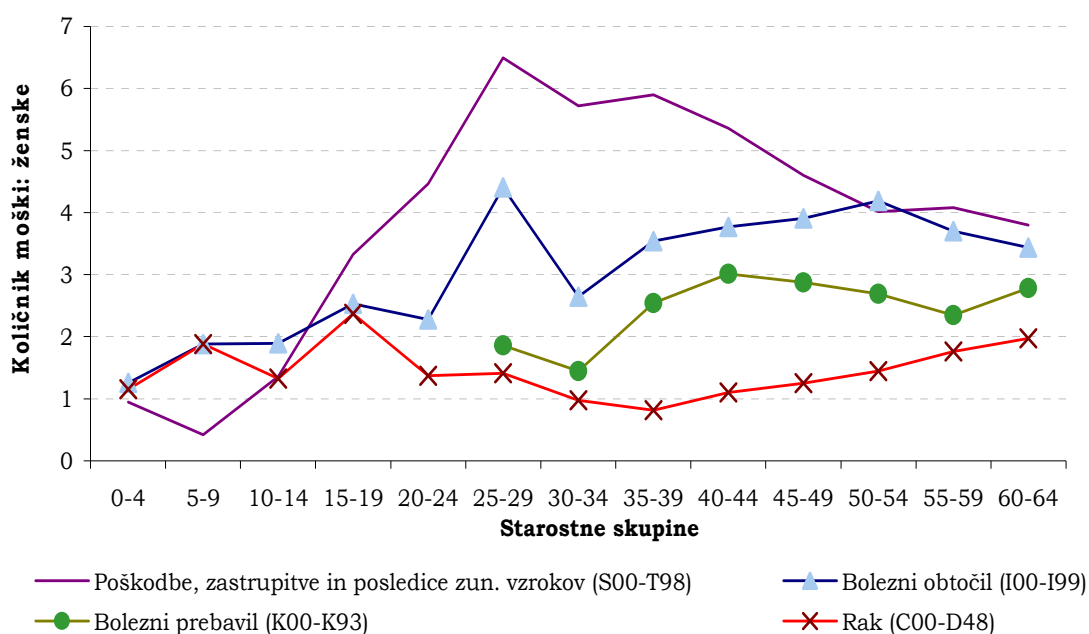
WHO, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide to essential practice, Geneva 2006.

Zdravje moških med 20. in 64. letom

Tatjana Kofol Bric, Maja Bajt, Andreja Drev, Matej Gregorič, Helena Koprivnikar, Katja Kovše, Maja Primic Žakelj, Mateja Rok Simon, Saška Roškar, Jožica Šelb Šemrl, Vida Fajdiga Turk, Sonja Tomšič, Vesna Zadnik, Maja Zorko

Zdravje moških v slovenski zdravstveni politiki ni celovito obravnavano kot posebno področje proučevanja in ukrepanja. Z vidika zdravja odrasle moške na splošno obravnavamo kot manj ogrožene. Vendar različni podatki kažejo, da zaslužijo usmerjeno pozornost s specifičnimi preventivnimi ukrepi, prilagojenimi na specifične poglede in odzive moških na zdravje, življenjski slog in bolezni.

Moški med 20. in 64. letom obiščejo izbrane zdravnike za 35 % in specialiste za 20 % redkeje kot ženske, le v starosti med 50. in 69. letom so moški za 17 % pogosteje v bolnišnici kot ženske. Tudi ko izločimo nego otrok in bolezni v nosečnosti, imajo moški še vedno več kot 10 % nižjo stopnjo obravnavanih primerov in v povprečju dva dni manj bolniške odsotnosti na leto kot ženske. A kljub boljšim kazalcem je končni izid za moške veliko slabši, saj umirajo 7,2 let prej kot ženske (Slika 3.3).



Vir: Baza umrlih, IVZ

Slika 3.3: Razmerje stopenj prezgodnje umrljivosti – količnik moški:ženske, pri najpogostejših skupinah vzrokov smrti, po starostnih skupinah, Slovenija, 2003–2007

Po anketah o zdravju ocenjujemo, da moški v Sloveniji, ki doživijo 65 let starosti, lahko pričakujejo povprečno še 7,4 let zdravega življenja. Preden dosežejo 65 let, v Sloveniji v zadnjih letih umre povprečno 4400 prebivalcev letno, med njimi je 71 % moških. Tako imenovano prezgodnjo umrljivost obravnavamo v javnem zdravju kot nesprejemljivo. Vsi vzroki smrti pri mlajših od 65 let morajo biti deležni posebnega preventivnega delovanja na ravni države in so bili prvi razlog za opis v tem prispevku.

Najpogostejši vzroki, zaradi katerih umirajo moški med 20. in 64. letom starosti, so rak, bolezni srca in žilja ter poškodbe in zastrupitve. Največ izgubljenih let povzročijo poškodbe in zastrupitve, med katerimi so na prvem mestu samomori, ki jim sledijo poškodbe v cestnem prometu.

Poškodbe

Moški so veliko bolj izpostavljeni poškodbam kot ženske. Kljub temu da je bil v zadnjem desetletju med vsemi vzroki za prezgodnjo umrljivost prav pri poškodbah in zastrupitvah dosežen največji padec števila prezgodaj umrlih in skupnih izgubljenih let, je Slovenija s standardizirano stopnjo 75 na 100.000 moških do 65. leta daleč za državami EU-15, kjer so že dosegli stopnjo pod 40. Moški, stari med 20 in 64 let, najpogosteje uporabljajo zdravstvene storitve, in to na vseh ravneh, prav zaradi poškodb in za okrevanje po poškodbah porabijo 35 % od vseh dni bolniške odsotnosti.

Moški, stari od 20 do 64 let, imajo v prometu štirikrat višjo stopnjo umrljivosti kot ženske, stopnja težkih poškodb, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici, je skoraj dvakrat višja. Vzroke je mogoče iskati v večji izpostavljenosti moških, ki povprečno prevozijo več kilometrov poti, še bolj pomembno pa je, da se v prometu bolj tvegano vedejo. Tudi med smrtno poškodovanimi motoristi je kar 95 % moških.

Samomor in depresija

V Sloveniji stori samomor približno 3,5-krat več moških kot žensk. V obdobju 2005–2007 je povprečno zaradi samomora umrlo 276 moških letno, z letno izgubljenimi 5524 leti življenja do 65. leta starosti. V letu 2007 je standardizirana stopnja umrljivosti zaradi samomora med moškimi, starimi od 25 do 64 let, prvič padla pod 40 na 100.000, kar pa je še vedno visoko nad povprečjem EU-27, ki znaša 21,76. Med moškimi je s samomorom najbolj obremenjena starostna skupina od 45 do 59 let. Za to populacijsko skupino je značilna večja pojavnost nekaterih dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje, kot so izguba službe, nezaposlenost, ločitev ali razveza, partnerski konflikti in drugi porušeni medosebni odnosi, finančne težave, samsko življenje z občutki osamljenosti in premalo podporna socialna mreža ter zloraba ali odvisnost od alkohola. K visoki stopnji samomora pri moških prispeva tudi slabo prepoznavanje depresije, saj se ta pri moških pogosto kaže z neznčilnimi simptomi; moški tudi pomembno manj iščejo pomoč kot ženske. Depresija se lahko kaže z zlorabo alkohola in drog, z jezo, razdražljivostjo, nasiljem in s tveganim vedenjem, ki se zdijo za moške bolj sprejemljivi kot priznanje duševne motnje.

Raba alkohola

Slovenija se uvršča med evropske države z največjo skupno registrirano in neregistrirano porabo alkohola na prebivalca. Poleg tega, da moški pijejo več, pri njih obstaja tudi večja verjetnost za bolj tvegano vedenje, povezano s pitjem alkohola. Ocenjujemo, da sta od alkohola odvisna vsak peti polnoletni moški in vsaka petindvajseta polnoletna ženska. Anketni podatki kažejo, da le 15,2 % moških med 20. in 64. letom starosti v zadnjem letu nikoli ni pilo alkoholnih pijač, torej je pomembno manj abstinentov kot pri ženskah. Zaskrbljujoč je podatek, da je 5,4 % moških, ki so v zadnjem letu pili alkoholne pijače, tedensko popilo šest ali več enot alkohola ob eni priložnosti, takih žensk je bilo 0,3 %. Zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev, neposredno pripisljivih alkoholu, vsako leto v Sloveniji umre povprečno 49,9 na 100.000 moških, starih od 20 do 64 let. Med zdravstvenimi posledicami, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, poleg duševnih in vedenjskih motenj izstopa alkoholna bolezen jeter, predvsem alkoholna jetrna ciroza. Zaradi te je na 100.000 moških, starih 20 od 64 let, letno zabeleženih 55,8 hospitalizacij in 20,7 smrti. Vendar so ti podatki podcenjeni zaradi pomanjkljivega beleženja alkohola kot vzroka.

Rak

Za rakom v zadnjih letih v Sloveniji zbolijo okoli 6000 moških letno, nekaj več kot 40 % jih je starih od 20 do 64 let. Leta 2006 je v tej starosti v Sloveniji zbolelo 371,3/100.000 moških. Po podatkih Registra raka RS bo med moškimi, rojenimi leta 2006, eden od petih do 65. leta starosti zbolel za rakom. Med moškimi, umrlimi zaradi raka leta 2006, jih je bilo 33 % ali 982 starih od 20 do 64 let. V primerjavi z ženskami je med moškimi zbolevanje za rakom nekoliko pogostejše, večja je tudi umrljivost. Pet najpogostejših rakov predstavlja pri moških, starih od 20 do 64 let, več kot polovico celotnega bremena raka (tabela 3.2).

Tabela 3.2: Odstotni deleži najpogostejših mest raka pri moških, starih 20–64 let, v Sloveniji, 2006

Pljuča	17,3	Koža, melanom	5
Koža, razen melanoma	12,1	Modo	4,4
Debelo črevo in danka	10,4	Ledvica	3,8
Prostata	9,7	Želodec	3,8
Glava in vrat	7,1	Trebušna slinavka	2,7
		Drugo	23,6

Vir: Onkološki inštitut, Incidenca raka 2006

V starosti od 20 do 64 let je pri moških najpogostejši pljučni rak. Skoraj 90 % vsega tveganja pri moških pripisujejo kajenju, povzročajo pa ga lahko tudi nekateri karcinogeni na delovnih mestih. Tudi pri nas že ugotavljamo, da se incidenca pljučnega raka med moškimi ne povečuje več, in pričakujemo, da se bo z manjšanjem deleža kadilcev med moškimi še naprej zmanjševala.

Rak mod je v svetu in pri nas redek tumor, vendar je najpogostejši rak pri moških, starih od 20 do 35 let. Zdravljenje je posebej uspešno in preprosto v zgodnjem stadiju, za hitro odkrivanje pa je najpomembnejše samopregledovanje. O prednostih populacijskega presejanja za raka prostate med vsemi moškimi po 50. letu starosti še ni enotnega stališča. V populacijsko presejanje za raka debelega črevesa in danke po 50. letu starosti v okviru programa SVIT bo treba pritegniti moške, ki so manj pozorni na svoje zdravje. Skupini rakavih bolezni v področju glave in vratu je skupno predvsem to, da je njihov nastanek povezan s prekomernim pitjem alkoholnih pijač in kajenjem, lahko pa je tudi posledica izpostavljenosti karcinogenom na delovnem mestu. Pri slovenskih moških je zaradi razširjenosti teh razvad ta skupina še posebej pomembna, saj je tudi preživetje slovenskih bolnikov slabše od evropskega povprečja.

Bolezni srca in žilja

Pri moških med 20. in 64. letom so bolezni srca in žilja s povprečno letno 692 umrlimi med letoma 2005 in 2007 drugi najpogostejši vzrok smrti, zaradi katerega je letno izgubljenih 6808 let pri moških, mlajših od 65 let. Moški pred 60. letom so trikrat bolj prizadeti zaradi ishemične bolezni srca kot ženske. Nacionalni program preventive srčno-žilnih bolezni (CINDI) je tudi moške med 35. in 65. letom aktivno vključil v oceno ogroženosti in ukrepanje. Zdravniki so iz populacijskih presejanj na podlagi evropskih tabel za ocenjevanje koronarne ogroženosti poročali, da so moški skoraj dvakrat pogostejše ocenjeni z več kot 20 % ogroženostjo, da bodo v naslednjih desetih letih zboleli zaradi z aterosklerozo pogojene srčno-žilne bolezni, kot ženske primerljive starosti.

Kajenje

Številna rakava obolenja, bolezni srca in žilja ter bolezni dihal so vzročno povezani s kajenjem. Tradicionalno moški kadijo več kot ženske, vendar se razlika zmanjšuje. Med moškimi v starosti od 20 do 64 beležimo 32,8-odstotni delež kadilcev, najvišji je med mlajšimi moškimi v starosti od 20 do 29 let (43,4 %), nato postopoma pada.

Prehranske navade

Pri odraslih moških se izrazito pokažejo nezdrave prehranske navade, ki so posebej povezane z nastankom kroničnih nenalezljivih obolenj. Najbolj so izpostavljeni moški v starosti od 30 do 49 let, pretežno z dokončano dve- do triletno poklicno šolo, zaposleni, iz delavskega ali srednjega družbenega sloja, ki živijo pretežno v vaškem okolju, v vzhodnem delu Slovenije. Ti manj redno uživajo vse glavne obroke, pogosteje manj kakovostno hrano, in se pogosteje prehranjujejo zunaj doma. Moški tudi redkeje uživajo sadje in zelenjavo, ki je pomemben prehranski varovalni dejavnik. Težave s prekomerno telesno težo in debelostjo ima več odraslih moških kot žensk. Indeks telesne mase narašča vse do starostne skupine 50–59 let, v kateri je prekomerno težkih 49,2 % moških, debelih pa že 27,7 %.

Bolezni skeletno-mišičnega sistema

Po 50. letu starosti so moški najpogosteje nezmožni za delo zaradi bolezni skeletno-mišičnega sistema, med temi gre 60 % dni bolniške odsotnosti za bolezni hrbta. Nastanek bolečine v hrbtu je povezan z dejavniki telesnega in psihičnega stanja ter počutja. Moški še vedno opravljajo bolj nevarna delovna mesta; v anketah 60 % moških ocenjuje, da so pri delu izpostavljeni neizgodam, kar sicer meni le 30 % žensk.

Telesna dejavnost

Po anketnih podatkih o telesni dejavnosti med Slovenci, starejšimi od 15 let, so moški še vedno nekoliko bolj telesno dejavni kot ženske. Tako sta telesno dejavni dve tretjini moških, od teh jih 75 % zadosti priporočilom o zadostni telesni dejavnosti za krepitev zdravja. Tudi med moškimi telesna dejavnost s starostjo upada, še posebej po 55. letu.

Med opisanimi determinantami zdravja le pri telesni dejavnosti moški prekašajo ženske v smeri, ki je dobra za zdravje. Moške v celoti, posebej pa mlajše, označuje manj zdrav življenjski slog, ki se kaže tudi v bolj tveganem spolnem življenju, pogostejši udeležbi v nasilnih dogodkih, bolj problematični uporabi prepovedanih drog in drugem. Moški se tudi težje odločajo za spreminjanje svojega vedenja in se manj vključujejo v dejavnosti za spremembo nezdravih navad.

Viri

European Commission. Healthy life years : facts and figures 2005, EC2008. Pridobljeno 15.5.2009 na: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/hly_en.pdf

Hovnik Keršmanc, M., Čebašek Travnik, Z. in Trdič, J. (2000). Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999 (rezultati raziskave). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Prehranske navade odraslih z vidika varovanja zdravja II., IVZ, 2009, še neobjavljeno poročilo

Primic-Žakelj M. Epidemiologija raka pri moških in ženskah. In: Mlakar-Mastnak D, Lokar K, editors. Ženske, moški in rak. 34. strokovni seminar "Ženske, moški in rak". Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in

babiške nege Slovenije - Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 11-26.

Primic-Žakelj M, Žagar T, Zadnik V. Epidemiologija pljučnega raka. In: Rott T, Luzar B, editors. Pljučni rak - današnje stanje in perspektive. Ljubljana: Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta, 2007; 235-48.

Šešok J. Alcohol consumption and indicators of alcohol related harm in Slovenia, 1981-2002. Croat Med J 2004. Pridobljeno 25. 3. 2009 na: <http://www.cmj.hr/2004/45/4/15311421.pdf>

Šešok J. Prezgodnja umrljivost . Dostopno 18.5.2009 na <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=822>

Starc G, Sila B. Ura športa na dan prežene vse težave stran: tedenska športna dejavnost odraslih v Sloveniji. Šport - revija za teoretična in praktična vprašanja športa 2007; 55 (3): 27-36.

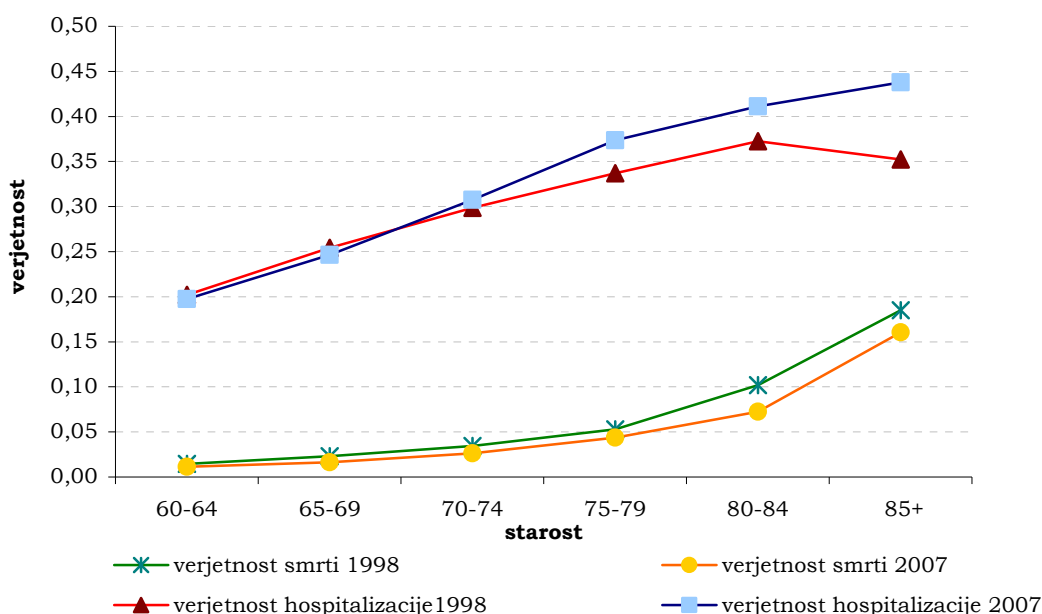
Zaletel-Kragelj L., Fras Z., Maučec Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana, CINDI Slovenija, 2004.

Zdravje starejših

Jožica Šelb-Šemerl, Barbara Mihevc Ponikvar, Maja Primic Žakelj, Mateja Rok Simon, Sonja Tomšič, Vesna Zadnik

Slovenija spada v skupino razvitih evropskih in svetovnih držav z nizko stopnjo rodnosti in umrljivosti, z nizkim in občasno negativnim naravnim prirastom ter vse bolj izrazitim staranjem prebivalstva. V letu 2007 je moški, star 64 let, lahko pričakoval, da bo živel še 16,0 let, in enako stara ženska še 20,3 let. To je dve leti manj od povprečja pričakovanega trajanja življenja v starosti 64 let pri moških in 1,6 leta manj pri ženskah v starih članicah Evropske unije.

Zdravstveno stanje prebivalcev, starih nad 64 let, lahko ocenjujemo z analizo podatkov iz zdravstvene statistike. Po prikazanih podatkih se začne verjetnost za smrt hitreje povečevati po 70. letu starosti. Med opazovanima letoma 1998 in 2007 se je verjetnost za sprejem v bolnišnico bolnikov, starejših od 70 let, povečala, kar ob hkratni zmanjšani umrljivost kaže, da je več napotitev starih ljudi v bolnišnice eden od dejavnikov za zmanjšanje specifične umrljivosti (Slika 3.4).

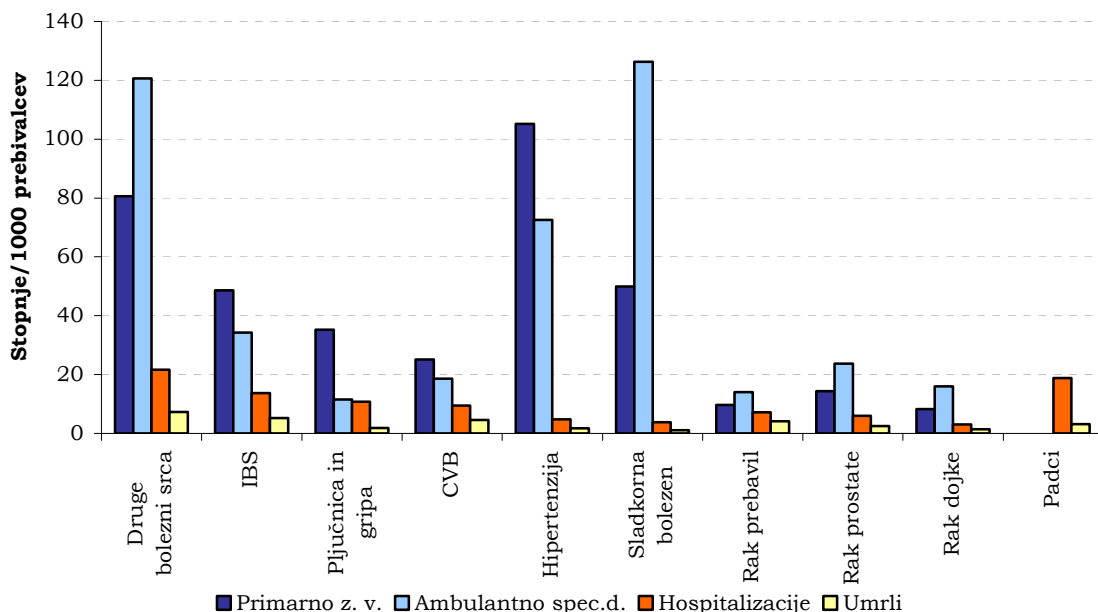


Vir: podatki IVZ

Slika 3.4: Razlika v verjetnosti prebivalcev Slovenije, starejših od 60 let, da bodo sprejeti v bolnišnico ali da bodo umrli, po petletnih starostnih skupinah, v koledarskem obdobju med letoma 1998 in 2007.

Srčno-žilne bolezni

Najpomembnejši zdravstveni problem tako med moškimi kot ženskami, starejšimi od 64 let, pri nas so bolezni srca in žilja (Slika 3.5). Vsak deseti prebivalec, starejši od 64 let, enkrat v tekočem letu prvič obiše splošnega zdravnika zaradi zvišanega krvnega tlaka, vsak dvanajsti zaradi skupine bolezni srca in žilja, kamor spadajo bolezni in propadanje srčne mišice in zaklopk ter srčno popuščanje in motnje ritma. Vsak petindvajseti obiše splošno ambulantno zaradi ishemične bolezni srca in vsak petdeseti zaradi možganske kapi, kar skupaj pomeni, da je četrtnina prvih obiskov prebivalcev, starejših od 64 let, posledica ene od naštetih bolezni. Obolevnost moških, starejših od 64 let, merjena s hospitalizacijami, je za tretjino višja kot obolevnost enako starih žensk in je po letu 1997 počasi naraščala pri obeh spolih, medtem ko je umrljivost prav tako pri obeh spolih upadala.



IBS - Ishemična bolezen srca

CVB - cerebro vaskularne bolezni ali bolezni možganskih žil

Vir: podatki IVZ

Slika 3.5: Najpogostejši zdravstveni problemi prebivalcev, starejših od 64 let, v Sloveniji, izraženi s povprečjem stopenj štirih vrst podatkov zdravstvene statistike za obdobje 2005–2007

Rak

Več kot polovica novih bolnikov z rakom je starejših od 65 let. Po zadnjih podatkih Registra raka RS je v Sloveniji leta 2006 za rakom zbolelo 6348 prebivalcev, starejših od 64 let. Najpogostejši je bil nemelanomski kožni rak s 1185 primeri, z 853 bolniki so mu sledili raki debelega črevesa in danke, na tretjem mestu je bil pljučni rak s 669 primeri. Med pet najpogostejših lokacij sta se uvrstila še rak prostate (612 bolnikov) in rak dojke (483 bolnic in dva bolnika). Zaradi predvidenega nadaljnega staranja prebivalstva pričakujemo, da se bo število starejših bolnikov z rakom še naprej povečevalo – leta 2020 naj bi bilo kar 70 % bolnikov z rakom starejših od 65 let. Primerjava petletnih relativnih preživetij slovenskih bolnikov glede na starost ob diagnozi kaže, da pri večini rakov bolniki, ki so ob ugotovitvi bolezni starejši od 75 let, preživijo krajši čas. Za vse zbolele v obdobju 2001–2005 je petletno relativno preživetje 52 %, za starejše od 75 let pa le 38 %. Zaradi spremljajočih bolezni je zdravljenje starejših bistveno zahtevnejše, v kolikšni meri je vzrok za takšen izid slabša zdravstvena obravnava teh bolnikov ali kaj drugega, ostaja predmet nadaljnjih raziskav.

Poškodbe

Med poškodbami starejših so najpogosteje vzrok smrti poškodbe, ki se zgodijo doma in v prostem času, predvsem padci. Zaradi slednjih je v zadnjem času vsako leto umrlo okoli 320 ljudi, starejših od 64 let. Trenutno stopnja umrljivosti zaradi padcev v starosti nad 64 let kaže dvajsetletni padajoči trend, vendar umrljivost od leta 2002 statistično pomembno raste in je skoraj štirikrat višja od povprečja evropskih držav z nizko umrljivostjo otrok in odraslih (Eur-A). V večini primerov gre za poškodbe zaradi padcev na isti ravni, padcev po stopnicah, z lestve in padcev s postelje. Zlome pri starejših ljudeh povezujemo z znižano mineralno gostoto kosti, ki je izrazita predvsem pri ženskah. Pri starejših ljudeh so najštevilnejši zlomi spodnjega dela podlakti, ki opozarjajo na večje tveganje za kateri koli zlom zaradi

osteoporoze v prihodnjih letih. Ustrezno zdravljenje zloma ter diagnostična obravnava in zdravljenje osteoporoze lahko preprečijo pojav drugih za življenje bolj usodnih zlomov, npr. zlomov kolka. Incidenca zlomov kolka začne eksponentno rasti po 64. letu starosti pri obeh spolih in je višja pri ženskah. V zadnjih dvajsetih letih v Sloveniji standardizirana stopnja hospitalizacije zaradi zloma kolka pri ženskah po 64. letu starosti raste, pri moških ostaja enaka.

Demenca

Demenca je ena najpogostejših duševnih motenj pri starejših, njeno število se s staranjem povečuje. Pojavljanje demence naj bi bilo med spoloma približno enako, a je med obolelimi več žensk, tudi na račun večjega števila starih žensk. V Sloveniji je bilo v obdobju 2005–2007 za zdravila za demenco pri bolnikih, starejših od 64 let, v povprečju ambulantno izdanih okoli 23.500 receptov letno. V starosti od 65 do 69 let naj bi imela potrjeno demenco okoli 2 % moških in 1 % žensk, pri starosti od 80 do 85 let že 12 % moških in 13,5 % žensk, nad 95. letom pa 32 % moških in 36 % žensk. Pogosto bolezen ostane neodkrita, ker bolniki ne iščejo zdravniške pomoči. Veliko psihično, fizično in finančno breme nosijo tudi svojci bolnikov.

Depresija in samomor

Eden od možnih vzrokov za razvoj depresivnih simptomov in same depresije pri starejših je nasilje. Da ne iščejo zdravniške pomoči in se pri njih bolezen ne prepozna, je pri starostnikih pogostejše kot v preostali populaciji. Ocenjuje se, da ima depresivne simptome od 8 % do 20 % starejših. V Sloveniji je v zadnjih desetih letih zaradi depresije pri starejših vse več obravnav na sekundarni ravni, pri ženskah skoraj dvakrat več kot pri moških. Stopnja samomora je pri starejših dvakrat višja kot v populaciji do 64. leta, in sicer znaša 44 samomorov na 100.000 prebivalcev. Pri moških je štirikrat višja kot pri ženskah.

Življenjske navade

Redna telesna dejavnost ohranja in izboljšuje telesno pripravljenost, preprečuje bolezni, je tudi del zdravljenja in rehabilitacije pri številnih boleznih in poškodbah. S telesno aktivnostjo znižamo raven sladkorja in stresnih hormonov v krvi, izboljšajo se spanje, vzdržljivost srca in žilja, zniža se krvni tlak, poveča imunost, moč mišic, gibčnost in ravnotežje. Omogoča tudi sprostitvev, boljše razpoloženje in splošno dobro počutje, izboljša mišljenje, povzroči, da se človek lažje vključi v družbo in pridobiva nove družbene vloge; telesno dejavni ljudje so tudi bolj zadovoljni z življenjem. Starejši naj bi izvajali telesno dejavnost, ki je prilagojena njihovim sposobnostim in jim je v veselje. Pomemben dejavnik, ki pospešuje zdravje in zmanjšuje tveganje za različne bolezni tudi pri starejših, je tudi zdrava prehrana. Starejši morajo uživati hranilno bogato, energijsko uravnoteženo, kakovostno in pestro mešano hrano, v kateri imajo prednost živila rastlinskega izvora, z dovolj dietnih vlaknin in zadosti tekočine, mineralni in vitaminski dodatki naj se dodajajo glede na potrebe. Poraba energije in količina zaužite hrane se s starostjo znižujeta. Paziti je treba, da indeks telesne mase (ITM) ostaja v normalnih mejah, znižan ITM ni priporočljiv. Prenehanje kajenja vpliva na počasnejšo izgubo pljučne rezerve v vsakem življenjskem obdobju in zmanjša reverzibilne telesne spremembe, ki jih povzroča kajenje. Socialna mreža in zadovoljivo finančno stanje sta tudi pri starih ljudeh pomembna dejavnika za duševno in telesno zdravje.

Viri

Gabrijelčič Blenkuš M, Fajdiga Turk V, Gregorič M. Posebnosti prehrane v starejšem življenjskem obdobju. Zbornik Izobraževalnega programa iz Javnega zdravja IV. ZZV Maribor 2006: Strokovno srečanje z učnimi delavnicami:18-23.

Krajnc A. Nadaljujmo dejavno življenje tudi v starosti. Zbornik Izobraževalnega programa iz Javnega zdravja IV. ZZV Maribor 2006: Strokovno srečanje z učnimi delavnicami:18-23.

IV. POGlavJE

V ELIKI JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEMI

VELIKI JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEMI

Polonca Truden-Dobrin

V tem poglavju prikazujemo izbrane javnozdravstvene probleme in njihove ključne značilnosti. V zadnjem desetletju se je v Sloveniji povečala incidenca raka, več je sladkorne bolezni: ocenjujemo, da jo ima sedem odstotkov prebivalcev. Navkljub izboljšanju je še vedno zaskrbljujoče stanje na področju bolezni srca in žilja. Problemi duševnega zdravja pomenijo visoko breme in predstavljajo velik javnozdravstveni izziv. Analize kažejo naraščanje skeletno-mišičnih bolezni in alergij. Nalezljive bolezni zavzemajo pomembno mesto in so v zadnjem obdobju zaradi pandemije gripe v ospredju zanimanja.

V Sloveniji smo glede preprečevanja poškodb in promocije varnosti že veliko dosegli, a bo vseeno tudi v prihodnje preprečevanje poškodb v prometu, doma in v prostem času pomembno področje dela. Podobno je pri poškodbah pri delu, kjer si je treba prizadevati zlasti za zmanjšanje števila tistih s smrtnim izidom.

Samomorilni količnik v zadnjem desetletju upada. Zato je treba nadaljevati z dobrimi praksami in jih prenesti na celotno območje Slovenije.

V preteklem obdobju se je zdravje prebivalcev v Sloveniji sicer izboljšalo, vendar se moramo še naprej soočiti z nekaterimi že omenjenimi javnozdravstvenimi problemi. Pred nami so na drugi strani novi izzivi, kot, na primer, vse več bolezni in stanj, povezanih z debelostjo, ter spremembe, ki jih za »bolezensko sliko prebivalstva« prinaša staranje prebivalstva. Pri tem moramo upoštevati, da so starejši ljudje veliko bolj dovzetni za različne bolezni kot mladi, kar se odraža, na primer, v dejstvu, da je razlika v letih zdravega življenja v korist žensk mnogo manjša od skupne razlike v pričakovani življenjski dobi. Breme zbolewnosti se sčasoma znatno povečuje kot posledica daljšega časa preživetja pri bolj smrtnih boleznih (npr. rak), saj se pojavijo nesmrtni bolezni (npr. alergije dihal, kostno-mišične bolezni ...) in potencialno smrtne bolezni (npr. možganske in duševne bolezni), za katere trenutno ne poznamo primerne zdravljenja. Pojavljajo se tudi nove epidemije, npr. depresija, sladkorna bolezen, prekomerna teža in debelost.

Viri

Zatoński W. et al, Albrecht T (ur). Odpravljanje razlik v zdravju v Evropski uniji: Opis značilnosti v državi: Slovenija.

Pridobljeno 18.9.2009 na <http://www.hem.home.pl/index.php?idm=87,126,137&cmd=1>

Zaletelj-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana. Medicinska fakulteta-Katedra za javno zdravje, 2007

European Commission. Major and Chronic Diseases - Report 2007. Luxembourg: European Commission; 2008.

EUGLOREH project: The status of health in the European Union: Towards a healthier Europe (Full report). Pridobljeno 17.12.2009 na: <http://www.intratext.com/ixt/EXT-rep/>

European Commission. Healthy life years : facts and figures 2005, EC2008. Pridobljeno 8.5.2009 na: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/hly_en.pdf

Rak

Maja Primic Žakelj, Vesna Zadnik

Nastajanje raka, karcinogeneza, je zapleten, dolgotrajen večstopenjski proces, za katerega je značilna nepovratna sprememba celice, ki se nadaljuje z nenadzorovano rastjo tumorja in se nezdravljena konča s smrtjo. Na to, kdo bo zbolel za katerim od rakov, z medsebojnimi učinki vplivajo številni dejavniki iz okolja in načina življenja, dedna nagnjenost ter naključje.

Po ocenah strokovnjakov Mednarodne agencije za raziskovanje raka je bilo leta 2000 v svetu 10 milijonov novih primerov raka; 5,3 milijona med moškimi in 4,7 milijona med ženskami. Za rakom je umrlo 6 milijonov ljudi, 22 milijonov jih je živelo s to diagnozo. Izračunali so, da bo leta 2020 za rakom zbolelo 15 milijonov ljudi, umrlo pa jih bo 10 milijonov.

Rak je bolezen, ki lahko vznikne v vseh tkivih in organih človeškega organizma ter približno enako prizadene oba spola. Pojavlja se v vseh starostih, vendar kar v 80 % po 54. letu starosti. S staranjem prebivalstva se tako v Evropi kot v Sloveniji veča tudi incidenca raka. Rak tako postaja pomemben zdravstveni, socialni in ekonomski problem sodobne družbe. Epidemiološka predvidevanja, da bo rak kot vzrok umrljivosti v kratkem postal prvi problem človeštva, ki bo prehitel bolezn srca in žilja, so se v nekaterih državah že uresničila. Postopno zmanjševanje umrljivosti zaradi bolezn srca in žilja gotovo lahko pripišemo vse bolj uspešni preventivi, diagnostiki in zdravljenju na tem področju. Ob preboju raka na vodilno mesto umrljivosti je onkološki problematiki treba nameniti posebno pozornost.

Breme raka v Sloveniji

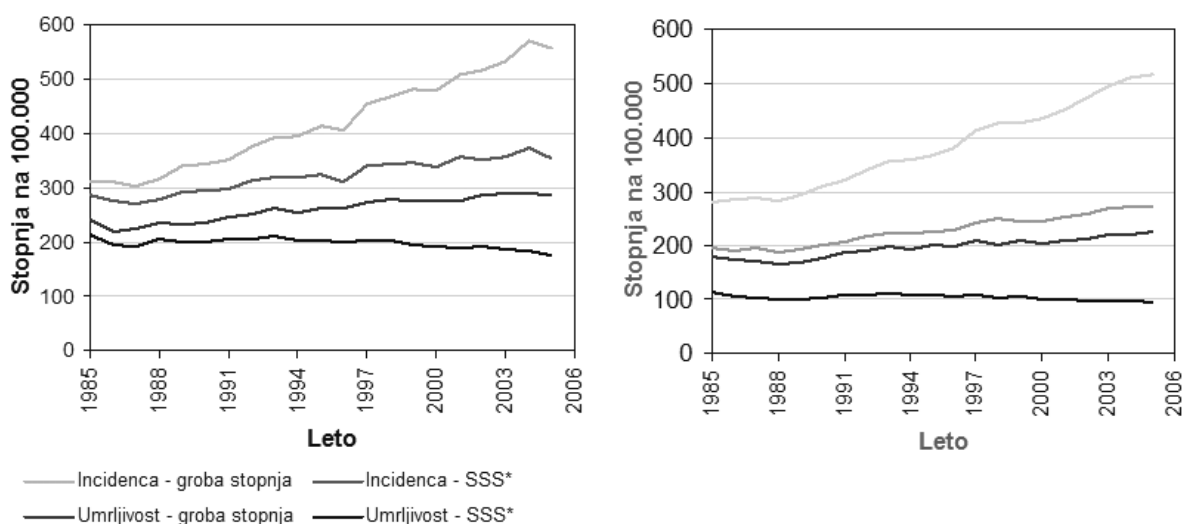
Naša država spada med dežele s srednje visokima zbolelostjo in umrljivostjo za rakom. Leta 2006 je na novo za rakom zbolelo 11.043 ljudi, 5799 moških in 5244 žensk. Od leta 1950, ko smo v okviru Registra raka RS začeli beležiti novozbolele, se je incidenca povečala za skoraj šestkrat. V zadnjih desetih letih se je incidenca raka v Sloveniji povečala za 40 % med moškimi in za 30 % med ženskami, umrljivost pa za 11 % med moškimi in za 9 % med ženskami (tabela 4.1). Večanje razmerja med številom novozbolelih in številom umrlih kaže na to, da je zdravljenje uspešnejše in da vse več bolnikov ozdravi ali živi s to boleznijo, namesto da bi zaradi nje umrli. Ob koncu leta 2006 je v Sloveniji živelo 67.713 ljudi, ki so se (kadar koli) zdravili zaradi raka.

Tabela 4.1: Breme raka v Sloveniji v letih 1997 in 2006.

	1997			2006		
	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske
Incidenca						
- število	8.178	4.142	4.036	11.043	5.799	5.244
- na 100.000	413,0	431,8	395,4	549,8	588,2	512,8
- kumulativa* do 75. leta	31,1	38,8	26,0	35,8	43,8	29,5
Umrljivost						
- število	4.790	2.642	2.148	5.284	2.938	2.346
- na 100.000	241,9	275,4	210,48	263,1	298,0	229,4
Prevalenca						
- število	42.054	15.670	26.384	67.713	27.394	40.319

*Kumulativna starostno standardizirana incidenčna stopnja je izračunana na 100 prebivalcev.

Trend starostno standardizirane incidenčne in umrljivostne stopnje med letoma 1985 in 2005 pri moških in ženskah prikazuje slika 4.1. Incidenčna in umrljivostna stopnja sta večji pri moških; standardizirana incidenčna stopnja pri obeh spolih se še večja, več kot polovica zvečanja incidence pa gre na račun staranja prebivalstva. Starostno standardizirana umrljivostna stopnja se je začela zmanjševati, pri moških od leta 1997 z letnim padcem za 1,5 %, pri ženskah pa se zmanjšuje od leta 1993 za povprečno 1,1 % na leto. Zmanjševanje tveganja smrti zaradi raka ob večanju incidence kaže na to, da je zdravljenje uspešnejše in da vse več bolnikov ozdravi ali živi s to boleznijo, namesto da bi zaradi nje umrli.



Slika 4.1: Grobe in starostno standardizirane (SSS) incidenčne in umrljivostne stopnje raka v Sloveniji 1985–2005, po spolu.

Po podatkih iz registra raka je mogoče predvideti, da bosta od rojenih leta 2006 za rakom do 75. leta starosti zbolela skoraj vsak drugi Slovenec in skoraj vsaka tretja Slovenka. Breme raka je različno v različnih življenjskih obdobjih. Med 11.043 ljudmi, ki so leta 2006 v Sloveniji zboleli za rakom, je bil manj kot 1 % otrok in mladostnikov, mlajših od 19 let, skoraj 2,4 % bolnikov je bilo starih od 20 do 34 let, slabih 10 % od 35 do 49 let, nekaj manj kot 30 % bolnikov pa je bilo v vsaki od starejših starostnih skupin: 50–64 let, 65–74 let in starejši od 75 let.

Rak seveda ni ena sama bolezen, pač pa več sto različnih, ki so po pogostosti različne; prav tako imajo različne, bolj ali manj znane nevarnostne dejavnike in različne možnosti zdravljenja. Štirje po številu novih primerov najpogostejši raki dosegajo pri moških in pri ženskah več kot 50-odstotni delež vseh novih primerov rakave bolezni. Pri moških je bil leta 2006 najpogostejši pljučni rak (15,8 % vseh rakov, ugotovljenih pri moških). Z izjemo leta 2005, ko ga je na prvem mestu zamenjal rak prostate, je pljučni rak najpogostejši rak pri moških vse od leta 1967. Znano je, da se je incidenca pljučnega raka povečevala vse do začetka devetdesetih let prejšnjega stoletja, ko se je ustalila na vrednosti okrog 85/100.000. Nasprotno pa incidenca raka prostate zadnjih deset let narašča povprečno za 8 % letno, tako da ga v naslednjih letih pričakujemo na prvem mestu med vsemi raki pri moških. Pri ženskah je že mnogo let na prvem mestu rak dojke, ki je leta 2006 predstavljal 21,2 % vseh rakov pri ženskah; incidenca te bolezni se še vedno povečuje (povprečno letno za 3,3 %). Pri obeh spolih se incidenca veča še pri raku debelega črevesa in danke, malignem melanomu in drugih kožnih rakih, trebušni slinavki in ne-Hodgkinovih limfomih. Pri moških se veča še incidenca raka mod, pri ženskah pa pljučnega raka in raka materničnega telesa. Incidenca raka materničnega vratu se od leta 1999 ne povečuje več; od leta 2003, ko smo v Sloveniji uvedli organiziran presejalni program zanj, do leta 2007, ko so na voljo zadnji podatki, se je zmanjšala za 25 %.

Kompleksno oceno bremena raka v opazovani populaciji podajajo podatki o preživetju bolnikov. Zrcalijo uspešnost vseh programov onkološkega varstva, od množičnega presejanja in zgodnjega odkrivanja do zdravljenja, rehabilitacije in dolgoletnega spremljanja zdravstvenega stanja bolnikov. Petletno relativno preživetje slovenskih bolnikov z rakom se ves čas registracije raka pri obeh spolih izboljšuje. Za zbolele v obdobju 2001–2005 je bilo petletno relativno preživetje pri moških 44 %, pri ženskah pa 59 % (bolniki z nemelanomskim kožnim rakom so bili iz analize izzeti). V primerjavi z zbolelimi pred petnajstimi leti se je preživetje naših bolnikov izboljšalo za 14 %, bolnic pa za 10 %. Tako veliko razliko v preživetju med spoloma je treba pripisati različnim deležem posameznih rakavih bolezni glede na spol in starost. Ženske več zbolevalo za raki z boljšo prognozo.

Podatki o preživetju slovenskih bolnikov z rakom, zbolelih od leta 1985 naprej, so vključeni tudi v evropsko raziskavo EURO-CARE. Prvi izsledki zadnje, četrte tovrstne raziskave, ki poroča o preživetju bolnikov, ki so jim bolezen odkrili med letoma 1995 in 1999 (v manjši skupini do leta 2002), so bili objavljeni jeseni 2008. V vseh analizah se je izkazalo, da je preživetje slovenskih bolnikov v sredini, med tistimi, ki ga dosegajo v državah severne in zahodne Evrope, in tistimi, ki ga dosegajo v vzhodni Evropi, večinoma pa je nižje od evropskega povprečja pri pogostejših rakih, višje pa pri redkejših, praviloma tistih, ki se zdravijo le v eni specializirani ustanovi. Predvidevamo, da je slabše preživetje predvsem posledica bolezni, ki je odkrita v bolj napredovalem stadiju; pri pogostejših rakih, ki se zdravijo v številnih bolnišnicah, pa nekaj verjetno prispeva tudi razlika v kakovosti zdravljenja.

Viri

Boyle P, Levin B, eds. World cancer report 2008. Lyon: IARC; 2008.

Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Lyon: IARCPress; 2004.

Primic-Žakelj M, Zadnik V, Žagar T. Rak v Sloveniji. Zdrav vestn. 2007 ;76(12):775-780.

Incidenca raka v Sloveniji 2006. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka RS; 2009.

Pompe-Kirn V, Zakotnik B, Benulič T, Volk N, Škrk J. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1963-1990. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka RS; 1995.

Pompe-Kirn V, Zakotnik B, Zadnik V. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1983-1997. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka RS; 2003.

Primic-Žakelj M, Zadnik V, Žagar T, Zakotnik B. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1991-2005. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka RS; 2009.

EUROCARE - Survival of cancer patients in Europe [Internet]. [cited 2009 May 13] Available from: <http://www.eurocare.it/>

National cancer control programmes : policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO; 2002.

Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Planning. [Internet]. Geneva: WHO; 2006. Available from: <http://www.who.int/cancer/media/news/WHA58%2022-en.pdf>

WHA58.22 Cancer prevention and control [Internet]. 2005 ;Available from: <http://www.who.int/cancer/media/news/WHA58%2022-en.pdf>

Coleman MP, Alexe DM, Albrecht T, McKee M, eds. Responding to the challenge of cancer in Europe. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2008.

Sladkorna bolezen

Daša Moravec Berger

Sladkorna bolezen je kronična presnovna bolezen, ki je pomemben izziv za javno zdravstvo, saj je znano, da jo je mogoče preprečiti oziroma omejiti, zgodaj odkriti, dobro obvladovati, odložiti in preprečiti zaplete, z njo kakovostno živeti in doživeti tudi visoko starost. Dostopni podatki o sladkorni bolezni temeljijo na stiku z zdravstveno službo in pokrivajo celotno populacijo. V pilotskem projektu v okviru evropskega statističnega sistema (ESS) »Obolenost po diagnozah« smo obdelali rutinske podatke o diagnozah iz Slovenije za leto 2005. Skupno število sporočenih diagnoz sladkorne bolezni je bilo 104.750, kar je seštevek sporočenih diagnoz z vseh treh ravni zdravstvenega varstva (bolnišnice, specialistične ambulante, ambulante na primarni ravni). Ker se ista oseba lahko pojavi na več ravneh zdravstvene dejavnosti in ker je po drugi strani možno, da se oseba, ki je bila obravnavana zaradi sladkorne bolezni, ne pojavi (zaradi obvezne izbire samo ene diagnoze pri vsakem stiku ali zaradi pomanjkljivega poročanja), ti podatki bolj odražajo razmerja med povprečnimi obremenitvami zdravstvene službe zaradi različnih diagnoz kot pa prevalenco posameznih bolezni med prebivalci.

Konec leta 2007 je IVZ v sodelovanju s Statističnim uradom RS (SURS) izvedel nacionalno anketo o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS Slovenija 2007) po skupni metodologiji znotraj ESS. Na podlagi omenjene ankete so prikazani deleži prevalence posameznih kroničnih bolezni med prebivalci Slovenije, starimi 15 let in več.

Tabela 4.2: Rezultati EHIS za vprašanje glede kroničnih bolezni in bolezenskih stanj (Vir: EHIS 2007, n=2118)

Bolezen ali bolezensko stanje	Da	Ocena absolutnega števila oseb s posamezno boleznijo v populaciji 15+ ⁹
Bolečina v križu ali druga kronična okvara hrbta	40,7 %	709.299
Zvišan krvni tlak (hipertenzija)	26,3 %	458.603
Bolečina v vratu ali druga kronična okvara vratu	20,1 %	350.373
Močen glavobol, migrena	15,7 %	274.128
Alergija, kot npr. rinitis, očesno vnetje, dermatitis, alergija na hrano ali drugo (alergijska oblika astme je izključena)	15,3 %	265.815
Revmatoidni artritis (vnetje sklepov)	12,7 %	221.018
Trajna poškodba ali okvara zaradi posledic nezgode	10,5 %	183.289
Motnje zadrževanja urina, težave z delovanjem sečnega mehurja	9,8 %	170.096
Razjeda želodca ali dvanajstnika (ulkus)	8,4 %	146.689
Osteoartritis (artroza, degenerativne bolezni sklepov)	7,1 %	122.863
Sladkorna bolezen	6,9 %	120.911
Kronični bronhitis, kronična obstruktivna pljučna bolezen, emfizem	6,1 %	106.328

Tabela 4.2 se nadaljuje ...

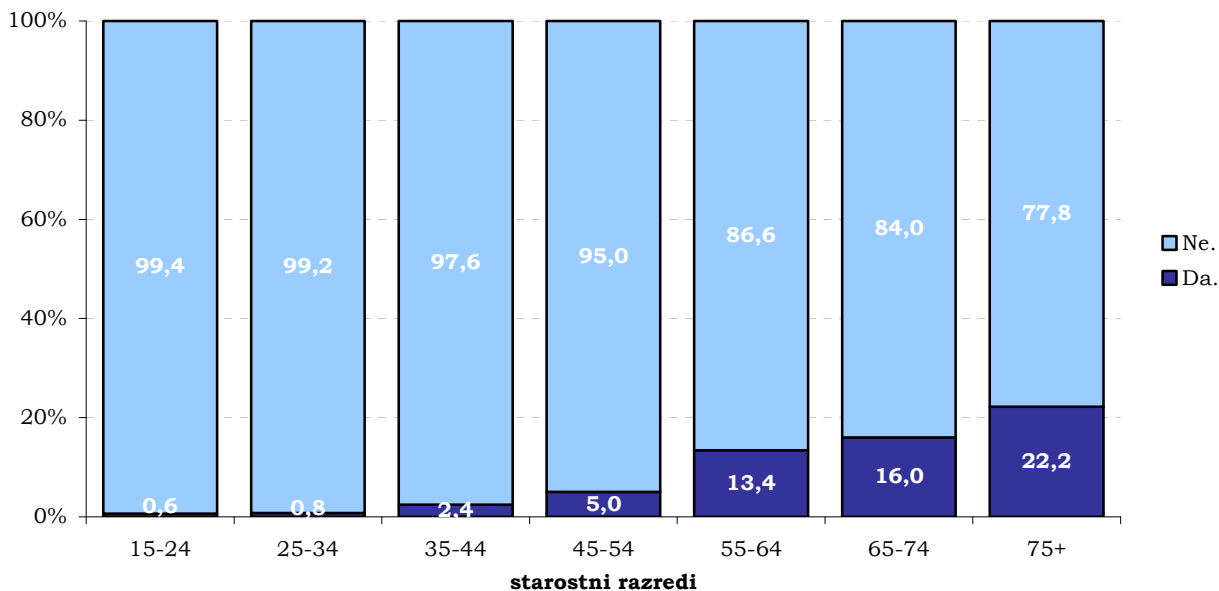
⁹ Deleži prevalence posameznih bolezni so preračunani na skupno število oseb v celotni populaciji oseb, starih 15 let in več, ki upošteva tudi institucionalizirane osebe, ki v vzorčni okvir raziskave niso bile vključene, zato so prikazane absolutne številke zgolj ocene.

Bolezen ali bolezensko stanje	Da	Ocena absolutnega števila oseb s posamezno boleznijo v populaciji 15+ ¹⁰
Astma (vključno z alergijsko obliko astme)	6,0 %	104.016
Koronarna srčna bolezen (angina pectoris)	5,3 %	92.724
Kronična tesnoba	4,8 %	84.103
Kronična depresija	4,6 %	79.830
Rak (maligni tumor, vključena tudi levkemija in limfom)	3,8 %	65.682
Druge duševne težave	2,7 %	46.765
Srčni infarkt (miokardni infarkt)	2,4 %	41.575
Možganska kap (možganska krvavitev, možganska tromboza)	1,6 %	27.728
Jetrna ciroza, motnje delovanja jeter	1,4 %	24.648

Vir: IVZ

Prevalenca sladkorne bolezni je bila 6,9 %, kar pomeni, preračunano na število prebivalcev, da je imelo znano sladkorno bolezen 120.911 oseb (Tabela 4.2).

Deleži prebivalcev, starih 15 let in več, ki so že kdaj imeli sladkorno bolezen in jim je diagnozo sladkorne bolezni ugotovil zdravnik, naraščajo s starostjo, in sicer ima to bolezen 22,2 % prebivalcev, starejših od 75 let, in 16 % prebivalcev, starih od 65 do 74 let, medtem ko ima sladkorno bolezen v starosti od 25 do 34 let 0,8 %, od 15 do 24 let pa 0,6 % prebivalcev (Slika 4.2).



Vir: EHIS 2007, IVZ.

Slika 4.2: Deleži sladkorne bolezni glede na starostne skupine.

¹⁰ Deleži prevalence posameznih bolezni so preračunani na skupno število oseb v celotni populaciji oseb, starih 15 let in več, ki upošteva tudi institucionalizirane osebe, ki v vzorčni okvir raziskave niso bile vključene, zato so prikazane absolutne številke zgolj ocene.

Nekoliko večji delež oseb s sladkorno boleznijo je med ženskami (7,6 %). To velja v večini starostnih skupin, izjema sta le starostni skupini od 35 do 44 let ter od 45 do 54 let, kjer je delež moških s sladkorno boleznijo v primerjavi z ženskami nekoliko večji. Med osebami, ki imajo oziroma so že kdaj imele sladkorno bolezen, je zdravila za sladkorno bolezen v zadnjih dveh tednih jemalo 57,8 % oseb.

Podatkov o incidenci novoodkrite sladkorne bolezni nimamo, prav tako nimamo zanesljivih podatkov o razmerju med obema tipoma sladkorne bolezni.

Viri

Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

<http://circa.europa.eu/Members/irc/dsis/health/home>

<http://www.ivz-rs.si>

<http://www.eugloreh.it/default.do>

<http://health.europa.eu>

http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/programmes/index_en.htm

http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index4.html

Daša Moravec Berger, Tina Zupanič. Epidemiologija sladkorne bolezni v Sloveniji, prevalenca sladkorne bolezni v Sloveniji. V: Spremenimo diabetes, zbornik, Ljubljana: Zavod za izobraževanje o diabetesu, 2008.

Bolezni srca in žilja

Jožica Šelb Šemerl

Bolezni srca in žilja so najpogostejši vzrok smrti v razvitih državah in eden glavnih vzrokov za obolevnost in zmanjšano kakovost življenja. V Sloveniji predstavljajo najpogostejši vzrok smrti in bolnišničnih obravnav ter šesti najpogostejši vzrok obravnav v primarnem zdravstvenem varstvu. Bolezni srca in žilja so pogojene z biološkimi zakonitostmi in dednostjo ter dejavniki tveganja, ki izhajajo iz načina življenja. Po podatkih iz podatkovne baze Svetovne zdravstvene organizacije Zdravje za vse (Health for All) je v letu 2007 pri nas kadilo 18,9 % prebivalcev, jedli smo manj mastno hrano, a pojedli tudi manj sadja in zelenjave ter več žitaric kot prebivalci starih članic Evropske skupnosti. Ocenjuje se, da se 46,5 % odraslih Slovencev nezdravo prehranjuje, 36,7 % jih je prekomerno prehranjenih ali debelih, 24,3 % jih vsak dan ali pogosto občuti simptome stresa, 13,6 % jih prekomerno pije alkohol, 16,4 % jih je nezadostno telesno dejavnih.

Učinek preprečljivih in nepreprečljivih dejavnikov tveganja se pri nas izraža v 40,9-odstotnem deležu, ki ga med vsemi smrtmi predstavljajo smrti zaradi bolezni srca in žilja. V zadnjih dvajsetih letih je njihov delež v celotni strukturi vzrokov smrti padel skoraj za desetino, predvsem zaradi naraščanja deleža smrti zaradi raka. Nasprotno je umrljivost zaradi teh bolezni od obdobja med letoma 1960 in 1967, ko je znašala 2,39 umrlih na 1000 prebivalcev, v letu 2007 zrasla za 0,37 in je v mejah umrljivosti držav Evropske unije. Bolezni srca in žilja so tudi najpogostejši vzrok bolnišničnih obravnav ter šesti najpogostejši vzrok za obravnave v primarnem zdravstvenem varstvu. Zaradi staranja prebivalstva se stopnje bolnišničnih obravnav bolnikov z boleznimi srca in žilja zvišujejo, čeprav se sama obolevnost ne, se pa zaradi uspešnejšega zdravljenja podaljšuje preživetje.

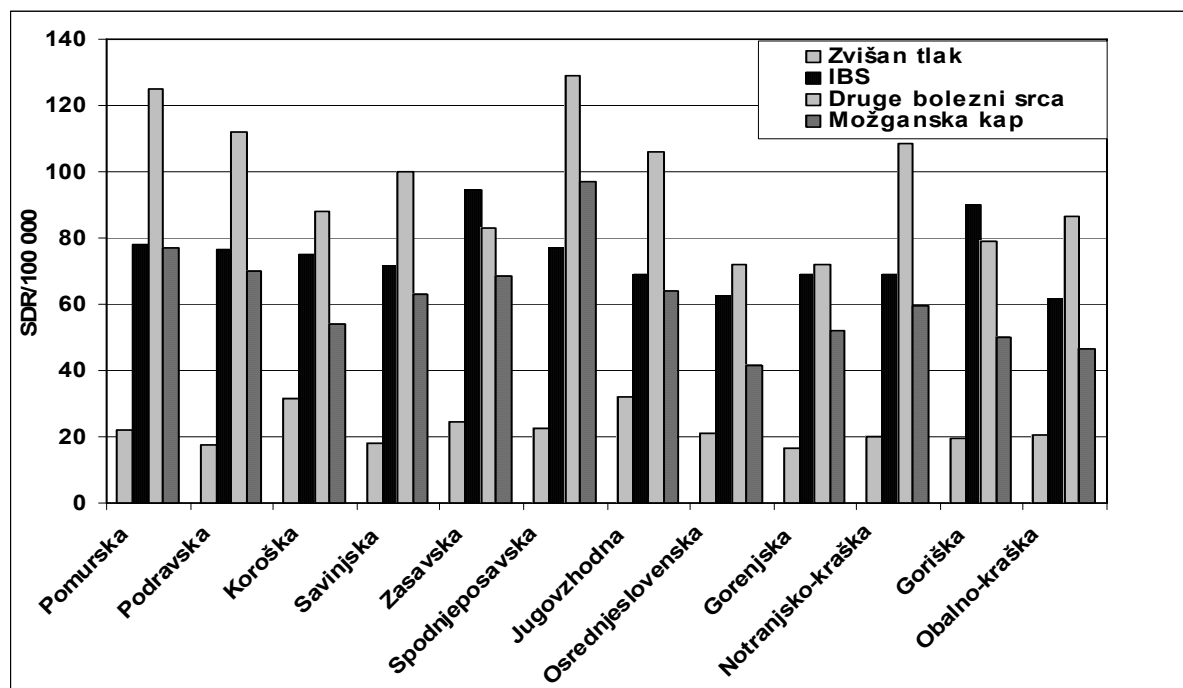
Razlike med spoloma

V obdobju 2005–2007 je zaradi teh bolezni v Sloveniji umrlo v povprečju 3,25 moških in 4,19 žensk na 1000 prebivalcev istega spola. Po 70. letu starosti so bolezni srca in žilja najpogostejši vzroki smrti pri obeh spolih. Pri moških so tretji oziroma četrta najpogostejši vzrok smrti že po 40. letu, takoj za nasilnimi smrtmi in rakom. Ishemična bolezen srca je pred 60. letom trikrat pogostejša pri moških kot pri ženskah, razlika se s starostjo manjša, a nikoli ne izgine. V zadnjih desetih letih so se stopnje bolnišničnih obravnav moških, starih do 65 let, zaradi bolezni srca in žilja nekoliko zviševale, medtem ko se pri ženskah skoraj niso. Ob upadanju umrljivosti je večje število bolnišničnih obravnav pri moških lahko posledica zgodnejšega odkrivanja in učinkovitejšega zdravljenja. Pri prebivalcih, starejših od 64 let, razlik v trendu po spolu ni.

Razlike med regijami

Stopnje umrljivosti, standardizirane na starost, se zmanjšujejo od vzhodnih proti zahodnim regijam. To zmanjševanje ni izrazito, razen pri standardizirani stopnji umrljivosti zaradi ishemične bolezni srca pri ljudeh, mlajših od 65 let, pri kateri je stopnja v obalno-kraški regiji polovico nižja kot v podravski. V regijah, v katerih je stopnja bolnišničnih obravnav višja, je stopnja umrljivosti nižja, medtem ko je število obravnav v primarnem varstvu sorazmerno s številom umrlih. Kazalec »število bolnišničnih obravnav na umrlega«, ki je najvišji v obalno-kraški regiji in najnižji v notranjsko-kraški, odraža dostopnost do bolnišničnega varstva ali resnost bolezni ob prvem sprejemu v bolnišnico.

Najvišje stopnje umrljivosti zaradi bolezni srca in žilja uvrščajo Pomurje in notranjsko-kraško regijo ob bok stopnjam umrljivosti na Poljskem in Češkem, medtem ko je v regijah z najnižjimi vrednostmi umrljivost podobna kot v Nemčiji ali Belgiji oziroma je v okviru povprečne umrljivosti v državah EU.



Vir: IVZ

IBS - ishemična bolezen srca

Slika 4.3: Stopnje umrljivosti zaradi najpomembnejših podskupin skupine bolezni srca in žilja, Slovenija, 2005–2007.

Med boleznimi srca in žilja bolniki najpogosteje umirajo zaradi peri-, endo- in miokarditisov, kardiomiopatij s srčnim popuščanjem ter motenj srčnega ritma z nenadno srčno smrtjo. Na drugem mestu so smrti zaradi akutnega srčnega infarkta, razen v zasavski in goriški regiji, v katerih so te smrti na prvem mestu. Na tretjem mestu je možganska kap.

Breme bolezni srca in žilja se je v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih zmanjšalo. Stopnje umrljivosti zaradi njih so v Sloveniji v letu 2007 padle na polovico tistih iz leta 1985. Poleg naravnega gibanja bolezni se je breme zmanjševalo tudi zaradi preventivnih programov, razširjenih v zadnjem obdobju, in agresivnejšega zdravljenja bolnikov s pomočjo perkutane koronarne in karotidne reperfuzije, implantacije stentov in uporabe zdravil.

Viri

Šelb Šemerl J. Sprožilni dejavniki za nastop nenadne srčne smrti v Sloveniji: Doktorsko delo. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Ljubljana 2005.

Žvan B. Primarna in sekundarna preventiva ishemičnega možgansko-žilnega dogodka. V: Žvan B, Bobnar Najžer E. Spoznajmo in preprečimo možgansko kap. Društvo za zdravje srca in žilja; Ljubljana 2006:114-121.

Scholte op Reimer W J M, Gitt A K, Boersma E, Simoons M L (eds.). Cardiovascular Diseases in Europe. Euro Heart Survey - 2006. Sophia Antipolis; European Society of cardiology; 2006.

Fras Z, Zaletel Kragelj L. Zvišan krvni tlak. V: Zaletel Kragelj L, Fras Z, Maučec Zakotnik J. Tvegana vedenja povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije; 3. knjiga. CINDI Slovenija; Ljubljana 2004: 649-681.

[Deubner DC](#), [Tyroler HA](#), [Cassel JC](#), [Hames CG](#), [Becker C](#). Attributable risk, population attributable risk, and population attributable fraction of death associated with hypertension in a biracial population. *Circulation*. 1975;5:901-8.

Aranceta J, Perez Rodrigo C, Foz Sala M, Mantilla T, Serra Majem L, Moreno B, Monereos Millian J. Tables of coronary risk evaluation adapted to the Spanish population: the DORICA study. *Med Clin (Barc)*. 2004; 18:686-91. Spanish. Erratum in: *Med Clin (Barc)*. 2004 Dec 4;123(20):30.

Duševne motnje

Sonja Tomšič, Katja Kovše

Duševne motnje pomembno vplivajo na kakovost življenja, izrazito prispevajo k samomorilnosti, saj je kar 90 % samomorov povezanih z njimi, in predstavljajo veliko breme za posameznika in družbo. Po ocenah naj bi več kot 27 % odraslih ljudi v Evropi v enem letu doživelo vsaj eno obliko duševne motnje. Med najpomembnejše probleme javnega duševnega zdravja spadajo depresija, demenca, odvisnosti in anksiozne motnje.

Depresija

V razvitem svetu je depresija bolezen z največjim bremenom (merjeno v DALY¹¹). Je ena najpogostejših duševnih motenj, prevalenca v Evropi je ocenjena na 13 % (9 % za moške, 17 % za ženske). Po rezultatih Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) 2007 naj bi kadar koli v življenju imelo depresijo 4,6 % oziroma okoli 71.000 odraslih Slovencev. Delež depresije je pri ženskah skoraj dvakrat večji kot pri moških, narašča s starostjo in je pri osebah z manj kot srednješolsko izobrazbo skoraj dvakrat višji kot pri tistih, ki imajo vsaj slednjo. Podatki o številu obolelih z depresijo so najverjetneje podcenjeni, saj do 50 % depresij nikdar ni diagnosticiranih. Število obiskov zaradi depresije na sekundarni ravni zdravstvenega varstva v zadnjih osmih letih pri obeh spolih narašča, v obdobju 2005–2007 je bilo povprečno 6,5 obiskov na 1000 prebivalcev letno. Starostno standardizirana stopnja bolnišničnih obravnav je bila v povprečju 60,8/100.000. Bolnišnične obravnave so med najdaljšimi, saj so v povprečju trajale 44 dni. Depresija ima velik vpliv na delovno zmožnost posameznika, kar se odraža v številnih in dolgotrajnih bolniških odsotnostih in invalidskih upokojitvah.

Demenca

Demenca ni del normalnega staranja, se pa s staranjem verjetnost zanjo povečuje. Po bremenu bolezni (merjeno v DALY²) je ta bolezen v evropskih državah z višjim dohodkom na tretjem mestu. Po ocenah je bilo v letu 2005 v Sloveniji od 19.300 do 21.800 oseb z diagnosticirano demenco. Realno število bolnikov je še precej večje, saj je demenca pogosto nediagnosticirana. Zaradi staranja prebivalstva je pričakovati, da se bo število ljudi s to boleznijo povečevalo. Število ambulantno izdanih receptov za zdravila zanjo se je v obdobju 2000–2007 povečalo za devetkrat. Porast je lahko odraz večanja števila obolelih, boljšega prepoznavanja in/ali pogostejšega zdravljenja. Tudi število obravnav na sekundarni ravni se v zadnjih osmih letih povečuje, v povprečju je letno zaradi demence deset obravnav na 1000 prebivalcev, starejših od 65 let. Kar od 50 % do 80 % dementnih je v domači oskrbi, kar pomeni veliko breme za svojce oziroma skrbnike ter posledično za državo. Za Slovenijo so bili ocenjeni stroški demence za leto 2005 okoli 367 milijonov evrov, strošek za posameznega obolelega pa 19.500 evrov.

Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola

Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola so posledica dolgotrajnega prekomernega uživanja alkohola kot tudi prekomernega opijanja. V Sloveniji je približno 10 % do 15 % odraslih odvisnih od alkohola. Med njimi izstopajo moški, osebe brez izobrazbe, osebe brez otrok in osebe iz spodnjega družbenega razreda. Poleg alkoholika trpi posledice tudi njegova neposredna okolica, zato je posredno prizadetih še precej več ljudi. Zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja

¹¹DALY je število izgubljenih »zdravih« let življenja, izračunano je kot seštevek števila izgubljenih let življenja zaradi pre zgodnje smrti in števila let preživelih v zmanjšani telesni zmožnosti zaradi bolezni ali poškodbe.

alkohola umre povprečno 6,5 odraslih prebivalcev, starih 15 let in več, na 100.000 prebivalcev na leto, od tega 85 % zaradi sindroma odvisnosti od alkohola. Povprečno je zaradi alkohola letno na 100.000 odraslih 131,2 bolnišničnih obravnav in 270 obravnav v specialističnih ambulantah, na 10.000 zaposlenih je 15 primerov bolniške odsotnosti. Bolnišnične obravnave in bolniška odsotnost so dolgotrajne, saj prve trajajo povprečno 31,4 dni, bolniška odsotnost pa povprečno 48,7 dni.

Viri

Alzheimer Europe, 2009. Pridobljeno 16.3.2009 na: <http://www.alzheimer-europe.org>

Hovnik-Keršmanc M, Čebašek-Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999 (Rezultati raziskave). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2000.

Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S (eds). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009.

Wimo A, Winblad B, Jönsson L. An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's & Dementia*, 2007; 3: 81-91

Skeletno-mišične bolezni

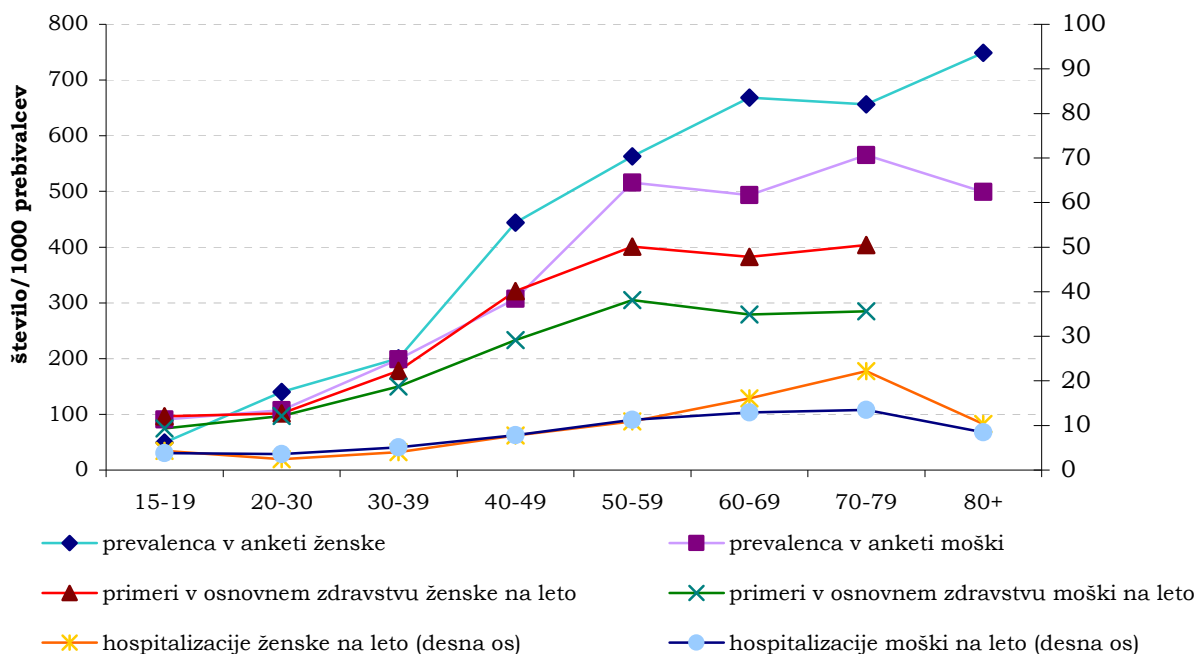
Tatjana Kofol-Bric

Težave s skeletno-mišičnim sistemom so pogoste že v mladosti, z obremenitvami in degenerativnimi spremembami pa pri starejših skokovito naraščajo. Z naraščajočim deležem starejšega prebivalstva, debelostjo in zmanjšano telesno dejavnostjo se bo še izrazito povečal njihov pliv na posameznika in družbo. Dolgotrajne bolečine in zmanjšane sposobnosti za vsakdanja opravila zelo slabšajo kakovost življenja in povečujejo odvisnost od pomoči drugih. Največje družbeno breme predstavljajo veliki stroški zaradi odsotnosti z dela in predčasnega upokojevanja. S staranjem povezani osteoartritis in osteoporozna bodo povzročili glavnino povečanega bremena zaradi skeletno-mišičnih bolezni. Pritisk na zdravstvo bo dodatno povečan s pričakovanjem ljudi, da bodo do pozne starosti živeli aktivno in brez omejitev.

2,5 milijona dni na leto so zaposleni v Sloveniji nezmožni za delo zaradi bolezni skeletno-mišičnega sistema, ki so tako z 18 % vseh izgubljenih dni drugi najpogostejši vzrok za odsotnost z dela, takoj za poškodbami. Povzročajo dolgotrajne odsotnosti, ki povprečno trajajo 28 dni, nadomestila zanje ocenjujemo na 110 milijonov evrov. Vrednost predpisanih nesteroidnih protirevmatičnih zdravil v letu 2007 je ocenjena na skoraj 10 milijonov evrov, celotni stroški zdravljenja skeletno-mišičnih bolezni v letu 2006 pa na 140 milijonov evrov. Hude trajne okvare so razlog, da invalidske komisije Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) najpogosteje, to je v tretjini primerov, obravnavajo bolezni sklepov, kosti in mišic. Med invalidnostmi zaradi skeletno-mišičnih bolezni so s 66 % najpogostejše diagnoze bolezni hrbta, sledijo artroze s 16 %.

Bolečine v sklepih in hrbtu so daleč najpogosteje samoporočana okvara zdravja med prebivalci Slovenije, starejšimi od 15 let. Po podatkih EHIS 2007 je 48 % starejših od 15 let že imelo ali ima eno ali več težav s skeletno-mišičnim sistemom, 30 % jih je težave imelo v zadnjem letu. Petini oseb, ki navajajo težave, diagnoze ni potrdil zdravnik. V raziskavi Evrobarometer se je Slovenija s 40 % prebivalcev, ki so bili v tednu pred anketiranjem prizadeti zaradi bolečin v sklepih in mišicah, uvrstila na peto mesto med državami EU, kronične težave, daljše od treh mesecev, v življenju je navedlo 30 % Slovencev.

Glavnina težav bolnikov s skeletno-mišičnimi boleznimi je uspešno obvladanih pri splošnih zdravnikih, kjer so drugi najpogostejši vzrok za obravnavo. Letno zaradi njih beležijo 215 prvih obiskov na 1000 prebivalcev, kar je praktično enako kot pred desetimi leti (Slika 4.4). Pri ženskah je težav s skeletno-mišičnim sistemom v vseh obdobjih življenja več kot pri moških. Težave s starostjo naraščajo; izjema so moški, ki zaradi skeletno-mišičnih bolezni najpogosteje obišejo splošnega zdravnika med 50. in 59. letom starosti, nato pa stopnja obiskov pade. Število prvih pregledov na 1000 prebivalcev zaradi skeletno-mišičnih bolezni pri specialistih se je v desetih letih povečalo za 20 %. Vsak 25. moški in vsaka 30. ženska, ki sta obravnavana zaradi teh bolezni v osnovnem zdravstvu, sta napotena na bolnišnično zdravljenje.



Vir: IVZ.

Slika 4.4: Skeletno mišične bolezni po anketnih podatkih in obiskih po spolu in starosti.

Štiri glavna skeletno-mišična obolenja, ki se razlikujejo po mehanizmi nastanka ali možnostih preventivnega delovanja, so: osteoartraza, revmatoidni artritis, osteoporoza in bolečine v hrbtu.

Osteoartraza, imenovana tudi obraba sklepa, nastane zaradi staranja. Dejavniki tveganja so tudi nepravilnosti sklepov in hrbtenice, debelost, poškodbe in obremenitve pri delu in športu. Pogostejša je pri ženskah po menopavzi. Debelost je posebej povezana z nastankom artroze kolena. Revmatoidni artritis ima po podatkih različnih študij prevalenco pod 1 %. Zdravljenje, vključno z uporabo bioloških zdravil, bo pomembno prispevalo k zmanjšanju socialnih in ekonomskih posledic te bolezni. V Sloveniji zaradi revmatoidnega artritisa letno beležimo 3,2 prvih obiskov pri specialistih na 1000 prebivalcev, med njimi so petkrat pogostejše ženske, ki v večjem številu iščejo pomoč specialistov že po 30. letu starosti. V slovenski raziskavi je osteoporoza izmerjena pri 28 % žensk po 50. letu in 15 % moških po 60. letu starosti. Osteoporoza je povezana z nizko težo, s prezgodnjo menopavzo, kajenjem, prekomernim uživanjem alkohola, telesno nedejavnostjo, pomanjkanjem kalcija in vitamina D in z rabo nekaterih zdravil. Pri preprečevanju nastanka je pomembna ustreza tvorba kosti v mladosti.

Bolečino v hrbtu v zadnjem letu je v raziskavi EHIS 2007 navedlo 40 % odraslih prebivalcev Slovenije, med njimi so pogostejše ženske, moški med 20. in 60. letom starosti pa so zaradi bolezni hrbta pogosteje zdravljeni v bolnišnici. Dva od treh, ki sta začasno nezmožna za delo zaradi skeletno-mišičnih težav, imata to diagnozo, znotraj katere je s 75 % najpogostejša bolečina v hrbtu brez natančneje določenega razloga. Po podatkih tujih anketnih raziskav v zadnjem desetletju so zaposleni bolečine v hrbtu v zadnjem letu navajali v razponu od 38 % do 45 %. Bolezen postane kronična v povezavi s psihosocialnimi dejavniki, z dejavniki na delovnem mestu, ki vključujejo nezadovoljstvo z delom in nerazpoložljivost lažjih nalog, ter z debelostjo.

Viri

European Commission: European Action Towards Better Musculoskeletal Health, ISBN 91-975284-0-4. Pridobljeno 15.4. 2009 s spletne strani http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_exs_15_en.pdf. Bone & Joint Decade, Lund, Sweden, 2004.

Marn S, Truden Dobrin P, Stroški zdravljenj glede na starostne skupine bolnikov in po kategorijah bolezni v Sloveniji v letu 2006 4. Konferenca: Od podatkov do informacij v zdravstvu, Ljubljana, 2008

Woolf Anthony D., Musculoskeletal Conditions V: Major and Chronic Diseases Report 2007, European Communities, 2008 DG SANCO

Žorž G, Kocijančič A, Komadina R. Prevalence of Osteoporosis in Slovenia. Osteoporosis International 2005; 16(3): S66.

Astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen

Nevenka Kelšin

Čeprav sta astma in kronična obstruktivna bolezen (KOPB) različni, sta med prebivalstvom deloma prisotni hkrati: po italijanskih raziskavah ima 11 % do 14 % astmatičnih bolnikov tudi KOPB, od 14 % do 31 % bolnikov s KOPB pa tudi astmo.

Astma predstavlja pomembno breme ne samo zaradi zdravstvenih stroškov in izgube delovnih dni, ampak tudi zaradi slabše kakovosti življenja. Spada med obstruktivne bolezni dihalnih poti in je med kroničnimi boleznimi najpogostejša pri otrocih, prizadene pa tudi številne odrasle. V povprečju jo ima 4 % do 11 % ljudi. Letni stroški zdravljenja astme v Evropi znašajo 17,7 milijarde evrov, od tega za izgubljene delovne dni 9,8 milijarde, za zunajbolnišnične stroške 3,8 milijarde, za zdravila 3,6 in za bolnišnično zdravljenje 0,5 milijarde evrov.

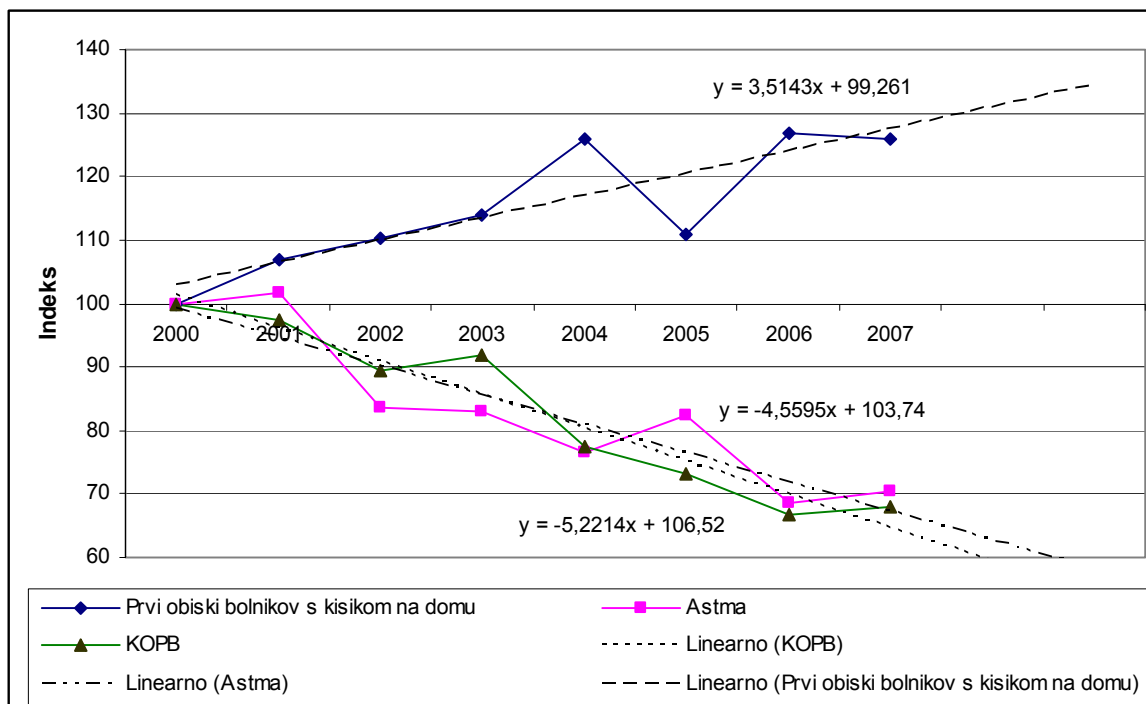
Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) je v mnogih državah eden od najpomembnejših vzrokov za obolevnost in umrljivost: peti med vodilnimi vzroki smrti v razvitem svetu in tretji v 25 državah EU ter predstavlja sedmi najpogostejši vzrok izgubljenih let življenja. Do leta 2020 bo postala tretji vodilni vzrok smrti v svetu. Na osnovi različnih raziskav se pogostost KOPB v populaciji ocenjuje s stopnjo od 0,23 % do 18,3 %. Poročilo o letnih stroških v zvezi s KOPB v Evropi navaja 38,7 milijard evrov (brez smrti in rehabilitacije), od tega 4,7 milijarde za zunajbolnišnične stroške, 2,7 za zdravila, 2,9 za bolnišnično zdravljenje in 28,4 milijarde za izgubljene delovne dni.

Kajenje je vzrok za od 85 % do 90 % primerov KOPB, ki jo dobi od 15% do 25% kadilcev. Nekaj primerov je posledica prirojenih bolezni pljuč (pri osebah, mlajših od 40 let, ali pri nekadilcih) in poklicne izpostavljenosti ali kombinacije obeh ter izpostavljenosti onesnaženemu zraku in dimu, ki nastane pri gorenju lesa. Pri starejših osebah s KOPB so pogoste tudi druge bolezni, kot npr. bolezni srca in žilja, depresija, osteoporoza.

Raziskava o zdravju med prebivalci Slovenije, starejšimi od 15 let (EHIS 2007, N je 2116), je pokazala, da ima astmo (vključno z alergijsko obliko) 7 % prebivalcev, starih do 19 let (moški: 6 %, ženske: 9 %), 5 % prebivalcev, starih od 20 do 64 let (pri moških in ženskah podobno), in 10 % prebivalcev, starejših od 65 let (moški: 13 %, ženske: 8 %), kronični bronhitis, KOPB ali emfizem pa 3 % prebivalcev, starih do 19 let, 5 % prebivalcev, starih 20 do 64 let (pri moških in ženskah podobno pri obeh starostnih skupinah), in 11 % prebivalcev, starih nad 65 let (moški: 12 %, ženske: 11%). Pri večini je bolezen ugotovil zdravnik.

Po podatkih o stiku z zdravstveno službo je bilo v letu 2007 v Sloveniji 24.500 obiskov v osnovnem zdravstvenem varstvu zaradi astme in 20.000 zaradi KOPB, v ambulantno specialistični dejavnosti je bilo 22.700 obravnav zaradi astme in 11.300 zaradi KOPB. Hospitalizacij zaradi astme je bilo 1500 in 2600 zaradi KOPB. Stopnja hospitalizacije zaradi obeh vzrokov se v zadnjih letih zmanjšuje (v obdobju med letoma 2000 in 2007 se je zmanjšala skoraj za tretjino), kar lahko pomeni, da se skrb za te bolnike v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu izboljšuje. Seveda pa to velja ob predpostavki, da se način kodiranja vzrokov hospitalizacije ni bistveno spremenil oziroma da se pri bolnikih ne pojavlja več komplikacij kot prej.

Število prvih preventivnih obiskov bolnikov s kisikom na domu v okviru patronažne službe se je v obdobju od leta 2000 do 2007 povečalo za četrtno.



Vir: IVZ, Zbirke hospitalizacij, od 2000 do 2007

IVZ, Poročila o delu patronažnih medicinskih sester, od 2000 do 2007

Slika 4.5: Stopnja hospitalizacije zaradi astme in KOPB ter prvi obiski v okviru patronažne službe bolnika s kisikom na domu, Slovenija, 2000–2007 (indeks 100 je za 2000)

Zaradi KOPB v Sloveniji vsako leto umre približno 600 oseb, dve tretjini je moških,.

Viri

Šuškovič S. Kaj je bilo novega pri KOPB v zadnjem letu. V: Klinična imunologija, KOPB : zbornik predavanj/ Golniški simpozij, 2007, Golnik, Bled 2.-6. oktober 2007; Košnik M, ed. Pridobljeno na:

http://www.klinika-golnik.si/uploads/si/strokovna-javnost/strokovne-publikacije/zbornik_2007.pdf

Faustini A, Marino C, D'Ovidio M, Perucc C. A.. Mortality due to chronic obstructive pulmonary disease: indicators of impact, access to health services, and outcome of hospital treatment in an Italian region.

Pridobljeno na:

http://www.epidemiologiaeprevenzione.it/materiali/ARCHIVIO_PDF/2007/E&P2-3/E&P2-3_140_art6.pdf

EUGLOREH 2007: Pridobljeno na:

<http://www.intratext.com/ixt/EXT-rep/P2G.HTM>

http://www.intratext.com/ixt/EXT-SUMM/P5.HTM#SL_II.2.8

<http://www.intratext.com/ixt/EXT-rep/P2A.HTM>

<http://www.intratext.com/ixt/EXT-rep/P28.HTM>

EHIS, 2007 - Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Škrgat S. et al. Stališče do obravnave akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (APkpb). Pridobljeno na: <http://www.klinika-golnik.si/uploads/si/strokovna-javnost/strokovne-publikacije/apKOPB.pdf>

Jetрна ciroza

Katja Kovše

Jetrna ciroza je kronična, brazgotinska faza jetrne bolezni, ki je večinoma posledica trajnih ali ponavljajočih se jetrnih bolezni. V zahodnem svetu je najpogostejši vzrok jetrne ciroze dolgotrajno prekomerno uživanje alkohola, povečuje pa se incidenca ciroz, ki so posledica kronične okužbe z virusom hepatitisa B in C, drugi vzroki so redkejši. Na voljo je malo zanesljivih podatkov o prevalenci in incidenci jetrne ciroze, saj je bolezen pogosto brez simptomov in znakov bolezni ali pa so ti neznačilni. Številne bolnike odkrijemo šele, ko je bolezen že zelo napredovala, približno 20 % pa jih odkrijemo naključno ob zdravstvenem pregledu zaradi drugih težav. Pri 40 % bolnikov z jetrno cirozo bolezen ostane neprepoznana in jo odkrijemo šele z obdukcijo. Na osnovi obdukcijskih izvidov so v Evropi ocenili prevalenco ciroze na 4–10 %, incidenco pa na 240 bolnikov na milijon prebivalcev letno.

Ciroza jeter predstavlja v Sloveniji veliko breme, saj poleg visoke stopnje umrljivosti slabša kakovost življenja bolnikov. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je bila jetrna ciroza¹² v Sloveniji leta 2004 na petem mestu vzrokov smrti in na sedmem po številu izgubljenih zdravih let življenja (DALY)¹³ na 100.000 prebivalcev. Slovenija se po obeh kazalnikih uvršča v sam vrh držav članic EU in evropskih držav z zelo nizko umrljivostjo otrok in odraslih (EUR-A), presegata nas le Madžarska in Romunija.

Zaradi jetrne ciroze¹² v Sloveniji umre povprečno 527 odraslih prebivalcev¹⁴ na leto, 45,1 na 100.000 odraslih moških in 16,6 na 100.000 odraslih žensk. Jetrna ciroza je vzrok za 5,8 % izgubljenih let življenja zaradi prezgodnje smrti (YPLL)¹⁵, prezgodaj vsako leto umre 321 oseb, ki povprečno izgubijo 11 let potencialnega življenja. Zaradi jetrne ciroze je na 100.000 odraslih prebivalcev povprečno 59,5 hospitalizacij in 170 obravnav v specialističnih ambulantah na leto, delež moških je večji kot delež žensk. Podatki o smrtih in hospitalizacijah zaradi jetrne ciroze za zadnjih deset let ne kažejo jasnega trenda (Slika 4.6).

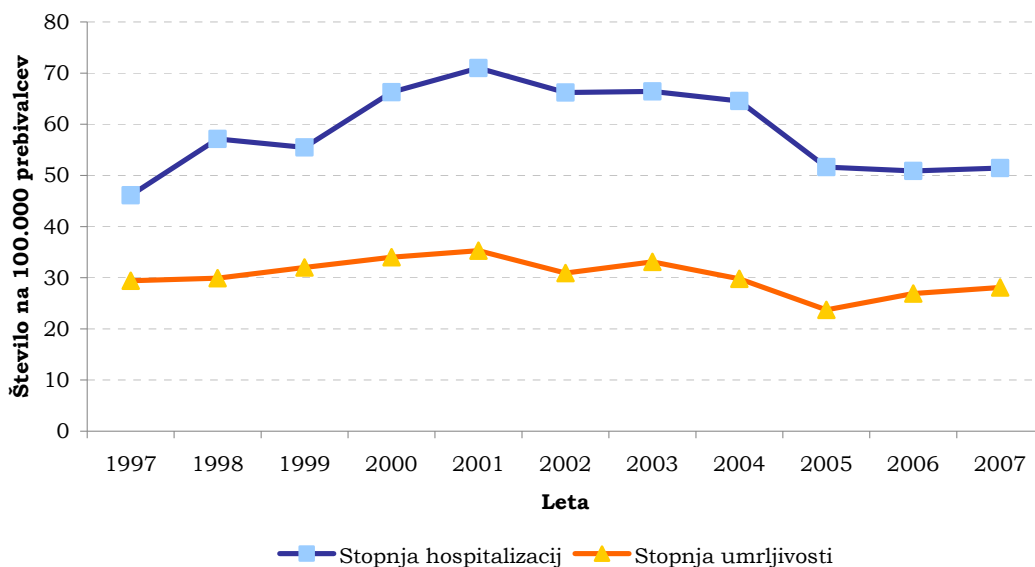
Dvajsetletni podatki SZO o starostno standardizirani umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze¹² v Sloveniji pa kažejo trend zniževanja.

¹² Jetrne ciroze zaradi kroničnih virusnih hepatitisov; metabolne in kongenitalne ciroze ter zapleti jetrne ciroze niso zajeti.

¹³ Število izgubljenih zdravih let življenja je seštevek števila izgubljenih let življenja zaradi prezgodnje smrti in števila let, preživelih v zmanjšani telesni zmožnosti zaradi bolezni ali poškodbe.

¹⁴ Odrasli prebivalci, stari 15 let in več

¹⁵ Izgubljena leta življenja zaradi prezgodnje smrti, torej smrti pred 65. letom starosti



Vir: IVZ.

Slika 4.6: Umrljivost in hospitalizacije zaradi jetrne ciroze na 100.000 prebivalcev, Slovenija, 1997–2007.

Tudi v Sloveniji je večina jetrnih ciroz posledica dolgotrajnega prekomernega uživanja alkohola. Ciroza se razvije pri 10–20 odstotkih prekomernih pivcev alkohola, ponavadi po 10 do 15 letih tveganega pitja. Zaradi alkoholne ciroze jeter je v Sloveniji povprečno 23,5 smrti na 100.000 odraslih prebivalcev na leto, pri moških so takšne smrti trikrat pogostejše kot pri ženskah. Bolniki z alkoholno cirozo jeter in njenimi zapleti so uporabniki dragih bolnišničnih obravnjav, predvsem so hospitalizacije dolgotrajne, pogosto so potrebni intenzivna nega, krvni pripravki in različne intervencije. V Sloveniji je letno zaradi alkoholne ciroze jeter (zapleti niso zajeti) 44,7 hospitalizacij na 100.000 odraslih prebivalcev, ki povprečno trajajo 12 dni. Ker zdravniki pomanjkljivo beležijo alkohol kot vzrok jetrne ciroze, se del smrti in hospitalizacij zaradi alkoholu pripisljive ciroze skriva tudi med neopredeljenimi cirozami.

Glede na to, da je glavni vzrok za cirozo jeter v Sloveniji škodljiva raba alkohola, je treba preventivne ukrepe usmeriti v njeno preprečevanje. Za preprečevanje jetrne ciroze, ki je posledica kroničnega hepatitisa B in C, so potrebni predvsem ozaveščanje ter izobraževanje prebivalstva in predvsem ogroženih skupin o zaščitnih ukrepih ter cepljenje proti hepatitisu B oz. zgodnje odkrivanje in zdravljenje hepatitisa C.

Viri

Bergauer A, Dajčman D. Osnove jetrne ciroze. Medicinski mesečnik 2006. Pridobljeno 27. 3. 2009 na: http://www.medicinski-mesechnik.com/MM_06_01/osnove-jetrne-ciroze.pdf

Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D. Interna medicina. 3. izdaja. Ljubljana: Littera picta, 2005: 589-95

Gorjup B. Zdravljenje in preprečevanje krvavitve varic požiralnika. Zdrav vestn 2005; 74: 311-6

Nalezljive bolezni

Tatjana Frelih, Alenka Kraigher, Marta Grgič Vitek, Veronika Učakar, Eva Grilc, Maja Sočan, Irena Klavs, Jana Kolman

Nalezljive bolezni v Sloveniji še vedno zavzemajo pomembno mesto v javnem zdravju. Poleg nalezljivih bolezni, ki so prisotne že desetletja ali stoletja in jih razmeroma dobro poznamo, se pojavljajo nove, pa tudi stare v novi, spremenjeni obliki. Narava nalezljivih bolezni oziroma dejstvo, da lahko iz enega primera nastaneta izbruh ali epidemija, ter vedenje, da tovrstne bolezni ne poznajo državnih meja, od nas zahteva načrtovanje ukrepov za preprečevanje, širjenje ter obvladovanje posameznih nalezljivih bolezni, kopičenja ali izbruhov.

V Sloveniji vodimo zbirke (evidence) podatkov o nalezljivih boleznih, ki nastajajo na osnovi prijav nalezljivih bolezni, prijav izbruhov in epidemij in laboratorijskih prijav povzročiteljev nalezljivih bolezni. V sistem zbiranja in poročanja so vključeni zdravniki z vseh ravni zdravstvenega varstva in laboratoriji (mikrobiološki in drugi).

Črevesne nalezljive bolezni

Incidenca črevesnih nalezljivih bolezni ocenjujemo na osnovi pasivno prijavljenih izbranih nalezljivih bolezni, ki se prenašajo fekalno-oralno, s hrano in z vodo. Med bakterijskimi povzročitelji so najpogostejše salmoneloze, katerih incidenca je bila najvišja v letu 2003 (201/100.000). V naslednjih letih je incidenca padala in je v letu 2008 znašala 54/100.000 prebivalcev. *Kampilobakter* je drugi najpogostejši bakterijski povzročitelj črevesnih nalezljivih bolezni v Sloveniji. Najvišja incidenca je bila leta 2002 (61/100.000), v letu 2008 je znašala 44/10.000. Med virusnimi povzročitelji so najpogostejši rotavirusi in norovirusi. Tako kot v drugih evropskih državah se norovirusi pojavljajo predvsem kot izbruhi v vrtcih, domovih starejših občanov, v hotelsko - gostinskih obratih, v bolnišnicah, zdraviliščih in osnovnih šolah.

Tabela 4.3: Prijavljeni primeri izbranih črevesnih nalezljivih bolezni v Sloveniji med letoma 2002 in 2008

Incidenca/100.000	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Salmoneloze	54	67	76	76	165	201	137
Kampilobakterioze	44	54	47	54	53	44	61
Rotaviroze	103	89	91	83	91	97	102
Noroviroze	87	104	64	83	55	71	86

Vir: IVZ

Črevesne nalezljive bolezni se pogosto pojavljajo v obliki izbruhov (letno do 20). Ti so najpogostejše povezani z okužbami s hrano in z vodo.

Transmisivne (vektorske) nalezljive bolezni

V Sloveniji spremljamo dve vektorski bolezni: klopni meningoencefalitis in Lymsko boreliozo. Čeprav se število prijavljenih bolnikov z Lymsko boreliozo povečuje, bi bilo brez ustreznih študij povečanje težko pripisati segrevanju ozračja. Večje število primerov je morda posledica boljše prijave in večje razširjenosti okuženih kloпов.

Tabela 4.4: Prijavljene transmisivne bolezni v Sloveniji med letoma 2002 in 2008

Incidenca/100.000	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
KME	12,4	9,9	18,6	14,9	10,2	14,1	13,1
Lymaska borelioz	255,5	193	223	206	192,7	176,5	169,9

Vir: IVZ

Gripa in akutne okužbe dihal

Kroženje virusa influence izrazito poveča obolevnost v vseh starostnih skupinah, odsotnost od pouka in z dela, število hospitalizacij zaradi zapletov gripe (pljučnice, akutnega vnetja srednjega ušesa pri otrocih) in splošno umrljivost prebivalstva. Ocene kažejo, da letno za gripo zbolijo od pet do 15 odstotkov prebivalstva. V najtežjih sezonah gripe pojavnost gripi podobne bolezni preseže tedensko incidenčno stopnjo 400/100.000 prebivalcev, akutne okužbe dihal pa dosežejo incidenčno stopnjo 3000/100.000 prebivalcev. Na vrhuncu gripe je od 30 % do 50 % vzorcev pozitivnih na influenco A ali B.

V zadnjih desetih letih sta imeli dve sezoni izrazit porast obolelih: 1999/2000 in 2004/2005, ko je bila presežna umrljivost največja. V obeh najtežjih sezonah je bil prevladujoč virus influence A H3N2.

Posebno grožnjo zdravju predstavlja pojav pandemskega virusa influence. V letu 2009 se je začelo kroženje novega virusa influence A (H1N1) 2009, ki je povzročil največjo obolevnost med šolarji in več resnih okužb spodnjih dihal (pljučnice in ARDS) pri ljudeh srednjih let s kroničnimi boleznimi in nosečnicah, kot je bilo pričakovano.

Hkrati s pojavom gripe se v hladnejših mesecih leta pojavijo tudi drugi povzročitelji okužb dihal, na primer respiratorni sincicijski virus, ki je glavni povzročitelj akutnega bronhitisa/bronhiolitisa pri zelo majhnih otrocih, virus parainfluence in adenovirus. Sezonski vrh RSV se doseže v zimskih mesecih.

Virusni hepatitis

Število prijavljenih primerov hepatitisa A se v zadnjih letih znižuje (< 1/100.000 prebivalcev v letih 2006 in 2007). Največ okužb se zgodi na potovanjih na endemična območja. Incidenčna stopnja prijavljenih primerov akutnega hepatitisa B med splošno populacijo se giblje od najnižje 0,8/100.000 prebivalcev v letu 2007 do najvišje 1,3/100.000 prebivalcev v letu 2006, kar nas uvršča med države z nizko (< 2 %) prevalenco okužbe s hepatitisom B.

Prevalenca protiteles proti hepatitisu B (anti-HBc) med zaupno testiranimi inicirajočimi uživalci v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog se je gibala od najnižje (4,1 %) v letu 2004 do najvišje (10,4 %) v

letu 2003. Virusni hepatitis, predvsem hepatitis C (HCV), so pogosteje prisotni pri injicirajočih uživalcih drog (IUD), podobno kot v vsej Evropi. Med anonimno zaupno testiranimi IUD, ki so vključeni v programe zdravljenja v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je bila prevalenca protiteles proti HCV od 21 % v letu 2002 do 22,5 % v letu 2003. Gre za relativno nizek delež okuženih s HCV v primerjavi z veliko večino držav EU, kjer je okuženih med 40 % do 90 % IDU. Med splošno populacijo je prijavna incidenčna stopnja akutnih hepatitisov C od 0,3/100.000 (2006) do 0,7/100.000 (2007). Ocenjujemo, da je incidenčna stopnja akutnega HCV podcenjena, in to predvsem zaradi neustrezne prijave, pa tudi zaradi številnih neprepoznanih primerov.

Okužba s HIV in druge spolno prenosljive okužbe

V Sloveniji je s HIV okužena manj kot ena oseba na 1000 prebivalcev, vendar število narašča. V zadnjih desetih letih (1998–2007) je bilo prepoznanih skupno 225 primerov novih diagnoz okužbe s HIV, medtem ko je umrlo 33 bolnikov z aidsom. V letu 2007 je bilo prijavljenih 36 primerov novih diagnoz okužbe s HIV (17,8/1.000.000 prebivalcev), 20 več kot pred desetimi leti. Povečano število novih diagnoz okužbe s HIV po letu 2003 je izključno posledica porasta med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi (Slika 4.7). Ti imajo največje breme okužb s HIV, a delež okuženih ni presegel pet odstotkov.

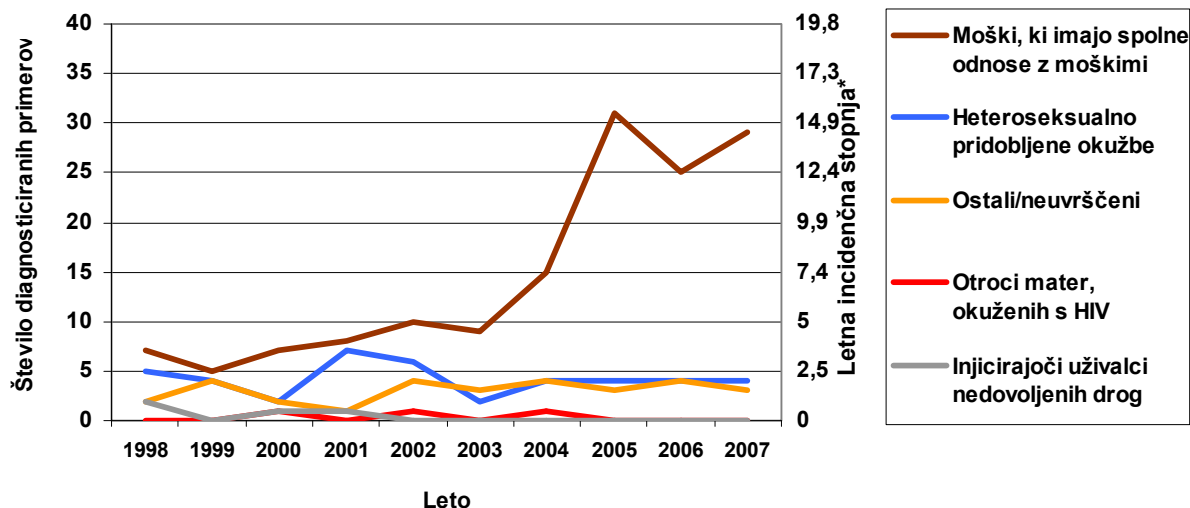
V Sloveniji relativno malo testiramo za okužbo s HIV, čeprav se obseg testiranja počasi povečuje in se delež zelo poznih diagnoz v zadnjih letih znižuje. Vendar še vedno zamujamo priložnosti za uspešnejše zgodnje zdravljenje. V letu 2007 je za aidsom zbolelo devet oseb (4,5/1.000.000 prebivalcev). Dva bolnika z aidsom sta umrla. Relativno nizka obolevnost za aidsom in umrljivost po njegovi diagnozi sta predvidoma posledica dobre dostopnosti do zelo kakovostnega zdravljenja.

Breme spolno prenosljivih okužb (SPO) v Sloveniji je veliko, predvsem breme najpogostejših SPO: okužbe z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijske okužbe) in okužbe s humanimi virusi papiloma (HPV).

Spolno prenesene klamidijske okužbe so najpogosteje prijavljene ozdravljive SPO v Sloveniji. Med prebivalci, starimi od 20 do 24 let, je okuženih približno 3500 žensk in 3300 moških. Pogosto okužbe ostanejo neprepoznane in tako zamujamo številne priložnosti za zdravljenje in preprečevanje poznih posledic, predvsem za rodno zdravje žensk.

Po ocenah iz tujine se več kot 50 odstotkov spolno aktivnih oseb v življenju okuži z vsaj enim spolno prenesenim genotipom HPV. Velika večina jih spontano mine, redke pa vztrajajo in privedejo do različnih bolezenskih sprememb, predvsem genitalnih in analnih rakov, predrakavih sprememb in anogenitalnih bradavic. Genitalne bradavice so najpogosteje prijavljene virusne SPO v Sloveniji. Skoraj vse povzročata nizkorizična (neonkogen) genotipa HPV (6 in 11). Med 40 do 49 let starimi Slovenci je genitalne bradavice že imelo približno 1200 žensk in 1100 moških. V Sloveniji smo že uvedli cepljenje proti okužbi s HPV.

V letu 2007 je bilo prijavljenih le 39 primerov gonoreje in 28 primerov zgodnjega sifilisa, kar je relativno malo. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, imajo nesorazmerno visoko breme gonoreje in zgodnjega sifilisa. Podatki o prijavnih incidenčnih stopnjah klamidijske okužbe, genitalnih bradavic, sifilisa in gonoreje podcenjujejo breme teh okužb v prebivalstvu.



Vir podatkov: Prijave HIV/aids/smrti po diagnozi aidsa, IVZ.

* Incidenčne stopnje, izračunane na podlagi števila prebivalcev v letu 2007.

Slika 4.7: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, Slovenija 1998–2007

Okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo (bolnišnične okužbe)

Tudi v Sloveniji okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo, in med njimi bolnišnične okužbe (BO) predstavljajo enega največjih javnozdravstvenih problemov. Edina slovenska nacionalna enodnevna presečna raziskava, ki je ocenila nacionalno breme BO, je bila izvedena v oktobru leta 2001. Vanjo je bilo vključenih 6695 bolnikov iz 19 slovenskih bolnišnic. Eno ali več BO je imelo 311 bolnikov, kar pomeni 4,6-odstotno prevalenco. To je relativno nizka prevalenca v primerjavi z večino držav EU. Največ bolnikov je imelo okužbe sečil (1,2 %), sledile so pljučnice (1,0 %) in okužbe kirurških ran (0,7 %). Najmanj bolnikov je imelo primarne okužbe krvi (0,3 %). Prevalenca BO je bila najvišja na enotah intenzivne terapije (26,9 %). Povzročitelj je bil znan pri 55,8 % BO. Četrtnina okužb (25,1 %) je bila povzročena z več mikroorganizmi. Med povzročitelji BO z enim samim dokazanim povzročiteljem je bil na prvem mestu *Staphylococcus aureus* (24,3 %) in na drugem *Escherichia coli* (13,6 %). Proti meticilinu odporen *Staphylococcus aureus* (MRSA) je bil dokazan pri 16,6 % BO z znanimi povzročitelji. Od 34 BO, povzročenih samo s *Staphylococcus aureus*, jih je 61,8 % povzročil MRSA. Bolniki, stari 80 let ali več, bolniki z boleznimi, smrtnimi v pol leta, in bolniki z vsadki so imeli večje tveganje za BO. Med bolniki z invazivnimi posegi, opravljenimi v tednu pred raziskavo, so imeli najbolj povečano tveganje za BO bolniki s centralnimi žilnimi katetri (prilagojeno razmerje obetov (RO) 3,2; 95 % IZ 2,1 do 4,9), nekaj manj povečano tveganje so imeli bolniki s perifernimi žilnimi katetri (prilagojeno RO 1,7; 95 % IZ 1,2 do 2,4) in urinskimi katetri (prilagojeno RO 2,4; 95 % IZ 1,6 do 3,4). Neodvisna dejavnika tveganja za BO sta bila tudi hospitalizacija na enoti intenzivne terapije in daljša hospitalizacija.

Z dobro organiziranimi programi preprečevanja in obvladovanja BO v bolnišnicah lahko pomembno omejimo njihovo pojavljanje. Na dokazih temelječe načrtovanje preprečevanja in obvladovanja BO in ocenjevanje naše uspešnosti je mogoče le na osnovi rezultatov epidemiološkega spremljanja, ki je nujna aktivnost teh programov. V Sloveniji nimamo vzpostavljenega nacionalnega epidemiološkega spremljanja BO.

Odpornost bakterij proti antibiotikom

Porast bakterijske odpornosti proti antibiotikom je prednostni globalni javnozdravstveni problem. S pojavom proti antibiotikom odpornih bakterij se oži spekter učinkovitih antibiotikov za zdravljenje, podaljšuje se zdravljenje v bolnišnici, izid zdravljenja je lahko slabši, poveča se socialno-ekonomsko breme za državo, zdravstvo in posameznika.

Po podatkih evropske mreže EARSS (angl. *European Antimicrobial Resistance Surveillance System*), v katero je Slovenija vključena od leta 2000, so med državami precejšnje razlike glede pojavljanja odpornosti posameznih bakterij proti antibiotikom. Deleži so praviloma nižji v skandinavskih državah, na Nizozemskem in Danskem. Slovenija je glede MRSA umeščena v spodnjo tretjino držav z najnižjimi deleži. Delež MRSA med vsemi izolati *S. aureus* iz krvi smo uspeli znižati z 21,4 % leta 2000 na 7,2 % v letu 2008 in bili vzor drugim evropskim državam. V letu 2006 smo prvič zaznali proti vankomicinu odporne izolate enterokokov (VRE) in njihov porast na 13,2 % v letu 2008. Tako v Evropi kot tudi pri nas se soočamo s porastom odpornosti pri *Klebsiella pneumoniae* in *Escherichia coli*, zlasti proti cefalosporinom tretje generacije.

Za leto 2007 zbrani podatki o odpornosti bakterij, osamljenih iz različnih kužnin, pri bolnikih v slovenskih bolnišnicah, dopolnjujejo rezultate mreže EARSS. V domačem okolju, zlasti pri otrocih, narašča visoka stopnja odpornosti pnevmokokov proti penicilinu in makrolidom.

Komisija za smiselno porabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji, ustanovljena novembra 2005 pri ministrstvu za zdravje, je v letu 2006 sprejela nacionalno strategijo in načrt ukrepov za obvladovanje odpornosti mikrobov.

Turbekuloza

Spremljanje in obvladovanje tuberkuloze vodi Bolnišnica Golnik, v kateri že od leta 1954 deluje Register za tuberkulozo. Zaradi grožnje vse hujše epidemije te bolezni v svetu je od leta 1996 izpopolnjeno epidemiološko spremljanje in nadzor nad bolniki z njo. Rezultat je pospešeno upadanje primerov, letno za 8 % do 10 %. Od leta 1996, ko je bilo v Sloveniji registriranih 28,3 primerov tuberkuloze na 100.000 prebivalcev, se je leta 2005 prvič v zgodovini porast tuberkuloze zaustavil in število primerov te bolezni je začelo upadati. V letu 2006 je bilo v Sloveniji registriranih 210 bolnikov s tuberkulozo (10,7/100.000), kar predstavlja najnižjo incidenco prijavljenih primerov v Sloveniji in uvršča Slovenijo med države z zelo nizko obolevnostjo. Z letom 2001 se je začela izvajati tudi registracija oseb, ki so bile v tesnem stiku s tuberkuloznimi bolniki. V letu 2005 se je ukinilo rutinsko cepljenje novorojenčkov s cepivom BCG in se nadaljuje le selektivno cepljenje.

Cepljenje

Rutinski program cepljenja predšolskih in šolskih otrok je v Sloveniji za vse otroke brezplačen in vključuje cepljenja proti desetim nalezljivim boleznim: davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, okužbam s *Haemophilus influenzae* tipa b (Hib), ošpicam, mumpsu, rdečkam, hepatitisu B, v letu 2009 pa se pridružuje tudi cepljenje proti okužbam s humanimi virusi papiloma (HPV). Z usklajenimi aktivnostmi zdravstvene službe dosegamo dober delež precepljenosti, s katerim preprečujemo nastanek in širjenje s cepljenjem preprečljivih bolezni. Za osebe z določenimi indikacijami program opredeljuje tudi cepljenje proti pnevmokoknim okužbam, noricam, meningokoknemu meningitisu, steklini, klopnemu meningoencefalitisu, tuberkulozi, gripi in hepatitisu A.

Tabela 4.5: Prijavljeni primeri bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem, pred uvedbo cepljenja in v letu 2008

Bolezen	Št. prijavljenih primerov ob uvedbi cepljenja (leto uvedbe)	Št. prijavljenih primerov v letu 2008
Davica	2265* (1937)	0
Tetanus	78 (1951)	1
Oslovski kašelj	6210 (1959)	181
Otroška paraliza	133 (1957)	0
Hib meningitis	5 (2000)	2
Ošpice	5963 (1968)	0
Mumps	5078 (1979)	32
Rdečke	22212 (1973)	0
Hepatitis B	35 (1998)	17

* podatek je za leto 1946

Vir: IVZ

Viri

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni 2007

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; Report of the drug situation 2007 of the Republic of Slovenia,

Klavs I, Bufon Lužnik T, Škerl M, Grgič-Vitek M, Lejko Zupanc T, Dolinšek M, et al. Prevalance of and risk factors for hospital-acquired infections in Slovenia-results of the first national survey, 2001. J Hosp Infect 2003;54:149-57.

Infection Control Standards Working Party. Surveillance. In: Standards in infection control in hospitals. London: Association of Medical Microbiologists, Hospital Infection Society, Infection Control Nurses Association, Public Health Laboratory Service, 1993: 23-4.

EARSS interactive database access. Dosegljivo na: <http://www.rivm.nl/earss/database/>

EARSS Annual Report 2007. Dosegljivo na: http://www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202007_FINAL_tcm61-55933.pdf

www.klinika-golnik.si

Zbornik predavanj; 13. redni letni posvet o obravnavi in spremljanju bolnikov s tuberkulozo (TB) v Sloveniji, Ljubljana, Medicinska fakulteta, 28. marec 2008

Poškodbe doma in v prostem času

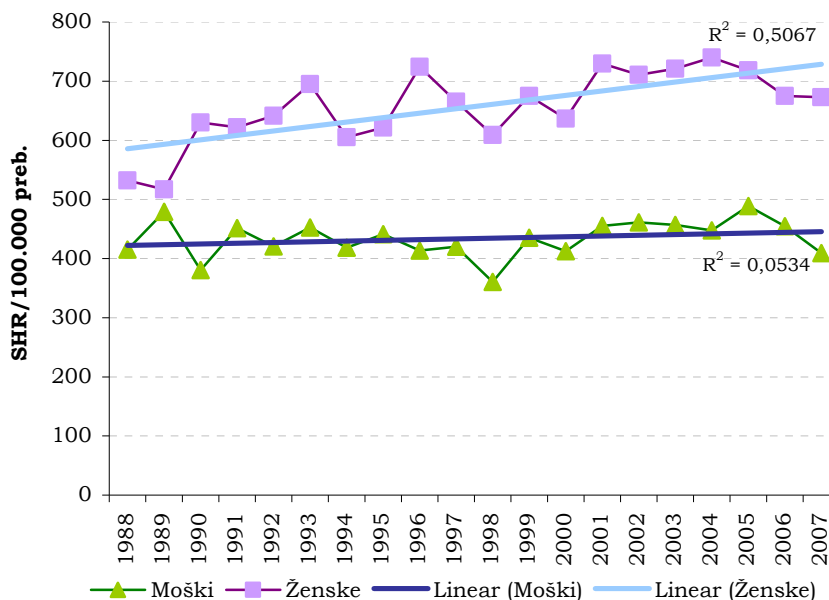
Mateja Rok-Simon

Še pred petnajstimi leti so bile v Sloveniji poškodbe v prometu najpogostejši vzrok smrti zaradi nezgod, v zadnjih desetih letih pa postopoma v ospredje prihajajo poškodbe, ki se zgodijo doma in v prostem času. To je posledica staranja prebivalstva, saj se povečuje število starejših, ki se poškodujejo predvsem zaradi padcev doma. Za razliko od prometa, v katerem se poškodujejo predvsem mladi ljudje, gre pri poškodbah zaradi padcev izguba zdravih let življenja (DALY) predvsem na račun zmanjšane zmožnosti in/ali invalidnosti. V letih 2005 in 2007 je v Sloveniji zaradi poškodb doma in v prostem času umrlo letno 540 ljudi, od tega večina zaradi padcev (71 %), sledijo zadušitve, zastrupitve in utopitve, v bolnišnici pa je bilo zdravljenih 12.140 poškodovancev letno, večina zaradi padcev (77 %). Medtem ko umrljivost s starostjo narašča, je stopnja hospitalizacije najvišja pri otrocih in starejših od 60 let. Smrtne in težke poškodbe so 2,2- oziroma 1,8-krat pogostejše pri moških kot pri ženskah. Standardizirana stopnja umrljivosti zaradi poškodb doma in v prostem času počasi pada, vendar je še vedno 1,7-krat višja od povprečja evropskih držav z nizko umrljivostjo otrok in odraslih. Če bi stopnjo umrljivosti lahko znižali na raven Nizozemske, ki je ena najvarnejših držav v Evropi, bi po ocenah lahko pri nas vsako leto ohranili 250 življenj.

Vzroki za poškodbe doma in v prostem času so raznoliki in odvisni od starosti in spola, življenjskega sloga ter urejenosti bivalnega okolja. Mlajši otroci so ogroženi zaradi utopitev, zadušitev in padcev, starejši otroci pa se smrtno poškodujejo zaradi padcev in utopitev. Večina poškodb se zgodi doma ali v bližini doma, razen utopitev, saj se je v zadnjih letih največ otrok utopilo v vodah v naravi, »skoraj« utopitve pa so se zgodile v bazenih. Tako kot utopitve so tudi zadušitve najpogostejše pri otrocih do tretjega leta starosti, ki se zadušijo predvsem s hrano in z drobnimi predmeti. Med vzroki za poškodbe, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici, izstopajo padci. Pri mlajših otrocih gre predvsem za padce na isti ravni, padce s pohišta, po stopnicah, z igral in z zgradbe, starejši otroci pa se poškodujejo pri padcih na isti ravni pri športnih aktivnostih, zaradi padcev po stopnicah, z igral in z drevesa. Otroci do tretjega leta starosti so pogosto zdravljeni v bolnišnici še zaradi zastrupitev in opeklin. Mladostniki in odrasli do 60. leta starosti doma in v prostem času umrejo zaradi padcev in akutnih zastrupitev, težke poškodbe pa se največkrat zgodijo zaradi padcev in drugih nezgod s predmeti ali orodjem pri delu doma in športnih dejavnostih. Med poškodovanimi prevladujejo moški. Kar tretjina smrti zaradi padcev je v starosti 15–49 let posledica padca s skalnate pečine v gorah. Smrti zaradi akutnih zastrupitev so največkrat posledica zastrupitve s prepovedanimi drogami in alkoholom, starejši odrasli pa so v bolnišnici zdravljeni tudi zaradi zastrupitev z uspavali, s pomirjevali in z ogljikovim monoksidom. Mladostniki so v bolnišnici zdravljeni še zaradi poškodb pri športnih aktivnostih (padci, udarec ali trčenje s predmetom/osebo), odrasli pa zaradi poškodb pri delu doma, ko so »sami svoji mojstri« (padci po stopnicah, z lestve, udarec ob/s predmetom, stik z orodjem, z ostrimi predmeti).

Poškodbe starejših zaradi padcev predstavljajo skoraj dve tretjini vseh smrti doma in v prostem času pri nas. Stopnja umrljivosti strmo narašča s starostjo in je pri moških po 65. letu starosti 1,5-krat višja kot pri ženskah, medtem ko je stopnja hospitalizacije 1,2-krat višja pri ženskah. V večini primerov gre za poškodbe zaradi padcev na isti ravni, ko se človek spotakne ali mu spodrsne, ter padcev po stopnicah in z lestve, po 80. letu starosti pa se jim pridružijo še padci s postelje. Padci najbolj prizadenejo ravno starejše ljudi, ki imajo zaradi znižane mineralne gostote kosti visoko incidenco poškodb, predvsem zlomov. V Sloveniji ima

osteoporozo 28 % žensk nad 50. letom in 15 % moških nad 60. letom starosti. Pri starejših ljudeh so najštevilčnejši zlomi spodnjega dela podlakti ob zapestnem sklepu, za življenje bolj usodni pa so zlomi kolka, ki so glavni vzrok za hospitalizacijo in umrljivost zaradi poškodb pri starejših od 64 let. Zlomi kolka zelo negativno vplivajo na kakovost življenja, zmanjšajo samostojnost in mobilnost bolnika.



Vir: Evidenca poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005-2007.

Slika 4.8: Standardizirana stopnja hospitalizacije na (100.000) zaradi zloma kolka v starosti 65. let in več po spolu, Slovenija, trend 1988–2007.

Viri

Rok Simon M. Epidemiologija zlomov pri starostnikih. V: Čokolič M (ured.). Zbornik referatov, I. Osteološki dnevi, strokovni sestanek, namenjen zdravnikom, ki obravnavajo osteoporozo in njene posledice, 19. in 20. oktober 2007, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.. Maribor: Univerzitetni klinični center, 2007: 90-102.

Rok Simon M. Poškodbe otrok in mladostnikov v Sloveniji. Analiza podatkov o umrljivosti in obolevnosti. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.

World Health Organization (WHO). Burden of disease. Disease and injury country estimates, 2004. Pridobljeno 16.10.2008 s spletne strani:

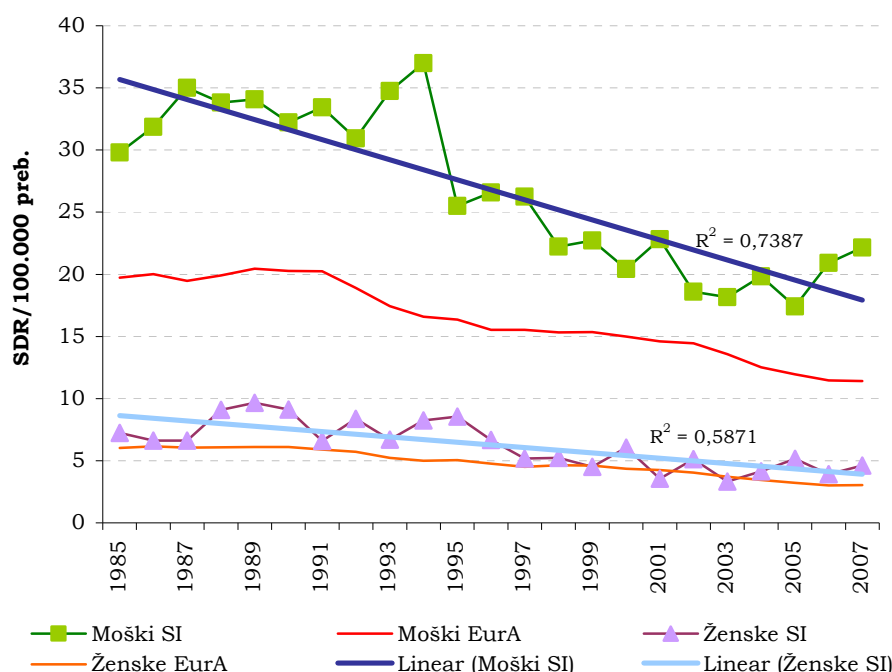
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html

Poškodbe v prometu

Mateja Rok-Simon

V Sloveniji se že dalj časa soočamo z visoko stopnjo prezgodnje umrljivosti, najvišji delež izgubljenih let potencialnega življenja zaradi nezgod pa lahko pripišemo ravno smrtnim poškodbam v prometu. To pomeni, da vsak prezgodaj umrli Slovenec v prometu izgubi povprečno od 31 od 65 let potencialnega življenja. Zaradi tako visoke prezgodnje umrljivosti je tudi število izgubljenih zdravih let življenja (DALY) najvišje ravno pri poškodbah v prometnih nezgodah, ki pri nas še naprej ostajajo pereč javnozdravstveni problem. Zaradi poškodb v prometu izgubljammo predvsem mlade ljudi, ki bodo v prihodnje še bolj pomembni kot gonilna sila naše hitro starajoče se družbe.

V letih 2005–2007 se je na slovenskih cestah letno zgodilo povprečno 10.970 prometnih nezgod s poškodbami, v katerih je umrlo 260 ljudi, žrtve pa so bile najpogosteje osebe v avtomobilu, motoristi in pešci. Poleg tega se je v prometu vsako leto 1270 ljudi hudo telesno in 14.500 lahko telesno poškodovalo, od tega jih je bilo 4630 sprejetih na zdravljenje bolnišnico, v prometu pa so bili udeleženi predvsem kot osebe v avtomobilu, kolesarji in motoristi. Podobno kot v drugih državah v tranziciji je tudi pri nas umrljivost v prometu vse do prve polovice devetdesetih let prejšnjega stoletja rasla zaradi hitrega ekonomskega razvoja, povečanja osebnega in tranzitnega prometa, vendar brez ustreznega razvoja infrastrukture in preventivnih programov. Po letu 1994 je stopnja umrljivosti začela padati in ves čas pada za 3–4 % letno, kljub rasti števila cestnih vozil. V zadnjih letih je umrljivost v prometu pri nas še vedno 1,7-krat, prezgodnja umrljivost pa 1,9-krat višja od povprečja evropskih držav z nizko umrljivostjo otrok in odraslih. Če bi stopnjo umrljivosti v prometu lahko znižali na raven Nizozemske, ki je ena najvarnejših držav v Evropi, bi po ocenah lahko v Sloveniji vsako leto ohranili 180 življenj.



Vir: World Health Organization. Health for All Database. Mortality based indicators. WHO / Europe, January 2009.

Slika 4.9: Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) (0-64 let) zaradi poškodb v prometnih nezgodah po spolu, Slovenija in države Euro-A (evropske države z nizko umrljivostjo otrok in odraslih), 1985–2007.

Poškodbe v prometnih nezgodah so vodilni vzrok nezgodnih smrti otrok in odraslih do 60. leta starosti. Umrljivost kaže dva izrazita vrhova, prvega pri mladostnikih in mlajših odraslih, drugega pa pri starejših udeležencih v prometu. Med težko poškodovanimi, ki potrebujejo zdravljenje v bolnišnici, izstopajo mladostniki in mlajši odrasli. Posamezne starostne skupine so različno ogrožene glede na udeležnost v prometu. Otroci in starejši ljudje se smrtno poškodujejo predvsem kot potniki v avtomobilu in pešci, mladostniki in mlajši odrasli pa so najpogosteje žrtve kot osebe v avtomobilu in kot motoristi. Izstopa razlika med spoloma, saj je standardizirana stopnja umrljivosti v prometu pri moških štirikrat višja kot pri ženskah, stopnja težkih poškodb, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici, pa je skoraj dvakrat višja. Vzroke je mogoče iskati v večji izpostavljenosti moških, ki prevozijo povprečno več kilometrov poti, še bolj pomembno pa je, da se v prometu bolj tvegano vedejo. Moški povzročijo prometno nezgodo 3,8-krat pogosteje pod vplivom alkohola in 1,3-krat pogosteje zaradi neprilagojene hitrosti kot ženske, ženske tudi uporabljajo varnostni pas 1,7-krat pogosteje kot moški.

Prometna varnostna kultura se izboljšuje počasi. Vsak tretji povzročitelj nesreče s smrtnim izidom in vsak četrti povzročitelj nesreče s hudimi telesnimi poškodbami je pod vplivom alkohola, delež alkoholiziranih povzročiteljev nesreč pa je tako najvišji v Evropi. Tudi delež mrtvih zaradi hitrosti je pri nas večji kakor v drugih državah, saj je neprilagojena hitrost vzrok za 42 % prometnih nesreč s smrtnim izidom in 36 % nesreč s hudo telesno poškodbo. Po podatkih o meritvah pripetosti z varnostnim pasom se v Sloveniji pripenja 86 % voznikov in potnikov na sprednjih sedežih in le 43 % potnikov na zadnjih sedežih, prav tako je pripetih le 61 % otrok, ki potrebujejo otroški varnostni sedež. Najbolj ranljivi v prometu so motoristi, pešci in kolesarji. Pri nas so motoristi žrtve napak drugih udeležencev v prometu, pogosto pa so tudi sami povzročitelji nesreč, predvsem zaradi vožnje s preveliko hitrostjo in alkoholiziranosti. Pešci in kolesarji so žrtve nesreč zaradi neustreznega ravnanja voznikov motornih vozil, svojih napak in neustrezne ureditve prometnih površin.

Viri

Policija. Prometne nesreče, posledice in ukrepi policije za obdobje januar-december 2007/2005. Ljubljana, 2008. Pridobljeno 20.3.2009 s spletne strani: <http://www.policija.si/portal/statistika/promet/2007/pdf/jan-dec07.pdf>

Resolucija o Nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje 2007-2011 (Skupaj za večjo varnost). Ur.l.RS, št. 25/2006.

Rok-Simon M. Dejavniki, ki vplivajo na verjetnost smrti v prometu pri voznikih osebnih vozil v Sloveniji. Magistrska naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2004.

Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu (SPV). Informacija o rezultatih opazovanj pripetosti otrok in voznikov. Mednarodni projekt EUCHIREs. Ljubljana: Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu in MNZ, Generalna policijska uprava, 2006.

Statistični urad Republike Slovenije. Cestna vozila konec leta (31.12.) glede na vrsto vozila in statistično regijo, Slovenija, 2004-2007. Pridobljeno 20.3.2009 s spletne strani: <http://www.stat.si/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>

Šešok J. Prezgodnja umrljivost v Sloveniji v obdobju 1997-2005. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007.

World Health Organization (WHO). Burden of disease. Disease and injury country estimates, 2004.

Pridobljeno 16.10.2008 s spletne strani:

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html

Poškodbe pri delu

Tatjana Kofol-Bric

V zadnjih treh desetletjih beležimo upad prijavljenih poškodb pri delu, stopnja je dosegla polovico tiste z začetka 80. let prejšnjega stoletja. Od leta 1991 do leta 2005 sicer nismo opazili zmanjševanja poškodb, potem pa je njihovo število ponovno upadlo za več kot 10 % glede na prejšnja leta. Delež poškodb, ki se zgodijo na poti na delo in z dela, se je z 12 % v 80. letih povečal in v letu 2007 predstavlja 15,5 % vseh poškodb pri delu. Stopnja prijavljenih poškodb pri delu, ki se zgodijo na delovnem mestu in na službeni poti ter zahtevajo vsaj dan odsotnosti z dela, je v obdobju 2001–2005 povprečno 26,6 na 1000 zaposlenih in je nižja od povprečja EU-15. V anketnih raziskavah prebivalci Slovenije poročajo o večjem številu poškodb na delu in kljub metodološkim razlikam ocenjujemo, da bi delodajalci morali prijaviti najmanj 20 % poškodb na delu več. Podprijavljanje je zaradi značilnosti socialnega sistema verjetno predvsem med samozaposlenimi in v majhnih podjetjih, med dejavnostmi pa v kmetijstvu.

Pri moških beležimo skoraj trikrat več poškodb pri delu kot pri ženskah, vendar se pri ženskah stopnja povečuje predvsem pri poškodbah na poti na delo in z njega. V zadnjih sedmih letih znaša povprečno 6,6/1000 in je višja kot pri moških. Mladi delavci se poškodujejo dvakrat pogosteje od povprečja. V vzhodni Sloveniji je stopnja poškodb pri delu 30 % višja kot v zahodni.

9 % vseh dni bolniške odsotnosti nastane zaradi poškodb pri delu. Moški so zaradi njih z dela odsotni okrog 38 koledarskih dni, ženske pa tri dni manj. Zaradi poškodb pri delu dobimo letno od 30 do 40 delovnih invalidov na 100.000 zaposlenih. V obdobju od leta 2001 do 2005 je letno zaradi poškodb pri delu umrlo od 21 do 40 delavcev, povprečna stopnja je 3,6/100.000 zaposlenih. Stopnja smrti v letu 2007 je ponovno dosegla visoko stopnjo iz leta 2003, okoli 5/100.000 zaposlenih, pri čemer se je več kot polovica vseh smrti na delovnem mestu zgodila v gradbeništvu. V letu 2005 je bila stopnja smrti na delu brez cestnega prometa v glavnih gospodarskih panogah v Sloveniji nad povprečjem EU-27 in EU-15.

Vir

Kofol Bric T., Poškodbe pri delu v letu 2007, IVZ RS 2009.

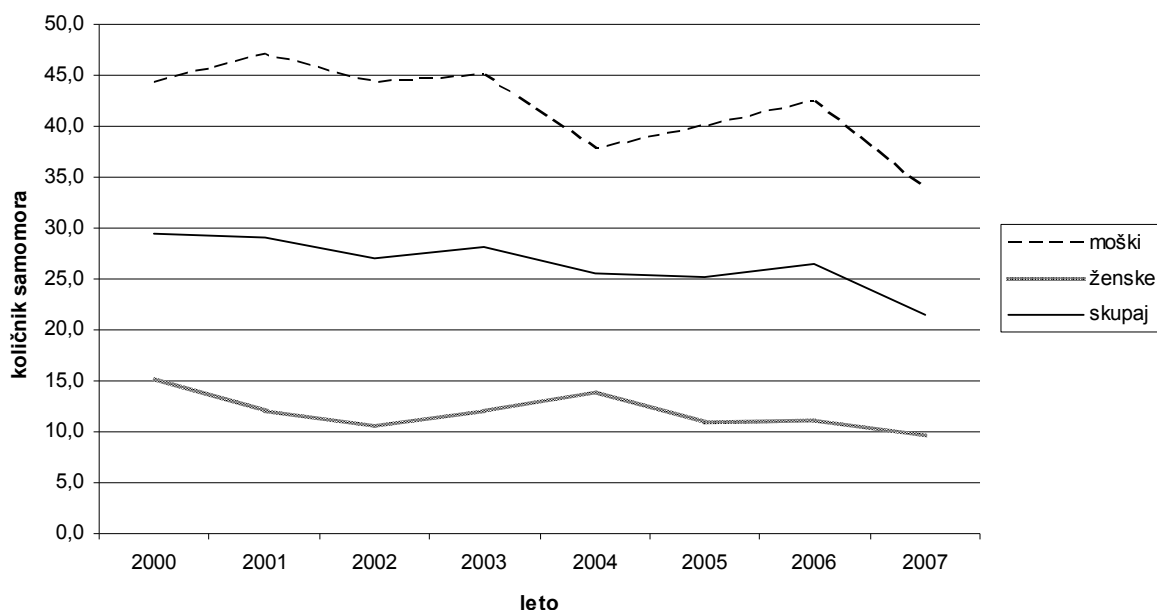
Dosegljivo: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1804>

Samomor

Saška Roškar

Kadar govorimo o duševnem zdravju, predvsem pa o težavah, povezanih z njim, ne moremo mimo samomora, ki predstavlja resen zaplet duševne bolezni in je v zadnjih treh desetletjih bolj ali manj stabilen pojav na območju naše države. Pojavnost samomora na določenem območju lahko opredelimo z različnimi pojmi, med najbolj pogostimi je samomorilni količnik, ki pomeni število umrlih na 100.000 prebivalcev zaradi samomora letno. Najpomembnejše demografske značilnosti, ki povečujejo tveganje za samomor, so starost (tveganje za samomorilno vedenje se povečuje s starostjo), zakonski stan, saj med bolj ogrožene spadajo samski (še posebej osebe brez otrok), razvezani, ovdoveli, ter izobrazba in zaposlitev (tveganje je večje med ljudmi z nižjo izobrazbo in brezposelnimi), spol (v Sloveniji je tako kot v večini držav na svetu v skupini samomorov razmerje med spoloma 3,5:1 na račun moških, kar je verjetno tudi posledica dejstva, da moški izbirajo bolj smrtonosne metode).

V obdobju med letoma 2000 in 2006 se je samomorilni količnik gibal med 25 in 30 (med 37 in 47 za moške; 10 in 15 za ženske), medtem ko je bil leta 2007 zabeležen precejšen upad samomorilnega količnika, saj je ta znašal 21,5 (slika 4.8). Razmerje med moškimi in ženskami, umrlimi zaradi samomora, je znašalo 3,5:1 (na vsak ženski samomor se je zgodilo 3,5 moških samomorov).



Vir: Baza umrlih, IVZ.

Slika 4.10: Samomorilni količnik v letih med 2000 in 2007

V letu 2007 je bila v Sloveniji povprečna starost umrlega zaradi samomora okoli 54,18 let (53,37 let za moške; 56,18 let za ženske). Delež smrti zaradi samomora je v starostni skupini do 60. leta znašal 10 % med vsemi smrtmi, če upoštevamo samo osebe, umrle pred 40. letom starosti, pa celo 19 % vseh smrti.

V letu 2007 so se med najbolj ogrožene uvrščale regije na slovenskem severovzhodu: Maribor (28,98/100.000), Murska Sobota (27,06/100.000), Celje (25,15/100.000) in Ravne na Koroškem (24,46/100.000). Najmanj samomorov pa so zabeležili v Novi Gorici (9,71/100.000) in tudi sicer v južnejših in zahodnejših regijah. Regionalne razlike se prikažejo drugače, če jih obravnavamo ločeno po

spolu. Največ ženskih samomorov so leta 2007 zabeležili v Celju (12,49), Ljubljani (11,42) in Mariboru (11,65), medtem ko so največ moških samomorov poleg Celja (39,34) in Maribora (46,91) zabeležili še v Murski Soboti (49,91) in v Ravnah na Koroškem (43,54).

Samomor zagotovo predstavlja enega izmed največjih slovenskih javnozdravstvenih problemov in hkrati izzivov današnjega časa. Preventiva in preprečevanje samomorilnega vedenja mora med drugim vključevati strokovnjake z različnih področij, sodelovanje med vpletenimi institucijami (šola, bolnišnice itd.), in ozaveščanje širše javnosti ter oseb, ki tako ali drugače pridejo v stik z ogroženim posameznikom.

Viri

Leskošek, F. (2001). Sociološki vidiki samomorilnosti v Sloveniji. *Zdravstveno Varstvo*, 40, 41-50.

Milčinski, L. (1999). Samomorilno vedenje. V M. Tomori in S. Ziherl (Ur.). *Psihiatrija* (str. 361-375). Ljubljana: Litterapicta.

Marušič, A. (1999). Suicide in Slovenia: lesson for cross-cultural

V. POGLAVJE

ZDRAVSTVENI SISTEM V SLOVENIJI

ZDRAVSTVENI SISTEM V SLOVENIJI

Tit Albreht

Slovenija je v letu 1992 bistveno spremenila dotedanji sistem zdravstvenega varstva v državi. Z ustrezno področno zakonodajo ga je na novo opredelila in po zgledu Avstrije in Nemčije uvedla sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja Bismarckovega tipa. Več o tem sistemu in o njegovih značilnostih v Sloveniji sledi v ustreznem podpoglavju. Poleg novega sistema zdravstvenega zavarovanja je Slovenija leta 1992 uvedla tudi pomembne spremembe v organiziranosti zdravstvene dejavnosti (ZZDej, 1992). Njene poglobitve značilnosti so:

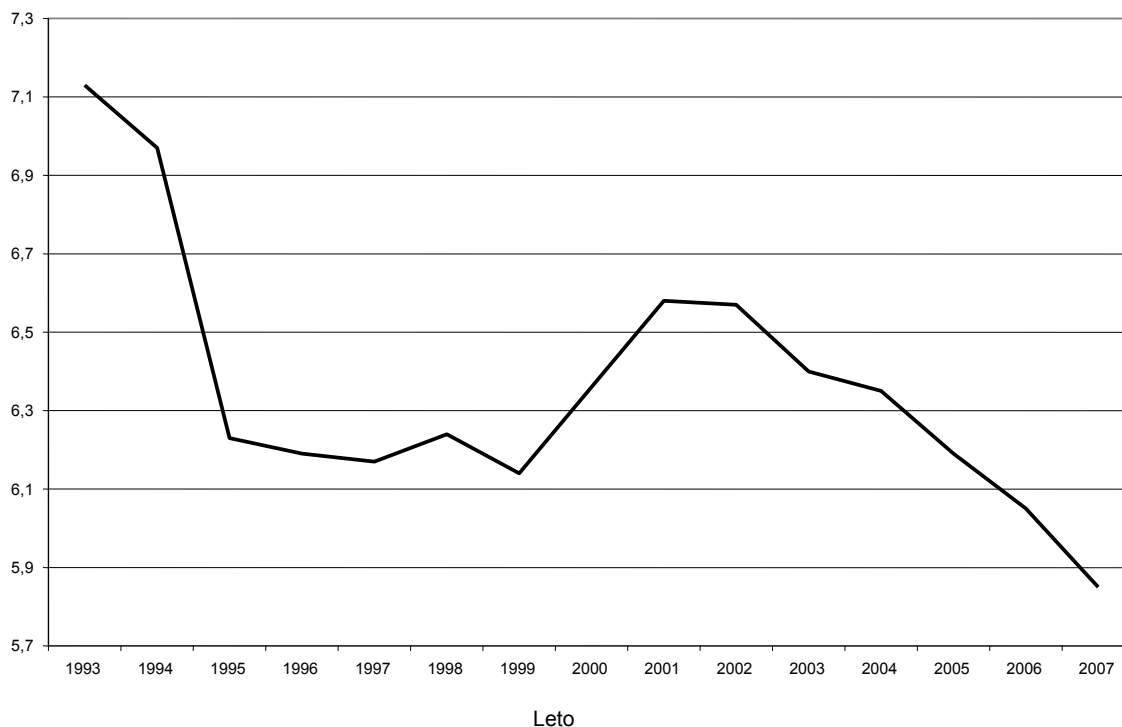
1. država se je deloma umaknila s področja izvajanja nekaterih regulatornih funkcij, ki so bile prenesene na druga partnerje v sistemu, npr. pristojnost za celoten sistem specialističnega usposabljanja in za vodenje registra zdravnikov in zobozdravnikov je bil vzpostavljen pri Zdravniški zbornici Slovenije (ZZdrSl, 1999),
2. ponovno je bila uvedena zasebna zdravstvena dejavnost, in to za vse tiste zdravstvene poklice, pri katerih je dejavnost možno izvajati samostojno, to je brez obvezne prisotnosti predstavnika druge stroke,
3. uveden je bil obvezen sistem licenciranja in neprekinjenega strokovnega izpopolnjevanja, ki ju načrtujeta, spremljata, nadzirata in vrednotita Zdravniška in Lekarniška zbornica Slovenije,
4. zdravstveni dom je formalno ohranil svoj status osrednje ustanove na osnovni ravni zdravstvene dejavnosti kot nosilec primarnega zdravstvenega varstva.

V zadnjih petih letih sistem, ki je prej deloval relativno precej stabilno, doživlja različne spremembe. Med temi izstopajo predvsem naslednje:

1. velika stopnja prerazporeditev nalog in obveznosti z ministrstva za zdravje na druge partnerje v sistemu
2. hitro zmanjševanje deleža izdatkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v bruto domačem proizvodu (BDP) – glej sliko 5.1
3. neopredeljenost organizacijskih oblik na ravni osnovne zdravstvene dejavnosti (status zdravstvenega doma)
4. povečanje pomena promocije zdravja ter primarne in sekundarne preventive
5. rast števila zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, tako tistih, ki delajo za zasebna sredstva, kot tistih, ki delajo za samoplačnike.

V tem obdobju je prišlo tudi do številnih posegov v načine financiranja posameznih segmentov zdravstvene dejavnosti. Med njimi je najbolj odmevna in zagotovo tudi najbolj obsežna uvedba sistema skupin primerljivih primerov (SPP), s katerim se je v letu 2004 pomembno spremenil dotedanji način financiranja bolnišnične zdravstvene dejavnosti. Nekatero od teh podatkov prikazujemo v podpoglavju o bolnišnični zdravstveni dejavnosti.

Primarna raven je še naprej relativno precej obremenjena z obiski in z dejstvom, da je, v nasprotju z drugimi segmenti sistema, tu prišlo do stagnacije števila nosilcev, posebno zdravnikov in tudi zobozdravnikov. Nekaj ključnih kazalnikov je prikazanih v podpoglavju o zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti.



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2008.

Slika 5.1: Delež izdatkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v bruto domačem proizvodu 1993–2007.

Trendi na področju kadrovske pokritosti v ključnih profilih zdravstvenega osebja so prikazani v ustreznem podpoglavju. Težave in nihanja v načrtovanju števila zdravstvenih delavcev so se pokazali v 90. letih prejšnjega in v začetku 21. stoletja, ko so se izrazili naslednji učinki:

1. odvisnost od priliva diplomantov medicine in mladih zdravnikov iz drugih republik nekdanje Jugoslavije,
2. velika predhodna nihanja v številu diplomantov študija dentalne medicine v Sloveniji,
3. spremembe študija zdravstvene nege s podaljšanjem programa, nato z njegovo uskladitvijo s smernicami in priporočili Evropske unije ter s širitvijo mreže visokih šol za zdravstvo.

Ključni profili zdravstvenega osebja v Sloveniji

Tit Albreht, Radivoje Pribaković Brinovec, Tatjana Pokrajac

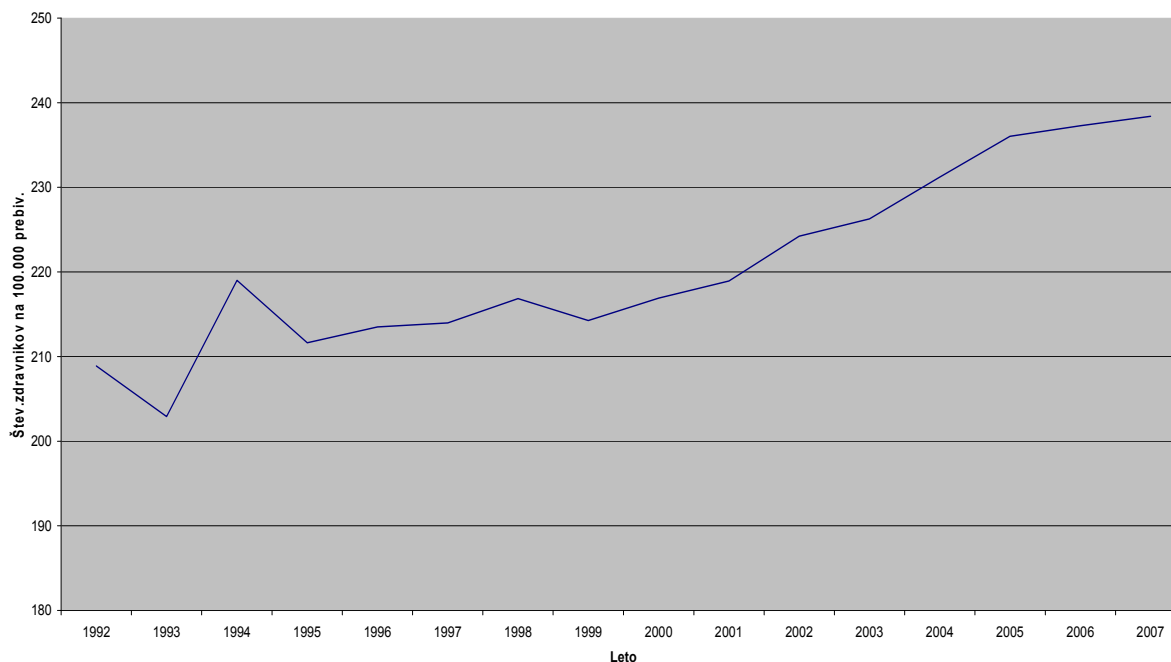
Slovenija se že vrsto let sooča s pomanjkanjem ključnih profilov zdravstvenega osebja, v prvi vrsti zdravnikov, zobozdravnikov in medicinskih sester z visoko- in višješolsko izobrazbo. Situacija pri farmacevtilah je nekoliko drugačna, saj je Fakulteta za farmacijo bolj dosledno sledila rasti povpraševanja, med drugim zaradi velikega povpraševanja po farmacevtilah s strani farmacevtskih podjetij. Trende kadra je v odločilni meri krojilo dejstvo, da so univerze uporabile načelo *numerus clausus*. S tem so dejansko še poglobile predhodne težave, ki so že obstajale. Slovenija je namreč imela pomanjkanje kadrov v zdravstvu tudi v času nekdanje Jugoslavije. Takrat so diplomanti različnih fakultet s področja zdravstva množično prihajali v Slovenijo, saj je tovrsten priliv predstavljal četrtnino vseh zdravnikov.

Število zdravstvenega osebja v letu 2007 in retrospektivni trendi

Zdravniki

Število zdravnikov je za vsako državo relativno specifičen podatek, saj je močno odvisen od politike vpisa na študij medicine, števila in velikosti medicinskih fakultet ter od migracijskih tokov. V Sloveniji smo ob koncu leta 2007 imeli 4981 zdravnikov, od tega jih je 4814 delalo v zdravstvu. S približno 240 zdravnikov na 100.000 prebivalcev je Slovenija še vedno na repu držav Evropske unije. Takšno stanje je prisotno tudi po uvedbi ukrepov, s katerimi naj bi ublažili pomanjkanje zdravnikov. (Najprej je ljubljanska medicinska fakulteta povečala število vpisnih mest, leta 2003 pa je bila ustanovljena še druga medicinska fakulteta, in sicer v Mariboru, ki je leta 2004 vpisala prvih 80 študentov. Medicinska fakulteta v Ljubljani je med letoma 2005 in 2008 vpisovala po dvesto študentov letno na študijski program »medicina«.)

Slovenija je do osamosvojitve črpala pomembno število zdravnikov iz republik nekdanje skupne države. Takih zdravnikov je bilo na letni ravni v 70. in 80. letih prejšnjega stoletja med 60 in 80, kar je ustrezalo približno polovici celotnega števila diplomantov v Sloveniji. To pomeni, da se je letno število diplomantov dopolnjevalo še s polovičnim številom diplomantov od drugod. Zadnja projekcija, pripravljena na UZZSV leta 1986, je pokazala, da bi morali okrog leta 2000 imeti 5200 zdravnikov. To ni bilo doseženo, saj se je po osamosvojitvi priliv začasno ustavil, med drugim tudi zaradi vojn na področju nekdanje Jugoslavije. Dokler so v 90. letih prejšnjega stoletja veljale stroge omejitve zaposlovanja in celotnega števila zdravnikov, primanjkljaj ni bil viden. Po oživitvi zaposlovanja ob ponovni rasti sredstev pa se je pomanjkanje izrazilo. Na ravni zdravstvene politike se je leta 2002 odločilo o dodatnem povečanju vpisa na Medicinsko fakulteto v Ljubljani (že prej s 160 študentov na 200 ter nato prehodno na 240) ter leta 2003 do ustanovitve Medicinske fakultete v Mariboru. Kombinacija naštetih ukrepov (ter že prej povečanega vpisa na ljubljansko medicinsko fakulteto) je pričela kazati rezultate po letu 2002.



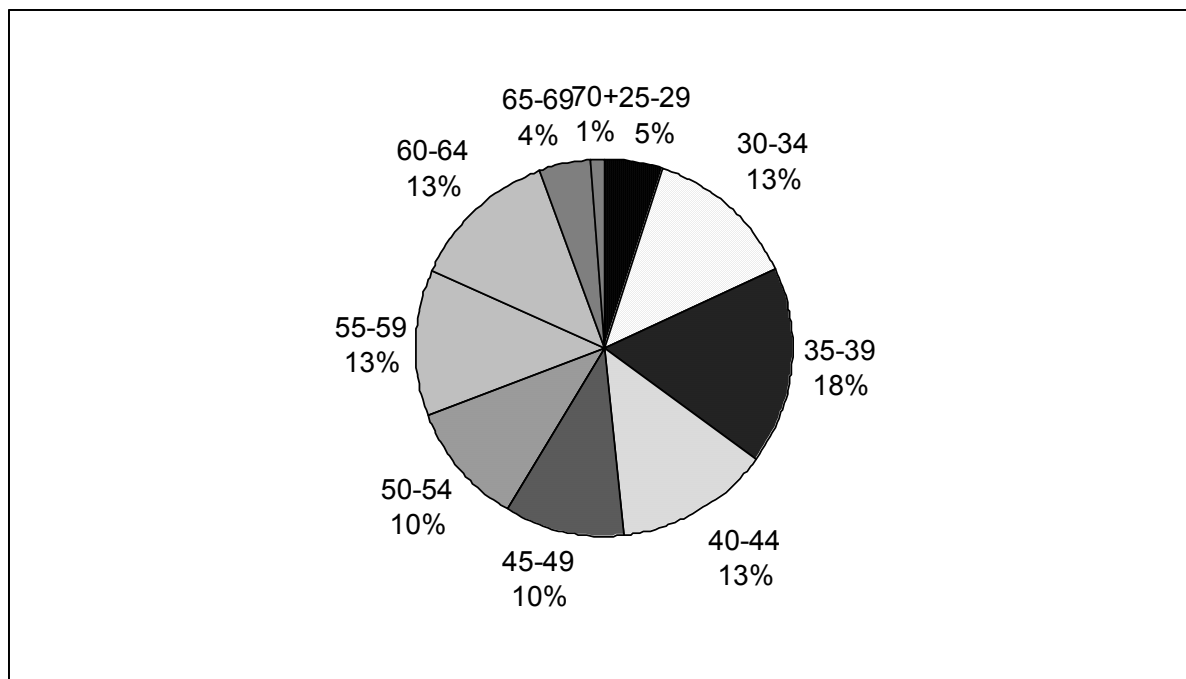
Vir: Baza HFA in Zdravstveni statistični letopisi IVZ za navedena leta.

Slika 5.2: Število zdravnikov na 100.000 prebivalcev v Sloveniji.

V obdobju 2000–2007 se je število zdravnikov v sistemu povečalo s 4300 na skoraj 4800. To je največja rast števila zdravnikov po letu 1983. Hitra rast sicer nadomešča tiste zdravnike, ki so se upokojili, in tudi tiste zdravnike, ki niso več zmožni za delo. Vendar pa je bilo to pomembno tudi zaradi nadomeščanja velikih generacij zdravnikov, ki so diplomirale v 60. letih prejšnjega stoletja.

Zobozdravniki

Stomatološki odsek Medicinske fakultete v Ljubljani redno vpisuje usklajeno število študentov na dodiplomski študij. Dolga leta se to število ni spreminjalo, pomembno tudi zaradi dopolnitev študija in formalnih obveznosti pripravnika in stomatologa – začetnika. Stanje je danes prospektivno precej negotovo, saj je starostna struktura slovenskih doktorjev dentalne medicine zelo neugodna. V skupini starejših od 55 let, ki so še delovno aktivni, je kar 31 % vseh zobozdravnikov.

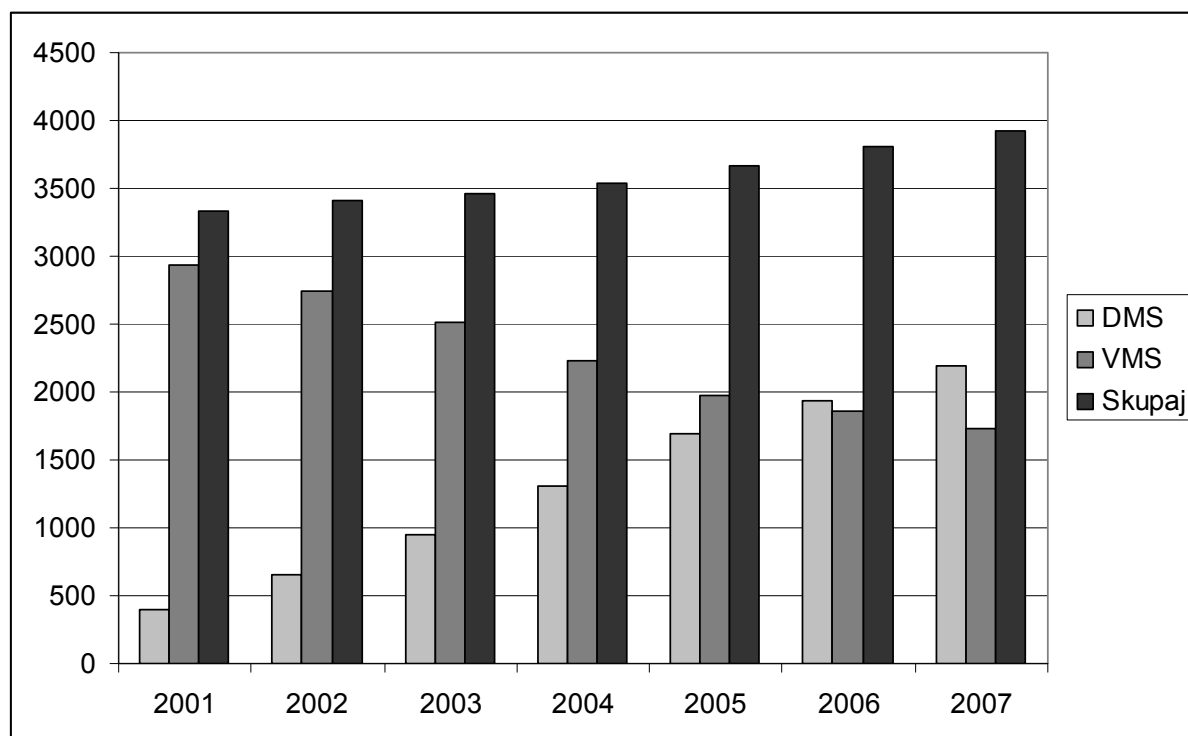


Vir: Zdravstveni statistični letopis 2007. IVZ RS, 2008.

Slika 5.3: Starostna struktura doktorjev dentalne medicine v Sloveniji v letu 2007.

Medicinske sestre

Število medicinskih sester je treba komentirati večplastno. Študij se je v zadnjih desetih letih pomembno spreminjal, saj se je najprej preoblikoval iz višješolskega študijskega programa v visokošolskega. Sledilo je prilagajanje programa direktivi in smernicam Evropske unije. Končno pa se je začela širiti mreža visokošolskih zavodov, ki so uvajali program »zdravstvena nega« in nato tudi še druge. Najstarejšima šolama v Ljubljani in Mariboru sta se najprej pridružili tretja šola v Izoli in četrta na Jesenicah. Nato pa so bile ustanovljene še šole v Celju, Murski Soboti, Slovenj Gradcu in Novem mestu. Ob tem se, navkljub še vedno prisotnem pomanjkanju, kaže vprašanje, kolikšne zmogljivosti šol še dejansko lahko prenese zdravstveni sistem v Sloveniji. Na sliki 5.4 prikazujemo trende v številu diplomiranih in višjih medicinskih sester v Sloveniji v obdobju 2001–2007.



Vir: Zdravstveni statistični letopisi prikazanih let, IVZ RS.

Slika 5.4: Število diplomiranih in višjih medicinskih sester v Sloveniji, 2001–2007.

Farmacevti

Kot smo navedli že uvodoma, pri farmacevtih v zadnjih letih ni bilo zaznati pomembnejšega pomanjkanja. Fakulteta za farmacijo v Ljubljani je sproti spremljala povpraševanje po magistrskih farmacije, saj je to v Sloveniji relativno specifično, ker ena tretjina vseh magistrskih farmacije dela v farmacevtski industriji in njenih podružnicah. Merila za mrežo na področju lekarništva so bila natančno opredeljena v Nacionalnem planu zdravstvenega varstva (NPZV, 2000). Kljub temu pa lahko iz slike 5.5 vidimo, da obstajajo med območji Slovenije še vedno pomembne razlike v gostoti lekarnarjev oziroma v dostopnosti lekarniške dejavnosti.

Zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost

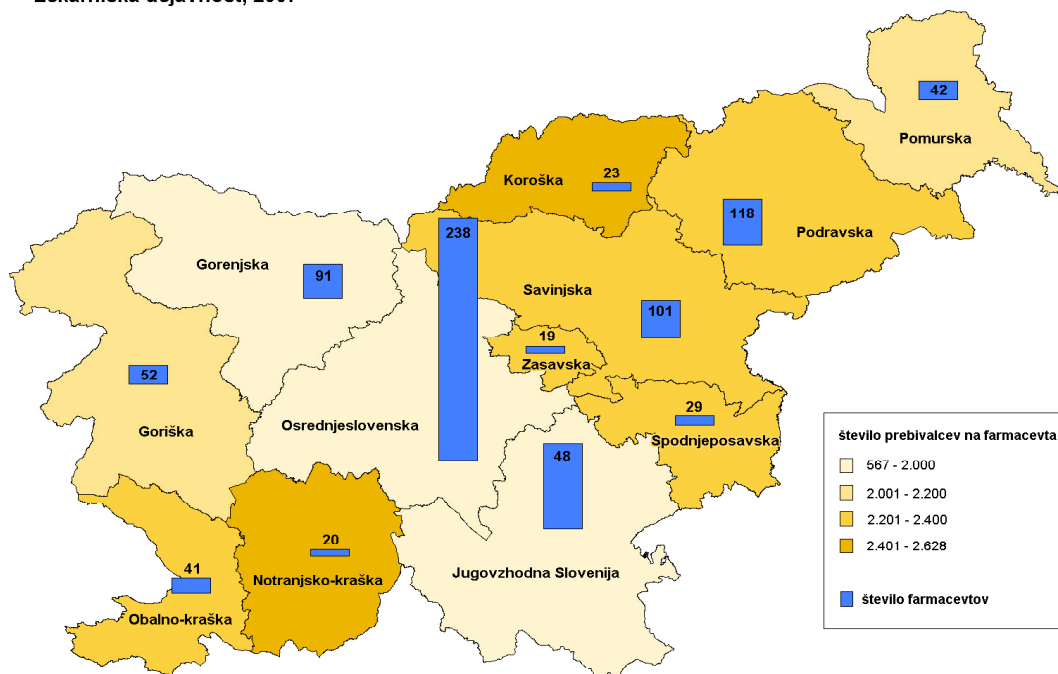
Zdravstvena dejavnost na primarni ravni zagotavlja zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov, reproduktivno zdravstveno varstvo žensk in dejavnost splošne in družinske medicine. Dostopna je brez napotnice. Nosilci so izbrani osebni zdravniki, ki predstavljajo »vratarje« do storitev sekundarne ravni zdravstvenega varstva (t. i. *gate-keeping*). Zobozdravstvenega varstva, patronažne in drugih dejavnosti, ki so tudi del primarne ravni, v tem poglavju ne prikazujemo.

V letu 2007 je bilo v primarnem zdravstvenem varstvu opravljenih 8.020.000 obiskov, pri čemer niso všteti t. i. kratki in administrativni obiski. Najpogosteje pregledovana starostna skupina so bili dojenčki v prvem letu starosti (12,2 obiska na dojenčka) z enakim deležem kurativnih in preventivnih obiskov. Le 3,3 obiske so v tem letu opravili mladostniki med 10. in 19. letom starosti. Pri starostniki nad 65. letom smo zabeležili 6,2 obiska.

Zdravstvena dejavnost od uvedbe zdaj veljavne zakonodaje v letu 1992 ni doživela bistvenih sprememb. Vendar pa nekateri trendi tega obdobja, kot so prehajanje

nosilcev dejavnosti v (koncesionirano) zasebništvo, prenos nekaterih bolnišničnih obravnav v ambulantno dejavnost in prenos nekaterih specialističnih aktivnosti na primarno raven, zbuja pozornost zaradi svojih potencialnih učinkov na delovanje zdravstvenega sistema.

Lekarniška dejavnost, 2007



Vir: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Slika 5.5: Število farmacevtov in število prebivalcev na farmacevta v Sloveniji, 2007

Dejavnost splošne in družinske medicine

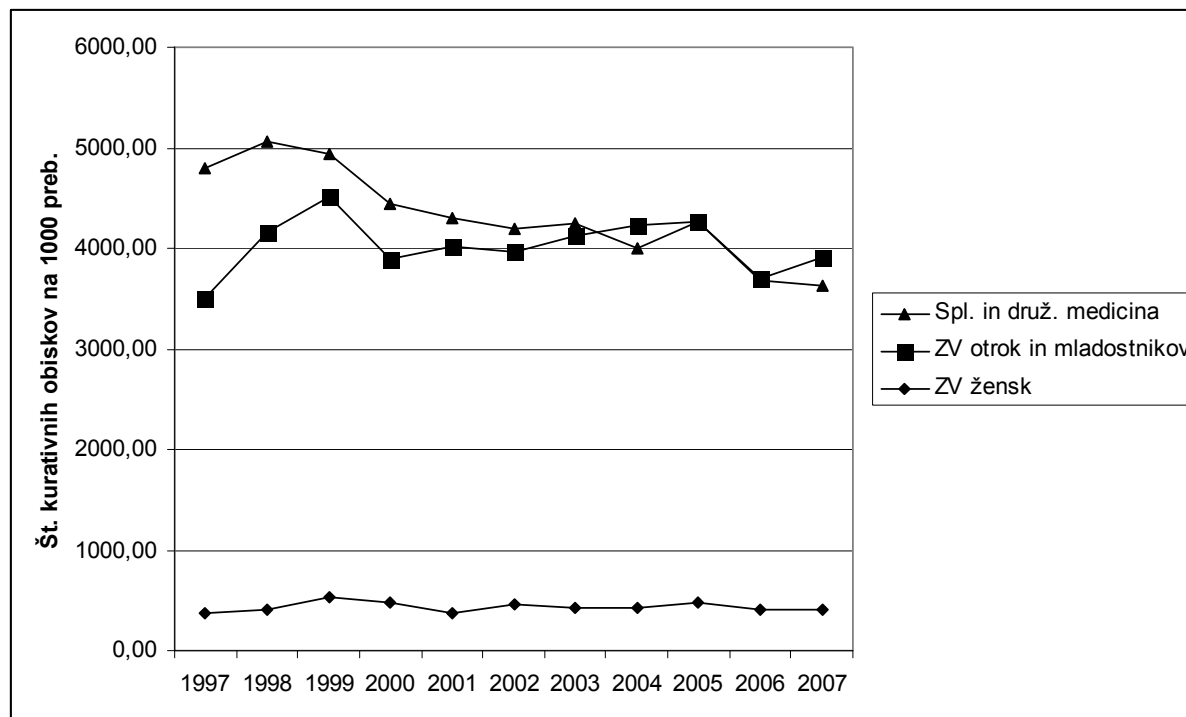
V dejavnosti splošne in družinske medicine je bilo v obdobju 1997–2007 v povprečju opravljenih 6,7 milijonov kurativnih obiskov in 65.000 preventivnih obiskov na leto. Število obiskov se je po hitri rasti v 90. letih prejšnjega stoletja in vrhu v letih 1998–1999 ustalilo na ravni povprečja (Slika 5.6). Upad števila obiskov v zadnjih dveh letih pripisujemo težavam poročevalskega sistema. Vsak odrasel prebivalec Slovenije je zaradi bolezni vsako leto približno štirikrat pri zdravniku splošne in družinske medicine, na preventivni pregled pa enkrat letno pride vsak 14. odrasli Slovenec (Sliki 5.6 in 5.7). Preventivni pregledi v tej dejavnosti potekajo predvsem v okviru nacionalnega programa preprečevanja srčno-žilnih bolezni in zajemajo moške od 35. do 65. leta ter ženske od 45. do 70. leta starosti. Ugotavljali smo precejšnje regijske razlike v številu in stopnji obiskov. Razlika med najvišjo in najnižjo stopnjo obiskov znaša 35 odstotnih točk. Na medregijske razlike verjetno vplivajo dostopnost zdravstvene službe, vzorec zbolewnosti in vedenjske značilnosti prebivalcev glede rabe zdravstvenih storitev.

V opazovanem obdobju (1997–2007) je število napotitev k specialistu na sekundarni ravni in število napotitev v bolnišnico nekoliko upadlo. Delež tistih, ki so bili ob kurativnem obisku napoteni na specialistično obravnavo, dosega ob koncu obdobja približno 13 odstotkov, medtem ko je delež napotitih v bolnišnico le dobrega pol odstotka. Vrh napotitev smo opazovali med letoma 2000 in 2002, število je od takrat upadlo za 15 %.

V obdobju 2003–2007 je v dejavnosti splošne in družinske medicine delalo 900 zdravnikov (909 v letu 2007) iz ur, ki so v povprečju oskrbovali 1770 odraslih prebivalcev na zdravnika. V primerjavi z obdobjem 1997–2002 je število zdravnikov padlo za 5 %, preskrbljenost pa se je poslabšala za 10 %.

Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov

V zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov je bilo v obdobju 1997–2007 v povprečju opravljenih 1,8 milijonov kurativnih obiskov in 390.000 preventivnih obiskov na leto. Število obiskov je doseglo vrh v letu 1999, od takrat pa se je ustalilo na nižji ravni (Slika 5.6). Upad števila obiskov v zadnjih dveh letih pripisujemo težavam poročevalskega sistema. Otroci in mladostniki so zaradi bolezni štirikrat letno, zaradi preventivnih pregledov pa enkrat letno obravnavani v tem zdravstvenem varstvu (Sliki 5.6 in 5.7). Značilnost obiskov otrok in mladostnikov je velika razlika v stopnji obiskov med starostnimi skupinami. Predšolski otroci namreč veliko pogosteje uporabljajo zdravstvene storitve kot šolarji in mladostniki. Razlog za to leži v pogostejših preventivnih obiskih in višji zbolewnosti predšolskih otrok zaradi akutnih okužb. Ugotavljali smo podobne regijske razlike v stopnjah kurativnih in preventivnih obiskov kot v dejavnosti splošne in družinske medicine.



Vir: Poročilo primarne ravni zunajbolnišnične zdravstvene statistike (ZUBSTAT), IVZ RS.

Slika 5.6: Stopnja kurativnih obiskov na 1000 prebivalcev v dejavnosti splošne in družinske medicine, zdravstvenega varstva otrok in zdravstvenega varstva žensk, Slovenija, 1997–2007.

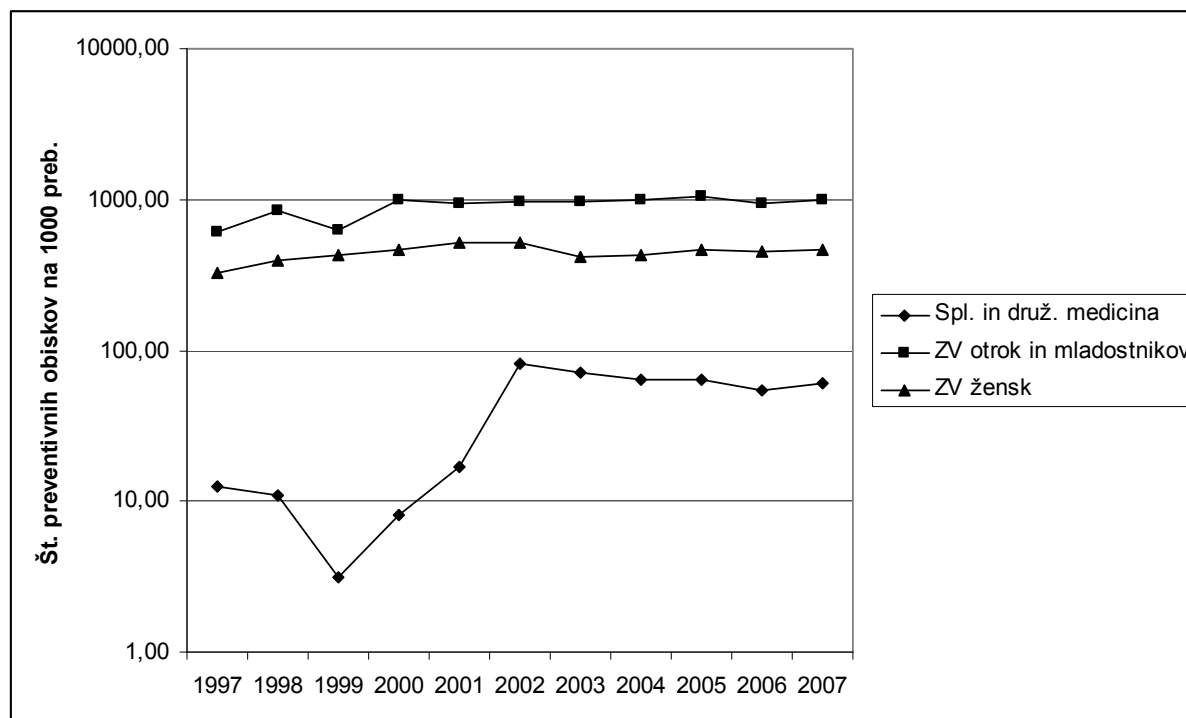
Število napotitev k specialistu na sekundarni ravni in število napotitev v bolnišnico je v obdobju 1997–2007 nekoliko upadlo, pri čemer je bilo na specialistično obravnavo v zadnjih letih napotenih 9 % na kurativnih obiskih pregledanih otrok. Tudi v tej dejavnosti smo vrh napotitev opazovali med letoma 2000 in 2002, število pa je od takrat upadlo za več kot 15 %.

V obdobju 2002–2007 je v zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov delalo 342 zdravnikov iz ur (327 v letu 2007), preskrbljenost je znašala 1300 otrok in mladostnikov na zdravnika (1210 v letu 2007).

Zdravstveno varstvo žensk

V zdravstvenem varstvu žensk je bilo v obdobju 1997–2007 v povprečju opravljenih 430.000 kurativnih obiskov in 440.000 preventivnih obiskov na leto. Število obiskov je v obdobju 1992–1996 močno naraščalo, kasneje se je rast umirila, po letu 2000 pa ustalila na sedanji ravni (Slika 5.6). Tako je skoraj vsaka druga ženska po 15. letu starosti enkrat letno pregledana pri ginekologu zaradi bolezni ali preventivnega pregleda (Sliki 5.6 in 5.7). Vendar je večina kurativnih pregledov opravljenih pri ženskah po 40. letu, medtem ko je večina preventivnih pregledov opravljenih pri ženskah do 50. leta. Pomemben delež preventivnih obiskov predstavljajo obiski nosečnic (40 % v letu 2007) in obiski zaradi kontracepcije (20 % v letu 2007). Izrazite so medregijske razlike v stopnjah kurativnih in preventivnih obiskov, na katere najverjetneje vplivajo podobni razlogi, kot jih navajamo glede dejavnosti splošne in družinske medicine. V obdobju 2001–2007 smo opazovali 35-odstotno rast števila napotitev na sekundarno raven, kamor je bila napotena vsaka 20. ženska, pregledana ob kurativnem obisku.

Na dejavnost zdravstvenega varstva žensk je precej vplivala uvedba državnega programa organiziranega populacijskega presejanja raka materničnega vratu (ZORA) v letu 2002. Program ZORA je bistveno olajšal opredeljevanje žensk in izbiro osebnega ginekologa. Rezultat programa je višja kakovost presejanja in nižja umrljivost žensk zaradi raka materničnega vratu. Ginekologi v zdravstvenem varstvu žensk izvajajo tudi druge predpisane aktivnosti za varovanje reproduktivnega zdravja žensk.



Vir: Poročilo primarne ravni zunajbolnišnične zdravstvene statistike (ZUBSTAT), IVZ RS.

Slika 5.7: Stopnja preventivnih obiskov na 1000 prebivalcev v dejavnosti splošne in družinske medicine, zdravstvenega varstva otrok in zdravstvenega varstva žensk, Slovenija, 1997–2007.

V obdobju 1997–2007 je v zdravstvenem varstvu žensk delalo povprečno 122 zdravnikov iz ur (139 v letu 2007), preskrbljenost je znašala 7230 žensk na enega ginekologa (6390 v letu 2007). V tem obdobju se je število zdravnikov povečalo za skoraj 40 %, preskrbljenost pa se je izboljšala za četrtnino. V letu 2007 je 76 % žensk, starejših od 15 let, imelo izbranega ginekologa, povprečno število opredeljenih žensk na ginekologa je bilo 5020.

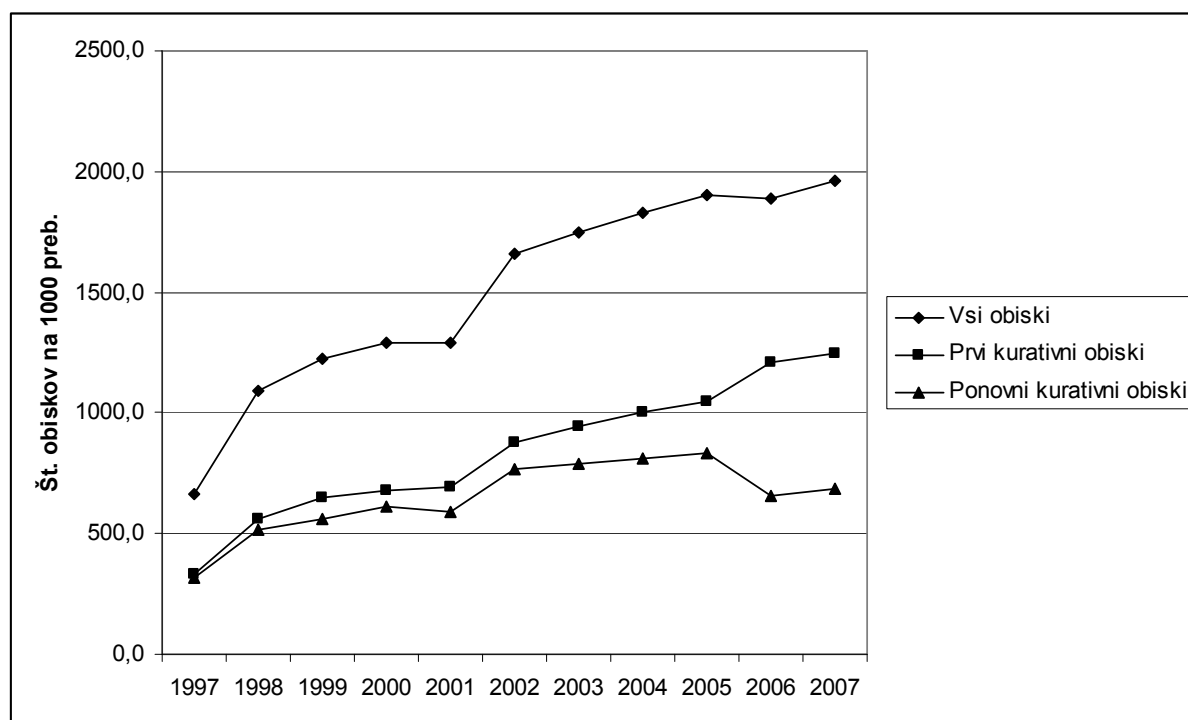
Ambulantna specialistična dejavnost

Ambulantna specialistična dejavnost na sekundarni in terciarni ravni je v Sloveniji v okviru mreže javne zdravstvene službe dostopna z napotnico izbranega osebnega zdravnika. Dejavnost je dostopna tudi brez napotnice za neposredno plačilo v t. i. samoplačniških ambulantah zasebnih izvajalcev in nekaterih javnih zdravstvenih zavodov. V letu 2007 je specialistično ambulantno dejavnost poleg zdravstvenih domov in bolnišnic izvajalo 330 zasebnih izvajalcev. Po podatkih zunajbolnišnične zdravstvene statistike (ZUBSTAT) so zasebni izvajalci v letu 2007 opravili že četrtnino vseh obiskov na sekundarni ravni. Iz podatkov žal ni mogoče ugotoviti, ali in koliko je bilo med temi obiski t. i. samoplačniških pregledov.

V ambulantni specialistični dejavnosti so bili v obdobju 1997–2007 v povprečju opravljeni trije milijoni obiskov na leto. V veliki večini gre za kurativne preglede. Preventivne aktivnosti predstavljajo le dober odstotek vseh obiskov v dejavnosti. Število obiskov je v celotnem obdobju naraščalo, vendar se je rast v zadnjih šestih letih umirila (Slika 5.8). Število prvih kurativnih obiskov je raslo hitreje od števila ponovnih obiskov. V letu 2007 so ponovni obiski predstavljali le še dobro tretjino vseh kurativnih obiskov. Domnevamo, da rast števila obiskov ni povezana le s povečanim povpraševanjem po specialističnih storitvah, saj ne nazadnje število napotitev iz dejavnosti splošne in družinske medicine ter zdravstvenega varstva otrok stagnira, temveč tudi z izboljšanjem poročanja izvajalcev.

Interna medicina, kirurgija in oftalmologija so specialnosti z najvišjim številom obiskov. V prvih dveh strokah se je v obdobju 1997–2007 število obiskov povečalo za več kot trikrat, v oftalmologiji pa za več kot dvakrat. K rasti števila obiskov so prispevale tudi druge specialnosti, vendar je njihov vpliv manjši zaradi absolutno nižjega števila obiskov. Podobno kot na primarni ravni je tudi tu delež žensk večji za približno 20 %.

Med regijami po številu obiskov izstopa osrednjeslovenska. Na razlike med regijami poleg dostopnosti vpliva tudi načelo svobodne izbire zdravnika specialista. Poleg tega vse specialnosti niso zastopane v vseh regijah.



Vir: Poročilo primarne ravni zunajbolnišnične zdravstvene statistike (ZUBSTAT), IVZ RS.

Slika 5.8: Stopnja obiskov na 1000 prebivalcev v ambulantni specialistični dejavnosti, Slovenija, 1997–2007.

Viri

Rotar-Pavlič D, Pribaković Brinovec R. Zdravstveno varstvo prebivalcev v dejavnosti splošne in družinske medicine. Zdravje v Sloveniji 2005; 52-9.

Keber D in sod. Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje, 2003.

Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS 2002; 33: 3122-9.

Kirar Fazarinc I, Mihevc Ponikvar B in Renar I. Organizacija primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk. Zdravje v Sloveniji 2005; 38-51.

Število opredeljenih zavarovanih oseb na dan 31.5.2007. Občasnik ZZZS, Akti in navodila 2007; 4: 54-63.

Bolnišnična zdravstvena dejavnost

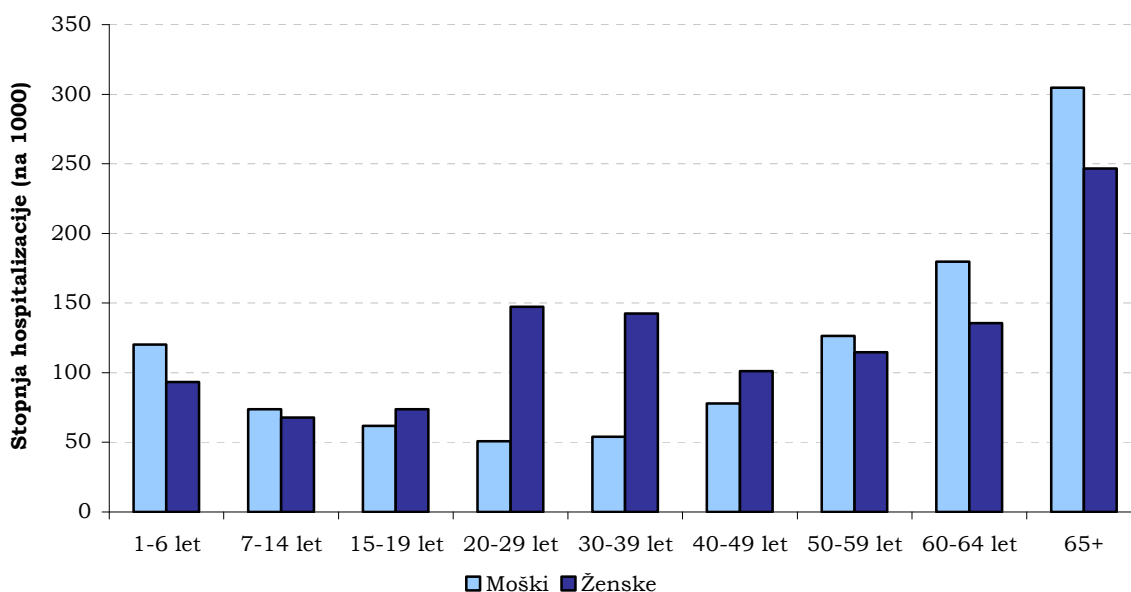
Nevenka Kelšin, Mojca Omerzu

Hospitalizacije

Hospitalizacije so po opredelitvi SZO bolnišnične obravnave zaradi diagnostike in zdravljenja bolezni, poškodb in zastrupitev, pa tudi obravnave zaradi porodov in rojstev ter splavov, ki trajajo praviloma vsaj en dan oziroma čez noč.

V Sloveniji beležimo letno število hospitalizacij kot število odpustov iz bolnišnice. Število hospitalizacij na določeno število prebivalcev (običajno na 1000 prebivalcev) predstavlja stopnjo hospitalizacije. Upoštevati je treba, da na stopnjo hospitalizacije poleg dejanske obolevnosti prebivalstva vplivajo tudi dostopnost do bolnišnične zdravstvene dejavnosti, merila za sprejem v bolnišnico in drugi dejavniki.

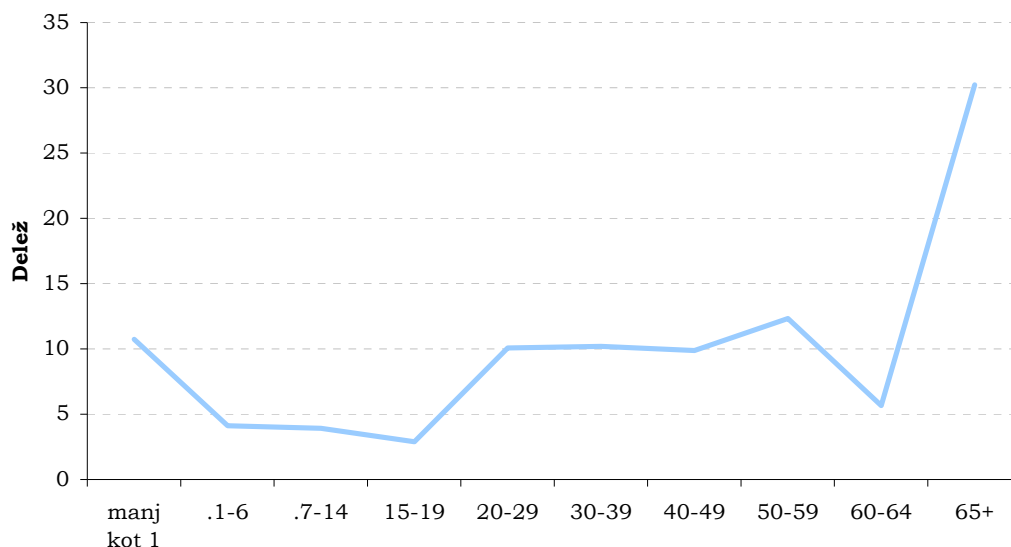
V letih 2005–2007 je bila stopnja hospitalizacije zaradi vseh vzrokov najvišja v starostni skupini do enega leta. Najnižja je bila pri otrocih in mladostnikih v starostnih skupinah od 7 do 14 in od 15 do 19 let, nato pa se je pri moških postopoma večala (Slika 5.9), pri ženskah pa je opazno povečanje tudi v starosti 20–39 let, ko so največkrat hospitalizirane zaradi porodov.



Vir: ZIS Bolnišničnih obravnav, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005–2007.

Slika 5.9: Stopnja hospitalizacije (na 1000 preb.) zaradi vseh vzrokov po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, povprečje 2005–2007

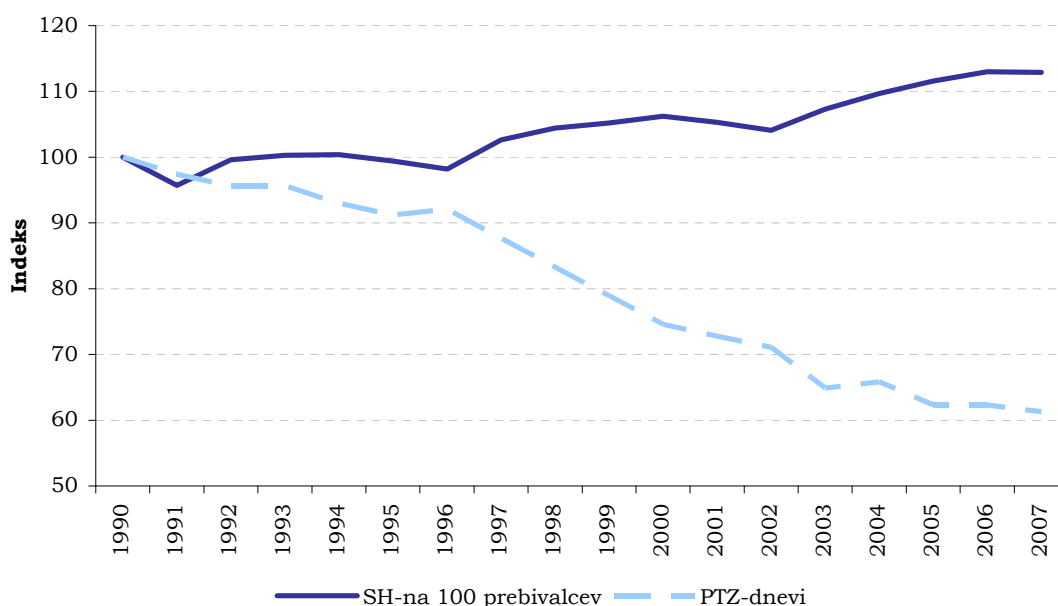
Slika 5.10 prikazuje delež hospitalizacij po posameznih starostnih skupinah: največ hospitaliziranih je bilo starih 65 in več let, najmanj pa od 15 do 19 let.



Vir: ZIS Bolnišničnih obravnav, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005-2007.

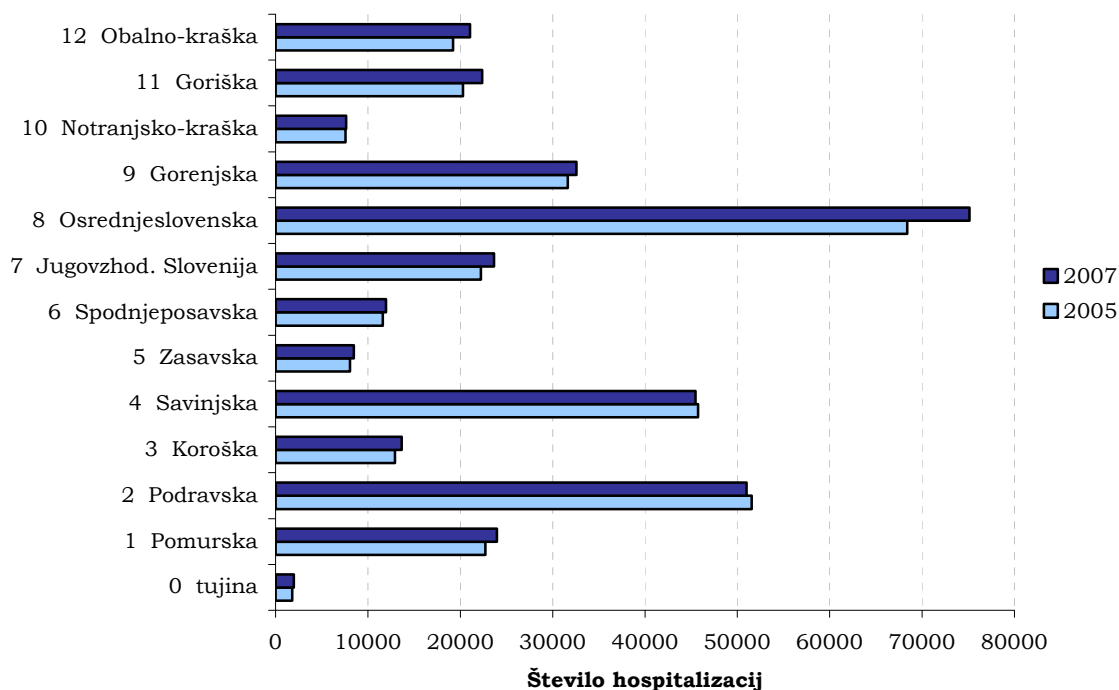
Slika 5.10: Delež hospitalizacij zaradi vseh vzrokov po starostnih skupinah, Slovenija, povprečje 2005-2007 (%)

Povprečno trajanje hospitalizacije zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev se postopoma skrajšuje. Najdaljša je bila hospitalizacija zaradi duševnih in vedenjskih motenj. Med najpogostejšimi boleznimi in stanji so bile hospitalizacije v letu 2007 najdaljše (okoli osem dni) pri boleznih srca in žilja, boleznih kosti in gibal, novotvorbah, sledile so bolezni dihal ter poškodbe in zastrupitve z okoli sedmimi dnevi, s šestimi dnevi bolezni prebavil; hospitalizacija je bila v povprečju najkrajša pri boleznih sečil in spolovil – okoli pet dni. Na sliki 5.11. prikazujemo gibanje indeksov stopnje hospitalizacije in povprečnega trajanja zdravljenja med letoma 1990 in 2007. Po letu 1996 se je povprečno trajanje zdravljenja relativno hitro skrajševalo ob hkratnem povečevanju stopnje hospitalizacije.



Vir: WHO - HFA Database

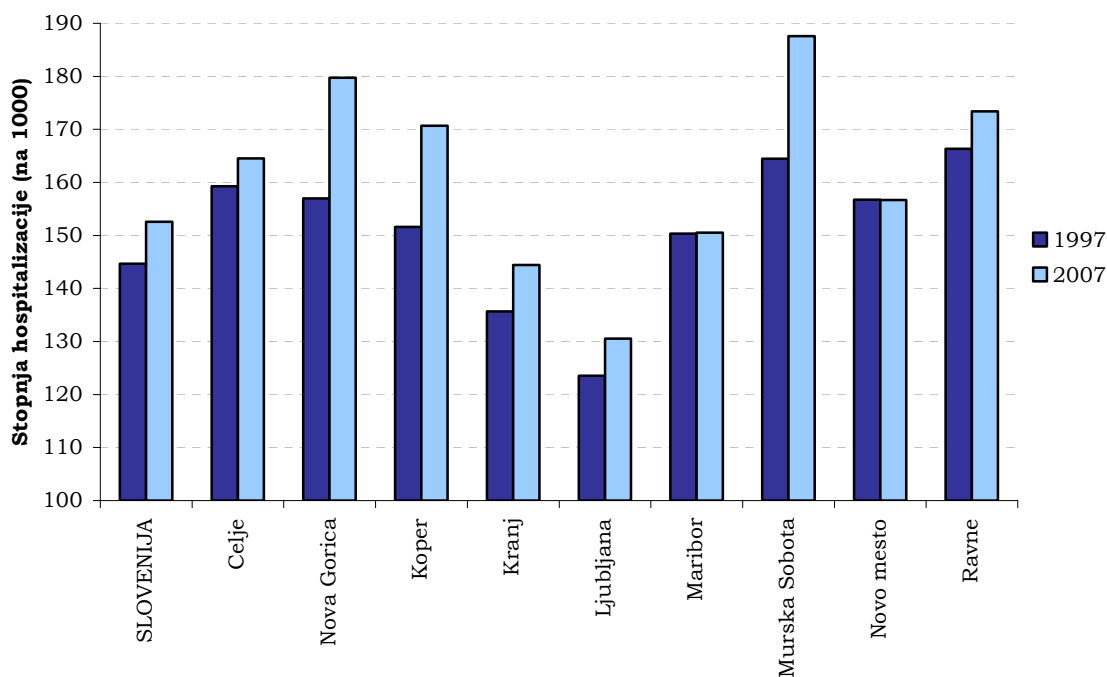
Slika 5.11: Gibanje indeksov stopnje hospitalizacije in povprečnega trajanja zdravljenja, Slovenija, 1990-2007 (1990=100)



Vir: ZIS Bolnišničnih obravnjav, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005 in 2007.

Slika 5.12: Število hospitalizacij po statističnih regijah bivališča, Slovenija, primerjava 2007 in 2005

Število hospitalizacij se je v večini regij povečalo (v povprečju za 4,7 %), najbolj v goriški in osrednjeslovenski. Število zdravljenih tujcev ostaja majhno.



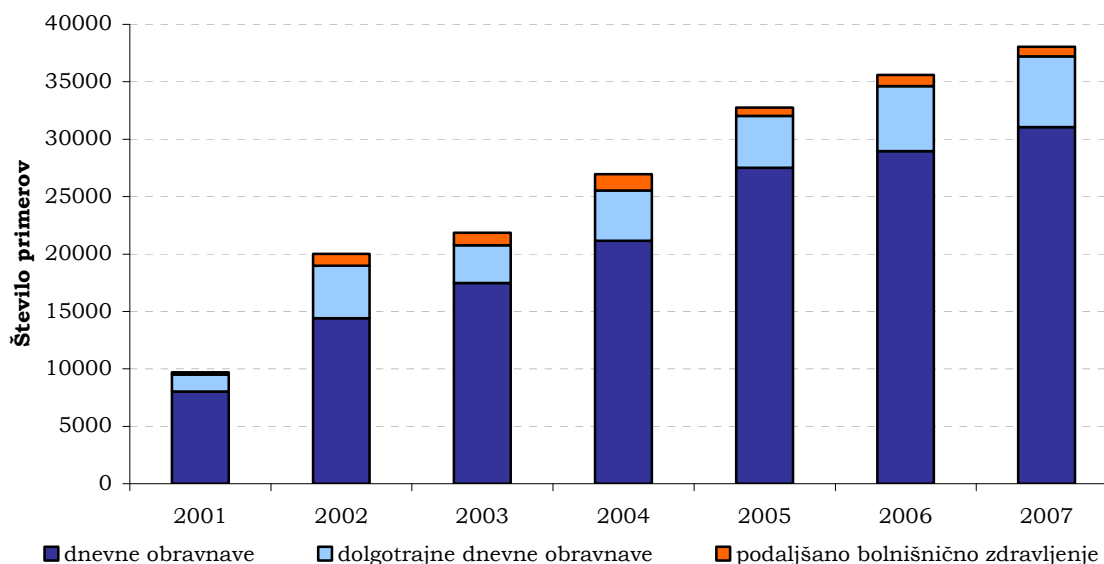
Vir: ZIS Bolnišničnih obravnjav, Inštitut za varovanje zdravja RS, 1997 in 2005.

Slika 5.13: Stopnja hospitalizacije zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev, po zdravstvenih regijah, Slovenija, primerjava 1997 in 2005

Tako v letu 1997 kot 2005 je bila najnižja stopnja hospitalizacije v ljubljanski regiji, ki pa se je med obema letoma dejansko povečala. Leta 1997 je bila najvišja v koroški regiji, leta 2007 pa v murskosoboški. V večini regij se je stopnja hospitalizacije povečala (v povprečju za 5,5 %), najbolj prav v murskosoboški (za 14,1 %), podobno tudi v novogoriški (za 14 %), sledijo koprška (za 12,5 %), kranjska (za 6,4 %), ljubljanska (za 5,6 %), za manj, kot je povprečje, pa se je povečala v koroški (za 4,3 %) in celjski (za 3 %) regiji. V drugih dveh regijah (mariborski in novomeški) se stopnja hospitalizacije praktično ni spremenila.

Druge vrste bolnišničnih obravnav

Običajne akutne bolnišnične obravnave v številnih državah nadomeščajo dnevne obravnave, ki so bolj intenzivne, a tudi bolj prijazne do bolnika, ker je celotna obravnava hitrejša, iztrganost iz rednega življenjskega oziroma delovnega okolja pa bistveno krajša. Lahko jih spremljamo posebej: slika 5.14 kaže gibanje njihovega števila (obravnav zaradi bolezni) od leta 2001, ko smo jih začeli beležiti. V istem letu je začela ZZZS dnevne obravnave plačevati tistim izvajalcem, ki so takšen način obravnav vključili v pogodbo z njo.



Vir: ZIS Bolnišničnih obravnav, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2001 do 2007

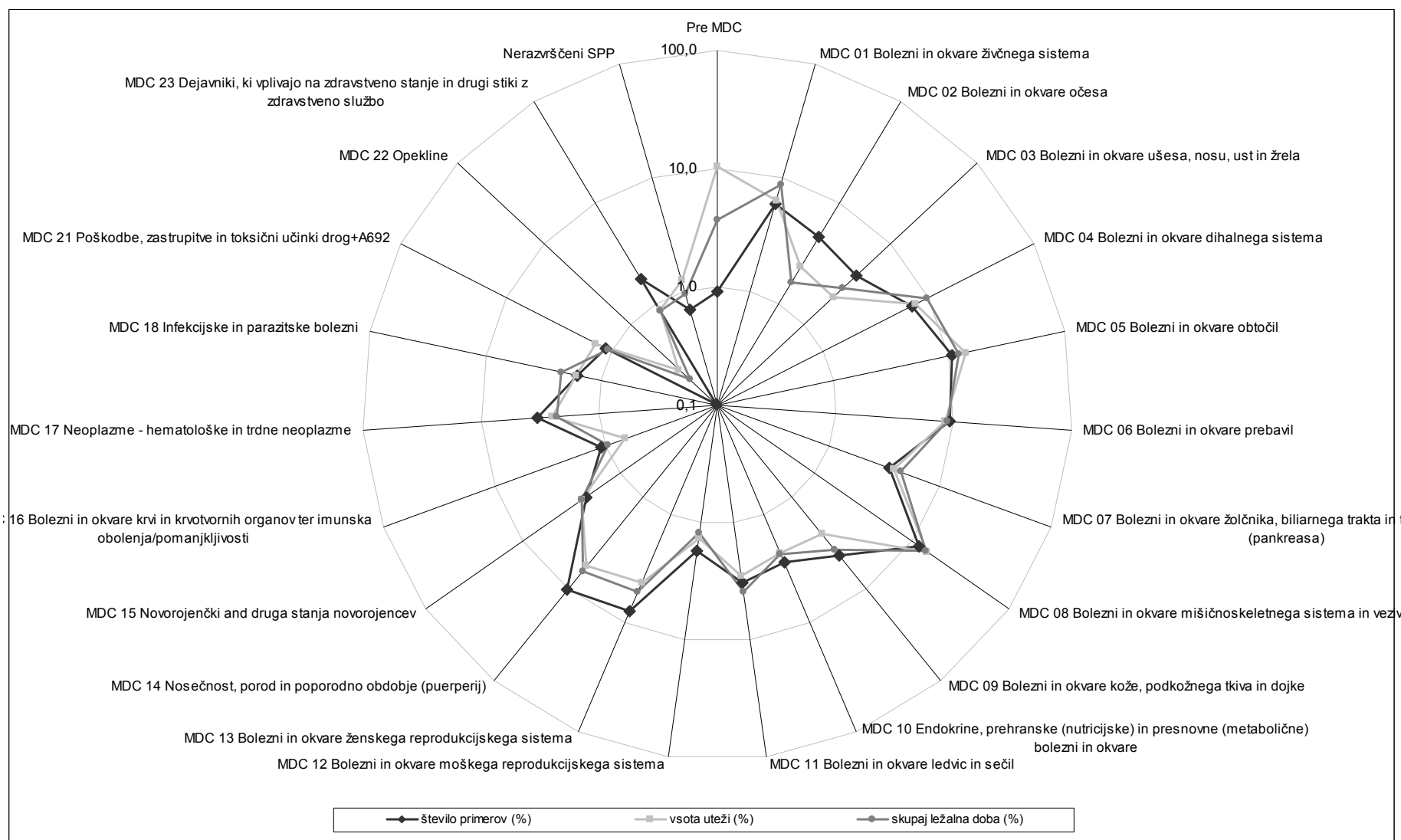
Slika 5.14: Število primerov dnevni, dolgotrajnih dnevni obravnav in podaljšanega bolnišničnega zdravljenja

Opazimo lahko, da postopoma narašča število dnevni obravnav, vendar še zaostajamo za večino drugih držav EU, kjer jih je med akutnimi obravnavami vsaj 30 % (pri nas manj kot 20 %).

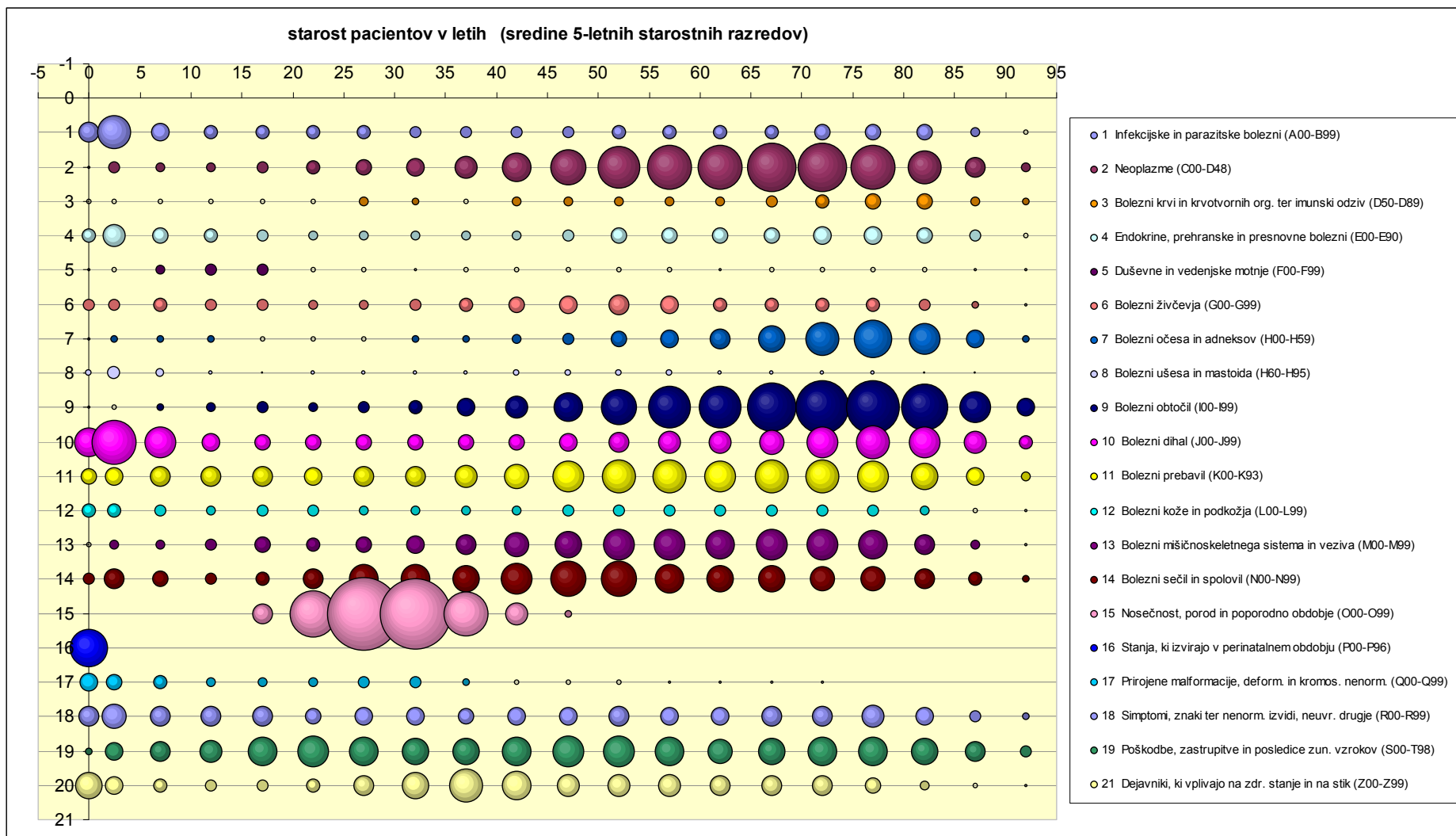
Najpogostejše obravnave v sistemu bolnišničnih obravnav po skupinah primerljivih primerov (SPP)

V spodnjih slikah prikazujemo značilnosti bolnikov, obravnavanih v bolnišnični zdravstveni dejavnosti. Prvi je prikaz glede na merila, ki so uporabljena v sistemu bolnišničnih obravnav po skupinah primerljivih primerov. Na eni sliki je predstavljena obremenitev za bolnišnično dejavnost, ki jo predstavljajo posamezne skupine SPP glede na število primerov, vsoto uteži in ležalno dobo. Temu prikazu sledi še prikaz demografskih in zboleznostnih značilnosti bolnikov, zdravljenih v

slovenskih bolnišnicah v okviru bolnišničnih obravnav. Problematika, povezana z boleznimi srca in žilja ter rakavimi boleznimi, je bolj pogosta v srednjem in poznem življenjskem obdobju. Pri tem velja poudariti, da se, skladno z epidemiološkimi značilnostmi, začnejo bolnišnične obravnave zaradi rakavih bolezni pojavljati približno pet do deset let prej kot zaradi bolezni srca in žilja.



Slika 5.15: Obremenitve zdravstvenega sistema po treh kriterijih – po poglavjih SPP; IVZ RS, podatki SPP za Slovenijo, 2005–2007



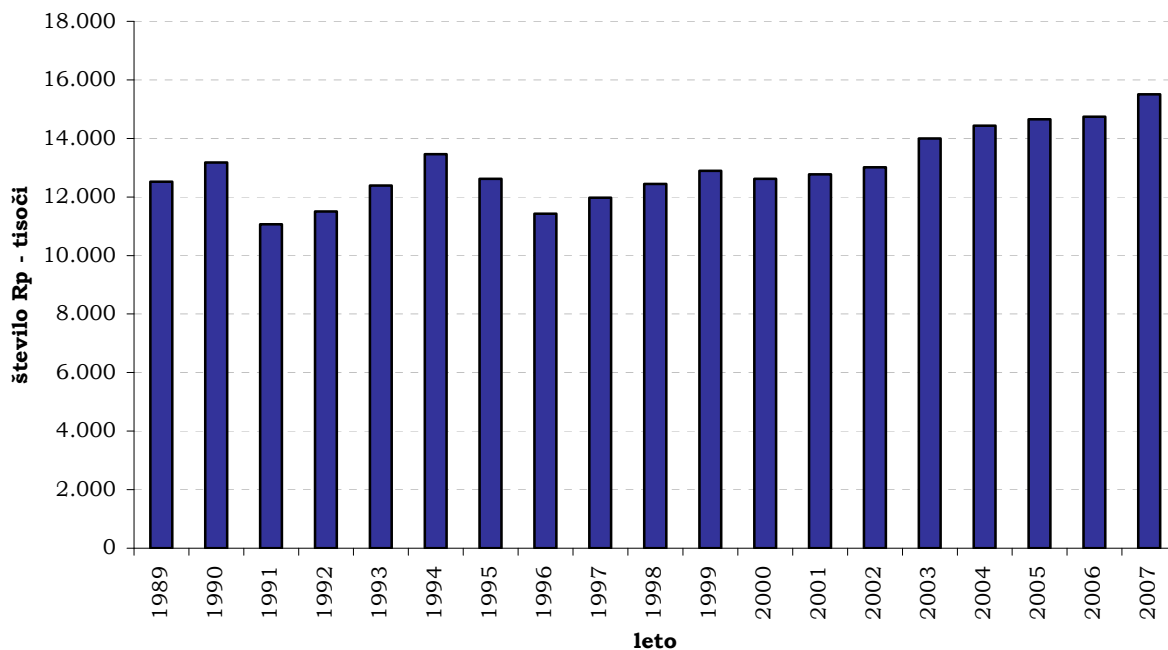
Vir: Informacijski sistem spremljanja bolnišničnih obravnav – BOLOB, IVZ, 2009.

Slika 5.16: Število primerov bolnišničnih obravnav (agregacija po diagnozah) po poglavjih MKB in po starosti, Slovenija 2007.

Zdravila

Silva Pečar Čad

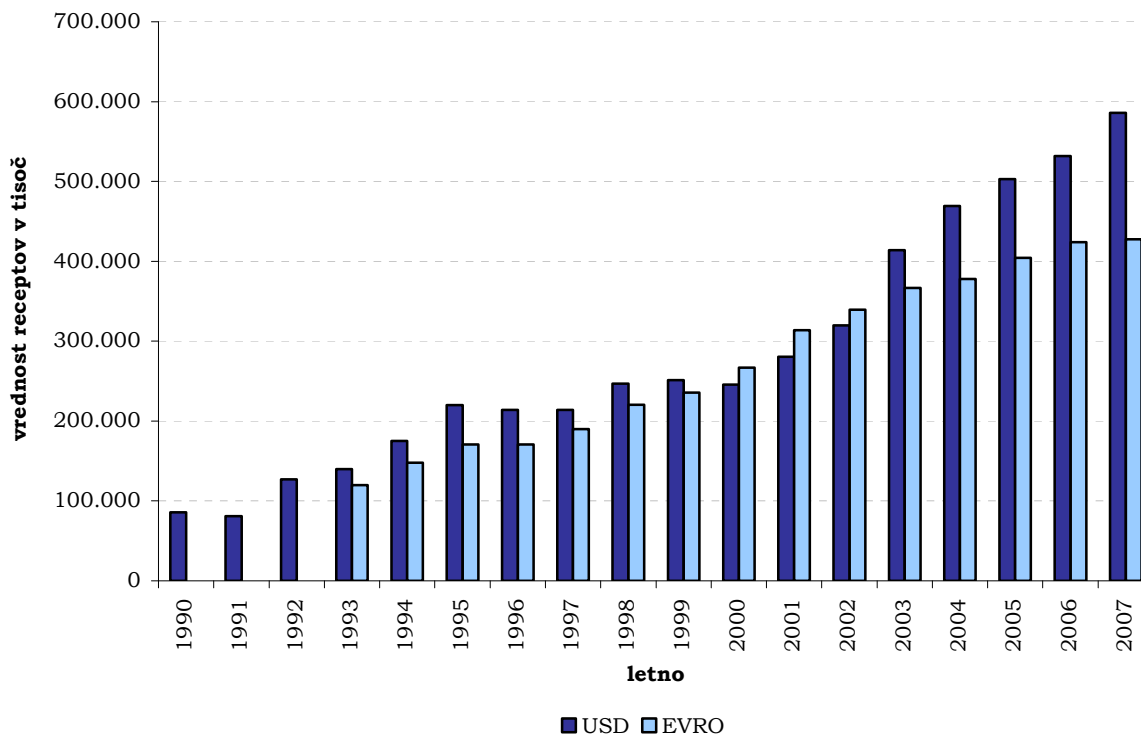
V letu 2007 je bilo ambulantno predpisanih in izdanih 15.510.615 receptov za zdravila v vrednosti 427.422.093 evrov. Povprečna vrednost predpisanih zdravil na prebivalca je bila 212 evrov, od tega je obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) krilo 137 evrov. Povprečno število receptov, predpisanih enemu prebivalcu, je bilo 7,68 recepta, kar je nekoliko več kot leto prej (7,34 recepta). Slika 5.17 prikazuje število izdanih receptov med letoma 1997 in 2007. Predvidevamo, da se je leta 2003 število izdanih receptov povečalo tudi zaradi določil ZZS glede največjih količin zdravil, ki se smejo predpisati na en recept.



Vir: Baza podatkov o izdanih receptih, IVZ RS.

Slika 5.17: Število izdanih receptov, Slovenija, 1997–2007

Slika 5.18 prikazuje stroške zdravil, izražene v ameriških dolarjih in evrih. V letu 2007 so stroški za zdravila, izraženi v evrih, zrasli za 0,9 %, medtem ko je bila rast stroškov v letu 2006 glede na leto 2005 4,8-odstotna. Razmerja, izražena v ameriških dolarjih, so drugačna zaradi spremenjenega menjalnega razmerja glede na evro.

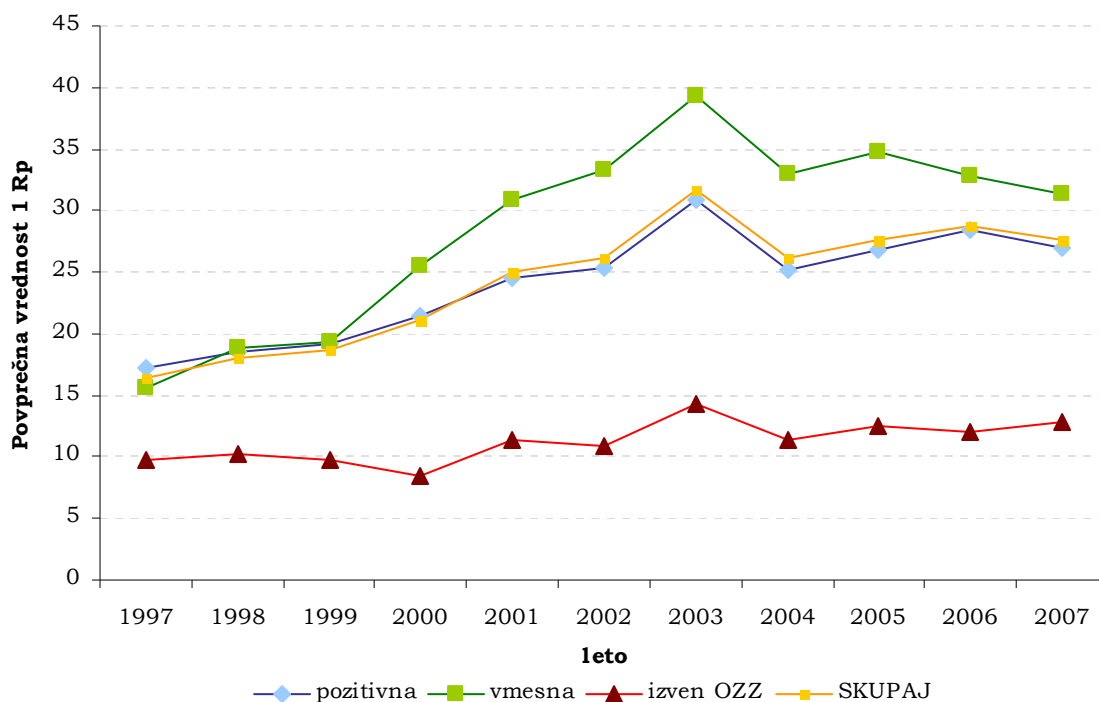


Vir: Baza podatkov o izdanih receptih, IVZ RS.

Slika 5.18: Vrednost izdanih zdravil v ameriških dolarjih in evrih, Slovenija, 1997–2007

V obravnavanem obdobju je viden trend rasti števila izdanih receptov z vmesnimi nihanji. Po nekajletni enakomerni rasti tega števila je med letoma 2005 in 2006 število izdanih receptov za zdravila s pozitivne liste padlo za 4,8 %, medtem ko se je povečalo število receptov za zdravila z vmesne liste, in sicer za 23,2 %. V letu 2007 se je glede na leto 2006 povečalo število receptov za zdravila s pozitivne liste (za 5,6 %) in z vmesne liste (9,2 %). Predvidevamo, da se je izdaja receptov z vmesne liste povečevala predvsem zato, ker je bil na to listo razvrščen precejšen delež novoregistriranih zdravil. Kljub temu pa je delež receptov za zdravila s pozitivne liste še vedno približno trikrat večji kot za zdravila z vmesne liste. V zadnjih letih je bil delež predpisanih zdravil, ki jih ne krije OZZ, precej konstanten in ni dosegal 500.000 receptov.

Primerjalno največ se je v obravnavanem obdobju povečala povprečna vrednost enega recepta za zdravila z vmesne liste. Glede na to, da so stroški prikazani v evrih, moramo upoštevati tudi nihanje menjalnih tečajev v letih, preden je Slovenija uvedla evro.



Vir: Baza podatkov o izdanih receptih, IVZ RS.

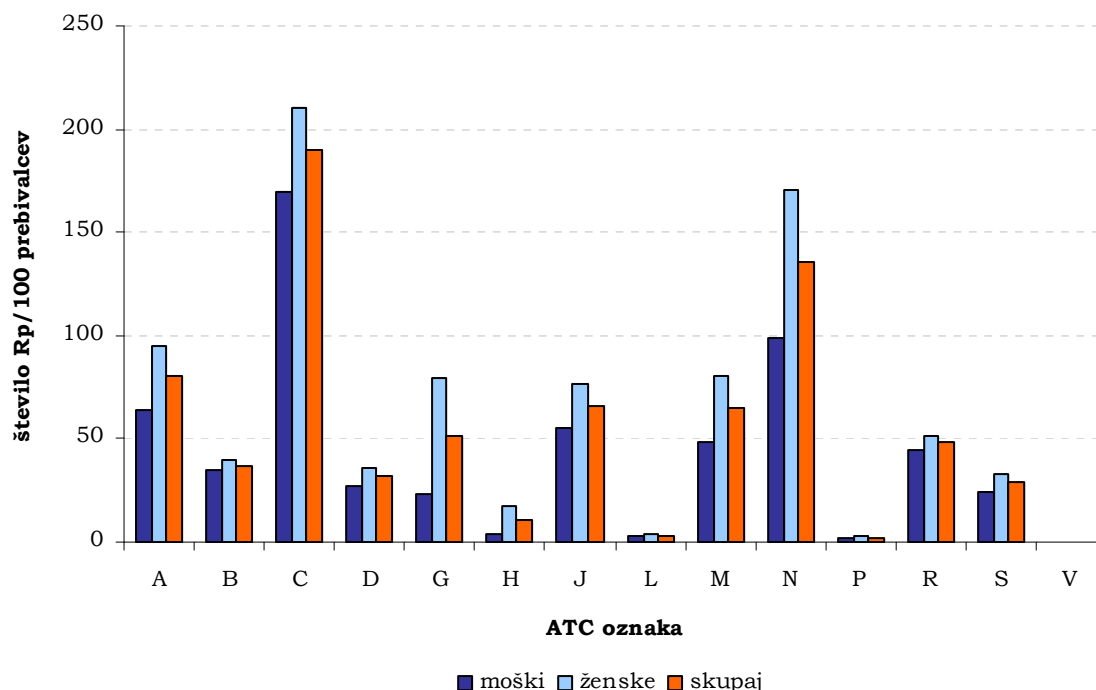
Slika 5.19: Povprečna vrednost enega recepta v evrih glede na razvrstitev zdravil, Slovenija, 1997-2007

Poraba zdravil se s starostjo pacientov znatno povečuje. V letu 2007 je v Sloveniji 11,18 % ljudi, starejših od 70 let, prejelo 31,56 % vseh predpisanih receptov.

Slika 5.20 prikazuje predpisovanje receptov iz posameznih skupin klasifikacije ATC (anatomsko terapevtsko kemijske) glede na spol bolnikov. Vse skupine zdravil se pogosteje predpisujejo ženskam kot moškim. Razlika v pogostnosti predpisovanja je najbolj očitna v skupinah C, N in H.

Anatomske glavne skupine klasifikacije ATC:

- A zdravila za bolezni prebavil in presnove
- B zdravila za bolezni krvi in krvotvornih organov
- C zdravila za bolezni srca in žilja
- D zdravila za bolezni kože in podkožnega tkiva
- G zdravila za bolezni sečil in spolovil ter spolni hormoni
- H hormonska zdravila za sistemsko zdravljenje - razen spolnih hormonov
- J zdravila za sistemsko zdravljenje infekcij
- L zdravila z delovanjem na novotvorbe in imunomodulatorji
- M zdravila za bolezni mišično-skeletnega sistema
- N zdravila z delovanjem na živčevje
- P antiparazitiki, insekticidi in repelenti
- R zdravila za bolezni dihal
- S zdravila za bolezni čutil
- V razna zdravila.



Slika 5.20: Pogostnost predpisovanja receptov po glavnih skupinah klasifikacije ATC, Slovenija, 2007

Največji delež v številu izdanih receptov je tako kot v zadnjih letih tudi leta 2007 zavzemala skupina C (25,4 % oz. 26,8 % po vrednosti izdanih receptov). Sledita ji skupina N (18,1 % po številu in 17,5 % po vrednosti) in skupina A (10,6 % po številu in 12,4 % po vrednosti). Skupine C, N in A so po številu ambulantno izdanih receptov skupaj predstavljale 54,1 %, po vrednosti pa celo 56,7 % vseh stroškov za zdravila.

V spodnji tabeli prikazujemo pet najpogosteje predpisanih učinkovin in pet učinkovin, za katere je bilo v Sloveniji v letu 2007 porabljenih največ sredstev. Posamezna učinkovina je po klasifikaciji ATC glede na indikacijo zdravila, v katerem je učinkovina, lahko razvrščena v različne skupine. Prikazane učinkovine so iz določene skupine ATC in ne predstavljajo celotne količine porabljene učinkovine.

Tabela 5.1: Število receptov in njihova vrednost po zdravilnih učinkovinah v letu 2007.

ATC	Zdravilna učinkovina	število Rp	vrednost Rp	ATC	Zdravilna učinkovina	vrednost Rp	število Rp
N02BE01	Paracetamol	619.436	2.771.262	A02BC01	omeprazol	11.613.459	353.373
M01AB05	Diklofenak	546.671	3.636.248	C10AA05	atorvastatin	11.043.551	205.051
B01AC06	Acetilsalicilna kislina	420.412	2.916.236	C09AA02	enalapril	8.195.046	326.660
A02BC01	Omeprazol	353.373	11.613.459	C10AA01	simvastatin	7.743.517	221.187
C09AA02	Enalapril	326.660	8.195.046	N05AH03	olanzapin	7.634.662	31.876
C10AA05	Atorvastatin	205.051	11.043.551	C09BA02	enalapril + diuretik	4.561.236	148.241

Financiranje zdravstva v Sloveniji

Eva Turk

Kot smo opisali že v uvodu tega poglavja, je temelj sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji Bismarckov model socialnega zdravstvenega zavarovanja. Ta temelji na načelih obveznega, z zakonom predpisanega javnega zavarovanja, pri katerem zakon določa okvire zavarovanja, ki ga avtonomno upravljajo predstavniki delodajalcev in zavarovancev. Vsi zaposleni morajo plačevati prispevke nosilec zavarovanja glede na svoje materialne zmožnosti (velja načelo solidarnosti in neprofitnosti). Pri upravljanju s programom zdravstvenih storitev je uveljavljen partnerski pogajalski princip, pri katerem se o programu, načinu njegovega vrednotenja in oblikovanju cen dogovarjajo predstavniki izvajalcev in plačniki storitev.

Za zavarovance je z ZZVZZ predpisana obveznost plačevanja prispevkov (v letu 2009 – delojemalci 6,36 % in delodajalci 6,56 %). Plačilo predpisanih prispevkov je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina, samostojna dejavnost, invalidnine, lastna sredstva, družbene pomoči).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS), pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter ministrstvo, pristojno za zdravstvo, se vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev. Na tej osnovi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter z zasebnimi zdravstvenimi delavci. Na sliki 5.21 je prikazan finančni tok v slovenskem sistemu zdravstvenega varstva.

Od leta 1999 do 2001 so izdatki za zdravstvo narasli s 7,7 % BDP na 9 %, leta 2003 pa je ta delež znašal 8,7 % BDP. Slovenija je tako v evropskem povprečju (slika 5.22). Povprečna letna rast nominalnih vrednosti celotnih izdatkov za zdravstvo v obdobju od leta 2003 do 2006 (5,7 %) je bila manjša od rasti BDP v tem obdobju (7,3 %). To zaostajanje nominalne rasti izdatkov za zdravstvo za rastjo BDP se je odrazilo v zmanjšanju deleža celotnih izdatkov v BDP (z 8,7 % v 2003 na 8,3 % v 2006). Delež tekočih izdatkov oziroma celotnih izdatkov za zdravstvo (brez investicij) v BDP pa se je zmanjšal z 8,1 % na 7,8 %.

V letu 2006 so celotni izdatki za zdravstveno varstvo v Sloveniji znašali 2,57 milijarde evrov ali 8,3 % BDP. Preračun v tekoče cene v evrih kaže, da v Sloveniji namenjamo za zdravstveno varstvo 1228 evra na prebivalca, od tega iz javnih financ 979 evrov, iz zasebnih sredstev pa 249 evrov.

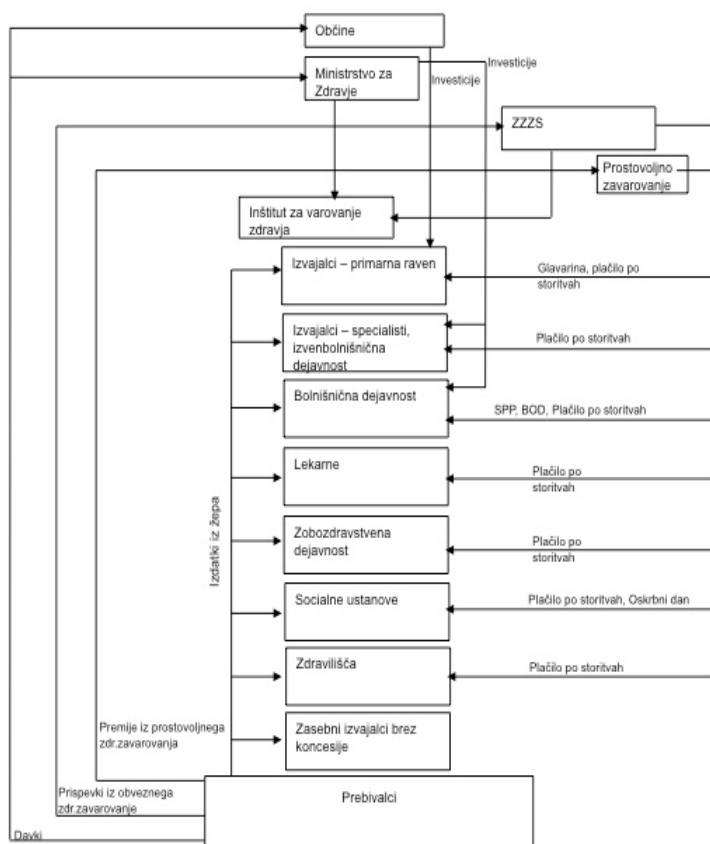
Tabela 5.2: Izdatki za zdravstvo v Sloveniji (1999–2006)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Celotni izdatki za zdravstvo, tekoče cene (mio €)				1988*	2.180*	2.274*	2.432*	2.572*
Javni izdatki za zdravstvo % celotnih izdatkov za zdravstvo	87.5	86.6	86.7	78.5	78.8	79	72*	72 *
Celotni izdatki za zdravstvo % BDP	7.7	8.6	9.0	8.9	8.8	8.6	8.5*	8,3 *

Vir: SURS*, 2008, 2009; WHO/ European HFA Database, 2008

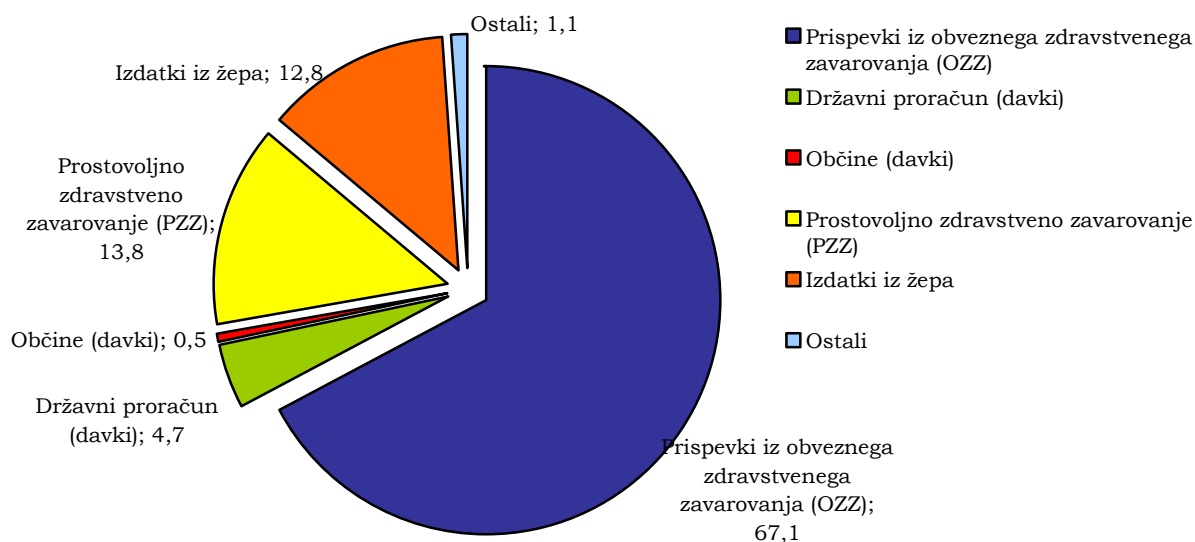
Obvezno zdravstveno zavarovanje in državni ter lokalni proračuni so v letu 2006 pokrili več kot 72 % tekočih izdatkov za zdravstvo. Delež sredstev za te izdatke iz zdravstvenih zavarovanj je obsegal 14 %, delež sredstev iz neposrednih plačil gospodinjstev pa 12 %. Slika 5.23 prikazuje strukturo virov za zdravstvo v deležih.

S 1. januarjem 1993 je bilo v Sloveniji sprejeto prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki zasleduje cilje razbremenitve javnofinančnega sektorja pri zagotavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije zavarovancem stroške zdravstvenih storitev, oskrbe z zdravili in z medicinsko-tehničnimi pripomočki. Poleg tega so v prostovoljno zavarovanje vključena tudi izplačila denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja.



Vir: HIT

Slika 5.21: Finančni tok v sistemu zdravstvenega varstva



Vir: SURS, 2009; HIT

Slika 5.22: Struktura virov za zdravstvo

Bolnišnice in zdravstveni domovi so v večini financirani po pogodbi z ZZZS. Partnerska pogajanja za sprejem splošnega in področnih dogovorov o obsegu in vrednosti programa zdravstvenih storitev v Sloveniji se oblikujejo vsako leto. V zdravstvenih dejavnostih, ki se plačujejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, veljajo različni sistemi plačevanja. V zdravstveni dejavnosti na primarni ravni (splošne ambulante, otroški in šolski dispanzerji ter dispanzerji za ženske) je v veljavi kombinirani sistem glavarine in storitev, v katerem je približno 50 % prihodka zdravniške ekipe zagotovljeno z glavarino, 50 % pa s storitvami.

V specialistični ambulantni dejavnosti je v veljavi storitveni sistem. Za posamezne ožje specialistične ambulantne dejavnosti so opredeljeni standardi, ki določajo letni plan finančnih sredstev na tim. Leta 2004 je bilo na področju akutnih bolnišničnih obravnav vpeljana plačevanje po skupinah primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). To temelji na metodi plačevanja primera po teži zahtevnosti obravnave. SPP omogoča preglednejšo razvrstitev in predstavlja natančnejše merilo zdravstvenih obravnav. Primer je zaključena stacionarna bolnišnična obravnava zavarovane osebe v eni dejavnosti, ki praviloma traja več kot 24 ur. Obseg finančnih sredstev bolnišnice se planira s številom primerov v skladu s standardno ležalno dobo. Za plačevanje enodnevnih in dnevne bolnišnice je v veljavi sistem plačevanja po primeru.

V lekarniški dejavnosti je za storitve v veljavi storitveni sistem, medtem ko zdravila, izdana na recept, in medicinsko-tehnične pripomočke, izdane na naročilnico, lekarne posebej zaračunajo ZZZS po nabavni ceni. ZZZS ni plačnik za zdravila, ki niso na pozitivni ali vmesni listi, razen če ni s pogodbo drugače dogovorjeno.

Po metodologiji SHA so bile v letu 2006 več kot tri četrtine (77,9 %) tekočih izdatkov za zdravstvo porabljene za financiranje storitev kurativnega zdravljenja ter za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke. Tabela 5.3 prikazuje javne in zasebne izdatke za zdravstvo po virih financiranja v letih 2003–2006.

Tabela 5.3: Prikaz izdatkov za zdravstvo v letih 2003–2006 po metodologiji sistema zdravstvenih računov

v tisoč €	2003	2004	2005	2006
Skupaj	2.180.134	2.274.070	2.432.666	2.572.022
javni sektor	1.566.664	738.441	1.751.687	1.858.366
Centralna država	100.322	92.123	98.538	119.958
Lokalna država	13.019	13.443	12.115	12.329
Skladi socialne varnosti	1.453.324	632.875	1.641.034	1.726.079
zasebni sektor	613.276	360.038	680.956	713.282
Družbe brez zavarovalnic	73.221	52.152	70.143	73.777
Zavarovalnice	281.774	186.948	311.918	335.486
Gospodinjstva	257.749	120.399	298.208	303.110
Neprireditne institucije	531	539	687	909
Tujina	194	80	23	374

Vir: SURS, 2009

Z višanjem deleža starostnikov se zdravstveno varstvo sooča s kroničnimi in degenerativnimi boleznimi, ki zahtevajo drugačno obravnavo kot akutne bolezni. Po deležu v celotnih izdatkih za zdravstvo so leta 2006 znašali izdatki za storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe 8,5 %, kar predstavlja 1,1 % BDP. Problem zagotavljanja posebne pomoči osebam, ki potrebujejo tujo pomoč pri vzdrževanju in opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti, je enako prisoten kot v večini drugih evropskih držav. Tudi pri nas je oseb, ki bi tako pomoč potrebovale, vse več. V pripravi je Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Posebno zavarovanje, ki ga predlaga zakon, bi temeljilo na načelih solidarnosti med vsemi zavarovanci, podobno kot to velja v obveznem zdravstvenem in pokojninskem ter invalidskem zavarovanju. Pri tem je pomembno načelo, da bi to zavarovanje temeljilo na zadovoljevanju potreb in ne na ustvarjanju profita, saj bi šlo za javno, obvezno zavarovanje.

Kot v drugih članicah EU se tudi v Sloveniji srečujemo s povečevanjem potreb in zahtev po zdravstvenih storitvah, ki povečujejo stroške. Povzročata ga staranje prebivalstva in hiter razvoj znanosti in tehnologije, ki nudi učinkovitejšo, vendar tudi bistveno dražjo in bolj uspešno diagnostiko in zdravljenje bolezni ter načine njihovega preprečevanja. Soočanje zdravstvenih sistemov z navedenimi potrebami so glavni razlogi za hiter razvoj discipline, ki jo imenujemo Health Technology Assessment oz. vrednotenje zdravstvenih tehnologij (v nadaljevanju HTA).

HTA je skupno ime za sistematsko vrednotenje in ocenjevanje tako novih kakor tudi že uporabljenih zdravstvenih tehnologij. Vrednotenje temelji na znanstvenih metodah in obsega klinične, etične, socialne, pravne in ekonomske. Izsledki HTA pripomorejo k racionalnim odločitvam vseh akterjev, ki sodelujejo v procesih odločanja v zdravstvu. Zaradi tega postajajo ekonomske analize v zdravstvu v zadnjem desetletju vse bolj pomembne. Tudi priprava reform zdravstvenih sistemov in sprememb financiranja zdravstva zahteva ustrezne analize zdravstvene dejavnosti, katerih podlaga so lahko le mednarodno primerljivi podatki, ki so osnova za pripravo indikatorjev, ti pa omogočajo določanje jasnih ciljev zdravstvenih politik.

Viri

Albreht, Tit, Turk, Eva, Toth, Martin, Ceglar, Jakob, Marn, Stane, Pribaković Brinovec, Radivoje, Schäfer, Marco, Avdeeva, Olga (ur.), Ginneken, Ewout van (ur.). Health systems in transition : Slovenia : health system review, (Health systems in transition, Vol. 11, No. 3). Copenhagen: World Health Organization, 2009. XXII, 168 str., graf. prikazi.

Kristensen F.B. in Sigmund H. Health technology assessment handbook. Pridobljeno 25.3.2009 s spletne strani:

http://www.sst.dk/publ/Publ2008/MTV/Metode/HTA_Handbook_net_final.pdf

Marn S., Zver E. in Turk E. Razvoj nacionalnih zdravstvenih računov za Slovenijo. Zbornik Statistični dnevi 2005. Radenci, november 2005; Pridobljeno 21.3.2009 s spletne strani:

www.stat.si/stat_radenci_2005.asp

OECD. A System of Health Accounts. Version 1.0. Paris: OECD, 2000:206

SURS Statistični urad Republike Slovenije (2008). Pridobljeno 20.3.2009 s spletne strani:

www.stat.si

SURS Statistični urad Republike Slovenije (2009). Pridobljeno 20.3.2009 s spletne strani:

www.stat.si

Uradni list. (Ur.l. RS, št. [9/1992](#)) Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju /ZZVZZ/. Pridobljeno 15.3.2009 s spletne strani:

http://www2.gov.si/zak/zak_vel.nsf/zakposop/1992-01-0459?OpenDocument.

WHO/European HFA Database. Health for all Database. (2008). Pridobljeno 20.3.2009 s spletne strani: <http://www.euro.who.int/HFADB>

Zavod za zdravstven zavarovanje Slovenje (ZZZS). Pridobljeno 25.3.2009 s spletne strani:

www.zzzs.si

KAZALO SLIK

Slika 1.1: Število prebivalcev Slovenije v letih 1961–2008 (po stanju 30. junija) in projekcija števila prebivalcev Slovenije po osnovni varianti v obdobju 2009–2061 (EUROPOP2008).....	10
Slika 1.2: Koeficienti starostne odvisnosti – skupaj, starih in mladih, v obdobju 1976–2008 in po osnovni varianti projekcij prebivalstva Slovenije za obdobje 2009–2061 (EUROPOP2008).....	12
Slika 1.3: Delež umrlih pred 65 letom starosti, po spolu, Slovenija, 1957–2007	13
Slika 1.4: Umrli dojenčki na 1000 živorojenih po spolu, Slovenija, 1957–2007	14
Slika 1.5: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu po spolu za rojene v obdobju 1960–2007, Slovenija.....	15
Slika 1.6: Število vseh žensk in žensk v rodni dobi (starih 15–49 let) od 1971–2008 (po stanju 30. junija) in po osnovni varianti projekcij prebivalstva Slovenije za obdobje 2009–2061 (EUROPOP2008), Slovenija.....	16
Slika 1.7: Starostno-specifične stopnje splošne rodnosti, Slovenija, 1977, 2007	17
Slika 1.8: Pregled EU držav z najvišjim in najnižjim deležem nizkoizobraženega odraslega prebivalstva, 2006	18
Slika 1.9: Izobrazbena struktura prebivalstva, starega 25–64 let, Slovenija, 1991–2007	19
Slika 2.1: Povprečna porabljena sredstva za hrano in pijačo na člana gospodinjstva, po dohodkovnih kvintili, v %	32
Slika 2.2: Porazdelitev deleža prekomerno hranjenih in debelih v Sloveniji (ITM >27) glede na SES, primerjava 1997–2009	33
Slika 2.3: Živorojeni otroci in dovoljeni splavi mladostnic na 1000 prebivalk, starih 15–19 let, Slovenija 1981–2007.....	45
Slika 3.1: Delež umrljivosti otrok in mladostnikov (0–19 let) po starosti in vzrokih smrti, Slovenija, 2005–2007.	50
Slika 3.2: Delež posameznih vzrokov smrti pri ženskah po starostnih skupinah, od 20 do 64 let, Slovenija, 2005–2007.....	56
Slika 3.3: Razmerje stopenj prezgodnje umrljivosti – količnik moški:ženske, pri najpogostejših skupinah vzrokov smrti, po starostnih skupinah, Slovenija, 2003–2007.....	62
Slika 3.4: Razlika v verjetnosti prebivalcev Slovenije, starejših od 60 let, da bodo sprejeti v bolnišnico ali da bodo umrli, po petletnih starostnih skupinah, v koledarskem obdobju med letoma 1998 in 2007.	67
Slika 3.5: Najpogostejši zdravstveni problemi prebivalcev, starejših od 64 let, v Sloveniji, izraženi s povprečjem stopenj štirih vrst podatkov zdravstvene statistike za obdobje 2005–2007	68
Slika 4.1: Grobe in starostno standardizirane (SSS) incidenčne in umrljivostne stopnje raka v Sloveniji 1985–2005, po spolu.	74
Slika 4.2: Deleži sladkorne bolezni glede na starostne skupine.....	78

Slika 4.3: Stopnje umrljivosti zaradi najpomembnejših podskupin skupine bolezni srca in žilja, Slovenija, 2005–2007.	81
Slika 4.4: Skeletno mišične bolezni po anketnih podatkih in obiskih po spolu in starosti. .	86
Slika 4.5: Stopnja hospitalizacije zaradi astme in KOPB ter prvi obiski v okviru patronažne službe bolnika s kisikom na domu, Slovenija, 2000–2007 (indeks 100 je za 2000)...	89
Slika 4.6: Umrljivost in hospitalizacije zaradi jetrne ciroze na 100.000 prebivalcev, Slovenija, 1997–2007.	91
Slika 4.7: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, Slovenija 1998–2007	95
Slika 4.8: Standardizirana stopnja hospitalizacije na (100.000) zaradi zloma kolka v starosti 65. let in več po spolu, Slovenija, trend 1988–2007.	99
Slika 4.9: Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) (0–64 let) zaradi poškodb v prometnih nezgodah po spolu, Slovenija in države Euro-A (evropske države z nizko umrljivostjo otrok in odraslih), 1985–2007.	100
Slika 4.10: Samomorilni količnik v letih med 2000 in 2007	103
Slika 5.1: Delež izdatkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v bruto domačem proizvodu 1993–2007.	107
Slika 5.2: Število zdravnikov na 100.000 prebivalcev v Sloveniji.	109
Slika 5.3: Starostna struktura doktorjev dentalne medicine v Sloveniji v letu 2007.	110
Slika 5.4: Število diplomiranih in višjih medicinskih sester v Sloveniji, 2001–2007.....	111
Slika 5.5: Število farmacevtov in število prebivalcev na farmacevta v Sloveniji, 2007.....	112
Slika 5.6: Stopnja kurativnih obiskov na 1000 prebivalcev v dejavnosti splošne in družinske medicine, zdravstvenega varstva otrok in zdravstvenega varstva žensk, Slovenija, 1997–2007.	114
Slika 5.7: Stopnja preventivnih obiskov na 1000 prebivalcev v dejavnosti splošne in družinske medicine, zdravstvenega varstva otrok in zdravstvenega varstva žensk, Slovenija, 1997–2007.	115
Slika 5.8: Stopnja obiskov na 1000 prebivalcev v ambulantni specialistični dejavnosti, Slovenija, 1997–2007.	116
Slika 5.9: Stopnja hospitalizacije (na 1000 preb.) zaradi vseh vzrokov po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, povprečje 2005–2007	118
Slika 5.10: Delež hospitalizacij zaradi vseh vzrokov po starostnih skupinah, Slovenija, povprečje 2005–2007 (%)	119
Slika 5.11: Gibanje indeksov stopnje hospitalizacije in povprečnega trajanja zdravljenja, Slovenija, 1990–2007 (1990=100)	119
Slika 5.12: Število hospitalizacij po statističnih regijah bivališča, Slovenija, primerjava 2007 in 2005	120
Slika 5.13: Stopnja hospitalizacije zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev, po zdravstvenih regijah, Slovenija, primerjava 1997 in 2005	120

Slika 5.14: Število primerov dnevnih, dolgotrajnih dnevnih obravnav in podaljšanega bolnišničnega zdravljenja	121
Slika 5.15: Obremenitve zdravstvenega sistema po treh kriterijih – po poglavjih SPP; IVZ RS, podatki SPP za Slovenijo, 2005–2007	123
Slika 5.16: Število primerov bolnišničnih obravnav (agregacija po diagnozah) po poglavjih MKB in po starosti, Slovenija 2007.	124
Slika 5.17: Število izdanih receptov, Slovenija, 1997–2007	125
Slika 5.18: Vrednost izdanih zdravil v ameriških dolarjih in evrih, Slovenija, 1997–2007.	126
Slika 5.19: Povprečna vrednost enega recepta v evrih glede na razvrstitev zdravil, Slovenija, 1997–2007	127
Slika 5.20: Pogostnost predpisovanja receptov po glavnih skupinah klasifikacije ATC, Slovenija, 2007	128
Slika 5.21: Finančni tok v sistemu zdravstvenega varstva.....	130
Slika 5.22: Struktura virov za zdravstvo	131

KAZALO TABEL

Tabela 3.1: Odstotni deleži najpogostejših mest raka pri ženskah, starih 20-64 let, v Sloveniji, 2006.....	58
Tabela 3.2: Odstotni deleži najpogostejših mest raka pri moških, starih 20-64 let, v Sloveniji, 2006.....	64
Tabela 4.1: Breme raka v Sloveniji v letih 1997 in 2006.....	74
Tabela 4.2: Rezultati EHIS na vprašanje glede kroničnih bolezni in bolezenskih stanj)	77
Tabela 4.3: Prijavljeni primeri izbranih črevesnih nalezljivih bolezni v Sloveniji med 2002 in 2008.....	92
Tabela 4.4: Prijavljene transmisivne bolezni v Sloveniji med 2002 in 2008.....	93
Tabela 4.5: Prijavljeni primeri bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem, pred uvedbo cepljenja in v letu 2008	97
Tabela 5.1: Število receptov in njihova vrednost po zdravilnih učinkovinah v letu 2007. ...	128
Tabela 5.2: Izdatki za zdravstvo v Sloveniji (1999-2006).....	130
Tabela 5.3: Prikaz izdatkov za zdravstvo v letih 2003-2006 po metodologiji sistema zdravstvenih računov	132