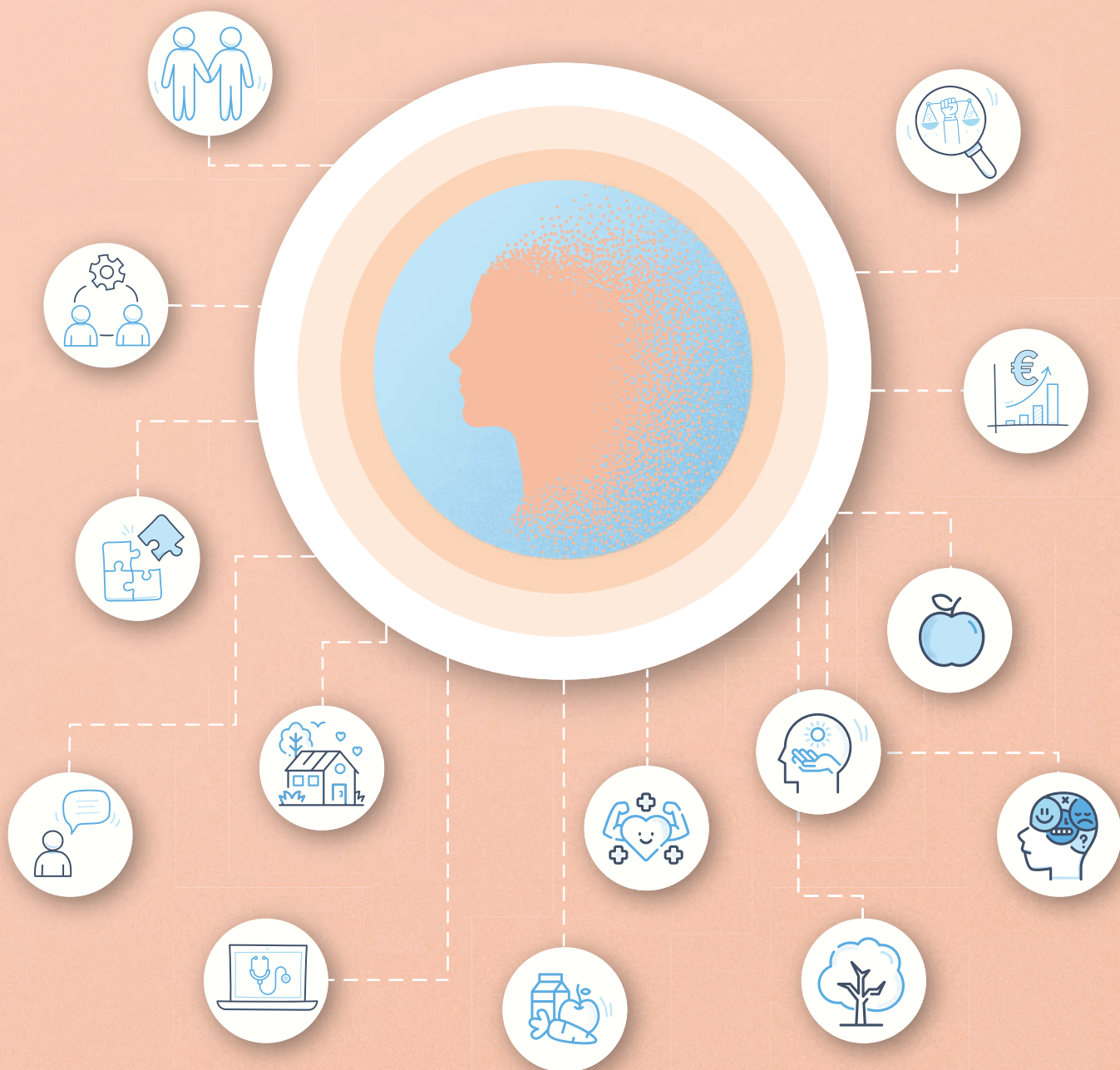


DUŠEVNO ZDRAVJE: OD VZROKOV DO POSLEDIC

Okvir spremljanja javnega duševnega zdravja



DUŠEVNO ZDRAVJE: OD VZROKOV DO POSLEDIC

Okvir spremljanja javnega duševnega zdravja

Pripravili: Petra Mikolič, Matej Vinko, Tara Magajna, Irena Makivić, Lucija Furman

Oblikovanje: Tadeja Horvat

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2023

Elektronska izdaja

Spletni naslov: <https://nijz.si/>

Besedilo ni lektorirano.

Zaščita dokumenta

© 2023 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju je dovoljena le z navedbo vira.

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

COBISS.SI-ID 178159619

ISBN 978-961-7211-21-4 (PDF)

Kazalo

Okvir spremljanja duševnega zdravja	7
Povzetek	10
Determinante duševnega zdravja	
1. Enake možnosti	18
1.1 Vrzel stopnje delovne aktivnosti med spoloma	18
1.2 Neprilagojena plačna vrzel med spoloma	19
1.3 Vrzel med spoloma v terciarnem izobraževanju	20
1.4 Spolna segregacija na delovnem mestu	20
1.5 Usklajevanje dela in družinskega življenja	21
2. Ekonomske determinante	24
2.1 Stopnja dolgotrajne brezposelnosti	24
2.2 Stopnja tveganja socialne izključenosti	24
2.3 Ginijev količnik plač	26
2.4 Stabilnost zaposlitve	27
2.5 Dohodek gospodinjstva	28
3. Življenjske razmere	29
3.1 Stopnja prenaseljenosti stanovanja	29
3.2 Naseljena stanovanja, ki nimajo vseh elementov osnovne infrastrukture	30
3.3 Kriminal, nasilje in vandalizem v okolju	30
3.4 Dostop do površin za rekreacijo.....	32
3.5 Dostop do varnih kolesarskih in sprehajalnih poti	32
3.6 Hrupno okolje	33
3.7 Onesnaženost zraka	33
4. Diskriminacija in nasilje	35
4.1 Prijavljeni primeri nasilja v družini.....	35
4.2 Vrstniško nasilje	35
4.3 Javno spodbujanje sovraštva, nasilja ali nestrpnosti	36
4.4 Izrečene kazenske sankcije	37
5. Družbena in družinska povezanost	38
5.1 Zaznana družbena podpora	38
5.2 Socialna in kulturna vključenost	39

5.3	Vključenost v prostovoljno delo	40
5.4	Podpora družine, šole in prijateljev pri šolarjih.....	40
6.	Izobraževanje	43
6.1	Zgodnja opustitev izobraževanja in usposabljanja.....	43
6.2	Udeležba odraslih v učenju	43
6.3	Nizka pismenost učencev in učenk	44
7.	Življenjski slog in zdravje	46
7.1	Standardizirana stopnja umrljivosti.....	46
7.2	Samoocena zdravja.....	46
7.3	Samoocena zdravja pri šolarjih	48
7.4	Telesna bolečina	48
7.5	Dolgotrajne bolezni ali zdravstvene težave	50
7.6	Telesna zmogljivost otrok.....	51
8.	Uporaba psihoaktivnih snovi in zasvojenosti	52
8.1	Uživanje konoplje in drugih psihoaktivnih snovi	52
8.2	Visoko tvegano opijanje	53
8.3	Problematična uporaba digitalnih tehnologij pri šolarjih	54
8.4	Razširjenost nekemičnih zasvojenosti	55
Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja		
9.	Upravljanje in financiranje.....	58
9.1	Lokalne skupine ali mreže na področju duševnega zdravja.....	58
9.2	Izdatki za programe duševnega zdravja	58
9.3	Izdatki za prostovoljstvo	59
10.	Razpoložljiva delovna sila	60
10.1	Delavci v storitvah duševnega zdravja za celotno populacijo	60
10.2	Delavci v storitvah duševnega zdravja otrok in mladostnikov	61
11.	Razpoložljivost in uporaba storitev	62
11.1	Uporabniki storitev dnevnih centrov	62
11.2	Obravnave vseh prebivalcev Slovenije v storitvah duševnega zdravja	62
11.3	Obravnave otrok in mladostnikov v storitvah duševnega zdravja	63
11.4	Kapaciteta postelj na področju duševnega zdravja.....	63
12.	Dostopnost in enake možnosti.....	64
12.1	Čakalne dobe za storitve na področju duševnega zdravja	64
12.2	Poraba psihoaktivnih zdravil	64
12.3	Neizpolnjene potrebe po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov ..66	
12.4	Odzivnost in pretočnost Centrov za duševno zdravje.....	67

13. Kakovost in varnost storitev	70
13.1 NeprostoVOLjne hospitalizacije za psihiatrično zdravljenje	70
13.2 Delež ponovno hospitaliziranih v psihiatrično ustanovo	70
13.3 Pacienti, ki so hospitalizirani za psihiatrično zdravljenje skupaj več kot eno leto	71

Izidi na področju duševnega zdravja

14. Razširjenost duševnih težav in pozitivno duševno zdravje	74
14.1 Prevalenca duševnih motenj	74
14.2 Razširjenost simptomov velike depresivne motnje	75
14.3 Sreča.....	76
14.4 Osamljenost.....	77
14.5 Zadovoljstvo z življenjem	77
14.6 Zadovoljstvo z življenjem pri šolarjih.....	78
14.7 Verjetnost depresije, simptomi anksioznosti in razmišljanje o samomoru pri šolarjih.....	79
15. Zdravstveni, socialni in finančni izidi.....	81
15.1 Umrljivost zaradi samomora	81
15.2 Umrljivost zaradi alkoholu pripisljivih vzrokov.....	82
15.3 Bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj	83
15.4 Nezmožnosti prilagojena leta življenja zaradi duševnih motenj in motenj, vezanih na uživanje psihoaktivnih snovi	84
15.5 Delež gospodinjstev, ki porabijo za zdravje več kot 10 % celotnega proračuna gospodinjstva	85
16. Kakovost življenja oseb z izkušnjo	86
16.1 Komorbidnost duševnih motenj	86
Seznam kazalnikov spremljanja duševnega zdravja	88
Viri podatkov in informacij	90

Okvir spremljanja duševnega zdravja

Spremljanje stanja duševnega zdravja je eden izmed specifičnih ciljev Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja. Vzpostavitev nabora ustreznih mednarodno primerljivih kazalnikov duševnega zdravja omogoča primerljivost stanja duševnega zdravja v Sloveniji z drugimi državami ter spremljanje trendov v času. Spremljanje je ključno za razumevanje, kako se duševno zdravje prebivalcev spreminja in kako lahko ciljno umerjeni ukrepi in politike delujejo v smeri izboljšanja duševnega zdravja celotne populacije.

Učinkovitost spremljanja je odvisna od skrbne izbire ustreznih kazalnikov, ki zadostno odražajo javno duševno zdravje. Prvi usklajen nabor kazalnikov za spremljanje duševnega zdravja v Sloveniji je bil oblikovan znotraj interdisciplinarne delovne skupine za raziskovanje, spremljanje in vrednotenje, ki deluje v okviru Programa Mira, Nacionalnega programa duševnega zdravja. Objavljen je bil kot priloga Evalvacije izvedbe prvega akcijskega načrta (AN 2019–2020) Nacionalnega programa duševnega zdravja.

Posodobljen okvir spremljanja duševnega zdravja, ki je predstavljen v publikaciji, sledi specifičnim ciljem Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja ter ciljem trajnostnega razvoja (angl. Sustainable Development Goals). Opira se na nabor kazalnikov držav z vzpostavljenimi sistemi spremljanja javnega duševnega zdravja in raziskave, ki proučujejo ustrezne koncepte oziroma kazalnike za spremljanje duševnega zdravja prebivalstva. Spremljanje kazalnikov poleg mednarodne primerljivosti omogoča evalvacijo Nacionalnega programa duševnega zdravja in s tem predstavlja na podatkih temelječo podlago za pripravo učinkovitih ukrepov in aktivnosti tudi v prihodnje.

Izbrani kazalniki za Slovenijo so mednarodno primerljivi in omogočajo spremljanje duševnega zdravja po spolu v različnih starostnih skupinah ter v ogroženih skupinah prebivalstva. V okvir spremljanja duševnega zdravja smo vključili kazalnike, za katere so na voljo podatki iz raziskav, izvedenih na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije ter v večini primerov omogočajo mednarodno primerjavo. Primeri raziskav so na primer Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS), Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC), Raziskava Evropske Unije (EU) o delovni sili (EU-SILC) in Z zdravjem povezan življenjski slog (CINDI). Nekateri izmed priporočenih kazalnikov zaenkrat niso vključeni v okvir spremljanja javnega duševnega zdravja v Sloveniji, ker za te kazalnike v Sloveniji ni zbranih podatkov ali se zbirajo v omejenem obsegu. Skladno s cilji trajnostnega razvoja in potrebami javnega duševnega zdravja, je pomembno, da se sistematično sledi izbranim kazalnikom ter da se vključijo dodatni kazalniki, ko bodo na voljo ustrezni podatki. To bo omogočilo bolj celovito razumevanje in spremljanje duševnega zdravja prebivalcev Slovenije ter prispevalo k boljšim politikam in ukrepom na tem področju.

Okvir spremljanja duševnega zdravja v Sloveniji, ki je predstavljen v publikaciji, zajema tri domene, in sicer (1) determinante duševnega zdravja, (2) sisteme in storitve na področju duševnega zdravja ter (3) izide na področju duševnega zdravja. Vsako področje se nadalje deli na kategorije, ki jih spremljamo z izbranimi kazalniki. Posodobljen nabor kazalnikov je usklajen z medresorsko delovno skupino, ki podpira implementacijo Nacionalnega programa duševnega zdravja, ter z interdisciplinarno delovno skupino za raziskovanje, spremljanje in vrednotenje izvajanja Nacionalnega programa duševnega zdravja.

Ocena časovnih trendov je določena z uporabo Mann-Kendall testa, pri čemer smo upoštevali razpoložljivost podatkov in njihovo primerljivost. Uporaba Mann-Kendall testa za trend je primerna za kazalnike z različnimi enotami in časovnimi obdobji, ko niso na voljo intervali zaupanja. V primerih, kjer so časovni trendi že izračunani v okviru uporabljene raziskave ali uradnih podatkovnih zbirk, teh nismo ponovno izračunali.

OKVIR SPREMLJANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA



DETERMINANTE DUŠEVNEGA ZDRAVJA

1. Enake možnosti
2. Ekonomske determinante
3. Življenjske razmere
4. Diskriminacija in nasilje
5. Družbena in družinska povezanost
6. Izobraževanje
7. Življenjski slog in zdravje
8. Uporaba psihoaktivnih snovi in zasvojenosti



SISTEMI IN STORITVE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

9. Upravljanje in financiranje
10. Razpoložljiva delovna sila
11. Razpoložljivost in uporaba storitev
12. Dostopnost in enake možnosti
13. Kakovost in varnost storitev



IZIDI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA






14. Razširjenost duševnih težav in pozitivno duševno zdravje
15. Zdravstveni, socialni in finančni izidi
16. Kakovost življenja oseb z izkušnjo





Povzetek





Legenda barv za primerjave v času (trende)

izboljšanje	rahlo izboljšanje	nespremenjeno	rahlo poslabšanje	poslabšanje	sprememba, ki je ni mogoče opredeliti kot izboljšanje ali poslabšanje stanja
		=			

Determinante duševnega zdravja

ENAKE MOŽNOSTI Vrzeli med spoloma	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Vrzel stopnje delovne aktivnosti	6,9 odstotnih točk (2022)	6,7 (2021)	10,7 (2022)	
Nepriprilagojena plačna vrzel	3,8 odstotnih točk (2021)	3,1 (2020)	12,7 (2021)	
Vrzel v terciarnem izobraževanju	-23,8 odstotnih točk (2022)	-23,6 (2021)	-11,1 (2022)	
Vrzel zaposlenih na področjih izobraževanja, zdravstva in socialnega varstva	-23,2 odstotnih točk (2022)	-24,1 (2021)	-22,1 (2022)	
Vrzel pri delovno aktivnih, ki delajo 49 ur ali več na teden	3,8 odstotnih točk (2022)	4,5 (2021)	6,4 (2022)	
Vrzel pri delovno aktivnih, ki običajno delajo čez vikend	-0,1 odstotnih točk (2021)	-1,9 (2020)	0,4 (2021)	=





EKONOMSKE DETERMINANTE	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Stopnja dolgotrajne brezposelnosti	1,7 % (2022)	1,9 % (2021)	2,4 % (2022)	
Stopnja tveganja socialne izključenosti	13,2 % (2021)	13,2 % (2020)	21,7 % (2021)	
Ginijev količnik plač	23,1 (2022)	23,0 (2021)	29,6 (2022)	
Delovno aktivni, ki opravljajo prekarno delo	4,7 % (2020)	5,7 % (2019)	/	
Razlike med regijami v razpoložljivem dogodku gospodinjstev na prebivalca	3,6 % (2021)	2,6 % (2020)	/	=

ŽIVLJENJSKE RAZMERE	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Stopnja prenaseljenosti stanovanja v mestih	16,1 % (2022)	14,8 % (2021)	19,5 % (2022)	
Naseljena stanovanja, ki nimajo vseh elementov osnovne infrastrukture	3,9 % (2021)	4,0 % (2018)	/	
Kriminal, nasilje in vandalizem v mestnem okolišu	12,5 % (2020)	12,4 % (2019)	16,3 % (2020)	
Onesnaženost zraka z delci PM _{2,5}	14 µg/m³ (2021)	14 µg/m ³ (2020)	/	
Hrupno okolje	26,4 % (2020)	23,8 % (2016)	/	/
Dostop do površin za rekreacijo	88,2 % (2020)	/	/	/
Dostop do varnih kolesarskih in sprehajalnih poti	97,5 % (2020)	/	/	/

DISKRIMINACIJA IN NASILJE	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA	
		Predhodna vrednost	Trend
Prijavljeni primeri nasilja v družini (na 100.000 oseb)	54,0 (2022)	61,1 (2021)	
Mladostniki, ki so trpinčeni v šoli	26,8 % (2022)	24,1 % (2018)	
Prijavljeni primeri javnega spodbujanja sovraštva, nasilja ali nestrpnosti	31 (2022)	40 (2021)	
Izrečene kazenske sankcije pri polnoletnih moških (na 1.000 oseb)	5,3 (2022)	5,6 (2021)	


DRUŽBENA IN DRUŽINSKA POVEZANOST	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Število prostovoljcev	223.106 (2022)	188.520 (2021)		
Zaznana možna družbena podpora	35,6 % (2019)	35,0 % (2014)	31,9 % (2019)	/
Mladostniki, ki občutijo visoko podporo družine	62,7 % (2022)	/	/	/
Mladostniki, ki občutijo visoko podporo učiteljev	41,1 % (2022)	/	/	/
Mladostniki, ki občutijo visoko podporo sošolcev	59,6 % (2022)	/	/	/
Mladostniki, ki občutijo visoko podporo prijateljev	61,1 % (2022)	/	/	/




IZOBRAŽEVANJE	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Zgodnja opustitev izobraževanja in usposabljanja	4,1 % (2022)	3,1 % (2021)	9,6 % (2022)	
Udeležba odraslih v učenju	22,3 % (2022)	18,9 % (2021)	11,9 % (2022)	
Nizka bralna pismenost učencev in učenk	26,1 % (2022)	17,9 % (2018)	26,3 % (OECD 2022)	
Nizka matematična pismenost učencev in učenk	24,6 % (2022)	16,4 % (2018)	31,1 % (OECD 2022)	
Nizka naravoslovna pismenost učencev in učenk	17,8 % (2022)	14,5 % (2018)	24,5 % (OECD 2022)	




ŽIVLJENJSKI SLOG IN ZDRAVJE	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000 prebivalcev)	1112 (2020)	962 (2019)	1061 (2020)	
Osebe, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro	67,8 % (2022)	69,1 % (2021)	67,8 % (2022)	
Osebe z dolgotrajno boleznijo ali zdravstvenimi težavami	36,5 % (2022)	33,1 % (2021)	36,1 % (2022)	
Indeks gibalne učinkovitosti otrok (centil)	fantje: 46,0 dekleta: 48,3 (2022)	fantje: 42,2 dekleta: 45,6 (2021)	/	
Mladostniki, ki svoje zdravje ocenjujejo kot odlično	37,8 % (2022)	/	/	/




UPORABA PSIHOAKTIVNIH SNOVI IN ZASVOJENOSTI	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Uživanje konoplje pri mladih odraslih	12,3 % (2018)	10,3 % (2012)	/	/
Visoko tvegano opijanje	42,8 % (2019)	40,9 % (2014)	/	/
Problematična uporaba socialnih omrežij pri mladostnikih	8,9 % (2022)	8,3 % (2018)	/	/
Znaki zasvojenosti z igrami pri mladostnikih	9,1 % (2022)	10,2 % (2018)	/	/
Osebe z visokim tveganjem za zasvojenost z internetom	6,4 % (2018)	/	/	/
Igralci iger na srečo z izrazitimi znaki zasvojenosti	4,3 % (2018)	/	/	/



Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja

UPRAVLJANJE IN FINANCIRANJE	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA	
		Predhodna vrednost	Trend
Delež občin, vključenih v mrežo duševnega zdravja	11 % (2023)	/	/
Delež izdatkov socialnega varstva, ki so namenjeni storitvam duševnega zdravja	21,5 % (2022)	20,9 % (2021)	


RAZPOLOŽLJIVA DELOVNA SILA	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA	
		Predhodna vrednost	Trend
Število psihiatrov (na 100.000 prebivalcev)	16,4 (2021)	16,1 (2020)	
Število delavcev v storitvah duševnega zdravja (na 100.000 prebivalcev)	86,5 (2022)	84,8 (2021)	
Število delavcev v storitvah duševnega zdravja otrok in mladostnikov (na 100.000 mladoletnikov)	153,0 (2022)	112,2 (2021)	




RAZPOLOŽLJIVOST IN UPORABA STORITEV	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA	
		Predhodna vrednost	Trend
Število odraslih uporabnikov storitev dnevnih centrov (na 100.000 prebivalcev)	134,0 (2022)	134,8 (2021)	=
Število hospitalizacij za psihiatrično obravnavo (na 1.000 prebivalcev)	5,2 (2022)	5,0 (2021)	=
Število obravnav duševnih motenj na sekundarni zdravstveni ravni (na 1.000 prebivalcev)	27,4 (2021)	26,5 (2020)	
Število hospitalizacij za psihiatrično obravnavo otrok in mladostnikov (na 1.000 mladoletnikov)	1,8 (2022)	1,7 (2021)	
Število obravnav duševnih motenj na sekundarni zdravstveni ravni pri mladih, starih do 19 let (na 1.000 prebivalcev)	25,8 (2021)	23,3 (2020)	
Število ležišč v psihiatrični bolnišnični obravnavi (na 100.000 prebivalcev)	62,6 (2022)	64,1 (2021)	
Število ležišč v posebnih socialnovarstvenih zavodih (na 100.000 prebivalcev)	89,3 (2021)	88,8 (2020)	

DOSTOPNOST IN ENAKE MOŽNOSTI	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA	
		Predhodna vrednost	Trend
Čakalna doba za prvo psihiatrično obravnavo	111,9 dni (2023)	115,1 dni (2022)	
Poraba antipsihotikov – N05A (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	13,7 (2022)	13,5 (2021)	
Poraba anksiolitikov (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	11,4 (2022)	11,7 (2021)	
Poraba antidepresivov (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	68,4 (2022)	66,1 (2021)	
Osebe z neizpolnjenimi potrebami po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov	3,4 % (2019)	2,5 % (2014)	/

KAKOVOST IN VARNOST STORITEV	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA	
		Predhodna vrednost	Trend
Delež ponovno hospitaliziranih v psihiatrično obravnavo do 28 dni po zaključeni prvi hospitalizaciji	4,3 % (2022)	5,5 % (2021)	
Delež ponovno hospitaliziranih v psihiatrično obravnavo od 28 dni do enega leta po zaključeni prvi hospitalizaciji	18,5 % (2022)	16,2 % (2021)	=
Število pacientov, ki so hospitalizirani za psihiatrično zdravljenje skupaj več kot eno leto	32 (2020)	14 (2019)	
Delež neprostovoljnih hospitalizacij za psihiatrično zdravljenje	10,4 % (2019)	10,0 % (2018)	/

Izidi na področju duševnega zdravja

RAZŠIRJENOST DUŠEVNIH TEŽAV IN POZITIVNO DUŠEVNO ZDRAVJE	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Prevalenca duševnih motenj	12,6 % (2019)	12,6 % (2018)	15,3 % (2019)	=
Razširjenost simptomov velike depresivne motnje	3,5 % (2019)	2,4 % (2014)	2,7 % (2019)	/
Splošno zadovoljstvo z življenjem (od 1 do 10)	7,5 % (2022)	7,5 % (2021)	7,1 % (2022)	
Občutenje sreče ves čas ali večino časa	66 % (2022)	59 % (2018)	/	/
Osamljenost ves čas ali večino časa	4 % (2022)	4 % (2018)	/	/
Mladostniki s povišano verjetnostjo depresije	22,0 % (2022)	13,4 % (2018)	/	/
Mladostniki, ki razmišljajo o tem, da bi poskušali narediti samomor	16,6 % (2022)	17,0 % (2018)	/	/
Mladostniki z visoko stopnjo simptomov anksioznosti	6,7 % (2022)	/	/	/

ZDRAVSTVENI, SOCIALNI IN FINANČNI IZIDI	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Standardizirana umrljivost zaradi samomora (na 100.000 oseb)	17,0 (2020)	18,2 (2019)	10,2 (2020)	
Standardizirana zaradi alkohola pripisljivih vzrokov (na 100.000 oseb)	78,8 (2020)	78,3 (2019)	52,0 (2019)	
Bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj (IF)	2,2 (2022)	2,2 (2021)	/	
Nezmožnosti prilagojena leta življenja zaradi duševnih motenj	1693 (2019)	1693 (2018)	2047 (2019)	=
Nezmožnosti prilagojena leta življenja zaradi motenj, vezanih na uživanje psihoaktivnih snovi	759 (2019)	763 (2018)	646 (2019)	=
Gospodinjstva, ki porabijo za zdravje več kot 10 % celotnega proračuna	3,7 % (2018)	2,5 % (2015)	/	=

KAKOVOST ŽIVLJENJA OSEB Z IZKUŠNJO	TRENUTNO STANJE	PRIMERJAVA		
		Predhodna vrednost	EU	Trend
Osebe s sopojavnostjo najmanj dveh duševnih motenj	5,0 % (2019)	/	/	/
Prevalenca somatskih kroničnih bolezni pri osebah z duševno motnjo	70,0 % (2019)	/	/	/

Determinante duševnega zdravja

Determinante duševnega zdravja zajemajo širok nabor dejavnikov in okoliščin, ki vplivajo na duševno zdravje posameznikov in skupnosti. Opisujejo lastnosti posameznika (npr. zdravje in zasvojenosti), njegovega neposrednega družbenega okolja (npr. življenjske razmere, medosebni odnosi) ali širšega družbenega okolja (npr. neenakost med spoloma, diskriminacija). Te lahko bodisi prispevajo k dobremu duševnemu zdravju bodisi povečajo tveganje za razvoj duševnih motenj. Determinante duševnega zdravja kot eno izmed treh področij spremljanja duševnega zdravja v Sloveniji odražajo pomembne socialne, ekonomske in izobraževalne vidike, ki so ključni za spodbujanje enakosti, pravičnosti in dobrega duševnega zdravja posameznikov in skupnosti.

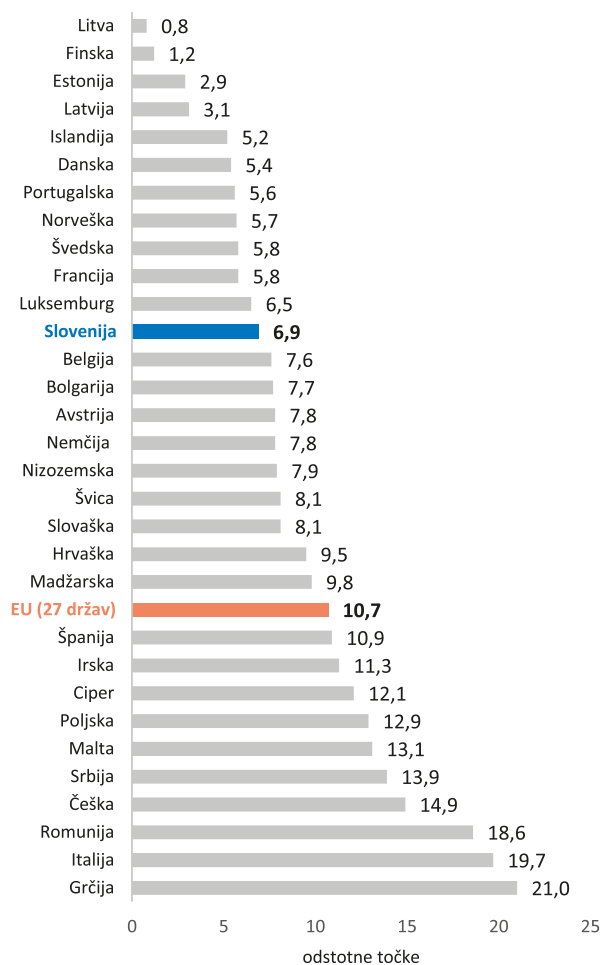
Determinante duševnega zdravja, ki jih spremljamo v slovenskem okvirju kazalnikov duševnega zdravja, delimo na naslednje kategorije: enake možnosti, ekonomske determinante, življenjske razmere, diskriminacija in nasilje, družbena in družinska povezanost, izobraževanje, življenjski slog in zdravje, ter uporaba psihoaktivnih snovi in zasvojenosti.

1. Enake možnosti

1.1 Vrzel stopnje delovne aktivnosti med spoloma

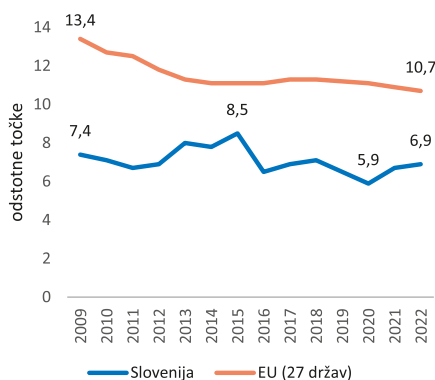
Vrzel stopnje delovne aktivnosti med spoloma se nanaša na razliko med deležem moških in žensk, ki so aktivni na trgu dela. Vrzel se meri kot razlika med stopnjo delovne aktivnosti moških in stopnjo delovne aktivnosti žensk, starih 20–64 let. Vrednosti nad 0 odstotnih točk označujejo, da je stopnja delovne aktivnosti moških višja od stopnje delovne aktivnosti žensk.

Slika 1.1.a. Mednarodna primerjava vrzeli stopnje delovne aktivnosti med spoloma, 2022



Leta 2022 je bila stopnja zaposlenosti moških v EU višja za 10,7 odstotnih točk v primerjavi z ženskami. V Sloveniji je stopnja delovne aktivnosti moških višja za 6,9 odstotnih točk v primerjavi s stopnjo delovne aktivnosti žensk. To pomeni, da je razlika v zaposlenosti med moškimi in ženskami v Sloveniji manjša od povprečja v EU. Najnižjo zaposlitveno vrzel med spoloma sta leta 2022 imeli Litva in Finska, najvišjo pa Romunija, Italija in Grčija.

Slika 1.1.b. Vrzel stopnje delovne aktivnosti med spoloma v Sloveniji in EU-27



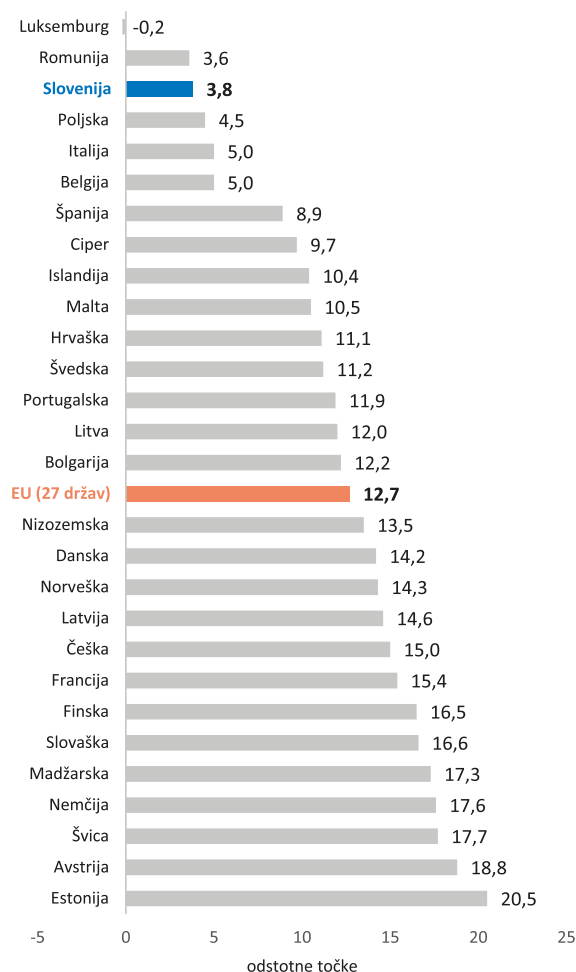
Razlika v delovni aktivnosti med spoloma v EU se je med leti 2009 in 2022 zmanjšala za 2,7 odstotnih točk. V Sloveniji je bila vrzel najvišja leta 2015 in najnižja leta 2020. Med leti 2020 in 2022 se je vrzel stopnje delovne aktivnosti med spoloma v Sloveniji zvišala za eno odstotno točko.

Vir: Eurostat, 2023

1.2 Neprilagojena plačna vrzel med spoloma

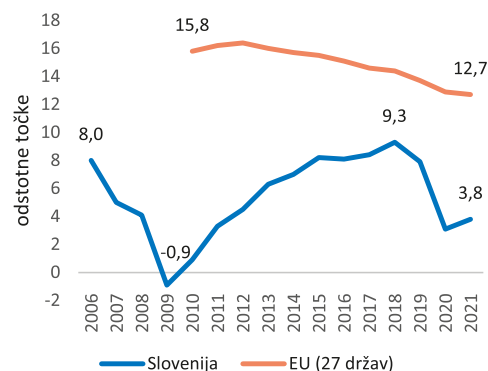
Neprilagojena plačna vrzel med spoloma je razlika med povprečno bruto plačo moških na uro in povprečno bruto plačo žensk na uro, izraženo kot delež povprečne bruto plače moških na uro. Kazalnik je opredeljen kot neprilagojen, saj daje celovito sliko neenakosti med spoloma v smislu plač in meri koncept, ki je širši od koncepta enakega plačila za enako delo. Vključeni so vsi zaposleni, ki prejemajo plačo v podjetjih z desetimi ali več zaposlenimi, brez omejitev glede starosti in delovnega časa.

Slika 1.2.a. Mednarodna primerjava neprilagojene plačne vrzeli med spoloma, 2021



V letu 2021 je bila v EU povprečna bruto plača moških na uro višja za 12,7 odstotnih točk v primerjavi s plačo žensk. V Sloveniji je bila ta razlika zgolj 3,8 odstotne točke, kar Slovenijo uvršča med države z najnižjo neprilagojeno plačno vrzeljo med spoloma v EU.

Slika 1.2.b. Neprilagojena plačna vrzel med spoloma v Sloveniji in EU-27



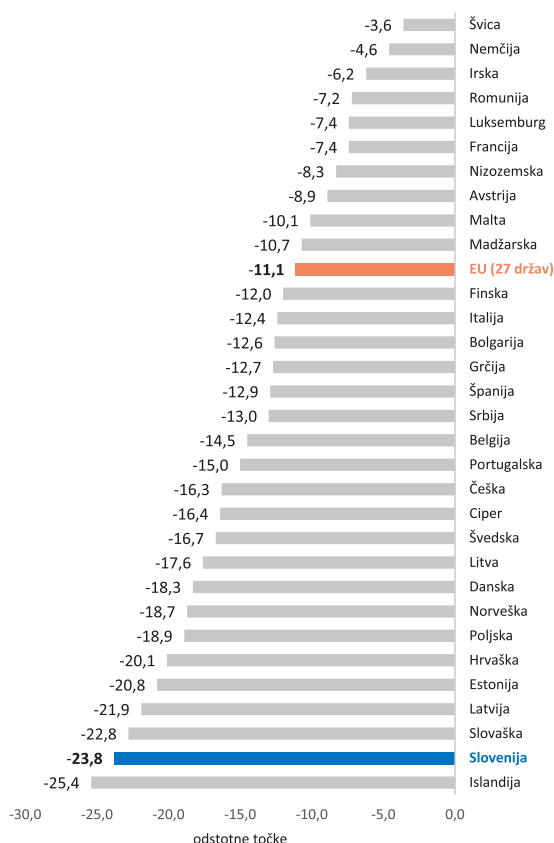
Razlika v plačah moških in žensk se v EU postopoma zmanjšuje. V Sloveniji ni jasnega trenda, opazna so nihanja v obe smeri, je pa stopnja razlike nižja kot povprečje držav EU.

Vir: Eurostat, 2023

1.3 Vrzal med spoloma v terciarnem izobraževanju

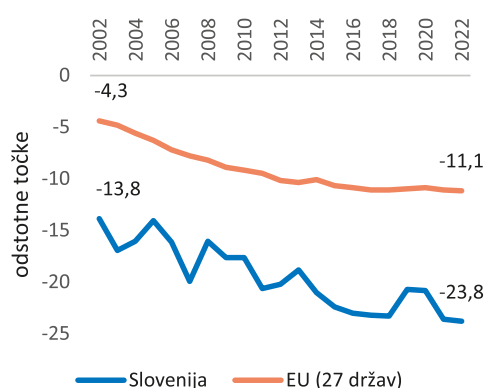
Kazalnik se nanaša na razliko med deležem moških in žensk s terciarno izobrazbo. Pri izračunu se upošteva prebivalstvo, staro od 25 do 34 let, ki je uspešno končalo terciarno stopnjo izobraževanja. Stopnja izobrazbe se za podatke od leta 2014 dalje nanaša na raven 5–8 ISCED (Mednarodna standardna klasifikacija izobraževanja) 2011, za podatke do leta 2013 pa na raven 5–6 ISCED 1997.

Slika 1.3.a. Mednarodna primerjava vrzeli med spoloma v terciarnem izobraževanju, 2022



Leta 2022 je bilo v Sloveniji 36,4 % moških in 60,2 % žensk, ki so imeli terciarno izobrazbo. To pomeni, da je bilo žensk z višjo izobrazbo precej več kot moških. Vrzal med spoloma v izobrazbi je v Sloveniji višja od povprečja držav EU, ki je -11,1 odstotnih točk. To pomeni, da je Slovenija ena od držav z največjo spolno izobrazbeno vrzeljo v EU, zaostaja samo za Islandijo.

Slika 1.3.b. Vrzal med spoloma v terciarnem izobraževanju v Sloveniji in EU-27



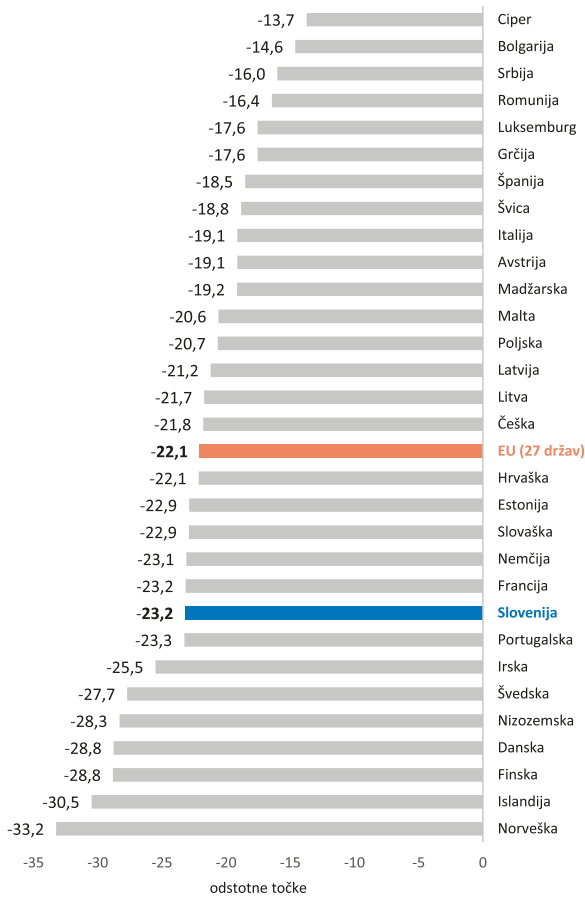
Spolna izobrazbena vrzel se je v zadnjih 20 letih povečala tako v Sloveniji kot v EU, kar kaže na to, da je razlika v izobrazbi med moškimi in ženskami postala večja. Slednje je lahko posledica različnih dejavnikov, vključno z družbenimi in gospodarskimi spremembami, dostopom do izobraževanja ter izbirami in prioriteta posameznikov.

vir: Eurostat, 2023

1.4 Spolna segregacija na delovnem mestu

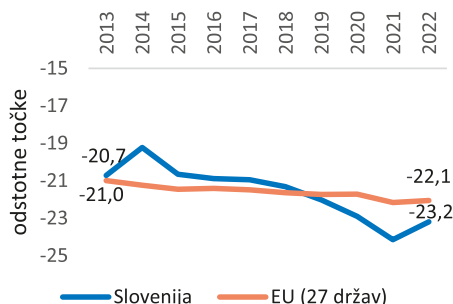
Kazalnik spolne segregacije na delovnem mestu predstavljamo z vrzeljo zaposlenih na področjih izobraževanja, zdravstva in socialnega varstva med spoloma. Vrzal med spoloma se nanaša na razliko med deležem moških in žensk, ki so zaposleni na področjih izobraževanja, zdravstva in socialnega varstva med spoloma.

Slika 1.4.a. Mednarodna primerjava vrzeli zaposlenih na področjih izobraževanja, zdravstva in socialnega varstva, 2022



Leta 2022 je bilo v Sloveniji 30,6 % žensk zaposlenih na področjih izobraževanja, zdravstva in socialnega varstva. Na enakih področjih je bilo zaposlenih le 7,4 % moških. Slovenija se s tem rezultatom umešča v spodnjo tretjino, torej med države z visoko spolno segregacijo na delovnem mestu.

Slika 1.4.b. Vrzeli med spoloma pri zaposlenih na področjih izobraževanja, zdravstva in socialnega varstva v Sloveniji in EU-27



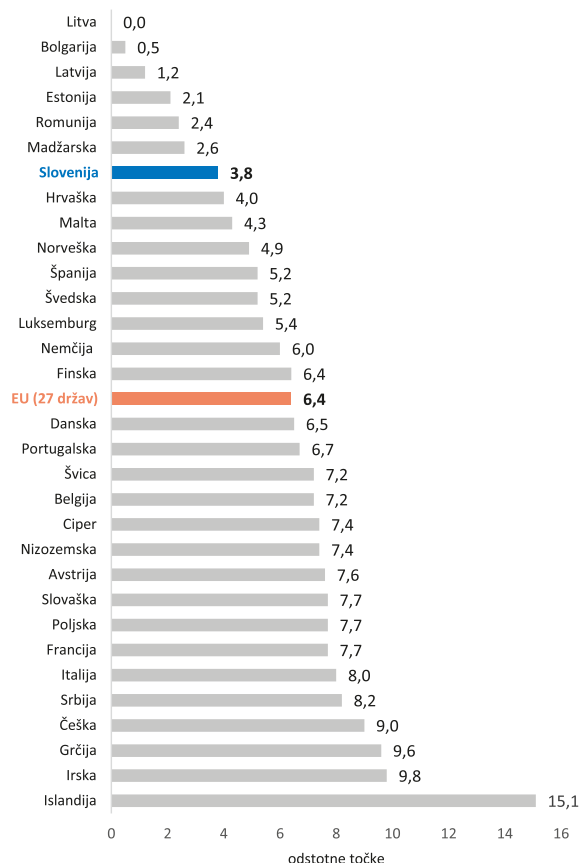
Trend se znotraj EU ne spreminja bistveno, v Sloveniji pa je moč opaziti blago naraščanje vrzeli med spoloma na področju spolne segregacije na delovnem mestu.

Vir: Eurostat, 2023

1.5 Usklajevanje dela in družinskega življenja

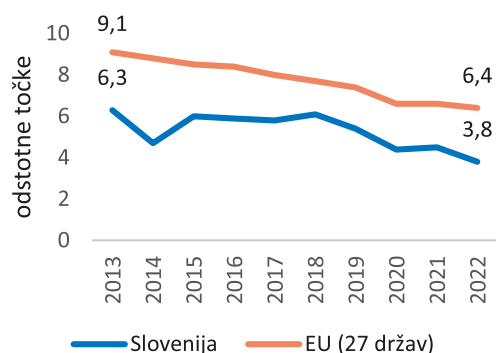
Usklajevanje dela in družinskega življenja v poročilu prikazujemo s tremi kazalniki: vrzeljo med spoloma pri delovno aktivnih, ki delajo 49 ur ali več na teden, vrzeljo med spoloma pri delovno aktivnih, ki običajno delajo v soboto in/ali nedeljo ter deležem zaposlenih, ki svoje delo opravljajo od doma.

Slika 1.5.a. Mednarodna primerjava vrzeli med spoloma pri delovno aktivnih, ki delajo 49 ur ali več na teden, 2022



V letu 2022 je v Sloveniji 7,4 % delovno aktivnih moških in 3,6 % delovno aktivnih žensk delalo 49 ur ali več na teden. Vrzel med spoloma je znašala 3,8 odstotnih točk in je nižja od povprečja EU, ki je v letu 2022 znašala 6,4 odstotnih točk.

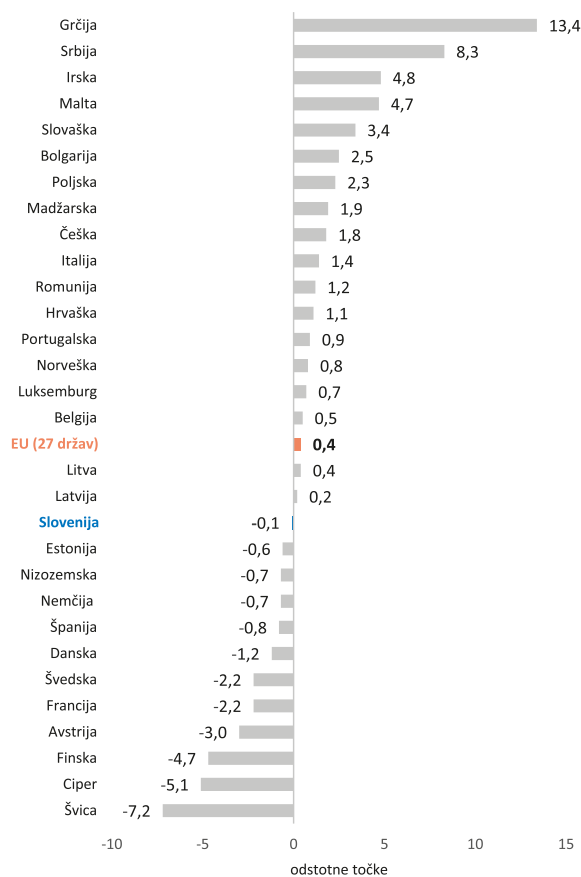
Slika 1.5.b. Vrzel med spoloma pri delovno aktivnih, ki delajo 49 ur ali več na teden, v Sloveniji in EU-27



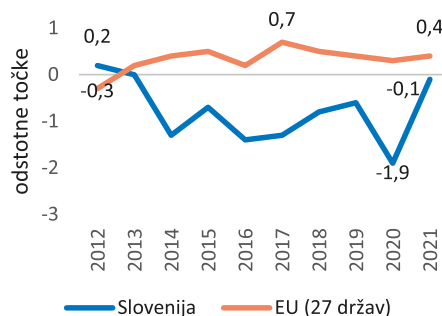
Delež delovno aktivnih, ki delajo 49 ur ali več na teden, je od leta 2013 upadlo pri obeh spolih tako v Sloveniji kot v EU, hkrati pa se je zmanjšala vrzel med spoloma.

Vrzel med spoloma v Sloveniji je zelo majhna, pri čemer so ženske le za 0,1 odstotne točke pogosteje delale čez vikend v primerjavi z moškimi (moški: 13,5 %; ženske: 13,6 %). To kaže na relativno majhno razliko med spoloma glede dela čez vikend v Sloveniji v primerjavi z drugimi državami EU. V letu 2022 je bilo v povprečju v državah EU razmerje med spoloma -0,4 odstotne točke, kar pomeni, da je bil delež žensk, ki delajo čez vikend, 0,4 odstotne točke višji od deleža moških. Švica ima največjo vrzel negativne vrednosti, kar pomeni, da je delež žensk, ki delajo čez vikend, 7,2 odstotne točke višji od deleža moških. Srbija ima pozitivno vrednost vrzeli med spoloma, kar pomeni, da je delež delovno aktivnih moških, ki delajo čez vikend, 8,3 odstotne točke višji od deleža delovno aktivnih žensk. Grčija ima največjo vrzel med spoloma, saj je delež delovno aktivnih moških, ki delajo čez vikend, 13,4 odstotne točke višji od deleža delovno aktivnih žensk.

Slika 1.5.c. Mednarodna primerjava vrzeli med spoloma pri delovno aktivnih, ki običajno delajo v soboto in/ali nedeljo, 2021



Slika 1.5.d. Vrzel med spoloma pri delovno aktivnih, ki običajno delajo v soboto in/ali nedeljo v Sloveniji in EU-27

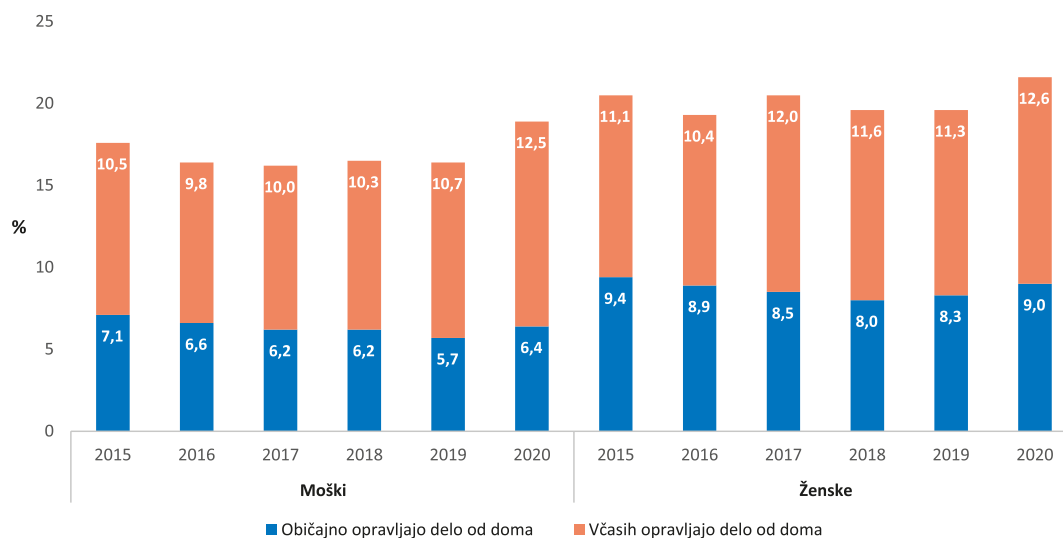


Med leti 2012 in 2021 se je vrzel med spoloma v Sloveniji gibala med 0,2 in -1,9 odstotnih točk. Od leta 2013 dalje je bila vrzel vsa leta negativna, kar pomeni, da je delež delovno aktivnih žensk, ki delajo čez vikend, višji od deleža delovno aktivnih moških, ki delajo čez vikend. Kljub temu je razmerje med spoloma

v Sloveniji ostalo relativno majhno. V EU se je vrzel med spoloma gibala med $-0,3$ in $0,7$ odstotnih točk. Od leta 2014 dalje je bila vrzel vsa leta pozitivna, kar pomeni, da je

delež delovno aktivnih žensk, ki delajo čez vikend, nižji v primerjavi z delovno aktivnimi moškimi. Tudi v EU je razmerje med spoloma ostalo relativno majhno.

Slika 1.5.e. Delež zaposlenih v Sloveniji, ki svoje delo opravljajo od doma



Leta 2020 je bilo 6,4 % moških in 9,0 % žensk, ki so običajno delali od doma. Hkrati je bilo 12,5 % moških in 12,6 % žensk, ki so včasih delali od doma. Razlika med spoloma v občasnem delu od doma je torej manj izrazita kot razlika med spoloma v rednem opravljanju dela od doma. V primerjavi s

preteklimi leti je bilo leta 2020 delo od doma pogostejše, kar je najverjetneje povezano z epidemijo covid-19 in ukrepi za omejevanje širjenja virusa.

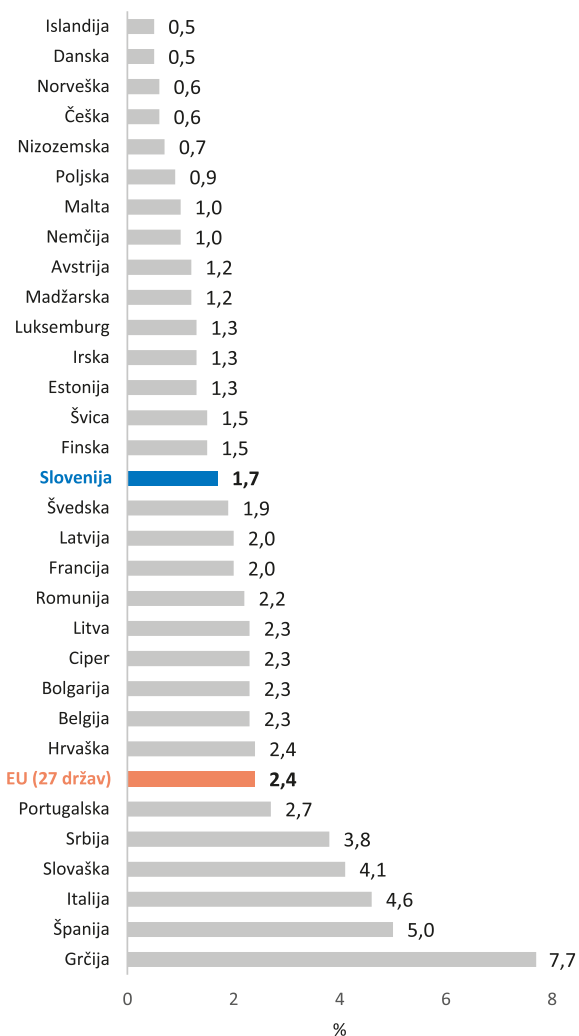
viri: Eurostat, 2023; SURS, 2023

2. Ekonomske determinante

2.1 Stopnja dolgotrajne brezposelnosti

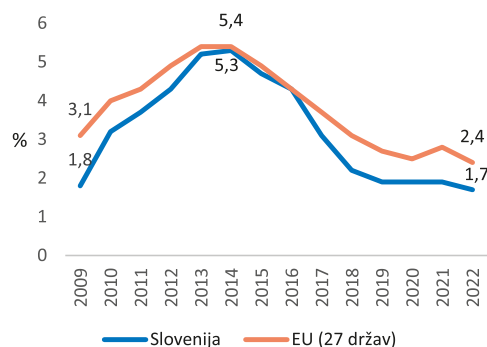
Stopnja dolgotrajne brezposelnosti je delež oseb med celotnim aktivnim prebivalstvom, ki so dolgotrajno brezposelne (tj. najmanj 12 mesecev). Celotno aktivno prebivalstvo vključuje vse delovno aktivne in vse brezposelne prebivalce med 15. in 74. letom skupaj. Trajanje brezposelnosti je opredeljeno kot trajanje iskanja zaposlitve ali kot obdobje od zadnje zaposlitve (če je to obdobje krajše od trajanja iskanja zaposlitve).

Slika 2.1.a. Mednarodna primerjava stopnje dolgotrajne brezposelnosti, 2022



V letu 2022 je bilo v Sloveniji 1,7 % aktivnega prebivalstva dolgotrajno brezposelnega. V primerjavi s povprečjem EU je bila stopnja dolgotrajne brezposelnosti v Sloveniji nižja za 0,7 %. Vrzel med spoloma pri stopnji dolgotrajne brezposelnosti v Sloveniji znaša 0,1 odstotne točke in kaže, da so moški in ženske v podobnem obsegu izpostavljeni dolgotrajni brezposelnosti.

Slika 2.1.b. Stopnja dolgotrajne brezposelnosti v Sloveniji in EU-27



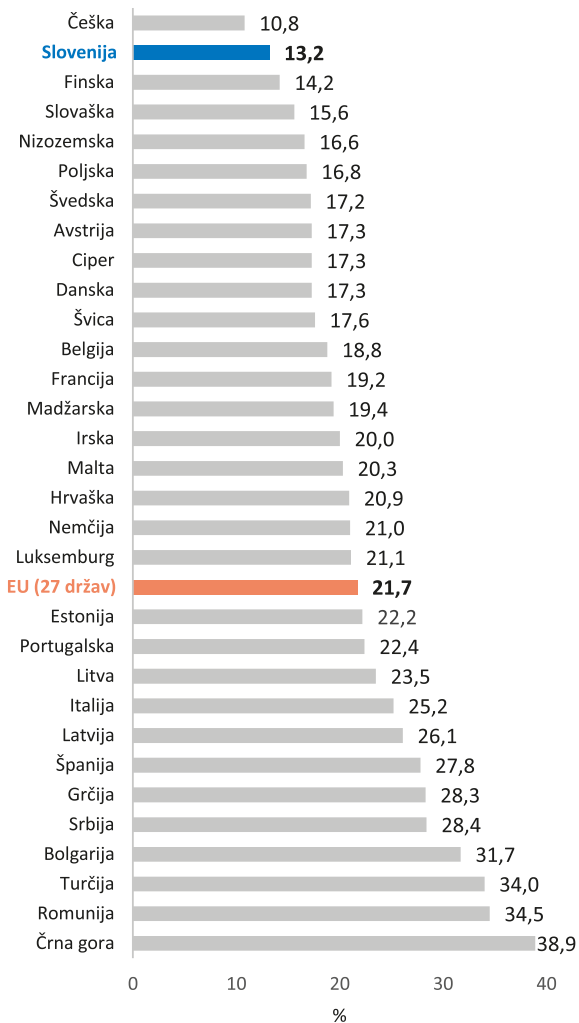
Stopnja dolgotrajne brezposelnosti v Sloveniji in v EU od leta 2014 v večini let pada oziroma je v zadnjih letih relativno stabilna.

Vir: Eurostat, 2023

2.2 Stopnja tveganja socialne izključenosti

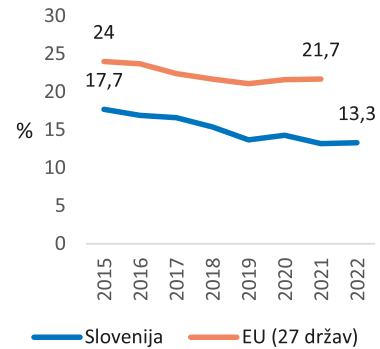
Stopnja tveganja socialne izključenosti je odstotek oseb, izpostavljenih tveganju socialne izključenosti. Gre za kazalnik, ki se uporablja za spremljanje ciljev Strategije EU do leta 2030 in vključuje vse osebe, ki živijo pod pragom tveganja revščine, so resno materialno in socialno prikrajšane ali živijo v gospodinjstvih z zelo nizko delovno intenzivnostjo.

Slika 2.2.a. Mednarodna primerjava stopnje tveganja socialne izključenosti, 2021



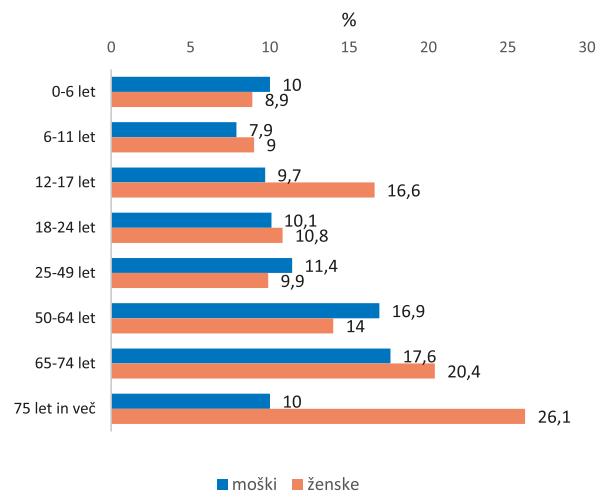
V letu 2021 je bila stopnja tveganja socialne izključenosti v Sloveniji 13,2. To pomeni, da je približno 13,2 % prebivalcev Slovenije izpostavljeno različnim oblikam socialne izključenosti, kot so revščina, brezposelnost, omejen dostop do osnovnih storitev, socialna izolacija itd. V EU ima le Češka nižjo stopnjo tveganja socialne izključenosti.

Slika 2.2.b. Stopnja tveganja socialne izključenosti v Sloveniji in EU-27



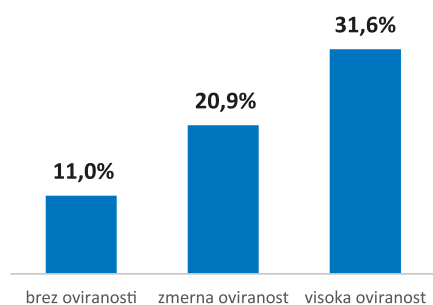
V obdobju 2015–2022 je opazno zmanjševanje stopnje tveganja socialne izključenosti v Sloveniji, podobno tudi v EU.

Slika 2.2.c. Stopnja tveganja socialne izključenosti v Sloveniji po spolu in starosti, 2022



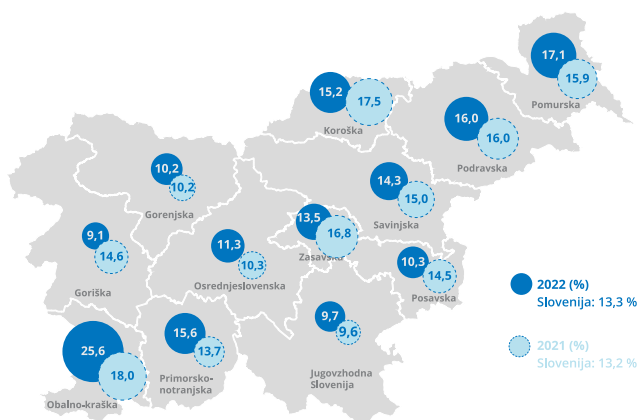
Razlike v stopnji tveganja socialne izključenosti med spoloma so opazne v različnih starostnih skupinah. V mlajših starostnih skupinah so tveganju socialne izključenosti še posebej izpostavljene deklice, stare 12–17 let. Pri ženskah tveganje socialne izključenosti s starostjo strmo narašča in v starostni skupini nad 75 let doseže 26,1 %. Pri moških je najvišja stopnja tveganja socialne izključenosti opazna v starostnih skupinah 50–64 let in 65–74 let.

Slika 2.2.d. Stopnja tveganja socialne izključenosti v Sloveniji glede na stopnjo oviranosti, 2021



Slika prikazuje razlike v izpostavljenosti tveganju socialne izključenosti v Sloveniji glede na stopnjo oviranosti. Oviranost se nanaša na oceno oseb o lastni dolgotrajni oviranosti (tj. traja že vsaj 6 mesecev) pri običajnih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav ali poškodbe (npr. skrb zase, prevoz, službene in šolske aktivnosti, aktivnosti doma in v prostem času). Rezultati kažejo, da so osebe z zmerno in visoko oviranostjo veliko bolj izpostavljene tveganju socialne izključenosti v primerjavi z osebami brez oviranosti. Slednje je lahko posledica različnih dejavnikov, npr. težjega dostopa oseb z oviranostjo do zaposlitve, izobraževanja, zdravstvenih storitev ali drugih dejavnikov.

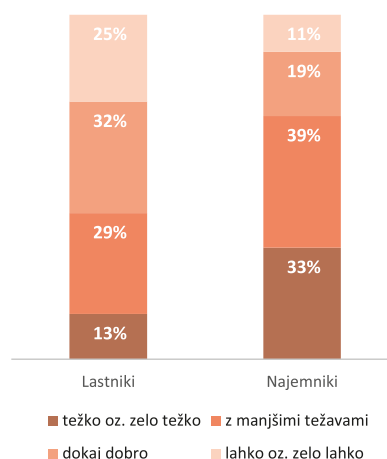
Slika 2.2.e. Regijski prikaz stopnje tveganja socialne izključenosti v Sloveniji, 2021 in 2022



V celotni Sloveniji je bilo leta 2022 tveganju socialne izključenosti izpostavljenih 13,3 % prebivalcev. Pregled po regijah kaže na

razlike. Nižje od povprečne stopnje tveganja imajo Goriška, Jugovzhodna Slovenija, Gorenjska, Osrednjeslovenska in Posavska regija. S skoraj dvakrat višjo stopnjo od povprečne izstopa Obalno-kraška regija, kjer je bilo tveganju socialne izključenosti izpostavljenih 25,6 % oseb.

Slika 2.2.e. Kako gospodinjstva preživijo s svojimi dohodki, glede na stanovanjsko razmerje gospodinjstva, 2022



Slika prikazuje ekonomske razmere glede na stanovanjsko razmerje (lastniško ali najemniško). Le 11 % najemnikov spada v skupino brez ekonomskih težav, medtem ko je brez ekonomskih težav 25 % lastnikov stanovanj. V težkih ali zelo težkih ekonomskih razmerah je moč najti 33 % najemnikov in 13 % lastnikov. Prav tako je stopnja tveganja revščine višja pri najemnikih (27,5 %) kot pri lastnikih stanovanj (10,5 %).

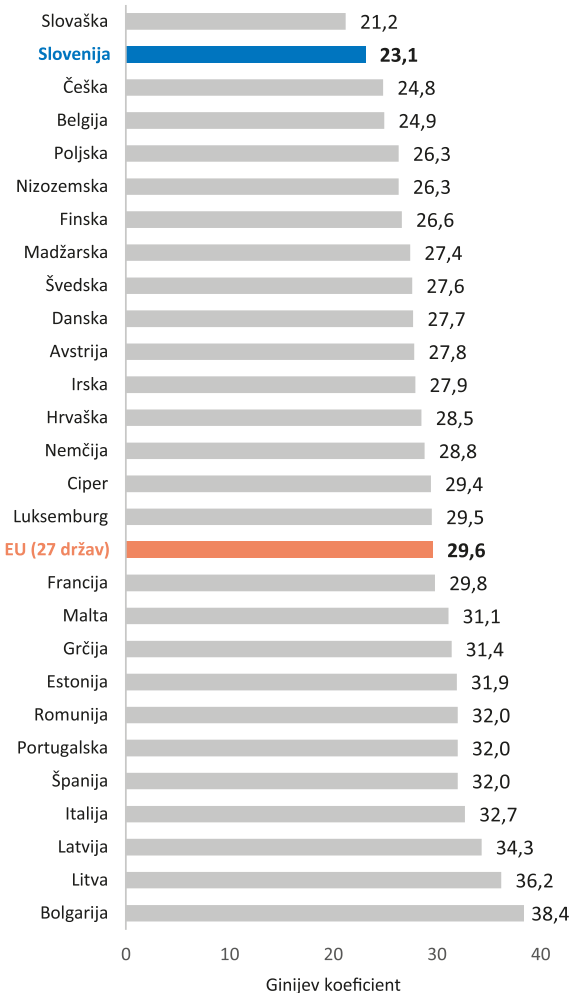
Vir: Eurostat, 2023; SURS, 2023

2.3 Ginijev količnik plač

Ginijev količnik ekvivalentnega razpoložljivega dohodka je mera za koncentracijo dohodka v populaciji. Vrednost količnika se giblje med 0 % in 100 %. Če bi bila njegova vrednost 0 %, bi bil dohodek porazdeljen popolnoma enako (vsi prebivalci bi imeli popolnoma enak

dohodek), pri vrednosti 100 % pa bi bila porazdelitev dohodka popolnoma neenaka (ves dohodek bi bil v rokah ene osebe).

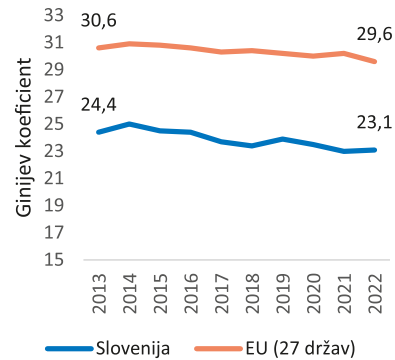
Slika 2.3.a. Mednarodna primerjava Ginijevega količnika. 2022



Slovenija ima po Ginijevem koeficientu dohodkovne neenakosti eno najnižjih stopenj neenakosti med državami EU. Nižji

Ginijev količnik ima le Slovaška. Slovenija se s količnikom 23,1 od Bolgarije (najvišji) razlikuje za kar 15,3 %.

Slika 2.3.b. Ginijev količnik v Sloveniji in EU-27



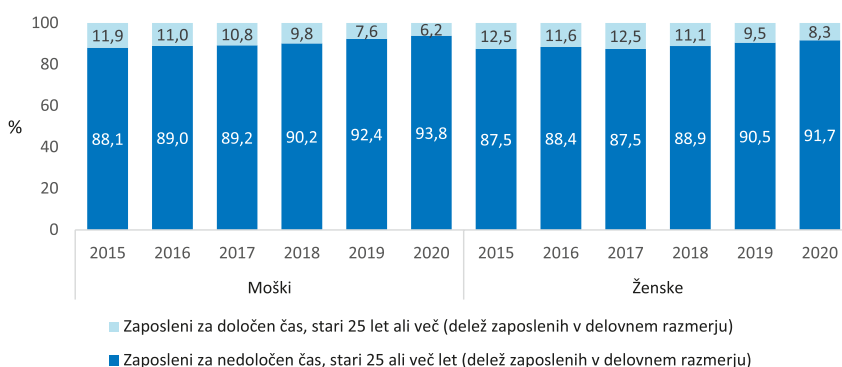
Stopnja razporeditve dohodka se v obdobju 2013–2022 tako v Sloveniji kot tudi v EU ni izrazito spremenila oziroma se zmanjšuje zelo počasi.

Vir: Eurostat, 2023

2.4 Stabilnost zaposlitve

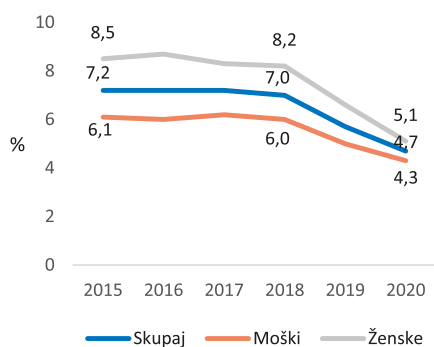
Stabilnost zaposlitve v poročilu prikazujemo z deležem zaposlenih v delovnem razmerju za določen ali nedoločen čas ter deležem delovno aktivnih, ki opravljajo prekarno delo. Med prekarne oblike dela štejemo študentsko delo, agencijsko delo, neprosto voljno zaposlitev s krajšim delovnim časom ter samozaposlene, ki ne zaposlujejo in delajo pretežno za eno stranko.

Slika 2.4.a. Delež zaposlenih v delovnem razmerju za določen ali nedoločen čas, Slovenija



Delež zaposlenih za nedoločen čas od leta 2015 narašča. Pri moških je narasel iz 88 % do sedanjih 94 %, pri ženskah pa iz 88% na 92 %. Skladno s tem upada delež zaposlenih za določen čas.

Slika 2.4.b. Delež delovno aktivnih, ki opravljajo prekarno delo v Sloveniji



Delež delovno aktivnih, ki opravljajo prekarno delo, se od leta 2018 zmanjšuje tako pri moških kot pri ženskah, pri slednjih je upad še nekoliko izrazitejši.

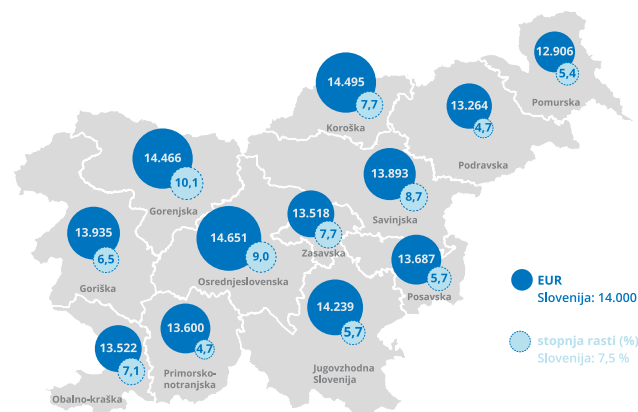
Vir: SURS, 2023

2.5 Dohodek gospodinjstva

Razpoložljivi dohodek gospodinjstva na prebivalca se nanaša na povprečno količino sredstev, ki je na voljo posamezniku v določeni regiji za končno porabo ali varčevanje. Pomembno pa je omeniti, da ta kazalnik ne odraža, kolikšen delež teh sredstev izvira iz produktivnih dejavnosti in kolikšen delež izhaja iz socialnih ali drugih pravic.

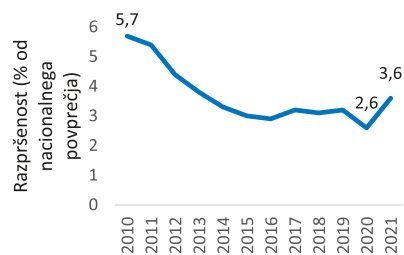
Dohodek na prebivalca je bil leta 2021 najvišji v Osrednjeslovenski regiji in je znašal 14.651 EUR, kar je bilo 4,7 % več od državnega povprečja (14.000 EUR). Nasprotno je bil najnižji v pomurski regiji z 12.906 EUR, kar je bilo 7,6 % manj od državnega povprečja. Primerjava med regijami kaže, da je bil najnižji dohodek na prebivalca 13,5 % nižji od najvišjega.

Slika 2.5.a. Razpoložljivi dohodek gospodinjstva na prebivalca in stopnja rasti po statističnih regijah, 2021



Stopnja rasti predstavlja, za koliko odstotkov se je razpoložljivi dohodek na prebivalca povečal med leti 2020 in 2021. Razpoložljivi dohodek na prebivalca je bil v letu 2021 na ravni Slovenije v povprečju 7,5 % višji kot v letu 2020. Med regijami se je najmanj povečal v Podravski in Primorsko-notranjski regiji, najbolj pa v Gorenjski regiji.

Slika 2.5.b. Razlike med regijami v razpoložljivem dohodku gospodinjstev na prebivalca



Razpoložljivi dohodek na prebivalca v statističnih regijah, ki je bil utežen glede na število prebivalcev v teh regijah, se je leta 2021 v povprečju razlikoval za 3,6 % v primerjavi z razpoložljivim dohodkom na prebivalca v celotni državi. V primerjavi s prejšnjim letom se je kazalnik razpršenosti povečal za 1,0 odstotne točke, kar nakazuje, da so se razlike v razpoložljivem dohodku na prebivalca med različnimi regijami povečale.

Vir: SURS, 2023

3. Življenjske razmere

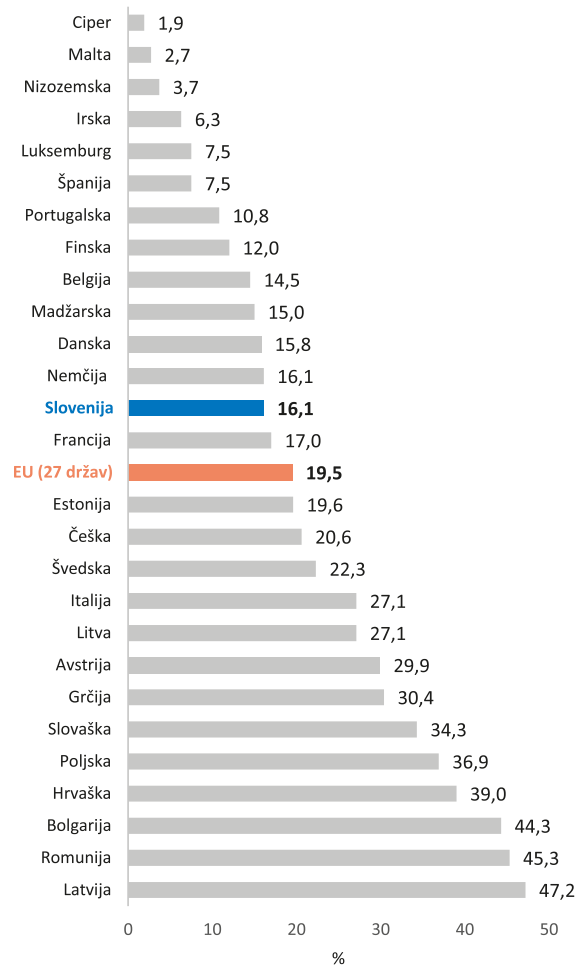
3.1 Stopnja prenaseljenosti stanovanja

Kazalnik je opredeljen kot odstotek prebivalstva, ki glede na število, spol in starost članov gospodinjstva živijo v stanovanjih s premajhnim številom sob. Oseba živi v prenatrpanem gospodinjstvu, če to poleg vsaj ene sobe za gospodinjstvo nima hkrati še ene sobe za vsak par, ene sobe za vsako polnoletno samsko osebo, ene sobe za dva otroka istega spola, stara 12–17 let, ene sobe za vsakega otroka različnega spola, starega 12–17 let, in ene sobe za dva otroka, mlajša od 12 let.

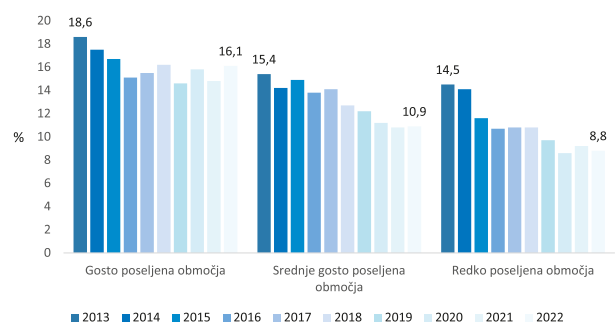
Do leta 2010 se kuhinja ni štela za sobo, od leta 2011 pa se kuhinja šteje za sobo, če meri vsaj šest kvadratnih metrov in jo gospodinjstvo uporablja kot jedilnico, dnevno sobo, kabinet, itd. Gosto poseljena območja so mesta, srednje gosto poseljena območja so manjša mesta in predmestja, redko poseljena območja pa so podeželska območja.

Slovenija je glede na ostale države EU blizu povprečne stopnje prenaseljenosti stanovanj v mestih in sicer ob boku Nemčiji s 16,1 %. Najvišja stopnja prenaseljenosti v mestih je v Latviji (47,2 %), najnižja pa na Cipru (1,9 %).

Slika 3.1.a. Mednarodna primerjava stopnje prenaseljenosti stanovanja v mestih, 2022



Slika 3.1.b. Stopnja prenaseljenosti stanovanja glede na stopnjo urbanizacije med leti 2013 in 2022, Slovenija



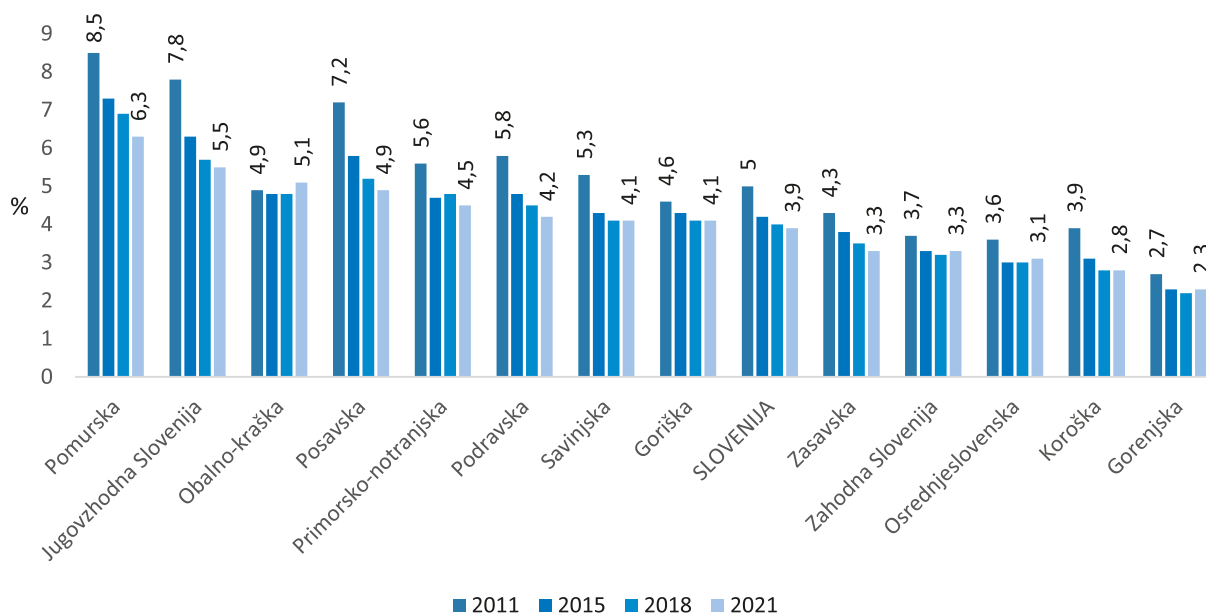
Od leta 2013 je v Sloveniji stopnja prenaseljenosti najbolj upadla na redko poseljenih oziroma ruralnih območjih in najmanj na gosto poseljenih oziroma urbanih območjih. Med leti 2021 in 2022 se je prenaseljenost stanovanj v mestih zvišala.

Vir: Eurostat, 2023

3.2 Naseljena stanovanja, ki nimajo vseh elementov osnovne infrastrukture

Osnovni elementi infrastrukture so notranje stranišče, kopalnica, voda in elektrika.

Slika 3.2. Delež naseljenih stanovanj, ki nimajo vseh elementov osnovne infrastrukture po statističnih regijah



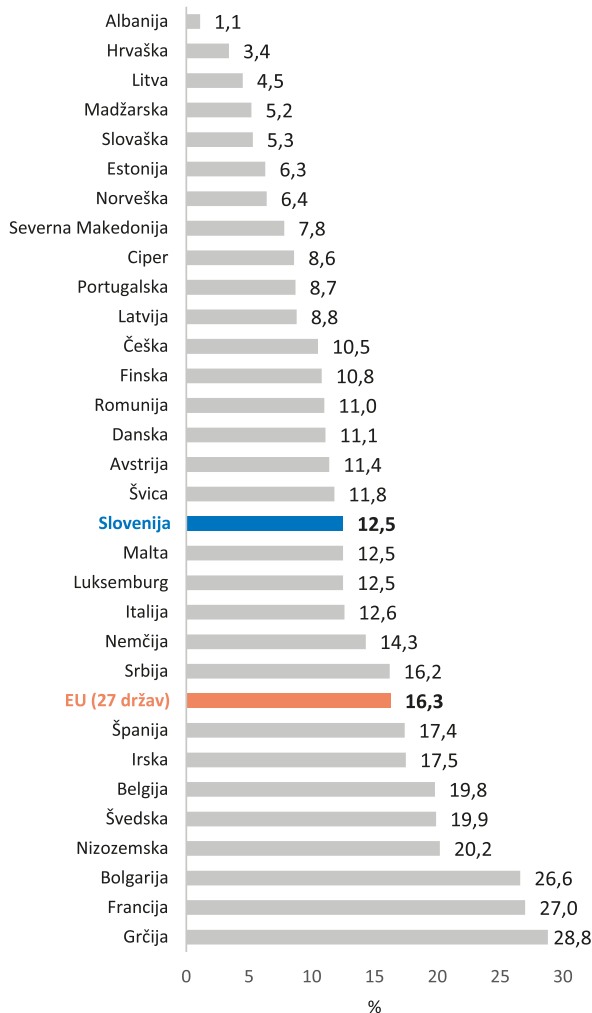
Delež naseljenih stanovanj brez vseh elementov osnovne infrastrukture se je v opazovanih letih zmanjšal v vseh regijah v Sloveniji, z izjemo Obalno-kraške. Največji delež stanovanj brez vseh osnovnih elementov je v Pomurski, najmanjši pa v Gorenjski regiji.

Vir: SURS, 2023

3.3 Kriminal, nasilje in vandalizem v okolju

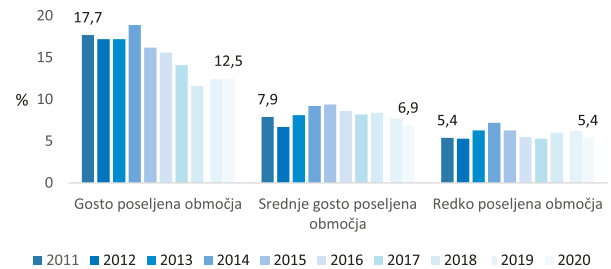
Kazalnik je opredeljen kot odstotek gospodinjstev, ki so pritrdilno odgovorili na vprašanje Ali imate v okolju, kjer bivate, težave s kriminalom, nasiljem ali vandalizmom? Vprašanje je del raziskave EU o življenjskih pogojih European Union Survey on Income and Living Conditions.

Slika 3.3.a. Mednarodna primerjava deleža gospodinjestev v urbanih območjih, ki imajo v svojem okolju težave s kriminalom, nasiljem ali vandalizmom, 2020



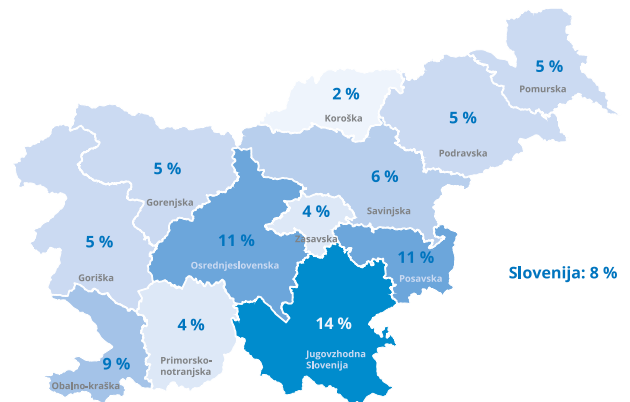
Slovenija poroča o relativno nizki ravni nasilja in vandalizma v urbanih območjih v primerjavi s povprečjem držav EU. Albanija poroča o najnižji vrednosti odstotka gospodinjestev, ki so poročali o težavah s kriminalom, nasiljem in vandalizmom v mestnem okolju.

Slika 3.3.b. Delež gospodinjestev, ki imajo v svojem okolju težave s kriminalom, nasiljem ali vandalizmom, glede na stopnjo urbanizacije



Leta 2014 so bile težave s kriminalom, nasiljem ali vandalizmom najvišje in so do leta 2020 upadle. Na gosto poseljenih območjih je od leta 2018 rahlo naraslo število gospodinjestev, ki imajo v svojem okolju težave s kriminalom, nasiljem ali vandalizmom.

Slika 3.3.c. Regijski prikaz deleža gospodinjestev, ki imajo v svojem okolju težave s kriminalom, nasiljem ali vandalizmom, 2020



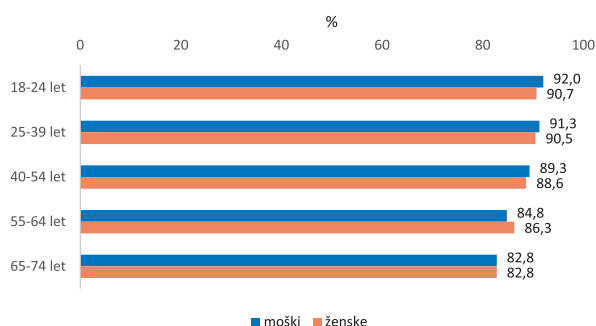
Najvišji delež gospodinjestev, ki poročajo o težavah s kriminalom, nasiljem ali vandalizmom v svojem okolju, je v Jugovzhodni Sloveniji, sledita Posavska in Osrednjeslovenska. Najnižji delež je na Koroškem.

Vir: Eurostat, 2023; SURS, 2023

3.4 Dostop do površin za rekreacijo

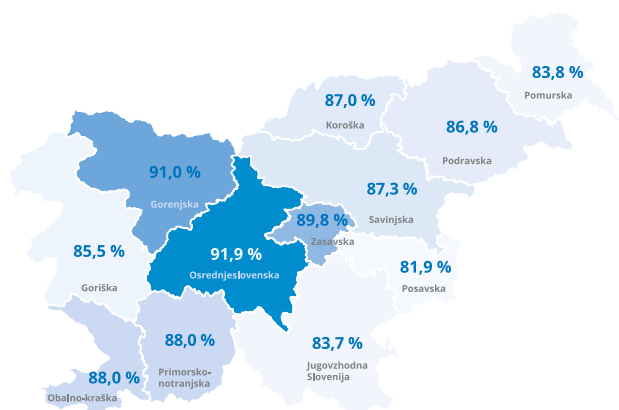
Kazalnik je opredeljen kot delež oseb, starih 18–74 let, ki so v anketi odgovorili, da lahko v okolju, kjer bivajo, brez težav dostopajo do otroških igrišč in zunanjih površin za rekreacijo. Kazalnik temelji na raziskavi Z zdravjem povezan vedenjski slog (CINDI).

Slika 3.4.a. Delež oseb po spolu in starosti, ki lahko v kraju, kjer bivajo, dostopajo do (otroških) igrišč in površin za rekreacijo, 2020



Večina prebivalcev Slovenije (88,2 %) je odgovorila, da lahko v kraju, kjer bivajo, brez težav dostopajo do otroških igrišč in zunanjih površin za rekreacijo. Prebivalci, stari 18–24 let, v najvišjem odstotku menijo, da lahko brez težav dostopajo do teh objektov, v najnižjem pa prebivalci v starostni skupini 65–74 let. Med spoloma ni večjih razlik.

Slika 3.4.b. Delež oseb po statističnih regijah, ki lahko v kraju, kjer bivajo, dostopajo do (otroških) igrišč in površin za rekreacijo, 2020



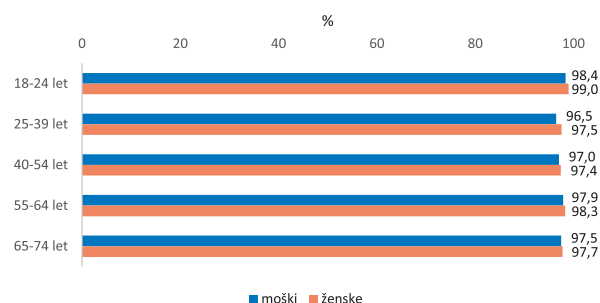
O najlažjem dostopu do igrišč in površin za rekreacijo so poročali prebivalci osrednjeslovenske regije (91,9 %) in gorenjske (91,0 %), medtem ko je bilo takšnih prebivalcev najmanj v Posavski (81,9 %), Jugovzhodni Sloveniji (83,7 %) in Pomurski (83,8 %).

Vir: NIJZ, 2020

3.5 Dostop do varnih kolesarskih in sprehajalnih poti

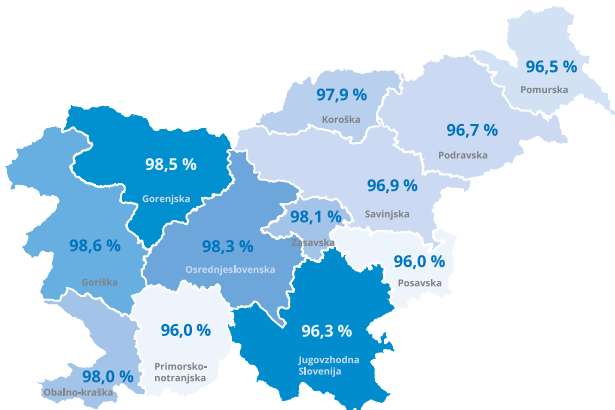
Kazalnik je opredeljen kot delež oseb, starih 18–74 let, ki so v raziskavi odgovorili, da lahko v okolju, kjer bivajo, brez težav dostopajo do varnih kolesarskih in sprehajalnih poti. Kazalnik temelji na raziskavi Z zdravjem povezan vedenjski slog (CINDI).

Slika 3.5.a. Delež oseb po spolu in starosti, ki se lahko v kraju, kjer bivajo, varno sprehajajo in kolesarijo po urejenih poteh, 2020



Velika večina prebivalcev Slovenije (97,5%) meni, da brez težav dostopa do varnih kolesarskih in sprehajalnih poti. Ni zaznati večjih razlik po starosti, spolu in med statističnimi regijami.

Slika 3.5.b. Delež oseb po statističnih regijah, ki se lahko v kraju, kjer bivajo, varno sprehajajo in kolesarijo po urejenih poteh, 2020

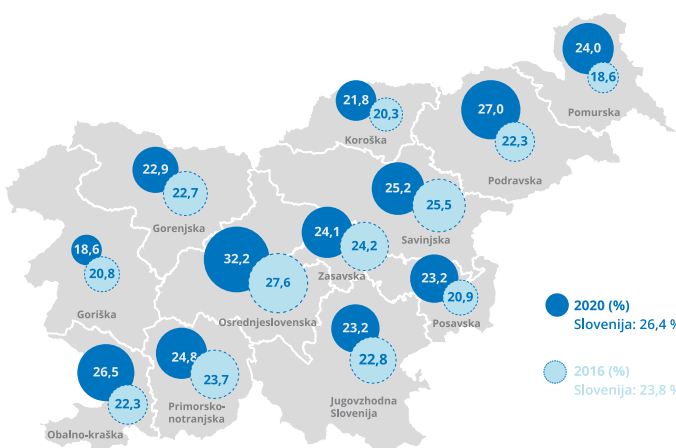


Vir: NIJZ, 2020

3.6 Hrupno okolje

Kazalnik opredeljuje delež oseb, starih 25–74 let, ki okolje, v katerem bivajo, ocenjujejo kot zelo hrupno ali srednje hrupno. Kazalnik temelji na raziskavi Z zdravjem povezan vedenjski slog (CINDI).

Slika 3.6. Delež oseb po statističnih regijah, ki se jim zdi okolje, v katerem bivajo, zelo hrupno ali srednje hrupno, 2016 in 2020



Delež oseb, ki svoje okolje ocenjuje hrupno, se je od leta 2016 zvišal ali ostal enak v vseh regijah, z izjemo Goriške, kjer je rahlo upadel. Največji delež oseb, ki svoje okolje ocenjuje

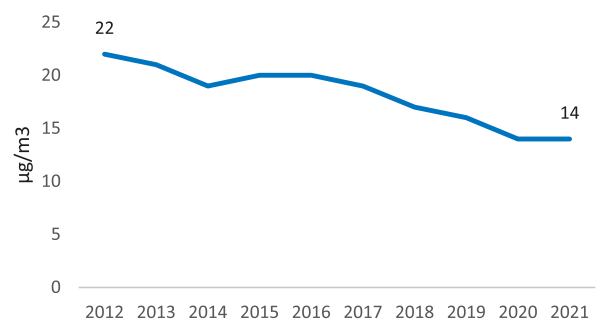
kot hrupno, je med prebivalci Osrednjeslovenske, najmanj pa v Goriški regiji.

Vir: NIJZ, 2020

3.7 Onesnaženost zraka

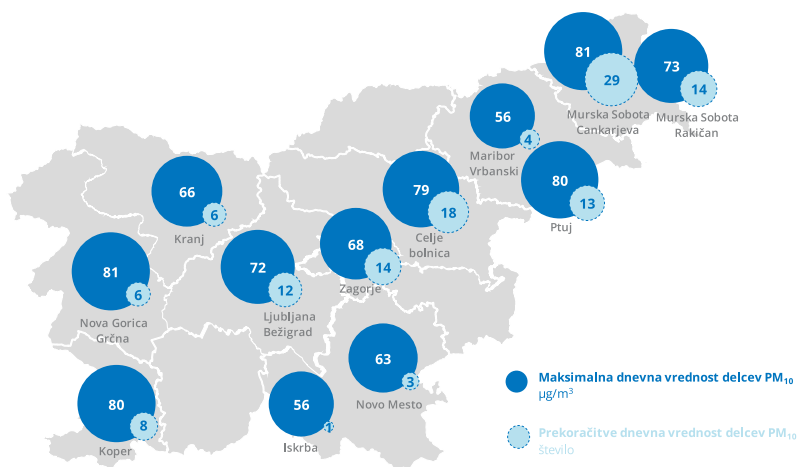
Kazalnik se nanaša na onesnaženost zraka z delci PM10, PM10 in O3 (ozon). Onesnaženost zraka z delci povzroča zdravstvene težave kot so astma, bronhitis, kronična obstruktivna pljučna bolezen, srčno-žilna obolenja in razvoj rakavih obolenj, nevrolška obolenja kot sta Parkinsonova ali Alzheimerjeva bolezen, druge neurodegenerativne bolezni, kognitivni upad ter motnje vedenja, sladkorno bolezen tipa 2 in motnje v reprodukcijskem zdravju. Slovenija se uvršča med države, kjer je zrak zaradi delcev PM10 med najbolj onesnaženimi v Evropi.

Slika 3.7.a. Kazalnik povprečne izpostavljenosti PM2,5 (drseče povprečje srednjih vrednosti letnih koncentracij v treh zaporednih koledarskih letih)



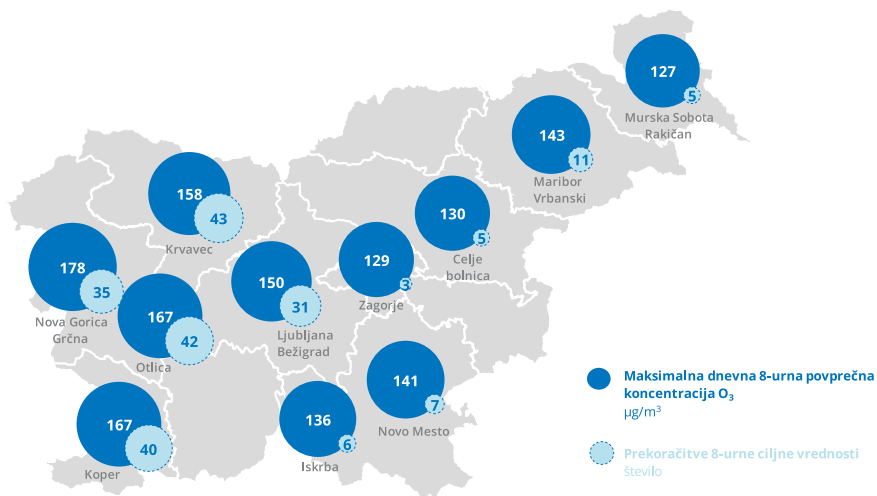
Povprečna izpostavljenost PM2,5 od leta 2012 v Sloveniji upada. Iz 22 mikrogramov na kubični meter je do leta 2021 padla na 14 mikrogramov.

Slika 3.7.b. Največja dnevna vrednost PM10 in število prekoračitev dnevne mejne vrednosti delcev PM10 po izbranih merilnih mestih DMKZ, 2021



Največje dnevne vrednosti so namerili v Murski Soboti, Novi Gorici, Kopru ter na Ptuj, največ dnevni prekoračitev pa v Murski Soboti in Celju.

Slika 3.7.c. Največja maksimalna 8-urna koncentracija O₃ in število prekoračitev 8-urne ciljne vrednosti po merilnih mestih DMKZ, 2021



Maksimalna dnevna 8-urna povprečna koncentracija ozona je bila višja v zahodnem delu države, največja je bila v Novi Gorici. Največ dovoljenih prekoračitev 8-urne ciljne vrednosti je bilo na merilnem mestu Krvavec.

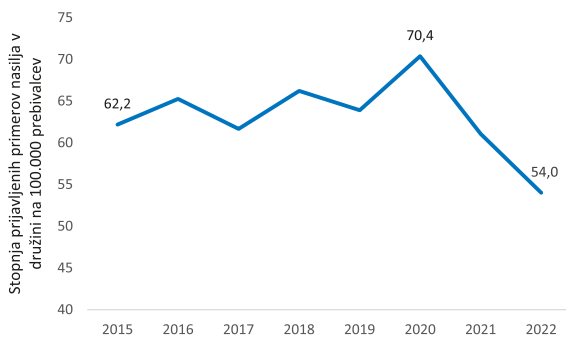
Vir: ARSO, 2023

4. Diskriminacija in nasilje

4.1 Prijavljeni primeri nasilja v družini

Kazalnik je opredeljen kot stopnja prijavljenih primerov nasilja v družini na 100.000 prebivalcev. Prijavljeni primeri nasilja v družini brez pravne podlage za kazenski postopek niso vključeni v izračun kazalnika.

Slika 4.1. Stopnja prijavljenih primerov nasilja v družini v Sloveniji



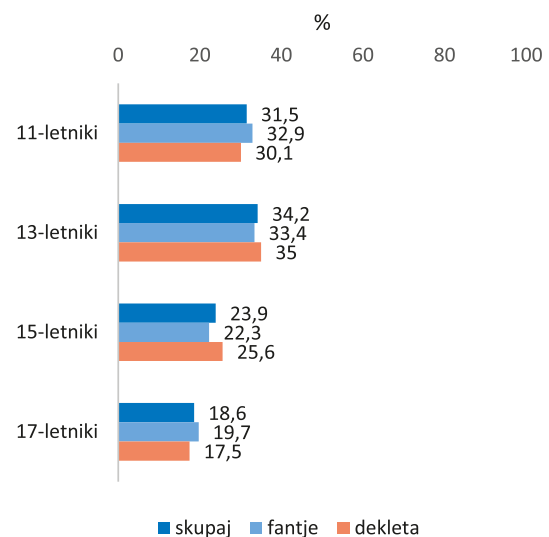
Stopnja prijavljenih primerov nasilja v družini je bila najvišja leta 2020 in se je do leta 2022 znižala na 54,0 primerov na 100.000 prebivalcev.

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, Policija, 2023

4.2 Vrstniško nasilje

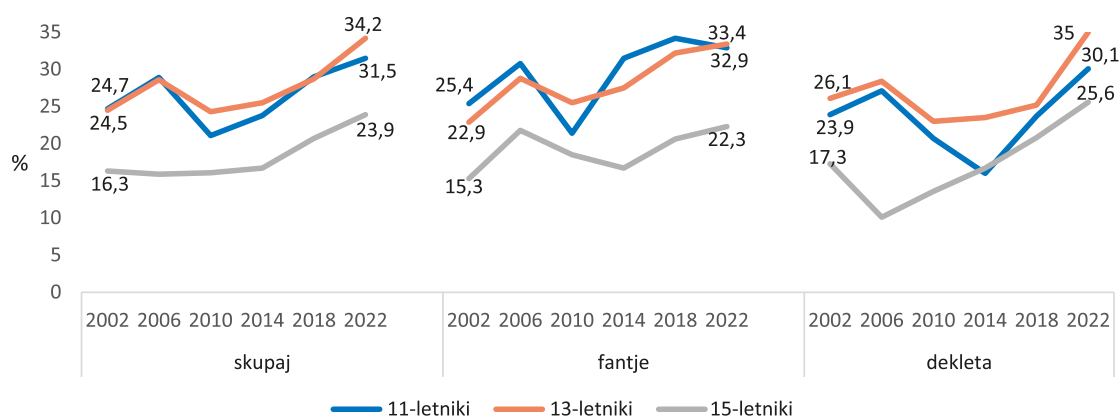
Za prikaz prisotnosti vrstniškega nasilja vključujemo trpinčenje v šoli in online trpinčenje. Trpinčenje v šoli je opredeljeno kot delež otrok, ki so poročali, da so bili v zadnjih nekaj mesecih vsaj enkrat žrtev trpinčenja v šoli, trpinčenje preko spleta pa delež otrok, ki so poročali, da so bili v zadnjih nekaj mesecih vsaj enkrat žrtev online trpinčenja. Kazalnik temelji na raziskavi Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC).

Slika 4.2.a. Delež otrok, ki so poročali, da so bili v zadnjih nekaj mesecih žrtev trpinčenja v šoli, ločeno po spolu in starostnih skupinah, 2022



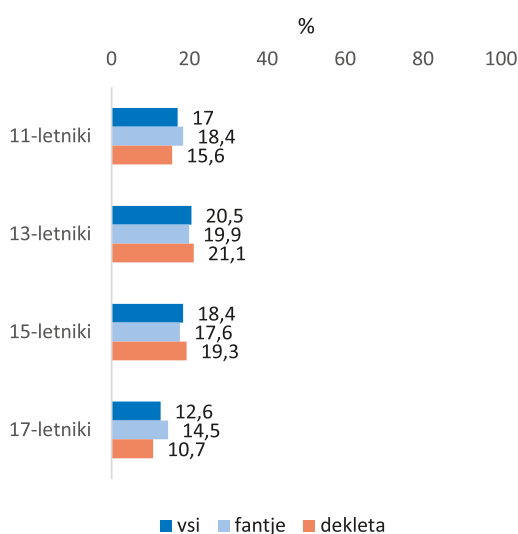
Približno vsak četrti mladostnik (26,8 %) star 11, 13, 15 in 17 let je poročal, da je bil vsaj enkrat žrtev trpinčenja v šoli v zadnjih nekaj mesecih. Odstotek se zmanjšuje s starostjo, pri čemer doseže 31,5 % med 11-letniki in se znižuje do najnižje ravni, ki znaša 18,6 % med 17-letniki. Razlike med spoloma niso opazne.

Slika 4.2.b. Delež otrok, ki so poročali, da so bili v zadnjih nekaj mesecih žrtev trpinčenja v šoli, 2002–2022



Med letoma 2002 in 2022 se je odstotek mladostnikov, ki so poročali o trpinčenju v šoli vsaj enkrat v zadnjih nekaj mesecih, povečal v vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih, razen med 11-letnimi dekleti.

Slika 4.2.b. Delež otrok, ki so poročali, da so bili v zadnjih nekaj mesecih žrtev online trpinčenja, 2022



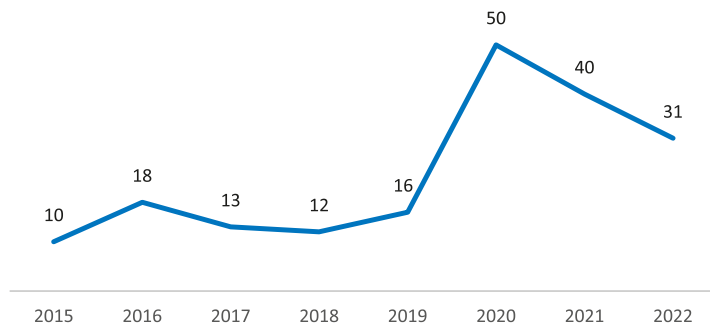
Vsak šesti mladostnik (17,0 %) star 11, 13, 15 in 17 let je poročal, da je bil vsaj enkrat žrtev online trpinčenja v zadnjih nekaj mesecih. Najnižji odstotek je med 17-letniki (12,6 %), pri čemer ni pomembnih razlik med spoloma.

Vir: NIJZ, 2023

4.3 Javno spodbujanje sovraštva, nasilja ali nestrpnosti

Kazalnik prikazuje število kaznivih dejanj Javno spodbujanje sovraštva, nasilja ali nestrpnosti po členu 297. Kazenskega zakonika (Uradni list RS, št. 50/12 – uradno prečiščeno besedilo, 6/16 – popr., 54/15, 38/16, 27/17, 23/20, 91/20, 95/21, 186/21, 105/22 – ZZNSPP in 16/23, v nadaljevanju KZ-1). Kot sopomenko navedenega kaznivega dejanja pogosto napačno uporabljamo besedno zvezo »sovražni govor«, ki pa ni posebej opredeljen v slovenskem pravnem redu. Izraz »sovražni govor« je prevod angleške besede »hate speech« in je del širšega okvira kaznivih dejanj, povezanih s sovraštvom (»hate crime«). V več primerih, ki se nanašajo na »sovražni govor«, gre za različne oblike neprimernih, žaljivih ali nesprejemljivih zapisov in objav, ki lahko vključujejo tudi kazniva dejanja zoper čast in dobro ime, kot so opisana v 18. poglavju Kazenskega zakonika Republike Slovenije (predvsem kaznivi dejanji Razžalitev po 158. členu KZ-1 in Obrekovanje po 159. členu KZ-1).

Slika 4.3. Število prijavljenih primerov javnega spodbujanja sovraštva, nasilja ali nestrpnosti



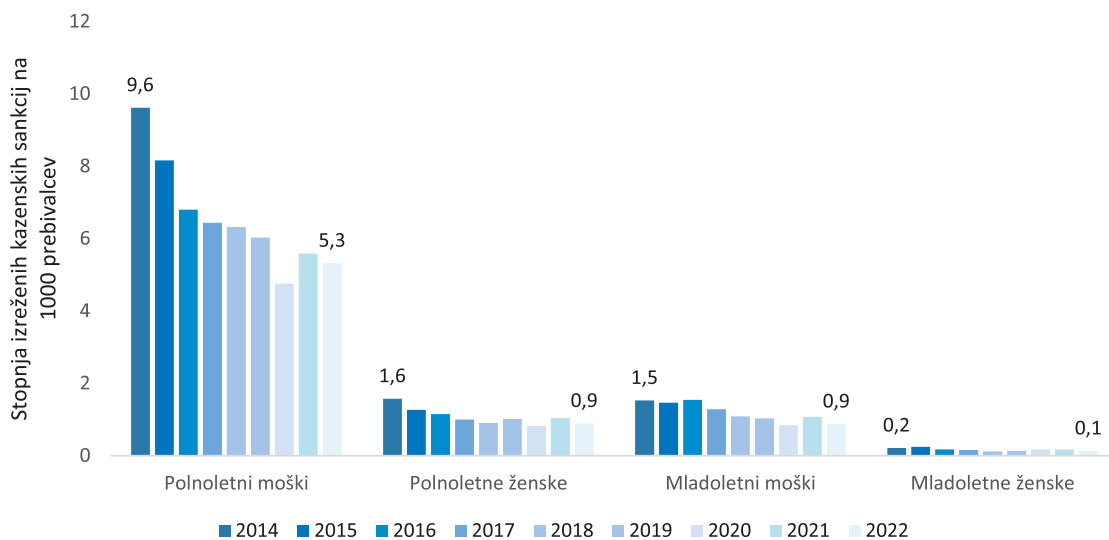
Od leta 2015 je v Sloveniji poraslo število prijavljenih primerov javnega spodbujanja sovraštva, nasilja ali nestrpnosti. Do največjega porasta je prišlo v letu 2020, od tedaj pa spet nekoliko upada.

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, Policija, 2023

4.4 Izrečene kazenske sankcije

Kazalnik prikazuje število polnoletnih obsojencev na 1000 odraslih prebivalcev in število mladoletnikov na 1000 mladoletnikov, ki jim je bila izrečena kazenska sankcija.

Slika 4.4. Stopnja izrečenih kazenskih sankcij pri mladoletnih in polnoletnih osebah, ločeno po spolu



Število obsojencev vseh starosti je v opazovanem obdobju upadlo, najbolj izrazit upad je pri polnoletnih moških.

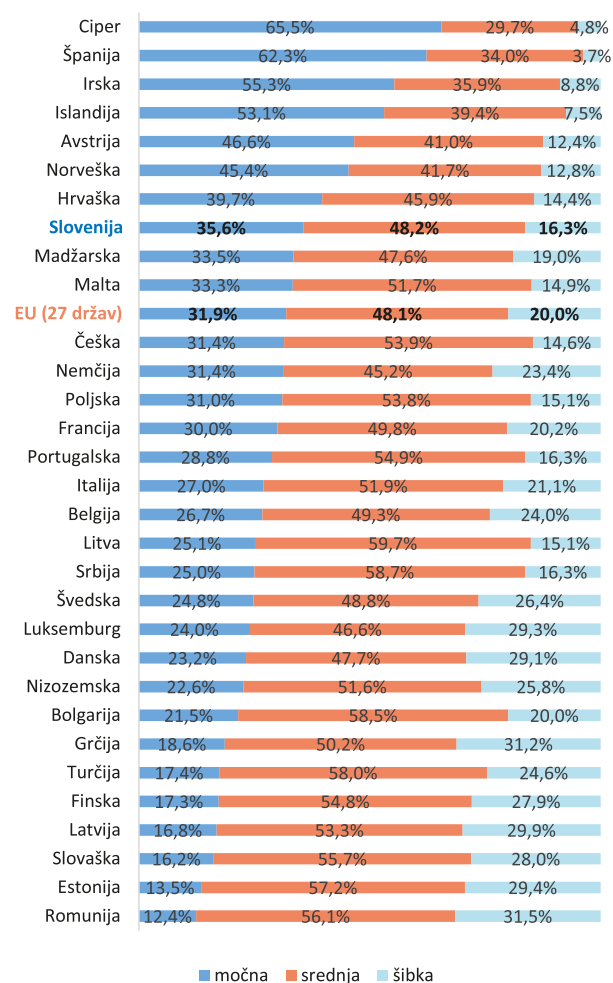
Vir: SURS, 2023

5. Družbena in družinska povezanost

5.1 Zaznana družbena podpora

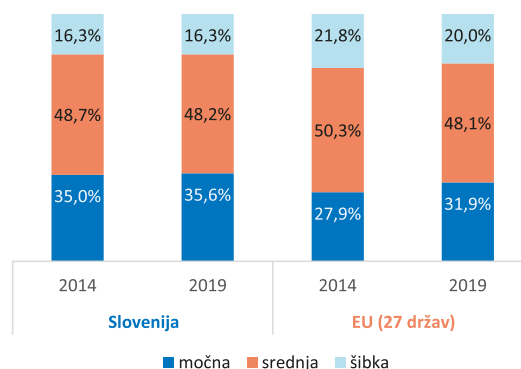
Kazalnik se nanaša na porazdelitev prebivalstva glede na splošno zaznano družbeno podporo (bližnji ljudje, na katere se lahko posameznik zanese v težkih situacijah, skrbi, ki je je posameznik deležen s strani drugih ljudi ter enostavnost pridobivanja praktične pomoči s strani sosedov). Zaznana družbena podpora je lahko šibka, srednja ali močna.

Slika 5.1.a. Mednarodna primerjava zaznane družbene podpore, 2019



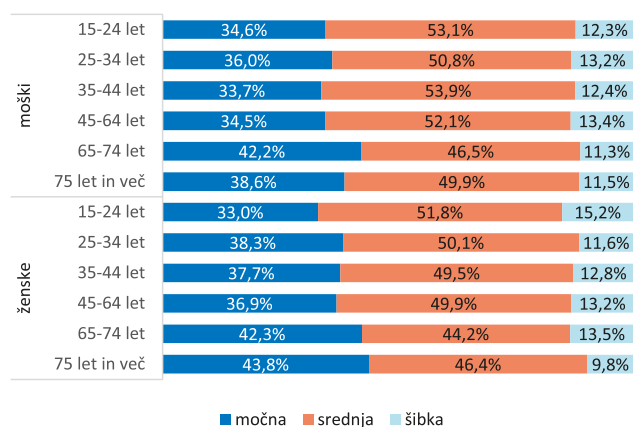
Slovenija se nahaj v zgornji tretjini držav glede na zaznavo močne družbene podpore, kar pomeni, da ljudje uživajo več močne družbene podpore kot povprečno v državah EU.

Slika 5.1.b. Primerjava zaznane družbene podpore v Sloveniji in EU-27, 2014 in 2019



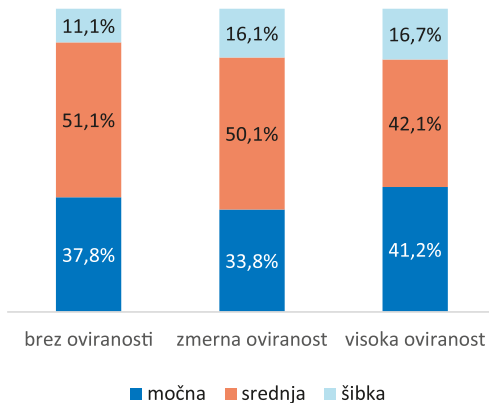
V Sloveniji je zaznana družbena podpora med letoma 2014 in 2019 konstantna, medtem se je v EU povprečje izboljšalo za nekaj odstotnih točk.

Slika 5.1.c. Zaznana družbena podpora v Sloveniji glede na spol in starost, 2019



Ženske v nižjih starostnih skupinah imajo manjši občutek družbene podpore kot ženske v višji starosti. Pri moških je zaznana družbena podpora najvišja v starosti od 65 do 74 let.

Slika 5.1.d. Zaznana družbena podpora v Sloveniji glede na stopnjo oviranosti, 2019



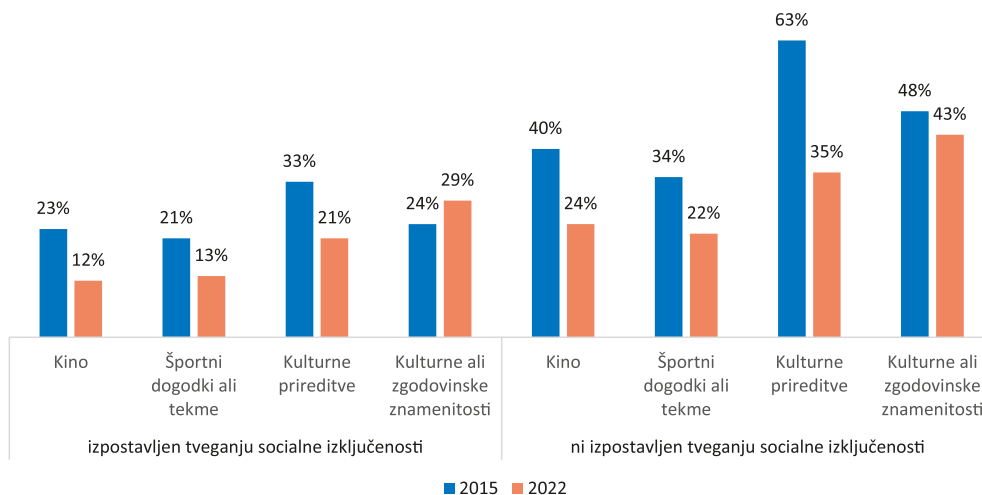
Oviranost se nanaša na oceno oseb o lastni dolgotrajni oviranosti (tj. traja že vsaj 6 mesecev) pri običajnih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav ali poškodbe (npr. skrb zase, prevoz, službene in šolske aktivnosti, aktivnosti doma in v prostem času). Največ močne družbene podpore zaznavajo osebe z visoko oviranostjo, medtem ko najmanj šibke družbene podpore zaznavajo osebe brez oviranosti.

Vir: Eurostat, 2023

5.2 Socialna in kulturna vključenost

Socialno in kulturno vključenost prikazujemo z deležem oseb, ki so v zadnjih 12 mesecih obiskali kino, športni dogodek ali tekmo, kulturno prireditev ter kulturno in zgodovinsko znamenitost.

Slika 5.2. Delež oseb po obisku kina, športnih dogodkov ali tekem, kulturnih prireditev ter kulturnih in zgodovinskih znamenitosti v zadnjih 12 mesecih po statusu tveganja socialne izključenosti



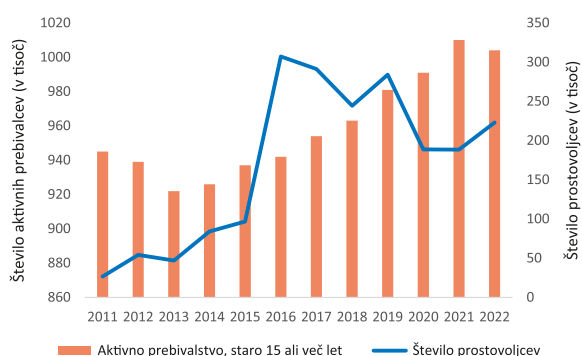
Delež oseb, ki so bile v zadnjih mesecih socialno in kulturno vključene, se je od 2015 znižal ne glede na stopnjo tveganja socialne izključenosti oseb. Izjema je višji obisk zgodovinskih ali kulturnih znamenitosti pri osebah, izpostavljenih tveganju socialne izključenosti. Osebe, ki niso izpostavljene tveganju socialne izključenosti, se v višji meri udeležujejo socialnih in kulturnih aktivnosti.

Vir: SURS, 2023

5.3 Vključenost v prostovoljno delo

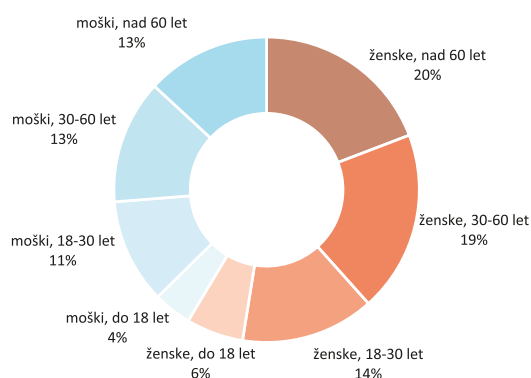
Kazalnik izhaja iz skupnega poročila, ki ga na letni ravni pripravi Ministrstvo za javno upravo na podlagi zbirnih podatkov o prostovoljnem delu v Republiki Sloveniji.

Slika 5.3.a. Število prostovoljcev in število aktivnih prebivalcev, starih 15 ali več let



V organizacijah s prostovoljskim programom in prostovoljskih organizacijah je bilo leta 2022 skupno 226.106 prostovoljcev. V letu 2022 se je zmanjšalo število aktivnih prebivalcev, število prostovoljcev pa se je povečalo.

Slika 5.3.b. Prostovoljci po spolu in starosti, 2022



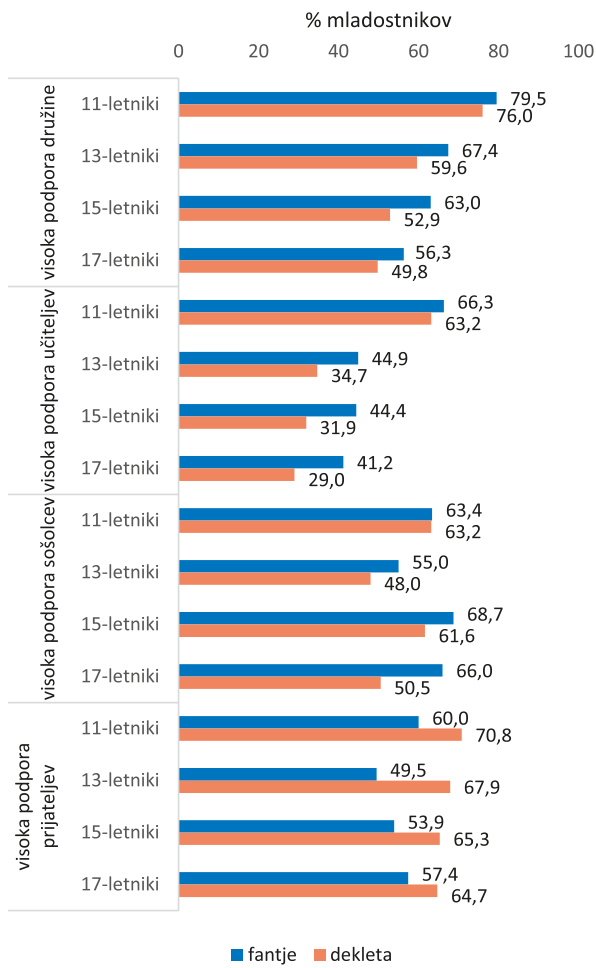
Ženskih prostovoljk je bilo leta 2022 57,8 %. Največji odstotek ženskih in moških prostovoljcev pripada dvema starostnima skupinama: med 30 in 60 let ter nad 60 let. Iz skupnega poročila za leto 2022, ki ga je pripravilo Ministrstvo za javno upravo, je razvidno, da je najvišji delež ženskih in moških prostovoljcev v starostni skupini nad 60 let zabeležen med člani društev upokojencev, ki se ukvarjajo s socialnimi dejavnostmi. V starostni skupini od 30 do 60 let pa je opazen visok delež moških prostovoljcev, ki so aktivni na področju športa in rekreacije. Najmanjši delež prostovoljcev je v starostni skupini do 18. leta.

Vir: Ministrstvo za javno upravo, 2023

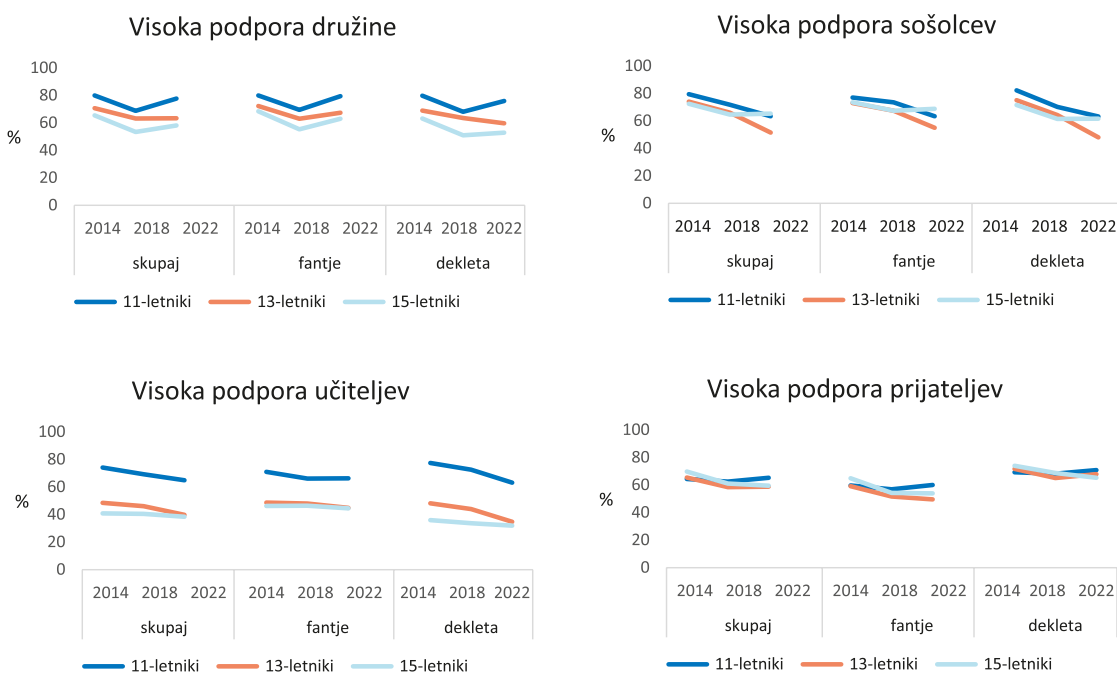
5.4 Podpora družine, šole in prijateljev pri šolarjih

Kazalnik temelji na anketi Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC). Vrednosti so izračunane kot povprečne vrednosti trditev, ki se nanašajo na podporo družine, sošolcev, učiteljev oziroma prijateljev. Podpora družine in podpora prijateljev sta izračunani na 7-stopenjski lestvici, podpora sošolcev in učiteljev pa na 5-stopenjski lestvici, pri čemer višja vrednost pomeni višjo oceno podpore. Ocena posamezne podpore je bila izračunana samo v primeru, kadar je učenec/dijak odgovoril na vse trditve, ki se nanašajo na posamezno obliko podpore.

Slika 5.4.a. Delež mladostnikov po spolu in starosti, ki doživlja visoko podporo družine, učiteljev, sošolcev in prijateljev, 2022



Slika 5.4.b. Delež mladostnikov po spolu in starosti, ki doživlja visoko podporo družine, učiteljev, sošolcev in prijateljev, 2014–2022



67,2% mladostnikov doživlja močno podporo svoje družine, ki s starostjo pomembno upada tako pri dekletih kot pri fantih. Podpore svoje družine občuti več fantov kot deklet. Med letoma 2014 in 2022 se je odstotek mladostnikov, ki doživlja močno podporo svoje družine, zmanjšal pri 13-letnikih obeh spolov in pri 15-letnih dekletih.

Visoko podporo sošolcev doživlja 59,6 % mladostnikov. Delež mladostnikov, ki občutijo visoko podporo sošolcev, precej višji pri 11- in 15-letnikih v primerjavi s 13- in 17-letniki. Odstotek fantov, ki občutijo visoko podporo sošolcev, je večji od odstotka deklet, razen pri 11-letnikih. Med letoma 2014 in 2022 se je odstotek mladostnikov, ki občutijo visoko podporo sošolcev, zmanjšal pri 11- in 13-letnikih pri obeh spolih. Pri 15-letnih fantih pa je opazen nasproten trend – povečanje občutka visoke podpore sošolcev.

Visoko podporo s strani učiteljev doživlja približno vsak drugi mladostnik. Odstotek fantov, ki občutijo visoko podporo s strani učiteljev, je višji kot odstotek deklet. Najnižjo podporo s strani učiteljev doživljajo 17-letniki, najvišjo pa 11-letniki. Med leti 2014 in 2022 se je odstotek občutenja visoke podpore učiteljev zmanjšal pri 11- in 13-letnikih.

Visoko podporo prijateljev občuti 61,1 % mladostnikov, največ v starostni skupini 11 let. Fantje kažejo pomembno manjši občutek podpore prijateljev v primerjavi z dekleti v vseh starostnih skupinah. Med letoma 2014 in 2022 se je odstotek občutenja visoke podpore prijateljev zmanjšal pri 13- in 15-letnikih.

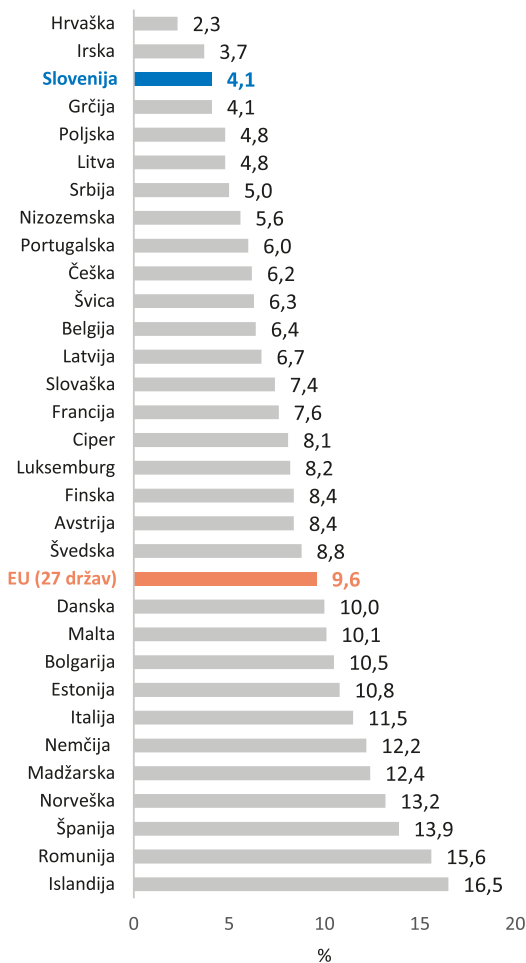
Vir: NIJZ, 2023

6. Izobraževanje

6.1 Zgodnja opustitev izobraževanja in usposabljanja

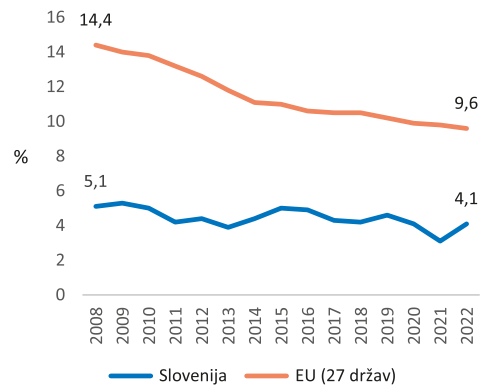
Kazalnik vključuje delež prebivalcev, starih 18–24 let, z doseženo 2. ali nižjo ravno izobrazbe po ISCED (končana ali nedokončana osnovna šola ali brez šolske izobrazbe), ki niso vključeni v izobraževanje ali usposabljanje.

Slika 6.1.a. Mednarodna primerjava deleža prebivalcev, starih 18–24 let, z doseženo 2. ali nižjo ravno izobrazbe po ISCED, ki niso vključeni v izobraževanje ali usposabljanje, 2022



Delež zgodnje opustitve izobraževanja ali usposabljanja je v Sloveniji leta 2022 znašala 4,1 %, kar je več kot dvakrat nižje od povprečja EU, ki je znašal 9,6 %. Med leti 2008 in 2022 se je delež zgodnje opustitve izobraževanja znižal tako v Sloveniji kot v EU.

Slika 6.1.b. Delež prebivalcev, starih 18–24 let, z doseženo 2. ali nižjo ravno izobrazbe po ISCED, ki niso vključeni v izobraževanje ali usposabljanje, Slovenija in EU-27

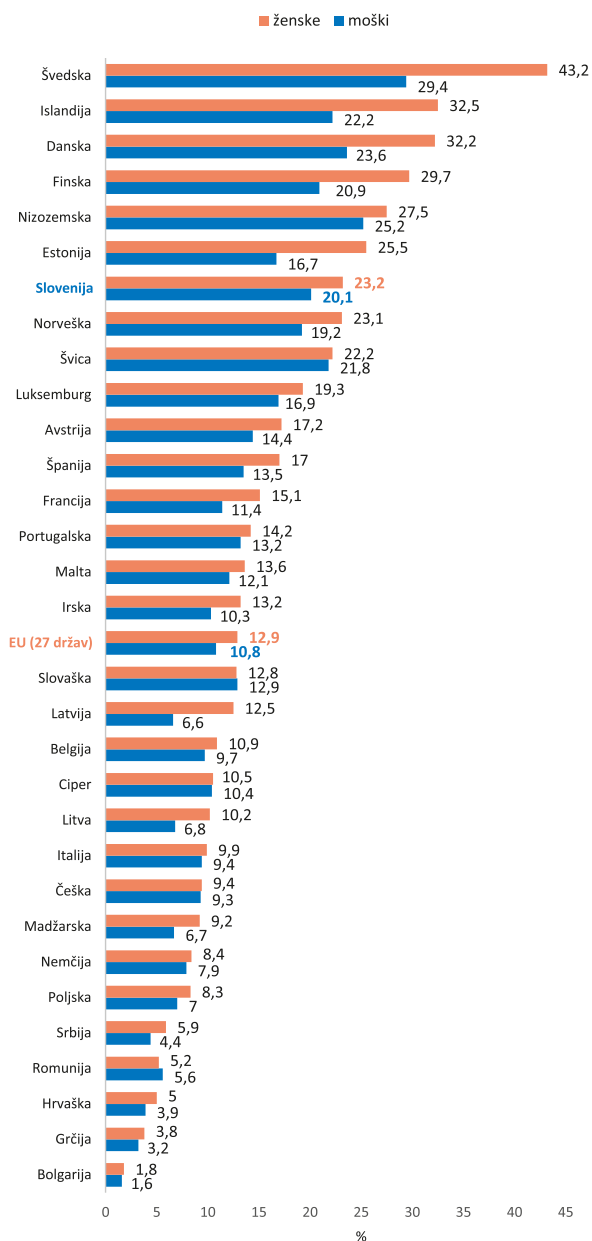


Vir: Eurostat, 2023

6.2 Udeležba odraslih v učenju

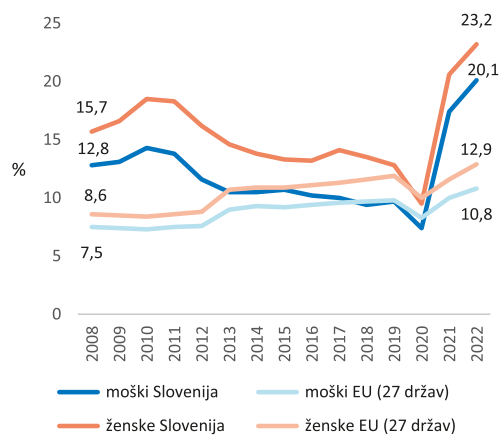
Kazalnik predstavlja delež oseb, starih od 25 do 64 let, ki so navedle, da so se v zadnjih štirih tednih udeležile izobraževanja ali usposabljanja. Učenje odraslih ne zajema splošne in poklicne ter formalne in neformalne učne dejavnosti, Učenje odraslih se običajno nanaša na učne dejavnosti po koncu začetnega izobraževanja.

Slika 6.2.a. Mednarodna primerjava deleža prebivalcev, starih 25–64 let, ki so navedli, da so se v štirih tednih pred izvajanjem ankete udeležile izobraževanja ali usposabljanja, 2022



Slovenija se nahaja v zgornji tretjini držav EU po deležu odraslih, ki se izobražujejo ali usposabljujejo. V letu 2022 je 20,1 % Slovencev moškega spola, starih od 25 do 64 let, navedlo, da so se v štirih tednih pred izvajanjem ankete udeležili izobraževanja ali usposabljanja. Delež žensk je bil višji – 23,2 %.

Slika 6.2.b. Delež prebivalcev, starih 25–64 let, ki so navedli, da so se v štirih tednih pred izvajanjem ankete udeležile izobraževanja ali usposabljanja, Slovenija in EU-27



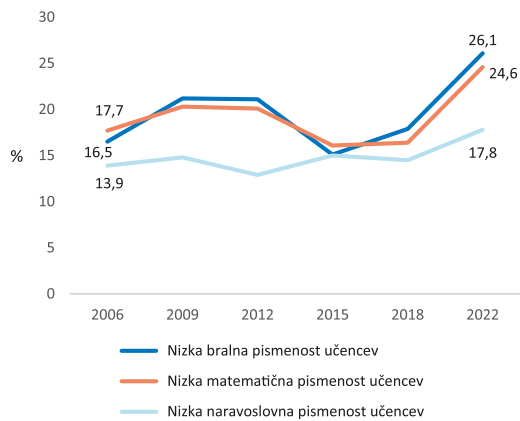
Udeležba odraslih v učenju se je v Sloveniji med leti 2008 in 2020 znižala z 12,8 % na 7,4 % pri moških in z 15,7 % na 9,5 % pri ženskah. Leta 2021 je udeležba odraslih v učenju dosegla velik porast, v letu 2022 pa se je v zadnjih štirih tednih pred izvajanjem ankete izobraževanja ali usposabljanja udeležil že vsak peti odrasli Slovenec. V državah EU se v povprečju udeležba odraslih v učenju rahlo zvišuje skozi celotno obdobje 2008-2022.

Vir: Eurostat, 2023

6.3 Nizka pismenost učencev in učenk

Kazalnik izhaja iz Programa mednarodne primerjave dosežkov učencev in učenk (PISA), ki se izvaja pod okriljem Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj (OECD). Prikazujemo delež 15-letnih učencev, ki so se na kombinirani lestvici pismenosti PISA uvrstili na raven 1 ali nižje.

Slika 6.3. Nizka raven pismenosti učencev v Sloveniji



Delež učencev in učenk z nizko bralno pismenostjo je leta 2022 višji kot leta 2018 in je tudi najvišji v primerjavi z vsemi predhodnimi merjenji. Enako velja tudi za področje nizke matematične in naravoslovne pismenosti.

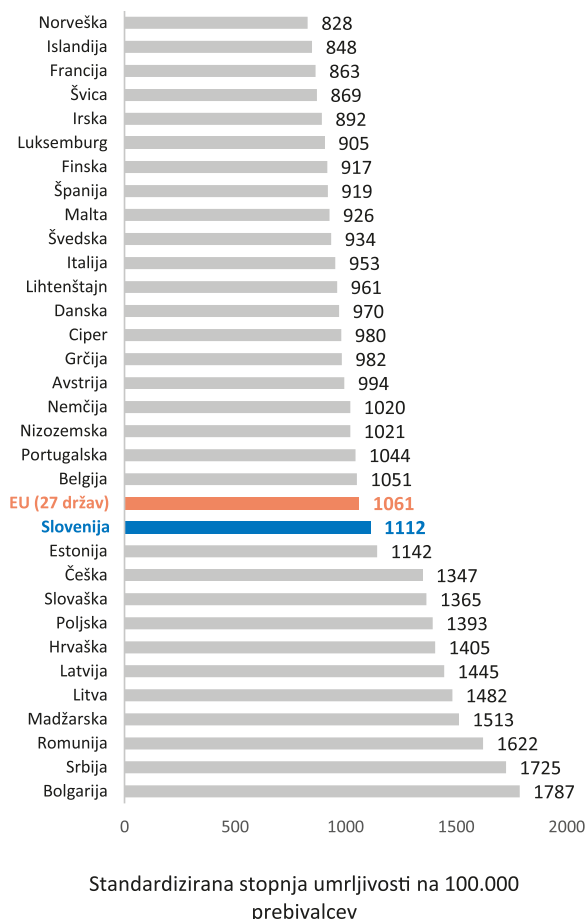
Vir: Pedagoški inštitut, 2023

7. Življenjski slog in zdravje

7.1 Standardizirana stopnja umrljivosti

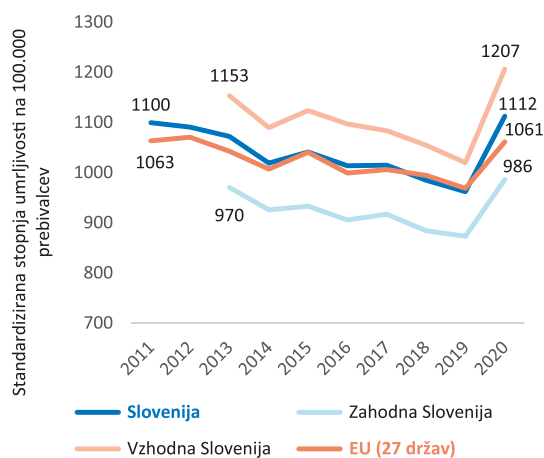
Standardizirana stopnja umrljivosti meri stopnjo umrljivosti na 100.000 prebivalcev v opazovanem koledarskem letu. Je mera, ki omogoča medsebojno primerjavo populacij z različno starostno strukturo prebivalcev.

Slika 7.1.a. Mednarodna primerjava standardizirane stopnje umrljivosti, 2020



Slovenija ima stopnjo umrljivosti blizu povprečja držav EU.

Slika 7.1.b. Standardizirana stopnja umrljivosti v Sloveniji in njenih kohezijskih regijah ter EU-27



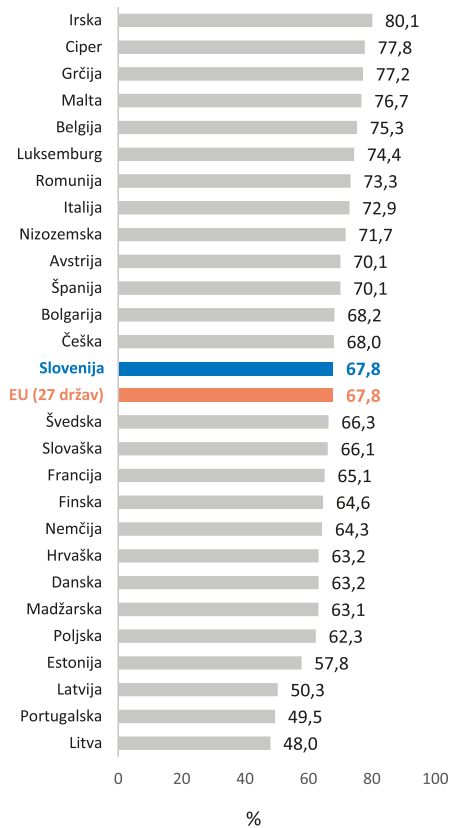
Slovenija sledi trendu v EU. Umrljivost v Zahodni Sloveniji je manjša kot v Vzhodni Sloveniji.

Vir: Eurostat, 2023

7.2 Samoocena zdravja

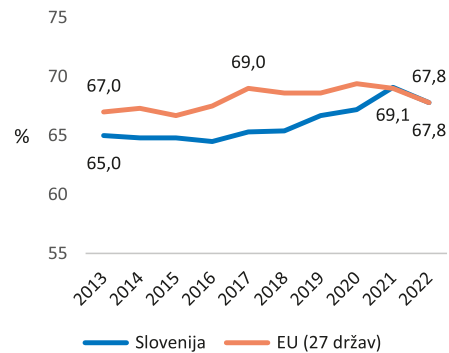
Kazalnik prikazuje delež oseb glede na samooceno splošnega zdravstvenega stanja. Vprašanje ima petstopenjsko lestvico: zelo slabo, slabo, srednje, dobro, zelo dobro.

Slika 7.2.a. Mednarodna primerjava deleža oseb, ki svoje splošno zdravstveno stanje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, 2022



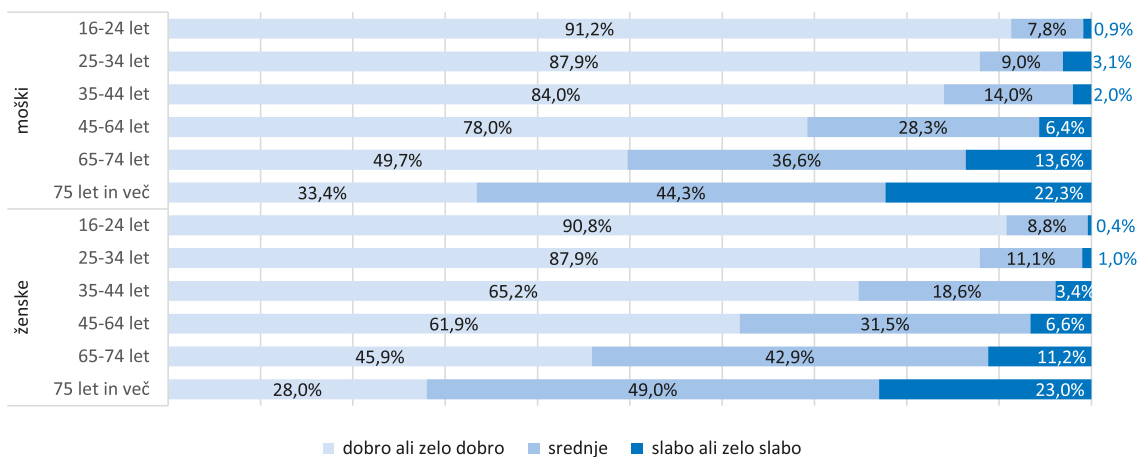
V Sloveniji prebivalci ocenjujejo svoje zdravstveno stanje kot dobro ali zelo dobro v enakem deležu kot znaša povprečje držav EU.

Slika 7.2.b. Delež oseb, ki svoje splošno zdravstveno stanje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro v Sloveniji in EU-27



Delež oseb, ki svoje splošno zdravstveno stanje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, se v Sloveniji počasi zvišuje.

Slika 7.2.c. Ocena splošnega zdravstvenega stanja po spolu in starosti



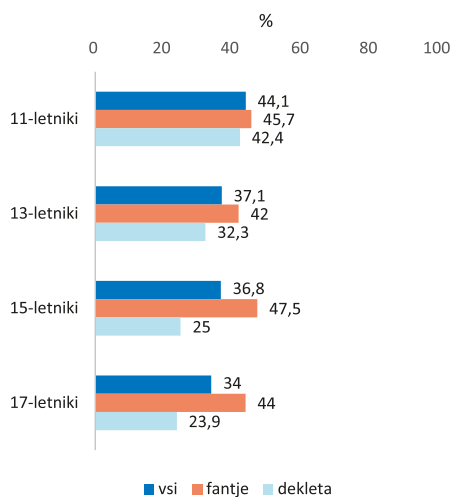
Ocena splošnega zdravstvenega stanja upada s starostjo. Delež moških in žensk, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, je enak v nižjih starostnih skupinah, v starostnih skupinah 35–44 let in več pa je delež žensk z dobrim ali zelo dobrim zdravjem nižji v primerjavi z moškimi.

Vir: Eurostat, 2023

7.3 Samoocena zdravja pri šolarjih

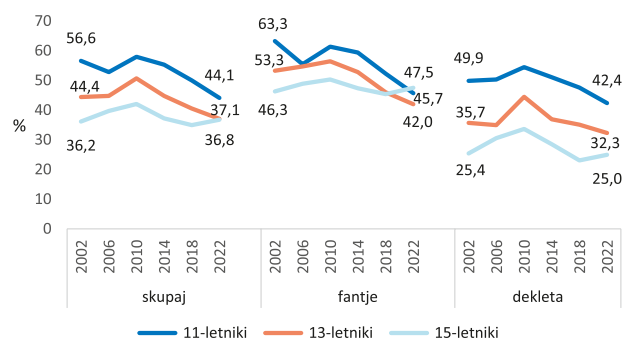
Kazalnik temelji na anketi Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC). Prikazujemo delež mladostnikov, ki so na vprašanje »Kakšno se ti zdi tvoje zdravje?« odgovorili, da je odlično (vsi možni odgovori: odlično; dobro; še kar dobro; slabo).

Slika 7.3.a. Delež mladostnikov po spolu in starosti, ki svoje zdravje ocenjujejo kot odlično, 2022



37,8 % mladostnikov ocenjuje svoje zdravje kot odlično, medtem ko 62,2 % meni, da je njihovo zdravje dobro, še kar dobro, ali slabo. S starostjo se ocena zdravja pomembno poslabšuje. Fantje običajno bolj pogosto ocenjujejo svoje zdravje kot odlično, razen v starostni skupini 11-letnikov, kjer ni opaznih razlik med spoloma.

Slika 7.3.b. Delež mladostnikov po spolu in starosti, ki svoje zdravje ocenjujejo kot odlično, 2002–2022



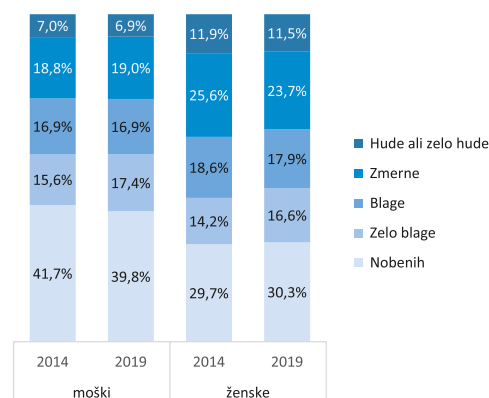
Odstotek mladih, ki ocenjujejo svoje zdravje kot odlično, se je med letoma 2002 in 2022 zmanjšalo pri 11- in 13-letnih fantih, ter 11-, 13- in 15-letnih dekletih.

Vir: NIJZ, 2023

7.4 Telesna bolečina

Kazalnik se nanaša na delež oseb glede na samooceno telesnih bolečin. Posamezniki poročajo, da so imeli v zadnjih štirih tednih telesne bolečine: nobenih, zelo blage, blage, zmerne, hude, zelo hude. Kazalnik izhaja iz evropske raziskave Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS).

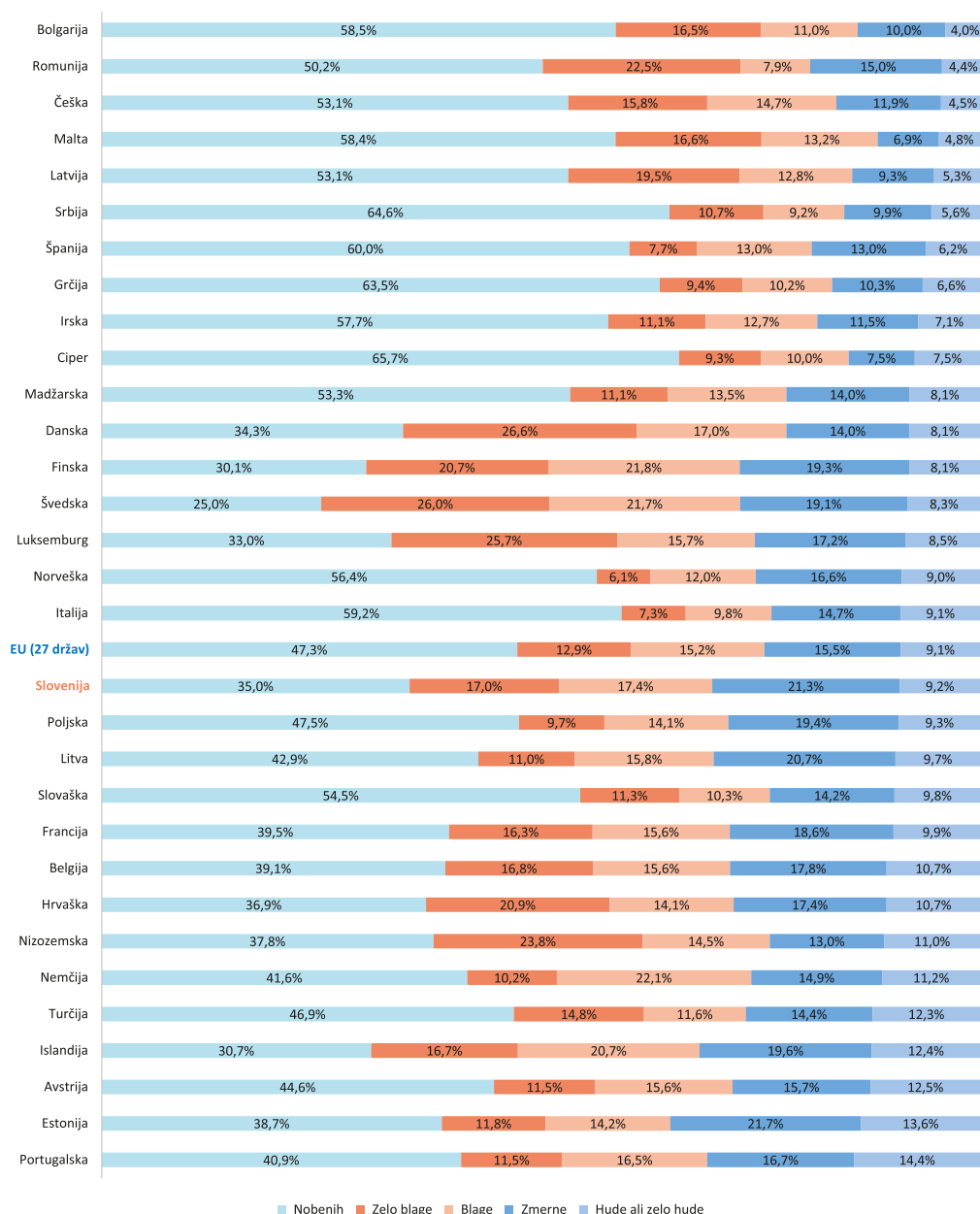
Slika 7.4.a. Samoocena telesne bolečine v zadnjih štirih tednih pri Slovencih, 2014 in 2019



Delež žensk, ki poroča o hudih, zelo hudih ali zmernih telesnih bolečinah v zadnjih štirih tednih je bistveno večji od deleža moških, ki poroča o enaki intenzivnosti telesnih bolečin. Obratno, večji delež moških v primerjavi z ženskami poroča, da nima nobenih ali ima

zelo blage telesne bolečine. Med letoma 2014 in 2019 se poročanje o bolečinah ni bistveno spremenilo pri obeh spolih, pri ženskah pa opazamo nekoliko manjše poročanje o zmernih bolečinah, kar se odraža na račun zelo blagih bolečin.

Slika 7.4.b. Mednarodna primerjava samoocene telesne bolečine v zadnjih štirih tednih, 2019



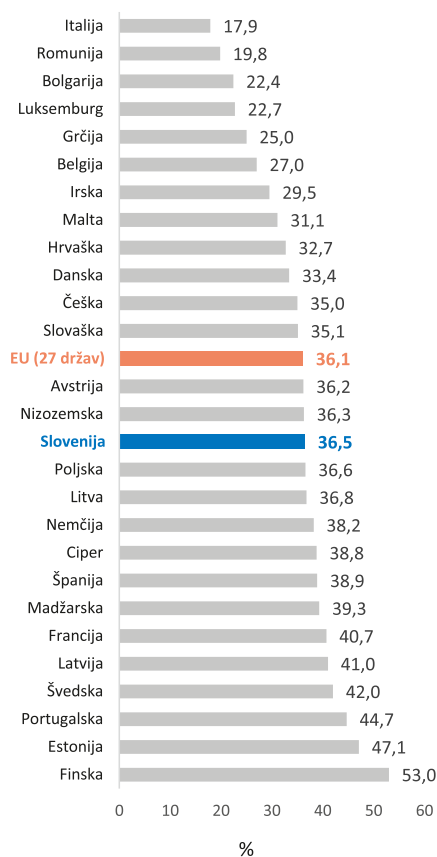
V primerjavi s povprečjem EU, je večji delež Slovencev poročal o zmernih, hudih ali zelo hudih telesnih bolečinah (30,5 % v primerjavi z EU povprečjem 24,6 %), po drugi strani pa je manjši delež poročal o nobenih ali zelo blagih telesnih bolečinah (52,0 % v primerjavi z EU povprečjem 60,2 %).

Vir: Eurostat, 2023

7.5 Dolgotrajne bolezni ali zdravstvene težave

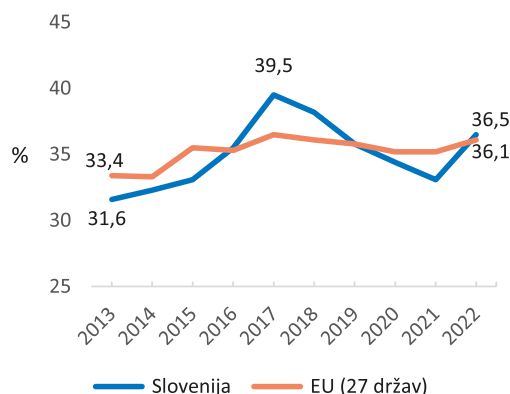
Kazalnik se nanaša na delež oseb, ki poročajo o dolgotrajni bolezni ali dolgotrajni zdravstveni težavi, ki traja najmanj šest mesecev.

Slika 7.5.a. Mednarodna primerjava deleža oseb z dolgotrajno boleznijo ali zdravstvenimi težavami, 2022



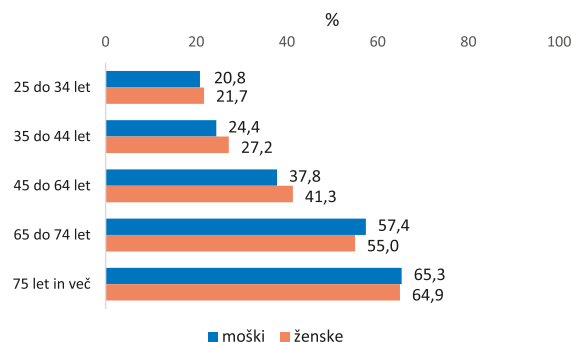
Leta 2022 je 36,5 % Slovencev poročalo o dolgotrajni bolezni ali zdravstveni težavi, kar je zelo blizu povprečni vrednosti držav EU (36,1 %).

Slika 7.5.b. Delež oseb z dolgotrajno boleznijo ali zdravstvenimi težavami v Sloveniji in EU-27



Delež Slovencev, ki je poročal o dolgotrajni bolezni ali zdravstveni težavi, je bil najvišji leta 2017, ko je bilo takšnih oseb 39,5 %. V opazovanem obdobju 2013–2022 se delež oseb z dolgotrajno boleznijo ali zdravstveno težavo v Sloveniji in v EU ni pomembno povečal.

Slika 7.5.c. Delež oseb z dolgotrajno boleznijo ali zdravstvenimi težavami po spolu in starosti v Sloveniji



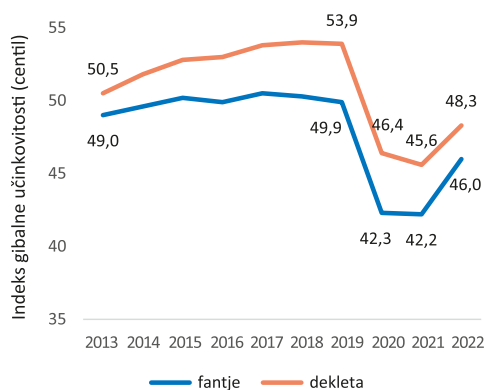
S starostjo narašča delež Slovencev, ki poroča o dolgotrajni bolezni ali zdravstvenih težavah, medtem ko med spoloma ni zaznati večjih razlik.

Vir: Eurostat, 2023

7.6 Telesna zmogljivost otrok

Telesno zmogljivost otrok prikazujemo z indeksom gibalne učinkovitosti, ki je izračunan kot centil povprečja centilnih vrednosti osmih gibalnih merskih nalog relativno glede na starost v letih in spol.

Slika 7.6.a. Indeks gibalne učinkovitosti pri fantih in dekletih v Sloveniji, šolska leta od 2012/13 do 2021/22



Indeks gibalne učinkovitosti se je od leta 2013 izboljševal, v koronskem šolskem letu 2019/20 pa je skokovito upadel. V šolskem letu 2021/22 je gibalna učinkovitost otrok višja v primerjavi z letom prej, vendar še vedno nižja kot v predkoronskem šolskem letu 2018/19. Pri tem so opazne razlike med spoloma. Telesna zmogljivost deklet je pred padcem v šolskem letu 2019/20 vseskozi napredovala hitreje kot telesna zmogljivost fantov, v času pandemije koronavirusa pa so dekleta izgubile večji del gibalne učinkovitosti kot fantje. Prav tako je v zadnjem šolskem letu telesna zmogljivost deklet okrevala manj kot telesna zmogljivost fantov.

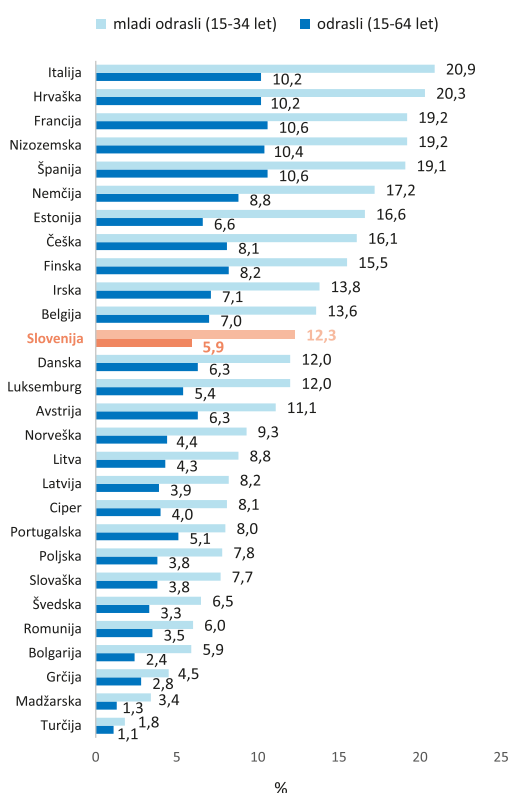
Vir: SLO FIT, 2023

8. Uporaba psihoaktivnih snovi in zasvojenosti

8.1 Uživanje konoplje in drugih psihoaktivnih snovi

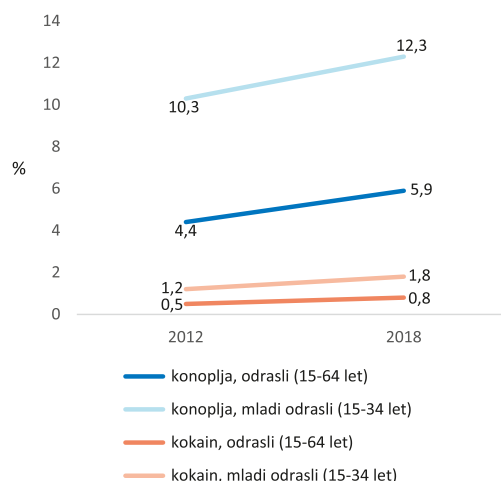
Kazalnik uživanja konoplje je opredeljen kot odstotek odraslega prebivalstva, ki je v zadnjem mesecu užilo konopljo. Prikazujemo prevalenco uživanja konoplje pri odraslih prebivalcev, starih od 15 do 64 let, in prevalenco uživanja konoplje pri mladih odraslih, starih od 15 do 34 let (podskupina odraslih prebivalcev). Pri mednarodni primerjavi so prikazani podatki zadnjih meritev posameznih držav, ki pa se med sabo razlikujejo. Izključeni so podatki držav, pri katerih je bilo uživanje konoplje nazadnje merjeno pred letom 2015.

Slika 8.1.a. Mednarodna primerjava razširjenosti uživanja konoplje v zadnjem mesecu



Leta 2018 je na slovenskem vzorcu 5,9 % odraslih oseb poročalo o uživanju konoplje v zadnjem mesecu, med mladimi odraslimi je konopljo uživalo 12,3 % oseb. O podobnih vrednostih so poročali na Danskem in v Luksemburgu.

Slika 8.1.b. Uživanje konoplje in kokaina v Sloveniji, 2012 in 2018



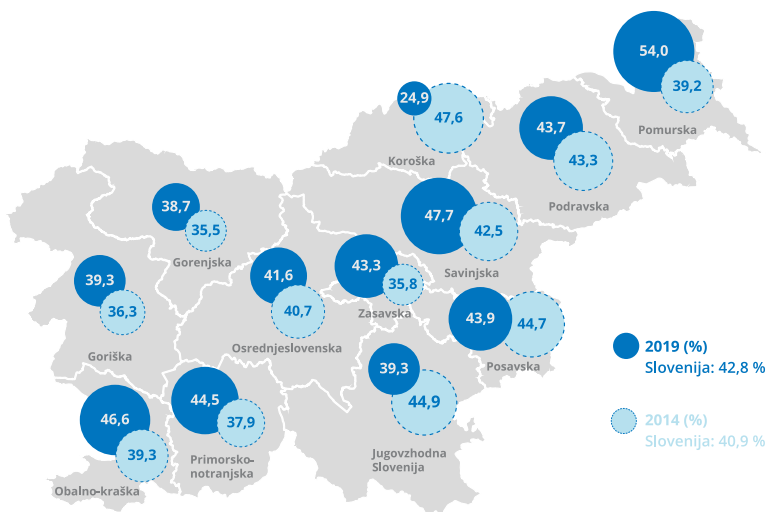
Za primerjavo med leti 2012 in 2018 prikazujemo poleg uživanja konoplje tudi uživanje kokaina v Sloveniji. Delež oseb, ki je poročal o uživanju konoplje ali kokaina, je leta 2018 narasel v obeh starostnih skupinah.

Vir: EMCDDA, 2023

8.2 Visoko tvegano opijanje

Kazalnik prikazuje število oseb, starih 15 let ali več, ki so se v zadnjem letu vsaj enkrat visoko tvegano opile (ob eni priložnosti spile več kot 6 meric alkohola). Ena merica alkoholne pijače se nahaja v 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali v 0,3 dl žganja ali v 3,3 dl mešane gazirane alkoholne pijače. Kazalnik izhaja iz evropske raziskave Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS).

Slika 8.2. Regijski prikaz deleža oseb, ki so se v zadnjem letu vsaj enkrat visokotvegano opile, 2014 in 2019



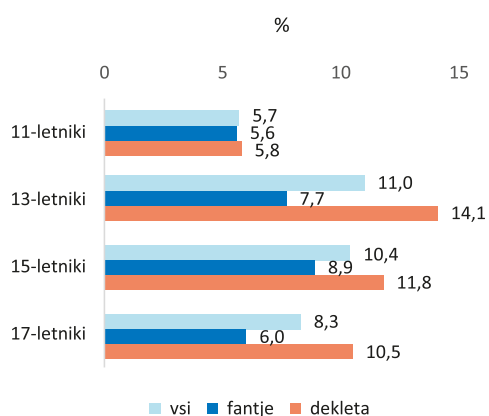
Leta 2014 je v Sloveniji 40,9 % oseb poročalo, da so se v zadnjem letu vsaj enkrat visoko tvegano opile. Leta 2019 je bil delež oseb 1,9 % odstotne točke višji v primerjavi z letom 2014. Največji porast visoko tveganega opijanja je bilo zaznati v Pomurski regiji (14,8 odstotnih točk), največje zmanjšanje deleža oseb, ki so se v zadnjem letu vsaj enkrat visoko tvegano opile, pa je opaziti v Koroški regiji (22,7 odstotnih točk). Koroška je v letu 2019 regija z najnižjim deležem visoko tveganega opijanja (24,9 %). Nasprotno je bilo visoko tvegano opijanje v letu 2019 najbolj pogosto v Pomurski regiji (54,0 %), ki je sledita Savinjska (7,7 %) in Obalno-kraška (46,6 %).

Vir: NIJZ, 2023

8.3 Problematična uporaba digitalnih tehnologij pri šolarjih

Pri kazalniku problematična uporaba digitalnih tehnologij pri šolarjih uporabljamo problematično uporabo spletnih socialnih medijev in znake zasvojenosti z računalniškimi igrami. Podatki izhajajo iz ankete Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC). Štejemo, da mladostnik problematično uporablja spletne socialne medije, v kolikor pritrdilno odgovori na 6 od 9 vprašanj o uporabi spletnih socialnih medijev.

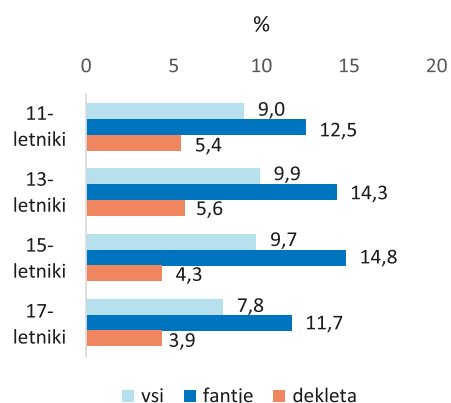
Slika 8.3.a. Delež mladostnikov po spolu in starosti, ki problematično uporabljajo spletna socialna omrežja, 2022



8,9 % mladostnikov je pokazala znake problematične uporabe socialnih medijev. Med različnimi starostnimi skupinami so opazne pomembne razlike, z najnižjo stopnjo problematične uporabe pri 11-letnikih (5,7 %). Pomembne razlike obstajajo tudi med spoloma, saj je problematična uporaba socialnih medijev pogostejša pri dekletih (skupno 10,6 %) kot pri fantih (skupno 7,1 %).

Mladostnik kaže znake zasvojenosti z igrami, v kolikor pritrdilno odgovori na 5 od 9 vprašanj o znakih zasvojenosti, med katerimi z da odgovori na vsaj enega od naslednjih treh vprašanj: »Ali si se v zadnjem letu prepiral/-a z drugimi o posledicah svojega vedenja, povezanega z igranjem iger?«, »Ali si v zadnjem letu izgubil/-a zanimanje za hobije ali druge aktivnosti, ker si želel/-a le igrati igre?«, »Ali si v zadnjem letu imel/-a resne konflikte (si se hudo skregal/-a) z družino ali prijatelji zaradi igranja iger?«

Slika 8.3.b. Delež mladostnikov z znaki zasvojenosti z igrami, po spolu in starosti, 2022



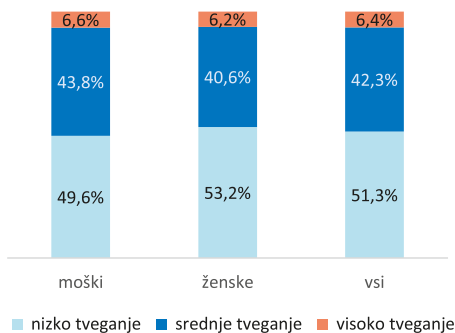
9,1 % mladostnikov kaže prisotnost znakov zasvojenosti z igrami. 17-letniki (7,8 %) se pomembno razlikujejo od 13- (9,9 %) in 15-letnikov (9,7 %). Odstotek je prav tako višji med fanti (13,3 %) kot med dekletimi (4,8 %).

Vir: NIJZ, 2023

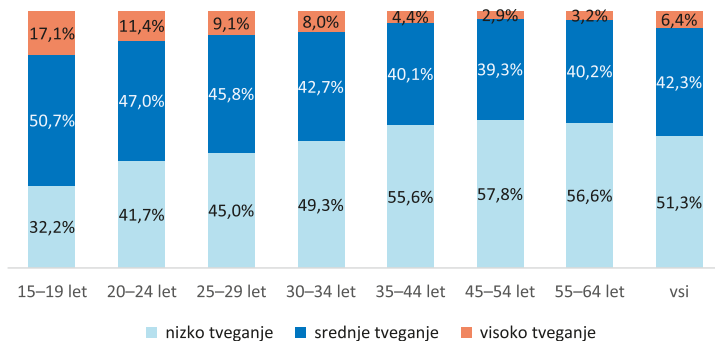
8.4 Razširjenost nekemičnih zasvojenosti

Podatki izhajajo iz Nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah. Rezultati o tveganju uporabi interneta in zasvojenosti temeljijo na Lestvici zasvojenosti z internetom (angl. Internet Disorder Scale, IDS-15), ki so jo izpolnili anketiranci, ki so v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat tedensko uporabljali internet. Na podlagi njihovih odgovorov so bile udeleženke in udeleženci razdeljeni v kategorije z nizkim, zmernim in visokim tveganjem za razvoj zasvojenosti z internetom.

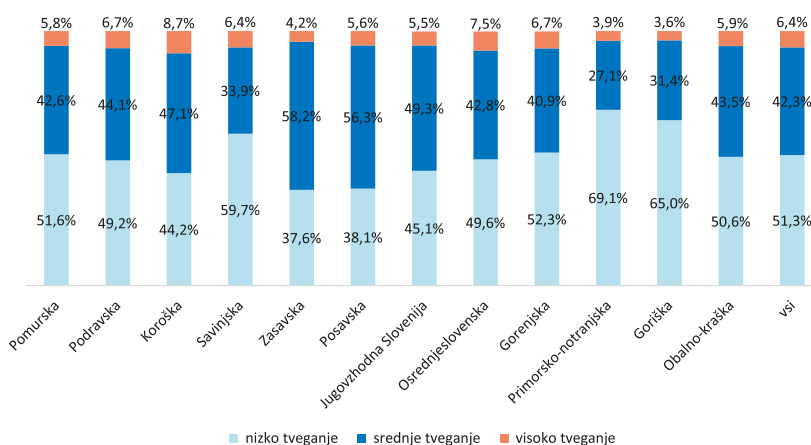
Slika 8.4.a. Delež oseb z nizkim, srednjim in visokim tveganjem za zasvojenost z internetom, ločeno po spolu, 2018



Slika 8.4.b. Delež oseb z nizkim, srednjim in visokim tveganjem za zasvojenost z internetom, ločeno po starosti, 2018



Slika 8.4.c. Delež oseb z nizkim, srednjim in visokim tveganjem za zasvojenost z internetom, ločeno po statističnih regijah, 2018



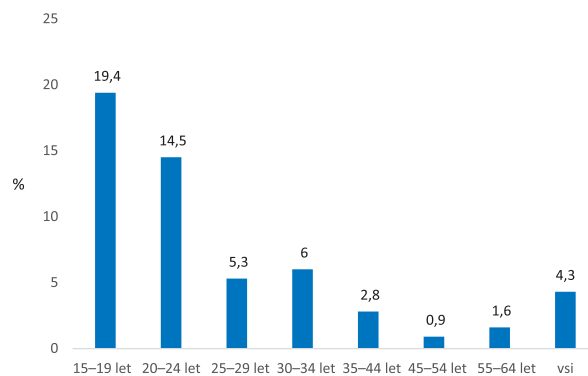
6,4 % anketirancev, ki uporabljajo internet vsaj enkrat tedensko, je bilo uvrščenih v kategorijo z visokim tveganjem za razvoj zasvojenosti z internetom, pri čemer ni večjih razlik med spoloma. S starostjo se delež uporabnikov z visokim tveganjem za nastanek zasvojenosti z internetom zmanjšuje. Med statističnimi regijami ni večjih razlik v odstotku uporabnikov z visokim tveganjem za zasvojenost z internetom, najmanjši delež je v Goriški regiji (3,6 %), največji pa v Koroški regiji (8,7 %).

Rezultati o prekomernem igranju videoiger in zasvojenosti izhajajo iz Lestvice zasvojenosti z videoigami (angl. Internet Gaming Disorder Scale, IGDS9–SF), ki vključuje kakršnokoli igranje iger na računalniku, prenosniku oziroma igralni konzoli ali katerikoli drugi napravi, ki je lahko povezana z internetom ali ne. Lestvico so izpolnjevali anketiranci, ki so v zadnjih 12 mesecih igrali videoigre. Da bi bili igralci uvrščeni med tiste z izrazitimi znaki zasvojenosti, morajo na vsaj pet od devetih vprašanj, povezanih z doživljanjem simptomov, povezanih z igranjem videoiger, odgovoriti z "zelo pogosto".

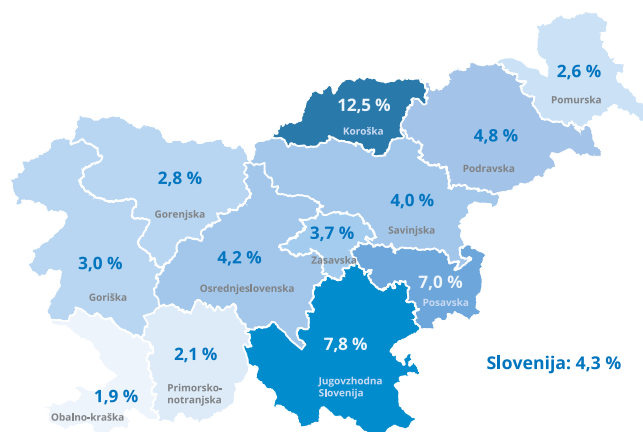
Le 0,3 % anketirancev, ki so v zadnjih 12 mesecih igrali videoigre, je kazalo izrazite znake zasvojenosti z videoigami. Razlike med spoloma so majhne, saj je pri moških igralcih zasvojenost z videoigami rahlo pogostejša (0,4 %) v primerjavi z ženskami (0,1 %).

Rezultati o zasvojenosti z igrami na srečo temeljijo na Berlinskem presejalnem vprašalniku igranja iger na srečo (angl. Berlin Inventory of Gambling Behavior – Screening, BIG–S), ki so ga izpolnili anketiranci, ki so v zadnjih 12 mesecih igrali igre na srečo.

Slika 8.4.d. Delež igralcev iger na srečo z izrazitimi znaki zasvojenosti, ločeno po starosti, 2018



Slika 8.4.e. Delež igralcev iger na srečo z izrazitimi znaki zasvojenosti, ločeno po statističnih regijah, 2018



Izrazite znaki zasvojenosti z igrami na srečo je kazalo 4,3 % anketirancev, ki so v zadnjih 12 mesecih igrali igre na srečo. Odstotek je višji pri moških (5,9 %) v primerjavi z ženskami (1,2 %). Tveganje za razvoj zasvojenosti z igrami na srečo je večje pri mlajših igralcih, v starostni skupini med 15. in 19. let je odstotek tistih z izrazitimi znaki zasvojenosti najvišji (19,4 %). Med statističnimi regijami ni večjih razlik v odstotku igralcev z izrazitimi znaki zasvojenosti, izstopajo Koroška regija (12,5 %), Jugovzhodna Slovenija (7,8 %) in Posavska regija (7,0 %).

Vir: NIJZ, 2018

Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja



Kazalniki o sistemih in storitvah na področju duševnega zdravja odražajo različne vidike upravljanja in financiranja sistemov ter storitev, razpoložljivost delovne sile in uporabe storitev, dostopnost in enake možnosti, ter kakovost in varnost storitev na področju duševnega zdravja. Vključeni kazalniki so ključni za ocenjevanje učinkovitosti delovanja sistemov in storitev ter pomagajo pri izboljševanju oskrbe posameznikov z duševnimi težavami.

9. Upravljanje in financiranje

9.1 Lokalne skupine ali mreže na področju duševnega zdravja

V Sloveniji smo v letu 2023 začeli vzpostavljati Mreže za duševno zdravje. Gre za mreže služb, sektorjev in drugih udeležencev, ki na določenem geografskem območju nudijo podporo prebivalstvu na področju duševnega zdravja. Glavna naloga Mreže za duševno zdravje je s sodelovanjem in soustvarjanjem zagotavljati odgovore na potrebe lokalnega prebivalstva na področju duševnega zdravja.

Slika 9.1. Občine, vključene v mreže na področju duševnega zdravja



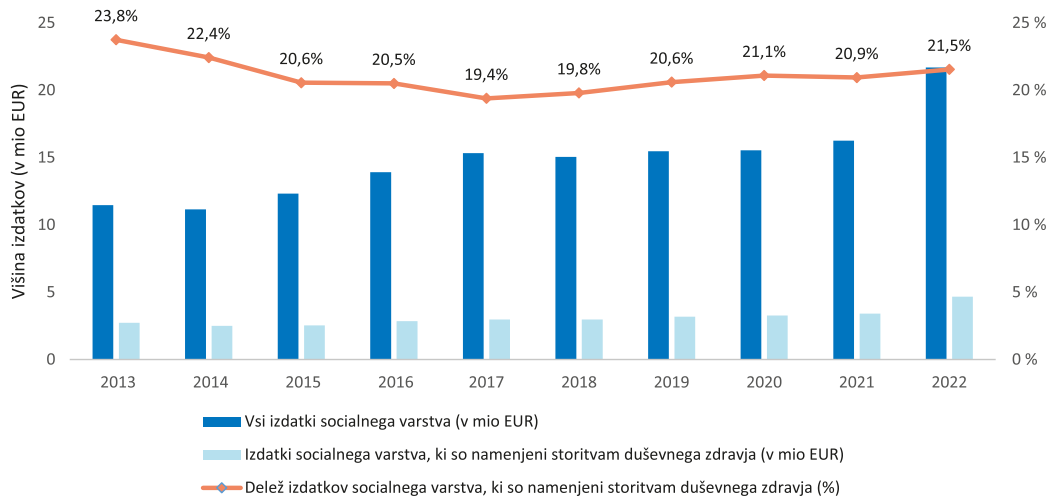
V letu 2023 smo pilotno vzpostavili Mrežo za duševno zdravje – geografska enota Murska Sobota.

Vir: NIJZ, 2023

9.2 Izdatki za programe duševnega zdravja

Izdatki za programe duševnega zdravja odražajo zavezanost družbe in države k skrbi za duševno zdravje svojih državljanov. Prikazujemo podatke o višini sredstev Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) za programe na področju duševnega zdravja v okviru vseh programov na področju socialnega varstva v posameznem letu. Ob tem je pomembno vedeti, da to niso vsi javni viri za socialnovarstvene programe, saj pomemben delež prispevajo tudi občine, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje in še nekateri drugi viri.

Slika 9.3.a. Višina sredstev MDDSZ za vse programe na področju socialnega varstva, višina sredstev za programe na področju duševnega zdravja in njuno razmerje v odstotkih, 2013–2022

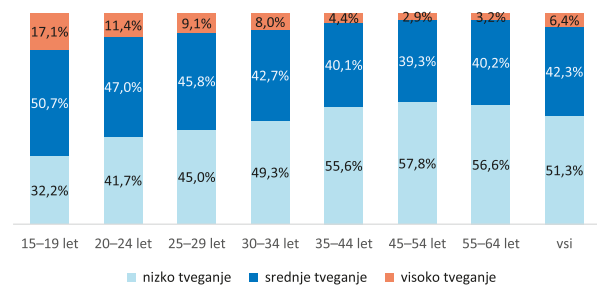


Poraba za programe duševnega zdravja od leta 2013 do 2022 narašča. Delež porabe za programe duševnega zdravja glede na vse programe socialnega varstva je do leta 2017 upadal, od takrat pa rahlo narašča.

Vir: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV), 2023

mrežo za prostovoljstvo v okviru javnih razpisov za podporno okolje, zadnji razpis te vrste je Javni razpis za podporno okolje za razvoj nevladnih organizacij 2019–2023.

Slika 9.3. Višina sredstev MJU za projekte in programe nevladnih organizacij, 2012–2023



Financiranje prostovoljstva vključuje različne vire. V trenutnem prikazu je zajet le vir MJU za financiranje nevladnih organizacij, pri čemer izdatki za prostovoljstvo niso ločeni od ostalih izdatkov.

Vir: Ministrstvo za javno upravo, 2023

9.3 Izdatki za prostovoljstvo

Prikazujemo izdatke Ministrstva za javno upravo (MJU) za projekte oziroma programe nevladnih organizacij. Gre za kompleksne projekte in programe, kjer izdatki za prostovoljstvo niso ločeni od ostalih izdatkov (plač, potnih stroškov, stroškov zunanjih izvajalcev, pavšalnih stroškov, ipd.). Prav tako prostovoljstvo podpirajo tudi druga ministrstva prek svojih programov in občine, ki v kazalnik niso vključeni.

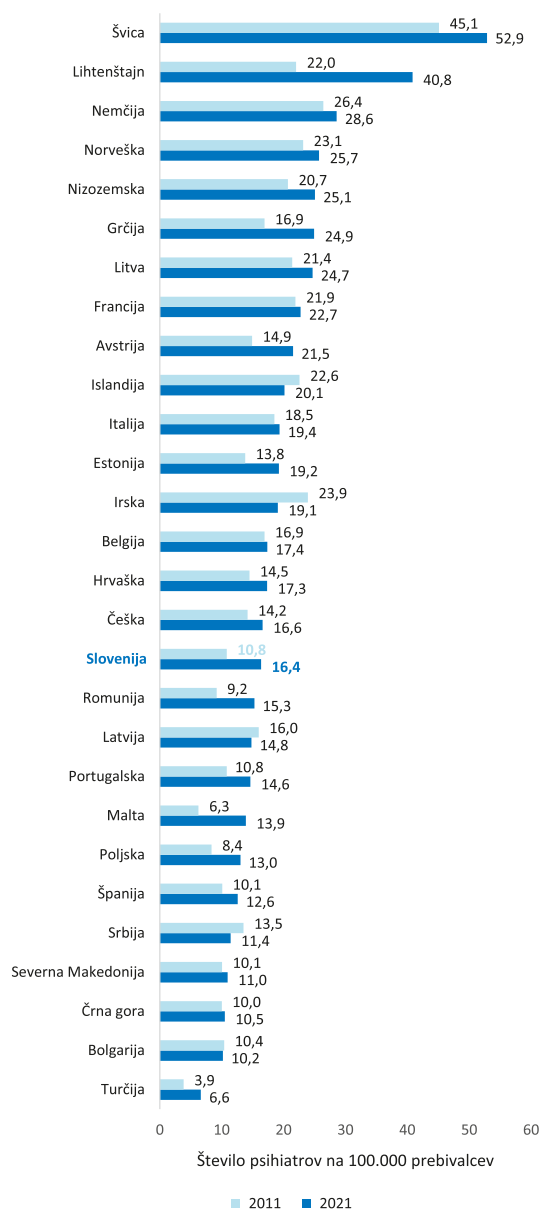
Prostovoljstvu je prvenstveno namenjen Javni razpis za razvoj prostovoljskih organizacij (zaposlitve mentorjev in koordinatorjev prostovoljstva) kot tudi delno Javni razpis za razvoj in profesionalizacijo nevladnih organizacij in prostovoljstva 2019. Od leta 2008 MJU financira tudi

10. Razpoložljiva delovna sila

10.1 Delavci v storitvah duševnega zdravja za celotno populacijo

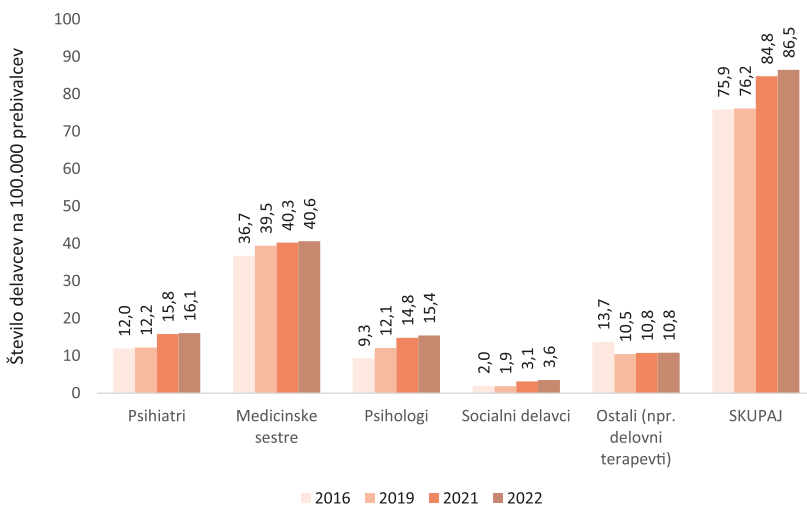
Kazalnik prikazuje število delavcev v storitvah duševnega zdravja na 100.000 prebivalcev, ločeno po poklicnih skupinah.

Slika 10.1.a. Mednarodna primerjava števila psihiatrov na 100.000 prebivalcev, 2011 in 2021



Med letoma 2011 in 2021 se je v večini držav EU povečalo število psihiatrov. Največje povečanje je bilo v Grčiji, na Malti, v Avstriji in Romuniji. Nasprotno je Irska beležila največji padec števila psihiatrov. V Sloveniji je bilo leta 2021 5,6 psihiatrov na 100.000 prebivalcev več kot leta 2011. Kljub temu se Slovenija še vedno uvršča v spodnjo polovico držav EU po številu psihiatrov.

Slika 10.1.b. Število delavcev v storitvah duševnega zdravja na 100.000 prebivalcev

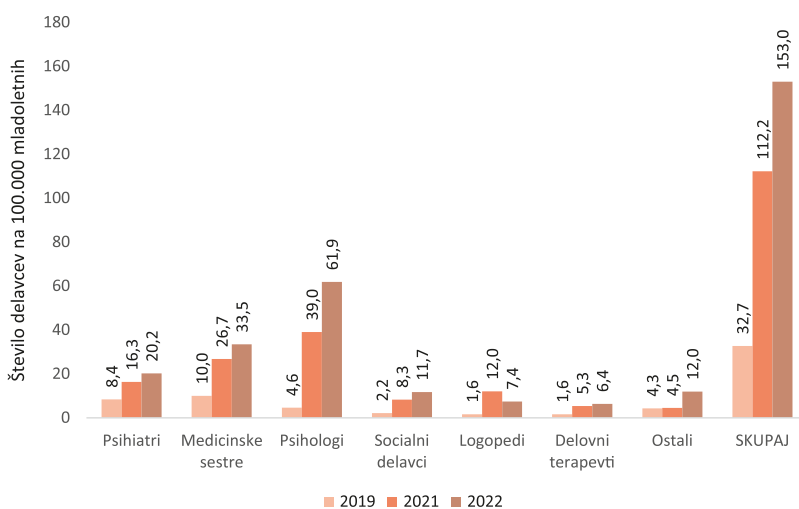


Od leta 2019 se je število zaposlenih v storitvah duševnega zdravja povečalo, kar je posledica ustanovitve Centrov za duševno zdravje na primarni ravni zdravstvenega sistema.

10.2 Delavci v storitvah duševnega zdravja otrok in mladostnikov

Kazalnik prikazuje število delavcev v storitvah duševnega zdravja otrok in mladostnikov na 100.000 mladoletnih prebivalcev, ločeno po poklicnih skupinah. Pri številu psihologov v storitvah duševnega zdravja otrok in mladostnikov niso upoštevani klinični psihologi, ki hkrati zagotavljajo storitve za odrasle.

Slika 10.2.a. Število delavcev v storitvah duševnega zdravja otrok in mladostnikov na 100.000 mladoletnih



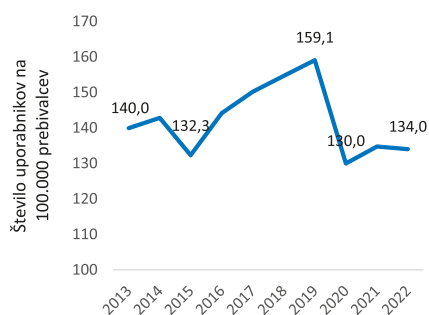
Od leta 2019 se je število zaposlenih v storitvah duševnega zdravja povečalo, kar je posledica ustanovitve Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov na primarni zdravstveni ravni.

11. Razpoložljivost in uporaba storitev

11.1 Uporabniki storitev dnevni centrov

Kazalnik prikazuje število polnoletnih uporabnikov storitev dnevni centrov na 100.000 odraslih prebivalcev.

Slika 10.1. Število polnoletnih uporabnikov storitev dnevni centrov na 100.000 odraslih



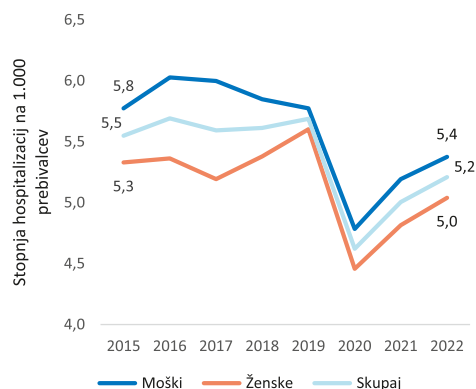
Stopnja polnoletnih uporabnikov se v zadnjem desetletju giblje med 130,0 in 159,1 na 100.000 prebivalcev. Med leti 2015 in 2019 je stopnja uporabnikov naraščala, nato pa je bil v času pandemije covid-19 zabeležen upad.

Vir: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV), 2023

11.2 Obravnave vseh prebivalcev Slovenije v storitvah duševnega zdravja

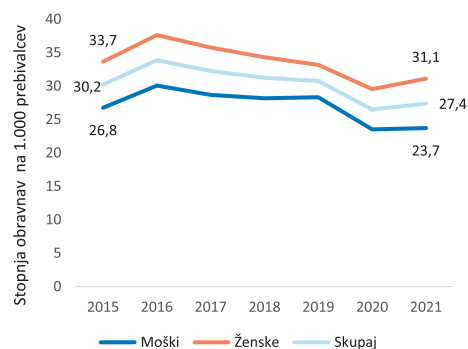
V kazalniku prikazujemo hospitalizacije za psihiatrično zdravljenje in obravnave duševnih in vedenjskih motenj na sekundarni zdravstveni ravni. Kazalnik zajema vso slovensko populacijo.

Slika 11.2.a. Stopnja hospitalizacij za psihiatrično zdravljenje na 1.000 prebivalcev, ločeno po spolu, 2015–2022



Za psihiatrično zdravljenje je hospitaliziranih več moških kot žensk, pri čemer se je stopnja hospitalizacij zmanjšala med pandemijo covid-19.

Slika 11.2.b. Stopnja poročenih zaključenih obravnav na 1.000 prebivalcev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti, pri katerih je bil razlog obravnave duševna motnja, ločeno po spolu, 2015–2021

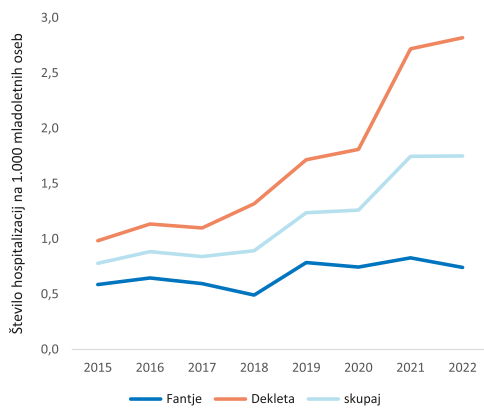


Več žensk kot moških je vključenih v specialistično zunajbolnišnično obravnavo duševne motnje. Stopnja zaključenih obravnav je v obdobju 2015–2021 rahlo upadla.

11.3 Obravnave otrok in mladostnikov v storitvah duševnega zdravja

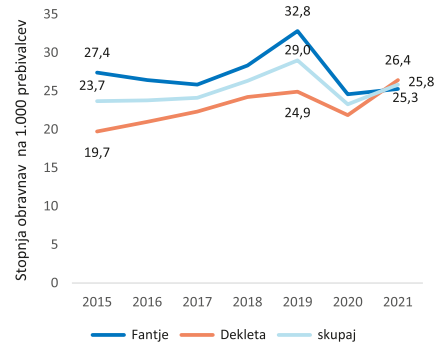
V prvem delu kazalnika prikazujemo hospitalizacije za psihiatrično zdravljenje mladoletnih oseb. V drugem delu kazalnika so vključene obravnave duševnih in vedenjskih motenj na sekundarni zdravstveni ravni za mlade od 0 do 19 let.

Slika 11.3.a. Stopnja hospitalizacij otrok in mladostnikov za psihiatrično zdravljenje na 1.000 mladoletnih oseb, ločeno po spolu, 2015–2022



Stopnja hospitalizacij otrok in mladostnikov se je med letoma 2015 in 2022 povečala, zlasti pri dekletih. Pomembno je omeniti, da je leta 2019 začela delovati enota za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana, kar je prispevalo k povečanju razpoložljive kapacitete postelj za hospitalizacije otrok in mladostnikov za psihiatrično zdravljenje.

Slika 11.2.b. Stopnja poročanih zaključenih obravnav 0–19 letnikov na 1.000 prebivalcev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti, pri katerih je bil razlog obravnave duševna motnja, ločeno po spolu, 2015–2021

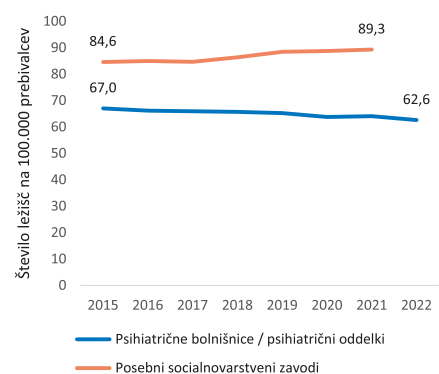


Do leta 2020 je bilo v specialistično zunajbolnišnično obravnavo duševnih motenj vključenih več fantov kot deklet. Vrh stopnje zaključenih obravnav je bil dosežen leta 2019 pri obeh spolih. V letu 2021 je pa je stopnja zaključenih obravnav pri dekletih presegla stopnjo zaključenih obravnav pri fantih.

11.4 Kapaciteta postelj na področju duševnega zdravja

Prikazujemo število vseh ležišč na 100.000 prebivalcev, ki so v Sloveniji na voljo v okviru psihiatrične bolnišnične obravnave in v posebnih socialnovarstvenih zavodih.

Slika 11.4. Število ležišč na 100.000 prebivalcev v psihiatrični bolnišnični obravnavi in v posebnih socialnovarstvenih zavodih



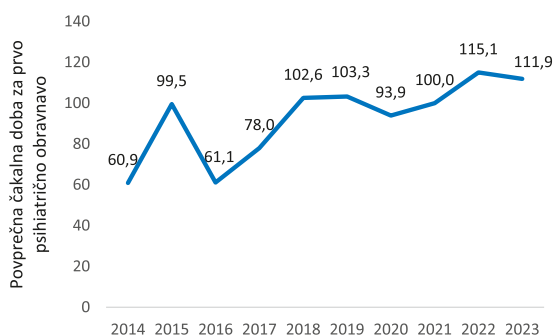
Od leta 2015 do 2022 se je kapaciteta ležišč v psihiatrični bolnišnični obravnavi zmanjšala. Po drugi strani se je med leti 2015 in 2021 kapaciteta ležišč v posebnih socialnovarstvenih zavodih povečala.

12. Dostopnost in enake možnosti

12.1 Čakalne dobe za storitve na področju duševnega zdravja

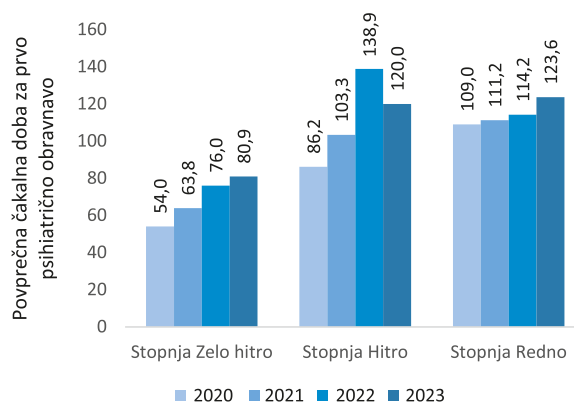
Kazalnik se nanaša na čakalno dobo (v dnevih) vseh, ki so vpisani na seznam in čakajo na prvo psihiatrično obravnavo.

Slika 12.1.a. Povprečna čakalna doba vseh, ki so vpisani na seznam in čakajo na prvo psihiatrično obravnavo ne glede na stopnjo nujnosti, 2014–2023



Povprečna čakalna doba za prvo psihiatrično obravnavo je dosegla vrh leta 2022. V obdobju 2014–2023 je opazno rahlo podaljšanje povprečne čakalne dobe.

Slika 12.1.b. Povprečna čakalna doba vseh, ki so vpisani na seznam in čakajo na prvo psihiatrično obravnavo glede na stopnjo nujnosti, 2020–2023

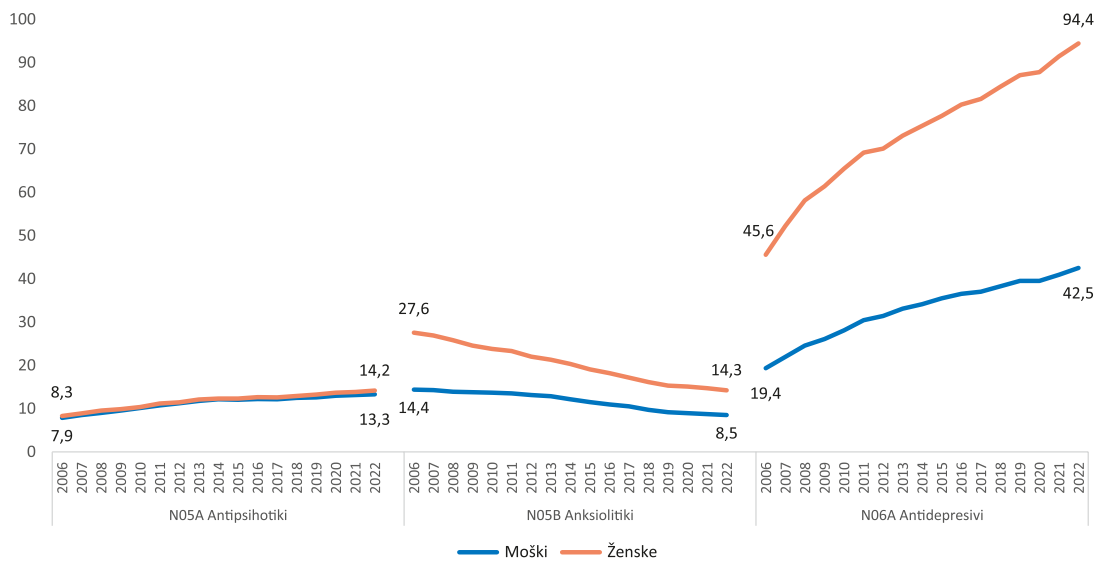


Med letoma 2020 in 2023 je pri vseh stopnjah nujnosti prišlo do povečanja povprečne čakalne dobe za prvo psihiatrično obravnavo. Izjema so obravnave s stopnjo hitro, pri katerih je bila povprečna čakalna doba leta 2023 nižja kot leta 2022.

12.2 Poraba psihoaktivnih zdravil

Prikazujemo porabo treh skupin psihoaktivnih zdravil, in sicer N06A (antidepresivi), N05B (anksiolitiki) in N05A (antipsihotiki). Porabo zdravil prikazujemo izraženo v številu definiranih dnevih odmerkov (DDD) na 1000 prebivalcev na dan.

Slika 12.2. Poraba psihoaktivnih zdravil (ATC N05A, N05B, N06A) v definiranih dnevni odmerkih (DDD) na 1000 prebivalcev na dan



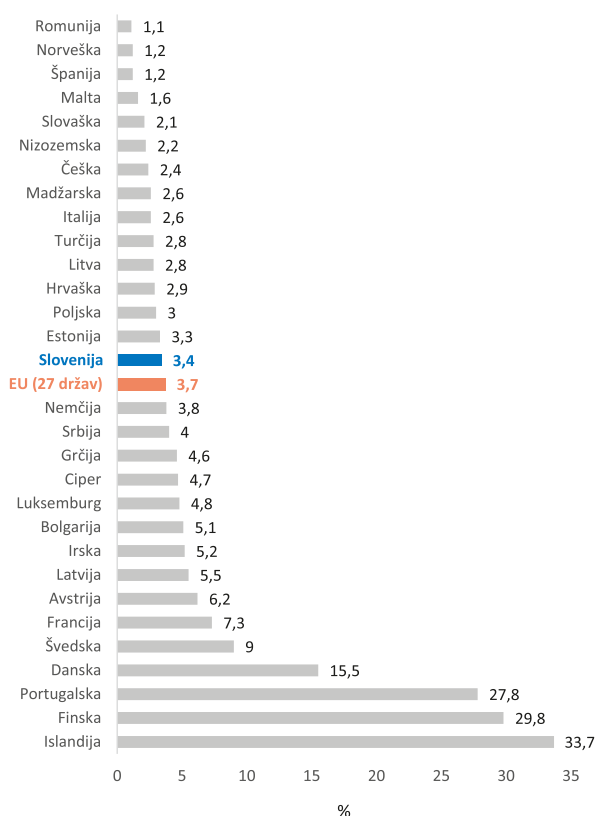
V skladu z doktrino predpisovanja poraba anksiolitikov postopno pada, medtem ko poraba antidepresivov narašča. Prav tako narašča poraba antipsihotikov. Anksiolitiki in antidepresivi so pogosteje predpisani ženskam.

Vir: NIJZ, 2023

12.3 Neizpolnjene potrebe po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov

Kazalnik predstavlja delež oseb, ki so v zadnjih 12 mesecih potrebovale storitev s področja varovanja duševnega zdravja (npr. obisk pri psihologu ali psihiatru), pa si je niso mogle privoščiti. Ocena deleža temelji na podatkih evropske raziskave Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS), ki je izvedena med splošnim prebivalstvom, starim 15 let ali več.

Slika 12.3.a. Mednarodna primerjava deleža oseb, ki poročajo o neizpoljenih potrebah po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov, 2019

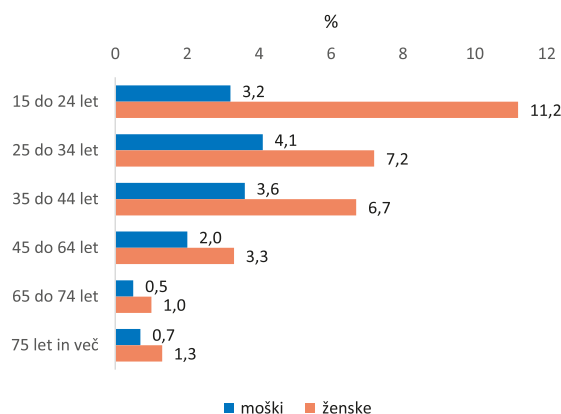


Leta 2019 je v Sloveniji 3,7 % oseb poročalo, da so v zadnjih 12 mesecih potrebovale storitev s področja varovanja duševnega zdravja, pa si je niso mogle privoščiti. Delež je zelo podoben povprečju EU, ki je znašalo 3,4 %. Najnižji delež oseb, ki si storitev niso

mogle privoščiti, je v Romuniji (1,1 %), najvišji pa na Islandiji (33,7 %).

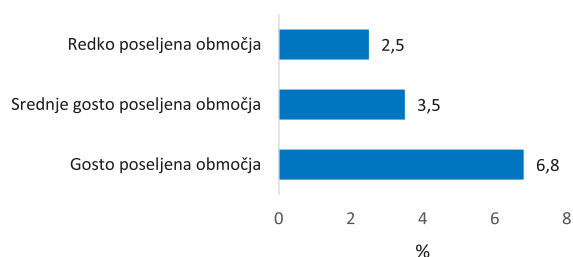
Med leti 2014 in 2019 je v Sloveniji delež oseb, ki so v zadnjih 12 mesecih potrebovale storitev s področja varovanja duševnega zdravja, pa si je niso mogle privoščiti narasel za 0,9 odstotne točke, saj je leta 2014 znašal 2,5 %.

Slika 12.3.b. Delež oseb, ki poročajo o neizpoljenih potrebah po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov v Sloveniji, ločeno po spolu in starostnih skupinah, 2019



O neizpoljenih potrebah po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov v večji meri poročajo ženske in mlajše osebe. Mlajših žensk, starih od 15 do 24 let, ki si ne morejo privoščiti storitev s področja varovanja duševnega zdravja, je 11,2 %.

Slika 12.3.c. Delež oseb, ki poročajo o neizpoljenih potrebah po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov v Sloveniji, glede na stopnjo urbanizacije, 2019



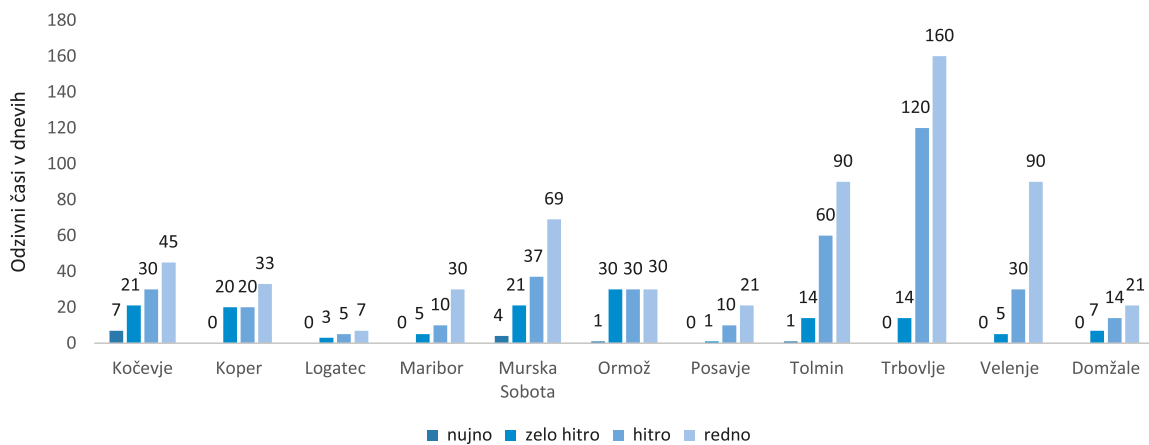
Največji delež oseb, ki zaradi finančnih razlogov poročajo o neizpoljenih potrebah po varovanju duševnega zdravja, prihaja z gosto poseljenih območij.

Vir: Eurostat, 2023

12.4 Odzivnost in pretočnost Centrov za duševno zdravje

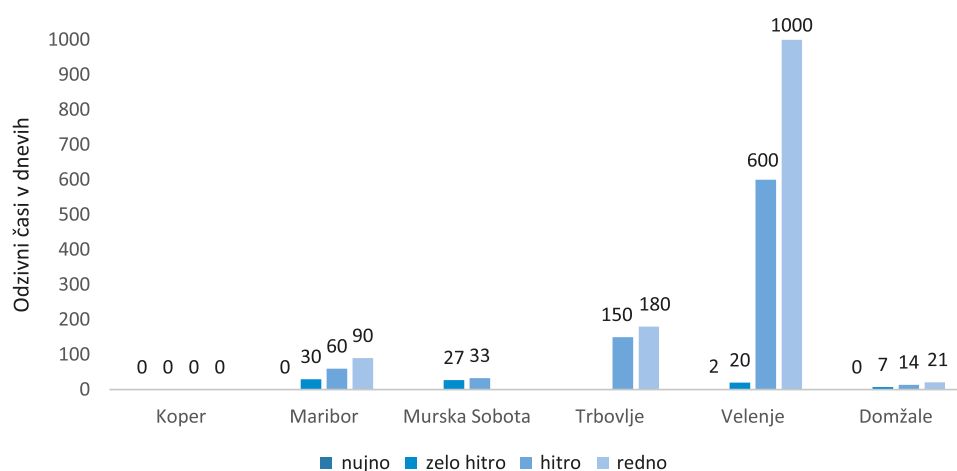
Odzivnost Centrov za duševno zdravje prikazujemo z odzivnim časom v dnevih, glede na stopnjo nujnosti. V letu 2022 nekateri Centri za duševno zdravje odraslih bodisi še niso poročali o odzivnih časih bodisi še niso bili v celoti vzpostavljeni. Odzivni časi so prikazani ločeno glede na ambulantno in skupnostno obravnavo v posameznem centru.

Slika 12.4.a. Odzivni časi v ambulantni obravnavi pri psihiatru v Centrih za duševno zdravje odraslih glede na stopnjo nujnosti, 2022



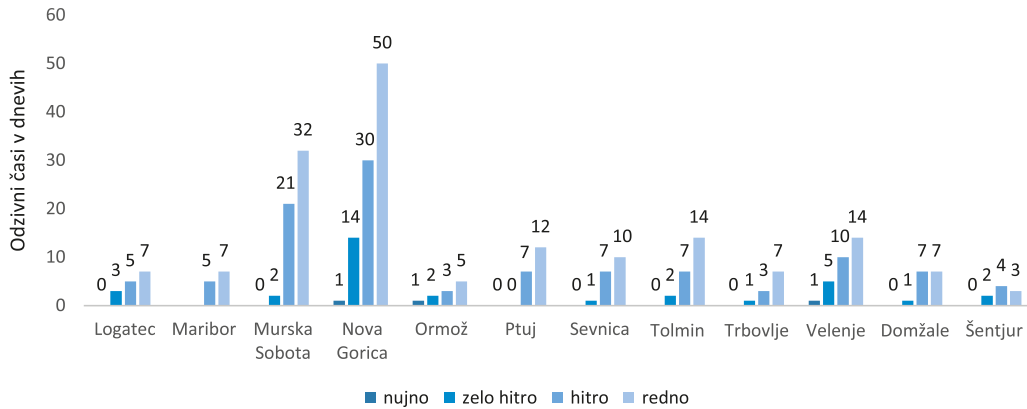
Odzivni časi v ambulantni obravnavi pri psihiatru se najbolj razlikujejo pri stopnjah nujnosti hitro in redno. Najkrajši odzivni čas pri stopnjah nujnosti hitro in redno je bil zabeležen v Logatcu, najdaljši pa v Trbovljah.

Slika 12.4.b. Odzivni časi v ambulantni obravnavi pri kliničnem psihologu v Centrih za duševno zdravje odraslih glede na stopnjo nujnosti, 2022



O odzivnih časih v ambulantni obravnavi pri kliničnem psihologu je poročalo le majhno število Centrov za duševno zdravje odraslih. Najkrajši odzivni časi so bili zabeleženi v Kopru.

Slika 12.4.c. Odzivni časi v skupnostni obravnavi Centrov za duševno zdravje odraslih glede na stopnjo nujnosti, 2022

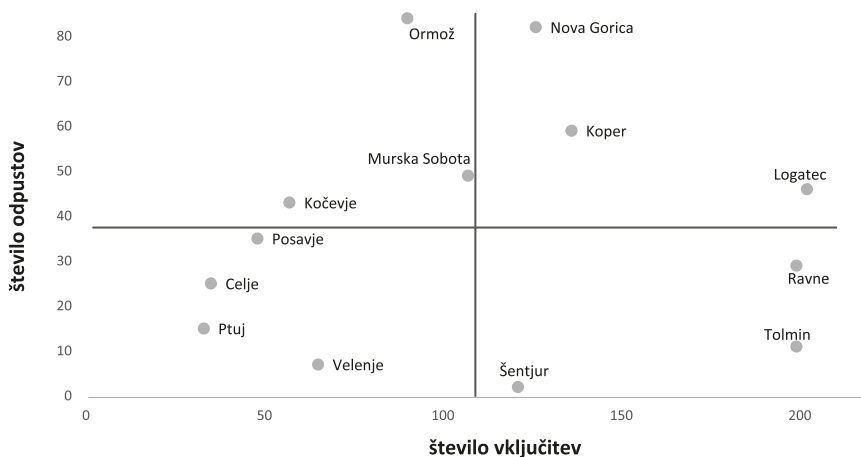


Poročani odzivni časi kažejo, da je bil v letu 2022 najdaljši odzivni čas v skupnostni obravnavi Centra za duševno zdravje Murska Sobota in Nova Gorica.

Pretočnost Centrov za duševno zdravje prikazujemo s številom vključitev in številom odpustov iz obravnav. Visoko pretočni Centri za duševno zdravje so tisti, ki imajo hkrati visoko število vključitev in odpustov, nizko pretočni pa tisti, ki imajo hkrati nizko število vključitev in odpustov.

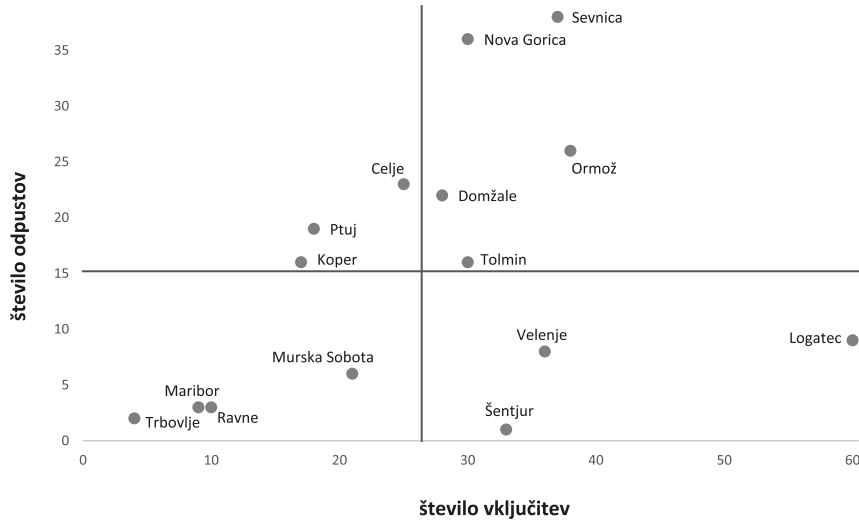
Nekateri Centri za duševno zdravje odraslih se v letu 2022 še niso vključili v poročanje o številu vključitev in odpustov iz obravnav. Primerljivost podatkov med različnimi centri je oslABLJENA zaradi različnih faz vzpostavljanja in razvoja posameznih centrov. Novoustanovljeni centri običajno beležijo visoko število vključenih pacientov in hkrati malo odpustov. Z vzpostavitvijo celotne mreže, znotraj katere bodo centri v dovršeni fazi razvoja, bo primerljivost podatkov med centri postajala vedno boljša.

Slika 12.4.d. Število vključitev in odpustov iz ambulantnih obravnav v Centrih za duševno zdravje odraslih, IV. četrletje 2022



Najboljša pretočnost je v ambulantni obravnavi Centrov za duševno zdravje Nova Gorica, Koper in Logatec.

Slika 12.4.e. Število vključitev in odpustov iz skupnostnih obravnav v Centrih za duševno zdravje odraslih, IV. četrletje 2022



Najboljša pretočnost je v skupnostni obravnavi Centrov za duševno zdravje Sevnica, Nova Gorica, Ormož, Domžale in Tolmin.

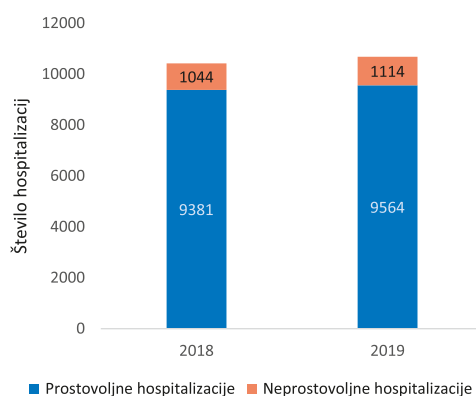
Vir: NIJZ, 2023

13. Kakovost in varnost storitev

13.1 Neprostopoljne hospitalizacije za psihiatrično zdravljenje

Kazalnik prikazuje število hospitaliziranih oseb za psihiatrično zdravljenje, razčlenjeno po prostovoljnih in neprostopoljnih hospitalizacijah.

Slika 13.2. Število prostovoljnih in neprostopoljnih hospitalizacij za psihiatrično zdravljenje



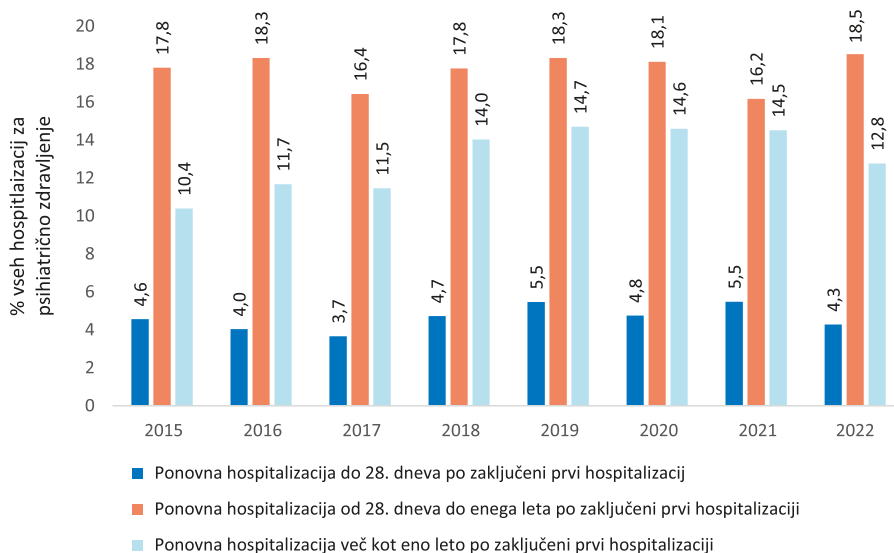
Leta 2018 je bilo 90,0 % hospitalizacij prostovoljnih, leta 2019 pa 89,6 %.

Vir: NIJZ, 2023; Vrhovno sodišče Republike Slovenije, 2020

13.2 Delež ponovno hospitaliziranih v psihiatrično ustanovo

Kazalnik prikazuje delež oseb, ki so bile ponovno hospitalizirane za psihiatrično zdravljenje zaradi iste glavne diagnoze po zaključeni prvi hospitalizaciji, glede na vse hospitalizacije za psihiatrično zdravljenje. Delež ponovno hospitaliziranih je razdeljen v tri časovne intervale od odpusta: do 28. dneva po zaključeni prvi hospitalizaciji, od 28. dneva do enega leta ter več kot eno leto po zaključeni prvi hospitalizaciji.

Slika 13.2. Delež ponovno hospitaliziranih za psihiatrično zdravljenje, izražen kot odstotek vseh hospitalizacij za psihiatrično zdravljenje, 2015–2022



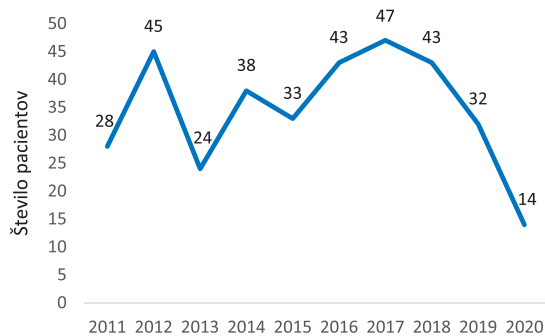
Delež ponovno hospitaliziranih v psihiatrično ustanovo se med leti 2015 in 2022 ni bistveno spremenil. Največ ponovnih hospitalizacij je zabeleženih v času od enega meseca do enega leta po zaključeni prvi hospitalizaciji.

Vir: NIJZ, 2023

13.3 Pacienti, ki so hospitalizirani za psihiatrično zdravljenje skupaj več kot eno leto

Dolgotrajna hospitalizacija je pomemben kazalnik v okviru prizadevanj za premik oskrbe iz bolnišničnega okolja v bolj skupnostno usmerjene storitve za duševno zdravje. Prikazujemo število oseb, ki so v Sloveniji hospitalizirane za psihiatrično zdravljenje skupaj več kot eno leto.

Slika 13.3. Število oseb, ki so hospitalizirane za psihiatrično zdravljenje skupaj več kot eno leto



Število oseb, ki so dolgotrajno hospitalizirane, je bilo skozi celotno obdobje 2011–2020 manjše od 50. Največ dolgotrajno hospitaliziranih oseb na psihiatričnem zdravljenju je bilo leta 2017. Od takrat dalje se število dolgotrajno hospitaliziranih postopno zmanjšuje.

Vir: WHO, European Health Information Gateway, 2021

Izidi na področju duševnega zdravja

Z izidi na področju duševnega zdravja opisujemo različne vidike, ki segajo od razširjenosti duševnih motenj in duševnega blagostanja do zdravstvenih, socialnih in finančnih posledic, ki izhajajo iz stanja duševnega zdravja prebivalstva. Izidi zajemajo tudi kakovost življenja oseb, ki se soočajo z duševno motnjo. Za celovito razumevanje duševnega zdravja so pomembni tako kazalniki psihopatologije kot tudi kazalniki pozitivnega duševnega zdravja. Ti vključujejo občutek sreče, zadovoljstva in smisla življenja, dobre medosebne odnose ter sposobnost prilagajanja. Izidi na področju duševnega zdravja pomagajo razumeti vpliv težav z duševnim zdravjem na posameznike in družbo ter opredeliti področja, ki zahtevajo posebno pozornost in ukrepe za izboljšanje stanja duševnega zdravja posameznikov in skupnosti.

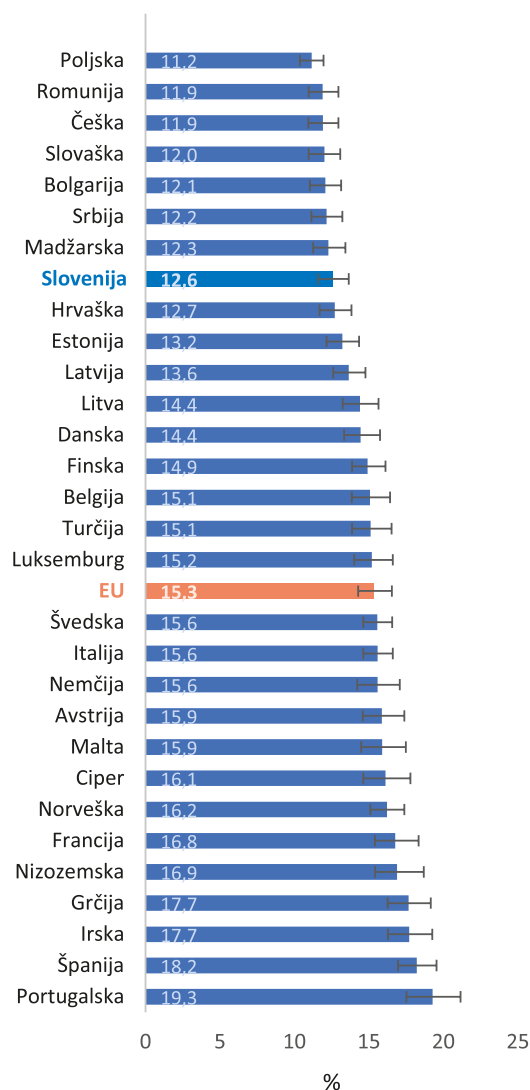
14. Razširjenost duševnih težav in pozitivno duševno zdravje

14.1 Prevalenca duševnih motenj

Ocena razširjenosti duševnih motenj temelji na podatkih iz baz Inštituta za zdravstvene meritve in vrednotenje (Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) ter zajema različne vrste duševnih motenj. IHME uporablja različne vire podatkov, kot so nacionalni zdravstveni registri, raziskave, bolnišnični podatki in druge razpoložljive informacije, da bi razumeli razširjenost in vpliv duševnih motenj na prebivalstvo. Vrednosti kazalnika za

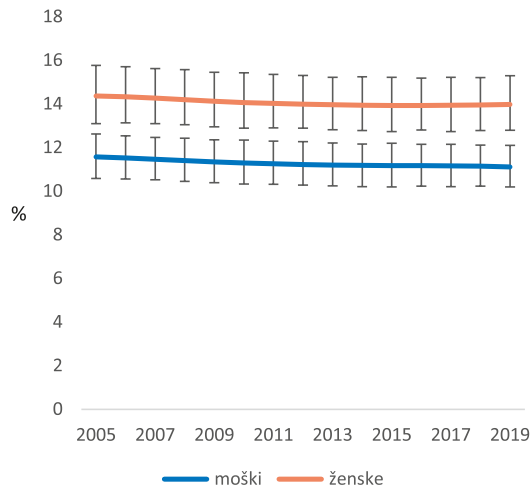
države, ki ne razpolagajo s podatki o prevalenci posameznih duševnih motenj, so preračunane z uporabo modelnih meta-analitičnih metod.

Slika 14.1.a. Mednarodna primerjava prevalence duševnih motenj s 95 % intervali zaupanja, 2019



Prevalenca duševnih motenj v Sloveniji je leta 2019 znašala 12,6 %, kar je nižje od povprečja držav EU, ki je bilo 15,3 %. Ocene prevalence duševnih motenj se v državah EU gibljejo od 11,2 % na Poljskem do 19,3 % na Portugalskem.

Slika 14.1.b. Prevalenca duševnih motenj po spolu v Sloveniji, 2005–2019



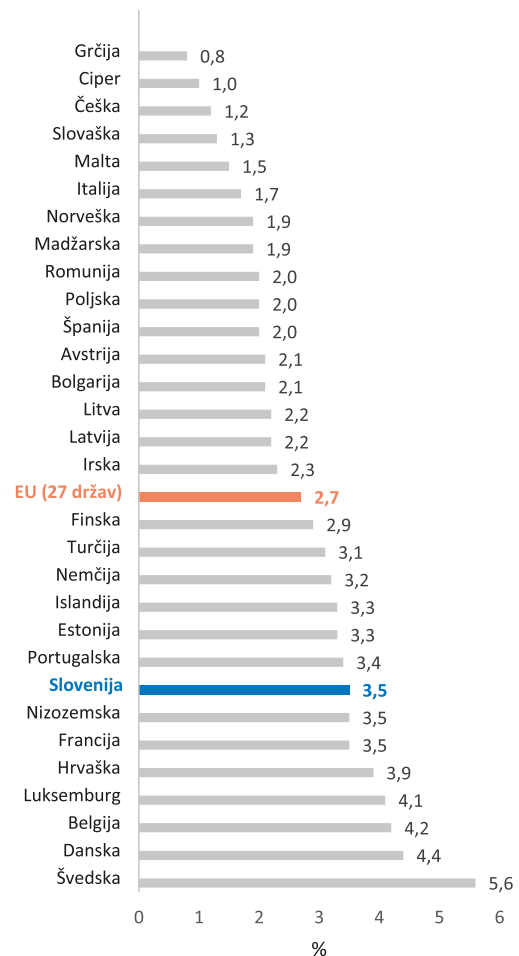
Prevalenca duševnih motenj je pri ženskah višja kot pri moških. Med obdobjem 2005–2022 se je prevalenca duševnih motenj ohranila približno enaka oziroma se je pri obeh spolih zmanjšala za manj kot en odstotek.

Vir: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2019

14.2 Razširjenost simptomov velike depresivne motnje

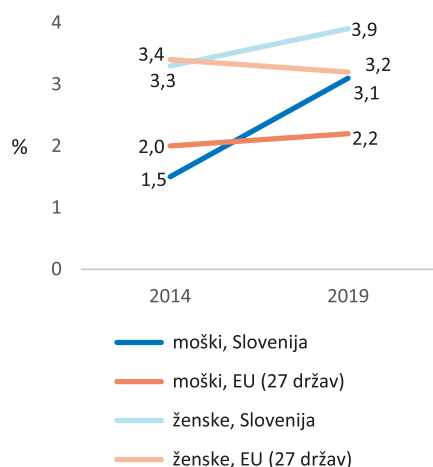
Ocena razširjenosti simptomov velike depresivne motnje izhaja iz evropske raziskave Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS), ki je izvedena med splošnim prebivalstvom, starim 15 let ali več. Gre za samooceno simptomov depresije, kjer anketiranec s seznama izbere simptome, ki jih je doživel v zadnjih dveh tednih pred anketiranjem, in pove pogostost simptomov. Ocena razširjenosti je delež oseb, ki so v zadnjih dveh tednih zaznale tako kombinacijo in pogostost simptomov, ki sta značilni za veliko depresivno motnjo. Kazalnik meri prevalenco v časovni točki (v času izvedbe raziskave).

Slika 14.2.a. Mednarodna primerjava deleža oseb s simptomi, ki so značilni za veliko depresivno motnjo, 2019



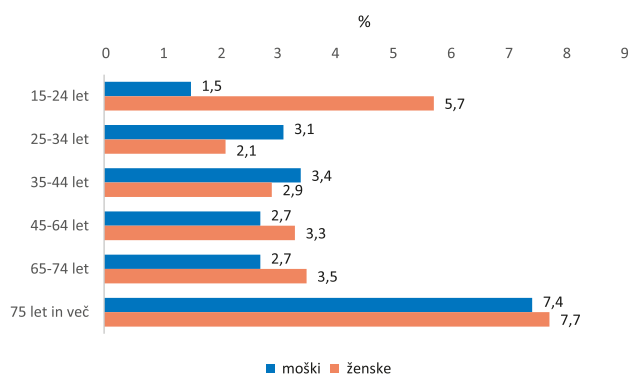
Ocena prevalence simptomov velike depresivne motnje v Sloveniji znaša 3,5 %, kar je višje od povprečja držav EU, ki znaša 2,7 %. Enak delež simptomov je bil zabeležen tudi na Nizozemskem in v Franciji. Višji deleži so bili zabeleženi le na Hrvaškem, v Luksemburgu, Belgiji, na Danskem in Švedskem.

Slika 14.2.b. Delež oseb s simptomi, ki so značilni za veliko depresivno motnjo v Sloveniji in EU-27, 2014 in 2019



Leta 2014 je bilo razširjenost simptomov velike depresivne motnje pri Slovenkah podobna povprečju EU, pri moških prebivalcih pa nekoliko pod povprečjem EU. Leta 2019 je prišlo med slovenskim prebivalstvom do porasta simptomov velike depresije, še posebej pri moških.

Slika 14.2.c. Delež oseb s simptomi, ki so značilni za veliko depresivno motnjo, Slovenija, 2019



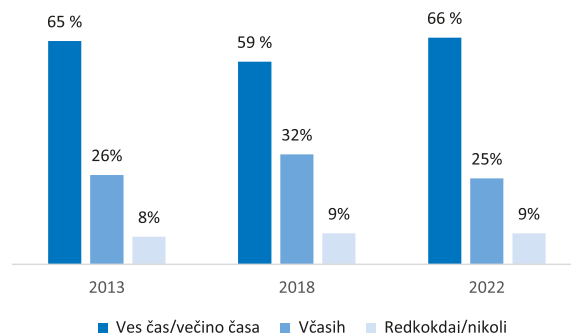
Razširjenost simptomov depresije je rahlo večja pri ženskah. Pri osebah, starih 75 let in več, je delež tistih s simptomi velike depresivne motnje višji kot pri mlajših udeležencih. Izstopajo tudi ženske, stare od 15 do 24 let, pri katerih delež velike depresivne motnje znaša 5,7 %.

Vir: Eurostat, 2023; NIJZ, 2023

14.3 Sreča

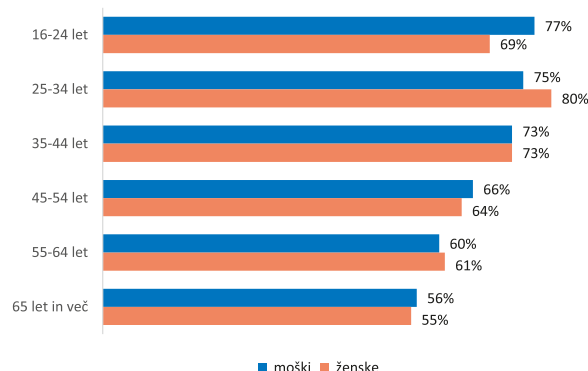
Sreča se nanaša na subjektivno oceno osebe, koliko časa je bila v zadnjih štirih tednih pred anketiranjem srečna (ves čas, večino časa, včasih, redkokdaj, nikoli). Vključene so osebe, stare 16 let ali več.

Slika 14.3.a. Delež oseb po občutenju sreče v zadnjih 4 tednih pred anketiranjem



Leta 2022 je bilo 66 % ljudi nenehno ali večino časa srečnih, kar predstavlja večji delež v primerjavi s prejšnjimi merjenji. Delež ljudi, ki so bili redkokdaj ali nikoli srečni, je bil leta 2022 podoben deležu iz leta 2018, pri čemer je bil za eno odstotno točko višji kot leta 2013.

Slika 14.3.b. Delež oseb, ki so v zadnjih 4 tednih pred anketiranjem občutili srečo ves čas ali večino časa, ločeno po spolu in starosti, 2022



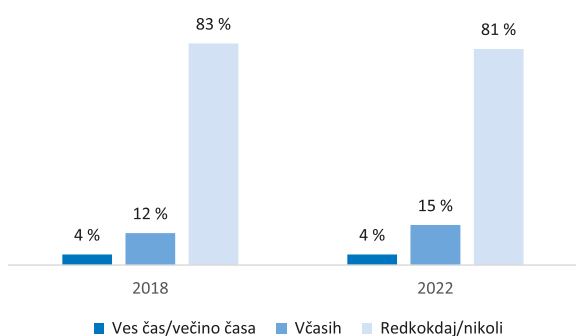
Med spoloma ni bistvenih razlik v doživljanju sreče, vendar opažamo, da se delež oseb, ki so bili ves čas ali večino časa srečni, zmanjšuje s starostjo.

Vir: SURS, 2023

14.4 Osamljenost

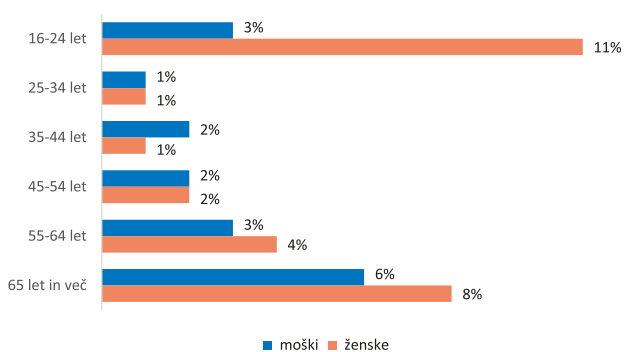
Osamljenost se nanaša na subjektivno oceno osebe, koliko časa se je v zadnjih štirih tednih pred anketiranjem počutila osamljeno (ves čas, večino časa, včasih, redkokdaj, nikoli). Vključene so osebe, stare 16 let ali več.

Slika 14.4.a. Delež oseb po občutenju osamljenosti v zadnjih 4 tednih pred anketiranjem



Leta 2022 je bilo 4 % ljudi ves čas ali večino časa osamljenih, kar predstavlja enak delež kot v letu 2018. Delež ljudi, ki se redkokdaj ali nikoli počutijo osamljene, je bil v letu 2022 za dve odstotni točki nižji v primerjavi s prejšnjim merjenjem.

Slika 14.4.b. Delež oseb, ki so v zadnjih 4 tednih pred anketiranjem občutili osamljenost ves čas ali večino časa, ločeno po spolu in starosti, 2022



Delež oseb, ki se počutijo osamljene, je najvišji pri ženskah, starih od 16 do 24 let, kjer znaša 11 %. V isti starostni skupini je 3 % moških izrazilo občutek osamljenosti ves

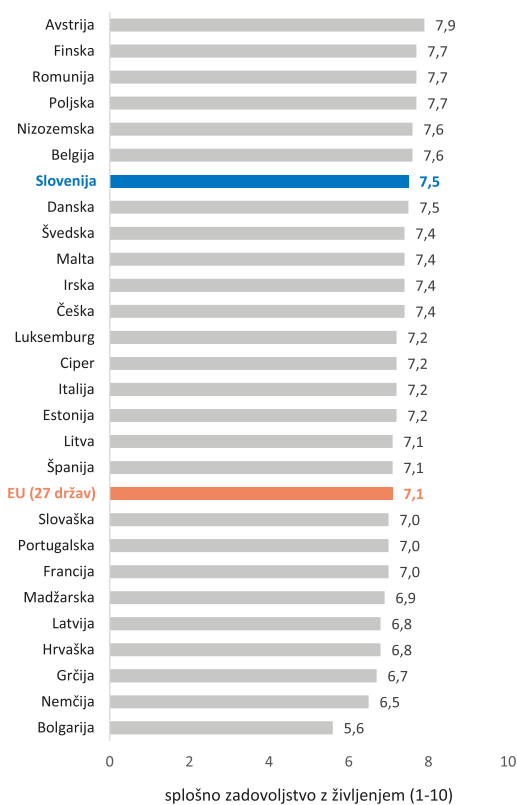
čas ali večino časa. Po dopolnjenem 25. letu rahlo narašča delež oseb, ki so izrazile občutek osamljenosti ves čas ali večino časa.

Vir: SURS, 2023

14.5 Zadovoljstvo z življenjem

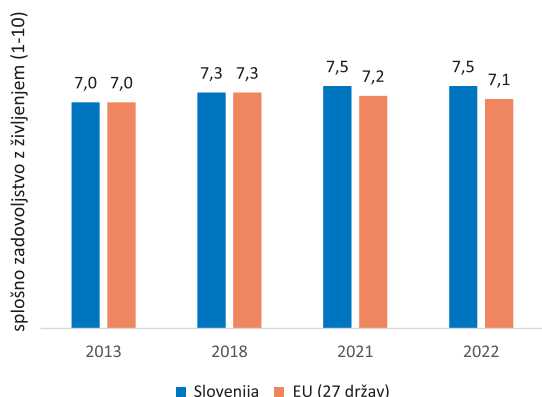
Kazalnik se nanaša na oceno splošnega zadovoljstva z življenjem na lestvici od 0 do 10 (višja ocena označuje višje zadovoljstvo).

Slika 14.5.a. Mednarodna primerjava splošnega zadovoljstva z življenjem, 2022



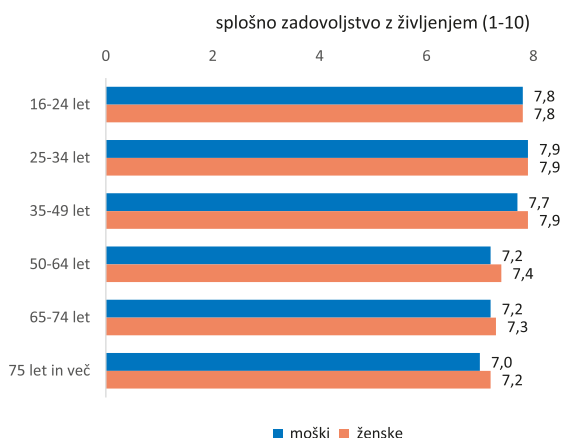
Povprečna ocena splošnega zadovoljstva z življenjem v Sloveniji znaša 7,5, kar je višje od povprečja držav EU, ki je 7,1. Razen Bolgarije, kjer je povprečna ocena zadovoljstva z življenjem v vseh vključenih državah najmanj 6,5. Najvišjo stopnjo zadovoljstva izražajo Avstrijci s povprečno oceno 7,9.

Slika 14.5.b. Splošno zadovoljstvo z življenjem v Sloveniji in EU-27



Zadovoljstvo z življenjem v EU med letoma 2013 in 2022 ostaja podobno. V Sloveniji se je med leti 2013 in 2021 rahlo povečalo, nato pa ostalo nespremenjeno v letu 2022.

Slika 14.5.c. Splošno zadovoljstvo z življenjem v Sloveniji po spolu in starosti, 2022



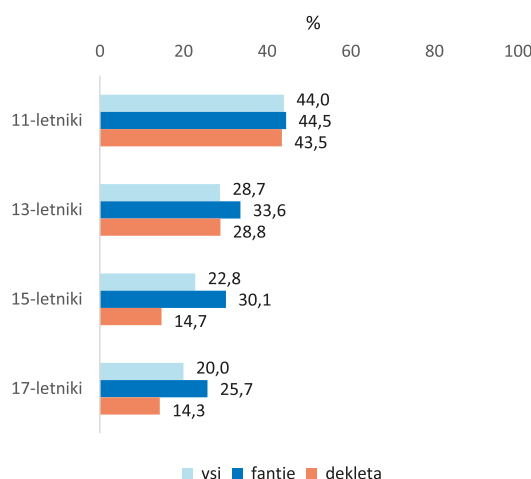
Moški in ženske so bili leta 2022 podobno zadovoljni z življenjem. Rahlo višje zadovoljstvo je sicer prisotno pri ženskah v starostnih skupinah nad 35 let. Starost se zdi pomembnejši dejavnik, saj je zadovoljstvo v starostni skupini 75 let in več bistveno nižje v primerjavi s starostno skupino od 25 do 34 let, kjer je bilo zadovoljstvo z življenjem najvišje.

Vir: Eurostat, 2023

14.6 Zadovoljstvo z življenjem pri šolarjih

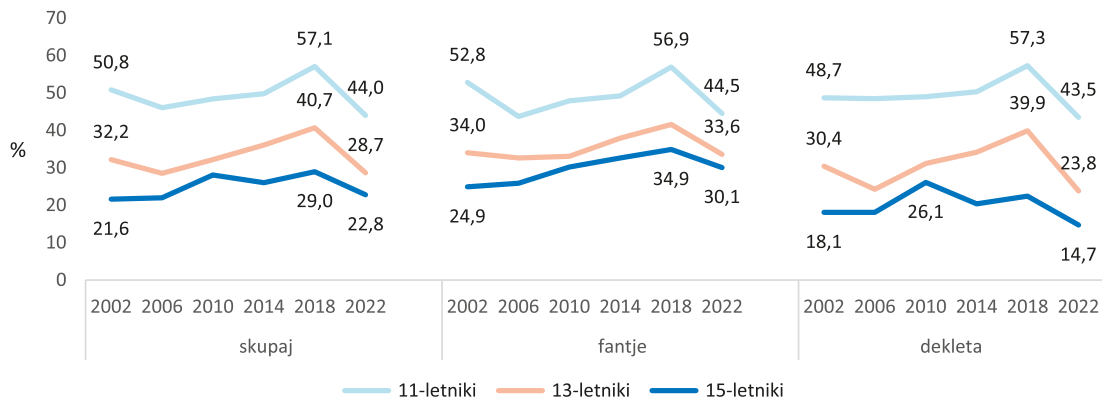
Kazalnik se nanaša na odstotek mladostnikov, ki so na lestvici od 0 do 10 (10 označuje najboljše možno življenje zate, 0 pa najslabše možno življenje zate) označili odgovor več kot 9. Kazalnik izhaja iz ankete Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC).

Slika 14.6.a. Delež mladostnikov, ki so zelo zadovoljni z življenjem, ločeno po spolu in starosti, 2022



Pri anketiranju v letu 2022 je bilo s svojim življenjem zelo zadovoljnih 28,5 % mladostnikov. Zadovoljstvo z življenjem se pomembno slabša od 11. do 17. leta. V starostnih skupinah 13, 15 in 17 let fantje poročajo o večjem zadovoljstvu s svojim življenjem v primerjavi z dekleti, v starostni skupini 11 let ni razlik med spoloma.

Slika 14.6.b. Delež mladostnikov, ki so zelo zadovoljni z življenjem, ločeno po spolu in starosti, 2002–2022



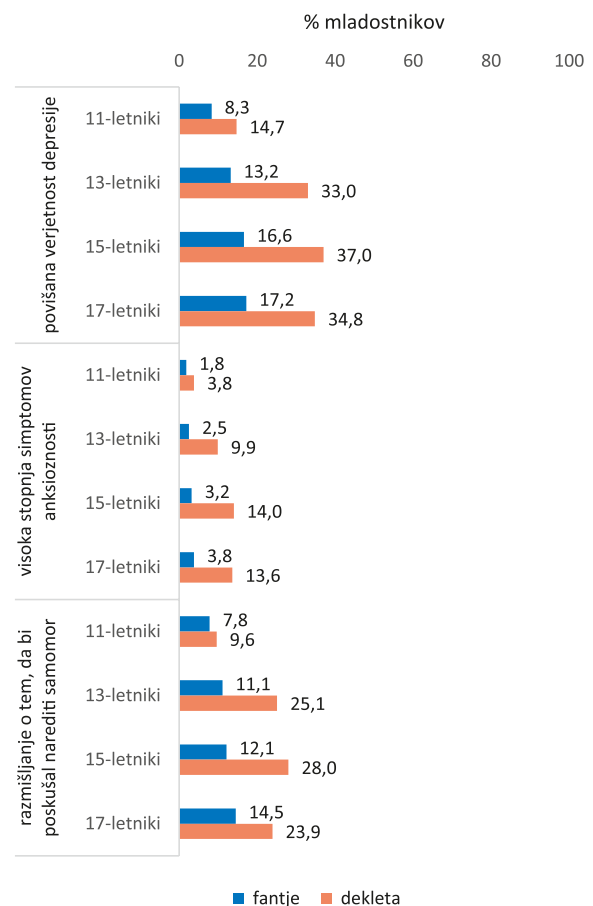
V obdobju 2002–2022 se odstotek mladostnikov, ki so zelo zadovoljni z življenjem, ni pomembno spremenil.

Vir: NIJZ, 2023

14.7 Verjetnost depresije, simptomi anksioznosti in razmišljanje o samomoru pri šolarjih

Podatki o povešani verjetnosti depresije, visoki stopnji simptomov anksioznosti in razmišljanju o samomoru pri šolarjih izhajajo iz ankete Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC). Povišana verjetnost depresije predstavlja delež mladostnikov, ki so na lestvici SZO-5 s petimi trditvami o počutju v zadnjih dveh tednih dosegli rezultat 28 točk ali manj (0–28 točk), kar kaže slabo kakovost življenja in povečano verjetnost depresije. Visoka stopnja simptomov anksioznosti (GAD-7) predstavlja odstotek mladostnikov, ki so na lestvici dosegli 17 ali več točk od skupno 21 točk. Razmišljanje o tem, da bi poskušal narediti samomor, se nanaša na odstotek mladostnikov, ki so odgovorili pritrdilno na vprašanje »Ali si v zadnjih 12 mesecih kdaj resno razmišljal/-a o tem, da bi poskušal/-a narediti samomor?«.

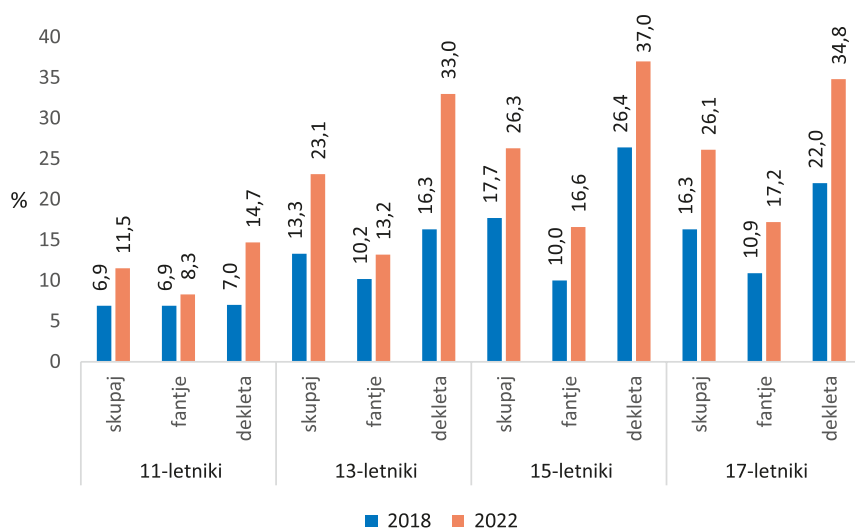
Slika 14.7.a. Delež mladostnikov, ki imajo povešano verjetnost depresije, visoko stopnjo simptomov anksioznosti in razmišljajo o tem, da bi poskušali narediti samomor, ločeno po spolu in starosti, 2022



Ob anketiranju v letu 2022 je malo več kot petina mladostnikov dosegla rezultat, ki kaže na slabo kakovost življenja in povišano verjetnost depresije, pri čemer je odstotek pomembno višji pri dekletih. Najnižji odstotek se pojavi v starostni skupini 11 let, medtem ko je najvišji v starostnih skupinah 15 in 17 let. Približno 6,7 % mladostnikov je doseglo visoko stopnjo simptomov anksioznosti, ki se zvišuje do 15. leta in je v vseh starostnih skupinah pomembno višji pri dekletih kot pri fantih.

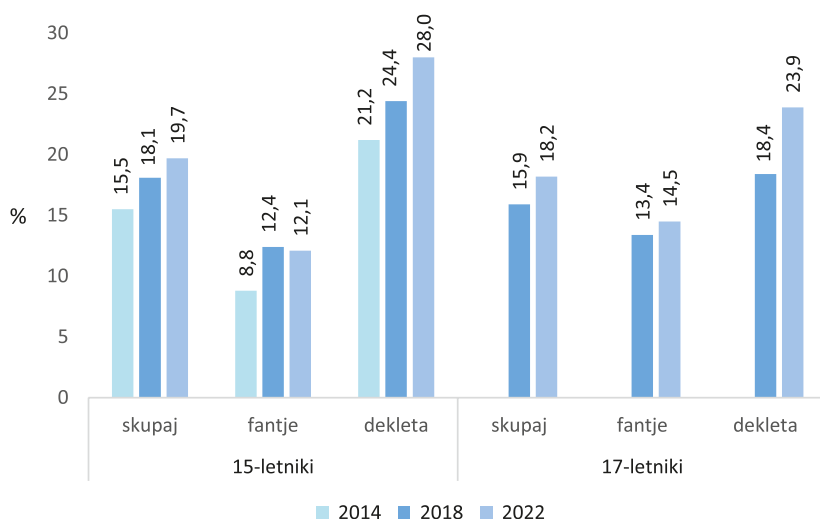
Približno 16,6 % mladostnikov je v zadnjem letu resno razmišljalo o poskusu samomora. Mladostniki v starostnih skupinah 13, 15 in 17 let razmišljajo o poskusu samomora približno enako pogosto, medtem ko najmanjše število teh misli opazimo pri 11-letnikih. V starostni skupini 11 let ni opaziti razlik med spoloma v pojavljanju samomorilnih misli, medtem ko je bilo pri drugih starostnih skupinah razmišljanje o poskusu samomora veliko bolj pogosto pri dekletih.

Slika 14.7.b. Delež mladostnikov, ki imajo povišano verjetnost depresije, ločeno po spolu in starosti, 2018–2022



V obdobju 2018–2022 se je odstotek mladostnikov s povišano verjetnostjo depresije pomembno povečal v vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih, razen pri 11-letnih fantih.

Slika 14.7.c. Delež 15- in 17-letnikov, ki razmišljajo o tem, da bi poskušali narediti samomor, ločeno po spolu in starosti, 2014–2022



V obdobju 2014–2022 se je pri obeh spolih močno povečal odstotek 15-letnih mladostnikov, ki resno razmišljajo o poskusu samomora. Pri 17-letnikih se je med obdobjem 2018–2022 pri dekletih povečal odstotek tistih, ki so razmišljale o samomoru, medtem ko pri fantih niso zaznane pomembne razlike.

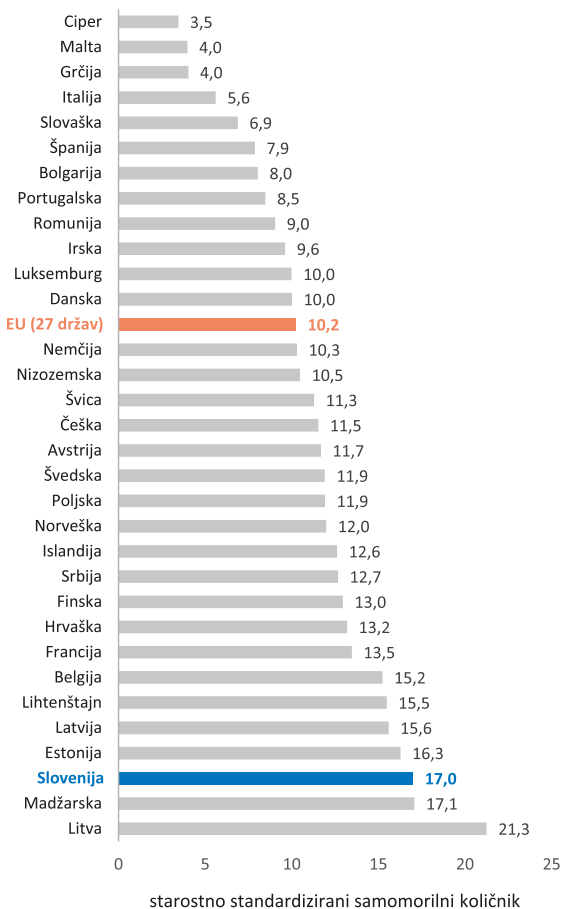
Vir: NIJZ, 2023

15. Zdravstveni, socialni in finančni izidi

15.1 Umrljivost zaradi samomora

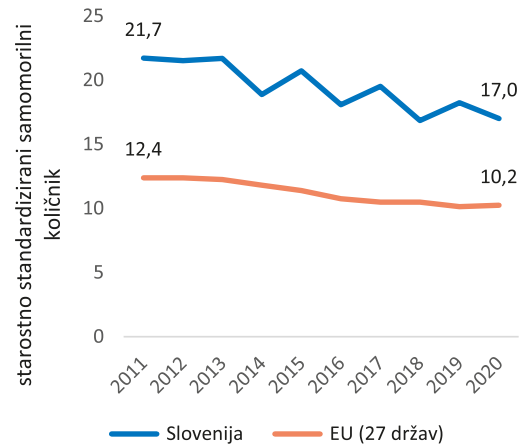
V namene mednarodne primerjave in prikaza trendov umrljivosti zaradi samomora prikazujemo standardizirano stopnjo umrljivosti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev v opazovanem koledarskem letu. Standardizirana stopnja omogoča medsebojno primerjavo populacij z različno starostno strukturo prebivalcev.

Slika 15.1.a. Mednarodna primerjava standardizirane stopnje umrljivosti zaradi samomora, 2020



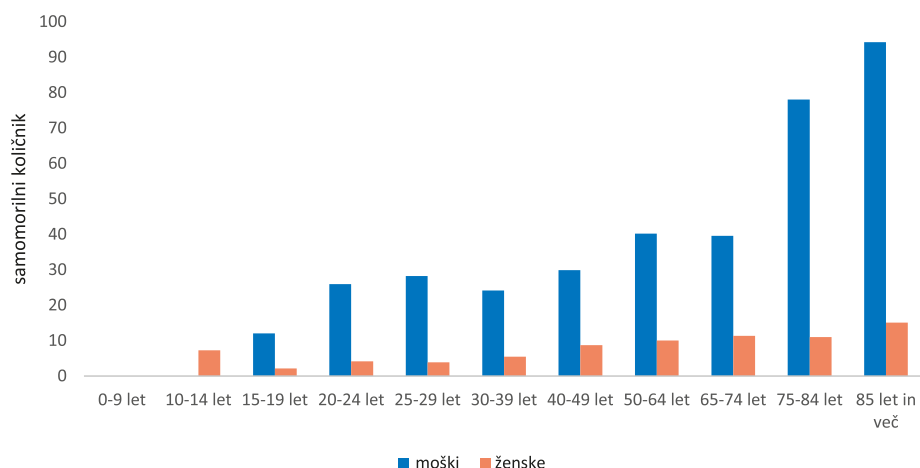
Umrljivost zaradi samomora v Sloveniji je med najvišjimi med članicami EU. Leta 2020 je povprečni starostno standardizirani samomorilni količnik v EU znašal 10,2, v Sloveniji pa 17,0.

Slika 15.1.b. Standardizirana umrljivost zaradi samomora v Sloveniji in EU-27



Kljub nihanju v posameznih letih v Sloveniji, bodisi zaradi upada ali prirasta števila samomorov, lahko ugotovimo, da je v obdobju 2011–2020 količnik samomora rahlo upadel, kar je značilno tudi za povprečje držav EU.

Slika 15.1.c. Samomorilni količnik v Sloveniji po starosti in spolu, 2022

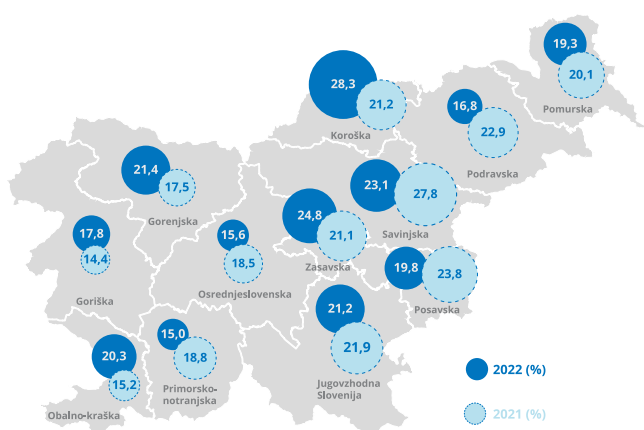


Za primerjavo po spolu, starosti in regijah v Sloveniji prikazujemo nestandardizirani samomorilni količnik na 100.000 prebivalcev. Samomorilni količnik narašča s starostjo in je najvišji v višjih starostnih skupinah. Razmerje med spoloma v letu 2022 je bilo 3,9, kar pomeni, da so moški skoraj štirikrat pogosteje umirali zaradi samomora v primerjavi z ženskami.

samomorov manj. Med vzhodnimi regijami izstopa Koroška, kjer je v primerjavi z letom 2021 prišlo do povečanja količnika samomora, zlasti visok je samomorilni količnik pri moških. Največji upad števila samomorov v letu 2022 (v primerjavi z letom 2021) smo zabeležili v Podravski regiji (20 samomorov manj).

Vir: Eurostat, 2023; NIJZ, 2023

Slika 15.1.d. Regijski prikaz samomorilnega količnika v Sloveniji, 2021 in 2022

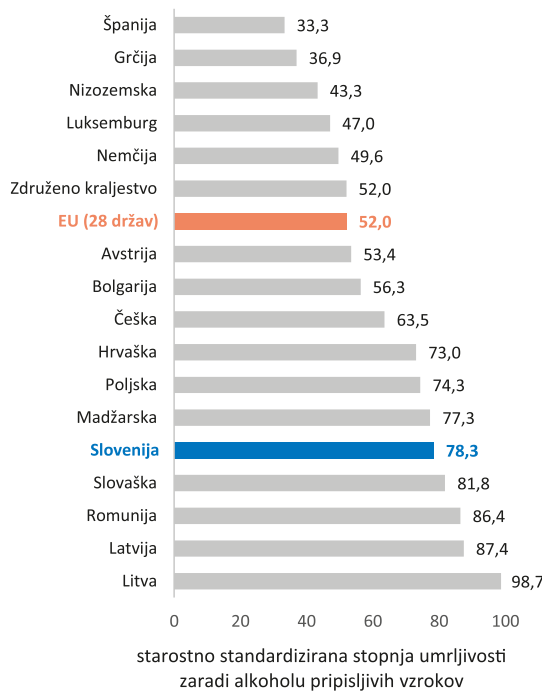


Med bolj ogrožena področja spadajo vzhodne statistične regije, medtem ko je pojavnost samomora v zahodnih statističnih regijah nižja. Leta 2022 so izstopale Goriška, Obalno kraška in Gorenjska regija, ki spadajo med zahodne regije v državi, kjer je sicer

15.2 Umrljivost zaradi alkohola pripisljivih vzrokov

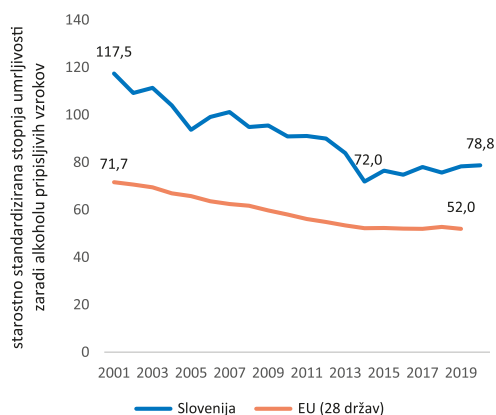
Prikazujemo standardizirano stopnjo umrljivosti zaradi alkohola pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev v opazovanem koledarskem letu. Gre za mero, ki omogoča medsebojno primerjavo populacij z različno starostno strukturo prebivalcev. Upoštevana je umrljivost zaradi vzrokov, za katere je iz literature znano, da so povezani z uživanjem alkohola. Poudariti je potrebno, da gre za okviren kazalnik in ne za oceno umrljivosti zaradi alkohola, ki je bolj zapletena in jo je težje izračunati. V kazalnik so vštet naslednji vzroki: rak na požiralniku in grlu, sindrom odvisnosti od alkohola, kronična bolezen jeter in ciroza ter vsi zunanji vzroki.

Slika 15.2.a. Mednarodna primerjava standardizirane stopnje umrljivosti zaradi alkoholu pripisljivih vzrokov, 2019



Podatki iz leta 2019 kažejo, da je umrljivost zaradi alkoholu pripisljivih vzrokov v Sloveniji 78,3 na 100.000 prebivalcev, kar je visoko nad povprečjem držav EU, ki znaša 52,0.

Slika 15.2.b. Standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholu pripisljivih vzrokov v Sloveniji in EU-28



Umrljivost zaradi alkoholu pripisljivih vzrokov se je v obdobju 2001–2019 zmanjšala tako v Sloveniji kot v EU. Najnižja umrljivost zaradi teh vzrokov je bila v Sloveniji dosežena leta 2014, ko je znašala 72,0 na 100.000

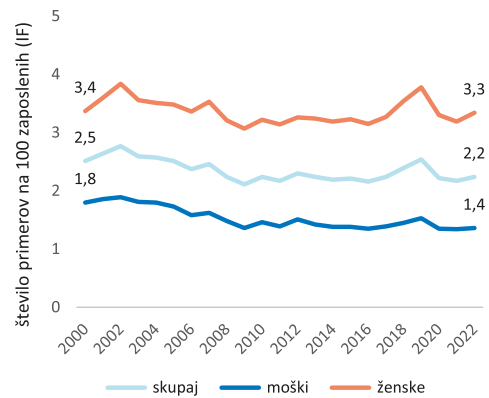
prebivalcev. Od takrat dalje ponovno opažamo rahlo zviševanje. Umrljivost zaradi alkoholu pripisljivih vzrokov v Sloveniji je v celotnem obdobju 2001–2019 presegala povprečje držav EU.

Vir: WHO, European Health Information Gateway, 2021

15.3 Bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj

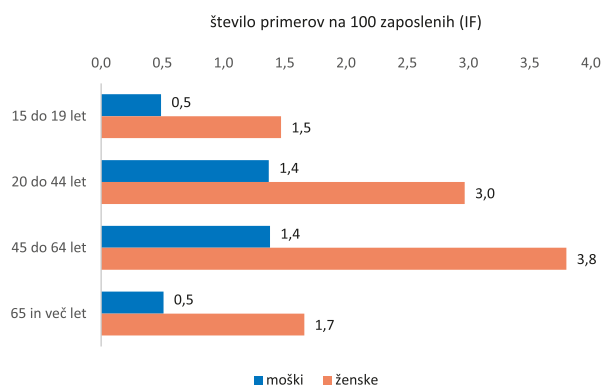
Kazalnik je izražen v obliki indeksa frekvence (število primerov na 100 zaposlenih) in predstavlja število oseb na 100 zaposlenih, ki so bile v obdobju enega leta v bolniškem staležu zaradi diagnoz, ki spadajo v skupino duševnih in vedenjskih motenj (skupina MKB-10 = V).

Slika 15.3.a. Bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj v Sloveniji, ločeno po spolu



Leta 2022 je bilo 3,3 žensk na 100 zaposlenih v bolniškem staležu zaradi duševnih in vedenjskih motenj, medtem ko je bilo takih 1,4 moških. Pojavljanje bolniškega staleža zaradi duševnih in vedenjskih motenj se podobno spreminja skozi leta pri obeh spolih.

Slika 15.3.b. Bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj po spolu in starosti, 2022



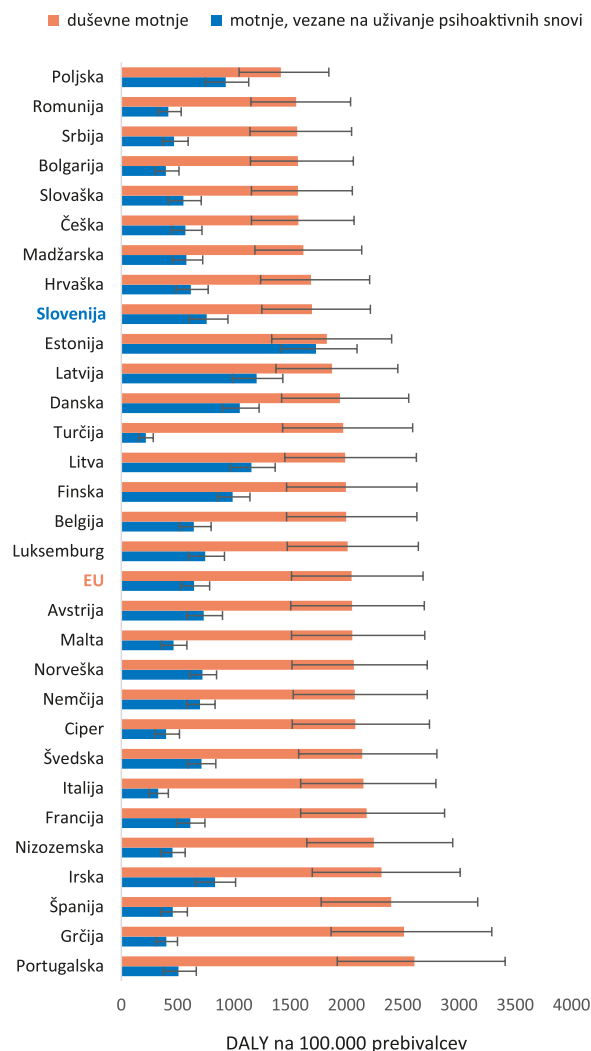
Ženske v vseh starostnih skupinah so pogostejše v bolniškem staležu zaradi duševnih in vedenjskih motenj v primerjavi z moškimi. Največ primerov bolniške odsotnosti na 100 zaposlenih je v starostnih skupinah od 20 do 44 let ter od 45 do 64 let.

Vir: NIJZ, 2023

15.4 Nezmožnosti prilagojena leta življenja zaradi duševnih motenj in motenj, vezanih na uživanje psihoaktivnih snovi

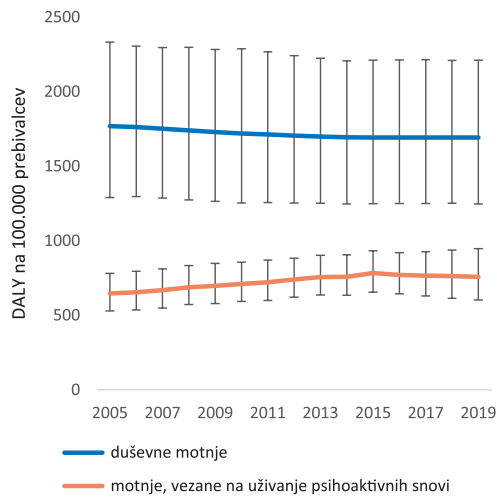
Ocena nezmožnosti prilagojenih let življenja (Disability-adjusted life years – DALY) temelji na podatkih iz baz Inštituta za zdravstvene meritve in vrednotenje ((Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME). DALY je ena izmed ocen bremena bolezni, ki je izražena v številu izgubljenih let zaradi slabega zdravja, invalidnosti ali prezgodnje smrti. IHME za izračun vrednosti uporablja različne vire podatkov, kot so nacionalni zdravstveni registri, raziskave, bolnišnični podatki in druge razpoložljive informacije, da bi razumeli razširjenost in vpliv duševnih motenj na prebivalstvo.

Slika 15.4.a. Mednarodna primerjava nezmožnosti prilagojenih let življenja (DALY) zaradi duševnih motenj in motenj, vezanih na uživanje psihoaktivnih snovi s 95 % intervali zaupanja, 2019



Intervali zaupanja pri ocenah DALY zaradi duševnih motenj so precej široki. To pomeni, da so ocene manj natančne in otežujejo natančno primerjavo med državami. V oceni DALY zaradi duševnih motenj se Slovenija bistveno ne razlikuje od povprečja držav EU, enako velja za oceno DALY zaradi motenj, povezanih z uživanjem psihoaktivnih snovi.

Slika 15.4.b. Nezmožnosti prilagojena leta življenja (DALY) zaradi duševnih motenj in motenj, vezanih na uživanje psihoaktivnih snovi v Sloveniji, 2015–2019



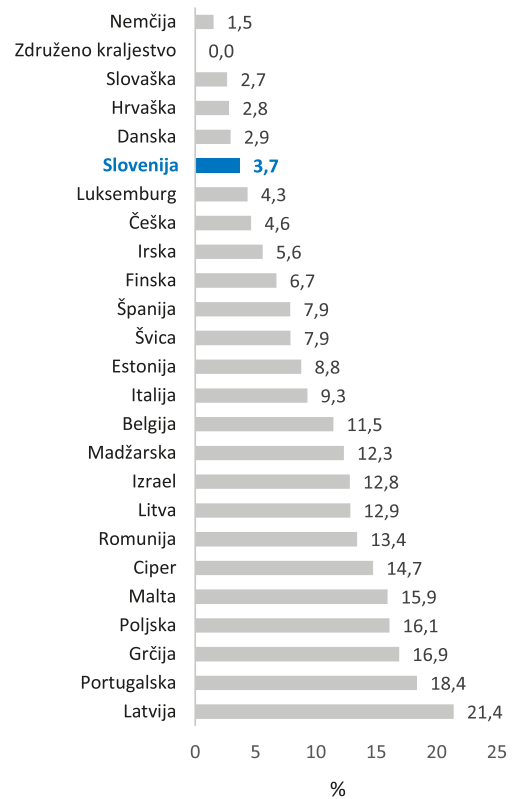
V obdobju 2015–2019 se breme zaradi duševnih motenj in breme motenj, povezanih z uživanjem psihoaktivnih snovi, nista pomembno spremenila.

Vir: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2019

15.5 Delež gospodinjstev, ki porabijo za zdravje več kot 10 % celotnega proračuna gospodinjstva

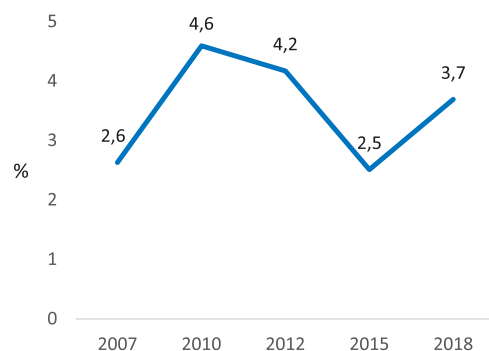
Kazalnik predstavlja delež prebivalstva, katerega izdatki gospodinjstev za zdravje presegajo 10 % skupnih izdatkov ali dohodka gospodinjstva. Izdatki gospodinjstev za zdravje vključujejo formalna in neformalna plačila, opravljena v času prejemanja katerekoli vrste oskrbe (promocijske, kurativne, rehabilitacijske, paliativne ali dolgotrajne oskrbe), ki jo zagotovi katerakoli vrsta izvajalca. Zdravstveni izdatki, ki se upoštevajo pri izračunu kazalnika, se nanašajo na plačila iz žepa (angl. Out-Of-Pocket).

Slika 15.5.a. Mednarodna primerjava deleža gospodinjstev, ki porabijo za zdravje več kot 10 % celotnega proračuna gospodinjstva



Prikazujemo primerjavo držav WHO Evropske regije z visokim dohodkom, kamor se uvršča tudi Slovenija. Navedeni so podatki zadnjih meritev posameznih držav, pri čemer se leta zadnje meritve razlikujejo. Leta 2018 je v Sloveniji 3,7 % gospodinjstev za zdravje porabilo več kot 10 % celotnega proračuna gospodinjstva.

Slika 15.5.b. Delež gospodinjstev v Sloveniji, ki porabijo za zdravje več kot 10 % celotnega proračuna gospodinjstva



Delež gospodinjstev z visoko porabo za zdravje je bil najvišji leta 2010 in najnižji leta 2015. Ob zadnji meritvi leta 2018 je bil delež gospodinjstev z visoko porabo za zdravje ponovno višji za 1,2 odstotni točki v primerjavi z letom 2015.

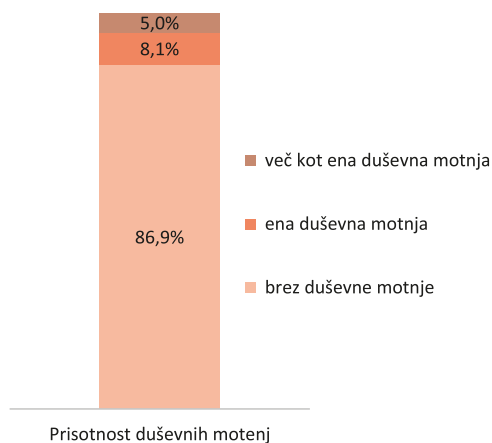
Vir: WHO, Global Health Observatory, 2023

16. Kakovost življenja oseb z izkušnjo

16.1 Komorbidnost duševnih motenj

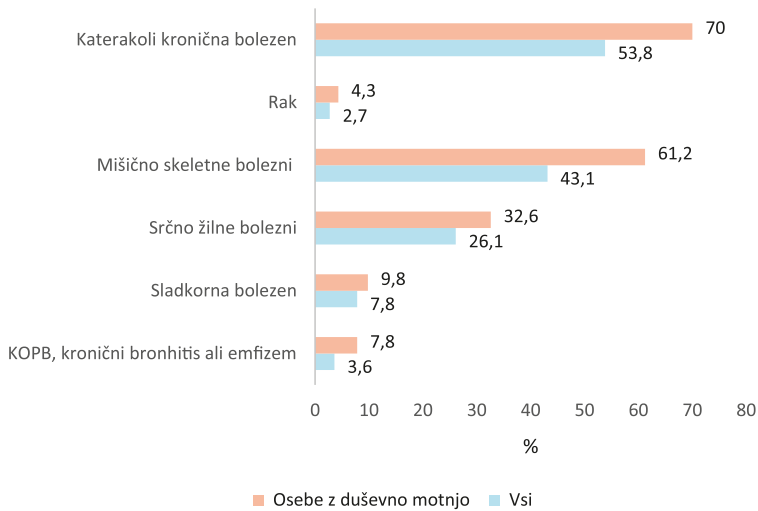
Z besedo komorbidnost označujemo sopoljavnost vsaj dveh boleznih ali motenj. Kazalnik temelji na evropski raziskavi Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS), ki je izvedena med splošnim prebivalstvom, starim 15 let ali več. Udeleženci so označili, ali so imeli v zadnjih 12 mesecih katero izmed boleznih ali bolezenskih stanj. Vprašanje ne vsebuje specifičnih navodil glede tega, ali je bolezen diagnosticiral zdravnik ali ne. Udeleženci so lahko poročali o duševnih motnjah (depresija, anksioznost, druge duševne težave) ali drugih kroničnih boleznih (astma, kronični bronhitis, kronična obstruktivna pljučna bolezen, emfizem, srčni infarkt ali kronične posledice srčnega infarkta, koronarna srčna bolezen, hipertenzija, kronična okvara hrbta ali vratu, sladkorna bolezen, rak).

Slika 16.1.a. Prisotnost duševnih motenj v zadnjih 12 mesecih pred anketiranjem, 2019



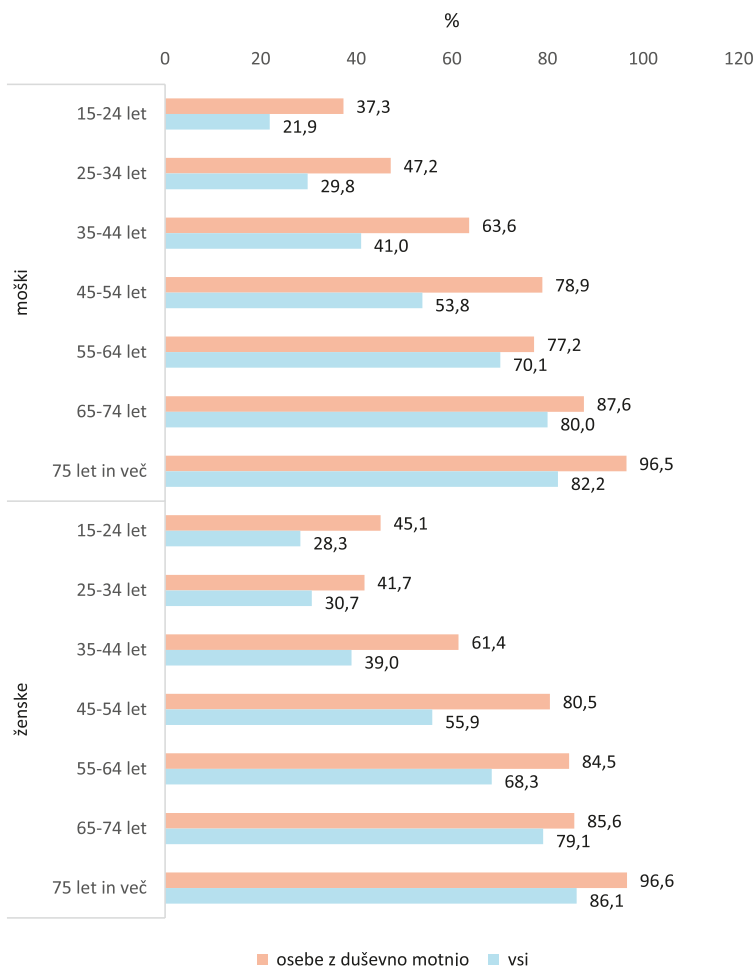
Izmed vseh sodelujočih v raziskavi je 13,1 % oseb poročalo, da so v preteklih 12 mesecih doživljali depresijo, tesnobo ali druge duševne težave. 8,1 % anketirancev je poročalo o eni duševni motnji, medtem ko je 5,0 % sodelujočih navajalo vsaj dve različni duševni motnji.

Slika 16.1.b. Prevalence kroničnih bolezni pri osebah z duševno motnjo v primerjavi s celotno populacijo, 2019



Med tistimi, ki so poročali o duševni motnji, jih je 70 % hkrati poročalo o vsaj še eni drugi kronični bolezni. To pomeni, da je pri 70 % oseb z duševno motnjo prisotna komorbidnost z drugo kronično boleznijo. Prevalenca katerekoli kronične bolezni, kot tudi posameznih fizičnih kroničnih bolezni, je višja med osebami z duševno motnjo v primerjavi s celotno populacijo.

Slika 16.1.c. Prevalence kroničnih bolezni pri osebah z duševno motnjo v primerjavi s celotno populacijo, ločeno po spolu in starostni skupini, 2019



Pojavnost kroničnih bolezni pričakovano narašča s starostjo. Pojavljanje kroničnih bolezni je višje pri osebah z duševno motnjo v primerjavi s celotnim naborom anketirancev v vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih.

Vir: NIJZ, 2023

Seznam kazalnikov spremljanja duševnega zdravja

Seznam vključuje vse ključne kazalnike spremljanja javnega duševnega zdravja, vključno s tistimi, za katere v trenutni publikaciji še nimamo razpoložljivih podatkov za Slovenijo.

Determinante duševnega zdravja

Enake možnosti

Vrzel stopnje delovne aktivnosti med spoloma

Nepriлагоjena plačna vrzel med spoloma

Vrzel med spoloma v terciarnem izobraževanju

Spolna segregacija na trgu dela

Usklajevanje dela in družinskega življenja

Ekonomске determinante

Stopnja dolgotrajne brezposelnosti

Stopnja tveganja socialne izključenosti

Ginijev količnik plač

Stabilnost zaposlitve

Dohodek gospodinjstva

Življenjske razmere

Stopnja prenaseljenosti stanovanja

Naseljena stanovanja, ki nimajo vseh elementov osnovne infrastrukture

Kriminal, nasilje in vandalizem v okolišu

Dostop do površin za rekreacijo

Dostop do varnih kolesarskih in sprehajalnih poti

Hrupno okolje

Onesnaženost zraka

Diskriminacija in nasilje

Prijavljeni primeri nasilja v družini

Obremenjujoče izkušnje v otroštvu

Vrstniško nasilje

Javno spodbujanje sovraštva, nasilja ali nestrpnosti

Izrečene kazenske sankcije

Družbena in družinska povezanost

Zaznana družbena podpora

Socialna in kulturna vključenost

Vključenost v prostovoljno delo

Podpora družine, šole in prijateljev pri šolarjih

Izobraževanje

Zgodnja opustitev izobraževanja in usposabljanja

Udeležba odraslih v učenju

Nizka pismenost učencev in učenk

Prisotnost inkluzivnega izobraževanja

Življenjski slog in zdravje

Standardizirana stopnja umrljivosti

Samooocena zdravja

Samooocena zdravja pri šolarjih

Telesna bolečina

Dolgotrajne bolezni ali zdravstvene težave

Telesna zmogljivost otrok

Uporaba psihoaktivnih snovi in zasvojenosti

Uživanje konoplje in drugih psihoaktivnih snovi

Visoko tvegano opijanje

Problematična uporaba digitalnih tehnologij pri šolarjih

Razširjenost nekemičnih zasvojenosti

Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja

Upravljanje in financiranje

Lokalne skupine ali mreže na področju duševnega zdravja

Izdatki za programe duševnega zdravja

Izdatki za prostovoljstvo

Razpoložljiva delovna sila

Delavci v storitvah duševnega zdravja za celotno populacijo

Delavci v storitvah duševnega zdravja otrok in mladostnikov

Vključenost svojcev in oseb z izkušnjo

Razpoložljivost in uporaba storitev

Uporabniki storitev dnevnih centrov

Obravnave odraslih v storitvah duševnega zdravja

Obravnave otrok in mladostnikov v storitvah duševnega zdravja

Kapaciteta postelj na področju duševnega zdravja

Kapaciteta postelj za bolnišnično obravnavo otrok in mladostnikov

Razpoložljivost storitev na področju duševnega zdravja

Dostopnost in enake možnosti

Čakalne dobe za storitve na področju duševnega zdravja

Odzivnost in pretočnost centrov za duševno zdravje

Poraba psihoaktivnih zdravil

Neizpolnjene potrebe po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov

Kakovost in varnost storitev

Neprostopvoljne hospitalizacije za psihiatrično zdravljenje

Delež ponovno hospitaliziranih v psihiatrično ustanovo

Pacienti, ki so hospitalizirani skupaj več kot eno leto

Odpadli kontrolni pregledi

Izidi na področju duševnega zdravja

Razširjenost duševnih težav in pozitivno duševno zdravje

Prevalenca duševnih motenj

Razširjenost simptomov velike depresivne motnje

Sreča

Osamljenost

Zadovoljstvo z življenjem

Zadovoljstvo z življenjem pri šolarjih

Verjetnost depresije, simptomi anksioznosti in razmišljanje o samomoru pri šolarjih

Zdravstveni, socialni in finančni izidi

Umrljivost zaradi samomora

Umrljivost zaradi alkohola pripisljivih vzrokov

Bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj

Nezmožnosti prilagojena leta življenja zaradi duševnih motenj in motenj, vezanih na uživanje psihoaktivnih snovi

Delež gospodinjstev, ki porabijo za zdravje več kot 10 % celotnega proračuna gospodinjstva

Kakovost življenja oseb z izkušnjo

Komorbidnost duševnih motenj

Vrzel v umrljivosti oseb z duševnimi motnjami

Viri podatkov in informacij

Podatki in informacije v tej publikaciji temeljijo predvsem na nacionalnih in evropskih uradnih statističnih podatkih. Opisi metodologij so na voljo v posameznih podatkovnih zbirkah.

Eurostat

- ↳ Raziskava delovne sile (EU-LFS)
- ↳ Raziskovanje o strukturi plače (SES)
- ↳ Evropski statistični sistem (ESS)
- ↳ Življenjski pogoji (EU-SILC)
- ↳ Evropska anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS)
- ↳ Administrativne zbirke podatkov držav

Statistični urad Republike Slovenije (SURS)

- ↳ Življenjski pogoji (EU-SILC)
- ↳ Aktivno in neaktivno prebivalstvo (ANP)
- ↳ Regijski popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanja
- ↳ Podatkovne zbirke SURS

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

- ↳ Z zdravjem povezan vedenjski slog (CINDI)
- ↳ Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC)
- ↳ Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS)
- ↳ Nacionalna raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah ((ATADD)
- ↳ Podatkovne zbirke NIJZ

Agencija Republike Slovenije za okolje (ARSO)

- ↳ Zbirka podatkov avtomatskih meritev državne mreže za spremljanje kakovosti zraka (DMKZ)

Pedagoški inštitut (PEI)

- ↳ Program mednarodne primerjave dosežkov učencev (PISA)

Laboratorij za diagnostiko telesnega in gibalnega razvoja, Fakulteta za šport, Univerza v Ljubljani

- ↳ Študija SLOfit

Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV)

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA)

WHO Europe – European Health Information Gateway

Inštitut za zdravstvene meritve in vrednotenja (IHME)

Nekatere dodatne podatke so zagotovili:

↳ Ministrstvo za notranje zadeve, Policija

↳ Ministrstvo za javno upravo

↳ Vrhovno sodišče Republike Slovenije

