



**IZZIVI NEENAKOSTI V JAVNEM ZDRAVJU:
PODATKI IN POLITIKE**
Znanstvena monografija



IZZIVI NEENAKOSTI V JAVNEM ZDRAVJU: PODATKI IN POLITIKE

Znanstvena monografija

Urednica: Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Tehnični urednici: Lea Raztresen, Monika Robnik Levart

Recenzentki: prof. dr. Majda Pahor, doc. dr. Metka Mencin-Čeplak

Lektoriranje: Mihaela Törnär

Oblikovanje: Andreja Frič

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

Avtorji fotografij na naslovnici (po abecednem vrstnem redu): Arhiv občine Pivka, Arhiv TIC Moravske Toplice, Aleš Fevžer, Ivan Lipičnik, Barbara Ploštajner, Lucija Pušnik, Živa Rant, Uroš Švigelj

Elektronska izdaja.

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

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2024

Zaščita dokumenta

@ 2024 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršni koli način in v katerem koli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorjev. Kršitve se sankcionirajo skladno z avtorskopravno in s kazensko zakonodajo.

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

COBISS.SI-ID 205836291

ISBN 978-961-7211-42-9 (PDF):



Nacionalni inštitut
za javno zdravje



IER Inštitut za ekonomska raziskovanja
Institute for Economic Research



INŠTITUT RS ZA SOCIALNO VARSTVO
SOCIAL PROTECTION INSTITUTE OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA



CANCER REGISTRY
REGISTER RAKA
SLOVENIJA



UMAR



World Health
Organization

European Region



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

**IZZIVI NEENAKOSTI V JAVNEM ZDRAVJU:
PODATKI IN POLITIKE**

Znanstvena monografija

ZAHVALE

Za vključitev naloge v financiranje Programa javnega zdravja in podporo pri njeni izvedbi, se zahvaljujemo Direktoratu za javno zdravje na Ministrstvu za zdravje in direktorjema NIJZ Ivanu Erženu in Branku Gabrovcu.

Za sodelovanje pri konceptualizaciji Platforme za zmanjševanje neenakosti v zdravju in povečevanju blaginje, se zahvaljujemo Ministrstvu za delo, družino, socialno delo in enake možnosti in Ministrstvu za kohezijo in regionalni razvoj.

Za vizijo umestitve sodelovalne Platforme nacionalnih inštitucij za podporo ukrepanju za zmanjševanje neenakosti v zdravju v sistem v Sloveniji se zahvaljujemo Vesni Kerstin Petrič.

Za odlično sodelovanje v platformi se zahvaljujemo sodelavcem iz Inštituta za ekonomska raziskovanja, Inštituta Republike Slovenije za socialno vartstvo ter direktorjema obeh inštitucij Barbari Kobal Tomc in Damjanu Kavašu. Prav tako se za odlično sodelovanje zahvaljujemo sodelavcem iz Urada za makroekonomske analize in razvoj ter sodelavcem iz Agencije Republike Slovenije za okolje.

Zahvaljujemo se tudi vsem avtorjem, ki so sodelovali pri pripravi znanstvene monografije (navedeni po abecednem vrstnem redu organizacij):

FF: *Uršula Lipovec Čebtron*

IER: *Andrej Srakar, Miha Dominko*

IRSSV: *Urban Boljka, Tamara Narat, Jasmina Rošič, Maja Škafar*

MZ: *Mateja Nagode*

NIJZ: *Aljaž Brlek, Anja Brunec, Ivan Eržen, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Tadeja Hočevnar, Marjetka Hovnik Keršmanc, Ivanka Huber, Helena Jeriček Klanšček, Blashko Kasapinov, Tatjana Kofol Bric, Aleš Korošec, Marcel Kralj, Darja Lavtar, Breda Lukavečki Družovec, Barbara Mihevc Ponikvar, Petra Mikolič, Karin Mlakar, Tacijana Prijon, Sandra Radoš Krnel, Maruša Rehberger, Mateja Rok Simon, Maja Roškar, Saška Roškar, Olivera Stanojević Jerković, Matej Vinko, Metka Zaletel, Tina Zupanič, Katarina Žlavs.*

OI RRRS: *Ana Mihor, Tina Žagar, Sonja Tomšič, Katarina Lokar, Vesna Zadnik*

UMAR: *Eva Helena Šarec*

Za pomoč in dragocene usmeritve se zahvaljujemo članicam uredniškega odbora za pripravo strokovne monografije Neenakosti v zdravju: Izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju; Adi Hočevnar Grom, Tatjani Kofol Bric in Metki Zaletel.

Za tehnično podporo in nasvete se zahvaljujemo Saši Zupanič. Prav tako se zahvaljujemo Andreji Frič za oblikovanje publikacije.

Publikacija predstavlja zaključek trilogije v sklopu katere smo objavili strokovno monografijo *Neenakosti v zdravju: Izziv prihodnosti v medsketorskem povezovanju* in povzetek v slovenskem ter angleškem jeziku. V luči slovenskega predsedovanja Svetu EU v letu 2021 je bila prednostno izdana strokovna monografija, ki je bila skupaj s povzetki namenjena predvsem političnim odločevalcem. Za odločevalce je bila neprecenljivo orodje, saj je vsebovala poudarek na temah politik, ki so bile odsev aktivnosti v evropskem prostoru. Raziskave, ki so služile kot temelj za oblikovanje strokovne monografije pa so vključene v publikacijo, ki je pred vami.

Sodobno raziskovanje neenakosti v zdravju zahteva celosten pristop, ki presega okvire posameznih disciplin in sektorjev. Z zavedanjem te kompleksnosti je raziskovalno delo temeljilo na medsektorskem sodelovanju med ključnimi raziskovalnimi inštitucijami in ministrstvi, ki s svojim delom in politikami aktivno naslavljajo zmanjševanje neenakosti. Raziskovalna skupina, sestavljena iz predstavnikov vključenih institucij se je v duhu multidisciplinarnosti poglobila v različne vidike neenakosti v zdravju. Dinamika sestankov raziskovalne skupine se je prilagajala intenziteti dela. V začetku so bile konsenzno izbrane ključne teme, sledilo je oblikovanje logičnih okvirjev prispevkov ter vzpostavitev učinkovitega sodelovanja med institucijami.

Sodelovanje je omogočilo celovito obravnavo neenakosti, ki so nastale kot posledica izrednega časa pandemije bolezni COVID-19. Pandemijo COVID-19 opredeljujemo kot sindemijo, ki vključuje infekcijsko SARS-CoV-2 in kronične nenalezljive bolezni. Znanstvena monografija združuje vpogled v infekcijsko naravo SARS-CoV-2 ter vpliv kroničnih nenalezljivih bolezni, njihove povezane dejavnike tveganja in posledice, ki so se skupaj kopičile znotraj ranljivih socialnih skupin, vodile pa so k poglobljanju neenakosti v zdravju.

Znanstvena monografija omogoča dober vpogled v kompleksno družbeno področje in predstavlja pomembno orodje za načrtovanje ukrepov, s katerimi bi lahko v prihodnje uspešneje odpravljali neenakosti in zgradili družbo v kateri bo zdravje vsem dostopna vrednota.

Lea Raztresen, prim. doc. dr. Mojca Gabrijelčič Blenkuš

SEZNAM KRATIC IN KLJUČNIH POJMOV

- AAF – alkoholu pripisljiv delež, vsi vzroki smrti (*angl.* Alcohol Attributable Fraction, all cause of deaths)
- ADL – pomoč pri osnovnih dnevni opravilih
- ANP – alkoholu neposredno pripisljivi vzroki
- APC – povprečna letna sprememba (*angl.* Annual percent change)
- APG – Anketa o porabi v gospodinjstvih
- ATADD – Nacionalna raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah
- BDP – bruto domači proizvod
- DALY – število izgubljenih zdravih let življenja (*angl.* Disability-Adjusted Life Year)
- DZZ – dopolnilno zdravstveno zavarovanje
- EBV – Epstein-Barr virus
- EHIS – Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (*angl.* European Health Interview Survey)
- F2F – Nova prehranska strategija Evropske Unije, Od vil do vilic (*angl.* Farm to Fork)
- HBSC – raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (*angl.* Health Behaviour in School-aged Children)
- HESRi – European Health Equity Status Report orodje
- HPV – humani papiloma virus
- IADL – podporne storitve dolgotrajne oskrbe
- IARC – Mednarodna agencija za raziskovanje raka (*angl.* International Agency for Research on Cancer)
- IBO – indeks blaginje otrok
- ICU – Enota intenzivne terapije
- IKT – informacijsko-komunikacijska tehnologija
- IKTKO – kompetence informacijske komunikacijske tehnologije
- IRB – indeks regijske blaginje
- IRO – indeks razvojne ogroženosti
- IRSSV – Inštitut za socialno varstvo
- ISRO – indeks spremembe ranljivosti otrok
- ITM – indeks telesne mase

IVZ46 – Zbirke podatkov o umrlih osebah

IZ – interval zaupanja

IZODO – področje izobrazbenih dosežkov

LTC – storitev dolgotrajne oskrbe

KMO – kostno-mišična obolenja

KNB – kronične nenalezljive bolezni

MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

MeSH – tezaver (*angl.* Medical Subject Headings)

MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola

MoST – Model skupnostnega pristopa krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih

NEIZO – najmanjša neenakost v izobraževanju

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

NO – »Nočem se opredeliti«

NPI – nefarmacevtski posegi (*angl.* Non-pharmaceutical interventions)

OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (*angl.* Organisation for Economic Co-operation and Development)

OSS – odnosi s starši

OŠ – osnovna šola

OZZ – obvezno zdravstveno zavarovanje

PAF – populaciji pripisljiv delež (*angl.* Population Attributable Fraction)

PISRS – Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije

PIZP – področje priložnosti in začetnega položaja

PM – koncentracija delcev (*angl.* Particulate matter)

PPS – priprave na porod in starševstvo

PR – razmerje (*angl.* Rate ratio)

PRISMA – Prednostna priporočila za sistematične preglede in metaanalizo (*angl.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols)

PVSOS – indeks počutja v šoli in odnosov s sošolci

RD – razlika (*angl.* Rate difference)

RIBO – regijski indeks blaginje otrok

RII – relativni indeks neenakosti (*angl.* Relative Index of Inequality)

S – sadje

SDR – standardizirana stopnja umrljivosti (*angl.* standardized death rate)

SDQ – Vprašalnik »Prednosti in slabosti« (*angl.* Strength and Difficulties Questionnaire)

SEP – socialno-ekonomski položaj

SHARE – Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi

SII – naklonski indeks neenakosti (*angl.* Slope Index of Inequality)

SI-PANDA – Spletna raziskava o vplivu pandemije na življenje

SODEL – področje sodelovalnosti

SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do alkohola

SSS – starostno standardizirana stopnja

SŠ – srednja šola

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

SŽB – srčno-žilne bolezni

TAIP – področje telesne aktivnosti in prehranjevanja

TAKE CARE – Strategija za odgovoren odnos do alkohola med mladimi v lokalni skupnosti

TUIKT – tvegana uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije

Z – zelenjava

ZAvMS-A – Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o avdiovizualnih medijskih storitvah

ZIO – področje zdravja in ogroženosti

ZOPA – Zakon o omejevanju porabe alkohola

ZOPA-A – Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju porabe alkohola

ZMed – Zakon o medijih

ZVCP – Zakon o varnosti cestnega prometa

ZZUZIS-A – Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

KAZALO VSEBINE

ZAHVALE.....	4
KNJIGI NA POT	5
SEZNAM KRATIC IN KLJUČNIH POJMOV	6
1 Kvantitativne raziskave	13
1.1 Neenakosti v samooceni zdravja in trajanju življenja	13
1.1.1 Uvod.....	13
1.1.2 Metode	13
1.1.3 Rezultati z diskusijo.....	15
1.1.4 Zaključek.....	20
1.1.5 Literatura	20
1.2 Neenakosti v nosečnosti	23
1.2.1 Uvod.....	23
1.2.2 Metode	24
1.2.3 Rezultati in diskusija	25
1.2.4 Zaključki	32
1.2.5 Literatura	33
1.3 Neenakosti v izbranih kazalnikih zdravja in z zdravjem povezanih vedenj pri mladostnikih	35
1.3.1 Uvod.....	35
1.3.2 Metode	35
1.3.3 Rezultati z diskusijo.....	36
1.3.4 Zaključek.....	41
1.3.5 Literatura	42
1.4 Neenakosti pri umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov	45
1.4.1 Uvod.....	45
1.4.2 Metodologija	46
1.4.3 Rezultati z diskusijo.....	48
1.4.4 Zaključek.....	52
1.4.5 Literatura	53
1.5 Pomen determinant zdravega življenjskega sloga – prehrane in telesne dejavnosti, za izbrane zdravstvene izide.....	56
1.5.1 Uvod.....	56
1.5.2 Metode	58
1.5.3 Rezultati z diskusijo.....	59
1.5.4 Zaključki	65
1.5.5 Literatura	66

1.6	Izobrazbene neenakosti v incidenci izbranih skupin rakov v Sloveniji 2012–2017	70
1.6.1	Uvod.....	71
1.6.2	Metode	72
1.6.3	Rezultati.....	73
1.6.4	Razprava	80
1.6.5	Zaključki	84
1.6.6	Literatura	84
1.7	Neenakosti v razširjenosti simptomov depresivne motnje.....	86
1.7.1	Uvod.....	86
1.7.2	Metode	86
1.7.3	Rezultati z diskusijo.....	87
1.7.4	Zaključek.....	91
1.7.5	Literatura	92
1.8	Neenakosti pri umrljivosti zaradi samomora	93
1.8.1	Uvod.....	93
1.8.2	Metode	94
1.8.3	Rezultati z diskusijo.....	95
1.8.4	Zaključki	99
1.8.5	Literatura	100
1.9	Neenakosti v umrljivosti zaradi poškodb v nezgodah	102
1.9.1	Uvod.....	102
1.9.2	Metode	102
1.9.3	Rezultati z diskusijo.....	103
1.9.4	Zaključki	106
1.9.5	Literatura	107
1.10	Dostopnost do dolgotrajne oskrbe.....	110
1.10.1	Uvod.....	110
1.10.2	Raziskovalni pristop.....	110
1.10.3	Rezultati z diskusijo.....	111
1.10.4	Zaključki	122
1.10.5	Literatura	122
2	KVALITATIVNE RAZISKAVE.....	125
2.1	Ranljive skupine v Sloveniji – izsledki kvalitativne terenske raziskave	125
2.1.1	Uvod.....	125
2.1.2	Kvalitativna terenska raziskava	125
2.1.3	Izsledki raziskave	127
2.1.4	Sklepne ugotovitve	137
2.1.5	Literatura	138

2.2	Ranljivosti v času pandemije covid-19.....	140
2.2.1	Uvod.....	140
2.2.2	Metode raziskovanja	140
2.2.3	Rezultati in diskusija	143
2.2.4	Zaključek.....	153
2.2.5	Literatura	155
3	POLITIČNI UKREPI	157
3.1	Neenakosti v oskrbi starejših: Primerjava dolgotrajne in zdravstvene oskrbe	157
3.1.1	Uvod.....	157
3.1.2	Metode	159
3.1.3	Rezultati.....	161
3.1.4	Zaključki	162
3.1.5	Literatura	163
3.2	Razlike v prejemanju dolgotrajne oskrbe skozi različna življenjska obdobja.....	164
3.2.1	Uvod.....	164
3.2.2	Podatki in metoda.....	165
3.2.3	Rezultati z diskusijo.....	166
3.2.4	Zaključki	167
3.2.5	Literatura	168
3.3	Blaginja otrok v slovenskih statističnih regijah: kako jo meriti in uporabiti rezultate	169
3.3.1	Uvod in ozadje	169
3.3.2	Raziskovalni pristop.....	170
3.3.3	Rezultati.....	174
3.3.4	Zaključek.....	176
3.3.5	Literatura	176
3.4	Alkoholna politika v Sloveniji s pregledom stanja na področju in izbrani primeri dobrih praks	179
3.4.1	Uvod.....	179
3.4.2	Metodologija	180
3.4.3	Rezultati.....	181
3.4.4	Primeri dobrih praks v Sloveniji	189
3.4.5	Zaključek.....	197
3.4.6	Literatura	198
3.5	Vzročna ocena učinkov prvega zaprtja slovenske države v času covid-19 na zdravstvene dejavnike in neenakosti v zdravju	201
3.5.1	Uvod.....	201
3.5.2	Način raziskovanja in podatki	202
3.5.3	Rezultati.....	204
3.5.4	Zaključki	205
3.5.5	Literatura	205

3.6	Neenakosti v zdravju s poudarkom na prehranjevanju in telesni masi med prebivalci Slovenije v času pandemije covid-19.....	206
3.6.1	Uvod.....	206
3.6.2	Metode	206
3.6.3	Rezultati z diskusijo.....	207
3.6.4	Zaključek.....	216
3.6.5	Literatura	216
3.7	Indeks spremembe ranljivosti otrok v času epidemije novega koronavirusa: regijski vidik	219
3.7.1	Uvod.....	219
3.7.2	Način raziskovanja.....	221
3.7.3	Rezultati.....	227
3.7.4	Zaključek.....	232
3.7.5	Literatura	233
	STVARNO KAZALO.....	234
	KAZALO SLIK.....	238
	KAZALO TABEL	242
	PRILOGE	243

1 KVANTITATIVNE RAZISKAVE

1.1 Neenakosti v samooceni zdravja in trajanju življenja

Tatjana Kofol Bric, Metka Zaletel, Blashko Kasapinov, Darja Lavtar, Marcel Kralj, Maruša Rehberger

1.1.1 Uvod

Samoocena zdravja je kazalnik osebnega dojetja zdravja, ki se pogosto uporablja v zdravstvenih, psiholoških in kliničnih raziskavah. Osebno dojetje zdravja naj bi odsevalo biološke, socialno-ekonomske in psihosocialne dimenzije zdravja posameznika, le-ta pa ga določi preko odgovora na eno vprašanje. Na samooceno zdravja vpliva veliko različnih dejavnikov, kot so starost, spol, izobrazba, materialno stanje in socialni položaj. V splošnem velja, da osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem in ženske svoje zdravje ocenjujejo slabše kot tisti z višjim položajem in moški.

Boljša samoocena zdravja je močno povezana z nižjo umrljivostjo. Na samooceno zdravja vplivajo bolezni, duševno zdravje in drugi dejavniki tveganja, a še vedno je neodvisni napovedni dejavnik umrljivosti (1).

Pričakovano trajanje življenja je novejša mera, ki prikazuje pričakovana leta življenja ob rojstvu ali izbrani že doseženi starosti. Izračun temelji na vzorcih umiranja v opazovanem obdobju in predpostavki, da se bodo ti vzorci ohranjali. Osnova za izračun so triletne povprečne stopnje umrljivosti. Ker se v večini družb pričakovano trajanje življenja moških in žensk pomembno razlikuje, je pričakovano trajanje življenja pogosto prikazano ločeno po spolu, pogosto ob rojstvu in pri 65. letu starosti. Prikaz kazalnika glede na socialno-ekonomski položaj, ki je določen z doseženo izobrazbo, običajno kaže pričakovano trajanje življenja pri 30. letu starosti (2). Nizek socialno-ekonomski položaj je zanesljivo povezan s povečanim tveganjem za prezgodnjo smrt.

1.1.2 Metode

V prispevku prikazane analize so opravljene na podatkih in informacijah, zbranih na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva in Zakona o državni statistiki oz. aktualnega Letnega programa statističnih raziskovanj. Ključni uporabljeni viri podatkov so: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi) (3) in anketna raziskava Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007, 2014 in 2019 (*angl.* European Health Interview Survey, EHIS) (4).

Podatki o izobrazbi, uporabljeni pri podatkih iz rednih zbirk podatkov za obdobje 2006–2008, so bili pripravljene na podlagi Statističnega registra delovno aktivnega prebivalstva ter Popisa prebivalstva, družin, gospodinjstev in stanovanj 2002, ki ju upravlja Statistični urad RS (5). Podatki o izobrazbi za obdobje od leta 2012 dalje so izveček iz Registra izobrazbe, ki ga od leta 2011 vodi Statistični urad RS za statistične namene (6).

Stopnje izobrazbe smo razvrstili v naslednje kategorije: nizka (osnovnošolska izobrazba ali nižja), srednja (srednješolski programi, ki trajajo od 2 do 5 let) in visoka (višješolska izobrazba ali več).

Podatke o umrljivosti prebivalstva pripravlja NIJZ na podlagi redne zbirke Zdravniško poročilo o umrli osebi (Zbirka podatkov o umrlih osebah) (3). Ta zajema podatke o vseh prebivalcih Slovenije, ki so v referenčnem letu umrli na ozemlju Slovenije ali v tujini. Podatki o vzrokih smrti so pomemben vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti ter ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva in so osnova za poročanje in mednarodne primerjave v okviru obveznosti do Evropske unije, Svetovne zdravstvene organizacije in drugih mednarodnih organizacij. V publikaciji predstavljamo umrljivost prebivalcev po stopnji dosežene izobrazbe.

Podatki o umrlih osebah so bili dopolnjeni s podatki Statističnega urada RS o najvišji doseženi izobrazbi prebivalcev v času smrti, kar je bilo uporabljeno za pripravo kazalnikov prezgodnje umrljivosti pred 75. letom starosti in pričakovanega trajanja življenja pri 30. letu starosti. Pri kazalniku pričakovanega trajanja življenja je bila uporabljena Sullivanova metoda (2).

Za izračune in primerjavo umrljivosti po izobrazbi so bili uporabljeni letni podatki umrlih iz let 2006–2008, 2012–2014 ter 2017–2019. Za kazalnik Samoocena zdravja so bili uporabljeni podatki Nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu, katere glavni namen je ugotoviti, kakšno je zdravstveno stanje prebivalcev, kako pogosto uporabljamo različne zdravstvene storitve in kakšen je naš življenjski slog, povezan z zdravjem.

Podatki, prikazani v publikaciji, so bili zbrani z anketnimi raziskavami o zdravju in zdravstvenem varstvu v letih 2007, 2014 in 2019. Raziskave je izvedel NIJZ na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih in so stari 15 let in več. Podatki so bili v letu 2007 zbrani z osebnim anketiranjem, v letih 2014 in 2019 pa s spletnim anketiranjem in osebnim anketiranjem na naslovih oseb, ki so bile izbrane v vzorec. V letu 2007 je v anketi sodelovalo 2.116 oseb, v letu 2014 6.262 oseb, v letu 2019 pa 9.900 oseb. Vzorčni načrt je bil v vseh izvedbah raziskave stratificiran dvostopenjski (4).

Podatki iz Nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) so prikazani po različnih demografskih spremenljivkah, kot so spol, starost in stopnja izobrazbe.

Za kazalnik Samoocena zdravja iz anketne raziskave Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) smo statistično značilnost razlik v deležih med različnimi demografskimi kategorijami (npr. nizko, srednje in visoko izobraženimi) znotraj enega leta preverjali z χ^2 -testom, z z-testom pa smo primerjali deleže med posameznimi pari demografskih kategorij (pri tem smo uporabili Bonferronijev popravek).

Pri kazalniku Samoocena splošnega zdravja iz raziskave EHIS smo statistično značilnost sprememb neenakosti pri posameznih kazalnikih glede na spol, starost in izobrazbo med leti 2007, 2014 in 2019 ugotavljali s Cochran-Armitage testom trenda. Izračunane so bile različne mere neenakosti, in sicer absolutna razlika v prevalenci (vrzel), razmerje prevalenc ter populaciji pripisljiv delež (*angl.* Population Attributable Fraction, PAF). Absolutna razlika v prevalenci (vrzel) in razmerje prevalenc prikazujeta absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oz. neenakosti samo med najmanj in najbolj privilegiranimi skupinami (v našem primeru

vrzel med nizko in visoko izobraženimi). PAF prikazuje delež vrednosti neugodnega kazalnika, ki bi se mu lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika v celotni populaciji enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosega najbolj privilegirana socialno-ekonomska skupina (tj. višje izobražena skupina) (7, 8, 9).

Analiza umrljivosti po stopnji dosežene izobrazbe je obsegala absolutne primerjave starostno standardiziranih stopenj umrljivosti oseb glede na najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe in relativne primerjave umrljivosti različno izobraženih (npr. razmerje starostno standardiziranih stopenj; *angl.* rate ratio), vse za obdobja 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019. Prezgodnja umrljivost po izobrazbi zaradi vseh vzrokov skupaj je prikazana s starostno standardizirano stopnjo umrljivosti med 25. in 74. letom starosti. Uporabljena so povprečja treh zaporednih let. V primerjavo sta bili vzeti obe skrajni skupini oseb – osebe z nizko in osebe z visoko izobrazbo.

Razlike v umrljivosti med stopnjami izobrazbe smo preučevali s Poissonovo regresijo, kjer je odvisno spremenljivko predstavljala stopnja umrljivosti, neodvisne spremenljivke pa so bile starost, obdobje in izobrazba ter interakcija med njimi. Pojav trenda neenakosti (tj. povečevanje ali zmanjševanje neenakosti) glede na izobrazbo med obdobji 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019 ugotavljamo s spremljanjem statistične značilnosti interakcije med obdobjem in izobrazbo.

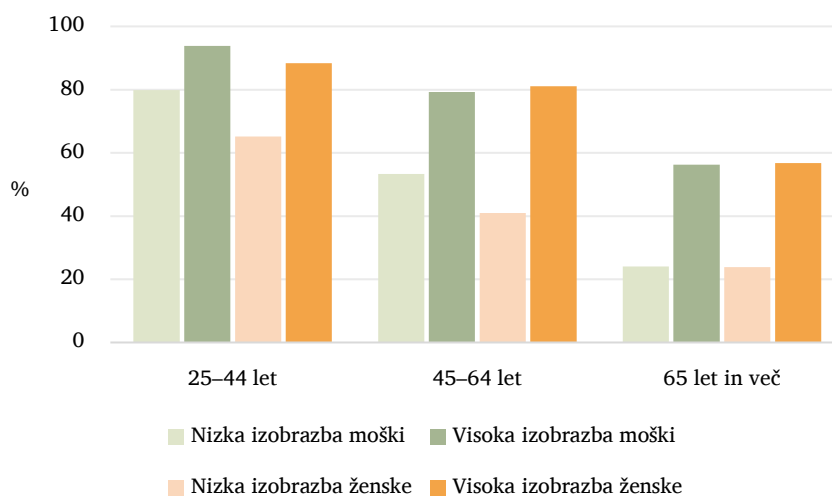
Za kazalnike umrljivosti so bile izračunane dodatne mere neenakosti, in sicer t. i. naklonski indeks neenakosti (*angl.* Slope Index of Inequality, SII), relativni indeks neenakosti (*angl.* Relative Index of Inequality, RII) ter PAF. V nasprotju z zgoraj omenjenimi merami absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oz. neenakosti samo med najbolj in najmanj deprivilegiranimi skupinami (v našem primeru vrzel med nizko in visoko izobraženimi osebami), sta SII in RII indeksa neenakosti, ki delujeta na osnovi regresije in upoštevata celotno populacijo, torej sta dovzetna za distribucijo populacije po vseh socialno-ekonomskih skupinah (v našem primeru tudi srednje izobražene skupine). Absolutna razlika, ki jo določi naklon dobljene regresijske premice med najnižje in najvišje izobraženimi, predstavlja dobljeni SII. Indeks RII, ki je izračunan tako, da vrednost SII indeksa delimo s skupno/povprečno vrednostjo izbranega kazalnika, predstavlja relativni koeficient neenakosti in zato omogoča primerjavo neenakosti med različnimi zdravstvenimi kazalniki in po času. Tretja dodatna mera, PAF, prikazuje delež vrednosti kazalnika (npr. stopnja umrljivosti zaradi pljučnega raka), ki bi se jim lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika za celotno populacijo enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosega najbolj privilegirana socialno-ekonomska skupina (tj. višje izobražena skupina) (7, 8, 9).

1.1.3 Rezultati z diskusijo

Podobno kot ugotavljajo tuje in predhodne slovenske študije (10, 11), tudi v Sloveniji v letu 2019 ugotavljamo, da je slabša samoocena zdravja povezana z nizko stopnjo izobrazbe. Vrzel v dobri in zelo dobri samooceni zdravja med visoko in nizko izobraženimi se povečuje s starostjo, in sicer pri moških od 13,9 % v starostni skupini 25–44 let na 32,2 % v starostni skupini nad 65 let. Podobno je tudi pri ženskah, kjer vrzel prav tako narašča s starostjo, od 23,2 % na 33 %; sicer je vrzel največja v starostni skupini 45–64 let.

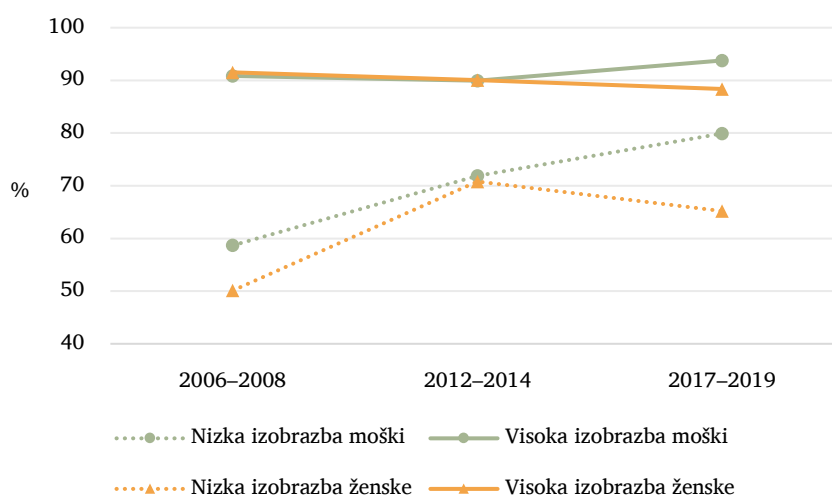
Mlajši moški v vseh izobrazbenih skupinah v celoti bolj ocenjujejo svoje zdravje kot ženske, pri starejših skupinah pa se razlike med spoloma zmanjšujejo.

Trendi v opazovanih obdobjih kažejo, da narašča delež posameznikov, ki ocenjujejo svoje zdravje kot dobro in zelo dobro tako pri moških kot pri ženskah, naraščanje beležimo pri vseh starostnih skupinah (Slika 1.1.1). Vendar pa vrzel med spoloma še vedno obstaja (7,3 % v letu 2019), hkrati pa se je vrzel po izobrazbi zmanjšala (53 % v letu 2007 in 43 % v letu 2019). Zmanjšanje izobrazbene vrzeli lahko opazimo pri moških v vseh starostnih skupinah, pri ženskah pa se je zmanjšala samo v starostni skupini 25–44 let, v ostalih starostnih skupinah sprememba trenda ni značilna (Slika 1.1.2).



Vir: EHIS 2019 (4).

Slika 1.1.1: Delež oseb, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, po spolu, starostnih skupinah in izobrazbi v Sloveniji v letu 2019.

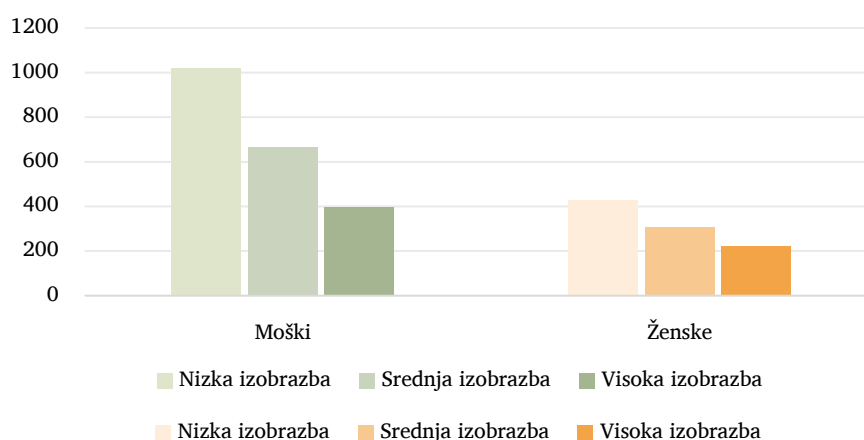


Vir: EHIS 2019 (4).

Slika 1.1.2: Delež oseb, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, v starostni skupini 25–44 let po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih.

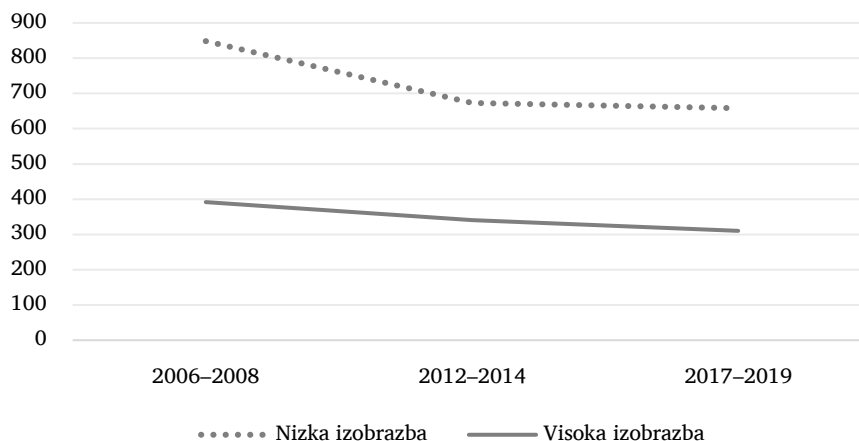
Podatki kažejo, da se je v obdobju 2007–2019 povečal delež prebivalstva starega nad 25 let, ki ocenjuje svoje zdravje kot dobro ali zelo dobro; hkrati pa se Slovenija s tem kazalnikom umešča v povprečje držav članic EU. Čeprav se vrzel med nizko in visoko izobraženimi zmanjšuje, je ta še vedno velika. Vrzel med moškimi in ženskami je relativno stabilna v opazovanih obdobjih. Ta razlika med spoloma je dokumentirana v raziskavah in temelji na kombinaciji bioloških dejavnikov in družbene neenakosti med spoloma (12). Čeprav so družbe vse bolj izenačene, vztrajne neenakosti v izobraževanju, zaposlovanju in dohodkih še vedno vodijo do trajnih neenakosti v zdravju med moškimi in ženskami, a tudi države z večjo enakostjo spolov v družbi ne dosegajo večje enakosti v zdravju. Neenakosti v zdravju med izobrazbenimi skupinami pojasnjujejo različni koncepti, ki se osredotočajo na vedenjske, materialne in psihosocialne dejavnike. Študije so pokazale, da obstaja povezava med samooceno zdravja, boleznimi, povezanimi z življenjskim slogom (npr. sladkorna bolezen, zvišan krvni tlak), življenjskimi navadami (npr. kajenje, redna telesna vadba) in debelostjo (13). Še posebej močna je povezava z umrljivostjo, saj so raziskave pokazale, da imajo osebe, ki samoporočajo slabše zdravje, dvakrat ali celo večje tveganje za prezgodnjo umrljivost v prihodnosti (1, 14). Spodbujanje socialnega vključevanja zlasti pri osebah z nizko izobrazbo je ustrezen ukrep za zmanjšanje neenakosti v samooceni zdravja. Sodelovanje v družbenih dejavnostih pomeni fizično vključevanje v družbo, zagotavlja čustveno podporo, daje občutek pomena in pripadnosti ter povečuje verjetnost dolgoročne blaginje posameznika, zlasti pri starejših (15).

Prezgodnja umrljivost med 25. in 75. letom starosti kaže v Sloveniji velike razlike po izobrazbi tako v obdobju 2017–2019 kot v prejšnjih obdobjih (Slika 1.1.4). Moški z nizko izobrazbo imajo do 75. leta starosti 2,6-krat višjo stopnjo umrljivosti, kot tisti z visoko izobrazbo. Pri ženskah je vrzel manjša kot pri moških (Slika 1.1.3). Izračun populaciji pripisljivega deleža pokaže, da bi se pri moških 42,5 % smrti do 75. leta starosti izognili, če bi bila umrljivost v celotni populaciji enaka umrljivosti med visoko izobraženimi. Pri ženskah ta delež znaša 31,9 %. Med opazovanimi vzroki smrti v Sloveniji se izobrazbena vrzel najbolj izrazi pri vzrokih smrti, ki so neposredno pripisljivi alkoholu.



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah NIJZ (3).

Slika 1.1.3: Umrljivost pred 75. letom starosti po izobrazbi in spolu v obdobju 2017–2019, Slovenija, starostno standardizirana stopnja (SSS).



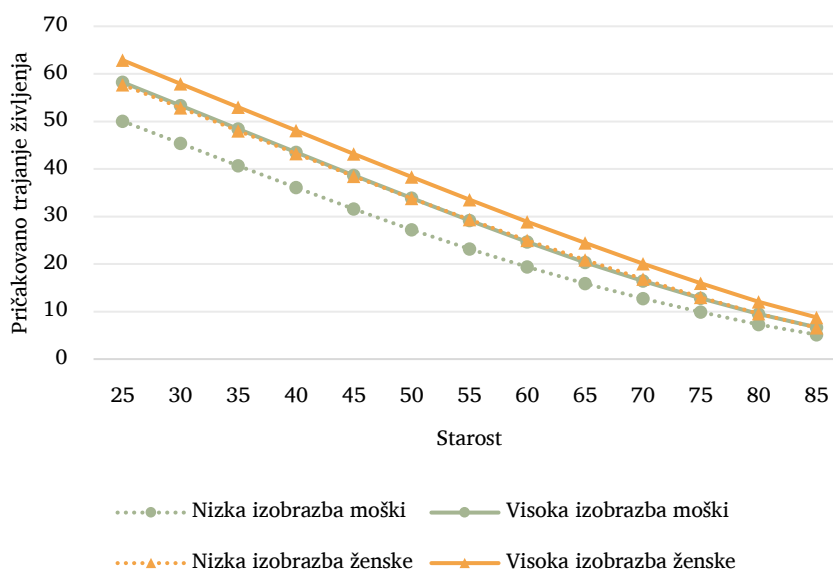
Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah NIJZ (3).

Slika 1.1.4: Umrljivost pred 75. letom po izobrazbi v treh časovnih obdobjih (SSS) – trend vrzeli.

Čeprav je zmanjšanje prezgodnje umrljivosti zaradi socialno-ekonomskega položaja že dolgo eden glavnih ciljev izboljšanja javnega zdravja, pa so zelo redko doseženi rezultati v zmanjšanju vrzeli med skupinami z različno izobrazbo (16). V nekaterih evropskih državah so se izobrazbene neenakosti izrazito povečale (17). Razloge za ugodno zmanjšanje izobrazbene vrzeli v umrljivosti moških v Sloveniji v obdobju 2012–2014, ki se ni nadaljevalo v naslednjem obdobju, bi bilo potrebno raziskovati tudi glede vpliva odseljevanja nizko izobraženega prebivalstva v države izvora v obdobju ekonomske krize. Migracije prebivalstva močno vplivajo na socialno-ekonomske vrzeli v umrljivosti in v nekaterih medregijskih primerjavah poskušajo ta vpliv izločiti z raziskovanjem zgolj v državi rojenega prebivalstva (18). V Veliki Britaniji je ena od treh prezgodnjih smrti povezana s socialno-ekonomsko neenakostjo, kar raziskovalci izpostavljajo kot razlog, da bi morale neenakosti predstavljati najpomembnejši izziv javnega zdravja. Prednost morajo imeti intervencije, ki naslavljajo izvirne sistemske dejavnike socialno-ekonomske neenakosti, kot so socialna prikrajšanost, izpostavljenost tveganjem in družbena pravičnost (16). Poleg naslavljanja dohodkovne neenakosti je Marmotovo poročilo za zmanjševanje neenakosti izpostavilo šest političnih zavez, in sicer: vsakemu otroku omogočiti najboljši začetek življenja, omogočiti ljudem, da izkoristijo svoje sposobnosti in imajo nadzor nad življenjem, ustvarjati zaposlitve in dobra delovna mesta, zagotavljati zdrav bivalni standard, ustvarjati zdrava in trajnostna okolja in krepiti preprečevanja bolezni (19).

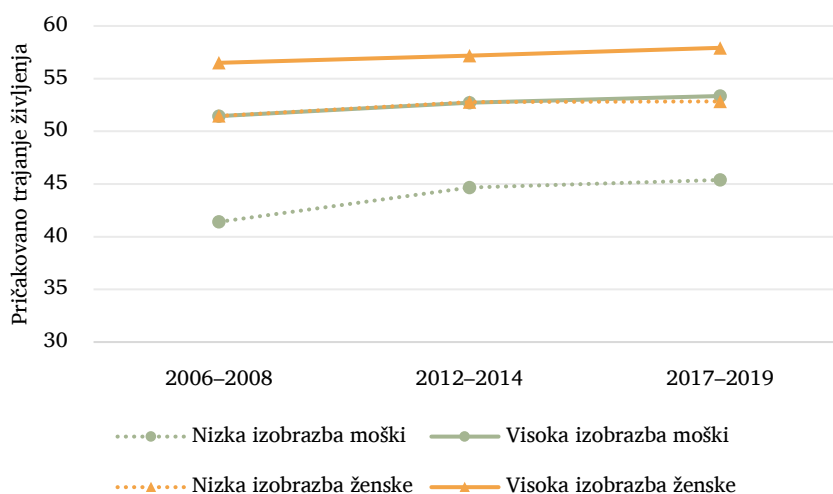
Pričakovano trajanje življenja moških ob dopolnjenem 30. letu se v opazovanih obdobjih povečuje pri vseh izobrazbenih skupinah. Ko primerjamo obdobji 2012–2014 in 2017–2019 se ohranja vrzel okoli osem let razlike med pričakovanim trajanjem življenja visoko in nizko izobraženih moških, kar je izrazito zmanjšanje vrzeli po izobrazbi iz obdobja 2006–2008 (Slika 1.1.5). Pri ženskah se pričakovano trajanje življenja pri 30. letu podaljšuje, vendar ne v vseh izobrazbenih skupinah. V obdobju 2017–2019 je pri nizko izobraženih ženskah pričakovano trajanje življenja ostalo enako, kot je bilo v obdobju 2012–2014. Podaljšalo se je pričakovano trajanje življenja visoko izobraženih žensk, kar je povzročilo, da se je vrzel med obema

izobrazbenima skupinama žensk povečala na 5,1 leto, medtem ko je bila v obdobju 2012–2014 le 4,4 leta, v obdobju 2006–2008 pa 5 let.



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah NIJZ (3).

Slika 1.1.5: Pričakovano trajanje življenja po spolu in izobrazbi v Sloveniji v obdobju 2017–2019.



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah NIJZ (3).

Slika 1.1.6: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih.

Pričakovano trajanje življenja nizko izobraženih žensk je skoraj enako pričakovanemu trajanju življenja visoko izobraženih moških, le v zadnjem opazovanem obdobju je opazna razlika v korist daljšega življenja visoko izobraženih moških (Slika 1.1.6). K razliki po izobrazbi pri moških največ prispeva prezgodnje umiranje nizko izobraženih moških v starosti med 60 in 70 let, k razliki po izobrazbi pri ženskah pa največ prispeva umiranje nizko izobraženih žensk po 85. letu starosti.

Neenakosti v pričakovanem trajanju življenja glede na izobrazbo so na splošno večje pri moških kot pri ženskah, posebej v centralni in vzhodni Evropi. Za 14 evropskih držav, kjer je na voljo podatek o izobrazbi umrlih, je povprečno pričakovano trajanje življenja moškega pri 30. letu z nizko izobrazbo sedem let krajše kot moškega z visoko izobrazbo. Izobrazbena vrzel pri ženskah je v povprečju štirinajstih držav okoli tri leta (20). Pri analizi osmih dejavnikov tveganja, ki značilno predstavljajo različna področja življenja in z njimi povezane politike v izbranih državah EU, so k izobrazbeni vrzeli v pričakovanem trajanju življenja med 35. in 80. letom starosti največ prispevali kajenje, nizek dohodek, debelost in premajhno uživanje sadja in zelenjave. Med državami obstajajo velike razlike v pomembnosti opazovanih dejavnikov tveganja (21). S tem so povezane tudi različne prioritete držav pri ukrepih, ki posledično podaljšujejo pričakovano trajanje življenja in zmanjšujejo socialno-ekonomske neenakosti.

1.1.4 Zaključek

Delež oseb, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, se je v obdobju od 2007 do 2019 povečal pri moških in pri ženskah z nizko izobrazbo, hkrati pa je porast med visoko izobraženimi relativno manjši, vendar še vedno opazen. Vrzel med izobrazbenimi skupinami se zmanjšuje, in sicer bolj pri moških kot pri ženskah.

Prezgodnja umrljivost do 75. leta starosti se znižuje v vseh izobrazbenih skupinah pri moških in ženskah ter skupaj. V opazovanih obdobjih se je vrzel med nizko in visoko izobraženimi moškimi zmanjševala, pri ženskah in v populaciji skupaj pa se je izobrazbena vrzel ohranjala. V celotni populaciji pa se prezgodnja umrljivost v Sloveniji še vedno znižuje, to velja tako pri moških kot pri ženskah in pri vseh izobrazbenih skupinah.

Pričakovano trajanje življenja nizko in visoko izobraženih moških in žensk se podaljšuje. Vrzel pri moških se v opazovanih obdobjih nekoliko zmanjšuje, pri ženskah pa ni videti jasnega trenda vrzeli.

Prikazani podatki za Slovenijo kažejo med zadnjima opazovanima obdobjema povečanje izobrazbene vrzeli v pričakovanem trajanju življenja pri ženskah. Izobrazbena razlika v umiranju žensk se enakomerno nabira v vseh življenjskih obdobjih, poveča pa se v zadnjem obdobju življenja. Preprečljive vzroke za povečanje vrzeli pri ženskah je zato potrebno, poleg že znane različne razširjenosti dejavnikov tveganega vedenjskega sloga med izobrazbenimi skupinami, iskati in obravnavati tudi v dostopnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe.

1.1.5 Literatura

1. Lorem G, Cook S, Leon DA, Emaus N, Schirmer H. Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Sci Rep.* 2020 Mar 17;10(1):4886. <https://doi.org/10.10382Fs41598-020-61603-0>.
2. Jagger, C., Cox, B., Le Roy, S., EHEMU. 2006. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method. Third Edition. EHEMU Technical Report September 2006.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi) letne zbirke 2006-08, 2012-14, 2017-19.

4. Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019. Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS 2019), <https://www.nijz.si/sl/podatki/nacionalna-raziskava-o-zdravju-in-zdravstvenem-varstvu-ehis-2019>.
5. Statistični urad RS. Registrski popis prebivalstva, gospodinjestev in stanovanj, Slovenija, 1. 1. 2011 – metodološko pojasnilo, <http://www.stat.si/statweb/Common/PrikaziDokument.ashx?IdDatoteke=8211>.
6. Statistični urad RS. Socioekonomske značilnosti prebivalstva in meddržavnih selivcev, Slovenija – metodološko pojasnilo, <http://www.stat.si/statweb/Common/PrikaziDokument.ashx?IdDatoteke=7785>.
7. Department of Health, Social Services and Public Safety. 2014. Health Inequalities - NI Health & Social Care Inequalities Monitoring System (HSCIMS) – Regional Report 2014. Dostopno na: <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/hscims-2014-bulletin.pdf>.
8. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Built-in database edition. Version 2.0. Geneva, World Health Organization, 2017. Dostopno na: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/gama/activities-of-gama>.
9. Renard in drugi. Monitoring health inequalities when the socio-economic composition changes: are the slope and relative indices of inequality appropriate? Results of a simulation study. *BMC Public Health*. 2019; 19:662. Dostopno na: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6980-1>.
10. Roxo L, Bambra C, Perelman J. Gender Equality and Gender Inequalities in Self-Reported Health: A Longitudinal Study of 27 European Countries 2004 to 2016. *Int J Health Serv*. 2020 Oct 5:20731420960344.
11. Pibernik T, Tomšič S. Samoocena zdravja. V: Lesnik T, et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. str. 53–56.
12. Boerma T, Hosseinpoor AR, Verdes E, Chatterji S. A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC Public Health*. 2016 Jul 30;16:675.
13. Gallagher JE, Wilkie AA, Cordner A, Hudgens EE, Ghio AJ, Birch RJ, Wade TJ. Factors associated with self-reported health: implications for screening level community-based health and environmental studies. *BMC Public Health*. 2016 Jul 26;16:640.
14. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*. 1982 Aug;72(8):800–8.
15. Vonneilich N, Lüdecke D, von dem Knesebeck O. Educational inequalities in self-rated health and social relationships - analyses based on the European Social Survey 2002-2016. *Soc Sci Med*. 2020 Dec;267:112379.
16. Lewer D, Jayatunga W, Aldridge RW, Edge C, Marmot M, Story A, Hayward A. Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020 Jan;5(1):e33-e41. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30219-1. Epub 2019 Dec 5. Erratum in: *Lancet Public Health*. 2020 Jan;5(1):e18. PMID: 31813773; PMCID: PMC7098478.
17. de Gelder R, Menvielle G, Costa G, Kovács K, Martikainen P, Strand BH, Mackenbach JP. Long-term trends of inequalities in mortality in 6 European countries. *Int J Public Health*. 2017 Jan;62(1):127–41. doi: 10.1007/s00038-016-0922-9. Epub 2016 Dec 9. PMID: 27942745; PMCID: PMC5288439.
18. Renard F, Devleeschauwer B, Gadeyne S, Tafforeau J, Deboosere P. Educational inequalities in premature mortality by region in the Belgian population in the 2000s. *Arch Public Health*. 2017;75:14.
19. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. Fair society healthy lives (The Marmot Review). 2010. Dostopno 2. 2. 2021 na: <http://www.instituteofthealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.

20. OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
21. Mackenbach JP, Valverde JR, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Deboosere P, Kalediene R, Kovács K, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Regidor E, Nusselder WJ. Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *Lancet Public Health*. 2019 Oct;4(10):e529-e537. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30147-1. PMID: 31578987.

1.2 Neenakosti v nosečnosti

Barbara Mihevc Ponikvar, Marcel Kralj

1.2.1 Uvod

Zdravje v nosečnosti je ključnega pomena za izboljšanje zdravja in priložnosti bodočih generacij ter omogočanje najboljšega možnega začetka vsakemu otroku (1), kar je tudi eden izmed temeljnih pristopov za zmanjševanje neenakosti v družbi (2). Zapleti v nosečnosti, kot je na primer prezgodnji porod ali rojstvo otroka z nizko porodno težo, imajo namreč tako kratkoročne kot dolgoročne posledice za zdravje posameznika, ki se lahko kažejo kot povečana obolevnost in umrljivost v zgodnjem otroštvu pa vse do odrasle dobe (3, 4). Zdravje v nosečnosti je povezano z več dejavniki, od splošnega zdravstvenega stanja žensk v rodni dobi, dejavnikov njihovega življenjskega sloga, pa vse do dostopnosti in kakovosti storitev zdravstvenega varstva v obporodnem obdobju. Na naštetе dejavnike pa pomembno vplivajo individualni dejavniki socialno-ekonomskega položaja, kot so izobrazba, zaposlitev, dohodek, bivanjski pogoji in drugo. Ugotovljeno je, da imajo ženske z nizkim socialno-ekonomskim položajem pomembno večje tveganje za slabši izide nosečnosti, kot so prezgodnji porod, nizka porodna teža, mrtvorojenost ali smrt novorojenčka (1).

- Med najpomembnejše preprečljive dejavnike tveganega življenjskega sloga v nosečnosti sodi kajenje, ki poslabša preskrbo ploda s kisikom in s tem pomembno vpliva na rast in razvoj ploda. Dokazano je povezano s povečanim tveganjem za zastoj rasti in nizko porodno težo otroka pa tudi z mrtvorojenostjo, prezgodnjim porodom in nekaterimi prirojenimi anomalijami. Posledice izpostavljenosti kajenju v nosečnosti pa se kažejo tudi kot dolgoročni vplivi na zdravje otroka, kot so povečano tveganje za debelost in prizadetost pljuč ter vedenjske in kognitivne primanjkljaje (5). Izpostavljenost kajenju tako v nosečnosti, kot po porodu pa povečuje tudi tveganje za nenadno smrt novorojenčka (6).

Drug pomemben dejavnik življenjskega sloga je prekomerna prehranjenost ali debelost matere, ki v nosečnosti poveča tveganje za pojav gestacijskega diabetesa, hipertenzivne bolezni (preeklampsijo), zastoj rasti ali makrosomijo ploda, mrtvorojenost, prezgodnji porod in porod s carskim rezom. Dokazan je tudi vpliv na dolgoročno zdravje otroka, ki je posledica fetalnega programiranja v maternici, epigenetskih procesov in sprememb v mikrobiomu novorojenčka. Kot možne posledice so opisani povečano tveganje za debelost, astmo ter razvojni zaostanek (6).

Dejavnike tveganja in zaplete v nosečnosti odkrivamo in naslavljamo v okviru predporodnega zdravstvenega varstva. Za varovanje zdravja bodočih mater v večini primerov skrbijo ginekološki timi na primarni ravni zdravstvenega varstva. Dejstvo, da si večina žensk izbere ginekologa že pred prvo nosečnostjo, pomembno pripomore k pravočasnemu vključevanju v predporodno varstvo. Preventivni program predvideva za zdrave nosečnice 10 preventivnih pregledov in dve ultrazvočni preiskavi, prvi pregled naj bi bil opravljen do 12. tedna nosečnosti. Ženskam, ki bodo ob pričakovanem terminu poroda stare 35–37 let pripada v breme

zdravstvenega zavarovanja tudi presejalna preiskava na kromosomopatije pri plodu, za ostale je preiskava zaenkrat še samoplačniška.

Vse nosečnice in njihovi spremljevalci pa imajo možnost brezplačne udeležbe na tečajih Priprave na porod in starševstvo (PPS), ki potekajo v vseh zdravstvenih domovih in nekaterih porodnišnicah (7).

Med ključne izide nosečnosti sodita prezgodnji porod (pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti) in nizka porodna teža novorojenčka (pod 2.500 grami), ki sta v razvitem svetu med najpomembnejšimi vzroki obolenosti in umrljivosti novorojenčka. Otroci, ki so rojeni prezgodaj, imajo povečano tveganje ne le za smrt in obolenost v najzgodnejšem obdobju, temveč pri njih ugotavljajo tudi več motenj v motoričnem in kognitivnem razvoju ter povečano tveganje za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni pozneje v življenju. Nizka porodna teža je pogostejša pri multipli nosečnosti (dvojčki, trojčki) in prezgodnjem porodu, lahko se pojavi tudi pri donošenih otrocih in je običajno znak zastoja rasti. Otroci z nizko porodno težo imajo prav tako večje tveganje za smrt in obolenost v najzgodnejšem obdobju ter dolgoročne kognitivne in motorične okvare, srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen in metabolni sindrom (6).

Najhujši zapleti v nosečnosti in obporodnem obdobju se lahko končajo s smrtjo otroka. Med perinatalne smrti sodijo primeri mrtvorojenih otrok in otrok, umrlih v prvem tednu življenja. Stopnja perinatalne umrljivosti na 1.000 rojstev sodi med najpomembnejše kazalnike zdravja in kakovosti zdravstvenega varstva v nosečnosti, med porodom in po njem. Med najpogostejše vzroke perinatalnih smrti sodijo v razvitem svetu prirojene anomalije pri otroku in posledice zastoja rasti ali prezgodnjega poroda.

1.2.2 Metode

Za analizo neenakosti v dejavnikih življenjskega sloga v nosečnosti, v koriščenju zdravstvenih storitev in pri izidih nosečnosti smo uporabili podatke Perinatalnega informacijskega sistema Republike Slovenije (PISRS). PISRS je zdravstveni register porodov in rojstev, ki vsebuje zapise o vseh porodih in rojstvih na območju Slovenije. Analizirali smo podatke za obdobje 2017–2019, za prikaz časovnih trendov pa smo jih primerjali z obdobjema 2012–2014 ter 2006–2008. Za opredelitev socialno-ekonomskega položaja nosečnice smo uporabili podatek o doseženi stopnji izobrazbe, ki smo jo združili v tri kategorije (nizka, srednja, visoka) in podatek o državi prvega bivališča matere (Slovenija, drugo). Podatke smo analizirali tudi po starostnih skupinah porodic.

V analizo smo vključili naslednje spremenljivke:

- Kajenje v nosečnosti (da, ne);
- Indeks telesne mase (ITM) v začetku nosečnosti (do 25, > 25);
- Prvi pregled v nosečnosti (do 12 tedna, po 12. tednu);
- Opravljena presejalna preiskava na kromosomopatije (da, ne);
- Udeležba na tečaju PPS (da, ne);
- Prezgodnji porod enojčka (pred 37. tednom gestacije) (da, ne);
- Nizka porodna teža enojčka (pod 2.500 grami) (da, ne).

Iz spremenljivk o stanju novorojenčka (Živorojen, Mrtvorojen) in starosti umrlega otroka pa smo izračunali tudi stopnje perinatalne umrljivosti enojčkov.

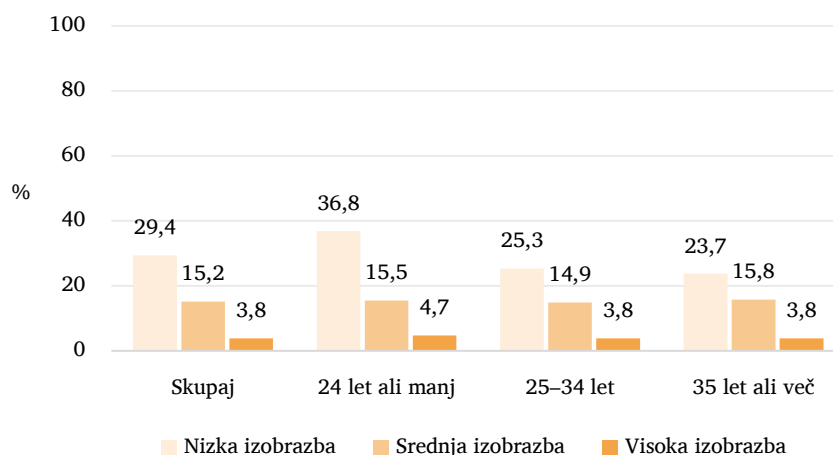
Analiza neenakosti v dejavnikih življenjskega sloga nosečnic, koriščenja zdravstvenih storitev in izidih nosečnosti glede na stopnjo dosežene izobrazbe in državo prvega bivališča je obsegala izračune strukturnih odstotkov in v nadaljevanju pregleda absolutnih razlik deležev oz. vrzeli ter relativne primerjave (tj. razmerje deležev in razmerje obojev) med različno izobraženimi skupinami mater ter med materami z različno prvo državo bivališča. V primerjave oziroma analizo neenakosti sta bili vzeti obe skrajni skupini oseb glede na najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe – tj. osebe z nizko izobrazbo in osebe z visoko izobrazbo.

Za prepoznavanje statistično značilnih sprememb oz. trendov znotraj posameznih izobrazbenih skupin smo uporabili logistično regresijo. S to vrsto regresijske analize smo prav tako preučevali spremembe v razlikah med izobrazbenima skupinama, kjer je odvisno spremenljivko predstavljal izbrani dejavnik življenjskega sloga, koriščenja zdravstvenih storitev ali izida nosečnosti, neodvisne spremenljivke pa so bile starost porodnice, obdobje in izobrazba ter interakcija med njima. Pojav trenda v neenakosti (tj. povečevanje ali zmanjševanje neenakosti) glede na izobrazbo med obdobji 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019 smo ugotavljali s spremljanjem statistične značilnosti interakcije med obdobjem in izobrazbo.

Razlike med ženskami z nizko in visoko izobrazbo ter med skupinama žensk glede na državo prvega bivališča smo opazovali s spremljanjem 95-odstotnega intervala zaupanja za deleže, dodatno pa smo statistično značilne razlike med nizko in visoko izobraženimi porodnicami za obdobje 2017–2019 preverjali z logistično regresijo, kjer je bila v modelu vključena tudi starost porodnice.

1.2.3 Rezultati in diskusija

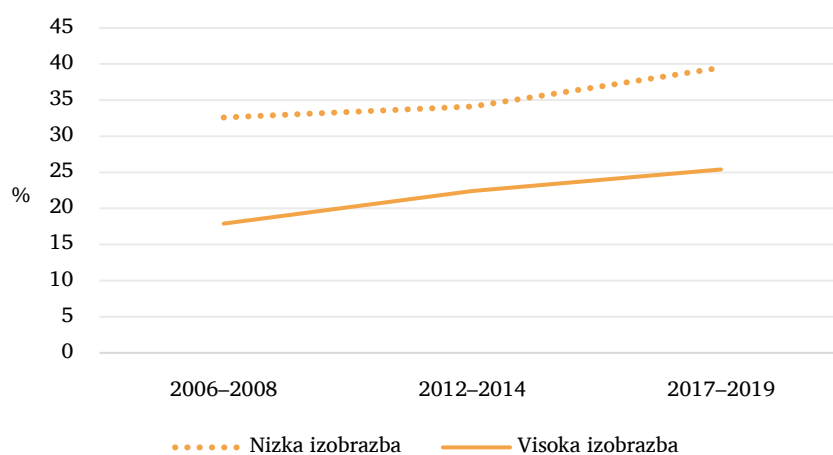
V obdobju 2017–2019 je v povprečju kadilo 10,2 % nosečnic, kar je primerljivo s preteklimi leti. Največ kadilk je bilo med nosečnicami, mlajšimi od 25 let (19,1 %), s starostjo je delež upadal, tako je po 35. letu kadilo še 8,6 % nosečnic. Tveganje, da bo nosečnica kadila, je bilo v obdobju 2017–2019 v skupini nosečnic z nizko izobrazbo kar 7,7-krat višje in v skupini nosečnic s srednjo izobrazbo 4-krat višje kot v skupini nosečnic z visoko izobrazbo. Razlike med izobrazbenimi skupinami so bile prisotne v vseh starostnih obdobjih (Slika 1.2.1). V primerjavi z obdobjema 2006–2008 in 2012–2014 se vrzel med izobrazbenimi skupinami ni značilno spremenila. Glede na državo prvega bivališča nismo zaznali pomembnih razlik v deležu kajenja v nosečnosti med ženskami, katerih država prvega bivališča je bila Slovenija in ostalimi.



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.1: Delež kadilk med nosečnicami, po starosti in izobrazbi, 2017–2019.

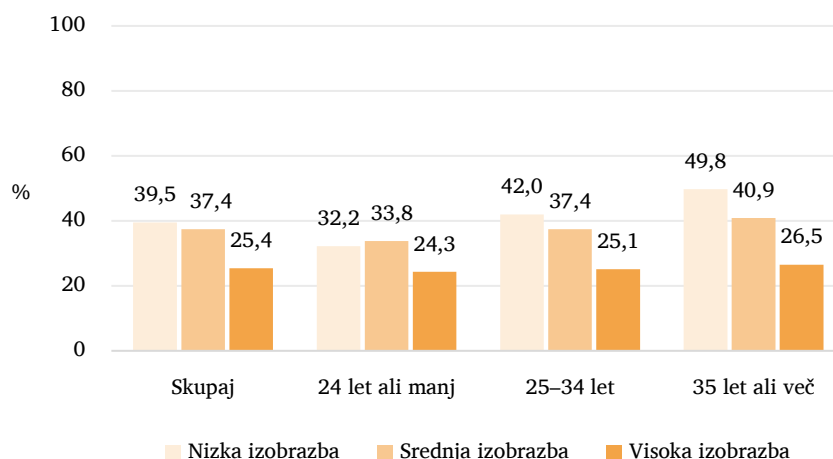
V obdobju 2017–2019 je bila pri 31,2 % žensk v začetku nosečnosti zabeležena prekomerna prehranjenost ali debelost (ITM 25 in več), kar kaže na trend naraščanja v primerjavi s predhodnimi obdobji, ko je ta delež znašal 25,0 % (2006–2008) oziroma 28,1 % (2012–2014). Do porasta je prišlo v vseh izobrazbenih skupinah, tako da se vrzel med najmanj in najbolj izobraženimi nosečnicami ni značilno spremenila (Slika 1.2.2).



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.2: Delež žensk z ITM > 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi in časovnih obdobjih.

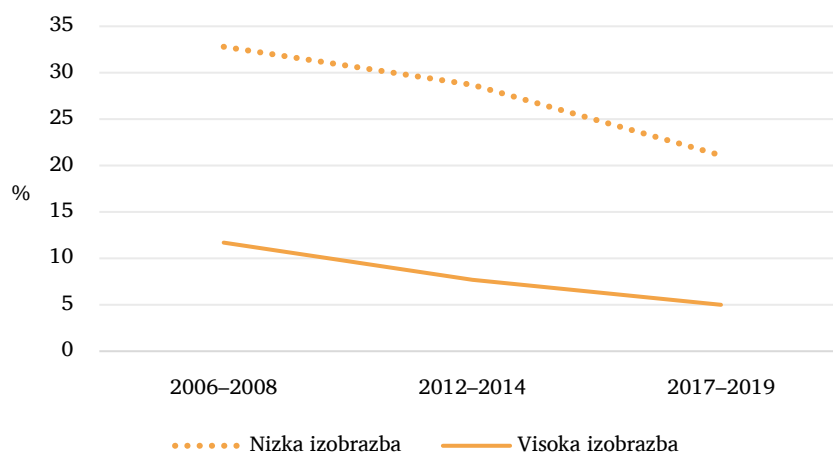
V obdobju 2017–2019 je bilo tveganje za ITM 25 ali več v skupini nosečnic z nizko izobrazbo za 56 % višje in v skupini nosečnic s srednjo izobrazbo za 47 % višje kot v skupini nosečnic z visoko izobrazbo. S starostjo nosečnic se je razlika med izobrazbenimi skupinami še povečevala, saj je teža v povprečju bolj naraščala pri manj izobraženih ženskah (Slika 1.2.3). Nosečnice, katerih država prvega bivališča je bila Slovenija, so imele nekoliko nižje tveganje za prekomerno prehranjenost ali debelost (30,8 %), v primerjavi z ostalimi nosečnicami (34,7 %).



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.3: Delež nosečnic z ITM 25 in več, po starosti in izobrazbi, 2017–2019.

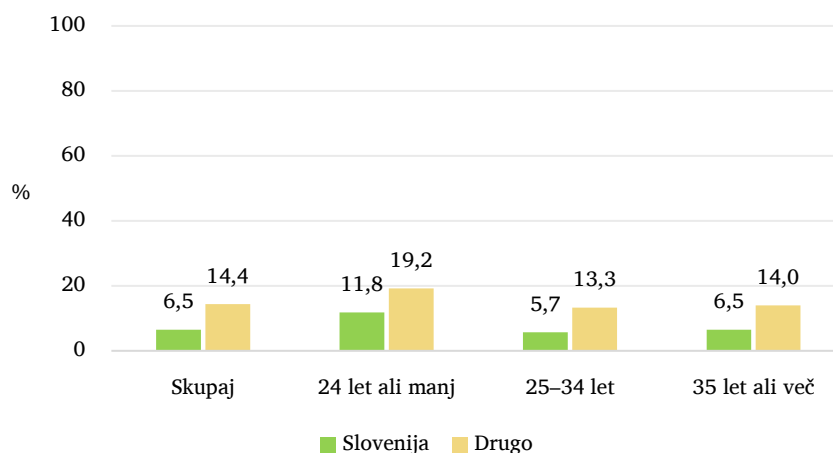
Le 8,3 % žensk je v obdobju 2017–2019 prišlo na prvi preventivni pregled šele po 12. tednu nosečnosti, kar je ugodneje kot v predhodnih obdobjih. Delež se je v primerjavi z obdobjema 2006–2008 ter 2012–2014 znižal v vseh izobrazbenih skupinah in upadla je tudi absolutna vrzel med najmanj in najbolj izobraženimi nosečnicami (Slika 1.2.4), medtem ko je razmerje deležev nekoliko poraslo. Skupina žensk z nizko izobrazbo je imela tako v obdobju 2017–2019 kar 4,2-krat višje tveganje za kasno vključitev v preventivni program od skupine žensk z visoko izobrazbo.



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.4: Delež žensk s prvim preventivnim pregledom po 12. tednu nosečnosti, po izobrazbi in časovnih obdobjih.

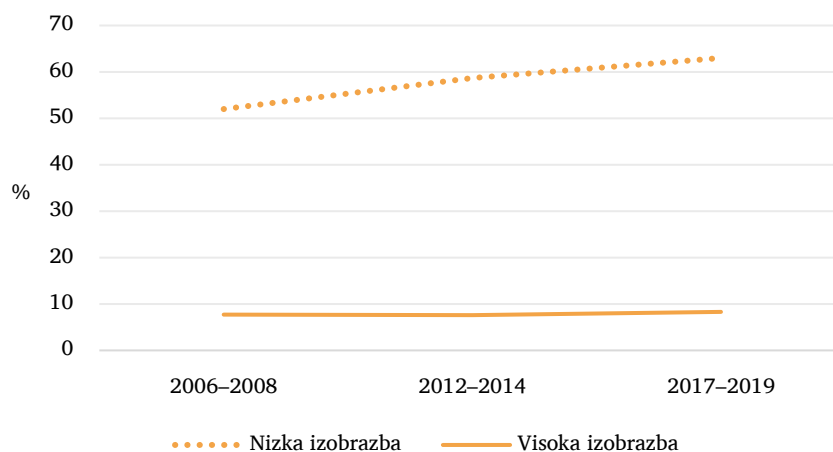
Tvegaje, da se bo ženska kasno vključila v preventivni program za nosečnice je bilo več kot dvakrat višje tudi pri ženskah mlajših od 25 let (15,8 %) v primerjavi s starimi 25 let in več (7,4 %). Prav tako so se 2,2-krat pogosteje kasno vključevale v preventivni program ženske, katerih država prvega bivališča ni bila Slovenija, v primerjavi z ženskami, rojenimi v Sloveniji, razlike pa so bile prisotne v vseh starostnih skupinah (Slika 1.2.5).



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.5: Delež žensk s prvim preventivnim pregledom po 12. tednu nosečnosti, po starosti in državi prvega bivališča.

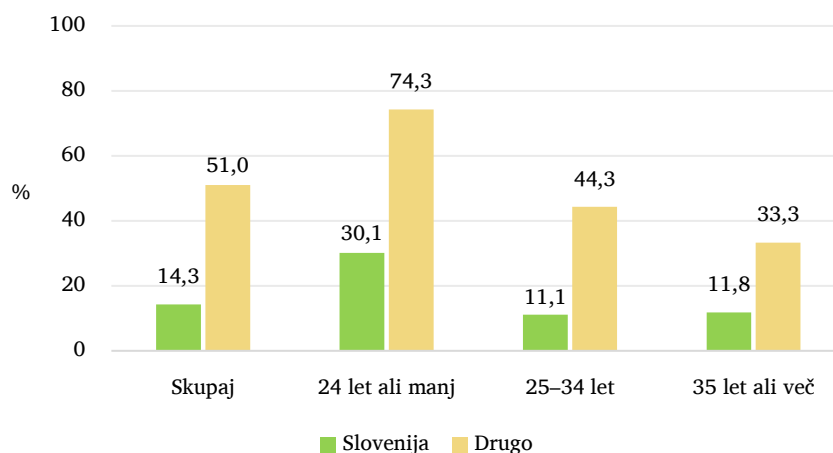
Tečaja Priprave na porod in starševstvo se je udeležilo 80,4 % prvič nosečih žensk, ki so rodile v obdobju 2017–2019, kar je nekoliko manj kot v predhodnih dveh časovnih obdobjih. Udeležba je upadla predvsem na račun slabše udeležbe nizko izobraženih žensk, medtem ko se udeležba pri visoko izobraženih ni značilno spremenila. Posledično je porasla tudi vrzel med izobrazbenima skupinama (Slika 1.2.6). Tveganje za neudeležbo na tečaju je bilo pri nizko izobraženih prvorodkah kar 7,6-krat večje kot pri visoko izobraženih. Prvorodke s srednjo izobrazbo pa so imele 2,8-krat večje tveganje. Med starostnimi skupinami so izstopale prvorodke, mlajše od 25 let, pri katerih je bilo tveganje za neudeležbo 2,8-krat večje kot pri starih 25 let in več.



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.6: Delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile Priprave na porod in starševstvo, po izobrazbi in časovnih obdobjih.

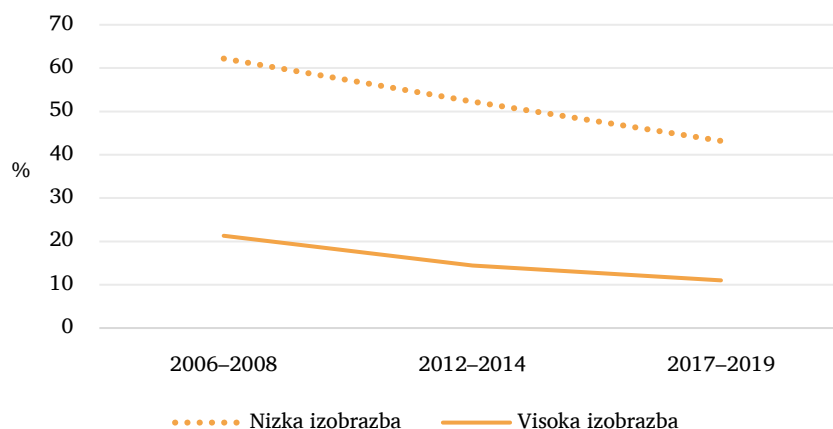
Značilna razlika je bila prisotna tudi pri prvorodkah, katerih država prvega bivališča ni bila Slovenija. Njihovo tveganje za neudeležbo je bilo v povprečju 3,6-krat večje, v primerjavi z rojenimi v Sloveniji, razlike pa so bile prisotne v vseh starostnih skupinah (Slika 1.2.7).



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.7: Delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile Priprave na porod in starševstvo, po starosti in državi prvega bivališča.

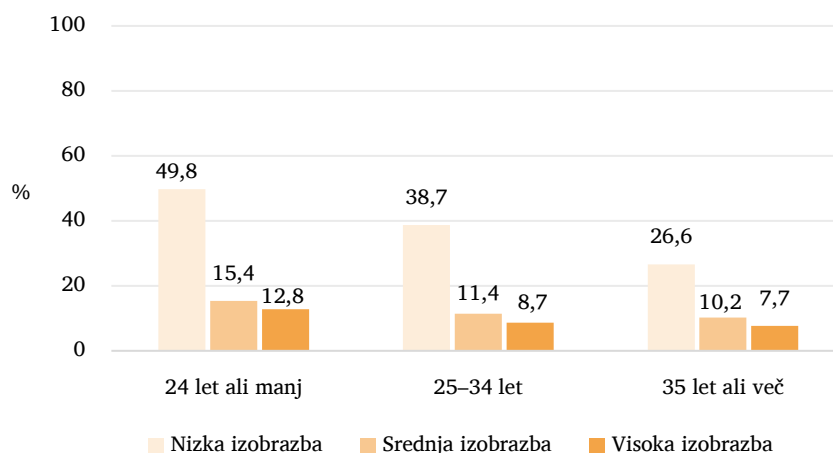
Delež nosečnic brez opravljene presejalne preiskave na kromosomopatije je bil v obdobju 2017–2019 le še 15,5-odstoten, kar je značilno manj kot v predhodnih časovnih obdobjih. Delež je upadel v vseh izobrazbenih skupinah, a je vrzel med nizko in visoko izobraženimi nosečnicami ostala velika in se ni značilno spremenila (Slika 1.2.8). Nizko izobražene ženske so imele kar 3,9-krat večje tveganje, da ne bodo opravile presejalne preiskave v primerjavi z visoko izobraženimi.



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.8: Delež žensk brez opravljene presejalne preiskave na kromosomopatije v nosečnosti, po izobrazbi in časovnih obdobjih.

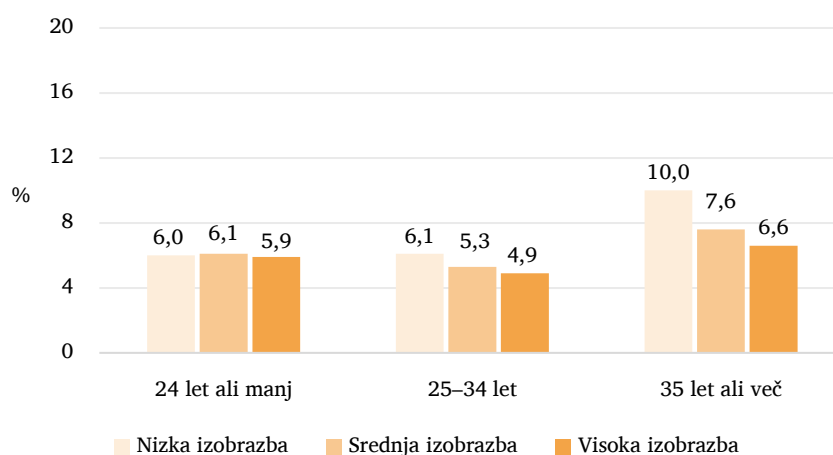
Absolutna vrzel med izobrazbenima skupinama je bila najnižja v starosti 35–37 let, ko je preiskava za nosečnico brezplačna (Slika 1.2.9). Bistveno višji delež nosečnic brez opravljene presejalne preiskave je bil tudi med ženskami, katerih država prvega bivališča ni bila Slovenija (29 %), v primerjavi z rojenimi v Sloveniji (12,8 %).



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.9: Delež žensk brez opravljene presejalne preiskave na kromosomopatije v nosečnosti po izobrazbi in starosti.

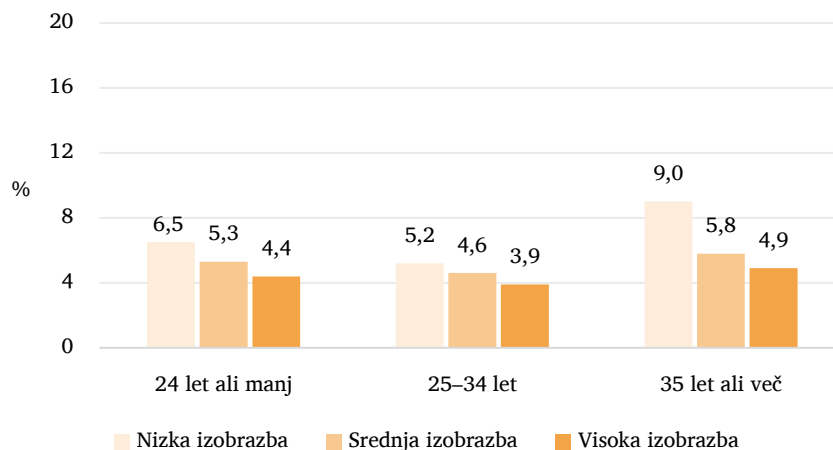
Pred dopolnjenim 37. tednom gestacije je bilo v obdobju 2017–2019 rojenih 5,6 % enojčkov, kar je primerljivo s predhodnima časovnjima obdobjema. Tveganje za prezgodnji porod je bilo za 23 % višje pri nizko izobraženih nosečnicah v primerjavi z visoko izobraženimi. Po 35. letu starosti pa je ta razlika porasla na 51 % (Slika 1.2.10).



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.10: Delež prezgodaj rojenih enojčkov, po izobrazbi in starosti matere, 2017–2019.

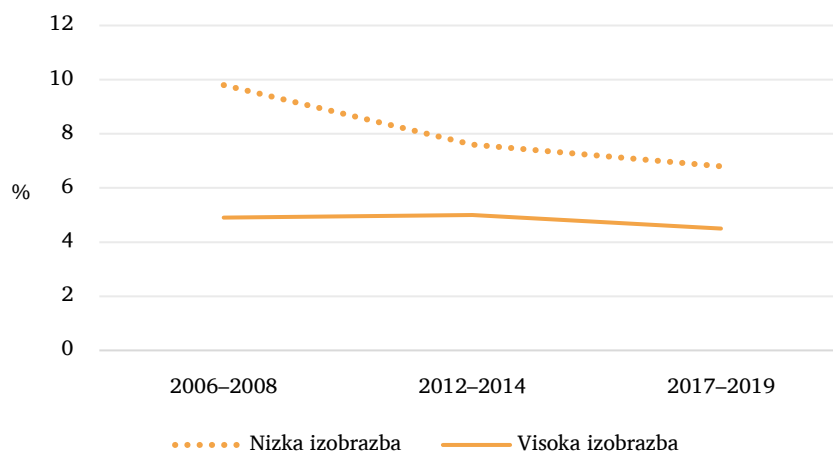
Nizka porodna teža (pod 2.500 grami) je bila zabeležena pri 4,6 % enojčkov, kar je ravno tako primerljivo s predhodnima časovnjima obdobjema. Tveganje za rojstvo otroka z nizko porodno težo je bilo za 49 % višje pri nizko izobraženih nosečnicah v primerjavi z visoko izobraženimi. Po 35. letu starosti pa je ta razlika porasla na 85 % (Slika 1.2.11). Tako pri prezgodnjem porodu kot tudi pri nizki porodni teži nismo zaznali pomembnih sprememb v vrzeli med nizko in visoko izobraženimi ženskami glede na predhodna obdobja. Prav tako ni bilo značilnih razlik v tveganju za prezgodnji porod in nizko porodno težo enojčka, glede na državo prvega bivališča matere.



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.11: Delež enojčkov z nizko porodno težo, po izobrazbi in starosti matere, 2017–2019.

V obdobju 2017–2019 smo zabeležili 5,0 perinatalnih smrti enojčkov na 1.000 rojstev, kar je primerljivo s predhodnima obdobjema. Tveganje za perinatalno smrt enojčka je bilo pri nizko izobraženih ženskah za 50 % višje kot pri visoko izobraženih. Postane pa razlika še precej večja (2,4-kratna), če iz primerjave izključimo umetno sprožene prekinitve nosečnosti zaradi razvojnih nepravilnosti otroka. V primerjavi s predhodnimi obdobji sicer ugotavljamo precejšnje absolutno zmanjšanje vrzeli v perinatalni umrljivosti enojčkov med nizko in visoko izobraženimi ženskami (Slika 1.2.12), vendar pa, upoštevaje spremembe v starostni strukturi mater, relativne razlike niso statistično značilne.



Vir: NIJZ, PISRS (8).

Slika 1.2.12: Stopnja perinatalne umrljivosti na 1.000 otrok (enojčki), po izobrazbi matere in časovnih obdobjih.

1.2.4 Zaključki

V Sloveniji ponovno ugotavljamo pomembne socialno-ekonomske neenakosti tako v življenjskem slogu v nosečnosti, koriščenju zdravstvenih storitev, kot tudi izidih nosečnosti.

Življenjski slog v nosečnosti je eden od mehanizmov, preko katerih socialno-ekonomski položaj ženske vpliva na izide nosečnosti (9). Med izobrazbenimi skupinami nosečnic, še posebno nizko in visoko izobraženimi, ugotavljamo prisotnost velikih razlik v pogostosti dejavnikov tveganja, kot sta kajenje v nosečnosti in prekomerna prehranjenost v začetku nosečnosti. V primerjavi s predhodnimi leti je zaznati poslabšanje predvsem pri prekomerni prehranjenosti, katere pogostnost narašča v vseh izobrazbenih skupinah. Ob tem nismo zaznali sprememb v vrzeli med izobrazbenimi skupinami pri nobenem od dejavnikov življenjskega sloga, kar kaže, da se razlike ne zmanjšujejo. Tako so otroci manj izobraženih mater že pred rojstvom v povprečju izpostavljeni večjim tveganjem, z možnimi dolgoročnimi posledicami. Pri naslavljanju te problematike se moramo zavedati, da ima večina nosečnic težnjo zaščititi plod in tako prenehajo s tveganim vedenjem, kot je kajenje. Vendar pa nekatere takšnih sprememb življenjskega sloga ne zmorejo, bodisi ker gre za hudo odvisnost ali pa živijo v zelo nespodobnih okoliščinah in se soočajo s številnimi izzivi. Kajenje v nosečnosti je na primer pogostejše pri ženskah s težavami v duševnem zdravju, kot so depresivne in anksiozne motnje, ženskah, ki zlorabljujejo tudi druge psihoaktivne snovi in ženskah, ki so žrtve nasilja. Zato je pri obravnavi tveganih vedenj v nosečnosti potreben empatičen pristop, brez obsojanja in stigmatizacije (10). V programih krepitve zdravja bi bilo treba več pozornosti nameniti mladim ženskam z dejavniki tveganja, še posebno iz depriviligiranih skupin. Potrebni pa so tudi usmerjeni programi, kot so na primer programi opuščanja kajenja ali telesne vadbe za nosečnice, ki lahko pripomorejo h krepitvi zdravja med samo nosečnostjo. Pri tem je pomembno, da programi temeljijo na sodobnih pristopih krepitve zdravja in so usmerjeni prvenstveno v opolnomočenje ciljnih skupin.

Pri kazalnikih koriščenja zdravstvenih storitev v nosečnosti ugotavljamo, da visok delež nosečnic opravi prvi pregled v nosečnosti pravočasno, k čemer verjetno pomembno prispeva dejstvo, da imajo ženske v Sloveniji na voljo izbranega primarnega ginekologa (7), ki ga običajno poznajo in obiskujejo že pred prvo nosečnostjo, kar jim olajša vključevanje v predporodno zdravstveno varstvo. Prav tako imamo že dolgo tradicijo tečajev PPS za bodoče starše, kar verjetno prispeva k povprečno relativno visoki udeležbi. Kljub temu pa pri vseh opazovanih kazalnikih koriščenja zdravstvenih storitev v nosečnosti beležimo velike razlike med nosečnicami iz različnih izobrazbenih skupin in glede na državo prvega bivališča nosečnice ter starostno skupino. Ugotavljamo slabši odziv mlajših, nizko izobraženih žensk in priseljenc. Nekatere razlike so se v primerjavi s predhodnimi obdobji celo povečale kot na primer vrzel med izobrazbenimi skupinami pri obiskovanju tečajev PPS. Pri vrzeli glede opravljene presejalne preiskave na kromosomopatije opazamo, da je razlika med izobrazbenimi skupinami najnižja med 35. in 37. letom, ko je preiskava brezplačna, kar kaže na to, da lahko k razlikam med izobrazbenimi skupinami prispeva tudi nezmožnost pokritja stroška preiskave. Če bomo želeli prisotne razlike v koriščenju zdravstvenih storitev zmanjšati, bo potrebno več vlagati raziskovanje njihovih

vzrokov, v ozaveščenost ciljnih skupin, prilagojenost preventivnih programov ranljivim skupinam žensk ter zagotoviti brezplačno dostopnost vseh storitev, ki lahko pomembno prispevajo k zdravju v nosečnosti.

Najbolj zaskrbljujoča pa je prisotnost socialno-ekonomskih neenakosti pri tveganjih za neugoden izid nosečnosti. Pri nižje izobraženih materah ugotavljamo večje tveganje za prezgodnji porod in nizko porodno težo otroka ter perinatalno umrljivost. Že v predhodnih analizah smo ugotavljali tudi večjo umrljivost njihovih otrok (11). Podobne neenakosti so prisotne tudi v nekaterih drugih razvitih državah, sicer ugodnimi perinatalnimi izidi (12). Tovrstne neenakosti imajo podlago v tako imenovanih strukturnih dejavnikih tveganja, kot so nizka izobrazba in dohodek, priseljski status in življenje v depriviligiranih območjih. Zaradi dolgoročnih posledic na zdravje predstavljajo velik izziv za politične odločevalce in zdravstvene sisteme (13). Potrebe socialno-ekonomsko prikrajšanih nosečnic so lahko zelo kompleksne, saj se pogosto soočajo s številnimi izzivi, kot so slabi bivalni pogoji, stres, težave v duševnem zdravju, bolezni odvisnosti, težave v partnerskem odnosu ali celo izpostavljenost nasilju in drugo (14). Zato je nujna večja ozaveščenost strokovnjakov za aktivno prepoznavanje in posebno skrb za ranljive skupine nosečnic ter usmerjanje v celostne programe pomoči, namenjene posebej tem skupinam, ki pa jih je potrebno v Sloveniji še razviti.

1.2.5 Literatura

1. Thomson K, Moffat M, Arisa O, et al. Socioeconomic inequalities and adverse pregnancy outcomes in the UK and Republic of Ireland: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2021;11(3):e042753.
2. Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P, Morrison J. Health Equity in England: The Marmot Review ten years on. London: Institute of Health Equity, 2020.
3. Ludvigsson JF, Lu D, Hammarström L, et al. Small for gestational age and risk of childhood mortality: a Swedish population study. *PLoS Med*. 2018;15:e1002717.
4. Wadsworth M, Butterworth S. Early life. In: Marmot M, Wilkinson RG. *Social Determinants of Health*. Oxford, Oxford University Press, 2006:31–53.
5. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018. Dostopno 24. 1. 2021 na: www.europeristat.com.
6. Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(13):1861–9.
7. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 72/06.
8. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije, obdobje 2017-19 [internet]. Dostopno na: <https://nijz.si/podatki/podatkovne-zbirke-in-raziskave/perinatalni-informacijski-sistem/>.
9. Azria E. Social inequalities in perinatal health. *Arch Pediatr*. 2015; 22(10):1078–85.
10. Vidmar Šimic M, Rus Makovec M. Kajenje in uživanje alkohola v obporodnem obdobju: kako je zdravstvo lahko v pomoč? In: Jelenko Roth P, ur. *Duševno zdravje v obporodnem obdobju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
11. Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M S et al, eds. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.
12. Jørgensen T, Mortensen LH, Andersen AN. Social inequality in fetal and perinatal mortality in the Nordic countries. *Scand J Public Health*. 2008; 36(6):635–49.

13. de Graaf JP, Steegers EAP, Bonsel GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2013; 25(2):98–108.
14. Fisher S. Social inequalities in maternal and perinatal mortality: a summary of research. *New Digest.* 2008; 44:18–26.

1.3 Neenakosti v izbranih kazalnikih zdravja in z zdravjem povezanih vedenj pri mladostnikih

Helena Jeriček Klanšček, Tina Zupanič, Maja Roškar, Katarina Žlavs

1.3.1 Uvod

Raziskave v zadnjih desetletjih kažejo, da imajo mladostniki, ki odraščajo v družinah s slabšim socialno-ekonomski položajem, slabše kazalnike zdravja in z zdravjem povezanih vedenj kot mladostniki, ki prihajajo iz družin z boljšim socialno-ekonomskim položajem (1–5). Mladostniki, ki odraščajo v socialno in materialno deprivilegiranih družinah slabše ocenjujejo svoje zdravje (1), so manj zadovoljni z življenjem (2, 3), imajo več težav v duševnem zdravju (4, 5), so v večjem deležu žrtve trpinčenja (6), so manj telesno aktivni (7), redkeje uživajo sadje (8) in jim je šola manj všeč (9). Razlike med mladostniki iz družin z različnim socialno-ekonomskim statusom so vidne tudi na področju tveganih vedenj, kot sta kajenje tobaka in pitje alkoholnih pijač (povezave se lahko razlikujejo glede na vrsto psihoaktivne snovi (1, 10, 11)).

Razlike med mladostniki iz družin z različnim socialno-ekonomskim položajem se na različnih področjih zdravja kažejo že vrsto let in se na mnogih področjih še povečujejo (npr. na področju samoocene zdravja (12) in duševnega zdravja (13)).

Neenakosti v zdravju imajo za otroke in mladostnike v primerjavi z ostalimi starostnimi skupinami največje posledice in jih lahko zaznamujejo ter prikrajšajo za vse življenje (14, 15). Neenakosti ne vplivajo samo na sedanje in prihodnje slabše zdravje in bolj nezdrava vedenja, ampak tudi na njihove slabše možnosti in priložnosti na poklicnem in akademskem področju, na slabši dostop do različnih virov, na slabše psihosocialno delovanje in slabšo učinkovitost (15–18).

Namen prispevka je raziskati neenakosti v kazalnikih zdravja in z zdravjem povezanih vedenj med mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem in mladostniki s podpovprečno ocenjenim blagostanjem v Sloveniji v letih 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018.

1.3.2 Metode

Uporabili smo podatke iz mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (*angl.* Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) iz let 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018, ki zajema raznolika področja (19). V skladu z raziskovalnim vprašanjem smo v pričujoči analizi uporabili kazalnik samoocenjenega denarnega blagostanja družine (»Kako denarno gre tvoji družini?«: podpovprečno, povprečno ali nadpovprečno), ki nam omogoča vpogled v razlike med najbolj materialno privilegirano in najmanj privilegirano skupino mladostnikov. Glede na to smo opazovali kazalnike iz posameznih vsebinskih področij, in sicer: samoocena zdravja (moje zdravje je odlično), zadovoljstvo z življenjem (povprečna vrednost na lestvici od 1 do 10), vsaj dva psihosomatska simptoma tedensko (od osmih psihosomatskih simptomov), stres zaradi šole (zaradi šole sem zelo pod pritiskom), žrtev trpinčenja (v zadnjih mesecih sem bil žrtev trpinčenja), kajenje (več kot enkrat na teden), pitje alkoholnih pijač (več kot enkrat na teden), telesno dejavnost (7 dni v

tednu), uživanje sadja (vsaj enkrat na dan vsak dan), všečnost šole (šola mi je zelo všeč) in vprašalnik »Prednosti in slabosti« (angl. Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ), ki meri verjetnost klinično pomembnih težav v duševnem zdravju (skupina z veliko verjetnostjo težav).

1.3.2.1 Opis vzorca

V raziskavi HBSC je enoto vzorčenja v vseh v analizo vključenih letih predstavljal celoten razred učencev oziroma oddelek, in sicer 6. in 8. razred osnovne šole in 1. letnik srednje šole. Ciljna populacija raziskave so bili vsolani 11-, 13- in 15-letniki, v raziskavi pa je bilo uporabljeno dvostopenjsko stratificirano vzorčenje. Na prvi stopnji so bile najprej vzorčene osnovne in srednje šole (6. in 8. razred ter 1. letnik), na drugi stopnji pa srednje šole še glede na program izobraževanja, ki ga izvajajo (gimnazija, srednje tehniško ali drugo strokovno izobraževanje, srednje in nižje poklicno izobraževanje). V končni vzorec raziskave je bilo vključenih 4.514 mladostnikov v letu 2002, 5.130 v letu 2006, 5.436 v letu 2010, 4.997 v letu 2014 in 5.667 mladostnikov v letu 2018.

1.3.2.2 Potek raziskave in obdelava podatkov

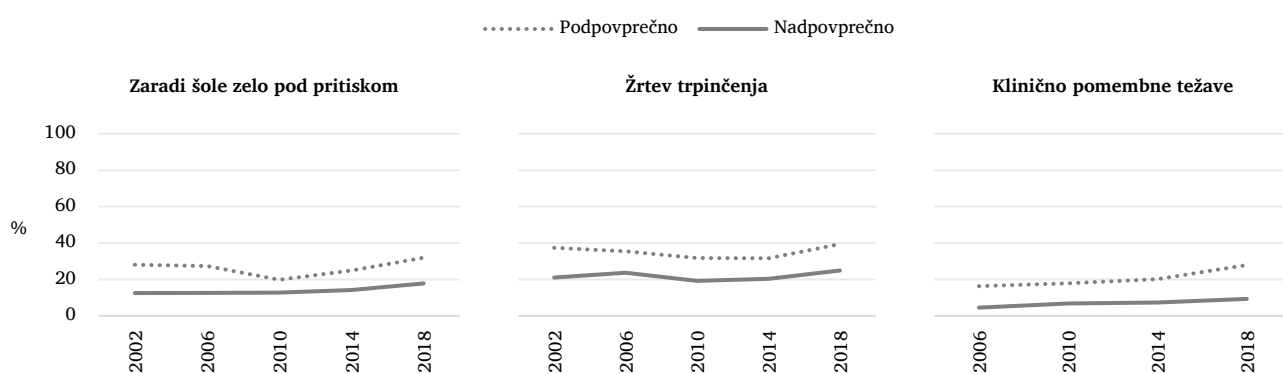
Izvedba anketiranja je potekala anonimno s pomočjo spletne ankete v februarju 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018. Pred pripravo končnega vprašalnika in izvedbo terenske faze raziskave smo izvedli še pilotno raziskavo. Podatki so bili analizirani s programom SPSS 25. Statistično značilnost razlik v deležih med različnimi demografskimi kategorijami smo preverjali z χ^2 -testom, z z-testom pa smo primerjali deleže med posameznimi pari demografskih kategorij (pri tem smo uporabili Bonferronijev popravek). Za analizo povprečij smo uporabili enosmerno analizo variance. Za raven značilnosti smo vsakokrat vzeli vrednost $p \leq 0,05$. Za posamezne kazalnike smo izračunali tudi različne mere neenakosti, in sicer absolutno razliko v prevalenci (vrzel) in pripisljiv delež populacije (angl. Population Attributable Fraction, PAF).

1.3.3 Rezultati z diskusijo

Primerjave med skupinama mladostnikov z nadpovprečno in podpovprečno ocenjenim blagostanjem iz leta 2018 kažejo, da mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem boljše ocenjujejo svoje zdravje, doživljajo manj psihosomatskih simptomov in so bolj zadovoljni s svojim življenjem. Primerjave kažejo tudi, da mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem redkeje (tedensko) kadijo in manj pogosto (tedensko) pijejo alkoholne pijače, so pogosteje telesno aktivni, uživajo več sadja in jim je šola bolj všeč kot mladostnikom s podpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem. Mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem so manj pod pritiskom zaradi šole, imajo manj klinično pomembnih težav v duševnem zdravju in so bili v manjšem deležu žrtve trpinčenja kot mladostniki s podpovprečno ocenjenim blagostanjem.

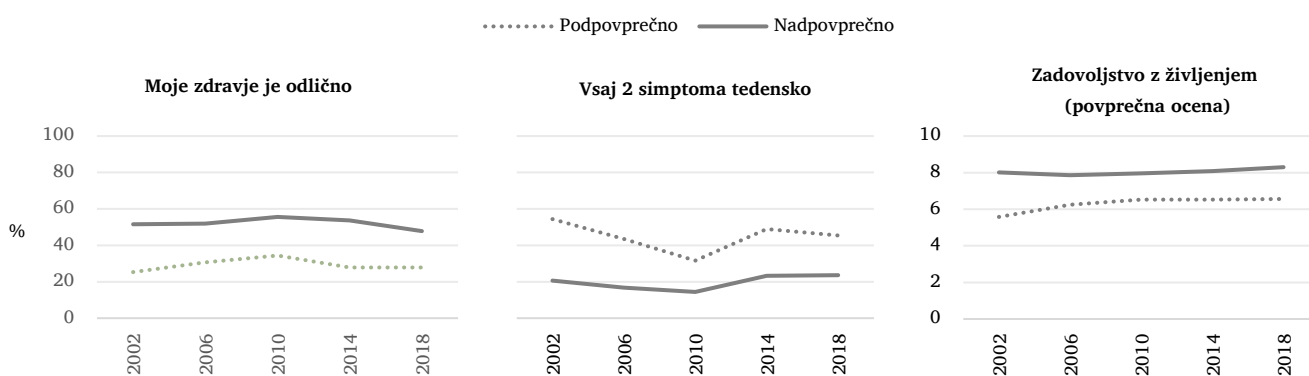
Razlike med skupinama so večinoma pomembne, razen pri telesni dejavnosti, kjer ni značilnih razlik med tistimi z nad- in tistimi s podpovprečnim blagostanjem. Med spoloma je več pomembnih razlik pri skupini z nadpovprečno ocenjenim blagostanjem v primerjavi s skupino mladostnikov s podpovprečno ocenjenim blagostanjem, kjer je razlik med spoloma manj.

Vrzeli oz. razlike med skupinama mladostnikov z nadpovprečno in podpovprečno ocenjenim blagostanjem v izbranih kazalnikih se od leta 2002 do 2018 večinoma niso povečale (ponekod so se celo zmanjšale), razen pri vsakodnevnem uživanju sadja in klinično pomembnih težavah v duševnem zdravju. Razlike med obema skupinama mladostnikov v posameznem letu izvedbe raziskave so statistično značilne v vseh opazovanih letih pri vseh opazovanih kazalnikih ($p \leq 0,05$) in ostajajo skozi leta velike (Slike 1.3.1–1.3.4).



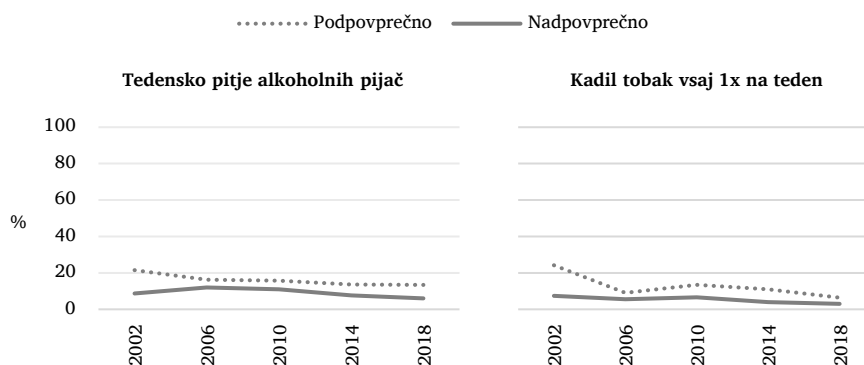
Vir: HBSC.

Slika 1.3.1: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018.



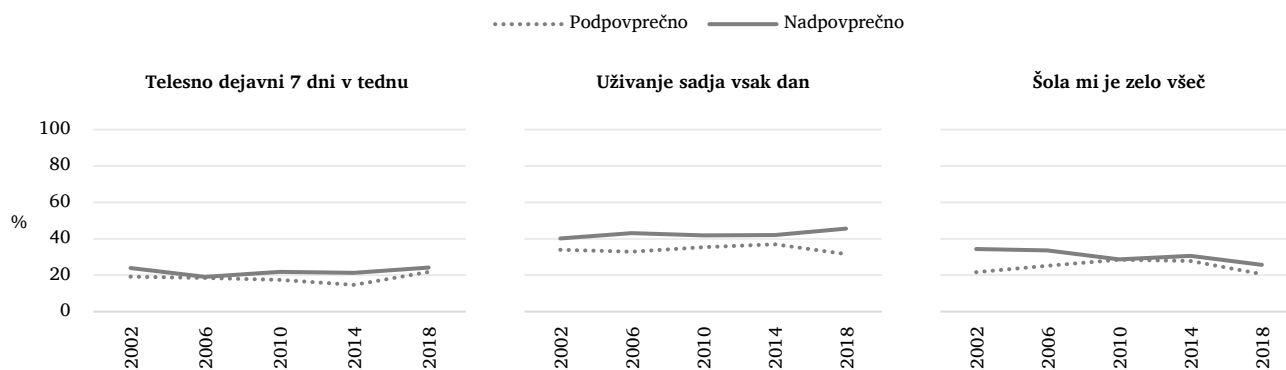
Vir: HBSC.

Slika 1.3.2: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018.



Vir: HBSC.

Slika 1.3.3: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018.



Vir: HBSC.

Slika 1.3.4: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018.

Največje vrzeli oz. razlike med nad- in podpovprečno skupino v letu 2018 so pri samoocenjenem zdravju, doživljanju psihosomatskih simptomov in klinično pomembnih težavah v duševnem zdravju. Tistih, ki menijo, da je njihovo zdravje odlično, je v skupini z nadpovprečnim blagostanjem skoraj dvakrat toliko kot tistih v skupini s podpovprečnim blagostanjem (razlika med skupinama je bila leta 2018 19,9 odstotnih točk). Tistih, ki doživljajo psihosomatske simptome, je v skupini s podpovprečnim blagostanjem skoraj dvakrat več kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem (razlika med skupinama je bila leta 2018 21,9 odstotnih točk); podobno je pri klinično pomembnih težavah v duševnem zdravju, kjer je v skupini s podpovprečnim blagostanjem trikrat več mladostnikov kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem. Pri trpinčenju, vsakodnevnem uživanju sadja in doživljanju pritiska zaradi šole pa je absolutna razlika med obema skupinama približno 14,0 odstotnih točk. Pri drugih kazalnikih so razlike med skupinama manjše (Tabela 1.3.1).

Tabela 1.3.1: Vrzel oz. razlike v odstotkih (absolutna razlika v prevalenci) ter populaciji pripisljiv delež (PAF) izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letu 2018.

	Absolutna razlika v prevalenci (vrzel) %	PAF %
Vsaj 2 simptoma tedensko	21,9	11,5
Moje zdravje je odlično	19,9	-13,5
Klinično pomembne težave v duševnem zdravju*	18,6	27,0
Žrtev trpinčenja	14,5	5,2
Zaradi šole zelo pod pritiskom	14,1	11,1
Uživanje sadja vsak dan	14,0	-7,4
Tedensko pitje alkoholnih pijač	7,4	14,8
Šola mi je zelo všeč	5,1	-5,0
Kadi tobak vsaj 1x na teden	3,4	18,5
Telesno dejavni 7 dni v tednu	2,4	-6,8
Zadovoljstvo z življenjem (povprečna ocena)	1,74	-4,2

Vir: HBSC, 2018. * samo 15-letniki

Izračun populaciji pripisljivega deleža (PAF) v raziskavi iz leta 2018 pokaže (Tabela 1.3.1), da bi bilo pri mladostnikih:

- doživljanje klinično pomembnih težav na področju duševnega zdravja za 27,0 % nižje, če bi vsi mladostniki doživljali toliko klinično pomembnih težav kot jih mladostniki v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- tedensko kajenje tobaka za 18,5 % nižje, če bi vsi kadili toliko, kot kadijo v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- tedensko pitje alkoholnih pijač za 14,8 % nižje, če bi vsi pili toliko alkoholnih pijač, kot jih pijejo v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- odlično ocenjeno zdravje za 13,5 % višje, če bi vsi ocenili svoje zdravje tako kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- doživljanje stresa zaradi šole za 11,1 % nižje, če bi vsi doživljali stres zaradi šole kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem;
- tedensko doživljanje psihosomatskih simptomov za 11,5 % nižje, če bi vsi doživljali psihosomatske simptome kot v skupini z nadpovprečnim blagostanjem.

Pri ostalih kazalnikih so razlike pod 10 %.

Ugotovitve naše raziskave se skladajo z rezultati raziskav iz drugih držav (1, 2, 20–23, 3, 5–9, 15, 17), ki kažejo slabše blagostanje, slabše samoocenjeno zdravje, nižje zadovoljstvo z življenjem, slabše duševno zdravje otrok, višji delež žrtev trpinčenja, manjšo priljubljenost šole, več pritiska zaradi šole, manj telesne aktivnosti, manj uživanja sadja pri mladostnikih iz manj privilegiranih družin.

Za razlike med mladostniki s slabšim in tistimi z boljšim finančnim blagostanjem obstajajo različne razlage. Zelo pogosto se navaja preplet različnih dejavnikov. Splošne razlage neenakosti pravijo, da imajo materialno in socialno bolj privilegirani posamezniki boljše življenjske pogoje, boljši dostop do nekaterih virov ter imajo v splošnem bolj zdrav življenjski slog (24). Vplivi, preko katerih se socialno-ekonomska raven kaže v zdravstvenih izidih, vključujejo tudi različen dostop do psihosocialnih virov/storitev (14, 24). Velik vpliv naj bi imeli tudi dejavniki, povezani z družinskim ozadjem, npr. odnosi s starši (posebno z očetom) ter šolski uspeh (24), pri čemer imajo starši iz manj bogatih okolij navadno na voljo manj materialnih pa tudi psiholoških virov/storitev, kar ima posledično negativen vpliv na partnersko življenje, družinsko okolje in odnos med starši in otroci. Manjši razpon virov navadno tudi omejuje zmožnost in sposobnost staršev pri podpori otroka v šolskem okolju, kar se posledično lahko kaže v slabšem učnem uspehu, nižjem zadovoljstvu s šolo ter višjem subjektivno zaznanem stresu zaradi šole.

Čeprav povezava med socialno-ekonomskim statusom in zdravjem v veliki meri odraža vlogo dejavnikov zunaj okvira zdravstvenega varstva, obstajajo tudi dokazi, da celo v sistemih splošnega zdravstvenega varstva obstajajo razlike glede dostopa do oskrbe. Tuji viri navajajo npr. razlike glede dostopa do oskrbe v primeru duševnih ali razvojnih težav, kar še povečuje socialno-ekonomske neenakosti na področju duševnega zdravja (25).

V splošnem je v raziskavah (26, 27) opazen trend, da se neenakost v subjektivnih ocenah zdravja in blagostanja veča z večanjem ekonomskih neenakosti v skupnosti. Višja dohodkovna neenakost se povezuje z višjo neenakostjo v ocenah zadovoljstva z življenjem mladostnikov (2). Povezavo med socialno-ekonomskim stanjem in blagostanjem ter duševnim zdravjem otrok in mladostnikov razlaga več mehanizmov, pri čemer se jih večina osredotoča na razlike v dostopnosti do materialnih in socialnih virov ter odziv na revščino tako pri otrocih kot njihovih starših (2).

Prav tako se opažanja o stabilnosti vrzeli med obema skupinama od leta 2002 do 2018 na slovenskem vzorcu skladajo s stabilnostjo razlik v ocenah zadovoljstva z življenjem na danskem vzorcu med leti 2002 in 2018 (23), ocenah psihosomatskih težav in duševnega zdravja na nizozemskem vzorcu med leti 2001 in 2017 (22) ter ocenah duševnih težav v češkem vzorcu med leti 2002 in 2018 (28). Stabilnosti vrzeli med različno privilegiranimi skupinami tako ostajajo v tem časovnem obdobju v precejšnjem deležu vključenih držav večinoma enake. Löfstedt in sod. (2020) so prikazali trend v vsečnosti šole in obremenjenosti zaradi šole med mladostniki v 32 državah, želeli pa so prikazati tudi razlike in vrzeli glede na samoocenjeno blagostanje družine, vendar so bile povezave zanemarljive (29). Naša analiza je pokazala, da kljub temu da se pri teh kazalnikih vrzeli med leti 2002 in 2018 niso povečale, razlike obstajajo in so pomembne.

Raziskave stabilnost vrzeli (tj. ohranjanja razlik med skupinama z različno ocenjenim družinskim blagostanjem tekom zadnjih desetletij) večinoma razlagajo s pomanjkljivo aplikacijo učinkovitih intervencij in ukrepov, ki bi te razlike zmanjševale. To, da se velikost razlike z leti kljub socialnim spremembam v nekaterih državah ne spreminja (21, 22), nakazuje, da so viri razlik očitno globlji in vezani na širši spekter vplivov.

Nekatere raziskave kažejo (2), da se opažene razlike v blagostanju in ocenah zdravja med bolj in manj materialno privilegiranimi otroci in mladostniki precej razlikujejo tudi glede na spol in starost posameznikov, kar odpira poglobljen vpogled v opažene vire neenakosti ter usmerja raziskovanje v upoštevanje širšega spektra spremenljivk, ki lahko potencialno spodbujajo ali manjšajo razlike, ki so posledica materialne in socialne neenakosti.

Primerjave (21), ki vključujejo evropski ter severno-ameriški prostor, poročajo o rahlem splošnem povečanju neenakosti v zadovoljstvu z življenjem ter psihosomatskih simptomih med leti 1994 in 2010, s poudarkom največjih opaženih razlik v letu 2002. Pri tem prihaja med državami do razlik, ki zahtevajo podrobnejše, na posamezno državo vezane študije.

1.3.4 Zaključek

Kljub ugodnemu trendu nekaterih z zdravjem povezanih vedenj pri mladostnikih v zadnjih letih (19) lahko opazimo precejšnje razlike v zdravju in z zdravjem povezanimi vedenji, ki izvirajo iz socialno-ekonomskega stanja družine. Največkrat se razlike kažejo v slabših izidih za mladostnike, ki ocenjujejo blagostanje svoje družine kot podpovprečno v primerjavi z mladostniki, ki blagostanje svoje družine ocenjujejo nadpovprečno.

Boljše razumevanje neenakosti v zdravju in vedenj, povezanih z zdravjem, med mladostniki v Sloveniji nam omogoča prepoznati povezave in tudi načine vzpostavljanja ter ohranjanja neenakosti v zdravju med odraslimi ter možne načine ukrepanja. Pri otrocih in mladostnikih moramo biti usmerjeni ne le v zmanjševanje, ampak predvsem v preprečevanje neenakosti na vseh ravneh, kar je ključno za omogočanje bolj zdravega mladostništva kot tudi za zmanjševanje neenakosti v zdravju odraslih. Ključnega pomena so sistemski ukrepi, ki so usmerjeni na celotno populacijo, še posebej pa na starše, bodoče starše, otroke in mladostnike ter ranljivejše podskupine znotraj naštetih skupin. Učinkoviti ukrepi morajo vsem zagotavljati in omogočati enake pogoje in izbire za razvoj vseh potencialov, učinkovito spoprijemanje s stresorji, zdrav življenjski slog, dostop do izobraževanja, socialnega in zdravstvenega varstva.

Splošni ukrepi, ki izboljšujejo zdravje v celotni populaciji mladostnikov med drugim vključujejo:

- spodbujanje avtonomije mladostnikov v varnem okolju;
- lajšanje dostopa do zdrave in kvalitetne prehrane;
- večanje možnosti za športno udejstvovanje;
- spodbujanje kakovostnega preživljanja prostega časa ter organiziranih prostočasnih (športnih) aktivnosti;
- ohranjanje varnosti v lokalnem okolju ter aktivno vključenost v programe za promocijo zdravja, preventivne programe in delavnice;
- zmanjševanje uporabe tobaka in pitja alkoholnih pijač;
- vključenost otrok in njihovih staršev v učinkovite programe promocije zdravja in preventive težav v duševnem zdravju;

- boljši dostop do virov pomoči v primeru težav v duševnem zdravju;
- spodbujanje boljšega sodelovanja med starši in šolo.

Ker je šola poleg domačega okolja glavno socialno okolje, v katerem mladostniki odraščajo in se razvijajo, je le-ta idealen prostor za spremembo in krepitev zdravega vedenja tudi pri posameznikih iz ekonomsko deprivilegiranih okolij. Šole lahko nudijo dostop do zdrave prehrane in zadostne fizične aktivnosti, s krepitvijo kakovostne socialne mreže mladostnikov pa lahko tudi spodbujajo druga z zdravjem povezana vedenja (19, 30). Strategije na ravni domačega okolja bi morale biti usmerjene v učenje pozitivnih starševskih spretnosti, psihoedukacijo o vlogi in pomenu zdravega vedenja ter višanje stopnje sodelovanja staršev s šolo in skupnostjo, v kateri potekajo organizirane aktivnosti (19, 31, 32). Do sedaj najučinkovitejši ukrepi za zmanjševanje uporabe tobaka in pitja alkoholnih pijač so se pokazali ukrepi, kot so večji nadzor nad prodajo alkohola in tobaka, časovno in starostno omejevanje možnosti nakupa, zmanjšanje splošne dostopnosti in ponekod tudi povišanje cene alkohola in tobačnih izdelkov ter zmanjšanje njune sprejemljivosti v splošni populaciji (7, 10, 19, 30–33).

1.3.5 Literatura

1. Moor I, Kuipers MAG, Lorant V, Pfortner T-K, Kinnunen JM, Rathmann K, et al. Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe: comparing different indicators of socioeconomic status. *J Epidemiol Community Health*. 2019; 73:963–70. doi: 10.1136/jech-2018-211794.
2. Zaborskis A, Grincaite M. Gender and Age Differences in Social Inequality on Adolescent Life Satisfaction: A Comparative Analysis of Health Behaviour Data from 41 Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(7). doi: 10.3390/ijerph15071297.
3. Zaborskis A, Grincaite M, Lenzi M, Tesler R, Moreno-Maldonado C, Mazur J. Social Inequality in Adolescent Life Satisfaction: Comparison of Measure Approaches and Correlation with Macro-level Indices in 41 Countries. *Soc Indic Res*. 2019; 141:1055–79. doi: 10.1007/s11205-018-1860-0.
4. McLaughlin KA, Costello EJ, Leblanc W, Sampson NA, Kessler RC. Socioeconomic status and adolescent mental disorders. *Am J Public Health*. 2012; 102(9):1742–50. doi: 10.2105/AJPH.2011.300477.
5. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One*. 2019; 14(3):e0213700. doi: 0.1371/journal.pone.0213700.
6. Hosozawa M, Bann D, Fink E, Elsdén E, Baba S, Iso H, et al. Bullying victimisation in adolescence: prevalence and inequalities by gender, socioeconomic status and academic performance across 71 countries. *EClinicalMedicine*. 2021; 41:101142. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101142.
7. Craike M, Wiesner G, Hilland TA, Bengoechea EG. Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018; 15(43):1–11. doi: 10.1186/s12966-018-0676-2.
8. Zaborskis A, Grincaite M, Kavaliauskienė A, Tesler R. Family structure and affluence in adolescent eating behaviour: a cross-national study in forty-one countries. *Public Health Nutr*. 2021; 24(9):2521–32. doi:10.1017/S1368980020003584.

9. Bosakova L, Madarasova Geckova A, van Dijk JP, Reijneveld SA. School is (not) calling: the associations of gender, family affluence, disruptions in the social context and learning difficulties with school satisfaction among adolescents in Slovakia. *Int J Public Health*. 2020; 65:1413–21. doi:10.1007/s00038-020-01474-4.
10. Leal-Lopez E, Moreno-Maldonado C, Inchley J, Deforche B, Havere T, Van Damme J, et al. Association of alcohol control policies with adolescent alcohol consumption and with social inequality in adolescent alcohol consumption: A multilevel study in 33 countries and regions. *Int J Drug Policy*. 2020; 84:102854. doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102854.
11. Lowthian E, Page N, Melendez-Torres GJ, Murphy S, Hewitt G, Moore G. Using Latent Class Analysis to Explore Complex Associations Between Socioeconomic Status and Adolescent Health and Well-Being. *J Adolesc Heal*. 2021; 69(5):774–81. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.06.013.
12. Granström F, Molarius A, Garvin P, Elo S, Feldman I, Kristenson M. Exploring trends in and determinants of educational inequalities in self-rated health. *Scand J Public Health*. 2015; 43:677–86. doi: 10.1177/1403494815592271.
13. Collishaw S, Furzer E, Thapar AK, Sellers R. Brief report: a comparison of child mental health inequalities in three UK population cohorts. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28(11):1547–9. doi: 10.1007/s00787-019-01305-9.
14. Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Trab Damsgaard M, Graham H, et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health*. 2011; 39(Suppl 6):62–78. doi: 10.1177/1403494810395989.
15. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2013; 90(1):24–31. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.026.
16. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* (London, England). 2012; 380(9846):1011–29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
17. Quon EC, McGrath JJ. Subjective socioeconomic status and adolescent health: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2014; 33(5):433–47. doi: 10.1037/a0033716.
18. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, et al. Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behavior in school aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey; Health Policy for Children and Adolescents, No. 7. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016:292.
19. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, et al. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020:72.
20. Rajmil L, Herdman M, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Alonso J, group TEK. Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *Int J Public Health*. 2014; 59(1):95–105. doi: 10.1007/s00038-013-0479-9.
21. Moor I, Richter M, Ravens-Sieberer U, Ottová-Jordan V, Elgar F, Pfortner T-K. Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *Eur J Public Health*. 2015; 25(Suppl 2):57–60. doi: 10.1093/eurpub/ckv028.
22. Weinberg D, Stevens GWJM, Duinhof EL, Finkenauer C. Adolescent socioeconomic status and mental health inequalities in the Netherlands, 2001–2017. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(19):3605. doi: 10.3390/ijerph16193605.
23. Holstein BE, Damsgaard MT, Madsen KR, Rasmussen M. Persistent social inequality in low life satisfaction among adolescents in Denmark 2002-2018. *Child Youth Serv Rev*. 2020; 116. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105097.

24. Moor I, Rathmann K, Stronks K, Levin K, Spallek J, Richter M. Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *J Epidemiol Community Health*. 2014; 68(10):912–21. doi: 10.1136/jech-2014-203933.
25. Chui Z, Gazard B, MacCrimmon S, Harwood H, Downs J, Bakolis I, et al. Inequalities in referral pathways for young people accessing secondary mental health services in south east London. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021; 30(7):1113–28. doi: 10.1007/s00787-020-01603-7.
26. Elgar FJ, Pfortner T-K, Moor I, De Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* (London, England). 2015; 385(9982):2088–95. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61460-4.
27. Rathmann K, Ottova V, Hurrelmann K, de Looze M, Levin K, Molcho M, et al. Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: a multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas*. 2015; 80(4):414–20. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.01.008.
28. Cosma A, András, Badura P, Winkler P, Kalman M. Time trends in adolescent mental well-being in Czechia between 2002 and 2018: Gender, age and socio-economic differences. *Res Sq*. 2020; 1–18. doi: 10.21203/rs.3.rs-16573/v1.
29. Löfstedt P, García-Moya I, Corell M, Paniagua C, Samdal O, Välimaa R, et al. School Satisfaction and School Pressure in the WHO European Region and North America: An Analysis of Time Trends (2002-2018) and Patterns of Co-occurrence in 32 Countries. *J Adolesc Heal Off Publ Soc Adolesc Med*. 2020; 66(6):59–69. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.03.007.
30. Moreno-Maldonado C, Ramos P, Moreno C, Rivera F. How family socioeconomic status, peer behaviors, and school-based intervention on healthy habits influence adolescent eating behaviors. *Sch Psychol Int*. 2018; 39(1):92–118. doi: 10.1177/0143034317749888.
31. Badura P, Madarasova Geckova A, Sigmundova D, Sigmund E, van Dijk JP, Reijneveld SA. Do family environment factors play a role in adolescents' involvement in organized activities? *J Adolesc*. 2017; 59:59–66. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.05.017.
32. Badura P, Hamrik Z, Dierckens M, Gobiņa I, Malinowska-Cieślak M, Furstova J, et al. After the bell: adolescents' organised leisure-time activities and well-being in the context of social and socioeconomic inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2021; 0:1–9. doi: 10.1136/jech 2020 215319.
33. Chzhen Y, Moor I, Pickett W, Toczydlowska E, Stevens GWJM. International trends in “bottom-end” inequality in adolescent physical activity and nutrition: HBSC study 2002-2014. *Eur J Public Health*. 2018; 28(4):624–30. doi: 10.1093/eurpub/ckx237.

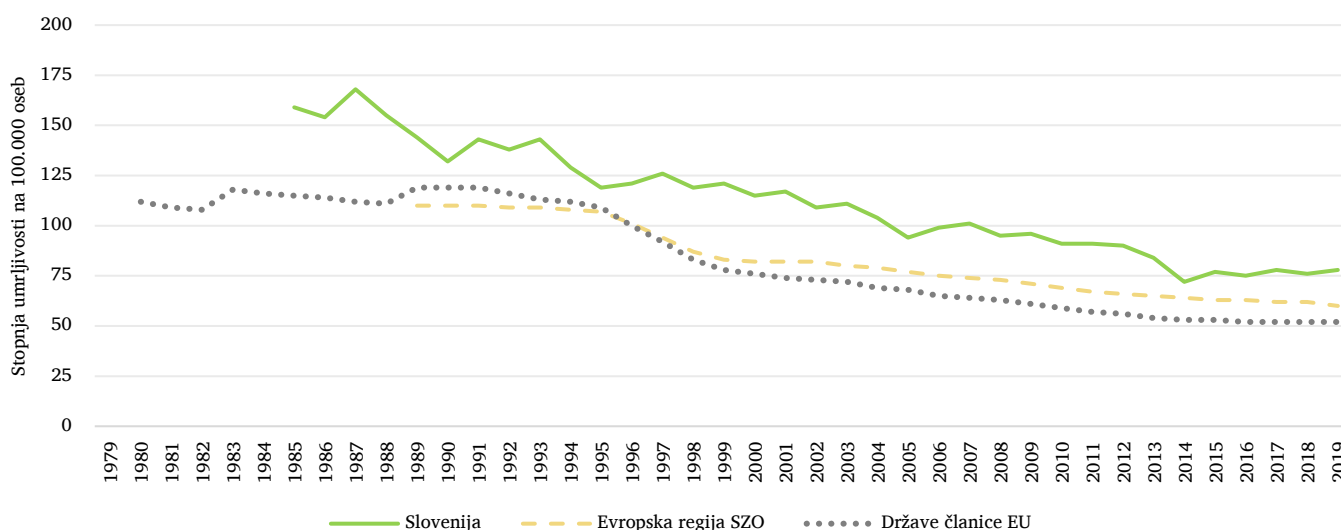
1.4 Neenakosti pri umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov

Sandra Radoš Krnel in Marcel Kralj

1.4.1 Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) uvršča rabo alkohola med ključne dejavnike tveganja za prezgodnjo smrt in breme bolezni, kar pomembno prispeva tudi k neenakostim v zdravju prebivalcev. Raba alkohola se povezuje z več kot 200 bolezenskimi stanji, poškodbami in zastrupitvami. Prizadeti so lahko živčevje, prebavila, srčno-žilni sistem ter drugi organi in tkiva, povečano je tudi tveganje za razvoj nekaterih rakov (1–3). Določena bolezenska stanja se razvijejo izključno zaradi vpliva alkohola in so zato alkoholu neposredno (stoodstotno) pripisljiva (ANP), pri drugih pa je pitje alkohola eden od dodatnih vzrokov obolenja ali smrti. Posledice pitja alkohola so številne in se kažejo pri posamezniku, v družini, v okolici in širše v družbi (4).

Umrlijivost zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov, ki jo spremlja SZO (vključujejo rak grla in požiralnika, sindrom odvisnosti od alkohola, kronično jetrno bolezen in cirozo, vse zunanje vzroke za poškodbe in zastrupitve) v zadnjih desetletjih pada (tudi v Sloveniji), vendar je v Sloveniji vseskozi nad povprečjem EU in tudi nad povprečjem evropske regije SZO (Slika 1.4.1) (5). Slovenija se, glede na kazalnik Alkoholu pripisljiv delež, vsi vzroki smrti (*angl.* Alcohol Attributable Fraction, all causes of deaths, AAF), ki vključuje več kot 200 različnih bolezenskih stanj in poškodb in ga prav tako spremlja SZO, uvršča na 6. mesto med državami EU. Ta predstavlja 8-odstotni delež vseh smrti, ki bi se jim lahko izognili (12,7 % pri moških in 3,5 % pri ženskah) (6).



Vir: WHO Europe, European Health for All database - HFA-DB.

Slika 1.4.1: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev, Evropska regija SZO in Slovenija, 1980–2019.

V letu 2016 so v svetu zaradi alkohola umrli približno trije milijoni ljudi, od tega 2,3 milijona moških in 0,7 milijona žensk. Globalno je bilo alkoholu pripisanih 5,3 % vseh smrti in 7,2 % vseh smrti v starosti 69 let ali manj (prezgodnje smrti) ter 5,1 % vseh izgubljenih zdravih let življenja zaradi prezgodnjih smrti in manjzmožnosti¹. Nesorazmerno večje breme smrti zaradi alkohola so nosili mlajši prebivalci, saj je bilo med 20–39-letniki kar 13,5 % vseh smrti pripisanih alkoholu. K bremenu smrti zaradi alkohola in izgubljenim zdravim letom življenja so pri moških največ prispevale poškodbe, bolezni prebavil ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, medtem ko pri ženskah bolezni srca in ožilja, bolezni prebavil in poškodbe (2).

Zaradi vzrokov, ki jih lahko neposredno pripišemo alkoholu, je v Sloveniji v obdobju 2013–2018 umrlo 5.099 prebivalcev. V povprečju je to predstavljalo 850 umrlih na leto oziroma 2,4 umrle osebe na dan. Smrti zaradi ANP vzrokov so predstavljale 4,3 % vseh smrti v državi in 4,0 % vseh smrti do v starosti 64 let ali manj (prezgodnje smrti). Med vsemi umrlimi zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je bilo 4,1-krat več moških kot žensk, med prezgodaj umrlimi pa je bil ta delež še višji. Z umrljivostjo zaradi ANP vzrokov je bila najbolj obremenjena pomurska regija, najmanj osrednjeslovenska regija, enako velja tudi za prezgodnjo umrljivost (7, 8).

Skoraj polovica teh smrti je bila posledica alkoholne bolezni jeter, z dobro tretjino smrti so sledile duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola. Zaradi zastrupitve z alkoholom je v istem obdobju umrlo 25 otrok in mladih do 25. leta starosti, med njimi so bili izključno fantje. Če bi upoštevali tudi tiste smrti, pri katerih je alkohol pridružen vzrok (kot so na primer določena rakava obolenja, nalezljive bolezni, nevropsihiatrične bolezni, srčno-žilne bolezni in še druge ter nenamerne in namerne poškodbe), je bi bilo breme umrljivosti zaradi alkohola še večje. Raba alkohola v Sloveniji, s 5,9 % vseh izgubljenih zdravih let življenja, zavzema v skupnem bremenu bolezni med vsemi dejavniki tveganja šesto mesto (7–9).

Namen poglavja je prikazati razlike v umrljivosti zaradi ANP vzrokov med različnim izobrazbenimi skupinami v Sloveniji.

1.4.2 Metodologija

Podatke o umrljivosti zaradi ANP vzrokov smo pridobili na podlagi redne zbirke Zdravniško poročilo o umrli osebi (Zbirka podatkov o umrlih osebah), ki so bili dopolnjeni s podatki Statističnega urada RS o najvišji doseženi izobrazbi prebivalcev v času smrti. Pri izračunih so upoštevani osnovni vzroki smrti za bolezni, poškodbe in zastrupitve, ki jih neposredno (stoodstotno) pripisujemo alkoholu, vključene so diagnoze Desete revizije avstralske modifikacije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10 AM), prikazane v Tabeli 1.4.1 (10).

¹ Število izgubljenih zdravih let življenja (*angl.* Disability-Adjusted Life Year, DALY) je seštevek števila izgubljenih let življenja zaradi prezgodnje smrti in števila let, preživelih v zmanjšani telesni zmožnosti zaradi bolezni ali poškodbe.

Tabela 1.4.1: Bolezni, poškodbe in zastrupitve, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu (diagnoze Desete revizije avstralske modifikacije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, desete revizije).

Opis	Koda MKB-10 AM
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	F10
Degeneracija živčevja zaradi alkohola	G31.2
Alkoholna polinevropatija	G62.1
Alkoholna miopatija	G72.1
Alkoholna kardiomiopatija	I42.6
Alkoholni gastritis	K29.2
Alkoholna bolezen jeter	K70
Kronični alkoholni pankreatitis	K86.0
Oskrba matere zaradi poškodbe plodu zaradi alkohola	O35.4
Plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega uživanja alkohola	P04.3
Fetalni alkoholni sindrom	Q86.0
Prisotnost alkohola v krvi	R78.0
Toksični učinki alkohola	T51.0, T51.1, T51.9
Izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim	X45, X65, Y15

Vir: MKB-10 AM.

Analiza umrljivosti zaradi ANP vzrokov glede na stopnjo dosežene izobrazbe je obsegala izračune starostno specifičnih stopenj umrljivosti² in v nadaljevanju preglede absolutnih razlik oz. vrzeli v starostno standardiziranih stopnjah umrljivosti³ (za standardizacijo je bila uporabljena evropska standardna populacija iz leta 2013) ter relativne primerjave umrljivosti (tj. razmerje starostno standardiziranih stopenj, *angl.* rate ratio) med različno izobraženimi skupinami oseb. Analiza je bila opravljena za tri časovna obdobja, in sicer 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019. Glede na neenakost smo primerjali obe skrajni skupini oseb glede na najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe – tj. osebe z nizko izobrazbo in osebe z visoko izobrazbo.

Za prepoznavanje statistično značilnih sprememb oz. trendov v umrljivosti zaradi ANP vzrokov znotraj posameznih izobrazbenih skupin smo uporabili Poissonovo regresijo. S to vrsto regresijske analize smo prav tako preučevali spremembe v razlikah v umrljivosti med izobrazbenima skupinama, kjer je odvisno spremenljivko predstavljala stopnja umrljivosti, neodvisne spremenljivke pa so bile starost, obdobje in izobrazba ter interakcija med njima. Pojav trenda v neenakosti (tj. povečevanje ali zmanjševanje neenakosti) glede na izobrazbo med obdobji 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019 ugotavljamo s spremljanjem statistične značilnosti interakcije med obdobjem in izobrazbo.

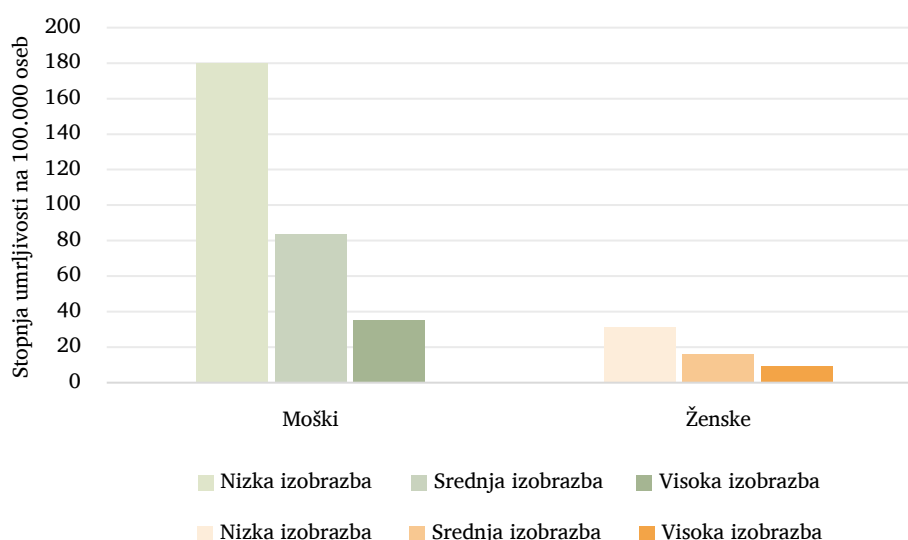
² Starostno specifična umrljivost je razmerje med številom umrlih določene starosti v koledarskem letu in številom prebivalstva enake starosti sredi istega leta na določenem območju, pomnoženo s 100.000. Starostno specifična umrljivost = $\frac{\text{število umrlih oseb določene starosti} \times 100.000}{\text{število prebivalcev iste starosti}}$.

³ Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (*angl.* standardized death rate, SDR) je metoda direktne standardizacije, kjer se izračun stopnje umrljivosti na 100.000 prebivalcev, razdeljen po petletnih starostnih skupinah, umeri s preračunom na standardno populacijo, kar izniči razlike v populaciji glede starosti prebivalstva posameznih držav/regij/teritorija. Ta postopek omogoči neposredno primerjavo stopenj umrljivosti po posameznih državah, ne glede na razlike v starostni strukturi prebivalstva posamezne države.

Za kazalnike umrljivosti zaradi ANP vzrokov so bile za obdobje 2017–2019 izračunane dodatne mere neenakosti, in sicer t. i. Slope Index of Inequality (SII), Relative Index of Inequality (RII) ter PAF (*angl.* Population Attributable Fraction). V nasprotju z zgoraj omenjenimi merami absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oz. neenakosti samo med najbolj in najmanj deprivilegiranimi skupinami (v našem primeru vrzel med nizko in visoko izobraženimi osebami), sta SII in RII indeksa neenakosti, ki delujeta na osnovi regresije in upoštevata gradient vrednosti po izobrazbenih skupinah. Na vrednost kazalnika torej vplivajo vrednosti vseh posameznih socialno-ekonomskih skupin neenakosti (v našem primeru tudi srednje izobražene skupine). SII določa naklon dobljene regresijske premice, izračunamo ga kot razliko med vrednostmi najnižje in najvišje izobraženih. Indeks RII, ki je izračunan tako, da vrednost SII indeksa delimo s skupno/povprečno vrednostjo izbranega kazalnika, predstavlja relativni koeficient neenakosti in zato omogoča primerjavo med različnimi zdravstvenimi kazalniki neenakosti (11). Tretja dodatna mera, PAF, prikazuje v kakšnem deležu bi stopnjo umrljivosti zaradi ANP vzrokov zmanjšali, če bi bila vrednost kazalnika za celotno populacijo enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosega najbolj privilegirana socialno-ekonomska skupina (tj. višje izobražena skupina, ki ima najnižjo stopnjo umrljivosti zaradi ANP vzrokov) (12).

1.4.3 Rezultati z diskusijo

V obdobju od leta 2017 do 2019 so bile razlike v stopnji umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi z različnimi stopnjami izobrazbe statistično značilne. Najvišja stopnja umrljivosti je bila pri moških z nizko izobrazbo in najnižja pri moških z visoko izobrazbo. Tudi pri ženskah je bil prisoten enak vzorec razlik v stopnji umrljivosti, le da so bile razlike znatno manjše. Tudi tukaj so bile razlike med skupinami z različnimi stopnjami izobrazbe statistično značilne (Slika 1.4.2).

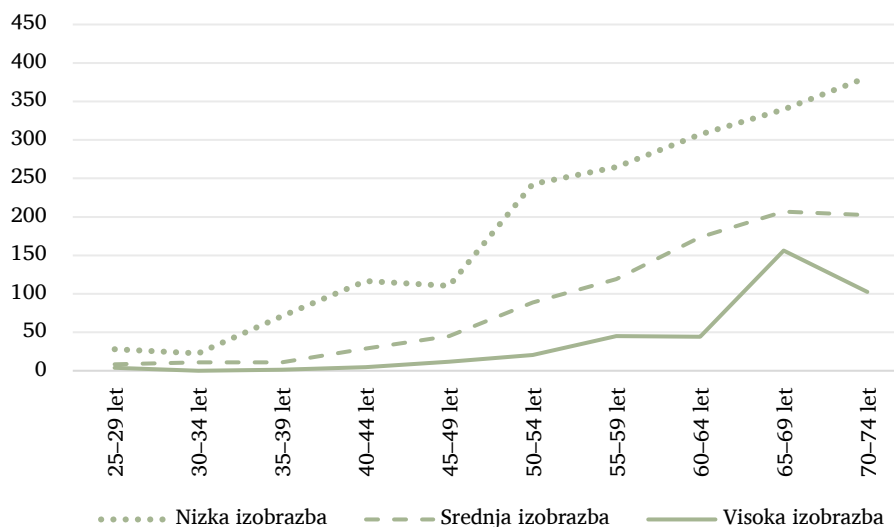


Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46.

Slika 1.4.2: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini od 25 do 74 let v obdobju 2017–2019.

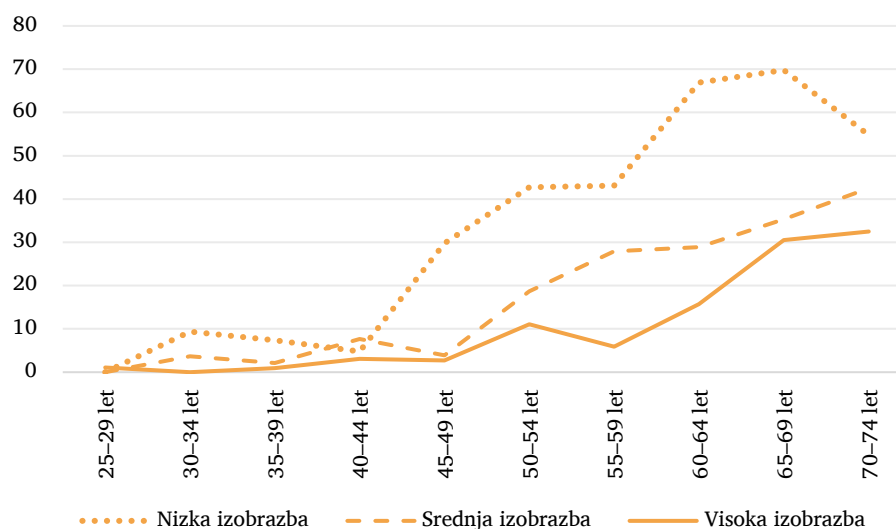
V istem obdobju je bila starostno specifična stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov za 4,6-krat višja pri moških v primerjavi s stopnjo umrljivosti pri ženskah. Pri obeh spolih stopnja umrljivosti narašča s starostjo, najvišja je bila pri moških v starostni skupini od 75 do 79 let, pri ženskah pa v starostni skupini od 65 do 69 let (Slika 1.4.3 in Slika 1.4.4). Pogled po izobrazbenih skupinah glede na spol nam razkrije, da je stopnja umrljivosti pri moških z najnižjo izobrazbo vseskozi višja v primerjavi s tistimi s srednjo in visoko izobrazbo, prav tako s starostjo ves čas narašča. Moški s srednjo izobrazbo imajo prav tako višjo stopnjo umrljivosti v primerjavi z visoko izobraženimi, v teh dveh skupinah stopnja umrljivosti narašča do starostne skupine od 65 do 69 let in potem začne padati (Slika 1.4.3).

Tudi pri ženskah imajo najvišjo stopnjo umrljivosti najnižje izobražene ženske, razen v starostni skupini od 40 do 44 let, stopnja umrljivosti v tej izobrazbeni skupini s starostjo narašča do starostne skupine od 65 do 69 let, potem začne upadati. V skupini žensk z doseženo srednjo izobrazbo stopnja umrljivosti s starostjo ves čas narašča, prav tako v skupini z najvišjo izobrazbo. Tako pri moških kot pri ženskah je umrljivost zaradi ANP vzrokov višja pri nižje izobraženih, pri čemer so neenakosti nekoliko manj izrazite pri ženskah (Slika 1.4.4).



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46.

Slika 1.4.3: Starostno specifične stopnje umrljivosti neposredno pripisljive alkoholu, po izobrazbi (moški, 25–74 let).



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46.

Slika 1.4.4: Starostno specifične stopnje umrljivosti neposredno pripisljive alkoholu, po izobrazbi (ženske, 25–74 let).

Analiza neenakosti pri umrljivosti zaradi ANP vzrokov kaže, da so te prisotne pri obeh spolih (Tabela 1.4.2). Moški imajo višje stopnje umrljivosti ter posledično večji naklonski indeks neenakosti (167,5) od žensk (27,7). Relativni indeks neenakosti, ki omogoča primerjavo neenakosti med spoloma, znaša pri moških 1,8 in pri ženskah 1,5. Neenakosti pri umrljivosti zaradi ANP vzrokov so torej v večji meri prisotne pri moških. To potrjuje tudi populaciji pripisljiv delež (PAF), po katerem bi bila splošna stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi za 61,9 % nižja, če bi imeli vsi moški enako stopnjo umrljivosti, kot jo imajo visoko izobraženi moški. Vrednost PAF pri ženskah je 50,3 %.

Tabela 1.4.2: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkohola pri odraslih v starosti od 25 do 74 let v obdobju 2017–2019 s 95-odstotnim intervalom zaupanja po spolu in stopnjah izobrazbe ter izbrani kazalniki neenakosti.

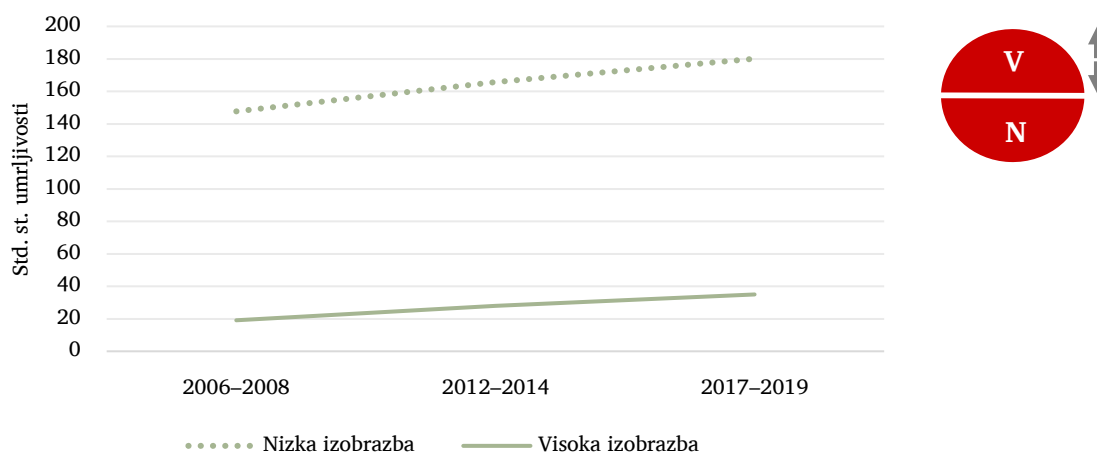
Stopnja izobrazbe	Standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkohola (interval zaupanja)			Absolutna razlika v stopnji	Razmerje stopenj	PAF	SII	RII
	Nizka	Srednja	Visoka					
Moški	180,1 (166,3–194,7)	83,4 (78,4–88,7)	35,0 (29,0–41,9)	145,1	5,15	61,9 %	167,50	1,82
Ženske	31,4 (26,4–36,9)	15,9 (13,5–18,6)	9,4 (6,4–13,1)	22,0	3,36	50,3 %	27,74	1,47

Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46.

Legenda: PAF = populaciji pripisljiv delež (*angl.* Population Attributable Fraction), SII = naklonski indeks neenakosti (*angl.* Slope Index of Inequality), RII = relativni indeks neenakosti (*angl.* Relative Index of Inequality).

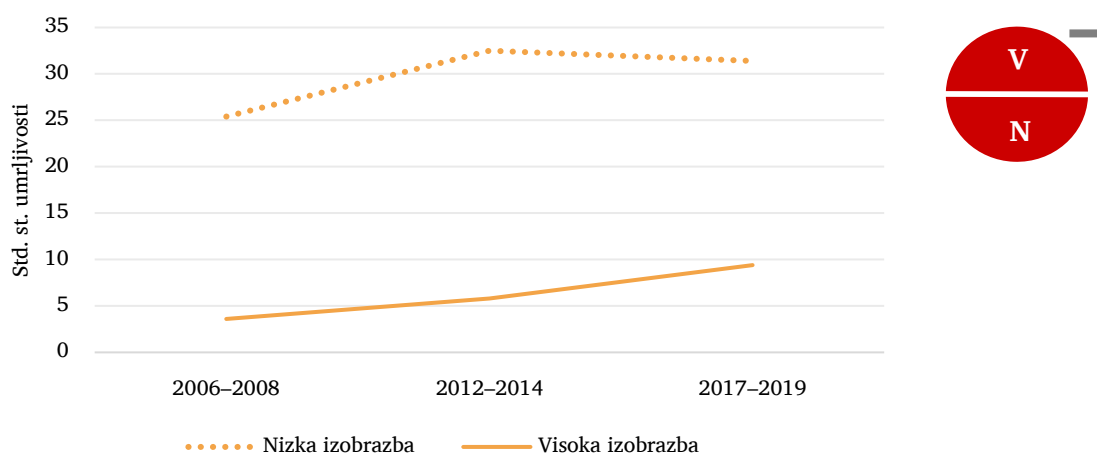
Stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov se je pri moških v obdobju od leta 2006 do 2019 statistično značilno povečevala, tako v skupini z nizko kot v tisti z visoko izobrazbo. Hkrati se je povečala razlika v umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi z visoko in nizko izobrazbo, tudi ta razlika je bila statistično značilna ($p = 0,039$).

Tako je bila stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov med moškimi z nizko izobrazbo od skoraj 8- (obdobje 2006–2008) do 5-krat (obdobje 2017–2019) višja kot med moškimi z visoko izobrazbo (Slika 1.4.5). Statistično značilno povečanje stopnje umrljivosti zaradi ANP vzrokov v istem obdobju opazujemo tudi pri ženskah, tako v skupini z nizko kot z visoko izobrazbo, vendar se razlika med posameznima izobrazbenima skupinama ni statistično značilno spreminjala. Stopnja umrljivosti pri nižje izobraženih ženskah je bila od 7,1-krat (obdobje 2006–2008) do 3,4-krat (obdobje 2017–2019) višja kot pri ženskah z visoko izobrazbo (Slika 1.4.6). Vrzel v umrljivosti glede na izobrazbo je v časovnem obdobju od 2006 do 2019 med moškimi naraščala, med ženskami pa se ni bistveno spremenila.



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46.

Slika 1.4.5: Trend vrzeli pri umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini od 25 do 74 let – moški. Infografika ob diagramu prikazuje naraščanje stopnje umrljivosti (rdeča), in sicer tako pri visoko izobraženih (V) kot nizko izobraženih, (N), puščici pa kažeta na trend povečevanja vrzeli neenakosti.



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46.

Slika 1.4.6: Trend vrzeli pri umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini od 25 do 74 let – ženske. Infografika ob diagramu prikazuje naraščanje stopnje umrljivosti (rdeča), in sicer tako pri visoko izobraženih (V) kot nizko izobraženih, (N), črtica pa kaže, da ni zaznanega trenda gibanja vrzeli neenakosti.

Pojav socialno-ekonomskih razlik v umrljivosti zaradi alkohola pripisljivih vzrokov opisujejo tako slovenske kot tuje raziskave (13–21). Raziskovalci ugotavljajo, da so posledice podobnih vzorcev pitja alkoholnih pijač hujše pri posameznikih z nizkim socialno-ekonomskim statusom, kar se kaže tudi v višji umrljivosti. Sistematičen pregled literature in metaanaliza podatkov sta pokazala, da je umrljivost zaradi alkohola od 1,5- do 2-krat višja v skupini z nižjim socialno-ekonomskim statusom v primerjavi z umrljivostjo zaradi vseh vzrokov (22). Druga sistematična raziskava pa je ugotovila, da je nizek socialno-ekonomski status povezan s povečanim tveganjem za nastanek raka glave in vratu ter možgansko kap, v posameznih študijah pa tudi s hipertenzijo in boleznijo jeter. Nasprotno pa je bilo višje tveganje za rak dojke pri ženskah običajno povezano z višjim socialno-ekonomskim statusom (23).

1.4.4 Zaključek

Posledice pitja alkohola so vedno bolj prepoznan dejavnik neenakosti na področju zdravja. V Sloveniji je bila v obdobju 2017–2019 stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih (ANP) vzrokov pri moških najvišja pri tistih z nizko izobrazbo in najnižja pri tistih z visoko izobrazbo. Pri ženskah je bil prisoten enak vzorec, vendar so bile razlike v stopnji umrljivosti med izobrazbenimi skupinami nekoliko manjše.

Več različnih raziskav in poročil posameznih držav kaže, da imajo osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem več posledic zaradi rabe alkohola, čeprav popijejo enake ali manjše količine alkohola in je v tej skupini višji delež abstinentov v primerjavi z osebami z višjim socialno-ekonomskim položajem (24). V Sloveniji so socialno-ekonomske neenakosti v pitju alkohola najizrazitejše pri izobrazbi. Nacionalna raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah (ATADD) 2018 je pokazala, da je med prebivalci z najnižjo izobrazbo 3-krat višji delež abstinentov in 1,4-krat nižji delež oseb, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat visoko tvegano opile ob eni priložnosti, v primerjavi s tistimi z najvišjo izobrazbo (25). Opijanje je pri moških in ženskah v vseh starostnih skupinah najpogostejše med najvišje izobraženimi. V obdobju 2007–2019 se je vrzel v pogostosti opijanja med osebami z najvišjo izobrazbo in tistimi z najnižjo izobrazbo pomembno povečala, kar vsekakor ni ugodno oz. zaželeno, saj moramo kot družba stremeti k zmanjševanju opijanja (26). Hkrati pa je starostno standardizirana stopnja umrljivosti (SSSU) zaradi ANP vzrokov v obdobju 2017–2019 bila 4,3-krat višja v skupini z nižjo izobrazbo v primerjavi s skupino z visoko izobrazbo. Raziskovalci ponujajo več razlag za ta t. i. alkoholni paradoks. Razlike v načinu pitja alkohola, posebej pogostost visoko tveganega opijanja, so prepoznane kot eden izmed ključnih dejavnikov tveganja za umrljivost (27). Pogosto je pri ranljivejših posameznikih hkrati prisotnih tudi več drugih dejavnikov tveganja, zaradi pomanjkanja virov naj bi se bili manj sposobni izogniti škodljivim posledicam, pogosto imajo slabši dostop do zdravstvenih storitev in drugih virov pomoči (28, 29).



Zato je pri oblikovanju politik, intervencij in programov za zmanjševanje škode zaradi alkohola nujno vključevati elemente, ki spodbujajo pravičnost (npr. starost, spol, socialno-ekonomski status, etnično pripadnost, tip območja (ruralno/urbano), regijo, pripadnost ranljivi skupini) in priporočila ali smernice za zmanjšanje ugotovljenih neenakosti v zdravju, saj naslavljanje neenakosti pripomore k izboljšanju kazalnikov zdravja (27, 30).

Ključno sporočilo:

Stopnja umrljivosti zaradi ANP vzrokov v opazovanem obdobju narašča, pri moških se hkrati povečuje vrzel v umrljivosti med najnižje in najvišje izobraženimi, med ženskami pa se ni bistveno spremenila. Tako alkohol ostaja eden izmed pomembnih dejavnikov neenakosti v Sloveniji.

1.4.5 Literatura

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Dostopano 6. oktobra, 2021 na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=BE63434473AAB244E7109BC78B9464FB?sequence=1.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. World Health Organization. Dostopano 6. oktobra, 2021 na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistični letopis 2018. Dostopano 6. oktobra, 2021 na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2018>.
4. Hovnik Keršmanc M, Radoš Krnel S, Lavtar D, Roškar M, Vardič D, Zupanič T. Raba alkohola. V Zaletel M, Vardič D, Hladnik M, uredniki. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021, 3-1-3-16.
5. World Health Organization, Regional Office for Europe. European Health Information Gateway. SDR, selected alcohol-related causes, per 100 000 (European Health for All database - HFA-DB). Dostopano 2. marca 2022 na: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_293-1970-sdr-selected-alcohol-related-causes-per-100-000/visualizations/#id=19230.
6. World Health Organization. The Global Health Observatory. Alcohol-attributable fractions, all-cause deaths (%). Dostopano 3. marca 2022 na: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-attributable-fractions-all-cause-deaths\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-attributable-fractions-all-cause-deaths(-)).
7. Radoš Krnel S, Hovnik Keršmanc M, Jandl M, Kravanja M, Korošec A. Umrljivost zaradi vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, v Sloveniji v obdobju 2013–2018. V Radoš Krnel S, Hovnik Keršmanc M, uredniki. Poraba alkohola in zdravstvene posledice rabe alkohola v Sloveniji v obdobju 2013–2018, trendi. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 40.

8. Radoš Krnel S, Hovnik Keršmanc M, Jandl M, Kravanja M, Korošec A. Prezgodnja umrljivost zaradi smrti, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, v Sloveniji v obdobju 2013–2018. V Radoš Krnel S, Hovnik Keršmanc M, urednici. Poraba alkohola in zdravstvene posledice rabe alkohola v Sloveniji v obdobju 2013–2018, trendi. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 53.
9. Hovnik Keršmanc M, Radoš Krnel S. Raba alkohola kot dejavnik tveganja za izgubljena zdrava leta življenja, 2017. V Radoš Krnel S, Hovnik Keršmanc M, urednici. Poraba alkohola in zdravstvene posledice rabe alkohola v Sloveniji v obdobju 2013–2018, trendi. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 117.
10. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. Ljubljana, 2008. Dostopano 27. oktobra, 2021 na:
https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v03_splet.pdf
11. Robinson A, Lavery C, Bell C. Health Inequalities - NI Health & Social Care Inequalities Monitoring System – Regional Report 2014 [Internet]. 2015. Dostopano 3. marec 2022 na:
<https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/hscims-2014-bulletin.pdf>.
12. Renard F, Devleeschauwer B, Speybroeck N, Deboosere P. Monitoring health inequalities when the socio-economic composition changes: are the slope and relative indices of inequality appropriate? Results of a simulation study. *BMC Public Health*. 2019; 19(1): 662.
13. Lovrečič M, Lovrečič B, Serec M, Roškar M. Alkohol in neenakosti. V: Lesnik T, Gabrijelčič Blenkuš M in sod. (ur.). Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: NIJZ 2018.
14. Kovše K, Tomšič S, Mihevc Ponikvar B, Nadrag P. Posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji. Alcohol related harm in Slovenia. *Zdrav Vestn*. 2012; 81: 119–27.
15. Makela P, Paljarvi T. Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62 (8): 728. DOI:10.1136/jech.2007.065672.
16. Katikireddi SV, Whitley E, Lewsey J, Gray L, Leyland AH. Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *Lancet Public Health*. 2017; 2(6):e267-e276. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30078-6.
17. Romelsjö A, Lundberg M. The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden. *Addiction*. 1996; 91: 1307–23.
18. Leclerc A, Lert F, Fabien C. Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequality measures. *Int J Epidemiol*. 1990; 19: 1001–10.
19. Lundberg O, Ostberg V. Klass och alkohol: Bidrar klasskillnader i alkoholrelaterad dödlighet till dödlighetsskillnaderna i Sverige? *Alkoholpolitik*, 1990; 7: 196–204.
20. Makela P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use to Socio-economic variation in mortality: register based follow up study. *Br Med J*. 1997; 315: 211.
21. Makela P. Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*. 1999; 94: 867–86.
22. Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(4): 1314–27. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu043>.
23. Jones L, Bates G, McCoy E, Bellis MA. Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015; 15:400. doi: 10.1186/s12889-015-1720-7.

24. World Health Organization. Working document for development of an action plan to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. Geneva: World Health Organization 2020.
25. Hovnik Keršmanc M, Roškar M, Lavtar D, Rehberger M, Korošec A. Pitje alkoholnih pijač med prebivalci Slovenije – izsledki nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah – ATADD 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za Javno zdravje, 2020.
26. Hovnik Keršmanc M, Roškar M. Alkohol- opijanje. V: Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Tatjana Kofol Bric, Metka Zaletel in sod. (Ur.) Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju. Ljubljana: Nacionalni inštitut za Javno zdravje 2021, 44.
27. Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. WHO Regional Office for Europe 2014.
28. Lesnik T, Gabrijelčič Blenkuš M, Hočevar Grom A, Kofol Bric T, Zaletel M. (ur.). Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: NIJZ, 2018.
29. Huijts T, Gkiouleka A, Reibling N in sod. Educational inequalities in risky health behaviours in 21 European countries: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017; 27, Supplement 1: 63–72.
30. Radoš Krnel S., Kamin T, Jandl M in sod. Merila za vrednotenje intervencij na področju javnega zdravja za namen prepoznavanja in izbire primerov dobrih praks. Ljubljana: NIJZ 2020.

1.5 Pomen determinant zdravega življenjskega sloga – prehrane in telesne dejavnosti, za izbrane zdravstvene izide

Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Aljaž Brlek, Blahko Kasapinov, Ivan Eržen, Ticijana Prijon, Darja Lavtar, Maruša Rehberger, Aleš Korošec

1.5.1 Uvod

Povezava med oddaljenimi determinantami zdravja, dejavniki življenjskega sloga, na katere lahko vplivamo in jih izboljšujemo, in biološkimi dejavniki tveganja na eni strani ter nalezljivimi in kroničnimi boleznimi in prezgodnjo umrljivostjo na drugi je predmet raziskovanja, prioritiziranja in ukrepanja ter vrednotenja v javnem zdravju tudi pri nas že od obdobja, ko so bile v slovenskem prostoru ustanovljene inštitucije javnega zdravja v dvajsetih letih preteklega stoletja (1). Na prehranskem področju je eden prvih opisanih primerov omenjene povezave dejavnika tveganja in zdravstvenega izida povezava deleža nasičenih maščob v krvi in srčnega infarkta, ki je še danes predmet razprave (2), zagotovo pa je spodbudil tudi tako uspešne projekte, kot je Prevenirva kardiovaskularnih bolezni s pomočjo populacijskih intervencij na življenjskem slogu v Severni Karelji (3).

Po prepoznavi povezav med različnimi nivoji dejavnikov tveganja in zdravstvenimi izidi so se mednarodno oblikovali strateški pristopi za obvladovanje kroničnih bolezni, začeni s pristopom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) – Globalno strategijo o prehrani, telesni dejavnosti in zdravju iz leta 2004, pa vse do SZO Globalnega akcijskega načrta za preventivo in obvladovanje kroničnih bolezni za obdobje 2013–2020 in strateškega programa EU Healthier Together – EU Non-Communicable diseases initiative iz leta 2022 (4–6). Prav tako imamo tudi v Sloveniji ključne nacionalne dokumente (7, 8), vezane na Resolucijo Skupaj za družbo zdravja 2016–2026 (9). Vsi omenjeni strateški dokumenti opozarjajo na pomen oddaljenih socialnih determinant zdravja, kot so izobrazba, dohodek in socialni status posameznika, saj izsledki raziskav jasno kažejo, da je nižji socialni status, ki je praviloma povezan z nižjo izobrazbo in dohodkom, neposredno povezan z manj zdravim življenjskim slogom, večjim tveganjem za biološke dejavnike tveganja in s slabšimi zdravstvenimi izidi te populacije. Prvo globalno poročilo o pomenu neenakosti pri razvoju kroničnih bolezni s priporočili za strateško ukrepanje je SZO objavila v letu 2008 (10). Poročilo vsebuje tri temeljna globalna priporočila za države članice: (1) vsi morajo imeti možnost izboljšati svoje dnevne življenjske pogoje; (2) spopasti se je potrebno z nepravilno porazdelitvijo moči, denarja in virov, ter (3) za razumevanje obsega in narave problema je treba zagotoviti merjenje neenakosti ter ocenjevanje vpliva ukrepov. Tudi Slovenija je na podlagi tega priporočila v zadnjem desetletju dobila tri poročila o neenakostih v zdravju, v letih 2011, 2018 in 2021 (11–13), od tega je v tretjem poročilu kot pilotna država vpeljala tudi SZO pristop European Health Equity Status Report (HESRI) za prikaz vpliva košaric politik na vrzeli v neenakostih na posameznih področjih življenja in posledično zdravstvenih izidih v državi (14, 15). V vseh treh poročilih so prikazane neenakosti v zdravju pri kazalnikih življenjskega sloga in pri posameznih boleznih, s katerimi se ukvarja tokratni prispevek.

Vedenjski slog, povezan z zdravjem, obsega različna varovalna vedenja, kot so zdrave prehranske navade, zadostna telesna dejavnost in časovno omejen sedeč življenjski slog, uspešno spoprijemanje s stresorji, dobre spalne navade, razpredene socialne stike in podobno⁴. Čeprav so dejavniki vedenjskega sloga pri posamezni osebi prepleteni, pa jih pogosto obravnavamo vsakega posebej, navkljub do določene mere podobnim (npr. komercialne determinante, znanje o dejavniku) ali enakim (npr. digitalne determinante, dohodek) oddaljenim determinantam zdravja. V Sloveniji smo na preventivnem področju pričeli presegati silose z integriranimi programi preventive za odrasle (16), na področju politik pa so države članice EU v letih 2020–2022 oblikovale Pobudo o nenalezljivih boleznih »Healthier together« (angl. EU non-communicable disease initiative) 2022, ki prav tako prinaša integrirani pristop v zdravju v vseh politikah in različnih praksah (6).

V zadnjih desetletjih na področju (javnega) zdravja narašča število raziskav, ki poskušajo pojasniti povezave med številnimi makrosocialnimi, demografskimi, (socialno)psihološkimi dejavniki in vedenji, povezanimi z zdravjem (11). Analize vedenjskega sloga, povezanega z zdravjem, se običajno omejujejo na enega ali manjše število kazalnikov, le redke analize so bile pozorne na več vedenj hkrati, prve med njimi lahko najdemo po letu 2000 (17, 18), večja pozornost na opisu prepletov dejavnikov življenjskega sloga pa je vidna po letu 2010 (19). V Sloveniji je pred desetletjem izšel prikaz analize več dejavnikov življenjskega sloga pri ženskah (20).

V času, ko so nastajali prvi celoviti pregledi vplivov dejavnikov življenjskega sloga na kronične bolezni, so se izoblikovali tudi prvi logični okvirji, ki so pomagali pregledno razumeti njihovo povezanost. Enega bolj znanih je objavila SZO v letu 2005 (21), vključuje pa (1) oddaljene socialno-ekonomske, kulturne, politične in okoljske determinante zdravja; (2) pogoste dejavnike tveganja, na katere lahko vplivamo z intervencijami; (3) intermediarne biološke dejavnike tveganja ter (4) ključne zdravstvene izide in njihove medsebojne povezave (Slika 1.5.1).

Vzroki kroničnih bolezni



Vir: WHO, 2005.

Slika 1.5.1: Povezava med vzroki in posledicami: oddaljenimi determinantami zdravja, dejavniki življenjskega sloga ter z njimi povezanimi biološkimi dejavniki tveganja na eni strani ter vodilnimi kroničnimi boleznimi na drugi strani (21).

⁴ Tvegana vedenja kot del vedenjskega sloga v tokratni prispevek niso vključena, zajemajo pa uporabo tobaka in škodljivo rabo alkohola ter uporabo prepovedanih drog in različne nekemične odvisnosti.

V prispevek je vključen pregled posameznih varovalnih dejavnikov življenjskega sloga, kot sta zadostna telesna dejavnost (22) ter uživanje sadja in zelenjave (23, 24), ki ugodno vplivajo na zdravstvene izide pri kroničnih nenalezljivih boleznih ter ugodno vplivajo na uravnavanje telesne mase in zmanjšanje tveganja za debelost, ter na sedeč vedenjski slog kot samostojni dejavnik tveganja, ki negativno vpliva na zdravstvene izide posameznika (22). Poleg tega pregled vključuje izbrane biološke intermediarne dejavnike (hipertenzijo in povišane ravni glukoze v krvi kot intermediarna biološka dejavnika tveganja metabolnega sindroma in kroničnih bolezni) in izbrane kronične bolezni.

Debelost je eden ključnih dejavnikov tveganja za številne kronične bolezni, ki ga grobo ocenjujemo z uporabo indeksa telesne mase (ITM) pri odraslih (25). Prekomerna telesna teža in debelost prizadeneta skoraj 60 % odraslih in skoraj enega od treh otrok (29 % fantov in 27 % deklet) v evropski regiji SZO. Nedavne ocene kažejo, da sta prekomerna telesna teža in debelost četrti najpogostejši dejavnik tveganja za nenalezljive bolezni v regiji, takoj za visokim krvnim tlakom, prehranskimi tveganji in uporabo tobaka. Je tudi vodilni dejavnik tveganja za zmanjšano zmožnost, saj povzroči 7 % vseh let, preživetih z omejitvami v gibanju, debelost pa je povezana tudi z večjo obolevnostjo in umrljivostjo zaradi covid-19 (26).

Pregledu so dodane tudi mišično-skeletne motnje, ki v Sloveniji povzročajo največje breme zmanjšane zmožnosti oziroma invalidnosti (27). Poleg bolečin v hrbtenici na splošno med najpogostejše motnje spadajo bolečine v vratu ali druge kronične okvare vratu (28), bolečine v hrbtenici ali druge kronične okvare hrbta pa so najpogostejša kostno-mišična obolenja, ki predstavljajo tudi najpogostejši vzrok absentizma pri starejših od 45 let (29).

1.5.2 Metode

V prispevku so prikazani rezultati Nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu (*angl.* European Health Interview Survey, EHIS). Glavni namen raziskave EHIS je ugotoviti, kakšno je zdravstveno stanje prebivalcev, kako pogosto uporabljamo različne zdravstvene storitve in kakšen je naš življenjski slog, povezan z zdravjem.

Podatki, prikazani v prispevku, so bili v letih 2007, 2014 in 2019 zbrani s presečnimi anketnimi raziskavami EHIS, ki jih je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) izvedel na verjetnostnem reprezentativnem vzorcu odraslih prebivalcev Slovenije. Podatki so stratificirani glede na naslednje demografske spremenljivke: spol, starostna skupina in stopnja dosežene izobrazbe. Ker je glavni namen prispevka raziskati neenakosti, ki jih prikazujemo glede na stopnjo dosežene izobrazbe, smo analizirali samo podatke oseb, starih 25 let ali več (ko velika večina oseb ni več v procesu izobraževanja).

V poglavju je prikazanih več kazalnikov v obliki dihotomnih spremenljivk:

- prevalenca debelosti ($ITM \geq 30$),
- prevalenca zvišanega krvnega tlaka (hipertenzija),
- prevalenca sladkorne bolezni,
- delež oseb z zvišanim krvnim tlakom (hipertenzijo) in/ali sladkorno boleznijo in/ali debelostjo (vsaj dve bolezni),
- prevalenca bolečin v hrbtenici ali vratu ali drugih kroničnih okvar hrbta ali vratu.

V prispevku ugotavljamo razlike med osebami s posameznimi boleznimi in brez njih.

Statistično značilnost razlik v deležih med različnimi demografskimi kategorijami (npr. nizko, srednje in visoko izobraženimi) znotraj ene izvedbe raziskave ter tudi med obema raziskavama smo preverjali s χ^2 -testom, z z-testom pa smo primerjali deleže med posameznimi pari demografskih kategorij (pri tem smo uporabili Bonferronijev popravek).

Za kazalnik so bile izračunane mere neenakosti, in sicer absolutna razlika v prevalenci (vrzel), razmerje prevalenc ter populaciji pripisljiv delež (*angl.* Population Attributable Fraction). Absolutna razlika v prevalenci (vrzel) in razmerje prevalenc prikazujeta absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oz. neenakosti samo med najbolj in najmanj deprivilegiranimi skupinami (v našem primeru vrzel med nizko in visoko izobraženimi). PAF prikazuje delež vrednosti kazalnika, ki bi se jim lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika na celotni populaciji enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosega najbolj privilegirana socialno-ekonomska skupina (tj. višje izobražena skupina).

1.5.3 Rezultati z diskusijo

V nadaljevanju so navedeni rezultati glede neenakosti pri uživanju sadja in zelenjave ter telesne dejavnosti in debelosti. Dodali smo tudi prikaze trendov debelosti, visokega krvnega tlaka in sladkorne bolezni po spolu in izobrazbi glede na izobrazbeni gradient in delež tistih, ki poročajo o diagnozi ene od teh bolezni. Dodatno so prikazane še vrzeli v neenakostih pri kostno-mišičnih obolenjih, ki jih v določenem delu lahko povežemo z dejavniki telesne dejavnosti.

1.5.3.1 Uživanje sadja in zelenjave ter telesna aktivnost

Uživanje sadja (S) in še bolj zelenjave (Z) v opazovanem obdobju upadata, to dogajanje lahko opazujemo tako po spolu kot tudi po izobrazbenih skupinah. Enako kot v preteklih obdobjih lahko zasledujemo večje uživanje S in Z pri ženskah. Uživanje S in Z glede na izobrazbo pa kaže bolj pestro sliko in to predvsem pri moških in nekoliko manj pri ženskah. Pri moških namreč lahko zasledimo obrat izobrazbene vrzeli pri uživanju Z, saj jo moški z nizko izobrazbo uživajo pogosteje v letih 2014 in 2019, v letu 2007 pa je bilo pogostejše uživanje Z bolj značilno za visoko izobražene moške. Pri uživanju S lahko sledimo povečevanju izobrazbene vrzeli, vendar bolj med letoma 2007 in 2014, v letu 2019 se ta vrzel nekoliko zmanjša. Zanimivo je, da se vrzel povečuje najbolj zaradi padca uživanja S pri skupinah visoko izobraženih moških in tudi žensk.

Dnevno povprečno telesno dejavnih vsaj 30 minut ali skupno 150 minut na teden je bilo v letu 2019 90 % prebivalcev Slovenije, v predhodni raziskavi je bil odstotek primerljiv (v letu 2007 v EHIS raziskavi vprašanja o telesni dejavnosti niso bila zastavljena na primerljiv način), značilnih razlik med spoloma nismo zaznali. Ugotavljamo lahko nekaj manjših razlik po starosti in spolu, vendar se vrzel po izobrazbi med letoma 2014 in 2019 ni spremenila.

Kar 3,9 milijona smrtnih primerov globalno na leto je posledica nezadostnega uživanja S in Z (24), od tega globalno 14 % zaradi raka prebavil (v Sloveniji ocena 11 %), zaradi ishemične bolezni srca globalno 11 % (in enako 11 % v Sloveniji) ter globalno 9 % zaradi možganske kapi (v Sloveniji zaradi istega vzroka 6 %), (30, 31). V času izvajanja prvega Nacionalnega programa prehranske politike so bile številne aktivnosti posvečene spodbujanju povečanega uživanja S in Z, kar je bilo zaznati v obdobju do leta 2010 (32). Drugi Nacionalni program prehrane in telesne dejavnosti ima podobno definirane cilje, ki predvidevajo povečanje uživanja S in Z, tokrat s posebnim fokusom na populacijskih skupinah z nižjim socialno ekonomskih statusom, cilja pa tudi na zmanjšanje zaznanih razlik med spoloma (7, 33). Tudi Evropski načrt za premagovanje raka, predvideva in spodbuja uporabo več živil rastlinskega izvora v dnevni obrokih, kar pomeni tudi večji predvideni vnos S in Z, še posebej pri bolj ranljivih skupinah (34). Tudi strategija Evropske komisije Od vil do vilic (*angl.* Farm to Fork, F2F) spodbuja povečano uživanje S in Z pri prebivalcih (35).

V Sloveniji so prebivalci v veliki meri dnevno povprečno telesno dejavni. Aktivnosti pri delu, vsakodnevna opravila in prosti čas prebivalcem Slovenije omogočajo, da so telesno dejavni v skladu s priporočili SZO (vsaj 30 minut dnevno ali skupno 150 minut na teden). Neugodno je, da s kazalnikom, ki ga uporablja EHIS za telesno dejavnost, ne zaznavamo sedečega življenjskega sloga. SZO priporoča, da prebivalci omejijo čas, ki ga presedijo za različnimi ekrani in sedeči čas v dnevu nasploh (22). Zadostna telesna dejavnost je dejavnik, ki posredno povečuje zdrava leta življenja, kar je temeljni cilj Strategije razvoja Slovenije do 2030, Strategije dolgožive družbe in resolucije Skupaj za družbo zdravja (9, 36, 37) s ciljem zmanjšati breme kroničnih bolezni in povečanja kakovosti življenja prebivalcev Slovenije. To je še posebej pomembno, ker je v času pandemije covida-19 skoraj vsak drugi prebivalec Slovenije v okviru raziskave SI-PANDA poročal, da je manj telesno dejaven kot pred pandemijo (38).

1.5.3.2 Debelost, visok krvni tlak in sladkorna bolezen

V obdobju 2007–2019 je debelost pri prebivalcih Slovenije značilno naraščala, predvsem pri moških in pri srednješolsko izobraženih (od 19,2 % v letu 2007 do 23,0 % v letu 2019). Najnižja je sicer pri visoko izobraženih (manj pri ženskah kot pri moških), podobno kot pri drugih dejavnih tveganja pa je najvišja pri nizko izobraženih (v primerjavi z visoko izobraženimi je stanje obratno, nižja je pri moških kot pri ženskah). Če bi imeli v letu 2019 vsi prebivalci enake stopnje debelosti po ITM, kot jih ima najvišje izobražena oziroma najbolj privilegirana skupina, bi bila debelost v populaciji nižja za 44,9 %. Med izobrazbenimi skupinami se v letih 2007, 2014 in 2019 nakazuje trend zmanjševanja vrzeli, in sicer bolj zaradi moških kot žensk (med nizko izobraženimi je v letu 2007 delež prebivalcev z debelostjo 3,41-krat, v letu 2014 2,45-krat in v letu 2019 2,54-krat večji od deleža debelih prebivalcev z visoko izobrazbo).

V Sloveniji in v EU lahko zasledimo velike socialno-ekonomske razlike pri razporeditvi debelosti med skupinami prebivalcev (39). Četrtnina debelosti pri moških in polovica pri ženskah v EU je povezanih z razlikami v izobrazbenem statusu prebivalcev. Organizacija za evropsko sodelovanje in razvoj (OECD) ocenjuje, da prekomerna teža in debelost in z njima povezane kronične nenalezljive bolezni (KNB) skrajšujejo pričakovano trajanje življenja za 2,7 let, za zdravljenje teh stanj pa bodo države OECD v naslednjih treh desetletjih potrošile 8,4 % zdravstvenega proračuna (40).

Arterijska hipertenzija je hkrati bolezen in dejavnik tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni (SŽB), na razvoj katere imajo pomemben vpliv drugi dejavniki tveganja v življenjskem slogu, kot so kajenje, prekomeren vnos soli, premajhen vnos S in Z, uživanje alkohola, debelost, sedeč življenjski slog in drugi). V letu 2019 je bil v Sloveniji 32,7 % moških in 30,8 % ženskam, starejšim od 25 let, predpisan vsaj en recept za zdravljenje zvišanega krvnega tlaka, delež prejemnikov pa narašča s starostjo pri obeh spolih in se znižuje z višjo stopnjo izobrazbe (med leti 2012 in 2019 se je povečal pri nizko izobraženih moških, medtem ko je upadel pri moških z visoko izobrazbo in ženskah iz vseh izobrazbenih skupin). Vrzel je pri ženskah večja kot pri moških (med nizko in visoko izobraženimi ženskami se je še povečala z 10,8 na 11,9 %), med samimi nizko in visoko izobraženimi moškimi pa se je povečala s 3,2 na 5,5 %.

Nižji socialno-ekonomski status, predvsem stopnja izobrazbe, je povezan s pojavom arterijske hipertenzije v populaciji (41). Večjo prevalenco hipertenzije pri nižje izobraženih je možno zaznati tudi preko podatka, da se več nizko izobraženih zdravi z zdravili za znižanje krvnega tlaka. Tako pri hospitalizacijah kot prezgodnji in skupni umrljivosti se stopnje SŽB v obdobju 2012–2019 znižujejo, so pa te stopnje višje pri nizko izobraženih, tako ženskah kot moških. Pri nižje izobraženih največji del presežne umrljivosti pojasnjujemo z dejavniki tveganja za razvoj arterijske hipertenzije, poleg tega pa je velikega pomena za učinkovito zdravljenje visokega krvnega tlaka in SŽB tudi večje upoštevanje režima jemanja predpisanih zdravil (42, 43). Spremljati je treba dejansko uporabo zdravil med prebivalstvom, saj raziskave kažejo socialno-ekonomske neenakosti, in sicer tako, da so raven ozaveščenosti o hipertenziji, zdravljenje in uspešen nadzor krvnega tlaka v normalnih mejah boljši pri premožnejših posameznikih (44, 45).

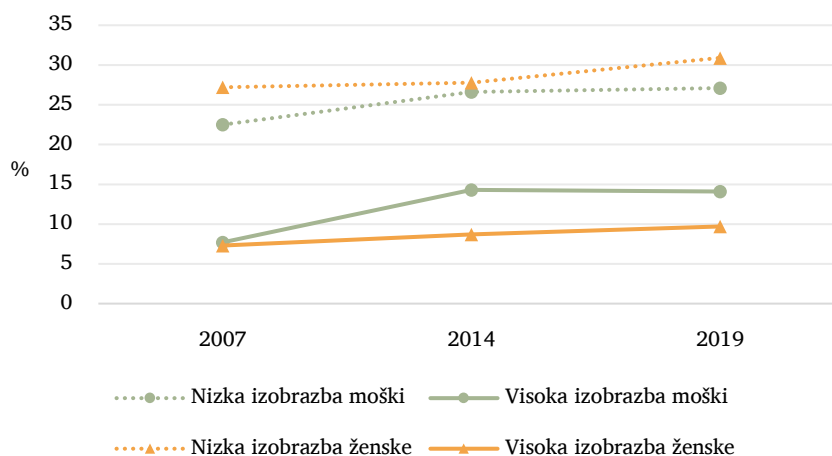
Starostno specifična stopnja prevalence sladkorne bolezni je v Sloveniji v skupinah moških z nizko in srednjo izobrazbo podobna, le da so moški s srednjo izobrazbo v povprečju okrog 5 let starejši, ko se prvič srečajo s sladkorno boleznijo. Med moškimi z visoko izobrazbo pa je prevalenca znatno nižja. Bolezen se začne v tej skupini pojavljati 5–10 let pozneje in je znatno redkejša kot v preostalih dveh skupinah. Pri ženskah se sladkorna bolezen glede na izobrazbo pojavlja drugače kot pri moških. V vseh starostnih skupinah je vidna bistveno večja obolevnost pri ženskah z nizko izobrazbo. Verjetnost, da bodo zboleli za sladkorno boleznijo, se v skupini moških z nizko izobrazbo hitreje povečuje kot pri moških z visoko izobrazbo, ob tem se vrzel med manj in bolj izobraženimi povečuje. V osemletnem obdobju se je verjetnost, da bodo zboleli za sladkorno boleznijo, pri moških z nizko izobrazbo povečala za 30 %.

Trend vrzeli v verjetnosti, da bodo zbolele zaradi sladkorne bolezni, pa se povečuje tudi pri ženskah, v opazovanem osemletnem obdobju se je ta vrzel povečala za 20 %. Za žensko populacijo je značilno, da so razlike med razširjenostjo sladkorne bolezni med manj in bolj izobraženimi bistveno večje kot pri moških.

Zaradi metodologije izračunavanja prevalece sladkorne bolezni podatki veljajo le za tiste bolnike, ki imajo predpisano zdravljenje za uravnavanje ravni krvnega sladkorja, ne pa tudi za vse osebe, ki imajo sladkorno bolezen. Ker pa je način prikazovanja podatkov skozi leta enak, so prikazi trendov dokaj zanesljivi. Pri ženskah se sladkorna bolezen pojavlja kasneje v življenju kot pri moških, zato so starostno specifične stopnje prevalece sladkorne bolezni pri ženskah manjše kot pri moških (46). Torej je moškim pri strateškem načrtovanju obvladovanja sladkorne bolezni v Sloveniji potrebno nameniti posebno pozornost, tako na področju preventive sladkorne bolezni kot pri njenem zgodnjem odkrivanju (47).

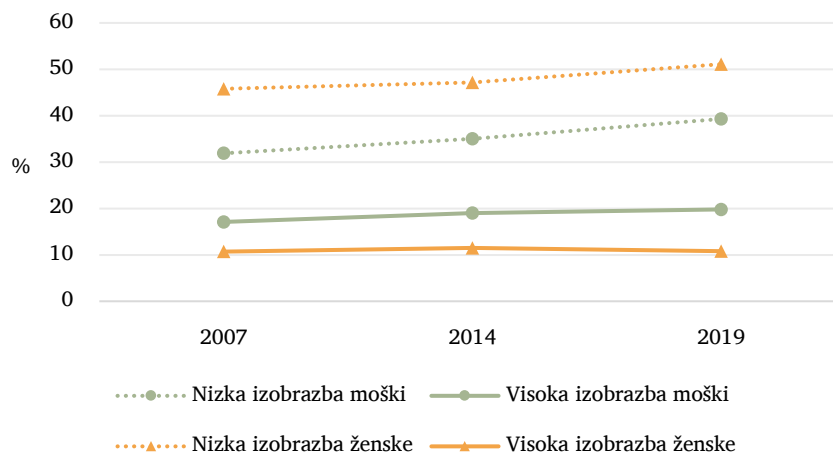
1.5.3.3 Združeni trendi debelosti, visokega krvnega tlaka in sladkorne bolezni

Slike 1.5.2, 1.5.3 in 1.5.4 prikazujejo trend debelosti, visokega krvnega tlaka in sladkorne bolezni po spolu in izobrazbi. Pri vseh treh zdravstvenih izidih lahko vidimo, da obstaja izobrazbeni gradient in delež tistih, ki poročajo o diagnozi ene od teh bolezni narašča od višje proti nižji izobrazbi. Delež je v letu 2019 statistično značilno višji tako med tistimi z osnovnošolsko izobrazbo in manj kot tudi med tistimi s srednješolsko izobrazbo v primerjavi s tistimi z višjo izobrazbo in več (Priloga 2). Zanimivo je, da je prevalenca pri vseh treh zdravstvenih izidih pri nižje izobraženih višja pri ženskah kot pri moških, ter ravno obratno v skupini višje izobraženih, kjer je prevalenca izbranih zdravstvenih izidov višja pri moških (Slike 1.5.2, 1.5.3 in 1.5.4).



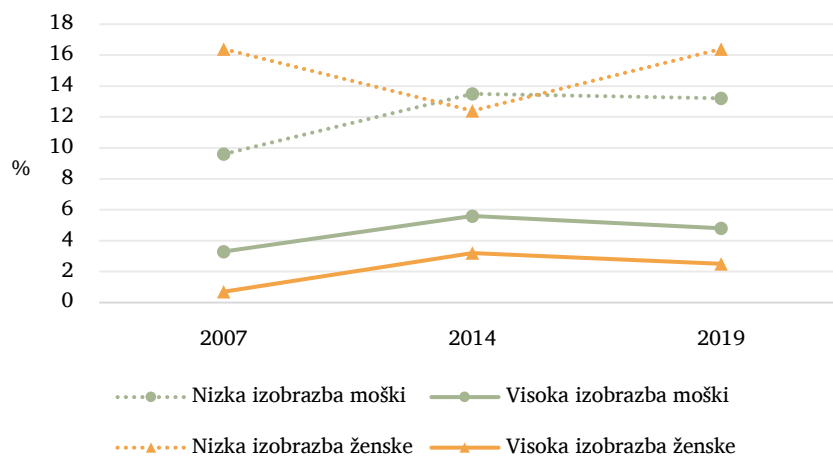
Vir: EHIS, 2007, 2014, 2019, NIJZ.

Slika 1.5.2: Delež oseb z indeksom telesne mase 30 ali več, po spolu in izobrazbi.



Vir: EHIS, 2007, 2014, 2019, NIJZ.

Slika 1.5.3: Delež oseb z visokim krvnim tlakom, po spolu in izobrazbi.



Vir: EHIS, 2007, 2014, 2019, NIJZ.

Slika 1.5.4: Delež oseb s sladkorno boleznijo, po spolu in izobrazbi.

Prevalenca v vseh treh zdravstvenih izidih v obdobju 2007–2019 narašča, je pa povečanje najbolj izrazito pri visokem krvnem tlaku in debelosti, manj pa pri sladkorni bolezni (Slike 1.5.2, 1.5.3 in 1.5.4, Priloga 3).

Neenakosti dodatno potrjujejo kazalniki neenakosti (Priloga 3). Pri vseh treh zdravstvenih izidih vidimo visoka razmerja prevalenc in dejstvo, da bi v primeru, da bi bila prevalenca izbranih izidov takšna, kot je pri osebah z visoko izobrazbo, zmanjšali splošno prevalenco za približno 50 %. Vrzel je skozi leta ostala v grobem enaka, nekoliko se je povečala le v letu 2019 v primeru hipertenzije. Opazimo pa lahko, da se skozi leta zmanjšujejo vrednosti populaciji pripisljivega deleža v primeru debelosti in sladkorne bolezni, kar je predvsem posledica naraščanja prevalence v višjih izobrazbenih skupinah, saj gre pri njih za relativno večje povečanje.

Povezanost med socialno-ekonomskim statusom oziroma izobrazbo in izbranimi zdravstvenimi izidi je bila zaznana in opisana v številnih raziskavah, kar ponovno potrjujejo tudi naši rezultati (26, 39, 41, 42, 44, 48). Za primer debelosti velja, da so družine z nižjimi dohodki v večji meri izpostavljene debelilnemu/obesogenemu okolju, hkrati pa imajo tiste z višjimi dohodki izobrazbene, ekonomske in psihološke vire, ki jih ščitijo pred vplivom okolja, ki vzpodbuja debelost (26). Podobno velja tudi za hipertenzijo in sladkorno bolezen, ki sta pa seveda hkrati tudi vzročno povezani z debelostjo.

Izobrazbeni gradient je viden tudi, ko primerjamo tiste z dvema ali tremi od izbranih zdravstvenih izidov s tistimi, ki imajo le enega ali nobenega (Priloga 4). Delež je v letu 2019 statistično značilno višji tako med tistimi z osnovnošolsko izobrazbo in manj kot tudi med tistimi s srednješolsko izobrazbo v primerjavi s tistimi z višjo izobrazbo in več. Delež tistih z dvema ali tremi izbranimi zdravstvenimi izidi je skoraj trikrat višji pri tistih z osnovnošolsko izobrazbo ali manj v primerjavi z visoko izobraženimi. Razlike v prevalenci in populaciji pripisljivem deležu je primerljiva z rezultati pri posameznih zdravstvenih izidih (Priloga 3).

Tovrstno kopičenje negativnih zdravstvenih izidov pri nižje izobraženih so zaznale tudi tuje študije in v splošnem potrjujejo, da je nižji socialno-ekonomski status povezan z višjim številom kroničnih nenalezljivih bolezni (48–50). To nakazuje še večjo ranljivost znotraj skupine nižje izobraženih, saj gre za večjo verjetnost multimorbidnosti, ki zaradi prepletanja večjega števila bolezni zahteva zahtevnejšo in kompleksnejšo obravnavo. Hkrati pa se tovrstna neenakost prenaša na naslednje generacije, saj je izobrazba staršev povezana z verjetnostjo multimorbidnosti pri otrocih (51). Študije tudi izpostavljajo vlogo duševnih motenj, ki se razvijejo že pred pojavom drugih telesnih bolezni, povezanih s socialno-ekonomskim statusom (48).

Študije ugotavljajo, da so nekateri negativni zdravstveni izidi in njihovo prepletanje (med njimi sladkorna bolezen in ishemična bolezen srca) z nizkim socialno-ekonomskim statusom povezani neodvisno, tudi ob upoštevanju dejavnikov zdravega življenjskega sloga. Hkrati pa socialno-ekonomska prikrajšanost deluje kot izvor nezdravega življenjskega sloga in posledične obolevnosti (48). To dejstvo kaže, da je vpliv socialno-ekonomskega statusa kompleksen in zdravstvenega stanja v ranljivih populacijah ne moremo izboljšati le s vplivom na dejavnike zdravega življenjskega sloga (so pa te aktivnosti izjemnega pomena), temveč moramo posameznikom hkrati zagotoviti tudi ustrezne življenjske pogoje in možnosti. Podatki in analize SZO kažejo, da imajo med makroekonomskimi ukrepi za večjo enakost v zdravju največji vpliv povečanje javnih izdatkov za stanovanjske objekte in opremo ter ustrezne politike dela (15).

1.5.3.4 Kronična okvara vratu in hrbta

V zadnjih desetletjih opazujemo povečan sedeč življenjski slog in sedeče delo ter povečan čas, preživet pred različnimi zasloni, kar lahko povežemo tudi s kostno-mišičnimi obolenji (KMO), predvsem s strmim porastom deleža oseb z bolečino ali drugo kronično okvaro vratu, predvsem pri osebah z najvišjo izobrazbo. Prevalenca okvar vratu se je v populaciji med letoma 2007 in 2019 povečala s 14 na 24 %, kar je zaskrbljujočih 68 %, z opaznimi razlikami med spoloma – pri moških za več kot 100 %, pri ženskah pa za 49 %, največ v starostni skupini od 25 do 44 let. V tej starosti se je delež povečal za skoraj 200 %.

Vendar pa se je vrzel med najbolj in najmanj izobraženo skupino populacije med letoma 2007 in 2019 pomembno znižala prav zaradi porasta med visoko izobraženimi.

Najpogostejša dejavnika KMO vratu sta starost in spol. Sicer pa so bolečina in druga kronična obolenja vratu med kostno mišičnimi okvarami, ki so najpogosteje povezane z delovnim mestom, predvsem zaradi preobremenitev ter telesnih in funkcionalnih okvar v vratnem delu hrbtenice. Veliko pogosteje se pojavljajo pri ženskah, vendar se opaža v zadnjem obdobju predvsem pri moških – verjetno zaradi značilnih delovnih obremenitev in deloma zaradi različne telesne konstitucije (52), lahko pa so tudi posledica ergonomsko neurejenega delovnega mesta in neupoštevanja smernic za pravilno, zdravo in varno delo (53).

Delež okvar hrbta se je med letoma 2007 in 2019 v celotni populaciji povečal za 51 % (z 29 na 39 %), pri ženskah za 43 % in pri moških za 60 %, kar velja za vse starostne skupine, najbolj pa za skupino med 25 in 44 let (v tej skupini je prišlo do podvojitve problema, z 12,0 na 26,1 %). Do najbolj izrazitega povečanja je prišlo pri osebah z višjo izobrazbo (v letu 2007 je imelo težave s KMO hrbta 2,5-krat več oseb z dokončano osnovno šolo ali manj v primerjavi z osebami z dokončano višješolsko izobrazbo ali več, v letu 2019 pa le še 1,8-krat več).

Težave s KMO hrbta zaznavamo že pri mladih odraslih, s starostjo pa se tovrstne težave izrazito hitro povečujejo. KMO hrbta nastajajo kot odziv na psihične in fizične obremenitve, tako v posameznikovem delovnem okolju (težje fizično delo, prisilne drže, prenašanje bremen, vibracije, pa tudi neugodni ergonomski pogoji) kot v širši družbi (54), skupaj z nizko ravno skrbi za lastno zdravje. Zaskrbljujoče je, da težave zaradi KMO hrbta v zadnjih desetletjih opazamo pri delovni populaciji, mlajši od 45 let, in pri osebah z najvišjo izobrazbo, ki navadno ne opravljajo težjih fizičnih del – kar lahko povežemo s povečanim sedečim življenjskim slogom ter povečevanjem prekomerne telesne teže in debelosti v populaciji, pa tudi s spremenjenimi načini dela (55).

1.5.4 Zaključki

Med glavne dejavnike tveganja za nenalezljive bolezni, povezane z življenjskim slogom, sodijo tudi nezdrava prehrana s prenizkim vnosom sadja in zelenjave ter nizka telesna dejavnost in sedeč življenjski slog. Za znižanje razširjenosti in umrljivosti zaradi nenalezljivih bolezni zato potrebujemo učinkovite preventivne programe in strategije za promocijo zdravja, ki naslavljajo tako vedenje posameznikov kot tudi olajšajo zdrave izbire. Ob tem so pomembne celovite in integrirane strategije nacionalno in na ravni EU z implementacijsko podporo na regionalnih in lokalnih ravneh, saj lahko z izboljšano promocijo zdravja in preventivo bolezni zmanjšamo razširjenost nenalezljivih bolezni za kar 70 % in tako znatno izboljšamo zdravje in dobro počutje ljudi.

Posebno pozornost moramo nameniti socialnim determinantom, saj so te odgovorne za pomembne razlike v razširjenosti in umrljivosti zaradi nenalezljivih bolezni. Ukrepi in intervencije, namenjene preprečevanju nenalezljivih bolezni morajo zato vedno upoštevati pristop pravičnosti, da se izognemo povečevanju neenakosti.

Kljub obsežnemu znanju na področju glavnih determinant zdravja, povezanih z zdravim življenjskim slogom, ki so podlaga za pojav in napredovanje nenalezljivih bolezni, je ustrezne politike v obliki zakonodajnih intervencij ter različnih programov in intervencij v današnjem kompleksnem okolju zahtevno izvajati, še posebej z nizkimi sredstvi, ki so na razpolago za javno zdravje, kljub izjemno visokim stroškom zdravljenja nenalezljivih bolezni. Tveganje za razvoj nenalezljivih bolezni lahko zmanjšamo z delovanjem na dejavnike življenjskega sloga, s poudarkom na promociji zdravja v življenjskih okoljih ter v populacijskem pristopu s preprečevanju nastanka bolezni.

1.5.5 Literatura

1. Zupanič Slavec Z. Razvoj javnega zdravstva na slovenskem v času med prvo in drugo svetovno vojno. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2005.
2. Healey N. The diet debate. *Nature*. 2021; 594:S12–3.
3. Puska P, Jains P. The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Finland Through Population-Based Lifestyle Interventions. *Am J Lifestyle Med*. 2020 Mar 19;14(5):495–9.
4. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/924159222>.
5. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.
6. European Union. Healthier Together – EU Non-Communicable diseases initiative [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022. Available from: https://health.ec.europa.eu/publications/eu-non-communicable-diseases-ncds-initiative-guidance-document_en.
7. Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2015. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2016.
8. Vinko M, Makivič I, Maučec Zakontik J, Švab V, Zvezdana Dernovšek M, editors. MIRA za duševno zdravje: Nacionalni program duševnega zdravja [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019. Available from: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/mira_resolucija_slo_splet.pdf.
9. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25) [Internet]. Uradni list RS, št. 25/16; 2016. Available from: <http://pisrs.si/Pis.web/npbDocPdf?idPredpisa=RESO102&type=pdf>.
10. World Health Organization. Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1.
11. Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, et al., editors. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2011.
12. Lesnik T, Gabrijelčič Blenkuš M, Hočvar Grom A, Kofol Bric T, Zaletel M, editors. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018. Available from: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/neenakosti_v_zdravju_2018.pdf.
13. Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Zaletel M, Hočvar Grom A, Lesnik T, editors. Neenakosti v zdravju: Izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021. Available from: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/neenakosti_e_verzija.pdf.

14. World Health Organization. HESRI products [Internet]. [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://www.who.int/europe/initiatives/health-equity-status-report-initiative/hesri-products>.
15. World Health Organization. Regional Office for Europe. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report [Internet]. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326879>.
16. Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakontik J, Sedlar N, Vrbovšek S, editors. Program integrirane preventivne KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015. Available from: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/e_verzija_prirocnik_program_integrirane_preventivne_knb_2015.pdf.
17. Mackenbach J. Health Inequalities: Europe in profile. Expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Rotterdam: Erasmus University Medical Centre; 2006.
18. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008 Jun 5;358(23):2468–81.
19. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, et al. Fair society, healthy lives: the Marmot Review Executive Summary. Marmot Review Team; 2010.
20. Gabrijelcic M, Mencin M, Bajt M, Korošec A, Djomba J, Zakotnik J, et al. The differences in selected health-related behaviour indicators among women with different educational attainment in Slovenia / Razlike v izbranih kazalnikih vedenj, povezanih z zdravjem, med različno izobraženimi ženskami v Sloveniji. *Zdr Varst*. 2013 Feb 27;52:119–36.
21. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization; 2005.
22. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
23. WHO and FAO announce global initiative to promote consumption of fruit and vegetables [Internet]. World Health Organization. [cited 2023 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/news/item/11-11-2003-who-and-fao-announce-global-initiative-to-promote-consumption-of-fruit-and-vegetables>.
24. Healthy diet [Internet]. World Health Organization. [cited 2023 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
25. Obesity and overweight [Internet]. World Health Organization. 2021 [cited 2023 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
26. World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2022 [cited 2023 Jan 18]. x, 206 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>.
27. Lijana Z, Batista K, Bertonecelj M, Brlek A, Carli T, Grasek M, et al. Health of the Slovenian population: Where do we stand? *South East Eur J Public Health*. 2022 May 21;2022:21.
28. European Agency for Safety and Health at Work. Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 1999.
29. Roquelaure Y. Musculoskeletal Disorders and Psychosocial Factors at Work. *SSRN Electronic Journal*. 2018 Jan 1.
30. World Health Organization. Fruit and vegetables for health : report of the Joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetables for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan [Internet]. World Health Organization; 2005 [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43143>.

31. Lock K, Gabrijelcic-Blenkus M, Martuzzi M, Otorepec P, Wallace P, Dora C, et al. Health impact assessment of agriculture and food policies: lessons learnt from the Republic of Slovenia. *Bull World Health Organ.* 2003;81(6):391–8.
32. World Health Organization. Evaluating implementation of the resolution on the Slovenian food and nutrition action plan 2005–2010, Upgraded evaluation, 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
33. Ministrstvo za zdravje. 10 ciljev [Internet]. Dober tek, Slovenija. 10 ciljev. 2017 [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://www.dobertekslovenija.si/10-ciljev/>.
34. European Commission. Europe's Beating Cancer Plan Communication from the commission to the European Parliament and the Council [Internet]. Brussels: European Commission; 2021. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf.
35. European Commission. Farm to Fork Strategy - For a fair, healthy and environmentally-friendly food system [Internet]. European Union; 2020. Available from: https://food.ec.europa.eu/system/files/2020-05/f2f_action-plan_2020_strategy-info_en.pdf.
36. Strategija razvoja Slovenije 2030 [Internet]. Ljubljana: Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko; 2017. Available from: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MKRR/Strategija-razvoja-Slovenije-2030/Strategija_razvoja_Slovenije_2030.pdf.
37. Strategija dolgožive družbe [Internet]. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj; 2017. Available from: https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf.
38. Hočevar Grom A, Belščak Čolaković A, Rehberger M, Lavtar D, Gabrijelčič Blenkuš M, Jeriček Klanšček H, et al. Pandemija COVID-19 v Sloveniji: izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 5. val [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021. Available from: <https://nijz.si/zivljenjski-slog/izsledki-panelne-spletne-raziskave-si-panda/>.
39. Loring B, Robertson A. Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2014 [cited 2023 Feb 2]. 35 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344619>.
40. OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en.
41. Leng B, Jin Y, Li G, Chen L, Jin N. Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis. *J Hypertens.* 2015 Feb;33(2):221–9.
42. Beauchamp A, Peeters A, Wolfe R, Turrell G, Harriss L, Giles G, et al. Inequalities in cardiovascular disease mortality: the role of behavioural, physiological and social risk factors. *J Epidemiol Community Health.* 2009 Oct 1;64:542–8.
43. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. *Front Pharmacol.* 2017; 8:100.
44. Boruzs K, Juhász A, Nagy C, Szabó Z, Jakovljevic M, Bíró K, et al. High Inequalities Associated With Socioeconomic Deprivation in Cardiovascular Disease Burden and Antihypertensive Medication in Hungary. *Front Pharmacol.* 2018; 9:839.
45. Zhao Y, Mahal AS, Haregu TN, Katar A, Oldenburg B, Zhang L. Trends and Inequalities in the Health Care and Hypertension Outcomes in China, 2011 to 2015. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Nov 19; 16(22):4578.
46. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://diabetesatlas.org/>.

47. Kerstin Petrič V, Zaletel Vrtovec J, Potočnik A, editors. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010 - 2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2010.
48. Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, Shipley MJ, Sipilä PN, Nyberg ST, et al. Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *Lancet Public Health*. 2020 Mar;5(3):e140–9.
49. Schäfer I, Hansen H, Schön G, Höfels S, Altiner A, Dahlhaus A, et al. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Apr 3;12:89.
50. Singh-Manoux A, Fayosse A, Sabia S, Tabak A, Shipley M, Dugravot A, et al. Clinical, socioeconomic, and behavioural factors at age 50 years and risk of cardiometabolic multimorbidity and mortality: A cohort study. *PLoS Med*. 2018 May;15(5):e1002571.
51. Schramm S, Møller SP, Tolstrup JS, Laursen B. Effects of individual and parental educational levels on multimorbidity classes: a register-based longitudinal study in a Danish population. *BMJ Open*. 2022 Feb 23;12(2):e053274.
52. Hoe VC, Urquhart DM, Kelsall HL, Zamri EN, Sim MR. Ergonomic interventions for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck among office workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Oct 23;10(10):CD008570.
53. Petreanu V, Seracin AM. Risk factors for musculoskeletal disorders development: hand-arm tasks, repetitive work. OSH Wiki [Internet]. 2017; Available from: https://oshwiki.eu/wiki/Risk_factors_for_musculoskeletal_disorders_development:_hand-arm_tasks,_repetitive_work#Work_environment.
54. European Agency for Safety and Health at Work. OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU - Facts and figures [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. Available from: <https://osha.europa.eu/sites/default/files/TERO09009EC.pdf>.
55. Bontrup C, Taylor WR, Fliesser M, Visscher R, Green T, Wippert PM, et al. Low back pain and its relationship with sitting behaviour among sedentary office workers. *Appl Ergon*. 2019 Nov;81:102894.

1.6 Izobrazbene neenakosti v incidenci izbranih skupin rakov v Sloveniji 2012–2017

Ana Mihor¹, Tina Žagar¹, Sonja Tomšič¹, Katarina Lokar¹, Metka Zaletel², Marcel Kralj², Vesna Zadnik¹

¹ Epidemiologija in register raka, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, Ljubljana, Slovenija

² Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, Ljubljana, Slovenija

Povzetek

Uvod. Socialno-ekonomske neenakosti v zdravju so prisotne pri incidenci večine z življenjskim slogom povezanih bolezni, vključno z rakom. Tovrstne neenakosti so preprečljive in jih morajo ključni deležniki z namenom izboljšanja zdravstvenega in finančnega položaja celotne družbe ustrezno naslavljati. V Sloveniji smo v preteklosti že proučevali pojavljanje raka v odvisnosti od slovenskega kazalnika primanjkljaja, nimamo pa še podatkov, kakšna je povezanost s posameznikovo izobrazbo.

Metode. Za obdobje 2012–2017 smo analizirali podatke Registra raka Republike Slovenije o incidenci vseh malignih rakov skupaj ter pljučnega raka, želodčnega raka, malignega melanoma kože, rakov glave in vratu in raka dojke (pri ženskah) pri prebivalcih Slovenije, starih 25 let ali več, po spolu in treh izobrazbenih skupinah, opredeljenih sledeč KLASIUS-SRV klasifikaciji. Izračunali smo starostno standardizirano stopnjo (SSS) incidence, razmerje (RR) in razliko (RD) med stopnjami ter populacijski pripisljivi delež (PAF) zaradi nizke izobrazbe. Trende v SSS po izobrazbi in spolu smo ovrednotili z regresijo stičnih točk v obliki povprečne letne spremembe (APC).

Rezultati. SSS incidenca je višja med nižje izobraženimi pri pljučnem raku (RR 1,9 pri moških in 1,1 pri ženskah, PAF 33,1 in 5,7 %), želodčnem raku (RR 1,8 pri moških in 1,9 pri ženskah, PAF 28,6 in 43,5 %) ter rakah glave in vratu (RR 3,2 pri moških in 1,3 pri ženskah, PAF 53,2 in 23,7 %), medtem ko je nižja pri vseh rakah skupaj (RR 0,97 pri moških in 0,8 pri ženskah, PAF -0,9 in -11,8 %), malignemu melanomu kože (RR 0,4 pri moških in 0,5 pri ženskah, PAF -52,0 in -40,7 %) in raku dojke pri ženskah (RR 0,7, PAF -21,3 %). Značilen APC ugotavljamo za vse rake pri nizko izobraženih ženskah (+1,2 %), pljučni rak pri nizko in srednje izobraženih ženskah (+7,6 in +6,6 %) in želodčni rak pri srednje izobraženih moških (+5,0 %). Značilnih razlik v trendu RD v kratkem obdobju ni zaznati pri nobenem preiskovanem raku. Vrzel v incidenci pljučnega raka pri ženskah po starosti ob diagnozi kaže poznejši premik bremena kajenja od visoke k nizki izobrazbi – pri mlajših je povezava že negativna, v srednji in visoki starosti pa breme še nosijo srednje in visoko izobražene ženske.

Razprava in zaključki. Podobno kot drugod v Sloveniji ugotavljamo, da je pojavljanje raka povezano z izobrazbo kot kazalnikom socialno-ekonomskega položaja, vendar povezanost pri različnih skupinah rakov zaradi različnih dejavnikov tveganja kaže v različne smeri. Povezava je najmočnejša za rake glave in vratu in odraža neenakosti v sočasnem kajenju in tveganem pitju alkohola (sinergija učinkov). Incidenca vseh rakov skupaj pretežno odraža neenakosti najpogostejših rakov pri nas (nemelanomski kožni rak, dojka, prostata), ki se pogosteje pojavljajo pri višje izobraženih. Kot kazalnik neenakosti je zato primernejša incidenca posameznih rakov, saj skupna incidenca zakrije vrzeli, ki kažejo v različno smer. Za naslavljanje neenakosti v incidenci raka se je potrebno osredotočiti na izvor in preprečevanje neenakosti v živiljenjskem slogom povezanih vedenjih.

1.6.1 Uvod

Povsod po svetu osebe z nizkim socialno-ekonomskim položajem (SEP) nosijo neprimerljivo večje breme številnih bolezni, zlasti tistih, pojav katerih se povezuje z dejavniki nezdravega življenjskega sloga, kot so kajenje, uživanje alkohola, nezdrava prehrana, telesna neaktivnost ipd. (1).

Prav tako je s tovrstnimi dejavniki močno povezana zboleznost za najpogostejšimi vrstami raka. Kajenje npr. poleg pljučnega raka povečuje tveganje za vrsto drugih rakov, še posebej kadar so pri isti osebi hkrati pisotni tudi drugi nezdavi vzorci vedenja. Po drugi strani so nekateri raki povezani z dejavniki, ki so bolj pogosto prisotni pri osebah z višjim SEP (2, 3). Znano je, da je zbolevanje za rakom zlasti pri tistih rakih, pri nastanku katerih pomembno sodelujejo dejavniki tveganja, na katere lahko vplivamo, povezano s SEP, tako merjenim na individualni ravni (npr. izobrazba, dohodek, materialne dobrine) kot na območni ravni, kjer posameznikom pripišemo primanjkljaj, vezan na območje, v katerem živijo (4, 5). Te neenakosti imajo poleg vpliva na zdravje tudi velike finančne posledice za družbo (6) ter se smatrajo kot preprečljive in etično nesprejemljive, zato si mora družba prizadevati za njihovo zmanjšanje oziroma odpravo, kot poudarjajo Vaccarella in sodelavci v nedavni odmevni publikaciji s področja neenakosti in raka (4).

Tudi v Sloveniji smo socialno-ekonomske povezave z incidenco raka že dokazali z uporabo kazalnika primanjkljaja tako na ravni območij kot na individualni ravni (7, 8), vendar povezanost pri nas še ni bila raziskana z uporabo samostojnega individualnega kazalnika – izobrazbe. Izobrazba kot kazalnik SEP ima namreč nekaj prednosti: lažje jo zbiramo rutinsko; je dober približek zdravstvene pismenosti in običajno ostane nespremenjena vse življenje (9). Poleg tega je izobrazba veliko bolj predstavljava in oprijemljiva mera SEP za odločevalce, ki so najpomembnejši deležniki pri naslavljanju neenakosti.

1.6.2 Metode

Vir podatkov o primerih raka je bil Register raka Republike Slovenije. Prijavljanje raka je vse od ustanovitve Registra raka zakonsko predpisano in obvezno za vse slovenske javnozdravstvene zavode, ki so glavni vir podatkov. Z namenom čim večje popolnosti podatkov Register raka dopolnjuje podatke iz različnih drugih zdravstvenih in administrativnih podatkovnih zbirk (Zbirka podatkov o umrlih osebah, klinični in bolnišnični registri, registri presejalnih programov za raka, Centralni register prebivalstva, Geodetska uprava Republike Slovenije). Za razvrščanje primerov raka po primarni lokaciji se od leta 1997 uporablja klasifikacija MKB-10, podrobnosti razvrščanja so opisane v letnih publikacijah Registra raka (10).

Iz Registra raka smo pridobili podatke o vseh novih primerih malignih rakov (MKB-10 kode C00–C96) v incidenčnih letih 2012–2017. Omejili smo se na starosti 25 let in več ob diagnozi, ker je pri tej starosti formalna izobrazba v veliki večini primerov dokončna, poleg tega pa se rak veliko pogosteje pojavlja v višjih starostih. Poudariti je potrebno, da primerov raka ne moremo enostavno enačiti s številom novo zbolelih oseb, saj posameznik lahko v nekem obdobju zboli za več primarnimi raki, vendar je običajno delež takih oseb nizek.

Podatki Registra raka so bili dopolnjeni z najvišjo stopnjo dosežene izobrazbe zbolele osebe ob diagnozi s strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), ki je podatke o izobrazbi, klasificirane po KLASIUS-SRV, pridobil od Statističnega urada republike Slovenije (SURS). Stopnja izobrazbe je bila kategorizirana v tri kategorije: nizka stopnja izobrazbe (osnovnošolska izobrazba ali nižja), srednja (srednješolski programi, ki trajajo 2–5 let) in višja stopnja izobrazbe (višješolska izobrazba ali višja).

V analizo povezanosti so vključeni vsi primeri raka pri odraslih prebivalcih Slovenije, starih 25 let in več, ki so zboleli v obdobju 2012–2017 in pri katerih je bil na voljo podatek o izobrazbi. Iz analize so izločeni primeri, pri katerih izobrazbe posameznika ni bilo možno določiti (skupno je bilo takih 0,8 % vseh novih primerov raka).

Stratificirano po spolu in izobrazbi smo, skupaj s 95-odstotnimi intervali zaupanja (IZ), izračunali starostno standardizirano stopnjo (SSS) incidence na 100.000 prebivalcev po posameznih letih in za celotno obdobje ter razmerje (*angl.* rate ratio, RR) in razliko (*angl.* rate difference, RD) med SSS, ki predstavljata relativno in absolutno mero neenakosti. Pri RR in RD sta bili za primerjavo vzeti obe skrajni skupini oseb – osebe z nizko izobrazbo in osebe z visoko izobrazbo. Kot dodatno mero neenakosti smo izračunali še populacijski pripisljivi delež (*angl.* population attributable fraction, PAF), ki predstavlja delež, koliko rakov več (v primeru negativne vrednosti PAF) ali manj (v primeru pozitivne vrednosti PAF) bi bilo v populaciji, če bi vsi v populaciji imeli najvišjo stopnjo izobrazbe. Za standardizacijo je bila uporabljena Evropska standardna populacija iz leta 2013, verzija 85+ (11). RD med nizko in visoko izobraženimi je izračunana kot triletno drseče povprečje med leti 2012 in 2017. Izračunali smo tudi starostno specifične (SSP) incidenčne stopnje na 100.000 prebivalcev po spolu in izobrazbi za celotno obdobje 2012–2017.

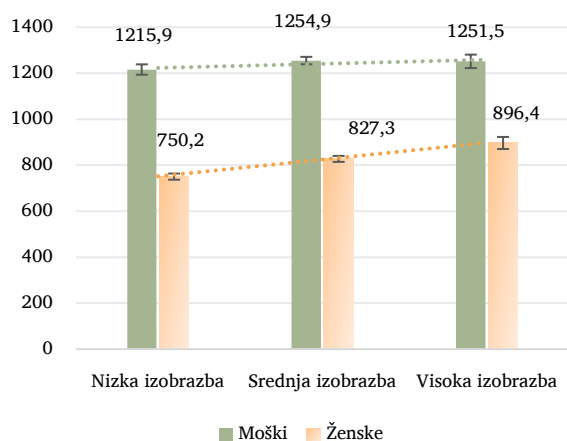
Statistično značilnost izobrazbenih trendov SSS incidence smo določali na podlagi IZ (kjer se IZ ne prekrivajo, smo trend ocenili kot statistično značilen), časovnih trendov v SSS incidenci po spolu in izobrazbi pa z uporabo regresije stičnih točk (pri statistično značilnih rezultatih je podana vrednost letne povprečne spremembe; *angl.* annual percent change, APC), pri čemer smo za analize uporabili Joinpoint Regression Program (verzija 4.1.1 – Avgust 2014), ki je bil razvit na podlagi metodologije Kima s sod. (12). Analiza časovnih trendov z opazovanjem kratkega obdobja ni najbolj zanesljiva, vendar podatki o izobrazbi pred letom 2012 za analizo niso bili na voljo.

Upoštevajoč pogostost pojavljanja in že ugotovljeno povezanost s SEP (5) smo poleg incidence vseh malignih rakov skupaj za analizo izbrali naslednjih pet skupin rakov: pljučni rak (MKB-10 kodi C33 in C34), želodčni rak (MKB-10 koda C16), rak dojke pri ženskah (MKB-10 koda C50), maligni melanom kože (MKB-10 koda C43) ter rake glave in vratu (MKB-10 kode C00–C14, C30–C32).

1.6.3 Rezultati

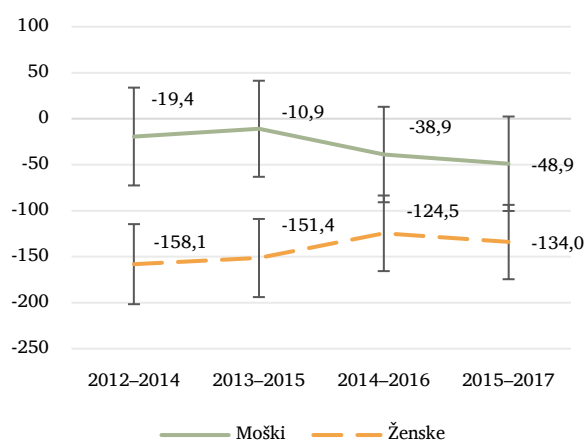
1.6.3.1 Vsi maligni raki

V analizo je vključenih 85.517 ugotovljenih primerov malignega raka (izločenih 0,8 % primerov z neznano izobrazbo). SSS incidence z višanjem izobrazbe narašča (pri ženskah statistično značilno) (Slika 1.6.1). RR med nizko in visoko izobraženimi je bilo 0,97 pri moških in 0,8 pri ženskah, PAF pa -0,9 in -11,8 %. Časovni trend SSS incidence je statistično značilen le pri nizko izobraženih ženskah (APC +1,2 %). RD med visoko in nizko izobraženimi se v 3-letnem drsečem povprečju SSS incidence pri obeh spolih ni statistično značilno spremenila (Slika 1.6.2). SSP incidenčne stopnje po izobrazbi so pri moških do visoke starosti podobne (Slika 1.6.3), pri ženskah pa se že pri srednjih starostnih skupinah pokaže pozitiven izobrazbeni trend (Slika 1.6.4).



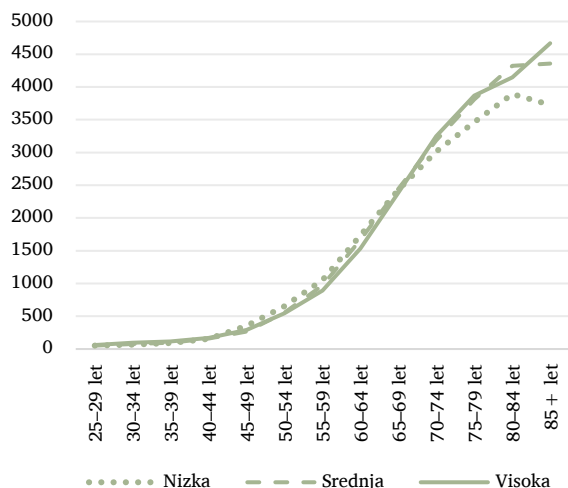
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.1: SSS incidence vseh rakov (C00-C96) po izobrazbi.



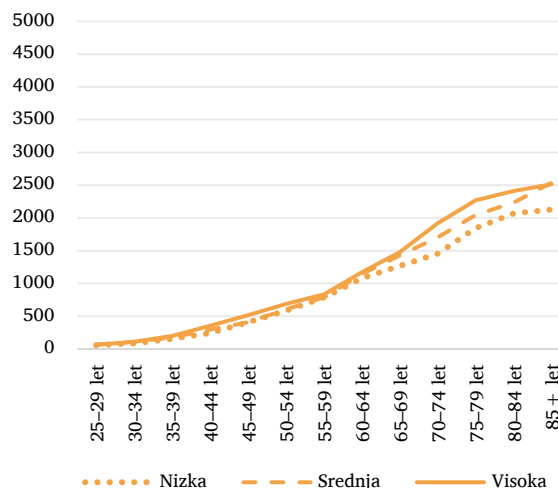
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.2: RD v SSS incidenci vseh rakov (C00-C96) med nizko in visoko izobraženimi (25+ let), 3-letno drseče povprečje.



Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.3: SSP incidenčne stopnje vseh rakov (C00-C96) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.

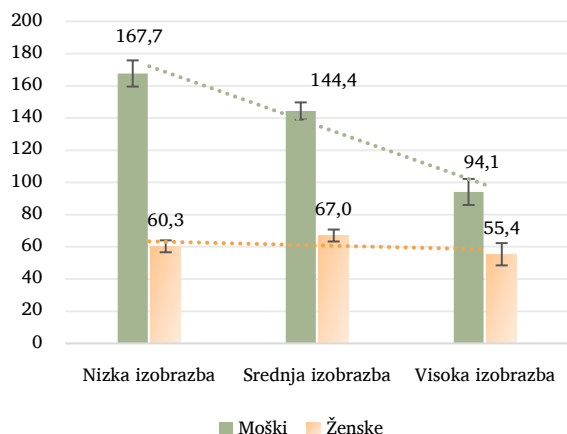


Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.4: SSP incidenčne stopnje vseh rakov (C00-C96) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017

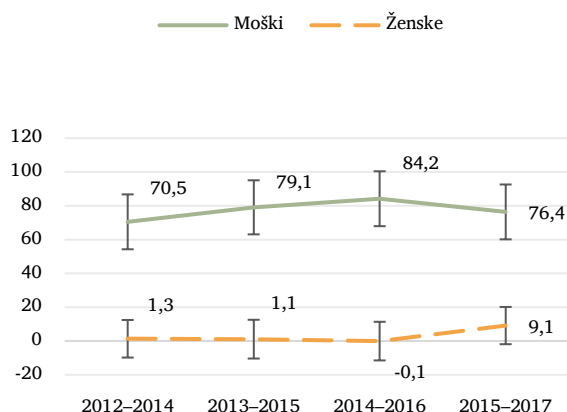
1.6.3.2 Pljučni rak

Med vsemi primeri je bilo 8.278 primerov pljučnega raka (izločenih 1,3 % primerov z neznano izobrazbo). SSS incidence z nižanjem stopnje izobrazbe pri moških statistično značilno narašča. Pri ženskah jasen izobrazbeni trend ni prisoten, incidenca pa je najvišja pri srednji izobrazbi (Slika 1.6.5). RR med nizko in visoko izobraženimi je bilo 1,9 pri moških in 1,1 pri ženskah, PAF pa 33,1 in 5,7 %. SSS incidence po posameznih letih se je statistično značilno spreminjala pri nizko in srednje izobraženih ženskah (APC 7,6 in 6,6 %), a se RD med visoko in nizko izobraženimi v 3-letnem drsečem povprečju SSS incidence v tem obdobju pri obeh spolih ni statistično značilno spremenila (Slika 1.6.6), vendar je v zadnjem triletjem obdobju pri ženskah vrzel med srednje in visoko izobraženimi statistično značilna. Analiza SSP incidenčnih stopenj pljučnega raka po izobrazbi (Sliki 1.6.7 in 1.6.8) pri ženskah kaže postopen obrat izobrazbenega trenda od negativnega proti pozitivnemu, saj je vrh incidence pri nizki izobrazbi okoli 50–60 let, srednji izobrazbi 60–80 let, visoki izobrazbi pa 75–85+ let. V mlajših starostnih skupinah je tako viden trend naraščajoče incidence pri ženskah z nižjo izobrazbo, v srednjih starostnih skupinah imajo najvišjo incidenco srednje izobražene ženske, pri starejših pa incidenca narašča z višjo izobrazbo. Pri moških je obrat izobrazbenega trenda nakazan šele v najvišjih starostnih skupinah.



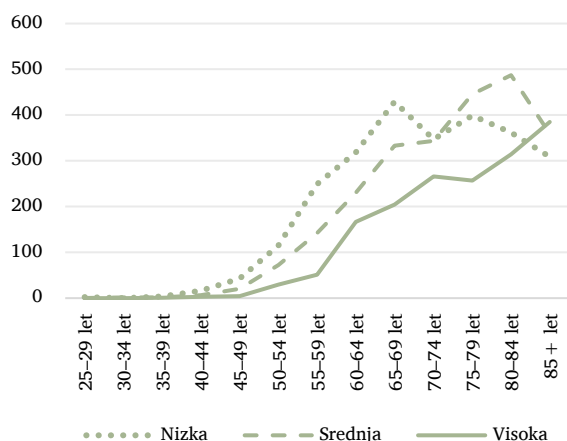
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.5: SSS incidence pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi in spolu (25 + let), 2012–2017.



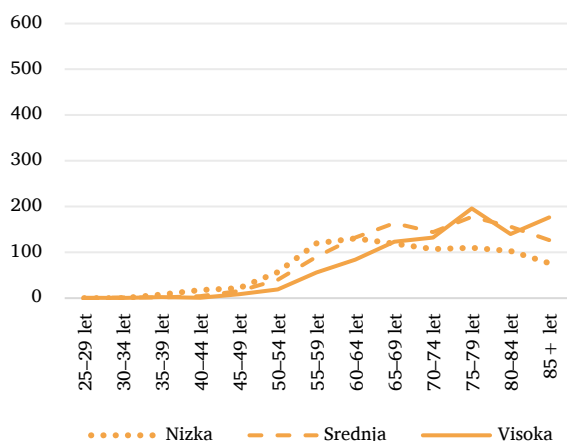
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.6: RD v SSS incidenci pljučnega raka (C33–C34) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.



Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.7: SSP incidenčne stopnje pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.

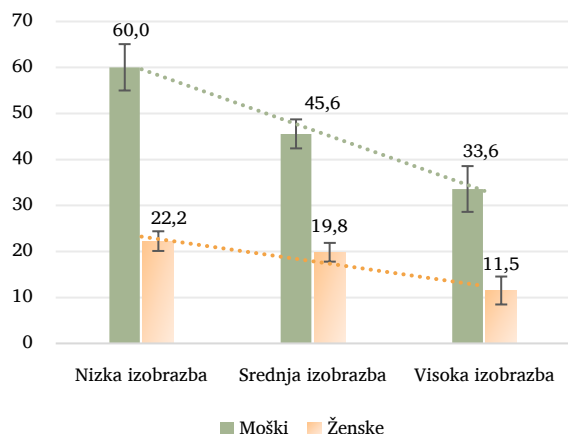


Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.8: SSP incidenčne stopnje pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017.

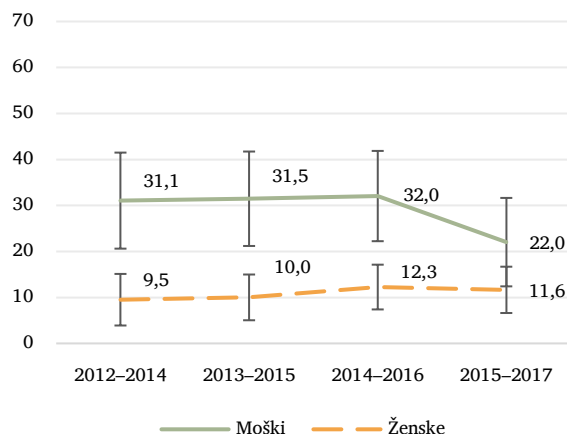
1.6.3.3 Želodčni rak

Med vsemi primeri je bilo 2.718 primerov želodčnega raka (izločenih 1,0 % primerov z neznano izobrazbo). SSS incidence z nižanjem stopnje izobrazbe pri obeh spolih statistično značilno narašča (Slika 1.6.9). RR med nizko in visoko izobraženimi je bilo 1,8 pri moških in 1,9 pri ženskah, PAF pa 28,6 in 43,5 %. SSS incidence po posameznih letih pri moških v vseh izobrazbenih skupinah pada – bolj izrazito pri srednje in nizko izobraženih, statistično značilno pa le pri srednje izobraženih (APC 5,0 %). RD med visoko in nizko izobraženimi v 3-letnem drsečem povprečju SSS incidence je večja pri moških kot pri ženskah in se je med moškimi v zadnjem obdobju znižala, vendar ne statistično značilno; pri ženskah zaradi nizkega števila primerov časovni trendi niso povedni (Slika 1.6.10). Izobrazbeni trend SSP incidenčnih stopenj je pri vseh starostnih skupinah obrnjen v isto smer (Sliki 1.6.11 in 1.6.12).



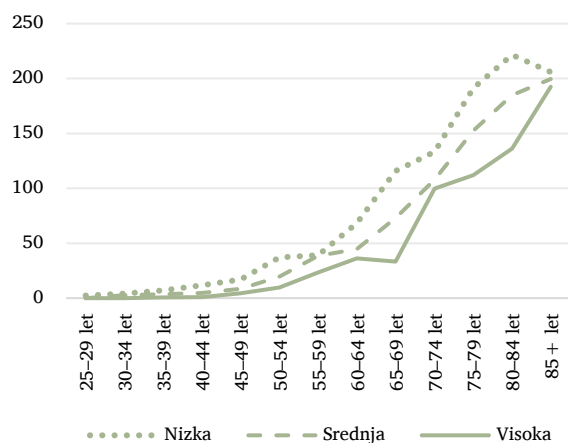
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.9: SSS incidence želodčnega raka (C16) po izobrazbi in spolu (25 + let), 2012–2017.



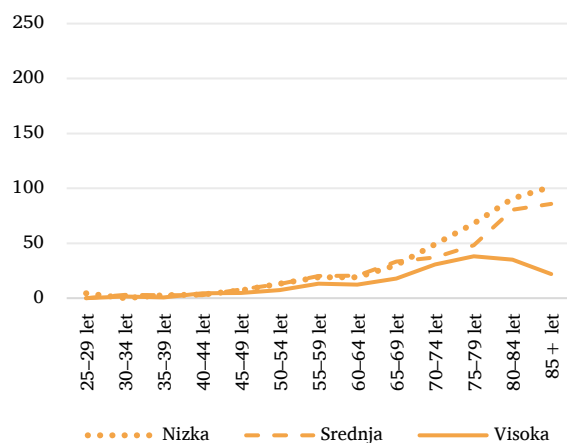
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.10: RD v SSS incidenci želodčnega raka (C16) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.



Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.11: SSP incidenčne stopnje želodčnega raka (C16) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.



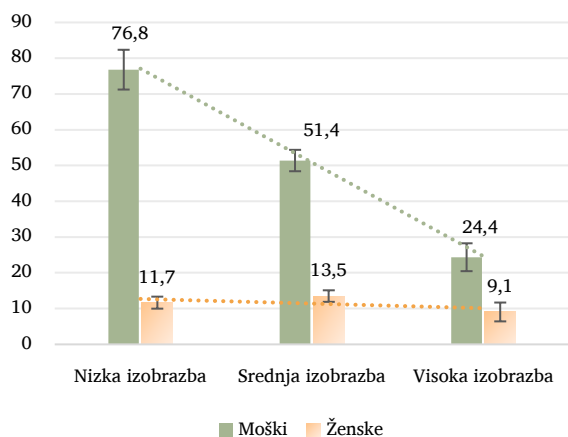
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.12: SSP incidenčne stopnje želodčnega raka (C16) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017.

1.6.3.4 Raki glave in vratu

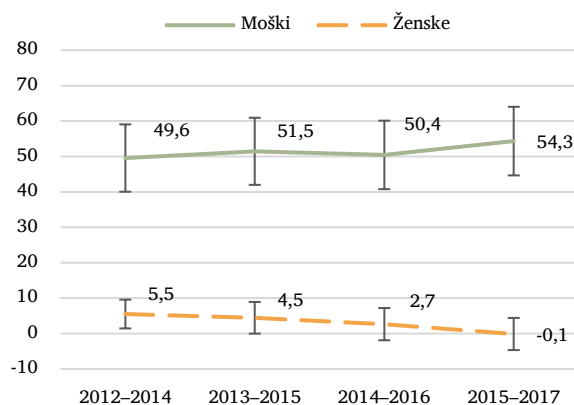
Med vsemi primeri je bilo 2.775 primerov rakov glave in vratu (iz analize je izločenih 0,9 % primerov z neznano izobrazbo). SSS incidence z nižanjem stopnje izobrazbe pri moških statistično značilno narašča. Pri ženskah je število rakov premajhno za zanesljivo analizo, čeprav se kaže, da imajo visoko izobražene ženske v primerjavi s srednje in nizko izobraženimi nižjo incidenco, pri čemer so srednje izobražene ženske najbolj ogrožene (Slika 1.6.13). RR med nizko in visoko izobraženimi je bilo 3,2 pri moških in 1,3 pri ženskah, PAF pa 53,2 in 23,7 %.

Pri moških je izobrazbeni trend v SSP incidenčnih stopnjah pri vseh starostnih skupinah obrnjen v isto smer in je najbolj poudarjen v srednji starosti (45–69 let) (Slika 1.6.15), pri ženskah je v tej starosti incidenca najvišja pri srednje izobraženih (Slika 1.6.16). SSS incidence po posameznih letih se ne pri moških ne pri ženskah ni statistično značilno spreminjala pri nobeni izobrazbeni skupini, prav tako ni statistično značilnih razlik RD v 3-letnem drsečem povprečju SSS incidence med visoko in nizko izobraženimi (Slika 1.6.14).



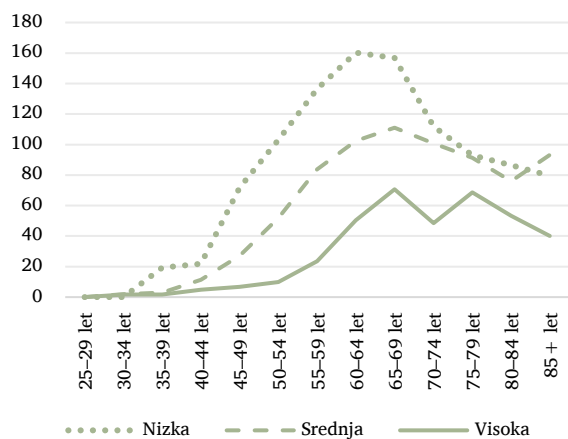
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.13: SSS incidence rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi in spolu (25 + let), 2012–2017.



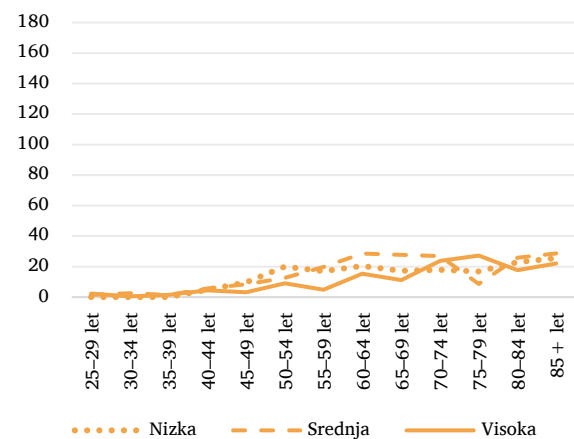
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.14: RD v SSS incidenci rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.



Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.15: SSP incidenčne stopnje rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.

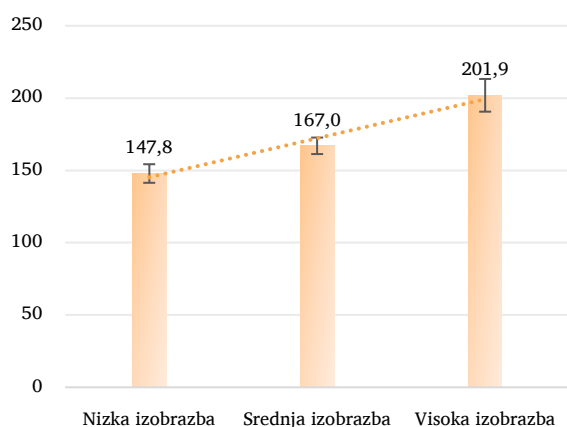


Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.16: SSP incidenčne stopnje rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017.

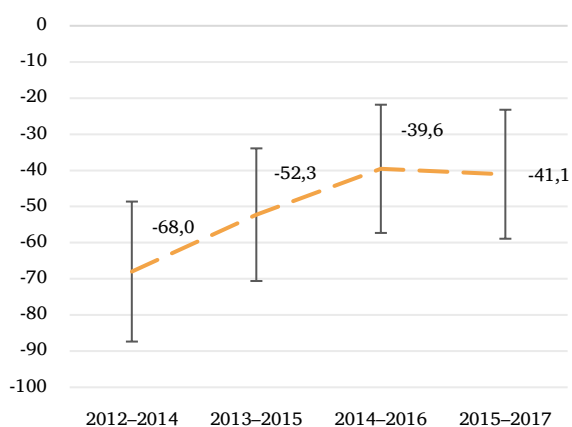
1.6.3.5 Rak dojčk

Med vsemi primeri je bilo 7.996 primerov raka dojčk pri ženskah (izločenih 0,6 % primerov z neznano izobrazbo). SSS incidence z višanjem stopnje izobrazbe statistično značilno narašča (Slika 1.6.17). RR med nizko in visoko izobraženimi je bilo 0,7, PAF pa -21,3 %. SSS incidence po posameznih letih je pri visoko izobraženih padla, a ne statistično značilno (Slika 1.6.20). RD med visoko in nizko izobraženimi v 3-letnem drsečem povprečju SSS incidence se je zmanjšala, prav tako ne statistično značilno (Slika 1.6.18). Izobrazbeni trend v SSP incidenčnih stopnjah je pri vseh starostnih skupinah obrnjen v isto smer (Slika 1.6.19).



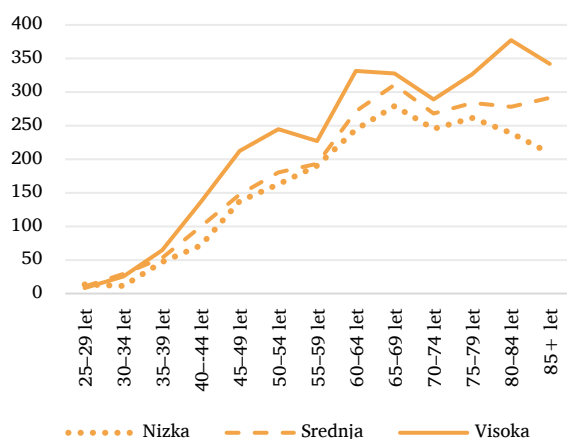
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.17: SSS incidence raka dojčk (C50) po izobrazbi (25 + let), 2012–2017.



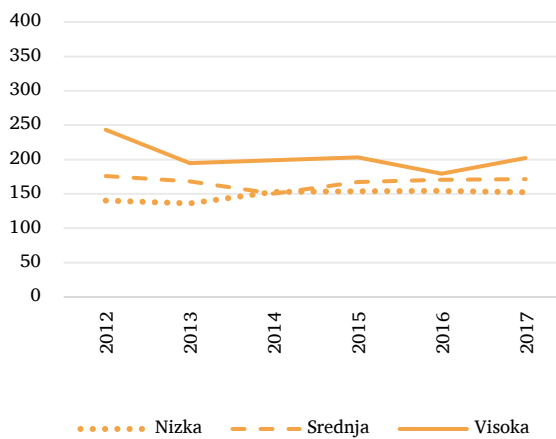
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.18: RD v SSS incidenci raka dojčk (C50) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.



Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.19: SSP incidenčne stopnje raka dojčk (C50) po izobrazbi.

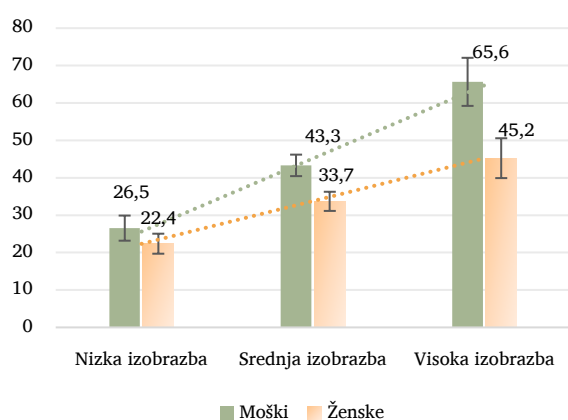


Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.20: SSS incidence raka dojčk (C50) po izobrazbi (ženske, 25 + let), posamezna leta.

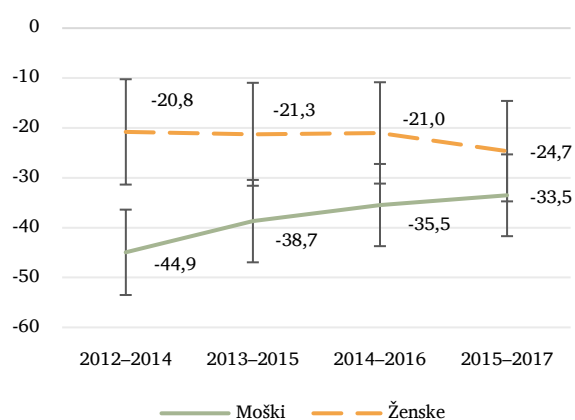
1.6.3.6 Maligni melanom kože

Med vsemi primeri je bilo 3.249 primerov kožnega melanoma (izločenih 0,6 % primerov z neznano izobrazbo). SSS incidence z višanjem stopnje izobrazbe pri obeh spolih statistično značilno narašča (Slika 1.6.21). RR med nizko in visoko izobraženimi je bilo 0,4 pri moških in 0,5 pri ženskah, PAF pa -52,0 in -40,7 %. SSS incidence po posameznih letih se ne pri moških ne pri ženskah ni statistično značilno spremenila pri nobeni izobrazbeni skupini. RD med visoko in nizko izobraženimi v 3-letnem drsečem povprečju SSS incidence je večja pri moških kot pri ženskah in se je med moškimi v zadnjem obdobju znižala, vendar ne statistično značilno (Slika 1.6.22). Izobrazbeni trend v starostno specifičnih stopnjah pri vseh starostnih skupinah kaže v isto smer (Sliki 1.6.23 in 1.6.24).



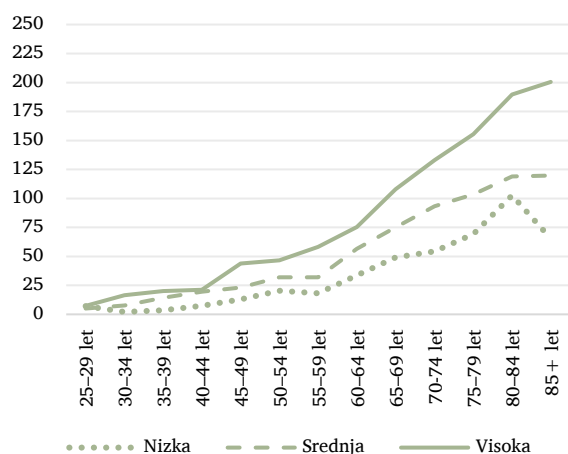
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.21: SSS incidence melanoma kože (C43) po izobrazbi in spolu (25 + let), 2012–2017.



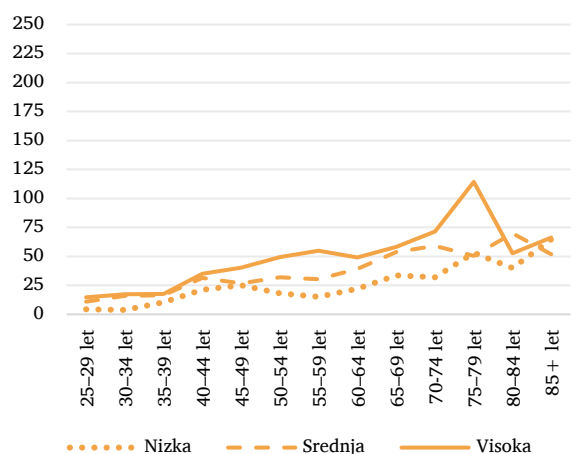
Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.22: RD v SSS incidenci melanoma kože (C43) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.



Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.23: SSP incidenčne stopnje melanoma kože (C43) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.



Vir: Register raka Republike Slovenije in NIJZ.

Slika 1.6.24: SSP incidenčne stopnje melanoma kože (C43) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017.

1.6.4 Razprava

V skladu s pričakovanji ugotavljamo, da je incidenca raka v celoti in po posameznih skupinah rakov povezana s stopnjo dosežene izobrazbe, vendar povezanost pri različnih skupinah rakov kaže v različne smeri.

1.6.4.1 Vsi maligni raki

V Sloveniji imajo moški za okoli tretjino višjo SSS incidence vseh rakov kot ženske, a pri moških v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) stagnira, pri ženskah pa še vedno narašča (13). V obdobju 2012–2017 incidenca bolj strmo narašča pri nižje izobraženih ženskah, vendar je (zaenkrat) pri obeh spolih (bolj izrazito pa pri ženskah kot pri moških) zaznati pozitivno povezavo med izobrazbo in SSS incidence vseh rakov. Čeprav se pogosto raziskuje skupaj, rak ni ena ampak veliko različnih bolezni, vsaka s svojimi specifičnimi dejavniki tveganja (14). S SEP so namreč povezani raki, pri pojavu katerih veliko vlogo igrajo spremenljivi dejavniki tveganja, ki pa so lahko s SEP povezani v različne smeri, bodisi pozitivno ali negativno (4). Zato je incidenca vseh rakov kot kazalnik izobrazbenih neenakosti manj uporabna, saj zakrije neenakosti v posameznih vrstah raka, ki kažejo v nasprotni smeri, oziroma pretežno odraža neenakosti tistih rakov, ki so v populaciji najpogostejši. Pri slovenskih ženskah sta bila leta 2017 na prvem in drugem mestu po pogostosti nemelanomski kožni rak in rak dojke, pri moških pa nemelanomski kožni rak ter rak prostate (13). Za vse naštetje je skoraj povsod po svetu dokazano, da so povezani z višjim SEP (4, 5) in so tudi v Sloveniji glede na rezultate te in prejšnjih raziskav pozitivno povezani z izobrazbo (7, 8). To je razlog za ugotovljeno pozitivno povezavo med izobrazbo in SSS incidence vseh rakov, med tem ko pri analizi vseh rakov brez nemelanomskega kožnega raka pri ženskah pride do znižanja pozitivnega izobrazbenega trenda, pri moških pa se trend že obrne v nasprotno smer – v smer višje incidence pri nižje izobraženih (podatki niso prikazani).

Velika večina študij zato vedno raziskuje neenakosti le po posameznih skupinah rakov (5). Če želimo zmanjšati neenakosti v pojavljanju rakov, moramo, enako kot velja za obvladovanje raka na sploh, okrepiti prizadevanja primarne preventive rakov, ki jih pripisujemo preprečljivim dejavnikom tveganja (kajenje, alkohol, prehrana, telesna dejavnost, sončenje, karcinogeni na delovnem mestu, okužbe, onesnažen zrak ipd.) ter sekundarno preventivo rakov, pri katerih lahko odkrivamo in zdravimo že predrakave spremembe ali rake v zgodnjih stadijih (15).

1.6.4.2 Pljučni rak

Pljučni rak je pri obeh spolih skupaj v Sloveniji na 3. mestu po pogostnosti. SSS incidence je več kot dvakrat višja pri moških kot pri ženskah in pri moških v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) upada, medtem ko je zaskrbljujoče, da pri ženskah narašča (13). Kajenje tobaka je glavni nevarnostni dejavnik za nastanek pljučnega raka in je globalno vzrok za nastanek bolezni v okoli 80 % vseh primerov. V manjšem deležu prispevajo k incidenci pljučnega raka onesnaženost notranjega in zunanlega zraka, radon, azbest in nekateri ostali karcinogeni (14). Tveganje za raka je pri nas skoraj 2-krat večje pri manj izobraženih moških v primerjavi z bolj izobraženimi. Čeprav je razširjenost kajenja v družbi tesno povezana s SEP, se je povezava v času spreminjala od pozitivne do negativne (t. i. epidemija kajenja), in sicer je bil delež kadilcev na začetku

višji pri osebah z visokim SEP, kasneje pa pri tistih z nizkim SEP. Pri ženskah je do takšnega prehoda prišlo kasneje kot pri moških (16). Po slovenskih podatkih Ankete o tobaku, alkoholu in drugih drogah imajo moški, stari 25–64 let, z nizko izobrazbo približno 4-krat večje tveganje za kajenje kot visoko izobraženi, srednje izobraženi pa okoli 2,5-krat večje; razlika pa je bolj poudarjena pri starosti 25–44 let. Med ženskami imajo skoraj dvakratno tveganje za kajenje srednje izobražene, nižje izobražene pa 1,5-kratno, vendar je v starosti 25–44 let jasen negativen izobrazbeni trend, medtem ko pri starih 45–64 let odstopajo le srednje izobražene, nizko in visoko izobražene ženske pa imajo skoraj enako tveganje (16). Te ugotovitve popolnoma sovpadajo z analizo SSP incidenčnih stopenj pljučnega raka po izobrazbi in so odraz epidemije kajenja v Sloveniji.

Pričakujemo lahko, da se bo v sledečih fazah epidemije pojavila negativna izobrazbena vrzel tudi pri ženskah, gledano v skupini kot celoti. Rezultati se ujemajo tako s prejšnjimi slovenskimi raziskavami med SEP in rakom pljuč, pri katerih je bil kot kazalec SEP uporabljen evropski kazalnik primanjkljaja (7, 8), kot tudi s številnimi študijami po svetu, ki v veliki večini kažejo na povečano tveganje za pljučnega raka pri nizkem SEP, zlasti pri moških (4, 5). Za zmanjševanje neenakosti incidence raka pljuč se moramo usmeriti v dejavnike, ki vodijo v večjo prevalenco kajenja pri osebah z nizkim SEP.

1.6.4.3 Želodčni rak

Želodčni rak je v Sloveniji osmi najpogostejši rak, sedmi pri moških in deveti pri ženskah. SSS incidence je več kot dvakrat višja pri moških kot pri ženskah in pri obeh spolih v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) upada, kar je primerljivo z ostalimi državami z visokim dohodkom (13, 14). Z razvojem želodčnega raka je močno povezana okužba s *Helicobacter pylori*, ki jo je Mednarodna agencija za raziskovanje raka (*angl.* International Agency for Research on Cancer, IARC) uvrstila med zagotovo rakotvorne. Incidenca rakov, ki so povezani z okužbami, kaže močno negativno povezavo s SEP. Tveganje okužbe s *H. pylori* je večje v bivanjskih pogojih, kjer sta prisotna slaba higiena in prenaseljenost, to pa je značilno za nižji SEP (4, 5). Poleg tega je tveganje za razvoj raka večje, če do okužbe pride že v otroštvu, kar pomeni, da je lahko odločilen pri nastanku neenakosti že SEP okolja in SEP staršev (ki je povezan tudi s SEP v odrasli dobi). Podatkov o prevalenci okužbe glede na SEP v Sloveniji nimamo. Vendar okužba sama po sebi ni zadosten razlog za vznik raka; pri ženskah naj bi imel zaščitno vlogo pred kroničnim vnetjem estrogen. Drug pomemben dejavnik tveganja je nezdrav življenjski slog – kajenje ter nezdrava prehrana (prekomeren vnos soli, predelane mesnine, pomanjkanje svežega sadja in zelenjave, neustrezno konzerviranje hrane) – ki je prav tako povezan z nizkim SEP (4, 5). Vrzel v incidenci raka želodca v škodo oseb z nižjim SEP je pri nas sedaj dokazana tako na individualni (izobrazba) kot območni (slovenski indeks primanjkljaja) ravni (7, 8) in je v skladu s številnimi drugimi študijami (5). Čeprav sta RR in PAF nekoliko manjša pri moških, je zaradi veliko večje incidence RD skoraj trikrat večja pri moških kot pri ženskah in pri njih neenakostim lahko pripišemo bistveno večje absolutno število primerov želodčnega raka. Upad incidence v vseh izobrazbenih skupinah je najverjetneje odraz splošnega izboljšanja življenjskih pogojev in varnosti hrane ter uvedbe zdravljenja okužbe s kombinacijo antibiotikov in zdravil za zmanjšanje izločanja želodčne kisline (4). Dobra dostopnost do zdravljenja okužbe je lahko razlog za nakazano zmanjševanje absolutne izobrazbene vrzeli v incidenci pri moških.

Tako kot za druge rake, povezane z življenjskim slogom, so pomembne še aktivnosti primarne preventive oseb z nizkim SEP.

1.6.4.4 Raki glave in vratu

Raki glave in vratu so skupina rakov, ki vzniknejo v zgornjem delu prebavne in dihalne poti, največkrat v ustni votlini, žrelu in grlu (14). V Sloveniji je pri moških 5. najpogostejši rak, medtem ko je pri ženskah šele na 14. mestu. SSS incidence je 4-krat višja pri moških kot pri ženskah in pri moških v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) upada, pri ženskah pa se ne spreminja (13). Raki glave in vratu so izrazito povezani s SEP; pogosto je relativno tveganje za bolezen med nizko in visoko izobraženimi celo večje kot pri pljučnem raku (4, 5), kar pri nas potrjujejo tako pretekle (8) kot pričujoča analiza povezanosti med SEP in zbolevanjem za rakom – razmerje incidenčnih SSS pri nizko in visoko izobraženih moških je pri pljučnem raku malo manj kot 2, za rake glave in vratu pa presega 3. Dejavniki tveganja za nastanek rakov glave in vratu so povezani z nezdravim življenjskim slogom, predvsem s sočasnim kajenjem in tveganim pitjem alkohola (učinki souporabe se pri tem potencirajo, so sinergistični), poleg tega pa z nezadostnim uživanjem sadja in zelenjave, slabo ustno higieno ter okužbo z *Epstein-Barr virusom* (EBV) in določenimi *humanimi papiloma virusi* (HPV). S HPV povezani raki glave in vratu so posebna entiteta, ki je s SEP drugače povezana kot raki, povezani s kajenjem in alkoholom, a predstavljajo manjši odstotek rakov glave in vratu (14). Slovenski podatki iz Ankete o tobaku, alkoholu in drugih drogah za odrasle, stare 25–64, kažejo: i) za kajenje okoli 2,8-krat in 1,4-krat večji delež kadilcev pri nizko v primerjavi z visoko izobraženimi moškimi in ženskami; ii) za uporabo alkohola okoli 1,7-krat in 1,4-krat večji delež čezmernih pivcev pri nizko v primerjavi z visoko izobraženimi moškimi in ženskami; in iii) da je hkratna prisotnost kajenja ter tveganega pitja alkohola statistično značilno povezana tako z nižjo izobrazbo kot moškim spolom (16). To pomeni, da v Sloveniji nižje izobraženi moški najpogosteje sočasno kadijo in tvegano uživajo alkohol, zato je povezava med incidenco rakov glave in vratu in izobrazbo pri njih tako izrazita. Tudi pri rakih glave in vratu je za zmanjševanje neenakosti ključna primarna preventiva, podobno kot pri raku pljuč.

1.6.4.5 Rak dojk

Ženske v Sloveniji najpogosteje zbole vajo za rakom dojk, če ne upoštevamo incidence nemelanomskega kožnega raka, ki je praktično v celoti ozdravljiv. SSS incidenca v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) narašča, tako kot že več kot 50 let (13). Ugotovljen pozitiven izobrazbeni trend v incidenci raka dojk pri nas je v skladu z ostalimi svetovnimi in evropskimi študijami (4, 5) ter s prejšnjimi slovenskimi raziskavami med SEP in rakom dojk, pri katerih je bil kot kazalec SEP uporabljen slovenski kazalnik primanjkljaja (7, 8). Rak dojk je skupina raznovrstnih bolezni, vendar veliko večino primerov uvrščamo med hormonsko odvisne rake. Vemo, da je hormonsko odvisen rak dojk povezan z manj ugodnimi reproduktivnimi dejavniki (zgodnja menarha, pozna menopavza, visoka starost ob prvem porodu, manj porodov oz. nuliparnost, odsotnost dojenja). Ti dejavniki so v splošnem bolj značilni za ženske z visokim SEP in pojasnijo večino neenakosti v incidenci raka dojk. Rak dojk je v manjši meri odvisen tudi od dejavnikov življenjskega sloga, npr. kajenje, uživanje alkohola, nezdrava prehrana, prekomerna telesna teža in debelost, ki pa so s SEP v obratni povezavi

kot reproduktivni dejavniki (4, 5, 14). Podatki Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema Slovenije v letih 2016–2018 kažejo, da delež porodnic z nizko izobrazbo s starostjo do 40 let pada, delež porodnic z visoko izobrazbo pa narašča. Poleg tega je bila porazdelitev zaporednosti poroda v primerjavi z nižje izobraženimi pri visoko izobraženih bolj izrazito pomaknjena v smer nižje zaporednosti poroda, torej proti prvemu porodu, kar potrjuje, da imajo v Sloveniji višje izobražene ženske manj otrok in ob višji starosti (17). Svobodna odločitev o rojstvu otrok je pravica vsake posameznice, zato si ne moremo zadati enoznačnega cilja za zmanjšanje te neenakosti. Ključno je, da imajo vse ženske ne glede na izobrazbo enak dostop do storitev načrtovanja družine, da so o možnostih ustrezno informirane, da na odločitev za oziroma proti rojstvu otroka nimajo odločujočega vpliva dejavniki okolice (ekonomsko stanje, izguba kariernih priložnosti, kulturni pritiski), da spodbujamo zdrav način življenja in da ozaveščamo o pomenu dednih oblik raka dojk, samopregledovanja ter presejanja. Z organiziranim presejanjem za raka dojk sicer ne moremo odkriti predrakavih sprememb, zato presejanje ne more (dolgoročno) vplivati na incidenco bolezni, lahko pa se zaradi presejanja zniža umrljivost za tem rakom, saj raka odkrijemo v zgodnejših, bolj ozdravljivih stadijih (18).

1.6.4.6 Maligni melanom kože

Kožni melanom je najbolj nevarna oblika kožnega raka in je v Sloveniji pri obeh spolih kot tudi skupno 6. najpogostejši rak. SSS incidence je nekoliko višja pri moških kot pri ženskah in pri moških v zadnjem 10-letnem obdobju (2008–2017) še vedno narašča, pri ženskah pa se ne spreminja (13). Vznik kožnega melanoma je najmočneje povezan z občasno intenzivno izpostavljenostjo UV sevanju sončnih žarkov, ki ga IARC uvršča med zagotovo rakotvorne dejavnike (4, 14). Takšna izpostavljenost je bolj pogosta pri osebah z visokim SEP, saj je značilna za aktivnosti, kot so počitnice na morju in v eksotičnih krajih ter rekreacija na prostem. Pričakovano ugotavljamo, da imajo tudi slovenski prebivalci z visoko izobrazbo višjo incidenco kožnega melanoma, kar je v skladu z ugotovitvami drugod po svetu (4, 5) ter prejšnjimi slovenskimi raziskavami med SEP in melanomom kože (7, 8). Kot vzrok za višjo zboleznost pri višjem SEP se omenja tudi možnost t. i. prediagnosticiranja (*angl.* overdiagnosis), ko s pogostim in natančnim iskanjem najdemo rake, ki sicer nikoli ne bi ogrožali življenja posameznika, pri čemer je nekatere benigne oblike melanoma poleg tega težko ločiti od malignih (4). Osebe z višjim SEP so verjetno bolj ozaveščene o kožnem raku in se bolj pogosto poslužujejo preventivnih dermatoloških pregledov kožnih znamenj, ki jih zdravstveno zavarovanje običajno ne pokriva in moramo zanje plačati iz žepa. Za preprečevanje neenakosti je zato potrebno nadaljevati predvsem z aktivnostmi primarne preventive na področju zaščite pred izpostavljenostjo soncu, še zlasti ker se zaradi večanja finančne dostopnosti do aktivnosti, pri kateri pride do visoke izpostavljenosti soncu in/ali zaradi manj zaščitnega obnašanja pri izpostavljanju breme visoke (nezaščitene) izpostavljenosti lahko v prihodnje premakne proti osebam z nizkim SEP.

1.6.5 Zaključki

Zaradi staranja populacije in boljšega obvladovanja drugih kroničnih nenalezljivih bolezni postaja rak vse večji javnozdravstveni problem v svetu in pri nas. Pri moških je rak v Sloveniji že na prvem mestu med vsemi vzroki smrti, medtem ko je pri ženskah zaenkrat še na drugem, takoj za boleznimi srca in ožilja (10). Glede na to, da se bo incidenca raka v prihodnje zelo verjetno še povečevala, je nujno usmeriti pozornost v preprečevanje tistih tveganih oblik vedenja, ki lahko vodijo v nastanek raka. Tovrstne aktivnosti bodo imele učinek ne samo na zmanjšanje celokupnega bremena raka v družbi, ampak tudi na znižanje vrzeli v zdravju glede na SEP posameznikov. Pri tem moramo skupinam z nižjim SEP, kljub temu da so določeni raki povezani tudi z višjim SEP, nameniti več pozornosti, saj imajo ti posamezniki, po tem ko zbolijo, tudi manjše možnosti za ozdravitev tako zaradi nižje stopnje zdravstvene pismenosti, prisotnih komorbidnosti kot manjše dostopnosti do pravočasnih zdravstvenih storitev ter nižje socialne podpore (19) in tudi v Sloveniji imajo posamezniki z nižjim SEP nižje preživetje po raku v primerjavi z bolj premožnimi (20).

1.6.6 Literatura

1. Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *The Lancet*. 2013; 381(9866):585–97.
2. Kogevinas M, Pearce N, Susser M, International Agency for Research on Cancer. Social Inequalities and Cancer : IARC Scientific Publication No. 138. [Internet]. World Health Organization; 2006. Available from: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=286856>.
3. Rametta S, Grosso G, Galvano F, Mistretta A, Marventano S, Nolfo F, et al. Social disparities, health risk behaviors, and cancer. *BMC Surg*. 2013; 13 Suppl 2(Suppl 2):S17–S17.
4. Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R, Conway D, Straif K, Wild C, editors. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC Scientific Publications, No. 168); 2019. 404 p.
5. Mihor A, Tomsic S, Zagar T, Lokar K, Zadnik V. Socioeconomic inequalities in cancer incidence in Europe: A comprehensive review of population-based epidemiological studies. *Radiol Oncol*. 2020; 54(1):1–13.
6. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. The Marmot review: Fair society, healthy lives. The Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010. 2010.
7. Zadnik V. Geografska analiza vpliva socialno-ekonomskih dejavnikov na incidenco raka v Sloveniji v obdobju 1995–2002. Doktorsko delo. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta. Ljubljana. 2006.
8. Lokar K, Zagar T, Zadnik V. Estimation of the Ecological Fallacy in the Geographical Analysis of the Association of Socio-Economic Deprivation and Cancer Incidence. Vol. 16, *Int J Environ Res Public Health*. 2019. p. 296.
9. Mackenbach J, Menvielle G, Jasilionis D, Gelder R de. Measuring Educational Inequalities in Mortality Statistics [Internet]. 2015. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5jrqqpx182zs-en>.
10. Zadnik V. Rak v Sloveniji 2018. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2020. 1–63 p.

11. Pace Monica Cayotte, Elodie, Agafitei, Lucian, Zupanic, Tina, Wojtyniak, Bogdan, Gissler, Mika, Lanzieri, Giampaolo, Glickman, Myer, Grande, Enrico, European Commission, Eurostat. Revision of the European Standard Population : report of Eurostat's task force : 2013 edition. [Internet]. Luxembourg: Publications Office; 2013. Available from: <http://dx.publications.europa.eu/10.2785/11470>.
12. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med*. 2000 Feb;19(3):335–51.
13. Zadnik V, Gašljević G, Hočevar M, Ivanuš U, Jarm K, Pompe-Kirn V, et al., editors. Rak v Sloveniji 2017. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije; 2020. 1–63 p.
14. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020.
15. Ministrstvo za zdravje RS. Državni program obvladovanja raka 2017-2021. Ljubljana; 2017. p. 50.
16. Koprivnikar H, Zorko M, Drev A, Hovnik Keršmanc M, Kvaternik I, Macur M. Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe. *Ljubl Nac Inštitut Za Javno Zdr*. 2015;41–68.
17. Rudolf A, Mihevc Ponikvar B. Porodi in rojstva v Sloveniji 2016-2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020. 1–116 p.
18. Programske smernice programa DORA. DORA, Državni presejalni program za raka dojk; 2020. 1–19 p.
19. Merletti F, Galassi C, Spadea T. The socioeconomic determinants of cancer. *Environ Health Glob Access Sci Source*. 2011 Apr 5;10 Suppl 1(Suppl 1):S7–S7.
20. Zadnik V, Žagar T, Tomšič S, Mihor A, Lokar K. Cancer Patients' Survival According to Socioeconomic Environment in a High-Income Country with Universal Health Coverage. *Cancers* [Internet]. 2022;14(7). Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6694/14/7/1620>.

1.7 Neenakosti v razširjenosti simptomov depresivne motnje

Petra Mikolič, Darja Lavtar, Maruša Rehberger, Matej Vinco, Katarina Žlavs, Helena Jeriček Klanšček

1.7.1 Uvod

Depresija je pomemben javnozdravstveni problem, katerega breme v zadnjih desetletjih narašča (1, 2). Ocenjena prevalenca depresije se med državami pomembno razlikuje, kar lahko kaže tudi na vpliv različnih kontekstualnih dejavnikov, kot so npr. ekonomski, demografski in okoljski dejavniki (3–5).

Raziskave iz vsega sveta, tudi Evrope, že vrsto let ugotavljajo, da se podobno kot pri večini zdravstvenih izidov tudi pri depresivni motnji pojavljajo nepravične neenakosti oz. pomembne razlike med različnima spoloma, različnimi starostnimi skupinami, različno izobrazbo in različnim socialno-ekonomskim položajem (6–9).

Raziskovalci ugotavljajo, da so višja starost, ženski spol, nižja stopnja izobrazbe in slabši ekonomski status povezani z večjim tveganjem za pojav depresije (8, 9). Verjetnost, da bodo ženske v življenju zbolele za depresijo, je splošno gledano približno dvakrat večja kot pri moških (10), so pa v starostnih skupinah pomembne razlike.

Vse več raziskav kaže tudi, da so duševne motnje v veliki meri posledica kombinacije različnih dejavnikov, kot npr. stresa, okoljskih, nevrobioloških in genetskih dejavnikov (9). Raziskave navajajo, da imajo med drugim pomemben vpliv na neenakosti v simptomih depresije tudi neenakosti na ravni državne blaginje in dohodkovne neenakosti (11).

Namen prispevka je raziskati neenakosti v simptomih depresije med odraslimi po stopnji dosežene izobrazbe v letih 2014 in 2019 v Sloveniji ter preveriti, ali so se razlike med letoma povečale.

1.7.2 Metode

V prispevku so prikazani rezultati Nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu (*angl.* European Health Interview Survey, EHIS). Glavni namen raziskave je ugotoviti, kakšno je zdravstveno stanje prebivalcev, kako pogosto uporabljamo različne zdravstvene storitve in kakšen je naš življenjski slog, povezan z zdravjem.

Podatki, prikazani v prispevku, so bili v letih 2014 in 2019 zbrani s presečnima anketnima raziskavama na verjetnostnem vzorcu. Raziskavi je izvedel NIJZ na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih (niso institucionalizirani) in so stari 15 in več let. Podatki so v obeh raziskavah bili zbrani s spletnim in osebnim anketiranjem na naslovih oseb, ki so bile izbrane v vzorec. V letu 2014 je v raziskavi sodelovalo 6.262 oseb (stopnja odgovora je bila 62-odstotna), v letu 2019 pa 9.900 oseb (stopnja odgovora je bila 67-odstotna). Vzorčni načrt je bil v obeh izvedbah raziskave stratificiran dvostopenjski.

Podatki iz Nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) so prikazani po različnih demografskih spremenljivkah, kot so spol, starostna skupina in stopnja dosežene izobrazbe. Ker je glavni namen prispevka raziskati neenakosti, ki jih prikazujemo glede na stopnjo dosežene izobrazbe, smo analizirali samo podatke oseb, starih 25 let ali več (ko velika večina oseb ni več v procesu izobraževanja).

Kazalnik Prisotnost simptomov depresivne motnje je sestavljen iz vsote samoporočane lestvice pogostosti pojava osmih težav v zadnjih dveh tednih. Anketiranci so poročali o pogostosti naslednjih težav:

- pomanjkanje zanimanja ali veselja za stvari;
- potrto, depresija ali obup;
- težave s spanjem (so težko zaspali, slabo spali ali so preveč spali);
- utrujenost in pomanjkanje energije;
- pomanjkanje teka/apetita ali prenajedanje;
- malodušje ali razočaranje nad samim sabo ali občutek, da so razočarali sebe in svojo družino;
- težave z zbranostjo, npr. pri branju časopisa ali gledanju televizije;
- tako počasno premikanje ali govorjenje, da bi to lahko opazili tudi drugi; ali nasprotno – so bili tako živčni ali nemirni, da so se premikali več kot običajno.

V prispevku ugotavljamo razlike med osebami s simptomi velike depresije (da to velja za osebo, jo morata pestiti vsaj dve težavi več kot polovico dni ali skoraj vsak dan) in brez njih.

Statistično značilnost razlik v deležih med različnimi demografskimi kategorijami (npr. nizko, srednje in visoko izobraženimi) znotraj ene izvedbe raziskave ter tudi med obema raziskavama smo preverjali s χ^2 -testom, z z-testom pa smo primerjali deleže med posameznimi pari demografskih kategorij (pri tem smo uporabili Bonferronijev popravek).

Za kazalnik so bile izračunane mere neenakosti, in sicer absolutna razlika v prevalenci (vrzel), razmerje prevalenc ter populaciji pripisljiv delež (*angl.* Population Attributable Fraction, PAF). Absolutna razlika v prevalenci (vrzel) in razmerje prevalenc prikazujeta absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oz. neenakosti samo med najbolj in najmanj deprivilegiranimi skupinami (v našem primeru vrzel med nizko in visoko izobraženimi). PAF prikazuje delež vrednosti kazalnika, ki bi se jim lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika na celotni populaciji enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosega najbolj privilegirana socialno-ekonomska skupina (tj. višje izobražena skupina).

1.7.3 Rezultati z diskusijo

Leta 2019 je v Sloveniji 3,5 % oseb poročalo o simptomih depresivne motnje (Tabela 1.7.1). Razširjenost simptomov je rahlo večja pri ženskah, vendar razlike med spoloma niso statistično značilne. Deleži prisotnosti simptomov depresije pri obeh spolih nekoliko odstopajo od rezultatov raziskav v tujini, saj je v večini drugih evropskih držav delež depresivne motnje višji pri ženskah (6, 12). Pomembne razlike v razširjenosti simptomov depresije pa so opazne med starostnimi skupinami. Pri osebah, starih 65 let in več, je delež tistih s simptomi depresivne motnje statistično značilno višji kot pri mlajših anketirancih. Izstopajo ženske, stare

65 let in več, pri katerih delež depresivne motnje znaša 5,6 %. Rezultati razširjenosti depresivne motnje glede na starost v različnih evropskih državah niso enotni, vendar v splošnem kažejo na naraščanje deleža simptomov depresije s starostjo (13). Depresija v poznejšem življenjskem obdobju je povezana s slabšim telesnim, kognitivnim in socialnim delovanjem, kar je posledično povezano z znatnim poslabšanjem kakovosti življenja in večjo umrljivostjo (14).

Tabela 1.7.1: Razširjenost simptomov depresivne motnje pri odraslih, starih 25 let ali več, v letu 2019 in primerjava razširjenosti med skupinami.

		Prisotnost simptomov velike depresije (depresivne motnje)				Primerjava med skupinami			
		n	%	95-% IZ		χ ² -test		z-test (p < 0,05)	
				Spodnja meja	Zgornja meja	χ ²	p		
Vsi	Vsi (25+ let)	294	3,5	3,1	4,0				
Spol	Moški	136	3,3	2,7	4,0	0,98	0,32	(A)	
	Ženski	158	3,7	3,2	4,3			(B)	
Starost	25–44 let	89	2,9	2,3	3,8	21,27	< 0,01	(A)	A B
	45–64 let	96	3,0	2,4	3,7			(B)	
	65 let in več	108	5,1	4,2	6,2			(C)	
Izobrazba	OŠ in manj	108	6,5	5,2	8,2	59,74	< 0,01	(A)	B C
	Srednja	138	3,1	2,6	3,6			(B)	
	Višja in več	48	2,1	1,6	2,7			(C)	
Moški X starost	Moški, 25–44 let	53	3,3	2,3	4,6	5,85	0,05	(A)	
	Moški, 44–64 let	43	2,7	1,9	3,7			(B)	
	Moški, 65 let in več	40	4,4	3,3	6,0			(C)	
Ženske X starost	Ženske, 25–44 let	36	2,5	1,8	3,6	18,91	< 0,01	(A)	A B
	Ženske, 44–64 let	53	3,3	2,5	4,3			(B)	
	Ženske, 65 let in več	69	5,6	4,4	7,1			(C)	
Moški X izobrazba	Moški, OŠ in manj	36	6,7	4,2	10,4	24,79	< 0,01	(A)	B C
	Moški, srednja	80	3,1	2,5	3,9			(B)	
	Moški, višja in več	20	2,0	1,3	3,1			(C)	
Ženske X izobrazba	Ženske, OŠ in manj	72	6,5	5,0	8,4	33,65	< 0,01	(A)	B C
	Ženske, srednja	58	3,0	2,4	3,9			(B)	
	Ženske, višja in več	28	2,2	1,6	3,1			(C)	

Vir: Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu 2019, NIJZ.

Statistično značilna razlika med posameznimi demografskimi kategorijami (χ²-test) obstaja, če je stopnja statistične značilnosti (p) < 0,05. Pri izračunu statistično značilne razlike med posameznimi pari demografskih kategorij (z-test) je uporabljen Bonferronijev popravek za večkratne primerjave.

Prav tako rezultati kažejo, da je razširjenost simptomov depresivne motnje statistično značilno večja pri osebah z osnovnošolsko izobrazbo in manj (6,5-odstotna) v primerjavi s srednjo (3,1-odstotna) ter višjo izobrazbo in več (2,1-odstotna). Ugotovitev je skladna s tujimi raziskavami (6, 15), ki kažejo, da je nizek socialno-ekonomski položaj povezan s prevalenco depresije. Osnovne determinante socialno-ekonomskega položaja so izobrazba, zaposlitev in prihodek. Raziskovalci že vrsto let opažajo pojav nepravilnih neenakosti v razširjenosti depresivne motnje, ki se kažejo med različnimi socialno-ekonomskimi sloji (15). Freeman in sodelavci (6) so v presečni študiji, ki je ocenjevala povezavo med socialno-ekonomskim statusom in depresijo v treh evropskih državah (na Finskem, Poljskem in Španiji), in je pri tem uporabljala standardizirane metode meritev ne glede na različne populacije, ugotovili, da v vseh treh državah obstaja povezava med depresijo in socialno-ekonomskim statusom. Pri tem je višja izobrazba na primeru vseh treh držav pomembno zmanjšala verjetnost za pojav depresije. Če v naši raziskavi upoštevamo tako izobrazbo, spol in starost, je razširjenost simptomov depresivne motnje v letu 2019 največja pri ženskah nad 65 let z osnovnošolsko izobrazbo in manj, kjer znaša 7,8 %. Ta podatek še posebej izpostavlja ogroženost te skupine prebivalstva, ki sovpada z neenakostmi na treh socio-demografskih področjih.

Iz Tabele 1.7.2 lahko razberemo, da je bila razširjenost simptomov depresivne motnje leta 2019 statistično značilno višja (3,5 %) kot leta 2014, ko je delež oseb s simptomi depresivne motnje znašal 2,3 %. Razlika v razširjenosti depresivne simptomatike med obema spoloma je v letu 2014 večja kot leta 2019 in je hkrati bolj skladna z razlikami v drugih evropskih državah, kjer je delež oseb z depresivno simptomatiko na splošno večji pri ženskah (6, 12). Zmanjšanje razlike med spoloma v letu 2019 v Sloveniji lahko pripišemo predvsem povečani razširjenosti simptomov depresivne motnje pri moških (1,3 % leta 2014 in 3,3 % leta 2019, $p < 0,001$), medtem ko pri ženskah ni bilo statistično značilnega povečanja (3,1 % leta 2014 in 3,7 % leta 2019, $p = 0,22$). Če primerjamo starostne skupine, je prišlo do največjega povečanja v razširjenosti simptomov depresivne motnje pri prebivalcih, starih 65 let in več (3,0 % leta 2014 in 5,1 % leta 2019, $p < 0,001$), še posebej pri moških v tej starostni skupini (1,4 % leta 2014 in 4,4 % leta 2019, $p < 0,001$). Simptomi depresivne motnje so bili pogosteje prisotni tudi pri osebah z osnovnošolsko izobrazbo in manj (3,1 % leta 2014 in 6,5 % leta 2019, $p < 0,001$), še posebej pri nižje izobraženih moških (1,6 % leta 2014 in 6,7 % leta 2019, $p < 0,001$). Spremembe v letih 2014 in 2019 kažejo na izrazito povečanje razširjenosti simptomov depresije pri moških, poleg tega pa so se razlike glede na starost in izobrazbo še poglabile.

Tabela 1.7.2: Primerjava razširjenosti simptomov depresivne motnje pri odraslih, starih 25 let ali več, v letih 2014 in 2019 s 95-odstotnim intervalom zaupanja ter primerjava med letoma.

		Prisotnost simptomov velike depresije (depresivne motnje)						Primerjava med letoma	
		2014			2019				
		%	95-% IZ		%	95-% IZ		χ^2	p
			Spodnja meja	Zgornja meja		Spodnja meja	Zgornja meja		
Vsi	Vsi (25 + let)	2,3	1,9	2,7	3,5	3,1	4,0	17,39	< 0,01
Spol	Moški	1,3	0,9	2,0	3,3	2,7	4,0	24,44	< 0,01
	Ženski	3,1	2,5	3,9	3,7	3,2	4,3	1,48	0,22
Starost	25–44 let	1,8	1,2	2,5	2,9	2,3	3,8	6,92	0,01
	45–64 let	2,3	1,7	3,1	3,0	2,4	3,7	2,24	0,13
	65 let in več	3,0	2,1	4,2	5,1	4,2	6,2	8,13	< 0,01
Izobrazba	OŠ in manj	3,1	2,1	4,5	6,5	5,2	8,2	18,43	< 0,01
	Srednja	2,2	1,7	2,8	3,1	2,6	3,6	5,59	0,02
	Višja in več	1,6	1,0	2,5	2,1	1,6	2,7	0,96	0,33
Moški X starost	Moški, 25–44 let	1,4	0,8	2,6	3,3	2,3	4,6	8,67	< 0,01
	Moški, 44–64 let	1,2	0,6	2,3	2,7	1,9	3,7	6,61	0,01
	Moški, 65 let in več	1,4	0,7	3,0	4,4	3,3	6,0	8,98	< 0,01
Ženske X starost	Ženske, 25–44 let	2,1	1,4	3,4	2,5	1,8	3,6	0,25	0,62
	Ženske, 44–64 let	3,4	2,4	4,8	3,3	2,5	4,3	0,02	0,88
	Ženske, 65 let in več	4,0	2,8	5,9	5,6	4,4	7,1	2,21	0,14
Moški X izobrazba	Moški, OŠ in manj	1,6	0,6	4,4	6,7	4,2	10,4	15,32	< 0,01
	Moški, srednja	1,3	0,8	2,1	3,1	2,5	3,9	12,96	< 0,01
	Moški, višja in več	1,2	0,5	2,6	2,0	1,3	3,1	1,31	0,25
Ženske X izobrazba	Ženske, OŠ in manj	3,9	2,6	5,7	6,5	5,0	8,4	6,49	0,01
	Ženske, srednja	3,3	2,5	4,4	3,0	2,4	3,9	0,19	0,67
	Ženske, višja in več	2,0	1,2	3,3	2,2	1,6	3,1	0,12	0,73

Vir: Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu 2019, NIJZ.

Statistično značilna razlika med letoma obstaja, če je stopnja statistične značilnosti med letoma (p) < 0,05.

Tabela 1.7.3: Prevalence simptomov depresivne motnje glede na izobrazbo in izbrani kazalniki neenakosti.

	Leto	Prevalenca glede na izobrazbo				Absolutna razlika v prevalenci (vrzel) %	Razlika v prevalenci (SŠ – VŠ) %	Razmerje prevalenc (vrzel)	PAF %
		Skupaj %	OŠ ali manj %	Srednja %	VŠ ali več %				
Vsi (25+ let)	2014	2,3	3,1	2,2	1,6	1,5	0,5	1,91	28,3
Vsi (25+ let)	2019	3,5	6,5	3,1	2,1	4,4	1,0	3,10	39,7

Vir: Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu 2019, NIJZ.

PAF = populaciji pripisljiv delež (angl. Population Attributable Fraction).

Neenakosti zaradi izobrazbe potrjujejo tudi izbrani kazalniki neenakosti (Tabela 1.7.3). Populaciji pripisljiv delež za leto 2019 znaša 39,7 % – za toliko bi se znižal delež oseb s simptomi depresivne motnje med prebivalstvom, če bi bil delež oseb s simptomi depresivne motnje v Sloveniji med celotnim prebivalstvom enak deležu pri osebah z visoko izobrazbo. Neenakosti v letu 2019 so izražene tudi z absolutno (4,4-odstotno) in relativno (3,1-odstotno) razliko v prevalenci – merama, ki omogočata primerjavo obsega neenakosti med osebami z osnovnošolsko izobrazbo ali manj ter osebami z višjo izobrazbo ali več. Večje breme depresivne motnje pri nižjih socialno-ekonomskih slojih se pripisuje dejavnikom, kot so razlike v kognitivnih sposobnostih, strategijah spoprijemanja s stresom, razlikah v znanju, vrednotah in stališčih do duševnega zdravja, razlikah v koriščenju storitev s področja duševnega zdravja, obremenitvam na delovnem mestu, neravnovesju med vloženim trudom in zadovoljstvom z opravljanjem dela, nizkimi prihodki ter razlikami v družbenem ugledu (16). Povezava med kognitivnimi sposobnostmi in depresijo se sicer pojavi že v zgodnjem življenjskem obdobju in verjetno je, da prisotnost depresivnih simptomov v otroštvu vpliva na slabši razvoj kognitivnih sposobnosti (17), te pa vodijo do doseganja nižje izobrazbe kasneje v življenju. S posredovanjem ob zgodnjih znakih depresije torej ne le ublažimo depresije, temveč bomo verjetno vplivali tudi na razvoj kognitivnih sposobnosti. Če primerjamo leti 2014 in 2019, opazimo, da se je absolutna razlika v prevalenci simptomov depresivne motnje med nizko in visoko stopnjo izobrazbe povečala skoraj za 3 %, razmerje prevalenc pa je naraslo za 2,2 %. Tudi populaciji pripisljiv delež je leta 2019 za 11,4 % višji kot leta 2014, kar pomeni, da se neenakosti na tem področju večajo.

1.7.4 Zaključek

Neenakosti v razširjenosti simptomov depresije so v Sloveniji prisotne med spoloma, po starostnih skupinah ter po izobrazbi. Od stanja v tujini nekoliko odstopamo po majhni razliki (statistično neznačilni) v razširjenosti simptomov depresije med spoloma. Preostali vzorci razširjenosti simptomov depresije so skladni z ugotovitvami iz primerljivih tujih raziskav. Osrednja tema pričujočega poglavja so bile neenakosti, ki se pojavljajo med skupinami prebivalcev z različno stopnjo izobrazbe. Te so se v Sloveniji od leta 2014 povečale tako v absolutnem kakor v relativnem smislu. Tako se poleg večanja razširjenosti simptomov depresije nakazuje tudi večanje neenakosti v porazdelitvi bremena depresivne motnje.

Socialno-ekonomske razlike in neenakosti je potrebno vključiti kot pomemben dejavnik pri razvoju strategij za preprečevanje depresije v Evropi (6). Na podlagi tega bi bilo nujno aktivno spodbujati in uveljavljati politike na nacionalni ravni za zmanjševanje dohodkovne neenakosti, na lokalni ravni pa spodbujati izvajanje intervencij, ki so usmerjene v razvijanje življenjskih veščin s poudarkom na otrocih in mladostnikih, zagotavljanje vsem dostopnih obravnav in zagotavljanje pomoči v okoljih z revščino in visoko dohodkovno neenakostjo (11). Ugotovitve raziskav kažejo, da lahko ustrezna socialna podpora in sistemi zdravstvenega varstva od rojstva dalje delujejo kot varovalni dejavnik pred tveganjem za depresijo v poznejšem življenjskem obdobju ali ga odložijo, zlasti v nižjih družbenih slojih (18, 19). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (20) imajo socialne in gospodarske politike držav večji vpliv na zdravje revnejših in deprivilegiranih v primerjavi s preostalim prebivalstvom.

1.7.5 Literatura

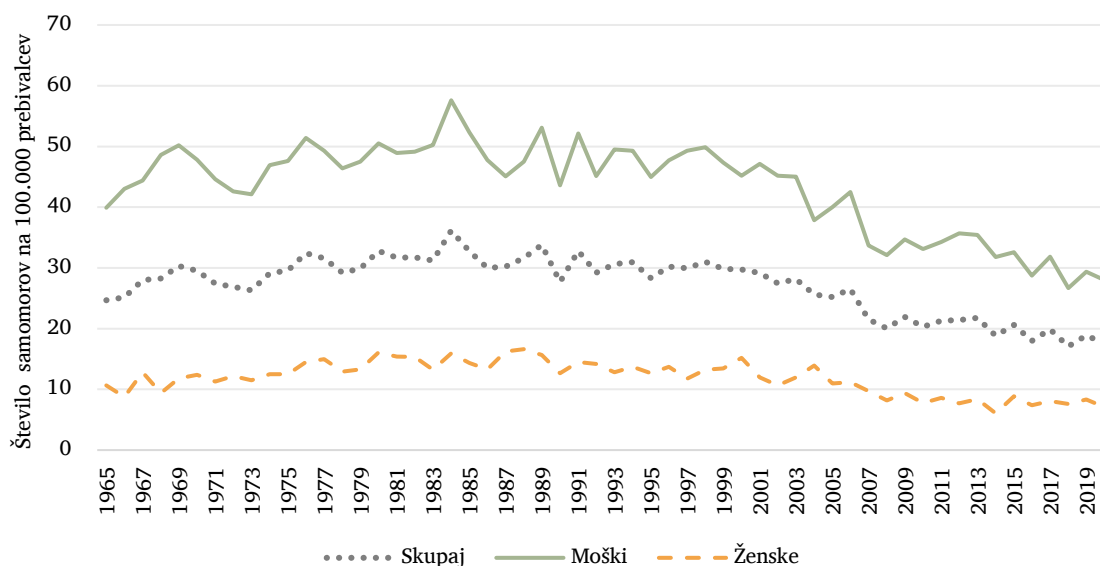
1. Briley M, Lépine. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011; 3.
2. WHO. Factsheet on Depression [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
3. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009 Mar; 18(1):23–33.
4. Kovess-Masféty V, Alonso J, de Graaf R, Demyttenaere K. A European Approach to Rural—Urban Differences in Mental Health: The ESEMeD 2000 Comparative Study. *Can J Psychiatry*. 2005 Dec; 50(14):926–36.
5. WHO. The global burden of disease: 2004 update [Internet]. 2008. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942>.
6. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*. 2016 Dec; 16(1):1098.
7. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol*. 2003 Jan 15; 157(2):98–112.
8. Shidhaye R, Gangale S, Patel V. Prevalence and treatment coverage for depression: a population-based survey in Vidarbha, India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Jul; 51(7):993–1003.
9. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Transl Psychiatry*. 2018 Dec; 8(1):98.
10. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017 Feb; 4(2):146–58.
11. Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*. 2018 Feb; 17(1):76–89.
12. Hapke U, Cohrdes C, Nübel J. Depressive symptoms in a European comparison – Results from the European Health Interview Survey (EHIS) 2. *J Health Monit* [Internet]. 2019 Dec 11 [cited 2022 Jan 25]; Available from: <https://edoc.rki.de/handle/176904/6248>.
13. Bracke P, Delaruelle K, Dereuddre R, Van de Velde S. Depression in women and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries. *Soc Sci Med*. 2020;267:113354.
14. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ*. 2011 Sep 28; 343(sep28 1):d5219–d5219.
15. Lorant V. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol*. 2003 Jan 15; 157(2):98–112.
16. Hoebel J, Maske UE, Zeeb H, Lampert T. Social Inequalities and Depressive Symptoms in Adults: The Role of Objective and Subjective Socioeconomic Status. Uddin M, editor. *PLOS ONE*. 2017 Jan 20; 12(1):e0169764.
17. Beaujean AA, Parker S, Qiu X. The relationship between cognitive ability and depression: a longitudinal data analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Dec;48(12); 1983–92.
18. Knesebeck OVD, Wahrendorf M, Hyde M, Siegrist J. Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. *Ageing Soc*. 2007 Mar; 27(2):269–84.
19. Ladin K. Risk of Late-Life Depression Across 10 European Union Countries: Deconstructing the Education Effect. *J Aging Health*. 2008 Sep; 20(6):653–70.
20. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action and the social determinants of health. 2008.

1.8 Neenakosti pri umrljivosti zaradi samomora

Matej Vinko, Marcel Kralj, Saška Roškar

1.8.1 Uvod

Samomor spada med prvih dvajset vzrokov umrljivosti po svetu. Zaradi samomora letno umre okrog 800.000 ljudi (1, 2). Slovenija spada med bolj ogrožene države, saj beležimo višjo umrljivost zaradi samomora v primerjavi z evropskim povprečjem. Umrljivost zaradi samomora v Sloveniji se je povečevala od leta 1965 naprej, po letu 1997 pa je začela postopoma upadati in je v zadnjih dveh desetletjih upadla za več kot tretjino. Trend umrljivosti zaradi samomora v Sloveniji med leti 1965 in 2020, je s starostno specifično stopnjo umrljivosti zaradi samomora oz. s samomorilnim količnikom prikazan na Sliki 1.8.1.



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46).

Slika 1.8.1: Starostno specifična stopnja umrljivosti zaradi samomora od leta 1965 do leta 2019.

Absolutno število samomorov je najvišje v nižjih (15–19 let) in srednjih starostnih skupinah (20–50 let), potem pa začne upadati (3, 4). Čeprav zaradi samomora umre več mlajših kot starejših ljudi, to ne pomeni, da je samomor bolj pogost oziroma bolj verjeten med mlajšimi kot starejšimi osebami. Takšno razmerje je odraz dejstva, da starejše osebe pogosteje umirajo zaradi drugi vzrokov (npr. demenca, kardiovaskularne bolezni, rak itd.). Več ali manj povsod po svetu je prisoten trend, da samomorilni količnik narašča s starostjo, kar je verjetno posledica hkratnega pojavljanja več dejavnikov tveganja v višjih starostnih skupinah. V najvišjih starostnih skupinah (65+ let) je samomorilni količnik v primerjavi z nižjimi starostnimi skupinami lahko tudi do osemkrat višji. Prav tako je za večino držav po svetu značilno, da so samomori med moškimi dva- do trikrat pogostejši kot med ženskami. V Sloveniji je razmerje med spoloma še nekoliko višje, saj so smrti zaradi samomora med moškimi tudi do štirikrat pogostejše kot med ženskami.

Poleg starosti in spola je od ostalih dejavnikov tveganja pomembno omeniti še izobrazbo (povečano tveganje predstavlja nižja stopnja izobrazbe (5, 6)), ekonomski status (povečano tveganje predstavlja nižji ekonomski status in s tem povezana revščina (7, 8)), zakonski stan (povečano tveganje predstavlja ovdovelost, razvezanost in samskost (9, 10)), različne življenjske dogodke in izgube. Nobeden izmed omenjenih dejavnikov sam po sebi ne povečuje tveganja za samomorilno vedenje, pač pa se tveganje poveča takrat, kadar se dejavniki pojavljajo hkrati. Medsebojno vplivanje dejavnikov je ob določenem kontekstu tisto, kar poveča tveganje za samomor. Osebe z nizko izobrazbo so denimo poročene v manjši meri kot osebe z višjo izobrazbo (kar lahko zmanjša občutek socialne povezanosti oziroma podpore), hkrati pa se nižja izobrazba povezuje tudi s slabšim ekonomskim statusom, kar se povezuje s slabšimi možnostmi, slabšo kakovostjo življenja in različnimi izgubami oziroma prikrajšanostjo (11). Vpliv različnih dejavnikov tveganja je zato potrebno razumeti verjetnostno in ne deterministično.

Namen poglavja je preučiti in prikazati razlike v umrljivosti zaradi samomora med različnim izobrazbenimi skupinami v Sloveniji.

1.8.2 Metode

Analiza umrljivosti zaradi samomora glede na stopnjo dosežene izobrazbe je obsegala izračune starostno specifičnih stopenj umrljivosti in v nadaljevanju preglede absolutnih razlik oz. vrzeli v starostno standardiziranih stopnjah umrljivosti (za standardizacijo je bila uporabljena evropska standardna populacija iz leta 2013) ter relativne primerjave umrljivosti (tj. razmerje starostno standardiziranih stopenj; *angl.* rate ratio) med različno izobraženimi skupinami oseb. Analiza je bila opravljena za tri časovna obdobja, in sicer 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019, v primerjave oziroma analizo neenakosti pa sta bili vzeti obe skrajni skupini oseb glede na najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe – tj. osebe z nizko izobrazbo in osebe z visoko izobrazbo.

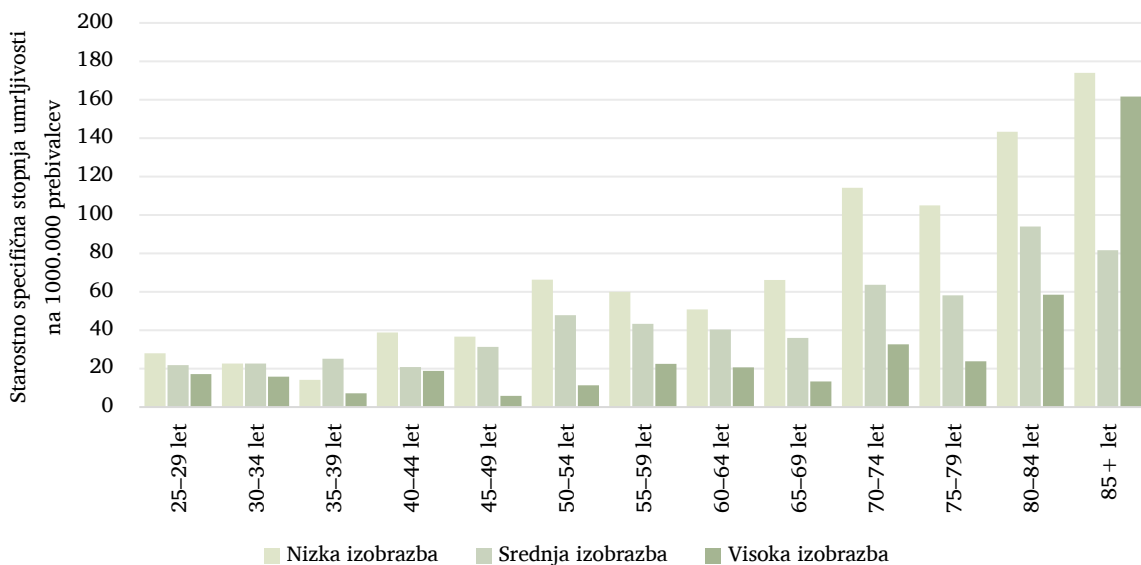
Za prepoznavanje statistično značilnih sprememb oz. trendov v umrljivosti zaradi samomora znotraj posameznih izobrazbenih skupin smo uporabili Poissonovo regresijo. S to vrsto regresijske analize smo prav tako preučevali spremembe v razlikah v umrljivosti med izobrazbenima skupinama, kjer je odvisno spremenljivko predstavljala stopnja umrljivosti, neodvisne spremenljivke pa so bile starost, obdobje in izobrazba ter interakcija med njima. Pojav trenda v neenakosti (tj. povečevanje ali zmanjševanje neenakosti) glede na izobrazbo med obdobji 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019 ugotavljamo s spremljanjem statistične značilnosti interakcije med obdobjem in izobrazbo.

Za kazalnik umrljivosti zaradi samomora so bile za obdobje 2017–2019 izračunane dodatne mere neenakosti, in sicer tako imenovani naklonski indeks neenakosti (*angl.* Slope Index of Inequality, SII), relativni indeks neenakosti (*angl.* Relative Index of Inequality, RII) ter populaciji pripisljiv delež (*angl.* population attributable fraction, PAF). Za razliko od zgoraj omenjenih mer absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oz. neenakosti samo med najbolj in najmanj depriviligiranimi skupinami (v našem primeru vrzel med nizko in visoko izobraženimi osebami), sta SII in RII indeksa neenakosti, ki delujeta na osnovi regresije in upoštevata

celotno populacijo ter sta tako dovzetna za distribucijo populacije po vseh socialno-ekonomskih skupinah (v našem primeru tudi srednje izobrazbene skupine). Absolutna razlika, ki jo določi naklon dobljene regresijske premice med najnižje in najvišje izobraženimi, predstavlja dobljeni SII. RII, ki je izračunan tako, da vrednost SII indeksa delimo s skupno/povprečno vrednostjo izbranega kazalnika, predstavlja relativni koeficient neenakosti in zato omogoča primerjavo neenakosti med različnimi zdravstvenimi kazalniki in po času (12). Tretja dodatna mera, PAF, prikazuje delež vrednosti kazalnika (tj. stopnja umrljivosti zaradi samomora), ki bi se jih lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika na celotni populaciji enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosega socialno-ekonomska skupina z najboljšimi izidi (tj. višje izobražena skupina, ki ima najnižjo stopnjo umrljivosti zaradi samomora) (13).

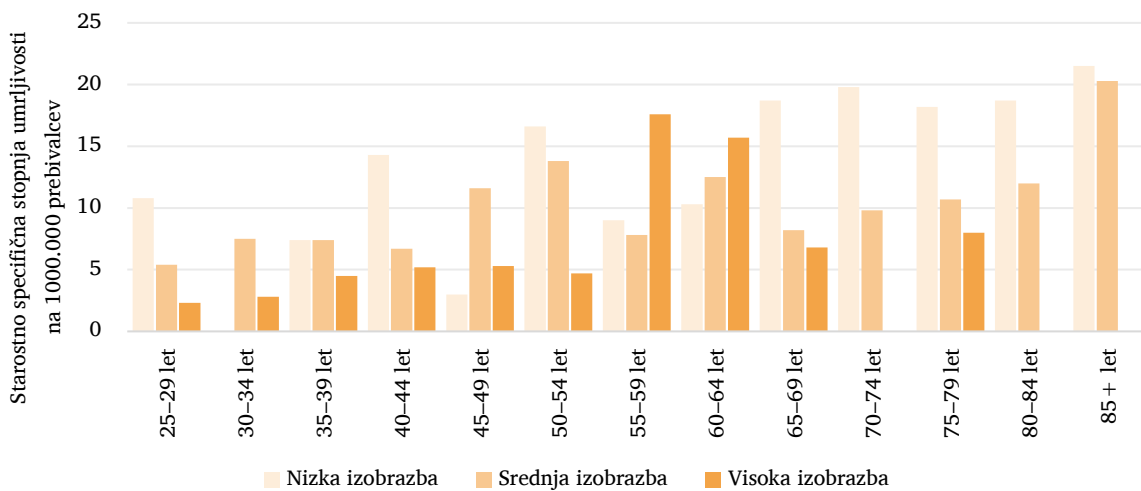
1.8.3 Rezultati z diskusijo

V obdobju 2017–2019 je bila stopnja umrljivosti zaradi samomora za 3,8-krat višja pri moških kot pri ženskah. Pri obeh spolih stopnja umrljivosti narašča s starostjo (Sliki 1.8.2 in 1.8.3). Opažanja glede starostne razporeditve stopnje umrljivosti zaradi samomora so skladna z vzorci drugod po svetu, medtem ko nas porazdelitev glede na spol v mednarodnem kontekstu uvršča v skupino držav vzhodne Evrope (14). Stopnja umrljivosti je najvišja pri nizko izobraženih moških od starostne skupine 40–44 let naprej. Pri ženskah razmerja med različnimi stopnjami izobrazbe in stopnjo umrljivosti zaradi samomora niso enako urejena. Čeprav je skupno stopnja umrljivosti najvišja pri nizko izobraženih, je le-ta v posameznih starostnih skupinah najvišja med srednje izobraženimi (30–34 let, 45–49 let) in visoko izobraženimi (55–64 let). Medtem ko so pri moških stopnje umrljivosti zaradi samomora v veliki večini starostnih skupin razmernostno enako urejene, je pri ženskah opaziti večje razlike. Izstopa predvsem velik upad stopnje samomora pri visoko izobraženih starejših ženskah – pri starejših od 80 let ni nobena ženska z visoko izobrazbo umrla zaradi samomora. Absolutno število samomorov v tej starostni skupini je sicer nizko (skupno 39 v treh letih), a je verjetno odsotnost samomorov v najvišji izobrazbeni skupini dovolj zanesljiv pokazatelj trenda. Število samomorov je pri ženskah v starejših starostnih skupinah v vseh izobrazbenih skupinah nižje kot pri moških. Krivuljo stopnje umrljivosti zaradi samomora pri moških lahko opišemo kot eksponentno, medtem ko je pri ženskah linearna z dokaj nizkim koeficientom. Razlogi za opisano razliko so manj jasni. Kot možne dejavnike, ki povečujejo število samomora pri moških, se opisuje vlogo družbenega spola in moškosti, manjšo socialno mrežo, manjšo sposobnost prilagajanja na spremembe, večjo dostopnost do bolj smrtonosnih metod samomora (15).



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46).

Slika 1.8.2: Starostno specifične stopnje umrljivosti zaradi samomora pri moških v obdobju 2017–2019, prikazano po stopnjah izobrazbe.



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46).

Slika 1.8.3: Starostno specifične stopnje umrljivosti zaradi samomora pri ženskah v obdobju 2017–2019, prikazano po stopnjah izobrazbe.

Analiza neenakosti pri umrljivosti zaradi samomora kaže, da so te prisotne pri obeh spolih (Tabela 1.8.1). Moški imajo višje stopnje umrljivosti ter posledično večji naklonski indeks neenakosti (43, 48) od žensk (7, 73). Večje razlike v pogostosti samomora med različnimi stopnjami izobrazbe so pri moških v primerjavi z ženskami ugotavljali tudi tuji raziskovalci (11, 16). Lorant idr. v raziskavi s podatki za obdobje 2001 do 2005 iz več evropskih držav opisujejo naklonske indekse od 74,0 v Litvi do -0,2 v Torinu, Italija pri moških ter od 11,0 v Litvi do -2,9 v Torinu, Italija pri ženskah (17). Relativni indeks neenakosti, ki omogoča primerjavo obsega neenakosti med spoloma, znaša pri moških 1,06 in pri ženskah 0,8. Neenakosti pri umrljivosti zaradi samomora so torej v večji meri prisotne pri moških. To potrjuje tudi populaciji pripisljiv delež (PAF), po katerem bi bila splošna stopnja umrljivosti zaradi samomora med moškimi za 43,9 % nižja, če bi imeli moški vseh izobrazb enako stopnjo umrljivosti, kot jo imajo visoko izobraženi moški. Vrednost PAF pri ženskah je 36,3 %. Raziskave, v katerih bi poročali PAF, ki ga opažamo zaradi neenakosti med stopnjami izobrazbe, so dokaj redke. Jim idr. opisujejo PAF pri moških med 30 in 59 let starosti med 42,0 in 43,9 % ter pri ženskah v istem starostnem razponu od 25,6 do 39,4 % (18). V primerjavi s podatki, obravnavanimi v pričujočem poglavju, je PAF med državama podoben. A je treba izpostaviti, da je starostni razpon vključenih umrlih zaradi samomora ožji pri korejskih podatkih, da so ocenjeni deleži za približno 10 let starejše obdobje in da so Jim idr. v raziskavi opisovali trend manjšanja neenakosti pri umrlih zaradi samomora.

Tabela 1.8.1: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi samomora pri odraslih, starejših od 25 let, v obdobju 2017–2019 s 95-odstotnim intervalom zaupanja po spolu in stopnjah izobrazbe ter izbrani kazalniki neenakosti

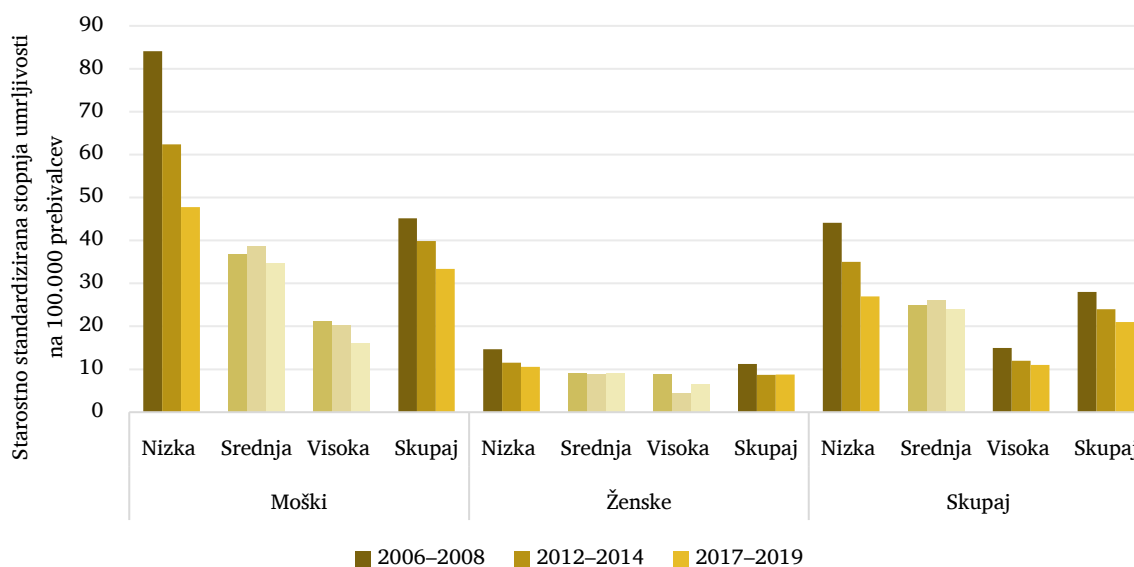
Stopnja izobrazbe	Standardizirana stopnja umrljivosti zaradi samomora			Absolutna razlika v stopnji	Razmerje stopenj	PAF	SII	RII
	Nizka	Srednja	Visoka					
Moški	58,6 (51,1–66,9)	39,5 (36,1–43,2)	22,9 (18,1–28,5)	35,7	2,56	43,9 %	43,48	1,06
Ženske	11,7 (8,5–15,5)	9,7 (7,9–11,7)	6,2 (11,7–4,2)	5,5	1,89	36,3 %	7,73	0,80
Skupaj	28,7 (25,1–32,7)	26,1 (24,1–28,3)	14,6 (11,9–17,8)	14,1	1,96	38,6 %	19,16	0,80

Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46).

PAF = populaciji pripisljiv delež (*angl.* Population Attributable Fraction), SII = naklonski indeks neenakosti (*angl.* Slope Index of Inequality), RII = relativni indeks neenakosti (*angl.* Relative Index of Inequality).

V nadaljevanju obravnavamo umrljivost zaradi samomora med osebami, starimi od 25 do 74 let. Zgornja starostna meja je uvedena zavoljo primerljivosti podatkov iz preteklih časovnih obdobj. Umrljivost zaradi samomora je v obdobju od triletja 2006–2008 do 2017–2019 v Sloveniji upadla. Trend upadanja umrljivosti zaradi samomora je statistično značilen pri obeh spolih za osebe z nizko stopnjo izobrazbe (Slika 1.8.4).

Statistično značilen je tudi upad umrljivosti pri obeh spolih, če populacije ne razdelimo po izobrazbi. To lahko pripišemo vplivu upada umrljivosti pri osebah z nizko izobrazbo ter večjemu vzorcu in posledično natančnejši oceni trenda. Statistično značilnost so dosegli tudi trendi upada umrljivosti obeh spolov skupaj za vse skupine z izjemo srednje izobraženih. Najbolj izrazit upad umrljivosti je opazen pri moških z nizko izobrazbo, kjer se je stopnja umrljivosti znižala z 84,1 na 47,8 na 100.000 prebivalcev med obdobji 2006–2008 in 2017–2019.



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46).

Slika 1.8.4: Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi samomora po triletnih obdobjih, spolu in izobrazbi, pri osebah, starih od 25 do 74 let. Temneje osenčeni stolpci nakazujejo statistično značilen trend zmanjševanja stopnje umrljivosti zaradi samomora v treh obravnavanih časovnih obdobjih.

Analiza neenakosti v obravnavanem časovnem obdobju kaže, da je prišlo do zmanjšanja absolutne razlike v stopnji umrljivosti zaradi samomora tako pri moških kot pri ženskah (Tabela 1.8.2). Podobno kažejo relativne mere oz. razmerje stopenj umrljivosti zaradi samomora. Trendi vrzeli, ki jo pripisujemo razlikam med izobrazbenimi skupinami, v preučevanem časovnem obdobju ne dosegajo statistične značilnosti. Primerljivih mednarodnih podatkov za isto časovno obdobje ni na voljo. Zadnje analize, ki so bile izvedene za obdobje 2001–2005, pa kažejo, da se Slovenija (s podatki iz obdobja 2006–2008) umešča med države z najvišjimi razlikami stopenj umrljivosti zaradi samomora (17). Povprečna razlika v stopnji umrljivosti med najnižje in najvišje izobraženimi moškimi je v raziskavi Lorant idr. dosegala 24,0 samomorov na 100.000 prebivalcev, z Estonijo, Madžarsko in Litvo kot edinimi državami, ki so presegale stopnjo, katero smo zabeležili v Sloveniji v obdobju 2006–2008. Tudi v primeru samomorov pri ženskah dosegamo nadpovprečne številke – povprečna razlika držav, vključenih v raziskavo, ki so jo opravili Lorant idr., je bila 1,7 samomora na 100.000 prebivalcev (v Sloveniji v letih 2006–2008 pa 6,0). Tudi v primeru žensk so bile edine države, ki so presegle slovenske stopnje umrljivosti zaradi samomora, Estonija, Madžarska in Litva. Podoben vzorec prepoznavamo pri primerjavi razmerij stopenj.

Tabela 1.8.2: Kazalniki neenakosti oz. vrzeli med visoko in nizko izobraženimi prebivalci Slovenije, starimi od 25 do 74 let

	Absolutna razlika v stopnji			Razmerje stopenj			Analiza trenda vrzeli
	2006–2008	2012–2014	2017–2019	2006–2008	2012–2014	2017–2019	
Moški	62,9	42,2	31,8	3,97	3,09	2,99	(p = 0,110)
Ženske	6,0	7,0	4,1	1,68	2,57	1,62	(p = 0,987)
Skupaj	28,9	23,3	16,0	2,89	2,98	2,49	(p = 0,394)

Vir: NIJZ, baza podatkov o umrlih.

Čeprav nismo zaznali statistično značilnega upada trenda oz. zmanjšanja vrzeli v obravnavanih obdobjih, lahko opazamo pomembne spremembe tako v vrednostih absolutne kot relativne razlike (razmerje stopenj) v stopnji umrljivosti zaradi samomora pri obeh spolih. Izstopajo predvsem razlike v umrljivosti pri ženskah v obdobju 2012–2014. Tako absolutna razlika kot razmerje stopenj sta višji v primerjavi s priležnimi obdobji. Obe razliki je mogoče pripisati predvsem precejšnjemu upadu stopnje umrljivosti zaradi samomora pri ženskah z visoko izobrazbo (Slika 1.8.4). Pri moških v istem obdobju podobnega vzorca ne zasledimo, se pa stopnja umrljivosti poveča pri moških s srednjo izobrazbo. Razen opisanih odklonov, so ostali kazalniki v trendu upadanja, kar nakazuje zmanjšanje neenakosti med različnimi stopnjami izobrazbe. Del zmanjšanja lahko pripišemo spremembam v izobrazbeni strukturi, ki smo je deležni v zadnjih desetletjih – delež oseb z nizko izobrazbo se manjša, povečuje se delež oseb z visoko izobrazbo (19). Predpostavljamo lahko tudi, da so k nižanju stopnje umrljivosti zaradi samomora pomembno doprinesla usposabljanja zdravnikov na primarni ravni zdravstvenega varstva ter drugi javnozdravstveni ukrepi, ki so v večji meri naslavljali potrebe ali značilnosti oseb z nizko izobrazbo (20–22).

1.8.4 Zaključki

V Sloveniji že daljše obdobje zaznavamo upadanje stopnje umrljivosti zaradi samomora. Trend je prisoten pri obeh spolih, obstajajo pa pomembne razlike med skupinami prebivalcev z različnimi stopnjami izobrazbe. Neenakosti v stopnji umrljivosti so obsežnejše pri moških, vendar se od obdobja 2006–2008 manjšajo nekoliko hitreje kot pri ženskah. Kljub temu je stopnja umrljivosti pri moških še vedno skoraj 4-krat višja kot pri ženskah. To je razmerje, ki nas umešča v evropsko povprečje in nad svetovno povprečje.

Stagnacija razmerja stopenj umrljivosti zaradi samomora pri ženskah v obravnavanem časovnem obdobju nakazuje, da je treba dodatno pozornost usmeriti tudi v dodatno preučevanje povezanosti socialno-ekonomskega statusa ter samomorilnega vedenja pri ženskah. Visoke stopnje umrljivosti zaradi samomora pri moških višje starosti, predvsem pri moških z nizko izobrazbo, usmerjajo naš pogled v drugo prednostno skupino za dodatno preučevanje, kakor tudi ukrepanje.

1.8.5 Literatura

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2022 Jan 25]. 89 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>.
2. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov; 392(10159):1736–88.
3. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *IJERPH*. 2018 Jul 6; 15(7):1425.
4. Ritchie H, Roser M, Ortiz-Ospina E. Suicide. Our World in Data [Internet]. 2015 Jun 15 [cited 2022 Jan 25]; Available from: <https://ourworldindata.org/suicide>.
5. Kerkhof AJFM, Arensman E. Pathways to suicide: The epidemiology of the suicidal process. In: Heeringen K, editor. *Understanding suicidal behaviour*. Chichester: Wiley; 2001. p. 15–39.
6. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990 Jul; 25(4):193–9.
7. Gunnell DJ, Peters TJ, Kammerling RM, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *BMJ*. 1995 Jul 22; 311(6999):226–30.
8. van Heeringen K. Epidemiological aspects of attempted suicide--a case-control study in Gent, Belgium. *Crisis*. 1994;15(3):116–22.
9. Löhr C, Schmidtke A. Marital Relations of Suicide Attempters. In: *Suicidal behaviour: Theories and research findings*. Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers; 2004. p. 125–37.
10. Roškar S, Podlesek A, Kuzmanić M, Demšar LO, Zaletel M, Marušič A. Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis*. 2011;32(1):24–30.
11. Øien-Ødegaard C, Hauge LJ, Reneflot A. Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Popul Health Metrics*. 2021 Dec; 19(1):33.
12. Robinson A, Lavery C, Bell C. Health Inequalities - NI Health & Social Care Inequalities Monitoring System – Regional Report 2014 [Internet]. 2015. Available from: <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/hscims-2014-bulletin.pdf>.
13. Renard F, Devleeschauwer B, Speybroeck N, Deboosere P. Monitoring health inequalities when the socio-economic composition changes: are the slope and relative indices of inequality appropriate? Results of a simulation study. *BMC Public Health*. 2019 May 30; 19(1):662.
14. Roskar S, Videtic Paska A, Rus G, Tomori M, Zavasnik A, Mencin Ceplak M. Samomor v Sloveniji in svetu opredelitev, raziskovanje, preprečevanje in obravnava [Internet]. Ljubljana: Nacionalni institut za javno zdravje, Program MIRA - Nacionalni program duševnega zdravja; 2021 [cited 2022 Jan 21]. Available from: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/samomor_v_sloveniji_elektronska_izdaja_25_10_21.pdf.
15. King K, Dow B, Keogh L, Feldman P, Milner A, Pierce D, et al. “Is Life Worth Living?”: The Role of Masculinity in the Way Men Aged Over 80 Talk About Living, Dying, and Suicide. *Am J Men Health*. 2020; 14(5):1557988320966540.
16. Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Bopp M, Mackenbach J. A European comparative study of marital status and socio-economic inequalities in suicide. *Soc Sci Med*. 2005 Jun; 60(11):2431–41.
17. Lorant V, de Gelder R, Kapadia D, Borrell C, Kalediene R, Kovács K, et al. Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. *Br J Psychiatry*. 2018 Jun; 212(6):356–61.

18. Lim D, Kong KA, Lee HA, Lee WK, Park SH, Baik SJ, et al. The population attributable fraction of low education for mortality in South Korea with improvement in educational attainment and no improvement in mortality inequalities. *BMC Public Health*. 2015 Dec; 15(1):313.
19. Socioekonomske značilnosti prebivalstva, Slovenija, 1. januar 2020 [Internet]. [cited 2022 Jan 21]. Available from: <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/9263>.
20. Roškar S, Sedlar N, Furman L, Roškar M, Podlesek A. Association of selected area-level indicators with suicide mortality in Slovenian municipalities. *Crisis Interv*. 2020; No Pagination Specified-No Pagination Specified.
21. Korošec Jagodič H, Rokavec T, Agius M, Pregelj P. Availability of mental health service providers and suicide rates in Slovenia: a nationwide ecological study. *Croat Med J*. 2013 Oct; 54(5):444–52.
22. Roškar S, Podlesek A, Zorko M, Tavčar R, Dernovšek MZ, Groleger U, et al. Effects of Training Program on Recognition and Management of Depression and Suicide Risk Evaluation for Slovenian Primary-care Physicians: Follow-up Study. *Croat Med J*. 2010 Jun; 51(3):237–42.

1.9 Neenakosti v umrljivosti zaradi poškodb v nezgodah

Mateja Rok Simon, Marcel Kralj

1.9.1 Uvod

Poškodbe v nezgodah so eden glavnih vzrokov umrljivosti in vzrokov za izgubo zdravih let življenja, k čemer največ prispevajo poškodbe, ki nastanejo v prometnih nezgodah in pri padcih (1). V zadnjih desetletjih umrljivost zaradi poškodb v razvitih državah kaže trend padanja (2), vendar socialno-ekonomske neenakosti v umrljivosti ostajajo (3–6). Osebe z nižjo izobrazbo imajo višje stopnje umrljivosti zaradi vseh glavnih vzrokov smrti (7), največje neenakosti pa se kažejo pri tistih vzrokih, ki jih je mogoče preprečevati s spremembo vedenja, vključno s preprečevanjem poškodb (4, 7).

Raziskave so potrdile negativno povezanost višje izobrazbe in socialno-ekonomskega položaja z incidenco poškodb doma in v prometu (8) ter pozitivno povezanost z boljšim izidom po poškodbi (9). Pri tem so neenakosti zaradi poškodb največje pri mlajših moških (25–44 let), predvsem zaradi poškodb v prometu, in se s starostjo manjšajo pri obeh spolih (7). Pri ženskah in starejših (> 65 let), neenakosti v umrljivosti zaradi poškodb ni bilo mogoče potrditi (4, 7), razen za zlom kolka zaradi padca (10, 11).

Poznavanje mehanizmov za socialno-ekonomske neenakosti v umrljivosti zaradi poškodb v nezgodah je nujno za pravilno načrtovanje preventivnih ukrepov in politik.

1.9.2 Metode

Analiza umrljivosti zaradi poškodb v nezgodah glede na stopnjo dosežene izobrazbe je obsegala izračune absolutnih razlik oz. vrzeli v starostno standardiziranih stopnjah umrljivosti (za standardizacijo je bila uporabljena evropska standardna populacija iz leta 2013) ter relativne primerjave umrljivosti (tj. razmerje starostno standardiziranih stopenj; *angl.* rate ratio) med različno izobraženimi skupinami oseb. Razlike v umrljivosti so bile označene kot statistično značilne, če je bila p-vrednost $\leq 0,05$. Analiza je bila opravljena za tri časovna obdobja, in sicer 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019, v primerjave oziroma analizo neenakosti pa sta bili vzeti obe skrajni skupini oseb glede na najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe – tj. osebe z nizko izobrazbo in osebe z visoko izobrazbo. Vse nezgode (V00–X59), prometne nezgode (V00–V99) in padci (W00–W19) so bili opredeljeni s kodami diagnoz zunanega vzroka po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – AM, verzija 6.

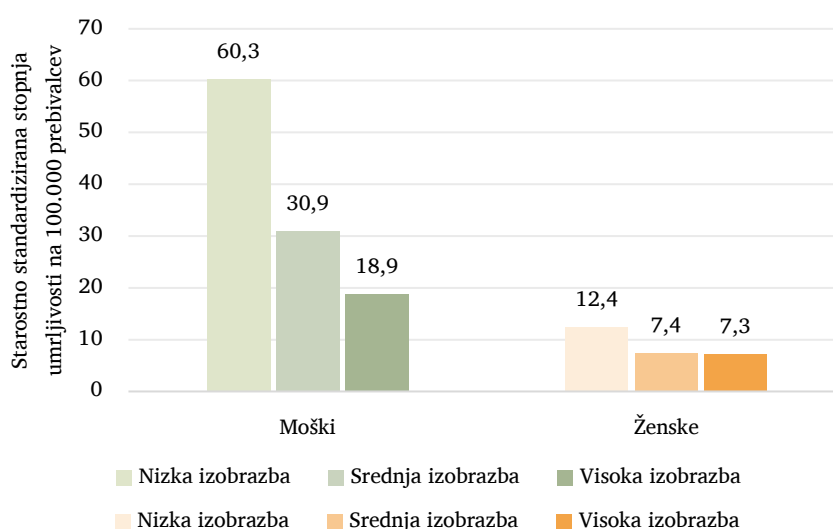
Za prepoznavanje statistično značilnih sprememb po času/trendov v umrljivosti zaradi poškodb v nezgodah znotraj posameznih izobrazbenih skupin smo uporabili Poissonovo regresijo. S to vrsto regresijske analize smo prav tako preučevali spremembe v razlikah v umrljivosti med izobrazbenima skupinama, kjer je odvisno spremenljivko predstavljala stopnja umrljivosti, neodvisne spremenljivke pa so bile starost, obdobje in izobrazba ter interakcija med njima. Pojav trenda v neenakosti (tj. povečevanje ali zmanjševanje neenakosti) glede na izobrazbo med obdobji 2006–2008, 2012–2014 in 2017–2019 ugotavljamo s spremljanjem statistične značilnosti interakcije med obdobjem in izobrazbo.

Za kazalnik umrljivosti zaradi poškodb v nezgodah so bile za obdobje 2017–2019 izračunane dodatne mere neenakosti, in sicer tako imenovani Slope Index of Inequality (SII), Relative Index of Inequality (RII) ter PAF (*angl.* population attributable fraction). Za razliko od zgoraj omenjenih mer absolutne in relativne razlike, ki odražajo razlike oz. neenakosti samo med najbolj in najmanj depriviligiranimi skupinami (v našem primeru vrzel med nizko in visoko izobraženimi osebami), sta SII in RII indeksa neenakosti, ki delujeta na osnovi regresije in upoštevata celotno populacijo ter sta tako dovzetna za distribucijo populacije po vseh socialno-ekonomskih skupinah (v našem primeru tudi srednje izobrazbene skupine). Absolutna razlika, ki jo določi naklon dobljene regresijske premice med najnižje in najvišje izobraženimi, predstavlja dobljeni SII. RII indeks, ki je izračunan tako, da vrednost SII indeksa delimo s skupno/povprečno vrednostjo izbranega kazalnika glede na vse socialno-ekonomske skupine, predstavlja relativni koeficient neenakosti in zato omogoča primerjavo neenakosti med različnimi zdravstvenimi kazalniki in po času (12). Tretja dodatna mera, PAF, prikazuje delež vrednosti kazalnika (tj. stopnja umrljivosti zaradi poškodb v nezgodah), ki bi se mu lahko izognili, če bi bila vrednost kazalnika na celotni populaciji enaka vrednosti kazalnika, ki jo dosega najbolj privilegirana socialno-ekonomska skupina (tj. višje izobražena skupina) (13).

1.9.3 Rezultati z diskusijo

Raziskava je potrdila socialno-ekonomske neenakosti v umrljivosti odraslih zaradi poškodb v nezgodah, ki so bile posebej izrazite zaradi prometnih nezgod pri moških. Neenakosti so se najbolj zmanjšale v letih gospodarske krize predvsem zaradi padca umrljivosti nizko izobraženih moških v prometnih nezgodah in so se v obdobju po gospodarski krizi ohranile, medtem ko se vrzel v umrljivosti starejših odraslih zaradi padcev v opazovanem obdobju ni bistveno spremenila.

1.9.3.1 Umrljivost odraslih (25–75 let) zaradi poškodb v nezgodah

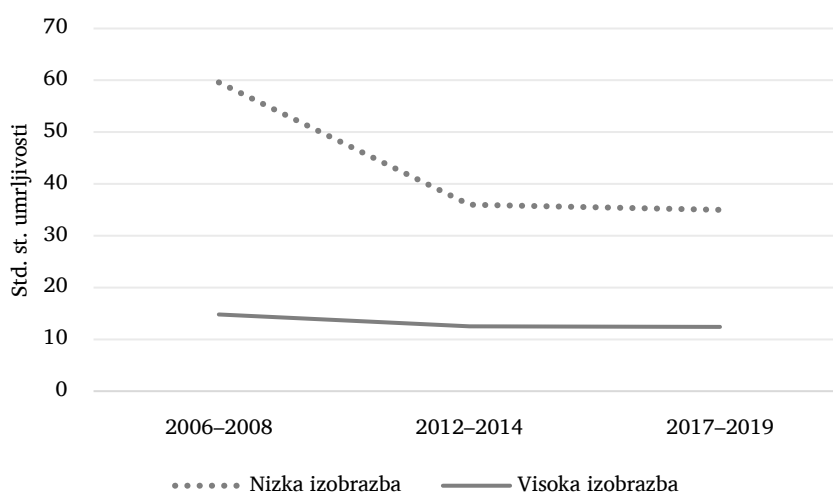


Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46).

Slika 1.9.1: Standardizirana stopnja umrljivosti (/100.000) odraslih, starih 25–74 let, zaradi poškodb v nezgodah po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2017–2019.

Nizko izobraženi odrasli so imeli statistično značilno višjo umrljivost zaradi poškodb v nezgodah kot visoko izobraženi (RII = 1,33) (Slika 1.9.1), kar se sklada z ugotovitvami v drugih raziskavah (3–7). Če bi nižje izobražena skupina dosegla enako stopnjo umrljivosti, kot jo ima višje izobražena skupina odraslih, bi se skupna stopnja umrljivosti zaradi nezgod zmanjšala za 40,4 %. Razlika je bila statistično značilna v umrljivosti zaradi prometnih nezgod (RII = 1,04) in zaradi padcev (RII = 0,55).

Neenakosti v umrljivosti zaradi izobrazbe so bile statistično značilne pri moških in pri ženskah, kar navajajo tudi drugi avtorji (4, 7, 9, 10, 14, 15). Nizko izobraženi moški so imeli statistično značilno višjo umrljivost zaradi poškodb v nezgodah kot visoko izobraženi (RII = 1,43) tako v prometnih nezgodah (RII = 0,95) kot tudi zaradi padcev (RII = 0,99). Neenakosti v umrljivosti zaradi prometnih nezgod se največkrat povezujejo z bolj tveganim vedenjem ljudi z nižjo izobrazbo, npr. s prehitro vožnjo, vožnjo pod vlivom alkohola, neuporabo varnostnega pasu in drugih zaščitnih sredstev v prometu, poleg tega si ljudje z nižjim dohodkom pogosto ne morejo privoščiti novih in varnejših avtomobilov (16, 17). Nižje izobraženi ljudje imajo tudi manj zdrav življenjski slog (18) in delajo na bolj nevarnih delovnih mestih (19), kar vpliva na večje tveganje za padce in zlome (19, 20) ter na višjo umrljivost (11, 15, 18).



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46).

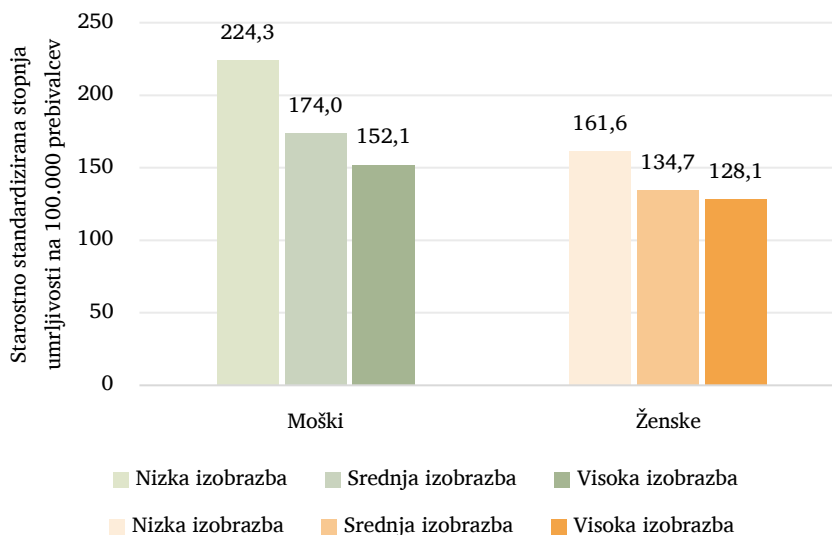
Slika 1.9.2: Trend vrzeli umrljivosti odraslih, starih 25–74 let, zaradi poškodb v nezgodah po izobrazbi, Slovenija, 2006–2019.

V obdobju 2006–2019 je umrljivost zaradi poškodb v nezgodah padala pri nižje ($p < 0,001$) in višje ($p = 0,062$) izobraženih odraslih, pri čemer se je statistično značilno zmanjšala vrzel v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi odraslimi ($p = 0,021$) (Slika 1.9.2). Zmanjšanje neenakosti zaradi poškodb v nezgodah se je v obdobju po gospodarski krizi ohranilo.

Neenakosti so bile največje v obdobju ekonomske rasti, v času gospodarske krize pa se je vrzel v umrljivosti zaradi nezgod zmanjšala predvsem zaradi padca umrljivosti nizko izobraženih moških v prometnih nezgodah, kar ugotavljajo tudi v drugih državah (21–23). Padec umrljivosti v prometu razlagajo z zmanjšano gostoto prometa zaradi izgube dela (24) in zmanjšano intenzivnostjo prevozov blaga s težkimi tovornimi vozili, zaradi

česar se je zmanjšalo število težkih prometnih nezgod (25, 26). Poleg tega je prišlo tudi do sprememb v vedenju voznikov, ki so manj pogosto vozili z visoko hitrostjo in pod vplivom alkohola predvsem zato, da bi zmanjšali stroške za bencin in alkoholne pijače (27, 28).

1.9.3.2 Umrljivost starejših (nad 64 let) zaradi padcev

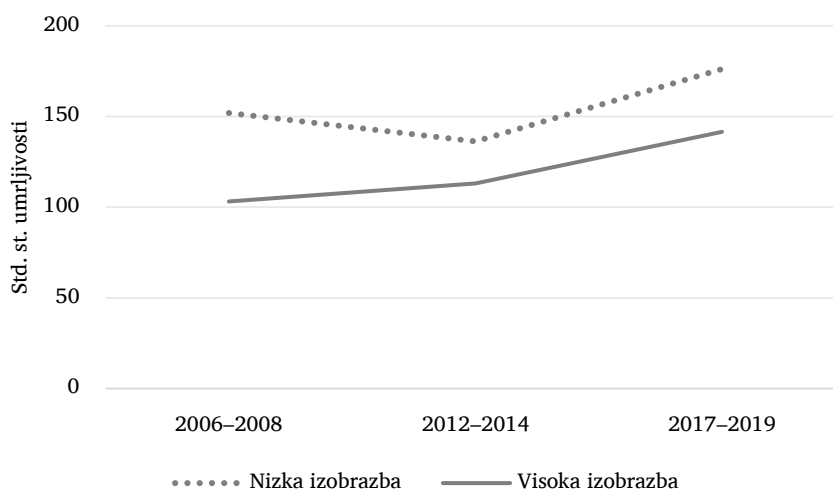


Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46).

Slika 1.9.3: Standardizirana stopnja umrljivosti (/100.000) odraslih, starejših od 64 let, zaradi padcev po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2017–2019.

Nizko izobraženi starejši (nad 64 let) so imeli statistično značilno višjo umrljivost zaradi padcev kot visoko izobraženi (RII = 0,31) (Slika 1.9.3), kar navajajo tudi drugi avtorji (15, 18, 29–31). Če bi nižje izobražena skupina starejših dosegla enako stopnjo umrljivosti, kot jo ima višje izobražena skupina, bi se skupna stopnja umrljivosti starejših zaradi padcev zmanjšala za 13,2 %.

Razlike v umrljivosti starejših zaradi padcev glede na izobrazbo so bile statistično značilne pri moških, pri čemer so imeli nizko izobraženi moški statistično značilno višjo umrljivost kot visoko izobraženi (RII = 0,52). Pri ženskah razlik v umrljivosti zaradi padcev ni bilo mogoče potrditi, čeprav v raziskavah ugotavljajo neenakosti zaradi izobrazbe tudi pri starejših ženskah (10, 11). Neenakosti se največkrat razlagajo z boljšim zdravjem višje izobraženih ljudi, kar vpliva na nižjo incidenco padcev in zlomov ter poveča njihove možnosti za preživetje (11). Z višjo izobrazbo so namreč povezani zaščitni dejavniki, kot so boljša prehrana, več telesne dejavnosti, manj kajenja in pitja alkohola, bolj dosledno jemanje bifosfonatov, pa tudi boljša dostopnost do rehabilitacije in bolj primerna nastanitev (18, 19, 30, 32, 33).



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46).

Slika 1.9.4: Trend vrzeli umrljivosti odraslih, starejših od 64 let, zaradi padcev po izobrazbi, Slovenija, 2006–2019.

V obdobju 2006–2019 je umrljivost starejših zaradi padcev statistično značilno naraščala pri nižje ($p = 0,002$) in višje ($p = 0,027$) izobraženih starejših odraslih, spreminjanja vrzeli v umrljivosti med nizko in visoko izobraženimi pa ni bilo mogoče potrditi (Slika 1.9.4). Umrljivost je naraščala le pri ženskah z nizko ($p < 0,001$) in visoko ($p = 0,024$) izobrazbo, pri moških pa trend ni bil statistično značilen. Incidenca zloma kolka v Sloveniji po letu 2007 kaže trend padanja (34), zato bi pričakovali, da bo padala tudi umrljivost, saj se zadnjih deset let v razvitih državah umrljivost eno leto po zlomu kolka zmanjšuje ne glede na starost, spol in komorbidnost poškodovancev, kar razlagajo predvsem z napredkom pri zdravljenju in rehabilitaciji pacientov po zlomu kolka ter sekundarni preventivi zloma kolka (35, 36).

1.9.4 Zaključki

V Sloveniji zaznavamo občutne neenakosti v umrljivosti odraslih zaradi nezgod, ki so povezane z različno stopnjo izobrazbe. Vendar neenakosti v umrljivosti zaradi vzrokov, ki jih je mogoče preprečiti, pomenijo tudi priložnost, da zmanjšamo umrljivost in izboljšamo zdravje prebivalcev. Rezultati namreč kažejo, da bi lahko skupno umrljivost odraslih zaradi nezgod zmanjšali za 40 %, če bi zmanjšali umrljivost nizko izobraženih odraslih na stopnjo, kot jo imajo visoko izobraženi. V programih preprečevanja poškodb in promocije varnosti bi morali zato posebno pozornost posvetiti ljudem z nižjo izobrazbo, saj so intervencije na splošno bolj učinkovite med osebami z višjo izobrazbo (15, 18).

1.9.5 Literatura

1. Rok Simon M, Nadrag P. Breme zaradi poškodb v Sloveniji. In: Rok Simon M, editor. Poškodbe v Sloveniji – zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo? Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013:16–21.
2. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European Countries. *N Engl J Med*. 2008; 358:2468–81.
3. Sengoelge M, Leithaus M, Braubach M, Laflamme L. Are There Changes in Inequalities in Injuries? A Review of Evidence in the WHO European Region. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(4):653. doi: 10.3390/ijerph16040653.
4. Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Deboosere P, Eikemo TA, Hoffmann R, et al. Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: a test of the “fundamental causes” theory of social inequalities in health. *Soc Sci Med*. 2015; 127:51–62.
5. Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, et al. The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*. 2016; 315:1750–66.
6. Blakely T, Disney G, Atkinson J, Teng A, Mackenbach JP. A typology for charting socioeconomic mortality gradients: "Go Southwest". *Epidemiology*. 2017; 28:594–603.
7. Welsh J, Joshy G, Moran L, Soga K, Law HD, Butler D. Education-related inequalities in cause-specific mortality: first estimates for Australia using individual-level linked census and mortality data. *Int J Epidemiol*. 2022; 50(6):1981–94. doi: 10.1093/ije/dyab080.
8. Camilloni L, Farchi S, Chini F, Giorgi Rossi P, Borgia P, Guasticchi G. How socioeconomic status influences road traffic injuries and home injuries in Rome. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2013; 20(2):134–43. doi: 10.1080/17457300.2012.692695.
9. Kruithof N, de Jongh MA, de Munter L, Lansink KW, Polinder S. The effect of socio-economic status on non-fatal outcome after injury: A systematic review. *Injury*. 2017; 48(3):578–90. doi: 10.1016/j.injury.2017.01.013.
10. Kiadaliri AA, Turkiewicz A, Englund M. Educational inequalities in falls mortality among older adults: population-based multiple cause of death data from Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2018; 72(1):68–70. doi: 10.1136/jech-2017-209616.
11. Omsland TK, Eisman JA, Naess Ø, Center JR, Gjesdal CG, Tell GS, et al. Educational Inequalities in Post-Hip Fracture Mortality: A NOREPOS Study. *J Bone Miner Res*. 2015; 30(12):2221–8. doi: 10.1002/jbmr.2579.
12. Robinson A, Laverty C, Bell C. Health Inequalities. NI Health & Social Care Inequalities Monitoring System - Regional 2014. Belfast: Public Health Information & Research Branch, Information Analysis Directorate, 2014. Accessed January 17th, 2022 at: <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/hscims-2014-bulletin.pdf>.
13. Renard F, Devleeschauwer B, Speybroeck N, Deboosere P. Monitoring health inequalities when the socio-economic composition changes: are the slope and relative indices of inequality appropriate? Results of a simulation study. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):662. doi: 10.1186/s12889-019-6980-1.
14. Saeednejad M, Sadeghian F, Fayaz M, Rafael D, Atlasi R, Kazemzadeh Houjaghan A, et al. Association of Social Determinants of Health and Road Traffic Deaths: A Systematic Review. *Bull Emerg Trauma*. 2020; 8(4):211-7. doi: 10.30476/beat.2020.86574.
15. Lindéus M, Englund M, Kiadaliri AA. Educational inequalities in fracture-related mortality using multiple cause of death data in the Skane region, Sweden. *Scand J Public Health*. 2020; 48(1):72–9. doi: 10.1177/1403494818807831.

16. Borrell C, Plasència A, Huisman M, Costa G, Kunst A, Andersen O, et al. Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings. *Inj Prev*. 2005; 11(3):138–42. doi: 10.1136/ip.2004.006346.
17. Lomia N, Berdzuli N, Sharashidze N, Sturua L, Pestvenidze E, Kereselidze M, et al. Socio-Demographic Determinants of Road Traffic Fatalities in Women of Reproductive Age in the Republic of Georgia: Evidence from the National Reproductive Age Mortality Study (2014). *Int J Womens Health*. 2020; 12:527–37. doi: 10.2147/IJWH.S244437.
18. Valentin G, Pedersen SE, Christensen R, Friis K, Nielsen CP, Bhimjiyani A, et al. Socio-economic inequalities in fragility fracture outcomes: a systematic review and meta-analysis of prognostic observational studies. *Osteoporos Int*. 2020; 31(1):31–42. doi: 10.1007/s00198-019-05143-y.
19. Khlát M, Ravaud JF, Brouard N, Chau N, Lorhandicap Group. Occupational disparities in accidents and roles of lifestyle factors and disabilities: a population-based study in north-eastern France. *Public Health*. 2008; 122(8):771–83. doi: 10.1016/j.puhe.2007.09.012.
20. Oliveira CM, Alves SM, Pina MF. Marked socioeconomic inequalities in hip fracture incidence rates during the Bone and Joint Decade (2000-2010) in Portugal: age and sex temporal trends in a population based study. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 70(8):755–63. doi: 10.1136/jech-2015-206508.
21. Stickley A, Baburin A, Jasilionis D, Krumins J, Martikainen P, Kondo N, et al. Macroeconomic changes and educational inequalities in traffic fatalities in the Baltic countries and Finland in 2000-2015: a register-based study. *Sci Rep*. 2021; 11(1):2397. doi: 10.1038/s41598-021-81135-5.
22. Atalay K, Edwards R, Schurer S, Ubilava D. Lives saved during economic downturns: Evidence from Australia. *Health Econ*. 2021; 30(10):2452–67. doi: 10.1002/hec.4394.
23. Cervini-Plá M, Vall-Castelló J. Business cycle and mortality in Spain. *Eur J Health Econ*. 2021; 22(8):1289–99. doi: 10.1007/s10198-021-01336-7.
24. Kopelias P, Misokefalou E, Tsantsanoglou A. Evaluation of road safety level during a recession period: A comparison using safety and economic factors. *Adv Transp Stud*. 2016; 38:121–34.
25. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013; 382(9890):392. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61665-7.
26. He MH. Driving through the Great Recession: Why does motor vehicle fatality decrease when the economy slows down? *Soc Sci Med*. 2016; 155:1–11.
27. Sivak M, Schoettle B. Toward understanding the recent large reductions in U.S. road fatalities. *Traffic Inj Prev*. 2010; 11:561–6. doi: 10.1080/15389588.2010.520140.
28. Cotti C, Tefft N. Decomposing the relationship between macroeconomic conditions and fatal car crashes during the great recession: Alcohol- and non-alcohol-related accidents. *B E J Econ Anal Policy*. 2011; 11:48.
29. Edwards NM, Varnum C, Overgaard S, Pedersen AB. Impact of socioeconomic status on the 90- and 365-day rate of revision and mortality after primary total hip arthroplasty: a cohort study based on 103,901 patients with osteoarthritis from national databases in Denmark. *Acta Orthop*. 2021; 92(5):581–8. doi: 10.1080/17453674.2021.1935487.
30. Weiss R J, Kärrholm J, Rolfson O, Hailer N P. Increased early mortality and morbidity after total hip arthroplasty in patients with socioeconomic disadvantage: a report from the Swedish Hip Arthroplasty Register. *Acta Orthop*. 2019; 90 264–9.
31. Patel R, Bhimjiyani A, Ben-Shlomo Y, Gregson CL. Social deprivation predicts adverse health outcomes after hospital admission with hip fracture in England. *Osteoporos Int*. 2021; 32(6):1129–41. doi: 10.1007/s00198-020-05768-4.

32. Schnohr C, Højbjerg L, Riegels M, Ledet L, Larsen T, Schultz-Larsen K, et al. Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity, and obesity on mortality? A prospective population study. *Scand J Public Health*. 2004; 32(4):250–6. doi: 10.1080/14034940310019489.
33. Devold HM, Furu K, Skurtveit S, Tverdal A, Falch JA, Sogaard AJ. Influence of socioeconomic factors on the adherence of alendronate treatment in incident users in Norway. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2012; 21(3):297–304. doi: 10.1002/pds.2344.
34. Rok Simon M. Padci starejših odraslih – naraščajoči problem javnega zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020.
35. Downey C, Kelly M, Quinlan JF. Changing trends in the mortality rate at 1-year post hip fracture - a systematic review. *World J Orthop*. 2019; 10(3):166–75. doi: 10.5312/wjo.v10.i3.166.
36. Pedersen AB, Ehrenstein V, Szépligeti SK, Lunde A, Lagerros YT, Westerlund A, et al. Thirty-five-year Trends in First-time Hospitalization for Hip Fracture, 1-year Mortality, and the Prognostic Impact of Comorbidity: A Danish Nationwide Cohort Study, 1980-2014. *Epidemiology*. 2017; 28(6):898–905. doi: 10.1097/EDE.0000000000000729.

1.10 Dostopnost do dolgotrajne oskrbe

Mateja Nagode, Eva Helena Šarec, Andrej Srakar

1.10.1 Uvod

Da je dolgotrajna oskrba področje, soočeno z mnogimi družbeni izzivi, ni značilno le za Slovenijo, pač pa za sodobno družbo nasploh. Ker naša družba postaja dolgoživa ter se potrebe po dolgotrajni oskrbi neprestano spreminjajo in povečujejo, se države članice EU, ne glede na to, da dolgotrajno oskrbo urejajo in organizirajo na različne načine, soočajo s podobnimi izzivi. Ti so, kako zagotoviti (1) enako dostopnost in razpoložljivost storitev dolgotrajne oskrbe za vse, ki jo potrebujejo; kako zagotoviti visoko kakovost storitev dolgotrajne oskrbe; kako zagotoviti ustrezno delovno silo za dolgotrajno oskrbo z dobrimi delovnimi pogoji in podporo neformalnim oskrbovalcem ter kako urediti financiranje dolgotrajne oskrbe v času naraščajočega povpraševanja po oskrbi. Pravica do cenovno dostopnih in kakovostnih storitev dolgotrajne oskrbe, zlasti oskrbe na domu in skupnostnih storitev, je vključena tudi v Evropski steber socialnih pravic (2).

V prispevku naslavljamo zlasti koncept dostopa oziroma dostopnosti dolgotrajne oskrbe, ki je pomemben tako za zagotavljanje enakih pogojev kot tudi kakovosti storitev. Koncept lahko merimo v različnih dimenzijah, kot so na primer cenovna dostopnost oskrbe, časovna dostopnost oskrbe, razpoložljivost oskrbe in podobno, v tem prispevku pa nanj pogledamo skozi kazalnike, ki so se za spremljanje dostopnosti do dolgotrajne oskrbe uveljavili tudi na mednarodni ravni (3). Najprej prikažemo anketni kazalnik o neizpolnjenih potrebah po dolgotrajni oskrbi, nato analiziramo vključenost v formalno oskrbo na domu ter navsezadnje prikažemo še mednarodno primerjavo izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Delež javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo je namreč pokazatelj, kako dostopne so formalne oblike dolgotrajne oskrbe. Več javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo zagotavlja večjo finančno dostopnost dolgotrajne oskrbe in večjo finančno zaščito prebivalstva pred neposrednimi izdatki za dolgotrajno oskrbo in neizpolnjenimi potrebami (4, 5). Vsi omenjeni vidiki imajo (ne)posreden vpliv tudi na neenakosti v zdravju in jih je nujno obravnavati z medsektorskim povezovanjem.

1.10.2 Raziskovalni pristop

V prispevku, kjer nas zanima predvsem analiza stanja na nacionalni ravni in tudi primerjava z evropskim prostorom, uporabljamo podatke Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE)⁵, ki je multidisciplinarna in čeznacionalna panelna raziskava mikropodatkov o zdravju, socialno-ekonomskem

⁵ V tem prispevku uporabimo podatke 4., 5. in 6. vala raziskave SHARE (10.6103/SHARE.w4.700, 10.6103/SHARE.w5.700, 10.6103/SHARE.w6.700), glej Börsch-Supan in drugi (25) za podrobnosti v zvezi z metodologijo. Zbirko podatkov SHARE večinoma financira Evropska komisija prek FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) in FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Iskreno se zahvaljujemo za dodatno financiranje, prejeto od nemškega Ministrstva za izobraževanje in raziskave, Združenja za napredek v znanosti Maxa Plancka, Nacionalnega inštituta ZDA za staranje (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) in iz različnih virov nacionalnega financiranja (glej www.share-project.org). Zlasti smo hvaležni za finančno podporo Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport RS.

statusu ter socialnih in družinskih omrežjih prek 140.000 posameznikov, starih 50 let ali več. Raziskava zajema 27 evropskih držav in Izrael. Uporabljamo podatke 4., 5. in 6. vala raziskave.

Kazalnik neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi vključuje osebe v starosti 50 let ali več, ki potrebujejo pomoč pri vsaj enem osnovnem dnevnem opravilu (*angl.* basic activities of daily living – ADL), a pomoči ne prejmejo. Standardiziran kazalnik, ki bi meril neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi, na mednarodni ravni sicer še ni vpeljan.

Kazalnik vključenosti v organizirano oskrbo na domu vključuje osebe v starosti 65 let ali več (primerjamo tudi z osebami v starosti 80 let in več), ki zaradi fizičnih, psihičnih, čustvenih ali spominskih težav na svojem domu prejemajo katero od profesionalnih ali plačanih storitev (npr. pomoč pri osebni negi, domačih opravilih, drugih aktivnostih, dostavo hrane ipd.). Kazalnik ne vključuje neformalne oskrbe.

Izdatki za dolgotrajno oskrbo se na mednarodni ravni spremljajo po metodologiji sistema zdravstvenih računov (6), v okviru katere se je oblikovala tudi mednarodna definicija dolgotrajne oskrbe⁶. Izdatki za dolgotrajno oskrbo se spremljajo za zdravstveni del in za socialni del dolgotrajne oskrbe. V zdravstveni del spadajo storitve dolgotrajne zdravstvene nege in osebne nege (pomoč pri osnovnih dnevni opravilih – ADL), vključno z paliativno oskrbo ter tudi stroški namestitve v institucionalni oskrbi (domovi za starejše, negovalni domovi, podaljšano bolnišnično zdravljenje). Socialni del dolgotrajne oskrbe vključuje storitve dolgotrajne oskrbe, pri kateri prevladujejo podporne storitve dolgotrajne oskrbe (IADL). V zadnjih desetih letih je bil na mednarodni ravni narejen precejšen napredek v poročanju izdatkov za zdravstvo, vendar so podatki za socialni del dolgotrajne oskrbe še vedno pomanjkljivi in slabo primerljivi, zato je v tem prispevku v mednarodni primerjavi prikazan le zdravstveni del dolgotrajne oskrbe. V Sloveniji podatke o izdatkih za dolgotrajno oskrbo zbira in objavlja Statistični urad Republike Slovenije že od leta 2005. Podatki o javnih in zasebnih izdatkih so razpoložljivi tako za zdravstveni kot tudi za socialni del dolgotrajne oskrbe. V dolgem obdobju so se podatki izboljševali, zato so danes lahko kakovostna podlaga za spremljanje področja dolgotrajne oskrbe (več v (7)).

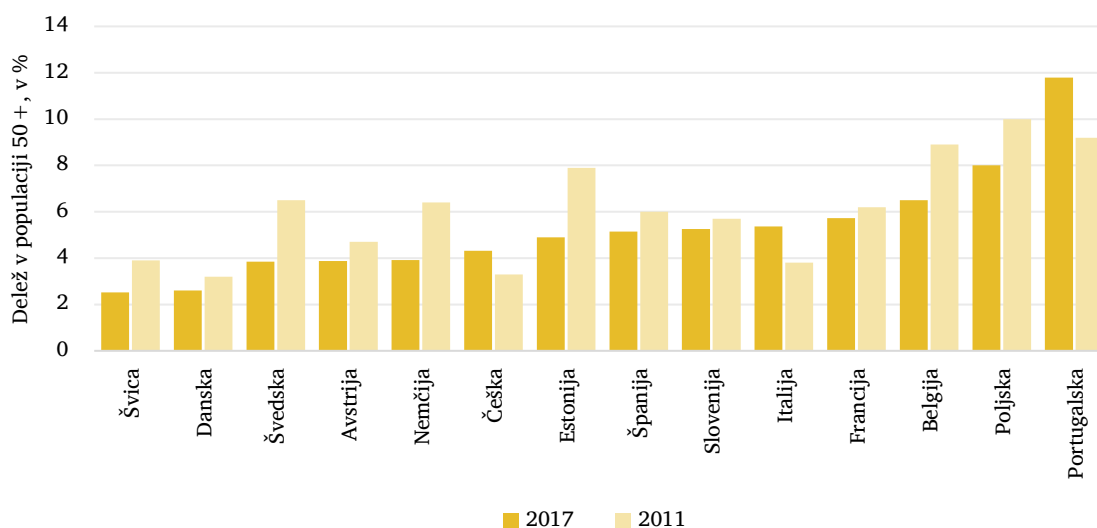
1.10.3 Rezultati z diskusijo

V nadaljevanju skozi koncept dostopnosti prikazujemo neenakosti na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, rezultate osvetlimo tudi v evropskem kontekstu. Kot smo že omenili, se osredotočimo na tri vidike, in sicer najprej na neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi, nato na vključenost v organizirano oskrbo na domu ter nazadnje še na financiranje dolgotrajne oskrbe.

⁶ Dolgotrajna oskrba je definirana kot niz storitev in pomoči osebam, ki so zaradi duševne in/ali fizične oslabelosti in/ali invalidnosti v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju dnevnih opravil in/ali potrebujejo stalno zdravstveno nego. Dnevna opravila so lahko tista, ki jih oseba, ki potrebuje pomoč, opravlja vsak dan (osnovna dnevna opravila (*angl.* ADL – basic activities of daily living), kot so kopanje, oblačenje, prehranjevanje, vstajanje in posedanje v posteljo ali stol, premikanje, uporaba stranišča in nadzor nad delovanjem mehurja in črevesja) ali pa so povezana s samostojnim življenjem (podporna dnevna opravila (*angl.* IADL – instrumental activities of daily living), kot so priprava obroka, upravljanje denarja, nakupovanje živil ali osebnih predmetov, opravljanje lahkih ali težkih gospodinjskih opravil in uporaba telefona) (1).

1.10.3.1 Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi

Neizpolnjene potrebe nastanejo, kadar oskrba ni dostopna ali je nezadostna. Po podatkih SHARE v Sloveniji v letu 2017 ni imelo izpolnjenih potreb po dolgotrajni oskrbi 5,3 % oseb, starih 50 let in več, kar pomeni, da 44.500 oseb ni prejelo nobene oskrbe znotraj gospodinjstva ali zunaj njega, kljub temu da so potrebovali pomoč vsaj pri enem osnovnem dnevnem opravilu (ADL). Ta delež se je v primerjavi s preteklimi leti nekoliko znižal, in sicer s 5,7 % v letu 2011. V nekaterih evropskih državah po drugi strani beležimo bistveno večje odstopanje, na primer na Portugalskem se je delež neizpolnjenih potreb po dolgotrajni oskrbi v tem obdobju povečal za 2,6 odstotne točke, na Švedskem pa znižal za 2,7 odstotne točke (Slika 1.10.1).



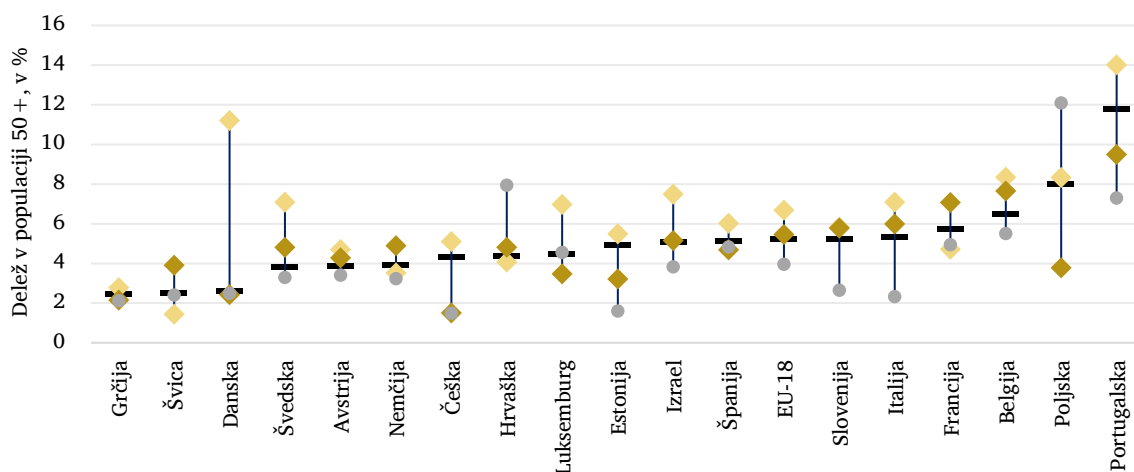
Vir: SHARE, 6. val (2017), 4. val (2011); preračuni IER.

Slika 1.10.1: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi, Slovenija in države EU, 2017.

Slovenija se s 5,3-odstotnim deležem uvršča prav v povprečje držav EU-18, za katere so razpoložljivi podatki (Slika 1.10.2). Podoben delež neizpolnjenih potreb med starejšimi od 50 let beležimo tudi v Španiji (5,2 %) in Italiji (5,4 %). Nekoliko višji delež neizpolnjenih potreb po dolgotrajni oskrbi imajo v Franciji (5,7 %), v Belgiji (6,5 %); na Poljskem (8,0 %) je ta delež še višji, izrazito visok delež pa je na Portugalskem (11,8 %). Med državami z najmanj neizpolnjenimi potrebami po dolgotrajni oskrbi so Grčija (2,5 %), Švica (2,5 %) in Danska (2,6 %).

Obstajajo razlike v neizpolnjenih potrebah glede na dohodek ljudi, starih 50 let in več (Slika 1.10.2). V povprečju oziroma za vse države skupaj velja, da ima neizpolnjenih potreb po dolgotrajni oskrbi več oseb, ki so v spodnjem dohodkovnem tercilu (6,7 %) v primerjavi z zgornjim (4,0 %). Za Slovenijo velja podobno (5,8 % iz spodnjega tercila, 5,8 % iz srednjega in 2,7 % iz zgornjega). Vrzal med spodnjim in zgornjim tercilom, ki kaže na problem neenakosti v dostopnosti do dolgotrajne oskrbe glede na dohodek, v Sloveniji znaša 3,2 odstotne točke, med državami iz raziskave SHARE pa je najvišja na Danskem (8,7 odstotne točke).

Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi vodijo v poslabšanje zdravstvenega stanja in povečanje primerov akutne zdravstvene obravnave ter s tem tudi k višji rasti izdatkov za zdravstvo. Vse več je bolnikov s kroničnimi boleznimi in različnimi stanji, ki povečujejo njihovo odvisnost od tuje pomoči in trajajo daljše časovno obdobje. Kronične bolezni zahtevajo vse širšo, dolgotrajno ter integrirano zdravstveno in socialno oskrbo. Hkrati lahko različne socialne storitve dolgotrajne oskrbe (pomoč pri podpornih dnevni opravilih (IADL), socialna rehabilitacija, aktivnosti za starejše itd.), ki so praviloma cenejše od zdravstvenih storitev, prispevajo k ohranjanju zdravja starejših ljudi in znižanju neenakosti v zdravju (23).

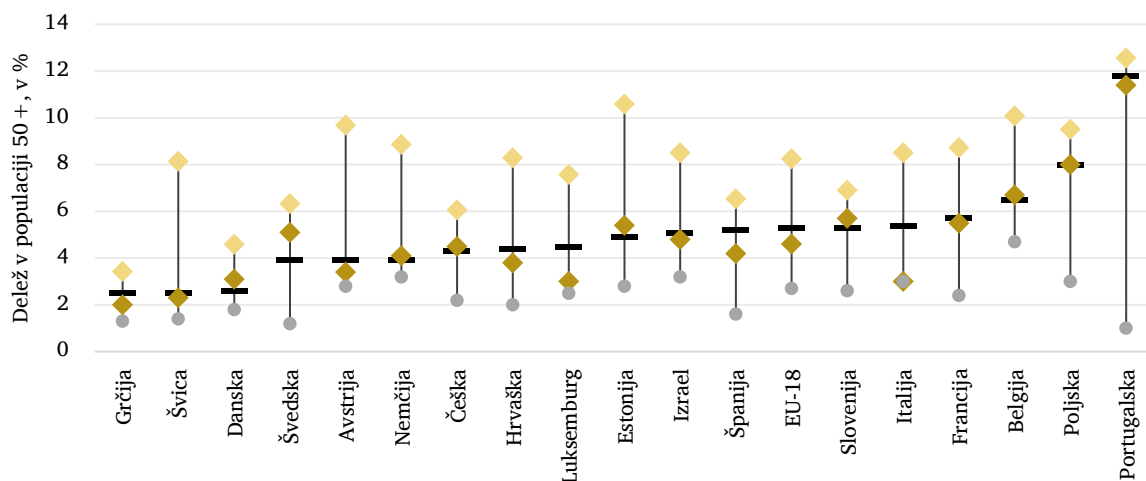


– Nezadovoljene potrebe po dolgotrajni oskrbi (odstotek v 50+) ◆ Spodnji tercil ◆ Srednji tercil ● Zgornji tercil

Vir: SHARE, 6. val (2017); preračuni IER.

Slika 1.10.2: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na dohodek, Slovenija in države EU, 2017.

Glede na izobrazbeno raven (Slika 1.10.3) podatki kažejo, da praktično v vseh državah obstaja vrzel v neizpoljenih potrebah po dolgotrajni oskrbi med nižje in visoko izobraženimi. Ta vrzel je najvišja na Portugalskem, kjer je imelo v 2017 neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi za 11,6 odstotne točke več tistih z nižjo izobrazbo v primerjavi z visoko izobraženimi. Delež slednjih je namreč na Portugalskem tudi med najnižjimi v EU-18 (1 %, starih 50 let ali več). Prav tako beležimo na Portugalskem visok delež med starejšimi s srednješolsko izobrazbo. Segment starejše populacije s srednjo izobrazbo je sicer v večini držav nekje na sredini med nižje in visoko izobraženimi, nasprotno kot na Portugalskem pa je na primer v Švici, kjer je delež neizpoljenih potreb po dolgotrajni oskrbi izrazito višji med nižje izobraženimi (8,1 %), medtem ko je delež tako med srednje (2,3 %) kot visoko izobraženimi bistveno nižji (1,4 %). V Grčiji, kjer beležimo tudi najnižjo stopnjo neizpoljenih potreb, je vrzel v neizpoljenih potrebah med nižje in visoko izobraženimi najmanjša (2,1 odstotne točke), na ravni EU-18 pa ta znaša 5,6 odstotne točke.



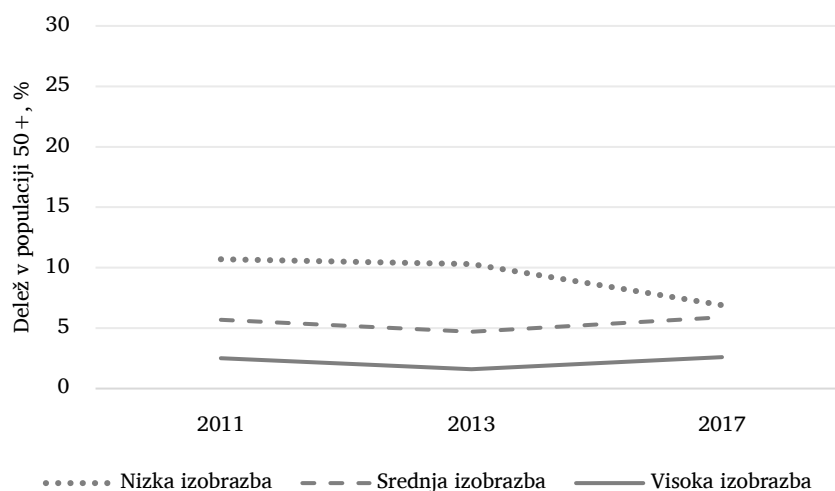
– Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi (% v 50+) ◆ Nizka izobrazba ◆ Srednja izobrazba ● Visoka izobrazba

Vir: SHARE, 6. val (2017); preračuni IER.

Slika 1.10.3: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2017.

V Sloveniji je vrzel nižja kot v povprečju držav EU-18, kljub temu ta ni zanemarljiva. Leta 2017 je imelo neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi 6,9 %, starejših od 50 let z nizko, 5,7 % s srednjo in 2,6 % z visoko izobrazbo, kar je pokazatelj, da imajo v primerjavi z visoko izobraženimi, v večji meri neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi tako tisti z nižjo kot tisti s srednjo izobrazbo. Poleg izobrazbene vrzeli, pa na podlagi podatkov SHARE za leto 2013 (5. val) pa nekatere raziskave (9) opozarjajo še na vrzel glede na urbaniziranost okolja, saj je v primerjavi z urbanim okoljem več starejših ljudi z neizpolnjenimi potrebami po dolgotrajni oskrbi v ruralnem okolju.

V veliki večini držav, ki so sodelovale v vseh treh valih raziskave SHARE v obdobju od 2011 do 2017, opazamo, da so se neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi v tem obdobju zmanjšale (Slika 1), najbolj izrazito na primer v Estoniji (s 7,9 % na 4,9 %) in na Švedskem (s 6,5 % na 3,9 %). Po drugi strani pa so se v nekaterih državah tudi povečale, kar pa se najizraziteje kaže na Portugalskem (z 9,2 % na 11,8 %). Za Slovenijo ugotavljamo, da sodi v tisti sklop držav, kjer so se neizpolnjene potrebe ljudi, starih 50 let ali več, v tem obdobju v povprečju le malenkost zmanjšale (za 0,4 odstotne točke), podobno se na primer kaže tudi v Franciji (za 0,5 odstotne točke). Se pa je v Sloveniji v tem obdobju znižala vrzel med nižje in visoko izobraženimi (z 8,3 odstotne točke na 4,2 odstotne točke), zlasti na račun manjšega deleža nižje izobraženih (z 10,7 % v 2011 na 6,9 % v 2017) (Slika 1.10.4).



Vir: SHARE, 6. val (2017), 5. val (2013); 4. val (2011); preračuni IER.

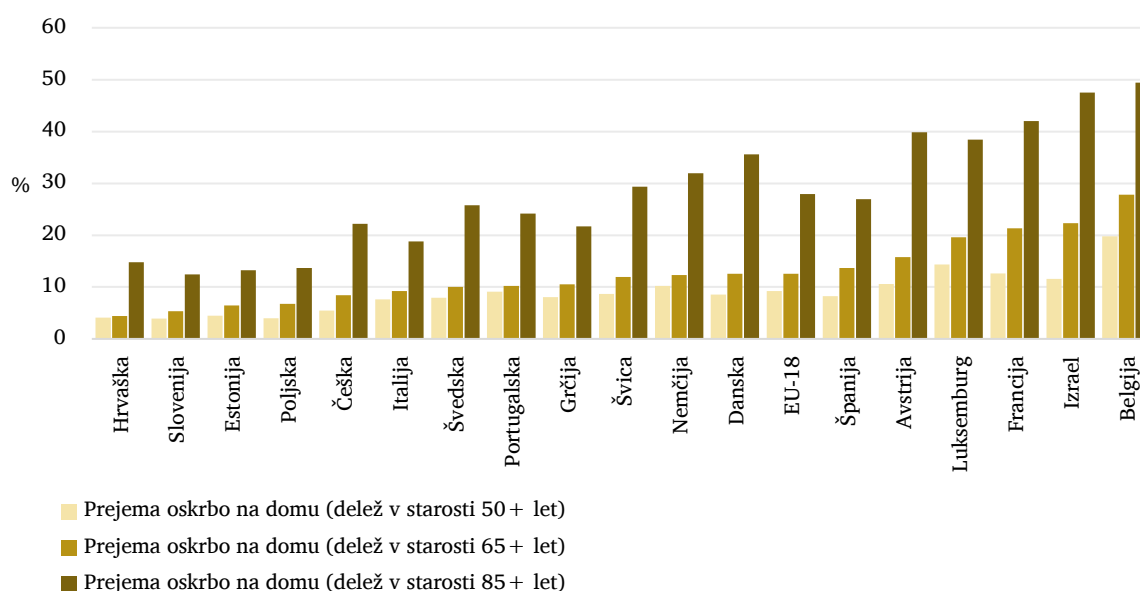
Slika 1.10.4: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija 2011, 2013, 2017.

Sprememba v smeri zmanjšanja neizpoljenih potreb po dolgotrajni oskrbi, zlasti med nižje izobraženimi, je verjetno povezana z ugodnejšimi gospodarskimi razmerami ter deloma s sprejemom novele zakona o socialnovarstvenih prejemkih v začetku leta 2017, ki je odpravila vpis zaznambe na nepremičninah za upravičence do denarne socialne pomoči in varstvenega dodatka. Navedeno lahko povežemo z ugotovitvami raziskave na področju socialnovarstvene storitve pomoč na domu (8), ki med ključnimi dejavniki neizpoljenih potreb po pomoči na domu poleg individualnih (npr. finančna zmožnost uporabnikov in njihovih svojcev, obstoj neformalne pomoči) identificira še naslednje strukturne dejavnike: cenovna nedostopnost storitev, čakalne vrste in preobremenjenost ali pomanjkanje kadra, ki zagotavlja oskrbo.

1.10.3.2 Vključenost v organizirano oskrbo na domu

Eden izmed značilnih trendov v Evropi je postavljanje dolgotrajne oskrbe na domu v ospredje ter krepitev povezovanja med formalno in neformalno oskrbo (10, 11). Slovenija v tem oziru ne kotira prav visoko, saj sodi med države, kjer tovrstne storitve oz. oskrba, kljub strateški nameri države po njeni razširitvi, še vedno niso dovolj razvite in razširjene. To ponazarja OECD-jev kazalnik vključenosti populacije v starosti 65 in več let v oskrbo na domu, ki temelji na administrativnih podatkih (več o metodologiji izračuna v (7)). S 5,9 % populacije v starosti vsaj 65 let, vključene v dolgotrajno oskrbo na domu, se Slovenija glede na OECD-jev kazalnik uvršča približno na sredino kontinuuma, kjer so na enem polu države vzhodne in južne Evrope z majhnim deležem vključenosti (npr. Estonija 3,5 % in Portugalska 0,7 %), na drugem pa nordijske (Švedska 11,8 %, Norveška 11,6 % in Finska 6,8 %) in nekatere države celinske Evrope (Nemčija 8,9 %, Nizozemska 13,1 % in Švica 14,8 %), kjer je delež populacije (stare vsaj 65 let), vključene v dolgotrajno oskrbo na domu, velik oziroma največji.

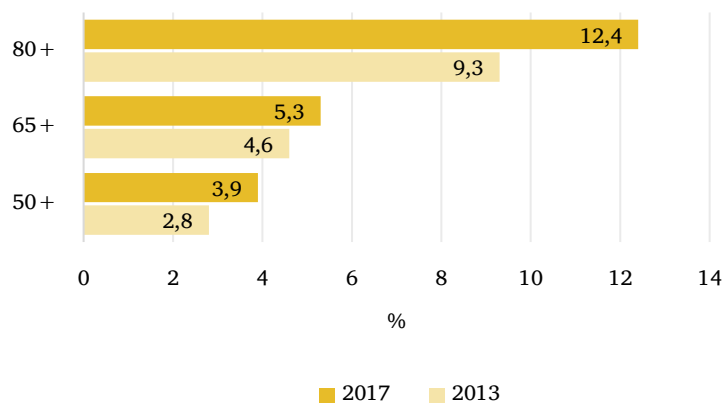
Podobno kažejo tudi anketni podatki, ki jih prikazujemo v tem prispevku, in sicer, da je v Sloveniji v letu 2017 organizirano oskrbo na domu prejemale 5,3 % oseb, starih 65 let ali več, kar predstavlja zelo nizek delež vključenosti v primerjavi z drugimi evropskimi državami, ki sodelujejo v raziskavi SHARE. Nižji je bil le še na Hrvaškem. Manj kot 10-odstotno vključenost v organizirano oskrbo na domu beležimo še v Estoniji, na Poljskem, Češkem in v Italiji. Na drugem polu je Belgija s skoraj 30 % oseb v starosti 65 ali več let, ki so v letu 2017 prejemale organizirano oskrbo na domu. Visoko vključenost, tj. nad 20-odstotno, beležimo še v Izraelu in Franciji (Slika 1.10.5). Podatki SHARE tudi kažejo, da je delež vključenih v oskrbo na domu nižji, če opazujemo populacijo, staro nad 50 let, in bistveno višji med najstarejšimi ljudmi, tj. v starosti 80 let in več, saj potreba po oskrbi s starostjo narašča. Na ravni EU-18 je v organizirano oskrbo na domu tako vključenih 28 % starejših od 80 let, 12,9 % starejših od 65 let ter 9,2 % starih 50 let ali več.



Vir: SHARE, 6. val (2017); preračuni IER.

Slika 1.10.5: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na starost (50+ let, 65+ let, 80+ let), Slovenija in države EU, 2017.

Ob primerjavi vključenosti v organizirano oskrbo na domu z letom 2013 za Slovenijo velja, da se je do leta 2017 vključenost oseb, starih 65 ali več let, in starih 50 let in več povečala le nekoliko, medtem ko se je pri starih 80 let in več povečala z 9,3 % (2013) na 12,4 % (2017) (Slika 1.10.6). Podobno kažejo podatki Inštituta RS za socialno varstvo (12) za socialnovarstveno storitev pomoč družini na domu, kjer se med uporabniki pomoči na domu glede na starost povečuje predvsem delež najstarejših uporabnikov, torej starih 80 let in več (leta 2011 je bilo med vsemi uporabniki 57,6 % starih 80 let in več, leta 2020 pa 66,6 %).

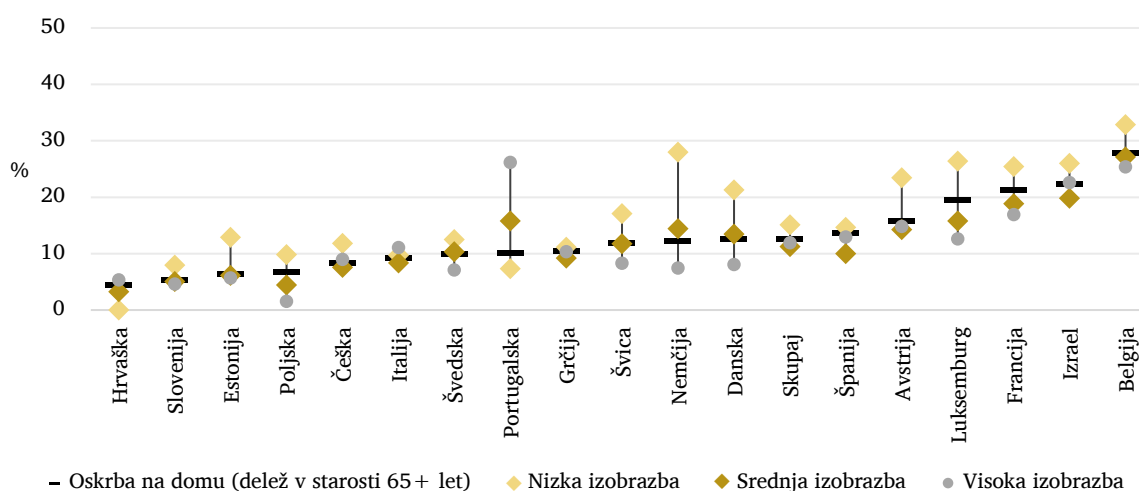


Vir: SHARE, 6. val (2017), 5. val (2013); preračuni IER.

Slika 1.10.6: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na starost (50+ let, 65+ let, 80+ let), Slovenija, 2013, 2017.

Praktično v vseh državah obstaja razlika v vključenosti v organizirano oskrbo na domu med nizko in visoko izobraženimi. Najvišja je razlika v Nemčiji (28 % vs. 7,5 %). Načeloma za vse države velja, da ima večji delež oseb, vključenih v organizirano oskrbo na domu, nižjo (15,1 % za vse države skupaj) in manjši delež srednje (11,2 %) ali visoko izobrazbo (11,9 % za vse države skupaj), izjema je le Portugalska, kjer je ta delež obraten (7,3 % vs. 26,2 %).

Slovenija je med državami, kjer vrzel v izobrazbi (7,9 % z nizko in 4,6 % z visoko izobrazbo) sicer obstaja, je pa med manjšimi v primerjavi z drugimi državami. V obdobju 2013–2017 se je razlika v vključenosti v organizirano dolgotrajno oskrbo glede na izobrazbo v Sloveniji nekoliko povečala (z 2,8 odstotnih točk na 3,3 odstotne točke), in sicer se je nekoliko povišal delež oseb z nizko in znižal delež oseb z visoko izobrazbo (Slika 1.10.7), kar sovпада tudi s podatkom o večji vključenosti najstarejših ljudi, ki pa imajo v splošnem nižjo izobrazbo pa tudi s podatkom, da se je v obdobju 2011–2017 zmanjšala vrzel med nizko in visoko izobraženimi pri neizpoljenih potrebah po dolgotrajni oskrbi, in sicer se je znižal delež deleža nižje izobraženih.



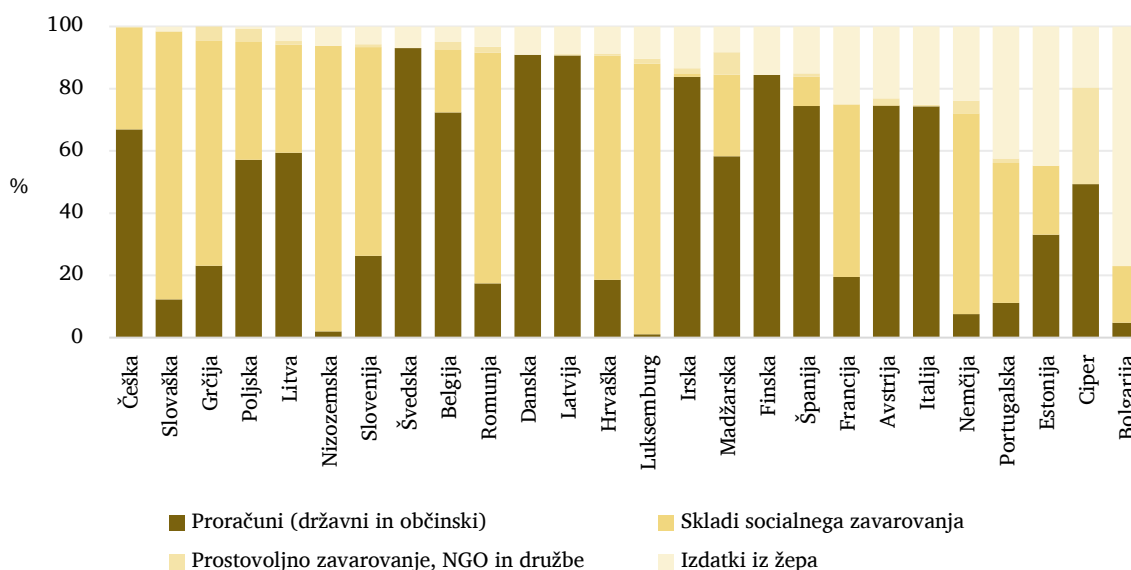
Vir: SHARE, 6. val (2017); preračuni IER.

Slika 1.10.7: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2017.

Večja vključenost nižje v primerjavi z visoko izobraženimi starejšimi ljudmi (65 in več let) v organizirano oskrbo na domu je tako lahko rezultat v splošnem slabšega zdravstvenega stanja in večje krhkosti te populacije, zaradi česar prej nastane potreba tako po zdravstveni kot tudi po dolgotrajni oskrbi. Navedeno lahko povežemo tudi z nekaterimi drugimi podatki, ki pričajo o neenakostih, povezanih z zdravjem. Na primer pričakovano trajanje življenja po 30. letu je pri nižje izobraženih v Sloveniji krajše kot pri višje izobraženih (13), incidenca prezgodnje umrljivosti pred 75. letom je višja med nižje izobraženimi (14) in slabša je tudi samoocena zdravja nižje izobraženih (15). Vse te neenakosti morata naslavljeni tako zdravstvena kot socialna politika.

1.10.3.3 Izdatki za dolgotrajno oskrbo

Prav tako, kot smo opazovali razlike med državami pri deležu neizpolnjenih potreb in vključenosti v organizirano oskrbo na domu, so med njimi pomembne razlike tudi glede financiranja in višine sredstev, ki jih za dolgotrajno oskrbo namenjajo iz javnih virov, ter razmerji med viri, ki se namenjajo za zdravstveni in socialni del dolgotrajne oskrbe. Kot je razvidno iz Slike 1.10.8, se v večini držav stroški za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe v pretežni meri poravnajo iz proračuna in socialnega zavarovanja (3).

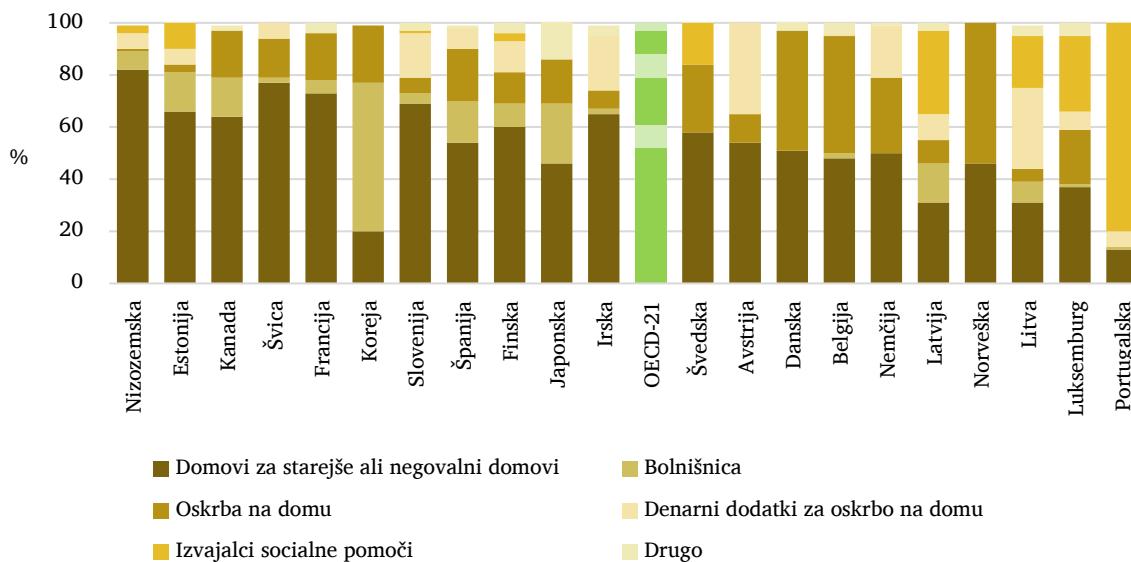


Vir: Eurostat Database.

Slika 1.10.8: Struktura izdatkov za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe po virih financiranja, Slovenija in države Evropske unije, leto 2019.

Mednarodna primerjava za javne izdatke za dolgotrajno oskrbo v letu 2019 je pokazala, da so ti v povprečju v 22-ih EU državah, za katere so razpoložljivi podatki, znašali 1,3 % BDP, v Sloveniji pa še vedno le 1,0 %. V obdobju 2008–2019 je v Sloveniji delež izdatkov za dolgotrajno oskrbo glede na BDP naraščal bistveno počasneje kot v povprečju držav EU in OECD. Čeprav so med državami velike razlike v obsegu javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, pa izstopajo predvsem skandinavske države, Nizozemska in Belgija (med 2 in 4 % BDP) (glej vir 22).

Velike razlike niso le posledica različnih stopenj razvitosti držav, ampak tudi različnih sistemov dolgotrajne oskrbe, različnega vpliva demografskih dejavnikov ter razlik v življenjskih vzorcih, zlasti vloge družine in neformalne oskrbe. V Sloveniji je skoraj tri četrtine celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo namenjenih institucionalni oskrbi v domovih za starejše (69 %) in bolnišnicah (4 %), kar je več kot v večini od 21 OECD držav, za katere so razpoložljivi podatki (3) (Slika 1.10.9).



Vir: (3).

Opomba: Prikazane so države OECD, za katere so razpoložljivi podatki. Kategorija »izvajalci socialne pomoči« vključuje tiste izvajalce, ki se pretežno ukvarjajo s pomočjo pri podpornih dnevnih opravilih (IADL) ali drugo socialno oskrbo. Za več pojasnil glej (7).

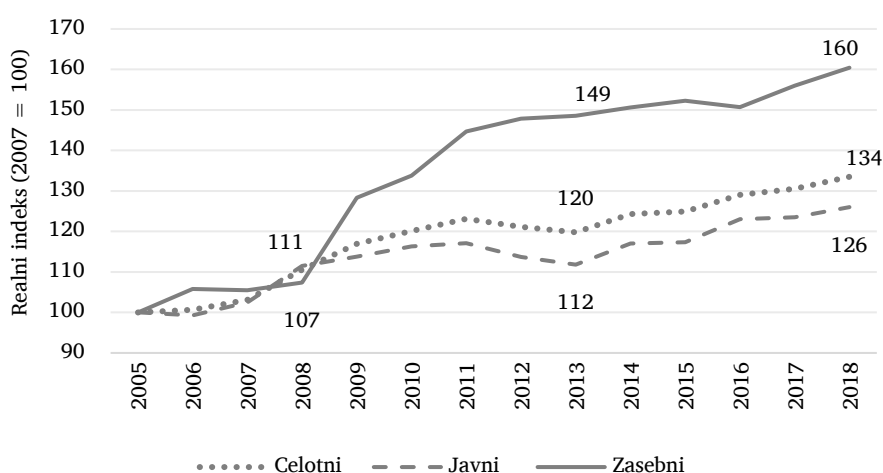
Slika 1.10.9: Struktura celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo po izvajalcih, 2019.

Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo so leta 2019 (24)⁷ v Sloveniji znašali 617 mio EUR, od tega javni izdatki 454 mio EUR in zasebni 162 mio EUR. Večina javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo se financira iz prispevkov za zdravstveno in pokojninsko zavarovanje. V letu 2019 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije za storitve dolgotrajne oskrbe namenil 45 % vseh javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo (32 % celotnih). Sredstva Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije so namenjena storitvam dolgotrajne zdravstvene oskrbe v domovih za starejše in v posebnih socialnovarstvenih zavodih, podaljšanemu bolnišničnemu zdravljenju ter delu patronažne službe. Skoraj četrtino vseh javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo prispeva Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (90 mio EUR), in sicer za dodatke za pomoč in postrežbo. Dodatke deloma pokriva tudi Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Z navedenimi sredstvi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (približno tri četrtine vseh javnih izdatkov) se financira zdravstveni del dolgotrajne oskrbe (ta del izdatkov za dolgotrajno oskrbo spada hkrati tudi k izdatkom za zdravstvo). Preostali (okoli 25 %) javni izdatki so namenjeni za storitve socialne oskrbe, ki se

⁷ (24).

financirajo iz občinskih proračunov. Zasebni izdatki so namenjeni predvsem storitvam dolgotrajne socialne oskrbe in predstavljajo večinoma izdatke za storitve pomoči na domu in doplačila za nastanitev in prehrano v domovih za starejše in drugih oblikah institucionalne oskrbe (21, 24).⁸

V strukturi izdatkov za dolgotrajno oskrbo po virih financiranja pa se je v obdobju 2008–2019 delež javnih izdatkov močno znižal, s 77 % v letu 2008 na le 74 % v letu 2019. V strukturi po namenu pa je vrsto let upadal delež izdatkov za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe, ki je pretežno financiran iz javnih virov: z 72 % v letu 2008 na le 66 % v letu 2018, v letu 2019 pa se je povečal na 68 %, (18, 16, 17, 22). Javni izdatki za dolgotrajno oskrbo so v Sloveniji hitro naraščali v obdobju pred finančno krizo, ko so se odpirale nove kapacitete v domovih za starejše. Sledilo je več kot deset let zelo skromne rasti javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, zlasti za zdravstvene storitve v domovih za starejše in drugih socialnih zavodih ter patronažno varstvo. Razmere za oskrbovance so se tudi zato poslabševale. Ob tem so se zelo hitro povečevali zasebni, neposredni izdatki iz žepa za storitve dolgotrajne oskrbe (Slika 1.10.10), ki naraščajo bistveno hitreje kot v zdravstvu (20). Od leta 2005 do 2018 so se zasebni izdatki za dolgotrajno oskrbo realno povečali kar za 60 %, rast javnih izdatkov je bila bistveno nižja (26 %). V letu 2019 se je delež javnih izdatkov končno nekoliko povešal. Glavni razlog je bil sprejem Zakona o osebni asistenci, ki je z letom 2019 znatno povečal javno financiranje dolgotrajne oskrbe na domu⁹.



Vir: (26) preračun UMAR.

Slika 1.10.10: Primerjava rasti javnih in zasebnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, 2005–2018.

⁸ (24); za več glej (21).

⁹ Javni izdatki za osebno asistenco že tri leta strmo naraščajo, od 3,8 mio EUR v povprečju leta 2018 na 84,4 mio v letu 2020 in 130 mio EUR v letu 2021 (korespondenca po elektronski pošti, 2022). Po mednarodni metodologiji bodo ti izdatki zajeti k javnim izdatkom za dolgotrajno oskrbo (na domu). Leta 2021 je bila sprejeta novela Zakona o osebni asistenci, ki je zaostri pogoje za izvajalce osebne asistencije, predvideva pa tudi ponovno oceno vseh upravičencev do osebne asistencije.

Tabela 1.10.1: Izdatki za dolgotrajno oskrbo po virih financiranja in po namenu, 2009, 2018 in 2019.

	V mio. EUR			V % BDP			Struktura, v %			Realna rast, v %	Povp. letna realna rast, v %
	2008	2018	2019	2008	2018	2019	2009	2018	2019	2019-2018	2008-2019
Dolgotrajna oskrba	349	547	617	0,99	1,19	1,34	100,0	100,0	100,0	2,3	1,9
Po virih financiranja											
javni izdatki	269	400	454	0,77	0,87	0,99	77,2	73,3	73,7	2,0	1,2
zasebni izdatki	80	147	162	0,23	0,32	0,35	22,8	26,7	26,3	2,8	4,2
Po namenu											
zdravstvena oskrba	239	361	421	0,79	0,82	0,87	73,3	66,0	68,3	2,3	0,8
socialna oskrba	87	186	195	0,29	0,42	0,40	26,7	34,0	31,7	2,1	4,8

Vir: (24) in (26), povzeto po (22).

Opomba: za obrazložitev pojmov (dolgotrajna oskrba zdravstvena oskrba, socialna oskrba, javni izdatki, zasebni izdatki) glej (7).

Zaradi epidemije covid-19 se je v letu 2020 povečalo javno financiranje institucionalnega varstva. Zaradi kritičnega pomanjkanja kadra v domovih za starejše je bilo namenjenih 26 mio EUR za dodatnih 550 zaposlitev v letih 2020 in 2021.

V Sloveniji je dostop uporabnikov do zdravstvenih storitev dolgotrajne oskrbe v celoti pokrit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (zdravstvena oskrba v institucionalnem varstvu in patronažna služba), vendar je dostopnost teh omejena s čakalnimi dobami za institucionalno varstvo, obiski patronažne službe na domu, ki se iz leta v leto povečujejo, pa so namenjeni le zelo oviranim; dostop do socialnih storitev dolgotrajne oskrbe (nastanitev in prehrana oziroma oskrbni dan v domovih za starejše; storitve pomoči na domu) pa je v veliki meri odvisen od dohodkov uporabnika in njegovih družinskih članov ali odraslih otrok. Če znesek, ki ga plača uporabnik in/ali drugi zavezanci, ne pokrije stroškov storitve, se razlika pokrije iz proračuna občine ali državnega proračuna, vendar mora v tem primeru uporabnik zastaviti svojo nepremičnino (če je njen lastnik). Za storitve pomoči na domu velja hipoteka samo za nepremičnine, ki niso uporabnikovo stalno prebivališče. Vrzal med povprečno pokojnino in plačilom za oskrbo v institucionalnem varstvu je negativna že od leta 2008 in se povečuje. Doplačila za storitve pomoči na domu pa se med občinami močno razlikujejo (0–9 EUR na uro) (18, 12).

1.10.4 Zaključki

Medtem ko je obravnava neenakosti v zdravju in dostopa do zdravstvenih storitev za zdravstveno politiko že vrsto eno pomembnejših vprašanj in izzivov, je to vprašanje postalo izrazito relevantno tudi za področje dolgotrajne oskrbe – kako torej zagotoviti enake pogoje in enako kakovost dolgotrajne oskrbe za vse državljane. To naslavlja, kot smo omenili že v uvodu, tudi Evropski steber socialnih pravic (2), ki v 18. členu pravi »Vsakdo ima pravico do cenovno dostopnih in kakovostnih storitev dolgotrajne oskrbe, zlasti oskrbe na domu in oskrbe v skupnosti«.

Poročilo Urada za makroekonomske analize in razvoj pri pregledu razvoja socialnih politik za zadnjih 20 let ugotavlja, da se dostop do storitev dolgotrajne oskrbe iz različnih razlogov že vrsto let slabša, da so formalne storitve dolgotrajne oskrbe na domu v Sloveniji bistveno slabše razvite kot v drugih državah Evropske unije ter, da je v Sloveniji med osebami, starimi 50 let in več, kar 5 % oseb z neizpolnjenimi potrebami po dolgotrajni oskrbi (18). Tudi naša analiza navedenim ugotovitvam pritrjuje, in dodaja, da so pri dostopu do dolgotrajne oskrbe bolj ranljivi nižje izobraženi in tisti z nižjim dohodkom. Namreč, dolgotrajna oskrba, kot je v Sloveniji urejena danes, ima velik vpliv na razpoložljivi dohodek posameznika in njegovih svojcev, saj ga močno zmanjšuje, po drugi strani pa trenutna ureditev lahko vodi v prekomerno koriščenje dostopnejših zdravstvenih storitev (27, 28).

Konec leta 2021 je Slovenija sprejela Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki ima potencial, da odpravi neenakosti, ki jih naslavljamo v tem prispevku. Kot navajajo Guštin in druge (19), je sprejeti zakon postavil temelje, da bo dolgotrajna oskrba v Republiki Sloveniji enotno sistemsko urejena, da bodo državljani s primerljivimi potrebami dostopali do primerljivih pravic, da bodo upravičenci imeli možnost izbire, kako bodo pravico do dolgotrajne oskrbe izkoristili, da bodo upravičenci do primerljivih storitev dostopali tako v instituciji kakor doma, da bodo upravičenci dostopali tudi do novih storitev (npr. storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti, storitev e-oskrbe), da bo za dolgotrajno oskrbo zagotovljen večji delež javnih virov, kar bo omogočilo finančno razbremenitev oseb, ki dolgotrajno oskrbo potrebujejo, njihovih družinskih članov, pa tudi lokalnih skupnosti.

1.10.5 Literatura

1. European Commission. Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, 2021. Pridobljeno 27. 7. 2022 s spletne strani: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?_langId=en&pubId=8396.
2. European Commission. The European Pillar of Social Rights in 20 principles, 2017. Pridobljeno 27. 7. 2022 s spletne strani: https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en.
3. OECD, Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2021. doi: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
4. Hashiguchi T, Llana-Nozal A. The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care need. OECD Health Working Papers No. 11. Apr 2020. doi: <https://dx.doi.org/10.1787/2592f06e-en>.

5. Muir T. Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing. doi: <https://doi.org/10.1787/a411500a-en>.
6. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. 2017. doi: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
7. Nagode M, Zver H, Marn S, Jacović A, Dominkuš D. Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji. Zbirka Delovni zvezki UMAR, 23(2). Pridobljeno 10. 9. 2019 s spletne strani: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2014/DZ_02_14p.pdf.
8. Nagode M, Kovač N, Lebar L, Rafaelič A. Razvoj socialne oskrbe na domu: od besed k dejanjem. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 2019.
9. Hlebec V, Srakar A, Majcen B. Determinants of unmet needs among Slovenian old population. Zdr. Varst, 2016; 55(1). doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4820185/pdf/sjph-55-01-78.pdf>.
10. Spasova S, Baeten R, Ghailan, D, Ghailani D, Peña-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies. Bruselj: Evropska komisija: European Social Policy Network (ESPN), 2018.
11. Nagode M, Lebar L. Trends and challenges in long-term care in Europe. Revija za socialno politiko, 2019. 26, 2, 255–62. doi: <https://doi.org/10.3935/rsp.v26i2.1655>.
12. Petrič M, Orehek Š, Černič M, Nagode M. Analiza izvajanja pomoči na domu v letu 2020. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo, 2021. Pridobljeno 10. 7. 2022 s spletne strani: https://irsv.si/wp-content/uploads/2022/04/Analiza-izvajanja-PND-za-let-2020_koncna-2022.pdf.
13. Kofol Bric T, Kasapinov B. Pričakovano trajanje življenja po 30. letu starosti. V: Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Zaletel M, Hočevar Grom A, Lesnik T, urednice. Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021: 35–6. Pridobljeno 10. 7. 2022 s spletne strani https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_e_verzija.pdf.
14. Kofol Bric T. Prezgodnja umrljivost pred 75. letom starosti. V: Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Zaletel M, Hočevar Grom A, Lesnik T, urednice. Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021: 60. Pridobljeno 10. 7. 2022 s spletne strani: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_e_verzija.pdf.
15. Kasapinov, B. in Zaletel, M. Samoocena dobrega ali zelo dobrega zdravja. V: Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Zaletel M, Hočevar Grom A, Lesnik T, urednice. Neenakosti v zdravju: izziv prihodnosti v medsektorskem povezovanju. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021: 34. Pridobljeno 10. 7. 2022 s spletne strani https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_e_verzija.pdf.
16. Statistični urad Republike Slovenije. Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, Slovenija, 2018. Pridobljeno 18. 6. 2020 s spletne strani <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8916>.
17. Statistični urad Republike Slovenije. Dolgotrajna oskrba, Slovenija, 2018. Pridobljeno 17. 12. 2020 s spletne strani: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/9297>.
18. Bratuž Ferk B, Čelebič T, Gregorčič M, Kajzer A, Kokalj A, Koprivnikar Šušteršič M et al. Evropski steber socialnih pravic, Slovenija 2000–2020, 2021. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.
19. Guštin E, Jacivić, A, Kobal Straus K, Počič M. Prispevek pilotnih projektov na področju dolgotrajne oskrba k načrtovanju sistemskih rešitev v Republiki Sloveniji V: Nagode M, Kobal Straus, K, urednici. Dolgotrajna oskrba - izziv in priložnost za boljši jutri: evalvacija pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2022: 33-58. Pridobljeno 27. 7. 2022 s spletne strani: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/O-MINISTRSTVU/Sektor-za-dolgotrajno-oskrbo/Dolgotrajna-oskrba-izziv-in-priloznost-za-boljsi-jutri-monografija-marec-2022.pdf>.

20. UMAR. Ekonomski izzivi 2019. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2019.
21. UMAR. Poročilo o razvoju 2020. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2020.
22. UMAR. Poročilo o razvoju 2022. Ljubljana : Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2022.
23. Muir T. Coordinating health and long-term care. OECD 6th Meeting of the Joint Network on Fiscal Sustainability of Health Systems. 2017. Pridobljeno 27. 7. 2022 s spletne strani: <https://www.slideshare.net/OECD-GOV/longterm-care-integrating-health-and-social-care-tim-muir-oecd>.
24. Statistični urad Republike Slovenije. Dolgotrajna oskrba, Slovenija, 2019. Pridobljeno 18. 6. 2022 s spletne strani <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/10027>.
25. Data resource profile: the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). Börsch-Supan, A, in drugi. s.l. : Int J Epidemiol, 2013. doi: 10.1093/ije/dyt088.
26. OECD. OECD Statistics. Pariz: Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, 2021. Pridobljeno 27. 7. 2022 s spletne strani: <https://stats.oecd.org/>.
27. Normand C. Long Term Care in Slovenia: key policy issues and likely trends in costs. Trinity College Dublin and European Observatory on Health Systems and Policies. Posvet o dolgotrajni oskrbi (za Analizo zdravstvenega sistema). Ljubljana, 24. 11. 2015. Pridobljeno 27. 7. 2022 s spletne strani na: http://mz.arhiv-spletisc.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/24_11_2015/Long_Term_Care_in_Slovenia_Charles_Normand.pdf
28. Dominkuš D, Zver E, Trbanc M, Nagode M. Long-term care – the problem of sustainable financing. Host country paper. Peer review on financing of long.term care. Ljubljana, 18-19 November 2014. Pridobljeno 27. 7. 2022 s spletne strani: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=2097&moreDocuments=yes&tableName=news>.

2 KVALITATIVNE RAZISKAVE

2.1 Ranljive skupine v Sloveniji – izsledki kvalitativne terenske raziskave

Ivanka Huber

2.1.1 Uvod

Kvalitativne raziskave v javnem zdravju so nujne in potrebne, še posebej pri raziskovanju pojavov ranljivosti in neenakosti v zdravju, kot se je to izkazalo z raziskavo projekta MoST, opisano v nadaljevanju. Kvalitativno terensko raziskovanje neenakosti in ranljivosti v zdravju v lokalnih okoljih namreč omogoča poglobljeno proučevanje okoliščin, in tudi širših družbenih procesov in mehanizmov, ki prispevajo (povzročajo) k ranljivosti in neenakostim v zdravju. S terenskimi kvalitativnimi raziskavami lahko dostopamo do marginaliziranih skupin, ki jih kvantitativne raziskave običajno ne zajamejo. Zato so izsledki kvalitativne raziskave pomemben doprinos k vedenju o ranljivosti v lokalnih okoljih in njenem razumevanju ter poskusu udejanjanja ukrepov zmanjševanja neenakosti in ranljivosti ne le v zdravju marveč tudi na ravni vsakdanjega življenja. Izsledki tovrstnih raziskav lahko prav tako pomembno pripomorejo k oblikovanju ustreznih strateških načrtov v lokalnih skupnostih in reševanju v okolju specifičnih problematik ali izzivov.

V pričujočem poglavju strnjeno prikazujemo izsledke kvalitativne terenske raziskave, ki je bila izvedena v projektu MoST in katere namen je bil odgovoriti na vprašanja, s kakšnimi ranljivostmi se soočajo prebivalci v posameznih lokalnih skupnostih, kdo so ti prebivalci, kakšne so ovire pri njihovem dostopu do zdravstvenega varstva in zdravstvenih ustanov, pa tudi do drugih virov pomoči ter kakšna je odzivnost in premoščanje ovir s strani lokalnih okolij. Poleg orisa ranljivih skupin poglavje prinaša tudi vpogled v ovire in načine premoščanja ovir.

2.1.2 Kvalitativna terenska raziskava

Analiza ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih smo poimenovali kvalitativno terensko raziskavo (v nadaljevanju raziskava projekta MoST), ki je bila izvedena v projektu MoST – *Model skupnostnega pristopa krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*, in sicer v 25 okoljih zdravstvenih domov, ki so bili izbrani in so sodelovali v projektu *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih – Krepitev zdravja za vse*.

Raziskava projekta MoST je bila osnovana na podlagi kvalitativne metode polstrukturiranega intervjuja (1, 2) z neposredno udeležbo raziskovalcev v raziskovanih okoljih, kar nam je omogočilo poglobljeno proučevanje okoliščin, ki vplivajo na ranljivost in neenakost v zdravju v lokalnih okoljih. Zbrani terenski material je omogočal vpogled v veliko dimenzij vsakdanjega življenja posameznikov in skupin, ki jih je na podlagi kvalitativnega terenskega raziskovanja, bilo mogoče razumeti v širšem družbenem, političnem in zgodovinskem kontekstu. Raziskavo je načrtovala in izvedla interdisciplinarna skupina, saj je bilo tako kompleksno tematiko potrebno raziskovati tako z vidika zdravstvenih kot družboslovno-humanističnih ved.

Terenski del raziskave je v lokalnih okoljih projekta izvajalo 34 raziskovalcev, in sicer zunanji sodelavci ter magistrski študenti in študentke Oddelka za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete v Ljubljani pod mentorstvom sodelavcev Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Ivanke Huber, Juša Škrabana, Denisa Oprešnika) ter Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani (Uršule Lipovec Čebren, Sare Pistotnik).

V raziskavi projekta MoST, v letih 2018 in 2019, je bilo v 25 okoljih zdravstvenih domov v Sloveniji izvedenih 417 intervjujev, v katerih je sodelovalo 629 sogovornikov – zaposlenih v različnih ustanovah in organizacijah, ki se pri svojem delu srečujejo z ranljivimi osebami ali skupinami in prepoznava ovire v dostopu do zdravstvenega varstva, zdravja in drugih virov pomoči. V raziskavo so bile vključene tudi ranljive osebe, ki ranljivosti in neenakosti v zdravju izkušajo same. Raziskava je potekala v širšem lokalnem okolju Ajdovščine, Nove Gorice, Pirana, Izole, Postojne, Logatca, Idrije, Kočevja, Kranja, Ivančne Gorice, Kamnika, Trebnja, Črnomlja in Metlike, Brežic, Žalca, Šentjurja, Velenja, Slovenskih Konjic, Slovenj Gradca in Dravograda, Slovenske Bistrice, Maribora, Lenarta, Ormoža, Gornje Radgone in Murske Sobote.

V prvi fazi raziskave, v kateri sta sodelovala 402 sogovornika (praviloma predstavniki javnih institucij), smo ugotavljali mnogoterost in pogostost ranljivosti v lokalnih okoljih. Druga faza, v kateri je sodelovalo 151 sogovornikov, je predvidela identifikacijo akterjev (nevladnih organizacij, civilnih združenj, društev) v lokalnih okoljih ter izvedbo intervjujev z njihovimi predstavniki. V tretjo fazo pa smo neposredno vključevali osebe z različnimi ranljivostmi ali celo z več ranljivostmi hkrati. V tretjo fazo je bilo, v primerjavi s prvima dvema, vključenih najmanj oseb, saj je ravno ta faza predstavljala raziskovalcem največji izziv, v tej fazi je sodelovalo 76 sogovornikov, ki so opisali svoje lastne izkušnje ranljivosti in soočanja z ovirami v dostopu do različnih storitev, tudi zdravstvenih (3).

Terensko gradivo, pridobljeno na podlagi polstrukturiranih intervjujev, smo obdelali s hermenevtično metodo analize (4), kar pomeni, da smo podatke, podane v besedilih ali izjavah, interpretirali glede na raziskovalna vprašanja in namen ter cilje raziskave. Ob tem smo si prizadevali razumeti pomene, ki so jih sogovorniki pripisali proučevanim pojavom. V nadaljevanju analize pa smo izvedli kvalitativno vsebinsko analizo, in sicer kodiranje – določanje kategorij tem, izhajajočih iz besedil, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah v posameznem lokalnem okolju, njihovih ovirah in morebitnih premoščanjih teh ovir. Nadalje so bili podatki preliminarno analizirani s strani raziskovalcev na terenu, ki so pripravili sinteze intervjujev za posamezno raziskovano okolje po standardiziranem postopku. Vsi pridobljeni podatki so bili anonimizirani in ustrezno šifrirani. Sistematizirano terensko gradivo je, poleg izpolnjenih povzetkov intervjujev, služilo kot osnova za pripravo podrobnejših analiz v obliki poročil raziskav po posameznih lokalnih okoljih in drugih besedil. Pri čemer je bila ključna diseminacija izsledkov raziskave, saj so ti lahko pomembno prispevali k oblikovanju in načrtovanju ukrepov za zagotavljanje enakosti v zdravju in zmanjševanje ranljivosti v lokalnih okoljih. Raziskovalci smo o diseminaciji izsledkov odločili že ob snovanju raziskave in tako načrtovali predstavitev izsledkov v vseh krajih, kjer so zdravstveni domovi sodelovali v projektu Krepitev zdravja za vse, in sicer na srečanjih strokovnih skupin zdravstvenega doma za preventivo in lokalnih skupin za krepitev zdravja. Slednje so izsledke raziskave upoštevale pri oblikovanju svojih strateških in akcijskih načrtov skupnosti.

Raziskava projekta MoST je zaznala mnogoterost »ranljivih skupin« in okoliščin, ki vplivajo na pojav ranljivosti in prispevajo k neenakostim v zdravju v lokalnih okoljih. Vendar pa nekaterih pojavov in ovir, kljub široki usmeritvi raziskave nismo uspeli proučiti v samo globino. Raziskava je bila namreč časovno omejena (april 2018–avgust 2019), zaradi česar ni bilo mogoče spremljati in analizirati procesov in sprememb na ravni posameznih okolij skozi daljše časovno obdobje. V prihodnje bi bilo smotno načrtovati tudi bolj poglobljena, kontinuirana in ožje usmerjena raziskovalna prizadevanja (3).

2.1.3 Izsledki raziskave

V nadaljevanju bomo predstavili izsledke raziskave o ranljivih skupinah v lokalnih okoljih, ki so bili zaznani na podlagi analize terenskega materiala, pridobljenega s kvalitativno raziskavo, pri čemer izstopa kompleksnost in večznačnost pojava ranljivosti. Ob interpretaciji izsledkov je tako nujno upoštevati, da ranljivim skupinam ali osebam ni možno vnaprej pripisati določenih značilnosti in tudi ne apriori katerokoli skupino definirati kot ranljivo, prav tako ranljivosti ni mogoče enoznačno pridati vsem pripadnikom določene skupine. Zavedati se je potrebno, da so znotraj ene skupine z ranljivostmi lahko velike razlike, zato jih lahko nadalje delimo v več podskupin, ki se med sabo prekrivajo, med temi skupinami lahko posamezniki celo prehajajo (kot na primer stari – revni ali mladi – težave v duševnem zdravju); da je en posameznik ranljiv zaradi različnih razlogov, ki se med seboj prepletajo – ena oseba lahko doživlja ovire na več nivojih ali zaradi več vzrokov (5). Prav tako je nujno vedno upoštevati družbeno-kulturni kontekst: v določenem lokalnem okolju namreč neka skupina z ranljivostmi lahko izstopa in jo v tem okolju povezujejo s specifično problematiko, v drugem lokalnem okolju pa se ista skupina ne sooča z večjimi težavami. Nenazadnje je potrebno upoštevati, da se lahko posameznim skupinam z ranljivostmi ob že zaznanih ranljivostih pridružijo nove, na primer ranljivosti zaradi brezposelnosti se lahko pridružijo težave v duševnem zdravju.

Heterogene ranljive skupine, ki izhajajo iz izsledkov raziskave projekta MoST, se soočajo s številnimi strukturnimi ovirami (ki se navezujejo na sistemsko in/ali institucionalno raven – zakoni, institucionalna pravila in drugo – s katerimi se sooča posameznik ob stiku z javnimi ustanovami in tudi v vsakdanjem življenju v skupnosti), ovirami pri dostopu do zdravstvenega varstva in ustanov, pa tudi do drugih virov pomoči. Na podlagi analize terenskega materiala pridobljenega s kvalitativno raziskavo smo ranljive skupine razvrstili v kategorije. Gre za analitične kategorije, ki jih v nadaljevanju navajamo glede na pogostost pojavljanja, in sicer od najpogosteje navedenih do manj pogosto omenjenih. S kvalitativno terensko raziskavo, v kateri je sodelovalo 629 sogovornikov (v 417 intervjujih), smo pridobili terenski material, v katerem je velikokrat najti poimenovanje neke skupine kot ranljive. Te ranljive skupine smo združili v naslednje kategorije:

- starejši prebivalci;
- priseljenci, tujejezični prebivalci;
- osebe z oviranostmi;
- socialno-ekonomsko deprivilegirani posamezniki in družine;

- otroci in mladostniki z različnimi ranljivostmi;
- brezposelni;
- zdravstveno nezavarovani (osebe brez obveznega zdravstvenega zavarovanja in/ali brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja);
- Romi;
- osebe s težavami v duševnem zdravju;
- uporabniki nedovoljenih drog;
- brezdomne osebe;
- osebe, zasvojene z alkoholom;
- žrtve nasilja v družini;
- zaporniki in bivši zaporniki;
- ženske z različnimi ranljivostmi;
- osebe z dolgotrajno boleznijo;
- osebe, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih;
- žrtve ekonomskega nasilja;
- istospolno usmerjene osebe in
- spolne delavke.

Vsako od navedenih kategorij je mogoče še nadalje razdeliti na podkategorije, katere podrobneje nadalje opredelimo, pri čemer ohranjamo izraze sogovornikov v navednicah. Iz odgovorov je razvidno zaznavanje raznolikosti ranljivih skupin. Pri določenih podkategorijah ranljivih skupin navajamo citate sogovornikov iz raziskave, ki jih je potrebno razumeti zgolj kot ilustracijo primera, saj citati ne zajamejo vsega, kar je bilo o določeni skupini v raziskavi izrečeno (5).

2.1.3.1 Ranljive skupine

Najpogosteje omenjena ranljiva skupina s strani sogovornikov v raziskavi so bili **starejši prebivalci**. Sogovorniki so navajali različne podkategorije, ki nakazujejo na večplastnost in prepletenost ranljivosti zgolj že pri eni kategoriji, kot so starejši prebivalci. Sogovorniki so v svojih lokalnih okoljih med ranljivo skupino starejših oseb zaznavali take z niskimi dohodki; tiste, ki imajo zgolj kmečke pokojnine ali pa nimajo nobenega dohodka: *»/.../ tudi upokojenci, ki imajo tako nizke pokojnine, da se ne morejo preživljati – s 170 euri ... [takim plačajo kakšno položnico - za kar letno dobijo do 700 prošenj op. a.]«* (zaposlena v nevladni organizaciji).

Kot ranljive starejše osebe so sogovorniki izpostavili tudi starejše prebivalce, prebivajoče na odročnejših, oddaljenejših in težje dostopnejših krajih; starejše prebivalce, ki so sami in nimajo svojcev ali drugih sorodnikov, ki čutijo osamljenost, so izolirani in izključeni ter nimajo socialne mreže. V svojih lokalnih okoljih so sogovorniki kot ranljive zaznali starejše moške, ki se nikoli niso poročili ali si ustvarili lastne družine in ki živijo brez svojcev na oddaljenih kmetijah: *»Zaradi geografske oddaljenosti tu so predvsem starejši neporočeni moški, ki so na teh kmetijah ostali sami. Nimajo družine, zato so nekoliko odmaknjeni in zapostavljeni. /.../. Problem ni, da do zdravnika ne bi mogli dostopati, ampak da nekako ne čutijo potrebe, sploh za preventivne preglede. Tudi*

nimajo informacij o tem, da jim ti obiski pripadajo. Verjetno je, da se pri takšnih osebah pojavlja tudi tvegano in škodljivo pitje alkohola. Na njih se pozablja, ker niso prejemniki socialne pomoči ali kaj podobnega. So pa odmaknjeni in "pozabljeni"« (zaposlena v zdravstvenem domu).

Ranljivost je prav tako bila zaznana pri starejših prebivalcih, ki nimajo lastnega prevoza in tudi pri nepokretnih starejših osebah.

»Težko je tistim, kjer jih zdravnik napoti na dodatne preiskave, sami pa nimajo niti prevoza niti denarja za prevoz ali svojcev in prijateljev, zato na te preiskave kar ne gredo. Velikokrat dobijo kakšno napotnico, potem niti ne gredo, ker nimajo prevoza, ali se v oddaljene kraje sami ne upajo peljati. Do osebnega zdravnika še gredo, potem pa tega ne speljejo več do konca« (zaposlena v nevladni organizaciji).

Pri navajanju nepokretnih starejših oseb so sogovorniki kot ranljive omenili tudi njihove svojce. Nadalje so izpostavili vdove in vdovce, samske starejše osebe in posebej poudarili ranljivost starejših kmečkih žensk. Izpostavili so prisotnost kroničnih ali drugih bolezni (demence) kot vzrok ranljivosti starejših oseb. Ranljivost je po mnenju sogovornikov prisotna tudi pri starejših osebah, ki občutijo sram; pri tistih, ki nimajo informacij glede načina pridobitve različnih oblik pomoči in pri tistih, ki so ali pa čakajo na sprejem v institucijo, kot je dom starejših. In zagotovo, so se strinjali sogovorniki, so ranljivi starejši, ki umirajo.

Nadalje so sogovorniki kot ranljivo skupino zaznali **priseljence in tujejezične prebivalce**, in sicer predvsem ranljive posameznike ali skupine iz Albanije, Makedonije in Bolgarije, med katerimi so posebej izpostavili ženske in otroke (otroke priseljenih prebivalcev, otroke in mladostnike brez spremstva, otroke, katerih starši nimajo stalnega prebivališča v Sloveniji ali so brez slovenskega državljanstva).

»Kar se tiče albansko govorečih priseljencev se včasih pojavijo jezikovne prepreke, vsaj ena tretjina mamic je takih, ki ne znajo čisto nič slovensko in še ena tretjina je tistih, ki vedo našega jezika zelo malo. Skušajo si pomagati s kretnjami, največkrat pa je v vlogi prevajalca mož ali kateri od starejših otrok, kar je zelo neprimerno« (zaposlena v zdravstvenem domu).

Med priseljenimi in tujejezičnimi prebivalci so sogovorniki kot ranljivo skupino prepoznali begunce (tudi mladoletne begunce), migrante (med njimi tudi mladoletne), prisilce za mednarodno zaščito, sezonske delavce iz tujine, nasploh tuje delavce in njihove družine. Posebej so izpostavili tudi tuje delavce, ki delajo preko agencij in njihove družine, nemalokrat gre namreč za več različnih posrednikov med delavci in delodajalci. Nadalje so sogovorniki kot ranljive zaznali priseljene prebivalce iz bivše Jugoslavije, družine priseljenih prebivalcev, osebe, ki imajo status mednarodne zaščite, osebe, ki imajo dovoljenje za zadrževanje ali začasno dovoljenje za prebivanje, izbrisane osebe, tujce, ki so v tranzitu in pogosto potrebujejo nujno medicinsko pomoč na avtocesti, študente iz držav, ki nimajo sklenjenega bilateralnega sporazuma za zdravstvo.

V kategorijo **oseb z oviranostmi**, kot ranljivo skupino, smo uvrstili osebe, ki imajo telesne, duševne, intelektualne ali senzorične oviranosti (6). Gre za osebe, ki jim razne oviranosti ne omogočajo polnega in učinkovitega udejstvovanja v družbi. V Sloveniji govorimo o invalidih ali invalidnih osebah, vendar je

ustrezna raba termina osebe z oviranostjo. Sogovorniki so kot ranljive navajali invalide, posameznike, ki imajo motnje v telesnem in duševnem razvoju (in njihove svojce), osebe, ki so gibalno ovirane, osebe, ki so gluhe, naglušne, slepe, slabovidne, dislektiki in senzorno ovirani ter osebe, ki imajo govorne motnje.

»Gluhi in naglušni in vsi, ki imamo okvaro sluha, imamo en velik problem – to je naša nevidna invalidnost... druge invalidnosti so prepoznavne, naša pa ni. /.../ V čakalnicah se dogaja malo težja oblika diskriminacije ... že dvakrat sem čakal in me noben ni poklical, meni pa je čudno bilo, da so pred mano šli notri tisti, ki so prišli na pregled za mano ... v zdravstvu se izgublja kontakt z osebo. Na enem mestu se prijaviš, na drugem si na vrsti. Včasih zelo dolgo kdo sedi in čaka na vrsto pa ne sliši, da je na vrsti, ne razume« (zaposlen v nevladni organizaciji).

Sogovorniki so izpostavili **socialno-ekonomsko deprivilegirane posameznike in družine**, in sicer so kot ranljive prepoznali osebe, ki so »ekonomsko šibke in socialno ogrožene« ter poudarili problematiko »prikrite revščine in brezdomstva«: *» ... nevidne osebe, tisti, k sploh ne poiščejo pomoči ... So pa verjetno tudi ljudje, ki ne pridejo do Centra, samo to pa tudi ne vemo, nimamo. ... to so pa verjetno neevidentirane osebe. /.../ Pri nas dokler ni nek problem, dokler ni treba nekemu pomagat, neki rešit, ne poznamo, če ne pridejo in povejo ... so osebe, ki ne gredo do občine po denarno-socialno pomoč. Še nikoli v teh desetih letih niso bila ta sredstva, ki jih imamo v proračunu, porabljena v celoti. /.../ Ni jih pa prav veliko, oni živijo tukaj, so navajeni tega življenja, mora bit res nekaj hudo narobe, da pridejo, da poiščejo, ampak vsi pa ne poiščejo, ravno zaradi tega, ne želijo da bi se mogoče kaj spremenilo, bi radi, ampak še zmeri je tisto, kaj bodo pa sosedi rekli« (zaposlena na občini).*

Med socialno-ekonomsko deprivilegiranimi osebami so sogovorniki zaznali družine (mlade družine), ki imajo nizke dohodke; posameznike, ki prejemajo denarno pomoč; osebe, ki se nahajajo pod pragom revščine; družine, v katerih je več otrok; mame in očete, ki so samohranilci. Izpostavili so tudi enostarševske družine; družine s starši z manj razvitimi starševskimi kompetencami in šibkejšo socialno mrežo in družine, kjer je prisotna nizka delovna intenzivnost. Nadalje so kot ranljive omenjali posameznike s slabimi bivanjskimi razmerami; posameznike iz nefunkcionalnih družin in posameznike, ki imajo težave z družinskimi odnosi ter družine, katerih družinski člani so težje bolni.

V mnogih odgovorih sogovornikov so **otroci in mladostniki** zaznani kot ranljiva skupina. Kot ranljive so prepoznali otroke na splošno, potem so posebej izpostavili otroke in mladostnike, ki prihajajo iz socialno ogroženih družin: *»Otroci in mladi, ki prihajajo iz na eni strani socialno šibkih družin, na drugi strani pa iz nepopolnih družin, kjer je na primer samo mama samohranilka, ali kjer je prisotna neka zasvojenost, kjer je največkrat prisoten tudi problem z denarjem« (zaposlena v nevladni organizaciji).*

Nadalje so sogovorniki navajali otroke, katerih starši so ločeni; otroke, ki živijo v neurejenih družinah, ki so ogroženi in v slabih bivanjskih in socialnih razmerah; so v neugodnih socialnih okoljih, v družinah, kjer je prisoten alkohol in nasilje; otroke, ki imajo brezposelne starše; otroke, ki imajo čustvene stiske in socialne težave; otroke, ki so zanemarjeni; otroke, ki so dolgotrajno bolni; otroke, ki imajo prekomerno telesno težo; otroke, ki imajo vedenjske ali čustvene motnje; otroke, ki so gibalno ovirani; otroke, ki imajo govorno jezikovno težavo; otroke, ki imajo težave v odraščanju in otroke s posebnimi potrebami, pri čemer so izpostavili tudi njihove starše in nasploh družine otrok s posebnimi potrebami.

Med mladimi so sogovorniki kot ranljive izpostavili mlade, ki niso v sistemu šolanja in tudi sicer izven sistema; osipnike in mlade, ki niso zaznani preko šolskega preventivnega programa.

»Neevidentirani otroci ... Otroci, ki se izgubijo iz preventivnega zdravstvenega sistema. Gre za otroke, ki predčasno končajo šolanje. Nekateri osnovno šolo končajo v Zavodu za izobraževanje in kulturo, v šoli za odrasle. Drugi so prijavljeni na Zavodu za zaposlovanje, tretji pa nikjer. Se ne izobražujejo, niti niso v službi. Če niso na seznamu osnovnošolcev ali srednješolcev potem osebni zdravnik ne dobi podatkov o otrocih, ki izvisijo. Včasih je tudi kakšen otrok napisan na seznamu, da obiskuje osnovno šolo, pa ga ni na spregled že več mesecev. Večinoma gre za romske otroke in tudi otroke težje ekonomsko-stoječe družine, s kakšnim blažjim deficitom« (zaposlena v zdravstvenem domu).

Sogovorniki so kot ranljive zaznali tudi otroke, ki ne morejo brez ekranov in so odvisni od njih; otroke, ki so odvisni od informacijsko-komunikacijske tehnologije in otroke, ki so žrtve različnega nasilja (družinskega, spletnega, medvrstniškega); otroke, ki so žrtve verskih ekstremov svojih staršev; otroke, katerih starši imajo motnje v duševnem razvoju; otroke, katerih starši so odvisniki in otroke, ki so v rejništvu. Med ranljivostjo otrok in ranljivostjo mladostnikov smo lahko naredili ločnico izhajajoč iz analize odgovorov sogovornikov. Glede ranljivosti mladostnikov so sogovorniki kot ranljive zaznali mlade, ki imajo različne oblike odvisnosti; mlade, ki so brez perspektive; mlade, ki imajo motnje hranjenja; mlade, ki doživljajo osebostne stiske; mlade, ki so žrtve medvrstniškega nasilja in mlade, ki uživajo prehranska dopolnila (kapsule, napitke, beljakovine). Izpostavili so tudi dijake iz enostarševskih družin, ki ob šoli delajo priložnostna dela in z zaslužkom pomagajo družini za preživetje.

Brezposelnost je bila kot vzrok ranljivosti navedena v večini odgovorov sogovornikov. Na podlagi izsledkov raziskave lahko govorimo o ranljivosti **brezposelnih** oseb, ki imajo pridružene ranljivosti, izhajajoče iz duševnega zdravja ali slabe socialno-ekonomske situacije ali zasvojenosti z alkoholom.

»Dlje časa si pri nas, bolj si dolgotrajno brezposeln, bolj minevajo mesci ali leta. Najverjetneje problemi postanejo izrazitejši; čisto možno, da se potem vključijo tudi kakšne psihološke težave ali že zaradi brezposelnosti same ali potem zaradi težav, ki iz tega izhajajo... neke odmaknjenosti, občutki brezizhodnosti« (zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje).

Posameznike, ki so težje zaposljivi ali so dolgotrajno brezposelni, so sogovorniki prepoznali kot posebej ranljivo skupino. Prav tako so kot ranljive izpostavili mlade, ki so brezposelni; nadalje brezposelne posameznike, ki nimajo izobrazbe ali pa je ta nizka; osebe, ki imajo svoja samostojna podjetja; osebe, ki delajo prekarno delo in tudi osebe, ki »delajo na črno«; brezposelne osebe, ki imajo različne oviranosti ali invalidnosti; brezposelne osebe, ki imajo različne zdravstvene omejitve; podjetnike, ki so propadli in osebe, ki imajo trajno poškodbo ali invalidnost. Sogovorniki so zaznali ranljivost tudi na delovnem mestu in pri osebah, ki delajo na terenu ali opravljajo fizična dela.

Zdravstvena nezavarovanost se je kot vzrok ranljivosti ugotavljala že v prvi nam znani kvalitativni terenski raziskavi (7), prav tako je odsotnost zdravstvenega zavarovanja kot vzrok ranljivosti potrdila tudi raziskava projekta MoST. Razsežnost problematike zdravstvene nezavarovanosti se je razkrivala malodane v vseh populacijskih skupinah, ki so jih sogovorniki prepoznali kot ranljive. To so osebe brez obveznega ali brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ali tudi brez obojega, pri čemer so posebej izpostavili otroke, romske otroke, osebe v srednjih letih zaradi alkoholizma; osebe, ki opravljajo priložnostna ali sezonska dela in nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja; osebe, ki so v pokoju in jim minimalni finančni prejemki ne dopuščajo plačila dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ali pa si ga ne zmorejo urediti zaradi nemobilnosti. Nadalje so sogovorniki izpostavili problem zdravstvene nezavarovanosti pri priseljenih osebah, predvsem pri ženskah; mladih po 26. letu starosti; zaposlenih, katerim delodajalec ne plačuje prispevkov; osebah, ki imajo samostojno podjetje in so samoplačniki; kmetih in osebah na samopreskrbnih kmetijah; ženskah na podeželju; osebah, ki so brez zdravstvenega zavarovanja zaradi dolgov ali drugih ekonomskih razlogov; odvisnikih; osebah, ki so bile izpuščene iz zapora; osebah iz družin priseljencev (vmesno obdobje med menjavo zaposlitve očeta); osebah brez denarne socialne pomoči; brezdomcih; osebah z nizkimi dohodki; brezposelnih; beguncih; starejših osebah brez denarja; turistih ter pri tujih dijakih in študentih.

»Tuji, natančneje hrvaški, dijaki, ker smo blizu meje, imamo kar nekaj hrvaških dijakov. Imeli smo težave, saj niso imeli urejenega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji« (zaposlena v vzgojno-izobraževalni ustanovi).

Romsko skupnost in posamezne **Rome** so sogovorniki prav tako izpostavili kot ranljive, med njimi še posebej romske otroke in romske ženske; romske družine in starejše Rome; romske zapornike; romske nosečnice, tudi mladoletne in ženske Rominje, ki so žrtve nasilja. Nadalje so sogovorniki kot ranljivo skupino izpostavili **osebe s težavami v duševnem zdravju**, zaznali so težave v duševnem zdravju tudi pri mladih in posebej omenili osebe, ki so nagnjene k samomorilnosti. Poudarili so ranljivost pri osebah, ki so hospitalizirane v psihiatričnih bolnišnicah, in njihovih svojcih. Skupina **uporabnikov nedovoljenih drog** je bila ravno tako prepoznana kot ranljiva. Sogovorniki so posebej izpostavili ranljivost mladih, ki uporabljajo nedovoljene droge, in njihovih svojcev. Kot ranljivi so bili omenjeni še bivši uporabniki nedovoljenih drog; kadilci; osebe, ki so odvisne od iger na srečo; osebe, pri katerih je prisotna »digitalna odvisnost«; osebe, ki so odvisne od odnosov. Na podlagi analize materiala, pridobljenega s kvalitativno terensko raziskavo, ugotavljamo, da je pri osebah, ki uporabljajo nedovoljene droge sočasno prisotnih več vrst ranljivosti.

Pogosto imajo namreč osebe, ki uporabljajo nedovoljene droge, težave v duševnem zdravju, druge bolezni ali pa so istočasno, kot izhaja iz navedbe sogovornikov, »zasvojenci, brezdomci in psihiatrični bolniki z diagnozo«: *»Primer osebe, ki izpade iz vseh sistemov, je fant, ki je zasvojenec, brezdomec pa še psihiatrični bolnik z diagnozo. Od sistemov ga sprejme samo metadonska ambulanta. Brezdomci, ga ne morejo, ker se zadeva, iz neprofitnega stanovanja je bil vržen, ker ni bilo plačano, jaz pa ga ne morem sprejeti, ker je zadet, tudi mi smo ga izločili iz sistema./.../Pri zasvojencih je par takih. Edini sistem, ki jih sprejme, je zapor. To so ljudje, ki jih noben v sistemu noče«* (zaposlena v nevladni organizaciji).

Nadalje so sogovorniki kot ranljive prepoznali **brezdomne osebe**. Pri tej ranljivi skupini ravno tako na podlagi analize ugotavljamo, podobno kot že pri predhodno navedenih, večplastne in kompleksne ranljivosti: *»Razlogi za brezdomnost so odvisni od vsakega posameznika, pri nekaterih so ločitve, izguba socialne mreže, prijateljev, sorodnikov ali zaposlitve, se znajdejo v kakšnih konfliktnih situacijah, potem tudi deložacija ... ostanejo pač brez stanovanja /.../ nekateri si opomorejo in grejo dalje, dosti pa je takih, ki niso sposobni za samostojno bivanje in potrebujejo pomoč za vodenje, za lastno skrb, življenje ... od vodenja računov, torej skrbi za finance, do kuhanja, pospravljanja ... taki bolj ali manj ostajajo /.../ redkokdo, ki se pojavi v zavetišču za brezdomne je sposoben pridobiti delo«* (zaposlena v Zavetišču za brezdomce).

Kot vzrok ranljivosti so sogovorniki pri več ranljivih skupinah izpostavili **zasvojenost z alkoholom**, običajno sočasno z več ranljivostmi, in sicer pri osebah, ki so zasvojene z alkoholom. Posebej je bila poudarjena ranljivost mladih, ki so zasvojeni z alkoholom in mladih, ki so na poti v odvisnost od alkohola ter oseb, ki so žrtve alkoholizma in svojcev oseb, ki so alkoholiki. *»Zdaj, ko malo razmislim, se kot ranljive skupine spomnim še mladih iz okoliških krajev, ki se srečujejo z alkoholizmom«* (zaposlena v nevladni organizaciji).

»Precej je prisoten alkohol na tem področju /.../ s tem, da opažam, da precej pri ženskah /.../ Gre za prikrito pitje, a se vseeno te stvari zaznajo, saj vas ni velika in se dobro med seboj poznajo« (zaposlena v vzgojno-izobraževalni ustanovi).

»Druga [ranljiva op. a.] skupina so fantje, mlajši in tudi taki, ki gredo v srednja leta in imajo težave s pijačo (alkoholom) in tudi mamili« (zaposlena v nevladni organizaciji).

Ranljiva in močno stigmatizirana skupina so po mnenju sogovornikov **zaporniki in bivši zaporniki** in tudi priprti tujci: *»/.../ zelo stigmatizirani, ko pridejo ven iz zapora, ožigosani ko pridejo ven iz ambulante, že ko pridejo k medicinski sestri pred zdravnico, jih probajo čim hitreje odpraviti. To so tako majhni kraji, da ljudje tako zvejo, še pred preden mi ven pridemo, imajo pa zapisano tudi v kartoteki. Če se ne boriš, si končal, tudi službo je težko dobiti. Ko je eden prišel iz zapora, je bil na zavodu osem mesecov in ga niti enkrat niso poklicali. Hodil je tudi na razna predavanja, od firme do firme po štempiljko, pa ni dela od nikoder«* (ranljiva oseba iz Zavoda za prestajanje kazni zapora).

Z analizo terenskega materiala smo ugotovili, da so sogovorniki zaznali ranljive skupine, katerih ranljivost izhaja iz spola, in sicer **ženske z različnimi ranljivostmi**. Kot ranljive so omenili ženske na splošno; ženske, ki imajo socialno, materialno ali stanovanjsko stisko; ženske, ki so finančno odvisne od moža ali ki nimajo sredstev in so brez zdravstvenega zavarovanja; ženske, ki so gospodinje; razvezane (ločene) ženske; ženske, ki so mlade mamice in mamice, ki imajo novorojenčka ter tudi ženske, ki nimajo ginekologa (ker ga ni) in ženske, ki so na kmetiji in nimajo nobenega statusa. Poleg ranljivosti, ki izhaja iz spola, so sogovorniki zaznali ranljivost, ki izhaja iz zdravstvenega stanja in kot ranljive opredelili **osebe z dolgotrajno boleznijo** ali težko ozdravljivo boleznijo, pri čemer so poudarili ranljivost mlajših od 65 let, saj slednji po veljavni zakonodaji ne morejo biti sprejeti v dom starejših. Ranljivost, izhajajoča iz geografske oddaljenosti, lahko mnogim populacijskim skupinam predstavlja veliko oviro v dostopu do zdravstva in drugih storitev ali virov.

Sogovorniki so govorili o ranljivih **osebah, ki živijo na geografsko oddaljenih območjih**, to so družine; osebe živeče v oddaljenih gorskih predelih ali v oddaljenih krajevnih skupnostih ali na osamelih kmetijah; družine na kmetijah in prebivalci ruralnih območij.

Sogovorniki so kot izjemno ranljivo skupino prepoznali tudi **žrtve nasilja v družini**, med njimi še posebej ženske in otroke ter matere v stiski. Izpostavili so tudi **žrtve ekonomskega nasilja**, najpogosteje starejše osebe, ki prejemajo finančna sredstva, ki lahko predstavljajo pomemben vir za druge člane družine: *»Kdaj dobim občutek, da ti starši živijo samo še zato, da lahko vzdržujejo družinske člane, ki na nek način niso zaposleni, ali imajo premalo ali kakorkoli. Zdaj imam jaz en primer, da je mama prepisala vse na hčerko, tudi vso penzijo ji da, s tem namenom, da bo zanjo skrbela /.../ Zdi se mi, da je te vrste nasilja kar precej. In ker je vsem nerodno, da se to dogaja, se vsi delamo, da nihče nič ne ve. Ker če želiš sprožiti debato, pa je treba takoj prijaviti tako nasilje na policijo, tega pa ljudje ne marajo«* (zaposlena v zdravstvenem domu).

Kot vzrok ranljivosti, ki izhaja iz spolne usmeritve, so sogovorniki kot ranljivo skupino prepoznali **istospolno usmerjene posameznike**; istospolne družine, in LGBT skupine: *»Ljudje, ki so zaradi svojih spolni praks stigmatizirani in imajo zato strah hoditi k zdravniku, strah pred obravnavo, kakršnokoli, v okviru zdravstva, zaradi tega, ker se bojijo, da bi ljudje od njih zahtevali preveč informacij, da bojo te informacije nenadzorovano se širile okrog in tako naprej /.../ obstaja pač kup enih klasifikacij tudi znotraj spolnih praks, spolnih identitet, ki so in jih ljudje prikrivajo ali pa ne, da jih prikrivajo, ampak na drugi strani nočejo niti vstopati v stik z zdravstvenim sistemom, ker se bojijo, da bo to en način razkritja in ostajajo izven zdravstvenega sistema /.../«* (zaposlen v zdravstvenem domu).

Sogovorniki v raziskavi projekta MoST so kot »ranljive« osebe navedli tudi **spolne delavke**, in sicer »prostitutke« in »spolne uslužbenke«, ki so stigmatizirane na več nivojih: *»Prostitucije je na [pove kraj op. a.] ogromno. Veliko jih je tudi odvisnic, ki so stigmatizirane na več nivojih – zasvojenka, prostitutka, ženska, pogosto tujka«* (zaposlena v nevladni organizaciji).

2.1.3.2 Ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev in drugih oblik pomoči

Na podlagi izsledkov kvalitativnih terenskih raziskav in drugih virov lahko govorimo o ranljivostih, ki izhajajo iz socialno-ekonomskega položaja, starosti, spola, zdravstvenega stanja, etničnega ozadja in seveda še o mnogih drugih ranljivostih. Kot smo že povedali, običajno gre za preplet več oblik ranljivosti, njihovo kompleksnost in večznačnost. Izsledki raziskav so pokazali, da imajo osebe z ranljivostmi številne ovire pri skrbi za lastno zdravje in pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva, vključno s preventivnimi programi.

Te osebe so pogosto marginalizirane, odrinjene na sam rob družbe, izključene iz družbenega dogajanja in bolj izpostavljene težavam, povezanim z zdravjem. Prav tako pa njihovih potreb javni sistemi pogosto ne zaznajo.

Ovire lahko zaznamo v različnih permutacijah, ki se, kot izhaja iz odgovorov sogovornikov, pojavljajo v več raziskovanih okoljih. V pričujočem poglavju ne bomo popisovali vseh ovir, ki so jih našli sogovorniki, niti to ne bi bilo smiselno, saj bi dobili nepregleden popis, izvzet iz konteksta.

Namesto tega povzemamo ključne značilnosti ovir, ki jih je ob poglobljeni analizi terenskega materiala bilo moč razbrati:

- **Ovire niso značilnost posameznika ali družbenih skupin.** Posamezni sogovorniki so namreč ovire določenih ranljivih skupin pripisovali njihovim značilnostim, kot je to razvidno iz citata o določeni skupini prebivalcev: » ... opažamo, da zelo veliko sami pripomorejo, da so ranljivi, ves čas pričakujejo, da samo ena stran sprejema, dela, vse pričakujejo, da jim bo dano na dlani«. Neenakosti v zdravju in v dostopu do sistema zdravstvenega varstva terjajo opredelitev primernih načinov za njihovo zmanjševanje. Paradigma enakosti v zdravju, ki nam pomeni izhodišče za pristop k raziskovanju, analizi in akcijskemu angažmaju, izhaja iz predpostavke, da pristop zagotavljanja enake obravnave za vse ne pomeni enakosti v njeni dostopnosti. To pomeni, da mora biti ista zdravstvena storitev vsakokrat prilagojena glede na specifične potrebe specifičnega uporabnika. Ali povedano drugače – zagotavljati enakost (Whitehead 1992, 434), pomeni zagotavljati enake možnosti za zdravje, to je, da imajo ljudje z enakimi potrebami enak dostop do zdravstvenih storitev (enake pravice, premoščanje finančnih, organizacijskih, jezikovnih, kulturnih in drugih ovir); možnost enakega koriščenja storitev (kot neenake je potrebno razumeti le tiste razlike, ki so posledica socialno-ekonomskih vzrokov) in enako kakovost storitev (zdravstvo zagotavlja storitve glede na zdravstveno potrebo ljudi in ne glede na njihovo družbeno moč ali vpliv).
- **Ovire se porajajo v odnosu med posamezniki/skupinami in zdravstveno ali drugo storitvijo.** Sogovorniki so npr. pogosto izpostavljali jezikovne ovire tujejezičnih priseljencev in drugih skupin. Ovira ne pomeni tega, da posameznik/skupina ne govori slovenskega jezika, ovira nastane, ko želijo posamezniki/skupina dostopati do storitev, ki se zaradi različnih razlogov ne more ustrezno odzvati. Če ponazorimo z drugim primerom – v institucijah, ki imajo ustrezno urejene klančine ali dvigala za ovirane, ne bo prišlo do ovir v dostopu za ranljivo skupino oviranih, bi pa zagotovo prišlo do ovir v dostopu do storitev te institucije, če ne bi imeli tega urejenega.
- **Ovire so umeščene v kontekst.** Ovire je potrebno interpretirati z razlago v širšem kontekstu povedanega, saj lahko do podobnih ovir pride iz več različnih razlogov. Poglejmo primer zdravstvene nezavarovanosti – nekdo je lahko brez zdravstvenega zavarovanja, ker po zakonu »ne ustreza« nobeni kategoriji, po kateri bi lahko bil zavarovan; nekdo drug pa je brez zdravstvenega zavarovanja, ker ne zmore odplačati preteklih dolgov do zavarovalnice.
- **Položaj izrekanja vpliva na določanje ovir.** Življenjski nazor sogovornikov, njihova strokovna stališča in odnosi z drugimi v lokalnem okolju sogovornikov in tudi drugo so vplivali na njihovo opredelitev ovir. Če v nekem kraju kot oviro izpostavijo to, da primanjkuje npr. kliničnih psihologov, bodo nekateri kot glavno težavo izpostavili geografsko oddaljenost in pomanjkanje razvitejših prometnih povezav, drugi pa bodo rekli, da jih sistemsko primanjkuje, ker jih ne iščemo dovolj. Pri interpretaciji ovir torej velja biti pozoren na samo oblikovanje ovir s strani sogovornikov.

- **Ovire najdemo na makro, mezo in mikro ravni.** Ovire lahko nastanejo v odnosu med posameznikom/skupino in sistemsko normativno ureditvijo, ko npr. posameznik ne ustreza kategorijam, ki pomenijo možnost koriščenja nekih storitev ali denarne pomoči. Do ovir lahko pride tudi v primeru, ko posameznik ne izpolnjuje pogojev za določeno storitev (npr. obiska patronažne službe). Pogosto pa do ovir prihaja, ker posameznik, ki živi v dejanskem pomanjkanju in revščini, presega cenzus za dodelitev denarne socialne pomoči ali drugih podobnih transferjev.
- **Kronološki vidik ovir.** Ovire, ki smo jih omenili v prejšnji alineji na sistemski ravni (makro ravni), nastanejo preden bi posameznik dostopal do neke storitve. Posamezniki pa se srečujejo tudi z vrsto ovir, ki nastajajo med samim dostopanjem do storitev, npr. uporabniki nedovoljenih drog sicer imajo dostop do zdravstvenih storitev, a so lahko zavrnjeni zaradi stigme. Kronološki vidik ovir nam torej pove, ali se je ta ovira pojavila pred ali med dostopanjem do neke zdravstvene ali druge storitve.
- **Prepletenost in raznolikost ovir.** Vzroki in posledice ovir so pogosto večplastni. V enem samem primeru lahko prihaja do več vrst različnih ovir, npr. posameznik lahko ima v dostopu do zdravstvenih ali drugih storitev ovire, ki izhajajo iz njegovega socialno-ekonomskega položaja in ovire, ki izhajajo iz zdravstvenega stanja, kot je to razvidno iz citata: »Bila sta mož in žena, ki sta oba izgubila denarno socialno pomoč, poleg tega sta bila kronična bolnika in leto, dve ali celo tri nista bila pri zdravniku, kar je njuno stanje zelo poslabšalo, možki je celo hitro po tem umrl. /.../ Problem je v tem, da ne morejo prodati tisto eno šestino katero presegajo in niti je ne morejo dati v najem. 50 evrov je ogromno denarja za nekoga, ki ga nima.« (zaposlen v nevladni organizaciji).

2.1.3.3 Primeri premagovanja ovir

Na podlagi analize terenskega materiala, pridobljenega s polstrukturiranimi intervjuji, ugotavljamo, da so v vseh raziskovanih okoljih bili prisotni številni različni primeri premagovanja ovir lastnim določenemu okolju. Če smo uvodoma govorili o številnih in heterogenih ranljivih skupinah, potem o številnih, prav tako raznovrstnih, ovirah lahko nedvomno potrdimo tudi raznolike primere, celo prakse, premagovanja ovir. Primeri premagovanja ovir so, z izjemo sistemskih rešitev, lastni posameznemu okolju in odgovarjajo na specifične potrebe tamkajšnjih ranljivih skupin ali posameznikov. Z naštevanjem vseh primerov premagovanja ovir bi ustvarili nepregleden seznam izven konteksta, zato tega ne bomo storili. V nadaljevanju bomo tako opredelili le glavne sklope na podlagi izsledkov raziskave projekta MoST zaznanih primerov premagovanja ovir v dostopu do zdravstvenega varstva in drugih storitev.

- **Sistemske rešitve** so razni ukrepi, politike, programi ali storitve, ki so sistemsko urejeni (tudi sistemsko financirani) na nacionalni ravni in odgovarjajo na potrebe posameznikov ali ranljivih skupin, ki se srečujejo z ovirami pri dostopu do zdravstvenih ali drugih storitev. V sistemske rešitve je tako vključena vsa zakonodaja s področja zdravstva in socialne varnosti ter okoljska in prostorska zakonodaja. V ta sklop sodijo tudi strateški dokumenti, razne resolucije in strokovna telesa, ki se ukvarjajo z ovirami ranljivih posameznikov ali skupin.

- **Socialno naravnana lokalna okolja in ustanove**, ki so s svojim formalnim ali tudi neformalnim delovanjem ter delovanjem zaposlenih pokazala na požrtvovalnost, empatičnost in sočutnost ob ovirah ranljivih posameznikov.
- **Projektno financirane storitve in programi** zajemajo zdravstvene storitve, socialnovarstvene programe, programe, ki omogočajo materialno in humanitarno pomoč in druge storitve. Tovrstni primeri premagovanja ovir so večinoma na področju nevladnega sektorja in se financirajo preko razpisov ali s projektnimi sredstvi, zato jih ne uvrščamo med sistemske rešitve.
- **Medsosedska pomoč** je neformalna oblika premagovanja ovir, ki je bila pogosto izpostavljena v raziskavi.
- Nekajkrat omenjene, a neraziskane pa so **storitve na trgu**, ki so zaradi plačljive narave finančno nedostopne in kot vrsta pomoči ostajajo nedostopne ranljivim posameznikom ali skupinam.

2.1.4 Sklepne ugotovitve

Analiza pridobljenega materiala s kvalitativno terensko raziskavo je podala izsledke ranljivosti številnih zelo raznolikih (heterogenih) skupin, ki se soočajo z mnogimi strukturnimi ovirami, vključno z ovirami v dostopu do zdravstvenih ustanov in drugih institucij. Zaradi mnogo različnih izrazov, ki so se pojavljali v odgovorih na vprašanje, kdo so »ranljive« skupine oziroma za katere osebe/skupine bi lahko rekli, da so v vašem lokalnem okolju v ranljivem položaju, smo te združili v skupine, ki jih razumemo kot analitične kategorije. Da gre za res kompleksne in prepletene ranljivosti, potrjujejo tudi številne podkategorije. Ranljivost je izrazito dinamičen in kompleksen pojav, pri katerem je ranljivost posameznika, skupin ali več skupin hkrati sočasno zaznamovana s kopico dejavnikov. Zdravje, bolezen in zdravljenje razumemo kot družbene pojave, ki niso zgolj domena zdravstva, temveč so odvisni od številnih političnih, družbenih, kulturnih, ekonomskih in drugih dejavnikov. Izsledki raziskave kažejo, da je dostop do zdravja v veliki meri pogojen z dostopom do različnih družbenih virov. Ob številnih ovirah, s katerimi se srečujejo ranljive skupine ali osebe v dostopu do zdravstvene ali drugih oblik pomoči, so izsledki raziskave projekta MoST pokazali tudi mnogotere oblike premoščanja ovir. Načini premoščanja ovir so prav tako heterogeni kot skupine z ranljivostmi, in, izvzemši že vpeljane sistemske rešitve, lastni posameznim lokalnim okoljem.

Raziskovana okolja s svojo lokalno samoupravo (občine in mestne občine, mestne četrti in krajevne skupnosti), geografsko lego, naravnimi danostmi, različnim številom in sestavo prebivalstva, razvitostjo infrastrukture in gospodarskih panog ter potencialov razvoja in možnostjo zdravih izbir so prav tako heterogena, kot so skupine prebivalcev. Pri obravnavi ranljivosti je potrebno zmeraj znova upoštevati družbeno-kulturni kontekst, saj, kot smo ugotovili na podlagi izsledkov raziskave projekta MoST, neke namreč določena skupina z ranljivostmi močno izstopa in jo v lokalni skupnosti povezujejo s specifično problematiko, v drugem lokalnem okolju pa se ista skupina ne sooča z večjimi težavami. Prav tako lahko na ranljivost in neenakost pomembno vpliva tip naselja. Tako je na primer v nekaterih okoljih izrazit problem z zasvojenostjo z alkoholom, izrazita je brezperspektivnost mladih, spet drugje opažajo močan porast težav v

duševnem zdravju in nenazadnje je urbano ali ruralno okolje lahko tako prednost kot slabost, ki zmanjšuje ali povečuje ranljivosti. Socialna izključenost na vasi je enaka, če ne celo večja, kot v mestu (8). V majhnih vaseh in na redko poseljenih območjih je dostopnost do storitev in drugih ugodnosti manjša kot v gosteje poseljenih območjih. Bližina osnovnih storitvenih dejavnosti, kot so ambulante pošta, šola, cerkev, knjižnica in javne službe razumemo kot nujno predpostavko za aktivno, polno in zdravo življenje, vendar imajo prebivalci vasi pogosto omejen dostop prav do osnovnih storitvenih dejavnosti in so odvisni od tistega, kar obstaja v lokalni skupnosti. Dostopnost do prevoza močno vpliva na izključenost vasi. Prav tako so nekatera območja povezana z javnim prevozom le nekajkrat na dan ali pa sploh ne (prav tam). Podobne vidike socialne izključenosti in omejenega dostopa do osnovnih storitvenih dejavnosti v ruralnem okolju, smo prepoznali tudi v raziskavi projekta MoST (5).

Enoznačnega odgovora na vprašanje, ali je urbano oziroma ruralno okolje prednost ali slabost, ki zmanjšuje ali povečuje ranljivosti, ni mogoče podati. Sogovorniki so zaznavali ovire v dostopu do zdravstvene ali druge oblike pomoči, ustanov in drugih virov, izhajajoče tako iz urbanega kot ruralnega okolja, vendar so večkrat omenjali slednje, in sicer: »zaprtost družin v lokalnem okolju«, »zaprta vaška okolja«, »strah in izgubljenost podeželskih ljudi pri napotitvah v druge kraje«, »izginjanje določenih storitev v oddaljenih krajevnih skupnostih in izseljevanje družin zaradi pomanjkanja delovnih mest«. Ob navedenih ranljivostih, ki izhajajo iz ruralnega okolja, pa so sogovorniki omenjali tudi prednosti, kot so »medsosedska pomoč na vasi«, »sosedska mreža, ljudje popazijo drug na drugega, povezanost ljudi na podeželju«, »skrb drug za drugega je večja kot v mestih«, »prednost manjšega okolja, kjer vedno koga poznaš«. Izsledki raziskave projekta MoST kažejo na kompleksnost vzročno posledičnih ranljivosti, ki izhajajo iz specifičnosti okolja tako v urbanem kot ruralnem okolju. Poglobljeno proučevanje okoliščin in družbenih procesov v lokalnih okoljih je bilo mogoče vsled kvalitativnega terenskega raziskovanja, ki je dobrodošlo in nujno v doprinosu k vedenju o ranljivostih v lokalnih okoljih in razumevanju njenih razsežnosti.

2.1.5 Literatura

1. Bernard HR. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Fifth edition. Lanhan, New York, Toronto and Plymouth, UK: Altamira press, 2011.
2. Muršič R. *Metodologija preučevanja načinov življenja. Temelji raziskovalnega dela v etnologiji ter socialni in kulturni antropologiji*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, 2011.
3. Huber I, Lipovec Čebren U, Oprešnik D. *Metodologija in potek raziskave o ranljivosti in neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*. V: Huber I, Pistotnik S, Lipovec Čebren U (urednice). *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020: 24–40.
4. Allwold CM. 'Hermeneutics and Interpretation in Anthropology'. *Cultural Dynamics* 1989. 2 (3): 304–322.
5. Huber I. *Skupine z ranljivostmi v lokalnih okoljih*. V: Huber I, Pistotnik S, Lipovec Čebren U (urednice). *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020: 41–70.

6. Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov. 2017. Dostopno na <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MK/Zakonodaja-ki-ni-na-PISRS/Kulturna-raznolikost/1c24133420/Konvencija-o-pravicah-invalidov.pdf>. [20. 10. 2020].
7. Lipovec Čebtron U, Keršič-Svetel M, Pistotnik S. Zdravstveno marginalizirane - "ranljive" skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem.' V: Farkaš-Lainščak J, urednica. Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016: 14–25.
8. Giddens A. 2007. Sociologija. Zagreb: Nakladni zavod globus.

2.2 Ranljivosti v času pandemije covid-19

Uršula Lipovec Čebren, Anja Brunec

2.2.1 Uvod

Pandemija covid-19 je poleg zdravstvenega tudi širši družbeni problem, ki tako v globalnem kot lokalnem kontekstu ustvarja in pogloblja neenakosti in ranljivosti. Pojav bolezni covid-19 je v večini držav sveta sprožil sprejemanje izrednih ukrepov, namenjenih zamejevanju okužb, ki so močno posegli v vsakdanja življenja in vplivali na celotno družbo. Ranljivosti nekaterih posameznikov so se poglobile, drugih spremenile, spet tretjih zmanjšale. Zaradi hitrih in drastičnih sprememb so postale ranljive tudi nekatere osebe in skupine, ki jih pred pandemijo nikakor ne bi mogli uvrstiti med ranljive prebivalce.

V tem poglavju bomo predstavili preliminarne rezultate raziskave *COVID-19: Ocena ranljivosti in vključevanje skupnosti*¹⁰ (v nadaljevanju *Ocena ranljivosti*), ki je v Sloveniji potekala v okviru mednarodnega medicinsko-antropološkega konzorcija Sonar-Global¹¹. Raziskava *Ocena ranljivosti* se je sočasno izvajala v petih evropskih državah, poleg Slovenije še v Franciji, Nemčiji, Italiji in na Malti. V nadaljevanju bomo predstavili nekatere izsledke raziskave *Ocene ranljivosti*, ki je bila izvedena v urbanem (Ljubljana) in ruralnem okolju (širša okolica Murske Sobote), pri čemer se bomo osredotočili na najizrazitejše teme v obeh raziskovanih okoljih. V sklepnem delu bomo tudi na kratko predstavili nekatere strategije za boljše razporejanje in uporabo virov v morebitnih prihodnjih valovih pandemije covid-19 in podali predloge za uspešno okrevanje družbe kot celote, ki smo jih oblikovali na podlagi izsledkov omenjene raziskave.

2.2.2 Metode raziskovanja

Krizna obdobja, kot je tudi obdobje pandemije covid-19, povečujejo in poglobljajo že obstoječe ranljivosti, obenem pa osebe, ki so bile pred kriznim obdobjem manj ranljive, pogosto potisnejo čez mejo njihovih zmognosti in odpornosti ter s tem ustvarjajo nepričakovane, nove ranljivosti (1). Izsledki dosedanjih raziskav kriznih dogodkov (2) kažejo, da je za soočanje z novimi oblikami ranljivosti, ki jih krizni dogodki povzročajo, nujno potreben celostni raziskovalni pristop, predvsem pa zbiranje in analiza kvalitativnih podatkov, ki lahko poglobljeno pokažejo na potrebe ranljivih posameznikov in skupin v lokalnih skupnostih ter predstavljajo tehtno osnovo za načrtovanje lokalno ustreznih in izvedljivih ukrepov.

Pri tem se zdi smiselno kritično ovrednotiti sam koncept ranljivosti, ki ga medicinsko-antropološke raziskave ne razumejo le kot tveganje za razvoj nekaterih bolezni ali zdravstvenih težav, temveč širše. Z ranljivostjo namreč ni mišljena le dovzetnost za bolezen, temveč jo lahko razumemo kot »relativni fenomen, saj se, ko se neenakosti stopnjujejo, določene kategorije posameznikov pokažejo kot bolj ali manj ranljive« (3). Te lokalno specifične oblike ranljivosti so pogosto v kavzalni povezavi s spreminjanjem lokalnih institucij, pravil in norm.

¹⁰ V izvorniku *COVID-19: Vulnerability Assessment and Community Engagement*.

¹¹ Gre za mrežo raziskovalcev, ki se v izvorniku imenuje *A Global Social Sciences Network for Infectious Threats and Antimicrobial Resistance*. Več o tej mreži in samem projektu na spletni strani <https://www.sonar-global.eu/>.

Ranljivost tako razumemo kot relacijski pojav (med posameznikom in širšim družbenim, kulturnim in ekonomskim okoljem) in tudi kot proces, ki se spreminja od ene do druge osebe, se razlikuje v različnih življenjskih obdobjih in različnih okoliščinah, ob čemer pri eni osebi lahko hkrati soobstajajo številne oblike ranljivosti. Posameznik se namreč nahaja na presečišču različnih individualnih in družbenih procesov, ki vplivajo na ranljivost v zdravju in na drugih področjih življenja (4). Obdobje pandemije pa je poleg ranljivosti izzvalo tudi razne oblike odpornosti. Odpornost dojemamo kot sposobnost učinkovitega prilagajanja in spoprijemanja družbe oziroma posameznikov s krizo (5). Termin odpornost (*angl.* resilience) tako označuje način soočanja in prilagoditev posameznika ali sistema na negativne preizkušnje ali stres, zlasti bolezen, grožnje, naravne nesreče, izgubo varnosti, položaja, pri čemer se lahko posameznik ali sistem po koncu preizkušnje celo okrepi (6).

Kvalitativna terenska raziskava Ocena ranljivosti je potekala na osnovi raziskovalnega orodja, pripravljenega v okviru projekta Sonar-Global. Isto orodje se je sočasno uporabilo v petih evropskih državah, vključenih v omenjen projekt¹². Raziskovalno delo je potekalo v dveh različnih okoljih (v Ljubljani z urbanim značajem in v Murski Soboti s širšim podeželskim okoljem), katerih primerjava je omogočila boljši vpogled v doživljanje pandemije na različnih delih države.

Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo demografskega vprašalnika, vprašalnika za polstrukturirani intervju in vprašalnika za povzetek terenskega dela. Demografski vprašalnik z vnaprej pripravljenimi vprašanji (o spolu, starosti, socialno-ekonomski situaciji, bivanjskih pogojih itd.) je izpolnjeval raziskovalec oziroma raziskovalka in odgovore beležil v za to namenjen obrazec. Demografski podatki so bili združeni v skupno bazo podatkov. Raziskava Ocena ranljivosti se je nadaljevala s polstrukturiranim intervjujem, ki je bil razdeljen na tri sklope: (1) zdravje, dostop do zdravstvenega varstva in javnih storitev; (2) skupnost, okolje in viri podpore skupnosti ter (3) ranljivost in odpornost.

Raziskovalke na terenu so med in po izvedbi polstrukturiranih intervjujev svoja opažanja in ključne informacije beležile v terenske zapiske, ki so bili vključeni v povzetke terenskega dela. Posamezen polstrukturirani intervju je v povprečju trajal 1 ½–2 uri.

Kontinuiteta raziskav in znanje, pridobljeno s predhodnimi izkušnjami nekaterih članov projektne skupine na področju raziskovanja ranljivosti (Lipovec Čebren in drugi 2016; Huber in drugi 2020), je pomenilo metodološko prednost pri izbiri sogovornikov v raziskavi Ocena ranljivosti v Sloveniji. Izsledki predhodnih raziskav o ranljivosti in neenakosti v lokalnih okoljih v Sloveniji (*ibid.*) v času pred pandemijo, so raziskovalkam¹³ omogočili vpogled v obstoječe ranljivosti. Poleg tega so bile v raziskavo vključene tudi osebe, ki so postale ranljive med samo pandemijo. Zaradi predhodnih tovrstnih raziskav so imele raziskovalke že predhodno vzpostavljene stike z različnimi organizacijami, društvi in posamezniki, ki delajo ali imajo dostop do najbolj marginaliziranih ljudi, zato je bilo mogoče v raziskavo vključiti tudi nekatere najbolj ranljive člane

¹² Etično presojo in celostni pregled ključnih elementov raziskave v Sloveniji je izvedla Komisija za etiko Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani (KEFF) in raziskavo z dnem 22. 2. 2021 odobrila.

¹³ V besedilu pišemo o raziskovalkah, saj so bile vse ženskega spola.

družbe. V raziskavo Ocena ranljivosti so tako bili vključeni posamezniki z različno izobrazbo in socialno-ekonomskim statusom ter različnih kulturnih in etničnih pripadnosti. Med njimi so bili tako mladi (nad 18 let) kot starejši, tako študenti in zaposleni kot posamezniki, ki so izgubili službo oziroma so zaradi pandemije ostali brez dohodkov, tako samske osebe in samohranilci kot člani nuklearnih in razširjenih družin, tako osebe s kroničnimi boleznimi in osebe s težavami v duševnem zdravju kot posamezniki, ki se opisujejo kot zdrave. Posebna pozornost je bila namenjena najbolj marginaliziranim članom družbe, kot so pripadniki romske skupnosti, brezdomci, uživalci prepovedanih drog, HIV+ osebe, nedokumentirani migranti, prosilci za mednarodno zaščito, seksualni delavci in drugi.

Raziskava Ocena ranljivosti je bila, v primerjavi z drugimi kvantitativnimi in spletno izvedenimi raziskavami, povezanimi s posledicami covida-19 v Sloveniji, izvedena osebno, s kvalitativnim pristopom in je vključevala tudi tiste, ki niso imeli dostopa do sodobnih tehnologij (spleta) ter posledično niso bili vključeni v druge spletne raziskave. To velja poudariti, saj najbolj ranljivi posamezniki, ki so družbeno izolirani, običajno niso vključeni v kvantitativne raziskave (spletne ankete redko zajemajo tujejezične osebe, ljudi v negotovih pravnih statusih, prosilce za mednarodno zaščito, osebe brez/s slabim dostopom do spleta in druge), zato je tako malo znanega o njihovi ranljivosti. V tem primeru je bila Ocena ranljivosti izjema, saj je poskušala preseči večino ovir pri vključevanju omenjenih marginaliziranih ljudi v raziskavo. Morebitne metodološke ovire med izvedbo intervjuja smo poskušali preseči tudi s poenostavljanjem vprašanj ali vmesnimi krajšimi odmori, saj so bili posamezni tematski sklopi vprašalnika za določene sogovornike preveč kompleksni, sam vprašalnik pa predolg.

Zbrano terensko gradivo je bilo urejeno in kodirano po sistemu, ki ga je predvidevalo raziskovalno orodje. Kot kode smo uporabili besede ali kratke fraze, ki simbolno pripišejo značilnost oziroma kakovost delu besedila (7). Kodiranje polstrukturiranih intervjujev je bilo narejeno z uporabo skupnih kod, ki omogočajo primerjavo zbranih podatkov med državami in okolji, vključenimi v mednarodno raziskavo Ocena ranljivosti projekta Sonar-Global. Zaradi pojava lokalno-specifičnih besed ali fraz, smo v fazi kodiranja ustvarili dodatne kode, ki so označevale lokalne fenomene. Prav tako smo dodatne kode uporabili tudi za kodiranje tem in dogodkov, ki so se v pričevanjih sogovornikov pokazali kot pomemben dejavnik na lokalni ali nacionalni ravni. Vsakemu sogovorniku je bila dodeljena šifra, s katero je bil označen zvočni posnetek, transkripcija (oziroma zapis pogovora, če sogovornik ni privolil v zvočno snemanje) in pisno soglasje k sodelovanju v raziskavi. Kjer so bili v izsledke raziskave vključeni deli transkripcij intervjujev ali izseki iz terenskih zapiskov, so bili ti še dodatno anonimizirani, tako da je bila prikrita identiteta posameznikov, imena krajev in drugih podatkov, ki bi lahko razkrivali identiteto sogovornika. Za namen primerjave izsledkov med državami so bili partnerskim institucijam, vključenim v projekt Sonar-Global, posredovani le anonimizirani podatki in izvlečki intervjujev.

Med februarjem in julijem 2021 je bilo skupno izvedenih 214 tako imenovanih ocen ranljivosti z 214 sogovorniki. Vsaka ocena ranljivosti je vključevala podatke, pridobljene s polstrukturiranim intervjujem, demografskim vprašalnikom in vprašalnikom za povzetek terenskega dela. Iz Ljubljane je bilo 51 % (n = 214), iz Murske Sobote in okolice pa 49 %. Od skupno 214 sogovornikov se jih je 61 % opredelilo z

ženskim spolom, 38 % z moškim spolom in 1 % z »drugo«. Sogovorniki so bili stari od 18 do 91 let. Starostne skupine so bile približno enako zastopane, največ sogovornikov (23 %, n = 214) pa je bilo starih med 31 in 40 let.

Večina (73 %, n = 214) sogovornikov se je identificirala s slovensko narodno pripadnostjo, med njimi jih je bilo tudi nekaj, ki so se poleg nacionalne identificirali še na podlagi regije, v kateri živijo (npr. Prekmurec, Prlek, Goričanec) oziroma, iz katere so prihajali njihovi starši (npr. Slovak). Poleg tega so se nekateri identificirali z bosansko ali bošnjaško, in sicer 6,25 % (15 sogovornikov) in z romsko etnično pripadnostjo 3,7 % (8 sogovornikov). 1,8 % (4 sogovorniki) se jih je opredelilo z makedonsko in prav tako 1,8 % z albansko etnično pripadnostjo; 1,4 % (3 sogovorniki) s srbsko; 0,9 % (2 sogovornika) s palestinsko in prav tako 0,9 % z jugoslovansko etnično pripadnostjo. 0,5 % (po 1 sogovornik se jih je identificiralo kot Alžirec, Etiopijec, Izraelec, Arabec, Črnogorec, Slovan, Sirec, Ukrajinec, ateist, prebivalec Zemlje, avtonomni/avtohtoni in belec. Preostalih 5,6 % (12 sogovornikov) ni navedlo svoje narodnosti ali etnične pripadnosti.

Med sogovorniki, vključenimi v raziskavo, jih je 50 % (n = 214) poročalo, da imajo kronično bolezen ali druge dolgotrajne ali hude zdravstvene težave (npr. onkološki bolniki). Na vprašanje, koliko dni so se v zadnjem mesecu počutili slabo, je 30 % (n = 214) vprašanih odgovorilo, da so se slabo počutili več kot polovico meseca. Kot razloge za slabo počutje so navajali »trenutno (covid) stanje«, »negotovost zaradi trenutne situacije« in podobne razloge, vezane na čas preživljanja pandemije. Kar 61 % (n = 214) vseh sogovornikov je v času pandemije opazilo spremembo telesne teže, od slednjih se je veliki večini (93 %, n = 131) teža povečala. Kot izhaja iz izsledkov raziskave, predvidevajo, da se je to zgodilo zaradi več časa, preživetega doma, in posledično večjega poseganja po hrani/prenajedanja, ter tudi manj časa, namenjenega fizični aktivnosti.

2.2.3 Rezultati in diskusija

Z metodo tematske analize (8) smo iz zbranega terenskega materiala izluščili štiri področja, kjer se je ranljivost sogovornikov med pandemijo covid-19 najbolj izrazito pokazala v obeh raziskovanih okoljih. V nadaljevanju bomo tako prikazali nekatere težave, povezane z institucionalizacijo, nedostopnostjo javnih prostorov in storitev, težave, povezane s spremembo delovnih pogojev in spremembo dohodka, ter težave z nezmožnostjo upoštevanja ukrepov za obvladovanje covid-19, s posebno pozornostjo na odlok »ostanite doma«.

2.2.3.1 Institucionalna oskrba in totalne ustanove kot prostori ranljivosti v času pandemije

Izsledki analize zbranega terenskega materiala, pridobljenega z raziskavo Ocena ranljivosti, so pokazali, da so bile ustanove, ki jih je Goffman (9) imenoval totalne ustanove¹⁴ (psihiatrične bolnišnice, zapori, azilni domovi in domovi za starejše občane), v času pandemije eden glavnih vzrokov za ranljivost institucionaliziranih oseb. To je izpostavilo 8 %, n = 214 (17 sogovornikov), ki so bili v času pandemije

¹⁴ Ervin Goffman je totalne ustanove opredelil kot ustanove, ki zajamejo vse vidike posameznikovega življenja: od bivanja, dela do prostega časa. Gre za totalnost zajetja, ki jo simbolizirajo tudi pregrade, ki jih take ustanove, kot na primer psihiatrične bolnišnice, zapori, vojašnice, samostani običajno gradijo med seboj in zunanjim svetom (9).

covida-19 institucionalizirani v različnih ustanovah, pa tudi njihovi svojci in zaposleni ter predstavniki tam delujočih nevladnih organizacij, s katerimi smo govorili v času izvajanja raziskave Ocena ranljivosti. Sogovorniki so poudarili, da so številne ustanove med pandemijo postale žarišča okužb s covidom-19, poleg tega pa so institucionalizirane osebe za daljša obdobja prikrajšale za kakršenkoli stik s svojci in zunanjim svetom nasploh, kar je negativno vplivalo na njihovo počutje in zdravje. Sogovorniki, ki so bili institucionalizirani, so poročali, da so se več kot polovico meseca počutili slabo.

Tako kot so pokazale mnoge študije na področju institucionalizirane oskrbe (10, 11, 12, 13), so tudi izsledki raziskave Ocena ranljivosti pokazali na zaostrovanje že predhodno obstoječih težav z institucionalizirano oskrbo, in sicer na izrazit problem institucionalizacije oseb in nujenja oskrbe v kontekstu totalnih ustanov. Poleg tega je na podlagi izsledkov, pridobljenih z analizo terenskega gradiva, razvidno, da v teh ustanovah predstavlja problem tudi pomanjkanje finančnih sredstev in pogosta prostorska stiska, pomanjkanje strokovnega osebja (tudi zdravnikov, medicinskih sester) ter s tem povezano pomanjkanje kakovostne oskrbe. Ukrepi za obvladovanje pandemije so našteje pomanjkljivosti le še poglobili, obenem pa ustvarili nove oblike ranljivosti institucionaliziranih oseb. Ob tem velja poudariti, da je analiza terenskega gradiva pokazala na prisotnost dveh diametralno nasprotnih strategij, ki so jih med pandemijo ubrale ustanove, s katerimi so bili sogovorniki v stiku. Prva je popolna, večmesečna izolacija uporabnikov od zunanjega sveta. To strategijo so uporabili predvsem domovi za starejše občane, zavetišča za brezdomce ter varne hiše. Druga strategija pa je bila množični izpust stanovalcev iz institucij (npr. iz zavodov za prestajanje kazni zapora, bolnišnic, centra za tujce) brez predhodnega načrta in brez zagotovljene podpore za življenje izven institucije.

Popolna izolacija institucionaliziranih oseb

Sogovorniki, ki so bili nameščeni v institucijah, ki so ubrale prvo strategijo (to je popolno, večmesečno izolacijo uporabnikov od zunanjega sveta), so poročali o večmesečni prekinitvi vseh fizičnih stikov med stanovalci in zunanjim svetom, vključno z družinskimi člani in drugimi sorodniki. Prepoved vstopa je veljala tudi za zaposlene v nevladnih organizacijah in prostovoljce, zaradi česar so institucionalizirane osebe med pandemijo ostale brez večine siceršnjih dejavnosti, njihova življenja pa so bila skrčena na *zoē* – golo življenje ali zagotavljanje le najbolj osnovnih bioloških potreb (14).

Sogovornica, stanovalka doma za starejše občane, ki je bila več kot dva meseca zaprta v svoji sobi brez možnosti izhoda iz sobe, je povedala: *»Prvi del tega virusa je pri nas trajal od marca [2020 op. a.] pa tja do maja. In do takrat smo bili v sobah. Hrano in vse smo dobili v sobo, tako da nismo stopili na hodnik, pa nič. Takrat dejavnosti ni bilo. Edino priporočili so nam, da naj telovadimo v sobah, naj se kratkočasimo, kak vemo in znamo, samo da ne bomo pač mislili na to«* (stanovalka v DSO, 91 let). V tem času so bili stanovalcem povsem prepovedani kakršnikoli obiski. S sorodniki so lahko imeli stike le po telefonu ali pa so jim pomahali z okna sobe na parkirišče, kot nadaljuje sogovornica: *»Nobenega obiska ni bilo. Nikogar ni bilo noter ... Prepovedano je bilo. Zaklenjena vrata so bila. Lahko smo imeli stike preko telefona ali pa na oknu. /.../ Jaz sem bila v tretjem nadstropju, pač sva se tak ... nisva se mogla nič dosti pogovoriti. Videla sem ga [sina, op. a.] pa le. Pa to, da sem [sinu, op. a.] pogum dajala. On je sam ... da naj se pač pazi* (stanovalka v DSO, 91 let).

Množični izpust iz institucij

Nekatere druge ustanove pa so se odločile za ravno obratno strategijo od prej opisane in so se usmerile na preprečitev nenadzorovanega širjenja okužbe z množično, nenadno izpustitvijo institucionaliziranih oseb brez opozorila in potrebne podpore. Taki strategiji so sledili predvsem v centru za tujce ter zavodih za prestajanje kazni zapora. V primeru sogovornika, ki je kazen prestajal v enem od osrednjeslovenskih zavodov, se je pokazalo, da je vodstvo zavoda kolebalo med spoštovanjem pravic zapornikov in zagotavljanjem njihove varnosti, predvsem pa varnosti zaposlenih: *»Zdej pol je bil problem – uni, ko imajo izhode, avtomatsko jim kršijo pravico. In [vodstvo zapora, op. a.] niso vedli na začetku, kaj bi. /.../ In oni so se pač pol odločili, ker nam ne morejo omogočiti izhodov za vikend, ker se bojijo, da bo nekdo prinesel notri virus, so nas dali na prekinitev. Se pravi, so prišli do tebe, te vprašali, a bi šel na prekinitev – recimo, ne vem, dva, tri mesece, pač ne šteje se to kot kazen, dokler boš zunaj /.../ In smo bli dejansko 4 mesece zunaj«* (obsojenec na prestajanju zaporne kazni zapora, 30 let).

Pri strategiji množičnega izpusta iz institucij je bila težava to, da so bili nekateri institucionalizirani sogovorniki izpuščeni brez predhodnega načrta, ki bi predvideval, kaj se bo zgodilo z njimi po izpustu, zato so bili v novi situaciji povsem dezorientirani. Sogovornik, ki so mu zavrnilo prošnjo za mednarodno zaščito, je bil na začetku pandemije zaprt v centru za tujce v Postojni. Ko so ga zaposleni nenadoma izpustili, ne da bi karkoli pojasnili ali mu pomagali, čeprav javni prevoz zaradi pandemije ni obratoval: *»Rekli so mi – pojdi! /.../ [Ker] nisem imel ničesar, sem vprašal za vozovnico do Ljubljane, pa so [uslužbenci centra za tujce, op. a.] rekli – to ni moj problem. Prosil sem prijatelja iz Afganistana za 3 evre, nek drugi moški pa mi je dal [še] 3 evre, ker vlak za Ljubljano stane 6 evrov«* (ilegaliziran migrant, 36 let). Po izpustu so mu zatočišče in osnovne potrebščine za življenje priskrbeli prostovoljci iz nevladne organizacije v Ljubljani.

2.2.3.2 Omejen dostop do javnih prostorov in storitev v času zaprtja države

Obdobje pandemije je zaznamovalo sprejemanje izrednih ukrepov, namenjenih zamejevanju okužb, ki so posegli v vsakdanja življenja ljudi in vplivali na celotno družbo, a ne na vsakogar v enaki meri. Kot so poudarili sogovorniki v raziskavi Ocena ranljivosti, je bila v času pandemije posebej problematična nedostopnost javnih prostorov in storitev. Ta nedostopnost se je kot izredno problematična kazala v primeru oseb, ki so pri zadovoljevanju najbolj osnovnih potreb odvisne od javnih prostorov (npr. javnih stranišč) ali javnih storitev (npr. razdelilnice hrane ali ljudske kuhinje, socialnih in dnevnih centrov). Sogovorniki (brezdomci, nedokumentirane osebe, spolni delavci, uporabniki metadonske terapije), ki so o tem govorili na podlagi lastnih izkušenj, sodijo med najbolj družbeno marginalizirane in ekonomsko deprivilegirane prebivalce. Poleg njih pa so na to opozorili tudi zaposleni v nevladnih organizacijah in prostovoljci v skupnosti, ki so aktivno vključeni v različne programe zagovorništva, opolnomočenja in druge programe na področju psihosocialne pomoči in socialnega dela.

Nedostopnost javnih prostorov je bila še posebej izrazita v prvih tednih prvega zaprtja države (12. marec 2020–14. maj 2020). Kasneje so se v posameznih okoljih pojavile rešitve, ki so – pogosto kratkoročno in parcialno – poskušale premoščati te težave (npr. namesto prehranjevanja v prostorih ljudskih kuhinj so osebe lahko dobile kupone za toplo hrano, ki jo je bilo mogoče vzeti s seboj), vendar pa je večina javnih prostorov in programov tudi v nadaljnjih mesecih ostajala nedostopna rednim uporabnikom ali pa je delovala v omejenem obsegu: *»Hrane en čas ni bilo, potem so začeli delit zunaj. Je bila samo kava pa čaj. Pa to potem, ko so se zorganizirali. Marca dva tedna nobeden ni vedel, kaj bi«* (brezdomec, 48 let).

Druga ključna težava v času pandemije je bilo zaprtje oziroma nedostopnost vseh ostalih javnih služb in ustanov, ki ni prizadela le najbolj marginaliziranih, temveč tudi večino ostalih sogovornikov, sodelujočih v raziskavi. Sogovorniki so tako še posebej izpostavljali problem nedostopnosti ali zelo slabe dostopnosti ustanov, kot so zdravstvene ustanove (na vseh ravneh), izobraževalne ustanove (vrtci, šole, zavodi za otroke s posebnimi potrebami), socialne službe (npr. centri za socialno delo, zavetišča za brezdomce, nevladne organizacije, ki delujejo na področju duševnega zdravja, nasilja v družini, vprašanja brezdomstva ali stanovanjskih problemov in zmanjševanja škode za uživalce prepovedanih drog), kulturne ustanove (npr. knjižnice) in javnega prevoza. Pomanjkanje javnega prevoza je predstavljalo največjo težavo sogovornikom, ki niso imeli nobene druge možnosti prevoza. V zvezi s tem je zgovoren primer sogovornice, ki je bila pri prevozu na delo popolnoma odvisna od javnega prevoza: *»Ko niso delali avtobusi sem hodila peš do službe, tam 40–45 minut v eno smer«* (sogovornica, 33 let). O vplivu ukrepov so poročali tudi drugi sogovorniki, ki jim je opravljanje nujnih vsakodnevnih opravil v kombinaciji z omejitvami, uvedenimi zaradi obvladovanja pandemije, predstavljalo vedno večji izziv. Ukrep določitve nakupovalnih ur samo za »ranljive skupine« (starejše, nosečnice), ki so bili omejeni na obisk trgovin v točno določenih časovnih terminih, je močno zaznamoval posameznikov vsakdan in povzročal nemalo preglavic: *»Se prav spomnim ene starejše gospe, ki je res težko hodila, ker je imela palico, da se je prav zjokala: “avtobusi niso vozili, eno uro sem mogla pešačit do sem, da kaj – zdaj ne morem v trgovino. Da zdaj moram spet hodit eno uro domov, da se zvečer lahko spet vrnem”. Meni se je zdelo to nesprejemljivo, da se tako ravna z ljudmi ...«* (sogovornica, 36 let).

Nedostopnost in omejena dostopnost do večine zdravstvenih storitev

Izsledki raziskave Ocena ranljivosti so med drugim pokazali, da je bil dostop do zdravstvenih ustanov v večini nenujnih stanj otežen. Že prej dolge čakalne dobe za zdravniške preglede in posege, so v času pandemije postale še daljše. Sogovorniki so se soočali tudi z neodzivnostjo zdravstvenih ustanov na različne poskuse komunikacije (telefonski klici, e-pošta) in z odpovedjo že dogovorjenih terminov pregledov ali posegov. Zgovoren je primer sogovornice: *»Zdaj, v tej situaciji od kar je korona, jaz ne morem priti do svoje splošne zdravnice, ni šans. Imela sem en primer, mesec dni sem jih klicala, noben se mi ni oglasil, na koncu sem šla osebno tja [v zdravstveni dom, op. a.] in mi pravijo - Pojdite nazaj domov in nas pokličite«* (sogovornica, 56 let). Ista sogovornica je nato v času pandemije več mesecev čakala na preglede, ki so bili nujno potrebni za njeno nadaljnje zdravljenje in do katerih je bila glede na zdravstveno stanje upravičena preko zdravstvenega zavarovanja. Po več mesecih neuspešnega čakanja je bila primorana poseči po zasebnih zdravstvenih storitvah.

Težave z dostopom do zdravstvenih, pa tudi vseh ostalih javnih služb, so se še poglobile med marcem 2020 in majem 2020 ter tudi oktobrom 2020 in marcem 2021, ko je bilo gibanje ljudi omejeno na regije in celo občine prebivališča¹⁵. Sogovorniki so izpostavili, da so čutili negotovost ter predvsem strah pred nadzorom, četudi so občinske meje prehajali zaradi zelo pomembnega ali zdravstveno nujnega razloga. V takšni situaciji se je znašla sogovornica, ki je za svojo sestro urejala nujno psihiatrično pomoč. Ker ta ni bila na voljo v občini njenega prebivališča, jo je bila prisiljena poiskati v 60 kilometrov oddaljenem mestu v drugi regiji: *»Potem, po tistem breakdown-u, ko je bila tista točka trčenja, histerični napadi, ko je hotela pojesti tablete ... vse se je dogajalo v roku 5 ur. Potem se je umirila in rekla, da ne more več, da pač rabi pomoč. In tu se je potem opazilo s tem covidom, da so bile bolnišnice zaprte, pa v bistvu nisi mogel, če resno ni bilo čist, čist, čist nujno, da človek ni malone umiral. /.../ Vse je dlje trajalo. Pa občine so bile zaprte, tako da si rabil ekstra potrdila, da si se lahko peljal v Maribor ... In zakaj se zdaj v Maribor pelješ, ne? /.../ Tak da ja, pač vse to je vplivalo. Tako je covid recimo vplival na njeno zdravstveno stanje. /.../ Tako, da smo [družina, op. a.] tudi to izkusili v tem covid settingu, bi rekla«* (sogovornica, 22 let).

2.2.3.3 Spremenjeni pogoji dela in sprememba dohodka

Med sogovorniki, ki so bili vključeni v raziskavo Ocena ranljivosti, jih je bilo 66 % (n = 214) zaposlenih, pri čemer velja izpostaviti, da njihove zaposlitve variirajo od stalnih zaposlitev za nedoločen čas do študentskega dela ter različnih drugih začasnih in prekarnih zaposlitev. Od vseh zaposlenih sogovornikov jih je bilo 75 % (n = 134) zaradi dela v rednih stikih z drugimi ljudmi. Zaradi pandemije in ukrepov za zaježitev širjenja koronavirusa je več kot polovica (54 %) sogovornikov, ki so bili v zaposlitvenem razmerju, navedla, da so se v času pandemije spremenili delovni pogoji, njihovo delo ali delovno mesto. Kot je izpostavil eden izmed sogovornikov, samozaposleni taksist, so v času drugega vala epidemije, jeseni 2020, svoje delo opravljali pod zaostrenimi pogoji in nadzorom: *»Začeli so [se] inšpekcijski nadzori, začeli so s pregledovanjem avtomobila - Lahko vozite samo dva človeka zadaj, nobenega spredaj«* (taksist, 51 let).

O spremembi dohodka je poročalo 84 % (n = 134) sogovornikov, ki so bili v zaposlitvenih razmerjih. Od teh je 14 % na letni ravni od začetka pandemije zaslužilo več, 86 % pa manj ali bistveno manj. Stiske, povezane s finančno negotovostjo, so doživljali tudi sogovorniki, ki iz različnih razlogov niso mogli uveljavljati pravic iz javnih sredstev in so ostali brez finančne pomoči. Padec dohodka so v veliki večini doživeli sogovorniki v negotovih oblikah zaposlitve, kot so samozaposleni v storitvenem sektorju, samostojni delavci v turizmu, gastronomiji, kulturi in zabavi ter tudi delavci s krajšim delovnim časom in študenti.

Izkušnja samozaposlene igralke kaže na posledice pandemije, ki so jih izraziteje občutili samozaposleni kulturni delavci. Sogovornica je poročala o zamudah pri izvedbi dela in plačilu zanj: *»Vse je zamujalo, saj so zamujale pogodbene obveznosti. Kar je bilo urejeno lani, je bilo treba dokončati«* (sogovornica, 28 let). Pogosto je bila plačana z večmesečno zamudo in tudi v prihodnje je predvidevala občuten padec dela in prihodkov, saj novega dela v času pandemije ni bilo.

¹⁵ Izjemo je v tem času med drugim predstavljal dostop do storitev za nujne primere, prihod in odhod na delo ali varstvo in pomoč osebam, ki so potrebne podpore, oziroma zaradi oskrbe ali nege družinskih članov itn.

Kot pojasnjuje, negotovost glede prihodnjih pogojev za kulturno produkcijo krči število delovnih mest, ki so na voljo na področju gledališča: »Torej jaz nisem toliko nasrkala lani [2020, op. a.], kolikor sem letos [2021, op. a.], pa bom v naslednjem [letu] ... ta kratkoročna prihodnost. Ker je ful zmeda. Ljudje te ne pokličejo k projektu. Ker že itak za freelancerje; imamo ta kombiniran sistem, se pravi imamo nek del igralcev zaposlenih, pa nekaj, ki smo freelancerji. Potem velikokrat flikamo neke luknje, ko jih ni v ansamblu ali ko jih preveč dela, ampak oni so na plači, se pravi vsak zunanji jim je dodaten strošek. In itak je že trend nasploh, da se špara na freelancerjih« (samozaposlena igralka, 28 let).

Kar 28 % (n = 134) sogovornikov, ki so bili v zaposlitvenih razmerjih, je navedlo padec dohodka za 50 % ali več, kar jim je povzročilo velik finančni primanjkljaj in hud stres. Tako je svojo situacijo opisal ulični glasbenik v Ljubljani: »Podnevi zaradi novih mestnih predpisov ne morem igrati, ponoči pa zaradi policijske ure ne morem igrati, saj ni nikogar zunaj /.../ prej sem zaslužil povprečno plačo [z donacijami za ulične nastope, op. a.], zdaj pa nič. Zdaj sem na socialni pomoči in se moram znajti s tem« (ulični glasbenik, 33 let).

Izsledki raziskave Ocena ranljivosti kažejo tudi na povečano prekarizacijo v sektorjih, ki so zaradi pandemije in preventivnih ukrepov doživeli dolgotrajne in izčrpavajoče omejitve. Sogovorniki, ki se ukvarjajo s kulturo, turizmom, gastronomijo in kmetijstvom, so poročali o vse večji prekarizaciji in negotovosti v zvezi z delom. Njihova finančna negotovost se je povečevala sorazmerno s povečevanjem prekarnosti njihove zaposlitve: sogovorniki, ki so že pred pandemijo delali kot samozaposleni, sezonski delavci ali delavci s krajšim delovnim časom, so v času pandemije večinoma postali le še bolj prekarni in s tem ranjivejši. Kot pojasnjuje sogovornica, ki je bila samozaposlena kot turistična vodnica: »Ločnica, 31. maj [2020, op. a.], pa je bila zanimiva zato, ker se je v bistvu takrat za nas samozaposlene zaključila pomoč. Ekonomska. In mi je od takrat naprej nismo več dobivali. /.../ S tem, da so jo podjetja v turistični panogi dobivala. Recimo naši delodajalci so jo dobivali, mi pa ne. Zato ker smo bili - iz enega samega razloga, zato ker smo samozaposleni. /.../ Zaradi tega mi je zavrela kri. Epidemijo so razglasili za končano, dela pa ni bilo. /.../ Ljudje mislijo, če gredo lahko, če se tamle lahko zleknejo, pa če grejo v Šobec ali pa na Bohinjsko jezero se skopat, pa če grejo na prikolico tamle v Umag, mislijo, da turizem teče. Ampak ni, ne. Turizem ne teče« (samozaposlena turistična vodnica, 48 let).

V daljših obdobjih, ko so odloki ali priporočila zapovedovali ali spodbujali delo od doma, so nekatere sogovornice opazale retradicionalizacijo spolnih vlog, ki je od žensk zahtevala več gospodinjskih in skrbstvenih opravil: od skrbi za otroke do skrbi za starejše ali bolne družinske člane oziroma člane gospodinjstva. Sogovornica, ki je skrbela za svojega očeta alkoholika, ki je bil zaradi pandemije covid-19 izpuščen iz rehabilitacijskega programa, je tako doživljala retradicionalizacijo vlog med pandemijo: »Recimo, povsem samoumevno je, da ženske gremo na čakanje, nekako bolj normalno, da prevzamemo več gospodinjskega bremena, nege družinskih članov ... to je bilo zelo očitno recimo, da sta moj mož in od sestre mož sta pač delala, medtem ko sva midve [s sestro, op. a.] tudi delali službo, ampak sva tudi kuhali in ostala gospodinjska [dela] ... ampak samo zato, ker sva bile midve vezani na dom, najino delo tudi, tudi to, kar sva delali za službo onadva sta se lahko umaknila stran od doma. Tako, da bi rekla, za ženske je tole [delo od doma, op. a.] še veliko slabše.

Nekako kar te neke okostenele vloge, čeprav se imava kao za feministki in najina moža nista sploh neka patriarhalca ali pa neka taka, ampak, enostavno je tako družba naravnana /.../ ja, bolj normalno grejo ženske na čakanje recimo tudi, da je pač moja sestra vzela nego, skrb za družinskega člana, ko nečak ni mogel iti v šolo in podobno /.../ ja, delo od doma, ja, ker si pač ti tam in seveda boš ti pač skuhal« (prekarna delavka, 32 let).

S precejšnjim izzivom spremenjenega načina življenja in dela so se soočili tudi nekateri sogovorniki, ki so bili zaposleni v sektorjih in na delovnih mestih, ki v običajnih razmerah zahtevajo kontinuirano interakcijo z ljudmi ter pogosto mobilnost. Kot je povedala sogovornica: *»To [obdobje pandemije, op. a.] je drugačen način življenja, to nima nobene veze z mojim dosedanjim življenjem ... 2–3 dni na teden sem [bila, op. a.] v tujini, zdaj pa sem doma«* (zaposlena v turizmu, 57 let). Nekaj sogovornikov je poročalo, da je delo od doma negativno vplivalo na njihove odnose s prijatelji ali sodelavci. To je še toliko bolj prizadelo sogovornike, ki so bili samski oziroma so živeli sami, o čemer več pišemo v nadaljevanju.

Zaradi vladne retorike, ki so jo politiki na oblasti uporabljali v medijih med pandemijo in še bolj izrazito v obdobjih popolnega zaprtja države, so nekateri sogovorniki občutili, da je njihovo delo v javnosti ovrednoteno kot manj pomembno ali celo odvečno. Zaradi prevladujoče neprimerne vladne retorike so čutili prepad med domnevno nujnim ali esencialnim delom in pa tistim, ki ni bilo razumljeno kot bistveno ali pomembno za delovanje družbe. Ta prepad so sogovorniki opazili tudi v ukrepih, ki so se razlikovali med različnimi sektorji: osebam, ki so opravljale tako imenovana nujna ali esencialna dela za delovanje družbe in države (kot npr. zdravstveni delavci, zaposleni v civilni zaščiti, vojski in policiji ter v službah, ki so pomembne za oskrbo prebivalstva), so bili zakonsko zagotovljeni pogoji za delo, vključno z zagotovljenim varstvom njihovih otrok, pri čemer so bili vrtci zaprti za otroke staršev vseh drugih poklicev. Poleg tega so zaposleni na področjih izobraževanja, kulture, turizma in gostinstva ter drugih področjih doživljali daljša zaprtja ter velike omejitve svojega rednega dela. Posledično je imelo več sogovornikov, zaposlenih na teh področjih, vtis, da vladajoča politika deluje nespoštljivo in poskuša razvrednotiti njihovo delo, zaradi česar se je še stopnjeval občutek ničvrednosti in nerazumljenosti njihovega dela. Vse to je negativno vplivalo na odnos sogovornikov do lastnega dela in njihovo samopodobo. Mnogi so začeli dvomiti o smiselnosti svojega poklica, med njimi tudi univerzitetna profesorica: *»Po letu in pol dela na daljavo se sprašujem, kaj sploh počnem? Je to sploh smiselno?«* (univerzitetna profesorica, 48 let).

Na podlagi izsledkov raziskave Ocena ranljivosti ugotavljamo, da je na storilnost pri delu pomembno vplivala tudi okužba in prebolevanje covid-19. Nekaj sogovornikov je bilo zaradi dolgotrajnih posledic po prebolelem covidu-19 nezmožnih opravljati delo. V času intervjuja je bila tako ena od sogovornic že peti mesec v bolniškem staležu: *»Ko sem že bila boljša po 10 dneh, ko sem lahko šla ven, ko nisem bila več kužna in sem se lahko več zunaj gibala, mi je zdravnik rekel naj še ne grem delat, ker mene je vse tako bolelo, da še nisem mogla delati. Potem sem opazila, da sem se zelo zadihala. /.../ No, po 20 dneh sem potem šla v službo in sem delala 2 tedna, potem pa sem šla nazaj [na pregled, op. a.] na pljučnega, ker sem se tako dušila, da nisem mogla priti do zraka, potem mi je [zdravnik, op. a.] poslikal pljuča in ostale so - on je napisal takšni mlečni madeži na obeh straneh [pljuč, op. a.]. /.../ To zdravljenje [Medrol, op. a.] traja od 6–7 tednov«* (delavka v proizvodnji, 46 let).

2.2.3.4 Težave z ukrepi za omejevanje širjenja covid-19

Izsledki analize terenskega gradiva, pridobljenega z raziskavo Ocena ranljivosti, kažejo, da večina ugotovljenih ranljivosti ni posledica same pandemije, temveč poskusov obvladovanja širjenja koronavirusa in v ta namen sprejetih ukrepov. Sogovorniki so problematizirali različne vidike vladnih ukrepov za obvladovanje pandemije, pri čemer so izpostavljali predvsem popolno zaprtje države in omejitve gibanja na regije in občine. Nekateri so poudarjali pomanjkanje usklajenega in strateškega načrtovanja ukrepov ter sprejemanje nenadnih in stihijskih odločitev. Drugi pa so menili, da je ključna težava v neprimerni retoriki in komunikaciji oblasti, ki temelji na nezaupanju in zastraševanju državljanov. Pri tem so številni sogovorniki dojemali omejitve gibanja med pandemijo in način njihovega uveljavljanja kot dokaz, da je oblast pandemijo izrabila za uvedbo nedemokratičnih oblik vladanja (kot npr. prepoved protestov, diskreditacija drugače mislečih oseb in opozicije), zato so oblast označili za represivno, celo diktatorsko: *»Bolj so ljudi grajali, bolj so jih lovili na napakah. Čisto diktatorsko. Čisto ukazovalna, represivna vlada bom rekla, no. Ajde, da ne bom rekla diktatorska, ker je mogoče prehud izraz. /.../ Pa definitivno represivna vlada«* (sogovornica, 56 let). Izsledki raziskave so tako pokazali tudi na naraščajoče nezaupanje do oblasti in vsega, kar ta priporoča ali zapoveduje v zvezi s pandemijo (npr. nošenje mask, testiranje, cepljenje).

Kot že zapisno, so med ukrepi, povezanimi s pandemijo, sogovorniki najpogosteje izpostavljali obdobje popolnega zaprtja države (tako imenovani »lockdown«, ki je trajal od konca marca 2020 do sredine aprila 2020 ter od začetka aprila 2021 pa do srede aprila 2021), pri čemer so izpostavili tako negativne kot pozitivne vidike tega ukrepa: *»Na vasi je bilo tako, da sploh nisi čutil, da je kaj narobe. Je samo majčkena trgovinca, v katero s partnerjem sploh nisva šla. Pekla sva si kruh, jedla regrat pa kar je bilo na njivi in kar sva imela s sabo. Pravzaprav nisi imel občutka, da je kaj narobe. Občutek si imel, da dol v dolini divja vojna. Ampak fizično - to je vas, imaš gozd, imaš travnike. Nisi se mogel fizično premikati z avtom v druge občine, ampak ta odprt prostor in delo na vrtu ti je dalo čisto drugo dimenzijo lockdowna, da ga niti fizično niti psihološko nisi tako čutil, tako kot če bi bila v mestu zaprta v stanovanje. Ne vem, kako bi takrat to "shendlala", mi ni jasno«* (glasbenica, 43 let).

Za nekatere sogovornike so bili tovrstni ukrepi problematični predvsem zaradi pomanjkanja transparentnega načrtovanja ter nepričakovanih, nenadno sprejetih odločitev. Pri tem so določeni sogovorniki izpostavljali, da so bili določeni ukrepi – kot je bilo zaprtje države in omejitve gibanja na občine in regije – praviloma oblikovani brez posvetovanja s strokovnjaki (npr. epidemiologi) in drugimi relevantnimi deležniki. Slednji so bili izključeni tako iz faze načrtovanja kot iz oblikovanja nekaterih predlogov ukrepov. Nekonsistentni in neusklajeni ukrepi so pri sogovornikih, kot so sami poročali, povzročili ali stopnjevali občutek izgubljenosti in prepuščenosti samim sebi. Zaradi nezmožnosti predvidevanja ukrepov, ki so se nanašali na zapiranje neživilskih trgovskih obratov in številnih storitev, so se številni samostojni podjetniki (npr. lastniki trgovin z oblačili ali obutvijo, ki so bile večino leta 2020 zaprte) pogosto znašli v negotovih situacijah, kar je vplivalo tudi na njihovo finančno stanje.

V obdobju zaprtja je bilo nemogoče predvideti možnost poslovanja, zato so nekateri tvegali z nabavo blaga, prodaja tega pa več mesecev ni bila mogoča: *»Katastrofa. Da ne govorim o prijateljici, ki ima butik, kaj se tam dogaja, kjer so vse svoje prihranke porabili. Ti mali s.p.-ji pa ti mali d.o.o.-ji, bodo propadli. Državo pa briga za njih. /.../ Ti, ki imajo najemnine, ti nimajo šans. /.../ Prijateljica je zdaj kolekcijo naročila za pomlad, pa so jo zaprli, zimska kolekcija je itak [propadla]... vse prihranke je vložila v to. Pravi, da bo sedaj verjetno bankrotirala«* (sogovornica, 57 let).

Številni sogovorniki so izpostavljali tudi neprimerno komunikacijo oblasti s prebivalci v času pandemije. Če so nekateri kot problematično videli predvsem retoriko strahu, so drugi poudarjali predvsem nejasnost, netransparentnost in neučinkovitost vladne komunikacije. Samozaposlena sogovornica v turizmu (56 let), se je morala pogosto obrniti na uradne organe in zahtevati *»prave informacije«*, saj so se informacije o ukrepih v medijih pogosto širile v nejasni ali celo napačni obliki. Tudi drugi sogovorniki so morali neredko sami poskrbeti za to, da so prišli do ustreznih informacij oziroma navodil glede svojega dela. Ko smo sogovornike vprašali, ali menijo, da so bile informacije o covidu-19 dovolj dostopne, so večinoma odgovorili pritrdilno, vendar je bila po njihovem mnenju verodostojnost teh informacij vprašljiva: *»Problem je, koliko so bile informacije pravilne, oni sami niso vedeli, kaj so sprejeli. So jih mediji tudi tako prezentirali, kakor jih je vlada sprejemala. /.../ Tudi jaz sem v svojem poklicu parkrat prosila vlado, pa jih bom tudi danes, ker mi ne dajejo odgovorov, pa so prenašali eden na drugega. /.../ Niso vedeli, kaj morajo odgovoriti«*.

Obsodba na »ostanite doma«

Kot je bilo že zapisano, so sogovorniki kot enega najbolj problematičnih dojemali ukrep popolnega zaprtja države (»lockdown«), pri čemer so izpostavili različne težave, povezane z obdobjem zaustavitve dobršnega dela javnega življenja. Po eni strani je ta ukrep mnogim prinesel družbeno izolacijo, z njo pa osamljenost in različne stiske, po drugi strani pa nekaterim sogovornikom izrazilo omejil dostop do izobraževanja in zaposlitve (npr. določeni sogovorniki doma niso imeli primernih pogojev ali računalniške in druge opreme, ki bi jim omogočala delo od doma ali šolanje na daljavo).

Ukrep *»ostanimo doma«* je za nekatere sogovornike pomenil tudi zaostrovanje že obstoječih (in splošno znanih) stanovanjskih problemov v Sloveniji (glej 18 in 19), ki izhajajo iz omejene razpoložljivosti neprofitnih stanovanj, cenovne nedostopnosti stanovanj, ki so na voljo za nakup, in visokih najemnin. V času popolnega zaprtja države so bili številni sogovorniki, ki živijo v neprimernih bivalnih razmerah, prisiljeni daljša obdobja prenašati težke, celo nevzdržne stanovanjske razmere. Tak je primer matere samohranilke, ki je zaradi pandemije ostala brez dohodka, živela s hčerjo v stanovanju, ki je zelo majhno, vlažno in polno plesni. V času pred epidemijo sta veliko časa preživeli na potovanjih, izletih v naravi in pri prijateljih, zato neprimerne bivalne razmere niso prišle toliko do izraza kot v času pandemije, ko sta bili primorani več tednov preživeti le v stanovanju. Zaradi majhnosti stanovanja nista imeli s hčerjo nobene zasebnosti, zaradi česar je bil odnos med njima vse bolj napet, obenem pa je daljše zadrževanje v stanovanju bilo nezdravo, saj sta morali nenehno skrbeti za sanacijo plesni: *»Ful je vlage v bajti. K svinja je ful vlage in pol so neki adaptirali in je ful zanič in mamo zdej še več vlage, tko da cel flet je čist vlažen«* (mati samohranilka, 40 let).

Kot je bilo že omenjeno, so poleg tega številni sogovorniki, ki so bili prisiljeni delati od doma ali se izobraževati na daljavo, opozorili na pomanjkanje ustrezne opreme (računalnikov in tiskalnikov ter stabilne in zmožljive internetne povezave ipd.). Tako so se v času zaprtja šol, fakultet in delovnih obratov še poglobile neenakosti v dostopu do dela in izobraževanja, saj so socialno-ekonomsko najbolj ranljivi deli prebivalstva pogosto ostali brez dostopa do spleta. Izobraževanje na daljavo je bila tako izrazita težava za socialno ogrožene družine na severnem delu Pomurja, na Goričkem: *»Ja, niso, otroci niso imeli računalnika. Naši šolski otroci recimo niso imeli računalnika. Mi smo zbirali, vem, da je Lions klub eni deklici kupil prenosnik. Otroci se niso mogli povezati [na splet, op. a], na Goričkem ni bilo povezave, niso imeli interneta, pravzaprav niso imeli niti sklenjenih paketov za nek prenos podatkov. Otroci niso prišli do učne snovi, v bistvu niso mogli komunicirati niti s sošolci, med seboj, nič ... mrk je bil«* (učiteljica, 43 let).

Sogovorniki, ki so, kot so sami povedali, sicer zelo družbeno aktivni, so ob spominu na čas »lockdowna« izpostavljali predvsem pomanjkanje vseh dimenzij družabnega življenja. To je predstavljalo velik problem zlasti za samske ljudi, za katere je pred pandemijo družabno življenje potekalo izven lastnega gospodinjstva, zdaj pa so bili primorani ostajati sami doma, kar je pogosto spremljal občutek globoke osamljenosti. Za samsko osebo je »lockdown« pomenil, da se ni smela družiti z nikomer: *»Za samega človeka, ki živi [sam, op. a.] je zadeva zelo – tak bom rekla; sporna pa težka. Ker smo kao mi [se] ne smeli družiti z nikomer, kar seveda v drugih evropskih državah ni bilo tako. Tam si si lahko najboljšega prijatelja izbral. In tudi bom kar direktno rekla, da tega neumnega odloka jaz nisem spoštovala. Sem se družila s prijateljico cel čas, z eno in isto. /.../ Drugače človek, ki sam živi – bi lahko bil osamljen. Pa tudi bi lahko mel psihične težave«* (samska oseba, 56 let).

Nadalje je umanjkanje vseh dimenzij, ki so v času pred epidemijo vzpostavljale običajen vsakdanjik, pri številnih sogovornikih, med katerimi so bili mnogi mladi (stari nad 18 let), sprožala različne duševne stiske. Nekateri so jih opisovali kot občutek brezupa, ki se je pri mladih kazal kot strah glede lastne prihodnosti in življenjskih priložnosti, pri določenih osebah v umetniških in drugih kreativnih poklicih pa kot pomanjkanje ustvarjalnosti oziroma motivacije za delo. Obenem so sogovorniki neredko govorili o občutku, da njihova življenja nazadujejo ali so se popolnoma ustavila, saj v času pogostih »lockdownov« niso bili zmožni obeležiti ključnih mejnikov svojega življenja v krogu svojih bližnjih (npr. rojstnih dni, mature, različnih obletnic). Ena od sogovornic je z izrazom »*covid-sindrom*« opisala specifično psihofizično stanje, ki ga povzroča pandemija in spremembe, ki jih je zanjo prinesla. Po njenem pripovedovanju tega stanja ne moremo razložiti z nobeno od uveljavljenih psihiatričnih diagnoz ter ga lahko razumemo kot preplet psiholoških, fizioloških, družbeno-političnih razsežnosti, ki so se pojavile v času epidemije covid-19. Med drugim je »*covid-sindrom*« vplival tudi na sogovorničino vse večjo izoliranost: *»Ker nisem imela veliko življenjske energije, no... Mislim, manj sem se seveda gibala /.../ ker si že, se počutiš duševno bolan, se še bolj umikaš od ljudi in potem si celo še bolj izoliran in se samo tako hrani, no... Povzročča zaprt krog«* (prekarna delavka, 32 let).

Nasprotno pa je kar nekaj sogovornikov izpostavilo pozitivne vidike »lockdowna«, saj jim je upočasnitev in ustavitev javnega življenja dala možnost, da več časa posvetijo sebi. Kot pozitivne so omenjali nove navade: od bolj zdravega prehranjevanja, večje fizične aktivnosti do več časa, posvečenega urejanju doma, vrta pa

tudi sprehodom v naravi ter drugim hobijem, za katere prej niso imeli dovolj časa: »Spremenila sem jih [navade, op. a.] na bolje, se mi zdi, ker sem se začela ukvarjati bolj sama s sabo, po dolgem času sem imela veliko časa zase, kar je zaradi vseh obveznosti in vsega kar počnem, sem vedno na več koncih in se mi zdi, da sem se naučila živeti v takem [na] način, da si vsak dan vzamem čas zase, ne samo z jogo, ki sem jo ravnokar vključila v svojo rutino, s sprehodi, ampak od covida veliko več telovadim. Zdi se mi, da sem začela paziti tudi na to, kaj jem. /.../ Me je babica naučila delati vse na vrtu, tako da zdaj znam vse posaditi sama. Tako se je to obdobje zdelo, kar se mene tiče, zelo dobro« (umetnica, 32 let).

2.2.4 Zaključek

Na podlagi izsledkov raziskave Ocena ranljivosti je mogoče izluščiti več sklepov. V tem poglavju jih navajamo zgolj nekaj. Prvič, sogovorniki so se soočali z različnimi, kompleksnimi ter prepletenimi ranljivostmi, ki jih je potrebno razumeti kot relacijski pojav – pojav, ki nastane v odnosu med posameznikom in širšim družbenim, kulturnim in ekonomskim okoljem. Ravno zaradi prepleta različnih ranljivosti terenskega gradiva ni mogoče »sterilno« ločiti na posamezne kategorije in jih interpretirati s pojmom »ranljivih skupin«, temveč kot prepletanje več različnih ranljivosti oziroma kot intersekciskost ali presečnost ranljivosti.

Drugič, izsledki kažejo, da so se že obstoječe ranljivosti zaradi pandemije še poglobile, pojavile pa so se tudi nove. Iz primerjave med preteklimi kvalitativnimi terenskimi raziskavami ranljivosti in neenakosti v zdravju v Sloveniji (15, 16, 17) in raziskavo Ocena ranljivosti izhaja, da so se že prej prisotni dejavniki ranljivosti (revščina, družbena izolacija, neustrezne življenjske in stanovanjske razmere) v času pandemije zaostri in dodatno prizadeli najbolj marginalizirane prebivalce Slovenije. Eden najbolj ilustrativnih primerov v tem oziru je stanje v domovih za starejše v obeh raziskovanih okoljih. Že obstoječe težave (pomanjkanje strokovnega kadra, pomanjkanje finančnih sredstev, prostorska stiska, pomanjkanje opreme za oskrbo) so se zaradi pandemije še poslabšale. Hkrati pa se med pandemijo te težave niso le zaostri, temveč so se z ukrepi za obvladovanje pandemije – ne le »lockdown« in omejitev gibanja na občine in regije, temveč tudi prepoved vstopa v domove za starejše za svojce ter prepoved izhoda uporabnikom iz doma ter celo iz sobe – ustvarile nove ranljivosti. Ta popolna, večmesečna zaprtost totalnih ustanov in prekinitev vseh fizičnih stikov med uporabniki in zunanjim svetom, je povzročila mnoge nove oblike trpljenja starejših. Poleg tega je že obstoječa težava pretirane institucionalizacije starejših in pomanjkanje alternativnih rešitev njihove oskrbe znotraj skupnosti povzročila nove diskriminatorne prakse v času pandemije.

Tretjič, na podlagi analize zbranega terenskega gradiva je mogoče sklepati, da večina ranljivosti ni posledica same pandemije, temveč obvladovanja pandemije in ukrepov, namenjenih obvladovanju širjenja koronavirusa. Analiza terenskega gradiva je namreč pokazala, da je večina sogovornikov ranljivosti, ki jih je povzročila ali poslabšala sama pandemija, le na hitro omenila, so pa veliko besed namenili izpostavljanju negativnih vidikov vladnih ukrepov, namenjenih obvladovanju pandemije, predvsem »lockdownu« ter omejitvi gibanja na občine in regije. To se odraža v štirih ključnih temah, predstavljenih v prejšnjem poglavju – (1) institucionalna oskrba in totalne institucije kot prostori ranljivosti med pandemijo, (2) omejevanje dostopa do javnih prostorov in storitev v času »lockdowna«, (3) spremenjeni delovni pogoji in sprememba

dohodka, (4) težave z ukrepi za omejevanje širjenja covid-19. Pri vseh obravnavanih temah je očitno, da so neposredno ali posredno povezane z vladnimi ukrepi, namenjenimi obvladovanju pandemije. Pri interpretaciji rezultatov je zato potrebno jasno razlikovati med ranljivostmi, ki jih povzroča sama epidemija, in tistimi, ki jih povzročajo ukrepi, ki se izvajajo za obvladovanje epidemije.

Četrtič, ugotovili smo, da je za obravnavo novih oblik ranljivosti, ki jih je povzročila pandemija, nujen celostni raziskovalni pristop, predvsem zbiranje in analiza kvalitativnih podatkov, ki lahko poglobljeno pokažejo potrebe ranljivih posameznikov in skupin v lokalnih skupnostih ter predstavljajo pomembno podlago za načrtovanje lokalno smiselnih in izvedljivih ukrepov. Za zmanjševanje vpliva pandemije je na podlagi izsledkov raziskave Ocena ranljivosti smotrno predlagati naslednje ukrepe oziroma intervencije:

- Zaradi ugotovljene raznolike in kompleksne prepletenosti ranljivosti bi morali preseči koncept »ranljivih skupin«, ukrepi pa bi morali temeljiti na bolj kompleksnem razumevanju presečišč ranljivosti, saj teh ni mogoče razvrstiti v ločene, izolirane skupine.
- Potrebno bi bilo jasno razlikovati med ranljivostmi, ki jih povzroča sama pandemija covid-19, in tistimi, ki jih povzročajo ukrepi, ki se izvajajo za obvladovanje pandemije.
- Ukrepi za obvladovanje pandemije, ki temeljijo na enotnem modelu za vse prebivalce, niso ustrezni, saj ne spoštujejo in upoštevajo raznolikosti prebivalstva, ki živi v Sloveniji (npr. etnične in verske manjšine; osebe brez urejenega pravnega statusa, socialno-ekonomsko najšibkejši).
- Strategija za obvladovanje pandemije bi morala biti čimbolj celovita in vključujoča, pripravljena in izvajana v tesnem sodelovanju s predstavniki različnih strok (v prvi vrsti z epidemiologi, a tudi s strokovnjaki družboslovnih in humanističnih ved) ter z vključevanjem skupin in oseb z ranljivostmi. Prav tako bi morala biti v času pandemije komunikacija z javnostjo spodbudna in spoštljiva ter izhajati iz zaupanja v prebivalstvo in usmerjena v grajenje solidarnosti.
- Glede na poglobljanje ranljivosti, ki so se med pandemijo pokazale v totalnih ustanovah, bi bilo potrebno v Sloveniji omogočiti čim hitrejšo in čimbolj obsežno dezinstytucionalizacijo.
- Jasno zaznana nedostopnost javnih prostorov in storitev v različnih obdobjih pandemije kaže, da bi morali izboljšati dostopnost javnih zavodov in storitev, s poudarkom na zagotavljanju funkcionalnih javnih (nezasebnih) zdravstvenih storitev.
- Izpostavljeno pomanjkanje ustreznih stanovanj za najbolj ranljive posameznike kaže na nujno potrebo po zagotovitvi ustreznih bivalnih pogojev tem osebam.

Ob omenjenih splošnih priporočilih pa bi bilo smotrno upoštevati še druga priporočila, ki so lokalno specifična in povezana z raziskovanimi okolji v raziskavi Ocena ranljivosti, in sicer:

- Vsi ključni nasveti za preprečevanje covid-19 in higienska navodila naj bodo dostopni ne le v slovenskem jeziku, temveč tudi v jezikih etničnih manjšin. To bi moralo vključevati tudi začasne pravne omejitve in pravila.

- Dostop do objektov in storitev, ki najbolj marginaliziranim osebam pomagajo pri zadovoljevanju njihovih osnovnih potreb (čista voda, javna stranišča, osnovni obroki), mora biti nemoten, ne glede na resnost ukrepov (zapiranje države).
- Hitri antigenski testi (vključno s kompleti za samotestiranje) za covid-19 bi morali biti brezplačni in široko dostopni v vseh regijah, pri čemer bi morale biti poskrbljene za čimbolj človeku prijazno okolje testiranja (s kratkimi čakalnimi vrstami, z možnostjo sedenja za starejše in bolne osebe ob čakanju na testiranje).

Kvalitativna terenska raziskava Ocena ranljivosti med pandemijo covid-19 v Sloveniji pomembno dopolnjuje predhodne raziskave na tem področju, obenem pa kaže na povsem novo breme, ki ga je prinesla pandemija. Kot je bilo že uvodoma izpostavljeno, izsledki raziskave jasno kažejo, da to breme nikakor ni enakovredno razporejeno med prebivalstvo, temveč ga močneje občutijo najbolj marginalizirani, najšibkejši posamezniki v posamezni lokalni skupnosti. Te lokalno specifične oblike ranljivosti so pogosto vzročno povezane s spremembami lokalnih institucij, pravil in norm. Vendar pa ena sama raziskava ni dovolj – nasprotno. Potrebne so nadaljnje raziskave za spremljanje lokalnega razvoja in sprememb ranljivosti, ki bi zagotovile pomembne podatke o spremembah med različnimi pandemijskimi »valovi« ter po koncu pandemije.

2.2.5 Literatura

1. Napier D. Rethinking vulnerability through Covid-19. *Anthropol Today*, 2020; 36(3): 1–2.
2. Tripartite Core Group: Post-Nargis Periodic Review I. 2008. Dostopno na: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2A957C4524F7C335C125752400493C8D-Full_Report.pdf. [20. 1. 2022].
3. Napier D. The Rapid Assessment of Vulnerable Populations: A 'Barefoot' Manual. Department of Anthropology UCL. 2014. Dostopno na: https://www.sonar-global.eu/wp-content/uploads/2020/06/Rapid_Assessment_Manual_spreads.pdf. [20. 1. 2022].
4. Škraban J, Pistotnik S in Lipovec-Čebren U. Neenakosti in ranljivosti v zdravju: izhodišča za raziskavo. V: Huber I, Lipovec Čebren U in Pistotnik S (urednice). Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020: 11–20.
5. Improving Pandemic Response: Global lessons and cultural insights from covid-19. The Cultural Contexts of COVID-19: Policy Lessons from Global Examples. Nashville: Vanderbilt Cultural Contexts of Health Initiative. 2021. Dostopno na: <https://cdn.vanderbilt.edu/vu-wp0/wp-content/uploads/sites/350/2021/05/04215413/Improving-Pandemic-Response-CCH-report.pdf>. [20. 1. 2022].
6. Protimikrobna odpornost. 2017. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. ZRC SAZU. Dostopno na: <https://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/svetovanje/protimikrobna-odpornost>. [20. 1. 2022].
7. Saldaña J. The Coding Manual for Qualitative Researchers. SAGE, 2013.
8. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Sage, 1998.
9. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. London: Penguin Books, 1991.
10. Flaker V. Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba / *cf., 1998.

11. Zaviršek D, Zorn J in Videmšek P. Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje. Ljubljana: Študentska založba (SCRIPTA), 2002.
12. Urek M. Zgodbe na delu. Ljubljana: Založba /*cf, 2005.
13. Zaviršek D. Ljudje z ovirami in starejši v socialnovarstvenih institucijah: pomen transdisciplinarnosti za etično odločanje v izrednih razmerah. V: Salecl R, urednica. Koga reševati v času pandemije: etični, medicinski in kaznopravni vidiki triaže. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti 2019: 195–228.
14. Agamben G. Homo sacer: suverena oblast in golo življenje. Ljubljana: Študentska založba, 2004.
15. Lipovec Čebren U, Keršič-Svetel M. in Pistotnik S. Zdravstveno marginalizirane skupine: prepreke, ovire, nepremostljivi zidovi do zdravja. Neobjavljeno projektno poročilo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
16. Lipovec Čebren U, Keršič-Svetel M in Pistotnik S. Zdravstveno marginalizirane - "ranljive" skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem. V: Farkaš-Lainščak J, urednica. Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016: 14–25.
17. Huber I, Pistotnik S, Lipovec Čebren U. (urednice). Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020.
18. Mandič S. The changing role of housing assets in post-socialist countries. *J Hous Built Environ*, 2010; 25(2): 213–26.
19. Mandič S, in Cirman A. Housing conditions and their structural determinants: comparisons within the enlarged EU. *Urban studies*, 2012; 49(4): 777–93.

3 POLITIČNI UKREPI

3.1 Neenakosti v oskrbi starejših: Primerjava dolgotrajne in zdravstvene oskrbe

Andrej Srakar, Miha Dominko

Povzetek

V tem prispevku uporabljamo prilagojeno regresijsko dekompozicijo tipa Oaxaca-Blinder za ocenitev prispevka posameznih dejavnikov k neenakostim v razmerju med prejemanjem dolgotrajne in zdravstvene oskrbe starejših. Regresijsko dekompozicijo uporabimo za razgradnjo neposrednega in posrednega učinka v križno odloženem panelnem modelu analize posredovanosti, s katerim ocenjujemo razmerje med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo, s čimer na drugačen način kot v predhodnih analizah rešujemo problem povratne vzročnosti, prisotne v tem razmerju.

3.1.1 Uvod

V prispevku obravnavamo povezavo med dolgotrajno oskrbo in uporabo zdravstvenih storitev s pomočjo metodološkega pristopa, predstavljenega v prispevku Srakar, Majcen in Bartolj (8). Večanje obsega storitev dolgotrajne oskrbe (LTC) lahko izboljša učinkovitost zdravstvenega sistema z zmanjšanjem števila hospitalizacij in lažje poti izvajanja načrtov usklajevanja zdravstvenega in socialnega varstva. V analizi uporabljamo longitudinalne podatke Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE), za oceno učinkov prejemanja različnih vrst LTC na uporabo zdravstvenih storitev ter njihovo dekompozicijo po glavnih socialno-ekonomskih dejavnikih.

Staranje prebivalstva in naraščajoče število zelo starih, prisotno v večini industrializiranih držav, povečuje potrebo po storitvah dolgotrajne oskrbe (LTC). LTC so opredeljene kot nabor storitev, ki jih potrebujejo osebe z zmanjšano stopnjo funkcionalne sposobnosti (fiziološke ali kognitivne) in ki so posledično dlje časa odvisne od pomoči pri osnovnih vsakdanjih dejavnostih. V nasprotju z drugimi osebnimi storitvami je bil razvoj storitev dolgotrajne oskrbe dolgo časa zelo počasen, kar je prispevalo k stopnjevanju javnih in gospodinjstvih izdatkov za financiranje dolgotrajne oskrbe. Hkrati je preoblikovanje družinskih struktur, oddaljevanje otrok od staršev in višja stopnja udeležbe žensk na trgu dela vplivalo tudi na upad ponudbe neformalne oskrbe.

Kombinacija staranja prebivalstva in družbenih sprememb kaže na to, da bo v prihodnjih letih prisotno precej večje povpraševanje po usposabljanju za nudenje storitev dolgotrajne oskrbe (denimo za storitve osebne nege, oskrbe v skupnosti in institucionalne oskrbe v domovih ali domovih za ostarele in bivalnih ustanovah, ki jih financirajo vladni programi, zasebnega LTC zavarovanja ali plačila posameznikov iz lastnega žepa).

Vendar ima takšen premik v načinih zagotavljanja dolgotrajne oskrbe pomembne ekonomske posledice, saj stroške dolgotrajne oskrbe v Evropi in na splošno v državah Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (*angl.* Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) tradicionalno nosijo družine same ali javna blagajna.

Izdatki za dolgotrajno oskrbo v državah OECD so leta 2008 v povprečju znašali 1,5 % bruto domačega proizvoda (BDP), če pa se bodo sedanji trendi nadaljevali, naj bi se do leta 2050 več kot podvojili (1). To predstavlja pomembno dilemo odločevalcem in zastavlja vprašanja o financiranju dolgotrajne oskrbe, zlasti kadar se velik del takih izdatkov financira iz javnih sredstev.

Za zaščito pred tveganji potreb po stroškovno dragi dolgotrajni oskrbi so v državah na voljo različni finančni mehanizmi. En sklop mehanizmov je oblike »ex-ante« – pri njem se ukrepi sprejmejo pred nastopom starostne odvisnosti. Ti vključujejo socialno zavarovanje, zmanjšanje verjetnosti potrebe po dolgotrajni oskrbi ali prihodnjih stroškov, ter t. i. previdnostne prihranke. Drugi sklop mehanizmov financiranja je naknadnega tipa, »ex-post« – to pomeni, da se ukrepi sprejmejo po nastopu odvisnosti. Sem spadajo subvencioniranje formalnih in neformalnih dolgoročnih skladov, družinska podpora in uporaba lastniškega kapitala za financiranje dolgoročnih kreditov (npr. »povratne hipoteke«). Čeprav staranje prebivalstva pritiska na vlade, si je težko predstavljati razširitev obstoječih javnih programov, ki bi pokrivali dolgotrajno oskrbo v času pritiskov zaradi posledic pretekle in sedanje, pandemsko pogojene, recesije.

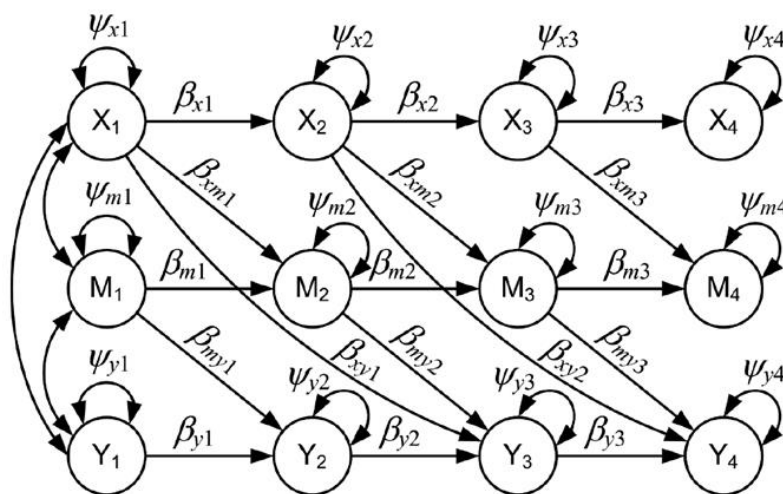
Zdravstveni sistemi se soočajo z izzivom odzivanja na naraščajoče stroške zdravljenja. Šteje se, da je del takšnega povečanja povpraševanja po zdravstvu posledica neučinkovite uporabe zdravstvenih storitev (zlasti bolnišnične oskrbe) s strani posameznikov, ki bi raje potrebovali dolgotrajno oskrbo. To je običajno v primerih, ko storitve dolgotrajne oskrbe niso dostopne in/ali niso ustrezno usklajene z zdravstvenimi službami. Študije razlagajo pomanjkanje ustreznih in/ali cenovno dostopnih dolgoročnih storitev zaradi omejenega zavarovanja ali javnih subvencij ali neustrezne integracije kot rezultat neučinkovite in cenovno drage uporabe bolnišnične oskrbe. Vendar pa so se doslej le redke raziskave osredotočale na prepoznavanje in empirično oceno takega učinka.

V prispevku razrešimo povratno vzročno povezavo med zagotavljanjem dolgotrajne oskrbe in uporabo zdravstvenega varstva na način, ki ne potrebuje metod instrumentalnih spremenljivk in naravnih ali kvazi-naravnih eksperimentov. V ta namen uporabimo nov empirični pristop k temu problemu, ki omogoča političnim odločevalcem vpogled v razmerja med zagotavljanjem dolgotrajne oskrbe in uporabo zdravstvenega varstva ter s tem argumentacijo za ukrepanje na tem področju.

3.1.2 Metode

V prispevku uporabljamo podatke Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE)¹⁶, ki je multidisciplinarna in čeznacionalna panelna raziskava mikropodatkov o zdravju, socialno-ekonomskem statusu ter socialnih in družinskih omrežjih prek 140.000 posameznikov, starih 50 ali več let. Raziskava zajema 27 evropskih držav in Izrael.

V analizi uporabljamo križno odložene panelne modele. Slednji so oblika modeliranja longitudinalnih podatkov, znana predvsem iz vzročnih modelov grafičnega tipa, posebej iz modeliranja strukturnih enačb (več denimo 2). V našem primeru jih uporabljamo z vključenimi posrednimi (*angl.* mediation) učinki, model križno odloženih panelnih regresij je eden od treh, ki so za to primerni (druga dva sta modela latentne rasti v analizi posredovanosti ter latentnih indeksov razlik v analizi posredovanosti, več v 2). Shema modela je prikazana na spodnji Sliki 3.1.1.



Vir: (2).

Slika 3.1.1: Križno odloženi panelni model v analizi posredovanosti.

¹⁶ V tem dokumentu so uporabljeni podatki 4., 5., 6. in 7. vala raziskave SHARE (10.6103/SHARE.w4.700, 10.6103/SHARE.w5.700, 10.6103/SHARE.w6.700, 10.6103/SHARE.w7.700), glej 3, 4, 5, 6, 7) za podrobnosti v zvezi z metodologijo. Zbirko podatkov SHARE večinoma financira Evropska komisija prek FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) in FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Iskreno se zahvaljujemo za dodatno financiranje, prejeto od nemškega Ministrstva za izobraževanje in raziskave, Združenja za napredek v znanosti Maxa Plancka, Nacionalnega inštituta ZDA za staranje (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) in iz različnih virov nacionalnega financiranja (glej www.share-project.org). Zlasti smo hvaležni za finančno podporo Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport RS.

Na spodnji sliki so tri spremenljivke, X , M in Y , ki jih vsako opazujemo v štirih časovnih točkah (najmanj tri časovne točke so potrebne, da je model sploh mogoče oceniti).

V našem modelu torej ocenjujemo naslednje tri regresijske enačbe:

$$X_{[t]} = \beta_{X,[t-1]}X_{[t-1]} + \zeta_{X,[t]} \quad (1)$$

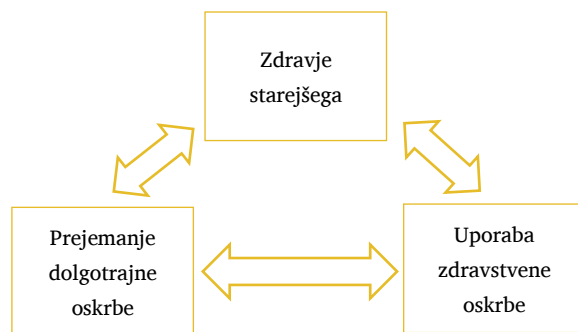
$$M_{[t]} = \beta_{M,[t-1]}M_{[t-1]} + \beta_{X,[t-1]}X_{[t-1]} + \zeta_{M,[t]} \quad (2)$$

$$Y_{[t]} = \beta_{Y,[t-1]}Y_{[t-1]} + \beta_{M,[t-1]}M_{[t-1]} + \beta_{X,[t-2]}X_{[t-2]} + \zeta_{Y,[t]} \quad (3)$$

kjer je $X_{[t]}$ vrednost spremenljivke X v času t , koeficient $\beta_{X,[t-1]}$ označuje vrednost razmerja med odvisno spremenljivko X v času t ter njeno vrednostjo v predhodni časovni točki $t - 1$ (ki je v enačbi 1 neodvisna spremenljivka), $\zeta_{X,[t]}$ pa označuje standardno napako, torej stohastični šum s pričakovano vrednostjo nič. Podobni razlagi lahko damo tudi za ustrezne simbole v enačbah za odvisni spremenljivki $M_{[t]}$ in $Y_{[t]}$. Posredni učinek spremenljivke X na Y preko posredovanja spremenljivke M lahko torej izrazimo kot vrednost produkta ocenjenih regresijskih koeficientov $\beta_{X,[t-1]}$ (iz enačbe 2) in $\beta_{M,[t-1]}$ (iz enačbe 3; na tak način ga v analizi tudi izračunamo).

Rezultati naše analize, ki jih vizualno prikazujemo na Sliki 3.1.3, potrjujejo pozitivne učinke zagotavljanja dolgotrajne oskrbe na zmanjšanje uporabe zdravstvenega varstva z vidnimi neposrednimi in posrednimi učinki pri večini kazalcev. Z uporabo statistične dekompozicije tipa Oaxaca-Blinder, kjer učinek razgradimo na tistega, ki je posledica v regresijo vključenih spremenljivk in tistega, ki je posledica neopazovanih dejavnikov, smo potrdili pomembno vlogo dohodka, izobrazbe in spola na opazovano razmerje.

Prispevek predstavi rešitev problema večkratne povratne vzročnosti (prikazane na Sliki 3.1.2), ki se pojavi, ko želimo oceniti učinek prejetja dolgotrajne oskrbe na zmanjšanje stroškov v zdravstveni oskrbi, kjer se med obema spremenljivkama pojavi še posredna, zdravstveno stanje posameznika, vse povezave med spremenljivkami pa so povratno-vzročne narave (ena spremenljivka vpliva na drugo, pa tudi druga nazaj na prvo). Pred našo analizo (predhodno predstavljeno v 8) ta rešitev še ni bila uporabljena pri analizi razmerja med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo, nosi pa tudi zanimive rezultate glede analize neenakosti v zdravju.



Vir: lastno delo.

Slika 3.1.2: Vzročna slika osnovnega modela analize posredovanosti.

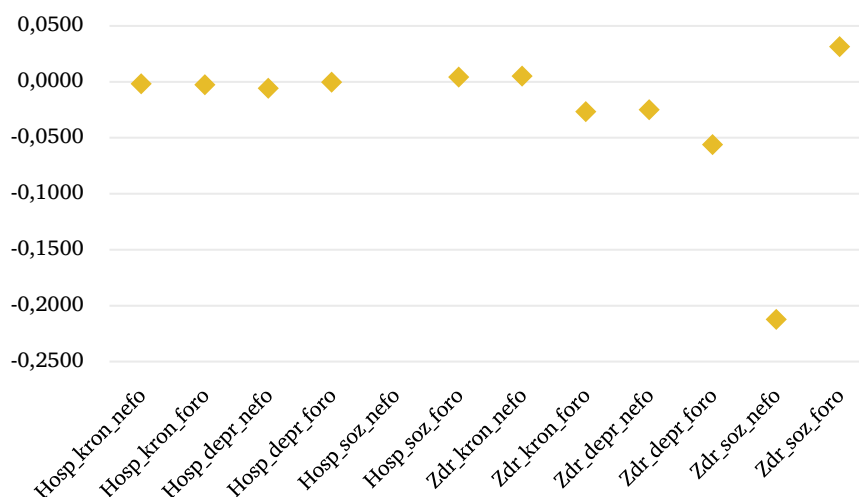
3.1.3 Rezultati

V spodnjem prikazujemo rezultate naše analize in dekompozicije rezultatov na učinke posameznih socialno-ekonomskih dejavnikov.

Slika 3.1.3 prikazuje rezultate, ko za posredno spremenljivko uporabimo število kroničnih bolezni. Učinki prejetja oskrbe na zmanjšanje potrebe po zdravstvenih storitvah so vidni tako rekoč pri vseh izračunih, ter pri neposrednih in posrednih učinkih (skupni učinek je vsota obeh). Prikazani so samo statistično značilni učinki (tiste, ki niso značilni, smo iz tabele izpustili).

Rezultati se razlikujejo glede na uporabljeno končno spremenljivko uporabe zdravstvenih storitev – torej bodisi spremenljivko hospitalizacij ali števila zdravil. Pri slednji rezultati večinoma pokažejo pričakovani negativni učinek prejetja dolgotrajne oskrbe na potrebo po uporabi zdravstvene oskrbe, medtem ko so pri prvi rezultati včasih tudi pozitivno predznačeni. Rezultati se spremenijo tudi v odvisnosti od uporabljene posredne spremenljivke in so drugačni pri depresijskem indeksu kot za število kroničnih bolezni in samooceno zdravja.

Pri tretji posredni spremenljivki, samoocenjenem zdravju, se rezultati spremenijo glede učinka na število zaužitih zdravil, kjer so še močnejše statistično značilni in negativni. Prav tako skorajda izgine posredni učinek intenzivnosti neformalne oskrbe, kar lahko razložimo s kratkoročnimi psihološkimi učinki na samozaznavo zdravja, kar se manj odrazi v uporabi zdravstvenih storitev.



Vir: lastni izračuni.

Slika 3.1.3: Skupni rezultati.

Opomba: Oznake: končni spremenljivki – verjetnost hospitalizacije (Hosp) in število prejetih zdravil (Zdr); posredne spremenljivke – število kroničnih bolezni (kron), EURO-D indeks (depr), samoocenjeno zdravje (soz); dolgotrajna oskrba – skupna neformalna oskrba (nefo), formalna oskrba (foro).

Za zgornjo analizo smo izračunali tudi rezultate dekompozicijske analize. Zanimivo je, da velikih razlik med spremenljivkami, na osnovi katerih smo naredili dekompozicijo, ni videti – pri vseh razmerjih je najpomembnejši učinek starosti, ki mu sledijo dohodek, spol in izobrazba.

Za spremenljivke neformalne oskrbe zunaj gospodinjstva in formalne oskrbe je osrednja določilnica spol, kar se še posebej kaže pri prvi za število zaužitih zdravil, ter pri drugi za število hospitalizacij. Pri učinkih preko spremenljivke števila kroničnih bolezni so posredni učinki precej pomembnejši od neposrednih. To kaže, da je zdravje starostnika dejansko odločilni dejavnik, ki mu velja pripisati razloge za neenakosti v razmerju med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo.

3.1.4 Zaključki

Prispevek je uporabil nov pristop k preučevanju razmerja med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo. Številna literatura priča, da je slednje povratno vzročno, vendar so dosedanje rešitve počivale na običajnejših rešitvah iz ekonometričnih modelov instrumentalnih spremenljivk, za katere zadošča presečna struktura podatkov. Naš pristop je takšne pristope povezal z modeli, izvirajočimi iz področja strukturalnih enačb, natančneje longitudinalne analize posredovanosti in križno-odloženih panelnih modelov, kjer lahko problem razrešimo z njegovo postavitvijo v časovno perspektivo, kjer povratno vzročni učinki seveda niso več mogoči (takšen, longitudinalni oz. časovni način rešitve problema povratne vzročnosti se sicer dokaj standardno uporablja pri drugih regresijskih problemih v ekonometriji in statistiki; za več glej denimo 9, 10).

Naši rezultati so potrdili, da prejemanje dolgotrajne oskrbe zmanjšuje obremenitve v zdravstvenem sistemu ter pokazali tudi dejavnike, ki na to razmerje in neenakosti v njem najmočneje vplivajo: starost, spol, dohodek in izobrazba. Pokazali smo tudi na razlike med njimi pri tem.

Prispevek odpira več vprašanj, tako metodoloških, kot vsebinskih. Sami smo v nadaljnjem prispevku razvili dve novi cenilki za modeliranje longitudinalne analize posredovanosti, ki odpravita težave s predpostavljeno statistično porazdelitvijo podatkov. Ker je modeliranje strukturalnih enačb neraziskano glede neparimetričnega ocenjevanja, se s tem odpirajo številne poti nadaljnega raziskovanja.

V vsebinskem smislu se zdi takoj mogoča razširitev na oceno prihrankov v zdravstvenem sistemu – sedaj je razmerje med prejemanjem dolgotrajne oskrbe, in s tem tudi ukrepi, ki bi to povečali, ter zmanjšanjem potreb po zdravstveni oskrbi, razrešeno in ocenjeno. Za konkretnjšo denarno oceno je potrebno naše ocenjene koeficiente samo pomnožiti s stroški vsake uporabe zdravstvenega sistema, ki jo vključujemo v model.

Upamo, da bodo naše ocene zanimive za preučevanje neenakosti v zdravju in dolgotrajni oskrbi (ter razmerju med njima), še bolj pa, da pobudijo še kakšno zanimivejšo metodološko rešitev podobnih problemov empiričnega ocenjevanja učinkov politik.

3.1.5 Literatura

1. Colombo F, Mercier J. Help Wanted? Fair and Sustainable Financing of Long-term Care Services. *Appl Econ Perspect Pol*, 2012; 34(2): 316–32.
2. Selig JP, Preacher KJ. Mediation models for longitudinal data in developmental research. *Res Hum Dev*, 2009; 6(2–3), 144–64.
3. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, Kneip T, Korbmacher J, Malter F, Schaan B, Stuck S, Zuber S. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Int J Epidemiol*, 2013. DOI: 10.1093/ije/dyt088
4. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. Data set, 2020. DOI: 10.6103/SHARE.w4.710
5. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. Data set, 2020. DOI: 10.6103/SHARE.w5.710
6. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. Data set, 2020. DOI: 10.6103/SHARE.w6.710
7. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. Data set, 2020 DOI: 10.6103/SHARE.w7.710
8. Srakar A, Majcen B, Bartolj T. Does Long-Term Care Provision Reduce Health Care Utilization? A Bayesian Nonparametric Approach to Longitudinal Mediation Analysis. SHARE Working Paper Series 48-2020, October 08, 2020, DOI: 10.17617/2.3257699.
9. Angrist JD, Pischke J-S. Mostly harmless econometrics: an empiricist's companion. Princeton: Princeton University Press, 2009.
10. Angrist JD, Pischke J-S. 2014. Mastering Metrics: The Path from Cause to Effect. Princeton: Princeton University Press, 2014.
11. Bergmann M, Kneip T, De Luca G, Scherpenzeel A. Survey participation in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), Wave 1-7. Based on Release 7.0.0. SHARE Working Paper Series (41-2019). Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy, 2019.
12. Blinder AS. Wage Discrimination: Reduced Form and Structural Estimates. *J Hum Resour*, 1973; 8: 436–55.
13. Oaxaca R. Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets. *Int Econ Rev*, 1973; 14: 693–709.
14. Srakar A, Bartolj T. Bayesian nonparametric estimation in longitudinal mediation: a Baron-Kenny based estimator for cross-lagged models. RSS International Conference 2019, Belfast, 2-5 September 2019. London: Royal Statistical Society, 2019.

3.2 Razlike v prejemanju dolgotrajne oskrbe skozi različna življenjska obdobja

Andrej Srakar, Miha Dominko

Povzetek

V tem prispevku uporabljamo prilagojeno regresijsko dekompozicijo tipa Oaxaca-Blinder za ocenitev prispevka posameznih dejavnikov k neenakostim v razmerju med prejemanjem dolgotrajne in zdravstvene oskrbe starejših. Regresijsko dekompozicijo uporabimo za razgradnjo neposrednega in posrednega učinka v križno odloženem panelnem modelu analize posredovanosti, s katerim ocenjujemo razmerje med dolgotrajno in zdravstveno oskrbo, s čimer na drugačen način kot v predhodnih analizah rešujemo problem povratne vzročnosti, prisotne v tem razmerju.

3.2.1 Uvod

To poglavje temelji na teoretični predpostavki, da različne zgodnjo-življenjske izkušnje privedejo do različnih družinskih, zdravstvenih in ekonomskih rezultatov v starejših letih. Ena od perspektiv opazovanja in analiziranja različnih vidikov življenja starejših je perspektiva življenjske poti, ki razlaga raven aktivnosti v poznejšem življenju glede na posameznikov življenjski slog in dejavnosti v zgodnjem življenju. Življenjska perspektiva kaže, da lahko posameznikove izkušnje na določeni točki življenja vplivajo na njegovo življenje tudi desetletja kasneje (1, 2). Razlike v blaginji posameznika se sčasoma kopičijo in se v poznem življenju stopnjujejo. Ko poskušamo ugotoviti razmerje med zgodnejšimi dogodki in njihovimi izidi v starejši starosti, je potrebno analizirati neenakosti med življenjskim ciklom: na družinski ravni (vdovstvo, ločitev itd.); ali glede na vrsto zaposlitve (polni delovni čas, brezposelnost itd.). Analize zadnjega desetletja pa predložijo mnogo dokazov, da številne drage kronične in duševne bolezni izvirajo iz otroštva.

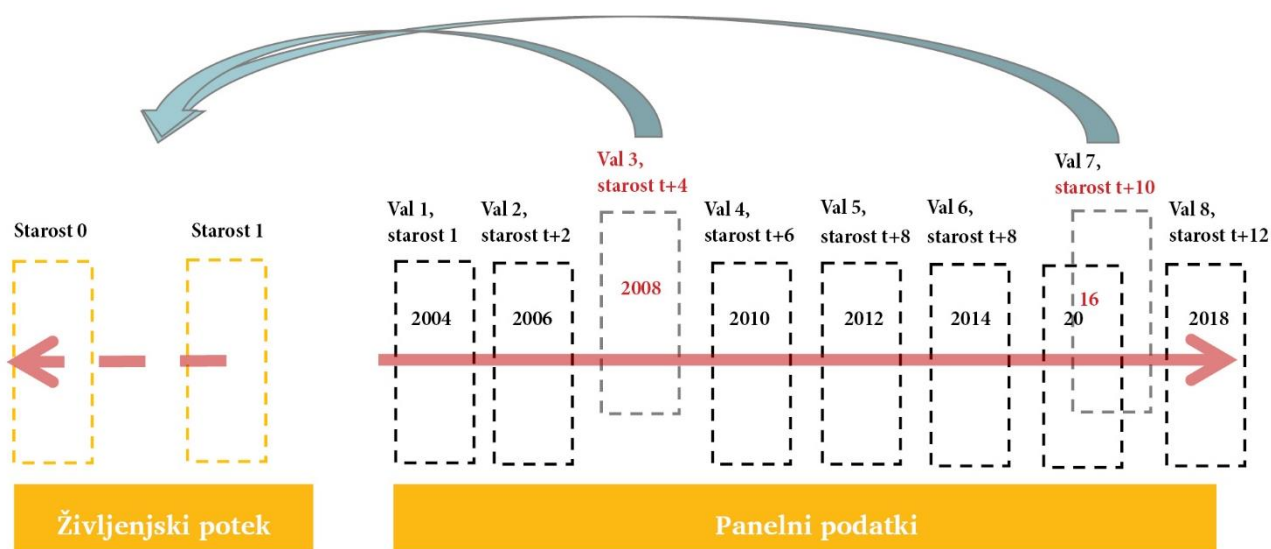
Država lahko z različnimi zakoni in javnimi politikami neposredno vpliva na zdravstveno varstvo, trg dela, različne vrste oskrbe, dohodek prebivalstva in druge ukrepe (3). Zakoni in javne politike pa morajo temeljiti na znanstvenih raziskavah. Na primer, raziskava o zgodovini plodnosti v Združenem kraljestvu, je pokazala, da ima starševstvo pomemben učinek tako na ženske kot moške in da dejstvo, da ima posameznik otroke, ne poveča kakovosti življenja v starejših letih. Posledično je naš glavni cilj raziskati ali so življenjske zgodovine, torej družinske, zdravstvene in ekonomske razmere v zgodnejših življenjskih obdobjih, povezane z dolgoročno oskrbo v Sloveniji.

Da bi odgovorili na zastavljena vprašanja, smo uporabili razmeroma nov pogled na modeliranje življenjskega cikla, in sicer retrospektivne panele. Longitudinalni podatki nam omogočajo, da ocenimo spremembe, kot so zakonska zveza in izstop iz nje, kar s presečnimi raziskavami ni možno. Prav tako nam omogočajo oceno zanesljivejših statističnih modelov, ker je pristranskosti zaradi neopaznih dejavnikov, kot je npr. sposobnost, mogoče ublažiti. Z našimi rezultati prinašamo nova znanja o razmerju med življenjskimi zgodovinami in neenakostmi pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe v poznejših življenjskih obdobjih.

3.2.2 Podatki in metoda

Da bi pridobili zaupanja vredne rezultate, smo uporabili podatke iz Raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (SHARE)¹⁷, ki je interdisciplinarna mednarodna panelna baza mikropodatkov o zdravju, socialno-ekonomskem položaju ter socialnih in družinskih omrežjih približno 140.000 posameznikov, starih 50 let ali več (opravljenih je bilo približno 380.000 intervjujev). SHARE zajema 27 evropskih držav in Izrael.

Na spodnji Sliki 3.2.1 je prikazana slika pridobljenih podatkov, ki se vežejo na retrospektivne panele SHARE, ki vključujejo celotno zgodovino posameznikov, zbrano s podatki 3. in 7. vala raziskave.



Vir: (4).

Slika 3.2.1: Prikaz strukture uporabljenih podatkov zgodovine posameznika.

¹⁷ V tem dokumentu so uporabljeni podatki 3., 4., 5., 6. in 7. vala raziskave SHARE (10.6103/SHARE.w3.710, 10.6103/SHARE.w4.700, 10.6103/SHARE.w5.700, 10.6103/SHARE.w6.700, 10.6103/SHARE.w7.700), glej (5) za podrobnosti v zvezi z metodologijo. Zbirko podatkov SHARE večinoma financira Evropska komisija prek FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) in FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Iskreno se zahvaljujemo za dodatno financiranje, prejeto od nemškega Ministrstva za izobraževanje in raziskave, Združenja za napredek v znanosti Maxa Plancka, Nacionalnega inštituta ZDA za staranje (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) in iz različnih virov nacionalnega financiranja (glej www.share-project.org). Zlasti smo hvaležni za finančno podporo Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport RS.

Uporabljeni ekonometrični model sledi spodnji matematični specifikaciji. Predpostavljamo, da življenjske zgodovine posameznikov sledijo diskretnemu naključnemu procesu Markovskih verig. Vektor dejanskih stanj v letu t je določen z:

$$X(t) = \begin{bmatrix} X_1(t) \\ X_2(t) \\ X_3(t) \\ \vdots \\ X_n(t) \end{bmatrix} \quad (1)$$

kjer $X_i(t)$, $i = 1, 2, \dots, n$ predstavljajo deleže stanja i v delovni sili v časovni točki t . To so torej nepristrane prave vrednosti populacijskih količin, pridobljenih iz podatkov. Sledeči vektor:

$$x(t) = \begin{bmatrix} x_1(t) \\ x_2(t) \\ x_3(t) \\ \vdots \\ x_n(t) \end{bmatrix} \quad (2)$$

pa označuje opažena, empirična stanja v času t , z vrednostmi spremenljivk $x_i(t)$ za stanja $i = 1, 2, \dots, n$ v času t . Količine, izračunane na opazovanih podatkih se lahko manjšajo v času skozi retrospektivni panel, tj. so predmet pristranosti zaradi merskih napak. Lahko zapišemo spodnjo matriko, kjer so $\lambda_{ij}(t-1, t)$ stopnje prehodov med stanjem i , zasedenim v času $t-1$ v stanje j zasedeno v času t :

$$\Lambda(t-1, t) = \begin{bmatrix} \lambda_{11}(t-1, t) & \lambda_{12}(t-1, t) & \lambda_{13}(t-1, t) & \dots & \lambda_{1n}(t-1, t) \\ \lambda_{21}(t-1, t) & \lambda_{22}(t-1, t) & \lambda_{23}(t-1, t) & \dots & \lambda_{2n}(t-1, t) \\ \lambda_{n1}(t-1, t) & \lambda_{n2}(t-1, t) & \lambda_{n3}(t-1, t) & \ddots & \lambda_{nn}(t-1, t) \end{bmatrix} \quad (3)$$

ki označuje verjetnosti prehodov med točko v času $t-1$ in točko v času t . To izračunamo s seštevanjem števila posameznikov, ki delajo prehod lk iz časovne točke $t-1$ v časovno točko t v retrospektivnem panelu in z deljenjem s količino l v času $t-1$. Na stanja prehoda postavimo omejitev, da mora biti vsota elementov vsake vrstice enaka ena, tj. $\sum_{j=1}^n \lambda_{ij}(t-1, t) = 1, \forall t, i$.

Glede na zgornje je dinamika količin stanj podana s produktom

$$x(t) = \Lambda'(t-1, t)x(t-1) \quad (4)$$

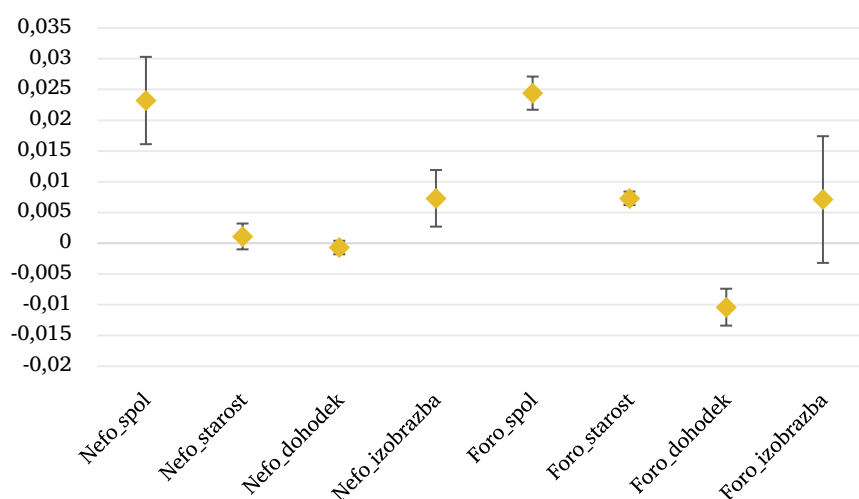
kjer $\Lambda'(t-1, t)$ označuje transponirano matriko $\Lambda(t-1, t)$ iz zgornje enačbe (3).

3.2.3 Rezultati z diskusijo

Rezultati naše analize so predstavljeni na Sliki 3.2.2. Spol in izobrazba sta pomembna napovedovalca prejemanja neformalne dolgotrajne oskrbe, vendar nista močno statistično značilna. Dekompozicija, pri kateri je neformalna dolgotrajna oskrba znotraj in zunaj gospodinjstva ločena odvisna spremenljivka, pokaže podobne rezultate. Obe vrsti neformalne oskrbe se po vidikih neenakosti ne razlikujeta bistveno: nanje vplivata spol in izobrazba.

V primeru formalne dolgotrajne oskrbe pa so statistično značilni dejavniki, ki vplivajo na neenakosti tako spol, starost, dohodek¹⁸ kot izobrazba, kar kaže, da na vidike neenakosti pri formalnem zagotavljanju dolgotrajne oskrbe pomembno vpliva večina socialno-ekonomskih dejavnikov (kar potrjuje tudi analiza (6)).

Rezultati torej pokažejo, da so socialno-ekonomski dejavniki iz preteklosti posameznika oziroma starostnika pomembni dejavniki neenakosti v njegovem prejemanju dolgotrajne oskrbe danes. Pri tem se formalna in neformalna izobrazba razlikujeta, zlasti dohodek je pomemben dejavnik neenakosti pri prejemanju neformalne oskrbe, vendar v njenem nepojasnjem delu regresijske dekompozicije. Pri formalni oskrbi pa so pomembni vsi socialno-ekonomski dejavniki preteklosti, ki močno določajo prejemanje formalne oskrbe danes. To je lahko svarilo političnim odločevalcem: zdi se, da je prejemanje neformalne oskrbe močnejše določeno s sedanjim stanjem posameznika, prejemanje formalne pa odvisno od mnogih dejavnikov iz preteklosti, ki bi jih lahko bolje upoštevali pri bodočem določanju ukrepov na tem področju.



Vir: lastni izračuni.

Slika 3.2.2: Rezultati dekompozicijske analize, skupna neformalna in formalna dolgotrajna oskrba, pojasnjeni del neenakosti.

3.2.4 Zaključki

Med starejšimi slovenskimi prebivalci, starimi 65 let in več, ki živijo v skupnosti, je približno 4 % takšnih, ki imajo resne omejitve (opredeljene kot 2 ali več omejitev bodisi glede osebnih dejavnosti v vsakdanjem življenju bodisi v zvezi s pomembnimi vsakodnevnimi aktivnostmi) in ne prejema nobene oskrbe (6). To predstavlja približno 15.568 posameznikov, starih 65 let in več, ki živijo v svojih domovih. Gre za enega najmanjših deležev ljudi z nezadovoljenimi potrebami v primerjavi z ocenami, pridobljenimi v drugih državah, ki pa svoj prag določajo drugače in blažje ali se osredotočajo na specifične potrebe. Dejavniki, ki pomembno vpliva na verjetnost nezadovoljenih potreb, je naraščajoča starost, kar potrjujejo številne študije.

¹⁸ Z dohodkom mislimo na ocenjeni dohodek, ki ga je vprašanec prejel v svoji preteklosti, o čemer sprašujeta 3. in 7. val raziskave SHARE.

Ker je institucionalna oskrba v Sloveniji zelo dobro razvita in je diskretni model oskrbe še vedno prevladujoči model oskrbe, je možno, da obstaja skupina ljudi z visoko starostjo, katerih potreb neformalna ali/in formalna oskrba ne izpolnjujeta v celoti. Mogoče je, da starejši ljudje odložijo začetek institucionalne oskrbe, tudi za ceno neizpolnjenih potreb, da bi lahko ostali na svojih domovih. To potrjuje študija kakovosti socialne oskrbe na domu v Sloveniji, ki je pokazala, da so najbolj intenzivni uporabniki socialne oskrbe na domu (tisti, ki so poročali o večjem številu dnevni dejavnosti, ki jih opravi negovalec) najmanj zadovoljni s storitvijo.

Razpoložljivost neformalne oskrbe nima pomembnega vpliva na nezadovoljene potrebe. Presenetljivo je, da življenje v gospodinjstvu velikosti 3 in več poveča verjetnost za nezadovoljene potrebe. Druge študije so namreč pokazale, da samsko življenje poveča verjetnost za nezadovoljene potrebe in da razpoložljivost zakonca ali otroka, ki živi v bližini, zmanjša verjetnost nezadovoljenih potreb. Študije kažejo, da čeprav dostopnost mreže neformalne oskrbe ne zmanjša verjetnosti za nezadovoljene potrebe, znatno poveča verjetnost prejema neformalne oskrbe. V tovrstne analize je v bodoče mogoče vključiti številne druge dejavnike, ki jih omogočajo podatki SHARE (zlasti retrospektivni paneli), kar je pot nadaljnega dela in raziskovanj.

Z našim prispevkom smo nadgradili predhodne analize s pomočjo retrospektivnih panelov SHARE in uporabo perspektive življenjskega cikla. Rezultati prikazujejo, da imata tako spol kot izobrazba pomemben vpliv na dekompozicijo, ki pa ni močno statistično značilen. Obratno je z dohodkom, ki ima pomembno vlogo, še posebej v statistično nepojasnjem delu dekompozicije.

3.2.5 Literatura

1. Di Prete TA, Eirich GM. Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality: A Review of Theoretical and Empirical Developments. *Annu. Rev. Sociol.* 2006; 32(1): 271–297.
2. Dingemans E, Möhring K. A life course perspective on working after retirement: What role does the work history play? *Adv. Life Course Res.* 2019; 39: 23–33.
3. Börsch-Supan A, Brandt M, Hank K, Schröder M, Eds. *The Individual and the Welfare State Life Histories in Europe*. Heidelberg: Springer. 2011.
4. Pasini G. SHARELIFE database & usage. SHARE Users workshop. IER, Ljubljana November 21st 2019.
5. Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber G, Eds. *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. Berlin: De Gruyter. 2013.
6. Hlebec V. Family Care Experience in a Decentralized Social Home Care Context. *Lex Localis.* 2017; 15(3): 495–511.
7. Oaxaca R. Male–female wage differentials in urban labor markets. *Int. Econ. Rev.* 1973; 14: 693–709.

3.3 Blaginja otrok v slovenskih statističnih regijah: kako jo meriti in uporabiti rezultate

Urban Boljka (IRSSV), Jasmina Rošič, Mateja Nagode (IRSSV)

3.3.1 Uvod in ozadje

Raziskovanje blaginje otrok postaja vse bolj prepoznana družbena tema in vse bolj pogosta v strokovni literaturi (1); vprašanjem, kaj je »dobro otroštvo« in kako ga meriti, pa se namenja tudi vedno več politične pozornosti in v ta namen izvajajo raziskave (2). Mnoge raziskave na to temo pomembno prispevajo k nastajanju velikega števila raznorodnih podatkov, po drugi strani prav ta raznolikost informacij tudi otežuje preglednost in oceno blaginje otrok ter posledično ustreznost oblikovanja javnih politik na tem področju.

Eden izmed vse bolj uveljavljenih pristopov raziskovanja blaginje se usmerja k oblikovanju t. i. sestavljenih indeksov blaginje otrok (3), ki omogočajo pregledno, podatkovno zgoščeno, konceptualno in teoretsko utemeljeno ter kontinuirano spremljanje za otroke pomembnih področij in blaginjskih izidov znotraj njih (4, 5).

S ciljem pripraviti podatkovno in analitično orodje, s katerim je možno na podlagi enotne in jasne metodologije primerjati blaginjo otrok v evropskih državah, smo v letih 2017 in 2018 oblikovali indeks blaginje otrok (IBO) (6). Ker IBO prikazuje povprečne vrednosti za Slovenijo, ne ponazarja regijskih razlik v blaginji otrok. Države so načeloma regijsko heterogene in so razlike v blaginji med regijami lahko celo bolj pomembne kot tiste med državami (7). Za Slovenijo velja, da tako indeks regijske blaginje (IRB) kot tudi indeks razvojne ogroženosti (IRO) kažeta na precejšnje regijske razlike v splošni blaginji in razvojni ogroženosti. Če k temu pridamo še to, da otroci delijo življenjske pogoje staršev (odraslih), lahko sklepamo, da so regijske razlike prisotne tudi na ravni blaginje otrok (8). S ciljem bolje razumeti regijske razlike in posledično oblikovanjem javnih politik, ki bodo te razlike zmanjšale ter pospešile in uravnotežile regionalni razvoj, smo kot enega izmed korakov k temu oblikovali regijski indeks blaginje otrok (RIBO) (6).

Blaginja otrok je izjemno kompleksen koncept in med raziskovalci konsenz o njeni definiciji pravzaprav ni dosežen. Pri opredelitvi in sestavi indeksa blaginje otrok smo sledili različnim teoretskim podlagam, med drugimi tudi Bronfenbrennerjevemu bio-ekološkemu modelu otrokovega razvoja (9), ki se osredotoča na interakcijo med posameznikom (otrokom) in njegovim okoljem. Interakcija poteka kot proces v različnih koncentričnih strukturah (10) in zajema: mikro-sistem (otrok z vsemi svojimi osebnimi značilnostmi v prvi vrsti vstopa v interakcijo z družino, s prijatelji, sosedi, sošolci, vrtcem, zdravstveno oskrbo; gre za raven, ki ima najmočnejši neposreden vpliv na otroka), mezo-sistem (stiki oziroma povezave med različnimi strukturami znotraj mikro-sistema, na primer med starši in šolo, se odvijajo znotraj mezo-sistema), ekso-sistem (vpliva na otroka v glavnem neposredno z vplivanjem na različne strukture znotraj mikro-sistema).

Ekso-sistemi so npr. družbene institucije, v katerih poteka sprejemanje odločitev o javnih zadevah, uvajanje šolske zakonodaje, zdravstvena in socialna politika ipd.), makro-sistem (predstavlja širši družbeni kontekst s kulturnimi vrednotami in normami, ekonomskimi pogoji, globalnim razvojem). Sledili smo »novi« sociologiji otroštva, ki otroštva ne razume le kot pripravljalnega obdobja za odraslost, ampak kot obdobje in družbeno kategorijo, ki je sama po sebi vredna raziskovanja, njena opredelitev pa je odvisna od časa in prostora. Pri tem je pomembno, kdo so otroci sedaj, ne le kdo bodo postali (8, 11, 12). Upoštevali smo pristop zmožnosti (13, 14), ki se posveča temu, kaj lahko posameznik s svojimi zmožnostmi znotraj določenega okolja doseže. Pri analizi doseganja rezultatov in uresničevanja blaginje po pristopu zmožnosti upoštevamo širši družbeni kontekst in pri razlagi razlik v izidih, poleg notranjih dejavnikov (npr. osebnih okoliščin), upoštevamo tudi zunanje dejavnike (npr. javne politike, formalna pravna pravila, družbene norme, diskriminatorne prakse, družbene vloge spolov, razmerja moči v družbi in okoljske dejavnike) (15). Posebnost in ključnega pomena je tudi vloga staršev in njihove zmožnosti, saj bodisi neposredno ali posredno vplivajo na zmožnosti otrok. Govorimo o t. i. medgeneracijskem prenosu zmožnosti– npr. vpliv materinega zdravstvenega stanja se odraža na rojstni teži in zdravju otrok; materina in očetova izobrazba vpliva na učne dosežke otrok (16). Sledili smo tudi mehkeemu konsenzu izbora področij blaginje, ki se je izoblikoval na področju merjenja blaginje otrok v razvitih državah, kot posledica prekrivanja ključnih tematskih področij blaginje v različnih mednarodnih indeksih. To je tudi eden izmed razlogov, da blaginjo razumemo multidisciplinarno. Prevlada ekonomističnega v analizi in razumevanju blaginje otrok je stvar preteklosti (6, 17, 18).

Namen prispevka je dvojen. Na eni strani popišemo proces in metode izdelave RIBO, ga povežemo s teoretskim konceptom, na katerem je njegova sestava utemeljena, na drugi strani pa prikažemo njegove rezultate in jih kritično ovrednotimo. RIBO prikazujemo v dveh časovnih točkah, in sicer 2015 in 2018.

3.3.2 Raziskovalni pristop

3.3.2.1 Iskanje in zbiranje izhodiščnih podatkov

Pri oblikovanju RIBO smo torej v temelju sledili predhodno opisanim konceptualnim pristopom, obenem pa smo skušali zadostiti še dodatnim specifičnim kriterijem:

- možnost primerjav po regijah (regijska reprezentativnost),
- možnost primerjav v časovnih točkah,
- možnost primerjav po spolu,
- časovna aktualnost podatkov,
- kazalniki vključujejo populacijo otrok 0–17 let,
- za kazalnik vemo, ali je njegova vrednost pozitivna ali negativna.

Z razumevanjem otroštva kot družbene kategorije (otrokocentrično) striktno ločujemo med blaginjskimi izidi (19) in širšimi socialno-ekonomskimi kontekstualnimi kazalniki, kar je tudi ključno vodilo pri zasnovi indeksa (ta nam, kot bomo videli v nadaljevanju, omogoča širši raziskovalni okvir). Tako je RIBO sestavljen iz izidov¹⁹, enota analize v RIBO je otrok in ne gospodinjstvo ali družina (19, 20), kontekstualne kazalnike pa RIBO obravnava kot dejavnike, ki lahko pozitivno ali negativno vplivajo tudi na izide, a so iz njega izvzeti.

Podatki, ki jih pridobimo od otrok samih, pomembno predstavljajo življenja otrok (19, 21, 22). Vendar pa so pripravo regijskega indeksa oteževale številne podatkovne omejitve. Zaradi neobstoja posebej za namene RIBO oblikovane raziskave, ki bi bila izvedena na reprezentativnem vzorcu otrok v slovenskih statističnih regijah, smo za izbor področij in kazalnikov indeksa imeli na voljo malo podatkovnih virov. Številne raziskave (na primer HBSC (23), ESPAD (24), TIMMS in PIRLS (25, 26), EU Kids Online (27), Mladina 2013 in Mladina 2018 (28, 29), Youth Eurobarometer (30) namreč nimajo regijsko reprezentativnega vzorca za otroke. Zato smo za namene izdelave RIBO v veliki meri uporabili podatke raziskave PISA (31, 32). Ta, poleg treh vrst pismenosti, vsebuje tudi podatkovno bogat ozadenjski vprašalnik. Poleg teh podatkov smo uporabili še podatke SLOfit (33), podatke DURS, NIJZ, RIC in Policije, ki prav tako izpolnjujejo navedene specifične kriterije.

Pri oblikovanju RIBO smo sledili predhodno omenjenemu »mehkemu konsenzu« (6, 17, 18), zato vključuje večino »klasičnih« področij blaginje otrok (21), izbiro kazalnikov pa so v veliki meri narekovale razpoložljive baze podatkov. Indeks vključuje naslednja področja blaginje otrok (celotna sestava se nahaja v prilogi):

- priložnosti in začetni položaj,
- zdravje in ogroženost,
- telesna aktivnost in prehranjevanje,
- izobraževalni dosežki,
- neenakosti v izobrazbi,
- počutje v šoli in odnos s sošolci,
- odnosi s starši,
- sodelovalnost,
- kompetence informacijsko komunikacijske tehnologije,
- tvegana uporaba IKT.

¹⁹ Z nekaj izjemami, ki jih je narekovalo pomanjkanje regijsko razpoložljivih podatkov (npr. kazalnika Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu, Vključenost otrok v drugem starostnem obdobju v predšolsko izobraževanje).

Tako sestavljen indeks ima kar nekaj omejitev. Podatkovna podhranjenost je onemogočila, da bi v RIBO vključili točno tista področja in kazalnike, ki bi ta področja konceptualno tudi najbolj predstavljali. Tako npr. močna zastopanost podatkov PISA 2015 v RIBO (relativno) močno določa tudi vsebinska področja indeksa. Indeks vsebuje bogato količino kazalnikov na področju izobraževanja in dve področji, ki se nanašata na uporabo informacijsko-komunikacijskih tehnologij. Na drugi strani pa pogrešamo na primer določene podatke na področju duševnega zdravja otrok (o pomanjkanju primerljivih podatkov na tem področju poročajo tudi drugi avtorji (34, 35), ali na področju nastanitve oz. stanovanjskega položaja, torej na nekaterih področjih, ki pomembno oblikujejo blaginjo otrok. Kljub temu smo RIBO oblikovali z namero, da zajamemo čim širši spekter področij blaginje (in ožje kazalnikov), ki so še posebej pomembni za otroke v Sloveniji.

Omejitve indeksa so povezane tudi s starostno heterogenostjo, saj v RIBO prevladujejo 14- in 15-letniki, medtem ko so nižje starostne skupine zastopane v manjši meri. Druga omejitev je povezana s časovnimi točkami. Raziskava PISA 2015, ki s svojim ozadenjskim vprašalnikom raziskuje povezave med tremi vrstami pismenosti in blaginjo, je v celoti takšna samo v letu 2015. Fokus ozadenjskega vprašalnika PISA se pri različnih izvedbah namreč spreminja, kar v manjšem delu RIBO otežuje časovno primerljivost. Kljub temu smo indeks posodobili s podatki za leto 2018. Pri kazalnikih, kjer podatki za leto 2018 niso bili na voljo, smo uporabili vrednosti za leto 2015.²⁰ Prav to predstavlja največji kompromis, ki smo ga sprejeli, da smo indeks, ki tako vključuje le »otrokocentrične« kazalnike, torej ne temelji na administrativnih podatkovnih virih in ne meri zgolj socialno-ekonomskega konteksta, v katerem otroci živijo, sploh lahko oblikovali in obenem omogočili vsaj delno primerljivost v dveh časovnih točkah, – 2015 in 2018.

3.3.2.2 Normalizacija oziroma povezovanje podatkov, agregiranje in izračunavanje indeksa

RIBO je tako sestavljen iz 40 kazalnikov, ki so v prvotni obliki izraženi z različnimi merskimi lestvicami (npr. delež otrok, stopnja umrljivosti, število otrok ipd.). Da smo zagotovili primerljivost med podatki in omogočili združevanje nesorazmernih kazalnikov, smo vse kazalnike z metodo Min-Max normalizirali na identičen rang [0, 100]. Normalizaciji je sledila faza agregiranja podatkov in izračunavanja indeksa. Najprej smo izračunali deset podindeksov, torej za vsako področje posebej in jih izrazili s povprečno vrednostjo vseh normaliziranih kazalnikov določenega področja. Končni indeks tako predstavlja povprečno vrednost desetih prej omenjenih podindeksov/področij, saj področij nismo posebej uteževali. Vsako področje ima tako enako težo v strukturi indeksa, tj. desetino. Ker pa so področja sestavljena iz različnega števila kazalnikov, kazalniki k skupnemu izračunu prispevajo v različnem deležu. Npr. vsak izmed kazalnikov področja neenakosti v izobraževanju, ki je po številu kazalnikov najobsežnejše, prispeva k RIBO 1,3 %, medtem ko ima kazalnik, ki edini meri področje sodelovalnosti s svojim 10-odstotnim prispevkom k RIBO precej višjo težo. Vprašanje, ali področja in/ali kazalnike posebej utežiti, predstavlja eno večjih dilem oblikovanja kateregakoli indeksa (6, 19, 36).

²⁰ Takih je bilo 5 kazalnikov indeksa od 40. Težje primerljiv je tudi kazalnik Delež dijakov z državno štipendijo kot delež vseh dijakov v regiji, saj smo ob pripravi indeksa uporabili podatke SURS-a, ker pa v letu 2018 te podatke zbirajo le še na MDDSZ na nekoliko drugačni metodologiji, podatki niso najboljše primerljivi med časovnimi točkama 2015 in 2018.

3.3.2.3 RIBO in njegov socialno-ekonomski kontekst

Poglavitna prednost oblikovanja indeksov je poenostavitev kompleksnosti družbenih fenomenov oz. njihova kvantifikacija v eno samo vrednost, ki jo je zlahka primerjati v času in prostoru (1). V našem primeru gre za enostaven, pregleden in različnim javnostim prijazen prikaz blaginje otrok, ki ima prav zaradi tega potencial, da poveča pritisk na politične odločevalce in oblikovalce javnih politik in njihovo odgovornost za oblikovanje in implementacijo ukrepov, programov in strategij za izboljšanje življenja otrok (4) v slovenskih statističnih regijah.²¹

Indeks ima sam po sebi veliko uporabno vrednost, če ga povežemo s širšim kontekstom, v katerem so njegove vrednosti nastale, uporabnost le še povečamo. Kontekstualne kazalnike so kot posebno skupino (kot del indeksov blaginje otrok) oblikovali že raziskovalci pred nami (36, 37). Pri izbiri kazalnikov za merjenje kontekstualnega vidika blaginje otrok smo se oprli na UNICEF-ov kontekstualni indeks (35, 38), pristope OECD (37) in ugotovitve Bradshawa and Richardsona (19), ter na druge obstoječe indekse, ko je npr. indeks regionalne blaginje (7). RIBO smo tako povezali z 22 kazalniki družbenega konteksta.

Z vpeljavo kontekstualnih kazalnikov smo omogočili možnost analize povezanosti med blaginjskimi izidi in družbenim, ekonomskim in javnopolitičnim kontekstom, v katerem ti izidi nastajajo, in s tem povečali uporabnost rezultatov. Povezanost smo podatkovno upodobili na razsevnem grafikonu²², kjer lahko uporabnik, obiskovalec spletne strani, sam raziskuje povezanost indeksa in vseh njegovih podpodročij kot tudi posameznih kazalnikov indeksa s kazalniki konteksta. Če nas torej zanima, v kakšnem odnosu so izidi in njihov regionalni kontekst in ugotovimo, da je kontekst v pozitivni korelaciji z blaginjskimi izidi, lahko upravičeno domnevamo, da bi se z naslavljanjem kazalnikov, iz katerih je sestavljen, tudi blaginjski izidi otrok izboljšali. To pa je na primer pomemben podatek za politične odločevalce, ki jih z izračunom indeksa in njegovo postavitvijo v družbeni kontekst, še posebej naslavljam.

V splošnem ugotavljamo, da je RIBO različno močno povezan z izbranimi kazalniki družbenega konteksta. Povezanost z drugimi kazalniki pa potrjuje tudi veljavnost in pojasnjevalno moč našega indeksa. RIBO, izračunan na podatkih za leto 2015, je tako najbolj izrazito pozitivno povezan ($R = 0,824$) s stopnjo delovne aktivnosti, s katero lahko tako pojasnimo 57,9 % (variance) indeksa ($R\text{-Squared} = 0,579$). RIBO, izračunan na podatkih za leto 2018, pa z deležem prebivalstva s terciarno izobrazbo v prebivalstvu od 25 do 64 let ($R = 0,701$; $R\text{-Squared} = 0,492$). RIBO 2015 je zmerno oz. srednje pozitivno povezan tudi z Indeksom regionalne blaginje (IRB $R = 0,510$) ter z Indeksom regionalne ogroženosti (IRO $R = 0,519$). Povezanost med RIBO in IRO je v letu 2018 še nekoliko močnejša ($R = 0,586$)²³.

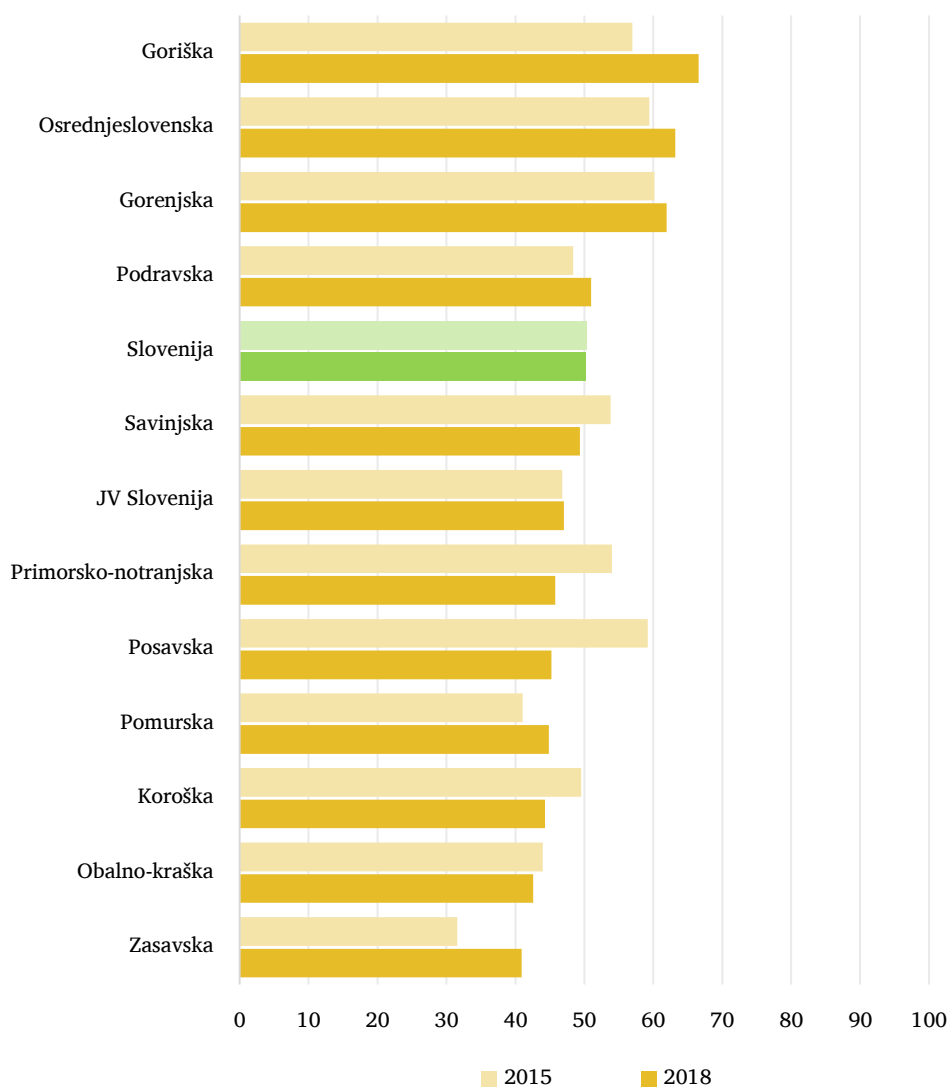
²¹ RIBO je podatkovno oblikovan in predstavljen na posebej v ta namen oblikovani spletni strani, ki omogoča številne funkcionalnosti (<http://ribo.ipta.si/>).

²² http://ribo.ipta.si/v_kontekstu.

²³ Za RIBO pa z novejšimi podatki ne razpolagamo, zato povezanosti ne računamo.

3.3.3 Rezultati

Podajamo nekaj osnovnih rezultatov. Osnovni prikaz razvrstitve statističnih regij pokaže, da je bila blaginja otrok v Sloveniji po zadnjih dostopnih podatkih (leto 2018), merjena z RIBO, najvišja na Goriškem (RIBO = 66,56), sledita osrednjeslovenska (RIBO = 63,17) in gorenjska (RIBO = 61,93), ki zaključujeta prvo četrtino najbolje uvrščenih statističnih regij. Najnižjo vrednost indeksa ima zasavska statistična regija (RIBO = 40,91), tam otroci v primerjavi z vrstniki iz drugih regij živijo najslabše. V spodnjo četrtino regij se uvrščata še obalno-kraška (RIBO = 42,56) in koroška (RIBO = 44,30). Pod slovenskim povprečjem se nahajajo še pomurska (RIBO = 44,84), posavska (RIBO = 45,22), primorsko-notranjska (RIBO = 45,77), jugovzhodna Slovenija (RIBO = 47,02) in savinjska (RIBO = 49,34), nad povprečjem pa še podravska (RIBO = 50,98). Analiza RIBO po posameznih področjih indeksa pokaže, da so področne »zmagovalke« večinoma regije iz zgornje četrtine najbolje uvrščenih regij.



Vir: RIBO, 2015 in 2018.

Slika 3.3.1: RIBO 2015 in RIBO 2018 glede na statistične regije.

Če rezultate RIBO iz leta 2018 primerjamo s tistimi iz leta 2015 (glej Sliko 3.3.1), ugotovimo, da se je blaginja otrok znižala v petih regijah, zvišala pa v preostalih sedmih. Največje spremembe v pozitivno smer beležimo v goriški regiji, kjer se je indeks iz 2015 na 2018 povečal za 9,61 točk in s tem regijo s četrtega mesta med vsemi statističnimi regijami v 2015 postavil na prvo mesto v 2018. Na drugi strani pa se je indeks najbolj poslabšal v posavski regiji, znižal se je skoraj za 14 točk. S tretjega mesta v 2015 je posavska regija v letu 2018 zdrsnila na osmo mesto.

Zasavska regija je v obeh letih uvrščena na zadnje mesto, se je pa blaginja otrok v zadnjih letih (glede na druge regije) izboljšala (za 9,32 točk).

Tabela 3.3.1: Vrednosti RIBO 2015 in 2018 glede na statistične regije.

Regija	2015	2018	Razlika v o. t.
Zasavska	40,91	31,59 ↑	9,32
Obalno-kraška	42,56	43,97 ↓	-1,40
Koroška	44,30	49,54 ↓	-5,24
Pomurska	44,84	41,06 ↑	3,78
Posavska	45,22	59,21 ↓	-13,99
Primorsko-notranjska	45,77	53,98 ↓	-8,21
JV Slovenija	47,02	46,79 ↑	0,24
Savinjska	49,34	53,83 ↓	-4,49
Slovenija	50,22	50,41 ↓	-0,19
Podravska	50,98	48,36 ↑	2,62
Gorenjska	61,93	60,16 ↑	1,76
Osrednjeslovenska	63,17	59,43 ↑	3,74
Goriška	66,56	56,95 ↑	9,61

Vir: RIBO, 2015 in 2018.

Zanimiva je tudi analiza po posameznih področjih indeksa, kjer so v letu 2018 večinoma »zmagovalke« regije iz zgornje četrtine najboljše uvrščenih regij. Koroška na področju priložnosti in začetnega položaja (PIZP), obalno-kraška na področju zdravja in ogroženost (ZIO) in goriška na področju telesne aktivnosti in prehranjevanja (TAIP). Na področju izobrazbenih dosežkov (IZODO) je najboljša osrednjeslovenska regija, tam je tudi najmanjša neenakost v izobraževanju (NEIZO) in najboljši odnosi s starši (OSS), medtem, ko ima najvišji indeks počutja v šoli in odnosov s sošolci (PVSOS) posavska regija. Na področju sodelovalnosti (SODEL) prednjačijo na Goriškem. Na prvo mesto pri IKT kompetencah (IKTKO) se uvršča pomurska regija, kjer otroci tudi najbolj tvegano uporabljajo IKT tehnologije (TUIKT) (glej Tabelo 3.3.1).

3.3.4 Zaključek

Namen prispevka je bil dvojen. Želeli smo prikazati kompleksnost izdelave sestavljenih kazalnikov in kritično ovrednotiti njihove rezultate. Pri tem je zelo težko združevati zavezanost k izbranim teoretičnim konceptom pristopa izdelave in dostopnost podatkov, še posebej, če želimo indeks kontinuirano prikazovati v več časovnih točkah, in ga utemeljiti na blaginjskih izidih (in v največji meri subjektivnih kazalnikih). Tu lahko ugotovimo, da ne glede na vnaprej določene kriterije za izbor področij in kazalnikov, ki ta področja najbolje ponazarjajo, na oblikovanje končnega indeksa, v praksi v največji meri vpliva dostopnost podatkov. Le-ta omejuje strogo zasledovanje teoretskih in konceptualnih smernic oblikovanja indeksa (in tudi njegovo veljavnost). Zdi se, da so kontekstualni kazalniki manj izpostavljeni hitrim spremembam vrednosti, kot je to v primeru RIBO, ki je v največji meri sestavljen iz subjektivnih kazalnikov, se pravi kazalnikov, katerih vrednosti zajamemo in izračunamo iz anketnih vprašalnikov.

Čeprav je izdelava tovrstnih indeksov trend, ki je še posebej močan na področju blaginje otrok (20), ta trend pred monitoring blaginje otrok postavlja nove izzive. Namreč, same spremembe v vrednostih RIBO 2015 in 2018 kažejo na hitre spremembe nekaterih področij blaginje otrok in nekaterih posamičnih kazalnikov. Zato je, kljub prednostim, ki jih indeksi prinašajo (enostavnost, preglednost, poenostavitev kompleksnih družbenih fenomenov z eno samo vrednostjo), pri njihovi interpretaciji potrebno biti pazljiv.

Merjenje kateregakoli kompleksnega družbenega fenomena je nevhvaležna naloga. Oblikovanje sestavljenih kazalnikov je lahko pomembno orodje v informiranem oblikovanju javnih politik. Zavedati se je treba, da takšne »bližnjice« ne morejo popolnoma nadomestiti poglobljenih analiz položaja otrok, saj gre pri oblikovanju indeksov vedno za približek oz. oceno, ki je omejena s prenekaterimi dejavniki (dostopnost podatkov, uteževanje področij indeksa, reprezentativnost podatkov itd.). Četudi takšni pristopi zmanjšujejo prepad med raziskovalci in oblikovalci javnih politik, RIBO 2015 in 2018 (prav tako tudi njune podatkovne upodobitve in funkcionalnosti prikazane na spletni strani) razumemo kot dopolnitev že obstoječih spoznanj o blaginji otrok, ki pa ne smejo v celoti nadomestiti drugih načinov ocenjevanja položaja otrok.

3.3.5 Literatura

1. Amerijckx G, Humblet P.C. Child Well-Being: What Does It Mean? John Wiley & Sons Ltd and National Children's Bureau. 2014.
2. Ben-Arieh A. Developing indicators for child well being in a changing context. In: Child well being understanding children's lives. Editors. McAuley, C, Rose, W. 2010: 129–142. Jessica Kingsley Publishers.
3. O'Hare WP, Gutierrez F. The Use of Domains in Constructing a Comprehensive Composite Index of Child Well-Being. Child Indicators Research. 2012, doi: 10.1007/s12187-012-9138-6
4. UNICEF. Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-Being in Rich Countries. Innocenti Report Card 7. Florence: Innocenti Research Centre, 2007.
5. OECD. Handbook on Constructing Composite Indicators. Methodology and user guide. OECD Publishing, Ispra, Italy, 2008.

6. Boljka U, Nagode M, Narat T. IRSSV indeks blaginje otrok: vsebinski izzivi, metode in uporabnost. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo, 2018.
7. Pečar J. Delovni zvezek: Kako živimo v regijah. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. 2017. Dostopno na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2017/DZKako_zivimo_v_regijah.pdf.
8. Qvortrup J. Childhood as a Social Phenomenon. An Introduction to a Series of National Reports. Eurosocial Report no. 36. Vienna, 1991.
9. Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental processes. In: Damon W, Lerner R. M., editors. Handbook of child psychology: Theoretical models of human development, 1998: 993–1028.
10. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1979.
11. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1997.
12. Christensen P, Prout A. Anthropological and Sociological Perspectives on the Study of Children. In: Greene S, Hogan D. editors. *Researching Children's Experience*. London: Sage, 2005: 42–60.
13. Matthews S. H. A Window on the 'New' Sociology of Childhood. *Sociol Compass*, 2007; Volume 1, Issue 1. 2007.
14. Sen A. Social Exclusion: Concept, Application and Scrutiny. Social Development Papers No. 1. Office of Environment and Social Development: Asian Development Bank, 2000.
15. Nussbaum M, Sen A. The Quality of Life. Oxford England New York: Clarendon Press Oxford University Press, 1993.
16. Comim F, Ballet J, Biggeri M, Iervese V. Introduction – Theoretical Foundations and the Book's Roadmap. In: Biggeri M, Ballet J. in Comim F, editors. *Children and the Capability Approach*. London: Palgrave MacMillan, 2011.
17. Lippman L. Positive Indicators of Child Well-Being: A Conceptual Framework, Measures and Methodological Issues. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2009.
18. Ben-Arieh A. From Child Welfare to Children Well-Being: The Child Indicator Perspective. In: Ben-Arieh A., Phipps S, Kamerman S.B., editors. *From Child Welfare to Child Well-Being: An International Perspective on Knowledge in the Service of Policy Making*. New York: Springer. 2010: 9–24.
19. Bradshaw J, Richardson D. An Index of Child Well-Being in Europe. *Child Indicators Research*, 2: 2009: 319–351.
20. OECD. Doing Better for Children. Paris, 2009.
21. Ben-Arieh A. Where are the children? Children's role in measuring and monitoring their well-being. *Soc Indic Res*, 2005; 74(3): 573–596.
22. Casas F. Are all children very happy? An introduction to children's subjective well-being in international perspective. In: Kutsar D, Raid K, editors. *Children's subjective well-being in local and international perspectives*. Tallinn: Statistikaamet, 2019: 6–17.
23. Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Drev A, Pucelj V, Zupanič T, Britovšek K. 2015 Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji [Elektronski vir]: izsledki mednarodne raziskave. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
24. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). Purpose & Methodology. 2016.
25. Pedagoški inštitut. Raziskovalna dejavnost, mednarodni projekti, TIMSS, 2008.
26. Pedagoški inštitut. Raziskovalna dejavnost, mednarodni projekti, PIRLS, 2008.

27. The London School of Economics and Political Science (LSE). Department of Media and Communications. Research Projects. EU Kids Online, 2018.
28. Arhiv družboslovnih podatkov (ADP). Mladina 2010: družbeni profil mladih v Sloveniji, 2017.
29. Arhiv družboslovnih podatkov (ADP). Slovenska mladina 2013: življenje v času deziluzij, tveganja in prekarnosti, 2017a.
30. European Parliament. (b.d.). Eurobarometer, 2018.
31. OECD. Programme for International Student Assessment (PISA)., 2018.
32. Pedagoški inštitut. Raziskovalna dejavnost, mednarodni projekti, PISA. 2008.
33. SLOfit ali športnovzgojni karton. O SLOfit, 2016.
34. Narat T. Spremljanje izvajanja programov v podporo družini: programi za uspešno naslavljanje potreb družin z otroki - vidik CSD. Vmesno poročilo. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo, 2020.
35. UNICEF. Worlds of Influence. Understanding What Shapes Child Well-Being in Rich Countries. Innocenti Report Card 16. Firenze: UNICEF Innocenti, 2020.
36. Moore K. A. in Theokas C. Conceptualizing a Monitoring System for Indicators in Middlechildhood. Child Indic Res, 2008; 1(2): 109–128.
37. OECD. How's Life 2015: Measuring Well-Being. OECD Publishing, Paris, 2015.
38. UNICEF. Child Well-Being in Rich Countries: A Comparative Overview. Innocenti Report Card 11. Florence: Innocenti Research Centre, 2013.
39. OECD. How's Life 2015: Measuring Well-Being. OECD Publishing, Paris, 2015.
40. IRSSV. Regijski indeks blaginje otrok (RIBO). Kako dobro živijo otroci v Sloveniji? [Elektronski] <http://ribo.ipta.si/>.

3.4 Alkoholna politika v Sloveniji s pregledom stanja na področju in izbrani primeri dobrih praks

Sandra Radoš Krnel, Maja Roškar, Marjetka Hovnik Keršmanc, Metka Zaletel, Breda Lukavečki Družovec, Karin Mlakar, Olivera Stanojević Jerković in Tadeja Hočevnar

3.4.1 Uvod

Na oblikovanje in izvajanje alkoholne politike v prvi vrsti vpliva odnos družbe do pitja alkoholnih pijač in razumevanje povezave pitja alkoholnih pijač z zdravjem in splošno blaginjo. Alkoholna politika se tako ukvarja z vprašanjem, kaj naj država oziroma družba ukrene, da bi zmanjšala škodljive zdravstvene, socialne in druge posledice rabe alkohola. Deluje preko različnih ukrepov, ki jih, tako kot v drugih evropskih državah, izvajamo tudi v Sloveniji in obsegajo več različnih področij: od zakonodajnih ukrepov (npr. cenovna in fizična dostopnost alkohola, oglaševanje ...), obveščanja, izobraževanja in ozaveščanja, ukrepanja v zdravstvu, socialni ter drugih okoljih, na področju vožnje in prometa, v delovnih organizacijah, lokalnih skupnostih, do spremljanja in poročanja o porabi alkohola, pivskem vedenju različnih populacijskih skupin in škodi zaradi alkohola (1, 2).

Dobro zasnovana alkoholna politika upošteva družbeni kontekst (ekonomske, socialne, kulturne in druge značilnosti), izkorišča vse družbene potenciale in vključuje vse najpomembnejše deležnike v družbi, vključno s civilno družbo in lokalno skupnostjo. Zato je za učinkovitost alkoholne politike ključnega pomena dejavno vključevanje različnih akterjev, kot so politični snovalci in odločevalci (npr. državni svet, državni zbor, ministrstva), stroka (npr. strokovne organizacije, inštituti, strokovna združenja, fakultete), civilna družba (npr. nevladne organizacije, lokalne skupnosti) in tudi mediji, ki z odgovornim poročanjem o alkoholni problematiki lahko vplivajo na pozitivno javno mnenje in posredno na sprejemljivost posameznih ukrepov alkoholne politike. Med akterje alkoholne politike prištevamo tudi alkoholno industrijo, ki ima sicer drugačen oziroma nasproten interes v primerjavi z drugimi akterji alkoholne politike, in ni usmerjen v zmanjševanje posledic rabe alkohola (3, 4).

Glede na to, da je alkoholna politika usmerjena v zmanjšanje posledic rabe alkohola, je tako posredno eden izmed mehanizmov za zmanjševanje neenakosti v Sloveniji. Različni strokovni viri navajajo, da so posledice pitja alkohola bolj izrazite med prebivalci z nižjo izobrazbo in nižjim socialno-ekonomskim položajem, zato lahko z usmerjenimi aktivnostmi alkoholne politike vplivamo na zmanjševanje razlik med posameznimi skupinami prebivalcev (5).

3.4.2 Metodologija

Za pripravo pregleda dogajanja na področju alkoholne problematike v Sloveniji smo uporabili več raziskovalnih metod.

Raba in del bremena rabe alkohola v Sloveniji sta bila ocenjena na osnovi analize podatkov o registrirani porabi čistega alkohola na prebivalca, podatkov o pivskih navadah prebivalcev iz populacijskih raziskav ter izbranih zdravstvenih posledicah rabe alkohola.

Osnovo za izračun registrirane porabe čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, predstavlja registrirana poraba alkoholnih pijač v litrih posamezne alkoholne pijače. Pri izračunu so upoštevani podatki Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) o industrijski proizvodnji alkoholnih pijač, proizvodnji s kmetij, uvozu in izvozu ter zalogah alkoholnih pijač.

Pivske navade prebivalcev Slovenije smo ocenili na osnovi dveh populacijskih raziskav, ki jih izvaja NIJZ: (i) Nacionalna raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah (raziskava ATADD) je bila izvedena med prebivalci Slovenije, starimi 15–64 let, dvakrat – prvič v dveh delih, v letih 2011 in 2012, drugič pa v letu 2018. Namen raziskave je bil oceniti razširjenost rabe tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije, pa tudi razširjenost neustrezne rabe zdravil, rabe konoplje v zdravstvene namene in razširjenost nekemičnih odvisnosti; (ii) Raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC raziskava) je mednarodna raziskava, ki poteka vsake štiri leta. Izvedena je bila v letih 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018 in vključuje 11-, 13-, in 15-letnike, od leta 2018 naprej tudi 17-letnike. Mednarodni vprašalnik obsega niz obveznih vprašanj o demografskih, vedenjskih in psihosocialnih vidikih zdravja. Poleg teh lahko sodelujoče države dodajo še določeno število opcijskih vprašanj, s pomočjo katerih je mogoče natančneje opazovati posamezna vsebinska področja. Obvezna vprašanja obsegajo naslednja vsebinska področja: demografija, prehranske navade, hujšanje in telesna samopodoba, telesna dejavnost, sedeča vedenja, tvegana vedenja, spolno zdravje, poškodbe in nasilje, družina, vrstniki, šola, zdravje in počutje, družbene neenakosti.

Pri opazovanju zdravstvenih posledic rabe alkohola smo se v tem poglavju osredotočili na podatke o umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze, ki so v veliki meri posledica rabe alkohola, umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je predstavljena v ločenem poglavju. Podatke o številu smrti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze smo pridobili iz Zbirke podatkov o umrlih osebah (IVZ46), vključene so bile tri diagnoze iz desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, in sicer: alkoholna bolezen jeter (K70), kronični hepatitis, ki ni uvrščen drugje (K73) ter fibroza in ciroza jeter (K74).

Izvedena je bila tudi delna analiza alkoholne politike s pregledom obstoječe zakonodaje in ukrepanja ter pregledom literature.

Program TAKE CARE (strategija za odgovoren odnos do alkohola med mladimi v lokalni skupnosti) in projekt SOPA (Skupaj za odgovoren odnos do alkohola) pa predstavljata primera dobrih praks pristopa k zmanjševanju problematike alkohola v Sloveniji.

Program TAKE CARE je metodološko oblikovan po trans-teoretičnem modelu sprememb v okviru motivacijskega intervjuja, učenju z izkušnjo, psiho-edukaciji in vrstniški edukaciji (6). Program vključuje selektivno in indicirano (indikativno) preventivo ter več-nivojski pristop. Ciljne skupine selektivne preventive so specifične skupine oseb, pri katerih je stopnja tveganja za razvoj odvisnosti znatno višja od povprečja (npr. bolj ogrožene soseske ali lokacije nočnega življenja) in ranljive skupine prebivalstva, kot na primer osipniki, mladi prestopniki, mladi, ki so prenehali s šolanjem, čeprav pri njih še ni prisotnega tveganega vedenja povezanega z rabo alkohola in prepovedanih drog. Indicirana preventiva prepozna posameznike, pri katerih se kažejo znaki, ki so močno povezani s tveganjem za rabo alkohola in prepovedanih drog kasneje v življenju (npr. šolski neuspeh, asocialno vedenje, prvi poskusi rabe drog/eksperimentiranje in njihove posledice ...). Več-nivojski pristop zajema določeno izbrano lokalno okolje, znotraj katerega različnim ciljnim skupinam ponudimo različne intervencije, kar povzroči večjo sinergijo, ki prispeva k večji učinkovitosti intervencije.

Projekt SOPA je razvojno-aplikativni projekt, sestavljen iz več faz: razvoj interdisciplinarnega pristopa, vzpostavitev sodelovanja z deležniki, pilotno izvajanje ukrepov s predhodnim usposabljanjem, evalvacija s prilagoditvami predloga ter predlog pristopa za vzpostavitev na sistemski ravni. Ciljne skupine so izvajalci pristopa ter člani skupnosti oziroma strokovna in splošna javnost. Pilot se izvaja v 18 zainteresiranih lokalnih okoljih po Sloveniji in vključuje interdisciplinarno sodelovanje deležnikov na lokalni in regijski ravni (7). Osveščanje o alkoholni problematiki in izvajanje podpore ljudem za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola temeljita na uporabi motivacijskega intervjuja (7), ki je učinkovit način komuniciranja, kadar želimo pacienta motivirati za spremembo vedenja (8).

3.4.3 Rezultati

3.4.3.1 Raba in del bremena rabe alkohola v Sloveniji

Registrirana poraba alkohola

V Sloveniji je leta 2020 registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca²⁴, starega 15 let in več, znašala 9,82 litra (Tabela 3.4.1). V obdobju 2013 - 2020 je bila registrirana poraba čistega alkohola, najvišja v letu 2015, ko je znašala 11,49 litra, najnižja pa v letu 2013 in sicer 9,53 litra. V istem obdobju je bilo največ čistega alkohola popitega s pivom, sledilo je vino in žgane pijače. Izjema so bila leta 2017, 2019 in 2020, ko je bilo največ čistega alkohola popitega z vinom.

²⁴ Registrirana poraba alkohola je izračun porabe čistega alkohola (v litrih) na prebivalca, starega 15 let in več. Pri izračunu se upoštevajo podatki o industrijski proizvodnji alkoholnih pijač (vino, pivo in žgane pijače), o proizvodnji s kmetij, o uvozu in izvozu ter zalogah alkoholnih pijač.

Tabela 3.4.1: Registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, Slovenija, 2013–2020.

Leto	Vino	Pivo	Žgane pijače	Skupaj
2013	4,09	4,55	0,89	9,53
2014	4,73	5,37	0,82	10,92
2015	4,90	5,73	0,86	11,49
2016	5,32	4,35	0,84	10,51
2017	4,60	4,59	0,93	10,12
2018	4,13	4,66	1,20	9,99
2019	5,26	4,54	1,26	11,05
2020	4,60	4,01	1,20	9,82

Vir: Registrirana poraba čistega alkohola, NIJZ, SURS 2021.

Pivske navade prebivalcev Slovenije

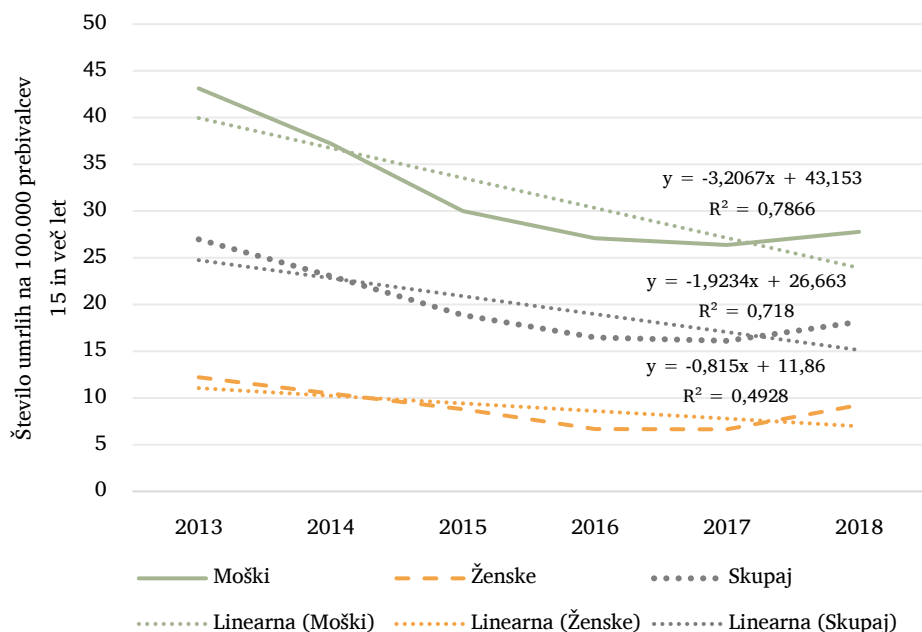
Podatki populacijske raziskave ATADD 2018, ki je vključevala tudi vprašanja o pivskih navadah prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, so pokazali, da 21,0 % prebivalcev v zadnjem letu ni pilo alkoholnih pijač, 68,9 % jih je običajno pilo znotraj dnevne meje manj tvegane pitja (ženske 10 g čistega alkohola in moški 20 g čistega alkohola ali manj), 10,1 % jih je pilo čez dnevno mejo manj tvegane pitja alkohola (ženske več kot 10 g čistega alkohola in moški več kot 20 g čistega alkohola na dan ter nepolnoletne osebe (15–17 let), ki so v zadnjih 12 mesecih pile alkoholne pijače, ne glede na popito količino), skoraj podoben delež (11,3 %) pa se jih je vsaj enkrat v zadnjem mesecu opilo (ženske 40 gramov čistega alkohola ali več in moški 60 gramov čistega alkohola ali več vsaj enkrat v zadnjih 12 mesecih ob eni priložnosti). Če izhajamo iz koncepta tveganja in kot visoko tvegane pivec opredelimo vse, ki so v zadnjih 12 mesecih presegli dnevno mejo manj tvegane pitja in/ali so se vsaj enkrat opili, ugotovimo, da je v zadnjem letu vsaj enkrat visoko tvegano pila skoraj polovica prebivalcev, tj. 47,3 %, starih med 15 in 64 let. Samo med tistimi, ki pijejo alkoholne pijače, pa je bilo visoko tveganih pivcev kar 59,9 %. Med njimi je bilo več moških kot žensk, več mlajših kot starejših, največ najmanj izobrazjenih ter več šolajočih se kot delovno aktivnih in upokojenih, delež slednjih je bil tudi najnižji. Neenakosti v deležih pivcev smo ugotovili tudi med dvanajstimi statističnimi regijami Slovenije, pri čemer načeloma velja, da so regije vzhodne Slovenije bolj obremenjene (imajo višje deleže tistih, ki so se opili, tistih, ki običajno presegajo meje manj tvegane pitja in posledično tudi tistih, ki pijejo visoko tvegano) v primerjavi z regijami zahodne Slovenije (9, 10). Podrobnejši vpogled v pitje alkohola med slovenskimi mladostniki pokaže, da o pitju alkohola kadarkoli v življenju poroča vsak sedmi 11-letnik (14,9 %), med 17-letniki pa že večina (86,0 %). Odstotek mladostnikov, ki poročajo o tedenskem pitju, se giblje od 2,5 % med 11-letniki do približno četrtine med 17-letniki (25,9 %); odstotek tistih, ki so bili opiti že vsaj dvakrat v življenju, pa od 1,2 % med 11-letniki do več kot polovice med 17-letniki (52,1 %) (11, 12). Podatki sicer kažejo na izboljševanje stanja, a velja hkrati izpostaviti, da smo po večini kazalnikov pitja alkohola med mladostniki še vedno nad povprečjem držav, vključenih v študijo (13, 14). Pri mladostnikih ugotavljamo, da je pitje alkohola bolj tvegano med fanti, med tistimi z obema nezaposlenima staršema, tistimi s podpovprečnim učnim uspehom ter med tistimi, ki obiskujejo poklicno šolo v primerjavi s tistimi, ki obiskujejo gimnazijo (15, 16).

Raziskava iz leta 2020 je še dodatno potrdila, da mladostniki iz manj premožnih družin v višjem odstotku vsaj enkrat na teden pijejo alkoholne pijače in se pogosteje opijajo (opitost 2–3-krat ali večkrat v zadnjih 30 dneh) v primerjavi z njihovimi vrstniki iz bolj premožnih družin.

Izbrane zdravstvene posledice pitja alkohola

V poglavju o Kazalnikih za spremljanje neenakosti so predstavljeni podatki o umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov, zato v tem poglavju predstavljamo umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in jetrne ciroze, ki so v veliki meri posledica rabe alkohola. V obdobju od 2013 do 2018 je v Sloveniji zaradi omenjenih bolezenskih stanj skupaj umrlo 2.626 oseb, od tega 74,40 % moških. Smrti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze so tako predstavljale 2,21 % vseh smrti (pri moških 3,34 % in pri ženskah 1,11 %) (17).

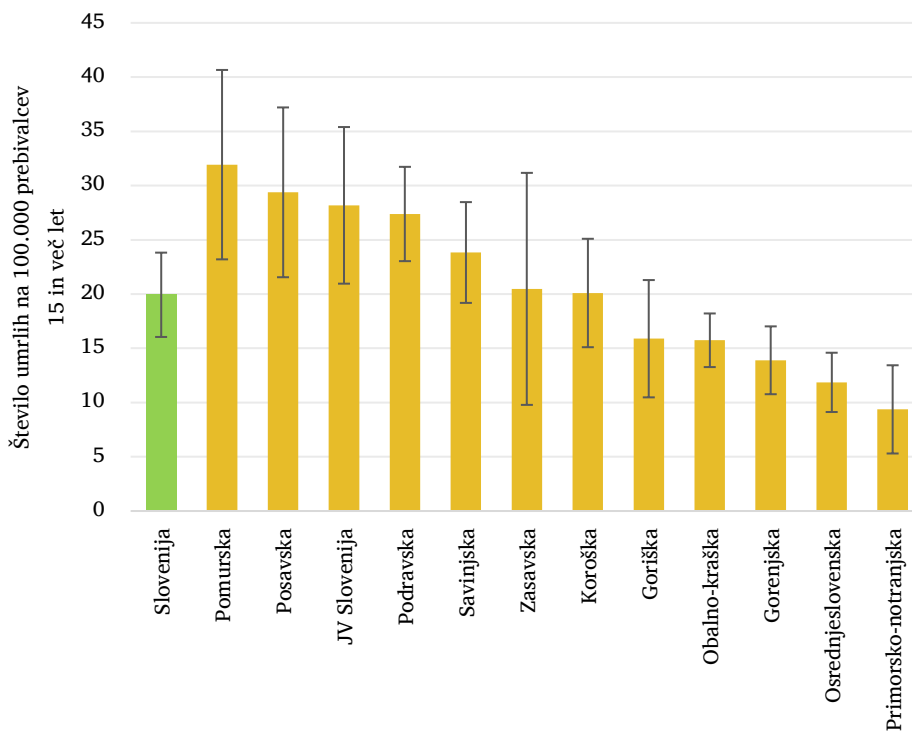
Starostno standardizirana stopnja umrljivosti (SSSU) zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze je v istem obdobju v povprečju znašala 19,93 smrti na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, pri moških 31,93 smrti na 100.000 moških, starih 15 let in več, kar je 3,5-krat več kot pri ženskah (9,01 smrti na 100.000 žensk, starih 15 let in več). V obdobju 2013–2018 se je SSSU zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze statistično značilno znižala ($p = 0,033$), in sicer predvsem na račun značilnega padca pri moških ($p = 0,018$). Pri ženskah trend ni bil statistično značilen ($p = 0,120$) (Slika 3.4.1). Kljub prej opisanemu trendu padanja umrljivosti v opazovanem obdobju zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze je potrebno opozoriti na porast umrljivosti v letu 2018, kar kaže na potrebo po njenem spremljanju v daljšem časovnem obdobju (18).



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah, NIJZ, 2020.

Slika 3.4.1: Gibanje in trendi starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze med prebivalci, starimi 15 let in več, po spolu in skupaj, Slovenija, 2013–2018.

Med slovenskimi statističnimi regijami so velike razlike v umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze (Slika 3.4.2). Štiri regije z najvišjo povprečno SSSU zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze v obdobju 2013–2018 (pomurska regija, posavska regija, regija jugovzhodna Slovenija in podravska regija) statistično značilno presegajo štiri regije z najnižjo povprečno SSSU (obalno-kraška regija, gorenjska regija, osrednjeslovenska regija in primorsko-notranjska regija).



Vir: Zbirka podatkov o umrlih osebah, NIJZ, 2020.

Slika 3.4.2: Povprečna starostno standardizirana stopnja umrljivosti (s 95-odstotnim intervalom zaupanja) zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, Slovenija in statistične regije, 2013–2018.

Ekonomsko breme zaradi alkohola

Raba alkohola predstavlja za našo državo veliko ekonomsko breme, ki se kaže v visokih zdravstvenih in drugih stroških. Samo ocena zdravstvenih stroškov je v Sloveniji v letih 2012–2016 v povprečju znašala 147 milijonov € letno (19), kar predstavlja med 3 in 4,6 odstotka vseh izdatkov za zdravstvo na leto (20). Če upoštevamo še nekatere druge stroške (npr. prometne nezgode, nasilje v družini, kriminalna dejanja – kraje, vandalizem), pa se ta številka povzpne na 228 milijonov € (19, 21).

3.4.3.2 Razvoj na področju alkoholne politike v Sloveniji

Alkoholna politika se je v Evropi intenzivneje začela razvijati v devetdesetih letih 20. stoletja in je s porastom raziskav o škodljivih učinkih alkohola ter učinkovitih intervencijah vse bolj pridobivala na pomenu (22). Slovenija je mednarodnim pobudam sledila ves čas (22) in se že leta 1994 udeležila 1. srečanja nacionalnih koordinatorjev evropskega akcijskega načrta za omejevanje porabe alkohola (23). Dogodki, ki so sledili, oziroma izbrani mejniki razvoja alkoholne politike v Sloveniji, so prikazani v spodnjem časovnem traku (Slika 3.4.3).



Vir: Publikacija Alkoholna politika v Sloveniji (24).

Slika 3.4.3: Časovni trak ključnih mejnikov razvoja alkoholne politike v Sloveniji.

K prepoznavi problematike alkohola in pregledu pristopov za zmanjševanje bremena alkohola v Sloveniji je pomembno prispevala leta 2008 vzpostavljena entiteta MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola (www.infomosa.si)²⁵. MOSA na transparenten in vsem dostopen način podaja informacije s področja problematike alkohola v Sloveniji, z namenom prenosa znanj, večje učinkovitosti in povezovanja med različnimi akterji alkoholne politike. MOSA laični in strokovni javnosti omogoča dostop do različnih baz podatkov (baza preventivnih programov, raziskav, akterjev, virov pomoči, publikacij) in aktualnega dogajanja na področju problematike alkohola in pristopov v Sloveniji in po svetu (25).

Deset področij ukrepanja celovite alkoholne politike

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje 10 ključnih področij ukrepanja celovite alkoholne politike, ki jih je kot take prepoznala tudi slovenska stroka (26, 27, 28).

10 PODROČIJ UČINKOVITEGA UKREPANJA CELOVITE ALKOHOLNE POLITIKE

1. Preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola.
2. Vodenje, ozaveščanje in zavezanost k ukrepanju.
3. Spremljanje alkoholne problematike.
4. Omejevanje dostopnosti alkohola.
5. Preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitve z alkoholom.
6. Obravnava tveganega in škodljivega pitja alkohola ter odvisnosti v zdravstvu in drugih okoljih.
7. Pristopi v lokalni skupnosti in na delovnem mestu.
8. Omejevanje tržnega komuniciranja alkoholnih pijač.
9. Preprečevanje posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkohola.
10. Ukrepi na področju cenovne dostopnosti alkohola.

Trenutno veljavna zakonodaja v Sloveniji in zadnje ključne spremembe

V zadnjih dvajsetih letih v Sloveniji zaznavamo kar nekaj zakonskih sprememb na področju alkoholne problematike. Za Slovenijo je bilo prelomno leto 2003, ko smo sprejeli **Zakon o omejevanju porabe alkohola** (ZOPA), ki določa ukrepe in načine omejevanja porabe alkohola ter ukrepe za preprečevanje škodljivih posledic njegove rabe. ZOPA podpira dokazano učinkovite ukrepe, usmerjene v omejevanje porabe alkohola, in sicer starostno, časovno in prostorsko omejevanje njegove dostopnosti, še posebej za mlade (29). Leta 2017 je bil sprejet Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA-A), ki je bil korak nazaj v razvoju alkoholne politike v Sloveniji, saj je ponovno dovolil prodajo alkoholnih pijač z manj kot 15 volumenskimi odstotki alkohola na različnih športnih prireditvah (30).

²⁵ MOSO financirajo Ministrstvo za zdravje; Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani ter Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Razen glede zahteve, da morajo imeti prodajalci alkoholnih pijač v prodaji vsaj dve različni vrsti brezalkoholnih pijač, ki sta cenovno enaki ali cenejši od najcenejše alkoholne pijače, ZOPA na cenovno dostopnost do alkohola nima vpliva. To ureja **Zakon o trošarinah** (Uradni list RS, št. 47/16; ZTro-1). V Sloveniji smo trošarine nazadnje zvišali leta 2014, pri čemer smo leta 2016 trošarine za določene količine alkohola celo znižali.

Drug pomemben zakonodajni inštrument je **Zakon o medijih** (ZMed), ki je bil sprejet leta 2001 in je v 47. členu uredil prej ohlapno področje oglaševanja alkoholnih pijač, in sicer tako, da je oglaševanje alkoholnih pijač prek medijev in na nosilcih oglaševanja prepovedano, razen če je z zakonom določeno drugače. Ta ureditev je bila deležna nasprotovanja predvsem s strani Ministrstva za kmetijstvo, ki je menilo, da je treba tudi pri alkoholu upoštevati pravila svobodne konkurence in prostega pretoka blaga. Že leta 2002 je bilo tako tik pred sprejetjem Zakona o omejevanju porabe alkohola z **Zakonom o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili** (ZZUZIS-A), v celoti prepovedano zgolj oglaševanje alkoholnih pijač, ki vsebujejo več kot 15 volumskih odstotkov alkohola, to so npr. žgane pijače. Za vse ostale alkoholne pijače (npr. pivo, vino ipd.) zakon določa, kje se lahko oglašujejo, določa tudi časovne in vsebinske omejitve ter določa, da morajo biti na vseh oglasih tudi zdravstvena opozorila. Leta 2015 pa je sprejet **Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o avdiovizualnih medijskih storitvah** (ZAvMS-A), ki je prepovedal televizijsko prodajo alkoholnih pijač. Pomembno področje, ki ga bo morala Slovenija zakonodajno nasloviti, je digitalno tržno komuniciranje alkohola, ki ustvarja vedno nove priložnosti tržnega komuniciranja alkohola (18).

Zakon o varnosti cestnega prometa (ZVCP), ki je bil sprejet leta 2004, podpira ukrepanje v smislu preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola, saj med ostalim določa, da vozniki ne smejo upravljati vozila v cestnem prometu, niti ga začeti voziti, če so pod vplivom alkohola.

V zadnjih desetih letih smo bili priča nekaterim učinkovitim sistemskim ukrepom, usmerjenim v omejevanje porabe alkohola. Leta 2010 je bila sprejeta posodobljena prometna zakonodaja, ki je poleg strožjih represivnih ukrepov za vožnjo pod vplivom alkohola uvedla tudi svetovalni in rehabilitacijski pristop, ki je med drugim prispeval k zmanjšanju deleža prometnih nezgod, ki se zgodijo pod vplivom alkohola. Leta 2011 je bil sprejet **Zakon o varnosti in zdravju pri delu** (Uradni list RS, št. 43/11; ZVZD-1), ki izrecno prepoveduje pitje alkohola in alkoholiziranost na delovnem mestu.

Podrobnejši pregled nekaterih ukrepov v Sloveniji je prikazan v Tabeli 3.4.2. Prikazani so ukrepi, ki so se v tujini (2, 31, 32, 33) izkazali kot učinkoviti in so v Sloveniji sprejeti delno ali v celoti.

Tabela 3.4.2: Izbrani učinkoviti ukrepi alkoholne politike (stolpec levo), ki so v Sloveniji sprejeti delno ali v celoti (stolpec desno).

Preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola	
Postopno znižanje dovoljene vsebnosti alkohola v krvi za voznike do 0,0 g/l.	DELNO – Najvišja dovoljena raven alkohola v krvi je 0,50 grama alkohola na kilogram krvi (ZPrCP).
Naključno preverjanje vsebnosti alkohola v izdihanem zraku.	DA – Vozniki imajo lahko največ do vključno 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka pod pogojem, da tudi pri nižji koncentraciji alkohola ne kažejo znakov motenj v vedenju, katerih posledica je lahko nezanesljivo ravnanje v cestnem prometu. Poklicni vozniki, vozniki javnega prevoza, učitelji vožnje, vozniki začetniki, vozniki, ki prevažajo otroke, in nekateri drugi vozniki ne smejo imeti alkohola v organizmu (ZPrCP).
Postopno pridobivanje vozniškega dovoljenja.	DA – Ob izgubi vozniškega dovoljenja zaradi vožnje pod vplivom alkohola je obvezna udeležba v rehabilitacijskih programih pred vnovičnim opravljanjem vozniškega izpita (ZVoz).
Omejevanje dostopnosti alkohola	
Nadzor države nad prodajo alkohola na drobno (državni monopol nad prodajo alkohola, uvedba licenc za prodajo alkohola).	DELNO – Za prodajo oziroma ponudbo alkoholnih pijač na javnih prireditvah mora organizator pridobiti dovoljenje, ki ga izda upravna enota (ZOPA).
Določena spodnja starostna meja za prodajo in nakup alkoholnih pijač.	DA – Prepovedana je prodaja in ponudba alkoholnih pijač mlajšim od 18 let (ZOPA).
Omejitev prodaje po urah in dnevih.	DA – Prepovedana je prodaja alkoholnih pijač med 21. uro in 7. uro naslednjega dne v trgovinah; prepovedana je prodaja žganih pijač v gostinskih obratih od začetka dnevnega obratovalnega časa do 10. ure dopoldan (ZOPA).
Zmanjšanje cenovne dostopnosti alkohola	
Obdavčitev – zvišanje minimalnih davčnih stopenj, v skladu z inflacijo, za vse alkoholne pijače, stopnje naj bodo vsaj sorazmerne z vsebnostjo alkohola; Določitev minimalne cene alkohola; Prepoved akcijskih in promocijskih cen.	DELNO – Uvedeno imamo trošarino na pivo, vmesne pijače in etilni alkohol. Za vino in fermentirane pijače trošarina ni uvedena oz. znaša 0 EUR (ZTro-1). Trošarine se ne usklajujejo z inflacijo.
Obravnavanje oseb s tveganjem in škodljivim pitjem ter zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj zaradi pitja alkohola	
Kratki ukrepi za osebe, ki tvegajo ali škodljivo pijejo, v primarnem zdravstvu in drugih okoljih.	DELNO – Ukrep se izvaja v okviru Zakona o voznikih in v okviru Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni. Vsi zdravniki splošne/družinske medicine tvegane in škodljivega pitja alkohola ne odkrivajo, čeprav obstajajo klinične smernice za zgodnje odkrivanje in kratke ukrepe. Aktivnosti se krepijo preko projekta SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola.
Zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj ter drugih bolezni zaradi pitja alkohola.	DA – Stroške zdravljenja krije zdravstveno zavarovanje.

Zmanjševanje škode v pivskem okolju

Povečevanje odgovornosti strežnega osebja.

DELNO – Z globo se kaznujejo pravna oseba, odgovorna oseba pravne osebe, samostojni podjetnik, odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika, ki samostojno opravlja dejavnost in odgovorna oseba posameznika, ki samostojno opravlja dejavnost, če streže osebi, ki kaže znake opitosti, ter kdor omogoči osebi, mlajši od 18 let, pitje alkoholne pijače na javnem mestu (ZOPA).

Izobraževanje strežnega osebja in menedžmenta za odgovorno strežbo ter zagotavljanje varnih okolij.

DELNO – Razvite imamo posamezne programe, zakonsko področje ni urejeno.

Omejevanje tržnega komuniciranja alkoholnih pijač

Popolna prepoved oglaševanja alkoholnih pijač.

DELNO – Prepovedano je oglaševanje alkoholnih pijač, ki vsebujejo več kot 15 vol. % alkohola. Alkoholne pijače z manj kot 15 vol. % alkohola je med drugim prepovedano oglaševati na radiu in televiziji med 7.00 in 21.30, v kinematografih pa pred 22.00 (ZZUZIS-A). Prepovedano je oglaševanje na panojih, tablah, plakatih ali svetlobnih napisih, ki so od vrtcev in šol oddaljeni manj kot 300 metrov (ZZUZIS-A). Oglaševalsko sporočilo mora vsebovati sporočilo o škodljivosti pitja alkohola.

Legenda: ZOPA – Zakon o omejevanju porabe alkohola, ZVoz – Zakon o voznikih, ZTro-1 – Zakon o trošarinah, ZPrCP – Zakon o pravilih cestnega prometa, ZZUZIS-A – Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili. Tabela je povzeta po publikaciji Alkoholna politika v Sloveniji (24).

3.4.4 Primera dobrih praks v Sloveniji

3.4.4.1 Program TAKE CARE – strategija za razvoj odgovornega odnosa do alkohola med mladimi v lokalni skupnosti

Program TAKE CARE je nastal v okviru evropske mreže EURONET, ki povezuje 18 institucij iz različnih evropskih držav, delujočih na področju preventive odvisnosti. V to mrežo je vključen tudi Nacionalni inštitut za javno zdravje (Območna enota Maribor), ki je program TAKE CARE pilotsko izvedel na območju Mestne četrti Tabor v Mariboru. Po pilotski izvedbi programa, ki je trajala tri leta, in se je financirala iz evropskih sredstev, je bil program prijavljen na javni razpis za sofinanciranje programov varovanja in krepitev zdravja na Ministrstvu za zdravje RS, v okviru katerega so bile aktivnosti financirane še dve leti. V tem obdobju so se aktivnosti razširile v druge lokalne skupnosti Mestne občine Maribor. Z namenom širjenja je bil program predstavljen tudi v Pomurju in na Koroškem. Finančna sredstva niso zadostovala za izvedbo aktivnosti v enakem obsegu kot v pilotnem delu, vendar je bila dosežena senzibilizacija strokovnjakov omenjenih dveh regij za interes po izvedbi programa v prihodnje. Z željo, da bi se program kljub pomanjkanju sredstev implementiral, je bilo izvedeno izobraževanje in usposabljanje za strokovne delavce Inštituta Utrip, ki bi lahko pri svojem delu uporabljali metode dela iz programa TAKE CARE. Kljub dejstvu, da so strokovni delavci dobro sprejeli izobraževanje, se zaradi pomanjkanja sredstev in izvajanja drugih aktivnosti Inštituta, implementacija ni nadaljevala.

Osnovni cilj programa TAKE CARE je preprečevanje ter zmanjševanje pitja alkoholnih pijač, in z njim povezane škode, med mladostniki in mlajšimi odraslimi v določeni lokalni skupnosti. Prizadeva si, da mladostniki ne bi prišli v stik z alkoholnimi pijačami pred 18. letom kot določa zakonodaja, pri tistih, ki pa že posegajo po alkoholnih pijačah, pa za zmanjševanje in za odgovornejše odločanje glede rabe alkoholnih pijač.

V širšem kontekstu je cilj programa tudi zmanjševanje ostalih škodljivih vplivov na zdravje in in z njim povezanih vedenj, preprečevanje razvoja odvisnosti od alkohola ter sprememba odnosa do pitja alkoholnih pijač v družbenem okolju.

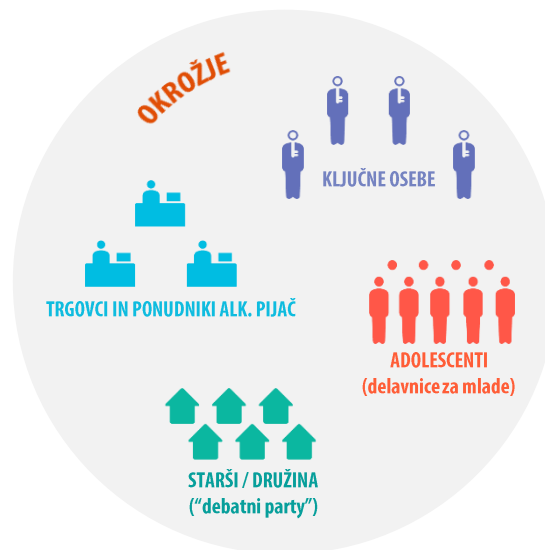
Program vključuje štiri ciljne skupine v izbranem lokalnem okolju:

- a. Mladostnike in mlade odrasle v starosti od 12 do 21 let, ki so bili s strani ključnih oseb/informatorjev zaznani zaradi pitja/tvegane pitja alkoholnih pijač.
- b. Starše in svojece v program vključenih mladostnikov in mladih odraslih.
- c. Druge ključne odrasle osebe, ki imajo stike z mladostniki in jih ti tudi sprejemajo kot pomembne odrasle osebe.
- d. Prodajalce alkoholnih pijač.

Z vsako ciljno skupino se izvajajo vnaprej določene intervencije in se skušajo doseči specifični cilji:

- a. Ro.pe (*angl.* Risk optimisation and peer education) delavnica za mlade s ciljem večjega upoštevanja zakonodaje na področju alkohola in ozaveščanja ter spreminjanja tveganih vedenj v povezavi z rabo alkoholnih pijač in iskanje zdravih alternativ. V okviru 3–4-dnevne ro.pe delavnice so mladostniki in mladi odrasli deležni adrenalinske športne izkušnje (npr. plezanje), katere namen je soočenje s tvegano situacijo in učenje ravnanja v takšni situaciji, kar lahko kasneje prenesejo na odločanje za ravnanje v tveganih situacijah v povezavi s pitjem alkoholnih pijač.
- b. »Debatni party« – strokovno vodena diskusija s starši in svojci s ciljem nudenja podpore in smernic za razvoj jasnih stališč in odnosa do pitja alkoholnih pijač.
- c. Usposabljanje za ključne osebe z osnovami motivacijskega intervjuja s ciljem ozaveščanja njihove vloge, izgradnjo jasnih stališč glede pitja alkoholnih pijač pri mladostnikih in izboljšanja kompetenc za motiviranje za spremembe.
- d. Usposabljanje za prodajalce alkoholnih pijač (trgovce in ponudnike alkoholnih pijač v lokalih) s ciljem edukacije o zakonodaji in izboljšanje strategij/veščin za odgovorno prodajo/točenje alkoholnih pijač.

Program se zgleduje po nemškem preventivnem ukrepu SeM – Sekundäre Suchtprävention im Mehrebenenansatz, ki je pokazal, da so intervencije učinkovitejše, če se v določenem družbenem okolju izvajajo na več ciljnih skupinah hkrati (6) (Slika 3.4.4).



Vir: Take care Manual: Strategies towards responsible alcohol consumption for adolescents in Europe (7).

Slika 3.4.4: Prikaz več-nivojskega pristopa v socialnem okolju.

Ugotovitve in rezultati

Evalvacijo pilotske izvedbe programa je izvedla neodvisna inštitucija Univerza za pedagoške študije v Zürichu (34), in sicer za 10 v projekt vključenih držav, med katerimi je bila tudi Slovenija.

Evalvacija se je osredotočala na učinke programa in njegove štiri intervencije za štiri ciljne skupine. Indikatorji, ki so merili doseganje zastavljenih ciljev, so bili:

- število doseženih udeležencev, pri katerih obstaja večje tveganje za pojav težav zaradi poseganja po alkoholnih pijačah,
- njihovo zadovoljstvo z intervencijami in
- spremembe stališč in vedenj.

Podatke (nanašajo se na vse države udeleženke v projektu) smo pridobili s pomočjo vprašalnikov za vse štiri ciljne skupine. Mladostniki in mladi odrasli so izpolnili vprašalnike pred intervencijo, ob koncu intervencije in 3 mesece po izvedeni intervenciji, podobno tudi druge ključne odrasle osebe. Starši in svojci ter prodajalci/ponudniki alkoholnih pijač so odgovarjali na vprašalnike po koncu intervencije.

Število doseženih udeležencev, s tveganim odnosom glede rabe alkohola, je bilo v primerjavi z zastavljenim številom preseženo za 9 % (vključenih je bilo 1.690 udeležencev, od tega 440 mladih, 474 staršev, 176 drugih ključnih oseb in 600 prodajalcev alkoholnih pijač).

Ker ne obstaja določena mednarodna definicija glede tveganega pitja alkoholnih pijač pri mladostnikih in mladih odraslih, smo se glede na različno zakonodajo v evropskih državah, mnenja fokusnih skupin in priporočil strokovnih sodelavcev v različnih državah, dogovorili, kako bomo pri evalvaciji obravnavali pitje alkoholnih pijač pri mladostnikih in mladih odraslih:

- pri mlajših od 16 let je bilo obravnavano vsako pitje alkoholnih pijač kot zelo tvegano;
- pri mladostnikih, starih od 16 do 17 let, smo obravnavali kot tvegano pitje alkoholnih pijač 1–2 merici največ 2-krat tedensko, zelo tvegano pa 3 merice ali več ali če se je pitje alkoholnih pijač tedensko ponavljalo;
- za mlade odrasle, stare od 18 do 21 let, pa smo kot tvegano pitje alkoholnih pijač obravnavali vsako pitje, ki je presegalo 1 merico za ženske in 2 merici za moške 3-krat tedensko ali več (6).

Pri evalvaciji so tako udeležence ciljne skupine mladostnikov in mladih odraslih razdelili v tri podskupine glede na vzorec rabe alkoholnih pijač: abstinente, osebe s tveganim vzorcem rabe alkoholnih pijač in osebe z zelo tveganim vzorcem rabe alkoholnih pijač. Cilj programa je bil vključiti tiste, ki imajo tvegan in zelo tvegan vzorec rabe alkoholnih pijač. Evalvacija je pokazala, da je 80 % mladostnikov in mladih odraslih na začetku poročalo o tveganih vzorcih rabe alkoholnih pijač, kar pomeni, da smo v veliki meri dosegli dostop do ciljne skupine.

Statistično značilno se je zmanjšalo pitje alkoholnih pijač pri mladih, ki so imeli pred intervencijo tvegan vzorec rabe alkoholnih pijač. Kumulativna vrednost te skupine se je pomembno znižala, če primerjamo rabo pred intervencijo in 3 mesece po intervenciji ($F(1,248) = 21.352, p < .001$) (Tabela 3.4.3). Zmanjšanje se nanaša na pogostost pitja alkoholnih pijač ali količino pitja ali oboje (Tabela 3.4.4). 44,4 % mladih je zmanjšalo pitje ali pogostost pitja alkoholnih pijač. 33,6 % mladih, ki niso imeli tveganega vzorca rabe alkoholnih pijač, pa je po intervenciji na tej ravni tudi ostalo.

Tabela 3.4.3: Statistični rezultati kumulativne vrednosti pitja alkoholnih pijač (pogostost in količina pitja) pri mladostnikih, ki so imeli tvegan vzorec rabe alkoholnih pijač na začetku delavnice (T1) in 3 mesece po koncu delavnice ob ponovnih intervjujih (T3), razvrščeno po državah.

Država	n	Na začetku delavnice (T1)		Ponovni intervju (T3)	
		M	SD	M	SD
Belgija	16	4,91	1,13	3,94	1,12
Ciper	6	2,67	1,21	3,33	1,03
Danska	36	5,53	1,59	5,69	1,45
Nemčija	15	4,00	2,62	3,73	2,22
Grčija	36	3,47	1,23	2,58	1,16
Irska	40	5,76	1,71	5,23	1,66
Italija	11	3,27	1,74	4,18	3,34
Portugalska	31	3,77	1,65	3,00	1,37
Slovaška	36	2,61	1,27	2,50	1,40
Slovenija	22	4,98	1,87	3,34	1,58
Skupaj	249	4,28	1,95	3,81	1,97

Vir: Evaluation Take Care: Strategies towards responsible Alcohol Consumption for adolescents in Europe (34).

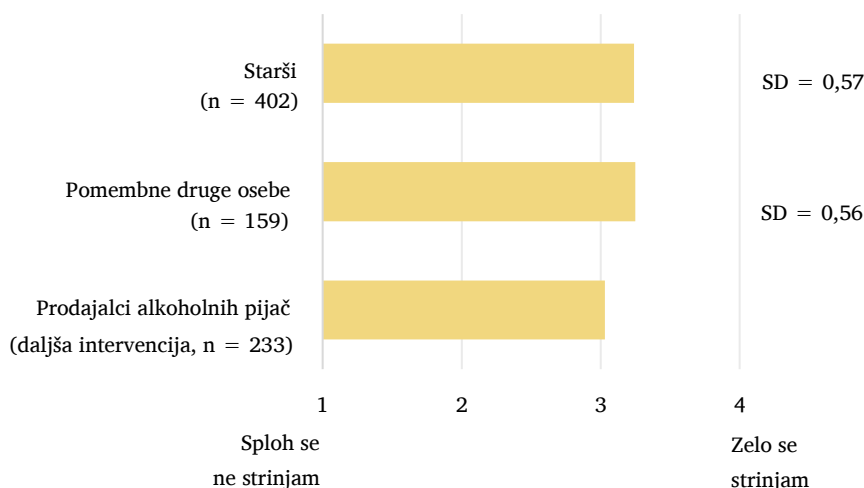
Legenda: n predstavlja število vključenih, M je povprečna vrednost, SD je standardni odklon od povprečne vrednosti.

Tabela 3.4.4: Frekvenca stabilnosti in sprememb pivskega vedenja za posamezne države.

Država	-- Zmanjšanje količine in pogostosti pitja	- Zmanjšanje količine in/ali pogostosti pitja	0 Stabilnost	+ Povečanje količine in/ali pogostosti pitja	++ Povečanje količine in pogostosti pitja
Belgija	4	8	9	1	1
Ciper	0	0	2	4	0
Danska	2	3	23	6	3
Nemčija	1	4	12	3	3
Grčija	6	18	11	2	1
Irska	6	14	9	13	2
Italija	1	4	12	4	3
Portugalska	4	17	10	5	0
Slovaška	0	14	15	9	2
Slovenija	7	8	16	5	3
Skupaj	31	90	119	52	18

Vir: Evaluation Take Care: Strategies towards responsible Alcohol Consumption for adolescents in Europe (34).

Upoštevanje zakonodaje v zvezi z rabo alkoholnih pijač se je po intervencijah pri vseh ciljnih skupinah izboljšalo. Na visoki ravni je bilo tudi zadovoljstvo udeležencev z intervencijami pri vseh ciljnih skupinah. Starši, druge ključne osebe in prodajalci alkoholnih pijač so s pomočjo intervencij zelo izboljšali svoje kompetence glede ravnanja in prevzemanja jasnih stališč do mladostnikove rabe alkohola (Slika 3.4.5).



Vir: Evaluation Take Care: Strategies towards responsible Alcohol Consumption for adolescents in Europe (34).

Slika 3.4.5: Evalvacija ciljnih skupin glede na doseganje strategij in načinov za učinkovito spopadanje z rabo alkohola pri mladostnikih.

Zmanjševanje neenakosti v zdravju in pomen za lokalno skupnost

Selektivna in indikativna preventiva omogočata, da se prepoznajo in vključijo v program posamezniki iz določene lokalne skupnosti, pri katerih obstaja velika verjetnost za pojav težav zaradi poseganja po alkoholnih pijačah in/ali razvoj odvisnosti. Program TAKE CARE vključuje in aktivira, ne le ciljne skupine temveč širše in s tem prispeva k izboljššanju kompetentnosti skupnosti kot celote (*angl.* capacity building) za sodelovanje in iskanje rešitev za pomoči potrebne posameznike. Posredno so na ta način vključeni tudi ostali prebivalci, kar lahko zmanjšuje neenakosti v zdravju.

Z več-nivojskim pristopom lahko zajamemo ključne osebe nekega mikrookolja (na primer posamezne družine), s pomočjo katerih so intervencije bolj uspešne in učinkovitejše pri dolgoročnejšem doseganju ciljev, s čimer zmanjšujemo neenakosti v zdravju.

Intervencije so finančno dostopne vsem (brezplačne za ciljne skupine), kar omogoča udeležbo socialno šibkim, sicer težje dostopni populaciji. Do mladostnikov iz socialno šibkih družin se dostopa s pomočjo usposabljanja ključnih oseb (socialni delavci na Centru za socialno delo, svetovalni delavci iz dijaških in mladinskih domov, kot tudi iz OŠ in SŠ). S tovrstnim pristopom – povezovanjem in izobraževanjem ključnih informatorjev – se lažje prepozna ogrožene posameznike in se jim s tem omogoči udeležba na psihoedukativnih delavnicah in možnost pridobivanja novih znanj, veščin in kompetentnosti pri reševanju svojih težav.

Potrebno je upoštevati kulturne značilnosti okolij, v katerih se implementacija izvaja, saj le tako dejansko prispevamo k zmanjševanju neenakosti v dostopnosti do tovrstnih programov. Za nadaljnje zmanjševanje neenakosti je potrebno upoštevati tudi enakomerno zastopanost mladih iz urbanega in ruralnega okolja, kar se je v konkretnem primeru ublažilo z vključevanjem mladih iz dijaških oz. mladinskih domov.

Posebnost programa je, da vključuje ponudnike alkoholnih pijač (poudarek na trgovcih) in jim z dvigom kompetenc omogoči, da prepoznajo in prevzemajo odgovornost pri prodaji alkoholnih pijač mladoletnim in s tem vplivajo na boljše splošno zdravje in počutje v določeni lokalni skupnosti, hkrati pa se jim svetuje, kako lahko povečajo prodajo drugih izdelkov. Izkušnje so pokazale, da so trgovci zelo dobro sprejeli intervencije, hkrati se je tudi pokazalo, da sta trajanje in kontinuiteta intervencije ključni za boljši učinek.

Program TAKE CARE s svojimi pristopi prispeva k boljšemu vključevanju določenih skupin prebivalcev v lokalni skupnosti in posledično zmanjšuje tudi neenakosti v zdravstvenih izidih.

3.4.4.2 Zamejevanje neenakosti v projektu SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola

V Sloveniji od leta 2016 do 2022 deluje nacionalni projekt SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola²⁶. Gre za medsektorski interdisciplinarni pristop izvajanja aktivnosti za zamejevanje čezmernega pitja alkohola pri odraslih prebivalcih Slovenije, in sicer s povezovanjem stroke, nevladnih organizacij, političnih odločevalcev, medijev in članov skupnosti (7, 35).

²⁶ Projekt se zaključil leta 2021 in ga sofinancirata Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada (80 %) in Republika Slovenija (20 %).

V projektu SOPA se zmanjševanje neenakosti v zdravju uresničuje prek sledečega (7, 35):

- I) **Izgradnja in krepitev kapacitet.** Gre za osveščanje in usposabljanje stroke, političnih odločevalcev, predstavnikov nevladnih organizacij, ki naslavlja skupine ljudi z različnimi ranljivostmi, predstavnikov medijev ter članov skupnosti o škodljivosti pitja alkohola ter virih in načinih podpore pri opuščanju čezmernega pitja alkohola pri odraslih osebah.
- II) **Medsektorski interdisciplinarni pristop.** Ključno povezovanje med zdravstvenim in socialnim sektorjem predstavlja sodelovanje zdravstvenih delavcev v zdravstvenih domovih in na klinikah in socialnovarstvenih delavcev na centrih za socialno delo ter strokovnjakov na zavodih za zaposlovanje in v nevladnih organizacijah, ki naslavlja skupine s posebnimi ranljivostmi.
- III) **Pilotiranje pristopa v 18 lokalnih okoljih po Sloveniji (Slika 3.4.6).** Pristop se testno izvaja v 18 t. i. lokalnih okoljih, kjer izbrani zdravstveni in socialni delavci ter predstavniki nevladnih organizacij in zavoda za zaposlovanje v medsebojnem sodelovanju izvajajo različice t. i. kratkega ukrepa podpore ljudem, ki želijo opustiti tvegano in škodljivo pitje alkohola.
- IV) **Predlog za vzpostavitev pristopa na sistemski ravni.** Na podlagi evalvacije testne izvedbe pristopa bo pripravljen predlog za implementacijo ukrepov v nacionalnem programu varovanja javnega zdravja.
- V) **Detabuizacija in destigmatizacija z alkoholom povezanih težav v slovenski družbi.** Ta se uresničuje prek navedenih ciljev, še posebej pa prek aktivnosti izgradnje in krepitev strokovnih kapacitet ter osveščanja medijev in splošne javnosti.

Osrednji ukrepi SOPA (7, 35, 36, 37):

V okviru pristopa SOPA posebej za to usposobljeni zdravstveni delavci na primarni ravni in socialni delavci na centrih za socialno delo izvajajo t. i. **kratko svetovanje**, s katerim prek večkratnih individualnih srečanj podprejo paciente oz. uporabnike pri opuščanju tvegane in škodljivega pitja alkohola. V okviru projekta je cilj presejati 60.000 oseb, pri tem 9.000 osebam nadalje svetovati, da od tega vsaj 540 oseb dejansko opusti tvegano in škodljivo pitje alkohola in to vedenje vzdržuje še 6 mesev po zaključku svetovanja.

Ob tem je pomemben ukrep usposabljanje zdravstvenih delavcev, ki delujejo na področjih specialnosti, kjer je ob primarni alkoholna problematika posebej aktualna, za izvajanje t. i. **kratkega nasveta**. Gre za krajšo, enkratno različico individualnega pogovora za podporo pri opustitvi tvegane in škodljivega pitja alkohola.

Poleg tega se izvajata **informiranje in osveščanje** o alkoholni problematiki in virih pomoči pri skupinah ljudi z določenimi ranljivostmi (npr. brezposelnost, slepota in slabovidnost, gluhost in naglušnost, slabše duševno zdravje itd.), predvsem prek integriranja osveščevalnih vsebin v siceršnje aktivnosti nevladnih organizacij s področij ranljivosti in uradov za zaposlovanje.

Dodatno se izvaja **delavnica za krepitev medosebnih odnosov** v zdravstvenovzgojnih centrih oz. centrih za krepitev zdravja, kjer udeležence seznanjajo z osnovami učinkovitih načinov skrbi za lastno blagostanje, asertivnega komuniciranja in reševanja problemov.

Posebej pomemben ukrep pristopa je komuniciranje z mediji, ki poleg medijskega komuniciranja projektnih aktivnosti in obeleževanja t. i. Dneva brez alkohola vključuje tudi usposabljanje predstavnikov medijev za ustrezno **poročanje o alkoholni problematiki v medijih**.

Ob tem se izvajajo spremljajoče aktivnosti interdisciplinarnega povezovanja (npr. srečanja lokalnih, regijskih in nacionalne mreže deležnikov SOPA), ki zaokrožujejo sodelovanje deležnikov navedenih ukrepov, drugih deležnikov v skupnostih (npr. predstavnikov samopomočnih in terapevtskih skupin za pomoč ljudem s težavami zaradi pitja alkohola) in nosilcev oblasti na različnih nivojih, za večjo učinkovitost pristopa.



Vir: (7, 35).

Slika 3.4.6: Lokalna okolja, v katerih se izvaja pilot SOPA.

Več o pristopu SOPA je dostopno na: www.sopa.si.

3.4.5 Zaključek

Raba alkohola in posledice zaradi pitja alkohola so vedno bolj prepoznani dejavniki neenakosti na področju zdravja. Več različnih raziskav in poročil posameznih držav kaže, da imajo osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem več posledic zaradi rabe alkohola, čeprav popijejo enake ali manjše količine alkohola v primerjavi z osebami z višjim socialno-ekonomskim položajem. Zato je pomembno, da so v politike in program, usmerjene v zmanjševanje neenakosti na področju zdravja in spodbujanje trajnostnega razvoja, vključene tudi aktivnosti alkoholne politike (38).

Dokazi o učinkovitosti in stroškovni učinkovitosti posameznih ukrepov alkoholne politike so se v zadnjih letih znatno okrepili (39). Evropski akcijski načrt za zmanjšanje škodljive rabe alkohola 2012–2020 zajema 10 področij ukrepanja, ki jih izvajamo tudi v Sloveniji (40). Glede na mednarodne primerjave (41, 42) smo bili v Sloveniji v zadnjih letih najuspešnejši na naslednjih področjih: preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, vodenje in ozaveščanje, spremljanje alkoholne problematike, omejevanje dostopnosti do alkohola, preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitev z alkoholom, obravnava tveganega in škodljivega pitja ter odvisnosti v zdravstvu. Manj uspešni pa smo bili na področjih omejevanja tržnega komuniciranja alkohola, preprečevanja posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkohola, zmanjševanja cenovne dostopnosti alkohola, kjer so se tudi druge države odrezale najslabše.

Pridobljena znanja in veščine iz evropskih in slovenskih projektov je treba širiti naprej. To velja zlasti za projekte aplikativne narave, ki so zastavljeni tako, da se čim širše implementirajo v druga okolja, upoštevajoč kulturne značilnosti. Zagotovitev rednega financiranja nadaljevanja aktivnosti je ključnega pomena za vzdrževanje kontinuitete v določenem okolju ter za širitev v druga okolja. Glede na vse bolj omejena finančna sredstva javnega sektorja, in tudi novodobne načine komunikacije, bi bilo smiselno razmisliti o spletnih izobraževanjih, s katerimi bi lahko zajeli več deležnikov (šolstvo, socialni sektor ...) in omogočili pridobivanje kompetenc, vsaj nekaterim skupinam ključnih informatorjev.

Predstavljena primera dobrih praks že prispevata pomemben kamenček v mozaiku prizadevanj alkoholne politike za zamejevanje alkoholne problematike v Sloveniji, vendar so za dolgoročno uspešnost tovrstnih ukrepov in zmanjšanje neenakosti v zdravju z vidika alkoholne problematike potrebna nenehna skupna prizadevanja, ki se lahko zagotovijo le prek sistemske implementacije čim večjega števila dokazano učinkovitih ukrepov.

3.4.6 Literatura

1. Radoš Krnel S, Kamin T, Košir M, Markič M. Stakeholders' interests identified through their views on the alcohol policy measures in Slovenia. *Zdr Varst*, 2010; 49(2): 86–98.
2. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
3. Radoš Krnel S, Albreht T, Omerzu M, Švab I, Markič M. Mnenje akterjev o izvajanju aktivnosti na področju alkoholne politike v Sloveniji. *Zdrav Vestn*, 2011; 80(6): 458–68.
4. Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Kerstin Petrič V, Radoš Krnel S, Lovrečič M, Lovrečič B (ur.). *Alkohol v Sloveniji*. Ljubljana: NIJZ, 2014.
5. Lesnik T, Gabrijelčič Blenkuš M, Hočevar Grom A, Kofol Bric T, Zaletel M. (ur.). *Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize*. Ljubljana: NIJZ, 2018.
6. LWL. *Take care manual: Strategies towards responsible alcohol consumption for adolescents in Europe*, Münster 2013.
7. Hočevar T, Henigsmann K, Založnik P. Kratko svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola v skupnostnem pristopu SOPA - projekt SOPA skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola. V *Zdravčevih dnevih* (12; 2019 ; Moravske Toplice) *Kako se lotiti obravnave odvisnosti v ambulanti družinske medicine : zbornik predavanj*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2019.
8. Miller W R, Rollnick S. *Motivational Interviewing Helping People Change Third Edition*. New York: The Guilford Press; 2013.
9. Hovnik Keršmanc M, Roškar M, Lavtar D, Rehberger M, Korošec A. *Pitje alkoholnih pijač med prebivalci Slovenije – izsledki nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah – ATADD 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2020 (v pripravi).
10. Hovnik Keršmanc M, Roškar M, Lavtar D, Rehberger M, Korošec A. *Pitje alkoholnih pijač med prebivalci Slovenije – izsledki nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah – ATADD 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020.
11. Jeriček Klanšček H, Roškar M, Drev A, Pucelj V, Koprivnikar H, Zupanič T, Korošec A. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.
12. Jeriček Klanšček H, et al. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.
13. Jeriček Klanšček H, Roškar M, Pucelj V, Zupanič T, Koprivnikar H, Drev A, Korošec A, Žlavs K, Peternelj V. *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanimi vedenji med mladostniki v času pandemije COVIDA-19: izsledki raziskave Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC), 2020*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.
14. Inchley J, Currie D, Budisavljević S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A in sod. (Ur.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
15. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac D. *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju HBSC 2006*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2007.
16. Kovše K in Hočevar T, 2011. *Pitje alkoholnih pijač*. V H Jeriček Klanšek in sod. (Ur.). *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov HBSC 2010*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2011.

17. Radoš Krnel S, Hovnik Keršmanc M, Jandl M, Kravanja M, Korošec A. Umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze v Sloveniji v obdobju 2013 – 2018. V: Radoš Krnel S, Hovnik Keršmanc M (ur.) Poraba alkohola in zdravstveni kazalniki rabe alkohola - trendi 2013-2018. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.
18. Radoš Krnel S, Roškar M, Gabrijelčič Blenkuš M. Digitalno tržno komuniciranje alkoholnih pijač v Sloveniji – pregled stanja, zakonodaje in izzivov. *Javno zdravje* 2020; 3: 1–9.
19. Sedlak S, Zaletel M, Kasesnik K, Roškar M, Sambt J. Interni izračun ekonomskih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji 2012–2016 (neobjavljeno). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
20. Sedlak S, Zaletel M, Kasesnik K, Roškar M, Sambt J. Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2012-2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
21. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Canada: Centre for Addiction and Mental Health, 2012.
22. Petrič VK. Razvoj alkoholne politike. V M Zorko, T Hočevar, A Tančič Grum, VK Petrič, S Radoš Krnel, M Lovrečič, B Lovrečič, Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2014, str. 26–33.
23. Čebašek-Travnik Z. (1994) Slovenia's story – an eight years struggle for alcohol legislation (spletna stran na Internetu). Pridobljeno 2.11.2020 s spletne strani: <http://www.ias.org.uk/What-we-do/Publication-archive/The-Globe/Issue-2-2003/Slovenias-story-an-eight-years-struggle-for-alcohol-legislation.aspx>.
24. Roškar M, Serec M, Petrič VK, Blažko, N, Hovnik Keršmanc M, Sedlakova D. Alkoholna politika v Sloveniji: priložnosti za zmanjševanje škoda in stroškov ter neenakosti med prebivalci. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.
25. Kamin T, Roškar M. MOSA - Addressing alcohol issues in Slovenia through an upstream multiple stakeholder approach. V: Knox K, Kubacki K, Thiele S.R. (ur.). Stakeholder involvement in social marketing : challenges and approaches to engagement. Abingdon; New York: Routledge, 2021. Str. 55–71. Routledge studies in marketing.
26. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization, 2010.
27. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013 – 2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
28. Petrič VK. Predlogi ukrepov. V M Zorko, T Hočevar, A Tančič Grum, VK Petrič, S Radoš Krnel, M Lovrečič, B Lovrečič, Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014b, str. 134–56.
29. Radoš Krnel S, Lovrečič B, Lovrečič M, Hovnik-Keršmanc M, Božank B.(ur.). Odgovorna strelžba alkohola. Priročnik za izobraževanje strelžnega osebja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017.
30. Radoš Krnel S, Lovrečič M, Lovrečič B, Roškar M, Hovnik Keršmanc M, Hočevar T. Javnozdravstveni pogled na ponovno ponudbo in prodajo alkohola na športnih prireditvah. *ISIS* 2017b; 26 (7): 24–28.
31. World Health Organization. Handbook for action to reduce alcohol related harm. Copenhagen: World Health Organization, 2009.
32. Deutsche Hauptstelle fur Suchtfraagen e.V. (DHS). Reducing drinking and driving. Report. Hamm: DHS, 2008.
33. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 2009; 373: 2234–46.
34. Kern-Scheffeldt, W., in sodelavci (2012): Evaluation Take Care: Strategies towards responsible Alcohol Consumption for Adolescents in Europe, Zürich University of Teacher Education, Zürich.

35. Hočevar T, Henigsman K, Štruc A. SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
36. Hočevar T, Henigsman K, Hvalec Š. Izbrane veščine za krepitev medosebnih odnosov : priročnik. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020.
37. Hočevar T, Založnik P, Henigsman K, Roškar M. Poročanje o alkoholu v medijih: priporočila za javnozdravstveno ustrezno poročanje o alkoholnih pijačah v množičnih medijih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020.
38. World Health Organization. Working document for development of an action plan to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. Geneva: World Health Organization, 2020.
39. Loring B. Alcohol and inequities Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization, 2014.
40. World Health Organization. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
41. World Health Organization. Policy in action. A tool for measuring alcohol policy implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017.
42. World Health Organization. Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries s. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2018.

3.5 Vzročna ocena učinkov prvega zaprtja slovenske države v času covid-19 na zdravstvene dejavnike in neenakosti v zdravju

Andrej Srakar, Miha Dominko

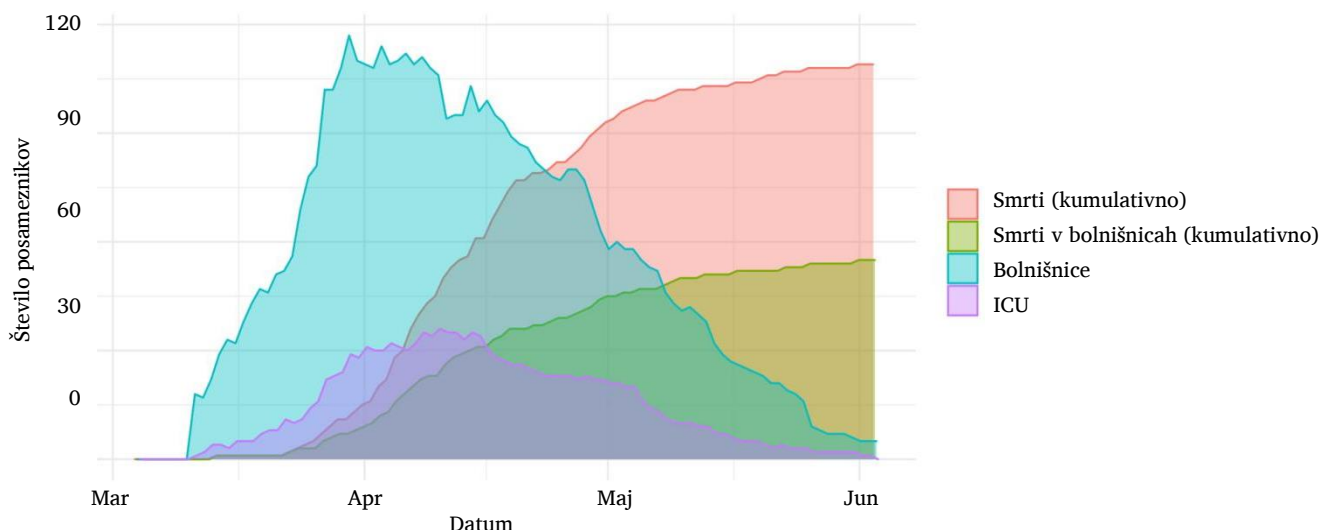
Povzetek

V tem prispevku uporabljamo regresijsko dekompozicijo tipa Oaxaca-Blinder za ocenitev prispevka posameznih socialno-ekonomskih dejavnikov k neenakostim v zdravju, ki so bile posledica pandemije covid-19. Za oceno vzročnega učinka prvega zaprtja države na zmanjšanje števila okužb in smrti v tistem času smo uporabili nedavno razvite ekonometrične metode analize vzročnega sklepanja (pristop sintetične razlike-v-razlikah).

3.5.1 Uvod

Ko se je pandemija covid-19 v začetku leta 2020 razširila po vsem svetu, se je razširilo zanimanje za njeno statistično modeliranje. Glavni poudarek našega prispevka je analiza širjenja te bolezni in njenih glavnih značilnosti v Sloveniji z uporabo javno dostopnih podatkov o covidu-19 ter ocena njihovega vpliva na neenakosti v zdravstvenih kazalnikih.

Novi koronavirus SARS-CoV-2 se je hitro razširil po vsem svetu in močno vplival na vse vidike našega življenja. Eden ključnih razlogov za njegovo hitro širjenje je visoko »efektivno«
reprodukcijsko število okužbe R_t . Vrednost R_t predstavlja povprečno število ljudi, ki jih posameznik okuži v obdobju okužbe, pri čemer t predstavlja čas. R_t se lahko na primer spremeni zaradi vladnih posegov (npr. zaprtje šole ali popolna zapora). Ko je $R_t < 1$, se pojavnost novih primerov zmanjša, ko pa je $R_t > 1$, to narašča, dokler epidemija ne doseže vrhunca; po tem se pojavnost novih primerov začne zmanjševati zaradi (vsaj začasne) »čredne imunosti«. Ocene osnovnega (tj. začetnega in ne časovno pogojenega, efektivnega) reprodukcijskega števila R_0 za SARS-CoV-2 se glede na način ocenjevanja zelo razlikujejo in znašajo približno 3. Tako visoko osnovno reprodukcijsko število vodi do strmega eksponentnega povečanja števila primerov, kar posledično povzroči hitro povečanje števila ljudi, ki potrebujejo zdravljenje ter skrb na oddelku za intenzivno oskrbo (ICU). Zaradi omejenih zmogljivosti zdravstvenega sistema to lahko privede do stanja, ko je nemogoče zagotoviti ustrezno oskrbo vsem bolnikom v stiski. Zato je za oblikovalce politik ključnega pomena, da ocenijo R_t , s pomočjo katerega lahko spremljajo širjenje epidemije. Toda za boljše razumevanje epidemioloških značilnosti nas zanima tudi ocena drugih kazalnikov, denimo stopnje smrtnosti zaradi okužb (tj. deleža smrtnih primerov med okuženimi posamezniki), deleža asimptomatskih primerov in napovedovanje števila hospitaliziranih bolnikov in bolnikov v ICU. Na Sliki 3.5.1 so prikazana gibanja osrednjih epidemičnih kazalnikov v Sloveniji v času prvega vala pandemije iz prispevka (1).



Vir: (1).

Slika 3.5.1: Število oskrbovancev v bolnišnicah in ICU v določenem dnevu, skupno število umrlih in število umrlih v slovenskih bolnišnicah, 4. marec–3. junij 2020.

V trenutni epidemiji covid-19 so številne vlade sprejele t. i. nefarmacevtske posege (*angl.* non-pharmaceutical interventions, NPI) za nadzor širjenja epidemije v svojih državah. Na voljo je veliko modelov za napovedovanje gibanja kazalnikov covid-19 s sprejetimi NPI, npr. »oddelčni« (*angl.* compartmental) ali »mrežni« (*angl.* network) modeli. Kot alternativa tema dvema pristopoma so bili predstavljeni tudi modeli, ki temeljijo na Bayesovem sklepanju.

3.5.2 Način raziskovanja in podatki

Vzročne učinke prvega zaprtja (*angl.* lockdown) v Sloveniji, ki se je zgodil 13. marca, smo ocenili z uporabo nedavno razvitega ekonometričnega vzročnega modela sintetične razlike-v-razlikah (*angl.* synthetic difference-in-differences (2)). Pristop združuje predhodna splošnejša pristopa razlike-v-razlikah in sintetičnih kontrol in je zaradi svoje fleksibilnosti uporaben v več situacijah od kateregakoli od obeh omenjenih. Analizo smo v celoti izvedli v programskem paketu Stata 15.

Predpostavili bomo, da bralec pozna osnovno delovanje pristopov razlike-v-razlikah in sintetičnih kontrol (za podrobnejše branje svetujemo (3, 4)). V nadaljevanju kratko predstavljamo uporabljen cenilko vzročnih učinkov.

Denimo, da imamo opravka z uravnoteženim panelom podatkov z N enotami, opazovanimi v T časovnih točkah, kjer izid za enoto i v času t označimo z Y_{it} , naš tretma, ki je binarna spremenljivka pa z $W_{it} \in \{0,1\}$. Predpostavimo tudi, da ni bilo prvih N_{co} kontrolnih enot nikoli izpostavljen tretmaju, zadnjih $N_{tr} = N - N_{co}$ enot pa je bilo izpostavljen tretmaju po časovni točki T_{pre} . Podobno kot pri metodah sintetičnih kontrol (SC), naš postopek začnemo z iskanjem uteži $\hat{\omega}^{sdid}$, ki povezujejo trendno gibanje pri enotah v kontrolni skupini s tistim v skupini tretmaja, npr. $\sum_{i=1}^{N_{co}} \hat{\omega}_i^{sdid} Y_{it} \approx N_{tr}^{-1} \sum_{i=N_{co}+1}^N Y_{it}$ za vse $t = 1, \dots, T_{pre}$. Prav tako opazujemo časovne uteži $\hat{\lambda}_t^{sdid}$, ki uravnotežujejo enote pred in po času tretmaja.

Oba tipa uteži nato uporabimo v dvostranski regresiji stalnih učinkov za oceno povprečnega vzročnega učinka tretmaja, označenega s τ :

$$(\hat{\tau}^{sdid}, \hat{\mu}, \hat{\alpha}, \hat{\beta}) = \arg \min_{\tau, \mu, \alpha, \beta} \left\{ \sum_{i=1}^N \sum_{t=1}^T (Y_{it} - \mu - \alpha_i - \beta_t - W_{it}\tau)^2 \hat{\omega}_i^{sdid} \hat{\lambda}_t^{sdid} \right\} \quad (1)$$

Za razliko od tega uporabljajo pristopi razlike-v-razlikah podoben regresijski problem dvostranske regresije stalnih učinkov, ki ne vključuje časovnih uteži $\hat{\lambda}_t$ in enotskih uteži $\hat{\omega}_i$:

$$(\hat{\tau}^{did}, \hat{\mu}, \hat{\alpha}, \hat{\beta}) = \arg \min_{\tau, \mu, \alpha, \beta} \left\{ \sum_{i=1}^N \sum_{t=1}^T (Y_{it} - \mu - \alpha_i - \beta_t - W_{it}\tau)^2 \right\} \quad (2)$$

Pristop sintetičnih kontrol pa optimizira spodnji regresijski problem, ki ne vključuje enotskih stalnih učinkov α_i in časovnih uteži $\hat{\lambda}_t$:

$$(\hat{\tau}^{sc}, \hat{\mu}, \hat{\beta}) = \arg \min_{\tau, \mu, \beta} \left\{ \sum_{i=1}^N \sum_{t=1}^T (Y_{it} - \mu - \beta_t - W_{it}\tau)^2 \hat{\omega}_i^{sc} \right\} \quad (3)$$

V primerjavi s cenilkama v (2) in (3) je naša cenilka v (1) »lokalnega« značaja v smislu, da pripiše večje uteži (tj. daje večji pomen) enotam, ki so v povprečju bolj podobne ciljnim enotam v skupini tretmaja in časovnim točkam, ki so v povprečju bolj podobne ciljnim enotam v skupini tretmaja. Vse to nosi dve večji prednosti uporabljene cenilke, ki je bolj robustna, hkrati pa lahko tudi bolj natančna (2).

Za izračun končnih ocenjenih učinkov $\hat{\delta}_i$ uporablja pristop sintetičnih kontrol neutežena povprečja po časovnih točkah izpostavljenosti tretmaju (formula (4) spodaj), pristop razlike-v-razlikah neutežene razlike med povprečnimi vrednostmi v času tretmaja in pred njim (formula (5) spodaj), pristop sintetične razlike-v-razlikah pa utežene razlike med povprečnimi vrednostmi v času tretmaja in pred njim (formula (6) spodaj).

$$\hat{\delta}_i^{sc} = \frac{1}{T_{post}} \sum_{t=T_{pre}+1}^T Y_{it} \quad (4)$$

$$\hat{\delta}_i^{did} = \frac{1}{T_{post}} \sum_{t=T_{pre}+1}^T Y_{it} - \frac{1}{T_{pre}} \sum_{t=1}^{T_{pre}} Y_{it} \quad (5)$$

$$\hat{\delta}_i^{sdid} = \frac{1}{T_{post}} \sum_{t=T_{pre}+1}^T Y_{it} - \sum_{t=1}^{T_{pre}} \hat{\lambda}_t^{sdid} Y_{it} \quad (6)$$

Da bi ocenili učinke zaprtja države v času prvega vala epidemije, smo uporabili podatke neformalne pobude COVID-19 Sledilnik. Projekt Sledilnik je verjetno pobuda, ki je v celotnem času epidemije na najbolj strokoven in nepristranski način zagotavljala podatke o epidemiji (zbrane iz različnih virov), hkrati pa objavljala številne javnosti zanimive vsebine.

3.5.3 Rezultati

Rezultate prikazujemo v več tabelah in slikah. Na Sliki 3.5.2 so rezultati modela analize posredovanosti, ki smo ga ocenili po vseh slovenskih občinah v obdobju med 4. 3. in 1. 7. 2020 (uporabili smo t. i. večnivojske oz. multilevel/linearne mešane modele). Rezultati pokažejo, da je prisoten statistično viden učinek zaprtja države v velikosti približno 0,04 manjšega števila pozitivnih za virus SARS-CoV-2 v vsaki vključeni slovenski občini v vsakem dnevu po pričetku zaprtja države.

Mixed-effects REML regression	Number of obs	=	5,301
Group variable: nrkraj	Number of groups	=	57
	Obs per group:		
	min	=	93
	avg	=	93.0
	max	=	93
Log restricted-likelihood = -6065.2979	Wald chi2(2)	=	689.34
	Prob > chi2	=	0.0000

f10noviprim	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
policy	-.0471427	.0207409	-2.27	0.023	-.0877942 -.0064913
noviprim	.3280602	.0124993	26.25	0.000	.303562 .3525585
_cons	.137672	.0351177	3.92	0.000	.0688426 .2065014

Vir: lastni izračun.

Slika 3.5.2: Ocenjeni večnivojski model posredovanosti.

Z uporabo cenilke sintetične razlike-v-razlikah smo izračunali vzročno oceno učinkov prvega zaprtja slovenske države in jo ocenili na okrog 74 % manj okužb in 58 % manj smrti. Osnovni rezultati analize so prikazani na spodnji Sliki 3.5.3.

Synthetic Difference-in-Differences Estimator						

logncasesm	ATT	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
----- + -----						
treatment	-0.33642	0.18083	-1.86	0.063	-0.69085	0.01800

95% CIs and p-values are based on Large-Sample approximations.						
Refer to (2) for theoretical derivations.						

Vir: lastni izračuni.

Slika 3.5.3: Osnova za izračun vzročnega učinka prvega zaprtja slovenske države.

Ob koncu smo izvedli še dekompozicijo učinka z uporabo metodologije Oaxaca-Blinder, ki je pokazala, da k opaženemu skupnemu učinku spremenljivka starosti prispeva okrog 40 %, dohodka okrog 37 %, ter izobrazbe okrog 23 %.

3.5.4 Zaključki

Naša analiza je po naši vednosti prva slovenska, ki ocenjuje vzročne učinke epidemije na zdravstvene kazalnike. Uspelo nam je potrditi negativne vzročne učinke zaprtja države na število pozitivnih primerov ter oceniti točno vrednost zmanjšanja primerov kot posledico zaprtja. Ocenili pa smo tudi neenakosti oziroma razlike, ki so posledica različnih vključenih spremenljivk: starosti, dohodka in izobrazbe.

Epidemija covid-19 je prinesla močan vzpon zanimanja za podatke ter matematična, statistična in ekonometrična modeliranja, posebej mikrosimulacijske pristope. Pojmi, kot so reprodukcijsko število R , eksponentna krivulja, oddelčni epidemiološki modeli (zlasti tipa SIR in SEIR) in statistični podatki in matematične napovedi, so postali del našega vsakdana. Prav tako je epidemija vzbudila še večje zanimanje za zanimive vzročne analize, ki so bile sicer v precejšnjem razmahu že vsaj zadnji dve desetletji povezane z vzponom metod strojnega učenja in umetne inteligence. Naša analiza poraja vprašanje, kako na tovrstna raziskovalna in odločevalska vprašanja odgovarjati v bodoče. Vprašanje analiz politik in učinkov ukrepov bi moralo postati stalnica uporabnega modelskega dela na ravni države.

3.5.5 Literatura

1. Manevski D, Ružič Gorenjec N, Kejžar N, Blagus R. Modeling COVID-19 pandemic using Bayesian analysis with application to Slovene data. *Math Biosci*, 2020; 329, article 108466.
2. Arkhangelsky D, Athey S, Hirshberg D A, Imbens G W, Wager S. Synthetic Difference-in-Differences. *Am Ec Rev*, 2021; 111 (12), pp. 4088–118, <https://doi.org/10.1257/aer.20190159>.
3. Roth J, Sant'Anna P H C, Bilinski A, Poe J. What's Trending in Difference-in-Differences? A Synthesis of the Recent Econometrics Literature; 2023. arXiv, <https://doi.org/10.48550/arXiv.2201.01194>.
4. Abadie A. Using Synthetic Controls: Feasibility, Data Requirements, and Methodological Aspects. *J Econ Lit*, 2021; 59 (2), pp. 391–425.
5. Baron R M, Kenny D A. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Personal Soc Psychol*, 1986; 51 (6), pp. 1173–1182.
6. Chernozhukov V, Kasahara H, Schrimpf P. Causal impact of masks, policies, behavior on early covid-19 pandemic in the U.S. *J Econ*, 2021; 220 (1), pp. 23–62.

3.6 Neenakosti v zdravju s poudarkom na prehranjevanju in telesni masi med prebivalci Slovenije v času pandemije covid-19

Rok Poličnik, Ana Raner, Vida Fajdiga Turk, Mateja Bavcon, Branka Đukić, Aljaž Brlek, Maruša Rehberger, Darja Lavtar, Nastja Šivec, Matej Gregorič, Urška Blaznik, Mojca Gabrijelčič Blenkuš

3.6.1 Uvod

Pandemija covid-19 je pomembno vplivala na družbo, zdravstveni sistem in zdravje prebivalstva ter s tem na poglobljanje neenakosti v zdravju. Omejevanje porasta okužb z virusom SARS-CoV-2 je bilo v času od razglasitve pandemije (12. marec 2020) v državah regulirano s številnimi, hitro spreminjajočimi ukrepi za zmanjševanje širjenja virusa. Med prebivalstvom se je odrazil vsesplošen občutek negotovosti pred nezadostnostjo hrane na trgu, potreba po pripravi zalog hrane, izogibanje trgovskim centrom (1), zaradi nepoznavanja posledic virusa pa je dodatno grožnjo predstavljalo tudi vprašanje potencialne širitve okužbe s hrano. Okrepilo se je naročanje hrane na dom (2) oziroma na delovna mesta.

Epidemiološke raziskave so pokazale, da je pandemija vplivala na spremembe prehranjevalnih navad ljudi bodisi v pozitivnem bodisi v negativnem smislu. Med razlogi sprememb izpostavljajo manjšo dostopnost do zdravju koristnih živil ter večjo razpoložljivost prigrizkov (3). Pandemija covid-19 in druge krize, ki vplivajo na prehranjevanje in življenjski slog ljudi ter posledično na porast telesne mase, predstavljajo zdravstveno tveganje za poslabšanje epidemije kroničnih nenalezljivih ter drugih bolezni (13, 14, 17, 18).

Raziskave kažejo, da so ljudje, ki so med pandemijo izboljšali svoje prehranjevalne navade, spremembe povezovali s pripravo hrane in možnostjo uživanja obrokov doma (2, 3). O pozitivnih učinkih so še posebej poročali ljudje, ki so prešli na oddaljen način dela (6). Izogibanje pogostim obiskom trgovin je prispevalo k redkejšemu uživanju svežih živil (npr. zelenjava in sadje) (7). Strah pred slabšim potekom okužbe s covidom-19 je ljudi motiviral k uživanju živil, ki lahko vplivajo na krepitev imunskega sistema, zlasti sadja in zelenjave. Kljub temu so v Nemčiji zabeležili nižjo pogostost uživanja sadja in zelenjave ter rib, kar je bilo še posebej opaženo pri socialno-ekonomsko ogroženih družinah (1). Raziskave so pokazale, da se je v času pandemije povečalo uživanje sladkih pijač in slanih prigrizkov (2, 8).

Namen prispevka je predstaviti rezultate šestnajstega vala spletne raziskave o vplivu pandemije covid-19 na življenje prebivalcev Slovenije (v nadaljevanju: raziskava SI-PANDA), s posebnim poudarkom na prehranjevanju.

3.6.2 Metode

Spletna anketna raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) je potekala od 4. decembra 2020 dalje v devetnajstih valovih. Raziskavo je vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) (9). Prvi del raziskave (do vključno dvanajstega vala) je v imenu NIJZ izvajal Inštitut za raziskovanje trga in medijev (Mediana), drugi del raziskave pa Valicon. Prvih dvanajst ponovitev se je izvajalo enkrat na dva tedna, drugi del pa enkrat mesečno. Podatki so bili analizirani na NIJZ.

V vsakem valu spletne raziskave je sodeloval reprezentativni vzorec približno 1.000 odraslih oseb, starih od 18 do vključno 74 let. Uporabljen je bil vprašalnik Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki smo ga prevedli in v skladu z navodili SZO in ustrezno prilagodili razmeram v naši državi. Vključena so bila tudi nekatera dodatna vprašanja.

V spletno raziskavo, ki je ponudila boljše poznavanje in razumevanje vedenja ljudi v času med epidemijo covid-19 v Sloveniji, so bili vabljeni izbrani člani spletnega panela. Vzorčni okvir za šestnajsti val je bil pripravljen na podlagi Valiconovega spletnega panela, ki je po strukturi reprezentativen za prebivalce Slovenije po spolu, starosti in statistični regiji. Osebe so bile iz panela izbrane naključno in proporcionalno po izbranih demografskih značilnostih glede na strukturo populacije.

Pri kategorialnih spremenljivkah so se poleg ocene za delež določene kategorije pojasnjevalne spremenljivke in intervala zaupanja za ta delež izračunale tudi primerjave med deleži pojava znotraj različnih kategorij iste neodvisne spremenljivke (npr. % spremembe v prehranjevalnih navadah po starostnih skupinah).

Kazalnike prehrane smo pojasnjevali z več socio-demografskimi spremenljivkami: spolom, starostjo v štirih kategorijah (18–29 let, 30–49 let, 50–64 let in 65–74 let), finančno situacijo in duševnim zdravjem. Za oceno finančne situacije so osebe ocenile, ali je njihova osebna finančna situacija v zadnjih treh mesecih boljša, slabša ali enaka kot prej (pri tem njihove osnovne finančne situacije nismo poznali). Za duševno blagostanje je bila uporabljena kratka samoporočana lestvica (*The World Health Organization – Five Well-Being Index, WHO-5*), ki meri počutje v zadnjih dveh tednih in vključuje občutke vedrosti in dobre volje, občutke pomirjenosti in sproščenosti, občutke živahnosti in energičnosti, poročanje o zburanju sveži in spočiti ter poročanje, da je bil vsakdan zapolnjen s stvarmi, ki osebo zanimajo. Iz povprečja za merjenje (duševnega) blagostanja so bile, glede na tveganje za pojav duševnih težav, oblikovane tri skupine: skupina s povečanim tveganjem za depresijo, skupina s povečanim tveganjem za težave v duševnem zdravju in skupina brez težav v duševnem zdravju.

3.6.3 Rezultati z diskusijo

3.6.3.1 Demografija

V prispevku so prikazani podatki šestnajstega vala spletne raziskave, ki je potekala od 21. do 23. septembra 2021 na vzorcu 1.026 odraslih oseb, starih od 18 do 74 let, značilnosti anketirancev šestnajstega vala raziskave pa so predstavljene v Tabeli 3.6.1. Podatki, predstavljeni v prispevku, so uteženi po spolu, starostnih skupinah in statistični regiji.

Tabela 3.6.1: Značilnosti anketirancev, vključenih v 16. val raziskave SI-PANDA.

		n	%
Spol	Moški	529	51,5
	Ženske	497	48,5
Starost	18–29 let	161	15,6
	30–49 let	409	39,8
	50–64 let	294	28,7
	65–74 let	162	15,8
Finančna situacija v zadnjih treh mesecih	Boljša kot prej	106	10,3
	Enaka	700	68,4
	Slabša kot prej	218	21,3
Težave v duševnem zdravju	Depresivna motnja	139	13,5
	Težave v duševnem zdravju	238	23,2
	Brez težav v duševnem zdravju	649	63,3

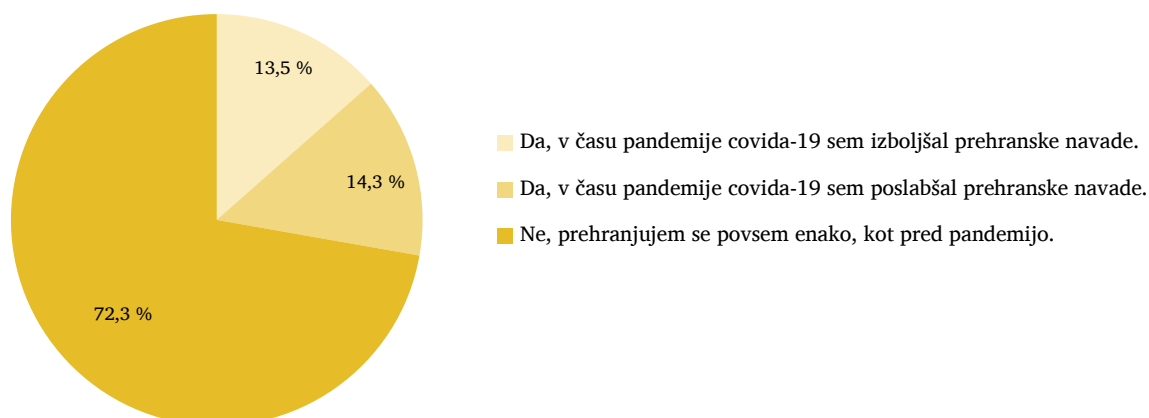
Vir: NIJZ, Raziskava SI-PANDA, 2020.

3.6.3.2 Prehranjevalne navade med pandemijo

Spletna raziskava SI-PANDA kaže, da večina ljudi svojih prehranjevalnih navad v času pandemije covid-19 ni spreminjala, čeprav je približno tretjina anketiranih pri sebi spremembe navad opazila. V spletni raziskavi SI-PANDA je na vprašanje glede sprememb v prehranjevanju 13,5 % oseb poročalo o izboljšanju, 14,3 % anketiranih pa o poslabšanju prehranjevalnih navad v času pandemije covid-19 (Slika 3.6.1). Rezultati se ujemajo s tujimi raziskavami, kjer poročajo o primerljivih deležih oseb s spremenjenimi prehranjevalnimi navadami, vendar pri njih nekoliko prevladujejo osebe, ki so navade izboljšale (3, 11–14). Do sprememb v prehranjevalnih navadah je najverjetneje prišlo zaradi različnih ukrepov in spremenjenih okoliščin, kar je vplivalo na več časa preživetega doma, delo od doma, omejitve gibanja, zaprtje trgovin in gostinskih obratov, kar je dodatno okrepilo socialno-ekonomske ranljivosti in povzročilo negativen stres pri posameznikih (14–16).

Rezultati naše raziskave kažejo, da je največji delež anketiranih, ki ocenjujejo, da so se njihove prehranjevalne navade v času pandemije spremenile, bodisi na bolje ali na slabše, v starostni skupini 18–29 let. Delež anketirancev zajema tudi študente in mlajšo delovno populacijo, ki se v veliki meri prehranjuje v restavracijah in pri ostalih ponudnikih prehrane. Le-ti so bili v času razglašene epidemije zaprti oz. z omejenim dostopom, kar bi lahko bil vzrok poslabšanju prehranjevalnih navad poleg pomanjkanja časa in veččin za pripravo lastnih obrokov. Izsledki tuje študije so pokazali, da je bil v času pandemije ravno v tej starostni skupini ugotovljen tudi največji porast apetita (17).

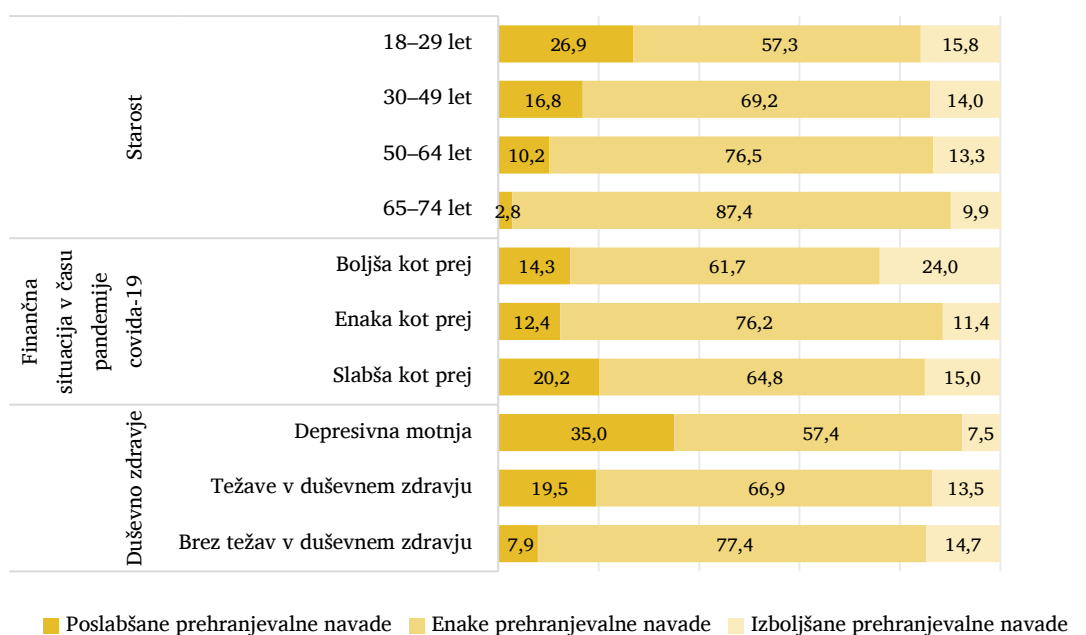
Ali menite, da je pri vas osebno zaradi pandemije prišlo do sprememb v prehranjevanju?
(N = 1026)



Vir: NIJZ, Raziskava SI-PANDA, 2020.

Slika 3.6.1: Spremembe v prehranjevalnih navadah odraslih prebivalcev Slovenije, starih 18–74 let, zaradi pandemije covida-19.

Rezultati spletne raziskave SI-PANDA so pokazali statistično pomembne povezave sprememb prehranjevanja (izboljšanje oz. poslabšanje) prebivalcev Slovenije z dejavniki, kot so starost, finančna situacija in duševno zdravje ($p < 0,001$). O poslabšanju prehranjevalnih navad so poročale zlasti osebe z depresivno motnjo (35 %), mlajši odrasli od 18 do 29 let (26,9 %) ter posamezniki, ki so se med pandemijo znašli v slabši finančni situaciji (20,2 %). Največje pozitivne spremembe v prehranjevalnih navadah so naredili anketiranci, ki se jim je finančna situacija v zadnjih treh mesecih izboljšala (24 %) (Slika 3.6.2).

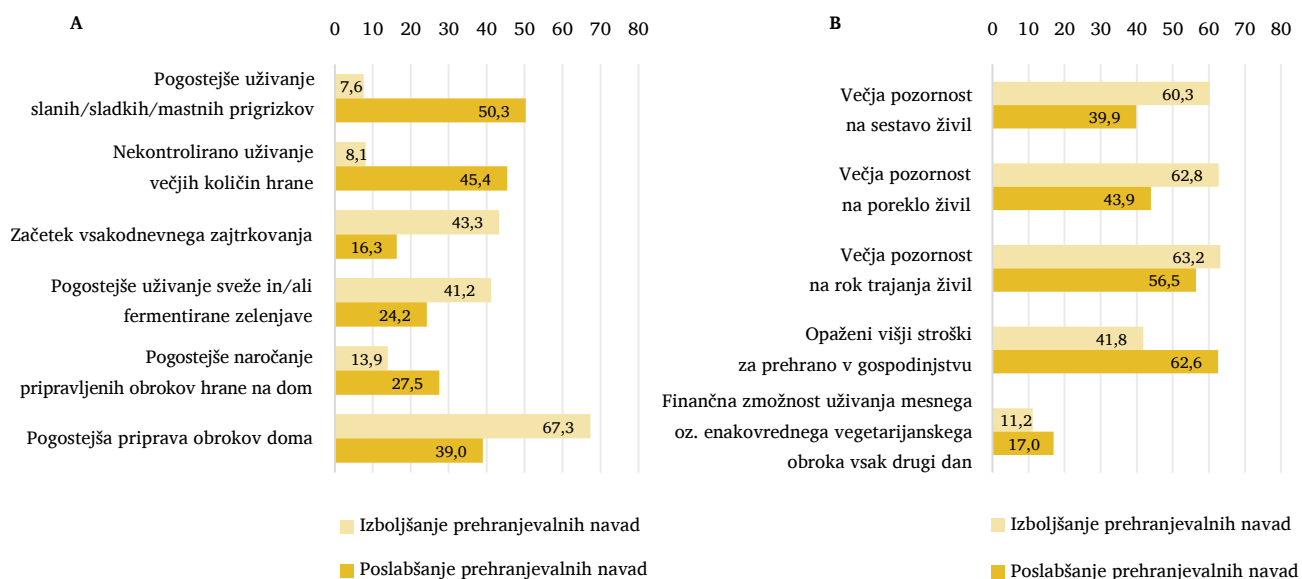


Vir: NIJZ, Raziskava SI-PANDA, 2020.

Slika 3.6.2: Spremembe prehranjevalnih navad v času pandemije covida-19 pri prebivalcih Slovenije, glede na starost, finančno situacijo v času pandemije in duševno zdravje (v %).

Pri analizi podatkov o vplivih na spremembe prehranjevanja smo se osredotočili na nekatere pomembnejše dejavnike spreminjanja prehranjevalnih in nakupovalnih navad, ne pa tudi na morebitne povezave med njimi.

Slika 3.6.3 (A in B) prikazuje vedenje prebivalcev v Sloveniji v prehranjevanju in nakupovanju hrane v povezavi z izboljšanjem oziroma poslabšanjem prehranjevalnih navad med pandemijo covid-19. Pri posamezni kategoriji so prikazani izključno odgovori anketirancev, ki so se strinjali (izbor možnosti odgovora: »Drži«), da so izboljšali oziroma poslabšali svoje prehranjevalne navade, ne pa tudi ostalih odgovorov, kot so: »Ne drži« oziroma »Niti ne drži, niti drži«.



Vir: NIJZ, Raziskava SI-PANDA, 2020.

Slika 3.6.3 (A in B): Prehransko in (A) nakupovalno vedenje (B) prebivalcev Slovenije v povezavi z izboljšanjem oz. poslabšanjem prehranjevalnih navad v času pandemije covid-19 (v %).

Rezultati raziskave SI-PANDA kažejo statistično značilno povezavo med spremembo prehranjevalnih navad in pogostejšim uživanjem slanih, sladkih in/ali mastnih prigrizkov ($p < 0,001$), nekontroliranim uživanjem hrane ($p < 0,001$), začetkom vsakodnevnega uživanja zajtrka ($p < 0,001$), pogostejšim uživanjem sveže in/ali fermentirane zelenjave ($p < 0,05$) ter pogostejšim naročanjem pripravljenih obrokov hrane na dom ($p < 0,05$) (Slika 3.6.3 (A)).

Statistično značilna povezava ($p < 0,05$) je bila ugotovljena tudi pri spremembi prehranjevalnih navad v povezavi z večjo pozornostjo na sestavo živila pri nakupovanju ($p < 0,001$), poreklom živila ($p < 0,001$) in opaženimi višjimi stroški za hrano v gospodinjstvu (Slika 3.6.3 (B)). Statistično značilnih povezav nismo ugotovili pri dejavniku večje pozornosti na rok trajanja živil ($p = 0,24$) ter pri finančni zmožnosti za uživanje mesnega oziroma enakovrednega vegetarijanskega obroka vsak drugi dan ($p = 0,18$).

Slika 3.6.4 prikazuje povezavo med starostjo in nekaterimi spremembami v prehranskem (A) in nakupovalnem vedenju (B) odraslih v Sloveniji v obdobju drugega vala pandemije covid-19.

Rezultati raziskave kažejo, da je 16,8 % ($p < 0,001$) anketiranih v starostni kategoriji 18–29 let pogosteje posegalo po slanih, sladkih oziroma mastnih prigrizkih. Primerjalno z ostalimi starostnimi kategorijami so anketiranci omenjene starostne kategorije bolj nekontrolirano uživali večje količine hrane (20,4 %; $p < 0,001$) ter bolj pogosto naročali pripravljene obroke na dom (19,6 %; $p < 0,001$). Tuje študije kažejo, da se je pogostost uživanja živil najbolj spremenila pri kategorijah zamrznjene in konzervirane hrane z daljšimi roki trajanja ter sladkih živilih (peciva, torte ...) (1, 3, 14), kar kaže tudi naša ugotovitev o pogostejšem uživanju prigrizkov.

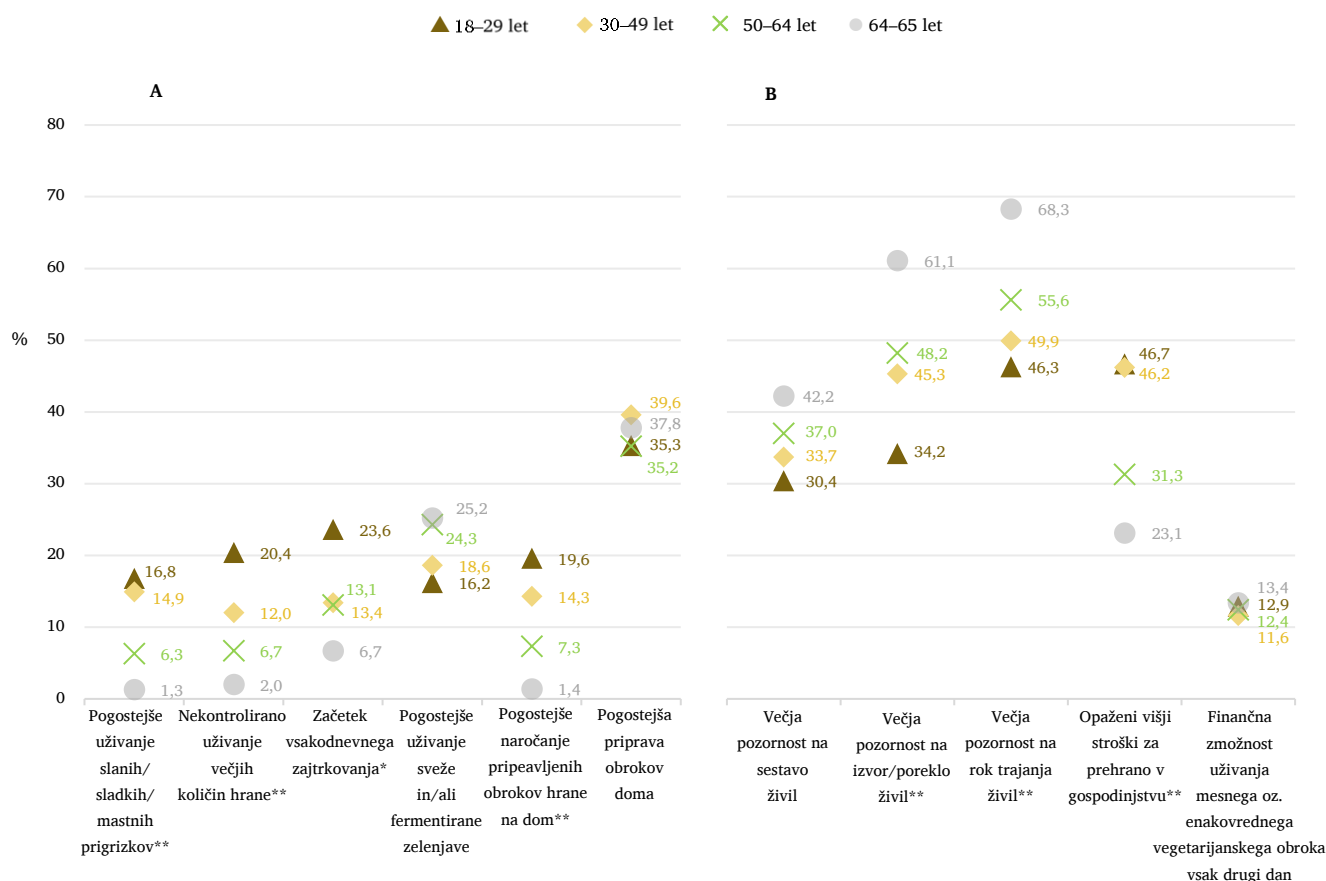
Hkrati so anketirani v najmlajši starostni skupini med pandemijo uvedli pozitivne spremembe v prehranjevanje, saj jih je kar 23,6 % ($p < 0,05$) začelo redno, dnevno uživati zajtrk. Iz Slike 3.6.3 (A) je razvidno, da so najmanj sprememb v prehranjevanju v tem obdobju naredili anketiranci v starostnih kategorijah nad 50 let.

Glede na samooceno so se prehranjevalne navade najmanj spremenile med najstarejšimi, to je starimi med 65 in 74 let, med katerimi je velik delež upokojenih, ki so si glede na slovenske značilnosti tudi že pred pandemijo v veliki meri sami pripravljali obroke hrane doma in so tudi v velikem deležu (zlasti na podeželju) samooskrbni z živil (obdelava vrtov, vzreja domačih klavnih živali). Tudi delež telesne mase je v tej starostni skupini ostal v največjem deležu enak kot pred epidemijo (okrog 70 %) oz. se je v primerjavi z ostalimi skupinami populacije najmanj spremenil. Ti izsledki so nekoliko v nasprotju z izsledki nekaterih tujih raziskav (19), ki sicer navajajo, da so se na splošno v tej populaciji prehranske navade poslabšale in je ta skupina zaradi posledic pandemije precej bolj prehransko ogrožena (omejen dostop do živil v trgovinah in do obrokov pri ponudnikih prehrane, izpuščanje obrokov v času socialne distance).

Rezultati raziskave kažejo, da so bili anketirani v starostni skupini med 65 in 74 let ter med 50 in 64 let, v obdobju drugega vala pandemije bolj pozorni pri nakupovanju hrane (Slika 3.6.4 (B)). Skoraj 70 % anketiranih iz starostne skupine 65–74 let in 55,6 % iz skupine 50–64 let je pri nabavi hrane posvečalo večjo pozornost roku trajanja živil. Drugi pomembnejši dejavnik pri nakupovanju je bila večja pozornost na izvor oziroma poreklo hrane, kateremu je pozornost posvetilo 61,1 % anketiranih ($p < 0,001$), starih med 65 in 75 let, ter 48,2 % ($p < 0,001$) anketiranih, starih med 50 in 64 let.

Primerjalno z mlajšimi skupinami anketiranih je bilo ugotovljeno, da anketirani iz skupine nad 65 let niso opažali višjih stroškov za nakup hrane v tem obdobju. Višji stroški za nakup hrane so bili ugotovljeni zlasti med aktivno populacijo (30–49 let: 46,2 % anketiranih) ter med najmlajšo starostno skupino (18–29 let: 46,7 % anketiranih) ($p < 0,05$), kar lahko povezujemo s pripravo hrane za celotno družino zaradi zaprta vrtcev in šol ter otežen dostop do subvencionirane študentske prehrane.

Navkljub temu, da se statistične razlike pri dejavniku finančnih zmožnosti uživanja mesnega oziroma enakovrednega vegetarijanskega obroka vsak drugi dan niso pokazale ($p = 0,94$), je potrebno poudariti, da se največja skrb zadostnosti ustreznega beljakovinskega obroka nakazuje pri starejših (nad 50 let) ter pri najmlajših skupinah anketiranih (od 18 do 29 let). Raziskava prav tako ni pokazala statističnih povezav med starostjo anketiranih in spremembo pozornosti na sestavo živila ($p = 0,52$).



Vir: NLJZ, Raziskava SI-PANDA, 2020.

Opomba: ** močna statistično značilna povezava ($p < 0,001$) med starostjo in označenim prehranskim oz. nakupovalnim vedenjem.

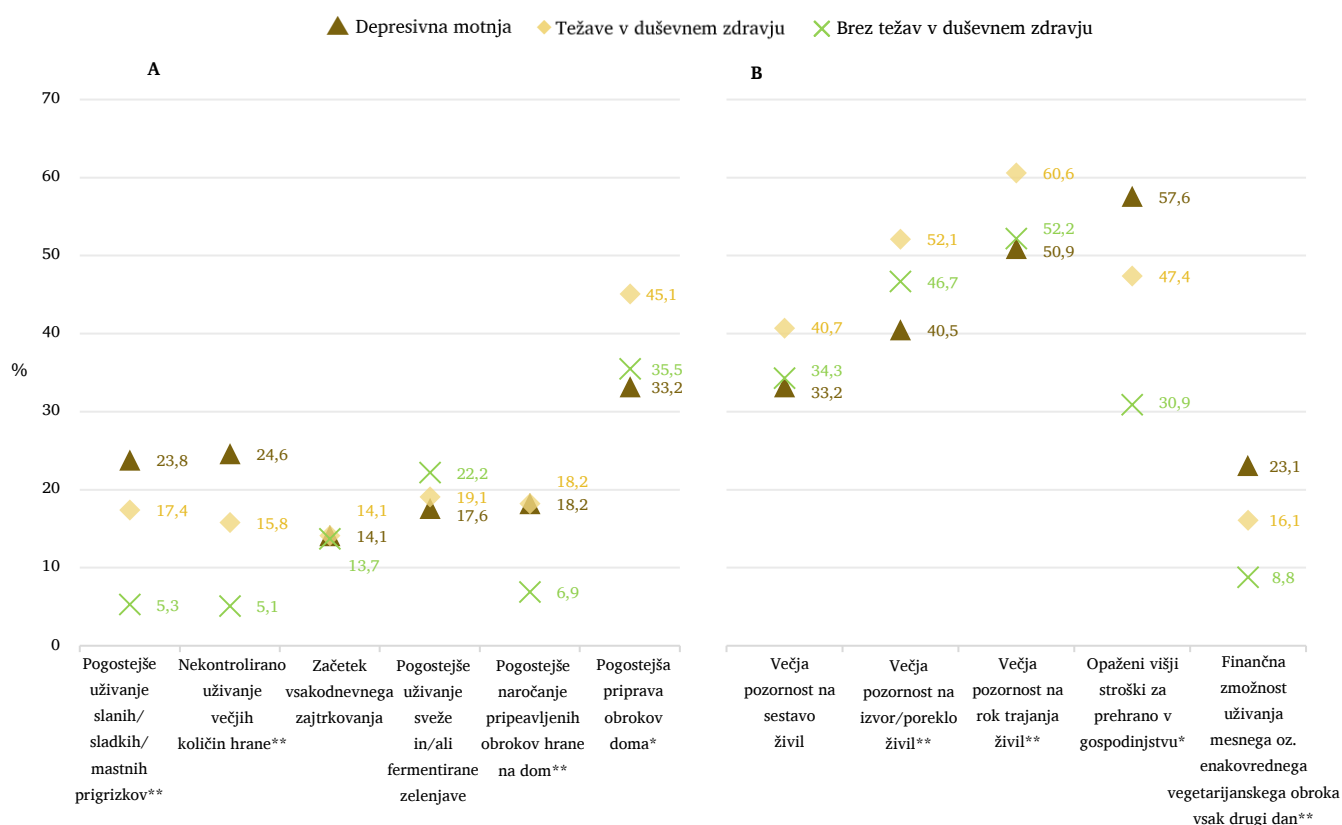
* statistično značilna povezava ($p < 0,05$) med starostjo in označenim prehranskim oz. nakupovalnim vedenjem.

Slika 3.6.4 (A in B): Razmerje med (A) prehranskim oz. (B) nakupovalnim vedenjem in starostjo pri prebivalcih Slovenije, v času pandemije covid-19.

Rezultati raziskave so pokazali tudi močno statistično povezano ($p < 0,001$) med duševnim zdravjem in spremembo nekaterih prehranskih in nakupovalnih vedenj. Kadar je duševno zdravje ogroženo ali načeto, govorimo o duševnih težavah in duševnih motnjah. Med slednje uvrščamo tudi depresivno motnjo, ki smo ji v raziskavi posvetili posebno pozornost (10). Pri teh skupinah prebivalcev smo med pandemijo covid-19 ugotavljali večjo pogostnost uživanja slanih, sladkih in/ali mastnih prigrizkov, nekontrolirano uživanje hrane, naročanje pripravljenih obrokov hrane na dom ter slabše finančne zmožnosti glede uživanja ustreznega beljakovinskega obroka vsak drugi dan (Slika 3.6.5 (A in B)). Vpliv stresa in neprijetnih čustev (npr. depresija in žalost) na povečano uživanje hrane, zlasti za zdravje neprimerne, je proučevano že dlje časa (26, 27).

Iz Slike 3.6.5 (A) je razvidno, da je 23,8 % ($p < 0,001$) oseb z depresivno motnjo pogosteje uživalo manj zdrave prigrizke (sladke, slane oziroma mastne), hkrati pa jih je kar 24,6 % ($p < 0,001$) nekontrolirano uživalo večje količine hrane. Pogostejše uživanje prigrizkov je povezano tudi s prehranjevanjem, povezanim z doživljanjem intenzivnejših čustev in stresa (18), zato ne preseneča, da so po njih posegale še posebej osebe s težavami v duševnem zdravju.

Izkazalo se je tudi, da je 33,2 % oseb z depresivno motnjo bolj pogosto pripravljalo hrano doma, kar je nekoliko nižje v primerjavi z ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju (45,1 %) ter tistimi brez tovrstnih težav (35,5 %) ($p < 0,05$). Kar zadeva nakupovalne navade, je 57,6 % ($p < 0,05$) anketiranih z depresivno motnjo opazilo višje stroške za prehrano v gospodinjstvu, 23,1 % ($p < 0,001$) pa jih poroča o slabši finančni zmožnosti za uživanje beljakovinskega obroka (mesnega ali primerljivo vegetarijanskega) vsak drugi dan (Slika 3.6.5 (B)).



Vir: NIJZ, Raziskava SI-PANDA, 2020.

Opomba: ** močna statistično značilna povezava ($p < 0,001$) med duševnim zdravjem in označenim prehranskim oz. nakupovalnim vedenjem. * statistično značilna povezava ($p < 0,05$) med duševnim zdravjem in označenim prehranskim oz. nakupovalnim vedenjem.

Slika 3.6.5 (A in B): Razmerje med (A) prehranskim vedenjem oz. (B) nakupovalnim vedenjem in duševnim zdravjem pri prebivalcih Slovenije, v času pandemije covida-19.

3.6.3.3 Telesna masa pri odraslih v času pandemije

Spletna raziskava SI-PANDA je pokazala, da je več kot polovica (54 %) anketiranih oseb ohranila telesno maso, ki jo je imela pred pandemijo. Pri 24,3 % oseb se je telesna masa povečala, kar je primerljivo z ugotovitvami tujih raziskav (5, 20–22). Da gre pri tem za povezanost s prehrano, kaže dejstvo, da je bilo povečanje telesne mase daleč najpogostejše pri tistih, ki so poslabšali svoje prehranjevalne navade.

Kot ugotavljajo tudi ostali avtorji (23), se je telesna masa pojavila v večjem deležu pri ženskah kot moških (24). V Sloveniji so ženske predvsem nekoliko prednjačile pri povečanju telesne mase; kar četrtina anketirank je povečala telesno maso za nekaj ali več kilogramov. Glede na mnenja tujih avtorjev (24) naj bi bile ženske bolj podvržene čustvenemu prehranjevanju.

Podrobnejša analiza je pokazala, da so se najpomembnejše statistično značilne povezave pokazale v odvisnosti od starosti ($p < 0,001$), stanja duševnega zdravja ($p < 0,001$) in poslabšanja prehranjevalnih navad ($p < 0,001$) (Slika 3.6.5). Kar 72,2 % preiskovancev, ki so menili, da so poslabšali prehranjevalne navade zaradi pandemije, je namreč v tem obdobju pri sebi opazilo tudi povečanje telesne mase. Osebe z depresivno motnjo (38,1 %) in osebe s težavami v duševnem zdravju (33,9 %) so telesno maso tekom pandemije pridobile v večji meri kot osebe brez tovrstnih težav (17,6 %). Tudi osebe, mlajše od 65 let, so telesno maso pridobile v večji meri kot skupina ljudi, starimi med 65 in 74 let. Izguba telesne mase je bila v primerjavi z ostalimi starostnimi skupinami najizrazitejša v skupini anketiranih, v starosti med 18 in 29 let (22,5 %) (Slika 3.6.6).

Upad telesne mase je lahko posledica omejenega dostopa do prehransko ustreznih obrokov, posledica poslabšanje socialno-ekonomske situacije v času pandemije, izpada študentske prehrane in omejitev gibanja pri posameznikih, pri katerih pa znižanje telesne mase ni zaželeno.

Statistično značilnih povezav med spremembo v telesni masi, spolom ($p = 0,56$), prisotnostjo kroničnega obolenja ($p = 0,31$) ali finančno situacijo ($p = 0,13$) ni bilo zaznanih. Se pa je pri osebah, katerih finančna situacija se je v zadnjih treh mesecih bodisi poslabšala bodisi izboljšala, nakazala večja možnost izgube telesne mase (19,1 % in 19,5 %) kot pri osebah, pri katerih se finančna situacija v tem času ni spremenila (15,5 %) (Slika 3.6.6).



Vir: NIJZ, Raziskava SI-PANDA, 2020.

Opomba: ** močna statistično značilna povezava ($p < 0,001$) med spremembo telesne mase med pandemijo in posameznim populacijskim segmentom.

Slika 3.6.6: Sprememba telesne mase v času pandemije covid-19 pri prebivalcih Slovenije, glede na spol, starost, finančno situacijo, duševno zdravje in percepcijo glede prehranjevalnih navad v času pandemije.

3.6.4 Zaključek

Pandemija covid-19 je močno zaznamovala posameznika in družbo ter pomembno vplivala na naše življenje. Spletna raziskava SI-PANDA je pokazala vpliv pandemije covid-19 na prehranjevanje in telesno maso prebivalcev Slovenije. Najbolj negativen vpliv je bil zaznan pri mlajših odraslih, pri anketirancih, ki so se v času pandemije znašli v slabši finančni situaciji ter pri osebah z depresivno motnjo. Raziskava je pokazala, da so ljudje, ki so poslabšali svoje prehranjevalne navade, bolj intenzivno posegali po prigrizkih, nekontrolirano uživali hrano in imeli neurejen ritem prehranjevanja. Slednji so tudi bolj poredko posegali po zelenjavi in pogosteje naročali hrano na dom. Ljudje so zaradi strahu pred okužbo pogosteje preverjali podatke o sestavi, poreklu in roku trajanja živil. Več kot polovica ljudi je sicer ohranila enako telesno maso kot pred pandemijo, se je pa ta povečala skoraj pri četrtini ljudi in zmanjšala pri slabi petini (zlasti pri mlajših odraslih). V primeru podobnih kriznih situacij je pomembno, da država in nevladne organizacije v povezavi s prehranjevanjem posvetijo večjo pozornost ljudem, ki imajo težave na področju duševnega zdravja, mlajšim odraslim ter družinam in posameznikom, ki so se znajdejo v slabši finančni situaciji. Ključno je tudi, da strokovnjaki na področju javnega zdravja v podobnih kriznih situacijah posvetijo več pozornosti osveščanju o preprečevanju posledic čustvenega prehranjevanja in pomenu priprave obrokov hrane doma skladno s prehranskimi priporočili. V lokalni skupnosti pa je potrebno poiskati in spodbuditi izrabo alternativnih kapacitet organizirane prehranske ponudbe v času zaprtja družbe (npr. v vrtcih, šolah), ki bo na razpolago vsem tistim, ki to potrebujejo (starejši, ki živijo sami v gospodinjstvu, gibalno ovirani, aktivna populacija v času dela itd.).

3.6.5 Literatura

1. Profeta A, Siddiqui SA, Smetana S, Hossaini SM, Heinz V, Kircher C. The impact of Corona pandemic on consumer's food consumption: Vulnerability of households with children and income losses and change in sustainable consumption behavior. *J Verbrauch Lebensm*, 2021; 16(4):305–14.
2. Wang J, Yeoh EK, Yung TKC, Wong MCS, Dong D, Chen X, et al. Change in eating habits and physical activities before and during the COVID-19 pandemic in Hong Kong: a cross-sectional study via random telephone survey. *J Int Soc Sport Nutr* [Internet], 2021; 18(1). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85104976441&doi=10.1186%2fs12970-021-00431-7&partnerID=40&md5=27b1ec59499e251470b9770df48f298c>.
3. Sarda B, Delamaire C, Serry AJ, Ducrot P. Changes in home cooking and culinary practices among the French population during the COVID-19 lockdown. *Appetite* [Internet], 2022; 168. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85117727769&doi=10.1016%2fj.appet.2021.105743&partnerID=40&md5=36277e8ed4e9e1f3ff6f31533bd4420c>.
4. Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Zaletel M, Hočevar Grom A, Lesnik T, editors. Neenakosti v zdravju - izzivi prihodnosti v medsektorskem sodelovanju [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://www.nijz.si/sl/izid-publikacije-noonakosti-v-zdravju>.
5. Pina A, Castelletti S. COVID-19 and Cardiovascular Disease: a Global Perspective. *Curr Cardiol Rep* [Internet], 2021; 23(10). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85112812281&doi=10.1007%2fs11886-021-01566-4&partnerID=40&md5=060f0945841abc38bed90d7b1a11c559>.

6. Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. van Wouwe JP, editor. *PLoS ONE*, 2017 Nov 9; 12(11):e0187668.
7. Alberca RW, Oliveira L de M, Branco ACCC, Pereira NZ, Sato MN. Obesity as a risk factor for COVID-19: an overview. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 2021 Jul 20; 61(13):2262–76.
8. Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. *JMIR Public Health Surveill*, 2020 Sep 18; 6(3):e19630.
9. Grom. A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, B., Lavtar, D., Gabrijelčič Blenkuš, M., Jeriček Klanšček, M., et al. Pandemija COVID-19 v Sloveniji. Izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 7. val [Internet]. Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2021 [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://www.nijz.si/sl/izsledki-7-vala-raziskave-o-vplivu-pandemije-na-zivljenje-si-panda>.
10. NIJZ. Program MIRA - Nacionalni program duševnega zdravja. [Internet]. [cited 2022]. Available from: <https://www.zadusevnozdravje.si/>.
11. Deschasaux-Tanguy M, Druesne-Pecollo N, Esseddik Y, de Edelenyi FS, Allès B, Andreeva VA, et al. Diet and physical activity during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *Am J Clin Nutr*, 2021 Apr 1; 113(4):924–38.
12. Dijksterhuis GB, van Bergen G, de Wijk RA, Zandstra EH, Kaneko D, Vingerhoeds M. Exploring impact on eating behaviour, exercise and well-being during COVID-19 restrictions in the Netherlands. *Appetite* [Internet], 2022; 168. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85117113794&doi=10.1016%2fj.appet.2021.105720&partnerID=40&md5=17f2cb11c539a5f680ae1c251d1ee231>.
13. Scarmozzino F, Visioli F. Covid-19 and the Subsequent Lockdown Modified Dietary Habits of Almost Half the Population in an Italian Sample. *Foods*, 2020 May 25; 9(5):675.
14. Janssen M, Chang BPI, Hristov H, Pravst I, Profeta A, Millard J. Changes in Food Consumption During the COVID-19 Pandemic: Analysis of Consumer Survey Data From the First Lockdown Period in Denmark, Germany, and Slovenia. *Front Nutr* [Internet], 2021; 8. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2021.635859>.
15. Jordan I, Keding GB, Stosius L, Hawrysz I, Janiszewska K, Heil EA. Changes in Vegetable Consumption in Times of COVID-19-First Findings From an International Civil Science Project. *Front Nutr* [Internet], 2021; 8. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2021.686786>.
16. Hočevar Grom A, Belščak Čolaković A, Rehberger M, Lavtar D, Gabrijelčič Blenkuš M, Jeriček Klanšček H, et al. Pandemija Covid-19 v Sloveniji. Izsledki spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 17. val [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021 [cited 2022 Aug 25]. Available from: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/panda_porocilo_po_17_valu_koncno_0.pdf.
17. Galali Y. The impact of COVID-19 confinement on the eating habits and lifestyle changes: A cross sectional study. *Food Sci Nutr*, 2021; 9(4):2105–13.
18. Hammouri H, Almomani F, Muhsen RA, Abughazzi A, Daghmash R, Abudayah A, et al. Lifestyle Variations during and after the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study of Diet, Physical Activities, and Weight Gain among the Jordanian Adult Population. *Int J Environ Res Public Health* [Internet], 2022; 19(3). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85123354484&doi=10.3390%2fijerph19031346&partnerID=40&md5=6407d68ec580ac78e5bf911a3a7f915e>.

19. Visser M, Schaap LA, Wijnhoven HAH. Self-Reported Impact of the COVID-19 Pandemic on Nutrition and Physical Activity Behaviour in Dutch Older Adults Living Independently. *Nutrients* [Internet], 2020; 12(12). Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/12/3708>.
20. Skotnicka M, Karwowska K, Kłobukowski F, Wasilewska E, Małgorzewicz S. Dietary Habits before and during the COVID-19 Epidemic in Selected European Countries. *Nutrients*, 2021 May 16; 13(5):1690.
21. Năstăsescu V, Mititelu M, Stanciu TI, Drăgănescu D, Grigore ND, Udeanu DI, et al. Food Habits and Lifestyle of Romanians in the Context of the COVID-19 Pandemic. *Nutrients* [Internet], 2022; 14(3). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85123276057&doi=10.3390%2fnu14030504&partnerID=40&md5=a41fdf178b21e253149369b1a234ab49>.
22. Drieskens S, Berger N, Vandevijvere S, Gisle L, Braekman E, Charafeddine R, et al. Short-term impact of the COVID-19 confinement measures on health behaviours and weight gain among adults in Belgium. *Arch Public Health*, 2021 Dec; 79(1):22.
23. Sidor A, Rzymiski P. Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. *Nutrients*, 2020 Jun 3; 12(6):1657.
24. Di Renzo L, Gualtieri P, Cinelli G, Bigioni G, Soldati L, Attinà A, et al. Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey. *Nutrients*, 2020 Jul 19; 12(7):2152.
25. Martinez-Ferran M, de la Guía-Galipienso F, Sanchis-Gomar F, Pareja-Galeano H. Metabolic Impacts of Confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified Diet and Physical Activity Habits. *Nutrients*, 2020 May 26; 12(6):1549.
26. Devonport TJ, Nicholls W, Fullerton C. A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *J Health Psychol*, 2019 Jan; 24(1):3–24.
27. Marty L, de Lauzon-Guillain B, Labesse M, Nicklaus S. Food choice motives and the nutritional quality of diet during the COVID-19 lockdown in France. *Appetite*, 2021 Feb; 157:105005.
28. Jia P, Zhang L, Yu W, Yu B, Liu M, Zhang D, et al. Impact of COVID-19 lockdown on activity patterns and weight status among youths in China: the COVID-19 Impact on Lifestyle Change Survey (COINLICS). *Int J Obes*, 2021 Mar; 45(3):695–9.

3.7 Indeks spremembe ranljivosti otrok v času epidemije novega koronavirusa: regijski vidik

Tamara Narat, Urban Boljka, Maja Škafar, Mateja Nagode (vsi IRSSV)

3.7.1 Uvod

Z začetkom epidemije novega koronavirusa smo bili priča izjemni družbeni situaciji, ki je močno posegla v naša življenja. Kljub temu da so bili otroci tista družbena skupina, ki je bila najmanj zdravstveno ogrožena, to ne pomeni, da zaradi številnih sprememb v njihovih življenjih niso postali ranljivi.

V prvi vrsti lahko govorimo o psihološki obremenitvi, ki se kaže v strahu pred doslej neznano situacijo, strahu pred tem, da bi zboleli njihovi bližnji.

V drugi vrsti gre za povečanje negotovosti in povečano možnost, da bodo njihovi bližnji izgubili zaposlitev, kar bi jih lahko potisnilo v pomanjkanje in revščino.

V tretji vrsti govorimo o ukrepih, ki so končali ustaljeni tok vsakdanjega življenja otrok in njihovih družin, omejili nekatere svoboščine in korenito posegli v načrtovanje prihodnosti.

Sodobno raziskovanje otrokovega življenja daje prednost pridobivanju otrokocentričnih podatkov, torej tistih, ki nam jih posredujejo oni sami. Tovrstno raziskovanje nam omogoča, da lahko stopimo v njihov svet in ga bolje razumemo. Zaradi izjemnosti situacije, ki jo je izzvala epidemija, še ni bilo na voljo virov, ki bi pojasnjevali odzive otrok kot tudi ne smernic za oblikovanje ukrepov, ki bi izhajali tako iz protikoronske zakonodaje kot tudi širše družinske, družbene, izobraževalne in kulturne politike.

Na Inštitutu za socialno varstvo (IRSSV) smo leta 2020, nekaj mesecev po začetku epidemije, izvedli anketno raziskavo, s katero smo si zadali cilj pridobiti relevantne, zanesljive in otrokocentrične podatke o:

1. Blaginji otrok v času epidemije, in sicer na področjih, ki zadevajo:

- duševno zdravje,
- obseg revščine,
- kakovost izobraževanja,
- pogostost in namenskost uporabe IKT,
- preživljanje prostega časa,
- kakovost družinskih in vrstniških odnosov,
- kakovost življenjskega sloga,
- informiranost o epidemiji in
- stališča do ukrepov države.

Vsebinska zasnova raziskave je izhajala iz predpostavke, da so epidemija in z njo javnopolitični odzivi prinesli še ne doživeto družbeno realnost tudi za otroke. Raziskava tako temelji na merjenju učinkov epidemije in odzivov na ukrepe za njihovo zaježitev v časovni perspektivi. Osrednje vprašanje, ki smo si ga zastavili, je bilo, ali se je blaginja otrok med epidemijo kakorkoli spremenila v primerjavi z obdobjem pred njo. Pomembna je torej časovna dimenzija, saj le na takšen način ocenimo, ali se je raven blaginje otrok, ki so jo uživali pred epidemijo, s pojavom le-te poslabšala in če da, na katerih področjih. Cilj raziskave je bil oblikovati smernice za oblikovanje javnih politik, ki zadevajo različna področja blaginje otrok, in s katerimi bi v primeru poslabšanja razmer oblikovali nove in učinkovitejše ukrepe, strategije in programe. Pri tem smo se tudi osredotočili na vprašanje, ali v otroški percepciji blaginje obstajajo razlike glede na demografske ter druge značilnosti. Zanimalo nas je tudi, katere otroke oziroma skupine otrok je prvi val epidemije najbolj prizadel in na kakšen način? V prispevku se podrobneje ukvarjamo zlasti z ugotavljanjem regijskih razlik ranljivosti med otroki in z identifikacijo dejavnikov za pojav teh regijskih razlik. Na podlagi zbranih podatkov smo preverili hipotezo, da je epidemija še bolj poglobila razlike med otroki. Predvidevali smo namreč, da so tiste skupine otrok, ki so že prej veljale za ranljive, v epidemiji postale še bolj glede na ostale skupine otrok.

Kot je znano, so otroci, ki živijo v ekonomsko, socialno in zdravstveno deprivilegiranih okoljih, bolj ranljivi od ostalih skupin otrok. V času različnih vrst kriz, kot na so primer gospodarske ali zdravstvene, pa se njihova ranljivost še bolj pogloblja. OECD (1) izmed dejavnikov, ki prispevajo k ranljivosti otrok v času epidemije, konkretno izpostavi revščino staršev, ki se odraža predvsem v slabih stanovanjskih in drugih materialnih razmerah, pomembnih za blaginjo otrok, kot sta npr. hrana in dostop do informacijske komunikacijske tehnologije. Nadalje izpostavi nizko stopnjo izobrazbe staršev, slabo fizično in duševno zdravje tako otrok kot njihovih staršev, nasilje in zlorabe v družini in tudi odsotnost vsaj ene odgovorne osebe, ki skrbi za otroka. Tako kot velja, da se ranljivost otrok gosti v določenih družinskih okoljih bolj kot v drugih, opazamo, da podobno velja tudi za regije (več o tem v rezultatih). Otroci so v tem pogledu na nepravičen način dvojno prikrajšani, saj ne morejo vplivati na to, v katerih okoljih živijo – bodisi družinskih bodisi lokalnih oziroma regijskih. V prispevku se v nadaljevanju osredotočamo predvsem na nepravične razlike med regijami glede ranljivosti otrok.

V prispevku opredelimo ranljivost na več ravneh in upoštevamo ključne vidike blaginje otrok, ki so bili v času epidemije še posebej pomembni kot na primer psihična obremenjenost, ki se odraža v počutju med poukom, kot tudi počutju nasploh, v zaskrbljenosti glede zdravstvenih in socialnih posledic epidemije, v odnosih v družini in načinih preživljanja prostega časa. Ranljivost otrok smo merili in z *indeksom spremembe ranljivosti otrok (ISRO)*, ki smo ga izračunali z namenom, da bi lahko na pregleden in zgovoren način prikazali ranljivost otrok oziroma spremembo le-te v prvem valu epidemije glede na obdobje pred njo (več o tem v metodologiji). *Indeks spremembe ranljivosti otrok* v svoji kompleksnosti odgovarja na eno naših raziskovalnih vprašanj na jasn in enostaven način, in sicer, ali in kako močno se je spremenila ranljivost otrok med prvim valom epidemije.

Posredovanje informacij s pomočjo indeksov je vse bolj uveljavljen raziskovalni pristop tudi na področju raziskovanja blaginje otrok.

Utemeljeni so na podlagi teoretičnih spoznanj in nudijo kompleksen vpogled to področje, hkrati pa nudijo enostavno sporočilo za politične odločevalce, ki se ukvarjajo z blaginjo otrok. Prav zaradi kompleksnega zajema podatkov, ki so sestavni del indeksov, se povečuje zaupanje v to, da lahko ena vrednost, s katero je blaginja v indeksu ponazorjena, ustrezno predstavlja celotno področje otrokove blaginje ali pa celoten koncept otrokove blaginje (2, 3, 4, 5).

3.7.2 Način raziskovanja

Podatke za analizo smo pridobili iz raziskave »Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa«. Kot smo že uvodoma izpostavili, smo na IRSSV z namenom, da bi izvedeli, kako so otroci doživljali epidemijo novega koronavirusa, v obdobju od konca maja do konca junija 2020 opravili anketo med osnovnošolsko ter srednješolsko populacijo otrok. Raziskavo smo tako izvedli v obdobju, ko so se nekateri vladni ukrepi za zajezitev epidemije počasi začeli sproščati, še vedno pa je določen delež učencev opravljal šolske obveznosti doma, na daljavo. Pridobljeni odgovori, ki so nam jih posredovali otroci, odražajo njihove poglede na življenje v času prvega vala epidemije in nudijo primerjavo z obdobjem pred tem. Otroci so bili namreč v času trajanja raziskave še močno pod vtisi tega, na kakšen način se je na novo organizirana realnost, ki se je spremenila zaradi dožemanja ljudi in ukrepov vlade, zarezala v njihova vsakdanja življenja.

3.7.2.1 Zbiranje podatkov

Raziskava o ranljivosti otrok v času epidemije je bila narejena s pomočjo spletnega vprašalnika, ki smo ga 27. 5. 2020 naslovili na vse osnovne (v nadaljevanju OŠ) in srednje šole (v nadaljevanju SŠ) v Sloveniji (primarne vzorčne enote).²⁷ Na ta način smo pridobili implicitno listo enot učencev in dijakov (sekundarne vzorčne enote). Ker nismo razpolagali s celotnimi sezname vseh enot (učencev in dijakov), smo se obrnili na same šole (ravnatelje in druge odgovorne osebe, ki so jih za izvedbo vprašalnika ravnatelji določili). Za učence in dijake, ki so odgovorili na vprašalnik, smo tako vedeli le, iz katere občine prihajajo in kateri razred obiskujejo, ne pa tudi, iz katere šole prihajajo. Odziva v posamičnih šolah sicer nismo spremljali, smo pa šole v statističnih regijah, ki so imele nižjo stopnjo odziva, naknadno pozvali k reševanju vprašalnika²⁸. Z namenom doseči tudi najbolj ranljive skupine otrok, smo vprašalnike poslali še na nevladne organizacije, ki izvajajo socialnovarstvene programe, namenjene otrokom in mladostnikom in jih podpira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ).

²⁷ Vse šole smo k sodelovanju povabili dvakrat (27. 5. in 2. 6. 2020). Kasneje smo k sodelovanju ponovno povabili samo šole v statističnih regijah z nižjim odzivom (12. 6. 2020 in 17. 6. 2020).

²⁸ 12. 6. 2020 in 17. 6. 2020.

Šolajoči otroci v starosti od 10 do 19 let (od druge triade OŠ dalje) so vprašalnik preko spleta prostovoljno izpolnjevali. Pri pripravi raziskave je sodelovalo resorno ministrstvo, predvsem pri usklajevanju in posvetovanju glede vsebine vprašalnika, vsebino in izvedbo pa je aktivno komentiral tudi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ).

Raziskava je bila zaključena 1. 7. 2020. Na vprašalnik je ustrezno odgovorilo **5.291 učencev in dijakov**.

3.7.2.2 Vzorčni okvir

V vzorčni okvir so bili vključeni učenci druge in tretje triade OŠ ter dijaki SŠ v Sloveniji²⁹. V vzorec niso bili zajeti učenci prve triade OŠ razen tisti, ki so naključno odgovorili na vprašalnik, in učenci. Prav tako niso sodelovali otroci, ki se šolajo doma.

Treba je omeniti, da ne gre za vzorec, ki bi bil reprezentativen za populacijo slovenskih učencev druge in tretje triade OŠ in dijakov SŠ. Na podlagi omejitev s finančnimi viri, namenjenimi raziskavi, ter zaradi kratkega časovnega okvira izvedbe raziskave smo se odločili za drugačen pristop. Naš cilj je bil spričo raziskovalnih omejitev zagotoviti čim večji vzorec oz. vzorec učencev in dijakov, ki bi v danih razmerah kar najbolje odražal populacijo učencev in dijakov. V analizah smo zato vzorec tudi utežili glede na statistične regije in starost (več o tem v nadaljevanju).

3.7.2.3 Opis vzorca

Med anketiranimi otroki in mladostniki³⁰ je bilo več deklic kot dečkov (Ž: 58,1 %; M: 37,6 %; NO³¹: 4,3 %), največ jih je bilo iz podravske regije in najmanj iz Zasavja³², dobra polovica jih je finančno stanje svoje družine ocenila s povprečno oceno³³, več je bilo anketirancev z boljšim učnim uspehom³⁴ in takih, ki prebivajo v hišah³⁵.

Vpogled v značilnosti vzorca nam omogoča vzpostaviti vzporednice tudi s področjem participacije. Značilnosti vzorca so povedne v delu, ki razkriva, katere skupine otrok so v večji meri sodelovale oz. bile pripravljene sodelovati pri tovrstni obliki participacije, ki omogoča, da se sliši njihov glas, kot je na primer izpolnjevanje vprašalnika, na katerega je imel vsak učenec oz. dijak možnost odgovarjati. Vidimo, da s tovrstnimi participativnimi orodji pridobimo mnenja zlasti »pridnih«³⁶ otrok, medtem ko stališča ostalih ostanejo spregledana.

²⁹ Torej vse OŠ in SŠ na nacionalni ravni.

³⁰ Anketiranci po starosti: 2. triada OŠ: 34,3 %; 3. triada OŠ: 27,7 %; SŠ: 38,0 %.

³¹ »Nočem se opredeliti«.

³² Regija bivanja anketirancev: gorenjska: 14,8 %; goriška: 10 %; jugovzhodna: 5,2 %; koroška: 3,9 %; obalno-kraška: 3,8 %; osrednjeslovenska: 12,1 %; podravska: 21 %; pomurska: 8,1 %; posavska: 6,3 %; primorsko-notranjska: 2,3 %; savinjska: 11 %; zasavska: 1,5 %.

³³ Ocena finančnega stanja družin anketirancev: dobro: 35 %; povprečno: 56,3 %; slabo: 8,4 %.

³⁴ Učni uspeh anketirancev: pretežno ocene 1: 0,4 %; pretežno ocene 2: 3,2 %; pretežno ocene 3: 16,6 %; pretežno ocene 4: 33,2 %; pretežno ocene 5: 41,3 %; NO: 4,8 %.

³⁵ Bivališče anketirancev: hiša: 74 %; stanovanje: 22,2 %; drugo: 3,9 %.

Ob tem je povsem na mestu tudi prevpraševanje pravičnosti šolskega sistema oz. mehanizmov participacije otrok, v katerih imajo večje možnosti za izražanje mnenj in stališč o zadevah, pomembnih zanje, predvsem otroci, ki v različnih ozirih veljajo za bolj situirane (glede učnega uspeha, družinskega ozadja ipd.) (6).

3.7.2.4 Uporabljene metode

Za odgovor na v uvodoma zastavljena raziskovalna vprašanja smo podatke oblikovali v indeks spremembe ranljivosti otrok. Ta meri ranljivost oziroma odsotnost le-te na treh nivojih. Pomaga nam razumeti, katerim otrokom se je v času epidemije situacija 1) poslabšala (vrednosti indeksa nad 50), 2) ostala bolj ali manj nespremenjena (vrednosti indeksa 50) ali izboljšala (vrednosti indeksa pod 50).

Izračunali smo ga na podlagi dveh večjih sklopov vprašanj:

- Prvi se nanaša na mladostnikovo doživljanje svojega življenja in življenja bližnjih, kot posledici epidemije.
- Drugi sklop se nanaša na kakovost preživljanja časa v preučevanem obdobju.

Dimenzionalnost teh dveh sklopov spremenljivk smo preverili s faktorsko analizo kot podlago za izračun dimenzij in indeksa ranljivosti.

Prvi sklop: otrokovo doživljanje svojega življenja in življenja bližnjih

V faktorsko analizo (glej Tabelo 3.7.1) smo vključili sprva 15 spremenljivk, vendar smo dve zaradi nizkih komunalitet (pod 0,2) izločili. Izluščili so se štiri faktorji s 43,5 % pojasnjene variabilnosti. Zaradi lažje interpretacije smo naredili še pravokotno rotacijo faktorjev. Prvi faktor pojasnjuje pet spremenljivk, ki se nanašajo na zaskrbljenost zaradi socialnih in zdravstvenih posledic ob pojavu epidemije. Na drugem faktorju imajo štiri spremenljivke visoke faktorske uteži in se nanašajo na psihološki odziv na epidemijo. Tretji faktor opisujeta dve spremenljivki, ki se nanašata na počutje v času epidemije. Zadnji faktor opisujeta dve spremenljivki in se nanaša na zaskrbljenost zaradi šole.

Tabela 3.7.1: Faktorska analiza za prvi sklop vprašanj, vključenih v indeks spremembe ranljivosti otrok

	Faktorske uteži			
	Zaskrbljenost zaradi socialnih in zdravstvenih posledic epidemije	Psihološki odziv na epidemijo	Počutje	Zaskrbljenost zaradi šole
Q7b Primerjaj življenje pred in m: ... glede zdravja staršev ali skrbnikov.	0,84	-0,15	-0,03	0,00
Q7c Primerjaj življenje pred in m: ... glede zdravja babic in dedkov.	0,81	-0,03	-0,04	-0,03
Q7a Primerjaj življenje pred in m: ... glede tvojega zdravja.	0,57	-0,24	-0,01	0,15
Q7e Primerjaj življenje pred in m: ... glede možnosti preživljanja poletnih počitnic.	0,46	0,01	-0,08	0,13
Q7g Primerjaj življenje pred in m: ... glede izgube zaposlitve staršev ali skrbnikov.	0,41	-0,08	-0,12	0,17
Q5 Zaradi novega koronavirusa sem bil/-a zelo zaskrbljen/-a. Zaradi novega koronavirusa sploh nisem bil/-a zaskrbljen/-a.	-0,10	0,81	0,15	-0,15
Q4 Novega koronavirusa me je bilo zelo strah/Novega koronavirusa me sploh ni bilo strah.	-0,10	0,80	0,05	-0,09
Q6 Zaradi novega koronavirusa sem se počutil/-a nemočno. Novemu koronavirusu sem se lahko zoperstavil/-a.	-0,11	0,55	0,27	-0,07
Q3 Na novi koronavirus sem stalno mislil/-a. Na novi koronavirus nisem nikoli pomislil/-a.	-0,09	0,49	0,12	-0,09
Q8 Zaradi novega koronavirusa sem bil/-a zelo slabe volje. Zaradi novega koronavirusa bil/-a zelo dobre volje	-0,07	0,33	0,63	-0,10
Q2 Kako všeč ti je bilo tvoje življenje v času epidemije v primerjavi z življenjem pred epidemijo?	-0,09	0,09	0,41	-0,19
Q7d Primerjaj življenje pred in m: ... glede tvojega šolanja.	0,22	-0,10	-0,14	0,58
Q11_REK Kako zaskrbljen/-a si bil/-a, da v šoli zaradi epidemije ne bi predelali predpisane učne snovi?	0,04	-0,22	-0,21	0,37

Vir: Raziskava Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa (2020).

Kot že navedeno, sta bili dve spremenljivki zaradi nizkih komunalitet izločeni. To pomeni, da sta imeli zelo nizko ali ničelno korelacijo s preostalimi spremenljivkami, vključenimi v faktorsko analizo. Gre za naslednji spremenljivki:

- Ali so bili odnosi med epidemijo v tvoji družini slabši, enaki ali boljši kot pred epidemijo?
- Primerjaj življenje pred in med epidemijo: ... glede pomanjkanja časa zase (to je čas, ko si brez nadzora staršev).

Prvo spremenljivko smo nadalje vključili v faktorsko analizo drugega sklopa, saj se vsebinsko povezuje s preživljanjem prostega časa z družino, kar se odraža tudi v korelaciji. Drugo spremenljivko smo izločili iz nadaljnje analize.

Drugi sklop: kakovost preživljanja prostega časa

V faktorško analizo (glej Tabelo 3.7.2) smo vključili 14 spremenljivk, eno pa smo morali izločiti, ker vsebinsko (glede na komunalitete) ni spadala nikamor (gre za spremenljivko »pomanjkanje časa zase«). Na podlagi diagrama lastnih vrednosti smo določili pet faktorjev, ki skupaj pojasnijo zgolj 30,5 % variance spremenljivk. Razlog za tako nizek delež je verjetno povezan z obsegom časa, ki ga otrok nameni izvajanju določene aktivnosti (anketni vprašalnik tega vidika ni zajel). Otrok na primer lahko preživlja čas samo v okviru ene dejavnosti (na primer računalniške igrice), in tej posveti veliko količino svojega časa. Na drugi strani pa lahko anketirani navaja, da je tri dejavnosti izvajal pogosteje, vendar je obseg časa, ki ga je za to porabil lahko manjši kot če bi izvajal le eno.

Prvi faktor se nanaša na aktivno uporabo informacijsko komunikacijske tehnologije (IKT), kot je brskanje po internetu, družbena omrežja, telefoniranje in izvajanje videoklicev. Drugi faktor se nanaša na preživljanja prostega časa v naravi in ukvarjanje s športom. Tretji se nanaša na kulturni vidik preživljanja časa, kot je branje knjig in umetniško ustvarjanje. Četrti faktor se nanaša na preživljanje časa z družino, zadnji pa na pasivno uporabo IKT, kot so računalniške igrice, gledanje TV ali videoposnetkov prek interneta.

Tabela 3.7.2: Faktorska analiza za drugi sklop vprašanj, vključenih v indeks spremembe ranljivosti otrok.

	Faktor				
	Aktivna uporaba IKT	Narava in šport	Kultura	Družina	Pasivna uporaba IKT
Q18c_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... brskal/-a po internetu.	0,53	-0,07	-0,03	0,01	0,25
Q18b_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... uporabljal/-a družbena omrežja (npr. Instagram, Facebook, Tik Tok).	0,51	0,04	-0,24	-0,03	0,02
Q18f_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... pogovarjal/-a po telefonu.	0,42	0,09	0,03	0,06	0,05
Q18g_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... uporabljal/-a videoklic (npr. Zoom, Skype, Whatsapp).	0,37	0,02	0,11	0,06	-0,01
Q18k_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... ukvarjal/-a s športom.	0,03	0,63	0,10	0,10	-0,08
Q18l_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... preživljal/-a čas v naravi.	0,06	0,61	0,14	0,20	-0,04
Q18m_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... bral/-a knjige.	-0,07	0,08	0,65	0,08	0,02
Q18n_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... umetniško ustvarjal/-a (npr. risal/-a, slikal/-a, igral/-a glasbene instrumente, pisal/-a).	0,03	0,15	0,48	0,12	-0,01
Q18i_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... družil/-a z družinskimi člani.	0,09	0,09	0,12	0,68	0,12
Q18h_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... pomagal/-a pri gospodinjskih opravilih.	0,11	0,18	0,16	0,37	-0,01
Q16 Ali so bili odnosi med epidemijo v tvoji družini slabši, enaki ali boljši kot pred epidemijo?	-0,03	0,04	0,01	0,32	-0,03
Q18d_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... igral/-a računalniške igrice.	-0,02	-0,08	-0,05	-0,04	0,57
Q18a_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... gledal/-a videoposnetke na internetu (npr. Youtube).	0,44	-0,03	-0,10	-0,03	0,45
Q18e_REK Kako pogosto si počel/-a naš: ... gledal/-a TV.	0,15	-0,01	0,09	0,07	0,30

Vir: Raziskava Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa (2020).

Izločili smo spremenljivko, ki se nanaša na pogostost prehranjevanja z nezdravo hrano.

V naslednjem koraku smo naredili faktorsko analizo drugega reda (glej Tabelo 3.7.3), v katero smo vključili dimenzije, pridobljene iz obeh faktorskih analiz, da bi ugotovili, če je možno katere od njih združiti. Izkaže se, da gre za tri faktorje, ki sicer pojasnijo zgolj 31 % variance, kar kaže na nizko koreliranost dimenzij. Prvi faktor, na katerem imajo vse dimenzije iz prve faktorske analize visoke uteži, se nanaša na *psihično obremenjenost otroka*. Odraža njegovo zaskrbljenost na epidemiološko situacijo, zaskrbljenost za sebe in bližnje. Drugi faktor se nanaša na preživljanje časa v naravi in z družino ter ukvarjanje s športom. Poimenovali smo ga odsotnost *socialno-kulturne pasivnosti*. Zadnji faktor se nanaša na *uporabo IKT*.

Tabela 3.7.3: Faktorska analiza drugega reda.

	Faktor		
	Psihična obremenjenost	Socialno-kulturna pasivnost	Uporaba IKT
DIM_A4_100 zaskrbljenost zaradi šole	0,69	0,02	-0,06
DIM_A1_100 zaskrbljenost glede socialnih in zdravstvenih posledic epidemije	0,65	0,08	0,16
DIM_A2_100 psihološki odziv na epidemijo	0,48	0,04	0,01
DIM_A3_100 počutje	0,44	-0,04	0,01
DIM_B2_100 narava in šport	-0,07	0,53	-0,03
DIM_B4_100 družina	0,03	0,48	0,13
DIM_B3_100 kultura	0,09	0,46	-0,06
DIM_B1_100 aktivna uporaba IKT	0,07	0,10	0,59
DIM_B5_100 pasivna uporaba IKT	0,00	-0,08	0,56

Vir: Raziskava Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa (2020).

Zaradi različnih merskih lestvic smo za potrebe računanja dimenzij vse lestvice ustrezno obrnili, tako da so višje vrednosti pomenile višjo stopnjo ranljivosti, nato pa smo jih še transformirali na lestvico od 0 do 100.

Na koncu smo indekse spremembe ranljivosti izračunali kot povprečje dimenzij z visokimi utežni znotraj posameznega faktorja (glej Tabelo 3.7.4). Ker dimenzije *aktivna uporaba IKT* nismo mogli ovrednotiti kot pozitivno ali negativno, saj je na primer uporaba interneta ali Zooma za šolo lahko pozitivna, v nekaterih drugih situacija pa negativna, smo to dimenzijo iz izračuna indeksa izločili (upoštevali smo samo pasivno uporabo IKT). Izračunali smo tudi krovni indeks ranljivosti. Krovni indeks je tako sestavljen iz treh podpodročij: a) psihična obremenjenost; b) socialno-kulturna pasivnost; c) aktivnosti, ki vodijo v odvisnost oz. pasivnost (glej Tabelo 3.7.4).

Tabela 3.7.4: Sestava indeksa spremembe ranljivosti.

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon
INDEKS1 Psihična obremenjenost	4.343	2,50	100	53,49	16,70
INDEKS2 Socialno - kulturna pasivnost	4.337	0,00	100	38,00	18,27
INDEKS3 Aktivnosti, ki vodijo v odvisnost oz. odtujenost	4.327	0,00	100	65,81	31,21
INDEKS_T Indeks ranljivosti (ISRO)	4.343	12,50	87,5	52,41	8,62

Vir: Raziskava Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa (2020).

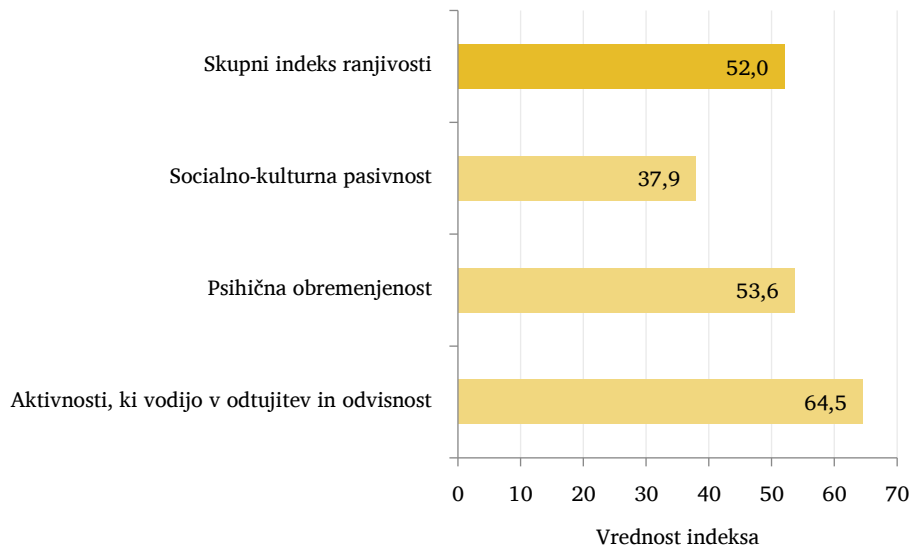
3.7.3 Rezultati

Rezultati raziskave so pokazali, da se je ranljivost anketiranih otrok v povprečju le malenkostno povečala (**ISRO = 52,0**). Morebiti je takšen rezultat posledica dejstva, da je izredna situacija trajala šele dobra dva meseca, ukrepi pa so se v času raziskave že začeli sproščati (glej Sliko 3.7.1). Večini otrok (58,7 %) se ranljivost v času epidemije ni spremenila, petina med njimi (19,5 %) je postala bolj ranljiva, nekoliko večji delež (21,8 %) pa jih je ocenil, da so živeli celo bolje³⁶.

Predpostavljali smo, da se bo psihična obremenjenost v povprečju bolj povečala, kot to potrjuje naša raziskava, saj je veliko nevladnih organizacij opozarjalo na poslabšanje duševnega zdravja otrok v tem obdobju. Eden takšnih primerov je povečano število klicev na kontaktno številko TOM telefona (ZPMS 7), ki so pokazali na porast duševnih stisk med otroki v času prvega vala epidemije. Ena od možnih razlag, zakaj naša raziskava ni zaznala teh stisk otrok in njihove psihične obremenjenosti je, da se je psihološki element močneje odražal pri skupinah otrok in mladostnikov, ki so že tako ranljivi, medtem ko splošna populacija otrok na tem področju ni doživljala večjih pretresov. Najbolj se je povečala ranljivost otrok pri dejavnostih, ki vodijo v odtujitev in odvisnost (npr. gledanje televizije in videoposnetkov na Youtube itd. ter igranje računalniških igrice). Na drugi strani pa se je celo zmanjšala socialno-kulturna pasivnost (ISRO = 37,9). Otroci in mladostniki so se namreč med epidemijo pogosteje ukvarjali s športom, preživeli več časa v naravi, brali knjige in umetniško ustvarjali³⁷. Ta vidik blaginje otrok je torej prispeval, da skupen indeks sprememb ranljivosti otrok ostal na podobni ravni. Če ga ne bi upoštevali in bi v izračun indeksa vzeli le dve področji, bi le-ta pokazal na bistveno večje poslabšanje stanja. Vrednost skupnega indeksa bi namreč znašala **59,1 točke**, kar pomeni večjo psihično obremenjenost otrok in pogostejše aktivnosti, ki vodijo v odtujitev in odvisnost.

³⁶ Podatek o deležu (ne)ranljivih otrok smo pridobili s pomočjo metode segmentacije; rezultati omenjene metode so podrobneje razloženi in predstavljeni v končnem poročilu (8), medtem ko se v prispevku ukvarjamo zgolj z analizo indeksa spremembe ranljivosti otrok (ISRO).

³⁷ Rezultati glede gibanja in izletov v naravo kažejo pozitivno sliko, saj je kar 57 % anketiranih otrok odgovorilo, da so v času epidemije pogosteje kot prej preživljali čas v naravi, prav tako se jih je 41 % opredelilo, da so se pogosteje ukvarjali s športom. So pa na drugi strani zaskrbljujoči podatki glede prehranjevalnih navad med epidemijo. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da je 15 % otrok odgovorilo, da so v tem relativno kratkem obdobju pogosteje uživali nezdravo hrano (kot je npr. pizza, pomfrit, hamburger, sladkarije).



Vir: Raziskava Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa (2020).

Slika 3.7.1: Indeks spremembe ranljivosti otrok (ISRO) po posameznih področjih ranljivosti.

Z multiplo linearno regresijo smo preverili, kateri dejavniki so prispevali k povečanju ISRO. Rezultati analize, ki smo jo opravili ločeno za 2., in 3. triado OŠ ter SŠ (glej Tabelo 3.7.5), v določeni meri potrjujejo, da se je tistim skupinam otrok, ki so bile ranljive že pred epidemijo, najbolj povečala ranljivost, kar je povzročilo še večjo vrzel med ostalimi skupinami otrok. Gre za sledeče skupine otrok:

- Spol: fantje³⁸ so bili med epidemijo bolj ranljivi (velja za 2. in 3. triado in srednjo šolo).
- Ocena finančnega položaja: bolje kot so otroci ocenili finančni položaj svoje družine, manj so bili ranljivi (velja za 2. in 3. triado in za srednjo šolo),
- Življenje v bloku: otroci, ki so navajali, da živijo v bloku, so bili upoštevajoč splošen indeks ranljivosti v času epidemije bolj ranljivi (vpliv tega dejavnika zopet velja le za 3. triado, ne pa tudi za preostali starostni skupini otrok).

³⁸ Po podatkih RIBO so dekleta tista z višjo blaginjo v primerjavi s fanti.

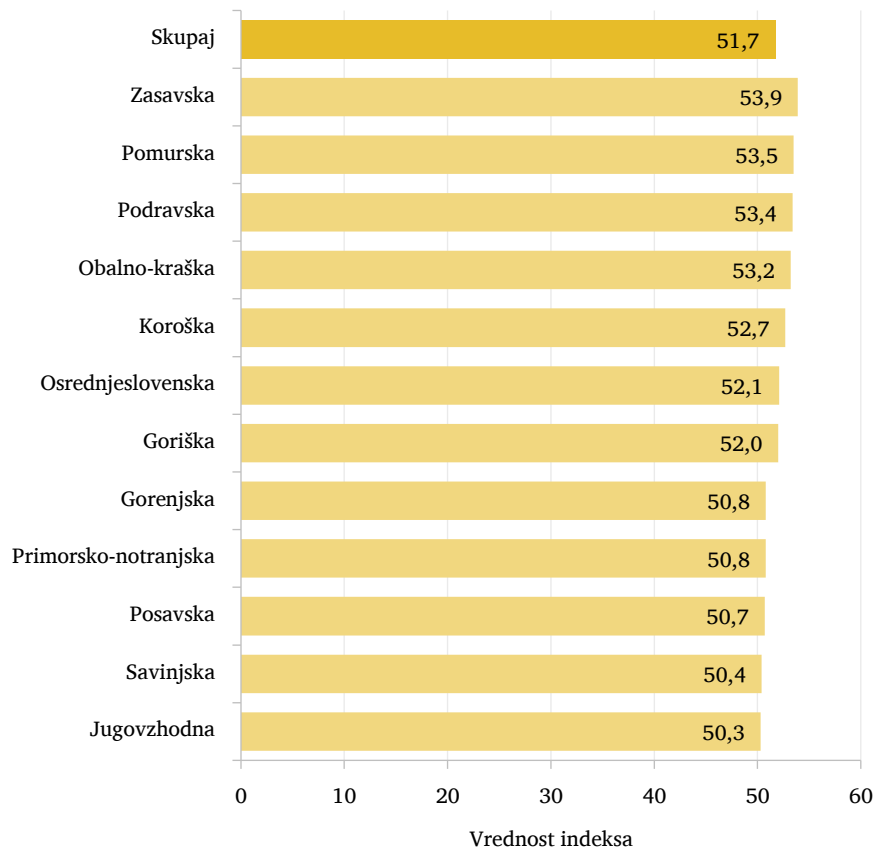
Tabela 3.7.5: Izračuni linearne regresije.

	Druga triada		Tretja triada		Srednja šola	
	beta	p	beta	p	beta	p
Konstanta	47,92	0	48,15	0	54,07	0
Spol fant	3,97	0	3,59	0	1,6	0,01
Pomisli na stanje pred epidemijo. Kaj meniš, kako dobro je šlo denarno tvoji družini?	-0,84	0,03	-1,13	0,005	-0,67	0,037
Živi v večjem mestu (LJ ali MB)	4,73	0	1,3	0,281	-0,96	0,228
Živi na vasi	-0,69	0,419	0,53	0,526	-0,94	0,188
Živi v bloku	0,74	0,44	2,3	0,015	0,93	0,218
Q48 Katerih ocen si imel/-a v lanskem šolskem letu največ?	0,61	0,221	0,99	0,019	0,11	0,734
Q12 Koliko časa si porabil/-a za šolske obveznosti v času epidemije?	1,18	0,004	0,83	0,042	1,05	0,002
Q20 Kako ocenjuješ, da si bil/-a seznanjen/-a z novim koronavirusom?	-0,43	0,233	-0,81	0,051	-0,76	0,024
zaupanje_1 Zaupanje v družbene institucije	-0,89	0,125	-0,25	0,66	-0,32	0,475
zaupanje_2 Zaupanje v politične institucije	0,32	0,557	-0,15	0,787	0,12	0,807

Vir: Raziskava Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa (2020).

Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na statistične regije

Rezultati so pokazali, da ne obstajajo velike razlike med statističnimi regijami glede ranljivosti otrok (glej Sliko 3.7.2). Ranljivost otrok je v savinjski regiji in jugovzhodni regiji ostala na enaki ravni kot prej, kar lahko razumemo kot »enako dobro« oziroma »kot enako slabo«. V tem primeru gre pri savinjski regiji za »enako (srednje) dobro«, pri jugovzhodni pa za »enako (srednje) slabo, saj velja savinjska regija za področje, kjer je raven blaginje otrok nadpovprečna, na drugi strani pa jugovzhodna regija za področje, kjer je podpovprečna (vir: regijski indeks blaginje otrok RIBO 9). Drugod se je ranljivost nekoliko povečala, in sicer **največ v zasavski regiji (ISRO = 53,9)**. V regijah, kjer je po RIBO-u najnižja stopnja blaginje (pomurska, podravska, obalno-kraška, koroška, zasavska), se je ranljivost povečala v največji meri (zasavska, rang: 12; pomurska, rang: 11; obalno-kraška, rang: 10 in podravska, rang: 8 in koroška, rang: 7). Rezultati potrjujejo našo domnevo glede psihične obremenjenosti otrok, kjer razlagamo, da naj bi se ranljivost otrok povečala pri že tako ranljivih skupinah otrok (z izjemo jugovzhodne regije, ki po RIBO zaseda 9. mesto in bi se morala po naših izračunih indeksa spremembe ranljivosti otrok umestiti v skupino najranljivejših statističnih regij).



Vir: Raziskava Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa (2020).

Slika 3.7.2: Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na statistične regije.

Podrobnejši pregled sestave skupnega indeksa nam pove, zakaj je jugovzhodna regija kot izjema med regijami sicer nizko blaginjo otrok uvrščena tako visoko med tiste regije, na katere je imela epidemija najmanj vpliva (glej Sliko 3.7.3). Odgovor je povezan z uspešnim varovanjem blaginje otrok na področju aktivnosti, ki vodijo v odvisnost in odtujitev. Gre za podpodročje indeksa spremembe ranljivosti, kjer za jugovzhodno regijo velja, da se skorajda ni spremenila glede na obdobje pred epidemijo, hkrati pa velja upoštevati, da ima ta regija tudi nasploh nižjo stopnjo rabe IKT (RIBO). Področje rabe IKT (oziroma varne uporabe IKT – torej prekomerne rabe interneta, slabega počutja zaradi nedostopnosti interneta, izgube občutka za čas ob uporabi e-naprav) je tisti element, ki jugovzhodno regijo loči od drugih regij z nizko blaginjo otrok. Po podatkih RIBO namreč za vse regije z nizko stopnjo blaginje otrok velja, da na tem področju nazadujejo za ostalimi regijami. Za jugovzhodno regijo pa, zanimivo, drži, da se z rezultati na tem področju umešča med regije z nadpovprečno stopnjo blaginje. V času epidemije se je trend le še okrepil, kar nas ponovno napeljuje k potrditvi hipoteze, da so bili v času prvega vala epidemije bolj ranljivi tisti, ki so že pred tem veljali za ranljive.

Izjema pri potrjevanju teze o poglobljanju razlik med skupinami (v tem primeru med statističnimi regijami anketiranih otrok) je osrednjeslovenska regija. Tej regiji se je položaj na področju rabe IKT občutno poslabšal, čeprav pred epidemijo na tem področju ni beležila slabih rezultatov. Zdi se, da bi morali v tem primeru odgovore iskati v življenjskih stikih otrok in načinih soočanja s kriznimi situacijami (več o tem glej v zaključnem poročilu (8)).

	ISRO		Podindeksi ranljivosti									
	ISRO	Rang	ISRO psih.		Rang	ISRO Soc-kul. pas.		Rang	ISRO Odv., odtujitev		Rang	
			ISRO psih.	Rang		ISRO Soc-kul. pas.	Rang		ISRO Odv., odtujitev	Rang		
Jugovzhodna		50,3	1		53,5	5		36,9	4		60,5	1
Savinjska		50,4	2		52,5	3		37,2	5		61,6	2
Posavska		50,7	3		50,4	1		39,2	8		62,5	3
Gorenjska		50,8	4		51,9	2		36,4	3		64,1	7
Primorsko-notranjska		51,7	5		54,1	8		36,4	2		64,7	8
Povprečje		52			53,6			37,9			64,5	
Goriška		52	6		53,9	7		39,4	9		62,8	4
Osrednjeslovenska		52,1	7		52,9	4		37,6	7		66	10
Koroška		52,7	8		55,7	11		35,8	1		66,7	11
Obalno-kraška		53,2	9		53,9	6		42,1	12		63,5	5
Podravska		53,4	10		55,2	10		37,3	6		67,7	12
Pomurska		53,5	11		55,1	9		40,7	10		64,7	9
Zasavska		53,9	12		56,1	12		41,5	11		64,1	6

Vir: Raziskava Vsakdanje življenje otrok v času epidemije novega koronavirusa (2020).

Slika 3.7.3: Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na podindekse ranljivosti in range po statističnih regijah.

Hipoteza, da so se razlike v blaginji med skupinami otrok v času epidemije še poglobile, se je izkazala za pravilno na nivoju statističnih regij (v končnem poročilu smo se s preverjanjem hipoteze podrobneje ukvarjali še glede na dohodek in spol, kjer so se naša predvidevanja potrdila (8). Zelo verjetno se je neenakost med otroki še izraziteje pokazala v drugem valu epidemije, saj v prvem valu velikih razlik med skupinami otrok ni bilo, če upoštevamo splošni indeks spremembe ranljivosti otrok.

Prav zaradi majhnih razlik, ki so se pokazale med skupinami otrok, se zdi, da je treba pri interpretaciji rezultatov pozornost usmeriti v analizo življenjskega sloga oziroma preživljanja prostega časa (medtem ko domnevamo, da so imele strukturne determinante večjo vlogo pri določanju ranljivosti otrok v drugem valu epidemije, ki je po mnenju številnih strokovnjakov imel hujše posledice za družbo in gospodarstvo glede na prvi val (izrazito slabša epidemiološka slika, daljše obdobje trajanja strogih ukrepov za zajezitev virusa ipd.). K temu nas napeljuje tudi dejstvo, da se je v prvem valu epidemije najbolj poslabšala blaginja otrok, ki se nanaša na rabo IKT. Na tem področju je bila sprememba ranljivosti (v negativnem smislu) namreč najbolj očitna. Izkazalo se je, da so v prvem valu epidemije na tem področju postale ranljivejše tiste skupine otrok, ki so že pred sprejetimi ukrepi za zajezitev koronavirusa veljale za bolj ranljive (npr. otroci, ki živijo v zasavski statistični regiji).

3.7.4 Zaključek

Ob površnem preletu rezultatov naše raziskave bi lahko na hitro zamahnili z roko in ugotovili, da se med prvim valom epidemije za otroke ni veliko spremenilo na področju blaginje. To dokazuje tudi indeks sprememb ranljivosti otrok (ISRO), ki smo ga na podlagi skrbno izbranih področij in kazalnikov izračunali. Vendar pa je podrobnejša analiza pokazala, da je bilo med prvim valom epidemije kar nekaj skupin otrok, ki se jim je blaginja oziroma posamezna področja blaginje poslabšala.

To predvsem velja za področje IKT, točneje za negativne vidike uporabe IKT oziroma povečanje aktivnosti, ki vodijo v odtujenost in odvisnost. Na tem mestu lahko izpostavimo še področje duševnega zdravja oz. psihološke obremenjenosti, kjer se je ranljivost prav tako povečala. Po drugi strani je imela epidemija tudi nekatere pozitivne učinke na blaginjo otrok, saj se je ranljivost otrok na področju aktivnosti, ki lahko vodijo v kulturno in socialno pasivnost, izboljšala.

Skupine otrok, za katere lahko trdimo, da so bile med epidemijo bolj ranljive, so torej tiste, pri katerih beležimo povečanje ranljivosti na treh področjih ISRO (še posebej na področjih, kjer beležimo največje negativne spremembe). Analiza ranljivosti otrok glede na regijo je pokazala na majhne razlike med regijami. Vseeno izpostavimo zasavsko regijo, kjer se je večja ranljivost pokazala v vseh treh vidikih, posledično je bilo tudi zaznati večji delež ranljivih otrok kot v ostalih regijah. Poleg omenjenih otrok opozarjamo na povečanje ranljivosti otrok iz nekaterih drugih regij (obalno-kraška, pomurska, podravska in koroška).

Ena izmed pomembnih ugotovitev raziskave je, da se je največje poslabšanje ranljivosti otrok zgodilo med tistimi, ki so bili bolj ranljivi že pred epidemijo, kar smo pokazali z analizo drugih dostopnih podatkov. To pomeni, da se je tem skupinam najbolj povečala ranljivost, a da so bile hkrati ranljive že prej, s čimer se je povečala vrzel med različnimi skupinami otrok in ravnjo njihove ranljivosti med prvim valom epidemije. Razlog za večjo ranljivost teh skupin otrok lahko iščemo v kombinaciji socialno-ekonomskih značilnosti in življenjskega sloga, ki so neločljivo povezani (kar v določeni meri potrjujejo tudi izračuni linearne regresije).

Kot smo predstavili v tem članku, je merjenje blaginje otrok med epidemijo zelo kompleksno, dejavniki, ki prispevajo k spremembi v ranljivosti otrok pa so raznovrstni in še zdaleč ne enoznačni. Tu velja opozoriti še na starostno heterogenost vzorca otrok, vključenih v raziskavo: vsakdanje življenje otrok iz prve triade osnovne šole in dejavniki, ki vplivajo nanj, se na primer precej razlikujejo od življenja maturantov in dejavnikov, ki vplivajo na njihovo doživljanje sprememb vsakdanjega življenja med epidemijo. Tudi zato smo pri opredelitvi dejavnikov, le-te opredeljevali ločeno po treh starostnih skupinah. Te razlike bi veljalo upoštevati tudi pri oblikovanju ukrepov.

Že samo dejstvo, da smo pri zasnovi raziskave izhajali iz koncepta blaginje otrok, kjer blaginje otrok ne razumemo enodimenzionalno, ampak kot kompleksen preplet različnih družbenih področij in otroških svetov, je prineslo tehtanje o obsežnosti vprašalnika in števila tem, ki smo jih želeli nasloviti. Ker nismo želeli, da bi bil vprašalnik predolg (saj bi s tem dodatno obremenili otroke), hkrati pa nismo želeli kakšne pomembne teme »spregledati«, je rezultat kompromis, kjer smo v vprašalnik umestili relativno veliko različnih tem, a jih

nismo obravnavali nadvse poglobljeno. Morda je tudi to ena od slabosti raziskave, ki mestoma vpliva tudi na (ne)moč interpretacije (v tem primeru nemoč interpretacije razlik v indeksu spremembe ranljivosti med regijami). Ne glede na to pa rezultati omogočajo poglobljen in otrokocentričen vpogled v razumevanje in odzivanje otrok na novo družbeno realnost, ki jo je epidemija nedvomno prinesla, kot tudi podlago za na dokazih temelječe oblikovanje javnih politik.

3.7.5 Literatura

1. OECD, Tackling coronavirus (COVID 19): contributing to a global effort. Combatting COVID-19's effect on children [Internet]. [citirano 4. novembra 2020]. Dostopno na: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132643-m91j2scsyh&title=Combatting-COVID-19-s-effect-on-children.
2. UNICEF, Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-Being in Rich Countries. Innocenti Report Card 7 [Internet]. [citirano 2. novembra 2020]. Dostopno na: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf.
3. OECD, Handbook on Constructing Composite Indicators. Methodology and user guide [Internet]. [citirano 2. novembra 2020]. Dostopno na: <https://www.oecd.org/sdd/42495745.pdf>.
4. O'Hare, W. P. in Gutierrez, F. The Use of Domains in Constructing a Comprehensive Composite Index of Child Well-Being. *Child Indic Res*, 2012. doi: 10.1007/s12187-012-9138-6.
5. Boljka, U., Nagode, M., Narat, T.,. Indeks blaginje otrok. Vsebinski izzivi, metode in uporabnost [Internet]. [citirano 2. novembra 2020]. Dostopno na: <https://ibo.irssv.si/IRSSV-indeks-blaginje-otrok-publikacija.pdf>.
6. Boljka, U., Narat, T., Rosič, J. Who calls the shots? The insiders and outsiders of (un)just participation in Slovenian elementary schools. *Šol Polje*, 2020. doi: 10.32320/1581-6044.31(3-4)81-106.
7. ZPMS, TOM telefon. Dostopano 15. oktober 2020 prek: <https://www.zpms.si/>
8. Boljka, U., Narat, T., Rosič, J., Škafar, M., Nagode, M., Vsakdanje življenje otrok v času epidemije covid 19. Dostopano 15. oktober 2020 prek: https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/fulldisplay?docid=lirias3394873&context=SearchWebhook&vid=32KUL_KUL:Lirias&lang=en&search_scope=lirias_profile&adaptor=SearchWebhook&tab=LIRIAS&query=any,contains,lirias3394873.
9. RIBO, (regijski indeks blaginje otrok [Internet]. [citirano 5. novembra 2020]. Dostopno na: <http://ribo.ipta.si/>.

STVARNO KAZALO

A

Alkohol 17, 35–42, 45–53, 57, 61, 71, 80–82, 104, 105, 128–133, 137, 148, 179–197

Alkoholna bolezen jeter 47, 180

Breme smrti zaradi alkohola 46

Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola 46, 47

Opijanje 52

Pitje alkoholnih pijač 35, 38, 39, 192

Raba alkohola 45, 46, 184, 197

Umrljivosti zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov 48, 51

Alkoholna politika 179, 185, 189

Delavnica za krepitev medosebnih odnosov 196

Deset področij ukrepanja celovite alkoholne politike 186

Destigmatizacija 195

Detabuizacija 195

Ekonomsko breme zaradi alkohola 184

Informiranje in osveščanje 195

Kratko svetovanje 195

Medsektorski interdisciplinarni pristop 194, 195

MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola 186

Pivske navade 180, 182

Ponudba alkoholnih pijač 188

Program Take care 180, 181, 189, 194

Raziskava ATADD – Nacionalna raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah 180

Registrirana poraba čistega alkohola 181, 182

SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do alkohola 180, 181, 188, 194–196

Učinkoviti ukrepi alkoholne politike 188

Ustrezno poročanje o alkoholni problematiki v medijih 196

Zakon o omejevanju porabe alkohola 186,189

Zakon o medijih 187

Zakon o varnosti cestnega prometa 187

Zakon o varnosti in zdravju pri delu 187

B

Blaginja otrok 169, 174, 175, 220, 231

C

Covid-19 140, 143, 147, 152, 155, 203

Č

Čakalne vrste 115, 121, 146, 155

D

Dejavniki tveganja 13, 32, 46, 56, 57, 61, 71, 80, 82

Dostopnost do rehabilitacije 105

Kajenje 17, 20, 23, 24, 32, 35, 39, 61, 71, 80–82

Pitje alkohola 45, 129, 182, 187, 195

Prehrana 65, 71, 80–82, 105, 121

Telesna dejavnost 57, 58, 60, 65, 80, 180

Nezdrav življenjski slog 81

Okužba s *Helicobacter pylori* 81

Reproduktivni dejavniki 83

Depresivna motnja 208, 209, 215

Dolgotrajna oskrba 110, 111, 121, 122, 161, 166, 167

Dostopnost 33, 81, 95, 105, 110, 121, 138, 146, 154, 168, 176, 179, 187, 206

Duševno zdravje 13, 39, 195, 209, 212, 215, 219, 220

E

Evropski steber socialnih pravic 110, 122

I

IKT 171, 175, 219, 225, 226, 230–232

Incidenca 70, 71, 74, 77, 80–82, 84, 106, 118

Indeks 15, 24, 48, 50, 81, 94, 97, 103, 120, 161, 169, 171–173, 175, 176, 220, 223–232

Izdatki za dolgotrajno oskrbo 110, 111, 118–121, 158

Izobrazba 13–19, 23, 25–31, 33, 47–51, 56, 62–64, 71–73, 75–79, 81, 88–90, 94, 96, 102–106, 114, 115, 117, 162, 166

Izobrazbena vrzel 17, 20, 81

J

Javnozdravstveni problem 84, 86

K

Kajenje tobaka 35, 39, 80

Komorbidnost 106

Koronavirus 147, 150, 153, 219, 221, 224–231

M

Marmotovo poročilo 18

Mere neenakosti 14, 15, 36, 48, 59, 87, 94, 103

PAF (*angl.* Population Attributable Fraction) 14, 15, 36, 39, 48, 50, 59, 70, 72–76, 78, 79, 81, 87, 90, 94, 97, 103

RII (*angl.* Relative Index of Inequality) 15, 48, 50, 94, 97, 103–105, 110, 159, 165

SII (*angl.* Slope Index of Inequality) 15, 48, 50, 94, 97, 103

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti 172, 221, 245

Mladostniki 35, 36, 39, 40–42, 128, 130, 182, 183, 190, 191, 227

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC) 35, 180

N

Neenakosti v zdravju 17, 35, 41, 53, 56, 70, 110, 113, 122, 125, 126, 135, 153, 160, 162, 194, 195, 197, 206

Neformalna oskrba 161

Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi 111–115

Nezgodna 102–104

Padec 104, 147, 148

Nosečnost 23–33

Nizka porodna teža 23, 24, 30

Prezgodnji porod 23, 24, 30, 33

O

Odvisnost 17, 45, 57, 70, 131, 158, 161, 180, 181, 186, 189, 190, 194, 197

Osnovna dnevna opravila (ADL) 111

Otroci 24, 32, 40, 41, 128, 130, 131, 152, 169, 170, 172, 174, 175, 219, 220, 221–223, 227, 228, 231

P

Pandemija 140, 152–154, 155, 201, 206, 216

Pasivnost 226, 227, 228, 232

Podporna dnevna opravila (IADL) 111

Pomoč na domu 115

Poškodba 45, 102–104, 106

Prezgodnja umrljivost 15, 17, 20

Pričakovano trajanje življenja 13, 18–20, 61, 118, 171

Psihična obremenjenost 220, 226 –228

p-vrednost 102

R

Rak 15, 52, 60, 70–84

Maligni melanom kože 73, 79, 83

Pljučni rak 70, 73, 74, 80

Rak dojke 73, 78, 80, 82

Raki glave in vratu 76, 82

Register raka Republike Slovenije 72–79

Vsi maligni raki 73, 80

Želodčni rak 70, 75, 76, 81

Ranljivost 64, 125, 129, 131–133, 137, 141, 143, 220, 223, 227–229, 232

Raziskava EHIS – Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu 13, 14, 88, 90

Regije 45, 143, 147, 150, 153, 174, 175, 182, 184, 220, 222, 229, 230

Retrospektivni panel 166

S

Samomor 93–99,132
Samooocena zdravja 13–15, 35, 118
SHARE 110, 112, 113–117, 157, 159, 165, 167, 168
Socialna politika 118, 170
Socialno-ekonomski položaj 13, 32, 35, 89
Spremljanje 14, 110, 111, 155, 169, 183, 197
Starejši (nad 64 let) 105
Stopnja izobrazbe 14, 50, 61, 72, 86, 94, 97

T

Telesna aktivnost 59, 171
Telesna masa 214
Trend 18, 26, 40, 51, 60, 62, 73–75, 77–82, 93, 97–99, 102, 104, 106, 148, 176, 183, 230

U

Umrljivost 13–15, 17, 18, 20, 23–25, 31, 33, 45–53, 56, 58, 61, 65, 83, 88, 93–99, 102–106, 118, 172, 180, 183, 184
 Razmerje stopenj 50, 97–99
 Starostno standardizirana 17, 45, 47, 48, 50, 52, 97, 98, 103, 105, 183, 184
Uživanje sadja 20, 36, 38, 39, 58, 59

Z

Zadovoljstvo z življenjem 35, 37, 39
Zakon o dolgotrajni oskrbi 122
Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje 119
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 119
Zdravstvene storitve 14, 58, 86, 120, 137
Zlom kolka 102

Ž

Življenjski slog 14, 32, 40, 41, 57, 58, 61, 64, 65, 81, 86, 104, 164, 206

KAZALO SLIK

<i>Slika 1.1.1: Delež oseb, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, po spolu, starostnih skupinah in izobrazbi v Sloveniji v letu 2019.</i>	16
<i>Slika 1.1.2: Delež oseb, ki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, v starostni skupini 25–44 let po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih.</i>	16
<i>Slika 1.1.3: Umrljivost pred 75. letom starosti po izobrazbi in spolu v obdobju 2017–2019, Slovenija, starostno standardizirana stopnja (SSS).</i>	17
<i>Slika 1.1.4: Umrljivost pred 75. letom po izobrazbi v treh časovnih obdobjih (SSS) – trend vrzeli.</i>	18
<i>Slika 1.1.5: Pričakovano trajanje življenja po spolu in izobrazbi v Sloveniji v obdobju 2017–2019.</i>	19
<i>Slika 1.1.6: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po spolu in izobrazbi v treh časovnih obdobjih.</i>	19
<i>Slika 1.2.1: Delež kadilk med nosečnicami, po starosti in izobrazbi, 2017–2019.</i>	26
<i>Slika 1.2.2: Delež žensk z ITM > 25 v začetku nosečnosti, po izobrazbi in časovnih obdobjih.</i>	26
<i>Slika 1.2.3: Delež nosečnic z ITM 25 in več, po starosti in izobrazbi, 2017–2019.</i>	27
<i>Slika 1.2.4: Delež žensk s prvim preventivnim pregledom po 12. tednu nosečnosti, po izobrazbi in časovnih obdobjih.</i>	27
<i>Slika 1.2.5: Delež žensk s prvim preventivnim pregledom po 12. tednu nosečnosti, po starosti in državi prvega bivališča.</i>	28
<i>Slika 1.2.6: Delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile Priprave na porod in starševstvo, po izobrazbi in časovnih obdobjih.</i>	28
<i>Slika 1.2.7: Delež prvič nosečih žensk, ki se niso udeležile Priprave na porod in starševstvo, po starosti in državi prvega bivališča.</i>	29
<i>Slika 1.2.8: Delež žensk brez opravljene presejalne preiskave na kromosomopatije v nosečnosti, po izobrazbi in časovnih obdobjih.</i>	29
<i>Slika 1.2.9: Delež žensk brez opravljene presejalne preiskave na kromosomopatije v nosečnosti po izobrazbi in starosti.</i>	30
<i>Slika 1.2.10: Delež prezgodaj rojenih enojčkov, po izobrazbi in starosti matere, 2017–2019.</i>	30
<i>Slika 1.2.11: Delež enojčkov z nizko porodno težo, po izobrazbi in starosti matere, 2017–2019.</i>	31
<i>Slika 1.2.12: Stopnja perinatalne umrljivosti na 1.000 otrok (enojčki), po izobrazbi matere in časovnih obdobjih.</i>	31
<i>Slika 1.3.1: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018.</i>	37
<i>Slika 1.3.2: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018.</i>	37
<i>Slika 1.3.3: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018.</i>	38
<i>Slika 1.3.4: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018.</i>	38
<i>Slika 1.4.1: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi izbranih alkoholu pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev, Evropska regija SZO in Slovenija, 1980–2019.</i>	45

<i>Slika 1.4.2: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini od 25 do 74 let v obdobju 2017–2019.</i>	48
<i>Slika 1.4.3: Starostno specifične stopnje umrljivosti neposredno pripisljive alkoholu, po izobrazbi (moški, 25–74 let).</i>	49
<i>Slika 1.4.4: Starostno specifične stopnje umrljivosti neposredno pripisljive alkoholu, po izobrazbi (ženske, 25–74 let).</i>	50
<i>Slika 1.4.5: Trend vrzeli pri umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini od 25 do 74 let – moški.</i>	51
<i>Slika 1.4.6: Trend vrzeli pri umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v starostni skupini od 25 do 74 let – ženske.</i>	51
<i>Slika 1.5.1: Povezava med vzroki in posledicami: oddaljenimi determinantami zdravja, dejavniki življenjskega sloga ter z njimi povezanimi biološkimi dejavniki tveganja na eni strani ter vodilnimi kroničnimi boleznimi na drugi strani.</i>	57
<i>Slika 1.5.2: Delež oseb z indeksom telesne mase 30 ali več, po spolu in izobrazbi.</i>	62
<i>Slika 1.5.3: Delež oseb z visokim krvnim tlakom, po spolu in izobrazbi.</i>	63
<i>Slika 1.5.4: Delež oseb s sladkorno boleznijo, po spolu in izobrazbi.</i>	63
<i>Slika 1.6.1: SSS incidence vseh rakov (C00-C96) po izobrazbi.</i>	73
<i>Slika 1.6.2: RD v SSS incidenci vseh rakov (C00-C96) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.</i>	73
<i>Slika 1.6.3: SSP incidenčne stopnje vseh rakov (C00-C96) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.</i>	74
<i>Slika 1.6.4: SSP incidenčne stopnje vseh rakov (C00-C96) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017.</i>	74
<i>Slika 1.6.5: SSS incidence pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi in spolu (25 + let), 2012–2017.</i>	75
<i>Slika 1.6.6: RD v SSS incidenci pljučnega raka (C33–C34) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.</i>	75
<i>Slika 1.6.7: SSP incidenčne stopnje pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.</i>	75
<i>Slika 1.6.8: SSP incidenčne stopnje pljučnega raka (C33–C34) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017.</i>	75
<i>Slika 1.6.9: SSS incidence želodčnega raka (C16) po izobrazbi in spolu (25 + let), 2012–2017.</i>	76
<i>Slika 1.6.10: RD v SSS incidenci želodčnega raka (C16) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.</i>	76
<i>Slika 1.6.11: SSP incidenčne stopnje želodčnega raka (C16) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.</i>	76
<i>Slika 1.6.12: SSP incidenčne stopnje želodčnega raka (C16) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017.</i>	76
<i>Slika 1.6.13: SSS incidence rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi in spolu (25 + let), 2012–2017.</i>	77
<i>Slika 1.6.14: RD v SSS incidenci rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.</i>	77
<i>Slika 1.6.15: SSP incidenčne stopnje rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.</i>	77
<i>Slika 1.6.16: SSP incidenčne stopnje rakov glave in vratu (C00–C14, C30–C32) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017.</i>	77
<i>Slika 1.6.17: SSS incidence raka dojke (C50) po izobrazbi (25 + let), 2012–2017.</i>	78
<i>Slika 1.6.18: RD v SSS incidenci raka dojke (C50) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.</i>	78

Slika 1.6.19: SSP incidenčne stopnje raka dojke (C50) po izobrazbi.....	78
Slika 1.6.20: SSS incidence raka dojke (C50) po izobrazbi (ženske, 25 + let), posamezna leta.....	78
Slika 1.6.21: SSS incidence melanoma kože (C43) po izobrazbi in spolu (25 + let), 2012–2017.....	79
Slika 1.6.22: RD v SSS incidenci melanoma kože (C43) med nizko in visoko izobraženimi (25 + let), 3-letno drseče povprečje.....	79
Slika 1.6.23: SSP incidenčne stopnje melanoma kože (C43) po izobrazbi (moški, 25 + let), 2012–2017.....	79
Slika 1.6.24: SSP incidenčne stopnje melanoma kože (C43) po izobrazbi (ženske, 25 + let), 2012–2017.....	79
Slika 1.8.1: Starostno specifična stopnja umrljivosti zaradi samomora od leta 1965 do leta 2019.....	93
Slika 1.8.2: Starostno specifične stopnje umrljivosti zaradi samomora pri moških v obdobju 2017–2019, prikazano po stopnjah izobrazbe.....	96
Slika 1.8.3: Starostno specifične stopnje umrljivosti zaradi samomora pri ženskah v obdobju 2017–2019, prikazano po stopnjah izobrazbe.....	96
Slika 1.8.4: Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi samomora po triletnih obdobjih, spolu in izobrazbi, pri osebah, starih od 25 do 74 let. Temneje osenčeni stolpci nakazujejo statistično značilen trend zmanjševanja stopnje umrljivosti zaradi samomora v treh obravnavanih časovnih obdobjih.....	98
Slika 1.9.1: Standardizirana stopnja umrljivosti (/100.000) odraslih, starih 25–74 let, zaradi poškodb v nezgodah po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2017–2019.....	103
Slika 1.9.2: Trend vrzeli umrljivosti odraslih, starih 25–74 let, zaradi poškodb v nezgodah po izobrazbi, Slovenija, 2006–2019.....	104
Slika 1.9.3: Standardizirana stopnja umrljivosti (/100.000) odraslih, starejših od 64 let, zaradi padcev po spolu in izobrazbi, Slovenija, 2017–2019.....	105
Slika 1.9.4: Trend vrzeli umrljivosti odraslih, starejših od 64 let, zaradi padcev po izobrazbi, Slovenija, 2006–2019.....	106
Slika 1.10.1: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi, Slovenija in države EU, 2017.....	112
Slika 1.10.2: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na dohodek, Slovenija in države EU, 2017.....	113
Slika 1.10.3: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2017.....	114
Slika 1.10.4: Neizpolnjene potrebe po dolgotrajni oskrbi glede na izobrazbo, Slovenija 2011, 2013, 2017.....	115
Slika 1.10.5: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na starost (50 + let, 65 + let, 80 + let), Slovenija in države EU, 2017.....	116
Slika 1.10.6: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na starost (50 + let, 65 + let, 80 + let), Slovenija, 2013, 2017.....	117
Slika 1.10.7: Vključenost v organizirano oskrbo na domu glede na izobrazbo, Slovenija in države EU, 2017.....	117
Slika 1.10.8: Struktura izdatkov za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe po virih financiranja, Slovenija in države Evropske unije, leto 2019.....	118
Slika 1.10.9: Struktura celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo po izvajalcih, 2019.....	119
Slika 1.10.10: Primerjava rasti javnih in zasebnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, 2005–2018.....	120
Slika 3.1.1: Križno odloženi panelni model v analizi posredovanosti.....	159
Slika 3.1.2: Vzročna slika osnovnega modela analize posredovanosti.....	160

<i>Slika 3.1.3: Skupni rezultati.</i>	161
<i>Slika 3.2.1: Prikaz strukture uporabljenih podatkov zgodovine posameznika.</i>	165
<i>Slika 3.2.2: Rezultati dekompozicijske analize, skupna neformalna in formalna dolgotrajna oskrba, pojasnjeni del neenakosti.</i>	167
<i>Slika 3.3.1: RIBO 2015 in RIBO 2018 glede na statistične regije.</i>	174
<i>Slika 3.4.1: Gibanje in trendi starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze med prebivalci, starimi 15 let in več, po spolu in skupaj, Slovenija, 2013–2018.</i>	183
<i>Slika 3.4.2: Povprečna starostno standardizirana stopnja umrljivosti (s 95-odstotnim intervalom zaupanja) zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze na 100.000 prebivalcev, starih 15 let in več, Slovenija in statistične regije, 2013–2018.</i>	184
<i>Slika 3.4.3: Časovni trak ključnih mejnikov razvoja alkoholne politike v Sloveniji.</i>	185
<i>Slika 3.4.4: Prikaz več-nivojskega pristopa v socialnem okolju.</i>	191
<i>Slika 3.4.5: Evalvacija ciljnih skupin glede na doseganje strategij in načinov za učinkovito spopadanje z rabo alkohola pri mladostnikih.</i>	193
<i>Slika 3.4.6: Lokalna okolja, v katerih se izvaja pilot SOPA.</i>	196
<i>Slika 3.5.1: Število oskrbovancev v bolnišnicah in ICU v določenem dnevu, skupno število umrlih in število umrlih v slovenskih bolnišnicah, 4. marec–3. junij 2020.</i>	202
<i>Slika 3.5.2: Ocenjeni večnivojski model posredovanosti.</i>	204
<i>Slika 3.5.3: Osnova za izračun vzročnega učinka prvega zaprtja slovenske države.</i>	204
<i>Slika 3.6.1: Spremembe v prehranjevalnih navadah odraslih prebivalcev Slovenije, starih 18–74 let, zaradi pandemije covid-19.</i>	209
<i>Slika 3.6.2: Spremembe prehranjevalnih navad v času pandemije covid-19 pri prebivalcih Slovenije, glede na starost, finančno situacijo v času pandemije in duševno zdravje (v %).</i>	209
<i>Slika 3.6.3 (A in B): Prehransko in (A) nakupovalno vedenje (B) prebivalcev Slovenije v povezavi z izboljšanjem oz. poslabšanjem prehranjevalnih navad v času pandemije covid-19 (v %).</i>	210
<i>Slika 3.6.4 (A in B): Razmerje med (A) prehranskim oz. (B) nakupovalnim vedenjem in starostjo pri prebivalcih Slovenije, v času pandemije covid-19.</i>	212
<i>Slika 3.6.5 (A in B): Razmerje med (A) prehranskim vedenjem oz. (B) nakupovalnim vedenjem in duševnim zdravjem pri prebivalcih Slovenije, v času pandemije covid-19.</i>	213
<i>Slika 3.6.6: Sprememba telesne mase v času pandemije covid-19 pri prebivalcih Slovenije, glede na spol, starost, finančno situacijo, duševno zdravje in percepcijo glede prehranjevalnih navad v času pandemije.</i>	215
<i>Slika 3.7.1: Indeks spremembe ranljivosti otrok (ISRO) po posameznih področjih ranljivosti.</i>	228
<i>Slika 3.7.2: Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na statistične regije.</i>	230
<i>Slika 3.7.3: Indeks spremembe ranljivosti otrok glede na podindekse ranljivosti in range po statističnih regijah.</i>	231

KAZALO TABEL

<i>Tabela 1.3.1: Vrzel oz. razlike v odstotkih (absolutna razlika v prevalenci) ter populaciji pripisljiv delež (PAF) izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13- in 15-letniki, v letu 2018.</i>	<i>39</i>
<i>Tabela 1.4.1: Bolezni, poškodbe in zastrupitve, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu (diagnoze Desete revizije avstralske modifikacije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, desete revizije).</i>	<i>47</i>
<i>Tabela 1.4.2: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkohola pri odraslih v starosti od 25 do 74 let v obdobju 2017–2019 s 95-odstotnim intervalom zaupanja po spolu in stopnjah izobrazbe ter izbrani kazalniki neenakosti.</i>	<i>50</i>
<i>Tabela 1.7.1: Razširjenost simptomov depresivne motnje pri odraslih, starih 25 let ali več, v letu 2019 in primerjava razširjenosti med skupinami.</i>	<i>88</i>
<i>Tabela 1.7.2: Primerjava razširjenosti simptomov depresivne motnje pri odraslih, starih 25 let ali več, v letih 2014 in 2019 s 95-odstotnim intervalom zaupanja ter primerjava med letoma.</i>	<i>90</i>
<i>Tabela 1.7.3: Prevalence simptomov depresivne motnje glede na izobrazbo in izbrani kazalniki neenakosti.</i>	<i>90</i>
<i>Tabela 1.8.1: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi samomora pri odraslih, starejših od 25 let, v obdobju 2017–2019 s 95-odstotnim intervalom zaupanja po spolu in stopnjah izobrazbe ter izbrani kazalniki neenakosti.</i>	<i>97</i>
<i>Tabela 1.8.2: Kazalniki neenakosti oz. vrzeli med visoko in nizko izobraženimi prebivalci Slovenije, starimi od 25 do 74 let.</i>	<i>99</i>
<i>Tabela 1.10.1: Izdatki za dolgotrajno oskrbo po virih financiranja in po namenu, 2009, 2018 in 2019.</i>	<i>121</i>
<i>Tabela 3.3.1: Vrednosti RIBO 2015 in 2018 glede na statistične regije.</i>	<i>175</i>
<i>Tabela 3.4.1: Registrirana poraba alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, Slovenija, 2013–2020.</i>	<i>182</i>
<i>Tabela 3.4.2: Izbrani učinkoviti ukrepi alkoholne politike (stolpec levo), ki so v Sloveniji sprejeti delno ali v celoti (stolpec desno).</i>	<i>188</i>
<i>Tabela 3.4.3: Statistični rezultati kumulativne vrednosti pitja alkoholnih pijač (pogostost in količina pitja) pri mladostnikih, ki so imeli tvegan vzorec rabe alkoholnih pijač na začetku delavnice (T1) in 3 mesece po koncu delavnice ob ponovnih intervjujih (T3), razvrščeno po državah.</i>	<i>192</i>
<i>Tabela 3.4.4: Frekvenca stabilnosti in sprememb pivskega vedenja za posamezne države.</i>	<i>193</i>
<i>Tabela 3.6.1: Značilnosti anketirancev, vključenih v 16. val raziskave SI-PANDA.</i>	<i>208</i>
<i>Tabela 3.7.1: Faktorska analiza za prvi sklop vprašanja, vključenih v indeks spremembe ranljivosti otrok.</i>	<i>224</i>
<i>Tabela 3.7.2: Faktorska analiza za drugi sklop vprašanj, vključenih v indeks spremembe ranljivosti otrok.</i>	<i>225</i>
<i>Tabela 3.7.3: Faktorska analiza drugega reda.</i>	<i>226</i>
<i>Tabela 3.7.4: Sestava indeksa spremembe ranljivosti.</i>	<i>227</i>
<i>Tabela 3.7.5: Izračuni linearne regresije.</i>	<i>229</i>

Priloga 1: Sestava regionalnega indeksa blaginje otrok (RIBO)

Področje	Kazalniki	Vir	Leto zajema
Priložnosti in začetni položaj	Stopnja tveganja revščine otrok (60 % mediane ekvivalentnega dohodka po socialnih transferih; 0–17 let).	SURS	2015, 2018
	Stopnja resne materialne prikrajšanosti otrok (% otrok, ki živi v gospodinjstvu, v katerem si zaradi omejenih finančnih virov ne morejo privoščiti vsaj 4 od 9 elementov materialne prikrajšanosti; 0–17 let).	SURS	2015, 2018
	Indeks materialnih dobrin (% 15-letnikov, ki imajo v gospodinjstvu na voljo vsaj 10 od 12 materialnih dobrin).	PISA	2015, 2018
	Indeks kulturnih dobrin (% 15-letnikov ki imajo v gospodinjstvu na voljo vsaj 5 od 6 kulturnih dobrin).	PISA	2015, 2018
Zdravje in ogroženost	Stopnja umrljivosti dojenčkov (umrli dojenčki pod letom starosti, na 1.000 živorojenih otrok).	SURS	2015, 2018
	Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu.	SURS	2015, 2018
	Samomorilnost med otroki (% samomorov med otroki starimi 10–17 let kot delež vseh vzrokov smrti med otroki starimi 10–17 let).	NIJZ	2015, 2018
	Uporaba prepovedanih drog (% otrok (0–17 let) na 1.000 otrok v regiji, ki so v koledarskem letu vstopili v začetno obravnavo zaradi obravnave drog v zavod, ki opravlja zdravstveno dejavnost na področju obravnave uporabnikov drog in Upravo za izvrševanje kazenskih sankcij v zavodih za prestajanje kazni zapora ter prevzgojni dom Radeče).	NIJZ	2015, 2018
Zdrav življenjski slog	Prekomerna prehranjenost otrok (% otrok med 6. in 15. letom starosti, katerih indeks telesne mase (ITM) presega vrednost normalne prehranjenosti (delež predebelih, debelih in morbidno debelih otrok)).	SLOFIT	2015, 2018
	Podhranjenost otrok (% otrok med 6. in 15. letom starosti, katerih ITM je nižji od vrednosti normalne prehranjenosti (podhranjenost tipa I, II in III)).	SLOFIT	2015, 2018
	Indeks gibalne učinkovitosti otrok (splošna učinkovitost gibanja izračunana iz povprečja standardiziranih vrednosti vseh gibalnih merskih nalog otrok med 6. in 15. letom).	SLOFIT	2015, 2018

Področje	Kazalniki	Vir	Leto zajema
	Intenzivna dnevna telesna dejavnost (% 15-letnikov, ki so intenzivno telesno dejavni vsaj 20 minut na dan tako, da se spotijo in zadihajo).	PISA	2015
	Dnevno uživanje zajtrka pred odhodom v šolo (15 let).	PISA	2015
Izobrazbeni dosežki	Povprečni dosežki pri bralni pismenosti na testih PISA (15 let).	PISA	2015, 2018
	Povprečni dosežki pri matematični pismenosti na testih PISA (15 let).	PISA	2015, 2018
	Povprečni dosežki pri znanstveni pismenosti na testih PISA (15 let).	PISA	2015, 2018
	Povprečni dosežki NPZ pri slovenščini, 9. razred.	Državni izpitni center (RIC)	2015, 2018
	Povprečni dosežki NPZ pri matematiki, 9. razred.	Državni izpitni center (RIC)	2015, 2018
	Povprečni dosežki NPZ pri slovenščini, 6. razred.	Državni izpitni center (RIC)	2015, 2018
	Povprečni dosežki NPZ pri matematiki, 6. razred.	Državni izpitni center (RIC)	2015, 2018
Neenakosti v izobrazbi	Razlike v izobrazbenih pričakovanjih glede najvišje dosežene izobrazbe 15-letnikov z enakimi nizkimi dosežki pri matematični pismenosti, glede na starša z višjim zaposlitvenim statusom.	PISA	2015, 2018
	Razlike v izobrazbenih pričakovanjih glede najvišje dosežene izobrazbe 15-letnikov z enakimi visokimi dosežki pri matematični pismenosti, glede na starša z višjim zaposlitvenim statusom.	PISA	2015, 2018
	Razmerje med 15-letniki s podpovprečnimi in nadpovprečnimi dosežki pri matematični pismenosti na testih PISA.	PISA	2015, 2018
	Razmerje med 15-letniki s podpovprečnimi in nadpovprečnimi dosežki pri znanstveni pismenosti na testih PISA.	PISA	2015, 2018
	Razmerje med 15-letniki s podpovprečnimi in nadpovprečnimi dosežki pri bralni pismenosti na testih PISA.	PISA	2015, 2018
	Dijaki, vpisani v srednje splošno izobraževanje, kot delež vseh dijakov.	SURS	2016–17, 2018–19

Področje	Kazalniki	Vir	Leto zajema
	Dijaki prejemniki državne štipendije kot delež vseh dijakov.	SURS, MDDSZ	2014, 2018
	Vključenost otrok v drugem starostnem obdobju (3–5 let) v predšolsko izobraževanje.	SURS	2015–16, 2017–18
Počutje v šoli in odnos s sošolci	Indeks soočanja z obremenitvami v šoli (povprečje strinjanja 15-letnikov na 4-stopenjski lestvici s trditvami: 1) Pogosto me skrbi, da bo test zame pretežek. 2) Skrbi me, da bom v šoli dobil/a slabe ocene. 3) Tudi če sem na test dobro pripravljen/a, sem zaskrbljen/a. 4) Zelo sem napet/a, ko se učim za test. 5) Ko ne vem, kako naj rešim nalogo v šoli, postanem zelo živčen/na).	PISA	2015
	Indeks ambicioznosti v šoli (povprečje strinjanja 15-letnikov na 4-stopenjski lestvici s trditvami: 1) Pri večini ali vseh predmetih si želim imeti najboljše ocene. 2) Po diplomi hočem imeti priložnost zbirati med najboljšimi možnostmi. 3) V vsem kar delam, hočem biti najboljši/-a. 4) Mislim, da sem ambiciozen/-a. 5) Hočem biti med najboljšimi dijaki/-njami v svojem razredu).	PISA	2015
	Indeks medvrstniškega nasilja v šoli (% 15-letnikov, ki na šoli niso nikoli ali skoraj nikoli doživeli sledečega: 1) Dijaki/-inje so me zanalašč izločili/-e iz dogajanja. 2) Dijaki/-inje so se norčeval/-i iz mene. 3) Dijaki/-inje so mi grozili/-e. 4) Dijaki/-inje so mi vzeli/-e ali uničili/-e moje stvari. 5) Dijaki/-inje so me udarili/-e ali porinili/-e. 6) Dijaki/-inje širijo grde govornice o meni).	PISA	2015, 2018
	Indeks pripadnosti v šoli (povprečje strinjanja 15-letnikov na 4-stopenjski lestvici s trditvami: 1) V šoli se počutim izločenega (ali izobčenega). 2) V šoli z lahkoto sklepam prijateljstva. 3) Čutim pripadnost do te šole. 4) V svoji šoli se počutim čudno in odveč. 5) Zdi se mi, da me imajo drugi dijaki/-inje radi. 6) V šoli sem osamljen/-a).	PISA	2015, 2018
Odnosi s starši	Indeks starševske podpore (povprečje strinjanja 15-letnikov na 4-stopenjski lestvici s trditvami: (1) Moje starše zanimajo moje šolske dejavnosti.) 2) Moji starši podpirajo moje izobraževalne napore in dosežke. 3) Moji starši me podprejo, ko v šoli naletim na težave. 4) Moji starši me spodbujajo k samozavesti).	PISA	2015, 2018
	Otroci, žrtve nasilja v družini (žrtve kaznivih dejanj, storjenih v družini na 1000 otrok v regiji, 0-17).	Uprava kriminalistične policije, MNZ	2015, 2018

Področje	Kazalniki	Vir	Leto zajema
Sodelovalnost	Indeks sodelovanja (povprečje strinjanja 15-letnikov na 4-stopenjski lestvici s trditvami: 1) Raje delam v skupini kot sam/-a. 2) Veseli me, če so sošolci uspešni. 3) Upoštevam tudi tisto, kar zanima druge. 4) Ugotovil/-a sem, da skupina sprejema boljše odločitve kot posamezniki. 5) Opažam, da skupinsko delo zviša mojo učinkovitost. 6) Rad/-a sodelujem s sošolci/-kami).	PISA 2015	2015
IKT kompetence	Indeks IKT kompetenc (povprečje strinjanja 15-letnikov na 4-stopenjski lestvici s trditvami: 1) Brez težav uporabljam elektronske naprave, na katere se manj spoznam. 2) Če hočejo moji prijatelji ali sorodniki kupiti nove elektronske naprave ali aplikacije, jim lahko svetujem. 3) Brez težav uporabljam svoje elektronske naprave na domu. 4) Ko pri elektronskih napravah naletim na težave, mislim, da jih lahko rešim. 5) Če imajo moji prijatelji ali sorodniki težave z elektronskimi napravami, jim lahko pomagam).	PISA	2015, 2018
	Indeks IKT avtonomnosti (povprečje strinjanja 15-letnikov na 4-stopenjski lestvici s trditvami: 1) Če potrebujem novo programsko opremo, si jo namestim sam/-a. 2) Berem podatke o elektronskih napravah, da bi bil/-a neodvisen/-na. 3) Elektronske naprave uporabljam tako, kot jih hočem. 4) Če imam težave z elektronskimi napravami, se sam/-a lotim reševanja. 5) Če potrebujem novo aplikacijo, si jo izberem sam/-a).	PISA	2015, 2018
Tvegana uporaba IKT	Prekomerna uporaba interneta (% 15-letnikov, ki v običajnem šolskem dnevu uporabljajo internet zunaj šole več kot 6 ur na dan).	PISA	2015, 2018
	Izguba občutka za čas ob uporabi e-naprav.	PISA	2015, 2018
	Slabo počutje zaradi nedostopnosti interneta.	PISA	2015, 2018

Priloga 2: Prevalenca izbranih zdravstvenih izidov pri odraslih, starih 25 let ali več, v letu 2019 in primerjava glede na spol, starost in izobrazbo.

			Skupaj	Da		Ne		Statistično značilne razlike med skupinami ($p < 0,05$)		
			n	n	%	n	%		Da	Ne
ITM ≥ 30	Vsi	Vsi (25 +)	8449	1790	21,2	6658	78,8	(A)	.	.
	Spol	Moški	4202	957	22,8	3244	77,2	(A)	B	
		Ženski	4247	833	19,6	3414	80,4	(B)		A
	Starost	25–44 let	3082	440	14,3	2642	85,7	(A)		B C
		45–64 let	3254	800	24,6	2454	75,4	(B)	A	
		65 let in več	2113	550	26,0	1563	74,0	(C)	A	
	Izobrazba	OŠ in manj	1608	477	29,6	1132	70,4	(A)	B C	
		Srednja	4534	1044	23,0	3490	77,0	(B)	C	A
		Višja in več	2306	269	11,7	2037	88,3	(C)		A B
Zvišan krvni tlak (hipertenzija)	Vsi	Vsi (25 +)	8512	2400	28,2	6113	71,8	(A)	.	.
	Spol	Moški	4209	1154	27,4	3056	72,6	(A)		
		Ženski	4303	1246	29,0	3057	71,0	(B)		
	Starost	25–44 let	3071	189	6,1	2883	93,9	(A)		B C
		45–64 let	3196	925	28,9	2271	71,1	(B)	A	C
		65 let in več	2245	1286	57,3	959	42,7	(C)	A B	
	Izobrazba	OŠ in manj	1752	827	47,2	925	52,8	(A)	B C	
		Srednja	4521	1241	27,4	3280	72,6	(B)	C	A
		Višja in več	2239	331	14,8	1907	85,2%	(C)		A B
Sladkorna bolezen	Vsi	Vsi (25 +)	8375	732	8,7	7643	91,3	(A)	.	.
	Spol	Moški	4153	373	9,0	3781	91,0	(A)		
		Ženski	4221	360	8,5	3862	91,5	(B)		
	Starost	25–44 let	3062	33	1,1	3028	98,9	(A)		B C
		45–64 let	3112	275	8,8	2836	91,2	(B)	A	C
		65 let in več	2202	424	19,2	1778	80,8	(C)	A B	
	Izobrazba	OŠ in manj	1730	266	15,4	1464	84,6	(A)	B C	
		Srednja	4435	388	8,7	4047	91,3	(B)	C	A
		Višja in več	2210	79	3,6	2131	96,4	(C)		A B

Vir: EHIS, 2007, 2014, 2019, NIJZ.

Priloga 3: Prevalenca izbranih zdravstvenih izidov glede na izobrazbo in kazalnike neenakosti.

	Leto	Prevalenca glede na izobrazbo				Absolutna razlika v prevalenci (vrzel) %	Razlika v prevalenci (SŠ – VŠ) %	Razmerje prevalenc	PAF %
		Skupaj %	OŠ ali manj %	Srednja %	VŠ ali več %				
ITM ≥ 30	2007	18,4	25,5	19,2	7,5	18,0	11,7	3,41	59,4
	2014	20,4	27,4	21,1	11,2	16,2	9,9	2,45	45,1
	2019	21,2	29,6	23,0	11,7	18,0	11,4	2,54	44,9
Zvišan krvni tlak (hipertenzija)	2007	24,8	41,1	21,6	13,5	27,6	8,0	3,04	45,5
	2014	27,5	42,9	25,7	14,8	28,1	10,9	2,90	46,1
	2019	28,2	47,2	27,4	14,8	32,4	12,6	3,19	47,5
Sladkorna bolezen	2007	7,3	14,1	6,2	1,8	12,3	4,4	7,78	75,3
	2014	7,7	12,8	6,6	4,2	8,5	2,4	3,01	44,6
	2019	8,7	15,4	8,7	3,6	11,8	5,2	4,31	59,3
Dva ali trije zdravstveni izidi	2019	15,8	27,6	16,0	6,4	21,2	9,6	4,29	59,3

Vir: EHIS, 2007, 2014, 2019, NIJZ.

Priloga 4: Prevalenca kopicenja izbranih zdravstvenih izidov pri odraslih, starih 25 let ali več, v letu 2019 in primerjava glede na izobrazbo, spol in starost.

Delež oseb z zvišanim krvnim tlakom (hipertenzijo) in/ali sladkorno boleznijo in/ali debelostjo (vsaj dve bolezni)		Skupaj	Nobena ali ena bolezen		Vsaj dve bolezni		Statistično značilne razlike med skupinami (p < 0,05)		
			n	n	%	n	%		Nobena ali ena bolezen
Vsi	Vsi (25 +)	8805	7413	84,2	1392	15,8	(A)	.	.
Spol	Moški	4342	3625	83,5	717	16,5	(A)		
	Ženski	4462	3788	84,9	675	15,1	(B)		
Starost	25–44 let	3157	3054	96,7	103	3,3	(A)	B C	
	45–64 let	3343	2760	82,6	583	17,4	(B)	C	A
	65 let in več	2305	1599	69,4	705	30,6	(C)		A B
Izobrazba	OŠ in manj	1783	1291	72,4	492	27,6	(A)		B C
	Srednja	4684	3935	84,0	750	16,0	(B)	A	C
	Višja in več	2337	2186	93,6	150	6,4	(C)	A B	

Vir: EHIS, 2007, 2014, 2019, NIJZ.



NIJZ

Nacionalni inštitut
za **javno zdravje**

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Telefon: + 386 1 2441 400

E-pošta: info@nijz.si

Spletna stran: <http://www.nijz.si>

