

ne pretehtala številne dokaze, preigrala scenarij obrambe in napada, in kako vesela sva se po uspešno opravljenih pogajanjih vračala v njegovo, mojo, našo Topolšico.

Z bolniki je vedno vzpostavil mnogim zdravnikom nedosegljivo raven zaupanja in odprtosti. Pa kako tudi ne, saj je med vizitami, poleg časa za stroko, vedno našel tudi čas za bolnika. Za njegove osebne težave, za težave njegovih svojcev. Kolikokrat me je presenetil, ko je ob razgovoru z bolniki poznal vse člane njihove družine, vasi in hiše, kjer žive. Kot da je bil že pri vsakem od njih doma. Kot da pozna vse njihove gozdove in senožeti, ve, kdaj bo potrebno prekriti streho in kdaj bodo vsi privezi v hlevu polni. Ob njem so bili bolniki vedno ljudje in ne le objekti zdravljenja.

Za svoje neumorno in bogato delo je leta 1965 prejel Red zaslug za narod s srebrnim vencem, leta 1965 pa zlato plaketo Zdravstvenega centra Velenje. Istega leta je prejel tudi visoko državno odlikovanje – Red dela z zlatim vencem.

Letos bi doktor Rogel in bolnišnica, kateri je poklonil vse svoje bogato in ustvarjalno delovno obdobje, skupaj praznovala 85 let. Žal bomo morali praznovati sami. Vendar bo doktor Rogel z nami, saj se je s svojim delom neizbrisno zarisal v podobo ustanove. Brez njega bi bolnišnica, tam v osemdesetih, prav gotovo klonila in nikoli ne bi štela današnjih let.

Hvala, doktor Rogel! Za vse sledi, ki ostajajo v Topolšici, strokovne dosežke, ponosno držo, za trde bitke in vsa zmago-slavlja ob dobljenih zmagah. Hvala za neskončno število minut, ur, dni in noči, poklonjenih bolnikom in bolnišnici. Hvala za človeške, odkrite odnose, za vedno pravo mero strpnosti in neskončno vztrajnost. Hvala, da smo lahko del življenja potovali in ustvarjali skupaj.

Delo SZD

POSVET SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA O PROBLEMATIKI STAROSTNIKOV IN STARANJA

30. 3. 2004

Posvet je potekal v Jakopičevi dvorani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana, Miklošičeva 24, udeležilo se ga je okrog 50 obiskovalcev, tako članov SZD pa tudi vabljeni gostje in za problematiko posebej zainteresirani.

Posvet sta vodila P. Poredoš in J. Drinovec, slednji je pripravil tudi gradivo za objavo.

Tematike starostnikov in staranja smo se v SZD lotili zaradi zanemarjanja teh vprašanj tako v širši družbi kot v zdravstvu. Šele ekscesi in njihova medijska odmevnost praviloma vzbude več zanimanja za ta vprašanja. K posvetu smo pritegnili strokovnjake s področja epidemiologije, sociologije, ekonomije, klinične medicine in tudi tiste, ki se ukvarjajo predvsem s temi vprašanji.

Vabljeni predavatelji uvodničarji

STARANJE PREBIVALSTVA V SLOVENIJI: DEMOGRAFSKE SPREMEMBE IN NEKAJ POSLEDIC ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO

AGEING OF A POPULATION IN SLOVENIA:
DEMOGRAPHIC CHANGES AND SOME HEALTH
CARE CONSEQUENCES

*Jožica Šelb-Šemerl, Mateja Rok-Simon,
Nevenka Kelšin, Nada Ivas*

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva
cesta 2, 1000 Ljubljana

Ključne besede: staranje prebivalstva; demografske determinante; splošna medicina; bolnišnične obravnave; ambulantno specialistična dejavnost; umrljivost

Izvleček – Izhodišča. Znižanje umrljivosti, daljšanje življenjske dobe in padanje rodnosti so pojavi, ki so v dvajsetem stoletju v izrazitejši obliki pripeljali do staranja prebivalstva. Posledice večanja števila starih ljudi so povečane zahteve po sredstvih za zdravstveno in socialno varstvo ter spremembe v političnih in gospodarskih usmeritvah družbe. Prispevek prikazuje značilnosti demografskega prehoda v Sloveniji, napovedi staranja prebivalcev in posledic za zdravstveno dejavnost kot tudi najpogostejše vzroke smrti, katerih stopnje so pri nas višje, kot je povprečje razvitih in nam podobnih držav.

Metode. Za analizo smo uporabili podatke iz zbirke podatkov Inštituta za varovanje zdravja RS; tako podatke o osnovni in specialistični zdravstveni dejavnosti ter hospitalizacijah, poleg zbirke podatkov Health For All (baze HFA) Svetovne zdravstvene organizacije o umrlih v izbranih skupinah evropskih držav. Ker smo hoteli oceniti obseg dela, smo upoštevali prve in ponovne preglede in vse hospitalizacije državljanov Slovenije, starejših od 64 let.

Rezultati. V zadnjih štiridesetih letih je delež starih prebivalcev v Sloveniji narasel z 9% na 14,6% v letu 2002. Pričakuje se, da se bo do leta 2020 povišal na 19%. Do leta 2010 bo najvišja relativna rast v regijah Kranj in Ravne na Koroškem, najmanjša v Murski Soboti. Okoli 30-odstotni delež zdravstvene dejavnosti je pripadal starim ljudem. Stopnje umrljivosti v regijah so bile obratno sorazmerne s številom obiskov v splošni oz. specialistični dejavnosti in sorazmerne s stopnjami bolnišničnih obravnav. Stopnje umrljivosti starejših prebivalcev zaradi nekaterih bolezni in vzrokov smrti so pri nas še vedno višje kot v razvitih evropskih državah.

Zaključki. Na podlagi trenda zadnjih petnajstih let pričakujemo, da bo število starih prebivalcev v Sloveniji naraščalo. Zaradi povečanega števila starih prebivalcev se bo povečalo tako število bolnišničnih obravnav ter obravnav v splošni in ambulantni specialistični dejavnosti. Če bomo hoteli podatke zdravstvene statistike uporabljati za načrtovanje zdravstvenega varstva, bo potrebno povečati kakovost podatkov na poročevalski ravni. Podatki primerjav umrljivosti s povprečjem skandinavskih oziroma petnajstih držav članic EU kažejo, da so potrebni poleg virov za povečanje zdravstvene dejavnosti zaradi staranja prebivalstva tudi dodatni viri za izboljšanje zdravstvenega stanja starih prebivalcev.

Key words: *ageing of a population; demographic determinants; general practice; hospital care; out of hospital specialist attendance's; mortality*

Abstract – Background. *Decreasing mortality rates, prolongation of life span and decreasing of fertility are demographic events which ended with ageing populations in developed countries in the 20th century. As a consequence of a population growing older the enlarged demands on health, social, political and economy demands emerge. The article deals with the characteristics of demographic transition in Slovenia, the assessment of ageing population by the year 2010 and 2020 and some consequences on health care as well as the most frequent causes of death which rates are higher in Slovenia than the average ones are in developed and Central and East European countries.*

Methods. Data from data basis located on the Institute of Public Health of the Republic Slovenia were used. Data on General practice, out of hospital specialists services and hospital discharge data were used besides Health For All data base of WHO. Not only the first attendance were counted in out of hospital health care but also further attendance's for the same diagnose. We also used hospital discharge data and mortality data of Slovene citizens older than 64 years.

Results. In the last forty years the percentage part of older people in a Slovenian population was growing from 9% to 14,6% in the year. It is expected to grow on 19% by the year 2020. Concerning the health regions the highest enlarging of an old population by 2010 is anticipated in region Kranj and Ravne na Koroškem, the lowest in Murska Sobota. About 30% of health care was delivered to the elderly. Mortality rates in regions were negatively related to the number of attendance's in general practice or out of hospital specialist care and positively correlated with hospital discharge rates. Mortality rates due to specific diseases and causes of death are still higher in Slovenia than in developed European countries.

Conclusions. On the base of an increasing number of older persons in the last 15 years the further increasing of elderly population is expected in Slovenia. The increasing number of ageing persons will rise the number of attendance's in general practice and also on out of hospital specialists health care in future. To use the health statistics data in planning health care resources it is necessary to make health statistics data of better quality on the beginning of the data gathering. The comparison of standardised mortality rates in Slovenia with the same in Scandinavian countries and countries of 15 members of EU shows, that besides resources for enlarging health care due to growing elderly population also new resources are needed in order to fill in the gap between mortality in Slovenia and developed countries.

Uvod

Znižanje umrljivosti in s tem daljšanje življenjske dobe je najbolj značilen demografski pojav sodobne družbe, ki skupaj z znižanjem rodnosti vodi v staranje prebivalstva. Za staranje prebivalstva je značilno povečevanje deleža prebivalcev, starejših od 64 let, ko ta delež preseže 7%, se prebivalstvo uvršča med staro. Staranje prebivalstva je novejši demografski pojav, saj se je povečanje deleža starih ljudi med vsemi prebivalci v izrazitejši obliki pojavilo šele v dvajsetem stoletju (1). Struktura populacije, ki jo opazujemo danes, je posledica preteklih in sedanjih trendov rodnosti, umrljivosti in migracij. Hiter razvoj tehnologije, ki je bil posledica industrijske revolucije v drugi polovici 18. stoletja, je od posameznika zahteval različne spretnosti in znanja ter prilagajanje vedno novim tehnološkim dosežkom.

Z rastjo proizvodnje so se izboljševali pogoji za življenje in delo, ki so skupaj s splošnim napredkom vključevali tudi boljše higienske pogoje. Vse to je v razvitih evropskih državah v prvi polovici 20. stoletja povzročilo znaten padec umrljivosti med mladimi, kar je pripeljalo do povečanja reprodukcijske sposobnosti generacij ter posledično povečanja rodnosti in pomlajevanja populacije (1). Vendar sta prevladujoči trend zmanjševanja rodnosti (odgovorno starševstvo) ter še nadaljnje nižanje umrljivosti (napredek medicinske znanosti) in s tem daljšanje življenjske dobe privedla do porasta absolutnega števila in deleža prebivalcev, starejših od 64 let znotraj posamezne populacije (2). V razvitih državah je sedaj padanje umrljivosti najpomembnejši demografski pojav, ki vodi k staranju prebivalstva. Prebivalstvo Slovenije sodi že nekaj desetletij med stare populacije. Ob nadaljnji nizki rodnosti, ki zadnja leta ne zadošča več za enostavno obnavljanje generacij, in ob zniževanju umrljivosti, ki se je sredi prejšnjega stoletja ustalila pri malo nad 9 umrlih na 1000 prebivalcev (3), se bo slovenska populacija vse bolj približevala fazi pretiranega staranja z 20- ali več odstotnim deležem starih (1).

Na sedanje število in delež starih prebivalcev pri nas je močno vplivala znižana rodnost v času prve svetovne vojne in posledično manjša številčnost generacij, ki bi prav v letih druge svetovne vojne rojevale otroke. Med temi generacijami je bilo tudi največ žrtev druge svetovne vojne in povojnega odseljavanja. Zaradi tega sta se delež in absolutno število starejših ob popisih v letih 1981 in 1991, ko je ta generacija postala stara, v Sloveniji celo znižala (4). Močno priseljevanje v letih 1960–1980, predvsem iz južnih republik tedanje Jugoslavije, je tako nastalo generacijsko vrzel zmanjšalo, zato se tudi v Sloveniji delež prebivalcev, starejših od 65 let, zadnja leta vzpenja (4).

Skupina starih prebivalcev ni enoten pojem. Znotraj nje so razlike v starosti, po spolu, strukturi družine in zaposlenosti (5, 6), zdravstvenem ter socialnoekonomskem stanju. Staranje prebivalstva ima vrsto posledic – od povečanih zahtev po sredstvih za zdravstveno in socialno varstvo do sprememb v političnih in gospodarskih usmeritvah družbe (7).

Povečanje števila starejših prebivalcev v populaciji zahteva na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti stalno in ustrezno prilaganje organizacije zdravstvenega varstva (8). V prispevku bomo poleg trenda gibanja starega prebivalstva v Sloveniji in položaja Slovenije v okviru evropskih držav ocenili tudi gibanje potreb po zdravstvenem varstvu starejših ljudi v naslednjih desetih letih. Prikazali bomo analizo gibanja obiskov ljudi, starih 65 in več let, v osnovni in specialistični ter bolnišnični zdravstveni dejavnosti. Poleg tega bomo prikazali tudi razlike v umrljivosti med povprečji zahodno- in vzhodnoevropskih držav ter Slovenijo za tiste vzroke smrti, kjer so te razlike največje.

Metode dela

Na Inštitutu za varovanje zdravja (IVZ) zbiramo in analiziramo podatke zdravstvene statistike za dejavnost splošne medicine, ambulantno specialistične in bolnišnične dejavnosti, umrljivost in podatke, potrebne za organizacijo zdravstvenega varstva. Podatki teh zbirk so vsako leto objavljeni v Zdravstvenostatističnem letopisu Republike Slovenije in tako na voljo za različne analize.

Za del prispevka, ki ga objavljamo, smo uporabili tudi podatke iz zbirk podatkov Inštituta, zlasti podatke o osnovni in specialistični zdravstveni dejavnosti ter hospitalizacijah, pa tudi zbirke podatkov Zdravje za vse (Health For All, baza HFA) Svetovne zdravstvene organizacije o umrlih v izbranih skupinah držav.

Podatke osnovne zdravstvene dejavnosti o kadrih in urah, obiskih in naporitvah ter boleznih in stanjih beležijo v zdravstvenih domovih oziroma zasebni zdravniki v programu ZUBSTAT

in jih pošiljajo na območne Zavode za zdravstveno varstvo. Tu podatke pregledajo in uredijo ter jih nato pošljejo na IVZ v analizo. V programu ZUBSTAT se beležijo tudi podatki ambulantne specialistične dejavnosti, ki se po enakem postopku pošiljajo in obdelujejo.

Podatke o bolnišničnih obravnava zbirajo slovenske bolnišnice in jih posredujejo Inštitutu za varovanje zdravja RS, ki jih spremlja v obliki podatkovnih zbirk v okviru Zdravstvenega informacijskega sistema bolnišničnih obravnava.

Za analizo dejavnosti splošne medicine in bolnišnične dejavnosti smo uporabili podatke od leta 1998 do 2002, za analizo ambulantne specialistične dejavnosti samo podatke iz leta 2002.

V analizi so uporabljeni podatki o prvih in ponovnih obravnava v dejavnosti splošne medicine in ambulantne specialistične dejavnosti ter podatki o bolnišničnih obravnava zaradi boleznih ter poškodb in zastrupitev.

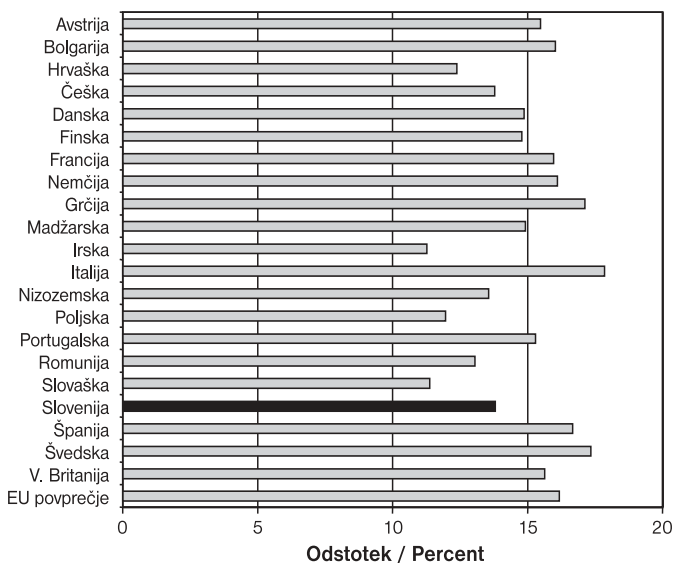
Projekcije prebivalcev smo računali s pomočjo linearnega trenda rasti števila prebivalcev v letih 1998 do 2002. Povezave odvisne spremenljivke *umrljivost* z neodvisnimi spremenljivkami *število obiskov* v posameznih dejavnostih smo iskali z linearno regresijo v programu SPSS 10 v okolju Okna.

Podatki o umrlih predstavljajo umrle državljane RS s prebivališčem v RS, stalnim ali začasnim, podatke o prebivalcih, prav tako državljanih RS s prebivališčem v Sloveniji. Regije oz. območja predstavlja devet zdravstvenih regij. Skupine držav, s katerimi smo primerjali starostno standardizirane stopnje umrljivosti prebivalcev, starejših od 64 let v Sloveniji, so bile naslednje: povprečje držav, vključenih v EU do 1. maja 2004, povprečje skandinavskih držav in povprečje držav Srednje in Vzhodne Evrope.

Enostavni izračuni so bili narejeni na osebem računalniku v programu Microsoft Excell 97.

Rezultati

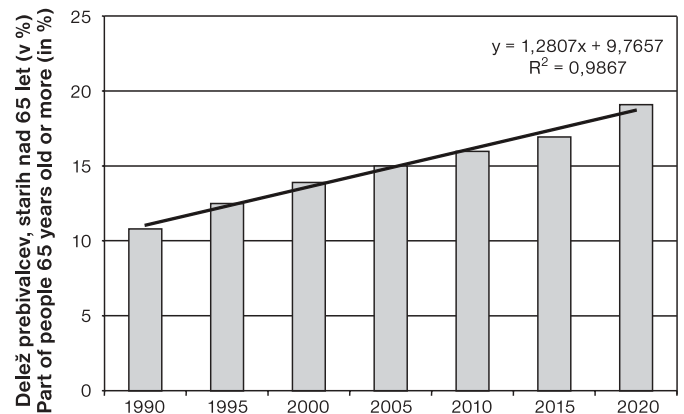
Slovenija je sodila v letu 1999 po deležu starih prebivalcev znotraj celotne populacije v spodnjo tretjino evropskih populacij, med katerimi sta imeli najnižji delež starega prebivalstva Slovaška in Irska, a najvišje Italija, Grčija in Švedska (Sl. 1).



Sl. 1. Delež prebivalcev, starejših od 64 let, v evropskih državah, 1999. (Vir: WHO/Europe, Health for All Database, January 2003).

Figure 1. Percentage part of a population older than 64 in European countries 1999 (Source: WHO/Europe, Health for All Database, January 2003).

V zadnjih štiridesetih letih je delež starih prebivalcev v Sloveniji narasel z 9% leta 1969 na 14,6% v letu 2002 (9). Po letu 2005 pričakujemo, da se bo začelo absolutno število in s tem delež prebivalcev, starejših od 64 let, silovito povečevati tudi zato, ker se bodo postarale številčno močne generacije, rojene po drugi svetovni vojni (10) (Sl. 2). Do leta 2020 naj bi, po srednji varianti projekcije, ki upošteva podatke za obdobje 1970–1990, delež ljudi, starejših od 64 let, narasel že na 19% oziroma na 380.000 prebivalcev (11). 292.034 prebivalcev, starejših od 64 let, je v letu 2002 predstavljalo 18,7 odstotka starih med odraslimi prebivalci.



Sl. 2. Projekcija deleža prebivalcev, starejših od 64 let, do leta 2020 v Sloveniji. (Vir: Statistični urad R Slovenije: Projekcije prebivalstva R Slovenije 1995–2020).

Figure 2. The percentage part of people 65 years old or more in Slovenia in a period 1990 till 2020. (Source: Statistical office of R Slovenia. Projection of an older population 1995–2020).

V Sloveniji se bo od leta 2002 do 2010 število prebivalcev, starejših od 64 let, izračunano na podlagi rasti v obdobju 1997 do 2002, povečalo za 17,6%. Najvišja relativna rast bo v regijah Kranj in Ravne na Koroškem, daleč najmanjša v regiji Murska Sobota (Razpr. 1).

Razpr. 1. Število prebivalcev, starejših od 64 let, v letu 2002 in 2010 ter stopnja rasti na leto, po regijah v Sloveniji.

Table 1. The number of persons older than 64 years with the increasing degree between the years 2002 and 2010.

| Regije Regions | Koledarsko leto / Year | | Stopnja rasti prebivalcev/leto Degree of population increase/year | % povečanja prebivalcev % of population increasing |
|-------------------|------------------------|---------|---|--|
| | 2002 | 2010 | | |
| Celje | 41.826 | 48.273 | 814 | 15,4 |
| Nova Gorica | 17.056 | 19.133 | 265 | 12,2 |
| Koper | 21.948 | 26.013 | 504 | 18,5 |
| Kranj | 28.192 | 34.503 | 793 | 22,4 |
| Ljubljana | 88.105 | 105.766 | 2220 | 20,0 |
| Maribor | 47.494 | 55.719 | 1035 | 17,3 |
| Murska Sobota | 18.750 | 19.437 | 86 | 3,7 |
| Novo mesto | 18.952 | 22.706 | 472 | 19,8 |
| Ravne | 9.711 | 11.776 | 257 | 21,3 |
| Slovenija | 292.034 | 343.305 | 6446 | 17,6 |

Vzporedno z rastjo starih prebivalcev rastejo tudi obremenitve zdravstvene dejavnosti.

V zadnjih treh letih je zraslo število obiskov starih prebivalcev na zdravnika v splošni dejavnosti, za ambulantno specialistično dejavnost ni podatkov, medtem ko se število bolnišni-

nih obravnava v zadnjih letih ne povečuje. Deleži obiskov starih ljudi v različnih zdravstvenih dejavnostih so bili v letu 2002 okoli 30 odstotkov, najvišji v bolnišnični dejavnosti in najnižji v ambulantni specialistični (Razpr. 2). Razlike v številu obiskov na prebivalca tako v splošni, specialistični in bolnišnični dejavnosti so bile v posameznih regijah različne. Prebivalci, starejši od 64 let, so v splošni dejavnosti obiskali v povprečju zdravnika najmanjkrat na leto v regiji Celje, a največkrat v regiji Ravne na Koroškem. V specialistični dejavnosti je bilo najmanj obiskov na prebivalca v regiji Kranj in največ v regiji Ljubljana. Na 10.000 prebivalcev je bilo v regiji Ljubljana obravnavanih v bolnišnicah najmanj prebivalcev in v regiji Ravne na Koroškem največ. Stopnje umrljivosti po regijah, ki so tudi končno merilo učinkovitosti zdravstvenega varstva, so bile obratnosorazmerne s številom obiskov v splošni oz. specialistični dejavnosti in sorazmerne s stopnjami hospitalizacij.

Razpr. 2. Število vseh obiskov in delež obiskov prebivalcev, starejših od 64 let, v dejavnosti splošne medicine, ambulantni specialistični in obravnava v bolnišnični dejavnosti v Sloveniji v letu 2002.

Table 2. Number of attendances and percentage part of attendances in general practice, out of hospital specialist care and hospital discharge rate in persons older than 64 years, in Slovenia, in 2002.

| Število obiskov in deleži dejavnosti | Število vseh obiskov | Število obiskov starejših od 64 let | Število obiskov starejših od 64 let med vsemi obiski |
|--|----------------------------|---|--|
| Number of attendance's shares activity | Number of all attendance's | Number of attendance's of persons older than 64 | Share of attendances of 64 and older among all attendances |
| Splošna medicina General Practice | 6.135.740 | 1.849.910 | 30,1 |
| Ambulantna specialistična dejavnost Out of hospital Specialist care | 3.356.853 | 897.095 | 26,7 |
| Bolnišnična dejavnost Hospital discharge | 299.866 | 94.084 | 31,4 |

Po zelo grobih ocenah bi v dejavnosti splošne medicine v regijah Kranj, Murska Sobota, Novo mesto in Ravne (za ostale regije ni podatkov, na podlagi katerih bi lahko računali linearni trend) do leta 2010 potrebovali, zaradi naraščanja starih prebivalcev, okoli 30 zdravnikov za enako stopnjo zdravstvenega varstva starih prebivalcev, kot smo jo imeli v letu 2002 in v slovenskih bolnišnicah od 85 (izračunano iz trenda obiskov) do 130 (izračunano iz trenda rasti zdravnikov) novih zdravnikov.

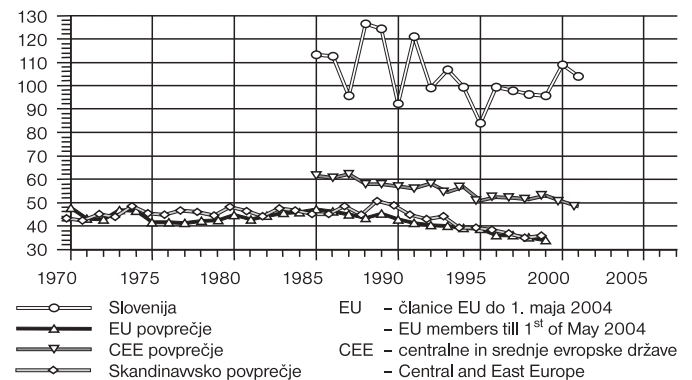
Primerjava umrljivosti starejših prebivalcev Slovenije s povprečji umrljivosti v nekaterih izbranih skupinah evropskih držav je pokazala, da so stopnje umrljivosti starejših prebivalcev zaradi nekaterih bolezni in vzrokov smrti še vedno višje kot v tistih razvitih evropskih državah, katerih zdravstvenemu standardu bi se radi približali. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi bolezni možganskih žil, malignih neoplazem v celoti in še posebej raka pljuč pri moških in raka dojke pri ženskah ter zaradi bolezni dihal, prebavil in nasilnih smrti med starimi prebivalci so v Sloveniji višje, kot je povprečje držav evropske petnajsterice ali skandinavskih držav. Posebej so opazne visoke stopnje samomorilnosti starih moških in smrti celotne populacije, povezane z uporabo alkohola.

Stopnje samomorilnosti moških, starih 65 let in več, so v Sloveniji visoko nad povprečjem držav Evropske unije in skandinavskih držav. Umrljivost je tudi enkrat višja, kot je povprečje držav Centralne in Vzhodne Evrope (Sl. 3).

Razpr. 3. Število obiskov na 1000 prebivalcev, starih 65 in več let, v dejavnosti splošne medicine, ambulantni specialistični in bolnišnični dejavnosti, delež obravnava v specialistični in bolnišnični dejavnosti med obravnavami v splošni medicini ter stopnje umrljivosti na 1000 prebivalcev v letu 2002 v Sloveniji.

Table 3. Attendance rate of persons older than 65 in general practice, out of hospital specialist care and hospital discharge rate, share of proceedings in out of hospital specialist care and hospital care, and mortality rate per 1000 inhabitants, in 2002 in Slovenia.

| Dejavnost / Regije Activity / Regions | Splošna | Specialistična | Bolnišnična | Delež obravnava v specialist. dejavnosti | Delež obravnava v bolniš. dejavnosti | Stopnje umrljivosti |
|--|---------|----------------|-------------|--|--------------------------------------|---------------------|
| Celje | 5710 | 2675 | 342 | 46,8 | 6,0 | 53,2 |
| Nova Gorica | 5820 | 2649 | 374 | 45,5 | 6,4 | 48,1 |
| Koper | 6199 | 3120 | 346 | 50,3 | 5,6 | 48,4 |
| Kranj | 7972 | 2273 | 329 | 28,5 | 4,1 | 43,4 |
| Ljubljana | 6223 | 4116 | 268 | 66,1 | 4,3 | 43,0 |
| Maribor | 5507 | 2534 | 329 | 46,0 | 6,0 | 47,7 |
| Murska Sobota | 6426 | 2633 | 346 | 41,0 | 5,4 | 56,4 |
| Novo mesto | 7270 | 2506 | 356 | 34,5 | 4,9 | 49,3 |
| Ravne | 8537 | 2847 | 383 | 33,3 | 4,5 | 48,3 |



Sl. 3. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi samomora moških, starih 65 let in več, na 100.000 starih moških, Slovenija v primerjavi z izbranimi skupinami evropskih držav.

Picture 3. Age standardised death rate due to suicide in men older than 64 years per 100 000 males population, Slovenia in comparison with some groups of European countries.

Razpravljanje

Na prelomu prejšnjega stoletja je bilo v sedanjih državah Evropske unije starejše prebivalstvo maloštevilno. Ljudi, starejših od 64 let, je bilo samo 4–6 odstotkov celotnega prebivalstva, razen Švedske in Francije, kjer je bilo starih prebivalcev 8%, ker se je staranje prebivalstva začelo že prej (11). Od šestdesetih let prejšnjega stoletja dalje je najbolj padala umrljivost po 60. letu starosti, kar je obrnilo na glavo vzorec umrljivosti, ki je veljal zadnji dve stoletji. To je povzročilo dramatičen porast deleža prebivalcev, starejših od 75 let.

Podobne demografske spremembe kot v razvitih državah so se z zakasnitvijo in nekaj specifičnostmi dogajale tudi na ozemlju Slovenije. V prispevku smo na podlagi podatkov Statističnega urada Republike Slovenije in podatkovne baze HFA, ter podatkov zdravstvene statistike Inštituta za varovanje zdravja prikazali delež starih prebivalcev v Sloveniji v primerjavi z razvitimi državami Evrope, trend gibanja deleža prebivalcev, starih nad 64 let, do leta 2020 v Sloveniji ter prikazali nekatere kazalce zdravstvenega varstva starih prebivalcev v letu 2002 v Sloveniji.

Lahko smo samo grobo ocenili stopnje rasti starih prebivalcev na posameznih območjih v Sloveniji in prihodnje potrebe po zdravnikih v dejavnosti splošne medicine in bolnišnični dejavnosti.

Natančnejše ocene niso bile mogoče, ker se je metodologija zbiranja podatkov v dejavnosti splošne medicine in ambulantni specialistični dejavnosti v zadnjih letih spreminjala in dopolnjevala, zato nismo mogli na vseh področjih zagotoviti dovolj dolgih časovnih vrst za oceno trendov. V vseh poročevalskih enotah niso uspešno sledili metodološkim spremembam, zato se je število nekaterih sporočenih podatkov iz leta v leto zelo spreminjalo. Skokovite spremembe podatkov na letni ravni najbrž niso odraz dejanskih sprememb v zdravstvenem varstvu populacije ali v organizaciji zdravstvene dejavnosti. Zato nizov podatkov z velikimi letnimi skoki nismo mogli uporabiti za napovedovanje prihodnjih potekov bolezni ali potreb po razširitvi dejavnosti zdravstvenega varstva.

Projekcije prebivalstva razvitega dela sveta kažejo, da bo prišlo že čez nekaj desetletij do pretiranega staranja prebivalstva (1). V državah Evropske unije se bo do leta 2010 delež ljudi, starejših od 65 let, zvišal na 17%, med njimi bo kar 22–30% starejših od 80 let (12).

V Sloveniji se bo do leta 2010 sedanje število prebivalcev, starejših od 64 let, povišalo za 17,6 odstotka v različnih regijah različno. Delež starih prebivalcev bo sledil napovedim, če ne bodo v tem času močno padle ali porasle umrljivost, rodnost ali migracije.

Vzporedno s povečanjem deleža starih prebivalcev v populaciji se spreminjajo tudi zahteve po organizaciji zdravstvenega varstva. Pri nas v zadnjih letih raste število obiskov starih prebivalcev na zdravnika v dejavnosti splošne medicine, za ambulantno specialistično dejavnost nimamo dovolj podatkov, medtem ko se v bolnišnični dejavnosti število bolnišničnih obravnav starih bolnikov na zdravnika ne povečuje. Stopnje umrljivosti, kot je mera uspešnosti zdravstvenega varstva, izračunane za posamezne regije, so obratno sorazmerne s številom obiskov v dejavnosti splošne medicine ali ambulantne specialistične dejavnosti in premosorazmerne s številom obiskov v bolnišnicah, vendar so te povezave šibke. Premosorazmerje med stopnjami umrljivosti in stopnjami bolnišničnih obravnav bi bilo dobro podrobneje analizirati, da bi videli, koliko stari ljudje umirajo v bolnišnicah in zaradi katerih bolezni.

Smrti, ki bi jih z izboljšanjem zdravstvenega varstva lahko zmanjšali in s tem stopnje umrljivosti približali umrljivosti v razvitih državah, h katerim težimo, smo obravnavali v drugem delu prispevka. Vsaka med boleznimi, za katere smo ugotovili, da ima pri nas preveliko umrljivost, je do določene meje preprečljiva. Bodisi z aktivnim delovanjem za zmanjšanje dejavnikov tveganja v populaciji, iskanjem primerov v začetni stopnji bolezni, zdravljenjem bolezni ali zmanjševanjem posledic bolezni oziroma zdravljenja (13).

V zadnjih desetletjih se v razvitih državah že srečujejo z negativnimi posledicami staranja prebivalstva (14). Demografske spremembe postajajo pomemben dejavnik pri načrtovanju zdravstvene službe (15). V mnogih državah se naraščanju števila starih prebivalcev pridružuje nadaljnje padanje rodnosti, kar bo povzročilo padanje števila ekonomsko aktivnih prebivalcev in težavnejše zagotavljanje sredstev za naraščajoče potrebe starih ljudi po zdravstvenem in socialnem varstvu (16). V Sloveniji je v zadnjih 25 letih delovno sposobno prebivalstvo (20–59 let) linearno naraščalo, vendar se bo ta trend gotovo končal že v bližnji prihodnosti. Med letoma 2005 in 2010 se bo precejšen del številčno močne generacije, rojene po drugi svetovni vojni, upokojil, zato bomo pričali upadu števila potencialne delovne sile. Leta 2020 bo po predvidevanjih njihovo število doseglo podobne vrednosti, kot so bile značilne za sedemdeseta leta. Napovedovanje dejanskega števila je najbolj odvisno od meddržavnih selitev v teh letih (11).

Med starimi ljudmi, posebej med zelo starimi, je velik delež žensk, kar je posledica vojn v dvajsetem stoletju, emigracij moških v zgodnjih desetletjih prejšnjega stoletja in predvsem zmanjševanja umrljivosti žensk v zvezi s porodom in materinstvom, boleznimi rodil ter boleznimi, povezanimi z načinom življenja, ki pripomore k zdravju. Posledica tega, da moški umirajo mlajši, ter običaja, da se ženske poročijo s starejšimi moškimi, je tudi velik delež vdov med starimi ženskami, ki se z višanjem starosti samo povečuje. Vendar se bo razlika med številom starih žensk in moških v prihodnosti zmanjševala, ker bodo generacije, katerih moški so umirali v vojnah in se odseljevali, zamenjale mlajše generacije (17).

Zaključki

Na podlagi trenda zadnjih petnajstih let pričakujemo, da bo število starih prebivalcev v Sloveniji naraščalo s stopnjo rasti okoli 6000 prebivalcev na leto in doseglo do leta 2010 število 340.000 oseb. Zaradi povečanega števila starih prebivalcev in znotraj le-teh povečanja skupine zelo starih se bo povečalo tako število bolnišničnih obravnav ter obravnav v splošni in ambulantni specialistični dejavnosti.

Če bomo hoteli podatke zdravstvene statistike uporabljati za zanesljivo napovedovanje trendov tako kazalcev zdravstvene organizacije kot zdravstvenega stanja prebivalcev, bo potrebno povečati kakovost podatkov na poročevalski ravni.

Po grobih ocenah bi zaradi staranja populacije v slovenskih bolnišnicah za enako stopnjo zdravstvenega varstva, kot ga imamo sedaj, potrebovali od 85 do 130 novih zdravnikov.

Podatki primerjav umrljivosti s povprečjem skandinavskih oziroma petnajstih držav članic EU do 1. maja 2004 kažejo, da so potrebni poleg virov za povečanje zdravstvene dejavnosti zaradi staranja prebivalstva tudi dodatni viri za izboljšanje zdravstvenega stanja starih prebivalcev.

Zahvala

Avtorice se zahvaljujemo g. Ani Zgaga in g. Renati Razboršek, obe višji medicinski sestri na Inštitutu za varovanje zdravja, za obdelave podatkov z njihovih strokovnih področij.

Literatura

1. Malacič J. Demografija. Teorija, analiza, metode in modeli. Ljubljana: Ekonomska fakulteta v Ljubljani, Komisija za založništvo, 1997: 23–4.
2. Demographic statistics. Luxembourg: Eurostat, 1997.
3. Šelb J. Umrljivost v Sloveniji v letu 1995. Zdrav Vestn 1997; 66: 293–7.
4. Jakoš A. Staranje prebivalstva v Sloveniji. In: Zdravo staranje. 1. nacionalna konferenca o promociji zdravja v Sloveniji. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995.
5. Knauth B. Older people in the European community – Population and employment. In: Rapid reports. Population and social conditions. Luxembourg: Eurostat, 1993: 1–12.
6. Garicano L. Older people in the European community – Living conditions. In: Rapid reports. Population and social conditions. Luxembourg: Eurostat, 1993: 1–6.
7. Kožuh-Novak M, Šelb J, Belec M. Analiza desetletnega gibanja bolnišnične zdraviljenja prebivalcev starejših od 59 let v Sloveniji. Zdrav Var 1989; 28: 297–301.
8. Vuletić S, Kern J, Ivanković D, Kujundić M, Šošić Z. Ageing without impairment and disease – Cohort study: I. Baseline cohort characteristics. Coll Antropol 1991; 2: 197–212.
9. Accetto B. Bolezni v starosti: analiza bolnikov, starih 60 in več let, ki so se zdravili v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani v letu 1982. Med Razgl 1985; 24: 357–64.
10. Cvahte S, Kastelic I, Neubauer R, Odar Z. Gibanje prebivalstva. In: Cvahte S, Kastelic I, Neubauer R, Odar Z. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1972: 5–28.
11. Šircelj M, Vertot N, Crujisen H, Exterkate M. Projekcije prebivalstva Republike Slovenije 1995–2020. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 1996: 26–7.
12. Weil O, McKee M, Brodin M, Oberle D. Priorities for public health action in the European Union. Luxembourg: European Commission, 1999.
13. Anon. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organisation, 1999.
14. EC Working Group on Health Services and Avoidable Deaths. European Community atlas of avoidable death. Appendix A Selection of Diseases. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 1991.

15. Lindgren L et al. Declaration of intent BJD. Acta Orthop Scand 1998; Suppl 218: 81-1.
16. Saltman RB, Figueras J. European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organisation, 1997.
17. Grundy E. Women and ageing: demographic aspects. In: George J, Ebrahim S. Health care of older women. Oxford, New York, Tokio: Oxford University Press, 1992: 2-16.

BO SKRB ZA STAROST ŽENSKEGA SPOLA?

WILL ELDER CARE BE FEMALE?

Srečo Dragoš

Fakulteta za socialno delo UL, Topniška 31, Ljubljana

Ključne besede: staranje; socialna politika; feminizem; socialne mreže; socialni kapital

Izvleček – Izhodišča. Starost vpliva na socialne mreže, premalo pa se zavedamo, da tudi socialne mreže vplivajo na starost. Ker starostnice in starostniki razpolagajo z različnimi socialnimi omrežji, so tudi učinki socialnih vezi na njihovo zdravje različni.

Rezultati. Raziskave kažejo, da na potek staranja vpliva že zgolj število socialnih vezi, s katerimi so starostniki opremljeni, kar velja tako za ženske kot za moške, čeprav v različni meri; podobno velja tudi v zvezi z ravni osnovne fizične kondicije, v zvezi s korelacijo med ovdovelostjo in srčno-žilno smrtnostjo, za vpliv materialnega stanja na izkoristek mrežnih potencialov, za učinek vrste virov socialnih interakcij na psihično počutje, ugotavljajo pa se še druge povezave. Primer, kako zlahka lahko aktiviramo povsem nove, pomembne, a neizkoriščene vire socialnih stikov, je npr. vključevanje psov v institucionalno oskrbo starejših bolnikov. Ta inovacija nas opozarja na pomembnost razlikovanja med izvajanjem pomoči in aktiviranjem njenih virov v socialnih omrežjih, kjer lahko z različnimi kombinacijami dosežemo različne učinke. Ob koncu prispevek opozarja tudi na pomen mrežnih analiz za socialno politiko, zlasti na področju oskrbe starejše populacije, kjer lahko država s svojim odnosom do neformalnih socialnih mrež usmerja sistem skrbi za stare v povsem različne modele.

Zaključki. Skrb za starejšo kategorijo prebivalstva je v večji meri odvisna od socialnega kot pa od ekonomskega kapitala, s kakršnim družba razpolaga. Ker je socialni kapital produkt socialnih omrežij, je odločilnega pomena, s kakšnimi mrežami so opremljene različne kategorije starih. Socialna in (z njo) starostna politika države ter lokalnih oblasti lahko uravnava socialne mreže in socialni kapital v različne smeri.

Key words: aging; social policy; feminism; social networks; social capital

Abstract – Background. While we know that old age influences social networks, we are not fully aware of the fact that it is also influenced by them. Different social networks which the elderly use produce different social ties having different effects on the health of the elderly.

Results. Research shows that the number of social ties available to the elderly influences their aging and levels of basic physical fitness, both of women and men although in different degrees; it shows correlation between the cardiovascular

mortality of the elderly and their loss of their partners; it shows that their material conditions influence the degree of their use of network potentials; it shows that different kinds of resources of social interactions have different effects on mental health of the elderly; and other correlations. The inclusion of dogs into institutional care for elderly patients is an example of how completely new, important but as yet unexploited resources of social contacts can easily be activated. This innovation calls attention to the importance of the distinction between caregiving and the activation of care resources in social networks, where different combinations can bring about different effects. Finally, the text brings into focus the importance of network analysis for social policy, especially in the field of elder care, where the state and its relation to informal social networks can direct elder care system towards completely different models.

Conclusions. Care for population category of elderly depends more on social than on economic capital available in society. Social capital is a product of social networks, so it is of key importance what kinds of networks function in different categories of the elderly. Social (together with aging) policy of the state and local authorities can regulate social networks and social capital in different directions.

Socialna omrežja, v katerih smo udeleženi, so odločilnega pomena za kakovost našega življenja. Določajo nas s številom in močjo socialnih vezi, ki jih spletamo z drugimi okrog nas. Jakost omrežij je odvisna od kombinacije med količino časa, emocionalno intenzivnostjo, intimnostjo (vzajemnim zaupanjem) in recipročnostjo storitev, ki so značilne za določeno omrežje (1). Zaradi verjetnosti, da razlike med spoloma učinkujejo preko socialnih mrež na zdravje in ker ni jasno, na kakšen način se to dogaja, so se v ZDA lotili raziskave o socialnih mrežah starostnikov. Primerjali so karakteristike 4030 respondentov, starih med 70 in 79 leti, in prišli do naslednjih ugotovitev (2):

- da imajo socialne vezi močnejše učinke na moške, in še zlasti na tiste moške anketirance, za katere je značilna nižja raven osnovne telesne kondicije;
- da so učinki vdovstva na srčno-žilno smrtnost močnejši pri vdovcih kot pri vdovah;
- kljub logični predpostavki, da materialno stanje (višina dohodkov) pomembno vpliva na izkoristek socialnih mrež in na zdravje, takšnega vpliva s to raziskavo niso mogli zanesljivo potrditi; zato gredo razmišljanja v drugo smer, namreč, da je vpliv socialnih mrež na podporo, ki so je starejše osebe deležne v svojih omrežjih, bolj mediatorska kot pa moderatorska (na primer: oseba z višjimi dohodki lahko posredno več dobi oz. »potegne« iz mreže, s kakršno sicer razpolagajo tudi revnejši, - zato, ker si lažje privoščijo prevozne stroške, skupinske izlete in podobne dejavnosti, s katerimi se vzdržuje prisotnost v mrežah);
- nadalje se je pokazalo, da ni pomembno samo vprašanje, kateri dejavniki v socialnih mrežah zvišujejo oz. znižujejo podporne učinke na mrežne akterje, ampak gre tudi za problem, da mreže različno učinkujejo na posameznike glede na njihovo obstoječo individualno telesno kondicijo (in ne le glede na spol); rezultati kažejo, da socialne mreže delujejo bolj zaščitno na tiste, ki imajo nižjo raven telesne kondicije, čeprav koristijo tudi onim z višjo kondicijo, a v manjši meri.

V najnovejši in največji raziskavi švedskih starostnikov pa so se ob količini neposrednih stikov osredotočili tudi na njihov izvor (3). Gre za vprašanje, kaj konkretno pomeni trditev, da mreže vplivajo na bolezensko oz. zdravstveno stanje ljudi. Pokazalo se je, da je treba to trditev razumeti takole: pomembni so predvsem viri pomoči, ki (aktivirani skozi mreže) določajo učinke mrežnih vplivov. V raziskavo je bil zajet vzorec 537