



NEENAKOSTI
V ZDRAVJU
V SLOVENIJI
V ČASU
EKONOMSKE
KRIZE

NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI V ČASU EKONOMSKE KRIZE

Urednice: Tina Lesnik, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Ada Hočevar Grom, Tatjana Kofol Bric, Metka Zaletel

Recenzenta: prof. dr. Majda Pahor, doc. dr. Metka Mencin Čeplak

Lektoriranje: Nuša Mastnak

Oblikovanje: Andreja Frič

Kreativna ureditev besedila: Mitja Vrdelja

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

Fotografije: Freepick

Elektronski vir.

Spletni naslov: <http://www.nijz.si/>

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2018

Zaščita dokumenta

©2018 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršnem 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=293590528

ISBN 978-961-7002-48-5 (pdf)

PREDGOVOR MINISTRICE ZA ZDRAVJE

K PUBLIKACIJI NEENAKOSTI V ZDRAVJU V SLOVENIJI V ČASU EKONOMSKE KRIZE

Zdravje se uvršča med temeljne vrednote posameznika in je pomemben element kakovosti življenja in blaginje. Hkrati je tudi pomemben družbeni kapital ter predpogoj za družbeni in gospodarski razvoj. Splošna deklaracija človekovih pravic opredeljuje pravico posameznikov in družin do takšne življenjske ravni, ki vsakomur omogoča zdravje in blaginjo. Temu pritrjuje tudi Poročilo Komisije za socialne determinante Svetovne zdravstvene organizacije in trajnostni razvojni cilji Agende 2030, ki poudarja, da ne smemo nikogar puščati ob strani.

Kljub zavezam pa podatki o socialno-ekonomskih neenakostih v zdravju v Sloveniji in v mednarodnem prostoru kažejo na razlike v zdravstvenih izidih med revnimi in bogatimi, izobraženimi in neizobraženimi. Neenakosti v zdravju med posameznimi državami in znotraj njih so velike in se marsikje povečujejo, so tudi premalo vidne in vsem preslabo razumljive.

Prvo celovito poročilo o neenakostih v zdravju v Sloveniji je nastalo leta 2011 in je pomembno prispevalo k odstiranju in razumevanju neenakosti v zdravju v Sloveniji. Novo poročilo se osredotoča na neenakosti v zdravju v času gospodarske krize. Podatki kažejo, da se neenakosti v zdravju pri izbranih kazalnikih niso spremenile, še naprej obstajajo, a položaj kljub nespornim posledicam gospodarske krize na materialno blaginjo ni slabši. Z drugimi besedami, večina oblik neenakosti, ki jih je bilo mogoče v opazovanih obdobjih primerjati, ostaja na približno enaki ravni kot leta 2006.

Teh rezultatov smo lahko veseli, saj nakazujejo, da je Slovenija navkljub rigoroznim varčevalnim ukrepom ohranila relativno dobro socialno in zdravstveno varnost prebivalstva.

Kljub tem dobrim novicam pa nikakor ne smemo zastati pri prizadevanjih za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Nasprotno, rezultat nas zavezuje k vzdrževanju uspešnih praks in njihovem nadgrajevanju.

Zdravstveni sektor pri soočanju s socialno-ekonomskimi neenakostmi v zdravju sam ni zadosten, saj na ključne dejavnike neenakosti v veliki meri vplivajo drugi resorji in politike. Vendar pa ne gre spregledati, da lahko tudi zdravstveni sistem pomembno prispeva k pravičnosti in enakosti v družbi. Le ustrezna sinergija univerzalnih politik v Sloveniji na področju izobraževanja, socialnega varstva, razvoja otroka in družine, aktivnega zaposlovanja, davčne zakonodaje ... lahko skupaj s posebnimi podpornimi ukrepi za posebej ranljive ciljne skupine po načelih zdravja v vseh politikah pripelje do boljšega zdravja populacije in manj neenakosti.

Boljše zdravje in blagostanje ter manj neenakosti v zdravju je eden od krovnih ciljev Resolucije nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 Skupaj za družbo zdravja. Kot zdravstvena ministrica sem pri vseh spremembah zdravstvenega sistema sledila načelom pravičnosti in solidarnosti ter si prizadevala za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Še posebej me veseli, da je zdravje tudi med ključnimi strateškimi usmeritvami Strategije razvoja Slovenije do leta 2030.

Verjamem, da vse to pomeni zagotovilo, da bo občutljivost za neenakosti v zdravju v strokovnih in političnih krogih ostala na visoki ravni tudi v prihodnje in da bodo prizadevanja za večjo enakost v dobrem zdravju in blagostanju osrednja skrb delovanja vseh družbenih sistemov in odgovornih politikov.

*Milojka Kolar Celarc,
ministrica za zdravje*

RECENZII

Prof. dr. Majda Pahor, Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani

Neenakost (tudi v zdravju) je pomembna tema, verjetno ena od ključnih sedanjega časa, saj so prizadevanja za njeno zmanjšanje vpisana v temeljne dokumente Evropske unije in – mogoče še pomembneje – se večja delež prebivalcev, ki se zavedajo krivičnosti in disfunkcionalnosti različnih oblik neenakosti. S tem neenakost postaja načeloma nevzdržna. Vprašanje pa je – ker gre za metapojav, prisoten v vseh družbah vseh časov –, kateri so tisti vzvodi, ki jo lahko zmanjšajo, tudi na področju zdravja. Analize, objavljene v tej publikaciji, potrjujejo, da se v Sloveniji ohranjajo (praktično) vse dimenzije neenakosti v zdravju in da je socialno-ekonomski položaj, izražen z izobrazbo, njen glavni dejavnik. Relativno dobra novica pa je, da kljub gospodarski krizi položaj v Sloveniji glede na neenakost v zdravju ni slabši, kot je bil pred sedmimi leti.

Če drži, da kriza ni povzročila večjega poslabšanja zdravja niti ni povečala neenakosti, kaj je torej delovalo kot zaščitni dejavnik?

Da bi to ugotovili, bi bila potrebna večdimenzionalna interdisciplinarna analiza, ki bi na pojav pogledala skozi teoretične leče različnih strok. V tuji literaturi najdemo različne teorije o vzrokih družbene neenakosti, ki pojasnjujejo ozadje neenakosti v zdravju, za stanje v Sloveniji pa bi bila potrebna poglobljena interpretacija s sintezo vseh ugotovitev in s predlogi oziroma zahtevami za ukrepe. Mogoče bi natančnejša analiza tistih razlogov, ki stojijo za relativno dobrim preživetjem neprijaznih časov, dala odgovor na vprašanje, kateri so salutogeni dejavniki, ki bi jih bilo vredno podpirati tudi v boljših časih.

Je to pismenost – zdravstvena, računalniška? Podpora socialnih omrežij? Višanje povprečne izobrazbe, večji delež prebivalstva s končano vsaj srednjo šolo? Boljši dostop do informacij, tudi po spletu, in s tem večja opolnomočenost? Možne so tudi nekatere pozitivne posledice individualizacije, npr. občutek odgovornosti zase in bolj aktiven odnos do življenja. Kriza lahko spodbudi razvoj, tako osebni, recimo ob boleznih, kot na družbeni ravni, denimo zagon inovacij, iskanje tržnih niš, iskanje novih načinov preživetja, tudi z novimi kanali komuniciranja in z medsebojno oporo. V času krize postane človekovo okolje negotovo, kar sicer lahko poveča ranljivost in možnost za destruktivno ravnanje, lahko pa je tudi priložnost za aktivacijo alternativnih virov, tako pri samem sebi kot v okolju. Podatki kažejo, da so bolj zdravi tisti, ki se počutijo sprejete, vključene, uspešne glede na prevladujoče družbene kriterije. Če torej povečamo (občuteno) vključenost in sprejemanje različnosti, izboljšamo zdravje.

Ukrepov za zmanjšanje neenakosti v zdravju je bilo v Sloveniji več, nekateri so predstavljeni v publikaciji. Problem večine njih pa je sektorska in časovna omejenost, ko poskušajo presežati okvire enega sektorja ali celo ene stroke. Pomembno je, da posvečajo veliko pozornosti ranljivim skupinam v smislu njihovega opolnomočenja in vključenosti. Zdravstveni sistem tako kaže elemente generatorja pravičnosti in enakosti. Treba je povečati enakost, ne pa lepiti obliže na izbrane oblike neenakosti. Horizontalna

medsektorska povezanost okoli ključnih družbenih problemov potrebuje močnejšo formalno zavezanost in aktivnejše zagovornike.

Gradivo, zbrano in analizirano v tej publikaciji, pomeni priložnost za strokovnjake in za politične dejavnike na vseh ravneh. Je mogočno orodje, ki ga lahko uporabijo, da vzpostavijo ravnanja, strukture in procese, ki bodo ljudem omogočali pogoje za dobro in zdravo življenje. Te strukture morajo sedanjim in bodočim strokovnjakom vseh strok, zlasti pa tistim na področju zdravstvenega in socialnega varstva, omogočiti sodelovanje in zaveznitvo za zdravje. Samo uvidenje dimenzij pojava in njegovega ozadja ter ukrepanja na tej osnovi lahko omogoči pisanje naslednje zgodbe o zdravju v Sloveniji, ki bo manj zaznamovana z neenakostmi.

Doc. dr. Metka Mencin Čeplak, Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani

Poročilo NIJZ z delovnim naslovom Neenakosti v Sloveniji, obdobje krize in po njej kritično analizira neenakost/nepravičnost v zdravju v Sloveniji, in sicer z istih izhodišč, na osnovi istih načel in z istimi cilji kot publikacija, ki je na to temo izšla leta 2011. Osnovno raziskovalno vprašanje je vpliv gospodarske krize na nekatere kazalnike neenakosti v zdravju (primerjava med letoma 2006 in 2014): na kazalnike, povezane z nosečnostjo in porodom, kajenjem, uživanjem alkohola, prehrano in gibanjem, duševnim zdravjem, na kazalnike zdravja mladostnikov in starejših, na samooceno zdravja, pričakovano življenjsko dobo in zdravje ter na umrljivost. Ena od ugotovitev poročila je, da večina oblik neenakosti, ki jih je bilo mogoče v opazovanih obdobjih primerjati, ostaja na približno isti ravni kot leta 2006. Omejitev tega poročila, ki se je raziskovalke dobro zavedajo, je v tem, da kazalnike primerja glede na en sam demografski kriterij – izobrazbo. Izobrazba je res povezana z različnimi oblikami »kapitala« (ekonomski, socialni, kulturni), zato je pomemben dejavnik, ki vpliva na zdravje, vendar pa je z naraščanjem prekarnih zaposlitev in manjšanjem pravic delavcev z zaščito zaposlenih mogoče pričakovati, da se bo ta »varovalni« učinek izobrazbe zmanjševal. Vendar ta omejitev ni usodna, saj raziskovalke v drugih poglavjih opozarjajo na neugoden položaj ranljivih skupin (prim. poglavje o brezposelnosti).

Poročilo sicer ugotavlja, da vzroki neenakosti v zdravju niso posledica sistema financiranja zdravstva in da se finančna dostopnost tudi v obdobju krize ni bistveno poslabšala, vendar hkrati ugotavlja, da se povečujejo razlike med revnimi in bogatimi v potrošnji za zdravje: problem dolgih čakalnih vrst za ambulantne specialistične in zobozdravstvene storitve npr. premožnejši rešujejo z izbiro samoplačniških storitev, za kar porabijo vedno več sredstev, revnejši pa si tega ne morejo privoščiti – posledice bodo verjetno vidne v daljšem obdobju. To povečevanje razlik je še kako odvisno od državnih politik na področju zdravja in zdravstva, kar bi bilo vsekakor smiselno podrobneje proučiti. Indikativna pa je tudi ugotovitev, da možnosti, ki jih ponujajo preventivni programi, kakršen je npr. Program Svit, v manjši meri izkoriščajo prav socialno deprivilegirani prebivalci.

Čeprav je v analizo vključeno relativno majhno število kazalnikov (kar ni krivda avtoric, ampak pogojev raziskovanja oz. raziskovalne politike v Sloveniji) in čeprav učinkov gospodarske krize ni mogoče zanesljivo oceniti, ker se, kot ugotavljajo tudi avtorice poročila,

učinki slabšanja socialno-ekonomskega položaja ljudi in slabšanja pogojev v javnem zdravstvu pokažejo šele v daljšem obdobju, je poročilo pomemben prispevek k vidnosti neenakosti v zdravju, strokovne analize pa so nujno opozorilo načrtovalcem javnih politik in odločevalcem, ki določajo pogoje življenja prebivalcev. Analiza je dragocen glas zoper neoliberalne politike, ki se vztrajno uveljavljajo v vseh družbenih podsistemih, je glas zoper ideologijo neoliberalizma, ki neenakost interpretira kot pravično.

MEDSEKTORSKI VIDIK

Vlasta Nussdorfer, univ. dipl. prav., varuhinja človekovih pravic

Živimo in se nenehno primerjamo. Predvsem s tistimi, ki so bogatejši, bolj zdravi, vsaj na videz srečnejši in imajo manj težav. Običajno svojega življenja ne vidimo povsem realno, življenje drugih pa gledamo skozi rožnata očala. Šele ko se pojavi bolezen, se zavemo, kako majhne probleme smo imeli, preden smo zboleli. Zato povsem velja, da imajo zdravi ljudje tisoč želja, bolni pa le eno samo: biti spet zdrav.

Smo država z veliko družbeno občutljivostjo, a o enakosti ni mogoče govoriti.

Tudi zato je publikacija o neenakostih v zdravju izjemna popotnica vsem, ki jim je za zdravje mar. Zato se je veselim ter podpiram tovrstne raziskave in sprejemam spoznanja, zajeta v publikaciji, ki bodo lahko odlična popotnica vsem, ki nam je mar za enakost v zdravstvu.

Kot varuhinja človekovih pravic se še posebej zavzemam za preprečevanje socialne izključenosti, za pravice bolnikov, ohranjanje človekovega dostojanstva in socialne povezanosti družbe, za uveljavljanje načela enakosti, solidarnosti, enakih možnosti spolov, sodelovanje in svobodo izbire ter uveljavljanje načela nediskriminacije.

V Sloveniji se, tako kot nasploh v Evropi in svetu, srečujemo z neugodnimi socialno-ekonomskimi dejavniki, kot so revščina, brezposelnost, ljudje brez dokumentov, brezdomstvo, migracije, begunci in prosilci za azil, nezdravi življenjski pogoji, poklicne poškodbe in druge nevarnosti v zvezi z opravljanjem poklica. Vzporedno s temi pojavi se veča neenakost na področju zdravstvenega varstva in zmanjšuje dostopnost do te dobrine.

Zdravstvene politike morajo izboljšati dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev za najranljivejše skupine. Zato se zavzemam za medresorni in multidisciplinarni pristop pri reševanju zdravstvenih težav in zagotavljanju zdravstvenega varstva teh skupin.

Strinjam se, da je pomembnejša preventiva, ki je seveda tudi veliko cenejša. Zato lahko pohvalim vse preventivne programe, namenjene predvsem zgodnjemu odkrivanju hudih bolezni. Seveda jih morajo ljudje vzeti dovolj resno in se nanje dosledno odzivati. Tu ne moremo govoriti o neenakosti, saj prejmejo povabilo za vključitev v te programe vsi, ki spadajo v določeno skupino, po navadi glede na spol in predvsem starost.

Zagotovo smo država z veliko občutljivostjo do nekaterih skupin, a o popolni enakosti ljudi seveda ni moč govoriti. Prav pa je, da tega ne občutijo otroci, ki nič krivi vstopajo v svet in ki jih je usodno zaznamoval socialno-ekonomski položaj družine.

Ne zgledejmo se po slabših, pri katerih denar kroji prav vse, in ostanimo pri pretežno javnem zdravstvu, dostopnem vsem pod enakimi pogoji. Naj nikoli ne bo gospodarska ali kakršnakoli druga kriza izgovor za zmanjševanje že pridobljenih pravic, zlasti pri najranljivejših.

»Telesne bolezni lahko ozdravimo z zdravili, za osamljenost, obup in malodušje pa je edino zdravilo ljubezen. Na svetu je veliko ljudi, ki hrepenijo po koščku kruha, še veliko več pa jih je, ki hrepenijo po kančku ljubezni.«

Dr. Jasminka Dedić, Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko

Neenakost v zdravju se kaže le kot vrh ledene gore.

Drugo poročilo o neenakosti v zdravju v Sloveniji prihaja v času, ko dozoreva spoznanje, da se je prevladujoči model družbenogospodarskega razvoja izpel in da ga moramo zaradi tega korenito preobraziti. Opogumljeni z doseženim globalnim konsenzom, uveljavljenim v Pariškem podnebnem sporazumu in Agendi za trajnostni razvoj do leta 2030, se krepijo glasovi različnih akterjev, ki zahtevajo opustitev tržnega fundamentalizma; ta je, s tem ko je vse družbene cilje podredil ustvarjanju dobička in poganjanju neskončne gospodarske rasti, sodobno družbo pripeljal do gospodarskega kolapsa in pri tem ustvaril neenakost, ki je bila še pred nekaj desetletji nepredstavljiva. Z naraščanjem družbene neenakosti se je povečevala in poglobljala tudi neenakost v zdravju, ki pa se kaže le kot vrh ledene gore, zaradi česar je izjemno težko oceniti dejanske razsežnosti vpliva gospodarske krize na zdravje ljudi.

Ravno zato je ta poskus razumevanja vplivanja vseh socialnih dimenzij na zdravje ter njihovega prepletanja in součinkovanja dragocen prispevek k nastajajoči razvojni paradigmi. V 21. stoletju se namreč uspešnost držav ne bo merila z gospodarsko rastjo, temveč s tem, ali je družba zmožna zagotoviti pravično razdelitev zdravja in blagostanja ljudi ter ohraniti zdravo okolje tudi za prihodnje generacije. Zlasti pa bomo kot družba zrelostni izpit opravili, ko bomo ukrepe za zmanjševanje neenakosti v zdravju prepletli z ukrepi za krepitev odpornosti proti podnebnim spremembam, saj so slednje, poleg naraščajoče neenakosti in staranja prebivalstva, nedvomno eden največjih izzivov 21. stoletja.

Mag. Magda Zupančič, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Direktorat za trg dela in zaposlovanje

Publikacija Neenakosti v Sloveniji, obdobje krize nudi zanimiv prerez kazalnikov zdravja v obdobju po socialno-ekonomskih kategorijah posameznikov. Mnogi kazalniki se v obdobju krize niso poslabševali, kar potrjuje dejstvo, da je z ustreznimi sistemskimi politikami možno v veliki meri zmanjševati neenakost v zdravju. Ob tem publikacija poudarja potrebo po dodatnih ukrepih za premagovanje obstoječih vrzeli v posameznih kazalnikih zdravja z večjo dostopnostjo preventivnih ukrepov ter z informiranjem o zdravstvenih tveganjih in obvladovanjem teh tveganj.

Publikacija je hvaležno gradivo za ciljne ukrepe ter politike doseganja in ohranjanja enakosti na področju zdravja v Sloveniji, poudarja pa tudi pomen intenzivnejšega medsektorskega sodelovanja za doseganje »zdrave družbe«. Doseganje enakosti v zdravju je namreč dinamičen proces, odvisen od različnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje posameznika v različnih življenjskih obdobjih, v spreminjajočih se socialnih razmerah in finančni razpoložljivosti gospodinjstev ter v različnih gospodarskih ciklih. Vse omenjene dejavnike in njihove vplive je torej treba upoštevati pri kreiranju politik za doseganje trajnostnih ciljev doseganja zdravja in večje enakosti v zdravju kot vrednote sodobne družbe, kar publikacija tudi poudari.

Doseganje enakosti v zdravju je dinamičen proces, odvisen od različnih dejavnikov.

Mag. Lea Javornik Novak, sekretarka, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Direktorat za družino

Sistemska raven in nagovarjanje ciljnih skupin sta dominantna gradnika večje kakovosti zdravja kot temeljne vrednote.

Publikacija Neenakosti v zdravju je z vidika družinske politike in politike skrbi za otroke in mladostnike pomemben prispevek k analizi aktualnih trendov, saj je dostopnost do zdravstvenih storitev eden nosilnih stebrov in obenem kvalitativnih in kvantitativnih kazalnikov razvoja populacije. Vzpostavljanje pogojev za zdrav psihofizični razvoj posameznika in zagotavljanje čim enakomernejše dostopnosti do zdravstvenih storitev sta dolžnost države, prav tako posebna skrb za ranljive družbene skupine (osebe s posebnimi potrebami, dolgotrajno brezposelni, migranti, pripadniki romske etnične skupnosti, odvisniki); kontinuirana sistematična analiza trendov na tem področju, razvoj predlogov ukrepov za saniranje negativnih kazalnikov in krepitev pozitivnih ter raznovrstne promocije »zdravih« odločitev so skupek aktivnosti, ki imajo sinergijski učinek na celotno populacijo. Zakonodajna določila sama po sebi niso dovolj, so le pravni okvir, ki za spreminjanje vedenjskih vzorcev znotraj družbe ni signifikanten. Tisto, zaradi česar se v zavesti ljudi zgodijo premiki, so pozitivno naravnane preventivne kampanje, ki jih akterji na področju krepitev zdravega življenjskega sloga v slovenskem prostoru uspešno izvajajo že nekaj desetletij. Obe ravni, sistemska v smislu nacionalnega vzpostavljanja mreže različnih zdravstvenih storitev ter nagovarjanje ciljnih skupin javnosti s preventivnimi akcijami (promocijami, kampanjami), sta dominantna gradnika večje kakovosti zdravja kot temeljne vrednote.

Posameznikov ne moremo v celoti zaščititi pred vsemi potencialnimi oblikami za zdravje rizičnega vedenja, lahko pa jih opremimo s potrebnimi informacijami, z veščinami in znanjem, da se bodo znali ustrezno odločati in prevzemati odgovornost. Primarna preventiva kot učinkovit mehanizem preprečevanja bolezni in poškodb ima cilj preprečiti, da bi posameznik utrpel različne zdravstvene posledice. Prav zato je za holistični koncept krepitev zaščitnih dejavnikov za posameznike in ciljne družbene skupine pomembno, da se aktivnosti izvajajo že v zgodnji dobi razvoja, da so vsebine fleksibilne, kulturno občutljive (npr. etnično vprašanje) in dostopne za čim širši krog ljudi ter da s tem spodbujajo aktivno participacijo vseh deležnikov.

Doc. dr. Andreja Barle Lakota, državna sekretarka, MIZŠ

Odnos do zdravja se spreminja glede na družbene spremembe, ki aktualizirajo posamezne vidike zdravja.

Zdravje pomembno določa naše življenje. Skrb za zdravje je prav zato v središču družbene in individualne pozornosti. Ob tem velja še posebej poudariti, da se odnos do zdravja spreminja tudi glede na družbene spremembe, ki aktualizirajo posamezne vidike zdravja. Tema, s katero se ukvarja ta publikacija, odstira pogled na izjemno aktualno in pogosto še vedno tabuizirano temo. Pogledi na različne vidike krhkosti nas spomnijo vsaj na dvoje: najprej na krhkost našega življenja, ki se je v tem dinamičnem svetu premalo zavedamo, nato pa

tudi na to, da je pojav izjemno kompleksen. Z vidika družbene skrbi zato velja še posebno pozornost nameniti družbenim dejavnikom, ki vplivajo na obravnavano temo. Snovalcem publikacije zato iskrene čestitke za pogum pri odstiranju novih pogledov, avtorjem pa čestitke za opravljeno pionirsko delo.

Tanja Polak Benkič, MKGP, nosilka ukrepa Shema šolskega sadja in zelenjave ter Šolska shema v Sloveniji

Veseli nas, da je v tej publikaciji o neenakosti v zdravju med primere dobrih praks uvrščena tudi Shema šolskega sadja in zelenjave. Shema je bila v Evropski uniji uvedena v okviru ukrepov skupne kmetijske politike, vendar v tesnem sodelovanju sektorja za zdravje. Povod namreč ni bil samo zmanjševanje porabe sadja in zelenjave, temveč v povezavi s tem tudi trend naraščanja debelosti pri otrocih in mladostnikih. Ob nadaljevanju takšnega trenda se lahko pričakuje povečanje obolevanja za boleznimi sodobnega časa v vedno zgodnejši starostni dobi in posledično povečevanje stroškov za zdravljenje ter izostanki z dela. Shema se je začela izvajati prav v času nastajanja gospodarske krize, leta 2009, in veselilo nas je, da so jo slovenske šole in starši zelo pozitivno sprejeli. V Sloveniji smo ciljno skupino z otroki v starosti od 6 do 10 let razširili na vse otroke osnovnih šol, na pobudo ministrstva za šolstvo pa smo vključili tudi otroke in mladostnike iz zavodov za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami, ki spadajo v ranljivejšo skupino. NIJZ je v petletnem vrednotenju učinkov sheme ugotovil pozitivne rezultate tudi pri otrocih iz družin z nizkim socialno-ekonomskim položajem. Brezplačni dodatni obrok sadja in zelenjave v šoli lahko za te otroke pomeni pomembno popestritev prehrane. Z zavedanjem šol o prednostih, ki jih ponujajo kratke verige, se je v shemi razdeljevalo veliko lokalnega sadja in zelenjave slovenskih kmetov, poleg tega sta se pri nabavi spodbujali raznovrstnost in sezonskost.

Pozitivni učinki sheme šolskega sadja in zelenjave so Evropsko unijo spodbudili, da je shema dopolnila z mlekom in mlečnimi izdelki ter v šolskem letu 2017/18 uvedla združeno šolsko shemo. Medsektorska delovna skupina predstavnikov kmetijstva, zdravja in šolstva ima priložnost, da uspešno nadaljuje svoje delo tudi v tej šolski shemi, in dolgoročno pričakuje pozitivne učinke.

Tudi kmetijska politika skrbi za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Medsektorska delovna skupina predstavnikov kmetijstva, zdravja in šolstva ima priložnost, da uspešno nadaljuje svoje delo in dolgoročno pričakuje pozitivne učinke.

SEZNAM KRATIC IN POMEMBNI POJMI

ANPV – Alkoholno neposredno pripisljivi vzroki

BPD - bruto družbeni proizvod

EHIS – Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu, angl. European Health Interview Survey,

EK – Evropska komisija

EU – Evropska unija

FAS – ang. Family affluence scale

HBSC – raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju, ang. Health behavior in school-aged children

ITM – Indeks telesne mase

KME – klopni meningoencefalitis

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OECD – Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj, ang. Organisation for Economic Co-operation and Development

SŠSZ – Shema šolskega sadja in zelenjave

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

SZO (ang. WHO) – Svetovna zdravstvena organizacija, ang. World health organization

UMAR – Urad za makroekonomske analize in razvoj

V publikaciji uporabljamo enotno razporeditev in poimenovanje dosežene stopnje izobrazbe v tri skupine: nizka, srednja in visoka izobrazba.

Pri podatkih iz Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu in podatkih o umrljivosti se skupine izobrazbe uporabljene v anketi razporedijo tako:

- nizka izobrazba: brez šolske izobrazbe; nedokončana osnovnošolska izobrazba; osnovnošolska izobrazba;
- srednja izobrazba: nižja ali srednja poklicna izobrazba; srednja strokovna izobrazba; srednja splošna izobrazba;
- visoka izobrazba: višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba; visokošolska strokovna izobrazba (vključuje tudi 1. bolonjsko stopnjo); visokošolska univerzitetna izobrazba (vključuje tudi 2. bolonjsko stopnjo); specializacija; magisterij; doktorat.

Podatki o izobrazbi iz Perinatalnega informacijskega sistema pa so v publikaciji razporejeni v štiri skupine:

- nizka izobrazba: brez šolske izobrazbe; nedokončana osnovnošolska izobrazba; osnovnošolska izobrazba;
- nižja ali srednja poklicna izobrazba;
- srednja izobrazba: srednja strokovna izobrazba; srednja splošna izobrazba;
- visoka izobrazba: višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba; visokošolska strokovna izobrazba (vključuje tudi 1. bolonjsko stopnjo); visokošolska univerzitetna izobrazba (vključuje tudi 2. bolonjsko stopnjo); specializacija; magisterij; doktorat.

Kazalo

PREDGOVOR MINISTRICE ZA ZDRAVJE	3
RECENZIJI	5
MEDSEKTORSKI VIDIK	8
SEZNAM KRATIC IN POMEMBNI POJMI	12
BESEDA UREDNIC	14
STRNJEN POVZETEK	19
POVZETEK	21
I. SLOVENIJA, EU IN NEENAKOSTI	29
Zdravje Slovencev v primerjavi s prebivalci drugih članic Evropske unije	30
II. NEENAKOSTI V SLOVENIJI V ŠTEVILKAH	36
Pričakovano trajanje življenja in zdrava leta življenja	37
Začetki življenja in socialno-ekonomske neenakosti	43
Neenakost v izbranih kazalnikih zdravja in vedenja mladostnikov	48
Samocena zdravja	53
Kajenje in neenakosti	57
Alkohol in neenakosti	61
Duševno zdravje in socialno-ekonomske neenakosti v Sloveniji	65
Debelost – socialno-ekonomsko obarvan most med dejavniki tveganja ter boleznimi srca in ožilja	72
Nenamerne poškodbe odraslih	81
Cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu in neenakosti	84
Neenakosti v zdravju pri starejših prebivalcih	87
III. PRIMER RANLJIVE SKUPINE - IZZIV NA PODROČJU NEENAKOSTI	94
Brezposelni – ena izmed najranljivejših skupin v času krize	95
IV. PRIMERI DOBRIH PRAKS	108
Potenciali prehranske in gibalne politike v Sloveniji pri zmanjševanju neenakosti v zdravju pri otrocih in mladostnikih – primer Sheme šolskega sadja	109
Vključevanje ranljivih oseb v preventivni program Skupaj za zdravje	115
Zmanjševanje neenakosti v zdravju v Programu Svit	120
V. FINANČNA DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVA	126
Finančna dostopnost do zdravstva v Sloveniji in njen vpliv na neenakosti v zdravju	127
VI. METODOLOGIJA	137
Viri podatkov in metodologija izračunov	138
VII. KAZALO SLIK IN STVARNO KAZALO	145
Kazalo slik	145
Stvarno kazalo	150

BESEDA UREDNIC

Pomen spremljanja neenakosti v zdravju je prepoznan v nacionalnem strateškem dokumentu, Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 »Skupaj za družbo zdravja«

V Sloveniji je obravnava socialno ekonomskih neenakosti z vidika javnega zdravja zgodba z dolgoletno tradicijo. Publikacija »Neenakosti v zdravju v Sloveniji«, ki je izšla leta 2011, je bila prelomna predvsem v skupnem pristopu k obravnavani tematiki, metodologiji in povezovanju različnih deležnikov. Z obstoječimi podatki smo takrat poglobljeno prikazali, da neenakosti v zdravju predvsem glede na izobrazbo v Sloveniji obstajajo. Takratna publikacija je z nadgrajevanjem metodoloških pristopov stopila ob bok publikacijam drugih evropskih držav. Kot so prikazali že strokovnjaki raziskovalci (Johan P. Mackenbach, Sir Michael Marmot), obstajajo velike neenakosti v zdravju tako med posameznimi državami kot tudi znotraj njih in se marsikje še povečujejo. Temeljno sporočilo poročila Komisije za socialne determinante zdravja Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanj SZO) iz leta 2008 je bilo, da so nepravične tiste neenakosti v zdravju, ki so preprečljive.

Namen tokratne publikacije je, da postanejo neenakosti v zdravju v Sloveniji še bolj prepoznavne. Želimo, da sporočilo publikacije doseže različne javnosti in spodbudi dialog tako o predstavljenih podatkih oz. stanju kot tudi o udejanjanju in nadgrajevanju politik in pristopov, ki so se v praksi izkazali za učinkovite pri zmanjševanju neenakosti v zdravju.

Pomen spremljanja neenakosti v zdravju je prepoznan v nacionalnem strateškem dokumentu, Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 »Skupaj za družbo zdravja«¹, ki gradi na ciljih evropske strategije Zdravje 2020 (sprejete leta 2012):

- *zmanjšati prezgodnjo umrljivost v Evropi do leta 2020;*
- *povečati pričakovano življenjsko dobo v Evropi;*
- *zmanjšati neenakosti v Evropi;*
- *povečati blagostanje prebivalcev Evrope;*
- *zagotoviti univerzalno pokritost z zdravstvenim varstvom in uresničevanje "pravice do zdravja";*
- *vzpostaviti spremljanje doseganja nacionalnih ciljev v posameznih državah.*

Z uvrščanjem neenakosti v zdravju v ključni strateški dokument na zdravstvenem področju Slovenija uspešno uresničuje načela pomembnih političnih deklaracij, kot je na primer Politična deklaracija o socialnih determinantah zdravja iz Ria 2011², ki spodbuja vlade k zagotavljanju pravičnosti v zdravju in blagostanju s pomočjo uveljavljanja celovitih medsektorskih ukrepov.

¹http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva_2016_2025_skupaj_za_druzbo_zdravja/

² http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf

Podobno se Slovenija tudi z zavezo izvajanja Ciljev trajnostnega razvoja³ pridružuje globalnim iniciativam za uveljavljanje blagostanja in napredka za vse ter odpravi vseh oblik revščine pri treh ključnih dimenzijah trajnostnega razvoja – socialni, okoljski in ekonomski).

Sedem let po prvi izdaji Nacionalni inštitut za javno zdravje, ki je osrednja javnozdravstvena inštitucija v Sloveniji in s svojim delom in raziskovanjem neenakosti povezuje številne deležnike ter opozarja in seznanja različne javnosti v drugem periodičnem poročilu o neenakostih, ki je pred vami, razkriva nove ugotovitve.

Družbene razmere v zadnjih sedmih letih so bile nemirne. Ob nadaljevanju trenda staranja prebivalstva in številnih drugih izzivih smo se soočili z ekonomsko krizo, ki je prizadela praktično vse prebivalce Slovenije. Dejstvo je, da je ekonomska kriza posredno vplivala na zmanjšanje prihodkov – plač in pokojnin, povečanje brezposelnosti, težjo zaposljivost vseh, še posebej ranljivih skupin, večanje davčnih obremenitev, ukinitve in/ali omejitve socialnih transferjev. Vse to je vplivalo na materialno blaginjo prebivalcev. Poleg tega pa je ekonomska kriza prinesla tudi krizo temeljnih vrednot, saj so prebivalci doživeli spremembe, ki se dotikajo njihove lastne eksistence, zdravstvenih, socialnih in ostalih pravic.

Zato je naše ključno raziskovalno vprašanje pri analizi izbranih zdravstvenih kazalnikov bilo, kako se je ekonomska kriza odrazila v zdravju ljudi oziroma ali so se neenakosti v zdravju v Sloveniji povečale.

Zavedali smo se, da odgovor na to vprašanje ne bo enostaven in da bo vse potencialne spremembe težko zaznati in oceniti. Procesi spreminjanja navad in vedenj ljudi tečejo počasi in dolgo. Tudi če gre za zunanje vplive na življenja ljudi kot je npr. vpliv ekonomske krize, se ti lahko odražajo tako v smeri dobrega kot tudi slabega zdravja. Predpostavljali smo, da enoznačnega odgovora na vprašanje, kako je kriza vplivala na zdravje ljudi, morda še ni in da za bolj zaznavne spremembe še ni minilo dovolj časa. Morda bodo zaznane šele v prihajajočih letih, kajti mogoče je, da ukrepi, ki so se izvajali še pred obdobjem krize še delujejo kompenzatorno. Res pa je tudi, da je država z določenimi ukrepi na področju sociale, trga dela in drugih področij v času krize skušala zaščititi najbolj ranljive skupine prebivalstva. Sprašujemo se, če morda kriza nekaterih vsebinskih področij sploh ni prizadela in se je nekje v času krize in po njej trend morda obrnil celo navzgor, kot se je to zgodilo npr. v Nemčiji. Navedeni razmisleki so bili dodaten izziv za raziskovanje v okviru danih možnosti.

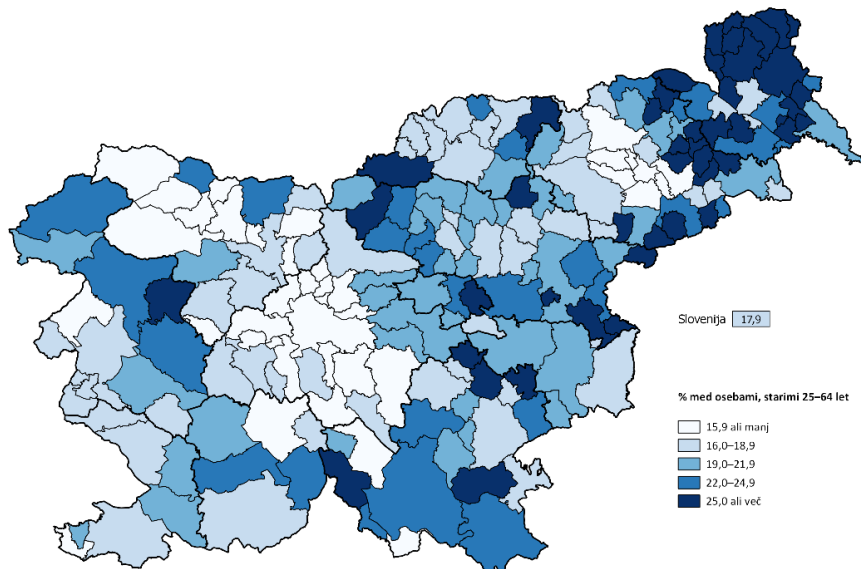
Uporabili smo razpoložljive podatke, ki so nam omogočali prikazati socialno-ekonomske neenakosti v zdravju. Eden poglobitnih kriterijev izbora je bila možnost primerjave kazalnikov v času. Pri nekaterih od pomembnih poglavij primerjav zaradi spreminjanja anketnih vprašalnikov med posameznimi valovi raziskav ni bilo mogoče narediti. Pomemben vidik neenakosti, ki se ga zavedamo, a ga tokrat nismo obravnavali, so regionalne razlike v zdravju v Sloveniji. Tematika je široka in zasluži posebno pozornost, morda v ločenem poročilu.

Neenakosti so v največji meri povezane s socialno-ekonomskim položajem posameznika. Zaradi omejene razpoložljivosti podatkov smo za namene naših analiz uporabili podatek o

³ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

doseženi stopnji izobrazbe posameznika, ki se znanstveno utemeljeno lahko uporablja kot posredni kazalnik socialno-ekonomskega položaja. Mnogi avtorji namreč navajajo povezavo med izobrazbo, dohodkom in zdravjem. Za neposredno ilustracijo povezanosti prikazujemo delež osnovnošolsko izobraženih odraslih v Sloveniji (slika 1), ki je eden izmed kazalnikov publikacije »Zdravje v občini« in kaže na precejšnjo variabilnost po slovenskih občinah.

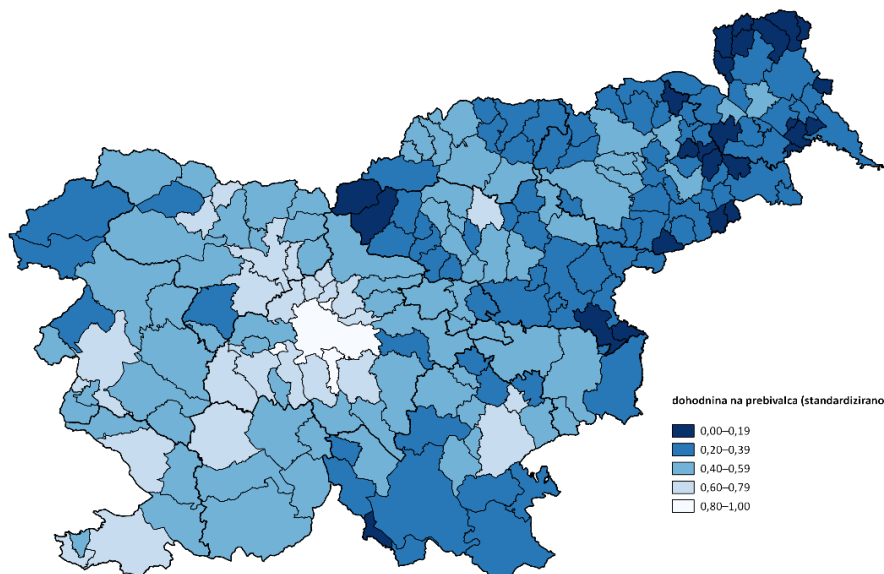
Slika 1: Osnovno izobraženi odrasli, Slovenija, 2014



Vir: Zdravje v občini, NIJZ.

Povezanost med kazalnikom osnovnošolsko izobraženih odraslih s kazalnikom dohodnine na prebivalca je značilna in kot prikazujeta sliki 1 in 2 je na obeh dobro viden vzhodno-zahodni gradient. Tako tudi naši podatki potrjujejo že prej omenjeno, da se stopnja izobrazbe dobro povezuje z ravno dohodka.

Slika 2: Dohodnina na prebivalca, Slovenija 2014



Vir: podatki Ministrstva za finance, izris NIJZ.

Publikacija je zasnovana mozaično, sestavljena iz več strukturno in vsebinsko različnih poglavij, kajti prikaz različnih pogledov nam omogoča bolj celovito sliko tako kompleksnega pojava, kot so socialno-ekonomske neenakosti v zdravju.

Začetno poglavje smo namenili pogledu na zdravje v Sloveniji od zunaj oziroma v primerjavi z ostalimi državami članicami EU.

V drugem poglavju so predstavljeni podatki o neenakostih v zdravju na različnih področjih in v različnih življenjskih obdobjih. Kjer so nam podatki to omogočali, smo kazalnike prikazali v dveh časovnih obdobjih, pri tem smo upoštevali obdobje vrhunca ekonomske krize. Zato je bila časovno primerna anketna Raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu, ki je bila pri nas izvedena prvič leta 2007, to je tik pred nastopom ekonomske krize, drugič pa sedem let kasneje, leta 2014, ko se je kriza že pričela umirjati. Večina ostalih podatkov je iz podatkovnih zbirk NIJZ, ki omogočajo primerjavo podobnih časovnih intervalov (npr. pri podatkih o umrljivosti smo upoštevali povprečje obdobj 2004–2006 in 2012–2014).

V tretjem poglavju smo prikazali zdravstveno stanje brezposelnih prebivalcev kot ene izmed najštevilčnejših ranljivih skupin v času krize. Skupin prebivalstva, ki so prav tako – ali pa še bolj – ranljive, je seveda več, vendar jih žal v podatkovnih zbirkah in anketah ne zaznamo. Na primer: prekarni delavci, še posebej zaposleni mladi v nestabilnih delovnih razmerjih, ki ne omogočajo vzpostavitve družine, osipniki iz šolskega sistema, neuporabniki zdravstvenih storitev ... Namen tega poglavja je predvsem prikazati stanje oz. obstoječe neenakosti v zdravju in uporabi storitev zdravstvenega sistema med ranljivo skupino (brezposelnimi) ter zaposlenimi. Podrobnejša analiza vzrokov in predvsem predlogi ukrepov so predmet nadaljnjih poglobljenih analiz in širše diskusije.

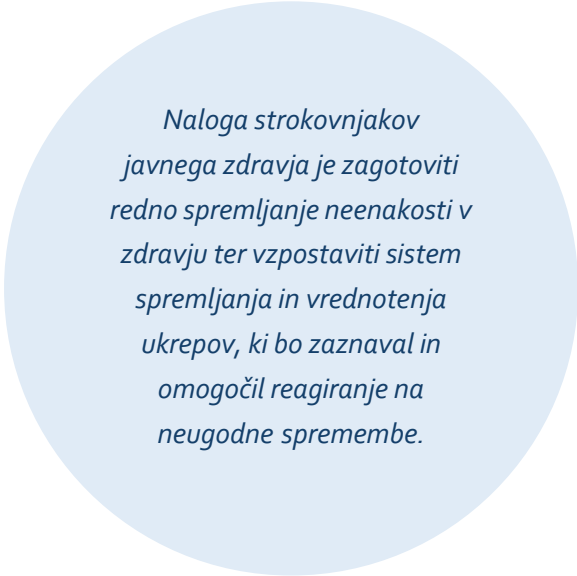
V četrtem poglavju smo želeli prikazati primere dobrih praks delovanja in ukrepanja z usmeritvijo na neenakosti, ki so bili uspešno izvedeni kljub zmanjševanju sredstev v javnem zdravju. Temeljni javnozdravstveni koncept govori po eni strani o univerzalnih, po drugi o specifičnih ukrepih. Prikazujemo eno in drugo, hkrati pa tudi oboje, kar je v praksi najbolj učinkovito. Presejalni program za raka debelega črevesa in danke Svit je lep primer, kako smo uspeli prepoznati neenakosti v dobro utečenem univerzalnem programu in specifično naslovili prikrajšane. Shema šolskega sadja nas spomni, kako pomembno je multisektorsko sodelovanje pod okriljem skupnih politik, in da le na tak način lahko uresničimo zastavljene cilje. Ne nazadnje pa s primerom pilotnega preventivnega programa za odrasle v okviru projekta Norveškega finančnega mehanizma »Skupaj za zdravje« prikazujemo, kako prepoznavati in naslavljati potrebe ranljivih v lokalnem okolju s t. i. skupnostnim pristopom.

Peto poglavje govori o izdatkih za zdravje in neenakostih. Prikazani so izdatki za storitve in zdravila. To poglavje nekoliko odstopa od predhodnih, predvsem zato, ker ni napisano s strani javnozdravstvene stroke. Vendar ravno na ta način poudarjamo pomembnost multidisciplinarnega sodelovanja in poznavanja govorice enega in drugega. Zato je v tem poglavju prisotnih tudi več opomb, ki bralca uvedejo v obravnavano tematiko. Vpliv krize na finančno stanje posameznika se gotovo odraža tudi v skrbi za zdravje, hkrati pa je

pomembno vedeti, kako se bodo strukturne posledice krize npr. varčevalni ukrepi porazdelili v populaciji. To znanje nakazuje vstopna mesta za medsektorske ukrepe.

V zadnjem poglavju Metodologija so podrobneje razloženi metodološki pristopi in viri podatkov.

Naloga strokovnjakov javnega zdravja je zagotoviti redno spremljanje neenakosti v zdravju, vzpostaviti sistem nadzora, ki bo zaznaval in omogočil reagiranje na spremembe. Usklajeno delovanje po načelih pristopa Zdravja v vseh politikah, ki predvideva vključevanje vseh sektorjev in vodilnih državnih struktur je tisto, ki vodi k pripravam učinkovitih predlogov ukrepov, temelječih na dokazih. Implementacija in evalvacija ukrepov zarišeta krog procesa, ki naj vodi v zmanjševanje neenakosti.



Naloga strokovnjakov javnega zdravja je zagotoviti redno spremljanje neenakosti v zdravju ter vzpostaviti sistem spremljanja in vrednotenja ukrepov, ki bo zaznaval in omogočil reagiranje na neugodne spremembe.

STRNJEN POVZETEK

Slovenija se glede na izbrane kazalnike zdravja v večini primerov uvršča v sredino držav članic EU. Podobno kot druge države članice, ima tudi Slovenija nekaj kazalnikov, pri katerih je med boljšimi v EU (umrljivost dojenčkov) ter nekaj kazalnikov, pri katerih je žal na repu EU (umrljivost zaradi samomora). V času ekonomske krize nam je v primerjavi z drugimi državami EU uspelo ohraniti relativno dobro zdravje prebivalstva kljub sorazmerno nižjim izdatkom za zdravstvo.

Neenakosti v Sloveniji v zdravju še vedno (kot je bilo prikazano že v publikaciji leta 2011) obstajajo pri večini izbranih kazalnikov. Slabše izide ugotavljamo praviloma pri osebah z nizkim socialno-ekonomskim položajem, prikazanim s stopnjo dosežene izobrazbe.

V opazovanem obdobju pred ekonomsko krizo in po njej se izobrazbena vrzel pri večini izbranih kazalnikov z dostopnimi primerjalnimi podatki ni spremenila. Zmanjšala se je pri kazalnikih pričakovanega trajanja življenja in zdravja ter umrljivosti zaradi nenamernih poškodb pri odraslih in zaradi padcev pri starejših osebah. Pri kajenju se je zmanjšala izobrazbena neenakost med ženskami, saj se je med visoko izobraženimi ženskami zmanjšal delež kadilk. Nasprotno se je izobrazbena neenakost pri visoko tveganem opijanju pri ženskah povečala na račun povečanja pri visoko izobraženih ženskah. Čeprav je kazalnik umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov smrti v opazovanem obdobju porasel, trend upadanja umrljivosti zaradi samomora pri moških pa se je ustavil, se izobrazbena neenakost pri obeh ni povečala.

Zdravje in uporaba zdravstvenih storitev sta pri brezposelnih, katerih delež med aktivnim prebivalstvom se je v času krize močno povečal, pričakovano slabša kakor pri zaposlenih. Gre za kazalnike vedenjskega sloga, samoocene zdravja, oviranosti, dolgotrajnih bolezni in težav, duševnega zdravja, socialne povezanosti, kot tudi obiskov pri zdravniku oz. zobozdravniku, neizpoljenih potreb po zdravstvenih storitvah in opravljanja diagnostičnih testov, značilnih za presejalne programe, ki posredno kažejo na udeležbo v teh programih. Brezposelni so tako nedvomno ranljiva skupina, ki potrebuje usmerjene ukrepe.

Izobrazbene neenakosti so bile prepoznane tudi v utečenem in uspešno potekajočem preventivnem programu Svit. Udeležba v programu kaže, da je kljub ekonomski krizi možno obstoječo vrzel zmanjševati s specifično usmerjenimi ukrepi, ki so namenjeni skupinam prebivalcev s slabšimi izidi.

Primer Sheme šolskega sadja kaže, da je tovrsten program lahko pomembno povezovalno orodje za medsektorsko delovanje, ki je ključen pristop pri zmanjševanju socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju.

Ranljive skupine imajo svoje značilnosti, ki zahtevajo posebne pristope, zato je pomembno, da jih prepoznamo. Pri tem je ključna povezanost deležnikov na lokalni in nacionalni ravni (skupnostni pristop).

V obdobju krize se finančna dostopnost zdravstvenega sistema ni bistveno poslabšala kljub varčevanju pri javnih virih. Povečane finančne obremenitve so se namreč zaradi sistema dopolnilnega zavarovanja porazdelile na celotno populacijo in niso ogrozile le bolnih. Slovenija je tako navkljub varčevalnim ukrepom ohranila relativno dobro zdravstveno varnost prebivalstva.

Tabela 1: Pregled kazalnikov glede na izobrazbeni gradient in spremembo neenakosti

Kazalnik	Izobrazbeni gradient ⁴	Neenakost v času ⁵	
Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu	Je zaznan.	Se je zmanjšala.	
Pričakovano trajanje zdravja pri 30. letu	Je zaznan.	Se je zmanjšala.	
Začetki življenja	Kajenje v nosečnosti	Je zaznan.	Se ni spremenila.
	Pregledi v nosečnosti in priprava na porod	Je zaznan.	Se ni spremenila.
	Izidi nosečnosti	Je zaznan.	Se ni spremenila.
Zdravje mladostnikov	Samoocena zdravja	Je zaznan.*	Se ni spremenila.
	Obremenjenost s šolo	Je zaznan.*	Se ni spremenila.
	Debelost	Je zaznan.*	Se ni spremenila.
Samoocena zdravja	Je zaznan.	Se ni spremenila.	
Kajenje in pljučni rak	Delež kadilcev	Je zaznan.	Se ni spremenila pri moških. Se je zmanjšala pri ženskah (visoko izobražene kadijo manj).
	Umrljivost zaradi pljučnega raka	Je zaznan.	Se ni spremenila.
Cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu	Je zaznan.	/ ⁶	
Alkohol in umrljivost	Visoko tvegano opijanje	Je zaznan (visoko izobraženi so bolj izpostavljeni).	Se ni spremenila pri moških. Se je zvečala pri ženskah (visoko izobražene se bolj visoko tvegano opijajo).
	Umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov	Je zaznan.	Se ni spremenila.
Prehrana, gibanje, debelost in srčno-žilne bolezni	Uživanje zelenjave	Ni zaznan.	/
	Telesna aktivnost	Je zaznan.	/
	Debelost	Je zaznan.	Se ni spremenila.
	Bolezni srca in ožilja	Je zaznan.	/
	Hospitalizacija zaradi bolezni srca in ožilja	Je zaznan.	/
	Prejemniki zdravil zaradi arterijske hipertenzije	Je zaznan.	/
Duševno zdravje	Sum na veliko depresivno motnjo	Je zaznan.	/
	Doživljanje tesnobe	Je zaznan.	/
	Uporaba antidepresivov	Je zaznan.	/
	Uporaba anksiolitikov	Je zaznan.	/
	Samomor	Je zaznan.	Se ni spremenila.
Umrljivost zaradi nenamernih poškodb	Je zaznan.	Se je zmanjšala.	
Zdravje starejših	Samoocena dobrega zdravja	Je zaznan.	/
	Funkcionalnost	Je zaznan.	/
	Obisk zobozdravnika/ortodonta	Je zaznan.	/
	Umrljivost zaradi padcev	Je zaznan.	Se je zmanjšala.

⁴ Kjer je izobrazbeni gradient zaznan, je vrednost kazalnika običajno najslabša pri nizko izobraženih.

⁵ Neenakost pomeni razliko v zdravstvenem izidu med nizko in visoko izobraženimi, sprememba neenakosti pa se nanaša na določeno časovno obdobje – primerjava med letoma 2007 in 2014 za podatke iz raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu in povprečje v letih 2006–2008 in 2012–2014 za podatke o umrljivosti.

⁶ Ni podatka.

* Ne gre za izobrazbeni gradient, ampak za gradient subjektivne ocene družinskega blagostanja.

POVZETEK

I. poglavje Slovenija, EU in neenakosti

- Slovenija je pri nekaterih kazalnikih zdravja ohranila že tradicionalno dober rezultat (npr. umrljivost dojenčkov), pri nekaterih kazalnikih je še vedno med najslabšimi državami v EU (npr. umrljivost zaradi samomorov), pri številnih kazalnikih zdravja pa je uvrščena nekje v sredino evropskih držav (npr. pričakovano trajanje življenja).
- Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu je sedaj nekoliko nad povprečjem držav EU28, medtem ko glede pričakovanega trajanja življenja pri 65. letih zaostajamo za državami EU28.
- V Sloveniji nam je v primerjavi z drugimi državami EU tudi v času ekonomske krize uspelo ohraniti relativno dobro zdravje prebivalstva kljub relativno majhnim izdatkom za zdravstvo.

II. poglavje Neenakosti v zdravju v podatkih

Pričakovano trajanje življenja in zdravja

- Visoko izobraženi prebivalci Slovenije živijo dlje in so boljšega zdravja kot nižje izobraženi.
- Izobrazbena vrzel pri pričakovanem trajanju življenja se je bolj zmanjšala pri moških kot pri ženskah, in sicer na račun podaljšanja življenja pri nizko izobraženih in njegovega skrajšanja pri visoko izobraženih.
- Nižje izobraženi prebivalci potrebujejo dodatno pozornost, da bi lahko izkoristili svoje potenciale, aktivno prispevali družbi in dočakali zdravo starost.

Zdravje mater in novorojenčkov

- Manj izobražene nosečnice slabše koristijo zdravstvene storitve in pri njih so pogostejši posamezni dejavniki tveganja.
- Manj izobražene ženske imajo večje tveganje za slabši izid nosečnosti. Razlike glede pogostosti prezgodnjega poroda in nizke porodne teže med različno izobraženimi materami se v obdobju krize niso značilno spremenile.
- V obdobju krize je dostopnost do zdravstvenih storitev v nosečnosti ostala dobra, poslabšali pa so se posamezni dejavniki življenjskega sloga.

Zdravje mladostnikov

- Mladostniki, ki slabše ocenjujejo denarno blagostanje svoje družine, imajo slabše kazalnike zdravja in vedenja.
- Neenakosti se od leta 2006 do leta 2014 niso značilno povečale, razen pri tedenskem kajenju.
- Slovenija se uvršča med države z manjšimi ali srednje velikimi razlikami med mladostniki z visokim in nizkim družinskim blagostanjem.

Samoocena zdravja

- Samoocena dobrega zdravja se razlikuje glede na izobrazbo in dohodek – nizko izobraženi in tisti z nizkimi dohodki so v manjši meri svoje zdravje ocenili kot dobro.
- Neenakosti v samooceni dobrega zdravja so manjše pri moških kot pri ženskah in se v opazovanem času niso značilno spreminjale.

Kajenje

- Delež kadilcev se razlikuje glede na izobrazbo – med moškimi je najvišji med najnižje izobraženimi, med ženskami pa med srednješolsko izobraženimi. V zadnjem obdobju se razlike v deležu kadilcev glede na izobrazbo niso spremenile.
- Umrljivost zaradi pljučnega raka se prav tako razlikuje glede na izobrazbo – nižje izobraženi moški pogosteje umirajo zaradi pljučnega raka kot višje izobraženi. V zadnjem obdobju se neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka niso spremenile.
- Med ukrepi nadzora nad tobakom ima višanje cen tobačnih izdelkov največji potencial zmanjševanja neenakosti v kajenju.

Alkohol

- Umrljivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je najvišja med nizko izobraženimi, je pa v porastu pri vseh izobrazbenih skupinah.
- Neenakost v umrljivosti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov se ni povečala v opazovanem obdobju.
- Celostna zdravstvena oskrba/podpora/pomoč lahko z ukrepi v primarnem zdravstvu pripomore tudi k zmanjšanju socialno-ekonomske neenakosti pri umrljivosti.
- Vzorci pitja alkohola so družbeno in kulturno pogojeni.
- V Sloveniji pogostost visoko tveganega opijanja narašča z izobrazbo. Osebe z nizko izobrazbo so dovzetnejše za posledice škodljive rabe alkohola.

Cepljenje

- Delež cepljenih proti klopnemu meningoencefalitisu se je v zadnjem obdobju povečal, vendar je še vedno nizek.
- Ljudje z nizko izobrazbo so se samoplačniško cepili v nižjih deležih kot visoko izobraženi.
- Zanimanje za informacije o cepljenju in za cepljenje samo je večje pri visoko izobraženih, medtem ko bi se nizko izobraženi cepili manj pogosto, tudi če bi bilo cepljenje brezplačno.
- Cena cepljenja ni odločilen dejavnik pri odločanju za cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu.

Debelost

in srčno-žilne bolezni

- Uživanje sadja po priporočilih je pogostejše pri nizko izobraženih, medtem ko se uživanje zelenjave po priporočilih ne razlikuje glede na izobrazbo. Ženske pogosteje uživajo oboje.
- Telesno aktivnejši (po priporočilih) so moški, manj tisti z nizko izobrazbo. Prav tako so nizko izobražene ženske manj pogosto telesno aktivne.
- Delež debelih oseb se z višanjem stopnje izobrazbe znižuje in se je v opazovanem obdobju (2007 in 2014) značilno zvišal, predvsem med srednješolsko izobraženimi prebivalci obeh spolov in med visokošolsko izobraženimi moškimi.
- Neenakost v debelosti se ni spremenila.
- Nizko izobraženi in debeli so najbolj ranljivi za razvoj bolezni srca in ožilja.

- Osebe z nizko izobrazbo so v primerjavi z bolj izobraženimi pogosteje hospitalizirane zaradi bolezni srca in ožilja ter ravno tako so v večji meri prejemniki zdravil za arterijsko hipertenzijo.

Duševno zdravje

- Doživljanje tesnobe in sum na veliko depresivno motnjo sta pogostejša pri nizko izobraženih in brezposelnih ter neaktivnih, tesnoba je pogostejša tudi pri upokojenih.
- Neenakosti v duševnem zdravju se odražajo v porabi zdravil za zdravljenje duševnih težav.
- Delež oseb, ki so prejele vsaj en recept za anksiolitik ali antidepresiv, je večji med nižje izobraženimi. Z višanjem stopnje izobrazbe ta delež pada, in sicer pri vseh starostnih skupinah in obeh spolih. Izjema so moški nad 65 let, ki se zdravijo zaradi tesnobe. V tej skupini izobrazba ne vpliva na porazdelitev.
- Pri nizko izobraženih moških je tveganje za samomor štirikrat višje kot pri visoko izobraženih. Pri ženskah ni razlik med izobrazbenimi skupinami.
- V obdobju krize se je trend upadanja samomora pri moških upočasnil.
- Neenakosti se v opazovanih obdobjih niso spremenile.

Poškodbe

- V Sloveniji se je umrljivost zaradi nenamernih poškodb v času ekonomske krize zmanjšala. Prav tako so se zmanjšale neenakosti, še posebej zaradi zmanjšanja umrljivosti nizko izobraženih moških.
- V času krize se je zmanjšal delež umrlih v prometu, ki so bili udeleženi kot vozniki ali potniki v avtomobilu, in hkrati povečal delež umrlih pešcev in kolesarjev.
- V letih ekonomske krize se je zmanjšal delež smrti v prometnih nezgodah z alkoholiziranim povzročiteljem.

Staranje

- Neenakosti v samooceni dobrega zdravja se v opazovanem obdobju med starejšimi niso spremenile, nizko izobraženi so najredkeje ocenili svoje zdravstveno stanje kot dobro.
- Starejši z nizko izobrazbo so manj zmožni – manj so samostojni pri skrbi zase, mobilni in sposobni voditi osebne finance. Tveganje za starostno krhkost je zato pri njih večje.
- Nizko izobraženi starejši so redkeje obiskali zobozdravnika ali koristili zobozdravstveno oskrbo.
- Pri starejših je nizka izobrazba povezana z večjo umrljivostjo zaradi padcev.
- Neenakosti v umrljivosti zaradi padcev so se v času krize zmanjšale.

III. poglavje Primer ranljive skupine – izziv na področju

- V času krize se je v Sloveniji povečala stopnja brezposelnosti, posebej dolgotrajna brezposelnost, v največji meri so bili prizadeti nizko izobraženi in mladi od 15 do 24 let.
- Zdravje pri brezposelnih je značilno slabše v primerjavi z zaposlenimi. To velja za izbrane kazalnike: debelost in podhranjenost, priporočena telesna dejavnost, kajenje, čezmerno pitje alkohola.
- Brezposelni značilno manj pogosto kot zaposleni ocenjujejo svoje zdravje kot dobro. V večji meri trpijo zaradi dolgotrajnih bolezni ali težav. So značilno šibkeje socialno povezani in imajo več oblik hude do zmerne oviranosti pri vsakodnevnih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav. Pogosteje so anksiozni in depresivni oz. imajo druge duševne težave.
- Brezposelni v značilno nižjih deležih koristijo zobozdravstvene storitve in imajo več neizpoljenih zobozdravstvenih potreb kot zaposleni.
- Brezposelni so veliko slabše kot zaposleni deležni testov, značilnih za presejalne programe, kot sta ZORA in SVIT (samoporočani podatki).

VI. poglavje Primeri dobrih praks obvladovanja neenakosti

Zmanjševanje neenakosti v zdravju v Programu Svit

- Rak debelega črevesa in danke je v Sloveniji na visokem mestu po pojavnosti in umrljivosti. Program Svit je prinesel obrat dolgoletnega trenda naraščanja števila novih primerov raka.
- Umrljivost zaradi raka debelega črevesa in danke je pri nizko izobraženih večja kot pri bolj izobraženih, izrazito pri moških. V času delovanja Programa Svit se je izobrazbena neenakost v umrljivosti nekoliko zmanjšala, vendar ne statistično značilno.

- Glede na rezultate presejanja v Programu Svit je tveganje obolenja za rakom debelega črevesa in danke večje v nižjih socialno-ekonomskih skupinah.
- Odzivnost v program je boljša pri ženskah in tudi neenakost po izobrazbi je pri njih manjša kot pri moških.
- Odziv na kolonoskopijo v vseh izobrazbenih skupinah pri moških in ženskah presega 90%. To kaže na veliko zaupanje v zdravstveni sistem in pozitivno vlogo osebnih zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.
- Program Svit je strateško načrtoval komunikacijo z vsemi javnostmi s poudarkom na splošni ciljni populaciji in tudi posebej ciljano na težje dosegljive skupine – manj izobražene, slušno in govorno ovirane ter skupine z drugih jezikovnih območij. Na slabšo odzivnost, prepoznano v nekaterih lokalnih skupnostih in moški populaciji, se je program odzval z usmerjenimi aktivnostmi zdravstvenih delavcev, nevladnih organizacij, drugih lokalnih deležnikov in ambasadorjev Programa Svit.
- Premišljeni kanali komuniciranja in preprostejša sporočila so prinesli izboljšanje v zmanjšanju izobrazbene neenakosti v odzivnosti v Program Svit, vendar je vrzel med nizko in visoko izobraženimi še vedno zelo velika.

Potenciali prehranske in gibalne politike v Sloveniji pri zmanjševanju neenakosti v zdravju pri otrocih in mladostnikih

- Shema šolskega sadja je v zadnjem opazovanem šolskem letu povečala znanje o pomenu uživanja sadja in zelenjave ter o drugih prehranskih dejavnikih, povezanih z zdravjem, tako pri fantih in še bolj pri dekletih. Šole so s pomočjo Sheme najbolj pomagale povečati razumevanje pomena uživanja sadja in zelenjave otrokom iz socialno-ekonomsko manj ugodnih okolij.
- Uživanje sadja in zelenjave v šoli se navkljub izvajanju Sheme v zadnjih petih letih zmanjšuje, kar bi bilo možno razložiti z dejstvom, da je pritisk debelilnega okolja tolikšen, da posamičen ukrep pri izoliranem vrednotenju ne zmore doseči pozitivnih učinkov, ti se namreč lahko pokažejo pri celovitem skupnem vrednotenju vseh ukrepov prehranske politike. Shema šolskega sadja je znotraj celovitih ukrepov lahko prispevala k ublažitvi trenda upadanja uživanja sadja in zelenjave med otroki.

- Upadanje poročane pogostosti uživanja sadja in zelenjave v šoli v zadnjih petih letih zaznavamo predvsem pri otrocih z nižjim in srednjim socialno-ekonomskim položajem, medtem ko pri otrocih z višjim socialno-ekonomskim položajem tega trenda upadanja ni opaziti. Hkrati pa ti učenci z višjim socialno-ekonomskim položajem značilno manj pogosto uživajo sadje in zelenjavo v šoli kot učenci z nižjim ali srednjim socialno-ekonomskim položajem, kar je zaznati v vseh letih vrednotenja Sheme.
- Številni neugodni vplivi kompleksnega debelilnega okolja (agresivno trženje nezdrave hrane otrokom, velika cenovna dostopnost za zdravje neugodnih živil ...) so po moči in vplivu prevladujoči, zato so za izboljšanje prehranskega stanja populacije otrok in mladostnikov potrebni tudi kompleksni sistemski ukrepi. Shema šolskega sadja je eden od številnih medsektorskih ukrepov v okviru obeh dosedanjih nacionalnih programov prehrane in telesne dejavnosti, v letih 2005–2010 in 2015–2025.

Vključevanje ranljivih oseb

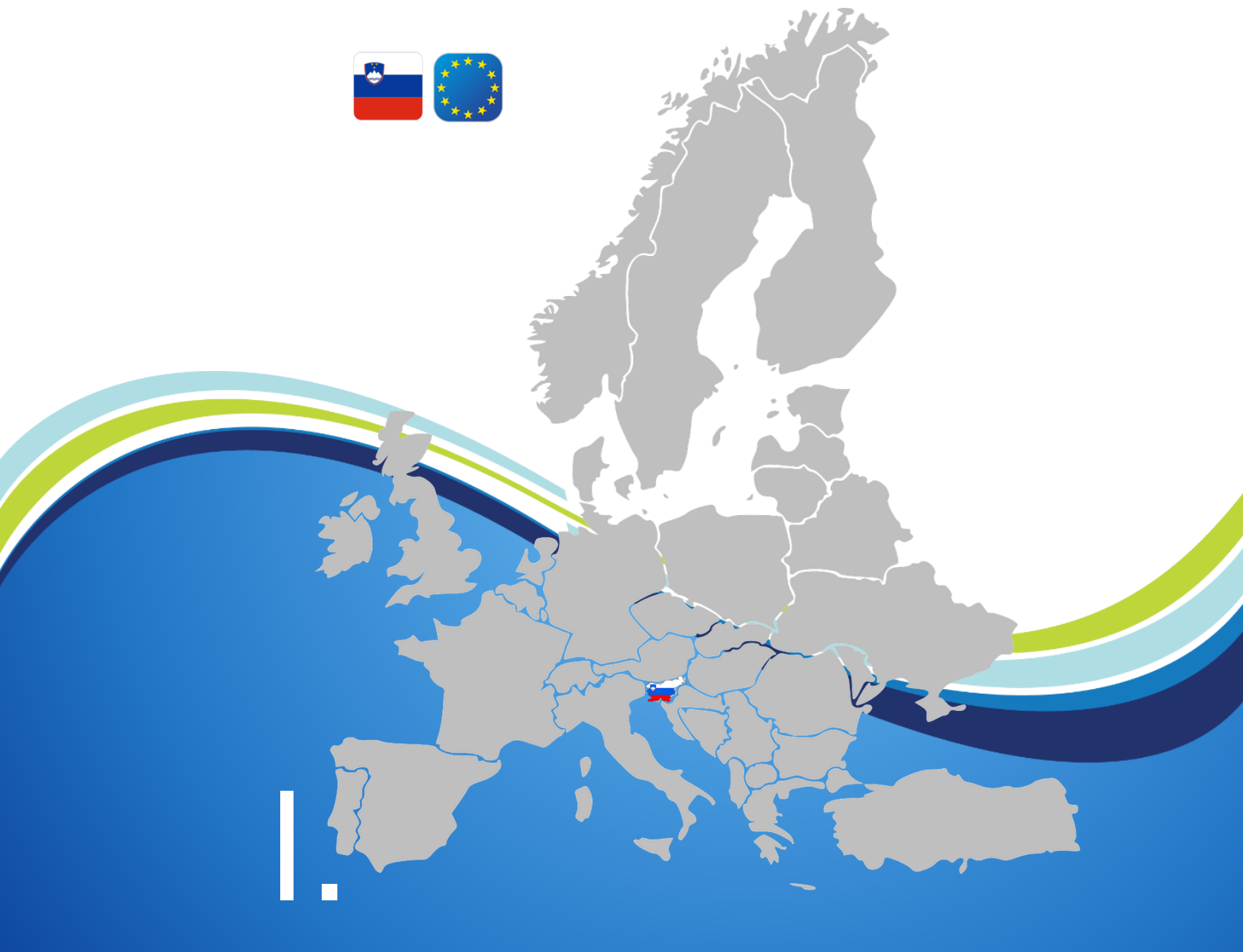
v preventivni program

Skupaj za zdravje

- Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje je bil izveden z namenom prepoznavanja neenakosti v zdravju.
- Prepoznane so bile ključne skupine ranljivih oseb (migranti, brezdomci, starejši prebivalci, uporabniki nedovoljenih drog, brezposelni, osebe s težavami v duševnem zdravju, Romi, samozaposleni, osebe z negotovimi, prekarnimi zaposlitvami ter osebe z različnimi oblikami oviranosti).
- Opredeljene so bile ovire, s katerimi se ranljive osebe soočajo pri dostopu do zdravstvenih ustanov in znotraj njih s poudarkom na ovirah, s katerimi se ranljive osebe srečujejo pri vključevanju v preventivne programe.
- Ranljive osebe, ki so bile prepoznane v okviru projekta, so bile v večji meri ženske povprečne starosti 52 let.
- Najpogosteje zaznane vrste ranljivosti so bile po vrsti brezposelnost, socialno-ekonomska ogroženost in težave v duševnem zdravju.
- Ranljive osebe so kot najpogostejše ovire v dostopu do preventivnih programov navajale neinformiranost, zdravstvene težave in nemotiviranost.
- Mesto prve obravnave ranljive osebe je bilo največkrat na območnih službah Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, nato so sledile nevladne organizacije, patronažna služba in center za krepitev zdravja.
- Po načelih skupnostnega pristopa so bili vzpostavljeni širši lokalni timi.

V. poglavje Finančna dostopnost do zdravstva

- Vsi mednarodno primerljivi kazalniki kažejo, da je v Sloveniji dostopnost do zdravstvenega sistema z vidika finančne zaščite prebivalstva zelo dobra za vse dohodkovne skupine, ohranila se je tudi v obdobju krize. Slednje je pomembno z vidika zmanjševanja neenakosti v zdravju.
- Struktura neposrednih izdatkov za zdravstvo se glede na dohodek zelo razlikuje, manj premožni trošijo predvsem za zdravila, bolj premožni pa bistveno več za ambulantne in zobozdravstvene storitve.
- Razlike v obsegu in strukturi neposrednih izdatkov za zdravstvo so se glede na dohodek gospodinjstva v Sloveniji v zadnjih desetih letih močno povečale, kar bi lahko vplivalo tudi na povečevanje neenakosti v zdravju.



SLOVENIJA, EU IN NEENAKOSTI

Zdravje prebivalcev Slovenije v primerjavi s prebivalci drugih članic Evropske unije

Ada Hočevar Grom, Metka Zaletel, Tina Lesnik

Neenakost v zdravju znotraj države in med državami izhaja iz socialnih in gospodarskih razmer v družbi in iz njihovih učinkov na življenje ljudi. V zadnjem času sta postali neenakost v zdravju oz. njeno zmanjševanje ter vzpostavljanje solidarnosti v zdravju eno od pomembnejših področij delovanja evropske socialne politike.

V Sloveniji so se sicer razlike v prihodkih med regijami zmanjšale, vendar kot posledica slabšega uspeha bogatejših regij in ne zaradi rasti v revnejših regijah (OECD).

Pri tem Evropska komisija kot eno izmed ključnih nalog izpostavlja izboljšanje sistemov spremljanja neenakosti na področju zdravja tako v posameznih državah članicah kot tudi med njimi. Ugotavlja, da so potrebni bolj sistematično zbrani in mednarodno primerljivi podatki in kazalniki, ki bodo omogočali redno spremljanje in ocenjevanje stanja.

V prispevku želimo na osnovi nekaterih izbranih kazalnikov prikazati zdravstveno stanje prebivalcev Slovenije v primerjavi s prebivalci drugih evropskih držav po obdobju ekonomske krize. Zanimalo nas je, kakšen je položaj Slovenije na področju kazalnikov zdravja glede na druge države članice EU danes v primerjavi z letom 2007. Ali se je položaj Slovenije v času ekonomske krize poslabšal?

Podatki OECD kažejo, da so se v večini držav članic OECD razlike v prihodkih med regijami znotraj držav povečale in da ekonomska kriza tega trenda ni spremenila. Slovenija je sicer v skupini držav, v katerih so se razlike v prihodkih med regijami sicer zmanjšale, vendar kot posledica slabšega uspeha bogatejših regij in ne zaradi rasti v revnejših regijah.

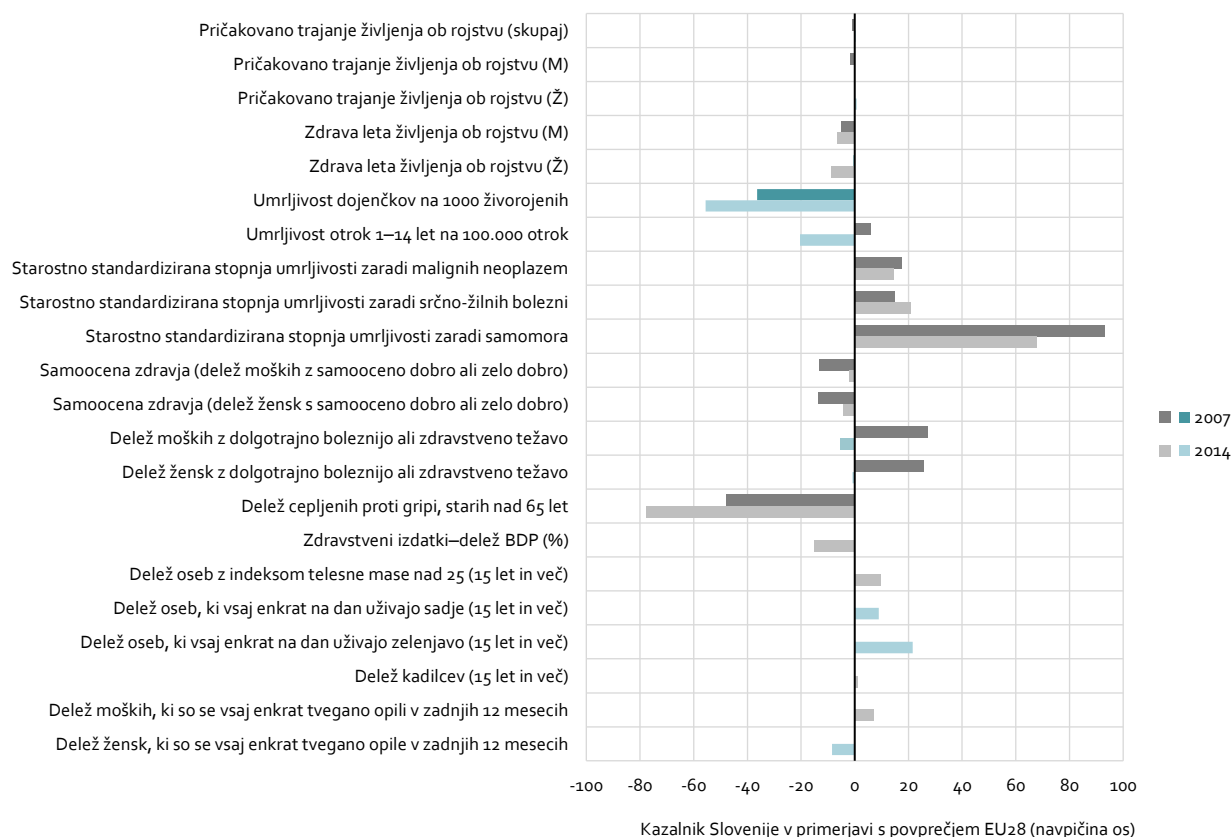
Kot pravi Poročilo o razvoju 2016 je Slovenija v krizi močno povečala zaostanek za povprečno gospodarsko razvitostjo držav EU, porušila so se številna makroekonomska ravnotežja, gospodarsko nazadovanje pa je poslabšalo tudi materialni položaj prebivalstva. Čeprav se je materialni položaj prebivalstva v krizi poslabšal, je Sloveniji ob dobro razvitih sistemih socialne varnosti uspelo ohraniti v mednarodnem merilu relativno ugodne vrednosti kazalnikov socialne vključenosti, neenakosti in dostopnosti do javnih storitev, zadovoljstvo z življenjem pa je ostalo relativno visoko. V daljšem obdobju se je izboljšala tudi večina kazalnikov zdravja, poslabšali pa so se kazalniki vedenjskega sloga.

Kazalniki zdravja v Sloveniji glede na druge države članice Evropske unije
Zdravstveno stanje prebivalstva se meri z relativno velikim številom kazalnikov, marsikatero med njimi prikazujemo v nadaljevanju publikacije. Na mednarodni ravni pa je primerljivih kazalnikov, zaradi različnih načinov zbiranja podatkov in različnih metodoloških pristopov, bistveno manj. Zato se za namene mednarodnih primerjav običajno uporabljajo bolj robustni kazalniki, kot so npr.

umrljivost, pričakovano trajanje življenja, zdrava leta življenja itd. Pregled najpogosteje prikazovanih kazalnikov zdravja primerjalno za Slovenijo in druge države EU v opazovanem časovnem obdobju (leto 2007 in leto 2014) kaže (slika 1.1), da je Slovenija pri nekaterih kazalnikih zdravja ohranila že tradicionalno dober rezultat (npr. umrljivost dojenčkov), pri nekaterih kazalnikih je še vedno med najslabšimi državami v EU (npr. umrljivost zaradi samomorov), pri številnih kazalnikih zdravja pa je uvrščena nekje v sredino evropskih držav (npr. pričakovano trajanje življenja). Pri nekaterih kazalnikih smo glede na leto 2007 dosegli tako veliko izboljšanje, da smo prešli iz skupine držav s slabšimi vrednostmi od povprečja v EU28 v skupino držav z nadpovprečnimi vrednostmi kazalnika (umrljivost otrok od 1 do 14 let, prezgodnja umrljivost zaradi vseh vzrokov do 65 let). Pri marsikaterem kazalniku pa smo sicer dosegli pomembno izboljšanje, vendar so se izboljšali kazalniki tudi v drugih državah, tako da za najboljšimi državami še vedno precej zaostajamo (npr. umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni, umrljivost zaradi raka, umrljivost zaradi transportnih nezgod).

Slovenija je pri nekaterih kazalnikih zdravja ohranila že tradicionalno dober rezultat (npr. umrljivost dojenčkov), pri nekaterih kazalnikih je še vedno med najslabšimi državami v EU (npr. umrljivost zaradi samomorov), pri številnih kazalnikih zdravja pa je uvrščena nekje v sredino evropskih držav (npr. pričakovano trajanje življenja).

Slika 1.1: Izbrani kazalniki zdravja, položaj Slovenije v primerjavi s povprečjem EU28, za leti 2007 in 2014



Opomba: ■ Odtenka sive barve pomenita z javnozdravstvenega vidika neželjeno smer kazalnika.
 ■ Odtenka modrozeleno pomenita z javnozdravstvenega vidika željeno smer kazalnika.

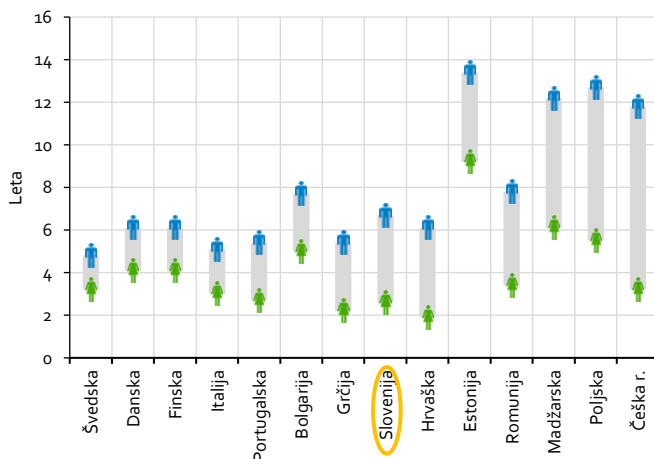
Vir: NIJZ, SURS

Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu je nekoliko nad povprečjem držav EU28, medtem ko glede pričakovanega trajanja življenja pri 65 letih zaostajamo za EU28.

Eden od kazalnikov, ki so prikazani na sliki 1.1, pričakovano trajanje življenja ob rojstvu, kaže, da se je v Sloveniji v zadnjih 10 letih življenjska doba zelo hitro podaljševala (bolj kot v povprečju EU) in da se je podaljšala pri moških za več kot 3 leta in pri ženskah za malo manj kot 2 leti, kar nas uvršča nekoliko nad povprečje EU. Razlika med spoloma se je zmanjševala in je bila leta 2014 manj kot 6 let. Če pa primerjamo pričakovano življenjsko dobo pri 65 letih med Slovenijo in državami EU, smo tako pri moških kot pri ženskah pod povprečjem EU28. Prav tako, če primerjamo vrzel v pričakovanem trajanju življenja pri 65 letih glede na spol in izobrazbo z EU28, je ta večja.

Izobrazba bistveno vpliva na pričakovano trajanje življenja tudi v Sloveniji. Še vedno opažamo relativno veliko vrzel v pričakovanem trajanju življenja ob rojstvu med najvišje in najnižje izobraženimi, zlasti pri moških, pri katerih je razlika v pričakovanem trajanju življenja med obema skupinama 6,7 leta, pri ženskah ta razlika znaša 2,6 leta. V povprečju je v državah EU pričakovana življenjska doba prebivalcev z najnižjo doseženo izobrazbo za sedem let krajša kot pri najbolj izobraženih prebivalcih. Vrzel je še posebej velika v srednje- in vzhodnoevropskih državah, zlasti pri moških zaradi večje pojavnosti dejavnikov tveganja. Kot je vidno na sliki 1.2, se Slovenija glede na izobrazbeno vrzel v pričakovanem trajanju življenja uvršča na sredino razporeda držav članic EU, katerih podatki o pričakovanem trajanju življenja po izobrazbi so dostopni.

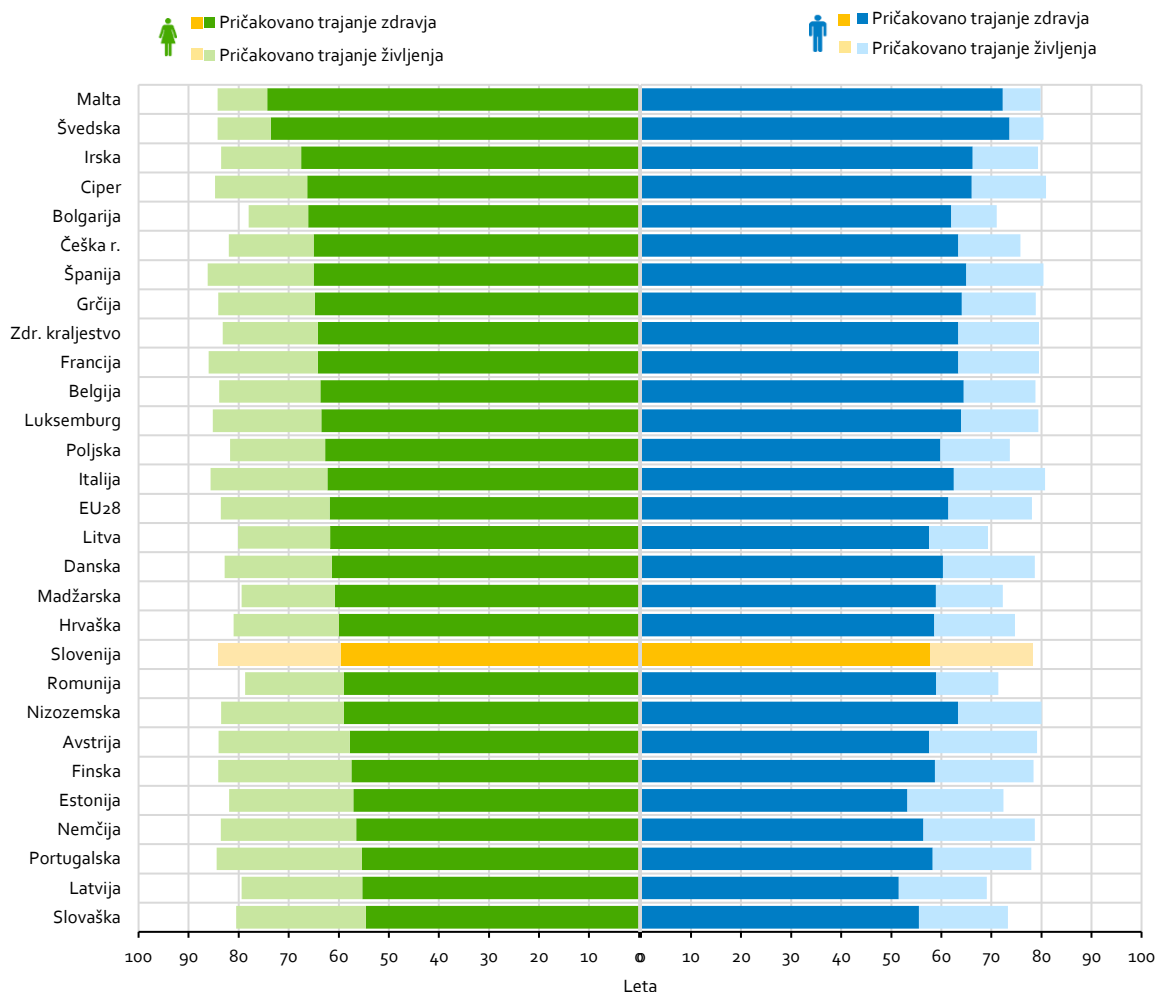
Slika 1.2: Vrzel v pričakovanem trajanju življenja med najvišjo in najnižjo izobrazbo, moški in ženske, izbrane evropske države, 2014



Vir: OECD, izračuni NIJZ

Pomemben kazalnik, ki odraža zdravstveno stanje prebivalstva, so zdrava leta življenja ob rojstvu, ki temelji na omejitvah posameznika pri običajnih aktivnostih in torej predstavlja pričakovano trajanje življenja brez oviranosti. Slovenija je v opazovanem obdobju pri tem kazalniku zaostanek za evropskimi državami sicer zmanjšala, vendar pa se tudi tukaj kljub napredku še vedno uvršča pod povprečje evropskih držav (slika 1.3).

Slika 1 3: Zdrava leta življenja ob rojstvu v primerjavi s pričakovanim trajanjem življenja v Sloveniji in EU28, 2014



Vir: Eurostat, izračuni NIJZ

Več si o pričakovanem trajanju življenja in zdravih letih življenja lahko preberete v podpoglavju o pričakovanem trajanju življenja in zdravja ter neenakosti.

Dejavnik, ki pomembno vpliva na pričakovano trajanje življenja, je umrljivost dojenčkov. Slovenija se že dolgo uvršča med države z najnižjo umrljivostjo dojenčkov. Čeprav je bila umrljivost dojenčkov v Sloveniji že leta 2006 le 3,4 na 1000 živorojenih, nam jo je uspelo še znižati in je bila leta 2014 le še 1,8 na 1000 živorojenih, kar nas uvršča v sam evropski vrh.

Ker je torej umrljivost dojenčkov že tako zelo nizka, izboljšanje praktično ni več mogoče. Zato je prezigodnja umrljivost, pri kateri še vedno zaostajamo za EU, ključno področje, na katero lahko vplivamo, saj je povezano s slabšimi kazalniki vedenjskega sloga, ki so še posebej slabi pri nizko izobraženih in moških. Še posebno pozornost bo treba nameniti tudi preprečevanju prezgodnjega umiranja pri mlajših in starejših odraslih prebivalcih, pri katerih imamo še veliko priložnosti za izboljšanje tako glede preprečevanja in obvladovanja dejavnikov tveganja kot tudi glede upočasnjevanja napredovanja bolezenskih znakov.

V Sloveniji nam je tudi v času ekonomske krize uspelo ohraniti relativno dobro zdravje prebivalstva kljub relativno majhnim izdatkom za zdravstvo v primerjavi z drugimi državami EU.

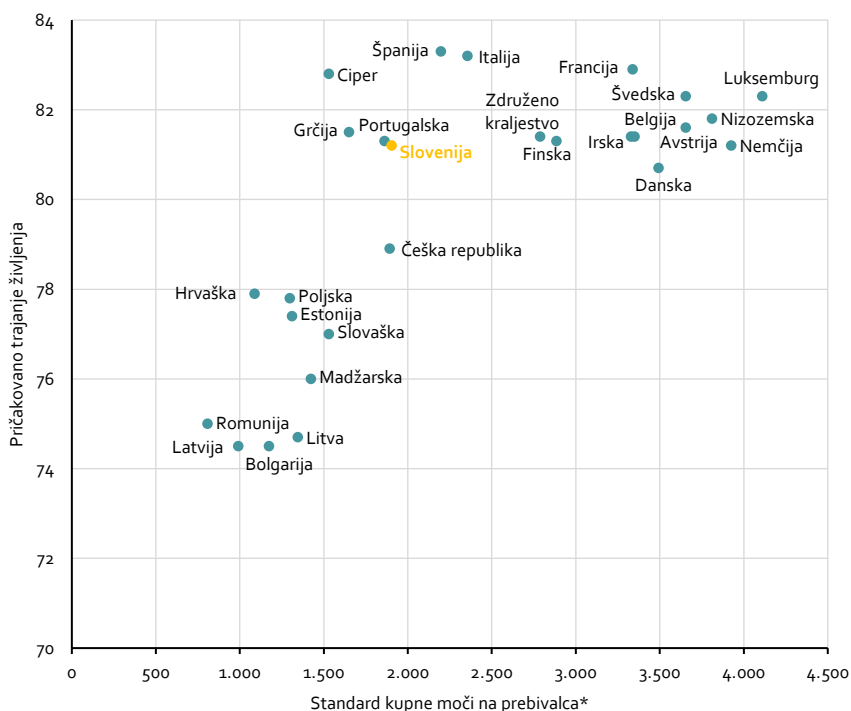
Zdravstveni sistem kot pomemben dejavnik pri neenakosti v zdravju

V obdobju ekonomske krize je prišlo zaradi varčevalnih ukrepov do sprememb v sistemu zdravstvenega varstva v marsikateri evropski državi, kar je lahko vplivalo tudi na zdravje populacije in povečanje neenakosti v zdravju. Eden izmed ključnih dejavnikov, ki vplivajo na neenakost v zdravju, je zagotavljanje enakosti v dostopu do zdravstvenih storitev vsem prebivalcem, o čemer podrobneje pišemo v poglavju Finančna dostopnost do zdravstva v

Sloveniji in njen vpliv na neenakosti v zdravju. Kazalniki kažejo, da nam je v Sloveniji tudi v času ekonomske krize uspelo ohraniti relativno dobro zdravje prebivalstva kljub relativno majhnim izdatkom za zdravstvo v primerjavi z drugimi državami EU (slika 1.4).

Kot navajamo v poglavju o izdatkih za zdravje, se je v Sloveniji v času krize najbolj povečal delež zasebnih izdatkov za sistem dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj (dvig zavarovalnih premij), tako da se je breme varčevalnih ukrepov porazdelilo na celotno populacijo in ni obremenilo samo bolnih. Zato se je tudi v času krize ohranila relativno dobra finančna zaščita prebivalstva, ki je pomembno prispevala tudi k zmanjševanju neenakosti v zdravju.

Slika 1.4: Pričakovano trajanje življenja glede na izdatke za zdravstvo na prebivalca, evropske države, 2014



Vir: OECD, izris NIJZ

* Standard kupne moči je fiktivna valuta, ki odraža povprečno raven cen v EU-28.

Več študij ugotavlja, da je zdravstveni sistem v Sloveniji glede na vložena sredstva učinkovit, kar kaže tudi slika 1.4. Kot je zapisano v zadnjem Poročilu o razvoju UMAR, je za povečanje dolgoročne vzdržnosti sistema nujno čim prej sprejeti strukturne ukrepe.

Na splošno velja, da sta vzorec obnašanja posameznika in njegov z zdravjem povezan vedenjski slog ujeta v aktualen gospodarski, politični in družbeni sistem. Prehod na bolj zdravo družbeno in individualno vedenje zahteva integrirane ukrepe tako na sistemski kot tudi na lokalni ravni. Potrebno je skladno delovanje na ravni vlade, zasebnega sektorja in državljanov. Vse bolj postaja jasno dejstvo, da se pobude in ukrepi za spremembe v načinu življenja ljudi gibljejo od spodaj navzgor, od pobud na lokalni ravni do ukrepov na sistemski ravni. Ustvarjanje priložnosti, opolnomočenje posameznikov in gradnja zmogljivosti za bolj zdrav način življenja, upoštevajoč zlasti najranljivejše skupine, v lokalnem in širšem družbenem okolju so ključni dejavniki za uspeh.

Viri

European Commission. Consultation document – EU action to reduce health inequalities. Dostopno 7.11.2017 na: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/cons_paper_en_.pdf.

Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007; 370: 1153–1163.

European Union. Health inequalities in the EU — Final report of a consortium, 2013. Dostopno 7.11.2017 na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf.

Organizacija Združenih narodov. Spremenimo svet: Agenda za trajnostni razvoj do leta 2030, Cilji trajnostnega razvoja. OZN: 2015. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.mzz.gov.si/si/zunanja_politika_in_mednarodno_pravo/mednarodno_razvojno_sodelovanje_in_hUMANITARNA_POMOC/politike_mrs/cilji_trajnostnega_razvoja/.

Urad za makroekonomske analize in razvoj. Poročilo o razvoju 2016. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2016/POR_2016.pdf.

European Union. Country health profile series. Julij 2017 draft, še neobjavljeno (https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en).

OECD. OECD360: Slovenija 2015. Kam se uvršča Slovenija? . Dostopno 7.11.2017 na : http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd360_24110701.

Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N, et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: IVZ, 2011.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JPA. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ* 2016;354 : i4588.



II.

NEENAKOSTI V SLOVENIJI V ŠTEVILKAH

Pričakovano trajanje življenja in zdrava leta življenja

Tatjana Kofol Bric, Metka Zaletel

Podaljševanje trajanja življenja je civilizacijski dosežek, h kateremu so pomembno prispevali ukrepi za izboljšanje javnega zdravja. Globalno je sprejeta usmeritev, da je treba podaljševati leta, preživeta v relativnem zdravju in dejavni starosti. Dodana leta naj bodo čim manj obremenjena s težko oviranostjo zaradi kroničnih bolezni in stanj. Za merjenje dosežkov na tem področju je bil v zadnjih desetletjih razvit kazalnik zdrava leta življenja.

Pričakovano trajanje življenja je močno povezano s socialno-ekonomskim položajem

Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji se podaljšuje in je v letu 2014 doseglo skoraj 78 let za moške in 83,5 leta za ženske, kar je malo pod povprečjem EU. V zadnjem desetletju se je pričakovano trajanje življenja pri moških v Sloveniji podaljšalo za več kot 3 leta in pri ženskah za manj kot 2 leti, razlika med spoloma se je zmanjšala na manj kot 6 let.

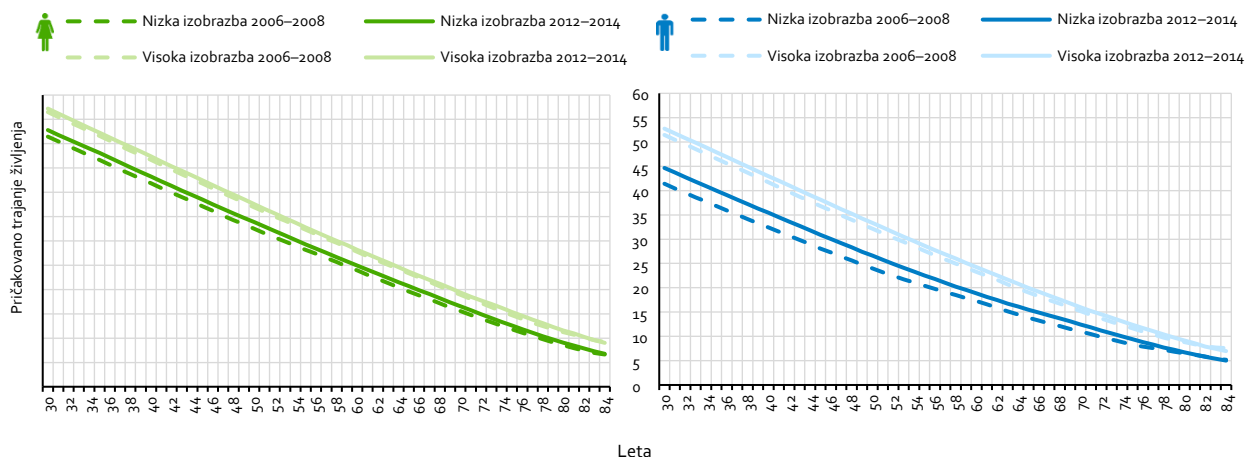
Povprečno trajanje življenja je dokazano odvisno od socialno-ekonomskega položaja, ki ga v Sloveniji pogosto izražamo z doseženo stopnjo izobrazbe. Čim višja je dosežena stopnja izobrazbe, tem daljše je pričakovano trajanje življenja. Razlike kažejo na velike neenakosti v zdravju, katerih zmanjševanje je pomembna usmeritev sistemskih politik. V zadnjem desetletju se je pričakovano trajanje življenja podaljšalo pri vseh stopnjah izobrazbe, največ pa pri moških z osnovno ali nižjo izobrazbo. Vrzal več kot 8 let razlike v pričakovanem trajanju življenja med nizko in visoko izobraženimi moškimi presega vrzel med moškimi in ženskami.

Izboljšave na številnih področjih prispevajo k daljšanju pričakovanega trajanja življenja. V široki paleti družbenih sprememb, od ekonomskega razvoja, višjega življenjskega standarda, boljše izobrazbe itd. do zmanjšanja okoljskih dejavnikov tveganja za zdravje v mestih, umrljivosti dojenčkov, bolj zdravega življenjskega sloga, boljše zdravstvene in socialne oskrbe ter razvoja medicine, se hkrati ustvarjajo razlike v zdravju kot posledica različnega socialno-ekonomskega položaja. Nadaljnje podaljšanje trajanje življenja bo pričakovano predvsem posledica odmikanja umiranja starejših od 65 let v vse višje starosti. Na področju umrljivosti v najzgodnejšem obdobju življenja je Slovenija že dosegla izjemne uspehe. V primerjavi z drugimi razvitimi državami imamo še nekaj priložnosti za zmanjševanje umrljivosti pri prezgodnjih smrtih zaradi rakavih bolezni, poškodb in srčno-žilnih bolezni.

V zadnjem desetletju se je pričakovano trajanje življenja najbolj podaljšalo pri moških z osnovno ali nižjo izobrazbo.

Vrzal med visoko in nizko izobraženimi v pričakovanem trajanju življenja pri 30. letu se je v obdobju 2012–2014 v primerjavi z obdobjem 2006–2008 zmanjšala pri obeh spolih (slika 2.1). Zmanjšanje neenakosti v pričakovanem trajanju življenja je bilo večje pri moških kot pri ženskah.

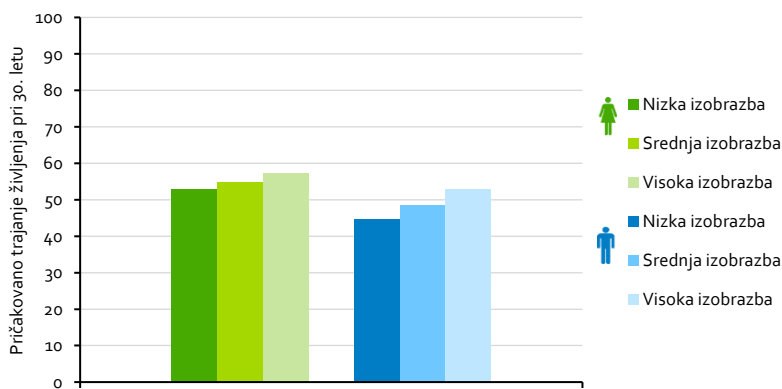
Slika 2.1: Pričakovano trajanje življenja pri nizko in visoko izobraženih moških in ženskah v Sloveniji v obdobju 2006–2008 in 2012–2014



Vir: NIJZ, SURS

Razlika v letih pričakovanega trajanja življenja med visoko in nizko izobraženimi je pri moških še vedno dvakratnik razlike, ki jo opazujemo pri ženskah. Moški z visoko izobrazbo pri 30. letu lahko pričakujejo približno enako let življenja kot ženske z osnovno ali nižjo izobrazbo (slika 2.2).

Slika 2.2: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po izobrazbi moških in žensk v Sloveniji, izračunano na povprečju podatkov o smrtih in izobrazbi populacije v letih 2012–2014



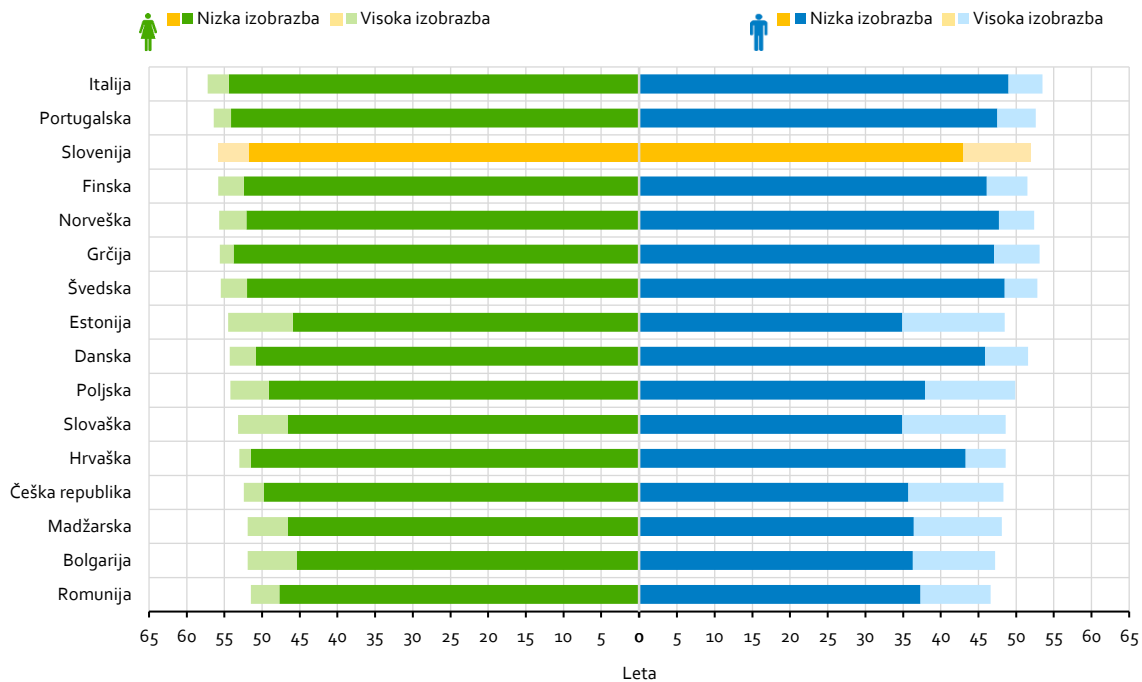
Vir: NIJZ, SURS

Moški z visoko izobrazbo pri 30. letu lahko pričakujejo približno enako let življenja kot enako stare ženske z osnovno ali nižjo izobrazbo.

S starostjo se neenakosti v pričakovanem trajanju življenja glede na doseženo izobrazbo zmanjšujejo bolj izrazito pri moških kot pri ženskah. K zmanjšanju vrzeli v pričakovanem trajanju življenja pri 65. letu med visoko in nizko izobraženimi v obdobju 2012–2014 v primerjavi z obdobjem 2006–2008 je tudi pri tej starosti največ prispevalo daljše življenje nizko izobraženih.

Med najpomembnejšimi preprečljivimi gradniki neenakosti v pričakovanem trajanju življenja prepoznavamo prezgodnje umiranje zaradi nezgod ter srčno-žilnih obolenj in rakavih bolezni, ki jih lahko preprečimo in zgodaj odkrijemo. Ti vzroki smrti so pogostejši pri nizko izobraženih, pri moških bolj izrazito kot pri ženskah.

Slika 2.3: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po spolu in izobrazbi v nekaterih evropskih državah



Vir: Eurostat

Analize iz starejših obdobj v razvitih državah enotno opisujejo povečevanje neenakosti v pričakovanem trajanju življenja ali umrljivosti po izobrazbi. Novejše objave pa prinašajo tudi izsledke o zmanjšanju neenakosti v prezgodnji umrljivosti po izobrazbi v posameznih evropskih državah ali počasnejše naraščanje vrzeli v zadnjih desetletjih na Norveškem. Ob zelo zanesljivi statistiki smrti v razvitih državah pa je za raziskovanje trendov v neenakosti po izobrazbi največja ovira nepopolnost podatkov o izobrazbi populacije in različno beleženje dosežene stopnje izobrazbe v preteklih obdobjih. To ovira in zmanjšuje zanesljivost primerjave tako med državami kot tudi med različnimi časovnimi obdobji v posamezni državi (slika 2.3).

Nezgode, srčno-žilna obolenja ter rakave bolezni so vzroki smrti, ki jih lahko preprečimo ali pomaknemo v višjo starost. Pogostejši so pri nizko izobraženih, pri moških bolj izrazito kot pri ženskah.

Vplive na izobrazbeno neenakost v pričakovanem trajanju življenja, kot so podaljšan učinek aktivnosti in socialnih politik iz obdobja pred ekonomsko krizo, manj tveganj pri delovnih aktivnostih in v prometu, zamaknjen vpliv zdravstvenovzgojnih in preventivnih aktivnosti na nižje izobražene ter izrazito izboljšanje izobrazbene strukture prebivalstva, bo možno oceniti z večjo časovno distanco, ko bodo znani trendi v prihajajočih letih.

Tudi pričakovano trajanje zdravja je povezano s socialno-ekonomskim položajem

Kazalnik zdrava leta življenja oziroma pričakovano trajanje zdravja združuje informacijo o umrljivosti in obolevnosti tako, da znotraj pričakovanih let življenja pri katerikoli starosti prikaže delež tistih let,

ki jih bomo preživel v različnih statusih zdravja, ne glede na to, kako so definirani. Kazalnik torej razlikuje med leti življenja brez omejitve dejavnosti in leti življenja z omejitvijo vsaj ene dejavnosti. V Sloveniji so prebivalci ob rojstvu leta 2014 pričakovali 57,8 zdravega leta življenja, prebivalke pa 59,6 zdravega leta življenja, kar je pod povprečjem EU, kjer moški lahko pričakujejo 61,4 zdravega leta življenja, ženske pa 61,8 zdravega leta življenja.

Izsledki drugih držav, kjer so na voljo podobni podatki o pričakovanem trajanju zdravja glede na izobrazbo, kažejo, da je izobrazbeni gradient v letih pričakovanega zdravja

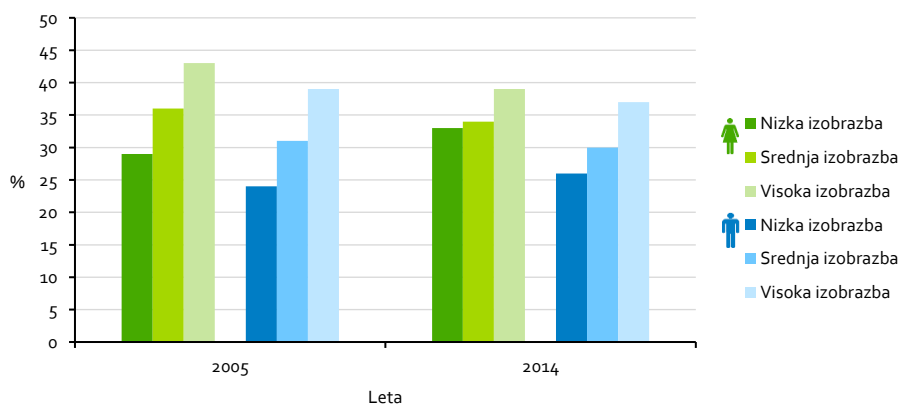
običajno večji kot pri pričakovanem trajanju življenja, kar pomeni, da kljub krajšemu trajanju življenja nizko izobraženi v primerjavi z visoko izobraženimi prebivalci preživijo v povprečju več let v slabem zdravju.

Te rezultate lahko pojasnimo z različnimi mehanizmi, ki delujejo v povezavi izobrazbe in zdravja – pomembno je namreč, da izobrazba vpliva na zdravje ne le z dejavniki tveganja (kajenje, poraba alkohola, prehrana, telesna neaktivnost), ampak tudi z razpoložljivimi finančnimi viri, kakovostjo bivanja, delovnimi pogoji in dostopnostjo do zdravstvenih storitev.

Zato nas zanima tudi delež pričakovanega trajanja življenja, ki ga prebivalci preživijo v dobrem zdravju. Ob rojstvu v Sloveniji ta delež znaša 70,9 % za ženske (73,9 % v EU) in 73,9 % za moške (78,6 % v EU).

Slika 2.4 kaže porast pričakovanih zdravih let življenja v starosti 30 let pri nižje izobraženih v obdobju med letoma 2005 in 2014 pri obeh spolih. Pri tem lahko potrdimo navedbe drugih držav o manjšem deležu preživetih let v dobrem zdravju pri nižjih izobrazbah, saj bodo moški v starosti 30 let z nizko izobrazbo preživel le 58 % svojega življenja v dobrem zdravju, z visoko izobrazbo pa 70 %. Pri ženskah je ta razlika nekoliko manjša; ženske v starosti 30 let z nizko izobrazbo bodo v dobrem zdravju preživele 63 % svojega življenja, z visoko izobrazbo pa 68 %.

Slika 2.4: Zdrava leta življenja v starosti 30 let, po izobrazbi in spolu, Slovenija, 2005 in 2014



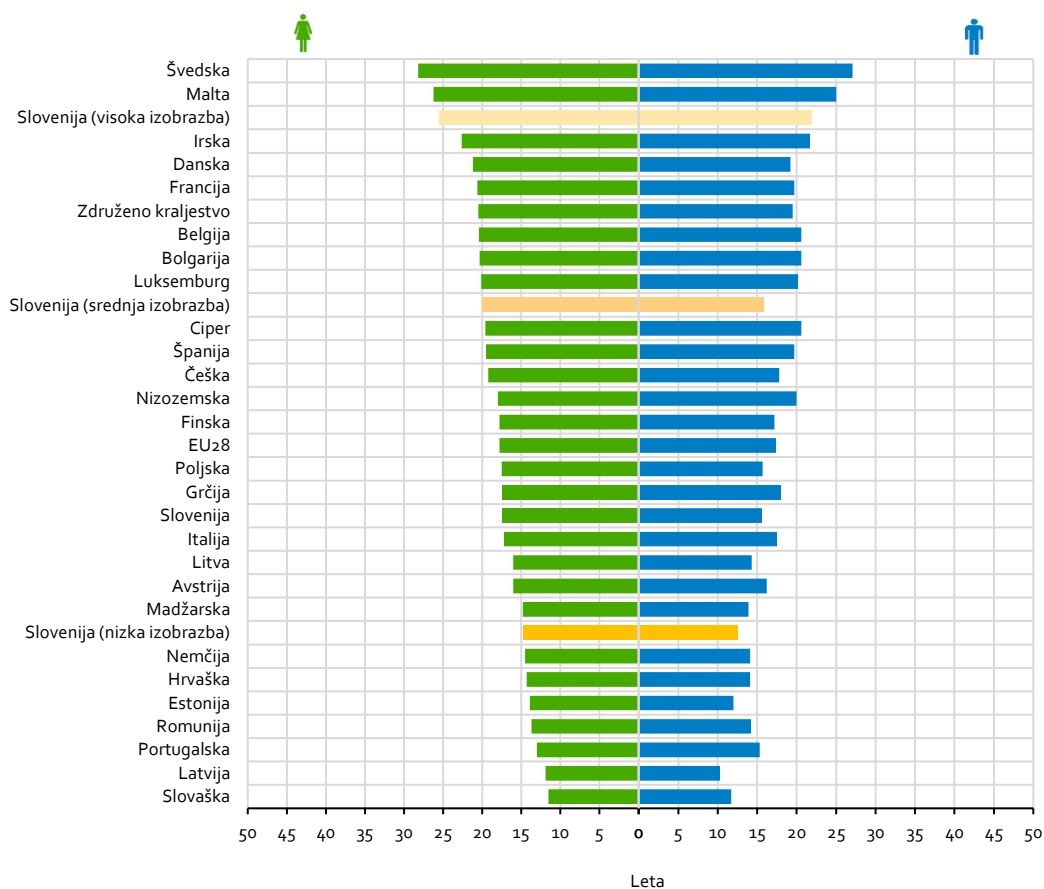
Vir: NIJZ, SURS

Vrzel v pričakovanih zdravih letih življenja med visoko in nižjo izobrazbo znaša pri moških v starosti 30 let 11,2 leta (v letu 2005 je znašala 15 let), pri ženskah v starosti 30 let pa le 5,9 leta (v letu 2005 je bila 13,7 leta). Iz podatkov lahko zaključimo, da so se neenakosti pri pričakovanih zdravih letih življenja od

Zdrava leta življenja so v porastu, vendar pa obstaja izobrazbeni gradient, ki kaže, da bodo nizko izobraženi tridesetletniki preživel manj zdravih let kot visoko izobraženi.

leta 2005 do leta 2014 zmanjšala, vrzel je pri ženskah upadla na 43 % tiste iz leta 2005, pri moških pa se je zmanjšala za 25 %. Zmanjšanje neenakosti je posledica podaljšanja zdravih let življenja pri nizko izobraženih in skrajšanja zdravih let življenja pri visoko izobraženih. To velja tako za moške kot za ženske.

Primerjava z evropskimi državami (slika 2.5) kaže, da se tako moški kot ženske z visoko izobrazbo v Sloveniji po pričakovanih zdravih letih življenja v starosti 50 let uvrščajo med vodilne evropske države (Švedska, Malta), ženske s srednjo izobrazbo presegajo povprečje EU, medtem ko moški s srednjo izobrazbo ne dosegajo povprečja EU. Moški z nižjo izobrazbo se uvrščajo na rep evropskih držav (nad Estonijo, Latvijo in Slovaško), ženske z nižjo izobrazbo pa se sicer uvrščajo na spodnji del lestvice, vendar višje od moških.



Slika 2.5: Zdrava leta življenja v starosti 50 let, EU28 in Slovenija glede na izobrazbo

Vir: Eurostat

Neenakosti v pričakovanem trajanju zdravja glede na izobrazbo je večja kot v pričakovanem trajanju življenja

Zaključimo lahko, da visoko izobraženi prebivalci Slovenije živijo dlje in v boljšem zdravju kot nižje izobraženi. Javno zdravje svoje aktivnosti usmerja v podaljšanje zdravih let življenja. Podaljševanje trajanja življenja je naravna posledica teh ukrepov. Ker pa se socialno-ekonomske razlike v zdravju seštevajo v vseh življenjskih obdobjih, je ključno, da vsak javnozdravstveni ukrep posebej presojamo s stališča neenakosti v zdravju. Cilj vseh politik mora biti podaljševanje življenja v zdravju in čim

manjše socialno-ekonomske neenakosti v zdravju. Zlasti nižje izobraženi prebivalci potrebujejo dodatno pozornost, da lahko izkoristijo svoje potencialne, aktivno prispevajo družbi in dočakajo zdravo starost.

Viri

Corsini V. Highly educated men and women likely to live longer: life expectancy by educational attainment. In: Eurostat Statistics in focus 24. Brussels: Statistical Office of the European Communities, 2010.

Renard F, Gadeyne S, Devleeschauwer B, Tafforeau J, Deboosere P. Trends in educational inequalities in premature mortality in Belgium between the 1990s and the 2000s: the contribution of specific causes of deaths. *J Epidemiol Community Health*. 2016. doi: 10.1136/jech-2016-208370.

Mackenbach JP, Kulhánová I, Menvielle G, Bopp M, Borrell C, Costa G, Deboosere P et al. Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69(3): 207–217.

Steingrimsdottir OA, Næss O, Moe JO, Groholt EK, Thelle DS, Strand BH, Bævre, K. Trends in life expectancy by education in Norway 1961–2009. *Eur J Epidemiol* 2012; 27: 163–171.

Klotz, J. Convergence or divergence of educational disparities in mortality and morbidity? The evolution of life expectancy and health expectancy by educational attainment in Austria in 1981-2006. *Vienna Yearbook of Population Research* 2010 (Vol. 8), str. 139–174.

Nazroo YJ. Addressing inequalities in healthy life expectancy. Future of an ageing population: evidence review. Foresight, Government Office for Science, 2015. Dostopno 7.11.2017 na: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/455811/g5-15-20-future-ageing-inequalities-healthy-life-expectancy-er15.pdf.

Berger MD et al. Novi kazalnik zdravja: »Leta zdravega življenja« (»Healthy Life Years« – HLY), Statistični dnevi 2008. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.statisticni-dnevi.si/images/stories/berger-lavtar-zupanic_referat.pdf.

Gheorghe M, Wubulhasimu P, Peters F, Nusselder W, Van Baal PHM. Health inequalities in the Netherlands: trends in quality-adjusted life expectancy (QALE) by educational level. *Eur J Public Health* 2016; 26(5):794-799.

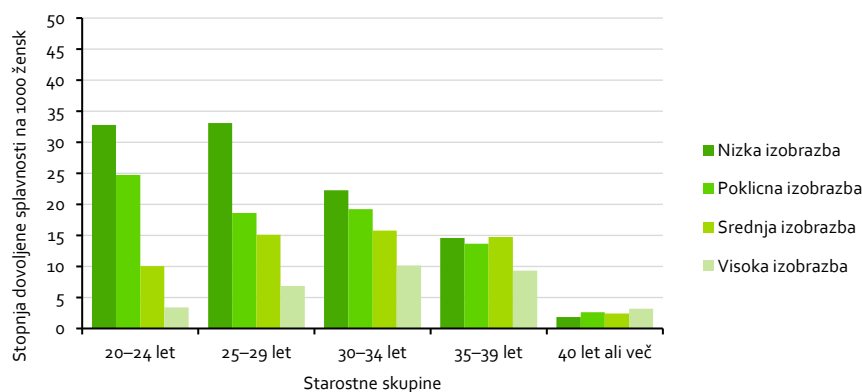
Začetki življenja in socialno-ekonomske neenakosti

Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič

Življenjski slog, zdravje bodočih mater in zdravstveno varstvo v nosečnosti pomembno vplivajo na izid nosečnosti in s tem na zdravje novorojenčka, ki je povezano tudi z zdravjem kasneje v življenju ter z dolgoročnimi učinki na razvoj kroničnih bolezni v odrasli dobi. Na življenjski slog, zdravje bodočih mater ter dostopnost in koriščenje storitev zdravstvenega varstva v nosečnosti pa vplivajo različni socialno-ekonomski dejavniki, med katerimi izobrazba matere velja za eno najpomembnejših determinant. Kot ugotavljajo tuje študije, so se razlike v izidih nosečnosti glede na izobrazbo v zadnjih desetletjih v nekaterih delih vzhodne Evrope povečale, medtem ko se v Skandinaviji niso spremenile. Le nekaj študij do sedaj pa je proučevalo potencialne posledice socialno-ekonomske krize na perinatalne izide, in njihove ugotovitve so različne.

Znano je, da je izid nosečnosti boljši, kadar je nosečnost načrtovana. Podatki o stopnji dovoljene splavnosti posredno nakazujejo, da se ženske z najnižjo izobrazbo pogosteje soočajo z nezaželeno nosečnostjo, saj so njihove stopnje splavnosti višje kot pri bolj izobraženih ženskah (slika 2.6).

Slika 2.6: Stopnja dovoljene splavnosti glede na izobrazbo in starost v Sloveniji⁷



Vir: NIJZ, SURS

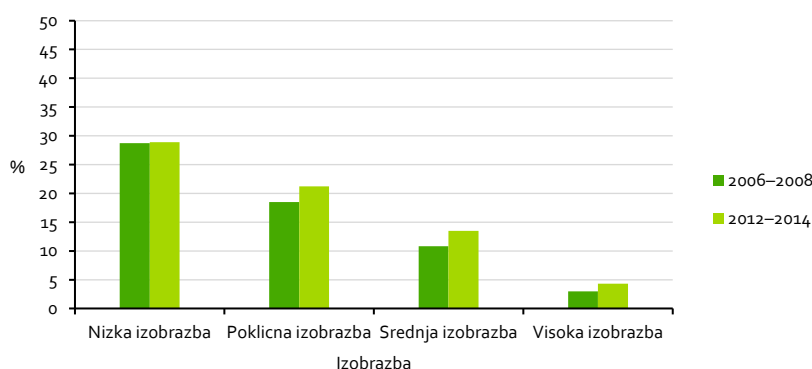
Dejavniki življenjskega sloga v nosečnosti

Znana je povezava med nosečnostjo, ki jo ženske ne sprejemajo z naklonjenostjo, in tveganim vedenjem v nosečnosti, kot je na primer kajenje. Kajenje v nosečnosti vpliva na rast in razvoj otroka in je povezano s prezgodnjim porodom, nizko porodno težo in drugimi zapleti. V obdobju 2012–2014 je v nosečnosti kadilo 11,2 % žensk,⁸ kar je za slabo odstotno točko več kot v letih 2006–2008, pred ekonomsko krizo. Med ženskami, mlajšimi od 25 let, je bilo dvakrat več kadilk kot med ženskami po 25. letu. Še večje pa so bile razlike med ženskami iz različnih izobrazbenih skupin (slika 2.7). Delež kadilk je med obdobjema 2006–2008 in 2012–2014 značilno porastel v vseh izobrazbenih skupinah, razen pri najmanj izobraženih, kjer pa je kljub temu ostal najvišji.

⁷ V tem poglavju so zaradi specifične problematike in izidov predstavljene neenakosti po izobrazbi izjemoma v štirih in ne treh izobrazbenih skupinah.

⁸ V analizo so vključene prebivalke Slovenije, ki so v navedenih obdobjih rodile enojčka.

Slika 2.7: Delež kadilk med nosečnicami po izobrazbi v Sloveniji, 2006–2008 in 2012–2014



Vir: NIJZ

Tveganje za zaplete v nosečnosti predstavlja tudi prenizka ali previsoka telesna teža matere. Indeks telesne mase, nižji od 18,5 (podhranjenost), je imelo v začetku nosečnosti v obdobju 2012–2014 slabih 5 % žensk, indeks telesne mase, višji od 25 (prekomerna prehranjenost in debelost), pa kar 28 % žensk. V začetku nosečnosti je bila prenizka telesna teža najpogosteje zabeležena pri najmanj izobraženih ženskah, previsoka telesna teža pa pri ženskah s poklicno izobrazbo, ki so imele v primerjavi z najbolj izobraženimi ženskami 1,7-krat večje tveganje za previsoko telesno težo. V primerjavi z obdobjem 2006–2008 pri prenizki teži ni bilo značilnih sprememb v nobeni od izobrazbenih skupin, delež žensk s povišano telesno težo pa je med obdobjema porastel v vseh izobrazbenih skupinah (razen v najnižji) v povprečju za 3 odstotne točke.

Zdravstveno varstvo v nosečnosti

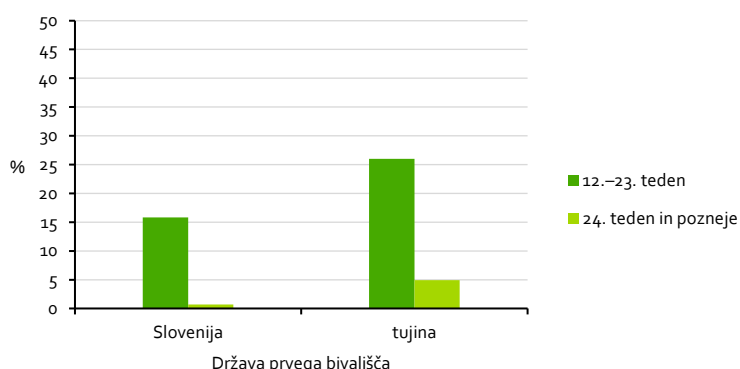
V nosečnosti najpogosteje kadijo mlade in neizobražene ženske.

Delež nosečih kadilk je v obdobju krize porastel.

Porastel je tudi delež nosečnic s povišano telesno težo.

V Sloveniji ima nosečnica pravico do desetih preventivnih pregledov in dveh preventivnih ultrazvočnih preiskav. Prav tako imajo nosečnice in bodoči očetje pravico do brezplačne priprave na porod in starševstvo (t. i. Šola za bodoče starše). Večina nosečnic prihaja na preglede redno že od zgodnje nosečnosti, nekatere nosečnice pa vso nosečnost na pregled sploh ne pridejo ali pa zdravnika prvič obišejo pozno v nosečnosti. V obdobju 2012–2014 je bilo brez pregleda v nosečnosti sicer le 0,1 % porodnic, vendar je bilo tveganje, da ženska ni prišla na preglede, v skupini najmanj izobraženih žensk kar 20-krat večje kot v skupini najbolj izobraženih žensk. Še večje razlike so bile v deležih nosečnic, ki so prišle prvič na pregled šele po 24. tednu nosečnosti. Takšnih je bilo v skupini najbolj izobraženih žensk le 0,24 %, v skupini najmanj izobraženih pa dobrih 6 %. Podobna razmerja so bila tudi v obdobju 2006–2008. V večji meri so prišle pozno na prvi pregled v nosečnosti tudi ženske, ki niso bile rojene v Sloveniji (slika 2.8).

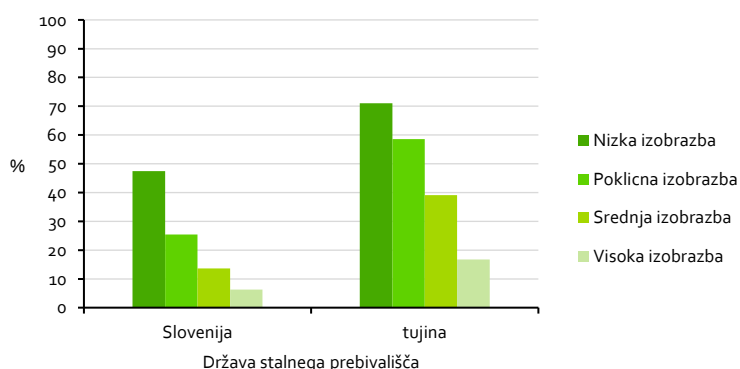
Slika 2.8: Delež nosečnic, ki so prišle pozno na prvi pregled glede na državo prvega bivališča, Slovenija 2012–2014



Vir: NIJZ

Prilagoditve na porod in starševstvo se je v obdobju 2012–2014 udeležilo 83 % prvorodk, v večji meri bolj izobražene ženske, pri najmanj izobraženih pa je bila udeležba slabša. V manjši meri so obiskovale priprave na porod in starševstvo tudi nosečnice, katerih država prvega bivališča ni Slovenija (slika 2.9). V primerjavi z obdobjem 2006–2008 ni bilo značilnih sprememb.

Slika 2.9: Delež prvorodk, ki niso obiskovale priprav na porod in starševstvo, po izobrazbi in državi prvega bivališča, Slovenija 2012–2014



Vir: NIJZ

Stopnja izobrazbe je povezana tudi z opravljenim presejalnim testom za kromosomopatije. V obdobju 2012–2014 te preiskave v nosečnosti ni opravilo 14,4 % najbolj izobraženih žensk in kar 51,8 % najmanj izobraženih žensk, je pa v vseh izobrazbenih skupinah delež žensk z opravljeno preiskavo porastel v primerjavi z obdobjem 2006–2008. Preiskave ni opravilo 17,1 % žensk, ki so bile rojene v Sloveniji, in 40 % tistih, katerih država prvega bivališča ni bila Slovenija. Za večino žensk je preiskava samoplačniška, le tistim, ki bodo ob pričakovanem terminu poroda stare med 35 in 37 let, presejanje krije zdravstveno zavarovanje. Tudi v tej starostni skupini so bile med izobrazbenimi

V največji meri so najmanj izobražene ženske tiste, ki v nosečnosti ne pridejo na preventivne preglede ali pridejo pozno.

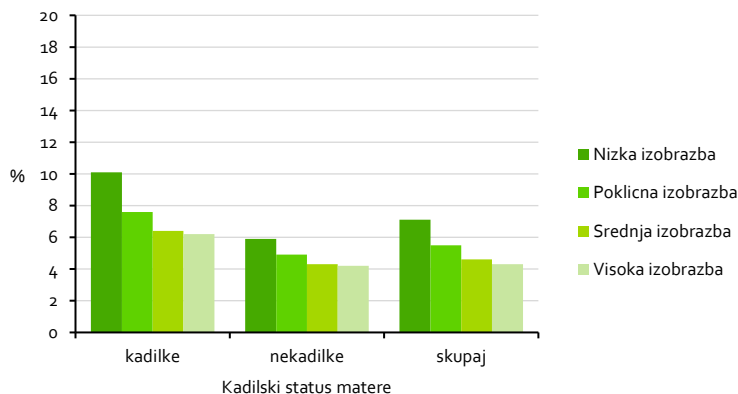
Prav tako se manj izobražene ženske v manjši meri udeležujejo priprav na porod in starševstvo.

skupinami še vedno razlike, vendar so bile najmanjše, kar verjetno kaže na to, da nekatere nosečnice preiskave ne opravijo, ker si tega stroška ne morejo privoščiti.

Neenakosti v izidih nosečnosti

Prezgodnji porod (pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti) in nizka porodna teža (manj kot 2500 gramov) sta v razvitem svetu med najpomembnejšimi vzroki obolevnosti in umrljivosti novorojenčkov. V Sloveniji je bilo v obdobju 2012–2014 prezgodaj rojenih 5,8 % enojčkov in 4,6 % enojčkov z nizko porodno težo. Pri ženskah iz najnižje izobrazbene skupine je bilo tveganje za prezgodnji porod v povprečju za 27 % višje, po 35. letu starosti pa za 51 % višje kot pri ženskah iz najvišje izobrazbene skupine. Tveganje za rojstvo otroka z nizko porodno težo je bilo pri ženskah iz najnižje izobrazbene skupine v povprečju za 66 % višje, razlike so bile tako pri kadilkah kot pri nekadilkah (slika 2.10). Razlike v tveganju za prezgodnji porod in za rojstvo otroka z nizko porodno težo med izobrazbenimi skupinami so bile večje pri ženskah, ki so bile rojene v Sloveniji, kot pri ženskah, ki so se v Slovenijo priselile. V primerjavi z obdobjem 2006–2008 pa se razlike med izobrazbenimi skupinami v deležu prezgodaj rojenih otrok in otrok z nizko porodno težo niso značilno spremenile.

Slika 2.10: Delež enojčkov z nizko porodno težo glede na izobrazbo in kadilski status matere, Slovenija 2012–2014



Vir: NIJZ

Nizka porodna teža je resda najpogosteje posledica prezgodnjega poroda, a se pojavlja tudi pri donošenih otrocih. Pomembnejši dejavniki, ki vplivajo na slabšo rast otroka, so kajenje, uživanje alkohola ali drog, slaba prehrana in bolezni matere. Pri ženskah v najnižji izobrazbeni skupini je bilo v obdobju 2012–2014 tveganje za rojstvo donošenega otroka z nizko porodno težo dvakrat višje kot pri ženskah v najvišji izobrazbeni skupini. Za 77 % pa so imele ženske v najnižji izobrazbeni skupini višje tveganje za rojstvo mrtvega otroka v primerjavi z ženskami iz najvišje izobrazbene skupine.

Zaključki

V Sloveniji so še vedno prisotne pomembne razlike v zdravju mater in novorojenčkov glede na socialni položaj matere, ki smo ga opredelili z izobrazbo. Pri manj izobraženih ženskah so večkrat prisotni dejavniki tveganja, poleg tega pa manj izobražene ženske tudi pogosteje niso uporabnice zdravstvenih storitev oziroma jih uporabljajo v manjši meri. Morda je to posledica slabše dostopnosti

Tveganje za prezgodnji porod in za rojstvo otroka z nizko porodno težo je večje pri najnižje izobraženih ženskah kot pa pri izobraženih ženskah.

zdravstvenih storitev, manjše ozaveščenosti oziroma še drugih dejavnikov. Znano je, da imajo ženske iz nižjih socialnih slojev bolj kompleksne potrebe in da prav ta skupina žensk pogosto ne dobi ustrezne oskrbe niti takrat, ko jo išče.

Razlike v nekaterih ključnih perinatalnih izidih (prezgodnji porod, nizka porodna teža) med ženskami različnih izobražbenih skupin se v obdobju 2012–2014 v primerjavi z obdobjem 2006–2008 niso značilno povečale, a so še vedno prisotne. Vendar pa je med obdobjema prišlo do poslabšanja nekaterih dejavnikov tveganja, kot so kajenje ali previsoka telesna teža v nosečnosti v večini izobražbenih skupin. Sočasno pa so nosečnice vseh izobražbenih skupin bolj koristile nekatere zdravstvene storitve, kar je dober znak, ki kaže, da se dostopnost do zdravstvenega varstva v nosečnosti ni poslabšala.

Razlike v perinatalnih izidih glede na stopnjo izobrazbe so večje pri ženskah, ki so rojene v Sloveniji, v primerjavi z ženskami, ki so bile rojene drugje, čeprav so slednje v povprečju slabše izobražene in slabše koristijo zdravstvene storitve. Iz tega lahko zaključimo, da nizka dosežena izobrazba bolje opredeljuje ogroženo skupino med ženskami, rojenimi v Sloveniji. Hkrati pa priseljevanje žensk v rodni dobi vpliva na zaznavo razlik med ženskami različnih izobražbenih skupin, saj ženske, ki so se v Slovenijo priselile, predstavljajo vse večji delež med najmanj izobraženimi ženskami.

Za zmanjšanje neenakosti v zdravju nosečnic in novorojenčkov je pomembno poznavanje ranljivih skupin, njihovih potreb in ovir, s katerimi se srečujejo. Zato je nujno redno ozaveščanje in izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov, da bodo znali prepoznavati ranjive nosečnice in zadovoljiti njihove potrebe. Hkrati je treba zagotavljati dobro dostopnost do reproduktivnega zdravstvenega varstva in razvijati oziroma implementirati preventivne programe, ki dokazano učinkovito zmanjšujejo neenakost v zdravju nosečnic in njihovih otrok.

Viri

Eiriksdottir VH, Asgeirsdottir TL, Bjarnadottir RI, Kaestner R, Cnattingius S, Valdimarsdottir UA. Low Birth Weight, Small for Gestational Age and Preterm Births before and after the Economic Collapse in Iceland: A Population Based Cohort Study. *PLoS ONE* 2013; 8(12): e80499.

Fisher S. Social inequalities in maternal and perinatal mortality: a summary of research. *New Digest* 2008; 44: 18–26.

Gissler M, Meriläinen J, Vuori E, Hemminki E. Register based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 433–439.

Juarez S, Revuelt-Eugercios BA, Ramiro-Farinas D, Viciano-Fernandez F. Maternal Education and Perinatal Outcomes Among Spanish Women Residing in Southern Spain (2001–2011). *Matern Child Health J* 2014; 18: 1814–1822.

PIS RS. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem RS, 2006–2014.

Wadsworth M, Butterworth S. Early life. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 2006.

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 72/06.

Neenakost v izbranih kazalnikih zdravja in vedenja mladostnikov

Helena Jeriček Klanšček, Kristian Majcen, Tina Zupanič, Helena Koprivnikar

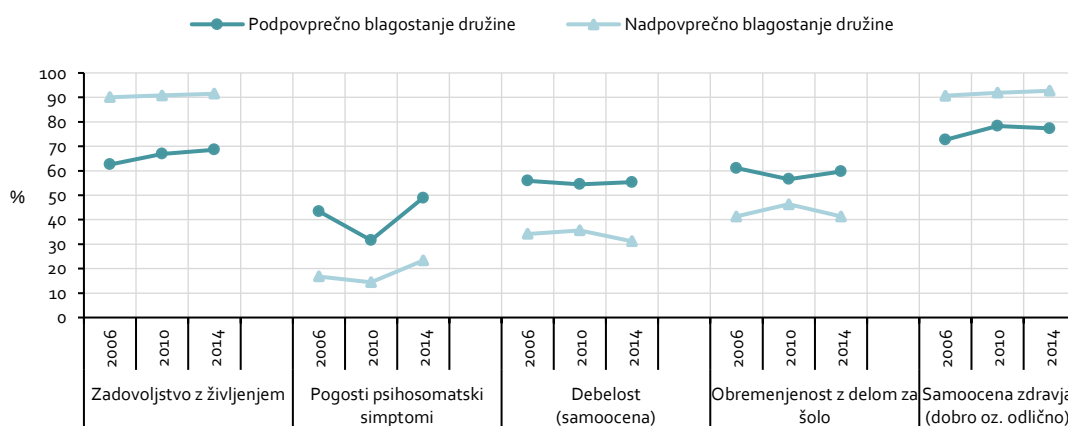
Otroci in mladostniki so ranljiva skupina, zato je spremljanje njihovega zdravja ter z zdravjem povezanih vedenj in neenakosti ključnega pomena za vsako družbo. Posledice neenakosti so za otroke in mladostnike v primerjavi z ostalimi starostnimi skupinami največje in jih zaznamujejo ter prikrajšajo za vse življenje. Neenakost namreč ne vpliva samo na slabše zdravje in počutje otrok in mladostnikov, ampak tudi na njihove sedanje in prihodnje slabše možnosti in priložnosti na poklicnem in akademskem področju, na slabši dostop do materialnih virov, slabši socialno-ekonomski položaj v družbi ter na slabše psihosocialno delovanje – slabšo samopodobo, manjšo učinkovitost, večjo dovtetnost za stres in slabše resurse.

Mladostniki, ki slabše ocenjujejo denarno blagostanje svoje družine, imajo slabše kazalnike zdravja in vedenja.

Samoocena denarnega blagostanja ter zdravje in vedenje mladostnikov

V vseh opazovanih letih (2006, 2010, 2014) obstajajo značilne razlike med mladostniki, ki denarno blagostanje svoje družine ocenjujejo slabše (podpovprečno), in tistimi, ki blagostanje svoje družine ocenjujejo kot boljše (nadpovprečno). Največje razlike so pri samooceni zadovoljstva z življenjem in pri psihosomatskih simptomih. Mladostniki, ki so ocenili blagostanje svoje družine kot nadpovprečno, so bolj zadovoljni z življenjem, imajo tudi manj psihosomatskih simptomov, v manjši meri ocenjujejo svoje telo kot predebelo (telesna samopodoba), manj so obremenjeni z delom za šolo in boljše ocenjujejo svoje zdravje. Ocena svojega telesa kot (pre)debelega (telesna samopodoba), pogosti psihosomatski simptomi in obremenjenost z delom za šolo pa so pogostejši pri mladostnikih s slabšo oceno denarnega blagostanja družine (slika 2.11).

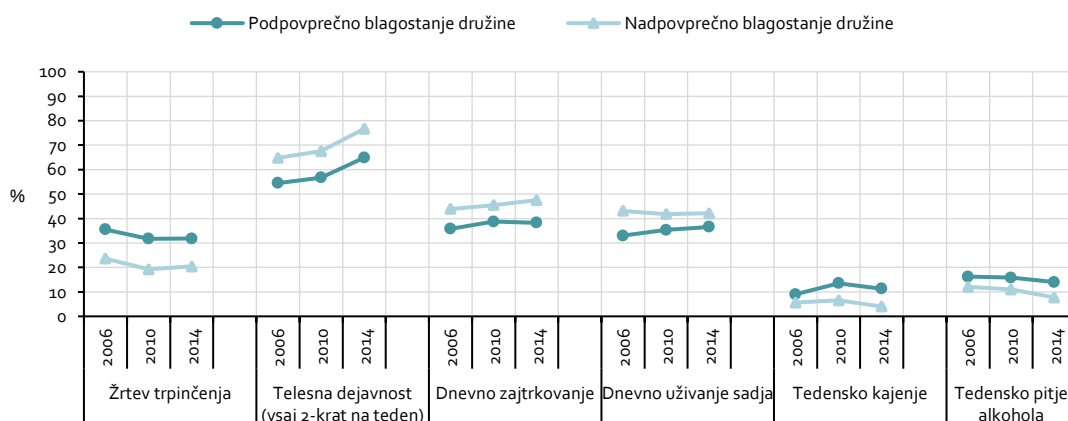
Slika 2.11: Izbrani kazalniki pri mladostnikih s podpovprečno in nadpovprečno subjektivno oceno družinskega blagostanja v letih 2006, 2010 in 2014



Vir: NIJZ

Še vedno značilne, a nekoliko manjše razlike med obema skupinama mladostnikov so pri drugih kazalnikih vedenj, povezanih z zdravjem. Mladostniki z boljšo oceno blagostanja družine so bili manj pogosto žrtev trpinčenja v zadnjih nekaj mesecih, pogosteje so bili telesno dejavni, pogosteje so zajtrkovali in dnevno uživali sadje. Mladostniki s slabšo oceno družinskega blagostanja pa so pogosteje kadili in pili (tedensko pitje in kajenje) (slika 2.12).

Slika 2.12: Izbrani kazalniki z zdravjem povezanih vedenj pri mladostnikih s podpovprečno in nadpovprečno subjektivno oceno družinskega blagostanja v letih 2006, 2010 in 2014



Vir: NIJZ

V dnevnem uživanju sladkanih pijač, gledanju televizije, videoposnetkov ali drugih zabavnih vsebin in pri igranju videoiger nismo ugotovili značilnih razlik med obema skupinama mladostnikov.

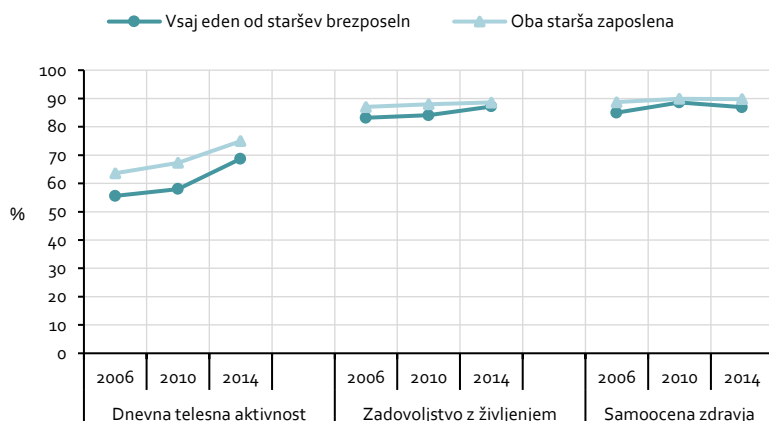
Razlike (med mladostniki, ki slabše ali boljše ocenjujejo družinsko blagostanje) se med opazovanimi leti (2006, 2010 in 2014) niso povečale, kot bi morda pričakovali glede na družbenoekonomska in druga dogajanja, razen pri tedenskem kajenju, pri katerem so se razlike povečale, kar ugotavljajo tudi v drugih evropskih državah.

Zaposlitveni status staršev ter zdravje in vedenje mladostnikov

Zdravje mladostnikov z obema zaposlenima staršema se od zdravja mladostnikov z vsaj enim brezposelnim staršem, glede na izbrane kazalnike, ne razlikuje bistveno. Pri večini izbranih kazalnikov glede na zaposlitveni status staršev ni značilnih razlik, razen pri dnevni telesni aktivnosti (v vseh treh opazovanih letih), samooceni zdravja in zadovoljstvu z življenjem (pri obeh kazalnikih v dveh opazovanih letih) (slika 2.13).

Razlike v izbranih kazalnikih zdravja in z zdravjem povezanih vedenj pri mladostnikih glede na zaposlitveni status staršev so majhne.

Slika 2.13: Izbrani kazalniki pri mladostnikih z obema zaposlenima staršema in mladostnikih z vsaj enim brezposelnim staršem v letih 2006, 2010 in 2014



Vir: NIJZ

Razlike v kazalnikih zdravja in vedenjih, povezanih z zdravjem, glede na zaposlitveni status staršev se v letih 2006, 2010 in 2014 niso značilno spremenile.

Ob primerjavi različnih kazalnikov za ocenjevanje socialno-ekonomskega položaja mladostnikov opazamo, da so značilne razlike v kazalnikih zdravja in z zdravjem povezanih vedenj ter da so te večje pri subjektivni oceni blagostanja. Ugotovitev je skladna z raziskavami, ki prav tako poudarjajo, da je pri mladostnikih subjektivna mera socialno-ekonomskega položaja v večji meri povezana s kazalniki zdravja kakor objektivne mere, ki se navezujejo npr. na izobrazbo, dohodek ali zaposlitev staršev.

Subjektivna mera socialno-ekonomskega položaja je za razliko od objektivne mere odraz tega, kako mladostnik dojema sebe v kontekstu družbene hierarhije in vrstnikov. Nizka samoumestitev na hierarhični lestvici ima lahko zaradi kognitivnih in čustvenih reakcij tudi negativne zdravstvene posledice. V primeru objektivno nižjega socialno-ekonomskega položaja lahko starši otroka »zaščitijo« in ga ne izpostavljajo pomanjkanju (včasih verjetno tudi na račun zanemarjanja svojih potreb). Objektivne mere socialno-ekonomskega položaja staršev zato ne moremo enačiti s subjektivnim doživljanjem socialno-ekonomskega položaja mladostnika, ki je bolj pomembno pri napovedovanju mladostnikovega zdravja.

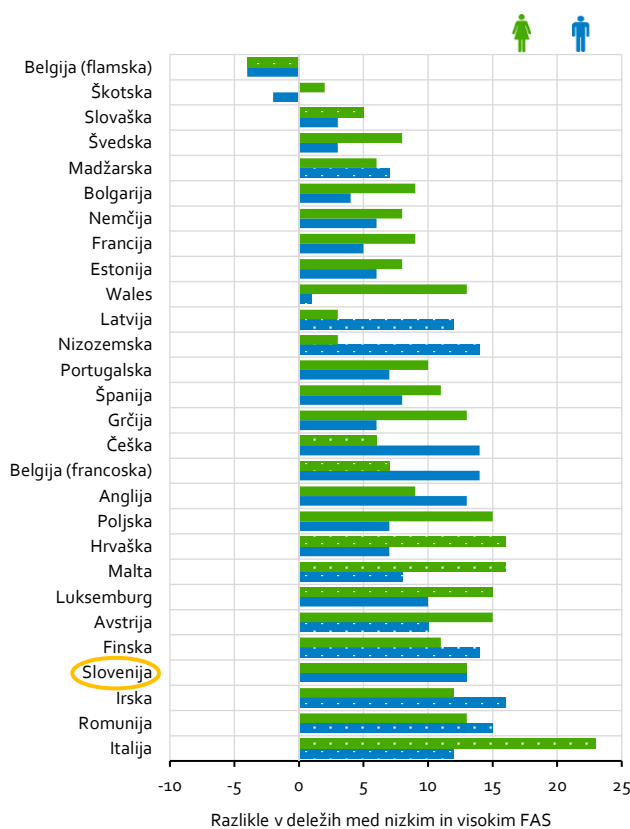
Največje razlike med tistimi, ki ocenjujejo družinsko blagostanje nadpovprečno, in tistimi, ki ga ocenjujejo podpovprečno, so se pojavile pri kazalnikih, ki merijo doživljanje oziroma subjektivno presojo, npr. zadovoljstvo z življenjem, samooceno zdravja, oceno svojega telesa kot (pre)debelega (telesna samopodoba), psihosomatske simptome, obremenjenost zaradi dela za šolo. Gre za povezavo med različnimi samoocenami oziroma subjektivnimi presojami, ki so do neke mere povezane tudi zaradi enakega metodološkega pristopa – samoocena oz. subjektivna presoja. Pri kazalnikih, ki merijo pojavnost oziroma pogostost nekih vedenj (npr. telesnih dejavnosti, uživanja sadja, zajtrkovanja), so razlike že manjše, saj so te ocene v manjši meri podvržene subjektivni presoji.

Podpora staršev in redna telesna dejavnost slovenske mladostnike v mednarodnih primerjavah uvrščata med države z največjimi razlikami.

Mednarodni rezultati in položaj Slovenije glede na mednarodne primerjave

Slovenija se glede na velikost razlik med mladostniki z visoko ocenjenim blagostanjem (lestvica FAS – Family Affluence Scale) in tistimi z nizko ocenjenim blagostanjem v večini proučevanih kazalnikov med 41 sodelujočimi državami v raziskavi HBSC uvršča večinoma med države z manjšimi ali srednje velikimi razlikami. Izjema so nekateri kazalniki, npr. podpora staršev in redna telesna dejavnosti, pri katerih se uvrščamo med države z največjimi razlikami. Podobno kaže tudi spodnja slika (slika 2.14), kjer se glede na države EU Slovenija uvršča med tiste z večjimi razlikami (gre za države, ki so navedene na levi strani slike) med najnižjim in najvišjim socialno-ekonomskim položajem pri ocenjevanju podpore družine.

Slika 2.14: Razlika v deležih podpore družine med mladostniki z nizkim in visokim FAS⁹ v državah EU¹⁰, 2014



Vir: SZO

Pri otrocih in mladostnikih moramo biti usmerjeni ne le v zmanjševanje, ampak predvsem v preprečevanje neenakosti. Ključnega pomena so sistemski ukrepi, ki so usmerjeni na celotno populacijo, še posebej pa na bodoče starše, starše, otroke in mladostnike ter ranljivejše podskupine znotraj naštetih skupin. Učinkoviti ukrepi naj bodo usmerjeni v determinante in dejavnike tveganja in varovalne dejavnike, hkrati pa morajo vsem zagotavljati in omogočati enake pogoje in izbire za zdravo življenje in bivanje, dostop do izobraževanja, socialnega in zdravstvenega varstva ter možnosti za spremembo vedenj.

⁹ Lestvica FAS meri družinsko bogastvo (premožnost) oz. socialno-ekonomsko prikrajšanost družine.

¹⁰ Stolpci, označeni z belimi pikami, prikazujejo razlike, ki niso statistično značilne.

Viri

Due P, Krolner R, Rasmussen M, Andersen A, Damsgaard MT, Graham H et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health* 2011; 39(6 Suppl): 62–78.

Dornan P, Murray H, Woodhead M. What Inequality means for Children: Evidence from Young Lives. *Int J Child Rights* 2014; 22(3): 467–501.

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 Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2013/2014 survey*, 2016.

Moor I, Rathmann K, Lenzi M, Pfortner TK, Nagelhout, GE, de Looze M et al. Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. *Eur J Public Health* 2015; 25(3): 457–463.

Doku D, Koivusilta L, Rainio S, Rimpelä A. Socioeconomic differences in smoking among Finnish adolescents from 1977 to 2007. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2010; 47(5): 479–487.

Karvonen S, Rahkonen O. Subjective social status and health in young people: Subjective social status and health in young people. *Sociol Health Illn* 2011; 33(3): 372–383.

Garbarski, D. Perceived social position and health: Is there a reciprocal relationship? *Soc Sci Med* 2010; 70(5): 692–699.

International Child Development Centre, eds. Fairness for children: a league table of inequality in child well-being in rich countries. Firenze: UNICEF Office of Research - Innocenti; 2016. 48 str. (Innocenti report card).

Samoocena zdravja

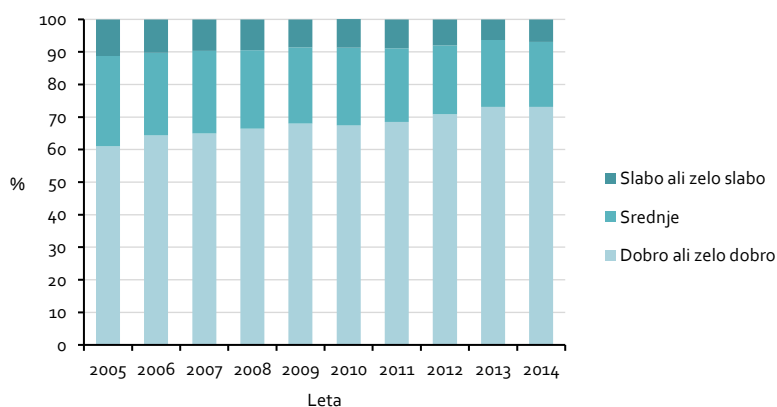
Tjaša Pibernik, Sonja Tomšič

Samoocena zdravja je preprost, zanesljiv in uveljavljen kazalnik splošnega zdravja, ki je hkrati tudi enostaven za razumevanje. Osebno dojetje zdravja naj bi odsevalo biološke, socialno-ekonomske in psihosocialne dimenzije zdravja posameznika. Na samooceno zdravja vplivajo različni dejavniki, kot so starost, spol, izobrazba, materialno stanje, socialni položaj, zaposlitveni status, vključno z dojetanjem nevarnosti za izgubo zaposlitve, brezposelnost, fizične obremenitve, slab nadzor nad delom, organizacijski dejavniki, socialna vključenost oziroma izključenost, pomembnejši življenjski dogodki, življenjska naravnost in stres na delovnem mestu.

Samooceno zdravja pogosto uporabljamo kot kazalnik v raziskavah socialno-ekonomske neenakosti v zdravju. V splošnem velja, da ljudje z nižjim socialno-ekonomskim položajem svoje zdravje ocenjujejo slabše kot ljudje z višjim socialno-ekonomskim položajem, prav tako ženske po večini svoje zdravje ocenjujejo slabše kot moški.

Rezultati tujih študij se glede vpliva socialno-ekonomske krize in samoocene zdravja razlikujejo. V Španiji v obdobju socialno-ekonomske krize ugotavljajo izboljševanje samoocene zdravja, medtem ko v Grčiji, Estoniji, Litvi in na Finskem v času krize opazujejo poslabšanje samoocene zdravja. V Sloveniji se je samoocena zdravja v opazovanem obdobju 2005–2014 izboljševala (slika 2.15).

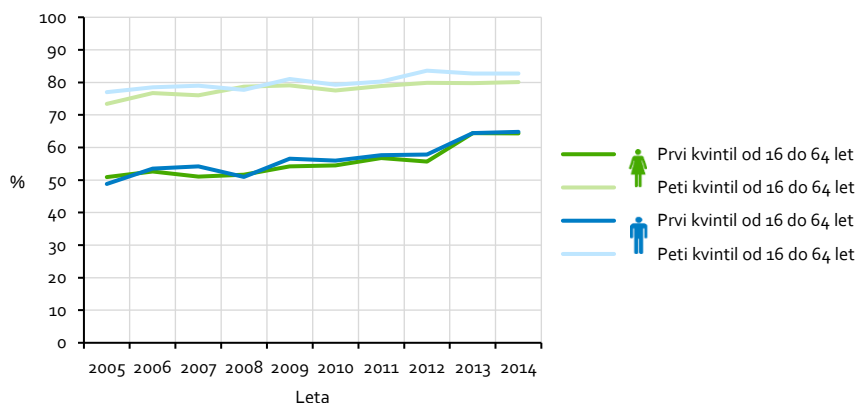
Slika 2.15: Samoocena zdravja, osebe, stare med 16 in 64 let, Slovenija, 2005–2014



Vir: Eurostat

Enako, kakor ugotavljajo tuje in predhodne slovenske študije, tudi mi z našimi podatki ugotavljamo, da je nižji socialno-ekonomski položaj povezan s slabšo samooceno zdravja. V celotnem opazovanem obdobju je samoocena zdravja v starostni skupini 16–64 let med nižje izobraženimi in med ljudmi z nižjimi dohodki (za prikaz razporejeno v kvintile) slabša kot med višje izobraženimi in ljudmi v višjem dohodkovnem razredu. Neenakosti v zdravju, merjene s samooceno zdravja glede na izobrazbo (slika 2.17) in dohodkovni razred, so opazne pri obeh spolih (slika 2.16).

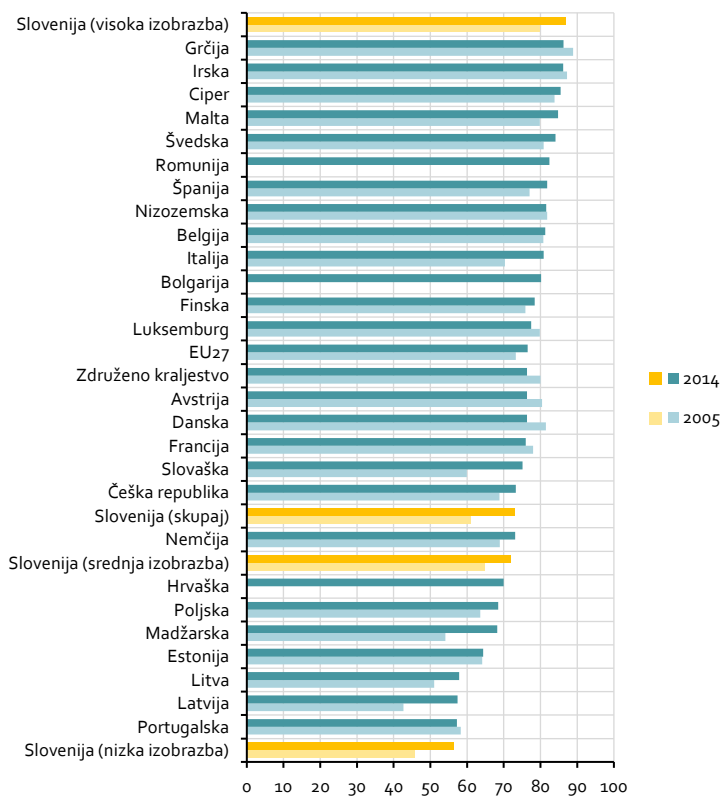
Slika 2.16: Delež oseb, starih 16–64 let, z dobro ali zelo dobro samooceno zdravja, po spolu in dohodkovnem razredu (razporejeno v kvintile), Slovenija, 2005–2014



Vir: Eurostat

Slovenija se glede na dobro in zelo dobro samooceno zdravja uvršča v spodnjo polovico držav EU. Če pa uvrstimo slovenske podatke o dobri samooceni zdravja glede na različne stopnje izobrazbe, se osebe z visoko izobrazbo uvrščajo v sam vrh lestvice, osebe z osnovnošolsko izobrazbo pa na dno lestvice (slika 2.17).

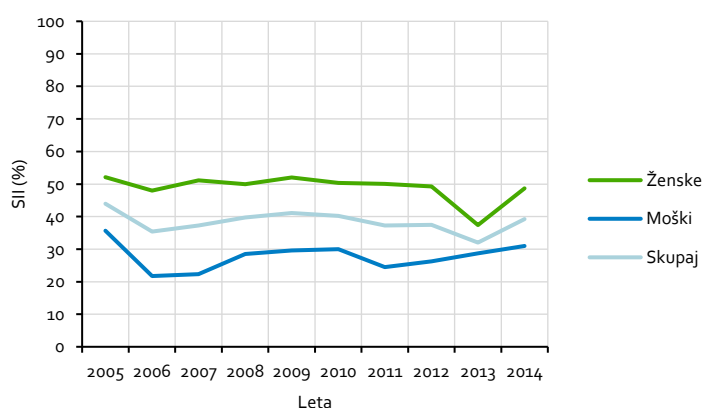
Slika 2.17: Delež oseb, starih 16–64 let, z dobro ali zelo dobro samooceno zdravja, članice EU in Slovenija po izobrazbi, 2005 in 2014



Vir: Eurostat

Naklonski indeks neenakosti (angl. Slope Index of Inequalities – v nadaljevanju: SII) kaže, kakšne so neenakosti med posameznimi izobrazbenimi skupinami v posameznem letu. Razlike med izobrazbenimi skupinami v dobri samooceni zdravja po spolu nam prikazuje slika 2.18. Razlike med izobrazbenimi skupinami so pri moških manjše kot pri ženskah. V opazovanem obdobju ni jasnega trenda gibanja skupnih razlik med posameznimi izobrazbenimi skupinami. Pri ženskah se nakazuje zmanjševanje neenakosti med izobrazbenimi skupinami, ki pa ni statistično značilno. Nekoliko zaskrbljujoče pa je, da je pri moških v zadnjem obdobju trend naklonskega indeksa neenakosti obrnjen navzgor. Trend bo v prihodnje treba podrobno spremljati, saj lahko nakazuje povečevanje neenakosti med posameznimi izobrazbenimi skupinami.

Slika 2.18: Naklonski indeks neenakosti glede na izobrazbo, za dobro ali zelo dobro samooceno zdravja, po spolu, stari 16–64 let, Slovenija, 2005–2014



Vir: Eurostat, preračun NIJZ

Naše splošno zdravstveno stanje je odvisno od številnih socialnih in ekonomskih okoliščin, zato bi pričakovali, da bi negativne posledice socialno-ekonomske krize in varčevalnih ukrepov imele vpliv na zdravje prebivalcev. Vendar tega pri samooceni zdravja, ki sicer velja za dober kazalnik zdravja populacije, ne opažamo. Rezultati kažejo, da se je ocena lastnega zdravja tudi med socialno-ekonomsko krizo izboljševala.

Kot ugotavljajo raziskovalci, so socialne in ekonomske politike (in ne zdravstvene) tiste, ki lahko zmanjšajo potencialno velik negativen vpliv ekonomske krize na zdravje prebivalstva. Visoka socialna kohezija in socialne politike, še posebej tiste, ki aktivno posegajo v trg delovne sile, lahko pomembno zmanjšajo vpliv ekonomske krize na zdravje. Pomembno je ohraniti ali celo povečati delež oseb s čim višjo stopnjo izobrazbe, ki je predpogoj za zdrav življenjski slog, ne le za zmanjševanje vplivov na posameznikov socialno-ekonomski položaj, ampak tudi za blažitev negativnih vplivov na zdravje celotne populacije.

Viri

Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front. Public Health* 2013; 1:15. Dostopno 17.5.2016 na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3855002/pdf/fpubh-01-00015.pdf>.

Tomšič S, Orožen K. Samoocena zdravja. In: Artnik B, et al. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012. str. 15–28.

Beam Dowd J, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US?. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 1214–1221. Dostopno 17. 5.2016 na: <http://ije.oxfordjournals.org/content/36/6/1214.full.pdf+html>.

Tomšič S. Samoocena zdravja. In: Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik J, eds. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. str. 9–17.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JPA. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ* 2016; 354: i4588. Dostopno 15.1.2017 na: <http://www.bmj.com/content/354/bmj.i4588>.

Kajenje in neenakosti

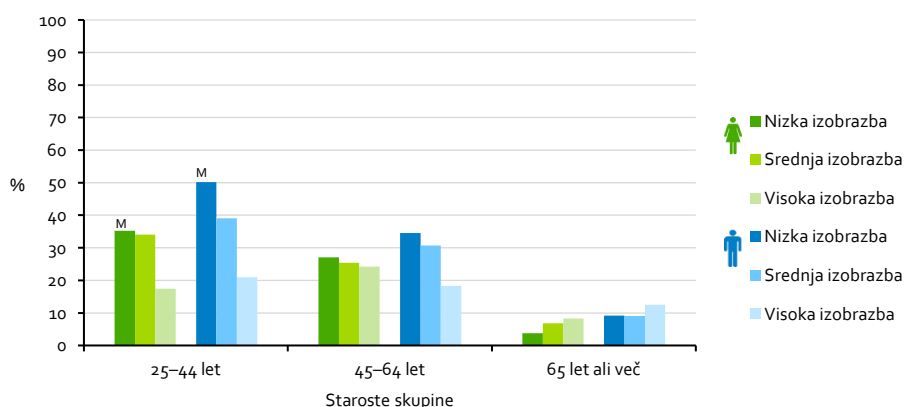
Helena Koprivnikar, Tina Lesnik

V Sloveniji kajenje tobaka sodi med vodilne preprečljive vzroke smrti in dejavnike tveganja za izgubljena zdrava leta življenja. Pripisujemo mu skoraj vsako peto smrt med prebivalci, starimi 30 let ali več, in številne prezgodnje smrti – vsako sedmo med prebivalci, starimi 30–44 let, in vsako tretjo med prebivalci, starimi 45–59 let. V Sloveniji kadi približno vsak četrti odrasli prebivalec, odstotki kadilcev pa se v posameznih skupinah prebivalstva znatno razlikujejo, in sicer glede na spol ali starost, pa tudi glede na socialno-ekonomski položaj. V začetni fazi epidemije kajenja so bili deleži kadilcev višji med prebivalci z visokim socialno-ekonomskim položajem, kasneje se je porazdelitev obrnila tako, da so sedaj v Evropi in Sloveniji odstotki kadilcev med prebivalci z nižjim socialno-ekonomskim položajem praviloma višji kot med tistimi z višjim socialno-ekonomskim položajem. Razlike glede na socialno-ekonomski položaj so izrazitejše med moškimi in v mlajših starostnih skupinah. V Sloveniji je odstotek kadilcev med moškimi, starimi 25 let in več, značilno nižji med najvišje izobraženimi, med ženskami pa značilno višji med tistimi s srednjo izobrazbo v primerjavi z ostalima dvema izobrazbenima skupinama (slika 2.19).

Značilno pogosteje kadijo moški z nizko izobrazbo in ženske z srednjo izobrazbo.

V zadnjem obdobju se je značilno znižal delež visoko izobraženih kadilk.

Slika 2.19: Odstotek kadilcev med različno izobraženimi moškimi oz. ženskami, starimi 25 let in več, po starostnih skupinah



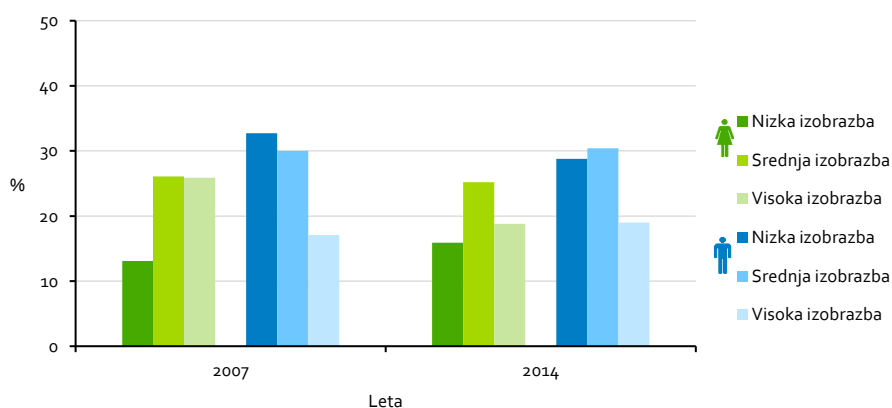
^M manj natančna ocena

Vir: NIJZ

Med letoma 2007 in 2014 se pri obeh spolih odstotek kadilcev ni značilno zmanjšal. Med moškimi, starimi 25 let in več, je bilo kadilcev leta 2007 28,2 %, leta 2014 27,9 %, med ženskami pa 21,9 in 20,7 %.

Na sliki 2.20 prikazujemo odstotke kadilcev med različno izobraženimi moškimi in ženskami, starimi 25 let in več, v Sloveniji v letih 2007 in 2014. Med moškimi se razlike v odstotkih kadilcev med različno izobraženimi posamezniki v tem času niso značilno spremenile, med ženskami pa so se na račun značilnega znižanja odstotka kadilk med najvišje izobraženimi ženskami.

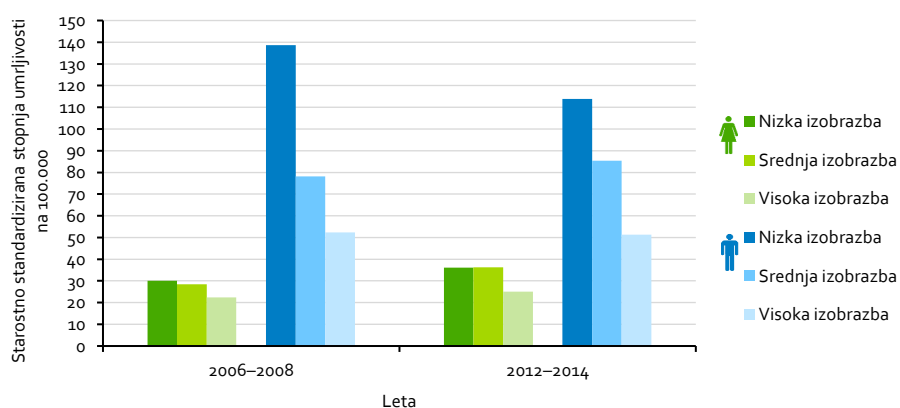
Slika 2.20: Odstotek kadilcev med različno izobraženimi moškimi oz. ženskami, starimi 25 let in več, v letih 2007 in 2014



Vir: NIJZ

Kajenje pomembno prispeva k neenakosti v zdravju. Razlike v odstotkih kadilcev med skupinami z različnim socialno-ekonomskim položajem namreč vodijo do razlik v obolevnosti in umrljivosti zaradi bolezni, ki jih povzroča kajenje. Razlike v umrljivosti prikazujemo na primeru pljučnega raka. Kajenje je najpomembnejši vzrok nastanka raka pljuč, okoli 90 % smrti zaradi pljučnega raka pripišemo kajenju tobaka. Pljučni rak je po številu smrti na prvem mestu med različnimi vrstami raka. Zaradi raka pljuč, sapnic in sapnika je v letu 2015 umrlo 1195 prebivalcev Slovenije, 839 moških in 356 žensk. Umrljivost zaradi pljučnega raka se razlikuje glede na izobrazbo. Pri primerjavah neenakosti v stopnji umrljivosti zaradi pljučnega raka z razlikami v odstotku kadilcev je potrebna previdnost, saj med začetkom kajenja in pojavom pljučnega raka lahko mine od 20 do 50 let, na razlike med različnimi socialno-ekonomskimi skupinami pa lahko vplivajo še razlike v pojavnosti zaradi drugih dejavnikov (izpostavljenost tobačnemu dimu, azbestu, radonu, težkim kovinam, druge značilnosti življenjskega sloga, bolezni), času do postavitve diagnoze, zdravljenju in preživetju idr.

Slika 2.21: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi pljučnega raka med prebivalci, starimi 25-75 let, glede na izobrazbo, primerjava med obdobjema 2006–2008 in 2012–2014



Vir: NIJZ

Umrljivost zaradi pljučnega raka se razlikuje glede na izobrazbo (slika 2.21), primerjava umrljivosti med obdobjema 2006–2008 in 2012–2014 pa pokaže, da je neenakost med izobrazbenimi skupinami ostala enaka in se tudi ni spremenila po spolu. Umrljivost zaradi pljučnega raka je bila med moškimi, starimi 25 let in več, v obdobju 2006–2008 90,5 in v obdobju 2012–2014 86,7 na 100.000 moških, med ženskami pa 27,5 in 33,3 na 100.000 žensk.

Obseg neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka prikazujemo s primerjavo umrljivosti med najnižje in najvišje izobraženimi prebivalci. Nižje izobraženi moški so v obeh obdobjih značilno, to je približno 2,5-krat, pogosteje umirali zaradi pljučnega raka v primerjavi z višje izobraženimi. Med nižje in višje izobraženimi ženskami pa značilnih razlik v umrljivosti zaradi pljučnega raka ni. Med obema obdobjema se med najnižje in najvišje izobraženimi moškimi in ženskami neenakost v umrljivosti zaradi pljučnega raka ni značilno spremenila.

Glede na ocene¹¹ v Sloveniji lahko pričakujemo, da se izobrazbena neenakost v umrljivosti zaradi pljučnega raka v prihodnjih desetletjih ne bo značilno spremenila.

Za celovit pristop k zmanjševanju neenakosti, povezane s tobakom, je potrebna kombinacija ukrepov za zmanjševanje socialnih determinant neenakosti in ukrepov nadzora nad tobakom. Med ukrepi nadzora nad tobakom ima višanje cen tobačnih izdelkov največji potencial zmanjševanja neenakosti v kajenju, za učinke drugih ukrepov pa so na voljo le omejeni podatki.

Viri

World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Ženeva: WHO, 2012.

Loring, B. Tobacco and inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2014.

University College London Consulting, EuroHealthNet, Health Action Partnership International, North East Public Health Observatory, London Health Observatory. Health inequalities in the EU- Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. Brussels: European Commission Directorate-General for Health and Consumers, 2013.

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. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.

Forrest LF, Adams J, Wareham H, Rubin G, White M. Socioeconomic inequalities in lung cancer treatment: systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2013; 10(2): e1001376.

Nizko izobraženi moški so 2,5-krat pogosteje umirali zaradi pljučnega raka kot visoko izobraženi, medtem ko pri ženskah značilnih razlik ni bilo.

V zadnjih letih se razlike v umrljivosti niso spremenile.

¹¹ Za grobo napoved sprememb v izobrazbeni neenakosti v umrljivosti zaradi pljučnega raka je bila uporabljena primerjava relativnega indeksa neenakosti za kajenje v mlajši starostni skupini (25–44 let) in relativnega indeksa neenakosti za umrljivost zaradi pljučnega raka v starejših starostnih skupinah (45–64 let ter 65 let ali več).

Sidorchuk A, Agardh EE, Aremu O, Hallqvist J, Allebeck P, Moradi T. Socioeconomic differences in lung cancer incidence: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control* 2009; 20(4): 459–471.

Hill S, Amos A, Clifford D, Platt S. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tob Control* 2014; 23(e2): e89–97.

Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2014; 138: 7–16.

Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. *Tob Control* 2014; 23(e2): e98–105.

Alkohol in neenakosti

Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič, Maša Serec, Maja Roškar

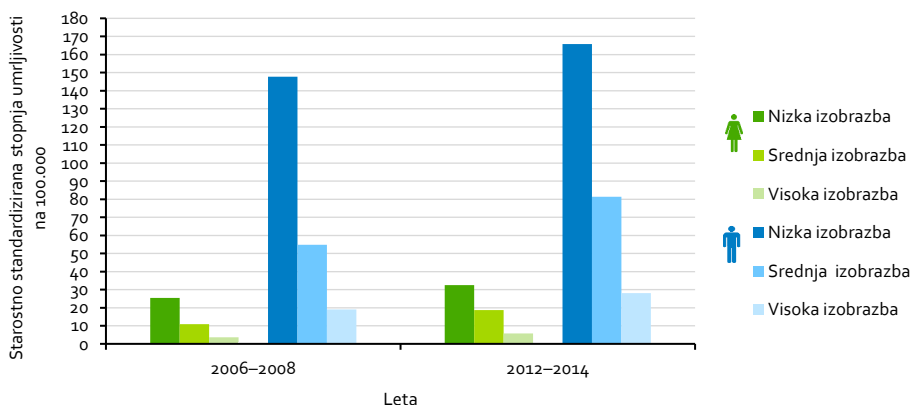
Posledice škodljive rabe alkohola prizadenejo posameznika (npr. slabše počutje, poslabšanje zdravja, težave v odnosih in na delovnem mestu, prometne in druge nezgode), njegovo družino (npr. slabši odnosi ali nasilje, težave v duševnem zdravju pri otrocih in drugih bližnjih), širšo okolico (npr. težave na delovnem mestu, konfliktnost v odnosih, nerazumevanje, kriminal) in celotno družbo (npr. slabše zdravje prebivalstva, prezgodnje smrti, izguba prihodka zaradi zmanjšane učinkovitosti, stroški obravnave in zdravljenja, stroški dela policije). Ocena nekaterih zdravstvenih stroškov, ki so povezani s pitjem alkohola, je v Sloveniji v letih 2011–2014 v povprečju znašala 153 milijonov evrov letno.

Med pomembnimi javnozdravstvenimi in družbenimi posledicami škodljive rabe alkohola so smrti zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov (v nadaljevanju ANPV). Podatki za Slovenijo kažejo porast umrljivosti zaradi ANPV v obdobju 2012–2014 v primerjavi z obdobjem 2006–2008 v starosti od 25 do 74 let za oba spola in vse izobrazbene skupine (slika 2.22).

Umrlijivost zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov je v zadnjem obdobju porasla ne glede na spol in izobrazbo.

Neenakosti glede na izobrazbo se v tem času niso povečale.

Slika 2.22: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov glede na spol, povprečje 2006–2008 in 2012–2014, Slovenija



Vir: NIJZ

V opazovanem obdobju se je povečala celotna umrljivost pri moških in ženskah zaradi ANPV, podobno se je povečala tudi umrljivost pri vsaki od izobrazbenih skupin (statistično značilno povečanje je bilo samo pri srednješolsko izobraženih moških).

Primerjava umrljivosti zaradi ANPV glede na izobrazbo pri obeh spolih kaže na višjo stopnjo umrljivosti pri nižje izobraženih.

Umrljivost med nižje in višje izobraženimi je bila v obeh opazovanih obdobjih pri obeh spolih statistično značilno različna, med obema obdobjema pa se vrzel med različno izobraženimi ni značilno spremenila.

Če primerjalno pogledamo nekatere vzroke umrljivosti, ugotovimo, da se je v Sloveniji pri moških splošna umrljivost zmanjšala za 31 %, medtem ko se je umrljivost zaradi ANPV v opazovanih obdobjih povečala za 7 %. Pri ženskah se je umrljivost zaradi ANPV v obdobju 2012–2014 v primerjavi z obdobjem 2006–2008 povečala za 22 %. Večji porast v deležu umrljivosti po posameznih izbranih vzrokih smrti beležimo le še pri raku pljuč (porast za 43 %), medtem ko se je celotna umrljivost zmanjšala za 29 %.

V Sloveniji je torej umrljivost zaradi vzrokov, ki jih v celoti lahko pripišemo alkoholu, višja med prebivalci z nižjo izobrazbo, kar je v skladu z izsledki tujih raziskav. Dolgotrajna in ponavljajoča se izpostavljenost posameznika alkoholu, ki jo opredeljujemo kot čezmerno pitje alkohola, vzročno pripomore k prezgodnji umrljivosti zaradi alkohola. Pomemben dejavnik tveganja za umrljivost je tudi visoko tvegano opijanje. Izsledki raziskav o povezanosti visoko tveganega opijanja in izobrazbe ne

dajejo enoznačnih odgovorov. Nekatere raziskave poročajo o višji prevalenci med prebivalci z nižjim socialno-ekonomskim položajem, druge pa med tistimi z višjim. To dejstvo ni presenetljivo, če vemo, da so vzorci pitja alkohola močno odvisni od kulturnega okolja oziroma odnosa do pitja alkohola, ki se lahko od države do države močno razlikuje. Slovenski podatki iz raziskave o uporabi alkohola, tobaka in drugih drog so pokazali, da imajo prebivalci z najnižjo izobrazbo za 40 % manjšo verjetnost za visoko tvegano opijanje v primerjavi s tistimi z najvišjo izobrazbo.

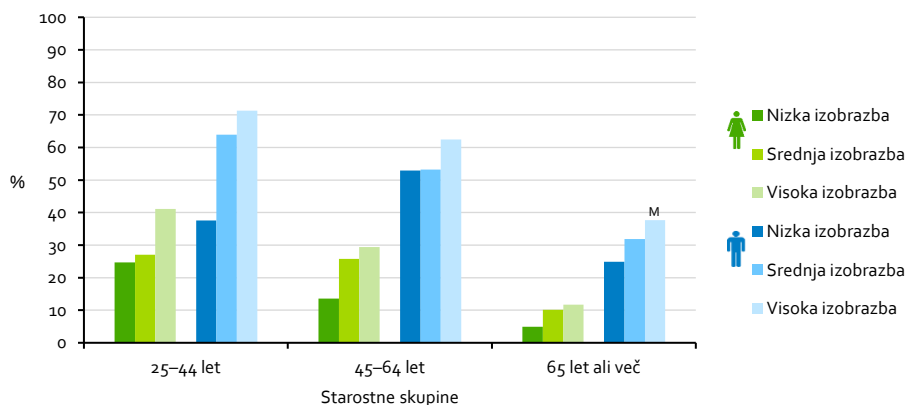
V letu 2014 je bila najvišja prevalenca visoko tveganega opijanja¹² pri moških in pri ženskah v starostni skupini med 25 in 44 let (slika 2.23).

Prevalenca visoko tveganega opijanja prebivalcev Slovenije, starejših od 25 let, je statistično značilno naraščala z višanjem izobrazbe – med najvišje izobraženimi je bila značilno višja kot med tistimi s srednješolsko in nižjo izobrazbo.

Vzorci pitja alkohola so močno odvisni od kulturnega okolja oziroma odnosa do pitja alkohola. V Sloveniji pogostost visoko tveganega opijanja

¹² Visoko tvegano opijanje je opredeljeno kot pitje več kot 60 g alkohola ob eni priložnosti v zadnjih 12 mesecih.

Slika 2.23: Delež moških oziroma žensk, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat visoko tvegano opili, glede na starost in izobrazbo v letu 2014

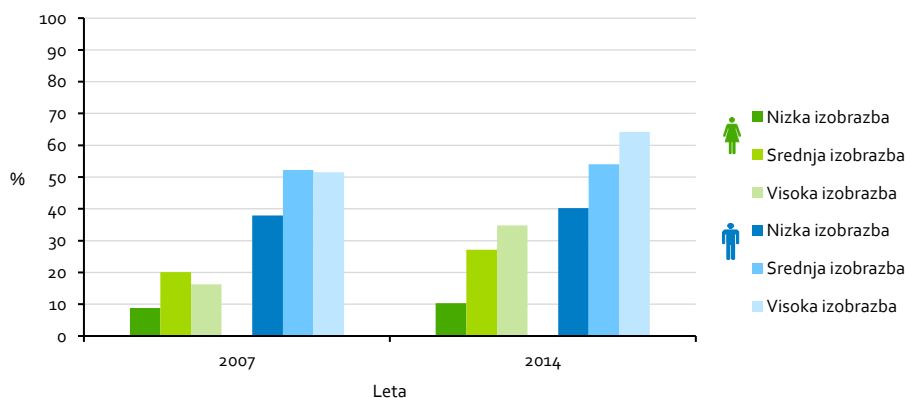


^M manj natančna ocena

Vir: NIJZ

V letu 2014 je v primerjavi z letom 2007 tako med moškimi kot med ženskami prišlo do statistično pomembnega porasta prevalence visoko tvegane opijanjanja. Do porasta je prišlo zlasti zaradi višje prevalence med najvišje izobraženimi, pri ženskah pa tudi med tistimi s srednješolsko izobrazbo (slika 2.24). V tem obdobju se je neenakost povečala le pri ženskah, in sicer zaradi povečanja visoko tvegane opijanjanja med visoko izobraženimi ženskami.

Slika 2.24: Delež moških oziroma žensk, starih 25 let in več, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat visoko tvegano opili, v letih 2007 in 2014, glede na izobrazbo



Vir: NIJZ

Ugotovili smo, da v Sloveniji neenakost v umrljivosti zaradi ANPV glede na izobrazbo obstaja, najbolj prizadeti so tisti z najnižjo izobrazbo, visoko tvegano opijanjanje pa je pogostejše med najvišje izobraženimi. Glede na ugotovitev, da je umrljivost zaradi ANPV višja pri tistih z nižjo izobrazbo v primerjavi s tistimi z višjo, lahko rečemo, da so osebe z nižjo izobrazbo dovzetnejše za posledice škodljive rabe alkohola. Navedeno kaže na to, da imajo osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem več posledic zaradi škodljive rabe alkohola, čeprav popijejo enake količine alkohola. V literaturi najdemo več razlag za ta t. i. alkoholni paradoks. Ena od njih je, da so se te osebe zaradi pomanjkanja virov manj sposobne izogniti škodljivim posledicam svojega vedenja, hkrati pa imajo

Osebe z nizko izobrazbo so dovzretnejše za posledice škodljive rabe alkohola.

pogosto slabši dostop do zdravstvenih storitev in drugih virov pomoči, tudi zaradi stigme. Obenem je v slabše razvitih soseščinah alkohol lažje dostopen. Pogosto je pri ranljivejših posameznikih hkrati prisotnih tudi več drugih dejavnikov tveganja, kot na primer nezdravo prehranjevanje, pomanjkanje telesne aktivnosti, uporaba drugih psihoaktivnih snovi.

Nekateri so večjo ranljivost oseb z nižjim socialno-ekonomskim položajem razlagali tudi z značilnostmi mreže socialne podpore, pri čemer so izhajali iz teorij in raziskav, ki kažejo na to, da ima dobra vpetost posameznika v mrežo socialnih odnosov pozitivne učinke na njegovo telesno in duševno zdravje in je pri osebah s šibkejšo mrežo socialne podpore večje tveganje za obolenost in prezgodnjo umrljivost. Osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem tudi dejansko poročajo o šibkejši mreži socialne podpore, kar pomeni, da imajo manj potencialnih virov pomoči, tudi ko gre za reševanje z alkoholom povezanih težav.

Vsako smrt, ki jo povzroči alkohol, bi lahko preprečili. Zato je ključno, da s celovitimi ukrepi javnih politik ustvarjamo okolje, v katerem je dostopnost alkohola omejena, še posebej za mlade in druge ranljivejše skupine. Celostna zdravstvena oskrba/podpora/pomoč lahko z ukrepi v primarnem zdravstvu pripomore tudi k zmanjševanju socialno-ekonomske neenakosti pri umrljivosti. Tak primer je izvajanje z dokazi podprtega presejanja tvegane in škodljive rabe alkohola, kratkih intervencij in napotitev na specialistično zdravljenje. Poleg tega bi bilo, glede na izsledke raziskav, smotrno preventivno delovati predvsem v manj razvitih okoljih države, tam izboljševati dostop do virov pomoči, zmanjševati dostopnost alkohola, spodbujati bolj kritičen odnos do alkohola in omogočati boljši dostop do zdravih izbir z namenom izboljševanja življenjskega sloga prebivalcev.

Viri

Bellis M, Hughes K, Nicholls J, Sheron N, Gilmore I, Jones L. The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC Public Health* 2016; 16: 111.

Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study. *Alcohol Alcohol Suppl* 2006; 41(1): i26–36.

Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels—results from an international study. *Eur J Public Health* 2012; 23(2): 332–339.

Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K et al. Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLoS Med* 2015; 12: 12.

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: 1314–1327.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374(9686): 315–323.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. Alkoholna politika v Sloveniji – priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov. Ljubljana, 2016. Dostopno 8. junija 2017 na:

http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/alkoholna_politika_v_sloveniji_priloznosti_za_zmanjsevanje_stroskov_in_skode_f.pdf.

Duševno zdravje in socialno-ekonomske neenakosti v Sloveniji

Maja Bajt, Matej Vinko, Tjaša Pibernik, Sonja Tomšič

Nizek socialno-ekonomski položaj je povezan z večjo obolevnostjo zaradi duševnih motenj. Raziskave, s katerimi so proučevali odnos med socialno-ekonomskim položajem in duševnimi motnjami, so pokazale, da je pojavnost duševnih motenj v obratnem sorazmerju s socialno-ekonomskim gradientom v družbi. Višja izobrazba, ki jo povezujemo z višjim socialno-ekonomskim položajem, lahko pozitivno vpliva na duševno zdravje z različnimi mehanizmi, kot so na primer bolj izpolnjujoča kariera, boljše možnosti, da se izognemo nezdravim življenjskim in delovnim okoliščinam, višji dohodek in več denarja za zdrav način življenja, več socialnega kapitala, boljši občutek obvladovanja življenja, samoučinkovitost in drugo.

Vendar hkrati lahko višja izobrazba pomeni tudi tveganje za doživljanje stresa zaradi zahtevnejšega dela in pretirane delovne obremenitve. Zaposlenost posameznika poleg ekonomskih koristi vpliva tudi na številna druga področja posameznikovega blagostanja, je pomemben del samopodobe ter omogoča osebni razvoj z vidika pridobivanja veščin in kompetenc ter v splošnem boljše zdravje.

Večjemu tveganju za depresijo in druge duševne motnje v času socialno-ekonomskega poslabšanja so glede na spol izpostavljeni moški, kar lahko povežemo s tem, da imajo ženske večjo vlogo v družinskih obveznostih in tako v primeru izgube službe v svoji vlogi družinskega negovalca bolj verjetno najdejo alternativno zadovoljstvo.

Razširjenost duševnih težav

Najpogostejši duševni motnji v populaciji sta depresija in anksioznost. Glede na samoporočane podatke iz Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu o razširjenosti duševnih težav v letu 2014 med odraslimi prebivalci Slovenije (starejšimi od 15 let) so bili simptomi depresije različne intenzitete (blaga, zmerna, zmerno huda, huda) v zadnjih dveh tednih prisotni pri 20,7 % anketirancev, večina je bila glede na mednarodno lestvico DMS-IV²³ blago depresivnih. Sum na veliko depresivno motnjo v zadnjih dveh tednih je bil prisoten pri 2,4 % anketirancev. Pri sumu na veliko depresivno motnjo opazamo razlike v izobrazbi in statusu delovne aktivnosti. Sum na veliko depresivno motnjo se zmanjšuje z višanjem stopnje izobrazbe (slika 2.25). Prav tako ima pomembno vlogo zaposlenost posameznika, saj je absolutna razlika največja med brezposelnimi in zaposlenimi (več o zdravju brezposelnih glej v poglavju Primer ranljive skupine - izziv na področju neenakosti) (slika 2.26).

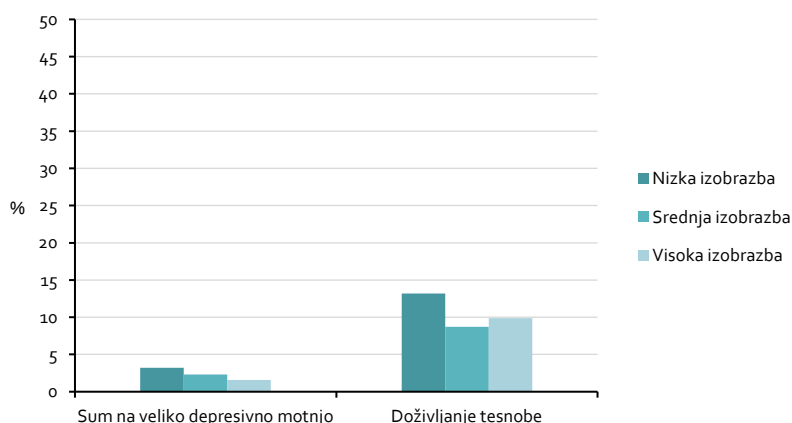
Višja kot je izobrazba, manj pogost je sum na veliko depresivno motnjo.

Zaposlitveni status bistveno vpliva na doživljanje tesnobe in pogostost suma na veliko depresivno motnjo.

²³ Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (kratica DSM) izdaja Ameriško psihiatrično združenje.

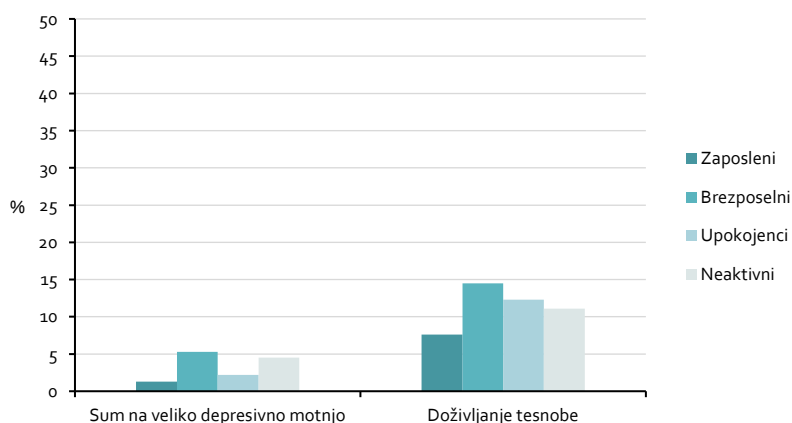
Doživljanje anksioznosti v zadnjih 12 mesecih v letu 2014 je bilo prisotno pri 10 % anketirancev. Prav tako kot pri sumu na veliko depresivno motnjo opažamo podobne razlike po izobrazbi in statusu zaposlitve – absolutna razlika je bila največja med osnovnošolsko in nižje izobraženimi ter srednješolsko izobraženimi (slika 2.25) ter med brezposelnimi in zaposlenimi (slika 2.26).

Slika 2.25: Sum na veliko depresivno motnjo (DSM-IV) v zadnjih dveh tednih, prisotnost tesnobe/anksioznosti v zadnjih 12 mesecih glede na izobrazbo v Sloveniji, 2014



Vir: NIJZ

Slika 2.26: Sum na veliko depresivno motnjo (DSM-IV) v zadnjih dveh tednih, prisotnost tesnobe/anksioznosti v zadnjih 12 mesecih glede na zaposlitveni status, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Naši anketni podatki prikazujejo samooceno duševnih težav, pri katerih zaradi še vedno velike stigme, povezane s težavami v duševnem zdravju v slovenskem prostoru, pričakujemo nekoliko podcenjene rezultate. Ocena prevalence depresije v evropski regiji v starostni skupini 18–64 let za leto 2011 znaša 6,9 %, za anksiozne motnje pa 14 %. Tudi slovenski podatki potrjujejo splošno znano dejstvo o povezavi med socialno-ekonomskimi dejavniki in duševnim zdravjem; slabša izobrazba, brezposelnost, revščina in slabi pogoji za življenje slabšajo posameznikovo splošno počutje in so pomemben dejavnik tveganja za razvoj duševnih težav. Raziskave kažejo, da se nizka stopnja izobrazbe povezuje z depresijo in anksioznostjo ter da deluje višja stopnja izobrazbe kot varovalni dejavnik. Večina tujih študij, ki so raziskovale vpliv socialno-ekonomske krize na duševno zdravje, je ugotovila poslabšanje duševnega zdravja, predvsem med moškimi.

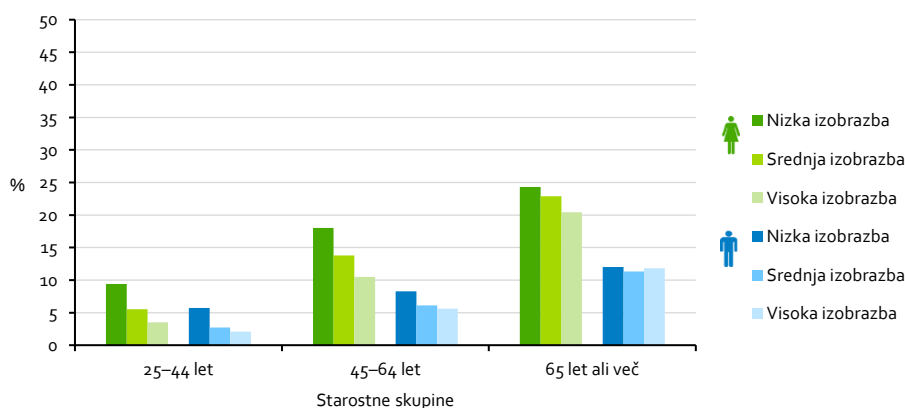
Uporaba zdravil za zdravljenje duševnih težav

Antidepresivi in anksiolitiki so najpogosteje uporabljana zdravila za zdravljenje duševnih motenj. Antidepresivi se uporabljajo za zdravljenje depresije, kot tudi generalizirane anksioznosti, panične motnje, obsesivno-kompulzivne motnje, fobične motnje, motenj hranjenja ter kronične bolečine in migrene. Anksiolitiki se uporabljajo za zdravljenje anksioznih motenj, nespečnosti, akutne stresne motnje, paničnih napadov in alkoholnega odtegnitvenega sindroma. V Sloveniji v zadnjih letih opazamo trend naraščanja količine predpisanih antidepresivov in upadanja števila predpisanih anksiolitikov.

Podatki iz evidence ambulantno predpisanih zdravil, predstavljeni v nadaljevanju, prikazujejo deleže oseb v izobrazbenih skupinah, ki jim je bil v letu 2015 izdan vsaj en recept za anksiolitik ali antidepresiv.

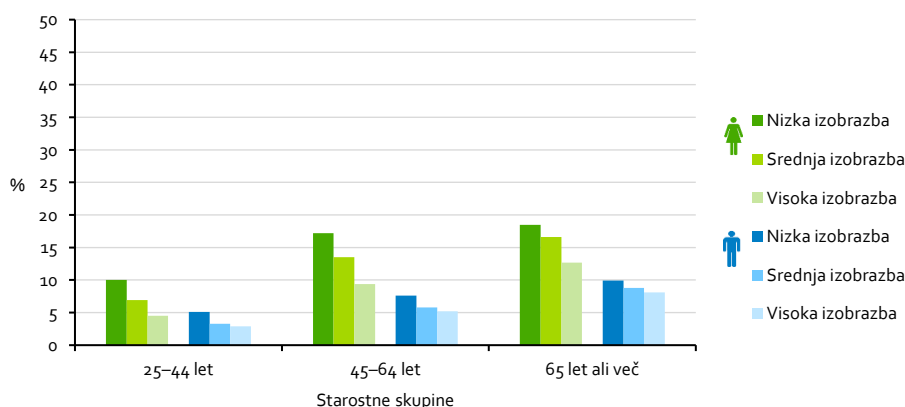
Osebe z nizko izobrazbo so pogosteje prejemnice vsaj enega recepta za anksiolitik in za antidepresiv v vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih (razen moških nad 65 let, ki so prejeli anksiolitik) kot osebe z višjo izobrazbo.

Slika 2.27: Delež oseb, ki jim je bil izdan vsaj en recept za anksiolitik po spolu, starosti in izobrazbi, Slovenija, 2015



Vir: NIJZ

Slika 2.28: Delež oseb, ki jim je bil izdan vsaj en recept za antidepresiv po spolu, starosti in izobrazbi, Slovenija, 2015



Vir: NIJZ

Iz slik 2.27 in 2.28 je razvidno, da je delež oseb, ki so prejele vsaj en recept za anksiolitik ali antidepresiv, večji med nižje izobraženimi in se manjša z višanjem stopnje izobrazbe pri vseh starostnih skupinah in obeh spolih. Izjema so moški, starejši od 65 let, ki so prejeli recept za anksiolitik, pri katerih razlik med izobrazbenimi skupinami praktično ni. Razlike med izobrazbenimi skupinami so pri obeh skupinah zdravil večje pri ženskah.

Tveganje za samomor je štirikrat višje pri nizko izobraženih moških kot pri visoko izobraženih.

Raziskave kažejo, da je v državah s primarnim nivojem zdravstva, ki prevzema vlogo vratarja, dostopnost do zdravljenja manj odvisna od socialno-ekonomskega položaja pacientov. Enak sistem imamo tudi v Sloveniji, kjer prevzemajo vlogo vratarja izbrani zdravniki, ki navadno tudi pričnejo zdraviti depresijo in druge duševne motnje. Razmerja med deleži oseb, ki prejemajo zdravila za zdravljenje duševnih motenj, v takih zdravstvenih sistemih sovpadajo s porazdelitvijo bremena duševnih motenj glede na socialno-ekonomski položaj – več zdravil se izda med osebami z nižjim socialno-ekonomskim položajem. Slednje nakazuje, da zdravstveni sistem prepoznava neenakomerno breme duševnih motenj v prebivalstvu. Podobno je razvidno iz slovenskih podatkov (razen pri moških, starejših od 65 let). Prikazana analiza posredno prikazuje razlike v obolevnosti zaradi duševnih motenj v treh izobrazbenih skupinah in del odziva zdravstvenega sistema na razporeditev bremena v populaciji. Ali se ta na neenakost v zdravju primerno odziva, zgolj na podlagi predstavljenih podatkov ne moremo trditi.

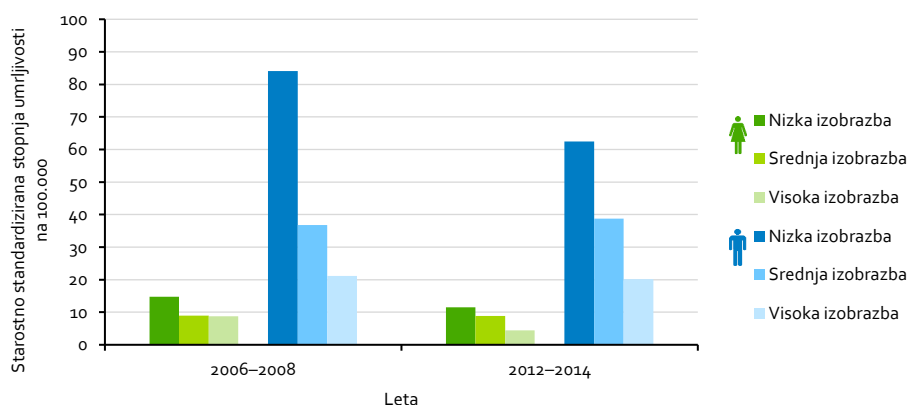
Samomorilnost

Umrljivost zaradi samomora, ki je v tesni povezavi z duševnimi motnjami, predstavlja sicer le skrajno dejanje, vendar nam posredno opisuje stanje duševnega zdravja v celotni populaciji. To je hkrati tudi edini izmed prikazanih kazalnikov duševnega zdravja, s katerim lahko na osnovi dostopnih podatkov opisujemo obdobje pred nastopom socialno-ekonomske krize v Sloveniji in po njej.

Samomor je pogosto skrajna točka številnih različnih faktorjev in se pogosteje pojavlja med kriznimi obdobji, povezanimi s pretresi v osebnih odnosih, v povezavi z zlorabo alkohola ali drog, brezposelnostjo, klinično depresijo ali drugimi duševnimi boleznimi. Slovenija spada med države z najvišjim količnikom samomora. Zaradi samomora vsako leto umre med 300 in 400 oseb. Tako v Evropi kot tudi v Sloveniji stori samomor več moških kot žensk. Znano je, da obstajajo razlike v številu samomorov tudi glede na socialno-ekonomski položaj – več je samomorov pri posameznikih s slabšim socialno-ekonomskim položajem. To smo v preteklosti ugotavljali tudi v Sloveniji, izraziteje je to značilno za moške.

V obeh opazovanih obdobjih so prisotne značilne razlike v umrljivosti zaradi samomora med moškimi z različnimi stopnjami izobrazbe, in sicer je tveganje za samomor med nižje izobraženimi moškimi približno štirikrat višje kot pri višje izobraženih moških, pri ženskah pa razlike glede na izobrazbo v nobenem od opazovanih obdobjih niso značilne (slika 2.29).

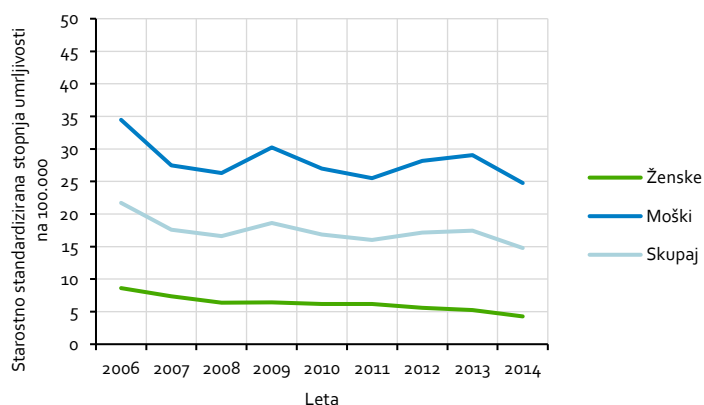
Slika 2.29: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi samomora glede na izobrazbo, primerjava med obdobjema 2006–2008 in 2012–2014, in glede na spol, Slovenija



Vir: NIJZ

Umrljivost zaradi samomora je v Sloveniji po letu 1997 začela postopoma upadati, bolj izrazit padec pa se je začel v obdobju med letoma 2000 in 2010. V obdobju 2006–2014 je padec umrljivosti zaradi samomora pri osebah, starih 0–64 let, še vedno prisoten, vendar je značilen le pri ženskah (slika 2.30), pri moških pa je značilen v obdobju 2006–2008, v kasnejšem obdobju (2010–2014) se je trend upadanja števila samomorov pri moških ustavil.

Slika 2.30: Starostno standardizirana umrljivost zaradi samomora glede na spol, v starosti 0–64 let, Slovenija, 2006–2014



Vir: NIJZ

Številne tuje študije so raziskovale vpliv trenutne socialno-ekonomske krize na morebitno povišanje števila samomorov in njihovo povezanost z višanjem stopnje brezposelnosti med krizo. Večina jih je ugotavljala povišanje stopnje samomorilnosti pri moških, predvsem v starosti, ko so delovno aktivni, in med brezposelnimi, pri ženskah pa razlik niso ugotovili. Nizek socialno-ekonomski položaj je povezan s povečanim tveganjem za samomor v državah z nizkimi in srednjimi prihodki. Možno je, da posamezniki z nižjim socialno-ekonomskim položajem doživljajo močnejši stres, kar bi lahko povečalo njihovo dovzetnost za duševne bolezni in psihološko stisko ter posledično povečalo tveganje za

Trend upadanja števila samomorov pri moških se je v zadnjem opazovanem obdobju ustavil.

Neenakosti glede na izobrazbo se v dveh primerjanih obdobjih niso spremenile.

samomor. Hkrati pa posamezniki z nižjim socialno-ekonomskim položajem manj pogosto iščejo pomoč v zdravstvenem sistemu. Slabše duševno zdravje prav tako vpliva na posameznikov socialni položaj in ga lahko tudi zniža zaradi nesposobnosti za delo in posledično nižjega zaslužka. Nekatere tuje študije ugotavljajo, da pri njih sicer zaradi ekonomske krize ni prišlo do povečanja umrljivosti zaradi samomora, prišlo pa je do zmanjšanja padajočega trenda v primerjavi z leti pred pojavom krize, kar se nakazuje tudi pri nas.

Glede neenakosti med izobrazbenimi skupinami naši rezultati kažejo, da pri primerjavi obdobja pred krizo (2006–2008) in med njo (2012–2014) relativne razlike med izobrazbenimi skupinami ostajajo na primerljivi ravni. Prav tako ne opažamo značilnih sprememb v neenakosti med opazovanima obdobjema v posamezni izobrazbeni skupini.

Iz rezultatov lahko trdimo, da precejšnje neenakosti v duševnem zdravju tako pri izraženih simptomih motenj, predpisovanju zdravil kot pri umrljivosti zaradi samomora glede na izobrazbo v slovenski družbi še vedno obstajajo. Le zaradi skupnih sistemskih ukrepov, ki bodo vplivali na izboljšanje socialno-ekonomskega položaja, pa lahko upamo na izboljšanje stanja v prihodnje.

Viri

Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U. The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: the case of a Southern European region, 1997-2013. *International journal for Equity in Health* 2016; 15:17. Dostopno 3.5.2016 na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727262/>.

Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression?. *The HUNT study. Soc Sci Med* 2008; 66(6): 1334-45.

Butterworth P, Olesen SC, Leach LS. Socioeconomic differences in antidepressant use in the PATH Through Life Study: evidence of health inequalities, prescribing bias, or an effective social safety net?. *J Affect Disord* 2013.;149(1-3):75-83.

Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: IVZ, 2011.

Jelenc M, Kostnapfel T, Lovrecic B, Korosec A, Lovrecic M. Trend and ratio of prescription of antidepressants and anxiolytics in Slovenia from 2009 to 2013. *Eur J Public Health* 2015.;25(suppl 3):ckv176.191.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JPA. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ* 2016; 354: 14588

Roškar S, Konec Juričič N. Uvod. In: Konec Juričič N, Roškar S, Jelenko Roth P. Prepoznavanja in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinski zdravnik. Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. str. 15-21. Dostopno 11.7.2016 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_prepoznavanje_in_obravnavanje_depresije_in_samomorilnosti.pdf.

Rubio-Valera M, Fernández A, Luciano JV, Hughes CM, Pinto-Meza A, Moreno-Küstner B, idr. Psychotropic prescribing in Catalonia: results from an epidemiological study. *Fam Pract* 2012; 29(2): 154–62.

Stirbu I, Kunst AE, Mielck A, Mackenbach JP. Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries. *BMC Health Serv Res.* 2011.;11:288.

Šprah L, Novak T, Dernovšek MZ. Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti, 2011.

Turner RJ, Lloyd DA. The Stress Process and Social Distribution of Depression. *Journal of Health and Social Behavior* 1999; 40:374-4004.

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21(9): 655-79.

Debelost – socialno-ekonomsko obarvan most med dejavniki tveganja ter boleznimi srca in ožilja

Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Pia Vračko, Gaja Zager Kocjan, Ana Zgaga

Uravnoteženo prehranjevanje in dovolj raznolikega gibanja lahko poleg ustreznih vzorcev spanja in dobrega duševnega zdravja z obvladovanjem stresa v veliki meri prispeva k varovanju in krepitvi zdravja. Neuravnotežen prehranski vnos, slabe prehranske navade in telesna nedejavnost so pomembne determinante prehranskega statusa, danes predvsem povečane telesne teže in debelosti ter najpogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni.

Breme kroničnih nenalezljivih bolezni in stanj, kot so hipertenzija (zvišan krvni tlak), hiperlipidemija, presnovni sindrom, bolezni srca in ožilja ter sladkorna bolezen tipa 2, hitro narašča tako v razvitem svetu kot v državah v razvoju. Bolezni srca in ožilja so v Sloveniji in v razvitem svetu glavni vzrok umrljivosti. Poleg bioloških (spol in starost) in dednih dejavnikov na njihov razvoj vplivajo številni drugi dejavniki, med katerimi so najbolj raziskani vplivi tistih, ki so povezani z načinom življenja (kajenje, nezdrava prehrana, nezadostna telesna dejavnost, stres) in z okoljem, v katerem živimo (onesnaženost zraka z delci PM 10 in PM 2,5, hrup, ekstremne temperature).

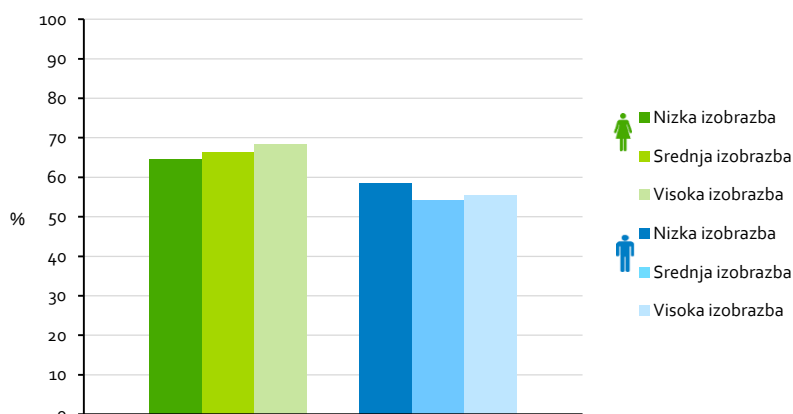
Tako v svetu kot v Sloveniji je bilo že večkrat pokazano, da prebivalci z nižjim socialno- ekonomskim položajem pogosteje obolevajo za boleznimi srca in ožilja, da imajo slabše prehranjevalne in gibalne navade ter da živijo v za zdravje manj ugodnih okoljskih razmerah. Prav tako je dokazano, da se za zdravje neugodna vedenja pri ljudeh z nizkim socialno- ekonomskim položajem povezujejo.

V poglavju izpostavljamo razlike med prebivalci Slovenije z različno stopnjo izobrazbe kot indikatorjem socialno-ekonomskega položaja glede posameznih izbranih varovalnih vedenj ter nekaterih z njimi povezanih zdravstvenih izidov. Opisano povezanost prikazujemo z naslednjimi kazalniki: pogostost uživanja sadja in zelenjave, telesna dejavnost vsaj 30 minut na dan ali skupno vsaj 150 minut na teden, indeks telesne mase ter bolezni srca in ožilja kot možni zdravstveni izid.

Prehrana in telesna dejavnost – varovalna dejavnika za vzdrževanje normalnega prehranskega statusa

Prehrana, bogata s sadjem in zelenjavo, zagotavlja esencialne hranilne snovi, zmanjšuje tveganje za naraščanje telesne mase, zagotavlja visok vnos prehranskih vlaknin ter povečuje hranilno in zmanjšuje energijsko vrednost obrokov, poleg tega pa lahko zmanjšuje možnost obolenja za srčno-žilnimi boleznimi. Glede pripisljivega bremena bolezni v evropski regiji je nezadostno uživanje sadja in zelenjave šesti, pri pripisljivi prezgodnji umrljivosti pa peti najpomembnejši dejavnik tveganja.

Slika 2.31: Pogostost uživanja zelenjave po priporočilih – enkrat ali večkrat na dan, glede na spol in izobrazbo, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

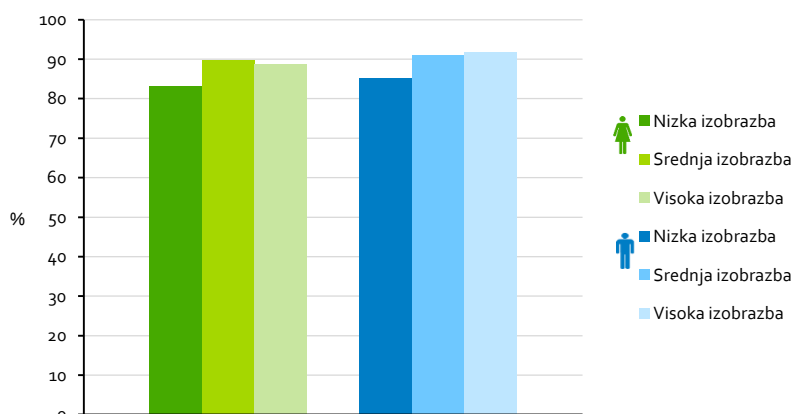
Podatki različnih raziskav za Slovenijo kažejo, da je uživanje sadja in zelenjave pri odraslih prebivalcih pod priporočenimi vrednostmi. Sadje enkrat ali večkrat na dan pogosteje uživajo prebivalci z osnovnošolsko izobrazbo v primerjavi s tistimi s srednješolsko ali visokošolsko izobrazbo. Moški manj pogosto kot ženske uživajo zelenjavo v skladu s priporočili, to je enkrat ali večkrat na dan, razlik v izobrazbi pri obeh spolih ni (slika 2.31).

Zadostna telesna dejavnost ima ugodne pozitivne učinke na zdravje – zagotovo boljšo telesno zmožnost, boljše počutje in boljše spanje, ugodno pa vpliva tudi na socialno vključenost ljudi. Pomembna je v celotnem življenjskem poteku, saj se zaradi telesne dejavnosti pri otroku razvije celoten potencial telesa, pri odraslem omogoča delovne in druge aktivnosti, pri starejšem pa preprečuje izgubo mišične mase in prehod v krhkost ter posledično odvisnost od pomoči drugih.

Uživanje zelenjave je pogostejše pri ženskah kot pri moških in ni povezano s stopnjo izobrazbe.

Nizko izobraženi odrasli so manj telesno aktivni (glede na priporočila).

Slika 2.32: Delež oseb, starejših od 25 let, ki so povprečno telesno dejavne vsaj 30 minut dnevno ali skupno 150 minut na teden, glede na spol in izobrazbo, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Osnovnošolsko izobraženi so v primerjavi s srednješolsko in visokošolsko izobraženimi prebivalci značilno manj pogosto telesno dejavni vsaj 30 minut dnevno ali skupno 150 minut na teden. Razlike so statistično značilne pri obeh spolih (slika 2.32). Moški so v primerjavi z ženskami značilno pogosteje telesno dejavni vsaj 30 minut dnevno ali skupno 150 minut na teden.

Debelost

Obstaja povezava med debelostjo in izobrazbo – višja ko je izobrazba, manj verjetno je, da je oseba debela.

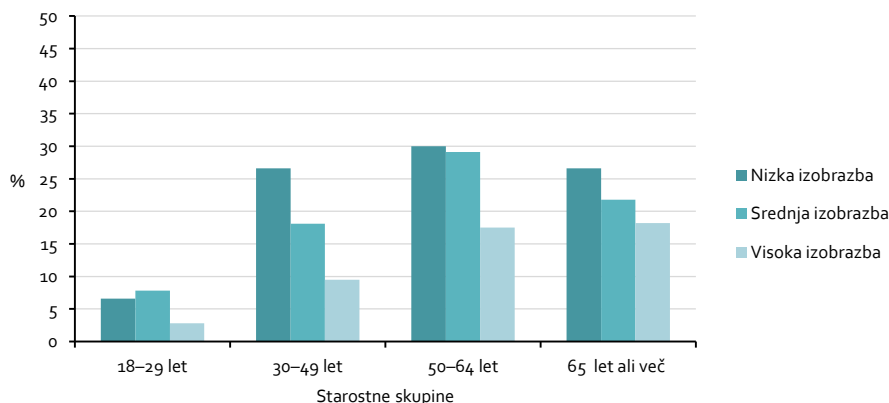
Vedenja, ki vplivajo na prehranski status, lahko pri posamezniku vodijo do nastanka debelosti ali pa njen nastanek preprečijo. Na prvem mestu sta uravnoteženo prehranjevanje in zadostna telesna dejavnost. Na izbiro življenjskega sloga na individualni ravni pomembno vplivata družbeno in naravno okolje, še posebej socialne determinante zdravja, kot sta izobrazba in ekonomski status posameznika.

V evropskem prostoru prevalenca debelosti kot posledica pritiska debelilnega okolja in nezdravega življenjskega sloga v zadnjih desetletjih narašča, najhitreje v skupini prebivalcev z nižjim socialno-ekonomskim položajem. V državah Evropske unije (EU) je 26 % debelosti pri moških in 50 % debelosti pri ženskah možno pripisati neenakosti zaradi različnega izobrazbenega statusa. V državah, v katerih je dohodkovna neenakost večja, je več tudi debelosti, močna povezava med debelostjo in nizkim socialno-ekonomskim položajem je izrazita predvsem pri ženskah.

Ženske z nizko izobrazbo bodo s petkrat večjo verjetnostjo razvile debelost kot ženske z visoko izobrazbo. Debelost pri ženskah med nosečnostjo pa ne vpliva le na posamezno žensko, ampak prispeva tudi k povečanemu zdravstvenemu tveganju za njenega otroka in prispeva k prenosu neenakosti v zdravju na naslednje generacije. Stroški debelosti bremenijo vse generacije, na družbeni ravni v Združenem kraljestvu so ocenjeni na okoli 20 milijard funtov letno, ob upoštevanju izgube produktivnosti in bolniških odsotnosti.

Debelost pa nima samo škodljivih telesnih oziroma zdravstvenih posledic, ampak tudi škodljive socialne učinke, kot so diskriminacija, socialna izključenost, manjši dohodki, večja bolniška odsotnost in tudi višja brezposelnost – kar vodi v začarani krog.

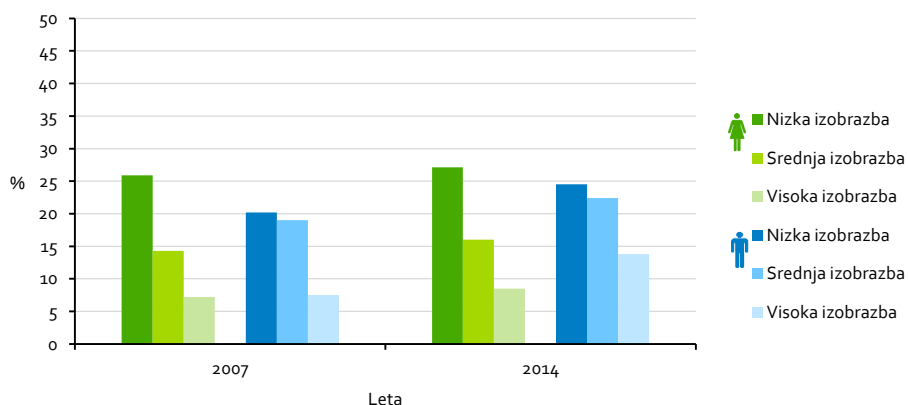
Slika 2.33: Delež debelih (ITM \geq 30) glede na izobrazbo in starostne skupine, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

In kako je z debelostjo skozi prizmo neenakosti v Sloveniji? Delež debelih oseb, to je z indeksom telesne mase (ITM) več kot 30, s stopnjo izobrazbe pada (slika 2.33). Podatki kažejo, da je ta upad najbolj izrazit v starostni skupini med 30. in 64. letom. Pri osebah, starih 65 let ali več, je slika podobna, vendar razlike med izobrazbenimi skupinami niso značilne. Pri najmlajših, starih od 18 do 29 let, so najvišje vrednosti ITM zaznane med tistimi s srednješolsko izobrazbo, najnižje pa ponovno med visokošolsko izobraženimi.

Slika 2.34: Odstotek debelih (ITM \geq 30) glede na spol in izobrazbo, Slovenija, primerjava med letoma 2007 in 2014



Vir: NIJZ

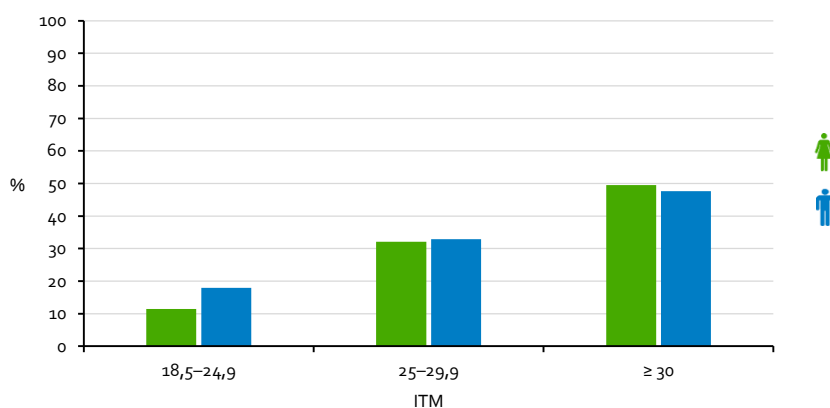
Primerjalni podatki kažejo, da je odstotek debelih tako v letu 2007 kot tudi v letu 2014 nižji pri ljudeh z višjo stopnjo izobrazbe (slika 2.34). Obenem primerjava med letoma pokaže značilen porast odstotka debelih odraslih prebivalcev v letu 2014 v primerjavi z letom 2007, predvsem med srednješolsko izobraženimi prebivalci obeh spolov in med visokošolsko izobraženimi moškimi. Razlike v odstotku debelih med posameznimi izobrazbenimi skupinami se med letoma 2007 in 2014 na splošno niso značilno spremenile.

Povezava debelosti in srčno-žilnih bolezni

Ob pojavu debelosti se pri posameznikih poveča tveganje za zvišan krvni tlak, zvišan holesterol, srčno kap, srčno popuščanje in možgansko kap. Ljudje z nizkim socialno-ekonomskim položajem imajo dvakrat večjo možnost, da postanejo debeli, kot tisti z visokim socialno-ekonomskim položajem, kar jih izpostavlja tudi povečanemu tveganju za razvoj sladkorne bolezni, ishemične srčne bolezni in možganske kapi ter relevantnim dejavnikom tveganja za opisane bolezni.

Izobrazbena vrzel debelih se v letu 2007 in v letu 2014 ni spremenila.

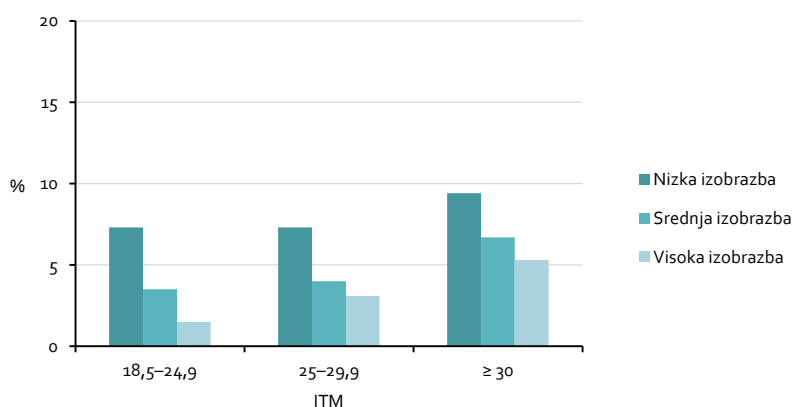
Slika 2.35: Delež oseb z zvišanim krvnim tlakom po spolu, glede na ITM, starost 25–74 let, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Tveganje za zvišan krvni tlak značilno narašča z naraščanjem ITM pri vseh izobrazbenih skupinah (slika 2.35), tako pri moških kot pri ženskah.

Slika 2.36: Delež oseb, ki so poročale, da imajo bolezni srca in ožilja glede na ITM in izobrazbo, starost 25–74 let, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

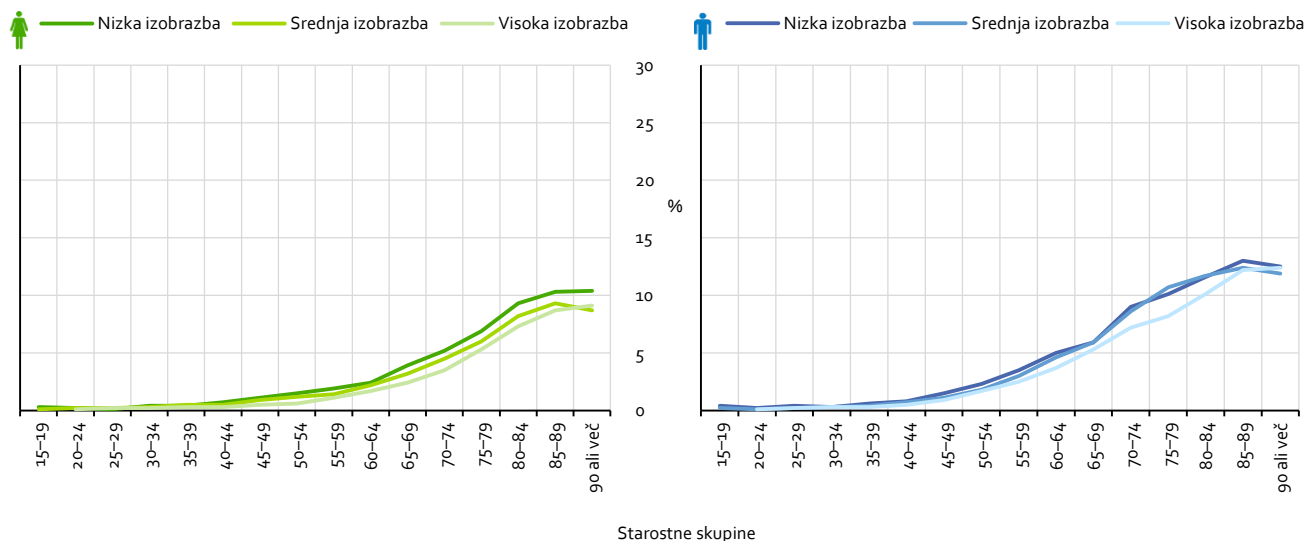
Delež tistih, ki so poročali, da imajo obolenje srca in ožilja (skupno za srčni infarkt in njegove posledice, koronarno bolezen ter možgansko kap in njene posledice), narašča z naraščanjem ITM pri vseh izobrazbenih skupinah (slika 2.36), pri srednješolsko izobraženih je naraščanje tudi statistično značilno.

Bolezni srca in ožilja

Ugotovitve serije slovenskih raziskav Z zdravjem povezan vedenjski slog so potrdile, da v Sloveniji osebe iz nižjih družbenih slojev pogosteje zbolijo za arterijsko hipertenzijo ter da osebe z nižjo izobrazbo pogosteje zbolijo za angino pectoris in sladkorno boleznijo. V nadaljevanju prikazujemo, kako stopnja izobrazbe vpliva na hospitalizacijo zaradi bolezni srca in ožilja ter na porabo zdravil za zdravljenje hipertenzije v Sloveniji.

V letu 2015 je bilo v Sloveniji zaradi bolezni srca in ožilja zabeleženih 42.268 hospitalizacij. V vseh starostnih razredih in pri obeh spolih so osebe z najnižjo stopnjo izobrazbe pogosteje hospitalizirane kot osebe s srednjo stopnjo izobrazbe, najmanj pogosto pa osebe z visoko izobrazbo, izjema so moški med 75. in 85. letom, med katerimi so najpogosteje hospitalizirani tisti s srednješolsko izobrazbo (slika 2.37). Ženske so v povprečju hospitalizirane v višji starosti kot moški.

Slika 2.37: Delež oseb, hospitaliziranih zaradi bolezni srca in ožilja, od vseh oseb v posameznem starostnem razredu, glede na stopnjo izobrazbe, Slovenija, 2015



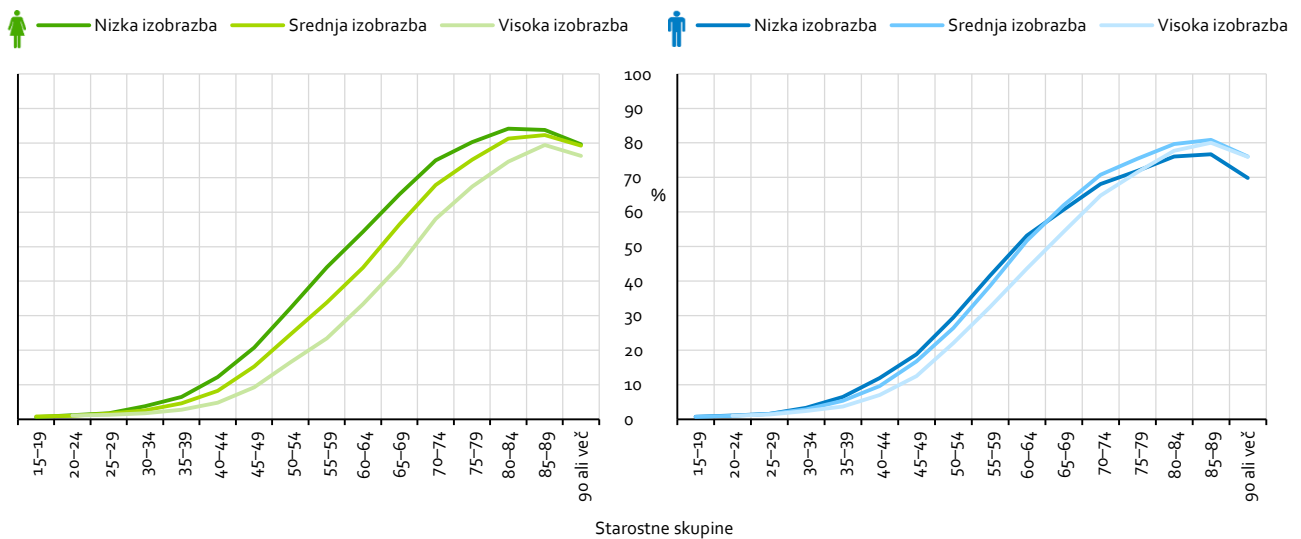
Vir: NIJZ

Glede uporabe zdravil za zdravljenje hipertenzije v Sloveniji ugotavljamo, da so neenakosti v deležu prejemnikov teh zdravil med izobrazbenimi skupinami prisotne pri obeh spolih in so večje med ženskami kot med moškimi (slika 2.38). V skupini žensk z osnovnošolsko izobrazbo jih 45 % prejema ta zdravila v starosti 55–59 let, medtem ko jih v skupini z višje- ali visokošolsko izobrazbo 45 % prejema zdravila šele v starosti 65–69 let. Pri moških je stanje podobno, vendar vrzel med skupinami z različnimi stopnjami izobrazbe ni tako velika. Moški začenjajo prejemati zdravila v nižji starosti kot ženske. Pri moških v najnižji izobrazbeni skupini jih pri 40 letih starosti že 10 % prejema antihipertenzivno terapijo.

Osebe z nizko izobrazbo so zaradi bolezni srca in ožilja hospitalizirane pogosteje kot ostali.

Neenakosti med prejemniki zdravil za hipertenzijo glede na izobrazbo so prisotne pri obeh spolih, bolj pri moških v nižji starosti kot pri ženskah.

Slika 2.38: Delež prejemnikov zdravil za hipertenzijo, glede na stopnjo izobrazbe, Slovenija, 2015



Vir: NIJZ

Glede na stopnjo izobrazbe obstajajo v Sloveniji neenakosti pri posameznih dejavnikih tveganja in v obolevanju za boleznimi srca in ožilja. Osebe z nižjo stopnjo izobrazbe so telesno manj dejavne. Delež debelih oseb z ITM več kot 30 je najvišji v skupini z nizko izobrazbo in najnižji v skupini z visoko izobrazbo pri vseh starostnih skupinah, razen pri skupini od 18 do 29 let. Stopnja izobrazbe ne vpliva na uživanje sadja in zelenjave. Zaradi bolezni srca in ožilja so pri obeh spolih osebe iz skupine z najnižjo stopnjo izobrazbe pogosteje hospitalizirane kot osebe iz skupine z visoko stopnjo izobrazbe, enake razlike med izobrazbenimi skupinami obstajajo tudi v deležu oseb, ki prejemajo zdravila za zdravljenje hipertenzije.

Za obvladovanje debelosti in z njo povezanih kroničnih bolezni so potrebni medresorski ukrepi

Za uspešno obvladovanje bremena kroničnih bolezni je ključno preprečevanje prezgodnje obolevnosti in umrljivosti. To lahko uspešno dosežemo z zmanjševanjem dejavnikov tveganja, povezanih z načinom življenja in okoljskimi bivanjskimi razmerami, na katere je mogoče vplivati. Da bi se prebivalci Slovenije odločili za zdrav življenjski slog in zdrave potrošniške izbire, jim morajo podporno okolje zagotoviti pristojni vladni resorji: zdravstveni, kmetijski, okoljski, gospodarski, šolski, finančni ter resorji dela, družine in socialnih zadev, infrastrukture in drugi. Za zmanjševanje neenakosti v zdravju med skupinami z različnimi socialno-ekonomskimi razmerami pa je treba ciljane ukrepe vseh omenjenih resorjev prilagoditi najbolj prikrajšanim skupinam prebivalcev.

V Sloveniji že več kot desetletje izvajamo medresorsko usklajene politike prehrane in telesne dejavnosti za zdravje ter medsektorske strategije za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem, ki dajejo rezultate. Slovenija je tako na primer ena od redkih držav, ki ji je uspelo obrniti in zmanjšati trend naraščanja otroške debelosti v splošni populaciji, ne pa še pri bolj ranljivih skupinah otrok. Zato so tudi v prihodnje pomembne zdravju naklonjene politike različnih resorjev, ki izvajajo univerzalne in ciljanje ukrepe.

- **Zdravstvo:** usklajeni ukrepi za zmanjševanje različnih dejavnikov tveganja življenjskega sloga ter bremena sladkorne bolezni, raka in srčno-žilnih bolezni; medsektorski ukrepi za zmanjševanje izpostavljenosti kemijskim, fizikalnim in biološkimi dejavnikom tveganja za zdravje v okolju, živilih, pitni vodi in potrošniških izdelkih.
- **Kmetijstvo:** zagotavljati dostopnost in dosegljivost zdravju naklonjenih živil za vse skupine prebivalstva in ustvarjati trge za lokalno pridelana živila kot ekonomsko nišo za lokalne pridelovalce hrane.
- **Izobraževanje:** zagotavljanje izobraževanja o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje v rednem šolskem kurikulumu s spremljanjem uspešnosti učencev pri usvajanju teh znanj in razvoju telesnih zmognosti, organizacija šolske prehrane, medsektorsko izvajanje Sheme šolskega sadja in zelenjave.
- **Okolje:** ukrepi za zmanjševanje onesnaženosti zraka, površinske in pitne vode, zemljin.
- **Gospodarstvo:** zagotavljanje delovnih mest, ki omogočajo ustrezen socialno-ekonomski položaj prebivalcev za zdrave izbire, ukrepi za zagotavljanje varstva potrošnikov pred izpostavljenostjo zdravju škodljivim proizvodom.
- **Finance:** omogočanje fiskalnih politik, ki podpirajo izvajanje zdravju naklonjenih politik, zakonodajne rešitve, ki omogočajo finančno vzdržnost za posameznike, skrb, da ni cilj vseh politik in ukrepov le ekonomski kapital, ampak tudi upoštevanje pomena socialnega in kulturnega kapitala ter varovanje zdravja in blagostanja posameznikov.
- **Delo:** zagotavljanje varnih zaposlitev za vse generacije, zmanjševanje brezposelnosti, skrb za varnost in zdravje pri delu, vključno z zagotavljanjem dostopnosti do uravnoteženih obrokov v delovnem času in možnosti za telesno dejavnost.
- **Socialne zadeve:** izračuni minimalnih stroškov za uravnoteženo prehransko košarico in ustrezni socialni transferji za omogočanje zdrave prehrane za vse družbene skupine prebivalcev, skrb za ranljive skupine s pomočjo različnih socialnih ukrepov.
- **Infrastruktura:** urbanistično načrtovanje, ki omogoča telesno dejavnost v vsakodnevem življenju vsem prebivalcem, zagotavljanje zdravega bivanjskega prostora.

Viri

Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S., Truden Dobrin, P et al, eds. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011. Dostopno 6.11. 2016 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_v_zdravju_v_sloveniji.pdf.

Gabrijelčič Blenkuš M, Mencin Čeplak M, Bajt M, Korošec A, Djomba JK, Maučec Zakotnik J, Hlastan Ribič C et al. Razlike v izbranih kazalnikih vedenj, povezanih z zdravjem, med različno izobraženimi ženskami v Sloveniji. Zdrav Var 2013; 52: 119–136 119. Dostopno 6.11.2016 na: <http://www.degruyter.com/view/j/sjph.2013.52.issue-2/sjph-2013-0014/sjph-2013-0014.xml?format=INT>.

Gabrijelčič Blenkuš M, Starc G, Kotnik P, Gregorič M, Ivanuša M, Povhe-Jemec K. Evaluating implementation of the resolution on the Slovenian food and nutrition action plan 2005–2010. Upgraded evaluation. WHO Regional office for Europe, 2016. Dostopno 6.11.2016 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/320520/FNAP-Slovenia-upgraded-2016.pdf?ua=1.

GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016; 388: 1459–544. Dostopno 6.11.2016 na: [http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31012-1.pdf](http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31012-1.pdf).

Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik J, eds. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. Dostopno 6.11.2016 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf.

World health organization. Food and health in Europe: a new basis for action. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2004. Dostopno 6.11.2016 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74417/E82161.pdf.

World health organization. Vienna declaration on Nutrition and Noncommunicable diseases in Context of Health 2020. Vienna, 2013. Dostopno 6.11.2016 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf.

World health organization. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2014. Dostopno 6.11.2016 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf.

World health organization. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2015. Dostopno 6.11.2016 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/282961/65wdoge_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf.

Zaletel M, Vardič D, Hladnik M, eds. Zdravstveni statistični letopis 2014. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno 6.11.2016 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2014/2.4.1_szb_2014.pdf.

Nenamerne poškodbe odraslih

Mateja Rok Simon

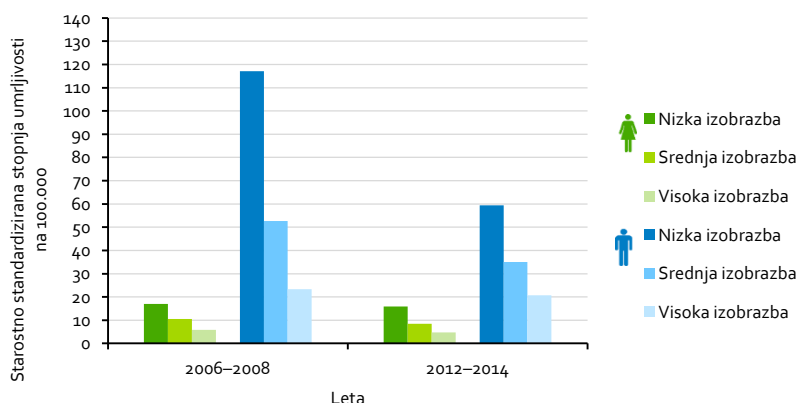
Nizek socialno-ekonomski položaj ljudi (nizka izobrazba, nizek dohodek, brezposelnost ...) je povezan z večjo splošno umrljivostjo in umrljivostjo zaradi nenamernih poškodb. V Sloveniji ljudje z nizko izobrazbo v primerjavi z višje izobraženimi pogosteje umirajo zaradi nenamernih poškodb, prav tako pogosteje umirajo ljudje, ki živijo na območjih s slabšim socialno-ekonomskim položajem. Ekonomska kriza različno vpliva na zdravje socialno-ekonomsko različnih skupin prebivalstva, zato se v času dolgotrajne krize neenakosti v zdravju med temi skupinami povečajo. Močno se poveča brezposelnost, zato je pri osebah z nizko izobrazbo, nizkim dohodkom in manjšim premoženjem veliko tveganje, da se jim bo poslabšalo zdravje, medtem ko je tveganje pri osebah z visoko in srednjo izobrazbo, višjimi prihranki in boljšimi možnostmi, da se izognejo dolgotrajni brezposelnosti, manjše, posledica pa je povečanje neenakosti v zdravju.

Kljub temu v času zadnje ekonomske krize v evropskih državah ni bilo mogoče dokazati statistično značilnih sprememb v dotedanjih trendih splošne umrljivosti, ker so bili upoštevani le kratkoročni učinki krize, ki so deloma tudi pozitivni za zdravje ljudi. Kažejo se predvsem v znižani umrljivosti zaradi manjše intenzivnosti industrijske proizvodnje, manjše umrljivosti v prometnih nezgodah in manjše umrljivosti, povezane z alkoholom, kar prevlada nad povečano umrljivostjo zaradi samomorov in umorov kot posledico psihološke stiske ljudi.

Tudi v Sloveniji je umrljivost zaradi nenamernih poškodb v času ekonomske krize padla, najbolj pri nizko izobraženih ljudeh. V obdobju 2006–2008 so imeli moški in ženske z nizko izobrazbo večje tveganje za smrt zaradi nenamernih poškodb kot visoko izobraženi, v krizi pa se je razlika v umrljivosti med osebami z različno stopnjo izobrazbe zmanjšala, posebej izrazito pri moških (slika 2.39).

Neenakosti v umrljivosti zaradi nenamernih poškodb so se v času krize zmanjšale, še posebej zaradi zmanjšanja umrljivosti nizko izobraženih moških.

Slika 2.39: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) moških in žensk, starih 25–74 let, zaradi nenamernih poškodb po izobrazbi, Slovenija, 2006–2008 in 2012–2014



Vir: NIJZ

V času negotove finančne situacije se ljudje vedejo bolj previdno in v manjši meri čezmerno pijejo alkohol.

V Sloveniji se je v letih ekonomske krize zmanjšal delež smrti v prometnih nezgodah z alkoholiziranim povzročiteljem.

Razlog je predvsem zmanjšanje razlike v umrljivosti v prometnih nezgodah zaradi padca umrljivosti nizko izobraženih moških, medtem ko pri ženskah sprememba ni bila statistično značilna. Po navedbah drugih avtorjev se v krizi zaradi pomanjkanja dela in brezposelnosti zmanjšata število prevoženih kilometrov poti z avtomobilom in gostota prometa, s tem pa se zmanjša tudi število težkih prometnih nezgod in poškodb. K temu najbolj prispeva zmanjšana intenzivnost prevozov blaga s težkimi tovornimi vozili, kar zmanjša tveganje za težke nezgode osebnih vozil in motorjev, pa tudi izpostavljenost drugim osebnim vozilom ob prometnih konicah na poti na delo in z dela. V Sloveniji se je stopnja brezposelnosti v krizi dejansko najbolj povečala ravno pri nizko izobraženih osebah in pri moških, zato se je njihova izpostavljenost in posledično umrljivost v prometu najbolj zmanjšala, kar ugotavljajo tudi v drugih državah. Poleg tega v krizi zaradi naraščanja cene goriva, dragega zavarovanja in vzdrževanja avtomobila vozniki s slabšim socialno-ekonomskim položajem namesto avtomobila začnejo pogosteje uporabljati cenejše načine prevoza, zmanjšajo pogostost potovanj ali celo prenehajo uporabljati avtomobil in začnejo več hoditi peš ali se voziti s kolesom. Morda se je tudi zato v Sloveniji v času krize zmanjšal delež umrlih v prometu, ki so bili udeleženi kot vozniki ali potniki v avtomobilu, hkrati pa se je povečal delež umrlih pešcev in kolesarjev.

Eden od pomembnejših dejavnikov tveganja za umrljivost v prometnih nezgodah je vožnja pod vplivom alkohola. V Sloveniji se je v letih ekonomske krize zmanjšal delež smrti v prometnih nezgodah, v katerih je povzročitelj vozil pod vplivom alkohola, kar opažajo tudi v drugih državah. Razlagajo, da nižja stopnja umrljivosti v prometu ni samo posledica manj prevoženih kilometrov poti v času gospodarske recesije, temveč jo lahko razložimo predvsem z manj tveganim vedenjem, kot je opustitev vožnje pod vplivom alkohola in s preveliko hitrostjo. Zmanjšanje pitja alkohola v času krize je predvsem posledica znižanja razpoložljivih finančnih sredstev, zato se povpraševanje po njem zmanjša, ko pade družinski dohodek, npr. v primeru brezposelnosti ali izgube službe partnerja, če so družinske finance skupne. Pri tem rekreativni uporabniki alkohola zaradi zmanjšanja prihodkov zmanjšajo pitje, medtem ko odvisniki privzamejo bolj tvegane vzorce vedenja, npr. visoko tvegano opijanje, da bi čim bolj povečali učinek substance, ki jim jo je uspelo kupiti. Tudi v Sloveniji se je v letu 2012 v primerjavi z letom 2008 znižal delež čezmernih pivcev med nizko izobraženimi, delež tistih, ki so se visoko tvegano opijali, pa se je zvišal, vendar manj izrazito kot med visoko izobraženimi. V času negotove finančne situacije se ljudje nasploh vedejo bolj previdno in manj čezmerno pijejo alkohol, ker alkoholiziranost zmanjša sposobnost za delo in vožnjo z avtomobilom, kar bi lahko ogrozilo njihovo zaposlitev ali zmanjšalo možnosti za novo zaposlitev.

Analize dosedanjih ekonomskih kriz kažejo na to, da vlade lahko zaščitijo svoje prebivalstvo pred negativnimi učinki krize s financiranjem specifičnih ukrepov za ohranitev delovnih mest, z dobrim sistemom socialnega varstva in z ukrepi za čimprejšnjo ponovno zaposlitev. Za razliko od revnih držav, ki morajo v času krize varovati zdravje celotne populacije, je treba v bogatejših državah preprečiti predvsem poslabšanje zdravja v bolj ogroženih skupinah prebivalstva, kot so brezposelni in tisti z nizkim socialno-ekonomskim položajem, ter preprečiti pojav specifičnih tveganj za zdravje.

Viri

Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med* 2012; 74: 647–653.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at the European data. *Lancet* 2011; 378: 124–125.

Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 382(9890):392.

Kruger NA. Fatal connections – socioeconomic determinants of road accident risk and drunk driving in Sweden. *J Safety Res* 2013; 46:59–65.

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.

De la Fuente VS, López MA, González IF, Alcántara OJ, Ritzel DO. The impact of the economic crisis on occupational injuries. *J Safety Res* 2014; 48: 77–85.

Arcaya M, Glymour MM, Christakis NA, Kawachi I, Subramanian SV. Individual and spousal unemployment as predictors of smoking and drinking behavior. *Soc Sci Med* 2014; 110: 89-95.

Bor J, Basu S, Coutts A, McKee M, Stuckler D. Alcohol use during the Great recession of 2008-2009. *Alcohol* 2013; 48(3): 343–348.

Cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu in neenakosti

Marta Grgič Vitek, Irena Klavs, Tina Lesnik

Slovenija je endemično območje klopnega meningoencefalitisa (v nadaljevanju KME) in sodi med države z najvišjo pojavnostjo te bolezni. Največja obolevnost je vsako leto na Gorenjskem in Koroškem, najmanjša pa na Primorskem in Dolenjskem.

Čeprav je že več desetletij na voljo varno in učinkovito cepivo proti KME, je delež cepljenih v Sloveniji zelo nizek in ne more imeti pomembnega vpliva na pojavnost bolezni v populaciji.

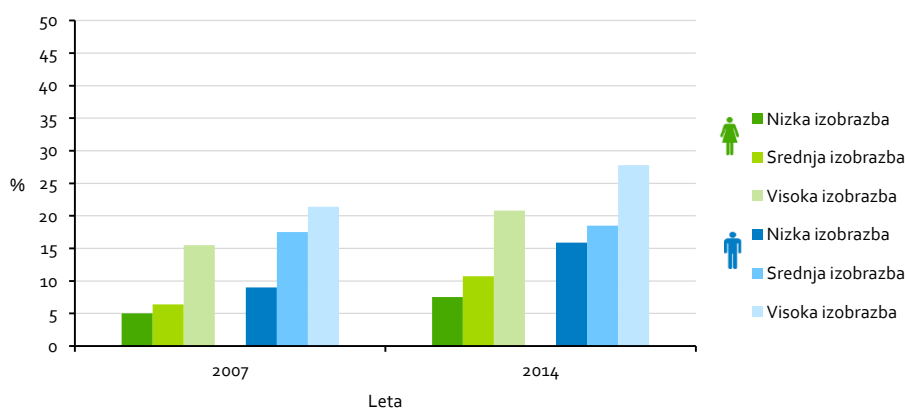
Pri cepljenju proti klopnemu meningoencefalitisu velja izobrazbeni gradient – visoko izobraženi so cepljeni v višjih deležih kot srednje in nizko izobraženi.

Cepljenje proti KME je v Sloveniji od leta 1986 obvezno za osebe, ki so pri delu izpostavljene tveganju okužbe z virusom KME (stroške cepljenja krije delodajalec), od leta 1990 pa tudi za dijake in študente, ki so med šolanjem pri praktičnem pouku izpostavljeni okužbi (stroške cepljenja krije obvezno zdravstveno zavarovanje). Od leta 1991 je cepljenje proti KME priporočljivo (samoplačniško) za vse, ki živijo na endemskem območju ali tja potujejo, vključno za otroke, starejše od enega leta.

Da so bili že kdaj v življenju cepljeni proti KME, je v letu 2014 odgovorilo 15,8 % anketiranih, kar je značilno več kot v letu 2007, ko je bilo takih 12,4 % anketiranih.

Primerjava med spoloma kaže, da je delež cepljenih moških v obeh obdobjih značilno večji od deleža cepljenih žensk (slika 2.40). Pri obeh spolih je viden izobrazbeni gradient, in sicer so bili višje izobraženi v večji meri cepljeni proti KME v primerjavi z najnižje izobraženimi, kar velja za obe opazovani obdobji.

Slika 2.40: Delež že kdaj (v življenju) cepljenih proti KME, moški in ženske glede na izobrazbo, v letih 2007 in 2014



Vir: NIJZ

Glede na poročila o izvajanju cepljenja ocenjujemo, da se redno cepi le nekaj več kot 7 % prebivalstva. Analiza anketne raziskave iz leta 2007 je pokazala, da je bil zaradi večjega deleža moških, ki so bili

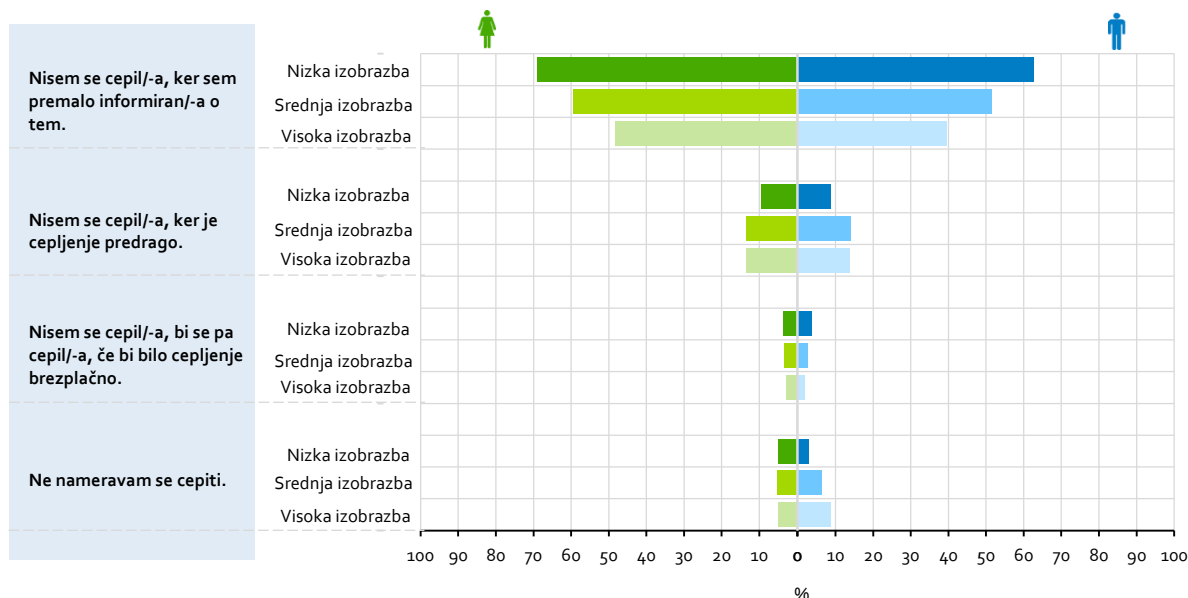
cepljeni zaradi poklicne izpostavljenosti ali kot naborniki med letoma 1993 in 2003 (obvezno cepljenje, ki ga pokrije delodajalec ali obvezno zdravstveno zavarovanje), delež že kdaj cepljenih moških značilno večji (16,5 %) kot delež že kdaj cepljenih žensk (8,4 %). Pri deležu oseb, ki so se za cepljenje odločile same in ga tudi same plačale (samoplačniško cepljenje), pa v letu 2007 ni bilo razlike med spoloma (znašal je 4,6 %) kot tudi ne med različnimi starostnimi skupinami. Med vsemi cepljenimi je bilo le 37,3 % takih, ki so se za cepljenje odločili sami in ga tudi sami plačali. Večji deleži cepljenih (za samoplačniško cepljenje) so bili povezani z večjimi mesečnimi dohodki in višjo izobrazbo anketiranih.

Nizko izobraženi so izrazili najmanj zanimanja za informiranost o cepljenju proti KME, ravno tako za cepljenje samo, tudi če bi bilo brezplačno.

Vzroki za necepljenje proti KME so različni. Da niso bili cepljeni in se sploh ne nameravajo cepiti, je navedlo 55,7 % anketirancev, 51,6 % moških in 59,7 % žensk. Delež oseb, ki se ne nameravajo cepiti, je bil najvišji med nižje izobraženimi, pri čemer je bil delež žensk še nekoliko višji (slika 2.41). Glede na predpostavko, da so visoko izobraženi tisti, ki so boljše informirani in predvidoma tudi boljše razumejo pomen cepljenja, je bil med njimi relativno visok delež tistih, ki se ne nameravajo cepiti. To kaže, da je nezanimanje za neobvezno cepljenje v precejšnji meri tudi razširjeno družbeno prepričanje. Tudi tu so bile bolj odklonilne do cepljenja visoko izobražene ženske. Torej je bila več kot polovica vprašanih odklonilna do cepljenja, izrazito pa nizko izobraženi (slika 2.41).

Zanimanje za cepljenje, če bi bilo to brezplačno, je izrazilo 12,6 % necepljenih oseb, in sicer 13 % moških in 12,1 % žensk. Pomenljivo je, da so se pri obeh spolih nizko izobraženi v značilno najmanjših deležih zanimali za cepljenje proti KME, tudi če bi bilo brezplačno. Torej tisti, za katere glede na znane povezave med izobrazbo in višino dohodka predpostavljamo, da imajo tudi najnižje dohodke. To nakazuje, da samo z znižanjem cene samoplačniškega cepljenja ne bi dosegli večje prepoznavnosti pomena cepljenja med nizko izobraženimi.

Slika 2.41: Poročani razlogi/stališča necepljenih proti KME, glede na spol in izobrazbo, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

To potrjuje tudi presenetljivo majhen delež tistih, ki se niso cepili (2,9 %), ker je cepljenje predrago. Mnenje, da je cepljenje predrago, se med izobrazbenimi skupinami značilno ne razlikuje. Povzamemo lahko, da cena ni odločilen dejavnik za necepljenje, zanimanje za brezplačno cepljenje pa izkazujejo predvsem visoko izobraženi.

Med necepljenimi potreba po informiranosti pri odločanju za cepljenje proti KME ni odločilna, saj jo je izrazilo le 5,1 % žensk in 6,1 % moških oziroma 5,6 % vseh. Ženske so imele relativno majhno potrebo po informiranosti ne glede na izobrazbo, medtem ko je pri moških značilno večji delež tistih z visoko izobrazbo izražal potrebo po informiranosti (slika 2.41).

V Sloveniji je delež vsaj enkrat cepljenih majhen, vendar se povečuje. Razlog za večji delež cepljenih med moškimi je najverjetneje v preteklem naborništvu in v poklicni oziroma študijski usmerjenosti. Predstavljeni podatki kažejo na neenakosti v cepljenju proti KME glede na izobrazbo. Pri kritju stroškov cepljenja proti KME s strani zdravstvenega zavarovanja bi bilo treba več aktivnosti usmeriti v izboljšanje prepoznavanja pomena cepljenja pri vseh izobrazbenih skupinah, še posebej pa pri tistih z najnižjo izobrazbo.

Viri

Kraigher A, Sočan M, Klavs I, Frelih T, Grilc E, Grgič Vitek M et al. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemiolosko_spremljanje_nalezljivih_bolezni_2014_2.pdf.

Učakar V, Jeraj I, Grgič Vitek M, Kraigher A. Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2013. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2013.pdf.

Grgič Vitek M, Klavs I. Low coverage and predictors of vaccination uptake against tick-borne encephalitis in Slovenia. *Eur J Public Health* 2012; 22(2): 182–186.

Neenakosti v zdravju pri starejših prebivalcih

Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Mateja Rok Simon, Gaja Zager Kocjan, Aleš Korošec

Tako kot drugje v razvitem svetu imamo tudi v Sloveniji največjo obolevnost in umrljivost zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni, predvsem srčno-žilnih bolezni in raka, ki jim lahko pripišemo približno 70 odstotkov vseh vzrokov smrti. Zaradi staranja prebivalstva v prihodnjih letih pričakujemo porast nekaterih obolenj in poškodb, npr. rakavih obolenj in nevrodegenerativnih bolezni ter poškodb zaradi padcev pri starejših.

Manj pozornosti kot zgoraj navedenim boleznim je bilo do sedaj usmerjene v tri velike zdravstvene probleme starostnikov, to je preventivo padcev, demenco in inkontinenco, pa tudi v bolezni zob in ustne votline ter v obvladovanje krhkosti. Zmanjševanje bremena omenjenih bolezni in stanj lahko pomembno poveča kvaliteto in neodvisnost življenja starejših ter zmanjša stroške zdravstvenega, socialnega in drugih sistemov, še posebej med prebivalci iz nižjih socialno-ekonomskih skupin. Hkrati poveča tudi pričakovana leta zdravega življenja, to so leta, ki jih posameznik ne glede na pričakovano življenjsko dobo preživi v polnem zdravju in optimalni delovni sposobnosti in so v Sloveniji nižja od povprečja Evropske unije.

Neenakosti v samooceni zdravja starejših od 64 let se v opazovanem obdobju niso spremenile. Nizko izobraženi so pogosteje ocenili svoje zdravje kot slabo.

Izbrani kazalniki zdravja in dobrega počutja pri starejših prebivalcih Slovenije

Izbrani so nekateri kazalniki zdravja, s katerimi želimo prikazati neenakosti v zdravju pri prebivalcih, starejših od 64 let.

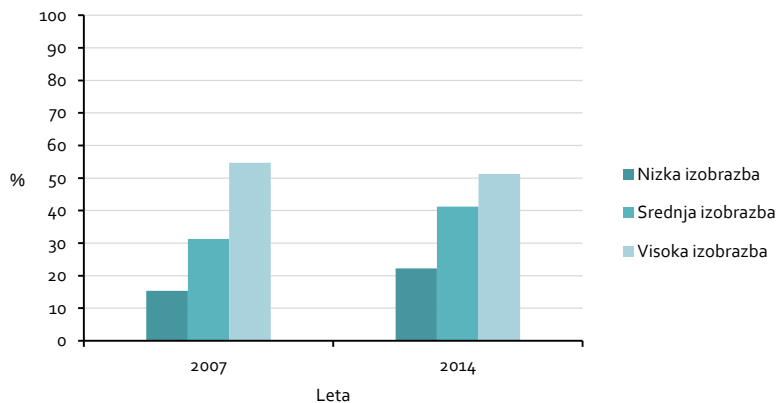
Samoocena zdravstvenega stanja

Tako v letu 2007 kot tudi v letu 2014 so starejše ženske pogosteje kakor starejši moški ocenile svoje zdravstveno stanje kot slabo. Prebivalci z nizko izobrazbo so pogosteje kakor srednje- ali visoko izobraženi ocenili svoje zdravstveno stanje kot slabo. Najpogosteje so svoje zdravstveno stanje kot dobro¹⁴ ocenili prebivalci z visoko izobrazbo.

V letu 2014 je v primerjavi z letom 2007 več prebivalcev svoje zdravstveno stanje ocenilo kot dobro. Pregled po izobrazbenih skupinah pokaže, da so v letu 2014 v primerjavi z letom 2007 značilno pogosteje svoje zdravstveno stanje kot dobro ocenili prebivalci z nizko in srednjo izobrazbo. Prebivalci z nizko izobrazbo so v letu 2014 v primerjavi z letom 2007 svoje zdravstveno stanje ocenili tudi značilno redkeje kot slabo (slika 2.42). Izobrazbena vrzel v samooceni zdravja med letoma 2007 in 2014 se je nekoliko zmanjšala, vendar ne značilno. Velja pa dodati, da je število starostnikov v nekaterih izobrazbenih skupinah (npr. visoka izobrazba) bilo nizko, kar je lahko vplivalo na izračun značilnosti.

¹⁴ Oznaka dobro združuje odgovora dobro in zelo dobro.

Slika 2.42: Deleži prebivalcev starejših od 64 let, ki so v letih 2007 in 2014 svoje zdravstveno stanje sami ocenili kot dobro, glede na doseženo stopnjo izobrazbe, Slovenija.



Vir: NIJZ

Vsakodnevna skrb zase – uporaba stopnic, samostojno kopanje, nakupovanje, urejanje denarnih zadev, in socialna omrežja – kaj lahko ugotovimo za leto 2014?

Dobra polovica vseh prebivalcev, starejših od 64 let, zmore hojo po stopnicah (12 stopnic navzgor ali navzdol) brez težav, od tega značilno več tistih s srednjo in višjo izobrazbo. Nekaj manj kot desetina starejših hoje po stopnicah sploh ne zmore, od tega največ prebivalcev z nizko izobrazbo. Več težav s hojo po stopnicah imajo ženske kot moški (slika 2.43).

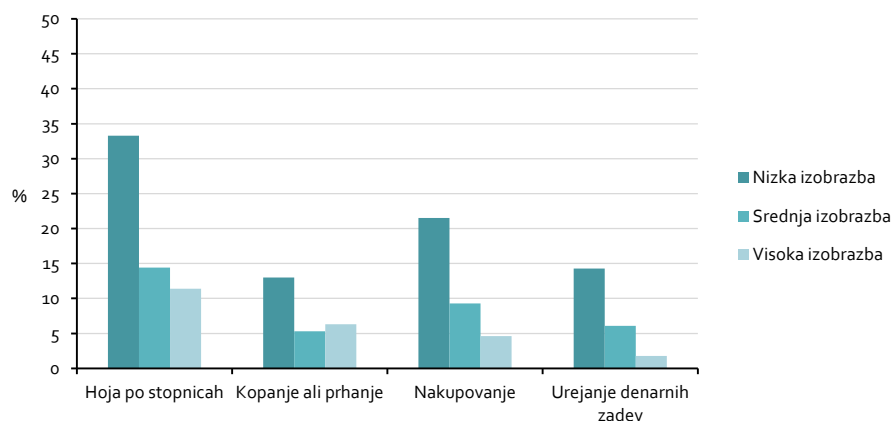
Več kot štiri petine prebivalcev, starejših od 64 let, se zmore samih oprhati ali okopati, le slabih 5 % jih tega sploh ne zmore. Več težav s kopanjem in prhanjem imajo nizko izobraženi starejši ljudje v primerjavi s tistimi s srednjo ali visoko izobrazbo (slika 2.43). Ob težavah pri umivanju je možna uporaba tehničnih pripomočkov, in izkaže se, da tehnične pripomočke pri kopanju in prhanju najpogosteje uporabljajo osnovnošolsko izobraženi starejši, kar po eni strani potrjuje povečano uporabo zaradi večje potrebe, po drugi strani pa bi to lahko pomenilo, da je dostopnost do tovrstnih pripomočkov v Sloveniji tudi med nizko izobraženimi dobra.

Pri obvladovanju nakupovanja pri starejših je podobno kot pri uporabi stopnic in kopanju. Tudi tu značilno pogosteje več težav opisujejo starejši z nizko izobrazbo, saj je med njimi skoraj osmina takih, ki tega sploh ne zmorejo, pri visokošolsko izobraženih pa je takih 3 % (slika 2.43).

Enake razlike glede na izobrazbo starejših najdemo tudi pri zmožnosti urejanja denarnih zadev – nizko izobraženi starejši imajo pri tem največ težav (slika 2.43).

Starejši z nizko izobrazbo so v primerjavi z višje izobraženimi manj mobilni, samostojni pri osebni higieni, pri oskrbi z dobrinami ter pri urejanju denarnih zadev.

Slika 2.43: Deleži oseb, starejših od 64 let, ki so na vprašanje o vsakodnevni skrbi zase odgovorili, da stopnice uporabljajo z večjimi težavami ali da jih sploh ne uporabljajo, se kopajo, nakupujejo ali urejajo denarne zadeve¹⁵, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Ustrezna skrb za zdravje in dobra kakovost bivanja v celotnem življenjskem poteku vodita tudi v več zdravja ter boljšo funkcionalno zmožnost in večjo kakovost življenja v starosti. Starostna krhkost lahko pomembno zmanjša funkcionalne sposobnosti starejših. Z razvojem krhkosti se povečata možnost padcev in potreba po pomoči drugih (pri hoji po stopnicah, kopanju, nakupovanju), lahko se pojavi večja obolevnost in z njo povezano večje število hospitalizacij in bivanj v različnih oblikah institucij za starostnike, povečuje pa se tudi možnost slabših izidov zdravljenja najrazličnejših zdravstvenih težav. Zbrani podatki kažejo, da opisani razvoj v Sloveniji najverjetneje pogosteje doživljajo tisti starejši, ki imajo nižjo izobrazbo. Tako tudi razlike v samooceni zdravja, ki je manj ugodna pri prebivalcih z nizko izobrazbo, odražajo dejansko fizično zaznano stanje funkcionalnosti.

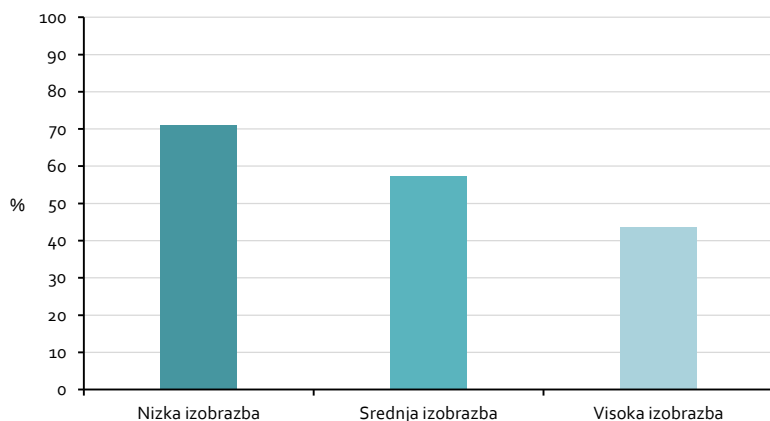
Zobozdravnik, ortodont in starejši

Zobozdravnika ali ortodonta je v obdobju zadnjih šestih mesecev obiskalo značilno več starejših prebivalcev s srednjo in visoko izobrazbo kakor tistih z nizko izobrazbo. Več kot eno leto se pri zdravniku ali ortodontu ni oglasilo največ prebivalcev z nizko izobrazbo (slika 2.44).

*Manj izobraženi
starejši redkeje obiščejo
zobozdravnika ali
ortodonta.*

¹⁵ Nakupovanje in urejanje denarnih zadev – Pri hoji po stopnicah in kopanju/prhanju imamo enake odgovorne kategorije, zato ju je možno prikazati na isti sliki (prikazan je delež oseb, ki so odgovorile, da stopnice uporabljajo z večjimi težavami ali da jih sploh ne uporabljajo). Za nakupovanje in urejanje denarnih zadev so kategorije drugačne, dodana je kategorija »nisem nikoli poskusil/tega mi ni treba«. Zato sta pri nakupovanju in urejanju denarnih zadev odgovora »nisem nikoli poskusil/tega mi ni treba« rekodirana v manjkajoče vrednosti – deleži so računani le med tistimi, ki niso podali tega odgovora.

Slika 2.44: Delež oseb, starejših od 64 let, ki so odgovorile, da so nazadnje obiskale zobozdravnika pred več kot 12 meseci ali da ga niso nikoli obiskale, po izobrazbi, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Ustno zdravje je ključno, a dostikrat prezrto področje zdravega staranja, saj ima pomemben vpliv na splošno zdravje in blagostanje, posebej pri prikrajšanih starejših osebah. Težave s prehranjevanjem in žvečenjem lahko vodijo v podhranjenost in posledično zmanjšano telesno zmožnost, to pa v nadaljevanju v starostno krhkost. Tudi pri skrbi za zobovje opažamo razlike med posameznimi izobrazbenimi skupinami; za zobovje boljše skrbijo tisti, ki imajo višjo izobrazbo.

Padci in poškodbe pri starejših

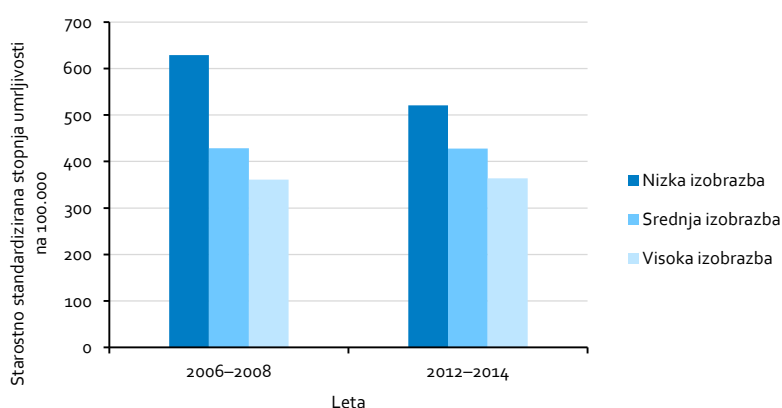
Prebivalstvo Slovenije se pospešeno stara. V zadnjih letih so prvi predstavniki babyboom generacije že dosegli starost 65 let, zato do leta 2035 lahko pričakujemo velik porast števila prebivalcev, starejših od 64 let, s tem pa tudi porast števila padcev in poškodb. Najpogostejša težka posledica padcev pri starejših je zlom kolka, ki močno negativno vpliva na kakovost življenja, zmanjša samostojnost in mobilnost bolnika, kar posredno vpliva tudi na visoko smrtnost.

Padci in poškodbe starejših so posledica kompleksne kombinacije bioloških, vedenjskih, socialno-ekonomskih dejavnikov in dejavnikov fizičnega okolja. Biološki dejavniki so vezani na naravni proces staranja in na posledice kroničnih in akutnih obolenj, slabeti začnejo telesne moči, človek prej občuti utrujenost, slabše vidi, sliši, postane počasnejši in manj spreten pri gibanju. Starejši ljudje pogosto jemljejo več zdravil hkrati, interakcije in stranski učinki zdravil pa lahko povzročijo vrtoglavico in motnje ravnotežja ter s tem povečajo tveganje za padec. Pri starejših ljudeh so poškodbe ob enakih silah običajno pogostejše in težje zaradi osteoporoze in večje ranljivosti tkiva, po poškodbi pa se ti ljudje tudi dalj časa zdravijo in so bolj dovzetni za resne komplikacije in smrtni izid. Dejavniki fizičnega in socialno-ekonomskega okolja odsevajo urejenost in varnost bivalnega okolja ter zakonodajo na tem področju.

Nizek socialno-ekonomski položaj je povezan s slabšo varnostjo in povečanim tveganjem za padce. Pred ekonomsko krizo so imeli v Sloveniji starejši moški in ženske z nizko izobrazbo večje obete za smrt zaradi padcev kakor višje izobraženi. Nizka izobrazba je običajno povezana z nizkimi prihodki, zato nizko izobraženi starejši ljudje ne zmorejo stroškov za spremembe v bivalnem okolju, ki bi zmanjšale tveganje za padce, stroškov za nova očala, primerno obutev ipd. Pogosto ne sodelujejo v

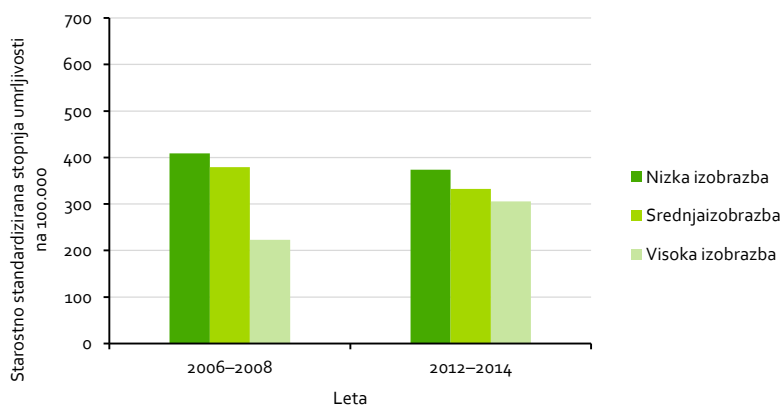
zdravstvenovzgojnih programih, imajo slabšo prehrano (uživajo manj mleka in mlečnih izdelkov, rib, sadja in zelenjave ter manj kakovostnih živil), se ne vključujejo v programe telesne dejavnosti, pogosteje kadijo in pijejo alkohol, kar poveča tveganje za padce, osteoporozo in zlome. Na varnost starejšega človeka vplivajo tudi socialna povezanost z lokalno skupnostjo in razvitost storitvenih dejavnosti za pomoč pri gospodinjskih opravilih ter možnost nastanitve v domovih za ostarele ali varovanih stanovanjih, kar je spet manj dostopno osebam z nizkimi prihodki.

Slika 2.45: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) moških, starih nad 64 let, zaradi padcev po izobrazbi, Slovenija, 2006–2007 in 2013–2014



Vir: NIJZ

Slika 2.46: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) žensk, starih nad 64 let, zaradi padcev po izobrazbi, Slovenija, 2006–2007 in 2013–2014



Vir: NIJZ

Kljub splošnemu prepričanju, da so starejši ljudje (upokojenci) manj prizadeti zaradi ekonomske krize v primerjavi z delovno populacijo, pa v raziskavah ugotavljajo, da se v krizi poveča tudi umrljivost starejših. Upoštevati je treba, da lahko že majhno znižanje prihodkov upokojencev zaradi varčevalnih ukrepov pomeni precejšnje znižanje njihovih razpoložljivih finančnih sredstev (ko odštejemo fiksne stroške bivanja in osnovnih življenjskih potrebščin), kar pri starejših ljudeh povzroči občuten stres in tesnobo.

Nizka izobrazba je povezana z večjo umrljivostjo zaradi padcev.

V Sloveniji se je v času krize razlika v umrljivosti starejših zaradi padcev med osebami z nizko in višjo stopnjo izobrazbe zmanjšala pri moških in pri ženskah (sliki 2.45 in 2.46). Manjša razlika v umrljivosti moških zaradi padcev je bila posledica znižanja umrljivosti nizko izobraženih moških, medtem ko je bila pri ženskah posledica zvišanja umrljivosti visoko izobraženih žensk. Na zmanjšanje razlik bi med drugim lahko vplivala sprememba v izpostavljenosti padcem in tveganju za padce. Največ padcev se zgodi doma in na ulicah v bližnji okolici doma, ko oseba hodi ali kaj prenaša in se pri tem spotakne ali ji spodrsne, ter pri hoji po stopnicah. V času krize ljudje z nizkimi dohodki verjetno zmanjšajo pogostost izhodov, predvsem nakupov, družabnih srečanj in drugih poti, ki so povezane s finančnimi stroški, in tako zmanjšajo tveganje za padce, medtem ko tisti z višjimi prihodki varčujejo tako, da manj

Neenakosti v umrljivosti zaradi padcev so se v času krize zmanjšale pri obeh spolih.

uporabljajo dražje načine prevoza, npr. avtomobil ali javna prevozna sredstva, in več hodijo peš. Poleg tega osebe z višjo izobrazbo bolje ocenjujejo svoje zdravje, zato so lahko bolj aktivne pri iskanju dodatnih virov dohodka, oboje pa tveganje za padce in posledično poškodbe poveča.

Zaradi staranja prebivalstva postajajo poškodbe starejših pomemben javnozdravstveni problem, saj so drage za zdravstveni sistem, imajo običajno resne posledice in vodijo v ireverzibilno slabljenje funkcije, institucionalizacijo in smrt. Za izboljšanje stanja so potrebni programi na področju preprečevanja padcev (zdravljenje kroničnih bolezni, redne kontrole vida in sluha, uporaba pripomočkov za hojo, telesna dejavnost, varno vedenje, spremembe v bivalnem okolju ...), programi na področju preprečevanja nastanka poškodb (telesna dejavnost, zdrava prehrana, zgodnje odkrivanje in zdravljenje osteoporoze, uporaba ščitnikov za kolke, spremembe v bivalnem okolju ...), rehabilitacija in ukrepi za zmanjševanje neenakosti v zdravju starejših ljudi.

S hitro starajočim se prebivalstvom so povezani številni družbeni in politični izzivi, zato je vzdrževanje aktivne in zdrave populacije do starosti in v starosti izjemnega pomena za sodobno družbo. Ukrepi, usmerjeni v reševanje te problematike, so predpogoj za gospodarsko uspešnost družbe in blaginjo njenih prebivalcev. Pri tem je ključno, da so ukrepi univerzalni, tako da omogočajo boljše zdravje vsem starejšim prebivalcem, obenem pa morajo biti usmerjeni še prav posebej v ranljive skupine starejših.

Viri

AHA.SI – izdelki projekta Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji. Dostopno 7.11.2017 na: www.staranje.si.

Anon. Healthy Aging. Prevention of Unintentional Injuries Among Seniors. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002.

Brennan SL, Henry MJ, Kotowicz MA, Nicholson GC, Zhang Y, Pasco JA. Incident hip fracture and social disadvantage in an Australian population aged 50 years or greater. *Bone* 2011; 48 (3): 607–610.

Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 382(9890):392.

Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. Socioeconomic differences in injury risks. A review of findings and a discussion of potential countermeasures. Copenhagen: World Health Organisation, 2009.

Loopstra R, McKee M, Katikireddi SV, Taylor-Robinson D, Barr B, Stuckler D. Austerity and old-age mortality in England: a longitudinal cross-local area analysis, 2007-2013. *J R Soc Med* 2016; 109(3): 109–116.

Majcen B, eds. Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji – prvi rezultati raziskave SHARE. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 2015.

World Health Organization. World report on ageing and health. World Health Organization, 2015. Dostopno 7.11.2017 na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1.



III.

PRIMER RANLJIVE
SKUPINE - IZZIV
NA PODROČJU
NEENAKOSTI

Brezposelni – ena izmed najranljivejših skupin v času krize

Tina Lesnik, Ada Hočevar Grom, Martin Ranfl

Delo, zaposlitveni status in socialna opora so pomembne socialne determinante zdravja, ki se med seboj prepletajo. Kot navaja SZO, je višja brezposelnost povezana z višjo pojavnostjo bolezni in prezgodnjo umrljivostjo, nasprotno pa je varnost zaposlitve povezana z zdravjem, dobrim počutjem in zadovoljstvom, ki prispeva k manjšemu stresu.

Svetovna ekonomska kriza, ki se je pričela v letu 2007 in se je v naslednjih letih še stopnjevala, je imela pomemben vpliv tudi na našo družbo, saj se je močno povečalo število brezposelnih oseb (slika 3.1). Zaradi krize se je zmanjšal bruto družbeni proizvod (BDP) in povečal pritisk na javne finance. Za omilitev posledic krize so bili v Evropi predlagani in sprejeti številni zakoni in ukrepi. Na področju zdravja in zdravstvenega sistema so ti ukrepi pomenili zmanjšanje javnih sredstev, namenjenih zdravju, spremembe načina financiranja in zmanjševanje obsega pravic z naslova zdravstvenega zavarovanja. Brezposelni so v času krize in po njej postali ena izmed pomembnih ranljivih skupin, zavedamo pa se, da vsekakor ne edina. Ranljivih skupin sistemi zbiranja podatkov pogosto ne zaznajo zaradi njihove socialne izključenosti, zato sta njihovo prepoznavanje in spremljanje na klasičen način močno okrnjeni.

Prispevek se nanaša na osebe, ki trenutno niso delovno aktivne, vendar aktivno iščejo kakršnokoli obliko zaposlitve. V analizo niso vključene druge skupine oseb, ki prav tako niso delovno aktivne, vendar je vzrok za neaktivnost drugačen (npr. gospodinje, študenti, upokojenci, nezmožni za delo). Delovno aktivno prebivalstvo, kot ga obravnavamo v nadaljevanju, vključuje tako zaposlene kot tudi samozaposlene osebe.

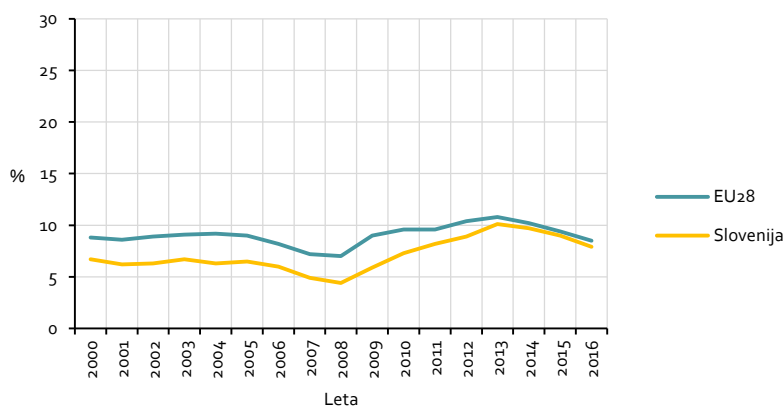
Brezposelnost v Sloveniji

Brezposelnost v Sloveniji in Evropi

V letu 2017 imamo v Sloveniji stopnjo brezposelnosti¹⁶ (7,8 %, tretje četrletje leta 2017), ki je približno enaka povprečni brezposelnosti držav članic EU28 (slika 3.1). Pred letom 2008 je bila brezposelnost v Sloveniji ves čas precej nižja od evropskega povprečja in je v letu 2008 dosegla rekordno nizko vrednost 4,4 %. V kasnejših letih se je kot posledica vpliva ekonomske krize precej spremenila. Ob nastopu krize, ko so krivulje brezposelnosti v večini evropskih držav zanihale navzgor, se je podobno zgodilo tudi v Sloveniji in se je stopnja brezposelnosti močno povečala. Tako smo zelo strm porast imeli že leta 2009, ko se je s 7,8 % v januarju brezposelnost dvignila na 10,1 % decembra. Vrh je dosegla januarja 2014 (14,2 %), nato pa je pričela postopno upadati (slika 3.1).

¹⁶ Gre za anketno stopnjo brezposelnosti. Metodološko pojasnilo SURS: Stopnja brezposelnosti je odstotni delež brezposelnih oseb med aktivnim prebivalstvom (definicija Mednarodne organizacije dela – ILO – International Labour Organization).

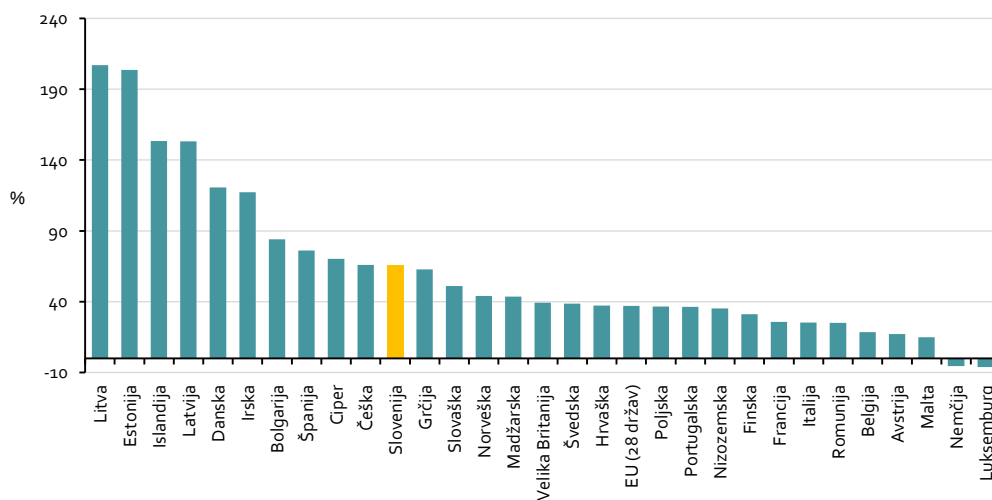
Slika 3.1: Stopnja anketne brezposelnosti v Sloveniji in Evropski uniji EU28 letno od leta 2000 do leta 2016



Vir: Eurostat

Po podatkih Eurostata se je največja sprememba brezposelnosti v večini držav članic EU zgodila v obdobju od leta 2008 do leta 2010. Relativna razlika brezposelnosti v tem obdobju je bila v Sloveniji precejšnja (66 %) in je bila precej nad povprečjem EU (slika 3.2). Anketni podatki Statističnega urada Republike Slovenije kažejo, da večjih razlik med spoloma glede brezposelnosti ni bilo, razen v obdobju naraščanja brezposelnosti, ko je bila rast pri moških hitrejša. V času največje brezposelnosti in po njem pa se je brezposelnost pri moških izenačila z brezposelnostjo pri ženskah.

Slika 3.2: Relativna razlika v stopnji brezposelnosti med letoma 2008 in 2010, države EU28 ter Islandija in Norveška



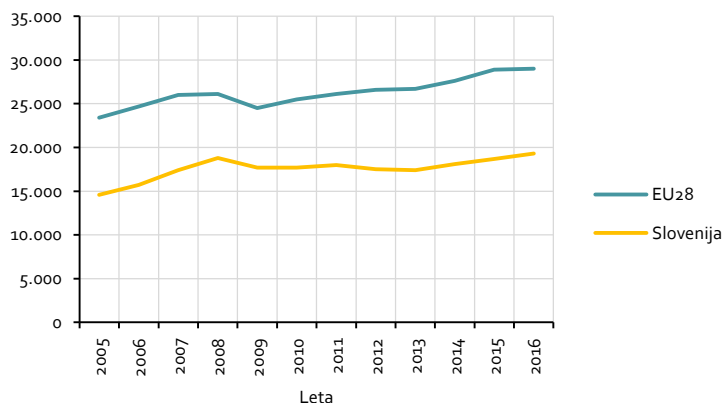
Vir: Eurostat, preračuni NIJZ

Globalna ekonomska kriza v letih 2007 in 2008 je povzročila 3,3-odstotno zmanjšanje BDP na osebo v letu 2009. Po podatkih Eurostata so nekatere države to komaj zaznale, v nekaterih pa je po strmem padcu sledila hitra rast. Slovenija se je znašla v skupini držav, ki so imele tri- ali večletno upadanje BDP v letih med 2008 in 2013.

Kot je vidno na sliki 3.3, je BDP na prebivalca v Sloveniji nižji od BDP v EU28. Kot rečeno, se je v Sloveniji BDP v času ekonomske krize zmanjšal, kar tudi sicer velja za EU28. Je pa v Sloveniji glede na

EU28 dalj časa ostal na nižji ravni in tudi njegova rast po letu 2013 je počasnejša kot rast v EU28 (slika 3.3).

Slika 3.3: Bruto družbeni proizvod, tekoče cene, v evrih na prebivalca, Slovenija in EU28, letno od leta 2005 do leta 2016

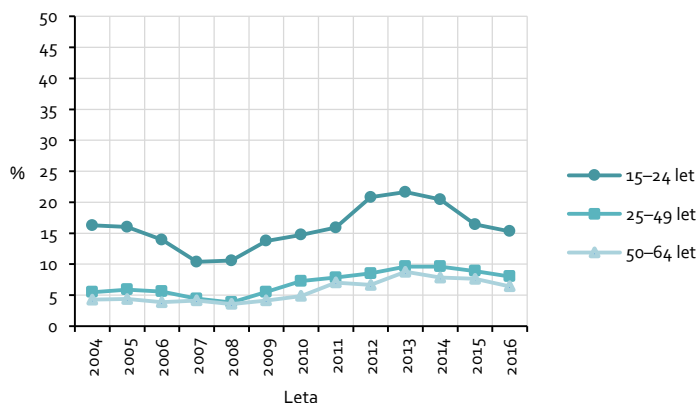


Vir: Eurostat

Nekatere značilnosti brezposelnosti v Sloveniji

Kriza je na trgu dela najbolj prizadela mlade, pri katerih je bila stopnja brezposelnosti najvišja in so bili porasti najbolj strmi. Počasen, vendar stalen trend porasta stopnje brezposelnosti je bil viden tudi v starostnih skupinah od 25 do 49 let ter od 50 do 64 let (slika 3.4).

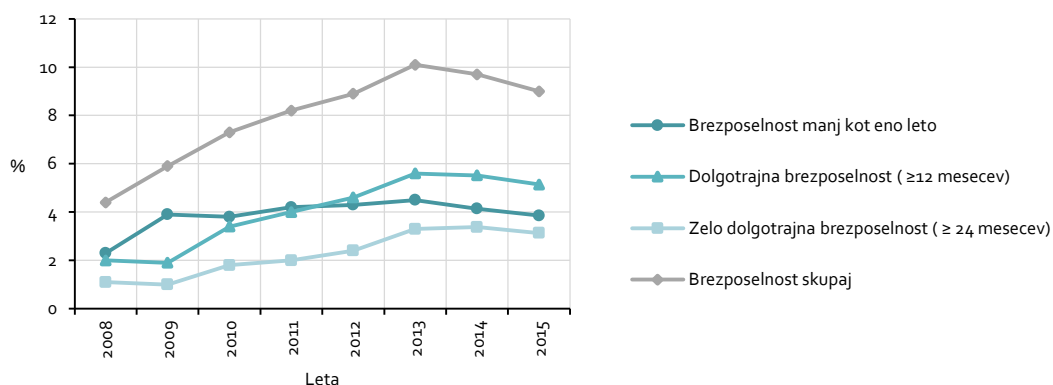
Slika 3.4: Stopnja brezposelnosti glede na starostne skupine, Slovenija, letno od leta 2004 do leta 2016



Vir: SURS

V začetnih letih krize je prevladovala brezposelnost, ki je trajala manj kot 12 mesecev. V letih 2011 in 2012 pa je tovrstna brezposelnost pričela upadati, povečevali pa sta se tako stopnja dolgotrajne brezposelnosti (12 mesecev ali več) kot tudi stopnja zelo dolgotrajne brezposelnosti (slika 3.5).

Slika 3.5: Stopnja anketne brezposelnosti glede na trajanje, Slovenija, letno od leta 2008 do leta 2015



Vir: SURS

Glede na izobrazbo brezposelnih oseb je bil najstrmejši porast stopnje brezposelnosti med osebami z nizko izobrazbo, pri katerih je stopnja brezposelnosti tudi največja v primerjavi s stopnjo brezposelnosti oseb s srednješolsko in visoko izobrazbo (slika 3.6).

Slika 3.6: Stopnja anketne brezposelnosti glede na izobrazbo, Slovenija, letno od leta 2004 do leta 2016



Vir: SURS

Brezposelni in zdravje

Zdrav življenjski slog

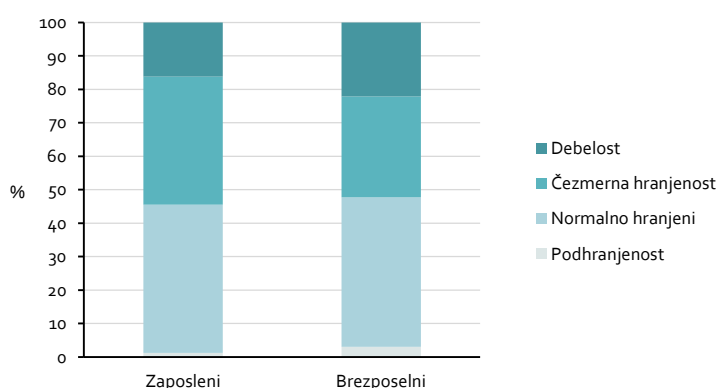
Varen zaposlitveni status zagotavlja boljše zdravje in dobro počutje ter zadovoljstvo pri delu. Brezposelnost in negotova zaposlitev sta pomemben vir stresa. Dalj časa trajajoč stres pa je ključen za razvoj kardiovaskularnih, duševnih in drugih motenj in bolezni. Visoka stopnja brezposelnosti v družbi tako vpliva na višjo obolevnost in prezgodnjo umrljivost. Škodljivi učinki brezposelnosti se največkrat izrazijo predvsem pri dolgotrajno brezposelnih, vendar je znano, da že sama negotovost glede zaposlitve lahko bistveno vpliva na povečanje pogostosti kardiovaskularnih obolenj. Ker je brezposelnost prepoznana kot ena temeljnih socialno-ekonomskih determinant zdravja, je cilj zmanjševanja brezposelnosti del ključnih strategij zdravja in razvoja (Zdravje 2020, Cilji trajnostnega razvoja, Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 Skupaj za zdravje).

Zdrav človek se lahko sooča z delovnimi izzivi, je produktiven ter ustvarja primeren dohodek in učinkoviteje prispeva k trgu delovne sile. Družba, ki prepozna širši pomen zdravja za razvoj na vseh področjih, vlaga v zdravje ljudi.

Optimalno delovno mesto in zaposlenost imata poleg zdravega življenjskega sloga pomemben pozitiven vpliv na celotno človekovo zdravje. Brezposelni so zaradi neizpolnjevanja teh osnovnih življenjskih potreb ranljiva skupina in pri njih obstaja večje tveganje za razvoj različnih škodljivih vedenj in razvad (kajenje, uživanje alkohola ...) ter posledično bolezni. V nadaljevanju prikazujemo nekatere tovrstne kazalnike pri brezposelnih v primerjavi z zaposlenimi.

V grobem lahko zdrav način življenja prikazujemo s kazalnikoma prehranjenost (merjeno na podlagi indeksa telesne mase; v nadaljevanju ITM)²⁷ in telesna dejavnost. Po podatkih Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu se prehranski status zaposlenih in brezposelnih, razen deleža normalno prehranjenih, značilno razlikuje. Delež podhranjenih je sicer v obeh skupinah zelo nizek (zaposleni 1,2 %, brezposelni 3 %), vendar je značilno višji pri brezposelnih, prav tako je v skupini brezposelnih višji tudi delež debelih oseb (22,1 % in 16,2 %). Pri zaposlenih pa je značilno večji delež čezmerno hranjenih (38,3 % zaposleni in 22,1 % brezposelni) (slika 3.7).

Slika 3.7: Delež ITM pri zaposlenih in brezposelnih, Slovenija, 2014



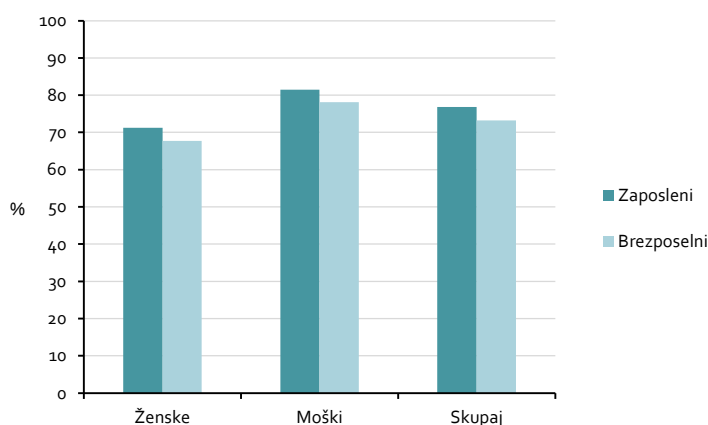
Vir: NIJZ

Zaposleni in brezposelni se skupno ne razlikujejo značilno glede priporočene zadostne telesne aktivnosti²⁸ (slika 3.8). Moški so pričakovano v večji meri zadostno telesno aktivni kot ženske, kar velja za obe primerjani skupini. Delež zadostno telesno aktivnih brezposelnih moških je le za dobre 3 % manjši od deleža telesno aktivnih zaposlenih moških, razlika ni značilna (78,2 % ter 81,5 %). Podobno je pri ženskah, razlika med brezposelnimi in zaposlenimi ženskami glede zmerne telesne aktivnosti ni značilna (67,7 % ter 71,3 %) (slika 3.8).

²⁷ Stanje prehranjenosti glede na ITM razdelimo na podhranjenost (manj kot 18,4), normalno hranjenost (od 18,5 do 24,9), čezmerno hranjenost (od 25 do 29,9) in debelost (nad 30).

²⁸ Po priporočilih zadostna telesna aktivnost pomeni dnevno povprečno telesno dejavnost vsaj 30 minut ali skupno 150 minut na teden.

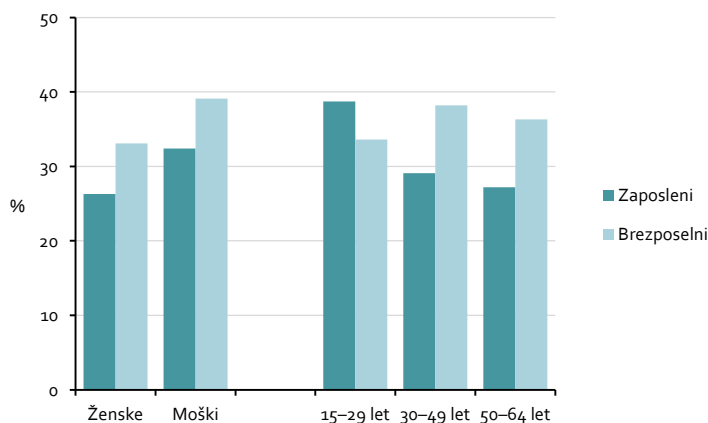
Slika 3.8: Delež zadostno telesno aktivnih, zaposleni, brezposelni, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Dejavnik, ki vpliva na življenjski slog, so tudi različne razvade, med njimi sta najpogostejša kajenje in uživanje alkoholnih pijač. Med brezposelnimi je značilno več kadilcev (rednih in občasnih) v primerjavi z zaposlenimi, tako pri moških kot pri ženskah. Medtem ko med zaposlenimi značilno najpogosteje kadijo mlajši, se delež kadilcev med brezposelnimi ne razlikuje značilno glede na starostne skupine (slika 3.9).

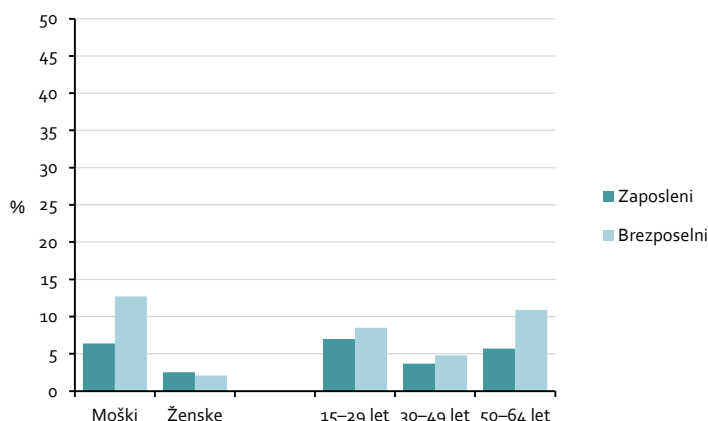
Slika 3.9: Delež kadilcev, zaposleni in brezposelni glede na spol in starostne skupine, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Čezmerno pitje alkohola pomeni uživanje več kot 20 gramov dnevno čistega alkohola za moške in 10 gramov čistega alkohola dnevno za ženske. Brezposelni moški glede čezmernega pitja značilno prekašajo zaposlene, medtem ko je razlika pri ženskah neznačilna. V vseh prikazanih starostnih skupinah so deleži čezmernega pitja alkohola višji pri brezposelnih v primerjavi z zaposlenimi, vendar razlike niso značilne (verjetno tudi zaradi manjšega števila brezposelnih v vzorcu; slika 3.10).

Slika 3.10: Čezmerno pitje alkohola, zaposleni in brezposelni glede na spol in starostne skupine, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Samoocena zdravja, duševno zdravje in nekateri kazalniki kvalitete življenja brezposelnih

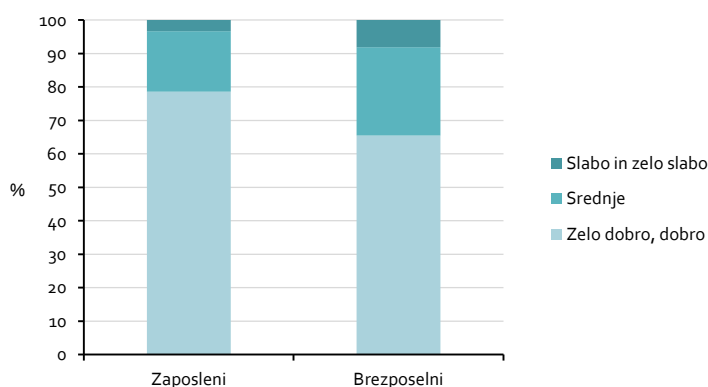
Vplivi brezposelnosti na zdravje so povezani tako s psihološkimi posledicami brezposelnosti kot tudi s poslabšanjem finančnega stanja posameznika.

Oceno zdravstvenega stanja posameznika je težko prikazati, zato se zanjo pogosto uporablja robustni kazalnik samoocena zdravja. Kot je omenjeno v poglavju Neenakosti v številkah, podpoglavje Samoocena zdravja in neenakosti, so raziskave pokazale, da kazalnik samoocene zdravja dobro odraža dejansko zdravstveno stanje.

V času ekonomske krize se je v večini evropskih držav pokazal trend naraščanja slabe samoocene zdravja, kar je bila posledica sprememb na trgu dela in povečevanja brezposelnosti. Poročilo OECD poroča o nižji dobri samooceni zdravja pri ljudeh z nižjimi dohodki, po evropskih podatkih Ankete o delovni sili pa je prehod v brezposelnost značilno povezan s slabšo samooceno zdravja.

Primerjava naših podatkov o samooceni zdravja med brezposelnimi in zaposlenimi je pokazala, da brezposelni značilno slabše ocenjujejo svoje zdravje kot zaposleni (8,1 % za brezposelne in 3,3 % za zaposlene). Med zaposlenimi osebami je dobrih 78 % svoje zdravje ocenilo kot dobro ali zelo dobro, medtem ko je bilo brezposelnih, ki so tako ocenili svoje zdravje, za 13 % manj (slika 3.11).

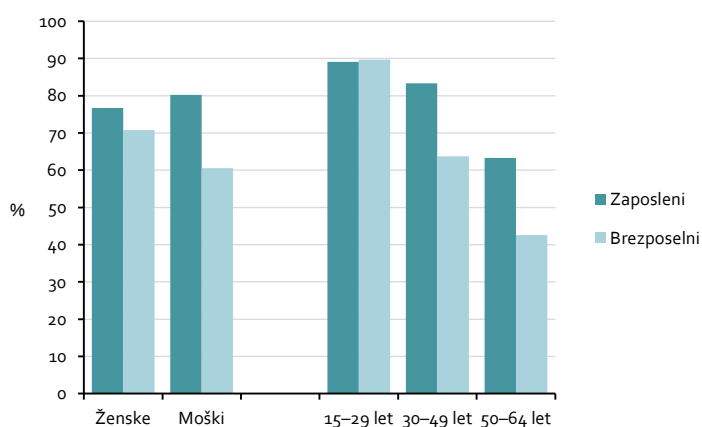
Slika 3.11: Samoocena zdravja, zaposleni in brezposelni, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Brezposelni značilno manj pogosto opredeljujejo svoje zdravje kot dobro in zelo dobro ter značilno pogosteje kot slabo oziroma zelo slabo v primerjavi z zaposlenimi. To velja tako za moške kot za ženske. Ugotovitve slovenskih raziskav in tudi sicer kažejo, da moški v primerjavi z ženskami pogosteje ocenjujejo svoje zdravje kot dobro. Pri tokratni analizi pa ugotavljamo, da status brezposelnosti vpliva tudi na razmerje deležev v samooceni zdravja glede na spol. Brezposelne ženske namreč v večji meri ocenjujejo svoje zdravje kot dobro (slika 3.12) kakor brezposelni moški, kar je ravno obratno kot pri zaposlenih ženskah in moških. Ta ugotovitev se ujema tudi z nekaterimi raziskavami tujih avtorjev. Na samooceno zdravja pri brezposelnih vpliva tudi starost, saj pri njih dobra samoocena s starostjo bolj strmo pada kot pri zaposlenih, torej se razlika med zaposlenimi in brezposelnimi s starostjo večja in je v starostnih skupinah od 30 do 49 let ter od 50 do 84 let značilna (slika 3.12).

Slika 3.12: Dobra samoocena zdravja, zaposleni in brezposelni glede na spol in starostne skupine, Slovenija, 2014

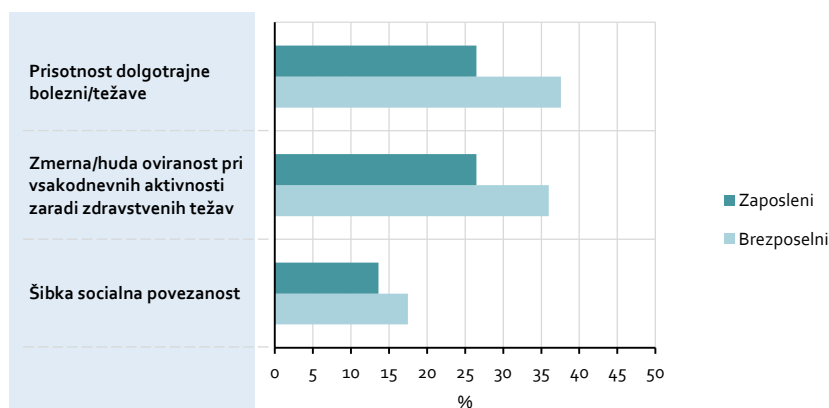


Vir: NIJZ

Brezposelni so značilno pogosteje poročali o prisotnosti dolgotrajnih bolezni ali težav kot zaposleni. Zdravstvene težave in bolezni so bile prisotne pri 37,5 % brezposelnih in le pri 26,5 % zaposlenih. Brezposelne osebe so bile zaradi svojih težav tudi značilno pogosteje zmerno do hudo ovirane pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Prisotnost zmerne ali hude oviranosti pri vsakodnevnih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav je navajalo 36 % brezposelnih, pri zaposlenih pa je ta odstotek značilno nižji (26,5 %) (slika 3.13).

Podpora družbenega okolja in dobri medsebojni odnosi so pomembni gradniki zdravja, saj pomembno vplivajo tako na duševno kot na telesno zdravje človeka. Pripadnost določeni socialni mreži, v kateri potekata medsebojna komunikacija in sodelovanje, daje posamezniku občutek vrednosti, spoštovanja in ljubezni. Kazalnik socialna povezanost je sestavljen iz kazalnikov, ki združujejo komponento možne sosedске pomoči ter povezanosti s prijatelji, bližnjimi oz. družino posameznika ter njihove pomoči. Pri brezposelnih je delež oseb, ki svojo socialno povezanost ocenjujejo kot šibko, značilno večji od deleža pri zaposlenih.

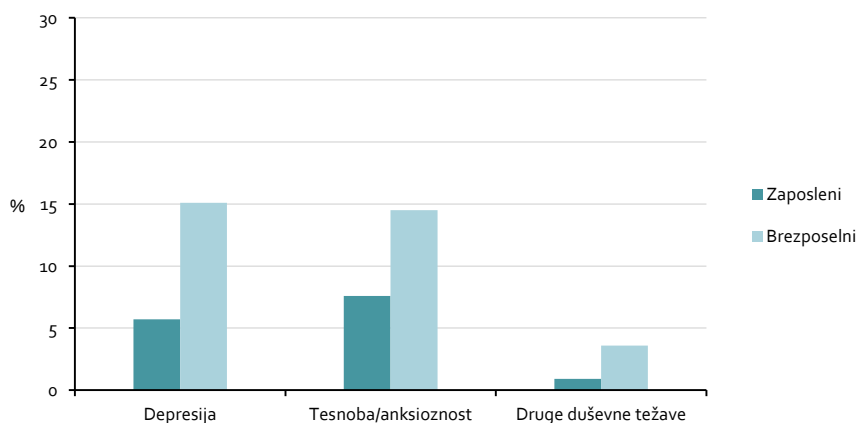
Slika 3.13: Prisotnost dolgotrajnih bolezni ali zdravstvenih težav, oviranost pri vsakodnevni aktivnosti ter socialna povezanost, zaposleni in brezposelni, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Izguba službe in rednih dohodkov se lahko odraža na duševnem zdravju posameznika. Po naših podatkih je med brezposelnimi značilno višja prevalenca duševnih bolezni in motenj (slika 3.14). Značilna razlika v pojavnosti je opazna zlasti pri tesnobi/anksioznosti in depresiji, pa tudi pri t. i. drugih duševnih težavah.

Slika 3.14: Samoporočana bolezenska stanja in motnje, povezane z duševnim zdravjem, zaposleni in brezposelni, Slovenija, 2014



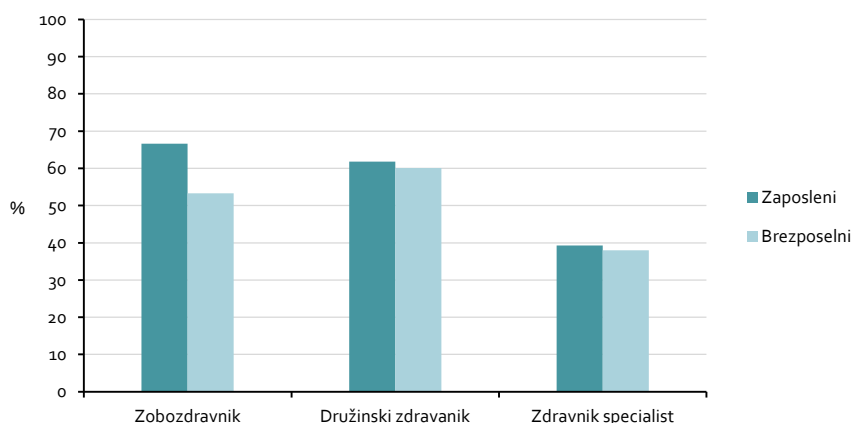
Vir: NIJZ

Storitve sistema zdravstvenega varstva in brezposelni

Dostop do zdravstvenih storitev je ena izmed pomembnih družbenih determinant zdravja. Posamezniki zaradi objektivnih ali subjektivnih potreb iščejo pomoč v zdravstvenih ustanovah. Obiski pri družinskih zdravnikih, zobozdravnikih in zdravnikih specialistih so po eni strani eden izmed vidikov uporabe zdravstvenih storitev, po drugi strani pa odražajo tudi zdravstveno stanje prebivalcev. Kot je razvidno iz slike 15, je med brezposelnimi in zaposlenimi največja razlika na področju zobozdravstva. Delež brezposelnih, ki so v zadnjem letu obiskali zobozdravnika, je 53,3 % in je značilno nižji v primerjavi z zaposlenimi, pri katerih ta delež znaša 66,7 %. Delež obiskov pri družinskem zdravniku se med zaposlenimi in brezposelnimi značilno ne razlikuje, enako velja za obiske pri zdravniku

specialistu. Katerega zdravnika so v zadnjem letu pogosteje obiskali brezposelni in katerega zaposleni? Brezposelni so v zadnjem letu značilno pogosteje obiskali družinskega zdravnika (60,1 %) kot zobozdravnika (53,3 %), medtem, ko razlika v pogostosti obiskov pri zaposlenih (66,6 % pri zobozdravniku in 61,8 % pri družinskem zdravniku) ni bila značilna (slika 3.15).

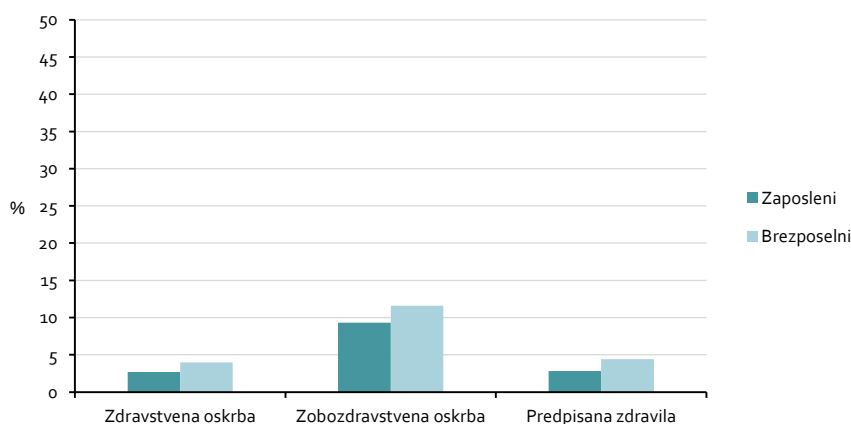
Slika 3.15: Delež oseb, ki so v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat obiskale zobozdravnika, družinskega zdravnika ali zdravnika specialista, zaposleni in brezposelni, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Zaradi zmanjšanja dohodkov lahko brezposelnost vpliva tudi na dostopnost zdravstvenih storitev (slika 3.16). Brezposelni so v primerjavi z zaposlenimi značilno pogosteje navajali, da si zaradi finančnih omejitev zdravstvenih storitev niso mogli privoščiti. Glede na vrsto zdravstvene storitve je ta delež najvišji za zobozdravstvene storitve (11,5 %) in za predpisana zdravila, vendar lahko ugotovimo, da pomembnejše razlike med zaposlenimi in brezposelnimi v finančni dostopnosti storitev niso bile opažene. V primeru ustnega zdravja omejeno finančno dostopnost lahko pojasnimo z dejstvom, da obvezno zdravstveno zavarovanje krije le manjši delež storitev s tega področja.

Slika 3.16: Neizpolnjene zdravstvene potrebe zaradi finančnih omejitev, zaposleni in brezposelni, Slovenija, leto 2014

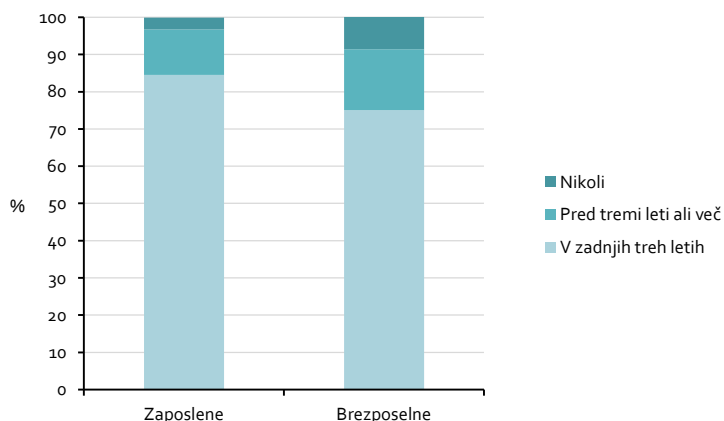


Vir: NIJZ

Uporaba storitev sistema zdravstvenega varstva predstavljajo tudi udeležbe na preventivnih presejalnih programih. V Sloveniji na državni ravni potekata dva presejalna programa: program zgodnjega odkrivanja raka materničnega vratu – ZORA in program zgodnjega odkrivanja raka debelega črevesa in danke – SVIT, delno pa tudi DORA – program zgodnjega odkrivanja raka dojke. Prikazujemo samoporočane podatke udeleženca oz. udeleženke o opravljenem testu, značilnem za presejalni program. To pomeni, da podatek zajame tako tiste, ki so preiskavo opravili v okviru presejalnega programa (večina), kot tudi tiste, ki so preiskavo opravili izven preventivnega presejalnega programa na podlagi napotitve zdravnika. Tudi pri udeležbi v presejalnih programih ZORA in SVIT obstajajo razlike med brezposelnimi in zaposlenimi.

Med ženskami, ki so poročale, da so opravile odvzem brisa materničnega vratu (presejalni test v programu ZORA) v zadnjih 3 letih (presejalno obdobje) je bilo značilno manj brezposelnih v primerjavi z zaposlenimi (84,5 % proti 75,1 %, slika 17) kot prikazuje slika 3.17. Delež pri brezposelnih ženskah je značilni nižji tudi pri podatku o opravljenem brisu v času pred več kot tremi leti. Zaskrbljujoč je podatek, da je pri brezposelnih ženskah delež tistih, ki še nikoli niso opravile brisa materničnega vratu, skoraj za 3-krat večji od deleža pri zaposlenih ženskah. Pri tem je treba upoštevati, da je starostni interval v programu ZORA širok (od 20 do 65 let). Tako lahko, glede na prikazane podatke sklepamo, da so bile brezposelne ženske v manjši meri deležne preiskave, ki omogoča zgodnje odkrivanje potencialno ozdravljivih rakavih in predrakavih sprememb na materničnem vratu.

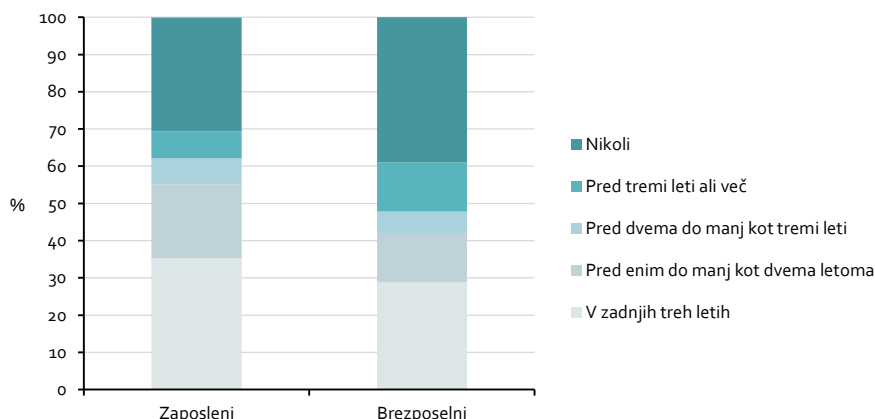
Slika 3.17: Delež žensk, ki so poročale, da jim je bil odvzet bris materničnega vratu, zaposlene in brezposelne, v starosti od 20 do 64 let, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Program zgodnjega odkrivanja raka debelega črevesa in danke SVIT na vsaki dve leti vabi osebe od 50. do 74. leta starosti (do leta 2015 je bila zgornja meja 69 let starosti), da opravijo test na prikrito krvavitev v blatu. Čeprav gre za populacijo, ki je delno že upokojena, pa je dovršen del starostne skupine, ki je vključena v program, še vseeno delovno aktiven. Slika 3.18 prikazuje deleže oseb, ki so poročale o tem, koliko časa je minilo od zadnjega opravljenega testa na prikrito krvavitev. Vse časovne kategorije kažejo značilno nižje deleže brezposelnih pri opravljanju testa na prikrito krvavitev oziroma je značilno več brezposelnih, ki so test opravili že pred dolgo časa ali ga niso opravili še nikoli (nikoli: 39 % brezposelni, 30,6 % zaposleni, pred 3 leti ali prej: 13,2 % zaposleni, 7,2 % brezposelni).

Slika 3.18: Delež oseb, ki so poročale, da so opravile pregled na prikrito krvavitev v blatu, zaposleni in brezposelni, v starosti od 50 do 69 let, Slovenija, 2014



Vir: NIJZ

Zaključek

S predstavljenimi podatki smo želeli prikazati osnovno primerjavo zdravstvenega stanja in uporabe zdravstvenih storitev med brezposelnimi in zaposlenimi osebami v Sloveniji. Izhajali smo predvsem iz podatkov Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu 2014, kar pomeni, da gre za samoporočane podatke in ima zato interpretacija lahko nekatere omejitve. Kljub omejitvam pa ocenjujemo, da so analize dovolj povedne in dobra osnova za nadaljnje raziskave. Rezultati vzbujajo skrb, saj konsistentno, čeprav pričakovano, kažejo na slabše zdravje in slabšo uporabo zdravstvenih storitev brezposelnih v primerjavi z zaposlenimi osebami. Brezposelni so pomembna skupina prebivalcev, ki bo morala biti deležna posebne pozornosti tudi v prihodnje. Kot že rečeno, bodo potrebne bolj poglobljene raziskave in analize, s časovno vrsto in z razlago vzrokov slabšega življenjskega sloga in zdravstvenega stanja te ranljive družbene skupine. Kljub navedenemu pa je treba omeniti, da se je Slovenija, podobno kot so se druge države v EU, odzvala na slabšanje razmer na trgu dela in skokovito rast brezposelnosti ter sprejela sistemske ukrepe. Z izvajanjem ukrepov aktivne politike zaposlovanja in ohranjanja delovnih mest ter povečanjem obsega nadomestil za primer brezposelnosti in drugih socialnih transferjev je dosegla ohranitev relativno dobrega zdravja prebivalcev. Predvideva se lahko, da bi bilo brez teh ukrepov stanje lahko bistveno slabše tudi za skupino brezposelnih oseb. Tudi pri dostopnosti do osnovnih zdravstvenih storitev je v Sloveniji za brezposelne relativno dobro poskrbljeno, saj je zanje plačnik obveznega zdravstvenega zavarovanja zavod za zaposlovanje, če gre za prejemnika nadomestila za brezposelne, oz. občina stalnega bivališča, če brezposelna oseba, ki ne prejema nadomestila, nima drugih dohodkov oziroma ni zavarovana po drugi osebi. Res pa je tudi, da raziskave kažejo, da brezposelni v primerjavi z zaposlenimi pogosteje navajajo, da si zaradi finančnih omejitev zdravstvenih storitev niso mogli privoščiti, kar še posebej velja za zobozdravstvene storitve. V Sloveniji je dostopnost do preventivnih in promocijskih programov univerzalna in s tem dostopna za vse prebivalce. Kljub temu podatki kažejo na nižjo udeležbo brezposelnih oseb v presejalnih programih ZORA in SVIT v primerjavi z zaposlenimi. Prav gotovo je to področje, na katerem vse nas čaka še veliko izzivov.

Viri

Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): A discussion on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2006. Dostopno 19.8.2017 na: http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part2.pdf.

World Health Organisation. Social determinants of health. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.who.int/social_determinants/en/.

Wilkinson R, Marmot M, eds. Social determinants of health: The solid facts, 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization, 2003

Kieselbach T, Dodic-Fikfak M, Fikfak V. Zdravje v času prestrukturiranja (HIRES): priporočila in odzivi posameznih držav ter politike v EU. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinični institut za medicino dela, prometa in športa; 2011.

Thomson S, Figueras J, Evetovits T, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. European Observatory on Health System and Policies. Copenhagen: World Health Organization, 2014

Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, He J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health 2013; 9(13):320.

Urbanos-Garrido, Rosa M, and Beatriz G. Lopez-Valcarcel. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. Eur J Health Econ 2015: 175-184.

Abebe DS, Tøge AG, Dahl E. Individual-level changes in self-rated health before and during the economic crisis in Europe. International Journal for Equity in Health 2016; 15: 1.

Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS 1/2013

Backhans MC, Lundin A, Hemmingsson T. Binge drinking--a predictor for or a consequence of unemployment? Alcohol Clin Exp Res 2012; 36(11): 1983-90.

Kaleta D, Makowiec-Dąbrowska T, Jegier A. Employment Status and Self Rated Health. Int J Occup Med Environ Health 2008; 21(3): 227-36

Tøge AG, Blekesaune M, Unemployment transitions and self-rated health in Europe: A longitudinal analysis of EU-SILC from 2008 to 2011. Soc Sci Med 2015; 143: 171-178.

Urad za Makroekonomske Analize in Razvoj. Ekonomski izzivi 2007. Dostopno 11.9.2017 na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/izzivi/ei_07.pdf



IV.

PRIMERI DOBRIH PRAKS OBVLADOVANJA NEENAKOSTI

Potenciali prehranske in gibalne politike v Sloveniji pri zmanjševanju neenakosti v zdravju pri otrocih in mladostnikih – primer Sheme šolskega sadja in zelenjave

Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Marcel Kralj

Uravnoteženo prehranjevanje in zadostna telesna dejavnost sta v obdobju odraščanja še posebej pomembna varovalna dejavnika zdravja. Omogočata zdravo rast ter telesni in duševni razvoj otrok in mladostnikov, njihovo optimalno zdravje in kakovost življenja. Prav tako preprečujeta nastanek zdravstvenih težav, kot so med drugim prenizka ali prekomerna telesna teža in s tem povezana bolezenska stanja, nezadostno preskrbo z esencialnimi hranilnimi snovmi, kariozno zobovje, slabo telesno držo. Otroci in mladostniki, ki usvojijo zdrav vedenjski slog, imajo več možnosti, da bodo zdravje ohranjali tudi v odrasli aktivni dobi in da se bodo zdravo starali.

Čeprav sta znanje in ozaveščenost o pomenu uravnotežene prehrane in gibanja pri mladih pomembna, pa so njihova vsakodnevna prehranska in gibalna vedenja odvisna predvsem od socialno-ekonomskega položaja družine in izbir v okoljih, v katerih živijo. Debelost otrok je v evropskem prostoru tesno povezana s socialno-ekonomskim položajem njihovih družin. Še več, v državah, kjer je dohodkovna neenakost med ljudmi večja, je večja tudi prekomerna telesna teža otrok. Otroci, ki se rodijo prekomerno težkim materam iz nižjega socialno-ekonomskega sloja, bodo z večjo verjetnostjo imeli slabše prehranske navade in bodo tudi sami z večjo verjetnostjo razvili prekomerno telesno težo. Na podlagi poznavanja tovrstnih medsebojnih povezav in razumevanja, kako priporočila uravnoteženega prehranjevanja najbolj približati mladim, še posebej tistim iz ranljivejših skupin, lahko pripravimo učinkovite ukrepe prehranske in gibalne politike. To se je pokazalo tudi na primeru Sheme šolskega sadja in zelenjave²⁹ (v nadaljevanju Shema), ki jo podrobneje predstavljamo v tem prispevku.

Na podlagi raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju ugotavljamo, da v življenjskem slogu med slovenskimi mladostniki obstajajo razlike glede na spol, starost in izbrane kazalnike socialno-ekonomskega položaja otrok oziroma njihovih družin. Tako imajo na primer starejši mladostniki na splošno slabše prehranske in gibalne navade kot mlajši, dekleta imajo boljše prehranske navade, kar se tiče uživanja sadja in zelenjave ter sladkarij, medtem ko fantje v večji meri redno zajtrkujejo in imajo boljše gibalne navade. O bolj zdravih prehranskih in gibalnih navadah poročajo mladostniki iz družin z višjim socialno-ekonomskim standardom, tisti z višjo subjektivno oceno družinskega blagostanja, tisti, katerih starši so zaposleni, ter tisti z boljšim šolskim uspehom oziroma tisti, ki obiskujejo zahtevnejše šolske programe.

Priporočila za uživanje sadja vsaj enkrat dnevno upoštevata dve četrtini mladostnikov, za uživanje zelenjave vsaj enkrat dnevno jih upošteva četrtina mladostnikov in za vsakodnevno uživanje sadja in zelenjave skupaj le osmina mladostnikov. Kar se Janezek nauči, Janez zna. Tako podobno stanje ugotavljamo pri odraslih prebivalcih Slovenije, saj jih sadje in zelenjavo v priporočeni pogostosti uživa

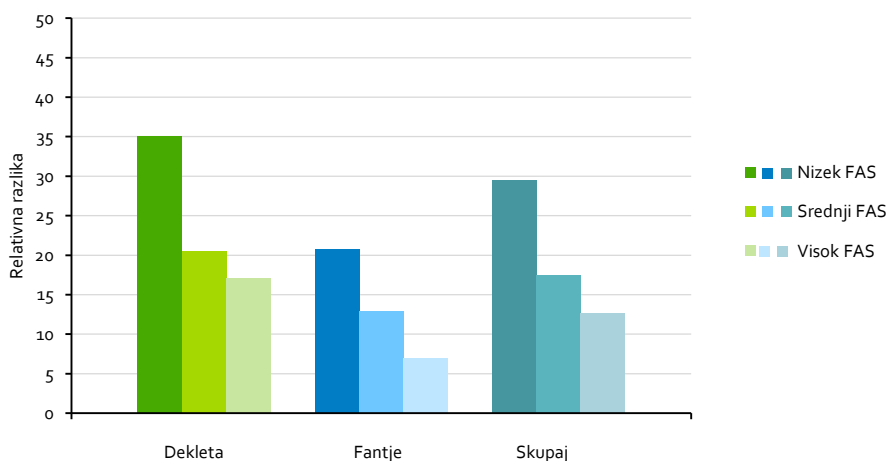
²⁹ Od leta 2009 do leta 2016 se je ukrep imenoval Shema šolskega sadja, v letu 2016, ko se je nekoliko spremenil, pa se je preimenoval v Shemo šolskega sadja in zelenjave (<http://www.shemasolskegasadja.si/>). Prikazani podatki se nanašajo na Shemo šolskega sadja in so bili zbrani pred navedeno spremembo.

manj kot desetina. Zanimivo je, da so osebe, ki manj pogosto uživajo sadje in zelenjavo, pogosteje mnenja, da ju uživajo dovolj, kot tiste, pri katerih je pogostost uživanja praktično v skladu s priporočili. Potrjuje se dejstvo, da se osebe, ki že veliko vedo o zdravem prehranjevanju (med njimi prevladujejo visoko izobraženi in ženske), tudi obnašajo bolj zdravo in so hkrati do svojega obnašanja tudi bolj kritične.

Zakaj sta sadje in zelenjava v prehrani tako pomembna? Predvsem prispevata k večji hranilni in manjši energijski gostoti prehranskega vnosa. Prehrana, bogata s sadjem in zelenjavo, zmanjša možnost obolevanja za kardiovaskularnimi boleznimi, diabetesom, hipertenzijo in nekaterimi vrstami raka ter zmanjšuje možnost pojava debelosti z vsemi njenimi posledicami. Glede pripisljivega bremena bolezni v evropski regiji je nezadostno uživanje sadja in zelenjave po pomenu šesti dejavnik tveganja, pri pripisljivi prezgodnji umrljivosti pa peti. Zaradi številnih dobrobiti uživanja sadja in zelenjave je bila v letu 2009 sprejeta Uredba Evropske unije o izvajanju Sheme šolskega sadja.²⁰ Vrednotenje uveljavljanja te Sheme v Sloveniji je pokazalo, da se je vanjo v vseh letih vključevalo več kot 90 % slovenskih osnovnih šol.

V nadaljevanju prikazujemo vpliv Sheme na znanje o uživanju sadja in zelenjave ter na poročano spremembo pogostosti uživanja pri otrocih in mladostnikih glede na socialno-ekonomski položaj otrokove družine. Za oceno socialno-ekonomskega položaja je v prispevku uporabljena ocena blagostanja, oziroma FAS (Family affluence scale), po metodologiji raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju.

Slika 4.1: Znanje o pomenu uživanja sadja in zelenjave pri otrocih v slovenskih osnovnih šolah, vključenih v Shemo šolskega sadja in zelenjave. Razlike deležev učencev, ki so pred izvedbo ukrepov in po njej pravilno odgovorili na vprašanja o pomenu uživanja sadja in zelenjave ter o drugih prehranskih dejavnikih, povezanih z zdravjem; oktober, november 2015, maj, junij 2016, vključenih 11.509 otrok



Vir: NIJZ

²⁰ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009R0013&from=EN> in <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0248&from=EN>.

Konec leta 2015, z implementacijo v letu 2017, se je regulativa EU nadgradila na podlagi spoznanj o učinkovitosti izvajanja šolskih shem: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0248&from=EN>.

Več o Shemi in njenem vrednotenju lahko najdete na:

http://www.arsktrp.gov.si/24c54c2b1ecaf568/storitve_ukrepi/trzni_ukrepi/solska_prehrana/shema_solskega_sadja_in_zelenjave/ in <http://www.shemasolskegasadja.si/> ter https://ec.europa.eu/agriculture/sfs_en in https://ec.europa.eu/agriculture/school-scheme_en.

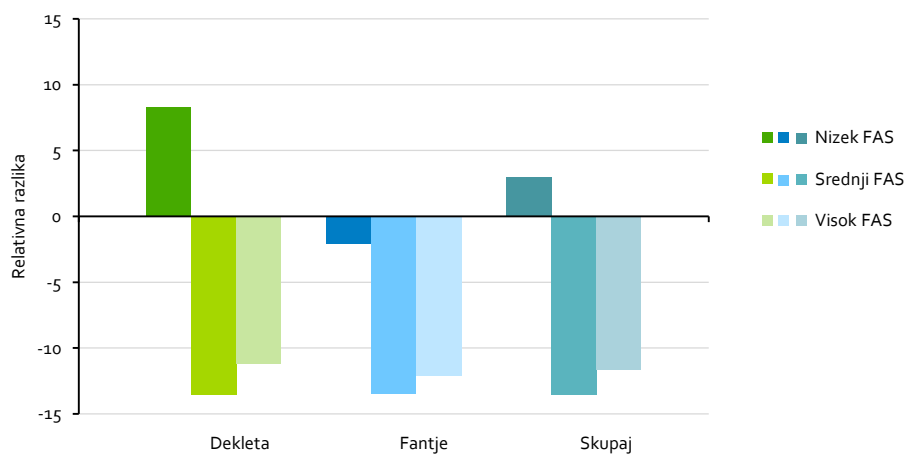
Od začetka do konca šolskega leta 2015/16 se je povečalo znanje o pomenu uživanja sadja in zelenjave ter o drugih prehranskih dejavnikih, povezanih z zdravjem, tako pri fantih (za desetino) kot, še bolj, pri dekletih (za dobro petino). Posebej pomembno je, da so šole s pomočjo Sheme najbolj pomagale povečati razumevanje pomena uživanja sadja in zelenjave otrokom iz socialno-ekonomsko manj ugodnih okolij (povečanje znanja za slabo tretjino), od tega je bilo pri fantih z nižjim socialno-ekonomskim položajem zaznati povečanje znanja za petino in med dekleti za tretjino (slika 4.1).

Čeprav se povečuje znanje o pomenu uživanja sadja in zelenjave, ugotavljamo, da poročana pogostost uživanja sadja in zelenjave v šoli navkljub izvajanju Sheme v zadnjih petih letih pada. Splošni vtis pa naj ne zabriše dejstva, da se kažejo tudi določena izboljšanja pri uživanju sadja in zelenjave, ki jih navajamo v nadaljevanju. Obenem je zelo možna tudi interpretacija, s katero so razložili majhen učinek svojih prehranskih ukrepov pred leti na Škotskem – da je namreč pritisk debelilnega okolja tolikšen, da posamičen ukrep pri izoliranem vrednotenju ne zmore doseči pozitivnih učinkov, pozitivni učinki se lahko pokažejo pri celovitem skupnem vrednotenju vseh ukrepov prehranske politike. Shema šolskega sadja in zelenjave je znotraj celovitih ukrepov lahko prispevala k ublažitvi trenda upadanja uživanja sadja in zelenjave med otroki. Zato je toliko pomembnejše načrtovanje, izvajanje in vrednotenje celovitih prehranskih ukrepov. S tovrstnim pristopom nam je v Sloveniji kot eni redkih držav uspelo zaustaviti in obrniti trend naraščanja otroške debelosti.

Upadanje poročane pogostosti uživanja sadja in zelenjave v šoli v zadnjih petih letih zaznavamo predvsem pri otrocih z nižjim in srednjim socialno-ekonomskim položajem, medtem ko pri otrocih z višjim socialno-ekonomskim položajem tega trenda upadanja ni opaziti. Morda tudi zato, ker v opazovanem obdobju opažamo, da učenci z višjim socialno-ekonomskim položajem statistično značilno že tako manj pogosto uživajo sadje in zelenjavo v šoli kot učenci z nižjim ali srednjim socialno-ekonomskim položajem – to je zaznati v vseh letih vrednotenja Sheme.

Kateri pa so pozitivni učinki Sheme? Zaznati je možno povečanje deleža otrok, ki med tednom uživajo zelenjavo vsaj enkrat dnevno in ki med vikendom jedo zelenjavo vsaj enkrat na dan. Ob tem je pomembna ugotovitev, da so otroci iz družin z nižjim socialno-ekonomskim položajem tisti, ki v šoli najpogosteje uživajo prejeta sadja in zelenjavo v primerjavi z ostalima dvema skupinama. Pri teh učencih uživanje sadja in zelenjave pada nekoliko strmeje kot pri ostalih, vendar se vrzel med socialno-ekonomskimi skupinami učencev ne veča.

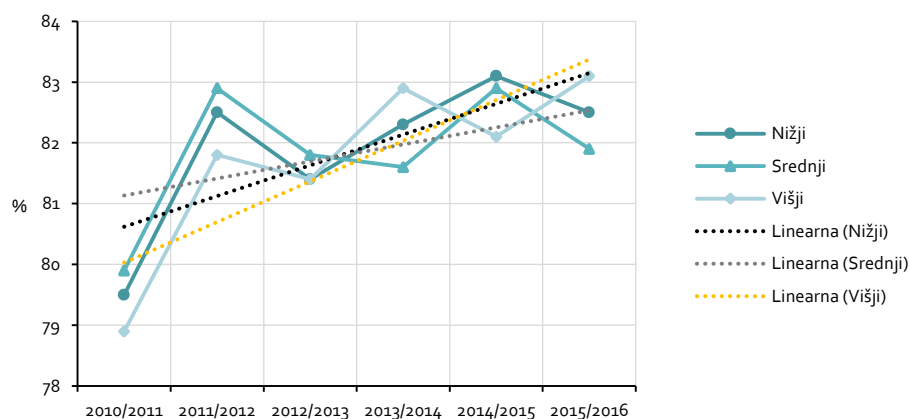
Slika 4.2: Poročana pogostost uživanja sadja in zelenjave pri otrocih v slovenskih osnovnih šolah, vključenih v Shemo šolskega sadja in zelenjave: delež učencev, ki vedno pojedjo sadje/zelenjavo, ki ju dobijo v šoli; analiza sprememb v šolskem letu 2015/16, primerjava ob začetku (oktober, november 2015) in zaključku (maj, junij 2016) šolskega leta



Vir: NIJZ

Po drugi strani pa analiza sprememb v šolskem letu 2015/16 kaže, da je znotraj šolskega leta zaznati statistično značilen upad deleža uživanja sadja in zelenjave v šoli, razen pri učencih z nižjim socialno-ekonomskim položajem (slika 4.2). Ugotovimo lahko, da se je povečalo uživanje sadja in zelenjave v šoli predvsem pri dekletih z nižjim socialno-ekonomskim položajem, pri fantih z enakim položajem pa se je najmanj zmanjšalo med vsemi fanti. Shemi bo treba dodati ukrepe, ki bodo spodbudili uživanje sadja in zelenjave v šoli pri vseh učencih, še posebej pa pri fantih z nižjim socialno-ekonomskim položajem.

Slika 4.3: Delež učencev, ki med vikendom uživajo zelenjavo vsaj enkrat na dan, glede na socialno-ekonomski položaj



Vir: NIJZ

Od uvedbe Sheme opažamo naraščanje uživanja zelenjave med vikendom pri učencih iz vseh treh socialno-ekonomskih skupin (slika 4.3). Pri sadju pa se uživanje rahlo povečuje samo pri skupini z najvišjim socialno-ekonomskim položajem.

Zaključimo lahko, da so številni neugodni vplivi kompleksnega debelilnega okolja (agresivno trženje nezdrave hrane otrokom, velika cenovna dostopnost za zdravje neugodnih živil ...) po moči in vplivu prevladujoči, zato so za izboljšanje prehranskega stanja populacije otrok in mladostnikov potrebni

tudi kompleksni sistemski ukrepi. Shema šolskega sadja in zelenjave, ki gradi na spodbujanju in omogočanju varovalnih vedenj za zdravje, je eden od številnih ukrepov, ki je bil smiselno medsektorsko vključen že v prvi Nacionalni program prehranske politike 2005–2010, nadaljuje pa se tudi v Nacionalnem programu prehrane in telesne dejavnosti 2015–2025. Shema je tudi del odgovora, kako s pestrimi kompleksnimi aktivnostmi in ukrepi, ki v okolju otrokom in mladostnikom ponujajo zdrave prehranske in gibalne izbire kot lažje izbire, prispevati k postopni zaustavitvi in obratu trenda naraščanja debelosti pri otrocih in mladih v naši državi.

Šolsko okolje v sodelovanju z različnimi sektorji, predvsem s kmetijstvom, šolstvom in zdravstvom, opravlja pomembno vlogo pri izboljševanju življenjskega sloga mladih vseh socialno-ekonomskih skupin, s posebnim poudarkom na tistih, ki izhajajo iz socialno-ekonomskega manj ugodnega okolja. Zato je navkljub dejstvu, da se uživanje sadja in zelenjave po uvedbi Sheme zaradi obsežnega vpliva debelilnega okolja v šoli sicer zmanjšuje, možno ugotoviti, da ima Shema pri otrocih iz socialno-ekonomskega manj ugodnega okolja najbolj pozitivne učinke. Prav pri tej skupini otrok se je znanje o pomenu uživanja sadja in zelenjave najbolj povečalo, tako pri dekletih kot pri fantih. Obenem se je med dekleti, ki vedno pojedjo sadje in zelenjavo, ki ju dobijo v šoli, v zadnjem šolskem letu povečal prav delež tistih z nižjim socialno-ekonomskim položajem, fantje z enakim položajem pa so uživanje najmanj zmanjšali. V vseh socialno-ekonomskih skupinah pa je v letih od uvedbe Sheme zaznan trend povečanega uživanja sadja in še posebej zelenjave doma, med vikendom.

S primerom Sheme šolskega sadja in zelenjave smo želeli prikazati, kako pomembno je, da so medsektorske politike in ukrepi usmerjeni predvsem v družbene dejavnike zdravega prehranjevanja, ki dosežejo celo populacijo otrok in mladostnikov, obenem pa so pripravljeni na način, ki zmanjšuje nepravilne razlike v zdravju. Shema ima lahko določene ugodne učinke prav na otroke iz socialno-ekonomskega manj ugodnih razmer.

Viri

Gabrijelčič Blenkuš, M. Dejavniki zdravega prehranjevanja v precepu med individualnim in družbenim: doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2012. Dostopno 7.11.2017 na: http://dk.fdv.uni-lj.si/doktorska_dela/pdfs/dr_gabrijelcic-blenkus-mojca.PDF.

Gabrijelčič Blenkuš M, Starc G, Kotnik P, Gregorič, M, Ivanuša M, Povhe-Jemec K. Evaluating implementation of the resolution on the Slovenian food and nutrition action plan 2005–2010. Upgraded evaluation, 2016. WHO Regional office for Europe, 2016. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/320520/FNAP-Slovenia-upgraded-2016.pdf?ua=1.

Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Drev A, Pucelj V, Zupanič T, Britovšek K. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji – izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbcs_2015_e_verzija30_06_2015.pdf.

Koprivnikar H, Roškar S, Jeriček Klanšček H, Gabrijelčič Blenkuš M, Hočvar T. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, eds. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbcs_2010_o.pdf.

Loring B, Robertson A. Obesity and inequalities. Guidance for addressing inequalities in overweight and obesity. WHO Regional office for Europe, 2014. Dostopno 7.11.2017 na:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf.

Robertson A, Tirado C, Lobstein T, Jermini M, Knai C, Jensen JH, Ferro-Luzzi A, James WPT , eds. Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications, European Series, No. 96. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2004. Dostopno 7.11.2017 na:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74417/E82161.pdf.

World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization, 2008. Dostopno 7.11.2017 na:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1

Vključevanje ranljivih oseb v preventivni program Skupaj za zdravje

Sanja Vrbovšek, Jerneja Farkaš Lainščak

Prizadevanja in aktivnosti za zmanjševanje neenakosti v zdravju se začinjajo pri njenem prepoznavanju – kakšna je, kaj jo povzroča in katere skupine prebivalstva še posebej prizadene. S tem namenom je bila leta 2014 v okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje, sofinanciranega v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma, izvedena obsežna kvalitativna terenska raziskava, s katero smo identificirali ključne skupine ranljivih oseb (migranti, brezdomci, starejši prebivalci, uporabniki nedovoljenih drog, brezposelni, osebe s težavami v duševnem zdravju, Romi, samozaposleni, osebe z negotovimi, prekarnimi zaposlitvami ter osebe z različnimi oblikami oviranosti). Prav tako smo natančneje opredelili ovire, s katerimi se ranljive osebe soočajo pri dostopu do zdravstvenih ustanov (geografska oddaljenost od zdravstvenih zavodov in njihova neprilagojenost za osebe z različnimi oblikami oviranosti, dolge čakalne dobe, previsoka doplačila za zdravstvene storitve in zdravila, težko dostopno ali nedostopno zdravstveno zavarovanje), in ovire znotraj zdravstvenih ustanov (oviran dostop do nujnega zdravljenja, pomanjkanje strokovnega kadra, npr. kliničnih psihologov, neenaka obravnava ranljivih skupin, kulturni in jezikovni nesporazumi). Poseben poudarek je bil na ovirah, s katerimi se ranljive osebe srečujejo pri vključevanju v preventivne programe.

Vloga partnerjev v lokalni skupnosti pri odpravljanju najpogostejših ovir za vključevanje ranljivih oseb v preventivni program Skupaj za zdravje

S ciljem doseganja boljšega zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih smo v sklopu pilotnega testiranja v treh okoljih (Zdravstveni dom Celje, Zdravstveni dom Vrhnika in Zdravstveni dom Sevnica) preverjali nekatere rešitve za večje vključevanje ranljivih oseb v preventivne programe. Zanimalo nas je, ali lahko pri osebah z različnimi ovirami v dostopu do zdravstvene oskrbe (na primer oseba nima urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja, nima izbranega osebnega zdravnika, ne pozna preventivnih programov) s pomočjo tesnejšega sodelovanja in povezovanja partnerjev iz lokalne skupnosti povečamo vključenost v preventivne programe. Pri tem smo upoštevali model skupnostnega pristopa, ki temelji na medsektorskem sodelovanju in opolnomočenju vseh sodelujočih partnerjev za delo z ranljivimi osebami.

Skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju

Skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju se odziva na potrebe lokalnega prebivalstva, omogoča boljši dostop do preventivnih storitev in obravnava, prav tako pa spodbuja razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč ter upošteva formalne in neformalne oblike pomoči. Tak pristop od partnerjev v lokalnem okolju zahteva usklajeno in povezano premoščanje zaznanih ovir ter razvoj ukrepov, ki presegajo klasične institucionalne oblike delovanja. Partnerji si postavijo skupne cilje ter načrtujejo in udeležujejo ukrepe na področju preventive, krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju ter s tem vzpostavljajo pogoje za boljše zdravje lokalnega prebivalstva.

V obdobju testiranja smo v vseh treh pilotnih okoljih vzpostavili t. i. širše lokalne time. Partnerji teh timov so se mesečno srečevali na skupnih sestankih, na katerih so reševali aktualne probleme in pregledali potek dela. Člani tima so v okviru svojega vsakodnevnega dela ranljive osebe dodatno informirali o preventivnih programih ter jih motivirali za vključitev vanje. Aktivnosti informiranja in motiviranja ter podpore ranljivim osebam za vključitev v preventivni program so potekale tudi v okviru t. i. odprtih vrat za zdravje in motivacijskih delavnic na lokacijah partnerjev (na primer na Centru za socialno delo, v območni službi Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, v nevladni organizaciji). Te aktivnosti so izvajale diplomirane medicinske sestre iz centrov za krepitev zdravja in patronažnih služb v sodelovanju s partnerji iz lokalnega okolja na podlagi predhodno ugotovljenih potreb posameznih ranljivih skupin.

Za zmanjševanje neenakosti je bila pomembna novost poskusna uvedba medkulturne mediatorke za prebivalce albanske etnične skupine v Zdravstvenem domu Celje. Podlaga za vpeljevanje medkulturnega mediatorja je bila Deklaracija o pomenu vpeljevanja medkulturne mediacije v zdravstvene ustanove v Sloveniji, ki smo jo pripravili skupaj z različnimi nevladnimi organizacijami.

Opolnomočenje vseh sodelujočih partnerjev za delo z ranljivimi osebami

Za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi in zmanjševanje neenakosti v zdravju je treba vse strokovnjake, ki delujejo po principu skupnostnega pristopa, dodatno opremiti s tistimi znanji in kompetencami, ki so potrebni za razumevanje ranljivih oseb, njihovih ovir v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega ter pomena zmanjševanja neenakosti v zdravju. Prav tako jih je treba spodbujati k stalnemu raziskovanju in usposabljanju na področju kulturnih kompetenc. Na ta način bodo znali uporabnikom iz različnih okolij nuditi ustrezno in nanje osredotočeno oskrbo.

Zato smo pripravili dva učna načrta za dve usposabljanji. Usposabljanje o ovirah ranljivih skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju je namenjeno zdravstvenim delavcem na primarni ravni zdravstvenega varstva in partnerjem skupnostnega pristopa, usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev pa je namenjeno specifično zdravstvenim delavcem na primarni ravni zdravstvenega varstva.

V okviru projekta je torej nastalo različno gradivo (fotografija 1): plakat in priročnika ter publikacija Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov, v kateri so opisana orodja, s katerimi zdravstveni delavci lahko svoja prizadevanja na področju zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin ocenjujejo in z njimi prepoznavajo področja za možne izboljšave.



Fotografija 1: Gradivo, izdano v okviru projekta Skupaj za zdravje

Kako uspešni smo bili pri vključevanju ranljivih oseb v preventivni program Skupaj za zdravje

V osemmesečnem obdobju pilotnega testiranja je bilo v treh pilotnih okoljih skupno obravnavanih 850 ranljivih oseb. Polovica so bile ženske, moških je bilo 25,9 %, za slabo četrtino (24,1 %) pa nimamo podatka o spolu. Povprečna starost je bila 52 let, najmlajša oseba je bila stara 21 let, najstarejša pa 92 let.

Najpogosteje zaznane vrste ranljivosti so bile brezposelnost (62,6 %), socialno-ekonomska ogroženost (26,4 %) in težave v duševnem zdravju (19,7 %). Od 850 obravnavanih ranljivih oseb jih 25 (2,9 %) ni imelo urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja, 26 (3,1 %) pa jih ni imelo izbranega osebnega zdravnika. Ranljive osebe so kot najpogostejše ovire v dostopu do preventivnih programov navajale neinformiranost (67 %), zdravstvene težave (35,8 %) in nemotiviranost (30,3 %). Navedene ovire so se kot najpogostejše pojavljale v vseh treh pilotnih okoljih.

Največ podpore in pripravljenosti za sodelovanje so nudile območne službe Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje/uradov za delo, saj je centralna služba Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje izkazala krovno podporo skupnostnemu pristopu. Tovrstno podporo znotraj posamezne institucije bi morali nujno nuditi tudi drugi partnerji, saj bi na ta način omogočili učinkovitejše udejanjanje skupnostnega pristopa, neodvisno od odločitev posamezne institucije v lokalnem okolju. Tako so v času pilotnega testiranja največje število ranljivih oseb kot prvi obravnavali v območnih službah Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje (317 oseb; 37,3 %), sledile so nevladne organizacije (226 oseb; 26,6 %), patronažna služba (99 oseb; 11,6 %) in center za krepitev zdravja (90 oseb; 10,6 %).

V največ primerih je bil obravnavanim ranljivim osebam nuden motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program (740 oseb; 81,8 %), nato usmeritev na motivacijsko delavnico, ki so jo na lokacijah partnerjev izvajali strokovnjaki iz centra za krepitev zdravja (415 oseb; 45,3 %), ter usmeritev v Odprta vrata za zdravje (gre za kratke dogodke, ki jih pripravijo Centri za krepitev zdravja v različnih organizacijah v lokalnem okolju) (372 oseb; 40,6 %). V centre za krepitev zdravja, v Odprta vrata za zdravje ali tudi v zdravstveni dom zaradi drugih zdravstvenih težav je bilo napotenih 47,5 % obravnavanih ranljivih oseb. V času pilotnega testiranja je bilo v treh pilotnih okoljih izvedenih 46 Odprtih vrat za zdravje. Komunikacija med nezdravstvenimi partnerji in zdravstvenim domom (centrom za krepitev zdravja, patronažno službo) je potekala zelo dobro, prav tako medsebojno informiranje glede organizacije Odprtih vrat za zdravje.

Zaključki in izzivi za naprej

Pri različnih ranljivih skupinah prebivalcev Slovenije obstajajo ovire tako v dostopu do sistema zdravstvenega varstva kot tudi znotraj zdravstvenih ustanov. Ključne ovire za vključevanje ranljivih oseb v preventivne programe znotraj sistema zdravstvenega varstva izhajajo predvsem iz pomanjkanja znanja, veščin in kompetenc zdravstvenih delavcev na področju obravnave ranljivih skupin. Za odstranjevanje tovrstnih ovir je treba vzpostaviti in kontinuirano izvajati usposabljanje zdravstvenih delavcev in strokovnjakov drugih ustanov za delo z ranljivimi skupinami in za krepitev njihovih kulturnih kompetenc. Tudi na sistemski ravni je treba vzpostaviti status medkulturnih mediatorjev in tolmačev za enakovredno, kakovostno in strokovno zdravstveno oskrbo ranljivih oseb.

Pri obravnavanih ranljivih osebah so bile brezposelnost, socialno-ekonomska ogroženost in težave v duševnem zdravju najpogosteje zaznane vrste ranljivosti. Kot najpogostejše ovire v dostopu do preventivnih programov so ranljive osebe navajale neinformiranost, zdravstvene težave in nemotiviranost. Z namenom premostitve najpogostejših ovir v dostopu ranljivih oseb do preventivnih programov in zmanjševanja neenakosti v zdravju smo v lokalnih okoljih vzpostavili sodelovanje in povezovanje različnih partnerjev po modelu skupnostnega pristopa.

V pilotnem testiranju v okviru projekta Skupaj za zdravje so nezdravstveni partnerji pri ranljivih osebah še posebej zaznali zadovoljstvo z odprtimi vrati za zdravje ter zanimanje za informativno gradivo o preventivnih programih. Prav tako je bila pri nezdravstvenih partnerjih dobrodošla seznanitev njihovih zaposlenih s preventivnimi programi, saj o njih prej niso imeli ustreznih informacij. Vsi nezdravstveni partnerji v lokalnih okoljih so pozitivno ocenili vse informativno gradivo – kataloge informacij, plakat Odprta vrata za zdravje, zloženko o nemedikamentoznih obravnavah v centru za krepitev zdravja in knjižico o nemedikamentoznih obravnavah v centru za krepitev zdravja.

Za učinkovito izvajanje skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti ter za vključevanje ranljivih oseb v preventivne programe in njihovo obravnavo v teh programih je treba v zdravstvenih domovih vzpostaviti in okrepi centre za krepitev zdravja, ki so pomemben povezovalni in izvajalski partner na področju krepitev zdravja, preventive in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti in znotraj zdravstvenega doma.

Viri

Lipovec Čebtron U, Keršič Svetel M, Pistotnik S, Fistrič Š, Jelenc A. Zdravstveno marginalizirane skupine: prepreke ovire nepremostljivi zidovi do zdravja. In: Farkaš Lainščak J, Buzeti T, Maučec-Zakotnik J, eds. Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč delovnih skupin. Delovno gradivo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015: 24–60.

Farkaš Lainščak J, eds. Izhodišča za izvajanje integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanje neenakosti v zdravju pri odraslih prebivalcih Slovenije. Pregled stanja in predlogi ukrepov. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015.

Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S, eds. Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015.

Vrbovšek S, Farkaš Lainščak J, Iršič M. Center za krepitev zdravja – skupnostni pristop za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnem okolju. In: Govc Eržen J, eds. Aktualno v družinski medicini: zbornik predavanj. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine 2015: 52–56.

Farkaš Lainščak J, Huber I, Mlakar K, eds. Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih. Katalog informacij Celje: za izvajalce pilotnega testiranja integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015.

Huber I, Kuhar D, Kobal Tomšič V, eds. Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih. Katalog informacij Sevnica: za izvajalce pilotnega testiranja integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015.

Huber I, Letnar Žbogar N, Peternel L, eds. Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih. Katalog informacij Vrhnika: za izvajalce pilotnega testiranja integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015.

Lipovec Čebtron U, Pistotnik S, Jazbinšek S, Farkaš Lainščak J. Evaluation of the implementation of intercultural mediation in preventive health-care programmes in Slovenia. *Public Health Panorama* 2017; 3: 114–119.

Farkaš Lainščak J, Lipovec Čebtron U, eds. Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2016.

Lipovec Čebtron U, eds. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2016.

Huber I, Farkaš Lainščak J. Skupaj za zdravje. Poročilo o spremljanju pilotnega izvajanja ranljivi. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2016.

Zmanjševanje neenakosti v zdravju v Programu Svit

Tatjana Kofol Bric, Dominika Novak Mlakar

Presejanje učinkovito zmanjšuje breme raka debelega črevesa in danke v Sloveniji

Program Svit temelji na organiziranem populacijskem presejanju, zgodnjem odkrivanju ter obravnavi predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki z uporabo presejalnega testa na prikrito krvavitev v blatu in presejalne kolonoskopije za vse pozitivne. Slovenija sodi po bremenu raka debelega črevesa in danke skupaj s centralnoevropskimi državami med države z največjo incidenco in umrljivostjo. Med raki v Sloveniji je po incidenci rak debelega črevesa in danke na drugem mestu za kožnim rakom in po umrljivosti prav tako na drugem mestu za pljučnim rakom. Moški so z rakom bolj obremenjeni, hkrati pa se slabše udeležujejo presejanja.

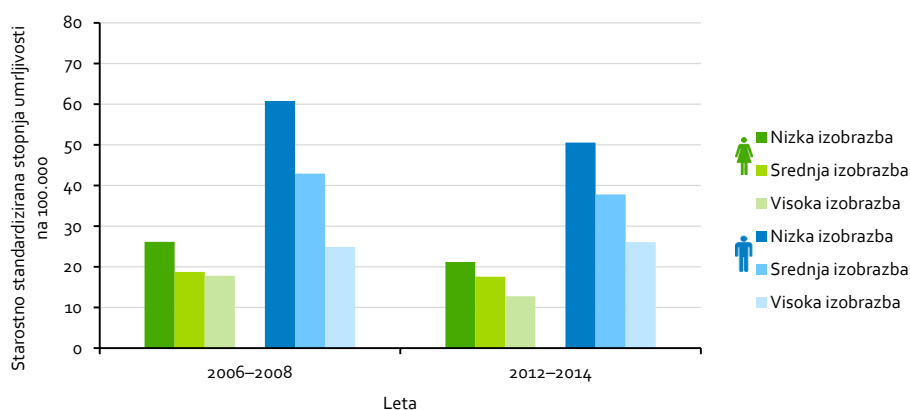
Presejanje raka na debelem črevesu in danki v največji meri izpolnjuje merila upravičenosti in učinkovitosti med priporočenimi presejanji za raka. Med kriteriji je po reviziji Svetovne zdravstvene organizacije v letu 2008 tudi zaveza, da mora presejanje delovati v smeri povečanja enakosti v zdravju in dostopa do presejanja za celotno ciljno populacijo.

Po uvedbi Programa Svit se je v Sloveniji po letu 2010 obrnil dolgoletni trend naraščanja novih primerov raka. Število novih primerov raka debelega črevesa in danke v Sloveniji izrazito pada tako pri moških kot pri ženskah. Zmanjšuje se tudi stopnja umrljivosti do starosti 75 let.

Nižji socialno-ekonomski položaj prinaša večje tveganje za nastanek raka debelega črevesa in danke

Večje tveganje za obolevnost in umrljivost zaradi raka debelega črevesa in danke pri osebah z nižjim socialno-ekonomskim položajem potrjujejo tudi podatki o umrljivosti po izobrazbi v Sloveniji (slika 4.4). V obdobju pred uvedbo presejalnega programa so imeli moški z nizko izobrazbo v starosti do 75 let dvakrat večje tveganje (RR – razmerje stopenj = 1,94 p = 0,006) za smrt zaradi raka debelega črevesa kot moški z višjo izobrazbo. Pri ženskah je razlika v umrljivosti po izobrazbi manjša kot pri moških. Zaradi kratkega obdobja delovanja programa presejanja ni možno pričakovati, da bi se pomembno spremenila neenakost v umrljivosti po izobrazbi. Kljub temu smo med opazovanima obdobjema zaznali zmanjšanje neenakosti, ki je v večini posledica nižje umrljivosti manj izobraženih moških in ni statistično značilna.

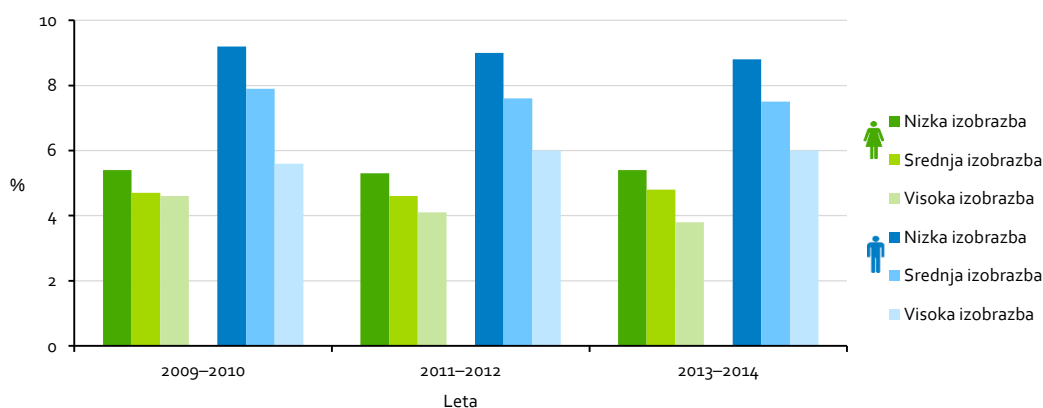
Slika 4.4: Umrljivost zaradi raka debelega črevesja in danke po izobrazbi v starosti od 25 do 74 let v Sloveniji



Vir: NIJZ, SURS

V prvih treh presejalnih krogih Programa Svit smo na presejalni test vabili populacijo, staro od 50 do 69 let. Rezultati presejalnega testa v Programu Svit kažejo večji delež pozitivnih testov na kri v blatu pri nizko izobraženih moških in ženskah, kar kaže na večje tveganje za obolenje za rakom debelega črevesa in danke v nižjih socialno-ekonomskih skupinah (slika 4.5).

Slika 4.5: Delež oseb s pozitivnim testom na kri v blatu med testiranimi v Programu Svit (starost 50–69 let) po izobrazbi



Vir: NIJZ, SURS

Nevarnost povečevanja neenakosti v zdravju z oportunističnim in organiziranim presejanjem

Iz številnih raziskav je znano, da se osebe iz socialno-ekonomsko najšibkejših in ranljivih skupin, ki imajo zaradi spleta dejavnikov vedenjskega sloga in kasnejše uporabe zdravstvenih storitev večje tveganje za nastanek raka, hkrati slabše udeležujejo presejalnih programov. Prav v slabši odzivnosti na presejalni program tiči velika nevarnost, da bo presejalni program neenakosti na ravni populacije še povečal. Ta nevarnost je še večja pri oportunističnih programih, za katere je značilno, da plačnik storitev določeni populaciji nudi možnost za presejalni test. Upravičenci se za presejalni test odločijo na podlagi informacij, ki jih pridobijo sami. Pri odločanju imajo prednost tisti, ki so bolj izobraženi in zdravstveno pismeni. Odsotnost aktivnega in organiziranega vabljenja posameznikov skupaj z

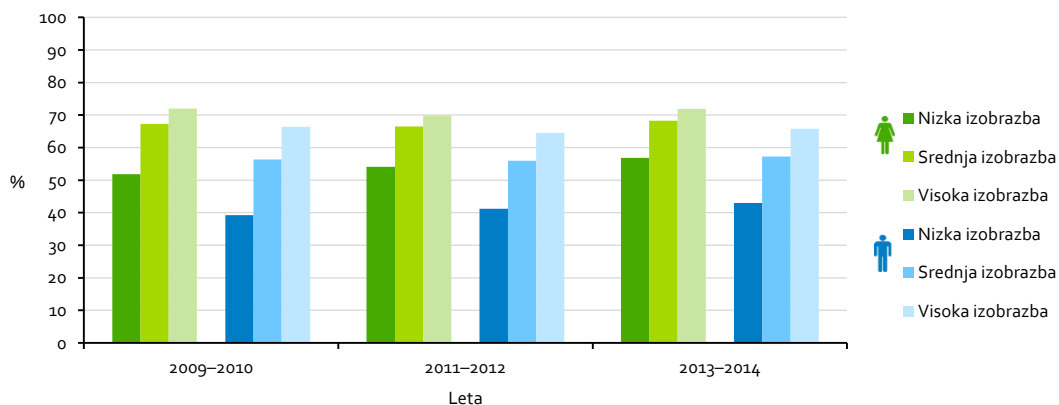
drugimi ovirami nedvomno povečuje socialno-ekonomsko neenakost v odzivnosti na ponujeni presejalni test in posledično povečuje neenakost v zdravju.

Dokazana neenakost v odzivnosti po socialno-ekonomskem položaju

Učinki presejanja na zmanjšanje incidence in umrljivosti so pogojeni z velikim, zaželeno vsaj 70-odstotnim odzivom povabljene populacije. V Angliji, kjer v presejanje aktivno vabijo od leta 2006, ugotavljajo, da se populacija v socialno najšibkejših okoljih odziva v 35 %, kar je veliko slabše v primerjavi z bogatejšimi okolji, kjer je odziv 61-odstoten. Velike razlike opisujejo tudi v ZDA, kjer imajo izkušnje z več desetletji oportunističnega presejanja. Nujno je treba spremljati socialno-ekonomske neenakosti v presejalnih programih in iskati rešitve za njihovo zmanjšanje, zato se strokovnjaki že organizirano povezujejo pri zbiranju dokazov in iskanju ukrepov za zmanjševanje teh neenakosti.

Tudi podatki Programa Svit kažejo, da se osebe z različno doseženo stopnjo izobrazbe različno odzivajo na vabilo na presejalni test.

Slika 4.6: Delež odzivnosti v Program Svit (starost 50–69 let) po izobrazbi



Vir: NIJZ, SURS

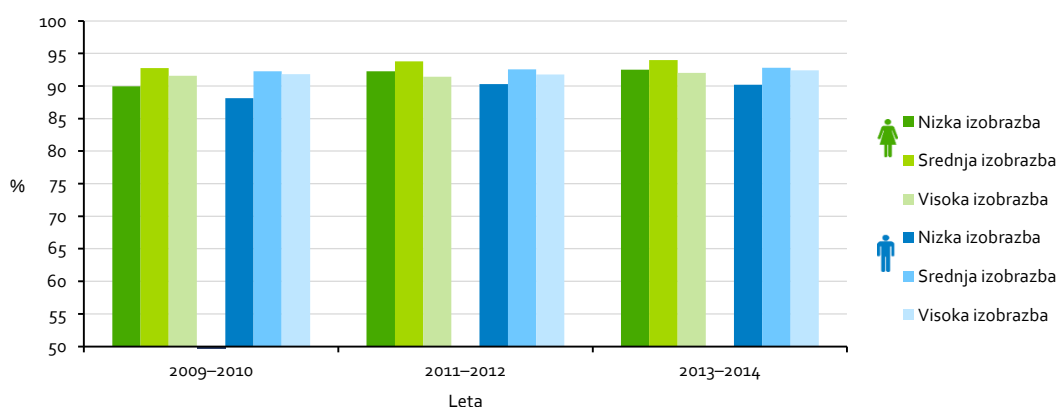
Razlike v odzivnosti po izobrazbenih skupinah moških in žensk v prvem presejalnem krogu so bile zelo velike, in sicer v razponu od 39,2 % pri nizko izobraženih moških do 72 % pri visoko izobraženih ženskah (slika 4.6). Moški z višjo izobrazbo so se 1,7-krat bolje odzvali od tistih z nižjo izobrazbo, ženske pa 1,5-krat bolje. Ženske se na vabilo v program bolje odzivajo in tudi neenakost po izobrazbi je med ženskami manjša kot pri moških. V obeh naslednjih presejalnih krogih se je neenakost v odzivnosti po izobrazbi zmanjševala pri obeh spolih. Razlike v odzivnosti so še vedno velike, čeprav smo jih v treh presejalnih krogih pomembno zmanjšali. V tretjem presejalnem krogu se je neenakost v odzivnosti po izobrazbi v primerjavi s prvim presejalnim krogom zmanjšala za 20 %. K temu je največ prispevala za 9 % boljša odzivnost nizko izobraženih. Nizko izobraženi so se v tretji krog odzvali v 51 %, visoko izobraženi pa v 69 % (slika 4.6).

Pri srednje in visoko izobraženih se je odzivnost manj spreminjala, v drugem presejalnem krogu se je celo nekoliko zmanjšala. Po terenski anketi med neodzivniki, ki jo je izvedel Inštitut za multikulturne raziskave, smo med možnimi vzroki za zmanjšanje odziva med srednje in visoko izobraženimi

identificirali premalo jasno sporočilo, da se je treba testirati vsaki 2 leti in da en negativen test na kri v blatu ne izključuje razvoja sprememb v črevesju v daljšem obdobju.

Zelo pozitivno je sporočilo o neenakosti v odzivnosti na kolonoskopijo pri osebah, ki kolonoskopijo potrebujejo, ker je njihov test na kri v blatu pozitiven. Manjši delež izvedenih kolonoskopij pri nizko izobraženih se je v prvem presejalnem krogu značilno razlikoval od deleža pri visoko izobraženih. V naslednjih dveh presejalnih krogih se je približal odzivu bolj izobraženih in razlika ni več statistično značilna. Odziv na kolonoskopijo v vseh izobrazbenih skupinah pri moških in ženskah presega 90 % (slika 4.7). To kaže na veliko zaupanje v zdravstveni sistem in veliko vlogo osebnih zdravnikov, ki znajo svoje paciente kljub različnim strahovom in različni opremljenosti z drugimi informacijami prepričati o nujnosti kolonoskopije za razjasnitev vzroka za pojav krvi v blatu.

Slika 4.7: Delež izvedenih kolonoskopij po pozitivnem testu na kri v blatu v Programu Svit (50–69 let) po izobrazbi



Vir: NIJZ, SURS

Na dokazih utemeljene aktivnosti za zmanjšanje neenakosti v presejanju

V Angliji ima organizirano presejanje za raka debelega črevesa in danke najdaljšo tradicijo ter veliko dokumentiranih raziskav in praks. Raziskovalne skupine proučujejo socialno-ekonomske neenakosti pri vključevanju v program, iščejo vzroke zanje in v pilotnih raziskavah testirajo možne ukrepe za boljše doseganje socialno-ekonomske šibkejših okolij. Testirali so štiri različne spremembe v pisno poslanih vabilih. Pozitivni učinek na zmanjšanje neenakosti v odzivnosti so ugotovili pri spremenjenem vabilu za ponovno vabljenje, ki je vizualno izpostavljalo ponovno vabljenje in v katerega so dodali nekaj specifičnih informacij, po katerih so spraševali uporabniki v klicnem centru. Omemba podpore osebnega zdravnika je povečala celotno odzivnost, ni pa zmanjšala neenakosti v odzivnosti. Dodatni letak s ključnimi povzetki in dodatni letak z zgodbami posameznikov nista vplivala na odzivnost.

Na podlagi raziskave so ugotovili, da bi zamenjava starega, za uporabnika bolj zapletenega testa na kri v blatu z novejšim, bolj enostavnim testom, ki ga že uporabljamo v Sloveniji, izboljšala celotno presejanost za 7 % in presejanost v okoljih z najnižjim indeksom socialne deprivacije za 11 % ter zmanjšala neenakost. V primerjavi z odzivom na že vrsto let uporabljeni test je bil odziv na novi test izrazito izboljšán pri moških in pri tistih, ki se na dosedanja vabila niso odzivali. To kaže, kako pomembno je poiskati za ciljno populacijo sprejemljive in čim bolj enostavne načine presejalnega

testiranja, da ne postavljamo dodatnih ovir za udeležbo zdravstveno slabše pismenih. Ugotovitve kažejo, da bolj izobražene osebe lažje pristanejo na bolj invaziven test, če od njega lahko pričakujejo bolj zanesljiv rezultat.

Celovito komuniciranje v Programu Svit z upoštevanjem različnih potreb populacijskih skupin

Programi morajo načrtovati in izvajati usmerjene ukrepe za doseganje skupin, ki se slabše odzivajo. Razviti je treba takšne komunikacijske strategije s pristopi, ki so za ljudi razumljivi, sprejemljivi in jih primerno nagovarjajo, da se vključijo v preventivno aktivnost.

Promocija Programa Svit je bila že v začetni fazi strokovno zasnovana na sodobnih teorijah komuniciranja z javnostmi. Strategija je do izvedbenih podrobnosti načrtovala komunikacijo z vsemi javnostmi, s poudarkom na splošni ciljni populaciji in tudi posebej ciljano na težje dosegljive skupine. V program so bile kot sestavni del izvajanja komunikacijskih aktivnosti vključene metode, ki so bile namensko načrtovane s ciljem doseganja manj izobraženih, slušno in govorno oviranih ter skupin z drugih jezikovnih območij.

Izjemno vlogo pri izboljšanju dostopnosti do presejanja ima klicni center Programa Svit, ki aktivno usmerja paciente ter s pojasnili, nasveti in motivacijo odpravlja številne komunikacijske in informacijske ovire, pa tudi ovire, ki nastajajo v zdravstvenem sistemu ali izhajajo iz strahu, nezaupanja in čustvenega odziva na postopke in ugotovitve.

Na slabšo odzivnost moške populacije se je program odzval s povezovanjem z nevladnimi organizacijami, na primer z gasilsko in lovsko zvezo, v katerih se izven mestnih središč pogosto družijo moška populacija. Med potekom programa se večkrat ocenjuje ustreznost gradiv in metod za doseganje udeležbe v programu ter izvajajo prilagoditve in poenostavitve. Na podlagi sprotne spremljanja kazalnikov Programa Svit so bile aktivnosti že usmerjene v območja s slabšo odzivnostjo. Te aktivnosti koordinirajo in izvajajo območne enote NIJZ z lokalnimi deležniki in ambasadorji Programa Svit, ki dobro prepoznavajo lokalne potrebe in učinkovite načine promocije.

Prepoznan pomemben vpliv zdravstvenih delavcev na primarni ravni zdravstvenega varstva na posameznike in javno mnenje ima še velik potencial za doseganje boljše odzivnosti v presejanju.

Programu Svit je uspelo zmanjšati izobrazbeno neenakost v presejanju

Premišljeni kanali komuniciranja in preprostejša sporočila so zmanjšali izobrazbeno neenakost v odzivnosti v Program Svit. Vrzel med nizko in visoko izobraženimi je še vedno zelo velika. Naloga presejalnega programa je, da te vrzeli ne pogloblja in da aktivno ukrepa za zmanjšanje neenakosti. Vodilo organiziranega presejanja mora biti, da se na vsaki točki postopka presejanja presoja, kako bi bilo mogoče čim bolj zmanjšati neenakost v odzivnosti po socialno-ekonomskem položaju. Neenakosti se iz različnih elementov gradijo vse življenje in se v povezavi s Programom Svit kažejo kot pogostejše obolenje in umiranje zaradi raka debelega črevesa in danke med socialno šibkejšimi.

Viri

Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO Public Health Papers, 1968. Dostopno 7.11.2017 na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37650/17/WHO_PHP_34.pdf.

Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Geneva: WHO, 2008. Dostopno 7.11.2017 na: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112/en/index.html>.

Novak Mlakar D, Kofol Bric T, Maučec Zakotnik J, Tepeš B, Stefanovič M, Štabuc B, Bračko M, Frkovič Grazio S. Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka debelega črevesa in danke – program SVIT. *Gastroenterolog* 2016; 20(2): 24–31.

Wagner C, Baio G, Raine R, et al. Inequalities in participation in an organized national colorectal cancer screening programme: results from the first 2,6 million invitations in England. *Int J Epidemiol* 2011; 40: 712–718.

de Klerk C, Gupta S, Dekker E, Essink-Bot M L, On behalf of the Expert Working Group Coalition to reduce inequalities in colorectal cancer screening of the World Endoscopy Organization. Socioeconomic and ethnic inequities within organised colorectal cancer screening programmes worldwide. *GUT*; january 2017. Dostopno 7.11.2017 na: <http://gut.bmj.com/content/early/2017/01/23/gutjnl-2016-313311>.

Wardle J, Wagner C, Kralj-Hans I, Halloran SP, Smith SG, McGregor L, et al. Effects of evidence-based strategies to reduce the socioeconomic gradient of uptake in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme (ASCEND): four cluster-randomised controlled trials. *Lancet* 2016; 387: 751–759.

Moss S, Mathews C, Day TJ, Smith S, Seaman H, Snowbal, J, Halloran SP. Increased uptake and improved outcomes of bowel cancer screening with a faecal immunochemical test: results from a pilot study within the national screening programme in England. *GUT*; june 2016; Dostopno 7.11.2017 na: <http://gut.bmj.com/content/early/2016/06/07/gutjnl-2015-310691.abstract>.

Keršič Svetel, M. Strategija komuniciranja z javnostmi v Programu Svit, državnem programu presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb ter raka na debelem črevesu in danki: 2008–2010. Ljubljana: IVZ RS, 2012.

Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer* 2011; 117(15 Suppl): 3539–3542. Dostopno 7.11.2017 na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557777/>.



V.

FINANČNA DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVA

Finančna dostopnost do zdravstva v Sloveniji in njen vpliv na neenakosti v zdravju

Eva Helena Zver (UMAR), Andrej Srakar (IER)

Med dejavniki, ki vplivajo na neenakosti v zdravju, sta tudi delovanje in financiranje zdravstvenega sistema. Zagotavljanje enakosti v dostopu do zdravstvenih storitev vsem prebivalcem je zato eden od ključnih ciljev zdravstvene politike. V razvitih državah, kjer je javni zdravstveni sistem dostopen vsej populaciji, so neposredni izdatki za zdravje (izdatki iz žepa) ²¹ običajno med glavnimi razlogi za slabšo dostopnost do zdravstvenih storitev in zdravil, zlasti pri prebivalstvu z nižjimi dohodki. Neposredni izdatki za zdravje so nepredvidljivi in lahko neomejeno visoki, poleg tega pa daleč najbolj obremenijo kronično bolne in starejše prebivalce. Za zmanjševanje neenakosti v zdravju je zato ena od ključnih usmeritev zdravstvene politike, da doplačila za zdravstvene storitve in druga neposredna plačila ne smejo predstavljati finančne ovire v dostopu do zdravstvenih storitev in zdravil. V prispevku nas zanima, kolikšni so neposredni izdatki iz žepa v Sloveniji, kako se gibljejo in kakšen je njihov vpliv na neenakost v zdravju.

Neposredni izdatki za zdravje so nepredvidljivi in lahko neomejeno visoki, poleg tega pa vedno obremenijo samo bolne, najpogosteje starejše prebivalce. V Sloveniji so neposredni izdatki še vedno relativno nizki, v letu 2016 so znašali 12,6 % vseh izdatkov za zdravstvo.

Finančna dostopnost do zdravstva v Sloveniji v primerjavi z državami EU

V Sloveniji so zasebni izdatki za zdravstvo višji od povprečja v EU (SI: 27,8 %; EU: 26,7 %), vendar se več kot polovica zasebnih izdatkov pokriva iz sistema dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, neposredni izdatki za zdravje so zato v mednarodni primerjavi relativno nizki. Leta 2016 so znašali 12,6 % vseh izdatkov za zdravstvo (EU: 21,8 %) oziroma leta 2014 na prebivalca v Sloveniji 248 EUR SKM ter v EU 437 EUR SKM²² (Eurostat, 2017; UMAR, 2017).²³

²¹ Angl. Out-of-pocket health expenditure: Primarni namen neposrednega plačila bodisi v denarju ali blagu za zdravstvene storitve ali dobrine je prispevek k obnovitvi ali vzdrževanju zdravja posameznika ali skupine (System of Health Account, 2011).

²² Za EU je izračun navadno aritmetično povprečje. Izraženo je v standardih kupne moči (SKM).

²³ Prikazan je mednarodno primerljiv podatek po sistemu zdravstvenih računov. Po podatkih ankete o porabi v gospodinjstvih, ki je eden glavnih virov podatkov v sistemu zdravstvenih računov, so v letu 2015 znašali neposredni izdatki v Sloveniji v povprečju 176,50 EUR na posameznika; po podatkih ankete Share, ki zajame le populacijo nad 50 let, pa v povprečju 158,90 EUR (Hren et al., 2015).

Z vidika finančne dostopnosti (angl. affordability) zdravstvenega sistema oziroma finančne zaščite prebivalstva (angl. financial protection) moramo razlikovati med zasebnimi izdatki za zavarovalne premije in neposrednimi izdatki.²⁴ Razlika je v tem, da premijo plačamo kot fiksen, vnaprej predviden, omejen, mesečni ali letni znesek in se s tem zavarujemo za določeno košarico doplačil in storitev. Če premijo plačamo, se torej izognemo tveganju za neposredno doplačilo, ki ga ne moremo vnaprej predvideti in bi bilo lahko veliko finančno breme ter bi vodilo do odlaganja zdravljenja. Neposredni izdatki vedno obremenijo samo bolne, najpogosteje starejše prebivalce, po drugi strani pa izdatki za

zavarovalne premije obremenijo tudi mlajšo in zdravo populacijo, ki po načelu vzajemnosti prispeva za pokrivanje izdatkov za bolno in starejšo populacijo.²⁵ V zadnjem desetletju se zato kot ključni kazalnik finančne dostopnosti do zdravstva ne uporabljajo več celotni zasebni izdatki za zdravstvo, ampak so kot problematični prepoznani predvsem neposredni izdatki. Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije so neposredni izdatki iz žepa sprejemljivi in ne ogrožajo finančne dostopnosti sistema, dokler ne dosežajo deleža okoli 15 % izdatkov za zdravje.

Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije so neposredni izdatki sprejemljivi in ne ogrožajo finančne dostopnosti sistema dokler ne dosežajo deleža okoli 15 % izdatkov za zdravje.

Razlog za nizka neposredna plačila je v Sloveniji po eni strani zelo široka košarica pravic, ki se pokriva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ), in po drugi strani pokrivanje doplačil iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DPP). Najpogostejša oblika neposrednih plačil gospodinjestev so v Sloveniji plačila tistim izvajalcem zdravstvenih storitev na primarni ali sekundarni ravni, ki nimajo koncesije za delovanje v javni zdravstveni mreži. Večina »čistih« zasebnikov je zobozdravnikov ali specialistov. Analiza strukture neposrednih izdatkov pa nam pokaže tudi pomemben obseg neposrednih plačil za storitve raznih drugih zdravstvenih delavcev (fizioterapija, kinezoterapija ipd.) oziroma za alternativne oblike zdravljenja. Načeloma se z neposrednimi izdatki iz žepa v Sloveniji pokrivajo predvsem nekatere storitve in zdravila ter medicinski pripomočki, ki jih ni v košarici zdravstvenih pravic in niso najbolj nujni za zdravje. Čedalje pogostejši pa so tudi obiski v samoplačniških ambulantah, kjer se bolniki z neposrednim plačilom običajno izognejo dolgi čakalni dobi za storitve, ki so sicer v košarici pravic. Poleg tega neposredno plačujemo tudi za zdravila, izdana na beli recept, za zdravila brez recepta ter za medicinsko-tehnične pripomočke (največ za očala). V strukturi neposrednih izdatkov je v povprečju največji delež porabljen za zdravila in medicinske pripomočke (skoraj 60 %), sledijo ambulantne storitve, vključno z alternativno medicino (delež se giblje nekaj nad 20 %), zobozdravstvene storitve (13 %), diagnostika (5 %) in bolnišnične storitve (bodisi v Sloveniji ali tujini, vključno s plastično kirurgijo; blizu 3 %). Kot bomo pokazali v nadaljevanju, pa so v strukturi neposrednih izdatkov velike razlike med dohodkovnimi skupinami (slika 5.6).

²⁴ K neposrednim izdatkom ne spadajo premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ker te niso plačane neposredno izvajalcem zdravstvenih storitev, temveč se zbirajo v zavarovalni shemi pri zasebni zdravstveni zavarovalnici.

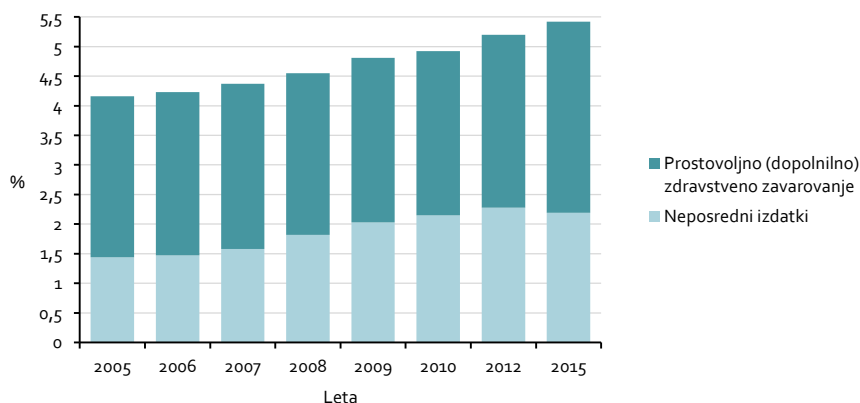
²⁵ V Sloveniji je v dopolnilno zdravstveno zavarovanje vključenih 95 % populacije, ki je zavezana za doplačila, socialno šibkejšim pa se doplačila pokrivajo iz državnega proračuna. Razlog za visoko vključenost v dopolnilno zavarovanje je zelo visoko tveganje za doplačila, ki znašajo od 10 do 90 %; glavni očitek dopolnilnemu zavarovanju pa je enakost premij za vse zavezance, ne glede na višino dohodka.

V Sloveniji je bilo v kriznih letih med ključnimi varčevalnimi ukrepi v zdravstvu povečanje doplačil za zdravstvene storitve in zdravila, ki se pokrivajo iz dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Podatki iz ankete o porabi gospodinjstev kažejo, da se je s tem obremenjenost gospodinjstev s celotnimi zasebnimi izdatki za zdravstvo v krizi precej povečala (slika 5.1). Skupaj s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji je v letu 2015 delež potrošnje za zdravje v Sloveniji znašal že 5,4 % celotne potrošnje gospodinjstev, vendar se je bolj povečal delež izdatkov iz zavarovanj kot delež neposrednih izdatkov. Potrošnja za zdravje se je torej v krizi povečala pretežno zaradi dviga zavarovalnih premij in manj zaradi povečanja neposrednih izdatkov (slika 5.2). To pomeni, da se je breme varčevanja pri javnih virih s pomočjo sistema dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj porazdelilo na celotno populacijo in ni obremenilo zgolj bolnih, ki bi bili sicer v krizi najbolj prizadeti. Tudi v kriznih letih se je s tem ohranila relativno dobra finančna zaščita oziroma dostopnost do zdravstvenega sistema, ki pomembno prispeva tudi k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Kot bomo pokazali v nadaljevanju, pa je podaljšanje čakalnih dob, ki so predvsem posledica neustrezne organizacije sistema in ne toliko financiranja, vplivalo na poslabšanje fizične dostopnosti do storitev (angl. accessibility), kar je imelo za posledico tudi povečanje neposrednih izdatkov za zdravje, vendar le za tiste skupine prebivalstva, ki si neposredno plačilo lahko privoščijo. Povečevanje razlik v dostopnosti med dohodkovnimi skupinami pa vpliva tudi na povečevanje neenakosti v zdravju.

V obdobju krize so se zasebni izdatki za zdravje v Sloveniji precej povečali, vendar pretežno zaradi dviga zavarovalnih premij in manj zaradi povečanja neposrednih izdatkov.

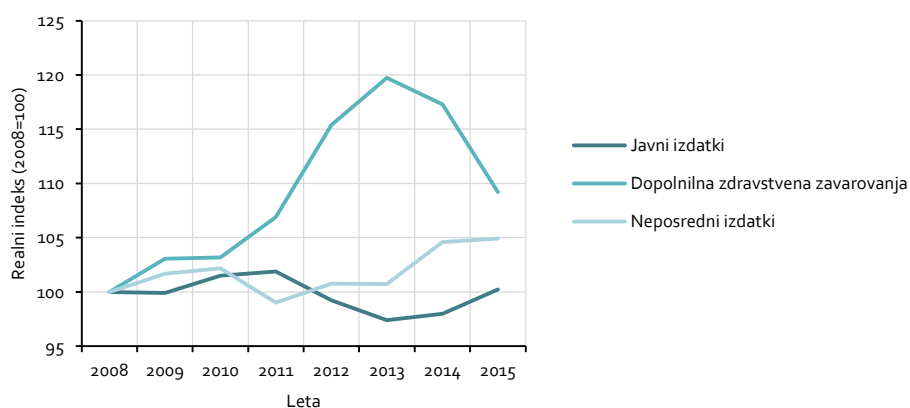
Tudi v kriznih letih se je v Sloveniji ohranila relativno dobra finančna zaščita prebivalstva, ki pomembno prispeva tudi k zmanjševanju neenakosti v zdravju.

Slika 5.1: Neposredni izdatki gospodinjstev in prostovoljno zdravstveno zavarovanje v deležu celotne končne potrošnje gospodinjstev, Slovenija, 2005–2015



Vir: SURS

Slika 5.2: Realna rast izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2008–2014



Vir: SURS

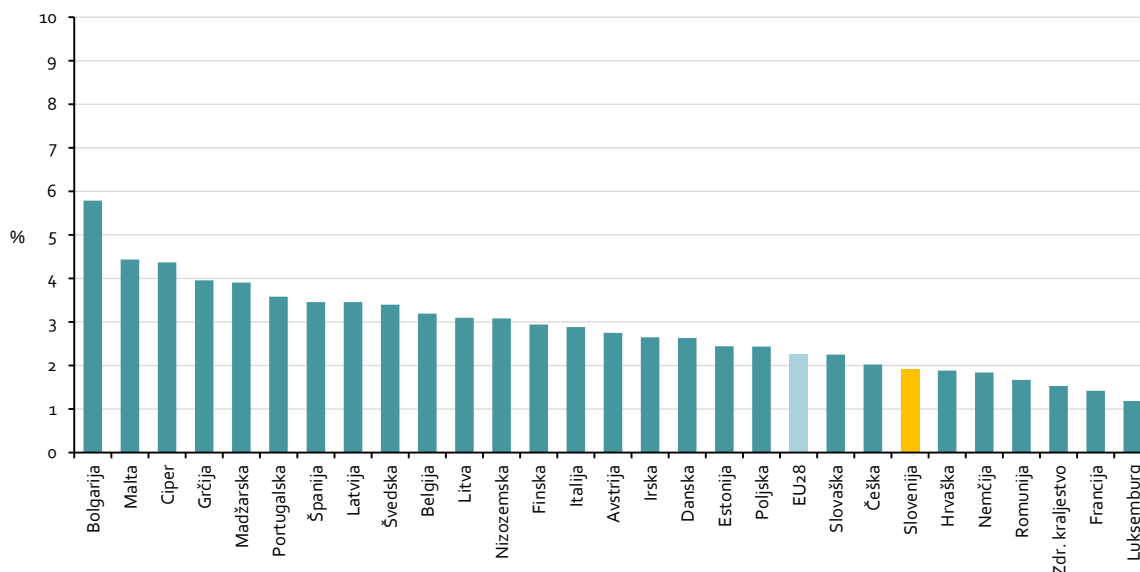
Opomba: Deflacirano z deflatorjem BDP; podatek za leto 2015 je prva ocena (Vir: Poročilo o poslovanju ZZZZ za leto 2016, 2017).

Kot osnovni kazalnik finančne dostopnosti do zdravstvenih storitev so se na mednarodni ravni uveljavili neposredni izdatki v končni potrošnji gospodinjstev.²⁶ V Sloveniji je ta kazalnik leta 2014 znašal 1,9 % (2,0 % leta 2008), kar je za 0,4 % manj kot v EU28 (slika 5.3). Slovenija se torej po tem kazalniku uvršča med države, kjer neposredni izdatki najmanj bremenijo gospodinjstva, nižji delež kot pri nas imajo še nekatere druge države, kjer je visoka pokritost populacije z zasebnim zdravstvenim zavarovanjem (Nizozemska, Francija, Nemčija). Nekoliko višjo raven izdatkov pokaže primerjava neposrednih izdatkov za zdravje po anketi o porabi v gospodinjstvih. Ti so v letu 2015 znašali 2,2 % celotne potrošnje gospodinjstev. Tudi ta delež je v primerjavi z državami EU še vedno nizek, vendarle pa višji kot v nekaterih državah z najboljšimi kazalniki finančne dostopnosti (Velika Britanija, Nizozemska, Francija, Nemčija).

*Tudi po deležu
neposrednih izdatkov
za zdravje v celotni
potrošnji gospodinjstev
se Slovenija uvršča pod
povprečje EU.*

²⁶ Kazalnik temelji na podatkih o potrošnji gospodinjstev iz nacionalnih računov. Razlika med podatki o neposrednih izdatkih po anketi o porabi v gospodinjstvih (APG) in nacionalnimi računi je v tem, da se v nacionalnih računih poleg podatkov iz ankete upoštevajo še nekateri administrativni viri (računovodski izkazi, obračuni DDV, statistika zaposlenosti in statistična raziskava o trgovini na drobno) (SURS, 2007; glej tudi Zver, E., 2012).

Slika 5.3: Neposredni izdatki gospodinjstev za zdravje kot delež v celotni potrošnji gospodinjstev, Slovenija in države EU, 2014.



Vir: OECD Health at a glance: Europe 2016, 2016. Opomba: Mednarodna primerjava je narejena na podlagi podatkov nacionalnih računov in ne na podlagi podatkov iz ankete o porabi v gospodinjstvih, ki jo v tem prispevku uporabljamo kot vir podatkov za podrobnejšo analizo neposrednih izdatkov po dohodkovnih razredih.

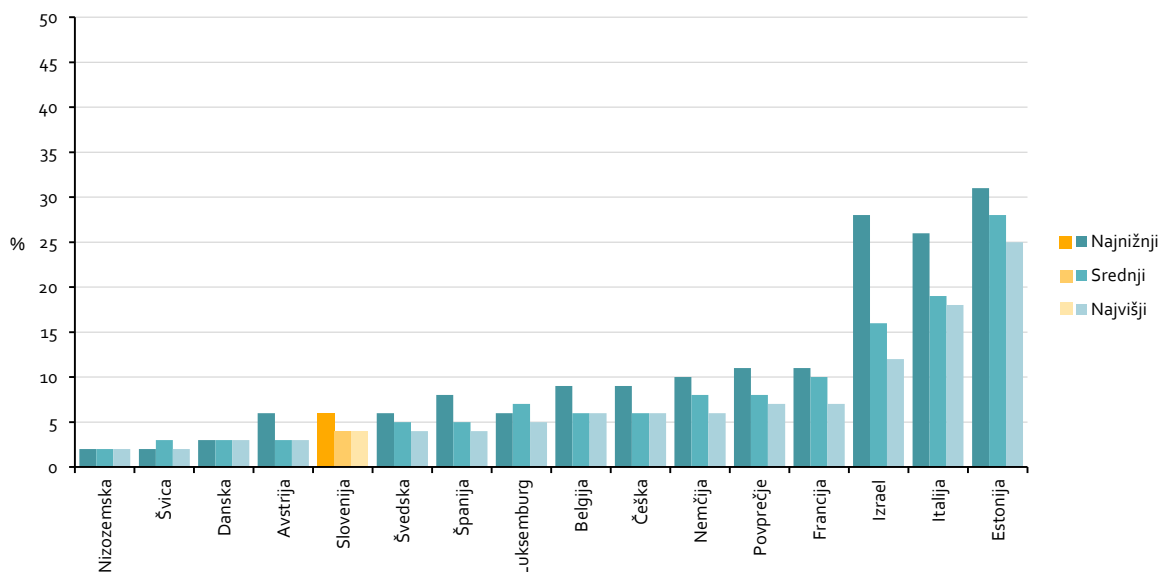
Za Slovenijo dobro finančno dostopnost do zdravstvenega sistema z vidika mednarodnih primerjav potrjuje tudi kazalnik nezadovoljene potrebe po zdravljenju. Nezadovoljenih potreb po zdravljenju je v Sloveniji malo, k čemur prispeva predvsem dobra finančna dostopnost do zdravstvenih storitev oziroma malo neposrednih plačil. Tudi razlike v nezadovoljenih potrebah glede na dohodek so relativno majhne. Poleg ankete SHARE (slika 5.4) kažeta na dobro finančno dostopnost tudi anketi EU-SILC in EHIS,²⁷ po katerih so v Sloveniji razlog za nezadovoljene potrebe predvsem čakalne dobe (na sekundarni ravni). Po anketi EHIS je bilo v letu 2014 v celotni populaciji zaradi čakalnih dob kar 13,4 % nezadovoljenih potreb,²⁸ kar je približno ustrezalo tudi razpoložljivim podatkom o številu vseh čakajočih. Visoke čakalne dobe povečujejo tudi neposredne izdatke, predvsem gospodinjstvom v zgornjih treh dohodkovnih razredih, ki si samoplačniške storitve lahko privoščijo; to posledično vpliva tudi na povečevanje neenakosti v zdravju.

Za Slovenijo dobro finančno dostopnost do zdravstvenega sistema z vidika mednarodnih primerjav potrjuje tudi kazalnik nezadovoljene potrebe po zdravljenju.

²⁷ Tudi anketa EU-SILC (SURs, Eurostat, OECD Stat) za Slovenijo kaže zelo nizke razlike v nezadovoljenih potrebah glede na dohodek. Po tej anketi ima le nekaj več kot 1 % celotne populacije nezadovoljene potrebe, kar je celo najmanj med vsemi državami EU in OECD. Slednje je povezano s poudarkom ankete na dostopnosti primarne zdravstvene ravni, kjer v Sloveniji ni čakalnih dob in tudi ne finančnih omejitev (glej OECD Health at a glance: Europe 2016).

²⁸ Vir podatkov: NIJZ. Mednarodna primerjava še ni razpoložljiva.

Slika 5.4: Nezadovoljene potrebe po zdravstvenih storitvah pri prebivalcih, starih 50 let in več, zaradi finančnih razlogov in/ali čakalnih dob, po dohodkovnih razredih, Slovenija in države, vključene v anketo SHARE, 2015



Vir: Raziskava SHARE, 5. val, Inštitut za ekonomske raziskave.

Opomba: Obiski pri zobozdravniku niso upoštevani. Vprašani v anketi Share se glasita: 1) Ali bi morali v preteklih 12 mesecih obiskati zdravnika, pa si tega niste mogli privoščiti zaradi stroškov? Odg. Da; Ne. 2) Ali bi morali v preteklih 12 mesecih kdaj obiskati zdravnika, pa ga niste mogli, ker ste morali predolgo čakati? Odg. Da; Ne.

Dodaten kazalnik finančne dostopnosti zdravstvenega sistema so tudi ogrožajoči izdatki za zdravstvo (angl. Catastrophic expenditure).²⁹ V Sloveniji je delež gospodinjstev, ki se soočajo z ogrožajoče visokimi izdatki še vedno izjemno nizek in dosega le nekaj nad 1 % celotne populacije (slika 5.5), kar je med najnižjimi deleži v okviru analiziranih držav evropske regije SZO.³⁰ Za večino gospodinjstev neposredni izdatki torej niso tako visoki, da bi bila gospodinjstva zaradi njih izpostavljena revščini, več kot polovica ogrožajočih izdatkov pa je v Sloveniji namenjenih zobozdravstvenim storitvam. Vendar

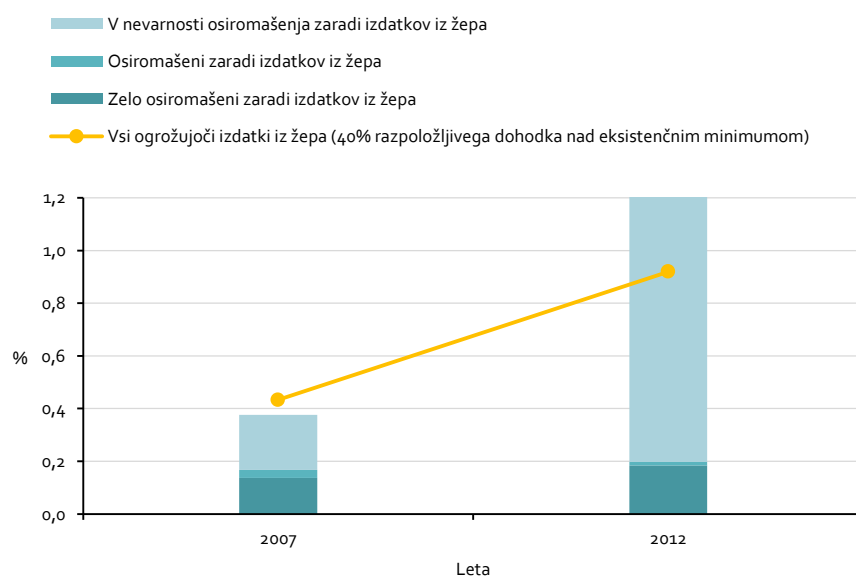
pa se je v zadnjih desetih letih prepolovil delež gospodinjstev, ki niso imela nobenih izdatkov za zdravje, še leta 2006 je znašal kar 44 %, v letu 2015 pa le še 21 %. Slednje kaže na čedalje večjo nagnjenost gospodinjstev k potrošnji za zdravje, ki je bila pred krizo povezana predvsem s hitro širitvijo mreže zasebnikov, med krizo zlasti z upadom dohodkov in potrošnje za druge namene, po krizi zlasti z podaljševanjem čakalnih dob v javni zdravstveni mreži, v celotnem obdobju pa tudi s čedalje večjimi pričakovanji prebivalstva glede lastnega zdravja.

Za večino gospodinjstev neposredni izdatki v Sloveniji niso tako visoki, da bi bila gospodinjstva zaradi njih izpostavljena revščini.

²⁹ Neposredni izdatki so za gospodinjstvo ogrožajoči, če presegajo 40 % zmožnosti za plačila (angl. capacity to pay) izdatkov nad minimalnimi življenjskimi stroški oziroma košarico osnovnih življenjskih potrebščin, ki zajema poleg hrane tudi druge nujne potrošne dobrine in stanovanjske stroške. Med gospodinjstva z ogrožajočimi neposrednimi izdatki se po novi metodologiji SZO štejejo tri skupine: (1) gospodinjstva, ki so v nevarnosti osiromašenja zaradi neposrednih izdatkov; (2) gospodinjstva, ki so osiromašena zaradi neposrednih izdatkov; in (3) gospodinjstva, ki so zelo osiromašena zaradi neposrednih izdatkov (Thomson et al., 2016; Cyrus, 2015).

³⁰ Prve primerjave kažejo, da se delež v državah evropske regije giblje od 1 do 12 % populacije (Cyrus, 2015; Thomson et al., 2016).

Slika 5.5: Delež populacije z ogrožajoče visokimi neposrednimi izdatki



Vir: Poročilo: Pregled izdatkov v zdravstvu, 2015

Neposredni izdatki gospodinjstev za zdravje po dohodkovnih razredih

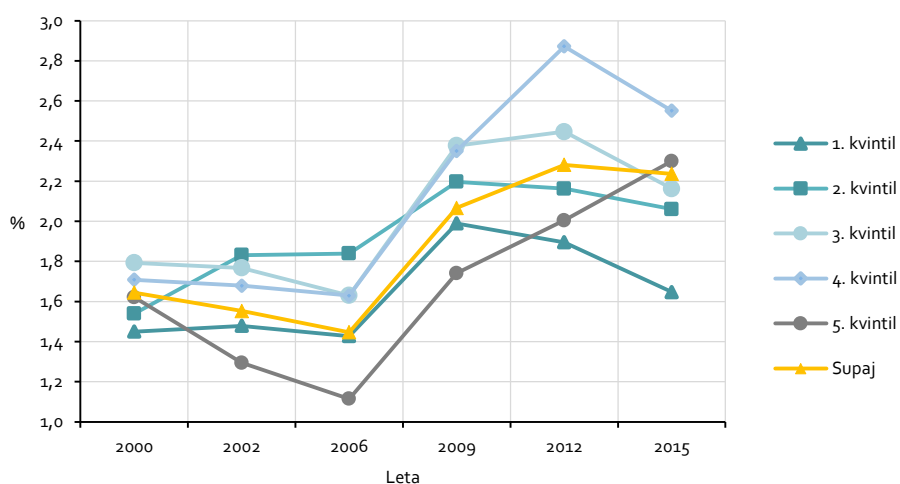
Z vidika finančne zaščite in dostopnosti sistema je še zlasti pomembno, kolikšno breme predstavljajo neposredni izdatki gospodinjstev za zdravje po posameznih dohodkovnih skupinah prebivalstva. Po podatkih iz ankete o porabi v gospodinjstvih³¹ so se razlike v potrošnji za zdravje med revnejšimi in bolj premožnimi gospodinjstvi v zadnjih petnajstih letih v Sloveniji močno povečale. Slednje je lahko eden od dejavnikov, ki prispeva tudi k naraščanju neenakosti v zdravju (slika 5.6). Razlike so hitro naraščale že pred krizo, še dodatno pa med krizo in v zadnjih letih, ko so se zelo podaljšale čakalne dobe. Deloma je povečanje razlik lahko posledica povečevanja dohodkovne neenakosti³² in ekonomske krize, deloma pa je povezano tudi z odsotnostjo ustreznih sistemskih sprememb, zlasti glede problematike skrajševanja čakalnih dob.

Med revnejšimi in bolj premožnimi gospodinjstvi so se razlike v potrošnji za zdravje v zadnjih petnajstih letih v Sloveniji močno povečale.

³¹ SURS. Anketa o potrošnji gospodinjstev. Obdelava podatkov UMAR.

³² Poročilo o razvoju 2017, 2017.

Slika 5.6: Neposredni izdatki gospodinjstev za zdravje po dohodkovnih razredih, 2000–2015



Vir: SURS

V obdobju pred krizo
so se neposredni izdatki
za zdravje precej povečali
v gospodinjstvih v vseh
dohodkovnih razredih.

V obdobju krize
so revnejša gospodinjstva
znižala izdatke za
zdravstvo, premožnejša pa
so jih povečala.

Za obdobje pred krizo je zanimivo precejšnje povečanje deleža porabe za zdravje za vse dohodkovne skupine, vendar najbolj za zgornje tri dohodkovne razrede. Čedalje večja poraba za zdravje je v celotnem obdobju verjetno povezana tudi z rastjo dohodkov in večanjem pričakovanj glede lastnega zdravja, vendar je hkrati v letih pred krizo prišlo tudi do hitrejšega uvajanja zasebnosti v javno zdravstveno mrežo in odpiranja samoplačniških zobozdravstvenih in specialističnih ambulant.

V obdobju krize, od leta 2009 do leta 2012, so gospodinjstva v najnižjih dveh dohodkovnih razredih začela zniževati svoje izdatke za zdravje, kar je povezano s tem, da so čedalje večji delež razpoložljivega dohodka namenila za hrano in druge nujne življenjske dobrine, odlagala pa so nakupe zdravstvenih storitev in zdravil, za katere je treba plačati neposredno (zobozdravstvo, protetika, korekcijska očala). Po drugi strani je v gospodinjstvih iz zgornjih treh dohodkovnih razredov delež izdatkov za zdravje v celotni potrošnji še naraščal. Tudi v teh gospodinjstvih je raven dohodkov in potrošnje v krizi močno upadla, vendar se je poraba za zdravje znižala manj kot za druge dobrine. Hitro povečevanje

razlik v potrošnji za zdravje je obdobju krize verjetno prispevalo tudi k povečevanju neenakosti v zdravju.

Po obdobju krize, v letih 2013–2015, je delež porabe za zdravje v večini gospodinjstev upadal, z izjemo premožnejših gospodinjstev v najvišjem dohodkovnem razredu, ki so močno povečala svoje neposredne izdatke. Upad deleža potrošnje za zdravje je po letu 2012 deloma posledica postopnega povečanja potrošnje gospodinjstev tudi za druge dobrine, pri katerih se je v obdobju krize varčevalo še bolj kot pri zdravju. Pri najbolj premožnih pa je nadaljnja rast deleža potrošnje za zdravje verjetno v veliki meri povezana s hitrim podaljševanjem čakalnih dob v javni zdravstveni mreži. Slednje se odraža tudi v strukturi izdatkov za zdravje najbolj premožnih, v kateri se je znatno povečal delež za ambulantne storitve in zobozdravstvo. Povečanje potrošnje premožnejših gospodinjstev za zdravje lahko ponovno povezujemo tudi z rastjo pričakovanj in skrbi za lastno zdravje, ki je v zadnjih letih čedalje bolj izrazita, zlasti pri bolj izobraženih.

Po obdobju krize
se je delež porabe za zdravje povečal samo premožnejšim v najvišjem razredu, v ostalih gospodinjstvih pa je upadal. Rast potrošnje za zdravje pri najbolj premožnih je verjetno v veliki meri povezana s hitrim podaljševanjem čakalnih dob.

Zaključek

V splošnem ugotavljamo, da v Sloveniji razlogov za neenakost v zdravju ne moremo iskati v samem sistemu financiranja zdravstva, saj sistem celotni populaciji zagotavlja dobro dostopnost do košarice pravic in relativno nizka neposredna plačila ter hkrati preprečuje, da bi se revnejša gospodinjstva soočila z ogrožajoče visokimi izdatki za zdravje. Tudi v obdobju krize se finančna dostopnost sistema ni bistveno poslabšala, kar lahko v veliki meri povezujemo s sistemom dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, ki je omogočal, da se je breme varčevanja pri javnih virih porazdelilo na celotno populacijo in ni ogrozilo samo bolnih. Dobro finančno zaščito prebivalstva v Sloveniji potrjuje tudi kazalnik nezadovoljene potrebe po zdravljenju; teh je v povezavi s finančnimi razlogi zelo malo.

Vendar v drugem delu prispevka ugotavljamo, da se je neenakost v potrošnji za zdravje v zadnjem desetletju v Sloveniji močno povečala, še zlasti med krizo in v preteklih letih, ko so hitro naraščale čakalne dobe. Revnejša gospodinjstva so v obdobju krize še znižala svojo porabo za zdravje, dohodkovno močnejši in premožnejši pa čedalje več potrošijo za ambulantne specialistične in zobozdravstvene samoplačniške storitve. Slednje je sicer povezano tudi z rastjo pričakovanj glede lastnega zdravja in povečevanjem dohodkovne neenakosti, vendar v veliki meri tudi s podaljševanjem čakalnih dob.

S povečevanjem neenakosti v potrošnji za zdravje se povečuje tudi neenakost v zdravju populacije, zato bi morala zdravstvena politika predvsem poskrbeti za skrajšanje čakalnih dob in zagotovitev ustrezne fizične dostopnosti do storitev, ki so v košarici zdravstvenih pravic in so nujne za zdravje posameznika in populacije. V Sloveniji je košarica pravic, ki se v sedanjem sistemu pokriva iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, dovolj velika, da preprečuje visoka neposredna plačila. Vprašanje pa je, ali bomo lahko dolgoročno ohranjali tako veliko košarico pravic, še zlasti, če bo v celoti financirana iz javnih virov, ki bodo zaradi staranja populacije čedalje bolj omejeni.

Viri

Cyrus J. Measuring financial protection: an approach for the WHO European Region. WHO Barcelona Office for Health System Strengthening and European Observatory on Health System and Policies. Dublin, 22. 9. 2015. Dostopno 7.11.2017 na: <https://www.tcd.ie/medicine/health-systems-research/assets/pdf/3rd-pres.pdf>.

Elstad JI. Income inequality and foregone medical care in Europe during The Great Recession. Int J Equity Health 2015: 101. Dostopno 7.11.2017 na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4936318/>.

Evetovits T. Health financing policy: performance and response to economic crisis. Health Financing and Efficiency Gains Workshop Slovenia, 3. november 2015. World Health Organization. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/ppt/Tamas_Slovenia_Financing_workshop_3_Nov15_final.pdf.

Eurostat - Eurostat Database. Health - Health Care Expenditure. Dostopno 7.11.2017 na: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Hren R, Prevelonik-Rupel V, Srakar A. Analiza izdatkov iz žepa za zdravstvo: rezultati na podlagi 4. vala raziskave SHARE. Staranje v Sloveniji: Rezultati ankete Share. Ljubljana: Inštitut za ekonomske raziskave, 2015.

Marušič D, Prevolnik V, Kuhar M. Nesistematični ukrepi za skrajševanje čakalnih dob ne morejo biti uspešni. Delo. Sobotna priloga; 7.11.2017. Dostopno 11. 2. 2017 na: <http://www.delo.si/sobotna/nesistematicni-in-nekontinuirani-ukrepi-ne-morejo-biti-uspesni.html>.

Stojan J. Oštevilčeno: slovenska zdravstvena reforma v mednarodni primerjavi. SiolNET. Dostopno 7.11.2017 na: <http://siol.net/novice/slovenija/ostevilceno-slovenska-zdravstvena-reforma-v-mednarodni-primerjavi-437907>.

OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. 2nd ed. Paris: OECD publishing, 2011. Dostopno 7.11.2017 na: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.

Svetovna zdravstvena organizacija, Ministrstvo za zdravje in Evropski observatorij za zdravstvene sisteme. Analiza zdravstvenega sistema. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/analiza_zdravstvenega_sistema/.

Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring Financial Protection to Assess Progress Towards Universal Health Coverage in Europe. Public Health Panorama 2016; 2(3). Dostopno 7.11.2017 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/317543/10-Research-article-monitoring-financial-protection-assess-progress-universal-health-coverage-Europe.pdf.

Urad za makroekonomske analize in razvoj. Poročilo o razvoju 2015 – Priloga: Kazalniki razvoja Slovenije – 3.2. Izdatki za zdravstvo. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2015/POR_2015.pdf.

Urad za makroekonomske analize in razvoj. Ekonomski izzivi 2016– Odzivanje na demografske spremembe. Dostopno 7.11.2017 na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/izzivi/2016/Ekonomskilzzivi2016.pdf.

Urad za makroekonomske analize in razvoj. Poročilo o razvoju 2017 – Demografska gibanja in socialna država – Izdatki za zdravstvo. Dostopno 7.11.2017 na: <http://www.umar.gov.si/razvoj-slovenije/>.

Zver E. Razvoj nacionalnih zdravstvenih računov za Slovenijo: magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2012. Dostopno 7.11.2017 na: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=16357>.



VI.

METODOLOGIJA

Viri podatkov in metodologija izračunov

Darja Lavtar, Tina Zupanič, Aleš Korošec, Marcel Kralj, Ajda Rogelj, Gaja Zager Kocjan, Ana Zgaga, Metka Zaletel

V publikaciji predstavljamo podatke in informacije, ki jih je NIJZ v preteklih letih zbral na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva in Zakona o državni statistiki oz. aktualnega Letnega programa statističnih raziskovanj. Ključni viri podatkov, ki so podrobneje opisani v nadaljevanju, so redne zbirke podatkov (ZZPPZ, Uradni list RS, št. 65/00 in 47/15):

- Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi),
- Perinatalni informacijski sistem RS,
- Zbirka podatkov o fetalnih smrtih,
- Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept
- Evidenca bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici;

in ankete (ZDStA, 45/95 in 9/01):

- Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 in 2014,
- Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (2006, 2010 in 2014),
- Shema šolskega sadja.

Podatki o izobrazbi za obdobje 2006–2008 so bili pripravljani na podlagi Statističnega registra delovno aktivnega prebivalstva ter Popisa prebivalstva, družin, gospodinjstev in stanovanj 2002, ki ju upravlja Statistični urad RS. Podatki o izobrazbi za obdobje 2012–2014 so izveček iz Registra izobrazbe, ki ga od leta 2011 vodi Statistični urad RS za statistične namene.

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

Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi)

Podatke o umrljivosti prebivalstva pripravlja NIJZ na podlagi redne zbirke Zdravniško poročilo o umrli osebi (Zbirka podatkov o umrlih osebah), ki 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 za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva in so osnova za poročanje in mednarodne primerjave v okviru obveznosti do Evropske unije, Svetovne zdravstvene organizacije in drugih 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 umrljivosti zaradi različnih vzrokov smrti glede na izobrazbo umrlih oseb.

Preučevali smo tako skupno umrljivost kot umrljivost zaradi specifičnih vzrokov smrti (na podlagi osnovnega vzroka smrti in zunanega vzroka smrti), kodiranih po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10). Za izračune in primerjavo umrljivosti po izobrazbi so bili uporabljeni letni podatki umrlih iz let od 2006 do 2008 ter od 2012 do 2014. Podatki o umrljivosti prebivalstva so bili uporabljeni tudi za izračun kazalnikov zdravih let življenja in pričakovanega trajanja življenja, pri katerih je bila uporabljena Sullivanova metoda.

Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept

Spremljanje porabe zdravil je eden od segmentov javnega zdravja, katerega najširši cilj je preprečevanje bolezni, podaljševanje življenja ter varovanje in izboljševanje zdravja. Podatke o izdanih zdravilih skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva lekarne pošiljajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), od koder zbrane podatke posredujejo NIJZ. Glavni namen zbiranja podatkov o zdravilih je nudenje informacij za spremljanje in načrtovanje sistema zdravstvenega varstva.

Anatomsko-terapevtska klasifikacija (ATC) razvršča zdravila glede na njihovo glavno indikacijo, najprej v 14 glavnih (anatomskih) skupin.

Zbirka podatkov je bila dopolnjena s podatki o najvišji doseženi stopnji izobrazbe na enak način kot zbirka podatkov o umrlih osebah.

Ključni kazalnik je delež oseb v določeni starostni in izobrazbeni skupini, ki so v določenem letu prejele vsaj en recept za naslednje ločene skupine zdravil, označene na podlagi klasifikacije ATC:

- zdravila za zdravljenje povišanega krvnega tlaka: C02, C03, C04, C07, C08, C09,
- zdravila za spreminjanje serumskih lipidov v krvi: C10,
- zdravila za zdravljenje diabetesa: A10,
- antidepresivi: N06A.

Perinatalni informacijski sistem

Zbirka Perinatalni informacijski sistem RS, v okviru katere se beležijo podatki o porodih in rojstvih oz. novorojenčkih in ki je pomemben vir podatkov za spremljanje, vrednotenje in načrtovanje programov na perinatološkem področju, je samostojen medicinski register porodov in rojstev v Sloveniji. Vanj se poleg porodov in rojstev v porodnišnicah prijavljajo tudi ostali porodi in rojstva v Sloveniji, to je na domu, na poti v porodnišnico, v porodnih centrih in drugo.

V Perinatalni informacijski sistem RS se poročajo vsi živorojeni, ne glede na porodno težo, in mrtvorojeni s porodno težo 500 gramov in več (in/ali gestacijsko starostjo 22 tednov in več in/ali dolžino telesa 25 cm in več).

Zbirka podatkov je bila dopolnjena s podatki o najvišji doseženi stopnji izobrazbe matere na enak način kot zbirka podatkov o umrlih osebah.

Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti

Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti (ISSFS), v okviru katerega se beležijo podatki o vseh fetalnih smrtih v Sloveniji in ki je pomemben vir podatkov za spremljanje, vrednotenje in načrtovanje programov na področju načrtovanja družine in predporodnega varstva, je samostojen medicinski register fetalnih smrti v Sloveniji. V register fetalnih smrti se beležijo tako bolnišnični kot tudi zunajbolnišnični (ambulantni) primeri fetalnih smrti.

Vključuje vse smrti plodov, ki so ob teh dogodkih lažji od 500 gramov, in sicer: patološke oblike nosečnosti, zunajmaternične nosečnosti, spontane prekinitve nosečnosti, umetno izzvane prekinitve nosečnosti.

Zbirka podatkov je bila dopolnjena s podatki o najvišji doseženi stopnji izobrazbe matere na enak način kot zbirka podatkov o umrlih osebah.

Evidenca bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici

Podatki o bolnišničnih obravnavah predstavljajo vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti, za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva, so pa tudi osnova za poročanje in za mednarodne primerjave v okviru obveznosti do Evropske unije, Svetovne zdravstvene organizacije in drugih. NIJZ podatke o bolnišničnih obravnavah zbira neposredno od izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki o tem hkrati poročajo tudi ZZZS zaradi financiranja bolnišnične dejavnosti. Zbirka vključuje vse bolnišnične obravnave v Sloveniji ne glede na tip in lastništvo izvajalca zdravstvene dejavnosti. Analiziranje podatkov o bolnišničnih obravnavah je zelo pomembno tudi z vidika zagotavljanja kakovosti in varnosti v bolnišnicah, obenem pa nam ponudi tudi informacije o kakovosti primarnega zdravstvenega varstva.

Zbirka podatkov je bila dopolnjena s podatki o najvišji doseženi stopnji izobrazbe na enak način kot zbirka podatkov o umrlih osebah.

V publikaciji smo proučevali stopnjo hospitalizacije zaradi bolezni srca in ožilja glede na doseženo stopnjo izobrazbe.

Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu

Glavni namen Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu (angl. European Health Interview Survey, 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 publikaciji, so bili zbrani z anketama o zdravju in zdravstvenem varstvu v letih 2007 in 2014. Anketi je izvedel Nacionalni inštitut za javno zdravje 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 letu 2014 pa s spletnim anketiranjem in z osebnim anketiranjem na naslovih oseb, ki so bile izbrane v vzorec. V letu 2007 je v anketi sodelovalo 2116 oseb, v letu 2014 pa 6262 oseb. Vzorčni načrt je bil v obeh izvedbah ankete stratificiran dvostopenjski.

Podatki iz Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) so prikazani glede na različne demografske spremenljivke, kot so spol, starost, stopnja izobrazbe in zaposlitveni status. Analizirali smo podatke o kajenju, uporabi alkohola, telesni dejavnosti, uživanju sadja in zelenjave, indeksu

telesne mase, srčno-žilnih boleznih, duševnih boleznih, splošnem zdravstvenem stanju, vsakodnevni skrbi zase ter obiskih pri zobozdravniku ali ortodontu.

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (angl. Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) je periodična mednarodna kvantitativna raziskava, ki se izvaja v štiriletnih intervalih in zajema številne vidike mladostnikovega zdravja in življenja: samooceno (duševnega) zdravja, zadovoljstva, poškodbe, ustno zdravje ter druga z zdravjem povezana vedenja (npr. tvegana vedenja, prehrana, gibanje), pa tudi socialni kontekst mladostnika (družina, šola, vrstniki). Anketirani so 11-, 13- in 15-letniki. Zdravstvene težave otrok in mladostnikov so v glavnem povezane z značilnostmi rasti in razvoja, načinom življenja in širšimi družbenimi dogajanjem. Anketiranje se izvaja v času pouka v šolah, tako da so v raziskavo vključeni samo šolajoči se otroci in mladostniki. Enota vzorčenja je razred oziroma oddelek, vzorčenje pa je dvostopenjsko stratificirano.

Slovenija se je raziskavi HBSC pridružila leta 2002. V letu 2014 je bilo anketiranje za razliko od let 2002, 2006 in 2010, ko so se ankete izpolnjevale pisno na papirju, izvedeno preko spletne aplikacije na šolskih računalnikih. Poleg tega so bili v letu 2014 dodani tudi nova vprašanja in novi vsebinski sklopi, npr. uporaba e-tehnologije.

HBSC se izvaja s poenoteno metodologijo v 45 državah Evrope in sveta, zato nam podatki omogočajo tudi mednarodne primerjave. Končni cilj raziskave je izboljšati zdravje in dobro počutje med mladostniki. Podatki, ki so uporabljeni v tej publikaciji, izvirajo iz raziskav iz let 2006, 2010 in 2014. V končni vzorec je bilo v letu 2014 zajetih 2449 fantov in 2548 deklet, leta 2010 2765 fantov in 2671 deklet ter leta 2006 2558 fantov in 2572 deklet.

Shema šolskega sadja in zelenjave (SŠSZ)

Shema šolskega sadja in zelenjave (SŠSZ) je ukrep skupne kmetijske politike EU, katerega namen je ustaviti trend zmanjševanja porabe sadja in zelenjave in hkrati omejiti naraščanje pojavnosti prekomerne telesne teže in debelosti pri otrocih.

Ena od aktivnosti SŠSZ je raziskava, ki se osredotoča na spremljanje sprememb odnosa učencev do sadja in zelenjave, njihovega znanja in navad uživanja sadja in zelenjave. NIJZ vsako šolsko leto od šolskega leta 2010/11 dalje izvaja anketo, v katero so vključeni vsi učenci in učenke četrtilih, šestih in osmih razredov (paralelke A) šol, ki so bile v danem letu vključene v SŠSZ. Vsako leto izvajanja SŠSZ je bilo anketiranje izvedeno dvakrat. Skupno število vseh učencev, ki so sodelovali v obeh krogih anketiranja, se giblje okoli 13.000 letno, nekoliko manj učencev (10.702 in 12.442) je bilo v prvih dveh letih izvajanja SŠSZ, ko je v shemi sodelovalo tudi manjše število šol.

Analizo podatkov raziskave smo opravili po treh socialno-demografskih spremenljivkah, in sicer po spolu, razredu učenca in socialno-ekonomskem položaju družine.

Metodologija primerjav med leti in med različnimi socialno-demografskimi skupinami

- **Umrljivost**

Analiza umrljivosti po stopnji dosežene izobrazbe je obsegala absolutne primerjave 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 obdobji 2006–2008 in 2012–2014.

Razlike v umrljivosti med stopnjami izobrazbe smo preučevali s Poissonovo regresijo, kjer je bila odvisna spremenljivka starostno standardizirana stopnja umrljivosti, neodvisni spremenljivki pa sta bili obdobje in izobrazba ter interakcija med njima. Statistična značilnost interakcije med letom in izobrazbo kaže na spremembo v neenakosti glede na izobrazbo med obdobjema 2006–2008 ter 2012–2014.

- **Rodnost**

Podatke prebivalk Slovenije, ki so rodile enojčka, smo opazovali v dveh različnih obdobjih, in sicer od leta 2006 do leta 2008 ter od leta 2012 do leta 2014. Osnovne razlike za izbrane izide, npr. prezgodnji porod pred 37. tednom nosečnosti, smo proučevali z analizo na osnovi razlik strukturnih deležev.

Absolutne primerjave tveganj za izbrane izide, npr. prezgodnji porod pred 37. tednom nosečnosti, smo kot relativne primerjave (npr. razmerje obetov) proučevali glede na doseženo stopnjo izobrazbe matere in državo prvega prebivališča matere znotraj posameznega obdobja ter med obdobjema.

Statistično značilnost sprememb neenakosti smo ugotavljali z logistično regresijsko analizo, v katero smo kot napovednike posameznega izida, npr. prezgodnji porod pred 37. tednom nosečnosti, vključili opazovano obdobje, izobrazbo oz. državo prvega prebivališča matere ter interakcijo med njima. Statistična značilnost interakcije med obdobjem in izobrazbo oz. državo prvega prebivališča matere kot napovednika posamezne odvisne spremenljivke kaže na spremembo v neenakosti glede na izobrazbo oz. državo prvega prebivališča matere med obdobjema od leta 2006 do leta 2008 in od leta 2012 do leta 2014.

Z multivariatno logistično regresijo smo preverjali tudi vpliv izbranih neodvisnih spremenljivk (starost, izobrazba matere, država prvega prebivališča matere, kajenje v nosečnosti, ITM pred nosečnostjo, prvi preventivni pregled v nosečnosti in postopek zunajtelesne oploditve jajčne celice) na prezgodnji porod in nizko porodno težo. Logistična regresija je statistični model za opisovanje dihodontnih izidov, kjer 0 pomeni, da se dogodek ne zgodi, 1 pa pomeni, da se zgodi; neodvisne spremenljivke so lahko opisne in/ali številske.

- **Anketni podatki (EHIS, Shema šolskega sadja, HBSC)**

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

Za podatke iz ankete EHIS smo statistično značilnost sprememb neenakosti glede na izobrazbo med letoma 2007 in 2014 ugotavljali z logistično regresijsko analizo, v katero smo kot napovednike posamezne odvisne spremenljivke, na primer kajenja, vključili leto, izobrazbo ter interakcijo med njima. Statistična značilnost interakcije med letom in izobrazbo kot napovednika posamezne odvisne spremenljivke kaže na spremembo v neenakosti glede na izobrazbo med letoma 2007 in 2014.

Podobno smo za podatke iz ankete HBSC statistično značilnost sprememb neenakosti glede na subjektivno oceno družinskega blagostanja ter glede na zaposlitveni status staršev med leti 2006, 2010 in 2014 ugotavljali z logistično regresijsko analizo, v katero smo kot napovednike posamezne odvisne spremenljivke, na primer samoocene zdravja, vključili leto, subjektivno oceno družinskega blagostanja oz. zaposlitveni status staršev ter interakcijo med njima. Statistična značilnost interakcije med letom in subjektivno oceno družinskega blagostanja oz. zaposlitvenim statusom staršev kot napovednika posamezne odvisne spremenljivke kaže na spremembo v neenakosti glede na subjektivno oceno družinskega blagostanja oz. zaposlitveni status staršev med leti 2006, 2010 in 2014.

Za podatke iz Sheme šolskega sadja smo pri preverjanju statistično značilnih sprememb v odgovoru učencev med obema krogoma anketiranja v istem šolskem letu (tj. 2015/16) uporabili McNemarjev test in Wilcoxon Signed Ranks test. Za boljše razumevanje obsega sprememb smo si pomagali z izračunom absolutnih in relativnih razlik. Med drugim nas je zanimala tudi morebitna prisotnost trenda med šolskimi leti (tj. od šolskega leta 2010/11 do šolskega leta 2015/16) pri različnih demografskih skupinah. V tem primeru smo uporabili Cochran-Armitageev test trenda.

Viri

Jagger C, Cox B, Le Roy S. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method. Third Edition. EHEMU Technical Report, September 2006.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem RS (PIS) – Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov perinatalnega informacijskega sistema preko aplikacije ePrenosi, v 1.9. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti – Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov o fetalnih smrtih, v 1.7. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.

Kostnapfel Rihtar T et al. Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.

Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, eds. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012.

Jeriček Klanšček H, Bajt M, Drev A, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, eds. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.

Košmelj K. Osnove logistične regresije (1. del). Zbornik Biotehniške fakultete Univerze v Ljubljani. Kmetijstvo 2001; 77: 227–238.

Statistični urad RS. Socioekonomske značilnosti prebivalstva in meddržavnih selivcev, Slovenija – metodološko pojasnilo. Dostopno 7.11.2017 na:
<http://www.stat.si/statweb/Common/PrikaziDokument.ashx?IdDatoteke=7785>.

Statistični urad RS. Registrski popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj, Slovenija, 1. 1. 2011 – metodološko pojasnilo. Dostopno 7.11.2017 na:
<http://www.stat.si/statweb/Common/PrikaziDokument.ashx?IdDatoteke=8211>.



VII.

KAZALO SLIK IN STVARNO KAZALO

Kazalo slik

I. poglavje

Slika 1.1: Izbrani kazalniki zdravja, položaj Slovenije v primerjavi s povprečjem EU28, za leti 2007 in 2014.....	31
Slika 1.2: Vrzeli v pričakovanem trajanju življenja med najvišjo in najnižjo izobrazbo, moški in ženske, izbrane evropske države, 2014.....	32
Slika 1.3: Zdrava leta življenja ob rojstvu v primerjavi s pričakovanim trajanjem življenja v Sloveniji in EU28, 2014.....	33
Slika 1.4: Pričakovano trajanje življenja glede na izdatke za zdravstvo na prebivalca, evropske države, 2014.....	34

II. poglavje

Slika 2.1: Pričakovano trajanje življenja pri nizko in visoko izobraženih moških in ženskah v Sloveniji v obdobju 2006–2008 in 2012–2014.....	38
Slika 2.2: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po izobrazbi moških in žensk v Sloveniji, izračunano na povprečju podatkov o smrtih in izobrazbi populacije v letih 2012–2014.....	38
Slika 2.3: Pričakovano trajanje življenja pri 30. letu po spolu in izobrazbi v nekaterih evropskih državah.....	39
Slika 2.4: Zdrava leta življenja v starosti 30 let, po izobrazbi in spolu, Slovenija, 2005 in 2014.....	40
Slika 2.5: Zdrava leta življenja v starosti 50 let, EU28 in Slovenija glede na izobrazbo.....	41
Slika 2.6: Stopnja dovoljene splavnosti glede na izobrazbo in starost v Sloveniji.....	43
Slika 2.7: Delež kadilk med nosečnicami po izobrazbi v Sloveniji, 2006–2008 in 2012–2014.....	44
Slika 2.8: Delež nosečnic, ki so prišle pozno na prvi pregled glede na državo prvega bivališča, Slovenija 2012–2014.....	45
Slika 2.9: Delež prvorodk, ki niso obiskovale priprav na porod in starševstvo, po izobrazbi in državi prvega bivališča, Slovenija 2012–2014.....	45
Slika 2.10: Delež enojčkov z nizko porodno težo glede na izobrazbo in kadilski status matere, Slovenija 2012–2014.....	46
Slika 2.11: Izbrani kazalniki pri mladostnikih s podpovprečno in nadpovprečno subjektivno oceno družinskega blagostanja v letih 2006, 2010 in 2014.....	48
Slika 2.12: Izbrani kazalniki z zdravjem povezanih vedenj pri mladostnikih s podpovprečno in nadpovprečno subjektivno oceno družinskega blagostanja v letih 2006, 2010 in 2014.....	49
Slika 2.13: Izbrani kazalniki pri mladostnikih z obema zaposlenima staršema in mladostnikih z vsaj enim brezposelnim staršem v letih 2006, 2010 in 2014.....	50
Slika 2.14: Razlika v deležih podpore družine med mladostniki z nizkim in visokim FAS v državah EU, 2014.....	51
Slika 2.15: Samoocena zdravja, osebe, stare med 16 in 64 let, Slovenija, 2005–2014.....	53
Slika 2.16: Delež oseb, starih 16–64 let, z dobro ali zelo dobro samooceno zdravja, po spolu in dohodkovnem razredu (razporejeno v kvintile), Slovenija, 2005–2014.....	54

Slika 2.17: Delež oseb, starih 16–64 let, z dobro ali zelo dobro samooceno zdravja, članice EU in Slovenija po izobrazbi, 2005 in 2014.....	54
Slika 2.18: Naklonski indeks neenakosti glede na izobrazbo, za dobro ali zelo dobro samooceno zdravja, po spolu, stari 16–64 let, Slovenija, 2005–2014.....	55
Slika 2.19: Odstotek kadilcev med različno izobraženimi moškimi oz. ženskami, starimi 25 let in več, skupaj in po starostnih skupinah	57
Slika 2.20: Odstotek kadilcev med različno izobraženimi moškimi oz. ženskami, starimi 25 let in več, v letih 2007 in 2014	58
Slika 2.21: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi pljučnega raka med prebivalci, starimi 25-75 let, glede na izobrazbo, primerjava med obdobjema 2006–2008 in 2012–2014.....	58
Slika 2.22: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov glede na spol, povprečje 2006–2008 in 2012–2014, Slovenija	61
Slika 2.23: Delež moških oziroma žensk, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat visoko tvegano opili, glede na starost in izobrazbo v letu 2014.....	63
Slika 2.24: Delež moških oziroma žensk, starih 25 let in več, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat visoko tvegano opili, v letih 2007 in 2014, glede na izobrazbo.....	63
Slika 2.25: Sum na veliko depresivno motnjo (DSM-IV) v zadnjih dveh tednih, prisotnost tesnobnosti/anksioznosti v zadnjih 12 mesecih glede na izobrazbo v Sloveniji, 2014.....	66
Slika 2.26: Sum na veliko depresivno motnjo (DSM-IV) v zadnjih dveh tednih, prisotnost tesnobnosti/anksioznosti v zadnjih 12 mesecih glede na zaposlitveni status, Slovenija, 2014.....	66
Slika 2.27: Delež oseb, ki jim je bil izdan vsaj en recept za anksiolitik po spolu, starosti in izobrazbi, Slovenija, 2015	67
Slika 2.28: Delež oseb, ki jim je bil izdan vsaj en recept za antidepresiv po spolu, starosti in izobrazbi, Slovenija, 2015	67
Slika 2.29: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi samomora glede na izobrazbo, primerjava med obdobjema 2006–2008 in 2012–2014, in glede na spol, Slovenija	69
Slika 2.30: Starostno standardizirana umrljivost zaradi samomora glede na spol, v starosti 0–64 let, Slovenija, 2006–2014.....	69
Slika 2.31: Pogostost uživanja zelenjave po priporočilih – enkrat ali večkrat na dan, glede na spol in izobrazbo, Slovenija, 2014....	73
Slika 2.32: Delež oseb, starejših od 25 let, ki so povprečno telesno dejavne vsaj 30 minut dnevno ali skupno 150 minut na teden, glede na spol in izobrazbo, Slovenija	73
Slika 2.33: Delež debelih (ITM \geq 30) glede na izobrazbo in starostne skupine, Slovenija, 2015	74
Slika 2.34: Odstotek debelih (ITM \geq 30) glede na spol in izobrazbo, Slovenija, primerjava med letoma 2007 in 2014	75
Slika 2.35: Delež oseb z zvišanim krvnim tlakom po spolu, glede na ITM, starost 25–74 let, Slovenija, 2014.....	76
Slika 2.36: Delež oseb, ki so poročale, da imajo bolezni srca in ožilja glede na ITM in izobrazbo, starost 25–74 let, Slovenija, 2014	76
Slika 2.37: Delež oseb, hospitaliziranih zaradi bolezni srca in ožilja, od vseh oseb v posameznem starostnem razredu, glede na stopnjo izobrazbe, Slovenija, 2015	77
Slika 2.38: Delež prejemnikov zdravil za hipertenzijo, glede na stopnjo izobrazbe, Slovenija, 2015.....	78
Slika 2.39: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) moških in žensk, starih 25–74 let, zaradi nenamernih poškodb po izobrazbi, Slovenija, 2006–2008 in 2012–2014	81
Slika 2.40: Delež že kdaj (v življenju) cepljenih proti KME, moški in ženske glede na izobrazbo, v letih 2007 in 2014	84
Slika 2.41: Poročani razlogi/stališča necepljenih proti KME, glede na spol in izobrazbo	85
Slika 2.42: Deleži prebivalcev, ki so v letih 2007 in 2014 svoje zdravstveno stanje sami ocenili kot dobro, glede na doseženo stopnjo izobrazbe.	88

Slika 2.43: Deleži oseb, starejših od 64 let, ki so na vprašanje o vsakodnevni skrbi zase odgovorili, da stopnice uporabljajo z večjimi težavami ali da jih sploh ne uporabljajo, se kopajo, nakupujejo ali urejajo denarne zadeve	89
Slika 2.44: Delež oseb, starejših od 64 let, ki so odgovorile, da so nazadnje obiskale zobozdravnika pred več kot 12 meseci ali da ga niso nikoli obiskale, po izobrazbi	90
Slika 2.45: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) moških, starih nad 64 let, zaradi padcev po izobrazbi, Slovenija 2006–2007 in 2013–2014	91
Slika 2.46: Standardizirana stopnja umrljivosti (na 100.000) žensk, starih nad 64 let, zaradi padcev po izobrazbi, Slovenija 2006–2007 in 2013–2014	91

III. poglavje

Slika 3.1: Stopnja anketne brezposelnosti v Sloveniji in Evropski uniji EU28 letno od leta 2000 do leta 2016	96
Slika 3.2: Relativna razlika v stopnji brezposelnosti med letoma 2008 in 2010, države EU28 ter Islandija in Norveška	96
Slika 3.3: Bruto družbeni proizvod, tekoče cene, v evrih na prebivalca, Slovenija in EU28, letno od leta 2005 do leta 2016	97
Slika 3.4: Stopnja brezposelnosti glede na starostne skupine, Slovenija, letno od leta 2004 do leta 2016	97
Slika 3.5: Stopnja anketne brezposelnosti glede na trajanje, Slovenija, letno od leta 2008 do leta 2015	98
Slika 3.6: Stopnja anketne brezposelnosti glede na izobrazbo, Slovenija, letno od leta 2004 do leta 2016	98
Slika 3.7: Delež ITM pri zaposlenih in brezposelnih, Slovenija, leto 2014	99
Slika 3.8: Delež zadostno telesno aktivnih, zaposleni, brezposelni, Slovenija, leto 2014	100
Slika 3.9: Delež kadilcev, zaposleni in brezposelni glede na spol in starostne skupine, Slovenija, leto 2014	100
Slika 3.10: Čezmerno pitje alkohola, zaposleni in brezposelni glede na spol in starostne skupine, Slovenija, leto 2014	101
Slika 3.11: Samoocena zdravja, zaposleni in brezposelni, Slovenija, leto 2014	101
Slika 3.12: Dobra samoocena zdravja, zaposleni in brezposelni glede na spol in starostne skupine, Slovenija, leto 2014	102
Slika 3.13: Prisotnost dolgotrajnih bolezni ali zdravstvenih težav, oviranost pri vsakodnevni aktivnosti ter socialna povezanost, zaposleni in brezposelni, Slovenija, leto 2014	103
Slika 3.14: Samoporočana bolezenska stanja in motnje, povezane z duševnim zdravjem, zaposleni in brezposelni, Slovenija, leto 2014	103
Slika 3.15: Delež oseb, ki so v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat obiskale zobozdravnika, družinskega zdravnika ali zdravnika specialista, zaposleni in brezposelni, Slovenija, leto 2014	104
Slika 3.16: Neizpolnjene zdravstvene potrebe zaradi finančnih omejitev, zaposleni in brezposelni, Slovenija, leto 2014	104
Slika 3.17: Delež žensk, ki so poročale, da jim je bil odvzet bris materničnega vratu, zaposlene in brezposelne, v starosti od 20 do 64 let, Slovenija, leto 2014	105
Slika 3.18: Delež oseb, ki so poročale, da so opravile pregled na prikrito krvavitev v blatu, zaposleni in brezposelni, v starosti od 50 do 69 let, Slovenija, leto 2014	106

IV. poglavje

Slika 4.1: Znanje o pomenu uživanja sadja in zelenjave pri otrocih v slovenskih osnovnih šolah, vključenih v Shemo šolskega sadja in zelenjave. Razlike deležev učencev, ki so pred izvedbo ukrepov in po njej pravilno odgovorili na vprašanja o pomenu uživanja sadja in zelenjave ter o drugih prehranskih dejavnikih, povezanih z zdravjem; oktober, november 2015, maj, junij 2016, vključenih 11.509 otrok.....	110
Slika 4.2: Poročana pogostost uživanja sadja in zelenjave pri otrocih v slovenskih osnovnih šolah, vključenih v Shemo šolskega sadja in zelenjave: delež učencev, ki vedno pojedjo sadje/zelenjavo, ki ju dobijo v šoli; analiza sprememb v šolskem letu 2015/16, primerjava ob začetku (oktober, november 2015) in zaključku (maj, junij 2016) šolskega leta.....	112
Slika 4.3: Delež učencev, ki med vikendom uživajo zelenjavo vsaj enkrat na dan, glede na socialno-ekonomski položaj	112
Slika 4.4: Umrljivost zaradi raka debelega črevesja in danke po izobrazbi v starosti od 25 do 74 let v Sloveniji	121
Slika 4.5: Delež oseb s pozitivnim testom na kri v blatu med testiranimi v Programu Svit (starost 50–69 let) po izobrazbi	121
Slika 4.6: Delež odzivnosti v Programu Svit (starost 50–69 let) po izobrazbi.....	122
Slika 4.7: Delež izvedenih kolonoskopij po pozitivnem testu na kri v blatu v Programu Svit (50–69 let) po izobrazbi.....	123

V. poglavje

Slika 5.1: Neposredni izdatki gospodinjstev in prostovoljno zdravstveno zavarovanje v deležu celotne končne potrošnje gospodinjstev, Slovenija, 2005–2015	129
Slika 5.2: Realna rast izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2008–2014.....	130
Slika 5.3: Neposredni izdatki gospodinjstev za zdravje kot delež v celotni potrošnji gospodinjstev, Slovenija in države EU, 2014.	131
Slika 5.4: Nezadovoljene potrebe po zdravstvenih storitvah pri prebivalcih, starih 50 let in več, zaradi finančnih razlogov in/ali čakalnih dob, po dohodkovnih razredih, Slovenija in države, vključene v anketo SHARE, 2015.....	132
Slika 5.5: Delež populacije z ogrožajoče visokimi neposrednimi izdatki	133
Slika 5.6: Neposredni izdatki gospodinjstev za zdravje po dohodkovnih razredih, 2000–2015.....	134

Stvarno kazalo

A

Alkohol 6, 19, 40, 46, 61, 81, 91, 100, 140

- škodljiva raba 23, 61

-alkoholni paradoks 63

Anketa o zdravju

in zdravstvenem varstvu 131, 138, 140

Anketni podatki 96, 142

Anksiolitiki 20, 24, 67, 68

Antidepresivi 20, 24, 67, 69, 139

B

Brezposelni, brezposelnost 19, 24, 25, 27, 49, 65,

69, 82, 95, 115

-stopnja 25, 82, 95

Bruto družbeni proizvod, BDP 85, 96, 130

C

Cepljenje proti klopnemu

meningoencefalitisu 20, 23, 84

- brezplačno 23, 85

Č

Čakalne dobe 115, 131, 133, 135

Čezmerno pitje alkohola 25, 62, 82, 99, 100

D

Debelost 20, 23, 25, 72, 99, 109

Dejavniki življenjskega sloga 22, 43

Depresija 65, 103

Dohodek 22, 28, 50

Dolgotrajna bolezen, težava 25, 103

Dostop, dostopnost 120, 124

-do zdravstvene oskrbe 103, 104, 115

-finančna 126

Dovoljena splavnost 43

Država prvega bivališča 45, 142

Duševne motnje, težave 25, 65

Duševno zdravje 24, 65, 101

E

EHIS *glej Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu*

Evropska unija, EU 19, 21, 29, 30, 32, 41, 74, 87, 127

Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept 138, 139

F

FAS 51, 110, 139

Finančna dostopnost 19, 28, 34, 126

G

Gledanje televizije, videoposnetkov 49

Gospodinjstvo 28, 127, 130

H

Hospitalizacija zaradi bolezni

srca in ožilja 20, 24, 76, 77, 78

HBSC *glej Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju*

I

Igranje videoiger 49

Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti 139

ITM, indeks telesne mase 74, 75, 76, 78, 99, 127, 142
-matere 44

Izdatki za zdravje, zdravstvo 127-135

-ogrožajoči 132

-neposredni 127-135

Izobrazba 12, 32, 40, 43, 53, 65, 141

Izobrazbene neenakosti 19, 26

Izobrazbeni gradient 20, 40, 84

J

Javno zdravje 41

K

Kadilci 20, 22, 57, 100,

Kadilke 19, 57

-noseče 44, 46

Kajenje, tedensko 49

- Kazalniki zdravja** 30, 50, 87
- Klopni meningoencefalitis, cepljenje** 20, 23, 84,
- necepljenje 85
- Komuniciranje, celovito** 124
- Kriza** 5, 8, 15, 30, 81,
- L**
- Lokalna skupnost** 26, 27, 91, 115
- M**
- Metodologija** 110, 137, 138
- primerjav med leti 141
- med različnimi socialno-demografskimi skupinami 141
- Mladi, Mladostnik** 20, 22, 25, 26, 48, 109, 140
- vedenje 48
- N**
- Naklonski indeks neenakosti** 55
- trend 55
- Neenakost, -i, otroci** 26, 43, 48
- mladostniki 26, 48, 109
- v odzivnosti 121, 122
- v presejanju 25, 26, 45, 105, 120
- Neposredni izdatki za zdravje, iz žepa** 127
- Nosečnost** 20, 22, 43, 74, 140
- izid 22, 43
- O**
- Obisk pri zdravniku**, 19,
- pri zobozdravniku 24, 89, 103, 140
- Obisk priprave na porod** 45
- Ocena družinskega blagostanja** 20, 22, 48, 109, 142
- Opolnomočenje** 5, 35, 105
- Oviranost** 19, 25, 27, 32, 37, 102, 115
- P**
- Padci, starejši** 19, 20, 24, 82, 87, 89, 90
- Perinatalni informacijski sistem** 47
- Pljučni rak, umrljivost** 20, 22, 58, 102
- Politike** 14, 17, 30, 37, 39, 55, 79, 106, 127
- različni resorjev 78
- prehranska, gibalna 26, 109
- Porod** 20, 22, 43, 139,
- Poškodbe, nenamerne, odrasli** 19, 20, 24, 81
- Potrošnja** 129
- Pregledi porodnic** 44
- Prehrana** 26, 40, 72, 109, 140
- Presejalni program** 19, 25, 105, 120
- ZORA 25, 105, 106
- SVIT, 25, 105, 106
- Presejalni test** 105, 121
- za kromosomopatije 45
- Prezgodnja umrljivost** 33, 37, 57, 61, 95
- Pričakovano trajanje zdravja** *glej tudi*
Zdrava leta življenja 20, 39
- Pričakovano trajanje življenja** 20, 21, 31,
- Primerjava z evropskimi državami** 19, 21, 30,
34, 51, 127
- Prometne nezgode** 24, 31, 61, 81,
- R**
- Rak debelega črevesja** 25, 26, 105, 120
- Ranljive skupine** 25, 79, 115
- osebe 115
- Regije, regionalne** 15, 30, 66, 72, 132
- S**
- Samomor, samomorilnost** 19, 21, 24, 31, 68
- Samocena zdravja** 19, 22, 24, 49, 50, 53, 87,
101, 140
- duševnih težav 66
- zadovoljstva z življenjem 48
- Shema šolskega sadja in zelenjave** 19, 26, 27,
79, 109, 138
- pozitivni učinki 111
- Skrb zase** 88
- Skupaj za zdravje** 27, 115
- Skupnostni pristop** 19, 27, 115

Socialna povezanost 91, 102

Socialno-ekonomski položaj 16, 37, 50, 65, 72, 90, 109

Srčno-žilne bolezni 31, 37, 38, 75, 79, 87, 140

Starejši 19, 20, 24, 27, 87

Starostno standardizirana

stopnja umrljivosti 58, 61, 81, 91, 121, 141

Stopnja izobrazbe 16, 37, 66, 76, 138

T

Telesna dejavnost 25, 72, 92, 99

-mladostnikov 50

Telesna teža 44, 47, 109

Tobak 57

U

Ukrepi, 19, 22, 23, 27, 35, 51, 79, 82, 92, 95, 113

-javnih politik 64

-medresorski 78

Umrljivost

-dojenčkov, 19, 21, 31, 33, 37

-otrok 31

-zaradi nenamernih poškodb 19, 24, 81

-zaradi srčno-žilnih bolezni 31

-zaradi pljučnega raka 22, 58,

-zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov (ANPV) 19, 20, 62

-v prometu 42, 82

-zaradi padcev, 19, 20, 24, 87

-zaradi raka debelega črevesja 25, 120

Uživanje sadja 26, 27, 50, 72, 78, 109

Uživanje zelenjave 23, 73, 109, 112

V

Varčevanje, breme 19, 129, 135

Viri podatkov 138

Visokotvegano opijanje 20, 62, 63, 82

Vrzel 19, 21, 26, 32, 37, 62, 75, 87, 111, 124

Z

Z zdravjem povezano

vedenje v šolskem okolju 51, 109, 138, 140

Zaposlitveni status, zaposlenost 50, 66, 95, 140

-staršev 49, 50

Zbirka podatkov 138

-o umrlih osebah 139, 140

Zdrav življenjski slog 37, 55, 78, 99

Zdrava leta življenja *glej tudi*

Pričakovano trajanje zdravja 31, 32, 37, 39, 57

Zdravila 28, 104, 115, 128, 139

-za zdravljenje duševnih motenj 24, 67, 68,

-zazdravljenje hipertenzije 20, 24, 77, 78,

Zdravstveno varstvo, v nosečnosti 43

Zdravstveno zavarovanje 45, 95, 115

-obvezno 84, 104, 128

-prostovoljno/dopolnilno 128, 129

Znanje o pomenu uživanja

sadja in zelenjave 26, 111, 113

Zvišan krvni tlak 72, 75, 76

Ž

Življenjska doba 32



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

Gradivo je dostopno na:

<http://www.nijz.si>

