



Valentina Prevolnik Rupel

UVOD V SKLOP

»ZDRAVJE IN DOLGOTRAJNA OSKRBA«

Staranje je naravni proces, ki pa zaradi vedno daljše življenjske dobe za vse sektorje družbe predstavlja poseben izziv. S staranjem narašča prevalenca kroničnih bolezni ter drugih fizičnih in duševnih bolezni. Preventivne dejavnosti in skrb za zdravje ter stalni nadzor nad zdravstvenimi težavami starejših odločilno pripomorejo k vzdrževanju kakovosti življenja starejše populacije. Informacijski sistem, sprotno sledenje podatkom in njihova analiza služijo kot podpora, ki odločevalcem omogočajo sprejemati konkretne in usmerjene odločitve o politikah, ki na vseh področjih vodijo do boljšega zdravja državljanov. Pomembnost področja zdravja se kaže tudi skozi anketo SHARE, kjer je velik del zbranih podatkov ravno o zdravju državljanov EU, tudi Slovenije.

Glede na zadnje podatke iz leta 2012 je bila v Sloveniji pričakovana življenjska doba ob rojstvu 77,1 leta za moške in 83,3 leta za ženske (Eurostat, 2012). Pričakovana življenjska doba je bila zelo blizu povprečni v EU, ki je bila 77,5 let za moške in 83,1 leta za ženske in je celo presegala povprečje EU za ženske. Pričakovana zdrava leta življenja v istem letu v Sloveniji so bila 56,5 let za moške in 55,6 za ženske, kar je daleč pod povprečjem EU, ki znaša 61,5 let za moške in 62,1 za ženske. Razlika med pričakovanim trajanjem življenja in pričakovanimi zdravimi leti življenja v Sloveniji je največja med vsemi državami EU za ženske in druga največja za moške, kar kaže na nizko z zdravjem povezano kakovost življenja. Zdrava leta življenja (HLY) izračunamo na podlagi skupnega deleža zelo in zmerno oviranih. **Eva Zver in Andrej Srakar** sta primerjala delež zelo in zmerno oviranih oseb med različnimi raziskavami (SHARE, EU-SILC, EHIS). Delež je po raziskavi EU-SILC nekoliko višji kot po SHARE, toda nižji kot po EHIS. Kazalnik HLY bi bil torej za Slovenijo nekoliko ugodnejši, če bi v izračunu upoštevali nižje deleže oviranih iz raziskave SHARE, vendar pa glede na visok rezultat po EHIS sklepata, da je delež oviranih, ki za Slovenijo vstopa v izračun HLY, približno ustrezen. Ugotavljata, da je kazalnik HLY ustrezna mera za splošne težave z zdravjem, ne pa tudi za ocenjevanje potreb po dolgotrajni oskrbi. V Sloveniji je manj kot četrtnina anketiranih, ki so odgovorili, da so zelo ali zmerno ovirani, navedla tudi konkretno osebno (ADL) ali instrumentalno (IADL) omejitev vsakdanjega življenja. V drugem delu raziskave sta se osredotočila na ustreznost uporabe deleža zelo oviranih po raziskavi EU-SILC, ki se uporablja v projekcijah izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Delež zelo oviranih je v strukturi vseh oviranih zelo nizek; po SHARE je bistveno nižji kot po EU-SILC: delež se ujema z deležem oviranih po ADL ali IADL, je pa višji od deleža oviranih po ADL. V projekcije tako vstopa verjetno precenjen delež zelo oviranih iz

raziskave EU-SILC, saj ne odraža zgolj potreb po javno financirani dolgotrajni oskrbi, temveč tudi potrebe po podpornih dnevni opravilih, ki pa naj bi bile večinoma financirane iz zasebnih virov.

Poglavje o zdravju je najbolj obširno poglavje v publikaciji SHARE. Prispevke, ki skušajo slediti razpoložljivim podatkom, smo razdelili v dve podpoglavji. Prvo poglavje prikazuje zdravje populacije 50+, drugo pa dejavnike tveganja. Pri tem smo skušali zajeti ekonomsko oz. finančno sliko področja zdravja ter zdravje povezati z dolgotrajno oskrbo, socialno politiko, gibanjem in rekreacijsko politiko ter s prehransko oz. kmetijsko politiko. Skrb za pozitivno zdravje je posledica številnih dejavnikov, od gospodarskih, okoljskih, socialno-ekonomskih, kulturnih do genetskih ter drugih danosti. Vsi ti dejavniki vplivajo na posameznikovo zdravje in na njegovo pričakovano (zdravo) življenjsko dobo.

V Sloveniji kot drugje po svetu največje breme bolezni predstavljajo kronične nenalezljive bolezni: največ umiramo zaradi srčno-žilnih bolezni in rakavih obolenj. V letu 2013 smo lahko pripisali raku in srčno-žilnim boleznim 70 odstotkov vseh smrti. Povečano število rakavih in srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2 in duševnih bolezni ni le posledica staranja prebivalstva, pač pa tudi dejavnikov tveganja, kot so kajenje, tvegano uživanje alkohola, telesna nedejavnost, nezdrava prehrana in stres. Na življenjski slog, dejavnike tveganja in uporabo zdravstvenih storitev pa pomembno vpliva tudi posameznikov socialno-ekonomski status. V poglavju o zdravju smo skušali predstaviti zdravstveno stanje starejšega prebivalstva in analizirati nekatere dejavnike tveganja, ne pa vseh, čeprav jih raziskava SHARE zajema.

Andrej Srakar je po primerljivi mednarodni metodologiji izračunal splošni indeks zdravja, ki kaže, da Slovenija ne odstopa bistveno od povprečja SHARE, z izjemo obolevanja za artritisom, kjer smo precej bolj zdravi. Najbolj zdravi državi med sodelujočimi v raziskavi sta Danska in Švica, Slovenija je v zgornjem delu lestvice. Slovenija ima močnejše izraženo neenakost glede vpliva posameznih zdravstvenih kazalnikov na skupno sliko zdravja, manj pa je izražena neenakost glede samih vrednosti spremenljivk.

V prispevku o kognitivnih sposobnostih **Vladimir Lavrač in Andrej Srakar** skušata raziskati in prikazati kognitivne funkcije (numerične sposobnosti, verbalne sposobnosti, priklic besed in naknadni priklic besed) po vseh državah SHARE. Kot pričakovano, vse vrednosti kognitivnih funkcij upadajo s starostjo po vseh državah SHARE. Pri skoraj vseh funkcijah vrednosti najmočnejše upadejo po 85. letu starosti. Slovenci imamo na splošno slabše vrednosti od povprečja SHARE pri večini kognitivnih funkcij, razen pri verbalnih sposobnostih. Avtorja analizirata tudi neenakosti v upadanju kognitivnih funkcij glede na zaposlitveni status, izobrazbo in ukvarjanje z miselnimi dejavnostmi.

Naslednja sta prispevka avtoric **Saške Roškar**, ki obravnava samomorilnost med starejšimi, in **Helene Jeriček Klanšček** o depresiji med starejšimi. Slovenija spada med države, kjer je samomorilnost visoka, samomorilnost starejših, še posebej tistih nad 65 let, pa je v Sloveniji še višja od ostalih starostnih skupin. V članku Saška Roškar dokaže povezavo med samomorilnimi mislimi

ter spolom, starostjo, izobrazbo, finančnim stanjem gospodinjstva in tem, ali anketiranec živi sam ali ne. Prav tako so samomorilne misli statistično značilno povezane z depresijo, prisotnostjo bolezni, številom kroničnih bolezni in omejenostjo pri vsakodnevnih aktivnostih. Podobno kot pri samomoru je tudi depresija povezana s spolom, starostjo ter s tem, ali anketiranec živi sam ali s partnerjem, z izobrazbo in finančnim stanjem gospodinjstva. Oba članka dajeta pomembna izhodišča in usmeritve za pripravo strateških ukrepov na področju zdravstvene in socialne politike. Ukrepi, ki spodbujajo socialno vključenost in povezovanje starejših z mlajšimi ter gradijo socialna omrežja, preprečujejo depresijo, pozitivno vplivajo na zdravje in kakovost življenja ter preprečujejo samomorilnost.

23

Problematika večje uporabe zdravstvenih storitev pri starejših je znana – manj znano je dejstvo, da starostniki pri uporabi zdravstvenih storitev niso homogena skupina. **Rok Hren, Valentina Prevolnik Rupel in Andrej Srakar** so uporabo zdravstvenih storitev analizirali v ambulantni zdravstveni oskrbi, pri bolnišničnem zdravljenju ter pri porabi zdravil, in sicer glede na osnovne demografske in socialno-ekonomske značilnosti populacije (spol, starost, izobrazba, subjektivni dohodek). Medtem ko je starost osnovna spremenljivka, sta na uporabo zdravstvenih storitev pomembno vplivala tudi izobrazba in subjektivni dohodek. Ženske, bolj izobraženi in bogatejši v večji meri uporabljajo zdravstvene storitve. To je skladno tudi z rezultati analize izdatkov iz žepa za zdravstvene storitve avtorjev **Valentine Prevolnik Rupel, Roka Hrena in Andreja Srakarja**: bolj izobraženi imajo višje izdatke iz žepa.

Na podlagi rezultatov prvega dela publikacije je razvidno, da so razlike v zdravju posledica osnovnih demografskih in socialno-ekonomskih spremenljivk, s katerimi pa so v veliki meri povezani tudi dejavniki tveganja, ki so jih avtorji obdelali v drugem podpoglavju publikacije: to so kajenje, prehrana, debelost in gibanje populacije 50+.

V Sloveniji smo relativno hitro sprejeli zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov tako na delovnem mestu kot v javnih prostorih. Slovenija se uvršča med države z nižjimi deleži kadilcev. **Helena Koprivnikar** ugotavlja, da med proučevano populacijo kadi vsak sedmi prebivalec, kar je manj kot v splošni populaciji. Pozitivno sliko o dejavniki tveganja daje tudi analiza prehranskih navad: avtorji **Matej Gregorič, Vida Fajdiga Turk in Urška Blaznik** ugotavljajo, da vsak dan sadje in zelenjavo uživa kar 85 % anketiranih starejših oseb, kar Slovenijo uvršča precej nad povprečje. Tudi pri uživanju stročnic, jajc in mesa smo primerljivi s povprečjem EU. V drugem prispevku **Urška Blaznik, Matej Gregorič in Vida Fajdiga Turk** pri analizi preskrbe populacije z beljakovinami in tekočinami ugotavljajo, da se pri uživanju mleka in mlečnih izdelkov med starejšimi osebami uvrščamo pod povprečje držav EU, nezadostno uživanje tekočin pa je prisotno pri 16 % prebivalcev. V Sloveniji je skoraj polovica prebivalcev (45,1 %), starih 50 let ali več, čezmerno hranjenih in skoraj četrtina (23,9 %) debelih, so ugotovitve analize debelosti in čezmerne hranjenosti avtorjev **Vide Fajdiga Turk, Mateja Gregoriča in Urške Blaznik**. Debelost in čezmerna hranjenost se razlikujeta in sta odvisni od izobrazbe, spola in starosti. Glede na ostale sodelujoče države se Slovenija po

deležu čezmerno hranjenih starejših prebivalcev Slovenije uvršča v sam vrh, medtem ko se po deležu debelih uvršča malo nad povprečje.

Verjetnost neukvarjanja z zmerno telesno aktivnostjo se povečuje z izobrazbo, medtem ko statistično značilnega vpliva izobrazbe na neaktivnost, povezano s športom, ne zaznavamo. Avtorici **Renata Slabe Erker in Tjaša Bartolj** na podlagi tega sklepata, da zmerno telesno aktivnost bolj izobraženi starostniki nadomeščajo z drugimi oblikami aktivnosti, morda družabnimi, izobraževalnimi. Dejstvo, ali je posameznik zaposlen ali upokojen in ali živi na podeželju ali v mestu, nima statistično značilnih vplivov na neukvarjanje z lažjimi telesnimi dejavnostmi oziroma opravili, je pa večja verjetnost, da bo zaposleni v primerjavi z upokojenim in tisti, ki živi v urbanem okolju, napram tistemu, ki živi na podeželju, telesno neaktiven v smislu zahtevnejšega dela oz. športa. V smislu športa so slabše vključene predvsem naslednje skupine starejših: ženske, zaposleni in tisti, ki živijo v urbanem okolju. Starejše ženske morda nadomeščajo športno rekreacijo z lažjimi aktivnostmi, kot so sprehodi in vrtnarjenje. Verjetnost manjše aktivnosti starejših, ki živijo v urbanem okolju, v primerjavi s starejšimi, ki živijo v ruralnem okolju, sovпада s slovensko infrastrukturno zgodbo.

Na podlagi prispevkov v publikaciji so avtorji lahko nanizali kar nekaj predlogov za usmerjanje politike na področju gibanja starejših, prehranske politike, socialne in zdravstvene politike. Podatki SHARE so uporabni tudi za nadaljnje in bolj poglobljene analize in upamo, da bodo prikazane analize za odločevalce koristne in zanimive. Le na podlagi sodelovanja med raziskovalno sfero in politiko lahko zbrane podatke optimalno izkoristimo in uporabimo v dobro vseh ter se kar najbolj približamo družbi zdravja.