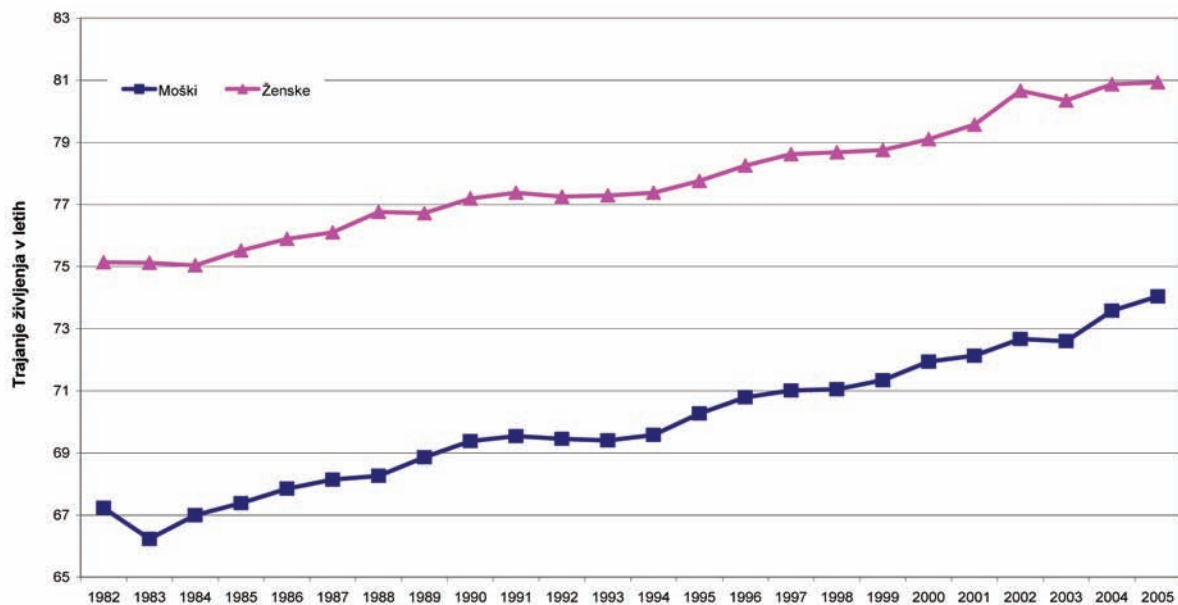


Priloga 1: Dodatni kazalniki in trendi zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva

1.1 Demografski kazalniki

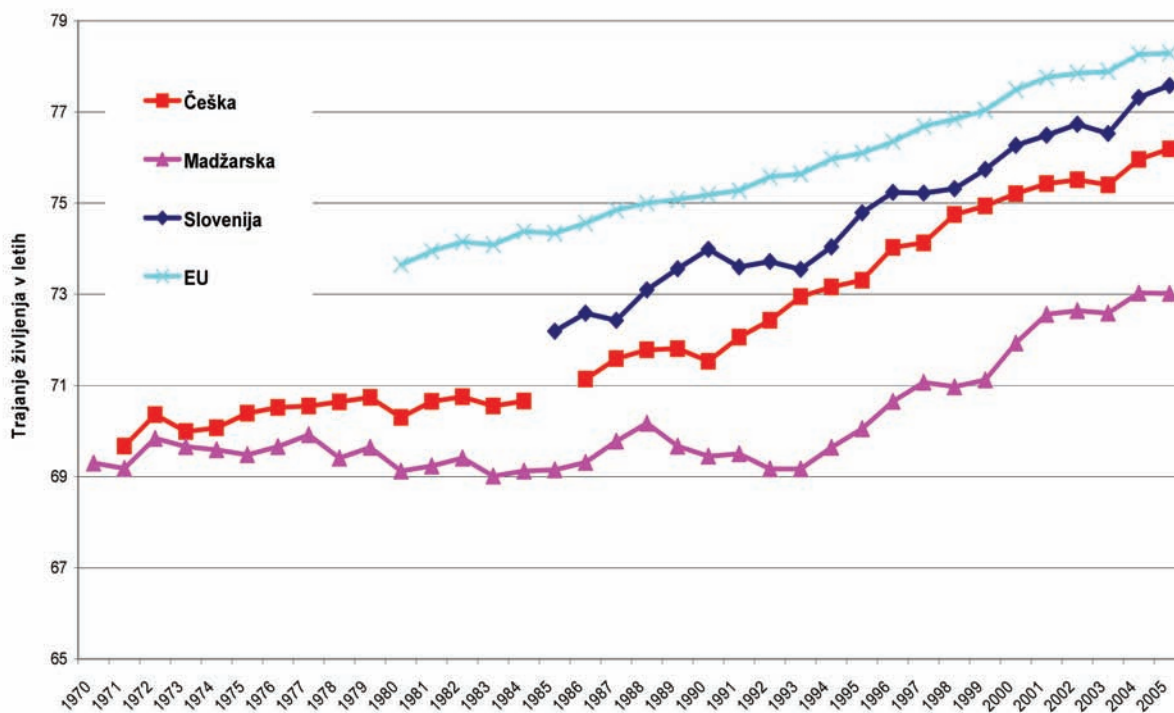
Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu se je v Sloveniji v zadnjih petindvajsetih letih podaljšalo, in sicer za šest let pri ženskah in za 6,5 leta pri moških. Razlika med spoloma še vedno znaša 7,5 let. Pri tem kazalniku je Slovenija napredovala hitreje od sosednjih srednje- in vzhodnoevropskih držav in je na tako zmanjšala razliko do povprečja Evropske unije. Zdaj je zaostanek zmanjšan na dobro leto dni, gre pa predvsem za večjo vrzel pri moških. Bolezni srca in ožilja, rak, druga zdravstvena stanja in poškodbe so prispevali približno vsak po eno četrtno k razliki v pričakovanem trajanju življenja za moške med državami EU-15 in Slovenijo. Med ženskami se kot vzrok za razliko navaja predvsem umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja. Problematično ostaja torej obdobje med 45. in 65. letom starosti, ko nastane kar 43 % razlike v pričakovanem trajanju življenja med Slovenijo in povprečjem EU. Verjetnost smrti v mlajšem in srednjem odraslem življenjskem obdobju (to je med 20. in 64. letom starosti) se je od leta 1971 do leta 2002 zmanjšala s 33,7 % na 23,84 % pri moških in s 16,8 % na 10,06 % pri ženskah.

Prikaz 1. Pričakovano trajanje življenja v Republiki Sloveniji v obdobju od 1982–2005



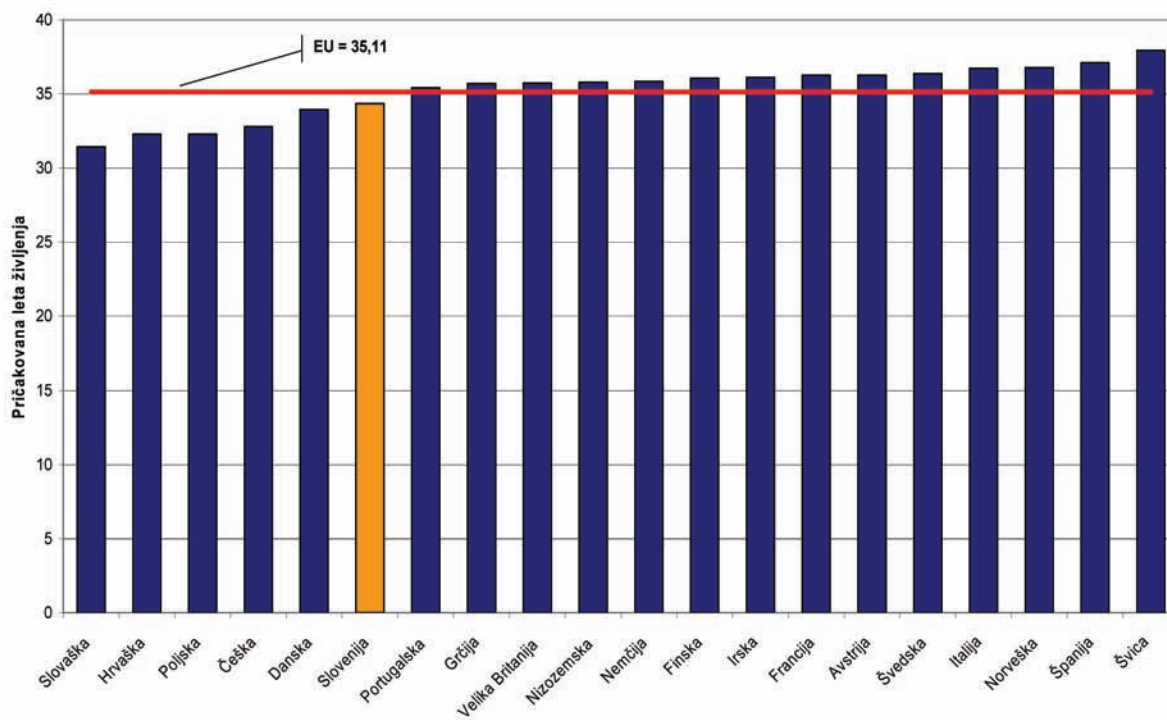
Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2007

Prikaz 2. Pričakovano trajanje življenja v Republiki Sloveniji v primerjavi z EU in nekaterimi evropskimi državami



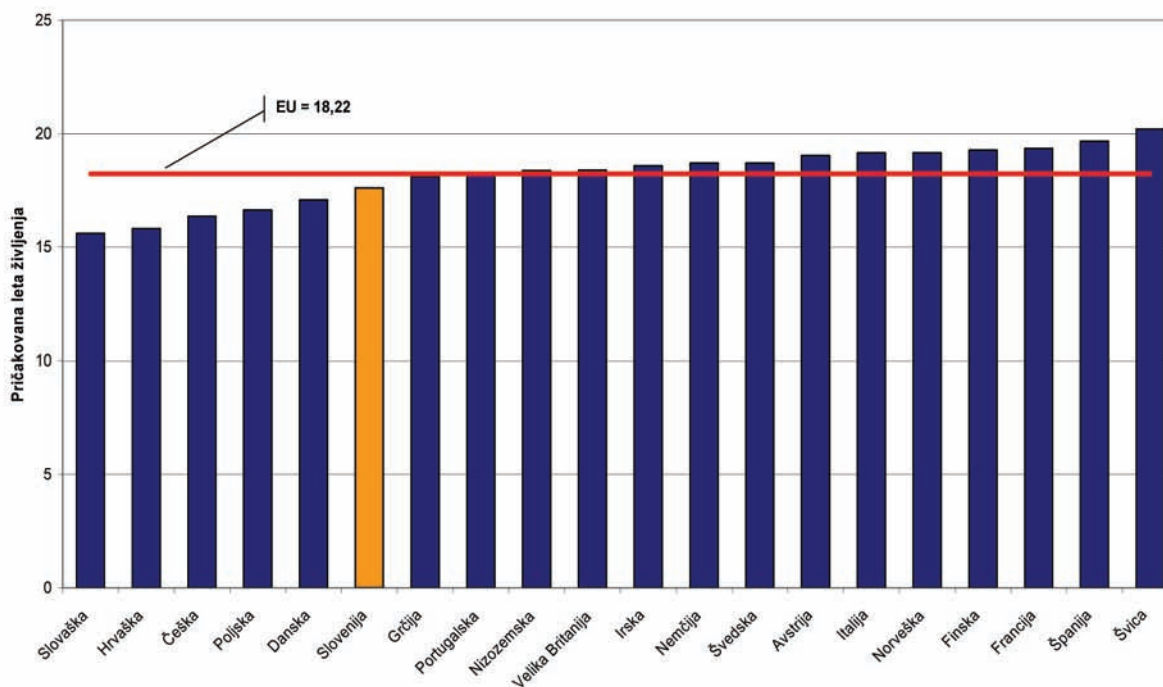
Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2007

Prikaz 3. Pričakovano trajanje življenja pri 45. letu (zadnje razpoložljivo leto)



Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2007

Prikaz 4. Pričakovano trajanje življenja pri 65. letu (zadnje razpoložljivo leto)



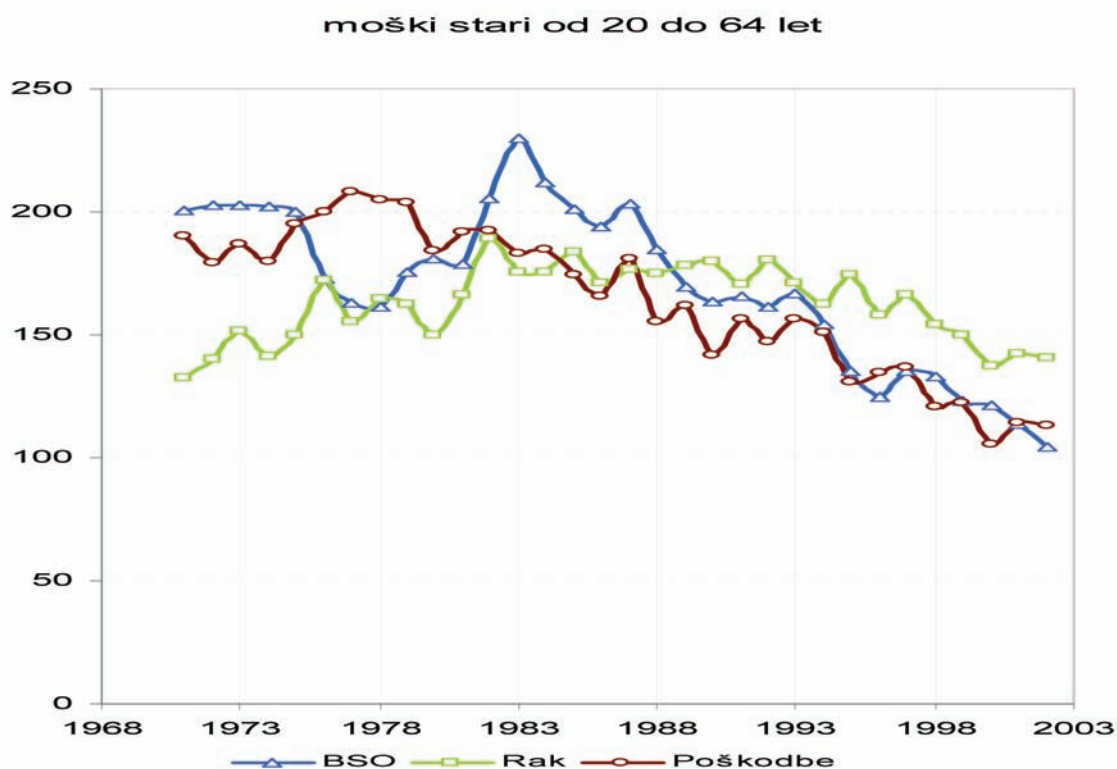
Vir: Statistični urad Republike Slovenije, 2007

1.2 Kazalniki zdravstvenega stanja

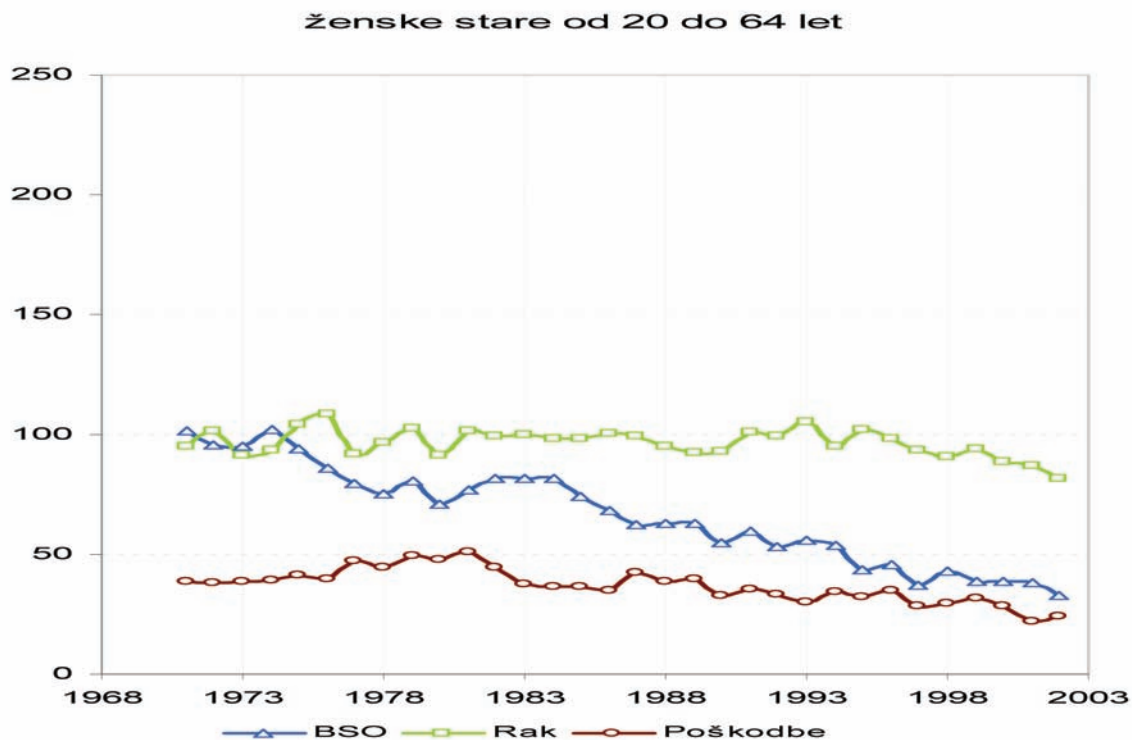
1.2.1 Umrljivost in vodilni vzroki smrti

Bistveno sta se zmanjšali stopnji umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja ter poškodb oziroma zunanjih vzrokov smrti. Pri ženskah se je po obdobju stagnacije do leta 1995 umrljivost zaradi rakavih bolezni sicer zmanjšala, vendar ne tako izrazito kakor zaradi bolezni srca in ožilja ter poškodb oziroma zunanjih vzrokov smrti. Umrljivost zaradi raka pri moških ne narašča, pač pa od leta 1999 pri ženskah. Med prvimi značilno narašča umrljivost zaradi raka sečil in med drugimi zaradi raka dihal. Poleg teh dveh vrst raka je vse več smrti zaradi raka krvotvornih organov in kože pri obeh spolih, pri moških pa še zaradi raka ust, ustne votline in žrela. Visoka je umrljivost starih moških zaradi padcev in samomorov ter zaradi padcev tudi žensk. Zaradi večanja deleža starih ljudi med prebivalci umrljivost v prihodnosti ne bo padala. Ob učinkovitejšem preprečevanju poškodb in drugih nasilnih smrti, pa tudi zgodnejšem odkrivanju predrakastih in rakavih sprememb med prebivalci ter uspešnejšem boju z dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni se bo med vzroki smrti večal delež bolezni srca in žilja a hkrati bo rasla starost umrlih prebivalcev.

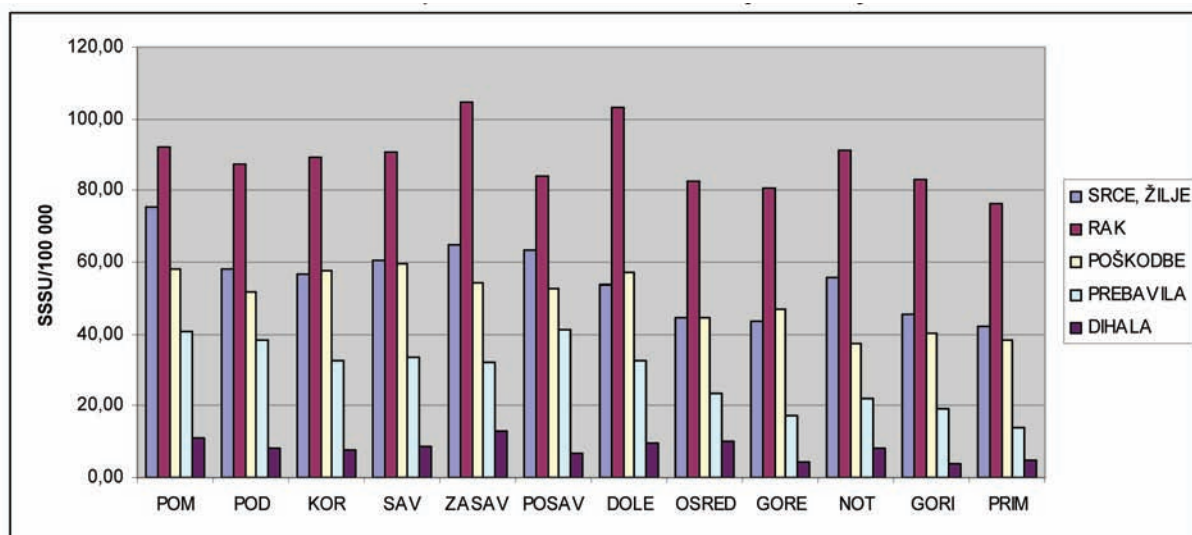
Prikaz 5. Umrljivost zaradi treh najpogostejših vzrokov smrti pri moških, starih med 20 in 64 let, v obdobju 1970–2002 (BSO – bolezni srca in ožilja). Vir: projekt Closing the Gap, 2007



Prikaz 6. Umrljivost zaradi treh najpogostejših vzrokov smrti pri ženskah, starih od 20–64 let, v obdobju 1970–2002 (BSO – bolezni srca in ožilja). Vir: projekt Closing the Gap, 2007

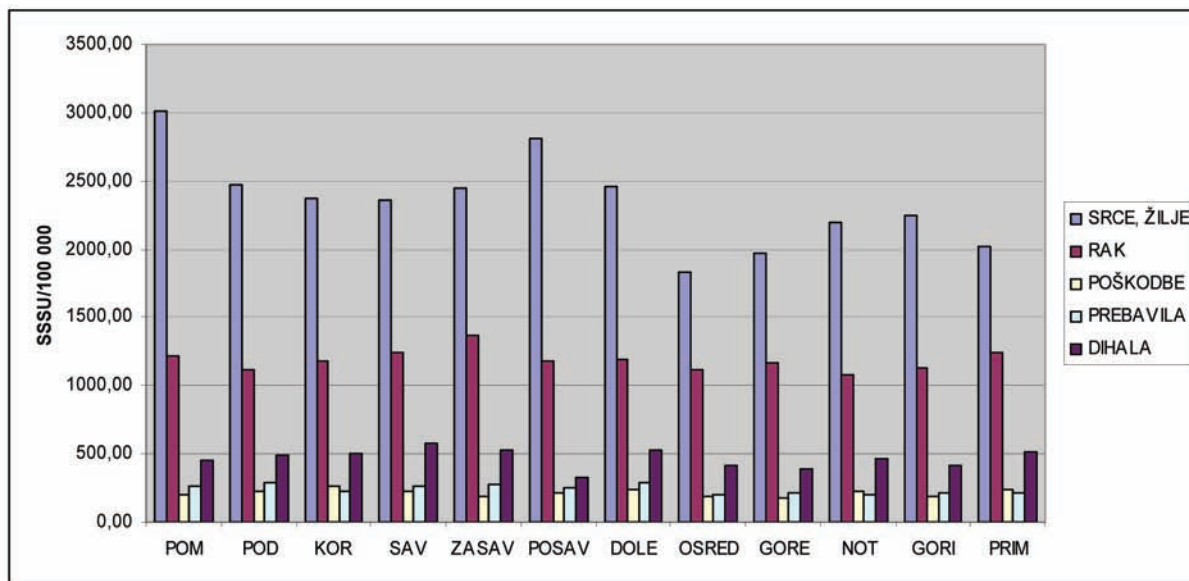


Prikaz 7. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi petih najpogostejših skupin bolezni oziroma stanj med prebivalci, mlajšimi od 65 let, Slovenija 2001–2005. Vir: zdravstveni statistični letopisi, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2002–2007



Legenda: POM – Pomurje, POD – Podravje, KOR – Koroška, SAV – Savinjska, ZASAV – Zasavje, POSAV – Spodnje Posavje, DOLE – jugovzhodna regija, OSRED – osrednjeslovenska regija, GORE – Gorenjska, NOT – notranjsko-kraška regija, GORI – Goriška, PRIM – obalno-kraška regija

Prikaz 8. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi petih najpogostejših skupin bolezni oziroma stanj med prebivalci, starejšimi od 64 let, Slovenija 2001–2005



Legenda: glej pri prikaz 1.

1.2.2 Prezgodnja umrljivost

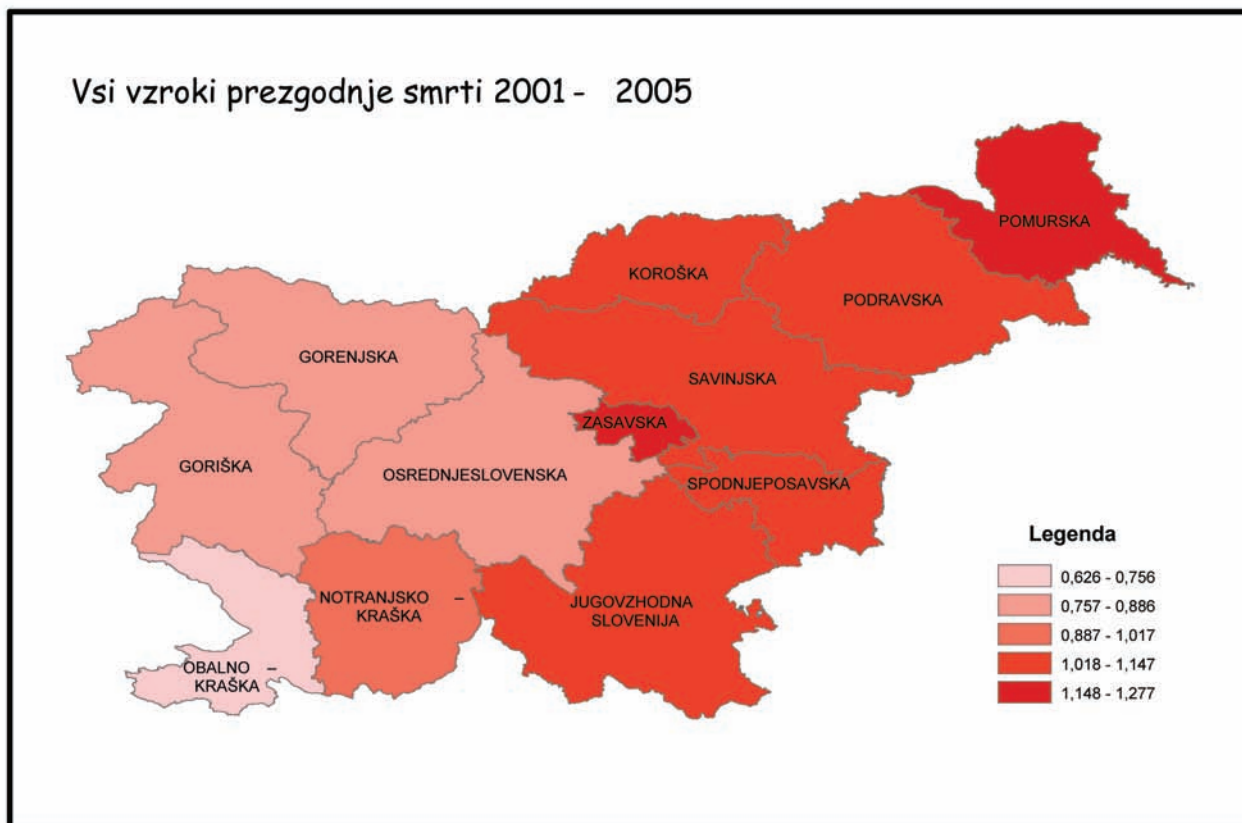
Prezgodnja umrljivost je kazalnik, s katerim posebej prikazujemo umrljivost pred 65. letom starosti. Velikokrat je povezana z nezdravim in tveganim življenjskim slogom – smrt zaradi nezgod, posebno prometnih, zaradi razvad, kakršni sta kajenje in uživanje alkoholnih pijač, včasih pa je tudi v dosegu ukrepov zdravstvenega varstva (zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja, presejalni testi za raka).

Prezgodnja umrljivost je pri moških v Republiki Sloveniji večja kakor pri ženskah. Od leta 1997 do leta 2005 je bila med vsemi umrlimi dobra četrtina mlajših od 64 let in kar 70 % med njimi je bilo moških. Vodilni vzroki prezgodnje smrti so bili skupina rakavih bolezni, bolezni srca in ožilja ter zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti. Skupaj so tvorili skoraj tri četrtine vseh prezgodnjih smrti. Najpogostejše posebne bolezni oziroma stanja, kot vzroki prezgodnje smrti so bile pri moških: ishemična bolezen srca, rak dihal, rak prebavil, bolezni jeter ter poškodbe in zastrupitve, a pri ženskah rak dojke, rak prebavil, bolezni jeter, rak ženskih spolovil, bolezni možganskih žil in že na šestem mestu rak dihal. Umrljivost je bila pri vseh enakih najpogostejših vzrokih smrti pri moških višja kakor pri ženskah. Pri vseh, razen pri raku dihal, je značilen padajoč časovni trend prezgodnje umrljivosti. V opazovanem obdobju se je znižala za 18,9 %, in za 17,4 %, pri moških bolj kot pri ženskah. Najbolj je upadla pri zunanjih vzrokih poškodb in zastrupitev.

V vseh statističnih regijah so bili na prvih štirih mestih štirje vzroki prezgodnje smrti: rak prebavil, rak dihal, bolezni jeter in ishemična bolezen srca. Največje tveganje za prezgodnjo smrt zaradi raka dihal je bilo za prebivalce zasavske regije, zaradi raka prebavil za prebivalce jugovzhodne in savinjske regije, zaradi bolezni jeter za prebivalce spodnjeposavske in pomurske regije, zaradi ishemične bolezni srca pa za prebivalce pomurske in zasavske regije.

Podatki o prezgodnji umrljivosti so pomembni, ker se s smrtmi odrasle generacije zmanjšuje ne le reprodukcija naroda, ampak tudi materialni prispevek ter prispevek k drugim koristim in vrednotam lastne in prihodnjih generacij.

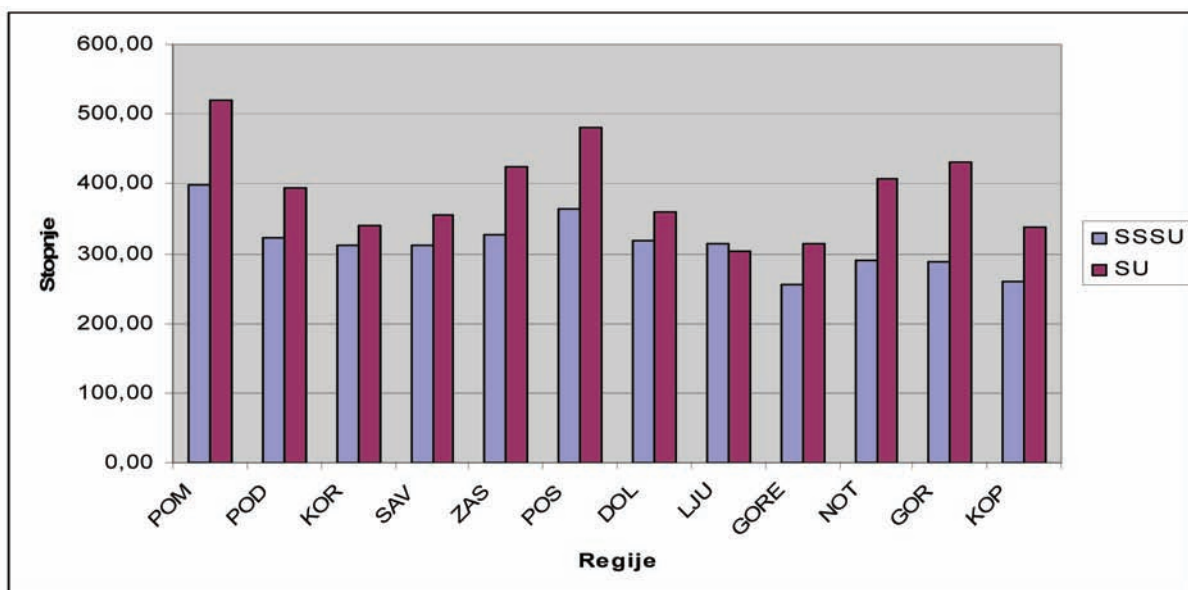
Prikaz 9. Stopnje prezgodnje umrljivosti v Republiki Sloveniji po regijah v obdobju 2001-2005. Vir: podatki IVZ RS; lastni izračuni



1.2.3 Bolezni srca in ožilja

Bolezni srca in ožilja so najpogostejši vzrok smrti v razvitih državah ter eden glavnih vzrokov obolevnosti in zmanjšane kakovosti življenja. V Republiki Sloveniji so s 3,59 umrlega na 1000 prebivalcev v letu 2006 najpogostejši vzrok smrti in bolnišničnih obravnav ter šesti najpogostejši vzrok obravnav v primarnem zdravstvenem varstvu. Razširjenost bolezni srca in ožilja narašča s starostjo – po 70 letu so najpogostejši vzrok smrti pri moških in pri ženskah. Pri moških so tretji oziroma drugi najpogostejši vzrok smrti že po 40. letu takoj za nasilnimi smrtmi in rakom. Zaradi vse več starostnikov so se stopnje bolnišničnih obravnav bolnikov z boleznimi obtočil od leta 1997 zviševale, v nasprotju z obolevnostjo. Breme bolezni se je proti starejšim generacijam premaknilo tudi zato, ker se je, zaradi uspešnejšega zdravljenja, podaljšalo preživetje po nastopu bolezni in se je umrljivost zato zmanjšala. Podobno sliko kakor splošna umrljivost, ki se v Republiki Sloveniji zvišuje od zahoda proti vzhodu, kaže umrljivost zaradi bolezni obtočil. Vzroki za te razlike so v dejavnikih, povezanih z izobrazbo in ekonomsko močjo prebivalcev. Pri mlajši starostni skupini je poleg izobrazbe pomembna določilnica razlik med regijami tudi dolgotrajna brezposelnost.

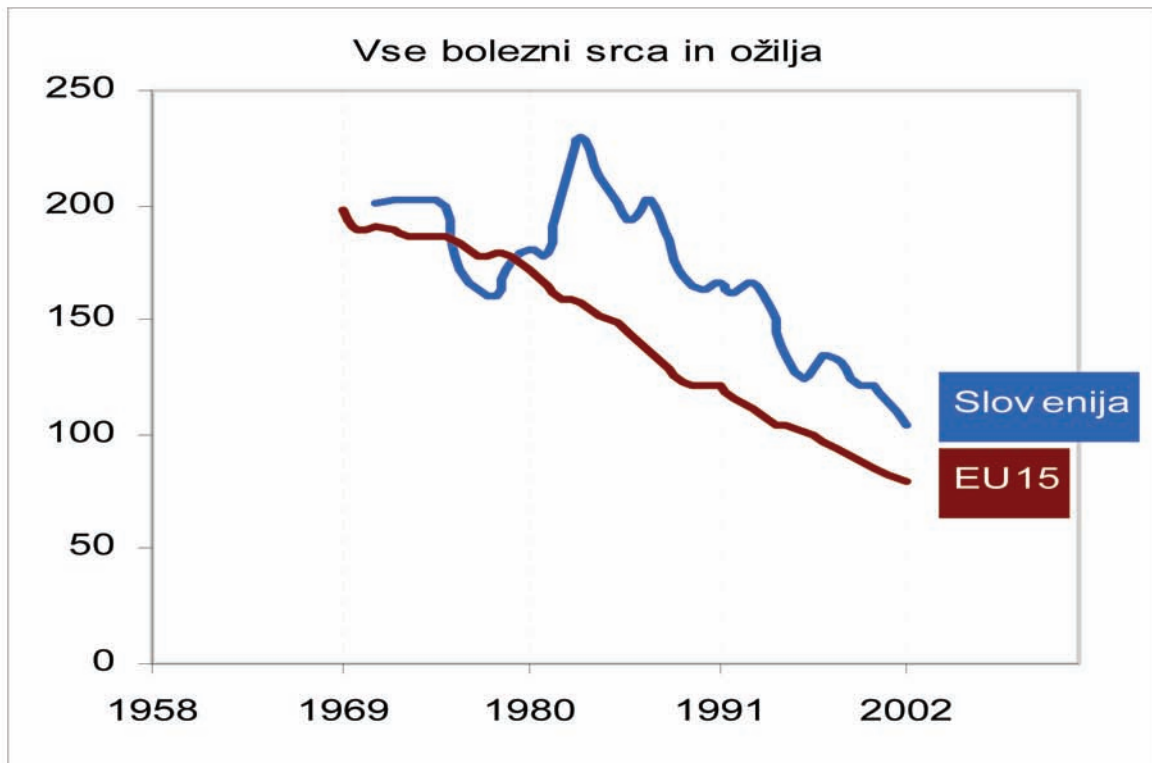
Prikaz 10. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti in stopnje umrljivosti zaradi bolezni srca in žilja na 100000 prebivalcev v Republiki Sloveniji, v obdobju 2001–2005, po regijah. Vir: zbirka podatkov o umrlih osebah IVZ RS



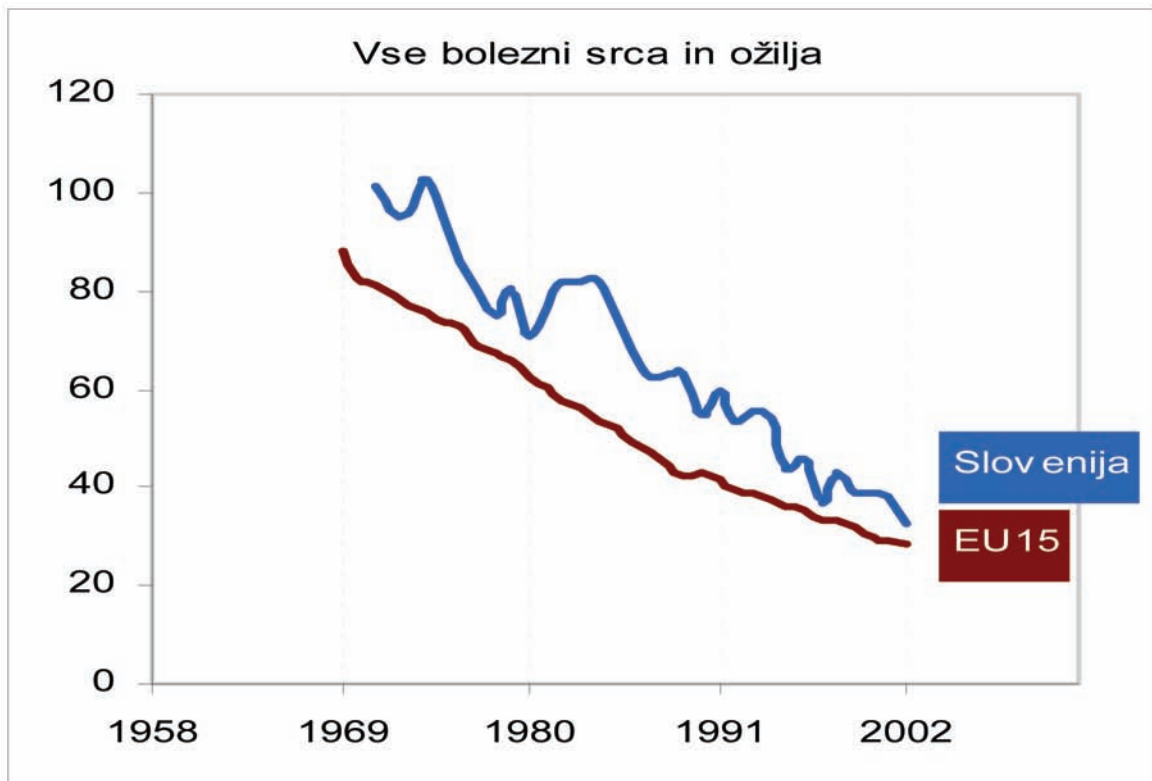
Legenda: SSSU – starostno standardizirane stopnje umrljivosti, vsa populacija, SU – stopnje umrljivosti, vsa populacija; POM – Pomurje, POD – Podravje, KOR – Koroška, SAV – Savinjska, ZAS – Zasavje, POS – Spodnje Posavje, DOL – jugovzhodna regija, LJU – osrednje slovenska regija, GORE – Gorenjska, NOT – notranjsko-kraška regija, GOR – Goriška, KOP – obalno-kraška regija.

Najvišje stopnje umrljivosti zaradi bolezni srca in žilja uvrščajo Pomurje in notranjsko-kraško regijo ob bok stopnjam umrljivosti na Poljskem in Češkem, medtem ko je v regijah z najnižjimi vrednostmi umrljivost taka kakor v Nemčiji ali Belgiji oziroma je v okviru povprečne umrljivosti v državah EU. Primerjavo trendov umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja po spolu med Republiko Slovenijo in EU za 32-letno obdobje si lahko ogledate v prikazih 11 in 12.

Prikaz 11. Umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja pri moških v Republiki Sloveniji na 100000 prebivalcev. Vir: projekt Closing the Gap, 2007



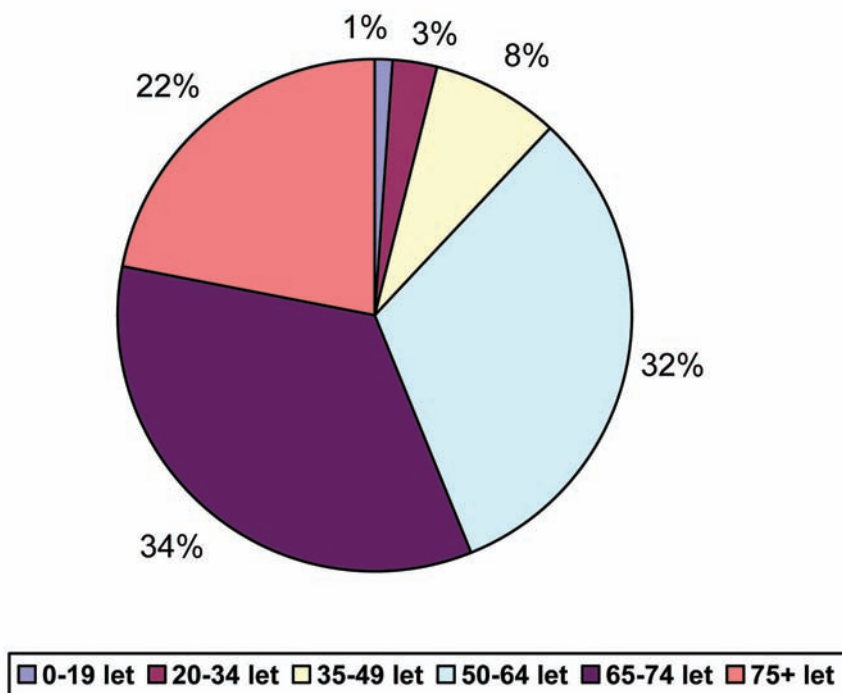
Prikaz 12. Umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja pri ženskah v Republiki Sloveniji na 100000 prebivalcev. Vir: projekt Closing the Gap, 2007



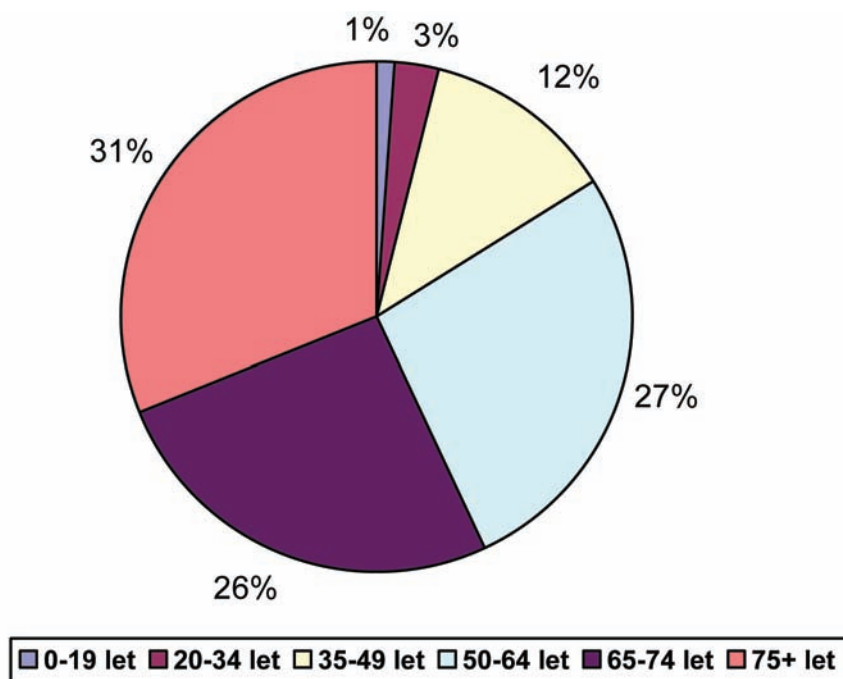
1.2.4 Rakave bolezni

Rakave bolezni postajajo v Republiki Sloveniji vedno večji javnozdravstveni problem. Letno število novih primerov se hitro povečuje – v obdobjih 1992–1994 in 2002–2004 se je incidenca povečala za 39 %, število umrlih pa za 14 % med moškimi in za 12 % med ženskami. Čeprav pogosto videne kot bolezni poznega življenjskega obdobja, so med prezgodaj umrlimi že nekaj časa na prvem mestu in pomembno prispevajo k skrajšanju pričakovanega trajanja življenja v srednjem življenjskem obdobju, saj se pojavljajo bolj zgodaj kakor bolezni srca in ožilja ter so slednje po umrljivosti že prehiteli. Tako rakave bolezni prispevajo skoraj eno četrtino vseh prezgodaj izgubljenih let življenja v letu 2005. Kljub temu se kažejo pozitivni učinki pri preživetju, katerega ključna determinanta je uspešnejše zgodnje odkrivanje in zdravljenje. Tako se pri moških od leta 1997 zmanjšuje umrljivost zaradi raka po stopnji 1,5 % na leto, pri ženskah pa po 1,1 % na leto od leta 1993. Kakor je razvidno iz prikazov 13 in 14, pogostost raka hitro narašča s starostjo, saj je rak zelo redek v otroštvu in adolescenci ter v zgodnjem odraslem življenjskem obdobju. S srednjimi let pa se pogostost hitro povečuje. V otroštvu je najpogostejša rakava bolezen levkemija, med 20. in 34. letom rak testisa in rak materničnega vratu, med 35. in 49. letom je med moškimi najpogostejši rak ustne votline in pljuč, pri ženskah pa rak dojke in materničnega vratu. Rak debelega črevesa in danke je najpogostejša rakava bolezen pri obeh spolih med 50. in 74. letom, v visoki starosti pa je med moškimi najpogostejši rak prostate, pri ženskah pa rak dojke, debelega črevesa in danke ter želodca.

Prikaz 13. Deleži novih primerov raka po starostnih skupinah pri moških. Vir: Register raka za Republiko Slovenijo



Prikaz 14. Deleži novih primerov raka po starostnih skupinah pri ženskah. Vir: Register raka za Republiko Slovenijo.



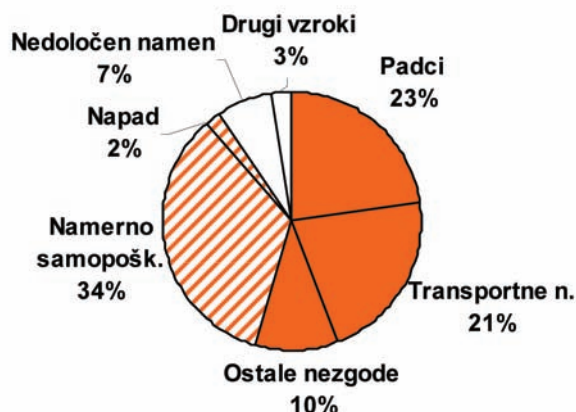
Najpogostejši rak pri moških je pljučni rak, na drugem mestu je rak prostate, sledijo kožni rak ter rak debelega črevesa in danke. Pri ženskah je najpogostejši rak dojke, sledijo raki kože, rak debelega črevesa in danke ter pljučni rak.

1.2.5 Poškodbe

Poškodbe v primerjavi z boleznimi obtočil in drugimi kroničnimi boleznimi prizadenejo nesorazmerno velik delež otrok in mlajših odraslih ter so glavni vzrok umrljivosti otrok, mladostnikov in odraslih do 40. leta starosti. To uvršča poškodbe po bremenu na vodilno mesto, saj prispevajo kar 30 % k vsem nezgodaj izgubljenim letom življenja. V ospredju sta predvsem samomor in smrt v prometnih nezgodah. Prezgodnje smrti so velika izguba človeškega kapitala in ekonomska izguba za družbo, saj smo zaradi njih v Republiki Sloveniji vsako leto ob 134 milijonov evrov možnega zaslužka, vplivajo pa tudi na demografska gibanja, saj zaradi poškodb izgubljammo predvsem otroke in mlade ljudi.

Vsako leto umre 1380 poškodovancev, od tega več od polovice zaradi nenamernih poškodb. Najpogostejši zunanji vzroki so samomor, padci in prometne nezgode. Standardizirana stopnja umrljivosti zaradi poškodb v zadnjih dveh desetletjih upada, vendar je bila v letu 2005 še 1,7-krat višja od povprečja evropskih držav, ki imajo nizko umrljivost otrok in odraslih. Poleg tega je 29 250 ljudi na leto sprejetih na zdravljenje v bolnišnico – v polovici primerov so vzrok za poškodbe padci, sledijo pa prometne nezgode.

Prikaz 15. Delež (%) umrlih zaradi poškodb in zastrupitev po zunanjem vzroku, Slovenija, 2001–2005



Vir: Zdravstveni informacijski sistem. Zbirka podatkov o umrlih. IVZ RS, 2001–2005

Še pred petnajstimi leti so bile v Sloveniji prometne nezgode najpogostejši vzrok umrljivosti zaradi nenamernih poškodb, v zadnjih desetih letih pa zaradi staranja prebivalstva prihajajo v ospredje drugi vzroki, npr. padci. Še vedno pa so prometne nezgode vodilni vzrok nenamernih poškodb otrok in odraslih. Zaradi prezgodnje smrti v prometu v Sloveniji vsako leto izgubimo 40 milijonov evrov možnega zaslužka, v obdobju 2001–2005 pa je zaradi prometnih nezgod umrlo 290 ljudi na leto. Po letu 1994 je stopnja umrljivosti sicer začela padati, vendar je še 1,4-krat višja kakor v evropskih državah, v katerih umre malo otrok in odraslih.

Umrlijovost zaradi poškodb v prometu kaže dva izrazita vrhova: prvega pri mladostnikih in mlajših odraslih, drugega pa pri starejših udeležencih v prometu. Opazna je tudi razlika med spoloma, saj je standardizirana stopnja umrljivosti pri moških štirikrat višja kakor pri ženskah, vzrok pa je večja izpostavljenost in bolj tvegano vedenje. Zaradi poškodb v drugih nezgodah vsako leto umre povprečno 450 ljudi, od tega več kakor dve tretjini zaradi padcev, sledijo izpostavljenost neživim mehničnim silam, zastrupitve in utopitve. Zaradi staranja prebivalstva se povečuje število starejših poškodovancev in, ker se poškodujejo pretežno zaradi padcev, so ti v zadnjih desetih letih postali vzrok za največji delež smrti v nezgodah. Umrlijovost in stopnja hospitalizacije raste s starostjo in sta 2,5- oziroma 1,5-krat višji pri moških kakor pri ženskah.

Vzroki za poškodbe so različni in odvisni od starosti poškodovancev: mlajši otroci so ogroženi zaradi utopitev in zadušitev, starejši otroci pa zaradi padcev. V Sloveniji so poškodbe zaradi padcev glavni vzrok umrljivosti in bolnišničnih obravnav ob nezgodah, v večini evropskih držav pa so tudi drugi vzrok za izgubo števila let življenja v zdravju zaradi nezgod. Zaradi padcev vsako leto umre 310 ljudi in 14 830 jih je zdravljenih v bolnišnici. Padci najbolj prizadenejo starejše ljudi, saj zaradi slabše psihomotorične koordinacije, okretnosti ter mišične in kostne čvrstosti pogostost poškodb, predvsem zlomov, raste. Največ jih umre zaradi poškodovanega kolka, kar je glavni vzrok umrljivosti zaradi poškodb pri ljudeh, starejših od 64 let. V prihodnosti lahko pričakujemo, da se bo ob staranju prebivalstva problem poškodb zaradi padcev povečeval, to pa bo močno zvišalo finančne stroške in obremenilo bolnišnično zdravstveno dejavnost, povečala pa se bo potreba po rehabilitaciji in oskrbi starejših ljudi v različnih ustanovah.

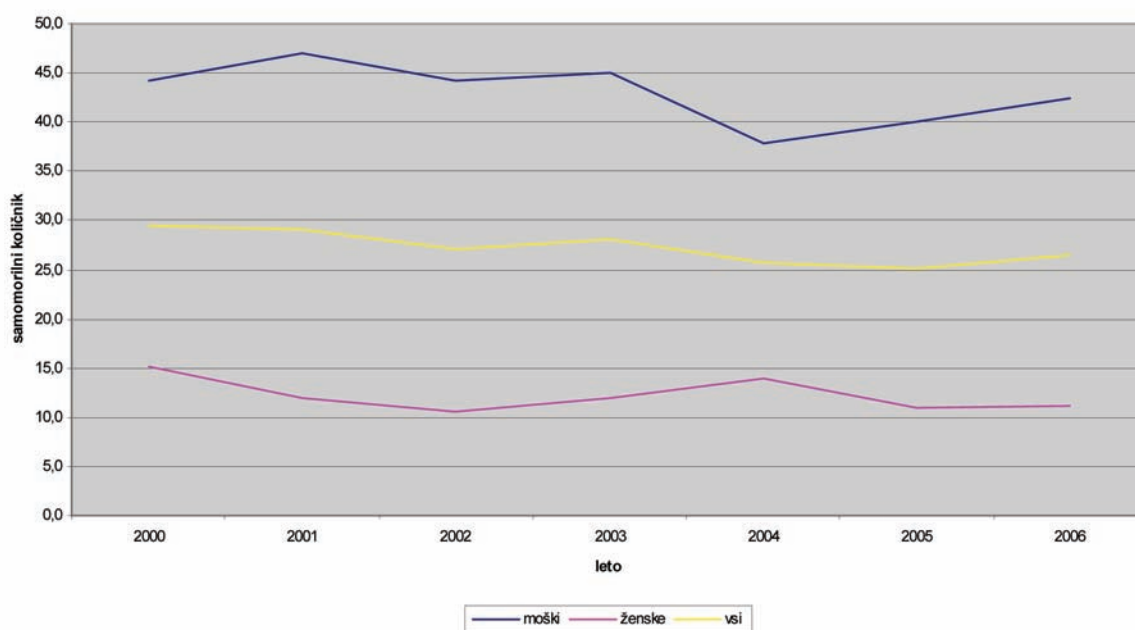
1.2.6 Duševno zdravje

Najbolj razširjena duševna težava je depresija kot glavni vzrok globalne invalidnosti – je na četrtem mestu svetovnega bremena bolezni. Pričakuje se, da bo leta 2020 drugi razlog obolevnosti, takoj za ishemično srčno boleznijo, in da bo vsaka četrta oseba v nekem obdobju svojega življenja doživela neko obliko duševne motnje. Podatki iz slovenske ankete, ki je bila narejena na vzorcu odrasle populacije (n = 846) leta 2006, kažejo, da okrog 25 % vprašanih zaradi čustvenih težav zanemarja ali slabše opravlja svoje delo ali druge dejavnosti. Posledično je bil tudi velik odstotek takih (13 %), ki so zaradi čustvenih težav navajali absentizem z delovnega mesta.

Pogostost depresivnih motenj v Sloveniji ni natančno znana. Podatki iz prej omenjene ankete kažejo, da 16 % vprašanih v zadnjem letu opaža simptome, ki bi ustrezali depresiji. Ker nezdravljena depresija pogosto povzroči samomor, bi morali temu problemu nameniti več pozornosti. V povprečju imamo v Sloveniji 600 samomorov na leto, kar jo uvršča med najbolj ogrožene države. Med letoma 2000 in 2006 se je samomorilni količnik gibal med 25 in 30 (med 37 in 47 za moške ter 10 in 15 za ženske) (prikaz 16). Razmerje med moškimi in ženskami, umrlimi zaradi samomora, znaša 3,5 : 1 (na vsak ženski samomor se zgodi 3,5 moškega samomora).

Šokantno in skrb vzbujajoče je, da se Slovenija po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije za leto 2003 v standardizirani stopnji umrljivosti zaradi samomora oseb, starejših od 65 let, uvršča na prvo mesto. Med najbolj ogrožena območja spadajo Celje, Maribor, Murska Sobota in Ravne na Koroškem.

Prikaz 16. Samomorilni količnik v letih med 2000 in 2006. Vir: zbirka podatkov umrlih, IVZ RS



1.3 Območne razlike v zdravju

V Sloveniji se je v tranzicijskem obdobju nadaljevala neenakomerna gospodarska razvitost regij z razlikami v indeksu človekovega razvoja, ki se giblje med 0,851 na zahodu države in 0,819 na vzhodu, z razlikami v deležu upravičencev do denarne socialne pomoči in indeksu razvojne ogroženosti. Poleg socialnoekonomskih vplivajo na zdravje prebivalstva še okoljski dejavniki, način življenja in dostopnost do zdravstvenih storitev.

Po podatkih nacionalne raziskave o dejavnih tveganja za kronične nenalezljive bolezni je prevalenca tveganega vedenja praviloma višja v vzhodni Sloveniji. Med prebivalci v starosti 25–64 let narašča prevalenca nezdravega prehranjevanja, čezmernega pitja alkoholnih pijač ter čezmerne telesne teže in debelosti od zahoda proti vzhodu države. Delež kadičev pa je najvišji v najbolj razviti osrednji regiji in na vzhodu države (zahod: 22,4 %, osrednji del: 24,5 %, vzhod: 23,9 %). Razlike v socialnoekonomskih kazalcih in prevalenci tveganega vedenja med regijami se skladajo z razlikami v zdravstvenem stanju. Prevalenca ishemične bolezni srca (angina pectoris in/ali miokardni infarkt), možganske kapi in sladkorne bolezni narašča v regijah od zahoda proti vzhodu.

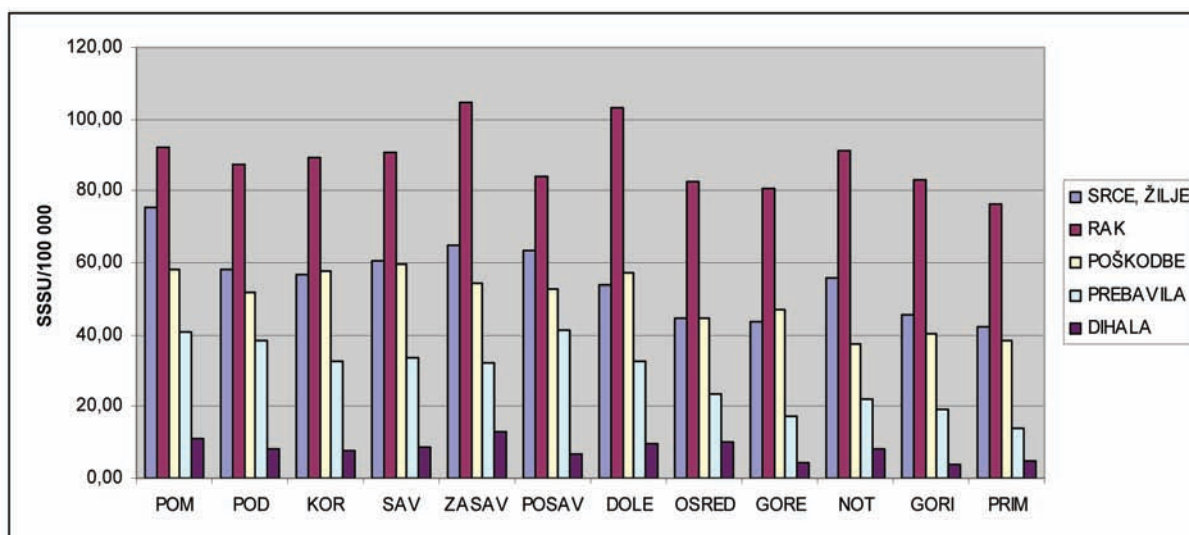
Tudi razlike v umrljivosti so med drugim odvisne od socialnoekonomskih dejavnikov in izobrazbe, saj so stopnje umrljivosti v posameznih regijah obratnosorazmerne z bruto domačim proizvodom na prebivalca, z deležem študentov med prebivalci, starimi od 19 do 26 let, deležem prebivalcev z visokošolsko izobrazbo in neto plačo na zaposlenega ter premosorazmerne z registrirano in

dolgotrajno brezposelnostjo, stopnjo prejemnikov denarne socialne pomoči in indeksom ogroženosti. Posebno za ishemično bolezen srca je značilno, da je umrljivosti zaradi nje manj tam, ker je socialnoekonomsko stanje boljše. Podobno je z umrljivostjo zaradi možganske kapi. Razlika v umrljivosti po posameznih regijah zaradi raka ni tako velika kakor zaradi bolezni srca in žilja. Umrljivost zaradi bolezni jeter izrazito narašča od zahodne priti vzhodni Sloveniji in je najvišja v Spodnjem Posavju.

Stopnje umrljivosti, ki predstavljajo najtežjo obolenost med prebivalci, so bile v obdobju 2001–2005, razen notranjske regije, v vzhodnem delu Slovenije višje kakor na zahodnem. Razlika med regijami z najvišjo (Pomurje in Notranjska) in najnižjo stopnjo umrljivosti (Gorenjska, Goriška in Primorska) je znašala pet umrlih na 1000 prebivalcev.

S stopnjami umrljivosti ocenjeno zdravstveno stanje je bilo med **prebivalci, mlajšimi od 65 let**, najslabše v Zasavju in Prekmurju, pri čemer so bile v Zasavju najvišje stopnje umrljivosti zaradi raka, druge najvišje zaradi bolezni srca in žilja ter najvišje zaradi bolezni dihal. V Prekmurju so imeli najvišjo stopnjo umrljivosti zaradi bolezni srca in žilja, visoka je bila tudi zaradi raka in bolezni prebavil ter poškodb in zastrupitev. Po umrljivosti zaradi raka ter poškodb in zastrupitev je bila v ospredju še Dolenjska.

Prikaz 17. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi petih najpogostejših skupin bolezni oziroma stanj med prebivalci, mlajšimi od 65 let, Slovenija 2001–2005

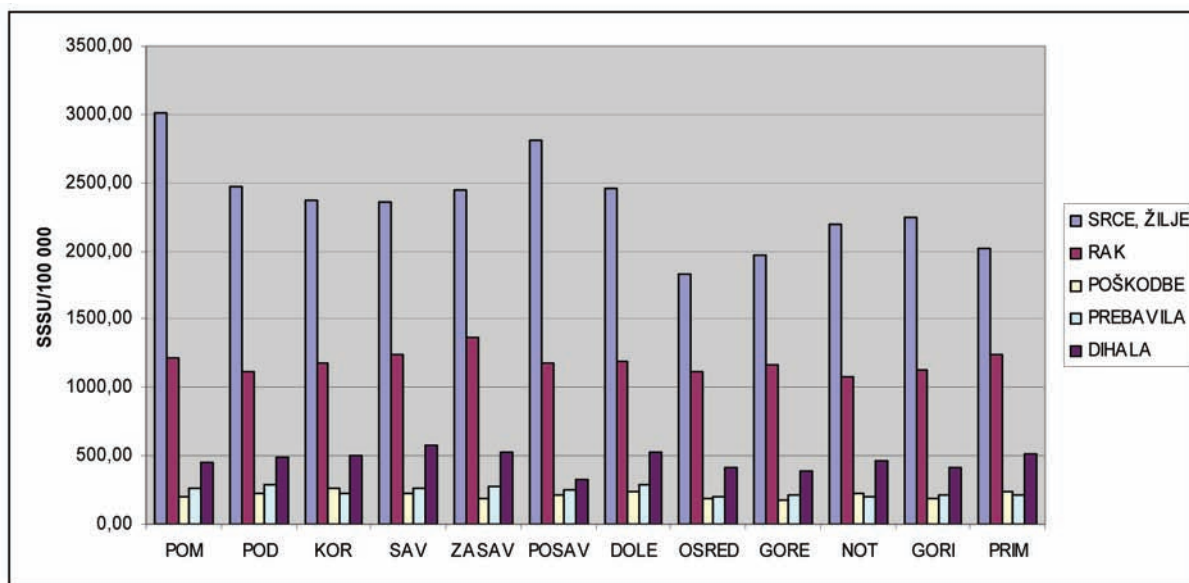


Legenda: POM – Pomurje, POD – Podravje, KOR – Koroška, SAV – Savinjska, ZASAV – Zasavje, POSAV – Spodnje Posavje, DOLE - jugovzhodna regija, OSRED – osrednje slovenska regija, GORE – Gorenjska, NOT – notranjsko-kraška regija, GORI – Goriška, PRIM – obalno-kraška regija

Vir: Zdravstveni informacijski sistem. Zbirka podatkov o umrlih. IVZ RS, 2001-2005

Med prebivalci, starejšimi od 65 let, so bili v istem obdobju po stopnjah umrljivosti najbolj ogroženi v pomurski, zasavski in posavski regiji. V Pomurju so tako kakor med prebivalci, stari do 65 let, najpogostejši vzrok smrti bolezni srca in žilja, v Zasavju rak in bolezni dihal, v Posavju pa bolezni srca in žilja ter rak. V savinjski regiji so imeli najvišje stopnje umrljivosti zaradi bolezni dihal v Sloveniji.

Prikaz 18. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi petih najpogostejših skupin bolezni oziroma stanj med prebivalci, starejšimi od 65 let, Slovenija 2001–2005

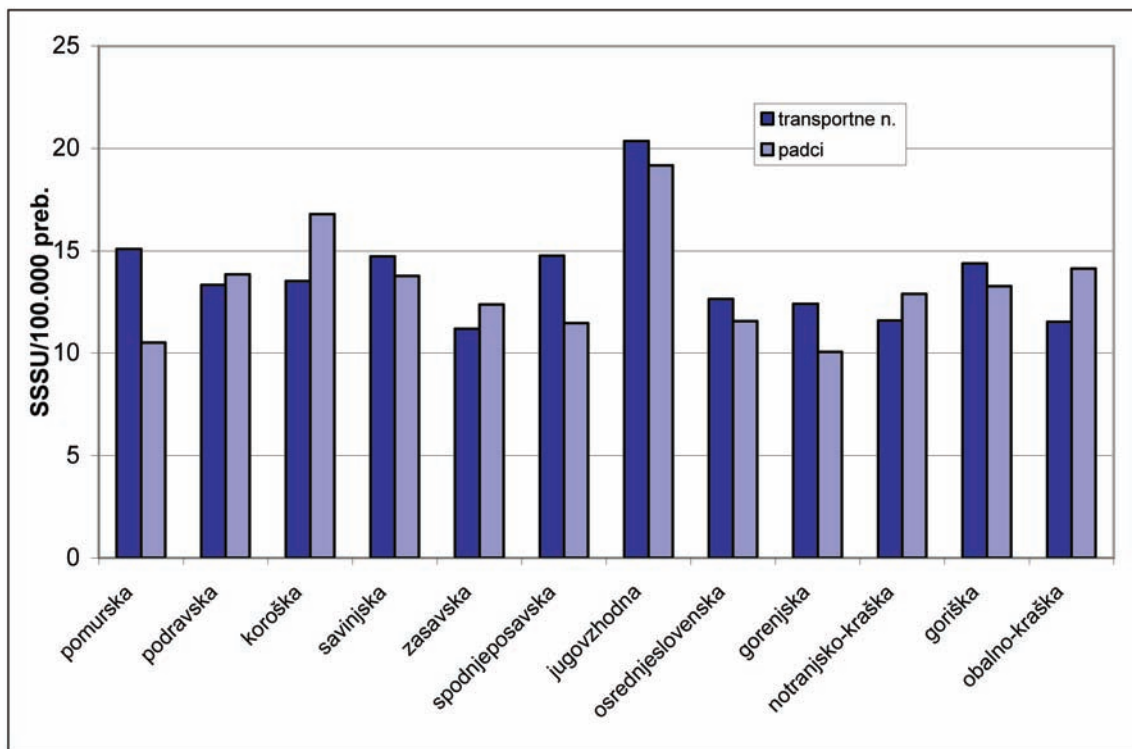


Legenda: glej pri prikaz 17. Vir: Zdravstveni informacijski sistem. Zbirka podatkov o umlih. IVZ RS, 2001-2005

Med posameznimi slovenskimi regijami je zaznati precejšnje razlike v umrljivosti zaradi prometnih nezgod. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti iz tega vzroka so najvišje v vzhodnem delu in na obrobju države, npr. v jugovzhodni, pomurski, spodnjeposavski, savinjski in goriški regiji. Umrljivost v prometu je praviloma višja na območjih z nižjo socialnoekonomsko razvitostjo (visok indeks razvojne ogroženosti, nizek bruto družbeni proizvod) in nižjo gostoto prebivalcev, na umrljivost pa vplivajo tudi razlike v ozaveščenosti in varnem obnašanju v prometu, varnosti avtomobilov, razvitosti avtocestnega omrežja, dostopnosti do službe nujne medicinske pomoči in drugi dejavniki tveganja.

Zaradi staranja prebivalstva je vse več starejših poškodovancev in, ker se poškodujejo pretežno zaradi padcev, so ti v zadnjih desetih letih postali vzrok za največji delež smrti v nezgodah. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi padcev so prav tako višje v vzhodnem delu države, na območjih z nižjo socialnoekonomsko razvitostjo. Dejavniki socialnoekonomskega okolja so povezani s slabšo varnostjo in povečanim tveganjem za poškodbe (visoki stroški za spremembe v bivalnem okolju, zdravo prehrano, zdravstvenovzgojni in programi telesne dejavnosti, neuporaba pripomočkov za hojo, zdravljenje osteoporoze, slaba dostopnost do storitvenih dejavnosti in rehabilitacijskih programov).

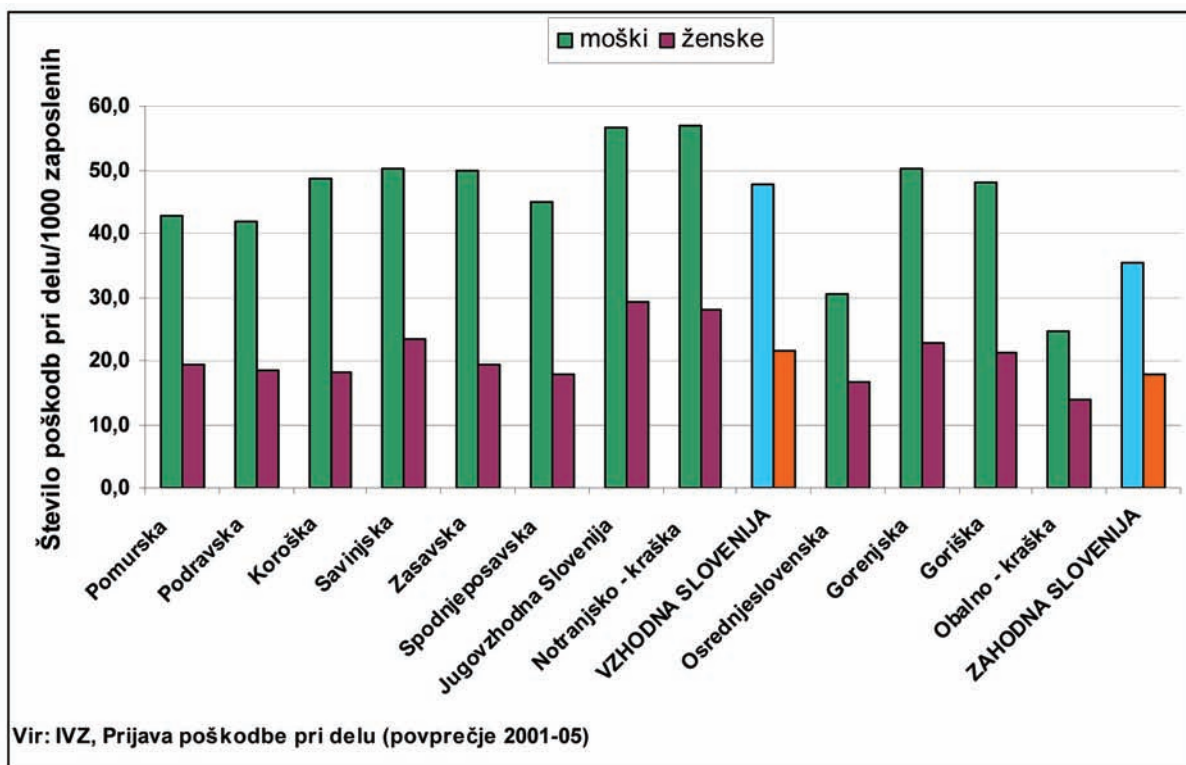
Prikaz 19. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti zaradi prometnih nezgod in padcev, Slovenija 2001–2005



Vir: Zdravstveni informacijski sistem. Zbirka podatkov o umrlih. IVZ RS, 2001-2005

Najvišji **odstotek bolniške odsotnosti** beležimo je v zasavski in notranjsko-kraški statistični regiji. Ob delitvi na vzhodno in zahodno kohezijsko regijo je stopnja poškodb pri delu v vzhodni kohezijski regiji višja za 30 %, še večja je razlika med moškimi delavci. Notranjsko-kraška in jugovzhodna Slovenija imata najvišjo stopnjo prijavljenih poškodb pri delu pri moških in pri ženskah.

Prikaz 20. Število poškodb pri delu na 1000 zaposlenih po spolu ter statističnih in kohezijskih regijah (povprečje 2001–2005)



1.4 Zdravje populacijskih skupin

1.4.1 Reproduktivno zdravje

Rodnost v Sloveniji je v zadnjih dvajsetih letih prejšnjega stoletja izrazito upadla in je ena najnižjih v EU. Ugodno pa je, da je še bolj kakor rodnost v zadnjih 25 letih upadla stopnja dovoljene splavnosti. Slovenija sodi pri tem kazalcu v povprečje med članicami EU. Njeno zniževanje je povezano z večjo rabo zanesljive kontracepcije.

Povprečna starost porodnic znaša že več kakor 29 let in je še vedno v porastu. Z večanjem deleža starejših nosečnic narašča tudi število zapletov v nosečnosti. V obdobju 2003–2005 je bilo med nosečnostjo zdravljenih v bolnišnici 18 % žensk. Stopnja spontane splavnosti in primerov drugih patoloških oblik nosečnosti v zadnjem desetletju počasi narašča, prav tako delež teh primerov med vsemi registriranimi nosečnostmi.

Mrtvorojenost je v Sloveniji v zadnjem desetletju razmeroma visoka, ne kaže značilnega upadanja in je višja od povprečja držav EU. Zgodnja neonatalna umrljivost je razmeroma nizka, prav tako perinatalna umrljivost. Pri teh dveh kazalcih Slovenija sodi med uspešnejše države v EU. V zadnjih dvajsetih letih pa nismo dosegli pomembnejšega napredka v znižanju stopnje maternalne umrljivosti, pri čemer še vedno precej zaostajamo za najuspešnejšimi državami.

Da bi izboljšali kazalce reproduktivnega zdravja, je treba skrbeti za sistematično ozaveščanje in informiranje mladih, za čim boljše dostopnost do reproduktivnega zdravstvenega varstva za vse ženske ter za načrtovanje, posodabljanje in izvajanje preventivnih programov na tem področju. Država si mora prizadevati tudi za izboljšanje socialnoekonomskega in družbenega položaja žensk nasplo.

1.4.2 Otroci in mladostniki

V Sloveniji imamo zelo nizko stopnjo umrljivosti dojenčkov v primerjavi z drugimi državami, vendar je v obdobju otroštva in mladostništva še vedno veliko zdravstvenih problemov. V ospredju so po-

škodbe kot glavni vzrok umrljivosti. Naraščajo bolezni, kakršne so alergije, astma in diabetes, veliko je težav z duševnim zdravjem, to pa bo v prihodnje ključno vplivalo na zdravje odraslih. Med šolarji in mladostniki je v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami malo resnih bolezenskih stanj, vendar je pojav različnih simptomov kar pogost. Velikokrat se kažejo znaki izpostavljenosti stresu.

V tem življenjskem obdobju se oblikuje življenjski slog – od prehranskih navad, kajenja tobaka, pitja alkohola in telesne dejavnosti do spolnega vedenja. Raziskave kažejo na podaljševanje časa, ki ga otroci in mladostniki preživijo pred televizijskimi zasloni in računalniki. Na šolah se srečujejo z medvrstniškimi nasiljem. Otroci z učnimi težavami in s tem povezanim šolskim neuspehom so med vrstniki potisnjeni na družbeni rob.

Stanje v Sloveniji kaže, da je treba zmanjšati tveganje za nastanek nezdravega življenjskega sloga in tako tveganje za nastanek bolezni. Predlog ukrepov:

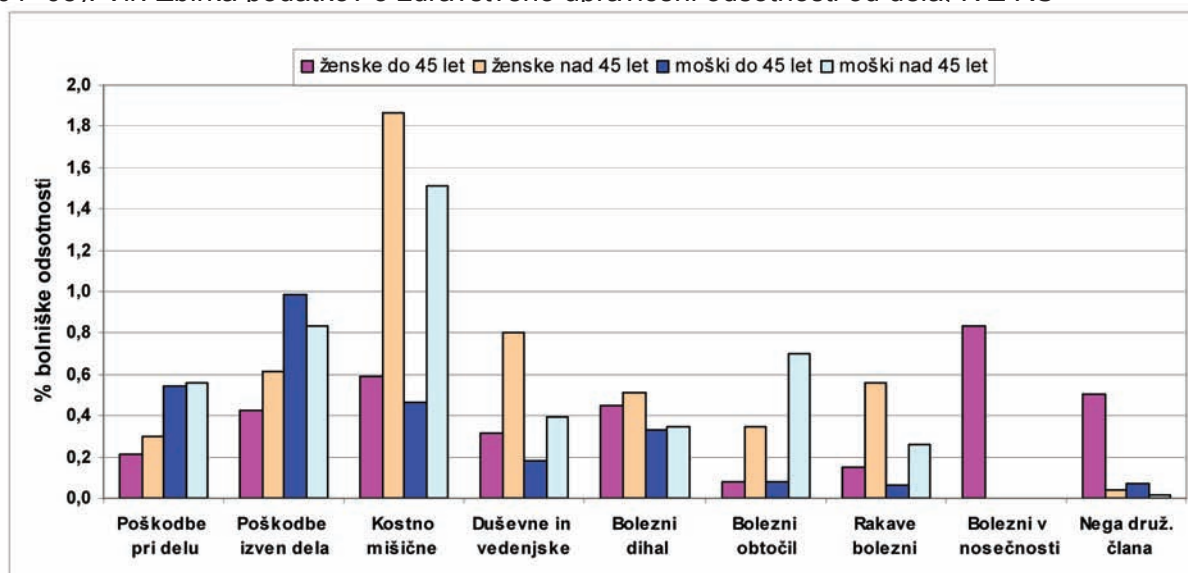
- Razvoj spremljanja zdravja in zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov z zagotavljanjem mednarodno primerljivih kazalcev, vključno z rutinskim spremljanjem podatkov, anketnimi in epidemiološkimi raziskavami.
- Medsektorsko sodelovanje in razvoj akcijskega načrta za zdravje otrok in mladostnikov.
- Podpora preventivnim zdravstvenim programom z opredelitvijo prednostnih področij preventivnega zdravstvenega varstva za otroke in mladostnike kot ključni naložbi v prihodnje zdravje delovno sposobnega prebivalstva.
- Razvoj sodobnih prijemov za povečanje dostopnosti in učinkovitosti programov preventivnega zdravstvenega varstva in promocijskih programov za zdravje.

1.4.3 Delovno sposobno prebivalstvo

Za oceno zdravstvenega stanja tega dela prebivalstva so pomembni kazalci nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov, na katere vpliva tudi delovno in socialno okolje. Najvišje vrednosti nad 5 % povprečno odsotnih delavcev so bile dosežene sredi 90. let.

Med vzroki za izgubljene dneve zaradi nezmožnosti za delo so na prvem mestu poškodbe in zastrupitve, od katerih jih nekaj manj od dveh tretjin ne nastane na delovnem mestu, ampak doma ali v prostem času. Na drugem mestu po količini izgubljenih dni je skupina kostno-mišičnih bolezni. Največ odsotnosti pa je zaradi bolezni dihal, med katere se uvrščajo tudi prehladna obolenja, vendar so to kratkotrajne odsotnosti.

Prikaz 21. Delež bolniške odsotnosti zaradi najpogostejših vzrokov po spolu in starosti (povp. 2001–05). Vir: Zbirka podatkov o zdravstveno upravičeni odsotnosti od dela. IVZ RS



Med odsotnimi je več žensk. Odsotnost se povečuje s starostjo delavcev, kar je posledica njihovih pogostejših kroničnih bolezni.

Najhujše okvare zdravja tako zmanjšajo možnost za delo, da zaposleni postanejo invalidi. Glavni vzroki za popolno upokojitev so v več kakor četrtini primerov iz skupine duševnih in vedenjskih motenj, sledijo rakave bolezni, srčno-žilne in kostno-mišične bolezni. Najštevilnejše so invalidnosti zaradi bolezni mišično-kostnega sistema, vendar zaposleni s temi okvarami v večini ostajajo delno delovno aktivni.

1.5 Zdravstveno varstvo

1.5.1 Obravnave na primarni ravni

V letu 2005 je bilo v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu na primarni ravni opravljenih več kakor 10 300 000 obiskov in drugih dejavnosti (pri čemer niso vštet kratki obiski in posegi), med njimi je bilo devet desetih prvih in ponovnih kurativnih obiskov ter le dobra desetina preventivnih obiskov in dejavnosti. Število obiskov je bilo med letoma 2000 in 2005 ustaljeno, po rasti za 30 % v 90. letih. Tako je bil vsak prebivalec v letu 2005 v povprečju 4,6-krat pri zdravniku na primarni ravni zaradi bolezni in vsak drugi prebivalec enkrat zaradi preventivnega obiska. Največ obiskov je bilo pri dojenčkih (7,2 na dojenčka) in pri starostnikih nad 65. letom (6,9 obiska na starostnika), najmanj pa v starostni skupini 10–19 let, in sicer trije na otroka.

Ženske so imele v povprečju za četrtno več kurativnih pregledov v primerjavi z moškimi. Pri preventivnih pregledih je razlika v prid žensk še večja, saj so jih imele kar 68 % več, in sicer zaradi varovanja reproduktivnega zdravja. Po drugi strani pa pri preventivnih obiskih otrok in šolarjev pravzaprav ni razlike med spoloma, medtem ko je preventivnih pregledov odraslih in delovno sposobnega prebivalstva več pri moških. Kar zadeva bolezni, so vodilni vzrok za obisk pri zdravniku bolezni dihal, vendar jih po 50. letu na prvem mestu zamenjajo bolezni mišično-kostnega sistema, po 60. letu pa bolezni obtočil. Pri otrocih do desetega leta so na drugem mestu vzrokov za obisk infekcijske in parazitske bolezni, po tej starosti pa vse do štiridesetega leta po pogostosti zasedajo drugo mesto poškodbe in zastrupitve.

Najpogostejši razlogi, zaradi katerih prebivalci obišejo zdravnika na primarni ravni, so bolezni dihal, infekcijske in parazitske bolezni, bolezni kože in podkožja, poškodbe in zastrupitve ter bolezni sečil in spolovil, ki se jim že zgodaj pridružijo bolezni mišično-kostnega sistema ter endokrine, presnovne in prehranske motnje, predvsem težave s preveliko telesno težo in zvišanimi maščobami v krvi ter bolezni ščitnice in vse pogostejša sladkorna bolezen. Rastoč problem med mlajšimi prebivalci so alergijske bolezni. Starejše življenjsko obdobje pa zaznamujejo bolezni srca in ožilja, bolezni prebavnega trakta, pri moških težave, povezane s prostato, in pri ženskah z rodili.

Iz podatkov o vzroku za obisk pri osebnem zdravniku se razberejo tudi regijske razlike. Znatno višji obisk zaradi bolezni srca in ožilja ter bolezni mišično-kostnega sistema ter poškodb in zastrupitev smo zaznali v pomurski, jugovzhodni, koroški, zasavski, savinjski in gorenjski regiji, ki se jim pri boleznih dihal pridruži še notranjsko-kraška regija. Bistveno več vzrokov za obisk zaradi nalezljivih bolezni je v gorenjski in goriški regiji, pri otrocih pa tudi v pomurski. Slednja prednjači z duševnimi motnjami med odraslimi prebivalci. V gorenjski, savinjski, zasavski in koroški regiji je zaznati več bolezni sečil in spolovil v odraslem obdobju.

Stopnja preventivnega obiska se je pri ženskah v rodni dobi zmanjšala, in sicer zaradi manj preventivnih obiskov za varovanje reproduktivnega zdravja, kar je deloma lahko posledica sprememb v načinu plačevanja in tako beleženja storitev v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu. Stopnja preventivnih obiskov otrok in mladostnikov se pravzaprav ni spremenila, narasla pa je pri dojenčkih. Viden je porast preventivnih pregledov odraslih pri moških po 30. oziroma še bolj po 40. letu starosti in pri ženskah po 40. letu zaradi sistematičnega izvajanja teh pregledov za preprečevanje bolezni srca in ožilja.

1.5.2 Ambulantne specialistične obravnave na sekundarni in terciarni ravni

Ker je v Sloveniji uveljavljen koncept in sistem osebnega izbranega zdravnika, ki tudi presoja o napotitvi na sekundarno in terciarno raven, je pomemben kazalnik število napotitev iz osnovnega

zdravstva in delež napotitev med vsemi obiski. Med letoma 2001 in 2006 je ta delež med vsemi obiski vztrajno upadal, in sicer s skoraj 11 % leta 2001 na dobrih 8 % leta 2006. Število obiskov pri specialistu se je zredčilo zaradi upada števila ponovnih obiskov. Če pogledamo sestavo obiskov v obdobju 1990–2006 glede na štiri izbrane specialnosti, vidimo, da je hitro poraslo število obiskov v dejavnosti interne medicine, in sicer za več kakor trikrat. Manjše povečanje ugotavljamo pri kirurgiji, kjer je število obiskov poraslo za približno 50 %, in v okulistiki, kjer je to povečanje dobro tretjino. V dejavnostih, kjer je število obiskov absolutno manjše, je do največjega povečanja prišlo v psihiatriji, in sicer za dvainpolkrat.

1.5.3 Poraba ambulantno predpisanih zdravil

V Sloveniji so zdravniki v letu 2006 ambulantno predpisali in izdali 14 373 502 recepta. Med letoma 2005 in 2006 je bila stroškovna rast večja od rasti števila receptov. V letu 2006 je bila povprečna vrednost enega recepta 6890 SIT, povprečna vrednost izdanih receptov na enega prebivalca Slovenije pa 50 556 SIT – obe sta nekoliko presežali povprečni vrednosti v letu prej. Povprečno so zdravniki predpisali 7,34 recepta na prebivalca. Pri obravnavanju celotnega števila receptov lahko od leta 1996 do leta 2006 ugotovimo, z vmesnim nihanjem, njihovo naraščanje. Po rasti v zadnjih nekaj letih je število receptov s pozitivne liste med letoma 2005 in 2006 padlo, ob sočasnem povečanju števila receptov z zdravili z vmesne liste. Še vedno pa je delež števila receptov z zdravili s pozitivne liste približno trikrat večji od deleža števila receptov z zdravili z vmesne liste. Število receptov z nerazvrščenimi zdravili je znatno manjše od števila receptov z vmesne liste in je bilo v zadnjih letih precej stalno. Pri primerjanju povprečne vrednosti enega recepta, izražene v USD, lahko v istem obravnavanem obdobju (od leta 1994 do leta 2006) ugotovimo največje povečanje povprečne vrednosti enega recepta z zdravili z vmesne liste. Pri primerjavah velja upoštevati nihanje menjalnih tečajev USD v zadnjih nekaj letih. Za ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji so značilne bistvene razlike v pogostnosti predpisovanja posameznim starostnim segmentom prebivalcev. Poraba zdravil se znatno povečuje po 60. letu starosti. Večji obseg predpisovanja zdravil povezujemo tudi s staranjem: v letu 2006 je bilo v Sloveniji 15,75 % ljudi, starejših od 65 let, ki jim je bilo predpisano 40,70 % vseh receptov.

V Sloveniji se ambulantno predpisana zdravila bolj izdajajo ženskam kakor moškim. Razlika v predpisovanju glede na spol je najočitnejša v ATC-skupinah, v katerih je število predpisanih receptov veliko (C, N), in v skupini G zaradi hormonskih zdravil, ki jih ta skupina obsega. Največji odstotni delež po številu izdanih receptov in njihovih stroških je v zadnjih letih, tudi v letu 2006, zavzemala skupina C (zdravila za bolezni srca in ožilja), s 25,2 % oz. 29,6 %. Z 17,8-odstotnim deležem števila receptov in 16,9-odstotnim deležem stroškov so v letu 2006 sledila zdravila iz skupine N (zdravila z delovanjem na živčevje). Skupina A (zdravila za bolezni prebavil in presnove) je tvorila 10,4-odstotni delež števila receptov in 12,7-odstotni delež stroškov. Skupni delež skupin C, N in A v številu ambulantno izdanih receptov je bil 53,4 %, stroškovni pa 59,2 %.

1.5.4 Bolnišnične obravnave

V obdobju 1990–2006 se je stopnja hospitalizacije zaradi bolezni, poškodb, zastrupitev, porodov in splavov (vse skupine iz mednarodne klasifikacije bolezni, poškodb in vzrokov smrti – MKB) v Sloveniji nekoliko povečala – leta 2006 je bila za 13 % večja kakor leta 1990.

Povprečno trajanje (PT) hospitalizacij zaradi istih vzrokov se je postopoma skrajševalo (v opazovanem obdobju 1990–2006 za 38 %), kar je mnogo več kakor v nekaterih drugih državah.

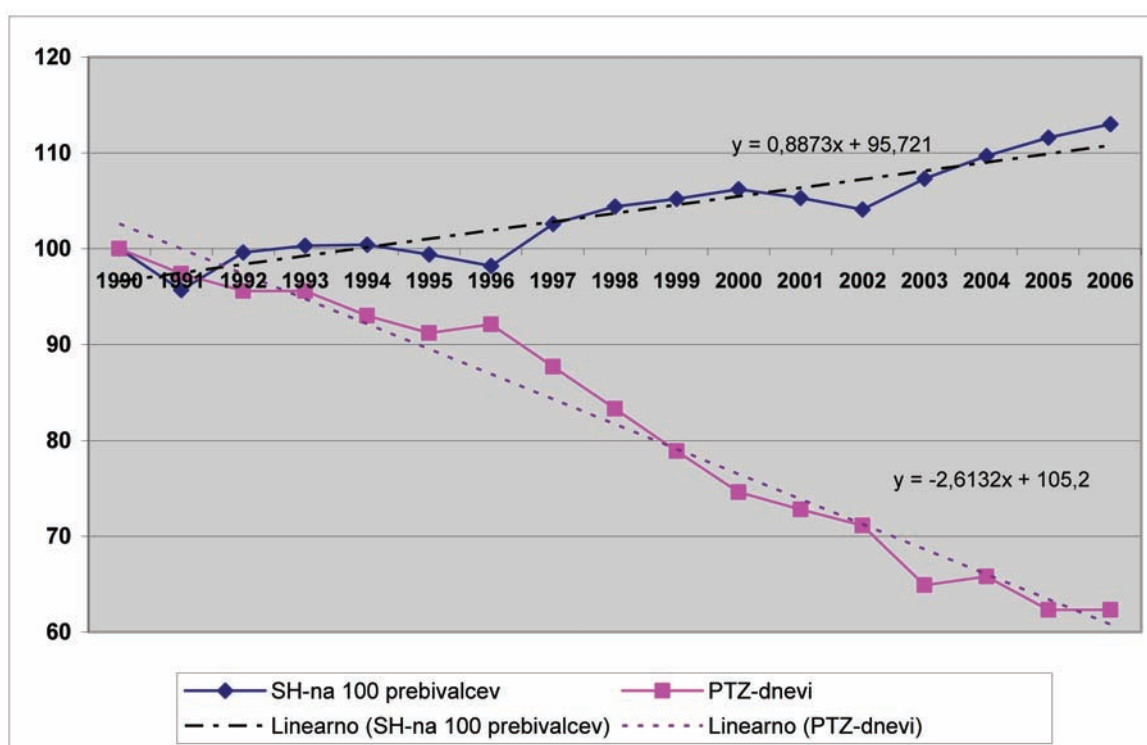
Najpogostejši vzroki hospitalizacij po svetu in pri nas so v zadnjih letih bolezni srca in ožilja, rak, poškodbe in zastrupitve, bolezni prebavil, dihal ter sečil in spolovil.

V obdobju 2001–2005 je bila stopnja hospitalizacije zaradi vseh vzrokov najvišja v starostni skupini do enega leta. Najnižja je bila pri otrocih in mladostnikih v starostnih skupinah od 7 do 19 let, nato pa se je večala. Delež hospitalizacij po posameznih starostnih skupinah pokaže največ hospitaliziranih v starosti 70 do 79 let, sledijo stari 50 do 59 let, nato pa od 20 do 29 in od 40 do 49 let. Najmanj hospitaliziranih je bilo starih 15 do 19 let.

V starosti 0 do 19 let je bila leta 2005 največja stopnja hospitalizacije zaradi bolezni dihal, sledijo poškodbe, simptomi, endokrine in prehranske bolezni. V starosti 20 do 64 let je bila največja stopnja hospitalizacije zaradi novotvorb, potem zaradi poškodb, bolezni prebavil ter sečil in spolovil. V starosti 65 let in več pa je bila največja stopnja hospitalizacije zaradi bolezni srca in ožilja, sledijo novotvorbe, bolezni prebavil in dihal.

Primerjava stopnje hospitalizacije zaradi vseh vzrokov po zdravstvenih regijah v letih 1997 in 2005 pokaže, da se je pri večini stopnja povečala, najbolj v murskosoboški, sledijo koprška, kranjska, novogoriška, celjska in mariborska, v treh regijah pa se je zmanjšala, najbolj v novomeški in nato ljubljanski, najmanj pa v koroški. Leta 1997 je bila najvišja v koroški regiji, leta 2005 pa v murskosoboški. V obeh letih je bila najnižja stopnja hospitalizacije v ljubljanski regiji.

Prikaz 22. Gibanje indeksa stopnje hospitalizacije in povprečnega trajanja zdravljenja, Slovenija, 1990–2006 (1990=100). Vir: podatkovna zbirka WHO-HFA



1.6 Nalezljive bolezni

Nalezljive bolezni in okužbe imajo z vidika bremena, vključno s finančnimi stroški, velik pomen za prebivalstvo in državo. Njihovo pojavljanje je povezano z dejavniki nastanka in razširjenja nalezljivih bolezni in okužb, s spremembami v okolju zaradi podnebnih sprememb, zaradi rezervoarjev bolezni pri živalih, pa tudi zaradi globalizacije, mobilnosti, ksenotransplantacij in ne nazadnje morebitnega bioterorizma.

Vzpostavljeni sistem epidemiološkega obveščanja in zaznavanja primerov oziroma dogodkov, sistematično zbiranje podatkov in informacij o nalezljivih boleznih in okužbah ter sledenje njihovih epidemioloških vzorcev so ključni za preučevanje in ocenitev stanja ter tveganja za javno zdravje. To so podlage za odzivanje in komunikacijo s strokovno in laično javnostjo za varovanje in izboljšanje zdravja prebivalstva.

Še vedno obstajajo vrzeli v sistemu epidemiološkega spremljanja nalezljivih bolezni in okužb. Država lahko prispeva k izboljšanju z vzpostavitvijo mrežnega povezovanja ter s sprejemanjem strategij varovanja zdravja in nadzora nalezljivih bolezni ter v primeru nujnih razmer (npr. pandemije, bioterorizem), ki predstavljajo tveganje za javno zdravje.

Prednostne naloge so dejavnosti, ki spodbujajo:

- učinkovit nacionalni sistem epidemiološkega spremljanja in obvladovanja nalezljivih bolezni in okužb, vključno z zoonozami, da se zagotovijo podatki o primerih, omogoči ugotavljanje virov okužbe in poti širjenja, mikrobiološko ugotavljanje povzročiteljev in zaznavanje kopičenja, izbruhov in epidemij ter omogoči opazovanje učinkovitosti programov za njihovo obvladovanje;
- okrepitev mehanizmov za zaznavanje, odzivanje na nevarnost za zdravje in obvladovanje razmer, vključno s pooblastili Centra za nalezljive bolezni;
- izboljšanje medsebojnega sodelovanja strok pri zgodnjem zaznavanju in na dokazih temelječem ocenjevanju tveganja zaradi obstoječih oziroma novih nalezljivih bolezni, grozečih pandemij in morebitnega bioterorizma, da se zagotovi nagel odziv;
- uveljavitev medresorsko usklajenih načrtov glede pandemske pripravljenosti;
- obravnavo obsežnejših in epidemiološko pomembnejših dogodkov oziroma izbruhov nalezljivih bolezni s stalno izvedbeno skupino strokovnjakov;
- spremljanje izbranih nalezljivih bolezni, ki imajo velik pomen za javno zdravje, kot opozorilno epidemiološko spremljanje;
- sprejemanje odločitev o ukrepih in načrtovanje strategije obvladovanja oziroma izkoreninjenja bolezni;
- izvajanje programov obvladovanja in preprečevanja bolezni, proti katerim obstaja cepljenje, vključno z dejavnostmi, ki spodbujajo najboljše prakse varnega cepljenja in preskrbe s cepivom;
- vključevanje novih vrst cepljenja ob upoštevanju meril;
- dejavnosti za nadzorovanje neželenih učinkov po cepljenju v sodelovanju z agencijami za zdravila;
- programe presejanja za ugotavljanje okužb oziroma zgodnje ugotavljanje občutljivosti za okužbe pri nosečnicah, ki se lahko vertikalno prenašajo na otroka, vključno z vrednotenjem in spremljanjem kakovosti in učinkovitosti presejanja ter vzpostavljenim registrom;
- programe testiranja krvi in drugih darovanih materialov človeškega izvora;
- mrežno povezovanje in izmenjavo informacij med deležniki, da se izboljša varnost bolnikov in kakovost oskrbe, zlasti obvladovanje in nadzorovanje okužb, povezanih z zdravljenjem (bolnišnične okužbe), in zadržanje oziroma zmanjšanje odpornosti mikrobov proti antimikrobnim zdravilom;
- obveznosti nacionalnih struktur za odzivanje na dogodke, ki lahko pomenijo tveganje za javno zdravje mednarodnih razsežnosti, vključno z vstopnimi in izstopnimi točkami (letališča, pristanišča, kopenska meja);
- podporo sistemu epidemiološkega obveščanja in spremljanja s sodobnimi računalniškimi rešitvami, ki izboljšujejo pretok zdravstvenih informacij znotraj zdravstvenih ustanov in med njimi (e-zdravje);
- zagotovitev tehničnih možnosti (komunikacijska strojna in programska oprema) za sodelovanje z Evropskim centrom za kontrolo bolezni in njegovim Emergency Operational Centre.

Izbrana poglavja

Nalezljive bolezni sistematično spremljamo v skladu z domačo in tujo zakonodajo. Letna stopnja obolevnosti, ocenjena na podlagi prijav v petletnem obdobju, je 54194,8/100 000 prebivalcev. Deset najpogostejše prijavljenih nalezljivih bolezni vselej predstavlja 85 % vseh prijav nalezljivih bolezni v opazovanem letu.

Prikaz 23. Deset najpogostejše prijavljenih nalezljivih bolezni v Sloveniji, 2005–2006

DIAGNOZA	LETO 2005		LETO 2006	
	št. primerov	inc./100 000	št. primerov	inc./100 000
GASTROENTEROKOLITIS NEZNANE ETIOLOGIJE	9800	489,1	11744	586,2
NORICE	9178	458,6	10840	541,7
AKUTNI TONZILITIS	3362	168,0	5628	281,2
LYMSKA BORELIOZA	4123	206,0	4461	222,9
VIRUŠNE ČREVESNE OKUŽBE	4328	216,3	4261	212,9
MIKROSPOROZA	2436	121,7	2698	134,8
ŠKRLATINKA	1785	89,2	2596	129,7

	LETO 2005		LETO 2006	
ZOSTER	1972	98,5	2325	116,2
ŠEN	1869	93,4	2062	103,0
SALMONELOZE	1519	75,9	1519	75,9
SKUPAJ	39388	1968,3	46956	2346,5

Okužba s HIV

V Sloveniji je s HIV okuženih nekaj sto ljudi, manj kakor ena oseba na 1000 prebivalcev, kar je razmeroma malo. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, imajo največje breme okužb s HIV, vendar delež okuženih ni presegel petih odstotkov.

Izrazit porast števila novih diagnoz okužbe s HIV po letu 2003 je izključno posledica povečanja novih diagnoz med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi. Razmeroma nizka obolevnost za aidsom in umrljivost zaradi njega v zadnjih letih sta posledici dobre dostopnosti do zelo kakovostnega zdravljenja okužbe s HIV. Delež poznih diagnoz okužbe s HIV se znižuje, vendar je del novih diagnoz še vedno zelo poznih in zamujamo priložnost za uspešno zgodnje zdravljenje. V primerjavi s številnimi drugimi evropskimi državami je obseg testiranja v Sloveniji dokaj majhen, vendar se povečuje. Spodbujanje zgodnjega testiranja in iskanja zdravstvene pomoči ob bolezenskih težavah in znakih okužbe s HIV je pomembno za zgodnje zdravljenje in oskrbo okuženih s HIV ter omejevanje obolevnosti za aidsom. Podatke o prijavljenih primerih okužb s HIV za epidemiološko spremljanje dopolnjujemo s sledenjem spreminjanja deleža okuženih s HIV z nevezanim anonimnim testiranjem v treh lahko dostopnih skupinah z visokotveganim vedenjem (injicirajoči uživalci drog, moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, in pacienti s spolno prenesenimi okužbami, pregledani v veneroloških dispanzerjih) in v skupini z razmeroma nizkotveganim vedenjem, nosečnicah.

Spolno prenesene okužbe

Spolno prenesena okužba (SPO) z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijska okužba) je bila najpogosteje prijavljena SPO v Sloveniji. V letu 2006 je bilo prijavljenih 141 primerov (7,0/100 000 prebivalcev), 40 odstotkov manj kakor v letu 2005. Breme SPO je veliko, predvsem dveh najpogostejših: okužbe z bakterijo *Chlamydia trachomatis* (klamidijske okužbe) in s *humanimi virusi papiloma* (HPV). Zanesljive ocene o bremenu spolno prenesenih klamidijskih okužb smo pridobili z nacionalno prečno raziskavo, ki je bila izvedena leta 2000 na verjetnostnem vzorcu Slovencev, starih od 18 do 49 let. Ocenili smo, da je okuženih 1,6 % žensk in 3 % moških. V letu 2006 je bilo prijavljenih 35 primerov gonoreje (1,7/100 000 prebivalcev), 22 % manj kakor v letu 2005 in manj kakor kdaj prej. Breme te okužbe je bilo nesorazmerno veliko pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. V letu 2006 je bilo med 33 prijavljenimi primeri gonoreje pri moških 12 primerov, pri katerih je bolnik navedel vsaj enega moškega spolnega partnerja v zadnjih treh mesecih. V letu 2006 je bilo prijavljenih 15 primerov zgodnjega sifilisa (0,7/100.000 prebivalcev), kar predstavlja 50-odstotni upad prijavne incidence v primerjavi z letom 2005. Vzrok razmeroma velikega porasta prijavne incidence zgodnjega sifilisa v letu 2005 (1,5/100 000 prebivalcev) je bilo izključno povečano število na novo prepoznanih primerov med moškimi.

Genitalne bradavice, ki so posledica spolno prenesene okužbe s *humanimi virusi papiloma* (HPV), so najpogosteje prijavljene virusne SPO v Sloveniji. Povzročča jih približno 40 različnih genotipov HPV. Več kakor 50 % spolno dejavnih oseb se v življenju okuži z vsaj enim spolno prenosljivim genotipom HPV. Raziskave so pokazale, da je dolgotrajna okužba z vsaj enim od najmanj 13 visokotveganih (onkogenih) genotipov HPV nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu. Ocenjujejo, da sta v Evropi, Severni Ameriki in Sloveniji za več kakor 70 % raka materničnega vratu odgovorna dva od visokotveganih genotipov HPV (16 in 18). Dva med nizkotveganimi (neonkogenimi) genotipi HPV (6 in 11) pa povzročata skoraj vse genitalne bradavice.

Bolnišnične okužbe

Bolnišnične okužbe so velik javnozdravstveni problem v Sloveniji. Prve podatke o obsegu tega problema v državi smo pridobili s prvo nacionalno prečno raziskavo, ki smo jo izvedli v oktobru 2001. Vključili smo vseh 19 slovenskih bolnišnic.

Najmanj eno bolnišnično okužbo je imelo 4,6 % bolnikov, večinoma okužbo sečil (1,2 %), potem pa pljučnico (1,0 %) in okužbo kirurških ran (0,7 %). Najmanj bolnikov je imelo primarno okužbo krvi (0,3 %). Dejavniki tveganja za nastanek bolnišničnih okužb so vključevali centralni in periferni žilni

kateter, urinski kateter in hospitalizacijo v enoti intenzivne terapije. MRSA (proti meticilinu odporen *Staphylococcus aureus*) je bil dokazan pri 16,6 % bolnišničnih okužb z znanimi povzročitelji. Od 34 bolnišničnih okužb zaradi *Staphylococcus aureus* jih je 61,8 % povzročil MRSA.

Program cepljenja

Slovenski program cepljenja določa obvezna in priporočena cepljenja za vse starostne skupine prebivalstva in posebne skupine, kakršne so osebe, ki so pri opravljanju dela izpostavljene nalezljivim boleznim, potniki v mednarodnem prometu in v primeru izrednih razmer. Obvezno cepljenje predšolskih in šolskih otrok ter mladine se financira iz sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje. Program cepljenja se letno posodablja glede na epidemiološko stanje in najnovejša strokovna dognanja glede cepljenja in cepiv. Trenutno je v obveznem programu cepljenje proti devetim nalezljivim boleznim: davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, okužbam, povzročenim s *Haemophilus influenzae* tipa b, ošpicam, mumpsu, rdečkam in hepatitisu B. Za vključevanje novih vrst cepljenja v program se upoštevajo zlasti breme bolezni, učinek cepljenja, neželeni učinki, sprejemljivost, koristi programa, stroškovna učinkovitost in nujnost.

V Sloveniji je vzpostavljen uspešen program cepljenja, katerega začetki segajo v leto 1937, ko so uvedli cepljenje proti davici, kar je privedlo do odprave te bolezni v letu 1968. Postopno se je uvajalo še cepljenje proti drugim vrstam bolezni, kar je pripomoglo k zniževanju njihovih prijavnih incidenčnih stopenj. Izraziti primeri hitrega zmanjšanja incidence po uvedbi cepljenja so ošpice, mumps in rdečke, proti katerim smo začeli cepiti vse otroke leta 1968, 1979 oziroma 1990. Po letu 1990 je število prijavljenih primerov teh treh bolezni naglo padalo, v zadnjih sedmih letih ni bilo nobenega prijavljenega bolnika z ošpicami več. Zadnja leta je nekaj več primerov oslovskega kašlja, zato bodo potrebni dodatni pozitivitveni odmerki. Za zdaj se cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu, rotavirusni okužbi, noricam, pnevmokokni okužbi, gripi, humanim virusom papiloma še ne financirajo v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, so pa na voljo samoplačniško.

Prikaz 24. Precepljenost proti nalezljivim boleznim v Sloveniji, 2006

Nalezljive bolezni, proti katerim cepimo	Delež cepljenih
davica, tetanus, oslovski kašelj, otroška paraliza, okužbe s <i>Haemophilus influenzae</i> tipa b	96,8 % (delež cepljenih s 3 odmerki)
ošpice, mumps, rdečke	96,1 % (delež cepljenih s 1. odmerkom)
hepatitis B	97,8 % (delež cepljenih vstopnikov v OŠ)

Program odprave ošpic in kongenitalnih rdečk v Sloveniji do leta 2010 predvideva doseči letno incidenco te bolezni nižjo od 1 potrjen primer/mio prebivalcev (ne upoštevaje potrjene vnesene primere), ničelno incidenco kongenitalnih rdečk, incidenco okužb z rdečkami v nosečnosti pri ženskah, nižjo od 1 primer/100 000 živorojenih otrok, deleže dovzetnih za virus ošpic: < 15 % pri starosti 1–4 leta, < 10 % pri starosti 5–9 let in < 5 % pri starosti 10–14 let in < 5 % pri vseh starostnih kohortah od 15. leta, najmanj 95 % precepljenosti s prvim odmerkom in najmanj 90 % precepljenosti z drugim odmerkom proti obema boleznima na vseh območjih.

Program eradikacije otroške paralize, ki je že odpravil bolezen v Evropi, za vzdrževanje stanja pa je potrebno pravočasno zaznavanje morebitnih vnesenih primerov otroške paralize in vzdrževati ustrezno precepljenost, se nadaljuje tudi v Sloveniji. Zato je potrebno etiološko pojasnjevanje vseh akutnih flakcidnih paraliz, ki po definiciji pomenijo sum otroške paralize. Poleg tega je potrebno pregledovanje iztrebkov in okoljskih vzorcev glede polia in drugih enterovirusov.

Breme okužb z različnimi genotipi HPV v Sloveniji

Po pregledu podatkov o bremenu okužb s različnimi tipi HPV v Sloveniji, o bremenu raka materničnega vratu in genitalnih bradavic v Sloveniji, pregledu podatkov o učinkovitosti razpoložljivega cepiva proti HPV pri preprečevanju raka materničnega vratu oziroma dolgotrajnih okužb z visokotveganimi tipi HPV in predstopenj raka materničnega vratu, drugih s HPV povezanih rakov in genitalnih bradavic, pregledu rezultatov raziskav o sprejemljivosti cepljenja proti HPV, pregledu mednarodnih priporočil glede uvajanja cepljenja proti HPV in pregledu pogojev za začetek izvajanja rutinskega cepljenja proti

HPV v Sloveniji je mnenje interdisciplinarne strokovne skupine, da se priporoči razširitev programa imunoprofilakse in kemoprofilakse s cepljenjem proti HPV. Ta skupina je preučila več tujih strokovnih priporočil glede cepljenja in sprejela priporočila Evropske agencije za zdravila (EMA) kot temeljno izhodišče, tako kakor druge članice EU. Skupina poudarja pomembnost cepljenja proti HPV, zagovarja izključno z dokazi podprta stališča in priporoča cepljenje le v okviru glavnih povzetkov zdravila in strokovnih priporočil. Pred tem je zelo pomembno usmerjeno svetovanje glede cepljenja, spolnega vedenja in presejalnih programov za RMV, vključno z rednimi ginekološkimi pregledi.

Pandemska pripravljenost

Gripa se pojavlja vsako leto pozimi in zaradi nje zbolijo 5 do 15 % prebivalstva. Posebnost virusa influence pa je nenehno spreminjanje. Manjše spremembe ne vplivajo bistveno na povečano zboleznost. Vsakih 10 do 40 let pa so spremembe virusa zelo velike – razvije se nov, drugačen virus influence, proti kateremu prebivalstvo ni imuno. Novi virus se naglo širi, število obolelih je bistveno višje kakor v običajni sezoni gripe in zajame od 25 do 40 % celotnega prebivalstva, tudi umrlih je precej več. Napovedujejo, da bo izbruh pandemije, ne glede na to, kje se bo pojavil, v dveh do treh tednih dosegel evropski prostor in se v naslednjih nekaj tednih razširil po državah članicah. Ko se bo pandemija začela, bo potrebno naglo in usklajeno ukrepanje. Uspešnost ukrepov, s katerimi se bo zmanjševala družbena in gospodarska škoda, bo zagotovo odvisna tudi od pripravljenosti v obdobju, ko pandemije ni. Pojav aviarnе influence H5N1 (ptičje gripe), ki se z obolelih ptic širi na ljudi, je povečal možnost izbruha pandemije. Na podlagi priporočil SZO je Slovenija v letu 2003 začela pripravljati predlog načrta pripravljenosti zdravstva na pandemijo gripe v državi.

Načrt za zdravstvo mora predvideti, kolikšno raven pripravljenosti naj bi država dosegla, da bi se primerno odzvala na pandemijo, tako da bi:

- primarna raven zagotovila zdravljenje večini, ki bi ga potrebovala;
- bolnišnice poskrbele za akutne bolnike in zagotovile nujno zdravljenje drugih bolnikov;
- potekala nujna oskrba z energijo, hrano in gorivom na lokalni ravni;
- pandemsko cepivo prispelo na primarno raven zdravstva čim prej po začetku pandemije.

Načrt pripravljenosti na pandemijo mora pokrivati ključna področja:

- načrtovanje in usklajeno vodenje v zdravstvu,
- spremljanje in ocene stanja razvoja pandemije,
- preprečevanje širjenja z javnozdravstvenimi ukrepi, cepljenjem in zaščito z ustreznimi protivirusnimi zdravili,
- pripravljenost sistema zdravstva,
- načrt izmenjave informacij v zdravstvu in z ustreznimi deležniki.

Načrt pripravljenosti zdravstva za pandemijo gripe je dokument, v katerem so opredeljene ključne naloge zdravstva in ukrepi glede na njene različne faze. Pomeni izhodišče za pripravo podrobnejših načrtov zdravstvenih zavodov in drugih služb, opredeljuje pravne podlage za ukrepanje in sodelovanje z drugimi institucijami. Na nekaterih področjih (npr. epidemiološko in virološko spremljanje, sodelovanje z mednarodnimi organizacijami ...) je razdelan do podrobnosti, na drugih področjih pa ga bo treba sproti dopolnjevati glede na epidemiološko stanje, lastnosti virusa ter priporočila mednarodnih organizacij in institucij, kakršni sta Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) in Evropski center za nadzor bolezni (ECDC). Načrt na področju zdravstva je izdelan, vendar se bo skladno z novimi spoznanji dopolnjeval in po potrebi spreminjal.

Glavne ugotovitve pri oceni načrta pripravljenosti zdravstva

V oceni, izvedeni po standardizirani metodi za ocenjevanje, ki ga je razvila EC v sodelovanju s SZO, se lahko poudari naslednje:

- država ima nacionalni načrt pripravljenosti v zdravstvenem sektorju,
- obstaja visoka zavest o potrebnosti pandemske pripravljenosti,
- vključeni v izboljšanje pripravljenosti so motivirani, ker se zavedajo nevarnosti,
- stekla je izvedbena stopnja načrta,
- vzpostavljen je sistem zaznavanja in preučevanja primerov influence,
- obstaja državni virološki laboratorij za influenco,
- poteka komunikacija z EC/EWRS, ECDC, SZO/IHR, EFSA, EISS,
- budna je interdisciplinarna medresorska komisija za zoonoze,
- imamo zalogo protivirusnega zdravila Oseltamivir za cca. 25 % prebivalstva,
- opravljeni so predhodni pogovori z morebitnimi dobavitelji pandemskega oz. prepandemskega cepiva,

- v letu 2006 je bil izdelan predlog komunikacijskega načrta,
- sodelovali smo na številnih delovnih sestankih (organizacija EU/SZO) o pandemski pripravljenosti,
- v decembru 2005 smo sodelovali v vaji, s katero je EU DG SANCO preverjal pripravljenost na pandemijo v državah EU.

Odpornost mikrobov zoper protimikrobna sredstva (antibiotična rezistenca)

Naraščanje odpornosti zoper protimikrobna sredstva je vse večji problem. Evropska skupnost je v novembru 2001 izdala priporočila za preudarno rabo protimikrobnih sredstev v humani medicini (Council Recommendation of 15 November 2001 on the prudent use of antimicrobial agents in human medicine, Official Journal of European Communities, 2002/77/EC). Priporočila zajemajo: spremljanje odpornosti mikroorganizmov, spremljanje porabe antibiotikov in kemoterapevtikov, izdelavo priporočil za izkustveno zdravljenje okužb, nadzor nad bolnišničnimi okužbami, poučevanje strokovne in laične javnosti ter raziskave na omenjenih področjih. Pričakuje se, da bomo upoštevali priporočila in vzpostavili oziroma izboljšali sistem za preudarno rabo protimikrobnih sredstev, tako pa zadržali naraščanje odpornosti mikroorganizmov. Protimikrobna sredstva se ne uporabljajo zgolj v humani medicini, temveč tudi v kmetijstvu in veterinarstvu, zato je nujno sodelovanje drugih ministrstev, predvsem kmetijskega. Za zdaj se na državni ravni zbirajo le podatki o zunajbolnišnični porabi protimikrobnih sredstev, že vrsto let pa se spremlja tudi odpornost posameznih mikroorganizmov – od leta 1993 odpornost invazivnih bakterij (pnevmokok, meningokok in *Haemophilus influenzae*). V sklopu nacionalnega programa glede epidemiologije nalezljivih bolezni spremljamo odpornost neinvazivnih *Streptococcus pyogenes*, pnevmokokov in *Haemophilus influenzae*, pa tudi salmonel. Po evropskih projektih se od leta 2000 zbirajo podatki o rezistenci invazivnih *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* in enterokokov.

Z omenjenimi dejavnostmi smo pridobili pomembne informacije o naraščajoči odpornosti bakterij v slovenskem prostoru in tako podlago za oblikovanje programa zadržanja odpornosti mikroorganizmov. Osnova za celovit program je sistematično laboratorijsko spremljanje odpornosti zoper protimikrobna sredstva po vsej državi.

1.7 Najpomembnejši dejavniki tveganja povezani z življenjskim slogom

1.7.1 Alkohol

V preglednici, povzeti po Comparative Risk Assessment, je prikazana zveza/odnos med porabo alkohola in tveganjem za razvoj nekaterih pomembnejših bolezni. Alkohol poveča tudi tveganje za prometno nezgodo. V Sloveniji je delež prometnih nezgod v povezavi z alkoholom že veliko let okoli 10 %. Pomemben je podatek, da v takih nezgodah povprečno 35 % oseb umre, 25 % pa je hudo telesno poškodovanih. V povprečju je izid prometnih nezgod z udeležbo alkohola hujši kakor v tistih brez njega (Šešok, J. 2004, Šešok, J. 2005).

Prikaz 25. Sorazmerno tveganje za izbrana stanja (iz Comparative Risk Assessment)

Posledica pri pivcu alkohola	Ženske			Moški		
	Poraba alkohola g/dan					
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Ciroza jeter	1,3	9,5	13,0	1,3	9,1	13,0
Varice požiralnika	1,3	9,5	9,5	1,3	9,5	9,5
Akutni in kron. pankreatitis	1,3	1,8	1,8	1,3	1,8	3,2
Rak ustne votline in žrela	1,5	2,0	5,4	1,5	1,9	5,4
Rak požiralnika	1,8	2,4	4,4	1,8	2,4	4,4
Rak grla	1,8	3,9	4,9	1,8	3,9	4,9
Rak jeter	1,5	3,0	3,6	1,5	3,0	3,6

Posledica pri pivcu alkohola	Ženske			Moški		
	Poraba alkohola g/dan					
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Rak dojke	1,1	1,4	1,6			
Hipertenzija	1,4	2,0	2,0	1,4	2,0	4,1
Bolezen koronark	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	1,0
Ishemični infarkt	0,5	0,6	1,1	0,9	1,3	1,7
Hemoragični infarkt	0,6	0,7	8,0	1,3	2,2	2,4
Srčne aritmije	1,5	2,2	2,2	1,5	2,2	2,2
Spontani splav	1,2	1,8	1,8			

Registrirana poraba čistega alkohola se v Sloveniji v zadnjih letih počasi, vendar zanesljivo zmanjšuje – v Sloveniji je v letu 2005 znašala 8,8 litra/prebivalca (oziroma 10,39 litra na odraslega prebivalca), medtem ko je povprečje v EU 10,3 litra/prebivalca. Največ alkohola Slovenci zaužijemo z vinom (skoraj polovico), sledi mu pivo (40 %), skrb vzbujajoč pa je porast deleža alkohola, zaužitega z žganimi pijačami (Šešok, 2006).

Po raziskavi *Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2001* (Zaletel Kragelj in sod., 2004) nekaj več kakor 70 % Slovencev pije alkohol zmerno oziroma preudarno (ženske 10 g ali manj na dan, moški 20 g ali manj na dan), 15 % jih abstiniira, skrb vzbujajoče pa je, da ga več kakor 13 % pije čezmerno. Rezultati raziskav ESPAD, ki se izvajajo na štiri leta med dijaki prvih letnikov srednjih šol, so pokazali, da se zmanjšuje delež mladostnikov, ki še nikoli niso pili alkoholnih pijač, in tistih, ki še nikoli niso bili pijani, ter povečuje delež tistih, ki pijejo redno. V omenjenih letih se je odstotek mladostnikov, ki se redno opijajo, povečal s 3,5 na 9 %. Po podatkih raziskave, izvedene med osnovnošolskimi otroki, je 75 % otrok do svojega desetega leta že zaužilo alkoholno pijačo in skoraj polovica osmošolcev je že bila pijana.

Da je poraba alkohola na prebivalca pri nas res visoka, potrjuje večina kazalnikov posledic škodljive rabe alkohola. Slovenija presega države evropske regije in regije Evro-A po standardizirani stopnji umrljivosti za kroničnimi boleznimi jeter in cirozo, za posledicami prometnih nezgod, samomora in samopoškodovanja ter izbranimi alkoholom neposredno pripisljivimi vzroki. Primerjava s sosednjimi državami (Avstrijo, Hrvaško, Italijo in Madžarsko) pokaže, da je bila umrljivost za omenjenimi kazalniki v zadnjih 20 letih le na Madžarskem višja kakor v Sloveniji (podatkovna zbirka HFA 2007).

Umrljivost za izbranimi alkoholom pripisljivimi vzroki se je v obdobju 1985–2005 postopno zniževala. V obdobju 1985–1995 je upadla za 19,7 %, bolj kakor v državah EU-15 in Euro-A (podatkovna zbirka HFA 2007). Leta 2005 je zaradi alkoholom neposredno pripisljivih vzrokov umrlo 499 ljudi (77 % moških), stopnja umrljivosti pa je 27,62 na 100 000 prebivalcev. K prezgodnji umrljivosti, ki jo je mogoče pripisati alkoholu, so v Sloveniji največ prispevale jetrna ciroza in poškodbe. Številke bi bile verjetno še višje, če bi zdravniki dosledno kodirali vzroke, ki so povezani z alkoholom. Prepogosto se alkohol zaradi možnih negativnih socialnih posledic ne zabeleži kot vzrok bolezni, poškodbe ali smrti. Tudi *prezgodnja umrljivost zaradi alkoholom pripisljivih vzrokov* se znižuje, kljub temu pa je za 6 do 7 % vseh prezgodnjih smrti (Šešok, 2006, Šešok 2007).

Čeprav se je umrljivost zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze znižala z 39,0/100 000 prebivalcev v obdobju 1985–1995 na 30,0 v obdobju 1996–2005, se Slovenija uvršča med države z visoko umrljivostjo. Pri obeh spolih se je slednja zaradi jetrne ciroze v starosti 24 do 64 let v Sloveniji v 70. in zgodnjih 80. letih zelo zvišala, od tedaj pa stalno upada.

Leta 2004 se je s stopnjo 89,0 *prometne nezgode z udeležbo alkohola* na 100 000 prebivalcev razvrstila na prvo mesto v Evropi (HFA DB 2007). Alkohol je evidentiran kot sekundarni vzrok pri več kakor 9 % vseh prometnih nezgod in več kakor 35 % vseh prometnih nezgod s smrtnim izidom (Šešok 2005, Šešok 2007).

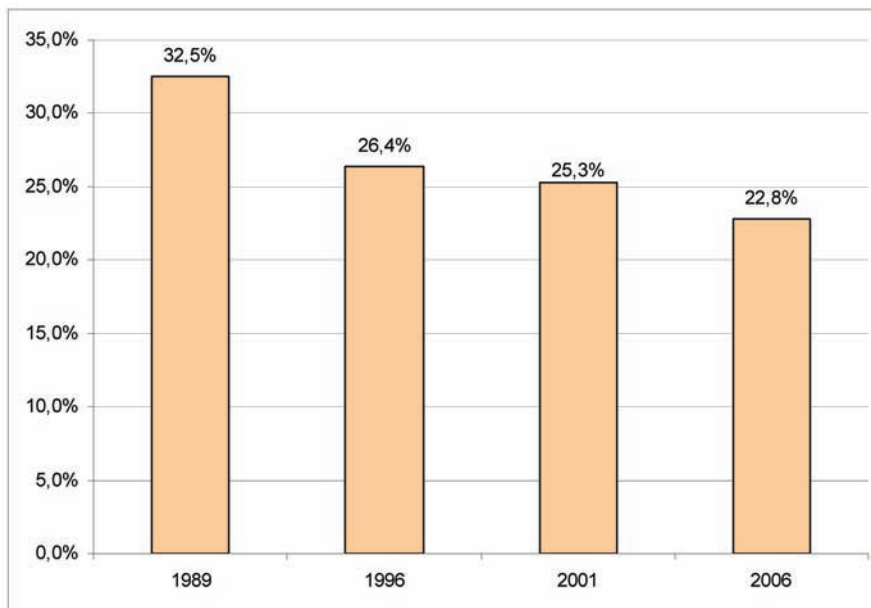
1.7.2 Tobak

Tobak je najpomembnejši preprečljivi vzrok smrti na svetu. Na prvem mestu med vzroki smrti je tudi v Sloveniji z 19,7-odstotnim deležem. Slovenski kadilci, ki umrejo zaradi s kajenjem povzročenih bolezni, v povprečju dočakajo smrt 16 let prej od vrstnikov, ki niso nikoli kadili. Kadilci, ki zaradi s kajenjem povzročenih bolezni umrejo prezgodaj, izgubijo 21 let svojega življenja. Velika večina, to je okoli tri četrtine prebivalcev Slovenije, je nekadilcev.

Delež kadilcev med polnoletnimi prebivalci Slovenije upada. Po podatkih raziskave Slovensko javno mnenje je bilo v letu 1981 med odraslimi prebivalci 32,4 % kadilcev, leta 2001 pa 25,3 %. V letu 2006 je bil delež kadilcev med polnoletnimi prebivalci Slovenije od leta 1981 najnižji, in sicer 22,8 % kadilcev. Med moškimi je delež kadilcev večji in znaša 26,5 %, med ženskami pa je delež kadilk 19,5 %. Redni kadilci v povprečju pokadijo okoli 18 cigaret na dan.

V letu 2006 je bila v Sloveniji izvedena raziskava *Obnašanje v zvezi z zdravjem v šolskem okolju* (HBSC) med všolanimi 11-, 13- in 15-letniki. Primerjava podatkov raziskav HBSC 2002 in HBSC 2006 kaže na statistično značilno zmanjšanje uporabe tobaka pri mladostnikih; statistično značilno je manj prvih poskusov kajenja, nižji je odstotek rednih kadilcev in višja povprečna starost ob prvi pokajeni cigareti. Podatki iz leta 2006 kažejo, da je vsaj eno pokadilo nekaj manj od 9 % 11-letnikov, približno 32 % 13-letnikov in nekaj več od 54 % 15-letnikov. Redni kadilci med mladimi so tisti, ki kadijo vsaj enkrat na teden. V raziskavi HBSC 2006 so redni kadilci prevladovali med 15-letniki, kjer jih je bilo 18 % in kjer jih je večina kadila vsak dan. V povprečju so bili ob kajenju prve cigarete 15-letniki stari 13,23 leta; fantje so pokadili prvo cigareto značilno prej kakor dekleta.

Prikaz 26. Trend deleža kadilcev (Slovensko javno mnenje in Raziskava o obsegu pasivnega kajenja med polnoletnimi prebivalci RS)



1.1.1. Prepovedane droge

V obdobju 1992–2004 je bilo v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog (CPZOPD) v Sloveniji zaradi prepovedanih drog vsako leto obravnavanih več moških kakor žensk v stalnem razmerju 3 : 1. Najnižja povprečna starost vseh obravnavanih je bila 22,4 leta (1998), najvišja pa 27,1 leta (2004). V obdobju 1992–2004 je v mreži CPZOD med evidentiranimi osebami močno prevladoval delež tistih, ki so iskali pomoč zaradi težav z opiaty oziroma heroinom. V obdobju 1992–2004 med prvimi iskalcami pomoči v vseh letih v Sloveniji prav tako prevladujejo moški nad ženskami (v približnem razmerju 3 : 1). V celoti gledano na to obdobje v Sloveniji, je bila povprečna starost do

leta 1995 prvič obravnavanih žensk ob vstopu v obravnavo nekoliko višja, od 1996 do 2000 pa se je gibala med 20. in 21. letom ter nato malenkost porasla.

Slovenske uporabnice prepovedanih drog, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč, so pri prvi uporabi primarne droge v povprečju stare 18 let in so mlajše v primerjavi z moškimi, ki so povprečju stari 19 let. Povprečna starost ob prvi uporabi katere koli prepovedane droge je za oba spola 16 let. V primerjavi z moškimi so ženske v povprečju mlajše tudi, ko prvič uporabijo primarno drogo ali si prvič vbrizgavajo drogo. Prvo zdravstveno pomoč kakor moški večinoma iščejo zaradi heroina kot primarne droge, opazen pa je porast povpraševanja po zdravljenju zaradi problematične uporabe kanabisa pri ženskah. Medtem ko se delež žensk, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč zaradi kanabisa, od leta 1996 povečuje, je pri prvih iskalcih pomoči zaradi heroina z letom 1997 opazno upadanje (88,0 %), ki v letu 2002 doseže najnižji delež (65,9 %) prvih iskalk zdravstvene pomoči zaradi heroina. Trajanje redne uporabe heroina kot glavne droge je pri ženskah v povprečju 19 mesecev, pri moških pa 23 mesecev. Prvo zdravljenje zaradi težav s kokainom kot glavne droge se po posameznih letih pojavlja neenakomerno. V večini gre samo za nekaj primerov, vendar pogosteje pri ženskah. Od 1996 do 2002 je opazen naraščajoči delež žensk, ki prvič prihajajo v CPZOPD zaradi težav s kanabisom kot primarno drogo. Delež moških, prvih iskalcev pomoči v centrih zaradi kanabisa, v obdobju 1991–2002 niha (porast je opazen predvsem v obdobju 1997–2000). Uporaba kanabisa kot primarne droge pred prvim vstopom v program je pri moških 24, pri ženskah pa 16 mesecev. Od prve uporabe kanabisa do vstopa v program v povprečju pri ženski potečejo 3 leta, pri moškem pa 3,2 leta. Čeprav smo opazili padajočo uporabo heroina med prvič evidentiranimi predvsem zaradi kanabisa, manj pa kokaina in sintetičnih drog, imamo še vedno prevladujoč tip uporabnika drog, ki uživa heroin. Več kakor 60 % evidentiranih uporablja več drog hkrati, vsak drugi kanabis, vsak četrti ali peti pa kokain.

Socialnoekonomske značilnosti prvih iskalcev pomoči v obdobju 1992–2004 kažejo, da delež brezposelnih niha, presenetljivo še bolj v zadnjih letih. Delež vključenih v šolanje je sorazmerno visok (najnižji 23,1 % leta 1996 in najvišji 47,2 % leta 2002) in še narašča, kar lahko povežemo z razmeroma nizko povprečno starostjo prvih iskalcev pomoči. Delež problematičnih uporabnikov drog, prvih iskalcev pomoči z nizko stopnjo izobrazbe, v obdobju 1992–2004 predstavlja tudi do polovico in več prvih iskalcev pomoči (največ 58,8 % leta 1997), še posebno od 1996 do 2000 in od 2002 do 2004.

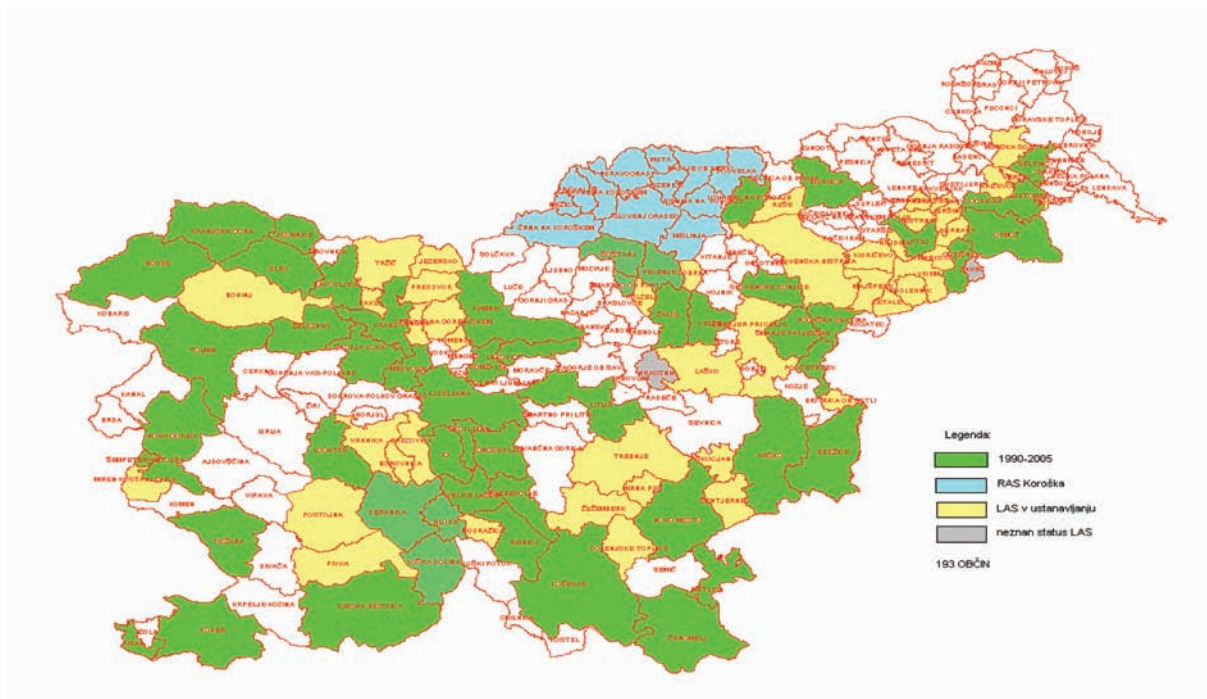
Delež prvič evidentiranih v CPZOPD v obdobju 1992–2004 v Sloveniji je vseskozi največji v osrednjeslovenski regiji, ki ji sledi obalno-kraška.

Glavni trendi med prvimi iskalci zdravstvene pomoči zaradi težav z drogami v obdobju 1996–2003 v Sloveniji:

1. deleži zaradi heroina kot glavne droge rahlo upadajo, a še vedno prevladujejo;
2. deleži zaradi kanabisa kot glavne droge so v porastu, razen padca v letu 2003;
3. delež trenutnega vbrizgavanja droge upada;
4. delež souporabe igel in pribora za vbrizgavanje upada;
5. delež uporabnikov kondomov za bolj zaščitene spolne odnose raste;
6. delež kombinirane uporabe drog raste.

Glede na izobrazbo in zaposlitveni status uporabnikov drog je 44,4 % od njih imelo osnovno ali nižjo izobrazbeno stopnjo, 55,7 % je bilo brezposelnih, ena četrtina (25,9 %) se jih je še vedno izobraževala; 1,2 % tistih, ki so iskali pomoč, je bilo brezdomcev.

Prikaz 27. Mreža lokalnih akcijskih skupin (stanje konec leta 2005). Vir: Poročilo s področja prepovedanih drog v Republiki Sloveniji



1.7.4 Prehrana in prehranjevalne navade

Zdravje prebivalstva je odvisno od razvitosti zdravstvenega varstva v državi in od življenjskega sloga, ki ga določajo predvsem socialne in ekonomske življenjske razmere. Državni zbor RS je za izboljšanje stanja glede prehrane leta 2005 sprejel Resolucijo o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010. Zasnovana je celovito in obsega tri stebre: varnost hrane/živil, zdravo in uravnoteženo prehranjevanje ter zagotavljanje oskrbe z živils s poudarkom na lokalni trajnostni oskrbi.

Prehranjevalne navade velikega dela prebivalcev Slovenije so namreč slabe. Pojemo preveč maščob, sladkih izdelkov in soljene hrane, premalo pa sadja in zelenjave. Tudi število dnevni obrokov in ritem prehranjevanja povprečnega prebivalca nista ustrezna. Po izsledkih nacionalne raziskave (CINDI, 2004) se v Sloveniji zdravo in pretežno zdravo prehranjuje le 23 % ljudi. Posebno ogrožene skupine so moški, ljudje iz nižjih družbenih slojev, z nižjo izobrazbo, zaposleni ter prebivalci iz vaškega okolja in vzhodnega dela Slovenije.

Poleg tega se zaradi obsežnega prehranjevanja zunaj doma zmanjšuje poraba živil v gospodinjstvih, narašča pa delež porabe polpripravljenih in povsem pripravljenih živil oziroma jedi, kar je značilno zlasti za gospodinjstva z mlajšim, bolj izobraženim nosilcem ter gospodinjstva z otroki in višjim dohodkom (Gregorič in sod., 2005).

Raziskava o obnašanju v zvezi z zdravjem v šolskem obdobju (2002, 2006) kaže, da otroci in mladostniki sadja in zelenjave še vedno ne uživajo redno vsak dan – to navado ima le polovica deklet in tretjina fantov. Uživanje sadja in zelenjave s starostjo upada. Med skupinami z različnim socialnoekonomskim statusom so statistično pomembne razlike, saj večkrat na dan uživa sadje in zelenjavo več otrok iz družin z višjim socialnoekonomskim statusom. Razveseljivo je, da v letu 2006 v primerjavi z letom 2002 več otrok in mladostnikov uživa sadje vsak dan. Manj vseh pa jim je zelenjava, saj se je število tistih, ki posegajo po njej redno, zmanjšalo v primerjavi z letom 2002. Velik delež otrok uživa sladkarije in sladkane pijače vsak dan.

Tudi z zajtrkovalnimi navadami šolskih otrok ne moremo biti povsem zadovoljni, saj jih med tednom redno opušča zajtrk dobra tretjina, medtem ko ga redno uživa prav tako tretjina – dekleta ga opuščajo pogosteje od fantov. Odnos do telesne teže je ena od kategorij, pri kateri so slovenski otroci in mladostniki posebno izpostavljeni, tudi v primerjavi z vrstniki iz drugih držav. Podatki kažejo, da se

predvsem dekleta zaznavajo v velikem deležu kot malce predebela, še zlasti tista iz družin z nižjim socialnoekonomskim statusom. Tovrstna zaznava pri dekletih narašča s starostjo. Veliko je bilo v preteklih letih že narejenega za zmanjševanje obremenjenosti z idealno vitkostjo, kaže pa, da bo treba tovrstno prizadevanje nadaljevati. Skoraj petina deklet in desetina fantov je imela namreč ob anketi tako ali drugačno dieto. Dekleta se pogosteje od fantov odločajo za hujšanje, pri čemer so oblike različne: predvsem zmanjšujejo obroke hrane ali se jim celo odpovedujejo. Fantje pa se posvečajo pospešeni telesni dejavnosti. Številne možnosti za izboljšanje stanja izhajajo tudi iz slovenske raziskave o prehrani doječih mater, ki kaže, da mladim mamamicam v prehrani primanjkujejo nekateri vitamini (A, C, D, E in folna kislina) in nekateri elementi (magnezij, železo in jod), pomemben vir za večino le-teh pa sta prav sadje in zelenjava (Širca Čampa in sod., 2003).

Slovenija je ena od držav, v katerih je primanjkuje joda v vodi in hrani, od tod tudi golšavost v nekaterih geografskih predelih. V letih 1991 do 1994 je bila izvedena epidemiološka študija, ki je zajela 50 šol na območju Slovenije. Pri 79 % pregledanih otrok je bila potrjena povečana ščitnica. Kljub uvedbi jodiranja leta 1953 je bilo na podlagi teh in še nekaterih podatkov ugotovljeno, da je vnos joda pod fiziološkimi mejami in da je Slovenija uvrščena na endemsko območje I. stopnje. Zato od leta 1999 obvezno jodiramo sol za prehrano ljudi in živali z 20–30 mg kalijevega jodida na kg soli. Prvi objavljeni podatki raziskave Pediatrične klinike v Ljubljani iz leta 2005 kažejo, da je Sloveniji uspelo zatreti golšavost na svojem ozemlju.

Država v vrtčevskem in šolskem sistemu omogoča zdravo prehranjevanje otrok z različnimi mehanizmi. Na podlagi strategije prehranske politike je Ministrstvo za zdravje izdalo Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah z izborom jedilnikov. Skupaj z Ministrstvom za šolstvo in šport in Ministrstvom za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano pa sodeluje pri pripravi meril kakovosti za javno naročanje hrane v vzgojno-izobraževalnih ustanovah. Vsaka šola mora po šolskih predpisih organizirati za otroke vsaj en obrok hrane na dan. V okviru obveznega osnovnošolskega izobraževanja šolsko malico v določenem obsegu sofinancira država. Poseben uspeh je bil dosežen s projektom *Jabolko v šoli*, s katerim se je Ministrstvo za šolstvo in šport leta 2004 odločilo podpreti izbrane šole, ki želijo povečati ponudbo sadja za učence in dijake. Najpomembnejše ugotovljene spremembe so: med učenci in dijaki se je povečala poraba jabolk in priljubljenost tega sadja je narasla. Med učenci in dijaki se je povečalo zavedanje o pomenu zdrave prehrane, pa tudi ekološka ozaveščenost in znanje o ravnanju z odpadki.

Slovenija je pridružena skupini Salt Action Network Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), tako pa sledi usmeritvam Evropske skupnosti in SZO. Člani skupine skrbijo za izmenjavo informacij in izkušenj ter gradiva v povezavi z zniževanjem vsebnosti soli v prehranskih izdelkih. Prav tako dejavno sodelujejo v SZO za ureditev trženja nezdrave hrane otrokom in v skupini za spremljanje debelosti pri otrocih.

1.7.5 Telesna dejavnost

Telesna dejavnost je za vsakega prebivalca Slovenije eden najpomembnejših dejavnikov za varovanje zdravja. Študije o telesni/gibalni dejavnosti otrok in mladostnikov, pa tudi odraslih kažejo, da smo v Sloveniji premalo telesno dejavni.

Študija Svetovne zdravstvene organizacije *Obnašanje v zvezi z zdravjem v šolskem obdobju* (Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study), ki je bila v Sloveniji izvedena leta 2002 med 4500 naključno izbranimi učenci in dijaki 5. in 7. razreda osemletke ter 8. razreda devetletke, ugotavlja, da je v celotnem vzorcu le 40,8 % mladih telesno dovolj dejavnih za zaščito svojega zdravja. Glede na priporočila WHO in metodologijo raziskave to pomeni, da so telesno dejavni (hoja, igra, šolske dejavnosti, ples, šport) vsaj 60 minut večino dni v tednu. Med mladimi gibalna/športna dejavnost s starostjo upada. Že pri 11 letih je zanimanja za telesno dejavnost manj, posebno med dekleti. Pri 15 letih le 40 % fantov in le še 24 % deklet dosega priporočeno raven telesne dejavnosti z vidika varovanja zdravja. Najnovejša študija HBSC je bila v Sloveniji izvedena leta 2006 na vzorcu 5130 otrok in mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let. Primerjava rezultatov raziskav HBSC 2002 in HBSC 2006 kaže na upadanje telesne dejavnosti med mladimi. Med dekleti in tudi med fanti je bilo leta 2006, v primerjavi s stanjem pred štirimi leti, več tistih, ki v tednu pred anketiranjem sploh niso bili telesno dejavni, in manj tistih, ki so bili v enem tednu telesno dejavni vsak dan vsaj eno uro skupaj. Od leta 2002 do leta 2006 je delež telesno nedejavnih fantov narasel z 2,9 % na 3,2 %. Delež telesno nedejavnih deklet pa se je v zadnjih štirih letih dvignil s 3,8 % na 5 %. Delež fantov, ki so bili telesno

dejavni vsak dan v tednu pred odgovarjanjem na anketo, se je od leta 2002 do leta 2006 znižal z 29 % na 21,9 %, pri dekletih pa s 16,4 % na le 13,3 %.

Tudi odrasli prebivalci Slovenije so premalo telesno dejavni za zaščito svojega zdravja. Raziskava *Gibalna/športna aktivnost za zdravje* (CINDI 2002/03) ugotavlja, da je med odraslimi, starimi 25 do 65 let, 32,4 % zadosti telesno (gibalno) dejavnih in 16,8 % nič telesno (gibalno) dejavnih. Metodologija raziskave določa, da so zadosti telesno dejavni tisti, ki so zmerno telesno (gibalno) dejavni pet in več dni v tednu. Študije Fakultete za šport o gibalni/športni dejavnosti odraslih v Sloveniji ugotavljajo, da se leta 1996 polovica od teh sploh ni ukvarjala s športom. Podatki za leto 2000 opozarjajo na poslabšanje stanja na tem področju. Leta 2000 je bilo gibalno/športno nedejavnih 44,1 % moških in 63,2 % žensk. S starostjo gibalna/športna dejavnost še bolj upada.

Slovenija je v letu 2007 dobila ključni nacionalni dokument, ki zadeva spodbujanje telesne dejavnosti za zdravje – *Strategijo Vlade RS na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012*. Pripravilo jo je Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z Ministrstvom za šolstvo in šport ter drugimi resorji, sprejeta pa je bila na 102. redni seji vlade 7. marca 2007.

Prednostni cilji te strategije so usmerjeni v spodbujanje vseh oblik rednega gibanja in telesne vadbe za zdravje med vsemi skupinami prebivalstva. Poseben poudarek je dan posebnim ciljnim skupinam, kakršni so: otroci in mladostniki, odrasli, starejši, nosečnice, družine, osebe z invalidnostjo in delavci v delovnem okolju.

1.8 Okolje in zdravje

Eden od ključnih pogojev za ohranjanje in krepitev zdravja ter preprečevanje bolezni je zdravo okolje. Pomembne naloge javnozdravstvenih institucij so proučevanje povezave med negativnimi dejavniki okolja in njihovimi učinki na zdravje ljudi, da se čim prej prepoznajo tveganja, ki obstajajo na tem področju, ter pripravijo ukrepi in postopki za njihovo odstranitev, tako pa zaščita zdravja ljudi. Dejavniki tveganja so vezani na segmente iz širšega okolja, kakršni so: atmosferski zrak, voda in zemlja; na živila, vključno s pitno vodo, in predmete splošne rabe, s katerimi smo v neposrednem stiku oziroma predstavljajo pomemben doprinos k ožjemu bivalnemu okolju.

Zdravstvene posledice številnih okoljskih dejavnikov tveganja nastanejo zaradi zelo kompleksnih povezav in so zato še vedno zelo slabo poznane. *Evropski akcijski načrt okolja in zdravja 2004–2010* postavlja tri glavna področja: izboljšanje informacijske verige za razumevanje povezav med izvori onesnaženja in njihovimi učinki na zdravje, okrepitev raziskovalne dejavnosti in zapolnitev vrzeli v znanju o vplivih dejavnikov okolja na zdravje ter revizija politike na tem področju in izboljšanje komunikacije. Učinki okolja na občutljivejše skupine prebivalstva so še zlasti pomembni. Evropska strategija postavlja v ospredje zaščito otrok, saj je njihova izpostavljenost in dovzetnost za negativne dejavnike okolja lahko večja kakor pri odraslih. Izziv in dolžnost je izvajati pravico otrok, da odraščajo in živijo v zdravem okolju, kar je zapisano v *Evropski konvenciji o pravicah otrok*.

V naslednjem srednjeročnem obdobju so v Sloveniji prednostna področja: razvoj okoljskih zdravstvenih kazalnikov, razvoj integriranega spremljanja stanja v okolju, vključno z živila, pitno vodo in predmeti splošne rabe, kar bo omogočilo opredelitev bistvene izpostavljenosti ljudi, razvoj metodološkega sistema za analizo interakcij med okoljem in zdravjem, zagotovitev, da so morebitni dejavniki tveganja okolja na zdravje pravočasno prepoznani, obravnavani in obvladovani, usposabljanje in izobraževanje strokovnjakov o novih prijemih pri obvladovanju dejavnikov tveganja za zdravje ter obveščanje strokovne in laične javnosti.

Zagotavljanje varne hrane je odgovornost vseh členov v prehranski verigi, vključujoč potrošnike. Za varnost hrane morajo poskrbeti nosilci živilskih dejavnosti in država (zakonodajca, zdravstvene službe, izobraževanje). Načelo obvladovanja dejavnikov tveganja *od njive do mize*, ki je v Sloveniji že vzpostavljeno, je treba izpopolnjevati in dopolnjevati z močnejšimi povezavami med posameznimi deležniki.

Razmeroma velik delež živil prihaja iz držav tretjega sveta. Glede analiz je treba posvetiti večjo pozornost živilom, ki prihajajo iz držav nečlanic EU, predvsem iz držav brez predpisanih nadzornih

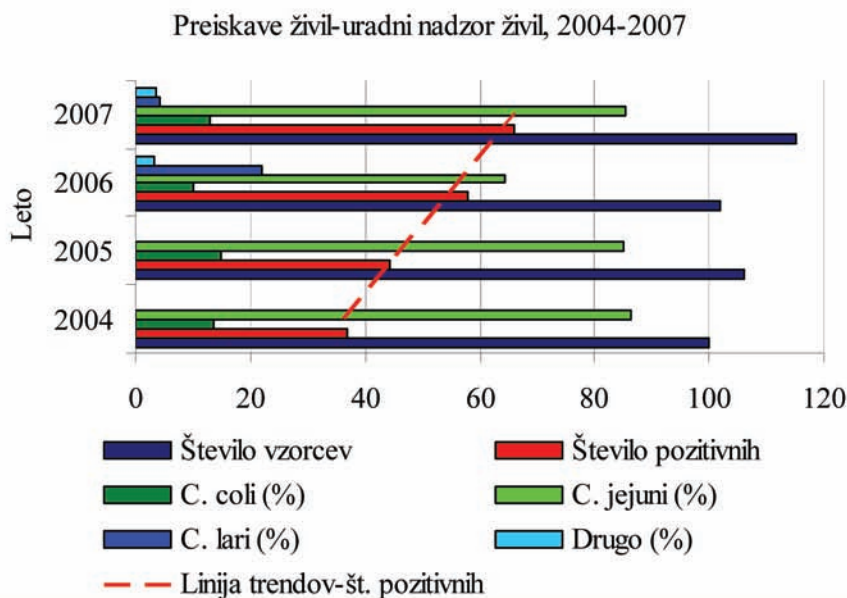
postopkov v sistemih notranjega nadzora, ki temeljijo na načelih HACCP, kar je v EU zakonska obveza. Nujno je imenovanje nacionalnih javnozdravstvenih in referenčnih laboratorijev za posamezna področja dela. Tako bo omogočeno sodelovanje z referenčnimi laboratoriji EU in uradnimi nacionalnimi laboratoriji. Izpolnjena bo zahteva EU glede izvajanja uradnega nadzora, ki predpisuje, da na področjih, kjer v EU delujejo referenčni laboratoriji Skupnosti, država članica določi nacionalni referenčni laboratorij.

Eden najpomembnejših ciljev je zagotavljanje in uveljavljanje kemijske varnosti, vključno s sistemom hitrega obveščanja za predmete splošne rabe (RAPEX), s katerim poskuša Evropska komisija zagotoviti hiter pretok informacij o nevarnih neživilskih proizvodih, ki jih odkrijejo na trgu oziroma pri uvozu v države članice. V letu 2006 so te priglasile 924 proizvodov, od teh Slovenija devet, ki so predstavljali tveganje za zdravje potrošnikov, v naslednjih kategorijah: za poškodbe 25 %, za električni šok 24 %, za požar in opekline 18 %, za davljenje in zadušitev 14 %, za kemijsko tveganje 9 % in za preostalo tveganje (poškodbe vida in sluha, eksplozije, akutne zastrupitve, alergije) 10 %. Največ priglasitev je bilo v zvezi z oporečnimi igračkami (24 %), sledile so električne naprave (19 %), svetila (11 %), kozmetika (5 %), drugo, na primer pohištvo, športna oprema, oblačila in okrasni predmeti (27 %). V slabi polovici primerov so bili oporečni proizvodi umaknjeni s trga prostovoljno, pri 57 % pa so bili potrebni ukrepi pristojnih inštitucij v posameznih državah članicah: prepoved prodaje, umik s trga oziroma odpoklic. Materiali, namenjeni stiku z živili, pri tem niso vključeni, saj poteka javljanje tovrstnih oporečnih materialov po sistemu hitrega obveščanja za živila in krmo (RASFF).

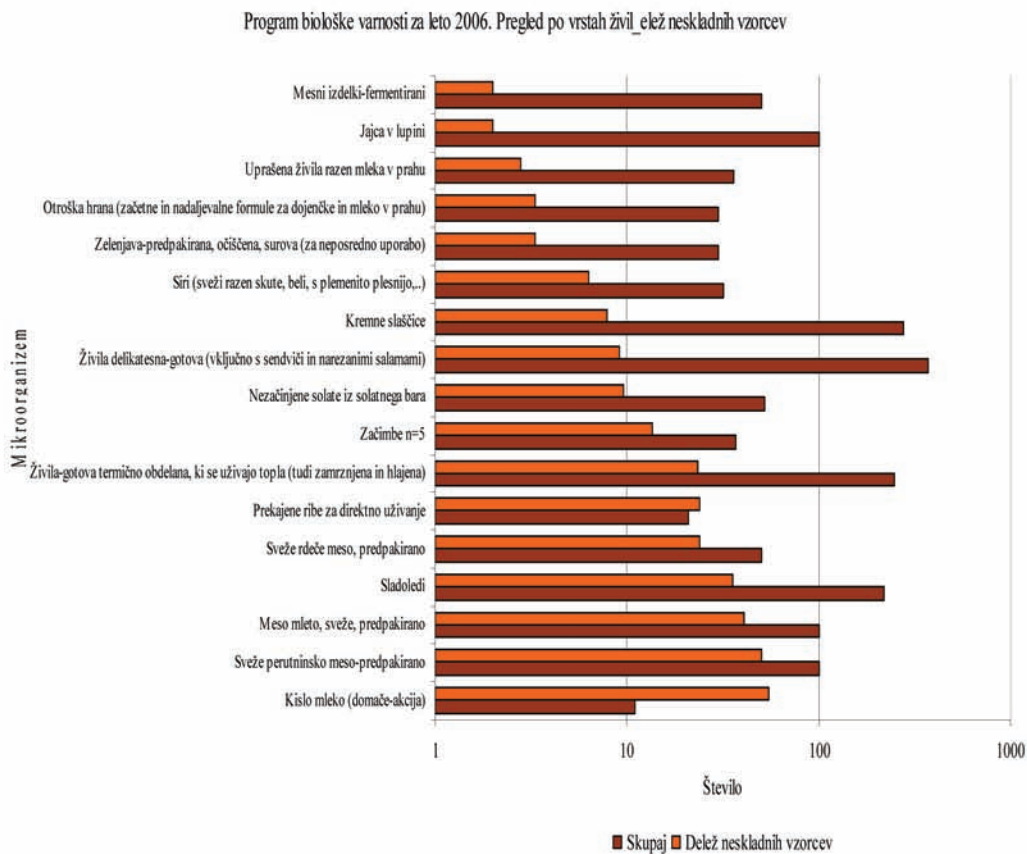
Problematika podnebnih sprememb kot sestavni del vplivov na okolje postaja vse pomembnejša. Te spremembe že na različne načine vplivajo na zdravje: v letu 2003 je Evropa doživela najmočnejši vročinski val, leto poprej je v 15 večjih poplavih umrlo 250 ljudi in en milijon jih je bilo prizadetih. Zdravje ljudi je odvisno predvsem od zadostne količine in zdravstveno ustrezne pitne vode in hrane, ustrezne nastanitve in dobrih socialnih razmer. Spreminjajoče podnebje bo verjetno vplivalo na vse te dejavnike. Študije kažejo, da lahko pričakujemo večjo pogostost in moč izrednih vremenskih dogodkov, posebno vročinskih valov, suše in padavin, posledično pa več bolezni, povezanih s hrano in vodo, bolezni, ki jih prenašajo različni prenašalci – vektorji, in več alergijskih težav v Evropi.

Slikovna predstavitev nekaterih podatkov s področij okolja in zdravja je prikazana v prikazih 28 do 31.

Prikaz 28. Rezultati preiskav živil v okviru programa uradnega nadzora v letih od 2004–2007. Preiskave živil zaradi ugotavljanja kampilobakterja. Vir: IVZ RS, 2007



Prikaz 29. Biološka varnost živil v letu 2006: pregled po vrstah živil in delež neskladnih vzorcev. Vir: IVZ RS, 2007



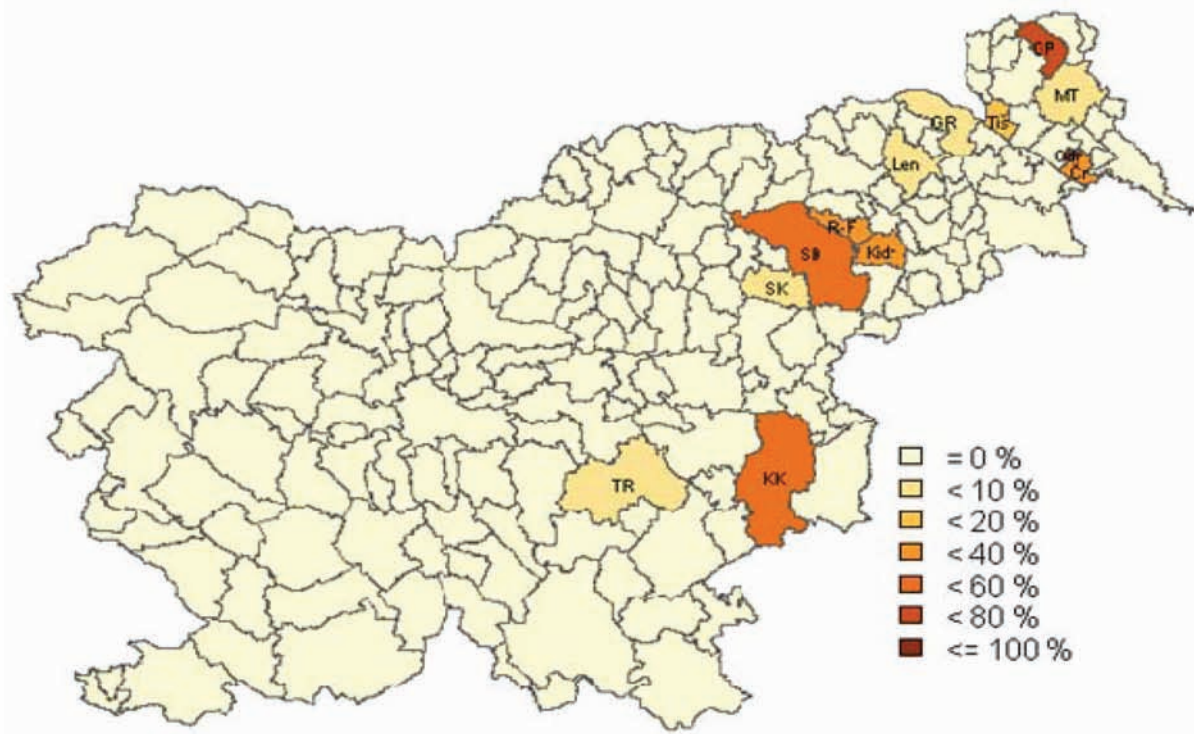
Prikaz 30. Kemijsko onesnaženje pitne vode v letu 2006 – izpostavljeni delež prebivalcev po občinah (IVZ RS):

Arzenu – 1 700 prebivalcev

Nitratom – 34 300 prebivalcev

Pesticidom – 37 000 prebivalcev

Skupno kemikalijam – cca 40 000 prebivalcev



Prikaz 31. Število umrlih v velikih mestih Evrope zaradi dolgotrajne izpostavljenosti trenutni stopnji onesnaženosti s prašnimi delci PM 10 v letu 2003. Vir: IVZ RS – poročilo mednarodnega projekta APHEIS

