

STRATEGIJA

ZMANJŠEVANJA NEENAKOSTI V ZDRAVJU

V LJUBLJANSKI ZDRAVSTVENI REGIJI



CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614(497.451)
316.344:614(497.451)

STRATEGIJA zmanjševanja neenakosti v zdravju v ljubljanski
zdravstveni regiji / [pripravili Tjaša Jerman ... [et al.] ;
urednici Nives Letnar Žbogar, Lea Peternel]. - Ljubljana : Zavod za
zdravstveno varstvo, 2011

ISBN 978-961-6148-13-9
1. Jerman, Tjaša 2. Letnar Žbogar, Nives
256381440



Pripravili:

Tjaša Jerman, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana;

mag. Tatja Kostnapfel, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana;

Nives Letnar Žbogar, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana;

mag. Lea Peternel, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana;

Branislava Belovič, Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota;

Tatjana Kranjc Nikolič, Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota;

dr. Barbara Artnik, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje;

Tilka Klančar, Mestna občina Ljubljana, Oddelek za zdravje in socialno varstvo;

mag. Boris Moškon, Občina Trbovlje;

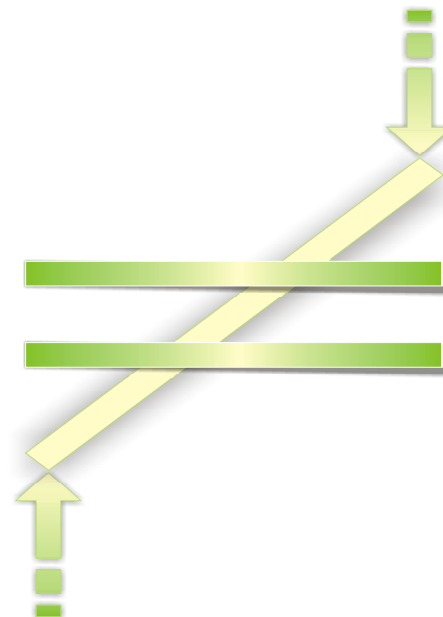
mag. Klara Nahtigal, Mestna občina Ljubljana, Oddelek za zdravje in socialno varstvo;

Mojca Tavčar, Občina Trzin, Oddelek za družbene dejavnosti.

VSEBINA

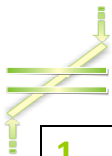
1	UVOD	7
2	PREDSTAVITEV LJUBLJANSKE ZDRAVSTVENE REGIJE	9
2.1	DEMOGRAFSKE IN SOCIALNO-EKONOMSKE ZNAČILNOSTI	9
2.2	ZDRAVSTVENO STANJE	11
3	DETERMINANTE ZDRAVJA	15
4	ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU	19
NAMEN 1:	Postaviti neenakosti v zdravju v središče pozornosti skupnosti in posameznika	19
Cilj 1.1	Vključiti zdravje v druge politike in programe v regiji	
Cilj 1.2	Povečati ozaveščenost strokovne javnosti o neenakostih v zdravju	
Cilj 1.3	Povečati informiranost in ozaveščenost prebivalstva o neenakostih v zdravju	
NAMEN 2:	Povečati zmožnost skupnosti	20
Cilj 2.1	Vzpostaviti, vzdrževati in izboljševati zdravju podporne mreže lokalnih institucij, nevladnih organizacij in posameznikov	
Cilj 2.2	Spodbujati uporabo obstoječih virov skupnosti za blaginjo njenih prebivalcev	
Cilj 2.3	Izboljšati zmožnost zdravstvenih delavcev in sodelavcev na področju neenakosti v zdravju	
NAMEN 3:	Zmanjšati neenakosti v zdravju med občinami v regiji	22
Cilj 3.1	Spremljati in vrednotiti neenakosti v zdravju v regiji	
Cilj 3.2	Zaznavati neenakosti v zdravju med občinami	
Cilj 3.3	Spodbujati zdrav življenjski slog prebivalstva	
Cilj 3.4	Podpirati zgodnje odkrivanje nenalezljivih kroničnih bolezni	
NAMEN 4:	Zmanjšati neenakosti v zdravju ranljivih skupin	23
Cilj 4.1	Podpirati zdravje otrok in mater	
Cilj 4.2	Spodbujati zdravo staranje in kvaliteto življenja starejših	
Cilj 4.3	Spodbujati zmanjševanje neenakosti v zdravju drugih ranljivih skupin	
NAMEN 5:	Čisto in zdravo okolje	25
Cilj 5.1	Spodbujati pozitiven odnos prebivalcev do naravnega okolja	
Cilj 5.2	Spodbujati okolju in ljudem prijazna delovanja	

5 ZAKLJUČEK	26
LITERATURA	27
SLOVARČEK KLJUČNIH BESED	29
PRILOGE	33



KAZALO SLIK IN TABEL

<i>Tabela 1:</i> <i>Umrljivost po statističnih regijah, 2008</i>	11
<i>Slika 1:</i> <i>Umrljivost na 1.000 prebivalcev po upravnih enotah bivališča, zdravstvena regija Ljubljana in slovensko povprečje za leto 2008</i>	12
<i>Slika 2:</i> <i>Model determinant zdravja</i>	15
<i>Priloga 1:</i> <i>Stopnja registrirane brezposelnosti po občinah (12/2009)</i>	33
<i>Priloga 2:</i> <i>Delež prebivalcev glede na starost po občinah (30.06.2009)</i>	34
<i>Priloga 3:</i> <i>Stopnja izobrazbe po občinah (popis 2002)</i>	35
<i>Priloga 4:</i> <i>Povprečna plača po občinah (12/2009)</i>	36



1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1948 sprejela definicijo zdravja, po kateri je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali okvare.

Definicija predstavlja ideal zdravja. Povezuje vplive determinant zdravja, poudarja njihovo medsebojno povezanost ter opisuje zdravje kot blaginjo ali blagostanje in ne le ozko, kot odsotnost bolezni. V ospredje postavlja pozitivno zdravje – blaginjo, kar so strokovnjaki za javno zdravje sprejeli kot celovit pristop k zdravju. Za ta čas je bilo priznavanje enakopravnega statusa duševnega in telesnega zdravja revolucionaren napredek. Priznavanje vpliva socialnega blagostanja na zdravje pa je drug velik pionirski premik, ki se posebej kaže pri neenakostih v zdravju.

Zdravje je v dokumentih Združenih narodov, Svetovne zdravstvene organizacije, v zakonodaji Evropske skupnosti in posameznih držav, vključno s Slovenijo, sprejeto kot pravica vsakega človeka. V zakonodaji demokratičnih družb so ljudje obravnavani enako in so jim zagotovljene enake pravice. Čeprav ima vsak človek pravico do zdravja, ustvarjajo življenjske in družbene okoliščine med skupinami prebivalcev razlike v zdravju. Prihaja do razlik v zdravju med pripadniki različnih družbenih skupin, pri čem so socialno-ekonomsko šibkejši slabšega zdravja kot bogatejši.

Številni dejavniki, ki vplivajo na zdravje, sočasno vplivajo tudi drug na drugega ter na razvoj neenakosti v zdravju.

Ker smo ljudje med seboj različni, smo tudi različnega zdravja. Razlike v zdravju, ki so posledica biološke različnosti in neponovljivosti, so vedno prisotne in neizogibne. Obstajajo pa razlike v zdravju, ki so nepravilne, saj so posledica vplivov družbe in sistematično zajemajo pripadnike določenih družbenih skupin.

Neenakosti v zdravju so » ... sistematske in preprečljive razlike v zdravju med pripadniki različnih družbenih skupin ... «(1).

Prisotne so kot »razlike v zdravju med državami, regijami in socialno-ekonomskimi skupinami«(2).

Svetovna zdravstvena organizacija (3) opisuje neenakosti v zdravju kot » ... razlike v zdravstvenem stanju ali razporeditvi determinant zdravja med različnimi skupinami prebivalstva. Prve so posledica bioloških dejavnikov ali proste izbire posameznika, druge pa vplivov iz okolja ter pogojev, ki so izven vpliva posameznika.«

|

|



2 PREDSTAVITEV LJUBLJANSKE ZDRAVSTVENE REGIJE

Zdravstvena regija Ljubljana obsega 14 upravnih enot s 40 občinami in več kot 600.000 prebivalci. Je največja od devetih zdravstvenih regij v Sloveniji. Živiljenjsko okolje na tem območju je izjemno raznoliko – od mestnega v slovenski prestolnici do planot in gozdov, kjer je človek še vedno redek gost.

Zdravstvena regija obsega 4.712 km², kar predstavlja več kot 23 % površine Slovenije. Na tem območju živi (leta 2009) 31,1 % prebivalcev Slovenije, ki pa so zelo neenakomerno razporejeni. Njena gostota se giblje od skoraj 1.000 prebivalcev na km² v Mestni občini Ljubljana do 11 prebivalcev na km² v občini Osilnica.

Območje zdravstvene regije Ljubljana zajema poleg celotne Osrednje slovenske in Zasavske statistične regije še občine Idrija in Cerkno iz Goriške, Cerknico, Loško dolino in Bloke iz Notranjsko-kraške in Kočevje, Ribnico, Sodražico, Loški potok, Kostel ter Osilnico iz regije Jugovzhodna Slovenija.

2.1 DEMOGRAFSKE IN SOCIALNO-EKONOMSKE ZNAČILNOSTI

Ekonomsko šibka območja

Regija kot celota sodi med razvitejše dele Slovenije, vendar pa so v njej tudi območja s posebnimi razvojnimi problemi.

Stopnja registrirane brezposelnosti je bila decembra 2009 v večjem delu regije manjša od slovenskega povprečja, večja pa je bila v občinah Kočevje, Kostel, Osilnica, Trbovlje in Hrastnik (Priloga 1).

Prebivalstvo

Na območju ljubljanske zdravstvene regije je sredi leta 2009 živel 635.913 prebivalcev, kar je predstavljalo 31,1 % vseh prebivalcev Slovenije.

Tako kot v celi Sloveniji se je v zadnjih dveh desetletjih prejšnjega stoletja rodnost zmanjševala tudi v ljubljanski regiji, od leta 2004 dalje pa opazamo povečevanje števila rojstev. V primerjavi s slovenskim povprečjem je rodnost nekoliko večja, umrljivost pa manjša. Naravni prirastek v regiji je bil vsa leta pozitiven, kar za Slovenijo ne velja.

Pri tem pa se v regiji kažejo velike razlike med občinami in tudi med upravnimi enotami. Gibanje števila prebivalcev je, poleg naravnega prirastka, odvisno tudi od priseljevanja in odseljevanja. Selitveni prirastek je bil v ljubljanski regiji v obdobju 1999 – 2008 vsa leta pozitiven. Tudi v nekaterih občinah z negativnim naravnim prirastkom je bil v posameznih letih skupni prirastek pozitiven.

Posledica nizke rodnosti in podaljševanja življenjske dobe je staranje prebivalstva. Narašča delež prebivalstva starega 65 let in več, zmanjšuje pa se delež mladih do 15. leta. Staranje prebivalstva se negativno odraža v gospodarstvu, zdravstvenem varstvu, zdravstvenem in pokojninskem zavarovanju in drugih področjih. V ljubljanski zdravstveni regiji je starostna struktura le malo mlajša od slovenskega povprečja.

Leta 2009 je bil delež mlajših od 15 let 14,4 % (v Sloveniji 14,0 %), delež prebivalcev, starih 65 let in več pa 16,1 % (v Sloveniji 16,5 %). Občini Kostel in Osilnica imata preko 25 % prebivalcev starih 65 let ali več. Najmlajšo starostno strukturo ima občina Komenda, ki je imela leta 2009 18,7 % prebivalcev mlajših od 15 let in 12,6 % starih 65 let ali več (Priloga 2).

Leta 2009 so bile najštevilčnejše starostne skupine od 20 do 59 let. Zaradi zmanjševanja rodnosti in posledičnega staranja prebivalstva pa opazamo primanjkljaj v starostnih skupinah do 20 let, medtem ko je, zaradi večjega števila rojstev v zadnjih letih, skupina otrok starih 0-4 let nekoliko številčnejša. Ker se rodi več dečkov kot deklic, v mlajših starostnih skupinah številčno prevladujejo moški, v starostnih skupinah nad 50 let pa, zaradi zgodnejše umrljivosti moških, prevladujejo ženske.

Izobrazba

Po podatkih iz popisa prebivalstva 2002 je bila izobrazbena struktura v ljubljanski zdravstveni regiji višja od slovenskega povprečja, opazne pa so velike razlike znotraj regije. Najvišjo izobrazbeno strukturo sta imeli občini Trzin in Ljubljana (26,4 % oz. 24,0 % prebivalcev nad 15 let z najmanj višješolsko izobrazbo; slovensko povprečje je bilo 12,9 %), najnižjo izobrazbeno strukturo (manj kot 8 % prebivalcev z najmanj višješolsko izobrazbo) pa so imele občine Loški Potok, Lukovica, Dobrepolje, Moravče, Osilnica, Cerklje, Hrastnik, Litija (Priloga 3).

Dohodek

V večjem delu občin v ljubljanski zdravstveni regiji je bila decembra 2009 povprečna bruto plača nižja od slovenskega povprečja, ki je bilo 1.488,19 € (Priloga 4). Najvišja povprečna bruto plača je bila v občini Ljubljana (1.774,62 €), najnižja pa v občini Osilnica (754,35 €). Med občinami z višjo povprečno plačo kot je slovensko povprečje izstopa občina Trbovlje (1.599,01 €). V tej občini je sicer nadpovprečno visoka stopnja brezposelnosti.

Umrljivost

Umrljivost se v ljubljanski zdravstveni regiji v preteklem desetletju ni bistveno spreminjala, razlikuje pa se glede na spol, starostno skupino in upravno enoto bivališča. Umrljivost je bila v obdobju 1998–2008 za 9 % manjša od slovenskega povprečja. Razlika v umrljivosti med osrednje-slovensko in zasavsko statistično regijo pa je bila leta 2008 večja kot razlika med pomursko regijo in slovenskim povprečjem (Tabela 1). Umrljivost moških je bila, enako kot v celi Sloveniji, večja od umrljivosti žensk, ker moški v povprečju umrejo mlajši. To nam kaže mediana starosti ob smrti, ki je bila v ljubljanski zdravstveni regiji leta 2008 za moške 73,0 let, za ženske pa 82,1 let (mediana starosti ob smrti pomeni, da je polovica umrlih starejših, polovica pa mlajših od te starosti).

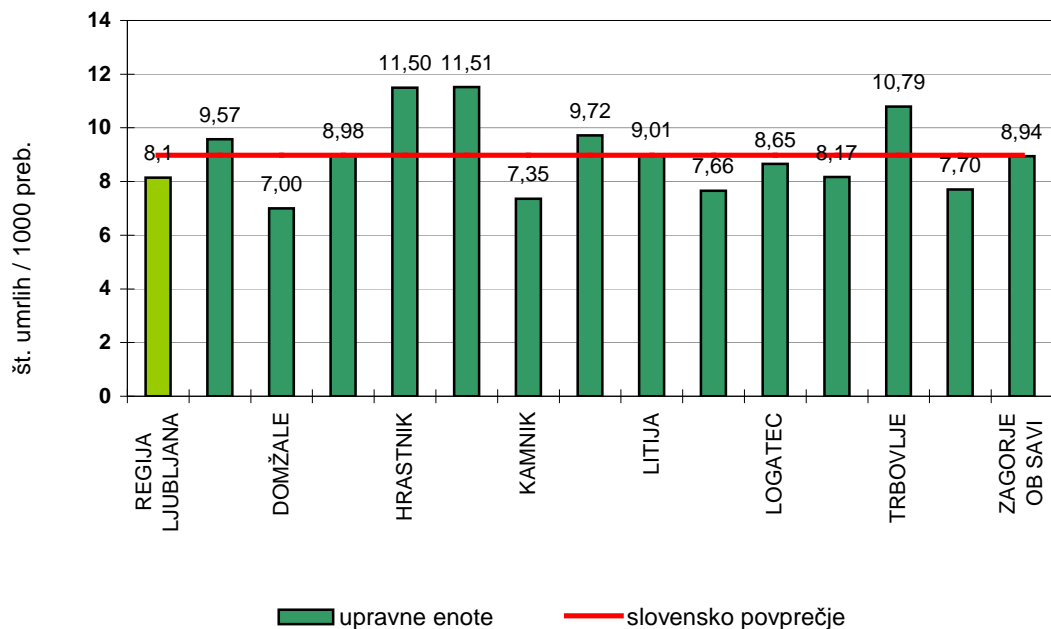
Tabela 1: Umrljivost po statističnih regijah, 2008

Statistične regije	Št.umrlih/1.000 prebivalcev
Slovenija	9,1
Pomurska	11,1
Podravska	9,9
Koroška	9,3
Savinjska	9,2
Zasavska	10,4
Spodnjeposavska	10,5
Jugovzhodna Slovenija	8,8
Osrednjeslovenska	7,7
Gorenjska	8,3
Notranjsko-kraška	10,5
Goriška	10,2
Obalno-kraška	8,4

Vir: Statistični urad RS

Med posameznimi upravnimi enotami (UE) so v umrljivosti precejšnje razlike. V petih UE je bila umrljivost večja od slovenskega povprečja, v devetih pa nižja. Največjo umrljivost so imele UE Idrija, Hrastnik in Trbovlje, najnižjo pa Domžale (Slika 1).

Slika 1: Umrljivost na 1.000 prebivalcev po upravnih enotah bivališča, zdravstvena regija Ljubljana in slovensko povprečje za leto 2008



V

Vir: Zbirka podatkov o umrlih, Inštitut za varovanje zdravja RS

Glede na starostne skupine je umrljivost najnižja v skupinah 1-14 let, nato začne počasi naraščati. V prvem letu življenja je umrljivost višja kot sicer pri otrocih in mladini, ker v tem obdobju umrejo otroci, ki imajo hude prirojene nepravilnosti. Umrljivost dojenčkov je pomemben kazalec kakovosti zdravstvenega varstva in socialno–ekonomske razvitosti. V ljubljanski regiji in celotni Sloveniji je umrljivost dojenčkov v zadnjih dveh desetletjih močno padla.

Vzroki smrti

Najpogostejši vzrok smrti med prebivalci ljubljanske regije so, enako kot v Sloveniji, bolezni srca in ožilja ter rakave bolezni. Obe skupini bolezni predstavljata skupaj 71 % vseh vzrokov smrti. Sledijo poškodbe in zastrupitve, bolezni dihal in bolezni prebavil. V zadnjih dveh desetletjih se zmanjšuje umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja ter zaradi poškodb in zastrupitev, povečuje pa se umrljivost zaradi rakavih bolezni. Pri moških so v zadnjih letih (od leta 2006 dalje) neoplazme postale vodilna skupina vzrokov smrti, pred boleznimi srca in žil.

Med boleznimi srca in žil kot vzrokom smrti prevladujejo pri ženskah cerebrovaskularne bolezni (možganska kap), pri moških pa ishemične bolezni srca (vključno s srčnim infarktom). Z zdravim načinom življenja bi lahko velik del obolevnosti in umrljivosti zaradi teh bolezni preprečili ali odložili na kasnejše obdobje. Na njihov nastanek namreč vpliva tudi nezdrav način življenja, zlasti kajenje, nezdrava prehrana, škodljiva raba alkohola, prekomerna telesna teža, telesna neaktivnost, stres.

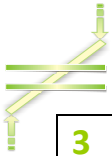
Pri moških sta se med neoplazmami kot vzrokom smrti v letu 2008 najpogosteje pojavljala rak pljuč (247 umrlih) in rak debelega črevesa in danke (128 umrlih), pri ženskah pa rak dojke (147 umrlih), rak debelega črevesa in danke (110 umrlih) ter pljučni rak (93 umrlih). Nastanek mnogih rakov je povezan z načinom življenja, kamor sodijo nezdrava prehrana, kajenje, prekomerno pitje alkoholnih pijač, tvegano spolno vedenje, prekomerno sončenje, manjši del lahko pripišemo onesnaženosti delovnega in bivalnega okolja. Za zmanjšanje umrljivosti zaradi raka je pomembno tako preprečevanje nastanka bolezni, kot tudi zgodnje odkrivanje in zdravljenje.

Pri nasilnih smrtih so bili v letu 2008 najpogostejši zunanji vzrok smrti padci, sledijo samomori in prometne nezgode. Smrti zaradi padcev je bilo več pri starejših od 65 let. Padeč pogosto ni neposredni vzrok smrti, ampak jo povzročijo zapleti po poškodbi (na primer pljučnica). Med mlajšimi od 65 let so bili samomori in prometne nezgode pogosteje vzrok smrti kot padci, oboje pri moških pogosteje kot pri ženskah.

Slovenija spada med države z največjim deležem samomorov. V ljubljanski regiji je število samomorov na 100.000 prebivalcev v zadnjem desetletju ves čas nekoliko manjše od slovenskega povprečja in se, enako kot v Sloveniji, počasi zmanjšuje. Leta 2008 je naredilo samomor 113 ljudi, razmerje med moškimi in ženskami je bilo 2:1.

Najpogostejši vzroki smrti so pri različnih starostnih skupinah različni. V letu 2008 so pri dojenčkih močno prevladovala stanja nastala v perinatalnem obdobju (9 umrlih), en dojenček je umrl zaradi kongenitalne anomalije, drugih vzrokov ni bilo. V predšolskem in osnovnošolskem obdobju so bile glavni vzrok smrti poškodbe, največ zaradi prometnih nezgod. Vsi štirje zaradi prometnih nezgod umrli otroci so bili poškodovani kot pešci.

Tudi v starosti 15-19 let so bile najpogostejši vzrok smrti poškodbe in sicer izključno prometne nezgode in samomori. Izrazito več umrlih zaradi poškodb v tej starostni skupini je bilo moškega spola. Poškodbe so ostale najpogostejši vzrok smrti pri moških v starosti 20-44 let, pri ženskah v tej starosti pa so prevladovale neoplazme, ki so bile najpogostejši vzrok smrti pri obeh spolih v starosti 45-64 let. Po 65. letu so bile najpogostejši vzrok smrti pri ženskah bolezni srca in žil, pri moških pa neoplazme.



3 DETERMINANTE ZDRAVJA

Determinante zdravja so osebni, družbeni, gospodarski in okoljski dejavniki, ki določajo zdravstveno stanje posameznika ali prebivalstva. Dejavniki, ki vplivajo na zdravje, so raznovrstni in vplivajo drug na drugega (4).

Dahlgren in Whitehead (1993) (5) sta ustvarila slikovit pregled determinant zdravja. Individualne determinante - spol, starost in dednost - so razporejene v jedro, ki ga v obliki mavrice objemajo druge determinante razporejene v več plasteh (Slika 2).

Slika 2: Model determinant zdravja



Vir: Determine, 2008

Spol, starost in dednost so notranje determinante posameznika, ki so posledica naključja in so nespremenljivi. Razlike v zdravju, ki izhajajo iz notranjih determinant, so posledica spontanih, naravnih procesov, na katere posameznik ali družba ne morejo vplivati. Če posameznik zaradi svoje različnosti, ki

je posledica spola, starosti ali druge dedne lastnosti trpi diskriminacijo v družbi, iz tega lahko izhajajo tudi neenakosti v zdravju.

Vsi drugi dejavniki so spremenljivi, odvisni od okolja, posameznikovega mesta v družbi in lastne izbire. Splošni družbeno-ekonomski, življenjski, družinski, delovni, kulturni in okoljski pogoji, vključenost v družbo in vedenjski slog so determinante zdravja, ki odločilno vplivajo na zdravje. Determinante zdravja vplivajo na zdravje posameznika in ena na drugo. Kljub zapletenim medsebojnim vplivom determinant, so praviloma revnejši in manj izobraženi slabšega zdravja kot bogatejši ter bolj izobraženi.

Graham (2000) (6) izpostavlja vpliv blaginje v družini na zdravje skozi vse življenje. Družinski pogoji vplivajo tudi na stopnjo dosežene izobrazbe. Stopnja izobrazbe pa vpliva na položaj posameznika v družbi. Avtorica primerja regije z različno porazdelitvijo blaginje ter dokazuje, da ne prinaša vsako zvišanje prihodkov tudi izboljšanja zdravja. Nad določeno ravnjo družbenega dohodka ima večji vpliv na zdravje način porazdelitve tega dohodka v družbi. V okoljih z neenakomerno porazdelitvijo dohodka, z večjo razliko med bogatimi in revnimi, se več ljudi počuti nemočne in/ali ima občutek življenja v »relativni revščini«, kar povzroča stres in tvegane oblike vedenja.

Stopnjo izobrazbe in zaposlitveni status izpostavljamo zaradi medsebojne povezanosti, vpliva na druge determinante zdravja in možnosti spremljanja pri nas.

Stopnja izobrazbe pomembno vpliva na socialno-ekonomski položaj posameznika predvsem zaradi vpliva na zaposlitev. Ljudje z višjo stopnjo izobrazbe imajo boljše možnosti za delovna mesta z višjim dohodkom. Z višjim dohodkom se poveča dostopnost do boljšega življenjskega okolja, stanovanjskih pogojev, zdravstvenih storitev, hrane in drugih dobrin.

Poleg pridobivanja strokovnega znanja zagotavlja izobraževalni proces praktična znanja in veščine, ki omogočajo popolno vključevanje posameznika v družbo. Številne raziskave ugotavljajo povezanost med stopnjo izobrazbe in življenjskim slogom. Višja kot je izobrazba, bolj zdrav je življenjski slog; primer: kajenje upada s stopnjo izobrazbe.

Otroci, ki so izključeni iz procesa izobraževanja ali so pogosto odsotni iz šole, so pogosteje vpleteni v kriminalna dejanja in zlorabo drog, dolgoročno pa v brezposelnost, brezdomstvo, mladoletniško nosečnost ter zaporne kazni. Raziskave v svetu dokazujejo, da otroci iz socialno-ekonomsko šibkejših družin dosežejo slabšo izobrazbo od otrok iz premožnejših družin (6). Po podatkih Urada za makroekonomske analize v Sloveniji učenci iz ekonomsko bolj razvitih regij dosegajo boljše rezultate na različnih preverjanjih znanja kot dijaki iz manj razvitih regij. Potrebno je izpostaviti ugoden vpliv vključenosti v organizirane oblike predšolske vzgoje na razvoj zmogljivosti otroka in njegovo vključevanje

ter poznejši uspeh v šoli, posebej pri otrocih iz manj spodbudnega okolja, oziroma pri starših z nižjo izobrazbo (7).

Poročilo neodvisne raziskave o neenakostih v zdravju govori, da je »zaposlenost ne samo primarni vir statusa v industrijskih državah, temveč ključna v zagotavljanju smisla življenja, dohodka, družbene podpore, strukture življenja in načina udeležbe v družbi ... V tej luči so brezposelnost, stresno in negotovo delovno okolje glavni potencialni dejavniki tveganja za zdravje delovno aktivnega prebivalstva in njihovih družin.« (8).

V publikaciji Svetovne zdravstvene organizacije z naslovom »Trdna dejstva« (9) avtorja ugotavljata, da varnost delovnega mesta krepi zdravje, dobro počutje in zadovoljstvo na delovnem mestu. Poleg fizičnih dejavnikov je stres na delovnem mestu odločilen dejavnik, ki zvišuje tveganje za bolezni. Zdravje delavca je boljše, kadar ima več nadzora nad delovnim procesom in več samostojnega odločanja. Na delovni proces pozitivno vplivata družbena podpora na delovnem mestu in primerno nagrajevanje. Negotovost delovnega mesta je eden od dejavnikov stresa. Občutek ogroženosti delovnega mesta škodljivo vpliva na duševno zdravje ter na dejavnike tveganja krvno-žilnih bolezni.

Brezposelnost slabo vpliva na zdravje nezaposlenih in članov njihovih družin. Tesno je povezana z drugimi dejavniki tveganja in determinantami zdravja kot so revščina, kronični stres in socialna izključenost. Pri mladih, pripadnikih manjšinskih etničnih skupin, ljudeh s posebnimi potrebami in ljudeh z nižjo izobrazbo je stopnja tveganja brezposelnosti večja (9).

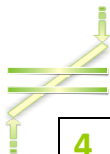
Nemogoče je natančno določiti vpliv posameznega dejavnika. Pogosto se pojavlja hkraten vpliv več dejavnikov tveganja kot so revščina, slabša izobraženost, brezposelnost, stres, tvegan življenjski slog, družbena izključenost določene družbene skupine. Takrat govorimo o večplastni prikrajšanosti.

Pomembno je izpostaviti medsebojno povezanost in pogojenost dejavnikov tveganja, pri čemer prisotnost enega vpliva na ustvarjanje drugega, na primer nizka izobrazbena struktura predstavlja večje tveganje za brezposelnost, stres in revščino ter nezdrav življenjski slog.

Organizacija družbe, veljavna zakonodaja, položaj posameznika na družbeni lestvici ter družbene vrednote vplivajo na to, da imajo določene determinante zdravja različen vpliv na različne družbene skupine. V primerih, ko je vplivu določene determinante bolj izpostavljena ena skupina kot druga, prihaja do ustvarjanja neenakosti v zdravju.

|

|



4 ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Neenakosti v zdravju so nepravične, sistematične, umetno ustvarjene in preprečljive. Za njihovo zmanjševanje so potrebni ukrepi na vseh področjih družbe. Naloga strokovnjakov za javno zdravje je izpostavljanje problema naraščajočih neenakosti v zdravju in predlaganje ter uresničevanje ukrepov za njihovo učinkovito obvladovanje skupaj z ostalimi deležniki.

NAMEN 1: Postaviti neenakosti v zdravju v središče pozornosti skupnosti in posameznika

Razumevanje pojava neenakosti v zdravju je pogoj za njihovo prepoznavanje in ukrepanje, s ciljem zmanjševanja obstoječih in preprečevanja ustvarjanja novih neenakosti. Vodilna vloga na tem področju pripada javno-zdravstvenim in drugim zdravstvenim delavcem, ki lahko s pomočjo deležnikov iz okolja in prebivalcev vplivajo na ustvarjanje politik in drugih ukrepov namenjenih zmanjševanju neenakosti v zdravju.

Cilj 1.1 Vključiti zdravje v druge politike in programe v regiji

Aktivnosti :

- Opredelitev in ozaveščanje pomembnih deležnikov iz lokalnega okolja.
- Umeščanje vsebin zmanjševanja neenakosti v zdravju v regijske politike in programe.
- Pripravljanje in izvajanje skupnih medsektorskih aktivnosti, projektov in programov.

Kazalci:

- Vključene vsebine zdravja v regijske politike in programe.
- Skupne aktivnosti z deležniki na lokalni ravni.

Cilj 1.2 Povečati ozaveščenost strokovne javnosti o neenakostih v zdravju

Aktivnosti:

- Vključevanje tematike neenakosti v zdravju v strokovne dogodke.
- Izobraževanje strokovne javnosti.
- Izmenjava znanj in izkušenj med deležniki.

Kazalci:

- Vključeni prispevki na temo neenakosti v zdravju v strokovne dogodke.
- Izvedena izobraževanja in druge oblike informiranja.

Cilj 1.3 Povečati informiranost in ozaveščenost prebivalstva o neenakostih v zdravju

Aktivnosti:

- Umeščanje vsebin neenakosti v zdravju v lokalne dogodke.
- Izvajanje medijskih aktivnosti na temo neenakosti v zdravju.

Kazalci:

- Vključene vsebine na temo neenakosti v zdravju v lokalne dogodke.
- Medijske aktivnosti na temo neenakosti v zdravju.

NAMEN 2: Povečati zmožnost skupnosti

Zmožnost skupnosti je zbir značilnosti in virov, ki ob združitvi izboljšajo sposobnost skupnosti, da prepozna, oceni in rešuje ključne probleme. Občutki negotovosti in socialna izključenost imajo škodljiv vpliv na zdravje. Pripadanje skupnostim predstavlja okvir za socialno mrežo, ki posamezniku lahko nudi pomoč ob stiskah, ki se pojavljajo v njegovem življenju. Zato je, s skupnimi močmi vseh deležnikov, potrebno ustvarjati in krepiti mrežo partnerjev z vseh področij družbenega življenja, z namenom krepitve zdravja prebivalstva in zmanjševanja neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalcev.

Cilj 2.1 Vzpostaviti, vzdrževati in izboljševati zdravju podporne mreže lokalnih institucij, nevladnih organizacij in posameznikov

Aktivnosti:

- Vzpostavljanje in koordiniranje zdravju podpornih mrež.
- Krepitev zmožnosti nevladnih organizacij.
- Motiviranje ter nudenje informacij in znanj članom mreže.
- Identificiranje skupnih problemov in interesov.

Kazalci:

- Vzpostavljene zdravju podporne mreže.
- Večje zmožnosti nevladnih organizacij.
- Nabor skupnih problemov in interesov.

Cilj 2.2 Spodbujati uporabo obstoječih virov skupnosti za blaginjo njenih prebivalcev

Aktivnosti:

- Opredelitev virov v skupnosti.
- Ozaveščanje deležnikov v lokalni skupnosti o možnostih uporabe obstoječih virov.
- Obveščanje prebivalcev o možnostih uporabe obstoječih virov.

Kazalci:

- Opredeljeni viri skupnosti.
- Optimalnejša izraba virov.

Cilj 2.3 Izboljšati zmožnost zdravstvenih delavcev in sodelavcev na področju neenakosti v zdravju

Aktivnosti:

- Nudenje strokovnih izobraževanj na temo neenakosti v zdravju.
- Krepitev zmožnosti strokovnjakov na zavodih za zdravstveno varstvo.

Kazalci:

- Izvedena izobraževanja.
- Večje zmožnosti strokovnjakov na zavodih za zdravstveno varstvo.

NAMEN 3: Zmanjšati neenakosti v zdravju med občinami v regiji

Ljubljanska zdravstvena regija je največja zdravstvena regija v Sloveniji in pokriva tretjino Slovenije. Vključuje 40 občin. Zaradi velikosti in raznolikosti obstajajo velike znotraj regijske razlike v zdravju.

Cilj 3.1 Spremljati in vrednotiti neenakosti v zdravju v regiji

Aktivnosti:

- Vzpostavitev nabora indikatorjev za spremljanje neenakosti v zdravju v regiji.
- Zbiranje podatkov iz obstoječih baz in vrednotenje neenakosti v zdravju v regiji.

Kazalec:

- Dvoletno poročilo o neenakostih v zdravju v regiji.

Cilj 3.2 Zaznavati neenakosti v zdravju med občinami

Aktivnosti:

- Priprava posnetka stanja o neenakostih v zdravju po občinah v regiji.
- Organiziranje srečanj z deležniki na lokalni ravni.

Kazalci:

- Posnetek stanja na področju neenakosti v zdravju.
- Srečanja deležnikov na lokalni ravni.

Cilj 3.3 Spodbujati zdrav življenjski slog prebivalstva

Aktivnosti:

- Nudjenje znanj in veščin o zdravem življenjskem slogu prebivalcem in drugim deležnikom na lokalni ravni.
- Spodbujanje lokalnih skupnosti, da zagotavljajo pogoje za zdrav življenjski slog.

Kazalci:

- Izvedene aktivnosti na temo zdravega življenjskega sloga za prebivalce.
- Izvedene aktivnosti na temo zdravega življenjskega sloga za predstavnike lokalnih skupnosti.

Cilj 3.4 Podpirati zgodnje odkrivanje nenalezljivih kroničnih bolezni

Aktivnosti:

- Nudjenje informacij o prednostih zgodnjega odkrivanja bolezni in možnosti sodelovanja v državnih programih za zgodnje odkrivanje nekaterih kroničnih nenalezljivih bolezni prebivalcem in drugim deležnikom na lokalni ravni.
- Nudjenje prilagojenih informacij o zgodnjih simptomih bolezni prebivalcem in drugim deležnikom na lokalni ravni.

Kazalec:

- Izvedene aktivnosti na temo zgodnjega odkrivanja nenalezljivih kroničnih bolezni.

NAMEN 4: Zmanjšati neenakosti v zdravju ranljivih skupin

Najbolj ogroženi posamezniki so najbolj občutljivi za neenakosti v zdravju, ker imajo manj možnosti za izboljšanje svojega fizičnega in socialnega okolja, zato jim je potrebno posvetiti posebno pozornost. Še zlasti je potrebno pozornost posvetiti otrokom. Otroci so gotovo najranljivejša skupina, saj imajo sami najmanj možnosti, da se postavijo za svoje pravice. Poleg tega je vlaganje v otroke najboljša naložba za zdravo družbo prihodnosti.

Cilj 4.1 Podpirati zdravje otrok in mater

Aktivnosti:

- Ozaveščanje o pomembnosti zdravega življenjskega sloga med nosečnostjo in v otroštvu.
- Spodbujanje vrtcev in šol, da postavijo krepitev zdravja kot svojo prioriteto.
- Zagotavljanje otrokom prijaznega okolja.

Kazalci:

- Izvedene aktivnosti na temo zdravega življenjskega sloga.
- Otrokom prijaznejše okolje.

Cilj 4.2 Spodbujati zdravo staranje in kvaliteto življenja starejših

Aktivnosti:

- Ozaveščanje o pomembnosti zdravega življenjskega sloga pri starejših.
- Spodbujanje vključevanja starejših v skupnost.
- Zagotavljanje starejšim prijaznega in podpornega okolja.

Kazalci:

- Izvedene aktivnosti na temo zdravega življenjskega sloga.
- Starejšim prijaznejše in podporno okolje.

Cilj 4.3 Spodbujati zmanjševanje neenakosti v zdravju drugih ranljivih skupin

Aktivnosti:

- Opredelitev drugih ranljivih skupin.
- Razvijanje pristopov za izboljšanje zdravja drugih ranljivih skupin.

Kazalci:

- Opredeljene druge ranljive skupine.
- Razviti pristopi za izboljšanje zdravja drugih ranljivih skupin.

NAMEN 5: Čisto in zdravo okolje

Poleg socialnih dejavnikov imajo na zdravje pomemben vpliv tudi okoljski dejavniki. Kakovosten zrak, pitna voda ter varna in zdrava hrana prispevajo k dobremu zdravju. Onesnaževalci v okolju (tudi hrup, svetlobno onesnaženje itn.) lahko namreč povzročijo številne bolezni. Poleg delovnega okolja je pomembno tudi ožje bivalno okolje posameznika, kar je med drugim povezano z urbanističnim načrtovanjem, ki mora zagotoviti čim boljše kvaliteto bivanja in pri tem upoštevati ekološki vidik.

Cilj 5.1 Spodbujati pozitiven odnos prebivalcev do naravnega okolja

Aktivnosti:

- Ozaveščanje prebivalcev o škodljivih vplivih dejavnikov iz okolja in prednostih zdravega okolja.
- Spodbujanje prebivalcev k varovanju zdravega okolja.

Kazalec:

- Izvedene aktivnosti na temo dejavniki okolja.

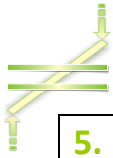
Cilj 5.2 Spodbujati okolju in ljudem prijazna delovanja

Aktivnosti:

- Zagotavljanje znanj in izpopolnjevanje veččin lokalnih partnerjev za oblikovanje okolju prijaznih politik.

Kazalec:

- Okolju bolj prijazne politike.



5. ZAKLJUČEK

Neenakosti v zdravju so kompleksen problem, ki zahteva celosten pristop reševanja. Če želimo zmanjšati neenakosti v zdravju in izboljšati zdravje populacije, morajo ukrepi preseči okvire zdravstvenega sistema. Potreben je združen pristop vseh, ki se trudijo za izboljšanje zdravja, večje vključevanje v izobraževanje, povečanje zaposlitvenih možnosti, dvig nizkega prihodka, zagotavljanje primernih stanovanjskih pogojev in izboljšanje kvalitete socialnih in skupnostnih mrež.

Uspeh zmanjševanja neenakosti v zdravju je odvisen od zadostnega razumevanje vzrokov neenakosti v zdravju, znanja o politikah in ukrepih, ki lahko uspešno naslovijo te vzroke ter politične volje, da investira v politike za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Strategija zmanjševanje neenakosti v ljubljanski zdravstveni regiji je naravnana tako, da omogoča združen pristop deležnikov na lokalni ravni za doseganje čim večjega uspeha pri zmanjševanju neenakosti v regiji. Na osnovi strategije bodo, s sodelovanjem deležnikov, pripravljene dvoletni akcijski načrti, ki bodo vključevali konkretne ukrepe za postopno zmanjševanje neenakosti v zdravju.

LITERATURA

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990.
2. Pomerleau J, McKee M. Issues in public health. Maidenhead: Open University Press, 2005.
3. World health organization. Health impact assessment.
<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>, zadnjič obiskano 21.10.2010.
4. Euroterm - večjezična terminološka zbirka; izrazje za Evropsko konferenco o zdravstveni politiki, 1998. www.evroterm.gov.si, zadnjič obiskano 14. 9. 2010.
5. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequalities in health: levelling up Part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
6. Graham H, ed. Understanding health inequalities. Maidenhead: Open University Press, 2000.
7. Čelebič T, ed. Socialni razgledi 2009. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize, 2010.
8. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in Health Report. London: The Stationery Office, 1998. www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm, zadnjič obiskano 16.9.2010.
9. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition. Copenhagen: World Health Organization, 2003.

Dodatno uporabljeni viri:

Belovič B, Krajnc Nikolić T, Zaletel Kragelj L, Eržen I, Štrumbelj I, Petraš T et al. Predlog strategije za zmanjševanje neenakosti v zdravju Republike Slovenije (delovno gradivo). Murska Sobota: ZZV Murska Sobota, 2007.

Crombie IK, Irvine L, Elliott L, Wallace H. Closing the health inequalities gap: an international perspective. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
http://www.who.int/social_determinants/resources/closing_h_inequalities_gap.pdf, zadnjič obiskano 22.07.2010.

Državni portal RS. E-uprava.
<http://e-uprava.gov.si/ispo/stopnjabrezposelnosti/zacetna.ispo;jsessionid=6cab69edfae072fe4ccdacf823c62f215a7edb a9f33a44672f7de224a4016507.e34Tc3eTb3iSbi0NbhiMa3qTa41ynknvrkLOlQzNp65In0>, zadnjič obiskano 21.10.2010.

Povzetek aktivnosti. Izboljšanje enakosti na področju zdravja preko socialnih determinant zdravja v EU. Pregled prvega leta dela konzorcija DETERMINE, 2008. Dostopno na:
<http://www.health-inequalities.eu/?uid=0c0732bc663a8ef3652f9b67a8cf9270&id=Seite3454>, zadnjič obiskano 21.10.2010.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (NPVZ 08-13). Uradni list RS 72/2008.

Statistični urad Republike Slovenije. <http://www.stat.si/pxweb/Database/Popis2002/Popis2002.asp>, zadnjič obiskano 21.10.2010.

Statistični urad Republike Slovenije. http://www.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/Dem_soc.asp#05, zadnjič obiskano 21.10.2010.

World Health Organization. Closing the gap in a generation, Health equity through action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health. Final Report. Geneva: WHO, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, zadnjič obiskano 22.07.2010.

Zaletel – Kragelj L, Fras Z, Maučec – Zakotnik J, eds. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2004.

Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
http://www.ivz.si/?ni=0&pi=7&_7_Filename=1354.pdf&_7_MediaId=1354&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3, zadnjič obiskano 21.10. 2010.

SLOVARČEK KLJUČNIH BESED

Determinante zdravja / določilnice zdravja

Predstavljajo obseg osebnih, družbenih, ekonomskih in okoljskih dejavnikov, ki določajo zdravstveno stanje posameznika ali populacije. Dejavniki, ki vplivajo na zdravje so številni in interaktivni.

(Vir: Health Promotion Strategy. Geneva: WHO, 1998).

Osebnostni, družbeni, gospodarski in okoljski dejavniki, ki določajo zdravstveno stanje posameznika ali prebivalstva. Dejavniki, ki vplivajo na zdravje, so raznovrstni in vplivajo drug na drugega. Napredek zdravja se v osnovi ukvarja z ukrepi in zaščito za reševanje vseh potencialno spremenljivih dejavnikov zdravja - ne samo tistih, ki so v zvezi z delovanjem posameznika, kot je njegovo zdravstveno vedenje in način življenja, ampak tudi z dejavniki kot so prihodki in socialni status, izobraževanje, zaposlovanje in delovni pogoji, dostop do ustreznih zdravstvenih storitev in fizično okolje. Ti dejavniki skupaj ustvarjajo različne življenjske pogoje, ki vplivajo na zdravje. Spremembe načina življenja in življenjskih pogojev, ki določajo zdravstveno stanje, se štejejo za vmesne zdravstvene rezultate.

(Vir: Evroterm – večjezična terminološka zbirka; izrazje za Evropsko konferenco o zdravstveni politiki, 1998).

Družbeni kapital / socialni kapital

Socialni kapital predstavlja stopnjo družbene kohezije v skupnosti. Nanaša se na procese med ljudmi, ki vzpostavljajo mreže, norme in socialno zaupanje ter pospešujejo usklajevanje in sodelovanje za skupno korist.

(Vir: Evroterm – večjezična terminološka zbirka; izrazje za Evropsko konferenco o zdravstveni politiki, 1998).

Javno zdravje

Znanost in umetnost promocije zdravja, preprečevanja bolezni in podaljševanja življenja preko organiziranih naporov družbe.

(Vir: Health Promotion Strategy, SZO, Geneva, 1998).

Neenakosti v zdravju (Health inequalities)

Sistematične in preprečljive razlike v zdravju med družbenimi skupinami, pri čemer so revnejši in/ali prikrajšani pogosteje slabšega zdravja in živijo krajše kot bogatejši.

(Vir: Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990.)

Socialne neenakosti v zdravju (Social inequalities in health)

Razlike v zdravju, katere so sistematične, ustvarjene, preprečljive in nepravilne.

(Vir: Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequalities in health: levelling up Part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.)

»Opolnomočenje za zdravje« (Empowerment for health)

V promociji zdravja je krepitev moči proces, preko katerega si ljudje pridobijo večji nadzor nad odločitvami in dejanji, ki vplivajo na njihovo zdravje.

Razlikujemo krepitev moči posameznika in skupnosti. Krepitev moči posameznika se predvsem nanaša na posameznikovo sposobnost odločanja in nadzora nad njegovim osebnim življenjem. Krepitev moči skupnosti pa vključuje posameznike, ki delujejo skupaj, da bi pridobili večji vpliv in nadzor nad determinantami zdravja in kvaliteto življenja v njihovi skupnosti, poleg tega pa predstavlja pomemben cilj v delovanju javnosti za zdravje.

(Vir: Health Promotion Strategy, Geneva: WHO, 1998).

Empowerment: Krepitev moči, opolnomočenje: Proces pridobivanja dostopa do virov in razvijanja osebnih sposobnosti, katerih cilj je aktivno sodelovanje pri oblikovanju življenja posameznice ali posameznika in življenja skupnosti, v kateri živi, na ekonomskem, družbenem in političnem področju.

(Vir: Evroterm – večjezična terminološka zbirka; 100 besed za enakost: slovar izrazov o enakosti žensk in moških, Urad za žensko politiko).

Promocija/krepitev zdravja

Promocija zdravja je proces, ki ljudem omogoča, da lahko povečajo nadzor nad svojim zdravjem in da ga izboljšajo.

(Vir: Health Promotion Strategy, SZO, Geneva, 1998).

Skupnost

Posamezna skupina ljudi, ki običajno živijo v določenem geografskem prostoru in si delijo kulturo, vrednote in norme ter so organizirani v družbeno strukturo v skladu z odnosi, katere je skupnost razvila v določenem časovnem obdobju.

(Vir: Health Promotion Strategy. Geneva: WHO, 1998).

Enotno telo posameznikov kot: a) ljudje s skupnimi interesi, ki živijo v določenem okolju; b) interaktivna populacija različnih posameznikov (vrst) v skupnem okolju; c) skupina ljudi s skupnimi značilnostmi ali interesi, ki živi skupaj znotraj večje družbe; č) skupina povezana s skupno politiko; d) združba oseb ali narodov, ki imajo skupno zgodovino ali skupne družbene, ekonomske in politične interese; e) združba oseb s skupnimi profesionalnimi interesi, ki so raztreseni v večji družbi.

(Vir: Merriam-Webster Dictionary;

<http://www.merriam-webster.com/dictionary/community?show=0&t=1284461459>.

Zdravje

Stanje popolne telesne, duševne in družbene blaginje in ne le odsotnost bolezni ali okvare.

(Vir: SZO, 1948).

Zmožnost skupnosti

Zmožnost skupnosti je zbirka značilnosti in virov, ki ob združitvi izboljšajo sposobnost skupnosti, da prepozna, oceni in rešuje ključne probleme. Krepitev zmožnosti skupnosti se lahko smatra kot delo, ki se opravlja za razvoj zmožnosti mreže skupin in organizacij.

(Vir: Community Capacity Index Manual, Centre for Primary Health Care, Queensland, 2002).

Življenjski slog

Življenjski slog je način življenja, ki temelji na prepoznavnih vzorcih vedenja, ki so določeni s prepletanjem osebnih značilnosti posameznika, socialne interakcije in socialno-ekonomskih in okoljskih življenjskih pogojev.

(Vir: Health Promotion Strategy. Geneva: WHO, 1998).

PRILOGE

Priloga 1: Stopnja registrirane brezposelnosti po občinah (12/2009)

Občina	Stopnja registrirane brezposelnosti
Kočevje	18,5
Kostel	18,3
Osilnica	15,5
Trbovlje	13,7
Hrastnik	13,6
Šmartno pri Litiji	10,3
Vrhnika	10,1
Litija	9,5
Zagorje ob Savi	9,4
Loški potok	8,1
Ljubljana	8,1
Sodražica	7,9
Borovnica	7,7
Kamnik	7,7
Bloke	7,7
Grosuplje	7,5
Loška dolina	7,5
Ribnica	7,5
Cerknica	7,4
Logatec	7,2
Domžale	7,2

Občina	Stopnja registrirane brezposelnosti
Medvode	7,0
Log-Dragomer	6,8
Mengeš	6,8
Komenda	6,5
Ivančna gorica	6,4
Dobrepolje	6,0
Ig	5,9
Brezovica	5,9
Moravče	5,8
Škofljica	5,5
Dol pri Ljubljani	5,5
Lukovica	5,2
Vodice	5,0
Trzin	4,9
Velike Lašče	4,9
Idrija	4,8
Horjul	4,8
Dobrova-Polhov Gradec	4,4
Cerkno	4,2
SLOVENIJA	10,3

Vir: Državni portal RS, e-uprava

Priloga 2: Delež prebivalcev glede na starost po občinah (30.06.2009)

Občina	0-14 let	15-64 let	65 + let
Bloke	13,4	65,3	21,3
Borovnica	14,4	70,6	14,9
Brezovica	16,9	68,9	14,2
Cerknica	14,7	67,7	17,6
Cerkno	14,4	69,0	16,6
Dobrepolje	15,7	65,4	18,9
Dobrova - Polhov Gradec	18,3	66,2	15,5
Dol pri Ljubljani	17,8	69,7	12,5
Domžale	16,6	69,1	14,3
Grosuplje	17,2	70,0	12,8
Horjul	17,1	66,4	16,6
Hrastnik	12,1	69,5	18,4
Idrija	14,1	67,3	18,6
Ig	15,1	71,5	13,4
Ivančna Gorica	16,6	69,0	14,5
Kamnik	15,8	69,5	14,7
Kočevje	13,2	70,5	16,3
Komenda	18,7	68,6	12,6
Kostel	9,9	63,2	26,9
Litija	15,0	70,9	14,1
Ljubljana	12,8	70,1	17,0
Log - Dragomer	15,4	68,7	15,9

Občina	0-14 let	15-64 let	65 + let
Logatec	17,7	68,5	13,9
Loška dolina	15,2	66,2	18,6
Loški Potok	14,0	64,5	21,5
Lukovica	17,5	69,2	13,3
Medvode	14,5	67,9	17,6
Mengeš	15,7	69,0	15,3
Moravče	18,6	68,7	12,7
Osilnica	8,2	66,4	25,4
Ribnica	15,3	68,6	16,0
Sodražica	14,6	67,2	18,1
Škofljica	17,3	70,1	12,6
Šmartno pri Litiji	16,3	68,1	15,6
Trbovlje	11,5	70,3	18,2
Trzin	17,5	69,5	13,0
Velike Lašče	15,8	67,0	17,2
Vodice	18,8	67,6	13,6
Vrhnika	15,7	70,1	14,3
Zagorje ob Savi	14,3	68,8	16,9

REGIJA LJ	14,4	69,5	16,1
SLOVENIJA	14,0	69,5	16,5

Vir: Statistični urad RS

Priloga 3: Stopnja izobrazbe po občinah (popis 2002)

Občina	OŠ ali manj	najmanj 4-letna SŠ	višja ali visoka
Trzin	16,6	65,3	26,4
Ljubljana	21,7	57,2	24,0
Medvode	26,8	47,4	15,6
Škofljica	23,4	46,7	15,2
Vrhnika	29,1	45,4	14,7
Domžale	28,1	45,2	14,4
Mengeš	25,5	46,7	14,0
Brezovica	27,7	42,5	13,4
Grosuplje	28,8	42,4	12,4
Dobrova - Polhov Gradec	33,8	36,3	12,3
Kamnik	35,1	38,8	11,9
Komenda	27,9	41,8	11,7
Cerknica	35,2	37,2	11,7
Logatec	35,6	37,4	11,4
Idrija	39,5	34,5	11,3
Dol pri Ljubljani	29,1	41,3	11,1
Ig	31,2	39,9	10,8
Trbovlje	32,1	36,8	10,7
Vodice	31,2	37,3	10,4
Velike Lašče	35,8	36,0	10,3
Ribnica	34,4	36,8	10,2

Občina	OŠ ali manj	najmanj 4-letna SŠ	višja ali visoka
Kostel		31,4	9,8
Horjul	31,7	38,1	9,8
Borovnica	32,2	39,3	9,5
Loška dolina	40,4	32,0	9,4
Zagorje ob Savi	36,7	33,3	9,2
Sodražica	42,5	32,8	9,1
Bloke	45,0	31,5	9,1
Ivančna Gorica	36,9	32,6	8,8
Kočevje	38,0	30,4	8,2
Litija	38,1	33,7	7,9
Hrastnik	41,3	30,0	7,5
Cerkno	48,5	26,5	7,1
Osilnica		21,7	7,0
Moravče	42,1	27,2	6,7
Dobropolje	42,5	28,9	6,6
Lukovica	40,3	29,4	6,6
Loški Potok	52,0	21,8	4,7

REGIJA LJ	28,2	46,8	17,1
SLOVENIJA	33,0	39,8	12,9

Vir: Statistični urad RS

Priloga 4: Povprečna plača po občinah (12/2009)

Občina	bruto plača	neto plača
Ljubljana	1.774,62	1.107,81
Dol pri Ljubljani	1.727,90	1.058,46
Trbovlje	1.599,01	1.024,81
Lukovica	1.579,62	984,97
Medvode	1.531,99	1.019,85
Komenda	1.525,87	964,05
Idrija	1.488,71	951,13
Domžale	1.426,53	929,95
Grosuplje	1.414,27	924,19
Ig	1.403,74	927,87
Dobrova - Polhov Gradec	1.399,75	912,09
Logatec	1.357,64	894,34
Vodice	1.344,96	882,92
Kamnik	1.343,38	877,77
Zagorje ob Savi	1.341,33	854,67
Kostel	1.329,74	874,55
Vrhnika	1.315,74	865,31
Trzin	1.303,12	847,37
Sodražica	1.284,43	868,15
Ribnica	1.279,71	854,66
Dobrepolje	1.271,09	852,16

Občina	bruto plača	neto plača
Moravče	1.270,80	865,33
Mengeš	1.262,56	830,15
Loški potok	1.258,02	869,86
Loška dolina	1.250,54	841,68
Kočevje	1.250,30	835,05
Ivančna gorica	1.249,88	827,16
Horjul	1.247,85	833,85
Velike Lašče	1.247,53	830,73
Log - Dragomer	1.243,26	801,57
Škofljica	1.240,75	826,51
Hrastnik	1.224,81	815,58
Litija	1.219,35	816,70
Brezovica	1.215,28	800,37
Cerknica	1.199,55	802,62
Cerkno	1.186,89	806,76
Bloke	1.175,31	788,20
Borovnica	1.106,70	734,73
Šmartno pri Litiji	1.082,94	741,09
Osilnica	753,35	541,33
SLOVENIJA	1.488,19	957,14

Vir: Statistični urad RS