



Pieaugušo veselība, veselīgas un aktīvas vecumdienas

Sabiedrības veselības stratēģijas 5.mērķa
sasniegšanas ziņojums

Rīga
2009

Autori:

Jolanta Skrule

Gunta Rozentāle

Margita Štāle

Veselības ekonomikas centrs

Duntes iela 12/22, Rīga,

Latvija, LV - 1005

www.vec.gov.lv

© 2009, Veselības ekonomikas centrs, Latvijā



SATURA RĀDĪTĀJS

SATURA RĀDĪTĀJS	3
ATTĒLU SARAKSTS	4
VĒSTĪJUMS	5
IEVADS	6
SITUĀCIJAS IZKLĀSTS	8
JAUNDZIMUŠO VIDĒJAIS PAREDZAMAIS MŪŽA ILGUMS	8
GADOS VECU IEDZĪVOTĀJU DZĪVES KVALITĀTE UN AR TO SAISTĪTIE FAKTORI	11
MŪŽA ILGUMU UN VESELĪBU IETEKMĒJOŠIE FAKTORI	15
POLITIKAS INICIATĪVAS	27
SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI	29
KOMENTĀRI PAR DATIEM	31
DEFINĪCIJAS	32
SAĪSINĀJUMI	34
ATSAUCES	35



ATTĒLU SARAKSTS

1.ATTĒLS	JAUNDZIMUŠO VIDĒJAIS PAREDZAMAIS MŪŽA ILGUMS, PROCENTOS NO ES RĀDĪTĀJA, LATVIJĀ SALĪDZINĀJUMĀ AR 95% NO ES	8
2.ATTĒLS	JAUNDZIMUŠO VIDĒJAIS PAREDZAMAIS MŪŽA ILGUMS GADOS, PA DZIMUMIEM	9
3.ATTĒLS	JAUNDZIMUŠO PAREDZAMAIS MŪŽA ILGUMS GADOS, VESELĪGIE DZĪVES GADI, SADALĪJUMĀ PA DZIMUMIEM, 2005.GADĀ	9
4.ATTĒLS	IEDZĪVOTĀJU VECUMA UN DZIMUMSTRUKTŪRA, VIDĒJI 2008. GADĀ	10
5.ATTĒLS	IEDZĪVOTĀJU STRUKTŪRA VECUMA GRUPĀS 65-79 GADI UN 80> GADI, VIDĒJI GADĀ, ABSOLŪTAIS SKAITS	11
6.ATTĒLS	MĀJĀS MĪTOŠO PERSONU SKAITS VECUMA GRUPĀ VIRS 80 GADIEM, PA DZIMUMIEM, UZ GADA SĀKUMU, ABSOLŪTAIS SKAITS	13
7.ATTĒLS	APRŪPĒJAMO PERSONU SKAITS, APRŪPĒTĀJU SKAITS	15
8.ATTĒLS	RESPONDENTU VESELĪBAS STĀVOKĻA PAŠVĒRTĒJUMS (ĪPATSVARŠ)	17
9.ATTĒLS	STANDARTIZĒTĀ MIRSTĪBA IEDZĪVOTĀJIEM VECUMĀ VIRS 65 GADU VECUMA, LATVIJĀ UN EIROPĀ, 2007.GADS, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	18
10.ATTĒLS	MIRSTĪBA NO ĀRĒJIEM CĒLOŅIEM, VECUMĀ VIRS 65 GADIEM, UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJIEM	20
11.ATTĒLS	VIDĒJAIS ĀRSTĒŠANĀS ILGUMS STACIONĀRĀ IEVAINOJUMU, SAINDĒŠANĀS UN CITU ĀRĒJĀS IEDARBES SEKU DĒĻ DAŽĀDĀS VECUMA GRUPĀS 2008.GADĀ, DIENU SKAITS	20
12.ATTĒLS	MĀJĀS IEGŪTO IZPLATĪTĀKO TRAUMU SADALĪJUMS PĒC GŪTĀ IEVAINOJUMA VEIDA, VECUMA GRUPĀ VIRS 65 GADIEM, 2008.GADS	21
13.ATTĒLS	VIDĒJAIS VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU KVALITĀTES VĒRTĒJUMS 2007.GADĀ, 1 (ĻOTI SLIKTA) - 10 (ĻOTI LABA) PUNKTU SKALĀ	23
14.ATTĒLS	RESPONDENTU ATBILŽU ĪPATSVARŠ, KURI ATBILDĒJA UZ JAUTĀJUMU „KĀDS BIJA GALVENAIS IEMESLS TAM, KĀPĒC NEVEICĀT PĀRBAUDI PIE MEDICĪNAS SPECIĀLISTA VAI ĀRSTĒŠANOS?”, PROCENTOS	24
15.ATTĒLS	NABADZĪBAS RISKĀ INDEKSS	25

VĒSTĪJUMS

Gan Latvijā, gan vairumā Eiropas valstu notiek sabiedrības novecošanās, pieaug gados vecu iedzīvotāju īpatsvars, kā arī palielinās vidējais iedzīvotāju vecums. Latvijā vecu iedzīvotāju īpatsvara pieauguma tendence vērojama kopš Otrā pasaules kara, bet pēdējos gados tā ir īpaši pastiprinājusies.

Turpinoties šādām demogrāfiskām izmaiņām, samazinās darbaspējīgā vecumā esošo iedzīvotāju īpatsvars un līdz ar to samazinās arī valsts ekonomiskās izaugsmes temps. Tāpat arī, sabiedrībai novecojoties, aizvien lielāku uzmanību prasa veselības un sociālās aprūpes sektori, mājokļu, pilsētvides plānošanas, transporta un tūrisma pakalpojumu pielāgošana sabiedrības novecošanās problēmai. Ļoti vecu un aprūpējamu cilvēku skaita palielināšanās rada arī jaunas ekonomiska, sociāla un pat ētiska rakstura problēmas.

Gados veciem cilvēkiem veselība nozīmē saglabātu dzīves kvalitāti, garīgās un fiziskās spējas. To raksturo gan veselības pašvērtējums, gan apmierinātība ar dzīvi. Līdz ar vecumu šie rādītāji pasliktinās.

Lai veselīgi novecotu, svarīgi ievērot veselīgu dzīvesveidu visa mūža garumā. Arī gados veciem cilvēkiem ir iespēja mainīt savu dzīvesveidu (lietojot vairāk veselīgu un pilnvērtīgu uzturu, atmetot kaitīgos ieradumus, piemēram, smēķēšanu, un tml.), kā arī saglabāt fizisko un sabiedrisko aktivitāti.

Ņemot vērā Latvijas sociāli ekonomisko situāciju, pensiju apjomu, sociālās un veselības aprūpes iespējas, Latvijā gados veciem cilvēkiem dzīves kvalitātes saglabāšanas iespējas ir ļoti ierobežotas. Veci cilvēki, it īpaši vientuļie, ir viena no sociālās atstumtības riska grupām.

Paredzamais mūža ilgums palielinās gan ES, gan Latvijā. Tomēr Latvijā šis rādītājs ir viszemākais ES. Latvijā paredzamais mūža ilgums ievērojami atšķiras starp sievietēm un vīriešiem.

Ņemot vērā esošās tendences, viena no ES prioritātēm ir veicināt veselīgu novecošanos un palielināt ne tikai paredzamo mūža ilgumu vispār, bet tieši veselīgos dzīves gadus.

IEVADS

Lai īstenotu sabiedrības veselības politiku un uzlabotu sabiedrības veselības rādītājus valstī, 2001.gada 6.martā Latvijas Republikas Ministru kabinets akceptēja Sabiedrības veselības stratēģiju, kas šobrīd ir galvenais politikas plānošanas dokuments sabiedrības veselības jomā. Tajā ir noteikti mērķi (kopā 21 mērķis) un uzdevumi sabiedrības veselības jomā. Vispārējais Sabiedrības veselības stratēģijas mērķis ir panākt Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanu, tuvojoties labākajiem Eiropas valstu veselības rādītājiem.

Šajā ziņojumā tiek sniegta situācijas analīze par Sabiedrības veselības stratēģijas 5.mērķa „**Līdz 2010.gadam jāpaaugstina cilvēku iespējas nodzīvot līdz lielam vecumam un saglabāt labu dzīves kvalitāti. Latvijas iedzīvotājiem, kuri vecāki par 65 gadiem, jādod iespēju realizēt visu savu veselības potenciālu, kā arī aktīvi iesaistīties sabiedriskajā dzīvē**” sasniegšanu, analizējot pieaugušo iedzīvotāju veselību raksturojošos rādītājus.

Šī mērķa „Pieaugušo veselība, veselīgas un aktīvas vecumdienas” sasniegšanai ir izvirzīti sekojoši **apakšmērķi**:

- ✓ līdz 2010.gadam jaundzimušo vidējam paredzamajam mūža ilgumam jātuvinās vismaz 95% no Eiropas Savienības dalībvalstu vidējiem rādītājiem;
- ✓ līdz 2010.gadam vismaz par 25% jāpalielinās to cilvēku īpatsvaram, kuri 80 gadu vecumā dzīvo mājās un kuru veselības stāvoklis atļauj saglabāt neatkarību, pašcieņu un savu vietu sabiedrībā.

Lai analizētu situāciju Latvijā attiecībā uz pieaugušo veselību, nepieciešams definēt, kura iedzīvotāju daļa tiek uzskatīta par pieaugušajiem un kurš periods uzskatāms par vecumdienām. Šajā ziņojumā pieaugušie ir iedzīvotāji no 15 gadu vecuma, un par vecumdienām tiek uzskatīts iedzīvotāju dzīves posms pēc 65 gadu vecuma.

Pēc CSP datiem 2008.gadā no visiem pastāvīgajiem iedzīvotājiem Latvijā pieaugušie bija 86%. 17% no kopējā pastāvīgo iedzīvotāju skaita bija sasnieguši 65 un vairāk gadu vecumu, no kuriem 67% – sievietes, 33% – vīrieši.

Galvenie aspekti izvirzīto mērķu sasniegšanas novērtēšanai un pieaugušo (t.sk. gados vecu) iedzīvotāju veselības rādītāju analīzei:

- ✓ paredzamais mūža ilgums;
- ✓ veselīgie dzīves gadi*;

* Healthy life years

- ✓ sociālās aprūpes rādītāji;
- ✓ veselības pašvērtējums;
- ✓ mirstība;
- ✓ traumatisms;
- ✓ ceļu satiksmes negadījumu dati;
- ✓ Sirs veselības kabinetu apmeklētāju raksturojums;
- ✓ veselības aprūpes pieejamība;
- ✓ nabadzība.

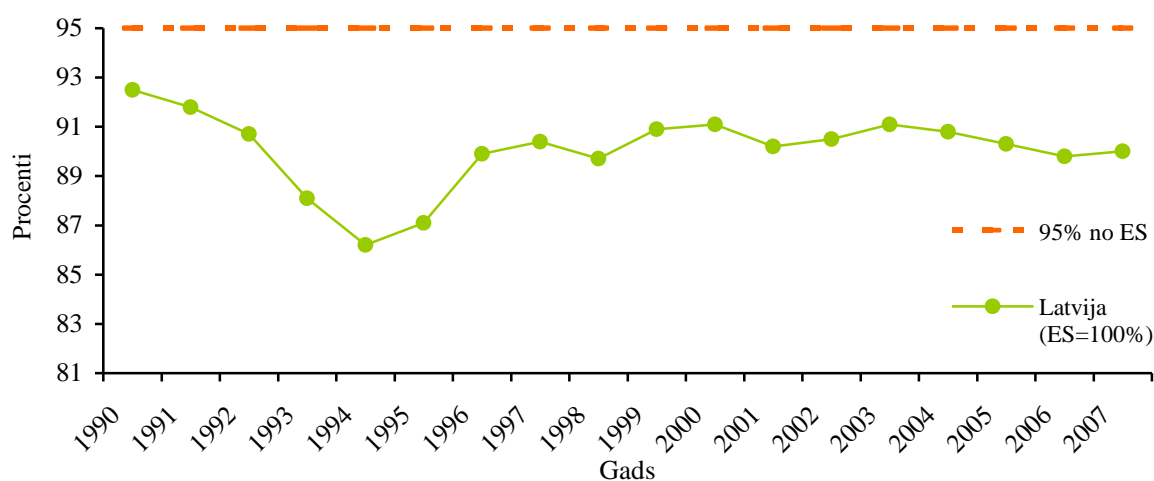


SITUĀCIJAS IZKLĀSTS

Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums

Jaundzimušo paredzamais mūža ilgums ir galvenais iedzīvotāju veselības un sociālās drošības novērtēšanas indikators. Tas atspoguļo kopējo dzīves kvalitāti valstī, populācijas vispārējo veselības stāvokli, kā arī veselības aprūpes kvalitāti. Sabiedrības veselības stratēģijā ir noteikts, ka *līdz 2010.gadam Latvijā jaundzimušo vidējam paredzamajam mūža ilgumam jātuvinās vismaz 95% no Eiropas Savienības dalībvalstu vidējiem rādītājiem.*

1.attēls. Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums, procentos no ES rādītāja, Latvijā salīdzinājumā ar 95% no ES
(PVO, European health for all datu bāze)



1.attēls atspoguļo Latvijas jaundzimušo vidējo paredzamo mūža ilgumu procentos salīdzinājumā ar izvirzīto mērķi. Latvijā jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums kopš 1996.gada ir vidēji 90% no ES rādītāja. Prognozējot iespējamo situāciju līdz 2010.gadam, jāsecina, ka **mērķis netiks sasniegts.**

2007. gadā vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā bija 71,2 gadi, ES – 79,1 gadi; tātad atšķirība ir 8 gadi.

Paredzamais mūža ilgums jaundzimušajiem un mirstības rādītāji atšķiras sadalījumā pa dzimumiem (2.attēls).

Jaundzimušo paredzamā mūža ilguma atšķirība starp sievietēm un vīriešiem, salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem, ir gandrīz divas reizes lielāka. Latvijā jaundzimušo paredzamais mūža ilgums sievietēm 2008.gadā bija 78 gadi, bet vīriešiem – tikai 67 gadi, rādītāju starpība ir 11 gadi. Vidēji ES šī starpība ir 6 gadi.



2.attēls. Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums gados, pa dzimumiem (CSP dati)

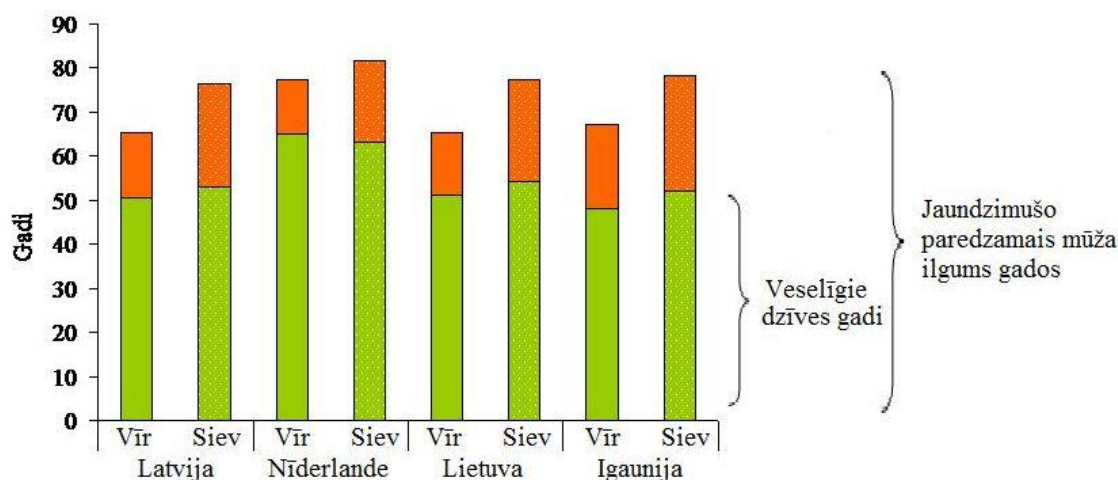


Latvijā ir vērojamas ne tikai paredzamā mūža ilguma atšķirības sievietēm un vīriešiem, bet arī pastāv paredzamā mūža ilguma atšķirības starp pilsētu un lauku iedzīvotājiem - lauku iedzīvotājiem tas ir par 2 gadiem īsāks nekā pilsētas iedzīvotājiem.

2008.gadā paredzamais mūža ilgums 65 gadu vecumā vīriešiem bija 13 gadi un sievietēm – 18 gadi. Pēc PVO datiem Latvijā šis rādītājs ir par 3,3 gadiem mazāks nekā vidēji ES. Dinamikā tendences šim rādītājam ir līdzīgas kā jaundzimušo paredzamajam mūža ilgumam.

Vecumā pēc 65 gadiem bieži vien iedzīvotājiem jau ir hroniskas slimības. Paredzamais mūža ilgums šajā vecumā iedzīvotājiem ar hroniskām slimībām ir īsāks - vīriešiem 62%, bet sievietēm – 70% no vidējā mūža ilguma rādītāja¹.

3.attēls. Jaundzimušo paredzamais mūža ilgums gados, veselīgie dzīves gadi, sadalījumā pa dzimumiem, 2005.gads (Eurostat dati)



Iedzīvotāju mūža kvalitāti atspoguļo veselīgo dzīves gadu rādītājs. Tas plašāk raksturo paredzamo mūža ilgumu, parādot kvalitatīvākos dzīves gadus, kurus novērtējot, tiek ņemti vērā mirstības un saslimstības izplatības rādītāji, kā arī iedzīvotāju veselības pašvērtējums.

Analizējot veselīgos dzīves gadus, pēc *Eurostat* aprēķiniem Latvijā 2005.gadā no vīriešu paredzamā mūža ilguma 77% bija veselīgie dzīves gadi, bet no sieviešu mūža – 69%.

Dzīves kvalitāti pasliktina ne tikai slimības, bet arī dažādu aktivitāšu ierobežojumi. Pēc 2005.gada aprēķiniem Latvijā vīriešiem paredzamais mūža gadu skaits ar nelieliem aktivitātes ierobežojumiem bija aptuveni 10 gadi (15,4% no mūža garuma), bet sievietēm – 16 gadi (20,3%), taču ar smagiem aktivitātes ierobežojumiem paredzamais gadu skaits vīriešiem bija 5 gadi (7,2%), bet sievietēm – 8 gadi (10,3%)¹.

Būtisks dzīves kvalitāti pazeminošs faktors ir invaliditāte. 2008.gadā Latvijā pirmreizējās invaliditātes rādītājs (rēķinot uz 10 000 iedzīvotājiem vecumā no 16 gadiem) bija palielinājies no 53,6 2007.gadā uz 62,1 2008.gadā; kopējais pirmreizējo invalīdu skaits palielinājies par 15,7%. Invaliditātes struktūrā ievērojami palielinājies 60 gadu un vecāku invalīdu īpatsvars: no 21,1% - 2007.gadā līdz 35,6% - 2008.gadā.

2008.gadā būtiski mainījusies kopējā pirmreizējās invaliditātes struktūra pēc slimībām: ja iepriekšējos 15 gadus pirmreizējās invaliditātes struktūrā pēc slimībām 1.vietā bija invaliditāte ļaundabīgo audzēju dēļ, tad 2008.gadā - invaliditāte asinsrites sistēmas slimību dēļ. Asinsrites sistēmas slimību grupā invaliditāte visvairāk noteikta personām cerebrovaskulāro slimību dēļ - 58,3% invalīdu no kopējo pirmreizējo invalīdu skaita asinsrites sistēmas slimību dēļ (2007.gadā - 36,1% invalīdu no kopējo pirmreizējo invalīdu skaita asinsrites sistēmas slimību dēļ)².

Izvērtējot sadalījumu invaliditātes grupās, pieaudzis to iedzīvotāju īpatsvars, kuriem noteikta I invaliditātes grupa, samazinoties pacientu īpatsvaram II un III invaliditātes grupā.

2008.gadā pirmreizējās invaliditātes struktūrā ievērojami pieaudzis nestrādājošo īpatsvars (no 52,3% - 2007.gadā līdz 61,0% - 2008.gadā), kas saistāms ar 2008.gada 1.janvārī uzsākto medicīnisko indikāciju noteikšanu īpašai kopšanai I grupas invalīdiem. Pieaugošais bezdarbs valstī ekonomiskās krīzes apstākļos un neziņa par rītdienu rada nepārtrauktas stresa situācijas, uz kuru fona paasinās hroniskas slimības vai veidojas jaunas, kuru ārstēšanu apgrūtina nepieciešamo līdzekļu trūkums. Nestrādājošie bieži vien nespēj apmaksāt ģimenes ārsta un konsultantu pakalpojumus, kā arī ceļa izdevumus līdz tiem.

Veiktie aprēķini liecina, ka sievietēm ilgāku dzīves laiku ir sliktā veselība. Šāda tendence vērojama arī citās ES valstīs³. Daļēji to ietekmē pats fakts, ka



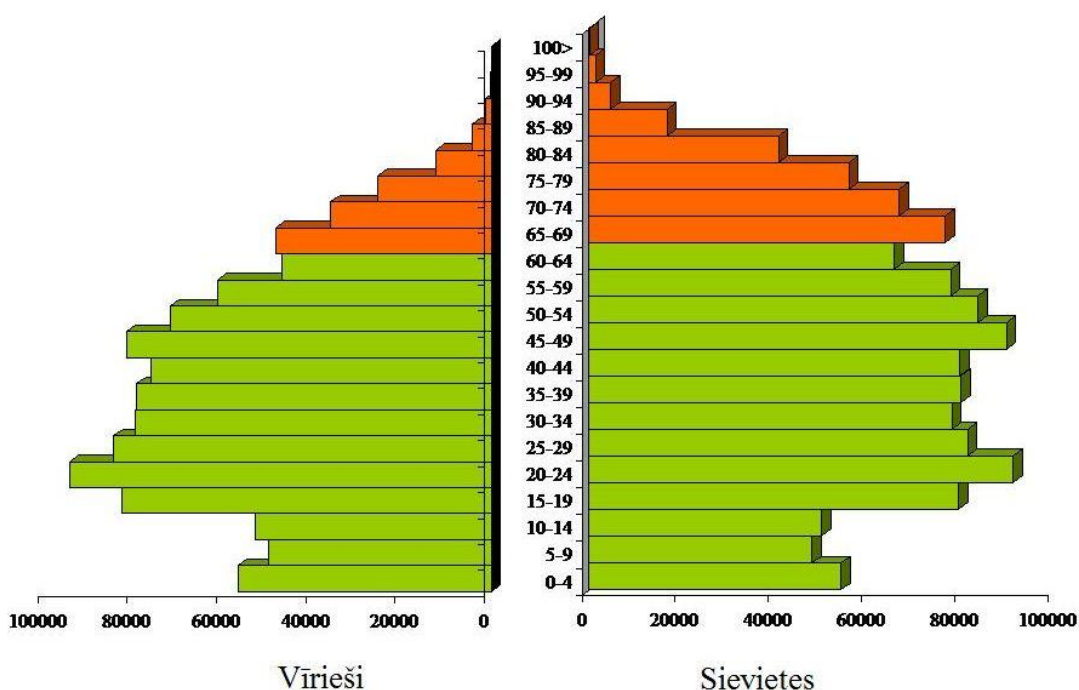
sievietes dzīvo ilgāk nekā vīrieši. Lielākajai daļai cilvēku novecošana ir saistīta ar fizisko un garīgo spēju, kā arī sociālo resursu samazināšanos.

EK prognozē, ka Latvijā jaundzimušo paredzamais mūža ilgums 2030.gadā sievietēm būs 80 gadi (ES-25 – 84 gadi), 2050.gadā – 82 gadi (ES-25 - 86), bet vīriešiem 2030.gadā – 71 gads (ES-25 - 78), 2050.gadā – 74 gadi (ES-25 - 81)⁴.

Gados vecu iedzīvotāju dzīves kvalitāte un ar to saistītie faktori

Pēc CSP datiem 2008.gadā no visiem pastāvīgajiem iedzīvotājiem Latvijā pieaugušie bija 86%. 17% no kopējā pastāvīgo iedzīvotāju skaita bija sasnieguši 65 un vairāk gadu vecumu, no kuriem 67% – sievietes, 33% – vīrieši. Lielais sieviešu pārsvars vecumā pēc 65 gadiem redzams 4.attēlā.

4.attēls. Iedzīvotāju vecuma un dzimumstruktūra, vidēji 2008. gadā
(CSP dati)



Vecumā pēc 65 gadiem sieviešu vairāk nekā vīriešu ir arī citās ES valstīs. Eiropā ir pasaulē proporcionāli lielākais skaits vecu sieviešu: trīs sievietes uz katriem diviem vīriešiem vecumā no 65-79 gadiem un divreiz vairāk sieviešu nekā vīriešu 80 un vairāk gadu vecumā.

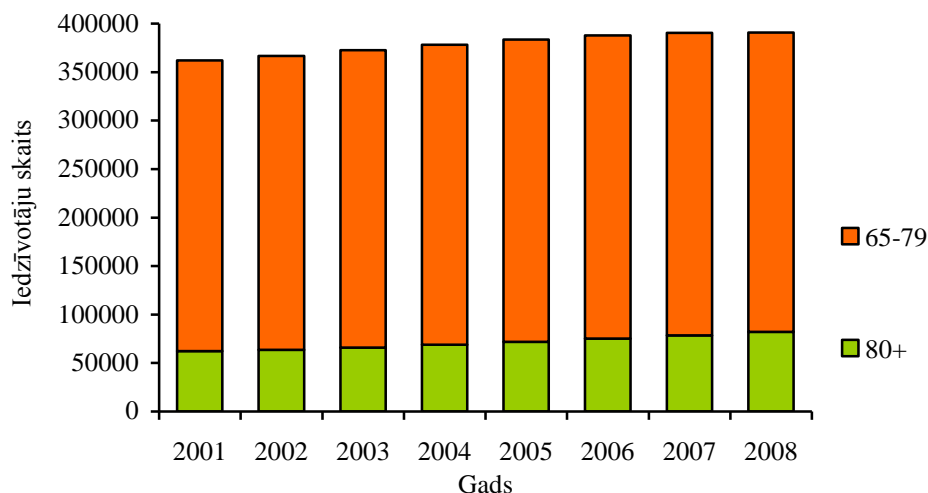
Pēc Eurostat datiem pēdējos desmit gados ES dalībvalstīs pieaudzis iedzīvotāju, kuri ir vecāki par 65 gadiem, īpatsvars: no 14,4% 1998.gadā līdz 17,2% 2008.gadā.

Neraugoties uz to, ka Latvijā paredzamais mūža ilgums ir daudz īsāks nekā vidēji ES, ik gadu arī Latvijā palielinās gados vecu iedzīvotāju īpatsvars.



2008.gadā iedzīvotāju vecumā virs 80 gadiem īpatsvars sasniedza 3,4% (5.attēls).

5. attēls. Iedzīvotāju struktūra vecuma grupās 65-79 gadi un 80> gadi, vidēji gadā, absolūtais skaits (CSP dati)



Aprēķināts, ka 2030.gadā 22% no visiem Latvijas iedzīvotājiem būs vecumā no 60 līdz 79 gadiem un 6% – vecumā virs 80 gadiem⁴.

Eiropas Savienībā sabiedrības novecošanās ir četru savstarpēji ietekmējošu demogrāfisku tendenču rezultāts⁵:

- ✓ Vidējais bērnu skaits vienai sievietei Eiropā ir mazāks par nepieciešamo rādītāju paaudžu nomaiņai, kas ir 2,1 (ES-25=1,5; LV=1,3).
- ✓ Dzimstības līmeņa samazināšanās;
- ✓ Dzīves ilguma pieaugums;
- ✓ Migrācija.

Līdz ar sabiedrības novecošanos samazinās ekonomiskās izaugsmes temps, jo samazinās darbaspējīgā vecumā esošo iedzīvotāju skaits. Demogrāfiskās slodzes koeficients ES valstīs līdz 2050. gadam palielināsies divas reizes, sasniedzot 51% – tas nozīmē, ka ES uz vienu pensijas vecuma iedzīvotāju 65 un vairāk gadu vecumā četru strādājošo vietā būs tikai divi⁵. Tiek prognozēts, ka aizvien lielāka daļa no darbaspēka resursiem būs gados vecāki darba ņēmēji. Pensionāru un gados ļoti vecu iedzīvotāju skaita pieaugums, vienlaicīgi samazinoties darbaspējīgo skaitam, rada papildus slodzi valstu sociālās nodrošināšanas un veselības aprūpes sistēmām^{6;7;8}.

Nepieciešamība risināt iedzīvotāju novecošanās jautājumus stipri apgrūtina valsts veselības aprūpes (un jo īpaši – ilgtermiņa aprūpes) izdevumu ilgtspējas nodrošināšanu. Šis apgrūtinājums būtu mazāks, ja cilvēki novecojot saglabātu labu veselību.⁹

Viena no ES prioritātēm ir aktīva un veselīga novecošana. Atbalstīt veselīgu novecošanu nozīmē veicināt, lai cilvēka dzīvesveids būtu veselīgs visu



mūžu, t.i., sākot jau no bērnības. Tas ir liels izaicinājums visu ES valstu veselības sistēmām¹⁰.

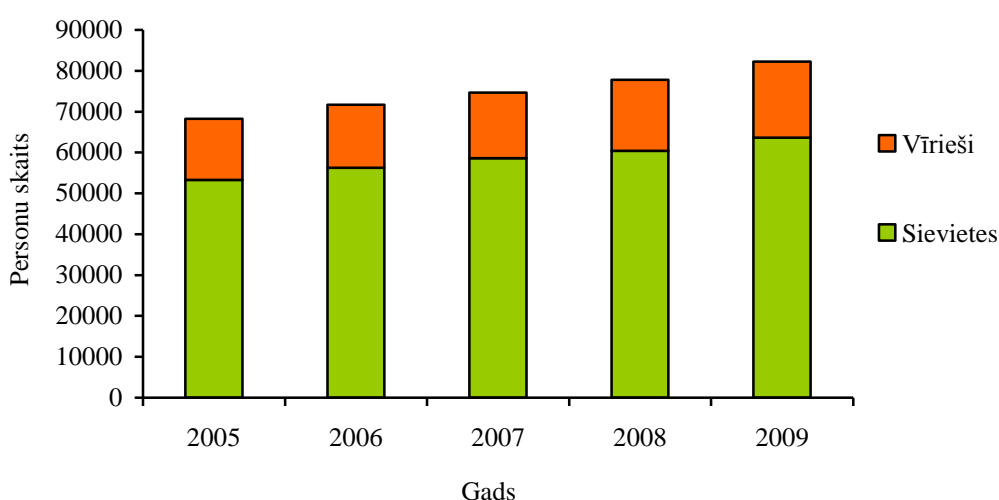
Latvijas Sabiedrības veselības stratēģijas 5.mērķa „Pieaugušo veselība” apakšmērķis nosaka, ka *vismaz par 25% jāpalielinās to iedzīvotāju īpatsvaram, kuri 80 gadu vecumā dzīvo mājās.*

2008. gadā Latvijā bija 82 pašvaldību un 36 valsts finansētas ilgstošas sociālās aprūpes institūcijas (pansionāti) pieaugušajiem. Valsts finansējums tiek piešķirts institūcijām, kurās uzturas personas ar garīga rakstura traucējumiem un neredzīgas personas, bet pašvaldību finansētajās sociālās aprūpes iestādēs uzturas personas, kuras vecuma vai slimības dēļ pašas nespēj sevi aprūpēt.

Uz 2009.gada 1.janvāri pašvaldību un valsts finansētajās ilgstošās sociālās aprūpes institūcijās uzturējās 2235 personas virs 80 gadu vecuma jeb 2,6% no 80 gadus vecumu sasniegušajiem Latvijas iedzīvotājiem. Jāatzīmē, ka 85% no pensionātos mītošajiem vecajiem iedzīvotājiem ir sievietes.

Kopš 2001.gada nav būtiski mainījies ilgstošas sociālās aprūpes iestāžu skaits valstī, līdz ar to tikai nedaudz ir pieaudzis tajās mītošo 80 gadus un vecāku personu skaits. Laika posmā no 2005. gada 1. janvāra līdz 2009.gada 1.janvārim mājās dzīvojošo 80 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju skaits ir pieaudzis par 20% (6. attēls). Straujāk pieaudzis mājās mītošo 80 gadus un vecāku sieviešu skaits, kas skaidrojams ar līdzīgām tendencēm iedzīvotāju skaita izmaiņās. Ievērojot, ka ik gadu saglabājas līdzīga tendence mājās dzīvojošo par 80 gadus vecāku iedzīvotāju skaitam pieaugt aptuveni par 4%, 2001.gadā **izvirzītais mērķis** – *vismaz par 25% jāpalielinās to iedzīvotāju īpatsvaram, kuri 80 gadu vecumā dzīvo mājās* – **ir sasniegts.**

6. attēls. Mājās mītošo personu skaits vecuma grupā virs 80 gadiem, pa dzimumiem, uz gada sākumu, absolūtais skaits
(SPP un CSP dati)



Informācija par to, cik no mājās mītošajiem 80 gadus un vecākiem iedzīvotājiem viņu veselības stāvoklis atļauj saglabāt neatkarību, aprūpēt pašiem sevi un ņemt aktīvu dalību sabiedrībā, nav pieejama. Tāpēc mājās mītošo personu īpatsvars, diemžēl, neraksturo gados vecu cilvēku veselību un dzīves kvalitāti.

Ņemot vērā valsts sociāli ekonomisko situāciju, pensiju apjomu, sociālās un veselības aprūpes iespējas, Latvijā gados veciem cilvēkiem dzīves kvalitātes saglabāšanas iespējas ir ļoti ierobežotas. Veci cilvēki, it īpaši vientuļie, ir viena no sociālās atstumtības riska grupām¹¹.

Nākotnē jāņem vērā, ka, palielinoties paredzamajam mūža ilgumam, ilgtermiņa aprūpes pakalpojumi mājās vai aprūpes iestādē būs vēl vairāk pieprasīti⁹.

Svarīgs dzīves kvalitātes aspekts ir ģimenes attiecību kvalitāte un rūpes par vecākiem/nespējīgiem radniekiem. Jaunajās ES dalībvalstīs, t.sk. Latvijā, 5% vīriešu un 8% sieviešu ik dienas rūpējas par vecākiem/nespējīgiem radniekiem ārpus algota darba. Latvijā vismaz vienu reizi nedēļā veco vai nespējīgo radnieku aprūpei velta laiku 11% vīriešu un 18% sieviešu¹².

Lai sekmētu gados vecu iedzīvotāju aprūpi viņiem ierastā vidē – mājās, tai pat laikā saglabājot gados jaunāko ģimenes locekļu iekļaušanos sabiedrībā un nodarbinātības iespējas, šādām ģimenēm izveidoti pakalpojumi – dienas centri veciem cilvēkiem, kā arī aprūpe mājās.

Dienas centri veciem cilvēkiem ir gan pašvaldību, gan nevalstisko organizāciju dibinātas apvienības, kurās gados veci iedzīvotāji var līdzdarboties interešu kopās, kultūras un veselību veicinošos pasākumos, satīties ar domubiedriem, gūt atbalstu un savstarpēju palīdzību, kā arī saņemt informāciju par sociālo palīdzību un sociālajiem pakalpojumiem. Dienas centru sniegto pakalpojumu spektrs atšķiras gan atkarībā no mērķauditorijas (gados veci cilvēki; cilvēki ar garīgiem traucējumiem; cilvēki ar kustību traucējumiem u.c.), gan pakalpojuma apjoma (ar/bez sociālā darbinieka; ar/bez aprūpes personāla; ar/bez pusdienām u.c.)¹³.

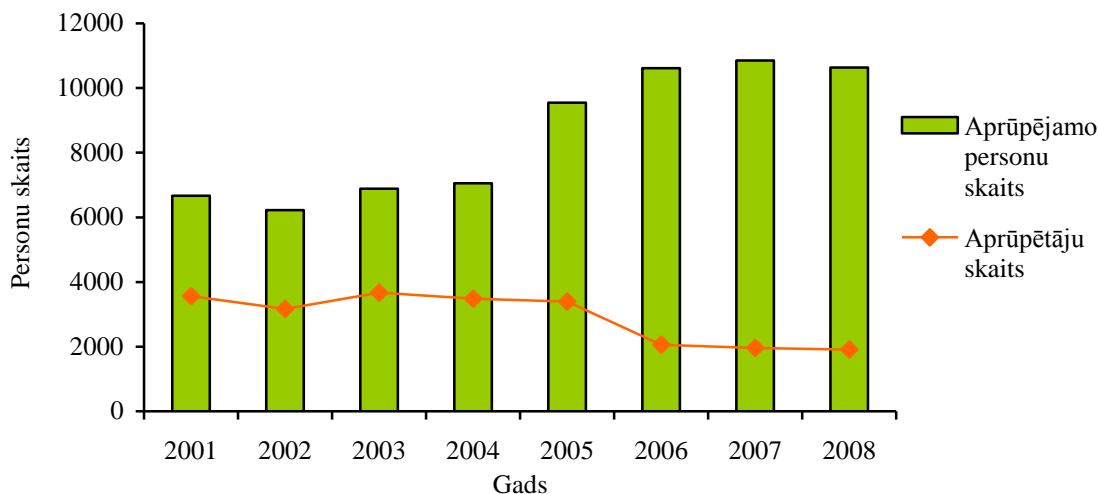
Aprūpi mājās var saņemt uz noteiktu laiku vai pastāvīgi – atkarībā no nepieciešamības, tāpat aprūpe var būt medicīniska vai sociāla rakstura.

Medicīnisko aprūpi mājās sniedz gadījumos, kad pacientiem nav nepieciešams atrasties slimnīcā ārstu un māsu diennakts uzraudzībā, bet medicīnisku indikāciju dēļ, piemēram, būtiski kustību ierobežojumi, pacients nav spējīgs nokļūt pie ģimenes ārsta vai cita speciālista, piemēram: guloši pacienti ar ļaundabīgiem audzējiem; pacienti ar psihiskiem traucējumiem; pacienti ar izgulējumiem; pacienti ar cerebrālo trieku un citiem paralītiskajiem sindromiem; pacienti, kuriem nepieciešama respiratora terapija; pacienti ar kustību traucējumiem¹⁴. Šādu aprūpi nodrošina medicīnas māsa vai ārsta palīgs (feldšeris).



Sociālā aprūpe mājās tiek sniegta personām, kuras vecuma, garīgās attīstības vai fiziska rakstura traucējumu dēļ nevar veikt ikdienas mājas darbus un savu personisko aprūpi pašu spēkiem. Šāda veida aprūpi nodrošina un iespēju robežās trūcīgām un vientuļām personām finansē pagastu pašvaldības. Tiešie pakalpojumu sniedzēji ir sociālie aprūpētāji.

7.attēls. Aprūpējamo personu skaits, aprūpētāju skaits
(CSP dati)



7.attēlā redzams, ka pēdējos trīs gados mājās aprūpējamo (sociālā aprūpe) skaits ir pieaudzis, savukārt aprūpētāju skaits samazinājies. 2008.gadā no visām mājās aprūpējamām personām 70% bija pensijas vecumā. Katram aprūpētājam aprūpējamo skaits ir atkarīgs no noteiktā aprūpes līmeņa – jo augstāks ir nepieciešamais aprūpes līmenis (nepieciešamais aprūpes dienu skaits nedēļā), jo mazāk personu viens aprūpētājs var apkalpot. 2008.gadā vidēji bija 6 mājās aprūpējamie uz vienu aprūpētāju. Līdz ar to būtu nepieciešams meklēt alternatīvu – mobilās palīdzības brigādes – ar kuru palīdzību izmaksu efektīvā veidā ilgtermiņā, ar ierobežotiem cilvēkresursiem un maksimāli īsā laikā varētu rast iespēju sniegt aprūpi dzīvesvietā, neatkarīgi no tā, vai pakalpojums tiek sniegts tuvu pilsētas un pašvaldību centriem vai tālākajos lauku rajonos¹⁵.

Mūža ilgumu un veselību ietekmējošie faktori

Dzīves kvalitāti raksturo gan indivīdam pieejamais patēriņa līmenis, gan sociālo pakalpojumu klāsts un kvalitāte, kā arī iespējas iegūt izglītību, **dzīvot ilgu un veselīgu mūžu**, piedalīties valsts politiskajā dzīvē, tādējādi radot indivīdam iespējas realizēt savu potenciālu sabiedrības labklājības veidošanas procesā¹⁶.

Saskaņā ar 2007.gada pētījuma „Latvijas pilsētu sociāli ekonomiskās attīstības tendences” datiem tikai apmēram puse aptaujāto Latvijas iedzīvotāju ar dzīves kvalitāti bija apmierināti (49%)¹⁷.



2005.gadā Latvijas iedzīvotāju Dzīves kvalitātes aptaujā tika noskaidrots, ka sliktākā dzīve iedzīvotāju vērtējumā ir veciem cilvēkiem (tā uzskata 71% respondentu) un lauku iedzīvotājiem (63%)¹⁸.

Svarīgākie dzīves kvalitātes aspekti Latvijā ir iedzīvotāju materiālā labklājība, nodarbinātība, izglītība, veselība, mājoklis, fiziskā drošība, ģimene, līdzdalība procesos, pilnvērtīga atpūta¹⁹. Šajā ziņojumā lielāka uzmanība tiek pievērsta vienam no Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes raksturojošiem rādītājiem – **veselībai**.

Galvenie faktori, kas pazemina dzīves kvalitāti vai arī kavē tās uzlabošanos, ir neskaidrība par dzīvi; neizlēmība; uzņēmības un iniciatīvas trūkums; noslēgtība; pesimistisks skats uz dzīvi; gaidīšana, ka cits (valsts, gadījums, radnieki u.c.) palīdzēs situācijas risināšanā; dzīvi virzošo spēku saskatīšana ārpus sevis¹⁸.

Dzīves kvalitāti raksturo arī apmierinātība ar dzīvi kopumā. Pēc 2008.gada Eiropas dzīves kvalitātes pētījuma datiem eiropieši kopumā ar dzīvi ir apmierināti. Latvijā cilvēki ir vidēji apmierināti ar savu dzīvi, 10 ballu skalā vidējais vērtējums ir 6 (ES – 7)¹². Līdzīgi situāciju raksturo 2008.gada Eurobarometra pētījuma dati. Vairāk kā puse (62%) Latvijas iedzīvotāju kopumā ar savu dzīvi ir apmierināti, kaut Latvija atrodas krietni zem ES valstu vidējā rādītāja (-14 procentpunkti). Salīdzinoši vairāk iedzīvotāju, kuri ar savu dzīvi kopumā ir neapmierināti, ir starp gados vecākiem cilvēkiem (40-54 gadi – 44%; 55 gadi un vairāk – 45%)²⁰.

Apmierinātības rādītāju visvairāk ietekmē sociāli ekonomiskie apstākļi. Gan ar dzīvi kopumā, gan ar atsevišķiem tās aspektiem ievērojami apmierinātāki ir iedzīvotāji ar lielākiem ienākumiem, labu veselību, labi apmaksātu darbu un augstāku izglītības līmeni^{12;18}. Vislielākā ietekme uz Latvijas iedzīvotāju apmierinātību ar dzīvi kopumā ir materiālajai labklājībai, drošībai, ģimenei un nodarbinātībai¹⁷.

Pietiekami ienākumi ir viens no būtiskākajiem dzīves kvalitātes uzlabošanas instrumentiem gan individuālā, gan valstiskā līmenī. Ilgstoši nepietiekami ienākumi ir iemesls nopietnām sociālām problēmām – depresijai, emigrācijai, nedrošībai par nākotni¹⁸. 2004. un 2005.gadā no Latvijas emigrēja aptuveni 40 000 iedzīvotāju, no kuriem 38% bija jaunieši vecumā no 20-29 gadiem¹⁷. 2009.gadā līdz ar ekonomisko krīzi sācies otrs lielais emigrācijas vilnis - aizbrauc daudz jaunu cilvēku ar visām ģimenēm. Gados veciem iedzīvotājiem ir apgrūtinātas iespējas radikāli mainīt dzīves vietu un nodarbošanos, līdz ar to ir ierobežotas arī iespējas aktīvi uzlabot savu sociāli ekonomisko stāvokli.

Labākas darba atrašanas izredzes veicina iedzīvotāju apmierinātību ar dzīvi¹⁷. Darbs ir svarīga vērtība visās vecuma grupās. Lai gan šī brīža situācijā darbs tiek saistīts ar izdzīvošanu, nevis personisku komfortu un izaugsmi, tas



dod ne tikai materiālo neatkarību, bet arī sociālās saites – kas ir īpaši nozīmīgi gados veciem cilvēkiem.

81% ES iedzīvotāju uzskata, ka veselība ir „ļoti svarīga” sastāvdaļa dzīves kvalitātes nodrošināšanā. Viens no veselības rādītājiem ir iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējums, kas atspoguļo cilvēku subjektīvo viedokli par savu veselību.

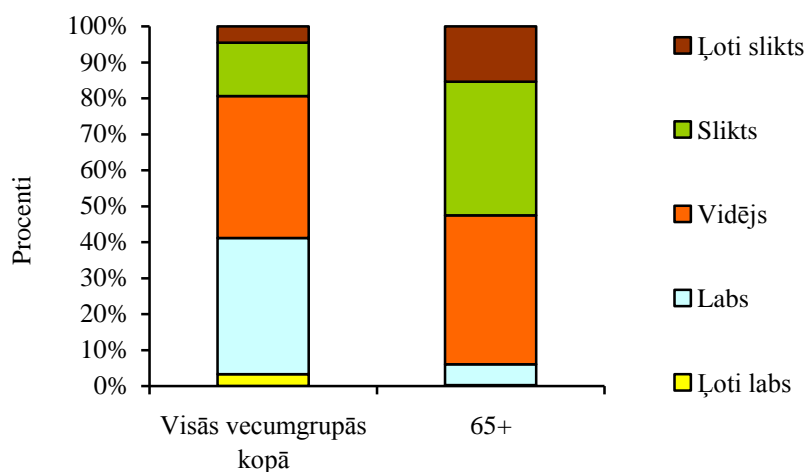
Pēc 2008.gada datiem vidēji ES 21% iedzīvotāju savu veselību vērtēja kā „ļoti labu”, 46% - kā „labu”, 25% - kā „apmierinošu”, bet 8% - kā „sliktu” vai „ļoti sliktu”. Diemžēl Latvijā respondentu, kas savu veselību vērtē kā sliktu vai ļoti sliktu, īpatsvars ir 18%, un tas ir 2 reizes augstāks rādītājs nekā vidēji ES.

Veselības stāvokli raksturojošie rādītāji pasliktinās līdz ar vecumu, tas novērojams arī veselības pašvērtējumā. 65 un vairāk gadus veci iedzīvotāji ES-12 jaunajās dalībvalstīs, t.sk. Latvijā, savu veselību kā sliktu vērtē biežāk - 34% - nekā ES-15 vecajās dalībvalstīs - 15% (vidēji visā ES -18%). Atšķirības pa valstu grupām redzamas arī atbildēs uz jautājumu par ilgstošām veselības problēmām, īpaši vecumā pēc 65 gadiem: 45% vīriešu un 56% sieviešu ES-12 dalībvalstīs atzinuši, ka viņiem ir ilgstošas (hroniskas) fiziskās vai garīgās veselības problēmas, saslimšanas vai invaliditāte. ES-15 šis īpatsvars attiecīgi ir 42% vīriešu un 45% sieviešu¹².

Arī citu pētījumu dati parāda tendenci – pieaugot vecumam, veselības pašvērtējums pasliktinās.

8.attēlā redzams, ka veselības stāvokļa pašvērtējumu ietekmē vecums. Respondenti, kuri ir vecāki par 65 gadiem, savu veselības stāvokli novērtējuši kā ļoti sliktu 3 reizes biežāk nekā jaunākie respondenti (16-64 gadu vecumā). Uz jautājumu *Vai Jums ir kāda hroniska slimība, ilgstošas kaites vai fiziski trūkumi?* ar „jā” atbildējuši 71% respondentu, kuri ir vecāki par 65 gadiem; salīdzinājumam – starp visiem respondentiem tādu bija 35%²¹.

8.attēls. Respondentu veselības stāvokļa pašvērtējums (īpatsvars)
(CSP dati, EU-SILC apsekojums, 2006)

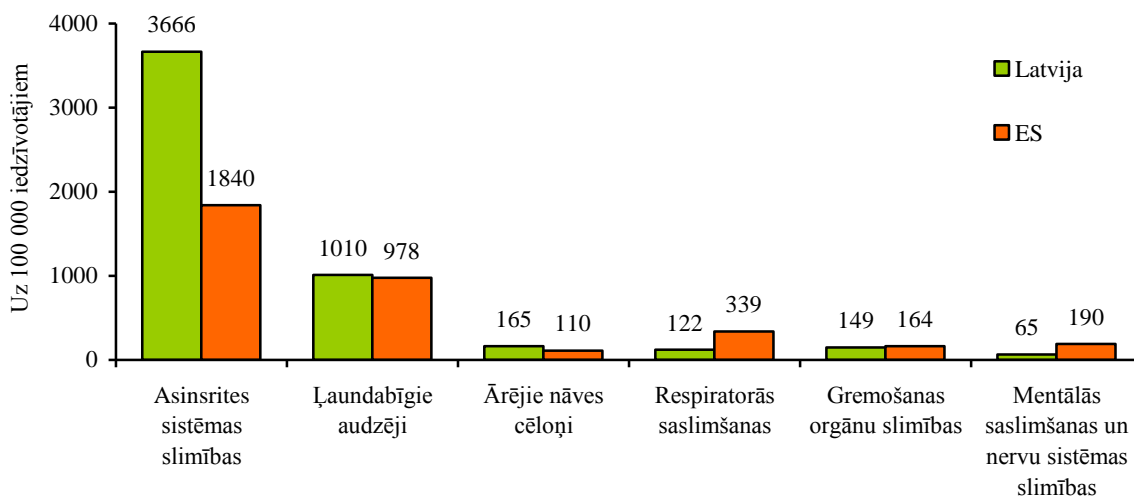


Tas nenoliedzami izskaidrojams arī ar objektīvo veselības stāvokli – gados veciem cilvēkiem bieži ir veselības traucējumi un hroniskas slimības, kas saistītas ar bioloģiskiem novecošanās procesiem. Tomēr jāņem vērā tas, ka šie procesi norit dažādi, atkarībā no daudziem faktoriem, un arī gados veci cilvēki var saglabāt savas garīgās un fiziskās spējas, nezaudējot dzīves kvalitāti.

Svarīgi rādītāji ir tie, kas raksturo veselības problēmas, kas traucē vai ierobežo ikdienas aktivitātes mājās, darbā vai atpūtā. Par šādiem ierobežojumiem vismaz pēdējos 6 mēnešus atzinušies 72% respondentu vecumā pēc 65 gadiem (kas ir divas reizes vairāk nekā 16-64 gadu vecumā). Aptuveni trešdaļai no šiem respondentiem tie ir izteikti ierobežojumi²¹. Tas liecina par ierobežotu dzīves kvalitāti.

Veselības stāvokli raksturo ne tikai pētījumu, bet arī rutīnas statistikas dati par mirstību un saslimstību.

9.attēls. Standartizētā mirstība iedzīvotājiem vecumā virs 65 gadu vecuma, Latvijā un Eiropā, 2007.gads, uz 100 000 iedzīvotājiem
(PVO, *European health for all* datu bāze)



Galvenie mirstības cēloņi Latvijā, līdzīgi kā ES valstīs, ir asinsrites sistēmas slimības, ļaundabīgie audzēji un ārēji nāves cēloņi. Latvijā mirstība no šiem cēloņiem ir aptuveni divas reizes augstāka nekā vidēji ES.

Salīdzinot standartizēto mirstību Latvijā un vidēji ES valstīs vecumā virs 65 gadu vecuma, redzams, ka arī šajā vecuma grupā visbiežākais (ar daudz lielāku īpatsvaru nekā vidēji populācijā) nāves cēlonis ir sirds un asinsvadu sistēmas slimības un ļaundabīgie audzēji (9.attēls).

60 gadu un vecāku Latvijas iedzīvotāju grupas mirstības struktūrā galvenie cēloņi ir asinsrites sistēmas slimības un ļaundabīgie audzēji (attiecīgi 59% un 19%). Šīs slimības dažādu riska faktoru, t.sk., dzīvesveida, ietekmē attīstās visas dzīves laikā un īpaši izpaužas tieši vecumā²².

Biežākās asinsrites sistēmas slimības, no kā mirst šajā vecumā, ir sirds išēmiskā slimība (53% no visām asinsrites sistēmas slimībām) un



cerebrovaskulārās slimības (32%). Galvenie riska faktori šo slimību attīstībā ir neveselīgs uzturs, nepietiekama fiziskā aktivitāte, smēķēšana un alkohola lietošana, paaugstināts holesterīna un cukura līmenis asinīs, paaugstināts arteriālais asinsspiediens, stress.

Latvijā visbiežāk sastopamie ļaundabīgie audzēji vīriešiem ir plaušu (20%) un prostatas (17%) vēzis, sievietēm – krūts (21%) un resnās, taisnās zarnas (11%) vēzis. Audzēju attīstībā būtiski ir gan dzīvesveida, gan vides, gan citi, piemēram, ģenētiski faktori. Visbiežāk ļaundabīgie audzēji attīstās dzīves laikā un līdz ar to gan saslimstības, gan mirstības rādītāji ir augstāki vecumā pēc 60 gadiem. Pēc ES datiem visaugstākā mirstība vīriešiem šajā vecumā ir no prostatas vēža, sievietēm – no krūts vēža²³.

Latvijā trešais nozīmīgākais nāves iemesls ir ārējie nāves cēloņi, arī vecuma grupā virs 65 gadiem (9.attēls). Galvenie ārējie nāves cēloņi šajā vecuma grupā ir pašnāvības – 23%, kritieni – 18% un transporta negadījumi – 13%.

Biežāk pašnāvības veic cilvēki vidējos gados, vīrieši biežāk tās veic ap 45 gadiem, sievietes – vēlāk, ap 55 gadiem.

Ļoti nozīmīga problēma ir vecu ļaužu pašnāvības, kam nereti par iemeslu var būt vientulība, tuva cilvēka zaudējums, savas vērtības un nozīmīguma zaudēšana sabiedrībā, mazvērtības sajūta, sociālā izolēšanās, motivācijas trūkums sevis pilnveidošanai un turpmākai dzīvei, kā arī fiziskās veselības traucējumi²⁴.

Mirstības statistika rāda, ka gados vecu cilvēku vidū pašnāvību izraisīta nāve ir pat biežāk sastopama nekā jaunu cilvēku vidū. 2008.gadā no visiem pašnāvības dēļ mirušajiem 27% bija vecumā 50 līdz 64 gadiem, 24% bija vecāki par 65 gadiem.

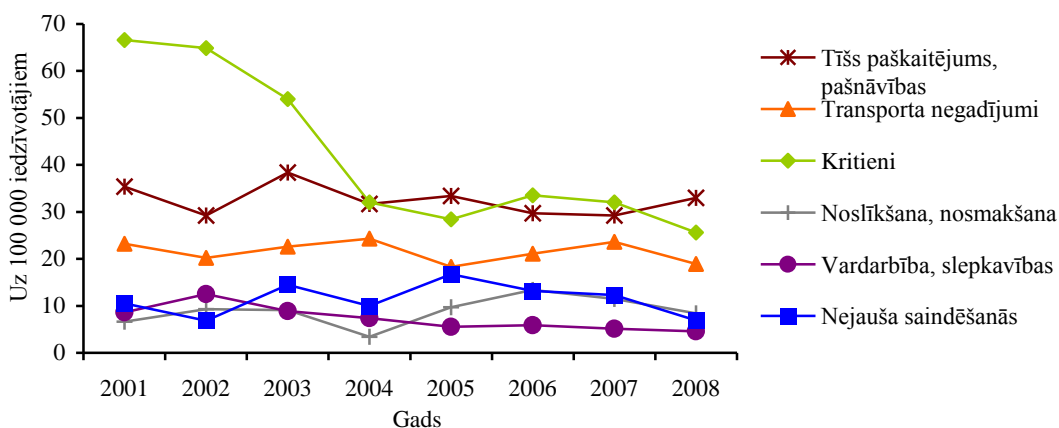
Par transporta negadījumu nozīmi gados vecu cilvēku mirstībā ārējo cēloņu dēļ liecina arī CSDD dati, kas parāda, ka 2008.gadā 15% no visiem ceļu satiksmes negadījumos bojāgājušajiem bija vecumā virs 65 gadiem, no kuriem 59% – gājēji. Arī ceļu satiksmes negadījumos ievainoto vecuma struktūrā 10% ir vecumā virs 65 gadiem, no tiem gājēji – 40%.

Gados veciem cilvēkiem ir lielāks risks iegūt traumas, jo tās ir saistītas ar fizioloģiska rakstura veselības problēmām, piemēram, sliktāku redzi, gaitu un līdzsvaru. Šādas traumas parasti izraisa kritieni. Ārvalstu pētījumu dati rāda, ka aptuveni 30% no 65 gadus un vecākiem iedzīvotājiem ir piedzīvojuši kritienus²⁵. Pieaugot vecumam, pieaug arī mirstība no kritieniem.

Pozitīvi vērtējama tendence, ka mirstība no kritieniem kopš 2001.gada samazinājusies par 61% (10.attēls).

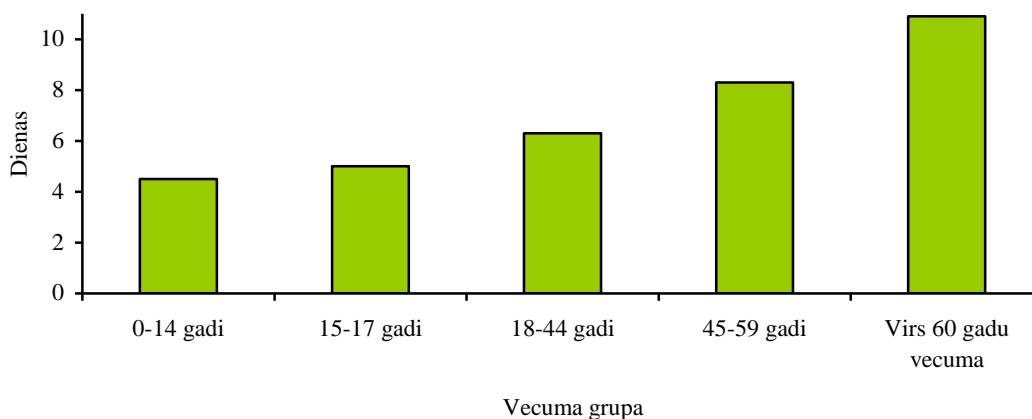


10. attēls. Mirstība no ārējiem cēloņiem, vecumā virs 65 gadiem, uz 100 000 iedzīvotājiem (VEC dati)



Iegūstot traumu, gados veciem cilvēkiem biežāk nekā jauniem ir komplikācijas un traumas ārstniecības periods ir ilgstošāks. Ar ievainojumiem, saindēšanos un citām ārējās iedarbes sekām iedzīvotāji virs 60 gadu vecuma vidēji slimnīcā pavada vairāk dienu nekā jaunāka vecuma pacienti (11.attēls).

11.attēls. Vidējais ārstēšanās ilgums stacionārā ievainojumu, saindēšanās un citu ārējās iedarbes seku dēļ dažādās vecuma grupās 2008.gadā, dienu skaits (VEC dati)

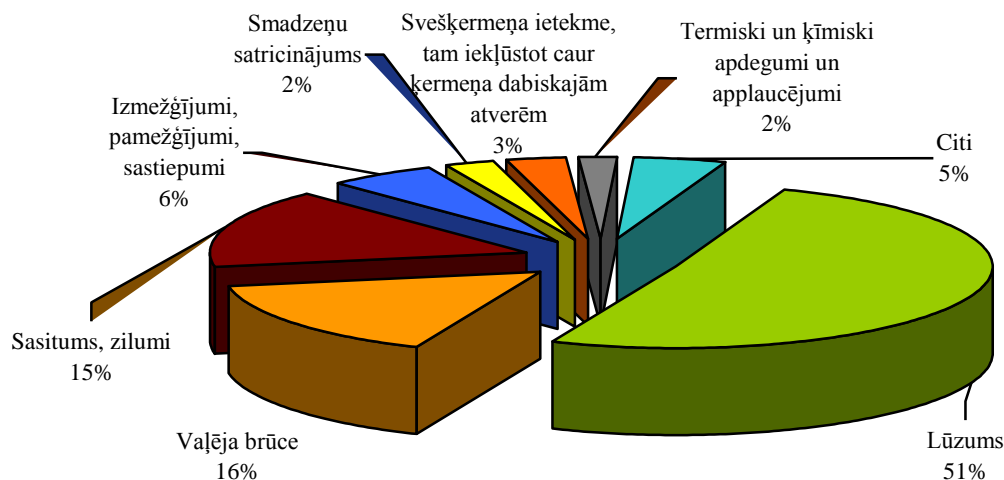


Pēc „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem ar traumām un ievainojumiem” datiem 2008.gadā 42% traumu, kam sekojusi stacionāra ārstēšana, ir notikušas mājās, līdz 20% traumu tiek iegūtas transporta zonā. Iedzīvotāji vecumā virs 65 gadiem visbiežāk traumas guvuši mājās (62%), transporta zonā (18%), brīvā dabā (4,2% gadījumu) un institucionālās dzīvesvietās (3,8%).

2008.gadā mājās visbiežāk iegūtās traumas, pēc kurām notiek ārstēšana stacionārā, iedzīvotājiem virs 65 gadu vecuma, bija lūzumi (51%), vaļējas brūces (16%), sasitumi un zilumi (15%) (12.attēls).



12.attēls. Mājās iegūto izplatītāko traumu sadalījums pēc gūtā ievainojuma veida, vecuma grupā virs 65 gadiem, 2008.gads
(VEC dati)



Traumu raksturs liecina par novecošanās procesu ietekmi uz veselību (piem., kustību koordinācijas traucējumi, palēnināta reakcija, osteoporoze u.c.). Osteoporoze ir plaši izplatīta saslimšana vecāka gadagājuma cilvēkiem, biežāk sievietēm. Pēc Starptautiskās osteoporozes asociācijas datiem vecumā pēc 50 gadiem katrai trešajai sievietei un katram piektajam vīrietim kaulu blīvums samazinās, tie kļūst trauslāki, osteoporozes dēļ pieaug lūzuma risks²⁶. Tāpat līdz ar vecumu pieaug mutes veselības problēmas (smaganu saslimšanas, zobu trūkums u.c.)²³.

Lai saglabātu veselību un dzīves kvalitāti pēc iespējas ilgāk, ļoti svarīgs ir dzīvesveids. Veselīgs dzīvesveids visa mūža garumā palīdz saglabāt veselību iespējami ilgāk un mazināt novecošanās radītās izmaiņas organismā, kā arī veselības traucējumus.

Būtisks veselību ietekmējošs faktors ir uzturs. Novecošanās procesā organismā notiek daudzas pārmaiņas (piemēram, vielmaiņas aktivitātes samazināšanās, muskuļu masas samazināšanās, kaulu trausluma palielināšanās, gremošanas un nieru funkciju pavājināšanās), tāpēc būtu jāveic izmaiņas arī uztura paradumos²⁷. Novecošanās procesu veicina vairākas ar neveselīgu uzturu saistītas slimības – ateroskleroze, hipertensija, aptaukošanās u.c.

Svarīgi vecu cilvēku uzturā ir nepieļaut un novērst novājēšanu, atsevišķu uzturvielu deficītu, kam kā sekas var būt palielināts risks saslimt ar dažādām slimībām²⁸. Tāpat veciem cilvēkiem veselības saglabāšanai ļoti svarīgi ir nepieļaut aptaukošanos. Veciem cilvēkiem ar lieko ķermeņa masu un aptaukošanos ir liels risks saslimt ar sirds un asinsvadu slimībām, diabētu un vēzi, balsta sistēmas slimībām²⁹.

Fiziskā aktivitāte ir ļoti būtisks veselību ietekmējošais faktors jebkurā vecumā. Regulāras fiziskās aktivitātes novērš vai vismaz aizkavē sirds un



asinsvadu, kaulu un locītavu slimību attīstību un palīdz saglabāt veselību. Daudzos gadījumos ar novecošanu saistītas funkcionālas izmaiņas ir novēršamas ar fizisko aktivitāti, pat vēlīnā dzīves periodā.

Mazkustīgs dzīvesveids gados veciem cilvēkiem veicina pieaugošu nespēju veikt ikdienas sadzīves aktivitātes. Jebkura spēju mazināšanās var viegli radīt papildus kustību ierobežojumus, kas noved pie fiziskas mazspējas un atkarības no citu aprūpes. Šāda mazspēja ne tikai pasliktina veselības stāvokli, bet arī samazina dzīves kvalitāti, radot papildus izdevumus medicīnas un sociālās aprūpes sfērai²⁵.

Fiziskā aktivitāte, kas labvēlīgi ietekmē veselību gados veciem cilvēkiem, var izpausties kā vienkārša pastaiga, veikala apmeklēšana katru dienu, viegla mājās uzkopšana, nodarbošanās ar mazbērniem, darbošanās dārzā, došanās izbraukumos/ceļojumos³⁰.

Pēc Sirds veselības kabinetu apmeklētāju datiem 2008.gadā 28% klientu virs 65 gadu vecuma, sievietes biežāk nekā vīrieši, atzīmējuši, ka viņiem ir mazkustīgs dzīvesveids. Paaugstināts ĶMI ir 80% klientu virs 65 gadu vecuma. Paaugstināts asinsspiediens noteikts 20% klientu, paaugstināts holesterīns – 69% klientu, kuri vecāki par 65 gadiem. Jāatzīmē, ka Sirds veselības kabinetus apmeklē pārsvarā cilvēki, kuriem jau ir kādas veselības problēmas³¹.

Palielinot fizisko aktivitāti un uzlabojot ēšanas paradumus, iespējams novērst daudzas ar vecumu saistītās veselības problēmas, tādas kā liekā ķermeņa masa, paaugstināts arteriālais asinsspiediens, II tipa cukura diabēts, osteoporoze, samazināta muskuļu masa un citas³².

Atkarības vielu lietošana galvenokārt tiek saistīta ar jauniešiem, tomēr ar šādām problēmām jāsastopas, izvērtējot arī vecu cilvēku dzīves kvalitāti.

2008.gadā ikdienas smēķējošo pieaugušo (15-64 gadu vecumā) īpatsvars bija 45% vīriešu un 15,6% sieviešu. Analizējot pa vecuma grupām, visvairāk ikdienas smēķētāju ir 25-34 un 35-44 vecuma grupās. Pieaugot vecumam, ikdienas smēķētāju īpatsvars samazinās³³.

Diemžēl Latvijā nav datu par smēķēšanas izplatību pēc 65 gadu vecuma. Var pieņemt, ka smēķētāju īpatsvars vecumā pēc 65 gadiem nav daudz mazāks kā vidēji populācijā.

Pētījumu rezultāti pasaulē rāda, ka veselīgs dzīvesveids, piemēram, smēķēšanas atmešana pat vēlīnā vecumā nozīmīgi samazina mirstības risku.

Līdzīgi ir ar citu atkarību izplatību. Dati rāda, ka Eiropā 27% personu, kas sasniegušas 55 gadu vecumu vai ir vecākas, atzīst, ka lieto alkoholu katru dienu³⁴.

Gados vecākiem cilvēkiem alkohola un citu narkotisko vielu lietošana vienlaikus palielina sociālo, psiholoģisko un fizisko veselības problēmu rašanās risku. Risks var palielināties pat tad, ja uzņemtā alkohola vai citu narkotisko vielu daudzums ir neliels vai vidējs.

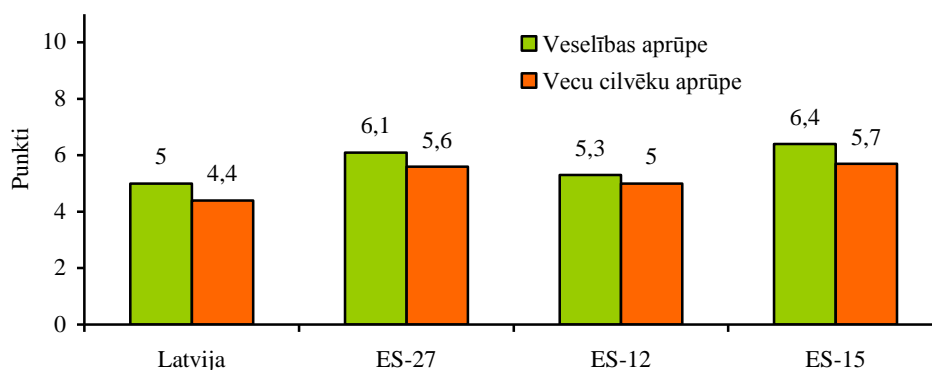


Gados vecākus narkotiku lietotājus var iedalīt divās grupās. Daļai lietotāju ir raksturīga ilga narkotiku lietošanas vēsture, kas turpinās līdz vecumdienām. Citi uzsāk narkotiku lietošanu tikai vecumdienās, bieži vien sarežģītu personisku notikumu dēļ, piemēram, aizejot pensijā, šķirot laulību, nonākot sociālajā izolācijā vai piedzīvojot smagu (kāda cilvēka) zaudējumu.

Salīdzinot ar iedzīvotājiem darbspējas vecumā, gados vecāki cilvēki ir biežāki un regulārāki recepšu un bezrecepšu zāļu patērētāji. Personas, kas vecākas par 65 gadiem, izlieto aptuveni vienu trešdaļu visu recepšu medikamentu, kuru vidū bieži vien ir benzodiazepīni un uz opiātu bāzes izgatavoti pretsāpju līdzekļi²⁹.

Veselību vecākiem cilvēkiem ietekmē arī veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte. Palūdzot respondentam 10 punktu skalā novērtēt veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, redzams, ka Latvijas respondenti to vērtējuši zemāk nekā vidēji ES: tā novērtēta ar 5 (ES - 6,1), vecu cilvēku aprūpes pakalpojumi - ar 4,4 (ES - 5,6). Latvijas vērtējums ir viszemākais no jaunajām ES-12 dalībvalstīm (13. attēls)¹².

13.attēls. Vidējais veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes vērtējums 2007.gadā, 1 (ļoti slikta) - 10 (ļoti laba) punktu skalā (European Quality of Life Survey)



Par veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti liecina arī Veselības aprūpes patērētāju indekss. Pēc šī indeksa 2008.gadā Latvijā, salīdzinot ar citām ES dalībvalstīm, ir patērētājiem visnedraudzīgākā veselības aprūpes sistēma. 2009.gadā veselības aprūpes sistēmas vēl negatīvāk par Latviju novērtētas tikai Rumānijā un Bulgārijā (iepriekšējo gadu vērtējumos netika iekļautas). Sešās kategorijās (pacientu tiesības un informācija; e-veselība; gaidīšanas laiks, lai saņemtu ārstēšanu; sniegto pakalpojumu rezultāti; spektrs un sasniedzamība; medikamenti), kas aptver 38 darbības rādītājus, Latvija ir ieguvusi 512 punktus no 1000 iespējamajiem³⁵.

Viens no veselības aprūpes kvalitātes nosacījumiem ir veselības aprūpes pieejamība. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte ir svarīgi



jautājumi arī sociālās aizsardzības kontekstā, īpaši šī brīža sociāli ekonomiskajos apstākļos. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība lielā mērā ietekmē saslimstības, invaliditātes un mirstības rādītājus. Pētījumi pierāda, ka tie respondenti, kas norādījuši problēmas ar veselības aprūpes pieejamību, arī sliktāk vērtē savu veselību¹².

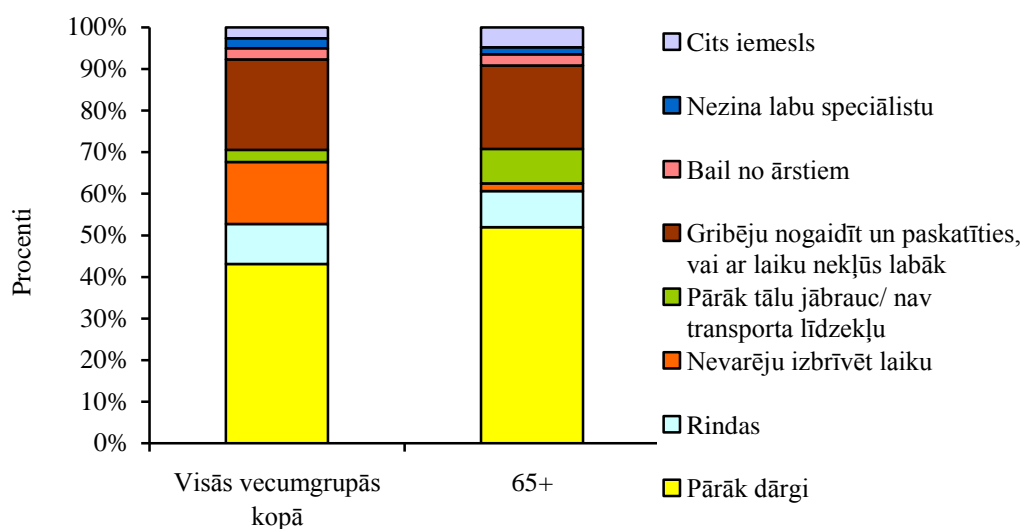
Veselības aprūpes ierobežotai pieejamībai ir dažādi iemesli. No tiem ES iedzīvotājiem, kas atzīmējuši problēmas piekļūt veselības aprūpes pakalpojumiem, 25% uzskata, ka viņi dzīvo pārāk tālu no ārsta vai slimnīcas, 38% ārstniecības pakalpojumus saņem novēloti, 42% uzskata par problemātisku satikt ārstu vienas dienas laikā un 28% ir grūtības segt ar ārsta apmeklējumu saistītās izmaksas. Jaunajām ES-12 dalībvalstīm šie rādītāji ir augstāki nekā vecajām ES-15 dalībvalstīm. Piemēram, no tiem, kuri veselības aprūpes pieejamību atzīmējuši kā problēmu, ES-12 valstīs 34% ir grūtības segt ar ārsta apmeklējumu saistītās izmaksas, ES-15 tādu ir 26%¹².

Latvijā ierobežotas veselības aprūpes pieejamības iemeslu struktūra nedaudz atšķiras.

Pēc 2006.gada EU-SILC apsekojuma datiem 26% respondentu pēdējo 12 mēnešu laikā ir bijusi nepieciešamība veikt pārbaudi pie medicīnas speciālista vai ārstēšanos, bet viņi to nav izdarījuši. No respondentiem pēc 65 gadu vecuma tādu bija 32%.

Ņemot vērā to, ka lielai daļai iedzīvotāju pēc 65 gadu vecuma ir ilgstošas veselības problēmas un līdz ar to nepieciešamība pēc medicīniskās palīdzības, ļoti svarīgi ir noskaidrot, kādi ir galvenie iemesli, kādēļ netika veikta pārbaude pie medicīnas speciālista vai ārstēšanās (14.attēls).

14.attēls. Respondentu atbilžu īpatsvars, kuri atbildēja uz jautājumu „Kāds bija galvenais iemesls tam, kāpēc neveicāt pārbaudi pie medicīnas speciālista vai ārstēšanos?”, procentos
(CSP dati, EU-SILC apsekojums 2006)



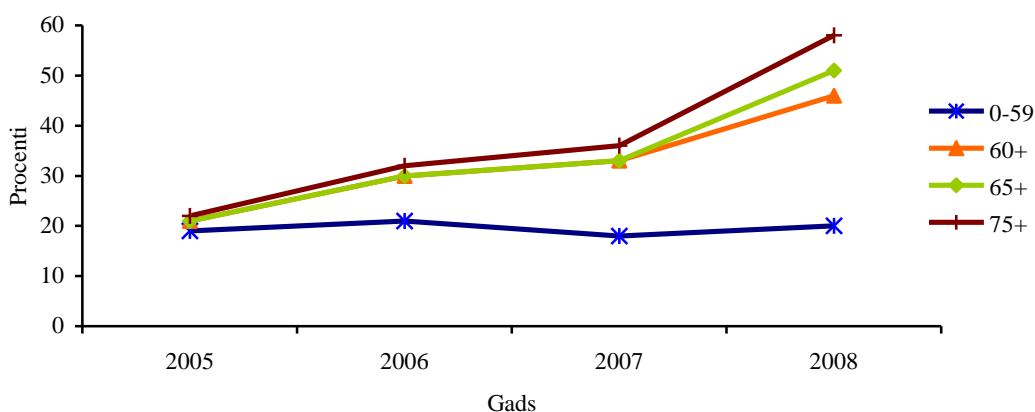
Kā galveno iemeslu, kādēļ netika veikta medicīniskā pārbaude vai ārstēšanās, respondenti min finansiālo ierobežotību. Starp respondentiem vecumā virs 65 gadiem 52% min, ka nav veikuši pārbaudi pie medicīnas speciālista vai ārstēšanos, jo nevarēja finansiāli atļauties. Arī pārbaudi pie zobārstniecības speciālista vai ārstēšanos neveica, jo tas ir pārāk dārgi, 82% respondentu, kuri ir vecāki par 65 gadiem²¹. Jāatzīmē, ka šie rādītāji šobrīd varētu būt daudz augstāki, ņemot vērā faktu, ka ir pasliktinājusies sociāli ekonomiskā situācija.

Nabadzība ir svarīgs veselību ietekmējošs faktors, kas ne tikai ierobežo iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, bet arī kopumā samazina indivīda dzīves kvalitāti, negatīvi ietekmē veselību, dzīves ilgumu un veicina darbnespējas rašanos. Tas, savukārt, mazina iespējas strādāt un saņemt regulārus ienākumus, kā arī palielina nepieciešamību pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un sociālās palīdzības. Veidojas apburtais loks – nabadzība negatīvi ietekmē veselību, bet dēļ sliktas veselības nav iespējams izkļūt no nabadzības. Tādēļ ļoti svarīgi ir savlaicīgi veikt profilaksi un sniegt atbalstu iedzīvotāju grupām, kurām vecuma, veselības vai citu apstākļu dēļ ir ierobežotas iespējas uzlabot savu ekonomisko situāciju.

Nabadzība ir viens no būtiskiem sociālās atstumtības aspektiem. Gados veci cilvēki ir viena no sociālās atstumtības riskam pakļautām iedzīvotāju grupām³⁶.

Analizējot nabadzības riska indeksu sadalījumā pa dažādām vecuma grupām, visaugstākie rādītāji ir gados veciem iedzīvotājiem. Jo lielāks vecums, jo augstāks nabadzības risks. Nabadzības riska indekss Latvijas iedzīvotājiem gados veciem iedzīvotājiem pēdējos gados ir būtiski pieaudzis (15.attēls). Tas norāda uz to, ka pat ekonomiskās attīstības laikā gados vecu iedzīvotāju, kas dzīvo nabadzībā, īpatsvars ir pieaudzis.

15.attēls. Nabadzības riska indekss
(CSP dati)



Nabadzības risks sievietēm ir augstāks nekā vīriešiem visās vecuma grupās, bet īpaši liela atšķirība ir vecumā pēc 60 gadiem.

Jāņem vērā, ka līdz ar sociāli ekonomiskās situācijas pasliktināšanos nabadzības riska indekss pieaugs visās vecuma grupās.

Tā kā sievietēm dzīves ilgums ir garāks nekā vīriešiem, viņas tiek iedalītas īpašā sociālās atstumtības grupā, jo vecumā nereti, dzīvojot vienām, viņām ir augstāks risks nonākt nabadzībā, jo viņu ienākumi no darba un pensijas ir zemāki nekā vīriešiem. Tas, savukārt, tiek norādīts kā nopietns drauds arī viņu veselībai un dzīves kvalitātei²⁹.

Vientulība un sociālā izolācija arī ir viens no sociālās atstumtības aspektiem. Tā nereti ir cieši saistīta ar nabadzību. Ievērojams daudzums Latvijas vecākās paaudzes iedzīvotāju atrodas īpašā situācijā, ko iezīmē ilgstoša dzīve nabadzībā, kas rada asas eksistenciālas problēmas – sākot no materiālām līdz garīgām, tādām kā nomāktība un depresija¹⁸. Depresija ir visbiežāk sastopamā garīgās veselības problēma, kas ietekmē katru septīto cilvēku, kas sasniedzis 65 un vairāk gadu vecumu²⁹. Garīgās veselības traucējumi ietekmē dzīves kvalitāti, kā arī vispārējo saslimstības un mirstības līmeni³.

Cilvēkam novecojot, viņš var kļūt vientuļš – gan fiziski, gan psiholoģiski. Samazinās sociālo kontaktu daudzums un pazeminās to kvalitāte. Tam ir objektīvi cēloņi – slimības vai nāve atņem tuviniekus, līdz ar darba attiecību pārtraukšanu tiek zaudēta cilvēkam ļoti būtiska vide, dienas ritms un kontakti ar darba biedriem. Arī bērni un mazbērni bieži vien dzīvo tālu un sociālie kontakti ir vāji. Kontaktēšanos ar vēl esošiem draugiem un tuviniekiem apgrūtina fiziska rakstura traucējumi, kā arī nepietiekams materiālais stāvoklis var ierobežot telefonsarunu un citu maksas pakalpojumu izmantošanu.

Fiziskas un psiholoģiskas izmaiņas notiek arī pašos vecajos cilvēkos – vairs nav tik daudz spēka un enerģijas, lai meklētu jaunus kontaktus zudušo vietā, kā rezultātā vientulība un fiziskās veselības pasliktināšanās ir būtisks riska faktors garīgai neveselībai.

Psiholoģisko labklājību (pašnoteikšanos, autonomiju) sekmē veco cilvēku aktīva līdzdalība sabiedriskā dzīvē visos līmeņos, kā arī vecāku cilvēku diskriminācijas novēršana³⁷.

Lai būtu iespējama veselīga novecošana, nepieciešams veikt virkni pasākumu, realizējot valsts sabiedrības veselības politiku, kas vērsta uz veselību ietekmējošo riska faktoru samazināšanu.



POLITIKAS INICIATĪVAS

Paredzamais mūža ilgums kā viens no galvenajiem sabiedrības veselības rādītājiem akcentēts 2001.gada 6.martā Ministru kabinetā akceptētajā **Sabiedrības veselības stratēģijā** un 2004.gada 9.martā pieņemtajā **Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programmā 2004.-2010.gadam**, kuru mērķis ir panākt Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanu, tuvojoties labākajiem Eiropas valstu veselības rādītājiem.

Sabiedrības veselības stratēģijas 5.mērķa „Pieaugušo veselība, veselīgas un aktīvas vecumdienas” sasniegšana ir atkarīga ne tikai no veselības aprūpes politikas īstenošanas, bet arī no citām politikas jomām, tai skaitā budžeta un finanšu politikas, nodarbinātības un sociālās politikas, vides politikas, izglītības un zinātnes politikas, tūrisma, sporta un brīvā laika politikas, iekšlietu politikas u.c.

ES līmenī veselīga novecošana ir noteikta kā viena no veselības jomas prioritātēm. EK Baltā grāmata „**Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieejam 2008.-2013.gadam**” (2007.) nosaka, ka atbalsts veselīgai novecošanai nozīmē veselīga dzīvesveida veicināšanu visa mūža garumā, nodrošinot tādu veselību, kas ļautu pilnībā izmantot katram vecumam piemītošās iespējas. Šis dokuments arī akcentē to, ka svarīgs ekonomiskās izaugsmes faktors ir ne vien paredzamais mūža ilgums, bet arī laba veselība līdz mūža galam.

Ārstniecības jomu reglamentē **Ārstniecības likums** (12.06.1997.), kas regulē sabiedriskās attiecības ārstniecībā, lai nodrošinātu slimību vai traumu kvalificētu profilaksi un diagnostiku, kā arī kvalificētu pacienta ārstēšanu un rehabilitāciju. Likums arī nosaka, ka ikvienam ir pienākums rūpēties un katrs ir atbildīgs par savu, tautas, savu tuvinieku un apgādībā esošo personu veselību. Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas un finansēšanas kārtību nosaka Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumi Nr.1046 „**Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība**”. No pacientu iemaksām ir atbrīvotas trūcīgās personas, sociālās aprūpes iestādēs mītošie, kas bieži vien ir gados veci cilvēki. Personām, kas vecākas par 80 gadiem, ir atvieglojumi ģimenes ārsta mājas vizītes maksai (tā ir 2 Ls).

Gados veciem iedzīvotājiem ļoti būtiska ir iespēja saņemt sociālo palīdzību. Ir virkne dokumentu, kas reglamentē sociālās drošības sistēmas darbību, t.sk. sociālo pakalpojumu saņemšanas principus: **Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums** (31.10.2002.), likums “**Par invalīdu medicīnisko un sociālo aizsardzību**” (29.09.1992.), likums

„Par sociālo drošību” (07.09.1995.), Valsts sociālo pabalstu likums (31.10.2002.).

Likumā **„Par valsts pensiju un valsts pabalstu izmaksu laika periodā no 2009.gada līdz 2012.gadam”** (01.07.2009.) tika noteikti izņēmumi uz laiku no 2009. gada 1. jūlija līdz 2012. gada 31. decembrim. Tie paredz, ka šajā laika periodā valsts vecuma pensiju un piešķirto izdienas pensiju saņēmējam, kurš ir obligāti sociāli apdrošinātā persona (darba ņēmējs vai pašnodarbinātais) atbilstoši likumam "Par valsts sociālo apdrošināšanu", izmaksā 30% apmērā no atbilstoši normatīvajiem aktiem piešķirtās pensijas apmēra. Kopumā strādājošiem pensionāriem pensijas samazinājums ir 70%, nestrādājošiem – 10%. Šis pieņemtais lēmums tika iesniegts izvērtēšanai Satversmes tiesā. 2009.gada 21.decembrī Satversmes tiesa atzina minēto lēmumu par spēkā neesošu, tādejādi turpmāk pensionāriem būtu jāsaņem pensijas pilnā apmērā, kā arī valstij jāatmaksā pensionāriem nesamaksātā daļa.



SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI

Secinājumi

- ✓ 2007. gadā vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā bija 71,2 gadi, - tātad - 90% no ES vidējā rādītāja (79,1 gadi). Prognozējot iespējamo situāciju līdz 2010.gadam, jāsecina, ka Stratēģijas **mērķis netiks sasniegts**.
- ✓ Laika posmā no 2005. līdz 2009.gadam mājās dzīvojošo 80 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju skaits ir pieaudzis par 20%. Ievērojot līdzšinējo tendenci, var prognozēt, ka Stratēģijā **izvirzītais mērķis – vismaz par 25% jāpalielinās to iedzīvotāju īpatsvaram, kuri 80 gadu vecumā dzīvo mājās – 2010.gadā tiks sasniegts**.
- ✓ Vīriešu paredzamais mūža ilgums ir īsāks nekā sievietēm. ES valstīs sieviešu un vīriešu paredzamā mūža ilguma starpība ir 6 gadi (mūža ilgums attiecīgi 82 un 76 gadi), turpretī Latvijā tā ir 11 gadi (mūža ilgums attiecīgi 66 un 77 gadi).
- ✓ Latvijā lauku iedzīvotājiem paredzamais mūža ilgums ir par apmēram 2 gadiem īsāks nekā pilsētas iedzīvotājiem.
- ✓ Lai arī sievietes dzīvo ilgāk nekā vīrieši, tām ilgāku dzīves laiku ir sliktā veselība.
- ✓ Saskaņā ar pētījumu datiem Latvijā cilvēki ir vidēji apmierināti ar savu dzīvi (6 balles 10 ballu skalā; ES – 7). Vairāk kā puse (62%) Latvijas iedzīvotāju kopumā ar savu dzīvi ir apmierināti. Kopumā ar savu dzīvi neapmierināto salīdzinoši vairāk ir starp gados vecākiem cilvēkiem.
- ✓ Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību būtiski ierobežo iedzīvotāju nespēja par tiem samaksāt, turklāt vairāk šī iemesla dēļ veselības aprūpi nesaņēmušo ir gados vecu cilvēku vidū.
- ✓ Nabadzība ir būtisks veselību noteicošs faktors, kas var negatīvi ietekmēt ne tikai veselību, bet arī dzīves kvalitāti un ilgumu, īpaši gados veciem cilvēkiem.

-
- ✓ Gados veciem cilvēkiem ir specifiskas veselības problēmas, kas prasa specifisku risinājumu iespējas.
 - ✓ Ilgtermiņa sociālās aprūpes pieejamība ir ierobežota, kam par iemeslu ir pakalpojumu sadrumstalotība un administratīvas barjeras, kas cilvēkiem apgrūtina vajadzīgo pakalpojumu saņemšanu.

Priekšlikumi

- ✓ Veikt dažādas veselību veicinošas aktivitātes visas dzīves laikā gan individuāli, gan valsts līmenī, realizējot sabiedrības veselības politiku, kas vērsta uz veselības ietekmējošo riska faktoru samazināšanu, t.sk. slimību profilaksi.
- ✓ Turpināt attīstīt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu mājās, kā arī attīstīt e-veselības pakalpojumus.
- ✓ Sniegt atbalstu ģimenes locekļiem, kuri nodrošina ilgtermiņa aprūpi mājās.
- ✓ Nodrošināt ilgtermiņa aprūpes finansēšanu.
- ✓ Pārskatīt valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstu, ar mērķi nodrošināt to pieejamību un atbilstību sociāli neaizsargāto slāņu būtiskākajām vajadzībām, līdz ar to veicinot vienlīdzības principa ievērošanu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā.



KOMENTĀRI PAR DATIEM

Ziņojumā tika izmantoti dati no Pasaules Veselības organizācijas, Centrālās statistikas pārvaldes Internetā pieejamām datu bāzēm, dažādu pētījumu rezultāti, ziņojumi, kā arī Veselības ekonomikas centra un citu institūciju informācija.

Indikatoru analīzei pārsvarā izmantoti relatīvie rādītāji – uz 100 000 attiecīgā vecuma un dzimuma iedzīvotājiem.

Dati par veselīgajiem dzīves gadiem tika izmantoti no Eurostat datu bāzes un *EHEMU (European Health Expectancies Monitoring Unit)* sagatavotā ziņojuma *Healthy life years in the European Union: facts and figures 2005*. Veselīgie dzīves gadi tiek aprēķināti divām vecuma grupām: jaundzimušajiem un 65 gadu vecumā. Šis rādītājs paplašina koncepciju par paredzamo mūža ilgumu, novērtējot paredzamo dzīves gadu kvalitāti. Veselīgos dzīves gadus aprēķina pēc *Sullivan*a metodes (kombinētā datu analīze, kad vienlaikus tiek analizēti mirstības dati un informācija par saslimstības un invaliditātes izplatību populācijā).

Mājās mītošo 80-gadīgu un vecāku personu skaits rēķināts, no kopējā personu skaita (*CSP dati*) atņemot pansionātos mītošo personu skaitu šajā vecuma grupā (*SPP dati*).

Jāatzīmē, ka veselības rādītāji, īpaši par dzīvesveida faktoriem, kā arī cita veida informācija par gados veciem cilvēkiem praktiski nav pieejama.



DEFINĪCIJAS

Aprūpe mājās – pakalpojumi mājās pamatvajadzību apmierināšanai personām, kuras objektīvu apstākļu dēļ nevar sevi aprūpēt³⁸.

Dzīves kvalitāte – personas, ģimenes, personu grupas, sabiedrības labklājības rādītājs, kas ietver fizisko un garīgo veselību, brīvo laiku un tā izmantošanu, darbu, saikni ar sabiedrību, tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus un tos realizēt, kā arī materiālo nodrošinājumu³⁹.

Invaliditāte – ilgstošs vai nepārejošs ar vecuma pārmaiņām cilvēka organismā nesaistīts fizisko vai psihisko spēju ierobežojums, kas apgrūtina personas integrāciju sabiedrībā, pilnīgi atņem vai daļēji ierobežo tās spēju strādāt un sevi apkopt.

Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums – gadu skaits, kādu vidēji nodzīvotu attiecīgā gadā dzimušie, ja viņu dzīves laikā mirstības līmenis katrā vecumā paliktu tāds, kāds tas bija dzimšanas gadā³⁸.

Ķermeņa masas indekss – PVO rādītājs, kas tiek aprēķināts pēc formulas: $KMI = \frac{\text{Ķermeņa masa (kg)}}{\text{Auguma garums (m)}^2}$. Rezultāts tiek interpretēts, novērtējot iegūto rezultātu sekojoši:

- <18,5 – nepietiekams svars,
- 18,5-24,99 – normāls svars,
- 25-29,99 – liekais svars,
- virs 30 – aptaukošanās.

Nabadzības riska indekss – iedzīvotāju procentuālais īpatsvars, kuru ekvivalentais rīcībā esošais ienākums ir zem 60% no nacionālā ekvivalenta rīcībā esošā ienākuma mediānas³⁸.

Nāves cēlonis – slimība, patoloģisks stāvoklis vai trauma, kas ir izraisījusi nāvi vai veicinājusi to, kā arī nelaiemes gadījums vai vardarbības akts, kura rezultātā iestājusies nāve.

Osteoporoze - sistēmiska skeleta slimība, kuru raksturo samazināta kaulu masa un kaulaudu mikroarhitektonikas bojājumi, kas izraisa pastiprinātu kaulu trauslumu un no tā izrietošu paaugstinātu lūzumu risku.

Pašnāvība – mērķtiecīga darbība, paškaitējums ar letālu iznākumu – nāvi.

Pieaugušie – iedzīvotāji no 15 gadiem.

Procentpunkti - starpība, kas rodas no vieniem procentiem atņemot citus.

Sociālā aizsardzība - sociālās drošības pamats iedzīvotāju aizsardzībai sociālo risku iestāšanās gadījumā, tās galvenais uzdevums ir mazināt radušos zaudējumus un to ietekmi uz cilvēku spēju pašiem nodrošināt sev pietiekamu dzīves kvalitāti konkrētā dzīves situācijā. Sociālā aizsardzība ietver visas darbības, ko veic valsts vai privātas iestādes, lai atbrīvotu mājaimniecības un indivīdus no noteiktu vairāku risku vai vajadzību finansiālā sloga. Tie riski vai vajadzības, kas var radīt nepieciešamību pēc sociālās aizsardzības, ir: slimība/veselības aprūpe; invaliditāte; vecums; apgādnieka zaudēšana; ģimene/bērni; bezdarbs; mājoklis; citur neklasificēta sociālā atstumtība.

Standartizētā mirstība – lai novērstu iedzīvotāju vecumsastāva ietekmi uz mirstības vispārējo koeficientu, aprēķina standartizēto mirstības vispārējo koeficientu, kuru ietekmē tikai mirstības intensitāte atsevišķās vecuma grupās, bet neietekmē iedzīvotāju skaits atsevišķās vecuma grupās.

Trauma, traumatisms – miesas bojājums, ko izraisījusi spēcīga enerģijas ietekme (mehāniska, termiska, elektriska, ķīmiska, staru) vai vitālu elementu nepietiekamība (slīkšana, žņaugšana, sasalšana).

Valsts pensijas – vecuma pensija, invaliditātes pensija, apgādnieka zaudējuma pensija.

Veselība – fiziska, garīga un sociāla labklājība, valsts un tautas pastāvēšanas un izdzīvošanas dabiskais pamats⁴⁰.

Veselības aprūpe – veselības nodrošināšanas un uzturēšanas pasākumu komplekss⁴⁰.

Veselīgie dzīves gadi – paredzamais gadu skaits, kas tiks nodzīvoti veselīgi (bez funkcionāliem/aktivitātes ierobežojumiem).

Veselīga novecošana – process, kurā tiek optimizētas iespējas uz fizisko, sociālo un garīgo veselību tā, lai veci cilvēki varētu būt aktīvi sabiedrības dalībnieki, baudīt neatkarīgu un labu dzīves kvalitāti bez vecuma diskriminācijas²⁹.



SAĪSINĀJUMI

CSP	Centrālā statistikas pārvalde
ES	Eiropas Savienība
EK	Eiropas Komisija
EU-SILC	Apsekojums „Kopienas statistika par ienākumiem un dzīves apstākļiem”
LV	Latvija
MK	Ministru Kabinets
PVO	Pasaules Veselības organizācija
SPP	Sociālo pakalpojumu pārvalde
VEC	Veselības ekonomikas centrs



ATSAUCES

- ¹ *Healthy life years in the European union: facts and figures 2005*, Eiropas Komisija, European Health Expectancies Monitoring Unit, 2009., 256 lpp.;
- ² Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2008. gada publiskais pārskats, LR Labklājības ministrija, 2009., 109 lpp.;
- ³ Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis, Padomes secinājumi par sieviešu veselību (2006/C 146/02), 2 lpp.;
- ⁴ *Fact file background statistics First forum on Europe's demographic future*, Eiropas Komisija, 2006, 65 lpp.;
- ⁵ Eiropas demogrāfiskā nākotne – kā pārvērst problēmu par iespēju. Eiropas Kopienų komisija, COM(2006) 571, Brisele, 12.10.2006;
- ⁶ *Active Aging. Policy Framework*, World Health Organisation 2002, 59 lpp.
- ⁷ Veselīga novecošana. Izaicinājums Eiropai. The Swedish National Institute of Public Health 2007, 35 lpp.
- ⁸ *Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe*, European Commission, 2007, 20 lpp.;
- ⁹ Ilgtermiņa aprūpe Eiropas Savienībā, Eiropas Komisija, Nodarbinātības, sociālo lietu un līdztiesīgu iespēju ģenerāldirektorāts, 2008, 35 lpp.;
- ¹⁰ Baltā Grāmata. Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008.-2013.gadam. Eiropas Kopienų komisija, 23.10.2007.;
- ¹¹ Latvijas Kopējais sociālās iekļaušanas memorands, 2003.;
- ¹² *European Quality of Life Survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, 107 lpp.;
- ¹³ Sociālo pakalpojumu pārvaldes (šobrīd Labklājības ministrija) informācija www.socpp.gov.lv
- ¹⁴ Ministru kabineta 2006. gada 19. decembra noteikumi Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”;
- ¹⁵ Nacionālais ziņojums par sociālās aizsardzības un sociālās iekļaušanas stratēģiju 2008.-2010. gadam. Labklājības ministrija, 2006., 45 lpp.;
- ¹⁶ Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2007-2013, apstiprināts 04.07.2006. ar MK noteikumiem Nr.564 „Noteikumi par Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2007.-2013.gadam”;
- ¹⁷ Latvijas pilsētu sociāli ekonomiskās attīstības tendences, Valsts reģionālās attīstības aģentūra, SIA „Analītisko pētījumu un stratēģiju laboratorija”, Rīga, 2007-2008, 230 lpp.;
- ¹⁸ B.Bela „Labā dzīve: subjektīvie vērtējumi un vīzijas”, Dzīves kvalitāte Latvijā, Apgāds „Zinātne”, Rīga, 2006, 432 lpp.;
- ¹⁹ Latvijas iedzīvotāju dzīves kvalitātes indekss, Stratēģiskās analīzes komisijas darba grupas atskaite, Rīga, 2006, 30 lpp.;
- ²⁰ *Standard Eurobarometer 70*, 2008. gada rudens, Eiropas Komisija, 131 lpp.;
- ²¹ Ienākumi un dzīves apstākļi Latvijā, Statistikas datu krājums (EU-SILC apsekojuma "Kopienų statistika par ienākumiem un dzīves apstākļiem" rezultāti) Centrālā statistikas pārvalde, Rīga, 2008, 67 lpp.;
- ²² *Health statistics – Atlas on mortality in the European Union*, EUROSTAT, European Commission 2009, 205 lpp.;
- ²³ *The Status of Health in the European Union: towards a healthier Europe*, report made in EUGLOREH Project, 2009; www.eugloreh.it;
- ²⁴ Pašnāvības Latvijā – situācija, perspektīvas, risinājumi. Ziņojums par situāciju, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, Rīga 2009, 29 lpp.;
- ²⁵ A.Kaupuzs, „Fiziskās aktivitātes gados veciem cilvēkiem”, Rēzekne 2009, 96 lpp.;
- ²⁶ International Osteoporosis Foundation, <http://www.iofbonehealth.org/>;
- ²⁷ I.M. Rubana „Veselīgs uzturs tiem, km 60 un...”, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 16 lpp.;
- ²⁸ Z.Zariņš, L.Neimane „Uztura mācība”, Apgāds „Rasa ABC” SIA, 2002., 101 lpp.;
- ²⁹ *Healthy Ageing – a Challenge for Europe*, The Swedish National Institute of Public Health (Tapis EK „The Healthy Ageing” projekta ietvaros), 2006., 228 lpp.;
- ³⁰ P.Brzycki, B.Tobiasz-Adamczyk, M.Kopacz, Jagiellonian University medical College, Poland, *Mortality in old age in relation to selected lifestyle factors*, poster presentation in EUPHA conference 2007;

-
- ³¹ Sirds veselības kabinetu apmeklētāju datu bāzes dati, Veselības inspekcija (agrāk v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”);
- ³² A. Ritsakis. *Demystifying th myths of ageing*. WHO, 2008;
- ³³ Latvijas iedzīvotāju ietekmējošo paradumu pētījuma (FINBALT monitorings) dati, Veselības ekonomikas centrs;
- ³⁴ Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, www.emcdda.europa.eu;
- ³⁵ *Euro Health Consumer Index*, Health Consumer Powerhouse 2009., 66 lpp.;
- ³⁶ Latvijas nacionālais rīcības plāns nabadzības un sociālās atstumtības mazināšanai 2004.-2006.gadam;
- ³⁷ V.Lehtinen, *Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge*. Somija, 2008, 10.lpp.;
- ³⁸ Latvijas statistikas gadagrāmata 2008, LR Centrālā statistikas pārvalde, Rīga, 2008, 568 lpp.;
- ³⁹ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, Saeima, pieņemts 31.10.2002., 1.pants;
- ⁴⁰ Ārstniecības likums, Saeima, pieņemts 12.06.1997., 3.pants;

