

Idősek egészségképei

Útmutató az idősek helyi egészségképeinek
elkészítéséhez



Kulcsszavak

IDŐS
IDŐSÖDŐ
SZOCIÁLIS TÁMOGATÁS
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK AZ IDŐSEK SZÁMÁRA
- szervezet és igazgatás

IRÁNYMUTATÁSOK

Absztrakt

Ez az útmutató pozitív és dinamikus modelleket alkalmaz az idősebb emberek egészségképének felméréséhez helyi szinten. Az egészségképek fontos eszközei az egészségfejlesztés tervezésnek, valamint fontos szerepet játszanak a közösség egészségének ellenőrzésében és elszámoltathatóságában. A profiloknak nemcsak a városi életvitel pozitívumait kell előmozdítaniuk, hanem ki kell emelniük a szolgáltatások hiányosságait és a nehéz társadalmi-gazdasági körülményeket is. Az útmutató 22 indexet tartalmaz, amelyek három csoportba sorolhatók: (A) lakossági profil, (B) egészségügyi és szociális ellátórendszerek, és (C) társadalmi portré, amely mutatja az egészség szélesebb meghatározóit és a képessé tételt.

Tartalom

Ajánlás

Előszó

Bevezetés

Bevezetés

Elmélet, szerkezet és tartalom

Méltányosság

A szekció. Népeségi Profil

1. Népeségi struktúra
2. Kistérségi lakóhely
3. Várható élettartam
4. Népeségdinamika
5. Függőségi arány
6. Egyszemélyes háztartás
7. Halálozási ok, kor, és nem
8. Megbetegedés
9. Mentális egészség
10. Funkcionális károsodás
11. Magatartás

B szekció. Az egészségügyi és szociális támogatási szolgáltatásokhoz való hozzáférés

12. Értékek
13. Városi szállítási és támogatási rendszerek
14. Egészségügyi és szociális gondoskodás

C. szekció Társadalmi-gazdasági portré: sebezhetőségek és erősségek

C1. Foglalkoztatás, jövedelem és a társadalmi pozíció

15. Gazdasági státusz
16. Bevétel
17. Oktatás

C2. Lakhatás és környezet

18. Háztulajdonjog
19. Biztonság és védelem otthon és a szomszédságban
20. Közlekedéshez való hozzáférés

C3. Részvétel és felhatalmazás

21. Részvétel a döntéshozatalban
22. Befolyás a közösségben

Befejezés

Ajánlás

Az idősödés jelensége és a társadalmi megítélés megváltoztatásának szükségességével járó kihívások valamint a társadalmi és gazdasági intézmények átszervezésének igénye világszerte közös tapasztalatokká nőttek ki magukat. Hatékony válaszokat keresnek minden országban.

A növekvő, idősödő népesség mind az öröm, mind a gondok forrása. Gond, hogy hogyan reagáljuk egy nagyobb, idősekkel túlsúlyban lévő népesség jogos követeléseire és igényeire.

Az aktív öregedés számos meghatározó tényezőtől függ, amelyeknek anyagi vonzatai vannak, valamint olyan társadalmi tényezőktől, amelyek befolyásolják a különböző egyéni magatartásformákat és érzéseket, ezért feltétlenül szükséges nagyobb tudás megszerzése az ezen tényezők miatt bekövetkező elkerülhetetlen következmények megértéséhez. A proaktív munkálkodás a városi polgárok kockázati tényezőinek azonosítása és felfedezése érdekében egyre fontosabbá válik, mivel mindenféle politikai döntést szilárd bizonyítékok alapján hozhatnak meg. A WHO Egészséges Városok Alhálózata az Egészséges Idősödési profilt fejlesztette ki, mint eszközt e célból. Ezzel az útmutatóval remélhetőleg hatékony eszközzé válik. A profilok három részből állnak: népesség; egészségügyi és szociális ellátórendszerek; és egy társadalmi portré. Az első két rész az idősebb emberek jellemzésének hagyományos módszereire épül - alapvető demográfia, a morbiditás, a halálozás és a szolgáltatásokhoz és támogatásokhoz való hozzáférés. A harmadik dinamikus elem, a társadalmi portré, tárgya az egészséget meghatározó tényezők (: mint például a jövedelem és a társadalmi-gazdasági helyzet, a lakhatás és a környezet), valamint az életpálya megközelítés. Ezért különös figyelmet szenteltek az idősödés pozitív jellemzőinek, valamint az időseknek és családjuknak, közösségeiknek és gazdasági erőforrásaiknak, támogató és életkörülményeiket biztosító tényezőknek.

A profilozás tehát nélkülözhetetlen tudást biztosít az egészségügyi és szociális szolgáltatások számára. Ezen tudásnak tettekhez kell vezetniük, amelyek a kormányok, törvényhatóságok és az önkormányzatok felelősségi körébe tartoznak, melyeknek lehetőséget kell biztosítani az egészségre, a részvételre és a biztonságra az életminőség javításában, amint az emberek elkezdnek idősödni. Továbbá ennek a tudásnak egy felvilágosodott pozitív és proaktív perspektívához kell vezetnie mely magában foglalja az emberiség fejlődésének megértését, ezen folyamat javainak kihasználását és hatékonyan kezelje az idősödés kihívásait. Azon városok, amelyek részt vesznek az Egészséges Idősödés Alhálózatban már megszerezték és megtapasztalták ezen tudást az egészségképek változásán keresztül.

Udine város Polgármestereként büszke tanúja vagyok annak, hogy ezen útmutató olyan értékeket teremtett, melyek hozzájárultak a politikai döntések javítása iránti motivációhoz, melyek végső célja a városban élő idősök igényeinek teljes kielégítése. Hasznos volt a helyi Önkormányzatok, az egészségügyi szektor, az önkéntes szektor és más testületekben dolgozók számára, akik munkája befolyással van a közpolitikára. Ezenkívül ágazatközi fellépés alapjaként került elfogadásra, és olyan módon hívta fel az idősebbek figyelmét, amely konstruktív változásokat fog hozni a jövőben. Például az egészséges idősödés átfogó témaként szerepel, és összekapcsolódik az egészséges várostervezéssel, amely egy életképesebb város létrehozásának kereteit biztosítja, mely minden korosztály számára élvezhető. Kiemelt hangsúlyt kapott az idősök elérhetősége, biztonsága az építészeti megoldások újratervezése révén (az építészeti akadályok csökkentése, az utcai biztonság és a városi terek kialakítása, amelyek lehetővé teszik a fizikai aktivitást és a társadalmi kohéziót). Udine esetében ezeket a folyamatokat minden bizonnyal támogatta a minőségi közösségi kutatás, amelyet a város a WHO Globális Kor-Barát Városok című projektben való részvétele révén végezhetett el. Összhangban a WHO alapelvei szerinti méltányos és aktív idősődéssel, a kutatás a közösség kor-barát felfogásáról mind az idősök, a gondozók és a szolgáltatók szemszögéből értékes eredményeket hozott. A folyamatban lévő megfontolások ezért arra készítetnek, hogy őszintén köszönetet mondjak a WHO Európai Regionális Irodájának, hogy Udine városának lehetőséget biztosított arra, hogy aktívan részt vegyen az egészséges idősödésről szóló alhálózatban, az útmutatók szerkesztőinek, Lena Kanström, Gianna Zamaro, Claes Sjøstedt és Geoff Green, valamint minden olyan városnak, amelyek a jövőben a cselekvés és a haladás eszközeként használják és fogják felhasználni.

Furio Honsell

Polgármester

Udine

Olaszország

Ajánlás

Ez az útmutató a WHO európai munkájának részeként készült az Egészséges Városok Alhálózata az Egészséges Idősödésről, amelynek Stockholm a vezető városa. Az útmutató kiegészíti a városok egészségügyi profiljainak fejlesztésére vonatkozó általános iránymutatásokat, és eltér a hagyományos megközelítésektől, az idősebb emberek profilozására fókuszál, amelyek hajlamosak a betegségekre és a függőségre összpontosítani. A szerkesztők, Lena Kanström, Gianna Zamaro, Claes Sjørstedt és Geoff Green azon saját munkatapasztalataikra támaszkodtak, melyeket az Egészséges Idősödés útmutató hatására értek el. Hálás vagyok Udine városának, hogy megkönnyítette az útmutató közzétételét és elismerését fejezi ki az európai régióban található kis és nagy városok politikai döntéshozói felé.

Agis Tsouros

Előszó

Ezen útmutató a Who Európai Egészséges Városok Alhálózatának, az Egészséges Idősödés stratégiájának részeként készítették el. Az alhálózaton belül 2005 és 2008 között fejlesztették ki, és az egészséges idősödés WHO koncepcióját használja fel az innovatív megközelítés kialakítására az idősök egészségmagatartásának feltárásához. A mutatók az életre, valamint a halálra, az egészségre és a betegségekre terjednek ki, és magukban foglalnak egy szélesebb körű meghatározást az egészségügyről és jólétről, melyek túl mutatnak a hagyományos egészségügyi és szociális szolgáltatásokon. Az értelmezés magába foglal 22 mutatót, kiegészítve technikai tanácsokkal a folytatáshoz, és egy példával arra, hogy miként alkalmazták az Alhálózat egyik tagvárosában. Számos város tesztelte ezt a mutatócsoportot. Bár a városokat arra ösztönzik, hogy alkalmazkodjanak és bővítsék ki a mutatókat, melyek tükrözik saját körülményeiket, fontos fenntartani az idős emberek életének holisztikus perspektíváját és széleskörű társadalmi hozzájárulásukat.

Lena Kanström (Stockholm, Svédország),

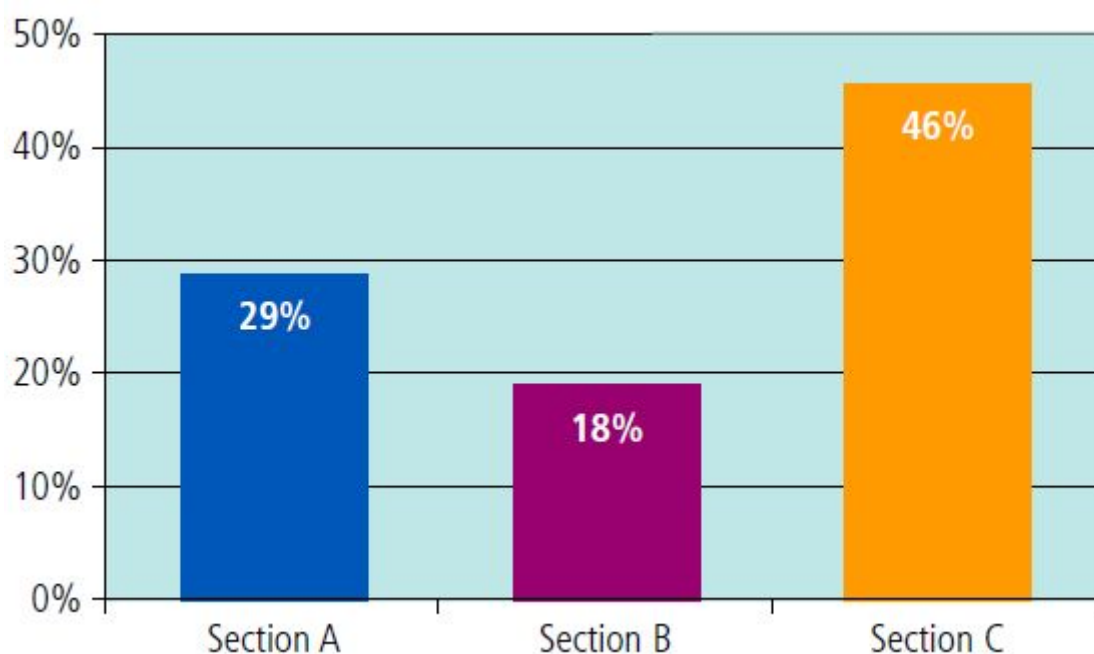
Gianna Zamaro (Udine, Olaszország),

Claes Sjöstedt (Stockholm, Svédország)

és Geoff Green (Sheffield, Egyesült Királyság)

Bevezetés

Ez az útmutató pozitív és dinamikus modelleket alkalmaz az idősebb emberek egészségképeinek felméréséhez a városokban. Az egészségképek fontos eszközei az egészségfejlesztés tervezésnek, valamint fontos szerepet játszanak a közösség egészségének ellenőrzésében és elszámoltathatóságában. A profiloknak nemcsak a városi életvitel pozitív vonásait kell előmozdítaniuk, hanem ki kell emelniük a szolgáltatások hiányosságait és a nehéz társadalmi-gazdasági körülményeket is. Hozzáférhetőnek és olvashatónak kell lenniük, valamint mennyiségi és minőségi információkat kell szolgáltatniuk az idősök egészségére és életkörülményeire vonatkozóan. Ez a naprakész útmutató egyaránt tudományos és pragmatikus válasz a visszajelzésekre a WHO Európai Egészséges Városok Hálózatának az Egészséges Idősödésről szóló 2005. júniusában megrendezett első teljes ülése során bemutatott és vitatott útmutatásokról. Ez a kezdeti útmutató az Alhálózatban részt vevő városok számára 75 indexet tartalmazó sablon formájában készült el, mely 3 részre tagolódott: (A) népességi profil, (B) egészségügyi és szociális ellátórendszer, (C) társadalmi portré. Később a 2005. szeptemberi bursai WHO Hálózati Üzleti Találkozó-ban részt vevő városok és a 2005. decemberi bécsi alhálózati találkozón ajánlották a legfontosabb indikátorok sorozatának kiválasztását az eredeti 75-ös listából, és naprakész útmutatást adtak ezek mindegyikének indoklásáról és módjáról. A bécsi találkozó azt ajánlotta, hogy Stockholm mint vezető város hívjon össze egy, a kisebb feladatok ellátásáért felelős csoportot. Ez a csoport 2006 júniusában találkozott, és vállalta el a feladatot. Ahhoz, hogy segítsenek a városoknak a megfelelő és teljes profilok kialakításában, a különböző szituációk összehasonlításához szükséges eszközök beszerzésében kielemeztünk 10 profilt, melyek 2016 május végén kerültek bemutatásra. Megállapítottuk, hogy sok városban nehéz volt összegyűjteni az összes kért adatot, különösen a C. szakasz számára, a társadalmi portrékban. Az 1. ábra a megválaszolatlan kérdések arányát mutatja az egyes szakaszokban.



Elmélet, szerkezet és tartalom

A frissített sablon megőrzi az eredeti hármas felosztást: (A) népességi profil, (B) Az egészségügyi és szociális támogatási szolgáltatásokhoz való hozzáférés (C) Társadalmi-gazdasági portré: amely mutatja az egészség szélesebb meghatározóit és a képessé tételt.

Az első két rész az idősebb emberek jellemzésének hagyományos módszereire épül - alapvető demográfia, a morbiditás, a halálozás és a szolgáltatásokhoz és támogatásokhoz való hozzáférés. A harmadik dinamikus elem, a társadalmi portré, tárgya az egészséget meghatározó tényezők(: mint például a jövedelem és a társadalmi-gazdasági helyzet, a lakhatás és a környezet), valamint az életpálya megközelítés. A városok számára ajánlatos felmérni az idősödés pozitív jellemzőit - az idős emberek mint erőforrás, a polgári és a családi életben való részvételük. Az idősek véleményének és felfogásának időről időre történő felmérése az egészségükre, az életkörülményeikre és szükségleteikre vonatkozóan értékes információkat nyújtanak.

Ennek érdekében azt ajánljuk, hogy több könnyen elérhető indikátort válasszanak, melyek segítségével átfogó leírást készíthetnek és ezek segítenek össze hasonlítani és közös stratégiát kialakítani az Alhálózat különböző városaiban.

1.tábla Indikátorok listája

A szekció Népességi profil

1. Népességi struktúra
2. Kistérségi lakóhely
3. Várható élettartam
4. Népességdinamika
5. Függőségi arány
6. Egyszemélyes háztartás
7. Halálozási ok, kor, és nem
8. Megbetegedés
9. Mentális egészség
10. Funkcionális károsodás
11. Magatartás

B szekció. Az egészségügyi és szociális támogatási szolgáltatásokhoz való hozzáférés

12. Értékek
13. Városi szállítási és támogatási rendszerek
14. Egészségügyi és szociális gondoskodás

C. szekció Társadalmi-gazdasági portré: sebezhetőségek erősségek, képessé tétel

C1. Foglalkoztatás, jövedelem és a társadalmi pozíció

15. Gazdasági státusz
16. Bevétel
17. Oktatás

C2. Lakhatás és környezet

18. A lakóház tulajdonjoga
19. Biztonság és védelem otthon és a szomszédságban
20. Közlekedéshez való hozzáférés

C3. Részvétel és felhatalmazás

21. Részvétel a döntéshozatalban
22. Befolyás a közösségben

Méltányosság

Az útmutatóban a méltányosság elve érvényesül. Bizonyos etnikai elvek főként az idős emberekre vonatkoznak, de ezek megfeleltethetőek az egész népességre vonatkozó méltányossági meghatározásokkal. A torontói nyilatkozat a méltányosságról és egészségről a második Nemzetközi Társaság a Méltányosságért és Egészségért konferencián lett elfogadva 2002-ben.:

A méltányosság az egyéni, közösségi, társadalmi és nemzetközi jólét egyik sarokköve.

A méltányosság az egészségben azon emberekre épül, akik hozzáférhetőséggel rendelkeznek bizonyos erőforrásokhoz, rendelkeznek bizonyos képességekkel, melyeket életük bizonyos területein kell használniuk, melyek meghatározzák az egészségüket.

Ezért a kormányoknak és a nemzetközi szervezeteknek olyan irányelveket és programokat kell kidolgozniuk, amelyek nemcsak az alapellátáshoz való méltányos hozzáférést teszik lehetővé, hanem az egészség társadalmi, gazdasági és környezeti determinánsaihoz is kapcsolódnak.

A 22 mutató közül néhány kifejezetten a méltányosságra utal az értelmezésüket tekintve. Például a B. szekció 12. mutatója olyan értékeket foglal magába, amelyek leírják az egészségügyi és szociális szolgáltatások céljait és orientációját. Méltányosság alatt a szolgáltatások tisztességes és megfelelő módon történő nyújtását értjük az idősek és más társadalmi csoportok számára. A legalapvetőbb szinten a méltányosság a társadalmi igazságosság széles körű fogalmával foglalkozik.

Amint azt a méltányosságról- és egészségügről szóló torontói nyilatkozat is jelzi, a méltányosság egy olyan barátságos városi környezet kialakítására is vonatkozik, amely támogatja az idősebb embereket a mindennapi életben. Például a C. szekcióban a védelemre és biztonságra vonatkozó 19. mutató rámutat arra, hogy az idős emberek, különösen az idősebb nők sokkal jobban félnek a bűnözéstől, mint a fiatalabb szomszédjaik; és a bűnözéstől való félelem, amelyet az ellenséges városi környezet befolyásol, rosszabb szellemi egészséggel jár együtt.

A

SZEKCIÓ

Népszerűégi Profil

Ez a rész 6 mutatót tartalmaz a város lakossági dinamikájáról és 5 mutatót az egészségi állapotról (2. Tábla). A demográfiai profil azért fontos, mert megadja az idősök arányát a munkaképes korú népességhez képest, bemutatva ezzel a városok és az országok nyugdíj, egészségügyi-és szociális ellátás nyújtásának képességét. A várható élettartam hagyományos mutatói, a halálozás és a megbetegedések minden korosztályban kulcsfontosságú elemei az alapvető adatkészletnek. Segítenek megjósolni a jövőbeli tendenciákat és azonosítani azon beavatkozásokat a korai élet során, melyek segíthetnek megakadályozni a betegség, a fogyatékoság és a függőség kialakulását a későbbi életszakaszban.

2.tábla Indikátorok listája

A szekció Népszerűégi profil

1. Népszerűégi struktúra
2. Kistérségi lakóhely
3. Várható élettartam
4. Népszerűégdinamika
5. Függőségi arány
6. Egyszemélyes háztartás
7. Halálozási ok, kor, és nem
8. Megbetegedés
9. Mentális egészség
10. Funkcionális károsodás
11. Magatartás

1. Népeségi struktúra

➤ ELMÉLET

Ez a mutató átfogó képet nyújt a város lakosságáról, és tartalmazza az összes korcsoportot, kontextust biztosítva ezzel az idősebb népesség számára, hogy megkönnyítse a függőségi arány meghatározását. (lásd 5. mutató)

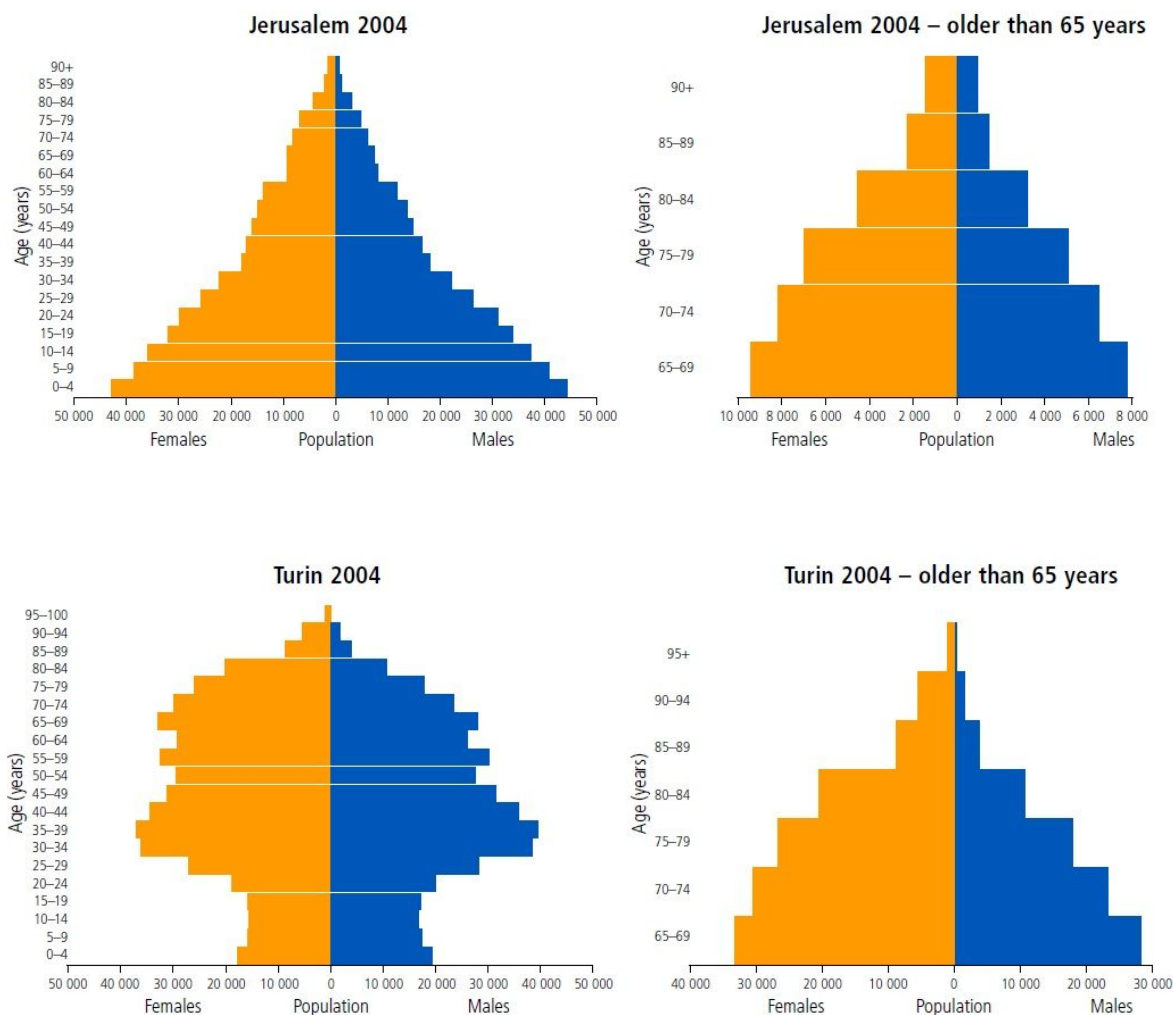
➤ GYAKORLAT

A városoknak a nemzetközileg elfogadott nemenkénti ötös életkor felosztást kell felhasználniuk a többi WHO hálózatváros tendenciáinak összehasonlítására. Kezdetben számokat és nem százalékot kell megadni. A városok számára ajánlott a legfrissebb rendelkezésre álló adatok felhasználása és azok populációs piramisok formájában történő bemutatása.

➤ PÉLDA

Torinó és Jeruzsálem a példa a spektrum két szélére. Jeruzsálemnek nagyon fiatal lakossága van, és az olaszországi Torinóra pedig az idősödő népesség a jellemző (2. ábra).

Fig. 2. Age pyramids: Turin and Jerusalem



2. Kistérségi lakóhely

➤ ELMÉLET

Itt a cél az, hogy meghatározzuk a területi sűrűség változását, hogy a városok megfelelően feloszthassák az erőforrásaikat és megtervezhessék a szolgáltatások elosztását. Ez különösen nagyvárosok számára hasznos, melyek több területi központtal működnek.

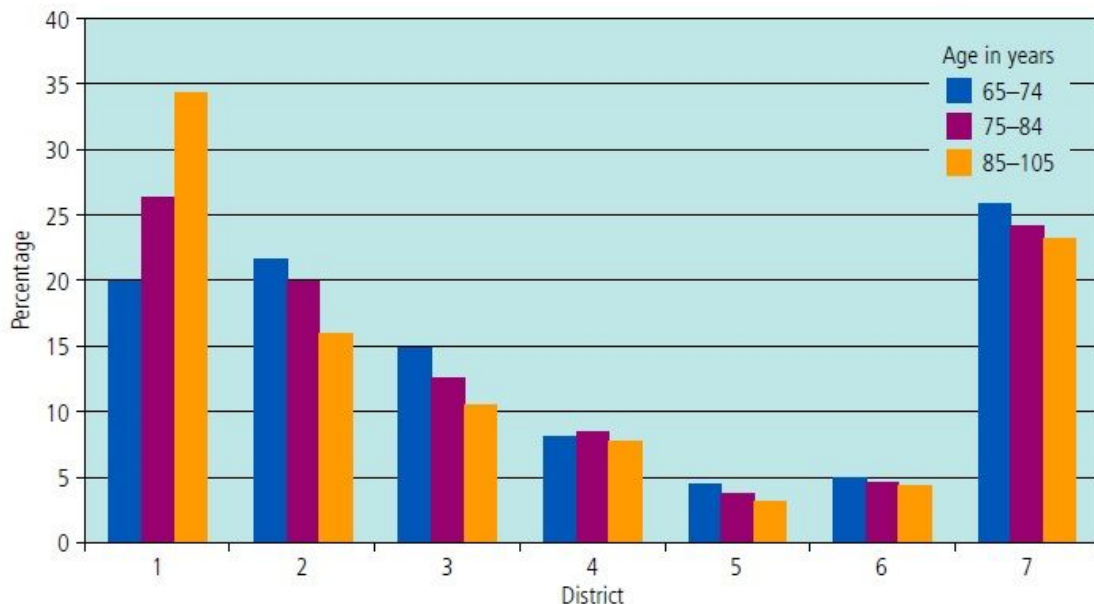
➤ GYAKORLAT

Az adatokat térképes és/vagy táblázatos formában lehet prezentálni. Ajánlott földrajzi információs rendszert, GIS-t használni, ha ez lehetséges. Könnyen értelmezhető a program és használhatjuk arra, hogy bemutassa a kapcsolatot az életkor, a fogyatékoság vagy megbetegedés és lakhatás között. Az ilyen információk hasznosak a méltányosság kiterjesztésének és hozzáférhetőségének fejlesztésében.

➤ PÉLDA

Bécsben 23 kerület található, a 13. kerületben jelentősen nagyobb arányban élnek az 50. életévüket betöltötték és a náluk idősebbek. Udine városában az idősebbek, akik gazdaságilag és társadalmilag stabil helyzetet élveznek, kiköltöznek a belvárosból, amely az első a hét kerület (3. ábra).

Fig. 3. Distribution of older people in Udine by city district



3. Várható élettartam

➤ ELMÉLET

A városban tapasztalható viszonylag alacsony várható élettartam súlyos egészségügyi problémákat jelez. Ezzel szemben a megnövekedett várható élettartam jobb egészségre utalhat. A legtöbb európai városban az élettartam hossza növekszik, elősegítve a vita kérdését például arról, hogy a nyugdíjkorhatárt fel kell-e emelni, és hogy az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat hogyan kell átirányítani, hogy az megfelelően kiszolgálja az idősebb nők megnövekedett létszámát.

➤ GYAKORLAT

A számításhoz bizonyos statisztikai és epidemiológiai ismeretekre¹ van szükség, amelyekkel a helyi egészségügyi hatóságok általában rendelkeznek. A városi lakosok várható élettartama kiszámítható a változók felhasználásával (lásd lejjebb) és a helyi adatok importálásával.

➤ PÉLDA

A 3. táblázat mutatja Udine életkor szerinti várható élettartamát.

1: Livi-Bacci M. Introduzione alla demografia. 3. kiadás Turin, Loescher, 1999

(a): 2002, mivel ez a legutóbbi év, amelyen halálozási statisztikák állnak rendelkezésre.

(b): 2050, mivel az adatok elég erősek ahhoz, hogy ezt a hosszú távú előrejelzést megvalósítsák

$$T_x = L_x + L_{x+1} + \dots + L_{w-1}$$

$$e_x = \frac{L_x + L_{x+1} + \dots + l_{w-1}}{l_x}$$

$$e_o = \frac{T_o}{l_o} \quad e_x = \frac{T_x}{l_x}$$

Jelmagyarázat:

x = kor

e_x = az x életkorban élő emberek fennmaradó várható élettartama

T_x = a kohorszban élt személyi évek teljes száma, az x évtől kezdve, amíg a kohorsz összes tagja meghalt. Ez az L x oszlopban levő számok összege az x-től az Lw-1-ig.

L_x = a kohorsz által élt személyi évek teljes száma az x-től az x + 1-ig.

l_x = "A túlélő funkció"; az x életkorban élő emberek száma

Age (years)	Life expectancy (years)			
	Females		Males	
	2002 ^a	2050 ^b	2002 ^a	2050 ^b
0–4	83.18	97.38	76.72	81.32
5–9	78.47	92.75	72.01	76.62
10–14	73.51	87.78	67.04	71.65
15–19	68.56	82.81	62.07	66.68
20–24	63.62	77.85	57.25	61.84
25–29	58.70	72.90	52.51	57.06
30–34	53.79	67.95	47.70	52.21
35–39	48.88	62.99	42.91	47.37
40–44	44.00	58.06	38.11	42.52
45–49	39.22	53.16	33.48	37.79
50–54	34.54	48.29	28.91	33.10
55–59	29.99	43.45	24.63	28.61
60–64	25.55	38.63	20.49	24.20
65–69	21.16	33.81	16.70	20.01
70–74	17.07	29.06	13.29	16.08
75–79	13.27	24.36	10.36	12.47
80–84	9.82	19.73	7.90	9.23
85–89	6.87	15.24	5.55	6.20
90–94	4.72	11.02	3.92	3.96
95–99	3.38	7.28	2.79	2.31
100–104	2.36	4.22	1.93	1.97
105–109	1.63	2.35	1.33	1.69

4. Néességi dinamika

➤ ELMÉLET

A politikai döntéshozók szeretnék tudni a városaik kilátásait, hogy ehhez mérten tervezhessék meg a szolgáltatásokat, ezáltal befolyással legyenek a népesség változó tényezőire. Számos európai városnak jelentős problémái vannak a születési arányszám csökkenésével, a megnövekedett élettartalommal és a bevándorlással kapcsolatban. Minden olyan népességdinamika, amely növekedéshez vagy hanyatláshoz vezet, politikai hatással van a városi gazdaságok fenntarthatóságára és az egészségügyi és szociális szolgáltatások biztosítására, különösen az idősök számára.

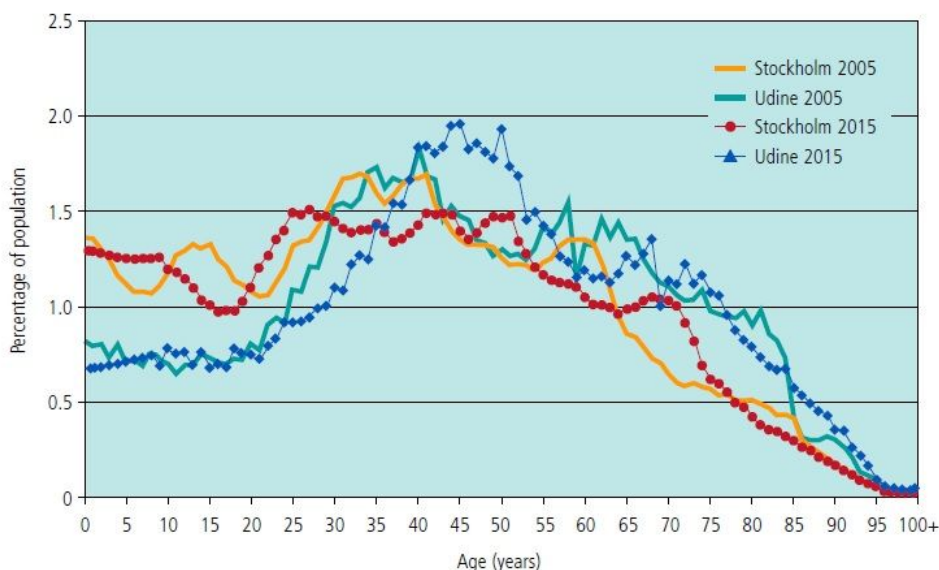
➤ GYAKORLAT

Ez a mutató egyesíti a városi populáció természetes növekedését vagy csökkenését (1) a halálzási arány, a teljes termékenység aránya és (2) a migrációs áramlások felhasználásával, melyek mindegyike jelzi a jövőbeli trendeket és a népesség korstruktúráját. Ezeket a kvantitatív adatokat ki lehet egészíteni minőségi adatokkal, melyek a méltányossági kérdéseket is érintenek, például azt, hogy a bevándorlók és az etnikai kisebbségek hogyan illeszkednek be a város gazdasági és társadalmi életébe.

➤ PÉLDA

A 4. ábra a populáció népesség szerinti megoszlását mutatja Stockholm és Udine városában. 1990 és 2001 között az éves halálzási arány mind Stockholmban, mind Udineban meghaladta a születést, ami a lakosság természetes csökkenéséhez vezetett. A stockholmi migráció azonban kompenzálta ezt a csökkenést. A stockholmi prognózis az, hogy a migráció és a növekvő születési arány megtartja az egyensúlyt a fiatalok és az idősök között 2015-ben. Udineban a folyamatosan alacsony születési arány és a növekvő magas élettartam fenntartja a 60 évnél idősebbek arányát 2015-ig és azon túl is.

4. ábra. A lakosság korcsoportonkénti eloszlása (egyéves kohorszok) Stockholmban és Udine-ban, 2005-ben és 2015-ben



5. Függőségi arány

➤ ELMÉLET

A függőségi arány megfelel a függőségi szegmensek arányának, a lakosság egy városban a munkakörülményekhez vagy "produktív" szegmenshez viszonyítva; ez a rendelkezésre álló erőforrásokhoz viszonyított potenciális társadalmi támogatási igényt méri fel, amely abból indul ki, hogy minden 15-64 éves ember közvetlen vagy közvetett támogatást nyújt a náluk fiatalabbak vagy idősebbek számára. A hálózati városok a függőségi arány változatosságát kívánják megteremteni, hogy az idős embereket erőforrásként ismerjék el.²

➤ GYAKORLAT

A klasszikus egyenlet a következő:

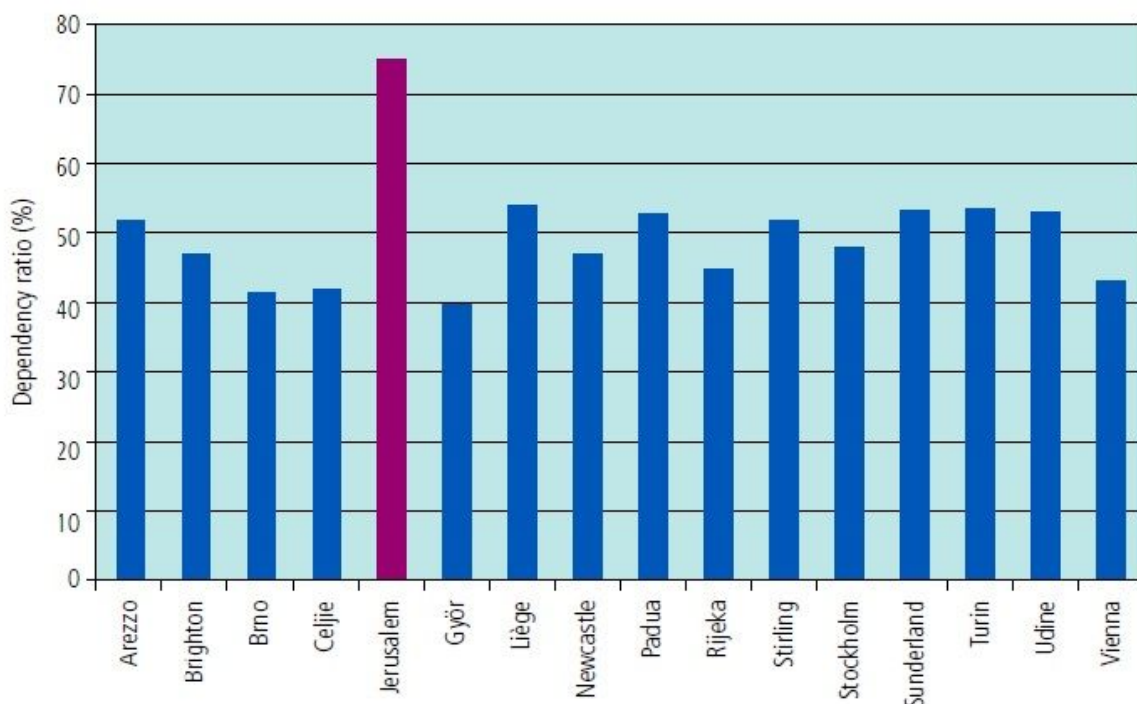
Függőségi arány = $(0-14 \text{ év közötti népesség} + 65 \text{ év feletti népesség} / 15 \text{ és } 65 \text{ év közötti népesség}) \times 100$

➤ PÉLDA

A függőségi arány jóval magasabb a jobbra fiatalok lakta városokban, például Jeruzsálemben (népesség demográfiai átmenetben) vagy olyan országokban, ahol növekszik az idős emberek száma, mint például Arezzo. (5. ábra).

²Zamaro G, Green G, Tsouros A. Új függési arány modell az európai városok számára. Olasz Nyilvános Közegészségügyi Hivatal (sajtó)

5. ábra Függőségi arányok 16 alhálózati városban



6. Egyszemélyes háztartás

➤ ELMÉLET

A hangsúly a 65 éves kor felett egyedül élők számán és arányán van. A családi állapot (özvegy vagy elvált) egy lehetséges magyarázatot adhat arra, hogy miért élnek egyedül az emberek. A következmények sokkal fontosabbak. Az egyedül élő idős emberek nagyobb valószínűséggel igényelnek szociális szolgáltatásokat.

➤ GYAKORLAT

A mutató egy háztartásra vonatkozik, nem egyénre, hiszen aki a házassági státusza alapján egyedülállónak minősül még együtt élhet más személyekkel. A mutatónak a 65 évnél idősebb korosztály százalékos arányára kell utalnia.

➤ PÉLDA

A stockholmi profilt előnyben részesítik, mert a háztartások, és nem az egyének helyzetére utal. A 75-84 éves egyedül élő nők aránya nagyon magas (4.tábla).

4. tábla A háztartások állapota kor és nem szerint Stockholm területén, 2000-2003 között

Háztartások helyzete	Férfi(%)		Nő(%)	
	Kor(évek)		Kor(évek)	
	65-74	75-84	65-74	75-84
Egy felnőtt és legalább egy 18 éven aluli gyermek	0.6	0.4	0.0	0.0
Egy felnőtt és egy 18 évnél idősebb gyermek	0.8	1.2	1.3	0.0
Együttélés egy felnőttel gyermek nélkül	70.2	69.4	56.0	34.2
Egyedülálló és legalább egy 18 éven aluli gyermek	0.0	0.0	0.0	0.0
Egyedülálló és 18 éven felüli gyermek	0.5	0.0	1.2	1.7
Egyedülálló gyermek nélkül	27.5	29.0	41.5	63.6
Egyedülálló és szülőkkel él	0.4	0.0	0.0	0.5
Összes	100.0	100.0	100.0	100.0

7. Halálozási ok, kor és nem

➤ ELMÉLET

A mortalitás számának és tendenciájának a kor és nem szerinti becslése megkönnyíti a szolgáltatások tervezését, beleértve a kórházi ágyak méltányos elosztását. A profilok eredményei a szívbetegség általános mintáját mutatják, melyet a daganatos megbetegedés követ, mint a halál leggyakoribb oka. A halálozás öt leggyakoribb oka nem fertőző betegségekből ered, amelyeket az életmód és a hozzá kapcsolódó szerkezeti tényezők, például a lakhatás és a foglalkoztatottság közeli hatásai határoznak meg. Az életpálya megközelítés (beleértve az elsődleges megelőzést és az egészséges várostervezést) befolyásolhatja ezen betegségek jövőbeli kialakulását és prevalenciáját.

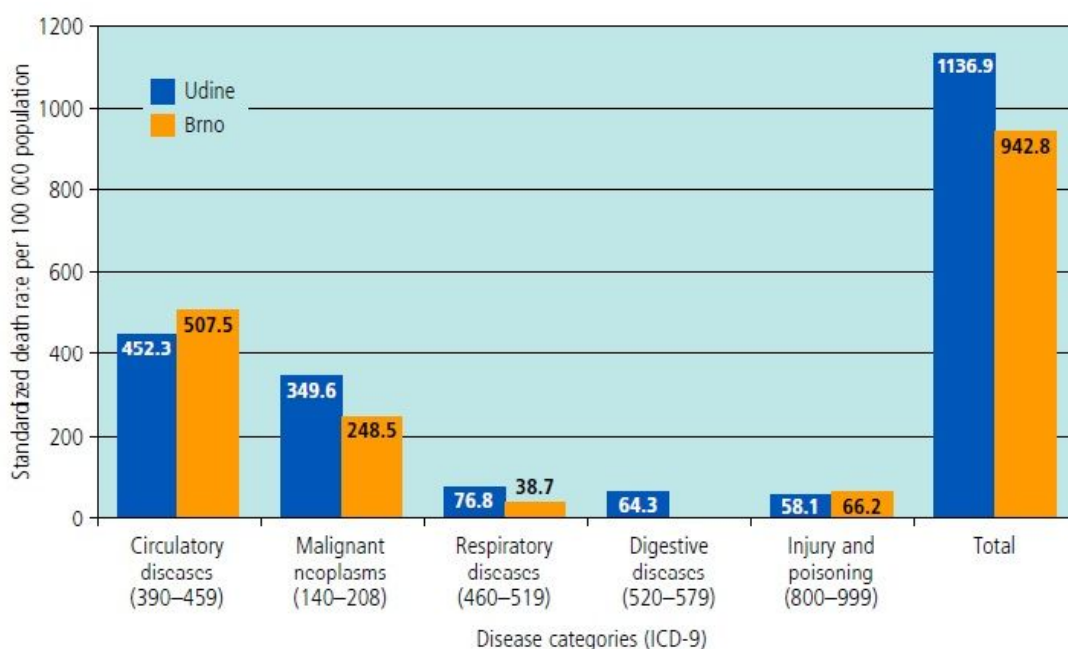
➤ GYAKORLAT

A Betegségek és a hozzájuk kapcsolható egészségügyi problémák Nemzetközi Statisztikai Osztályozása (BNO-10 - legújabb verzió) ajánlott a mutatók kiszámításához. A nyers adatok standardizálását ajánlott összehasonlítani az európai lakossággal, és nem az országos lakossággal.

➤ PÉLDA

A rijekai profil abszolút számokra utal, a bécsi profil a különböző okok miatti halálozás százalékára utal. Mind Brno és mind Udine városok profiljai standardizált halálozási arányokat mutatnak be, amelyek megkönnyítik a két város összehasonlítását. A 6. ábra azt mutatja, hogy Udine esetében a daganatos megbetegedések mortalitási rátája szignifikánsan magasabb, mint Brno esetébe. Lehetséges magyarázat a hajógyártás nehéz munkakörülményeinek örökítése az iparba, a magas radon koncentráció és a gyakoribb egészségtelen életmód.

6.ábra Specifikus standardizált halálozási arány Udine-Brno



8. Megbetegedés

➤ ELMÉLET

A városi lakosság megbetegedésének mintázata egyszerűen bemutathatja az életkor és a betegségek közötti kapcsolatot, amely lehetővé teszi a politikai döntések és programok átírányítását.

➤ GYAKORLAT

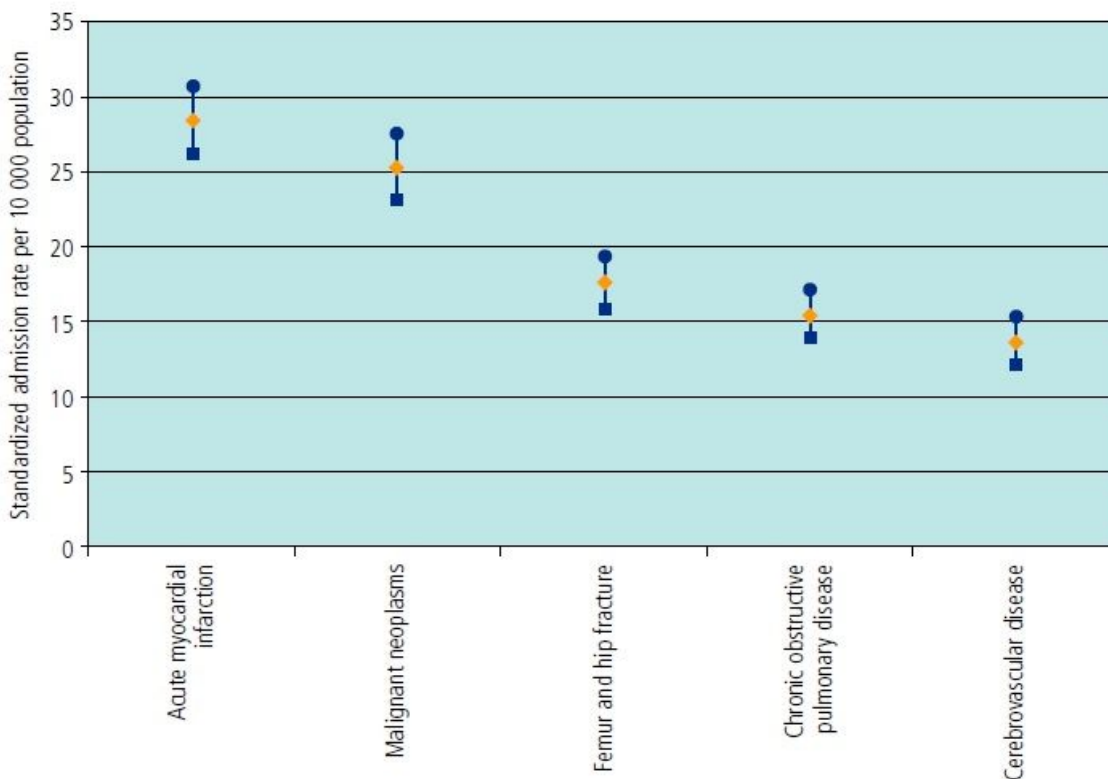
A városban a morbiditás előfordulásának megállapítására két alapvető kiegészítő megközelítés létezik: (1) kis mintavételes felmérések, amelyek az egész város lakosságát reprezentálják, és (2) az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének nyilvántartása. Az első lehetőség egyik előnye az, hogy képes felmérni az alacsony szintű megbetegedéseket is, például hátfájás tünetei. De ez drága, ha speciális felmérést igényel. A konkrét morbiditás mérésére szolgáló nemzetközi eszközök megkönnyítik a városok összehasonlítását. A második lehetőség kevésbé költséges, mert rutinszerűen gyűjtött adatokra támaszkodik.

➤ PÉLDA

A 7. ábra kórházba kerülés 5 leggyakoribb okának standardizált arányát (95% -os konfidencia intervallum) mutatja 65 év és a felettek körében Udine városába.

Akut myocardiális infarktus, Malignus daganatok, Combcsont-és csípőtörés, COPD, Cerebrovaszkuláris betegség

7.ábra



9. Mentális egészség

➤ ELMÉLET

A mentális egészség előfeltétele a jó életnek a családba, a munkába és a tágabb társadalomba való integrálása. A munkaerőpiac elhagyásának egyik leggyakoribb oka a rosszabb mentális egészség az 50 évesek és idősebbek körében. Mivel a legtöbb ember képes egy jó mentális működést fenntartani egy egész életcikluson keresztül a haláláig, ezáltal hasznosan hozzá tudnak járulni a társadalomhoz, bár ezt a lehetőséget néha nem ismerik fel. A kisebbség demenciát okozó degeneratív betegségben szenved, amely az egészségügyi és szociális gondozási szolgáltatások támogatását igényli.

➤ GYAKORLAT

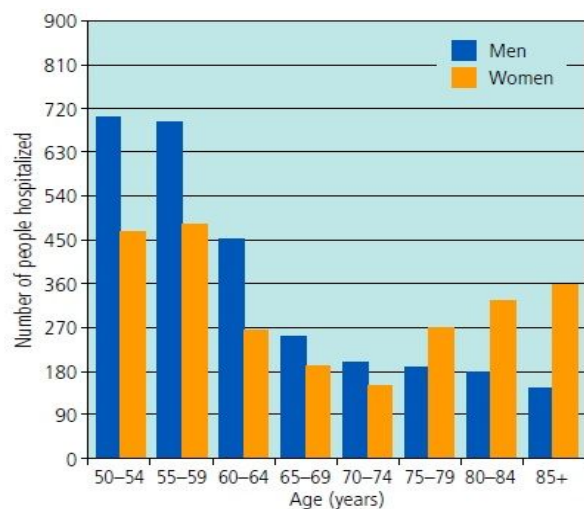
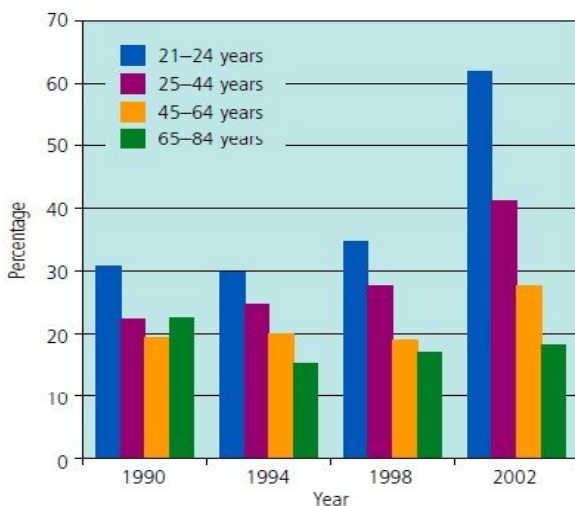
Az alapvető megközelítés (1. megközelítés) a város mentális egészségének megállapításához, olyan kis mintavételes felmérések, amelyek a városi lakosság egészét reprezentálják, és a depresszió és a szorongás (a közönséges mentális rendellenesség) alacsony szintjeit is képesek felmérni, mint például a magányosság vagy félelem. Ez azonban drága eljárás lehet, és külön felméréssel vagy az átfogóbb lakossági felmérés keretein belül valósulhat meg. Szabványos mérőeszközök (mint például az EQ-5D, öt tételű Mentális Egészségügyi Nyilvántartás (MHI-5) vagy az általános egészségügyi kérdőív (GHQ-12)) segítik a városok közötti összehasonlítást. Másrészt a mentális betegségekről a helyi egészségügyi hatóságok által rutinszerűen összegyűjtött adatai is rendelkezésre állnak. (2. megközelítés). A városoknak ajánlott olyan degeneratív betegségekre összpontosítani, mint például a demencia, mert az idősebb korban gyakrabban fordul elő.

➤ PÉLDA

Stockholm a GHQ-12-öt használja fel a mentális egészség felméréséhez. A 8. ábra azon nők százalékos arányát mutatja mind a négy korosztályban, amelyeknek rossz a mentális egészség mutatói. A 9. ábra a mentális rendellenességek kórházi felvételét szemlélteti.

8. ábra 1. megközelítés: a 21-84 éves, rossz egészségi állapotú emberek százalékos aránya Stockholmban, 1990-2002 között

9. ábra 2. megközelítés: mentális zavarok miatt kórházban élő emberek száma Stockholmban (1,8 millió fő), 2003



10. Funkcionális károsodás

➤ ELMÉLET

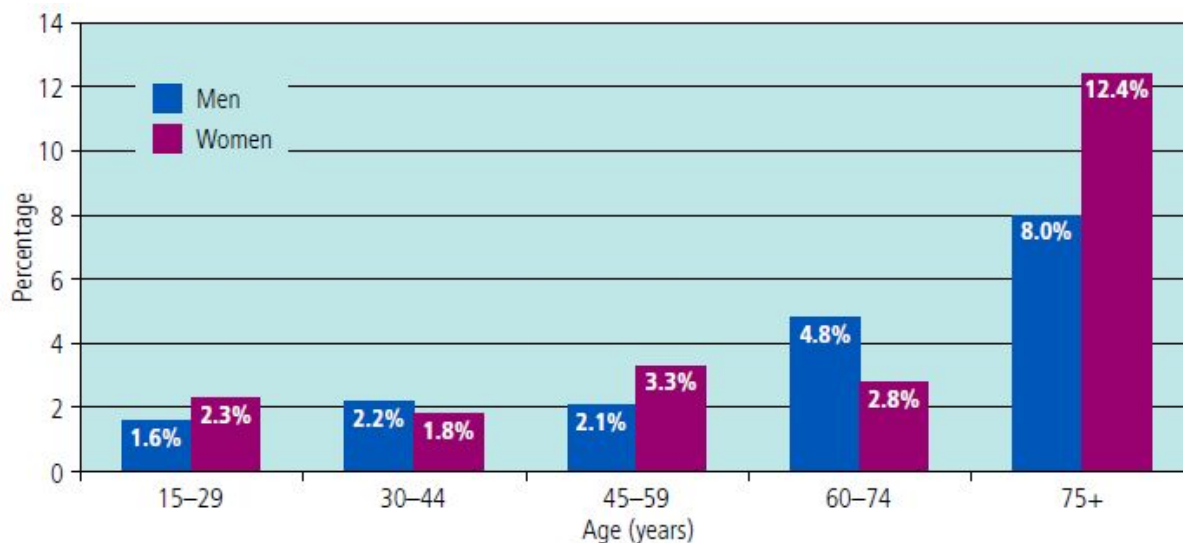
Ez a széles mutató magában foglalja a funkcionális károsodás valamennyi szintjét attól kezdve, hogy valaki nem éri el a cipőjét a befűzéshez vagy nem tudja megkötni a nyakkendőjét odáig, hogy már képtelen az önellátásra. A fogyatékoság miatt sokan már akár 50 éves koruktól munkaképtelenek lehetnek (lásd a C. fejezetben), ezen idős kori munkaképtelenség megterheli az egészségügyi és szociális ellátást nyújtó szolgáltatókat. Ezért szükséges (1) jelezni a probléma nagyságát idősebb korban, a támogató egészségügyi és szociális szolgáltatók felé, amely segíthet a szolgáltatások szintjének megfelelő és méltányos elosztásának tervezésében, és (2) jelzi a különböző életszakaszban előforduló prevalencia arányokat, a megelőzésre történő összpontosítás érdekében.

➤ GYAKORLAT

Kép alapvető megközelítés létezik a funkcionális károsodás vagy a fogyatékoság prevalenciájának felmérésére a városban: (1) kis mintás felmérések, amelyek reprezentálják az egész városi lakosságot, és (2) a közmű szolgáltatók nyilvántartásai. Az első lehet drága, és egy speciális felmérés vagy egy átfogóbb lakossági felmérés részeként érhető el. A standard mérőeszközök, mint például a A Funkcióképesség, A Fogyatékoság És Az Egészség Nemzetközi Osztályozása megkönnyítik a városok összehasonlítását. A második kevésbé költséges, mert rutinszerűen gyűjtött adatokra támaszkodik, de nem mutatja ki a hatóságok számára ismeretlen kisebb funkcionális zavarokat.

➤ PÉLDA

Bécs a példa az 1. megközelítésre (10. ábra) és a Stockholm megye a 2.-ra (5. táblázat).



10. ábra: Bécs: személyes aktivitást igénylő tevékenységek (pl. mosás és öltözködés) életkor szerint

Age (years)	Using home-help service
65-74	2.5%
75-79	6.9%
80-84	13.6%
85-89	23.8%
90+	31.3%

5. tábla: Stockholm megye: otthoni segítségnyújtás kor szerinti igénybevétele

11. Magatartás

➤ ELMÉLET

A XX. Század folyamán a fertőző és a nem fertőző betegségek egy epidemiológiai átalakuláson mentek keresztül, amelyek jelenleg a fogyatékoság és a halálozás fő okai. A magatartás közeli hatással van a nem fertőző betegségekre. Például a dohányzás, a táplálkozás, az alkohol és a kábítószer, valamint az elégtelen fizikai aktivitás daganatos megbetegedést, cukorbetegséget és szív- és érrendszeri megbetegedéseket, valamint légúti megbetegedéseket okozhat. Ezek fogyatékosághoz, mások segítségével való függéshez és halálhoz vezetnek. A politikáknak foglalkoznia kell a komplex távoli determinánsokkal és ezek közeli hatásaival.

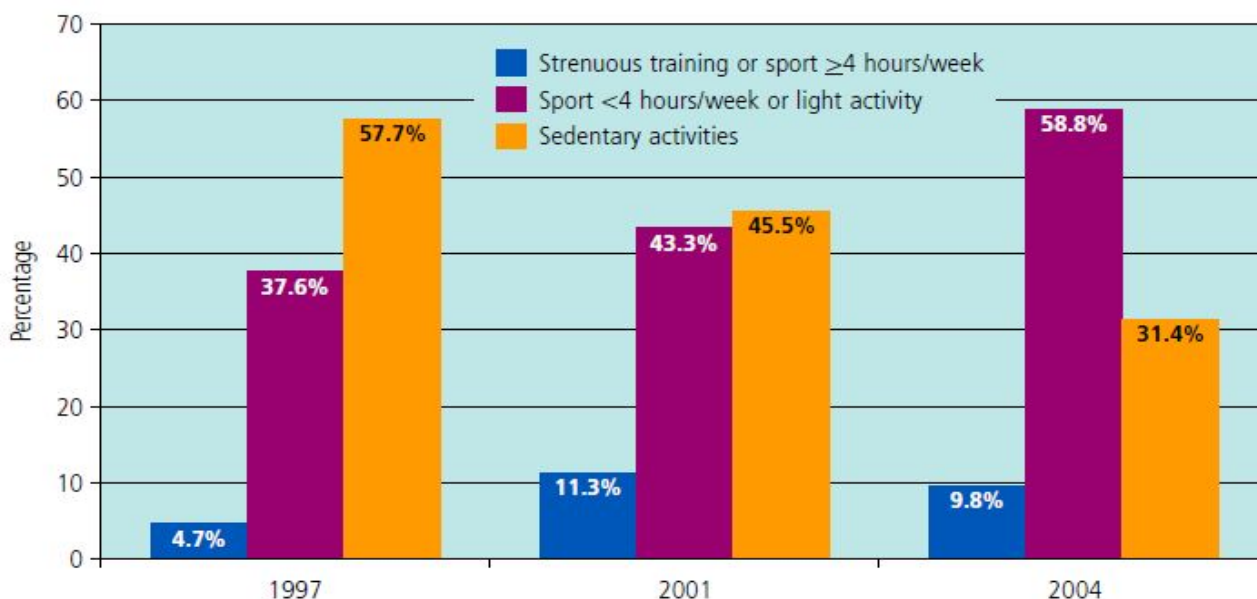
➤ GYAKORLAT

A gyakoriságot csak kis mintavételes felmérések alapján lehet megállapítani, amelyek az egész város lakosságát reprezentálják. Ezek drágák lehetnek, és csak speciális felmérés vagy átfogóbb népszerű felmérés keretében érhetők el. A standard mérőeszközök megkönnyítik a városok összehasonlítását.

➤ PÉLDA

Liège városa a példa (11. ábra).

11.ábra: Szabadidős fizikai aktivitás a 65-74 évesek körében Liègeben, 1997-ben, 2001-ben és 2004-ben

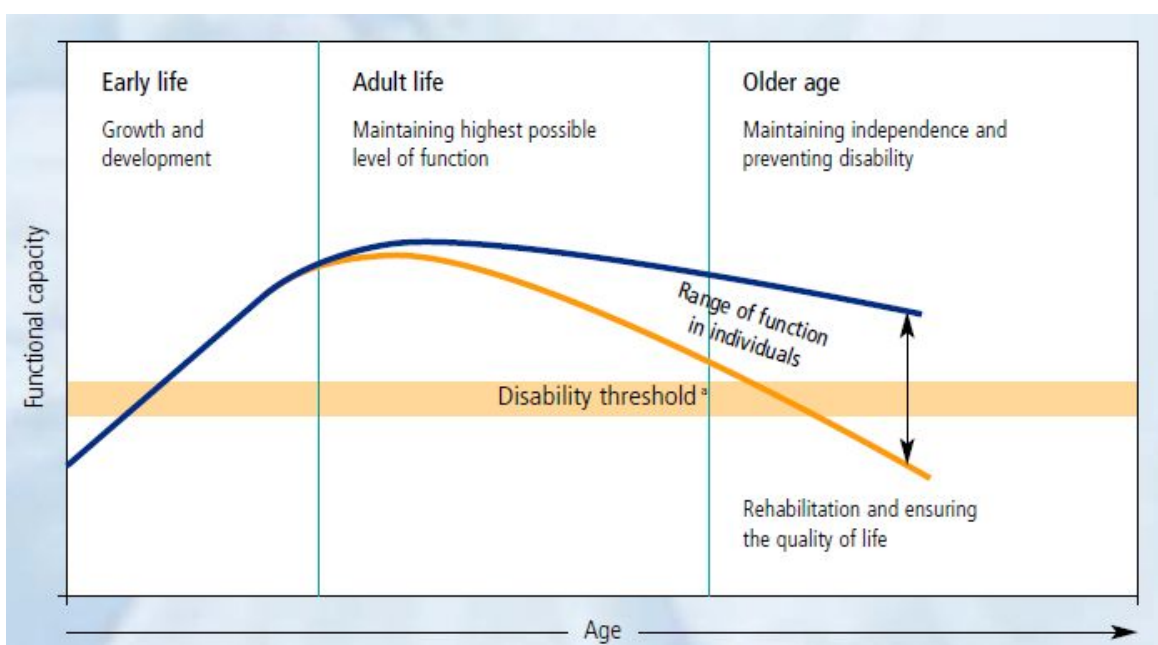


B szekció

Az egészségügyi és szociális támogatási szolgáltatásokhoz való hozzáférés

Az Alhálózatok városainak négy célja az, hogy "elősegítsék az egészségügyi és szociális ellátást nyújtó szolgáltatók elérhetőségét, amelyek támogatják a függetlenséget, míg szükség esetén formális gondozást biztosítanak az idősök számára, valamint támogatják családjukat és gondozóikat". A profil ezen része kiemeli azokat a hagyományos egészségügyi és szociális szolgáltatókat, amelyek a funkcionális károsodást szenvedő idősöket támogatják. Az ábra az aktív idősödésről:(12. Ábra) nagymértékű eltérést mutat a fizikai működés csökkenésének mértékéről a fiatal felnőttkori élet csúcspontjához képest.

12.ábra A funkcionális energia mértékének fenntartása az életciklusok során



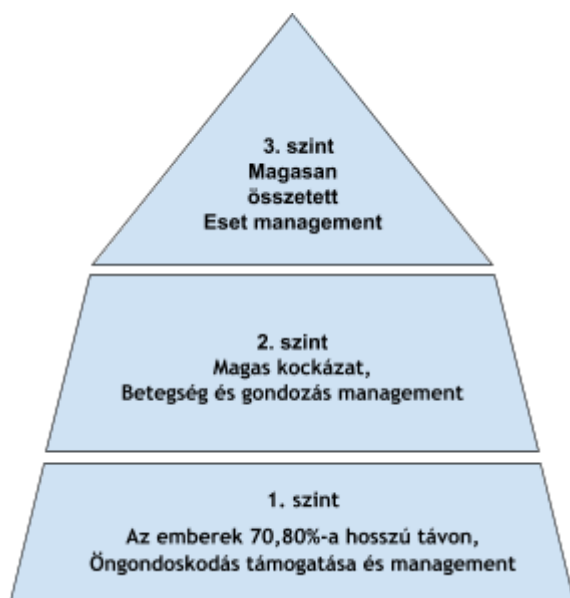
^aA környezet forrásai csökkenthetik a fogyatékosági küszöböt, így csökkentve a fogyatékkal élők számát egy adott közösségben

Fiatalkor: Növekedés és fejlődés

Felnőttkor: Lehető a legmagasabb szintű működés fenntartása

Időskor: Függetlenség fenntartása és a fogyatékoság elkerülése, a rehabilitáció és az életminőség biztosítása

A C szakasz kiemeli, hogy a beavatkozások mértéke csökkenést mutat az életciklusok közepén. A B. szakasz (6. táblázat) azokra az idősekre koncentrál, akik a funkcionális kapacitás csökkenése miatt a funkcionális károsodási szint küszöbére kerültek (lásd a funkcionális károsodásról szóló 10. mutatót). Az Alhálózat első, 2005-ös júniusi találkozója három szintű egészségügyi és szociális támogatási rendszert határozott meg, amely egyezni tud a fogyatékoság különböző szintjeivel (funkcionális veszteség). Ezek a piramis által vannak bemutatva, (13. ábra), amelyet az Egyesült Királyság Egészségügyi Minisztériuma ajánlott. Ez és hasonló modellek a hosszú távú körülmények között három különböző csoportra osztják az embereket az igényeik alapján, akik 70-80%-ban hatékonyan képesek gondoskodni magukról. A fejezetet áttekintve arra a következtetésre jutunk, hogy alapvető követelmény az egyes városok egészségügyi és szociális ellátórendszerének ismertetése, függetlenül attól, hogy ezt nemzeti, regionális vagy helyi Önkormányzatok által biztosítják.



Ebbe beletartozik:

- az egészségügyi és szociális szolgáltatások értékei, céljai és orientációja a városban
- összefoglalva az emberek és szolgáltatások fő összetevőit és áramlásukat az egészségügyi és szociális ellátórendszerben; és
- elemezve azt, hogy a hatáskörök hogyan oszlanak meg az Önkormányzatok, az egészségügyi szolgáltatók és más ügynökségek között.

13.ábra: A támogatási rendszerek felépülése

6. tábla:	Indikátorok listája
B szekció:	Az egészségügyi és szociális támogatási szolgáltatásokhoz való hozzáférés:
12	Értékek
13	Városi szállítási és támogatási rendszerek
14	Egészségügyi és szociális ellátás felelőssége

12. Értékek

➤ ELMÉLET

Ez a mutató leírja az egészségügyi és szociális szolgáltatások céljait és irányultságait a városban. Ez egyfajta célt szolgál. Olyan egyetemes értékekre terjedhet ki, mint az egészség, mint emberi jog vagy a közszolgáltatásokra támaszkodó idős emberek tisztelete és méltósága. Meg kell küzdenie az életkoron alapuló diszkriminációval. Ezek az értékek szabályozzák a tisztességes és megfelelő hozzáférést az egészségügyi és szociális ellátáshoz.

➤ GYAKORLAT

A városok hivatkozhatnak az ENSZ Idősek Alapelveire³ : a függetlenség, a részvétel, a gondozás, a szolidaritás és a méltóság. Tartalmazzák-e ezeket az értékeket és kulcsfontosságú stratégiákat a politikákban a város egészségügyi és szociális gondozási szolgáltatásai? Az ilyen szolgáltatásokhoz való hozzáférés és akadályok felmérése magában foglalhatja (1) az életkoron alapuló hátrányos megkülönböztetést az egészséggel és a szociális ellátással kapcsolatban, (2) a költségeket a szolgáltatások igénybevételének akadályaként és (3) az egészségbiztosítási fedezetet.

➤ PÉLDA

Liège városa a következő szövegben utal (3) a biztosítási rendszerre, a 7. Tábla pedig a használat akadályát mutatja be(2).

Általánosan elismert tény, hogy Belgium rendelkezik az egyik legérdekesebb egészségügyi biztosítási rendszerrel. Sok ország irigyli! Ezt a fajta biztosítást részben a biztosított személy által választott társaság és a társadalom, magasabb szinten az Országos Egészségügyi és Foglalkoztatási Biztosító Intézet (INAMI / RIZIV) kezeli a Szociális és Egészségügyi Minisztérium. A jelenlegi tendencia az, hogy a lakosságot arra ösztönzik, hogy kiegészítő biztosítást kössön (például a kórházi ellátásra), hogy még jobban védett legyen.

7. tábla: Az egészségügyi ellátás igénybevételének gátja Liège-ben: az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége Walloon régióban - 2004

Költséghatárok	Kor(évek)				
	45-54	55-64	65-74	75+	15-75+
Egészségügyi kiadások havonta (átlag)	€89.5	€136.6	€118.5	€145.3	€109.9
Egészségügyi kiadások a teljes költségvetés arányában (%)	5.0	8.2	8.0	12.6	6.7
Az ilyen kiadásokat nehéz vagy nagyon nehéz kategóriába sorolják a családok (%)	35.7	36.1	38.3	35.9	33.2
Azok a családok, amelyeknek el kellett halasztaniuk az ellátást (%)	16.2	14.6	11.5	5.6	15.6

13. Városi szállítási és támogatási rendszerek felépülése

➤ ELMÉLET

Az aktív idősödés: egy politikai irányelv⁴ azt ajánlja, hogy a városok "megfizethető, elérhető, magas színvonalú és kor-barát egészségügyi és szociális szolgáltatásokat nyújtsanak, amelyek megfelelnek a nők és a férfiak életkorának, szükségleteinek és jogainak". A szállítási és támogatási rendszerek modellje, (13. Ábra) különböző szintű és típusú szükségleteket különböztet meg. Ez a mutató áttekintést ad arról, hogy a város hogyan szervezi meg a szolgáltatásokat, annak érdekében, hogy megfeleljen ezeknek az igényeknek.

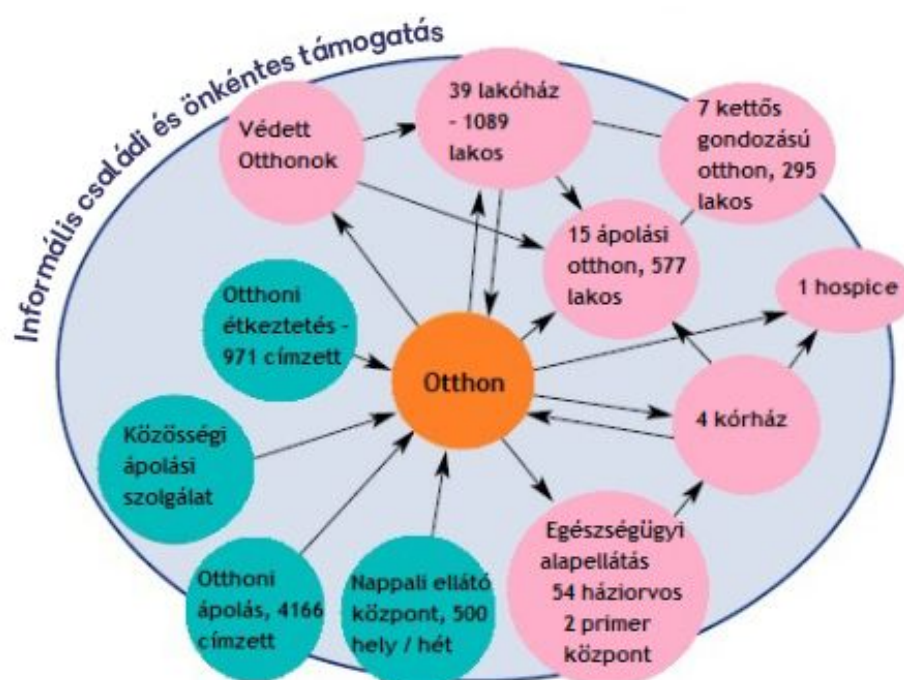
➤ GYAKORLAT

Javasoljuk, hogy a városok vázlatosan ábrázolják a rendszerüket, (14. ábra) alkalmazkodva a „csomópontokhoz és az áramlásokhoz”. Ez összefoglalja a városokban található létesítmények és szolgáltatások általános helyzetét, mivel az kifejezetten az idősebb emberekre vonatkozik. A vázlatos modellt az egyes komponensek rövid leírása és a felhasználók száma kéne, hogy kövesse. A legfontosabb az otthon élő idősök többsége. Elméletileg nekik számos egészségügyi és szociális szolgáltatáshoz van hozzáférésük. Ezeket különböző módon állítják be a különböző városokban, tükrözve nemzeti rendszereiket és politikáikat. Van néhány lényeges pont, ami hasonló. Az idősebbek rutinszerűen ellátogatnak az házi orvosokhoz vagy más, alapellátást nyújtó egészségügyi szakemberekhez. Ha éppen betegek vagy van valamilyen rendellenességük, az orvosok az otthonaikba látogathatják őket. Továbbá kórházba mennek speciális (másodlagos) egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez, és a legtöbb esetben hazatérnek. Ha olyan személyes gondoskodást igényelnek, amelyet nem lehet otthonról végezni, akkor egy átmeneti otthonba (Nyugdíjas Otthon) költözhetnek. A legtöbbjük onnan nem tér haza, mert a betegségeik visszafordíthatatlanok. Ha az egészségügyi állapotuk tovább romlik, egyesek Idős Otthonba költöznek, hogy extra gondoskodást és támogatást kapjanak.

➤ PÉLDA

A 14. ábra a Sunderland-i ápolási és szociális ellátás rendszerét mutatja (8. táblázat). Az 1. szövegdoboz az Udine-i rendszert mutatja be.

⁴Aktív idősödés: politikai keret. Genf, Egészségügyi Világszervezet, 2002.



8. táblázat A városi egészségügyi és szociális ellátórendszer elemeinek meghatározása

TÍPUS	DEFINIÓ
KÖZÖSSÉGI ÁPOLÓK	A közösségben dolgozó ápolók otthonaikban látogatják az időseket.
ÉTELKISZÁLLÍTÁS	Meleg étel szállítás az Idősek Otthonába, Önkormányzat vagy magánvállalkozások által.
EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS	Az idős emberek egy egészségügyi központba látogatnak, hogy konzultáljanak az orvosokkal vagy egy nővérrel a kezdeti diagnózis és a lehetséges ellátás tekintetében.
NAPKÖZI ELLÁTÁS	A nap folyamán egy idősebb személy ellátogat egy intézménybe, amely étkezést, szabadidős tevékenységeket és szociális támogatást nyújt.
NYUGDÍJAS OTTHON	Egy idősebb ember önállóan él egy társasházban, ahol lehetősége van egészségügyi ellátást és támogatást igénybe venni, és részt venni az ottani közösségi szabadidős tevékenységben.
ÁTMENETI OTTHON	Egy idősebb személy egy intézményi épületben lévő szobában lakik, közös felszereléseken osztozva a többi lakóval, gondozói támogatással.
IDŐSEK OTTHONA	Egy idősebb személy egy intézményi épületben lévő szobában lakik, közös felszereléseken osztozva a többi lakóval, gondozói, ápolói és ha szükséges orvosi támogatással.
HOSPICE	Egy idős, terminális betegségben szenvedő személyről gondoskodnak egy speciális épületben, hogy méltóságteljesen érje el a halál.
HÁZIORVOS	Az idősebbek elsősorban a házi orvosukhoz látogatnak el, hogy konzultáljanak az adott egészségügyi problémáikról.
OTTHONI ELLÁTÁS	A szociális gondozó asszisztensek otthonaikban látogatják az időseket, hogy támogassák őket a mindennapi életben.

Az idősek támogatása Udine városában:

A város három nappali ellátási központon keresztül támogatja az időseket. Az egyik az önálló idősek számára, a többi részben vagy teljesen fogyatékkal élő felnőttek és idősek számára, akik kicsit ki akarnak szakadni az otthoni környezetükből, hogy új emberekkel találkozhassanak, új készségeket sajátítsanak el, megoszthassák tapasztalataikat és könnyebben megbirkózzanak az elszigeteltség és a magány érzésével. A központok számos szabadidős tevékenységet kínálnak, mint például kézműves foglalkozások (festészet, mozaikok készítése, szövés), tornatermi foglalkozások, vezetett túrák kiállításokra, előadások speciális témákról, kirándulások, bingó és egyéb társasjátékok, szemináriumok, videók, olvasás, vérnyomás mérés stb. Minden tevékenységet önkéntes szervezetek és maguk az idősebbek képviselői szerveztek meg. Továbbá támogatást és ápolási ellátást kínálnak a családi gondozóknak, és terápiás gondoskodást is nyújtanak a kognitív és fizikailag károsodott idősebb felnőtteknek anélkül, hogy kiszakítanák őket a családi és otthoni környezetükből. Képesített és szakmailag képzett szakemberek biztosítják a folyamatos támogatást, valamint a rekreációs, szocializációs és rehabilitációs tevékenységeket, valamint az étkezést is.

A város Ápolási Otthona a törékeny vagy fogyatékkal élő idős korúak számára gondoskodik a lakhatásról, amely ápolási, felügyeleti vagy más egészségügyi, szociális gondozással kombinálható. Ez a hosszú távú intézményi szolgáltatás akkor vehető igénybe, ha az egész napos, 24 órás ellátást otthon már nem lehet biztosítani. Ezeknek a létesítményeknek állandó bejegyzett, vagy ápolási gyakorlaton levő alkalmazottjaik vannak, akik a további személyzet mellett ápolási és folyamatos személyi gondozást nyújtanak. Az illetékes szociális munkás által készített jelentés alapján egy értékelő egység értékeli a kérelmező egészségügyi és szociális helyzetét. Ha a rászoruló személy pénzügyi támogatást kér az Önkormányzattól, a jövedelmi helyzetét is értékeli. Az értékelési egység, a személy igényei szerint meghatározza a tartózkodás idejének hosszát is.

14. Egészségügyi és szociális gondoskodás

➤ ELMÉLET

Ez a mutató megosztja a kulcsfontosságú szolgáltatások és létesítmények felelősségét az Önkormányzatok és a partnerszervezetek között, beleértve az egészségügyi szektort és a nem kormányzati szervezeteket. Lehetővé teszi a városok számára, hogy felügyeljék a kiadások legfontosabb központjait, elősegítve a hatóságok közötti együttműködést és az ellátás integrálását.

➤ GYAKORLAT

A városok számára ajánlott a Sunderland városa által a 9. táblázatban bemutatott egyszerű ütemterv elkészítése, amely bemutatja az Önkormányzatoknak az üzembe helyezést és a szolgáltatások közvetlen nyújtását, az egészségügyi hatóságokat, vagy ahol más szervezethez tartozik a feladat.

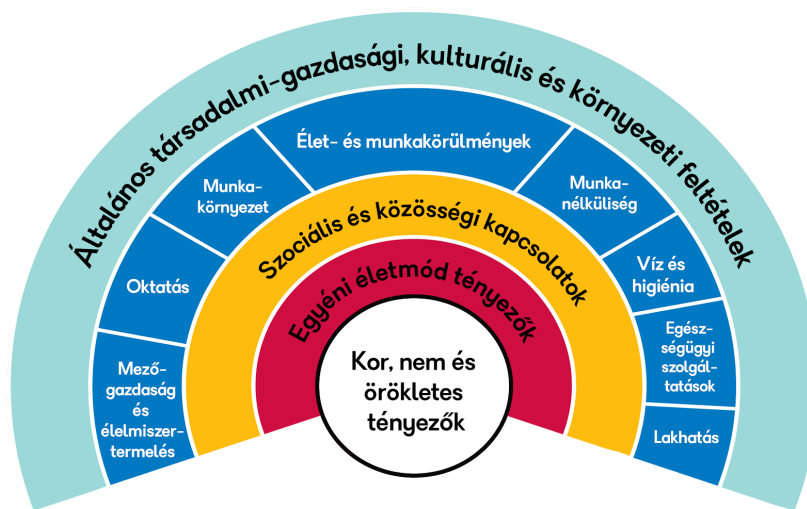
9. táblázat Sunderland egészségügyi és szociális ellátórendszerének üzembe helyezésére és szolgáltatására vonatkozó kötelezettségek

Kötelezettség	Önkormányzat		Egészségügy			
	Ellátás	Megbízás	Ellátás	Megbízás	Magán ellátás	Önkéntes ellátás
Átmeneti Otthon	X	X			X	
Otthoni Ápolás	X	X			X	X
Napközi ápolási központ	X	X			X	X
Otthoni étkezés	X	X				
Szociális Otthon						X
Idősek Otthona			X	X	X	
Közösségi ápolók			X	X		
Hospice						X
Kórház			X	X		
Háziorvos			X	X		

C szekció

Társadalmi-gazdasági portré: sebezhetőségek és erősségek

Ez a harmadik dinamikus szekció, a társadalmi portré, összefügg az egészséget meghatározó tényezőkkel (mint például a jövedelem és a társadalmi helyzet, a lakhatás és a környezet) és az életpálya megközelítés. A kulcsfontosságú tényezők a Dahlgren és Whitehead modellből eleveníthetők fel (15. ábra). A városoknak fel kell mérniük az idősödés pozitív jellemzőit is. Az egészség nemcsak mint kedvező eredmény (önmagában véve), hanem lehetővé teszi az idős emberek erőforrássá válását, hogy részt vegyenek a városi és a családi életben. 8 mutató található ebben a szekcióban. (10. tábla).



10. tábla: C szekció, A mutatók listája

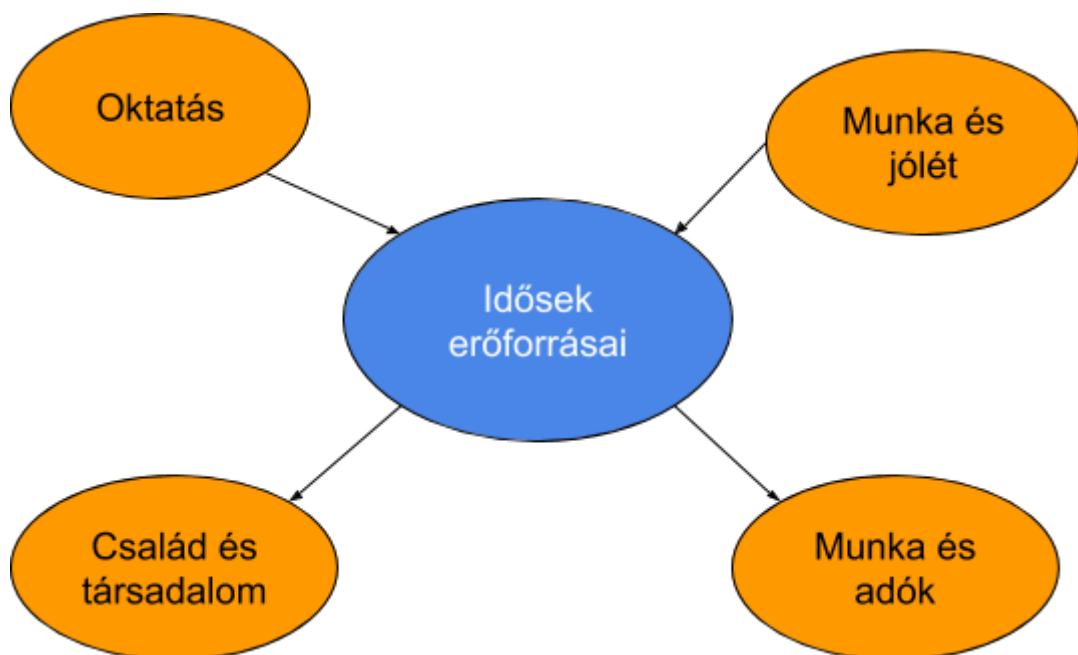
C szekció Társadalmi-gazdasági portré: sebezhetőségek és erősségek

- **C1. Foglalkoztatás, jövedelem és a társadalmi pozíció**
 - 15. Gazdasági státusz
 - 16. Bevétel
 - 17. Oktatás
- **C2. Lakhatás és környezet**
 - 18. A lakóház tulajdonjoga
 - 19. Biztonság és védelem otthon és a szomszédságban
 - 20. Közlekedéshez való hozzáférés
- **C3. Részvétel és felhatalmazás**
 - 21. Részvétel a döntéshozatalban
 - 22. Befolyás a közösségben

C1 Foglalkoztatás, jövedelem és társadalmi helyzet

Ez az alfejezet az idős emberek, mint erőforrások modelljéhez kapcsolódik (16. ábra). Az egész életen át tartó tanulás és a munka során az idős emberek erőforrásokat halmaztok fel, melyek nem csupán az adott egyénnek, de a társadalom számára is hasznos tőkét jelentenek. Miután felhalmozódott erőforrásokkal rendelkeznek, sok idős ember továbbra is adót fizet vagy munkát végez, és pénzügyi, nem piaci erőforrásokat (például társadalmi tőke) adományoznak a családjuknak, a barátaiknak és a társadalomnak.

16.ábra Az idős emberek erőforrásai



Ezen erőforrások hozzájárulását meglehetősen nehéz mérni. A városok számára ajánlott figyelembe venni a családtagok (nem-piaci) gondozását (például az unokák felügyelete amíg a szülők dolgoznak), valamint az időbeli vagy pénzügyi források önkéntes hozzájárulását a nem kormányzati szervezetekhez és a képviselői testületekhez, például a városi tanácsokhoz. Három hivatalos mutatót találtak az idősebb személyek erőforrás-felhalmozási képességére. Kiegészíthetők a munkahelyi életkor miatti megkülönböztetés kvalitatív elemzésével, a képzési lehetőségekkel és az egész életen át tartó tanulással, valamint a nyugdíjra való felkészüléssel stb.

15. Gazdasági státusz

➤ ELMÉLET

Az idősek által irányított pénzügyi források szintje elsősorban a múltban és a jelenben történő munkaerőpiaci megjelenésükkel van összefüggésben. A betegség, a megkülönböztetés vagy a válogatás miatt az 50 évnél idősebb embereket egyre inkább kizárják a munkaerőpiacról, amikor megközelítik a nyugdíjkorhatárt (általában 65-67 év). A nemzeti és városi vezetőségek Európa-szerte ösztönözik a munkaerő-piaci részvétel magasabb szintjét a gazdasági termelés növelése és az évek számának csökkentése érdekében, amelyek során nyugdíjat kell fizetni.

➤ GYAKORLAT

Ennek a mutatónak az öt évig tartó 50 és 70 év közötti gazdasági állapot négy alapvető kategóriáját kell feltüntetnie. A kategóriák a következők: a) foglalkoztatottak (megkülönböztetve a teljes munkaidőt a részmunkaidőtől, ha lehetséges), b) munkanélküliek, c) nyugdíjasok, és d) gazdaságilag inaktívak (munkaerőpiacon kívüliek). Ha lehetséges, a városoknak meg kell különböztetniük a gazdasági inaktivitás okait, például (a) hosszú távú betegség vagy fogyatékoság, (b) családgondozás, és (c) a háztartásbeliség.

➤ PÉLDA

Bécs benyújtotta a 11. táblázatot, amely öt éves bontásban mutatja az 50 és 65 év közötti korosztály öt fő gazdasági kategóriáját.

Kor(évek)					
	50 és a felett	50-54	55-60	60-65	65és a felett
Férfiak	Számuk				
	229 640	51 774	49 495	41 373	86 998
	%				
Foglalkoztatott (a)(részmunkaidőt is beleértve)	35.1	78.3	60.0	17.7	3.5
Munkanélküli (b)	6.5	12.4	14.5	3.2	0.0
Nyugdíjas (saját, özvegy)	57.1	7.2	23.6	78.1	96.0
Egyéb bevétel	0.9	1.4	1.2	0.9	0.5
Háztartás	0.4	0.7	0.7	0.2	0.0
Egyéb	0.0	0.0	0.0	-	-
Nők	Számuk				
	317 533	55 528	54 185	46 681	161 139
	%				
Foglalkoztatott (részmunkaidőt is beleértve)	18.7	69.3	28.8	7.3	1.1
Munkanélküli	2.4	9.8	3.6	0.3	0.0
Nyugdíjas (saját, özvegy)	68.6	7.5	53.0	81.2	91.2
Egyéb bevétel	1.5	1.8	1.8	1.5	1.4
Háztartás	8.8	11.5	12.8	9.7	6.3
Egyéb	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
a: Foglalkoztatott azt jelenti, hogy a munkavállaló a felmérés előtti héten legalább heti egy órát fizetett munkával töltött (ideértve az önálló vállalkozókat és az együtt dolgozó rokonokat is).					
b: A munkanélkülieknek nincs munkaszerződésük, hanem munkát keresnek, függetlenül attól, hogy megkapják-e a munkanélküli ellátásukat. A sürgősségi ellátásban részesülő személyek nem tekintendők munkanélkülieknek.					

16. Bevétel

➤ ELMÉLET

Az emberek átlagos személyi jövedelme csökken ahogy közelednek a hivatalos nyugdíjkorhatárhoz, átlagos nyugdíjazási jövedelmük pedig kevesebb, mint a munkából származó jövedelmük fele. Európában nagy politikai viták vannak a megfizethetőségről és a nyugdíjforrásról (függetlenül attól, hogy a magánrendszerekről, az államról vagy a munkáltatóról van szó) és a nemzedékek közötti méltányosságról.⁵

➤ GYAKORLAT

A reprezentatív jövedelemadatok beszerzése városi szinten nehéz lehet. Néhány városprofil sikerült, de nincsen standard helyi forrás. A jövedelemadatokat rendszeresen gyűjtik megfelelő méretű országos felmérésekben, hogy lehetővé tegyék a regionális felosztást.

➤ PÉLDA

A Stockholm megyei profil négyféle jövedelmet (foglalkoztatás, tőke, nyugdíj és szociális támogatás) mutat be a különböző korcsoportokhoz (12. táblázat).

12. tábla A bevételi források aránya (%) típus, kor (20+ év) és nem szerint, Stockholm megye területén.

Nem	Kor(évek)	Foglalkoztatás	Tőke	Nyugdíj	Szociális juttatások	Teljes
Férfiak	20-65	68	15	7	11	100
	66-69	17	12	68	3	100
	70-74	7	11	79	3	100
	75+	4	12	83	2	100
Nők	20-65	64	14	9	13	100
	66-69	9	11	77	3	100
	70-74	2	12	82	4	100
	75+	2	13	76	8	100

⁵Martin J. Éljen tovább, dolgozz tovább. Párizs, Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet, 2006.

17. Oktatás

➤ ELMÉLET

A formális oktatás a jobb egészséghez és olyan erőforráshoz kapcsolódik, amelyek lehetővé teszik az 50. életévüket betöltöttek és a nyugdíjkorhatár közöttiek foglalkoztatásban való részvételét és a jövedelemszint fenntartását.⁶ Továbbá az idősebb emberek átadhatják képességeiket és tapasztalataikat, mint erőforrást a szélesebb társadalom számára.

➤ GYAKORLAT

Ez a mutató összehasonlítja az iskolázottsági szinteket nemenként a teljes életkori csoportok között, az idősek viszonylagos helyzetének felmérése érdekében. Legalább négy oktatási szintet kell meghatározni (elsődleges vagy alapfokú, középfokú, felsőfokú és egyetemi). A városok ezután összekapcsolják az oktatás szintjét az idősebbek jövedelmével és a munkaerőpiaci részvételével.

➤ PÉLDA

Stockholm megyei profil hat oktatási szintet és négy korcsoportot mutat (13. táblázat).

13. táblázat Az iskolai végzettség megoszlása (%) nemek és kor szerint Stockholm megye területén

Oktatási szint	Férfiak				Nők			
	Kor (évek)				Kor (évek)			
	18-49	50-59	60-65	66-84	18-49	50-59	60-65	66-84
9 év tankötelezettség	10	22	28	36	10	22	29	49
Szakiskola	21	17	14	16	17	14	14	11
Alsó középiskolai képzés	0	9	14	18	1	11	21	21
Felső középiskolai képzés	27	16	13	12	26	11	7	5
Felsőfokú oktatás	41	35	30	16	46	41	29	11
Egyéb	1	1	1	2	1	1	1	2
Teljes	100	100	100	100	100	100	100	100

⁶Martin J. Élj tovább, dolgozz tovább. Párizs, Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet, 2006.

C2 Lakhatás és környezet

Ez a fejezet két részre osztható: a lakóház tulajdonjoga és a hely által nyújtott kikapcsolódási lehetőségek, valamint a tágabb fizikai környezet leírása, amelyet az egészséges várostervezés által lehet javítani. Az otthon és a környezet közötti kapcsolat összetett, sok dimenzióval rendelkezik, amelyek befolyásolják az idősek egészségét és jólétét. (17. ábra)



A lakhatás első részében az ajánlott fő indikátor a lakóház tulajdonjoga. A második részben a megközelíthetőség és a biztonsági kérdések. Két másik alapvető indikátor ajánlott: a biztonság és a közlekedéshez való hozzáférés.

18. A lakóház tulajdonjoga

➤ ELMÉLET

A lakóház tulajdonjogának típusa befolyásolja a birtokos lehetőségeit és költségeit. A magas jövedelmű országokban sok nyugdíjas tulajdonos fizette ki jelzálogát, amely által csökkentek a mindennapos költségek, de a tulajdon javaik helyreállítását is vállalni tudták. A magas jövedelmű országokban sok idős ember szociális lakást bérel: a bérleti díjat továbbra is fizetik, és (alacsony jövedelmük miatt) többnyire támogatják és védik őket a munkaképes korú bérlők. Egyes Önkormányzatok védett otthonokat (B13 referencia-mutató) biztosítanak a különleges igények kielégítésére.

➤ GYAKORLAT

Javasoljuk, hogy a városok legalább két korcsoportot (65 évnél fiatalabbak és idősebbek) különböztessenek meg, négy tulajdonosi kategóriával: (1) az Önkormányzattól bérelt, (2) egy másik tulajdonostól bérelt (3) jelzáloggal birtokolt és (4) jelzálog nélküli. A városok adhatnak adatokat az otthon típusokról, beleértve a fogyatékkal élő idősök speciális otthonát.

➤ PÉLDA

Stockholm megye profilja a bérlők tulajdonosait négy korcsoporttal különbözteti meg (14. táblázat).

14. táblázat. Lakóhelybirtoklás Stockholm megyében (%)

<i>Nem</i>	<i>Kor (évek)</i>	<i>Saját otthon</i>	<i>Bérelt otthon</i>	<i>Ismeretlen</i>	<i>Teljes</i>
Férfiak	16-24	48	48	4	100
	25-44	54	45	1	100
	45-64	63	37	1	100
	65-84	63	37	0	100
Nők	16-24	48	49	3	100
	25-44	58	40	2	100
	45-64	68	31	1	100
	65-84	57	43	0	100

19. Biztonság és védelem otthon és a szomszédságban

➤ ELMÉLET

A biztonság és a védelem az idősök számára fontos kérdések, amelyek a mentális egészség és a fizikai jólét szintjéhez kapcsolódnak. A balesetektől és a bűnözéstől való félelem aláássák a magabiztosságot és az önazonosságot.

➤ GYAKORLAT

A városok ezekkel a szélesebb biztonsági és védelmi kérdésekkel szeretnének foglalkozni a bűncselekmények és a balesetek szintjén a munkahelyi és a szabadidős tevékenységek során. Ugyanakkor a városoknak ajánlott a bűnözéstől és az otthoni balesetektől való félelemre összpontosítani. A városon belüli bűnözéstől való félelem előfordulásának alap gondolata, az egész városi lakosságot, szomszédságot vagy lakótelepet reprezentáló kis mintavételes felmérések révén valósul meg. A standard mérőműszerek (mint például a WHO LARES (Európai Lakásügyi és Egészségügyi Állapot Nagy Analízis és Felülvizsgálat)) projekt által kidolgozott) megkönnyítik a városok összehasonlítását. (A brit bűnügyi felmérés minden évben megkérdezi a népesség egy részét: "Biztonságban érzed magad egyedül otthon este?") A rendszeres városi lakossági felmérésekre ajánlott biztonsági és védelmi kérdéseket vesse fel az egészségügyi kérdések mellett a kapcsolatok megállapításához. Továbbá az otthoni baleseteket a helyi egészségügyi hatóság és egyéb ügynökségek rutinszerűen rögzítik.

➤ PÉLDA

Egyetlen város sem mutatott olyan mutatót, amely az otthon és a szomszédság szintjén jelentkező lehetséges bűncselekményekkel kapcsolatban biztonság és védettség érzetét jelentette volna. Bécs nemzeti adatokat használ a balesetek helyének és gyakoriságának bejelentésére. Stockholm arról számol be, hogy hány embert tartott vissza az elmúlt 12 hónapban a kimozdulástól az, hogy attól félt, hogy megtámadják, kirabolják vagy molesztálják (15. tábla).

15. tábla A Stockholm megyei állampolgárok (%) akik azt állították, hogy az elmúlt 12 hónapban nem mertek este kimozdulni, mert féltek attól, hogy megtámadják, kirabolják, molesztálják őket, nem és az életkor (évek) szerint elosztva, 1980-2005

Sex and age (years)	1980–1983	1990–1993	2000–2003	2000–2001	2002–2003	2004–2005	2000–2005
Men							
16–24	2.5	7.5	6.9	7.4	6.4	6.4	6.7
25–44	3.3	9.2	6.9	8.2	5.5	4.9	6.2
45–64	9.6	8.9	8.7	11.1	6.5	8.8	8.8
65–84	15.7	20.2	22.7	25.3	20.2	17.5	20.9
16–64	5.2	8.8	7.6	9.2	6.0	6.6	7.3
16–84	6.7	10.5	9.6	11.3	7.9	8.1	9.1
Women							
16–24	17.2	27.7	26.0	29.0	23.0	36.0	29.4
25–44	20.4	32.3	24.7	28.6	21.1	22.9	24.2
45–64	31.0	29.8	24.3	27.6	21.4	25.1	24.7
65–84	46.2	57.4	49.4	51.2	48.1	42.3	47.2
16–64	23.4	30.6	24.8	28.2	21.5	25.7	25.1
16–84	27.9	35.9	29.1	32.4	26.0	28.5	29.0
Men and women							
16–84	17.7	23.7	19.6	22.2	17.1	18.5	19.3

20. Közlekedéshez való hozzáférés

➤ ELMÉLET

„Tervezz egy várost az idősebbek számára, és mindenki fogja tudni használni.” Az idősebb emberek számára könnyű hozzáférést kell biztosítani számos olyan létesítményhez, amelyek által be tudnak illeszkedni a társadalmi, gazdasági és kulturális életbe, hogy egészséges és teljes életet élhessenek.

➤ GYAKORLAT

A városok szélesebb körben megfontolhatnák a (1) zöldterületek, (2) középületek, (3) közlekedés és (4) szolgáltatások, például üzletek, egészségügyi szolgáltatások, bankok stb. elérhetőségeit. Hivatkozhatnak ezekre a kérdésekre és bizonyítékokat szolgáltatathatnának a megoldásaikról. A WHO Egészséges Városok, Egészséges Várostervezéssel Foglalkozó Egészséges Városok Alhálózatának együttműködése megbízhatóbb mutatókkal szolgál a hozzáférés terén. Központi mutató ajánlott a tömeg- és a nyilvános közlekedéshez való hozzájárulás felméréséhez. Az autóhasználatot és a tömegközlekedés igénybevételét standardizált korosztályonkénti eloszlásban kell rögzíteni. Kiegészítő információk szükségesek az idősök tömegközlekedéshez való hozzáféréseinek javítására irányuló intézkedésekkel kapcsolatban, például a buszok és a villamosok szabad használatáról és az alacsony felszállási lehetőségekről.

➤ PÉLDA

Stockholm megye figyelemmel kíséri az autóhoz való hozzáférést (16. táblázat) és Bécs pedig a tömegközlekedéshez való hozzáférést. Bécs egy akadálymentes város kialakítására törekszik és a következőket jelentik:

Szinte minden földalatti állomás tapintható és verbális jelzővel ellátott felvonókkal rendelkezik a vakok vagy a látássérült emberek számára, és minden földalatti állomásnak van irányító rendszere. A buszok, villamosok és földalatti vonatok biztonságos bejáráttal rendelkeznek. Az alacsony padlós buszok rámpákkal rendelkeznek. Az alacsony bejárati villamosok világszerte a legalacsonyabb bejáráttal rendelkeznek (19 cm, ami igény szerint 10 cm-re csökkenthető). Az új földalatti vonatok

akadálymentes bejáratokkal rendelkeznek, ami azt jelenti, hogy a vonat és a platform közötti rés minimálisra csökkent, és a vonat végén lévő kocsinak olyan rámpája van, amely teljesen lezárja a vonatplatformot. A Wiener Linien új járműveit vizuális és akusztikus jelzésekkel lehet megkülönböztetni.

Sex	Age (years)	Access to a car
Men	16–24	62%
	25–44	73%
	45–64	84%
	65–84	68%
Women	16–24	66%
	25–44	70%
	45–64	72%
	65–84	47%

16. tábla Az gépjármű hozzáféréssel rendelkező egyének százalékos aránya, Stockholmban, 2002-2003 között.

Source: Statistics Sweden (<http://www.scb.se>).

C3. Részvétel és felhatalmazás

Ez az alfejezet az idős embereket erőforrásként említi, akik a készségeikkel, tapasztalataikkal és a társadalmi tőkéjükkel hozzájárulnak a városi élethez. Az európai tanulmányok és a lakossági felmérések azt mutatják, hogy az idősebb emberek (75 éves korig) nagyobb valószínűséggel vesznek részt a városi és közösségi tevékenységekben, mint a fiatalok. Ehhez a szekcióhoz csak két mutató tartozik, egyik jelzi a hozzájárulást és a másik a befolyásolást méri fel.

21. Részvétel a döntéshozatalban

➤ ELMÉLET

Az idősebb emberek a készségeikkel és tapasztalataikkal hozzájárulnak a helyi közösségekhez és a városi élethez is, gyakran önkéntesként. Hozzájárulhatnak egy szervezethez anélkül, hogy befolyásolnák döntéseit. Ez a mutató megpróbálja felmérni az idősök részvételét a fontos politikai, gazdasági és társadalmi kérdések döntéshozatalában, városi szinten. Ezek a szervezetek a 18. ábra jobb oldalán találhatóak.

➤ GYAKORLAT

A városok megválaszthatják a részvétel általános szintjét a lakossági felmérésekből származó bizonyítékok bemutatásával. Jelentést tehetnek az idősök befolyásáról, döntéshozatalaikról a nem kormányzati szervezetekben, a közszolgáltatásokban és a vállalkozásokban. Az ajánlott központi mutató egy olyan városi szintű fórum bemutatása, amely a társadalmi és politikai cselekvésben részt vevő idősekre vonatkozik, valamint annak értékelése, hogy milyen mértékben befolyásolja a városfejlesztés a kulcsfontosságú döntések meghozatalát.

➤ PÉLDA

1999 óta Brünn szervezte meg az éves "All Generations March" -t, a WHO által kezdeményezett közös eseményt az aktív idősödéssel foglalkozó globális kampány keretében. A program az összes generáció közös aktivitásának előmozdítására összpontosít, olyan tevékenységek szervezésével, mint például az egészséges táplálkozás, ételkóstolás, szabadtéri fizikai aktivitás, vérnyomásmérés, egészségügyi tanácsadás, játékok és versenyek.

18. ábra: Közösségi szerepvállalás folytonossága

Személyes tevékenység, Kis közösségi csoportok, Közösségi szervezetek, Társulások, Társadalmi és politikai tevékenységek

22. Befolyás a közösségben

➤ ELMÉLET

Az Önkormányzatok fontos szerepet játszanak az alapvető szolgáltatások nyújtásában és a városok jövőbeli fejlődésének kialakításában. Az Önkormányzatok kulcsfontosságú döntéshozók. A régebbi Önkormányzati tagok saját tapasztalatokat felhasználva döntenek számos kérdésben, bár különös érdeklődéssel bírnak az idősek problémáira nézve.

➤ GYAKORLAT

A legfontosabb indikátor egy egyszerű táblázat (17. táblázat), amely bemutatja az Önkormányzati tagok számát és százalékos arányát minden korosztályban. Az ajánlott életkori összehasonlítás felosztása <20, 20-34, 35-49, 50-64 és 65+ év.

➤ PÉLDA

A stockholmi profil a következőket jelenti:

Számos tanulmány kimutatta, hogy Svédországban az idősek egészére nézve igaz, hogy nem részesülnek sem kellemetlen, sem hátrányos megkülönböztetésben sem a mindennapi életük során. A politikai szférában azonban a 65 éves korhatár fennáll. E kor elérésekor a politikusok rendszerint nyugdíjba vonulnak, és tartózkodnak a politikai kinevezések felvételétől. A demokrácia megerősítésével és fejlesztésével kapcsolatban Svédországban a 65 éven felüliek részvételét a döntéshozatali folyamatokban fokozni kell, akik jelenleg alulreprezentáltak a választási rendszerekben (18. táblázat).

17. táblázat A városi tanácsosok létszáma (%) életkor szerint (példa)

<i>Councillors' age (years)</i>	<i>Number</i>	<i>%</i>
< 20	A	Y%
20–34	B	Y%
35–49	C	Y%
50–64	D	Y%
65+	E	Y%
Total	A+B+C+D+E	100%

<i>Age (years)</i>	<i>Elected</i>	<i>Resigned</i>
18–21	1	0
22–36	23	6
37–50	58	2
51–64	72	8
65+	11	0
Total	165	16

18. táblázat. A Stockholm Megyei Tanácsban megválasztott és lemondásra került tanácsosok száma

Befejezés

Ez az útmutató azt mutatja meg, hogy a városokban ezen 22 egyszerűen mutató segítségével tudjuk elérni az idősök pozitív és dinamikus egészségképének kialakulását. Az egyes indikátorok esetében útmutatást nyújtanak az elméleti és gyakorlati részek, a példák a WHO Európai Egészséges Városok Alhálózatának tagvárosaiban megvalósított intézkedések.

A népességi profilokról szóló A. szekció, 11 mutatót tartalmaz, amelyek gyakran nemzetközi szabványokból, protokollokból és klasszikus szabványokból származnak, megkönnyítve a városok közötti összehasonlítást. A B. szekció 3 mutatója előzetes áttekintést nyújt a város egészségügyi és szociális támogatási rendszeréről. Ezek rávilágítanak a közszféra, a magánszektor és a nem kormányzati szervezetek közötti komplex kapcsolatokra. A C. szekció 8 mutatót tartalmaz az idősök egészségének és életminőségének társadalmi, gazdasági és környezeti hatásairól. Ezek a disztális meghatározók erős hatást fejtenek ki, ám az egészségi állapotok igen összetettek és emiatt néha nehezen felmérhetők.

A 22 mutató többsége mennyiségi, és különböző időpontokban alkalmazható, elősegítve az értékelést, a tendenciák felmérését, és az előrejelzések elkészítését. A minőségi mutatók ezzel ellentétben egy kerekébb képet adnak a helyi történésekről, de nehezebb őket skálán felmérni.

Ezek a mutatók (mennyiségi és minőségi) képesek egy kiindulási alapot nyújtani az idősök egészségképéről, elősegítve a jobb egészséget és életminőséget biztosító politikai irányelvek és programok létrehozását. Ezt követően a mutatók újra és újra alkalmazhatók az előrehaladás felmérése és figyelemmel kísérése végett. Ezeket az értékelési folyamatokat fontos elemnek kell tekinteni.

A WHO Európai
Regionális Irodája

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az Egyesült Nemzetek speciális szervezete, amelyet 1948-ban hoztak létre, elsősorban a nemzetközi egészségügy és a közegészségügy területének felügyeletére. A WHO Európai Regionális Irodája egyike a hat regionális irodának az egész világon, mindegyiknek saját programja van, amely megfelel az általuk képviselt országok különleges egészségügyi feltételeinek.

Tagállamok

Albánia
Andorra
Örményország
Ausztria
Azerbajdzsán
Fehéroroszország
Belgium
Bosznia és Hercegovina
Bulgária
Horvátország
Ciprus
Cseh Köztársaság
Dánia
Észtország
Finnország
Franciaország
Grúzia
Németország
Görögország
Magyarország
Izland
Írország
Izrael
Olaszország
Kazahsztán
Kirgizisztán
Lettország
Litvánia
Luxemburg
Málta
Moldova
Monaco
Montenegró
Hollandia
Norvégia
Lengyelország
Portugália
Románia
Orosz Föderáció
San Marino
Szerbia
Szlovákia
Szlovénia
Spanyolország
Svédország
Svájc
Tádzsikisztán
A volt jugoszláv
Macedón Köztársaság
Törökország
Türkmenisztán
Ukrajna
Egyesült Királyság
Üzbegisztán

Idősek egészségképei Útmutató az idősek helyi egészségképének elkészítéséhez

Ez az útmutató pozitív és dinamikus modelleket alkalmaz az idősebb emberek profilkutatásához helyi szinten. Az egészségképek fontos eszközei az egészségfejlesztés tervezésnek, valamint fontos szerepet játszanak a közösség egészségének ellenőrzésében és elszámoltathatóságában. A profiloknak nemcsak a városi életvitel pozitívumait kell előmozdítaniuk, hanem ki kell emelniük a szolgáltatások hiányosságait és a nehéz társadalmi-gazdasági körülményeket is. Az útmutató 22 indexet tartalmaz, amelyek három csoportba sorolhatók: (A) lakossági profil, (B) egészségügyi és szociális ellátórendszerek, és (C) társadalmi portré, amely mutatja az egészség szélesebb meghatározóit és a képessé tételt.

**Az Egészségügyi Világszervezet
Európai Regionális Irodája**

