

zavod za javno zdravstvo međimurske županije

Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji od 2014.-2020. godine

This document arises from the project Action-for-health which has received funding from the European Union in the framework of the Health Programme.



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

ISSN

Naslov: Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji od 2014.-2020. godine

Skraćeni naslov: Strat. plan za unapred. zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdrav. u Međ. Žup. Od 2014.-2020. god.

Nakladnik: ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO MEĐIMURSKE ŽUPANIJE
Ivana Gorana Kovačića 1e, 40000 ČAKOVEC

Urednici: Renata Kutnjak Kiš (glavni urednik), Marina Payerl-Pal, Diana Uvodić Đurić, Berta Bacinger Klobučarić, Elizabeta Najman Hižman

Autori: Renata Kutnjak Kiš, Diana Uvodić–Đurić, Berta Bacinger Klobučarić, Marina Payerl-Pal, Elizabeta Najman Hižman, Renata Tisaj, Marko Klemenčić, Marija Prekupec, Hrvoje Barić

Prijevod na engleski: Didasko d.o.o. Jezično edukativni centar - Aleksandra Trupković

Čakovec, prosinac 2013.

**Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje
nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji od
2014.-2020. godine**

Izdavač: ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO MEĐIMURSKE ŽUPANIJE

Pri korištenju podataka molimo obavezno navesti izvor

Čakovec, 2013. god.

ISSN

Sadržaj:

| | |
|--|----|
| 1. Uvod | 6 |
| 1.1. Okvir Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji i metodologija izrade | 7 |
| 2. Potreba za Strateškim planom za smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Republici Hrvatskoj i Međimurskoj županiji | 9 |
| 2.1. Dohodak, nezaposlenost, obrazovanje | 9 |
| 2.2. Geografska distribucija vodećih uzroka smrtnosti u Republici Hrvatskoj..... | 11 |
| 3. Nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji..... | 15 |
| 3.1. Osnovni podaci..... | 15 |
| 3.2. Socijalno-ekonomski podaci | 15 |
| 3.3. Zdravlje i nejednakosti u zdravlju | 18 |
| 3.4. Nejednakosti u zdravlju i kardiovaskularne bolesti | 18 |
| 3.5. Geografska distribucija kardiovaskularnih bolesti u Međimurskoj županiji | 18 |
| 3.6. Osobni, socijalno-ekonomski i okolinski čimbenici koji mogu utjecati na nejednakosti u zdravlju vezano uz kardiovaskularne bolesti u Međimurskoj županiji..... | 21 |
| 3.7. Moguća dostupna rješenja i uočene prepreke | 24 |
| 4. Ciljevi i mjere | 27 |
| 4.1. OPĆI CILJ 1: Unaprijediti različite aspekte zdravlja cjelokupne populacije Međimurja, koristeći metode promicanja zdravlja u različitim sektorima društva | 29 |
| 4.1.1. Konkretizirani potcilj 1: Promicanje mentalnog zdravlja i blagostanja | 30 |
| 4.1.2. Konkretizirani potcilj 2: Promicanje zdravog životnog stila | 39 |
| 4.1.3. Konkretizirani potcilj 3: Unapređenje prevencije, ranog otkrivanja, praćenja i kontrole kroničnih nezaraznih bolesti | 48 |
| Konkretizirani potcilj 3 | 51 |
| Unapređenje prevencije, ranog otkrivanja, praćenja i kontrole kroničnih nezaraznih bolesti | 51 |
| 4.2. OPĆI CILJ 2: Smanjiti unutar županijske nejednakosti u zdravlju kroz programe promicanja zdravlja namijenjene grupama u socijalno nepovoljnom položaju | 55 |
| OPĆI CILJ 2 | 56 |
| Smanjiti unutar županijske nejednakosti u zdravlju kroz programe promicanja zdravlja namijenjene grupama u socijalno nepovoljnom položaju..... | 56 |
| 4.2.1. Konkretizirani potcilj 1: Unaprijediti zdravlje marginaliziranih skupina i skupina kojima prijete socijalna isključenost | 56 |
| Konkretizirani potcilj 1 | 58 |
| Unaprijediti zdravlje marginaliziranih skupina i skupina kojima prijete socijalna isključenost..... | 58 |
| 4.2.2. Konkretizirani potcilj 2: Unaprijediti zdravlje i blagostanje starih i nemoćnih..... | 60 |
| Konkretizirani potcilj 2 | 61 |
| Unaprijediti zdravlje i blagostanje starih i nemoćnih | 61 |
| 4.2.3. Konkretizirani potcilj 3: Unaprijediti zdravlje djece s teškoćama u razvoju i mladih koji napuštaju sustav socijalne skrbi..... | 64 |
| Konkretizirani potcilj 3 | 65 |
| Unaprijediti zdravlje djece s teškoćama u razvoju i mladih koji napuštaju sustav socijalne skrbi..... | 65 |

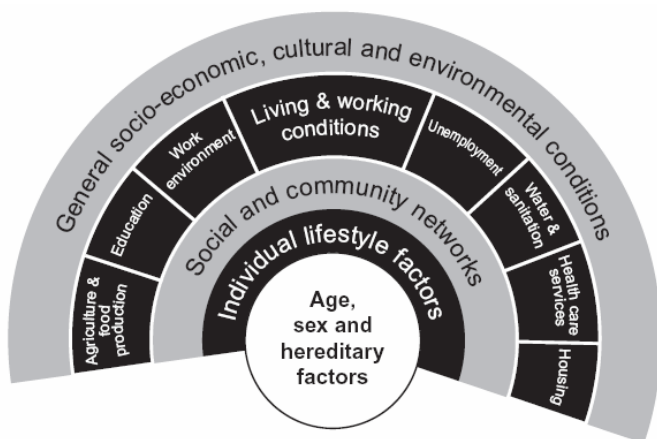
| | | |
|--------|---|----|
| 4.2.4. | Konkretizirani potcilj 4: Unaprijediti zdravlje osoba s invaliditetom | 67 |
| 4.2.5. | Konkretizirani potcilj 5: Unaprijediti zdravlje članova obitelji koje su u riziku | 70 |
| | Konkretizirani potcilj 5 | 71 |
| | Unaprijediti zdravlje članova obitelji koje su u riziku | 71 |
| 4.3. | OPĆI CILJ 3: Staviti nejednakosti u zdravlju u središte interesa zajednice i pojedinca 72 | |
| | Podići razinu svijestiti odgovornih iz regionalne i lokalne samouprave kao i političara o važnosti zdravlja za blagostanje, kako zajednice tako i pojedinaca, te im ukazati na njihovu odgovornost u procesu smanjivanja nejednakosti u zdravlju..... | 74 |
| | Osvijestiti lokalno stanovništvo o nejednakostima u zdravlju i mogućnostima njihovog smanjivanja, te im ukazati na njihovu odgovornost u procesu smanjivanja nejednakosti u zdravlju | 74 |
| 4.3.1. | Konkretizirani potcilj 1: Postaviti sustav nadzora za nejednakosti u zdravlju te sastaviti bazu podataka koja bi uključivala pokazatelje i intervencije za smanjivanje nejednakosti u zdravlju kroz mjere promicanja zdravlja | 74 |
| 4.3.2. | Konkretizirani potcilj 2: Podići razinu svijesti i znanja stručnjaka iz različitih sektora društva o nejednakostima u zdravlju kao i o mogućnostima njihovog smanjivanja te ih motivirati za suradnju | 76 |
| 4.3.3. | Konkretizirani potcilj 3: Osvijestiti lokalno stanovništvo o nejednakostima u zdravlju i mogućnostima njihovog smanjivanja te im ukazati na njihovu odgovornost u procesu smanjivanja nejednakosti u zdravlju | 79 |
| 4.3.4. | Konkretizirani potcilj 4: Podići razinu svijestiti odgovornih iz regionalne i lokalne samouprave kao i političara o važnosti zdravlja za blagostanje, kako zajednice tako i pojedinaca, te im ukazati na njihovu odgovornost u procesu smanjivanja nejednakosti u zdravlju..... | 81 |
| 4.4. | OPĆI CILJ 4: Lobirati za čisto, zdravo i održivo okruženje..... | 84 |
| 4.4.1. | Konkretizirani potcilj 1: Podizanje brige i svijesti stanovništva o važnosti očuvanja okoliša i o održivom načinu obrade poljoprivrednog zemljišta te općenito o važnosti održivog razvoja | 85 |
| | Poticanje na donošenje odluka koje podržavaju čisto, zdravo i održivo okruženje | 85 |
| 4.4.2. | Konkretizirani potcilj 2: Poticanje na donošenje odluka koje podržavaju čisto, zdravo i održivo okruženje..... | 86 |
| 5. | Komunikacijska strategija i partneri u provedbi Starteškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji | 87 |
| 6. | Financiranje Strateškog plana..... | 89 |
| 7. | Literatura | 90 |
| 8. | Osobe uključene u procjenu potreba i mogućnosti (Needs Assesment)..... | 96 |

1. Uvod

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti (1). Prema Breslow-u, zdravlje je dinamski ekvilibrij između pojedinca (grupa, zajednice) i njihovog okruženja. Kako bi pojedinac, grupa ili zajednica dosegli stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, oni moraju biti u mogućnosti prepoznati i uvidjeti svoje težnje, zadovoljiti potrebe te mijenjati okolinu ili se nositi s njom ⁽²⁾.

Klasični Dahlgren-Whitehead prikaz determinanti zdravlja govori o raznim razinama utjecaja pojedinih determinanti na potencijal za zdravlje određene osobe. Whitehead je opisala ove čimbenike kao one koji su nepromjenjivi - spol, dob, genetika te kao kombinaciju potencijalno promjenjivih rizičnih čimbenika, izraženu kao niz slojeva utjecaja, uključujući životne navike, fizičko i socijalno okruženje i šire socioekonomske, kulturalne i okolišne uvjete ⁽³⁾.

Slika1. Dahlgren-Whitehead model (Dahlgren and Whiteheads Social Determinants of Health Rainbow)



Izvor: Diagram by Whitehead M and Dahlgren C, in "What can be done about inequities and health?", The Lancet, 338, 8774, 26 October 1991, 1059-1063 ⁽³⁾.

Prema Otavskoj povelji o unapređenju zdravlja (Ottawa charter for Health promotion 1986.), temeljni uvjeti za zdravlje su mir, adekvatno stanovanje, obrazovanje, hrana, prihodi, stabilan eko-sustav, održiva eksploatacija resursa, socijalna pravda i pravičnost u zdravlju. Iz ovih činjenica proizlazi da na ljudski život i zdravlje ne utječu isključivo biološka, genetska i ponašajna obilježja pojedinca, već puno snažniji učinak na njegovo zdravlje imaju obilježja socijalne grupe kojoj taj pojedinac pripada. Tako su nejednakosti u zdravlju zapravo posljedica nejednakih životnih mogućnosti ⁽⁴⁾.

Nejednakosti u zdravlju možemo definirati kao razlike u zdravstvenom stanju ili u distribuciji determinanti zdravlja između različitih grupa u populaciji. Važno je napraviti razliku između

nejednakosti u zdravlju i nepravičnosti u zdravlju. Neke nejednakosti u zdravlju mogu se pripisati biološkim razlikama ili slobodnom izboru, dok se druge pripisuju okolini i vanjskim uvjetima koji su izvan kontrole pojedinaca (definicije prema SZO). Nejednakosti u zdravlju postoje na nadnacionalnoj razini (između zemalja), nacionalnoj razini (između regija unutar iste zemlje) te unutar regija (između raznih lokalnih skupina). Socio-ekonomske nejednakosti u zdravlju velik su izazov zdravstvenoj politici širom svijeta ⁽⁵⁾.

Stoga Svjetska zdravstvena organizacija u dokumentu “Zdravlje za sve u 21. stoljeću” (“Health-for-All Policy for the 21st century”, WHO) u prvi plan stavlja pravičnost i solidarnost, te se uz civilna i politička prava jednako ističu i ekonomska, socijalna te kulturna prava koja uključuju pravo na rad, obrazovanje, socijalnu sigurnost, adekvatno stanovanje i hranu te pravo na najviši mogući standard zdravlja te blagodati znanstvenog napretka.

Svjetska zdravstvena organizacija ističe da je bolje zdravlje moguće osigurati promicanjem zdravih stilova života i smanjivanjem faktora rizika po ljudsko zdravlje proizašlih iz okolišnih, ekonomskih, socijalnih ili ponašajnih faktora okruženja. Jednako je važno razvijati sustav zdravstva koji pravično unapređuje zdravstvene ishode, čije usluge odgovaraju potrebama korisnika, koji je financijski održiv i pravičan te počiva na politici i praksi “neisključivanja” (dostupan, pristupačan, učinkovit). Uz spomenuto, važno je razvijati politiku zdravlja unutar sustava zdravstva te općenito razvijati politiku u kojoj se vodi računa o socijalnoj, ekonomskoj i okolišnoj dimenziji zdravlja (6). Tim ćemo se postavkama rukovoditi u izradi i implementaciji Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji.

1.1. Okvir Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji i metodologija izrade

Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji izrađen je u sklopu ACTION-FOR-HEALTH projekta, dijelom financiranog od Europske unije u okviru Programa za zdravlje (Health Programme 2008-2013), a kojem je osnovni cilj smanjivanje nejednakosti u zdravlju primjenom metoda promicanja zdravlja i koristeći strukturne fondove Europske unije. Prvi korak u izradi tog plana je bila provedba situacijske analize vezano uz nejednakosti u zdravlju na nacionalnom nivou te na nivou Međimurske županije. Projektni tim stručnjaka iz Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije u suradnji s još nekoliko stručnjaka iz iste ustanove te vanjskih stručnjaka izvršili su detaljnu analizu determinanti zdravlja koristeći podatke EUROSTAT-a, Državnog zavoda za statistiku, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, podatke iz drugih međunarodnih, nacionalnih i regionalnih baza podataka te drugih izvora (stručne i znanstvene publikacije i radovi) te podatke Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije (publicirane i neobjavljene). Indikatori su prikupljeni temeljem online upitnika kojeg je pripremio tim stručnjaka iz Nizozemskog Instituta za unapređenje

zdravstvene zaštite (Duch Institute for Health Improvement – CBO) koji je voditelj 4. radnog dijela ACTION-FOR-HEALTH projekta ([Work package 4. - Situation overview, needs assessment and examples of good practice in the field of health inequalities](#)).

Nakon provedbe situacijske analize, pristupilo se procesu procjene potreba. Zbog toga je organizirano nekoliko fokus grupa s brojnim partnerima na kojima su ukratko bili prezentirani ciljevi projekta, trenutna situacija vezano uz nejednakosti u zdravlju na nacionalnom nivou te na nivou županije, a potom je uslijedila rasprava s ciljem procjene snaga, slabosti, prilika i mogućnosti vezano uz smanjivanje nejednakosti u zdravlju na nivou županije. Ut to, svi su partneri zamoljeni da ispune polustrukturirani upitnik s otvorenim pitanjima a sve u cilju dobivanja što potpunijeg uvida u dostupnost znanja, ljudskih resursa, raspoloživog vremena pojedinih partnera, volje za sudjelovanjem, financijskih i drugih resursa. Učinjen je uvid i u postojeće mreže te njihovo funkcioniranje kao i u postojeće regulative, ciljeve i upravljanje. U fokus grupama je sudjelovalo više od 35 osoba iz različitih sektora u županiji a polustrukturirani upitnik je ispunilo više od 60 osoba (neke su osobe bile kontaktirane emailom, telefonom ili u osobnom kontaktu). Procjena potreba je učinjena također temeljem online upitnika pripremljenog od strane stručnjaka iz Nizozemskog Instituta za unapređenje zdravstvene zaštite, a koji se temeljio na Nizozemskom okviru za promicanje zdravlja. Situacijska analiza i procjena potreba neophodni su koraci u izradi Akcijskog plana za smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji.

Najznačajniji podaci iz situacijske analize i procjene potreba kao i metodologija istih te primjeri dobre prakse na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju iz sedam europskih zemalja prikazani su u zajedničkoj projektnoj publikaciji „Situacijska analiza i procjena potreba u sedam zemalja i regija Europske unije“ (ACTION-FOR-HEALTH Situation analysis and Needs assessment in seven EU-Countries and regions, Reducing Inequalities in Health).

2. Potreba za Strateškim planom za smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Republici Hrvatskoj i Međimurskoj županiji

Pitanje nejednakosti u zdravlju je od velikog interesa za sve tranzicijske zemlje pa tako i za Hrvatsku koja se suočava s velikim promjenama u svim aspektima zdravstvene zaštite. Naime, tranzicijske zemlje se suočavaju sa sve većim troškovima zdravstvene zaštite zbog demografskih promjena, sve su veća očekivanja po pitanju prava na zdravstvenu zaštitu kao i ograničenja u financiranju zdravstvene zaštite (5).

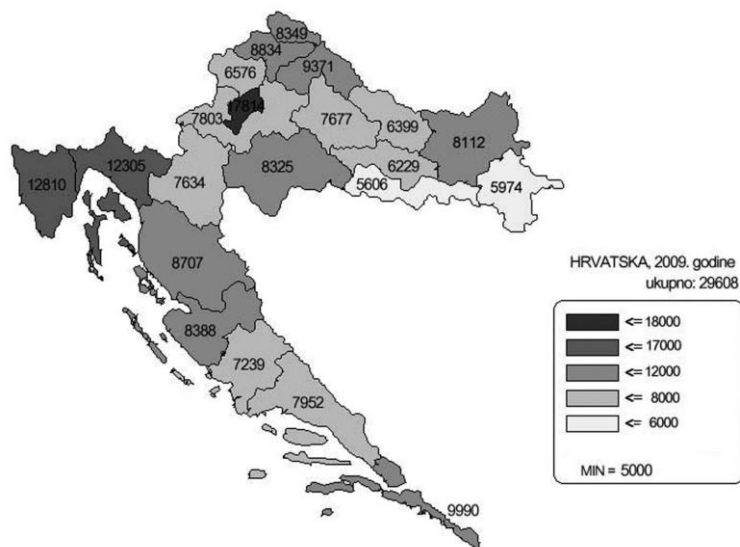
Nejednakosti u zdravlju, kao i u svim državama u Europi, postoje i u Republici Hrvatskoj. Čak štoviše, samoprocjenjene nejednakosti u zdravlju i pristupačnosti zdravstvene zaštite različitih skupina stanovništva s obzirom na prihode, stupanj urbanizacije te njihovu područnu raspodjelu, prema istraživanju Šućura, bile su izraženije u Hrvatskoj nego u zemljama Europske zajednice. Značajne su razlike u istom istraživanju utvrđene i među regijama Hrvatske. Tako su osobe koje žive u Središnjoj Hrvatskoj (Karlovačka, Sisačko-Moslavačka i Bjelovarsko-Bilogorska županija) smatrale da imaju najviše zdravstvenih poteškoća i najviše problema u pristupu zdravstvenim uslugama. Istočna Hrvatska (Virovitičko-Podravska, Požeško-Slavonska, Brodsko-posavska, Osječko-baranjska, Vukovarsko-srijemska) slijedi Središnju Hrvatsku u pogledu negativne percepcije zdravstvenog stanja i pristupa zdravstvenim uslugama. Najpovoljnija situacija bila je u Zagrebačkoj regiji (the City of Zagreb, Zagrebačka County) i Sjevernom Jadranu (Primorsko-goranska, Ličko-senjska, Istarska)(7).

2.1. Dohodak, nezaposlenost, obrazovanje

Velike razlike među županijama Republike Hrvatske postoje u BDP-u, zaposlenosti i obrazovanju, a što se ogleda i u razlikama među zdravstvenim pokazateljima.

U Hrvatskoj postoje značajne regionalne disproporcije što se tiče razine razvijenosti (Slika 2). Tako su najslabije razvijene županije Središnje i Istočne Hrvatske, a daleko najviši BDP *per capita* bilježi se u Gradu Zagrebu. BDP *per capita* iznad prosjeka Hrvatske imaju još Primorsko-goranska i Istarska županija. Na Grad Zagreb otpada više od trećine ostvarenog BDP-a, 9% BDP otpada na Splitsko-dalmatinsku, 8% na Primorsko-goransku županiju a po 6% na Istarsku, Osječko-Baranjsku i Zagrebačku županiju. S druge pak strane, Ličko-senjska, Virovitičko-podravska i Požeško-slavonska županija sudjeluju najmanje u ukupnoj strukturi BDP, svaka samo s po 1% (8).

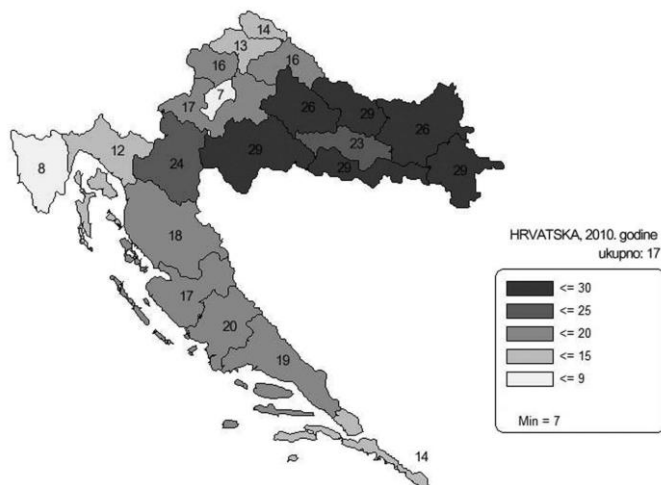
Slika 2. Bruto domaći proizvod (BDP) per capita (u EUR) po županijama (EUR) 2009. Izvor: Državni zavod za statistiku (2012). Priopćenje od 14. ožujka 2012. godine, Broj 12.1.2.



Izvor: Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. godine, Vlada Republike Hrvatske, 2012. godina

Nadalje, regionalne disproporcije u Hrvatskoj prisutne su i što se tiče stopa nezaposlenosti (Slika 3). Većina županija je 2010. godine imala više stope nezaposlenosti od prosječne stope za Hrvatsku. Najnižu stopu nezaposlenosti ima Grad Zagreb, a Brodsko-posavska, Vukovarsko-srijemska, Virovitičko-podravska i Sisačko-moslavačka županija imaju najviše stope (8).

Slika 2. Stope registrirane nezaposlenosti po županijama 2010. (%). Izvor: Državni zavod za statistiku (2012) Mjesečno statističko izvješće 2.; Hrvatski zavod za zapošljavanje (2010) Analitički bilten broj 4.

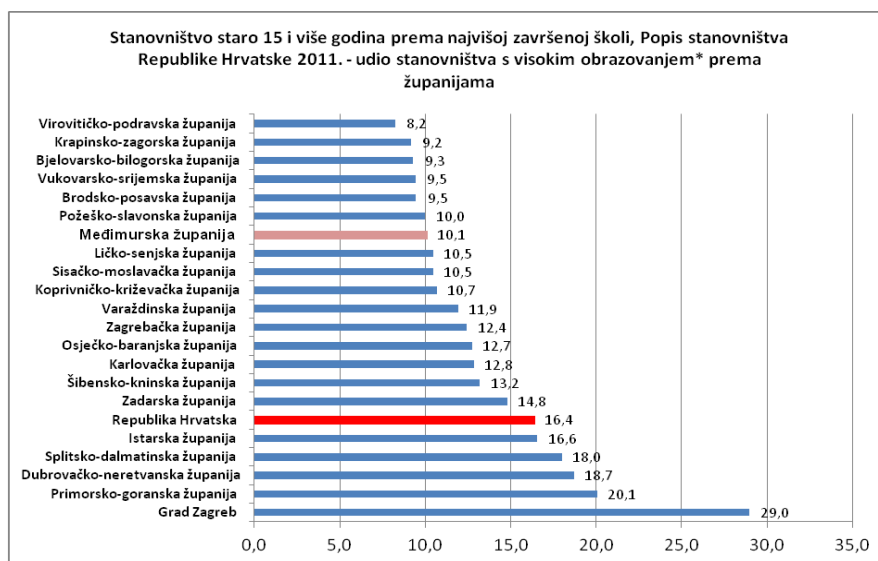


Izvor: Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. godine, Vlada Republike Hrvatske, 2012. godina

U Republici Hrvatskoj postoje velike razlike među županijama u odnosu na obrazovanje. Prema najnovijim podacima iz Popisa stanovništva 2011. godine, najviše visokoobrazovanih osoba starijih od 15 godina ima u gradu Zagrebu (29%), potom u Primorsko-goranskoj županiji (20,1%), Dubrovačko-neretvanskoj (18,7%), Splitsko-dalmatinskoj (18%) te Istarskoj 16,6%. Prosjek za Hrvatsku iznosi 16,4%. Najmanji udio visokoobrazovanog stanovništva imaju Virovitičko-podravska županija (8,2%), Krapinsko-zagorska (9,2%), Bjelovarsko-bilogorska (9,3%), te Vukovarsko-srijemska i Brodsko-posavska (po 10%). U Međimurskoj županiji je udio

visokoobrazovanog stanovništva 10,1% (9). Razlike u obrazovnoj strukturi stanovništva imaju snažan utjecaj na nejednakosti u zdravlju i to kroz više čimbenika. Dobro je dokumentirana statistička činjenica kako je očekivani životni vijek osoba s visokim stupnjem obrazovanja dulji od istoga kod osoba koje imaju niski stupanj obrazovanja. Osobe nižeg obrazovanja imaju i nižu razinu zdravstvene pismenosti koja se odražava na lošim zdravstvenim ishodima (više kroničnih bolesti, loša suradljivost u primjeni preporučenih tretmana, viša smrtnost i dr.), lošem životnom stilu, te većim zdravstvenim troškovima(10). Sve se to odražava negativno ne samo na zdravstveni već i socijalni te ekonomski razvoj Hrvatske.

Grafikon 1.



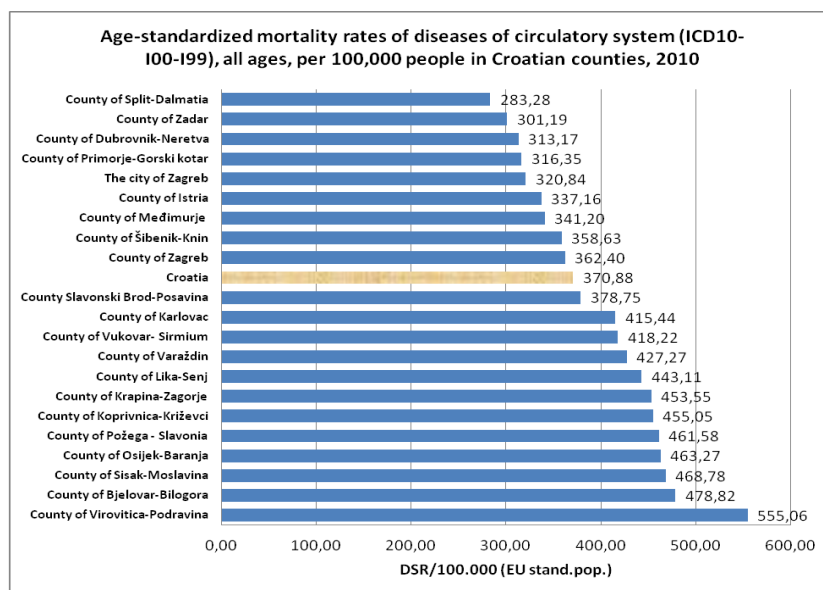
Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2011. godine, obrada podataka Zavod za javno zdravlje Međimurske županije⁽⁹⁾

2.2. Geografska distribucija vodećih uzroka smrtnosti u Republici Hrvatskoj

Vodeći uzroci smrtnosti kako u Međimurskoj županiji tako i u Hrvatskoj su u 2010. godini bile kardiovaskularne bolesti (s udjelom od 46% u ukupnom broju umrlih u Međimurju te 49% u Hrvatskoj), maligne bolesti (28,8%:26,3%), te ozljede, otrovanja i druge posljedice vanjskih uzroka (6,1%:5,7%)(11).

Standardizirana stopa smrtnosti od **kardiovaskularnih bolesti** za sve dobi 2010. godine je u Hrvatskoj iznosila 370,88/100.000 st. Najviša stopa smrtnosti zabilježena je u Virovitičko-Podravskoj županiji (555,06/100.000 st), a najniža u Splitsko-Dalmatinskoj (283,28/100.000 st). Stope smrtnosti su uglavnom više u kontinentalnom dijelu Hrvatske a niže u priobalnom području, s iznimkom Međimurske županije (341,2), Zagrebačke županije (362,4) te Grada Zagreba (320,84), koji su također imali niže stope smrtnosti od prosjeka Hrvatske. Od 1.235 osoba (609 muškaraca i 626 žena) koje su umrle u Međimurskoj županiji 2010. godine, 568 osoba (232 muškarca i 336 žena) je umrlo od kardiovaskularnih bolesti, što čini udio od 46% u ukupnom broju umrlih osoba(12).

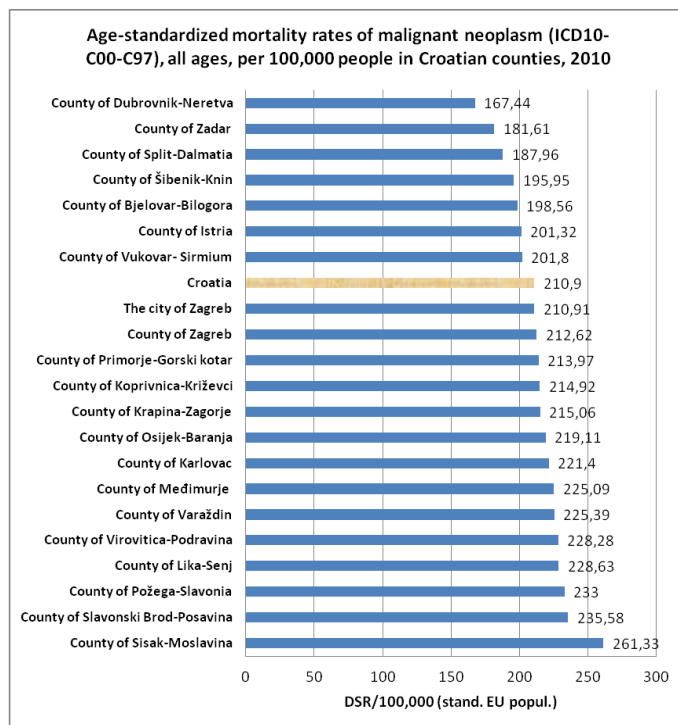
Grafikon 2. Dobno standardizirana stopa smrtnosti za bolesti cirkulacijskog sustava (MKB10, I00-I99), sve dobi, na 100.000 st, 2010. godine, prema županijama



Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Državni zavod za statistiku, standardizirane stope smrtnosti izračunate su u Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije (dobno-specifične stope su računane na procjenu broja stanovnika Republike Hrvatske sredinom 2010. godine i potom je učinjena standardizacija direktnom metodom na standardnu europsku populaciju) ⁽¹²⁾

U Hrvatskoj je 2010. godine **dobno-standardizirana stopa smrtnosti od raka** (MKB 10-C00-C97) za sve dobi iznosila 210,9/100,000 st. Najviša stopa smrtnosti je bila zabilježena u Sisačko-moslavačkoj županiji (261,33) a najniža u Dubrovačko-neretvanskoj (167,44). Međimurska županija je također imala višu stopu smrtnosti (225,09) nego što je bila prosječna za Hrvatsku. U 2010. godini je u Međimurskoj županiji od malignih bolesti umrlo 356 osoba (213 muškaraca i 143 žene) te je njihov udio u ukupnom broju umrlih iznosio 28,8% (12).

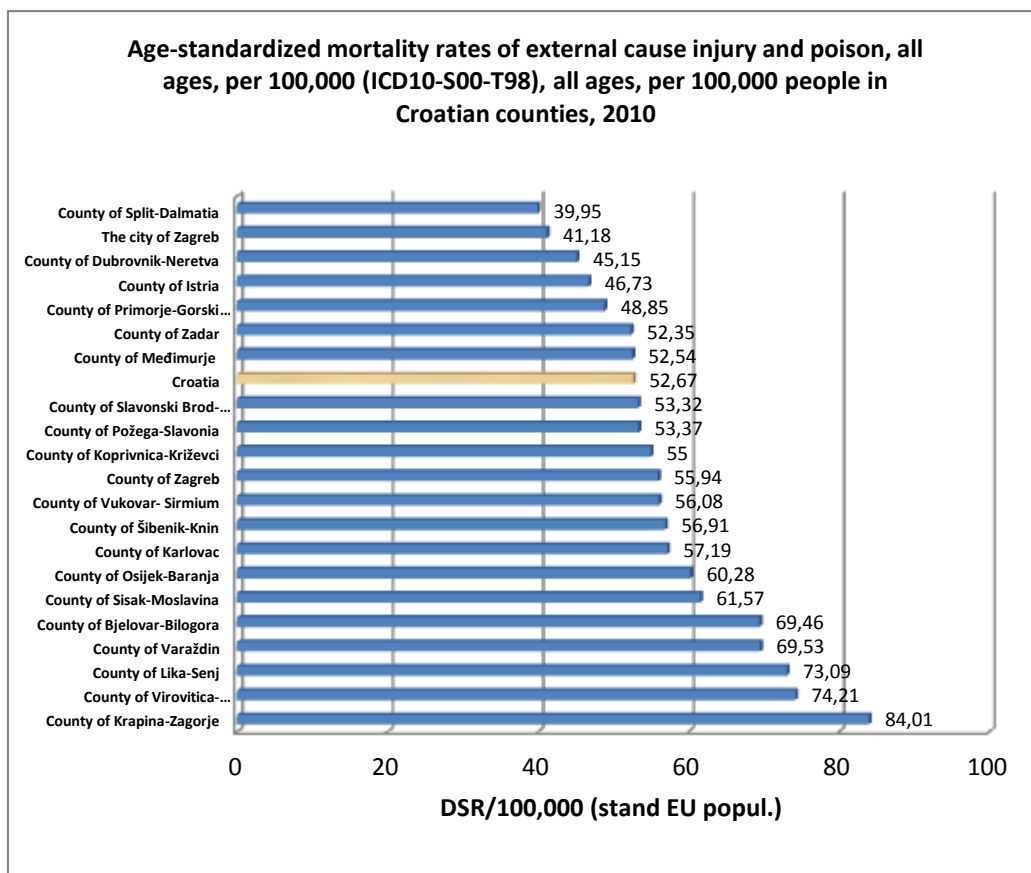
Grafikon 3. Dobno-standardizirana stopa smrtnosti od malignih bolesti (MKB 10-C00-C97), sve dobi, na 100,000 st., 2010, prema županijama Republike Hrvatske



Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Državni zavod za statistiku, standardizirane stope smrtnosti izračunate su u Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije (dobno-specifične stope su računane na procjenu broja stanovnika Republike Hrvatske sredinom 2010. godine i potom je učinjena standardizacija direktnom metodom na standardnu europsku populaciju) (12)

Dobno-standardizirana stopa smrtnosti od **ozljeda, otrovanja i drugih posljedica vanjskih uzroka** (MKB10 S00-T98) je 2010. godine u Republici Hrvatskoj iznosila 52.67/100.000. Najmanja stopa smrtnosti je bila zabilježena u Splitsko-dalmatinskoj županiji (39.95/100.000) i Gradu Zagrebu (41.18/100.000), dok su najviše stope bile u Krapinsko-zagorskoj (84.01/100.000) i Virovitičko-podravskoj županiji (74,21). Međimurska županija ima neznatno nižu stopu smrtnosti (52,54/100.000) od prosjeka Hrvatske. Ozljede su 2010. godine u Međimurskoj županiji bile treći vodeći uzrok smrtnosti, od kojih je umrlo 75 osoba (36 muškaraca i 39 žena) a njihov je udio u ukupnom broju umrlih osoba iznosio 6,1% (12).

Grafikon 4. Dobno-standardizirana stopa smrtnosti od ozljeda, otrovanja i drugih uzroka (MKB 10 S00-T98) sve dobi, 2010., prema županijama



Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Državni zavod za statistiku, standardizirane stope smrtnosti izračunate su u Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije (dobno-specifične stope su računane na procjenu broja stanovnika Republike Hrvatske sredinom 2010. godine i potom je učinjena standardizacija direktnom metodom na standardnu europsku populaciju) (12)

Republika Hrvatska je 2007. godine u skladu s odredbama Pristupnog ugovora s Europskom unijom potpisala Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju (Joint Inclusion Memorandum-JIM) s ciljem borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti (13), a 2011. godine je donesena Strategija razvoja sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj od 2011.-2016. godine (14). Nedavno su donesena još dva vrlo važna dokumenta koji također, uz ostale važne ciljeve, imaju za cilj i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Republici Hrvatskoj. To su Nacionalna strategija razvoja zdravstva od 2012.-2020. godine (8) te Strateški plan razvoja javnog zdravstva od 2013.-2015. godine (15). Provedba ciljeva Strategije regionalnog razvoja Republike Hrvatske od 2011.-2013. godine je također izuzetno važna za podizanje blagostanja svih hrvatskih regija te smanjenja zaostajanja za prosjekom EU. Razvojni ciljevi ove strategije (čija je primjena produžena do kraja 2014. godine) usmjereni su prema društveno-gospodarskom razvoju Republike Hrvatske, smanjenju regionalnih razvojnih nejednakosti te jačanju razvojnog potencijala onih dijelova Hrvatske koji zaostaju u razvoju (16). Osim toga, u tijeku je izrada novog Zakona o regionalnom razvoju Republike Hrvatske.

3. Nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji

3.1. Osnovni podaci

Međimurska županija je najmanja županija u Republici Hrvatskoj a prostire se na površini od 730 km kvadratnih. Omeđena je prirodnim granicama - rijekom Murom na sjeveru i istoku te rijekom Dravom na jugu. Najgušće je naseljena županija sa 156,11 st po kilometru kvadratnom. Prema popisu stanovništva iz 2011. godine, u Međimurskoj županiji žive 113.804 osobe (55.601 muškarac i 58.203 žene). Udio osoba u dobi od 0-14 godina iznosi 16,9%, dok je na nivou Hrvatske 15,2%, a udio osoba starijih od 65 godina u Međimurju iznosi 15,6%, dok je prosjek Hrvatske 17,7%. Prosječna starost stanovništva je u Međimurju 40 godina, a u Republici Hrvatskoj 41,7 godina. Grad Čakovec je upravno, kulturno i političko središte županije. Administrativno i politički, u županiji postoje još dva grada te 22 općine. Najzastupljenija nacionalna manjina u Međimurju je Romska nacionalna manjina. Tako prema popisu stanovništva iz 2011. godine u Međimurju živi 5.107 Roma a njihov udio u ukupnom broju stanovnika iznosi 4,49%. U Republici Hrvatskoj je prema istom izvoru bilo registrirano 16.975 Roma, dakle u Međimurskoj županiji živi 30% osoba romske nacionalnosti od ukupnog broja registriranih Roma u cijeloj Hrvatskoj ⁽⁹⁾.

U Međimurskoj županiji na dan 17.01.2013. godine žive 11.738 osobe s invaliditetom od čega su 6.363 osobe muškog spola (54%) i 5.375 osoba ženskog spola (46%). Tako osobe s invaliditetom čine 10,3% ukupnog stanovništva županije. Najveći broj osoba s invaliditetom, njih 5.761 (49%) je u radno aktivnoj dobi, dok je u dobi od 0-19 godina 16% osoba (1.831) s invaliditetom. U Međimurskoj županiji je ispod prosjeka ukupna prevalencija osoba s invaliditetom kao i prevalencija za radno aktivnu i životnu dob iznad 65 godina dob, dok je prevalencije u dječjoj dobi iznad prosjeka te je najveća zabilježena u Republici Hrvatskoj. Prema dostupnim podacima o obrazovanju, 76% osoba s invaliditetom nema završenu osnovnu školu ili ima samo osnovnoškolsko obrazovanje, 17% ima srednju stručnu spremu dok je oko 1% osoba s visokom ili višom stručnom spremom, dok specijalno obrazovanje nalazimo kod 6% osoba s invaliditetom. Prema podacima baze zaposlenih osoba s invaliditetom, u Međimurskoj županiji je 273 zaposlenih (zaposleni, privremeno radno nesposobni) osoba s invaliditetom (67% muških i 33% ženskih osoba). Oko 55% osoba, koje ostvaruju prava iz sustava socijalne skrbi, imaju potrebu za pomoći i njegom u punom opsegu. U Međimurskoj županiji živi 399 branitelja s invaliditetom te 102 osobe koje imaju posljedice ratnih djelovanja iz II svjetskog rata ili su civilni invalidi rata i poraća ⁽¹⁷⁾. Dakle, osobe s invaliditetom su posebno ranjiva skupina stanovništva kojima treba posvetiti značajnu pozornost u nastojanjima smanjivanja nejednakosti u zdravlju.

3.2. Socijalno-ekonomski podaci

Prosječna mjesečna isplaćena neto plaća po zaposlenome u pravnim osobama 2010. godine prema Državnom zavodu za statistiku u Međimurskoj županiji iznosila je 4.251 kunu (4.495 kuna za zaposlene muškarce te 3.941 kunu za žene), što je najniža isplaćena neto plaća od svih

županija. Najviša prosječna isplaćena neto plaća po zaposlenome u Republici Hrvatskoj 2010. godine bila je u gradu Zagrebu, ukupno 6.245 kn, za žene 5.871, a za muškarce 6.580, dok je prosjek za Republiku Hrvatsku iznosio 5.329 kn (5.575 kuna za muškarce te 5.026 kuna za žene)⁽¹⁸⁾.

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku, stopa rizika od siromaštva u Republici Hrvatskoj 2011. godine je iznosila 21,1% (20,0% za muškarce i 22,1% za žene). Najviša je kod osoba u dobi od 65 i više godina (27,3%). U toj je skupini i najveća razlika prema spolu (za muškarce 21,5%, a za žene 31,3%)⁽¹⁹⁾. Stopa rizika od siromaštva prema drugom izvoru (Ivica Rubil, 2013) u Republici Hrvatskoj je 2010. godine iznosila 17,7%, a za Međimursku županiju 12%. Nižu stopu rizika od siromaštva u odnosu na državni prosjek prema tom izvoru imalo je uz Međimursku županiju još sedam županija – Istarska 3,9%, grad Zagreb 7,9%, Dubrovačko-neretvanska 9,3%, Primorsko-Goranska 9,5%, Krapinsko–Zagorska 9,6%, Splitsko-Dalmatinska 16,3% i Zagrebačka 16,7%. Najvišu stopu rizika od siromaštva imala je Virovitičko-Podravska županija–47,5%⁽²⁰⁾.

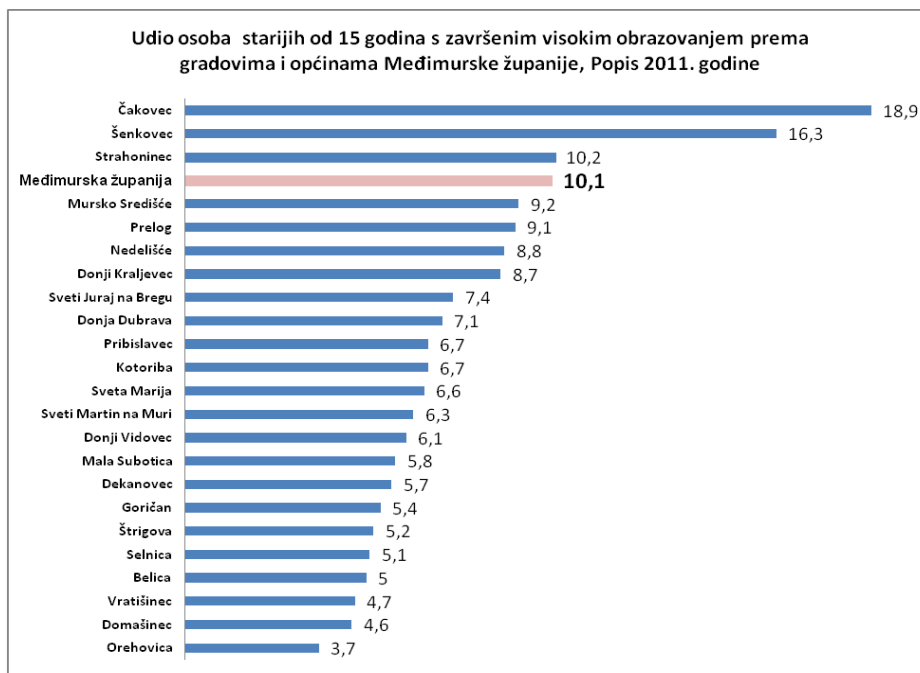
Prema podacima Hrvatskog Zavoda za zapošljavanje, područne službe Čakovec, 30.09.2012. godine, u Međimurskoj županiji su bile registrirane 7.564 nezaposlene osobe, od kojih je nezaposlenih mlađih od 25 godina bilo 1.750 (23,1%). Zaposlenih osoba je bilo registrirano 38.578, a aktivnog stanovništva 46.142 osobe. Tako je ukupna stopa nezaposlenosti u Međimurskoj županiji iznosila 16,4%, stopa nezaposlenosti muškaraca 14%, a žena 19,3%⁽²¹⁾. Nezaposlenost je vrlo visoka među osobama romske nacionalne manjine u Međimurju. Prema istraživanju Šlezaka, u romskom naselju Kuršanec (istraživanje iz 2009. godine), stopa zaposlenosti iznosila je svega 3,78%. Od ukupno 15 zaposlenih osoba u tom naselju, 14 je bilo muškaraca i samo jedna zaposlena žena⁽²²⁾.

Prema podacima Državnog Zavoda za statistiku, stopa nezaposlenosti je u Hrvatskoj 2012. godine bila viša nego u Međimurju i iznosila je 18,3% (16,4% za muškarce i 20,5% za žene), a u ukupnom broju nezaposlenih, nezaposleni u dobi do 25 godina činili su udio od 20,5% u ukupnom broju nezaposlenih osoba⁽²³⁾.

U Međimurskoj županiji uočljiva je jako nepovoljna struktura stanovništva po kriteriju stručne spreme u odnosu na stanje u Republici Hrvatskoj. Tako je udio stanovništva starijeg od 15 godina koje je završilo najmanje srednju školu u Međimurskoj županiji prema popisu stanovništva iz 2011. godine iznosio 51,8% (za muškarce 63,1%, a za žene 41,3%) dok je prosjek za Hrvatsku 52,6% (za muškarce 60% a za žene 45,9%). Uz to, na razini Republike Hrvatske udio visoko obrazovanog stanovništva iznosi 16,4% (za žene 16,7% a za muškarce 16%), a u Međimurskoj županiji svega 10,1% (10,9% za žene te 9,2% za muškarce). Udio stanovništva sa završenih manje od osam razreda osnovne škole u Republici Hrvatskoj iznosio je 9,6% (13,1% kod žena te 6,2% kod muškaraca) a u Međimurskoj županiji čak 15,3% (20,2% kod žena te 10,1% kod muškaraca). Postoje velike unutar županijske razlike u obrazovnoj strukturi stanovništva. Najviše visokoobrazovanih osoba je u gradovima te u općinama Šenkovec i Strahoninec, dok je najmanji udio visokoobrazovanih osoba u Orehovici, Domašincu i Vratišincu (grafikon 5)⁽⁹⁾. Izrazito niska razina obrazovanosti prisutna je kod romskog stanovništva u Međimurskoj županiji. Prema istraživanju Šlezaka (2013), koji je obrazovni sastav romskoga stanovništva analizirao na primjeru drugog po veličini romskoga naselja Kuršanec u kojem je 2009. godine živjelo 960 stanovnika (oko 18% ukupnog romskog stanovništva u Međimurju), gotovo četvrtina

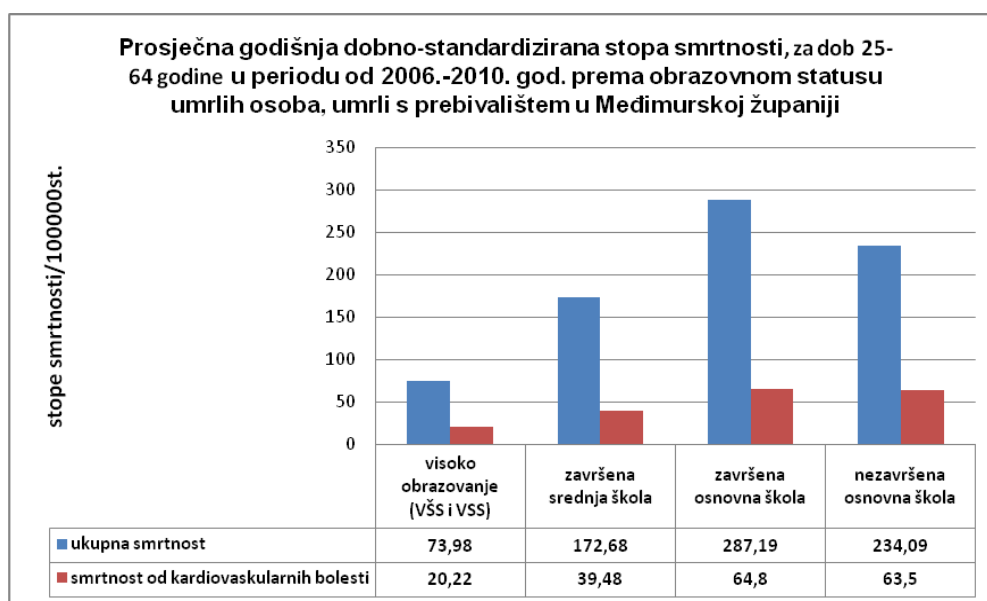
osoba starijih od 15 godina nikad nije pohađala školu (23,5%), 56,5% ih je odustalo od školovanja tijekom osnovne škole, 15,9% ih je završilo samo osnovnu školu, a 4,2% ih je završilo srednju školu. Vrlo nizak obrazovni sastav romskog stanovništva rezultira neosposobljenošću za ikakav kvalificirani posao što svakako doprinosi visokoj nezaposlenosti osoba romske nacionalnosti ⁽²²⁾.

Grafikon 5.



Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2011. godine, obrada podataka Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije ⁽⁹⁾

Grafikon 6. Prosječna DSS smrtnosti prema obrazovnom statusu umrlih u Međimurskoj županiji



Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2011 godine, DEM2(2006.-2010.), obrada podataka Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije ⁽²⁶⁾

3.3. Zdravlje i nejednakosti u zdravlju

Očekivano trajanje života prema podacima EUROSTATA u Hrvatskoj je 2010. godine iznosilo 76,1 godinu (za muškarce 72,9 godina a za žene 79,2 godine) ⁽²⁴⁾. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku, očekivano trajanje života u Međimurskoj županiji je vrlo slično državnom prosjeku i u 2008./2009. godini je iznosilo za muškarce 72,14 godina a za žene 79,8 godina, dakle za žene je bilo dulje za 7,7 godina nego za muškarce. U prosjeku se najduže živi u županijama Jadranske Hrvatske, posebno na priobalju, a najkraće u Panonskoj Hrvatskoj. Najkraći životni vijek mogu očekivati muškarci u Krapinsko-Zagorskoj županiji (68,8 godina), a najduži u Dubrovačko-Neretvanskoj (75,23 godine), a žene najviši također u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (81,96 godina) a najniži u Bjelovarsko-Bilogorskoj županiji (77,5 godina) ⁽²⁵⁾. Vodeći uzroci smrtnosti kako u Međimurskoj županiji tako i u Hrvatskoj su kardiovaskularne bolesti (s udjelom od 46% u ukupnom broju umrlih u Međimurju 2010. godine te 49% u Hrvatskoj), maligne bolesti (28,8%:26,3%), te ozljede, otrovanja i druge posljedice vanjskih uzroka (6,1%:5,7%) ⁽¹¹⁾.

3.4. Nejednakosti u zdravlju i kardiovaskularne bolesti

U posljednjih 15 godina došlo je do značajnog pada smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u Međimurskoj županiji. Od 2004. godine, one su jedan od pet županijskih javnozdravstvenih prioriteta. No, usprkos tome, njihovo breme je još uvijek veliko, te je važno uložiti još više napora kako bi se nastavio trend smanjenja smrtnosti i obolijevanja od kardiovaskularnih bolesti te kako bi se smanjile nejednakosti u zdravlju vezano uz te bolesti.

Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok smrtnosti i hospitalizacija u Međimurskoj županiji. Standardizirana stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u Međimurskoj županiji 2010. godine je bila niža od prosjeka za Hrvatsku (341,2/100,000 iznosila je u Međimurskoj županiji a 370,75/100,000 u Hrvatskoj) jednako kao i smrtnost od ishemične bolesti srca (156,34/100,000:164,21/100,000), dok je smrtnost od cerebrovaskularnih bolesti u Međimurskoj županiji bila tek neznatno viša od prosjeka Hrvatske (108,28/100,000 Međimurska županija i 106,77/100.000 st. Hrvatska). No, stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti su u Međimurskoj županiji više nego u 27 zemalja Europske unije, te više nego u Sloveniji i Austriji ⁽¹²⁾.

3.5. Geografska distribucija kardiovaskularnih bolesti u Međimurskoj županiji

Za analizu geografske distribucije kardiovaskularnih bolesti u Međimurskoj županiji, korišteni su podaci o uzrocima smrti osoba umrlih na području Međimurske županije u periodu od 2006.-

2010. godine registrirani u Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije. U tom petogodišnjem periodu, u Međimurskoj županiji su od kardiovaskularnih bolesti umrle 2.822 osobe (1.196 muškaraca i 1.626 žena), prosječno godišnje 564 osobe (239 muškaraca i 325 žena), što čini prosječni godišnji udio od 47,3% u ukupnom broju umrlih osoba. Udio umrlih od kardiovaskularnih bolesti je bio značajno veći kod žena nego kod muškaraca. Naime, u petogodišnjem periodu je od svih uzroka smrti ukupno umrlo 5.969 osoba. Među njima su bila 3.082 muškaraca te je udio umrlih muškaraca od kardiovaskularnih bolesti u ukupnom broju umrlih muškaraca iznosio 39%. U istom je periodu ukupno umrlo 2.887 žena, te je udio umrlih žena od kardiovaskularnih bolesti iznosio 56%.

Kako bismo mogli uspoređivati podatke između gradova i općina Međimurske županije, izračunate su prosječne godišnje dobno standardizirane stope smrtnosti (na standardnu europsku populaciju). Prosječna godišnja standardizirana stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u Međimurskoj županiji za period od 2006.-2010. godine iznosi za sve dobi 457,15/100,000 st. i viša je kod muškaraca (564,58/100,000) nego kod žene (389,41/100.000), a za dob 0-64 godine 54,4/100,000 st. te je kod muškaraca također značajno viša (83,56/100,000) nego kod žena (27,11/100,000).

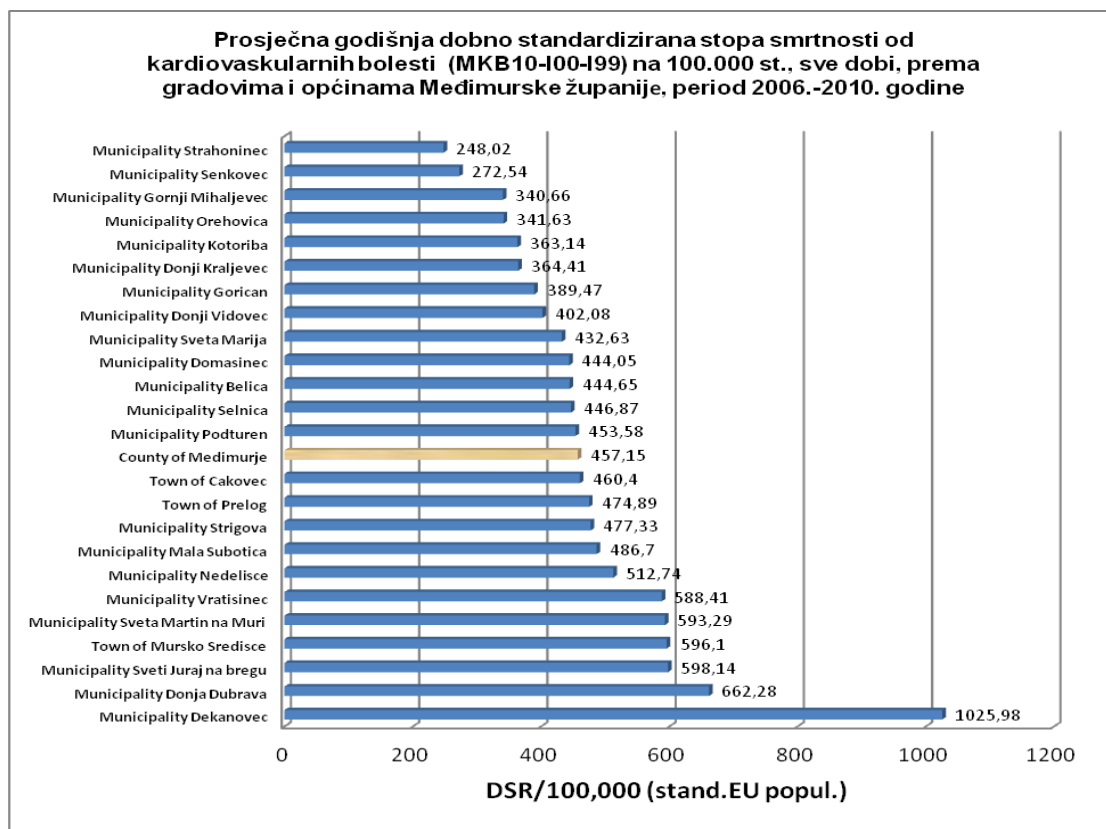
Najviša stopa smrtnosti zabilježena je u najmanjoj općini, kako površinom, tako i brojem stanovnika (općina ima samo 832 stanovnika), u općini Dekanovec, u kojoj smrtnost za sve dobi iznosi 1.025,98/100,000 st, a za dob 0-64 godine 139,33/100,000 st. U periodu od 2006.-2010. godine u toj je općini ukupno umrla 91 osoba, među kojima su 42 umrle od kardiovaskularnih bolesti te je njihov udio u ukupnom broju umrlih iznosio 46%.

Najniža stopa smrtnosti zabilježena je za sve dobi u općini Strahoninec (248,02/100,000) u kojoj je u petogodišnjem periodu umrlo 67 osoba, među kojima je 21 osoba umrla od kardiovaskularnih bolesti a udio umrlih od kardiovaskularnih bolesti je iznosio 31,4%. Najniža stopa smrtnosti za dob 0-64 godine zabilježena je u Gornjem Mihaljvcu (17,31/100,000 st).

U odnosu na spol, za sve dobne skupine, kod muškaraca su također najviše stope smrtnosti u općini Dekanovec (1.536,48/100,000), a najniže u općini Strahoninec (288,82/100,000 st), dok je za dob 0-64 godine, najviša stopa smrtnosti u muškaraca zabilježena u Donjoj Dubravi (226,85/100,000 st), a najniža u Gornjem Mihaljvcu (32,82/100,000 st). Stope smrtnosti su kod žena manje nego kod muškaraca, a prema gradovima i općinama, smrtnost kod žena, za sve dobne skupine je također najviša u općini Dekanovec (904,81/100,000 st), a najniža je u općini Šenkovec (214,65/100,000), a za dob 0-64 godine je također najviša stopa smrtnosti u Dekanovcu i iznosi 151,32/100,000 st, a najniža je u Selnici (10,16/100,000 st), ali u 4 općine u tom period nije bila zabilježena niti jedna smrt žena zbog kardiovaskularnih bolesti u dobi do 64 godine (Strahoninec, Kotoriba, Gornji Mihaljevec i Goričan).

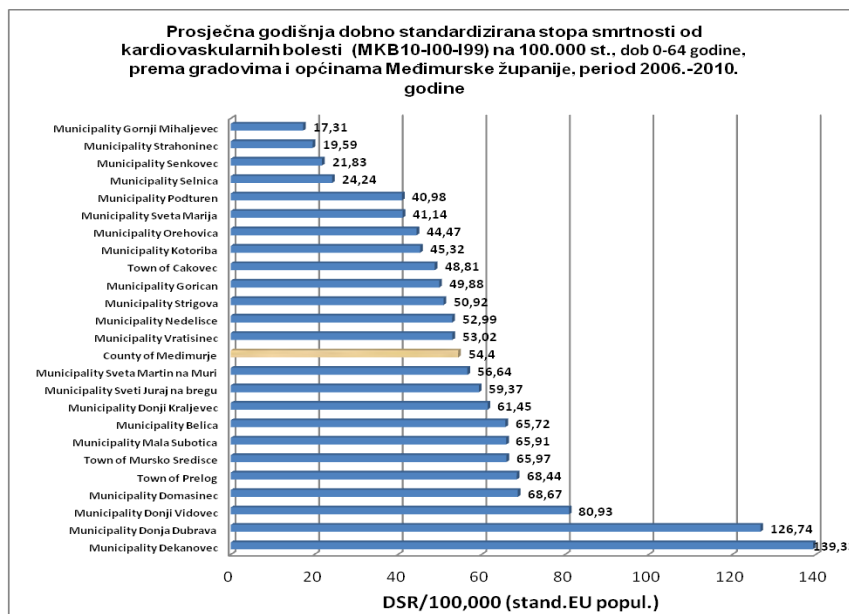
Kao što je već spomenuto, najviše stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti, ukupno kao i za oba spola, zabilježene su u općini Dekanovec. No, može se uočiti i to da su stope smrtnosti (ukupna, kao i za oba spola) više od županijskog prosjeka u općini Donja Dubrava koja je najudaljenija od centra županije (grada Čakovca), zatim u općini Nedelišće, najvećoj općini u županiji, te u čak 3 općine i jednom gradu koji su smješteni u Gornjem Međimurju – Općina Sveti Martin na Muri, Sveti Juraj na Bregu, Vratišinec i Grad Mursko Središće ⁽²⁶⁾.

Grafikon 7. Prosječna godišnja DSS smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti, sve dobi, period 2006.-2010., Međimurska županija



Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Državni zavod za statistiku, dobnostandardizirane stope smrtnosti izračunate su u Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije na procjenu broja stanovnika Međimurske županije sredinom 2010. godine ⁽²⁶⁾

Grafikon 8. Prosječna godišnja DSS smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti, dob 0-64 godine, period 2006.-2010., Međimurska županija



Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Državni zavod za statistiku, dobno-specifične stope smrtnosti izračunate su u Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije na procjenu broja stanovnika Međimurske županije sredinom 2010. godine ⁽²⁶⁾

3.6. Osobni, socijalno-ekonomski i okolinski čimbenici koji mogu utjecati na nejednakosti u zdravlju vezano uz kardiovaskularne bolesti u Međimurskoj županiji

Dob i spol su vrlo važni osobni čimbenici koji imaju utjecaj na smrtnost od kardiovaskularnih bolesti, te vezano uz njih, možemo uočiti značajne razlike. U Međimurskoj županiji je 2010. godine umrlo 568 osoba od kardiovaskularnih bolesti od kojih je 336 bilo žena i 232 muškaraca. Među ukupnim brojem umrlih te godine od kardiovaskularnih bolesti, 12,2% (69 osoba) je bilo u dobi do 64 godine, s tim da muškarci u znatno većem udjelu umiru u dobi do 64 godine (53 umrle osobe i udio od 26,1%). Udio umrlih žena u dobi do 64 godine je iznosio 4,8% (16 umrlih žena). Dobno-specifične stope smrtnosti za KVB povećavaju se s dobi i više su u muškaraca nego u žena u svim dobnim skupinama, osim u dobi od 45-49 godina te iznad 85 godina kad je stopa viša u žena. Intenzivnije povećanje smrtnosti počinje u dobi iznad 50 godina ⁽¹²⁾. Na smrtnost od kardiovaskularnih bolesti ali i na razlike između muškaraca i žena, svakako su mogle utjecati i **spolne razlike u prevalenciji štetnih rizičnih čimbenika** kao što su prehrabene navike, razina tjelesne aktivnosti, pušenje, konzumacija alkohola, korištenje usluga liječnika, zdravstvena pismenost, obrazovanje, dohodak te stavovi i vjerovanja pojedinih osoba.

Čimbenici životnog stila. Prema Hrvatskoj zdravstvenoj anketi iz 2003 godine, prevalencija nezdravih prehrabnenih navika je bila viša kod muškaraca u svim regijama. Ispitanici Međimurske županije su u tom istraživanju pripadali Sjevernoj regiji u kojoj je nađeno uvjerljivo

najveće breme prekomjerne tjelesne težine, debljine i centralne debljine. U muškaraca Sjeverne regije, utvrđena je također najveća prevalencija povišenog krvnog tlaka (47,06%), zatim visoka prevalencija nedovoljne tjelesne aktivnosti (37,7%, samo je u gradu Zagrebu bila viša) i vrlo visoka prevalencija pretjerane konzumacije alkoholnih pića (13,12%), viša je utvrđena samo u Istočnoj i Jadranskoj regiji. Najviša prevalencija pretjerane konzumacije alkoholnih pića utvrđena je u žena Sjeverne regije i iznosila je 1,45%. Jedino je prevalencija pušenja u oba spola bila najniža u Sjevernoj regiji (10,54% u žena i 24,07% u muškaraca).

Prema istom izvoru, najviše sintetičko kardiovaskularno breme definirano incidentima (srčani infarkt, moždani udar), krvnim tlakom, prekomjernom tjelesnom težinom, abdominalnom debljinom i rizičnim ponašanjem (pretjerano pijenje alkohola, neadekvatna prehrana, fizička neaktivnost pušenje) bilo je registrirano u muškaraca Sjeverne regije (53,1%), dok je u žena Sjeverne regije iznosilo 54,2% (najviše je bilo u žena Centralne regije 56,5%, te Istočne regije 55%)^(27,28,29,30,31,32,33).

O utjecaju i važnosti pojedinih čimbenika rizika na zdravlje naše populacije možemo zaključiti i temeljem kvalitativnog istraživanja zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije provedenom u sklopu programa Zdrave županije u kojem su sudjelovala 174 ispitanika iz zajednice te grupe opservera-promatrača, a uključivalo je intervjue, fokus grupe i ankete, u kojem je na pitanje – »Što sve ugrožava Vaše zdravlje i zdravlje Vaše obitelji?«, pet najučestalijih kategorija odgovora iz zajednice uključivalo; stres, egzistencijalnu nesigurnost, loše prehrambene navike, zagađenje okoliša te ovisnosti (pušenje, alkohol, droga). U grupi promatrača, utvrđene su gotovo iste kategorije odgovora; stres, preopterećenost poslom, loše prehrambene navike, zagađenje okoliša i materijalna nesigurnost⁽³⁴⁾.

Prilikom istraživanja determinanti vezanih uz **osobne faktore ali i dohodak te stupanj obrazovanja**, a koje su mogle utjecati na smrtnost od kardiovaskularnih bolesti u Međimurskoj županiji u periodu od 2006.-2010. godine, **uočene su statistički značajne razlike između muškaraca i žena**. Tako je statistički značajno manji broj muškaraca bio liječen od bolesti od koje je umro - 87,8% u odnosu na 92,3% (OR iznosi 0.60, a 95% CI – 0.47-0.78), udio muškaraca sa nezavršenom osnovnom školom je značajno manji u odnosu na udio žena s nezavršenom osnovnom školom - 35,2%:55,4% (OR iznosi 0.44, a 95% CI – 0.37-0.51), značajno veći broj muškaraca nego žena umire u bolnici - 40,1%:34,3% (OR iznosi 1.28, a 95% CI – 1.10-1.50) i značajno je veći udio muškaraca koji nisu uzdržavani u odnosu na udio žena koje nisu uzdržavane – 88,9%:73,8% (OR iznosi 2,84, a 95% CI 2,84-3,51)⁽³⁵⁾.

Zanimanje, dohodak i obrazovanje su vrlo značajne socijalno-ekonomske determinante zdravlja. Budući da Međimurska županija ima lošiju obrazovnu strukturu stanovništva, nedovoljno znanje i svijest o najznačajnijim rizičnim čimbenicima za kardiovaskularne bolesti kao i o simptomima bolesti moglo je utjecati na obolijevanje i smrtnost od kardiovaskularnih bolesti. Osim toga, u Međimurskoj županiji je 2010. godine bila najniža prosječna mjesečna isplaćena neto plaća od svih županija^(9,18).

Prospektivne studije su pokazale da je stres općenito kao i stres na poslu povezan s povećanim rizikom morbiditeta i mortaliteta od kardiovaskularnih bolesti, čak i neovisno o pušenju i drugim čimbenicima rizika. U doktorskoj disertaciji Šikić Vagić J.(2010), poslovni stres kao mogući čimbenik rizika za kardiovaskularne bolesti ima 12,2% bolesnika; 15% muškaraca u

kontinentalnoj Hrvatskoj ima poslovni stres u vidu neuspjeha ili gubitka posla, a u Mediteranskoj 8,7%. U istom istraživanju, najniže prihode imale su ispitanice u kontinentalnom dijelu Hrvatske (njih 19,3% ima prihode manje od 2000 kn)⁽³⁶⁾.

U kvalitativnom istraživanju zdravstvenih potreba stanovništva Međimurske županije, **stres** je također istaknut kao vrlo važan čimbenik koji ugrožava zdravlje naših stanovnika, a **najčešće je uzrokovan ekonomskim ali i društvenim okolnostima**. Najčešće je to briga za egzistenciju (nezaposlenost, gubitak posla, radna nesigurnost, nedostatna primanja, lošije stambene okolnosti), stres izazvan barijerama (građevinskim, administrativnim, u ostvarivanju zdravstvene zaštite), stres zbog opterećenosti poslom, stres izazvan strahom od smrti ili osamljenosti, odnosno izoliranosti, lošim odnosima u obitelji, nerazumijevanjem okoline za potrebe bolesnih i dr.⁽³⁴⁾.

Socijalne determinante vezane uz kulturološke i okolinske uvjete. Prema kvalitativnom istraživanju zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije, svijest o važnosti kretanja radi unapređenja i očuvanja zdravlja, još uvijek nije dostatna, osobito u manjim seoskim sredinama. Osim nedostatka znanja, na to utječu i kulturne norme zajednice prema kojima su osobe koje hodaju ili voze bicikl zbog rekreacije, osobe koje nemaju što drugo raditi (ili ne žele raditi nešto »korisnije«), a situacija je dodatno otežavajuća ženama koje zbog preopterećenosti obavezama na poslu i u obitelji (nejednakosti koje se odnose na uloge i zadatke žena), imaju realan nedostatak vremena za tjelesnu aktivnost (čak i ako su zainteresirane za nju). U istom istraživanju, utvrđen je nedostatak sportskih i rekreativnih sadržaja, dvorana, klubova (prostora i programa) kao i biciklističkih staza⁽³⁴⁾. Prema istraživanju Šikić Vagić (2010), educiraniji muškarci i žene s koronarnom bolešću se statistički značajno više bave fizičkom aktivnošću. Također muškarci su statistički značajno fizički aktivniji u odnosu na žene⁽³⁶⁾.

I u našoj županiji koja je zbog specifičnog geografskog položaja vinorodni kraj, pijenje alkohola ima pozitivnu konotaciju i pijenje je društveno prihvaćeno, čak očekivano ponašanje u brojnim prigodama. Tome doprinosi i sveukupna društvena zajednica propagiranjem turističkih sadržaja vezanih uz „vinske ceste“, običaje „krštenja mošta“, „Dane vina uz Sv. Urbana“ itd. Važan utjecaj na mlade ima i marketing lokalnih javnih medija propagiranjem različitih vrsta „partya“ (npr. votka party, bambus party i sl.), ne poštuje se zakon o zabrani prodaje alkohola i cigareta djeci mlađoj od 18 godina. Poseban problem predstavlja i zakonom dozvoljeno reklamiranje osobito piva (ali i vina) koji su svrstani u prehrambene proizvode a ne u alkoholna pića (odnosi se na cijelu Hrvatsku)⁽³⁷⁾. Tradicija ima utjecaj i na prehrambene navike stanovnika Međimurske županije, iako su novija istraživanja pokazala da se u Međimurskoj županiji sve manje prakticira tradicionalna prehrana koja obiluje zasićenim masnoćama životinjskog porijekla, crvenim mesom i usalamurenim proizvodima, a nedovoljna je zastupljenost voća i povrća⁽³⁸⁾.

Nekoliko je studija provedenih u Hrvatskoj potvrdilo pretpostavku da je **breme kardiovaskularnog rizika u Hrvatskoj veće** u kontinentalnom dijelu Hrvatske i **u ruralnim područjima**, pa smo istražili kakva je situacija u Međimurskoj županiji^(39,40).

Prilikom istraživanja nekih determinanti koje su mogle utjecati na smrtnost od kardiovaskularnih bolesti (da li je osoba bila liječena prije smrti ili ne od bolesti od koje je umrla, udio umrlih osoba sa nezavršenom osnovnom školom, da li je osoba umrla u bolnici, da li umrla

osoba nije bila uzdržavana), statistički značajna razlika između umrlih osoba (neovisno o spolu) u općinama i gradovima Međimurske županije utvrđena je jedino za osobni prihod. Tako je utvrđen značajno manji broj umrlih osoba koje nisu bile uzdržavane u općinama Međimurske županije, u odnosu na umrle u gradovima Međimurske županije-77,5%:84,7% (OR iznosi 0.62, a 95% CI – 0.51-0.76). Među muškarcima umrlim od kardiovaskularnih bolesti, nisu nađene statistički značajne razlike u spomenutim istraživanim determinantama u odnosu na općine i gradove. Kod žena, utvrđene su razlike u školskoj spremi, tako je u općinama Međimurske županije statistički značajno manji udio žena s nezavršenom osnovnom školom, nego što je njihov udio u gradovima -53.65%;59.3% (OR iznosi 0.79, a 95% CI – 0.65-0.97), a u općinama Međimurske županije je manji udio žena koje nisu uzdržavane u odnosu na udio neuzdržanih žena u gradovima Međimurske županije - 70%;80,6% (OR iznosi 0.56, a 95% CI – 0.44-0.72)⁽³⁵⁾. Na razlike u smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti među gradovima i općinama Međimurske županije, mogle su još utjecati razlike u javnom prijevozu, kulturnim normama i prevladavajućim stavovima zajednice o zdravlju i ponašanju vezanom uz zdravlje, socijalnim mrežama u zajednici te te na taj način i razlike u dostupnosti zdravstvene zaštite⁽⁴¹⁾. Naime, javni prijevoz je općenito nedovoljno razvijen u cijeloj županiji, a lošiji je u Gornjem Međimurju nego u Donjem. Osim toga, cijene javnog prijevoza iz udaljenih mjesta u Međimurju su visoke, što je također moglo utjecati na zakašnjelo traženje medicinske pomoći. Budući da je HMP do 2012. godine bila locirana samo u Gradu Čakovcu, kao i specijalističko-konzilijarne službe (koje će i nadalje biti locirane samo u Čakovcu), veća prostorna udaljenost liječničke skrbi te viša cijena prijevoza, mogli su utjecati na razlike u smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti.

3.7. Moguća dostupna rješenja i uočene prepreke

Nakon provedbe situacijske analize, pristupilo se procesu procjene potreba. Procjena potreba je učinjena temeljem upitnika pripremljenog od strane stručnjaka iz Nizozemskog Instituta za unapređenje zdravstvene zaštite, a koji se temeljio na Nizozemskom okviru za promicanje zdravlja. U cilju procjene potreba i mogućnosti, organizirano je nekoliko fokus grupa s brojnim partnerima na kojima su ukratko bili prezentirani ciljevi projekta, trenutna situacija vezano uz nejednakosti u zdravlju na nacionalnom nivou te na nivou županije, a potom je uslijedila rasprava s ciljem procjene snaga, slabosti, prilika i mogućnosti vezano uz smanjivanje nejednakosti u zdravlju povezanih s bolestima cirkulacijskog sustava. Ut to, svi su partneri bili zamoljeni da ispune polustrukturirani upitnik s otvorenim pitanjima a sve u cilju dobivanja što potpunijeg uvida u dostupnost znanja, ljudskih resursa, raspoloživog vremena pojedinih partnera, volje za sudjelovanjem, financijskih i drugih resursa. Učinjen je uvid i u postojeće mreže te njihovo funkcioniranje kao i u postojeće regulative, ciljeve i upravljanje. Iz procjene potreba i mogućnosti izdvojili bismo snage i mogućnosti, moguće prepreke i izazove te glavne razvojne potrebe.

Snage i mogućnosti (faktori koji mogu doprinjeti lakšoj i jednostavnijoj realizaciji Strateškog plana): u Međimurskoj županiji postoje kompetentni i educirani stručnjaci okupljeni u multidisciplinarnim timovima (Tim za zdravlje i implementaciju Plana za zdravlje stanovništva Međimurske županije čiji su članovi završili 2 faze edukacije u sklopu programa "Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici - «Zdrave županije», Savjet za zdravlje i Savjet za socijalnu skrb Međimurske županije). Spomenuti timovi stručnjaka imaju iskustvo u izradi strateških dokumenata za zdravlje koji su odabrani participativnom metodom te uz dogovor politike, struke i neposrednih korisnika – same zajednice. U Međimurskoj županiji postoje brojne strategije i akcijski planovi (doneseni bottom-up pristupom) u kojima se promicanje zdravlja te prevencija i rano otkrivanje kroničnih nezaraznih bolesti smatra prioritetom, kao i strategije koje imaju za cilj unapređenje regionalnog razvoja te borbu protiv siromaštva i socijalne isključenosti. U Dugoročnom planu za zdravlje građana Međimurske županije od 2008.-2012. godine (donesenom u sklopu programa »Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici – Zdrava županija«) koronarna srčana bolest, cerebrovaskularne bolesti, nedovoljna tjelesna aktivnost te pušenje i prekomjerno pijenje alkohola u djece i mladih su prioritetni zdravstveni problemi. U Planu zdravstvene zaštite Međimurske županije, donesenom 2010. godine, promicanje zdravlja i prevencija bolesti, sprječavanje i suzbijanje zaraznih te masovnih kroničnih bolesti, ozljeda i invaliditeta kao i zaštita vulnerabilnih i specifičnih socijalnih skupina stanovništva su prioritetna razvojna područja. U Razvojnoj strategiji Međimurske županije od 2011.-2013. godine, u sklopu Cilja 2 Jačanje ljudskih potencijala i unapređenje kvalitete življenja, jedna od razvojnih potreba je unaprijediti preventivnu zdravstvenu zaštitu, te jačati trend "zdravog načina života". Još su dva županijska dokumenta značajna za smanjivanje nejednakosti u zdravlju – Socijalna karta Međimurske županije, donesena 2012. godine, te Strategija ruralnog razvoja Međimurske županije donesena 2009. godine. Trenutno je u Međimurskoj županiji u tijeku provedba projekta Europske unije (IPA IV.komponenta-Razvoj ljudskih potencijala)-Podrška sustavu socijalne skrbi u procesu daljnje deinstitucionalizacije socijalnih usluga, u sklopu kojeg Savjet za socijalnu skrb Međimurske županije u proširenom sastavu radi na izradi Plana socijalnih usluga. Kroz edukacije u sklopu programa Zdrave županije, kroz izradu županijskih strateških dokumenata za zdravlje i drugih strateških dokumenata te kroz provođenje brojnih projekata i aktivnosti vezanih uz Plan za zdravlje građana Međimurske županije unaprijeđena je unutar i međusektorska komunikacija i suradnja između regionalne i lokalne samouprave, političara, zdravstvenog i socijalnog sektora, školstva, nevladinih udruga i medija. Dodatni napor je potreban u stvaranju infrastrukture za tu mrežu te jasnije definiranih protokola o funkcioniranju mreže te doprinosu svakog člana mreži.

Unatoč postojanju brojnih strategija koje mogu doprinjeti smanjivanju nejednakosti u zdravlju, te postojanja nekoliko vrlo kompetentnih multidisciplinarnih timova stručnjaka, iskustva i suradnje, za učinkovitu primjenu strategija i planova u praksi postoje neke značajne prepreke koje je u narednom razdoblju potrebno prevladati ^(42,43,44,45,46).

Moguće prepreke i izazovi: nedostatna financijska sredstva za provedbu plana, nedovoljna svijest ljudi o glavnim javnozdravstvenim problemima (i nejednakostima u zdravlju) i

nezainteresiranost stanovništva, nedostatak volje u društvu da zdravlje u zajednici bude prioritet, nemotiviranost i nedovoljan angažman dionika, nedostatak raspoloživog vremena stručnjaka za rad iako su motivirani, nedostatna motivacija i potpora regionalne i lokalne samouprave, nedostatna potpora s nacionalne razine a lokalna ima malo ovlasti i financijskih sredstava, neusklađivanje zakonske regulative sa znanstvenim dostignućima, loša gospodarska situacija, nedovoljna povezanost svih dionika, opasnost od diskontinuiteta zbog nedostatnih financijskih i ljudskih resursa, nepridržavanje zakonske regulative, stavovi i motivacija ljudi, tradicija, nedostatak stručnog kadra, nedostatna motivacija stručnjaka za rad na projektima zbog izostale materijalne naknade, starija dob – prepreka za uključivanje u aktivnosti, zdravstvena zaštita nedovoljno usmjerena prema potrebama starijih osoba, nedovoljna pismenost romskog stanovništva, nerazumijevanje potreba pojedinih ciljnih skupina od strane stručnjaka, nedostatna financijska sredstva za edukaciju.

Glavne razvojne potrebe: potrebno je dodatno utjecati na razinu svijesti županijskih čelnika o važnosti kontinuiteta u provedbi spomenutih planova i strategija te važnosti ulaganja u zdravlje (ne isključivo u segment zdravstvene zaštite) u svrhu razvoja županije (važno je imati na umu „Zdravlje u svim politikama“). Također je važno da se odluke donose u skladu s prihvaćenim planovima. Snažna politička podrška potrebna je i s nacionalne i s lokalne razine (jedno bez drugog neće uspjeti!). Osim toga, potrebno je jasno razraditi sustav financiranja programa i aktivnosti promicanja zdravlja, također kako na državnom tako i u županijskim proračunima. Uz spomenuto, postoji objektivni manjak stručnjaka koji se bave promicanjem zdravlja. Naime, nije predviđen dovoljan broj stručnjaka u mreži javne zdravstvene službe niti u Zavodima za javno zdravstvo, niti u djelatnosti patronaže u Domovima zdravlja, a uz to su patronažne medicinske sestre u svom djelokrugu rada previše usmjerene na sekundarnu i tercijarnu prevenciju, a premalo na primarnu prevenciju i promicanje zdravlja. Liječnici obiteljske medicine se također bave uglavnom kurativnom medicinom. Tome svakako treba dodati činjenicu kako opća javnost, stručnjaci, a niti političari nisu dovoljno uvjereni u efektivnost metoda unapređenja zdravlja, dijelom i stoga što se ne posvećuje dovoljno pažnje diseminaciji rezultata i evaluaciji programa, a dijelom stoga što je za rezultate potrebno dugo čekati. AIR projekt Europske unije - »Prepoznavanje intervencija za smanjenje nejednakosti u regijama unije« (Addressing Inequalities Interventions in Regions), u svojim preporukama, između ostalog, ističe da intervencije za smanjenje nejednakosti u zdravlju treba zaštititi od brzih očekivanja i prekratkim političkih programskih planova⁽⁴⁷⁾. Posebno je istaknuta potreba interdisciplinarnog pristupa te suradnja javnog, gospodarskog i civilnog sektora te suradnja s medijima, uz uzajamno razumijevanje i uvažavanje svih dionika. Za implementaciju plana je potrebno okupiti dovoljan broj partnera uz obavezno sudjelovanje ciljane populacije kojoj je plan namijenjen, a akcije trebaju biti dugoročne. Istaknuta je još potreba za dosljednom primjenom postojeće i donošenje bolje zakonske regulative kao i unapređenjem kvalitete rada svih državnih ustanova. Istaknuta je i važnost jačanja društvene odgovornosti poduzeća kako bi promicali zdravlje svojih zaposlenika.

U trenutnom kontekstu ekonomske krize, smanjenja zdravstvenih proračuna te rastućih zdravstvenih potreba, potrebno je, u najvećoj mogućoj mjeri, iskoristiti priliku koju Republika

Hrvatska (u cjelini kao i sve županije) ima kao 28 članica Europske unije da kroz korištenje financijskih sredstva iz Strukturnih fondova Europske unije smanjuje nejednakosti u zdravlju i podiže kapacitete, odnosno kompetencije javnozdravstvenih stručnjaka na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju. Programi unije su nam također dostupni, a u sklopu Programa zajednice od 2014.-2020. godine ciljevi su Promicanje zdravlja, uključujući smanjenje zdravstvenih nejednakosti te stvaranje i širenje zdravstvenih informacija i znanja.

4. Ciljevi i mjere

Jedan od ciljeva ACTION-FOR-HEALTH projekta je smanjivanje nejednakosti u zdravlju metodama promicanja zdravlja. Situacijska analiza je pokazala da između županija u Hrvatskoj postoje velike razlike u očekivanom trajanju života, stopama mortaliteta, samoprocjeni stanja zdravlja i pristupačnosti zdravstvene zaštite, socijalno-ekonomskim pokazateljima, životnom stilu i drugim determinantama zdravlja. Osim nejednakosti u zdravlju među županijama, utvrđene su i nejednakosti u zdravlju unutar Međimurske županije. Stoga je glavni cilj Akcijskog plana:

GLAVNI CILJ: SMANJIVANJE NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU U MEĐIMURSKOJ ŽUPANIJI (U ODNOSU NA DRUGE ŽUPANIJE U HRVATSKOJ TE IZMEĐU POJEDINIH GRADOVA I OPĆINA MEĐIMURSKE ŽUPANIJE KAO I IZMEĐU RAZLIČITIH POPULACIJSKIH GRUPA)

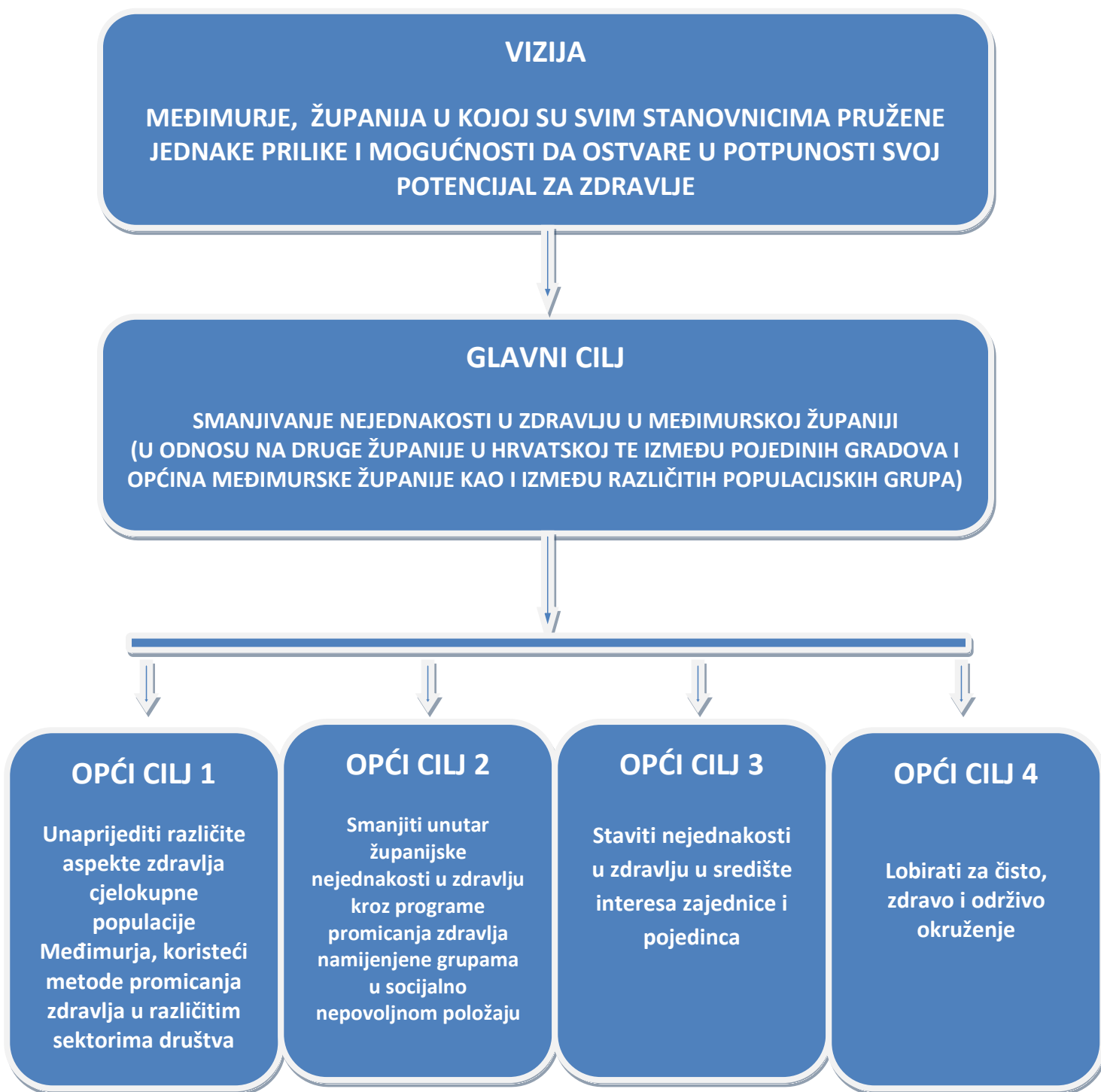
Postoje mnogobrojni razlozi zbog kojih je važno usmjeriti napore države u cjelini, kao i napore regionalnih i lokalnih samouprava, javnog zdravstva i brojnih drugih sektora u društvu prema smanjivanju nejednakosti u zdravlju.

Kao prvo, nejednakosti u zdravlju nisu etički prihvatljive jer su preventabilne i nepravedne. Uz spomenuto, loše zdravlje često vodi siromaštvu i socijalnoj isključenosti. Zato je posebno važno nastojati unaprijediti zdravlje osobito socijalno najosjetljivije populacije, koja je i najviše bolesna. Ako u tome uspijemo, javno zdravstvo će biti puno učinkovitije jer će se na taj način smanjiti neprestani trend porasta potreba za zdravstvenim uslugama koje je sve teže zadovoljiti. Dakle, smanjivanjem nejednakosti u zdravlju smanjujemo troškove zdravstvene zaštite i povećavamo stopu zapošljavanja, što doprinosi ekonomskom napretku kako na osobnom nivou, tako i na regionalnom i nacionalnom nivou ⁽⁴⁸⁾.

Temeljem analize Komisije za socijalne determinante zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije, tri su osnovna principa za postizanje jednakosti u zdravlju: 1) Unaprijediti uvjete svakodnevnog života, odnosno okolnosti u kojima su ljudi rođeni, odrastaju, žive, rade i stare; 2) Suočiti se sa nepravednom raspodjelom moći, novca i resursa – pokretačkom snagom u postizanju prihvatljivih uvjeta za život – na svjetskoj, nacionalnoj i lokalnoj razini; 3) procijeniti veličinu

problema, učinak akcija, okupiti ljude s znanjem u području socijalnih determinanti zdravlja, proširiti znanje, te podići razinu svijesti o socijalnim determinantama zdravlja ⁽⁴⁹⁾.

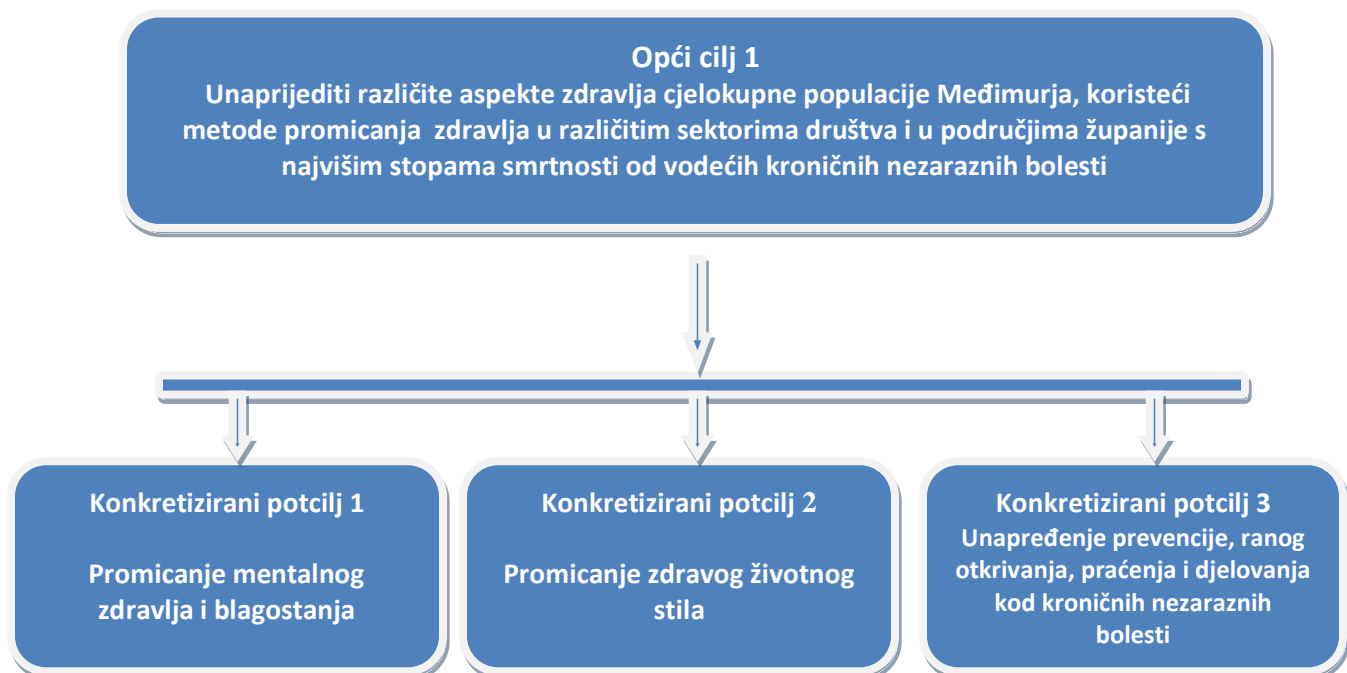
Uz spomenute osnovne principe kojih se valja pridržavati, glavne metode kojima će se nastojati smanjiti nejednakosti u zdravlju i na kojima će se temeljiti akcije uvrštene u ovaj plan su metode promicanja zdravlja čije su akcije usmjerene osim izgrađivanju društvene politike zdravlja i stvaranju okoline koja podržava zdravlje, jačanju akcija zajednice, razvijanju osobnih vještina te reorijentaciji zdravstvene zaštite.



4.1. OPĆI CILJ 1: Unaprijediti različite aspekte zdravlja cjelokupne populacije Međimurja, koristeći metode promicanja zdravlja u različitim sektorima društva

Promicanje zdravlja je "proces koji omogućava ljudima da povećaju kontrolu nad vlastitim zdravljem te ga tako poboljšaju. Kako bi postigli stanje potpunog tjelesnog, mentalnog i socijalnog blagostanja, pojedinac ili grupa moraju moći prepoznati i ostvariti svoje težnje i ciljeve, zadovoljiti potrebe, te suočiti se s okolinom ili je mijenjati. U tom smislu, zdravlje se smatra osnovnim uvjetom za svakodnevni život, a ne njegovim ciljem. Zdravlje je pozitivan pojam, koji naglašava važnost socijalnih i osobnih resursa, kao i fizički kapacitet pojedinca. Stoga promicanje zdravlja nije samo odgovornost zdravstvenog sektora, već se ona proteže izvan granica zdravog načina života, sve do blagostanja."(WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

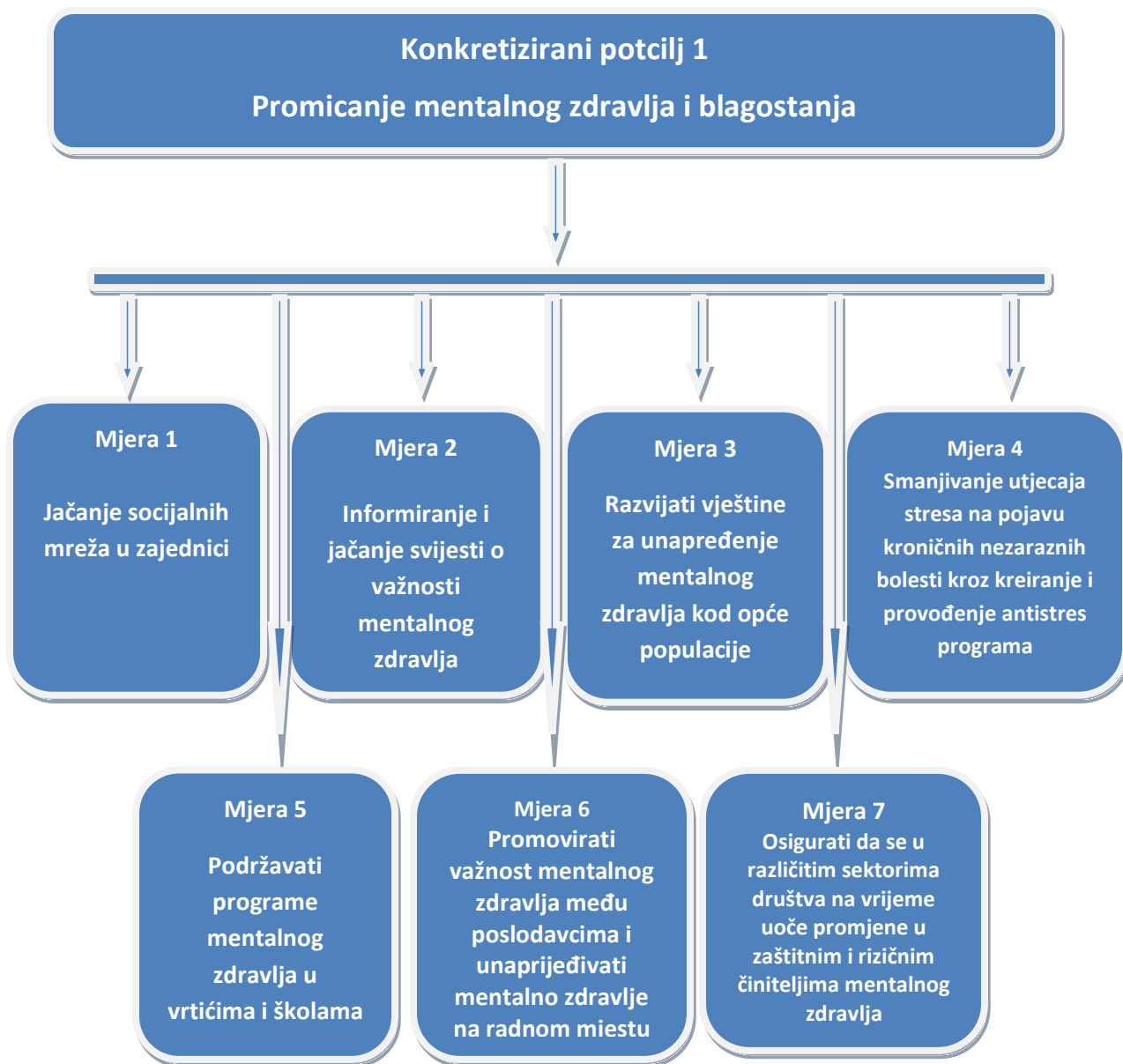
Kako bismo smanjili razliku između zdravlja našeg stanovništva i stanovništva koje npr. živi u gradu Zagrebu ili na području Sjevernog Jadrana, dostupne su nam različite strategije, koje se moraju provoditi isključivo kroz multisektorsku suradnju. Prema Otavskoj povelji, **intervencije mogu biti fokusirane na pojedince** (edukacija, informiranje, razvoj osobnih vještina, procjena rizičnih faktora, rano otkrivanje bolesti) **ili na cijelu zajednicu, kroz populacijski pristup** koji uključuje akcije u zajednici uz stvaranje društvene i fizičke okoline koja podržava zdravlje i olakšava zdrave izbore ponašanja, pa sve do donošenja javnih politika i provođenja istih u praksi⁽⁴⁾.



4.1.1. Konkretizirani potcilj 1: Promicanje mentalnog zdravlja i blagostanja

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), mentalno zdravlje je dio općeg zdravlja, a ne samo odsustvo duševne bolesti. Mentalno je zdravlje prema istom izvoru stanje dobrobiti u kojem osoba ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, raditi produktivno i plodno te je sposobna pridonositi zajednici. Mentalno zdravlje također podrazumijeva osjećaj zadovoljstva, smirenosti, uspješnosti, optimizma. Europski pakt za mentalno zdravlje i dobrobit odredio je 2008. godine nekoliko prioriternih područja djelovanja - prevencija depresije i suicida, mentalno zdravlje u mladosti i obrazovanju, mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje starijih te suprotstavljanje stigmi i socijalnoj isključenosti. Republika Hrvatska je donijela Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011.-2016. godine u kojoj se vodi računa i o liječenju te rehabilitaciji osoba s mentalnim bolestima, ali se posebno afirmira proaktivni pristup (unapređenje i očuvanje mentalnog zdravlja te prevencija bolesti) kojim ćemo se i mi rukovoditi u ovoj strategiji ⁽⁵⁰⁾.

Današnjim načinom života, mentalno je zdravlje sve ugroženije. Zato je važno kroz brojne aktivnosti što više afirmirati zaštitne činitelje, odnosno stvarati zdrave životne stavove, vještine i navike koje će doprinositi mentalnom zdravlju. Koliko je važan taj proaktivni pristup, ogleda se u činjenici što se prema nekim istraživanjima predviđa da će barem 1 od 5 žena te 1 od 10 muškaraca u jednom trenutku svog života patiti od depresije ⁽⁵¹⁾. Osim toga, duševni poremećaji čine značajan dio bolničke populacije (u Hrvatskoj su 2010. godine činili udio od 7,4%), posebno poremećaji uzrokovani konzumacijom alkohola te shizofrenija, koji su bili vodeće dijagnostičke podkategorije. Situacijska analiza je pokazala da je u Sjevernoj i Istočnoj regiji Hrvatske (Hrvatska zdravstvena anketa 2003.) bila vrlo visoka prevalencija konzumacije alkoholnih pića pa je tako i standardizirana stopa smrtnost (na 100.000 st.) od bolesti povezanih s pretjeranom konzumacijom alkoholnih pića (MKB 10, šifre K70, 73, 74, F10 i T51) 2010. godine (neobjavljeni podaci Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije) bila najviša u Krapinsko-zagorskoj županiji (54,1), Koprivničko-križevačkoj (36,8), Bjelovarsko-Bilogorskoj (25,7), Virovitičko-podravskoj (24,9), Međimurskoj (23,5), Varaždinskoj (21,8), dok je prosjek za Hrvatsku iznosio 16,5 ⁽²⁶⁾.



4.1.1.1. Mjera 1: Jačanje socijalnih mreža u zajednici

Zajednica je društveni identitet koji podrazumijeva ograničenu socijalnu i prostornu mobilnost, predstavlja populaciju čiji se članovi svjesno identificiraju jedni s drugima, očituje se kroz formalne i neformalne odnose među njezinim članovima i kroz postajanje kohezije zasnovane na pripadanju. Budući žive u istim prostorima, uključuju se u zajedničke aktivnosti. Na razini Svjetske zdravstvene organizacije i Europskog projekta za promociju mentalnog zdravlja opisan je Ottawa Charter for Health Promotion konceptualni okvir za strategije prevencije koji sugerira intervencije u zajednici izgradnjom javnozdravstvene politike (brige o zdravlju, prehrani, okolišu...), kreiranjem podržavajuće okoline, jačanjem aktivnosti zajednice (jačanje mreža u zajednici, akcije zajednice prema smanjju zlouporabe droga...) i drugo. (WHO 1986.)⁽⁵¹⁾.

Aktivnosti:

- 1) poticati razvoj partnerstva u lokalnoj zajednici između institucija sustava zdravstvene i socijalne skrbi, jedinica lokalne samouprave i poduzetnika, utemeljenog na zajedničkom ulaganju u unaprjeđenje kvalitete života u zajednici
- 2) jačanje zaštitnih čimbenika u vidu podrške osobnom rastu i razvoju svakog pojedinca, pružanju potpore razvoju zdravih obitelji, te umrežavanje, suradnja i projektno partnerstvo u zajednici radi stvaranja zdravijeg okruženja koje potiče sigurnost ljudi, unapređuje kvalitetu života i zdravlje
- 3) sudjelovati u razvijanju, provedbi i unaprjeđivanju programa skrbi o općem zdravlju za ranjive populacijske skupine: djecu s teškoćama u razvoju i razvojnim rizicima, starije osobe, žrtve nasilja, duševno bolesne osobe, nezaposlene, socijalno isključene, druge ranjive skupine;
- 4) sudjelovati u programima za razvoj kapaciteta pružanja usluga u zajednici educiranjem volontera u mreži podrške;
- 5) poticati procese organiziranja aktivnosti zajednice inicirajući intergrupne situacije, nove oblike komunikacije i interakcije, potičući osjećaje pripadnosti zajednici dostupnošću njezinih resursa i razvojem osjećaja suodgovornosti.

INDIKATORI

- broj održanih stručnih sastanaka, skupova ili sjednica uključenih dionika u zajednici ciljanih na zajedničko ulaganje u unaprjeđenje kvalitete života u zajednici
- broj uključenih volontera u aktivnosti promicanja skrbi za ranjive populacijske skupine
- broj aktivnosti u koje su uključeni mještani a koje su vezane uz jačanje kohezivnosti

4.1.1.2. Mjera 2: Informiranje i jačanje svijesti o važnosti mentalnog zdravlja

Promicanje mentalnog zdravlja jest proces koji ljudima omogućava da unaprijeđuju vlastitu kvalitetu života i povećaju osobnu kontrolu čime se postiže preuzimanje osobne odgovornosti za svoje mentalno zdravlje. Tako je i pod patronatom Svjetske zdravstvene organizacije na konferenciji na visokoj razini 2008. godine prihvaćen *Europski pakt za mentalno zdravlje i dobrobit (European Pact for Mental Health and Well-being)*, s namjerom promocije značaja mentalnog zdravlja za javno zdravstvo, produktivnost učenja i društvenu koheziju u Uniji ^(52,53).

Aktivnosti:

- 1) pravovremeno i na pristupačan način informirati javnost o čimbenicima važnima za njihov život i zdravlje distribucijom jednostavnih i razumljivih informacija koje trebaju biti kreirane na način motivacije građana za osobnim angažmanom, pri tome slijediti pravila učinkovite komunikacije krećući od pojednostavljivanja tekstova do fleksibilnog korištenja svih dostupnih medija i načina obavještanja i informiranja (brošurama, medijskim istupima i javnim tribinama, televizijom, internetom, putem radija, biltena, i slično).

- 2) informirati i educirati građane o važnosti zdravlja općenito, međuodnosu mentalnog i općeg zdravlja te o spoznajama koje će im olakšati da čitaju, procjenjuju i razumiju informacije vezane uz mentalno zdravlje;
- 3) uzimajući u obzir činjenicu da mediji brzo, lako i sveobuhvatno prenose poruke, sudjelovati u kreiranju medijskih kampanja o važnosti zaštite mentalnog zdravlja, i uključivati predstavnike medija u rad multidisciplinarnih stručnih timova;
- 4) provoditi edukacije za segmentirane skupine populacije u cilju podizanja razine informiranosti i znanja o značaju mentalnog zdravlja, ranom prepoznavanja teškoća u mentalnom zdravlju i ponašanju kod sebe i drugih, i postupanju kod uočenih teškoća.

INDIKATORI:

- publicirani tekstovi namijenjeni širokoj javnosti, a koji informiraju o zdravim stilovima života
- broj medijskih istupa sa temom obavještavanja i informiranja javnosti o važnosti zdravlja
- broj održanih edukativnih predavanja i tribina namijenjenih podizanju razine informiranosti i znanja kod građana, o značaju mentalnog zdravlja i ranom prepoznavanja teškoća u mentalnom zdravlju

4.1.1.3. Mjera 3: Razvijati vještine kod opće populacije za unapređenje mentalnog zdravlja

Mentalna funkcionalnost osoba odražava se u svim aspektima ljudskog ponašanja. Mentalno biti funkcionalan znači da čovjek sve svoje „darove“ i resurse, od inteligencije do fizičkih dispozicija, optimalno i balansirano koristi zadovoljavajući osobne, ali i pridonoseći potrebama drugih i zajednice. Tijelo može biti u svakom detalju zdravo, genska dispozicija bez opterećenja, inteligencija izvrsna, a osoba može biti posve neučinkovita u svom funkcioniranju, čak vrlo štetna ponašanjem po sebe ili zajednicu, može biti nesretna do razine suicidalnosti, čak i unatoč vrlo povoljnih trenutnih životnih okolnosti. Na izgradnju, strukturiranje, organizaciju i moralnost osobnosti, njenu snagu, stabilnost i kapacitete potrebne za prilagodbu na nepovoljne okolnosti ili ustrajnost i vještinu kojom će rješavati probleme ili mijenjati stvarnost (ne na štetu drugih), od presudnog je značaja primjena mjera za unapređenje i očuvanje osobnog mentalnog zdravlja (Sakoman, 2012)^(50,52,54).

Aktivnosti:

- 1) unaprjeđivati programe za poticanje kvalitetno organiziranog slobodnog vremena u zajednici za sve dobne skupine građana, posebno za djecu, mlade, obitelji, starije, osobe s posebnim potrebama, dugotrajno nezaposlene
- 2) sudjelovati u unaprjeđivanju socio-zdravstvenih uvjeta života u zajednici koji će građanima, osobito djeci i mladima, pružati mogućnosti za zdraviji i ispunjeniji život, a ujedno im pomoći u razvijanju interesa za društveno vrijedne ciljeve ključne za promicanje mentalnog zdravlja

- 3) psihoedukacija o psihološkim aspektima postojećih problema (npr. veza osjećaja tjelesne boli i traume) o tjeskobi i drugim simptomima, učenje o učinkovitim strategijama nošenja sa stresom, mijenjanje disfunkcionalnih stavova, prevazilaženje strahova
- 4) razvoj kompetencija za poboljšanje zapošljivosti dugotrajno nezaposlenih osoba kojima prijete socijalna isključenost

INDIKATORI

- izvješća o suradnji s područnom službom Hrvatskog zavoda za zapošljavanje vezano za aktivnosti poboljšanja zapošljivosti dugotrajno nezaposlenih osoba
- broj sadržaja osmišljenih u lokalnim zajednicama kojima se unaprijeđuju socio-zdravstveni uvjeti života
- izvješća o suradnji s čelnicima lokalnih zajednica i broj održanih sastanaka kojima je cilj obogaćivanje lokalnih sadržaja za konstruktivno i kreativno provođenje vremena
- broj javnih tribina s temama psihoedukacije

4.1.1.4. Mjera 4: Smanjivanje utjecaja stresa na pojavu kroničnih nezaraznih bolesti kroz kreiranje i provođenje raznih antistres programa

Promjene u društvu tijekom zadnjeg desetljeća zahtijevaju od današnjeg čovjeka umijeća pronalaženja smisla i postizanje ravnoteže u okruženju u kojem živi. Preopterećenost obavezama, ubrzani tempo suvremenog života, nezadovoljstvo na poslu i osobne teškoće djeluju stresno na svakoga. Negativna psihička stanja mogu dovesti do poremećaja i neravnoteže tjelesnih funkcija. Jaki i dugotrajni negativni osjećaji koji su rezultat kumuliranog stresa, mogu se s vremenom pretvoriti u tjelesni odgovor organizma – bolest. Ljudi teško pronalaze rješenja u prilagođavanju stresnim situacijama i traže neka nova rješenja ^(52,55).

Aktivnosti:

- 1) razvijati, provoditi, i unaprjeđivati intervencije za upravljanje stresom te opće radne učinkovitosti, osobito za profesije koje su s obzirom na psihološke zahtjeve radnih mjesta posebno izložene stresu (zdravstveni radnici, učitelji, nastavnici, zaposleni u socijalnoj skrbi, sa smjenskim radom, policajci, ...), s ciljem optimizacije funkcioniranja
- 2) organizirati i kreirati programe edukacije o stresu, te usmjerene na individualnu razinu zaštite jačanjem osobnog kapaciteta za nošenje sa stresom, njegovo prevladavanje u raznim životnim situacijama i upravljanju stresom, usvajanjem socijalnih i komunikacijskih vještina koje omogućavaju lakše uklapanje osobe u radno okruženje te povećavaju sveopće životno zadovoljstvo i kvalitetu života pojedinca i obitelji;
- 3) osmišljavati i redovito provoditi psihoedukacije o strategijama za suočavanje sa stresom izazvanim konfliktom poslovne i obiteljske uloge

Indikatori:

- broj radionica, namijenjenih ciljanim skupinama zanimanja koje su najpodložnije stresu, kojima je svrha poboljšanje primjene učinkovitijih strategija nošenja sa stresovima, te broj sudionika radionica
- broj predavanja usmjerenih radnoj populaciji, vezano uz psihoedukaciju s temama stresa, uz broj osoba prisutnih na predavanjima
- prikaz rezultata istraživanja načina suočavanja sa stresorima kod pomagačkih zanimanja

4.1.1.5. Mjera 5: Podržavati programe mentalnog zdravlja u vrtićima i školama

Djeca općenito posebno su vulnerabilna skupina i stoga imaju posebnu društvenu pozornost i zaštitu. Analiza stanja i prava djece u Hrvatskoj (Brajša Žganec i sur., 2011.) pokazala je da je to jedno od područja u kojem je posljednjih godina zabilježen značajan napredak, ali da još uvijek postoje neriješeni izazovi, osobito za najosjetljiviji dio dječje populacije koju čine djeca bez roditeljske skrbi, djeca čiji su roditelji u zatvoru ili iz različitih razloga smanjeno sposobni brinuti se o njima, djeca čije obitelji žive u teškim okolnostima i mlađa djeca s razvojnim odstupanjima, te se stručnjaci trebaju dodatno usmjeriti na promicanje i zaštitu njihovog mentalnog zdravlja. Spomenuta analiza pokazuje da iako je Hrvatska potpisnica brojnih dokumenata o pravima djece, te je razradila i brojne nacionalne dokumente, „postoji očita potreba za boljom koordinacijom, snažnijom provedbom mjera, jačanjem koordinacije, te osiguravanjem suradnje između različitih odgovornih tijela“ (Brajša Žganec i sur., 2011) ^(58,59,60).

Aktivnosti:

- 1) razvijati, provoditi, kontinuirano evaluirati učinkovitost i unaprjeđivati intervencije za poboljšanje komunikacijskih vještina djece, mladih i čitavih obitelji kako bi iste postale oruđe za kompetentnije osobno zastupanje i donošenje odluka usmjerenih zdravim životnim izborima,
- 2) naglašavati važnost kreiranja sigurnog okruženja u kojemu se djeca kreću (dječja igrališta, okoliš vrtića i škola),
- 3) promicati i pojašnjavati važnost poučavanja djece samozaštitnom ponašanju, kako bi se djeca osnažila u zaštiti od opasnosti u okruženju (ponuda neznanaca, ponude alkohola, droge i duhana, upuštanja u rizična ponašanja, igara na sreću i slično),
- 4) pomicati i pojašnjavati važnost odnosa roditelj djeteta i privrženosti za mentalno zdravlje djeteta i prilagođeno ponašanje, važnost roditeljskog odgojnog stila za očuvanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja djeteta, važnost kvalitetne roditeljske brige o djetetu, odnosno pojašnjavati devastirajuće posljedice odsustva roditeljskih vještina i zanemarivanja djeteta, te druge relevantne teme suvremenog roditeljstva
- 5) promicati glasno čitanje priča i bajki djeci, kao faktora jačanja prosocijalnog ponašanja djece, edukacijama u dječjim vrtićima, roditeljima, i u suradnji s lokalnim knjižnicama
- 6) organizirati i provoditi radionice za djecu ciljane na;

7)

INDIKATORI

- kvantitativno iskazan pokazatelj održanih radionica i predavanja, u odgojno-obrazovnim ustanovama, koje ciljaju unapređenju mentalnog zdravlja djece
- kvantitativno iskazan pokazatelj održanih edukativnih sastanaka sa stručnjacima u odgojno-obrazovnom sustavu
- broj održanih stručnih predavanja, skupova i radionica s temama promicanja čitanja priča djeci
- broj održanih radionica s djecom ciljanih unapređenu njihovog mentalnog zdravlja
- izvješća sa sastanaka predstavnika lokalnih zajednica i stručnjaka u području zdravstva, u svezi sadržaja za unapređenje zdravlja djece i mladih

4.1.1.6. Mjera 6: Promovirati važnost mentalnog zdravlja među poslodavcima i unaprijeđivati mentalno zdravlje na radnom mjestu

Radno mjesto snažno utječe na mentalno zdravlje, bilo pozitivno ili negativno. Budući da na radnom mjestu provodimo puno više vremena nego bilo gdje drugdje, izuzetno je važno da radno mjesto pruža priliku da se čovjek osjeća produktivnim i da može ispuniti svoja očekivanja. U protivnom, ako je radna okolina stresna, može doprinjeti pojavi depresije, anksioznosti i drugih mentalnih poremećaja ili bolesti. Budući da je situacijska analiza pokazala kako je u kontinentalnoj regiji, osobito kod muškaraca značajan broj osoba hospitaliziranih zbog koronarne bolesti srca, istaknuo poslovni stres kao jedan od rizičnih čimbenika, ovoj mjeri je potrebno dati poseban značaj. Tim više što je i kvalitativna analiza zdravstvenih potreba u Međimurskoj županiji pokazala da je stres jedan od faktora koji značajno narušava kvalitetu života naših stanovnika ⁽⁵³⁾.

Aktivnosti:

- 1) provoditi istraživanje o načinima suočavanja sa stresom kod pomagačkih zanimanja, kako bi se unaprijedio repertoar učinkovitih načina suočavanja sa stresom u radnom okruženju

- 2) provoditi aktivnosti ranog prepoznavanja problema i poduzimanje rane intervencije kod zaposlenih osoba koje su pod povećanim rizikom za javljanje problema mentalnog zdravlja vezano za rad i uvjete rada
- 3) senzibilizirati i educirati liječnike obiteljske medicine na rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja vezano za rad i uvjete rada, senzibilizirati liječnike obiteljske medicine na suradnju u provođenju rane intervencije kod osoba s problemima mentalnog zdravlja vezano za rad i uvjete rada,
- 4) informirati i educirati rukovoditelje pri uključivanju u posao osoba s poremećajem mentalnog zdravlja, pri čemu se edukacija usmjerava oblikovanju odgovarajuće potpore i suzbijanju stigme, a u cilju psihosocijalne potpore osobama s poremećajem mentalnog zdravlja u prilagodbi zahtjevima radnog mjesta

INDIKATORI:

- broj radionica, namijenjenih ciljanim skupinama zanimanja koje su najpodložnije stresu, kojima je svrha poboljšanje primjene učinkovitijih strategija nošenja sa stresovima, te broj sudionika radionica
- broj predavanja usmjerenih radnoj populaciji, vezano uz psihoedukaciju s temama stresa; broj osoba prisutnih na predavanjima
- kvantitativno iskazan pokazatelj suradnje predstavnika javnog zdravstva i liječnika obiteljske medicine
- broj skupova i sastanaka usmjerenih na osvještavanje rukovoditelja o koristi mentalnog zdravlja radnika na radnu učinkovitost

4.1.1.7. Mjera 7: Osigurati da se u različitim sektorima društva na vrijeme uoče promjene u zaštitnim i rizičnim činiteljima mentalnog zdravlja

Cjelokupna lokalna zajednica objedinjuje brojne čimbenike, i zaštitne i rizične, koji određuju kvalitetu življenja građana i određuju kvalitetu odrastanja djece. Tako postoji niz prednosti u zajednici koje mogu poticati dobrobit ljudi, a njihovo pronalaženje, iskorištavanje i jačanje mogu pridonijeti pozitivnom mentalnom zdravlju^(53,56,60).

Čimbenici zaštite:

I. Svjesnost ključnih ljudi na ključnim pozicijama u zajednici o važnosti podrške djeci, mladima i svim potrebitim populacijskim skupinama o važnosti ulaganja u dostupnost i kvalitetu javnozdravstvenih usluga.

II. Mogućnost lokalne zajednice da pruži svojim članovima socijalizacijske poticaje (zajednica koja usađuje norme i vrijednosti npr. tradicija, obrazovanje) i socijalno sudjelovanje (zbog širenja mreže socijalne podrške).

III. Osjećaj sigurnosti u zajednici: netolerantni stavovi prema činjenju kaznenih djela, prema napuštanju škole; poštivanje zakona o zabrani prodaje alkohola osobama mlađima od 18 godina ; postojanje socijalne kontrole, poruke protiv delinkvencije.

IV. Senzibilizirani građani koji smatraju da je odgovornost svih da provode i podupiru aktivnosti za zaštitu ranjivih populacijskih skupina, kroz aktivan doprinos zajednici, udrugama i institucijama.

V. Stvaranje uvjeta za stabilne obitelji - konkretna podrška roditeljima za posvećenost svojoj roditeljskoj ulozi.

VI. Mreža službi koja promiče zaštitu mentalnog zdravlja pučanstva stvarajući podržavajuće okruženje i uvjete u kojima osobe ostvaruju svoje potencijale, i gdje se iskorištava pozitivni kontekst njihovog svakodnevnog življenja.

Rizični čimbenici vezani uz zajednicu:

NEPOVOLJNA SOCIO-OBITELJSKA OKRUŽJA :

- siromašne i marginalizirane obitelji rizičnih egzistencijalnih uvjeta, socijalno isključene, isključene iz sustava zdravstva i zaposlenosti
- roditelji narušenog mentalnog zdravlja: psihički bolesni, ovisnici
- visoka izloženost obitelji stresu, npr. teške bolesti ili smrt u obitelji, loša obiteljska klima, razvod braka
- različiti oblici neodgovornog roditeljstva: zanemarena ili zlostavljana djeca,
- negativna interakcija roditelj-dijete, izloženost djeteta obiteljskom nasilju ili manipulaciji tijekom razvoda; negativni modeli u obitelji - roditelji skloni asocijalnom ili antisocijalnom ponašanju.

IZVANOBITELJSKI KONTEKST:

- interpersonalni utjecaji: pripadnost skupinama odstupajućeg ponašanja, socijalna izoliranost (nedostatak prijateljskih veza), zlostavljanje i nasilje
- kulturalni čimbenici: kriminogena sredina, dostupnost droge i oružja,
- pripadnost subkulturi gdje su uobičajeni nasilje, strahovi, neodgovorno/nekompetentno roditeljstvo
- siromaštvo i ekonomska deprivacija, visoka razina nezaposlenosti, nedovoljna dostupnost usluga namijenjenih obiteljima, odsustvo korisnih i kvalitetnih programa za djecu i mlade izvan školskog sustava, medijsko prezentiranje nasilja i tolerancija na nasilje, laka dostupnost alkohola, liberalni stavovi prema korištenju droga i prema kriminalnim radnjama (53,56,60)

Aktivnosti :

- 1) ciljanim programima, koji podrazumijevaju višesektorsko angažiranje, identificirati u zajednici rizične čimbenike radi uklanjanja ili ublažavanja istih, odnosno identificirati čimbenike zaštite radi njihova jačanja
- 2) promicati i pojašnjavati ulogu i važnost zaštitnih čimbenika zdravog i sigurnog ponašanja, i načine njihovih implementiranja u svakodnevni život

INDIKATORI:

- stupanj participiranja svih uključenih (od čelnih ljudi u zajednici do građana i mještana) u aktivnosti promicanja zdravlja
- broj aktivnosti na području unapređenja kvalitete življenja u zajednici

- broj projekata i programa ciljanih na unapređenje kvalitete življenja u zajednici
- lokalna izvješća o provedenim aktivnostima u zajednici

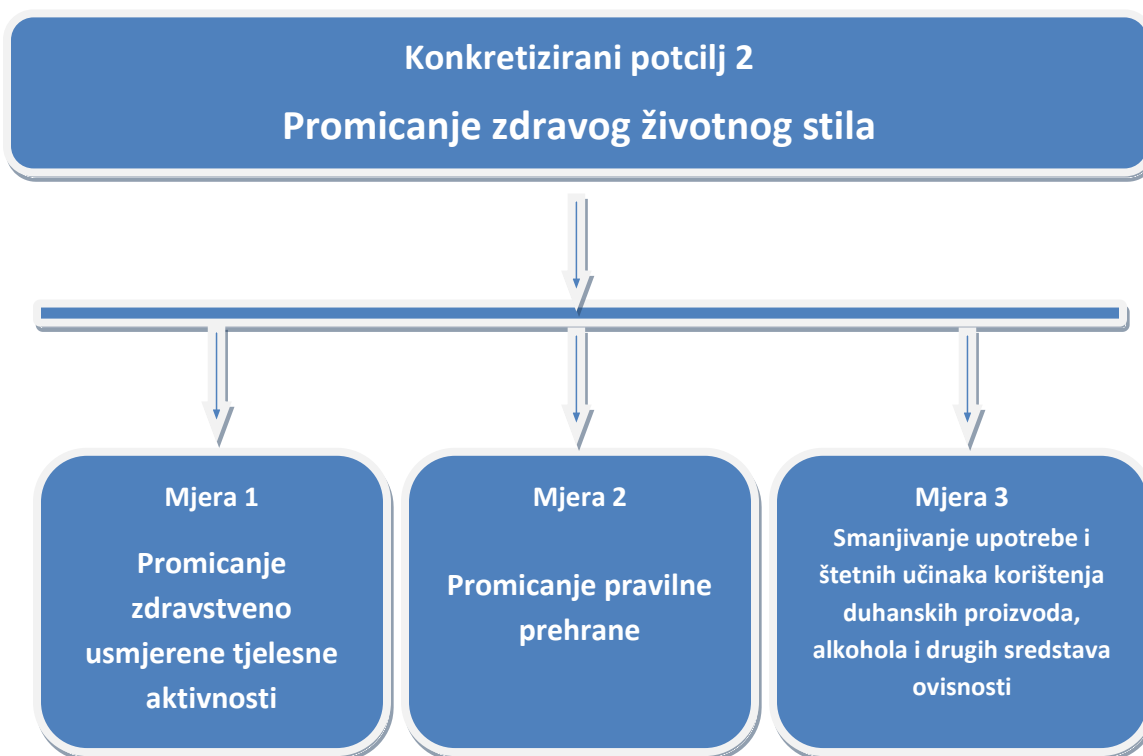
4.1.2. Konkretizirani potcilj 2: Promicanje zdravog životnog stila

Zdravlje je osnovni preduvjet za kvalitetan život i razvoj društva u cjelini. Odgovornost za zdravlje leži u rukama svakog pojedinca, no isto tako i države koja kroz svoje djelovanje i djelovanje različitih sektora u društvu ima snagu i odgovornost stvarati preduvjete za postizanje zdravog stila života.

Najznačajniji faktori nezdravog stila života su nedovoljna tjelesna aktivnost, nepravilna prehrana, korištenje duhanskih proizvoda, upotreba ilegalnih droga te pretjerana konzumacija alkoholnih pića. Znanstveno je dokazano da nabrojene rizične čimbenici imaju vodeću ulogu u procesu nastanka, progresije i komplikacija vodećih kroničnih nezaraznih bolesti: kardiovaskularnih bolesti, šećerne bolesti, nekih sijela raka, nekih kroničnih plućnih bolesti, debljine, osteoporoze i bolesti mišićno-koštanog sustava. Nedovoljna tjelesna aktivnost i nepravilna prehrana su osim toga usko povezane s pojavom i učestalošću povišenog krvnog tlaka te povišene razine kolesterola i šećera u krvi ^(61,62).

Prema Hrvatskoj zdravstvenoj anketi iz 2003. godine, najviše sintetičko kardiovaskularno breme definirano incidentima (srčani infarkt, moždani udar), krvnim tlakom, prekomjernom tjelesnom težinom, abdominalnom debljinom i rizičnim ponašanjem (pretjerano pijenje alkohola, neadekvatna prehrana, fizička neaktivnost pušenje) bilo je registrirano u muškaraca Sjeverne regije kojoj su pripadali i ispitanici Međimurske županije a iznosilo je 53,1%, dok je u žena Sjeverne regije bilo još i više, iznosilo je 54,2% (no, nešto je više bilo u žena Centralne -56,5%, te Istočne regije - 55%) ⁽³³⁾. Stoga je promicanje zdravog životnog stila, jedna od vrlo važnih mjera kojima ćemo smanjiti nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji.

Prilikom procjene potreba u zajednici kao jedan od prioriteta (od strane više partnera) bila je istaknuta važnost osiguravanja prostornih, financijskih i ljudskih resursa za kontinuirano provođenje projekata promicanja zdravlja koji su se i do sada pokazali vrlo uspješnima a odvijali su se u Međimurskoj županiji u sklopu programa »Zdrava županija«. Zatim je bila istaknuta važnost osiguravanja financijskih sredstava izdvajanjem u državnom proračunu i proračunu lokalnih zajednica a vezano uz zaštitu i unapređenje zdravlja. Također je posebno istaknuta važnost bolje umreženosti i suradnje različitih ustanova s ciljem što uspješnijeg promicanja zdravlja.



4.1.2.1. Mjera 1: Promicanje zdravstveno usmjerene tjelesne aktivnosti

Za zdravlje i osobni razvoj svih pojedinaca, važno je imati priliku za vođenje aktivnog načina života i sudjelovanje u sportsko-rekreativnim programima bez obzira na spol, dob, socijalno-ekonomski status, funkcionalne sposobnosti i etnokulturnu pozadinu. Naime, mnoga su znanstvena istraživanja potvrdila da redovita tjelesna aktivnost smanjuje rizik obolijevanja od koronarne srčane bolesti i moždanog udara, šećerne bolesti, povišenog krvnog tlaka, raka debelog crijeva i raka dojke te depresije. Uz to, izuzetno je važno istaknuti kako je redovita tjelesna aktivnost neophodna za održavanje poželjne tjelesne težine kao i zdravlje mišično-koštanog sustava. Uz vrlo dobro istražene zdravstvene dobrobiti tjelesne aktivnosti, sve veći broj istraživanja ukazuju na brojne druge dobrobiti tjelesne aktivnosti - psihološke, društvene, ekonomske i ekološke.

Posebnu pažnju potrebno je posvetiti promicanju tjelesne aktivnosti od najranije životne dobi jer su dobrobiti dostatne tjelesne aktivnosti u dječjoj dobi i dobi mladosti brojne a protežu se i u odraslu dob - to su prednosti u području fizičkog i mentalnog zdravlja, te socijalizacije u samo doba djetinjstva, zalog su za dobro zdravlje u odrasloj dobi a uz to se navika redovite tjelesne aktivnosti stećena u djetinjstvu prenosi i u odraslu dob.

Iako se o prednostima tjelesne aktivnosti za djecu i mlade kao i za odrasle osobe sve se više govori i zna, velika je prevalencija nedovoljne tjelesne aktivnosti kako kod djece tako i u odrasloj populaciji. Naime, brojna su istraživanja pokazala kako razina tjelesne aktivnosti opada s dobi i

niža je u djevojaka i žena. Osim toga, razina tjelesne aktivnosti je manja u osoba nižeg obrazovnog i socijalno-ekonomskog statusa te među ranjivim grupama. Stoga je za smanjivanje nejednakosti u zdravlju važno poticati cjelokupno stanovništvo kao i socijalno osjetljivu populaciju da živi aktivnim načinom života.

Da bismo u tome uspjeli, potrebno je poznavati i razumjeti stavove, vjerovanja, očekivanja, potrebe, mogućnosti i ponašanja pojedinih grupa unutar cjelokupne populacije. U tom je području nužna primjena socijalnog marketinga kako bi pojedinci i cjelokupna populacija prihvatila, modificirala ili napustila određene ideje, stavove, praksu ili ponašanje. Osim toga, važno je istaknuti kako jedinice lokalne samouprave kroz prostorno planirne i uređenje, gradnju i komunalno gospodarstvo, imaju veliku ulogu i zadaću u uređenju okoliša za zdravlje te stvaranje uvjeta za promicanje tjelesne aktivnosti i aktivnog stila života.

Ako želimo bolje razumjeti zašto su neke osobe aktivnije od drugih, važno je poznavati glavne odrednice tjelesne aktivnosti koje možemo svrstati u 4 kategorije – osobne karakteristike, socijalno okruženje, fizičku okolinu koja uključuje stambeni i prirodni okoliš, utjecaj obitelji te druge oblike društvene potpore.

Kako bismo uspjeli povećati broj aktivnih osoba, potrebno je djelovanje u više područja kroz multisektorsku suradnju i uspješno partnerstvo. Ključni sektori kroz koje i sa kojima je potrebno djelovati su: lokalna zajednica i nevladine udruge, dječji vrtići, škole i fakulteti, zdravstveni sektor, radno okruženje, transport i urbanizam ^(63,64,65). Prema najnovijim podacima publiciranim u Lancetu 2012. godine, uspješne intervencije temeljene na dokazima koje mogu povećati razinu tjelesne aktivnosti među stanovništvom različite dobi uključuju inicijative u kojima je zdravstveni sektor stvorio uspješno partnerstvo i koji koordinira aktivnosti u suradnji s brojnim drugim sektorima i organizacijama. Zatim uključuje različite informativne pristupe promicanja tjelesne aktivnosti kroz organizaciju kampanja na razini čitave zajednice, kampanja putem masovnih medija, kampanja poticanja korištenja stepenica umjesto liftova ili pokretnih stepenica. Inicijative za povećanje društvene potpore za tjelesnu aktivnost u čitavoj zajednici, u određenoj četvrti ili susjedstvu i na radnom mjestu također su učinkovite. Sveobuhvatne strategije promicanja tjelesne aktivnosti u školama u sklopu tjelesno-zdravstvene kulture, aktivnosti u razredu, izvannastavne sportske aktivnosti i aktivni transport mogu povećati razinu tjelesne aktivnosti kod mladih. Osim toga, učinkoviti su pristupi koji se temelje na zakonima i intervencijama u okolini a koji mogu omogućiti ili povećati pristup sportsko-rekreativnim prostorima i uslugama, učinkovita je i prilagodba infrastrukture kroz plansku gradnju cijelih naselja, pojedinih kvartova ili ulica te politika aktivnog transporta. Kako bi na odgovarajući način podupirali inicijative za promicanje tjelesne aktivnosti, odgovorni trebaju proći edukaciju o povezanosti tjelesne aktivnosti i zdravlja, te edukaciju o osnovama javnog zdravstva i načina suradnje raznih sektora; iako je važno motivirati i informirati pojedince kako bi se počeli baviti tjelesnom aktivnošću, prioritet javnog zdravstva bi trebao biti osiguravanje sigurne okoline i okoline koja podržava zdrave izbore ponašanja ⁽⁶⁶⁾.

Aktivnosti:

1. za različite interesne grupe organizirati edukativne radionice s ciljem povećanja znanja o povezanosti tjelesne aktivnosti, zdravlja i blagostanja, povećanja znanja o učinkovitim intervencijama za promicanje tjelesne aktivnosti, te važnosti intersektorske suradnje (za zdravstvene djelatnike, djelatnike odgojno-obrazovnog sustava, članove nevladinih udruga, gradonačelnike i načelnike te druge zainteresirane skupine)
2. organizirati programe za različite skupine stanovništva koji imaju za cilj educirati o dobrobitima tjelesne aktivnosti te usvajanje vještina za redovitu tjelesnu aktivnost
3. lobirati za uređenje okoliša koji će poticati na tjelesnu aktivnost i aktivan stil života (izgradnja, uređenje i održavanje pješačko-biciklističkih staza, staza zdravlja, trim staza, parkova, sportsko-rekreacijskih dvorana i centara, javnog prijevoza)
4. uključivanje predstavnika djece, mladih, starijih i osoba s invaliditetom kao i njihovih organizacija u proces procjenjivanja potreba, planiranja, faze razvoja izgradnje i unapređenja objekata ili površina koje potiču aktivan način života
5. povećati ponudu sportsko-rekreativnih programa za različite dobne skupine
6. omogućiti slobodan ili subvencionirani pristup sportsko-rekreacijskim programima i prostorima za osobe u socijalno nepovoljnom položaju i starije osobe kroz različite programe i projekte
7. korištenje sredstava javnog informiranja u podržavanju aktivnog načina života starijih osoba i osoba s invaliditetom kako bi se otklonili stereotipi koji su prepreka tjelesnoj aktivnosti tih grupa stanovnika
8. organizirati komprehenzivne - svestrane kampanje za promociju tjelesne aktivnosti koje uključuju različite sektore društva i aktivnosti za sve socijalne grupe
9. daljnje razvijanje intersektorske suradnje i koordinacije u cilju što uspješnijeg organiziranja kampanja za promicanje tjelesne aktivnosti
10. podržavati programe koji imaju za cilj socijalnu koheziju - poticati JLS na organiziranje različitih događaja u zajednici koji uključuju organizaciju sportsko-rekreativnih aktivnosti
11. promicati socijalne i kulturološke norme koje podržavaju tjelesnu aktivnost
12. podržavati pojedince, obitelji i cijelu zajednicu u prevladavanju prepreka za tjelesnu aktivnost
13. lobirati za više sati nastave tjelesne i zdravstvene kulture u osnovnim i srednjim školama te na fakultetima
14. osigurati sredstva i provoditi redovita istraživanja o razini tjelesne aktivnosti različitih skupina stanovništva
15. stvaranje uvjeta i navika za zdravi životni stil osoba s teškoćama u razvoju i prilagodba postojećih kapaciteta te izgradnja novih
16. jačanje društvene odgovornosti poduzeća kako bi promicali tjelesnu aktivnost i općenito zdravlje svojih zaposlenika
17. poticati aktivan transport i tjelesnu aktivnost na radnom mjestu

Indikatori postignuća:

- broj održanih edukativnih radionica i programa, razina znanja sudionika programa i zadovoljstva sudjelovanjem u programima
- broj održanih kampanja promicanja tjelesne aktivnosti, broj sudionika, broj medijskih priloga, broj podijeljenih edukativnih i promidžbenih materijala
- broj provedenih istraživanja o razini tjelesne aktivnosti različitih dobnih skupina stanovništva
- udio tjelesno aktivne populacije različitih dobnih skupina
- politička podrška projektima koji imaju za cilj promociju tjelesne aktivnosti – izdvojena financijska sredstva
- broj programa koji imaju za cilj promociju tjelesne aktivnosti na radnom mjestu
- broj osmišljenih, tiskanih i distribuiranih edukativnih materijala (priručnici, brošure, letci)
- broj educiranih kadrova sportske rekreacije
- izgrađene pješačko-biciklističke staze u metrima
- izgrađene trim staze, sportske dvorane i sportsko-rekreacijski centri

4.1.2.2. Mjera 2. Promicanje pravilne prehrane

U zadnjih nekoliko desetljeća, promijenila se slika uhranjenosti našeg stanovništva, kao posljedica značajnih tehnoloških, socijalnih i ekonomskih promjena u društvu koje su utjecale na promjenu načina življenja, prvenstveno na intenzitet i vrstu tjelesne aktivnosti, način prehrane te strukturu i način funkcioniranja obitelji. Suvremeni način života, uz već spomenuto, karakterizira stalni nedostatak vremena, veća izloženost stresu zbog života i rada u vremenskom tjesnacu kao i zbog povećane kompeticije te veća dostupnost brze, ukusne, jeftine i visokokalorične hrane koja se u povećanoj količini i konzumira. Sve to rezultira porastom broja prekomjerno teških i pretilih osoba u populaciji. Debljina je značajan rizični čimbenik za razvoj vodećih uzroka pobola i pomora današnjice – kardiovaskularnih bolesti, moždanog udara, šećerne bolesti, povišenog krvnog tlaka, nekih sijela raka, te brojnih drugih bolesti, stanja i poremećaja. Debljina u odrasloj populaciji Hrvatske povezana je u oba spola sa starijom dobi, ruralnim okruženjem i učestalim konzumiranjem »skrivenih« masnoća životinjskog porijekla, a u žena i s nižim stupnjem formalnog obrazovanja. Najsnažnija povezanost nađena je u oba spola sa starijom životnom dobi, a zdravstveno ponašanje je u oba spola socijalno uvjetovano ⁽⁶⁷⁾. Prevalencija debljine prema Hrvatskoj zdravstvenoj anketi iz 2003. godine najveća je u Sjevernoj regiji kojoj su pripadali i ispitanici iz Međimurja ⁽²⁸⁾. Stoga provođenjem ovog plana želimo unaprijediti prehrambene navike našeg stanovništva te tako utjecati i na smanjenje prevalencije debljine.

Kada se govori o prevenciji bolesti tj. očuvanju zdravlja pravilnom prehranom, važno je govoriti i o kvaliteti namirnica koje se konzumiraju. Svijest o važnosti konzumiranja balansirane prehrane s mnogo svježeg voća i povrća, s ograničenim unosom jednostavnih šećera i zasićenih

masnoća, mora pratiti i svijest o porijeklu namirnica koje se konzumiraju kao i o načinu i mjestu uzgoja istih. Najkvalitetnije i najzdravije svježe voće i povrće dolazi iz lokalnog ekološkog uzgoja gdje se uzgaja hrana bez štetnih kemikalija poštujući prirodu i čuvajući ravnotežu lokalnih ekosustava. Ekološka poljoprivreda osigurava proizvodnju visoko kvalitetne i sigurne hrane s bogatom prehranbenom vrijednosti i visokim sadržajem vitamina, minerala i antioksidansa. Budući da je pri ovom načinu proizvodnje zabranjena upotreba lako topivih mineralnih gnojiva, kemijski sintetiziranih sredstava za zaštitu bilja (pesticida), genetski modificiranih organizama i proizvoda dobivenih iz tih organizama, te različitih regulatora rasta, tako da se praktički ne očekuju ostaci tih tvari u proizvodima ili namirnicama a time ni kod potrošača. Voće i povrće uzgojeno lokalno u najkraćem se roku, svježe ubrano dostavlja do krajnjeg potrošača, čime je zagarantirana svježina i kvaliteta namirnica, a utrošak goriva na transport je minimalan, a time i zagađenje okoliša koje se time prouzrokuje. Međimurje, kao tradicionalno poljoprivredni kraj, obiluje malim farmama koje uzgajaju i proizvode svježe voće i povrće, te njihove prerađevine na ekološki način. Kontakt sa krajnjim kupcem je otežan ili čak onemogućen zbog nemogućnosti da se male farme probiju na tržištu pokraj nelojalne konkurencije (veliki trgovački lanci) koje uvoze jeftine namirnice, namirnice u klasi i često vrlo upitne kvalitete i prehranbene vrijednosti.

2014. godinu su UN proglasili godinom obiteljskih poljoprivrednih gospodarstava, sa svrhom skretanja pažnje na važnost i očuvanje sistema lokalne opskrbe hranom i čuvanja prehranbenog suvereniteta lokalnih zajednica.

Da bismo potakli stanovništvo Međimurja da proizvodi, ali i konzumira lokalno i ekološki uzgojenu hranu trebali bismo uvesti određeni postotak takvih namirnica u škole, domove za starije osobe i bolnice te ostale objekte društvene prehrane. Stimulacijom objekata društvene prehrane na nabavku ekoloških i lokalnih (proizvedenih u županiji) proizvoda razvijala bi se svijest i navika o važnosti konzumacije i opskrbe namirnicama visoke kvalitete iz lokalnog uzgoja. Također kao dodana vrijednost je gospodarski efekt, gdje se gospodarstvima koja su uključena u proizvodnju i dostavu namirnica u objekte javne prehrane osigurava barem djelomična ekonomska stabilnost a time i stabilnost gospodarstva cijele županije.

Aktivnosti:

- 1) Povećati dostupnost sigurne hrane i pravilne prehrane za sve skupine stanovništva kroz
 - nadzor nad javnom i društvenom prehranom - epidemiološki nadzor nad higijensko-sanitarnim i tehničkim uvjetima u objektima javne (restorani i drugi ugostiteljski objekti) i društvene prehrane (poduzeća, vrtići, škole, odmarališta, studentski restorani, pučke kuhinje, bolnice i dr.)
 - povećanje dostupnosti pravilne prehrane u objektima javne i društvene prehrane kroz edukaciju osoblja koje radi na planiranju prehrane, pripremi hrane ali i kroz edukaciju rukovodećeg osoblja
 - lobiranje kod jedinica regionalne i lokalne samouprave za unapređenje društvene prehrane (kroz veće izdatke subvencioniranja društvene prehrane)

- nadzor nad objektima za proizvodnju i distribuciju hrane i namirnica kroz epidemiološki nadzor nad higijensko-sanitarnim i tehničkim uvjetima u tim objektima te kroz skrb za njihovo održavanje i poboljšanje
- nadzor nad primjenom mjera sustava HACCP u objektima i u osoba u proizvodnji hrane, vode i namirnica za ljudsku uporabu
- lobirati kod lokalnih proizvođača hrane za proizvodnju namirnica s manje soli, masnoća životinjskog podrijetla i dr.
- kod objekata društvene prehrane uvjetovati i po potrebi subvencionirati nabavu namirnica iz lokalnog ekološkog uzgoja (10 -20%)

Indikatori postignuća:

- broj provedenih epidemioloških nadzora i nadzora nad provedbom HACCP sustava
- praćenje prijava zaraznih bolesti i epidemija
- broj provedenih edukativnih seminara, visina odobrenih subvencija za društvenu prehranu
- broj lokalnih proizvođača hrane koji proizvode namirnice s manje soli, masnoća, šećera i dr.
- broj lokalnih ekoloških proizvođača uključenih u dostavu namirnica objektima društvene prehrane
- postotak ekološki prizvedene hrane iz lokalnog uzgoja u sastavu jelovnika objekata društvene prehrane

2) Unaprijediti prehrambene navike stanovnika Međimurja

- promovirati važnost pravilne prehrane kod trudnica, novorođenčadi i male djece preko Savjetovališta primarnih ginekologa, obiteljskih doktora, patronažnih sestara, kroz tečajeve za trudnice, kroz održavanje Suportivnih grupa za potporu dojenja, kroz provođenje programa Rodilište prijatelj djece i dr.
- unaprijediti znanje i vještine pravilne prehrane trudnica i roditelja kroz provođenje tečajeva i radionica – odabrati nekoliko osnovnih poruka koje je potrebno usvojiti – isključivo dojenje najmanje do 6 mjeseci starosti djeteta, povećati konzumaciju voća i povrća, smanjiti upotrebu energetski bogate hrane i pića (osobito namirnica s »praznim« kalorijama – bogate kalorijama a siromašne hranjivim tvarima)
- unaprijediti znanje i vještine o pravilnoj prehrani zdravstvenih djelatnika, osobito u PZZ, osoblja u odgojno-obrazovnim ustanovama, socijalnih radnika, članova nevladinih udruga i dr. kroz provođenje edukativnih seminara i praktičnih radionica
- unaprijediti znanje i vještine školske djece i studenata o principima pravilne prehrane kroz provođenje različitih projekata, tečajeva, radionica, te kroz rad Savjetovališta za pravilnu prehranu koja djeluju pri školskoj medicini Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije
- organizirati medijske kampanje s ciljem osvještavanja javnosti o važnosti pravilne prehrane za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti, koristeći metode socijalnog marketinga (vezano uz obilježavanje Tjedna dojenja, Svjetski dan hrane, Europski dan borbe protiv debljine, Svjetski dan srca, zdravlja i nevezano na te prigode)
- promicati pravilnu prehranu i zdravi način života putem medija i web portala

- kreirati informativne i edukativne materijale o principima pravilne prehrane za različite dobne skupine
- osigurati kontinuirani rad Savjetovališta za prevenciju prekomjerne tjelesne težine i debljine pri Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije kao i kontinuirani rad edukativno-suportivnih grupa usmjerenih prvenstveno prema kontroli tjelesne težine, ali i zdravlja općenito
- organizirati i provoditi terenske akcije analize sastava tjelesne mase i drugih pokazatelja uhranjenosti za opću populaciju uz savjetovanje liječnika o zdravoj prehrani i primjerenoj tjelesnoj aktivnosti
- uspostaviti lokalni model intersektorske suradnje u cilju promicanja pravilne prehrane u različitim sektorima društva

Indikatori postignuća:

- broj suportivnih grupa za potporu dojenja koje djeluju u Međimurskoj županiji te broj članova istih
- udio isključivo dojene djece do 6 mjeseci starosti
- broj polaznika tečajeva za trudnice
- broj održanih edukativnih seminara i radionica u cilju stručnog usavršavanja
- broj održanih medijskih kampanja, javnozdravstvenih akcija, broj objavljenih medijskih priloga
- broj dizajniranih, tiskanih i distribuiranih edukativnih tiskanih materijala
- broj održanih terenskih akcija analize sastava tjelesne mase i drugih pokazatelja uhranjenosti te broj sudionika u terenskim akcijama
- praćenje prehrambenih navika – npr. udio osoba koje zadovoljavaju preporuke za dostatnom konzumacijom voća i povrća i drugi indikatori (tijekom 2014. godine će se provesti Europska zdravstvena anketa (EHIS2))

4.1.2.3. Mjera 3: Smanjiti upotrebu i štetne učinke korištenja duhanskih proizvoda, alkohola i drugih sredstava ovisnosti

Pušenje se smatra glavnim izbjegljivim čimbenikom rizika za nastanak brojnih bolesti koje su uzrok prijevremenog umiranja. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) upozorava da preko 6 milijuna ljudi godišnje umire od posljedica pušenja, a među njima je oko 600.000 pasivnih pušača. Obzirom da se u razvijenim zemljama zapaža trend smanjenja broja pušača, duhanska industrija sve češće kao svoju ciljnu populaciju za regrutiranje novih pušača odabire mlade te je nužno preventivne aktivnosti usmjeriti u svrhu njihove zaštite. Uz donošenje i provođenje pozitivnih zakonskih mjera koje zabranjuju pušenje u javnim zatvorenim prostorima, povisuju cijene cigareta te zabranjuju prodaju cigareta maloljetnicima, kao i reklamiranje duhanskih

proizvoda, smatramo izuzetno važnim uključivanje djece i mladih u preventivne programe i edukaciju o rizicima korištenja duhana ⁽⁶⁸⁾.

Štetna upotreba alkohola ima ozbiljne zdravstvene i socijalne posljedice, kako za individualni razvoj, razvoj obitelji te razvoj cjelokupnog društva. Osobe nižeg socijalno-ekonomskog statusa imaju teže posljedice zbog štetne upotrebe alkohola čak i ako konzumiraju manje količine alkoholnih pića što je vjerojatno posljedica razlika načina na koji se pije kao i kvalitete alkoholnih pića. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, godišnje u svijetu oko 2,5 milijuna ljudi umire od posljedica povezanih s alkoholom. Konzumacija alkohola je prema istom izvoru treći vodeći čimbenik rizika za preranu smrtnost i onesposobljenost, budući da štetna upotreba alkohola predstavlja rizični faktor za više od 60 vrsta bolesti i povreda. Ovaj problem predstavlja naročito ozbiljnu prijetnju za muškarce, vodeći je faktor rizika za smrtnost muškaraca u dobi od 15 - 59 godina, uglavnom zbog povreda, nasilja, kardiovaskularnih bolesti i bolesti probavnog sustava. Štetni utjecaj alkohola posebno je poguban za mlađe dobne skupine. Tako se 9% svih smrtnih slučajeva u dobnoj skupini od 15-29 godina može pripisati štetnom utjecaju alkohola ^(68,69). Situacijska analiza je pokazala da je u Sjevernoj i Istočnoj regiji Hrvatske (Hrvatska zdravstvena anketa 2003.) bila vrlo visoka prevalencija konzumacije alkoholnih pića pa je tako i standardizirana stopa smrtnosti (na 100.000 st.) od bolesti povezanih s pretjeranom konzumacijom alkoholnih pića (MKB 10, šifre K70,73,74, F10 i T51) 2010. godine bila najviša u tim županijama. U Međimurskoj županiji je također ta stopa smrtnosti bila viša od prosjeka Hrvatske (23,5:16,5). Danas postoje brojni dokazi o djelotvornosti i isplativosti različitih intervencija i politika usmjerenih na smanjenje štetne upotrebe alkoholnih pića kojima ćemo se i mi rukovoditi u ovoj strategiji. Nažalost, vrlo malo je djelotvornih intervencija usmjerenih na smanjivanje nejednakosti u zdravlju i negativnih posljedica štetne upotrebe alkohola na siromašne.

U Republici Hrvatskoj, posljednjih se godina povećala ponuda droga, koja je postala i raznovrsnija. Istodobno se povećala i dostupnost droga, što je imalo utjecaj na povećan trend konzumiranja droga, osobito među mladima. Neki od najčešćih razloga zlouporabe droga i drugih sredstava ovisnosti među djecom i mladima su socijalna afirmacija u vršnjačkim skupinama, težnja za ugodom, znatiželja, osobni problemi i problemi u obitelji, nepovoljni opći uvjeti života kao i neznanje ⁽⁷⁰⁾.

Aktivnosti:

- 1) podizanje opće svijesti i informiranje javnosti o štetnim posljedicama konzumiranja sredstava ovisnosti kroz provođenje medijskih kampanja, okruglih stolova, edukativnih seminara, izložbi i dr.
- 2) povećati vidljivost udruga, organizacija i inicijativa u županiji u okviru kojih djeca i mladi, ali i odrasli, mogu provoditi slobodno vrijeme na kvalitetan način
- 3) razvijati kod mladih pozitivan stav o nepušenju, nepijenju alkohola i životu bez ilegalnih sredstava ovisnosti te osigurati školsko okruženje s osjećajem manjeg pritiska i više odgojnih sadržaja

- 4) povećati informiranost našeg stanovništva, posebno djece i mladih o pozitivnim utjecajima zdravih stilova života koji doprinose dobrom mentalnom zdravlju (aktivnosti vezane uz sport i rekreaciju, kvalitetan društveni život, volonterski rad u zajednici i dr.) te upozoriti na negativan utjecaj sredstava ovisnosti
- 5) kontrola i nadzor nad provođenjem propisa koji smanjuju dostupnost cigareta i alkohola mladima,
- 6) periodično provoditi istraživanje o stavovima, navikama i korištenju sredstava ovisnosti kod djece i mladih Međimurske županije
- 7) provođenje samostalno kreiranih programa: »Agresivno dijete«, »Rana detekcija problema u odrastanju«, »Procvjetajmo«

INDIKATORI

- broj održanih stručnih predavanja vezanih uz temu prevencije ovisnosti
- broj održanih radionica za djecu sa temom prevencije ovisnosti
- broj održanih tribina namijenjenih odraslima ciljanih na osvješćivanje štetnosti uporabe sredstava ovisnosti
- broj publikacija izdanih sa temom prevencije ovisnosti, novisnih članaka i članaka u stručnim i stručno-popularnim časopisima i publikacijama
- kontinuitet u provođenju programa prevencije Agresivno dijete, Rana detekcija problema u odrastanju, Procvjetajmo
- objavljivanje rezultata istraživanja«Stavovi navike i korištenje sredstava ovisnosti kod mladih Međimurske županije“

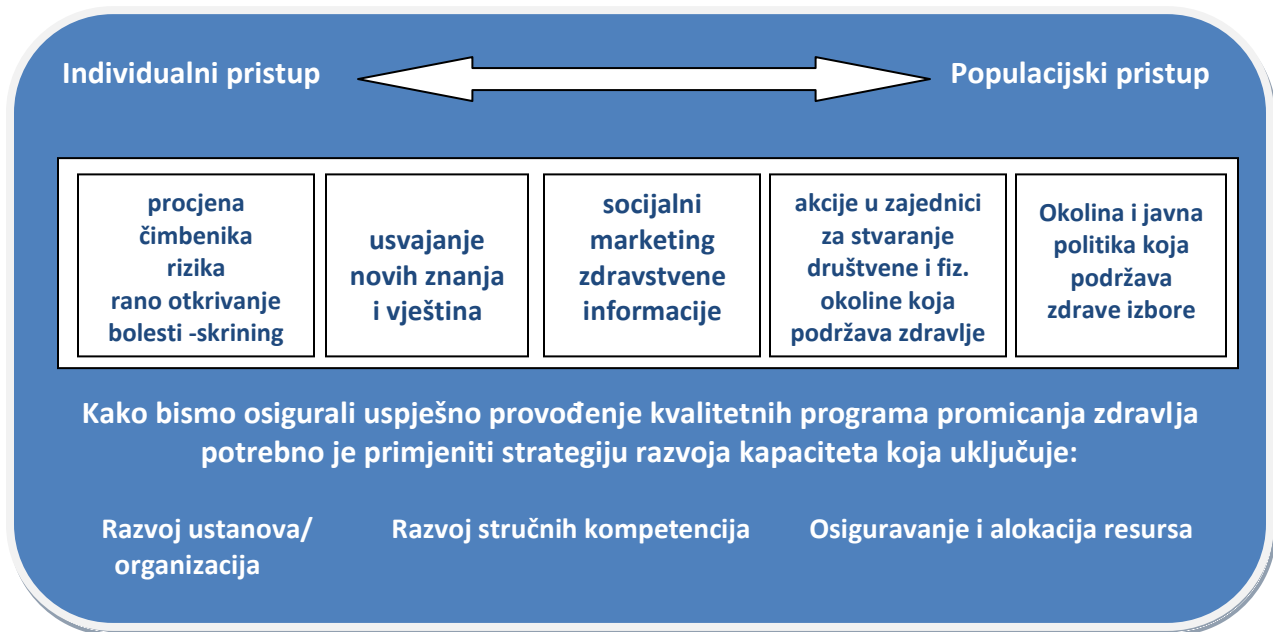
4.1.3. Konkretizirani potcilj 3: Unapređenje prevencije, ranog otkrivanja, praćenja i kontrole kroničnih nezaraznih bolesti

Kronične nezarazne bolesti su vodeći uzroci smrtnosti u svijetu, od kojih je 2008. godine umrlo 36 milijuna ljudi. Najviše života odnose kardiovaskularne bolesti, karcinomi, šećerna bolest i kronične plućne bolesti, a četvrtina smrti događa se u osoba mlađih od 60 godina. Vodeći uzroci smrtnosti u Međimurskoj županiji također su kronične nezarazne bolesti, čiji udio u ukupnoj smrtnosti raste, a pada udio umrlih osoba mlađih od 60 godina ⁽⁶¹⁾. Naime, 1995. godine je udio umrlih osoba od kroničnih nezaraznih bolesti u Međimurskoj županiji iznosio 83,0%, a 16% umrlih bilo je mlađih od 60 godina. Petnaest godina kasnije, odnosno 2010. godine, kronične nezarazne bolesti bile su uzrokom smrti u čak 94% osoba, a udio umrlih do 60 godina starosti, smanjen je na 12,7%. ⁽⁷¹⁾. Prema situacijskoj analizi provedenoj u sklopu ovog projekta, vodeći uzroci smrtnosti kako u Međimurskoj županiji tako i u Hrvatskoj su u 2010. godini bile kardiovaskularne bolesti (s udjelom od 46% u ukupnom broju umrlih u Međimurju te 49% u Hrvatskoj), maligne bolesti (28,8%:26,3%), te ozljede, otrovanja i druge posljedice vanjskih uzroka (6,1%:5,7%). Standardizirana stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti na 100.000 stanovnika je iste godine u Međimurju bila nešto niža od prosjeka Hrvatske

(341,2:370,88), od zloćudnih bolesti je bila nešto viša (225,09:210,9) a od ozljeda, otrovanja i drugih posljedica vanjskih uzroka je bila neznatno niža u Međimurju u odnosu na cijelu Hrvatsku (52,54:52,67). Broj umrlih od šećerne bolesti je u Međimurju u posljednjih 15 godina porastao gotovo 3x (1995. godine je umrlo 18 osoba a 2010. godine 50), a standardizirana stopa smrtnosti je 2010. godine bila u Međimurskoj županiji (28,93/100.000st.) značajno viša od prosjeka Hrvatske (20,22/100.000 st) i među najvišima od svih županija (samo je u Vukovarsko-Srijemskoj županiji bila viša i iznosila je 33,39/100.000 st). Smrtnost od kronične plućne bolesti je u Međimurju 2010. godine bila značajno niža od prosjeka Hrvatske (16,49/100.000 : 21,07/100.000) i među najnižima od svih županija (čak 15 županija je imalo više stope smrtnosti) ⁽²⁶⁾.

Budući da su kardiovaskularne bolesti vodeći uzrok smrtnosti u Međimurskoj županiji, osvrnut ćemo se na uzroke nejednakosti u zdravlju vezano uz njih. Iako se kardiovaskularne bolesti uobičajeno manifestiraju u srednjoj životnoj dobi, to su bolesti s dugačkim periodom inkubacije. Tako socio-ekonomske determinante zdravlja mogu utjecati na kardiovaskularno zdravlje tijekom cijelog perioda života. Loši uvjeti života tijekom djetinjstva kao i pripadnost roditelja određenoj socijalno-ekonomskoj klasi imaju snažan utjecaj na kardiovaskularno zdravlje. U srednjoj životnoj dobi, pušenje, nedovoljna tjelesna aktivnost, nepravilna prehrana, povišeni krvni tlak, debljina, povišena razina kolesterola u krvi i šećerna bolest povećavaju rizik za kardiovaskularne bolesti, a prevalencija tih navika je veća u osoba nižeg socijalno-ekonomskog statusa. U starijoj životnoj dobi dostupnost zdravstvene zaštite, potpora obitelji i druga društvena potpora te osjećaj kontrole nad vlastitim životom i zdravljem imaju važan utjecaj na kardiovaskularno zdravlje. Utjecaj upravo spomenutih determinanti zdravlja je također vrlo različit u odnosu na socijalno-ekonomske čimbenike. Zdravstveni ishodi od kardiovaskularnih bolesti su također puno lošiji u osoba nižeg socijalno-ekonomskog stanja, o čemu treba voditi računa prilikom planiranja mjera za smanjivanje nejednakosti u zdravlju ⁽⁶⁸⁾. Promicanje zdravlja stoga zahtjeva cjeloživotni pristup, odnosno sveobuhvatnu strategiju prevencije koja zagovara provođenje mjera promicanja zdravlja istovremeno na populacijskoj razini ali i kroz aktivan pristup skupinama i pojedincima koji su zdravi, onima koji su u riziku da obole te onima koji su već bolesni kako bi spriječili komplikacije te im omogućili što kvalitetniji i dulji život. Naravno, jednako je važno osigurati dostupnost i maksimalni obuhvat oboljelih učinkovitim liječenjem i zdravstvenom skrbi ^(72,73).

Slika 2 Intervencije promicanja zdravlja i strategija razvoja kapaciteta

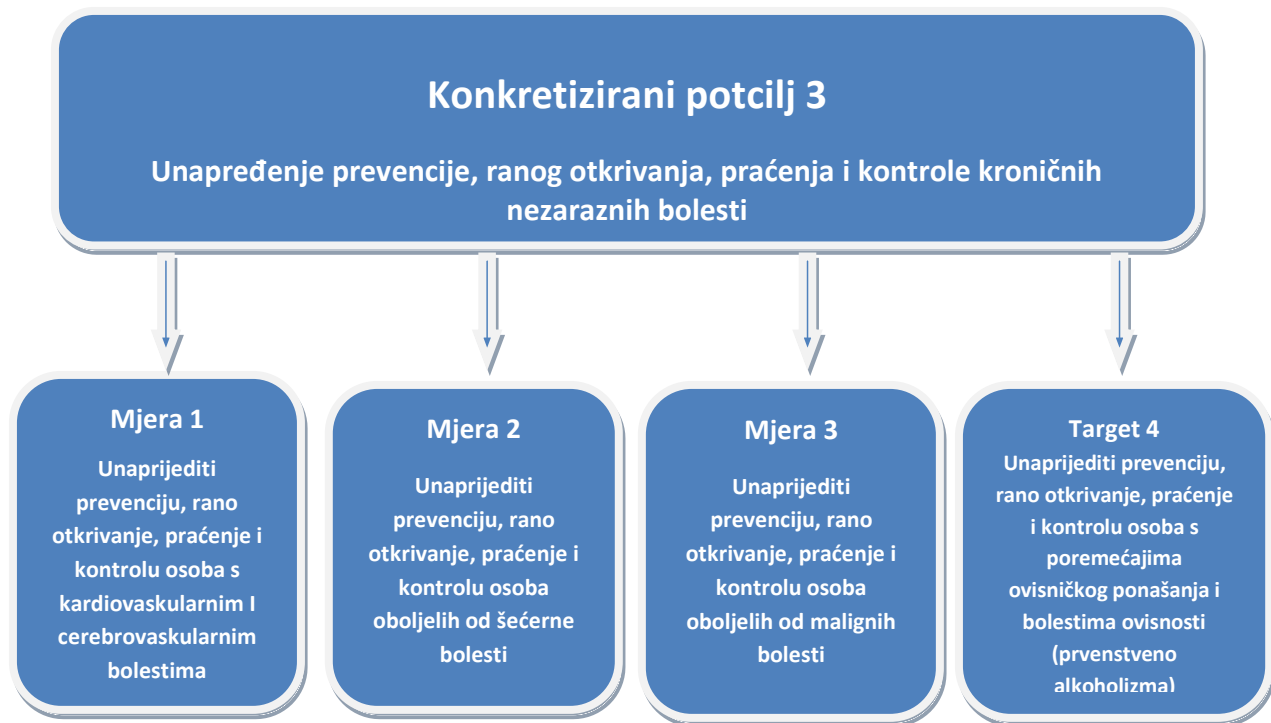


Prema izvoru: Working in Health Promoting Ways. A strategic framework for DHHS 2009.-2012., Tasmanian Government, 2010

Kroz aktivnosti u sklopu ovog konkretiziranog potcilja nastojat će se spriječiti ili odgoditi pojava, uzroci, komplikacije ili ponovno pojavljivanje kroničnih nezaraznih bolesti te poboljšati kvaliteta života oboljelih osoba.

Fokusirat ćemo se na vodeće uzroke smrtnosti – kardio i cerebrovaskularne bolesti, maligne bolesti, ozljede, otrovanja i druge vanjske uzroke smrtnosti te šećernu bolest. Preko 80% kardio i cerebrovaskularnih bolesti te tipa 2 šećerne bolesti i preko 30% malignih bolesti moguće je prevenirati eliminacijom glavnih čimbenika rizika – pušenje, nepravilna prehrana, nedovoljna tjelesna aktivnost i štetna upotreba alkohola, a dodatno smanjenje moguće je postići metodama ranog otkrivanja, pravovremenog liječenja te uspješne rehabilitacije i resocijalizacije.

Kroz mjere promicanja zdravog životnog stila usmjerenih cjelokupnoj populaciji i to kroz cjeloživotni pristup (a koje su obuhvaćene u prethodnom konkretiziranom potcilju kao i u drugim potciljevima) nastoji se spriječiti prijelazak zdrave populacije u onu koja je pod rizikom obolijevanja (primarna prevencija). Mjerama sekundarne prevencije i ranog otkrivanja bolesti nastoje se identificirati rizici obolijevanja, te podržati populaciju u promjeni ponašanja i boljoj kontroli bolesti, odnosno nastoji se bolest otkriti u ranim fazama te tako spriječiti progresiju bolesti i hospitalizacije. Kod osoba s već dijagnosticiranom bolešću, ranim i adekvatnim liječenjem nastoji se odgoditi pojava komplikacija i reaktiviranje bolesti a također se pojedince osnažuje u promjeni ponašanja te što boljoj samokontroli bolesti uz osnaživanje zajednice i pružanje uzajamne pomoći (kontola bolesti i tercijarna prevencija) ^(61,74).



4.1.3.1. Mjera 1: Unaprijediti prevenciju, rano otkrivanje, praćenje i kontrolu osoba s kardiovaskularnim i cerebrovaskularnim bolestima

Aktivnosti u sklopu ove mjere će se provoditi na području cijele županije, no prvenstveno u gradovima i općinama u kojima su zabilježene najviše stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti - u Općinama Dekanovec, Donjoj Dubravi, Nedelišću, Svetom Martinu na Muri, Sv. Jurju na Bregu, Vratišincu te u gradu Mursko Središće.

Aktivnosti:

- 1) lobirati za provođenje programa sustavne prevencije kardiovaskularnih bolesti u obiteljskoj medicini
- 2) lobirati na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou za uravnoteženo ulaganje, odnosno pravičnu alokaciju resursa u preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu
- 3) organizirati višednevne, tjedne ili mjesečne kampanje podizanja svijesti javnosti o važnosti prevencije, ranog otkrivanja i pravovremenog liječenja od kardiovaskularnih bolesti
- 4) osmisliti, organizirati i provoditi programe informiranja i edukacije stanovništva o rizičnim čimbenicima za kardiovaskularne bolesti te razvoj osobnih vještina s ciljem osnaživanja za poduzimanje potrebnih promjena u ponašanju

- 5) provoditi javno-zdravstvene akcije ranog otkrivanja čimbenika rizika, odnosno stanja koja povećavaju rizik za kardiovaskularne bolesti (ŠUK, kolesterol, trigliceridi, krvni tlak, BMI, opseg struka, WHR odnos, krvni tlak, pušenje, konzumacija alkohola, obiteljska i osobna anamneza, stres)
- 6) edukacija stanovništva o znakovima srčanog i moždanog udara te o važnosti što ranijeg pozivanja hitne medicinske pomoći kako bi se što prije (u slučaju indikacije) provela perkutana koronarna intervencija te trombolitička terapija
- 7) osigurati i nadalje (kroz lobiranje za kontinuirano osiguravanje financijskih i ljudskih resursa) nesmetano provođenje projekta zbrinjavanja osoba s akutnim srčanim udarom kroz mrežu urgentne PCI (perkutarne koronarne intervencije)
- 8) organizirati i provoditi radionice s ciljem usvajanja znanja i vještina oživljavanja uz primjenu automatskog vanjskog defibrilatora – u sklopu programa javno dostupne rane defibrilacije »POKRENI SRCE - SPASI ŽIVOT«
- 9) osmisлити, dizajnirati, tiskati i distribuirati informativne i edukativne tiskane materijale vezano uz prevenciju, rano otkrivanje, liječenje, rehabilitaciju i resocijalizaciju oboljelih osoba
- 10) obnoviti opremu za akutno liječenje kardiovaskularnih bolesnika
- 11) u cilju sekundarne prevencije kardiovaskularnih bolesti oformiti ambulantu za savjetovanje kardioloških bolesnika pri Županijskoj bolnici Čakovec koja bi radila 1x tjedno
- 12) lobirati za regionalizacija razvoja invazivne kardiologije u Međimurju koja bi pokrivala 3 županije – Varaždinsku, Koprivničko-Križevačku i Međimursku
- 13) formirati radnu grupu stručnjaka, odnosno svih zainteresiranih osoba koje bi se udružile u cilju što bolje suradnje, širenja informacija, planiranja, provođenja i evaluacije redovitih aktivnosti, odnosno aktivnosti u sklopu posebnih programa i projekata sa ciljem prevencije, ranog otkrivanja, praćenja i kontrole kardio i cerebrovaskularnih bolesti
- 14) reafirmirati rad udruga oboljelih od kardiovaskularnih bolesti s ciljem što bolje kontrole bolesti

4.1.3.2. Mjera 2: Unaprijediti prevenciju, rano otkrivanje, praćenje i kontrolu osoba oboljelih od šećerne bolesti

- 1) povećati svjesnost, informirati i educirati opću populaciju o rizičnim čimbenicima za razvoj bolesti te ih motivirati na promjenu ponašanja - provođenjem medijskih kampanja, javnozdravstvenih akcija, radionica, predavanja
- 2) lobirati kod liječnika PZZ za provođenje Nacionalnog programa zdravstvene zaštite osoba s šećernom bolešću te tako utjecati na rano otkrivanje i bolju kontrolu bolesti te sprječavanje komplikacija i unapređenje kvalitete života oboljelih

- 3) provoditi terenske akcije ranog otkrivanja šećerne bolesti provođenjem javnozdravstvenih akcija
- 4) ukazivati na važnost ranog otkrivanja šećerne bolesti kod trudnica (osobito u onih s povećanim rizikom ali i svih ostalih trudnica)
- 5) izrada stručnih sadržaja za pisane materijale i druge medijske poruke - izrada i distribucija edukativnih materijala, objava edukativnih sadržaja na web portalima, edukacija preko TV i radio emisija i dr.
- 6) poticanje novooboljelih na uključivanje u Udruge dijabetičara
- 7) edukacija članova dijabetičkih udruga s ciljem sekundarne i tercijarne prevencije bolesti
- 8) lobiranje kod jedinica lokalne samouprave za podržavanje rada dijabetičkih udruga te eventualno formiranje novih gdje one ne postoje

Indikatori postignuća:

- broj provedenih medijskih kampanja, javnozdravstvenih akcija, radionica, predavanja te broj sudionika
- broj provedenih terenskih akcija ranog otkrivanja šećerne bolesti, broj osoba obuhvaćenih ranim otkrivanjem u tim akcijama
- povećanje broja provedenih preventivnih pregleda u PZZ
- povećanje broja novootkrivenih osoba koje reguliraju šećernu bolest usvajanjem zdravih životnih navika
- povećanje broja novootkrivenih osoba s šećernom bolešću bez komplikacija
- broj osmišljenih i distribuiranih tiskanih i drugih medijskih priloga
- bolja popunjenost registra osoba sa šećernom bolešću (CroDiab)

4.1.3.3. Mjera 3: Unaprijediti prevenciju, rano otkrivanje, praćenje i kontrolu oboljelih od malignih bolesti

- 1) povećati svjesnost, informirati i educirati opću populaciju o rizičnim čimbenicima za razvoj malignih bolesti te ih motivirati na promjenu ponašanja - provođenjem medijskih kampanja, javnozdravstvenih akcija, radionica, predavanja
- 2) organizirati javno-zdravstvene akcije, predavanja, radionice i medijske kampanje s ciljem promoviranja Nacionalnih programa ranog otkrivanja raka dojke, debelog crijeva i raka vrata maternice kako bi se unaprijedilo znanje, stavovi, vještine samopomoći i kako bi se osnažilo ljude za poduzimanje potrebnih promjena u ponašanju (prvenstveno bolji odaziv na programe)
- 3) provesti istraživanje o razlozima neodazivanja na nacionalne programe ranog otkrivanja raka (osobito raka debelog crijeva gdje je najlošiji odaziv)
- 4) podržavati rad Županijske lige protiv raka Čakovec i pripadajućih Klubova oboljelih koji djeluju u sklopu lige protiv raka zbog što bolje rehabilitacije i resocijalizacije oboljelih

- 5) promovirati važnost zdravog stila života u sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji raka – podržavanje programa psihosocijalne podrške, programa sportske rekreacije, radionica za usvajanje pravilne prehrane i dr.
- 6) lobirati za što aktivnije uključivanje PZZ u promoviranje i provedbu Nacionalnih programa ranog otkrivanja raka
- 7) organizirati edukativne radionice za nevladine udruge (udruge umirovljenika, udruge žena, sportsko-rekreativne i druge udruge) s ciljem povećanja odaziva programu ranog otkrivanja raka
- 8) organizirati predavanja, seminare i druge oblike edukacije za učenike i studente zdravstvenih usmjerenja te zdravstvene djelatnike u cilju stručnog usavršavanja

Indikatori:

- broj provedenih medijskih kampanja, javnozdravstvenih akcija, radionica, predavanja te broj sudionika kao i zadovoljstvo korisnika istih
- broj provedenih stručnih edukacija zdravstvenih djelatnika
- broj distribuiranih promotivnih i edukativnih materijala
- odaziv na programe ranog otkrivanja raka te udio ispravno provedenih testova na FOBT
- udio karcinoma otkrivenih u ranoj fazi bolesti

4.1.3.4. Mjera 4: Unaprijediti rano otkrivanje, praćenje i kontrolu osoba s poremećajima ovisničkog ponašanja i bolestima ovisnosti (prvenstveno alkoholizma)

Aktivnosti:

- 1) intersektorskom suradnjom školskog, zdravstvenog i sustava socijalne skrbi rano detektirati osobe u riziku za razvoj ovisničkog ponašanja
- 2) osigurati lako dostupne i pristupačne oblike tretmana ovisnosti
- 3) unaprijediti suradnju s izvaninstitucionalnim oblicima tretmana
- 4) približiti mogućnost ranog otkrivanja, liječenja i rehabilitacije poremećaja mentalnog zdravlja i poremećaja vezanih uz korištenje sredstava ovisnosti cjelokupnom stanovništvu naše županije te na taj način utjecati na smanjenje broja poremećaja te vrste
- 5) rano otkrivanje, praćenje i registracija eksperimentatora i ovisnika, individualno i obiteljsko savjetovanje, grupna terapija
- 6) provođenje testiranja urina na droge u skupinama ili kod pojedinaca rizičnog ponašanja i ovisnicima u procesu odvikavanja
- 7) provođenje programa resocijalizacije ovisnika

- 8) nastavak rada Savjetovališta za alkoholom uzrokovane probleme i alkoholizam te kroz njega pružanje stručne i logističke podrške klubovima liječenih alkoholičara koji su dokazano učinkoviti način izvaninstitucionalnog liječenja i rehabilitacije ovisnika o alkoholu
- 9) kroz rad Savjetovališta za alkoholom uzrokovane probleme i alkoholizam formalizirati i unaprijediti suradnju svih subjekata koji se bave liječenjem i skrbi za osobe koje imaju problema s prekomjernim pijenjem (Centar za socijalnu skrb, bolnica, zavod za javno zdravstvo, policija, PZZ - patronažnih sestara i liječnika obiteljske medicine)

Indikatori:

- dobro uspostavljenom suradnjom školskog, zdravstvenog i sustava socijalne skrbi detektirane su osobe u riziku za razvoj ovisničkog ponašanja
- broj održanih tribina namijenjenih odraslima ciljanih na osvješćivanje o štetnosti uporabe sredstava ovisnosti i mogućnostima ranog otkrivanja, liječenja i rehabilitacije, te broj sudionika
- vrednovanje rada Savjetovališta za alkoholom uzrokovane probleme i alkoholizam od strane korisnika
- broj novih korisnika u programu resocijalizacije ovisnika
- broj osoba koje dolaze u klubove liječenih alkoholičara i uspostavljena dobra suradnja Klubova liječenih alkoholičara i drugih ustanova
- uspostavljena bolja suradnja između subjekata koji se bave liječenjem i skrbi za osobe koje imaju problema s prekomjernim pijenjem

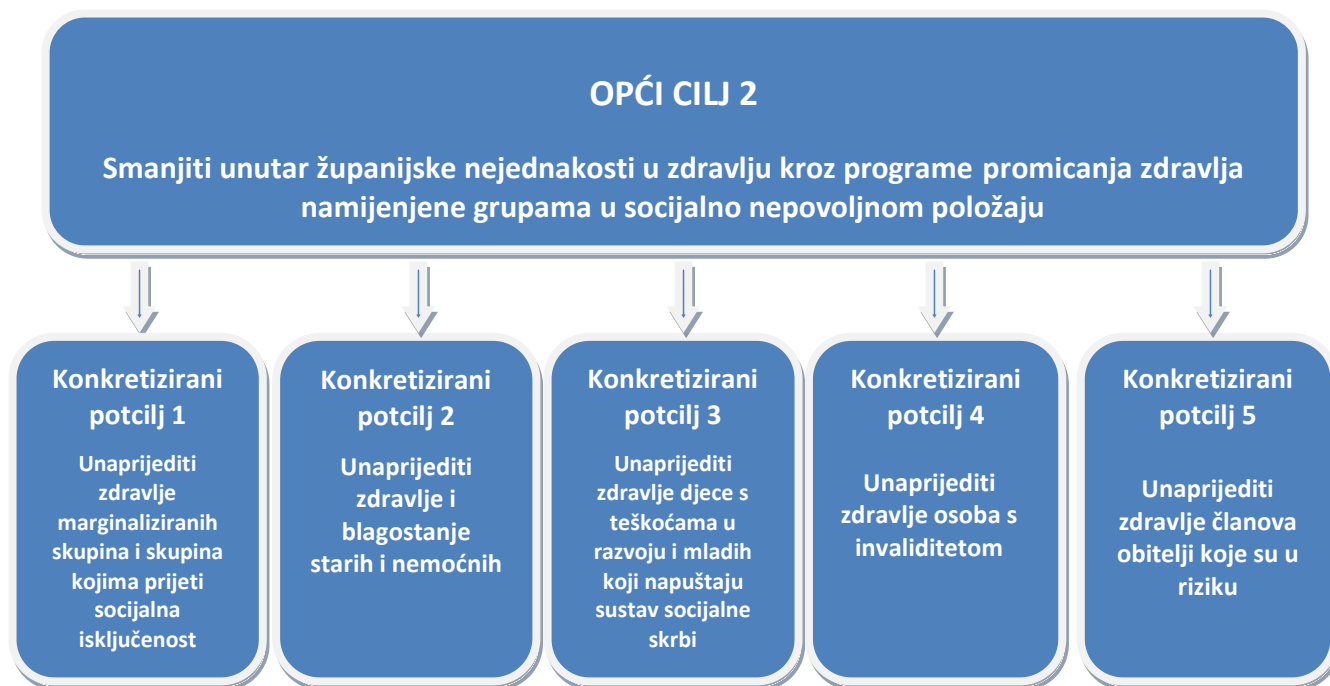
4.2. OPĆI CILJ 2: Smanjiti unutar županijske nejednakosti u zdravlju kroz programe promicanja zdravlja namijenjene grupama u socijalno nepovoljnom položaju

Socijalno nepovoljan položaj povezan je sa socijalno-ekonomskim značajkama kao što su prihodi, zaposlenost, obrazovanje te socijalno-ekonomski status; socijalno-kulturološkim značajkama kao što su spol, etničko podrijetlo, pripadnost, religija/vjersko opredjeljenje, kultura, migracijski status i društveni kapital; socijalno-geografskim značajkama kao što je život u depriviranoj okolini; i dob. Na grupe u socijalno nepovoljnom položaju zapravo može utjecati više od samo jedne navedene skupine značajki ⁽⁷⁵⁾.

Budući da su kardiovaskularne bolesti vodeći uzrok smrtnosti kao i hospitalizacija u Međimurskoj županiji, posebno ćemo se osvrnuti na povezanost kardiovaskularnih bolesti i socijalno nepovoljnog položaja. Naime, socijalni status neke osobe utječe na ponašajne čimbenike rizika, razvoj kardiovaskularnih bolesti kao i ishode od kardiovaskularnih bolesti. Drugi psihosocijalni kao i materijalni faktori također imaju utjecaj na kardiovaskularne bolesti kao što su nedostatak društvene podrške, nemogućnost kontrole nad stresom na radnom mjestu, smanjeno traženje zdravstvene pomoći, manji pristup zdravstvenoj zaštiti kao i veći komorbiditet. Zato je važno postići ravnotežu između strategija i intervencija usmjerenih s

jedne strane na cjelokupnu populaciju i s druge strane na grupe u populaciji koje su u socijalno nepovoljnom položaju ⁽⁶⁸⁾.

Savjet za socijalnu skrb Međimurske županije u proširenom sastavu, u sklopu EU projekta (IPA IV) „Podrška sustavu socijalne skrbi u procesu daljnje deinstitucionalizacije socijalnih usluga« i to u dijelu Procjene i planiranja socijalnih usluga, koji se provodi u Međimurskoj županiji od mjeseca travnja ove godine, postigao je konsenzus oko definiranja pet grupa koje su u Međimurskoj županiji u socijalno-nepovoljnom položaju, te će se u ovom segmentu Akcijskog plana za smanjivanje nejednakosti u zdravlju nastojati povezati situacijska analiza i procjena potreba iz spomenutog IPA projekta i ACTION-FOR-HEALTH projekta.



4.2.1. Konkretizirani potcilj 1: Unaprijediti zdravlje marginaliziranih skupina i skupina kojima prijeti socijalna isključenost

Iako se pojam socijalne isključenosti sve više susreće kako u stručnoj tako i u općoj javnosti, još uvijek nije dobro teorijski utemeljen niti empirijski potvrđen. Pojedine zemlje imaju vlastite definicije socijalne isključenosti, a u namjeri provođenja koncepta socijalne isključenosti u mjerljiv instrument, EU je još 2001. godine prihvatila skup pokazatelja za praćenje socijalne isključenosti. Riječ je o 18 statističkih pokazatelja koji pokrivaju 4 dimenzije socijalne isključenosti: financijsko siromaštvo (dohodak), zaposlenost (tržište rada), zdravlje i obrazovanje. Opasnost od marginalizacije i siromaštva u Hrvatskoj je neposredno povezana s isključenošću iz svijeta rada. Naime, zaposlenost nije samo najvažnija odrednica položaja ljudi, već je vrlo važna za stvaranje dohotka, socijalne stabilnosti, stvaranje smisla a onda i kvalitete života, zdravlja i sudjelovanja u društvu ⁽⁷⁶⁾.

Temeljem podataka Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, područne službe Čakovec, prikupljenih u sklopu EU projekta (IPA IV) Podrška sustavu socijalne skrbi u procesu daljnje deinstitucionalizacije socijalnih usluga koji se provodi u Međimurskoj županiji, krajem prosinca 2012. godine u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, Područnog ureda Čakovec bilo je evidentirano 8.040 nezaposlenih osoba. Promatrajući strukturu nezaposlenih osoba, može se zaključiti da je ista prilično nepovoljna, posebice s aspekta strukturalne neusklađenosti između ponude i potražnje na tržištu rada, kao i pokazatelja obzirom na spol, dob, obrazovnu razinu, dužine čekanja na zaposlenje i druge ograničavajuće faktore vezane uz mogućnosti za zapošljavanje. Krajem prosinca 2012. godine, struktura evidentiranih nezaposlenih osoba prema nekim osnovnim obilježjima otežavajućim za tržište rada, bila je sljedeća; udio žena je iznosio 52,3% (4.204), udio osoba sa deficitom obrazovanja (bez škole ili sa svega osnovnom školom) 2.760 ili 34,3%, udio mladih nezaposlenih osoba do 24 godine 1.831 ili 22,8%, udio osoba starijih od 50 godina 1.985 ili 24,7%, udio dugotrajno nezaposlenih osoba (više od 12 mjeseci) 2.291 ili 36,5%, udio osoba bez prethodnog radnog iskustva 1.682 ili 20,9%, udio osoba sa invaliditetom 177 ili 2,2%, udio osoba s faktorima otežane zapošljivosti 1.085 ili 13,5%, udio pripadnika romske nacionalne manjine 1.100 (procjena) ili 14,0%, udio hrvatskih branitelja 389 ili 4,8%⁽⁷⁷⁾.

Za zdravlje je posebno opasna dugotrajna nezaposlenost. Naime, meta-analize više studija utvrdile su da dugotrajno nezaposlene osobe imaju dva puta veći rizik obolijevanja od mentalnih bolesti i poremećaja anksioznosti u odnosu na zaposlene osobe. Ukupna smrtnost je u nezaposlenih osoba 60% veća nego u cjelokupnoj populaciji. Osim toga, alkoholizam može biti s jedne strane uzrok gubitka posla ali može biti i posljedica gubitka posla. Nezaposlenost osim toga povećava rizik nastanka srčanog i moždanog udara, dok obolijevanje od maligne bolesti često rezultira gubitkom posla. Sve te činjenice ukazuju na začarani krug nezaposlenosti i bolesti kojeg je moguće prekinuti kombinacijom različitih intervencija – dostupnošću zdravstvene skrbi, mjerama promicanja zdravlja namijenjenih nezaposlenim osobama te socijalnim intervencijama⁽⁷⁸⁾.

Osobe bez osnovnog obrazovanja najrizičnije su u pogledu socijalnog isključivanja. Budući da je u Međimurskoj županiji prema popisu stanovništva iz 2011. godine bio značajno veći udio osoba starijih od 15 godina s nezavršenom osnovnom školom (15,3%) nego u Republici Hrvatskoj (9,6%), važno je poseban značaj dati kako redovnom obrazovanju tako i cjeloživotnom obrazovanju. Prema podacima Djelatnosti školske medicine Zvoda za javno zdravstvo Međimurske županije, od ukupno 1458 djece koja su 2004. godine upisala 1. razred osnovne škole, 195 djece (13,37%) nije završilo osnovnu školu. U najvećem broju slučajeva, radi se o djeci Romske nacionalnosti. Prema istom izvoru podataka, 4,5% učenika iz srednjih strukovnih škola (trogodišnja obrazovanja) i 1,24% učenika uključenih u četverogodišnje srednjoškolske programe ne završi srednjoškolsko obrazovanje. Stoga je vrlo važno i nadalje istraživati uzroke zbog čega učenici napuštaju osnovnu ili srednju školu – temeljem toga je potrebno izraditi smjernice i akcijski plan za smanjivanje tog problema⁽²⁶⁾.

Republika Hrvatska i Međimurska županija sustavno vode posebnu brigu o obrazovanju skupina u nepovoljnom položaju. Tako je 21. kolovoza 2013. godine u Ministarstvu znanosti, obrazovanja i sporta u Zagrebu potpisana darovnica Europske unije o dodjeli bespovratnih sredstava u okviru natječaja IPA IV "Integracija skupina u nepovoljnome položaju u redovit obrazovni sustav" temeljem koje je u Međimursku županiju pristiglo 984.363 eura. Cilj darovnice je promicanje

jednakih prilika u pristupu obrazovanju za skupine u nepovoljnom položaju. Sredstva će se utrošiti u provođenje projekta koji će doprinijeti uključivanju mladih iz različitih skupina u nepovoljnom položaju u obrazovni sustav. Financijska sredstva su dodijeljena Međimurskoj županiji, Udruzi slijepih i slabovidnih Međimurske županije, OŠ Mursko Središće, Dječjem vrtiću Čakovec, OŠ Orehovica i OŠ Podturen. Uz spomenuta sredstva dodatna sredstva obuhvatiti će i institucije te udruge s područja Međimurja koje su partneri nositeljima iz drugih županija: Udruga odgajatelja "Krijesnica" te OŠ Tomaša Goričanca Mala Subotica.



4.2.1.1. Mjera 1 : Osmisliti i provoditi programe promicanja zdravlja za marginalizirane skupine i skupine kojima prijeti socijalna isključenost

Aktivnosti:

- 1) unaprjeđivati programe za poticanje kvalitetno organiziranog slobodnog vremena u zajednici za dugotrajno nezaposlene osobe
- 2) organizirati i kreirati programe edukacije o stresu, te usmjerene na individualnu razinu zaštite jačanjem osobnog kapaciteta za nošenje sa stresom, njegovo prevladavanje u raznim životnim situacijama (nezaposlenost) i upravljanju stresom, usvajanjem socijalnih i komunikacijskih vještina koje će omogućiti lakše uklapanje osobe u buduće radno okruženje te vještina koje povećavaju sveopće životno zadovoljstvo i kvalitetu života pojedinca i obitelji;
- 3) istražiti uzroke zbog kojih učenici napuštaju osnovnu ili srednju školu – temeljem toga je potrebno izraditi smjernice i akcijski plan za smanjivanje tog problema
- 4) pružiti psihološku potporu osobama koje su dugotrajno nezaposlene

- 5) razviti i kontinuirano provoditi višetjedne programe promicanja zdravog životnog stila za marginalizirane grupe i grupe kojima prijete socijalna isključenost
- 6) osmisliti i provesti istraživanje o životnom stilu pripadnika romske zajednice i osnažiti pripadnike romske zajednice u participativnoj procjeni njihovih zdravstvenih potreba
- 7) osmisliti programe promicanja zdravlja za pripadnike romske zajednice poštujući njihovu kulturu i tradiciju
- 8) raditi na daljnjem unapređenju partnerstva sa Romskom zajednicom kako bi povećali njihovo sudjelovanje u programima promicanja zdravlja te kako bismo ih osnažili za što bolju kontrolu nad svojim zdravljem
- 9) poboljšati zdravstvenu pismenost marginaliziranih osoba i osoba kojima prijete socijalna isključenost

INDIKATORI: broj provedenih programa promicanja zdravlja, broj sudionika, zadovoljstvo sudionika sudjelovanjem, provedeno istraživanje o razlozima napuštanja osnovnog i srednjoškolskog obrazovanja, provedeno istraživanje o životnom stilu Roma, unaprijeđeno partnerstvo sa romskom zajednicom, poboljšana zdravstvena pismenost osoba kojima prijete socijalna isključenost

4.2.1.2. Mjera 2 : Osigurati održivost organizacija civilnog društva (OCD) koje se aktivno bave podrškom pri zapošljavanju marginaliziranih skupina i poticanjem društvenog poduzetništva

Aktivnosti:

- 1) podupirati civilne inicijative koje povećavaju uključivanje i umrežavanje ranjivih skupina
- 2) organizirati i pripremiti radio i TV emisije o fenomenu socijalne isključenosti s ciljem senzibilizacije javnosti za taj problem i s ciljem poticanja društvene solidarnosti i filantropije
- 3) suradnjom s organizacijama civilnog društva osmišljavati programe u zajednici u koje bi se uključivale ranjive skupine u cilju jačanja njihovih kapaciteta za nošenje sa nepovoljnom svakodnevicom i jačanja vještina praktične samopomoći

INDIKATORI: broj medijskih poruka, radio i TV emisija, broj civilnih inicijativa koje povećavaju uključivanje i umrežavanje ranjivih skupina, broj osmišljenih i provedenih programa u zajednici uz broj sudionika te zadovoljstvo istih, s ciljem jačanja kapaciteta ranjivih skupina za nošenje s nepovoljnom svakodnevnicom

4.2.1.3. Mjera 3 Priprema za tržište rada ranjivih skupina u suradnji s organizacijama civilnog društva

Aktivnosti:

- 1) provođenje programa i projekata s ciljem razvoja kompetencija za poboljšanje zapošljivosti dugotrajno nezaposlenih osoba kojima prijeti socijalna isključenost
- 2) kreirati i subvencionirati programe dodatnih obrazovnih aktivnosti za djecu iz socijalno-isključenih obitelji
- 3) više ulagati u i sustavno poticati cjeloživotno učenje

INDIKATORI: broj provedenih programa i projekata s ciljem razvoja kompetencija za poboljšanje zapošljivosti, broj kreiranih subvencioniranih programa obrazovnih aktivnosti za djecu iz socijalno-isključenih obitelji, broj programa te osoba koje su završile tečajeve/programe cjeloživotnog učenja

4.2.2. Konkretizirani potcilj 2: Unaprijediti zdravlje i blagostanje starih i nemoćnih

Prema Popisu stanovništva Republike Hrvatske 2001. godine, udio osoba starijih od 65 godina je u Međimurskoj županiji iznosio 13,7%, a 2011. godine 15,6%. Budući da se životni vijek produžava, postoji potreba za opsežnijom organizacijom institucionalne i izvaninstitucionalne pomoći starijim osobama.

Prema podacima prikupljenim u sklopu EU projekta (IPA IV) Podrška sustavu socijalne skrbi u procesu daljnje deinstitucionalizacije socijalnih usluga koji se provodi u Međimurskoj županiji 2013. godine, u Međimurskoj županiji djeluje 50 domova za pružanje usluga smještaja starijim osobama izvan vlastite obitelji (7 domova za starije i nemoćne osobe, 6 obiteljskih domova, 2 doma za psihički bolesne odrasle osobe i 1 obiteljski dom te 34 udomiteljske obitelji). Ukupan kapacitet tih domova iznosi 1.074 osoba, što je daleko manje od potreba. Uz spomenute kapacitete, postoje i izvaninstitucionalni oblici skrbi za starije osobe: Dnevni boravak u sklopu Doma za starije i nemoćne osobe Čakovec koji osigurava smještaj osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti koji je s radom započeo 2007. godine a ima kapacitete za 10-15 osoba; Centar za pomoć i njegu u kući „3D Centar“ Čakovec koji je s radom započeo u proljeće 2013. godine; „Autonomni centar ACT“ Čakovec je pred osnivanjem Centra za pomoć i njegu u kući koji će započeti s radom početkom 2014. godine a uskoro će započeti s edukacijom geronto domaćica. Tijekom rada na tom projektu, uočeni su slijedeći problemi: slaba multisektorska koordinacija među različitim institucijama i udrugama, nepostojanje prevencije problema koji se javljaju u starosti, izoliranost starijih osoba, problem zbrinjavanja starijih u terminalnoj fazi, nedostatak empatije za probleme treće životne dobi, nedovoljno razvijene usluge pomoći i njege u kući, nedovoljno korištenje volontera ⁽⁷⁷⁾.



4.2.2.1. Mjera 1: Podizanje standarda u institucionalnoj skrbi

Aktivnosti:

- 1) poduzeti potrebne aktivnosti kako bi se izjednačili standardi u državnim i privatnim domovima,
- 2) lobirati za rekonstrukciju postojećih kapaciteta u smislu osiguravanja većeg udjela kapaciteta za nepokretne i teže pokretne korisnike,
- 3) standardizirati kvalitetu usluge u institucijama
- 4) edukacija djelatnika institucija vezano uz senzibilizaciju za potrebe korisnika, za pružanje suporta korisnicima, obogaćivanje sadržaja svakodnevice
- 5) edukacija djelatnika i korisnika s ciljem prevencije padova

Indikatori: povećani kapaciteti institucionalne skrbi za nepokretne i teže pokretne korisnike, doneseni standardi kvalitete usluga u institucijama, broj provedenih edukacija te broj sudionika

4.2.2.2. Mjera 2: Poticanje izvaninstitucionalnih oblika skrbi

Aktivnosti:

- 1) širenje socijalne i zdravstvene djelatnosti na izvaninstitucionalne oblike organiziranja rada u kojima će specijalizirani timovi u suradnji s udrugama i jedinicama lokalne samouprave provoditi preventivne i druge programe usmjerene na unapređenje kvalitete života i zdravlja starijih osoba,
- 2) provoditi programe promicanja zdravog životnog stila za osobe starije životne dobi (osobito pravilne prehrane, tjelesne aktivnosti i smanjenja upotrebe alkoholnih pića), odnosno olakšati zdrave izbore ponašanja
 - izgradnjom dobno primjerenog okoliša
 - organiziranjem grupa za hodanje starijih osoba uz druge privlačne sadržaje
 - informiranjem u cilju povećanja znanja i stvaranju pozitivnih stavova o značaju i koristi tjelesne aktivnosti i pravilne prehrane za starije osobe
 - jačati podršku tjelesnoj aktivnosti za starije osobe na svim razinama (osobito u obitelji, susjedstvu, crkvi, ali i od strane zdravstvenog i kineziološkog osoblja)
 - poboljšati ponudu programa primjernih dobi i sposobnostima kako bi tjelesna aktivnost postala zabavna, a ne naporna i "opasna"
 - pružiti slobodan ili subvencionirani pristup sportsko-rekreacijskim programima i prostorima
 - organizirati tečajeve o pravilnoj prehrani poštujući tradiciju za starije osobe kao i za osobe koje brinu o starijim osobama koje trebaju tuđu pomoć
 - povećati dostupnost pravilne prehrane starijim osobama
 - ukazivati na štetne učinke pušenja i osobito pretjerane konzumacije alkohola kod starijih osoba
- 3) podržavanjem rada Savjetovališta za alkoholizam i klubova liječenih alkoholičara nuditi stručnu pomoć u lakšoj dostupnosti liječenju i održavanju apstinencije
- 4) provoditi edukativne programe i radionice s ciljem smanjivanja rizika za padove
- 5) poticati otvaranje servisa za pomoć i njegu u kući te osigurati dostupnost na cijelom teritoriju županije,
- 6) i dalje podržavati rad besplatnih posudionica ortopedskih pomagala,
- 7) oformiti i dati podršku djelovanju SOS telefona u vidu 24-satne pomoći i podrške putem alarmnog uređaja namijenjenog osobama starije životne dobi koje žive same ili su veći dio dana same

Indikatori: broj osmišljenih i provedenih programa u cilju podizanja kvalitete života i unapređenja zdravlja, broj sudionika u tim programima, starije osobe osnažene za kontrolu vlastitog zdravlja, broj subvencioniranih sportsko-rekreativnih programa i broj sudionika, poboljšana dostupnost servisa za pomoć i njegu u kući

4.2.2.3. Mjera 3: Uspostavljanje i razvijanje intersektorske koordinacije i suradnje

Aktivnosti:

- 1) zbog multidimensionalnosti problema i potrebe za racionalizacijom resursa, u planiranju socijalne politike neophodan je inerdisciplinarni i intersektorski pristup (politika, struka, institucije i civilno društvo) te je potrebno uspostaviti kanale uspješne suradnje i koordinacije
- 2) objediniti programe i sredstava koji će omogućiti provedbu planiranih aktivnosti
- 3) organizirati tečajeve o važnosti i mogućnostima povećanja zdravstvene pismenosti starijih osoba za zdravstvene djelatnike, socijalne radnike, volontere, osobe koje su uključene u institucionalnu i vaninstitucionalnu skrb za starije osobe te privatne osobe koje brinu o starijim osobama

Indikatori: uspostavljeni kanali uspješne suradnje i koordinacije, broj provedenih edukativnih tečajeva, broj sudionika, zdravstvena pismenost starijih osoba poboljšana

4.2.2.4. Mjera 4: Poticanje volonterstva u cilju unapređenja zdravlja i blagostanja starijih osoba te razvijanja međugeneracijske solidarnosti

Aktivnosti:

- 1) u brojne spomenute aktivnosti uključiti volontere te organizirati edukaciju za njih
- 2) permanentnom edukacijom stvoriti empatiju mladih prema starijim osobama, osvijestiti važnost suosjećanja i pomaganja osobama starije životne dobi
- 3) uduge građana moraju postati partneri u definiranju potreba i prioriteta u zajednici
- 4) promicati važnost aktivnog odnosa prema životu i prema svakodnevici u starijoj životnoj dobi, važnost aktivnog provođenja slobodnog vremena, rekreacije, zabave i druženja

Indikatori: broj uključenih volontera, korišten „bottom-up“ pristup prilikom definiranja potreba i prioriteta u zajednici, unaprijeđena međugeneracijska solidarnost

4.2.2.5. Mjera 5: O snažiti daljnji razvoj palijativne skrbi u Međimurskoj županiji te tako poboljšati kvalitetu života neizlječivo bolesnih osoba kao i članova njihovih obitelji

Smrtnost od malignih bolesti kako u Hrvatskoj tako i u Međimurskoj županiji je nažalost u porastu pa su i potrebe za palijativnom skrbi sve veće. Dok su 1995. godine od II skupine bolesti prema MKB 10 (Novotvorenje), u Međimurskoj županiji umrle 254 osobe (udio u ukupnom

broju umrlih je iznosio 19%), 2010. godine je broj umrlih porastao na 356 a udio umrlih od novotvorina je povećan na 29% ⁽⁷¹⁾.

U sklopu Doma zdravlja Čakovec od 01.03.2013. godine djeluje mobilni tim za palijativnu skrb. U timu su jedna liječnica i jedna medicinska sestra koje na terenu dnevno obrade 4-5 osoba, a kao volonteri priključuju im se jedna liječnica i jedna medicinska sestra iz Odjela za intenzivnu skrb Županijske bolnice Čakovec. U županiji djeluje i udruga „Pomoć neizlječivima“ koju je osnovala Renata Marđetko, mag. palijativne skrbi. Sjedište udruge je u Kotoribi, no ona djeluje na prostoru Grada Čakovca.

Pomoć i posjeta mobilnog palijativnog tima obavlja se prije svega fokusiranjem na pacijente koji boluju od neizlječivih bolesti, te na liječnike obiteljske medicine, sekundarne zdravstvene zaštite, patronaže ili socijalne službe, a sastoji se od pronalažanja rješenja, te ponudi mogućih opcija koje bi rezultirale poboljšanjem kvalitete života neizlječivo bolesne osobe.

Aktivnosti:

- 1) raditi na osnaživanju tima za palijativnu skrb - uključiti kao ravnopravne članove tima za palijativnu skrb osim liječnika i medicinske sestre fizioterapeuta, socijalne radnike, psihologe, duhovnike te specijaliste različitih grana specijalnosti
- 2) organizirati edukaciju za zdravstvene djelatnike (iz različitih sektora zdravstvene skrbi)
- 3) osnovati županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi
- 4) lobirati za osnivanje bolničkog tima za palijativu u ŽBČ i ambulante za palijativu
- 5) uređenje palijativnih kreveta u županijskoj bolnici za potrebe terminalnog stadija pacijenata,
- 6) započeti proces otvaranja hospicija u Međimurskoj županiji,
- 7) omogućiti kvalitetnu ponudu u posudionici ortopedskih pomagala i informirati javnost o dostupnosti ortopedskih pomagala,
- 8) organiziranje ambulante za bol u okviru palijativne skrbi,
- 9) organizirati edukacija nezdravstvenih kadrova i volontera,
- 10) promidžba o pružanju usluga palijativne skrbi putem letaka, medija, organizacijom predavanja, radionica

INDIKATORI: definiran sastav osnovnog i proširenog tima za palijativnu skrb u PZZ, osnovan županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi, osnovan bolnički tim palijativne skrbi, uspostavljena dobra suradnja među različitim djelatnostima unutar zdravstvenog sustava kao i između sustava zdravstva i socijalne skrbi, unaprijeđena ponuda ortopedskih pomagala, broj održanih edukativnih seminara, radionica, savjetovanja, broj educiranih osoba, broj izrađenih i distribuiranih promotivnih i edukativnih materijala

4.2.3. Konkretizirani potcilj 3: Unaprijediti zdravlje djece s teškoćama u razvoju i mladih koji napuštaju sustav socijalne skrbi

U Međimurskoj županiji postoji - 30 OŠ sa 10.000 učenika i Centar za odgoj i obrazovanje sa 174 učenika te 7 srednjih škola sa 4400 učenika.

Tijekom 2012/13. školske godine Međimurska županija je zajedno sa JLS financirala 23 osobna asistenta a Grad Čakovec u suradnji sa Zavodom za zapošljavanje 21 osobnog asistenta (Podaci Ureda državne uprave). Uvođenje asistenata u nastavi traje posljednje 3 godine. Županija je na sebe preuzela brigu o uvođenju asistenata u nastavi ali ne postoji niti jedan propis o tome tko to može raditi, kako će se financirati i tko je za čitav sustav odgovoran. Financiranje rada asistenta se rješava na razne načine - putem tzv. javnih radova za nezaposlene osobe koje organizira HZZ-e, putem stručnog osposobljavanja i sl. Problem je javnih radova što se oni omogućavaju na 6 mjeseci a potreba za asistentom traje čitavu školsku godinu.

Za slijedeću školsku godinu, škole su iskazale potrebu za 68 asistenata u 30 osnovnih škola i 3 asistenta u 3 srednje škole - za sve te učenike postoje rješenja Ureda državne uprave u kojima se preporuča upis u redovne programe škola uz pomoć osobnog asistenta ⁽⁷¹⁾.



4.2.3.1. Mjera 1: Identificirati okolinske i osobne rizike za zdravlje djece i mladih, uz unapređivanje diskretnih postupaka ranog prepoznavanja problema somatskog i mentalnog zdravlja djece

Aktivnosti:

- 1) provoditi skrininge za detekciju poremećaja u ponašanju i detekciju emocionalno osjetljivije djece u srednjim školama, pogotovo strukovnim
- 2) periodično provoditi istraživanje o stavovima, navikama i korištenju sredstava ovisnosti kod djece i mladih Međimurske županije

- 3) provesti istraživanje o stanju maloljetničke delinkvencije u Županiji međimurskoj /kaznena djela, prekršaji, izrečene Odgojne mjere

Indikatori: broj razreda obuhvaćenih skriningom, broj djece i mladih kod kojih se evidentiraju rizici, provedeno istraživanje o stavovima, navikama i korištenju sredstava te interpretacija rezultata, provedeno istraživanje i praćenje stanja maloljetničke delinkvencije

4.2.3.2. Mjera 2: Unaprijeđivati tretmane za djecu i mlade koji pokazuju odstupanja u prilagodbi društvu

Aktivnosti:

- 1) učenje komunikacijskih i socijalizacijskih vještina – male socijalizacijske skupine
- 2) pružanje pomoći u učenju
- 3) unaprjeđivati programe za poticanje kvalitetno organiziranog slobodnog vremena
- 4) organiziranje izleta za različite „kategorije“ djece i mladih („netalentirane, nezainteresirane, nespretno“, multirecidivisti u vršenju kaznenih djela, hiperaktivna djeca, sa psihičkim smetnjama)
- 5) osiguravanje dostupnosti timova stručnjaka koji se bave tretmanom djece s teškoćama i na taj način jačati izvaninstitucionalne oblike tretmana
- 6) stručno i na sve druge načine podupirati udruge roditelja i djece s teškoćama i na taj način roditelje postaviti kao aktivne dionike procesa pružanja pomoći djeci
- 7) zdravstveni odgoj i Savjetovališni rad te praćenje kronično bolesne djece u sklopu Djelatnosti školske medicine Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije u suradnji s pedijatrijskim službama
- 8) kontinuirani rad s tom djecom u sklopu Djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije
- 9) širiti projekte primarne prevencije koje provodi ZZJZ u sve vrtiće i škole (»Pričaonica«, »Procvjetajmo« i dr.)

Indikatori: broj malih socijalizacijskih skupina u tretmanu uz broj sudionika, broj provedenih programa pružanja pomoći u učenju, broj škola i vrtića obuhvaćenih programima Pričaonica i Procvjetajmo, djeci i mladima koji pokazuju odstupanja u prilagodbi društvu te njihovim roditeljima pružena maksimalna stručna podrška u udrugama te kroz rad Djelatnosti školske medicine i mentalnog zdravlja županijskog zavoda za javno zdravstvo

4.2.3.3. Mjera 3: Unaprijeđivati međusektorsku suradnju u cilju jačanja učinkovitosti prihvata mladih koji napuštaju sustav socijalne skrbi

Aktivnosti:

- 1) zdravstveni odgoj i Savjetovališni rad u sklopu Djelatnosti školske medicine Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije
- 2) kontinuirani rad s tom djecom u sklopu Djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije

INDIKATORI: broj djece obuhvaćene zdravstvenim odgojem te uključene u Savjetovališni rad u sklopu Djelatnosti školske medicine našeg Zavoda te u sklopu Djelatnosti za mentalno zdravlje

4.2.4. Konkretizirani potcilj 4: Unaprijediti zdravlje osoba s invaliditetom

Centar za socijalnu skrb Čakovec, koji skrbi o djeci s teškoćama u razvoju i osobama s invaliditetom, pruža slijedeće oblike prava ili usluga: 794 osobe primaju osobnu invalidninu, 2.261 osoba korisnik je prava na doplatak za pomoć i njegu od druge osobe, dok kod 393 osobe (među kojima je 100 djece) postoje samo intelektualne teškoće (u ovaj broj nisu uračunate osobe s intelektualnim teškoćama koje imaju pridružene druge smetnje te se one nalaze u kategoriji osoba s više smetnji). Najveći broj tih osoba je na skrbi u krugu svojih obitelji, izvan svoje obitelji je smješteno 118 odraslih osoba i 34 djece sa smetnjama u razvoju. Pravo na status roditelja njegovatelja koristi 99 osoba.

Prema propisima iz sustava socijalne skrbi, djeca sa smetnjama u razvoju (s oštećenjem vida, oštećenjem sluha, oštećenjem glasa i govora, tjelesnim oštećenjem, s intelektualnim teškoćama, s poremećajem razvoja i s višestrukim smetnjama u razvoju) su sve osobe u dobi od rođenja do navršene 21. godine života, do kada imaju pravo na programe osposobljavanja za samostalan život i rad.

Prema podacima Centra za socijalnu skrb Čakovec, u njihovom tretmanu se nalazi 715 djece sa smetnjama u razvoju koji su prema dobnoj stratifikaciji raspoređeni u 6 kategorija: u dobi od 0-3 godine ima 95 djece, u dobi od 3-7 godina 109 djece, u dobi od 7-14 godina 240 djece, u dobi od 14-16 godina ima ukupno 73 djece, od 16-18 godina 66 osoba, te u dobi od 18 do 21 godine 132 osobe.

Odrasle osobe s psihičkim smetnjama na području Međimurske županije smještene su u 3 institucije: Dom za psihički oboljele odrasle osobe Orehovica (državna institucija), Dom za psihički oboljele osobe u Kotoribi (privatna ustanova), Dom Ščavničar u Selnici (privatna ustanova) i Udomiteljska obitelj u Štrigovi.

U lokalnoj zajednici osim gore navedenih institucija koje zbrinjavaju osobe s psihičkim smetnjama i vlastitih obitelji, ne postoje neki drugi vidovi organizirane podrške i skrbi. Najveći broj osoba s psihičkim smetnjama lišen je poslovne sposobnosti i stavljen pod stalno skrbništvo, što također otežava njihovu integraciju u društvo. Prema podacima Centra za socijalnu skrb Čakovec, usluge smještaja ostvarena po rješenjima Centra ostvaruje 130 osoba, od toga smještaj na području drugih županija 13 osoba. Četiri srednje škole na području Međimurske županije osposobljavaju osobe s teškoćama za slijedeća pomoćna zanimanja: cvječar, krojač, kuhar, auto-lakirer, auto-limar, podopolagač, i soboslikar. Prednost je u tome što su pojedini

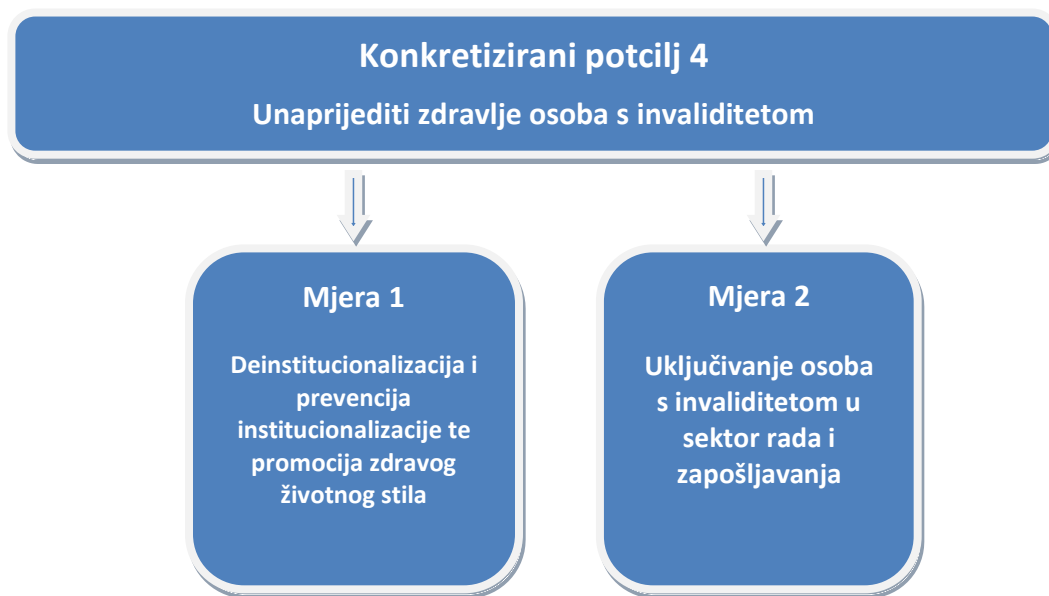
razredi mali (čak po 3 osobe u razrednom odjelu), te je osim komponente obrazovanja i struke, omogućena i socijalizacijska komponenta u doba odrastanja u vršnjačkom okruženju, što je jako važno. Približno trećina uključenih u osposobljavanje za pomoćna zanimanja, osim socijalizacijskih vještina nije u mogućnosti primijeniti stečeno znanje, pa samim time i nemaju šanse za zapošljavanje.

Prema podacima Zavoda za zapošljavanje, Podružnica Čakovec, sa 31.12.2012. u evidenciji je bilo 177 osoba s invaliditetom a o d toga 85 osoba sa mentalnom retardacijom i 6 osoba s psihičkim oboljenjima. U 2012. godini zaposleno je ukupno 68 osoba s invaliditetom od čega 43 osobe s mentalnom retardacijom.

U Centru za odgoj i obrazovanje po rješenju Centra za socijalnu skrb Čakovec 20 odraslih osoba uključeno je u radno-proizvodne aktivnosti u sklopu poludnevnog boravka uz financijsku podršku nadležnog Ministarstva.

Djeca s teškoćama u razvoju od 1989. godine sustavno se pokušavaju integrirati u redovne vrtičke skupine.

Najopsežniju podršku osobe s invaliditetom dobivaju u Udrugama koje su i osnovane s tim ciljem ⁽⁷¹⁾.



4.2.4.1. Mjera 1: Deinstitucionalizacija i prevencija institucionalizacije te promocija zdravog životnog stila

Aktivnosti:

- 1) na lokalnoj razini ustanoviti sustavnu financijsku podršku za rad Udruga i provedbu aktivnosti

- 2) razviti i provoditi višetjedne programe promicanja zdravog životnog stila za osobe s invaliditetom
- 3) poboljšati zdravstvenu pismenost osoba s invaliditetom te članova obitelji koji za njih brinu
- 4) za psihički bolesne osobe potrebno je definirati timove za podršku prema modelu podrške za branitelje
- 5) potrebno je uspostaviti nove kanale suradnje između Županijske bolnice Čakovec i patronažne službe Doma zdravlja Čakovec zbog unapređenja brige za psihički bolesne osobe nakon otpusta iz bolnice (kontrola uzimanja terapije, lakše vraćanje u svakodnevni život, pomoć u traženju drugih vidova podrške)
- 6) potrebno je definirati potrebe osoba s psihičkim smetnjama u smislu podrške vlastitim i udomiteljskim obiteljima
- 7) potrebno je preispitati mogućnost djelomičnog ili cijelog vraćanja poslovne sposobnosti osobama s psihičkim smetnjama
- 8) potpomoći programe deinstitutionalizacije stvaranjem službi podrške i uključivanje u život lokalne zajednice, osnivanjem stambenih zajednica i raznih oblika zapošljavanja prema individualnim mogućnostima i sposobnostima
- 9) ostvariti suradnju Doma za psihički bolesne odrasle osobe Orehovica i Udruge za pomoć osobama s mentalnom retardacijom Međimurske županije u cilju smještavanja osoba s intelektualnim teškoćama u stambene zajednice
- 10) u narednim godinama pružati maksimalnu podršku izvaninstitucionalnoj skrbi za osobe s intelektualnim teškoćama, uključujući skrb u dnevnom centru, kroz poludnevni, dnevni i povremeni boravak, organiziranom stanovanju, radu klubova Mura i Duga te stvaranju mobilne službe podrške osobama s teškoćama i njihovim obiteljima sa područja cijele županije

INDIKATORI: ustanovljena sustavna financijska podrška za rad udruga, broj provedenih edukativnih programa i broj sudionika, unaprijeđena zdravstvena pismenost osoba s invaliditetom i članovima njihovih obitelji, uspostavljeni novi kanali suradnje između ŽBČ i patronažne službe Doma zdravlja Čakovec, broj osnovanih stambenih zajednica, omogućena skrb u dnevnom centru, stvorena mobilna služba podrške

4.2.4.2. Mjera 2: Uključivanje osoba s invaliditetom u sektor rada i zapošljavanja

Aktivnosti:

- 1) omogućiti zapošljavanje uz podršku u otvorenoj privredi i zaštitnim radionicama, u obliku radne aktivnosti
- 2) utvrditi prioritete za zapošljavanje osoba s invaliditetom uz motiviranje i edukaciju potencijalnih poslodavaca

- 3) osobama s invaliditetom koje su samostalne pomoći kod zapošljavanja u otvorenoj privredi edukacijom poslodavaca
- 4) za određeni broj osoba s invaliditetom koje moraju imati podršku na radu, dobro je rješenje osnivanje zaštitnih radionica
- 5) lobirati za sustavno provođenje Nacionalne strategije za izjednačavanje prava osoba s invaliditetom

Indikatori: broj zaposlenih osoba uz podršku u otvorenoj privredi i zaštitnim radionicama, broj osnovanih zaštitnih radionica, broj osoba s invaliditetom koje rade u zaštitnim radionicama, utvrđeni jasni prioriteti za zapošljavanje osoba s invaliditetom, broj provedenih edukativnih radionica za poslodavce

4.2.5. Konkretizirani potcilj 5: Unaprijediti zdravlje članova obitelji koje su u riziku

Dom za žrtve obiteljskog nasilja «Sigurna kuća» je ustanova socijalne skrbi. Korisnicima - žrtvama obiteljskog nasilja pruža smještaj, prehranu, vodi brigu o osobnoj higijeni i njezi, te pruža usluge psihosocijalnog tretmana. Dom je 13.01.2010.g. upisan u Upisnik ustanova socijalne skrbi, a financira se iz županijskog proračuna. Osim toga, sklopljen je ugovor sa tadašnjim Ministarstvom zdravstva i socijalne skrbi, današnjim Ministarstvom socijalne politike i mladih; kojim su uređena međusobna prava, obveze i odgovornosti u svezi pružanja i financiranja usluga privremenog smještaja djece i odraslih osoba žrtvi obiteljskog nasilja, vrstu, opseg i kvalitetu usluga, cijenu smještaja, način plaćanja, raskid ugovora, odgovornost za štetu i nadležnost suda. Ministarstvo je na temelju navedenog Ugovora započelo sa sudjelovanjem u podmirenju troškova od 01.06.2010.g. Ministarstvo podmiruje iznos od 3.200,00 Kn mjesečno za svakog štitičenika/cu, a ukupno mjesečno osigurava sredstva za samo 6 štitičenika.

Dom je kroz godine svog djelovanja sudjelovao u više projekata čija je zadaća bila osnažiti, pružiti podršku i pomoć u zapošljavanju žrtvama obiteljskog nasilja.

Dom je u veljači 2010.g. započeo sa smještajem korisnica. Prva korisnica je smještena 03.02.2010.g., a od tada do danas je ukupno bio smješten 81 korisnik od kojih je 43 djece. Dom ima kapacitet prijema samo za 7 korisnika. Od 2010.g. do danas (30.06.2013.g.) zbog manjka kapaciteta nismo bili u mogućnosti smjestiti 260 korisnika i to 98-ero žena, 161 dijete i 1 muškarca, što ukazuje na nedostatne kapacitete. Smještaj se realizira preko rješenja o priznavanju prava na uslugu privremenog smještaja Centara za socijalnu skrb. U Međimurskoj županiji, taj Dom je jedina ustanova koja smještava žrtve obiteljskog nasilja, odrasle osobe i djecu. Osim korisnike s područja Međimurske županije, u Dom se smještavaju i korisnici iz ostalih županija.

Na području Međimurske županije obiteljskog savjetovališta nije bilo sve do 2011. godine kada je osnovan Obiteljski centar Međimurske županije. Iako je osnovan još 2011. godine, započeo je s radom tek 2012. godine kada je imenovana ravnateljica, dok je zapošljavanje prvih stručnih djelatnika (pravnik i psiholog) provedeno tek u lipnju 2013. godine.

U okviru Obiteljskog centra provodi se individualni rad s korisnicima, savjetodavni rad s obiteljima, korisnicima se pruža potpora na osobnoj razini, potpomaže se u promjeni ili prihvaćanju životne situacije, ohrabruje ih se i osnažuje njihov osobni razvoj. Također, provodi se rad s većim grupama korisnika kroz predavanja i radionice.



4.2.5.1. Mjera 1: Promocija kvalitetnog obiteljskog života

- 1) intersektorskom suradnjom identificirati obitelji u riziku: provođenje sustavne edukacije o učinkovitom roditeljstvu, o očuvanju svekolikog zdravlja obitelji, i o unapređenju komunikacije među članovima obitelji
- 2) intersektorskom suradnjom identificirati obitelji u riziku te na individualnoj razini unaprijeđivati dinamiku obiteljskih odnosa usmjeravajući se na specifičnosti obiteljskog entiteta
- 3) na razini univerzalne prevencije, obilježavanjem značajnih datuma i drugim promotivnim aktivnostima kroz tribine i radionice, promicati temeljne ljudske životne vrijednosti potrebne za buduću prilagodbu budućih naraštaja
- 4) angažiranje u medijskim aktivnostima koje se mogu iskoristiti za promociju značaja obiteljskih vrijednosti
- 5) istraživačkim aktivnostima stvoriti bazu za planiranje daljnjih akcija

Indikatori: unaprijeđena međusektorska suradnja te kreiran učinkovit sustav identificiranja obitelji u riziku, broj edukativnih programa, broj uključenih obitelji, broj provedenih tribinas i radionica, broj medijskih priloga s ciljem promoviranja značaja obiteljskih vrijednosti

4.2.5.2. Mjera 2: Pružanje smještaja žrtavama obiteljskog nasilja i proširenje kapaciteta Sigurne kuće

- 1) lobirati pri Ministarstvu socijalne politike i mladih za izdvajanje više financijskih sredstava za smještaj osoba u sigurnoj kući
- 2) pronaći druge izvore financiranja – kroz projekte EU i druge projekte

Indikatori: Ministarstvo socijalne politike i mladih je osiguralo financijska sredstva za povećanje smještajnih kapaciteta u sigurnoj kući, osigurana financijska sredstva iz drugih izvora (EU i drugi projekti, donacije)

4.2.5.3. Mjera 3: Razvijati druge vidove pomoći osobama u potrebi

Aktivnosti:

- 1) javnim akcijama isticati važnost tolerancije prema razlikama, različitostima i specifičnostima, isticanjem borbe protiv predrasuda, smanjivanjem iskrivljene percepcije socijalnih odnosa s pripadnicima osoba u potrebi
- 2) općenito unaprijeđivati društveni odnos prema ranjivim populacijskim skupinama ciljanim intervencijama prema ključnim osobama u zajednici, uključivši medije
- 3) razvijati nove aktivnosti na području prevencije nasilja, kroz intersektorsku suradnju
- 4) osmišljavati interventne programe usmjerene prema skupinama kao što su žrtve nasilja, svjedoci na sudovima, osobe s teškoćama u razvoju, dugotrajno nezapslenima, samohranim roditeljima, i drugim skupinama, kroz programe podrške, društvenog ili radnog uključivanja u zajednicu...

Indikatori: broj održanih javnih akcija, broj razvijenih novih aktivnosti na području prevencije nasilja, broj osmišljenih interventnih programa

4.3. OPĆI CILJ 3: Staviti nejednakosti u zdravlju u središte interesa zajednice i pojedinca

Pravo na zdravlje je osnovno ljudsko pravo, stoga je država dužna osigurati svim svojim stanovnicima jednake mogućnosti da to pravo i ostvare. Dobro zdravlje povećava radnu produktivnost, ponudu radne snage, uspješnost obrazovanja i uštedu te je neophodno za gospodarski rast i razvoj, a loše zdravlje, s druge strane generira visoke gospodarske i društvene troškove te može voditi u siromaštvo. Stoga bi svaki pojedinac kao i društvo u cjelini trebali biti zainteresirani za unapređenje svog zdravlja kao i zdravlja cjelokupne populacije. Odgovornost

za zdravlje treba promatrati u kontekstu glavnih odrednica zdravlja. Zdravstveni sustav, koliko god bio dobro organiziran i razvijen, čini samo jednu kariku u lancu o kojoj ovisi koliko dugo ćemo živjeti, koliko dugo ćemo živjeti bez bolesti i onesposobljenosti, da li ćemo živjeti kvalitetnim i ispunjenim životom ili pak životom punim očaja i bespomoćnosti. Socijalne determinante zdravlja, odnosno socijalni uvjeti u kojima ljudi žive mogu snažno utjecati na njihovu šansu da budu zdravi ili bolesni. Siromaštvo, socijalna isključenost i diskriminacija, loši uvjeti stanovanja, nepovoljni uvjeti za vrijeme najranijeg razvoja djece i društveni status koji se veže uz zanimanje važne su odrednice većine bolesti, smrti i nejednakosti u zdravlju između i unutar zemalja. Svjetska zdravstvena organizacija stoga ističe kako teretu bolesti u Europi doprinose, osim 10 „klasičnih“ faktora rizičnog ponašanja (kao što su pušenje, visoki krvni tlak, štetna upotreba alkohola, visoka razina kolesterola, debljina, nedostatna konzumacija voća i povrća, tjelesna neaktivnost, ovisnosti, neodgovorno spolno ponašanje i deficit željeza) i širi rizici za zdravlje koji nisu obuhvaćeni preciznom kvantitativnom analizom (globalna neoliberalna ekonomska politika, nejednakosti u prihodu, siromaštvo, opasnosti za zdravlje vezane uz radno mjesto te nedostatak socijalne kohezije) ⁽⁵⁾.

Iz spomenutih činjenica je razvidno da mogućnosti države (te regionalne i lokalne zajednice) na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju i prevencije socijalne deprivacije leže u brojnim područjima – područjima porezne politike, politike zapošljavanja i rada, politike stanovanja, socijalne politike i politike obitelji, obrazovanja i zdravstvene politike, te politike okoliša (5,6). Tako je za smanjivanje nejednakosti u zdravlju neophodno uspostavljanje partnerstva između raznih djelatnosti i sektora te društvenih skupina uz osnaživanje zajednice ali i pojedinaca na području promicanja zdravlja pa tako i smanjivanja nejednakosti u zdravlju ^(5,6,79,80).

Kroz program »Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici - Zdrave županije« koji se u Međimurskoj županiji provodi od 2004. godine, utjecali smo na podizanje svijesti predstavnika vlasti, stručne te opće javnosti o tome da je zdravlje osnovni preduvjet za blagostanje i razvoj kako pojedinaca tako i cijele zajednice. No, i u narednom razdoblju je potrebno učiniti dodatne napore kako bi još više ojačali svijest predstavnika vlasti o važnosti stvaranja dobre politike zdravlja jer se svake četiri godine održavaju lokalni i nacionalni izbori te nerijetko dolazi do smjene vlasti te promjene ljudi, politike i organizacije. Također postoji iskustvo u izradi strateških dokumenata za zdravlje koji su odabrani participativnom metodom te uz dogovor politike, struke i neposrednih korisnika – same zajednice. Kroz edukacije u sklopu programa Zdrave županije, kroz izradu županijskih strateških dokumenata za zdravlje te kroz provođenje brojnih projekata i aktivnosti vezanih uz Plan za zdravlje građana Međimurske županije unaprijeđena je unutar i međusektorska komunikacija i suradnja između regionalne i lokalne samouprave, političara, zdravstvenog i socijalnog sektora, školstva, nevladinih udruga i medija. Dodatni napor je potreban u stvaranju infrastrukture za tu mrežu te jasnije definiranih protokola o funkcioniranju mreže te doprinosu svakog člana mreže ⁽⁸¹⁾.

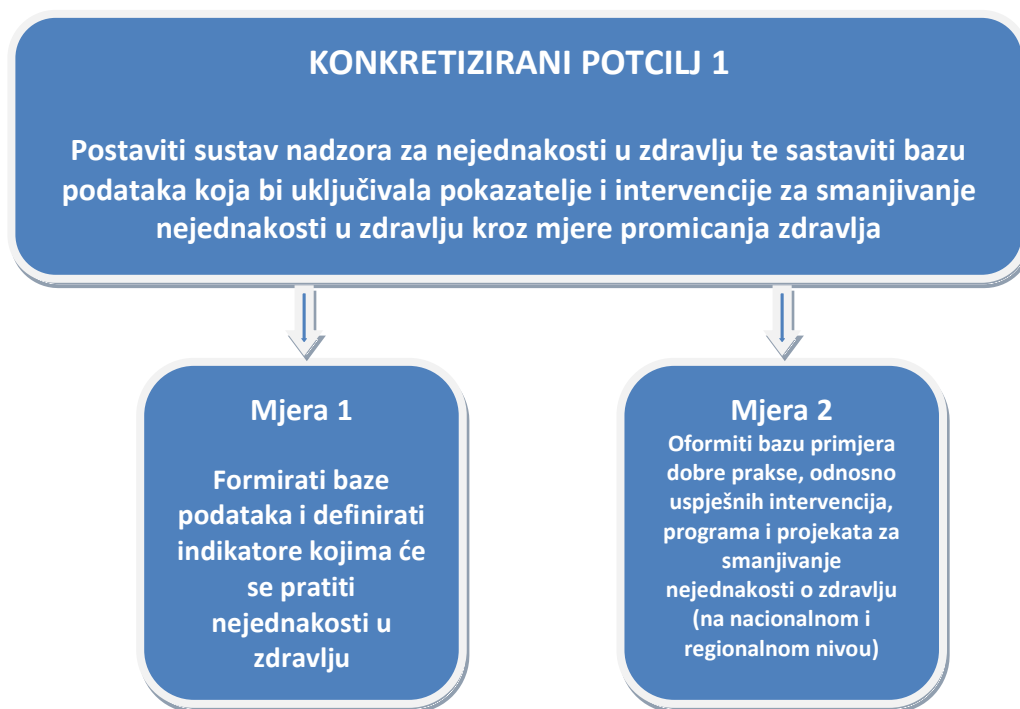
OPĆI CILJ 3

Staviti nejednakosti u zdravlju u središte interesa zajednice i pojedinca



4.3.1. Konkretizirani potcilj 1: Postaviti sustav nadzora za nejednakosti u zdravlju te sastaviti bazu podataka koja bi uključivala pokazatelje i intervencije za smanjivanje nejednakosti u zdravlju kroz mjere promicanja zdravlja

Kako bismo mogli pratiti, nadzirati i ocijenjivati situaciju vezano uz nejednakosti u zdravlju, te evaluirati intervencije provedene s ciljem smanjivanja nejednakosti u zdravlju, potrebno je formirati baze podataka i definirati indikatore koji će se pratiti. Budući da su resursi obično ograničeni, poželjno je fokusirati se na intervencije za koje je dokazano da su učinkovite te je potrebno formirati bazu učinkovitih politika, programa, intervencija... za smanjivanje nejednakosti u zdravlju. Stoga se preporuča izraditi bazu uspješnih intervencija kao alata za poticanje, usmjeravanje i koordinaciju preventivnih aktivnosti u zajednici. Na nacionalnom nivou je prije par godina prepoznata potreba za upravljanjem preventivnim aktivnostima te su započete radnje oko formiranja Sustava upravljanja preventivnim aktivnostima. Hrvatski zavod za javno zdravstvo je ove godine formirao Odsjek za upravljanje preventivnim aktivnostima (82,83).



4.3.1.1. Mjera 1: Formirati baze podataka i definirati indikatore kojima će se pratiti nejednakosti u zdravlju

Aktivnosti:

- 1) potrebno je lobirati kako na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou za prikupljanje i obradu podataka o determinantama zdravlja (reprezentativnih na nivou županija) važnih za ocjenu nejednakosti u zdravlju
- 2) lobirati za objavu podataka o nejednakostima u zdravlju u zdravstvenim i drugim ljetopisima također na nivou županija (Državnog Zavod za statistiku, Zavoda za zapošljavanje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i drugih institucija)
- 3) provoditi kontinuirana i periodična istraživanja s ciljem utvrđivanja, praćenja, kontrole i smanjivanja nejednakosti u zdravlju
- 4) lobirati za provođenje istraživanja o zdravlju nacije koja će biti reprezentativna na nivou županija zbog mogućnosti usporedbe te evaluacije županijskih programa i projekata (iduće godine će se provoditi Europska zdravstvena anketa 2014. godine (EHIS 2))
- 5) provesti istraživanja o zdravstvenom stilu života i zdravstvenim potrebama osoba koje su u socijalno nepovoljnom položaju s ciljem kreiranja najpotrebnijih programa promicanja zdravlja i evaluacije istih

Indikatori: provedena lokalna i regionalna istraživanja o životnom stilu, zdravstvenim potrebama i nejednakostima u zdravlju, formirane baze podataka i definirani pokazatelji koji će se prikupljati, uveden kontinuirani sustav procjene nejednakosti u zdravlju

4.3.1.2. Mjera 2: Oformiti bazu primjera dobre prakse, odnosno uspješnih intervencija, programa i projekata za smanjivanje nejednakosti o zdravlju (na nacionalnom i regionalnom nivou)

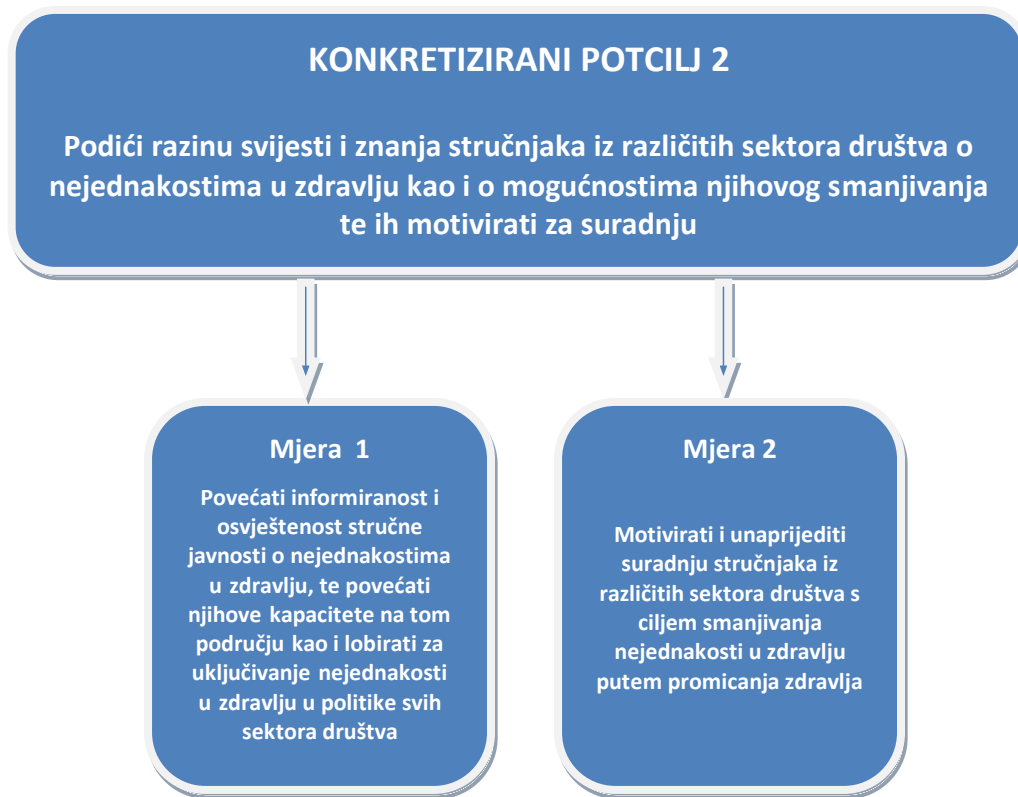
Aktivnosti:

- 1) lobirati na nacionalnom nivou za definiranje kriterija kojima će se mjeriti učinkovitost i kvaliteta određenih mjera, politika, programa, projekata i intervencija
- 2) lobirati na nacionalnom nivou za izradu kataloga uspješnih intervencija (određeni početni koraci su već poduzeti)
- 3) temeljem jasno definiranih kriterija izraditi županijski katalog uspješnih intervencija, programa i projekata
- 4) informirati predstavnike svih dionika o međunarodnim izvorima uspješnih intervencija, programa i projekata na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju
- 5) organizirati jednom godišnje konferencije na kojima će se prikazati primjeri dobre prakse (na nacionalnom i/ili lokalnom nivou) na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju

Indikatori: definirani i prihvaćeni nacionalni kriteriji kojima će se mjeriti učinkovitost i kvaliteta određenih mjera, politika, programa, projekata i intervencija, izrađen nacionalni i županijski katalog uspješnih intervencija, organizirane redovite i povremene županijske i nacionalne konferencije s prikazima primjera dobre prakse na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju

4.3.2. Konkretizirani potcilj 2: Podići razinu svijesti i znanja stručnjaka iz različitih sektora društva o nejednakostima u zdravlju kao i o mogućnostima njihovog smanjivanja te ih motivirati za suradnju

Ako se prisjetimo prikaza determinanti zdravlja Dalghrena i Wheatedove, jasno nam je kako su multidisciplinarna i multisektorska suradnja imperativ u smanjivanju nejednakosti u zdravlju. Nažalost, još uvijek se previše često misli kako je zdravstveni sektor ključni čimbenik (pa čak i jedini) u ovom procesu. Veliki je izazov kako uključiti i motivirati stručnjake iz različitih sektora za suradnju na ovom području. Za uspješnu suradnju, ključno je da svatko pronađe svoj interes, odnosno potrebno je osigurati suradnju u kojoj svi dobivaju (win-win pozicija). Kako je većina determinanti zdravlja socijalno i ekonomski uvjetovano, pristup Zdravlje u svim politikama («Health In All Policies») je od ključne važnosti za rješavanje problema nejednakosti ^(5,6,84,85).



4.3.2.1. Mjera 1: Povećati informiranost i osvještenost stručne javnosti o nejednakostima u zdravlju, te povećati njihove kapacitete na tom području kao i lobirati za uključivanje nejednakosti u zdravlju u politike svih sektora društva

Aktivnosti:

- 1) senzibilizirati stručnu javnost o nejednakostima u zdravlju kroz prikaz situacijske analize i procjene potreba u Međimurskoj županiji kao i na nacionalnom nivou te kroz prikaz Strategije za unapređenje zdravlja te smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji
- 2) organizirati različite vidove informiranja i edukacije stručnjaka o nejednakostima u zdravlju i mogućnostima smanjivanja istih kroz programe promicanja zdravlja te uz korištenje strukturnih fondova kroz tiskane promotivne i edukativne materijale, organizacijom predavanja, radionica, okruglih stolova i dr.
- 3) iskoristiti svaku prigodu te uključiti temu nejednakosti u zdravlju u različite stručne aktivnosti
- 4) lobirati u različitim sektorima društva za upis intervencija iz svog sektora u katalog uspješnih nacionalnih/lokalnih intervencija na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju kao i korištenje iskustava iz primjera dobre prakse u svom radu

- 5) lobirati u različitim sektorima društva da prilikom donošenja različitih zakona vode računa o utjecaju istih na zdravlje našeg stanovništva

Indikatori: stručna je javnost upoznata s nejednakostima u zdravlju u Međimurskoj županiji te na nacionalnom nivou, broj distribuiranih promotivnih i edukativnih materijala, broj održanih radionica, predavanja, okruglih stolova te broj sudionika, broj intervencija uključenih u katalog intervencija, broj donesenih zakona, strategija s ciljem smanjivanja nejednakosti u zdravlju unutar i izvan sektora zdravstva

4.3.2.2. Mjera 2: Motivirati i unaprijediti suradnju stručnjaka iz različitih sektora društva s ciljem smanjivanja nejednakosti u zdravlju putem promicanja zdravlja

Kako bismo bili što učinkovitiji u provedbi Strategije za smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji, važno je uspostaviti uspješno partnerstvo među različitim sektorima u društvu kao i između različitih disciplina unutar istih sektora. Za to je važno koristiti različite startegije suradnje, od umrežavanja, koordinacije, su-djelovanja, pa do suradnje s ciljem jačanja kapaciteta partnera. Usku je suradnju potrebno ostvariti između političara, zdravstvenih i stručnjaka iz ostalih sektora, udruga civilnog društva, medija pa čak i privatnog sektora. Samo takva suradnja omogućuje postizanje ravnoteže između opće društvenog interesa za promicanjem zdravlja i interesa koji zastupa privatni sektor (različite industrije – od prehrambene do duhanske ali i druge) koji na taj način postaju partneri a ne suprotstavljene strane. Takva suradnja je u svakom slučaju veliki izazov ali i ključ uspjeha.

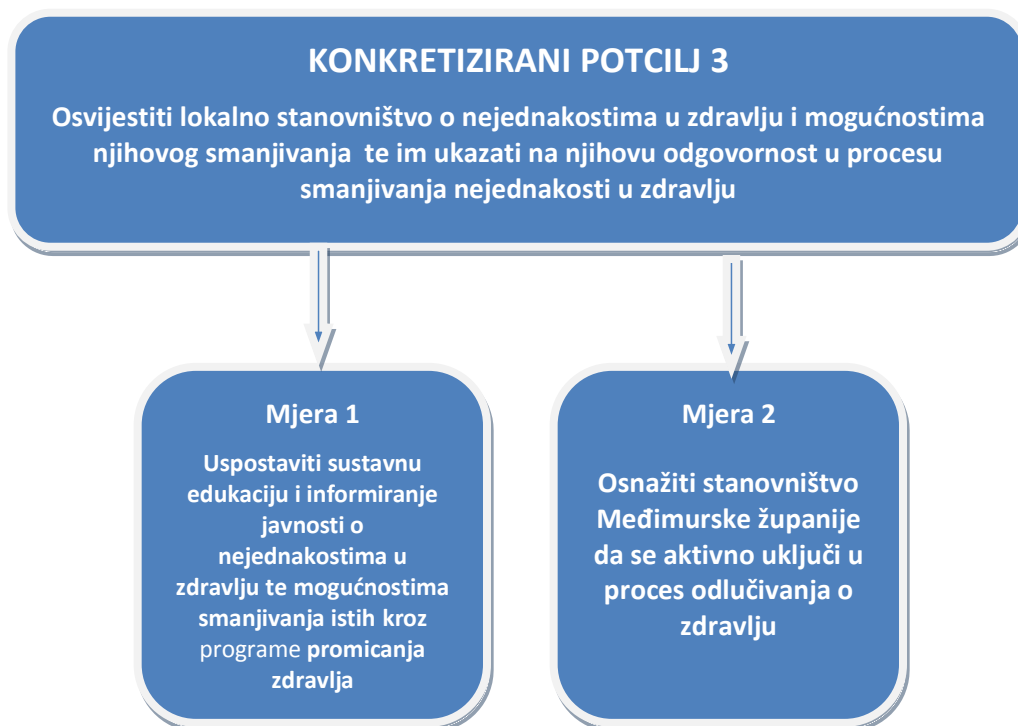
Aktivnosti:

- 1) identificirati ključne dionike, suradnike u programima promicanja zdravlja
- 2) motivirati ih za sudjelovanje u mreži – pojasniti prednosti sudjelovanja (osobne te za širu društvenu zajednicu)
- 3) definirati kriterije, način i razinu suradnje – formirati obrazac i poslati poziv za sudjelovanje u mreži (poziv nije jednokratne naravi, već je kontinuirano otvoren)
- 4) definirati proceduru za protok informacija
- 5) organizirati različite aktivnosti (seminare, savjetovanja, konferencije) s ciljem podizanja kapaciteta istih za rad na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju kroz metode promicanja zdravlja a koristeći strukturne i druge fondove
- 6) lobirati u različitim sektorima društva za upis intervencija iz svog sektora u katalog uspješnih nacionalnih/lokalnih intervencija na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju kao i korištenje iskustava iz primjera dobre prakse u svom radu
- 7) organizirati različite zajedničke aktivnosti

Indikatori: ključni dionici identificirani i motivirani za suradnju, definirani kriteriji suradnje i procedura za protok informacija, broj partnera u mreži, zadovoljstvo istih sudjelovanjem u mreži, informirani partneri, broj ostvarenih zajedničkih kampanja, aktivnosti, programa, projekata

4.3.3. Konkretizirani potcilj 3: Osvijestiti lokalno stanovništvo o nejednakostima u zdravlju i mogućnostima njihovog smanjivanja te im ukazati na njihovu odgovornost u procesu smanjivanja nejednakosti u zdravlju

Možemo pretpostaviti da stanovnici Međimurja nisu dovoljno svjesni što sve utječe na njihovo zdravlje i odabir stila života. Stoga je izuzetno važno informirati javnost o socijalnim determinantama zdravlja. Ljudi trebaju postati svjesni da razinu njihovog zdravlja određuju prihodi kojima raspolažu, činjenica da li jesu ili nisu zaposleni te uvjeti u kojima rade. Osim toga, vrlo su važne mogućnosti obrazovanja i stupanj postignutog obrazovanja kao i socijalne mreže u zajednici – potpora obitelji, prijatelja, radne sredine te cjelokupne zajednice. Na naše zdravlje svakako utječu i vrsta te kvaliteta zdravstvenih i socijalnih usluga, prehrana i stanovanje kao i brojni drugi faktori (odnosno funkcioniranje brojnih i različitih sektora u društvu). U tom kontekstu, ljude treba informirati i osnažiti kako bi postali svjesni političke, društvene i osobne odgovornosti za zdravlje te kako bi se uključili u proces odlučivanja o zdravlju ^(5,6,84,85).



4.3.3.1. Mjera 1: Uspostaviti sustavnu edukaciju i informiranje javnosti o nejednakostima u zdravlju te mogućnostima smanjivanja istih kroz programe promicanja zdravlja (poticanje na preuzimanje aktivne uloge u brizi za vlastito zdravlje)

Aktivnosti:

- 1) organizirati medijsku kampanju s ciljem osvještavanja stanovništva o socijalnim determinantama zdravlja
- 2) motivirati, informirati, poticati i osnažiti stanovništvo na odabir zdravog stila života – redovitu tjelesnu aktivnost, pravilnu prehranu, život bez pušenja, alkohola i psihoaktivnih droga, osnažiti ih za lakše nošenje sa stresom putem medijskih aktivnosti, tiskanim materijalima, kroz radionice, tribine i predavanja
- 3) lobirati, osobito unutar zdravstvenog i obrazovnog sustava, za informiranje stanovništva o socijalnim determinantama zdravlja i poticanje na sudjelovanje u programima promicanja zdravlja
- 4) poticati stanovništvo na preuzimanje vlastite odgovornosti za zdravlje – važno je isticati kako je puno laže spriječiti bolest nego je liječiti, ukazati na važnost preventivnih pregleda i mogućnosti ranog otkrivanja bolesti kroz sudjelovanje u programima ranog otkrivanja malignih bolesti, bolesti srca i krvnih žila, šećerne i drugih bolesti
- 5) informirati stanovništvo putem različitih sektora o uslugama, programima, projektima koje pružaju određene ustanove i udruge u cilju smanjivanja nejednakosti u zdravlju
- 6) informirati stanovništvo, osobito roditelje o važnosti ulaganja u obrazovanje svoje djece kao i o važnosti cjeloživotnog učenja budući da obrazovni status i zdravstvena pismenost imaju veliki utjecaj na naše zdravlje
- 7) osnažiti stanovništvo da se maksimalno angažira oko traženja posla, da se bore za svoja prava iz domene radnog prava, da se zaposlene osobe uključe u proces lobiranja za kvalitetnu radnu sredinu, da traže od poslodavaca maksimalni angažman vezano uz promicanje zdravlja na radnom mjestu

Indikatori: broj organiziranih kampanja, broj osmišljenih, tiskanih i distribuiranih edukativnih i informativnih materijala, broj medijskih priloga, odaziv na programe ranog otkrivanja kroničnih bolesti, stanovništvo informirano o uslugama (koje utječu na smanjivanje nejednakosti u zdravlju) iz zdravstvenog, socijalnog i nevladinog sektora

4.3.3.2. Mjera 2: Osnažiti stanovništvo Međimurske županije da se aktivno uključi u proces odlučivanja o zdravlju

Aktivnosti:

- 1) senzibilizirati stanovništvo na prepoznavanje negativnih čimbenika u okolini te ukazivanje na iste kod mjerodavnih organizacija, ustanova, udruga
- 2) poticati stanovništvo (odnosno interesne grupe građana) na aktivno učešće prilikom oblikovanja različitih planova za izgradnju fizičkog okoliša
- 3) poticati stanovništvo na uključivanje u rad nevladinih udruga i drugih oblika interesnog udruživanja (iz različitih sektora – od sportsko-rekreativnih, udruga žena, mladih, umirovljenika, udruga pacijenata pa do sudjelovanja u političkim strankama) te tako sudjelovati u kreiranju politike zdravlja na regionalnom i lokalnom nivou
- 4) informirati stanovništvo o važnosti koju potpora u društvu (odnosno socijalna pripadnost) ima na zdravlje pojedinaca i cijele zajednice – poticati na volonterstvo, dobrosusjedske odnose, sudjelovanje u različitim programima koje organizira lokalna zajednica i dr.
- 5) doprinjeti tome da solidarnost prema bližnjima i osobama u potrebi postane cijenjena vrijednost u društvu
- 6) potaknuti lokalno stanovništvo da lobiraju kod odgovornih da prilikom donošenja različitih zakona vode računa o utjecaju istih na zdravlje stanovništva
- 7) lobirati kod saborskih zastupnika za donošenje zakona, programa i propisa koji mogu utjecati na smanjivanje nejednakosti u zdravlju

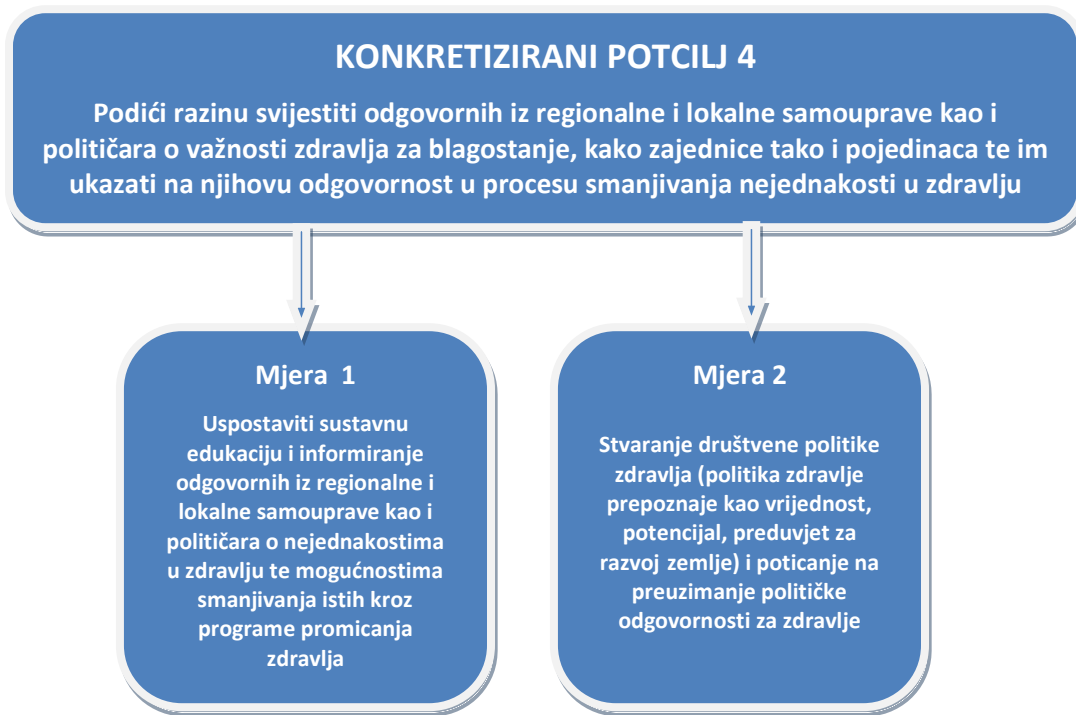
Indikatori: razina participacije građana prilikom donošenja različitih planova, projekata, programa, broj nevladinih udruga koje djeluju na području županije, broj članova i aktivnosti istih, broj volontera u županiji i njihovo učešće u različitim programima, doneseni zakoni koji imaju utjecaj na smanjivanje nejednakosti u zdravlju

4.3.4. Konkretizirani potcilj 4: Podići razinu svijestiti odgovornih iz regionalne i lokalne samouprave kao i političara o važnosti zdravlja za blagostanje, kako zajednice tako i pojedinaca, te im ukazati na njihovu odgovornost u procesu smanjivanja nejednakosti u zdravlju

Kao što je već bilo istaknuto, svakog je pojedinca potrebno osnažiti u naporima da poveća kontrolu nad vlastitim zdravljem te ga tako i unaprijedi (kroz metode promicanja zdravlja) jer taj proces „donosi“ zdravlje i blagostanje, smanjuje troškove i omogućuje zdravo starenje. Za državu u cjelini, promicanje zdravlja donosi smanjenje tereta bolesti, kontrolu troškova zdravstvene zaštite, povećanje produktivnosti kao i osiguranje održivog i povoljnog društveno-ekonomskog razvoja. No, ponovno je važno istaknuti kako zdravlje određuju brojni socijalni, ekonomski, ekološki faktori te kulturne norme zajednice a što je često izvan kontrole pojedinca. Te odrednice zdravlja povezane su i s mnogim faktorima načina života (tjelesna aktivnost, prehrana, korištenje alkohola, droga i drugih sredstava ovisnosti, stres i reakcija na stres). Stoga je način života pod utjecajem odluka politike i aktivnosti u različitim sektorima društva. Zato je vrlo važna dobra informiranost onih koji donose odluke (kako na nacionalnom, tako i

regionalnom te lokalnom nivou) kako bi se zdravlje uzimalo u obzir u odlukama različitih sektora na svim razinama vlasti, odnosno kako bi se poboljšalo donošenje odluka na temelju znanstvenih dokaza (i dobre informiranosti). Kako u Hrvatskoj tako i u Međimurskoj županiji postoje brojne strategije, programi i zakoni koji imaju utjecaj na smanjivanje nejednakosti u zdravlju, odnosno kroz koje se nastoji smanjiti smrtnost i obolijevanje od kardiovaskularnih i drugih kroničnih bolesti. No, u narednom je razdoblju potrebno osigurati, posebno vezano uz ovaj konkretizirani potcilj, pretvaranje političke volje, iskazane u nacionalnim ili regionalnim politikama, u odgovarajuće resurse za realizaciju ciljeva. To je odgovornost donositelja odluka i javnog sektora. Dodatni resursi se mogu i moraju tražiti u drugim sektorima, no vodeća uloga mora ostati u javnom sektoru. Osim toga, političari i politički lideri na nacionalnim, regionalnim i lokalnim razinama moraju biti svjesni sporih i skromnih učinaka intervencija, kao i potrebnog vremena za izradu jasne evaluacije. Stoga je intervencije potrebno zaštititi od brzih očekivanja i prekratkih političkih programskih planova. No, usprkos tome, javnost i političari moraju dobivati jasne, pravovremene i opsežne informacije o različitim pokazateljima, indikatorima i intervencijama na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju ^(5,6,49, 68, 84,85).

U nastavku navodimo samo neke mjere koje se mogu poduzeti na razini populacije a koje su vrlo učinkovite u smanjivanju rizika prvenstveno za kardiovaskularne ali i druge kronične nezarazne bolesti: opozivanje nezdrave hrane većom poreznom stopom, donošenje propisa o smanjenju unosa soli u kruhu i drugim namirnicama, bolji propisi o deklariranju sastojaka hrane i pića, uvođenje zdrave hrane u restorane na radnom mjestu i u javne kantine, donošenje prehrambenih smjernica za škole i fakultete, pojeftinjenje javnog prijevoza, stimulacija dolaska na posao biciklom ili pješke, izgradnja više pješačko-biciklističkih staza, parkova i igrališta za djecu, značajno povećanje stope poreza na cigarete, donošenje zakona o obveznim slikovnim upozorenjima na kutijama cigareta, potpuna zabrana pušenja na svim javnim mjestima, zabrana pušenja na svim radnim mjestima (uključujući restorane i kafiće), bolja kontrola i nadzor nad provođenjem propisa koji smanjuju dostupnost cigareta i alkohola mladima, smanjenje dostupnosti alkohola mladima ali i odraslim osobama kroz povećanje poreza na alkoholna pića, zabranu reklamiranja svih alkoholnih pića, ograničavanje vrsta prodavaonica u kojima se mogu prodavati alkoholna pića i podizanje dobne granice za prodaju alkoholnih pića uz velike kazne onima koji ih se ne pridržavaju itd. ^(72,73).



4.3.4.1. Mjera 1: Uspostaviti sustavnu edukaciju i informiranje odgovornih iz regionalne i lokalne samouprave kao i političara o nejednakostima u zdravlju te mogućnostima smanjivanja istih kroz programe promicanja zdravlja

Aktivnosti:

- 1) senzibilizirati odgovorne iz regionalne i lokalne samouprave kao i političare o nejednakostima u zdravlju kroz prikaz situacijske analize i procjene potreba u Međimurskoj županiji kao i na nacionalnom nivou te kroz prikaz Strategije za unapređenje zdravlja te smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji (organizacijom konferencije, predavanja, radionica, lobiranjem i dr.)
- 2) organizirati različite vidove kontinuiranog informiranja i edukacije odgovornih iz regionalne i lokalne samouprave kao i političara o nejednakostima u zdravlju i mogućnostima smanjivanja istih kroz programe promicanja zdravlja te uz korištenje strukturalnih fondova kroz tiskane promotivne i edukativne materijale, organizacijom predavanja, radionica, okruglih stolova i dr.
- 3) informirati odgovorne iz regionalne i lokalne samouprave te političare o rezultatima kontinuiranih i periodičnih istraživanja s ciljem utvrđivanja, praćenja, kontrole i smanjivanja nejednakosti u zdravlju
- 4) ukazivati na važnost provođenja istraživanja o zdravlju nacije koja će biti reprezentativna na nivou županija zbog mogućnosti usporedbe te evaluacije županijskih programa i projekata

- 5) ukazivati na važnost provođenja istraživanja o zdravstvenom stilu života i zdravstvenim potrebama osoba koje su u socijalno nepovoljnom položaju s ciljem kreiranja najpotrebnijih programa promicanja zdravlja i evaluacije istih

Indikatori: odgovorne osobe iz regionalne i lokalne samouprave te političari upoznati s nejednakostima u zdravlju u Međimurskoj županiji te na nacionalnom nivou, broj distribuiranih promotivnih i edukativnih materijala, broj održanih radionica, predavanja, okruglih stolova te broj sudionika, odgovorni su informirani o rezultatima kontinuiranih i periodičnih istraživanja

4.3.4.2. Mjera 2: Stvaranje društvene politike zdravlja (politika zdravlje prepoznaje kao vrijednost, potencijal, predujet za razvoj zemlje) i poticanje na preuzimanje političke odgovornosti za zdravlje

- 1) lobirati za prihvaćanje Strategije za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji od strane Skupštine Međimurske županije
- 2) ukazivati na važnost osiguravanja potrebnih resursa za provođenje spomenute strategije
- 3) lobirati na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou za uravnoteženo ulaganje, odnosno pravičnu alokaciju resursa u promicanje zdravlja, odnosno preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu
- 4) poticati odgovorne iz regionalne i lokalne samouprave te političare da kod donošenja zakona, programa i propisa vode računa o utjecaju istih na zdravlje populacije (“Zdravlje u svim politikama”)
- 5) uključiti nejednakosti u zdravlju u Razvojnu strategiju Međimurske županije

Indikatori: strategija za smanjivanje nejednakosti u zdravlju je prihvaćena od strane Skupštine Međimurske županije, pitanje nejednakosti u zdravlju je uključeno u Razvojnu strategiju Međimurske županije, osigurani su resursi za provođenje strategije promicanja zdravlja, broj donesenih zakona, propisa, mjera u cilju smanjivanja nejednakosti u zdravlju

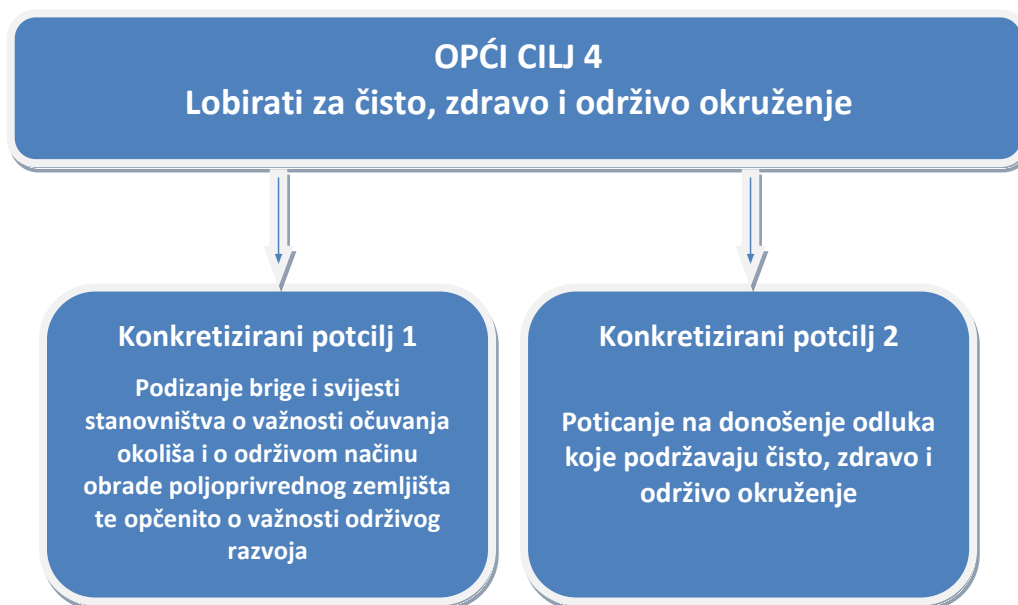
4.4. OPĆI CILJ 4: Lobirati za čisto, zdravo i održivo okruženje

Postoje velike razlike u izloženosti okolišnim čimbenicima diljem Europe, a što se odražava i u razlikama u zdravlju te očekivanom trajanju života. Te razlike postoje i u Republici Hrvatskoj kao i u Međimurskoj županiji. Osobe nižeg socijalnog statusa obično žive u lošijem okruženju, što ima negativne učinke na njihovo zdravlje. Izloženost onečišćujućim tvarima u okolišu, kao i izloženost drugim rizicima, kao što su npr. buka, loša prometna infrastruktura i dr., povezana je s nizom negativnih zdravstvenih ishoda (kardiovaskularne bolesti, respiratorne bolesti, karcinomi, ozljede, prometne nesreće, nedovoljna tjelesna aktivnost).

Javni vodoopskrbni sustav Međimurske županije pokriva 99,2% županije iako je na javni vodoopskrbni sustav priključeno samo 76,7% domaćinstava te gotovo svi gospodarski subjekti i javne ustanove. U Paragu, najvećem romskom naselju u Međimurju, samo 16% domaćinstava je priključeno na javni vodoopskrbni sustav.

Premda se u Međimurskoj županiji već dugi niz godina ulaže u sustav odvodnje, potrebna su još velika ulaganja u taj sustav (kao i uređaje za pročišćavanje otpadnih voda) kako bi se otklonio negativan utjecaj otpadnih voda na okoliš.

Kako bi se smanjio učinak štetnih faktora okoliša na zdravlje i kvalitetu života, kontinuirano se prate, ocjenjuju, preveniraju i korigiraju onečišćenja i rizici. Osim toga, važno je promovirati zdravi stil života te uporabu tehnologija koje ne predstavljaju rizik za zdravlje i okoliš ^(86, 87).



4.4.1. Konkretizirani potcilj 1: Podizanje brige i svijesti stanovništva o važnosti očuvanja okoliša i o održivom načinu obrade poljoprivrednog zemljišta te općenito o važnosti održivog razvoja

Aktivnosti:

- 1) podizati svijest javnosti o važnosti za zdravlje kvalitetne vode za piće te tako i povećati broj privatnih domaćinstava priključenih na javni vodoopskrbni sustav, organizacijom medijskih kampanja, kroz radionice, predavanja i na druge načine
- 2) educirati stanovništvo a osobito pripadnike romske zajednice o važnosti higijenske dispozicije otpada i općenito o utjecaju okoliša na zdravlje ljudi
- 3) organizirati radionice za poljoprivrednike o važnosti održivog načina obrade poljoprivrednog zemljišta

- 4) poticati poljoprivrednike da uzgajaju na ekološki način mjerama osiguranog otkupa od objekata društvene prehrane sistemom javne nabave (određuje se minimalni postotak eko - namirnica u nabavi)

Indikatori:

- 1) broj održanih medijskih kampanja, radionica i predavanja
- 2) broj sudionika na radionicama i predavanjima
- 3) postotak priključaka privatnih domaćinstava na javni vodoopskrbni sustav
- 4) situacija vezano uz dispoziciju krutog i tekućeg otpada u romskim naseljima

4.4.2. Konkretizirani potcilj 2: Poticanje na donošenje odluka koje podržavaju čisto, zdravo i održivo okruženje

Aktivnosti:

- 1) Lobirati za izgradnju i uređenje sustava za odvodnju i pročišćavanje otpadnih voda, osobito u ruralnim područjima i romskim naseljima
- 2) Lobirati za što učinkovitije gospodarenje otpadom u Međimurskoj županiji
- 3) Lobirati za razvoj prometne infrastrukture
 - a. Izgradnja pješačkih i biciklističkih staza zbog povećanja sigurnosti u cestovnom prometu te zbog povećanja broja tjelesno aktivnih osoba (lakši odabir zdravog oblika transporta - pješačenje i biciklizam, te tjelesna aktivnost u slobodno vrijeme)
 - b. Izgradnja nogostupa zbog povećanja sigurnosti u cestovnom prometu i poticanja na tjelesnu aktivnost
- 4) Lobirati za unapređenje javnog prijevoza u svim područjima županije
- 5) Lobirati za izgradnju, proširenje i opremanje infrastrukture za sport i rekreaciju, osobito u ruralnim područjima
- 6) Izgradnja infrastrukture za skrb o bolesnima, starijima i nemoćnima
- 7) Izgradnja infrastrukture za skrb o djeci i mladima

Indikatori:

- praćenje situacije vezano uz sustav odvodnje i pročišćavanje otpadnih voda te gospodarenja otpadom
- dužina izgrađenih pješačkih i/ili biciklističkih staza
- praćenje situacije vezano uz unapređenje javnog prijevoza
- broj izgrađenih i/ili obnovljenih sportsko-rekreacijskih objekata/prostora i stanje opreme

5. Komunikacijska strategija i partneri u provedbi Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji

Komunikacijska strategija je sastavni dio Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji. Naime, opći cilj 3 – Staviti nejednakosti u zdravlju u središte interesa zajednice i pojedinca, posebno ističe neophodnost uspostavljanja partnerstva između različitih djelatnosti i sektora te društvenih skupina uz osnaživanje zajednice ali i pojedinaca na području promicanja zdravlja pa tako i smanjivanja nejednakosti u zdravlju. Kroz konkretizirane potciljeve i mjere unutar 3. Općeg cilja Strategije, navedeni su predviđeni partneri koje je u narednom razdoblju potrebno motivirati za suradnju. Aktivnosti unutar mjera vezanih uz opći cilj 3 pak definiraju konkretne zadatke koje je potrebno izvršiti kako bi se u potpunosti uobličile metode i alati uspješne komunikacijske strategije.

Komunikacijska strategija ima vrlo važnu ulogu u razvijanju identiteta Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju kao i ostvarivanje samih ciljeva strategije. Kako bismo u tome uspjeli, potrebno je osigurati transparentnost i participativnost, kako u izradi strategije, tako i u njezinoj provedbi te evaluaciji, odnosno praćenju napretka. Stoga prije donošenja konačnog dokumenta, uslijedit će još jedan proces konzultacija s dionicima iz javnog, privatnog i nevladinog sektora, kako bismo zajednički prihvatili predloženu strategiju. Stoga će Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji biti poslan širokom krugu dionika uz zamolbu da nam dostave svoje prijedloge i komentare koji će biti uvršteni u konačnu verziju dokumenta.

Dokument će biti dostupan na internetskim stranicama Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije kao i internetskim stranicama Međimurske županije te na internet stranici ACTION-FOR-HEALTH projekta. Finalni dokument će biti predstavljen na završnoj konferenciji svim dionicima.

Osim toga, organizirat ćemo konferenciju za medije te pripremiti priopćenje za tisak a planiraju se i drugi oblici predstavljanja Strateškog plana glavnim dionicima te cjelokupnoj javnosti.

Predviđeni partneri u provedbi Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji:

Novim zakonom o zdravstvenoj zaštiti usvojenim krajem 2008. godine, kreiranje jednogodišnjih i trogodišnjih planova za zdravlje je zakonska obveza županije te je **Međimurska županija** zainteresirana za donošenje ovog Strateškog plana.

Svoj puni legitimitet Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji dobiva prihvaćanjem od strane **Skupštine Međimurske županije**. Stoga su unutar općeg cilja 3 (Staviti nejednakosti u zdravlju u središte interesa zajednice i pojedinca), te konkretiziranog potcilja 4 (Podići razinu svijestiti odgovornih iz regionalne i lokalne samouprave kao i političara o važnosti zdravlja za blagostanje, kako zajednice tako i pojedinaca) te mjere 2 (Stvaranje društvene politike zdravlja i poticanje na preuzimanje političke odgovornosti za zdravlje), navedene aktivnosti kao što su; lobirati za prihvaćanje Strategije za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u MŽ od strane Skupštine

Međimurske županije, ukazivati na važnost osiguravanja potrebnih resursa za provođenje spomenute strategije, lobirati na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou za uravnoteženo ulaganje, odnosno pravičnu alokaciju resursa u promicanje zdravlja, odnosno preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu te druge aktivnosti.

Međimurska županija je uključena u projekt "Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj samoupravi – Zdrave županije" od 2004. godine te je troje njenih djelatnika iz **UO za društvene djelatnosti** završilo edukaciju u sklopu tog programa. U narednom razdoblju potrebno je uložiti više napora kako bismo motivirati i druge odjele iz Međimurske županije za sudjelovanje u programu „Zdrave županije“ i u provedbi ovog Strateškog plana.

Prema svojim zakonskim ovlastima, Međimurska županija također surađuje sa svim **jedinicama lokalne samouprave (gradovi i općine)**, a uz to, u županiji djeluje **Kolegij načelnika i gradonačelnika**, tijelo koje raspravlja i odlučuje o svim bitnim činjenicama koje se tiču života i zdravlja stanovništva koje živi u tim područjima.

U Međimurskoj županiji postoji multidisciplinarni tim stručnjaka (**Članovi Tima za zdravlje i implementaciju Plana za zdravlje stanovništva Međimurske županije**) koji su završili 2 faze edukacije u sklopu programa "Zdrave županije". U I fazi edukacije (The "Health – Plan for It" County Public Health Capacity Building Program) cilj je bio da se podrži županijska tijela uprave i samouprave u procesu decentralizacije, te da se ukaže na nužnost intersektorskog pristupa u rješavanju kompleksnih javno zdravstvenih problema, dok je u II fazi bio cilj osposobiti tim za uspješnu implementaciju županijskog Plana za zdravlje (uz mentorski tim, nastavnike sa Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, nastavu su u II fazi vodili treneri konzultantske tvrtke ADIZEZ Southeast Europe). U sklopu II faze edukacije utvrđene su ključne unutrašnje slabosti tima (nedovoljan broj ljudi, nepostojanje jasno definiranih oblika suradnje s partnerima, nedovoljan broj profesionalaca, nedostatak raspoloživog vremena za rad u timu, nedostatak financijskih resursa) koje je nužno otkloniti kako bi tim mogao nadalje dobro funkcionirati te sudjelovati u provedbi ovog Strateškog plana.

U prosincu 2008. godine usvojen je novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN150/08), u kojem je zakonodavac legalizirao pozitivna dostignuća u radu županija uključenih u program „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici“. Novim zakonskim odredbama, jedinica područne (regionalne) samouprave donosi plan zdravstvene zaštite za područje jedinice područne (regionalne) samouprave te jednogodišnje i trogodišnje planove promicanja zdravlja, prevencije te ranog otkrivanja bolesti, te organizira i provodi javnozdravstvene mjere sukladno spomenutim planovima. U cilju ostvarivanja prava, obveza, zadaća i ciljeva na području zdravstvene zaštite na svom području, jedinica područne (regionalne) samouprave osniva **Savjet za zdravlje** koji predstavlja neovisan skup stručnjaka iz područja zdravstvene i socijalne skrbi te predstavnika interesnih skupina u skrbi za zdravlje populacije na određenom području.

Kroz edukacije u sklopu programa Zdrave županije, kroz izradu županijskih strateških dokumenata za zdravlje, kroz funkcioniranje Savjeta za zdravlje Međimurske županije te kroz provođenje brojnih projekata i aktivnosti vezanih uz Plan za zdravlje građana Međimurske županije, unaprijeđena je unutar i međusektorska komunikacija i suradnja između **regionalne i lokalne samouprave, političara, zdravstvenog i socijalnog sektora, školstva, organizacija**

civilnog društva i medija. Uspješna suradnja uspostavljena je osim na županijskom nivou i na nacionalnom te međunarodnom nivou.

U narednom razdoblju ćemo nastaviti proces motivacije za suradnju (s ciljem razmjene znanja, resursa i iskustava) s navedenim dionicima **iz javnog i civilnog sektora** kako bi se što uspješnije implementirao Strateški Plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji.

Osim javnog i civilnog sektora, **vrlo je važna i motivacija privatnog sektora**, osobito ako imamo na umu šire rizike za zdravlje koje ističe Svjetska zdravstvena organizacija a to su globalna neoliberalna ekonomska politika, nejednakosti u prihodu, siromaštvo, opasnosti za zdravlje vezane uz radno mjesto te nedostatak socijalne kohezije. Važno je ukazivati na neophodnost podržavanja društvenog poduzetništva, odnosno koncepta **eko-društvene ekonomije** u kojem će svaki pojedinac imati jednak pristup informacijama, znanju i resursima. Osim toga, **privatni profitni sektor trebao bi biti zainteresiran za zdravlje i zadovoljstvo svojih zaposlenika** jer upravo o tome ovisi prosperitet privatnih poduzeća a očekuje se i uporaba tehnologije koja ne djeluje štetno ne samo direktno na zdravlje zaposlenika već i koja ne djeluje štetno na okoliš. S druge strane, privatni sektor je glavni pokretač stvaranja radnih mjesta a tako i blagostanja.

6. Financiranje Strateškog plana

Osiguravanje financijskih sredstava za Provedbu Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji je vrlo važno i neophodno ali i izuzetno kompleksno, budući da je strategija sveobuhvatna i u njezinu provedbu će biti (i/ili već jesu) uključene različite javne institucije koje za svoj redovan rad imaju definirane izvore financiranja. No, to svakako nisu dovoljna sredstva te je potrebno osigurati sredstva i iz drugih izvora (i ne samo za javne institucije već i za organizacije civilnog društva čija je uloga u provedbi Strateškog plana vrlo značajna). **Financiranje Strateškog plana predviđa se iz sredstava državnog proračuna, odnosno proračuna resornih ministarstava, županijskog proračuna, lokalnih izvora te privatnih i drugih izvora.** U Republici Hrvatskoj se predviđa osnivanje **Fonda/Zaklade za promicanje zdravlja** koja bi u narednom razdoblju mogla postati značajan izvor financiranja aktivnosti promicanja zdravlja kako na nacionalnom tako i na županijskom nivou. Budući da ovaj strateški plan predstavlja prvenstveno okvir za akcije i sasvim sigurno će biti aktualan u dugoročnom periodu, u narednom razdoblju je potrebno izraditi godišnje operativne planove s točno definiranim financijskim sredstvima.

Dio financijskih sredstava za provedbu Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju je već osiguran **u sklopu ACTION-FOR-HEALTH projekta** u sklopu kojeg je plan i izrađen. Naime, provedbom ACTION-FOR-HEALTH projekta i diseminacijom rezultata tog projekta, povećat će se kapacitet naših stručnjaka na području smanjivanja nejednakosti u zdravlju a osigurat će i nova znanja i vještine te razmjena iskustava i primjera dobre prakse. Naime, stručnjacima iz različitih sektora a i drugim zainteresiranim osobama u Međimurskoj županiji a i šire, bit će dostupne publikacije izrađene u sklopu ovog projekta; »Situacijska analiza

i procjena potreba u sedam zemalja i regija Europske unije“ -ACTION-FOR-HEALTH Situation analysis and Needs assessment in seven EU-Countries and regions, Reducing Inequalities in Health; „Strateški pristup nejednakostima u zdravlju u Regiji Pomurje i Sloveniji“ – The Strategic Approach to Health Inequalities) i „Smanjivanje nejednakosti u zdravlju kroz promicanje zdravlja i strukturne fondove“-Reducing Health Inequalities through Health Promotion and Structural Funds. Upoznavanje sa sadržajem i pristupom **strukturnim fondovima** je vrlo važan segment ovog projekta, te se očekuje da će značajan izvor financiranja Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju predstavljati **strukturni fondovi**.

Naime, u Republici Hrvatskoj je u tijeku proces izrade Strateškog okvira za programiranje i Partnerskog sporazuma s EU vezano uz korištenje ESI fondova za razdoblje 2014.-2020. godine. U prijedlogu strategije ulaganja u Partnerskom sporazumu Ministarstva regionalnog razvoja i EU Republike Hrvatske, svi prioriteti ulaganja, mjere i aktivnosti trebaju pridonijeti ostvarenju tri glavna cilja: 1) povećati konkurentnost gospodarstva i zaposlenosti te osigurati rast temeljen na korištenju vlastitog znanja, 2) smanjiti siromaštvo i jačati socijalnu uključenost, 3) smanjiti regionalne nejednakosti i osigurati kvalitetne uvjete života.

U sklopu ACTION-FOR-HEALTH projekta, predviđena je implementacija jednog konkretiziranog potcila iz Strateškog plana za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji za što su i osigurana financijska sredstva. Provedba aktivnosti planirana je tijekom prva 3-4 mjeseca 2014. godine.

7. Literatura

1. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
2. Breslow L. Health Measurement in the Third Era of Health. Am J Public Health.2006 January; 96(1):17-19
3. Diagram by Whitehead M and Dahlgren C, in “What can be done about inequities and health?”. The Lancet, 338, 8774, 26 October 1991, 1059-1063.
4. Newell KW, ed. Health by the people. Geneva, World Health Organization, 1975.Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17–21 November 1986. Geneva, World Health Organization, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, accessed 10 October 2013)
5. Dahlgren, D. and Whitehead, M., World Health Organization (WHO). (2007) *European Strategies for Tackling Social Inequalities in Health: Levelling Up Part 2* [Online]. Available from: <http://www.thehealthwell.info/node/91930> [Accessed: 2nd November 2013].

6. Health 21: health for all in the 21st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999
7. Šućur Z, Zrinščak S. Differences that Hurt: Self-Perceived Health Inequalities in Croatia and European Union. *Croat Med J.* 2007 October; 48(5):653-666
8. The national health care development strategy 2012-2020 (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.); Government of the Republic of Croatia, Ministry of Health of the Republic of Croatia, September 2012, Zagreb.
9. The Croatian Bureau of Statistics (2011), Census of Population, Households and Dwellings 2011, available at <http://www.dzs.hr/default.htm>
10. Sorensen K et al., Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12:80
11. Croatian Health Service Yearbook 2011, the Croatian National Institute of Public Health, Zagreb, 2012.
12. Croatian National Institute of Public Health, Croatian Central Bureau of Statistics. Deaths, by cause of death, age and sex, 2010
13. Joint Memorandum on Social Inclusion of the Republic of Croatia (Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju). Government of the Republic of Croatia, 2007
14. National Strategy of Welfare Development in the Republic of Croatia 2011-2016 (Strategija razvoja sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj od 2011.-2016. godine), Government of the Republic of Croatia, 2011
15. The Croatian Strategic Development Plan of Public Health, 2012-2015 (Strateški plan razvoja javnog zdravstva od 2013.-2015. godine), 2013
16. Rural development strategy of the Republic of Croatia, 2008-2013 (Strategija ruralnog razvoja Republike Hrvatske, 2008. – 2013.), Ministry of Agriculture, Fisheries and Rural Development, 2008
17. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvještaj o osobama s invaliditetom, 2013
18. The Croatian Bureau of Statistics. Employment and Wages 2011. Statistical reports, Zagreb, 2012, available at http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1476
19. The Croatian Bureau of Statistics. Poverty indicators, 2011-Final Results, February, 2013, available at http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/14-01-03_01_2012.htm
20. Rubil I. Accounting for regional poverty differences in Croatia: Exploring the role of disparities in average income and inequality. *Munich Personal RePEc Archive (MPRA)*, 2013
21. The Croatian Employment Service, The branch of Čakovec, 2012, unpublished data
22. Šlezak H. The Role of the Roma in the Demographic Resources of Međimurje County (Uloga Roma u demografskim resursima Međimurske županije). *Sociologija i prostor*, 51 (2013) 195 (1): 21-43
23. The Croatian Employment Service. Monthly Statistics Bulletin, 2012, available at: http://www.hzz.hr/DocSlike/stat_bilten_10_2012.pdf (the Croatian Employment Service, 2012)

24. Life expectancy at birth, 1980-2011 (years).png, EUROSTAT, available at [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,_1980-2011_\(years\).png&filetimestamp=20130129120827](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,_1980-2011_(years).png&filetimestamp=20130129120827)
25. The Croatian Bureau of Statistics. Population projections of the Republic of Croatia, 2010-2061 (Projekcije stanovništva Republike Hrvatske od 2010.-2061.), Zagreb, 2011
26. Institute of Public Health of Međimurje County, 2012, unpublished data
27. Doko Jelinić J, Pucarinić-Cvetković J, Nola A I, Senta A, Milosević M, Kern J. Regional differences in Dietary Habits of Adult Croatian Population. Coll.Antropol.33(2009) Suppl.1:31-34.
28. Fišter K., Kolčić I., Musić Milanović S., Kern J. The prevalence of Overweight, Obesity and Central Obesity in Six Regions of Croatia: Results from the Croatian Adult Health Survey. Coll.Antropol.33(2009)Suppl.1:25-29.
29. Erceg M., Kern J., Babić-Erceg A. Regional Differences in the Prevalence of Arterial Hypertension in Croatia. Coll.Antropol.33(2009)Suppl.1:19-23.
30. Milosević M, Golubić R, Mustajbegović J, Doko Jelinić J i sur. Regional Pattern of Physical Inactivity in Croatia. Coll.Antropol.33(2009) Suppl.1:33-38.
31. Bencević-Striehl H, Malatestinić Dj., Vuletić S. Samardžić S, Vuletić Marvinać G, Prlić A. Regional differences in Alcohol Consumptions in Croatia. Coll.Antropol.33(2009) Suppl.1:39-41.
32. Samardžić S, Vuletić Marvinać G, Prlić A. Regional Patterns of Smoking in Croatia. Coll.Antropol.33(2009) Suppl.1:43-46.
33. Kern J., Polašek O., Musić Milanović S et al. Regional Pattern of Cardiovascular Risk Burden in Croatia. Coll.Antropol.33 (2009)Suppl.11-17.
34. Kutnjak Kiš R., Najman Hižman E. Qualia javnog zdravstva, Kvalitativno istraživanje zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije u procesu izrade Županijske slike zdravlja te odabira prioriteta i izrade Strateškog okvira županijskog Plana za zdravlje, str. 45-56, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Zagreb, 2013.
35. Barić H. Institute of Public Health of Međimurje County, 2012, unpublished data
36. Šikić Vagić J., Psihosocijalne karakteristike kao čimbenici rizika u hospitaliziranih koronarnih bolesnika u Hrvatskoj, PhD thesis, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2010.
37. Uvodić Đurić D. Qualia javnog zdravstva. Mladi i alkohol - prikaz rezultata kvalitativnog istraživanja pijenja alkohola među djecom i mladima Međimurske županije, str. 57-72, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Zagreb, 2013.
38. A. Kačić-Rak. I. Kulier, J. Pucarinić-Cvetković. Prehrambene navike. Prostorna distribucija kardiovaskularnih rizika u Hrvatskoj, znanstveni simpozij. Knjiga sažetaka, 2005.
39. Bergman Marković B, Vrdoljak D., Kranjčević K et sur. Continental-Mediterranean and rural-urban differences in cardiovascular risk factors in Croatian population. Croat Med J. 2011 August;52(4):566-575.

40. Stipešević Rakamarić I (2011). Nejednakosti mortaliteta u urbanim i ruralnim sredinama Hrvatske, master thesis. University of Zagreb, Prosinac 2011.
41. Pristaš Iv., Bilić M., Pristaš Ir., Voncina L. and collaborators. Health Care Needs Utilization and Barriers in Croatia – Regional and Urban-Rural Differences. Coll. Antropol. 33 (2009) Suppl. 1:121-130.
42. Međimurje County. Long-term County Health Plan 2008-2012, 2008, available at http://www.medjimurska-zupanija.hr/images/zdravstvo/Plan_zdravlja_MZ.pdf
43. Međimurje County. County Health Care Plan, 2010, available at http://www.medjimurska-zupanija.hr/images/stories/Zdravstvo/Plan_zdravstvene_zastite_za_MZ_2010.pdf
44. Regional Development Agency (REDEA). Development Strategy of Međimurje County 2011-2013, available at <http://www.redea.hr/images/stories/razno/5-2012/razvojna-strategija-medimurske-zupanije-2011-2013.pdf>
45. Međimurje County. The Social Map of Međimurje County, 2012, available at http://www.medjimurska-zupanija.hr/images/stories/Zdravstvo/socijalna_karta_medjimurske_zupanije_3_2012.pdf
46. Regional Development Agency (REDEA). Rural Development Strategy of Međimurje County, 2009, available at <http://www.redea.hr/images/stories/razno/strategija-ruralnog-razvoja-medjimurske-zupanije.pdf>
47. Regional Council of Aquitaine, Addressing Inequalities Interventions in Regions (the AIR project) , available at <http://healthinequalities.eu/sites/default/files/AIR-Anglais.pdf>
48. National Action Plan to reduce Health Inequalities 2008-2011. Helsinki 2008. 79pp., available at <http://pre20090115.stm.fi/pr1227003636140/passthru.pdf>
49. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
50. The National Strategy of mental health protection for 2011-2016, available at http://www.mzss.hr/layout/set/print/ministarstvo/strategije_i_planovi/nacionalna_strategija_zastite_mentalnog_zdravlja_za_razdoblje_od_2011_2016_godine
51. Kregar, K. (2001.): Zdravi gradovi: primjer lokalnog razvoja i organiziranja zajednice, Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada, 8 (1), 51-69
52. Božičević, V., Brlas, S., Gulin, M. (ur.) (2011.): Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, Prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, ZZJZ "Sveti Rok" Virovitičko-podravске županije, Virovitica
53. Brlas, S., Gulin, M. (ur.) (2010.): Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, ZZJZ "Sveti Rok" Virovitičko-podravске županije, Virovitica
54. Sakoman, S., (2012). Koncept zaštite mentalnog zdravlja, u: Božičević, V., Brlas, S., Gulin, M. (ur.): Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, ZZJZ "Sveti Rok" Virovitičko-podravске županije, Virovitica

55. Brlas, S., Pleša, M. (2013): Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, Proaktivna skrb psihologa o mentalnom zdravlju psihički bolesnih odraslih osoba, ZZJZ "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije, Virovitica
56. Bijedić, M. (2010.): Čimbenici učinkovitosti izvaninstitucionalnih intervencija usmjerenih djeci i mladima rizičnog ponašanja, *Odgojne znanosti*, 12, 1, 131-149
57. Brajša-Žganec A. i sur. (2011.), *Analiza stanja prava djece i žena u Hrvatskoj*, Zagreb, Unicef
58. National Youth Program for 2009-2013 (Nacionalni program za mlade od 2009. do 2013. godine, available at http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2009_07_82_1988.html
59. Guidelines for planning, implementation and evaluation of prevention and treatment programmes for the protection of children from violence (Smjernice za planiranje, provedbu i evaluaciju preventivskih i tretmanskih programa zaštite djece od nasilja), 2010, available at <http://www.google.hr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mspm.hr%2Fcontent%2Fdownload%2F7694%2F60918%2Ffile%2FSmjernice.pdf&ei=08ydUoS4FcjnygP474KIDA&usg=AFQjCNFI0o96LFJFnLuFpxy7VhMaeFGTcQ>
60. Janković. J., Bašić. J. (ur.)(2001): *Prevenција poremećaja u ponašanju djece i mladih u lokalnoj zajednici*, Povjerenstvo Vlade RH za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju, Zagreb
61. WHO.Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.World Health Organization,2013
62. WHO.Global Strategy on diet, physical activity and health. Resolution WHA 55.23.,World Health Organization, 2004
63. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen, World Health Organization, 2006.
64. Steps to health A European framework to promote Physical activity for Health. Copenhagen, World health Organization, 2007.
65. Kutnjak Kiš R, Bijelić L., Najman Hižman E. Promoting physical activity and active living in the local community through project "Public Health Capacity Building Program-Healthy Counties"-the example of Međimurje County (Croatia), Bled, Sport Citizens Forum, ISCA, 18-21 Nov 2010
66. G W Heath and others. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The Lancet. Physical Activity*.July, 2012
67. Musić Milanović, Sanja (2010) *Demografske, bihevioralne i socioekonomske odrednice debljine odraslih u Hrvatskoj*. Doctoral disertation, Univerity of Zagreb
68. WHO. Equity, social determinants and public health programmes, World Health Organization, 2010
69. WHO.Global Status Report on Alcohol and Health, World Health Organization, 2011

70. National Strategy on Combating Drugs Abuse 2010-2014 (Nacionalni program prevencije ovisnosti za djecu i mlade u odgojno-obrazovnom sustavu, te djecu i mlade u sustavu socijalne skrbi od 2010.-2014. godine). Government of the Republic of Croatia, 2010
71. Kutnjak Kiš R. Promjene u strukturi smrtnosti od kroničnih nezaraznih bolesti u Međimurskoj županiji te mjere promicanja zdravlja, prevencije i ranog otkrivanja koje provodi Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije sa suradnicima. Croatian Journal of Public Health (electronic journal), vol.7, broj 28, 2011, available at <http://www.hcjz.hr/old/clanak.php?id=14539>
72. Kralj V. Kardiovaskularne bolesti. Croatian Journal of Public Health, vol.7, broj 28, 2011
73. Rainer Z. Actions to be taken at the level of the population to reduce the risk of CVD. *Cardiol Croat.* 2012;7(9-10):234-239)
74. Working in Health Promoting Ways. A strategic framework for DHHS 2009.-2012., Tasmanian Government, 2010.
75. WHO. Physical Activity Promotion in Socially Disadvantaged Groups: Principles for Action. World Health Organization, 2013
76. Siromaštvo, nezaposlenost i socijalna isključenost. Zagreb: UNDP, 2006.
77. Podrška sustavu socijalne skrbi u procesu daljnje deinstitucionalizacije socijalnih usluga, Ministarstvo socijalne politike i mladih, available at http://www.mspm.hr/fondovi_eu/ipa_iv_razvoj_ljudskih_potencijala/projekti/usluge/projekti_u_tijeku/projekt_podrska_sustavu_socijalne_skrbi_u_procesu_daljnje_deinstitucionalizacije_socijalnih_usluga, unpublished date
78. Herbig B, Dragano N, Angerer P: Health in the long-term unemployed. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(23–24): 413–9. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0413
79. WHO. World Conference on Social Determinants of Health. Summary Report-All for Equity, Brazil, 2012
80. WHO. Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012
81. Kutnjak Kiš R, Najman Hižman E. Međimurska županija-zdrava županija, Program "Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici". Croatian Journal of Public Health (electronic journal), vol.7, number 23, 2010, available at <http://www.hcjz.hr/old/clanak.php?id=14296>
82. WHO. Developing indicators for the Health 2020 targets. First meeting of the expert group Utrecht, the Netherlands, World Health Organization, 2012
83. Kern J., Erceg M, Poljičanin T. Učinkovitost javnozdravstvenih nadzornih sustava. *Acta Med Croatica*, 64 (2010) 415-423
84. Allen M et al. Working for Health Equity: The Role of Health Professionals. UCL Institute of Health Equity, 2013
85. WHO. How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010
86. Agencija za zaštitu okoliša. Odabrani pokazatelji stanja okoliša u Republici Hrvatskoj, 2012

87. European Environment Agency. Environment and Human Health. Joint EEA-JRC report No5/2013. European Environment Agency, 2013, European Union, 2013
88. Znaor, D., 2009 Organic fruit and vegetables sector in Croatia: the way forward. Study commissioned by the German international cooperation organisation for sustainable development (GTZ).
89. Kristiansen, P., Taji, A., Reganold, J. (2006): Organic Agriculture, A Global Perspective, CSIRO Publishing, Australia, CABI Publishing, Wallingford, UK
90. S.Wright, D. McCrea (2000): Handbook of Organic Food Processing and Production, Second Edition (S.Wright, D. McCrea, Eds), CRC Press, New York

8. Osobe uključene u procjenu potreba i mogućnosti (Needs Assessment)

SAVJET ZA ZDRAVLJE MEĐIMURSKE ŽUPANIJE:

ČUGALJ JELENA, dipl. soc.pedagog; Odjel za djecu, mladež i obitelj; Centar za socijalnu skrb Čakovec

VLATKA PLEH, dr.med., spec. obiteljske medicine, Privatna ordinacija opće/obiteljske medicine
LIDIJA BIJELIĆ, pročelnica UO za zdravstvo, socijalnu zaštitu i nacionalne manjine Međimurske županije

ELIZABETA NAJMAN HIŽMAN, dipl. Socijalna radnica, viši stručni suradnik u UO za zdravstvo, socijalnu zaštitu i nacionalne manjine Međimurske županije

KARMEN FRANIN, dipl.oec., viša savjetnica za gospodarstvo, Grad Čakovec

BOŽENA MALEKOCI –OLETIĆ, dipl. politologinja, Međimurske novine

MARIJA PREKUPEC, dipl.med.techn., Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije

LIJEČNICI NEUROLOZI, KARDIOLOZI, ENDOKRINOLOZI, OBITELJSKI DOKTORI:

JASNA MUNĐAR PALAŠEK, dr.med., spec.neurolog, zamjenica rukovoditelja, Djelatnost za neurologiju, Županijska bolnica Čakovec

ROBERT MARČEC, dr.med., spec.neurolog, rukovoditelj Djelatnosti za neurologiju, Županijska bolnica Čakovec

MILICA GABOR, dr.med., spec.internist, kardiolog, kardiologija Županijske bolnice Čakovec, Poliklinika Srce d.o.o. Čakovec

JASNA CMREČNJAK, dr.med., spec.internist, Koronarna jedinica Županijske bolnice Čakovec

ZDENKA IVANOVIĆ-AZENIĆ, dr.med.spec. obiteljske medicine, Privatna ordinacija opće/obiteljske medicine

HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA-PODRUŽNICA ČK:

DARINKA ŽVORC NOVAK, bacc.med.techn., glavna sestra oftalmologije, Županijska bolnica Čakovec, predsjednica podružnice Čakovec Hrvatske komore medicinskih sestara

TANJA KRNIJAK, bacc.med.techn., glavna sestra neurologije, Županijska bolnica Čakovec

BRANKA IVACI, bacc.med.techn., zdravstveni voditelj Dječjeg vrtića Čakovec, tajnica podružnice Čakovec Hrvatske komore medicinskih sestara

VESNA VUKŠIĆ, bacc. med.techn., patronažna sestra, Dom zdravlja Čakovec

MARIJA ŽIGNIĆ, bacc. med.techn., patronažna sestra, v.d. glavne sestre Doma zdravlja Čakovec

ORGANIZACIJE CIVILNOG DRUŠTVA:

FRANJO KRAVARŠČAN, predsjednik Udruge umirovljenika MŽ Čakovec

LJUBO RITONJA, voditelj Kluba »MURA«, Udruge za pomoć osobama s mentalnom retardacijom Međimurske županije

BALOG JOSIP, predsjednik Udruge Roma Međimurja

DAMIR IGNAC, predstavnik Udruge »ZA BOLJE SUTR«

BARBARA HADELJAN, suradnica Udruge „ZA BOLJITAK ROMA GORIČAN“

MIODRAG NOVOSEL, direktor GP EKOM d.o.o. Čakovec

MARINA KOLAR, izvršna direktorica i trenerica Udruge „ZORA“

MARIJAN VUGRINČIĆ, tajnik, Međimurski savez sportske rekreacije „SPORT ZA SVE“

SANJA GOLEŠ, administrator, Hrvatski crveni križ – Gradsko društvo Crvenog križa Čakovec

TEO PETRIČEVIĆ, izvršni direktor, Autonomni centar ACT

PREDSTAVNICI RAZLIČITIH SEKTORA U ŽUPANIJI:

DOLAR BOŽIDAR, Državni inspektorat, voditelj Ispostave Čakovec

DUBRAVKA KEČKEŠ, stručni suradnik, pedagog I. Osnovne škole Čakovec, voditeljica Aktiva pedagoga osnovnih škola

ANDREJA ZADRAVEC BARANAŠIĆ, stručni suradnik-pedagog Osnovne škole Štrigova, voditeljica Školskih preventivnih programa

ANA KRALJ, voditeljica Odjela za strateško planiranje, REDEA d.o.o., Regionalna razvojna Agencija Međimurske županije

TANJA LILIĆ, stručni suradnik-pedagog, Srednja škola Prelog, voditeljica Aktiva pedagoga Srednjih škola

DRAGICA BENČIK, ravnateljica Centra za odgoj i obrazovanje Čakovec

FRANJO KOCIJAN, dipl.socijalni radnik, Centar za socijalnu skrb Čakovec

MARIJANA HUNJADI, viša sanitarna inspektorica u Međimurskoj županiji, Ministarstvo zdravlja

DAMIR KREGAR, Čakovečki mlinovi d.d., tehnolog

DANIJEL JURAKIĆ, prof. kineziologije, Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, viši asistent

ANTUN HOBLAJ, župnik, Župa Sv. Jakoba apostola Prelog, dekan Donjomeđimurskog dekanata

HRVATSKI ZAVOD ZA ZAPOŠLJAVANJE, Područni ured Čakovec, na grupnom savjetovanju nezaposlenih osoba održana je kratka prezentacija projekta „ACTION-FOR-HEALTH“ te potom segment koji se odnosi na procjenu potreba i mogućnosti. Nakon kratke diskusije, prisutni su ispunili polustrukturirani upitnik s otvorenim pitanjima - 26 sudionika je popunilo anketu