

Acta Medica Croatica

Vol. 72 2018.

Broj 2

Zagreb

UDC 61 • AMCREF 72 (2)

97-256 (2018)

ISSN 1330-0164

ACTA MEDICA CROATICA
GLASILO AKADEMIJE MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE
Journal of the Academy of Medical Sciences of Croatia

Urednik – Editor-in-Chief
PETAR KES

Gošća urednica – Guest Editor
SELMA ŠOGORIĆ

Pomoćnik urednika – Editorial Assistant
ILIJA KUZMAN

Tajnik – Secretary
NIKOLA JANKOVIĆ

Tehnička urednica – Technical Editor
DUNJA BERITIĆ-STAHULJAK

Urednički odbor – Section Editors

Iva Alajbeg, Marko Banić, Nikolina Bašić Jukić, Josip Čulig, Iva Dekaris, Marko Duvnjak, Josip Djelmiš, Alenka Gagro, Josipa Kern, Dragutin Košuta, Ratko Matijević, Sanjin Rački, Zvonko Rumboldt, Adriana Vince

Predsjednik Uredničkog savjeta – Chief Council
JASNA LIPOZENČIĆ

Počasna urednica – Honorary Editor
NASTJA KUČIŠEC TEPEŠ

Urednički savjet – Editorial Council

Mladen Belicza (Zagreb), Theodor Dürrigl (Zagreb), Davorin Djanić (Slavonski Brod), Željko Grabarević (Zagreb), Olga Jelić (Slavonski Brod), Tatjana Jeren (Zagreb), Vjekoslav Jerolimov (Zagreb), Anica Jušić (Zagreb), Eduard Klain (Zagreb), Vasilije Nikolić (Zagreb), M. William Novick (Memphis), Vlado Oberiter (Zagreb), Mladen Pavlović (Zagreb), Momir H. Polenaković (Skopje), Kristina Potočki (Zagreb), Senija Rašić (Sarajevo), Željko Reiner (Zagreb), Johannes Ring (München), Daniel Rukavina (Rijeka), Antun Tucak (Osijek), Ivan Urlić (Split), Melita Valentić-Peruzović (Zagreb), John Wallwork (Cambridge), Ljiljana Zergollern-Čupak (Zagreb), Željko Zupančić (Zagreb)

Lektor – Language Editor
Antonija Redovniković

Omotna stranica – Cover designed
Ivan Picelj

Adresa Uredništva – Address of the Editorial Board

ACTA MEDICA CROATICA
Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Praška 2/III, 10000 Zagreb, Hrvatska

Tel/fax: +385 1 46 40 589; E-mail: actamedicacroatica@amzh.hr Web: www.amzh.hr

Časopis se tiska četiri puta godišnje. Prigodno se mogu publicirati tematski brojevi i suplementi.

The Journal is published four times a year. Conveniently may be publish supplements.

Naručuje se neposredno od Uredništva. Godišnja pretplata u zemlji iznosi za ustanove 350 kn, za pojedince 150 kn, a uplaćuje se na račun IBAN: HR5423600001101481831 pri Zagrebačkoj banci.

Orders can be placed directly to our Editorial Office. The annual subscription outside Croatia is US \$150 to be paid to our bank account Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Privredna banka Zagreb d.d., Radnicka cesta 50, 10000 Zagreb, Croatia, SWIFT PBZGHR2X IBAN: HR6323400091110089793 (for Acta Medica Croatica).

Tisk – Print:

Gradska tiskara Osijek d.d., 31000 Osijek, Croatia
Tiska se u 500 primjeraka - Printed in 500 copies

*Tiskanje časopisa potpomognuto je financijskim sredstvima Ministarstva znanosti i tehnologije RH.
The printing of the Journal is subsidized by the Ministry of Science and Technology of the Republic of Croatia*

acta medica croatica

Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske

Acta Med Croatica • Vol. 72 Br. 2 • Str. 97-256 • Zagreb, lipanj 2018.

The Journal of the Academy of Medical Sciences of Croatia

ZDRAVLJE I SUSTAV ZAŠTITE ZDRAVLJA U HRVATSKOJ, DANAS

Indexed/abstracted in:

Biosis Previews

Cancerlit

Embase/Excerpta Medica

Health Planning and Administration

Medline/Index Medicus

Toxline

EBSCO

ZDRAVLJE I SUSTAV ZAŠTITE ZDRAVLJA U HRVATSKOJ, DANAS

SELMA ŠOGORIĆ

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Selma Šogorić, dr. med.
Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Rockefellerova 4
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: ssogoric@snz.hr
Telefon: +385 1 4590 102

Poštovani kolege, čitatelji

Izradu tematskog broja časopisa *Acta Medica Croatica* koji se nalazi pred vama, potaknula je potreba da široj medicinskoj javnosti približimo javnozdravstvenu paradigmu 21. stoljeća i razjasnimo *Zašto je prevencija naša jedina nada?*

Krovna strategija „Zdravlje za sve do 2020.“ (Z 2020.) Svjetske zdravstvene organizacije, Ureda za Europu (Eu SZO) oblikuje strateški okvir za donošenje javnih politika u 21. stoljeću (1). Umjesto usko-medicinskog pristupa pojedincu (nakon što se poremećaj već razvije) ova politika u fokus stavlja *zajednicu i šire okruženje* te njihovo djelovanje na zdravlje. Kao najučinkovitije, ona zagovara sveobuhvatne intervencije koje će, primjenjene od samog početka života, dovesti do izjednačavanja životnih mogućnosti i, posredno, do boljih zdravstvenih ishoda.

Koju intervencijsku strategiju sustav zdravstva treba primijeniti najbolje ilustrira rečenica iz izvještaja Allen & Duncan-Smith, 2010. Vladi Ujedinjenog Kraljevstva: „ Ako ljudi uporno padaju s litice ne brinite gdje ćete u podnožju postaviti kola hitne pomoći. Izgradite ogradu na vrhu litice i time spriječite da ljudi uopće padnu.“ Ova rečenica otvara, danas vrlo značajno pitanje *kako zdravstvenu potrošnju učiniti ekonomski održivom?* na koje odgovor traže i najbogatije zemlje Europe. Kako „obuzdati“ pritisak na sustav zdravstvene zaštite? Kojim to politikama, zdravstvenim mjerama i metodama rada parirati negativnim demografskim i ekonomskim trendovima i kontinuiranom porastu kroničnih bolesti u populaciji? (2)

Kroz osamnaest odabranih izvornih radova, pregleda, zapažanja i osvrta prikazuje se sadašnje stanje zdravlja i zdravstva te vodeći izazovi i mogućnosti lokalno, regionalno i nacionalno iz perspektive javnozdravstvene (ne samo medicinske) profesije. U odnosu na tematski broj AMC-a objavljen krajem 2010. godine pod nazivom *Javnozdravstvena praksa u Hrvatskoj danas*, ovaj tematski broj daje uvid u promjene prakse javnozdravstvene „dijagnostike“ i populacijskog „liječenja“ sedam godina poslije.

Devet radova prikazuje promjene *nabolje* u praksi *javnozdravstvene „dijagnostike“*.

Inovativni pristup korištenju postojećih informacija iz popisa stanovništva donosi prikaz *Samoprocjena funkcionalne sposobnosti osoba starije životne dobi*. Model uporabe drugih rutinskih izvora informacija je i rad pod nazivom *Kretanje smrtnosti djece u dobi 0-19 zbog ukupnih ozljeda i ozljeda zadobivenih u prometu u Hrvatskoj u razdoblju od 1995. do 2014. godine*.

Rijetka, i upravo stoga dragocjena izvan-rutinska istraživanja predstavljaju radovi *Javnozdravstvena intervencija za povećanje obuhvata žena mamografskim pregledom u sklopu Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke* (koja istražuje razloge neodaziva žena na nacionalni program) i *Utvrđivanje potreba jedno-roditeljskih obitelji u hrvatskim zdravim gradovima - akcijsko istraživanje Hrvatske mreže zdravih gradova* (koje donosi uvid u potrebe vrlo specifične grupe roditelja). Izvan-rutinska dijagnostika je i istraživanje *Udio kuhinjske soli u kruhu Grada Zagreba* koje kroz prikazane rezultate trasira smjer intervencije kojom možemo reducirati prekomjerni unos soli hranom u našoj populaciji.

Procjenu zdravstvenih potreba specifičnih grupa u općoj populaciji vrlo dobro prikazuju radovi *Izjednačavanje mogućnosti i razvoj registra osoba s invaliditetom u RH* i *Procjena reproduktivnog zdravlja školske djece u Hrvatskoj za 2015./2016. školsku godinu*.

Kvalitetan uvid u probleme duševnog zdravlja donose radovi *Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj* i *Unaprjeđenje izvaninstitucionalne skrbi i liječenje osoba oboljelih od poslijeporođajne depresije*.

Četiri rada prikazuju *inovativni pristup populacijskom „liječenju“*. Tijekom 2014. i 2015. godine kroz projekt Razvoj nacionalnog registra vrednovanih preventivnih programa (financijska potpora Sveučilišta u Zagrebu) primjenom metodologije Centra za kontrolu i prevenciju bolesti, Atlanta, SAD, prikupljeno je i obrađeno šezdesetak modela najbolje prakse - javnozdravstvenih intervencija implementiranih lokalno ili nacionalno tijekom posljednjih desetak godina. Sustavnim preispitivanjem dokaza njihove učinkovitosti utvrđeno je da su najpotentnije sveobuhvatne (tzv. komprehenzivne) intervencije koje primjenom cijele lepeze mjera zdravstvene zaštite, uključivanjem svih razina uprave, uz podršku politike, struke, medija i javnosti daju „vidljiv“ učinak na zdravlje. Da bi postigle učinak komprehenzivne intervencije, primjenjuju se višestruke strategije grupirane u komponente programa, kao što su npr. mobilizacija zajednice, nove politike ili regulatorne aktivnosti, strateška uporaba medija i zdravstvena komunikacija, edukacijske intervencije, intervencije uslugom, intervencije u fizikalno i/ili socijalno okruženje, i drugo. Najveći broj opisanih intervencija bile su jedno-komponentne intervencije pa je razumljivo da su se njihovom implementacijom i postizali vrlo ograničeni rezultati. I našim, kao i istraživanjima drugih autora, prepoznato je da su „najmoćnije“ intervencije - adekvatno izrađene i dobro implementirane politike i strategije (3). Strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom prepoznata je kao najbolji prototip ili „perjanica“ među registriranim politikama u Republici Hrvatskoj (4). Usvajanjem Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom u razdoblju od 2007. do 2015. Vlada Republike Hrvatske je, 2007. godine, jasno odredila svoje djelovanje prema osobama s invaliditetom. Prihvatala je socijalni model inkluzije koji se temelji na promicanju ljudskih prava osoba s invaliditetom. Njegova je premisa da je položaj osoba s invaliditetom društveno uvjetovan te se stoga društvo treba prilagođavati njihovim potrebama. Strategijom su trebale biti usklađene sve politike djelovanja na području zaštite osoba s invaliditetom (socijalna skrb, obrazovanje, zdravstvo, zapošljavanje, arhitektonska pristupačnost, sport, rekreacija i drugo), na svim razinama upravljanja, kako bi se osobama s invaliditetom učinila pristupačnim sva područja života i djelovanja.

Radovi *Unaprjeđenje prevencije kardiovaskularnih bolesti u Istarskoj županiji – značenje međusektorske suradnje i problemi održivosti i Kako planirati sveobuhvatne intervencije u Republici Hrvatskoj? - prikaz modela Razvoja javne politike ulaganja u rani razvoj djece u RH* upravo govore o izazovima vezanim uz promjenu paradigme u planiranju intervencija. *Kako su razvijeni lokalni nadstandardi za jednoroditeljske obitelji Poreča* daje prikaz modela dobre prakse – razvoja programa psihosocijalne podrške obiteljima oslonjenog na lokalnu zajednicu. Autorski tekst *Značenje Programa Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u jačanju javnozdravstvene i upravne kompetencije hrvatskih županija – dvanaest godina poslije...* predstavlja razvoj i rezultate implementacije „tehnologije“ jačanja kompetencija regionalne razine upravljanja.

Izazove organizacije i upravljanja u sustavu zdravstva donose tri rada. Prikaz Osobe s invaliditetom – test pristupačnosti sustava zdravstva otvara problematiku nejednakosti u korištenju zdravstvene skrbi i trasira intervencije kojima bi se mogla unaprijediti i kvaliteta rada u sustavu zdravstva i pristupačnost zdravstvene zaštite osobama s invaliditetom. Projekt „Što trebate znati o hitnoj medicinskoj službi“ u Varaždinskoj županiji opisuje mogući (ne penalizirajući model) smanjivanja pritiska na županijske zavode za hitnu medicinu. Rad Bolnice koje promiču zdravlje – samoprocjena aktivnosti promicanja zdravlja na primjeru Odjela za psihijatriju Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“, Koprivnica otvara izazov kontinuiteta skrbi posebno aktualan u brizi za kronično duševno bolesne osobe i njihove obitelji.

Što nismo prikazali?

Objavljenim smo radovima željeli artikulirati velike *izazove zdravlja i zdravstva u Republici Hrvatskoj* no i na primjerima pokazati da postoje načini njihovog rješavanja. A kakav će biti ishod – to ovisi o spremnosti i struke i politike. Hoće li politika prihvati model argumentiranog političkog odlučivanja te potaknuti razvoj sveobuhvatnih javnih politika i na njima temeljenih implementacijskih nacionalnih i regionalnih programa? Ne deklarativnih programa, nego onih koji će jasno definirati nositelje aktivnosti, sredstva za provođenje prilagođena finansijskim i kadrovskim resursima i lokalnim specifičnostima te pokazatelje procesa i ishoda.

Hoćemo li razviti kulturu „podnošenja računa“ javnosti (engl. „accountability“) za ono što je ili nije učinjeno? Naučiti surađivati - međusobno unutar sektora, međusektorski, među razinama uprave ... ? A znamo da samo suradnjom možemo postići održivost, sustavnost i ostvariti kontinuitet djelovanja. Knjiški primjer potrebe za dugoročnim strateškim planiranjem u zdravstvu je danas nepostojeća Nacionalna strategija edukacije i razvoja zdravstvenih radnika (čiji kronični nedostatak osjećamo već godinama). Ne postoje ni programi promicanja ili očuvanja zdravlja na radom mjestu zdravstvenih djelatnika koji bi pomogli očuvati postojeći contingent zdravstvenih djelatnika ...

Sustavnost – u smislu izrade smjernica rada, stručnih preporuka, vodiča za primjenu, postupnika, algoritama, registara i sl. je rijetka i u profesionalnim krugovima. Zato svatko kreće iz početka i gubi dragocjeno vrijeme učeći na svojim pogreškama. Primjena informacijsko-komunikacijske tehnologije preduvjet je za unaprjeđenje učinkovitosti javnozdravstvenog nadzora i unaprjeđivanje kvalitete rada. U Hrvatskoj se ne omogućava ni objedinjavanje informacija iz zdravstvenih informacijskih sustava raznih zdravstvenih ustanova.

U odnosu na ukupnu zdravstvenu potrošnju - koliko ulažemo u istraživanja sustava zdravstva (učinkovitost, kvalitetu, suradnju među razinama ...) ? Ona su sporadična i njihovi se rezultati ne primjenjuju u procesu političkog odlučivanja.

No, umjesto da u nedogled nabrajamo izazove, predlažem da otvorimo prostor za argumentiranu raspravu o sadašnjem stanju i doglednoj budućnosti. Uredništvu predlažem uspostavljanje rubrike „Novi koncepti“ kojom ćemo otvarati nova znanja i mogućnosti. Ovom prilikom u obliku Pisma uredniku otvaramo teme *Pravednost i pravičnost i okoliš kao determinanta zdravlja – novi koncepti o kojima treba razmišljati i Socijalni marketing i društvene mreže na internetu* (razvoj novih oblika komunikacije s javnošću).

Prije negoli završim, dozvolite da istaknem doprinos autora „praktičara“, djelatnika lokalne ili regionalne samouprave ili njihovih institucija, od kojih su mnogi po prvi put dobili priliku da objave rade u akademskom liječničkom časopisu. Kroz tridesetogodišnju suradnju s gradovima i županijama u Republici Hrvatskoj tim mentora, nastavnika sa Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu radi na povezivanju javnozdravstvene teorije i prakse te na razvoju tzv. translacijskih istraživanja u javnom zdravstvu. Ta istraživanja pomažu nama, članovima akademske zajednice, da uđemo u realan svijet potreba i mogućnosti i, preko lokalnih zajednica, pružimo podršku građanima u postizanju boljeg zdravlja. Istovremeno ta istraživanja jačaju javnozdravstveni i upravljački kapacitet lokalne samouprave (projekt Zdravi

grad, program Zdrave županije, Projekt „Uvođenje akademskih standarda u proces odabira javnozdravstvenih intervencija – uspostava Hrvatskog registra preventivnih programa“) i daju odgovor na pitanje kako spoznaje akademskog javnog zdravstva uvesti u praksi lokalnog upravljanja za zdravlje.

Posebno zahvaljujem na dragocjenoj pomoći svim recenzentima koji su, radi neiskustva autora u akademskom pisanju imali s nama „pune ruke posla“. Veliko hvala gospodinu Uredniku i Uredničkom odboru časopisa što su omogućili da objavom ovog tematskog broja i širu profesionalnu, medicinsku javnost, po drugi put u sedam godina, izvijestimo o javnozdravstvenoj praksi u Hrvatskoj danas. Nadam se da će to doprinijeti našem međusobnom umrežavanju i uvažavanju te osnažiti svaku vrstu suradnje, na korist naših stanovnika, u budućnosti.

LITERATURA

1. WHO, Regional Office Europe, Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century, 2013; [190 stranica]. Dostupno na URL adresi: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf. Datum pristupa informaciji: 14. rujna 2017.
2. Oslo Conference on health systems and the economic crisis, 2013, video 4 minute Public health: Part of the solution <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/04/oslo-conference-on-health-systems-and-the-economic-crisis/multimedia/video-public-health-part-of-the-solution>
3. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. World Health Organisation and World Economic Forum; 2011. (Accessed 11.01.2018). Available on: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf
4. Republika Hrvatska. Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine. Narodne novine 2007: 63. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_06_63_1962.html.

THE VALUE OF COUNTY PUBLIC HEALTH CAPACITY BUILDING - TWELVE YEARS OF THE *HEALTH-PLAN FOR IT* PROGRAM IN CROATIA

SELMA ŠOGORIĆ, SILVIJE VULETIĆ, JOSIPA KERN and ALEKSANDAR DŽAKULA

University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb, Croatia

The aim of this study was to assess the value of the "Health-Plan for It" Program for the capacity of Croatian counties to plan health and implement services based on locally recognized health needs. From 2002 to 2008, the county health teams formed in twenty Croatian counties passed the first set of training modules. First assessment was conducted in 2006. Based on assessment results, in 2008-2009 a new set of training modules was organized and attended by six counties. In second assessment conducted in 2012, three instruments were applied: Local Public Health Practice Performance Measures Instrument and Procedure Chart as self-reporting instruments, and tutorial notes assembled/analyzed by the Faculty. All 13 county health teams that participated in second assessment showed an increase in the 2012 score compared to 0-point. The score change showed statistical significance on both the overall core public health functions and on any of its components (assessment, policy development, assurance). All counties showed improvement in assessment and policy development functions. The assurance function was improved in counties that attended the second set of training modules. The Procedure Charts showed that all counties had developed their own health profiles and health plans, with prioritized health needs and identified actions to address them. Like the first evaluation workshop in 2006, results of the second evaluation workshops in 2012 showed that the Program increased the counties' public health capacity. Two of the counties that had enrolled late in the Program (2007/2008) achieved much better results than 'older' counties, showing that the time spent in the Program was not a key factor contributing to local project success. Different levels of achievement due to 'institutional or personal capacity to change', reported by other authors, are in line with our findings that individual county success in the Program depended on the team composition and the level of (regional) political stability. In conclusion, the program showed improvement of all core public health functions in all counties. Assurance function showed generally a higher change in counties that had passed both sets of modules. The counties' capacity for change differed and the Program was not equally efficient in all of them. The differences in county achievements could be explained by stability of political support at the county level, team composition, and commitment of the team leader.

Key words: counties, public health capacity building, decentralization

Address for correspondence: Professor Selma Šogorić, MD, PhD
Andrija Štampar School of Public Health
Rockefellerova 4
10 000 Zagreb, Croatia
Tel: 01 45 90 102; Fax: 01 46 84 406
E-mail: ssogoric@snz.hr

INTRODUCTION

Advantages and disadvantages of centralized *versus* decentralized model of health care planning and provision have been discussed for decades (1-5), usually when the policy cycle is completed. Decision on how

the health care resources are going to be managed and planned is in the hands of national policymakers (6-9). In the preparation of the national health care reform, politicians are those that lead and have to explain the expected benefits of the path they have chosen (7). The role of academia is usually passive, i.e. reduced to

evaluation of the impact of the reform when it is (or not) implemented (8,9). In this paper, we will describe the case of Croatia in which the Faculty of the Andrija Štampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb has been actively involved in the decentralization process in Croatia since its beginning in 2001 (10).

During 26 years of its independence, Republic of Croatia has applied both models of health care planning and provision – centralized, during and after the Homeland War (the 1990s), and decentralized since 2001 (6-8). Although 20 counties and the City of Zagreb were given legal responsibility for health sector governance in 1993, and the majority of Croatian counties had established their own executive and administrative structures by 1994, decentralization became the Croatian government's priority in 2000 (10). In 2001, the Croatian Ministry of Health accepted the Andrija Štampar School of Public Health (the School) initiative to develop, in cooperation with the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Sustainable Management Development Program (SMDP), the “learning by doing” training program that would increase county level public health and managerial capacities (10) before the government legally formalized the counties' obligation to plan for health and organize the provision of primary and secondary level health care services.

Proposed by academia, the Health-Plan for It County Public Health Capacity Building Program (the Program) was reviewed and finalized with the contribution of the Croatian Ministry of Health and the counties. The Program aimed through joint education to connect the main health stakeholders (political, executive, professional and community representatives) and increase county-level capacities to conduct participative health need assessments, to plan for health and assure provision of the type and quality of services that are better tailored to the local health needs (10,11).

Due to the political changes (national elections at the end of 2003), the Program had to continue as self-funded, within the framework of the Croatian Healthy Cities Network since 2004. Nevertheless, with the Croatian Ministry of Health financial support, by the mid-2004, fifteen out of twenty Croatian counties had completed their training (2002-2004) (12). Due to the lack of funding, in the remaining five counties training had to be postponed till 2007, so they completed their education by the end of 2008.

The results from the first Program assessment done in 2006 (12) encouraged academia to continue and develop the second phase training package. The skills adopted through the first “training” phase helped the counties develop the county health documents but did not

prepare them for the challenges of county health plan implementation. Therefore, the second round of the Program training modules aimed to improve the counties' strategic management and implementation skills.

In 2008, the Croatian Parliament adopted the new health care act that formalized the counties' obligation to plan for health and organize the provision of primary and secondary level health care services (13).

The aim of this paper is to assess the value of the *Health-Plan for It* Program and its impact on the counties' capacity to plan for health and implement services based on locally recognized health needs.

MATERIALS AND METHODS

Participants

In the first training phase, each county health team had nine to eleven members in training, including two representatives of political (elected county officials), one representative of executive (county departments of health and social welfare) and three to four representatives of professional (county institutes of public health, hospitals, health centers, social welfare centers) components, and three were community representatives (nongovernmental organizations (NGOs) and media) (10,12). From March 2002 till the end of 2008, every county in Croatia was provided with the training opportunity (Participants, Fig. 1). County health teams entered the training, three at the time: Dubrovnik-Neretva (DN), Istria (IS) and Varaždin (VZ) Counties in March 2002; Bjelovar-Bilogora (BB), Krapina-Zagorje (KZ) and Vukovar-Srijem (VS) Counties in October 2002; Osijek-Baranja (OB), Primorje-Gorski Kotar (PG) and Zagreb (ZG) Counties in February 2003; Sisak-Moslavina (SM), Split-Dalmatia (SD) and Virovitica-Podravina (VP) Counties in September 2003; Lika-Senj (LS), Međimurje (ME) and Brod-Posavina (BP) Counties in April 2004; Šibenik-Knin (SK), Zadar (ZD) and Požeška-Slavonia (PS) Counties in January 2007; and Koprivnica-Križevci (KK) and Karlovac (KA) Counties in September 2008. The City of Zagreb that has a status of county completed a modified training program and will be excluded from this presentation.

The second phase training was organized in April 2008 and was attended by six county health teams (Fig. 1). Five of them (IS, KZ, PG, ME and ZG) went through the first phase training in the 2002-2004 period, and one (ZD) in 2007. In this phase, the health teams had twelve to fifteen members in training, representing the political, executive and professional components, and the community.

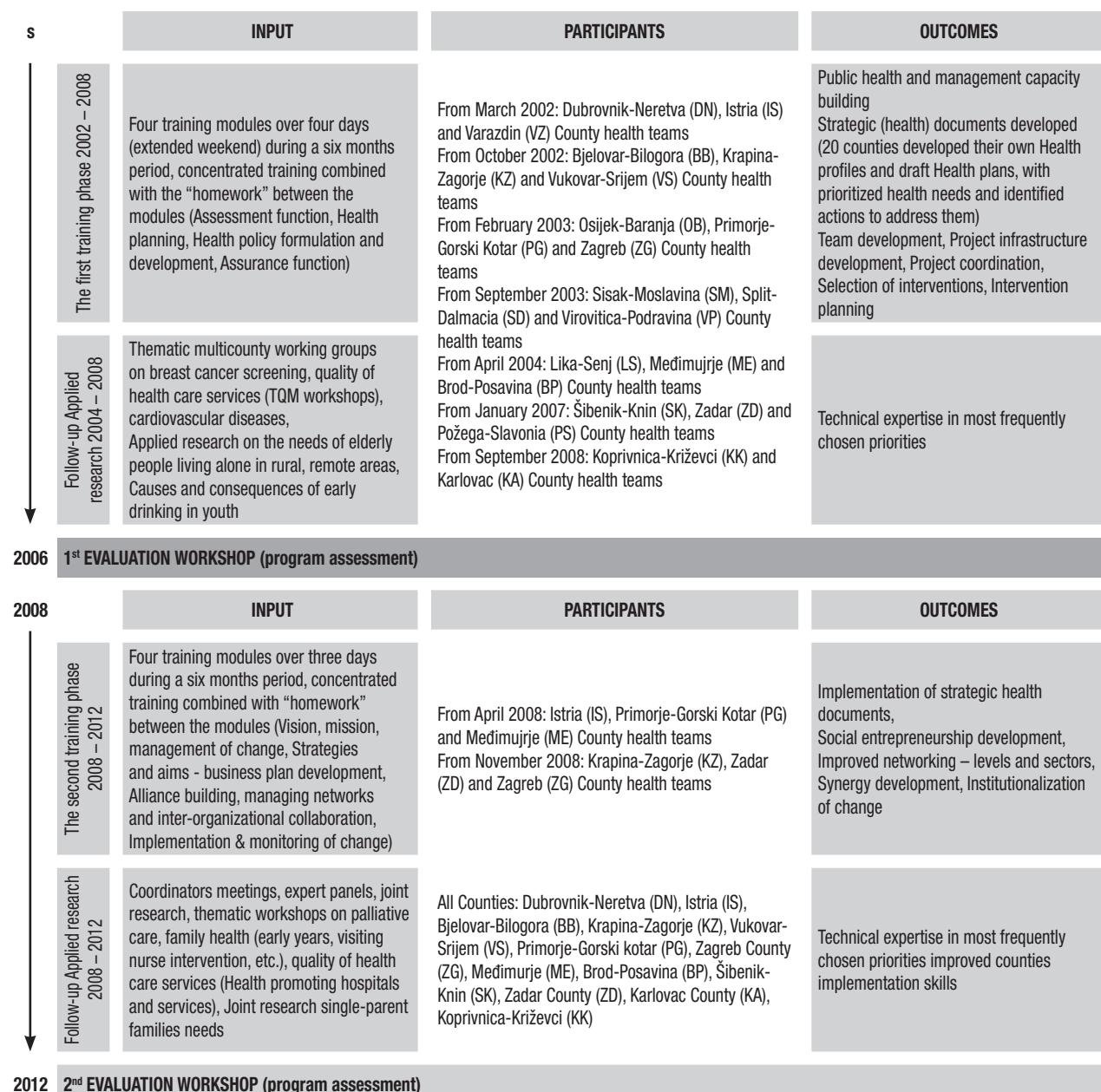


Fig. 1. Key element of the Counties Public Health Capacity Building Program „*Health-Plan for It*“. Timeframe, training methods, participants and outcomes

Processes

There were four sets of processes: the first training phase and follow-up with first Program assessment and the second training phase and follow-up with second Program assessment.

First training phase

In the first training phase during the six-month period, each county health team attended four training modules combined with “homework” in-between (Input, Fig. 1) (described in detail in ref. 10). The training strategy endorsed comparative advantages of the decentralized model of health planning, i.e. familiarity

with local specificities, better recognition of the local needs, and awareness of the availability of resources (14,15). The training opened direct communication between the interested parties (the community, professionals, and politicians), which eased negotiations and agreement on priorities (12). This phase results were the County health profile and the framework for the County health plan (Outcomes, Fig. 1), both developed by the county health teams.

Follow-up – Post training period

The most frequently chosen county priorities (during the first phase) were addressed jointly in the follow-up (post training) period through thematic multicounty

working groups on the following: breast cancer screening, quality of health care services (TQM workshops), cardiovascular diseases, etc., or through applied (multi country) research (16), such as the needs of the elderly living alone in remote rural areas (17,18), or the causes and consequences of early drinking in youth (19-21) (Fig. 1).

The first Program assessment was undertaken in 2006 with twelve counties that finished the first phase of training (12).

Second training phase

The second set of training modules had a similar training structure as the first one. During the six-month period, the county health teams attended the set of four training modules (extended weekend intensive training) combined with “homework” in-between (Input, Fig. 1). The training curriculum was developed as a blend of recognized business management tools (vision, mission, management of change, strategies and aims, business plan development) and public health theory and practice (advocating, alliance building, managing networks and inter-organizational collaboration, implementation and monitoring of change). The training aims were to build the counties’ implementation skills (Plan for implementation of the County health plan), facilitate networking among sectors and levels of governance, develop synergy among them, and support institutionalization of change.

Follow-up – Post training period

Counties that did not participate in the second set of training modules for different reasons, were welcomed to join the post training (follow-up) period (2009 to 2012), during which, through coordinators’ meetings, expert panels, joint research and thematic workshops (three to four per year), new emerging topics such as palliative care and family health (early years, visiting nurse intervention, postpartum depression, single parent family support) were addressed.

The second Program assessment was conducted in November 2012 through four regional evaluation workshops that gathered 13 counties enrolled in the Program from 2002 to 2008.

Assessment instruments

In the first (2006) and second (2012) Program Assessment, the same three groups of instruments were used:

1. The Local Public Health Practice Performance Measures Instrument (performance matrix) has been developed by the Public Health Practice Pro-

gram Office of the U.S. CDC (22-24). The instrument recognizes three core public health functions: assessment, policy development and assurance, and ten practices associated with them. The ten practices, supported by 29 associated indicators, were used to measure the effectiveness of the local public health practices. The School faculty translated the instrument into Croatian in 1999 and adapted it to Croatian context (10,12). The Croatian version of the instrument also allowed for commenting and describing the existing practices, i.e., whether or not they exist, and if they exist, whether they are satisfactory or not, who is doing or should be doing what, etc.) (12). The performance matrix was applied as the self-reporting instrument, filled out by the county health teams on three occasions, i.e. at the beginning of the modular training to assess existing (“0 point”) public health practices (DN, VZ and IS in March 2002, BB, VS and KZ in October 2002, OB, PG and ZG in February 2003, SM, SD and VP in September 2003, LS, ME and BP in April 2004, SK, ZD and PS in January 2007, and KK and KA in September 2008), at the evaluation workshop in 2006, and at the evaluation workshop in 2012. Non-existing public health practices were scored 0; existing but unsatisfactory practice were scored 1; whereas satisfactory practice were scored 2.

Changes in core public health functions and practices associated with them (“0 point” and 2012) were tested by Student’s T-test (paired).

2. The procedure Chart lists 49 procedures in chronological order, as they had to be carried out by county health teams: 24 procedures from the first and 25 from the second Program phase. Procedure chart as the self-reporting instrument was filled out by county health teams at the evaluation workshop in 2012. County teams were asked, in advance, to provide evidence for every procedure they indicate as performed. This enabled academic tutors to assess group results. The Chart assessed each county team’s progress in general and in specific areas: (a) the application of newly gained knowledge, i.e. methods (procedure No. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 19, 20, 26, 28, 29, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42 and 47); (b) development of new products (procedure No. 11, 12, 15, 16, 21, 22, 24, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 43, 45 and 46); and (c) establishment of local project legitimacy (procedure No. 3, 9, 10, 13, 14, 17, 18, 23, 25, 27, 44 and 48) (Table 1).

Table 1

Procedures listed in chronological order (time line) during the „Health-Plan for It“ County Public Health Capacity Building Program in Croatia, source of evidence if they were completed or not by the 2012, number of Counties that performed each procedure and type of procedure (Methods, Products, Legitimacy)

Procedure No	Procedure in chronological order	Source of evidence if they were completed	No. of counties preferred them	Type of procedure: Methods/Products/Legitimacy	
1	Participatory health needs assessment conducted	county health profile	13/13	M	The first training phase 2002 – 2008
2	Data used from routine health statistic, other information sources, equally qualitative and quantitative data	county health profile	13/13	M	
3	Project presented to general public at the beginning	newspaper clips, articles, radio / audio – video tapes	13/13	L	
4	Key stakeholders gathered and consulted through consensus conference	transcript from the consensus conference, press clippings	13/13	M	
5	Public health priorities chosen through the process of wider consultation (local politicians, professional groups, NGO-s)	county health profile	13/13	M	
6	Local experts panel convened around priorities (problem) analysis	county health profile, strategic framework of the county health plan	13/13	M	
7	Policies and programs to address priorities developed (clear program vision)	county health profile, strategic framework of the county health plan	13/13	M	
8	Implementation of agreed activities	progress reports	12/13	M	
9	Project legitimacy established – team members and coordinator formally appointed by the council	official letter	13/13	L	
10	Project articulated and formally (by the county officials) presented to the public	newspaper clips, articles, radio audio – video tapes	13/13	L	
11	County health profile completed as publication	paper copy of the county health plan	13/13	P	
12	Strategic framework of the county health plan completed as publication	paper copy of the strategic framework of the county health plan	13/13	P	
13	Key project documents (profile and strategic framework) accepted by the county government	official letter, transcript, minutes from the meeting	13/13	L	
14	Key project documents accepted by county council	official letter, transcript, minutes from the meeting	13/13	L	
15	Long-term health plan developed	paper copy of the long-term county health plan	7/13	P	Follow-up Applied research 2004 – 2008
16	Short-term health plans developed	paper copy of the short-term (yearly) county health plans	9/13	P	
17	County health plan accepted by the county government	official letter, transcript, minutes from the meetings	8/13	L	
18	County health plan accepted by the county council	official letter, transcript, minutes from the meetings	9/13	L	
19	Implementation partners gathered and well informed about the project aims (have a clear “big” picture)	transcript, minutes from the meetings, press clipping	9/13	M	
20	Implementation partners, specially trained in order to better perform their part	copy of training materials, press clipping	8/13	M	
21	Resources (county budget) allocated to the chosen priority activities	copy of the county budget for the fiscal year	8/13	P	
22	Yearly monitoring and evaluation in place	report, minutes from the meeting	4/13	P	
23	Yearly progress report to the county council	paper copy of the progress report	4/13	L	
24	Project integrated into the everyday routine of the county department of health and social welfare	paper copy of the department of health and social welfare program of work	7/13	P	
25	Project legitimacy in implementation phase established – team members and coordinator formally appointed by the county government	official letter	8/13	L	
26	Regular county health team meetings (minim. 6 times yearly)	minutes from the meetings	5/13	M	
27	Established local expert panels around priorities (members appointed)	official letter, transcript, minutes from the meetings	7/13	L	
28	Regular priority (thematic) groups meetings (minim.4 times yearly)	minutes from the meetings	4/13	M	
29	Priority (thematic) sub groups established and functional	minutes from the meetings	3/13	M	The second training phase 2008 – 2012
30	Yearly implementation plan accepted by health team	paper copy of the yearly implementation plan	3/13	P	
31	Yearly implementation plan assessed by health team	minutes from the meetings	3/13	P	
32	Accountability mechanisms in place (rewards and sanctions)	minutes from the meetings	3/13	P	
33	Regular training and education of the county health team members	copy of training materials, reports	4/13	M	
34	County resources inventory completed	copy of resources inventory	5/13	P	

35	Implementation partners determined as well as models of cooperation	minutes from the meeting	6/13	P	
36	Partnership conference convened (take place)	newspaper clips, articles, radio audio – video tapes	5/13	P	
37	Cooperation with key implementation partners formalized	copy of signed cooperation agreements	5/13	M	
38	Defined project vision and mission	plan for implementation of the County health plan	6/13	M	
39	Business policy articulated	plan for implementation of the County health plan	6/13	M	
40	Strategic aims defined and translated into operational targets	plan for implementation of the County health plan	6/13	M	
41	Road map developed	plan for implementation of the County health plan	6/13	M	
42	Implementation monitoring mechanisms in place	plan for implementation of the County health plan	6/13	M	
43	Business plan developed (Plan for implementation of the County health plan)	plan for implementation of the County health plan	6/13	P	
44	Satisfying projects public visibility	newspaper clips, articles, radio audio – video tapes	5/13	L	
45	Assured project sustainability (financial, administrative and professional support, partners etc.)	paper copy of the department of health and social welfare program of work	5/13	P	
46	County health plan implemented	report, minutes from the meeting	6/13	P	
47	Evaluation of implementation (closed first planning circle)	report, minutes from the meeting	2/13	M	
48	Results presented to the public through Conference	report, newspaper clips, articles, radio audio – video tapes	2/13	L	
49	New planning circle open – new priorities selected	report, newspaper clips, articles, radio audio – video tapes	1/13	M	Follow-up Applied research 2008 – 2012

3. Tutorial notes for each county team were created from the written material collected during the Program, and they included county documentation (memorandums, appointments, meeting notes, publications, press clippings, and county assembly reports), and visual or written material produced by county teams (questionnaires, power point presentations, and written documents). County files were assembled with minutes from the meetings and tutor observations. Content analysis of the collected material was performed by the Faculty and the results were used to verify the results obtained by the previous two self-assessment methods.

To enhance collected data credibility, data triangulation (numerical and textual), methodological triangulation (performance matrix, procedure chart, and tutorial note analysis), and investigator triangulation (different academic background) were performed according to Patton's methods (25,26).

RESULTS

Data collection – evaluation workshop

The second evaluation workshop was held on November 5, 2012, for Slavonian region counties, in the town of Vinkovci, where two (VS and BP) county health teams were present. The evaluation workshop for the Dalmatian region counties was held in Biograd n/m on November 15, 2012 with three county health teams present (SK, ZD and DN). Two western Croatia counties (IS and PG) health teams gathered in Opatija

on November 22, 2012, and five northern and central Croatian counties assembled in Zagreb on November 29, 2012 (ME, KZ, BB, KK, KA and ZG) for the evaluation workshop. Data on seven counties (OB, PS, VP, SD, LS, SM and VA) that did not participate in the second program assessment are not included in the analysis.

Thirteen county teams differed in the number of team members that took part in the evaluation workshops (72 participants), half of the teams were almost complete in number, whereas half were reduced to 2-5 members.

Results of evaluation are presented as changes in core public health functions and skills acquired.

Changes in core public health functions

Changes in core public health functions were evaluated by applying the Local Public Health Practice Performance Measures Instrument, performance matrix (Table 2, Fig. 2). All three core public health functions (assessment, policy development and assurance), as well as their total score showed statistical significance in change (Table 2). The scores in any of the 13 counties performance matrix were higher in 2012 than at the “0 point” when they entered training (Fig. 2). All counties showed improvement in assessment and policy development functions, while assurance function was improved mainly in the six counties that attended the second set of training modules (Fig. 2).

Table 2
Core public health functions (CPF) by county and measurements

Name of the County	First measurement			Second measurement			First measurement	Second measurement	Changes			
	CPF1	CPF2	CPF3	CPF1	CPF2	CPF3			CPF1+CPF2+CPF3	CPF1+CPF2+CPF3	CPF1	CPF2
Dubrovnik-Neretva	2	2	2	4	2	3	6	9	3	2	0	1
Istria	4	4	5	6	6	5	13	17	4	2	2	0
Bjelovar-Bilogora	2	1	1	4	3	4	4	11	7	2	2	3
Krapina-Zagorje	3	1	3	4	6	6	7	16	9	1	5	3
Vukovar-Srijem	2	1	3	4	3	8	6	15	9	2	2	5
Primorje-Gorski kotar	4	3	2	6	6	6	9	18	9	2	3	4
Zagreb County	3	0	2	6	6	5	5	17	12	3	6	3
Međimurje	4	2	3	4	6	6	9	16	7	0	4	3
Brod-Posavina	3	0	1	6	5	6	4	17	13	3	5	5
Šibenik-Knin	2	0	0	4	4	2	2	10	8	2	4	2
Zadar County	2	0	3	4	6	8	5	18	13	2	6	5
Karlovac County	2	1	1	5	6	7	4	18	14	3	5	6
Koprivnica-Križevci	2	1	4	3	5	1	7	9	2	1	4	-3
Mean	2.7	1.2	2.3	4.6	4.9	5.2	6.2	14.7	8.5	1.9	3.7	2.8
P*									0.000	0.000	0.000	0.001

*Student T-test (paired, one-tailed) • Key: CPF 1: Assessment function, CPF 2: Policy development function, CPF 3: Assurance function

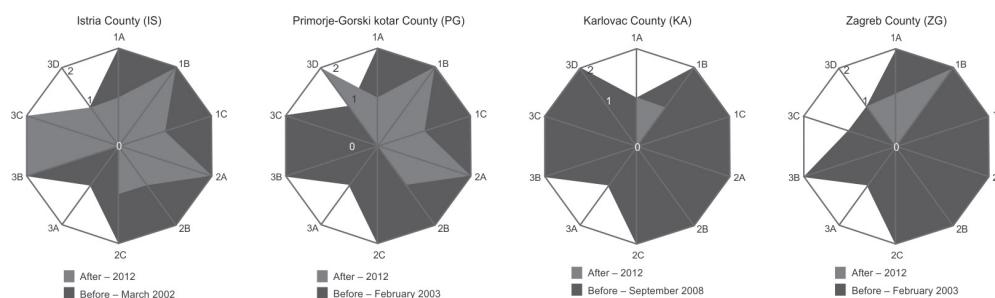
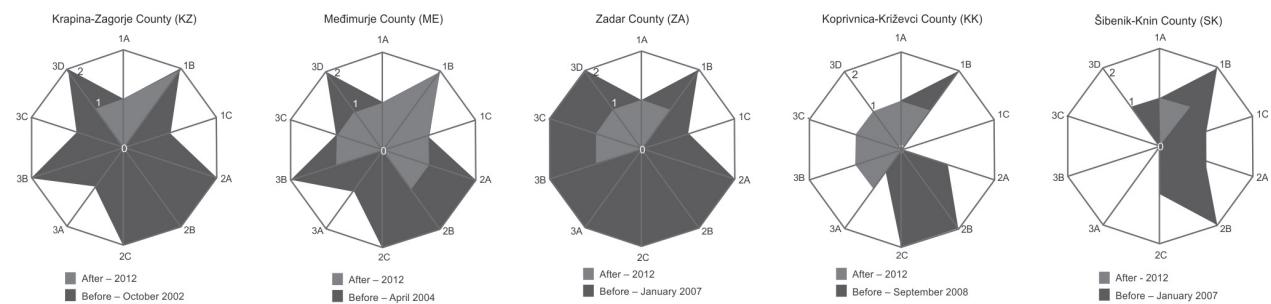
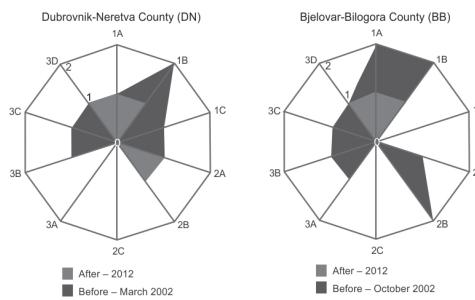
1. Radars with developed all three functions**2. Radars with develop policy and less developed assessment and assurance function**

Fig. 2. The Local Public Health Performance Measures (the performance matrix). Results of 13 county health times at the beginning of modular training (light – before) and at the end evaluation workshop in 2012 (dark – after)

3. Radars with modest development in policy function and some improvement in assessment function**Key:**

- 0 – public health practice did not exist / was not developed
- 1 – public health practice does exist but is not satisfactory
- 2 – public health practice does exist and is satisfactory

Assessment function:

1A – assessing community health needs, 1B – performing epidemiological research, 1C – analyzing the determinants of health needs.

Policy development function:

2A – building constituencies, 2B – setting priorities, 2C – developing comprehensive plans and policies.

Assurance function:

3A – managing resources, 3B – implementing or assuring programs to address priority health needs, 3C – providing evaluation and quality assurance, 3D – educating or informing the public.

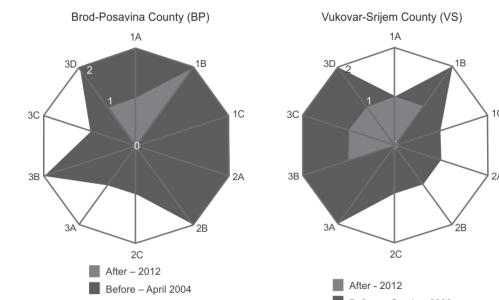
4. Unexplainable pattern

Fig. 2. - cont.

Assessment function “performing epidemiological research” was present in all counties before the training (as it is part of the County Institutes of Public Health legal obligation) but “assessing community health needs” and “analyzing the determinants of health needs” were developed through the training.

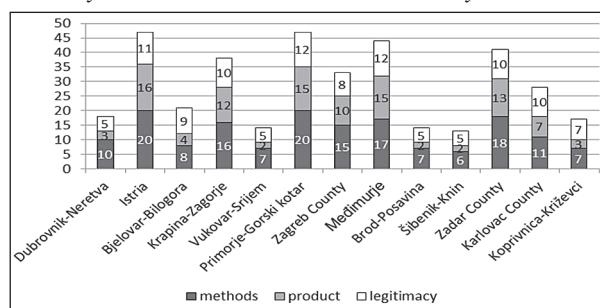
Policy development functions “building constituencies”, “setting priorities” and “developing comprehensive plans and policies” were developed during the training. The same applied to the Assurance functions “managing resources”, “implementing or assuring programs to address priority health needs”, “providing evaluation and quality assurance” and “educating or informing the public” (Fig. 2).

In combining performance matrix results (Fig. 2, radars), four different patterns of counties can be observed. The first pattern is characterized as counties with all three functions developed (IS, PG, KA and ZG). The second pattern is characterized as counties with developed policy and less developed assessment and assurance function (KZ, ME, ZD, KK and SK). The third pattern is characterized as counties with modest development in policy function and some improvement in assessment function (DN and BB). The fourth pattern is unexplainable one (BP and VS).

Skills acquired by the Procedure Chart

Skills acquired were present by the Procedure Chart. The Procedure Chart (Table 3) clearly distinguishes differences in achievements between the (six) counties that attended the second set of training modules and those that did not. The exception is the Karlovac County, one of the latest counties to enroll in the program (in 2008) that did not attend the second set of training modules.

Table 3
The procedure chart. Procedures completed by the teams from 13 Croatian counties at the end of 2012



Key: Dark grey bar: methodological improvement – procedures No: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 19, 20, 26, 28, 29, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42 and 47, Medium grey bar: development of products – procedures No: 11, 12, 15, 16, 21, 22, 24, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 43, 45 and 46, White bar: establishment of local project legitimacy – procedures No: 3, 9, 10, 13, 14, 17, 18, 23, 25, 27, 44 and 48. Numbered procedures correspond to those in Table 1

Generally, all county teams completed more procedures during the organized training than during the follow-up period (Table 1).

Tutorial notes

Tutorial notes provided information on the political context and the county teams’ composition and dynamics. Best performing county teams were those that had continuous political support over years (even if the county governors had changed, as in KZ and ME Counties), committed team leader (not necessarily with medical background, such as KA, ZG, ME and KZ Counties), and strong professional component from health and social welfare services (PG and IS Counties). Experienced and highly motivated NGO and media representatives gave an added value to their te-

ams (IS, KA, ME, ZD, VS and DN Counties) but were not recognized as the key success factor.

DISCUSSION

Like those of the first evaluation workshop in 2006 (12), the results of the second evaluation workshops in 2012 showed that the Program increased the counties' public health capacity.

The scores in each of the 13 counties' performance matrices were higher in 2012 than at the “0 point” when they entered modular training. The Procedure Charts confirm that all of them developed their own health profiles and health plans with prioritized health needs and identified actions to address them.

Combining the findings from the county teams' performance matrices (Fig. 2) and procedure charts (Table 3) with the tutorial notes, four distinct patterns have appeared, similar as in the first evaluation in 2006 (12):

- 1) the Radars that show all three functions well developed, most of the procedures accomplished and (well balanced) high performing health teams (strong political, executive and professional components), for example IS, PG, KA and ZG Counties;
- 2) the Radars that show well developed policy and slightly less developed assessment and assurance function, with most of the procedures accomplished and health teams well established with slightly dominant executive and political components (but more modest professional public health component), for example ME, KZ and ZD Counties. Similar team compositions with more modest results can be observed in the KK and SK Counties;
- 3) the Radars showing modest development in policy function with some improvements in assessment function, a modest number of procedures accomplished, and teams with a strong professional public health component and weak or non-existing executive and political components, as in the BB and DN counties; and
- 4) unexplainable patterns – discrepancy between results in performance matrix and procedure chart, as in the VS and BP Counties. These county health teams overrated their achievements on the priority matrix but were not able to support them with evidence on the procedure chart.

The time of entering the Program – the early (2002) or later stage (2008), did not make difference (27). Although the ZD and KA Counties are from the group trained later (2007-2008), their performance matrix demonstrated much better achievements than the per-

formance matrices of some counties trained earlier, such as the BB or DN County.

Differences in individual county achievements can be explained through tutorial notes and observations – the political context and the county health team composition and dynamics – stability of political support at the county level, commitment and personality of team leader (usually head of county department of health and social welfare) and commitment and skills of public health professionals (county Institutes of Public Health).

Between 2002 and 2012, Croatia went through a turbulent period politically (three national elections with four different governments and two local elections) and economically (financial crisis), which all had an impact on the Program and local projects. However, the best performing counties (IS and PG), with committed and well composed county health teams (strong political, executive, professional and NGO components) that were extended over years and presently involve dozens of people working in several priority groups, with sustained political support over years (county governor, county council) have reached the tutors' ultimate goal – have shown the ability to plan for health and implement services tailored to the local health needs (self-funded, above the national standard), close the planning cycle, perform evaluation and continue with the next planning cycle (need assessment, selection of priorities, etc.) by themselves, without additional trainer support.

Other counties that attended the second set of training modules (ME, KZ, ZG and ZA Counties) are heading in the same direction – showing the ability to accept new methods of work and deliver the new products required. Karlovac County, one of the last counties enrolled in the Program (2008), achieved much better results than “older” counties, showing that the time spent in the Program is not a key factor contributing to local project success, but political stability and team composition are.

A serious limitation of the Program is its political vulnerability. Changes in national and regional leadership, changes in regulation, fiscal policy and recession had an impact on local team performance and the Program in general. Counties whose political leadership (county governors) changed over years once or twice (for example, DN, BB, BP, VS and KK Counties) or which had weak support from the executive component (newly appointed or uninterested heads of county departments for health and social welfare, e.g., DN, BB, BP and VS Counties) were disadvantaged over time. For example, the DN County had better results in the 2006 evaluation (12) than in 2012.

Many “anchoring” mechanisms were built into the Program to “safeguard” local project stability such as the following: assurance of stakeholder ownership (team composition and active involvement in the health planning process – need assessment, priority selection, intervention planning), project legitimacy building (all developed health documents were accepted by the county assembly), public visibility (a media representative as member of the county health team) and accountability (yearly reporting on project achievements, five-year consensus conferences with selection of new priorities, publicly available information on strategic health documents and implementation progress on the counties’ official web pages). This mechanism helped the best performing counties adopt their health planning cycle as their operational routine, but other counties struggled with project survival. This growing difference in project achievement among the counties also represents a challenge to the Program.

Other limitations of this study are the instruments that were selected to measure progress at the beginning of the Program. On literature review, the authors did not come across similar instruments that were used by other authors. Other measuring instruments that might be better had been developed later (28,29). The Local Public Health Practice Performance Measures Instrument and the procedure chart are the self-reporting instruments filled out by the county teams, which may underrate or overrate achievements on the performance matrix (that can explain results presented in Table 2, e.g., lower sense of achievement among members of IS and KK county teams and overrated achievements of VK and SB county teams on 2012 evaluation workshop). The advantage of the procedure chart is that it requires justification (written evidence) of procedures and supported by tutorial notes can help in detecting inconsistencies, i.e. may compensate for recognized instrument shortcomings.

Different levels of achievement due to “institutional or personal capacity to change”, reported by other authors (1,28,30,31), is in line with our findings that individual county success in the Program depended on team composition and level of (regional) political stability.

In this paper, the effectiveness of the overall decentralization process in Croatia was not analyzed. There is a need, in the future, to study the interplay between central and regional government (decision space), and assess the impact of decentralization on the provision of primary and secondary level health services (1,5,30).

Despite its limitations, the *Health-Plan for It* Program, as an innovative approach to regional level administration capacity building, is able to highlight the benefits of long standing cooperation between the academic

community and local and national government. In case of Croatia, it paved the way towards decentralization and helped in translational public health research development.

The counties’ capacity for change differs and the Program was not equally efficient for all of them. In order to gain better understanding of all the objective or subjective constraints on local project development, we will widen the spectrum of instruments and methods we currently use in analysis (30,31) and present them in the next paper.

The Program is still operational, it is continuing through the Croatian Healthy Cities Network activities, supporting acquisition of new knowledge and skills in the fifteen member counties, especially in relation to evidence informed policy making, monitoring and evaluation.

CONCLUSION

The *Health-Plan for It* Program had positive impact on counties’ capacity to plan for health and implement services based on locally recognized health needs. The Program showed improvement of all core public health functions in all counties. Assurance function showed generally higher change in counties that passed both sets of modules.

A serious limitation of the Program is its political vulnerability. The counties’ capacity for change differs and the Program was not equally efficient in all of them. Differences in achievements among the counties can be explained through stability of political support at the county level, team composition, and commitment of the team leader. Changes in national leadership, changes in regulation, fiscal policy and recession had an impact on local team performance and the Program in general.

ACKNOWLEDGMENT

Since its beginning, the Program has been supported by several ministries in Croatia, as well as by local county governments and administration. The training program has received numerous program awards from the CDC, including Global Health Program of Distinction Award on January 16, 2013 during the SMDP 20th Anniversary Celebration. The program has been recognized for its extraordinary accomplishments of institutionalizing evidence-based health planning at the local, district, national and regional levels.

The authors wish to thank all members of the county health teams and their academic tutors for their enthusiasm and hard work.

R E F E R E N C E S

1. Bossert T. Analyzing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1513-27. PMID:9823047
2. De Vries M. The rise and fall of decentralization: a comparative analysis of arguments and practices in European countries. *Eur J Polit Res* 2000;38:193-224. doi:10.1111/1475-6765.00532
3. Mosca I. Is decentralization the real solution? A three-country study. *Health Policy* 2006; 77: 113-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.07.011>
4. Niessen LW, Grijseels EW, Rutten FF. The evidence-based approach in health policy and health care delivery. *Soc Sci Med* 2000; 51(6):859-69. Review. PMID: 10972430
5. Ciccone DK, Vian T, Maurer L, Bradly EH. Linking governance mechanisms to health outcomes: a review of the literature in low- and middle-income countries. *Soc Sci Med* 2014; 117: 86-95. DOI:10.1016/j.socscimed.2014.07.010. PMID: 25054281.
6. Šarić M, Rodwin VG. The once and future health system in the former Yugoslavia: myths and realities. *J Public Health Policy* 1993; 14: 220-3. PMID: 8408611
7. Hebrang A. Reorganization of the Croatian health care system. *Croat Med J* 1994; 35: 130-6.
8. Džakula A, Orešković S, Brborović O, Vončina L. Decentralization and healthcare reform in Croatia 1980-2002. In: Shakarishvili E, ed. *Decentralization in Healthcare – Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s*. Budapest: Local Government and Public Service Reform Initiative and Open Society Institute; 2005,133-73.
9. Džakula A, Šogorić S, Vončina L. Decentralization in Croatia's health system. In: Bartlett W, Božikov J, Rechel B, ed. *Health Reforms in South East Europe*. Basingstoke (UK): Palgrave Macmillan; 2012,64-75.
10. Šogorić S, Vukušić Rukavina T, Brborović O, Vlahušić A, Žganec N, Orešković S. Counties selecting public health priorities – a “bottom-up” approach (Croatian experience). *Coll Antropol* 2005; 29: 111-9. PMID: 16117308
11. Šogorić S. Planning for health in the 21st century? Community *versus* (supra)national health promotion policy. In: Horst N, Kahr-Gottlieb D, eds. *Promoting the Public's Health*. EUPHA 2005 Conference Book. Gamburg: Health Promotion Publications, 2006, 107-12.
12. Šogorić S, Džakula A, Rukavina TV, et al. Evaluation of Croatian model of polycentric health planning and decision making. *Health Policy* 2009; 89: 271-8. PMID: 18678435. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.05.015.
13. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08). Zakon o zdravstvenoj zaštiti (procjišćeni tekst) (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 , 154/14, 70/16). (in Croatian)
14. Torić M, Čale-Mratović M, Džono Boban A, Lakić M, Grgurović M. Istraživanje zdravstvenih potreba i prioriteta Dubrovačko-neretvanske županije (metodološki sažetak). In: Vuletić S, ed. *Qualia javnog zdravstva*, Zagreb: Medicinska naklada, 2013,81-82. (in Croatian)
15. Kutnjak Kiš R, Najman Hižman E. Kvalitativno istraživanje zdravstvenih potreba stanovnika Međimurske županije u procesu izrade županijske slike zdravlja te odabira prioriteta i izrade strateškog okvira županijskog Plana za zdravlje 2004. godine. In: Vuletić S, ed. *Qualia javnog zdravstva*, Zagreb: Medicinska naklada, 2013, 45-56. (in Croatian)
16. Šogorić S, Vukušić Rukavina T, Džakula A, Brborović O. Qualitative naturalistic approach – transition of paradigms and public health practices. In: Kovačić L, Zalatel Kragelj Lj, eds. *Management in Health Practice* Zagreb: Hans Jacobs Publishing Company, 2008, 275-85.
17. Lazarić-Zec D, Grozić-Živolić S, Grah Ciliga E, et al. Zdravstvene potrebe starijih osoba koje žive s odraslim nesamostalnim djetetom na Bužeštini (brdsko-planinsko granično područje). In: Vuletić S, ed. *Qualia javnog zdravstva*, Zagreb: Medicinska naklada, 2013, 37-44. (in Croatian)
18. Mašanović M. Kvalitativno istraživanje o zdravstvenim i socijalnim potrebama starijih samih osoba u Dubrovačkom primorju. In: Vuletić S, ed. *Qualia javnog zdravstva*, Zagreb: Medicinska naklada, 2013, 87-95. (in Croatian)
19. Džono Boban A, Čale Mratović M. Primjena kvalitativne metode istraživanja u javnozdravstvenom pristupu ranog pijenja alkohola među djecom i mladima u Dubrovačko-neretvanskoj županiji. In: Vuletić S, ed. *Qualia javnog zdravstva*, Zagreb: Medicinska naklada, 2013, 73-80. (in Croatian)
20. Škrsgatić M, Mesić M. Program primarne prevencije “Trening životnih vještina”. In: Vuletić S, ed. *Qualia javnog zdravstva*, Zagreb: Medicinska naklada, 2013, 101-24. (in Croatian)
21. Uvodić Đurić D. Mladi i alkohol – prikaz rezultata kvalitativnog istraživanja pijenja alkohola među djecom i mladima Međimurske županije. In: Vuletić S, ed. *Qualia javnog zdravstva*. Zagreb: Medicinska naklada, 2013, 57-72. (in Croatian)
22. Miller CA, Moore KS, Richards TB, McKaig CA. Screening survey to assess local public health performance. *Public Health Rep* 1994; 109: 659-64. PMID: 7938387
23. Handler AS, Turnock BJ, Hall W, et al. A strategy for measuring local public health practice. *Am J Prev Med* 1995; 11(Suppl 2): 29-35. PMID: 8776139
24. Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM, et al. Assessing public health practice: application of 10 core function measures of community health in six states. *AJPM* 1995; 11(Suppl 2): 36-40. PMID: 8776140
25. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res* 1999; 34: 1189-208. PMID: 10591279

26. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. London: SAGE; 1990.
27. Šogorić S, Džakula A, Polašek O, Grozić-Živolić S, Lang S. Decentralizacija i kako je provesti – revolucionski ili evolucijski? Acta Med Croatica 2010; 64: 335-40. PMID: 21692256 (in Croatian)
28. Hutchinson PL, LaFond AK. Monitoring and Evaluation of Decentralization Reforms in Developing Country Health Sectors. The Partners for Health Reformplus Project. Bethesda: Abt Associates Inc.; 2004.
29. Martin-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E, Kluge H. Defining and assessing public health functions: a global analysis. Annu Rev Public Health 2016; 37: 335-55. PMID: 26789385. doi: 10.1146/annurevpublhealth-032315-021429.
30. Bossert TJ, Mitchell AD. Health sector decentralization and local decision-making: decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. Soc Sci Med 2011; 72: 39-48. PMID: 21134705. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.10.019. Epub 2010 Nov 11. PMID: 21134705.
31. Jalal M, North N, Ashton T. Decentralisation of health services in Fiji: a decision space analysis. Int J Health Policy Manag 2016; 5: 173-81. PMCID: PMC4770923. doi: 10.15171/ijhpm.2015.199

S A Ž E T A K

ZNAČENJE PROGRAMA “RUKOVOĐENJE I UPRAVLJANJE ZA ZDRAVLJE” U JAČANJU JAVNOZDRAVSTVENE I UPRAVNE KOMPETENCIJE HRVATSKIH ŽUPANIJA – DVANAEST GODINA POSLIJE

S. ŠOGORIĆ, S. VULETIĆ, J. KERN i A. DŽAKULA

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

Cilj ovoga istraživanja bio je ocijeniti vrijednost učinaka Programa “Rukovođenje i upravljanje za zdravljje” na sposobnost hrvatskih županija da planiraju za zdravljte te implementiraju programe temeljene na lokalno prepoznatim zdravstvenim potrebama u podizanju javnozdravstvene i upravne kompetencije hrvatskih županija dvanaest godina nakon pokretanja toga Programa. U razdoblju od 2002. do 2008. godine svih dvadeset županijskih timova za zdravljte provedeno je kroz prvi set edukacijskih modula. Prva evaluacija Programa napravljena je 2006. godine. Temeljem rezultata evaluacije izrađen je drugi set edukacijskih modula kroz koji je, u razdoblju od 2008. do 2009. godine provedeno šest županijskih timova. U drugoj evaluaciji Programa održanoj 2012. godine primjenjena su tri evaluacijska instrumenta: Matrica temeljnih funkcija javnog zdravstva (*Local Public Health Practice Performance Measures Instrument*) i hodogram aktivnosti županijskih timova (*Procedure Chart*) kao instrumenti za samoprocjenu te zabilješke/zapažanja mentora sa Škole narodnog zdravlja “Andrija Štampar”. Rezultati timova za zdravljte trinaest županijskih timova, sudionika u drugom krugu evaluacije u 2012. godini bolji su u usporedbi s njihovim početnim stanjem (*0-point*). Promjene u rezultatima pokazuju statistički značajnu razliku kako u ukupnom zbroju (sve tri temeljne funkcije zajedno) tako i za svaku funkciju pojedinačno (procjena stanja, oblikovanje zdravstvene politike, osiguravanje resursa). Sve su županije pokazale napredak u funkciji procjene stanja i oblikovanja zdravstvene politike. Funkcija osiguravanja sredstava bila je unaprijeđena kod županija sudionica u drugom setu edukacijskih modula. Hodogrami aktivnosti županijskih timova pokazali su da su sve županije (sudionice u evaluaciji) izradile Županijske slike zdravljia i Planove za zdravljte s jasno definiranim prioritetima i aktivnostima kojima ih namjeravaju rješiti. Rezultati evaluacije provedene 2012. godine, kao i rezultati evaluacije iz 2006. pokazuju da su Programom unaprijeđene javnozdravstvene kompetencije županija. Dvije županije uključene u Program tek 2007./2008. godine postigle su bolje rezultate od „starih“ (ranije uključenih) županija te time pokazale da vrijeme provedeno u programu nije ključni čimbenik uspješnosti projekta lokalno. Razlika u postignućima može se pripisati „institucionalnom ili osobnom kapacitetu za promjenu“ o kojem izvještavaju i drugi autori. Ovdje prikazani rezultati ukazuju na to da je razlika u postignućima u Programu među županijskim timovima bila uvjetovana sastavom tima i političkom stabilnosti lokalno. Programom su unaprijeđene sve temeljne javnozdravstvene funkcije u županijama sudionicama Programa. Funkciju osiguravanja sredstava najviše su unaprijedile županije uključene u oba seta edukacijskih modula. Županije imaju različit kapacitet za uvođenje promjene pa sudjelovanje u Programu nije kod svih polučilo jednak dobre rezultate. Razlike u razini postignuća između županija moguće je objasniti postojanjem (ili odsustvom) kontinuirane političke potpore na županijskoj razini, sastavom tima i preданošću njegovog voditelja.

Ključne riječi: županije, jačanje javnozdravstvenih kompetencija, decentralizacija

JAVNOZDRAVSTVENA INTERVENCIJA ZA POVEĆANJE OBUHVATA ŽENA MAMOGRAFSKIM PREGLEDOM U SKLOPU NACIONALNOG PROGRAMA RANO OTKRIVANJA RAKA DOJKE

JASMINA KOVAČEVIĆ, VESNA JUREŠA¹, VERA MUSIL¹ i DEJVID ZOMBORI¹

Zavod za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije, Požega i ¹Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Katedra za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite, Zagreb, Hrvatska

Cilj rada bio je procijeniti učinak javnozdravstvene intervencije kućnog posjeta studenata medicine na obuhvat mamografskim pregledom žena uključenih u Nacionalni program (NP) ranog otkrivanja raka dojke. **Metode:** Uzorak za intervenciju bile su žene s odabranih urbanih i ruralnih područja Požeško-slavonske županije, koje se nisu odazvale na poziv za mamografiju (N=1208). Intervenciju kućnim posjetima provodili su studenti medicine. **Rezultati:** U provedbi intervencije uspjelo je kontaktirati 44,0 % žena. Najčešći razlozi potpune nemogućnosti kontakta (N=206) bili su „pogrešna adresa“ (48,1 %) i „žena je odselila“ (39,3 %), a neostvarivanja kontakta (N=470) „nitko ili žena nisu bili zatečeni u kući“ (43,8 %). U skupini kontaktiranih (N=532), 49,6 % žena je pristalo na intervenciju. Sklonije sudjelovanju u intervenciji bile su žene iz ruralnih sredina (61,9 % vs. 35,9 %; p<0,001). Razlika u dobi kontaktiranih žena s intervencijom ili bez intervencije nije utvrđena. Žene koje su pristale na intervenciju su se u značajno većem broju odazvale pozivima na mamografski pregled (52 vs. 9 učinjenih mamografija; p<0,001). **Zaključak:** Intervencija u obliku kućnih posjeta značajno povećava obuhvat neodazvanih žena mamografskim pregledima u sklopu NP ranog otkrivanja raka dojke. Razloge neodaziva potrebno je još dodatno istražiti. Rezultati rada ukazuju na potrebu uvođenja modela javnozdravstvene prakse u zajednici u edukaciju liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika.

Ključne riječi: nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke, javnozdravstvena intervencija, kućni posjeti, studenti medicine

Adresa za dopisivanje: Jasmina Kovačević, dr. med.
Lermanova 10
34 000 Požega, Hrvatska
E-pošta: dr.jasminakovacevic@gmail.com

RAK DOJKE I PROBIR NA RAK DOJKE

Prema podatcima Međunarodne agencije za istraživanje raka (engl. *International Agency for Research on Cancer*, IARC) Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) (engl. *World Health Organization*, WHO), u cijelom svijetu je rak dojke najčešći rak kod žena (1). U Evropskoj uniji (EU) je 2012. godine dobro standardizirana stopa (DSS) incidencije bila 80,3/100.000, uz DSS smrtnosti 15,5/100.000. Istovremeno, u Republici Hrvatskoj (RH) uz nižu incidenciju raka dojke, 60,9/100.000 DSS, imamo viši mortalitet, 16,7/100.000 DSS (2).

Prednosti metode ranog otkrivanja raka dojke mamografskim probirom (engl. *screening*), s ciljem smanjenja smrtnosti od raka dojke prepoznate su već krajem osamdesetih godina prošloga stoljeća (3). U državama koje više od 20 godina provode organizirani probir na

rak dojke vidljivo je zaustavljanje trenda porasta smrtnosti od raka dojke te pad smrtnosti čemu doprinosi postojanje probira, ali i uspješnije i dostupnije liječenje (4). Radna skupina IARC je 2015. godine revidirala dokaze i potvrdila da postoje jasni dokazi kako sudjelovanje žena u probiru mamografskim pregledom smanjuje smrtnost od raka dojke u prosjeku za 40 % (5).

U RH se provode tri NP ranog otkrivanja raka: dojke, debelog crijeva i vrata maternice (6). Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke provodi se od 2006. godine, temeljem zaključka Vlade RH donesenoga na sjednici 26. lipnja 2006. godine. Nositelj NP ranog otkrivanja raka dojke je Ministarstvo zdravstva (MZ). Program provode županijski zavodi za javno zdravstvo (ZJZ), u kojima su imenovani koordinatori, uz koordinaciju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

(HZJZ). NP ima unaprijed definiranu strukturu i besplatan je za žene u dobi od 50 do 69 godina, koje se pozivaju na mamografiju dostavljanjem poziva putem pošte, u pisanim oblicima (7).

Ciljevi NP su smanjiti smrtnost od raka dojke za 25 % u pet godina provedbe programa, otkriti u većem udjelu rak dojke u lokaliziranom stadiju, poboljšati kvalitetu života bolesnica s rakom dojke i smanjiti troškove liječenja. Za postizanje ciljeva potreban je odaziv žena na preventivnu mamografiju od 70 % i više. Navedeni odaziv na nacionalnoj razini nije postignut u do sada završenim ciklusima provedbe programa (8-10).

Intervencije s ciljem povećanja sudjelovanja žena u NP-u

Kako su se prikupljala iskustva s provedbom NP, prikupljala su se i iskustva s intervencijama, s ciljem povećanja sudjelovanja žena u programima. Intervencije se mogu podijeliti na one koje povećavaju potražnju za probirom - intervencije s individualnim, grupnim ili populacijskim pristupom, one koje uklanjuju zapreke te one koje su usmjerene pružateljima usluga (11).

Pregledom dostupne literature, u prvim objavljenim preglednim radovima i sustavnim pregledima, navodi se tek mogućnost utjecaja kućnih posjeta na sudjelovanje u programu probira ili izostanak učinka (12,13). Sabatino i sur. su ukazali na učinkovitost edukacije osobnim kontaktom u povećanju sudjelovanja žena u programu probira (14). Camilloni i sur. su dali osvrt na učinkovitost intervencija s ciljem povećanja sudjelovanja žena u NP ranog otkrivanja raka dojke. Među intervencijama usmjerenim ženama najviše ih se odnosi na slanje podsjetnika te kombinaciju pisanih poziva, podsjetnika i telefonskog poziva neodazvanim ženama, uz heterogene rezultate u korist intervencije. Od šest intervencija osobnim kontaktom, četiri su imale značajan učinak na povećanje sudjelovanja žena, a dvije su bile bez učinka (15).

U RH sukladno Protokolu nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke, ZJZ šalju pozive ženama uključenim u NP te nakon tri mjeseca i ponovljeni poziv ženama koje se nisu odazvale. Protokolom je predviđeno da nadogradnjom informatičkog sustava liječnici opće/obiteljske medicine uz pomoć patronažne službe stupaju u kontakt s neodazvanim ženama, otkrivaju razlog neodaziva i dostavljaju ih u ZJZ, no takvi preduvjeti nisu zadovoljeni dok se provodila intervencija opisana u radu (16). Pregledom dostupne literaturu iz RH u jednom od pronađenih radova procjenjuje se učinak intervencije izabranog liječnika, dok druge aktivnosti predviđene Protokolom nisu zasebno evaluirane. Gmajnić i sur. prikazuju intervenciju osobnim kontaktom u ambulanti primarne zdravstvene zaštite i ukazuju na važnost angažmana izabranog liječnika. U

radu je prikazana značajna razlika u sudjelovanju u NP između žena koje su sudjelovale u multi-komponentnoj intervenciji koja uključuje osobni angažman izabranog liječnika, medicinske sestre i predavanje, u odnosu na kontrolnu skupinu (17). Jureša i sur. istraživali su razloge nedolaska žena na preventivnu mamografiju u Požeško-slavonskoj županiji (PSŽ), u ruralnom području. Najčešći razlog nedolaska na mamografiju bila je spriječenost dolaska na dogovoren termin (42,0 %). Ostali razlozi nedolaska bili su: „ne želi se kontrolirati“ (40,0 %), „liječi se ili kontrolira zbog bolesti dojke“ (16,0 %) i „nešto drugo“ (2,0 %). Slijedom rezultata istraživanja, intervencija osobnim kontaktom studenata medicine i žena uključenih u NP, koja uključuje edukaciju o važnosti NP, imala je potencijal utjecaja na 82,0 % neodazvanih žena (18).

Cilj rada bio je procijeniti učinak javnozdravstvene intervencije kućnog posjeta studenata medicine na obuhvat mamografskim pregledom žena uključenih u NP ranog otkrivanja raka dojke.

ISPITANICI I METODE

Ispitanici

Javnozdravstvenom intervencijom bile su obuhvaćene žene u dobi od 50 do 69 godina s područja PSŽ (Grad Požega, Grad Pleternica, Općina Brestovac), koje se nisu odazvale na najmanje jedan poziv u sklopu trećeg ciklusa NP ranog otkrivanja raka dojke. U NP ranog otkrivanja raka dojke u PSŽ je u treći ciklus provedbe bilo uključeno 11895 žena. Intervencija je provedena na području na kojem živi 6731 žena, a bile su uključene sve žene koje se nisu odazvale pozivu na mamografski pregled s odabranog područja i za koje nije bio dostupan podatak o razlogu neodaziva (N=1208).

Popisi neodazvanih žena i podatci o adresi, dobi, do sadašnjim mamografijama te odazivu na mamografiju dobiveni su iz baze podataka NP ranog otkrivanja raka dojke. Na isti način su dobiveni i podatci o broju učinjenih mamografija u kohorti žena (N=1208) nakon intervencije u trećem i četvrtom ciklusu NP (10). Kohortu žena smo pratili do listopada 2016. godine, odnosno kraja četvrtog ciklusa NP.

Svakoj potencijalnoj ispitanici dodijeljena je šifra. Povezivanje šifre i osobnih podataka omogućeno je samo odgovornim osobama ovlaštenima za rad na NP u ZJZ PSŽ. Kod povezivanja šifre i osobnih podataka provedena je dodatna kontrola. Provjereno je odgovaraju li podatci s terenskih tablica podatcima iz programa, odnosno je li zatečena žena na adresi ujedno i tražena ispitanica.

Metode

Javnozdravstvena intervencija provedena je u sklopu istraživanja odrednica neodaziva žena na mamografski pregled. Sastojala se od osobnog kontakta i informiranja neodazvanih žena, tijekom kućnih posjeta. U kućni posjeti ženama dolazili su studenti medicine. Žene su informirane o sva tri NP ranog otkrivanja raka, prema prethodno dobivenim uputama. Radi opsežnosti provedene intervencije u ovom je radu prikazana samo evaluacija intervencije vezana uz obuhvat žena mamografskim pregledima u sklopu NP ranog otkrivanja raka dojke.

U intervenciji su korišteni podaci iz baze podataka NP ranog otkrivanja raka dojke - popis kućanstava u kojima živi barem jedna neodazvana žena, bez osobnih podataka radi sukladnosti s etičkom dopusnicom za istraživanje odrednica žena. U tablice su, na terenu, na za to predviđena mjesta, studenti unosili podatke o ispitanici: ime, prezime, datum rođenja, kontakt telefon, podatci o izabranom liječniku, želi li napraviti mamografiju, želi li ispuniti anketni upitnik te posebne napomene.

Sa ženama koje su pristale sudjelovati u intervenciji, studenti su obavili intervju/intervenciju, a odgovore su unijeli u prethodno pripremljen anketni upitnik (Prilog 1).

Prilog 1

Žene uključene u intervenciju prema dostupnosti

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja
"Andrija Štampar"

Zavod za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije

Upitnik: Nacionalni programi ranog otkrivanja raka: „**Bolje sprječiti nego liječiti**“

01. Prihvata li ispitanica sudjelovanje u anketi?

- 0 ne
1 da

INTERVENCIJA

Ako je odgovor "ne" na popisu adresa upisati ime i prezime, hoće li se odazvati pozivu na mamografski pregled ili ne želi (ako doznate) ili drugo

02. Koji je najznačajniji razlog zbog kojeg ispitanica ne prihvata sudjelovanje u anketi?

- 1 nedostatak vremena
2 loša iskustva s anketarima
3 nezainteresiranost za anketu
4 nemogućnost sudjelovanja (npr. bolest, starost)
5 ostali razlozi odbijanja (upisati razlog)
6 ispitanica je umrla

ID: Broj na popisu adresa [1] **Obavezno upisati broj s popisa!**
Datum anketiranja

ISPUNJAVA SE NAKON ZAVRŠETKA ANKETE:

Podatke unosio/la (upišite ime i prezime)

POSTIGNUTI CILJEVI

- | | | |
|--|----|----|
| Cilj 1. Prihvaćen temin za mamografski pregled | Da | Ne |
| Cilj 2. Ispitanica je dobila upute za hemokult testiranje za sebe i ukućane (50-74 godine) | Da | Ne |
| Cilj 3. Ispitanica je informirana o sva tri Nacionalna programa | Da | Ne |

ANKETAROVE NAPOMENE (PRIMJEDBE, SUGESTIJE...)

OBILJEŽJA ISPITANICE

03. Bračno stanje

- 1 živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici
2 neudata
3 rastavljena
4 udovica

04. Osoba živi

- 1 sama
2 s obitelji
3 drugo (dom, institucija, sa skrbnicima...upisati)

05. Broj članova domaćinstva (uključujući ispitanicu)

06. Radni položaj

- 1 zaposlena (uključuje poljoprivrednike i obrtnike)
2 domaćica (nema osobne prihode)
3 umirovljenica

07. Školska spremna (najviša završena škola)

- 1 nezavršena osnovna škola
2 osnovna škola
3 srednja škola (trogodišnja ili četverogodišnja)
4 viša škola
5 fakultet, akademija, visoka škola
6 nepoznato

08. Kako biste procjenili materijalno stanje Vašeg domaćinstva?

- 1 mnogo je lošije od prosjeka
2 nešto je lošije od prosjeka
3 prosječno
4 bolje od prosjeka
5 značajno bolje od prosjeka

PREVENTIVNI PROGRAMI RANO OTKRIVANJA RAKA

09. Jeste li čuli za Nacionalne programe ranog otkrivanja raka (zaokružiti sve za što je čula)?

- 1 niti jedan
2 raka dojke - MAMMA
3 raka debelog crijeva - RDC
4 raka vrata maternice - RVM

Prijedite na pitanje 11.

INTERVENCIJA

Ako ispitanica ne zna za sva tri programa objasniti koji su i da će svi ukućani u odgovarajućoj dobi biti pozvani na preventivni pregled (25-74 g.)

10. Gdje ste čuli za Nacionalne programe ranog otkrivanja raka (zaokružiti sve izvore informacija)?

- 1 dobila sam poziv
2 od zdravstvenog djelatnika (liječnika, med. sestre)
3 razgovor u obitelji
4 od poznanika
5 oglas u novinama
6 čula na radiju
7 vidjela na televiziji
8 drugo (upisati)

11. Jeste li ikad čuli za...? (zaokružiti sve dane za koje je ispitanica čula)

- 1 Dan mimoza
2 Dan narcisa
3 Dan ružičaste vrpce
4 Dan plave vrpce
5 Ništa od navedenog

INTERVENCIJA

Ispitanici objasniti zašto se obilježavaju navedeni dani u Kalendaru zdravlja

Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke "MAMMA"

12. Jeste li ikad otišla na mamografiju?

- 0 ne
 1 da, u sklopu Nacionalnog prog. a) prije više od dvije godine
 b) prije manje od dvije godine (mj./god.)
 2 da, na uputnicu liječnika/ce a) prije više od dvije godine
 b) prije manje od dvije godine (mj./god.)
 3 da, privatno a) prije više od dvije godine
 b) prije manje od dvije godine (mj./god.)
 4 drugo (upisati) _____

INTERVENCIJA

Objasniti da je važno redovito odlaziti na mamografske preglede, barem jednom u dvije god. Objasniti kako funkcioniра Nacionalni program: sada se treći put pozivaju sve žene 50-69 god.

13. Koji je glavni razlog zašto se niste odazvali (zadnjem) pozivu u sklopu Nacionalnog programa?

- 0 nisam dobila poziv
 1 nije mi odgovarao ponuđeni termin
 2 bila sam na mamografiji (van programa)
 3 već sam u kontroli jer se liječim zbog bolesti dojke
 4 teško mi je organizirati prijevoz
 5 ne želim ići
 6 nešto drugo (navesti što) _____

INTERVENCIJA

Ako je odgovor:

- 0 Objasniti da će ju kontaktirati djelatnici ZJJZ
 3 Liječi li se od raka dojke? (zaokružiti) Da Ne
 Želi li se priključiti radu Kluba žena liječenih na dojci, Lige borbe protiv raka?
 4 Možete dogovoriti termin kada imate prijevoz ili se dogovoriti za termin kada ide Vaša susjeda, prijateljica... (nazovite besplatni broj 0800 30 30 34)
 5 Kratko savjetovati o većoj mogućnosti izlječenja raka dojke ako se rano otkrije, ostaviti broj besplatnog telefona za informacije ili dogovor termina
 Svim ženama koje unatrag dvije godine nisu napravile mamografiju i nisu u redovitoj kontroli zbog bolesti dojke ponuditi termin
 Prihvaćen termin (zaokružiti i upisati datum i vrijeme):
 Da: Ne

14. Hoćeće li se odazvati sljedeći put kada zaprimite poziv?

- 0 ne
 1 da

15. Što bi po Vašem mišljenju trebalo napraviti da se žene u što većem broju odazovu pozivu na mamografiju? _____**Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva (RDC)****16. Jeste li ikad napravili hemokult test kojim se može rano otkriti rak debelog crijeva?**

- 0 ne
 1 da, u sklopu Nacionalnog prog. *Prijedite na pitanje 19.*
 2 da, na uputnicu liječnika/ce
 3 da, privatno
 4 drugo (upisati) _____

INTERVENCIJA

Objasniti da se testom može otkriti jesu li pod povećanim rizikom za nastanak raka debelog crijeva i naručiti ih na dodatne pretrage.
 Objasniti kakav je to test.

17. Jeste li zaprimili poziv i testove za otkrivanje tragova krvi u stolici u sklopu Nac. Programa?

- 0 ne
 1 da

INTERVENCIJA

Pozive su trebale dobivaju sve osobe 50-74 god., u tijeku drugi ciklusa pozivanja.

18. Koji je glavni razlog zašto se niste odazvali pozivu i napravili test?

- 1 nisam imala dovoljno informacija
 2 napravila sam test (van programa); Kada (mj./god.)? _____
 3 bila sam na pregledu debelog crijeva (kolonoskopija i dr.);
 Kada (mj./god.)? _____
 4 već sam u kontroli jer se liječim zbog bolesti debelog crijeva
 5 ne želim
 6 nešto drugo (navesti što) _____

INTERVENCIJA

Ako je odgovor:

- 4 Liječi li se od raka debelog crijeva? (zaokružiti) Da Ne
 Želi li se priključiti radu udruge ILCO, Lige borbe protiv raka?
 5 Kratko savjetovati o većoj mogućnosti izlječenja raka debelog crijeva ako se rano otkrije, ostaviti broj besplatnog telefona za dodatne informacije 0800 30 30 34

Svim osobama (50-74 g.) koje nisu u redovitoj kontroli (hemokult i/ili kolonoskopija u zadnjih dvije godine) dati upute

Informirani o načinu obavljanja hemokult testa (zaokruži):

Da Ne

19. Hoćeće li se odazvati kada (ponovno) zaprimite test?

- 0 ne
 1 da

20. Što bi po Vašem mišljenju trebalo napraviti da se poveća odaziv na testiranje radi ranog otkrivanja raka debelog crijeva?**Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice (RVM)****21. Imate li svog izabranog ginekologa?**

- 0 ne
 1 da

22. Jeste li u protekle tri godine bila na ginekološkom pregledu i PAPA testu?

- 0 ne
 1 da

INTERVENCIJA

Ako je odgovor "ne", objasniti zašto je važno odlaziti redovito na ginekološke preglede

23. Jeste li zaprimili poziv za ginekološki pregled i PAPA test u sklopu Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice?

- 0 ne *Predite na pitanje 25.*
 1 da

INTERVENCIJA

Ako je odgovor "ne", objasniti da će do kraja god. pozive dobiti sve žene 25-64 g. u našoj županiji a nisu napravile PAPA test u prethodnih 3 godine.

24. Jeste li se odazvali?

- 0 ne
 1 da

25. Hoćeće li se odazvati pozivu na PAPA test kada ga (ponovno) primite?

- 0 ne
 1 da

26. Što bi po Vašem mišljenju trebalo napraviti da se žene u što većem broju odazovu pozivu na ginekološki pregled i PAPA test?**Svi Nacionalni programi****27. Hoćeće li potaknuti svoje ukućane, obitelj, prijatelje... da se odazovu pozivima na preventivne preglede u sklopu Nacionalnih programa ranog otkrivanja raka?**

- 0 ne
 1 da

Hvala Vam na sudjelovanju u anketi!

Anketa: Cilj je anketirati ženu koja se nije odazvala pozivu na mamografiju

· SES

· Broj ukućana i prema dobi broj ukućana uključenih u pojedini Nacionalni program

Za sva tri programa:

- Jesu li čuli za Nacionalne programe ranog otkrivanja raka?
- Kojim kanalima? dobili poziv, od liječnika, patronažne sestre, obitelji, poznanika, vidjeli oglas u novinama, čuli na radiju, televiziji,
- Jesu li čuli za Dan mimoza, Dan narcisa, Dan ružičaste ili plave vrpce
- Jesu li dobili poziv za nacionalni program (za sve ukućane, sva tri) da ne
- Jesu li se odazvali?
 - da
 - ne ako ne žele li novi termin za mamografiju ili test za RDC
- Hoće li se odazvati kada dobiju poziv?
- Razlozi zašto nisu?

[1] standard:

Izbaceni su svi osobni podaci; upisuju se na posebnu tablicu

Tijekom provedbe intervencije, uz anketni upitnik, studentima je bio na raspolaganju i kratki podsjetnik na najvažnije podatke o NP ranog otkrivanja raka (tijek provedbe, dotadašnji rezultati) i sažetak pripremnog seminara o provedbi javnozdravstvene intervencije.

Intervenciju su provodili prethodno educirani studenti šeste godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u sklopu nastave predmeta „Zdravlje u zajednici“. Pripremu i organizaciju terenske provedbe intervencije provodili su djelatnici ZZZ te nastavnici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, koji sudjeluju u provedbi nastave ovog predmeta. Javnozdravstvena intervencija provedena je od veljače 2013. do studenoga 2014. godine tijekom trećeg ciklusa NP i tijekom prvih šest mjeseci provedbe četvrtog ciklusa NP. Pripremni seminari su održavani u ZZZ za skupine od 20 do 25 studenata. Studenti su obilazili adrese ispitanica i nakon pristanka na razgovor i/ili anketu, zabilježili podatke u tablice i odgovore u anketni/intervencijski upitnik.

Za provedbu intervencije korišten je dio ankete gdje se uz pitanja anketarima navodi na koji način savjetovati ispitanicu sa ciljem informiranja o sva tri NP ranog otkrivanja raka te važnosti redovitog odaziva na preglede. Uz 13. pitanje navedena je intervencija sukladno odgovoru ispitanice, kako je navedeno u nastavku:

- ispitanica nije dobila poziv - objasniti da će ju kontaktirati djelatnici ZZZ;
- već je u kontroli zbog bolesti dojke - zabilježiti podatak, ako se lijeći od raka dojke upitati ju želi li se priključiti radu Kluba žena liječenih od raka na dojci;
- teško joj je organizirati prijevoz - predložiti novi termin kada ima prijevoz ili zajednički dolazak sa susjedom, ostaviti broj besplatnog telefona;

- ne želi ići - kratko savjetovati o većoj mogućnosti izlječenja raka dojke, ako se otkrije dovoljno rano i ostaviti broj besplatnog telefona;

Anketari su dobili upute o ponudi novog termina ženama koje žele obaviti mamografski pregled, zabilježbi ako su žene već obavile mamografiju te općenito o savjetovanju žena prema tome jesu li su žene obavile ili nisu obavile mamografski pregled.

Prikupljeni podatci uneseni su u bazu podataka NP nakon provjere, što je postignuto spajanjem šifre ispitanice i osobnih podataka u bazi intervencije (osobni podatci, datum rođenja).

Metode obrade podataka

Podatci su obrađeni statističkim paketom IBM SPSS ver. 23. 0 (ID:729038) na razini značajnosti $\alpha = 0,05$. Kategorialni podatci obrađeni su pomoću χ^2 -testa, a intervalni pomoću t-testa za razlike aritmetičkih sredina.

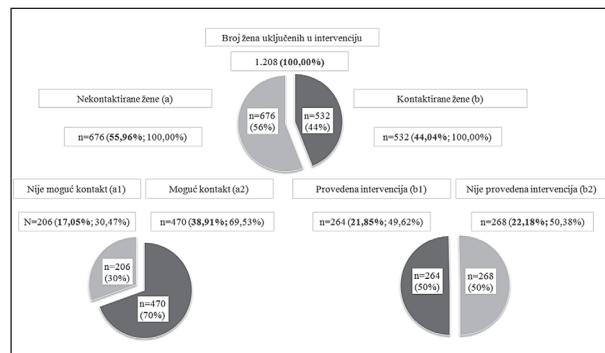
Etička načela

Obavijest za ispitanicu bila je sastavni dio upitnika. Ispitanice su dale pasivnu suglasnost za sudjelovanje u javnozdravstvenoj intervenciji. Ispitanice se izrijekom pitalo žele li sudjelovati, s naglaskom na objašnjenje da u svakom trenutku mogu odustati od sudjelovanja, bez ikakvih posljedica. Ispitanicama se objasnilo da će se rezultati ankete u sklopu istraživanja/intervencije koristiti za unaprjeđenje provedbe NP ranog otkrivanja raka. Davanje pasivne suglasnosti je odabранo jer su žene već uključene u provedbu NP ranog otkrivanja raka. Istraživanje/javnozdravstvena intervencija provedena je u skladu s Helsinski kom deklaracijom Svjetskog medicinskog udruženja i odobrena od Etičkog povjerenstva ZZZ PSŽ (broj dopusnice: 02-388/01-2014).

REZULTATI

Javnozdravstvena intervencija je provedena na području Grada Požege, Grada Pleternice i Općine Brezovac u PSŽ, na kojem živi 56,6 % od ukupno 11895 žena uključenih u NP ranog otkrivanja raka dojke u PSŽ. Intervencijom je bilo obuhvaćeno 18,0 % (N=1208) žena s odabranim područja koje se nisu odazvale pozivu na mamografski pregled i za koje nije bio dostupan podatak o razlogu neodaziva. U intervenciji je sudjelovalo više žena iz urbanih sredina (53,6 %). Ukupno je obavljeno 1223 kućnih posjeta, od kojih je 14,3 % bilo ponovljenih, ako žena u trenutku prvoga posjeta nije bila dostupna.

Nakon provedene intervencije ispitanice su podijeljene u dvije skupine: nekontaktirane (a) i kontaktirane (b) (sl. 1).



Sl. 1. Žene uključene u intervenciju prema dostupnosti

Podskupina nekontaktiranih ispitanica bile su žene s kojima nije bio mogući kontakt (a1), a najučestaliji razlozi bili su: „pogrešna adresa“ (48,1 %) i „žena je odselila“ (39,3) te „žena je umrla“ (12,6 %). U podskupini nekontaktiranih ispitanica s kojima je bio moguć kontakt (a2) najučestaliji razlozi su što nitko ili žena nisu bili zatečeni kući (43,8 %) (tablica 1). Skupina nekontaktiranih žena s kojima je bio moguć kontakt čini 38,9 % cijelog uzorka nodazvanih žena.

Tablica 1.

Razlozi nedostupnosti za žene s kojima je bio moguć kontakt

	Broj žena	%
Nitko nije kod kuće	114	24,26
Neprikladna intervencija*	107	22,77
Žena nije kod kuće	92	19,57
Adresa nije posjećena	81	17,23
Stambene zgrade**	76	16,17
Ukupno (a2)	470	100

*Obavila pregled i/ili napunila 70 godina u međuvremenu

** Isključene iz metodoloških razloga (anonimnost)

U skupini kontaktiranih ispitanica bilo je podjednako žena koje su pristale na intervenciju (b1) i žena koje su odbile intervenciju (b2) (sl. 1).

Grad Požega bez okoline i Grad Pleternica bez okoline su sukladno kriterijima Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD) označeni kao urbane sredine, dok su okoline gradova i Općina Brestovac označeni kao ruralne sredine, radi mogućnosti promatranja žena prema navedenom obilježju (19). Žene koje žive u ruralnim sredinama bile su značajno sklonije sudjelovati u intervenciji (61,9 % ruralna vs. 35,9 % urbana sredina; $p<0,001$) (tablica 2).

Tablica 2.
Broj žena iz urbanih i ruralnih područja koje su sudjelovale u intervenciji

	Ruralna sredina	%	Urbana sredina	%	Ukupno
Provredna intervencija (b1)	174	61,92	90	35,86	264
Odbijena intervencija (b2)	107	38,08	161	64,14	268
Ukupno (b)	281	100	251	100	532

$$\chi^2 (1,532)=36,031, p<0,001$$

Među kontaktiranim ženama nije bilo značajne razlike po dobi u skupinama s intervencijom i bez intervencije. Prosječna dob žena koje su pristale na intervenciju (b1) bila je $\bar{x} = 60,66 \pm 0,394$, a žena koje nisu pristale na intervenciju (b2), $\bar{x} = 60,07 \pm 0,389$ ($t_{(530)}=1,069$; $p>0,05$).

Značajno više mamografija učinjeno je u trećem ciklusu pozivanja u skupini žena uključenih u intervenciju (b1), u odnosu na one koje nisu sudjelovale u intervenciji (b2) na području gdje je provedena (52 vs. 9 učinjenih mamografija; $p<0,001$) (tablica 3). Također, značajno je više mamografija učinjeno u skupini žena uključenih u intervenciju (b1) u odnosu na skupinu žena s kojima je bio mogući kontakt (a2) (52 vs. 26 učinjenih mamografija; $p<0,0001$) (tablica 3).

Tablica 3.
Broj učinjenih mamografija u sklopu NP u trećem ciklusu nakon provedene intervencije

	Broj žena	Obavila mamografiju	%
Nekontaktirane žene (a)	Nije moguć kontakt (a1)	206	1
	Moguć kontakt (a2)	470	26
	Ukupno (a)	676	27
Kontaktirane žene (b)	Provredna intervencija (b1)	264	52
	Nije provedena intervencija (b2)	268	9
	Ukupno (b)	532	61

$$\chi^2 (1,532)=34,973, p<0,001$$

$$\chi^2 (1)=35,665, p<0,0001$$

Praćenjem kohorte kontaktiranih žena iz intervencije koje su sudjelovale u četvrtom ciklusu NP (od 532 žene sudjelovalo je 469 žena, 88,2 %) uočava se veći obuhvat mamografskim pregledom svih kontaktiranih žena (11,5 % u trećem vs. 23,7 % u četvrtom ciklusu NP) (tablice 3 i 4). Više je žena iz skupine u kojoj je provedena intervencija učinilo mamografiju u četvrtom ciklusu NP u odnosu na skupinu gdje nije provedena intervencija uz graničnu značajnost (27,2 % vs. 20,2 %; $p=0,079$) (tablica 4).

Tablica 4.

Broj učinjenih mamografija u sklopu NP u četvrtom ciklusu nakon provedene intervencije

	Broj žena	Obavila mamografiju	%
Provđena intervencija	232	63	27,16
Nije provđena intervencija	237	48	20,25
Ukupno*	469	111	23,67

$\chi^2 (1)=3,085; p=0,079$

*nisu sve kontaktirane žene iz kohorte ($N=532$) sudjelovale u četvrtom ciklusu NP, isključena su dva najstarija godišta ($N=469$)

Žene koje su sudjelovale ili nisu sudjelovale u intervenciji tijekom trećeg ciklusa provedbe nisu se značajno razlikovale po broju učinjenih mamografija u prethodnim ciklusima (59,6 %:51,4 %; $p>0,05$). Naime, 436 kontaktiranih žena (82 % ukupno kontaktiranih) sudjelovalo je u prvom i/ili drugom ciklusu NP. Među njima je 220 žena kod kojih je kasnije provedena intervencija i 216 žena koje poslije nisu sudjelovale u intervenciji.

RASPRAVA

Provđena intervencija putem kućnih posjeta studenta medicine uz informiranje i savjetovanje neodazvanih žena pokazala se uspješnom u povećanju obuhvata žena mamografskim pregledom. Rezultati provedene intervencije daju doprinos zaključcima preglednih radova, koji su utvrdili kako su kućni posjeti i individualna edukacija/informiranje učinkovite intervencije, kada je riječ o povećanju obuhvata žena mamografskim pregledima (14,15). Studija koju su proveli Seow i sur. u Singapuru, imala je sličan pristup kao i naša provedena intervencija. U trećini uzorka od 1500 neodazvanih žena za koje su bile organizirani kućni posjeti, uočena je značajna razlika u odazivu u odnosu na druge dvije skupine u kojima su korišteni samo podsjetnik ili podsjetnik i edukacijski materijali (20). Važno je naglasiti kako *Community Preventive Services Task Force* iz 2016. godine kao najučinkovitije intervencije ističe one koje kombiniraju više različitih pristupa – multikomponentne intervencije (11). Ograničavajući čimbenik provedbe intervencija osobnim kontaktom tijekom kućnih posjeta su - raspoloživi resursi. Stoga se preporučuje prednost dati drugim dokazano učinkovitim metodama, koje imaju povoljniji omjer troškova i koristi, primjerice slanje podsjetnika ili telefonski poziv (21,22).

Kao zapreka odlasku na preventivnu mamografiju najčešće se navodi život u ruralnim sredinama (23-27). U provedbi naše intervencije žene koje žive u ruralnim sredinama bile su sklonije sudjelovati u intervenciji. S

obzirom na nepovoljniji položaj žena iz ruralnih sredina, intervencija je uspješno doprila upravo do njih. Moguće je dodatno istražiti razloge ovakvih razlika te prikladnost intervencije u urbanim i ruralnim sredinama. Očekivano je da će mlađe žene biti sklonije sudjelovati u intervenciji, no nije uočena značajna razlika s obzirom na dob, između žena koje su pristale na intervenciju i onih koje su odbile sudjelovati.

Na pouzdanost učinka intervencije ukazuje i podatak o razlici u učinjenim mamografijama u skupini žena s intervencijom u odnosu na skupinu nekontaktiranih žena s kojima je bio mogući kontakt. Također, praćenjem kohorte kontaktiranih žena u ciklusu NP nakon intervencije, uočava se porast broja učinjenih mamografija bez obzira jesu li žene sudjelovale u intervenciji, što ukazuje u prilog utjecaju samog kontakta sa ženom na odlazak na mamografiju čak iako nije sudjelovala u intervenciji. Utjecaj intervencije je vidljiv i u četvrtom ciklusu NP, no razlika između žena koje jesu i koje nisu sudjelovale u intervenciji tek je granično značajna.

Istraživanjem je uočeno kako nema značajne razlike u broju učinjenih mamografija u prethodnim ciklusima pozivanja između žena koje su sudjelovale u intervenciji i onih koje su odbile intervenciju. No, očekivano je da su žene koje su pristale na intervenciju sklonije sudjelovati u NP, te da je zbog toga učinjeno više mamografskih pregleda. Navedeno je potrebno dodatno istražiti s obzirom i na druga obilježja, osim dobi i života u ruralnoj ili urbanoj sredini.

U analizi provedbe NP ranog otkrivanja raka Strnad i sur. navode kako je javnozdravstvena djelatnost u potpunosti angažirala svoja sredstva, ali i da postoji prostor za unaprjeđenje, kako bi program postigao postavljene ciljeve (28). Intervencija se pokazala uspješnom i uz značajno ograničenje s obzirom na preduvjet anonimnosti žena uključenih u istraživanje/intervenciju. Koristenjem osobnih podataka bilo bi moguće obuhvatiti veći broj žena. Moguće ograničenje provedbe ove intervencije može biti i usporedno odvijanje i drugih aktivnosti s ciljem povećanja obuhvata žena u sklopu NP, u djelatnosti javnog zdravstva, patronažne službe, liječnika obiteljske medicine i udruga civilnog sektora, koje su moguće pridonijele dijelu rezultata. Anketari su bili ispitanicama nepoznati, što je moglo biti ograničavajući čimbenik za provedbu intervencije, jer ljudi nisu skloni puštati u kuću nepoznate ljude, unatoč tome što su se anketari odmah na početku kontakta predstavili. Za unaprjeđenje intervencije moguće je razmotriti dodatnu intervenciju, primjerice patronažnih sestara u kućanstvima gdje je žena odbila razgovor sa studentima medicine obrazloženjem da u manjim sredinama, kako urbanim, tako i ruralnim, stanovništvo poznaje patronažne sestre i upoznati su s njihovim djelokrugom rada u zajednici vezano za zdravlje.

Provadena intervencija pridonijela je povećanju odaziva žena na mamografiju u sklopu NP, no zahtjeva značajne resurse, prije svega - ljudske. Samo je na terenu utrošeno preko 1000 radnih sati, a uz to još je vremena utrošeno za pripremne seminare, tehničku pripremu, kontrolu podataka s terena, unos relevantnih podataka u program i evaluaciju. Intervenciju ne bi bilo moguće provesti bez sudjelovanja studenata medicine.

Opsežnije javnozdravstvene intervencije posebice putem kućnih posjeta su teško provedive bez dodatnih sredstava. Upravo se tu ističe značenje suradnje ZJZ PSŽ i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, aktivnim sudjelovanjem studenata u provedbi javnozdravstvenih istraživanja/intervencija na terenu, što je i dobar model edukacije za buduće liječnike (18,29,30).

ZAKLJUČAK

Rezultati ovoga rada ukazuju da intervencija u obliku kućnih posjeta značajno povećava obuhvat neodazvanih žena mamografskim pregledima u sklopu NP ranog otkrivanja raka dojke, uz bolju prihvaćenost u ruralnim sredinama. Razloge neodaziva potrebno je još dodatno istražiti. Rezultati rada ukazuju na potrebu uvođenja modela javnozdravstvene prakse u zajednici u edukaciju liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika.

LITERATURA

- Forman D, Ferlay J. The global and regional burden of cancer. U: Stewart BW, Wild CP, ur. World cancer report. International Agency for Research on Cancer [elektronička publikacija] 2014; [38 stranica]. Dostupno na URL adresi: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>. Datum pristupa informaciji: 9. kolovoza 2017.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M i sur. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [elektronička publikacija]. International Agency for Research on Cancer; [5 ekrana/stranica] 2013. Dostupno na URL adresi: <http://globocan.iarc.fr>. Datum pristupa informaciji: 28. srpnja 2017.
- Shapiro S, Coleman EA, Broeders M i sur. Breast cancer screening programmes in 22 countries: current policies, administration and guidelines. *Int J Epidemiol* 1998; 27: 735-42.
- Jemal A, Center M, De Santis C, Ward E. Global Patterns of Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19: 1893-907.
- Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D i sur. Breast-Cancer Screening - Viewpoint of the IARC Working Group. International Agency for Research on Cancer. *N Engl J Med* 2015; 372: 2353-8.
- Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Programi i projekti [1 stranica] Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2017. Dostupno na URL adresi: <https://zdravlje.gov.hr/nacionalni-preventivni-programi/1760>. Datum pristupa informaciji: 18. srpnja 2015.
- Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke [12 stranica]. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2006. Dostupno na URL adresi: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Nacionalni%20program%20ranog%20otkrivanja%20raka%20dojke.pdf>. Datum pristupa informaciji: 11. kolovoza 2017.
- Šamija M, Strnad M, Ebling Z, Kovačić L, Znaor A. Prijedlog nacionalnog programa prevencije i ranog otkrivanja raka u Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatsko onkološko društvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2006.
- Šupe Parun A. Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. Hrvatski časopis za javno zdravstvo [elektronički časopis na Internetu] 2011;7(28) [4 stranice]. Dostupno na URL adresi: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/290/295>. Datum pristupa informaciji: 25. srpnja 2017.
- NPP sustav [kompjutorska aplikacija]. Verzija 1.0.6204.39606. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2017.
- Community Preventive Services Task Force. Cancer Screening: Multicomponent Interventions - Breast Cancer. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health & Human Services. 2016; [2 stranice]. Dostupno na URL adresi: <https://www.thecommunityguide.org/findings/cancer-screening-multicomponent-interventions-breast-cancer>. Datum pristupa informaciji 17. srpnja 2017.
- Jepson R, Clegg A, Forbes C, Lewis R, Sowden A. Systematic review of the determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake. *Health Technol Assess* 2000; 4: 14.
- Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Martí J, Emparanza JI. Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 1: CD002943.
- Sabatino SA, Lawrence B, Elder R i sur. Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews for The Guide to Community Preventive Services. *Community Preventive Services Task Force. Am J Prev Med* 2012; 43(1): 765-86.
- Camilloni L, Ferroni B, Cendales BJ i sur. Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13: 464.
- Protokol Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke. Zagreb, 2012.
- Gmajnić R, Beganović A, Pribić S, Muha I, Levak TM, Petrović Z. Breast cancer detection: role of family physicians. *Coll Antropol* 2014; 38 (Supl. 29): 191-4.

18. Jureša V, Kovačević J, Musil V, Majer M. Provedba nacionalnog programa ranog otkrivanja raka u ruralnom području U: Mazzi B, ur. Zbornik radova XIII. Kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora, 2013, 67-75.
19. OECD Regional Typology. Directorate for Public Governance and Territorial Development. 2011; [16 stranica]. Dostupno na URL adresi: https://www.oecd.org/gov/regional-policy/OECDRegionalTypology_Nov2012.pdf. Datum pristupa informaciji: 15. srpnja 2017.
20. Seow A, Straughan PT, Ng EH, Lee HP. A randomized trial of the use of print material and personal contact to improve mammography uptake among screening non-attenders in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 1998; 27(6): 838-42.
21. Saywell RM Jr, Champion VL, Skinner CS, McQuillen D, Martin D, Maraj M. Cost-effectiveness comparison of five interventions to increase mammography screening. *Prev Med* 1999; 29(5): 374-82.
22. Sharp DJ, Peters TJ, Bartholomew J, Shaw A. Breast screening: a randomised controlled trial in UK general practice of three interventions designed to increase uptake. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50(1): 72-6.
23. Maxwell CJ, Bancej CM, Snider J. Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey. *CMAJ* 2001; 164(3): 329-34.
24. Nguyen-Pham S, Leung J, McLaughlin D. Disparities in breast cancer stage at diagnosis in urban and rural adult women: a systematic review and meta-analysis. *Ann Epidemiol* 2014; 24(3): 228-35.
25. Coughlin SS, Leadbetter S, Richards T, Sabatino SA. Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002. *Soc Sci Med* 2008; 66(2): 260-75.
26. Jureša V, Katić M, Juriša A, Musil V, Todorović G. Obitelježja žena koje su se odazvale i koje se nisu odazvale pregledu u okviru nacionalnog programa ranog otkrivanja ca dojke. U: Mazzi B, ur. Zbornik radova VIII. Kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora, 2008, 95-106.
27. Polasek O, Kolcic I, Voncina L, Strnad M, Vuletic S, Kern J. Breast, colon, and prostate screening in the adult population of Croatia: does rural origin matter? *Rural Remote Health* 2007; 7(3): 749.
28. Strnad M, Šogorić S. Rano otkrivanje raka u Hrvatskoj. *Acta Med Croatica* 2010; 64: 461-8.
29. Jureša V, Musil V, Šošić Z, Majer M, Pavleković G. Evakuacija predmeta „Zdravlje u zajednici“ studenata medicine. *Acta Med Croatica* 2010; 64: 401-8.
30. Kovačević J, Jureša V. Aktivno sudjelovanje polaznika/ca škola i fakulteta zdravstvenog usmjerjenja u provedbi javnozdravstvenih intervencija. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* [elektronički časopis na internetu] 2013; 9(35): 182-5. [4 stranice]. Dostupno na URL adresi: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/225>. Datum pristupa informaciji: 22. kolovoza 2017.

S U M M A R Y

PUBLIC HEALTH INTERVENTION TO IMPROVE MAMMOGRAPHY COVERAGE IN NATIONAL BREAST CANCER SCREENING PROGRAM

J. KOVAČEVIĆ, V. JUREŠA¹, V. MUSIL¹ and D. ZOMBORI¹

Public Health Institute of Požega-Slavonia County, Požega and ¹University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb, Croatia

The aim of this study was to assess the effect of public health intervention on coverage of women by mammography screening within the National Breast Cancer Screening program. **Methods:** The sample included all non-respondent women from selected urban and rural areas in Požega-Slavonia County (N=1208). The intervention was conducted by medical students during home visits. After the intervention, all women were divided into two groups of non-contacted and contacted women. **Results:** The group of non-contacted women were those with whom no contact was possible (n=206). The most common reasons for not being contacted were as follows: ‘wrong address’ (48.1%) and ‘the woman moved’ (39.3%). In the group of non-contacted women with whom contact was possible (n=470), the most common reason for not being contacted was ‘no one or the woman was not at home’ (43.8%). In the group of contacted women (n=532), 49.6% of them accepted intervention. Women living in rural areas participated in the intervention more frequently than those from urban areas (61.9% vs. 35.9%; p<0.001). There was no significant age difference between the women with and without intervention. The women that responded to the intervention underwent significantly more mammography screenings in the third invitation round within the National Breast Cancer Screening program as compared with the women that refused to participate (52 vs. 9 mammography screenings; p<0.001). Additionally, the women that responded to the intervention underwent significantly more mammography screenings as compared with non-contacted women with whom contact was possible (52 vs. 26 mammography screenings; p<0.0001). **Conclusion:** The results of the study suggested that intervention in the form of home visit significantly increased the rate of mammography screening in women that did not respond to the National Breast Cancer Screening program invitation letter. Additional research is needed to determine the patterns of non-respondent women in order to develop more effective interventions to increase coverage rate. The results imply the necessity of implementing the community based education of physicians and other health professionals.

Key words: National Breast Cancer Screening program, public health intervention, home visits, medical students

SAMOPROCJENA FUNKCIONALNE SPOSOBNOSTI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

IVANA POPEK i URELIJA RODIN¹

Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije, Sisak i ¹Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

Trend demografskog starenja i produljenje životnog vijeka znači da sve više ljudi u starosti treba pomoći kako bi zadovoljili svoje svakodnevne potrebe. *Cilj, podatci i metode:* Cilj rada je utvrditi trend promjene funkcionalne sposobnosti u stanovništvu ≥ 65 godina u ranjoj, srednjoj i dubokoj starosti te utvrditi međuzupanijske razlike u prevalenciji funkcionalne onesposobljenosti temeljem dostupnih podataka prikupljenih popisima stanovništva u 2001. i 2011. godini. *Rezultati i rasprava:* Udio onesposobljenih osoba se u desetogodišnjem razdoblju povećao s 21,4 % na 46,6 %. Najveća stopa funkcionalno onesposobljenih starijih osoba na 1000 stanovnika ≥ 65 godina uzrokovana je bolestima te se povećala s 129,4/1000 na 335,5/1000. U starijoj populaciji koja se suočava s nekim oblikom poteškoća u funkcioniranju udio sasvim pokretnih, bez pomagala smanjio se s 54,4 % na 46,3 %. Najčešće teškoće koje su starijim osobama problem u svakodnevnom funkcioniranju su teškoće s kretanjem sa specifičnom stopom od 143,2/1000 stanovnika ≥ 65 godina. U svim županijama je prevalencija onesposobljenosti veća u 2011. u odnosu na 2001. godinu. *Zaključak:* Uzimajući u obzir međuzupanijske razlike planiranje intervencija potrebno je provoditi prema specifičnim lokalnim potrebama i mogućnostima, a s obzirom da se očekuje daljnji porast starijeg stanovništva potrebno je donijeti i nacionalnu strategiju zdravog starenja.

Ključne riječi: starija životna dob, funkcionalna sposobnost, kvaliteta života, unaprjeđenje zdravlja

Adresa za dopisivanje: Ivana Popek, dr. med.
Zavod za javno zdravstvo
Sisačko-moslavačke županije
Ulica kralja Tomislava 1
44 000 Sisak, Hrvatska
E-pošta: ivanna.popek@gmail.com

Rad je izrađen u Zavodu za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije

UVOD

Proces demografskog starenja je u zadnjih nekoliko desetljeća zahvatio ukupno svjetsko stanovništvo, a posebno je izražen u razvijenim zemljama svijeta. Prema klasifikaciji UN-a, dogovorena dobna granica kojom se definira starija dob je 65 i više godina (1). Prema izvještaju Svjetske banke, u 2014. godini je 8 % ukupnog stanovništva na svijetu bilo u dobi 65 i više godina (2). Projekcije pokazuju kako će do 2050. godine 21 % ukupnog svjetskog stanovništva biti osobe starije dobi, a u Evropi bi njihov udio mogao dosegnuti 28-35 % (3,4). Proces ubrzanih starenja i visoki stupanj ostarjelosti prisutan je i u Republici Hrvatskoj. Prema popisnoj 2011. godini 17,7 % ukupnog stanovništva u našoj zemlji čini populacija u dobi 65 i više godina čime se, prema klasifikaciji UN-a, Hrvatska svrstava u 4. skupinu zemalja s „vrlo starim stanovništvom“ (5,6).

Povećanje udjela starijih osoba u ukupnom stanovništvu ostavlja posljedice na zdravstvenu, ekonomsku, socijalnu, obrazovnu i gospodarsku strukturu društva (7). Kronološko produljenje trajanja života znači da sve više ljudi u starijoj životnoj dobi treba pomoći kako bi zadovoljili svoje osnovne potrebe. Stoga se postavlja pitanje kako unaprijediti njihov životni položaj i kako im pomoći da ostanu što dulje samostalni i aktivni (8).

Proces starenja manifestira se stalnim i postupnim procesom smanjenja funkcije organa i organskih sustava (9). Zbog tih promjena starije su osobe podložne kroničnim bolestima, a time i postepenom gubitku sposobnosti za samostalno funkcioniranje (10). Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje. Ako se sposobnost samostalnog funkcioniranja znatnije re-

ducira, starija osoba treba pomoći i njegu u kući (11). Pojava kroničnih nezaraznih bolesti i bolesno starenje povezano je s rizičnim čimbenicima nezdravog načina života poput tjelesne, psihičke i radne neaktivnosti, pušenja, alkoholizma, nepravilnog uzimanja lijekova, debljine, pothranjenosti, loše osobne higijene i nehigijene okoliša (10). Na sve navedene rizične čimbenike moguće je utjecati primjenom pozitivnih zdravstvenih ponašanja već u mlađoj i odrasloj životnoj dobi. Samoprocjena zdravstvenog stanja i kvalitete života danas je sastavni dio populacijskih studija o zdravlju što ukazuje na važnost subjektivnog doživljaja vlastitog zdravlja i kvalitete života (12). Analiza podataka o funkcionalnoj onesposobljenosti doprinosi praćenju zdravstvenih obilježja starijih osoba te upozorava na potrebu pomnijeg planiranja zdravstvene i socijalne skrbi. Do sada, u Hrvatskoj nije bilo komparativnih studija kojima bi se procijenio trend promjene funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba.

CILJ RADA

Cilj rada je utvrditi trend promjene funkcionalne sposobnosti u stanovništvu ≥65 godina u ranijoj, srednjoj i dubokoj starosti te utvrditi međuzupanijske razlike u prevalenciji funkcionalne onesposobljenosti temeljem dostupnih podataka prikupljenih popisima stanovništva u 2001. i 2011. godini.

PODATCI I METODE

U radu su korišteni podaci Državnog zavoda za statistiku (DZS) prikupljeni popisom stanovništva 2001. i 2011. godine. Pitanja u popisnicima su se odnosila na stupanj tjelesne pokretnosti, uzrok i vrstu teškoća. Ispitnici su ukupno stanovništvo Republike Hrvatske od 65 i više godina: 693 540 osoba u 2001. i 758 633 osobe u 2011. godini. Podatci su u oba popisa dobiveni iz izjave osoba koje su popisivačima davale podatke i temelje se na subjektivnoj procjeni ispitanika. Instrument procjene funkcionalne sposobnosti osoba ≥65 godina u odnosu na tjelesnu pokretnost (fizički status), a koji je korišten u popisu 2001. i 2011. godine, podijeljen je ovako: 1 – sasvim pokretan; 2 – ograničeno pokretan (koristi povremeno pomagalo – štap, štak ili ortopedске klupice); 3 – trajno ograničeno nepokretan (koristi trajno invalidska kolica); 4 – trajno nepokretan. Podatci o uzrocima oštećenja odnose se na bolest ili poremećaj koji je uzrokovao invalidnost i u 2011. godini klasificirani su u DZS-u u sljedeće skupine: 1 - od rođenja; 2 - Domovinski rat ili njegove posljedice; 3 – profesionalno oštećenje (profesionalna

bolest / ozljeda na radu); 4 – bolest; 5 - prometna nesreća; 6 – ostalo; 7 – nepoznato. U popisu 2011. godine koristila se gotovo jednaka klasifikacija kao i u 2001. godini. Izuzeto je pitanje o invalidnosti uzrokovane ratnim djelovanjem u Drugom svjetskom ratu, a dodana je mogućnost bilježenja različitih neklasificiranih uzroka pod rubriku „Ostalo“ te je dodano „Nepoznato“. U Popisu 2001. godine je korišten izraz „Invalid rada“ koji je u 2011. godini zamijenjen izrazom „Profesionalno oštećenje“. Podatci o vrstama teškoća prvi put su prikupljeni u okviru Popisa 2011. i klasificirani na: 1 - teškoće s vidom; 2 - teškoće sa sluhom ili govorno-glasovnom komunikacijom; 3 - teškoće s pamćenjem, koncentracijom ili sporazumijevanjem s drugima; 4 - teškoće s kretanjem (13,14). U radu su primijenjene metode deskriptivne epidemiologije.

REZULTATI

Udio stanovništva ≥65 godina se u ukupnoj hrvatskoj populaciji povećao s 15,7 % u 2001. godini na 17,7 % u 2011. godini. Apsolutni broj osoba starije dobi porastao je sa 693 540 na 758 633 ili 9,3 %. Apsolutni broj funkcionalno onesposobljenih osoba starije dobi porastao je od 148 170 na 353 247 odnosno za 138 % u odnosu na 2001. godinu. Udio funkcionalno onesposobljenih starijih osoba u ukupnom staračkom pučanstvu povećao se s 21,4 % na 46,6 %, s time da je u žena porastao s 18,7 % na 48,9 %, a u muškaraca starije dobi s 25,7 % na 42,9 %.

U tablici 1 prikazane su dobno specifične stope funkcionalne onesposobljenosti na 1000 stanovnika u tri dobne skupine: ranja starost (65-74 godina), srednja (75-84 godine) i duboka starost (≥ 85 godina). U sve tri dobne skupine stopa je porasla u 2011. u odnosu na 2001. godinu. Za raniju starost se povećala sa 197,9/1000 na 384,5/1000, za srednju starost s 237,0/1000 na 538,5/1000, a za duboku starost s 274,9/1000 na 679,3/1000.

Tablica 1.
Funkcionalna onesposobljenost osoba starije životne dobi u tri dobne skupine u 2001. i 2011. godini.

Dobne skupine	Dobno specifična stopa/1000 stanovnika	
	2001.	2011.
65-74	197,9	384,5
75-84	237,0	538,5
≥ 85	274,9	679,3

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2001. i 2011.

Tablica 2.

Uzroci funkcionalne onesposobljenosti u starijoj dobi u 2001. i 2011. godini

Uzrok funkcionalne onesposobljenosti	2001.	2011.
	stopa/1000 stanovnika ≥ 65 godina	stopa/1000 stanovnika ≥ 65 godina
Od rođenja	4,0	5,1
Drugi svjetski rat i njegove posljedice	16,9	*
Domovinski rat i njegove posljedice	2,6	6,8
Invalidi rada/profesionalno oštećenje	43,9	28,4
Bolest	129,4	335,5
Prometna nesreća	5,9	7,3

*ne postoji podatak

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2001. i 2011.

U tablici 2 prikazani su uzroci funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba. Najveća stopa funkcionalno onesposobljenih starijih osoba na 1000 stanovnika ≥ 65 godina uzrokovana je bolestima te se povećala s 129,4/1000 na 335,5/1000. Stopa onesposobljenosti na 1000 stanovnika ≥ 65 godina zbog rada i profesionalnih oštećenja pala je sa 43,9/1000 na 28,4/1000, zbog prometnih nesreća porasla s 5,9/1000 na 7,3/1000, kao posljedica Domovinskog rata porasla s 2,6/1000 na 6,8/1000 kao i zbog prirođenih mana sa 4,0/1000 na 5,1/1000. Značenje bolesti u razvoju onesposobljenosti proporcionalno raste s porastom dobi te se onesposobljenost zbog bolesti u promatranom razdoblju povećala s 58,3 % na 70,8 % osoba u ranijoj starosti, sa 61,9 % na 74,3 % osoba u srednjoj starosti i sa 73,2 % na 74,3 % osoba u dubokoj starosti.

U starijoj populaciji koja se suočava s nekim oblikom poteškoća u funkcioniranju udio sasvim pokretnih, bez pomagala, bio je 54,4 % u 2001. godini i 46,3 % u 2011. godini. Ostali su ograničeno pokretni, uz pomoć pomagala ili trajno nepokretni, što je prikazano u tablici 3. Stopa korištenja pomagala na 1000 stanovnika ≥ 65 godina se u navedenom razdoblju povećala sa 79,8/1000 na 177,6/1000, a stopa trajno nepokretnih osoba s 12,5/1000 na 17,8/1000. Rezultati pokazuju da pripadnost pojedinoj dobnoj skupini značajno utječe na fizičku pokretljivost i raste s dobi. Najmanja dobno specifična stopa trajno nepokretnih osoba je u ranoj starosti (6,3/1000 u 2001. i 6,7/1000 u 2011.), a najveća dobno specifična stopa trajno nepokretnih osoba je u dubokoj starosti (55,2/1000 u 2001. i 73,0/1000 u 2011.).

Tablica 3.

Pokretnost /fizički status kod starijih osoba u tri dobne skupine u 2011. i 2011. godini: dobno specifične stope na 1000 stanovnika

Dob (god.)	Popisna godina	Trajno ograničeno pokretan uz pomoć štapa, štaka ili hodalice	Trajno ograničeno pokretan uz pomoć invalidskih kolica	Trajno nepokretan
≥ 65	2001.	79,8	5,1	12,5
	2011.	177,6	8,4	17,8
65-74	2001.	60,6	3,5	6,3
	2011.	101,6	5,0	6,7
75-84	2001.	111,2	6,8	17,7
	2011.	244,5	10,3	22,1
≥ 85	2001.	142,8	12,8	55,2
	2011.	384,5	22,2	73,0

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2001. i 2011.

U tablici 4 su prikazane vrste teškoća u starijih osoba. Najčešća vrsta teškoće koja starijim osobama čini problem u svakodnevnom funkcioniranju su teškoće s kretanjem. Specifična stopa na 1000 stanovnika starije dobi za teškoće s kretanjem je 143,2/1000, dok za teškoće s vidom iznosi 18,7/1000, za teškoće sa sluhom i govorno-glasovnom komunikacijom 14,2/1000, za teškoće s pamćenjem, koncentracijom i sporazumijevanjem s drugima 8,5/1000. Teškoće s kretanjem se često javljaju u kombinaciji i s drugim teškoćama (vid, sluh, pamćenje).

Tablica 4.
Vrste teškoća kod starijih osoba u 2011. godini

Vrsta teškoće	Stopa/1000 stanovnika ≥ 65
Teškoće s kretanjem	143,2
Teškoće s vidom	18,7
Teškoće sa sluhom i govorno-glasovnom komunikacijom	14,2
Teškoće s pamćenjem, koncentracijom ili s sporazumijevanjem s drugima	8,5
Ostale teškoće	108,2
Teškoće s kretanjem i ostale teškoće	55,6
Teškoće s vidom i s kretanjem	33,6
Teškoće sa sluhom, govorno-glasovnom komunikacijom i teškoće s kretanjem	20,7
Teškoće s pamćenjem, koncentracijom ili s sporazumijevanjem s drugima i teškoće s kretanjem	17,2
Teškoće s vidom i ostale teškoće	14,5

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva u 2011.

U tablici 5 prikazane su međužupanijske razlike u prevalenciji funkcionalne onesposobljenosti. U 2001. godini je deset županija imalo stopu funkcionalne onesposobljenosti u starosti veću od prosjeka za Hrvatsku, dok je u 2011. godini taj broj porastao na petnaest županija. Udio onesposobljenog starijeg stanovništva povećan je u svim županijama, a najviše u Karlovačkoj i Vukovarsko-srijemskoj županiji. Međužupanijske usporedbe pokazuju da su najveći udio osoba s teškoćama u starijem stanovništvu u 2001. godini imale sljedeće županije: Požeško-slavonska (27,6 %), Krapinsko-zagorska (27,3 %) i Koprivničko-križevačka (26,3 %). U 2011. godini su ove tri županije ponovno s najvećim udjelom starijih osoba s teškoćama, samo s promjenom u rangu: taj udio bio je najveći u Koprivničko-križevačkoj (60,6 %), slijede Krapinsko-zagorska (57,6 %) i Požeško-slavonska županija (56,9 %). Najmanji udio osoba s teškoćama u starijem stanovništvu su u 2001. godini imale Vukovarsko-srijemska (17,5 %), Primorsko-goranska (17,8 %) i Istarska županija (18,1 %), a 2011. godine i dalje su s najmanjim udjelima Primorsko-goranska županija (38 %), Istarska županija (38,8 %), a na trećem mjestu je Grad Zagreb (39,5 %).

Tablica 5.

Udio funkcionalno onesposobljenih osoba u populaciji ≥ 65 godina u 2001. i 2011. godini po županijama Hrvatske

Županija	2001. (%)	2011. (%)
Zagrebačka	22,6	49,6
Krapinsko-zagorska	27,3	57,6
Sisačko-moslavačka	20,7	49,0
Karlovačka	18,5	52,0
Varaždinska	26,1	55,9
Koprivničko-križevačka	26,3	60,6
Bjelovarsko-bilogorska	22,0	55,8
Primorsko-goranska	17,7	38,0
Ličko-senjska	18,6	46,9
Virovitičko-podravska	20,2	54,7
Požeško-slavonska	27,6	56,9
Brodsko-posavska	19,9	49,0
Zadarska	20,6	45,2
Osječko-baranjska	18,2	49,2
Šibensko-kninska	22,7	49,7
Vukovarsko-srijemska	17,5	48,5
Splitsko-dalmatinska	22,7	44,1
Istarska	18,1	38,7
Dubrovačko-neretvanska	18,3	41,1
Međimurska	21,6	51,0
Grad Zagreb	23,0	39,5
Republika Hrvatska	21,4	46,6

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva u 2001. i 2011. godini.

RASPRAVA

Podatci o funkcionalnoj sposobnosti nisu dio rutinskog prikupljanja pokazatelja zdravlja. Stoga su podaci dobiveni iz dvaju popisa stanovništva vrijedan izvor za uspoređivanje trenda promjene o ovoj pojavi. Iako funkcionalna sposobnost uključuje tjelesno i psihičko funkcioniranje, ovo istraživanje je ograničeno samo na njene fizičke elemente. Povećanje broja starijih osoba s teškoćama u svakodnevnom funkcioniranju je očekivana posljedica povećanja broja osoba starije životne dobi. Međutim, zabrinjavajuće je i udvostručenje udjela starijih onesposobljenih osoba u ukupnoj staračkoj populaciji.

Percepcija zdravlja je vrijedan pokazatelj zdravstvenog stanja pučanstva i važna sastavnica kvalitete života (15). Stoga povećanje stope stanovništva koje ima teškoće u funkcioniranju, dobiveno ovim rezultatima, upućuje na sveukupno lošiju percepciju zdravlja i kvalitete života starijih osoba u 2011. godini u odnosu na 2001. godinu (10). Podatci iz dostupne literature upućuju na povezanost percepcije zdravlja i socioekonomskih parametara u starijih osoba (16). Osobe starije životne dobi suočene su s nizom problema, a pogotovo onih finansijske prirode. Taj problem posebno je naglašen u tranzicijskim zemljama (kakva je i Hrvatska) u kojima značajan broj umirovljenika ostvaruje male mirovine i teško zadovoljava svoje životne potrebe (17). Prema istraživanju iz 2011. godine najveća stopa rizika od siromaštva prisutna je upravo kod osoba od 65 i više godina i iznosi 26,5% (18). Osim smanjenih prihoda, zbog ograničene društvene aktivnosti, isključenja iz svijeta rada i slabijih kontakata s okolinom, starijim osobama prijeti osamljenost i društvena izoliranost (19). Veći rizik za pojavu teškoća i ovisnosti o drugima zbog bolesti u starosti imaju slabije obrazovane osobe (20). Prema podatcima DZS-a upravo se udio visokoobrazovanog stanovništva u Hrvatskoj smanjuje s porastom životne dobi (21).

Rezultati pokazuju spolne razlike s većim porastom udjela funkcionalne onesposobljenosti kod žena nego kod muškaraca iste dobi. Jedna od značajnih pojava u demografskom procesu starenja stanovništva je povećanje omjera žena u ukupnom broju stanovnika (21). U našoj zemlji je u obje promatrane godine broj žena u starijoj populaciji 1,6 puta veći nego muškaraca. Rezultati mnogih drugih istraživanja također pokazuju da starije žene imaju višu prevalenciju invaliditeta, lošiji funkcionalni status, ali i slabije zdravlje od muškaraca iste dobi (22-24). Prigodom uspoređivanja odrednica funkcionalne onesposobljenosti u muškaraca i žena opaženo je da žene imaju višu prevalenciju stanja poput depresije, prijeloma i osteoporoze, a koja ne rezultiraju fatalnim ishodom (23). S druge strane, u muškaraca su zastupljenije opasne, životno ugrožavaju-

juće kronične bolesti, kao što su bolesti srca i krvnih žila, novotvorine, ciroza jetre i bolesti bubrega (19).

Najveći udio funkcionalno onesposobljenog stanovništva prisutan je u dubokoj starosti, a udio osoba s teškoćama povećao se u sve tri dobne skupine. Narušavanje zdravstvenog stanja umanjuje radnu sposobnost, što je nepovoljan trend, budući da postoji tendencija pomicanja dobne granice za umirovljenje na 67 godina (34). U dobnoj skupini ≥ 85 godina je udio osoba s teškoćama najviše povećan.

S obzirom da se ne mogu nositi s uobičajenim dnevnim aktivnostima, za starije osobe je potrebno organizirati pomoć kako bi mogli ostati u vlastitom domu (eduksija obitelji, organizacija socijalnih usluga) kao i osiguranje ostalih oblika institucionalne i izvaninstitucionalne skrbi. Osim toga, onesposobljenost i nesamostalnost povećava broj hospitalizacija te povećava ekonomski teret koji snosi cijela zajednica (25). Kronične bolesti su najčešći uzrok teškoća i njihovo značenje u razvoju onesposobljenosti raste s porastom dobi. Popisom nije predviđeno precizirati od kojih bolesti boluju starije osobe s teškoćama u svakodnevnom funkcioniranju. Prema javnozdravstveno-statističkim podatcima o pobolu stanovništva najzastupljenije bolesti u starijoj populaciji su kronične nezarazne bolesti. Najučestalije bolesti zabilježene u ordinacijama opće/obiteljske medicine kod starijih osoba u našoj zemlji su: arterijska hipertenzija, bolesti intervertebralnih diskova i ostale dorzopatije, bolesti krvožilnog sustava i šećerna bolest. Statistička procjena na temelju izvješća pokazuje da se oko 30 % od ukupnog broja utvrđenih bolesti i stanja, zabilježenih u ovom segmentu primarne zdravstvene zaštite, odnosi na dob od 65 i više godina. Udio hospitaliziranih u dobi 65 i više godina u zadnjih 15 godina također se kreće oko 30 % ukupno liječenih u bolnicama Hrvatske (26). Podatci o uzrocima hospitalizacija osoba od 65 i više godina također pokazuju najveću zastupljenost kroničnih nezaraznih bolesti. Primjerice, u posljednjih pet godina (2010. - 2014.) javlja se potpuno identična rang lista prvih pet skupina bolesti koje su vodeći uzroci hospitalizacija starijih ljudi: bolesti krvožilnog sustava, novotvorine, bolesti probavnog sustava, bolesti oka i očnih adneksa, bolesti dišnog sustava te ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih djelovanja. Glavni problem koji se danas javlja kod starijih bolesnika je višestruki gerijatrijski morbiditet koji je povezan s povećanom onesposobljeničću, pogoršanjem funkcionalnog statusa, smanjenom kvalitetom života te dovodi do produljenog liječenja i opsežnog korištenja zdravstvenih usluga (27,28). Istraživanja su pokazala da je multimorbiditet prisutan kod više od 60 % starije europske populacije (29). Kod dugotrajnih gerijatrijskih bolesnika, posebice onih s više od tri verificirane dijagnoze, dolazi i do postepene nemogućnosti izvršenja svakodnevnih

uobičajenih aktivnosti (10). Rezultati pokazuju da je najveći udio osoba od 65 i više godina potpuno pokretan. U 2001. godini je 90 % ukupne starije populacije bilo potpuno pokretno, a taj udio se u 2011. smanjio na 75 %. Osim smanjenja udjela samostalno pokretnih starijih osoba, stopa korištenja pomagala za kretanje je u porastu, što implicira na povećanje korištenja i potrošnje sredstava na ortopedska pomagala u starijoj dobi. Prema rezultatima, udio trajno nepokretnih osoba koje zahtijevaju trajnu skrb i osiguranje pomoći također se povećao. Trajna nepokretnost je najzastupljenija u dubokoj starosti. U 2001. godini je u skupini ≥ 85 godina bilo trajno nepokretnih 55,2/1000, dok ih je u 2011. godini bilo 73,0/1000. Problemi s kretanjem ujedno su najčešća vrsta teškoća u svakodnevnom funkcioniranju starijih osoba u sve tri dobne skupine, a ponajviše u dubokoj starosti. Teškoće s kretanjem su dinamičan proces karakteriziran prijelazima između faze samostalnosti i faze ovisnosti o drugima te su preklinički prijelaz u invalidnost. Osobe koje izgube samostalnost pri kretanju imaju manje šanse za ostanak u vlastitom domu, bolesnije su, imaju smanjenu kvalitetu života i veću vjerojatnost za socijalnu izolaciju. Neka istraživanja dokazuju kako je pokretnost usko povezana s fizičkom aktivnošću te da tjelovježba ima glavnu ulogu u prevenciji i liječenju teškoća s kretanjem, unatoč komorbiditetu (30). Teškoće s kretanjem su zastupljenije kod žena nego kod muškaraca. Žene češće obolijevaju od bolesti mišićno-koštanog sustava koje ne rezultiraju fatalnim ishodom, nego dugotrajnim fizičkim ograničenjima, kroničnim bolovima i posljedičnom nesposobnosti koja svakako dovodi do slabije vitalnosti i lošijeg općeg zdravlja.

S obzirom da je već navedeno kako socioekonomski čimbenici utječu na zdravlje ljudi i na njihovu percepciju zdravlja i kvalitete života, iz dobivenih podataka može se uočiti povezanost prevalencije funkcionalne onesposobljenosti i indeksa razvijenosti županija. Zdravstvene potrebe starijih osoba razlikuju se među regijama u Hrvatskoj te je zbog toga planiranje intervencija potrebno provoditi od lokalnog prema regionalnome, a zatim i na nacionalnoj razini (31). Uzimajući u obzir ljudske i finansijske resurse u zajednici, potrebno je poticati razvoj izvaninstitucijske skrbi za starije osobe i uključivati organizacije civilnog društva u pružanju socijalnih usluga. Primjer dobre prakse na lokalnoj razini su aktivnosti grada Rijeke obuhvaćene projektom „Zdravi grad“, a koje su rezultirale donošenjem Strategije zdravog starenja 2009.-2013. za grad Rijeku. Glavni cilj strategije i njenih programskih zadataka je osiguranje dugog, zdravog, aktivnog života građanima Rijeke osiguranjem preduvjeta za zdravo starenje putem senzibiliziranja javnosti o zdravom starenju, osiguranjem okoline koja podupire zdravo starenje te povećanjem dostupnosti zdravstvenih i socijalnih usluga za starije osobe. Unutar projekata

„Zdrave županije“ nalaze se i drugi primjeri dobre prakse kao što je projekt „Dodajmo život godinama“ u Karlovačkoj županiji i program „Pomoći u kući“ u Koprivničko-križevačkoj županiji. Njihov je cilj povećati učinkovitost i sposobnost organizacija izvaninstitucionalne skrbi za starije osobe u pružanju socijalnih usluga (32,33). Unatoč veličini problema vezanih uz zdravlje starijih osoba, a koji su vidljivi i temeljem ovog istraživanja, u Hrvatskoj još uvijek ne postoji Nacionalna strategija zdravog starenja. U rješavanju problematike bolesnog starenja potrebno je povezivanje razina zdravstvenog sustava te povezivanje sustava zdravstva sa sustavom socijalne skrbi, odgojno-obrazovnim ustanovama, prehrambenom industrijom i medijima. Na nacionalnoj razini potrebno je izraditi planove za kontinuiranu provedbu prevencije negativnih zdravstvenih ponašanja koji dovode do pojave najčešćih kroničnih nezaraznih bolesti te izraditi plan obvezne kontinuirane edukacije stručnjaka za rad sa starijom populacijom.

ZAKLJUČAK

Rezultati usporedbe podataka dvaju popisa stanovništva pokazuju da je funkcionalna onesposobljenost starijeg stanovništva u tri promatrane dobne skupine starijeg stanovništva porasla u 2011. u odnosu na popis iz 2001. godine. U obje popisne godine glavni je uzrok funkcionalne onesposobljenosti bolest, s gotovo trostrukim porastom u 2011. u odnosu na 2001. godinu. Problemi s kretanjem kao najčešćom vrstom teškoća u 2011. godini očitovali su se u sve tri skupine starijih, vezano uz porast korištenja pomagala u 2011. godini u odnosu na 2001. godinu. Najveći porast korištenja pomagala, ali i trajne nepokretnosti, je u dubokoj starosti. U svim županijama je prevalencija onesposobljenosti veća u 2011. u odnosu na 2001. godinu, a utvrđene su i međužupanijske razlike u udjelu funkcionalno onesposobljenih starijih osoba. Rezultati dobiveni ovim istraživanjem, kao i podaci o pobolu i mortalitetu stanovništva pokazuju kako dosadašnji javnozdravstveni pristup starenju nije dovoljno učinkovit. Uzimajući u obzir međužupanijske razlike u udjelima funkcionalno onesposobljenog starijeg stanovništva, planiranje intervencija potrebno je provoditi prema specifičnim lokalnim potrebama i mogućnostima. Zbog demografskih promjena prema kojima se očekuje daljnji porast starijeg stanovništva, potrebno je donijeti i nacionalnu strategiju zdravog starenja s ciljevima poboljšanja organizacije izvaninstitucionalnih oblika pomoći starijima, uključivanjem organizacija civilnog društva u pružanju socijalnih usluga, boljom povezanošću zdravstvenog sustava sa sustavom socijalne skrbi i provođenjem edukacije o zdravim stilovima življenja i prevenciji bolesti i funkcionalne

onesposobljenosti već od rane životne dobi. Donošenje strategije i planova zdravog starenja na lokalnim i nacionalnoj razini, uz jasno definiranje njihova provođenja i potrebnih finansijskih sredstava moglo bi do prinijeti zaustavljanju porasta troškova dijagnostike, liječenja, rehabilitacije kao i troškova za njegu i pomoći ili institucionalni smještaj starijih osoba i poboljšanju kvalitete života u starijoj životnoj dobi.

LITERATURA

1. Puntarić D, Ropac D, Jurčev Savičević A i sur. Javno zdravstvo. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
2. The World Bank. World development indicators: Population dynamics. Dostupno na URL adresi: <http://wdi.worldbank.org/table/2.1>. Datum pristupa informaciji: 20.04.2016.
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2013. New York, 2013.
4. Puljiz V. Demogradski trendovi u Europi. Revija za socijalnu politiku 2005; 12 (2): 263-71.
5. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. Zdravstveno statistički ljetopis Grada Zagreba za 2013. godinu. Zagreb, 2014.
6. Lepen Ž, Leutar Z. Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. Socijalna ekologija. Zagreb 2012; 21 (2): 203-23.
7. Tomek-Roksandić S i sur. Značenje stalne edukacije o osnovama iz gerontologije i gerijatrije za razvoj hrvatskog gospodarstva. U: Ljubo Jurčić, ur. Zbornik radova 21. tradicionalnog savjetovanja „Ekonomска politika Hrvatske u 2014 godini“. Zagreb: Hrvatsko društvo ekonomista, 2013, 343-86.
8. Žganec N, Rusac S, Laklja M. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. Revija za socijalnu politiku 2008; 15(2): 171-88.
9. Duraković Z i sur. Gerijatrija-medicina starije dobi. Zagreb: C.T.-Poslovne informacije, 2007.
10. Galić S, Tomasović-Mrčela N i sur. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba-psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek, 2013.
11. Tomek-Roksandić, S. Zašto zaštita zdravlja starijih ljudi. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba - Centar za gerontologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatski liječnički zbor, 1999.
12. Vuletić G. Samoprocjenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko bilogorskoj županiji: regionalne razlike i specifičnosti. Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru 2013; 7: 213-22.
13. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva 2001. Dostupno na URL: http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/Census2001/census_met.htm. Datum pristupa informaciji 20.04.2016.

14. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva 2011. Dostupno na URL: <http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/censusmetod.htm>. Datum pristupa informaciji 20.04.2016.
15. Pavlović M, Korajlija L, Šimić D, Bobić J, Čorović N. Percepcija zdravlja u pokretnih starijih osoba (segment studije o kroničnim bolestima u Hrvatskoj). Društvena istraživanja Zagreb 2010; 19 (6): 1079-92.
16. Melzer D, Mc Williams B, Brayne C, Bond J, Johnson T. Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 286-92.
17. Bejaković P. Vodič za socijalnu uključenost. Zagreb: Institut za javne financije, 2009.
18. Ministarstvo socijalne politike i mladih. Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014-2016. Vlada Republike Hrvatske; 2013 Dostupno na URL: <http://www.mspm.hr/userdocsimages/archiva/files/73174/strategija%2019.11.2013.pdf>. Datum pristupa informaciji: 10.04.2015.
19. Tucak Junaković I, Nekić M, Burić I. Usamljenost i preferirana samoća kao prediktori samoprocjene zdravlja odraslih. *Med Jad* 2013; 43(1-2): 11-21.
20. Chappell NL. Age related disabilities- aging and quality of life. International Encyclopedia of Rehabilitation, 2010.
21. Državni zavod za statistiku. Udio visokoobrazovanih prema starosti. Popis stanovništva Republike Hrvatske 2011. godine. Dostupno na URL: http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/graphs/G-9_Hrv.pdf. Datum pristupa informaciji: 20.12.2015.
22. Guralnik JM, Leveille SG, Hirsch R, Ferrucci L, Fried LP. The impact of disability in older women. *J Am Med Womens Assoc* (1972) 1997; 52(3): 113-20.
23. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Determinant factors of functional status among the oldest old. *Brasilian J Physical Therapy* 2010; 14(4): 322-9.
24. Rueda S, Artazcos L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 492-98.
25. The Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology. Disability in old age. Final Report. Conclusions and recommendations. University of Jyväskylä, Finland, 2004.
26. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, 2012.
27. Perko G, Tomek-Roksandić S, Mihok D i sur. Četiri javnozdravstvena problema u zaštiti zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj. *Medicus* 2005; 14 (2): 205-17.
28. Schäfer I, von Leitner E-C, Schön G i sur. Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. *PLoS One* 2010; 5(12): e15941.
29. Löffler C, Kaduszkiewicz H, Stolzenbach CO i sur. Coping with multimorbidity in old age-a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 45.
30. Manini MT. Mobility decline in old age: A time to intervene. *Exerc Sport Sci Rev* 2013; 41(1): 19-25.
31. Džakula A, Vončina L, Puljak A, Šogorić S. Zdravstveni menadžement u skrbi za starije osobe. *Medicus* 2005; 2(14): 287-90.
32. Šogorić S. Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
33. Hrvatska mreža zdravih gradova Dostupno na URL: <http://www.zdravi-gradovi.com.hr/home/djelotvorno-znanje-za-zdravje/kvaliteta-zivota-starijih-osoba.aspx>. Datum pristupa informaciji: 10.6.2016.
34. Dostupno na URL: https://ec.europa.eu/eures/public/hr/news-articles/asset_publisher/L2ZVYxNxK11W/content/id/38493. Datum pristupa informaciji 5.10.2017.

S U M M A R Y

FUNCTIONAL ABILITY SELF-ASSESSMENT IN ELDERLY POPULATION

I. POPEK and U. RODIN

Institute of Public Health of Sisak-Moslavina County, Sisak and

¹Croatian Institute of Public Health, Zagreb, Croatia

European demographic data indicate aging of the population lasting for decades in almost all European countries. Compared to others, Croatia is classified among the oldest European nations (17.7% of the population aged ≥ 65). Physiological and functional changes in the process of aging reduce functional ability. Capability to perform all everyday activities is an important characteristic of the quality of life in the elderly. Chronic diseases in old age also contribute to disability. The purpose of health promotion and preventive interventions is to improve health and protect physiological, mental and social functioning of the elderly. The *aim* of this review is to present trend changes of functional disability in the population aged ≥ 65 according to gender and three age groups (early, middle and old age) and stimulate public health interventions for improving functional abilities of the elderly. *Subjects and Methods:* The 2001 and 2011 census data were used. The respondents included the population of Croatia aged ≥ 65 and data were obtained by self-assessment (693.540 persons in 2001 and 758.633 persons in 2011). According to census data, the number of people with disabilities aged ≥ 65 increased from 148.170 persons in 2001 to 353.247 in 2011. The *results* showed the age specific disability rate to have increased in all age groups, as follows: from 197.9/1000 to 384.5/1000 in 65-74 age group; from 237.0/1000 to 538.5/1000 in 75-84 age group; and from 274.9/1000 to 679.3/1000 in ≥ 85 age group. There were also gender differences with larger rate increase of disability in females (from 18.7% to 48.9% in female and 25.7% to 42.9% in male). The most common cause of disability were diseases; the specific rate of disability caused by diseases increased from 129.4/1000 to 335.5/1000. Locomotion problems were the most common difficulties in everyday functioning. The rate of functional disability in elderly increased in all counties and was most pronounced in less developed counties (the biggest rate increase was recorded in Vukovar-Srijem County and in Karlovac County). *Conclusion:* It is necessary to develop public health interventions to keep functional ability in the elderly. Each county should create activities by its demographic, social and health indicators. It is also necessary to bring a healthy aging strategy at the national level. Considering human and financial resources, it is necessary to develop noninstitutional care for the elderly and include organizations of civil society in providing social services.

Key words: population ≥ 65 , functional abilities, disability, quality of life, diseases, health promotion

UDIO KUHINJSKE SOLI U KRUHU GRADA ZAGREBA

MARIJA DELAŠ AŽDAJIĆ^{1,2}, IVANČICA DELAŠ^{1,3}, DANIJELA ŠTIMAC GRBIĆ^{2,3},
STJEPAN AŽDAJIĆ⁴ i NADA VAHČIĆ¹

¹*Sveučilište u Zagrebu, Prehrambeni i biotehnološki fakultet, ²Hrvatski institut za javno zdravstvo,*

³*Sveučilište u Zagrebu, ⁴Medicinski fakultet i Klinički bolnički centar "Sestre milosrdnice", Zagreb,
Hrvatska*

Cilj rada bio je analizirati udio kuhinjske soli u kruhu iz pekarnica s područja Grada Zagreba. Kuhinjska sol ili natrijev klorid jedan je od najzastupljenijih spojeva na Zemljji, neophodan za rad ljudskog organizma. Uz prirodno prisutan natrij u namirnicama glavni izvori natrija u prehrani su industrijski proizvodi (ponajprije pekarski proizvodi, a slijede mesni proizvodi), te dosavljanje prigodom pripreme i konzumiranja hrane. Svjetska zdravstvena organizacija preporuča dnevni unos do 5 grama kuhinjske soli. U brojnim je zemljama svijeta unos soli višestruko veći od preporučenog i globalni je javnozdravstveni problem kao čimbenik rizika za razvoj arterijske hipertenzije i posljedično drugih bolesti krvožilnog sustava. **Materijal i metode:** Prikupljeni su uzorci kruha iz pekara malih obrtnika i industrijskih proizvođača pekarskih proizvoda na području Grada Zagreba. Udio kuhinjske soli u uzorcima kruha utvrđen je titracijskom metodom po Mohru kojom se određuje količina iona Cl- i Br- korištenjem standardne otopine AgNO₃ u neutralnom mediju. **Rezultati:** Prosječni udio kuhinjske soli u analiziranim uzorcima kruha iznosi 2,24 %, što je gotovo dvostruko više od vrijednosti predviđene Pravilnikom o žitaricama i proizvodima od žitarica (1,4 %). Statistički značajna razlika nije utvrđena prigodom usporedbe vrijednosti udjela NaCl u uzorcima kruha malih i velikih proizvođača kruha. **Zaključak:** Potrebne su daljnje aktivnosti na smanjenju udjela soli u kruhu u svrhu smanjenja rizika za razvoj arterijske hipertenzije i drugih bolesti.

Ključne riječi: natrijev klorid, kuhinjska sol, kruh, prehrambena industrij, Republika Hrvatska, Zagreb

Adresa za dopisivanje: Marija Delaš Aždajić, dr. med.
Prevoj 16A
10 000 Zagreb, Hrvatska
Mob: 091 7396848
E-pošta: marijadela@yahoo.com

UVOD

Kardiovaskularne bolesti (KVB) globalno su vodeći uzrok smrti te su jedan od vodećih javnozdravstvenih problema. Procjenjuje se da arterijska hipertenzija uzrokuje 7,1 milijuna smrti godišnje, odnosno oko 13 % sveukupne smrtnosti (1). Podatci za oboljele u Republici Hrvatskoj (RH) su poražavajući, jer gotovo polovica, odnosno čak 45 % hrvatske populacije starije od 18 godina, boluje od hipertenzije (2). Prema Zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2016. godinu vodeći uzrok smrti u RH su KVB, sa stopom smrtnosti 555,5/100 000 (3).

Brojna su istraživanja potvrdila kako su povišene razine natrija i snižene razine kalija čimbenik rizika za arterijsku hipertenziju i posljedično razvoj drugih KVB. Smanjenjem unosa kuhinjske soli zamjećen je znača-

jan javnozdravstveni napredak u regulaciji povišenog krvnog tlaka i smanjenju rizika od srčanog udara i drugih KVB u odraslim (4-6). Prema nekim procjenama smanjenje unosa kuhinjske soli za samo 1 g/dan sprijećilo bi 6700 smrti od KVB u RH godišnje (7).

Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2012. godine odrasla bi osoba trebala unositi manje od 5 g soli/dan, odnosno manje od 2 g natrija (8). Uzimajući u obzir prosječni dnevni unos kuhinjske soli po odrasloj osobi u europskoj regiji SZO, RH zauzima neslavno 3. mjesto (iza Turske i Mađarske), s prosječnim unosom od čak 13-16 g/dan (9).

Glavni su izvori natrija u prehrani industrijski proizvodi (77 %), prirodno prisutan natrij u namirnicama (12 %), te dosavljanje tijekom konzumacije objeda (6 %) i pripreme obroka kod kuće (5 %) (10).

Analiza dostupnih podataka pokazala je da čak 77 % natrijeva klorida koji unosimo u organizam ulazi u kategoriju „skrivene soli” u hrani (11). Prema istraživanju provedenom u RH 2010. godine oko 70 % soli unosimo u organizam putem gotovih i polugotovih namirnica, uglavnom pekarskih i mesnih proizvoda, sireva, gotovih juha i umaka, konzerviranog povrća te jela koja se poslužuju u ugostiteljskim objektima (12). Pekarski proizvodi značajan su izvor kuhinjske soli, djelomično zbog svog sastava, a djelomično i zbog velike zastupljenosti u svakodnevnoj prehrani (13-16). Prema rezultatima nedavnog istraživanja dnevni unos kuhinjske soli kruhom i pekarskim proizvodima iznosi 25 do 30 % ukupnog dnevnog unosa (7).

Na temelju aktualnih smjernica SZO Vlada RH donijela je u rujnu 2014. godine „Strateški plan za smanjenje prekomjernog unosa kuhinjske soli u Republici Hrvatskoj 2015.-2019.“ čiji je cilj sustavno smanjenje unosa kuhinjske soli za 20 %, odnosno s 11,6 g/dan na 9,3 g/dan (17). Kao prvi korak u regulaciji dnevног unosa kuhinjske soli, Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2012. godine pokrenuo je suradnju s prehrambenom industrijom stavljući naglasak na pekarsku industriju i postavljeni cilj smanjenja dodane kuhinjske soli u pojedinim vrstama pekarskih proizvoda za 30 % (8).

Polazeći od pretpostavke da je udio soli u kruhu još uvijek veći od preporučenog, cilj ovog istraživanja bila je analiza trenutačnog stanja i određivanje udjela kuhinjske soli u uzorcima kruha s područja Grada Zagreba te usporedba s preporučenim vrijednostima Strateškog plana za smanjenje prekomjernog unosa kuhinjske soli u Republici Hrvatskoj 2015.-2019.

METODE

Prikupljanje uzoraka

Od ukupnog broja obrta registriranih pri Hrvatskoj gospodarskoj komori u Zagrebu u istraživanje je uključeno 6 velikih proizvođača koji svoje prodavaonice imaju na više od jedne lokacije u Zagrebu (i šire), te 23 obrta iz pekarnica u pojedinim dijelovima grada. Slučajnim odabirom iz svih dijelova grada izabrano je 5 pekarnica te 2 dodatne pekarnice koje su bile uključene u istraživanje u slučaju da je neka od prethodnih bila trajno zatvorena ili preseljena.

U odabranim pekarnicama uzorak je uvijek bio bijeli kruh od pšeničnog brašna te kruh bilo koje druge kategorije. Uzorci su prikupljeni u jutarnjim satima tijekom 6 dana pri čemu su u istom danu prikupljeni uzorci iz pekarnica istog područja grada Zagreba. Svi uzorci analizirani su isti dan kada su prikupljeni.

Priprema uzorka

Odabrani uzorak kruha narezan je na tanke kriške, usitnjen na manje komade i sušen u sušioniku sa suhim toplim zrakom (Instrumentaria Zagreb ST - 01/02) do konstantne mase, pri temperaturi od 105 °C s točnošću ± 2 °C. Nakon sušenja uzorak je ohlađen i usitnjen. Od pripremljenog homogeniziranog uzorka odvagano je 3 puta po 5 g, s točnošću ± 0,1 mg, u času od 100 mL i kvantitativno prebačeno u odmjernu tikvicu od 100 mL višekratnim dodavanjem manjih količina destilirane vode (2-3 puta po 15-20 mL destilirane vode). Sadržaj tikvice je protresen te ostavljen stajati 15 minuta nakon čega je tikvica dopunjena destiliranom vodom do oznake i sadržaj filtriran preko naboranog filtera.

Određivanje klorida

Sadržaj Cl⁻ i Br⁻ određen je metodom po Mohru uz korištenje standardne otopine AgNO₃ u neutralnom odnosno slabo lužnatom mediju (18). Od pripremljenog bistrog filtrata odmjereno je 25 mL u Erlenmeyerovu tikvicu od 100 mL, dodane su 2 kapi indikatora (kalijev kromat, K₂CrO₄). Smjesa je titrirana standardnom otopinom srebrnog nitrata koncentracije *c* = 0,1000 mol/L do pojave crvenkaste boje. Svaki je uzorak titriran u duplikatu.

Udio natrijevog klorida u analiziranim uzorcima, izražen u postocima (%), izračunat je prema sljedećoj formuli: NaCl (%) = (4 x *v* x 0,0058 x *F*) / *m* pri čemu je:

v - volumen utrošene standardne otopine srebrnog nitrata (mL)

m - masa uzorka uzeta za analizu (g)

F - faktor koncentracije srebrnog nitrata

1 mL otopine srebro(I)-nitrata, *c*(AgNO₃) = 0,1000 mol/L, odgovara 0,0058 g NaCl

Statistička analiza

Prigodom obrade podataka korišten je program za statističku obradu podataka - *Statistical Package for the Social Sciences, SPSS program support ver. 23.0* (IBM). Rezultati su prikazani kao prosječna vrijednost i standardna devijacija. Analiza rezultata provedena je t-testom, dok je za analizu varijance udjela soli u ovisnosti o dijelu grada i vrsti proizvođača (mali vs veliki proizvođači) korišten test ANOVA. Statistička značajnost određena je pri *p*<0,05.

REZULTATI

Prosječna vrijednost udjela natrijeva klorida u svim analiziranim uzorcima kruha iznosila je 2,24 %. Naj-

manja izmjerena vrijednost udjela soli iznosila je 1,43 % za bijeli kruh malih proizvođača, dok je najveća vrijednost izmjerena također kod malih proizvođača, u kategoriji ostalih vrsta kruha (tablica 1).

Tablica 1.
Prosječni udio NaCl u uzorcima kruha odabralih proizvođača s područja Grada Zagreba (%)

	Mali proizvođači - bijeli kruh n=46	Mali proizvođači - ostale vrste kruha n=46	Veliki proizvođači – bijeli kruh n=12	Veliki proizvođači – ostale vrste kruha n=12	Ukupno n=58
Srednja vrijednost \pm SD	2,20 \pm 0,34	2,37 \pm 0,46	2,02 \pm 0,07	2,13 \pm 0,12	2,24 \pm 0,38
Minimum	1,43	1,51	1,87	2,00	1,43
Maksimum	2,97	3,08	2,08	2,30	3,08
CV (%)	15,41	19,47	3,68	5,43	16,82

SD = standardna devijacija; CV = koeficijent varijabilnosti (%); P = značajnost

Najveća srednja vrijednost udjela kuhinjske soli u bijelom kruhu iznosi 2,39 % i dobivena je za uzorke u zapadnoj regiji Zagreba, dok je za ostale vrste kruha najveća u regiji Istok i iznosi 2,52 % (tablica 2). Najma-

nja srednja vrijednost kuhinjske soli u bijelom kruhu od 1,43 % izmjerena je u uzorcima iz regije Sjever, dok je za ostale vrste kruha najmanji prosječni udio soli od 1,51 % izmjerjen u regiji Centar (tablica 2).

Tablica 2.
Udio NaCl u uzorcima kruha malih proizvođača (n = 46) s područja grada Zagreba (%)

Područje grada	Vrsta kruha	Srednja vrijednost\pmSD	Minimum	Maksimum	CV (%)	P
Centar	Bijeli kruh	2,29 \pm 0,30	2,03	2,76	13,20	0,252
	Ostale vrste kruha	2,24 \pm 0,56	1,51	3,04	25,27	
Istok	Bijeli kruh	2,14 \pm 0,40	1,70	2,66	18,93	0,726
	Ostale vrste kruha	2,52 \pm 0,49	1,67	2,84	19,36	
Jug	Bijeli kruh	2,12 \pm 0,14	1,96	2,24	6,94	0,221
	Ostale vrste kruha	2,19 \pm 0,42	1,80	2,63	19,04	
Zapad	Bijeli kruh	2,39 \pm 0,35	2,12	2,97	14,74	0,416
	Ostale vrste kruha	2,50 \pm 0,55	1,80	3,08	21,81	
Sjever	Bijeli kruh	2,01 \pm 0,37	1,43	2,32	18,14	0,946
	Ostale vrste kruha	2,31 \pm 0,35	1,94	2,87	15,24	

SD = standardna devijacija; CV = koeficijent varijabilnosti (%); P = značajnost

Nije utvrđena statistički značajna razlika u udjelu kuhinjske soli između bijelog i ostalih vrsta kruha u malim pekarama na području Grada Zagreba (tablica 2).

Prosječna vrijednost udjela kuhinjske soli u analizira-

nim uzorcima kruha pekarskih lanaca iznosi 2,02 % za bijeli, odnosno 2,13 % za ostale vrste kruha. Nije utvrđena statistički značajna razlika u udjelu kuhinjske soli između bijelog i ostalih vrsta kruha velikih proizvođača kruha (tablica 3).

Tablica 3.
Udio NaCl u uzorcima kruha velikih proizvođača (n = 12) s područja grada Zagreba (%)

Vrsta kruha	Srednja vrijednost\pmSD	Minimum	Maksimum	CV (%)	P
Bijeli kruh	2,02 \pm 0,07	1,87	2,08	3,68	0,352
Ostale vrste kruha	2,13 \pm 0,12	2,00	2,30	5,43	

SD = standardna devijacija; CV = koeficijent varijabilnosti (%); P = značajnost

Analizom podataka nije utvrđena statistički značajna razlika u udjelu NaCl u kruhu između pojedinih regija Grada Zagreba prema vrsti kruha ($p = 0,731$). Razlika u udjelu NaCl u kruhu ovisno o vrsti proizvođača (mali vs veliki proizvođači) ($p = 0,087$) bila je na granici značajnosti. U uzorcima kruha velikih proizvođača uočen je manji koeficijent varijabilnosti (CV).

RASPRAVA

Unatoč spoznaji kako su kruh i pekarski proizvodi jedan od glavnih izvora kuhinjske soli u ljudskoj prehrani, još uvijek ne postoje sistematski podatci o udjelu soli u kruhu za područje Hrvatske, a zaključci se doneose na temelju procjena. Zbog toga je provedeno ovo istraživanje za područje Grada Zagreba kao prvi korak u prikupljanju relevantnih podataka.

U suradnji s pekarskom industrijom, u rujnu 2016. godine Ministarstvo poljoprivrede donijelo je Pravilnik o žitaricama i proizvodima od žitarica kojima se propisuje da udio soli u pečenom kruhu gotovom za konzumaciju ne smije biti veći od 1,4 % (1,4 g soli na 100 g kruha). Ovaj Pravilnik omogućuje duže prijelazno razdoblje za proizvođače te će stupiti na snagu 1. veljače 2018. godine kako bi se do tad predviđene intervencije pravovremeno provele, omogućila uspješna provedba programa i nastavila dobra suradnja s prehrambenom industrijom (19).

Ipak, rezultati ovog istraživanja pokazuju kako pekarska industrija još uvijek nije u potpunosti uskladila proizvodnju s najnovijim Pravilnikom. Iako pojedini proizvodi sadrže kuhinjsku sol u okviru preporučenih vrijednosti (najmanja izmjerena količina 1,43 %), još uvijek većina proizvoda sadrži količine veće od preporučenih. Uzimajući u obzir činjenicu kako je sol glavni uzročnik razvoja arterijske hipertenzije, a pekarski su proizvodi prehrambena svakodnevica u Hrvatskoj populaciji, zabrinjavajući su podatci o neprilagođenosti industrijskih proizvoda postojećim smjernicama i preporukama. U uvjetima konzumacije pola kilograma kruha/dan koji sadrži 22,4 g NaCl po kilogramu kruha, ukupni unos zadovoljava dnevnu potrebu soli za najmanje dva dana. Prosječni udio NaCl od 22,4 g na 1 kg kruha dovoljan je za zadovoljavanje dnevnih čovjekovih potreba za kuhinjskom soli za više od 4 dana.

Podatci o prehrambenim navikama hrvatske populacije pokazuju zabrinjavajući trend porasta potrošnje kuhinjske soli. Glavne izvore natrija u prehrani čine kuhinjska sol, kruh i pekarski proizvodi, mesne prerađevine, konzervirano povrće, sirevi, dehidrirane juhe i začini (20). Temeljem rezultata mjerena 24-satne natriurije procijenjeno je kako prosječan dnevni unos ku-

hinjske soli u RH iznosi 11,5 g (muškarci 13,3 g, žene 10,2 g) što je dvostruko više od preporuka SZO (7).

Ispitivanje prehrambenih navika Hrvatskom zdravstvenom anketom pokazalo je kako je najveći rizik od hipertenzije u istočnim dijelovima RH zbog velike učestalosti potrošnje industrijskih proizvoda bogatih natrijem poput suhomesnatih proizvoda, kao i značajnom potrošnjom pekarskih proizvoda. Dodavanje kuhinjske soli obrocima značajno je obilježje muških stanovnika ovih područja (10). Konzumacija kuhinjske soli u ruralnoj sredini nešto je veća u odnosu na urbanu, ali razlike nisu statistički značajne. Naime, stanovnici ruralnih područja sol najčešće unose u obliku suhomesnatih proizvoda, dok je u urbanim sredinama veća potrošnja polugotovih i gotovih industrijskih proizvoda koji sadrže značajne količine soli (21,22).

Smanjenje soli u prehrani je jedna od najlakše provedivih javnozdravstvenih intervencija za čiju je primjenu potrebna međusektorska suradnja, ponajprije s prehrambenom industrijom. Procjene za Sjedinjene Američke Države (SAD) pokazuju da bi smanjenje od samo 3 g/dan moglo doprinijeti prevenciji KVB, smanjenju prevalencije infarkta miokarda i moždanog udara, te posljedično donijeti uštede od 10 do 24 milijarde američkih dolara godišnje (23).

Svjetska inicijativa za smanjenje unosa kuhinjske soli u organizam (engl. *World Action on Salt and Health, WASH*) kojoj se pridružila i RH s Hrvatskom inicijativom za smanjenje prekomernog unosa kuhinjske soli (engl. *Croatian Action on Salt and Health, CRASH*) ima za cilj smanjiti unos soli hranom na rizinu koju preporučuje SZO (5 g/dan) te tako doprinijeti smanjenju KVB uzrokovanih prevelikim unosom soli (23).

Prema inicijativi CRASH određen je udio kuhinjske soli u pekarskim proizvodima koji se kreće od 1,56 % u nekim vrstama kruha do prosječno 2,0 % u pecivima, uz napomenu kako je trenutno u nekim proizvodima udio veći od 5 %, što znači da se udio kuhinjske soli može znatno smanjiti bez utjecaja na tehnološki proces (24).

Analiza udjela kuhinjske soli u proizvodima hrvatskih pekarnica iz 2009. godine pokazala je kako konzumacijom pekarskih proizvoda unesemo 2 % ukupnog dnevnog unosa soli uz pretpostavku da ti pekarski proizvodi imaju prosječno 5 g soli/kg proizvoda. Udio soli prigodom pripreme kruha veoma je varirao što je onemogućilo izračun apsolutnih razina soli u kruhu na nacionalnoj razini (24).

Značajne varijacije u sastavu kuhinjske soli u pekarskim proizvodima pokazala su i istraživanja iz 2010. godine, kada je udio soli u bijelom kruhu varirao od 1,03 do 2,05 % (12).

Nedavno istraživanje provedeno u RH pokazuje kako su najviše bili konzumirani polubijeli i bijeli kruh, a zatim crni, raženi i ostali tipovi kruha. Ukupan dnevni unos soli iz pekarskih proizvoda u regiji Zagreb i okolica prema tom istraživanju iznosio je $2,51 \pm 1,97$ g (0,01–15,22 g), u regiji Sjeverna Hrvatska $2,53 \pm 1,90$ g (0,24–12,40 g), te u regiji Istra, Primorje i Gorski kotar $2,40 \pm 1,96$ g (0,00–11,31 g). Doprinos kruha ukupnom udjelu dnevne konzumacije soli iznosio je 78,03 %, 85,78 % i 86,04 % u Zagrebu i okolici, Sjevernoj Hrvatskoj, odnosno Istri, Primorju i Gorskem kotaru (25).

Slijedeći inicijativu CRASH 2006. godine je u RH razvijen i prihvaćen prvi program smanjenja unosa kuhinjske soli, a 2014. godine predstavljen je Strateški plan za smanjenje prekomjernog unosa kuhinjske soli u Republici Hrvatskoj 2015.–2019. koji ima za cilj postupno smanjivati unos kuhinjske soli u općoj populaciji RH za prosječno 4 % godišnje, sa sadašnjih 11,6 g/dan na 9,3 g (17).

Iako su poduzete brojne mjere na međunarodnoj i nacionalnoj razini u smislu razvoja preporuka i zakonskih propisa kojima se regulira udio dodane soli u proizvodima, uspješnost reformulacije proizvoda leži i u kvalitetnoj međusektorskoj suradnji i provjeri primjene Pravilnika na terenu. Donošenje odluka i strategija svakako traži aktivno uključivanje prehrambene industrije. Pri tome treba poticajnim načinima olakšati industriji prijelazno razdoblje reformulacije proizvoda. Tako je i RH prepoznala važnost nagrađivanja proizvođača čiji proizvodi su u skladu s jasno određenim nutritivnim kriterijima. U lipnju 2015. započet je Nacionalni program „Živjeti zdravo“ koji sveobuhvatnom intervencijom djeluje s ciljem smanjenja bihevioralnih, biomedicinskih i sociomedicinskih rizika za nastanak KVB. Ovaj program u sklopu komponente „Zdravlje i prehrana“ upravo želi potaknuti prehrambenu industriju na reformulaciju vlastitih proizvoda koji zadovoljavanjem javno dostupnih posebno razrađenih kriterija imaju pravo zatražiti jamstveni žig „Živjeti zdravo“ te ga objavljivati na odobrenom proizvodu u svrhu samopromocije, ali također i kako bi potrošačima ukazivao na prehrambene proizvode koji su preporučeni kao dio pravilne prehrane (26).

Jedna od mogućnosti za reformulaciju proizvoda odnosno promjenu tehnološkog postupka proizvodnje kruha je zamjena natrijeva klorida i njegova okusa slanoće raznim kemijskim i fizikalnim agensima. Male izmjene poput smanjenja 5 do 10 % udjela kuhinjske soli u hrani često potrošači ne zamjećuju (27). Mnogi začini obogaćuju okus hrane čime se otvara mogućnost smanjenja udjela soli bez značajne promjene okusa (27). Zamjena natrijevog klorida kalijevim kloridom prihvatljiva je potrošačima za široku paletu na-

mirnica, ali u udjelu ne većem od 30 % do 40 % (28). Zamijećeno je kako kalijev klorid utječe na mikroorganizme na način sličan natrijevom kloridu čime je moguće osigurati učinak inhibicije rasta i razmnožavanja mikroorganizama, a time i trajnost i očuvanje kvalitete proizvoda (29). Uz izazove u proizvodnji i sigurnosti hrane vezane za korištenje kuhinjske soli i njezino smanjeno korištenje, valja naglasiti i uštedu za zdravstveni sustav. Nedavne analize opisale su značajnu ekonomsku korist za društvo u slučaju smanjenja konzumacije kuhinjske soli. Prevalencija povиšenog krvnog tlaka značajno bi se smanjila govoreći pri tome o sprječavanju obolijevanja milijuna ljudi, uz milijarde dolara uštede u zdravstvenom sustavu, kao i unaprjeđenju kvalitete života (30,31).

ZAKLJUČAK

Natrijev klorid je važan sastojak u proizvodnji i sigurnosti hrane s prihvatljivim senzorskim osobinama. Ipak, brojna su istraživanja pokazala kako većina populacije industrijski razvijenih zemalja konzumira daleko više kuhinjske soli u odnosu na trenutne preporuke, što kuhinjsku sol čini nezavisnim čimbenikom rizika za razvoj brojnih kroničnih nezaraznih bolesti.

Iz dobivenih rezultata može se zaključiti kako je udio kuhinjske soli u bijelom kruhu iznosio između 1,43 % i 2,97 % kod malih, odnosno 1,87 % i 2,08 % kod velikih proizvođača. Udio kuhinjske soli u ostalim vrstama kruha iznosio je od 1,51 % do 3,08 % kod malih, odnosno od 2,00 % do 2,30 % kod velikih proizvođača. Prigodom analize udjela kuhinjske soli s obzirom na vrstu kruha, kao i vrstu proizvođača, nije utvrđena statistički značajna razlika.

Uzimajući u obzir kako je gotovo 70 % dnevног unosa kuhinjske soli konzumirano putem gotove ili polugotovе hrane, od čega 30–40 % konzumacijom kruha i drugih pekarskih proizvoda, te da trenutno dostupni kruh na tržištu sadrži gotovo dvostruko veći udio kuhinjske soli od udjela određenog Pravilnikom o žitaricama i proizvodima od žitarica, neophodno je nastaviti djelovati u području razvoja preporuka i zakonskih okvira reformulacije proizvoda. Stavljajući u središte pozornosti potrošače i njihove potrebe, ali jednako tako i njihovo očuvanje zdravlja, zadane ciljeve smanjenja udjela soli u proizvodima, odnosno smanjenje dnevног unosa kuhinjske soli potrebno je ostvariti daljnjom suradnjom s prehrambenom industrijom, s posebnim naglaskom na pekarsku industriju.

LITERATURA

1. Pucarić Cvetković J. Sol u prehrani – čimbenik rizika od razvoja kroničnih nezaraznih bolesti. U: Šatalić Z, ur. 100 (i pokojia više) crtica iz znanosti o prehrani, Zagreb: Hrvatsko društvo prehrambenih tehnologa, biotehnologa i nutricionista, 2013, 184-5.
2. Uhernik AI, Erceg M, Milanović SM. Association of BMI and nutritional habits with hypertension in the adult population of Croatia. *Public Health Nutr* 2009; 12: 97-104.
3. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2017. Dostupno na URL adresi: [https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2016/](https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2016/)
4. Aburto NJ, Ziolkowska A, Hooper L, Elliott P, Meerpohl JJ. Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2013; 346: f1326.
5. He FJ, Pombo-Rodrigues S, MacGregor GA. Salt reduction in England from 2003 to 2011: its relationship to blood pressure, stroke and ischaemic heart disease mortality. *BMJ Open*. 2014; 14: 4: e004549
6. He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *J Hum Hypertens* 2003; 17:1-3.
7. Đurić J, Vitale K, Paradinović S, Jelaković B. Unos kuhinjske soli i arterijski tlak u općoj populaciji. *Hrvat Čas Prehramb Tehnol Biotehnol Nutr* 2011; 6: 141-7.
8. Svjetska zdravstvena organizacija (2012) Guideline: Sodium intake for adults and children. Dostupno na URL adresi: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake_printversion.pdf
9. Svjetska zdravstvena organizacija (2013) Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region. Dostupno na URL adresi: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/186462/
10. Kaić-Rak A, Pucarić-Cvetković J, Heim I, Skupnjak B. Razlozi za smanjenje soli u prehrani i potencijalni učinak na zdravlje populacije – preporuke Svjetske zdravstvene organizacije. *Acta Med Croatica* 2010; 64: 129-32.
11. Mattes RD, Donnelly D. Relative contributions of dietary sodium sources. *J Am Coll Nutr* 1991; 10: 383-93.
12. Ugarčić Hardi Ž, Dumančić G, Koceva Komlenić D, Jukić M. Količina soli u hrvatskim pekarskim proizvodima, HČJZ 2010; 6: br. 21.
13. MacGregor GA. Sol – od dokaza do primjene. *Acta Med Croatica* 2010; 64: 75-7.
14. Jelaković B, Vuković I, Reiner Ž. Arterijska hipertenzija i kuhinjska sol. *Acta Med Croatica* 2010; 64: 105-10.
15. Đelmiš J. Povezanost prehrane i unosa soli s razvojem hipertenzije u djece i adolescenata. *Acta Med Croatica* 2010; 64: 111-4.
16. Demarin V, Morović S. Konzumiranje soli hranom i cerebrovaskularne bolesti. *Acta Med Croatica* 2010; 64: 123-8.
17. Vlada RH (2014) Strateški plan za smanjenje prekomjernog unosa kuhinjske soli u RH 2015-2019. Dostupno na URL adresi: <https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/nacionalne-strategije/strateski-plan-za-smanjenje-prekomjernog-unosa-soli/2221>
18. Nielsen SS. Sodium determination using ion selective electrodes, Mohr titration, and test strips. U: Nielsen SS, ur. Food analysis laboratory manual, 2. izd., Food science texts series, Springer science+business media, 2010, 75-87.
19. Ministarstvo poljoprivrede (2016) Pravilnik o žitaricama i proizvodima od žitarica, Narodne novine 81 (NN 81/2016)
20. Pucarić-Cvetković J, Kaić-Rak A, Antonić Degač K. Potrošnja soli u kućanstvima RH, 34. stručni skup s međunarodnim sudjelovanjem Zdravstvena ekologija u praksi. Prehrambene i zdravstvene tvrdnje, 2010, Zbornik radova, 165-6.
21. Sović S, Vitale K, Keranović A, Dražić I, Džakula A, Jelaković B. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in some rural areas of Sisak – Moslavina county, Croatia. *Period Biol* 2011; 3: 321-6.
22. Vitale K, Sović S, Džakula A, Keranović A, Jelaković B. Is salt intake hidden risk for rural population: case study village of Sjeverovac, county Sisačko moslavacka. *Coll Antropol* 2012; 36: 261-4.
23. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG i sur. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2010; 362: 590-9.
24. Jelaković B, Vrdoljak A, Pećin I i sur. Less salt - more health. Croatian Action on Salt and Health (CRASH). *J Hypertens* 2016; 2: 61-8.
25. Ćorić N. Konzumacija pekarskih proizvoda i procjena unosa soli odrasle populacije tri regije Hrvatske (specijalistički rad). Osijek: Prehrambeno-tehnološki fakultet, 2017, str. 45.
26. Ministarstvo zdravstva: Nacionalni program „Živjeti zdravo“, 2015. Dostupno na URL adresi: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages//Programi%20i%20projekti%20-%20Ostali%20programi//NP%20%C5%BDivjeti%20zdravo.pdf>
27. Doyle ME, Glass KA. Sodium reduction and its effect on food safety, food quality, and human health. *Comp Rev Food Sci Food Safety* 2010; 9: 44-56.
28. Kilcast D, den Ridder C. Sensory issues in reducing salt in food products. U: Kilcast D, Angus F, ur. Reducing salt in foods. Boca Raton FL: CRC Press LLC, 2007, 201-20.
29. Guardia MD, Guerrero L, Gelabert J, Gou P, Arnaud J. Consumer attitude towards sodium reduction in meat products and acceptability of fermented sausages with reduced sodium content. *Meat Sci* 2006; 73: 484-90.
30. Dall TM, Fulgoni VL, Zhang YD, Reimers KJ, Packard PT, Astwood JD. Potential health benefits and medical cost savings from calorie, sodium, and saturated fat reductions in the American diet. *Am J Health Promot* 2009; 23: 412-22.
31. Palar K, Sturm R. Potential societal savings from reduced sodium consumption in the U.S. adult population. *Am J Health Promot* 2009; 24: 49-57.

S U M M A R Y

SALT CONTENT IN BREAD FROM THE CITY OF ZAGREB, CROATIA

M. DELAŠ AŽDAJIĆ^{1,2}, I. DELAŠ^{1,3}, D. ŠTIMAC GRBIĆ^{2,3}, S. AŽDAJIĆ⁴ and N. VAHČIĆ¹

¹*University of Zagreb, Faculty of Food Technology and Biotechnology, ²Croatian Institute of Public Health,*

³*University of Zagreb, School of Medicine and ⁴Sestre milosrdnice University Hospital Centre, Zagreb, Croatia*

The aim of this study was to analyze the content of kitchen salt in bread from the bakeries in the City of Zagreb. Cooking salt or sodium chloride is one of the most common compounds on the Earth, essential for the work of human body. Along with naturally occurring sodium in foods, the main nutritional sources of sodium are industrial products (mainly bakery products and meat products), as well as adding salt during food preparation and consumption. The World Health Organization recommends daily intake of up to 5 grams of salt. Material and Methods: Bread samples from the bakeries of small craftsmen and industrial bakery manufacturers in the City of Zagreb were collected. The amount of kitchen salt in bread samples was determined by Mohr's titration method that determines the amount of Cl- and Br- ions using the standard AgNO₃ solution in neutral medium. The mean content of kitchen salt in the bread samples analyzed was 2.24%, which is almost twice the value recommended by the Croatian National Regulation on Cereals and Cereal Products (1.4%). Results: Comparison of sodium chloride in bread of local and industrial manufacturers did not show statistically significant difference. In conclusion, additional efforts are needed to reduce the amount of salt in bread in order to reduce the risk of arterial hypertension and other diseases.

Key words: sodium chloride, kitchen salt, bread, food industry, Republic of Croatia, Zagreb

CHILD MORTALITY IN CROATIA DUE TO GENERAL EXTERNAL CAUSES AND TRAFFIC INJURIES BETWEEN 1995 AND 2014

MISLAV MARTINIĆ, MILAN MILOŠEVIC¹, URELIJA RODIN² and AIDA MUJKIĆ¹

University of Zagreb, School of Medicine, ¹University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health and ²Croatian Institute of Public Health, Zagreb, Croatia

In Croatia, injuries are the leading cause of death after first year of life throughout childhood. Therefore, the aim is to present trends in total mortality caused by injuries, and specifically traffic injuries, in the 0-19 age group in Croatia between 1995 and 2014, and to standardize data using the Eurostat European Standard Population for 2013. **Methods:** The population and mortality data used in this study were obtained from the Croatian Bureau of Statistics and prepared by the Croatian Institute of Public Health. Data on population and mortality were divided into five age groups and four 5-year periods, and all analyses were performed with the Statistica version 12 software. The results of this study showed a statistically significant decline in injuries, as well as in traffic injury death rates in Croatia in the 1-19 age group from 10.9 per 100,000 to 5.7 per 100,000 for boys and from 5.2 per 100,000 to 2.1 per 100,000 for girls in the 1995-2014 period. **Conclusion:** Although progress has been made in the child safety measures, additional education of parents and children, preventive actions and traffic safety promotion measures are needed to provide a safe environment for children.

Key words: children, mortality, injuries, traffic injuries, trends, Croatia

Address for correspondence: Professor Aida Mujkić, MD, PhD
 University of Zagreb School of Medicine
 Andrija Štampar School of Public Health
 Rockefellerova 4
 10 000 Zagreb, Croatia
 Phone: +385915978790
 E-mail: aida.mujkic@snz.hr

INTRODUCTION

Injuries are a major cause of death in childhood and adolescence throughout the world, and the World Health Organization (WHO) estimates that injuries are responsible for over 875,000 deaths in children and young people under the age of 18 each year (1). Of all fatal injuries, traffic accidents are the leading cause of fatal injuries in children and adolescents (2). Moreover, the World Health Statistics 2008 report predicted that traffic injuries would be one of the fastest growing public health concerns in the next 25 years (3).

The majority of child and adolescent injury deaths occur in low- and middle-income countries, and the largest growth in mortality due to traffic injuries is expected in these countries because of unequal development of road traffic and road traffic safety measures (2,4). Additionally, at the world level, child injury and fatal injuries are largely associated with gender, with

25% more injury deaths occurring among boys than among girls in the 1-14 age group (2). However, the majority of injuries are considered preventable (1,5). In the European Union, it is estimated that nearly half of the unintentional injury deaths could be avoided (6). Having that in mind, visible progress has been made since the injury mortality rates have decreased in recent years in developed countries (4,7-11). Nevertheless, injuries are still the leading cause of death in the EU among children aged 1-14, and are responsible for 38% of all deaths in this age group, and in high-income countries, injuries are still considered 'the last major plague of the young' as they are identified as the leading cause of long-term disability in children (12,13).

The burden of injuries is not only found in mortality and disability, but also in the increasing need for medical help, increasing costs for individuals, families and society as a whole, especially health service, de-

creasing the overall quality of life, causing demographic loss and immeasurable suffering. In Croatia, as in all industrialized countries, injuries are the leading cause of death in the 1-19 age group, surpassing all other causes of death in this age group, while traffic injuries account for the greatest proportion of all injuries (14-16). Similar to other high- and middle-income countries, Croatia has shown substantial progress in lowering childhood mortality in general (17). In such countries, the childhood death rates from infectious diseases and malnutrition have decreased steadily and are the leading contributor to the overall decline in child mortality rates (18,19). Although childhood mortality from injuries has also decreased, injuries remain the leading cause of death among children after infancy in Croatia (20). Therefore, the aim of this study was to present trends in total mortality caused by traffic injuries in the 0-19 age group in the Republic of Croatia during the 1995-2014 period, with an overview of total mortality due to violent causes in these age groups in the given period.

METHODS

The data used in this study were obtained from the Croatian Bureau of Statistics and prepared by the Croatian Institute of Public Health. The data contained information on the estimated population in Croatia in the 1995-2014 period, as well as data on violent death outcomes among children in the same period. Data were divided into four 5-year periods (1995-1999, 2000-2004, 2005-2009 and 2010-2014). Additionally, data were separated according to gender and age groups (years): 0, 1-4, 5-9, 10-14 and 15-19 age groups.

Data on 1996, 2005-2007, 2009-2012 and 2014 did not contain estimates on the population of children aged 0, therefore birth rate data for the respective years were used instead. The underlying causes of death were coded using a three-character code according to the intent and mechanism, as specified by the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10) (21). Death outcomes due to traffic injuries were recognized as deaths that occurred as the consequence of events and conditions classified by ICD-10 as transport accidents (V01-V99).

All analyses were performed with the Statistica, version 12 software. The total Croatian population figures, according to the Croatian Central Bureau of Statistics data from 1995 to 2014, were used as the standard. Crude age-specific rates were determined in five-year periods for both genders and for total sample. Direct standardization using the European Standard Population (ESP) from 2013 was performed for all crude rates, and

appropriate rate ratios were found (22). The European Standard Population (ESP) is an artificial population structure which is used on weighing the mortality or incidence data to produce age-standardized rates, adding up to a total of 100,000 persons. In our calculations, we used data from the 2013 ESP for <19 age groups: 0 years - 1600 ESP, 1-4 years - 6400 ESP, 5-9 years - 7000 ESP, 10-14 years - 7000 ESP and 15-19 years 7000 ESP. Confidence intervals (CI) were used to present between-group differences. The age-standardized rate for a particular condition (violent death outcomes and violent death outcomes due to traffic accidents) was obtained by applying the observed age-specific rates for the condition to a given standard population. The ESP has become an accepted methodological standard in health statistics in Europe. The 2013 ESP considers changes in the EU population, providing a more current, methodologically sound and widely acceptable basis for calculation of age-standardized rates. Age standardization is one of the key methods of control for different age distributions among populations, or over time. Comparing crude rates can be misleading in terms of trends when the age composition in a population changes over time, or when comparing groups or regions with different age structures.

Ethical considerations

This study used secondary data with no personal identifiers.

RESULTS

Study results are presented in Tables 1 to 8. The data on fatal outcomes, as well as population estimates for the given periods were separated into gender groups and age groups: 0, 1-4, 5-9, 10-14 and 15-19 age groups.

In the 1995-1999 period, there were a total of 495 fatal traffic injuries in the child age groups, with 341 fatal outcomes in the male group and 154 in the female group. The age-standardized incidence of traffic injury deaths in the 1995-1999 period was 10.9 *per* 100,000 (*p*=0.05; CI: 9.7-12.1) for boys and 5.2 *per* 100,000 (*p*=0.05; CI: 4.3-6.0) for girls (Table 1).

Table 1
Violent death outcomes due to traffic accidents in the child age groups in the 1995-1999 period

Violent death outcomes due to traffic accidents	1995-1999			
	Outcomes	Population	Age - specific	Age - standardised
Boys	0 yrs	6	130137	5
	1-4 yrs	27	573075	5
	5-9 yrs	43	789011	5
	10-14 yrs	35	822562	4
	15-19 yrs	230	802326	29
	Age-standardised incidence*	10.9 (95% CI: 9.7-12.1)		
Girls	0 yrs	2	123299	2
	1-4 yrs	20	545564	4
	5-9 yrs	24	750574	3
	10-14 yrs	22	786165	3
	15-19 yrs	86	766214	11
	Age-standardised incidence*	5.2 (95% CI: 4.3-6.0)		

Age-standardised rates per 100,000 population for specific age groups using the European Standard Population (ESP, 2013)

In the 1995-1999 period, there were a total of 1373 violent death outcomes in the child age groups, with 974 fatal outcomes in the male group and 399 in the female group. The age-standardized incidence of violent deaths in the 1995-1999 period was 31.1 per 100,000 ($p=0.05$; CI: 29.1-33.0) for boys and 13.4 per 100,000 ($p=0.05$; CI: 12.1-14.8) for girls (Table 2).

Table 2
Fatal outcomes due to all violent causes in the child age groups in the 1995-1999 period

Violent death outcomes	1995-1999			
	Outcomes	Population	Age - specific	Age - standardised
Boys	0 yrs	27	130137	21
	1-4 yrs	69	573075	12
	5-9 yrs	91	789011	12
	10-14 yrs	194	822562	24
	15-19 yrs	593	802326	74
	Age-standardised incidence*	31.1 (95% CI: 29.1-33.0)		
Girls	0 yrs	26	123299	21
	1-4 yrs	50	545564	9
	5-9 yrs	48	750574	6
	10-14 yrs	72	786165	9
	15-19 yrs	203	766214	26
	Age-standardised incidence*	13.4 (95% CI: 12.1-14.8)		

Age-standardised rates per 100,000 population for specific age groups using the European Standard Population (ESP, 2013)

In the 2000-2004 period, there were a total of 453 fatal traffic injuries in the child age groups, with 331 fatal outcomes in the male group and 122 in the female group. The age-standardized incidence of traffic injury deaths in the 2000-2004 period was 11.7 per 100,000 ($p=0.05$; CI: 10.5-13.0) for boys and 4.6 per 100,000 ($p=0.05$; CI: 3.8-5.4) for girls (Table 3).

Table 3
Violent death outcomes due to traffic accidents in the child age groups in the 2000-2004 period

Violent death outcomes due to traffic accidents	2000-2004			
	Outcomes	Population	Age - specific	Age - standardised
Boys	0 yrs	4	108878	4
	1-4 yrs	24	459947	5
	5-9 yrs	33	665208	5
	10-14 yrs	41	696291	6
	15-19 yrs	229	748291	31
	Age-standardised incidence*	11.7 (95% CI: 10.5-13.0)		
Girls	0 yrs	5	99681	5
	1-4 yrs	10	445072	2
	5-9 yrs	21	634253	3
	10-14 yrs	8	665367	1
	15-19 yrs	78	716924	11
	Age-standardised incidence*	4.6 (95% CI: 3.8-5.4)		

Age-standardised rates per 100,000 population for specific age groups using the European Standard Population (ESP, 2013)

In the 2000-2004 period, there were a total of 844 violent death outcomes in the child age groups, with 625 fatal outcomes in the male group and 219 in the female group. The age-standardized incidence of violent deaths in the 2000-2004 period was 22.4 per 100,000 ($p=0.05$; CI: 20.6-24.1) for boys and 8.3 per 100,000 ($p=0.05$; CI: 7.2-9.4) for girls (Table 4).

Table 4
Fatal outcomes due to all violent causes in the child age groups in the 2000-2004 period

Violent death outcomes	2000-2004			
	Outcomes	Population	Age - specific	Age - standardised
Boys	0 yrs	19	108878	17
	1-4 yrs	58	459947	13
	5-9 yrs	57	665208	9
	10-14 yrs	85	696291	12
	15-19 yrs	406	748291	54
	Age-standardised incidence*	22.4 (95% CI: 20.6-24.1)		
Girls	0 yrs	26	99681	5
	1-4 yrs	10	445072	2
	5-9 yrs	21	634253	3
	10-14 yrs	8	665367	1
	15-19 yrs	78	716924	11
	Age-standardised incidence*	8.3 (95% CI: 7.2-9.4)		

Table 4 - cont

Violent death outcomes		2000-2004			
		Outcomes	Population	Age - specific	Age - standardised
Girls	0 yrs	15	99681	15	15048
	1-4 yrs	20	445072	4	17975
	5-9 yrs	33	634253	5	28616
	10-14 yrs	25	665367	4	20665
	15-19 yrs	126	716924	18	96663
	Age-standardised incidence*	8.3 (95% CI: 7.2-9.4)			

Age-standardised rates per 100,000 population for specific age groups using the European Standard Population (ESP, 2013)

In the 2005-2009 period, there were a total of 355 fatal traffic injuries in the child age groups, with 273 fatal outcomes in the male group and 82 in the female group. The age-standardized incidence of traffic injury deaths in the 2005-2009 period was 10.5 *per* 100,000 ($p=0.05$; CI: 9.3-11.8) for boys and 3.4 *per* 100,000 ($p=0.05$; CI: 2.7-4.1) for girls (Table 5).

Table 5

Violent death outcomes due to traffic accidents in the child age groups in the 2005-2009 period

Violent death outcomes due to traffic accidents		2005-2009			
		Outcomes	Population	Age - specific	Age - standardised
Boys	0 yrs	3	112443	3	2668
	1-4 yrs	18	416743	4	17277
	5-9 yrs	18	587724	3	16845
	10-14 yrs	22	648982	3	18645
	15-19 yrs	212	682440	31	170858
	Age-standardised incidence*	10.5 (95% CI: 9.3-11.8)			
Girls	0 yrs	5	101735	5	4915
	1-4 yrs	9	399032	2	9022
	5-9 yrs	12	559310	2	11800
	10-14 yrs	7	620245	1	6207
	15-19 yrs	49	653413	7	41245
	Age-standardised incidence*	3.4 (95% CI: 2.7-4.1)			

Age-standardised rates per 100,000 population for specific age groups using the European Standard Population (ESP, 2013)

In the 2005-2009 period, there were a total of 643 violent death outcomes in the child age groups, with 483 fatal outcomes in the male group and 160 in the female group. The age-standardized incidence of violent deaths in the 2000-2004 period was 18.7 *per* 100,000 ($p=0.05$; CI: 17.1-20.4) for boys and 6.7 *per* 100,000 ($p=0.05$; CI: 5.6-7.7) for girls (Table 6).

Table 6
Fatal outcomes due to all violent causes in the child age groups in the 2005-2009 period

Violent death outcomes		2005-2009			
		Outcomes	Population	Age - specific	Age - standardised
Boys	0 yrs	14	112443	12	12451
	1-4 yrs	37	416743	9	35513
	5-9 yrs	34	587724	6	31818
	10-14 yrs	57	648982	9	48306
	15-19 yrs	341	682440	50	274823
	Age-standardised incidence*	18.7 (95% CI: 17.1-20.4)			
Girls	0 yrs	11	101735	11	10812
	1-4 yrs	21	399032	5	21051
	5-9 yrs	19	559310	3	18684
	10-14 yrs	23	620245	4	20395
	15-19 yrs	86	653413	13	72389
	Age-standardised incidence*	6.7 (95% CI: 5.6-7.7)			

Age-standardised rates per 100,000 population for specific age groups using the European Standard Population (ESP, 2013)

In the 2010-2014 period, there were a total of 186 fatal traffic injuries in the child age groups, with 138 fatal outcomes in the male group and 48 in the female group. The age-standardized incidence of traffic injury deaths in the 2010-2014 period was 5.7 *per* 100,000 ($p=0.05$; CI: 4.8-6.7) for boys and 2.1 *per* 100,000 ($p=0.05$, CI: 1.5-2.7) for girls (Table 7).

Table 7
Violent death outcomes due to traffic accidents in the child age groups in the 2010-2014 period

Violent death outcomes due to traffic accidents		2010-2014			
		Outcomes	Population	Age - specific	Age - standardised
Boys	0 yrs	2	107917	2	1853
	1-4 yrs	9	436235	2	8252
	5-9 yrs	10	530889	2	10360
	10-14 yrs	17	580339	3	16111
	15-19 yrs	100	635720	16	86516
	Age-standardised incidence*	5.7 (95% CI: 4.8-6.7)			
Girls	0 yrs	1	100866	1	991
	1-4 yrs	3	413222	1	2904
	5-9 yrs	8	502316	2	8759
	10-14 yrs	7	552058	1	6974
	15-19 yrs	29	607461	5	26257
	Age-standardised incidence*	2.1 (95% CI: 1.5-2.7)			

Age-standardised rates per 100,000 population for specific age groups using the European Standard Population (ESP, 2013)

In the 2009-2014 period, there were a total of 386 violent death outcomes in the child age groups, with 277 fatal outcomes in the male group and 109 in the female group. The age-standardized incidence of violent deaths in the 2000-2004 period was 11.5 *per* 100,000 ($p=0.05$; CI: 10.2-12.9) for boys and 4.8 *per* 100,000 ($p=0.05$; CI: 3.9-5.7) for girls (Table 8).

Table 8
Fatal outcomes due to all violent causes in the child age groups in the 2010-2014 period

Violent death outcomes		2010-2014			
		Outcomes	Population	Age - specific	Age - standardised
Boys	0 yrs	8	107917	7	7413
	1-4 yrs	16	436235	4	14671
	5-9 yrs	22	530889	4	22792
	10-14 yrs	35	580339	6	33170
	15-19 yrs	196	635720	31	169572
	Age-standardised incidence*	11.5 (95% CI: 10.2-12.9)			
Girls	0 yrs	6	100866	6	5948
	1-4 yrs	11	413222	3	10648
	5-9 yrs	13	502316	3	14234
	10-14 yrs	17	552058	3	16937
	15-19 yrs	62	607461	10	56135
	Age-standardised incidence*	4.8 (95% CI: 3.9-5.7)			

Age-standardised rates per 100,000 population for specific age groups using the European Standard Population (ESP, 2013)

DISCUSSION

This analysis has made it clear that in Croatia, as in the majority of Central European countries, progress has been made in the field of child road traffic safety (23). This progress is seen especially when interpreting results in the female group, showing gradual decrease in the standardized death rates due to traffic injuries in the study period. When comparing the 5-year periods, the most significant decline is seen when comparing the 1995-1999 and 2010-2014 periods, from 5.2 *per* 100,000 to 2.1 *per* 100,000.

In the male group, progress has been made, but it has taken more time, as in the 1995-1999, 2000-2004 and 2005-2009 periods there was no statistically significant decline in death rates due to traffic injuries. However, when comparing the 2010-2014 period with previous periods, a substantial statistically significant decline is seen, from 11.7 *per* 100,000 in the 2000-2004 period to 5.7 *per* 100,000 in the 2010-2014 period.

In all four 5-year periods, a statistically significant difference was found between death rates according to gender, with boys being victims of traffic injuries more often than girls, especially in the 14-19 age group. However, the difference was decreasing, most prominently in the 2010-2014 period.

The largest decline in child death rates due to traffic injuries occurred in the 2010-2014 period, which could signify that the 2008 Road Traffic Safety Act and preventive measures implemented by the Croatian Ministry of Interior in recent years had been successful.

Our results also showed gradual decline in the overall violent death outcomes in both gender groups, from 31.1 *per* 100,000 in the 1995-1999 period to 11.5 *per* 100,000 in the 2010-2014 period in the male group and from 13.4 *per* 100,000 in the 1995-1999 period to 4.8 *per* 100,000 in the 2010-2014 period in the female group. These results suggest that, in the female group, traffic injury death rates followed the trends of the overall violent death rates, with gradual declines over the periods analyzed. Traffic injuries accounted for about half of all violent deaths in the 0-19 year age group in the female group in the periods analyzed. However, in the male group, there was no statistically significant change in death rates due to traffic injuries until the 2010-2014 period, while a gradual decline in the overall violent death rates is seen throughout the study period. While in the 1995-1999 period, traffic accidents accounted for roughly one-third of all violent death outcomes, in the subsequent periods traffic accidents accounted for around half of all violent death outcomes. Additionally, the results showed that the overall violent death rates were statistically significantly higher in the male group than in the female group throughout the study period. In this period, many activities were undertaken aimed at decreasing the number of casualties among children, especially those caused by traffic accidents. In 1994, the Croatian Ministry of Interior launched the National Road Safety Program, the goal of which was to decrease the rates of traffic injuries, traffic injury related deaths and long-term disabilities over years (23-25). Since 1995, the best known preventive action regarding traffic safety known as *Poštujte naše znakove* (Respect Our Signs) has been implemented in Croatia every September at the beginning of academic year (26). In 2008, the Road Traffic Safety Act 27 introduced repressive measures, such as prohibiting young drivers aged 16-24 from driving while under influence of any detectable level of alcohol or drugs, and driving vehicles with engine power exceeding 75 kW, but the same act additionally opened the possibility of other preventive campaigns, and in the same year the preventive campaign Child Car Seats was launched (27,28). In the following years, many preventive campaigns for child traffic safety

have been conducted, such as Safe Cycling in Traffic in 2008, Child Car Seats in 2009, Use a 'Glow Worm' (reflector for pedestrians) – Be Safer in the Dark in 2009, My Friend the Policeman and I in Traffic in 2009, and Children – Friends in Traffic in 2009 (29-33). As part of the National Road Safety Program, Croatia joined the UN preventive movement Decade of Action for Road Safety in 2011 (34-36). To evaluate the progress made by legislative changes and prevention programs, and to provide deeper insight into the problem of traffic injury death rates in Croatia, a more detailed trend analysis of total mortality due to traffic injuries would be helpful. This study could show whether the child safety programs have been successful over the past 20 years, but could also facilitate public health policy development and program planning.

In conclusion, the decline in the death rates due to traffic injuries and due to violent causes in general is an encouraging result, but we believe that there is still much to be done in the prevention of child injuries, especially in traffic injury prevention, since the goal of every society should be creating a safe environment and safe traffic for all children, without injuries causing death or disability.

For further investigation, we suggest studies analyzing the reasons for unequal proportion of traffic injury deaths relative to total violent death outcomes in the 1995-1999 period between gender groups, and studies analyzing the reasons for the unequal trends in death rates due to traffic injuries between gender groups in the 1995-2009 period.

LIMITATIONS

Our study limitations resulted from limitations of the estimates of the Croatian population made by the Croatian Bureau of Statistics, which do not take migration into consideration when estimating the population. Furthermore, data for the years 1996, 2005-2007, 2009-2012 and 2014 do not contain estimates of the population of children aged 0 years, therefore data on birth rate were used instead.

ACKNOWLEDGMENTS

This study was supported by the Zagreb University project entitled Causes of Child and Youth Injuries between 1995 and 2016.

The authors would like to express acknowledgment to Ms Martina Čuljak for her technical help.

R E F E R E N C E S

1. World Health Organization. Child and adolescent injury prevention: a WHO plan of action 2006-2015. Geneva: World Health Organization, 2006. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43267/1/9241593385_eng.pdf
2. World Health Organization. Child and adolescent injury prevention: a global call to action. Geneva: World Health Organization, 2005. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43279/1/9241593415_eng.pdf
3. World Health Organization. World Health Statistics 2008. Geneva: World Health Organization, 2008. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Full.pdf
4. World Health Organization, UNICEF. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=UeXwoNh8sbwC&oi=fnd&pg=PR7&dq=child+injury+prevention&ots=hH_BZPhu0E&sig=otV7WykTN4KNR82AEfCACJcvMhw&redir_esc=y#v=onepage&q=child%20injury%20prevention&f=false
5. Pan SY, Ugnat A, Semenciw R, Desmeules M, Mao Y, MacLeod M. Trends in childhood injury mortality in Canada, 1979-2002. Injury Prevention 2006; 12: 155-60. doi: 10.1136/ip.2005.010561
6. Petridou ET, Kyllekidis S, Jeffrey S, Chishti P, Dessimpris N, Stone DH. Unintentional injury mortality in the European Union: how many more lives could be saved?. Scand J Public Health 2007; 35: 278-87. doi: 10.1080/14034940600996662
7. Parkkari J, Mattila V, Niemi S, Kannus P. Injury-related deaths among Finnish children, 1971-2001. JAMA 2003; 289: 702-3. doi:10.1001/jama.289.6.702
8. Morrison A, Stone DH, Redpath A, Campbell H, Norrie J. Trend analysis of socioeconomic differentials in deaths from injury in childhood in Scotland, 1981-95. BMJ 1999; 318: 567-8. doi: 10.1136/bmj.318.7183.567
9. Morrison A, Stone DH. Unintentional childhood injury mortality in Europe 1984-93: a report from the EURORISC Working Group. Injury Prevention 1999; 5: 171-6. doi: 10.1136/ip.5.3.171
10. Tomashuk KM, Hsia J, Ivasu S. Trends in postneonatal mortality attributable to injury, United States, 1988-1998. Pediatrics 2003; 111: 1219-25. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/111/Supplement_1/1219.
11. Ekman R, Svanström L, Långberg B. Temporal trends, gender, and geographic distributions in child and youth injury rates in Sweden. Injury Prevention 2005; 11: 29-32. doi: 10.1136/ip.2003.005074.
12. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe). Injuries in the European Union – summary of the injury statistics for the years 2008-2010. Amsterdam: EuroSafe; 2013. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/data_collection/docs/idb_report_2013_en.pdf

13. Committee on Trauma Research, Commission on Life Sciences, National Research Council, Institute of Medicine. Injury in America: a continuing public health problem. Washington DC: National Academy Press, 1985. Available from: <https://www.nap.edu/read/609/chapter/1>.
14. Mujkić A, Ivčević Uhernik A, Rodin U, Meštrović J, Geŕeš N. Mortality of children aged 0-19 years in Croatia during 1995-2012 period. In: Gagro A *et al.*, eds. Proceedings of the 11th Congress of Croatian Paediatric Society; 2014 Oct 16-19; Dubrovnik, Croatia. Zagreb: Children's Hospital Zagreb, 2014. p. 99.
15. McKee M, Orešković S. Childhood injury: call for action [editorial]. CMJ 2002;43:375-8. Available from: <http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2002/43/4/12187512.pdf>.
16. Karlo R, Škarica R, Bukvić N, Zekanović D. Child injuries in traffic accidents. Med Jadertina 2011; 41: 143-6.
17. World Development Indicators [Internet]. Washington: World Bank. c2017 [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://data.worldbank.org/country/croatia>
18. Garzon DL. Contributing factors to preschool unintentional injury. J Pediatr Nursing 2005; 20: 441-7. doi: 10.1016/J.JPEN.2005.03.014
19. Sidebotham P, Fraser J, Covington T *et al.* Understanding why children die in high-income countries. Lancet 2014; 384: 915-24. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60581-X
20. Čorić T, Miler Knežević A, Čukelj P. The report about causes of death in Croatia in 2016. Zagreb: Croatian National Institute of Public Health; 2017. Available from: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/08/Bilten__Umrli_-2016-3.pdf
21. World Health Organization. International statistical classification of disease and health related problems. 10th revision. Geneva: WHO; 1993. Available from: <https://scholar.google.com/scholar?q=World+Health+Organization.+International+statistical+classification+of+disease+and+health+related+problems.+10th+revision.+Geneva%2C+Switzerland%3A+World+Health+Organization%2C+1993>.
22. Eurostat. Revision of the European standard population: report of Eurostat's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF>
23. Armour-Marshall J, Wolfe I, Richardson E, Karaniklos M, McKee M. Childhood deaths from injuries: trends and inequalities in Europe. Eur J Public Health 2012; 22: 61-5. doi: 10.1093/eurpub/ckr004
24. National Road Safety Programme of the Republic of Croatia 2011-2020. Narodne novine 59/2011. Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_05_59_1321.html
25. Orlović B, Matajka J, Huljak M. National Road Safety Programme of the Republic of Croatia 2011-2020. Zagreb: Ministry of Interior of the Republic of Croatia, Police Academy; 2011. Available from: https://www.mup.hr/UserDocsImages/engleska%20verzija/2015/14_Prilog4_NPSCPeng_16_02_15GracDarko.pdf
26. Republic of Croatia Ministry of Interior [Internet]. Respect our signs! [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://www.forenzika.hr/166881.aspx>
27. Road Traffic Safety Act. Narodne novine 67/2008. Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_06_67_2224.html
28. Republic of Croatia Ministry of Interior [Internet]. Preventative action: Child seat for vehicles [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://www.zagrebacka.policija.hr/11688/528.aspx>
29. Republic of Croatia Ministry of Interior [Internet]. Preventative action: Safety cycling in traffic [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://www.zagrebacka.policija.hr/8884/236.aspx>
30. Republic of Croatia Ministry of Interior [Internet]. Preventative action: Child seat [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://zagrebacka.policija.hr/25895/499.aspx>
31. Republic of Croatia Ministry of Interior [Internet]. Glowworm [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://sisacko-moslavacka.policija.hr/MainPu.aspx?id=30176>
32. Republic of Croatia Ministry of Interior [Internet]. My friend policeman and I, in traffic [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://www.forenzika.hr/13920.aspx>
33. Republic of Croatia Ministry of Interior [Internet]. Children – friends in traffic [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://www.forenzika.hr/MainPu.aspx?id=21751>
34. UNRSC. Global plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020. Available from: http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/en/
35. World Health Organization. Decade of action for road safety 2011-2020: saving millions of lives [Internet]. Available from: http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action
36. World Health Organization. Global status on road safety 2013: supporting a decade of action. Geneva: World Health Organization, 2013. Available from: https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=rrMXDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=world+report+on+child+injury+prevention&ots=MEMQ9F6jak&sig=MIDgMgHEiDcbK7AextenH-GMh4cA&redir_esc=y#v=onepage&q=croatia&f=false

S A Ž E T A K

SMRTNOST DJECE U HRVATSKOJ ZBOG UKUPNIH OZLJEDA I PROMETNIH OZLJEDA U RAZDOBLJU 1995. I 2014. GODINE

M. MARTINIĆ¹, M. MILOŠEVIC¹, U. RODIN² i A. MUJKIĆ¹

*Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, ¹Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i
²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Croatia*

Ozljede su u Hrvatskoj vodeći uzrok smrti djece nakon navršene prve godine života. Stoga je cilj ovog rada prikazati kretanje smrtnosti djece u dobi 0-19 godina zbog ukupnih ozljeda i ozljeda zadobivenih u prometu u Hrvatskoj u razdoblju od 1995. do 2014. godine te provesti standardizaciju koristeći se podatcima Eurostata za Europsku Standardnu Populaciju za 2013. godinu. U istraživanju su korišteni podatci Državnog zavoda za statistiku o vanjskim uzrocima smrti od ozljeda te podatci o procjeni broja stanovnika prema petogodišnjim dobnim skupinama i spolu. Šifriranje uzroka smrti prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija (MKB-10), provedeno je u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo temeljem podataka iz liječničkih potvrda o smrti. Razdoblje od 1995. do 2014. podijeljeno je u četiri petogodišnja razdoblja. Sve statističke analize provedene su statističkim paketom Statistica, 12. verzija. Rezultati pokazuju statistički značajan pad smrtnosti zbog ukupnih ozljeda i prometnih ozljeda u dobnim skupinama 0-19: od 10,9 na 100.000 na 5,7 na 100.000 za dječake te od 5,2 na 100.000 na 2,1 na 100.000 za djevojčice u razdoblju od 1995. do 2014. godine. Iako je napredak postignut, potrebno je nastaviti provoditi postojeće programe izobrazbe djece i roditelja te programe prevencije nesreća i unaprjeđenja sigurnosti u prometu.

Ključne riječi: djeca, smrtnost, ozljede, prometne nesreće, kretanje, Hrvatska

UNAPRJEĐENJE PREVENCije KARDIOVASKULARNIH BOLESTI U ISTARSKOJ ŽUPANIJI – ZNAČENje MEĐUSEKTORSKE SURADNje I PROBLEMI ODRŽIVOSTI

ROBERTA KATAČIĆ, SONJA GROZIĆ-ŽIVOLIĆ, SANEL HRVATIN¹ i VEDRANA FONTANA MIKULIĆ²

Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije, ¹Istarski domovi zdravlja i ²Opća bolnica Pula, Zavod za javno zdravstvo Istarske županije, Pula, Hrvatska

Istarska županija (IŽ) od 2005. godine prioritetno ulaže u prevenciju kardiovaskularnih bolesti na svom području iznad nacionalnih standarda. Poseban iskorak učinjen je putem EU projekta *LOVE YOUR HEART*: kreirano je 107 edukativnih materijala, izobraženo je 139 stručnjaka, pripremljen je informacijski sustav koji integrira rad stručnjaka primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite, nabavljenе su dodatna medicinska i informatička oprema za rad, otvoren je Županijski centar za prevenciju KVB. Evaluacija sedamnaestomjesečnog probnog rada Centra pokazala je vidljive rezultate i evaluacijom procesa i evaluacijom učinka na zdravstvene ishode. Planski je uspostavljena suradnja među različitim pružateljima preventivnih usluga na različitim razinama i među profesijama. Učinjen je probir 2625 rizičnih pacijenata, 637 ih je educirano, a 1124 pregledano od kardiologa. Liste čekanja na kardiološki pregled i dijagnostiku su značajno skraćene, a broj obavljenih dijagnostičkih pregleda srca i tlaka u IŽ je porastao. Kod pacijenata obuhvaćenih projektom zamijećeni su porast izdržljivosti i opće kondicije, značajan gubitak kilograma, smanjenje terapije za hipertenziju i bolji nalazi kontrolnih ergometrija. Program prevencije KVB razvijen i provoden u IŽ primjer je dobre prakse koji treba nastaviti, proširiti i institucionalizirati čime bi se osigurao bolji učinak (ovako koncipirane cjelevite intervencije) na zdravstvene ishode cjelokupne populacije.

Ključne riječi: prevencija kardiovaskularnih bolesti, regija Istra, suradnja, održivost, iznadnacionalni standardi, VOLI SVOJE SRCE

Adresa za dopisivanje: Roberta Katačić, dr. med.

Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb
Istarske županije
Flanatička 29
52 100 Pula, Hrvatska

UVOD

Kardiovaskularne bolesti (KVB) su najveći globalni javnozdravstveni problem i vodeći uzrok smrtnosti u svijetu, pa tako i u Republici Hrvatskoj (1) (44,99 % umrlih 2016. godine), kao i u svim njezinim županijama (2). KVB u značajnom postotku vode u invalidnost (18 % osoba s invaliditetom imaju KVB kao direktni uzrok ili komorbiditet koji vodi u invalidnost) (3). One smanjuju produktivnost inače radno sposobne populacije uz posljedična dugotrajna bolovanja i prijevremene smrti, što je veliki teret za cjelokupno društvo.

KVB su također vodeći uzrok hospitalizacija (4) i utrošenih lijekova (14,6 % svih troškova) (5) te su na drugom mjestu po broju dana bolničkog liječenja (6) i pobolu registriranom u općoj medicini (7).

U Istarskoj županiji smrtnost od KVB u 2015. godini iznosila je 53,8 % (8). Najviši bolnički pobol registriran u Općoj bolnici Pula (osim poroda i prekida trudnoća) u toj je godini bio vezan uz bolesti cirkulacijskog sustava i iznosio je 12 % (9).

KVB se razvijaju pod utjecajem rizičnih čimbenika, a najznačajniji čimbenici na koje se može utjecati su pušenje, hipertenzija, hiperlipidemije, pretilost, dijabetes, tjelesna neaktivnost, nepravilna prehrana (10) te upotreba alkohola, stres i depresija.

Prema Europskim smjernicama za prevenciju kardiovaskularnih bolesti iz 2012. godine nastanak KVB se može spriječiti u čak 80-90 % slučajeva (11). Postoje čvrsti dokazi o učinkovitosti prevencije i o mogućnosti reduciranja prijevremenih smrti i disabiliteta u najma-

nje 50 % slučajeva. Svjetska zdravstvena organizacija naglašava da se strategijom uravnotežene kombinacije populacijskog pristupa i pristupa rizičnim skupinama može postići učinkovit nadzor nad epidemijom KVB (12). Da bi se nadzor postigao potrebna je strategija koja će zagovarati sveobuhvatni pristup, tj. istodobno promicati zdravlje i provoditi preventivne programe na populacijskoj razini, aktivno pristupati pojedincima i skupinama s visokim rizikom, osiguravati maksimalni obuhvat populacije učinkovitim liječenjem, te utjecati na determinante zdravlja (13). Ključne su riječi međusektorska suradnja i umrežavanje na različitim razinama te široki obuhvat putem ekonomski prihvatljivih i dostupnih programa na najnižoj lokalnoj razini tijekom dužeg razdoblja.

Dobro razrađena strategija za provođenje mjera primarne, sekundarne i tercijarne prevencije KVB je preduvjet za učinkovito smanjenje tereta od tih bolesti. U svrhu prevencije KVB i drugih kroničnih nezaraznih bolesti (KNB) u posljednjih je nekoliko godina na nacionalnoj razini donesen niz administrativnih (*policy*) dokumenata (14). Ministarstvo zdravstva RH je 2001. godine donijelo prvi Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih bolesti no do njegove operacionalizacije i sustavnog provođenja nikada nije došlo (15). Program je 2003. godine, na zahtjev Ministarstva zdravstva, dopunjen i 2009. osvremenjen, no nikada nije usuglašen na razini relevantnih stručnih društava Hrvatske ni uveden u praksu (16). Iako je KVB naš najveći javnozdravstveni problem i vodeći uzrok smrtnosti, koji je uz to i preventabilan, Hrvatska u ovom trenutku nema strategiju za prevenciju i kontrolu KVB.

Istarska je županija (IŽ) još 2005. godine pod supervizijom i uz podršku Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatske mreže zdravih gradova u sklopu izrade Plana za zdravlje građana Istarske županije konsenzusom struke, politike i građana izabrala svoje županijske javnozdravstvene prioritete (17). Prevencija KVB izabrana je kao javnozdravstveni prioritet IŽ u dva uzastopna planska ciklusa (2005.-2012. i 2013.-2016.). Tijekom jedanaestogodišnjeg rada na ovom prioritetu u implementaciju aktivnosti bili su uključeni sustav zdravstva, lokalna samouprava te civilni sektor, pokazujući u praksi kolika je važnost međusektorske suradnje. Vlastitim sredstvima ulaganim u strateško planiranje i razvijanje preventivnih usluga koje nadilaze nacionalne standarde pridodana su i značajna europska sredstva putem prekograničnog projekta suradnje.

CILJEVI RADA

Ciljevi ovog rada su:

- (1) Prikazati metodologiju i rezultate rada na prevenciji KVB u Istarskoj županiji tijekom jedanaest godina,
- (2) Prikazati rezultate postignute EU projektom *LOVE YOUR HEART* (LYH) te temeljem prikazanog
- (3) Raspraviti značenje razvoja sveobuhvatnih programa (iznad nacionalnih standarda) lokalno, ali i probleme održivosti tako razvijenih usluga bez potpore nacionalne razine odlučivanja.

METODE RADA

Tijekom jedanaest godina djelovanja programa unaprjeđenja prevencije KVB u Istarskoj županiji korištene su u različitim fazama razvoja programa različite metode rada.

U razdoblju od 2005. do 2012. godine učinjeno je sljedeće:

1. Metodom analize postojećih resursa prepoznati su već postojeći programi i usluge koje su pružane u različitim zdravstvenim ustanovama, nevladinim organizacijama, jedinicama lokalne samouprave, pojedinim mjesnim odborima, odgojno-obrazovnim ustanovama i sportsko-rekreacijskim društvinama;
2. Temeljem javnog natječaja odabrani su i financijski podržani modeli dobre prakse edukacije o kardiovaskularnim rizičnim čimbenicima, preventivni programi i programi ranog otkrivanja rizičnih čimbenika (poticanje, podržavanje i usmjeravanje rada udruga putem javnog natječaja);
3. Uloženi su napor u umrežavanje svih uključenih dionika;
4. Medijski su promovirani zdravi životni stilovi.

Od 2012. do 2016. godine uz daljnje poticanje primarne prevencije, napor su bili usmjereni razvoju sekundarnih i tercijarnih preventivnih usluga.

1. Razvoj modela sveobuhvatne (komprehenzivne) prevencije KVB i stvaranje uvjeta za njegovo provođenje realizirani su EU natječajem prekogranične suradnje IPA Adriatic. Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb IŽ je kao vodeći partner prijavio projekt *LOVE YOUR HEART* (LYH) u partnerstvu s Istarskim domovima zdravlja (IDZ), Općom bolnicom Pula (OB), tri talijanska i jednim albanskim partnerom.
2. Radi uvođenja sustavnog pristupa u rješavanju problema KVB uz međunarodno umrežavanje projektom LYH započelo je i funkcionalno po-

- vezivanje svih dionika na razinama primarne, sekundarne i „zavodske“ zdravstvene zaštite te nevladinog sektora.
3. Uz ulaganje u opremu, infrastrukturu i resurse za početka je priprema edukativnih materijala te edukacija profesionalaca različitih profila i građana.
 4. Osnovan je regionalni Centar za prevenciju KVB koji bi omogućio pojačani probir radno aktivne populacije u dobi od 40 do 65 godina, poboljšao proces ranog otkrivanja rizičnih čimbenika, unaprijedio brzinu pružanja usluga visoko rizičnim pacijentima i poboljšao praćenje njihovog stanja.
 5. U sklopu projekta kreiran je i informacijski sustav radi unaprjeđenja kvalitete podataka.

Analiza postignutih rezultata praćena je godišnjim izvješćima temeljem čega su po potrebi preusmjeravane daljnje aktivnosti.

Krajem 2016. godine evaluirani su rezultati prve i druge faze sustavno vođene prevencije KVB u IŽ. Predstavnici uprave, udruga, zdravstvenih i obrazovnih ustanova, liječnika obiteljske medicine (uključujući koncesionare u zdravstvu) te članova Tima za zdravlje IŽ napravljena je zajednička SWOT analiza (*strengths, weaknesses, opportunities, and threats analysis*) novih društveno-političkih i socijalno-ekonomskih okolnosti i prigoda u kojima se dalje treba razvijati ovaj program (18). Zaključci evaluacije i SWOT analize preusmjerili su daljnju metodologiju rada u provedbi programa prevencije KVB u IŽ u sljedećem planskom razdoblju 2017.-2020. godine (19).

Alati strateškog planiranja nadopunjeni su pripremom godišnjih operativnih planova aktivnosti, analizom postignutih rezultata u godišnjim izvješćima i SWOT analizi.

REZULTATI

Prva faza

U razdoblju od 2005. do 2012. godine, u razvoju programa primarne prevencije KVB, posebno je istaknuto ulogu imao Zavod za javno zdravstvo IŽ (ZZJZIŽ). Povezujući svoje djelovanje s odgojno-obrazovnim institucijama (posebno predškolskim ustanovama te osnovnim i srednjim školama) unosio je programe usvajanja zdravih životnih navika djece i mladih. U ZZJZIŽ je osmišljen program unaprjeđenja prehrane u predškolskim ustanovama koji uključuje poticanje zdrave prehrane pomoću brošura o uspješnim vrtićkim jelovnicima, higijensko sanitarni nadzor, analizu jelovnika, savjetovanje i stručne edukacije. U program su bili uključeni vrtići s područja cijele županije. U

cilju unaprjeđenja prehrane u osnovnim školama pripremljeni su priručnici (školske kuharice) sa savjetima i praktičnim receptima za prehranu zdrave djece, kao i djece s posebnim prehrambenim potrebama. ZZJZIŽ bio je i aktivno uključen u promoviranje zdravih stilova života putem javnozdravstvenih akcija, obilježavanja prigodnih datuma te organizacije stručnih konferencijskih i regionalnih javnozdravstveno-rekreativnih manifestacija.

Druga faza

Od 2012. do 2016. godine razvijen je model sveobuhvatne prevencije KVB uglavnom u projektu *LOVE YOU HEART*.

Pripremni dio

U pripremnom dijelu kreirani su edukativni materijali za dodatnu obuku stručnjaka i za rad s građanima/pacijentima, izobraženi su zdravstveni djelatnici i ostali stručnjaci važni za prevenciju KVB (psiholozi, ugostitelji, nastavnici), pripremljen je informacijski sustav koji integrira rad stručnjaka koji rade na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite, nabavljene su dodatna medicinska i informatička oprema za rad u Centru za prevenciju KVB (Centar) te učinjeni manji infrastrukturni zahvati u Istarskim domovima zdravlja i u Općoj bolnici Pula koji su omogućili otvaranje Centra.

Za profesionalce raznih profila (zdravstveni i obrazovni djelatnici, ugostitelji) pripremljeno je 9 priručnika na hrvatskom jeziku koji tretiraju različite kardiovaskularne rizične čimbenike (prehranu, pušenje, debljinu, stres i ostale) te 20 video prezentacija. Kreirani su materijali koje zdravstveni djelatnici mogu koristiti u edukaciji rizičnih građana i pacijenata: 57 edukativnih letaka čiji su autori kardiolozi, neurolozi, psiholozi, liječnici javnog zdravstva i fizioterapeuti. U suradnji sa ZZJZ Zadarske županije tiskana je slikovnica za djecu za rad u vrtićima. Priređeno je 7 prezentacija za edukatore i snimljeno 13 emisija za pacijente koji se kontinuirano prikazuju u čekaonici Centra u OB Pula. Svi materijali su objavljeni na web stranici projekta Zdrava Istra - *Istria sana*, pod rubrikom *LOVE YOUR HEART* (20) i slobodni su javnosti za upotrebu.

Pripremljene su i održane radionice na kojima su se podučavala načela primarne prevencije odgojno obrazovnim djelatnicima, ugostiteljima te učenicima srednjih škola različitih profila.

Liječnike obiteljske medicine educirali su profesori iz DNOOM-a (Društva nastavnika opće/obiteljske medicine) po posebnom programu (16) te specijalisti obiteljske medicine koji su bili uključeni u kreiranje infor-

macijskog sustava LYH. Izobrazbu je uspješno završilo 86 od 114 liječnika obiteljske medicine koji rade na području Istarske županije, od kojih je 58 uključeno u projekt i putem informacijskog sustava. Sve patronažne sestre IŽ (43) prošle su sedmotjedni bazični tečaj *Voli svoje srce* o rizičnim čimbenicima KVB i praktični dio u kojem su mijenjale jednu zdravstvenu naviku vlastitog ponašanja, čime su se osposobile za vođenje sličnih radionica za pacijente i rizične građane; 16 patronažnih sestara prošlo je izobrazbu o vođenju radionica zdravog mršavljenja.

Tri fizioterapeuta, tri psihologa, dvije patronažne sestre i dva kardiologa iz IDZ-a, ZZJZIŽ i OB Pula bili su na studijskim posjetima medicinskim centrima u Italiji s ciljem edukacije u raznim specifičnim aspektima pružanja tercijarne kardiovaskularne (KV) prevencije.

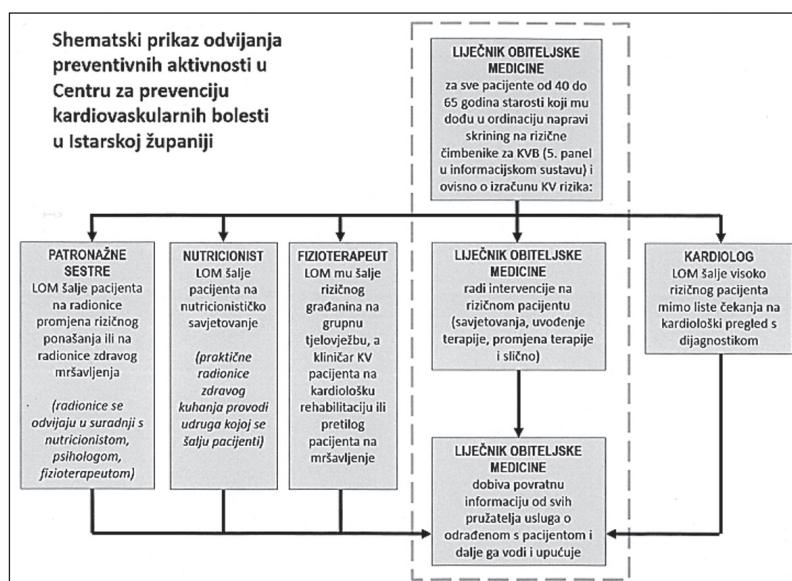
Pripremljen je jedinstven informacijski sustav LYH koji integrira rad stručnjaka primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite s kardiovaskularnim pacijentom/rizičnim građaninom u središtu. Liječnici obiteljske medicine Istarske županije koji koriste Vegasoft, MCS ili INCON kao informacijski program u svojoj ordinaciji (oko 90 % istarskih LOM-ova) dobili su „peti KV panel“ koji im je olakšao rad na planskom probiru rizičnih građana i njihovom vođenju kroz preventivne intervencije u ordinaciji. Njime je uspostavljeno i informatičko povezivanje s edukativnim dijelom Centra za prevenciju KVB tako da LOM-ovi jednim „klikom“ mogu upisati svog rizičnog pacijenta na edukativne radionice patronažnih sestara, savjetovanja nutricionista ili psihologa te na grupne tjelevanje pod stručnim vodstvom fizioterapeuta. S druge strane, visoko rizični pacijenti se mimo liste čekanja direktno upisuju na žurni kardiološki pregled u dijagnostički dio Centra u OB Pula.

U preuređenje i opremu za rad Centra uloženo je preko 1.500.000,00 kuna. Načinjeni su dodatna medicinska oprema (kardiološki UZV, ergometar, holteri za tlak, EKG holteri ...), sprave za dvoranu za kardiološku rehabilitaciju te informatička oprema. Učinjeni su i manji infrastrukturni zahvati u IDZ-u i u OB Pula i sve to zajedno omogućilo je otvaranje Centra za prevenciju KVB koji je podijeljen funkcionalno i lokacijski na edukativno-rehabilitacijski i dijagnostički dio.

Implementacija i pokusni rad

Implementacija i pokusni rad županijskog Centra trajali su 17 mjeseci, od 1. 10. 2014. do 28. 2. 2016. go-

dine. Centar je organiziran na dvije lokacije u Puli (u IDZ i u OB) i informatički je povezan s LOM-ovima diljem Istarske županije. Osmišljen je na način da se unutar sjedišta IDZ-a u Puli odvija većina aktivnosti vezanih za edukaciju, savjetovanje, informatizaciju te koordinaciju i objedinjavanje rada na KVB prevenciji – u suradnji s ispostavama IDZ diljem Istre. Uspostavljene su radionice za mršavljenje i za redukciju rizičnih čimbenika vođene od patronažnih sestara, radionice za KV rehabilitaciju od fizioterapeuta, savjetovanja o pravilnoj prehrani od nutricionistice te pojačani probir KV rizičnih čimbenika od LOM-ova. U tom se dijelu Centra također provodi tercijarna rehabilitacija kardioloških i endokrinoloških pacijenata (pretili, dijabetičari) koji se šalju u program nakon hospitalizacije ili iz „dnevne bolnice“ OB Pula. U OB Pula se nalazi drugi dio Centra koji ima više dijagnostičko-konzilijskih, ali i edukativnih karaktera (edukacija hospitaliziranih pacijenata) (sl. 1). U Centru se vodi informatički registar KV rizičnih pacijenata u IŽ, čime su uvelike unaprijedene i kvaliteta podataka i informacije o rezultatima projekta. Na osnovi tih podataka održena je i stručna evaluacija javnozdravstvene intervencije i probne implementacije rada Centra, koja je preko DNOOM-a ugovorena s vanjskim evaluatorima.



Sl. 1. Shematski prikaz odvijanja preventivnih aktivnosti u Centru za prevenciju KVB u IŽ

Tijekom faze implementacije projekta LYH kroz probir je prošlo 2625 rizičnih građana u ordinacijama 58 liječnika obiteljske medicine diljem Istre. U godini dana nakon prestanka projekta, kada su im privremeno ukinute neke od pogodnosti i mogućnosti, informatički sustav je koristilo samo 19 LOM-a za ukupno 85 pacijenata.

U pokusnom razdoblju 162 pacijenta su prošla kroz radionice sekundarne prevencije (promjena rizičnog

ponašanja, zdravo mršavljenje, nutricionističko savjetovanje, psihološko savjetovanje, grupna tjelovježba, 121 kroz programe tercijarne prevencije (prehrana nakon KV incidenta, kardiološka rehabilitacija, tjelovježba i prehrana kod pretilosti i šećerne bolesti); 1124 pacijenta su pregledana od kardiologa, a educirano je 354 hospitaliziranih pacijenata na kardiološkom odjelu.

Liste čekanja na kardiološki pregled i dijagnostiku su značajno skraćene (pregled kardiologa od 5 mjeseci na 1 mjesec, UZV srca od 7-8 mjeseci na 10 dana); broj UZV pregleda srca u IŽ je porastao za 28,7 %, broj ergometrija za 11,8 %, broj odrađenih holtera tlaka za 320,2 %, a broj EKG holtera za 46,8 % (zahvaljujući kupljenoj opremi za projekt, ali i ulaganju u kadrove).

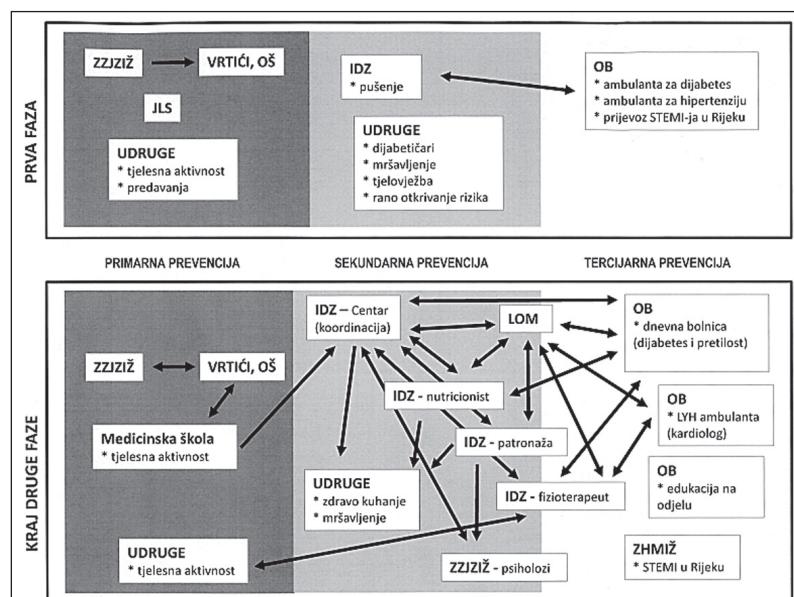
U godini dana (uglavnom tijekom 2016. godine) radoz fizioterapeuta obuhvaćeno je 139 pacijenata (82 % žena). Kod 73,68 % zamijećen je pad srčanih otkucaja pri istim naporima što ukazuje na porast njihove izdržljivosti i opće kondicije u aspektima tjelesne aktivnosti. Prosječan gubitak kilograma po pacijentu bio je 10,4 kg godišnje. Gotovo svim pacijentima s hipertenzijom smanjena je količina lijekova koju koriste za regulaciju povišenog tlaka ili je u potpunosti ukinuta terapija. Svim kardiološkim pacijentima kontrolne ergometrije pokazuju bolje nalaze.

Na projekt LYH se u 2016. godini, u sklopu prioriteta prevencije KVB, nastavio projekt *Unaprjeđenja kvalitete prehrane* u OB Pula financiran djelomično iz LYH projekta, a dijelom iz županijskog proračuna. U bolnici je prvi puta zaposlena magistrica nutricionizma čiji su zadatci bili grupna edukacija pacijenata na odjelu kardiologije, individualna i grupna edukacija rizičnih pacijenata unutar dnevne bolnice (pretilost, šećerna bolest), izrada edukativnih materijala o pravilnoj prehrani te rad na informatizaciji bolničke kuhinje i usklađivanje sa standardima. Kroz višednevne grupne edukacije za mršavljenje i edukacije o dijabetičkoj prehrani prošao je 151 pacijent, a kroz individualna savjetovanja 187 pacijenata. Izrađena su 23 edukativna letka o dijetoterapiji među kojima se 6 letaka odnosi na KV teme. Materijali su postavljeni za slobodnu upotrebu na web stranicu Zdrava Istra – *Istria sana* pod rubrikama Materijali, Dijetoterapija OB Pula (21).

Evaluacija prve i druge faze

SWOT analizom provedenom krajem 2016. godine od svih sudionika u programu evaluirani su rezultati prve i druge faze sustavno vođene prevencije KVB u

IŽ. Kao snage i prilike prepoznate su: a) dotadašnja provedba programa prevencije KVB imala je uporište u ključnim evropskim strateškim dokumentima (Globalni akcijski plan za prevenciju i kontrolu KNB 2013.-2020., Evropska strategija Zdravlje 2020, i Evropska strategija za prevenciju i kontrolu nezaraznih bolesti 2012.-2016.) te u postojećim nacionalnim programima i strategijama poput Akcijskog plana za prevenciju i kontrolu kroničnih nezaraznih bolesti 2015. – 2020; b) iskorištena je mogućnost korištenja EU fondova i međunarodne suradnje; c) novi model prevencije KVB se temeljio na multidisciplinskom pristupu (zdravstvo, obrazovanje, civilni sektor, ugovorstvo) uz uspostavljenu suradnju među pružateljima preventivnih usluga na različitim razinama (sl. 2); d) postignuti su značajni rezultati u projektu *LOVE YOUR HEART*.



Sl. 2. Gustoća umreženosti, međusektorske suradnje i preventivnih usluga u prvoj i drugoj fazi prioriteta prevencije KVB (primarne, sekundarne i tercijarne) u IŽ

Identificirane su i sljedeće slabosti i prijetnje: a) sveobuhvatna prevencija KNB nije definirana na nacionalnoj razini; b) HZZO ne pokriva veliki dio preventivnog rada (npr. za nutricionista i fizioterapeuta koji su radili KVB prevenciju i rehabilitaciju u sklopu PZZ nakon završetka EU projekta LYH i za čiji se rad godinama osiguravaju sredstva iz proračuna IŽ); c) nisu zakonski definirani načini upućivanja pacijenata na preventivne usluge u smislu promjene rizičnih ponašanja ni obveze pacijenata u prihvaćanju preventivnih aktivnosti i sankcije kod njihovih neprihvaćanja; d) postoji diskontinuitet u započetim reformskim mjerama vezano uz promjene vlasti na nacionalnoj razini; e) nedovoljno su definirana prava i obveze provoditelja i sudionika preventivnih programa; f) nedovoljan je angažman zdravstvenih radnika u preventivnom

radu (patronažne sestre i liječnici obiteljske medicine - LOM-ovi) - zbog preopterećenosti obvezama nemo-tiviranost je velika.

Treća faza

U trećem planskom razdoblju prevencija KVB ušla je u sastav prioriteta Promocije zdravlja, prevencije i ranog otkrivanja kroničnih nezaraznih bolesti. Premljeni su strateški i godišnji operativni planovi aktivnosti koji su predstavljeni i usvojeni od županijske Skupštine te putem web stranice <http://zdrava-sana.istra-istria.hr> učinjeni dostupnima široj javnosti.

Projektom postignuti rezultati prezentirani su Ministarstvu zdravlja (MZ) i HZZO-u s ciljem osiguravanja njihove održivosti, ali i radi omogućavanja dijeljenja postignutih rezultata s drugim županijama.

RASPRAVA

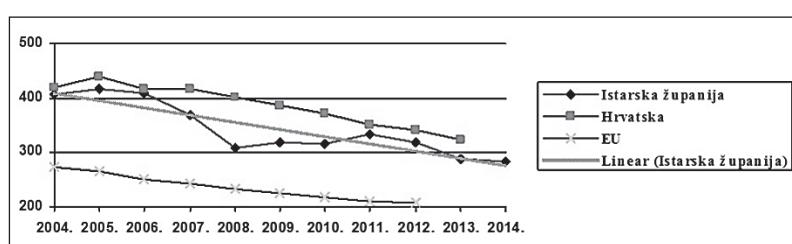
Potreba sveobuhvatne strategije prevencije KVB

U cilju prevencije KVB u RH je od 2010. godine doneseno nekoliko dokumenata koji tumače njihove aktivnosti (*policy*) među kojima su: Strateški plan razvoja javnog zdravstva 2012-2015., Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine 2010.-2012., Zakon o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda, Akcijski plan za jačanje nadzora nad duhanom za razdoblje od 2013. do 2016. godine, Strateški plan za smanjenje prekomernog unosa kuhinjske soli u Republici Hrvatskoj 2015.-2019. te Nacionalni program „Živjeti zdravo“ (22). Da bi se zaista i postigli značajniji rezultati u padu morbiditeta i mortaliteta od KVB u RH strateški dokumenti nisu dovoljni. Prevencija KVB primarno zahtijeva sveobuhvatnu strategiju integriranog pristupa na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Ona mora sadržavati elemente promicanja zdravlja i provođenja preventivnih programa na populacijskoj razini, mora aktivno pristupati pojedincima i skupinama s visokim rizikom, osiguravati maksimalni obuhvat populacije učinkovitim liječenjem te utjecati na determinante zdravlja (23). Prevencija KVB treba biti „operacionalizirana“ - prevedena u akcijske planove, kojima će jasno biti definirane aktivnosti i njihovi provoditelji te sredstva financiranja.

Hrvatska u ovom trenutku nema takvu strategiju prevencije i kontrole kardiovaskularnih bolesti zbog čega je regionalna razina bila primorana sama razvijati planove, programe i usluge iznad nacionalnog standar-

da. Program prevencije KVB razvijen i isprobao u IŽ primjer je dobre prakse koji se može primijeniti i u drugim županijama u RH i nacionalno.

Do sada je zabilježen lagani pad dobno standardiziranih stopa smrtnosti od KVB u IŽ (sl. 3), koji prati i nacionalne i europske trendove (24). On nije dovoljan ni zadovoljavajući i teško ga je pripisati kao zaslugu planski provedenim preventivnim aktivnostima u Istri. Dosadašnji napor u preventivnim aktivnostima, prikazani u ovom radu, trebali bi se podići na višu razinu i imati maksimalni obuhvat populacije.



Sl. 3. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od KVB na 100.000 stanovnika (ukupna dob)

Procesnom evaluacijom dobiveni rezultati govore u prilog uspješnosti ove intervencije. Opremljen je i otvoren županijski Centar za prevenciju KVB i u razdoblju od 17 mjeseci isprobano je njegovo djelovanje. Kreiran je jedinstven informacijski sustav LYH koji integrira rad stručnjaka primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite na polju prevencije KVB. U preventivne programe uključeni su dodatno educirani stručnjaci različitih profila u vrlo značajnom postotku (75,4 % istarskih LOM-ova, sve patronažne sestre). Uspostavljene su nove preventivne radionice i usluge koje su pružene značajnom broju rizičnih građana i pacijenata. Unaprijeđena je kvaliteta podataka o KV rizičnim građanima (e-registar).

Evaluacija učinaka odrađenih aktivnosti i pruženih usluga na krajnjim korisnicima (mjerena promjenom u antropometrijskim parametrima i rizičnim čimbenicima) je zadovoljavajuća, ali se (u ovom trenutku) odnosi samo na kratkoročne učinke na čijem održavanju treba dalje raditi.

Značenje međusektorske suradnje

U prevenciji KVB ključne su međusektorska suradnja i umrežavanje na različitim razinama te široki obuhvat putem ekonomski prihvatljivih i širokim masama dostupnih interdisciplinskih programa na najnižoj lokalnoj razini. Tijekom implementacije projekta LYH kao i cijelokupnog programa prevencije KVB u IŽ planski je poticana i uspostavljena suradnja među pružateljima preventivnih usluga na različitim razinama radi orga-

nizacije sveobuhvatnijih usluga s rizičnom populacijom u središtu.

Ostvarena je suradnja između politike (županijska i lokalna samouprava), stručnjaka (zdravstveni sustav) i civilnog sektora (umrežene udruge koje pružaju usluge koje sustav ne pokriva). Tako je, na primjer, unutar Centra uspostavljeno savjetovalište za prehranu za rizične građane i pacijente koji su upućivani nutricionistici od obiteljskih liječnika, patronažnih sestara, fizioterapeuta ili bolničkih liječnika. Zbog nedostatka praktičnih radionica zdravog kuhanja, UO za zdravstvo i socijalnu skrb IŽ je raspisao natječaj za tu aktivnost na koji se javila Udruga Procvat zdravlja. Odobreno je financiranje njenih trodnevnih radionica zdravog kuhanja koje su „ušle u mrežu“ županijskog programa prevencije KVB i time je omogućeno da rizični građani/pacijenti poslani iz Centra dobiju besplatni tečaj zdravog kuhanja.

Ostvarena je uska suradnja i informatička povezanost između različitih razina zdravstvene zaštite: primarne (IDZ i liječnici koncesionari), sekundarne (OB Pula) i „zavodske“ (ZZJZIŽ) te odlična suradnja ravnatelja svih županijskih zdravstvenih ustanova i zajednički dogovori oko razvoja programa vezanih za županijske prioritete.

Ostvarena je bolja suradnja različitih profila zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika i prisniji timski rad unutar zdravstvenih ustanova prigodom rada s KV rizičnim građanima/pacijentima (liječnici, sestre, fizioterapeuti, nutricionisti, psiholozi ...). Time su osnaženi i u praksi provedeni „task shifting“ i „task sharing“. Naime, u uskoj suradnji i dogовору između specijalista kardiologa i liječnika obiteljske medicine dogovoren je do koje razine, ovisno o rezultatima probira i izračunavanju KV rizika pacijenta, obiteljski liječnici mogu sami intervenirati u smislu promjene terapijske sheme i savjetovanja (zbog velike preopterećenosti bolničkog sustava). Istovremeno je uspostavljeno savjetovanje od dodatno educiranih patronažnih sestara u PZZ i odjelnih sestara u SZZ i one su preuzele savjetovanja pacijenata koja su ranije pružali liječnici.

Obrazovni sustav i ugostiteljstvo umreženi su sa zdravstvenim sektorom. Na primjer, uspostavljena je praktična suradnja između zdravstvenog i obrazovnog sektora na način da je učenicima srednje medicinske škole fizioterapijskog smjera i njihovim mentorima omogućeno da osnovnoškolsku pretulu djecu (koju su identificirali ulaskom u osnovne škole putem projekta financiranog iz Proračuna IŽ) okupljaju i vježbaju u Centru u IDZ-u u popodnevним satima.

Problemi održivosti razvijenih usluga

Česte promjene u vladajućim strukturama na nacionalnoj razini dovode i do česte izmjene zakonskih propisa koji definiraju provođenje zdravstvene zaštite (sam Zakon o zdravstvenoj zaštiti, koji je donesen 2008. godine, do kraja 2017. godine je doživio 15 izmjena i dopuna (25). Takvo stanje obezvрједuje napore dugoročnog, strateškog planiranja, a kratkoročna prevencija KVB nema puno smisla, jer ne može dati statistički značajne rezultate u smislu smanjivanja morbiditeta ili mortaliteta od KVB. Radi se o bolestima u kojima često krajnji „incident“ (infarkt miokarda, moždani udar) s teškim ili fatalnim posljedicama nastaje trenutačno, ali je posljedica dugoročnog djeđovanja rizičnih čimbenika koji mogu trajati i desetljećima prije krajne manifestacije bolesti. Stoga će se rezultati i isplativost sadašnjeg ulaganja u prevenciju KVB najbolje pokazati tek nakon više godina, što donositeljima odluka možda nije zanimljivo, ali je stručno i ekonomski vrlo opravданo. Ozbiljna istraživanja Svjetske zdravstvene organizacije ukazuju na moguće impresivne dugoročne uštede (u sustavu zdravstva, gospodarstvu i mirovinskom sustavu) i na očuvanje zdravlja i produženje produktivnih godina života (26-28). S druge strane, takve izmjene propisa stvaraju probleme u planiranju i najmanjih detalja dugoročnih projekata. Npr., u vrijeme kada je trajala implementacija projekta LYH najavljujivane su promjene u radnom vremenu patronažne službe koje je trebalo postati dvosmjensko. Patronažne sestre su educirane s ciljem da u popodnevnoj smjeni održavaju radionice s rizičnim građanima, naročito radno aktivnom populacijom koja je u nemogućnosti pohađati jutarnje radionice. Najavljujivana promjena propisa nije se ostvarila i sada se održivanje radionica plaća kao prekovremen rad patronažnih sestara.

Bez obzira na trendove koji su bili na snazi u vrijeme pisanja i provedbe naših projekata [kao npr. projekt decentralizacije sustava zdravstva, program jačanja javnozdravstvenog i upravljačkog kapaciteta regionalne samouprave (29,30)], danas se malo uvažavaju lokalni programi i inicijative. Novi i suvremenoj patologiji prilagođeni oblici unaprijeđenih usluga teško ulaze u Mrežu javne zdravstvene službe i one teško bivaju plaćene od strane HZZO-a čiji je proračun već preopterećen. Ne dobiva se dozvola za zapošljavanje novih osoba, čak i onda kada su osigurana sredstva na regionalnoj razini. Na primjer, tijekom trajanja projekta LYH u OB Pula je zaposlena magistra nutricionizma i ona je obavila odličan posao koji je bilo neophodno nastaviti, ali joj se zbog zakonskih ograničenja nije moglo produžiti zaposlenje. U županijskoj radnoj skupini koja je zadužena za prevenciju KVB i u dogоворu s ravnateljima zdravstvenih ustanova osmislijeno je da ona nastavi raditi u ZZJZIŽ, gdje se županijskim sredstvima financira daljnji projekt otvaranja

savjetovališta za prehranu kao nastavak pružanja KV preventivnih usluga i gdje je ravnatelj mogao dobiti odobrenje za njeno zapošljavanje. Istovremeno, županijski čelnici su, na osnovi postignutih rezultata, u pregovorima s MZ i HZZO-om oko prihvaćanja novih mjestra u Mreži za fizioterapeute koji će se u IŽ baviti kardiološkom rehabilitacijom.

Uvođenjem „privatizacije“ u javno zdravstvo i promjenom načina financiranja liječnika primarne zdravstvene zaštite u koncesiji tijekom vremena slabila je i njihova motiviranost za podizanje kvalitete usluga, posebno preventivnih, i uključivanje u preventivne programe. Zbog toga je došlo do značajnog „rasapa struke i sukoba interesa kod zdravstvenih djelatnika, kojima su zarada i preživljavanje postali osnovni motiv rada“ (31). Kvaliteta i spektar preventivnih aktivnosti nisu u fokusu njihovog interesa, budući da im veliki broj kurativnih pregleda i zatrpanost administrativnim poslovima oduzima značajni dio vremena. U uspostavi novog balansa između preventivnog i kurativnog rada liječnika primarne zdravstvene zaštite u koncesiji HZZO, kao njihov financijer, može najviše napraviti.

Tijekom faze implementacije projekta LYH u ordinacijama 58 liječnika obiteljske medicine diljem Istre u probir je uključeno 2625 rizičnih građana. Za to vrijeme su liječnici putem projekta dobili besplatnu edukaciju, bili su plaćeni za ispunjavanje „petog KV“ preventivnog panela iz sredstava projekta i bio im je omogućen direktni upis visokorizičnih pacijenata u kardiološku ambulantu. Time je potaknuta njihova motiviranost da se uključe u ovaj preventivni program; 75,4 % istarskih LOM-ova je pristalo na edukaciju, a od svih educiranih 67,4 % se uključilo u rad (različitim intenzitetom). U razdoblju od godine dana nakon završetka projekta, kada su prije navedene pogodnosti ukinute, informatički je sustav koristilo svega 19 LOM-a (od ranijih 58) za ukupno svega 85 pacijenata.

Previđajući mogući izazov vezano uz održivost uspostavljenih preventivnih usluga Istarska je županija unaprijed nastojala unijeti „protumjere“ koje će omogućiti održivost postignuća programa LYH. Projektom su educirani (uglavnom) djelatnici koji su već bili zaposleni u zdravstvenim ustanovama (IDZ, OB i ZZJZIŽ) ili su bili koncesionari, budući da ti stručnjaci i nakon prestanka financiranja putem projekta mogu u sklopu svog rada nastaviti koristiti stekena znanja. Nabavljena je oprema za kvalitetniji rad u ustanovama kojima je županija osnivač. Novo-osnovani preventivni Centar na dvije lokacije postao je dio IDZ-a i OB Pula organizacijski, programski, prostorno i kadrovski. Projektnim i županijskim sredstvima zaposleni su: viši fizioterapeut koji će se u Istri baviti isključivo KV (smanjenje KV rizika tjelesnošću, kardiološkom rehabilitacijom), budući da su se svi istarski fi-

zoterapeuti u Mreži javne zdravstvene službe do tada bavili isključivo problemima lokomotornog sustava, i magistra nutricionizma za rad s rizičnim građanima i pacijentima, kako takvog profila nije bilo u zdravstvenom sustavu IŽ. U projekt su dodatno ulagana sredstva u: plaćanje LOM-ova po održenim KV panelima (tj. obavljenim probirima rizičnih pacijenata) i plaćanje kardiologa za rad u dodatnoj ambulanti LYH za visokorizične pacijente mimo liste čekanja.

U vrijeme planiranja i odvijanja projekta LYH u HZZO-u je vladala politika novčane stimulacije LOM-ova sa zaradom od 10 % povrh glavarine, ako provode preventivne programe (32) i to jedan regionalni i jedan nacionalni preventivni program. U Ministarstvu zdravstva propagiralo se planiranje poticanja ulaganja u podržavanje lokalnih modela dobre prakse.

Imajući to u vidu IŽ je odlučila da će razviti model prevencije KVB, certificirati LOM-ove za to i zatražiti da to bude preventivni regionalni program koji će oni provoditi i za koji će biti plaćeni.

Integrativni informacijski sustav LYH s KV panelom preko kojeg su LOM-ovi bili uključeni u preventivni program nastao je EU novcem i planiralo se da će se nakon probne implementacije prepustiti na šire korištenje u drugim dijelovima Hrvatske. Zbog toga je uložen veliki napor da se postojeći informacijski sustavi umreže (IN2-ov BIS, Vegasoft, MCS, INCON) te da se sve skupa poveže preko CEZIH-a, što je i ostvareno.

Rezultati projekta prezentirani su u nekoliko navrata stručnoj javnosti i upravljačkim strukturama, uključujući i Ministarstvo zdravstva. Sam tadašnji ministar posjetio je Centar i upoznat je s njegovim radom. Budući da se rok završetka projekta LYH podudara s predstojećim nacionalnim izborima u Hrvatskoj na jesen 2015. godine, upravljačko tijelo EU programa IPA Adriatic odobrilo je produženje trajanja projekta za šest mjeseci. Cilj je bio da se rezultati projekta prezentiraju novoj vlasti i da se pokuša osigurati održivost postignutih rezultata i uspostavljenih usluga sredstvima s nacionalne razine.

Budući da je sveobuhvatni program prevencije KVB prvo bitno trebao biti razvijan na nacionalnoj razini (a ne kao regionalni nad-standard) te da su KVB najveći, ne samo istarski, već i hrvatski javnozdravstveni problem, razgovori su tekli u smjeru širenja rezultata ovog projekta i modela prevencije KVB preko nacionalne razine na druge županije.

Kako nije ostvarena predviđena suradnja s nacionalnom razinom upravljanja, istekom IPA Adriatic projektnog financiranja nastali su problemi vezani uz dalju održivost LYH projektom pokrenutih aktivnosti.

Uloga županije u osiguravanju održivosti

Uprava na regionalnoj razini nema snagu osigurati održivost svih postignutih rezultata „masovnog“ programa kao što je prevencija KVB. Provoditelji usluga kao autoritet vide onoga tko financijski pokriva njihov rad (HZZO), a županijska se sredstva mogu izdvojiti samo za razvoj programa iznad nacionalnih standarda ili pilot projekata na lokalnoj razini i nisu dosta na za širenje razvijenih usluga na cijelu populaciju. S druge strane, vidljivo je zadovoljstvo i zdravstvenih djelatnika (naročito kliničara) i pacijenata s već postignutim rezultatima i uspostavljenim uslugama. Oni traže da se te usluge održe i omoguće većem broju pacijenata, u dvije smjene i u drugim ispostavama IDZ-a diljem Istre.

Budući da je na županijskoj razini postignuto sve što se u ovom trenutku, bez daljnje podrške MZ i HZZO-a, moglo učiniti, u Istarskoj je županiji daljnje širenje i „omasovljavanje“ usluga privremeno zaustavljeno i u tijeku je „borba za održavanjem“ postignutog (financiranjem uspostavljenih usluga u skladu s postojećim kapacitetima te dalnjim pregovorima s MZ i HZZO-om o financiranju provođenja KV preventivnih programa iz nacionalnih fondova).

Liste čekanja na kardiološki pregled i dijagnostiku su značajno skraćene (pregled kardiologa od 5 mjeseci na 1 mjesec, UZV srca sa 7-8 mjeseci na 10 dana); broj UZV pregleda srca u IŽ je porastao za 28,7 %, broj ergometrija za 11,8 %, broj odradenih holtera tlaka za 320,2 %, a broj EKG holtera za 46,8 %. U godini dana kod 73,68 % obuhvaćenih pacijenata zamijećen je pad srčanih otkucaja pri istim naporima što ukazuje na porast njihove izdržljivosti i opće kondicije u aspektima tjelesne aktivnosti.

Prosječan gubitak kilograma po pacijentu je bio 10,4 kg godišnje. Gotovo svim pacijentima s hipertenzijom smanjena je količina lijekova koju koriste za regulaciju povišenog tlaka ili je u potpunosti ukinuta terapija. Svim kardiološkim pacijentima su bolji nalazi kontrolnih ergometrija.

Program prevencije KVB razvijen i isprobani u IŽ primjer je dobre prakse koji treba nastaviti, proširiti i institucionalizirati čime bi se osigurao bolji učinak (ovako koncipirane cjelovite intervencije) na zdravstvene ishode cjelokupne populacije. Neophodno je uključivanje nacionalne razine upravljanja - s jasno definiranom strategijom i operativnim planom kojim će se preraspodjeliti sredstva i podržati kvalitetni županijski programi prevencije KVB. Ako to bude omogućeno, dugoročne uštede mogu biti impresivne.

ZAKLJUČAK

Istarska županija od 2005. godine prioritetno ulaže u unaprjeđenje programa prevencije kardiovaskularnih bolesti na svom području iznad nacionalnih standarda (strateški i financijski). Poseban je iskorak učinjen putem EU projekta *LOVE YOUR HEART*: kreirano je 107 edukativnih materijala za dodatno obučavanje stručnjaka i rizičnih građana/pacijenata, izabrano je 139 zdravstvenih djelatnika i ostalih stručnjaka važnih za prevenciju KVB, pripremljen je informacijski sustav koji integrira rad stručnjaka primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite, nabavljena je dodatna medicinska i informatička oprema za rad, učinjeni su manji infrastrukturni zahvati u Istarskim domovima zdravlja i u Općoj bolnici Pula, otvoren je županijski Centar za prevenciju KVB.

Evaluacija sedamnaestomjesečnog probnog rada tog Centra pokazala je vidljive rezultate i u evaluaciji procesa i evaluaciji učinka na zdravstvene ishode. Planski je uspostavljena suradnja među različitim pružateljima preventivnih usluga na različitim razinama i među profesijama, što je i dovelo do razvoja lepeze preventivnih usluga. Probirom je obuhvaćeno 2625 rizičnih pacijenata, 637 ih je educirano, a 1124 pregledano od kardiologa.

LITERATURA

1. Izvješće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2016. godini. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017.
2. Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.
3. Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.
4. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2013.
5. Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.
6. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2013.
7. Katić M, Švab I i sur. Obiteljska medicina. Zagreb: Biblioteka obiteljske medicine, 2013.
8. Podatci o zdravstvenom stanju stanovništva i radu zdravstvene djelatnosti u Istarskoj županiji u 2016. godini. Pula: **157**

Zavod za javno zdravstvo Istarske županije – Istituto di sanità pubblica della Regione Istriana, 2017.

9. Podatci o zdravstvenom stanju stanovništva i radu zdravstvene djelatnosti u Istarskoj županiji u 2016. godini. Pula: Zavod za javno zdravstvo Istarske županije – Istituto di sanità pubblica della Regione Istriana, 2017.

10. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2013.

11. Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.

12. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2013.

13. Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.

14. Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.

15. Katić M, Jureša V, Bergman-Marković B. Preventivni program kardiovaskularnih bolesti u obiteljskoj medicini. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, 2003.

16. Bergman-Marković B. Procjena ukupnog kardiovaskularnog rizika. Zagreb: Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine. Dostupno na URL adresi: <http://www.dnoom.org/images/PDFs/Knjizica%20Procjena%20KV%20rizika.pdf>. Datum pristupa informaciji: 6. rujna 2017.

17. Razvoj Istre kao zdrave županije. Istarska županija. Dostupno na URL adresi: <http://zdrava-sana.istra-istria.hr/index.php?id=2977>. Datum pristupa informaciji: 8. rujna 2017.

18. Plan za zdravlje i socijalno blagostanje Istarske županije od 2017. do 2020. godine. Pula: Istarska županija, 2016.

19. Plan za zdravlje i socijalno blagostanje Istarske županije od 2017. do 2020. godine. Pula: Istarska županija, 2016.

20. Projekt LOVE YOUR HEART. Istarska županija. Dostupno na URL adresi: <http://zdrava-sana.istra-istria.hr/index.php?id=3922>. Datum pristupa informaciji: 11. rujna 2017.

21. Dijetoterapija kod raznih bolesti. Istarska županija. Dostupno na URL adresi: <http://zdrava-sana.istra-istria.hr/index.php?id=4779>. Datum pristupa informaciji: 11. rujna 2017.

22. Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.

23. Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care. World Health Organization; 2016. Dostupno na URL adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252661/1/9789241511377-eng.pdf?ua=1>. Datum pristupa informaciji: 2. veljače 2018.

24. Podatci o zdravstvenom stanju stanovništva i radu zdravstvene djelatnosti u Istarskoj županiji u 2014. godini. Pula: Zavod za javno zdravstvo Istarske županije – Istituto di sanità pubblica della Regione Istriana, 2015.

25. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, pročišćen tekst. Hrvatski sabor 2008.-2017. Dostupno na URL adresi: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-zaštiti>. Datum pristupa informaciji: 2. veljače 2018.

26. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. World Health Organisation and World Economic Forum; 2011. Dostupno na URL adresi: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf. Datum pristupa informaciji: 01. veljače 2018.

27. Scaling up action against NCDs: How much will it cost? - World Health Organisation; 2011. Dostupno na URL adresi: http://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en/. Datum pristupa informaciji: 01. veljače 2018.

28. Robie B. Globalno opterećenje kroničnim nezaravnim bolestima. Zagreb: Hrvatska mreža zdravih gradova, Epoha zdravlja 19/2017. Dostupno na URL adresi: <http://www.zdravi-gradovi.com.hr/media/54998/epoha19.pdf>. Datum pristupa informaciji: 1. veljače 2018.

29. Šogorić S, Džakula A, Vukušić Rukavina T i sur. Evaluation of Croatian model of polycentric health planning and decision making. Health Policy 2009; 89(3): 271-8.

30. Šogorić S, Džakula A, Polašek O, Grozić-Živolić S, Lang S. Decentralizacija i kako je provesti – revolucionski ili evolucijski? Acta Med Croatica 2010; 64(5): 335-40.

31. Mazzi B. Utjecaj organizacije zdravstva na kvalitetu rada obiteljskog doktora. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. Dostupno na URL adresi: http://www.hdod.net/rad_drustva/Utjecaj_org_zdrav_na_kvalitetu_rada.pdf. Datum pristupa informaciji: 19. rujna 2017.

32. Tiljak H. Što je novo u ugovorenom preventivnom programu za obiteljsku medicinu u 2013. godini? Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. Dostupno na URL adresi: http://www.hdod.net/rad_drustva/Novosti_u_prevent_prog_OM_2013.pdf. Datum pristupa informaciji: 19. rujna 2017.

S U M M A R Y

IMPROVEMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION IN ISTRIAN REGION – IMPORTANCE OF CROSS-SECTORAL COOPERATION AND SUSTAINABILITY ISSUES

R. KATAČIĆ, S. GROZIĆ-ŽIVOLIĆ, S. HRVATIN¹ and V. FONTANA MIKULIĆ²

*Administrative Department for Health and Social Care, Istrian Region, ¹Istrian Health Care Center, and
²Pula General Hospital, Institute of Public Health of Istrian Region, Pula, Croatia*

Cardiovascular diseases (CVD) are the major public health problem and the leading cause of death in Croatia. Notwithstanding CVD are very preventable, there is not a comprehensive strategy for their control and prevention in Croatia. The Istrian region has chosen CVD prevention as one of its public health priorities from 2005 to 2016 and has developed an integrative model of good practice with services above national standards. There are several aims highlighted in this article: to show the methodology and results of the activities implemented through the Istrian Health Plan and the LOVE YOUR HEART project; to explain the need for development of services above national standards; to emphasize the importance of cooperation at different levels; and to address the sustainability issues. The methods used during the process of CVD prevention improvement were strategic planning and evaluation, SWOT analysis, investing in preventive services above national standards in health care institutions, supporting nongovernmental organizations through public tenders, and using European Union funds through cross border cooperation programs. During the implementation period, 107 different educative materials for professionals and citizens were created, and at least 139 professionals were educated. Significant resources for equipment and infrastructure were invested and an integrative informative system was created. The first Istrian center for CVD prevention was established and its experimental work lasted for 17 months with 2625 risk citizens screened, 637 risk citizens/patients educated, and 1124 patients viewed by cardiologists. Several cooperation networks among various providers of preventive services at different levels were established intentionally. Since there is no comprehensive strategy for CVD prevention in Croatia, the Istrian region has developed its own strategy/CVD prevention model above national standards and piloted it for 17 months. The process evaluation showed significant results, the end users were satisfied, and evaluation of short-term impacts was satisfactory. Cross-sectoral cooperation, networking at various levels and broad coverage through economically viable and wide-ranging programs available at the lowest local level were essential for success. However, in order to be completely successful and to reduce CVD morbidity and mortality, the regional CVD prevention program should expand and provide a far greater range and attainability to the population at large, for a long period of time. Unfortunately, regional government has no strength and resources to support complete sustainability of the fully developed program, and sustainability issues occur. In order to sustain a prevention program that addresses the biggest national public health problem and which is expanded to the whole population, help from the national level institutions is needed. In conclusion, the Istrian region has developed an integrative model of CVD prevention services above national standards, through its Health Plan and through the LOVE YOUR HEART project. The achieved results were very satisfactory and the role of cross-sectoral cooperation at different levels was crucial.

Key words: CVD prevention, Istrian region, cooperation, sustainability, above national standards, LOVE YOUR HEART

UTVRĐIVANJE POTREBA JEDNORODITELJSKIH OBITELJI U HRVATSKIM ZDRAVIM GRADOVIMA - AKCIJSKO ISTRAŽIVANJE HRVATSKE MREŽE ZDRAVIH GRADOVA

ALEN SUBOTIĆ, SELMA ŠOGORIĆ¹ i SILVIJE VULETIĆ¹

Zavod za hitnu medicinu Zagrebačke županije i ¹Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska

Prema demografskim pokazateljima u Hrvatskoj se bilježi porast broja jednoroditeljskih obitelji. Pregledom literature dolazi se do zaključka da struktorna manjkavost jednoroditeljskih obitelji utječe na roditelje i djecu iz tih obitelji koje imaju veći rizik od siromaštva, zdravstvenih problema te problema s edukcijom. Cilj istraživanja bio je prepoznati specifične potrebe jednoroditeljskih obitelji u gradovima Hrvatske koje bi bile podloga za razvoj učinkovitih programa pomoći i podrške na lokalnoj razini. *Ispitanici i metode:* U istraživanju je sudjelovalo šest članova Hrvatske mreže zdravih gradova (HMZG). U oblikovanju uzorka koristila se strategija namjernog uzorkovanja „informacijama bogatih“ ispitanika. Ograničenje je bila dob roditelja do 35 godina koji imaju dijete u dobi do 7 godina. Od odabranih ispitanika informacije su prikupljene pomoću vođenog (standardiziranog) intervjuja koji su proveli patronažne sestre. U obradu je primljeno sveukupno 79 transkripta intervjuja. Obrada transkriptata intervjuja provedena je metodom analize sadržaja redukcijom teksta. Ranjivost jednoroditeljskih obitelji, identificirana pretraživanjem publicirane literature, potvrđena je ovdje prikazanim istraživanjem. *Rezultati:* Konkretni problemi s kojima se te obitelji suočavaju su nezaposlenost, nedostatak podrške i nedovoljno poznavanje s propisima i organizacijama koje im nude pomoć. *Zaključak:* Istraživanje je doprinos europskim istraživanjima nejednakosti u zdravlju. Njime se naglašava značenje intervencija u ranom razvoju djeteta, posebno djece koja odrastaju u nepovoljnim socijalno-ekonomskim uvjetima.

Ključne riječi: jednoroditeljske obitelji, utvrđivanje potreba, zajednica, javnozdravstvene intervencije

Adresa za dopisivanje: ALEN SUBOTIĆ, dr. med.
HINKA WURTHA 20
10 000 ZAGREB, HRVATSKA
ZAVOD ZA HITNU MEDICINU ZAGREBAČKE ŽUPANIJE
MATICE HRVATSKE 5
10 410 VELIKA GORICA, HRVATSKA
E-POŠTA: alen_subotic@yahoo.com

UVOD

U hrvatskom društvu bremenitom izazovima rata, porača, socijalne, ekonomske i demografske tranzicije obitelji, kao osnovne socijalne jedinice društva, zaslužuju posebnu pozornost. Od obitelji se, tradicionalno, puno očekuje. Obitelj treba materijalno i emotivno skrbiti o svim svojim članovima, pružati podršku djeци, mladima i starima, doprinositi zajednici i društvu. No, postavlja se pitanje jesu li, koliko i koje među obiteljima u Hrvatskoj danas u stanju odgovoriti na sva nabrojena očekivanja?

Dostupni podaci ukazuju na sve veće strukturne promjene suvremene obitelji. Prema Državnom zavodu za statistiku odnosno prema Statističkom ljetopisu Republike Hrvatske udio jednoroditeljskih obitelji je 1991. godine iznosio 12,4 % (10 % samohranih majki te 2,4 % samohranih očeva), 2001. godine 15 % (12,5 % samohranih majki te 2,5 % samohranih očeva) te 2011. godine 17,9 %. Među samohranim roditeljima je prema podatcima iz 2011. godine 4,5 puta više majki nego očeva (1). Obitelj se smanjila te uspoređujući strukturu kućanstava u popisima od 1953. do 2011. godine uočava se konstantan pad veličine kućanstva

(prosječnog broja članova kućanstva). Godine 1953. u jednom je kućanstvu prosječno živjelo 3,8 osoba, a 2011. bilo ih je 2,8. Dostupni demografski pokazatelji (stopa nupcijaliteta, stopa divorcijaliteta, stopa fertiliteta) pokazuju koliko se struktura obitelji u Hrvatskoj u posljednjih dvadeset godina promjenila. Iz podataka se zamjećuje da se posljednjih godina smanjuje stopa nupcijaliteta (2001. godine stopa sklapanja brakova bila je 5,0 na 1000 stanovnika, a 2010. godine 4,8) te porast stope divorcijaliteta (stopa razvedenih brakova na 1000 sklopljenih 2001. godine je iznosila 211,5, a 2010. godine 237,5) (1). Povećava se i dob sklapanja prvog braka. Žene su 1960. godine u prvi brak u prosjeku stupale s 22,6, a 2015. s 28,2 godina. Muškarci su prije pola stoljeća to najčešće činili s 25,8 godina, a 2015. godine taj se prosjek popeo na 31 godinu. Prema podatcima Eurostata zapaža se opadanje stope fertiliteta unutar bračnih zajednica u Hrvatskoj (totalna stopa fertiliteta je 1980. godine bila 2,0, a 2013. godine 1,5) (2).

Prema nizu do sada objavljenih međunarodnih studija jednoroditeljske obitelji su izložene riziku od siromaštva, većem riziku od zdravstvenih i razvojnih teškoća kod djece te većoj mogućnosti obolijevanja od psihičkih bolesti roditelja (3-12). Ovim smo istraživanjem željni utvrditi je li je ranjivost jednoroditeljskih obitelji, identificirana pretraživanjem publicirane literature, prisutna kod ove grupe obitelji i u Republici Hrvatskoj.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je prepoznati specifične potrebe jednoroditeljskih obitelji u gradovima Hrvatske. Istraživanjem prepoznate specifične potrebe bile bi podloga za razvoj učinkovitih programa pomoći i podrške jednoroditeljskim obiteljima na lokalnoj razini.

ISPITANICI I METODE

Opis istraživanja

Istraživanje specifičnih potreba jednoroditeljskih obitelji provedeno je u razdoblju od 2011. do 2016. godine u šest hrvatskih gradova: Zagrebu, Rijeci, Labinu, Poreču, Dubrovniku i Vinkovcima. Svi uključeni gradovi, dugogodišnji su članovi Hrvatske mreže zdravih gradova (HMZG) predani su ideji promicanja zdravlja i unaprjeđenja kvalitete života svojih sugrađana. Kriterij odabira gradova, sudionika u istraživanju, unutar HMZG bila je spremnost gradske uprave da sastavi projektni tim koji će lokalno biti nositelj kako praktične provedbe istraživanja tako i kasnije (u drugoj

stepenici istraživanja) implementacije dogovorenih intervencija. Članovi projektnog tima bili su koordinatori zdravih gradova, predstavnici resornih odjela gradskih uprave, patronažna služba domova zdravlja, pedijatri, stručne službe vrtića i škola, centri za socijalnu skrb i drugi. U četiri uvodna tematska sastanka održana tijekom 2011. godine, korištenjem dostupnih kvantitativnih pokazatelja, dobiven je prvi uvid u potrebe jednoroditeljskih obitelji u šest hrvatskih gradova te su registrirani postojeći oblici podrške ovim obiteljima. Iste je godine provedeno opsežno pretraživanje dostupne literature (3).

Ispitanici

Istraživanjem se željelo dobiti informacije „iz prve ruke“, od samih roditelja pa je stoga i primijenjen kvalitativno analitički (naturalistički) pristup u istraživanju. U sastavljanju uzorka koristila se strategija namjernog uzorkovanja „informacijama bogatih“ ispitanika – roditelja iz jednoroditeljske obitelji u dobi do 35 godina, koji imaju dijete ili djecu u dobi do 7 godina. Na taj je način zadovoljen kriterij da se zahvati razdoblje ranog dječjeg razvoja i problemi jednoroditeljskih obitelji u istom razdoblju. Jednoroditeljske obitelji su po nizu obilježja heterogena skupina pa se stoga u svakom gradu nastojalo uključiti predstavnike jasno definiranih podskupina jednoroditeljskih obitelji: očevi s djecom, slabije obrazovane, zaposlene mlade majke koje žive s djetetom bez podrške obitelji, slabije obrazovane, nezaposlene mlade majke koje žive s djetetom bez podrške obitelji, neudate majke, bolje obrazovane majke koje žive s djetetom u svojoj primarnoj obitelji te majke s djecom s invaliditetom. Ciljna skupina ispitanika odabrana je na razini grada uz pomoć dionika u istraživanju - rodilišta, pedijatara iz domova zdravlja, patronažne službe, vrtića, centara za socijalnu skrb i dr.

Početkom 2012. istraživanje je prijavljeno Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu od čijeg je Etičkog povjerenstva dobilo dopusnicu za provođenje istraživanja.

Istraživanje su, početkom 2013. godine provele, kroz radionicu, educirane patronažne sestre iz nadležnih domova zdravlja (DZ Zagreb-istok, DZ Zagreb-centar, DZ Zagreb-zapad, Istarski domovi zdravlja – ispostava Labin i Poreč, DZ Vinkovci, DZ Primorsko-goranske županije) te Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije.

Upitnik

Metodom vođenog intervjuja uz korištenje standardiziranog upitnika patronažne su sestre u paru (jedna je vodila razgovor, dok je druga bila promatrač) vodile

razgovor s ispitanicama. Pitanja su postavljana istim redoslijedom, a odgovori su (uz privolu ispitanica) bilježeni na audiovrpcu. Tonski zapis intervjuja prenesen je na elektronički medij i zatim brisan, a ime intervjuirane osobe je (radi zaštite osobnih podataka u procesu obrade informacija) kodirano.

Vođeni intervju je sadržavao četiri skupine pitanja vezanih uz:

- obilježja roditelja (dob, obrazovna struktura, zaposlenost, razlog jednoroditeljskog statusa, finansijska situacija, s kim i gdje žive)
- podršku koju imaju u brizi, skrbi i odgoju djeteta (podrška obitelji, uključenost drugog roditelja u skrb oko djeteta, psihološka i socijalna pomoć, pomoći prijatelja, pomoći institucija)
- zdravlje i kvalitetu života (prehrana, potreba za slobodnim vremenom i kulturnim aktivnostima, odnos prema vlastitom i djetetovom zdravlju)
- potrebe (osobne i one u odgoju djeteta).

Do sredine 2013. godine u obradu je primljeno sveukupno 79 transkriptata intervjuja: 40 iz Zagreba, 10 iz Poreča, 8 iz Labina, 8 iz Rijeke, 7 iz Dubrovnika i 6 iz Vinkovaca.

Obradu transkriptata proveo je tim mentora sa Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu korištenjem metode analize sadržaja redukcijom teksta (13,14). Tijekom 2014. godine, temeljem dobivenih rezultata terenskog dijela istraživanja kroz dvije su radionice zajednički planirane intervencije za jednoroditeljske obitelji u lokalnim zajednicama. Implementacija intervencija odvijala se tijekom 2015. i 2016. godine, a projekt je operativno priveden kraju evaluacijskom radionicom u ožujku 2017.

REZULTATI

1) Obilježja roditelja

Od 79 ispitanika samo je jedan bio otac s djetetom, ostalo su majke - 53 s jednim, 15 s dvoje i ostale s troje i više djece.

Najčešće navođeni razlozi nastanka jednoroditeljske obitelji su nezrelost partnera, dijete dobiveno izvan bračne zajednice, psihičko i fizičko nasilje unutar bračne zajednice, neslaganje u braku i nevjera unutar bračne zajednice. Rjede navođeni razlozi su da je dijete dobiveno u vezi s oženjenim muškarcem, drugi roditelj dijete ne želi priznati, problemi s ovisnosti o alkoholu ili drugim sredstvima, zajednička odluka između obih partnera te smrt partnera. S psihičkim i

fizičkim zlostavljanjima iskustva je imalo više od polovice ispitanica. Npr. „... od kada sam rodila, ako možete shvatiti koji su to psihički lomovi, sama i ostavljena, nakon poroda, malo dijete, zlostavljava...“ „... kad se dogodilo fizičko nasilje to je bila kap koja je prelila čašu i nisam više uopće ni trena razmišljala nego sam se odlučila razvesti.“ „U bračnoj zajednici nisam više mogla trpjeti nasilje, vrijeđanje, pukne vam u glavu i onda kazete kraj i odete. Bio je ljubomoran, prema djeci je bio dobar. Alkohol je rijetko uzimao, nije bio agresivan pod utjecajem alkohola, nego kada je bio trijezan“

Dio ispitanica se uspješno nosi sa situacijom u kojoj se nalaze. One su većinom visoke stručne spreme, najčešće zaposlene i vrlo dobro informirane o svojim pravima koja i ostvaruju. Unutar te skupine treba istaknuti podskupinu majki koje su dobre materijalne situacije i ne traže ostvarivanje nikakvih prava (misle da su drugi u lošoj situaciji ili da su imali iskustvo lošije od njihovog pa im je i pomoći društva potrebnija). Drugi dio ispitanica se ne snalazi u situaciji u kojoj se nalaze. One su većinom srednje i niže stručne spreme, nezaposlene, teške materijalne situacije i neriješenog stambenog pitanja. Nisu informirane o svojim pravima i nisu ih ostvarile.

Lošu materijalnu situaciju navodi više od polovine ispitanica. Npr. „Materijalna situacija trenutno je loša, dobivam porodiljni 2000 kuna, uz kredit i mjesecne račune je teško. Inače imam dobru plaću, ali ne znam kako će biti dalje.“ „Materijalna situacija je jednom riječu katastrofa, snalazim se.“ „Moja materijalna situacija je nestabilna. Imam određena primanja jer mi pomažu roditelji s najamninom jednog od njihovih poslovnih prostora. Stalno zaposlenje nemam.“

Na materijalnu situaciju utječe zaposlenost ispitanika, financijska pomoći članova obitelji, honorarni posao, ostvarenje alimentacije (problem je, ako bivši partner radi u inozemstvu ili na „crno“), postojanje kredita i minusa na računima. Dobru materijalnu situaciju imaju zaposlene ispitanice s prosječnim ili iznadprosječnim prihodima koji su povezani s visokom stručnom spremom, ostvarenom alimentacijom i ostvarenim vlastitim pravima. Npr. „Imam visoku stručnu spremu i radim u agenciji za promet nekretnina. Materijalna situacija je relativno dobra. Imam plaću koja je u rangu hrvatske prosječne plaće i primam od bivšeg muža alimentaciju.“

Stambeno pitanje nema riješeno većina ispitanica. I one koje su ga riješile kupovinom stana na kredit imaju nezavidnu materijalnu situaciju. Npr. „Stambeno pitanje sam riješila kreditom. Plaća mi nije dovoljna za isplaćivati kredit i to je veliki problem. Uz stan za kredit imam i automobil pa mi je materijalna situacija loša.“ „Velika većina ispitanica je u podstanarstvu

ili žive s roditeljima i ostalim članovima obitelji. Npr. „*Stambeno pitanje mi je trenutno riješeno da sam podstanar s dvoje djece. Do nedavno sam živjela sa svojim roditeljima s kojima se ne može živjeti. Teško je kada su tri generacije pod jednim krovom.*“

Polovina ispitanica su nezaposlene i navode da se teško zaposliti zbog stigme od strane poslodavaca što je vidljivo iz primjera: „*Nisam zaposlena. Na burzi sam već ima jedno tri, tri i pol godine. Posao ne mogu naći jer me nitko ne želi uzeti zato što sam samohrana majka.*“

One koje su zaposlene većinom imaju podršku radne okoline koja im omoguće fleksibilno radno vrijeme i prilagodbu uvjeta rada njihovim obvezama. One koje nemaju podršku radne okoline suočavaju se s dodatnim poteškoćama – „*nema izostajanja s posla*“, „*očekuje se maksimalna učinkovitost*“, dobivaju kazne zbog uzimanja bolovanja, otkaze zbog porodiljnog dopusta, trpe mobing na poslu. Npr. „*Nedugo što sam se vratila s porodiljnog dobila sam otkaz i bila sam jedno vrijeme nezaposlena, pomagali su mi roditelji i teta i željela bi im vratiti novac.*“ „*Okolina na poslu ne pokazuje razumijevanje, četiri mjeseca nakon što sam se zaposlila ostala sam trudna i da nisam otišla na čuvanje trudnoće, dobila bih otkaz.*“ „*S radnom okolinom sam jako nezadovoljna. Bila sam na bolovanju tih nekih tjeđan dana, pa sam bila u strahu hoću li ostati raditi, jer radim kod privatnika. Ima nas dvije samohrane majke, sada je ona na bolovanju i već se govori da bi mogla dobiti otkaz.*“

2) Podrška koju imaju u brizi, skrbi i odgoju djeteta

Društvena okolina je podržavajuća prema većini jednoroditeljskih obitelji. Neke ispitanice nemaju podršku društvene okoline te se osjećaju stigmatizirano. Npr. „*Suočila sam se s predrasudama da sam raspuštenica. To mi zasad govore oni od kojih sam tražila posao, vlasnici kafića. Misle, rastavljeni s djetetom pa mi nude nemoralne ponude.*“ „*U društvenoj okolini ima susjeda koji kažu vidi sama je, nema muža, ali me to ne dira. Primijetila sam da muškarci misle da ako je žena sama, a ima djecu da s njom nešto ne valja.*“ „*malo mjesto stvara puno tračeva... navikla sam se i mogu vam reći da se uopće ne obazirem baš previše na to.*“

Pomoć u skrbi i odgoju djece većina roditelja iz jednoroditeljskih obitelji ima od vlastite obitelji (samo u dva slučaja ta je pomoć izostala). Potpora vlastite obitelji je najčešće financijska i savjetodavna, ali i praktična pomoć u skrbi o djetetu. Npr. „*Da nema mojih ne znam gdje bi bila. Valjda na cesti. Moji su to prihvatali savršeno. Ne znam tko bi to samo prihvatio kao što su oni. Podršku mi daju svi, mama, tata, baka, teta, ujna. Daju mi financijsku podršku, čuvaju dijete.*“ „*Moja obitelj je*

tu, kad god je potrebno. Moram reći da se moja obitelj jako, jako pokazala tu. I kad god treba nešto kupiti, novce, općenito čuvanje, financijska i emocionalna pomoć. Stvarno ne mogu reći kad god treba nešto, tu su.“

Puno je lošija situacija s pomoći u skrbi i odgoju djece od drugog roditelja i njegove obitelji. Kod više od polovice ispitanica ta pomoć izostaje. Npr. „*Otac ne plaća alimentaciju, iako mu je zakonski određena, a i radno je nesposoban. On dolazi srijedom i vikendom 3 sata i drži se toga.*“ „*Njegovi roditelji znaju da ima dijete, sud je odredio da mora plaćati alimentaciju i ima pravo viđanja djeteta nedjeljom dva sata, ali on ne želi ništa od toga.*“ „*Što se tiče oca i njegove obitelji, za njih ne znam, ne znam ni kako se zovu, nikad ih nisam upoznala. Ni sam ih imala prilike upoznati ni kad sam sa njim bila u vezi. On mi se ništa ne javlja, ne znam ništa o njemu.*“

Veliki dio djece zaposlenih roditelja ide u društveni ili privatni vrtić. Privatni vrtić ima prednost jer dulje radi, ali je skuplji. U skrbi za dijete majke se odlučuju i na dadilje koje ih financijski dosta opterećuju.

Većina ispitanica je nezadovoljna dostupnošću informacija o vlastitim pravima. Informirale su se samostalno preko interneta, od prijatelja koji su prošli istu situaciju ili preko odvjetnika kojeg su privatno angažirale. Većina ispitanica je razočarana radom Centra za socijalnu skrb što je vidljivo iz sljedećih primjera: „*Jako sam nezadovoljna dobivanjem informacija o mojim pravima jer naglasila bih da nitko ništa ne zna, a nitko ništa i ne želi reći. Za ona prava koja imam moram se informirati preko interneta ili iz iskustva drugih ljudi.*“ „*Započeli smo proces razdvajanja u Centru za socijalnu skrb te čekamo da se to riješi. Na papiru to izgleda jednostavno, ali taj proces traje. Tamo su mi rekli da postoji mogućnost za psihološkom pomoći. Kada sam je potražila tamo su mi objasnili da nemaju sredstava za rad. Kada sam razgovarala s psihologom koji radi za Centar za socijalnu skrb, on mi je objasnio da oni zapravo ne rade ono što imaju navedeno u opisu posla.*“ „*Centar za socijalnu skrb mi nije rekao za bilo kakvu pomoć. Ne znam uopće čime se bavi Centar, tj. kakovom problematikom. Mislim da je to krivo. Smatram da idu linijom manjeg otpora da se ne moraju baviti velikim problemima.*“ „*Nisam bila zadovoljna dobivenim informacijama od Centra za socijalnu skrb, jer sam se osjećala kao loptica koju se prebacuje.*“ „*Službama tipa Centra za socijalnu skrb nisam zadovoljna, netko tko nema Internet da se informira taj je totalno neinformiran.*“ „*Štoviše ja sam čak zvala Centar za socijalnu skrb i pitala mogu li dobiti svojeg socijalnog radnika. Pa su mi se tamo smijali, što ja tražim.*“ „*Nitko mi nije pomočao, da nisam pravnik bio bi izgubljen.*“ „*Nikakva prava ne koristim i očajna sam, nezaposlena. Kad bi došla tražiti pomoć uvijek bi bila druga socijalna radnica. I svaki put bi morala pričati ispočetka, nemoguće je da*

nema nikakve organizacije, da se moji papiri uvijek izgube. „Nisam zadovoljna ni dobivanjem informacija o mojim pravima jer da mogu dobivati pomoć od Centra za socijalnu skrb umjesto alimentacije mi je rekla priateljica. Mislim da sam tu informaciju trebala dobiti u Centru za socijalnu skrb jer su bili upućeni da mi bivši suprug ne plaća alimentaciju.“

Ispitanice koje su se susrele s fizičkim zlostavljanjem ogorčene su na rad policije i pravnog sustava. „Objasnila sam da je vikao na mene jer nisam oprala pod, ali sam napomenula da sam usisala kuću. Policajci su mi odgovorili da sam trebala oprati pod jer onda partner ne bi morao vikati na mene. Tada su završili sa mnom te sjeli s mojim bivšim partnerom te pili i jeli s njim.“ „Puno puta sam zvala policiju. Policajac je bio prijatelj od mojeg bivšeg. Skoro pa nikad nije zapisao prijavu (zapisnik nigdje nije postojao). Vrijedao me, rekao da ne mogu ja bez veze zvati policiju, da ako sam se ja porječkala sa bivšim suprugom, znači nema veze što sam ja imala masnicu ili nešto, on je rekao da to nije strašno, da svugde u braku ima razmirica.“

U programe za podizanje kvalitete života i pomoći većina ispitanica nije uključena. Navode da takvi programi ne postoje u zajednici u kojoj žive ili da nemaju vremena za programe.

3) Zdravlje i kvaliteta života

Kvaliteta društvenog života ovisi o organiziranosti roditelja iz jednoroditeljskih obitelji. Dio je roditelja zadovoljan društvenim životom, dio nema vremena za društveni život, jer su u potpunosti posvećeni djetu, a dio nema financija za društveni život. Svi navode promjenu prioriteta od kada su roditelji: „Imam dobar društveni život. Ne mogu izlaziti kao netko kome će muž ostati s djecom, ali također nije da se ne zabavljam. Ne mogu ići van svaku subotu, a to mi više nije ni prioritet.“ „... a neki veliki izlasci to je možda bilo u ranijim godinama, ali sad više nemam ni volje niti imam kad. Djeca su mi prioritet i sve je njima podređeno.“

Svi se ispitanici trude provoditi slobodno vrijeme s djecom. Količina tog vremena ovisi o tome jesu li pojedinci zaposleni i koliko imaju slobodnog vremena. Aktivnosti djeteta ovise o dostupnosti aktivnosti namijenjenih djeci u gradu iz kojeg potječe. Prehrambene navike obitelji ovise o slobodnom vremenu roditelja i njihovoj organizaciji te pomoći članova obitelji. Svi su ispitanici naveli da se trude da djeca imaju dobru prehranu (rijetko su navedeni primjeri u kojima djeca imaju loše prehrambene navike).

Velika većina ispitanika ne koristi često zdravstvene usluge, jer nemaju zdravstvenih problema. Zdravstveni problema roditelja koji su navedeni u intervjuima su

gubitak apetita, hormonski problemi, sinkopa, kolaps, gastritis i depresija. Zdravstveni problemi djece navedeni u intervjuima su problemi s imunitetom, sporiji rast i razvoj, epilepsija, ima nekoliko neurorizične djece te problemi s govorom zbog postojanja zlostavljanja unutar bračne zajednice.

4) Potrebe

Najčešće potrebe koje roditelji iz jednoroditeljskih obitelji navode su pomoći u rješavanju problema isplate alimentacije i stambenog pitanja, potrebe vezane uz finansijsku pomoć te zapošljavanje i potreba za podrškom u skrbi za dijete (sufinanciranje vrtića/jaslica i prednost pri upisu djece, dadilje) te veća dostupnost informacija o pravima i mogućnostima. Od ostalih potreba navedene su potreba za psihološkom i pravnom pomoći, rad na pola radnog vremena, mogućnost dodatnog posla (ako imaju potrebu za takvim poslom) i prekvalifikacije, besplatne knjige za školu, produženi boravak, užina, besplatni programi koji bi bili korisni za djecu, igraonice, razne radionice za roditelje, edukacijska pomoći oko potreba djeteta, pomoći u pelenama i dohrani i drugo. Majke žele da se s obzirom da drugi roditelj može izbjegći plaćanje alimentacije zakonski osigura da to više ne bude moguće i da se djeci umrlih roditelja dodatno finansijski pomogne, jer oni nisu u mogućnosti ostvariti alimentaciju.

S obzirom na situaciju roditelji iz jednoroditeljskih obitelji većinom nemaju finansijskih mogućnosti i vremena za osobni napredak. Neki napominju da nemaju potrebu za osobnim napretkom ili da nisu u mogućnosti zbog radnog mjesta koje obavljaju. Npr. „Nemam mogućnosti za osobnim napredovanjem, ali imam volju. Htjela sam na prekvalifikaciju i ispunila sam sve papire, ali me nisu zvali. Pokazalo se da je to samo zavaravanje.“ „Imam želju za napretkom jer svi imamo tu potrebu da budemo netko i nešto. U napretku me koče financije i vrijeme.“ „Nemam mogućnosti za osobni napredak jer me koče financije. Ono novaca što dobijem sam naučila raspodijeliti, ali to je premalo da bih mogla nešto više..“

Rijetki su roditelji kojima je zadovoljena potreba za osobnim napretkom i koji je ostvaruju. Npr. „Potrebe za osobnim napretkom su mi zadovoljene jer radim na mjestu gdje je potrebna stalna edukacija te mi roditelji pomažu oko djeteta dok sam na potrebnim seminariima.“ „Ja imam sada seminare svako malo što se tiče posla na koje idem. Svi mi pomognu i izađu u susret dan ili dva dok sam tamo.“

Nekoliko ispitanika je navelo potrebu osnivanja udruge samohranih roditelja: „Dobro bi mi došli neki sastanci ili druženje samohranih roditelja gdje možemo podijeliti svoje probleme. Nisam vidjela da posto-

ji udruga samohranih roditelja u gradu Dubrovniku. Bezuspješno sam je tražila. Takva udruga samohranih roditelja bi bila od velike pomoći jer bi tamo mogla naći podršku ljudi koji su to sve prošli i koji bi mi rekli što me sve čeka.“ „Ne bi bilo loše napraviti neku malu udrugu za samohrane roditelje koja bi omogućila da podijeliš iskustva, jer nisu svi recimo u dobroj situaciji kao ja koja imam obitelj iza sebe. Ne mogu zamisliti kako se snalaze majke koje su same sa svojom djecom. Možda bi bilo lakše da kad bi svi sjeli, popričali o tome, razmjenili iskustva, možda čak i robu. Sve bi to nekom samohrannom roditelju puno značilo.“

Zanimljive su i neke konstruktivne ideje ispitanika: „Meni bi sada dobrodošao neki telefon kroz 24 sata da mogu nazvati za neki stručni savjet.“ „Pa bilo bi korisno da postoji neki centar za krizne situacije. Recimo znala sam se naći u situaciji, sto puta da bi ono nešto sada ili negdje morala otići ili nešto napraviti, a ne znam kako će se organizirati s malom.“ „Smatram da bi majke koje su doobile prvo dijete trebale dobiti letke s nekim osnovnim informacijama kako brinuti o djetetu. Zbog toga jer sam zdravstveni djelatnik vidim da takve majke ne znaju ništa kao npr. ne znaju djetetu sniziti tjelesnu temperaturu.“

Shodno prepoznatim potrebama intervencije planirane na razini svih gradova uključenih u istraživanje podijeljene su na kratkoročne i dugoročne intervencije. Zajednički dogovoreni projekti pokrenuti 2014. u gradovima sudionicima u istraživanju bili su:

- Uspostava kontinuirane skrbi o jednoroditeljskim obiteljima od patronažne sestre u koju je uključeno praćenje potreba, savjetovanje, povezivanje s postojećim službama i nevladinim udrugama te uključivanje u različite programe za pomoći i podizanje kvalitete života. Ovu su skupinu aktivnosti unijeli gradovi Zagreb, Poreč i Labin. Radi praćenja promjena u potrebama obitelji te evaluacije napretka, patronažne sestre su 2016. godine, u Poreču i Zagrebu, ponovile intervjuiranje ispitanica.*
- Sastavljanje baze podataka sa svim vrstama neposredne pomoći i svim vrstama usluga i servisa namijenjenih majkama i djeci u lokalnoj zajednici te distribucija podataka (on-line baze podataka, tiskani i drugi mediji i sl.). Ovu su skupinu aktivnosti proveli gradovi Dubrovnik, Labin, Poreč i Zagreb.*
- Podrška samoorganizaciji roditelja također je ugrađena u lokalne projekte u Dubrovniku, Poreču, Labinu, Zagrebu i Rijeci.*
- Senzibilizacija institucija i udruga za širenje programa prema potrebama jednoroditeljskih obitelji. Razvoj i ponuda besplatnih usluga namijenjenih djeci i majkama u zajednici (sportske aktivnosti, umjetničke radionice, kreativno provođenje slobodnog vremena, izleti i druženje) s naglaskom na*

siromašnjim gradskim četvrtima. Navedenu skupinu aktivnosti proveli su gradovi Zagreb, Poreč, Labin, Dubrovnik i Rijeka. Poreč i Labin su uložili poseban trud u razvoj programa organiziranja besplatnih aktivnosti za djecu tijekom ljeta kao oblik potpore roditeljima u sezoni kada najviše rade.

- Tečajevi roditeljskih vještina* koji će se održavati okupljanjem jednoroditeljskih obitelji i *on-line* – ugrađeni su u postojeće programe Fonda zdravi grad Poreč, i u programe rada postojećih nevladinih udruga (Dubrovnik, Zagreb, Rijeka, Labin).
- Unaprjeđenje dostupnosti predškolskih programa* (jaslice, vrtići) što uključuje prilagođavanje radnog vremena, supstituciju troškova, uključivanje djece nezaposlenih majki, 100 %-tni obuhvat djece, posebni programi rada s roditeljima, trajna izobrazba odgajatelja, uključivanje djece s dodatnim potrebama. Kroz ovu skupinu aktivnosti gradovi (Poreč, Zagreb) su proveli prilagođavanje radnog vremena vrtića, Poreč je ugradio promjene u pravilnik o upisu djece u vrtić, uveo sufinciranje privatnih vrtića itd.

Planirani dugoročni projekti koji bi u potpunosti odgovorili na potrebe jednoroditeljskih obitelji i značajno unaprijedili njihovu kvalitetu života vezani su uz: a) programe obrazovanja žena; b) projekte samozaopšljavanja; c) projekte razvoja fleksibilnog radnog vremena; d) programe uključivanja drugog roditelja te e) stvaranje mehanizama bolje naplate alimentacija. Pokrenute su aktivnosti na implementaciji nekih od navedenih projekata kao što je npr. projekt samozaopšljavanja grada Poreča, programi obrazovanja žena, Zagreb, uključivanja drugog roditelja, Poreč i sl.

RASPRAVA

Analizom transkripata nastalih iz strukturiranih intervjuja u svim uključenim gradovima dobiveni su rezultati koji zorno opisuju probleme hrvatskih jednoroditeljskih obitelji. Između navoda ispitanica, bez obzira na lokalitet (različiti gradovi), značajnije razlike nisu zabilježene. Razlozi nastanka jednoroditeljskih obitelji prikazani u ovom istraživanju su različiti, ali su svi stresni za pojedince koji ih prolaze. Istraživanja pokazuju da razvedeni pojedinci, bez obzira jesu li prošli službeni postupak razvoda ili ne, pokazuju slabije rezultate na različitim mjerama psihološke dobrobiti u odnosu na osobe u braku (15). Veći broj ispitanika je naveo potrebu za psihološkom i savjetodavnom pomoći u tom stresnom trenutku. Čim se krene u proces razvoda pojedincima treba navedenu pomoći i osigurati. Kao posebno potrebiti za psihološkom pomoći su roditelji i djeca koja su proživjeli fizičko ili psihičko zlostavljanje.

Nisu svi ispitanici jednakomjerno ugroženi u zadovoljavanju svojih potreba ili ostvarivanju svojih prava. Ima ispitanika koji su zaposleni s plaćom koja je dostatna, ostvarili su svoja prava i imaju podršku obitelji i sredine u kojoj žive. Oni su izrazili potrebu za dodatnom pomoći jedino u skrbi oko djeteta. Prioritet pri pružanju pomoći trebaju biti ispitanici kojima je materijalna situacija loša, koji su nezaposleni, nemaju pomoći u skrbi oko djece te nisu uspjeli ostvariti vlastita prava. Oni se nalaze u bezizlaznoj situaciji te im je značajna pomoć sustava i zajednice kako bi se „pokrenuli“.

Roditelji iz jednoroditeljskih obitelji najčešće imaju pomoći u skrbi i odgoju djece od vlastite obitelji. Suprotno je s pomoći u skrbi i odgoju djece koju pružaju drugi roditelj i njegova obitelji. U intervjuima su često navedeni problemi s naplatom alimentacije što bi se trebalo zakonski i operativno riješiti (na razini države).

Važnost uključivanja u brigu o djetetu drugog roditelja prikazana je u nekoliko studija. Godine 2010. godine su istraživači Waldfogel, Craigie i Gunn, koristeći podatke studije o krhkim obiteljima i dobrobiti djece, istražili zašto djeca koja odrastaju u jednoroditeljskim obiteljima sa samohranim majkama i obiteljima koja imaju status kohabitacije žive lošije od djece koja odrastaju u dvoroditeljskim obiteljima. Iz rezultata studije uspjeli su definirati pet ključnih protektivnih faktora koja mogu pozitivno utjecati na dobrobit djece u jednoroditeljskim obiteljima. To su financijski resursi obitelji, mentalno zdravlje roditelja, kvaliteta odnosa među roditeljima, kvaliteta roditeljstva koju roditelji pružaju svojim potomcima te uključenost drugog roditelja u odgoj djeteta (16).

Važno je smanjiti stigmatizaciju jednoroditeljskih obitelji unutar društva, jer nerazumijevanje okoline ne utječe samo na ponašanje drugih osoba u društvu prema pripadnicima jednoroditeljskih obitelji nego i na sposobnost roditelja da se suočavaju sa svakodnevnim izazovima samohranog roditeljstva te na osobni doživljaj samohranog roditeljstva. Ako i postoji razumijevanje za samohrane majke, u većini slučajeva ih se sažalijeva što dovodi do osjećaja manje vrijednosti u odnosu prema drugim obiteljima (5). Stigmatizacija se javlja i od poslodavaca prema roditeljima iz jednoroditeljskih obitelji. Poslodavci ne žele zaposliti te roditelje, a ako zaposlene žene ostanu trudne, vrlo brzo će dobiti otkaz. Poslodavce bi trebalo potaknuti različitim mjerama na zapošljavanje roditelja iz jednoroditeljskih obitelji, a otkaz zbog trudnoće bi trebalo drastično kazniti.

Većina je ispitanika, u svih šest gradova, istaknula veliko nezadovoljstvo radom Centra za socijalnu skrb. Ove institucije i resorno Ministarstvo treba upoznati

s navodima ispitanica i istražiti uzroke ove „sustavne disfunkcije“. Centar za socijalnu skrb je institucija najneposrednije uključena u cjelokupni proces nastajanja (mirenja, razvoda, staranja o djeci, itd.) jednoroditeljskih obitelji. Njegovim se djelovanjem omogućava ostvarivanje velikog broja prava iz sustava socijalne skrbi (jednokratna ili redovna finansijska naknada, pomoći u hrani, besplatna pravna pomoć, psihološka pomoć, privremeno uzdržavanje, ako se ne prima alimentacija i drugo). Zbog svega navedenog ovako značajan dionik mora biti u funkciji boljeg informiranja i pružanja podrške ovim ranjivim obiteljima.

Dio objavljenih istraživanja ukazuje u prilog tezi da su djeca iz jednoroditeljskih obitelji izložena većem riziku od zdravstvenih problema. U ovom se istraživanju pitalo ispitanike o korištenju, kvaliteti i dostupnosti zdravstvenih usluga s kojom su ispitanice bile zadovoljne. U uzorku se nalazilo nekoliko obitelji s neuroizičnom djecom, no zbog malog uzorka te činjenica da se radi o kvalitativno-analitičkom pristupu dokazivanje povezanosti s jednoroditeljskim statusom ne može biti predmet ove studije.

Ovim je istraživanjem otkriven problem upisa u jaslice i vrtiće djece nezaposlenih jednoroditeljskih majki koji ranije nije bio prepoznat u hrvatskim gradovima. Omogućavanjem prihvata djece u sustav predškolskog obrazovanja te uz pomoći u organiziranju slobodnog vremena djece roditelji bi dobili dodatno vrijeme za traženje posla, dodatno obrazovanje i poboljšanje kvalitete društvenog života.

Istraživanjem postojećih resursa lokalno, u gradovima sudionicima u istraživanju, dobivena je spoznaja o tome koliko moćnim instrumentima za unaprjeđenje kvalitete života jednoroditeljskih obitelji raspolaže lokalna samouprava. Oni idu u rasponu od davanja na korištenje gradskih stanova (Poreč, Labin, Zagreb, Dubrovnik kroz Udrugu „Blaga djela“), mogućnosti pomoći u plaćanju režija i subvenciji stanarine (Poreč, Labin, Zagreb, Dubrovnik, Rijeka), davanja olakšice ili oslobođanje od plaćanja jaslica, vrtića ili produženog boravka u školi (svih šest gradova), novčane pomoći i pomoći u prehrani djeteta do godinu dana, obiteljski paketi i slično pa do redefiniranja usluga koje nude institucije kojima su oni osnivači (npr. psihosocijalni tretman počinitelja obiteljskog nasilja Zagreb i Poreč, novi sadržaji u sklopu rada Gradske knjižnice i sl.) ili nevladine udruge koje sufinanciraju. Promjenama u pravilnicima, uvođenjem novih kriterija bodovanja za upis u vrtić ili dodjelu stanova (po kojem jednoroditeljske obitelji imaju veći broj bodova) značajno se unaprijedila kvaliteta života članova jednoroditeljskih obitelji u potrebi. Mehanizmom sufinanciranja pokrenut je cijeli niz programa: savjetodavnog rada na području rane interakcije roditelja i djece, psih-

edukacije i psihološke podrške, kvalitetnijeg korištenja slobodnog vremena djece kao npr. Ljetni kamp (9-satni program za djecu tijekom cijelog ljeta) u Poreču, Labinu ili programi u Zagrebu, izvannastavne aktivnosti koje su besplatne ili bar cijenom pristupačne te mnogi drugi. Pružena je podrška samoorganizaciji roditelja djelovanjem postojećih nevladinih udruga ili osnivanjem novih kao što je npr. *Facebook* grupa „Mame srijedom“ (Zagreb), gdje su roditelji u stalnom kontaktu te razmjenjuju iskustva i probleme te dogovaraju susrete i izlaska u park s djecom (17).

ZAKLJUČAK

Istraživanje specifičnih potreba jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim gradovima spada u skupinu tzv. „akcijskih“ ili primjenjenih istraživanja kojima se uočavaju problemi istraživane populacije i pronalaze odgovori na prepoznate potrebe. Ranjivost jednoroditeljskih obitelji, identificirana pretraživanjem publicirane literature, potvrđena je ovdje prikazanim istraživanjem specifičnih potreba jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim gradovima. Konkretni problemi s kojima se te obitelji suočavaju su nezaposlenost, nedostatak podrške i nedovoljna upoznatost s propisima i organizacijama koje im nude pomoći. Jednoroditeljske obitelji su izloženije stresu i, kao posljedica, lošoj komunikaciji s djecom. Zato što vlastitim radom moraju rješavati svoje finansijske teškoće ovi se roditelji suočavaju s problemima usklajivanja radne i obiteljske uloge. Treba napomenuti kako unutar skupine jednoroditeljskih obitelji nisu svi ugroženi u ostvarivanju svojih prava ili zadovoljavanju svojih potreba. Tim prije, one najpotrebitije treba što ranije prepoznati i adekvatno podržati.

Osim unaprjeđenja položaja jednoroditeljskih obitelji ovim je istraživanjem unaprijeđen i javnozdravstveni kapacitet lokalne samouprave. Na primjeru jednoroditeljskih obitelji gradski su istraživački timovi naučili kako prepoznati i adekvatno skrbiti o potrebama ciljane populacije. Znanje dobiveno provedbom ovog istraživanja od velike je koristi i drugim gradovima u Hrvatskoj. Uočena problematika jednoroditeljskih obitelji zahtijeva suradnju više službi (zdravstveni sektor, sektor socijalne skrbi, sektor obrazovanja, sektor rada, NVO) i razina upravljanja (lokalna, regionalna, nacionalna). Unaprjeđenje suradnje sektora i razina je preduvjet uspješne implementacije predložene lepeze intervencija. Istraživački timovi navode „... da je unaprijeđena povezanost ključnih dionika, uspostavljen sustav suradnje i razvijena osjetljivost zajednice na problematiku jednoroditeljskih obitelji.“ Da, ali lokalno i regionalno. Za nacionalnu razinu upravljanja ne možemo ustvrditi isto.

Opisano istraživanje daje doprinos i istraživanjima Europske mreže zdravih gradova Svjetske zdravstvene organizacije o nejednakostima u zdravlju - koje su dokazano posljedica nejednakih životnih mogućnosti. Njime se naglašava i značenje intervencija u ranom razvoju djeteta, posebno kod djece koja odrastaju u nepovoljnim socioekonomskim uvjetima.

LITERATURA

1. Statistički Ljetopis Republike Hrvatske (2016) [Internet]. Republika Hrvatska: Državni zavod za statistiku, c2006-2015 [cited 2017 Dec 18]. Available from: <http://www.dzs.hr/>
2. Eurostat regional yearbook (2015) [Internet]. Eurostat [cited 2018 Jan 20]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/KS-HA-15-001>
3. Subotic A. Jednoroditeljske obitelji kao determinanta zdravlja. (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet, 2012.
4. Grozdanić S. Jednoroditeljske obitelji prema uzrocima njihova nastanka. Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada 2000; 7: 169-82.
5. Raboteg-Šarić Z, Pećnik N, Josipović V. Jednoroditeljske obitelji, osobni doživljaj i stavovi okoline. Zagreb: Državni zavod za zaštitu materinstva, obitelji i mladeži, 2003.
6. Pećnik N. Međugeneracijski prijenos zlostavljanja djece. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
7. Spencer N. Does material disadvantage explain the increased risk of adverse health, educational, and behavioural outcomes among children in lone parent households in Britain? A cross sectional study. J Epidemiol Community Health 2005; 59(2): 152-7.
8. Shechner T, Slone M, Lobel TE, Shechter R. Children's adjustment in non-traditional families in Israel: the effect of parental sexual orientation and the number of parents on children's development. Child Care Health Dev. Blackwell Publishing Ltd. 2011.
9. Bzostek S, Beck A. Structure and Child Health Outcomes in Fragile Families. Working Paper 08-11-FF. Princeton: Center for Research on Child Wellbeing, 2008.
10. Wade TJ, Veldhuizen S, Cairney J. Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. Can J Psychiatry 2011; 56(9): 567-73.
11. Huffman FG, Kanikireddy S, Patel M. Parenthood-a contributing factor to childhood obesity. Int J Environ Res Public Health 2010; 7(7): 2800-10.
12. Taylor ZE, Conger RD. Promoting Strengths and Resilience in Single-Mother Families. Child Dev 2017; 88(2): 350-8.
13. Patton MQ. How to use qualitative methods in evaluation. London: SAGE Publications; 1987.

14. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. London: SAGE Publ., 1990.
15. Amato PR. The consequence of divorce for adults and children. J Marriage Family 2000; 62: 1269-87.
16. Waldfogel J, Craigie TA, Brooks-Gunn J. Fragile Families and Child Wellbeing. The future of children 2010; 20: 87-112
17. Šogorić S. Utvrđivanje specifičnih potreba jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim zdravim gradovima. Epoha zdravlja 2016; 9(18): 22-5.

S U M M A R Y

IDENTIFYING THE NEEDS OF SINGLE-PARENT FAMILIES IN CROATIAN CITIES – CROATIAN HEALTHY CITIES NETWORK ACTION RESEARCH

A. SUBOTIĆ, S. ŠOGORIĆ¹ and S. VULETIĆ¹

Emergency Medicine Service, Zagreb County and ¹University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb, Croatia

According to demographic indicators, the number of single-parent families in Croatia has been increasing over years. Literature review leads to a conclusion that a structural deficit in single-parent families increases their risk of pauperization, health risks and educational problems in children. *The aim* of this study was to identify specific needs of single-parent families in the Croatian cities. Recognized needs will serve as the foundation for future development of effective support programs at the local level. *Subjects and Methods:* This applied research was conducted in (and by) six members of the Croatian Healthy Cities Network. While forming the sample, the strategy of purposeful sampling of 'information rich' respondents was used. The limit was the age of parents of ≤ 35 years with a child aged ≤ 7 years. Data were collected through structured (tape-recorded) interview with parents, performed by visiting nurses. A total of 79 transcripts of interviews were received. Data analysis was performed by use of qualitative analytical method (text reduction content analysis). Vulnerability of single-parent families, identified through literature review, was confirmed in this research. *Results:* The specific problems faced by these families are unemployment, lack of support, insufficient understanding of legal rights and regulations, and organizations that can provide them with assistance. *Conclusion:* This research can contribute to the body of European health inequity research. It emphasizes the importance of interventions during early childhood development, especially in children growing up in adverse socioeconomic conditions.

Key words: single-parent families, assessment of needs, community, public health interventions

KAKO SU RAZVIJENI LOKALNI NADSTANDARDI ZA JEDNORODITELJSKE OBITELJI POREČA?

NATAŠA BASANIĆ ČUŠ i SELMA ŠOGORIĆ¹

*Centar za pružanje usluga u Zajednici Zdravi grad Poreč-Parenzo, Poreč i ¹Sveučilište u Zagrebu,
Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Zagreb, Hrvatska*

Uvod: Rad prikazuje rezultate akcijskog istraživanja potreba jednoroditeljskih obitelji Poreča te implementaciju lokalnih intervencija u korist jedno roditeljskih obitelji s područja Poreča. Isto tako prikazuje razvoj lokalnih politika kojima se uređuje provedba lokalnih intervencija za zaštitu jednoroditeljskih obitelji u neposrednom okruženju zajednice. Jednoroditeljske obitelji su prepoznate kao ranjiva skupina u populaciji sa značajnim rizikom za siromaštvo i lošije zdravlje svih članova. Dostupni pokazatelji ukazuju da se struktura obitelji u razvijenim evropskim zemljama mijenja te da raste udio jednoroditeljskih obitelji. Istraživanja ranog razvoja djece pokazuju da je utjecaj funkcionalne obitelji te stabilnog okruženja u kojem dijete raste, bez obzira na strukturu obitelji, od dugoročnog značenja za zdravlje pojedinca i čitave populacije. Postoje dokazi o tome da rani razvoj polaže temelje zdravlja u odrasloj dobi. U Hrvatskoj nema sustava koji dobro zadovoljava potrebe ove ranjive skupine ni programa kontinuirane, sveobuhvatne podrške jednoroditeljskim obiteljima. Projektni tim Zdravog grada Poreč pristupio je ovom kvalitativnom akcijskom istraživanju pod nazivom „Utvrđivanje potreba jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim zdravim gradovima“ u razdoblju od 2011. do 2016. godine. Istraživanje je provedeno u 6 hrvatskih zdravih gradova (Labinu, Vinkovcima, Rijeci, Zagrebu, Dubrovniku i Poreču) pod okriljem i uz stručno vodstvo Suportivnog centra HMZG pri Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. **Uzorak i metode:** Ukupni uzorak je činilo 79 ispitanika (uz iznimku jednog oca sve su ispitanice bile majke) iz jednoroditeljskih obitelji u dobi do 35 godina s djecom u dobi do 7 godina. Porečki uzorak obuhvatio je 10 roditelja (majki) iz jednoroditeljskih obitelji. Kao osnovni instrument za prikupljanje podataka korišten je standardizirani intervju, sastavljen od četiri skupine pitanja, koji su vodile educirane patronažne sestre. **Rezultati** su u svim gradovima, pa tako i u Poreču, pokazali da su jednoroditeljske obitelji ranjiva skupina koja vrlo teško osigurava temeljne životne potrebe. Svrha je ovog istraživanja bila da svaka zajednica temeljem rezultata dobivenih istraživanjem u svom okruženju planira i provodi intervencije te uspostavi specifične lokalne nadstandarde zaštite i podrške jednoroditeljskim obiteljima. U rezultatima smo prikazali nadstandarde Grada Poreča kojima je unaprijeđena kvaliteta života i rada roditelja i djece iz jednoroditeljskih obitelji.

Ključne riječi: jednoroditeljske obitelji, utvrđivanje potreba, intervencije u zajednici, lokalni nadstandardi

Adresa za dopisivanje: Nataša Basanić Čuš

Centar za pružanje usluga u zajednici Zdravi grad Poreč-Parenzo

Dr. Mauro Giosseffi 4, p.p. 118,

52 440 Poreč, Hrvatska

E-pošta: savjetovaliste@zdravi-grad-porec.hr

UVOD

Skrb o dječjem zdravom rastu i razvoju, podrška obiteljima, reguliranje dječjih prava i zaštita ranjivosti sastavnica je strateških dokumenata Republike Hrvatske (RH) i hrvatskih zakonskih propisa. U RH je 2014. donesena Nacionalna strategija za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. godine (1). Temeljena je na Konvenciji o pravima djeteta

iz 1989. te osnovnom principu Konvencije, koji glasi „Svako dijete, bez obzira tko je i gdje živi ima pravo rasti sigurno, sretno i zdravo“. Nacionalna strategija nastala je oslanjajući se na zakonsku regulativu RH uobičenu u Obiteljskom zakonu, Zakonu o socijalnoj skrbi, Zakonu o privremenom uzdržavanju, Zakonu o dadiljama, Zakonu o udomiteljstvu, Zakonu o zaštiti od nasilja u obitelji, Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Kabinetnom zakonu i dr.

Nacionalna strategija definirala je 4 ključna strateška cilja:

1. unaprjeđenje sustava i njegovo prilagođavanje djeci (socijala, zdravstvo, obrazovanje, pravosuđe, sport, kultura i druge aktivnosti za slobodno vrijeme);
2. eliminacija svih oblika nasilja na djecu;
3. osiguravanje prava djece u ranjivim skupinama uključujući i zaštitu od siromaštva;
4. osiguravanje aktivnog sudjelovanja djece.

Bez obzira na postojeću regulativu i vrlo jasne smjernice djelovanja u RH, sva djeca u Hrvatskoj nemaju jednakе mogućnosti za nesmetan, siguran zdravi rast i razvoj. Postoje okolnosti u kojima su djeca nedovoljno zaštićena, izložena siromaštvu, nejednakim mogućnostima i drugim rizičnim čimbenicima za zdravi rast i razvoj iz domene socijalnih odrednica zdravlja. Postojeći zakonodavni okvir o područnoj i regionalnoj samoupravi daje lokalnim zajednicama mogućnost i odgovornost za prepoznavanje ranjivosti, za jačanje otpornosti ranjivih skupina te za osnaživanje čitave zajednice i jačanje socijalne kohezije. Potrebna je samo spremnost zajednice da iste mogućnosti iskoristi i ugraditi u lokalne politike (dugoročnog, strateškog) planiranja za zdravlje. Projekt zdravih gradova Svjetske zdravstvene organizacije, Ureda za Europu (SZO, Eu) je djelovanjem Hrvatske mreže zdravih gradova (HMZG), u hrvatskim uvjetima, zasigurno imao najjači utjecaj na jačanje senzibiliteta lokalnih zajednica u RH za prepoznavanje čimbenika zdravlja i podršku ranjivim skupinama mobiliziranjem lokalnih snaga u vlastitom okruženju. Projekt Zdravi grad je u hrvatskim gradovima koji su ga prihvatili, pa tako i u Poreču direktno utjecao na podizanje razine spremnosti zajednice na lokalno djelovanje za zdravlje i unaprjeđenje kvalitete života svih njezinih stanovnika. Grad Poreč je sa svojim stručnim timovima pristupio pokretu zdravih gradova SZO i HMZG ranih 90-tih godina. Od tada Zdravi grad-Poreč kontinuirano inicira i realizira programe za unaprjeđenje psihosocijalne komponente zdravlja građana i podizanje kvalitete života obitelji u zajednici (2). Oslanjajući se na pokret zdravih gradova i akademsku podršku djelatnika Škole narodnog zdravlja „A. Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu stručni timovi Poreča već godinama procjenjuju zdravstveno stanje te utvrđuju zdravstvene potrebe svojih stanovnika. Temeljem navedenog u Poreču se u ciklusima donose planovi za zdravlje s utvrđenim prioritetima te oblikuje lokalna politika za zdravlje u zajednici. Mjera uspješnosti projekta Zdravi grad jest prihvatanje politike zdravlja na razini grada (2). Oblikovane politike za zdravlje i strateški dokumenti koji ih opisuju osiguravaju kontinuirano provođenje javnozdravstvenih aktivnosti i djelovanje na provedbi odabranih intervencija, dominantno (u već više od 20 godina djelovanja) usmjerenoj obitelji u zajednici.

Slijedom navedenog Zdravi grad Poreč je u suradnji s HMZG pristupio akcijskom istraživanju „Utvrđivanje potreba jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim zdravim gradovima“ u razdoblju od 2011. do 2016. godine. Prepoznajući analizom literature i dostupnih podataka jednoroditeljske obitelji u Hrvatskoj kao iznimno ranjivu skupinu HMZG je ovo istraživanje usmjerila u pravcu otkrivanja upravo njihovih potreba.

Praćenje dostupnih pokazatelja u RH i Europi potvrđuje da se način života i struktura obitelji u razvijenim europskim zemljama mijenja. Slika tradicionalne obitelji koju čine roditelji i dijete/djeca više nije jedini model obitelji. Promjene obiteljske strukture odražavaju se i u pojavi novih socijalnih rizika (npr. porast broja rastavljenih bračnih parova, a samim time i jednoroditeljskih obitelji) (3). Jednoroditeljske obitelji su obitelji u kojima jedan roditelj sam skrbi o djetetu/djeci privremeno ili trajno. Razlozi nastanka jednoroditeljskih obitelji su različiti: od smanjivanja stope sklapanja brakova, porasta broja izvanbračnih zajednica i djece u tim zajednicama, povećanja dobi sklapanja prvog braka, opadanja stope fertiliteta u braku, porasta broja razvedenih brakova, odgađanja nove stalne veze nakon razvoda, gubitka (smrt) supružnika, povećanja broja ekonomski neovisnih majki koje svojim izborom odlučuju same podizati djecu, a u novije vrijeme i odsustvo jednog roditelja zbog bolesti, rada u inozemstvu ili izdržavanja zatvorske kazne (7,13). Jednoroditeljske obitelji su heterogene skupina i s obzirom na razloge nastanka jednoroditeljstva i s obzirom na opće životne uvjete takve obitelji. Roditelji iz jednoroditeljskih obitelji su zbog uvjeta života i rada te samostalne skrbi o djeci najčešće siromašniji i usporediblji s roditeljima iz dvoroditeljskih obitelji te im je stoga i podrška zajednice potrebni.

U jednoroditeljskim obiteljima majke uglavnom vode kućanstvo, zadržavaju se kući, teže se zapošljavaju te se uz ove obitelji često spominje i pojava tzv. feminizacije siromaštva, jer žene općenito imaju veću vjerojatnost od muškaraca da postanu siromašne u većini razvijenih zemalja (teže nalaze posao, manje su plaćene). Uz feminizaciju siromaštva povezuje se i tendencija tzv. infantilizacije siromaštva odnosno porasta broja siromašne djece. Razlog povećanja broja siromašnih žena i djece najčešće se vidi u porastu jednoroditeljskih obitelji u kojima žene same skrbe o djeci i primaju mala sredstva za potporu djeci. Oko 12 % europskih kućanstava čine jednoroditeljske obitelji, a svega 52 % očeva plaća alimentaciju (4). Podatci ukazuju kako su jednoroditeljske obitelji socijalno vrlo ugrožene (5). Dosadašnja istraživanja u Europi i Hrvatskoj pokazuju da su najčešći problemi jednoroditeljskih obitelji vezani uz nepovoljne ekonomske mogućnosti, probleme u skrbi za djecu i organizaciju čuvanja djece, teškoće nadzora majke nad muškim djetetom, manjak slobodnog vremena koje roditelj i dijete mogu zajedno

provesti, i drugo. Sve navedeno često rezultira emocijonalnim poteškoćama i rizičnim ponašanjima djece iz jednoroditeljskih obitelji, ali i brojnim poteškoćama roditelja kao što su depresivnost, zapuštanje vlastitog zdravstvenog stanja i drugo.

Zapadni svijet obilježava sve veći udio jednoroditeljskih obitelji kao novi oblik uređenja obitelji. Udio jednoroditeljskih obitelji u evropskim zemljama kreće se između 15 % i 30 % (5). Žene dominiraju u jednoroditeljskim obiteljima, osobito u Portugalu 94 %, dok zemlje poput Danske, Luksemburga i Finske imaju najveći udio samohranih očeva (do 20 %) (5). Prema popisu stanovništva iz 2011. godine u RH je bilo 14,4 % obitelji u kojima djeca žive samo s majkom i 2,7 % obitelji u kojima djeca žive samo s ocem odnosno ukupno 17 % jednoroditeljskih obitelji (6).

U istraživanjima je posebno naglašen problem društvene stigmatizacije jednoroditeljskih obitelji, jer ne razumijevanje okoline može izrazito negativno utjecati na pripadnike tih obitelji (7). Jednoroditeljske obitelji mogu biti marginalizirane i stigmatizirane te prepustene same sebi ili podršci samo uže obitelji. Zato je važno utjecati na predrasude i stigmatizaciju ovih obitelji unutar društva i zajednice kako bi one našile na podršku okruženja te tako lakše svladavale životnu i radnu organizaciju. Nerazumijevanje okoline ne samo da određuje ponašanje društva prema jednoroditeljskim obiteljima nego utječe i na njihov osobni doživljaj u odnosu na vlastito jednoroditeljstvo koji im može ozbiljno otežavati suočavanje sa svakodnevnim životnim izazovima.

Iz svega navedenog proizlazi da su promjene obiteljske strukture realnost našeg vremena, a teškoće s kojima se suočavaju jednoroditeljske obitelji višekratno su utvrđene. Stoga su jednoroditeljske obitelji ranjiva skupina u populaciji RH te im je važno osigurati podršku i omogućiti da što bolje obavljaju svoju temeljnu zadaću skrbi o djeci, posebno tijekom ranog razvoja koji polaže temelje zdravlja za cijeli život.

CILJ

Cilj istraživanja bio je utvrditi specifične potrebe jednoroditeljskih obitelji u gradovima Hrvatske (na šest različitih lokaliteta), uključujući i Poreč, te planirati i provesti intervencije za podršku jednoroditeljskim obiteljima povezivanjem državnih sustava s lokalnim resursima svake zajednice te uspostavljanjem lokalnih nadstandarda podrške.

Ovo je istraživanje bilo i oblik treninga (jačanje kapaciteta) lokalne samouprave da suradnjom s akadem-

skom zajednicom u procesu provođenja istraživanja stječe znanja (po modelu učenje tijekom djelovanja) kako provoditi participativno istraživanje potreba ciljanih skupina stanovnika.

METODE

Opis istraživanja

Akcijsko istraživanje pod nazivom „Utvrđivanje potreba jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim zdravim gradovima“ provedeno je u razdoblju od 2011. do 2016. godine u šest hrvatskih gradova - Labinu, Vinkovcima, Rijeci, Zagrebu, Dubrovniku i Poreču. Kriterij odabira lokaliteta bio je spremnost gradske uprave da oblikuje projektni tim koji će na lokalitetu bili nositelji praktične realizacije istraživanja te (kasnije) provedbe dogovorenih intervencija. Članovi projektnog tima bili su koordinatori zdravih gradova, stručne službe vrtića i škola, predstavnici resornih gradskih odjela, patronaža iz domova zdravlja, pedijatri, centri za socijalnu skrb i dr. Godine 2011. na lokalitetima je pokrenuto istraživanje postojećeg stanja prikupljanjem dostupnih kvantitativnih pokazatelja o zastupljenosti jednoroditeljskih obitelji te registriranjem postojećih oblika podrške jednoroditeljskim obiteljima (postoje li programi podrške, ako da, koji, te jesu li jednoroditeljske obitelji prepoznate kao ranjiva skupina u zajednici).

Tijekom 2012. i 2013. godine tijekom sedam tematskih sastanaka i radionica s gradskim timovima pripremljen je i proveden terenski dio istraživanja: definirani ispitanici i način njihovog pronalaženja, strukturiran upitnik za vođeni intervju, educirani intervjueri (patronažne sestre) i dogovoren protokol provođenja intervjuja i prikupljanja zabilješki (transkripti).

Ispitanici

U istraživanju je korištena strategija namjernog uzorkovanja „informacijama bogatih“ ispitanika. Jedino ograničenje za odabir ispitanika (roditelja) bila je dob djeteta ispod 7 godina i dob roditelja (majke/oca) ispod 35 godina. Na taj način je zadovoljen kriterij da se zahvati razdoblje ranog dječjeg razvoja i problemi jednoroditeljskih obitelji u istom razdoblju. Kako su jednoroditeljske obitelji po svojim obilježjima heterogena skupina u svakom se gradu nastojalo uključiti predstavnike jasno definiranih podskupina unutar jednoroditeljskih obitelji: 1. očeve s djecom, 2. slabije obrazovane mlade majke koje žive s djetetom bez podrške obitelji, zaposlene, 3. slabije obrazovane mlade majke koje žive s djetetom bez podrške obitelji, nezaposlene, 4. bolje obrazovane majke koje žive s djetetom u svojoj

primarnoj obitelji (dobra podrška obitelji), 5. majke s djecom s invaliditetom i 6. neudate majke. Ciljna skupina ispitanika odabrana je uz pomoć dionika u istraživanju (rodilišta, pedijatara iz domova zdravlja, patronažne službe, vrtića, centri za socijalnu skrb i dr.).

Hrvatski uzorak ispitanika iz 6 gradova činilo je ukupno 79 ispitanika (uz iznimku jednog oca svih su ispitanici bile majke). Porečki uzorak obuhvatio je 10 roditelja (majki) iz jednoroditeljskih obitelji.

Instrument istraživanja

U istraživanju je kao osnovni instrument za prikupljanje podataka primijenjen standardizirani intervju konstruiran za potrebe istraživanja. Vođeni intervju je sadržavao četiri skupine pitanja vezanih uz: a) obilježja roditelja (dob, obrazovna struktura, zaposlenost, razlozi jednoroditeljskog statusa, gdje i s kime žive, finansijska situacija), b) podrška koju imaju u brizi oko djeteta (podrška ili odsustvo podrške obitelji, uključenost drugog roditelja u obaveze oko djeteta, psihološka i socijalna pomoć, pomoć prijatelja, pomoć od institucija), c) zdravlje i kvalitetu života (prehrana, zadovoljene potrebe za slobodnim vremenom, kulturom, odnos prema vlastitom i djetetovom zdravlju), d) provođenje vremena s djetetom, potrebe (osobne i u odgoju djeteta). Intervjueri su bile educirane patronažne sestre, pitanja su postavljana uvijek istim redoslijedom, a intervju su vremenski mogli trajati do 45 minuta. Uz prethodnu suglasnost ispitanika intervju su snimani. Tonske snimke su naknadno prevedene u elektronski format (transkripti) i šifrirane zbog anonimnosti odgovora i postizanja većeg stupnja iskrenosti i otvorenosti ispitanika. Kvalitativnu analizu informacija (obrada transkripta) proveo je tim mentora sa ŠNZ „A. Štampar“ metodom analize sadržaja redukcijom teksta (8,9).

Tijekom 2014. godine, temeljem dobivenih rezultata terenskog dijela istraživanja, u dvije radionice zajednički su planirane intervencije za jednoroditeljske obitelji u lokalnim zajednicama kao specifični nadstandard zajednice. Provedba intervencija odvijala se tijekom 2015. i 2016. godine, a projekt je operativno priveden kraju evaluacijom radionicom u ožujku 2017. (10).

REZULTATI

U Poreču je za potrebe istraživanja i implementacije oformljen širi stručni tim predvođen predstvincima projekta Zdravi grad Poreč koji je uključio stručnjake vrtića, škola, Centra za socijalnu skrb Poreč, patronažne sestre Istarskih domova zdravlja – Ispostave Poreč te stručnjake gradskog resornog odjela za društvene

djelatnosti, socijalnu skrb i zdravstvo. Tim je nastavio radom i nakon provedenog istraživanja u svrhu praćenja implementacije i međuresornog povezivanja u rješavanju potreba jednoroditeljskih obitelji. Gradsko vijeće Grada Poreča-Parenzo upoznato je s istraživanjem već u vrijeme njegova iniciranja, a istom su tijelu (kao vrhu političke izvršne vlasti) predstavljeni i rezultati istraživanja.

Jedini lokalno dostupni kvantitativni pokazatelji za orijentaciju o učestalosti jednoroditeljskih obitelji u Gradu Poreču, prikupljeni 2011. godine kada je inicirano istraživanje, bili su podaci iz porečkih škola i vrtića iz kojih je bilo vidljivo da 13 % osnovnoškolske djece i 6 % predškolske djece dolazi iz jednoroditeljskih obitelji. Provedeno istraživanje je dobivenim rezultatima potvrdilo ranjivost jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim gradovima (detaljni rezultati istraživanja predstavljeni su u drugom radu, opaska autora).

Obradom transkriptata dobiveni su rezultati koji su pokazali da jednoroditeljske obitelji u hrvatskim prilikama, na svim lokalitetima na kojima je provedeno ovo istraživanje, teško osiguravaju stambeno pitanje te dulje ovise o roditeljima, teško pronalaze posao, jer ne mogu osigurati adekvatnu skrb (čuvanje) za dijete, žive u lošijim finansijskim prilikama, teže djecu upisuju u vrtiće, jer prednost ostvaruju oba zaposlena roditelja, teško zadovoljavaju vlastite potrebe čak i one zdravstvene jer nemaju vremena za sebe, imaju potrebu za psihološkom podrškom posebno kada prolaze teške razvode i/ili nasilje, teško dolaze do informacija o svojim pravima u sustavima, a jednako teško zadowoljavaju i potrebe u državnom sustavu socijalne skrbi.

Specifični rezultati iz istraživanja ispitanica u gradu Poreču (10 majki iz jednoroditeljskih obitelji) pokazali su da je majkama potrebna pomoć oko skrbi za dijete i dulje radno vrijeme vrtića ljeti (zbog rada u ugostiteljstvu i turizmu dvokratno ili u smjenama), podrška kod „teških“ razvoda i zaštita od nasilja, pomoć pri stambenom zbrinjavanju, dostupnost servisa za podršku slobodnom vremenu roditelja te pomoć pri zapošljavanju (po mogućnosti izvan turističkog sektora). Majke iz jednoroditeljskih obitelji Poreča profili rale su se u dvije velike skupine: 1. one koje su visoko obrazovane, imaju primjerene prihode i žive u jednoroditeljskoj obitelji svojim izborom (kojih je značajno manje); 2. one koje, bez obzira na obrazovanje, žive u jednoroditeljskoj obitelji stjecajem različitih okolnosti (smrt partnera, teški razvod, izvanbračno rođenje djeteta i sl.) i imaju teške socijalne i životne prilike u skrbi za sebe i dijete/djecu. Identificirane potrebe i problemi ovih dviju skupina su različiti. Majke visokih primanja i standarda trebaju npr. resurs dadilja u zajednici kao oblik dostupne i sigurne skrbi za djecu u njihovu odustvu, koje mogu i žele samostalno platiti, dok majke

koje skrbe o djeci u lošim socioekonomskim prilikama trebaju različite oblike pomoći i podrške zajednice.

Kako bi se istraživanjem prepoznatim potrebama udovjilo, konsenzusom na razini zajednice, u razdoblju od 2014. do 2016. godine na razini Grada Poreča provedene su sljedeće intervencije:

- U aktima Grada Poreča-Parenzo od 2014. godine jednoroditeljske su obitelji dobile status ranjive skupine te je promijenjen način bodovanja statusa jednoroditeljskih obitelji u svim temeljnim gradskim odlukama i dokumentima koji reguliraju ostvarivanje različitih socijalnih prava. Promijenjeni sustav bodovanja je omogućio da jednoroditeljske obitelji ostvaruju najveći broj bodova u pravilnicima Grada Poreča-Parenzo koji reguliraju: upise u jaslice i vrtiće (i ako su majke nezaposlene što ranije nije bio slučaj), upis u produženi boravak u osnovnim školama, u odluci o dodjeli socijalnih stanova Grada Poreča-Parenzo, odlukama kojima se lokalno regulira sufinanciranje ili financiranje najma stana, poticajne stanogradnje pri stjecanju prve nekretnine te drugi oblici pomoći kao što su pomoći pri opremanju za školu, kupnja knjiga, financiranje slobodnih aktivnosti i dr.
 - Osiguran je cjelodnevni rad jednog porečkog vrtića zbog potrebe dijela roditelja iz jednoroditeljskih obitelji da koriste dulji program skrbi o djeci u predškolskim ustanovama (ili da dvokratno dovode djecu) zbog smjenskog rada u ugostiteljstvu koje je temeljna djelatnost u Poreču kao razvijenoj turističkoj destinaciji.
 - Osiguran je jednak udio sufinanciranja Grada Poreča-Parenzo pri upisu djece u gradske ili privatne vrtiće kako bi se svako porečko dijete čiji roditelji to žele moglo upisati u predškolsku ustanovu. Time je postignuto da se 100 % djece iz porečkih jednoroditeljskih obitelji (koje to žele) upisuje u predškolsku ustanovu.
 - Grad Poreč-Parenzo je inicirao objavu natječaja i osigurao sufinanciranje edukacije za dadilje i poticanje obrta za dadilje kao dodatnog resursa zajednice u skrbi za djecu, ali i kao nove mogućnosti prekvalifikacije i zapošljavanja majki iz jednoroditeljskih obitelji u okviru porečkog programa socijalnog poduzetništva.
 - Gradsko psihološko savjetovalište Zdravog grada Poreča, koje djeluje više od 20 godina, je nakon istraživanja ekipirano zapošljavanjem još jednog psihologa kako bi se svim jednoroditeljskim obiteljima u potrebi pružala brza, besplatna psihološka pomoći i podrška, posebno kod teških razvoda, nasilja u obitelji, depresivnosti roditelja te na indikaciju patronažnih sestara koje ulaze u obitelj i identificiraju rizik.
 - Osiguran je sustav pružanja besplatne pravne pomoći nevladinim sektorom sredstvima Grada Po-
- reča-Parenzo za sve jednoroditeljske obitelji koje imaju ovu potrebu zbog teških razvoda, nasilja, reguliranja naplate alimentacije i drugih razloga.
- Grad Poreč-Parenzo financira program psihosocijalnog tretmana počinitelja obiteljskog nasilja radi olakšavanja dugoročne komunikacije bivših partnera u odnosu na djecu te s ciljem prevencije recidiva nasilja, a sa sustavom pravosuđa je dogovoren upućivanje bivših nasilnih partnera u psihosocijalni tretman kad god za to postoji mogućnost odnosno indikacija.
 - Uspostavljeno je financiranje grupnog programa za okupljanje zainteresiranih roditelja iz jednoroditeljskih obitelji u organizaciji nevladinog sektora radi njihovog druženja, razmjene iskustava i osnaživanje istih za funkcioniranje u skupinama samopomoći i međusobne podrške.
 - Uspostavljeno je lokalno vođenje evidencije (registra) jednoroditeljskih obitelji koje su uključene u lokalne programe pomoći pri gradskom resornom odjelu koji će se još dorađivati povezivanjem drugih sustava iz kojih informacije ne teku automatizmom.
 - Osigurano je besplatno uključivanje djece u slobodne aktivnosti (posebno ljeti kada roditelji u Poreču intenzivno rade) te ovisno o cenzusu prihoda sufinanciranje ili financiranje Ljetnog kampa (9-satni zabavno edukativni porečki program za djecu tijekom cijelog ljeta) i besplatan prijevoz djece u kamp.
 - Osigurani su popusti za djecu i roditelje za sve programe iz oblasti kulture i Pučkog otvorenog učilišta Poreč te potpuno besplatno uključivanje djece iz obitelji s niskim prihodima u socijalnoj potrebi.
 - Uspostavljen je sustav suradnje i stalne razmjene informacija s porečkom patronažnom službom i drugim članovima tima radi identificiranja specifičnih potreba jednoroditeljskih obitelji na terenu i njihova zadovoljavanja najbržim putem u međusobnoj suradnji.
 - Uspostavljen je lokalni sustav stalne koordinacije gradskih timova iz oblasti socijalne zaštite i savjetovališta Zdravog grada Poreč u svim osjetljivim pitanjima rješavanja prava jednoroditeljskih obitelji te radi zajedničke razrade diskretnih zaštitnih programa za obitelj kao dijela jedinstvenog individualnog plana promjene za svaku jednoroditeljsku obitelj u potrebi (zbog identificiranog problema nedovoljne podrške u sustavu centara za socijalnu skrb).
 - Projektni ured Zdravog grada Poreč i resorni odjel Grada Poreča-Parenzo postali su informativni punktovi na kojima roditelji najbrže dolaze do informacija o različitim oblicima pomoći.
 - Grad Poreč-Parenzo je (dugoročno) rješenje problema dijelom ugradio u Strategiju gospodarskog

razvoja iz 2015. godine u kojoj je i mjera razvoja socijalnog poduzetništva, koja se realizira projektom poticanja zapošljavanja roditelja iz jednoroditeljskih obitelji, osoba s invaliditetom te teže zapošljivih skupina (žene od 50 godina na dalje) otvaranjem poticaja za edukaciju dadilja, prekvalifikacija i drugih edukativnih programa koji potiču lakše zapošljavanje jednoroditeljskih obitelji Poreča i Poreštine.

Zahvaljujući provedenom istraživanju i dobivenim rezultatima ostvareno je intenzivno povezivanje s lokalnim i regionalnim medijima u smjeru podizanja svijesti čitave zajednice o potrebama i značenju podrške jednoroditeljskim obiteljima u najširem smislu za koju vjerujemo da će značajno doprinijeti destigmatizaciji i izostanku marginalizacije ovih obitelji te doprinijeti općem pozitivnom stavu u zajednici u odnosu na „ne-tradicionalne“ obitelji u najboljem interesu roditelja i djece iz tih obitelji.

RASPRAVA

Provedeno je istraživanje pokazalo da jednoroditeljske obitelji u Hrvatskoj i u Gradu Poreču čine skupinu koja, u odnosu na dvoroditeljske obitelji, ima vrlo specifične probleme. Naši se rezultati u značajnoj mjeri preklapaju s nalazima drugih istraživača (iz zapadne Europe i svijeta), ali i odražavaju specifičnost (socijalno-ekonomskog stanja) Republike Hrvatske i lokalnih gradskih sredina. Istraživanjem identificirane probleme jednoroditeljske obitelji same teško rješavaju. Te obitelji objektivno predstavljaju ranjivu skupinu u populaciji kojoj je potrebna pomoć i podrška u neposrednom okruženju zajednice uz podršku državnih sustava. Rezultati pokazuju da se jedan sam roditelj teže organizira u skrbi za obitelj, da je u značajno lošijoj finansijskoj situaciji i izložen ukupno većem životnom stresu što prati spoznaje i drugih dostupnih istraživanja. Gotovo svim samohranim roditeljima potrebna je psihološka pomoć i savjetovanje i to najviše u vrijeme kad dolazi do promjena u njihovom obiteljskom statusu (4). Teškoće u prilagodbi na novonastalu situaciju kao i teškoće u organizaciji života mogu se negativno odraziti na psihičko i fizičko zdravlje roditelja, što pokazuju i druge objavljene studije (11,14). Najveći problemi roditelja bili su depresivnost koja se javlja u obliku bezvoljnosti i nemogućnosti da se prilagode novonastaloj situaciji, problemi s ovisnostima te slabom vođenju brige oko vlastitog zdravstvenog stanja (7). I djeца iz jednoroditeljskih obitelji mogu imati teškoća zbog ukupnosti životnih okolnosti u kojima su se našla, posebice tijekom ranog razvoja kada im je podrška i stabilnost odraslih iz obiteljskog okruženja najvažnija. Do sada provedena istraživanja ukazuju na postojanje

tzv. protektivnih faktora koji pozitivno utječu na djecu u jednoroditeljskim obiteljima kao što su: financijski resursi obitelji, mentalno zdravlje roditelja, kvaliteta odnosa među roditeljima, kvaliteta roditeljstva koju roditelji pružaju svojim potomcima te uključenost drugog roditelja u odgoj djeteta (11). Djeca iz jednoroditeljskih obitelji imaju veći rizik od zdravstvenih i problema s edukacijom te asocijalno ponašanje (7). Prema nekim autorima dječa u jednoroditeljskim obiteljima i nepovoljnim uvjetima odrastanja ranije sazrijevaju, neka preuzimaju i dio roditeljske odgovornosti što je za njih preteško te ih može odvesti u neke oblike mentalne patologije. Povećana odgovornost djece u jednoroditeljskim obiteljima može biti od pomoći, ali i potencijalno opasna. U slučajevima kada ometa razvoj autonomije pojedinca stručnjak se treba zalažati za djetetove potrebe (12). Danas postoje i dokazi o tome da rani razvoj polaze temelje zdravlja za cijeli život, a uredan rani razvoj uvelike ovisi o stabilnoj podršci obitelji. Da bi obitelji pružale potporu dječjem rastu i razvoju često je potrebna podrška roditeljima, posebno kada se radi o jednoroditeljskim obiteljima.

Svrha ovog istraživanja bila je da svaka zajednica temeljem dobivenih rezultata u svom okruženju planira i implementira intervencije te uspostavi specifične lokalne nadstandarde zaštite i podrške jednoroditeljskim obiteljima. U rezultatima smo prikazali nadstandarde Grada Poreča. Uspješno uspostavljeni nadstandardi na lokalitetima primjeri su dobre prakse koje mogu koristiti i drugi gradovi. Upravo smo zato prikazali ishode ovog akcijskog istraživanja na teritorijalnom području Poreča i Poreštine.

Sveobuhvatna podrška porečkim obiteljima realizira se već godinama gradskim Savjetovalištem za djecu, mlade, brak i obitelj, programom podrške obiteljima u osjetljivim fazama obiteljskog ciklusa, tečajevima psihofizičke pripreme mladih parova za porod i prihvat bebe, podrškom ranom razvoju djece programom „Dok nabrojim do tri hoću li se snaći?“ - prve tri godine su najvažnije, „Krećem u vrtić, krećem u jaslice“, programima za slobodno vrijeme, prevenciju debljine kod djece, jačanjem roditeljskih kompetencija, osnaživanjem programom „Moje dijete kreće u prvi razred“, programom učenja socioemocionalnih vještina djece ranog osnovnoškolskog uzrasta i drugih. No, uza sve porečke lokalne programe za podršku obitelji do predstavljanja rezultata ovog akcijskog istraživanja u našoj zajednici, kao iznimno socijalno osjetljivoj, velika raničnost jednoroditeljskih obitelji nije bila prepoznata. Uključivanjem Gradskog vijeća Grada Poreča-Parenzo djelovali smo na podizanje razine senzibiliteta u odnosu na ovu ranjivu skupinu i jačanje političke podrške programima ciljanim na jednoroditeljske obitelji. Najveće postignuće u odnosu na rezultate istraživanja u Poreču ostvareno je postizanjem konsenzusa grad-

ske vlasti i stručnjaka u zajednici o rangiranju potreba jednoroditeljskih obitelji prioritetnim područjem za financiranje u okviru programa javnih potreba Grada Poreča-Parenzo od 2014. godine na dalje. Time su potrebe i programi za jednoroditeljske obitelji postale dio lokalnih prioriteta te politika za zdravlje i socijalno blagostanje. Stvoreni su uvjeti da se skrb za jednoroditeljske obitelji ugraditi u sve lokalne dokumente i akte kojima se reguliraju lokalni oblici pomoći i podrške obiteljima. Na taj je način osiguran kontinuitet i dugoročna održivost intervencija usmjerenih ovoj ranjivoj skupini te su osigurani uvjeti za veću kvalitetu života jednoroditeljskih obitelji Poreča i Poreštine.

Radi praćenja procesa implementacije lokalnih intervencija te evaluacije njihovog učinka 2016. godine ponovno su intervjuirani porečki roditelji. Svi individualni ishodi kod ispitanica pokazuju pozitivni pomak i napredak u organizaciji života i rada u odnosu na prethodne obitelji prije i tijekom provođenja istraživanja u 2013. godini. U implementaciji intervencija u Poreču su ostvareni mjerljivi rezultati u obliku novih javnih politika, odluka i programa koji tvore lokalni nadstandard podrške za jednoroditeljske obitelji (mogućnosti ostvarivanja značajno većih prava i oblika pomoći u neposrednom lokalnom okruženju). Promjene ostvarene lokalno dovele su porečke jednoroditeljske obitelji u značajno bolji položaj od onog u kojem su bile prije provedbe istraživanja, a samu zajednicu učinile značajno osjetljivijom za potrebe ove ranjive skupine.

ZAKLJUČAK

Poreč je socijalno osjetljiva zajednica koja više od 20 godina projektom Zdravi grad senzibilizira stručnjake i političare za javnozdravstveni pristup zdravlju u zajednici. Poreč od 2010. godine ima i svoju lokalnu obiteljsku politiku kao strateški dokument zajednice usmjeren komprehenzivnim intervencijama za obitelj. Uključivanje Poreča u ovo istraživanje i njegov ishod doprinijelo je sveobuhvatnosti porečkih programa za zdravlje obitelji te dodatno unaprijedilo povezanost svih odgovornih dionika u procesu lokalnog planiranja za zdravlje.

Istraživanje provedeno u hrvatskim zdravim gradovima u 2013. godini pokazalo je da su najčešći problemi jednoroditeljskih obitelji zapošljavanje, neriješeno stambeno pitanje, pomoći u brzi djece (pomoći dadijle, jaslice/vrtići), osiguravanje slobodnih aktivnosti za djecu, potreba za druženjem i osobnim napretkom, veća dostupnost informacija o pravima, dostupna psihološka i pravna pomoći te značajno bolja uređenost državnog socijalnog sustava. Uspostavljeni lokalni nadstandardi zaštite jednoroditeljskih obitelji

u Poreču ukazuju na to da se specifične potrebe roditelja iz jednoroditeljskih obitelji, i ranjivih skupina uopće, mogu i trebaju rješavati i u neposrednom okruženju zajednice u okviru lokalnih politika za zdravlje te umrežavanjem državnih sustava i lokalnih stručnih i drugih resursa.

Prilagodljivost društva i lokalnih zajednica na promjenu strukture obitelji bez predrasuda i stigmatizacije jednoroditeljskih obitelji te usmjereno osiguravanju podrške iznimno je važna jer može značajno doprinijeti dugoročno boljem funkcioniranju jednoroditeljskih obitelji, zdravom rastu i razvoju djece u stabilnoj obitelji, a u konačnici zdravijoj populaciji koja će osiguravati gospodarski razvoj zajednice i društva u cjelini.

Poreč je nakon provedenog istraživanja proveo sveobuhvatni nadstandard podrške jednoroditeljskim obiteljima koji uključuje i promjenu lokalnih politika, strateških dokumenata i akata lokalne samouprave te tako osigurava dugoročnu održivost. Stoga je ovo akcijsko istraživanje s konačnim ishodom implementacije sveobuhvatnih lokalnih nadstandarda zaštite jednoroditeljskih obitelji u Poreču pokazalo značenje i vrijednost akademskih istraživanja koja imaju praktičnu primjenu u životu zajednica RH s direktnim utjecajem na zdravlje i kvalitetu života ranjivih skupina.

LITERATURA

1. Vlada Republike Hrvatske. Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/pristup-informacijama/programi-strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-dokumenti-vlade-rh/ministarstvo-za-demografiju-obitelj-mlade-i-socijalnu-politiku/17700>. Datum pristupa informaciji: 4.01. 2018.
2. Mikulčić T, Basanić Čuš N, Rajčević M, Šogorić S. Gradskna slika zdravlja i okvir gradskog plana za zdravlje Grada Poreča. „Zdravi grad Poreč“ i Grad Poreč, 2008, str. 10.
3. Milotti Ašpan S, Basanić Čuš N. Obiteljska politika Grada Poreča – psihosocijalni aspekt. „Zdravi grad“ Poreč i Vijeće za socijalnu politiku Grada Poreča 2010, str. 9.
4. Raboteg-Šarić Z, Pećnik N, Josipović V. Jednoroditeljske obitelji, osobni doživljaj i stavovi okoline. Zagreb: Državni zavod za zaštitu materinstva, obitelji i mladeži, 2003.
5. Burić H, Jednoroditeljske obitelji. Dijete, vrtić, obitelj 2007; 13(50): 33-5.
6. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011. Statistička izvješća. ISSN 1333 – 1876. Zagreb 2016. Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2016/SI-1583.pdf. Datum pristupa informaciji: 4.01.2018.

7. Subotić A. Jednoroditeljske obitelji kao determinanta zdravlja (završni rad-diplomski/integrirani studij). Zagreb: Medicinski fakultet, 2013, str. 1-10.
8. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. London: SAGE Publ.;1990.
9. Patton MQ. How to use qualitative methods in evaluation. London: SAGE Publications; 1987.
10. Šogorić S. Utvrđivanje specifičnih potreba jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim zdravim gradovima. Epoha zdravlja 2016; 9(18): 22-5.
11. Waldfogel J, Craigie TA, Brooks Gunn J. Fragile Families and Child Wellbeing. The Future of Children 2010; 20: 87-112.
12. Kissman K. Single parenting: Interventions in the transitional stage. Contemporary Family Therapy 1992; 14: 323-33.
13. Grozdanić S. Jednoroditeljske obitelji prema uzrocima njihova nastanka, Ljetopis socijalnog rada 2000; 7(2): 169-82.
14. Wade TJ, Veldhuizen S, Cairney J. Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. Can J Psychiatry 2011; 56(9): 567-73.

S U M M A R Y

DEVELOPMENT OF LOCAL ABOVE STANDARDS FOR SINGLE-PARENT FAMILIES IN POREČ

N. BASANIĆ ČUŠ and S. ŠOGORIĆ¹

Center for Providing Services in the Community Healthy City Poreč-Parenzo, Poreč and ¹University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb, Croatia

Introduction: This paper presents results of the action research into the needs of single-parent families in Poreč and implementation of local interventions to the benefit of single-parent families in the Poreč area. **The aim** of the study was to identify the problems and needs of single-parent families and to implement the interventions as local above standards, to meet the needs recognized in these families in the local community environment. The single-parent families were recognized as a vulnerable population group at a high risk of poverty and health problems for both parents and children. The data available revealed a change of family structure in Croatia (as in other developed European countries) and an increase in the number of single-parent families. The researches related to early childhood indicate that the influence of functional family and stable environment (social determinants of health) has long-term impact on the child growth, health and development. There is evidence that early development is the basis for health in adult life. The present study assessed the needs of single-parent families in Croatia (and in Poreč), followed by the implementation of local interventions to meet the needs recognized in these families. The Healthy City project team and Poreč as member of the Croatian Healthy City Network (CHCN) readily approached this qualitative action research entitled Identifying the Needs of Single-Parent Families in Croatian Cities, during the 2011-2016 period. **Methods and Subjects:** The research was conducted simultaneously in six Croatian Healthy Cities (Labin, Vinkovci, Rijeka, Zagreb, Dubrovnik and Poreč) with academic support provided by supervisors from Andrija Štampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb. There were 79 respondents from six cities, all mothers with the exception of one father. All of them were single parents aged <35 with children aged <7 years. In Poreč, there were ten respondents, all single-parent mothers. Data were collected by standard interview conducted by trained local community nurses. **The results** collected in six participating cities (Poreč included) showed that single-parent families were a vulnerable group that could hardly provide for bare necessities of life. Single-parent families in Croatia have problems with housing, therefore depending on their parents, and have difficulties in finding a job since they cannot find appropriate childcare. They have difficulty in enrolling their children into nursery and preschool programs since (legal) priority is given to two employed parents. They cannot satisfy their needs (educational, leisure, even health) because they do not have time for themselves. They have difficulties in accessing information about their rights and consequently are not able to use the existing state and local social welfare system benefits. **Conclusion:** On the ground of the locally identified single-parent family needs, the local above (national) standard interventions were created and implemented. Ensuring appropriate and continuous support from the municipality and local community, the quality of life and health of both parents and children from the single-parent families can be improved.

Key words: single-parent families, assessment of needs, community intervention, local above standards

ORGANIZACIJA LIJEĆENJA OBOLJELIH OD MENTALNIH POREMEĆAJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

SLAĐANA ŠTRKALJ IVEZIĆ^{1,2}, VLADO JUKIĆ^{1,2}, DANIJELA ŠTIMAC GRBIĆ^{2,3}, IVAN ĆELIĆ¹,
PETRANA BREČIĆ¹, MAJA SILOBRČIĆ RADIĆ⁴, ANTE BAGARIĆ¹ i MARKO ĆURKOVIĆ¹

¹Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, ²Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, ³Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za školsku medicinu, mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti, Odjel za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti i ⁴Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za epidemiologiju i prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti, Odjel za mentalne poremećaje, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Problemi mentalnog zdravlja i mentalni poremećaji karakterizirani su visokom učestalošću kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj. Osim visoke učestalosti, sama priroda mentalnih poremećaja, koja nerijetko zahvaća radno aktivno stanovništvo, značajno doprinosi opterećenju bolestima. Upravo navedeno zahtijeva sveobuhvatnu organizaciju skrbi za osobe oboljele od mentalnih poremećaja koja će uključivati sve mjere prevencije, liječenja i rehabilitacije. **Cilj** ovoga rada je prikazati stanje i trendove organizacije skrbi za osobe s mentalnim poremećajima u Republici Hrvatskoj te dati preporuke za unaprjeđenje skrbi sukladno rezultatima *Twining* projekta: „Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja“. **Metode:** Za potrebe ovoga rada korišteni su podatci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o broju i karakteristikama bolničkih liječenja za mentalne bolesti ukupno te za pojedinačne dijagnoze u razdoblju od 2000. do 2016. godine u Republici Hrvatskoj. Analizirane su usporedne dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava u Republici Hrvatskoj i pojedinim zemljama Europe. Korišten su pregled literature povezano s ocjenom stanja organizacije psihijatrijske skrbi u Hrvatskoj i postojeće smjernice te objavljeni znanstveni radovi s opisom dobre prakse. U radu je korištena analitičko-deskriptivna metoda. **Rezultati:** Prema procjeni opterećenja bolestima za Republiku Hrvatsku mentalni poremećaji su na trećem mjestu među vodećim skupinama bolesti. Osim toga, mentalni poremećaji su i vodeći uzroci bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi, dok na razini primarne zdravstvene zaštite pobol iznosi oko 4-5 % od ukupnih uzroka obolijevanja. Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstva za Republiku Hrvatsku su više od prosječne stope za zemlje članice Europske unije. Iako se bilježi kontinuirani pad bolno-opskrbnih dana od 2000. do 2016. godine, ukupni broj hospitalizacija u odnosu na 2000. godinu povećao što se poglavito odnosi na depresivne poremećaje, a i oboljeli od shizofrenije vode u broju dana provedenih u bolnici. Prikazani su izolirani primjeri dobre prakse koji se odnose na rehabilitaciju oboljelih od poremećaja s psihozom, liječenje prvih psihotičnih poremećaja, bolesti ovisnosti te programi borbe protiv stigme i samostigme. **Rasprrava:** Iz prikazanih pokazatelja može se zaključiti kako su mentalne bolesti sve veći problem s obzirom na trend rasta stopa hospitalizacija kao i broj dana provedenih u bolnici. **Zaključak:** Potrebno je potaknuti reformu sustava mentalnog zdravlja prema izgradnji balansiranog i dobro koordiniranog bolničkog i izvanbolničkog sustava. Preporuke razvijene u okvirima *Twining* projekta mogu služiti kao smjernice za razvoj i provedbu na dokazima utemeljene i provedive strategije mentalnog zdravlja čiji će cilj biti oporavak koji uključuje socijalnu uključenost u život zajednice.

Ključne riječi: mentalni poremećaji, organizacija zdravstvene skrbi, bolničko liječenje, izvanbolničko liječenje, liječenje u zajednici, Republika Hrvatska

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Slađana Štrkalj Ivezic, dr. med.
Klinika za psihijatriju Vrapče
Bolnička cesta 31
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: sladjana.ivezic@bolnica-vrapce.hr

UVOD

Prema dostupnim istraživanjima više od 20 % odrašle populacije u svijetu u bilo kojem trenutku pati od nekog problema mentalnog (duševnog) zdravlja ili mentalnog poremećaja. Prema istraživanjima provedenima u 28 zemalja procijenjena prevalencija tijekom cijelogupnog životnog vijeka (kombiniranje anksioznosti, poremećaja raspoloženja i poremećaja upotrebe psihoaktivnih supstancija) iznosi 18,1-36,1 %, dok ukupna prevalencija tijekom jedne godine (12 mjeseci) iznosi 9,8-19,1 %. Procjene jednogodišnje prevalencije ozbiljne mentalne bolesti (odnosi se na psihičke bolesti, najčešće na poremećaje psihotičnog spektra, koje su povezane s ozbiljnim oštećenjima funkciranja) iznose 4-6,8 % u pola zemalja, 2,3-3,6 % u jednoj četvrtini te 0,8-1,9 % u drugoj četvrtini zemalja (1). Najnovija epidemiološka istraživanja pokazuju da globalno opterećenje bolestima koje se pripisuje mentalnim poremećajima uzrokuje 32,4 % godina života s invaliditetom (YLD) i 13 % izgubljenih godina života zbog invaliditeta (DALYs). Recentna istraživanja smještaju mentalne poremećaje na prvo mjesto u globalnom opterećenju bolestima u smislu YLD-a te na razini s kardiovaskularnim i cirkulacijskim bolestima u smislu DALY-a (2-4).

Visoka prevalencija i često kronični tijek mentalnih poremećaja kao i rani početak poremećaja, nerijetko već u adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi, dovode do velikog ekonomskog opterećenja društva. Ukupni troškovi zbog mentalnih poremećaja iznose 3-4 % bruto nacionalnog dohotka zemalja. Neizravni troškovi, zbog smanjene produktivnosti, bolovanja i invalidnosti oboljelih nadmašuju izravne troškove nastale korištenjem zdravstvenih službi i usluga. Neprihvatljiva apatija koja je prisutna među vladama i financijskim globalnog zdravlja mora biti prevladana kako bi se ublažile ljudske, društvene i gospodarske posljedice duševnih bolesti (1-4). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) kontinuirano ističe potrebu za boljom organizacijom službi za mentalno zdravlje (5,6). Tako se navodi da učinkovite službe za mentalno zdravlje uključuju povezanost i suradnju različitih ustanova i usluga koje postoje u zajednici, a naglašava se pružanje pomoći u izvanbolničkom sustavu liječenja te kratkotrajnom bolničkom liječenju. Povezani sustav usluga u zajednici uključuje usluge na primarnoj razini koje provode rano otkrivanje i liječenje mentalnih poremećaja, imaju specifične programe, primjerice za depresiju, anksiozne poremećaje, prve psihotične poremećaje te upućuju na druge, više razine službe za zaštitu i unaprjeđenje mentalnog zdravlja, kada je to potrebno. Služba za mentalno zdravlje u zajednici uključuje dnevne centre, centre za rehabilitaciju, mobilni tim za krizne intervencije, usluge poput *case management* (specifičnog oblika brige za osobe koje učestalo

koriste bolničko liječenje), pomoći kod zapošljavanja i druge psihosocijalne postupke namijenjene ospozobljavanju za samostalni život i rad. U mrežu povezanosti uključene su različite službe poput službe socijalne skrbi, službi zapošljavanja, nevladinih udruga i slično. Principi skrbi uključuju: Pristupačnost – službe u blizini mjesta gdje korisnici usluga žive; Sveobuhvatnost – uključuje dostupnost različitih metoda pristupa mentalnom zdravlju ili poremećaju; Kontinuiranu koordiniranu skrb nakon bolničkog liječenja korištenjem različitih drugih službi osim medicinskih, poput socijalne i službi zapošljavanja; Organizaciju skrbi vođenu i usmjerenu potrebama korisnika; Učinkovitost – koriste se postupci i programi čija se učinkovitost može lako dokazati; Jednakost – usluge trebaju biti dostupne svim osobama kojima su potrebne; Zaštitu i unaprjeđenje ljudskih prava – uključujući točne informacije o sustavu liječenja i ljudskim pravima te Oporavak i osnaživanje kao ciljeve liječenja.

Plan akcijskog plana za mentalno zdravlje 2013.-2020. obvezuje zemlje članice Svjetske zdravstvene organizacije da razvijaju službe za mentalno zdravlje u zajednici, primjenjuju metode liječenja utemeljene na dokazima, potiču oporavak od mentalnih poremećaja, bore se protiv kršenja ljudskih prava osoba s psihičkom bolesti i bore se protiv stigme i diskriminacije (6). Preporuča se izgradnja pravnog okvira djelovanja koji će omogućiti ove promjene (6).

Cilj ovoga rada je dati prikaz stanja i analizu trenda mentalnih bolesti u Republici Hrvatskoj na temelju dostupnih morbiditetnih pokazatelja i pokazatelja korištenja zdravstvene zaštite, prikazati modele dobre prakse za liječenje i rehabilitaciju oboljelih od mentalnih poremećaja koji bi se mogli provoditi nacionalno te, sukladno rezultatima *Twinning* projekta: „Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja“ dati preporuke za unaprjeđenje sustava skrbi za osobe s mentalnim poremećajima.

METODE

Za potrebe ovoga rada korišteni su podatci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o broju bolničkih liječenja i broju bolno-opskrbnih dana (BOD) za mentalne poremećaje ukupno te za pojedinačne dijagnostičke kategorije: mentalne poremećaje uzrokovane alkoholom (F10), shizofreniju (F20), depresivne poremećaje (F32-F33) i reakcije na teški stres, uključujući PTSP (F43) u razdoblju od 2000. do 2016. godine u Republici Hrvatskoj. Za ocjenu bolničke incidencije, ukupnog broja hospitaliziranih i ukupnog broj dana bolničkog liječenja (BOD) zbog shizofrenije ili shizoafektivnih poremećaja korišteni su podatci Registra za psihoze

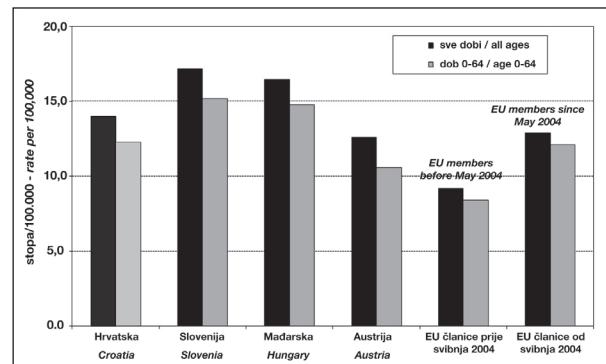
Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te su analizirani bolesničko-statistički obrasci (BSO). Za ocjenu dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava po pojedinim zemljama Europe korišteni su podatci *European Health for all Database* Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije za Europu zaključno sa srpnjem 2016. godine te Registra učinjenih samoubojstava Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. U podatcima Registra za psihoze za zadnje godine praćenja nisu uključeni podaci o oboljelim osobama koje su u tijeku dijagnostičkog procesa, kao i o oboljelim osobama koje su primljene prethodne, a otpuštene iduće godine, koja još nije obrađena, a za izračun dobno-standardiziranih stopa kao standardna populacija koristio se popis stanovništva Republike Hrvatske iz 1991. godine. Popis stanovništva iz 1991. godine služi kao standardna populacija za izravnu dobnu standardizaciju u okvirima Registra za psihoze, dok primjerice za istu svrhu u Registru za učinjena samoubojstava služi staro europsko stanovništvo. Korišten je pregled literature povezano s ocjenom stanja organizacije psihijatrijske skrbi u Hrvatskoj i smjernice psihijatrijskog društva o psihosocijalnim postupcima u liječenju oboljelih od poremećaja s psihozom (7) te objavljeni znanstveni radovi s opisom dobre prakse. U radu je korištena analitičko-deskriptivna metoda.

REZULTATI

Prema procjeni opterećenja bolestima za Hrvatsku mentalni poremećaji su na trećem mjestu među vodećim skupinama bolesti; kod muškaraca s udjelom od 20,7 %, a kod žena s udjelom od 25,6 %. Također, među 10 vodećih uzroka prema pojedinačnim dijagnostičkim kategorijama, tri su iz skupine mentalnih poremećaja: unipolarni depresivni poremećaji s udjelom 7,5 % na 3. mjestu, a slijede duševni poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom od 4,7 %. U bolničkom pobolu mentalni poremećaji (F00-F99) sudjeluju s udjelom od oko 6-7 % u ukupnom broju hospitalizacija u Republici Hrvatskoj. Najveći broj bolničkih liječenja je u dobi od 20 do 59 godina, što ih svrstava u vodeće uzroke bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi. Osim toga, svaki četvrti ili peti dan bolničkog liječenja koristi se za mentalne poremećaje te su ujedno i vodeća skupina bolničkog pobola po korištenju dana bolničkog liječenja.

Pobil na razini primarne zdravstvene zaštite iznosi 4-5 % od ukupnih uzroka obolijevanja. Pedeset posto od svih dijagnoza mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti čine uobičajeni problemi s mentalnim zdravljem kao što su neurotski poremećaji, poremećaji povezani sa stresom te somatoformni poremećaji. Bolnička incidencija shizofrenije i shizoafektivnog poremećaja iznosi 0,25/1000 stanovnika starijih od 15

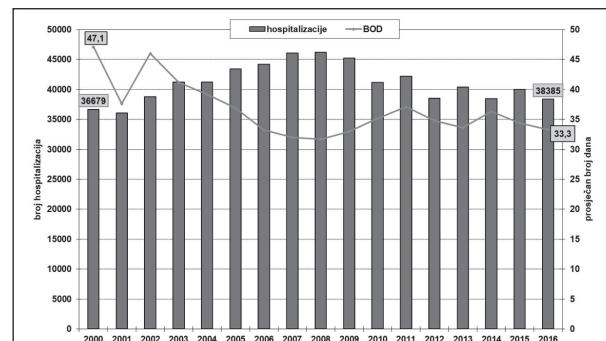
godina. Ukupno poremećaji mentalnog zdravlja obuhvaćaju 6-7 % od ukupnog broja bolničkih prijama. Stopa samoubojstva godine 2016. iznosila je 16,4 % na 100 000 stanovnika, što je gotovo dva samoubojstva/dan (8,9). Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstva za Hrvatsku, za sve dobi ukupno kao i za dob 0-64, iznosile su 2014. godine 14,0 i 12,3/100 000 te su bile znatno više od prosječnih stopa za zemlje članice Europske unije (EU) prije svibnja 2004. (prosječne stope 9,2 i 8,4), i nešto više od stopa za zemlje članice EU od svibnja 2004. (12,9 i 12,1). Više stope od Hrvatske bilježe se za susjedne Sloveniju (17,2 i 15,2) i Mađarsku (16,5 i 14,8), a niže stope za Austriju (12,6 i 10,6) (sl. 1).



Sl. 1. Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava za sve dobi i za dob 0-64 po pojedinim zemljama Europe

Izvor podataka: Europski regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije, *European Health for all Database* [srpanj 2016. godine] i Registr izvršenih samoubojstava, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

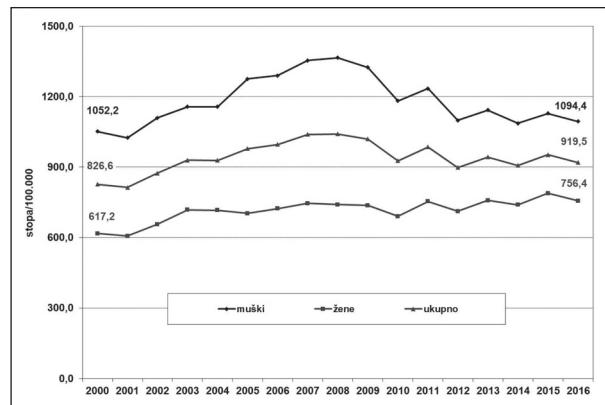
Iz prikazanih pokazatelja vidljivo je kako postoji kontinuirani pad bolno-opskrbnih dana (BOD) od 2000. (kada je iznosio 41,7) do 2016. godine (kada je iznosi 33,3), dok se ukupni broj hospitalizacija u odnosu na 2000. godinu povećao (36 679 naspram 38 385). Nakon značajnog porasta broja hospitalizacija u razdoblju od 2009. godine, od 2010. godine broj hospitalizacija je u padu uz stabilizaciju trenda (kraće, nešto ispod 40 000) (sl. 2).



Sl. 2. Ukupan broj hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja i prosječan broj BOD po hospitalizaciji u razdoblju od 2000. do 2016. godine u Republici Hrvatskoj

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

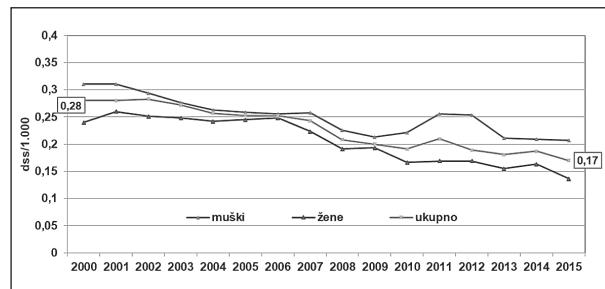
Promatrajući stopu hospitalizacija na 100 000 stanovnika za mentalne poremećaje ukupno, može se vidjeti kod oba spola, uz oscilacije, trend rasta stope. Stopa hospitalizacija viša je u muškoj populaciji, međutim među ženskom populacijom, ona bilježi izrazitiji trend rasta (od 617 u 2000. godini do 756 u 2016. godini) (sl. 3).



Sl. 3. Stope ukupnih hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja prema spolu u razdoblju od 2000. do 2016. godine u Republici Hrvatskoj

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

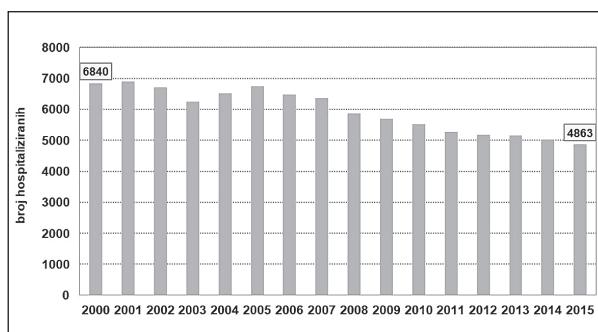
Promatrajući pojedinačne dijagnostičke kategorije, vidljivo je da dolazi do pada kako stope hospitalizacije, tako i incidencije shizofrenije i shizoafektivnog poremećaja (sl. 4-6). U promatranom razdoblju bilježi se trend postupnog opadanja dobro-standardizirane stope bolničke incidencije shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja (za oba spola ona je iznosila 0,28 u 2000. te 0,17 u 2015. godini), što je vidljivo u podjednakoj mjeri i kada se oba spola promatraju posebno (sl. 4).



Sl. 4. Bolnička incidencija shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja u razdoblju od 2000. do 2015. godine u Republici Hrvatskoj (dobro-standardizirane stope/1000)

Izvor podataka: Registar za psihoze, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

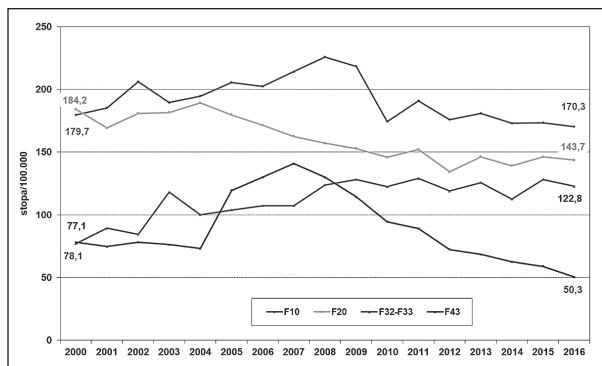
Ukupan broj hospitaliziranih osoba s dijagnozom shizofrenije ili shizoafektivnih poremećaja u razdoblju od 2000. do 2015. godine u Republici Hrvatskoj smanjio se te je 2000. godine ukupno 6840 osoba bilo hospitalizirano s dijagnozom shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja, dok ih je 2015. godine bilo hospitalizirano 4863 (sl. 5).



Sl. 5. Ukupan broj hospitaliziranih osoba s dijagnozom shizofrenije ili shizoafektivnih poremećaja u razdoblju od 2000. do 2015. godine u Republici Hrvatskoj

Izvor podataka: Registar za psihoze, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

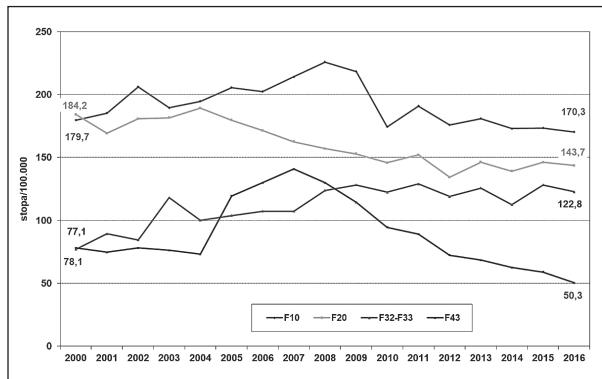
Za sve se promatrane dijagnostičke skupine u promatranom razdoblju stopa hospitalizacija ukupno smanjila osim za depresivne poremećaje (u 2000. godini stopa hospitalizacija zbog depresivnih poremećaja iznosila je 77,1 dok je u 2016. godini iznosila 122,8 uz trend kontinuiranog porasta). Za poremećaje uzrokovane alkoholom, koji su u promatranom razdoblju postali dijagnostička skupina s najvišim stopama hospitalizacije pri tome zamjenivši shizofreniju, stopa hospitalizacija je u 2000. godini iznosila 179,7, dok je 2016. godine iznosila 170,3. Tu je važno primijetiti trend porasta promatranog pokazatelja (s iznimkom 2002. godine) u razdoblju do 2008. godine (kada su zabilježene i najviše razine stopa hospitalizacija za poremećaje uzrokovane alkoholom) te stalni pad promatranog pokazatelja od 2008. godine (s iznimkom 2011. godine). Za shizofreniju se bilježi gotovo stalni pad stopa hospitalizacija (s iznimkom razdoblja od 2001. do 2004. godine), tako je u 2000. godini stopa hospitalizacija zbog shizofrenije iznosila je 184,2 dok je u 2016. godini iznosila 143,7. Važno je napomenuti kako su najviše stope hospitalizacija zbog shizofrenije zabilježene 2012. godine, no i da se u razdoblju od 2012. godine do 2016. godine stope hospitalizacija zbog shizofrenije kreću ispod vrijednosti od 150 000. Stope hospitalizacija zbog reakcija na teški stres uključujući PTSP su se ukupno smanjile, od 78,1 u 2000. do 50,3 u 2016. godini. U razdoblju od 2004. do 2007. godine (kada je stopa hospitalizacija bila na najvišoj razini te je iznosila nešto manje od 150 000, pri tome zamjenivši depresivne poremećaje na trećem mjestu po stopi hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja) može se primijetiti izraziti porast stope hospitalizacija u ovoj dijagnostičkoj skupini. Nakon 2007. godine bilježi se jasan, kontinuirani porast stope hospitalizacija zbog reakcija na teški stres, uključujući PTSP (sl. 6).



Sl. 6. Stope hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja uzrokovanih alkoholom (F10), shizofrenije (F20), depresivnih poremećaja (F32-F33) i reakcija na teški stres uključujući PTSD (F43) u razdoblju od 2000. do 2016. godine u Republici Hrvatskoj

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Iako je u hospitalizacijama zbog mentalnih poremećaja shizofrenija vodeća dijagnoza prema korištenju dana bolničkog liječenja (BOD), došlo je do znatnog smanjenja korištenja BOD; udio shizofrenije u BOD zbog mentalnih poremećaja 2000. godine iznosi 38,1 %, 2005. godine 34,9 %, 2010. godine 31,4 %, a 2016. 28,2 % (sl. 7).



Sl. 7. Ukupan broj dana bolničkog liječenja (BOD) zbog shizofrenije u razdoblju od 2000. do 2016. godine u Republici Hrvatskoj

Izvor podataka: Registar za psihoze, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Prema svjetskim podatcima 10 % populacije ovisno je o alkoholu, drogama, kockanju i internetu, a tek se 10 % od ukupnog broja liječi (10) pa stoga u Republici Hrvatskoj možemo očekivati 400 000 ovisnika, od čega će 350 000 biti neliječenih. Osobe koje uzimaju alkohol ili drogu češće će biti počinitelji kaznenog djela (11,12). Tijekom 2015. godine u zatvorskom sustavu u Republici Hrvatskoj boravilo je ukupno 1618 zatvorenika ovisnika o drogama, što čini 13,98 % ukupne zatvoreničke populacije u toj godini (13). U Republici Hrvatskoj se već godinama ustalila brojka od oko 6000 liječenih opijatskih ovisnika na godišnjoj razini.

Republika Hrvatska ima dobre pokazatelje uspješnosti liječenja. Jedan od glavnih pokazatelja uspješnosti sustava liječenja ovisnika je broj predoziranih ovisnika. Zadnjih godina u Republici Hrvatskoj taj broj je 50 do 60 ovisnika godišnje što pokazuje da je sustav liječenja uspješan (8441 smrti zbog predoziranja u Europi 2015. godine, 2655 u Ujedinjenom Kraljevstvu). I podatci o zaraznim bolestima kod ovisnika pokazuju dobro funkcioniranje liječenja ovisnika u Republici Hrvatskoj (HIV 0,4 %, hepatitis B 6,2 %, hepatitis C 35,8 % u 2015. godini). Premda postoje dobri pokazatelji kvalitete liječenja u bolničkim i izvanbolničkim institucijama potrebna su poboljšanja vezano za povezanost između različitih institucija koji se bave prevencijom i liječenjem oboljelih, osobito povezanost s primarnom razinom zdravstvene zaštite te je potrebno terapijske i preventivne na dokazima utemeljene programe provoditi na svim razinama zdravstvene zaštite.

Organizacija zdravstvene skrbi za osobe s mentalnim poremećajima uključuje bolničku, specijalističko-konziliarnu zdravstvenu zaštitu i zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini u okviru zavoda za javno zdravstvo te u nekim sredinama u okviru domova zdravlja, kao i privatnih psihiatrijskih ambulanti. Postoji oko 100 kreveta namijenjenih liječenju poremećaja mentalnog zdravlja (kroničnom i akutnom) na svakih 100 000 građana, što je više od europskog prosjeka. Grad Zagreb raspolaže s otprilike 200 kreveta na 100 000 građana. Kreveti su namijenjeni osobama s psihiatrijskim poremećajima, ali se (kao što je prije rečeno, u otprilike 10 % slučajeva) koriste i za osobe s psihogerijatrijskim poremećajima kao što je demencija. Od ukupno 3140 psihiatrijskih kreveta tek je 716 u općim bolnicama, a većina je u specijalnim bolnicama. Postoji otprilike jedan javnozdravstveni tim u djelatnosti mentalnog zdravlja u prevenciji ovisnosti na razini primarne zdravstvene zaštite u sklopu zavoda za javno zdravstvo, na svakih 100 000 građana (14,15). Broj psihijatara je 15 na 100 000 stanovnika, što je malo ispod europskog prosjeka (15).

Premda postoji pad broja kreveta za više od 20 % između 1990. i 1996. godine te za gotovo trećinu između 1990. i 2000. godine, liječenje mentalnih poremećaja još uviјek se uglavnom naslanja na bolničko liječenja (16). Preko 3000 osoba s mentalnim poremećajima smješteno je u institucije socijalne skrbi, u domove socijalne skrbi i/ili privatne domove gdje se na jednom mjestu nalazi veliki broj osoba. Također se određeni broj osoba smještava u udomiteljske obitelji. U svim oblicima smještaja malo se pozornosti obraća oporavku i socijalnom uključivanju tako da dolazi do svojevrsnog trenda druge vrste institucionalizacije, premda postoje iskoraci prema stambenom zbrinjavanju u zajednici i socijalnom uključivanju. Klinika za psihiatriju Vrapče je partner u projektu HERO - Europski

put prema ljudskim pravima s ciljem izrade pokazatelja kvalitete smještaja za osobe s psihičkom bolesti i edukacije stručnjaka koji rade u ovom području (17). Implementacija rezultata ovog projekta mogla bi pridonijeti kvalitetnijoj strategiji stambenog zbrinjavanja koja uključuje neophodno socijalno uključivanje. Postoji vrlo mali broj udruga pacijenata/korisnika službi za mentalno zdravlje koji nemaju značajnijeg utjecaja na politiku mentalnog zdravlja, malobrojni su, bez dovoljno novčanih sredstava za programe koje bi mogli provoditi. Ohrabrujuće je što u skladu s preporukama *Twining* projekta postoji trend uključivanja udruga korisnika, poput uvođenja programa pacijenta – pomagača u mobilne psihijatrijske timove što je već pokazalo odlične rezultate u nekim zemljama EU poput primjerice Danske i Nizozemske.

Program rehabilitacije neophodan za ospozobljavanje oboljelih za samostalan život i rad razvijen u Zavodu za socijalnu psihijatriju Klinike za psihijatriju Vrapče i u Udrizi Svitanje pokazuje dobre rezultate (18-20). Programi liječenja za oboljele od prve psihotične epi-zode (21-23) pokazuju dobre rezultate i treba ih šire implementirati.

Stigma je velika prepreka traženju pomoći i oporavku od psihičke bolesti. Većina zemalja EU ima nacionalne programe borbe protiv stigme i diskriminacije zbog psihičke bolesti. Danas postoji globalni svjetski savez za borbu protiv stigme. Puno toga je u svijetu napravljeno i moglo bi se koristiti u prijenosu znanja i adaptirati za hrvatske potrebe. Hrvatska nema nacionalni program borbe protiv stigme. Bez programa borbe protiv stigme mnogi pacijenti u Hrvatskoj ostaju nezaposleni, izolirani i isključeni iz društva. Osim razornih posljedica socijalne stigme na život oboljelih, samostigmatizacija je također veliki problem. Program borbe protiv samostigmatizacije proveden je u Zavodu za socijalnu psihijatriju Klinike za psihijatriju Vrapče i pokazuje dobre rezultate (24). Ovaj program treba provoditi i u drugim ustanovama.

Premda u Republici Hrvatskoj postoje izvanbolnički programi poput dnevnih bolnica i psihijatrijskih ambulanti, nedostaje cijeli niz usluga u zajednici koji je neophodan za dobru skrb o mentalnom zdravlju, kao što izostaje i povezanost između različitih programa i razina skrbi (16). Postojeća organizacija skrbi za mentalno zdravlje značajno odstupa od preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (6).

RASPRAVA

Iz prikazanih pokazatelja može se zaključiti kako su mentalne bolesti, poglavito depresija, sve veći pro-

blem s obzirom na trend rasta stopa hospitalizacija, a shizofrenija prema broju dana provedenih u bolnici. Ovo je tim važnije, imajući u vidu činjenicu da od ovih bolesti obolijevaju ljudi u mlađoj životnoj dobi čime se u većoj mjeri narušava kvaliteta života i radna sposobnost. Porast stopa hospitalizacije za depresiju upućuje na potrebu uspostave sustava ranijeg prepoznavanja bolesti čime bi se bolest mogla adekvatnije liječiti na razini primarne zdravstvene zaštite, odnosno vanbolničkih programa liječenja. Probir (*screening*) na depresiju jedan je od preporučenih preventivnih programa koji provode mnoge zemlje, kako u Europi tako i u svijetu (25,26). Stoga se nameće potreba za preventivnim djelovanjem i ranim otkrivanjem poremećaja. Za uspješnu provedbu probira za depresiju neophodno je koordinirano djelovanje svih dionika u sustavu zdravstva: liječnika obiteljske medicine, liječnika školske medicine, pedijatara, čija bi uloga bila u provedbi probira temeljem standardnih testova te sukladno protokolu, liječenje blažih oblika bolesti te usmjeravanje težih pacijenata psihijatrima na primarnoj razini zdravstvene zaštite i najtežih, u bolnički sustav, na liječenje u okviru dnevne bolnice ili stacionarni tretman, koji bi trebao biti rezerviran samo za najteže slučajeve, u akutnoj fazi bolesti.

Možemo pretpostaviti da opadanju broja hospitalizacija povezanih s dijagnozama shizofrenije i drugih poremećaja s psihozom pridonose čimbenici kao što su učinkovitost liječenja, transinstitucionalizacija - smještaj u institucije socijalne skrbi i udomiteljstvo, ali navedeno zahtijeva pomnu analizu. Premda je došlo do opadanja broja hospitalizacija povezanih s dijagnozom shizofrenije i drugim poremećajima s psihozom te se broj provedenih dana smanjio za 10 %, i dalje je shizofrenija vodeća po broju BOD-a, što upućuje na neadekvatnu organizaciju skrbi u zajednici. Veliki broj dana koji oboljeli od shizofrenije provode u bolnici povezan je s nedostatkom izvanbolničkih programa liječenja, rehabilitacije i smještaja u zajednici. Ovaj problem bi se mogao riješiti primjenom preporuka *Twining* programa putem mobilnih psihijatrijskih timova koji pružaju uslugu asertivnog liječenja u zajednici (14). Važno je navesti da zbog nepostojanja mogućnosti kućnog liječenja postoji veliki broj osoba koji su kod kuće u lošem stanju i odbijaju liječenje te im za sada sustav ne može pružiti primjerenu skrb.

Premda postoji svijest o potrebi promjene organizacije psihijatrijske skrbi za osobe s problemima mentalnog zdravlja (27), ove promjene su u početku planirana, ali postoje primjeri dobre prakse koji mogu služiti kao model za liječenje osoba s dugotrajnim poteškoćama u funkcioniranju kao što je to primjerice Centar za rehabilitaciju u zajednici u Klinici za psihijatriju Vrapče (18), program rehabilitacije u udrizi Svitanje (19), program liječenja prve psihotične epizode (21-

23), programi prevencije samostigmatizacije (24), program psihosocijalnog kluba (20) i program liječenja dualnih poremećaja, komorbiditeta ovisnosti i poremećaja s psihozom u Klinici za psihijatriju Vrapče, koji je jedini takve namjene u Hrvatskoj i koji od samog početka razvija suradnju sa sektorom nevladinih udruga (28). Centar za mentalno zdravlje u zajednici i dnevni centar udruge Svitanje provode strukturirani program rehabilitacije s individualnim planom rehabilitacije i primjenom psihosocijalnih metoda poput treninga socijalnih vještina, psihoedukacije, rada s obitelji i case menadžmenta za SMI. Istraživanje učinkovitosti programa u oba centra potvrđilo je utjecaj psihosocijalnih metoda na poboljšanje kvalitete života i na povećanje samopouzdanja (19,29) te se može koristiti kao model u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi koje trebaju biti bolje povezane. Programi za liječenje prvih psihotičnih epizoda imaju dobro razrađene programe koji su učinkoviti. Ono što im nedostaje je bolja povezanost sa zajednicom vezano za korištenje različitih službi i usluga. Primjeri dobre prakse uključuju i psihoterapijske programe individualne i grupne psihoterapije za koje postoje i nacionalne smjernice (7).

Optimizam promjena u sustavu brige o mentalnom zdravlju donosi nam planirana provedba rezultata *Twining* projekta „Osiguranje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja“ (14), čija implementacija kreće u suradnji s Ministarstvom zdravlja omogućavanjem liječenja u kući putem psihijatrijskih mobilnih timova za osobe s dijagnozom psihičke bolesti povezane s izrazitim poteškoćama funkciranja - *serious mental illness* (SMI). Planira se rezultate ovog projekta primijeniti u novu nacionalnu strategiju za zaštitu mentalnog zdravlja.

Preporuke *Twining* projekta: *Twining* projekt je proven tijekom 2016. i 2017. godine. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske i Hrvatski zavod za javno zdravstvo u suradnji s Institutom Trimbos iz Nizozemske i sudjelovanjem velikog broja dionika koji su uključivali stručnjake iz psihijatrijskih bolnica, socijalne skrbi, službi zapošljavanja s ciljem unaprjeđenja sustava zdravstvene skrbi osoba s mentalnim poremećajima tijekom postupne deinstitucionalizacije skrbi po uzoru na europske zemlje. Prema rezultatima *Twining* projekta (14) Hrvatskoj je potreban sustav temeljen na procjeni potreba u koji su uključeni prevencija, rane intervencije, svijest javnosti o mentalnim poremećajima, antistigma program i podrška oboljelima u uključivanju u život zajednice te aktivnije uključivanje udruga pacijenata u cijekupni proces pružanja zdravstvene skrbi. Potrebno je primijeniti različite metode liječenja i rehabilitacije prema stručnim smjernicama. Pacijent je u centru skrbi te je skrb potrebno planirati prema potrebama i ciljevima pacijenta. Uključivanje obitelji i pružanje podrške obiteljima je sastavni dio skrbi. Kori-

sno bi bilo organizirati sustav po regionalnom principu za područja od 100 000 stanovnika tako da svi stanovnici dobivaju sličan standard skrbi. Potrebno je uključiti obiteljske liječnike u liječenje oboljelih od mentalnih poremećaja, osobito blažih oblika poremećaja bolesti s visokom prevalencijom kao što su anksiozni poremećaji i depresija, za što je potrebna kontinuirana edukacija. Oboljni sa SMI, najčešće s dijagnozom psihoze i izrazitim poteškoćama funkciranja, trebaju liječenje organizirano po principu asertivnog ili fleksibilnog liječenja u kući. Liječenje ovih osoba mora uključiti veći broj osoba i veći broj službi. S obzirom da je potrebno uvesti nove usluge u postojeću psihijatrijsku praksu potrebno je odrediti normative i cijenu usluge od HZZO-a. Preporuča se da se financiranje službi za mentalno zdravlje odmakne od financiranja kreveta prema financiranju timova. Također se preporuča da se kreveti za osobe oboljele od demencije ne mijesaju s krevetima za druge psihičke bolesti, jer to nije dobro ni za jednu skupinu pacijenata. Hitna psihijatrijska služba bi mogla biti bolje organizirana putem akutnih kriznih timova koji bi provodili procjenu i liječenje u kući, osobito za nove pacijente, dok bi već uključeni pacijenti ostali u nadležnosti mobilnih timova za asertivno liječenje u zajednici.

Za usklađivanje organizacije službe za mentalno zdravlje s preporukama SZO i *Twining* projekta potrebno je planiranje na nacionalnoj razini i izobrazba stručnjaka za primjenu različitih na dokazima utemeljenih psihosocijalnih metoda koje se ne provode ili tek djelomično provode u nekim dijelovima Republike Hrvatske. Također je potrebno educirati stručnjake o mogućnosti oporavka i načinima postizanja oporavka te potaknuti institucije liječenja da razvijaju kulturu oporavka u svojim sredinama. Potrebno je pomoći primjenu programa opisane dobre prakse u drugi sredine u Republici Hrvatskoj koji za sada nemaju takve programe. Jedna od preporuka iz *Twining* projekta odnosi se na liječenje i rehabilitaciju u vlastitom domu s ciljem što kraćeg boravka u bolnici te što bržeg oporavka, uz potrebu nastavka liječenja u pacijentovom okruženju, kući, obitelji i sredini u kojoj živi. To je moguće provesti uspostavom mobilnih multidisciplinskih timova oblikovanih za pružanje potrebne zdravstvene skrbi u kući pacijenta. Sastav timova i način djelovanja mobilnog tima opisan je u smjernicama za posthospitalnu skrb u zajednici psihijatrijskih društava, koje su također preporučene u *Twining* projektu (27), kao i izvještaju *Twining* projekta (14). U preporukama *Twining* projekta važnu ulogu unutar tima imaju takozvani *peerworkeri*, stručnjaci po iskustvu, te je potrebno razvijati ovaj profil stručnjaka po iskustvu, koji su značajni za oporavak oboljelih od SMI.

Kao što smo ranije naveli, stigma ima negativni utjecaj na oporavak osoba oboljelih od mentalnih poremećaja

pa je potrebno planirati različite programe za borbu protiv socijalne stigme na nacionalnoj razini. U okviru ovih programa važna je suradnja s medijima. Što se tiče samostigmatizacije, potrebno je educirati stručnjake da već razvijenu intervenciju mogu provesti u cijeloj Hrvatskoj. Strategija mentalnog zdravlja 2011.-2016. koja je djelomično podupirala razvoj programa u zajednici, nije nikada zaživjela u praksi, pa se očekuje da će nova strategija u izradi biti ugrađena u praksu i pomoći implementaciji preporuka za poboljšanje skrbi za oboljele od mentalnih poremećaja.

Ograničenja unutar prikazanih podataka o broju i stopi hospitalizacija su da ne znamo koliki je broj rehospitalizacija. Možemo samo pretpostaviti da je velik te da bi uspostavom psihijatrijske skrbi u zajednici stope rehospitalizacija bile značajno smanjene, a time i broj zauzetih bolničkih kreveta što bi pomoglo u reorganizaciji skrbi za mentalno zdravlje, jer bi omogućilo da se dio kadrova iz bolničke skrbi angažira na poslovima izvanbolničkih programa u zajednici. U prikaze dobre prakse uvrstili smo radeve koje smo koristili za izradu terapijskih smjernica, ali je moguće da smo neke radeve izostavili.

ZAKLJUČCI

Prikazani epidemiološki podatci potvrđuju da se naš sustav liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja još uvijek temelji na bolničkom liječenju, bez dovoljno razvijenih izvanbolničkih službi i usluga što izaziva poteškoće u oporavku velikog broja oboljelih od mentalnih poremećaja, kao i pristupu službama za mentalno zdravlje. Nedostatak nacionalnog programa borbe protiv stigme također može utjecati na netraženje pomoći, odustajanje od liječenja i uključivanja u život u zajednici, uključujući samostalni život i rad.

Analiza sustava skrbi za oboljele od mentalnih poremećaja u okviru *Twining* projekta pokazala je da postojeća organizacija službe za mentalno zdravlje nije u skladu s europskom praksom i preporukama SZO. U Hrvatskoj postoji svijest o potrebi promjene sustava skrbi i potrebi pomaka prema liječenju u zajednici. Rezultati *Twining* projekta daju jasne smjernice koja su poboljšanja potrebna. Primjeri dobre prakse su također dobre smjernice koje daju model za implementiranje na cijelo područje Hrvatske. Potrebno je paralelno raditi na svim razinama koje zahtijevaju promjenu. Osim zdravstvenih službi potrebno je uspostaviti dobru suradnju s drugim strukama i udrugama pacijenta. Potrebno je da svi dionici odgovorni za mentalno zdravlje surađuju u izgradnji učinkovitog sustava koji će biti lako dostupan pacijentima koji ga koriste te će to biti značajno poboljšanje koje će potaknuti opora-

vak od psihičke bolesti te pomoći u njihovom ranom prepoznavanju i ranom liječenju. Nacionalni program borbe protiv stigme imao bi ključnu ulogu u omogućavanju liječenja i borbi protiv diskriminacije oboljelih od mentalnih poremećaja. Na nacionalnom razini i lokalnim razinama važno je izgraditi snažne saveze za poboljšanje skrbi za mentalno zdravlje u kojima će sudjelovati svi dionici čija je odgovornost i briga ovo područje, ali pri tom nikako ne smijemo zaboraviti pacijente, udruge pacijenata i članove njihovih obitelji.

LITERATURA

1. Kessler RC, Gaxiola SA, Alonso J i sur. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18: 23-33.
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 171-8.
3. Whiteford HA, Ferrari AJ, Vos T. Challenges to estimating the true global burden of mental disorders. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 402-3.
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J i sur. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 9; 382: 1575-86.
5. Mental health policy, plans and programmes (updated version 2). *Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Geneva: World Health Organization, 2005.
6. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
7. Hrvatsko društvo za psihoterapiju, psihosocijalne metode i ranu intervenciju kod psihotičnih poremećaja, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Udruga za promicanje mentalnog zdravlja „Svitjanje“. Smjernice za primjenu individualne i grupne psihodinamske psihoterapije za liječenje osoba s dijagnozom psihoze i /ili shizofrenije. 2017. Dostupno na URL adresi: <http://www.psихijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2017/03/PSIHOSOCIJALNESMJERNI-CEPSIHOZA2.pdf> Datum pristupa informaciji 10 listopada 2017
8. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu. Dostupno na URL adresi: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/10/Ljetopis_2016_IK.pdf Datum pristupa informaciji 10 listopada 2017
9. Silobrčić Radić M. Mentalno zdravlje. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2011. Dostupno na URL adresi: <http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/292/296> Datum pristupa informaciji 10 listopada 2017
10. Gowing LR, Ali RL, Allsop S i sur. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction* 2015; 110: 904-19.

11. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression Violent Behav* 2008; 13: 107-18.
12. Miller S, ur. Principles of Addictions and the Law. Boston, New York: Elsevier, 2010.
13. Ministarstvo pravosuda. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2015. godinu. 2016. Dostupno na URL adresi: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2016/14%20sjednica%202014%20Vlade//14%20-%209.pdf> Datum pristupa informaciji 10 listopada 2017
14. Trimbos Institute. Izvješće twinning projekta: Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja (CRO MHD). Broj ugovora: TF/HR/P3-M2-O3-0101, Broj twinning projekta: HR 14 IB SO 02.
15. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima Hrvatskoj i Europskoj uniji. 2017. Dostupno na URL adresi: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/01/Pokazatelji_RH_EU.pdf Datum pristupa informaciji 10 listopada 2017
16. Winkler P, Krupchanka D, Roberts T i sur. Revealing a blind spot on the global mental health map: scoping review of 25 years development of mental health care practice in Central and Eastern Europe. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 634-42.
17. Housing: an educational European Road towards civil right (HERO). Dostupno na URL adresi: www.housing-project.eu Datum pristupa informaciji 10 listopada 2017
18. Štrkalj Ivezic S. Plan rehabilitacije kao dio integralnog plana liječenja. U: Štrkalj Ivezic S, ur. Rehabilitacija u psihijatriji: psihobiosocijalni pristup. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga Svitjanje, 2010, 55-66.
19. Štrkalj-Ivezic S, Vrdoljak M, Mužinić L, Agius M. The impact of a rehabilitation day centre program for persons suffering from schizophrenia on quality of life, social functioning and self-esteem. *Psychiatr Danub* 2013; 25: 194-9.
20. Bogdan Z, Štrkalj Ivezic S, Mužinić L. Iskustva sudjelovanja osoba s dijagnozom psihoze u grupi psihosocijalne podrške. *Soc Psihijat* 2012; 40: 189-97
21. Ostojić D, ur. Suvremeni pristup prvim psihotičnim poremećajima. Zagreb: Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, 2015.
22. Restek-Petrović B, Mihanović M, Grah M i sur. Early intervention program for psychotic disorders at the psychiatric hospital "Sveti Ivan". *Psychiatr Danub* 2012; 24: 323-32.
23. Restek-Petrović B, Majdančić A, Molnar S i sur. Early intervention programme for patients with psychotic disorders in "Sveti Ivan" Psychiatric hospital (RIPEPP) - sociodemographic and baseline characteristics of the participants. *Psychiatr Danub* 2017; 29: 162-70.
24. Štrkalj Ivezic S, Alfonso Sesar M, Mužinić L. Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment and perceived discrimination of persons with schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2017; 29: 66-73.
25. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations for Primary Care Practice. 2016. Dostupno na URL adresi: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations> Datum pristupa informaciji 10 listopada 2017
26. Iturralde E, Adams RN, Barley RC i sur. Implementation of Depression Screening and Global Health Assessment in Pediatric Subspecialty Clinics. *J Adolesc Health* 2017; 19, pii: S1054-139X(17)30259-8.
27. Ivezic S, Jukić V, Hotujac LJ, Jukić MK, Tikvicki A. Organizacija službe za mentalno zdravlje u primarnoj medicini. *Lijec Vjesn* 2010; 132: 38-42.
28. Ćelić I, Čurković M, Puljić A, Brečić P. Dualni poremećaji – pravilo, a ne izuzetak. Stručni simpozij „Nove i stare ovisnosti iz perspektive zdravstvenih ustanova“. Zagreb, 2016.
29. Štrkalj-Ivezic S, Mužinić L, Vidulin I. Program koordiniranog liječenja (case management) u rehabilitaciji osoba s psihotičnim poremećajem. *Soc Psihijat* 2009; 37: 83-90.

S U M M A R Y

ORGANIZATION OF TREATMENT SERVICES FOR PERSONS WITH MENTAL HEALTH DISORDERS IN THE REPUBLIC OF CROATIA

S. ŠTRKALJ IVEZIĆ^{1,2}, V. JUKIĆ^{1,2}, D. ŠTIMAC GRBIĆ^{2,3}, I. ĆELIĆ¹, P. BREČIĆ¹, M. SILOBRČIĆ RADIĆ⁴, A. BAGARIĆ¹ and M. ČURKOVIĆ¹

¹*Vrapče University Psychiatric Hospital, ²University of Zagreb, School of Medicine, ³University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Croatian National Institute of Public Health, Department of School Medicine, Mental Health and Addiction Prevention and ⁴Croatian National Institute of Public Health, Department of Epidemiology and Prevention of Chronic Non-Communicable Diseases, Department for Mental Disorders, Zagreb, Croatia*

Aim: Issues surrounding mental health and mental disorders are characterized by high prevalence globally, as well as in the Republic of Croatia. Besides its high prevalence, the bare nature of mental disorders, which often seizes work-force or economically active population, considerably contributes to the burden of diseases. This makes organization of comprehensive care for persons with mental health disorder an imperative, including all measures of prevention, treatment and rehabilitation. The aim of this paper is to present the condition, shape and trends in organization of care for persons with mental health disorder in the Republic of Croatia, and to provide guidelines for its improvement according to findings and recommendations of the Twining project under the title Ensuring Optimal Health Care for People with Mental Health Disorders. **Methods:** For the purpose of this paper, data from the Croatian National Institute of Public Health were used, including data on the number, rates and characteristics of hospital treatments for mental disorders in total and separately for particular diagnostic categories during the 2000-2016 period. Age-standardized rates of suicides were analyzed for the Republic of Croatia and some European countries. Review of the literature, current guidelines, and scientific papers were used to determine the condition and shape of the organization of mental health services in the Republic of Croatia. Analytical-descriptive methods were used in analysis. **Results:** According to estimates of the burden of diseases for the Republic of Croatia, mental disorders rank third in the leading group of diseases. In addition, mental disorders are the main cause of hospital morbidity in active population, while morbidity at the level of primary care is 4%-5% of all causes of morbidity. Age-standardized rates of suicides for the Republic of Croatia are higher than the average ones for other European Union member states. Although there was a continuous decline in hospital days from 2000 to 2016, the total number of hospitalizations increased from 2000, which is especially evident for depressive disorders. Patients with schizophrenia are still leading by the number of days spent at the hospital. Examples of good practice are reviewed and presented. Most of them are related to rehabilitation from first psychotic disorders, treatment of first psychotic disorders, addiction, and programs addressing issues of stigma and self-stigma. **Discussion:** According to the indicators displayed, it is concluded that mental disorders are a growing issue in the Republic of Croatia, which is most evident from the trend of rising hospitalization rates and number of days spent in the hospital. **Conclusion:** There is a need for mental health reform by ensuring balance and coordinated inpatient and outpatient system of care. Recommendations developed within the Twining project can serve as guidelines for the development and implementation of evidence based and applicable strategies of mental health services that should be grounded in recovery, which includes full social participation in the life of community.

Key words: mental disorders, organization of health care services, hospital treatment services, outpatient treatment services, community treatment services, Republic of Croatia

IZJEDNAČAVANJE MOGUĆNOSTI I RAZVOJ REGISTRA OSOBA S INVALIDITETOM U REPUBLICI HRVATSKOJ

VESNA ŠTEFANČIĆ, TOMISLAV BENJAK i MARTINA IVANIĆ

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za javno zdravstvo, Odjel za zaštitu zdravlja vulnerabilnih skupina, Zagreb, Hrvatska

U Republici Hrvatskoj nakon ratifikacije Konvencije o ljudskim pravima UN, javne politike prema osobama s invaliditetom zasnivaju se na suvremenim međunarodnim standardima koji uključuju temeljna načela ljudskih prava poput načela nediskriminacije te načela međuzavisnosti i nedjeljivosti svih ljudskih prava. Ovim radom prikazan je povijesni razvoj Registra praćenjem epidemioloških i kontekstualnih pokazatelja te su prikazani rezultate provedbe zadataka temeljem Nacionalne strategije za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom za 2007.-2015. Od epidemioloških pokazatelja najistaknutiji su porasti ukupnog broja osoba s invaliditetom, udjela u ukupnom stanovništvu RH, udjela osoba s invaliditetom u dobi 65+ godina te porast broja osoba s duševnim smetnjama kao uzroka invaliditeta. Istaknuti su značajni rezultati u provedbi Konvencije i Nacionalne strategije, a ukazana je i apsolutna mogućnost daljnog razvijanja Registra, pogotovo u dijelu epidemiologije invaliditeta. Zaključno je istaknuto značenje Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom u razvoju politika za osobe s invaliditetom koje pridonose unaprjeđenju kvalitete života i izjednačavanju mogućnosti za ovu iznimno vulnerabilnu populaciju i njihove obitelji.

Ključne riječi: registar osoba s invaliditetom, izjednačavanje mogućnosti, epidemiologija invalidnosti

Adresa za dopisivanje: Vesna Štefančić, dr. med.
 Hrvatski zavod za javno zdravstvo
 Rockefellerova 7
 10 000 Zagreb, Hrvatska
 E-pošta: vesna.stefancic@hzjz.hr

UVOD

Prema Konvenciji Ujedinjenih naroda (UN) o pravima osoba s invaliditetom koju je Hrvatska ratificirala 2007. godine, osobe s invaliditetom imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim zaprekama mogu sprječavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima (1). U Republici Hrvatskoj (RH) javne politike prema osobama s invaliditetom osnivaju se na suvremenim međunarodnim standardima koji uključuju temeljna načela ljudskih prava poput načela nediskriminacije te načela međuzavisnosti i nedjeljivosti svih ljudskih prava, što čini nužnim ostvarivanje pristupačnosti svih građanskih i političkih, kao i socijalnih, kulturnih i gospodarskih prava osobama s invaliditetom (2). Hrvatska je treća zemlja u svijetu koja je ratificirala Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, što ukazuje na spremnost i potrebu hrvatskog društva da osigura jednake mogućnosti za

ovu posebno ranjivu populaciju. Ujedinjeni narodi su 3. prosinca proglašili Međunarodnim danom osoba s invaliditetom, a Komisija za ljudska prava je u rezoluciji od 5. ožujka 1993. godine pozvala zemlje članice da ističu obilježavanje datuma kako bi se postigla jednakost u ostvarivanju ljudskih prava i sudjelovanju osoba s invaliditetom u društvu (3). Značajnija aktivnost u zaštiti osoba s invaliditetom započinje proglašavanjem međunarodne godine osoba s invaliditetom od strane Generalne skupštine UN-a (1981. godine). Generalna skupština UN pozvala je sve zemlje da utvrde položaj osoba s invaliditetom u svojoj zemlji i da pokrenu akciju, kako bi se više saznalo o problemima invaliditeta, potakle preventiva i rehabilitacija te unaprijedio društveni, socijalni i ekonomski položaj i uloga osoba s invaliditetom (4). Europska strategija invaliditeta 2010-2020 (5) kao strateški dokument na razini Europske unije (EU) temelji se na UN Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom i među svojih 8 prioritetnih područja navodi: pristupačnost, participaciju, jednakost,

zapošljavanje, obrazovanje, socijalnu zaštitu, zdravlje (s naglaskom na promicanje izjednačavanja pristupa zdravstvenim uslugama i sustavima) i zagovaranje za prava osoba s invaliditetom (1).

Cilj ovoga rada prikaz je podataka prikupljenih u Registru i prikaz rezultata provedbe dijela mjera i aktivnosti Nacionalne strategije za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom za 2007.-2015. (11). Osim toga, cilj je i ukazati na značenje Registra u razvoju javnih politika koje direktno pridonose unaprjeđenju kvalitete života i izjednačavanju mogućnosti za osobe s invaliditetom kao iznimno ranjivoj populaciji i njihovim obiteljima.

JAVNOZDRAVSTVENO ZNAČENJE EPIDEMIOLOGIJE INVALIDITETA

Kako bi se kreirale kvalitetne i održive politike za osobe s invaliditetom potrebno je imati što točnije podatke o ovoj ranjivoj populaciji. Značenje prikupljanja podataka istaknuto je i u Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, gdje su se u čl. 31. države potpisnice obvezale prikupljati potrebne informacije, uključujući i statističke podatke, kako bi omogućile formuliranje i provedbu politika koje će ovu Konvenciju i podatke dobivene istraživanjima učiniti učinkovitom (1). Potrebno je nglasiti kako sve zemlje još uvijek nisu ratificirale navedenu Konvenciju pa samim time ne postoji ni unificirana definicija invaliditeta, što značajno ograničava razvoj epidemiologije invaliditeta i međunarodnu usporedbu podataka. Epidemiološki podaci o broju osoba s invaliditetom praćeni su u velikom broju zemalja u svijetu no utvrđene prevalencije značajno variraju – čak u rasponu od 1 % do 30 %, što ukazuje na poteškoće u potencijalnim usporedivostima postojećih skupova podataka u pojedinim državama (6). Nastale razlike proizlaze iz različitosti definicija i poimanja invaliditeta te metodologiji prikupljanja podataka. Na globalnoj razini u procjenama su Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization - WHO*), u okviru Svjetske zdravstvene ankete (engl. *World Health Survey*) provela istraživanje o učestalosti invaliditeta kod osoba starijih od 18 godina, dok su članice Europske unije za potrebe procjene prevalenciju invaliditeta u Uniji u okviru Europskog panela kućanstva u zajednici (engl. *European Community Household Panel - ECHP*) organizirale posebno istraživanje. Prema podatcima Svjetske zdravstvene ankete (engl. *World Health Survey*) u 59 zemalja uključenih u navedeno istraživanje, prosječna prevalencija invaliditeta u odrasloj populaciji (starijih od 18 godina) bila je 15,6 % (7), dok je prevalencija invaliditeta u djece u dobi 0-18 godina od 0,4 % do 12,7 %, ovisno o istraživanju i alatu procjene (8). Prema procjenama UN-a u svijetu je oko 650 milijuna osoba s invaliditetom

koji čine čak oko 10 % svjetske populacije (1). S druge strane, u populaciji EU, u dobi od 16 do 64 godina, 4-5 % ispitanika ima teže oblike invaliditeta, dok 10 % ima umjerenu težinu invaliditeta (9).

POVIJESNI PREGLED RAZVOJA HRVATSKOG REGISTRA OSOBA S INVALIDITETOM

Republika Hrvatska podatke o osobama s invaliditetom prikuplja u Hrvatskom registru osoba s invaliditetom, čiji su rad, način prikupljanja te zaštita podataka regulirani Zakonom o Hrvatskom registru osoba s invaliditetom (10). Ostale aktivnosti i zadatci ovog Registra određeni su Nacionalnom strategijom za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom 2017.-2020. (11), u kojoj je Hrvatski zavod za javno zdravstvo nositelj značajnog broja aktivnosti u većini mjera u dijelu strategije pod nazivom „Istraživanje i razvoj“. Hrvatska je sa sustavnim prikupljanjem podataka počela i znatno prije ratifikacije Konvencije o pravima osoba s invaliditetom. Hrvatski sabor je 1976. godine, potaknut od strane Generalne skupštine UN-a, usvojio „Program mjera i akcija za rehabilitaciju djece i omladine s ometenošću u razvoju“ (12). Programom je utvrđen i zadatak sistematskog prikupljanja i proučavanja podataka o uzrocima pojedinih vrsta invaliditeta i o provedenim mjerama zaštite i rehabilitacije. U Zavodu za zaštitu zdravlja RH 1977. godine osnovan je Registar o osobama sa smetnjama u psihofizičkom razvoju. Voditeljica tadašnjeg Registra bila je Natalija Rulnjević. Unatoč potrebama za kvalitetnim podatcima o osobama s invaliditetom, koje postoje i danas, zbog nedostatnih sredstava u to vrijeme Registar je tijekom 1980-ih godina prestao s radom. Nakon Domovinskog rata i znatnog povećanja broja osoba s invaliditetom, Hrvatski sabor donio je Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom 5. srpnja 2001. godine (10) koji propisuje kako je Hrvatski zavod za javno zdravstvo nadležan za vođenje Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom. U izradi Zakona sudjelovali su, osim pravnika i javnozdravstvenih djelatnika, predstavnici osoba s invaliditetom - Hrvatskog saveza tjelesnih invalida i tadašnja predsjednica Saveza Mirjana Dobranović. Registar je započeo s radom 2002. godine i prvi voditelj mu je bila Marija Strnad (13), a prvi rezultati objavljeni su 2007. godine. U tih prvih pet godina prikupljeno je više od 700 000 različitih dokumenata/nalaza/rješenja za osobe s invaliditetom koje je veći dio bilo potrebno fizički prepisati u bazu podataka, kako su bili na papiru, što obrazlaže dosta dugo razdoblje od uspostave Registra do prvih rezultata. Nakon 2007. godine, na službenim stranicama HZJZ-a, svake godine se publiciraju podatci. Trenutno je Registar sastavni dio Odjela za zaštitu zdravlja vulnerabilnih skupina Službe za javno zdravstvo HZJZ-a.

METODOLOGIJA PRIKUPLJANJA I ANALIZA PODATAKA U REGISTRU

Registar se sastoji od općeg i posebnog dijela. U opći dio Registra unose se opći podatci o osobi: ime i prezime osobe, spol, JMBG i OIB, mjesto rođenja, prebivalište, boravište, obrazovanje, zvanje, zaposlenje, bračno stanje, dok se u posebni dio Registra unose podatci o vrstama tjelesnih i mentalnih oštećenja, i to:

oštećenja vida; oštećenja sluha; oštećenja govorno-glasovne komunikacije; oštećenja lokomotornog sustava; oštećenja središnjega živčanog sustava; oštećenja perifernoga živčanog sustava; oštećenja drugih organa i organskih sustava (dišni, cirkulacijski, probavni, endokrini, koža i potkožno tkivo i urogenitalni); intelektualne teškoće; autizam; duševni poremećaji te više vrsta oštećenja. Izvori podataka za Registr (8) prikazani su u tablici 1.

Tablica 1.
Izvori podataka za Hrvatski registar osoba s invaliditetom

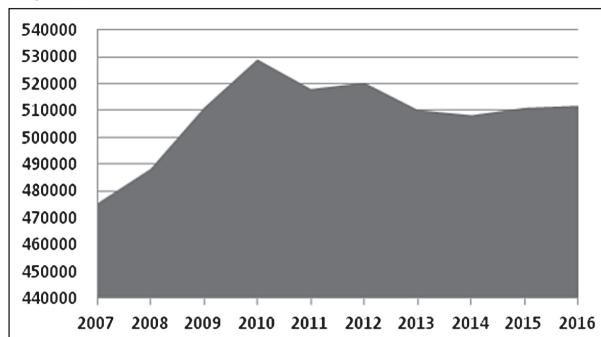
Izvor	Opis
Sustav zdravstva	<ul style="list-style-type: none">Primarna zdravstvena zaštita i specijalističko-konzilijska zdravstvena zaštita prijavu dostavljaju na Obrascu o invaliditetuDržavni zavod za statistiku u suradnji sa Službom za epidemiologiju i prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo dostavlja godišnju bazu podataka o umrlima pomoću koje se evidentiraju umrle osobe s invaliditetom
Sustav socijalne skrbi	<ul style="list-style-type: none">Centri za socijalnu skrb općina dostavljaju presliku obrasca "Nalaz i mišljenje" prvočlanjskih tijela vještačenjaMinistarstvo nadležno za područje socijalne skrbi dostavlja presliku obrasca "Nalaz i mišljenje" Drugostupanjskog tijela vještačenja
Sustav obrazovanja	<ul style="list-style-type: none">Županijski uredi za obrazovanje dostavljaju presliku rješenja o primjerenom obliku školovanja.Lječnici u povjerenstvu za utvrđivanje psihofizičkog stanja djeteta u sustavu školstva prijavljuju na obrascu "Obrazac o invaliditetu"Ministarstvo nadležno za područje obrazovanja dostavlja presliku Drugostupanjskog tijela vještačenja o primjerenom obliku školovanja
Ministarstvo nadležno za hrvatske branitelje	<ul style="list-style-type: none">Za hrvatske ratne vojne invalide (HRVI) iz Domovinskog rata dostavlja se elektronska baza podataka osoba koje imaju status HRVIZa ratne vojne invalide II. svjetskog rata, za osobe nastrandale na služenju vojnog roka od 15. svibnja 1945. do 17. kolovoza 1990., mirnodopske i civilne invalide iz Domovinskog rata, II. Svjetskog rata i porača, o kojima vodi evidenciju dostavlja presliku obrasca nalaz i mišljenje drugostupanjske lječničke komisije za pregled osoba obuhvaćenih Zakonom o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata te konačno rješenje o priznatom statusu
Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO)	<ul style="list-style-type: none">Registrar o osobama s invaliditetom preuzima kvartalno podatke HZMO-a, u elektronskom obliku, te ih uz sve provjere implementira u bazu registra. Proces provjere je u potpunosti automatiziran
Ministarstvo nadležno za područje prometa	<ul style="list-style-type: none">Temeljem čl. 6 st. 2. Pravilnika o znaku pristupačnosti ("Narodne novine", br. 16/05), nadležna tijela državne uprave dostavljaju kopije rješenja o znaku pristupačnosti Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom
Zavod za vještačenje i profesionalnu rehabilitaciju osoba s invaliditetom	<ul style="list-style-type: none">Temeljem Zakona o jedinstvenom tijelu vještačenja (NN 85/14), uspostavljeno je ovo tijelo koje u Registrar dostavlja kopiju Nalaza i mišljenja.

REZULTATI ANALIZE EPIDEMIOLOŠKIH PODATAKA HRVATSKOG REGISTRA OSOBA S INVALIDITETOM

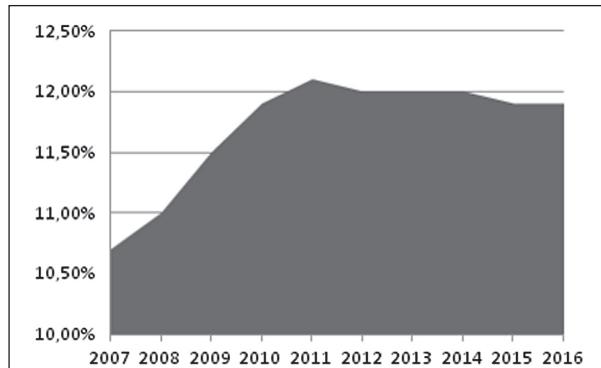
Za potrebe ovoga rada učinjena je usporedba samo nekih najvažnijih parametara koje se prikupljaju u Registar, za razdoblje 2007.-2016. Svi ostali podatci iz Registra redovito se, od 2007. godine, publiciraju na stranicama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (14). Prema podatcima Registra o osobama s invaliditetom od 30. 8. 2017. godine, u Hrvatskoj živi 512 047 osoba s invaliditetom, od čega 60 % muškaraca i 40 % žena, a u ukupnom stanovništvu Republike Hrvatske osobe s invaliditetom čine 12,3 % stanovnika (15-17). Prema podatcima iz Registra, navedenim u sl. 1 i 2, može se zaključiti da RH bilježi porast broja osoba s invaliditetom i njihovog udjela u općoj populaciji u razdoblju 2007. do 2011. godine. Broj živilih osoba s invaliditetom se nakon 2010. godine smanjio (sl. 1 i 2) i trenutno 2017. iznosi 512 047 osoba zbog procesa „čišćenja“ podataka gdje su se prema osobnom identifikatoru iz

registra uklonile preminule osobe pa se poslijedično tome broj osoba smanjio. U raspodjeli invaliditeta po spolu (sl. 3) zabilježena je konstantna distribucija, tj. od 2007. do 2016. godine je 60 % muškaraca i 40 % žena s invaliditetom. Zabilježen je lagani pad udjela osoba s invaliditetom u dobnoj skupini 65+ i porast udjela u radno aktivnoj dobi, iako je udio u dobnoj skupini 65+ još uvijek veći (sl. 4). Prema posljednjim dostupnim podatcima iz travnja 2017. najveći broj osoba s invaliditetom, 243 206 (48 %), je u radno aktivnoj dobi, 19-64 godina, dok je u dobnoj skupini 65+ godina 229 589 (45 %) osoba. U sl. 4. moguće je vidjeti lagani porast udjela djece s većim teškoćama razvoja (0-19 godina), u ukupnom broju osoba s invaliditetom, koji prema podatcima iz travnja 2017. iznosi 8 %, dok je prevalencija invaliditeta u dječjoj dobi u RH 4,4 % (25). U sl. 5. prikazana je prevalencija invaliditeta prema županijama, gdje je od 2007. godine najveća u Krapinsko-zagorskoj županiji (14,4 %). Zanimljivo je istaknuti kako je u Istarskoj županiji zabilježena najmanja prevalencija invaliditeta u RH (6,4 %) i više je

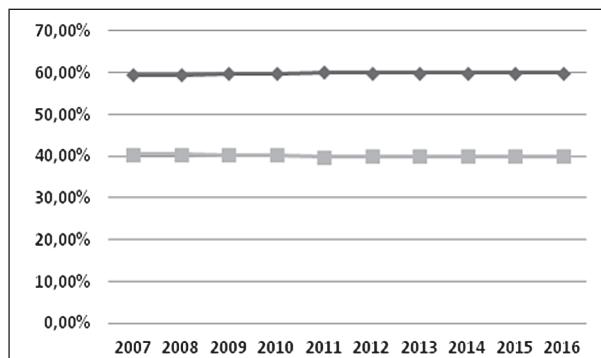
nego upola manja od prevalencije invaliditeta u Krapinsko-zagorskoj županiji. Iz sl. 6. može se vidjeti kako je najveći udio osoba s invaliditetom (63 %) s osnovnom školom, nezavršenom osnovnom školom ili bez osnovne škole, ali je važno uočiti kako se u razdoblju od 2007. do 2016. godine smanjuje taj udio, a raste broj osoba s invaliditetom sa završenom srednjom školom. Praćenjem podataka o uvjetima i okolnostima stanovanja osoba s invaliditetom, najveći udio (oko 80 %) živi u obitelji, 17 % živi samo (sl. 7). U nezadovoljavajućim uvjetima stanovanja (bez osnovnih priključaka – voda, struja; bez toaleta u kući – poljski WC; skučeni prostor) živi oko 14 % osoba s invaliditetom, pri čemu je iz sl. 8. moguće vidjeti da ipak dolazi do smanjenja tog udjela.



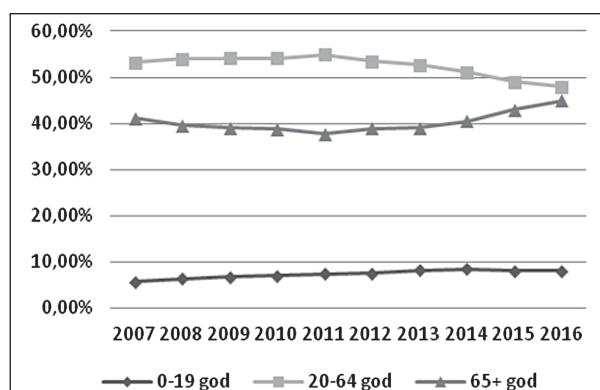
Sl. 1. Broj osoba s invaliditetom u Registru osoba s invaliditetom u razdoblju 2007.-2016.



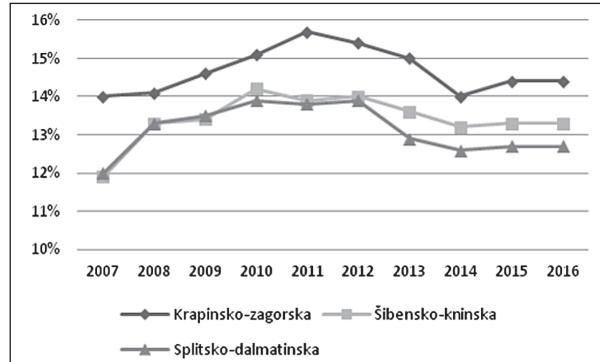
Sl. 2. Udeo osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu RH u razdoblju 2007.-2016.



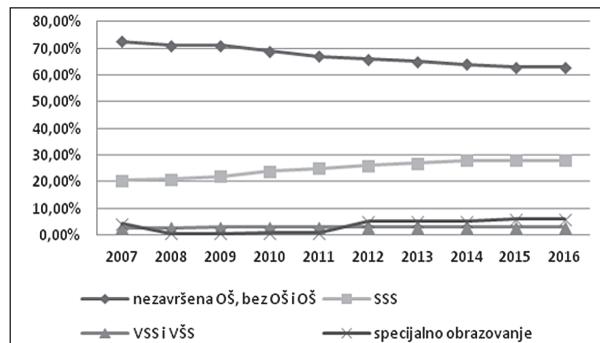
Sl. 3. Udio osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu RH po spolu u razdoblju 2007.-2016.



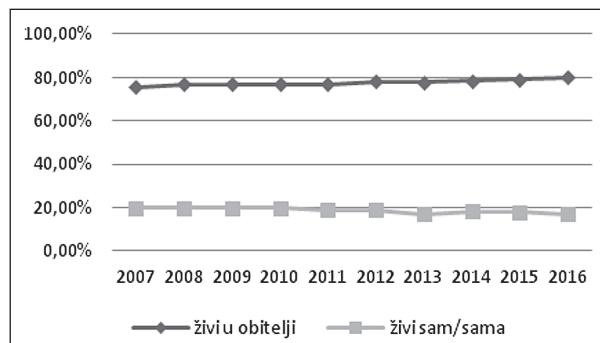
Sl. 4. Udeo osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu RH po dobnim skupinama u razdoblju 2007.-2016.



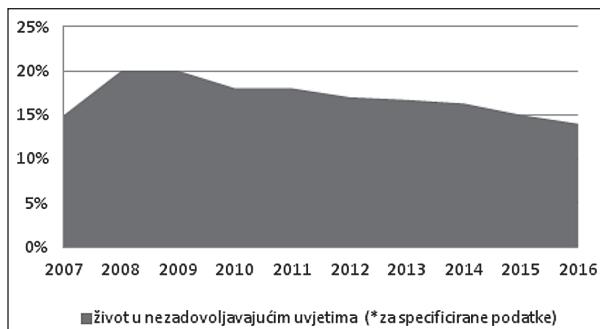
Sl. 5. Prikaz prevalencija u županijama s najvećom prevalencijom invaliditeta u RH u razdoblju 2007.-2016.



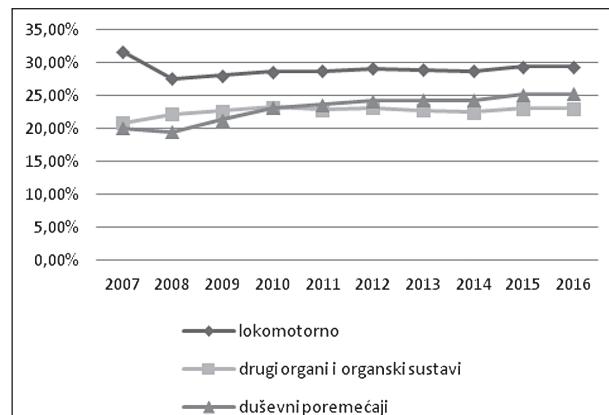
Sl. 6. Broj osoba s invaliditetom prema obrazovnoj strukturi u razdoblju 2007.-2016.



Sl. 7. S kim žive osobe s invaliditetom u razdoblju 2007.-2016.



Sl. 8. *Udio osoba s invaliditetom koje žive u nezadovoljavajućim uvjetima stanovanja u ukupnom stanovništu RH u razdoblju 2007.-2016.*



Sl. 9. *Udio prvih triju vrsta oštećenja kao uzroka invaliditeta u ukupnom broju oštećenja u razdoblju 2007.-2016.*

REZULTATI PROVEDBE NACIONALNE STRATEGIJE ZA IZJEDNAČAVANJE MOGUĆNOSTI OSOBA S INVALIDITETOM 2007.-2015. - PODRUČJE STRATEGIJE „ISTRAŽIVANJE I RAZVOJ“

Područje strategije pod nazivom „Istraživanje i razvoj“ sadrži mјere i aktivnosti kojima se prati provedba navedenog područja, a najznačajniji rezultati provedbe prikazani su u tablici 2.

Tablica 2.

Najznačajniji rezultati provedbe Nacionalne strategije za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom 2007.-2015. u području pod nazivom „Istraživanje i razvoj“

Rezultati	Razdoblje / godina
Djelatnici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo preveli su i prilagodili traženjima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) te tiskali Međunarodnu klasifikaciju funkciranja, onesposobljenosti i zdravlja (19). Navedena klasifikacija bila je okvir za idejno rješenje reforme sustava vještačenja.	2005.-2010.
Zbog činjenice da Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih stanja (MKB-10) ne sadrži točno definirane šifre za niz uzroka invaliditeta (npr. hemipareza, Usharov sindrom, Prader-Willijev sindrom, rijetke bolesti itd.) izrađena je Klasifikacija uzroka invaliditeta koja je modifikacija i proširenje MKB-10.	2002.-2004.
Provđeno je šest istraživanja za različite vrste invaliditeta čiji rezultati su dostavljeni u nadležno Ministarstvo za provedbu Nacionalne strategije, koje je rezultate tih istraživanja koristilo u izvještaju RH o provedbi Konvencije o pravima osoba s invaliditetom. Publicirano je više od dvadeset stručnih i znanstvenih radova na području invaliditeta.	2007.-2015.
Svi podaci iz Registra osoba s invaliditetom dostupni su na službenim stranicama HZJZ-a koje su prilagođene osobama oštećena vida.	2015.
Uspostavljena je široka suradnja sa svim krovnim udružgama osoba s invaliditetom te je dobiveno priznanje Zajednice saveza osoba s invaliditetom Hrvatske za suradnju u ostvarivanju strateških ciljeva za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom	2011.
Koordinacija i idejno rješenje reforme sustava vještačenja za osobe s invaliditetom. Na osnovi ove aktivnosti uspostavljeno je Jedinstveno tijelo vještačenja za osobe s invaliditetom te donesena Uredba o metodologijama vještačenja (20).	2007.-2015.
Uspostavljen je Očevidnik zaposlenih osoba s invaliditetom temeljem kojeg se omogućuje provedba Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (21).	2016.

RASPRAVA

Prema dostupnoj znanstvenoj i stručnoj literaturi osobe s invaliditetom su posebice vulnerable dio populacije koji je izložen socijalnoj isključenosti (18-22). Jedan od preduvjeta za razvoj i stalno unaprjeđenje politika za osobe s invaliditetom je postojanje podataka o ovom dijelu populacije.

Hrvatska je prve podatke o osobama s invaliditetom prikupila 2001. godine kada je Državni zavod za statistiku uvrstio pitanje o invaliditetu u Popis stanovništva. Takav način prikupljanja podataka ima svojih prednosti, ali i nedostataka.

Prednosti su što se u kratkom razdoblju dobije prikaz cijele populacije, no nedostaci su ti što se radilo o samoprocjeni invaliditeta, popisnica sadrži samo mali broj varijabli te podaci vrlo brzo postaju „stari“. Zbog svega navedenog Hrvatska se odlučila uspostaviti Reġistar koji će davati ažurne i točne podatke o osobama s invaliditetom na osnovi dokumenata/rješenja kojima se osobi potvrđuje ovaj status, ali i individualnih prijava iz sustava zdravstva na Pravilnikom propisanom Obrascu (23).

Udio osoba s invaliditetom u općoj populaciji je u tom razdoblju narastao sa 10,7 na 12,1 %, što proizlazi iz sve boljeg obuhvata podataka, ali prije svega situacije

da jedinstveni broj građana (JMBG), u skladu s ustavnim jamstvom zaštite osobnih podataka, nije navođen na dokumentaciji osoba s invaliditetom. Sve je to dovelo do situacije da je bilo otežano jednoznačno povezivanje osoba, pogotovo s bazom umrlih koja je imala JMBG, tj. došlo je u tom razdoblju do dvostrukog povećanja broja osoba, ali i broja umrlih osoba koje nisu tako označene. Tako je 2010. godine zabilježen najveći broj osoba s invaliditetom od 529 103 osobe, a taj broj je uključivao dvostruko upisane i preminule osobe.

S ovom situacijom susretali su se i drugi nacionalni registri u HZJZ-u, te je poduzeta aktivnost za dobivanje prava korištenja Registra osiguranih osoba u RH gdje su se nalazili podaci o JMBG-u te OIB-u. Na osnovi zabilježenih osobnih podataka u Registru mogao se svojedobno pronaći JMBG i OIB osobe te na taj način napraviti „čišćenje baze“ od dvostrukih osoba te označavanje preminulih osoba i njihovo uklanjanje iz baze. Ovo iskustvo ukazuje na važnost spoznaje zakonodavca koji bi trebao voditi računa da nacionalni zdravstveni registri moraju imati dostupne osobne identifikatore, jer u protivnom dolazi do iskrivljene epidemiološke slike. Ako se razmatra distribucija prema spolu, veća učestalost invaliditeta kod muškaraca proizlazi iz činjenice da su u Domovinskom ratu te II. svjetskom ratu više stradavali muškarci, ali i činjenice da su muškarci više izloženi rizicima tijekom radnog procesa koji dovode do invaliditeta. Ove tvrdnje utemeljene su na podatcima Ministarstva hrvatskih branitelja o hrvatskim ratnim vojnim invalidima iz Domovinskog rata te stradalnicima iz II. svjetskog rata te Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, gdje se bilježe podaci o osobama čiji je invaliditet vezan uz radni proces (24).

Analizira li se udio osoba s invaliditetom po dobnim skupinama tijekom godina, dolazimo do zaključka da se bilježi lagani pad udjela osoba s invaliditetom u doboj skupini 65+ te porasta udjela u radno aktivnoj dobi, iako je u doboj skupini 65+ još uvijek veći udio. Navedene promjene smanjivanja udjela u doboj skupini 65+ proizlaze iz sve boljeg bilježenja osobnog identifikacijskog broja i označavanja smrtnog ishoda.

Registrar redovito godišnje izvještava pravobraniteljicu za djecu o epidemiologiji invaliditeta u dječjoj dobi te ured UNICEF-a u Hrvatskoj pa su stvoreni uvjeti da se potiču politike za unaprjeđenje kvalitete skrbi za ovu posebice vulnerabilnu populaciju. Ako razmatramo koje su tri županije u Hrvatskoj s najvećom prevalencijom invaliditeta dolazimo do podatka da su to Krapinsko zagorska, Šibensko kninska te Splitsko dalmatinska županija. Pretpostavke zašto je to tako proizlaze iz moguće razlike u obrazovnom profilu, ekonomskom stanju u županiji, životnim navikama između tih dviju županija, no za donošenje nekog utemeljenog

zaključka potrebno je opsežnije istraživanje, kao što je to potvrđeno u mnogim drugim radovima (26-29).

U Registru osoba s invaliditetom prate se i podaci o njihovom obrazovanju pri čemu su navedeni udjeli računati na osnovi broja osoba za koje je taj podatak dostavljen. Praćenje udjela osoba s invaliditetom tijekom vremena prema obrazovnoj strukturi je izrazito važno jer povećava konkurentnost osoba s invaliditetom na tržištu rada. Prema podatcima Očevidnika zaposlenih osoba s invaliditetom, koji se vodi u okviru Registra osoba s invaliditetom, u RH je 20 378 zaposlenih osoba s invaliditetom s 52 %-tним udjelom muških i 48 %-tним udjelom ženskih osoba pri čemu 10 583 osoba s invaliditetom zadovoljava kriterije Pravilnika o očevidniku (NN 44/14 i 97/14) i poslodavac ih može računati u kvoti. Postojanje ovog Očevidnika omogućava praćenje politike zapošljavanja osoba s invaliditetom. Na ovaj način je postojanje Registra osnovni preduvjet provedbe Zakona (13) koji regulira ovo područje, te primjer kako podaci mogu imati direktni utjecaj na kvalitetu života osoba s invaliditetom, tj. omogućavanje zapošljavanja osoba s invaliditetom. Kao najnoviji način unaprjeđenja kvalitete života osoba s invaliditetom, podatcima Registra, navodimo provedbu Zakona o subvencioniranju stambenih kredita (30), gdje se subvencioniranje odobrava, između ostalog, i osobama koje imaju potvrdu da su upisane u navedenu bazu.

Temeljem Zakona o registru osoba s invaliditetom prate se i podaci o vrsti oštećenja kao uzroka invaliditeta. Od 2007. najčešći uzroci invaliditeta ili komorbiditetne dijagnoze koje dovode do funkcionalnog oštećenja osobe su iz skupine oštećenja lokomotornog sustava. Nakon 2010. godine na drugo mjesto dolaze duševni poremećaji, a na trećem mjestu po učestalosti su oštećenja drugih organa i organskih sustava - posljedice kroničnih bolesti. Ova inverzija zahtjeva dodatnu analizu, ali zasigurno ukazuje na opravdanost postojanja Nacionalne strategije za zaštitu mentalnog zdravlja, jer se radi o značajnom javno zdravstvenom prioritetu.

Kontinuiranim razvojem Registrar postaje značajan čimbenik u kreiranju i provedbi politika za osobe s invaliditetom. Tijekom 2007. godine donesena je Nacionalna strategija za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom, u kojoj HZJZ/ Registrar postaje nositelj područja strategije pod nazivom „Istraživanje i razvoj“. Definirani su zadaci i rokovi provedbe, a svi najznačajniji ishodi navedeni su u okviru rezultata ovoga rada. Među navedenim rezultatima nužno je osvrnuti se i na reformu sustava vještačenja za osobe s invaliditetom, zadatku koji nije striktno Nacionalnom strategijom dodijeljen HZJZ-u. Zahvaljujući tome što su djelatnici Registra prevodili, a samim time i bolje ra-

zumjeli bit Međunarodne klasifikacije funkciranja, onesposobljenosti i zdravlja (MKF) Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), stvorena je vizija primjene ove klasifikacije u sustavu i reforme metodologije, a samim time i sustava vještačenja za osobe s invaliditetom. Proces izrade nove metodologije, trajao je od 2007. do 2014. godine. Za potrebe ovog zadatka osnovane su interdisciplinarne radne skupine, a pri tom je uključeno više od 80 eksperata za sve vrste invaliditeta, vještaka, te predstavnika udrug osoba s invaliditetom. Cijeli proces je koordinirao HZJZ. Osnovna novost u pristupu metodologiji vještačenja u skladu je s preporukama SZO-a i MKF-a i temelji se na nužnosti sveobuhvatnije procjene osobe s invaliditetom, pri čemu se u obzir uzima i funkciranje osobe, a ne isključivo vrsta oštećenja koje je uzrokovalo invaliditet.

Donošenjem Zakona o jedinstvenom tijelu vještačenja (31) te Uredbe o metodologijama vještačenja (32) završena je ova reforma koja je trebala olakšati ostvarivanje prava za osobe s invaliditetom. Unutar dvije godine pune primjene ova je metodologija pokazala određene nedostatke. U skladu s time donesena je Izmjena Uredbe o metodologijama vještačenja, što je konkretni primjer direktnog uključivanja javnozdravstvenih stručnjaka u procese koji imaju za cilj prilagodbu dokumenata koji definiraju okvire radnih procesa. Unatoč tome što Registar ima značajne rezultate u provedbi Konvencije i Nacionalne strategije, apsolutno postoji prostor za napredak, pogotovo u dijelu daljnog unaprjeđenja epidemiologije invaliditeta. S obzirom na izmjene načina vještačenja bit će potrebno izmijeniti i Zakon o registru osoba s invaliditetom, što će omogućiti i da se anonimizirani podaci, uz odobrenje nadležnih tijela, koriste i za neke međunarodne inicijative poput npr. Europskog istraživanja cerebralne paralize (33).

ZAKLJUČCI

U Republici Hrvatskoj prema podatcima Registra osoba s invaliditetom živi 512 047 osoba s invaliditetom koje čine 12,3 % ukupnog stanovništva. Udio osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu RH u skladu je s procjenama Ujedinjenih naroda prema kojima je u svijetu oko 650 milijuna osoba s invaliditetom i čine oko 10 % svjetske populacije. Praćenjem podataka iz Registra kreirani su vrlo jasni pokazatelji o zdravlju osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj, a stvaranjem kontinuiteta u praćenju i dugogodišnjim sudjelovanjem u provedbi strateških okvira koji se odnose na osobe s invaliditetom stvara se povoljno okruženje za izjednačavanje njihovih mogućnosti i ostvarenje temeljnih prava. Ratificiranjem Konvencije o pravima osoba s invaliditetom Hrvatska je prihvatile odgovor-

nost za unaprjeđenje javnih politika za osobe s invaliditetom. Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Registar osoba s invaliditetom važni su čimbenici u ovom procesu i kontinuirano provode aktivnosti zadane Nacionalnom strategijom, Zakonom o registru osoba s invaliditetom, ali i ostalih zakona koji se odnose na osobe s invaliditetom, a sve sa ciljem izjednačavanja mogućnosti i unaprjeđenja kvalitete života za ovu vulnerabilnu populaciju i njihove obitelji.

LITERATURA

1. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. 2011. Dostupno na URL adresi: <http://www.un.org/disabilities/convention/questions.shtml>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.
2. United Nations. The Universal Declaration of Human Rights (UDHR). United Nations General Assembly in Paris on 10 December 1948. General Assembly resolution 217 A. Dostupno na URL adresi: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.
3. Office of the high Commissioner of the human rights. Forced evictions. Commission on Human Rights resolution 1993/77. Dostupno na URL adresi: https://www.google.hr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUEwj12YlhpXWAhVLuxQKHZ_eDmoQFg-guMAA&url=http%3A%2F%2Fap.ohchr.org%2FDocuments%2FE%2FCHR%2Fresolutions%2FE-CN_4-RES-1993-77.doc&usg=AFQjCNGIb7h-W_UX9OxI8E7h2HytTaC7Q. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.
4. UN General Assembly. International Year of Disabled Persons. A/RES/36/77. 8 December 1981. Dostupno na URL adresi: <http://www.un.org/documents/ga/res/36/a36r077.htm>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.
5. Europska Komisija. European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe. Brussels, 15.11.2010 COM(2010) 636 final. Dostupno na URL adresi: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:en:PDF>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.
6. Benjak T. Razvoj epidemiologije invaliditeta u Republici Hrvatskoj. Hrvatski časopis za javno zdravstvo (elektronički časopis na internetu) 2011;53:8. Dostupno na URL adresi: <http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/297>. Datum pristupa informaciji: 22. kolovoza 2017.
7. World Health Organization. World Report on Disability. Geneva (Switzerland): WHO Press; 2011. Dostupno na URL adresi: www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. Datum pristupa informaciji: 25. kolovoza 2017.
8. Maulik PK, Darmstadt GL. Childhood disability in low-and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. BMC Pediatr. 2007;120:Suppl 1S1-S55. Dostupno na URL adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1900333/>

ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3259053/. Datum pristupa informaciji: 22. kolovoza 2017.

9. Eurostat. Disability and social participation in Europe. 2001. Dostupno na URL adresi: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/disability_en.pdf. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

10. Zakon o Hrvatskom registru osoba s invaliditetom. Narodne novine br. 64/2001. Dostupno na URL adresi: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2001_07_64_1049.html. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

11. Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom 2017-2020. Dostupno na URL adresi: <https://vrlada.gov.hr/pristup-informacijama/programi-strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-dokumenti-vlade-rh/ministarstvo-za-demografiju-obitelj-mlade-i-socijalnu-politiku/17700>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

12. Program mjera i akcija za rehabilitaciju djece i omladine s ometenošću u razvoju. Delegatski vjesnik, 1976, broj 25.

13. Benjak, T. Strnad M. Povijest Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2011; 7:28. Dostupno na URL adresi: <https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/324>. Datum pristupa informaciji: 23. kolovoza 2017.

14. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvješća o osobama s invaliditetom. Dostupno na URL adresi: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/izvjesce-o-osobama-s-invaliditetom-u-hrvatskoj-2015/>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

15. World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dostupno na URL adresi: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

16. Uredba o metodologijama vještačenja. Narodne novine br. 67/2017. Dostupno na URL adresi: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_07_67_1573.html. Datum pristupa informaciji: 18. kolovoza 2017.

17. Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom. Narodne novine br. 157/13, 152/14. Dostupno na URL adresi: <https://www.zakon.hr/z/493/Zakon-o-profesionalnoj-rehabilitaciji-i-zapo%C5%A1ljavanju-osoba-s-invaliditetom>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

18. Zander M. Disability studies: social exclusion a research subject. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016. Sep;59(9):1048-52. Dostupno na URL adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27492313>. Datum pristupa informaciji: 24. kolovoza 2017.

19. Wilson NJ, Jaques H, Johnson A, Brotherton ML. From Social Exclusion to Supported Inclusion: Adults with Intellectual Disability Discuss Their Lived Experiences of a Structured Social Group. J Appl Res Intellect Disabil. 2017. Sep;30(5):847-858. Dostupno na URL adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27554436>. Datum pristupa informaciji: 23. kolovoza 2017.

20. Pownall J, Wilson S, Jahoda A. Health knowledge and the impact of social exclusion on young people with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil. 2017. Dostupno na

URL adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28116840>. Datum pristupa informaciji: 26. kolovoza 2018.

21. Wynne R, McAnaney D. Preventing social exclusion through illness or disability: models of good practice. Work. 2009;32(1):95-103. Dostupno na URL adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19276529>. Datum pristupa informaciji: 23. kolovoza 2017.

22. Buljevac M, Majdak M, Leutar Z. The stigma of disability: Croatian experiences. Disabil Rehabil 2012;34(9):725-32. Dostupno na URL adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21992508>. Datum pristupa informaciji: 21. kolovoza 2017.

23. Pravilnik o obrascu za dostavljanje podataka Hrvatskog registru o osobama s invaliditetom. Narodne novine broj 7; 2002. Dostupno na URL adresi: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2002_01_7_202.html. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

24. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zdravstveno-statistički ljetopis 2016. Dostupno na URL stranici: <https://www.hzjz.hr/cat/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/>. Datum pristupa informaciji: 23. kolovoza 2017.

25. Podaci Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom (registar). Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

26. Hosseinpoor AR, Williams JS, Jann B i sur. Social determinants of sex differences in disability among older adults: a multi-country decomposition analysis using the World Health Survey. Int J Equity Health. 2012 Sep 8;11:52. Dostupno na URL adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22958712>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

27. Hosseinpoor AR, Williams JA, Gautam J i sur. Socio-economic inequality in disability among adults: a multi country study using the World Health Survey. Am J Public Health. 2013;103(7):1278-86. Dostupno na URL adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23678901> Datum pristupa stranici: 27. lipnja 2014.

28. Philibert MD, Pampalon R, Hamel D et al. Associations between disability prevalence and local-area characteristics in a general community-living population. Rev Epidemiol Sante Publique 2013; 61(5): 463-74. doi: 10.1016/j.respe.2013.05.020. Epub 2013 Sep 17. Dostupno na URL adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24050815> Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

29. Benjak T, Seks M, Stefancic V, Drausnik Z, Vajagic M. A Six-year Trend Analysis of The Number of Persons With Disabilities in The Republic of Croatia and The City of Zagreb, 2008-2013. Dostupno na URL adresi: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=221065. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

30. Zakon o subvencioniranju stambenih kredita. Narodne novine broj 65; 2017. Dostupno na URL adresi: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_07_65_1493.html Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

31. Zakon o jedinstvenom tijelu vještačenja. Narodne novine broj 85/14 i 95/15. Dostupno na URL adresi: <https://www.zakon.hr/z/731/Zakon-o-jedinstvenom-tijelu-vje%C5%A1ta%C4%8Denja>. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

32. Uredba o metodologijama vještačenja. Narodne novine broj 67/2017. Dostupno na URL adresi: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_07_67_1573.html. Datum pristupa informaciji: 30. kolovoza 2017.

33. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). Dostupno na URL adresi: <http://beta.bib.irb.hr/870228>. Datum pristupa informaciji: 24. kolovoza 2017.

ZAHVALA

Ovim se putem autori posebno zahvaljuju na viziji i početcima razvoja Registra osoba s invaliditetom: prof. dr. sc. Mariji Strnad, prim. dr. sc. Nataliji Rulnjević, Mirjani Dobranović te Jasni Santini Mikić, dr. med.

SUMMARY

EQUALIZATION OF OPPORTUNITIES AND DEVELOPMENT OF THE REGISTER OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE REPUBLIC OF CROATIA

V. ŠTEFANČIĆ, T. BENJAK and M. IVANIĆ

Croatian Public Health Institute, Public Health Department, Division for Health Protection of Vulnerable Groups, Zagreb, Croatia

Following ratification of the UN Convention on Human Rights, public policies towards persons with disabilities in the Republic of Croatia are based on contemporary international standards that include the fundamental principles of human rights such as the principle of non-discrimination and the principle of interdependence and indivisibility of all human rights. This paper presents historical development of the Register through monitoring of epidemiological and contextual indicators and results of the implementation of tasks based on the National Strategy for Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities for 2007-2015. Among epidemiological indicators, the most prominent one is increase in the total number of persons with disabilities, the share in the total population of the Republic of Croatia, the share of persons with disabilities aged 65+, and increase in the number of persons with mental disorders as the cause of disability. Significant results are highlighted, along with implementation of the Convention and the National Strategy, and the absolute possibility of further development of the Register, especially in the part on the epidemiology of disability. The importance of the Croatian Disability Rights Development Policy for Persons with Disabilities is highlighted, as well as its contribution to improvement of the quality of life and equalization of the opportunities for this extremely vulnerable population and their families.

Key words: Register of Persons with Disabilities, disability, expertise, equalization of opportunities, epidemiology of disability

OSOBE S INVALIDITETOM – TEST PRISTUPAČNOSTI SUSTAVA ZDRAVSTVA

SELMA ŠOGORIĆ, MANDICA SANKOVIĆ¹, VESNA ŠTEFANČIĆ² i KSENIJA VITALE

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Zagreb, ¹Grad Vinkovci, Upravni odjel za prostorno uređenje, gradnju i zaštitu okoliša, Vinkovci i ²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

Pristupačna gradnja je prihvatljiva i predstavlja izravno investiranje u vrijednost građevina u sustavu zdravstva, jer se klasično građene građevine koriste i dulje od 80 godina. Gradnja pristupačnih građevina u mnogim je članicama Europske unije potpomognuta i dodatnim finansijskim sredstvima. Provodenje odredbi za poboljšanje kvalitete života osoba s invaliditetom (OSI) u RH usklađeno je s međunarodnim standardima. Ti standardi uključuju temeljno načelo ljudskih prava, a to je načelo nediskriminacije. Kako bi se postiglo navedeno načelo nužno je osigurati pristupačnost sustava zdravstva osobama s trajnim ili privremenim invaliditetom te senzornim, intelektualnim i psihosocijalnim teškoćama. Pristupačnost sustava zdravstva uključuje uz prostorno i "specijalističku" pristupačnost po odjelima, zdravstvenim jedinicama/ustanovama, kako bi sustavi zdravstva mogli pružiti sveobuhvatnu zdravstvenu uslugu OSI. U osiguravanju pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom značajna je uloga mnogih dionika u gradnji i intersektorska suradnja. Prvi korak u realizaciji pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom jest utvrditi stanje pristupačnosti sustava zdravstva OSI. U tu svrhu potrebno je izraditi alate, tehnike i tehnologije za procjenu i kasniju evaluaciju. Osnovni dio alata je upitnik samoprocjene (samoevaluacije) pristupačnosti sustava zdravstva OSI sukladno zakonskim propisima, izrada IT programa za obradu podataka prikupljenih probirom te izrada akcijskog plana za uspostavu i evaluaciju pristupačnosti sustava zdravstva OSI. Uspostava mehanizama samoprocjene pristupačnosti sustava zdravstva OSI kao konačan rezultat imat će unapređenje neovisnosti i kvalitete življenja OSI, ali i kvalitete i učinkovitosti sustava zdravstva pružanjem zdravstvenih usluga primjerenih potrebama.

Ključne riječi: pristupačnost, sustav zdravstva, osobe s invaliditetom, zdravo urbano planiranje, univerzalni dizajn

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Selma Šogorić, dr. med.
 Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
 Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
 Rockefellerova 4
 10 000 Zagreb, Hrvatska
 Telefon: ++385 1 4590 102
 E-pošta: ssogoric@snz.hr

UVOD

Prema procjenama WHO, oko 15 % osoba u svijetu ima neki oblik invaliditeta (1). U usporedbi s prijašnjim podatcima iz 1970-ih godina, kada je procijenjena prevalencija bila 10 %, došlo je do značajnog porasta koji pripisujemo demografskim promjenama i starenju stanovništva no i istovremenom unaprjeđenju tehnologije mjerjenja invaliditeta (1). Porast prevalencije invaliditeta direktno je povezan s porastom dugovječnosti u populaciji, ali i s porastom utjecaja vanjskih čimbenika na invaliditet što promatrano u

tijeku vremena, očekivano, uvjetuje trend porasta (2). Kako osobe s invaliditetom (OSI) čine značajni segment korisnika zdravstvenih usluga, planiranje zdravstvene zaštite u kontekstu pristupačnosti nameće se danas kao veliki izazov i samom sustavu zdravstva.

Već iz članka 69. Ustava Republike Hrvatske koji nalaže obaveze zaštite zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša uviđa se nužnost osiguravanja adekvatnog okruženja za OSI koje će im omogućiti kvalitetan i ravнопravan život u zajednici pa između ostalog i ostvarivanje prava iz područja zdravstvene zaštite.

Usvajanje Konvencije o pravima osoba s invaliditetom Ujedinjenih naroda (UN) (Konvencija) (3) značajan je korak u potvrđi i isticanju prava osoba s invaliditetom širom svijeta, a posebice u zemljama koje su ratificirale ovu Konvenciju kao npr. Republika Hrvatska. Konvencija ističe značajan broj općih i specifičnih ciljeva i obveza zemalja potpisnica u kreiranju okvira koji će omogućiti implementaciju mjera izjednačavanja mogućnosti s osobama bez invaliditeta. Prema definiciji Konvencije UN-a osobe s invaliditetom su osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja u međudjelovanju s različitim zaprekama mogu sprječavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima (3). Prema toj Konvenciji, invaliditet nije samo oštećenje koje osoba ima, nego je rezultat interakcije oštećenja osobe i okoline. Drugim riječima, društvo je to koje svojom neprilagođenošću dodatno „invalidizira“ OSI, ali ga isto tako tehničkim prilagodbama prostora, osiguranjem pomagala i drugih oblika podrške može i ukloniti (4).

Strategija „Zdravlje za sve do 2020.“ (Z 2020.) Svjetske zdravstvene organizacije, Ureda za Europu (EU SZO) kao krovna strategija oblikuje strateški okvir za donošenje javnih politika u 21. stoljeću (5). Ona u preambuli kaže: „Zajednički ciljevi svih zemalja članica EU SZO, iskazani ovom strategijom su: unaprijediti zdravlje i blagostanje sveukupnog stanovništva, smanjiti nejednakosti u zdravlju, osnažiti javno zdravstvo i osigurati ljudima okrenut sustav zaštite zdravlja koji je univerzalan, pravičan, kvalitetan i održiv“. Iz preambule izvedene temeljne vrijednosti sustava zaštite zdravlja bile bi pravičnost, politika i praksa „neisključivanja“, dostupnost (teritorijalno i obujmom), pristupačnost (financijski, transportno i arhitektonski, vremenski, kulturno) i usluge koje odgovaraju potrebama korisnika te ostvaruju učinak na zdravlje (pravično unaprjeđuju zdravstvene ishode). Za postizanje visoko kvalitetne zdravstvene zaštite i unaprjeđenje zdravstvenih ishoda potrebno je organizirati zdravstvene sustave koji su financijski održivi, svrshishodni, usmjereni na ljude i utemeljeni na dokazima. Osiguravanje univerzalne pokrivenosti zdravstvenom zaštitom, pristup visoko kvalitetnoj njezi i lijekovima, prepoznavanje pacijenta kao partnera u procesima, jačanje i revitalizacija javnozdravstvenih kapaciteta te ulaganje u ljudske resurse, kao i prilagodba javnih politika u tom kontekstu, od izrazite su važnosti.

U širem smislu, pristup osoba s invaliditetom sustavu zdravstva je pokazatelj pravičnosti (engl. *equity*) sustava zdravstva, gdje jednakopravnost implicira izjednačavanje mogućnosti u pristupu svim razinama zdravstvene zaštite i uslugama koje zdravstvo pruža radi ostvarenja punog potencijala zdravlja pojedinca (6). U tom je smislu potrebno, uz praćenje epidemiologije in-

validiteta, razvijati i smjernice praćenja pristupačnosti sustava zdravstva OSI.

Pristupačnost se može promatrati s aspekta prostorne, fizičke pristupačnosti koja je rezultat primjene tehničkih rješenja u projektiranju i građenju građevina, kojima se osobama s trajnim ili privremenim invaliditetom, smanjene pokretljivosti te sa senzornim, intelektualnim i psihosocijalnim teškoćama osigurava nesmetan pristup, kretanje, boravak i rad u građevinama na jednakoj razini kao i ostalim osobama. Drugi aspekt promatranja pristupačnosti je s aspekta pravičnosti (jednakopravnosti) i znači osiguravanje jednakaog pristupa i mogućnosti svim osobama bez obzira na dob, spol i pokretljivost radi osiguranja osnovnog ljudskog prava na kretanje i time uključivanje u društveni, kulturni i gospodarski život zajednice.

Pristupačni zdravstveni sustavi podrazumijevaju mnogo više od uklanjanja fizičkih barijera u zdravstvenim ustanovama. Nemogućnost osoba s tjelesnim invaliditetom da samostalno priđu i uđu u zdravstvenu ustanovu na specijalistički pregled jest prva razina problema. No daleko veći problem u ostvarivanju zdravstvene zaštite OSI je nepristupačna medicinska oprema. Osim dva, već spomenuta, prisutan je i treći, najveći problem vezan uz proceduralnu i *policy* razinu - nedostatak jasnih standarda pristupačnosti vezano uz medicinsku opremu na nacionalnoj razini. Unaprjeđenje ove razine imat će značajnu ulogu u povećanju pristupačnosti OSI, osiguravanju sigurnosti pacijenata i unaprjeđenju kvalitete zdravstvene zaštite.

Pristupačnost u zdravstvenim sustavima podrazumiјeva i pristupačnu komunikaciju zdravstvenih djelatnika/ca s OSI s određenim oštećenjima, poput slijepih, slabovidnih, gluhonjemih, osoba s intelektualnim teškoćama i dr., što uključuje uklanjanje komunikacijskih prepreka - izradu pristupačnih informativnih materijala, poznavanje znakovnog jezika, prilagodbu načina naručivanja i pružanja informacija (posebice prije dolaska u zdravstvenu ustanovu kako bi prilagodba svakoj pojedinoj OSI bila zadovoljena).

Ako se pristupačnost unaprjeđuje na svim prethodno navedenim razinama, zdravstveni sustav mogao bi biti evaluiran kao pristupačan, a OSI, u ulozi korisnika zdravstvenog sustava, bi imale priliku ostvariti cijelovito pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

Ovim radom želimo prikazati koji su to izazovi vezano uz pristupačnost sustava zdravstva osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj te predložiti kako se postojeće stanje može unaprjediti.

PRIKAZ SLUČAJA

Identificiranje problema

Na inicijativu Hrvatske mreže zdravih gradova (HMZG) i Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (ŠNZ „A. Štampar“) u travnju 2016., tijekom Sajma zdravlja u Vinkovcima (7), organizirana je serija od osam okruglih stolova na kojima su predstavljena iskustva u primjeni Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti osoba s invaliditetom u razdoblju od 2007. do 2015. (8). Konstruktivno i kritički analizirajući postignuća u sektorima obrazovanja, rada i socijalne skrbi, zapošljavanja, zdravstva, mobilnosti, pristupačnosti, stovanja i sporta i rekreacije, uz doprinos predstavnika nevladinog sektora, profesionalaca i predstavnika svih razina uprave utvrdili smo da je pristupačnost sustava zdravstva značajni izazov. I to ne samo osobama i udružama osoba s invaliditetom nego i zdravstvenim ustanovama i njihovim osnivačima.

Izrada alata za samoprocjenu (samoevaluaciju)

Kako bismo identificirali koje su to skupine problema povezane s pristupačnosti sustava zdravstva OSI razradili smo upitnik za samoprocjenu. Samoprocjena (ili samoevaluacija) u kontekstu pristupačnosti podrazumijeva strukturirani proces određivanja obilježja pojedinih i unaprijed definiranih aspekata pristupačnosti iz perspektive unaprijed definiranog stručnog multidisciplinskog tima zaposlenika i suradnika ustanove čija pristupačnost se procjenjuje. Upitnik za procjenu pristupačnosti je Pravilnik o osiguranju pristupačnosti građevina osobama s invaliditetom i smanjene pokretljivosti (9) pretočen u pitanja i kao takav je dio alata za procjenu pristupačnosti. Upitnik za procjenu pristupačnosti definira skupine pokazatelja (ne) pristupačnosti te uz IT rješenje za praćenje i analizu dobivenih podataka omogućava izradu strateškog okvira za prilagodbu i implementaciju pristupačnosti, tj. alat za samoprocjenu pristupačnosti. Iako je Pravilnik o osiguranju pristupačnosti građevina osobama s invaliditetom i smanjene pokretljivosti iz područja tehničkih struka (izvan sustava zdravstva), procjena je bila da će uz nadopune i pojašnjenja biti primjenjiv i u sustavu zdravstva. U listopadu 2016. godine, tijekom jesenskog poslovnog sastanka HMZG u Požegi, organizirana je dvodnevna radionica razvoja upitnika za samoevaluaciju „Procjena pristupačnosti zdravstvenih ustanova osobama s invaliditetom“. Radionica je okupila osamdesetak sudionika iz tijela uprave, tehničkih i zdravstvenih struka te nevladinih organizacija iz grada Požega i županija članica HMZG, Ministarstva zdravstva i Ministarstva graditeljstva i prostornog uređenja.

Prije održavanja radionice, predstavnici tehničkih struka pretražili su postojeće propise o pristupačnosti

prostora. Nađeno je da je u Republici Hrvatskoj donesen cijeli niz kodeksa: Kodeks strukovne etike (10), Kodeks strukovne etike članova Hrvatske komore arhitekata (11), izrađena je Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine (8), usvojen Pravilnik o osiguranju pristupačnosti građevina osobama s invaliditetom i smanjenom pokretljivosti (9) te Zakon o prostornom uređenju (12) i Zakon o gradnji (13). Prema ocjeni tehničke struke propisi su (tekstualno i grafički) jasni, ali je njihova implementacija u praksi nezadovoljavajuća. Rezultat necjelovite implementacije predmetnih zakonskih propisa iz domene pristupačnosti u praksi otežava pristup zdravstvenim uslugama OSI i njihovim obiteljima te čini sam zdravstveni sustav manje pristupačnim.

Uz pomoć prve radne verzije upitnika mogle su se prikupiti informacije o dimenziji fizičke pristupačnosti prostora (pristupa objektu i samog objekta, zaprekama u prostoru, urbanoj opremljenosti i dr.), ali i o psihosocijalnoj pristupačnosti koja podrazumijeva dimenziju osoblja (npr. educiranost ili barem informiranost za rad s OSI, postojanje tumača za znakovni jezik, vodiča i sl.) i audiovizualna komunikacijska pomagala (video prikaz, razglas, razumljiv tiskani materijal i upute, itd.). Treća dimenzija, koju ovaj upitnik nije sadržavao, ali su je dobro prepoznale zdravstvene ustanove, je opremljenost. Nadopunom upitnika ovom trećom dimenzijom (opremljenost) moglo bi se utvrditi postojanje ili nepostojanje potrebne opreme (ginekološke stolice za pregled žena s invaliditetom, anti-dekubitalni madraci i dugo) te temeljem toga utvrditi listu potreba po odjelima, zdravstvenim jedinicama i ustanovama kako bi se moglo unaprijediti kvalitetu usluga koje pružaju osobama s invaliditetom.

Inicijalno testiranje upitnika za samoprocjenu

Kako bismo dobili povratne informacije „iz prve ruke“ od samih zdravstvenih ustanova, prije sastanka u Požegi, metodom samoevaluacije provedeno je inicijalno testiranje prve radne verzije upitnika. Inicijalno testiranje u ovom kontekstu podrazumijeva strukturirani proces probnog prikupljanja informacija unaprijed definiranim upitnikom za procjenu pristupačnosti koji ima za cilj definirati konkretnе rezultate koji se odnose na: mogućnosti izmjene i unaprjeđenja sadržaja upitnika, definiranja potrebe za uključivanjem dodatnog broja aktera i dr.

Inicijalno testiranje upitnika provele su: dvije opće bolnice (Koprivnica i Požega), Zavod za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije i Dom zdravlja Požega te Zavod za hitnu medicinu Požega.

Rezultati inicijalnog testiranja upitnika za samoprocjenu ukazali su na sljedeće:

- a) samoevaluaciju, unutar zdravstvene ustanove treba provesti timski, intersektorski uz sudjelovanje raznih profila stručnjaka,
- b) za provođenje samog procesa samoevaluacije značajna je podrška uprave i tima odgovornog za unaprjeđenje kvalitete koji bi brinuli o sredstvima, rokovima i zaduženjima,
- c) za ocjenu informiranosti korisnika prostora (zaposlenika, pacijenata i obitelji) upitnik je nužno nadopuniti novom skupinom pitanja,
- d) najkorisnije informacije koje su prikupili putem upitnika vezane su uz procjenu stanja dijelova infrastrukture bolnice (zapreke, signalizacija, oprema) i razumijevanje zahtjeva (pravilnika) vezano uz visinu, širinu, prohodnost, dostupnost i označavanje,
- e) koristan dio upitnika vezan je uz elemente pristupačnosti za osobe s psihosocijalnim invaliditetom, jer pruža mogućnost definiranja potreba i standarda no informacije o stanju i potrebama trebaju biti istražene (šire) među zaposlenicima i korisnicima,
- f) upitnik je bio koristan u utvrđivanju hitno potrebnih promjena kao npr. potrebe za uvođenjem pristupačnih telefonskih govornica, bankomata i poštanskih sandučića, uređenja pristupa i pristupnih rampi, pješačkih staza (koje treba učiniti prohodnim za kolica i pješake), osuvremenjivanja dizala (vesti zvučnu signalizaciju i vožnju bez ključa), natpisa na vratima (na Brailleovom pismu) te otkrivanja potrebnih promjena u kupaonicama (rukohvati, tuš kabine) i sobama.
- g) osnovna je manjkavost upitnika, iz perspektive liječnika, stručno i nedovoljno jasno nazivlje, pitanja koja nude dvosmislene odgovore i nedovoljno jasne upute (uključujući pitanje standardizacije u različitim zdravstvenim ustanovama),
- h) upitnik bi i radi opširnosti trebalo strukturirati u nekoliko cjelina koje će olakšati popunjavanje i obradu podataka (npr. opći podaci o ustanovi te stanje pristupačnosti u različitim područjima - infrastruktura, informacijsko komunikacijska pristupačnost, specijalističko-konzilijarne usluge ...),
- i) upitnik treba nadopuniti segmentom za procjenu opreme koja je potrebna bolnicama (npr. ginekološki stol za osobe s invaliditetom, prilagodljivi kreveti po visini za OSI i teško pokretne, lifter za OSI, toaletne stolice, nastavci za WC školjke, hodalice s kotačima i bez kotača, invalidska kolica, podlakatne štakе, nosila za prijevoz, zvučna/svjetlosna signalizacija za bolesničke sobe, antidekuitalni madraci i jastuci, klupice i držači itd.).

Svakako bi bilo važno zdravstvenim ustanovama osigurati informacije o mogućnostima i dostupnosti in-

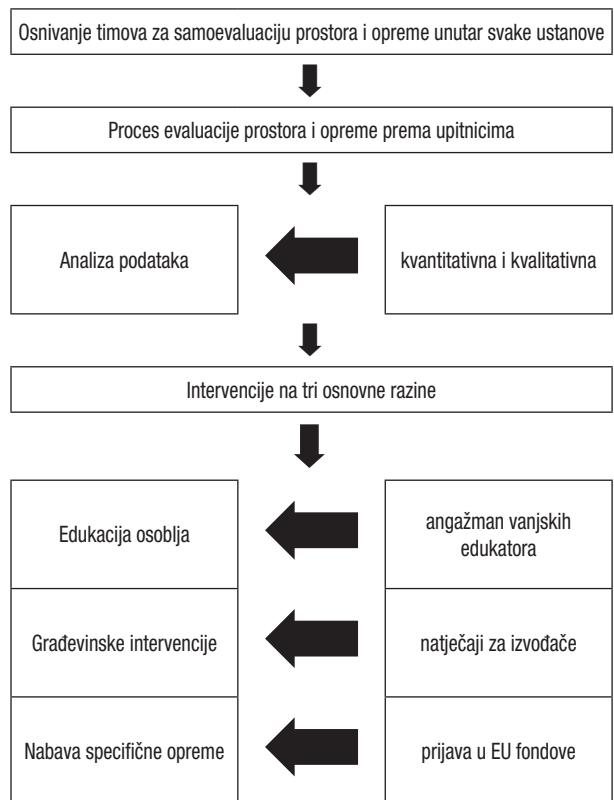
tervencija u infrastrukturu (kako unutarnju, tako i vanjsku o kojoj brine grad).

Ideja samoprocjene pristupačnosti ocijenjena je kao vrlo dobra, jer bi se njezinom realizacijom stvarao veliki broj intervencija kojima bi se poboljšala pristupačnost zdravstvenih usluga najvećem broju ljudi, a istovremeno je dobra podloga za osmišljavanje projekata kojima bi se mogao educirati veliki broj ljudi o načelima univerzalnog dizajna u kontekstu kohezijske politike EU. Kako svaka od zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj ima Povjerenstvo za kvalitetu (i/ ili imenovanog pomoćnika ravnatelja za kvalitetu), osobu imenovanu za sigurnost i zaštitu na radu i službu za tehničko održavanje, uz njih bi u radnu skupinu trebalo uključiti i predstavnike civilnog društva - nevladinih udruga osoba s invaliditetom (a tim po potrebi proširiti i na druge osobe sa specifičnim oblicima invaliditeta).

Kako dalje?

Postojeći upitnik za samoprocjenu treba proširiti i doraditi tako da se njime može utvrditi stanje pristupačnosti zdravstvenih građevina s obzirom na vanjski i unutarnji prostor, ali i procjena pristupačnosti u smislu opreme, tehnika i tehnologija rada i komunikacije s osobama s invaliditetom ("specijalistička" pristupačnost). Samoprocjena pristupačnosti zdravstvene ustanove obavlјat će se putem upitnika (*on-line* aplikacija nadopunjena uputama za primjenu), a imenovani međusektorski tim unutar ustanova provodit će procjenu stanja pristupačnosti i utvrditi listu potreba po odjelima, građevinama i u vanjskom prostoru. Temeljem prikupljenih podataka i identificiranih potreba izradit će se prijedlog Plana uspostave pristupačnog zdravstvenog objekta osobama s invaliditetom. Plan treba biti sveobuhvatan, uključujući potrebne edukacije (primjerice stručno zdravstveno osoblje treba naučiti znakovni jezik i sl.), građevinske i ostale radove te opremu. Postojeće stanje pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom i Prijedlog plana uspostave sustava prikazat će se nadležnim institucijama/vlasnicima/korisnicima/upraviteljima. Ovako (ujednačenom metodologijom) prikupljene informacije (na razini Hrvatske) bit će podloga za zahtjeve prema Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO-u), Ministarstvu nadležnom za područje zdravstva (MIZ-u) i Vladi (EU fondovima) nabavke opreme, ugovaranja usluge i unaprjeđenja pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom. Prikupljeni podatci bit će obrađeni i sistematizirani na način da se mogu koristiti za izradu projektne dokumentacije za prijavu na EU fondove u svrhu rješavanja problema pristupačnosti sustava zdravstva OSI u Republici Hrvatskoj. Svakoj županiji/gradu uručit će se izrađena idejna projektna dokumentacija na daljnje

postupanje (kao npr. prijava EU fondovima). Kontinuirano će se provoditi medijska promocija teme pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom i zdravog urbanog planiranja te pratiti realizacija projekata unaprjeđenja pristupačnosti sustava zdravstva na više razina - od uklanjanja fizičkih barijera, prilagodbe medicinske opreme do komunikacije s OSI i povećanja razine njihove informiranosti. Pokazatelji praćenja pristupačnosti koji bi ukazivali na razvoj sveopće pristupačnog sustava bili bi: ukupan broj rekonstruiranih (u potpunoj upotrebi) prostora i građevina u sustavu zdravstva, smanjenje broja zapreka u prostoru sustava zdravstva, razina opremljenosti adekvatnom opremom, smanjenje broja nesreća, ozljeda, bolesti, bolovanja na radu stručnog osoblja u sustavu zdravstva i povećanje broja posjeta i specijalističko-konzilijarnih usluga sustava zdravstva koje koriste osobe s invaliditetom.



Sl. 1. Shematski prikaz procesa procjene pristupačnosti zdravstvenih ustanova

RASPRAVA

Izgradnja građevina koje omogućavaju slobodno i samostalno kretanje i korištenje svima uz dobro planiranje i projektiranje može se napraviti za istu svotu novaca kao i bilo koja druga današnja građevina koja ne udovoljava standardima pristupačnosti! Na visinu

troškova pristupačne gradnje ne utječe primjerice: ulazi i izlazi bez pragova, ispravna ugradnja rubnjaka uz pješačke prelaze, projektiranje u skladu načela univerzalnog dizajna (engl. "design for all"), izrada prostornih planova u kojima se definira uređenje prostora itd. Veći troškovi gradnje pristupačnih građevina i zgrada javljaju se primjerice kod: potrebe za gradnjom dizala i rampi, potrebe za većim "manevarskim" prostorom, ugradnje opreme koja omogućava nesmetano i samostalno korištenje (kao npr. vrata koja se sama otvaraju), ali najskuplji od svega su naknadni popravci i rekonstrukcije na zgradama radi osiguranja pristupačnosti.

Još davne 1982. godine donesen je Pravilnik o prostornim standardima, urbanističko-tehničkim uvjetima i normativima za sprječavanje stvaranja arhitektonsko-urbanističkih barijera (14), koji nije bio u obveznoj primjeni! Posljedica toga jest izostanak etičkog i moralnog odnosa prema gradnji u prvom redu stručnjaka iz tehničkih struka (projektanti, nadzorni inženjeri i izvođači radova). Zakazali su i investitori. Rezultat svega navedenog je postojanje velikog broja zapreka kako u životu osoba s invaliditetom, tako i drugih osoba te nepristupačnost i zdravstvenih i drugih svakodnevnih usluga potrebnih stanovnicima.

Pristupačnost sustava zdravstva osobama s invaliditetom i pristupačnost prostornog uređenja i gradnje može se postići uključivanjem ciljeva nediskriminacije, socijalnog uključivanja i njihove implementacije u sve dokumente prostornog uređenja jedinica lokalne i državne uprave, donošenjem propisa i provođenjem dokumenata prostornog uređenja koji promiču pristupačnost, primjenom univerzalnog dizajna u radu sudionika u gradnji, edukacijom stručne i opće javnosti te razvojem svijesti o našoj pripadnosti prostoru i zajednici.

U kontekstu univerzalne pristupačnosti najveći izazov nije samo financijski trošak, već učinkovitost i brzina izmjene dosadašnjih pristupa i regulacijskih okvira na lokalnoj i nacionalnoj razini, kao što su npr. dokumenti prostornog uređenja te ostali dokumenti jedinica lokalne i regionalne samouprave koji imaju odredbe o obvezi osiguranja pristupačnosti prostora i građevina osobama s invaliditetom u svim sektorima te jasni standardi pristupačnosti vezano uz medicinsku opremu na nacionalnoj razini. Značajna je uloga tehničke struke u poboljšanju pristupačnosti i unaprjeđenju kvalitete života osoba s invaliditetom (razmjena znanja, potreba i iskustva za istim stolom između OSI i tehničke struke). Važno je osnaživanje OSI njihovim uključivanjem u tehničke preglede građevina, ali i u procesu unaprjeđenja pristupačnosti u sustavu zdravstva.

ZAKLJUČAK

Uspostava mehanizama procjene i samoprocjene pristupačnosti sustava zdravstva OSI unaprijedit će kako neovisnost i kvalitetu življenja OSI tako i kvalitetu i učinkovitost sustava zdravstva (pružanje potrebama primjerenih zdravstvenih usluga). U procesu unaprjeđenja pristupačnosti sustava zdravstva OSI ključna je intersektorska suradnja. Uz zdravstvene djelatnike i OSI posebnu će ulogu imati tehnička struka i ostali sudionici u gradnji: investitori, projektanti, urbanisti, revizori, izvođači, nadzorni inženjer koji se nužno trebaju pridržavati Pravilnika i ostalih zakonskih dokumenata.

Analizom trendova možemo predvidjeti da će i u Hrvatskoj i u svijetu kontinuirano rasti broj OSI različitih kategorija pa je stoga nužno izraditi i staviti u primjenu alate i tehnologije samoprocjene pristupačnosti sustava zdravstva OSI kao i pripadajuće planove sanacije utvrđenog stanja. Unaprjeđenje pristupačnosti sustava zdravstva donijet će višestruku korist u prvom redu OSI i njihovim obiteljima kojima će sustav i usluge biti pristupačniji, ali i zdravstvenim djelatnicima koji će lakše i učinkovitije pružati skrb. Osnivačima i finančjerima zdravstvenog sustava uloženo će biti višestruko vraćeno povećanjem učinkovitosti i unaprjeđenjem kvalitete rada u sustavu zdravstva. I na kraju, vezano uz progresivan trend starenja populacije, svakako korist ima i šira zajednica, jer ovim pristupom sustav zdravstva prilagođavamo potrebama „najbrže rastuće“ populacijske skupine u Republici Hrvatskoj.

LITERATURA

- WHO. Izvješće o invaliditetu, 2011; [350 stranica]. Dostupno na URL adresi: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. Datum pristupa informaciji: 10. rujna 2017.
- Castro SS, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. Cad Saude Publica 2008; 24(8): 1773-82.
- Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom, 2006; [28 stranica]. Dostupno na URL adresi: http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf. Datum pristupa informaciji: 10. rujna 2017.
- Internetska stranica. Pravobraniteljica za osobe s invaliditetom; [10 ekrana/stranice]. Dostupno na URL adresi: http://posi.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=273&Itemid=165. Datum pristupa informaciji: 12. rujna 2017.
- WHO, Regional Office Europe, Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century, 2013; [190 stranica]. Dostupno na URL adresi: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf. Datum pristupa informaciji: 14. rujna 2017.

6. Merrel J, Cert T, Kinsella F, Murphy F, Philpin S, Ali A. Accessibility and equity of health and social care services: exploring the views and experiences of Bangladeshi carers in South Wales, UK. Health Soc Care Community 2006; 14(3): 197-205.

7. 20. Sajam zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem, Vinkovci, 15.-17. 04. 2016.: Sajamski vodič, zbornik radova i izvješća sa sajma, Vinkovci, Grad Vinkovci, 2016; 81-164.

8. Republika Hrvatska. Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine. Narodne novine 2007: 63. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_06_63_1962.html. Datum pristupa stranici:

9. Republika Hrvatska. Pravilnik o osiguranju pristupačnosti građevina osobama s invaliditetom i smanjene pokretljivosti. Narodne novine 2013: 78. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_78_1615.html. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

10. Hrvatska komora arhitekata i inženjera u graditeljstvu. Kodeks strukovne etike hrvatskih arhitekata i inženjera u graditeljstvu. Narodne novine 1999: 40. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/1999_04_40_814.html. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

11. Hrvatska komora arhitekata. Kodeks strukovne etike članova Hrvatske komore arhitekata. Narodne novine 2010: 93. Dostupno na URL adresi: <https://www.arhitekti-hka.hr/files/file/komora/akti/kodeks/Kodeks%20strukovne%20etike%20%C4%8Dlanova%20HKA.pdf>. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

12. Republika Hrvatska. Zakon o prostornom uređenju. Narodne novine 2013:153. i 2017:65. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_07_65_1494.html. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

13. Republika Hrvatska. Zakon o gradnji. Narodne novine 2013:153 i 2017:20. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_03_20_456.html. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

14. Republika Hrvatska. Pravilnik o prostornim standardima, urbanističko tehničkim uvjetima i normativima za sprečavanje stvaranja arhitektonsko-urbanističkih barijera. Narodne novine 1982:47. Dostupno na URL adresi: <http://www.propisi.hr/print.php?id=1335>. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

S U M M A R Y

PERSONS WITH DISABILITY – TEST OF THE HEALTH SYSTEM ACCESSIBILITY

S. ŠOGORIĆ, M. SANKOVIĆ¹, V. ŠTEFANČIĆ² and K. VITALE

University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb, ¹Vinkovci Department of Urban Planning, Construction and Environmental Protection, Vinkovci and ²Croatian Institute of Public Health, Division of Public Health, Zagreb, Croatia

Accessible construction is acceptable and represents direct investment in the infrastructure, as well in the healthcare system, while the infrastructure is used for more than 80 years. In many EU Member States, construction of accessible buildings has been supported by additional financial resources. Implementation of the framework for the quality of life improvement of persons with disabilities in the Republic of Croatia is in line with international standards. These include the principles of fundamental human rights, i.e. the principle of non-discrimination. In order to achieve this principle, it is necessary to provide access to healthcare system to persons with permanent or temporary disabilities and sensory, intellectual and psychosocial difficulties. Accessibility of the healthcare system includes both spatial availability and 'specialized' (medical services and equipment) availability within departments, health units and institutions, with the main goal to provide comprehensive healthcare service for people with disabilities. Very important is the role of stakeholders in the construction industry and intersectional co-operation. The first step in achieving accessible healthcare system for people with disabilities is to assess and define the level of accessibility of healthcare institutions. Therefore, it is necessary to develop the tools, techniques and technologies for assessment and subsequent evaluation in accordance with legal regulations, such as questionnaire for (self)assessment of the accessibility of healthcare institutions for persons with disabilities, and an IT program for data processing. This can lead to development of an action plan, i.e. framework for improvement of accessibility of healthcare institutions for persons with disabilities. As the ultimate result of the establishment of this process, the healthcare system will increase its accessibility to persons with disability and enhance their independence and quality of life. It will also improve the overall system quality and efficiency through provision of appropriate healthcare services.

Key words: accessibility, healthcare system, people with disabilities, healthy urban planning, universal design

PROCJENA REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA ŠKOLSKE DJECE U HRVATSKOJ ZA ŠKOLSKU GODINU 2015./2016.

IVA SORTA-BILAJAC TURINA^{1,2} i ĐULIJA MALATESTINIĆ^{1,2,3}

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, ²Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet i ³Upravni odjel za zdravstvo Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

Cilj: Prikazati učestalost korištenja zdravstvenih usluga, obuhvat zdravstvenim odgojem, te reproduktivni zdravstveni status školske djece u školskoj godini 2015./2016., po županijama, prema statističkim pokazateljima iz godišnjih izvješća Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Državnog zavoda za statistiku. **Metode:** Analizirani su: broj posjeta savjetovalištima službi školske medicine učenika osnovnih i srednjih škola u šk. g. 2015./2016.; broj posjeta zbog planiranja obitelji djelatnostima zdravstvene zaštite žena, po dobnim skupinama, u 2016.; broj učenika osnovnih i srednjih škola obuhvaćenih zdravstvenim odgojem u šk. g. 2015./2016.; broj pobačaja prema prebivalištu žene u 2016., te broj legalno induciranih pobačaja i živorodene djece prema dobnim skupinama za 2015. i 2016. godinu. Za izračun stopa korišteni su: podaci o broju učenika, broju žena fertилne dobi, broju roditelja, te broju živorodene djece. Izračunat je: broj posjeta savjetovalištima službi školske medicine na 1.000 učenika, ukupno i po temama, po županijama, za osnovnu i za srednju školu u šk. g. 2015./2016.; broj posjeta zbog planiranja obitelji u djelatnosti zdravstvene zaštite žena na 1.000 žena fertилne dobi, po dobnim skupinama, po županijama, u 2016.; broj osnovnoškolaca i srednjoškolaca obuhvaćenih zdravstvenim odgojem na 1.000 učenika, ukupno i po temama, po županijama, u šk. g. 2015./2016.; broj legalno induciranih pobačaja na 1.000 žena fertилne dobi, po županijama, za 2016.; te broj legalno induciranih pobačaja na jedno živorodeno dijete, na 100 roditelja, odnosno na 1.000 žena fertилne dobi, po dobnim skupinama, za 2015. i 2016. **Rezultati:** Učenici osnovnih škola su 19.653 puta potražili usluge savjetovališta, stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 60,57, najviša je bila u Virovitičko-podravskoj županiji (7,52). Savjet o reproduktivnom zdravlju potražili su 794 puta, stopa za Hrvatsku iznosila je 2,45, najviša je bila u Primorsko-goranskoj županiji (9,75). Srednjoškolci su 10 481 put potražili usluge savjetovališta, stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 63,05, najviša je bila u Brodsko-posavskoj županiji (1,88). Savjet o reproduktivnom zdravlju potražili su 644 puta, stopa za Hrvatsku iznosila je 3,87, najviša je bila u Ličko-senjskoj županiji (14,06). U djelatnostima zdravstvene zaštite žena među pacijenticama do 16 godina najviša stopa bila je u Sisačko-moslavačkoj županiji (1,88). U Varaždinskoj županiji ni jedna djevojka mlađa od 16 godina nije posjetila ginekologa zbog planiranja obitelji. U dobi 16-19 godina najviša stopa bila je u Virovitičko-podravskoj županiji (21,49), a najviša u Zadarskoj županiji (0,13). Broj osnovnoškolaca obuhvaćenih zdravstvenim odgojem iznosio je 149 768, stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 461,59, najviša je bila u Primorsko-goranskoj županiji (800,12). Broj srednjoškolaca obuhvaćenih zdravstvenim odgojem iznosio je 48 426, stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 291,32, najviša je bila u Primorsko-goranskoj županiji (554,50). Stopa legalno induciranih pobačaja na 1.000 žena fertилne dobi za Hrvatsku iznosila je 2,59, najviša je bila u Istarskoj (7,13), Međimurskoj (5,59), Varaždinskoj (5,67), Primorsko-goranskoj (4,56) i Ličko-senjskoj županiji (4,02). Stopa legalno induciranih pobačaja u 2016. na 100 roditelja do 19 godina iznosila je 16,84, dok je na 1.000 žena fertилne dobi do 19 godina iznosila 1,51. **Raspisava:** Kultura proaktivnog razmišljanja o vlastitom zdravlju nedovoljno je razvijena među školskom djecom (neujednačenost broja posjeta savjetovalištima, kao i posjeta djelatnostima zdravstvene zaštite žena), što dovodi do pobačaja i poroda, spolno prenosivih bolesti, pa i pojave novotvorina u populaciji do 19 godina. Ističe se potreba njihovog osnaživanja proaktivnim pristupom od strane sustava. Međutim, dosadašnje promicanje zdravstvenog odgoja značajno varira među županijama, te je, s obzirom na prikazane pokazatelje i dobivene rezultate, ili manjkavo ili zahtijeva promjenu metodologije. Mogući pravac budućeg djelovanja može biti jačanje ekstrakurikularnih aktivnosti kojima se unaprijeđuje reproduktivna zdravstvena pismenost školske djece. **Zaključak:** Navedeni podatci su podloga za razvoj intervencija unaprjeđenja zdravstvene pismenosti sinhronim pristupom stručnjaka iz područja zdravstva i školstva. Spolnost u 21. stoljeću ne smije biti tabu. Upravo zdravstvena pismenost mijenja zdravstveno ponašanje.

Ključne riječi: reproduktivno zdravlje, školska djeca, zdravstveni odgoj, zdravstvena pismenost, Hrvatska

Adresa za dopisivanje: Iva Sorta-Bilajac Turina, dr. med.
Nastavni zavod za javno zdravstvo
Primorsko-goranske županije
Krešimirova 52a
51 000 Rijeka, Hrvatska
E-pošta: sorta.iva@gmail.com

UVOD

U kontekstu definicije zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) kao stanja potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odstustva bolesti ili iznemoglosti, reproduktivno zdravljje odnosi se na sva područja vezana uz reproduktivni sustav i njegovo funkcioniranje u svim fazama života. Reproduktivno zdravljje podrazumijeva da su pojedinci u mogućnosti imati odgovoran, siguran i zadovoljavajući spolni život i sposobnost da imaju potomstvo, kao i slobodu da odluče hoće li ga imati, kada i koliko često. Naravno, reproduktivno zdravljje odnosi se i na bolesti, poremećaje i stanja koja utječu na funkcioniranje muškog i ženskog reproduktivnog sustava u svim fazama života. Posebnu pozornost treba obratiti pravu kako žena tako i muškaraca da budu informirani i imaju pristup sigurnim, učinkovitim, pristupačnim i prihvatljivim metodama regulacije plodnosti po svom izboru, te pravo pristupa odgovarajućim zdravstvenim uslugama koje će omogućiti ženama sigurnu trudnoću i porod i pružiti parovima najbolju šansu da dobiju zdravo dijete (1).

U prosincu 2016. godine SZO je iznijela najnovije (globalne) podatke o korištenju kontracepcije u adolescenata. Posebnu pozornost u ovom izvještaju treba usmjeriti na zemlje u razvoju. Oko 21 milijun djevojaka u dobi 15-19 godina u zemljama u razvoju zatrudni svake godine, a gotovo polovica tih trudnoća (49 %) je neželjena. Čak 38 milijuna djevojaka te dobi su u riziku od neželjene trudnoće i ne žele dijete u naredne dvije godine, ali samo 40 % koristi suvremene metode kontracepcije (2,3). U zemljama u razvoju navedenu problematiku dodatno opterećuju loši socio-ekonomski uvjeti, kulturološka obilježja poput ranih i ugovernenih brakova, pa do ekstremnih slučajeva tzv. „ženske kastracije“ i danas prisutne u nekim afričkim i azijskim zemljama (4). Iz navedenog se može zaključiti kako je briga o reproduktivnom zdravlju globalni problem.

Regionalni odbor Svjetske zdravstvene organizacije za Europu izradio je u rujnu 2016. godine „Akciski plan za spolno i reproduktivno zdravlje: ka ostvarivanju Programa za održivi razvoj 2030. u Europi – ne ostavljajući nikog iza sebe“, čija je namjera poboljšanje spolnog i reproduktivnog zdravlja u Europi. Akciski plan ističe važnost: omogućavanja donošenja informirane odluke o vlastitom spolnom i reproduktivnom zdravlju i osiguravanje poštivanja, zaštite i provođenja ljudskih prava; osiguravanja dostupnosti najviših mogućih standarda spolnog i reproduktivnog zdravlja i dobrobiti; jamčenja univerzalnog pristupa spolnom i reproduktivnom zdravlju i eliminaciju nejednakosti. Suradnja međunarodnih i nacionalnih partnera, nadležnih ministarstava i nevladinog sektora ključni su za uspješnu provedbu Akcijskog plana (5).

Zdravstvena zaštita u Hrvatskoj osmišljena je i organizirana prema principima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog, odnosno specijaliziranog pristupa, a zagarantirana je već Ustavom RH (6), čije se opće odrednice zdravlja detaljno razrađuju u brojnim zakonskim i podzakonskim aktima, u prvom redu Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (7). Reproduktivno zdravljje, kao jedno od područja koja Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova RH prati, obuhvaća slobodan pristup zakonski zajamčenom pravu na legalno inducirani prekid trudnoće, slobodan pristup kontracepcijskim sredstvima, pravo na informaciju i zdravstveno siguran porod rodilja u zdravstvenim ustanovama i podršku na porođaju od strane životnih partnera ili bliskih osoba (8).

Znanstveni i stručni radovi već dugi niz godina pokazuju da uspješne zdravstvene politike (ovdje se misli na *policy*, a sintagma se koristi u nedostatku boljeg prijevoda) moraju holistički pristupati pojedincu i zajednici i promatrati ih u njihovoj biološkoj i kulturološkoj ukupnosti. Tako su, primjerice, Dahlgren i Whithead još početkom 90-tih isticali da čimbenici koji sačinjavaju nečiji životni stil uvelike ovise o socijalnim, okolišnim i radnim uvjetima, te da nečiji zdravstveni status ne ovisi isključivo o individualnom izboru, već je posljedica uvjeta u kojima je pojedinac rođen, odraстао, živi, radi i stari (9).

U ovom će se radu procijeniti zdravstveni status, odnosno reproduktivno zdravljje školske djece u Hrvatskoj. Dobiveni podaci su upravo posljedica zdravstvenih i obrazovnih uvjeta koji direktno ili indirektno utječu na njihovo reproduktivno zdravljje. Jedan od načina suočavanja s aktualnom situacijom jest unaprjeđenje zdravstvene pismenosti djece i mladih.

CILJ RADA

Cilj ovog rada bio je prikazati učestalost korištenja odabranih zdravstvenih usluga koje se odnose na reproduktivno zdravljje školske djece u Hrvatskoj, te njihov obuhvat zdravstvenim odgojem za 2015./2016. šk.g. po županijama, kao i njihov zdravstveni status, koristeći statističke pokazatelje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Državnog zavoda za statistiku, koji su javno dostupni u godišnjim izvješćima ovih ustanova.

METODE RADA

Analizirani su odabrani statistički pokazatelji o: korištenju zdravstvenih usluga (kao što su savjetovališta u djelatnosti zdravstvene zaštite školske djece, mladeži i

studenata, te ordinacije i ustanove u djelatnosti zdravstvene zaštite žena); obuhvatu školske djece zdravstvenim odgojem (koji provode službe školske i sveučilišne medicine županijskih zavoda za javno zdravstvo); te o statusu njihova reproduktivnog zdravlja, dostupni u „Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2016. godinu“ Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i „Vitalnoj statistici“ Državnog zavoda za statistiku.

Oni su: broj posjeta savjetovalištima službi školske medicine učenika osnovnih, odnosno srednjih škola u šk. g. 2015./2016.; broj posjeta zbog planiranja obitelji ordinacijama i ustanovama u djelatnostima zdravstvene zaštite žena s ugovorom s HZZO-om i bez ugovora, po dobnim skupinama, u 2016.; broj učenika osnovnih odnosno srednjih škola obuhvaćenih zdravstvenim odgojem u šk. g. 2015./2016.; broj pobačaja prema prebivalištu žene u 2016.; te broj legalno induciranih pobačaja i živorodene djece prema dobnim skupinama za 2015. i 2016. godinu.

Za izračun stopa korišteni su i podatci o broju učenika, broju žena fertilne dobi, broju roditelja, te broju živorodene djece, po županijama, dostupni u „Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2016. godinu“, „Vitalnoj statistici“ i „Popisu stanovništva u Hrvatskoj 2011.“.

Koristeći navedene podatke izračunat je i prikazan: broj posjeta na 1.000 učenika savjetovalištima službi školske medicine, ukupno i po temama, po županijama, za osnovnu i za srednju školu u šk. g. 2015./2016.; broj posjeta zbog planiranja obitelji na 1.000 žena fertilne dobi u zdravstvenim ustanovama i ordinacijama djelatnosti zdravstvene zaštite žena s ugovorom i bez ugovora s HZZO-om, po dobnim skupinama, po županijama, u 2016.; broj učenika obuhvaćenih zdravstvenim odgojem na 1.000 učenika, ukupno i po temama, po županijama, u šk. g. 2015./2016.; broj legalno induciranih pobačaja na 1.000 žena fertilne dobi, po županijama, za 2016.; te broj legalno induciranih pobačaja na jedno živorodeno dijete, na 100 roditelja, odnosno na 1.000 žena fertilne dobi, po dobnim skupinama, za 2015. i 2016. godinu.

REZULTATI

U Hrvatskoj je 2015./2016. školske godine osnovnu školu pohađalo 324 460, a srednju 131 337 djece, ukupno 455 797 djece. Učenici osnovnih škola posjetili su timove školske i sveučilišne medicine 19 653 puta kako bi potražili usluge savjetovališta (stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 60,57). Po županijama, stopa je bila najviša u Šibensko-kninskoj (157,75), a najniža u Virovitičko-podravskoj županiji (7,52). Savjet o re-

produktivnom zdravlju potražili su 794 puta (stopa za Hrvatsku iznosila je 2,45), pri čemu je stopa bila najviša u Primorsko-goranskoj (9,75), Šibensko-kninskoj (7,11) i Vukovarsko-srijemskoj županiji (6,24). U Bjelovarsko-bilogorskoj i Požeško-slavonskoj županiji nijedno dijete nije bilo obuhvaćeno savjetovanjem o reproduktivnom zdravlju, dok je stopa za Varaždinsku i Istarsku županiju iznosila 0,07, odnosno 0,08 za Brodsko-posavsku. Rezultati su prikazani u tablici 1. Srednjoškolci su 10.481 put potražili usluge savjetovališta (stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 63,05). Po županijama, stopa je bila najviša u Šibensko-kninskoj (191,42), a najniža u Brodsko-posavskoj županiji (1,88). Savjet o reproduktivnom zdravlju potražili su 644 puta (stopa za Hrvatsku iznosila je 3,87). Stopa je bila najviša u Ličko-senjskoj (14,06), Primorsko-goranskoj (12,54) i Šibensko-kninskoj županiji (10,26). U Bjelovarsko-bilogorskoj županiji ni jedno dijete nije bilo obuhvaćeno savjetovanjem o reproduktivnom zdravlju, dok je za Varaždinsku i Dubrovačko-neretvansku županiju stopa iznosila 0,39 (tablica 2).

U djelatnostima zdravstvene zaštite žena 2016. je godine 621 685 žena koristilo zdravstvenu zaštitu. Ostvareno je ukupno 1.917.623 posjeta, od toga 118 569 posjeta zbog planiranja obitelji (stopa na 1.000 žena fertilne dobi za Hrvatsku iznosila je 121,87). Većina žena svih dobnih skupina češće se odlučivala za ordinacije koje imaju ostvaren ugovor s HZZO-om (107 594 naspram 10 975 posjeta). U djelatnostima s ugovorom s HZZO-om među pacijenticama do 16 godina najviša stopa izračunata je za Sisačko-moslavačku (1,88), odnosno Virovitičko-podravsku županiju (1,00). U Varaždinskoj županiji nijedna djevojka mlađa od 16 godina nije posjetila ginekologa zbog planiranja obitelji, dok je stopa za Vukovarsko-srijemsku županiju iznosila 0,02, a za Grad Zagreb, Brodsko-posavsku, Zadarsku i Osječko-baranjsku županiju iznosila je 0,03. U dobnom kontingentu 16-19 godina najviša stopa izračunata je za Virovitičko-podravsku (21,49), Sisačko-moslavačku (15,70), te za Međimursku županiju (14,98). Stopa je bila najniža u Zadarskoj županiji (0,13). U djelatnostima bez ugovora s HZZO-om najviša stopa do 16 godina bila je u Krapinsko-zagorskoj (1,33) i Bjelovarsko-bilogorskoj županiji (1,13). Za dob 16-19 godina stopa je bila najviša u Bjelovarsko-bilogorskoj (5,16) i Osječko-baranjskoj županiji (3,68). Rezultati su prikazani u tablici 3.

Tablica 1. Posjeti savjetovalištima učenika osnovnih škola u šk. g. 2015./2016. po županijama.

Županija		Savjetovalište - Osnovne škole																		
		Ukupan broj učenika u OS*	Problemi učenja	Broj posjeta na 1.000 učenika	Rizično ponasanje	Broj posjeta na 1.000 učenika	Mentalno zdravlje	Broj posjeta na 1.000 učenika	Reprodukтивno zdravlje	Broj posjeta na 1.000 učenika	Kronične bolesti	Broj posjeta na 1.000 učenika	Skrb o učenicima s ometom u psihikom razvoju	Broj posjeta na 1.000 učenika	Savjetovanje o adaptiranju budućeg zanimanja	Broj posjeta na 1.000 učenika	Ukupno	Ukupan broj posjeti na 1.000 učenika		
Hrvatska		324.460	3.203	9,87	389	1,20	1.492	4,60	794	2,45	2.960	9,12	6.861	21,15	532	1,64	3.422	10,55	19.653	60,57
Grad Zagreb		59.940	1.144	19,09	118	1,97	517	8,63	162	2,70	1.015	16,93	990	16,52	196	3,27	887	14,80	5.029	83,90
Zagrebačka		25.712	316	12,29	47	1,83	173	6,73	28	1,09	155	6,03	409	15,91	18	0,70	31	1,21	1.177	45,78
Krapinsko-zagorska		9.863	42	4,26	5	0,51	3	0,30	5	0,51	18	1,83	137	13,89	19	1,93	76	7,71	305	30,92
Sisačko-moslavačka		11.859	55	4,64	20	1,69	29	2,45	15	1,26	41	3,46	59	4,98	3	0,25	155	13,07	377	31,79
Karlovачka		8.729	186	21,31	9	1,03	6	0,69	7	0,80	61	6,99	360	41,24	5	0,57	157	17,99	791	90,62
Varaždinska		13.935	17	1,22	2	0,14	31	2,22	1	0,07	9	0,65	127	9,11	3	0,22	62	4,45	252	18,08
Koprivničko-križevačka		8.956	74	8,26	8	0,89	9	1,00	15	1,67	83	9,27	62	6,92	2	0,22	95	10,61	348	38,86
Bjelovarsko-bilogorska		9.031	61	6,75	4	0,44	4	0,44	0	0,00	4	0,44	153	16,94	2	0,22	9	1,00	237	26,24
Primorsko-goranska		18.976	544	28,67	32	1,69	291	15,34	185	9,75	158	8,33	852	44,90	63	3,32	216	11,38	2.341	123,37
Ličko-senjska		3.398	7	2,06	2	0,59	10	2,94	15	4,41	90	26,49	151	44,44	1	0,29	17	5,00	293	86,23
Virovitičko-podravska		6.382	4	0,63	8	1,25	4	0,63	9	1,41	7	1,10	10	1,57	2	0,31	4	0,63	48	7,52
Požeško-slavonska		6.055	22	3,63	2	0,33	0	0,00	0	0,00	62	10,24	103	17,01	0	0,00	0	0,00	189	31,21
Brodsko-posavska		12.791	0	0,00	2	0,16	7	0,55	1	0,08	0	0,00	2	0,16	0	0,00	291	22,75	303	23,69
Zadarska		13.515	183	13,54	32	2,37	74	5,48	45	3,33	327	24,20	650	48,09	27	2,00	208	15,39	1.546	114,39
Osječko-baranjska		22.630	112	4,95	32	1,41	92	4,07	48	2,12	172	7,60	409	18,07	5	0,22	301	13,30	1.171	51,75
Šibensko-kninska		7.309	56	7,66	4	0,55	20	2,74	52	7,11	165	22,57	725	99,19	5	0,68	126	17,24	1.153	157,75
Vukovarsko-srijemska		14.268	28	1,96	7	0,49	3	0,21	89	6,24	138	9,67	115	8,06	34	2,38	55	3,85	469	32,87
Splitsko-dalmatinska		37.333	328	8,79	23	0,62	130	3,48	107	2,87	243	6,51	1.216	32,57	115	3,08	525	14,06	2.687	71,97
Istarska		14.622	4	0,27	3	0,21	5	0,34	1	0,07	35	2,39	111	7,59	19	1,30	166	11,35	344	23,53
Dubrovačko-neretvanska		9.399	0	0,00	11	1,17	2	0,21	7	0,74	139	14,79	52	5,53	10	1,06	12	1,28	233	24,79
Međimurska		9.757	20	2,05	18	1,84	82	8,40	2	0,20	38	3,89	168	17,22	3	0,31	29	2,97	360	36,90

* Broj djece prema izvještima službi za školsku medicinu.
Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu

Tablica 2. Posjeti savjetovalištima učenika srednjih škola u šk. g. 2015./2016. po županijama.

Županija	Ukupan broj učenika u ŠŠ*	Problemi učenja	Rizigino ponasanje	Broj posjeta na 1.000 učenika	Broj posjeta na 1.000 učenika	Kronične bolesti	Broj posjeta na 1.000 učenika	Dnevna vrijednost učenika i dravlje	Broj posjeta na 1.000 učenika ili fizičkom razvoju	Savjetovanje učenika o odabiru budućeg zanimanja	Broj posjeta na 1.000 učenika	Ukupno posjeti na 1.000 učenika	Ukupan broj posjeti na 1.000 učenika						
Hrvatska	131.337	599	3.60	286	1,72	672	4,04	644	3,87	1.145	6,89	6.861	41.27	86	0,52	188	1,13	10.481	63,05
Grad Zagreb	27.395	192	5,40	22	0,62	222	6,24	179	5,03	438	12,31	990	27,83	54	1,52	28	0,79	2.125	59,73
Zagrebačka	5.793	16	2,30	3	0,43	37	5,31	24	3,44	62	8,90	409	58,69	0	0,00	3	0,43	554	79,49
Krapinsko-zagorska	4.273	4	0,75	1	0,19	3	0,56	5	0,94	11	2,07	137	25,80	4	0,75	2	0,38	167	31,44
Sisačko-moslavačka	3.926	9	1,85	16	3,29	16	3,29	3	0,62	23	4,73	59	12,13	0	0,00	43	8,84	169	34,76
Karlovачka	3.619	8	1,77	1	0,22	9	1,99	4	0,89	22	4,87	360	79,75	0	0,00	3	0,66	407	90,16
Varaždinska	6.105	3	0,39	1	0,13	8	1,04	3	0,39	8	1,04	127	16,48	1	0,13	2	0,26	153	19,86
Koprivničko-križevačka	3.661	4	0,88	7	1,54	7	1,54	30	6,60	41	9,02	62	13,64	1	0,22	1	0,22	153	33,65
Bjelovarsko-bilogorska	4.103	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	153	30,60	0	0,00	20	4,00	173	34,60
Primorsko-goranska	7.804	69	6,98	9	0,91	89	9,00	124	12,54	80	8,09	852	86,15	8	0,81	9	0,91	1.240	125,38
Ličko-senjska	1.192	7	4,69	0	0,00	3	2,01	21	14,06	13	8,70	151	101,07	0	0,00	0	0,00	195	130,52
Virovitičko-podravska	2.705	0	0,00	2	0,60	0	0,00	4	1,19	5	1,49	10	2,98	2	0,60	1	0,30	24	7,15
Požeško-slavonska	2.659	11	3,18	1	0,29	1	0,29	4	1,16	5	1,44	103	29,76	1	0,29	0	0,00	126	36,41
Biogradsko-posavska	5.254	1	0,16	0	0,00	1	0,16	7	1,09	1	0,16	2	0,31	0	0,00	0	0,00	12	1,88
Zadarska	5.591	45	6,33	19	2,67	46	6,48	38	5,35	49	6,90	650	91,50	2	0,28	28	3,94	877	123,45
Osječko-baranjska	9.891	71	5,70	43	3,45	54	4,34	50	4,02	136	10,92	409	32,85	0	0,00	17	1,37	780	62,66
Šibensko-kninska	3.372	6	1,40	0	0,00	5	1,17	44	10,26	36	8,39	725	169,94	0	0,00	5	1,17	821	191,42
Vukovarsko-srijemska	5.859	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,54	3	0,40	115	15,38	0	0,00	0	0,00	122	16,32
Splitско-dalmatinska	15.548	131	6,58	12	0,60	37	1,86	75	3,77	107	5,38	1.216	61,11	10	0,50	21	1,06	1.609	80,87
Istarska	5.333	4	0,59	17	2,52	24	3,56	7	1,04	40	5,93	111	16,45	2	0,30	4	0,59	209	30,97
Dubrovačko-neretvanska	3.932	1	0,20	7	1,38	7	1,38	2	0,39	16	3,15	52	10,25	0	0,00	0	0,00	85	16,75
Međimurska	3.322	17	4,14	125	30,41	103	25,06	16	3,89	49	11,92	168	40,88	1	0,24	1	0,24	480	116,79

* Broj djece prema izvještima službi za školsku medicinu.
Izvor: Hrvatski zavarstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu

Tablica 3. Posjeti zbor planiranja obitelji u djelatnosti zdravstvene zaštite žena u 2016. godini po županijama - zdravstvene ustanove i ordinacije sa i bez ugovora s HZZO-om.

I. Sorta-Bilajac Turina, Đ. Malatestinić
 Procjena reproduktivnog zdravila školske djece u Hrvatskoj za školsku godinu 2015./2016.
 Acta Med Croatica, 72 (2018) 207-220

Županija	Zdravstvene ustanove i ordinacije s ugovorom s HZZO-om										Zdravstvene ustanove i ordinacije bez ugovora s HZZO-om												
	Posjeti zbor planiranja obitelji					Dob žena					Posjeti zbor planiranja obitelji					Dob žena							
	Dob žena		Adolescentice		Ostala dob	Dob žena		Adolescentice		Ostala dob	Dob žena		Adolescentice		Ostala dob	Dob žena		Adolescentice		Ostala dob			
Hrvatska	1.677.980	561.050	1.803.587	205	0,21	6.310	6,49	101.079	103,89	107.594	110,59	60.635	114.036	75	0,08	684	0,70	10.216	10,50	10.975	11,28	118.569	121,87
Grad Zagreb	368.194	122.312	399.516	6	0,03	1.094	5,70	22.376	116,63	23.476	122,37	17.717	27.872	0	0,00	101	0,53	2.115	11,02	2.216	11,55	25.692	133,92
Zagrebačka	120.606	48.880	148.022	22	0,30	775	10,55	9.577	130,43	10.374	141,28	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	10.374	141,28
Krapinsko-zagorska	43.440	17.283	65.291	7	0,23	225	7,48	3.346	111,22	3.578	118,93	3.846	4.378	40	1,33	45	1,50	173	5,75	258	8,58	3.836	127,51
Sisacko-moslavačka	71.029	23.069	76.269	69	1,88	575	15,70	8.816	240,68	9.460	258,27	520	537	0	0,00	0	0,00	4	0,11	4	0,11	9.464	258,37
Karlovačka	55.313	18.181	64.959	6	0,22	306	11,20	2.905	106,31	3.217	117,73	277	946	0	0,00	12	0,44	59	2,16	71	2,60	3.288	120,32
Varaždinska	64.719	20.398	71.741	0	0,00	123	3,06	2.624	65,30	2.747	68,36	481	1.300	0	0,00	1	0,02	24	0,60	25	0,62	2.772	68,98
Koprivničko-križevačka	42.971	16.367	45.654	19	0,74	298	11,56	3.664	142,15	3.981	154,45	840	1.061	0	0,00	21	0,81	88	3,41	109	4,23	4.090	158,68
Bjelovarsko-bilogorska	47.853	14.133	46.518	6	0,23	306	11,88	4.451	172,79	4.763	184,91	5.702	7.081	29	1,13	133	5,16	1918	74,46	2.080	80,75	6.843	265,65
Primorsko-goranska	130.710	40.336	112.816	12	0,18	440	6,71	6.908	105,30	7.360	112,19	3.344	10.446	0	0,00	21	0,32	1066	16,25	1.087	16,57	8.447	128,76
Ličko-senjska	17.357	5.843	20.993	1	0,10	43	4,33	898	90,34	942	94,77	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	942	94,77
Virovitičko-podravska	33.864	11.761	38.503	19	1,00	410	21,49	6.629	347,47	7.058	369,95	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	7.058	369,95
Požeško-slavonska	26.433	6.698	23.062	4	0,23	53	3,07	1519	87,93	1.576	91,23	/	/	/	/	/	/	/	/	/	1.576	91,23	
Brodsko-posavска	64.687	17.029	54.920	1	0,03	125	3,54	3.499	99,01	3.625	102,57	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	3.625	102,57
Zadarska	55.539	18.695	74.335	1	0,03	5	0,13	875	23,24	881	23,40	6.412	12.373	0	0,00	36	0,96	117	3,11	153	4,06	1034	27,46
Osječko-baranjska	78.761	25.107	78.915	2	0,03	347	4,95	5.350	83,47	6.199	88,45	15.625	41.083	6	0,09	258	3,68	4.374	62,41	4.638	66,18	10.637	154,63
Šibensko-kninska	36.422	12.061	39.155	3	0,13	31	1,38	211	9,43	245	10,94	767	30	/	/	/	/	/	/	/	/	245	10,94
Vukovarsko-srijemska	62.337	21.091	62.831	1	0,02	86	2,14	1261	31,42	1.348	33,59	/	/	/	/	/	/	/	/	/	1.348	33,59	
Splitско-dalmatinska	173.960	56.095	181.424	10	0,10	299	2,87	7.058	67,85	7.367	70,82	/	/	/	/	/	/	/	/	/	7.367	70,82	
Istarska	91.183	34.472	94.470	8	0,17	279	5,97	4.800	102,71	5.087	108,85	3.941	5.636	0	0,00	42	0,90	214	4,58	256	5,48	5.343	114,33
Dubrovačko-neretvanska	51.043	14.499	49.039	4	0,15	96	3,51	701	25,63	801	29,28	1.163	1.293	0	0,00	14	0,51	64	2,34	78	2,85	879	32,13
Međimurska	41.559	16.150	55.154	4	0,15	394	14,98	3.111	118,28	3.509	133,41	/	/	/	/	/	/	/	/	/	3.509	133,41	

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu

Sveukupno 198 194 (43,48 %) učenika je u šk. g. 2015./2016. na nacionalnoj razini bilo obuhvaćeno zdravstvenim odgojem. Temama reproduktivnog zdravlja bilo je obuhvaćeno 94 759 (20,79 %). Broj učenika obuhvaćenih zdravstvenim odgojem u osnovnim školama iznosio je 149 768 (46,16 %) (stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 461,59). Stopa je bila najviša u Primorsko-goranskoj županiji (800,12), a najniža u Bjelovarsko-bilogorskoj (161,22). Temama o promjenama povezanim s pubertetom i higijenom bilo je obuhvaćeno ukupno 56 315 učenika (stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 173,57). Stopa obuhvaćenosti bila je najviša u Krapinsko-zagorskoj (225,08), Dubrovačko-neretvanskoj (225,02) i Zadarskoj županiji (218,87). Najniža je bila u Bjelovarsko-bilogorskoj (0,22) i Virovitičko-podravskoj županiji (10,03). Rezultati su prikazani u tablici 4. Broj učenika obuhvaćenih zdravstvenim odgojem u srednjim školama iznosio je 48 426 (36,87 %) (stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 291,32). Stopa je bila

najviša u Primorsko-goranskoj županiji (554,50), a najniža u Koprivničko-križevačkoj (20,67), dok u Bjelovarsko-bilogorskoj i Brodsko-posavskoj županiji ni jedan srednjoškolac nije bio obuhvaćen zdravstvenim odgojem. Temama o zaštiti reproduktivnog zdravlja bilo je obuhvaćeno ukupno 12.822 učenika (stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 77,14). Stopa obuhvaćenosti bila je najviša u Šibensko-kninskoj županiji (168,34), dok u Sisačko-moslavačkoj, Bjelovarsko-bilogorskoj, Virovitičko-podravskoj, Brodsko-posavskoj i Vukovarsko-srijemskoj županiji nije dan srednjoškolac nije bio obuhvaćen ovim temama. Temama o utjecaju spolno-prenosivih bolesti bilo je obuhvaćeno 25 622 učenika (stopa na 1.000 učenika za Hrvatsku iznosila je 154,14). Stopa obuhvata bila je najviša u Međimurskoj županiji (235,28), dok u Koprivničko-križevačkoj, Bjelovarsko-bilogorskoj, Virovitičko-podravskoj i Brodsko-posavskoj županiji ovim temama u sklopu zdravstvenog odgoja nije bio obuhvaćen ni jedan srednjoškolac (tablica 5).

Tablica 4. Broj učenika i ostalih obuhvaćenih zdravstvenim odgojem u osnovnoj školi u šk. g. 2015./2016. po županijama.

Županija	Ukupan broj učenika u OŠ*	Osnovna škola											Ukupno
		Pravilno pranje zuba	Broj obuhvaćen zdr. odgojem na 1.000 učenika	Skrivene kalorije	Broj obuhvaćen zdr. odgojem na 1.000 učenika	Pronjene vezane uz pubertet i higijenu	Broj obuhvaćen zdr. odgojem na 1.000 učenika	Ostale teme	Broj obuhvaćen zdr. odgojem na 1.000 učenika	Ukupno učenici	Ukupan broj obuhvaćen zdr. odgojem na 1.000 učenika	Za roditelje/ staratelje	
Hrvatska	324.460	28.522	87,91	28.041	86,42	56.315	173,57	36.890	113,70	149.768	461,59	12.321	162.089
Grad Zagreb	59.940	5.968	99,57	6.282	104,80	11.898	198,50	4.487	74,86	28.635	477,73	3.832	32.467
Zagrebačka	25.712	2.330	90,62	2.730	106,18	4.594	178,67	3.015	117,26	12.669	492,73	1.347	14.016
Krapinsko-zagorska	9.863	1.105	112,03	1.080	109,50	2.220	225,08	867	87,90	5.272	534,52	0	5.272
Sisačko-moslavačka	11.859	900	75,89	691	58,27	1.386	116,87	745	62,82	3722	313,85	0	3.722
Karlovačka	8.729	663	75,95	566	64,84	1.713	196,24	43	4,93	2985	341,96	1	2.986
Varaždinska	13.935	1.049	75,28	1.193	85,61	2.483	178,18	217	15,57	4.942	354,65	54	4.996
Koprivničko-križevačka	8.956	661	73,81	209	23,34	878	98,03	1.357	151,52	3105	346,69	13	3.118
Bjelovarsko-bilogorska	9.031	553	61,23	140	15,50	2	0,22	761	84,27	1456	161,22	0	1.456
Primorsko-goranska	18.976	2.019	106,40	1.979	104,29	3.403	179,33	7.782	410,10	15.183	800,12	2.387	17.570
Ličko-senjska	3.398	223	65,63	179	52,68	385	113,30	235	69,16	1022	300,77	0	1.022
Virovitičko-podravska	6.382	516	80,85	238	37,29	64	10,03	279	43,72	1097	171,89	96	1.193
Požeško-slavonska	6.055	0	0,00	0	0,00	647	106,85	767	126,67	1414	233,53	0	1.414
Brodsko-posavska	12.791	406	31,74	237	18,53	1.531	119,69	290	22,67	2464	192,64	0	2.464
Zadarska	13.515	1.490	110,25	1.426	105,51	2.958	218,87	811	60,01	6.685	494,64	610	7.295
Osječko-baranjska	22.630	2.110	93,24	2.067	91,34	4.540	200,62	947	41,85	9.664	427,04	0	9.664
Šibensko-kninska	7.309	962	131,62	842	115,20	1.473	201,53	1.519	207,83	4796	656,18	571	5.367
Vukovarsko-srijemska	14.268	269	18,85	1.359	95,25	3.037	212,85	0	0,00	4665	326,96	73	4.738
Splitsko-dalmatinska	37.333	3.659	98,01	3.555	95,22	7.801	208,96	7.760	207,86	22.775	610,05	2.416	25.191
Istarska	14.622	1.632	111,61	1.389	94,99	2.242	153,33	1.533	104,84	6.796	464,78	130	6.926
Dubrovačko-neretvanska	9.399	998	106,18	969	103,10	2.115	225,02	2.151	228,85	6233	663,16	0	6.233
Međimurska	9.757	1.009	103,41	910	93,27	945	96,85	1.324	135,70	4.188	429,23	791	4.979

* Broj djece prema izvješćima službi za školsku medicinu.

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu

Tablica 5. Broj učenika i ostalih obuhvaćenih zdravstvenim odgojem u srednjoj školi u šk. g. 2015./2016. po županijama.

Županija	Ukupan broj učenika u ŠŠ*	Srednja škola									
		Zaštita reproduktivnog zdravlja	Broj obuhvaćen zdr. odgojem na 1.000 učenika	Ulijecaj spolno prenosivih bolesti	Broj obuhvaćen zdr. odgojem na 1.000 učenika	Ostale teme	Broj obuhvaćen zdr. odgojem na 1.000 učenika	Ukupno učenici	Ukupan broj obuhvaćen zdr. odgojem na 1.000 učenika	Za roditelje/starejše	Ukupno
Hrvatska	131.337	12.822	77,14	25.622	154,14	9.982	60,05	48.426	291,32	7.426	55.852
Grad Zagreb	27.395	4.858	136,55	6.465	181,72	1.778	49,98	13.101	368,24	3.252	16.353
Zagrebačka	5.793	379	54,38	1.278	183,38	296	42,47	1953	280,24	107	2.060
Krapinsko-zagorska	4.273	845	159,10	1.029	193,75	489	92,07	2363	444,93	347	2.710
Sisačko-moslavačka	3.926	0	/	255	52,45	19	3,91	274	56,36	0	274
Karlovačka	3.619	2	0,44	836	185,20	1	0,22	839	185,87	0	839
Varaždinska	6.105	140	18,17	427	55,42	43	5,58	610	79,17	0	610
Koprivničko-križevačka	3.661	94	20,67	0	/	0	/	94	20,67	0	94
Bjelovarsko-bilogorska	4.103	0	/	0	/	0	/	0	/	0	0
Primorsko-goranska	7.804	1.319	133,37	2.083	210,62	2.082	210,52	5.484	554,50	874	6.358
Ličko-senjska	1.192	203	135,88	293	196,12	1	0,67	497	332,66	0	497
Virovitičko-podravska	2.705	0	/	0	/	882	262,73	882	262,73	100	982
Požeško-slavonska	2.659	141	40,74	498	143,89	230	66,45	869	251,08	0	869
Brodsko-posavska	5.254	0	/	0	/	0	/	0	/	0	0
Zadarska	5.591	162	22,80	986	138,80	64	9,01	1212	170,61	23	1.235
Osječko-baranjska	9.891	1.788	143,63	2.389	191,90	267	21,45	4.444	356,98	759	5.203
Šibensko-kninska	3.372	722	168,34	953	222,20	419	97,69	2094	488,23	0	2.094
Vukovarsko-srijemska	5.859	0	/	1.022	136,70	21	2,81	1043	139,51	1	1.044
Splitsko-dalmatinska	15.548	1.823	91,62	4.230	212,59	2.246	112,88	8.299	417,10	615	8.914
Istarska	5.333	20	2,96	845	125,22	239	35,42	1104	163,60	0	1.104
Dubrovačko-neretvanska	3.932	242	47,68	1.066	210,05	0	/	1308	257,73	0	1.308
Međimurska	3.322	84	20,44	967	235,28	905	220,19	1956	475,91	1.348	3.304

* Broj djece prema izvješćima službi za školsku medicinu.

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu

U Hrvatskoj je prošle godine učinjeno ukupno 6.904 prekida trudnoće. Od toga je 2.520 (36,50 %) bilo legalno induciranih, pri čemu je stopa na 1.000 žena fertилne dobi za Hrvatsku iznosila 2,59. Usporedbom po županijama stopa je bila najviša u Istarskoj (7,13), Međimurskoj (5,59), Varaždinskoj (5,67), Primorsko-goranskoj (4,56) i Ličko-senjskoj županiji (4,02). Rezultati su prikazani u tablici 6.

U 2015. godini učinjeno je 226 legalno induciranih pobačaja u dobnoj skupini do 19 godina, što predstavlja 7,53 % od ukupnog broja legalno induciranih pobačaja u svim dobnim skupinama (N=3.002). Od toga su se dva odnosila na djevojke mlađe od 15 godina (0,07 %). U navedenoj dobnoj skupini rođeno je 1.121 dijete što čini 2,99 % od ukupnog broja živorođene djece u Hrvatskoj (N=37 503). Od toga je petoro rođeno od majki mlađih od 15 godina (0,01 %). Među njima je stopa pobačaja na 1 živorođeno dijete

te dobne skupine iznosila 0,40, dok je na ukupan broj rođilja u dobnoj skupini iznosila 0,50. U 2016. godini je u dobnoj skupini do 19 godina učinjeno 180 legalno induciranih pobačaja, što je 7,14 % od ukupnog broja legalno induciranih pobačaja u svim dobnim skupinama (N=2.520). Rođeno je 1.086 djece, što je 2,89 % od ukupnog broja živorođene djece u Hrvatskoj. Od toga je petoro rođeno od majki mlađih od 15 godina (0,01 %). Rezultati su prikazani u tablici 7.

Tablica 6. Prekidi trudnoće prema prebivalištu žene za 2016. godinu.*

Županija prebivališta	Spontani	%	Legalno inducirani	%	Ostali	%	Ukupno	Broj legalno induciranih pobačaja na 1.000 žena fertilne dobi
Ukupno	944	13,67	2.520	36,50	3.440	49,83	6.904	2,59
Grad Zagreb	103	11,27	172	18,82	639	69,91	914	0,90
Zagrebačka	34	11,07	75	24,43	198	64,50	307	1,02
Krapinsko-zagorska	22	8,37	102	38,78	139	52,85	263	3,39
Sisačko-moslavačka	44	12,57	140	40,00	166	47,43	350	3,82
Karlovačka	34	22,97	44	29,73	70	47,30	148	1,61
Varaždinska	52	12,78	228	56,02	127	31,20	407	5,67
Koprivničko-križevačka	20	10,15	93	47,21	84	42,64	197	3,61
Bjelovarsko-bilogorska	46	25,41	66	36,46	69	38,12	181	2,56
Primorsko-goranska	63	12,55	299	59,56	140	27,89	502	4,56
Ličko-senjska	12	13,48	40	44,94	37	41,57	89	4,02
Virovitičko-podravska	26	16,15	65	40,37	70	43,48	161	3,41
Požeško-slavonska	6	10,34	17	29,31	35	60,34	58	0,98
Brodsko-posavska	48	29,27	20	12,20	96	58,54	164	0,57
Zadarska	42	11,57	117	32,23	204	56,20	363	3,11
Osječko-baranjska	67	12,96	246	47,58	204	39,46	517	3,51
Šibensko-kninska	20	16,95	52	44,07	46	38,98	118	2,32
Vukovarsko-srijemska	42	20,69	69	33,99	92	45,32	203	1,72
Splitsko-dalmatinska	108	19,12	100	17,70	357	63,19	565	0,96
Istarska	49	7,97	333	54,15	233	37,89	615	7,13
Dubrovačko-neretvanska	27	16,88	15	9,38	118	73,75	160	0,55
Međimurska	55	16,98	147	45,37	122	37,65	324	5,59
Stranci	21	28,38	15	20,27	38	51,35	74	0,02
Nepoznato	3	1,34	65	29,02	156	69,64	224	0,07

* Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo.

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu

Tablica 7. Broj legalno induciranih pobačaja* i živorodene djece** po dobnim skupinama žena u Hrvatskoj za 2015.-2016. godinu.

Godina		Dob (godine) žene kada je napravljen pobačaj / rođeno dijete								Ukupno	Ukupan broj legalno induciranih pobačaja na 1 živorodeni dijete	Ukupan broj legalno induciranih pobačaja na 100 rođilja	Ukupan broj legalno induciranih pobačaja na 1.000 žena fertilne dobi					
		Adolescentice				Ostala dob												
		< 15	15-19	20+	20+	Broj legalno induciranih pobačaja na 1 živorodeni dijete te dobne skupine	Broj legalno induciranih pobačaja na 1 živorodeni dijete te dobne skupine	Broj legalno induciranih pobačaja na 100 rođilja te dobne skupine	Broj legalno induciranih pobačaja na 1.000 žena fertilne dobi te dobne skupine									
2015.	Broj pobačaja N (%)	2 (0,07)	0,40	0,50	224 (7,46)	0,20	19,86	1,88	2.776 (92,5)	0,08	7,77	3,25	3.002 (100)	0,08				
	Broj živorodene djece N (%)	5 (0,01)			1.116 (2,97)				36.382 (97,1)				37.503 (100)					
2016.	Broj pobačaja N (%)	0 (0)	0,00	5 (0,01)	180 (7,14)	1.081 (2,88)	16,84	1,51	2.340 (92,86)	0,06	6,49	2,74	2.520 (100)	0,07				
	Broj živorodene djece N (%)	5 (0,01)			1.081 (2,88)				36.451 (97,11)				37.537 (100)					

* Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo. ** Prema Državnom zavodu za statistiku. *** Ukupan broj rođilja je premalen da bi se mogla računati stopa na 100 rođilja.

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu, Državni zavod za statistiku RH: Vitalna statistika: Živorodeni prema starosti majke i redu rođenja djeteta

RASPRAVA

Odgovornost je svake države da usmjeri svoje napore u razvijanje poticajne „klime“ za brigu o reproduktivnom zdravlju svojih građana. Spolnost u 21. stoljeću ne smije biti tabu. Paradoksno je kolika je izloženost seksualnim sadržajima u gotovo svim aspektima života (poglavitno putem medija), dok s druge strane podaci svjedoče o milijunima djevojaka širom svijeta koje ne koriste kontracepciju, rađaju u dobi od 15 do 19 godina, ili se podvrgavaju nestručno izvedenim prekidima trudnoće (2,3,10). Uža zajednica, ali i društvo u cjelini, stoga su pozvani da osnaže djecu i mlade kako bi mogli adekvatno „konzumirati“ informacije takvog sadržaja koje ih svakodnevno okružuju. Sustavi zdravstva i školstva pri tome su nezaobilazne karike.

S aspekta organizacije zdravstvene zaštite, a značajno za populaciju u dobi 7-19 godina i temu ovog rada, u Hrvatskoj se ističe zajednički nazivnik na nacionalnoj razini, tj. segment preventivne i specifične zdravstvene zaštite povjeren je timovima školske i sveučilišne medicine (174 tima), a pretežito kurativni segment povjeren je općim i obiteljskim (2.293 tima s punim, odnosno 13 timova s djelomičnim radnim vremenom) te ginekološkim timovima (275 timova sa i 51 tim bez ugovora s HZZO-om) (11). Prisutna neujednačenost u popunjenoći „Mreže javne zdravstvene službe“ -ako se usporedi broj potrebnih timova školske medicine s brojem aktualnih, od manjka do „nadstandarda“ (12) – zasigurno utječe na mogućnost češćeg „izlaska na teren“, pogotovo u svrhu edukativnih aktivnosti.

Analizirajući dobivene rezultate posebno valja obratiti pozornost na Varaždinsku županiju. U njoj je bila prisutna druga najniža stopa posjeta savjetovalištima učenika osnovnih škola i ukupno (18,08) i što se tiče tema o reproduktivnom zdravlju (0,07). Slično je i sa srednjoškolcima kod kojih je stopa posjeta savjetovalištima na temu reproduktivnog zdravlja također bila druga najniža među županijama (0,39), dok je ukupna stopa posjeta bila peta najniža (19,86). Nijedna djevojka mlađa od 16 godina nije u toj županiji 2016. godine posjetila ginekologa, dok je u dobroj skupini 16-19 godina stopa posjeta bila peta najniža među županijama (3,06). Broj učenika obuhvaćenih zdravstvenim odgojem u osnovnoj školi bio je prosječan. Ukupna stopa iznosila je 354,65, dok je stopa obuhvata temama povezanimi s pubertetom i higijenom iznosila 178,18. Što se srednjoškolaca tiče, broj učenika obuhvaćenih zdravstvenim odgojem opet je bio među najnižima, ukupna stopa iznosila je 79,17, stopa obuhvata temama o zaštiti reproduktivnog zdravlja 18,17, a o utjecaju spolno-prenosivih bolesti 79,17. Stoga ne iznenađuje podatak da se prema broju legalno induciranih pobačaja Varaždinska županija nalazila na drugom mjestu, sa stopom od 5,67. Slična je situacija i u Istarskoj županiji, koja je imala najvišu stopu pobačaja (7,13) (11).

Situacija u nekim drugim županijama nije ovako jasnna. Primjerice, u Bjelovarsko-bilogorskoj i Virovitičko-podravskoj županiji sukladno Mreži nedostaje po jedan tim, imale su niske stope posjeta savjetovalištima, kako osnovnoškolaca, tako i srednjoškolaca, nisku stopu obuhvata zdravstvenim odgojem, kako u osnovnoj tako i u srednjoj školi, s time da nijedan srednjoškolac nije bio obuhvaćen temama bilo iz zaštite reproduktivnog zdravlja ili iz utjecaja spolno-prenosivih bolesti. S druge strane, iskazane su visoke stope posjeta ginekolozima zbog planiranja obitelji, poglavito u dobroj skupini od 16 do 19 godina (stopa za Virovitičko-podravsku županiju bila je najviša, 21,49), te su imale prosječnu stopu legalno induciranih pobačaja (2,56, odnosno 3,41). Primorsko-goranska županija, s druge strane, posjeduje „nadstandard“ u broju timova školske medicine, imala je najviše stope posjeta savjetovalištima, kako osnovnoškolaca (123,37), tako i srednjoškolaca (125,38), također, najviše stope obuhvata zdravstvenim odgojem, kako osnovnoškolaca (800,12) tako i srednjoškolaca (554,50). Međutim, stopa posjeta ginekolozima zbog planiranja obitelji bila je ispodprosječna, u djevojaka <16 iznosila je 0,18, odnosno u dobi 16-19 godina iznosila je 6,71. Primorsko-goranska županija (PGŽ) bila je četvrta po stopi legalno induciranih pobačaja u Hrvatskoj (4,56) (11).

Koliko god podatci po županijama variraju, međusobno se podcrtavajući ili sukobljavajući, nameće se zajednički nazivnik, odnosno zaključak kako postoji potreba za dodatnim intervencijama u unaprjeđenje reproduktivnog zdravlja školske djece u Hrvatskoj. Naime, neodgovorno spolno ponašanje u adolescenциji može imati neposredne i dugoročne posljedice. Radovi ukazuju kako su upravo rano započinjanje seksualnog života, veći broj partnera, te neuporaba kondoma rizični čimbenici koji mogu doprinijeti razvoju posljedica i komplikacija (13,14).

U tom svjetlu treba promatrati rezultate istraživanja provedenog još 2007. godine o spolnom ponašanju, znanju i stavovima 595 učenika drugih razreda četiri srednjih škola u PGŽ. Pokazano je da je iskustvo spolnog odnosa imalo 29,6 % ispitanika. Najviše je spolno aktivnih adolescenata prvi spolni odnos imalo upravo u dobi od 16 godina. Nešto manje od tri četvrtine ispitanika imalo je jednog ili dva partnera. Što se kontracepcije tiče, 69,2 % ispitanika rabilo je kondom, 10,5 % hormonska kontracepcijska sredstva, a gotovo 20 % spolno aktivnih adolescenata nije koristilo nikakvu metodu zaštite. Kondom pri prvom spolnom odnosu koristilo je 42,6 % spolno aktivnih adolescenata (15). Te godine su među djevojkama do 19 godina učinjena 423 legalno inducirana pobačaja (9,2 %, N=4.573). Među djevojkama mlađim od 15 godina učinjeno ih je 11 (0,24 %). Godine 2015. učinjeno je 226 legalno induciranih pobačaja (7,53 %, N= 3.002).

Među djevojkama mlađim od 15 godina učinjena su dva (0,07 %). Godine 2016. učinjeno je 180 pobačaja (7,14 %, N=2.520). Među djevojkama mlađim od 15 godina nije učinjen nijedan pobačaj (11). Premda bi se moglo zaključiti kako broj pobačaja među djevojkama do 19 godina stagnira ili je u blagom padu, također treba istaknuti kako je 2015. godine među njima rođeno 1.121 dijete (2,99 %, N=37.503), dok je 2016. godine rođeno 1.086 djece (2,99 %, N=37.537). Ako se dobna skupina dodatno stratificira, među djevojkama mlađim od 15 godina, dakle najvjerojatnije učenicama osmih razreda osnovne škole, rođeno je petoro djece (0,01 %) (16).

Međutim, briga o reproduktivnom zdravlju djece i mlađih ne smije se limitirati samo na brojanje učinjenih pobačaja i sprječavanje neželjene trudnoće. Odnosi se i na spolno prenosive bolesti i novotvorine. Godine 2016. su u djelatnosti opće medicine u populaciji 7-19 godina (N= 556 968) (17) utvrđena dva slučaja sifilisa, dvije gonokokne infekcije i tri slučaja bolesti uzrokovane HIV-om (11). Spolno prenosive infekcije (SPI) u adolescenata sve su veći epidemiološki i zdravstveni problem, jer od oko 15 milijuna novih slučajeva SPI u svijetu, četvrtina otpada upravo na adolescentnu populaciju. Takva visoka prevalencija SPI-a u adolescenata rezultat je mnogih čimbenika – od (neodgovornog) spolnog ponašanja, pa do bioloških, socijalnih i epidemioloških uzročnika (18).

U izvanbolničkoj djelatnosti hitne medicinske pomoći utvrđena je jedna zločudna novotvorina vrata maternice (11). I samo ta jedna je previše i povlači pitanje o percepciji važnosti prevencije cijepljenjem protiv humanog papiloma virusa (HPV), pogotovo među adolescentima. Procjenjuje se da je oko 60 % spolno aktivnih žena i muškaraca bilo u kontaktu s HPV-om, koji doprinosi pojavi raka vrata maternice, od kojeg u Hrvatskoj godišnje oboli oko 310 žena, od čega ih 35 % izgubi borbu za život. Najkritičnija dob za infekciju je upravo razdoblje adolescencije. S epidemiološkog aspekta osobito zabrinjava podatak da se rak vrata maternice sve češće dijagnosticira ženama mlađe životne dobi (19). Ako se učini usporedba odaziva na cijepljenje po županijama. Grad Zagreb je 2016. godine zabilježio oko 14 % odaziva u ciljanoj populaciji adolescenata, a najveći je odaziv bio u Rijeci, Istri i Međimurju, gotovo do 50 % (20).

Navedeni podaci dodatno potcrtavaju važnost pravovremenog posjeta ginekologu. Preporuča se kako bi roditelji djevojaka trebali izabrati ginekologa za svoju kćer nakon što napuni 12 godina, a sa 16 godina to može i djevojka sama bez pratnje roditelja. Pogotovo odluka o stupanju u spolni odnos zahtijeva proaktivni pristup, jer bi mu obavezno trebao prethoditi odlazak ginekologu. Ili bar unutar tri mjeseca od stupanja u

spolni odnos (21). Bez obzira na razlike među županijama neophodno je da se broj posjeta ginekologu značajno poveća na nacionalnoj razini. Kao dodatni „osigurač“ trebaju služiti savjetovališta o reproduktivnom zdravlju u kojima također treba težiti većem broju posjeta, naročito onih spontanih, po principu „otvorenih vrata“ (15, 22). Važno je naglasiti kako je ginekološki pregled u savjetovalištu za više od polovice djevojaka prvi ginekološki pregled i to nakon prosječno više od dvije godine spolnog iskustva (23).

Spolno zdravlje adolescenata vrlo je osjetljivo područje i ne smije se promatrati samo s obzirom na potencijalne zdravstvene rizike i neposredne i dugoročne posljedice, već i s obzirom na kompleksne čimbenike koji utječu na seksualno ponašanje. Ono nije samo odraz osobnih značajki pojedinca, već je određeno utjecajima okoline u kojoj mlađi žive, osobito obitelji, vršnjaka i školskog okruženja (13,24). Podatci o broju posjeta savjetovalištima i korištenju zdravstvenih usluga iz područja zdravstvene zaštite žena, odnosno provedbi zdravstvenog odgoja u školama, mogu ilustrirati koliko sustav može utjecati na zdravlje pojedinca, ali i koliko je značajno da pojedinac, svjestan važnosti skrbi o vlastitom zdravlju, proaktivno „aktivira“, tj. „konsumira“ zdravstvene usluge. Ako se propust sustava preklopi s manjkom proaktivnog razmišljanja o vlastitom zdravlju, to sinergistički može dovesti do nezadovoljavajuće razine reproduktivnog zdravlja.

Rastući broj istraživanja zdravstvene pismenosti u populaciji djece i mlađih u svijetu ukazuje na povezanost niske razine zdravstvene pismenosti s lošim zdravstvenim ishodom u djece, povećanjem troškova zdravstvene zaštite i povećanim mortalitetom. Također je opće-poznato da je niža razina zdravstvene pismenosti direktno povezana s oskudnim korištenjem preventivne zdravstvene zaštite. Istaknuta je važnost unaprjeđivanja sve tri razine zdravstvene pismenosti (funkcionalne, interaktivne i kritičke) u svrhu zaštite reproduktivnog zdravlja među adolescenticama (25-28).

Smatra se da u zdravstvenom sustavu postoji tzv. „informacijska asimetrija“ između korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga (29). Ona je posebno značajna za populaciju školske djece. Kanadsko istraživanje objavljeno 2011. godine osvrnulo se upravo na činjenicu da adolescenti imaju specifične potrebe i probleme kojima zdravstveni sustav često ne izlazi u susret (28). Očito je slična situacija prisutna i u Hrvatskoj uzme li se u obzir broj posjeta savjetovalištima i ginekolozima s jedne i broj pobačaja, trudnoća i SPI-a s druge strane (premda prema prikazanim podatcima njihova učestalost nije velika, ukazuje na postojanje problema). Upravo se ovdje otvara prostor za dodatne intervencije, odnosno drugačiji, proaktivni pristup sinhronim djelovanjem sustava zdravstva i školstva. Naime, evi-

dentno je da postojeći obuhvat programa predviđenim aktivnostima liječnika školske medicine i ostalih djelatnosti u nastavi u nekim županijama nije dovoljan, dok u drugima postoji, ali možda zahtijeva promjenu metodologije – veći broj timova školske i adolescentne medicine po županijama. Zdravstveni djelatnici pozvani su da u suradnji sa stručnjacima iz drugih područja pomognu premostiti ove barijere smještajući aktivnosti unaprjeđenja zdravstvene pismenosti u razvojno i kontekstualno adekvatnija okruženja, koja će adolescente aktivno uključiti u proces učenja (28). Radovi ukazuju na važnost da se aktivnosti unaprjeđenja zdravstvene pismenosti pokušaju ili integrirati u postojećim predmetima u kurikulumu, ili da se ponude kao ekstrakurikularne aktivnosti (30).

Na tragu navedenog, kao jedan od pravaca budućeg djelovanja može se predložiti primjer jačanja ekstrakurikularnih aktivnosti kojima se unaprjeđuje reproduktivna zdravstvena pismenost. Temeljem prikazanih podataka može se zaključiti kako bi intervenciju trebalo smjestiti u osme razrede osnovne škole. Naime, zdravstvena pismenost mijenja zdravstveno ponašanje (31), a u dobi od 14 do 15 godina upravo to se i želi postići.

ZAKLJUČCI

Podaci o reproduktivnom zdravlju školske djece izneseni u ovom radu ukazuju na potrebu za dodatnim intervencijama. Dosadašnje aktivnosti, bilo na lokalnoj, županijskoj ili čak nacionalnoj razini očito nisu pravovremene i dostatne uzme li se u obzir broj spolno prenosivih bolesti, poroda i pobačaja u školskoj dobi, pa čak i pojavnost malignih bolesti. Premda prema prikazanim podatcima njihovo učestalost nije velika, a u usporedbi s drugim zemljama Hrvatska ima dobre zdravstvene pokazatelje, s obzirom na populaciju u fokusu svaki navedeni broj treba sagledati s velikom pozornošću.

Sagledavajući podatke o broju posjeta ginekolozima ili savjetovalištima u ambulantama školske medicine, očito je kako još nije razvijena kultura proaktivnog razmišljanja o vlastitom zdravlju među školskom populacijom. To dodatno podcrtava potrebu njihovog osnaživanja proaktivnim pristupom od strane sustava. Međutim, obuhvat temama o reproduktivnom zdravlju u školama značajno varira po županijama – ovisi o broju timova školske medicine - pa se mogu identificirati i one u kojima ni jedan srednjoškolac nije bio obuhvaćen navedenim sadržajima. „Snimka stanja“ poziva na intervenciju jer, pogotovo u slučaju tzv. „starijih maloljetnika“, neznanje ne smije biti opravданje.

Navedeni podatci svjedoče o nemoći izoliranih pristupa problematici reproduktivnog zdravlja mladih.

Predstavljaju podlogu za razvoj intervencija unaprjeđenja zdravstvene pismenosti, upravo među školskom populacijom, sinhronim pristupom stručnjaka iz područja zdravstva i školstva. Kao jedan od pravaca budućeg djelovanja može se predložiti jačanje ekstrakurikularnih aktivnosti kojima se unaprjeđuje reproduktivna zdravstvena pismenost.

LITERATURA

1. Reproductive health [Internet]. World Health Organization [cited 2017 Jul 17]. Available from: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/
2. Sexual and reproductive health. WHO releases new fact sheets on adolescent contraceptive use [Internet]. World Health Organization [cited 2017 Jul 17]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/contraceptive-use/en/>
3. Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. New York: Guttmacher Institute, 2016 [Internet]. Guttmacher Institute [cited 2017 Jul 17]. Available from: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
4. Media centre. Female genital mutilation [Internet]. World Health Organization [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
5. Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016 [Internet]. WHO Regional Office for Europe [cited 2017 Sept 17]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexual-reproductive-health.pdf?ua=1
6. Ustav Republike Hrvatske [Internet]. Zakon.HR (pročišćeni tekstovi zakona) [cited 2017 Jul 17]. Available from: <http://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske>
7. Zakon o zdravstvenoj zaštiti [Internet]. Zakon.HR (pročišćeni tekstovi zakona) [cited 2017 Jul 17]. Available from: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-zaštiti>
8. Pravobraniteljica izlagala na 24. godišnjoj konferenciji hrvatskih psihologa [Internet]. Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova RH [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.prs.hr/index.php/suradnja/druge-suradnje/2059-pravobraniteljica-izlagala-na-24-godišnjoj-konferenciji-hrvatskih-psihologa>
9. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.
10. Sexual and reproductive health. [Internet]. World Health Organization [cited 2017 Aug 15]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/>
11. Stevanović R, Capak K, Benjak T, ur. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu (WEB izdanje). Za-

- greb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017[Internet]. Hrvatski zavod za javno zdravstvo [cited 2017 Oct 12]. Available from: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2016/>
12. Mreža javne zdravstvene službe [Internet]. Narodne novine [cited 2017 Sept 12]. Available from: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_09_101_2236.html
13. Kuzman M. Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. Medicus 2009; 18(2): 155-72.
14. Kanato M, Saranrittichai K. Early experience of sexual intercourse – a risk factor for cervical cancer requiring specific interventions for teenagers. Asian Pac J Cancer Prev 2006; 7(1): 151-3.
15. Dabo J, Malatestinić Đ, Janković S, Bolf Malović M, Kosanović V. Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih – modeli prevencije. Medicina 2008; 44(1): 72-9.
16. Stanovništvo: Vitalna statistika: Živorođeni prema starosti majke i redu rođenja djeteta [Internet]. Državni zavod za statistiku RH [cited 2017 Jul 17]. Available from: <http://www.dzs.hr/>
17. Procjene stanovništa RH u 2016. [Internet]. Državni zavod za statistiku RH [cited 2017 Sept 17]. Available from: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/07-01-03_01_2017.htm
18. Šikanić Dugić N. Spolno prenosive infekcije u adolescenata. Medicus 2010; 19(1): 13-8.
19. Obilježeni Dan mimoza i Nacionalni dan borbe protiv raka vrata maternice [Internet]. Hrvatski zavod za javno zdravstvo [cited 2017 Aug 3]. Available from: <https://www.hzjz.hr/ravnateljstvo/obiljezen-deseti-dan-mimoza-i-sesti-nacionalni-dan-borbe-protiv-raka-vrata-maternice/>
20. HZJZ nabavio cjepivo protiv HPV-a i DTP-a [Internet]. N1 [cited 2017 Aug 3]. Available from: <http://hr.n1info.com/a111997/Sci-Tech/HZJZ-nabavio-cjepivo-protiv-HPV-a-i-DTP-a.html>
21. Marton U. Moj prvi ginekološki pregled [Internet]. Zdravlje – Hrvatski zavod za javno zdravstvo [cited 2017 Jul 18]. Available from: <http://javno-zdravlje.hr/moj-prvi-ginekološki-pregled/>
22. Džepina M, Čavlek T, Juhović Markus V. Savjetovalište za mlade. Medicus 2009; 18(2): 227-35.
23. Džepina M, Posavec M. Reproduktivno zdravstvo mladih u Hrvatskoj [Internet]. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora [cited 2017 Sept 17]. Available from: http://www.hdod.net/rad_drustva/Reprod_zdrav_mladih_u_HR_2012.pdf
24. Burack R. Teenage Sexual Behaviour: Attitudes Towards and Declared Sexual Activity. Br J Fam Plan 1999; 24(4): 145-8.
25. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. Pediatrics 2009; 124 (Suppl 3): S265-74.
26. Nielsen-Bohlman L, Panzer A, Kindig D. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, D.C.: National Academy Press, 2004.
27. Pignone M, DeWalt DH, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to Improve Health Outcomes for Patients with Low Literacy. J Gen Intern Med 2005; 20(2): 185-92.
28. Banister EM, Begoray DL, Daly LK. Responding to adolescent women's reproductive health concerns: empowering clients through health literacy. Health Care Women Int 2011; 32(4): 344-54.
29. Zweifel P, Breyer F, Kifmann M. Health Economics. 2nd Ed. Heidelberg: Springer, 1997.
30. Abrams MA, Klass P, Dreyer BP. Health literacy and children: recommendations for action. Pediatrics 2009; 124 (Suppl 3): 327-31.
31. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008; 67: 2072-8.

S U M M A R Y

REPRODUCTIVE HEALTH ASSESSMENT OF CROATIAN SCHOOLCHILDREN IN THE 2015-2016 ACADEMIC YEAR

I. SORTA-BILAJAC TURINA^{1,2} and Đ. MALATESTINIĆ^{1,2,3}

¹*Teaching Institute of Public Health of the Primorje-Gorski Kotar County, ²University of Rijeka, School of Medicine and ³Administrative Department for Health Care of the Primorje-Gorski Kotar County, Rijeka, Croatia*

The aim of the study was to assess the frequency of health service usage, coverage of health education and reproductive health status of schoolchildren in the 2015-2016 academic year by counties according to statistical indicators from annual reports of the Croatian Institute of Public Health and Central Bureau of Statistics. *Methods:* The following parameters were analyzed: number of elementary and high-school student visits to counseling centers; number of visits to women's healthcare services by age groups; number of elementary and high-school students enrolled in health education; number of abortions according to permanent residence; and number of legally induced abortions and live births by age groups. On calculation of rates, data on the number of students, number of women of fertile age, number of childbearing women and number of live births were used. The following figures were calculated: number of student visits to counseling centers per 1000 students in total and by reason, by counties; number of visits to women's healthcare services per 1000 women of fertile age, by age groups, by counties; number of students enrolled in health education per 1000 students, in total and by topic, by counties; number of legally induced abortions per 1000 women of fertile age, by counties; and number of legally induced abortions per one live birth per 100 childbearing women, i.e. per 1000 women of fertile age, by age groups. *Results:* Elementary school students used counseling services on 19,653 occasions; the lowest rate per 1000 students was recorded in the Virovitica-Podravina County (7.52). Advice on reproductive health was requested 794 times; the highest rate was found in the Primorje-Gorski Kotar County (9.75). High-school students sought counseling services on 10,481 occasions; the lowest rate was recorded in the Brod-Posavina County (1.88). Advice on reproductive health was requested 644 times; the highest rate was found in the Lika-Senj County (14.06). Concerning the women's healthcare services used by the <16 age group, the highest rate was recorded in the Sisak-Moslavina County (1.88). In the Varaždin County, no girl aged <16 visited a gynecologist. In the 16-19 age group, the highest rate was found in the Virovitica-Podravina County (21.49) and lowest in the Zadar County (0.13). The overall number of elementary school students enrolled in health education was 149,768; the highest rate per 1000 students was recorded in the Primorje-Gorski kotar County (800.12). The overall number of high-school students was 48,426; the highest rate was found in the Primorje-Gorski Kotar County (554.50). The highest rate of legally induced abortions per 1000 women of fertile age was found in the Istria (7.13), Međimurje (5.59), Varaždin (5.67), Primorje-Gorski Kotar (4.56) and Lika-Senj (4.02) Counties. The rate of legally induced abortions per 100 childbearing women in the <19 age group was 16.84, and per 1000 women of fertile age in the <19 age group it was 1.51. *Discussion:* The culture of proactive thinking about one's own health was found to be insufficiently developed among schoolchildren (uneven number of visits to counseling centers and to women's health care services), resulting in abortions, sexually transmitted diseases, and neoplasms in the population up to 19 years of age. The need of their empowerment through systematic proactive approaches is emphasized. Current promotion of health education varies considerably among counties and, given the presented indicators and the results obtained, is either insufficient or requires change in the methodology. The possible direction for future action may be strengthening of extracurricular activities to improve reproductive health literacy among schoolchildren. *Conclusion:* The data presented provide the basis for health literacy interventions through synchronous approach by healthcare and education professionals. Sexuality in the 21st century should not be a taboo. Health literacy changes health behavior.

Key words: reproductive health, students, health education, health literacy, Croatia

PROJEKT „ŠTO TREBATE ZNATI O HITNOJ MEDICINSKOJ SLUŽBI“ U VARAŽDINSKOJ ŽUPANIJI

ANĐELA SIMIĆ i JASMINKA BEGIĆ

Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije, Varaždin, Hrvatska

Primarna uloga županijskih zavoda za hitnu medicinu (ZHM) je prehospitalna skrb za bolesnike kojima je ugrožen život ili im je teško narušeno zdravlje do njihovog konačnog liječenja u bolnici. Svaki mjesec prate se indikatori rada, između ostalog broj terenskih intervencija te broj bolesnika koji su sami došli u prostorije Zavoda i koliko je tih dolazaka bilo zbog hitnih, a koliko zbog nehitnih stanja. Primjećeno je da je više od 90 % dolazaka bilo zbog nehitnih stanja, što utječe na organizaciju i funkcionalnost hitne medicinske službe (HMS). Sa ciljem smanjenja tog broja dolazaka, ali i edukacije stanovništva iz područja hitne medicine, 2013. godine pokrenut je u Varaždinskoj županiji projekt „Što trebate znati o HMS“. Ključni dio projekta sastoji se od interaktivnog predavanja koje provode zdravstveni radnici ZHM Varaždinske županije, a kojima je do sada obuhvaćeno gotovo 3.000 stanovnika. Rezultat projekta je smanjenje broja dolazaka nehitnih bolesnika s 24 484 u 2014. na 13 486 u 2016. godini (45 %). Projekt „Što trebate znati o HMS“ u Varaždinskoj županiji pokazao je da se edukacijom stanovništva i bez primjene represivnih mjera može bitno smanjiti opterećenje službe nehitnim bolesnicima te tako povećati funkcionalnost rada Zavoda za hitnu medicinu sa ciljem što boljeg zbrinjavanja hitnih bolesnika.

Ključne riječi: hitna medicina, edukacija stanovništva, Varaždinska županija

Adresa za dopisivanje: Andjela Simić, dr. med
 Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije
 42 000 Varaždin, Hrvatska
 E-pošta: andjela.simic.005@gmail.com
 Mob: +385915101854

UVOD

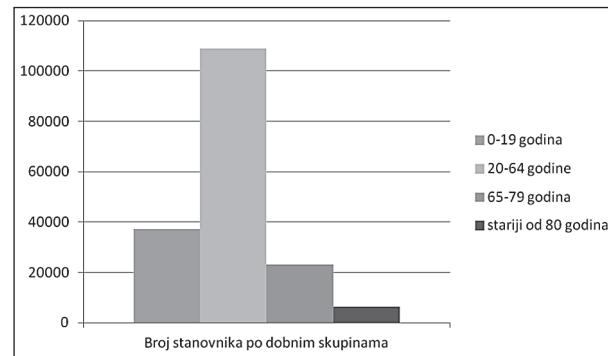
Primarna uloga županijskih zavoda za hitnu medicinu je prehospitalna skrb za bolesnike kojima je ugrožen život ili im je teško narušeno zdravlje do njihovog konačnog liječenja u bolnici. Prema popisu stanovništva iz 2011. godine Varaždinska županija ima 175 951 stanovnika, od čega 85 645 muškog spola i 90 306 ženskog. Raspodjela po dobним skupinama je sljedeća: 0-19 godina – 37 347 stanovnika, 20-64 godine – 108 982 stanovnika, 65-79 – 23 236 stanovnika i 6.386 stanovnika starijih od 80 godina (sl. 1). Za izvanbolničko hitno medicinsko zbrinjavanje na području županije 24 sata/dan zadužen je Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije (ZHM VŽ) sa svojih 25 timova i u sastavu liječnik, medicinska sestra/tehničar i vozač. Tih 25 timova raspoređeno je u turnusnom radu tako da je u svakoj smjeni istodobno 5 timova. Svaki mjesec prate se indikatori rada propisani od Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu (HZHM) kao krovne zdravstvene ustanove u djelatnosti hitne medicine, između ostalog broj terenskih intervencija te broj bolesnika koji su sami došli u prostorije Zavoda i koliko je tih dolazaka

bilo zbog hitnih, a koliko zbog nehitnih stanja. Primjećeno je da je više od 90 % dolazaka bilo radi stanja koja ne zahtijevaju hitno medicinsko zbrinjavanje, a što utječe na organizaciju i funkcionalnost hitne medicinske službe (HMS) (1). Za usporedbu, udio dolazaka nehitnih bolesnika u bolnički prijam u studijama iz Engleske i Sjeverne Irske iznosi nešto više od 11 % (2,3). Kako je jedna od uloga ZHM VŽ, koja je i unešena u svaki godišnji plan i program Zavoda, obrazovanje stanovništva iz područja hitne medicine, rodila se ideja o projektu kojim bi se između ostalog i smanjio broj dolazaka nehitnih bolesnika (4,5). Osim svoje velike važnosti u poboljšanju zdravstva populacije studije pokazuju da se investicija uložena u javnozdravstvene projekte višestruko vraća i u konačnici smanjuje troškove zdravstvenog sustava (6).

PRIKAZ PROJEKTA

Projekt „Što trebate znati o hitnoj medicinskoj službi“ započeo je krajem 2013. godine u suradnji s Varaž-

dinskom agencijom za marketing i promidžbu d.o.o (VAMP) te Upravnim odjelom za zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb Varaždinske županije, a nakon dobivanja odobrenja za od strane Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu. U prvoj fazi projekta tiskani su plakati prema letku Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu na kojem je navedeno kod kojih stanja bolesnika treba pozvati HMS, koja pitanja postavlja medicinski dispečer i kako s njim razgovarati, zašto je to važno znati te korisni savjeti što učiniti do dolaska tima HMS. Ti plakati postavljeni su na 60 lokacija u županiji (nadstrešnice u vlasništvu VAMP-a), svim prostorima ZHM VŽ-e, a po jedan je primjerak dostavljen u sve škole, gradove i općine na području županije, područnu službu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Varaždinsku županiju. Uz svaki dostavljeni plakat bilo je i pismo u kojem se poziva određenu obrazovnu ustanovu ili jedinicu lokalne samouprave da se povratno jave ZHM VŽ, ako su zainteresirani za predavanje i radionicu iz područja hitne medicine. Projekt je medijski predstavljen putem gostovanja na lokalnoj televiziji i članaka u regionalnim novinama te na web stranici ZHM VŽ. U drugoj fazi projekta koja je počela 2014. godine, a traje i danas, krenulo se s predavanjima i radionicama po osnovnim i srednjim školama te gradovima i općinama na području županije. Predavanje i radionica zajedno traju 2 školska sata. U prvom se dijelu prezentacijom u *power point* prolaze teme s plakata, a u drugom u radionici na lutkama vježba pružanje prve pomoći u slučaju gušenja stranim tijelom, pristup osobi za koju se čini da je bez svijesti i postupci osnovnog održavanja života. Na predavanjima i radonicama poticao se što veći angažman polaznika te su se održavala u manjim skupinama do 30 osoba. Predavači su bili liječnici i medicinski tehničari, radnici Zavoda koji su sami iskazali interes za tu problematiku, te potom prošli dodatnu edukaciju kako bi što bolje mogli prenijeti poruku projekta i ostaviti pozitivan dojam u sredinama iz kojih dolaze. Od samog početka projekta interes za predavanja je izrazito velik, pa je tako do sada obuhvaćeno 2416 učenika i 405 prosvjetnih radnika te službenika i namještenika javnih i državnih službi na području Varaždinske županije.



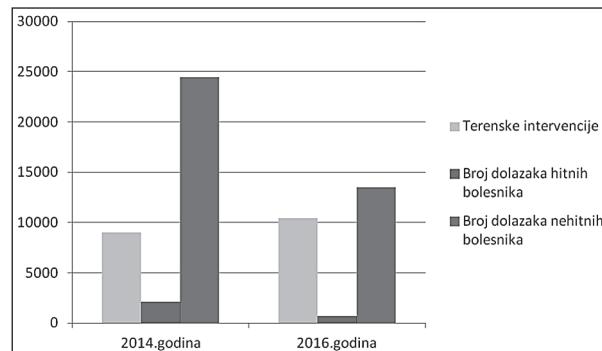
Sl. 1. Broj stanovnika Varaždinske županije po dobnim skupinama

REZULTATI

U 2014. godini, kada je projekt bio na samom početku, u ZHM VŽ tijekom cijele godine bilo je 9.025 terenskih intervencija te 26 580 dolazaka bolesnika u prostorije Zavoda, od kojih 2.096 (7,9 %) hitnih bolesnika i 24 484 (92,1 %) nehitnih. Tijekom 2016. godine bilo je 10 460 terenskih intervencija te 14 203 dolazaka bolesnika u prostorije Zavoda, od kojih 717 (5 %) hitnih i 13 486 (95 %) nehitnih (tablica 2 i sl. 1).

Tablica 1.
Broj intervencija u Zavodu za hitnu medicinu Varaždinske županije

	Terenske intervencije	Broj dolazaka hitnih bolesnika	Broj dolazaka nehitnih bolesnika
2014. godina	9.025	2.096	24 484
2016. godina	10 460	717	13 486



Sl. 2. Broj intervencija u Zavodu za hitnu medicinu Varaždinske županije

RASPRAVA

Unaprijed nismo mogli biti sigurni kakve će rezultate polučiti projekt u našoj populaciji, jer u primjeru europskih zemalja Njemačke i Danske, koje imaju sveobuhvatnu edukaciju stanovništva iz područja hitne medicine, a osobito osnovnog održavanja života, prati se duži niz godina različit postotak laika koji započinju kardiopulmonalnu reanimaciju do dolaska tima hitne medicinske službe, odnosno različit uspjeh edukacijskih mjera poduzetim u njihovim populacijama (7,8). U Njemačkoj laici započinju reanimaciju u 17 % srčanih zastoja, dok je u Danskoj taj postotak visokih 80 % (7,8). Vanjske studije kojima se vrednovala učinkovitost različitih intervencija u smanjivanju dolazaka nehitnih bolesnika u hitne prijame pokazuju vrlo skromne ili nikakve učinke (9,10). Iz naših rezultata može se zaključiti da se broj dolazaka nehitnih bolesnika u prostorije Zavoda impresivno smanjio, i to za 45 %. Bilježi se i pad samostalnih dolazaka hitnih bolesnika za 1.379, dok se broj terenskih intervenciјa povećao za 1.435, što je također dobro, jer ukazuje

u prilog boljeg prepoznavanja hitnih stanja od laika (11) i potrebe da se telefonski kontaktira HMS kako bi se mogle dobiti upute o pružanju prve pomoći od medicinskog dispečera (12,13) umjesto da se gubi dragocjeno vrijeme tijekom prijevoza hitnog bolesnika u osobnom vozilu. Gledajući ove rezultate, broj dolazaka nehitnih bolesnika se vjerojatno mogao smanjiti i represivnim mjerama u obliku naplate pregleda, ali takva odluka nosi u sebi zamku stvaranja međusobnog nepovjerenja i za posljedicu može imati odbijanje ljudi da potraže pomoć HMS čak i u situacijama kada im je ona prijeko potrebna (14).

ZAKLJUČAK

Projekt „Što trebate znati o HMS“, koji je osmišljen i proveden u Varaždinskoj županiji, pokazao je da se edukacijom stanovništva može bitno smanjiti opterećenje službe nehitnim bolesnicima te tako povećati funkcionalnost rada Zavoda za hitnu medicinu sa ciljem što boljeg zbrinjavanja i pozitivnog ishoda hitnih bolesnika, odnosno onih bolesnika kojima je neposredno ugrožen život ili teško narušeno zdravlje.

ZAHVALA

Autorice zahvaljuju svim radnicima Zavoda za hitnu medicinu Varaždinske županije koji su svojim neobičnim doprinosom i radom u slobodno vrijeme omogućili provedbu projekta „Što trebate znati o hitnoj medicinskoj službi“.

LITERATURA

1. Zeidler F, Lončarek K. Povijest hitne medicinske službe u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Medicina fluminensis 2013; 49: 437-41.
2. McHale P, Wood S, Hughes K i sur. Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-se-

ctional study using a monitoring data system. BMC Medicine 2013; 11: 258.

3. McGuinness S, Maxwell J, Harper C. Inappropriate ED Attendances In Northern Ireland: A Review Of Attendances In The Belfast Health And Social Care Trust. Ulster Med J 2017; 86: 44-5.

4. Nielsen AM, Isbye DL, Lippert FK, Rasmussen LS. Engaging a whole community in resuscitation. Resuscitation 2012; 83: 1067-71.

5. Nielsen AM, Isbye DL, Lippert FK, Rasmussen LS. Persisting effect of community approaches to resuscitation. Resuscitation 2014; 85: 1450-4.

6. Masters R, Anwar E, Collins B i sur. Return on investment of public health interventions: a systematic review. J Epidemiol Community Health 2017; 71: 827-34.

7. Kragholm K, Wissenberg M, Mortensen RN i sur. Bystander Efforts and 1-Year Outcomes in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. N Engl J Med 2017; 376(18): 1737-47.

8. Schewe JC, Kapplera J, Heister U i sur. Outcome of out-of-hospital cardiac arrest over a period of 15 years in comparison to the RACA score in a physician staffed urban emergency medical service in Germany. Resuscitation 2015; 96: 232-8.

9. Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL i sur. Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. PLoS ONE 2015; 10(4): e0123660.

10. Ismail SA, Gibbons DC, Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. Br J Gen Pract 2013; 63(617): 813-20.

11. Bobrow BJ, Spaite DW, Berg RA i sur. Chest compression-only CPR by lay rescuers and survival from out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 2010; 304: 1447-54.

12. Hansen CM, Kragholm K, Granger CB i sur. The role of bystanders, first responders, and emergency medical service providers in timely defibrillation and related outcomes after out-of-hospital cardiac arrest: results from a statewide registry. Resuscitation 2015; 96: 303-9.

13. Wissenberg M, Lippert FK, Folke F i sur. Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 2013; 310: 1377-84.

14. Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. Health Policy 2016; 120(12): 1337-49.

S U M M A R Y

THE WHAT DO YOU NEED TO KNOW ABOUT EMERGENCY MEDICAL SERVICE PUBLIC EDUCATION PROJECT IN THE VARAŽDIN COUNTY

A. SIMIĆ and J. BEGIĆ

Institute of Emergency Medicine of the Varaždin County, Varaždin, Croatia

The objective of this paper is to present the What Do You Need to Know about Emergency Medicine Service project which was conducted in the Varaždin County (VC). The Institutes of Emergency Medicine (IEM) treat all emergency patients prior to their final hospital treatment, either upon their arrival to the IEM on their own or if an Emergency Medical Services (EMS) team was dispatched to the patient's location. Analysis of the number of field interventions and the number of patient visits to the VC IEM revealed that a high proportion (more than 90%) of patients visited VC IEM for non-emergency medical conditions. In order to reduce this number, the project of general population education in emergency medicine was developed and conducted in the VC. Partners in the project were VC IEM, Varaždin marketing and promotor agency d.o.o, and VC Health Department. The project documentation was previously approved by the Croatian Institute of Emergency Medicine. In phase one, the project was presented through local media, television and newspapers, and posters with information on EMS were placed on more than 60 locations in the VC. Interactive lectures held by healthcare professionals working in the VC IEM had the key role in the project. In these lectures, people learned not only about EMS, but also how to help an unconscious person or in case of cardiac arrest by providing basic life support until EMS team arrival. The lectures were taking place in small groups with no more than 30 participants. To date, nearly 3000 VC inhabitants attended the lectures. In 2014, there were 9025 field interventions and a total of 26,580 patient visits to VC IEM. The share of emergency patients in all these visits was only 2096 (7.9%), whereas 24,484 (92.1%) patients were without emergency medical condition. In 2016, there were 10,460 field interventions and a total of 14,203 patient visits. The share of emergency patients in these visits was 717 (5%), while 13,486 (95%) patients did not have emergency medical condition. The number of patient visits without emergency medical condition was dramatically reduced, i.e. by 45%. This might also be achieved with repressive actions such as charging patients for unnecessary use of EMS but it could also lead to the people deciding to avoid EMS even in emergency situations. The What Do You Need to Know about Emergency Medical Service project in the Varaždin County has shown that public education is of great importance in reducing patient visits to the IEM due to non-emergency health problems. It would lead to more effective EMS in providing care for emergency patients in order to provide the best possible, timely and efficient patient care.

Key words: emergency medicine, public education, Varaždin County

KAKO PLANIRATI SVEOBUVATNE INTERVENCIJE U REPUBLICI HRVATSKOJ? - PRIKAZ MODELA RAZVOJA JAVNE POLITIKE ULAGANJA U RANI RAZVOJ DJECE

DORJA VOČANEC, SELMA ŠOGORIĆ i MAJA VAJAGIĆ¹

*Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i
¹Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, Hrvatska*

Nejednakosti u zdravlju posljedica su nejednakih životnih mogućnosti. Dosadašnja istraživanja pokazuju kako je smanjenje društvenih nejednakosti najuspješniji i najsplativiji put posrednog poboljšanja zdravlja populacije, a najveće mogućnosti otvara upravo ulaganje u rani razvoj djece. Postojeći pokazatelji upućuju na to da su i u Republici Hrvatskoj prisutni čimbenici koji uzrokuju nejednakosti u zdravlju od najranije dobi i posljedično tome lošije zdravstvene ishode. Cilj ovog rada je prikazati metodologiju razvoja javne politike ulaganja u rani razvoj djece u Republici Hrvatskoj. Javna politika čini temelj za daljnje oblikovanje i implementaciju nacionalne strategije u rani razvoj djece. U oblikovanju javne politike korišten je pristup odozdo prema gore. Na taj su način svi zainteresirani dionici dobili priliku iznijeti svoje viđenje problema i predložiti opcije za njegovi rješavanje. U okviru 21. sajma zdravlja u Vinkovcima u travnju 2017. glavna je tema bila „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsknu suradnju“. Analizom teksta izlaganja i rasprava prikupljene su informacije za opis postojećeg stanja koje je nadopunjavano u još dva kruga konzultacija sa zainteresiranim dionicima. Dobiveni prikaz sadašnjeg stanja predstavljen je u okviru partnerske konferencije „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsknu suradnju“. Tamo su konsenzusom doneseni zaključci prema kojima je kreiran završni dokument – platforma za izradu i implementaciju nacionalne strategije ulaganja u rani razvoj djece. Izazovi koji su prepoznati u pružanju skrbi i usluga ranog razvoja djece vezani su uz manjak vertikalne i horizontalne suradnje nositelja skrbi i usluga. Osim toga, uočene su razlike u dostupnosti, priuštivosti, kvaliteti te pravičnosti raspodjele skrbi i usluga. No, prepoznate su i neke snage, ponajprije u obliku organizacijskih resursa sa zagovaračkom moći, dobrih praksi koje se provode u svim sektorima na lokalnoj razini i postojeće tehnologije usmjerene prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju razvojnih odstupanja. Dobiveni rezultati omogućili su definiranje ciljeva i ocrtali jasne pravce djelovanja. Naredni koraci su oblikovanje krovnog i operativnih dokumenata za uvođenje ove javne politike u praksu.

Ključne riječi: rani razvoj djece, rana intervencija, javna politika

Adresa za dopisivanje: Dorja Vočanec, dr. med.
 Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
 Rockefellerova 4
 10 000 Zagreb, Hrvatska
 E-pošta: dvocanec@snz.hr

UVOD

Već dva desetljeća akademska zajednica podastire dokaze koji ukazuju u prilog tome da su nejednakosti u zdravlju posljedica nejednakih životnih mogućnosti. Društvene odrednice zdravlja ključno su mjesto intervencije kako bi se te nejednakosti smanjile (1). Najveće mogućnosti otvara upravo ulaganje u rani razvoj djece (2). Bez obzira na poneku razliku u terminologiji, nedvojbeno je da je razdoblje života od začeća do školske dobi temelj za uspjeh u odrasloj dobi. To je razdoblje

obilježeno najintenzivnjim tjelesnim, kognitivnim, emocionalnim i društvenim razvojem osobe. U njemu ulogu imaju i genetika i okolina koje zajedno uspostavljaju arhitekturu mozga (3). U užem smislu okolinom se smatraju roditelji te krug obitelji. U širem smislu okolinu čini lokalna, regionalna, državna zajednica sa svojim specifičnim socioekonomskim, geopolitičkim, vjerskim i kulturno-jezičkim obilježjima. Upravo ta obilježja, koja čine kontekst u kojem djeca odrastaju, imaju utjecaj na njihov kasniji život u odrasloj dobi. Dokazano je da djeca koja odrastaju u siromašnijem

okruženju imaju veću vjerojatnost da će i sami u odrasloj dobi biti dio siromašnije zajednice (4). Drugim riječima, lošiji uvjeti kojima su djeca izložena od najranije dobi generiraju loše ishode u svim aspektima života. Oni pak utječu na lošije zdravlje te kraće trajanje života. Iz takvog se „začaranog kruga siromaštva“ vrlo teško izvući te se on ponavlja generacijama (2-4).

Analizirajući širi kontekst okruženja u Republici Hrvatskoj je, prema podatcima Državnog zavoda za statistiku, stopa rizika od siromaštva u 2016. godini iznosila je 19,5 %, 28,5 % osoba živi u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, a 12,9 % je u teškoj materijalnoj deprivaciji (5). Stopa nezaposlenosti osoba u dobi 15-64 godine od početka 2017. je u padu pa je u trećem tromjesečju iznosila 9,1 % (6). Hrvatska već godinama ima i negativan migracijski saldo (u 2016. godini -22 451). Gledajući unutarnje migracije stanovništvo ima tendenciju preseljenja u razvijene županije s većim gradskim središtim, poput Grada Zagreba, Primorsko-goranske ili Istarske županije (7). O promjenama u strukturi obitelji svjedoči trend smanjenja stopa sklopljenih brakova posljednjih pedesetak godina, povećanje stopa razvedenih brakova, kao i porast broja djece rođene izvan bračne zajednice (8). Bilježe se promjene u rangu rađanja u odnosu na dob rodilje. U 2016. godini porodi postaju najučestaliji u dobi 30-34 godina (88,9/1.000 žena te dobi, a u 2015. godini 86,3/1.000), a zabilježen je i blagi porast broja poroda u dobnim skupinama iznad 35 godina. Zbog ne-povoljnih socioekonomskih prilika mladih, ponavljaju vezanih uz mogućnost stanovanja i zapošljavanja, sve se manje žena odlučuje za rađanje u biološki optimalnoj dobi (9). Hrvatska već godinama bilježi negativno prirodno kretanje (u 2016. godini iznosi -3,3). Te je godine ukupno rođeno 37 706, od čega je 169 djece mrtvorodeno (10). Stopa umrle dojenčadi iznosila je 4,3, što je povećanje u odnosu na 2015. godinu kada je iznosila 4,1. Istovremeno, prosječna stopa dojenčake smrtnosti u Europskoj uniji iznosila je 3,6. Rana novorođenačka smrtnost u Hrvatskoj u 2016. godini iznosi 2,1/1.000 živorodenih što je nešto više od zadnjeg dostupnog prosjeka računatog za Europsku uniju (u 2014. godini iznosio je 1,9/1.000 živorodenih). Smrtnost u ranom novorođenačkom razdoblju najčešće je uzrokovana prijevremenim porodom iz trudnoća kraćih od 32 navršena tjedna gestacije, s posljedičnom vrlo niskom porodnom težinom i nezrelošću ploda.

Hrvatska ima lošije pokazatelje u odnosu na projek Europske unije što je u direktnoj vezi s učinkovitošću i mogućnostima zdravstvenog sustava, ali i socijalno gospodarskim prilikama države (8). Vidljivi su i nedostaci resursa za pružanje zadovoljavajuće zdravstvene zaštite djece. Primjerice, u mreži javne zdravstvene službe u 2016. godini nedostajalo je 48 timova u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece te 21

patronažna sestra čija je jedna od dužnosti, iz plana i programa mjera zdravstvene zaštite, zaštita trudnica te kasnije roditelja i djece (11,12). Slična je situacija i u području ranog odgoja i obrazovanja. Obuhvat djece sustavom predškolskog obrazovanja u Hrvatskoj (60 %) je nizak u usporedbi s drugim zemljama Europske unije, a upisna politika često „zatvara vrata“ najranijim obiteljima (jednoroditeljske obitelji s nezaposlenim majkama). Prema podatcima Ministarstva znanosti i obrazovanja Republike Hrvatske značajno su veće potrebe smještaja djece predškolske dobi u vrtiće (uglavnom u većim gradovima) pa svake godine na listama čekanja ostaje oko 5.000 djece predškolske dobi (13). Predškolsko obrazovanje uglavnom sufinanciraju roditelji (u iznosu 30-40 % ukupnog troška) što također može biti zapreka upisu djeteta u vrtić.

Poseban izazov unutar populacije djece predškolske dobi čine djeца s invaliditetom. Prema podatcima Hrvatskog registra za osobe s invaliditetom, od ukupnog broja osoba s invaliditetom u 2016. godini, 6,2 % su činila dječa u dobi od 0 do 18 godina. Od 32 101 djeteta, oni u dobnim skupinama od 0 do 4 te od 5 do 9 godina čine 16,6 %. Prema vrsti oštećenja, najveći udio čine višestruka oštećenja (43,1 %), a zatim slijede poremećaji glasovno-govorne komunikacije (37,6 %), oštećenja središnjeg živčanog sustava (18,8 %) te intelektualne teškoće (16,3 %).

Pregledom navedenih pokazatelja može se uočiti da su i u hrvatskom društvu prisutni čimbenici koji generiraju nejednakosti u zdravlju i posljedično tome lošije zdravstvene ishode. No to mora biti prepoznato i važno i donositeljima odluka i kreatorima javnih politika (engl. *policy*) na svim razinama i u svim sektorima, a ne samo onima izravno uključenima u brigu o zdravlju. Štoviše, pokazano je da su zdravstveni ishodi bolji tamo gdje se više ulaže u socijalne usluge i javno zdravstvo nego u samu zdravstvenu zaštitu (14). Uz Svjetsku zdravstvenu organizaciju i UNICEF (kao referentne organizacije kada je u pitanju zdravlje i dobrobit djece) i brojne su države, potaknute dokazima koji upućuju na višestruku društvenu korist od ulaganja u rani razvoj djece (4), ovaj izazov prepoznao kao prioritet te razvile nacionalne politike i strategije ulaganja u rani razvoj djece. Kako Hrvatska nema razrađenu strategiju ulaganja u rani razvoj djece kao ni platformu za izradu politike za ranu intervenciju u djetinjstvu, cilj je ovog rada prikazati metodologiju kojom su prepoznati izazovi, snage i mogućnosti specifične za Republiku Hrvatsku temeljem kojih je, u skladu s prepoznatim prioritetnim područjima djelovanja, realno moguće oblikovati i implementirati nacionalnu strategiju ulaganja u rani razvoj djece.

METODE

U ovom su istraživanju korišteni instrumenti razvoja i oblikovanja javne politike (engl. *policy tools*) (15). Nositelji istraživanja bili su Hrvatska mreža zdravih gradova i Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Prvi korak u razvoju javne politike ulaganja u rani razvoj djece bilo je mapiranje dionika te njihovo neposredno uključivanje u cijelokupni proces razvoja politike (namjerno korištenje pristupa odozdo prema gore). Tijekom provođenja procesa (budući) su implementatori svojim razumijevanjem sustava bili aktivni sudionici analize (implementacijskog deficit) i kreatori politike koja će smanjiti jaz između željenih rezultata i stvarnosti (15). Razvoj javne politike tekao je od ideje do implementacije u tri faze:

1. Prikupljanje informacija za opis postojećeg stanja

U okviru 21. sajma zdravlja, u Vinkovcima je u travnju 2017. godine, u devet okruglih stolova (panela) obrađivana tema „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsku suradnju“. Cilj je bio da se u tematskim okruglim stolovima, definiranim prema područjima djelovanja, omogući povezivanje i razmjena iskustava između dionika uključenih u sustav podrške i skrbi o mладim obiteljima. Kako je stjecanje uvida u postojeće stanje (resurse i potrebe) prva stuba u razvoju strategije, na okrugle su stolove bili pozvani uvodničari (iz institucija formalnog sektora i nevladinog sektora) te predstavnici resornih ministarstva iz područja zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja, urbanog planiranja, rada i zapošljavanja, sporta i rekreacije te medija. Održano je četrdesetak izlaganja u kojima su istaknuti najvažniji zdravstveni i socijalni problemi te je pružen uvid u prioritete i moguća rješenja za unaprjeđenje zdravlja i kvalitete života u najranijoj dobi iz perspektive okupljenih eksperata. Analizom teksta prezenti-ranih izlaganja i rasprava prepoznata su postignuća i utvrđeni izazovi te jasno ocrtani obrisi prioritetnih područja djelovanja. Zaključci svih okruglih stolova ujedinjeni su i dostavljeni zainteresiranim dionicima (onima koji su osobno sudjelovali na Sajmu zdravlja i onima koji su u tome bili spriječeni) na konzultacije i dopunu.

2. Konzultacije sa zainteresiranim javnošću

U procesu konzultacije sudjelovalo je četrdesetak dionika koji su postojeći tekst nadopunili svojim zapažnjima, spoznajama te osobnim i profesionalnim isku-stvom vezanim uz temu. Osim dopune dostavljene nulte verzije teksta, dionici su poslali i opise vlastitih iskustava u obliku prikaza slučaja, modela dobre prakse ili osobnog osvrta na trenutni odnos državnog su-stava (ili njegovih pojedinih segmenata) prema ranom

razvoju djece. Nadopunjena i proširena verzija teksta sadržavala je detaljan opis sadašnjeg stanja. Zatim je poslana zainteresiranim dionicima na drugi krug konzultacija. U drugom krugu konzultacija primljeno je još šest nadopuna i primjera dobre prakse. Time je dobiven iscrpan prikaz sadašnjeg stanja (engl. *state of art*) i mogućnosti djelovanja.

3. Partnerska konferencija

Dobiveni dokument predstavljen je u okviru Partner-ske konferencije „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsku suradnju“ održane u studenom 2017. u Zagrebu. Dokumentom prikupljene informacije služile su sudionicima Konferencije (osamdesetak sudioni-ka iz različitih sektora i razina uprave) kao smjernice za odabir prioritetnih područja javne politike i po-četak planiranja javnozdravstvene intervencije. Kako bismo izbjegli pristrandost te osigurali da se tema raspravlja u okviru šire slike od pojedine struke, razine ili sektora, sudionike Konferencije raspodijelili smo u manje multidisciplinare skupine. Svaka je skupina konsenzusom donijela svoje zaključke koji su potom plenarno prikazani. Prema zaključcima napravljen je završni (*policy*) dokument - zajednička platforma za izradu i implementaciju nacionalne strategije ulaganja u rani razvoj djece.

REZULTATI

Četrdesetak izlaganja na Sajmu zdravlja u Vinkovcima održali su predstavnici iz područja primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne razine zdravstva, pred-školskog obrazovanja, socijalne skrbi, zapošljavanja, urbanog planiranja, sporta i rekreacije za trudnice i majke s malom djecom, pružatelji usluga rane inter-vencije za djecu s razvojnim teškoćama te predstav-nici medija. Time smo dobili uvide iz svih pozvanih državnih sektora čija organizacija i djelovanje utječu na rani razvoj djece. Uz njih svoj su doprinos u dijelu tema dali i predstavnici iz nevladinih udruga. Prikaz sadašnjeg stanja dobiven analizom teksta izlaganja i nadopunjjen u dva kruga konzultacija uključuje dosa-dašnja dostignuća u obliku zakona, pravilnika i stra-tegija posredno ili neposredno vezanih uz rani razvoj djece, organizacijska sredstva, tj. postojeću infrastruk-turu, tehnologiju povezanu s praćenjem ranog razvoja djece i pravodobnim otkrivanjem poteškoća u razvoju te njezinu dostupnost, domaće i međunarodne mode-le dobre prakse te, temeljem svega navedenog, prepo-znate izazove i prioritetna područja za strategiju ulaganja u rani razvoj djece. Završni (*policy*) dokument, napravljen prema zaključcima partnerske konferencije „Ulaganje u rani razvoj djece kroz intersektorsku su-radnju“ sažima opis sadašnjeg stanja temeljem kojeg

je provedena analiza problema, oblikovani su ciljevi i označeni (mapirani) pravci djelovanja, implementacija (mjere i provoditelji) te evaluacija postignuća. Time su stvoreni preduvjeti za razvoj operativnih dokumenta po sektorima vezano uz provedbu intervencija na kojima će zasebno raditi tematske skupine.

Izazovi istaknuti kao vodeći u području ranog razvoja djece vezani su uz djelovanje šireg okruženja i prepoznate prepreke u sustavima. Šire socioekonomsko okruženje u kojem živimo donosi promjene u strukturi obitelji počevši od kasnijeg formiranja obitelji, manjeg broja djece u obitelji, većeg broja jednoroditeljskih obitelji, problema nezaposlenosti ili prezaposlenosti roditelja, preko ekonomske nestabilnosti do povećanja broja obitelji (a time i djece) koji žive u riziku od siromaštva. S druge strane izazovi proizlaze iz loše organizacije i reaktivnog upravljanja sredstvima – infrastrukturnim, ljudskim i finansijskim - posljedica su manjka političkog angažmana, kako na nacionalnoj, tako i na lokalnoj razini. Lokalne zajednice očekuju rješenja u nacionalnim sustavima, dok država često prepusta probleme zajednici. Zbog nedostatne i neartikulirane suradnje s medijima važnost teme ranog razvoja djece nije osviještena ni u široj javnosti. Postojeća legislativa je mnogobrojna, ali nedorečena. Nejasno razgraničenje ovlasti poslijedično izaziva manjak odgovornosti za rješavanje problema. Velik broj zakona, pravilnika i propisa u praksi rezultira njihovim nepoznavanjem te dovodi do konfuzije i loše informiranosti među roditeljima, ali i među stručnjacima. To dalje oslabljuje povjerenje roditelja u stručnjake te narušava prijeko potrebnu suradnju. Suradnja je narušena ili nije ni postojala unutar i između različitih sektora, institucija i civilnog društva uključenih u neki od segmenata ranog razvoja djece. Skrb i usluge iz područja zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja koje su potrebne svoj djeci, a dodatne naročito djeci u riziku ili s već naznačenim poteškoćama u razvoju (tzv. rana intervencija), nisu koordinirane. Neke od njih se preklapaju, čak i podvostaju, dok dio potreba ostaje nepokriven. Prisutna je i raznolikost u vrsti, opsegu i kvaliteti skrbi i usluga zbog nepostojanja jasnih smjernica i kriterija pružanja skrbi i usluga. Postojeći tradicionalno sektorski organizirani kapaciteti nisu dostatni za odgovor na potrebe čime se smanjuje dostupnost usluga i pravovremenost intervencije. Svaka propuštena prilika, osim što krši temeljna ustavna načela, povratno je višestruko opterećenje za sustav. Razlika u dostupnosti posebno je dramatična u manjim ruralnim sredinama kao i među ugroženim skupinama poput siromašnih ili nacionalnih manjina. Osim neravnomjerne teritorijalne raspodjele postojećih resursa (i ogromne razlike urbano-ruralno), razlike u dostupnosti proizlaze i iz finansijskih mogućnosti države, lokalne zajednice i pojedine obitelji. Trošak javnog sektora koji snosi država, nedostatan je za zadovoljenje potrebe sve djece (i njihovih obite-

li), civilni sektor je ovisan o nesigurnom projektnom financiranju, a privatni sektor plaćaju isključivo roditelji. Nedovoljno je zastupljen transdisciplinski pristup djetetu. Uglavnom prevladava zdravstveni model skribi umjesto socijalnog, tj. procjena zdravstvenog stanja umjesto procjene bio-psihosocijalnih karakteristika, potreba i mogućnosti djeteta (tablica 1).

Tablica 1.

Prikaz prepoznatih izazova u pružanju skrbi i usluga ranog razvoja djece

Razina načela pri pružanju skrbi i usluga		
Majak ljudskih, infrastrukturnih i finansijskih kapaciteta	Dostupnost	Velike razlike urbano-ruralno zbog koncentriranja skrbi i usluga u većim urbanim centrima
	Pravičnost	Do skrbi i usluga lakše i prije dolaze oni bolje socioekonomskog statusa
	Priuštivost	Nedostatna nacionalna i lokalna izdvajanja, nesigurno projektno financiranje programa nevladinih udruga, privatni sektor pokriva roditelji
	Kvaliteta	Neujednačena, nema postavljenih kriterija i präčenja

Razina suradnje pri pružanju skrbi i usluga		
Ovisna o angažmanu pojedinaca	Nacionalno i lokalno	Nejasno razgraničenje ovlasti, slab politički angažman
	Unutarsektorska	Nedostatak suradnje između primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvenog sustava
	Međusektorska	Nedostatak suradnje između svih sektora dovodi do preklapanja i podvostanja usluga
	S roditeljima	Nedostatak suradnje između stručnjaka i roditelja, nema partnerstva

Nasuprot izazovima ili slabostima proces razvoja javne politike ukazao je i na snage, odnosno mogućnosti na koje se može osloniti u odgovoru na izazove. To su postojeći organizacijski resursi u obliku pravobraniteljskih ureda, međunarodnih ureda u Hrvatskoj (UNICEF, SZO EU), Vladinih ministarstava, profesionalnih organizacija, udruge civilnog sektora i sl. koji mogu zagovarati ciljeve javne politike i pratiti izradu i provedbu strategije od kojih su mnogi već u ovoj fazi aktivno sudjelovali. Tijekom procesa izrade strategije prikupljeni su postojeći primjeri dobre prakse, organizirani pretežito na lokalnoj razini kao nadstandardi. Iako je potrebna evaluacija postojećih modela dobre prakse kao i procjena mogućnosti njihovog širenja (engl. *up-scaling*), postojeća iskustva daju solidan temelj za izgradnju sveobuhvatne intervencije. Identificirana je i tehnologija (engl. *know-how*) kojom raspolaćemo od ranog otkrivanja razvojnih odstupanja (upitnici MFRD 1, GMCD) do odgovarajućeg liječenja (Hrvatski SCPE registar, HURID-ove tražilice „rani-KLIK“) (tablica 2).

Tablica 2.

Prepoznate snage i mogućnosti u pružanju skrbi i usluga ranog razvoja djece

Snage	→	Mogućnosti
Organizacijski resursi	Pravobraniteljskih uredi, međunarodni uredi u Hrvatskoj (UNICEF, SZO, EU), Vladina ministarstva, profesionalne organizacije, udruge civilnog sektora	Zagovaranje ciljeva javne politike
Dobre prakse	Uglavnom na lokalnoj razini, pokrivaju sektor zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja	Proširivanje
Tehnologija	Dostupnost i usmjerena prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju razvojnih odstupanja	Standardizacija dijagnostičkih i terapijskih postupaka

Prioritetna područja za nacionalnu strategiju kreirana su u skladu s prikupljenim spoznajama. Vezano uz opis postojećeg stanja nužno je provesti daljnja istraživanja kako bi se kvantificirale dimenzije potreba djece i sukladno tome mogla napraviti procjena potrebnih sredstava za njihovo zadovoljavanje. Uz jedinstvenu nacionalnu strategiju važno je razvijati i lokalne strategije, tj. ponuditi moguća alternativna rješenja na različitim razinama (od zakonskih, organizacijskih, stručnih, lokalnih...). Prijeko je potrebno razviti modele komunikacije i suradnje između različitih razina istog sektora te intersektorski u području zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja (transdisciplinski pristup) što će unaprijediti koordinaciju i time doprinijeti povećanju dostupnosti usluga. Prepoznata je i kontinuirana potreba za trajnim (interdisciplinskim) usavršavanjem stručnjaka različitih profila za rad s djecom i obitelji kako bi se unaprijedile njihove kompetencije i ujednačio rad. Uz razvoj mreže suradnika (nacionalno i međunarodno) ključno je stvaranje smislene i usklađene legislative, jasna i nepreklapajuća podjela nadležnosti i osiguranje finansijskih sredstava koja bi jamčila održivost programa koji podržavaju rani razvoj djece u Republici Hrvatskoj.

RASPRAVA

Pristup odozdo prema gore, koji je korišten pri izradi ove javne politike, primijeren je upravo za ovaku problematiku koja se proteže kroz više sektora. Budući da u ranom razvoju djece nema dominantnog sektora ili institucije koji bi uvodili promjene, pristupom odozdo strateški se povezuju različiti dionici koji sinergijski mogu implementirati odabranu strategiju (16). Danas je vidljiva tendencija uključivanja širokog kruga dionika, pa i javnosti u kreiranje javne politike. To povećava transparentnost procesa i jača osjećaj socijalne pravde. S druge strane, prikupljene informacije daju realnu sliku stanja koja se često ne može iščitati iz dostupnih kvantitativnih pokazatelja. Dodatno, jača se partnerstvo između zajednice, istraživača (kreatora javnih politika) i donositelja odluka (17,18).

Rezultati u obliku izazova, snaga i mogućnosti povezanih s ranim razvojem djece, dobiveni ovim istraživanjem, ukazuju na glavne smjerove djelovanja s ciljem unaprjeđenja ulaganja u rani razvoj djece. Iako je javna politika stvorena specifično za Republiku Hrvatsku, dobiveni rezultati usporedivi su s međunarodnim istraživanjima (3,4,19-24). Najbolji način za smanjenje društvenih nejednakosti je izjednačavanje mogućnosti sve djece. Da bi se to postiglo državna mora imati izvrsnu prenatalnu i postnatalnu zdravstvenu skrb i biti svjesna rizika koje nosi siromaštvo, loši radni uvjeti roditelja (posebno roditeljski dopusti) i slabo obrazovanje (19). Za provođenje takve politike potrebna je politička volja na nacionalnoj i lokalnoj razini. Budući da rezultati takvih ulaganja nisu vidljivi odmah već s određenim vremenskim odmakom, jasna je nepopularnost poduzimanja složenih mjera od političara. U mnogim zemljama se pojavljuje problem odvojenog djelovanja i nejasnog razgraničenja ovlasti između različitih ministarstava (zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja). Tek integracijom navedenih sustava povećava se obuhvat i depriviranih obitelji i djece, kojima je skrb najpotrebnija (4). Finansijska sredstva ne mogu se alocirati između različitih ministarstva, iako su namijenjena za isto – dječju skrb (20). Za uspješnu provedbu javne politike potreban je jasan smjer djelovanja na nacionalnoj razini uz fleksibilnost prema lokalnim specifičnostima (4). Zabilježena je i važnost nevladinih sektora koji donosi inovativna rješenja. No, kao i u našem istraživanju, njegova aktivnost ne može zamijeniti državnu skrb zbog relativno malog obuhvata djece i nestandardizirane kvalitete usluga. Allen i Kelly navode da je upravo intersektorska suradnja ključan preduvjet za osiguravanje koordinirane i kontinuirane skrbi djece (3). Uz to navode kako je nužna i suradnja s roditeljima kako bi svi uključeni u djetetov razvoj imali ujednačene prakse. Uključivanje roditelja u rano obrazovanje djeteta ima povoljne učinke na djetetove ishode u učenju. Osim na dijete, roditeljski angažman je na korist i samim roditeljima, jer se na taj način razvijaju i unaprjeđuju njihove roditeljske vještine (3,4,21). Posebno je važno osigurati podršku roditeljima djece s razvojnim poremećajima. Njima je potrebna edukacija kako bi mogli pružiti što bolju skrb vlastitom djetetu, ali i emocionalna podrška za njih same (21). Dodatna svrha suradnje je razumijevanje djetetovog cjelovitog razvoja, šireg od segmenta pojedine struke. Da bi se to ostvarilo nužno je uskladiti i edukacijske programe i kompetencije stručnjaka koji su uključeni u rad s djecom i obiteljima (3). Istraživanje u Ujedinjenom Kraljevstvu je pokazalo da kvalifikacija osoblja ima direktni utjecaj na dječje ishode. Pronađene su i razlike u razini kvalitete skrbi i usluga ranog razvoja. U privatnom sektoru su informacije o kvaliteti često nedostupne, a u javnom sektoru su ispunjeni tek minimalni standardi zbog nedostatnog financiranja od države (4). U istraživanju provedenom u Njemačkoj

potvrđena je manja dostupnost skrbi i obrazovanja u razdoblju ranog razvoja djeci nižeg socio-ekonomskog statusa. Osim toga, utvrđene su i regionalne razlike u kvaliteti skrbi i usluga. Pokazano je i da djeca nižeg socio-ekonomskog statusa kraće pohađaju vrtiće (22). Slični rezultati dobiveni su i u Australiji. Roditelji nižeg socio-ekonomskog statusa imaju ograničeni izbor usluga, jer ne mogu financirati troškove transporta djece na veće udaljenosti kako bi ostvarili pravo na adekvatnu uslugu (23). Takvi nalazi su u skladu s našima, jer upravo u ruralnim područjima u kojima je niža dostupnost skrbi i usluga žive obitelji nižeg socio-ekonomskog statusa. Naši i međunarodni rezultati upućuju na to da vrijednost intervencija koje će proizići iz javne politike ulaganja u rani razvoj djece leži u njihovoj nespecifičnosti i sveobuhvatnosti. U skladu s paradigmom 21. stoljeća ova je politika preventivnog karaktera. Umjesto usko medicinskog pristupa pojedincu (nakon što se poremećaj već razvije) ova politika u fokus stavlja zajednicu i šire okruženje te dovodi do izjednačavanja životnih mogućnosti sve djece od samog početka života te time, posredno, dovodi i do boljeg zdravlja. Dugoročno gledano, ulaganje u rani razvoj i ekonomski je najisplativije za društvo koje na jedan uloženi US \$ dobiva povrat od 12 US \$ (24).

ZAKLJUČAK I DALJNJI KORACI

Korištenje pristupa odozdo prema gore u oblikovanju javne politike omogućilo je široko uključivanje budućih implementatora. Svojim razumijevanjem i problema i sustava sudionici su u analizi problema bili sposobni otkriti tzv. implementacijski deficit (15). U opisu postojećeg stanja izneseni su izazovi i prikazane mogućnosti. Rad na oblikovanju zajedničke platforme omogućio je definiranje ciljeva (detekciju jaza između željenih rezultata i stvarnosti) i pravca djelovanja (15). Kako bi ova javna politika bila pretočena u praksu (engl. *policy implementation*) potrebno je razviti krovni dokument i operativne dokumente. Krovni bi dokument: a) izložio načine kojima se može doći do usklađivanja djelovanja svih relevantnih sudionika (izvršitelja) s lokalnim i nacionalnim razinama (protokoli o međuresornoj suradnji iiniciranje promjena u zakonodavstvu), b) definirao infrastrukturu potrebnu za provođenje strategije (prepoznavanje potreba djece i obitelji, načina obuhvaćanja i uključivanja u programe, utvrđivanje postojećih usluga i stručnjaka, itd.), c) definirao mrežu pružatelja usluga (aktivnosti i standarde, uključivo i u dovedakciji stručnjaka), d) definirao medijsku strategiju te e) osiguravao izvor finansijskih sredstava i f) osiguravao način evaluacije. Operativni će dokumenti biti vezani uz provedbu intervencija pa stoga i razvijani u sektorskim skupinama. Njihovim udruživanjem dobiva se širok, jasan

i fleksibilan okvir za provedbu sveobuhvatne intervencije koja će, profesionalno implementirana, ostvariti pozitivan učinak za zdravstvene ishode budućih generacija.

LITERATURA

1. Marmot M. Improving the social environment to improve health. Lancet 1998; 351(1): 57-60.
2. Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Commission Directorate-General for Health and Consumers. 2013.
3. Institute of Medicine and National Research Council. Transforming the workforce for children birth through age 8: A unifying foundation. Washington, DC: The National Academies Press [Internet]. 2015. [cited 2018 Feb 12] Available from: https://www.nap.edu/resource/19401/BirthtoEight_brief.pdf
4. Jensen BB, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: Early years, family and education task group report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [Internet] 2013. [cited 2018 Feb 12] Available from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/early-years,-family-and-education-task-group-report>
5. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske [Internet]. Prvi rezultati: Pokazatelji siromaštva i socijalne isključenosti u 2016. c2006-2015 Republika Hrvatska - Državni zavod za statistiku. [cited 2018 Feb 13]. Available from: <https://www.dzs.hr/>
6. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske [Internet]. Prvi rezultati: Radno sposobno stanovništvo prema aktivnosti i spolu. c2006-2015 Republika Hrvatska - Državni zavod za statistiku. [cited 2018 Feb 13]. Available from: <https://www.dzs.hr/>
7. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Migracija stanovništva Republike Hrvatske u 2016. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2017.
8. European Commission. Employment, Social Affairs & Inclusion Eurostat Demography report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2015.
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvješće za 2016. godinu Dojenačke smrti u Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017.
10. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Prirodno kretanje stanovništva Republike Hrvatske u 2016. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2017.
11. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [Internet]. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece. [cited 2018 Feb 12]. Available from: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoren-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/>

12. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [Internet]. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite. [cited 2018 Feb 12] Available from: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovorenih-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/>
13. Ministarstvo znanosti i obrazovanja Republike Hrvatske [Internet]. Provedba Državnog pedagoškog standarda predškolskog odgoja i naobrazbe. [cited 2018 Feb 12] Available from: <https://mzo.hr/hr/provedba-drzavnog-pedagoskog-standarda-predskolskog-odgoja-naobrazbe?cat=245>
14. Bradley E, Canavan M, Rogan E i sur. Variation In Health Outcomes: The Role Of Spending On Social services, Public Health And Health Care, 2000–09. *Health Affairs* 2016; 35(5): 760-8.
15. Buse K, Mays N, Walt G. *Making Health Policy*. London: Open University Press, 2005.
16. Sabatier PA. TopDown and BottomUp Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. *J Public Pol* 1986; 6(1): 21-48.
17. Loewenskon R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Amburoso L, Shroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader. TARSC, AHPSPR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare. [Internet] 2014. [cited Mar 1 2018] Available from: <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf>
18. The SURE Collaboration. SURE Guides for Preparing and Using Evidence-Based Policy Briefs: Informing and engaging stakeholders. Version 2.1 [updated November 2011]. The SURE Collaboration [Internet] 2011. [cited Mar 2 2018] Available from www.evipnet.org/sure
19. Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010 [Internet]. 2010. [cited 2018 Feb 23] Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
20. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Reaching and investing in children at the margins: Summary of a joint workshop*. Washington, DC: The National Academies Press. [Internet] 2016. [cited 2018 Feb 23] Available from:
21. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0-8*. Washington, DC: The National Academies Press [Internet] 2016. [cited 2018 Feb 22] Available from: <https://www.nap.edu/catalog/21868/parenting-matters-supporting-parents-of-children-ages-0-8>.
22. Spieß, CK, Berger EM, Groh-Samberg O. Overcoming Disparities and Expanding Access to Early Childhood Services in Germany: Policy Considerations and Funding Options, Innocenti Working Paper 2008-03. Florence. UNICEF Innocenti Research Centre [Internet] 2008. [cited 2018 Feb 23] Available from: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2008_03_eng.pdf
23. Cloney D, Cleveland G, Hattie J, Tayler C. Variations in the Availability and Quality of Early Childhood Education and Care by Socioeconomic Status of Neighborhoods. *Early Education and Development* 2016; 27(3): 384-401.
24. Cohen L, Chehimi S. Beyond brochures The Imperative for Primary Prevention U: Cohen L, Chavez V, Chehimi S. *Prevention is Primary Strategies for Community Well-being*. United States: Jossey-Bass, 2007, 3-24.

S U M M A R Y

HOW TO PLAN COMPREHENSIVE INTERVENTIONS IN THE REPUBLIC OF CROATIA – REVIEW OF THE MODEL OF DEVELOPING PUBLIC POLICY INVESTMENT IN THE EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT

D. VOČANEC, S. ŠOGORIĆ and M. VAJAGIĆ¹

*University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health and ¹Croatian Institute of
Health Insurance, Zagreb, Croatia*

Inequity in health is a consequence of unequal life opportunities. Previous researches had shown that reduction of social inequalities is the most successful and cost-effective way in improving the population health, especially through investment in early years. The existing indicators suggest that there are factors in the Republic of Croatia that generate health inequalities from the earliest age and consequently lead to poor health outcomes. The aim of this paper is to present the methodology used in developing a policy for investment in early childhood development in the Republic of Croatia. The policy is the basis for further design and implementation of the national investment strategy for early childhood development. In the formulation of the policy, the bottom-up approach was used. Therefore, all stakeholders were given an opportunity to present their view of the problem and propose options for solving it. Within the 21st Health Fair in Vinkovci in April 2017, the topic Investing in Early Childhood Development through Intersectoral Cooperation was addressed. By analyzing the text of the presentations and discussion, information was collected for description of the current state. The text was supplemented through additional two rounds of consultations with interested stakeholders. The state-of-the-art document was presented and discussed at the partnership conference entitled Investing in Early Childhood Development through Intersectoral Cooperation. The conclusions led to creation of the final document, a platform for development and implementation of the national investment strategy for early childhood development. Challenges were recognized in care provision and development of early childhood services. The lack of vertical and horizontal co-operation between services and care providers was identified as the main problem. In addition, there are differences in the availability, affordability, quality and fairness of the distribution of care and services. However, some strengths were recognized, primarily in the form of organizational resources with advocacy power, good practices implemented in all sectors at the local level, existing technologies directed at prevention, and early detection and treatment of developmental disparities. The results obtained enabled definition of goals and outlined clear directions for action. The next step is designing an umbrella document and operational documents for implementing this policy in practice.

Key words: early childhood development, early intervention, public policy

BOLNICE KOJE PROMIČU ZDRAVLJE – SAMOPROCJENA AKTIVNOSTI PROMICANJA ZDRAVLJA NA PRIMJERU ODJELA ZA PSIHIJATRIJU OPĆE BOLNICE „DR. TOMISLAV BARDEK“ KOPRIVNICA

MIRNA ZAGRAJSKI BRKIĆ¹, SELMA ŠOGORIĆ², SANDRA LOVRIĆ¹, VESNA SERTIĆ^{1,3},
ANITA GALINEC¹, MLADEN TOMAS¹, MARKO MIKULAN¹, MIRJANA GAŠPARIĆ-SIKAVICA¹
i DIETER MARKOVČIĆ¹

¹Opća bolnica „Dr.Tomislav Bardek“ Koprivnica, ²Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Zagreb i ³Sveučilište Sjever, Odjel za sestrinstvo, Varaždin,
Hrvatska

Cilj je ovoga rada na primjeru Odjela za psihijatriju Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica prikazati proces samoprocjene te ugradnje koncepta kliničkog promicanja zdravlja u svakodnevni rad bolnice. **Metode:** Koristeći Model za procjenu potreba promicanja zdravlja, pregledom 50 medicinskih zapisa pacijenata hospitaliziranih u razdoblju od 1. 11. do 30. 11. 2014. g, procijenjeni su indikatori Standarda 2. (procjena pacijenata vezano uz potrebe za promicanjem zdravlja), 3.1.1. (informiranje pacijenata o značajnim čimbenicima vezanim uz njihovo zdravstveno stanje) i 5. (kontinuitet suradnje s drugim pružateljima zdravstvene zaštite i drugim relevantnim sudionicima). **Rezultati:** Samoprocjenom medicinske i sestrinske dokumentacije, vezano uz zapise podataka o preventabilnim rizicima i zdravstvenom ponašanju hospitaliziranih pacijenata (pušenje, pijenje alkohola, prehrambene navike, fizička neaktivnost, psihosocijalni odnosi), utvrđena je potreba za unaprjeđenjem - u obliku sustavnog i standardiziranog unosa informacija u cilju boljeg planiranja aktivnosti promocije zdravlja. Definiranje potreba pacijenata i davanje informacija o njima nedovoljno se bilježi u pacijentovoj dokumentaciji. Sestrinska lista ima jasniju strukturu za upis pojedinih vrijednosti praćenih rizičnih čimbenika, ali ne objedinjuje sve rizične čimbenike na jednom mjestu. Najveći izazov je područje Standarda 5. Otpusna pisma sadrže opis stanja pacijenta i potreba u smislu promocije zdravlja, međutim nedostatno sadržavaju preporuke o dostupnim programima izvan bolnice i plan oporavka. Razlog tome je dijelom u nepostojanju izvanbolničkih programa liječenja, a dijelom u nedostatnoj suradnji bolnice i drugih ustanova, udruga i sl. **Zaključak:** Iako glavna odgovornost bolnice za pacijenta prestaje s otpustom, gledano iz pozicije zdravstvenog sustava - veliki broj rehospitalizacija i komplikacija može biti prevenirano ako su pacijenti bolje pripremljeni te ako su u proces uključeni drugi pružatelji medicinske i socijalne pomoći.

Ključne riječi: samoprocjena, klinička promocija zdravlja, kvaliteta zdravstvene zaštite, medicinska i sestrinska dokumentacija, informiranost pacijenata

Adresa za dopisivanje: Mirna Zagrajski Brkić, dr. med.
Opća Bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica
Odjel za psihijatriju
Željka Selingera 1
48 000 Koprivnica
E-pošta: mizagrajski@obkoprivnica.hr

UVOD

Već ranih 90-tih godina prošlog stoljeća Svjetska je zdravstvena organizacija, Ured za Europu (Eu SZO) pokrenula međunarodnu inicijativu s ciljem pružanja podrške bolnicama za uključivanje u aktivnosti promicanja zdravlja (1). Pružanje informacija o zdravim životnim navikama nakon završetka kliničkih postu-

paka nije se više smatralo dostatnim. Od bolnica se očekivalo da promicanje zdravlja ugrade u svoj korporativni identitet i rutinsku praksu čime bi ono postalo integralni dio procesa zdravstvene skrbi.

Klinička promocija zdravlja okrenuta pacijentu u zdravstvenoj ustanovi danas, uz klinički rad čija je svrha poboljšanje učinka liječenja i unaprjeđenje si-

gurnosti pacijenata uključuje i aktivnosti promicanja zdravlja (2). Prema Eu SZO promocija zdravlja, zajedno s kliničkom učinkovitosti i sigurnosti pacijenata, ključna je dimenzija kvalitete zdravstvene zaštite u bolnici (3). Standardi kliničke promocije zdravlja omogućavaju uvođenje kvalitetne politike upravljanja bolnicom planiranjem, implementacijom, evaluacijom i kontinuiranim poboljšavanjem svih kliničkih i nekliničkih aktivnosti u svrhu unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite te ujedno dostizanja boljeg zdravlja pacijenata, osoblja i zajednice (4-8).

Međunarodna mreža bolnica koje promiču zdravlje (MMBPZ, izvorno *International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services - HPH*) koja preko četrdeset nacionalnih i regionalnih mreža okuplja više od 900 bolnica širom svijeta vodeći je zagovornik procesa ugrađivanja standarda i indikatora Eu SZO za kliničku promociju zdravlja u svakodnevnu bolničku rutinu (9).

Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica dio je Međunarodne mreže (MMBPZ) bolnica od lipnja 2014. godine kada je u Hrvatskoj na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu održana nacionalna konferencija predstavljanja Mreže (10,11). Tom je prigodom predstavljen Priručnik SZO „Implementiranje promicanja zdravlja u bolnicama“ koji donosi pet područja standarda i uz njih vezane pokazatelje, te obrasce za samoprocjenu promocije zdravlja u bolnici (12).

Pet područja standarda su:

1. Politika upravljanja bolnicom,
2. Procjena pacijenata vezano uz rizične faktore i zdravstvene potrebe,
3. Informacije o promociji zdravlja pacijenata i intervencijama,
4. Promicanje zdravog radnog mjesta i
5. Kontinuitet i suradnja bolnice s drugim zdravstvenim, socijalnim i neformalnim pružateljima skrbi.

Uz pomoć Priručnika moguće je procijeniti aktivnosti promicanja zdravlja u bolnici te formulirati preporuke za napredak. Cilj je ovoga rada na primjeru Odjela za psihijatriju Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica prikazati proces samoprocjene te ugradnje koncepta kliničkog promicanja zdravlja u svakodnevni rad bolnice.

PRIKAZ PROCESA SAMOPROCJENE AKTIVNOSTI PROMICANJA ZDRAVLJA

Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica ima tradiciju sudjelovanja u javnozdravstvenim aktivno-

stima. Uz razvijeni sustav unaprjeđivanja kvalitete zdravstvene zaštite rukovodstvu i djelatnicima Bolnice nije bilo teško prihvati koncept kliničke promocije zdravlja. Godine 2014. Sveučilišna bolnica Bispebjerg iz Danske, suradni centar SZO za na dokazima temeljenu promociju zdravlja u bolnicama, pokrenula je međunarodni istraživački projekt kojim se željelo istražiti učinkovitost kliničkog promicanja zdravlja (*Recognition project*) (13). Iste godine u projekt se uključio Odjel za psihijatriju Opće bolnice „Dr.Tomislav Bardek“ Koprivnica. Rukovodeći se Priručnikom provedena je samoprocjena pokazatelja promocije zdravlja u svih pet područja standarda. Uz voditelja procjene definirane su i osobe odgovorne za provođenje procjene svakog pojedinog standarda. Samoprocjena provedena na Odjelu za psihijatriju Opće bolnice „Dr.Tomislav Bardek“ Koprivnica obuhvaćala je sljedeće aktivnosti:

- a) provođenje anketiranja putem upitnika za zaposlenike i upitnika za pacijente,
- b) unutarnju ocjenu pregledom zapisa medicinske dokumentacije, te
- c) temeljem prikupljenih podataka stvaranje Akcijskog plana (predložene aktivnosti unaprjeđenja kvalitete) uz definirane ciljeve po područjima.

Akcijski plan je plan upravljačke strukture zdravstvene ustanove namijenjen zaposlenicima, pacijentima i lokalnoj zajednici. U njemu su navedena jasna očekivanja kako će proces implementacije standarda i indikatora promocije zdravlja (Akcijskog plana) dovesti do unaprjeđenja znanja djelatnika i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite, poboljšanja zdravlja pacijenata i osoblja, te razvoja usluga iz područja promocije zdravlja. Dodatna dobit od provođenja samoprocjene bila je i mogućnost usporedbe (i uz to vezane razmjene iskustava) s drugim zdravstvenim ustanovama unutar Hrvatske i međunarodno. Praćenjem promjena u pokazateljima tijekom vremena doible bi se i informacije o napretku u projektu unutar bolnice (usporedba sa mih sa sobom).

Tijekom prosinca 2014. učinjen je pregled medicinske i sestrinske dokumentacije 50 pacijenata hospitaliziranih u studenom 2014. na Odjelu za psihijatriju Opće bolnice „Dr.Tomislav Bardek“ Koprivnica. Nakon dobivanja odobrenja Etičkog povjerenstva Bolnice, prema uputama Priručnika (2) vezano uz provođenje samopregleda dokumentacije hospitaliziranih pacijenata, odabранo je 50 uzastopnih medicinskih zapisa pacijenata koji su u mjesecu prije uključivanja odjela u projekt SZO (*Recognition Project*) otpušteni s bolničkog liječenja.

U razdoblju od 1. 11. do 30. 11. 2014. g. na Odjelu za psihijatriju hospitalizirano je ukupno 52 bolesnika pa su stoga dvije posljednje povijesti bolesti (zadnje otpuštenih pacijenata) isključene iz samopregleda (tablica 1).

Tablica 1.

Broj otpuštenih pacijenata Odjela za psihijatriju (N) prema otpusnoj dijagnozi i dobroj skupini u razdoblju od 1. do 31. 11. 2014. g.

Otpusna dijagnoza prema MKB-10 klasifikaciji	18-19 g.	20-64 g.	65 i više g.	Ukupno (N)
F06		4	2	6
F10-F11		8	1	9
F20-F29		8	1	9
F31-F33		11	3	14
F40-F48		6		6
F60-F62		3		3
F70-F79	1	2		3
Sve dijagnoze	1	42	7	50

Koristeći Model za procjenu potreba promicanja zdravlja (*HPH DATA Model*) (14), pregledom medicinskih zapisa 50 otpuštenih pacijenata procijenjeni su indikatori Standarda 2., 3.1.1. i 5. Standard 2. odnosi se na procjenu pacijenata povezano s potrebama promicanja zdravlja (rizik pothranjenosti i prekomjerne tjelesne težine, metabolički stres, fizička aktivnost, pušački status, konzumiranje alkohola). Standard 3.1.1. odnosi se na informiranje pacijenata o značajnim čimbenicima povezanim s njihovim zdravstvenim stanjem. Standard 5. odnosi se na kontinuitet suradnje s drugim pružateljima

zdravstvene zaštite i drugim relevantnim sudionicima.

Pregled dokumentacije rađen je ciljano, uz sudjelovanje liječnika i prvostupnika sestrinstva, pitanjima koja prate indikatore povezane s preventabilnim čimbenicima (tablica 2.). Indikatori Standarda 2. omogućavaju procjenu pacijenata vezano uz: tjelesnu težinu, BMI, apetit, metaboličke bolesti (A1-A4 i B-1-B-2), fizičku aktivnost (C-1), pušenje (D-1) i štetne oblike pijenja alkohola (E-1) o čemu postoji zapis u medicinskoj i/ili sestrinskoj dokumentaciji (tablica 3., sl. 1).

Tablica 2.

Model za procjenu potreba promicanja zdravlja - pitanja za indikatore Standarda 2. i izvor informacija o pacijentima

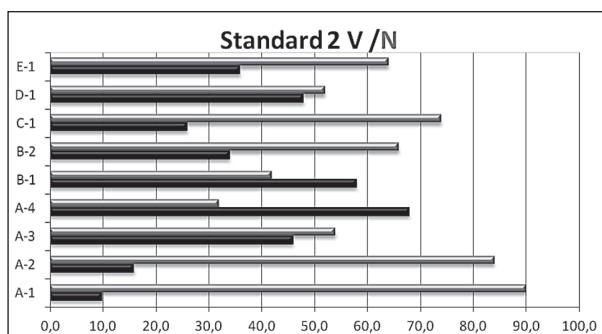
Oznaka ind. St.2	Pitanje za procjenu pacijenta	Izvor informacija u medicinskoj dokumentaciji	Izvor informacija u sestrinskoj dokumentaciji
E-1	Da li pacijent piće preko preporučene granice? Ž: 7 x tjedno, M: 14 x tjedno	✓	✓
D-1	Da li pacijent svakodnevno puši?	✓	✓
C-1	Je li pacijent aktivan manje od 30 min/dan? (Umjerenog intenziteta sa porastom pulsa; primjerice šetnje, vožnje biciklom, trening)	-	✓
B-2	Da li je pacijentov opseg struka premašio 80 cm (Ž) ili 94 cm (M)?	-	✓
B-1	Da li je pacijentov BMI iznad 25?	✓	✓
A-4	Da li je pacijent teško bolestan? (tj. stres-metaboličke bolesti)	✓	-
A-3	Da li je pacijent imao smanjen apetit u proteklih tjednih dana?	✓	✓
A-2	Da li je pacijent izgubio na težini u posljednja tri mjeseca?	✓	-
A-1	Da li je pacijentov BMI ispod 20,5?	-	✓

Legenda: Izvor informacija o pacijentima postoji ✓; izvor informacija o pacijentima ne postoji -

Tablica 3.

Standard 2. Procjena rizičnosti pacijenata temeljem definiranih pitanja pregledom pacijentove dokumentacije (N = 50 pregledanih povijesti bolesti)

Oznaka ind. St.2	Pitanje za procjenu pacijenta	Visoko rizični pacijenti	Nisko rizični pacijenti
E-1	Da li pacijent piće preko preporučene granice? Ž: 7 x tjedno, M: 14 x tjedno	18	32
D-1	Da li pacijent svakodnevno puši?	24	26
C-1	Je li pacijent aktivan manje od 30 min/dan? (Umjerenog intenziteta sa porastom pulsa; primjerice šetnje, vožnje biciklom, trening)	13	37
B-2	Da li je pacijentov opseg struka premašio 80 cm (Ž) ili 94 cm (M)?	17	33
B-1	Da li je pacijentov BMI iznad 25?	29	21
A-4	Da li je pacijent teško bolestan? (tjelesne bolesti, stres-metaboličke bolesti)	34	16
A-3	Da li je pacijent imao smanjen apetit u proteklih tjednih dana?	23	27
A-2	Da li je pacijent izgubio na težini u posljednja tri mjeseca?	8	42
A-1	Da li je pacijentov BMI ispod 20,5?	5	45



Sl. 1. Standard 2. Procjena rizičnosti pacijenata temeljem definiranih pitanja kroz pregled pacijentove dokumentacije ($N = 50$) u postotcima

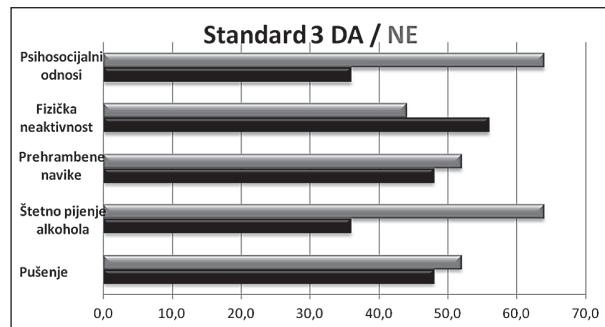
Legenda: V (tamna crta) – visoko rizični pacijenti; N (svijetla crta) – nisko rizični pacijenti

Praćenje indikatora Standarda 3.1.1. uključivalo je zabilježene informacije o potrebama pacijenata i informacijama danim vezano uz rizične čimbenike: pušenje, pijenje alkohola, prehrambene navike, fizička neaktivnost, psihosocijalni odnosi (tablica 4, sl. 2).

Tablica 4.

Standard 3.1.1. Procijenjene potrebe pacijenata i dane informacije o intervencijama iz područja promocije zdravlja zabilježene u pacijentovoj dokumentaciji ($N = 50$ pregledanih povijesti bolesti pacijenata)

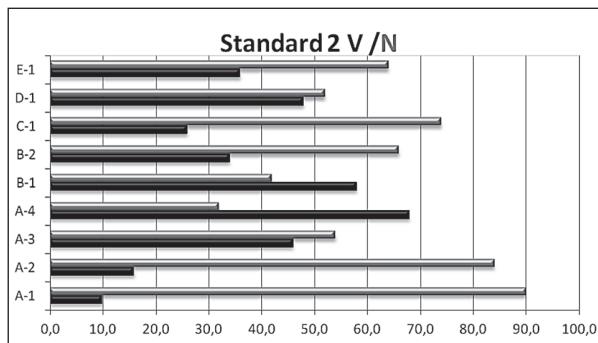
Područje potreba pacijenata povezano s promocijom zdravlja	Informacije dane pacijentu zabilježene su u pacijentovoj medicinskoj dokumentaciji	
	DA	NE
Psihosocijalni odnosi	18	32
Fizička neaktivnost	28	22
Prehrambene navike	24	26
Štetno pijenje alkohola	18	32
Pušenje	24	26



Sl. 2. Standard 3.1.1. Procijenjene potrebe pacijenata i dane informacije o intervencijama iz područja promocije zdravlja zabilježene u pacijentovoj dokumentaciji ($N = 50$) u postotcima

Legenda: DA (tamna crta) – postoji zapis o procjeni pacijenta i danim informacijama; NE (svijetla crta) – ne postoji zapis o procjeni pacijenta i danim informacijama

Standard 5. praćen je preko 3 indikatora: postojanje opisa plana oporavka, preporuka i stanja pacijenta u otpusnim pismima (sl. 3).



Sl. 3. Standard 5. Postojanje opisa plana oporavka, preporuka i stanja pacijenta u otpusnim pismima ($N = 50$ pregledanih otpusnih pisama pacijenata) postotak

Legenda: DA (tamna crta) – postoji zapis u otpusnom pismu; NE (svijetla crta) – ne postoji zapis u otpusnom pismu

U oblikovanju Akcijskog plana (tablica 5) korišteni su uz ovde opisane i rezultati dobiveni upitnikom za pacijente liječene na Psihijatrijskom odjelu i upitnikom za zaposlenike psihijatrije (koji ovde nisu pobliže opisani).

Tablica 5.

Akcijski plan donesen temeljem ukupnih rezultata samoprocjene uz definirana područja djelovanja i ciljeve

Ciljana područja	Ciljevi prema aktivnostima	
Svijest o politici promicanja zdravlja	Edukacija osoblja o promociji zdravlja	Sudjelovanje na 23. međunarodnoj konferenciji Mreže bolnica koje promiču zdravlje
Sigurnost, rizici i ozljede povezane s radnim mjestom	Strategija prevencije nasilja na radnom mjestu	Radionice sa zaposlenicima na odjelu psihijatrije
Zadovoljstvo i zdravlje zaposlenika	Sistematski pregledi zaposlenika	Edukacija o sindromu sagorijevanja (burn-out)
Ograničenja bolesnika povezana sa zdravljem	Instalacija prilagođenih niskih kreveta za bolesnike	
Kontinuitet i suradnja	Međusektorski sastanci	

Aktivnosti projekta na Psihijatrijskom odjelu proširene su upravljačkim mehanizmima i unutar drugih djelatnosti bolnice te je promocija zdravlja postala dijelom politike upravljanja kvalitetom Bolnice (tablica 6).

Tablica 6.
Aktivnosti provedene od ožujka 2015. do ožujka 2016. g. prema pripadajućim Standardima

Standard	Provđene aktivnosti po ciljanim područjima
Standard 1 Upravljanje promocijom zdravlja	Promocija zdavlja postaje dijelom politike upravljanja kvalitetom Bolnice Edukacija zaposlenika o promociji zdravlja Poticanje provođenja edukacije pacijenata od zaposlenika Sudjelovanje dvoje zaposlenika na 23. međunarodnoj konferenciji HPH u Oslu
Standard 2 Procjena pacijenata	Poboljšanja u dokumentiranju informacija o potrebama pacijenata za promocijom zdravlja Procjena mogućnosti sustavnih rješenja u elektronskom obliku
Standard 3 Informacije i intervencije	Odradene edukacije pacijenata o specifičnim zdravstvenim rizicima Poboljšana informiranost pacijenata o dostupnim intervencijama Instalacija prilagođenih-niskih bolničkih kreveta
Standard 4 Promicanje zdravog radnog okruženja	Sigurnost zaposlenika i pacijenata- dokumentirana Strategija prevencije nasilja na radnom mjestu – psihijatrija i hitna medicina Prehrana za zaposlenike u bolničkoj kuhinji Sistematski pregledi za zaposlenike Radionica o sindromu sagorijevanja u suradnji s HLZ-podružnicom Koprivnica Edukacija medicinskih sestara o strahu - u suradnji s HUMS-om
Standard 5 Kontinuitet i suradnja	Održani intersektorski sastanci vezano uz zloupotrebu psihoaktivnih tvari, agresivno ponašanje i nasilje u obitelji Gradska knjižnica - predavanje zdravstvenih djelatnika Bolnice otvoreno za građane Koprivnice: Zdrava prehrana, Rekreacija, Mentalno zdravlje, Pozitivna psihologija, Osteoporozu i kostobilju, Alzheimerova bolest, Zaštita od sunca Gradska knjižnica - Serija psihijatrijskih predavanja za građanstvo (psihijatar i psiholog) Gimnazija - Edukacija učenika o štetnosti zloupotrebe psihoaktivnih tvari TV emisija – psihijatrijska tema anksioznosti

RASPRAVA I ZAKLJUČCI

Uloga bolnice danas nadilazi isključivo pružanje usluga dijagnostike, liječenja i skrbi, te bolnice sve više preuzimaju zadaću provođenja promocije zdravlja vodeći računa o potrebama i pacijenata i osoblja, uz intenzivniju suradnju sa zajednicom (15, 16). Značenje zapisa u dokumentaciji pacijenta posebno je istaknut u području kvalitete zdravstvene zaštite i koristi se u samoprocjeni u svrhu poboljšanja procesa koji uključuju učinkovitost liječenja i sigurnost pacijenata. Sudjelovanjem u standardiziranom projektu SZO (*Recognition project*), koristeći samoprocjenu medicinske i sestrinske dokumentacije utvrđena je potreba za unaprjeđenjem - u obliku sustavnog i standardiziranog unosa informacija povezanih s preventabilnim rizičnim čimbenicima kod pacijenata: pušenje, pijenje alkohola, prehrambene navike, fizička neaktivnost, psihosocijalni odnosi.

Definiranje potreba pacijenata i davanje informacije o tim potrebama nedovoljno se bilježi u pacijentovojo dokumentaciji. Sestrinska lista ima jasniju strukturu za upis pojedinih vrijednosti praćenih rizičnih čimbenika. Međutim, lista ne ujedinjuje sve rizične čimbenike na jednom mjestu, što bi ubrzalo unos i pružilo veću preglednost podataka, tj. unaprijedilo planiranje intervencija.

Analiza podataka o procijenjenim potrebama pacijenata i pruženim informacijama ide u prilog potrebe

razvoja specifičnih programa intervencija (posebno manjak informacija o psihosocijalnim odnosima i štetnom pijenju alkohola).

Najveći izazov predstavlja područje Standarda 5. Otpusna pisma sadrže opis stanja pacijenta i potrebe u smislu promocije zdravlja, međutim nedostatno sadržavaju preporuke o dostupnim programima izvan bolnice i plan oporavka. Razlog tome je dijelom nepostojanje izvanbolničkih programa liječenja, a dijelom nedostatna suradnja bolnice i drugih ustanova, udruga i sl.

Zadovoljavanje svih standarda, a osobito petog (kontinuitet skrbi i suradnja bolnice s drugim zdravstvenim, socijalnim i neformalnim pružateljima skrbi) moguće je postići boljim razumijevanjem javnozdravstvene perspektive organizacije sustava zdravstva. Iako glavna odgovornost bolnice za pacijenta prestaje s otpustom, gledano iz pozicije zdravstvenog sustava - veliki broj rehospitalizacija i komplikacija može se spriječiti ako su pacijenti bolje pripremljeni te ako su drugi pružatelji medicinske i socijalne pomoći uključeni u proces. Ostvarivanje kontinuiteta zdravstvene skrbi preduvjet je unaprjeđenja kvalitete u zdravstvenom sustavu. Velika je potreba za razvojem zajedničkih intervencija (intersektorska suradnja) uz fokus na ljudima (*people-centered*) i integriranim zdravstvenim uslugama uz aktivno sudjelovanju pacijenata (u izradi plana oporavka) i obitelji u smislu sukreatora (*co-producers*) zdravlja.

Koristeći ovdje prikazani strukturirani pristup moguće je uvesti unaprjeđenja u području kliničke promocije zdravlja: kontinuiranim radom na ciljanim područjima i uz ponavljanje samoprocjene. Međutim bez podrške nacionalne razine i uspostave kontinuiteta zdravstvene skrbi ne može doći do unaprjeđenja kvalitete skrbi za pacijente s kroničnim, dugotrajnim bolestima. U tom smislu aktivnosti promicanja zdravlja u bolnicama trebaju biti ugrađene u širi okvir zdravstvenog sustava.

LITERATURA

1. Pelikan JM, Gröne O, Svane JF. The International HPH Network – A short history of two decades of development. 2011; [5 stranica]. Dostupno na URL adresi: http://clinhp.org/ifile/Vol1_Issue1_p32_36.pdf
2. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. World Health Organization 2006. Dostupno na URL adresi: <http://www.hphnet.org/attachments/article/1941/Manual%20Standard%20Assessment.pdf>
3. WHO, Regional Office for Europe. Standards for health promotion in hospitals: development of indicators for a self-assessment tool. Copenhagen: WHO/Europe, 2004.
4. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet 2002; 359: 114-7.
5. Tonnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Moller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. Br J Anaesth 2009; 102: 297-306.
6. Nasell H, Adami J, Samnegard E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of Smoking Cessation Intervention on Results of Acute Fracture Surgery: A Randomized Controlled Trial. J Bone and Joint Surg 2010; 92: 1335-42.
7. Groene O, Jorgensen SJ. Health promotion in hospitals - a strategy to improve quality in health care. Eur J Pub Health 2005; 15: 6-8.
8. Oppedal K, Nesvåg S, Pedersen B i sur. Health and the need for health promotion in hospital patients. Eur J Pub Health 2011; 21(6): 744-9.
9. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. [1 ekran/stranica]. Dostupno na URL adresi: http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=451.
10. HPH network <http://www.hphnet.org/members/nr-networks>
11. World Health Organization Regional Office for Europe – Health promoting hospitals <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph>.
12. Implementiranje promicanja zdravlja u bolnicama: Priručnik i obrazac za samoprocjenu. Nelektirirani prijevod publikacije WHO Eu Zagreb: ŠNZ „A.Štampar“, lipanj 2014. <http://www.zdravi-gradovi.com.hr/media/48117/prirucnik%20za%20samoprocjenu.pdf>.
13. Tønnesen H, Svane JK, Groene O, Shu-Ti Chiou. The WHO_HPH recognition project: fast track implementation of clinical health promotion-a protocol for multi-centar RCT. Clinical health promotion, http://www.clinhp.org/ifile/Vol6_Issue1_p13_p20.pdf
14. Tønnesen H, Svane JK, Lenzi L i sur. Handling Clinical Health Promotion in the HPH DATA Model. Clinical health promotion. http://clinhp.org/ifile/Vol2_Issue1_p5_11.pdf.
15. World Health Organization Regional Office for Europe.. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2008. <http://www.euro.who.int/document/E90777.pdf>.
16. Groene O, Alonso J, Klazinga N. Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. Health Promot Int 2010; 25: 221-9.

S U M M A R Y

HEALTH PROMOTING HOSPITALS – SELF-ASSESSMENT OF HEALTH PROMOTION ACTIVITIES AT DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, DR. TOMISLAV BARDEK GENERAL HOSPITAL, KOPRIVNICA

M. ZAGRAJSKI BRKIĆ¹, S. ŠOGORIĆ², S. LOVRIĆ¹, V. SERTIĆ^{1,3}, A. GALINEC¹, M. TOMAS¹,
M. MIKULAN¹, M. GAŠPARIĆ-SIKAVICA¹ and D. MARKOVČIĆ¹

¹*Dr. Tomislav Bardek General Hospital, Koprivnica, ²University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb and ³University North, Nursing Department, Varaždin, Croatia*

In 2006, the World Health Organization (WHO) published the manual entitled *Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and Self-Assessment Forms*, which defines five standards and related indicators, allowing systematic self-assessment of health promotion in hospitals. In 2014, the Bispebjerg University Hospital, Denmark, the WHO Collaboration Center for Evidence Based Health Promotion in Hospitals, launched an international research project that sought to explore the effectiveness of clinical health promotion (Recognition project). Department of Psychiatry, Dr. Tomislav Bardek General Hospital from Koprivnica took part in this research. *The aim* of this paper is to present self-assessment and integration of the clinical health promotion concept in daily work of a general hospital, exemplified by Department of Psychiatry, Dr. Tomislav Bardek General Hospital from Koprivnica. Using the Health Promoting Hospitals DATA Model for Identification of Health Promotion Needs, records on 50 patients (hospitalized in November 2014) were audited in December 2014 by the local research team. *Methods:* The following indicators were assessed: Standard 2 – patient assessment related to body weight, body mass index, appetite, metabolic disease, physical activity, smoking, and harmful alcoholic drinking; Standard 3.1.1 – patient needs and information on smoking, drinking alcohol, eating habits, physical inactivity, and psychosocial relationships; and Standard 5 – information in discharge summary including plan for rehabilitation, recommendations of interventions, and patient status. *Results:* Systematic audit of medical and nursing documentation on preventable health risks of hospitalized patients detected areas for improvement that would allow better planning of health promotion activities in clinical settings, i.e. improve treatment efficacy and patient safety. Auditors found that patient needs and information provided were not recorded appropriately in medical documentation (nursing documentation was more clearly structured). Discharge letters had comprehensive description of patient status but scarce recommendations of interventions and rehabilitation plan (what to do after discharge from the hospital). Explanation can be found in disrupted continuity of care. There are weak formal communication channels between hospital and other (health, social welfare, nongovernmental organizations) care providers, institutions and community, so patients and their families cannot (automatically) be referred to other support programs and services. The use of standardized Manual and self-assessment forms allows systematic assessment of health promotion in hospitals. In addition, it can detect areas for improvement that will lead (finally) to the integration of the concept of clinical health promotion in daily work of the hospital. However, proper pursuit of the continuity of healthcare is particularly important. *Conclusion:* In order to improve the quality of care for patients with chronic, long-term illnesses, clinical health promotion in hospitals should be built into a wider healthcare framework.

Key words: self-assessment, clinical health promotion, quality of health care, medical and nursing documentation, patient information

UNAPRJEĐENJE IZVANINSTITUCIONALNE SKRBI I LIJEČENJE OSOBA OBOLJELIH OD POSLIJEPOROĐAJNE DEPRESIJE

ELIZABETA RADONIĆ, MIROSLAV HANŽEVAČKI¹, SILVANA JELAVIĆ², IRENEJA JURKOVIĆ,
HRVOJE MALEKOVIĆ¹, ERNESTINA NOVY RADONIĆ i BOŽENA VRABEC¹

*Dom zdravlja Zagreb Zapad, Centar za mentalno zdravlje, ¹Dom zdravlja Zagreb Zapad i
²Psihijatrijska bolnica Sv. Ivan, Zagreb, Hrvatska*

Cilj: Prikazati tijek i rezultate projekta unaprjeđenja kompetencija, vezano uz duševno zdravlje, zdravstvenih djelatnika - primarno patronažnih sestara i liječnika obiteljske medicine. Očekivani doprinos unaprijeđenih kompetencija bio bi povećani broj roditelja s poslijeporođajnom depresijom koje traže liječničku pomoć te unaprijeđena dostupnost intenzivnog ambulantnog tretmana (poslijeporođajne depresije) na razini primarne zdravstvene zaštite. **Metode:** Patronažne medicinske sestre u sklopu usluga obveznog zdravstvenog osiguranja posjećuju sve roditelje u prvom mjesecu poslije poroda pa ovaj oblik pristupa korisnicama koje možda imaju smetnje duševnog zdravlja ima minimalne troškove i lako je održiv. U sklopu projekta provedena je dodatna edukacija i supervizija patronažnih sestara. Praćen je broj pacijentica, specifičnost odabrane metode povećanja upućivanja, te ishod liječenja (CGI-I) i zadovoljstvo korisnika koje su se na pregled javile po preporuci patronažnih sestara. Statistička značajnost određivana je primjenom χ^2 -testa. **Rezultati:** Posjećeno je 2.500 roditelja godišnje i u toj populaciji očekivano je 250 pacijentica. Prije intervencije upućeno je 8, a poslije intervencije 52 pacijentice. Broj pacijentica prepoznatih nakon intervencije statistički je značajno veći ($p<0,0001$). Malen je udio lažno pozitivnih korisnica (7,69 %), što pokazuje visoku specifičnost postupka. U tretmanu su primjenjivani farmakoterapijski i psihoterapijski postupci prema pravilima struke, psihološko savjetovanje, te savjetovanje vezano uz ranu interakciju roditelja i djeteta. U Centar su roditelje prigodom svakog posjeta mogli doći u pratnji novorođenog djeteta. Evaluacija tretmana pokazala je poboljšanje ili veliko poboljšanje kod 79,16 % pacijentica. Prosječna ocjena zadovoljstva korisnika na četverostupanjskoj ljestvici je 3,54. **Raspisava:** U članku je raspravljeno povećanje broja pacijentica koje je na liječenje uputila patronažna služba i visoka specifičnost procjene. Visok je i postotak neupućenih pacijentica što dijelom može biti uzrokovano različitim razdobljem posjete roditelji u odnosu na razdoblje pojавljivanja simptoma. Također, u ovom projektu nije praćen broj pacijentica koje su liječniku upućene iz drugih izvora. Udio pacijentica koje su postigle punu remisiju u okvirima je očekivanog za tretmane u kojima se primjenjuje više oblika liječenja što obično uključuje i sekundarnu razinu zdravstvene zaštite. U slučaju našeg Centra intenzivni tretman provođen je ambulantno, u zajednici. Raspravljena je i etička komponenta ovakve intervencije koja nužno zahtijeva dostupnost terapijske intervencije. Rad namjeravamo nastaviti uz bitno poboljšanu informatičku podršku. **Zaključci:** Broj pacijentica koje je liječniku uputila patronažna služba statistički je značajno povećan nakon provedene edukacije i supervizije sestara. Broj lažno pozitivnih slučajeva nije značajno povećan i manji je od 10 %. Ujedinjenjem primjenom višestrukih metoda liječenja na jednom mjestu, ambulantno, i dostupnošću u zajednici postiže se visoki stupanj poboljšanja.

Ključne riječi: poslijeporođajna depresija, mentalno zdravlje u zajednici

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. Elizabeta Radonić, dr. med.
Dom zdravlja Zagreb – Zapad
Centar za mentalno zdravlje
Baštijanova 52
10 000 Zagreb, Hrvatska

UVOD

Centar za zaštitu mentalnog zdravlja dispanzer je Doma zdravlja Zagreb Zapad, osnovan 2006. godine, sa svrhom poboljšanja zaštite mentalnog zdravlja u zajednici (1.). Potpora je liječnicima obiteljske medicine

u složenijim slučajevima u kojima nisu dostatni samo savjetodavna aktivnost i terapijski oblici koje nudi specijalističko konzilijsarna djelatnost. Osigurava usluge multidisciplinskog tima i intenzivni ambulantni tretman koji je dostupan pacijentima u lokalnoj zajednici. Osnovna načela rada uključuju obiteljski pristup,

multidisciplinarnost i integraciju s postojećim oblicima skrbi u Domu zdravlja, suradnju s različitim stručnjacima iz drugih sektora, te djelovanje utemeljeno na procjeni potreba lokalne zajednice.

Poremećaji raspoloženja posebno se ističu kao problem suvremenog društva (postotak neliječenih pacijenata veći je od 50 %). Unutar ove skupine posebno se ističe poslijeporodajna depresija kao poremećaj kod kojeg liječenje izostaje u otpriklje 80 % slučajeva (2). Poslijeporodajna depresija ispoljava se kod otpriklje 10 % rodilja i teško optereće pacijentiku i njezinu obitelj. Negativno utječe na kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj djeteta povećavajući rizik pojave duševnih smetnji u kasnijem tijeku života novorođenog djeteta (3). Ključnim uzrocima izostanka tretmana smatraju se nedostatak usluga na području primarne zdravstvene zaštite, stigmatizacija koja prati duševne poremećaje i specifični životni uvjeti u obitelji s novorođenim djetetom (4). Suvremene preporuke ukazuju na potrebu razvoja usluga mentalne skrbi u zajednici kojima bi se podržalo liječnike obiteljske medicine u ranom otkrivanju i intervenciji, liječenju složenijih slučajeva, razvijalo dodatne kompetencije i stručnost zdravstvenih radnika, te učinilo usluge dostupnijim rodiljama (4,5).

Dom zdravlja je primjereno mjesto za sustavno pružanje ovog oblika skrbi, jer je dostupan lokalnom stanovništvu, organizacijski je prilagođen za rano otkrivanje i intervenciju (patronažnom službom i timovima obiteljske medicine), a uz podršku tima za mentalno zdravlje moguće je rješavati i složenije slučajeve, te organizirati edukaciju i superviziju djelatnika (6).

CILJ

Cilj ovoga rada je prikazati tijek i rezultate projekta unaprjeđenja kompetencija, vezano uz duševno zdravlje, zdravstvenih djelatnika - primarno patronažnih sestara i liječnika obiteljske medicine. Očekivani doprinos unaprijeđenih kompetencija bio bi povećani broj rodilja s poslijeporodajnom depresijom koje traže liječničku pomoć te unaprijeđena dostupnost intenzivnog ambulantnog tretmana (za poslijeporodajnu depresiju) na razini primarne zdravstvene zaštite.

METODE

1. Obuhvat korisnika

Na području DZ Zagreb-Zapad približno je 2.500 rodilja godišnje. Broj rodilja nije bilo moguće precizno odrediti, jer se u službenim statističkim podatci-

ma iskazuje broj posjeta, a ne broj rodilja (7). Prema statističkim podatcima očekuje se otpriklje 250 žena s depresivnim poremećajem, a procjenjuje se kako će među njima samo 50 samoinicijativno tražiti pomoć. Patronažne sestre često su prve stručne osobe koje mogu obratiti pozornost na duševno stanje rodilje, te ako posumnjaju u poremećaj, preporučiti kontakt s liječnikom. Patronažne sestre u sklopu usluga obveznog zdravstvenog osiguranja posjećuju sve rodilje nakon poroda pa je ovaj oblik pristupa korisnicima uz minimalne (dodatne) troškove lako održiv.

2. Povećanje kompetencija zdravstvenih radnika

U cilju povećanja kompetencija patronažnih sestara, djelatnici Centra za mentalno zdravlje, održali su tečaj 3. kategorije prema kriterijima Hrvatske komore medicinskih sestara. Tečaj je trajao 8 nastavnih sati i održan je u jednom danu. Obradene su ove teme: učestalost i mogući uzroci poslijeporodajne depresije; simptomi i znakovi po kojima se može posumnjati na postojanje poremećaja; mogućnosti liječenja; preporučljivi postupci patronažnih sestara. Sve polaznice dobine su pisani materijal sa sadržajem predavanja, kao i letak sa sažetim prikazom bitnih informacija. Polaznice su dobine i letak sa sažetim informacijama prilagođen rodiljama kako bi ga tijekom supervizijske godine podijelile rodiljama. Prikupljeni su podatci o broju rodilja kod kojih su patronažne sestre, tijekom 12 mjeseci koji su prethodili tečaju, posumnjale na postojanje poslijeporodajne depresije. U 12-mjesečnom razdoblju nakon tečaja provedeno je 12 supervizija slučaja u malim skupinama (u trajanju od 90 minuta).

3. Praćenje broja pacijentica, specifičnosti odabrane metode povećanja upućivanja, te ishoda liječenja i zadovoljstva korisnika upućenih u Centar za mentalno zdravlje u zajednici

Broj pacijentica upućenih liječniku obiteljske medicine od patronažnih sestara bilježen je i u supervizijskoj godini, te u godini koja je slijedila. Pacijentice su upućivane i u Centar za mentalno zdravlje radi evaluacije dijagnoze, te ako je procijenjeno da je potrebna neka od usluga intenzivnog ambulantnog tretmana dostupna u Centru za mentalno zdravlje. Dijagnozu su evaluirala dva psihijatra nezavisno upotrebljavajući MKB-10 kriterije (8). U trećoj godini ispitano je korisničko zadovoljstvo uslugom (samoprocjena četverostupanjskom ljestvicom zadovoljstva: 1 – nezadovoljavajuća; 2 – zadovoljavajuća; 3 – dobra; 4 – odlična usluga) te promjene općeg kliničkog dojma (CGI-I) (9). Procjenjuju promjene općeg kliničkog dojma proveli su psihijatri koji su proveli i inicijalnu dijagnostičku evaluaciju.

U analizi rezultata korištene su metode deskriptivne statistike. Rezultati su izraženi brojčano, te postotnim

udjelom. Primjenom χ^2 -testa određena je statistička značajnost razlike između broja pacijentica s potvrđenom dijagnozom, te udjela korisnika s lažno pozitivnom dijagnozom između prve i treće godine (prije i poslije intervencije). Učestalost pojedinih kategorija procjene kliničkog oporavka (CGI-I) te učestalost pojedinih kategorija korisničkog zadovoljstva u trećoj godini praćenja prikazane su grafički (sl. 1 i 2).

REZULTATI

Edukacijskim i supervizijskim aktivnostima obuhvaćeno je 50 patronažnih sestara DZ Zagreb-Zapad. Prema epidemiološkim podatcima očekuje se 250 korisnika s poslijeporođajnom depresijom godišnje. U tablici 1 prikazan je broj korisnika koje su zatražile pomoći po uputi patronažnih sestara, broj onih kojima je dijagnosticirana poslijeporođajna depresija, broj i postotni udio lažno pozitivnih slučajeva, kao i pretpostavljeni broj i postotni udjel pacijentica koje patronažne medicinske sestre nisu poslale.

Tablica 1.

Broj pacijentica kojima je dijagnosticirana poslijeporođajna depresija, broj i postotni udjel lažno pozitivnih pacijentica, te broj i postotni udjel korisnika koje možda imaju dijagnozu a nisu se javile ovim putem

Godina provođenja projekta	1	2	3
Prepostavljeni broj pacijentica	250	250	250
Broj pacijentica kojima je dijagnosticirana poslijeporođajna depresija	7	13	48
Broj lažno pozitivnih slučajeva (s postotnim udjelom u ukupnom broju poslanih korisnika)	1 (12,5%)	2 (13,33 %)	4 (7,69 %)
Prepostavljeni broj pacijentica koje možda imaju poremećaj a nisu se javile temeljem preporuke patronažne službe (s postotnim udjelom u ukupnom broju predviđenih pacijentica)	243 (97,2 %)	237 (94,8 %)	202 (80,8 %)

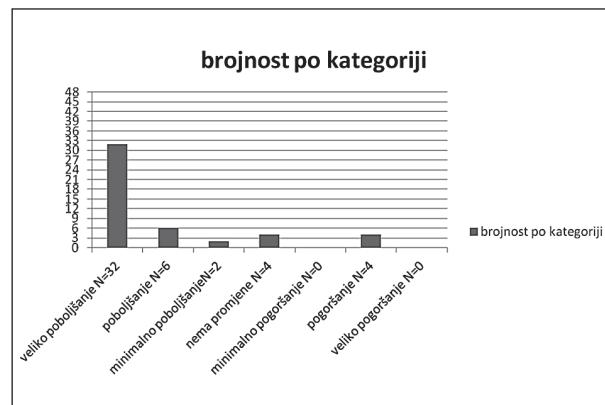
Broj pacijentica prepoznatih nakon intervencije statistički je značajno veći (treća u odnosu na prvu godinu). Malen je udio lažno pozitivnih korisnika, što pokazuje visoku specifičnost postupka (za ovaj pokazatelj nema statistički značajne razlike između treće i prve godine projekta). Prikaz podataka statističke analize nalazi se u tablici 2.

Tablica 2.

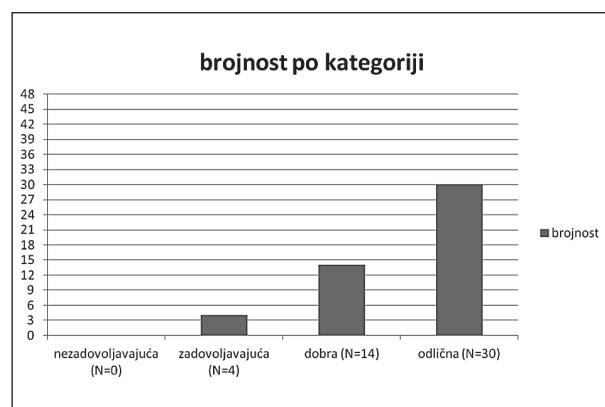
Analiza značajnosti statističke razlike broja upućenih i udjela lažno pozitivnih pacijentica (prva i treća godina)

	Broj upućenih	Udjlo lažno pozitivnih
Razlika	17,60 %	1,20 %
95% CI	11.8864 do 23.4512	-0.9497 do 3.6766
χ^2	36,593	1.815
DF	1	1
Razina značajnosti	P < 0.0001	P = 0.1780

U tretmanu su primjenjivane uobičajene psihijatrijske metode (farmakoterapija, individualna, obiteljska i grupna psihoterapija), te psihološko savjetovanje vezano uz ranu interakciju roditelja i djeteta. Za svaku pacijenticu napravljen je individualni plan tretmana u skladu s njezinim potrebama, te prema pravilima struke. U Centar su pacijentice prigodom svakog posjeta mogle doći u pratnji novorođenog djeteta. Evaluacija tretmana provođena je nakon prvog, trećeg i šestog mjeseca liječenja. Svim pacijenticama kod kojih je primijećeno samo minimalno poboljšanje ili čak pogoršanje, a kojih je bilo ukupno 10 (20,83%; 16,66% bez ikakvog poboljšanja), preporučeni su intenzivniji oblici liječenja – bolničko ili dnevno-bolničko. Učestalost zastupljenosti pojedine kategorije promjene kliničkog stanja na sedmostupanjskoj CGI-I ljestvici prikazana je na grafikonu (sl. 1).



Sl. 1. Učestalost zastupljenosti pojedine kategorije CGI-I ljestvice



Sl. 2. Učestalost zastupljenosti pojedine kategorije procjene zadovoljstva uslugom

Ukupno je 48 pacijentica procijenilo zadovoljstvo uslugom. Prosječna ocjena na četverostupanjskoj ljestvici bila je 3,54, a učestalost zastupljenosti pojedine kategorije prikazana je u sl. 2.

RASPRAVA

Broj pacijentica koje je liječniku uputila patronažna služba statistički je značajno povećan što je i bio očekivani rezultat, odnosno ishod projekta. Nakon intervencije, neotkrivenih je bilo 80,8 % pacijentica. Iako ovaj broj odgovara ukupnom postotku rodilja kod kojih i inače izostaje tretman (engl. *treatment gap*) (9), treba znati da se taj izostanak odnosi na ukupan predviđeni broj pacijentica kada uzmemu u obzir sve izvore upućivanja liječniku (samoupućivanje, preporuka drugih zdravstvenih djelatnika, preporuka bliske osobe i sl.) (10). Nažalost, ostali podatci nisu mogli biti praćeni zbog nedostatka sredstava (finansijska sredstva i informatička podrška), pa se može samo pretpostaviti da je i ukupni broj pacijentica koje traže pomoći povećan, ali ne i o kojem se postotku radi.

Prateći broj lažno pozitivnih slučajeva utvrdili smo kako on nije značajno različit, a specifičnost postupka dostiže 92,31 %. Povećanje svjesnosti i aktivno provjeravanje postojanja smetnji moglo je lako urodit povećanim brojem lažno pozitivnih korisnica koje traže pomoći (11). Stoga je u provođenju edukacije naglasak stavljen na ravnotežu u usvajanju novih informacija i kliničku superviziju u primjeni.

Visoki postotak pacijentica koje nisu zatražile pomoći (a da su upućene od patronažne službe) ukazuje tek djelomično o broju lažno negativnih pacijentica. Naime, razdoblje u kojem patronažne sestre posjećuju rodilju jest prvi mjesec dana poslije porođaja, a poslijeporođajna depresija javlja se najčešće u razdoblju 6-12 tjedana poslije porođaja (8). Iako nije izravno mjereno, može se pretpostaviti kako se kod pacijentica koje su pomoći potražile po preporuci patronažnih sestara radi u najvećoj mjeri o povećanju svjesnosti rodilja o poremećaju i dostupnosti liječenja (ambulantno, s mogućnošću dovođenja djeteta) što bi bilo još jedan doprinos projekta u cjelini.

Promatrajući dinamiku porasta upućivanja primjećuje se kako jednodnevni tečaj nije bio dovoljan, jer je statistički značajna razlika postignuta tek u drugoj godini intervencije u kojoj je sestrama omogućena i intenzivna supervizija slučaja što ukazuje na bitnu ulogu kontinuiteta edukacije sa supervizijskom komponentom (11).

Jedina primjenjivana metoda kliničkog ishoda samo je grubo mjerilo, no nažalost i jedino koje se zbog nedostatka sredstava i usmjerenoosti na povećanje broja upućenih pacijentica moglo primijeniti. Kako bi se smanjila pogrešnost procjene, završnu evaluaciju po CGI-I ljestvici ponovno su provodila dva psihijatra (koja su postavljala inicijalnu dijagnozu). Prema podatcima u literaturi 10-30 % pacijenata oboljelih od depresije otporno je na tretman (12) pa je u ovoj sku-

pini pacijentica taj postotak u okvirima očekivanog (16,66 %). Ako se primjenjuje samo jedna od metoda liječenja postotak pune remisije ne iznosi više od 50 % (12), što također ukazuje na važnost dostupnosti višestrukih metoda liječenja u zajednici, a za ovu populaciju pacijentica i na jednom mjestu, ambulantno. Postotak pacijentica u remisiji u obuhvaćenoj skupini je viši (66,66 %) što je očekivano upravo s obzirom na primjenu i dostupnost višestrukih metoda liječenja na jednom mjestu, u zajednici (4).

Porast zadovoljstva korisnika (pričazana na četverostupanjskoj samoprocjenskoj ljestvici) očekivani je rezultat usluga koje stavljuju korisnika u središte (13). Prigodom razmatranja primjenjivosti ove intervencije značajno je i pitanje etičnosti. Naime, nije etično primjenjivati metode ranog otkrivanja poremećaja, ako nije dostupan tretman, što u našem projektu nije bio slučaj.

Sažimajući nedostatke rada, podatci i zaključci bili bi bitno kvalitetniji uz raspolaganje informacijama o točnom broju rodilja, postotku rodilja s poslijeporođajnom depresijom, te ukupnog broja rodilja koje traže pomoći liječnika opće medicine na području obuhvata. Uskoro se u našoj i suradnjim ustanovama na području zaštite mentalnog zdravlja u zajednici očekuje primjena informatičkih rješenja iz projekta EU „Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja – tehnička komponenta“ kojem je Dom zdravlja Zagreb-Zapad dionik (14). Uz navedene informacije, primjerena informatička podrška omogućila bi i usporedbu broja pacijentica po izvoru upućivanja, kao i uporabu više indikatora ishoda liječenja.

ZAKLJUČCI

Temeljem navedenih rezultata može se zaključiti kako se broj pacijentica koje liječniku upućuju patronažne sestre statistički značajno povećava nakon provedene edukacije i supervizije sestara. Broj lažno pozitivnih slučajeva nije značajno povećan i manji je od 10 %. Ujedinjenom primjenom višestrukih metoda liječenja na jednom mjestu, ambulantno, i dostupnošću u zajednici postiže se visoki stupanj poboljšanja kliničkog ishoda liječenja.

POTPORA

Rezultati su dobiveni tijekom provođenja projekta implementacije Centra za mentalno zdravlje koji finansijski podupiru Gradska ured za zdravstvo grada Zagreba i Dom zdravlja Zagreb-Zapad.

L I T E R A T U R A

1. Priebe S, Matanov A, Demi N i sur. Community mental health centres initiated by the South-Eastern Europe Stability Pact: Evaluation in seven countries. *Community Ment Health J* 2012; 48(3): 352-62.
2. OECD. Making Mental Health Count: The Social and Economic Cost of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies: OECD Publishing, 2014.
3. Saxena S, Jane-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioral disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry* 2006; 5(1): 5-14.
4. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005; 330(7495): 839-42.
5. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Mental health policy and practice across Europe: an overview. U: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G, ur. *Mental Health Policy and Practice across Europe*. Maidenhead: Open University Press, 2007, 1-14.
6. Bajs Janović M, Radonić E. Croatia: Country Profile. U: Samele C, Frew S i Urquia N, ur. *Mental Health Systems in the European Union Member States: Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health*. Luxemburg: EC, 2013, 114-24.
7. HZJZ. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2013.
- Zagreb: HZJZ, 2014.
8. WHO. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: MKB-10. Deseta revizija, Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
9. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impression Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry* 2007; 4(7): 28-37.
10. Hanževački M, Radonić E. Increasing referral in post-partal depression. U: Programme Book of the 85th EGPRN Meeting, Dublin: EGPRN, 2017, str. 33.
11. Forstmeier W, Wagelmakers EJ, Parker TH. Detecting and avoiding likely-positive findings - a practical guide. *Biol Rev* 2017, 92: 1941-68.
12. Khalid SAH. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient Prefer Adherence* [elektronički časopis na internetu] 2012; [20 stranica] Dostupno na URL adresi <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363299/> Datum pristupa informaciji 10. studenog 2017.
13. Kravitz R. Patient Satisfaction with Health Care: Critical Outcome or Trivial Pursuit? *J Gen Intern Med* [elektronički časopis na internetu] 1998; [3 stranice] Dostupno na URL adresi [3 stranice] Dostupno na URL adresi <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496942/>, Datum pristupa informaciji 10. studenog 2017.
14. e-Mentalno [kompjutorski program], Zagreb, HZJZ, 2017.

S U M M A R Y

IMPROVEMENT OF NON-INSTITUTIONAL TREATMENT AND CARE FOR WOMEN WITH POSTPARTUM DEPRESSION

E. RADONIĆ, M. HANŽEVAČKI¹, S. JELAVIĆ², I. JURKOVIĆ, H. MALEKOVIĆ¹, E. NOVY RADONIĆ
and B. VRABEC¹

Zagreb West Health Center, Mental Health Center; ¹Zagreb West Health Center and ²Sveti Ivan Psychiatric Hospital, Zagreb, Croatia

The aim is to present implementation and results of the project intended to increase primary health care worker (family doctors and visiting nurses) competencies related to mental health. The expected outcome of the project was twofold, i.e. an increased number of referrals of women suffering from postpartum depression to medical care facilities and better accessibility of appropriate services (user-friendly provision of intensive treatment in primary care setting). Obligatory health insurance in Croatia covers services of visiting nurses for women during the first month after childbirth. We considered this to be a comprehensive, low cost and sustainable way of approaching women who might have mood disorders. *Subjects and Methods:* Visiting nurses were additionally trained and supervised during the project. The number of referred patients, specificity of the referral method, clinical global improvement and client satisfaction were recorded. Statistical significance was determined with χ^2 -test. At the community level, 2500 women were visited yearly by visiting nurses during the first month after childbirth. It was anticipated that mood disorders could be expected in 250 women. Prior to the intervention, eight women were referred by visiting nurses, whereas 52 women were referred after the intervention. *Results:* The number of women referred after the intervention showed a statistically significant increase ($p<0.0001$). The low percentage of false-positive referrals (7.69%) pointed to high specificity of the procedure. Treatment methods were planned individually according to good clinical practice recommendations and included pharmacotherapy, individual, family and group psychotherapy, as well as early child-parent interaction observation and counseling. If they wished, women could bring their babies with them. Clinical improvement was significant or very significant in 79.16% of women. The mean value on the four-level client satisfaction scale was 3.54. *Discussion:* The increase of referrals following visiting nurse education and high specificity of the method are discussed in the paper. The number of non-referred patients was also high. This could be explained by discrepancy between short visiting period (just the first month after childbirth) and length of time needed for full symptom development (6 to 12 weeks after delivery). Additionally, the number of patients being referred from other sources was not recorded in the project. The rate of patients with very significant clinical improvement was within the expected values for treatments combining multiple methods, besides the fact that it was performed in primary health care setting and not (as usually) in hospital based services. The ethical aspects of referral methods that require available and accessible treatment were also discussed. We intend to continue the work and collect more indicators aided by the IT support that is being developed in the Croatian mental health network. In *conclusion*, the number of women suffering from postpartum depression referred by visiting nurses increased statistically significantly after nurses had been additionally trained and supervised. The number of false-positive cases did not increase significantly, amounting to less than 10%. The treatment combining multiple methods available in the outpatient, community based facility, resulted in significant or very significant clinical improvement in almost 80% of referred women.

Key words: postpartum depression, community mental health

PRAVEDNOST I PRAVIČNOST I OKOLIŠ KAO DETERMINANTA ZDRAVLJA – NOVI KONCEPTI O KOJIMA TREBA RAZMIŠLJATI

KSENIJA VITALE i SLAVICA SOVIĆ

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Zagreb, Hrvatska

Autorice se osvrću na potrebu razmatranja pojmove pravednosti i pravičnosti povezanim s okolišem kao determinanti zdravlja. Jednakost u pristupu zdravstvenom sustavu automatski ne znači i jednakost u zdravlju, jer na zdravlje utječe cijeli niz determinanti izvan stroga medicinskog kuta. Nejednakosti u socioekonomskom smislu su prepoznate, ali nejednakost u odnosu na okoliš kao determinantu zdravlja treba početi promatrati u pristupu populaciji, razvoju javnozdravstvenih intervencija i razvoju zdravstvenih politika. Moderni pristup problemu ukazuje da nije dovoljno samo uklanjati posljedice sanacijom stanja u različitim sastavnicama okoliša ili smanjivati emisije, već je potrebno djelovati na sprječavanju i uvijek razmišljati o ekološkim posljedicama državnih i lokalnih politika.

Ključne riječi: pravda, pravednost, okoliš kao determinanta zdravlja, dostupnost zdravstvene zaštite

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Ksenija Vitale
 Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
 Rockefellerova 4
 10 000 Zagreb, Hrvatska
 E-pošta: kvitale@snz.hr

Pitanje pravde i pravičnosti staro je kao i ljudsko društvo. Od doba antičkih filozofa pravda i pravičnost shvaćali su se kao dva koncepta istodobno bliska, ali i dva koncepta koja polaze od različitih gledišta. Dok se pravda regulirana i vezana za dogovorene društvene standarde shvaćala kao praktična razumnost, opće dobro, opća korist, raspodjela prema zaslugama ili sposobnostima, pravičnost je više fluidna dimenzija koja je prema Aristotelovim tezama korektivno upravo zakonski opisanoj pravdi. Štoviše u literaturi nailazimo i na tvrdnje da su osjećaji pravičnosti genetsko psihološki fenomeni, gotovo kao *a priori* stavovi s kojima smo rođeni i koji se ne uče već se tijekom života razvijaju. Uz pravednost se kao absolutne vrijednosti navode i dobrota i istina, tj. pravednost je ispravan način građenja pojma pravo. S druge strane pravičnost zanemaruje pisani zakon da bi ostvarila bitnu svrhu svakog zakona, tj. zajedničko dobro, a ukupnost se može ostvariti jedino u demokratičnom društvu koje prepostavlja toleranciju i slobodu za sve. Pri tome se ističe da je nužno postići korist za sve, tj. za svakog člana društva, a ne za najveći broj, tj. većinu koja bi predstavljala sve (1).

Pravda i pravičnost u zdravstvu

Razvojem ljudskih spoznaja u svim sferama, razvojem prirodnih i društvenih znanosti, a time i razvojem mo-

dernog društva pojmovi pravde i pravičnosti postaju vrlo aktualni, a njihova interpretacija i izvedba može biti ona mala razlika koja čini neko društvo boljim i zdravijim. Kada poimanje prava i pravičnosti preslikamo u područje javnog zdravstva i zdravstvene zaštite nailazimo na niz zamki. Kako navodi Jakšić (2) u svom članku "Fenomenologija javnog zdravstva"; to je surova i opasna tema, jer dijalektika ideja i pojava postaje opasna kada se počinju razbijati nade i iluzije onoga što nam se čini pravično, ali nije nužno i po pravdi. U istoj knjizi Vučetić (3) govori upravo o tom konfliktu pravičnosti zdravstvene zaštite i interesa, vrijednosnih mjerila, zakona koji su na snazi, društvenoj hijerarhiji nekog društva ili u krajnjoj instanci, utilitarizam, koji nije stran mnogim društvenim uređenjima. Ipak, danas literatura navodi jasne definicije što je to pravičnost u zdravstvu pa tako govori da je pravičnost odsutnost sistemskih ili nepoštenih razlika u zdravlju ili odsutnost sistemskih razlika u društvenim odrednicama zdravlja između društvenih skupina koje imaju u podlozi različiti stupanj društvenih prednosti i/ili nedostataka, tj. različit položaj u društvenoj hijerarhiji (4). Nadalje se povlači i paralela u razlici između pravičnosti u zdravlju i pravednosti u zdravlju. Pravičnost se temelji na vrijednostima, dok za pravednost u zdravlju to nije nužnost. Pravičnost u zdravlju se temelji na ravnomjernoj distribuciji sredstava te procesima koji bi mogli dovesti do sistemskih nepraved-

nosti u zdravlju ili zdravstvenim odrednicama. Iako je veoma teško mjeriti pravičnost u zdravlju, često korišten alat je sustav koji se temelji na devet stavki koje opisuju pravičnost pristupom zdravstvenom sustavu, raspodjelom sredstava, autonomijom pacijenata, odgovornošću financiranja i sl. koje su u međusobnoj interakciji, a sve su i u odnosu s centrom pravičnosti. Nasuprot tome Vuletić razmatra Aristotelov pristup pravičnosti horizontalnih odnosa koji govori o tome da bi se jednakli slučajevi uvijek trebali tretirati na isti način. Ako je pravičnost u središtu, tada s jedne strane imamo pravne akte, a s druge javni diskurs koji je vrijednosni sustav neke zajednice, tj. upravo onaj ranije spominjani korektiv pravde (3).

Pravda i pravičnost u odnosu na okoliš kao determinanti zdravlja

Ipak, razmatrajući sve aspekte pravde i pravičnosti povezanim sa zdravljem i zdravstvenom zaštitom promiče jedan u novjoj svjetskoj literaturi često opisivani pojam, a to je pravičnost u odnosu na okoliš. Okoliš kao determinantu zdravlja među prvima spominje Lallonde još sredinom sedamdesetih, kada uz biološke, tj. genetske zadanosti opisuje kako na zdravlje utječe životni stil, organiziranost, pristupačnost i mogućnosti samog zdravstvenog sistema, ali i okoliš u kojem živimo (5). Kasnije se u literaturi (6,7) sam pojam okoliša razgrađuje na detaljnije dimenzije lokalnih, stambenih, urbanih, ruralnih i različitih drugih uvjeta života. Upravo zbog toga je i osnovna paradigma vezana za okoliš i zdravlje - preventiva. Dio zdravstva koji se bavi odnosima okoliša i zdravlja u hrvatskom jeziku zove se zdravstvena ekologija (od. engl. *environmental health*) i definirana je još u devedesetim godinama kao aspekt ljudskog zdravlja i bolesti koji su određeni faktorima u okolišu (8). Danas znamo da svaki aspekt naše okoline utječe na nas gotovo više u bolesti nego u zdravlju, pa je nužno potrebno definirati i odnose unutar ovog područja zdravstvene zaštite. S druge strane, okolišne promjene koje se događaju u sadašnjosti imaju, često odgođene učinke, pa su odluke vezane za upravljanje međudnosima zdravstva i okoliša više pod utjecajem vrijednosnih paradigmi nekog društva nego znanstveno potvrđenim činjenicama. Upravo je to i polazište za razmišljanje što je pravednost i što je pravičnost u zdravstvenoj ekologiji.

Brojna istraživanja su opisala da funkcionalne i strukturne promjene u okolišu direktno i indirektno utječu na zdravlje populacije. Iako su problemi koji su povezani s onečišćenjem vode najstariji i najbolje povezani sa zdravljem, i kvaliteta zraka može utjecati na kognitivni razvoj, autizam ili neke druge neurološke razvojne probleme, dok sam zeleni prostor, kako neki autori nazivaju ekosisteme, može imati kliničke implikacije na poboljšanje mentalnog zdravlja. Također okoliš u

smislu devastiranosti može utjecati na pojavu pretilosti, kardiovaskularnih bolesti, mentalno zdravlje u populaciji (7,9-11). Koliko smo kao populacija izloženi nekom negativnom okolišnom pritisku je podloga iz koje se počelo razmišljati što je pravedno, u tom sustavu čovjek- okoliš kao npr. život u blizini odlagališta otpada ili industrijskih pogona s toksičnim emisijama. Često su upravo najvulnerabilnije populacije najviše izložene takvim pritiscima. Razmišljanja o pravednosti i pravičnosti vezanima za okoliš kao determinantu zdravlja započela su još početkom sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća kada je Rawls razvio distributivni model u kojem opisuje potrebu za ujednačenom podjelom dobara među svim populacijama, odnosno ističe da je srž problema okolišne nepravednosti u nejednakoj distribuciji loših zdravstvenih ishoda u ekološki onečišćenim zajednicama. On ističe potrebu da se što više omogući dobrobit upravo najizloženijih populacija, tj. najsiromašnijih individua, jer loši zdravstveni uvjeti u okolišno devastiranim zajednicama dodatno ih onemogućuju u socijalnoj inkluziji i ekonomskom napretku (11). U tom su smjeru išla i tradicionalna istraživanja fokusirajući se prostorno na industrijska zagađenja, blizinu naselja ili dostupnost zdravstveno ispravne vode za piće.

Novija razmišljanja proširuju tezu o isključivo distribuciji koja kao rješenje ne nudi modele i postupke kako poboljšati distribuciju, uzimajući u obzir socijalne, kulturno-ističke, simboličke i industrijske uvjete koji u stvari dovode do te loše distribucije (13). Rawlsov distributivni model je danas kritiziran jer promatra okoliš kao statičko dobro, a ne kao interakciju socijalnih faktora i institucionalnih standarda. Nepravednost nije temeljena samo na nejednakoj distribuciji, odnosno da postoje razlozi zašto neke populacije imaju i dobivaju više od drugih. Dodaje kako je za postizanje pravičnosti potrebno i prepoznavanje, tj. priznatost u zajednici, jer "ako nisi prepoznat ne možeš niti sudjelovati", što dovodi do toga da pravednost u sebi mora sadržavati i odnos s političkim procesima i skretati te procese da jednako adresiraju i razlike u distribuciji dobara odnosno teret bolesti i razloge koji dovode do toga (13). Vodeći se ovim principima neki autori raspravljaju i o adekvatnosti pojma *environmental racism* što je dramatičniji oblik od *environmental disparity*. Ovi pojmovi su više vezani za američke prilike i položaj manjina, oslabljenih etničkih zajednica, u prvom redu američkih Indijanaca, ali globalnim migracijama, kojima svjedočimo, možemo očekivati slične pojave i u Europi (14). Američka agencija za okoliš (15) definira pravednost u odnosu na okoliš kao determinantu zdravlja kao postizanje cilja da svi ljudi bez obzira na etničko porijeklo i/ili dohodak moraju biti zaštićeni od nejednakog utjecaja okolišnih štetnosti. Također se u široj definiciji ukazuje na potrebu da takve populacije ne budu izuzete iz procesa donošenja

odлуka i sudjelovanja u društvenih kretanja. Također dio američkih autora smatra da je *environmental equity*, tj. pravičnost u odnosu na okoliš kao determinanta zdravlja snažniji i bolji od izraza *justice* (pravednost) i da obuhvaća cijeli niz podpojmova kao što su geografska pravičnost, socijalna pravičnost, distribucijska pravičnost i procedurna pravičnost (16).

Moderni pristupi u društвima koja žele osvijestiti odnose zdravlja, okoliša, održivog razvoja, ali i ekonomskog rasta opisali su pristup problemu u četiri glavna elementa i to: sigurnost populacije i okoliša, reguliranost i pridržavanje pravila, učinkovito korištenje prirodnih resursa i učinkovito upravljanje otpadom. Ovakva platforma je primjer holističkog i dinamičnog pristupa koji ujedno u sebi sadrži i odnos prema pravednosti i pravičnosti, ali koji se širi od temeljnog distributivnog modela. Na istom su tragu i sve češća razmišljanja koja ne dolaze isključivo iz akademiske zajednice i idu u smjeru koncepta globalne pravednosti i pravičnosti u odnosu na okoliš kao determinantu zdravlja. Novi smjerovi u kojima razmišljanja koja bi definirala elemente koncepta globalne pravednosti trebala biti: jednakost u distribuciji okolišnih rizika, prepoznavanje različitosti i različitih iskustava članova zajednice pod negativnim okolišnim pritiscima i participacija u političkim procesima koji stvaraju i upravljaju okolišnom legislativom (13,16). Možda, jednostavnije rečeno, danas više nije dovoljno samo uklanjati posljedice sanacijom stanja u različitim saставnicama okoliša ili smanjivati emisije, često samo kozmetičkim potezima, već je potrebno djelovati na sprječavanju i uvijek razmišljati o ekološkim posljedicama raznih politika i distribucije sredstava lokalne samouprave i državne razine.

Hrvatska i zeleni Ustav

Legislativa u Hrvatskoj o okolišu najviše se nalazi u Zakonu o zaštiti okoliša (17) koji okoliš definira u dosta širokom smislu uzimajući u obzir prirodni okoliš i elemente čovjekovom djelatnošću stvorenog okoliša. Prema zakonu „*Okoliš je prirodno i svako drugo okruženje organizama i njihovih zajednica uključivo i čovjeka, koje omogууje njihovo postojanje i njihov daljnji razvoj: zrak, more, vode, tlo, zemljina kamena kora, energija te materijalna dobra i kulturna baština kao dio okruženja koje je stvorio čovjek; svi u svojoj raznolikosti i ukupnosti uzajamnog djelovanja*“.

Ipak, ustavne su odredbe osnova za oblikovanje okvira sadržaja prava okoliša u Republici Hrvatskoj i utvrđuju: a) pravo na zdrav život, b) obvezu države da osigura uvjete za zdrav okoliš, c) dužnost svakoga da u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti osobitu skrb obraća zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša, d) pružanje osobite zaštite svim stvarima i dobrima od

osobitog ekološkog značenja, koji su od interesa za Republiku, e) mogućnost ograničenja poduzetničkih sloboda i vlasničkih prava radi zaštite prirode, ljudskog okoliša i zdravlja ljudi. Ustav Republike Hrvatske (18) vidi očuvanje okoliša kao jednu od najznačajnijih vrijednosti ustavnog poretka. Te odredbe su opisane u članku 69. Ustava kojim se jamči pravo na zdravi život pojedinaca i zajednice, za razliku od članka 59., koji određuje da se svakome građaninu jamči pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na zdrav život izvire iz problematike okoliša, te se izričito specificira i posebno pravo građana na zdrav okoliš, ali se navodi i da je država ta koja osigurava uvjete za zdrav okoliš. Da se malo pojasni: pravo na zdrav okoliš bilo je sadržano u članku 69., stavku 2. Ustava Republike Hrvatske u razdoblju od 1990. do 2001. godine. U toj je odredbi bilo propisano da Republika Hrvatska osigurava pravo građana na zdrav okoliš. Izmjene odredba članka 69., stavka 2. Ustava uslijedile su 2001. godine, od kada je na snazi važeća odredba prema kojoj država osigurava uvjete za zdrav okoliš. Tim je izmjenama iz ustavnopravnog poretka Republike Hrvatske uklonjeno izričito određenje o „pravu građana na zdrav okoliš“. Bez obzira na ovaj prostor koji potencijalno može biti opasan, svrha je tih ustavnopravnih normi postizanje triju važnih ciljeva ekološke politike izraženih u načelima kakvoće življjenja, dužnosti prema budućim generacijama i održivog razvoja. Neki autori smatraju da se Republika Hrvatska pridružila onim zemljama koje su osigurale normativnu poziciju mјera koje se odnose na pravo na zdravi život, a to pravo može postojati samo u zdravom okolišu. Pravo na zdrav okoliš pretpostavka je prava na zdravi život. Na ovaj način hrvatski Ustav se svrstao u grupaciju tzv. zelenih ustanova, tj. onih ustanova koji sadrže navode o prirodi, okolišu i njihovoj zaštiti, a takvim se smatra i hrvatski Ustav. To sve više govori o potrebi harmoniziranja vrednota, u ovom slučaju vrednote okoliša i drugih respektivnih ustavnih vrednota, prije svega vladavine prava (19).

Zaključno, čak i kad postoji jednakost u pristupu zdravstvenom sustavu, to automatski ne znači i jednakost u zdravlju, jer na zdravlje utječe cijeli niz determinanti izvan stroga medicinskog kuta. Nejednakosti u socioekonomskom smislu su prepoznate, ali nejednakost u odnosu na okoliš kao determinantu zdravlja treba početi promatrati u pristupu populaciji, razvoju javnozdravstvenih intervencija i razvoju zdravstvenih politika.

LITERATURA

1. Vuchetich L. Pravednost i pravičnost u filozofiji prava. *Pravnik* 2007; 41: 47-76.
2. Jakšić Ž. Fenomenologija javnog zdravstva. U: Vuletić S i sur, ur. Fenomenologija profesije javno zdravstvo. Zagreb: vlastita naklada, 2017.
3. Vuletić S. Refleksija na koncept pravičnosti zdravstvene zaštite. U: Vuletić S, ur. Fenomenologija profesije javno zdravstvo. Zagreb: vlastita naklada, 2017.
4. Borovečki A. Pravičnost kao etički koncept. U: Vuletić S i sur, ur. Fenomenologija profesije javno zdravstvo. Zagreb: vlastita naklada, 2017.
5. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
6. Gee GC, Payne-Sturges DC. Environmental health disparities: a framework integrating psychosocial and environmental concepts. *Environ Health Perspect* 2004; 112: 1645-53.
7. Frohlich KL; Potvin L. Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* 2008; 98: 216-21. doi:10.2105/ajph.2007.114777. PMC 2376882. PMID 18172133.
8. World Health Organization. Environment and health: the European Charter and commentary. Annual report: WHO Regional Publications. European Series 1990; 35: 1-154.
9. Jennings V, Larson L, Yun J. Advancing Sustainability

through Urban Green Space: Cultural Ecosystem Services, Equity, and Social Determinants of Health. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13(2): 196. doi: 10.3390/ijerph13020196.

10. Bentley M. An ecological public health approach to understanding the relationships between sustainable urban environments, public health and social equity. *Health Promot Int* 2014; 29: 528-37. doi: 10.1093/heapro/dat028.
11. Adler T. Ethics in Environmental Health. *Environ Health Perspect* 2004; 112: A988-A990. PMCID: PMC1253676.
12. Rawls J. Theory of Justice. Oxford: Oxford University Press, 1971.
13. Schlosberg D. Reconceiving Environmental Justice: Global Movements and Political Theories 2004; 3: 517-40. <https://doi.org/10.1080/0964401042000229025>
14. Holifield R. Defining environmental justice and environmental racism. *Urban Geography* 2001; 22: 78-90.
15. Environmenat Protection Agency. Environmental Justice. <https://www.epa.gov/environmentaljustice>
16. Jennings V, Yun J, Larson L. Finding Common Ground: Environmental Ethics, Social Justice, and a Sustainable Path for Nature-Based Health Promotion. *Healthcare (Basel)* 2016; 25: 4(3)1-9. doi: 10.3390/healthcare4030061.
17. Republika hrvatska. Zakon o zaštiti okoliša NN 78/15. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_07_78_1498.html
18. Republika Hrvatska. Ustav republike Hrvatske. NN85/10. <http://www.sabor.hr/ustav-republike-hrvatske>
19. Sofilić T. Priručnik za polaznike „Izobrazbe o gospodarenju otpadom“. Zagreb: Metroalfa edukacije, 2015.

SUMMARY

ENVIRONMENTAL JUSTICE AND EQUITY AS HEALTH DETERMINANTS – NEW CONCEPTS THAT SHOULD BE ADDRESSED

K. VITALE and S. SOVIĆ

University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb, Croatia

The article explores environmental justice and environmental equity issues. Equal access to healthcare system does not automatically grant equality in health due to the fact that health is influenced by an array of determinants outside the medical recourse. Socioeconomic inequalities are well recognized, but environmental inequalities need to be addressed in development of public health interventions and health policy. Modern approach to the issue of environmental justice and environmental equity indicates that it is not enough to act after, to eliminate consequences in sanitation processes, but to act in advance and always take into account environmental consequences of local and state policy.

Key words: environmental justice, environmental equity, environment as health determinant, healthcare accessibility

SOCIJALNI MARKETING I DRUŠTVENE MREŽE NA INTERNETU

Jedan od najvećih izazova danas, i u razvijenim i u nerazvijenim zemljama svijeta, jest prevencija i smanjenje posljedica kroničnih nezaraznih bolesti. Zdravstveno ponašanje poput nedostatne tjelesne aktivnosti, nepravilne prehrane, prekomjerne tjelesne težine, pušenja i prekomjerne konzumacije alkohola pripadaju među najčešće preventabilne uzroke bolesti i prijevremene smrti (1,2). U socijalnom marketingu uz ubičajene tradicionalne medije, kao što su televizija, radio, plakati i internetske stranice, prepoznat je i potencijal socijalnih mreža na internetu kao medija za provedbu zdravstvenih intervencija s ciljem promjene zdravstvenog ponašanja. Društvene mreže na internetu imaju velik broj korisnika čime pružaju mogućnost velikog doseg populacije. Tijekom 2017. godine *Facebook* je imao 2,01 milijardi mjesечно aktivnih korisnika u svijetu, *Instagram* 600 milijuna korisnika, *What'sApp* 500 milijuna, *Twitter* 328 milijuna korisnika (3). Društvene mreže na internetu postižu visoke razine uključenosti i zadržavanja korisnika za razliku od tradicionalnih medija i oglašavanja koji su pasivne prirode (4,5). Istraživanja pokazuju da poruke upućene preko društvenih mreža na internetu pokazuju veći utjecaj od poruka upućenih tradicionalnim marketinškim strategijama (4,6). I dok su u svjetskoj literaturi prisutni brojni radovi o uporabi i učinkovitosti socijalnih mreža na internetu u socijalnom marketingu, provedbi javnozdravstvenih intervencija i istraživanju (6-8), u Hrvatskoj taj potencijal još nije iskorišten. Podatci pokazuju da *Facebook* u Hrvatskoj ima 1,82 milijuna korisnika (51 % žena), od čega se najveći broj bilježi u dobnoj skupini od 25 do 34 godina (430 000), a slijedi je dobna skupina od 18 do 24 godine (9). *Instagram* u Hrvatskoj bilježi 390 000 korisnika (62 % žena), najviše u dobnoj skupini od 18 do 24 godine (10). Ovi podatci ukazuju na potencijalno velik doseg populacije mladih u nas koja je od posebnog interesa u javnozdravstvenim intervencijama i socijalnom marketingu s ciljem promjene zdravstvenog ponašanja i promocije zdravlja, putem društvenih mreža. Analizom sadržaja društvenih mreža na internetu u Hrvatskoj može se uočiti prisutnost javnozdravstvene tematike, zavodi za javno zdravstvo imaju vlastite *Facebook* stranice, ali javnozdravstvene aktivnosti koje se provode putem društvenih mreža uglavnom su na razini informacija i obavijesti, dok proaktivna komponenta izostaje. „Izazovi“ koji potiču na promjenu zdravstvenog ponašanja u zadanim vremenima, koji se šire društvenim mrežama na internetu, potječu isključivo od individualnih korisnika. Možemo zaključiti da su društvene mreže na internetu u nas prepoznate kao medij za provedbu javnozdravstvenih aktivnosti, ali ostaje nam prostor za djelovanje u pravcu iskorištavanja njihovog punog potencijala u poticanju promjene zdravstvenog ponašanja.

MARJETA MAJER

*Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet,
Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Rockefellerova 4
10 000 Zagreb, Hrvatska*

LITERATURA

- Narayan KM, Ali MK, Koplan JP. Global noncommunicable diseases--where worlds meet. *N Engl J Med* 2010; 363(13): 1196-98.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD i sur. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859): 2224-60.
- Zephoria digital marketing. Dostupno na URL adresi: <https://zephoria.com/top-15-valuable-facebook-statistics/> Pristupljeno informaciji 15.rujna 2017.
- De Bruyn A, Lilien GL. A multi-stage model of word-of-mouth influence through viral marketing. *Int J Market Res* 2008; 25(3): 151-63.
- Thackeray R, Neiger BL, Hanson CL, McKenzie JF. Enhancing promotional strategies within social marketing pro-
- grams: use of Web 2.0 social media. *Health Promot Pract* 2008; 9(4): 338-43.
- Maher CA, Lewis LK, Ferrar K, Marshall S, De Bourdeaudhuij I, Vandelaarotte C. Are health behavior change interventions that use online social networks effective? A systematic review. *J Med Internet Res* 2014; 16(2): e40.
- Gold J, Pedrana AE, Sacks-Davis R i sur. A systematic examination of the use of online social networking sites for sexual health promotion. *BMC Public Health* 2011; 11: 583.
- Clarke AM, Kuosmanen T, Barry MM. A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions. *J Youth Adolesc* 2015; 44(1): 90-113.
- Marketing magazin. Dostupno na URL adresi: <http://marketingmagazin.eu/2017/01/23/15-million-facebook-users-croatia/> Pristupljeno infomaciji 15. rujna 2017.
- Marketing magazin. Dostupno na URL adresi: <http://marketingmagazin.eu/2017/01/09/king-kong-agency-calculated-number-instagram-users-croatia/> Pristupljeno infomaciji 15. rujna 2017.

UPUTE AUTORIMA

Časopis ACTA MEDICA CROATICA objavljuje uvodnike, izvorne rade, smjernice, pregledne, klinička zapažanja, osvrte, prikaze bolesnika, pisma uredništvu i prikaze knjiga na hrvatskom i engleskom jeziku. Osim redovitih brojeva časopis objavljuje tematske i dodatne brojeve (posvećene kongresima i simpozijima). Dodatne brojeve časopisa uređuje gost-urednik u skladu s uputama časopisa Acta Medica Croatica. Upute autorima u skladu su s općim zahtjevima za rukopise dogovorenim na International Committee of Medical Journal Editors dostupnim na www.icmje.org

Prijava rukopisa

Rukopis i popratno pismo šalju se u elektroničkom obliku, isključivo e-poštom na adresu actamedicacroatica@amzh.hr. Priloge koji se šalju treba označiti prezimenom prvog autora uz dodatak što prilog sadrži (npr. Horvati-pismo; Horvat-rad; Horvat-slike; Horvat-tablice; Horvat-literatura). Rukopisi koji ne udovoljavaju tehničkim zahtjevima oblikovanja biti će vraćeni autoru na doradu bez razmatranja sadržaja.

Popratno pismo

Popratno pismo mora sadržavati puni naziv članka, popis i potpisu izjavu svih autora da se radi o originalnom radu koji do danas nije objavljen, kao i da se slažu s njegovim sadržajem i da nisu u sukobu interesa. Nadalje, potrebno je navesti podatke o autoru za kontakt (ime i prezime, titule, naziv i punu adresu ustanove u kojoj radi i e-poštansku adresu).

Oblikovanje rukopisa

Članci i svi prilozi dostavljaju se na hrvatskom ili engleskom jeziku u elektroničkom obliku (Word for Windows) pisan oblikom slova Times New Roman veličine 11 točkica. Rad ne bi trebao imati više od 15 stranica, tipkanih 1,5 proredom te rubom širine 2,5 cm sa svih strana. Smije imati do ukupno 10 slika i/ili tablica i do 50 navoda iz literature. Svaki rukopis izvornog rada mora sadržavati sljedeće sastavnice: naslovnu stranicu, proširene strukturirane sažetke na hrvatskom i engleskom jeziku, organizacijske sastavnice ovisno o vrsti znanstvenoga članka, priloge (slike i tablice) i popis literature. Prošireni strukturirani sažetak (naslov rada, autori, naziv i adresu ustanove, cilj, metode, rezultati, rasprava i zaključak) koji smije sadržavati do 600 riječi, treba napisati na engleskom jeziku ako je rad napisan na hrvatskom odnosno na hrvatskom ako je rad napisan na engleskom jeziku. Naslovna stranica sadrži: puni naslov rada, puna imena i prezimena svih autora (bez titula) nazine ustanova autora i do 6 ključnih riječi bitnih za brzu identifikaciju i klasifikaciju sadržaja rada. Izvorni radovi sadrže: uvod, cilj rada, metode rada, rezultate, raspravu, zaključke i literaturu. Uvod je kratak i jasan prikaz problema, cilj sadrži kratki opis svrhe istraživanja. Metode se prikazuju tako da čitatelju omoguće ponavljanje opisana istraživanja. Poznate se metode ne opisuju, nego se navode izvorni literaturni podatci. Ako se navode lijekovi, rabe se njihova generička imena (u zagradi se može navesti njihovo tvorničko ime). Rezultate treba prikazati jasno i logički, a njihovu značajnost dokazati odgovarajućim statističkim metodama. U raspravi se tumače dobiveni rezultati i uspoređuju s postojećim spoznajama na tom području. Zaključci moraju odgovoriti postavljenom cilju rada. Popis literature počinje na zasebnoj stranici s rednim brojevima prema redoslijedu kojim se citat pojavljuje u tekstu. Literatura se citira prema dogovoru postignutom u Vancouveru, a za naslove časopisa treba rabiti kraticu navedenu u Index medicus. Na posebnoj stranici prilaže se popis tablica s rednim brojem i naslovom te popratnim objašnjenjima ispod tablice kao i popis slika s rednim brojem i naslovom te popratnim opisom ili legendom ispod slike. Tablice moraju imati redni broj koji ih povezuje s tekstom i naslov. Prikazuju se posebno u svojoj datoteci u izvornom obliku i PDF formatu. Slike moraju imati redni broj koji ih povezuje s tekstom i ime

prvog autora rada. Prikazuju se zasebno u svojoj datoteci u JPEG ili TIF formatu razlučivosti ne manje od 300 dpi.

Upute za pisanje popisa literature

Članak u časopisu (navedite sve autore ako ih je 5 ili manje, ako ih je više, navedite prva 3 i dodajte: i sur.: Smerdelj M, Pećina M, Hašpl M. Surgical treatment of infected knee contracture after war injury. Acta Med Croatica 2000; 53: 151-5.

Suplement časopisa

Djelmiš J, Ivanišević M, Mrzljak A. Sadržaj lipida u placenti trudnica oboljelih od dijabetesa. Acta Med Croatica 2001; 55 (Supl. 1): 47-9.

Knjige i monografije

Guluyer AY, ur. Health indicators. An international study for the European Science Foundation. Oxford: M. Robertson, 1983.

Poglavlje u knjizi

Weinstein I, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. U: Sodeman WA, ur. Pathologic physiology: mechanism of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974, 457-72.

Disertacija ili magistarski rad

Cigula M. Aktivnosti nekih enzima u humanom serumu kao pokazatelji apsorpcije žive (disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet, 1987, str. 127.

Članak sa znanstvenog skupa

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. U: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG (ur.). Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer, 2002; 182-91.

Članak objavljen u online znanstvenom časopisu

Terauchi Y, Takamoto I, Kubota N. Glucokinase and IRS-2 are required for compensatory beta cell hyperplasia in response to high-fat diet-induced insulin resistance. J Clin Invest [Internet]. 2007;117. [cited 2007 Aug 12]. Available from: <http://www.jci.org/cgi/content/full/117/1/246>

Internetska stranica

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc. c2000-01 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Baza podataka na internetu

Who's Certified [Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 [cited 2001 Mart 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

Sofтвер (program)

Epi Info [kompjutorski program]. Verzija 6. Atlanta, GA. Center for Disease Control and Prevention, 1994.

Opće napomene

Autori rada mogu predložiti do 4 recenzenta s ekspertnim znanjem o tematici rada, a konačna odluka o izboru ovisi o uredničkom odboru. Svaki rad mora proći najmanje dvostruku anonimnu recenziju. Ako recenzenti predlaže određene promjene ili dopune rada, nepotpisana kopija recenzije dostavlja se autoru za kontakt radi konačne odluke o doradi teksta. Autor za kontakt dobiva probni otisk prihvaćenog rada na korekturu. Uredništvo ne mora radove objavljivati onim redom kojim pristižu. Ako tiskanje rada zahtijeva veće troškove od uobičajenih Uredništvo časopisa može zatražiti od autora da sudjeluje u njihovom pokrivanju. Sadržaj Acta Medica Croatica može se reproducirati uz navod "preuzeto iz Acta Medica Croatica"

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Acta Medica Croatica publishes editorials, original research articles, guidelines, reviews, clinical observations, case reports, letters to the Editor, and book reviews, written in Croatian or English language. Besides regular issues, the journal publishes topical issues and supplements (related to congresses and symposia). Journal supplements are edited by guest editors, in line with the journal Instructions to Authors. Instructions to Authors are consistent with general requirements for manuscripts, agreed upon by the International Committee of Medical Journal Editors, available at www.icmje.org.

Manuscript submission

The manuscript and cover letter should be submitted in e-form, exclusively by e-mail, to the following e-address: actamedicacroatica@amzh.hr. Attachments should be identified by first author's name and description (e.g., Horvat-letter; Horvat-manuscript; Horvat-figures; Horvat-tables). Manuscripts that do not meet technical requirements will be returned to the author without considering its contents.

Cover letter

Cover letter should contain title of the manuscript, list and signed statement of all authors that the manuscript has not been published or submitted for publishing elsewhere, a statement that they have read the manuscript and approved its contents, and a statement that there is no conflict of interest. Data on the corresponding author should be provided including first and last name, degree, affiliation name and postal address, and e-address.

Preparation of manuscript

Manuscripts and all attachments are submitted in Croatian or English language in e-form (Word for Windows), font Times New Roman, font size 11, not more than 15 pages, 1.5 line spacing, with 2.5 cm left, right, top and bottom margins. The number of figures and/or tables is limited to 10 and the list of references to 50. The manuscript should be divided into the following sections: title page, summary in Croatian and English language, organizational sections depending on the type of manuscript, attachments (figures and tables), and list of references. If the paper is written in Croatian language, the extended structured summary (containing title of manuscript, author names, affiliation name and address, objective, methods, results, discussion and conclusion) of not more than 600 words should be written in English language, and *vice versa*. Title page: full title of the manuscript, first and last names of all authors (no degrees), names of all authors' affiliations, and up to 6 key words for fast identification and classification of the paper. Original research articles: introduction, aim, methods, results, discussion, conclusion and references. The introduction section briefly presents the problem of the study; the aim section gives short description of the study purpose. Methods should be so presented to enable reproducibility of the research described; widely known methods are not described but referred to by respective reference number. Generic names of drugs should be used (trade names can be written in parentheses with first letter capitalized). Results should be presented clearly and logically, and their significance demonstrated by appropriate statistical methods. In discussion section, the results obtained are presented and compared with current state-of-the-art in the field. Conclusions should be so structured to correspond to the study objective set above. The list of references should begin on a separate page and numbered in the order of their first citation in the text. References are cited according to the Vancouver style, with journal abbreviations as stated in Index Medicus. The list of tables with their numbers, titles and possible legend below tables, and the list of figures with their numbers, captions and possible legend below figures should be written on a separate page. Tables should be numbered consecutively and entitled;

tables are written each on a separate page and in PDF format. Figures should be numbered consecutively and marked with the first author's name; figures are presented in JPEG or TIF format, resolution no less than 300 dpi.

References – examples

Journal article (list all authors if there are 5 or less; list the first 3 authors and add et al. if there are 6 or more authors): Smerdelj M, Pećina M, Hašpl M. Surgical treatment of infected knee contracture after war injury. Acta Med Croatica. 2000;53:151-5.

Journal supplement

Djelmiš J, Ivanišević M, Mrzljak A. Sadržaj lipida u placenti trudnica oboljelih od dijabetesa. Acta Med Croatica. 2001;55 (Suppl 1):47-9. (in Croatian)

Books and monographs

Guluyer AY, editor. Health Indicators. An International Study for the European Science Foundation. Oxford: M. Robertson, 1983.

Chapter in a book

Weinstein I, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA, editor. Pathologic Physiology: Mechanism of Disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974;457-72.

Doctoral dissertation or MS thesis

Cigula M. Aktivnosti nekih enzima u humanom serumu kao pokazatelji apsorpcije žive. Doctoral dissertation. Zagreb: School of Medicine, 1987; p. 127. (in Croatian)

Conference paper

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic Programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer, 2002;182-91.

Article in online journal

Terauchi Y, Takamoto I, Kubota N. Glucokinase and IRS-2 are required for compensatory beta cell hyperplasia in response to high-fat diet-induced insulin resistance. *J Clin Invest [Internet]*. 2007;117. [cited 2007 Aug 12]. Available from: <http://www.jci.org/cgi/content/full/117/1/246>

Web site

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc. c2000-01 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

Database on the Internet

Who's Certified [Internet]. Evanston, IL: The American Board of Medical Specialists. c2000 [cited 2001 Mar 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

Software

Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention, 1994.

General notes

Authors can suggest up to 4 reviewers with expert knowledge in the field of manuscript, however, final decision on the reviewers is on the Editorial Board. Each manuscript should undergo at least double anonymous peer reviewing. If reviewers suggest modifications or amendments to the manuscript, unsigned copy of the review is sent to the corresponding author for final decision on the manuscript revision. Corresponding author will receive page-proof version for approval. Editorial Board is not obliged to publish papers in the order of their receipt. If printing of a paper requires higher than usual expenses, Editorial Board can ask the authors to participate in the cost. The contents of Acta Medica Croatica can be reproduced with a note "taken from Acta Medica Croatica".

acta medica croatica

The Journal of the Academy of Medical Sciences of Croatia
Acta Med. Croatica • Vol. 72 No. 2 • pp 97-256 • Zagreb, June 2018.

Table of Contents

- Leading Article**
- 99** Health and the system of health protection in Croatia today
S. Šogorić
- Original Papers**
- 103** The value of Counties Public Health Capacity Building – twelve years of the "Health-Plan for it" Program in Croatia
S. Šogorić, S. Vuletić, J. Kern, A. Džakula
- 115** Public health intervention to improve mammography coverage in National Breast Cancer Screening Program
J. Kovačević, V. Jureša, V. Musil, D. Zombori
- 125** Functional ability self-assessment in elderly population
I. Popek, U. Rodin
- 133** Salt content in bread from the City of Zagreb, Croatia
M. Delaš Aždajić, I. Delaš, D. Štimac Grbić, S. Aždajić, N. Vahčić
- 141** Child mortality in Croatia due to general external causes and traffic injuries between 1995 and 2014
M. Martinić, M. Milošević, U. Rodin, A. Mujkić
- 149** Improvement of cardiovascular diseases prevention in Istrian region – importance of cross-sectoral cooperation and sustainability issues
R. Katačić, S. Grozić-Živolić, S. Hrvatin, V. Fontana Mikulić
- 161** Identifying the needs of single-parent families in Croatian cities – Croatian Healthy Cities Network Action Research
A. Subotić, S. Šogorić, S. Vuletić
- 171** Development of local above standards for single-parent families in Poreč
N. Basanić Čuš, S. Šogorić
- 179** Organization of treatment services for persons with mental health disorder in the Republic of Croatia
S. Štrkalj Ivezić, V. Jukić, D. Štimac Grbić, I. Ćelić, P. Brečić, M. Silobrčić Radić, A. Bagarić, M. Ćurković
- Review**
- 189** Equalization of opportunities and the development of the register of persons with disabilities in the Republic of Croatia
V. Štefančić, T. Benjak, M. Ivanić
- Professional Papers**
- 199** Persons with disability – test of the health system accessibility
S. Šogorić, M. Sanković, V. Štefančić, K. Vitale
- 207** Reproductive health assessment of Croatian schoolchildren in the 2015/2016 academic year
I. Sorta-Bilajac Turina, Đ. Malatestinić
- 221** The What Do You Need To Know About Emergency Medical Service Public Education Project in the Varaždin County
A. Simić, J. Begić
- 225** How to plan comprehensive interventions in the Republic of Croatia – review of the model of developing public policy investment in the early childhood development
D. Vočanec, S. Šogorić, M. Vajagić
- 233** Health promoting hospitals – self-assessment of health promotion activities at Department of Psychiatry of Dr. Tomislav Bardek General Hospital, Koprivnica
M. Žagrajski Brkić, S. Šogorić, S. Lovrić, V. Sertić, A. Galinec, M. Tomas, M. Mikulan, M. Gašparić-Sikavica, D. Mrakovčić
- 241** Improvement of non-institutional treatment and care of women with postparture depression
E. Radonić, M. Hanževački, S. Jelavić, I. Jurković, H. Maleković, E. Novy Radonić, B. Vrabec
- Annotation**
- 247** Environmental justice and equity as health determinants – new concepts that should be addressed
K. Vitale, S. Sović
- Letter to the Editor**
- 251** Social marketing and public nets on internet
M. Majer
- 254** Notes for Contributors

acta medica croatica

Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske
Acta Med. Croatica • Vol. 72 Br. 2 • str. 97-256 • Zagreb, lipanj 2018.

Sadržaj

Uvodnik

- 99 **Zdravljie i sustav zaštite zdravlja u Hrvatskoj, danas**
S. Šogorić

Izvorni radovi

- 103 **Značenje Programa „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje“ u jačanju javnozdravstvene i upravne kompetencije hrvatskih županija – dvanaest godina poslije (na engl.)**
S. Šogorić, S. Vuletić, J. Kern, A. Džakula

- 115 **Javnozdravstvena intervencija za povećanje obuhvata žena mamografskim pregledom u sklopu Nacionalnog programa otkrivanja raka dojke**
J. Kovačević, V. Jureša, V. Musil, D. Zombori

- 125 **Samoprocjena funkcionalne sposobnosti osoba starije životne dobi**
I. Popek, U. Rodin

- 133 **Udio kuhinjske soli u kruhu Grada Zagreba**
M. Delaš Aždajić, I. Delaš, D. Štimac Grbić, S. Aždajić, N. Vahčić

- 141 **Smrtnost djece u Hrvatskoj zbog ukupnih ozljeda i prometnih ozljeda u razdoblju 1995.-2014. godine (na engl.)**
M. Martinić, M. Milošević, U. Rodin, A. Mujkić

- 149 **Unaprjeđenje prevencije kardiovaskularnih bolesti u Istarskoj županiji – značenje međusektorske suradnje i problemi održivosti**
R. Katačić, Š. Grožić-Živolić, S. Hrvatin, V. Fontana Mikulić

- 161 **Utvrđivanje potreba jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim zdravim gradovima – akcijsko istraživanje Hrvatske mreže zdravih gradova**
A. Subotić, S. Šogorić, S. Vuletić

- 171 **Kako su razvijeni lokalni nadstandardi za jednoroditeljske obitelji Poreča?**
N. Basanić Čuš, S. Šogorić

- 179 **Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj**
S. Štrkalj Ivezić, V. Jukić, D. Štimac Grbić, I. Ćelić, P. Brečić, M. Silobrčić Radić, A. Bagarić, M. Ćurković

Pregled

- 189 **Izjednačavanje mogućnosti i razvoj registra osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj**
V. Štefančić, T. Benjak, M. Ivanić

Stručni radovi

- 199 **Osobe s invaliditetom – test pristupačnosti sustava zdravstva**
S. Šogorić, M. Sanković, V. Štefančić, K. Vitale

- 207 **Procjena reproduktivnog zdravlja školske djece u Hrvatskoj za školsku godinu 2015./2016.**
I. Sorta-Biljac Turina, Đ. Malatestinić

- 221 **Projekt „Što trebate znati o hitnoj medicinskoj službi“ u Varaždinskoj županiji**
A. Simić, J. Begić

- 225 **Kako planirati sveobuhvatne intervencije u Republici Hrvatskoj - prikaz modela razvoja javne politike ulaganja u rani razvoj djece**
D. Vočanec, S. Šogorić, M. Vajagić

- 233 **Bolnice koje promiču zdravlje – samoprocjena aktivnosti promicanja zdravlja na primjeru Odjela za psihijatriju Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica**
M. Zagrajski Brkić, S. Šogorić, S. Lovrić, V. Sertić, A. Galinec, M. Tomas, M. Mikulan, M. Gašparić-Sikavica, D. Mrakovčić

- 241 **Unaprjeđenje izvaninstitucionalne skrbi i liječenje osoba oboljelih od poslijeporodajne depresije**
E. Radonić, M. Hanževački, S. Jelavić, I. Jurković, H. Maleković, E. Novy Radonić, B. Vrabec

Osvrt

- 247 **Pravednost i pravičnost i okoliš kao determinanta zdravlja – novi koncepti o kojima treba razmišljati**
K. Vitale, S. Sović

Pismo Uredniku

- 251 **Socijalni marketing i društvene mreže na internetu**
M. Majer

- 253 **Upute autorima**