

STRATEŠKI OKVIR ZA ZDRAVLJE DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE



program

«**RUKOVOĐENJE I UPRAVLJANJE ZA ZDRAVLJE**»

lipanj, 2003. godine

UVOD

Program «RUKOVOĐENJE I UPRAVLJANJE ZA ZDRAVLJE» razvio se kao odgovor na nove zadatke, koji se decentralizacijom, postavljaju pred lokalnu upravu i samoupravu, a pokrenut je na inicijativu Škole narodnog zdravlja "A. Štampar".

Dosadašnja praksa javnozdravstvene politike u županiji i cijeloj Hrvatskoj pokazala je brojne slabe točke: ocjena prioriteta, odabir i izbor prioriteta, analiza adekvatnosti postojećih zdravstvenih resursa i drugih resursa u zajednici, nedostatna suradnja unutar i između sektora, kao i suradnja sa zajednicom, definiranje strategije i razvoj sveobuhvatnih planova za rješavanje prioriteta zdravstvenih problema i osiguranje programa koji bi obuhvatili izabrane prioritete. S druge strane, zahtjevne i brze promjene, nove oblike odgovornosti i usluga građanima, nije više moguće učinkovito ostvariti kroz postojeće strukture i načine djelovanja, te je neophodno potrebno unaprijediti znanja, vještine i sposobnosti djelatnika u upravljanju lokalnim resursima. Potrebna su nova znanja i vještine iz područja rukovođenja, bolja intersektorska suradnja i učinkovitiji rad.

O čemu se zapravo radi i zašto zdravlje postaje političko pitanje. Akademski zajednica već dugo podastire dokaze o pogubnom utjecaju društvenih pojava kao što su siromaštvo, niski socijalni status, socijalna izolacija, nezaposlenost, neadekvatni uvjeti stanovanja i sl. na zdravlje. Vrijeme u kojem se nalazimo je vrijeme stresa; poraće, privatizacija, tajkunizacija, nezaposlenost, nestabilno političko i ekonomsko okruženje, velike i brze promjene, nove tehnologije za koje nismo pripremljeni, globalizacija, trajno prisutna neizvjesnost za radno mjesto, starenje stanovništva i kretanje prema depopulaciji. Sve to se događa na rubu značajno bogatije, socijalno stabilnije, tehnološki nadmoćnije Europe čija je radna snaga značajno adaptabilnija i brže se uklapa u promjenjive zahtjeve današnje ekonomije i današnjeg tržišta radne snage i rada. Kako konkurirati, kako se uklopiti, a zapravo još važnije, kako preživjeti? Siromaštvo, nezaposlenost, visoka razina stresa u društvu, porast sedantarnog načina života, povećanje zlouporabe droga, porast nasilja u obitelji i društvu, smanjuju zdravlje, smanjuju radnu sposobnost, konkurentnost i na kraju ekonomsku dobit. S druge strane, starenje populacije i stalni rast broja bolesnih, enormno povećava korištenje skupih zdravstvenih usluga i trošenje novca, što opterećuje nacionalni budžet i ugrožava ekonomiju zemlje. Postavlja se pitanje: tko će zaraditi novac za liječenje bolesnih? Ako se za zdravstvo izdvajaju značajna sredstva gdje će se naći sredstva za razvoj? Ako to i nađemo, tko će nam raditi ako je razina zdravlja niska, ako je malo zdravih, radno konkurentnih. Troškovi zdravstva danas u mnogim zemljama, postaju generatorom financijske krize. Hamletovska dilema je ulagati u liječenje ili ulagati u razvoj. Da bi mogli ulagati u razvoj umjesto u liječenje potrebno je najprije sačuvati i unaprijediti zdravlje ljudi u zajednici. Zdravija populacija dati će veći doprinos cjelokupnom društvenom, političkom i ekonomskom životu i razvoju nacije, zahtijevat će manje zdravstvene njege i socijalne skrbi i sposobnija je podržati zajednicu i spriječiti akcije koje dugoročno oštećuju okolinu.

Novi je fokus na zdravlju a ne na zdravstvenoj skrbi. Javne rasprave trebaju odmak od zdravstva prema zdravlju. Danas 20% populacije troši 80% zdravstvenog novca.

Kao u biznisu tako i u politici mora postojati isplativost rezultata. Ako se zdravlje može unaprijediti (što pokazuju primjeri razvijenih zemalja), onda treba primijeniti tehnologije koje to postižu. Potrebna je politička podrška. Stabilno unaprjeđenje zdravlja nije moguće postići malim fragmentiranim inicijativama. Mjerljive isplative promjene zahtijevaju dugoročna ulaganja i djelovanja na svim razinama, od najviših političkih prema institucijama

i ljudima uključenim u neposredan rad. Potrebna je institucionalna podrška i stabilna struktura za promjenu.

Najbolje zdravlje nemaju najbogatije zemlje. Najbolje zdravlje imaju zemlje u kojima je najveća jednakost, relativno male razlike u primanjima između najbogatijih i najsiromašnijih, zemlje karakterizirane društvenom kohezijom, društvenim moralom i društvenim kapitalom. Period tranzicije dovodi u pitanje sve navedene preduvjete i predstavlja krizni trenutak za zdravlje ljudi, a zdravlje ljudi je preduvjet za napredak nacije i veliki izazov za političke vođe.

Program «RUKOVOĐENJE I UPRAVLJANJE ZA ZDRAVLJE», odnosno Projekt «Zdrave županije» daje «alat» koji omogućuje najekonomičnije korištenje trenutno dostupnih resursa u ostvarenju prioriteta ciljeva u zajednici.

Njegove karakteristike su sljedeće:

1. Županija se kao vlasnik svojih institucija, nalazi u središtu procesa decentralizacije.
2. Istražuje, prati, analizira, sintetizira potrebe ljudi, uvažava specifičnosti.
3. Uključuje kvalitativnu metodu u traženju uzroka, pored klasičnih statističkih podataka.
4. Zajednicu i institucije čini osjetljivim za postojanje problema, te ih priprema za njihovo aktivno rješavanje.
5. Kružna izmjena informacija (informacije idu u raznim smjerovima i u oba pravca).
6. Stalna opservacija i obvezna evaluacija (svaki korak u procesu se uvijek iznova procjenjuje u odnosu na rezultate i nove informacije koje u ovakvom dinamičkom sustavu neprekidno pristižu).
7. Stvara jaku bazu za pregovaranje i preduvjet kvalitetnog partnerstva i stupnja povjerenja u zajednici.
8. Rezultira vlastitim proizvodom (ni za jedan problem ne postoji recept koji će uspjeti svugdje i uvijek).
9. Teži ka konsenzusu, teži ka uspjehu.

Partneri u provođenju ovog programa su Ministarstvo zdravstva, Ministarstvo rada i socijalne skrbi, Županija i njene institucije u suradnji s Centrom za kontrolu i prevenciju bolesti iz Atlante (CDC Atlanta, USA). Program «RUKOVOĐENJE I UPRAVLJANJE ZA ZDRAVLJE» započeo je početkom 2002. godine, intenzivnom edukacijom županijskog tima.

Program poučava tehnikama za rješavanje problema, unutar kompleksnog, multi-profesionalnog sustava, a kranji cilj je razviti i implementirati županijsku politiku zdravlja, te postići veću jednakost i bolje zdravlje za sve racionalnije trošeći ograničeni zdravstveni novac.

Ciljevi Programa su:

1. osposobiti sudionike za procjenu zdravstvenih potreba stanovništva županije kroz odabir javnozdravstvenih prioriteta županije
2. povećati sposobnost razumijevanja organizacijske dinamike u javnim službama i unaprijediti vještine u području javnozdravstvenog menadžmenta, osposobiti sudionike za planiranje za zdravlje i tako osigurati korištenje svrsishodnih i kvalitetnih programa i

usluga koje će te potrebe zadovoljiti.

3. razviti strateški (dugoročni) županijski plan za zdravlje.

Program je 24. veljače 2003. god. prezentiran županijskom Poglavarstvu, a 31. ožujka 2003. i županijskoj Skupštini. Županijska Skupština je imenovala članove Županijskog stručnog povjerenstva za provedbu projekta «Rukovođenje i upravljanje za zdravlje» sastavljan od 10 članova-predstavnika:

Političke i izvršne vlasti:

1. Marino Torić, dr. stom., član poglavarstva zadužen za pitanja zdravstva
2. Ivo Mujo, prof., pročelnik Odjela za društvene djelatnosti DNŽ
3. Vesna Babarović, dipl. soc. radnik, Odjel za društvene djelatnosti DNŽ
4. Tajana Grbin, prof., član gradskog poglavarstva grada Korčule

Struke:

1. Matija Čale-Mratović, dr. med., Zavod za javno zdravstvo DNŽ
2. Ankica Džono-Boban, dr. med., Zavod za javno zdravstvo DNŽ
3. Marko Grgurević, dipl. soc. rad., Centar za socijalnu skrb Dubrovnik
4. prim.mr.sc. Ljiljana Betica Radić, dr. med., Opća bolnica Dubrovnik

Gradanskog sektora i medija:

1. Mato Tomljanović, dipl. novinar, HR Radio Dubrovnik
2. Ljiljana Jeličić, prof., član nevladine organizacije «Zdravi grad – Metković».

Paralelno s edukacijom, u veljači 2002. godine, započeo je i proces izrade "županijskog plana za zdravlje" kroz pet stupnjeva:

1. UTVRĐIVANJE ZDRAVSTVENIH PROBLEMA

Pri utvrđivanju zdravstvenih problema (potreba) koristili smo kvantitativne (statističke podatke dostupne u županiji) i kvalitativne podatke dobivene anketiranjem fokus grupa i grupa opserversa osobno ili preko medija. Prikupljali su se statistički pokazatelji od utjecaja na zdravlje: demografski, zdravstveni, socijalni, ekonomski.

Fokus grupe

Fokus grupe su činili umirovljenici, seosko stanovništvo, radno aktivno stanovništvo, posebno grupa prosvjetnih djelatnika, školska djeca i roditelji, mladi roditelji s djecom u vrtiću, stradalnici Domovinskog rata, osobe s posebnim potrebama (slijepi, gluhi, mentalno retardirani), Udruga distrofičara, Udruga oboljelih od karcinoma, sociopatološke grupe, predstavnici nevladinih udruga, privatnici.

Grupa opserversa

Grupu opservatora su činili župan Dubrovačko-neretvanske županije, gradonačelnici i načelnici, ravnatelji socijalnih i zdravstvenih ustanova, ravnatelj HZZO-a, ravnatelji škola.

Obuhvaćeni dijelovi Županije

Grad Dubrovnik, Neretvanska oblast, seosko stanovništvo Konavala i Dubrovačkog primorja, otoci (Korčula, Mljet, Lastovo)

Izvori kvantitativnih podataka

Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije, Dubrovačko-neretvanska županija, Odsjek za statistiku Ureda državne uprave, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za zapošljavanje, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, Policijska uprava Dubrovnik

NAJVEĆI ZDRAVSTVENI PROBLEMI

(prema odgovorima anketiranih, upisane sve ključne riječi)

Radno aktivno stanovništvo

- Stres i nervoza, neizvjesnost (nesigurnost), prebrz ritam života. Besparica, novčani problemi, ekonomsko-politička situacija, gubitak posla, nezaposlenost. Nezadovoljstvo na radnom mjestu (međusobni odnosi, stresovi, konflikti), nedostatak vremena u obitelji (nesuglasice, nervoza). Stambeni prostor (nedostatak, skučenost). Okoliš (kvaliteta pitke vode, zagađen zrak, smeće, otpad, plinovi iz automobila, nekontrolirano odlaganje otpada, prljave ulice, buka), nesigurnost kupanja u moru zbog izljevanja otpadnih voda, premalo parkova i zelenila. Promet (nebriga za pješake, brza vožnja, gust promet, nema parkinga, prometne nesreće-invalidi, alkohol). Zdravstvena zaštita (predugo čekanje na preglede i liječenje), dobivanje zdravstvene zaštite, šporaka bolnica, higijena u DZ, nepovjerenje u zdrav. ust. i djel.-odnos prema pacijentima, nema hitne pomoći (stom. zaštite, okulist), nedostatak materijala i aparata, udaljenost od zdrav. usluge, prevelika administracija, problem dobivanja fizikalne terapije, prenatrpane čekaonice. Njega bolesnika u kući – troškovi liječenja bolesnika oboljelih od raka, skupoća lijekova. Pušenje, nezdrava hrana (masna, brza prehrana, nedostatak proizvoda zdrave hrane, nesigurnost u kakvoću, pesticidi), tjelesna neaktivnost. Bolesna djeca, agresivna djeca u školi prijetnja drugoj, nezaposlenost djece. Droga i druge ovisnosti (dostupnost), život mladih (noćni život, rad kafića).

Mladi

- Cigarete, droga, alkohol. Stres u školi: loše ocjene, neshvaćenost od strane profesora, nedostatak komunikacije, preveliki zahtjevi od učenika, nesigurnost u društvu; svađe i tuče kad se opiju. Neoprezna vožnja i nesigurnost u prometu. Nedovoljno kretanje i nepravilna prehrana. Nedostatak sadržaja za mlade. Buka, mobiteli (zračenje), otpad, globalno zatopljenje.

Stanovništvo otoka

Lastovo

- Ljekarna-opskrba lijekovima, udaljenost od bolnica i specijalistički pregledi, laboratorijska obrada, nesigurnost pružanja zdravstvenih usluga – zdravstveni radnici ne posjećuju dovoljno bolesnike i kronične bolesnike u kući, veliki troškovi smještaja bolesnika na kopnu kad ne mogu biti u bolnici. Velika prometna izoliranost. Smetlište.

Mljet

- Gospodarska situacija, nezaposlenost i nedostatak novca. Promet (povezanost) s kopnom i na otoku. Udaljenost od zdravstvenih centara, visoke cijene hospitalizacije i lijekova,

HMP (neadekvatan prijevoz do kopna). Komunalni otpad. Depopulacija. Infrastruktura (vodoopskrba).

Korčula

- Gospodarska situacija, nezaposlenost i nedostatak novca (nesigurnost neizvjesnost za budućnost, besperspektivnost), stresovi od političara (prazna obećanja, lupanje po svemu bez argumenata, nedostatak morala). Nedostupna specijalistička zdravstvena zaštita (teško se dobije uputnica a i tada je povezana s troškovima), nedostatak aparata za pojedinu dijagnostiku, potrebna bolja opremljenost i stručno osoblje, rodilište, mamografija, opća loša situacija, udaljenost od bolnica, nemogućnost zahvata na zubima, loša primarna zaštita, aljkav rad stomatologa i neljubaznost sestara, nepovjerenje u doktore, skupi lijekovi i troškovi liječenja, nedovoljna prevencija bolesti. Loši međuljudski odnosi (nebriga u društvu, otuđenost, usamljenost). Loša prometna povezanost i regulacija prometa-nedostatak parkirališta, nesigurnost u prometu. Slaba prehrana (nezdrava hrana, pesticidi). Nedostatak sadržaja i nedovoljno bavljenje sportom (sportske zabavne aktivnosti). Zagađena okolina i nerazvijena ekološka svijest, nezdrava voda, nema kulture stanovanja i kulture življenja. Zdravstveni problemi vezani uz profesiju, nema sistematskih pregleda, ne vodi se računa o zdravlju mladeži. Pušenje.

Osobe s povećanim socijalnim i zdravstvenim potrebama

- Dugo čekanje i kratka obrada kod liječnika, dugo čekanje za dijagnostiku i hospitalizaciju, potrebna bolja komunikacija između liječnika i specijaliste, prenatrpanost čekaonica i odjela u bolnici, skupoća lijekova. Loši prilazi zgradama, visoki pločnici, nepoštivanje oznaka za invalide, neadekvatni WC za invalide u bolnici. Potreba pomoći u kući (zbog nedovoljne pomoći posljedica je izoliranost i depresija). Rješavanje krova nad glavom. Velike participacije za invalidska pomagala. Nedostatak materijala kod ugovornih stomatologa, nema dežurnog stomatologa za hitne slučajeve. Nemogućnost ostvarivanje statusa civilne žrtve rata (logoraši). Buka, zagađenost zraka. Nema detoksikacijske jedinice u našoj bolnici. Nezdrava prehrana.

Seosko stanovništvo

- Staro stanovništvo bez prihoda (nisu ostvarili poljoprivrednu mirovinu). Nema patronaže, nedostupnost liječnika (odaziv liječnika u kućne posjete, prometna nepovezanost sela), teškoća u dobivanju fizikalne terapije i banje, pretjerano služben odnos pacijent - zdravstveno osoblje. Nesigurnost u kvalitetu namirnica koje kupuju na tržnici, loša kvaliteta pitke vode, nekontrolirano bacanje smeća. Glavne prometnice prolaze kroz mjesto.

Umirovljenici

- Kako preživjeti s minimalnim mirovinama, nesigurnost za egzistenciju, visoke cijene (režije, lijekovi, hrana). Problem ulaska u dom za umirovljenike kad onemoćaju ali im zakon ne dozvoljava ili kapacitet doma. Pomoć i njega u kući. Briga za budućnost djece koja su nezaposlena i ne vide njihovu budućnost. Potreba za češćim posjetama obiteljskog liječnika.

Opserveri

- Pušenje, bolesti ovisnosti, konzumiranje velikih količina alkoholnih pića. Stresan posao, loša cestovna povezanost. Dostupnost specijalista na terenu, smještaj-liječenje staračkog pučanstva s kroničnim bolestima, kronične bolesti (visoki tlak, srčane bol. dijabetes,

lokomot. sustav). Nedostatak kvalitetne medicinske opreme, nesuradnja HMP, udaljenost bolnice, odvojiti liječničke ordinacije u DZ, nedostatak broja liječnika na terenu – Konavle. Nedostatak sportskih sadržaja i aktivnosti. Loše navike u ishrani. Mediji, loš utjecaj medija. Nezaposlenost, nesigurnost (soc. situacija). Upotreba kemikalija u poljoprivredi, zagađeni zrak (ispušni plinovi), buka. Nedovoljno mjesta u domovima umirovljenika.

Najčešće izražene zdravstvene potrebe prema fokus grupama

1. Mentalno zdravlje
2. Loše organizirana zdravstvena zaštita, nedostupnost liječnika
3. Egzistencija
4. Pomoć i njega u kući
5. Rizična ponašanja kod mladih
6. Loši uvjeti življenja – ekologija
7. Nezdrava prehrana

2. ODABIR PRIORITETNIH PROBLEMA (PRVIH PET PRIORITETA)

U odabiru prioriteta koristili smo se tehnikom OSRP i PEARL (osnovni sistem rangiranja prioriteta).

PRIORITETNI ZDRAVSTVENI PROBLEMI	OCJENA	RANG
KONZUMIRANJE SRED. OVISNOSTI KOD DJECE	140	1.
MEDICINSKA I SOC. POMOĆ I NJEGA U KUĆI	126	2.
DUGO ČEKANJE NA PREGLED I DIJAGNOSTIKU	108	3.
KARDIOVASKULARNE BOLESTI	104	4.
MENTALNO ZDRAVLJE	78	5.

3. ANALIZA DETERMINIRAJUĆIH ČIMBENIKA (UZROKA)

Za svaki od prioriteta, određuju se čimbenici koji direktno ili indirektno utječu na nastanak problema, te se izrađuje dijagram determinirajućih čimbenika .

4. ODABIR SLIJEDA INTERVENCIJA S CILJEVIMA PROCESA

Analiziraju se intervencije koje su učinkovite u rješavanju problema, jednako kao i resursi potrebni za realizaciju odabranih intervencija.

5. IZRADA PLANA AKTIVNOSTI

Imenovani Županijski tim je započeo s formiranjem podtimova prema svakom od odabranih prioriteta. Njihov zadatak je dalje razraditi slijed intervencija sa ciljevima procesa te izraditi plan aktivnosti.

STRATEŠKI OKVIR ŽUPANIJSKOG PLANA ZA ZDRAVLJE

- 1. Unaprjeđenje kvalitete i dostupnosti svih oblika zaštite i usluga građanima (osigurati uspješnu primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju)**
- 2. Sveobuhvatni pristup razvoju zdravlja; procjenom zdravstvenih potreba, odabirom prioriteta, te uobličavanjem zdravstvene strategije i politike. Definiranje područja aktivnosti i ciljeva aktivnost na temelju prepoznatih potreba**
- 3. Osiguranje ljudskih i materijalnih resursa za provedbu programa**
- 4. Poticanje vaninstitucionalnih oblika zaštite i suzaštite**
- 5. Stvaranje društvene politike koja zdravlje vidi kao vrijednost i resurs a ne resor (zdravstvo) ili trošak (kreiranje klime za unaprjeđenje i promicanje zdravlja i sprječavanje bolesti i rizičnih ponašanja)**
- 6. Formiranje i jačanje partnerstva i unaprjeđenje intersektorske i interresorne suradnje, umrežavanje i koordinacija (Ljudi u središtu akcije za promicanje zdravlja i procesa odlučivanja.)**
- 7. 3K (komunikacija, komunikacija, komunikacija).**

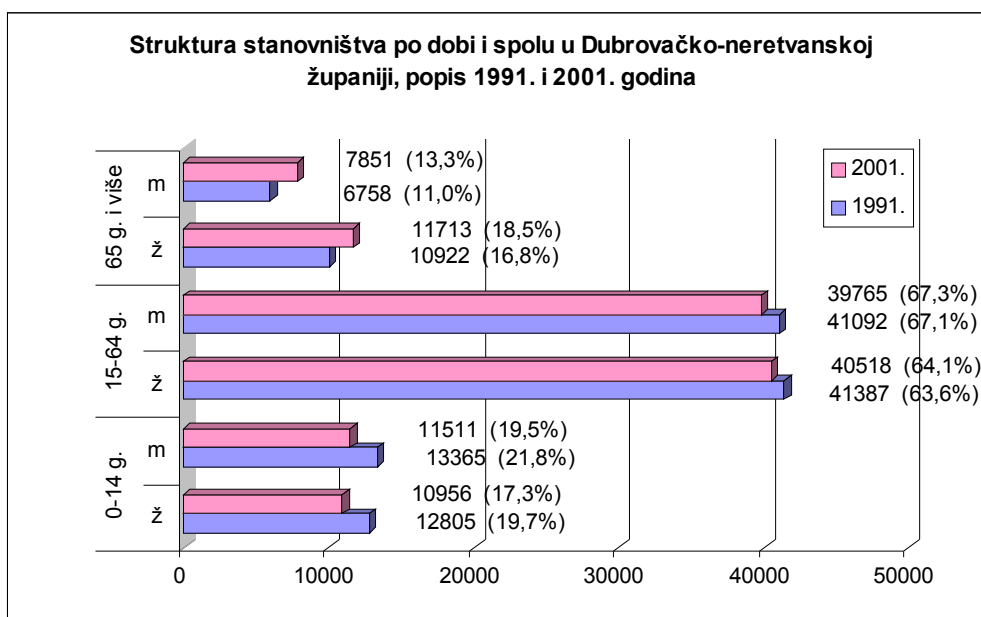
Smjernice rada

- 1. Izgraditi kvalitetnu bazu podataka.**
- 2. Nakon odabira zdravstvenih prioriteta i izrade strategije rješavanja, izraditi plan aktivnosti, kao i indikatore i metode evaluacije.**
- 3. Jačati i unapređivati intersektorsku i interresornu suradnju, te poticati aktivno uključivanje pučanstva.**
- 4. Osigurati edukaciju i informiranje na svim potrebnim razinama po vertikali i horizontali.**
- 5. U svakoj fazi procesa stalno iznova evaluirati specifične potrebe populacije.**
- 6. Sustav zdravstva usmjeriti k pojedincu i kvalitetnoj i svrhovitoj usluzi, a ne biti sam sebi svrha, a jednaku ili čak veću vrijednost dati promicanju zdravlja i sprječavanju bolesti.**
- 7. Dalje prepoznavanje i uključivanje ključnih dioničara u proces rada, te umrežavanje međusektorskih i međuresorskih aktivnosti u svrhu sinergističkog djelovanja u ostvarenju cilja.**
- 8. Osiguranje izvora sredstava.**
- 9. Monitoring – nadzor uz stalnu procjenu koraka u procesu (sve ispočetka do detalja «u dubinu»).**

DEMOGRAFSKI POKAZATELJI

1. Broj stanovnika i gustoća naseljenosti

Prema popisu stanovništva iz 2001. godine Dubrovačko-neretvanska županija ima 122.870 stanovnika (68,8 stan./km²), od čega 79.119 (64,4%) živi u gradovima i 43.751 (35,6%) u općinama. Broj stanovnika je za 2,7% manji nego 1991. godine (126.329 stanovnika ili 70,8/ km²).



2. Struktura stanovnika prema spolu i dobi

48,3% stanovništva županije su osobe muškog spola i 51,7% osobe ženskog spola. Žene prevladavaju u dobi iznad 65 godina (40% muškaraca i 60% žena). U dobnoj strukturi prisutan je trend porasta udjela osoba iznad 65 godina (porast za 22,2% u odnosu na 1991. godinu), a na račun pada udjela djece (pad za 14,1%) i udjela radnoaktivnog stanovništva (pad za 2,7%).

Udio osoba starijih od 65 godina u 2001. godini je 15,9% (u Hrvatskoj 15,6%). Veći udio od županijskog prosjeka ima 15 općina i 1 grad (Korčula). Najveći udio starije populacije imaju Janjina (33,2%), Mljet (29,3%), Trpanj (26,8%), Dubrovačko primorje (25,7%). Najmanji udio starijih osoba imaju Župa dubrovačka (9,8%) i Metković (10,9%).

3. Natalitet, mortalitet i prirodni prirast

Vitalni indeks za Županiju u 2001. godini iznosi 111,2. (u Hrvatskoj 87,1). Premda je prirodni prirast još uvijek pozitivan, on pokazuje trend pada, (1985. iznosio je 6,0/1.000 stanovnika a 2001 samo 0,8/1.000 stanovnika). Posljedica je to pada nataliteta, negativnih migracijskih trendova, te nedavnih ratnih zbivanja.

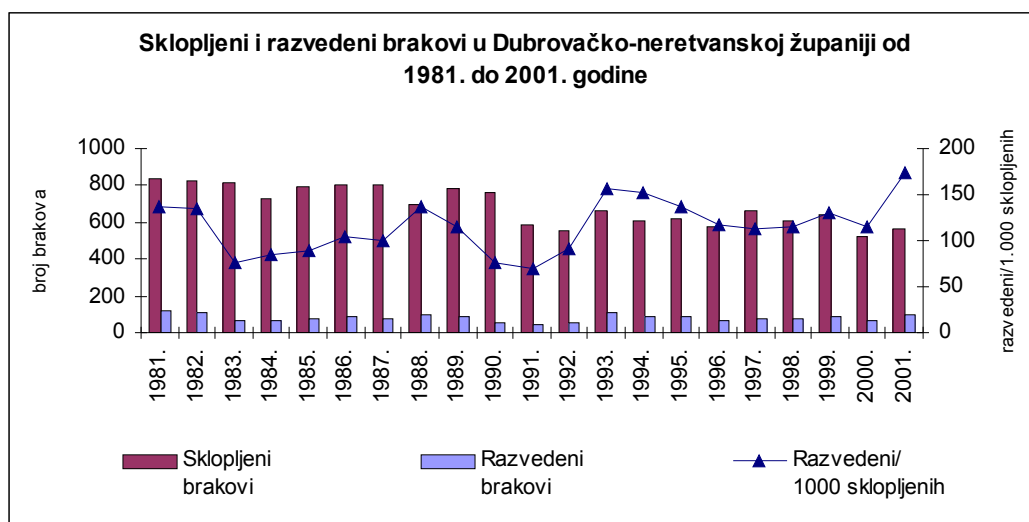
Najveće trendove porasta stanovništva imaju gradovi Metković i Ploče te općina Župa dubrovačka. Općine koje kontinuirano bilježe pad (više umrlih nego rođenih) u razdoblju od 1993. do 2001. godine su: Dubrovačko primorje (-8,4/1.000 stan. u 1991., -9,9/1.000 stan. u

2001.), Janjina (-9,0/1.000 stan. u 1991., -15,2/1.000 stan. u 2001.), Mljet (-9,7/1.000 u 1991., -13,5/1.000 stan. u 2001.), Ston (-3,0/1.000 stan. u 1991., -7,7/1.000 stan. u 2001.).

4. Sklopljeni i razvedeni brakovi i kućanstva

U 2001. godini u Dubrovačko-neretvanskoj županiji zabilježeno je 565 sklopljenih brakova, (32,3% manje nego 1981. g.) U istom razdoblju porasla je stopa razvedenih brakova na 1.000 sklopljenih brakova od 137,7 na 173,5.

Petogodišnji prosjek 1981-1986. iznosio je 97,7 razvedenih na 1.000 sklopljenih brakova; 1987-1991.; 99,5, 1992-1996.; 130,7 i zadnje razdoblje 1997-2001. iznosi 129,4. U 2001. godini ta je stopa iznosila 173,5. U istom razdoblju u Hrvatskoj se bilježi pad stope razvedenih /1.000 sklopljenih brakova (s 226,0 u 1991. godini na 211,5 u 2001.), ali je ukupna stopa viša nego u našoj Županiji za 18% u 2001. godini.



Prema popisu iz 2001. godine u Dubrovačko-neretvanskoj županiji zabilježeno je 39.125 kućanstava; 1,0% obiteljskih manje i 5,6% neobiteljskih više nego u 1991. godini. U strukturi kućanstava u istom razdoblju je raste broj obitelji sa jednim, dva i tri člana na račun broja obitelji sa četiri, pet i više članova. Broj dvočlanih obitelji raste za 15%, a broj samačkih za 10,6 %. Za 12,6% je pao broj četveročlanih, a za 3,9% peteročlanih (i više od pet članova) obitelji. Pada broja bračnih parova s djecom od 22.250 1991. godine na 20.470 2001. godine (8,0%). Istovremeno je broj samohranih roditelja s djecom porastao od 4.022 na 5.252. Prosječno kućanstvo se sastoji od 3 člana.

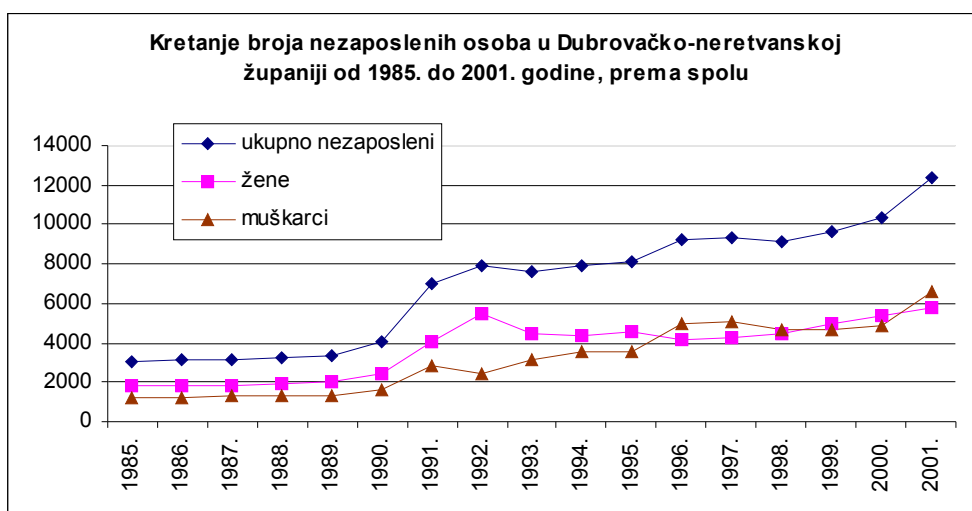
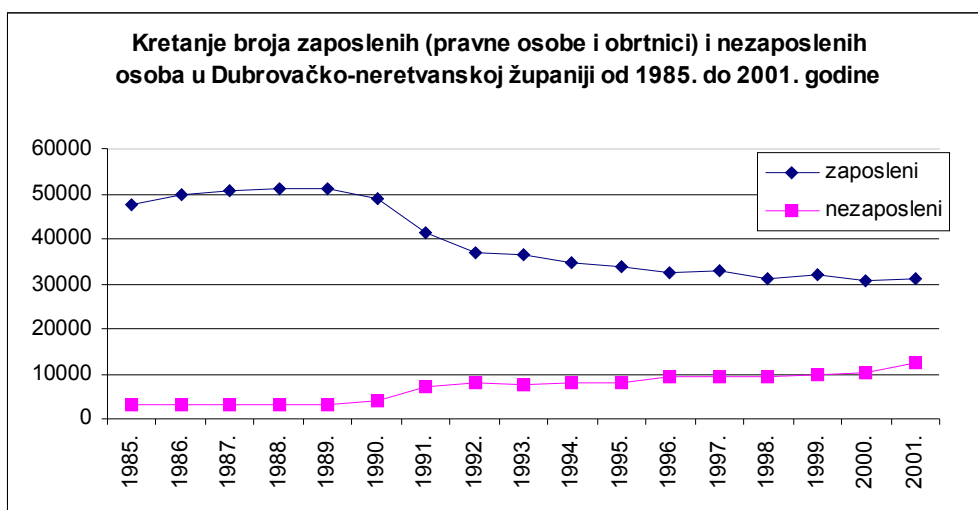
SOCIO-EKONOMSKI INDIKATORI

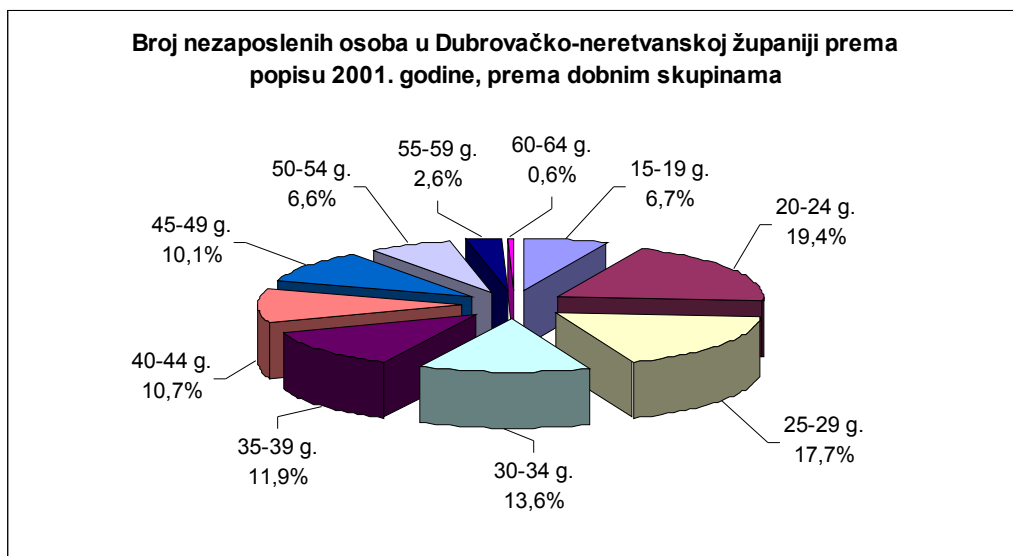
Prema podacima Odsjeka za statistiku Ureda državne uprave u 2001. godini zabilježeno je 35,0% manje zaposlenih, 4 puta više nezaposlenih u odnosu na 1985. godinu. 1991. godine zabilježen je veliki skok nezaposlenih, posebno žena, a u manjoj mjeri muškaraca, što se može objasniti njihovim angažiranjem u Hrvatskoj vojsci za vrijeme ratnih zbivanja. U poslijeratnim godinama raste i broj nezaposlenih muškaraca.

Stopa nezaposlenosti u županiji iznosi 23,7% (u Hrvatskoj 20,4%). Više je nezaposlenih žena za koje stopa nezaposlenosti iznosi 25,1% (u Hrvatskoj 21%) dok za muškarce iznosi 22,6% (u Hrvatskoj 19,7%). Prosječne neto plaće isplaćene u Dubrovačko-neretvanskoj županiji od 1997. do 2000. godine su manje od prosječnih plaća u Hrvatskoj.

U 2001. godini 26.131 osoba ili 21,3% stanovnika naše Županije bili su umirovljenici, od čega je 12.141 muškarac (46,5%) i 13.990 žena (53,5%). Na jednog umirovljenika dolazi 1,5 zaposlena osoba (u Hrvatskoj 1,6 zaposlenih/1 umirovljenika).

Na 3,2 zaposlene osobe 1 osoba je nezaposlena u DNŽ (12.394 nezaposlenih osoba i 39.848 zaposlenih). U Hrvatskoj na 1 nezaposlenu osobu dolazi 3,9 zaposlenih. 37,1% nezaposlenih čine mlađi od 29 godina, a 62,6% nezaposlenih su u dobi između 20-40 godina starosti.





Invalidne osobe

Prema popisu naša Županija u 2001. godini ima 9.740 invalidnih osoba (7,9% ukupne populacije). Od toga je 24,0% (2.336) trajno ograničeno pokretno (uz pomoć štapa, štaka, hodalice ili invalidskih kolica) te 3,8% (368) trajno nepokretno. Najčešći uzroci invalidnosti su: bolest (4.379 ili 45,0%), invalidi rada (2.075 ili 21,3%), te domovinski rat i njegove posljedice (1.454 ili 14,9%).

STOPE SMRTNOSTI ZA ODREĐENE BOLESTI

Tablica 1. Deset vodećih uzroka smrti za žene u dobi od 0-64 godine u Dubrovačko-neretvanskoj županiji u 2001. godini

Redni broj	MKB-šifra	Dijagnoza bolesti	Broj umrlih	% u ukupnom broju umrlih te dobi	Stopa/100.000 stanovnika ženskog spola
1.	C50	Rak dojke	7	8,43	13,6
2.	K74	Fibroza i ciroza jetre	6	7,23	11,7
3.	C56	Zloćudna novotvorina jajnika	5	6,02	9,7
4.	I21	Akutni infarkt miokarda	4	4,82	7,8
5.-7.	C34	Rak bronha i pluća	3	3,61	5,8
5.-7.	C53	Zloćudna novotvorina vrata maternice (cerviksa)	3	3,61	5,8
5.-7.	I50	Insuficijencija srca	3	3,61	5,8
8.-10.	A41	Ostale sepse	2	2,41	3,9
8.-10.	C55	Zloćudna novotvorina maternice	2	2,41	3,9
8.-10.	E10	Dijabetes melitus	2	2,41	3,9
		Ukupno 10 vodećih dijagnoza	37	44,58	71,9
		Ostale dijagnoze	46	55,42	
		SVE UKUPNO	83	100,00	161,2

Tablica 2. Deset vodećih uzroka smrti za muškarce u dobi od 0-64 godine u Dubrovačko-neretvanskoj županiji u 2001. godini

Redni broj	MKB-šifra	Dijagnoza bolesti	Broj umrlih	% u ukupnom broju umrlih te dobi	Stopa/100.000 stanovnika muškog spola
1.	I21	Akutni infarkt miokarda	16	10,74	31,2
2.	C34	Rak bronha i pluća	15	10,07	29,3
3.	K74	Fibroza i ciroza jetre	14	9,40	27,3
4.	I64	Inzult, nespecificiran kao krvarenje ili infarkt	8	5,37	15,6
5.	T07	Nespecificirane višestruke ozljede	6	4,03	11,7
6.-7.	I50	Insuficijencija srca	5	3,36	9,8
6.-7.	T75	Učinci drugih vanjskih uzoraka	5	3,36	9,8
8.-9.	C22	Zloćudna novotvorina jetre i intrahepatičnih žučnih vodova	4	2,68	7,8
8.-9.	I51	Komplikacije i nedovoljno definirani opisi srčane bolesti	4	2,68	7,8
10.	K70	Alkoholna bolest jetre	4	2,68	7,8
		Ukupno 10 vodećih dijagnoza	81	54,36	158,0
		Ostale dijagnoze	68	45,64	
		S V E U K U P N O	149	100,00	290,6

Tablica 3. Izgubljene godine potencijalnog života umrlih prije 65. godine života za neke bolesti u 2001. godini

MKB – skupina bolesti	Izgubljene godine života (u godinama)		
	za oba spola	muški spol	ženski spol
Zarazne i parazitarne bolesti	94,2	36,6	57,6
Novotvorine	1189,8	602,2	587,6
Endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma	129,8	86,4	43,4
Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja	26,6	26,6	0,0
Bolesti živčanog sustava	140,8	53,2	87,6
Bolesti cirkulacijskog sustava	937,6	570,2	367,4
Bolesti dišnog sustava	152,4	64,8	87,6
Bolesti probavnog sustava	444,0	267,0	177,0
Bolesti kože i potkožnoga tkiva	39,2	0,0	39,2
Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnoga tkiva	73,4	0,0	73,4
Bolesti urogenitalnog sustava	50,8	31,6	19,2
Određena stanja nastala u perinatalnom razdoblju	205,8	0,0	205,8
Kongenitalne malformacije, deformiteti i kromosomske abn.	282,8	0,0	282,8
Simptomi, znakovi i abnor. klinički i lab. nalazi nevršteni dr.	11,6	11,6	0,0
Ozljede, otrovanja i druge posljedice vanjskih uzroka	935,2	793,4	141,8
UKUPNO	4714,0	2749,4	1964,6
Prometne nezgode	491,8	457,6	34,2

Standardizirane stope smrtnosti od bolesti cirkulacijskog sustava za dob od 0-64 godine u našoj Županiji su niže od stopa u Hrvatskoj, što povezuje sa tradicionalno zdravijim načinom prehrane priobalnih krajeva u odnosu na unutrašnjost.

Standardizirane stope smrtnosti od ishemične bolesti srca, što uključuje i infarkt miokarda, pokazuju trend porasta. Standardizirane stope smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti za dob od 0-64 godine pokazuju skokove porasta i pada za oba spola, ali ispod hrvatskih i prosjeka europskih stopa, a znatno iznad stopa Italije i Francuske.

U razdoblju od 1991. do 2001. godine naše stope smrtnosti od zloćudnih novotvorina za dob od 0-64 godine su niže od hrvatskih stopa (osim 1994. godine), a malo više u odnosu na stope u Italiji i Francuskoj. To vrijedi i za stope umrlih muškaraca, dok su stope za žene veće u odnosu na prosječne hrvatske stope.

Standardizirane stope smrtnosti od raka traheje, bronha i pluća za dob od 0-64 godine su veće od Hrvatske (za neke godine), te europskog prosjeka. Stope su puno više za muški spol.

Standardizirane stope smrtnosti od raka dojke kod žena u dobi od 0-64 godine su u poslijeratnim godinama bile iznad hrvatskih stopa i europskog prosjeka. U 2000. godini stopa pada na najniže vrijednosti u zadnjih deset godina.

U poslijeratnim godinama naše stope smrtnosti od ozljeda i trovanja za dob od 0-64 godine su ispod europskog i hrvatskog prosjeka. U 2001. godini stopa smrtnosti od prometnih nezgoda je porasla u odnosu na prethodnu godinu i iznosi 12,4/100.000 stanovnika te dobi. Zadnje četiri godine vidljiv je zabrinjavajući porast stopa smrtnosti od prometnih nezgoda za dobnu skupinu od 15-24 godine (51,5/100.000 stanovnika te dobi), što se može pripisati sve većem broju mladih vozača, posebno motociklista, te konzumiranju alkoholnih pića kod mladih.

Vodeći uzrok smrti kod žena u dobi od 0-64 godine u 2001. godini u Dubrovačko-neretvanskoj županiji je rak dojke, a među prvih deset uzroka smrti žena nalazi se 5 dijagnoza raka (uz dojku, rak jajnika, bronha i pluća, vrata maternice i maternice nespecificiranog dijela).

Iste godine vodeći uzrok smrti kod muškaraca u dobi od 0-64 godine je akutni infarkt miokarda. Među deset vodećih uzroka smrti muškaraca nalaze se još 3 dijagnoze bolesti srca i krvnih žila. Svaki deseti muškarac ove dobi umro je od raka bronha i pluća (15 umrlih ili 10,1%), a svaki osmi zbog jetrene ciroze ili alkoholne bolesti jetre.

Najveći gubitak potencijalnog života umrlih prije 65. godine života za oba spola uzrokovale su novotvorine (1189,8g.). Na drugom mjestu se nalaze kardiovaskularne bolesti (937,6). Na trećem su ozljede i trovanja (935,2). Za muške osobe najveći gubitak uzrokovale su nasilne smrti, 793,4 godine izgubljenog života, od čega 457,6 u prometnim nesrećama. Za žene najveći gubitak uzrokuju novotvorine sa 587,6 godina izgubljenog života u 2001. godini.

Konzumiranje sredstava ovisnosti među mladima

Opis problema

Konzumiranje sredstava ovisnosti jedno je od visoko zastupljenih rizičnih ponašanja među učenicima srednjih škola i jedan od simptoma problema mentalnog zdravlja djece i mladih. Broj korisnika i ovisnika o ilegalnim sredstvima ovisnosti u županiji je u stalnom porastu. Broj korisnika legalnih sredstava; duhana i alkohola također je izrazito visok, te posredno i neposredno ugrožava zdravlje i život mladih; npr. broj prometnih nesreća i smrti uzrokovanih prometnim nesrećama u populaciji 15-25 godina više je nego dvostruko veći nego u populaciji starijoj od 25 godina.

Pokazatelji

1. U Centru za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti do kraja 2002 godine

- registrirano je ukupno 389 korisnika droga od čega 118 ovisnika o heroinu.
2. Istovremeno je u PU je evidentirano 821 korisnika droga od čega 167 heroinskih ovisnika. Pretpostavlja se da je do danas, (prema raznim izvorima) umrlo 6 heroinskih ovisnika.
 3. Istraživanje o konzumiranju sredstava ovisnosti u DNŽ, provedeno na oko 1000 učenika srednjih škola, pokazalo je da cigarete konzumira 45%, žestoka alkoholna pića 42%, marihuanu 13%, amfetamine, ecstasy i sl. 4% učenika srednjih škola.
 4. U završnim razredima srednjih škola cigarete konzumira 58% djevojaka i 50% mladića. Najmanje nekoliko puta mjesečno konzumiraju; žestoka alkoholna pića 62% djevojaka i 68% mladića; marihuanu 22% djevojaka i 20% mladića; amfetamine (uključujući i ecstasy) 6% učenika i učenica.

Strateški okvir

1. Uključivanje politike i javnosti, formiranje partnerstva i unapređenje intersektorske suradnje.
2. Poticanje vaninstitucionalnih oblika zaštite i suzaštite (inovativnost).
3. Unapređenje efikasnosti svih postojećih sustava, bez obzira na razinu zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna)

Smjernice za rad

1. Povećati kapacitete za resocijalizaciju
2. Povećati broj aktivnosti u provođenju postojećih zakonskih odredbi koje se tiču zaštite mladih
3. Funkcionalno povezati pojedine segmente u funkciji ranog otkrivanja konzumenata i uključivanja u terapiju ili savjetovanje
4. Osigurati provođenje deklariranih ŠPP-a kao i edukaciju za učitelje, nastavnike i roditelje.
5. Uključiti mlade u programe i aktivnosti za zdrave stilove života.
6. Povećati broj drugih alternativnih aktivnosti za mlade (osigurati mjesta za zabavu bez alkohola npr.)

Zdravstvena i socijalna pomoć i njega u kući

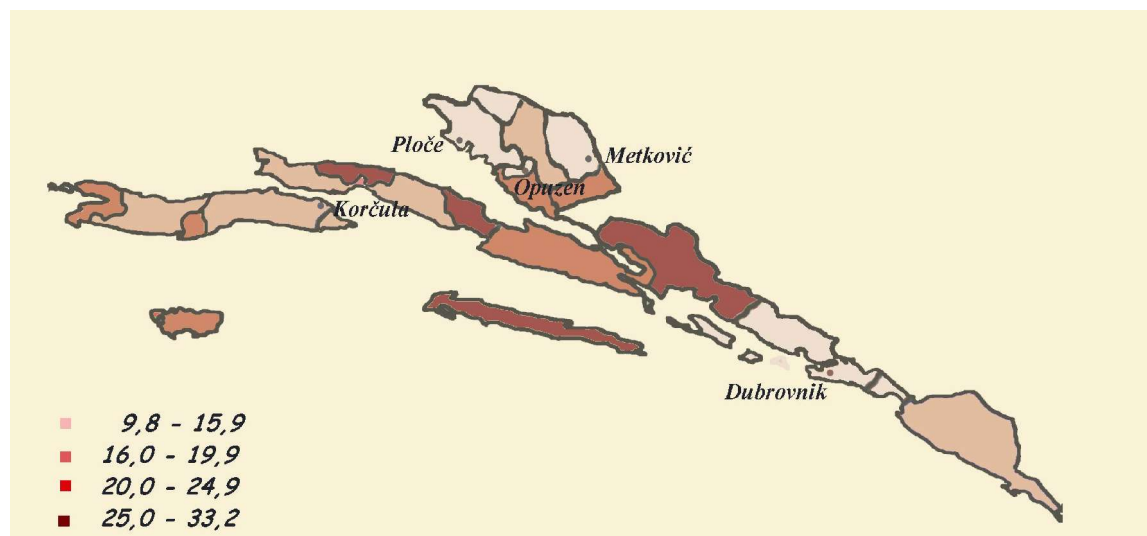
Opis problema

Zdravstvena i socijalna pomoć i njega znači pomoć druge osobe u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba korisnika (hranjenje, kupanje, oblačenje, hodanje), a korisnik je osoba koja nije sposobna za samostalan život. Prema analizi koju smo dobili istraživanjem na području Županije (kvalitativnom metodom) te analizirajući objektivne podatke pokazuje očitu potrebu za primjenom ove vaninstitucionalne zaštite. Razvučen teritorij županije, nepravilan raspored većih centara koji posjeduju resurse (Dubrovnik na samom kraju Županije) odnosno najveća koncentracija mobilnih timova zdravstvene njege u kući je na užem području grada Dubrovnika, a jedini mobilni tim socijalne njege i pomoći u kući ne obuhvaća čak ni sve dijelove grada Dubrovnika. U općinama sa najstarijom populacijom nemamo zastupljen niti jedan tim pomoći i njege u kući ni zdravstvenog ni socijalnog tipa.

Svakako treba uzeti u obzir i program reforme koja je trenutno u tijeku u sustavima zdravstva i socijalne skrbi a čija je osnovna zadaća decentralizirati sve državne funkcije (prava i obveze) u ova dva sustava te postupno potpuno deinstitucionalizirati oba sustava što znači napustiti skupe stacionarne tipove ustanova te pokrenuti udruge i privatne organizacije te crkvu koja će na terenu pokrenuti manje mobilne timove za skrb o starim i nemoćnim osobama te razvoj udomiteljstva.

Pokazatelji

1. Sve je veći broj samačkih starih domaćinstava, a naročito na rubnim ruralnim područjima.
2. Materijalna pomoć ne prelazi 400 kuna za samca u mjesec dana što je više nego nedovoljno za organizirati kvalitetnu skrb o starim i nemoćnim osobama koje žive u svojim domaćinstvima.



Najstariju populaciju prema popisu u 2001. godini imaju općine:

Janjina	33,20%
Mljet	29,30%
Trpanj	26,70%
Dubrovačko primorje	25,70%
Ston	23,70%

3. Broj osoba starijih od 18 godina (pretežno starijih od 65 godina) koje trebaju pomoć i njegu druge osobe DUBROVNIK: 417; KORČULA: 132; METKOVIĆ: 173; PLOČE: 83 (UKUPNO: 805)

Broj zdravstvenih njega u kući odobrenih po gradovima i općinama u DNŽ u 2002.g.

DUBROVNIK	804
ŽUPA	17
OREBIĆ	93
METKOVIĆ	502
OPUZEN	74
VELA LUKA	140
PLOČE	266
UKUPNO:	1896

Tablica 1 . Postojeći i potrebni broj timova zdravstvene njege u kući prema gradovima i općinama u 2003. godini

Mjesto	Broj stanovnika	Broj timova s ugovorom	Broj potrebnih timova	Razlika ugovorni -potrebni
DUBROVNIK	43770	16	12,5	3,5
KONAVLE	8250	1	2,4	-1,4
ŽUPA DUBROV.	6663	0	1,9	-1,9
DUBR.PRIMORJE	2216	0	0,6	-0,6
STON	2605	0	0,7	-0,7
JANJINA	593	0	0,2	-0,2
MLJET	1111	0	0,3	-0,3
METKOVIĆ	15384	3	4,4	-1,4
SLIVNO	2078	0	0,6	-0,6
ZAŽABLJE	912	0	0,3	-0,3
OPUZEN	3242	0	0,9	-0,9
KULA NORINSKA	1926	0	0,6	-0,6
POJEZERJE	1233	0	0,4	-0,4
PLOČE	10834	2	3,1	-1,1
KORČULA	5889	1	1,7	-0,7
LUMBARDA	1221	0	0,3	-0,3
SMOKVICA	1012	0	0,3	-0,3
OREBIĆ	4165	1	1,2	-0,2
TRPANJ	871	0	0,2	-0,2
VELA LUKA	4380	3	1,3	1,7
BLATO	3680	0	1,1	-1,1
LASTOVO	835	0	0,2	-0,2
ŽUPANIJA	122870	27	35,1	-8,1

* Podaci u tablici se razlikuju od podataka u županijskoj slici zdravlja, jer u 2003. godini ima veći broj timova koji su sklopili ugovor s HZZO i to prema novom pravilniku HZZO (NN 32/03) 3500 osiguranika na 1 tim zdravstvene njege.

4. Iz gore navedenih podataka vidljivo je da su područja sa najstarijom populacijom Janjina, Ston, Mljet, Dubrovačko primorje, Trpanj
5. Da je u tim područjima zdravstvena njega u kući neujednačeno ili vrlo slabo

- organizirana a socijalna uopće i ne postoji.
6. Da je najveći broj timova zdravstvene njege u kući kao i odobrenih njega od strane obiteljske medicine u područjima koje je nastanjeno mlađom populacijom (gradovi a naročito Dubrovnik), odnosno područjima u kojima su locirani timovi zdravstvene njege i pomoći .
 7. Dubrovnik ima i Centar za njegu i pomoć u kući (pri Domu za stare i nemoćne).
 8. Postojeći novčani oblik socijalne njege i pomoći u kući apsolutno ne zadovoljava potrebe stanovništva zbog niskog iznosa i samim tim ne postojanje zainteresiranih osoba koje bi izvršavala takav vid usluge.
 9. Na smještaj u Dom za stare i nemoćne u prosjeku se čeka između 6 mjeseci i godine dana. Sam postupak ostvarivanja prava na smještaj je vrlo rigorozan i dugotrajan te kompliciran i iscrpljujući za stranku.

Strateški okvir

1. Istraživanje i praćenje pojave stvaranja staračkih samačkih domaćinstava kao i čestih hospitalizacija kronično oboljelih osoba,
2. Evaluacija, praćenje i osiguranje resursa (ljudi, novac, znanja i vještine) u zajednici za pružanje ovog oblika pomoći .
3. Poticanje partnerstva i umrežavanje institucionalnih i vaninstitucionalnih oblika pomoći pronalazeći najučinkovitije i najekonomičnije puteve za pružanje ovog oblika pomoći (istražujući alternativne oblike skrbi kroz nevladin i privatni sektor te vjerske zajednice).

Smjernice rada

1. Osnovati mobilne sociozdravstvene timove po čitavom teritoriju Županije, potičući osnivanje takvih timova od strane privatnika, udruga i vjerskih zajednica najmanje po tri mobilna tima u sustavu zdravstva i po jedan centar za pomoć i njegu u kući i to u sljedećim područjima: Dubrovačko primorje, Konavle, Nertvanska oblast (sa sjedištem u Metkoviću), otoci (sa sjedištem u Korčuli) unutar godine dana
2. Poticati i motivirati puk za dobrosusjedsku i rodbinsku pomoć a u skladu s tim povećati broj staračkih samačkih domaćinstava obuhvaćenih brigom druge osobe za 10% za godinu dana.

Dugo čekanje na pregled i dijagnostiku

Opis problema

Na temelju kvalitativnih pokazatelja utvrđeno je nezadovoljstvo građana zbog dugog čekanja na specijalističke usluge (naruđbe za pregled do 6 mjeseci čekanja kao i dugo čekanje naručenog dana), čime se smanjuje dostupnost zdravstvene zaštite. «Vremenski odgođena zdravstvena usluga je i ozbiljan zdravstveni problem.»

Pokazatelji

1. porast broja specijalističko-konzilijarnih pregleda za 15,9% (157.667 specijalističkih pregleda u 2000. godini u odnosu na 135.982 u 1996.)

2. u 2000. godini prosječno je obavljeno 136,1 specijalistički pregled/100 osiguranika u odnosu na 102,9 pregleda/100 osiguranika u 1996. (slika 9)
3. 212,7 specijalističkih pregleda/100 osiguranika starijih od 65 godina u 2000. godini u odnosu na 117,3 u 1996.
4. najviše pregleda bilo je u internističkim specijalnostima (23.169 pregleda s udjelom od 14,7%), što je 47,8% više u odnosu na 1996. (15.681 pregled)
5. u onkološkoj ordinaciji bilo je 3.113 pregleda u 2000. godini, što je za 84,4% više u odnosu na 1996. (1.688 pregleda)
6. porast broja psihijatrijskih specijalističkih pregleda za 73,2% (11.184 pregleda u 2000. godini u odnosu na 6.459 pregleda u 1996.)
7. 38,5% anketiranih i intervjuiranih osoba je iskazalo dugo čekanje na specijalističke usluge kao zdravstveni problem.
8. prosjek čekanja na pregled u ambulanti ORL (35 dana), oftalmološka (prosjek čekanja 50 dana), kožna (prosjek čekanja 20 dana), kirurška (pregled dojki: 45 dana), urološka (30 dana), internističke: ergometrija (35 dana), gastroskopija (60 dana), kardiološki UZV (50 dana), mamografija (180 dana), CT (30 dana), UZV abdomena (60 dana), UZV dojka (120 dana).
9. Dnevno čekanje naručenih pacijenata kreće se od 1-8 sati.

Strateški okvir

1. Povećati dostupnost specijalističkih usluga (specijalističkih pregleda i dijagnostičkih pretraga)
2. Uključivanje i informiranje pacijenata i javnosti

Smjernice rada

1. Upoznavanje ključnih dioničara o prioritetu
2. Definiranje uzroka tj. determinirajućih čimbenika dugog čekanja na specijalističke usluge
3. Određivanje slijeda intervencija s ciljevima na temelju prepoznatih determinatora koji su najpogodniji za učinkovito djelovanje
4. Određivanje plana aktivnosti za odabrane intervencije
5. Informiranje i educiranje javnosti

Kardiovaskularne bolesti

Opis problema

Bolesti cirkulacijskog sustava vodeći su uzrok smrti u DNŽ, odnoseći godišnje 937,6 godina potencijalnog života. Premda niža od prosjeka Hrvatske, standardizirana stopa smrtnosti od bolesti cirkulacijskog sustava u DNŽ značajno je viša od SSS u zemljama EU.

Pokazatelji

1. Standardizirana stopa smrtnosti za kardiovaskularne bolesti za našu županiju u proteklih 10 godina pokazuju srednju vrijednost za muškarce 236 i za žene 94, što je značajno više nego u EU (muškarci – SSS=166 ili 43% više, žene – SSS=57 ili 65% više).

2. 2000. god.: Ukupno AIM je bio vodeći uzrok smrtnosti u županiji za dob 35-64 god. s 32 prerano umrlih što je 14,7% od svih umrlih te dobi (29 prerano umrlih muškaraca - 20% od svih umrlih muškaraca). Među prvih 7 uzroka smrtnosti za istu dobnu skupinu, bile su 3 dijagnoze KVB.
3. Od KVB umro je 81 čovjek (od 217, što čini 37,3%) i po broju umrlih su odmah iza zloćudnih bolesti. Uzmemo li u obzir da su neki rizični čimbenici za KVB, isto tako rizični i za nastanak nekih zloćudnih bolesti, potreba za intervencijom na ovom polju još više dobija na značaju.
4. 2001 god. kardiovaskularne bolesti su bile vodeći uzrok smrtnosti za dobnu skupinu 35-64 god. i činile su 33,8% svih uzroka smrtnosti u 2001.god.
5. Ukupno AIM je bio vodeći uzrok smrtnosti u županiji za dob 35-64 god. s 20 prerano umrlih što je 9,8% od svih umrlih (16 muškaraca - 12,4% za M). Među prvih 7 uzroka smrtnosti za istu dobnu skupinu, bile su 4 dijagnoze KVB.
6. Ove bolesti se nalaze i na vrhu ljestvice uzroka hospitalizacije, a na drugom mjestu po broju korištenih dana bolničkog liječenja i broju dijagnoza zabilježenih kod obiteljskog liječnika, što sve zajedno predstavlja velik ekonomski teret na društvo.

Strateški okvir

1. Osvještavanje, informiranje i motiviranje javnosti za provođenje primarno preventivnih mjera na smanjenju razvoja rizičnih čimbenika, koristeći pri tom različite i inovativne pristupe dobivanja pažnje i motiviranja na promjenu stavova i ponašanja.
2. Poboljšati otkrivanje i liječenje pacijenata s rizičnim čimbenicima ili u ranoj fazi bolesti.
3. Unaprijediti analizu rada i praćenje efikasnosti zdravstvenih servisa u sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji.
4. Podizanje razine znanja i vještina nemedicinskog osoblja (prema odabranim kriterijima) za prepoznavanje simptoma i postupak kardiopulmonalne reanimacije.

Smjernice rada

1. Unaprijediti ranu dijagnostiku (rano otkrivanje rizičnih čimbenika), liječenje i rehabilitaciju, postići da se 15% više pacijenata pridržava mjera liječenja, te povećati uspješnost liječenja za 10%.
2. Unaprijediti uspješnost sekundarne prevencije kod onih sa simptomima angine pectoris, lijekovima i promjenom životnog stila. Osmisliti i početi provoditi programe za pacijente s preboljelim infarktom miokarda i inzultom - tercijarna prevencija. Unaprijediti uspješnost intervencija u akutnim stanjima. Rano otkrivanje i uključanje u terapiju onih koji su već razvili simptome.
3. Poboljšati dostupnost zdravstvene zaštite (nabaviti EKG aparate, funkcionalno povezati ambulante sa specijalističko konzilijarnom službom).
4. Povećanje znanja o rizičnim i zaštitnim čimbenicima, zdravlju i zdravim načinima života u općoj populaciji, s ciljem da se spriječi nastanak rizika (škole za nepušenje, savjetovanište za zdravu prehranu, redovita tjelovježba, ekološki pristup...).

Mentalno zdravlje

Opis problema

U odgovorima anketiranih u fokus grupama, mentalno zdravlje je bilo jedan od najčešće spominjanih zdravstvenih problema. Ključne riječi koje su se najčešće ponavljale su: stres, nervoza, konflikti, nesigurnost, neizvjesnost. 29% od ukupnog broja ključnih riječi odnosilo se na mentalno zdravlje.

Dugotrajna izloženost stresu i poremećaji mentalnog zdravlja dovode do smanjene radne sposobnosti, a mogu dovesti i do tjelesne bolesti. Sve to smanjuje kvalitetu življenja pojedinca, njegove obitelji i cijele zajednice.

Pokazatelji

1. Zbog neke od psihijatrijskih dijagnoza pomoć kod obiteljskog liječnika potražilo je u 2000 godini 11 270 ljudi. Dominirale su neuroze i afektivni poremećaji uzrokovani stresom (kod obiteljskog liječnika 66%, kod psihijatra 47%).
2. 7% dijagnoza na specijalističkim pregledima i desetina ukupno bolnoopskrbnih dana odnosi se na duševne bolesti.
3. Prema broju pacijenata zaprimljenih na bolničko liječenje duševne bolesti se nalaze na sedmom mjestu.
4. U savjetovalište za psihosocijalnu prilagodbu stradalnika rata, još uvijek redovito dolazi oko 150 stradalnika, mahom ratnih veterana sa PTSP. U savjetovalište se povremeno uključuju i članovi njihovih obitelji. Mjesečno je u savjetovalištu oko 200 intervencija.
5. U Službi za poremećaje razvojne dobi pri Odjelu za psihijatriju Opće bolnice Dubrovnik, u terapiji psihologa i defektologa, dnevno kroz dijagnostiku i terapiju prođe oko 25 djece.
6. Istraživanje o konzumiranju sredstava ovisnosti u DNŽ, provedeno na oko 1000 učenika srednjih škola, pokazalo je da cigarete konzumira 45%, žestoka alkoholna pića 42%, marihuanu 13%, amfetamine, ecstasy i sl. 4% učenika srednjih škola. Situacija je još ozbiljnija kad se analizira konzumiranje istih sredstava među učenicima završnih razreda.
7. Isto istraživanje je pokazalo visoku razinu psihosomatskih simptoma kao posljedicu stresa u školi. (60,1% djevojaka i 33,9% mladića često ili vrlo često osjeća umor. 44,9% djevojaka i 21,2% mladića često ili vrlo često ima glavobolju. 40,7% djevojaka i 22,2% mladića je često ili vrlo često prehladeno. Bol u vratu i ramenima osjeća svaka treća djevojka i svaki šesti mladić. Problema sa spavanjem ima 20,5% djevojaka i 9,6% mladića. Želučane tegobe ima 19,2% djevojaka i 5,8% mladića, vrtoglavicu 20,8% djevojaka i 6,2% mladića. Stariji učenici i učenici četverogodišnjih škola pokazuju psihosomatske simptome češće od mlađih učenika i učenika trogodišnjih škola. Gimnazijalci češće od učenika strukovnih škola. Učenici koji češće doživljavaju stres u školi, izvješćuju o značajno češćim psihosomatskim tegobama.
8. Rezultati rada u fokus grupama sa učenicima osnovnih škola na temu što ugrožava zdravlje; tema mentalnog zdravlja pojavila se 125 puta od ukupno 171 odgovora (loši odnosi, stres od škole, nervoza, konzumiranje sredstava ovisnosti, strah i neizvjesnost).

9. Rezultati rada u fokus grupama sa učenicima srednjih škola na istu temu; tema mentalnog zdravlja kao odgovor pojavila se 174 puta od ukupno 216 odgovora. Na prvom mjestu je opterećenje i stres u školi sa frekvencijom od 67 pojavljivanja.
10. Na konsenzus konferenciji Brze procjene stanja u zajednici u gradu Dubrovniku, odabrana grupa panelista odabrala je mentalno zdravlje kao jedan od prioriternih problema.
11. Raste broj sankcioniranih nasilničkih ponašanja u obitelji, kao posljedica porasta nasilja, ali i češćeg prijavljivanja zbog novog zakona.
12. U Centru za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti do kraja 2002. godine registrirano je ukupno 389 korisnika droga od čega 118 ovisnika o heroinu. Istovremeno je u PU je evidentirano 821 korisnika droga od čega 167 heroinskih ovisnika. Pretpostavlja se da je do danas, (prema raznim izvorima) umrlo 6 heroinskih ovisnika.

Strateški okvir

1. Definiranje specifičnih problema i populacija pod rizikom, obzirom na specifične rizike ili probleme mentalnog zdravlja.
2. Definiranje područja aktivnosti i ciljeva aktivnosti na temelju prepoznatih potreba i rizičnih grupa.
3. Poticanje vaninstitucionalnih oblika zaštite i suzaštite.
4. Unapređenje zdravstvenih servisa u zaštiti mentalnog zdravlja
5. Formiranje partnerstva i unapređenje intersektorske suradnje.

Smjernice rada

1. Prepoznati i jasno definirati specifične potrebe i grupe pod rizikom.
2. Kroz intersektorsku suradnju, javnu prezentaciju i komunikaciju, te uvođenje novih oblika rješavanja problema, raditi na udovoljenju prepoznatih zdravstvenih potreba na području mentalnog zdravlja.