



ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO CELJE

IPAVČEVA 18, 3000 CELJE, telefon: +386 63 425200 , <http://www.zzv-ce.si>

Prikaz zdravstvenega stanja prebivalcev ter higienskih in zdravstveno ekoloških razmer v UE Šentjur

Celje, november 2007

Naslov naloge: Prikaz zdravstvenega stanja prebivalcev ter higienskih in zdravstveno ekoloških razmer v UE Šentjur

Datum izdelave poročila: December 2007

Številka poročila: E -

Nosilec naloge: Prim.doc.dr.Ivan Eržen

Sodelavci: Nuša Konec Juričič, dr. med., specialistka soc. med.
Simona Uršič, dr.med., specialistka higijene
Tatjana Škornik Tovornik, dipl.sanit.inž.

Nuša Konec Juričič, dr. med.
Predstojnica oddelka za soc. medicino in
promocijo zdravja

Prim.doc.dr. IVAN ERŽEN, dr.med.
DIREKTOR

PREGLED VSEBINE

UVOD	4
MATERIAL IN METODE	7
ZDRAVSTVENO STANJE NA OSNOVI RUTINSKIH ZDRAVSTVENO STATISTIČNIH VIROV PODATKOV ..	9
Prebivalstvo	9
Izobrazbena struktura je na območju Šentjurja manj ugodna, kot sicer v regiji in Sloveniji.	11
Zdravstveno stanje prebivalcev v UE Šentjur	12
Umrljivost	12
Bolnišnično zdravljenje	18
Zbolevanje za rakom.....	19
Zdravstveno upravičena zadržanost od dela	21
Izvenbolnišnično zdravstveno varstvo	25
Zaposleni v zdravstvu	28
ZDRAVSTVENO STANJE NA OSNOVI PODATKOV IZ RAZISKAV	30
Ocenjevanje prevalence nekaterih kroničnih bolezni in stanj v posameznih UE Šentjur	30
Samomor v regiji Celje in njenih upravnih enotah, primerjava UE Šentjur, regija, Slovenija (1985-2006)	32
HIGIENSKE IN OKOLJSKE RAZMERE V UE ŠENTJUR	34
Oskrba s pitno vodo	34
Spremljanje razmer v šolah in vrtcih	39
RAZPRAVA	41
ZAKLJUČEK	44

UVOD

Obstajajo številne definicije zdravja. Vsak od nas ima različne izkušnje o tem, kaj je zdravje. Pa ne le to, posameznikova definicija zdravja se spreminja tudi s časom in je odvisna od preteklih in trenutnih individualnih in širših družbenih okoliščin. Na razumevanje zdravja pri posamezniku naj bi imela odločujoči vpliv pripadnost določeni socialni skupini. Posameznik razmišlja in ukrepa v zvezi z zdravjem kot skupina kateri pripada. Večja kot je pripadnost posameznika socialni skupini, bližje je njegovo razmišljanje in ravnanje v zvezi z zdravjem skupinskemu.

Svetovna zdravstvena organizacija pa je že leta 1948 zapisala, da je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali onemoglosti. Definicije zdravja so torej različne. Vsakdo med nami bi verjetno dodal svojo. Medtem, ko laiki govorijo o zdravju kot sposobnosti, dobrem počutju in socialni sprejetosti, zdravniki še vedno najraje govorijo o zdravju kot biomedicinski kategoriji.

Zdravje ni nikomur podarjeno. Posameznik ga doseže z upoštevanjem bioloških, psiholoških in socialnih potreb. Zdravje je potrebno aktivno doseči z zdravim načinom življenja. Danes je splošno znano, da določeni načini življenja zdravje krepijo, drugi pa predstavljajo tveganje za nastanek bolezni.

Način življenja pa ni le vrsta navad, ki človeku oblikujejo njegov vsakdan in ni odvisen le od znanja, prosvetljenosti in stališč posameznika. V načinu življenja se zrcalijo tako socialne, kulturne, bivanjske, gnotne in druge objektivne razmere v katerih človek živi, pa tudi vsa njegova zapletena subjektivnost. Pri tem je potrebno poudariti predvsem tudi možnost ali nemožnost izbire, ki jo ima posameznik. Veliko ljudi danes namreč nima možnosti, da bi izbirali stanovanje, službo, okolje, pravilno prehrano, prostočasne aktivnosti, četudi dobro vedo kako pomemben je vpliv vseh naštetih dejavnikov na njihovo zdravje in zdravje njim najbližjih. Materialna in socialna prikrajšanost ljudi pa sta dejavnika, ki imata na zdravje ljudi odločujoči vpliv.

Zdravje za vse

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) je slogan »Zdravje za vse« prvič uporabila 1978 leta v Alma Ati v Kazahstanu. Slogan je danes sinonim za eno največjih gibanj v vsej zgodovini javnega zdravja. Politika Zdravje za vse poudarja pomembnost pravičnosti, ekonomskega in družbenega razvoja ter nujnost sodelovanja ljudi v procesu izboljševanja, ohranjanja in krepitev zdravja. Izpostavlja tudi odločilno vlogo osnovnega zdravstvenega varstva in poudarja nujnost razvijanja tega. Vse države poziva k oblikovanju nacionalnih zdravstvenih politik in strategij za doseg boljšega zdravja. Deklaracija sprejeta v Alma Ati je vzpodbudila mnoge posameznike in skupine širom sveta k dotlej neobičajnim načinom razmišljanja o zdravju. Izziv je sprejel tudi evropski urad SZO. 1984 leta je objavil evropsko zdravstveno politiko Zdravje za vse z 38 cilji in strategije za doseganje teh ciljev. Dokument pomeni prelomnico, saj je sprožil pregled in preoblikovanje zdravstvenih politik v večini evropskih držav. 1991 leta je bila evropska zdravstvena politika izpopolnjena. Izhodišča le te smo upoštevali tudi v Sloveniji, ko smo 1993 leta pisali Plan zdravstvenega varstva do leta 2000, ki ga pa državni zbor, žal, ni sprejel. Življenje pa ne čaka.

Maja 1998 smo vse članice SZO sprejele svetovno deklaracijo za zdravje, ki poudarja, da je udeležanje politike Zdravje za vse, v posameznih državah članicah odvisno predvsem od priznavanja zdravja kot osnovne človeške vrednote ter od tega ali bodo posamezne regije, posamezne države, na osnovi te globalne politike Zdravja za vse z 10 cilji, pripravljene oblikovati regionalne, nacionalne, območne ter lokalne zdravstvene politike in strategije.

Zdravje 21 je odgovor evropske regije na globalno politiko SZO imenovano sedaj Zdravje za vse v 21. stoletju. Pri oblikovanju tega dokumenta je evropski urad SZO upošteval dosedanje izkušnje in dosežke evropskih članic SZO z izvajanjem strategije Zdravje za vse v zadnjih petnajstih letih. Pregled dotodanjih 38 ciljev v smislu vplivanja na zdravje in nedoseženih izzivov, ob upoštevanju sodobnih zdravstvenih problemov Evrope, pa tudi političnih, ekonomskih in družbenih sprememb, ki so se dogajale in možnosti, ki jih le te ponujajo je

nastala politika Zdravje 21. Ta definira 21 ciljev za 21. stoletje. Evropske članice jih naj ne bi jemale kot predpisan seznam ciljev, ki jim je potrebno slepo slediti. Zdravje 21 ponuja etični in znanstveni okvir tistim, ki sprejemajo odločitve na katerem koli nivoju delujejo, saj bi ob sprejemanju politike morali upoštevati tudi vplivanje teh odločitev na zdravje, po drugi strani pa omogoča uporabo zdravja kot vodila za usmerjanje razvoja v vseh sektorjih družbe.

Politika Zdravje 21 gradi na naslednjih glavnih elementih :

Stalni namen:

- vsi ljudje naj dosežejo svoj polni zdravstveni potencial.

Dva glavna cilja:

- promocija in zaščita zdravja v vseh življenjskih obdobjih posameznika in
- znižanje pojavljanja najpomembnejših bolezni in poškodb ter ublažitev posledic teh bolezni in poškodb.

Tri osnovne vrednote:

- zdravje je temeljna človeška pravica,
- pravičnost v zdravju in solidarnost v aktivnostih za zaščito in krepitev zdravja v in med državami in njihovimi prebivalci,
- in soudeležba in upoštevanje posameznika, skupin, institucij in skupnosti za stalen razvoj zdravja.

Štiri glavne strategije delovanja lahko zagotovijo znanstveno, ekonomsko, družbeno in politično trajnostno udejanjenje Zdravja 21:

- multisektorske strategije za spoprijemanje z determinantami zdravja, pri tem je nujno upoštevati fizikalne, ekonomske, družbene, kulturne ter ostale vidike in zagotoviti spremljanje vpliva teh determinant na zdravje,
- načrtovanje zdravstvenih programov na osnovi spremljanja izidov zdravljenja in vlaganje v razvoj zdravja,
- integrirana družinska, v skupnost usmerjena primarna zdravstvena služba, ki jo podpira prilagodljivo in prožno bolnišnično zdravstveno varstvo in
- participativen proces razvijanja zdravja, ki vključuje partnerje odgovorne za zdravje doma, v šoli, na delovnem mestu, v lokalni skupnosti in v državi in ki bo pospeševal skupno odločanje, izvajanje in odgovornost.

Promocija zdravja torej ni le usposabljanje posameznika za zdrav način življenja ampak tudi razvijanje zdravju naklonjenega okolja. Akcije, ki promovirajo zdravje morajo temeljiti na dejanskih potrebah ljudi ali skupnosti. Za tako korenito spremembo odnosa do zdravja pa ni dovolj le sprejetje globalnih usmeritev. Promocija zdravja je izredno ambiciozen poseg v družbo. Uspešnost posega je odvisna od poznavanja in natančnosti ocene strukture in dinamike sistema na katerega želimo vplivati.

Kako spoznati dejanske potrebe skupnosti?

Zahodne družbe že stoletja zbirajo statistične podatke. Podatki o rojstvih, smrtih, izobrazbi, zaposlitvi, stanovanjih zrcalijo dogajanja v družbi. Pogosto predstavljajo ključno točko za uvajanje sprememb v družbi. Rutinsko zbiranje zdravstvenih statističnih podatkov omogoča spremljanje trendov in sprememb zdravstvenega stanja populacije, omogoča zgodnje odkrivanje zdravstvenih problemov, je temelj za načrtovanje zdravstvene dejavnosti in preverjanje njene uspešnosti. A v zadnjih 150 letih se je razumevanje zdravja, od preživetja, preko faze odsotnosti bolezni, razvilo do individualne zmožnosti za opravljanje dnevnih aktivnosti. Ko je SZO v 50. letih vpeljala to definicijo, so bili mnogi kritični, češ tako definirane zdravje ni mogoče meriti. Posledični razvoj kazalcev zdravja je omajal tudi največje skeptike. Marsikje v razvitem svetu danes že uporabljajo rezultate raziskav subjektivno občutenega zdravja, pri načrtovanju zdravstvenega varstva.

Način življenja posameznika je pomembna determinanta zdravja, ki pa jo moramo obravnavati v širokem kontekstu družbenega okolja. Informiranje ljudi o tem kaj naj delajo oziroma kaj naj ne delajo, da bodo zdravi, žal ni rodilo sadov. Ljudi moramo usposobiti, da bodo znali zdravo izbrati. To nam bo uspelo le, če jih bomo kot aktivne partnerje vključili v proces promocije zdravja.

V Sloveniji je bilo narejeno zelo malo raziskav o osebnem dojetanju zdravja, njihovi rezultati pa doslej niso imeli večjega odmeva na pripravo programov za izboljšanje razumevanja pomembnosti vzdrževanja in krepitev zdravja za bolj kakovostno in bogatejše življenje med prebivalstvom. Vsakoletna raziskava Slovensko javno mnenje sicer preučuje tudi stališča polnoletnih prebivalcev Slovenije o zdravju in zdravstvu, a izsledki te raziskave so brez glasnega odmeva v družbi.

Kot drugod v državi se tudi v Celju, pri preučevanju zdravstvenega stanja prebivalcev, upiramo predvsem na rutinsko zbrane zdravstvene statistične podatke. Tako tudi zdravje prebivalcev upravne enote Šentjur v nadaljevanju prikazujemo na osnovi podatkov zbranih pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti na obravnavanem območju. Dodali pa smo tudi tiste podatke iz drugih virov, ki kažejo tiste značilnosti v tej upravni enoti živečih ljudi, ki jih mnogi avtorji navajajo kot odločujoče determinante zdravja (izobrazba, dohodek,...).

MATERIAL IN METODE

Vir podatkov o številu prebivalcev so Statistične informacije, Prebivalstvo, stanje 30.6.2007, Statistični urad RS.

Za prikaz izobrazbene strukture smo uporabili podatke objavljene v publikaciji Popis prebivalstva, gospodinjstev in kmečkih gospodinjstev v Republiki Sloveniji v letu 2002.

Za prikaz števila aktivnega prebivalstva in brezposelnih smo črpali podatke iz publikacije 7 - Trg dela, september 2007, Statistični urad RS.

Povprečno bruto plačo zaposlenih smo črpali iz publikacije 8 - Trg dela, september 2007, Statistični urad RS.

Vir podatkov za analizo smrti je statistična zbirka o umrlih, ki jo hranita Statistični urad Republike Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljevanju IVZ RS). Zbirka se polni s podatki o umrlih, ki so vpisani na obrazcih Prijava smrti (DEM - 2) ter Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o vzroku smrti. Podatke o umrlih dojenčkih dopolnimo še z podatki iz porodnišnice, v kateri se je otrok rodil.

Splošna stopnja umrljivosti je grob pokazatelj umrljivosti, saj nanj vpliva starostna struktura prebivalstva, ki je v posameznih okoljih lahko zelo različna. Da bi ta vpliv zmanjšali, smo podatke starostno standardizirali. Uporabili smo direktno standardizacijo, kjer smo kot standard vzeli staro evropsko standardno populacijo, podatke pa prikazujemo na 100 000 prebivalcev.

Kazalec prezgodnje umrljivosti so potencialno izgubljena leta življenja pred 65 letom starosti (YPLL). 65 let je v številnih državah tista starost, do katere se smrti, ne glede na vzrok, ki je smrt povzročil, štejejo kot prezgodnje. Mlajši kot kdo umre, več let doprinese k skupnemu številu prezgodaj izgubljenih let. V preračunu prikazujemo število prezgodaj izgubljenih let življenja na 100 000 prebivalcev nekega območja.

Mrtvorodnost je razmerje med številom vseh mrtvorojenih otrok in številom vseh živorojenih otrok v istem časovnem obdobju. Celotna umrljivost dojenčkov je razmerje med številom vseh umrlih otrok v starosti 0 do 365 dni in številom vseh živorojenih otrok v istem časovnem obdobju, perinatalna umrljivost pa je razmerje med številom mrtvorojenih ter umrlih otrok v prvih šestih dneh in številom vseh živorojenih otrok v istem časovnem obdobju. Vsi preračuni so prikazani na 1000 živorojenih otrok.

Za prikaz hospitalizacij smo uporabili republiško zbirko podatkov o bolnišničnem zdravljenju, ki jo hrani Inštitut za varovanje zdravja RS v Ljubljani. Stopnje hospitalizacije so izračunane na 1000 prebivalcev.

Za prikaz zbolevanja za rakom smo uporabili podatke iz Registra raka za Slovenijo, Onkološki inštitut Ljubljana. Stopnje zbolevanja so preračunane na 100 000 prebivalcev.

Pri prikazu bolniškega staleža smo uporabili naslednje kazalce zdravja:

- indeks teže – povprečno trajanje začasne odsotnosti od dela zaradi bolezni na 1 primer,
- indeks frekvence – število primerov začasne odsotnosti od dela na 100 delovno aktivnih prebivalcev,
- indeks onesposabljanja – povprečno trajanje začasne odsotnosti od dela na enega delovno aktivnega prebivalca,
- bolniški stalež v % - delež dnevne upravičene odsotnosti od dela.

V prikaz upravičene zadržanosti od dela smo vključili podatke zbrane v socialno medicinski datoteki na ZZV Celje, ki je bila na Inštitutu za varovanje zdravja v Ljubljani dopolnjena tudi z regijskimi podatki, ki so bili zabeleženi izven celjske zdravstvene regije. Uporabili smo podatke o številu aktivnih zavarovancev v letu 2006 katere je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije posredoval Inštitutu za varovanje zdravja RS.

Prikaz zabeleženega v izvenbolnišnični zdravstveni dejavnosti je podan na osnovi rutinsko zbranih statističnih podatkov, ki se iz ambulant izvajalcev zdravstvenega varstva zbirajo na magnetnih medijih na območnih Zavodih za zdravstveno varstvo. Podatke zbiramo, kontroliramo in obdelujemo s specialnim programom za zbiranje podatkov zunajbolnišnične statistike, imenovanim ZUBSTAT. Izvajalci zdravstvenega varstva svoje delo in ugotovitve ob tem posredujejo v dveh datotekah: Obiski in napotitve ter Bolezni in stanja, ki pa zaenkrat med seboj žal nista povezani in primerljivi.

Obe datoteki sta tvorjeni podobno – med ključne podatke sodijo obdobje poročanja, šifra občine, kjer je lociran izvajalec in njegova šifra iz Baze podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti, dejavnost, ki jo izvajalec opravlja in šifra zdravstvene službe. V datoteki Obiski in napotitve sledi vrsta obiska ter občina stalnega bivališča pacienta, v datoteki Diagnoze in stanja pa sledi vrsta diagnoze, šifra diagnoze in v primeru poškodb še šifra zunanega vzroka poškodbe. V kolonah, ki sledijo so razporejeni pacienti po spolu in starosti ter kategorijah zavarovanja.

Na podlagi podatkov posredovanih v datoteki Obiski in napotitve smo pripravili pregled vrste obiskov (preventivni = P, kurativni = K) po dejavnostih in starostnih skupinah prebivalstva ter prikaz gravitacije pacientov vseh starostnih skupin v upravni enoti Šentjur in regiji Celje.

V datoteki Bolezni in stanja ni posameznih podatkov o občini stalnega prebivališča pacientov. V prikazu podatkov smo sicer izračunavali število sporočenih diagnoz na število prebivalcev posamezne občine in starostnega obdobja in te izračune v tabelah tudi poimenovali obolevnost, nikakor pa pri tem ne gre za resničen prikaz obolevnosti, saj bi zanj morali imeti individualno zbrane podatke v ZUBSTAT in število opredeljenih pacientov po izvajalcih.

Tudi obiski so prikazani v treh starostnih skupinah prebivalstva (predšolski otroci v starosti 0 – 6 let, šolski otroci in mladina v starosti 7 – 19 let ter odrasli v starosti 20 let in več). Pregled je pripravljen za občine. V nekaterih tabelah smo uporabili kratico ZV za zdravstveno varstvo.

Pri prikazu zaposlenih v zdravstvu smo uporabili naslednje kazalce:

- število prebivalcev na zdravnika,
- število prebivalcev na zobozdravnika,
- število prebivalcev na medicinsko sestro.

Kot vir smo uporabili podatke zbrane na obr. IVZ- SL2 in vnesene v bazo podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti na IC ZZZS Ljubljana.

Vsi prikazani podatki se nanašajo na upravno enoto (UE) Šentjur. Kadar lahko, smo zbrano v tej upravni enoti primerjali z regijo Celje, ki jo skupaj tvori 10 upravnih enot, ki jih strokovno pokriva Zavod za zdravstveno varstvo Celje. Kadar smo imeli podatke, smo upravno enoto Šentjur in regijo Celje primerjali s Slovenijo.

ZDRAVSTVENO STANJE NA OSNOVI RUTINSKIH ZDRAVSTVENO STATISTIČNIH VIROV PODATKOV

Prebivalstvo

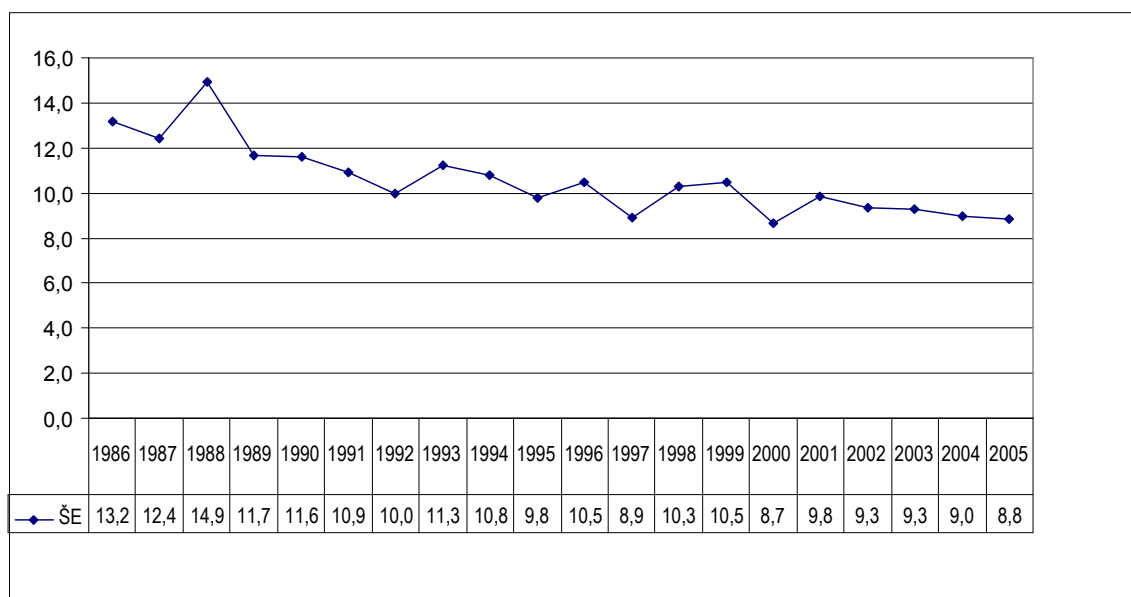
Poznavanje osnovnih značilnosti prebivalstva v UE Šentjur je predpogoj za razumevanje zdravstvenih razmer in za načrtovanje potrebnih dejavnosti. Še posebno pomembni so podatki, o naravnem prirastu, o starostni in spolni strukturi, o izobrazbi prebivalstva, o deležu aktivnega prebivalstva in o povprečnem dohodku na zaposlenega.

V UE Šentjur je 31.6.2007 živel 19550 prebivalcev (*Tabela 1*); 50,8 % žensk in 49,2 % moških. Leta 2007 je bilo v UE Šentjur 13,3% prebivalcev starejših od 65 let, kar je le 0,1 % manj kakor v Sloveniji. Še leta 1998 je bil delež prebivalcev, starejših od 65 let le 12,5%. Ti podatki, pa tudi podatki o deležu mlajši od 15 let kažejo na to, da je populacija stara in se še naprej stara. Drevo življenja (*Slika 1*) pa napoveduje, da se bo prebivalstvo še naprej staralo. Razmere bodo še posebej resne čez dvajset, trideset let, ko bo sedanja srednja generacija dosegla obdobje starosti (*Slika 2, Slika 3*).

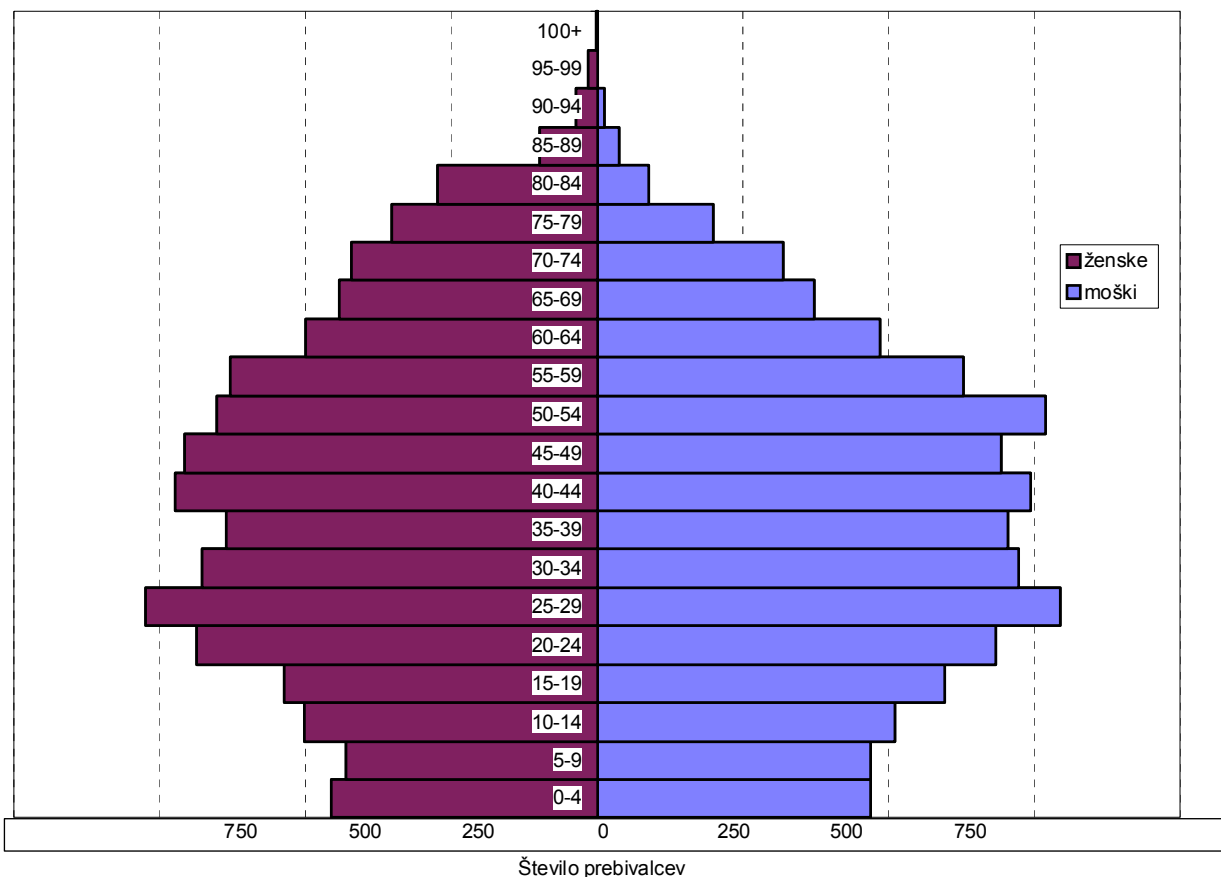
Tabela 1: Število prebivalcev in državljanov na izbranih območjih, 2006

Območje	Vsi prebivalci	Moški	Ženske	0-6 let %	7-19 let %	20-64 let %	65 in več let %
Šentjur	19550	9604	9946	7,0	16,7	63,0	13,3
Regija Celje	299209	147219	151990	6,6	15,8	63,7	14,0
Slovenija	1997004	977092	1019912	6,8	17,4	62,4	13,4

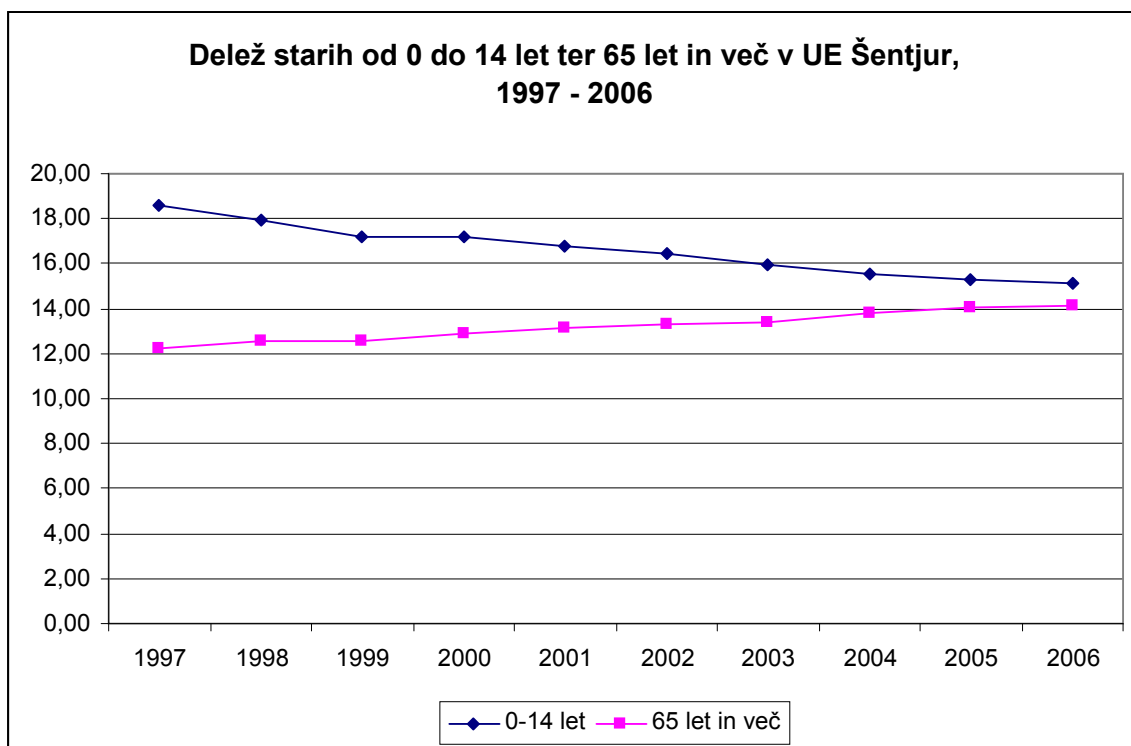
Slika 1: Nataliteta v UE Šentjur v obdobju od 1986 do 2005



Slika 2: Upravna enota Šentjur – drevo življenja, 2007



Slika 3: Gibanje deleža mlajših od 15 let ter starejših od 65 v obdobju od 1997 do 2006



Izobrazbena struktura je na območju UE Šentjur manj ugodna, kot sicer v regiji Celje in Sloveniji.

Brez dokončane osnovne šole je bilo ob popisu prebivalstva leta 2002 7,35% prebivalcev UE Šentjur (Tabela 2, Tabela 3) (leta 1991 23,6%), 6,6% prebivalcev regije Celje (leta 1991 19,4%), v Sloveniji pa je istega leta bilo takšnih prebivalcev 6,3% (leta 1991 16,4%). Delež prebivalcev s samo osnovno šolo je v primerjavi z letom 1991 padel iz 34,9% na 32,8% v letu 2002. Padal je nekoliko počasneje, kot v regiji Celje (od 31,4% na 28,3%) in Sloveniji (od 29,6% na 26,1%).

Tabela 2: Izobrazbena struktura prebivalcev starih 15 let in več, izbrana območja, ob popisu 2002

Območje	Vsi	Brez %	Nepopolna osnovna %	Osnovna %	Srednja %	Višja %	Visoka %	Neznano
Šentjur	16297	0,9	7,3	32,8	50,8	3,9	4,1	0,3
Regija Celje	248784	0,8	6,6	28,3	54,4	4,5	5,0	0,5
Slovenija	1663869	0,7	6,3	26,1	54,1	5,1	6,9	1,0

Tabela 3: Izobrazbena struktura prebivalcev na območju UE Šentjur, starih 15 let in več, ob popisu 1991 in 2002

Leto	Brez izobrazbe	Nedokončana osnovna šola	Osnovna šola	Srednja šola	Višja šola	Visoka šola	Neznano	Skupaj
1991	0,6	23,0	34,9	36,1	3,0	1,4	1,0	100
2002	0,9	7,3	32,80	50,8	3,9	4,4	0	100

Tabela 4: Registrirana brezposelnost na območju UE Šentjur, regije Celje ter Slovenije v letih od 2000-2006

LETO	DELOVNO AKTIVNI PREBIVALCI					
	UE Šentjur		Regija Celje		Slovenija	
	Število	%	Število	%	Število	%
2000	5174	78,7	115087	86,6	768480	87,8
2001	5042	77,8	114849	85,9	782062	88,5
2002	4961	79,5	113768	86,3	781932	88,4
2003	4829	81,0	111049	86,0	777247	88,8
2004	4844	81,3	111594	86,7	782206	89,4
2005	5028	83,4	117077	87,3	813100	89,8
2006	5102	84,7	118340	89,1	824839	90,6

Tabela 5: Registrirana brezposelnost na območju UE Šentjur, regije Celje ter Slovenije v letih od 2000-2006

LETO	REGISTRIRANA BREZPOSELNOST					
	UE Šentjur		Regija Celje		Slovenija	
	Število	%	Število	%	Število	%
2000	1398	21,3	17882	13,4	106601	12,2
2001	1438	22,2	18907	14,1	101857	11,5
2002	1277	20,5	18130	13,7	102635	11,6
2003	1135	19,0	18091	14,0	97674	11,2
2004	1116	18,7	17070	13,3	92826	10,6
2005	999	16,6	17053	12,7	91889	10,2
2006	921	15,3	14406	10,9	85836	9,4

V decembru 2006 je bilo v UE Šentjur 5102 delovno aktivnih prebivalcev in 921 registrirano brezposelnih oseb (Tabela 4, Tabela 5). V regiji Celje je takrat bilo 118340 delovno aktivnih prebivalcev in 14406 registrirano brezposelnih. Stopnja registrirane brezposelnosti je v decembru 2006 v UE Šentjur znašala 15,3%, v regiji Celje 10,9%, v Sloveniji pa 9,4%. Visoka stopnja brezposelnosti se je v Šentjurju sicer tekom let zmanjševala, vendar je še vedno izjemno veliko breme in eden od razlogov za slabše zdravstveno stanje prebivalcev tega območja.

V UE Šentjur je povprečna bruto plača na zaposlenega v septembru 2007 znašala 1077 EUR, v regiji Celje 1086 EUR, v Sloveniji pa 1252 EUR.

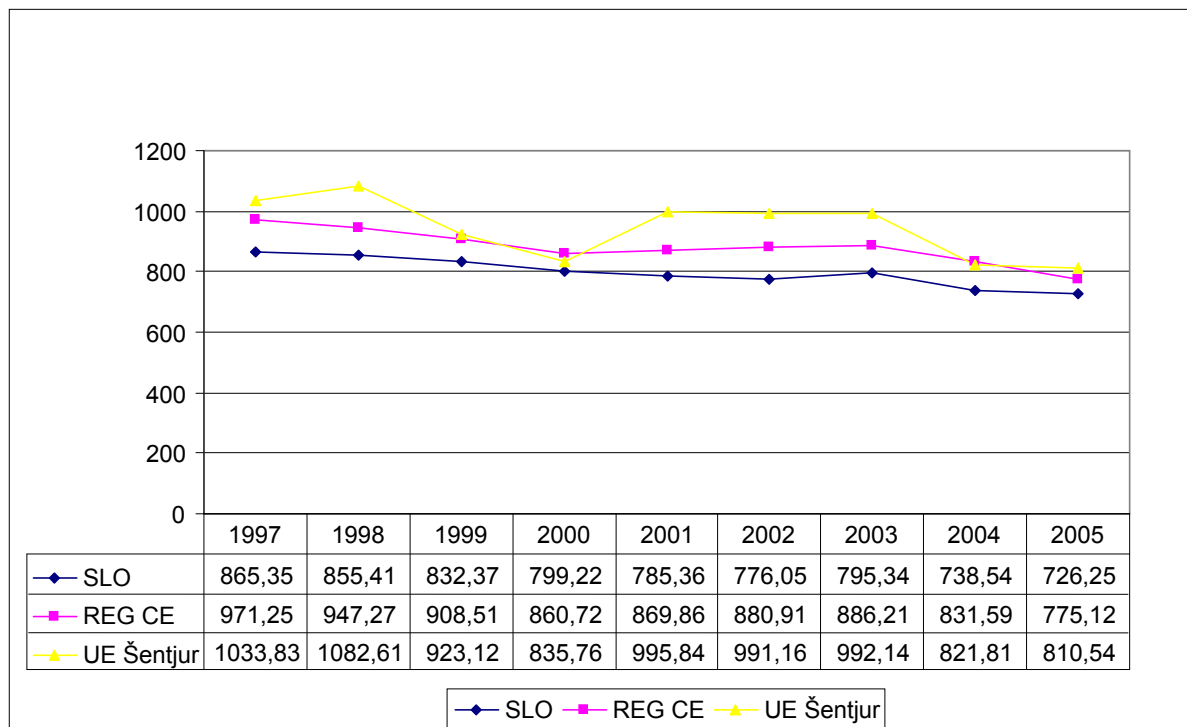
Zdravstveno stanje prebivalcev v UE Šentjur

Umrljivost

Po doslej znanih podatkih se je umrljivost v Sloveniji začela zniževati že sredi 19. stoletja. Njeno zniževanje je bilo najhitrejše v prvi polovici 20. stoletja. Poglavitna ovira za nadaljnje zmanjševanje splošne umrljivosti je staranje prebivalstva. Zato dobimo pravo sliko o spreminjanju ravni umrljivosti šele z analizo vrednosti pričakovanega trajanja življenja.

Pričakovano trajanje življenja se v obravnavanem obdobju ni podaljšalo le novorojencem, ampak osebam vseh starosti. Slovenija je res majhna, a raznolika. Umrljivost se znižuje od vzhoda proti zahodu države. V zahodnem delu države lahko novorojenček pričakuje dve do tri leta daljše življenje, kar velja za moške kot za ženske.

Slika 4: Starostno standardizirana umrljivost v UE Šentjur, regiji Celje, Sloveniji, 1997 – 2005 (na 100.000 prebivalcev)



Povprečna starost ob smrti je bila v UE Šentjur ves čas nižja kot v regiji Celje in še nižja kot v Sloveniji (Tabela 8, Tabela 9, Tabela 10). Pri moških je v letu 2005 znašala 67,9 let in je bila za leto nižja kot v Sloveniji. Povprečna starost ob smrti je za ženske precej višja kot za moške. Znašala je 76,8 let in je tako bila leto nižja

kot v Sloveniji ter za pol leta nižja kot v regiji. Povprečna starost je posredni kazalnik tveganja za smrt na določenem območju. Iz podatkov lahko sklenemo, da je tveganje za prezgodnjo umrljivost na območju UE Šentjur večje kot v regiji in Sloveniji.

Stopnja starostno standardizirane umrljivosti v UE Šentjur, ki bolj natančno opredeljuje tveganje za smrt na posameznem območju pa je bila v letih od 1997 do 2005 stalno in znatno nad tisto, ki velja za povprečno v Sloveniji, kot tudi nad tisto, ki velja za regijo (*Slika 4*). V regiji Celje je bila starostno standardizirana stopnja umrljivosti višja od tiste v Šentjurju le leta 2004, pa še to le za malenkost. Ti podatki govorijo o tem, da je tveganje za smrt na območju UE Šentjur večje kot na v povprečju v Sloveniji in preostali regiji. To je lahko posledica večje obolevnosti ali pa slabše dostopnosti do zdravstvene dejavnosti oziroma manjšega koriščenja zdravstvene dejavnosti v primeru bolezni.

Tabela 6: Potencialno izgubljena leta življenja pred 65 letom starosti, Slovenija, regija Celje, UE Šentjur 1997 – 2005 (preračunano na 100.000 prebivalcev)

	SLO	REG CE	UE ŠENTJUR
1997	4671	5653	5920
1998	4543	5067	5476
1999	4325	4614	4888
2000	4192	4192	4015
2001	4209	4771	6346
2002	4015	4528	6269
2003	4059	4589	4959
2004	3902	4373	4909
2005	3687	3760	3474
SKUPAJ	37603	41548	46256

Tabela 7: Potencialno izgubljena leta življenja pred 65 letom starosti, po spolu, UE Šentjur 1997 – 2005 (preračunano na 100.000 prebivalcev)

	Moški	Ženske
1997	7617	4132
1998	8398	2444
1999	6663	3052
2000	5435	2546
2001	10106	2434
2002	7626	4860
2003	8042	1752
2004	5457	4337
2005	3858	3073
SKUPAJ	63202	28630

Število potencialno izgubljenih let življenja pred 65 letom starosti (0 – 64 let) je bilo v UE Šentjur višji kot v regiji Celje in v Sloveniji (Tabela 6, Tabela 7). Pri umrlih moških je 2,2 krat višje kot pri ženskah, kar pomeni, da moški zaradi prezgodnjih smrti izgubijo potencialno 2,2 krat več let življenja, kot ženske. V primerjavi s Slovenijo, so na območju UE Šentjur izgubili v obdobju od 1997 do 2005 23% več let, v primerjavi z regijo Celje pa 11% let življenja. Prezgodnja umrljivost, ki jo s tem kazalnikom izražamo, je zelo pomembno merilo stopnje tveganja zaradi različnih dejavnikov, ki prispevajo k zbolevanju in potem tudi smrti. Vzrok za

prezgodnjo umrljivost lahko tiči tudi v tem, ker je zdravstvena služba težje dostopna in jo bolniki manj ali kasneje koristijo, kot na območjih, kjer je dostopnost večja.

Tabela 8: Povprečna starost umrlih, Slovenija, regija Celje, UE Šentjur 1997 – 2005

	SLO	REG CE	UE ŠENTJUR
1997	71,3	70,2	69,5
1998	71,4	70,5	71
1999	71,54	70,98	69,96
2000	71,77	71,43	71,12
2001	71,73	70,69	69,61
2002	72,3	71,5	70,8
2003	72,5	71,3	71,7
2004	72,5	71,8	70
2005	73,3	72,8	72,7

Tabela 9: Povprečna starost umrlih moških, Slovenija, regija Celje, UE Šentjur 1997 – 2005

	SLO	REG CE	UE ŠENTJUR
1997	66,6	65,7	65,9
1998	66,8	65,7	65,5
1999	67,3	67,4	66,6
2000	67,5	67,2	67,1
2001	67,3	66,3	64,1
2002	67,9	67,2	65,4
2003	68,2	67,1	67
2004	68,3	67,8	66,1
2005	68,9	68,2	67,9

Tabela 10: Povprečna starost umrlih žensk, Slovenija, regija Celje, UE Šentjur 1997 – 2005

	SLO	REG CE	UE ŠENTJUR
1997	76,3	74,8	73,6
1998	76,1	75,4	76,9
1999	76	74,68	73,9
2000	76,3	75,8	75,9
2001	76,6	75,52	76,74
2002	77	76,3	75,6
2003	77,2	76,1	77,7
2004	76,9	76,1	74,3
2005	77,8	77,4	76,8

V letu 2005 je največ ljudi v UE Šentjur kot tudi v regiji Celje in v Sloveniji umrlo zaradi bolezni obtočil 36,5%, kar je manj kot leta 1997, ko je bil delež 43,1%, na drugem mestu so bile smrti zaradi raka (27,5 %), na tretjem mestu so bile smrti zaradi bolezni prebavil in smrti zaradi poškodb in zastrupitev (8,1%). Sledile so bolezni

dihal (7,9%). Vsi ostali vzroki smrti so manj pomembni. V posameznih letih se deleži sicer nekoliko spreminjajo, vendar pa ostajajo bolezni obtočil in rak vedno na prvih dveh mestih.

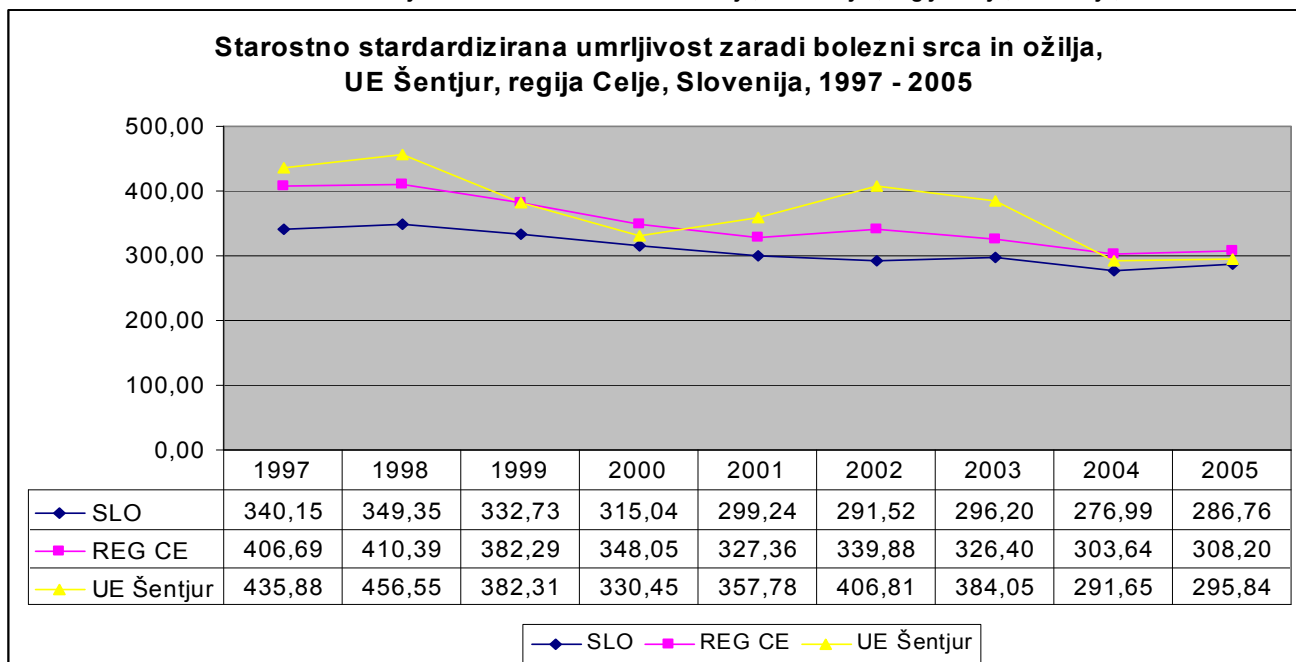
Tabela 11: Starostno standardizirana umrljivost po vzrokih smrti (na 100.000 prebivalcev) v UE Šentjur v obdobju od leta 1997 - 2005

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Infekt. bolezni	5,2	4,7	4,2	0,0	23,9	4,6	7,4	0,0	20,5
Rak	191,4	265,2	199,0	242,6	215,6	210,3	250,6	185,3	224,1
Bolezni presnovne	23,3	18,3	8,6	9,0	50,3	61,9	28,6	14,3	19,6
Duševne motnje	6,1	4,8	0,0	23,0	15,6	19,6	28,6	4,9	10,5
Bolezni živčevja	13,8	15,7	13,9	5,0	18,3	14,9	16,9	3,9	7,7
Bolezni oči	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bolezni ušes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bolezni obtočil	435,9	456,6	382,3	330,5	357,8	406,8	384,1	291,7	295,8
Bolezni dihal	82,9	93,4	80,1	77,3	50,0	70,0	112,2	87,0	63,7
Bolezni prebavil	79,0	82,9	104,6	47,6	106,4	62,9	47,3	74,4	65,5
Bolezni kože	0,0	0,0	0,0	4,8	3,8	0,0	0,0	0,0	4,9
Bolezni mišic in okostja	4,7	0,0	4,9	0,0	4,2	4,5	7,4	4,9	0,0
Bolezni sečil in spolovil	11,2	4,7	0,0	8,7	7,9	4,8	3,9	3,1	6,4
Nekatera stanja, izvor v perinatalnem obdobju	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,6	0,0
Prirojene anomalije, deformacije	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	8,7	8,6	4,6
Simptomi, znaki in nenormalni klin. in lab. izvidi	43,1	39,9	42,8	26,6	40,3	36,9	27,2	10,4	21,7
Poškodbe, zastrupitve	137,2	84,3	82,6	70,2	101,8	94,1	78,0	124,7	65,5
Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SKUPAJ	1033,8	1082,6	923,1	849,1	995,8	991,2	992,1	821,8	810,5

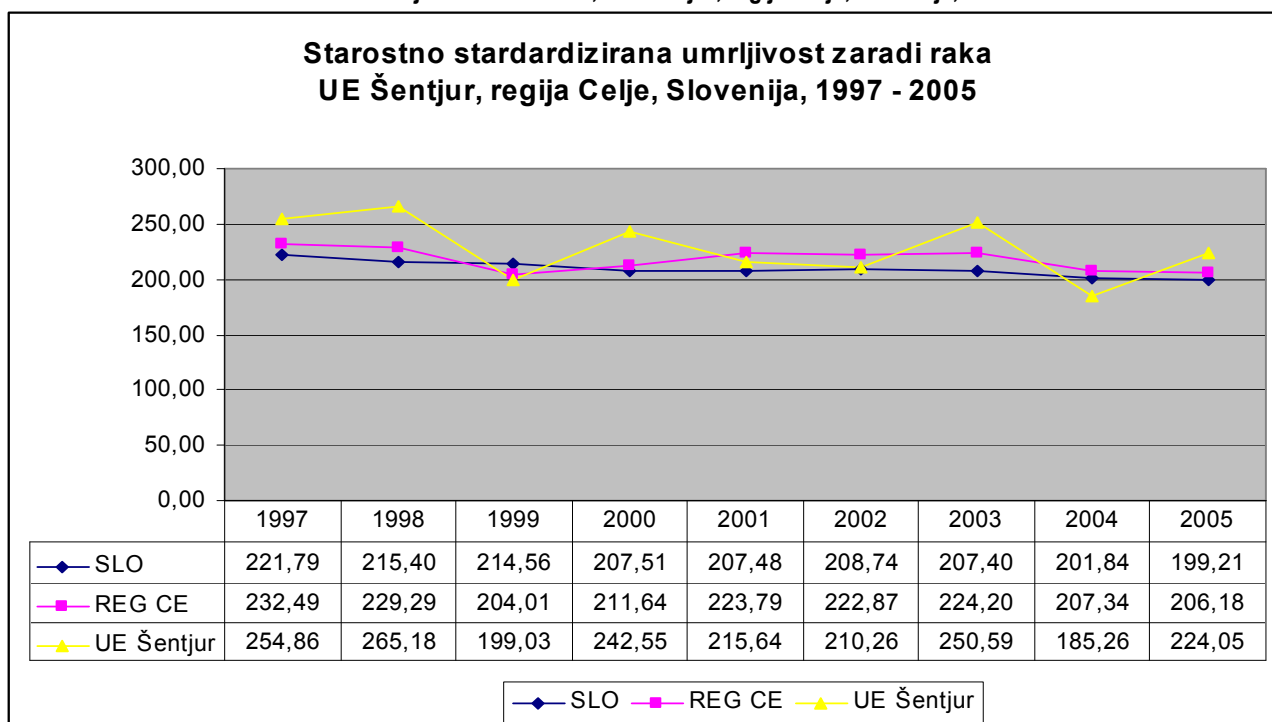
Starostno standardizirana umrljivost (SMR) zaradi bolezni obtočil, malignih obolenj pa tudi poškodb in zastrupitev, je bila v obdobju od 1997 do 2005 v UE Šentjur običajno višja kot v regiji Celje in tudi višja kot v Sloveniji (*Slika 5, Slika 6, Slika 7*). Odstopanja so bila različna. Še največje razlike so v primeru poškodb, kjer je bila standardizirana stopnja umrljivosti v posameznih letih skoraj dvakrat večja kot v Sloveniji.

Podatki o umrljivosti so še vedno temeljni podatki za ugotavljanje zdravstvenega stanja prebivalstva. Zbrani za različne populacijske skupine in različna območja nam služijo za ugotavljanje stanja, razlik in gibanja umrljivosti prebivalstva in morajo postati pomembnejša osnova načrtovanja in izvajanja zdravstvene politike v Republiki Sloveniji.

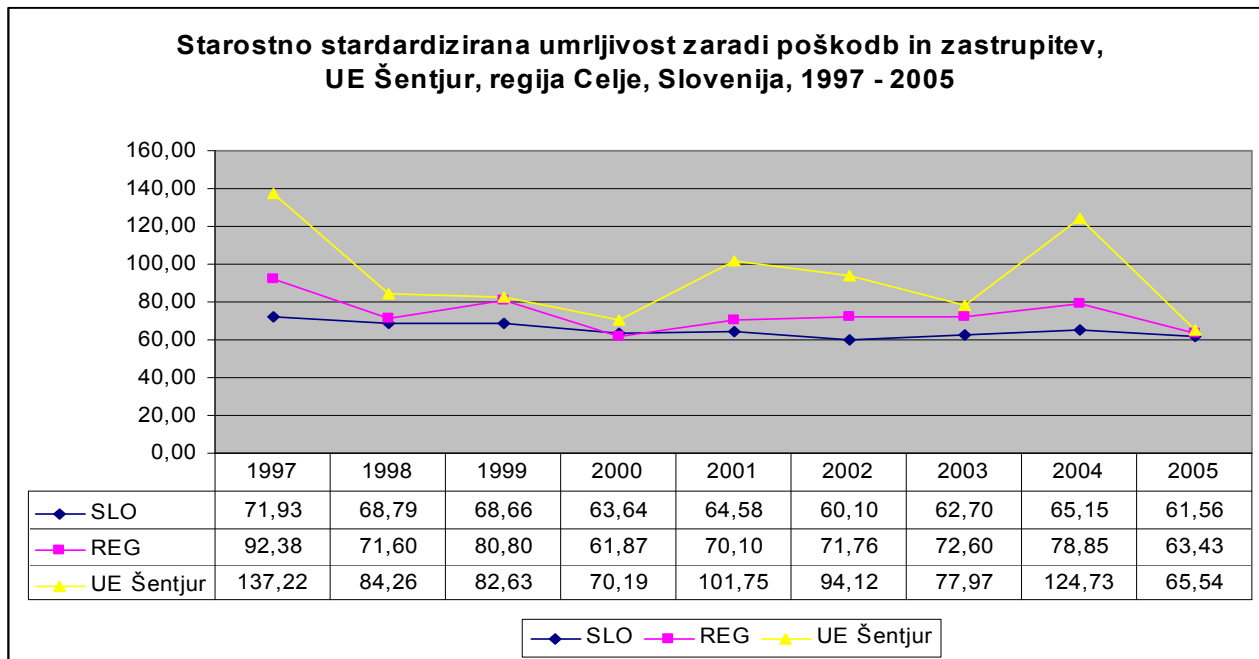
Slika 5: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja, UE Šentjur, regija Celje, Slovenija, 1997 -2005



Slika 6: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka, UE Šentjur, regija Celje, Slovenija, 1997 -2005



Slika 7: Starostno standardizirana umrljivost zaradi poškodb in zastrupitev, UE Šentjur, regija Celje, Slovenija, 1997 -2005



V obdobju 1997 do 2005 je v regiji Celje umrlo skupno 99 dojenčkov (Tabela 12). V istem obdobju so v UE Šentjur umrli 3 dojenčki in sicer leta 2003 in 2004. V ostalih letih ni bilo umrlih ali mrtvorojenih otrok. V teh dveh letih je specifična umrljivost sicer visoka in odstopa od tiste v regiji in Sloveniji, vendar pa je potrebno gledano skozi celotno opazovalno obdobje pa je specifična umrljivost nizka, nižja od tiste, ki jo sicer zabeležijo v Sloveniji. Delež umrlih dojenčkov nakazuje dobro skrb za žene v prenatalnem obdobju kot tudi dobro organizirano dejavnost porodništva in zdravstveno dejavnost v neonatalnem obdobju. Na žalost pa se smrtim ni mogoče povsem izogniti, saj so nekatere smrti otrok posledica prirojenih okvar, ki so nezdržljive z življenjem.

Tabela 12: Število umrlih dojenčkov ter umrljivost dojenčkov, Slovenija, regija Celje, UE Šentjur, 1997 – 2005

	SLO		REG CE		UE ŠENTJUR	
	Št. umrlih	Umrljivost/1000	Št. umrlih	Umrljivost/1000	Št. umrlih	Umrljivost/1000
1997	94	5,2	22	7,76	0	0
1998	93	5,23	19	6,84	0	0
1999	79	4,54	15	5,39	0	0
2000	89	4,9	11	4,0	0	0
2001	74	4,23	14	5,37	0	0
2002	76	3,86	8	2,960	0	0
2003	69	4,0	12	4,7	1	5,5
2004	66	3,8	13	5,1	2	10
2005	75	4,15	7	2,64	0	0

Bolnišnično zdravljenje

Število sprejemov v bolnišnico zaradi bolezni in poškodb predstavlja pomemben vir informacij za oceno obolevnosti prebivalcev obravnavanega območja.

Tabela 13: Število epizod, agregiranih po diagnozah, po poglavjih MKB-10 ter stopnja hospitalizacije (na 1000 prebivalcev), izbrana območja, 2005

POGLAVJE MKB-10	UE ŠENTJUR		REGIJA CELJE		SLOVENIJA	
	Število hosp.	Stopnja hosp.	Število hosp.	Stopnja hosp.	Število hosp.	Stopnja hosp.
1. Nekatere inf. in paraz. bolezni	135	6,9	1878	6,3	8147	4,1
2. Neoplazme	298	15,1	5361	17,9	36531	18,5
3. Bolezni krvi in krvotv. organov	24	1,2	350	1,2	2343	1,2
4. Endokrine, prehr. in presn. bolezni	78	4,0	1304	4,4	9436	4,8
5. Duševne in vedenjske motnje	99	5,0	1450	4,8	10961	5,5
6. Bolezni živčevja	87	4,4	1535	5,1	7246	3,7
7. Bolezni očesa in adneksov	119	6,0	1650	5,5	10469	5,3
8. Bolezni ušesa in mastoida	26	1,3	291	1,0	1675	0,8
9. Bolezni obtočil	380	19,3	7007	23,4	38635	19,5
10. Bolezni dihal	298	15,1	4742	15,8	25711	13,0
11. Bolezni prebavil	320	16,2	4591	15,3	28536	14,4
12. Bolezni kože in podkožja	77	3,9	864	2,9	5135	2,6
13. Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	153	7,8	2767	9,2	17980	9,1
14. Bolezni sečil in spolovil	283	14,4	4300	14,4	22373	11,3
15. Nosečnost, porod in popor. obdobje	278	14,1	4381	14,6	26803	13,5
16. Stanja, ki izv. v per. (obporod.) obdobju	21	1,1	270	0,9	2118	1,1
17. Priroj. malfor., defor. in kromos. nenorm.	42	2,1	491	1,6	3326	1,7
18. Simpt., znaki ter nenorm. klin. lab.izv	146	7,4	2279	7,6	14094	7,1
19. Poškodbe in zastrupitve skupaj	361	18,3	4801	16,0	30564	15,4
20. Dej., ki vpl.na zdr.st. in stik z zdr.sluz.	120	6,1	1744	5,8	13991	7,1
Pomanjkljivi podatki						
Vsi	3345	169,8	52056	173,7	316074	159,6

V letu 2005 je bila stopnja hospitalizacije v UE Šentjur zaradi bolezni in poškodb višja kakor v državi in nižja kot v regiji Celje (Tabela 13). Stopnja hospitalizacij je tako v UE Šentjur znašala 169,8 na 1000 prebivalcev, v regiji Celje 173,7 na 1000 prebivalcev, v Sloveniji pa je znašala skupna stopnja hospitalizacije, zaradi bolezni in poškodb 159,6 na 1000 prebivalcev.

V Sloveniji so na prvem mestu kot vzrok hospitalizacije bolezni obtočil, sledijo hospitalizacije zaradi malignih neoplazem, na tretjem mestu so bolezni prebavil, tem pa hospitalizacije zaradi poškodb in zastrupitev. Tudi iz regije Celje je bilo največ hospitalizacij zaradi bolezni obtočil, sledijo hospitalizacije zaradi bolezni prebavil, tem hospitalizacije zaradi poškodb in zastrupitev, na četrtem mestu so hospitalizacije zaradi bolezni sečil in spolovil, tem pa sledijo hospitalizacije zaradi malignih neoplazem. Največ hospitalizacij iz UE Šentjur je bilo zaradi bolezni obtočil, sledijo pa poškodbe in zastrupitve. Hospitalizacije zaradi malignih neoplazem so bile šele na petem mestu, za hospitalizacijami zaradi bolezni prebavil in dihal.

Zbolevanje za rakom

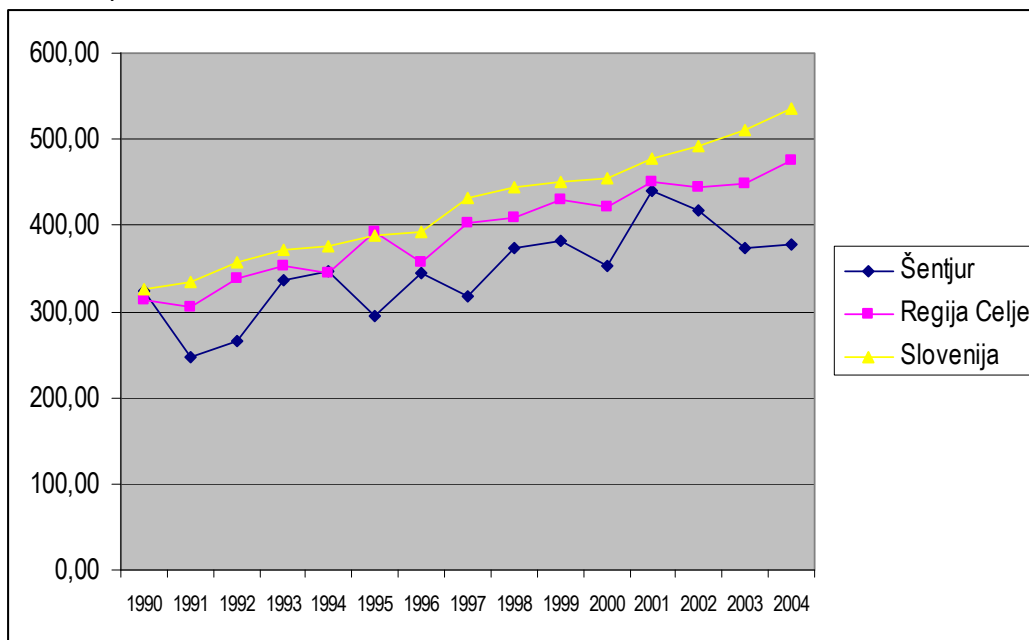
V UE Šentjur je leta 2004 za rakom zbolelo 35 moških in 39 žensk. V tem letu je bila stopnja zbolevanja (na 100.000 moških oziroma žensk) za rakom med moškimi 364,43 med ženskami pa 392,12. (Tabela 14)

V regiji Celje je tega leta za rakom zbolelo 1421 prebivalcev. 716 moških in 705 žensk. Stopnja zbolevanja zaradi raka je znašala 486,35 za moške in 463,85 za ženske. Leta 2004 je bila incidenca raka na 100000 prebivalcev v Sloveniji za moške 564,43 in za ženske 508,18.

Tabela 14: Število novih primerov raka po spolu in starosti, incidenca raka na 100.000 prebivalcev, po spolu, UE Šentjur, regija Celje, Slovenija, 2004

Območje	Starost	leto 2004		
		Moški	Ženske	Skupaj
UE Šentjur	0-19 let	0	0	0
	20-44 let	2	3	5
	45-64 let	16	21	37
	65 in več	17	15	32
	Skupaj	35	39	74
	Na 100.000 preb.	364,43	392,12	378,52
Regija Celje	0-19 let	8	8	16
	20-44 let	46	59	105
	45-64 let	297	279	576
	65 in več	365	359	724
	Skupaj	716	705	1421
	Na 100.000 preb.	486,35	463,85	474,92
Slovenija	0-19 let	42	33	75
	20-44 let	338	439	777
	45-64 let	2000	1725	3725
	65 in več	3135	2986	6121
	Skupaj	5515	5183	10698
	Na 100.000 preb.	564,43	508,18	535,70

Slika 8: Novi primeri raka med prebivalci v Sloveniji, regiji Celje in UE Šentjur v obdobju od 1990 do 2004 (na 100.000 prebivalcev)



Stopnja zbolevanja zaradi raka je bila leta 2004 med ženskimi prebivalkami UE Šentjur nižja od tiste v regiji Celje in od slovenske. Tudi moški prebivalci UE Šentjur so leta 2004 zbolevali zaradi raka redkeje kot prebivalci regije Celje in pogosteje kot Slovenci.

Glede na lokalizacijo primarnega raka je bil rak na pljučih v petnajstletnem obdobju pri moških v povprečju povsod na prvem mestu, tako v UE Šentjur, regiji Celje kot tudi v Sloveniji (Tabela 15). Na drugem mestu je bil rak prostate, enako tudi v regiji Celje. Delež zbolelih za rakom prostate je na območju UE Šentjur visok v primerjavi z regijo in Slovenijo. Na ostalih mestih pa se najpogostejše lokalizacije ne pokrivajo. V UE Šentjur so pogostejši raki, katerih razvoj povezujejo s prekomernim uživanjem alkohola in s kajenjem.

Pri ženah je na vseh treh območjih rak dojke na prvem mestu (Tabela 16). Delež med vsemi raki je podoben, okrog 20%. Sorazmerno velik delež predstavljajo tudi drugi, tako imenovani ženski raki. Zanimivo pa je, da je delež raka na koži nizek v primerjavi z regijo in Slovenijo.

Tabela 15: Prvih 10 najpogostejših primerov raka po lokalizaciji od leta 1990 do 2004 pri moških

SLOVENIJA		REGIJA CELJE		UE ŠENTJUR	
Lokalizacija	Delež %	Lokalizacija	Delež %	Lokalizacija	Delež %
pljuča in bronhiji	18,9	pljuča in bronhiji	19,0	pljuča in bronhiji	17,5
koža	10,9	prostate	11,9	prostate	14,1
prostate	10,8	koža	7,6	debelo črevo	8,8
želodec	6,9	želodec	7,4	želodec	7,9
debelo črevo	6,4	debelo črevo	6,4	koža	5,8
danka	5,0	danka	5,3	danka	5,6
sečni mehur	3,5	sečni mehur	3,6	sečni mehur	4,1
ledvica	2,6	ledvica	2,5	požiralnik	3,2
trebušna slinavka	2,4	slinavka	2,4	grlo	2,8
koža(maligni melanom)	2,4	grlo	2,4	ustni del žrela	2,4
Skupno prvih 10	30,3	Skupno prvih 10	31,6	Skupno prvih 10	27,6
Skupaj	100,0	Skupaj	100,0	Skupaj	100,0

Tabela 16: Prvih 10 najpogostejših primerov raka po lokalizaciji od leta 1990 do 2004 pri ženskah

SLOVENIJA		REGIJA CELJE		UE SLOVENIJA	
Lokalizacija	Delež %	Lokalizacija	Delež %	Lokalizacija	Delež %
dojka	21,4	dojka	20,3	dojka	20,8
koža	13,0	koža	10,0	telo maternice	8,5
telo maternice	6,1	maternični vrat	6,8	želodec	7,7
debelo črevo	6,0	telo maternice	6,8	koža	7,1
pljuča in bronhiji	5,0	debelo črevo	6,2	jajčnik	6,3
maternični vrat	4,8	želodec	5,1	maternični vrat	6,0
želodec	4,8	pljuča in bronhiji	5,0	debelo črevo	5,2
jajčnik	4,2	jajčnik	4,8	danka	4,6
danka	3,8	danka	4,3	pljuča in bronhiji	3,3
koža(maligni melanom)	2,9	slinavka	2,7	koža(maligni melanom)	2,7
Skupno prvih 10	27,9	Skupno prvih 10	28,2	Skupno prvih 10	27,7
Skupaj	100,0	Skupaj	100,0	Skupaj	100,0

Zdravstveno upravičena zadržanost od dela

Iz prikaza bolniškega staleža v regiji Celje ugotavljamo, da je bilo v koledarskem letu 2006 vsak dan odsotnih od dela zaradi zdravstvenih razlogov 5583 zaposlenih ali 4,7%. Odsotnost posameznega zaposlenega je povprečno trajala 21,82 koledarskih dni. Pri obravnavanih primerih so bile ženske povprečno dlje časa v bolniškem staležu (IT=19,16), pa tudi pogosteje kot moški (IF=94,23) (Tabela 19). V primerjavi z drugimi upravnimi enotami v regiji Celje, je bolniški stalež v UE Šentjur nizek (3,8%). Moški so k celokupnemu stažu prispevali več kot ženske (4,09%-moški, 3,41% ženske).

Tabela 17: Primeri, izgubljeni koledarski dnevi ter indeksi bolniškega staleža po letih in primerjava UE Šentjur, regija Celje, Slovenija, vsi

		Primeri	Dnevi	%BS	IO	IF	IT
2003	Šentjur pri Celju	4045	79053	4,67%	17,03	87,16	19,54
	Regija Celje	99292	2150240	5,22%	19,06	88,02	21,66
	Slovenija	753580	13931303	4,82%	17,59	95,14	18,49
2004	Šentjur pri Celju	3754	74366	4,18%	15,27	77,07	19,81
	Regija Celje	101935	2173953	5,05%	18,43	86,41	21,33
	Slovenija	762273	14560366	4,84%	17,66	92,47	19,10
2005	Šentjur pri Celju	3893	75369	4,24%	15,47	79,92	19,36
	Regija Celje	106002	2197186	5,10%	18,63	89,86	20,73
	Slovenija	789931	14312285	4,71%	17,17	94,79	18,12
2006	Šentjur pri Celju	3470	67855	3,80%	13,85	70,85	19,55
	Regija Celje	93391	2038037	4,70%	17,17	78,68	21,82
	Slovenija	695288	13026763	4,20%	15,30	81,90	18,70

Tabela 18: Pregled upravičene zadržanosti od dela po poglavjih MKB-10, UE Šentjur, 2006 - vsi

	Primeri	Dnevi	%BS	IO	IF	IT
1. Nekatere inf. in paraz. bolezni	161	1596	0,09%	0,33	3,29	9,91
2. Neoplazme	41	1880	0,11%	0,38	0,84	45,85
3. Bolezni krvi in krvotv. organov	5	130	0,01%	0,03	0,10	26,00
4. Endokrine, prehr. in presn. bolezni	22	875	0,05%	0,18	0,45	39,77
5. Duševne in vedenjske motnje	130	3855	0,22%	0,79	2,65	29,65
6. Bolezni živčevja	68	2011	0,11%	0,41	1,39	29,57
7. Bolezni očesa in adneksov	32	584	0,03%	0,12	0,65	18,25
8. Bolezni ušesa in mastoida	35	252	0,01%	0,05	0,71	7,20
9. Bolezni obtočil	136	6278	0,35%	1,28	2,78	46,16
10. Bolezni dihal	560	4277	0,24%	0,87	11,43	7,64
11. Bolezni prebavil	196	3223	0,18%	0,66	4,00	16,44
12. Bolezni kože in podkožja	97	1419	0,08%	0,29	1,98	14,63
13. Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	523	12435	0,70%	2,54	10,68	23,78
14. Bolezni sečil in spolovil	93	1559	0,09%	0,32	1,90	16,76
15. Nosečnost, porod in popor. obdobje	23	1254	0,07%	0,26	0,47	54,52
16. Stanja, ki izv. v per. (obporod.) obdobju	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
17. Priroj. malfor., defor. in kromos. nenorm.	1	25	0,00%	0,01	0,02	25,00
18. Simpt., znaki ter nenorm. klin. lab.izv	83	791	0,04%	0,16	1,69	9,53
19. A Poškodbe in zastupitve pri delu	215	7058	0,39%	1,44	4,39	32,83
20. B Poškodbe in zastupitve izven dela	528	14744	0,82%	3,01	10,78	27,92
21. Dej.,ki vpl.na zdr.st. in na stik z zdr. služ.	189	1913	0,11%	0,39	3,86	10,12
21. Nega	319	1554	0,09%	0,32	6,51	4,87
Vsi	3470	67855	3,80%	13,85	70,85	19,55

Najpogostejši vzroki odsotnosti od dela v UE Šentjur so poškodbe in zastrupitve izven dela in na delu (1,21%), boleznι kosti, mišic in vezivnega tkiva (0,7%) ter boleznι obtočil (0,35%) in boleznι dihal (0,24%); podobno kot v regiji Celje.

Tabela 19. Pregled upravičene zadržanosti od dela po poglavjih MKB-10, UE Šentjur, 2006- moški

	Primeri	Dnevi	%BS	IO	IF	IT
1. Nekatere inf. in paraz. bolezni	79	752	0,07%	0,27	2,85	9,52
2. Neoplazme	14	761	0,08%	0,27	0,51	54,36
3. Boleznι krvi in krvotv. organov	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
4. Endokrine, prehr. in presn. bolezni	12	734	0,07%	0,27	0,43	61,17
5. Duševne in vedenjske motnje	80	3066	0,30%	1,11	2,89	38,33
6. Boleznι živčevja	25	646	0,06%	0,23	0,90	25,84
7. Boleznι očesa in adneksov	25	321	0,03%	0,12	0,90	12,84
8. Boleznι ušesa in mastoida	22	122	0,01%	0,04	0,79	5,55
9. Boleznι obtočil	84	4753	0,47%	1,72	3,03	56,58
10. Boleznι dihal	315	2600	0,26%	0,94	11,38	8,25
11. Boleznι prebavil	98	1985	0,20%	0,72	3,54	20,26
12. Boleznι kože in podkožja	57	782	0,08%	0,28	2,06	13,72
13. Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	354	7516	0,74%	2,71	12,78	21,23
14. Boleznι sečil in spolovil	21	218	0,02%	0,08	0,76	10,38
15. Nosečnost, porod in popor. obdobje	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
16. Stanja, ki izv. v per. (obporod.) obdobju	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
17. Priroj. malfor., defor. in kromos. nenorm.	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
18. Simpt., znaki ter nenorm. klin. lab.izv	33	400	0,04%	0,14	1,19	12,12
19. A Poškodbe in zastrupitve pri delu	172	6017	0,60%	2,17	6,21	34,98
20. B Poškodbe in zastrupitve izven dela	378	10019	0,99%	3,62	13,65	26,51
21. Dej.,ki vpl. na zdr.st. in na stik z zdr.sluz.	84	239	0,02%	0,09	3,03	2,85
21. Nega	56	298	0,03%	0,11	2,02	5,32
Pomanjkljivi podatki	10	139	0,01%	0,05	0,36	13,90
Vsi	1919	41368	4,09%	14,94	69,30	21,56

Delež bolniškega staleža se je od leta 1997 dalje zniževal. V UE Šentjur je bil vsa leta nižji kot v regiji Celje. Večinoma pa je bil delež bolniškega staleža nižji tudi od povprečja v Sloveniji (Slika 9).

Slika 9: Delež bolniškega staleža po letih in primerjava UE Šentjur, regija Celje, Slovenija, vsi

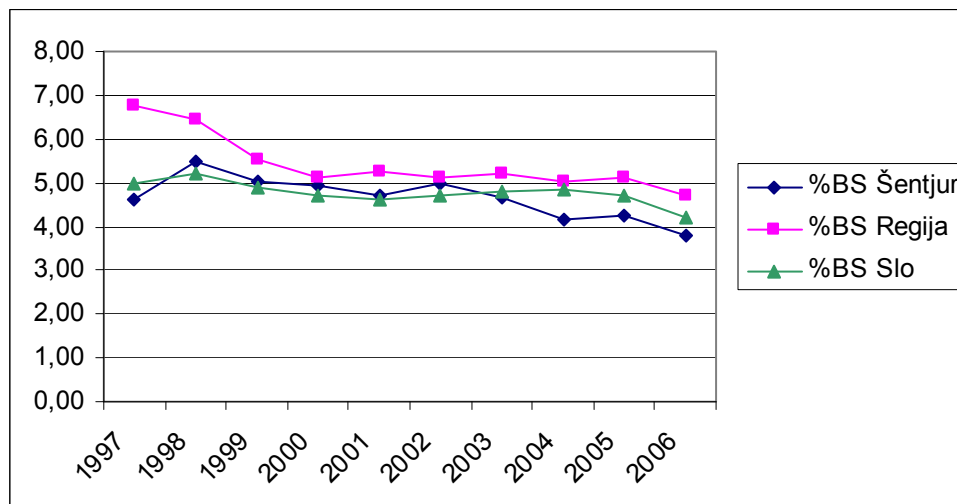


Tabela 20: Pregled upravičene zadržanosti od dela po poglavjih MKB-10, UE Šentjur, 2006- ženske

	Primeri	Dnevi	%BS	IO	IF	IT
1. Nekatere inf. in paraz. bolezni	82	844	0,11%	0,40	3,85	10,29
2. Neoplazme	27	1119	0,14%	0,53	1,27	41,44
3. Bolezni krvi in krvotv. organov	5	130	0,02%	0,06	0,23	26,00
4. Endokrine, prehr. in presn. bolezni	10	141	0,02%	0,07	0,47	14,10
5. Duševne in vedenjske motnje	50	789	0,10%	0,37	2,35	15,78
6. Bolezni živčevja	43	1365	0,18%	0,64	2,02	31,74
7. Bolezni očesa in adneksov	7	263	0,03%	0,12	0,33	37,57
8. Bolezni ušesa in mastoida	13	130	0,02%	0,06	0,61	10,00
9. Bolezni obtočil	52	1525	0,20%	0,72	2,44	29,33
10. Bolezni dihal	245	1677	0,22%	0,79	11,51	6,84
11. Bolezni prebavil	98	1238	0,16%	0,58	4,60	12,63
12. Bolezni kože in podkožja	40	637	0,08%	0,30	1,88	15,93
13. Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	169	4919	0,63%	2,31	7,94	29,11
14. Bolezni sečil in spolovil	72	1341	0,17%	0,63	3,38	18,63
15. Nosečnost, porod in popor. obdobje	23	1254	0,16%	0,59	1,08	54,52
16. Stanja, ki izv. v per. (obporod.) obdobju	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
17. Priroj. malfor., defor. in kromos. nenorm.	1	25	0,00%	0,01	0,05	25,00
18. Simpt., znaki ter nenorm. klin. lab.izv	50	391	0,05%	0,18	2,35	7,82
19. A Poškodbe in zastrupitve pri delu	43	1041	0,13%	0,49	2,02	24,21
20. B Poškodbe in zastrupitve izven dela	150	4725	0,61%	2,22	7,05	31,50
21. Dej.ki vpl. na zdr.st. in na stik z zdr. služ.	105	1674	0,22%	0,79	4,93	15,94
21. Nega	263	1256	0,16%	0,59	12,35	4,78
Pomanjkljivi podatki	3	3	0,00%	0,00	0,14	1,00
Vsi	1551	26487	3,41%	12,44	72,85	17,08

Tabela 21: Pregled upravičene zadržanosti od dela po dejavnostih SKD, UE Šentjur, 2006- vsi

	Primeri	Dnevi	%BS	IO	IF	IT
A Kmetijstvo, lov, gozdarstvo	105	4549	3,88%	14,17	32,71	43,32
B Ribištvo	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
C Rudarstvo	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
CA Pri.energetskih surovin	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
CB Pri.rud.in kamnin, razen energet.	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
D Predelovalne dejavnosti	1707	29772	5,05%	18,42	105,63	17,44
DA Pro.hrane, pijač,tobačnih izdelkov	74	1432	4,56%	16,65	86,05	19,35
DB Pro.tekstilij, usnjenih oblačil	30	603	2,71%	9,89	49,18	20,10
DC Pro.usnja, usnjenih izdelkov	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
DD Obdelava in predelava lesa	171	4598	5,57%	20,35	75,66	26,89
DE Pro.vlaknin, papirja, založništvo	11	1054	9,96%	36,34	37,93	95,82
DF Pro.koksa, naftnih deriv.jedrskega goriva	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
DG Pro.kemikalij, kemičnih izdelkov	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
DH Pro.izd.iz gume in plastičnih mas	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
DI Pro.dr.nekovinskih mineral.izd.	33	508	4,22%	15,39	100,00	15,39
DJ Pro.kovin in kovinskih izdelkov	943	14203	5,19%	18,94	125,73	15,06
DK Pro.strojev in naprav	116	2240	3,77%	13,74	71,17	19,31
DL Pro.električne, optične opreme	89	1658	3,24%	11,84	63,57	18,63
DM Pro.vozil in plovil	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
DN Pro.pohištva, dr.pred.dej.reciklaža	240	3476	7,68%	28,03	193,55	14,48
E Oskrba z elektriko, plinom in vodo	46	861	5,24%	19,13	102,22	18,72
F Gradbeništvo	243	5694	3,30%	12,04	51,37	23,43
G Trgovina, popravila motornih vozil in izdelkov široke porabe	284	5327	2,01%	7,34	39,12	18,76
H Gostinstvo	111	2505	4,34%	15,85	70,25	22,57
I Promet, skladiščenje in zveze	103	2911	2,91%	10,62	37,59	28,26
J Finančno posredništvo	29	311	2,75%	10,03	93,55	10,72
K Poslovanje z nepremičninami, najem in poslovne storitve	66	2563	3,48%	12,69	32,67	38,83
L Dejavnosti javne uprave in obrambe, obvezno socialno zav.	107	1255	2,84%	10,37	88,43	11,73
M Izobraževanje	432	5292	3,26%	11,89	97,08	12,25
N Zdravstvo in socialno varstvo	111	3153	4,36%	15,92	56,06	28,41
O Druge javne, skupne in osebne storitvene dejavnosti	34	647	2,09%	7,61	40,00	19,03
P Zasebna gospodinjstva z zaposlenim osebjem	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
Q Eksteritorialne organizacije in združenja	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
Neopredeljeni	41	654	0,00%	0,00	0,00	15,95
Po prenehanju d.r.	51	2361	3,19%	11,63	25,12	46,29
Vsi	3470	67855	3,80%	13,85	70,85	19,55

Izvenbolnišnično zdravstveno varstvo

Obremenjenost zdravnikov, ki opravljajo zdravstveno varstvo otrok v Šentjurju je bistveno večja od povprečne v regiji (Tabela 22). Kar za četrtno je zaposlenost zdravnikov pod normativom. Iz tega izvira tudi velika obremenitev, saj je potrebno program kljub vsemu opraviti. Opravljen je tudi preventivni program. Kurativnih obiskov je v UE Šentjur manj kot sicer v regiji.

Tudi obremenjenost zdravnikov, ki opravljajo zdravstveno varstvo šolskih otrok je v UE Šentjur večja od povprečne v regiji Celje (Tabela 22). Za 20% je zaposlenost zdravnikov pod normativom. Slabša preskrbljenost z zdravstveno dejavnostjo na primarni ravni se kaže tudi v dejavnosti splošne in družinske medicine in zdravstvenega varstva žensk (Tabela 24, Tabela 25). Zaradi pomanjkanja zdravnikov je število oseb, ki jih morajo oskrbeti zaposleni (zdravniki in medicinske sestre) bistveno večje (35%) kot sicer v povprečju v regiji.

Tabela 22: Kazalci preskrbljenosti predšolskih otrok (0-6 let) z zdravstvenim osebjem in kazalci obsega dela, 2005

Kazalci	UE Šentjur	Regija Celje
Otroci 0 – 6 let	1306	19107
Število zdravnikov iz ur ¹⁾	1,2	24,7
Št. otrok na 1 zdravnika (iz ur)	1081	775
% preskrbljenosti otrok (normativ=800)	74	103,2
Število vms+dms (iz ur)	0	12,3
Št. otrok na 1 vms+dms (iz ur)		1547
Število sms iz ur	1,9	23,2
Št. otrok na 1 sms (iz ur)	681	824
Št. pon.kurat. obiskov/ 1 prvi kurat. obisk ²⁾	0,6	0,6
prvi kurat.obiski / 1000 otrok 0-6 let	1546,7	2475,2
vsi kurat.obiski / 1000 otrok 0-6 let	2519,9	3959,1
vsi prevent.obiski / 1000 otrok 0-6 let	1451,8	1570,4
vsi obiski / 1000 otrok 0-6 let ³⁾	3998,5	5555,9
vsi obiski / 1zdravnika (iz ur)	4323,9	4306

Tabela 23: Kazalci preskrbljenosti mladih (7-19 let) z zdravstvenim osebjem in kazalci obsega dela, 2005

Kazalci	UE Šentjur	Regija Celje
Mladi 7 - 19 let	2972	43606
Število zdravnikov iz ur ¹⁾	1,4	22,4
Št. otrok na 1 zdravnika (iz ur)	2117	1949
% preskrbljenosti otrok (normativ=1700)	80,3	87,2
Število vms+dms (iz ur)	0,5	8,5
Št. otrok na 1 vms+dms (iz ur)		5153
Število sms iz ur	1,4	22,7
Št. otrok na 1 sms (iz ur)	2153	1920

Tabela 24: Kazalci preskrbljenosti odraslih (20 let in več) v dejavnosti splošne medicine, 2005

Kazalci	UE Šentjur	Regija Celje
Odrasli 20 let in več	15308	236661
Število zdravnikov iz ur ¹⁾	7,7	169,4
Št. odraslih na 1 zdravnika (iz ur)	1999	1397
% preskrbljenosti (normativ=1700)	85	121,7
Št. vms+dms iz ur	2,2	20
Št. odraslih na 1 vms+dms (iz ur)	7000	11825
Št. sms iz ur	5,9	176,7
Št. odraslih na 1 sms (iz ur)	2584	1339
Št. pon.kurat. obiskov/ 1 prvi kurat. obisk ²⁾	1	1,2
prvi kurat.obiski / 1000 odraslih	746,4	1460,4
vsi kurat.obiski / 1000 odraslih	1484,4	3278,6
vsi prevent.obiski / 1000 odraslih	31,7	38,8
vsi obiski / 1000 odraslih ³⁾	1537,3	3374,9
vsi obiski / 1zdravnika (iz ur)	3073,8	4715,5

Tabela 25: Kazalci preskrbljenosti žensk z zdravstvenim osebjem in kazalci obsega dela, 2005

Kazalci	UE Šentjur	Regija Celje
Ženske nad 15 let	8483	130894
Število zdravnikov iz ur ¹⁾	1	24,8
Št. žensk (nad 15 let) na 1 zdravnika (iz ur)	8887	5283
% preskrbljenosti žensk (normativ=6500)	73,1	123
Število vms+dms (iz ur)	0	4,5
Št. žensk (nad 15 let) na 1 vms (iz ur)		28841
Število sms iz ur	1	26,2
Št. Žensk (nad 15 let) na 1 sms (iz ur)	8887	4992
Št. pon.kurat. obiskov/ 1 prvi kurat. obisk ²⁾	0,2	0,6
prvi kurat.obiski / 1000 žensk nad 15 let	170	259
vsi kurat.obiski / 1000 žensk nad 15 let	208,1	407
vsi prevent.obiski / 1000 žensk nad 15 let	669	408,3
vsi obiski / 1000 žensk nad 15 let ³⁾	909	846,6
vsi obiski / 1zdravnika (iz ur)	8078,2	4472,4

Najpogosteje zabeleženi vzroki obiska predšolskih otrok pri zdravniku v UE Šentjur so bile poškodbe in zastrupitve, sledile pa so bolezni dihal ter bolezni sečil in spolovil (Tabela 26).

Obolevnost med šolskimi otroki in mladino je podobna kot med predšolskimi. V ZV šolskih otrok in mladine so na prvem mestu kot vzrok obiska poškodbe in zastrupitve, sledijo pa bolezni oči. Na tretjem mestu po pogostosti so bolezni mišičnokostnega sistema in vezivnih tkiv.

Najpogosteje zabeležena obolenja pri odraslih so bolezni oči, bolezni obtočil in bolezni v zvezi s poškodbami, ki so na tretjem mestu po pogostosti. Na četrtem mestu so bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, sledijo pa bolezni prebavil.

Med najpogosteje zabeleženimi obolenji so v vseh navedenih varstvih tudi simptomi, znaki in nenormalni klinični izvidi, pri predšolskih (62/1000) in šolskih otrocih (49/100) so na četrtem, pri odraslih pa na šestem mestu 62/1000).

V regiji Celje se med prvimi desetimi najpogosteje zabeleženimi obolenji v vseh varstvih pojavljajo ista obolenja kot v UE Šentjur. Ob tem je obolevnost za vse posamezne bolezni in stanja, razen za bolezni prebavil pri predšolskih otrocih v UE Šentjur višja kot v regiji, prav tako z izjemo bolezni kože in podkožja pri šolskih otrocih in mladini. Pri odraslih je obolevnost za bolezni dihal, obtočil, bolezni kože in podkožja ter bolezni prebavil v UE Šentjur višja, za ostale bolezni pa nekoliko nižja kot v regiji.

Tabela 26: Bolezni, poškodbe in stanja ugotovljena na sekundarni ravni in obolevnost prebivalcev po starostnih skupinah, regija Celje

Bolezni in stanja	LETO 2005								%
	Predšolski otroci		Šolski otroci		Odrasli		Skupaj		
			in mladina						
	0-6	Št./1000	7-19	Št./1000	20+let	Št./1000	vsj	Št./1000	
1. Nekatere inf. in paraz. bolezni	593	31	1092	25	2711	11,5	4396	14,7	1,7
2. Neoplazme	116	6,1	860	19,7	9275	39,2	10251	34,2	3,9
3. Bolezni krvi in krvotv. organov	46	2,4	52	1,2	949	4	1047	3,5	0,4
4. Endokrine, prehr. in presn. bolezni	68	3,6	274	6,3	10999	46,5	11341	37,9	4,3
5. Duševne in vedenjske motnje	85	4,4	250	5,7	5620	23,7	5955	19,9	2,3
6. Bolezni živčevja	127	6,6	799	18,3	10561	44,6	11487	38,4	4,3
7. Bolezni očesa in adneksov	940	49,2	5504	126,2	30107	127,2	36551	122,1	13,8
8. Bolezni ušesa in mastoida	634	33,2	383	8,8	3825	16,2	4842	16,2	1,8
9. Bolezni obtočil	27	1,4	270	6,2	29060	122,8	29357	98,1	11,1
10. Bolezni dihal	1417	74,2	1516	34,8	9882	41,8	12815	42,8	4,8
11. Bolezni prebavil	402	21	1465	33,6	16241	68,6	18108	60,5	6,8
12. Bolezni kože in podkožja	1110	58,1	1546	35,5	7781	32,9	10437	34,9	3,9
13. Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	365	19,1	2213	50,7	21481	90,8	24059	80,4	9,1
14. Bolezni sečil in spolovil	1225	64,1	378	8,7	8406	35,5	10009	33,4	3,8
15. Nosečnost, porod in popor. obdobje	0	0	38	0,9	1206	5,1	1244	4,2	0,5
16. Stanja, ki izv. v per. (obporod.) obdobju	218	11,4	2	0	5	0	225	0,8	0,1
17. Priroj. malfor., defor. in kromos.nenorm.	549	28,7	226	5,2	312	1,3	1087	3,6	0,4
18. Simpt., znaki ter nenorm. klin. lab.izv	1191	62,3	2123	48,7	14636	61,8	17950	60	6,8
19. Poškodbe, zastrupitve i	1678	87,8	7862	180,3	27973	118,2	37513	125,3	14,2
20. Dej., ki vpl. na zdr.st. in na stik z zdr.	2001	104,7	975	22,4	13409	56,7	16385	54,7	6,2
Skupaj	12792	669,5	27828	638,2	224439	948,4	265059	885,4	100,0

Zaposleni v zdravstvu

V UE Šentjur je zaposlenih 2,2% zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter ostalih nezdravstvenih delavcev z visoko izobrazbo od skupno 3826 zaposlenih v regiji Celje.

Glede na pravni status izvajalca je v UE Šentjur zaposlenih 35% zdravstvenih delavcev v zasebni praksi.

Glede na tip izvajalca je v osnovnem zdravstvu zaposlenih 90,4% zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter ostalih nezdravstvenih delavcev z visoko izobrazbo, ostali pa v lekarniški dejavnosti.

Glede na starostno strukturo je kar 60% zdravstvenih delavcev starejših od 44 let.

Iz prikaza števila prebivalcev na enega zdravstvenega delavca je razvidno, da so bili septembra 2007 v regiji Celje, še posebej pa v UE Šentjur, posamezni zdravniki, zobozdravniki in medicinske sestre na razpolago večjemu številu prebivalcev kot pa kaže povprečje v Republiki Sloveniji v 2007. Primerjava pa je lahko le okvirna, saj bi za natančne podatke o preskrbljenosti prebivalcev s posamezno vrsto dejavnosti morali primerjati zgolj podatke o zaposlenih v določeni dejavnosti. Teh podatkov pa zaenkrat še ni na voljo.

Tabela 27: Število zaposlenih po izvajalcih, september 2007

Pravni status izvajalca	Tip izvajalca	Šentjur	Regija Celje
Javni zavod	Osnovno zdravstvo	29	880
	Specialistična ambulanta		2
	Splošna bolnišnica		1335
	Specialna bolnišnica		204
	Lekarna	7	162
	Socialni zavod	18	270
	ZZV		64
	Državni organi (MZ, MNZ)		4
	ZZS in ZPIZ		6
	Izobraževalne ustanove		30
		Skupaj	54
Zasebni zavod	Osnovno zdravstvo	7	44
	Specialistična ambulanta		46
	Lekarna		1
	Zdravilišče		250
	Socialni zavod		33
	Skupaj	7	374
Zasebni zdravstveni delavec	Osnovno zdravstvo	20	398
	Specialistična ambulanta		33
	Lekarna	2	22
	Skupaj	22	453
Skupaj	SKUPAJ	83	3826

Tabela 28: Starostna struktura zaposlenih po poklicnih skupinah, UE Šentjur, september 2007

Poklicna skupina v zdravstvu	Do 34 let	35-44 let	45-54 let	Nad 55 let	Skupaj
ZDRAVNIK	1	5		5	11
ZOBOZDRAVNIK	2		2	1	5
DIP. MED. SESTRA/ ZDRAVSTVENIK	2	2			4
VIŠJA MEDICINSKA			1	1	2
FIZIOTERAPEVT			2		2
MEDICIN. SESTRA/ZDR. TEHNIK	6	11	10		27
LABORATORIJSKI TEHNIK		1	1		2
ZOBOTEHNIK		2	1		3
ZDRAVNIK	1	5		5	11
ZOBOZDRAVNIK	2		2	1	5
Skupaj	11	21	17	7	56

Tabela 29: Število prebivalcev na enega zdravstvenega delavca, september 2007

		Preb./zdravnika	Preb./zobozdravnika	Preb./medicinsko sestro
Vsi	Šentjur pri Celju	1780	3264	425
	Regija Celje	526	1894	147
	Slovenija 2007	428	1678	131
Osnovno zdravstvo	Šentjur pri Celju	1780	3264	631
	Regija Celje	1385	1995	440
	Slovenija 2007	1340	ni podatka	ni podatka

*diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra in zdravstveni tehnik

ZDRAVSTVENO STANJE NA OSNOVI PODATKOV IZ RAZISKAV

Ocenjevanje prevalence nekaterih kroničnih bolezni in stanj v posameznih UE Šentjur

Na območju regije živi Celje 300.000 prebivalcev. Tako kot opazimo razlike med posameznimi deli v Sloveniji, je mogoče razlike zaznati tudi na nivoju regije. Z ozirom na razširjenost umrljivosti bi bilo mogoče sklepati, da je podobno, kot velja to za celotno državo, mogoče del razlik v zdravju na nivoju regije Celje pripisati ekonomskim in socialno kulturnim dejavnikom, ki prevladujejo na posameznem območju. Pregled standardiziranih stopenj umrljivosti kaže, da je obremenjenost s smrtmi večja v tistih delih regije, kjer je ekonomsko stanje, merjeno z povprečnim bruto prihodkom na zaposlenega v UE, slabše (Šmarje, Šentjur). Razmere pa so najboljše v tistem delu regije, kjer so ekonomske razmere bolj ugodne (Velenje, Celje, Žalec).

Da bi spoznali življenjski slog prebivalcev v Sloveniji, zlasti pa razširjenost tveganega načina življenja, je bila v letu 2001 izvedena obsežna raziskava na območju celotne Slovenije, v katero je bilo vključenih 15379 oseb. Raziskava je bila zastavljena kot pregled trenutnega stanja in sicer s pomočjo vprašalnika, ki so ga osebe, vključene v raziskavo, same izpolnile in vrnilo po pošti. Vzorec je bil oblikovan tako, da je reprezentativen tudi za regijo. V okviru posebne raziskave je bila opravljena analiza podatkov za območje regije Celje in sicer z namenom, da opredelimo posamezne probleme, ugotovimo sedanje stanje ter na osnovi teh ugotovitev načrtujemo bodoče programe na področju promocije zdravja. V nadaljevanju so prikazani podatki s posebnim poudarkom na UE Šentjur.

Pregled podatkov o razširjenosti kroničnih bolezni pokaže, da je teh obolenj veliko. Razlike v obolenju zaradi posameznih bolezni med UE so izrazite. Gre za najbolj razširjene kronične bolezni, ki pomembno prizadenejo zdravje prebivalcev in pomenijo znatno zmanjšanje biološke, zaradi visoke stopnje invalidnosti pa tudi ekonomske sposobnosti prebivalstva .

Pregled razširjenosti obolenj srca in ožilja (prebolela srčna kap -miokardni infarkt, bolečina v prsih pri mirovanju ali med telesno dejavnostjo -angina pectoris, srčno popuščanje in možganska kap ter njene posledice) po UE kaže na velike razlike med posameznimi območji. Na območju z najnižjo prevalenco izbranih bolezni srca in ožilja (Slovenske Konjice) je skoraj dvakrat manj tistih, ki so navedli, da imajo katero od naštetih bolezni, kot na območju Šmarja pri Jelšah, ki je z boleznimi srca in ožilja najbolj obremenjena UE. Tu je kar 17,1% od 100 vprašanih oseb navedlo, da ima katero od kroničnih bolezni srca in ožilja, sledi pa Velenje, kjer je bilo takih oseb 12,5%. V Šentjurju je bilo takih 11,5%. To je v območju povprečja celjske regije in kar pomeni dobrih 35% večjo zbolewnost od povprečne v Sloveniji (Tabela 30).

Skoraj ena četrtnina vključenih v raziskavo je navedla, da ima povišan krvni pritisk (Tabela 31), ki ga moramo obravnavati tudi kot enega najpomembnejših dejavnikov za razvoj ateroskleroze in posledično drugih kroničnih bolezni srca in ožilja. Pojav hipertenzije je pogosto mogoče povezati z načinom življenja, saj so raziskave pokazale, da je razširjenost te bolezni večja v okolju, kjer pri pripravi hrane uporabijo več soli, bolj ogroženi so ljudje s prekomerno telesno težo in debeli ter tisti, ki so telesno manj aktivni.

Posebej je potrebno opozoriti tudi na veliko stopnjo razširjenosti bolezni kosti in gibal (Tabela 32). Delež oseb s temi boleznimi je izredno visok. Najvišji v UE Brežice, kjer je kar 45,8% anketiranih oseb navedlo, da imajo težave s hrbtenico oziroma s sklepi. Razlike med posameznimi UE so sicer prisotne, vendar pa niso tako izrazite, kot v primeru bolezni srca in ožilja. Iz tega je mogoče sklepati, da so tudi vzroki za težave s stani lokomotorne aparata po regiji pojavljajo bolj enakomerno.

Tabela 30: Ocena prevalence izbranih bolezni srca in ožilja (miokardni infarkt, angina pectoris, srčno popuščanje, cerebrovaskularni inzult) v desetih upravnih enotah Celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalence od najvišje do najnižje

Upravna enota	Ne	%	Da	%	Skupaj	Rang
Šmarje pri Jelšah	107	82,9	22	17,1	129	1
Velenje	182	87,5	26	12,5	208	2
Celje	244	88,4	32	11,6	276	3
Šentjur	69	88,5	9	11,5	78	4
Brežice	85	88,5	11	11,5	96	5
Žalec	162	89,0	20	11,0	182	6
Mozirje	72	90,0	8	10,0	80	7
Laško	74	90,2	8	9,8	82	8
Sevnica	67	90,5	7	9,5	74	9
Slov.Konjice	81	91,0	8	9,0	89	10
Skupaj	1143	88,3	151	11,7	1294	
Skupaj Slovenija	8260	91,4	774	8,6	9034	

Tabela 31: Ocena prevalence zvišanega krvnega tlaka (hipertenzije) v desetih upravnih enotah Celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalence od najvišje do najnižje

Upravna enota	Ne	%	Da	%	Skupaj	Rang
Mozirje	60	75,0	20	25,0	80	1
Šmarje	98	76,0	31	24,0	129	2
Šentjur	60	76,9	18	23,1	78	3
Laško	64	78,0	18	22,0	82	4
Brežice	77	80,2	19	19,8	96	5
Žalec	148	81,3	34	18,7	182	6
Velenje	170	81,7	38	18,3	208	7
Sevnica	61	82,4	13	17,6	74	8
Konjice	74	83,1	15	16,9	89	9
Celje	232	84,1	44	15,9	276	10
Skupaj regija Celje	1044	80,7	250	19,3	1294	
Skupaj Slovenija	7339	81,2	1695	18,8	9034	

Rezultati kažejo, da je razširjenost posameznih kroničnih bolezni v posameznih UE regije Celje zelo različna. Glede na to, da so za pojav teh bolezni pogosto odgovorni različni škodljivi dejavniki, je pomembno te dejavnike podrobneje opredeliti in jih nato sistematično spreminjati oziroma odpravljati. Pri tem imajo socialno ekonomski in kulturni dejavniki izredno pomembno vlogo, saj ključno vplivajo na razširjenost dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih bolezni in preko njih tudi na razširjenost teh bolezni. Zaradi tega je proučitev teh dejavnikov izrednega pomena, saj omogoča ustrezno osvetlitev problema. Samo dobro poznavanje vzrokov za pojav obolenj omogoča oblikovanje ustreznih in specifičnih ukrepov. V UE, kjer je razširjenost kroničnih bolezni največja, po pravilu beležijo tudi najvišjo stopnjo brezposelnosti, tam je prihodek na prebivalstva nižji, kot je v UE z nižjo prevalenco kroničnih bolezni, nižja pa je tudi izobrazbena struktura prebivalcev. V takih pogojih je ohranjanje tradicionalnega načina življenja, za katere je značilno, da se bolj obdrži v okoljih, kjer je izobrazba prebivalcev nižja, bolj izrazito. To pa ima, poleg ekonomskih dejavnikov, največji vpliv na način

razširjenost dejavnikov tveganja. Razumljivo je, da bodo ukrepi za zmanjšanje prevalece kroničnih bolezni resnično učinkoviti le, ko bodo posegli tudi na področje socialno ekonomskih dejavnikov.

Tabela 32. Ocena prevalece bolezni gibal (bolezni hrbtenice ter artritis in artroze) v desetih upravnih enotah Celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalece od najvišje do najnižje

Upravna enota	Ne	%	Da	%	Skupaj	Rang
Brežice	52	54,2	44	45,8	96	1
Šmarje pri Jelšah	75	58,1	54	41,9	129	2
Velenje	132	63,5	76	36,5	208	3
Sevnica	48	64,9	26	35,1	74	4
Žalec	120	65,9	62	34,1	182	5
Slov.Konjice	59	66,3	30	33,7	89	6
Mozirje	54	67,5	26	32,5	80	7
Celje	189	68,5	87	31,5	276	8
Laško	57	69,5	25	30,5	82	9
Šentjur	55	70,5	23	29,5	78	10
Skupaj regija Celje	841	65,0	453,0	35,0	1294,0	
Skupaj Slovenija	6115	67,7	2919	32,3	9034	

Različno prevalenco kroničnih bolezni, ki v največji meri obremenjujejo zdravstveno službo, pa je potrebno upoštevati tudi pri izgradnji mreže zdravstvene dejavnosti. Na območju, kjer je razširjenost obolenj večja, je to lahko tudi posledica neustrezne dostopnosti do zdravstvene službe in je potrebno torej tu zagotoviti večjo enakopravnost zavarovancev.

Samomor v regiji Celje in njenih upravnih enotah, primerjava UE Šentjur, regija Celje, Slovenija (1985-2006)

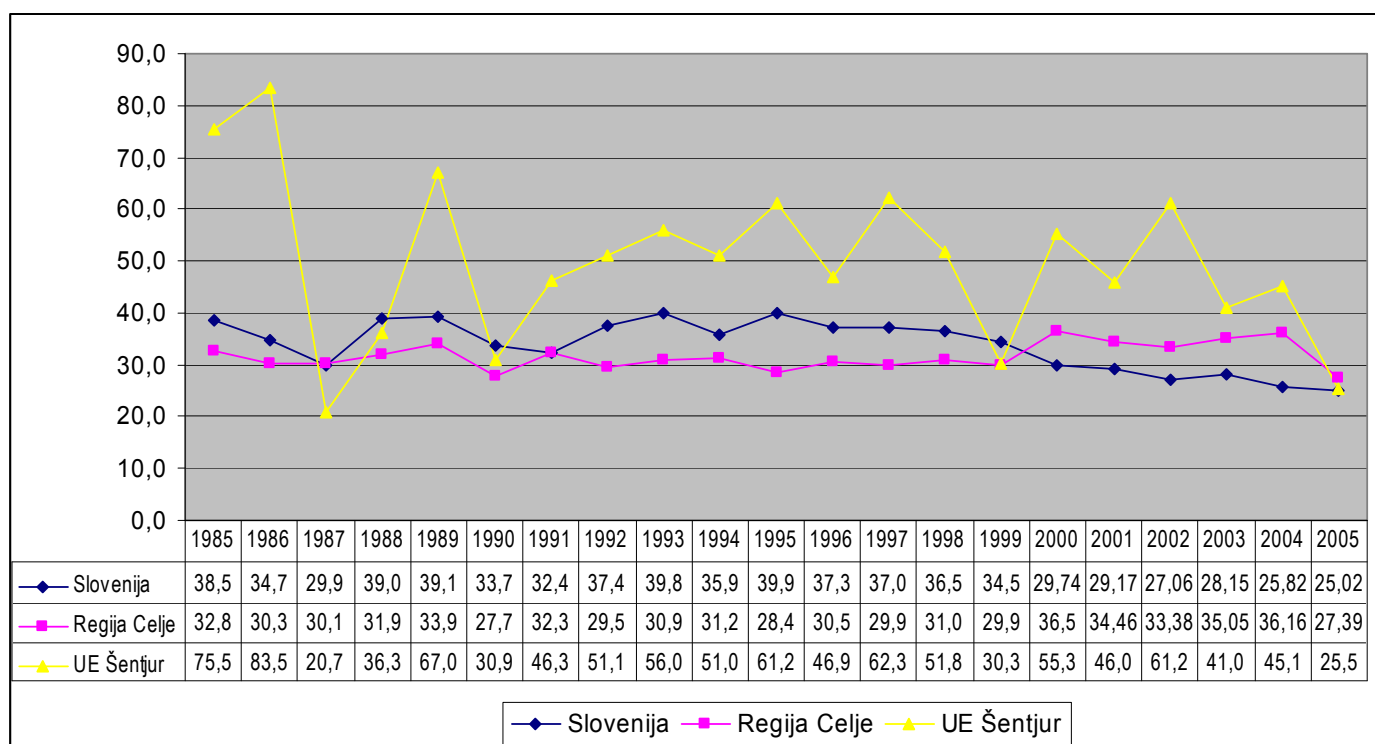
Duševno zdravje je poleg telesnega zdravja nujen pogoj za uspešno delovanje posameznika, pa tudi skupnosti in družbe kot celote. Med najpogostejšimi sta tudi pri nas depresija in tesnoba, najbolj izstopajoč javno zdravstveni kazalec stanja duševnega zdravja pa je samomorilnost. Na osebni ravni je vsako samomorilno dejanje znak globokega čustvenega stresa, potrtosti, žalosti, brezupa. Zaradi velikega števila samomorov v Sloveniji pa je samomor tudi javno zdravstveni problem. Izkušnje kažejo, da je za krepitev, ohranitev in povrnitev duševnega zdravja in na drugi strani za uspešno obvladovanje duševnih motenj in samomora mogoče marsikaj storiti.

V Sloveniji si vsako leto življenje vzame med 500 in 600 ljudi, kar nas po količniku samomora uvršča v sam svetovni vrh. Poskusov samomora je še desetkrat do dvajsetkrat več. Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje so številni in se običajno prepletajo. Duševne motnje so med pomembnejšimi, saj se verjetnost samomora pri ljudeh z duševnimi motnjami poveča kar za desetkrat v primerjavi z osebami, ki teh motenj nimajo. Duševna motnja je prisotna pri okoli 90 odstotkih ljudi, ki umrejo zaradi samomora. Seveda pa drži tudi, da večina ljudi z duševnimi motnjami samomora ne stori, bodisi ker se ne soočajo z drugimi dejavniki tveganja in življenjskimi stresi, prav tako pomembnimi za samomor, bodisi zato, ker razpolagajo z ustrezno pomočjo in veščinami za obvladovanje svoje duševne motnje. Rezultati raziskav samomorov kažejo, da večina oseb, ki poskuša s samomorom, trpi zaradi depresije, shizofrenije, odvisnosti od alkohola in različnih drog. Med ostalimi dejavniki, ki povečajo tveganje za samomor, so samomor v družini, prejšnji poskusi samomora,

slab socialno ekonomski standard, neizobraženost, določene socialne okoliščine ter prisotnost hudih telesnih bolezni. Ne smemo zanemariti stresnih okoliščin kot so izguba bližnjih, ločitev, finančne težave, kriminal, problemi na delovnem mestu, ki lahko pri dovzetnih osebah sprožijo samomorilno vedenje. Pogostost samomora raste s starostjo, med moškimi ga je tri do štirikrat več, kot med ženskami. Veliko več je samomorov med osamljenimi, zlasti med ločenimi in ovdovelimi, bolj so obremenjeni ločeni in ovdoveli moški kot ženske. Raziskave na področju genetike v zadnjih letih kažejo tudi na prisotnost genskih osnov za nastanek samomorilnega vedenja.

Od leta 1985 do 2005 je na območju UE Šentjur samomor napravilo kar 214 oseb. Med njimi je bilo skoraj petkrat več (167) moških kot žensk (36).

Slika 10: Incidenca samomora na 100.000 prebivalcev na izbranih območjih v obdobju od 1985 do 2005



Stopnja samomorilnosti je sicer iz leta v leto nihala, vendar ves čas na visokem nivoju (**Slika 10**). V posameznih obdobjih je bila celo trikrat višja kot v Sloveniji. Tudi v primerjavi z regijo Celje je samomorilnost v UE Šentjur bistveno večja. Šentjur se po stopnji samomorilnosti približuje koroškim občinam, kje rje samomorilnost tradicionalno najvišja. V letu 2005 je bila sicer stopnja samomorilnosti nižja, približno na nivoju Slovenije in celo nižja od povprečne v regiji, vendar pa to še ne pomeni, da se je problem zmanjšal. Že leta 1987 je bila stopnja samomorilnosti zelo nizka, pa se je potem spet povečala. Pravi pristop za izboljšanje razmer je čim bolj natančno poznavanje vzrokov ter ukrepanje na osnovi teh spoznanj.

HIGIENSKE IN OKOLJSKE RAZMERE V UE ŠENTJUR

Oskrba s pitno vodo

Ugotovitve glede preskrbljenosti s pitno vodo so tudi na območju UE Šentjur podobne kot velja za celo Slovenijo:

- Značilne so velike **razlike med kvaliteto pitne vode iz velikih in malih vodovodov**, še posebej tistih z manj kot oziroma do 500 uporabnikov.
- **Kvaliteta pitne vode je praviloma veliko boljša v velikih vodovodih**. K razliki v kvaliteti pitne vode doprinese tako ustrežnejša tehnična ureditev velikih vodovodov, kot tudi strokovno usposobljeno osebje, ki skrbi za pitno vodo v njih.
- **Podobno kot velja za kvaliteto pitne vode velja tudi za objekte za oskrbo s pitno vodo**. Objekti na javnih vodovodih, ki še niso v upravljanju komunalnih podjetij pa so še vedno pretežno dotrajani, brez tekočega vzdrževanja in velikokrat tudi nestrokovno zgrajeni.
- Za vodovodne sisteme v regiji pa ne glede na upravljavca velja, da tudi, če so definirani **vodovarstveni pasovi, se spoštovanje predvidenega režima v njih ne izvaja**.

Tabela 33 prikazuje kvaliteto pitne vode v obdobju 2000 do 2006 na osnovi deleža neustreznih vzorcev analiziranih na mikrobiološke in kemijske parametre primerjalno med celjsko regijo kot celoto in občino Šentjur. Glede na pogostost vzrokov neskladnosti so bili vzorci največkrat neustrejni zaradi povečanega števila skupnih koliformnih bakterij in izolacije bakterije E. coli. Oboje nakazuje na možnost prisotnosti fekalnega onesnaženja, ki je lahko posledica neustrezno urejenih vodovodnih objektov oziroma razmer na vodovarstvenih območjih. V primeru, da se ne izvedejo ustrezni postopki obdelave pitne vode, predstavlja takšna voda permanentno nevarnost za nastanek črevesnih okužb.

Delež neskladnih vzorcev v okviru monitoringa 2006 na območju regije Celje zaradi mikrobioloških parametrov je bil 24,3%, zaradi neskladnih kemičnih parametrov pa 4,4% (Tabela 34). Pri mikrobioloških parametrih je bil tako v celjski regiji v letu 2006 delež neskladnih vzorcev nekoliko višji, pri kemijskih pa nekoliko nižji od slovenskega povprečja. Prejšnji dve leti pa je bil tudi delež mikrobiološko neustreznih vzorcev odvzetih v okviru monitoringa pitne vode na območju regije Celje nižji od slovenskega povprečja.

Tabela 33: Zdravstveni nadzor nad pitno vodo v večjih javnih vodovodih celjske regije za leta 2000 – 2005, prikaz deleža neustreznih vzorcev za celjsko regijo kot celoto in za občino Šentjur

	MKB KONTROLA		KEM KONTROLA	
	št. vzorcev	delež neustreznih (%)	št. vzorcev	delež neustreznih (%)
2005 Celjska regija	2535	21,6	1194	1,8
2005 Občina Šentjur	182	18,7	55	0
2004 Celjska regija	2963	18,9	1373	7,5
2004 Občina Šentjur	180	13,9	63	20,6
2003 Celjska regija	2452	20	1262	9,7
2003 Občina Šentjur	237	37,9	89	25,8
2002 Celjska regija	3760	28	1739	17
2002 Občina Šentjur	392	60,7	141	31,2
2001 Celjska regija	3615	27	1681	14
2001 Občina Šentjur	242	48,7	66	27,3
2000 Celjska regija	3066	22,1	1694	18,2
2000 Občina Šentjur	143	16	1694	18,2

Tabela 34: Zdravstveni nadzor nad pitno vodo v javnih vodovodih celjske regije za leto 2006 – obseg rednih analiz

UPRAVNA ENOTA	MKB KONTROLA			KEM KONTROLA	
	št. vzorcev	delež neustreznih (%)	Delež E. coli	št. vzorcev	delež neustreznih (%)
Brežice	53	13,2	1,9	29	0,0
Celje	636	18,7	7,4	458	0,9
Laško	117	32,5	11,1	68	0,0
Mozirje	185	20,5	10,3	69	0,0
Sevnica	129	26,4	9,3	55	1,8
Sl. Konjice	311	18,0	8,7	136	0,7
Šentjur	180	17,2	8,9	48	0,0
Šmarje pri Jelšah	335	18,5	4,2	106	0,0
Velenje	6	0,0	0,0	0	0,0
Žalec	373	21,7	9,9	126	0,0
SKUPAJ	2325	20,0	8,0	1095	0,5

Za boljšo predstavo je poleg deleža neustreznih vzorcev pitne vode še posebej pomembno prikazati število oz. delež prebivalcev, ki so s to vodo preskrbljeni in seveda tudi delež tistih, ki so preskrbljeni s pitno vodo o kateri nimamo podatkov.

Tabela 35: Občina Šentjur - prikaz preskrbljenosti prebivalstva občine s pitno vodo (na osnovi podatkov za leto 2006)

VODOVOD	UPRAVLJAVEC VODOVODA	ŠTEVILO UPORABNIKOV	DELEŽ PREBIVALCEV (%)
Prevorje	JKP Šentjur	240	1,4
Šentjur	JKP Šentjur	4500	24,2
Loka pri Žusmu	JKP Šentjur	150	0,8
Planina pri Sevnici	JKP Šentjur	400	2,2
Kalobje	JKP Šentjur	100	0,5
Loke pri Planini	Občina Šentjur	60	0,3
Visoče	Občina Šentjur	50	0,2
Bezovje	Občina Šentjur	80	0,4
Dolga Gora	Občina Šentjur	240	1,4
Krajnce-Brde	Občina Šentjur	180	1,0
Doropolje	Občina Šentjur	100	0,5
Cirkuže	Občina Šentjur	50	0,2
Podvine (Podpeč pri Šentvidu)	Občina Šentjur	90	0,4
Okros	Občina Šentjur	52	0,2
Žusem	Občina Šentjur	60	0,3
Okrog	Občina Šentjur	80	0,4
Planinska vas	Občina Šentjur	300	1,6
Hotunje	Občina Šentjur	110	0,6
Krajncica-Hruševac	Občina Šentjur	350	2,0
Skupaj:		7192	38,6
Neznano		11411	61,4

Za boljšo predstavo je v Tabela 35 in Tabela 36 prikazan delež prebivalcev UE Šentjur, za katere imamo podatek, da so preskrbljeni s pitno vodo enega izmed javnih sistemov za oskrbo s pitno vodo. Iz tabele je razvidno, da je delež tistih, ki se oskrbujejo z vodo preko javnega vodovoda izredno nizek, med najnižjimi v

Sloveniji in najnižji v regiji Celje. V povprečju je v celjski regiji s pitno vodo iz javnih sistemov za oskrbo s pitno vodo oskrbljeno le dobre tri četrtine prebivalcev, s tem pa se ta regija uvršča na rep seznamu.

Tabela 36: Prikaz deleža prebivalcev UE Šentjur glede na način preskrbljenost s pitno vodo v letu 2006

UPRAVNA ENOTA	ŠTEVILO VSEH PREBIVALCEV	ŠTEVILO PREBIVALCEV NA JAVNIH VODOVODIH	Delež (%) prebivalcev	
			na javnih vodovodih	brez podatka o oskrbi s pitno vodo
ŠENTJUR <i>Dobje pri Planini, Dramlje, Gorica pri Slivnici, Kalobje, Planina pri Sevnici, Ponikva, Šentjur</i>	18603	7192	38,6	61,4
POVPREČJE REGIJA CELJE	298.391	229.719	77	23

Prikaz preskrbljenosti prebivalcev občine Šentjur s pitno vodo

Ocene preskrbljenosti prebivalcev občine s pitno vodo je nezanesljiva zaradi tistih občanov, ki niso priključeni na javni vodovod – lahko imajo svoje lastno zajetje, lahko so priključeni na vodovod z manj kot 50 uporabniki in se zato tak vodovod ne obravnava kot javni in nad njim tudi ni nobenega nadzora. Vsekakor pa o kvaliteti pitne vode, ki jo ta delež občanov uporablja ni nobenih podatkov. Po podatkih, s katerimi razpolagamo na ZZV Celje, je 11411 prebivalcev občine Šentjur (kar predstavlja skoraj dve tretjini prebivalstva občine), oskrbovanih s pitno vodo, o katere kvaliteti nimamo podatkov in je tudi brez nadzora. Za delež prebivalcev občine, ki je oskrbovan iz javnega sistema za oskrbo s pitno vodo pa lahko podamo oceno kvalitete pitne, s tem da je potrebno tudi v tem primeru upoštevati omejitve, ki je posledica dejstva, da je ocena podana le na podlagi preiskanih parametrov.

Osnova za oceno kvalitete pitne vode so rezultati preskusov vzorcev pitne vode odvzetih v okviru monitoringa pitne vode, ki ga od leta 2004 naprej financira država (Ministrstvo za zdravje). Uporabljeni so podatki za obdobje 2004 do 2006 (Tabela 37, Tabela 38).

Prikaz ocene kvalitete pitne vode na posameznih javnih sistemih za oskrbo s pitno vodo, ki oskrbujejo prebivalce občine Šentjur

Tabela 37: Mikrobiološka ustreznost pitne vode pri monitoringu za vodovode v UE Šentjur v letih 2004-2006

LETO ODVZEMA	ŠTEVILO ODVZETIH VZORCEV	ŠTEVILO NEUSTREJNIH VZORCEV	DELEŽ NEUSTREJNIH VZORCEV V %	E. COLI IN OSTALI*	OSTALI* BREZ E. COLI
VODOVOD Kalobje					
2004	5	1	20%	0	1
2005	4	0	-	-	-
2006	1	1	100%	0	1
VODOVOD Planina pri Sevnici					
2004	5	1	20%	1	0
2005	4	1	25%	1	0
2006	1	1	100%	0	1
VODOVOD Šentjur					
2004	11	1	9%	0	1
2005	9	1	11%	0	1
2006	5	0	-	-	-
VODOVOD Loka pri Žusmu					
2004	5	0	-	-	-
2005	4	3	75%	1	2
2006	1	0	-	-	-
VODOVOD Prevorje					
2004	5	2	40%	0	1
2005	4	2	50%	1	1
2006	1	0	-	-	-
VODOVOD Loke pri Planini					

2004	5	5	100%	3	2
2005	4	2	50%	1	1
2006	1	1	100%	0	1
VODOVOD Visoče					
2005	4	2	50%	2	0
2006	1	1	100%	1	0
VODOVOD Bezovje					
2004	5	4	80%	3	1
2005	4	4	100%	1	3
2006	1	1	100%	1	0
VODOVOD Dolga Gora					
2004	5	1	20%	0	1
2005	4	1	25%	0	1
2006	1	0	-	-	-
VODOVOD Kranjče-Brde					
2004	5	3	60%	0	3
2005	4	1	25%	1	0
2006	1	1	100%	0	1
VODOVOD Planinska vas					
2004	5	5	100%	5	0
2005	4	2	50%	1	1
2006	1	1	100%	1	0
VODOVOD Hotunje					
2004	5	5	100%	3	2
2005	4	0	-	-	-
2006	1	1	100%	0	1
VODOVOD Kranjčica-Hruševac					
2004	5	2	40%	1	1
2005	4	3	75%	2	1
2006	1	0	-	-	-
VODOVOD Okrog					
2004	5	1	20%	0	1
2005	4	1	25%	0	1
2006	1	0	-	-	-
VODOVOD Doropolje					
2004	5	5	100%	3	2
2005	4	1	25%	1	0
2006	1	0	-	-	-
VODOVOD Žusem					
2005	4	4	100%	3	1
2006	1	1	100%	1	0
VODOVOD Okros					
2005	4	4	100%	4	0
2006	1	1	100%	1	0

Tabela 38: Kemična ustreznost pitne vode pri monitoringu za vodovode v UE Šentjur v letih 2004-2006

LETO ODVZEMA	ŠTEVILO ODVZETIH VZORCEV	ŠTEVILO NEUSTREZNIH VZORCEV	DELEŽ NEUSTREZNIH VZORCEV V %	VZROKI NEUSTREZNOSTI
VODOVOD Kalobje				
2004	5	1	20%	motnost
2005	4	0	-	-
2006	1	0	-	-
VODOVOD Planina pri Sevnici				
2004	5	0	-	-
2005	4	0	-	-
2006	1	0	-	-
VODOVOD Šentjur				
2004	11	0	-	-
2005	9	0	-	-
2006	5	1	20%	motnost
VODOVOD Loka pri Žusmu				
2004	5	0	-	-

2005	4	0	-	-
2006	1	0	-	-
VODOVOD Prevorje				
2004	5	1	20%	barva
2005	4	0	-	-
2006	1	1	100%	motnost
VODOVOD Loke pri Planini				
2004	5	0	-	-
2005	4	0	-	-
2006	1	0	-	-
VODOVOD Visoče				
2005	4	0	-	-
2006	1	1	100%	motnost
VODOVOD Bezovje				
2004	5	1	20%	Motnost
2005	4	1	25%	Motnost
2006	1	1	100%	Motnost
VODOVOD Dolga Gora				
2004	5	0	-	-
2005	4	0	-	-
2006	1	0	-	-
VODOVOD Kranjče-Brde				
2004	5	0	-	-
2005	4	0	-	-
2006	1	1	100%	motnost
VODOVOD Planinska vas				
2004	5	0	-	-
2005	4	0	-	-
2006	1	0	-	-
VODOVOD Hotunje				
2004	5	0	-	-
2005	4	0	-	-
2006	1	1	100%	motnost
VODOVOD Kranjčica-Hruševac				
2004	5	1	20%	motnost
2005	4	0	-	-
2006	1	1	100%	motnost
VODOVOD Okrog				
2004	5	1	20%	motnost
2005	4	0	-	-
2006	1	0	-	-
VODOVOD Doropolje				
2004	5	0	-	-
2005	4	0	-	-
2006	1	0	-	-
VODOVOD Žusem				
2005	4	0	-	-
2006	1	0	-	-
VODOVOD Okros				
2005	4	0	-	-
2006	1	1	100%	motnost

Delež mikrobiološko neustreznih vzorcev pitne vode na sistemih za oskrbo s pitno vodo iz območja občine Šentjur je zelo visok kar predstavlja potencialno tveganje za zdravje uporabnikov. Pri vrednotenju analiz je vedno potrebno upoštevati obseg analiz (ustrezni rezultati zgolj rednega obsega analiz še ne pomenijo, da je takšna voda v celoti skladna in varna). Za oceno stanja primernosti oskrbe s pitno vodo na sistemu za oskrbo s pitno vodo je poleg rezultatov analiz vzorcev pitne vode potrebno upoštevati še:

- naravo vodnega vira,
- način priprave pitne vode,
- stanje na objektih sistema za oskrbo s pitno vodo,
- organizacijo dela v zvezi z zagotavljanjem varne vodooskrbe.

Zaradi visokega deleža prebivalcev v občini Šentjur za katere ni podatkov o oskrbi s pitno vodo in zaradi dejstva, da je ugotovljen delež mikrobiološko neustreznih vzorcev pitne vode odvzetih na območju občine Šentjur v okviru monitoringa pitne vode visok, **je potrebno ureditev ustrezne preskrbe s pitno vodov občini Šentjur uvrstiti med eno izmed najpomembnejših nalog.**

Razmere v javnih objektih posebnega pomena

Spremljanje razmer v šolah in vrtcih

Spremljanje stanja v šolah in vrtcih celjske regije ima dolgoletno tradicijo. Vendar pa v desetletnem obdobju opažamo velike spremembe tako v stanju v šolah in vrtcih kot tudi pri načinu izvajanja nadzora v njih. Iz štirih obiskov šol in vrtcev letno v začetku osemdesetih let, ki so se izvajali iz naslova nacionalnega programa zdravstvenega varstva, so se obiski zreducirali večinoma na en do dva obiska šolske oz. vrtčevske kuhinje letno. Razlog je v dogovoru iz leta 1996, ko so vsi območni Zavodi za zdravstveno varstvo kot izvajalci zdravstveno higienskega nadzora šol in vrtcev v okviru nacionalnega preventivnega programa dobili navodilo, da število ogledov objektov zelo skrajšajo. Razlog za to odločitev je bil varčevalne narave. Vzpodbudilo pa ga je dejstvo, da so se razmere v kuhinjah šol in vrtcev in tudi higienske razmere nasploh v šolah in vrtcih po letu 1990 zelo izboljšale. Še večji upad pa je potem prineslo leto 1999, po katerem ostaja v okviru nacionalnega programa samo še vizualni pregled objektov, medtem ko je nadzor nad kuhinjami šol in vrtcev v celoti prešel v pogodben odnos.

Ob sprejetju redukcijskih ukrepov v letu 1996 se je spremenil tudi vpogled v kvaliteto prehrane v šolah in vrtcev. Analize obrokov na energetske in biološke vrednosti iz okvira nacionalnega programa so bile ukinjene, šole oz. vrtci pa jih tudi ne naročajo več. Ostal je le še pregled sestave jedilnikov, ki ga opravimo v okviru obiska šolske oz. vrtčevske kuhinje. Iz vpogleda v jedilnike sklepamo, da so bili le-ti relativno dobro sestavljeni.

Ocena higienskih razmer

Kot enega izmed pokazateljev uspešnega oz. neuspešnega vzdrževanja higienskega režima v kuhinjah v smislu zagotavljanja čim večje varnosti spremljamo delež neustreznih brisov na snažnost. Delež neustreznih brisov na snažnost poteka po posameznih kategorijah objektov (vrtci, šole, bolnišnice, domovi ostarelih, gostinski obrati,...)(Tabela 39). Rezultati kažejo, da delež neustreznih brisov v vseh kategorijah pada, med objekti z najugodnejšimi rezultati pa so ves čas vzgojno varstvene ustanove in to predvsem vrtci (Tabela 40).

Tabela 39: Rezultati mikrobioloških preiskav vzorcev na snažnost v kuhinjskem bloku - šole v letih 2000 - 2005

	SAN. HIG. PREGLED	BRISI POVRŠIN	NESNAŽNI %
2000 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	124	1393	10,4
2000 OBČINA ŠENTJUR	7	95	12,6
2001 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	146	1641	6
2001 OBČINA ŠENTJUR	7	115	19,1
2002 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	160	1826	4
2002 OBČINA ŠENTJUR	9	119	4,2
2003 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	170	1334	4
2003 OBČINA ŠENTJUR	12	96	12,5
2004 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	167	1457	4,7
2004 OBČINA ŠENTJUR	13	119	6,7
2005 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	147	1337	2,3
2005 OBČINA ŠENTJUR	10	87	6,9

Tabela 40: **Rezultati mikrobioloških preiskav vzorcev na snažnost v kuhinjskem bloku - vrtci v letih 2000 - 2005**

	SAN. HIG. PREGLED	BRISI POVRŠIN	NESNAŽNI ŠTEV.
2000 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	77	750	6,8
2000 OBČINA ŠENTJUR	4	31	6,5
2001 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	73	748	4,8
2001 OBČINA ŠENTJUR	5	49	6,1
2002 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	68	690	3,8
2002 OBČINA ŠENTJUR	3	33	0
2003 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	63	486	5
2003 OBČINA ŠENTJUR	4	30	6,7
2004 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	64	524	2,5
2004 OBČINA ŠENTJUR	5	37	2,7
2005 CELJSKA REGIJA KOT CELOTA	62	526	2,3
2005 OBČINA ŠENTJUR	4	28	0

Na osnovi spremljanja stanja ob pregledih in na osnovi v tabelah prikazanih rezultatov mikrobioloških analiz vzorcev na snažnost ugotavljamo, da se je stanje tako v kuhinjah vrtcev in šol izboljševalo iz leta v letu in ga ocenjujemo kot dobro.

Ker spremljamo in poznamo razmere tudi v kuhinji Doma za ostarele v Šentjurju bi lahko na tej osnovi zaključili, da so higienske razmere v kuhinjah javnih objektov s posebnim pomenom na območju občine Šentjur dobre.

Premalo podatkov pa je na voljo, da bi lahko ocenili mikroklimatske in s tem bivalne pogoje v šolah in vrtcih. Prav tako manjkajo podatki za oceno izpostavljenosti otrok nekaterim fizikalnim dejavnikom, kot je na primer hrup.

RAZPRAVA

Cilj je jasen. Prispevati želimo k boljšemu zdravju vseh skupin prebivalstva. Naloga je zahtevna in jo je mogoče uresničevati le ob tesnem sodelovanju vseh, ki vplivajo na determinante zdravja in s tem na pogoje za ohranitev in izboljšanje zdravja prebivalstva. Za posameznika bo namreč več zdravja velikokrat pomenilo spremembo načina življenja, za posamezne službe in občinske strukture pa spremembo žarišča delovanja.

Determinante zdravja lahko razvrstimo v tri skupine:

1. nespremenljive (spol, starost, družinska obremenitev);
2. družbeno spremenljive (izobrazba, brezposelnost, materialna prikrajšanost, okolje,..);
3. osebno spremenljive (nepravilna prehrana, neprimerna telesna aktivnost, kajenje, prekomerno uživanje alkoholnih pijač,).

Na nespremenljive determinante zdravja ne moremo dosti vplivati. Družbeno spremenljive determinante zdravja so tiste, ki tvorijo najpomembnejši del kakovosti življenja. Te niso enako dostopne vsem ljudem določenega območja in ravno zaradi njih veliko ljudi zboleva in umira prezgodaj. Osebno spremenljive determinante zdravja se navezujejo na način življenja posameznika. V veliki meri so res odvisne od posameznika samega, a jih pomembno določajo tudi materialni pogoji, izobrazba oziroma informiranost posameznika, predvsem pa poznavanje možnosti za zdrav način življenja in vrednote ožjega življenjskega okolja, ki mu posameznik pripada.

V gradivu smo prikazali kar nekaj determinant zdravja prebivalcev UE Šentjur. Izpostavili bomo tiste, ki ločujejo prebivalstvo UE Šentjur od ostalih Slovencev in pravzaprav ponujajo razlago za stopnjo zdravja, ki ga dosega prebivalci UE Šentjur.

V starostni strukturi prebivalcev UE Šentjur beležimo upadanje najmlajših starostnih skupin in naraščanje starejših prebivalcev, predvsem žensk. Delež prebivalcev starih 65 let in več je manjši kot v Sloveniji, kar se bo v prihodnjih letih pomembno odražalo v zdravstveni, socialni in ekonomski problematiki obravnavanega območja.

Izobrazba je za posameznika pomemben vir zaposlitve, dohodka, socialne varnosti, razgledanosti in samozaupanja. Vse naštetu pa znatno prispeva k razvijanju in ohranjanju zdravja. Izobrazbena struktura prebivalcev UE Šentjur ni zadovoljiva, saj je ob popisu prebivalstva 2002 leta v UE Šentjur živelo 7,3% prebivalcev starih 15 in več let brez dokončane osnovne šole, kar 32,8 % pa je bilo takšnih, ki so imeli le osnovno šolo. Vsi ti imajo večjo možnost kot ostali, da so brezposelni oziroma socialno ogroženi. Visoka stopnja brezposelnosti je brez dvoma pogojena tudi z nizko stopnjo izobrazbe.

V UE Šentjur so torej, enako kot v razvitem svetu bolezni srca in ožilja najpomembnejša skupina vzrokov smrti. Zaradi množičnosti bolezni iz te skupine in zaradi dokazane uspešnosti preventive zlasti pri boleznih, ki jih povzroča ateroskleroza, je ta skupina bolezni v samem jedru preventivnih prizadevanj večine razvitih držav. Borba je uperjena proti kadištvu, zvišanemu krvnemu tlaku in zvečanemu holesterolu, poleg tega pa v privzgojo zdravih življenjskih navad, ki temeljijo na redni telesni aktivnosti, vzdrževanju normalne telesne teže in zmanjševanju psihičnih stresov. Umrljivost zaradi te skupine vzrokov smrti so uspeli znižati mnoge razvite države z odmevnimi intervencijskimi programi, kakršni so CINDI, Kanadska iniciativa za srce, Projekt severna Karelia,...

Naslednja skupina bolezni, ki ji moramo v UE Šentjur nameniti več pozornosti so novotvorbe. Kar 17% vseh novotvorb bi odpravili, če bi nam uspelo odpraviti kajenje, alkohol in karcinogene na delovnem mestu. Če k temu dodamo še vlogo prehrane s preveč mesa in premalo vlaknin pri raku na debelem črevesu in dojki, se ocena poveča na 23 %.

Pomembne so tudi smrti zaradi bolezni dihal. Pri nastanku te skupine bolezni so soudeleženi različni vzročni dejavniki. Najpomembnejši je cigaretni dim, saj so v njem številne škodljive snovi več milijon-krat bolj koncentrirane kot so sicer prisotne v zraku. Pomemben dejavnik, udeležen predvsem pri razvoju kroničnih

obstruktivnih boleznih je onesnažen zrak, pa poklicni dražljivci, bakterijska in virusna vnetja dihal ter številni alergeni. Kako znižati stopnjo zbolevanja in umrljivosti zaradi boleznih dihal? Doseči moramo manjšo porabo tobaka. V Sloveniji smo na dobri poti, da v družbi ustvarimo protikadilsko razpoloženje. Važno pa je tudi, da še bolj znižamo obremenjenost zraka z dražljivimi plini, parami in trdnimi delci. Na delovnih mestih z dražljivimi snovmi, pa moramo najprej posodobiti tehnologije ter skrbeti, da bodo izpostavljeni dosledno uporabljali osebna zaščitna sredstva.

Našo večjo pozornost pa morajo vzpodbuditi tudi smrti zaradi poškodb in zastrupitev. Nekateri analitiki trdijo, da bi z ustreznimi preventivnimi programi lahko preprečili vsaj polovico vseh smrti zaradi poškodb in zastrupitev (15). Koordinirani programi za varnost v prometu lahko zmanjšajo pogostost poškodb in smrti za 75%. Temeljijo pa na izdelavi varnih vozil, dosledni uporabi varnostnih pasov, varnem prevažanju otrok in omejitvah hitrosti. Nesreče na domu bi bilo mogoče zmanjšati za vsaj 50%, če bi dosledno izvajali varnostne predpise, bi lahko za 40% omejili poklicne poškodbe.

Podatki o hospitalizacijah so mnogo manj zanesljivi kot podatki o umrljivosti. Za dobro oceno zdravstvenega stanja prebivalcev nam manjkajo podatki o incidenci in o prevalenci boleznih. Podatki o hospitalizacijah omogočajo le grobo oceno. Potrebno je upoštevati, da se zaradi določenih boleznih bolniki pogosteje vračajo v bolnišnico kot zaradi drugih, zato iz stopnje hospitalizacije ni moč sklepati, koliko bolnikov se je zdravilo zaradi posamezne bolezni. V UE Šentjur so bile v letu 2005 najpogostejše hospitalizacije zaradi poškodb in zastrupitev, na drugem mestu so hospitalizacije zaradi novotvorb in na tretjem mestu po pogostosti hospitalizacije zaradi boleznih prebavil.

V Sloveniji so prvi vzrok hospitalizacij boleznih obtočil, sledijo jim novotvorbe, tem pa boleznih sečil in spolovil, pa boleznih prebavil,... Tudi v UE Šentjur so najvišje stopnje hospitalizacij bolnikov s kroničnimi boleznimi. Marsikateri teh hospitalizacij bi se dalo izogniti z izboljšanjem komunikacije med izbranimi zdravniki in bolnišničnimi specialisti, ali pa z organizirano podporo, oziroma svetovanjem svojcem kroničnih bolnikov na določenih bolnišničnih oddelkih. Poznani so številni uspešni programi promocije zdravja v bolnišnicah, eden takšnih je projekt SZO Zdrave bolnišnice, ki žal v Sloveniji še ne živi. Podrobnejšo analizo in posledično ukrepanje pa si zaslužijo tudi poškodbe in zastrupitve prebivalcev UE Šentjur.

Podatki o zbolevanju za rakom so veliko bolj zanesljivi. Kažejo incidenco zbolevanja za rakavimi boleznimi. Letna incidenca raka je bila leta 2004 v UE Šentjur nižja kot v ostali Sloveniji, kar velja za oba spola. Najpogostejši rak prebivalcev moškega spola v UE Šentjur je rak pljuč, na drugem mestu je rak prostate, sledi pa rak debelega črevesa, rak želodca in rak kože. Trije najpogostejši raki pri prebivalcih UE Šentjur so: rak dojke, telesa maternice in rak želodca. Trije najpogostejši tumorji med vsemi prebivalci UE Šentjur so torej: rak kože, rak pljuč in rak dojke. Najbolj učinkovito orožje za zniževanje pljučnega raka je omejevanje kajenja, saj je kajenje krivo za 90 % vseh primerov pljučnega raka. Pri raku na dojki pa daje najboljše rezultate zgodnje odkrivanje in takojšnje zdravljenje. Priporočila prebivalcem UE Šentjur glede možnosti manjšega zbolevanja za rakom so enaka kot za vse Evropejce. Tudi zanje velja deset zapovedi evropskega kodeksa proti raku.

Bolniški stalež je pomemben kazalec zdravja delovno aktivnih prebivalcev. UE Šentjur ima nižji bolniški stalež kot regija Celje. Med zaposlenimi v UE Šentjur so poškodbe in zastrupitve izven dela in na delu najpogostejši vzrok odsotnosti od dela, sledijo jim boleznih kosti, mišic in vezivnega tkiva ter boleznih dihal in boleznih prebavil; podobno kot v regiji Celje.

Preskrbljenost z zdravstveno službo je pomemben dejavnik zdravja ljudi. V UE Šentjur je preskrbljenost prebivalstva z zdravniškimi ekipami v vseh zdravstvenih službah v osnovnem zdravstvu pod minimalnim standardom in gotovo je zdavnaj nastopil trenutek za ukrepanje, glede na predlagane kadrovske standarde, ki naj bi bili enotni za vso državo.

Ali lahko ljudje, ki živijo na pragu revščine ali celo pod njim, živijo zdravo? Zdrav način življenja res ni zastoj, velja pa tudi, da ni nujno drag. Vseeno so številne študije v svetu potrdile zvezo med materialno ogroženostjo in slabim zdravjem. Dohodek je pomemben dejavnik varovanja zdravja. Vpliva na skoraj vse vidike človekovega življenja: na način življenja, na izobraževanje, na prehranjevanje in oblačenje, na uporabo prostega časa, na obiskovanje zdravstvene službe, v zadnjih letih tudi pri nas na možnosti in načine zdravljenja kadar posameznik zboli. Materialna ogroženost pa povzroča tudi osebne stiske in socialno

izključenost. Delež materialno ogroženih ljudi v UE Šentjur nam sicer ni znan, a predpostavljamo, da je materialno ogroženih verjetno tudi velika večina brezposelnih. Redno delo pa ne pomeni le vir dohodka ampak omogoča tudi vključevanje v številna družbena okolja. Izguba službe tako pogosto pomeni tudi izgubo socialnega statusa in številnih socialnih vlog v družini in širšem socialnem okolju. S povečevanjem brezposelnosti se povečujejo duševne bolezni, z nekajletnim zamikom narašča število samomorov ter bolezni srca in ožilja. Najbolj je ogroženo zdravje dolgotrajno brezposelnih in tistih brez oziroma z nižjo izobrazbo.

Pravijo, da je edina pot za doseganje dobrega zdravja prebivalstva, učinkovito reševanje materialne ogroženosti. Zanj pa vemo, da je tesno povezana z ekonomsko in socialno politiko. Brez politične volje, in to na državnem nivoju, materialne ogroženosti prebivalcev UE Šentjur ne rešimo, lahko pa jo ublažimo. Z nadaljnjim razvijanjem primernih oblik medsebojne pomoči, ter z lažjo dostopnostjo služb, ki so v občinah že razvite za delo z ogroženimi ljudmi. Brezposelne bi morali naučiti izražati njihove potrebe in hotenja ter jih vzpodbuditi, da bi se več družili in si medsebojno pomagali.

Ker so osnovni pogoji za zdravje mir, urejeno bivališče, izobrazba, hrana, dohodek, stabilni ekosistem, socialna pravičnost in možnost zaposlitve, odgovornost za zdravje prebivalstva še zdaleč ni zgolj stvar zdravstva, marveč je porazdeljena med vse sektorje družbe in posameznika, ki bi naj aktivno skrbel za svoje zdravje in znal poiskati pomoč pri zdravniku v primeru bolezni. Se ljudje zatekajo k zdravniku res samo v primeru bolezni? V Sloveniji je bilo malo raziskav, ki bi nudile odgovor na to vprašanje. Domače in številne tuje raziskave pa so potrdile da so ljudje, ki pogosto obiskujejo zdravnika največkrat kronični bolniki (17). Med njimi imajo številni psihiatrične diagnoze (18), te pa so lahko tudi oznaka za slab odnos med bolnikom in zdravnikom.

ZAKLJUČEK

Poznavajoč izsledke rutinsko zbiranih zdravstvenih in drugih statističnih podatkov o UE Šentjur lahko sklenemo, da moramo v UE Šentjur nameniti več oziroma drugačno skrb zdravju posebej ogroženih skupin prebivalstva (brezposelni, starostniki, materialno ogroženi,...).

Izboljševanje zdravja posameznika je bolj kot z individualno odgovornostjo, povezano s splošnimi družbenimi pogoji bivanja v določenem okolju. Na številne od teh v UE Šentjur ne moremo bistveno vplivati, saj so v veliki meri povezani s politično voljo države. Če pa se spomnimo, da oblikujejo zdravje odnosi med okoljem in ljudmi v vsakodnevem življenju, doma, v šoli, v službi, v lokalni skupnosti potem vemo, da v UE Šentjur nismo nemočni.

Zakaj številni zdravstveni vzgojni programi, ki tečejo v Sloveniji in torej tudi v celjski regiji že desetletja, ne dajejo uspehov kot bi jih smeli pričakovati glede na vloženo energijo, denar in permanentnost izvajanja? Poglavitni razlog je verjetno ta, da je še vedno veliko aktivnosti s katerimi želimo promovirati zdravje individualno naravnanih. Obnašanja in navad ljudi pa ne spremenimo, dokler ne spremenimo okolja. Uspešna promocija zdravja se namreč dogaja v podsistemih družbe in to najprej z organizacijskimi spremembami, ki jim sledijo spremembe obnašanja posameznika, skupine, skupnosti.

Tudi to gradivo je lahko priložnost za medsektorsko komunikacijo in interdisciplinarno sodelovanje. Verjamo, da so odgovorni za delo posameznih služb v UE Šentjur zmožni pozitivne komunikacije in dialoga. In če je to res, potem prebivalce UE Šentjur loči le korak do celovitega plana za promocijo zdravja v njihovih lokalnih sredinah.

Sedaj, ko smo na začetku 21. stoletja moramo tudi državljani Slovenije sprejeti svoj del odgovornosti za izboljšanje zdravja 870 milijonov prebivalcev Evrope. Evropska zdravstvena politika Zdravje 21 ponuja okvir za sprejem tega izziva. Zdravje 21 ni vizija izven našega dosega: »lahko bi naredili«. Da takšen pristop k zdravju deluje, nas morajo prepričati izkušnje mnogih evropskih držav, ki so kljub različnim političnim, ekonomskim, družbenim in kulturnim značilnostim, v zadnjih petnajstih letih *lahko* razvile in udeležile politiko Zdravje za vse z uporabo strategij, ki jih ponuja. Zdravje so postavile v središče vseh dogajanj in ko so storile tako, so bile na pravi poti spreminjanja na bolje. Tudi v Sloveniji zmoremo evropsko zdravstveno politiko uporabiti kot vodnik – ne kot prisilni jopič – za posodobljenje slovenske zdravstvene politike in ciljev zapisanih v njej. Izkušnje, znanja in mnoga orodja za vplivanje na determinante zdravja so med nami. Potrebujemo le odgovorno vodenje in politično voljo za sprejem in uporabo le teh v vsakodnevem življenju.