



**ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO CELJE**

IPAVČEVA 18, 3000 CELJE, telefon: +386 63 4251200 , <http://www.zzv-ce.si>

---

PRIKAZ ZDRAVSTVENEGA STANJA PREBIVALCEV  
IN NEKATERIH PROGRAMOV IN PROJEKTOV  
PROMOCIJE ZDRAVJA  
V REGIJI CELJE IN UPRAVNI ENOTI CELJE

Celje, oktober 2008

Naslov naloge: Prikaz zdravstvenega stanja prebivalcev  
v regiji Celje in upravni enoti Celje  
in nekaterih programov in projektov promocije  
zdravja v regiji Celje

Naročnik: Mestna občina Celje

Datum izdelave poročila: September 2008

Številka poročila: 121 – 50 -210-25/08 NKJ

Nosilec naloge: Nuša Konec Juričič, dr. med.

Sodelavci: prim. dr. Ivan Eržen, dr. med.  
Tatjana Škornik Tovornik, dipl. san. inž.  
Simona Pučnik, dipl. san. inž.

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

Prim.doc.dr. Ivan Eržen dr.med.  
Direktor

# KAZALO

<b>PREDGOVOR</b> .....	<b>4</b>
<b>UVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>MATERIAL IN METODE</b> .....	<b>7</b>
<b>ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALCEV NA OSNOVI RUTINSKIH ZDRAVSTVENO STATISTIČNIH PODATKOV</b> .....	<b>8</b>
<b>Prebivalstvo</b> .....	<b>9</b>
<b>Izobrazbena struktura</b> .....	<b>10</b>
<b>Brezposelnost</b> .....	<b>11</b>
<b>Zdravstveno stanje prebivalcev v UE Celje</b> .....	<b>12</b>
Umrljivost .....	12
Umrljivost dojenčkov .....	17
Bolnišnično zdravljenje .....	18
Zbolevanje za rakom .....	19
Zdravstveno upravičena zadržanost od dela .....	21
Izven bolnišnično zdravstveno varstvo .....	24
Zdravstveno varstvo predšolskih otrok .....	24
Zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine .....	24
Zdravstveno varstvo odraslih .....	25
Zdravstveno varstvo žena .....	26
Bolezni in stanja, ugotovljena v primarnem zdravstvenem varstvu .....	27
Preventivno zobozdravstveno varstvo otrok in mladine .....	29
Zaposleni v zdravstvu po upravnih enotah v regiji Celje .....	31
<b>ZDRAVSTVENO STANJE NA OSNOVI PODATKOV IZ RAZISKAV</b> .....	<b>34</b>
Raziskava VEDENJSKI SLOG ODRASLIH PREBIVALCEV SLOVENIJE, 2001 .....	35
Raziskava SAMOMOR V REGIJI CELJE IN NJENIH UPRAVNIH ENOTAH OD 1985 - 1999 .....	38
Raziskava ESPAD 2007 – o alkoholu in preostalih drogah med srednješolsko mladino v regiji Celje ...	40
<b>NEKATERI PROGRAMI IN PROJEKTI PROMOCIJE ZDRAVJA V REGIJI CELJE</b> .....	<b>42</b>
Živimo zdravo - program promocija zdravja v lokalnem okolju .....	43
Krepitev duševnega zdravja in zmanjševanje problematike samomora v regiji Celje .....	44
TO SEM JAZ – program promocije zdravja med mladimi .....	45
LAS – Lokalna akcijska skupina za preprečevanje zasvojenosti Celje .....	46
<b>RAZPRAVA</b> .....	<b>47</b>
<b>ZAKLJUČKI</b> .....	<b>50</b>

## **PREDGOVOR**

V pričujočem gradivu smo prikazali nekaj izbranih zdravstveno statističnih podatkov in kazalcev zdravstvenega stanja prebivalcev regije Celje, upravne enote Celje in Slovenije v obdobju od leta 1997 do 2006.

Ob upoštevanju definicije zdravja, ki zdravja ne pojmuje le kot odsotnost bolezni, temveč kot stanje čim večjega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja posameznika in skupnosti, se nismo omejili le na ozke zdravstvene podatke. Prikazujemo tudi demografske podatke in statistične podatke o izobrazbi, zaposlenosti ter dohodku prebivalstva – dejavnike, ki odločujoče vplivajo na zdravje nekega naroda in skupnosti. Kot drugod v državi se tudi v Celju pri preučevanju zdravstvenega stanja prebivalcev opiramo predvsem na rutinsko zbrane zdravstvene statistične podatke. Rutinski zdravstveno statistični podatki nam ne povedo dovolj o zdravstvenem stanju prebivalcev, zelo malo nam povedo o njihovem življenjskem slogu in tudi o nekaterih specifičnih problemih določenih skupin prebivalstva. Za pridobitev teh podatkov so potrebne dodatne raziskave. V prikaz smo vključili podatke iz nekaterih raziskav zdravja in specifičnih problemov v regiji, ki smo jih opravili na zavodu. Na kratko predstavljamo tudi nekatere ključne programe in projekte promocije zdravja, ki potekajo v regiji in lokalnih skupnostih in temeljijo na potrebah regije.

Prikazani podatki naj spodbudijo k razmišljanju in konstruktivni kritiki. Predvsem pa k še tesnejšemu sodelovanju vseh tistih, ki lahko pomembno doprinesemo k udejanjanju skupnega cilja za več zdravja posameznika in skupnosti.

## 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 razmišljanju in ravnanju.

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.

Zdravje ni nikomur podarjeno. 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. Način življenja ni odvisen le od znanja, prosvetljenosti in stališč posameznika. V njem se zrcalijo socialne, kulturne, bivanjske, gmotne in druge objektivne razmere, v katerih človek živi. Pri tem je potrebno poudariti 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.

### Zdravje za vse

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) je slogan »**Zdravje za vse**« prvič uporabila leta 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 krepitve zdravja. Izpostavlja tudi odločilno vlogo osnovnega zdravstvenega varstva in poudarja nujnost razvijanja le tega. Vse države poziva k oblikovanju nacionalnih zdravstvenih politik in strategij za doseganje boljšega zdravja. Deklaracija sprejeta v Alma Ati je vzpodbudila mnoge posameznike in skupine po svetu 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. Leta 1991 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.

**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. Politika Zdravje 21 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 delovanja. 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, temveč 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 pri načrtovanju zdravstvenega varstva danes že uporabljajo rezultate raziskav subjektivno občutenega zdravja.

V Sloveniji je bilo narejenih zelo malo raziskav o osebem dožemanju zdravja, rezultati le teh pa doslej niso imeli večjega odmeva na pripravo programov za izboljšanje in krepitev zdravja. 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.

## MATERIAL IN METODE

Vir podatkov o številu prebivalcev so Statistične informacije, Prebivalstvo, stanje 30.6.2006, 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.

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.

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. 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.

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 zunajbolnišnični 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.

Pri prikazu zaposlenih v zdravstvu smo uporabili podatke zbrane na obr. IVZ- SL2 in vnesene v bazo podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti na IC ZZS Ljubljana.

Prikazani podatki se nanašajo na regijo Celje, ki jo skupaj tvori 10 upravnih enot (UE), ki jih strokovno pokriva Zavod za zdravstveno varstvo Celje ter za upravno enoto Celje. Zaradi kratkega časovnega roka za pripravo prikaza nismo uspeli pridobiti nekaterih podatkov za UE Celje (hospitalizacije, novi primeri raka), ki jih hranijo druge ustanove (Inštitut za varovanje zdravja in Register raka).

**ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALCEV NA OSNOVI  
RUTINSKIH ZDRAVSTVENO STATISTIČNIH PODATKOV**

## Prebivalstvo

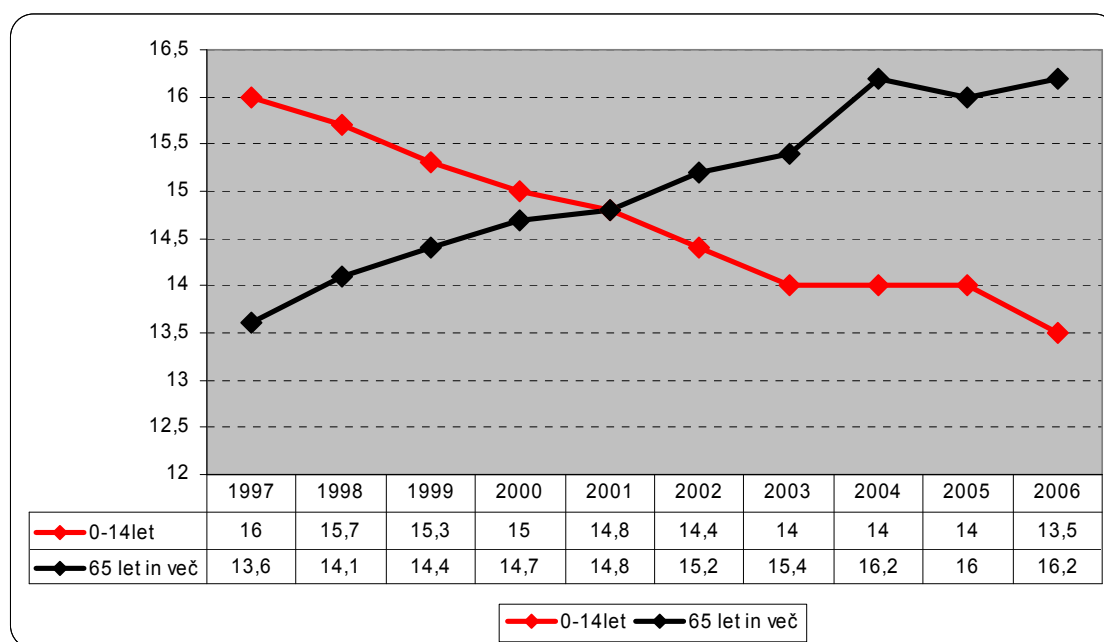
Poznavanje osnovnih značilnosti prebivalstva je predpogoj za razumevanje zdravstvenih razmer in za načrtovanje potrebnih dejavnosti. Še posebno pomembni za zdravje so podatki o naravnem prirastu, o starostni in spolni strukturi, o izobrazbi prebivalstva, o deležu aktivnega prebivalstva in o povprečnem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

V UE Celje je na dan 31.6.2006 živel 63300 prebivalcev, od tega 48,8 % moških in 51,2 % žensk.

Tabela 1 : Število prebivalcev in delež prebivalcev po starostnih skupinah, UE Celje, regija Celje in Slovenija, 2006

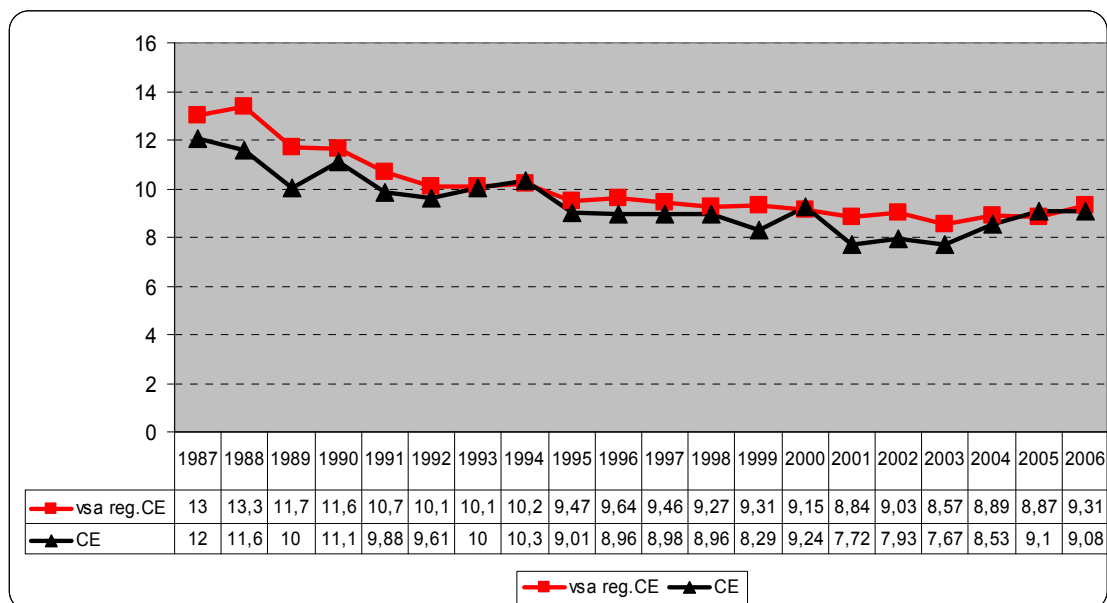
	vsi	moški	ženske	0-6 let	7-19 let	20 – 64 let	65 let in več
UE Celje	63300	30902	32398	6,0	13,2	64,6	16,2
Regija Celje	300582	148464	152118	6,4	14,2	64,6	14,9
Slovenija	2008516	985876	1022640	6,3	13,8	64,2	15,7

Slika 1: Gibanje deleža mladih v starosti 0-14 let in starejših od 65 v UE Celje v obdobju od 1997 do 2006



Po starostni strukturi prebivalstva se Celje uvršča med predele s staro populacijo, saj je bilo v letu 2006 več kot 16,23% prebivalcev starih nad 65 let, kar je za 1,3% več v primerjavi z celjsko regijo. Ti podatki, pa tudi podatki o deležu prebivalcev mlajših od 15 let, kažejo, da se populacija tako v UE Celje kot regiji Celje še naprej stara.

Slika 2: Nataliteta v UE Celje v obdobju od 1987 do 2006



Nataliteta (število živorojenih na 1000 prebivalcev) je v UE Celje v prikazanem obdobju intenzivno upadala od 12/1000 prebivalcev v letu 1987 do 7,7 v letu 2003, po letu 2004 pa opazujemo rahel porast le te. V letu 2006 je bilo v Celju zabeleženih 575 rojstev ter 605 smrti, naravni prirast je bil še vedno negativen in je znašal -0,5.

### Izobrazbena struktura

Tabela 2 : Odstotek prebivalcev starih 15 let in več po izobrazbi, UE Celje, regija Celje in Slovenija, popis prebivalstva 2002

	Brez	Nepopolna os. šola	Osnovna šola	Srednja	Višja	Visoka	Neznano
UE Celje	0,6	5,1	23,3	56,9	5,9	7,3	0,9
Regija Celje	0,8	6,6	28,3	54,4	4,5	5,0	0,4
Slovenija	0,7	6,3	26,1	54,1	5,1	6,9	0,8

Ob popisu prebivalstva leta 2002 je bilo brez dokončane osnovne šole 6,7% prebivalcev UE Celje, kar je manj kot v regiji Celje in Sloveniji. Nižji kot v regiji in Sloveniji je tudi delež prebivalcev v UE Celje, ki imajo zaključeno osnovno šolo. Delež oseb z zaključeno srednjo, višjo ter visoko šolo pa je v UE Celje višji kot v regiji in Sloveniji.

## Brezposelnost

Tabela 3:

**Delovno aktivni prebivalci, UE Celje, regija Celje ter Slovenija v letih od 2000-2006**

LETO	UE Celje		Regija Celje		Slovenija	
	Število	%	Število	%	Število	%
2000	32038	86,8	115087	86,6	768480	87,8
2001	31474	86,7	114849	85,9	782062	88,5
2002	31833	88,1	113768	86,3	781932	88,4
2003	31878	88,2	111049	86,0	777247	88,8
2004	33990	89,7	111594	86,7	782206	89,4
2005	34021	89,5	117077	87,3	813100	89,8
2006	33751	91,6	118340	89,1	824839	90,6

Tabela 4:

**Registrirana brezposelnost na območju UE Celje, regije Celje ter Slovenije v letih od 2000-2006**

LETO	UE Celje		Regija Celje		Slovenija	
	Število	%	Število	%	Število	%
2000	4875	13,2	17882	13,4	106601	12,2
2001	4836	13,3	18907	14,1	101857	11,5
2002	4301	11,9	18130	13,7	102635	11,6
2003	4258	11,8	18091	14,0	97674	11,2
2004	3891	10,3	17070	13,3	92826	10,6
2005	3985	10,5	17053	12,7	91889	10,2
2006	3103	8,4	14406	10,9	85836	9,4

V decembru 2006 je bilo v UE Celje 33751 delovno aktivnih prebivalcev in 3103 registriranih brezposelnih oseb. V regiji Celje je bilo 118340 delovno aktivnih prebivalcev in 14406 registrirano brezposelnih. Stopnja registrirane brezposelnosti je v decembru 2006 v UE Celje znašala 8,4%, v regiji Celje 10,9%, v Sloveniji pa 9,4%. Stopnja brezposelnosti je bila v prikazanem obdobju v UE Celje nižja kot v regiji in se je tudi intenzivneje zmanjševala kot v regiji.

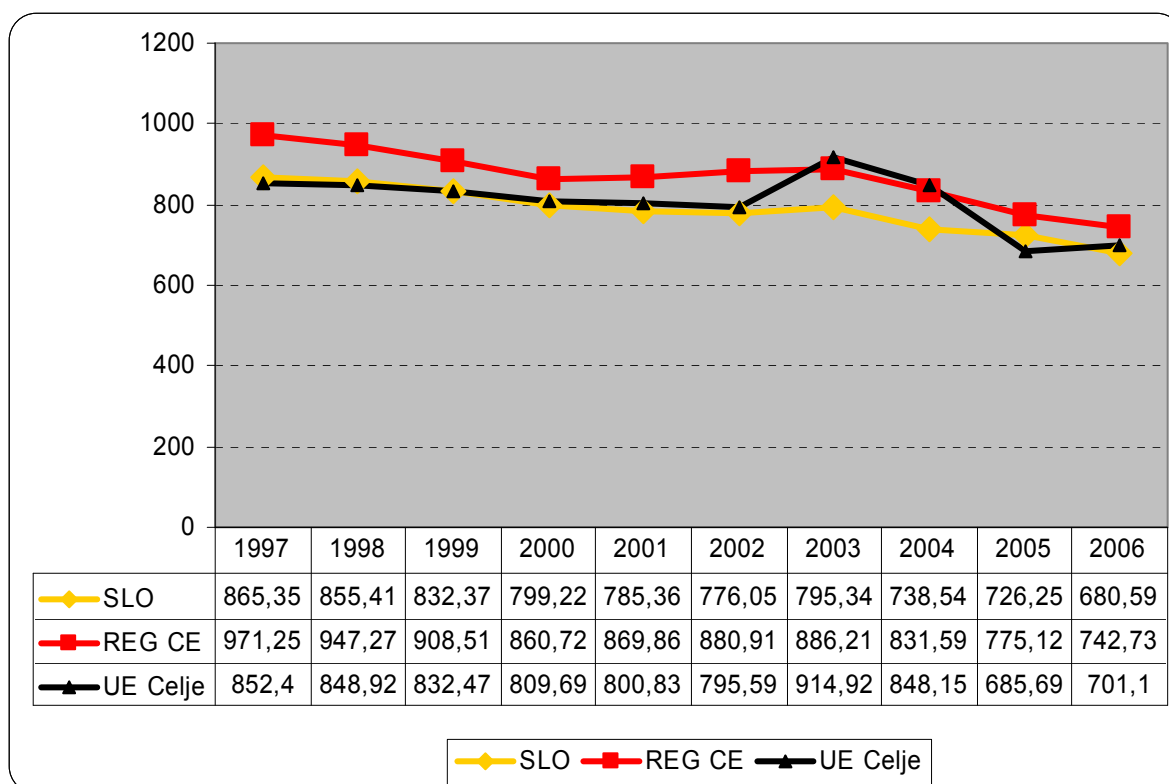
## Zdravstveno stanje prebivalcev v UE Celje

### Umrljivost

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.

Pričakovano trajanje življenja se v obravnavanem obdobju v Sloveniji ni podaljšalo le novorojencem, ampak osebam vseh starosti. Umrljivost se v Sloveniji 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 1: Starostno standardizirana umrljivost v UE Celje, regiji Celje, Sloveniji, 1997 – 2006 (na 100.000 prebivalcev)**



Stopnja starostno standardizirane umrljivosti je bila v UE Celje v prikazanem obdobju v vseh letih, razen v 2003 in 2004, nižja od regijske. Bila je primerljiva s Slovensko, razen v letih 2003 in 2004, ko je bila višja.

**Tabela 5: Potencialno izgubljena leta življenja pred 65 letom starosti/100.000 prebivalcev, Slovenija, regija Celje, UE celje 1997 – 2006**

	Slovenija	Regija Celje	UE Celje
1997	4671	5653	5063
1998	4543	5067	4221
1999	4325	4614	3416
2000	4192	4192	3951
2001	4209	4771	4745
2002	4015	4528	3783
2003	4059	4589	5252
2004	3902	4373	4427
2005	3687	3760	3590
2006	3590	3512	2951

Število potencialno izgubljenih let življenja pred 65 letom starosti (0 – 64 let) je bilo v UE Celje razen v letih 2003 in 2004 nižje kot v regiji Celje. Moški zaradi prezgodnjih smrti izgubijo potencialno 2,2 krat več let življenja, kot ženske.

**Tabela 6: Povprečna starost umrlih, Slovenija, regija Celje, UE Celje 1997 – 2006**

	Slovenija	Regija Celje	UE Celje
1997	71,3	70,2	70,4
1998	71,4	70,5	71,3
1999	71,54	70,9	72,9
2000	71,77	71,4	72
2001	71,73	70,7	70,8
2002	72,3	71,5	72,2
2003	72,5	71,3	71,6
2004	72,5	71,8	73,4
2005	73,3	72,8	73,5
2006	73,2	73	73,7

Povprečna starost umrlih je posredni kazalnik tveganja za smrt na določenem območju. Iz podatkov lahko sklenemo, da je tveganje za prezgodnjo umrljivost na območju UE Celje nekoliko nižje kot v regiji in primerljivo s Slovenijo. Povprečna starost ob smrti je bila v UE Celje v vseh letih višja kot v regiji in primerljiva s slovensko.

Tabela 7: Povprečna starost umrlih po spolu, Slovenija, regija Celje, UE Celje 1997 – 2006

	Moški			Ženske		
	Slovenija	Regija Celje	UE Celje	Slovenija	Regija Celje	UE Celje
1997	66,6	65,7	65,7	76,3	74,8	75,2
1998	66,8	65,7	67,1	76,1	75,4	75,5
1999	67,3	67,4	69,9	76	74,68	75,8
2000	67,5	67,2	68,3	76,3	75,8	75,6
2001	67,3	66,3	66,6	76,6	75,52	75
2002	67,9	67,2	68,1	77	76,3	76,3
2003	68,2	67,1	68	77,2	76,1	75,4
2004	68,3	67,8	69,4	76,9	76,1	76,9
2005	68,9	68,2	68,3	77,8	77,4	78,2
2006	68,5	68	69,5	78,1	78	77,6

Povprečna starost umrlih moških je v povprečju za sedem do deset let nižja kot pri ženskah. Pri moških v UE Celje je v letu 2006 znašala 69,5 let in je bila za leto in pol višja kot v regiji ter za eno leto višja kot v Sloveniji. Pri ženskah v UE Celje je v letu 2006 znašala 77,6 let in je bila nekoliko nižja kot v regiji ter v Sloveniji.

Tabela 8. Število umrlih in delež umrlih (v %) po poglavjih MKB 10 in po spolu za UE Celje v letu 2006

Poglavja bolezni po MKB 10	VSI		Moški		Ženske	
	Št. umrlih	%	Št. umrlih	%	Št. umrlih	%
Infekcijske bolezni	4	0,66	1	0,34	3	1,0
Neoplazme	200	33,06	106	36,43	94	29,9
Bolezni krvi	3	0,50		0,00	3	1,0
Endokrine bolezni	14	2,31	5	1,72	9	2,9
Duševne motnje	4	0,66	1	0,34	3	1,0
Bolezni živčevja	9	1,49	3	1,03	6	1,9
Bolezni očesa, adneksov	0	0,00	0	0,00	0	0,0
Bolezni ušesa, mastoida	0	0,00	0	0,00	0	0,0
Bolezni obtočil	196	32,40	86	29,55	110	35,0
Bolezni dihal	55	9,09	27	9,28	28	8,9
Bolezni prebavil	39	6,45	17	5,84	22	7,0
Bolezni kože, podkožja	0	0,00	0	0,00	0	0,0
Bolezni mišic, kosti	2	0,33	0	0,00	2	0,6
Bolezni sečil, spolovil	18	2,98	8	2,75	10	3,2
Nosečnost, porod	1	0,17	0	0,00	1	0,3
St. v perinat. obdobju	0	0,00	0	0,00	0	0,0
Prirojene anomalije	0	0,00	0	0,00		0,0
Simptomi, znaki	11	1,82	5	1,72	6	1,9
Poškodbe, zastrupitve	49	8,10	32	11,00	17	5,4
<b>SKUPAJ</b>	<b>605</b>	<b>100</b>	<b>291</b>	<b>100</b>	<b>314</b>	<b>100</b>

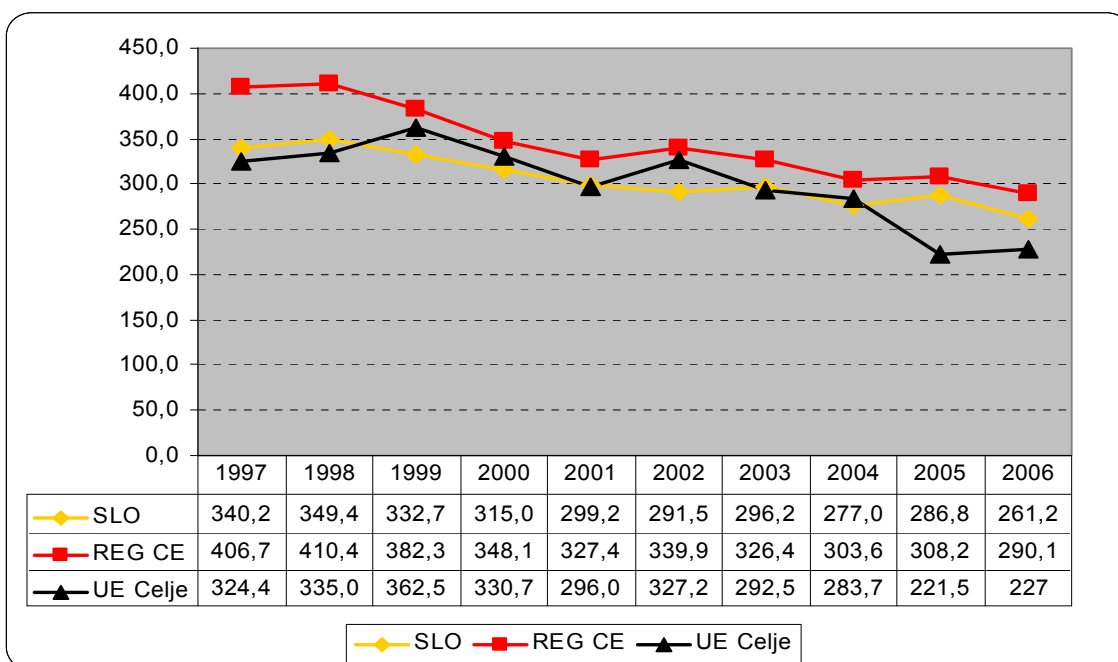
V letu 2006 je največ ljudi v UE Celje umrlo zaradi raka (33%), medtem ko v regiji Celje in Sloveniji zaradi boleznih obtočil. Delež smrti zaradi raka je bil zlasti visok pri moških, medtem ko so bile pri ženskah na prvem mestu smrti zaradi boleznih obtočil. Na drugem mestu so bile pri moških v UE Celje smrti zaradi boleznih obtočil, pri ženskah zaradi raka, na tretjem mestu pri moških smrti zaradi poškodb, pri ženskah pa smrti zaradi dihal.

Tabela 9: **Starostno standardizirana umrljivost po vzrokih smrti (na 100.000 prebivalcev) v UE Celje, regiji Celje in Sloveniji v letu 2006**

Poglavja bolezni po MKB 10	Vsi			Moški			Ženske		
	SLO	Reg Celje	UE Celje	SLO	Reg Celje	UE Celje	SLO	Reg Celje	UE Celje
Infekcijske b.	5,4	5,6	4,6	5,92	7,19	2,63	4,87	3,89	5,22
Neoplazme	200,4	207,4	229,3	280,4	302,9	318,5	147,5	147,2	177,9
B. krvi	0,7	0,9	3,8	0,92	0,00	0,00	0,59	1,11	5,06
Endokrine b.	14,4	10,2	15,1	17,38	11,06	13,65	12,01	8,44	13,24
Duševne motnje	5,4	4,7	3,1	7,92	7,69	2,51	3,26	2,49	3,67
B. živčevja	8,8	9,3	11,9	10,84	13,32	8,51	6,97	6,16	11,10
B.očesa, adneksov	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
B.ušesa, mastoida	0,0	0,2	0,0	0,00	0,00	0,00	0,03	0,23	0,00
B. obtočil	261,2	290,1	227,0	321,9	340,8	286,0	212,4	247,0	180,1
B. dihal	43,5	54,4	62,7	70,69	89,06	95,52	29,74	35,29	45,70
B. prebavil	40,7	51,4	44,9	58,10	63,90	47,25	25,82	39,74	41,24
B. kože, podkožja	0,1	0,7	0,0	0,08	0,60	0,00	0,15	0,64	0,00
B. mišic, kosti..	1,6	1,0	2,5	0,84	0,00	0,00	2,10	1,77	4,48
B. sečil, spolovil	11,0	14,9	18,9	14,21	22,12	24,32	9,52	11,67	14,99
Nosečnost, porod	0,1	0,3	1,6	0,00	0,00	0,00	0,29	0,66	3,18
St. v perinat. obd.	3,7	2,4	0,0	3,98	4,57	0,00	3,48	0,00	0,00
Prirojene anomal.	2,4	0,8	0,0	2,52	1,23	0,00	2,32	0,32	0,00
Simptomi, znaki..	14,7	14,5	14,3	20,05	20,29	14,34	9,72	7,79	11,19
Poškodbe, zastr.	66,4	74,0	61,4	105,2	107,9	96,19	31,37	40,50	31,00
<b>SKUPAJ</b>	<b>680,6</b>	<b>742,7</b>	<b>701,1</b>	<b>921,1</b>	<b>992,6</b>	<b>909,5</b>	<b>502,2</b>	<b>555</b>	<b>548,2</b>

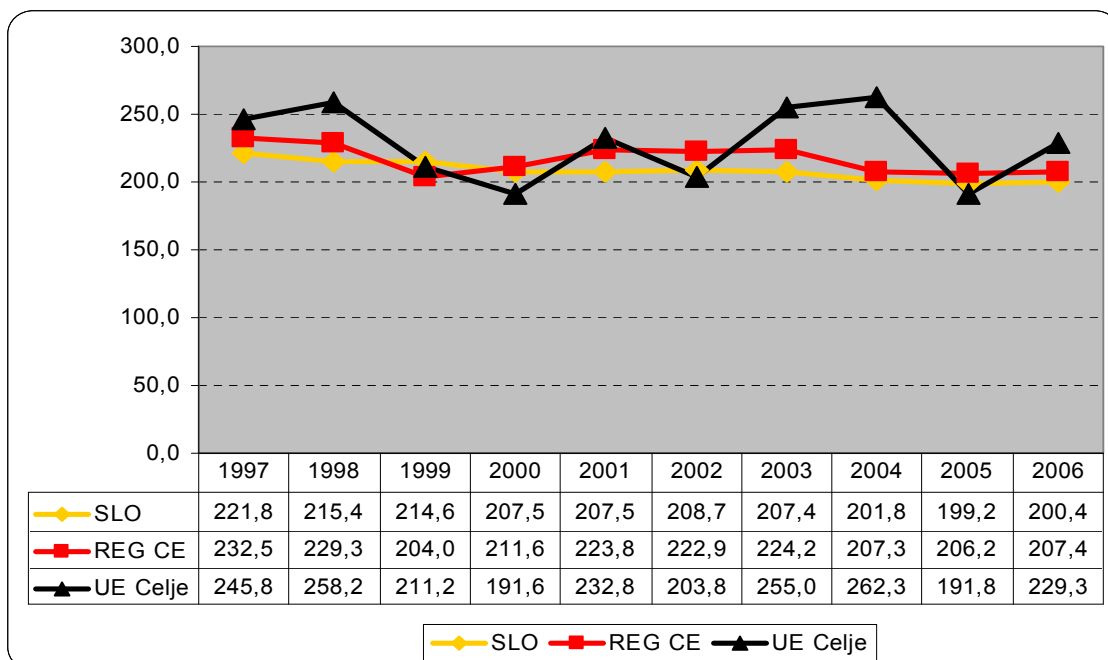
Starostno standardizirana umrljivost (SDR) zaradi boleznih obtočil in poškodb ter zastrupitev je bila v letu 2006 v UE Celje za moške in ženske nižja kot v regiji Celje in v Sloveniji. Umrljivost zaradi raka in zaradi boleznih dihal je bila v UE Celje tako pri moških kot ženskah višja kot v regiji in Sloveniji. Umrljivost zaradi boleznih prebavil pa je bila v UE Celje v primerjavi z regijo in Slovenijo višja pri ženskah.

Slika 2: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja, UE Celje, regija Celje, Slovenija, 1997 - 2006



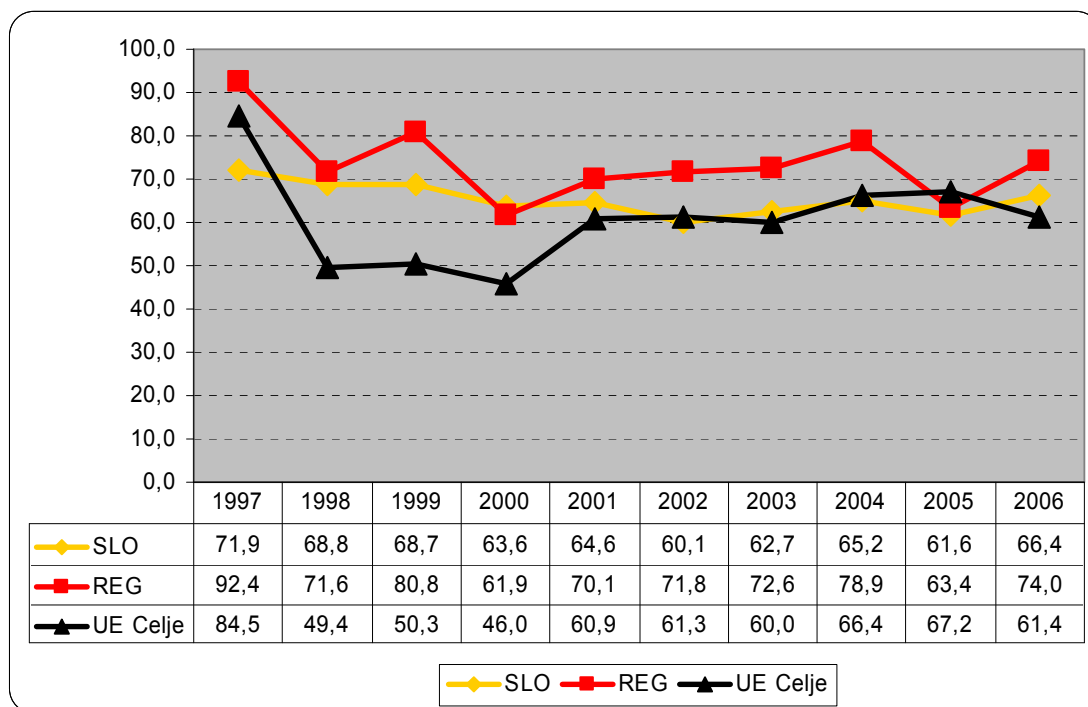
V obdobju od leta 1997 do 2006 v Sloveniji, regiji in UE Celje beležimo značilen upad umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja.

Slika 3: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka, UE Celje, regija Celje, Slovenija, 1997 - 2006



Umrljivost zaradi raka v prikazanem obdobju kaže nihanja brez značilnega trenda naraščanja ali upadanja. V UE Celje je bila v večini prikazanih let višja od regijske in slovenske.

Slika 4: Starostno standardizirana umrljivost zaradi poškodb in zastrupitev, UE Celje, regija Celje, Slovenija, 1997 -2006



Tudi umrljivost zaradi poškodb in zastrupitev v prikazanem obdobju kaže nihanja brez značilnega trenda naraščanja ali upadanja. V UE Celje je bila v večini prikazanih let nižja od regijske in slovenske.

### Umrlijivost dojenčkov

Nizka stopnja umrljivosti dojenčkov nakazuje dobro skrb za žene v obdobju nosečnosti, kot tudi dobro organizirano dejavnost porodništva in zdravstveno dejavnost ob in po porodu. Na žalost pa se tudi smrtim novorojenčkov in dojenčkov ni mogoče povsem izogniti, saj so nekatere posledica prirojenih okvar, ki so nezdružljive z življenjem.

Tabela 10: Umrlijivost dojenčkov, UE Celje, regija Celje, Slovenija, 1997 – 2006

	Slovenija		Regija Celje		UE celje	
	Št. umrlih	Umrlijivost/1000	Št. umrlih	Umrlijivost/1000	Št. umrlih	Umrlijivost/1000
1997	94	5,2	22	7,76	5	8,7
1998	93	5,23	19	6,84	4	7,04
1999	79	4,54	15	5,39	1	1,9
2000	89	4,9	11	4,0	3	5,1
2001	74	4,23	14	5,37	5	10,2
2002	76	3,86	8	2,960	0	0
2003	69	4,0	12	4,7	4	8,2
2004	66	3,8	13	5,1	3	5,63
2005	75	4,15	7	2,64	1	1,74
2006	64	3,37	6	2,14	0	0

V obdobju 1997 do 2006 je v regiji Celje umrlo skupno 127 dojenčkov. V istem obdobju je v UE Celje umrlo 26 dojenčkov. Največ dojenčkov je umrlo v letih 1997, 1998, 2001 in 2003.

## Bolnišnično zdravljenje

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

Tabela 11: Število epizod, združenih po diagnozah, po poglavjih MKB-10 ter stopnja hospitalizacije (na 1000 prebivalcev), regija Celje, Slovenija 2005

Poglavja bolezni po MKB 10	Regija Celje		Slovenija	
	Število hospit.	Stopnja hospit.	Število hospit.	Stopnja hospit.
Nekatere inf. in paraz. bolezni	1878	6,3	8147	4,1
Neoplazme	5361	17,9	36531	18,3
Bolezni krvi in krvotv. organov	350	1,2	2343	1,2
Endokrine, prehr. in presn. bolezni	1304	4,4	9436	4,7
Duševne in vedenjske motnje	1450	4,8	10961	5,5
Bolezni živčevja	1535	5,1	7246	3,6
Bolezni očesa in adneksov	1650	5,5	10469	5,2
Bolezni ušesa in mastoida	291	1,0	1675	0,8
Bolezni obtočil	7007	23,4	38635	19,3
Bolezni dihal	4742	15,8	25711	12,8
Bolezni prebavil	4591	15,3	28536	14,3
Bolezni kože in podkožja	864	2,9	5135	2,6
Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	2767	9,2	17980	9,0
Bolezni sečil in spolovil	4300	14,4	22373	11,2
Nosečnost, porod in popor. obdobje	4381	14,6	26803	13,4
Stanja, ki izv. v obporod. obdobju	270	0,9	2118	1,1
Priroj. malfor., in kromos. nenorm.	491	1,6	3326	1,7
Simpt., znaki ter nenorm. lab.izvidi	2279	7,6	14094	7,0
Poškodbe in zastrupitve skupaj	4801	16,0	30564	15,3
Dej., ki vplivajo na stik z zdr. službo	1744	5,8	13991	7,0
<b>Skupaj</b>	<b>52056</b>	<b>173,9</b>	<b>316074</b>	<b>157,9</b>

V Sloveniji in v regiji Celje so bile v letu 2005 kot vzrok hospitalizacije na prvem mestu bolezni obtočil, sledile so hospitalizacije zaradi raka, na tretjem mestu so bile poškodbe in zastrupitve, tem pa so sledile bolezni prebavil. Na četrtem mestu so v Sloveniji sledile hospitalizacije zaradi bolezni prebavil, v regiji pa zaradi bolezni sečil in spolovil.

## Zbolevanje za rakom

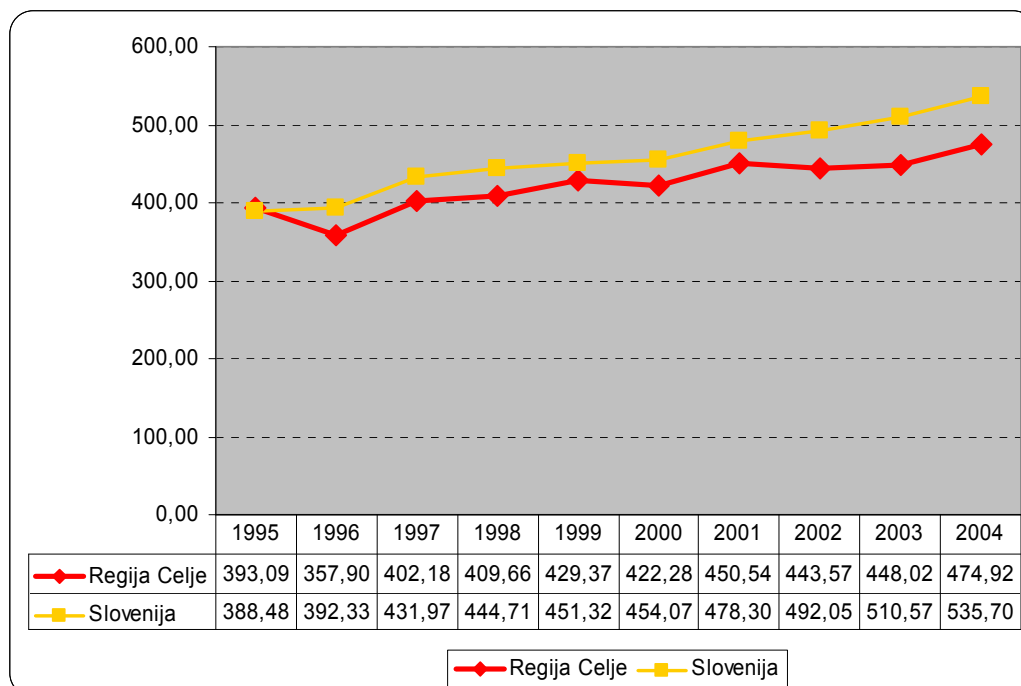
V regiji Celje je v letu 2004 za rakom zbolelo 1421 prebivalcev. 716 moških in 705 žensk. Največ zbolelih je bilo v starostni skupini 65 let in več.

Tabela 12: Število novih primerov raka po spolu in starosti, incidenca raka na 100.000 prebivalcev, po spolu, regija Celje, Slovenija, 2004

Regija Celje	starostna skup.	moški	ženske	skupaj
	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
	<b>Incidenca/ 100.000</b>	<b>486,35</b>	<b>463,85</b>	<b>474,92</b>
Slovenija	starostna skup.	moški	ženske	skupaj
	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
	<b>Incidenca/ 100.000</b>	<b>564,43</b>	<b>508,18</b>	<b>535,70</b>

Stopnja zbolevanja zaradi raka je znašala 486,35 za moške in 463,85 za ženske in je bila nižja kot v Sloveniji, kjer je znašala za moške 564,43 in za ženske 508,18.

Slika 5: Novi primeri raka med prebivalci v Sloveniji in regiji Celje v obdobju od 1995 do 2004 (na 100.000 prebivalcev)



V obdobju od leta 1995 do 2004 je število novih primerov raka tako v Sloveniji kot regiji naraščalo. Incidenca raka je bila v regiji Celje ves čas, razen v letu 1995 nižja kot v Sloveniji.

Tabela 13: Prvih 10 najpogostejših primerov raka po lokalizaciji od leta 1990 do 2004 pri moških

Slovenija		Regija Celje	
lokalizacija	delež %	lokalizacija	delež %
pljuča in bronhiji	18,9	pljuča in bronhiji	19,0
koža	10,9	prostata	11,9
prostata	10,8	koža	7,6
želodec	6,9	želodec	7,4
debelo črevo	6,4	debelo črevo	6,4
danka	5,0	danka	5,3
sečni mehur	3,5	sečni mehur	3,6
ledvica	2,6	ledvica	2,5
trebušna slinavka	2,4	trebušna slinavka	2,4
koža(maligni melanom)	2,4	grlo	2,4
<b>skupno prvih 10</b>	<b>30,3</b>	<b>skupno prvih 10</b>	<b>31,6</b>

V petnajstletnem obdobju je bil med desetimi najpogostejšimi lokalizacijami raka pri moških na prvem mestu rak na pljučih in bronhijih tako v regiji Celje kot tudi v Sloveniji. Na drugem mestu je bil pri moških v regiji rak prostate, v Sloveniji rak kože.

Tabela 14: Prvih 10 najpogostejših primerov raka po lokalizaciji od leta 1990 do 2004 pri ženskah

Slovenija		Regija Celje	
lokalizacija	delež %	lokalizacija	delež %
dojka	21,4	dojka	20,3
koža	13,0	koža	10,0
telo maternice	6,1	maternični vrat	6,8
debelo črevo	6,0	telo maternice	6,8
pljuča in bronhiji	5,0	debelo črevo	6,2
maternični vrat	4,8	želodec	5,1
želodec	4,8	pljuča in bronhiji	5,0
jajčnik	4,2	jajčnik	4,8
danka	3,8	danka	4,3
koža(maligni melanom)	2,9	slinavka	2,7
<b>skupno prvih 10</b>	<b>27,9</b>	<b>skupno prvih 10</b>	<b>28,2</b>

Pri ženah je bil v prikazanem obdobju na prvem mestu rak dojke. Sorazmerno velik delež predstavljajo tudi drugi, tako imenovani ženski raki. Na drugem mestu je bil pri ženskah v regiji in v Sloveniji rak kože. V regiji smo med prvimi desetimi najpogostejšimi raki v večjem deležu zabeležili rak materničnega vratu kot v Sloveniji, ter nižji delež raka na koži.

## Zdravstveno upravičena zadržanost od dela

V koledarskem letu 2006 je bilo v regiji Celje vsak dan odsotnih od dela zaradi zdravstvenih razlogov 4,7% zaposlenih, v UE Celje 4,1%. Odsotnost posameznega zaposlenega je povprečno trajala 17,2 koledarska dneva, v UE Celje manj, 14,8 dni. Pri obravnavanih primerih so bile ženske povprečno dlje časa v bolniškem staležu, pa tudi pogosteje kot moški.

Tabela 15: Primeri, izgubljeni koledarski dnevi ter indeksi bolniškega staleža po letih in primerjava UE Celje, regija Celje, Slovenija

		Primeri	Dnevi	%BS*	IO*	IF*	IT*
2003	UE Celje	28353	556911	4,79%	17,47	88,94	19,64
	Regija Celje	99292	2150240	5,22%	19,06	88,02	21,66
	Slovenija	753580	13931303	4,82%	17,59	95,14	18,49
2004	UE Celje	27054	573741	4,62%	16,88	79,59	21,21
	Regija Celje	101935	2173953	5,05%	18,43	86,41	21,33
	Slovenija	762273	14560366	4,84%	17,66	92,47	19,10
2005	UE Celje	27869	556038	4,48%	16,34	81,92	19,95
	Regija Celje	106002	2197186	5,10%	18,63	89,86	20,73
	Slovenija	789931	14312285	4,71%	17,17	94,79	18,12
2006	UE Celje	24256	499643	4,06%	14,80	71,87	20,60
	Regija Celje	93391	2038037	4,70%	17,17	78,68	21,82
	Slovenija	695288	13026763	4,20%	15,30	81,90	18,70

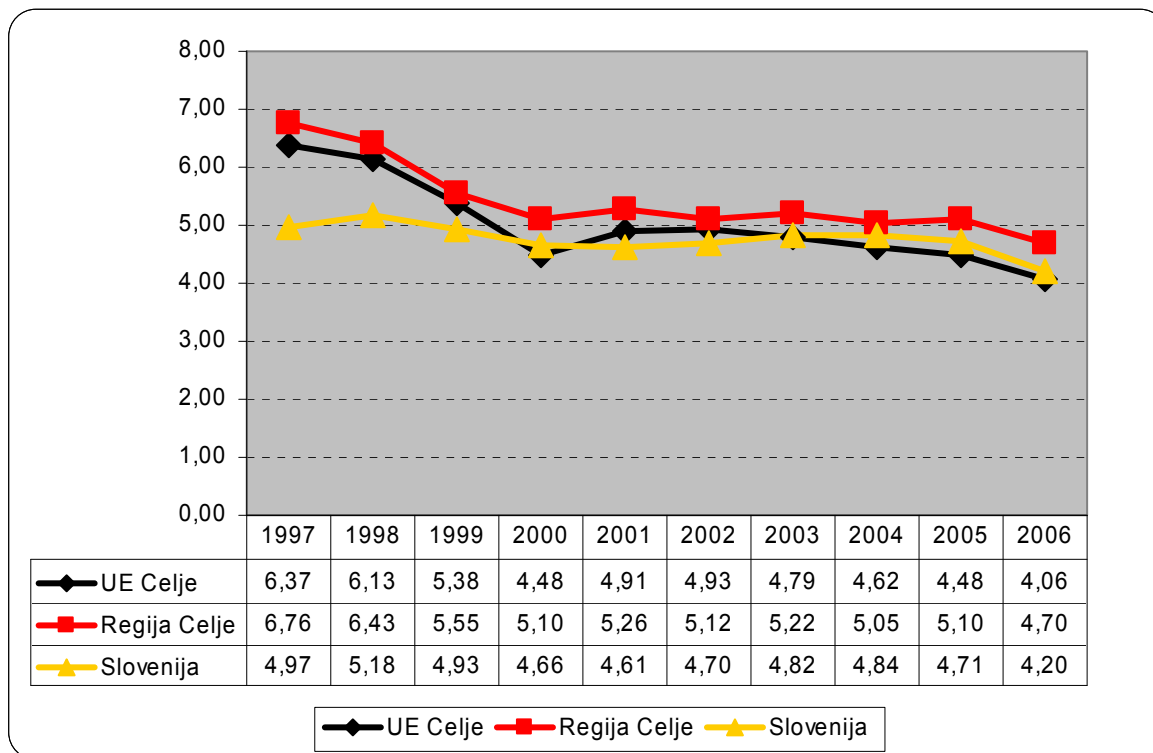
\*indeks teže – povprečno trajanje začasne odsotnosti od dela zaradi bolezni na 1 primer; indeks frekvence – število primerov začasne odsotnosti od dela na 100 delovno aktivnih prebivalcev; indeks onesposobljanja – povprečno trajanje začasne odsotnosti od dela na enega delovno aktivnega prebivalca, bolniški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

Tabela 16: Pregled upravičene zadržanosti od dela po poglavjih MKB-10, UE Celje, 2006

	Primeri	Dnevi	%BS	IO	IF	IT
Nekatere inf. in paraz. bolezni	1277	10803	0,09%	0,32	3,78	8,46
Neoplazme	372	26550	0,22%	0,79	1,10	71,37
Bolezni krvi in krvotv. organov	74	3160	0,03%	0,09	0,22	42,70
Endokrine, prehr. in presn. bolezni	184	4529	0,04%	0,13	0,55	24,61
Duševne in vedenjske motnje	655	29721	0,24%	0,88	1,94	45,38
Bolezni živčevja	321	12774	0,10%	0,38	0,95	39,79
Bolezni očesa in adneksov	257	3599	0,03%	0,11	0,76	14,00
Bolezni ušesa in mastoida	190	1826	0,01%	0,05	0,56	9,61
Bolezni obtočil	713	25101	0,20%	0,74	2,11	35,20
Bolezni dihal	4402	40467	0,33%	1,20	13,04	9,19
Bolezni prebavil	1310	19977	0,16%	0,59	3,88	15,25
Bolezni kože in podkožja	523	8742	0,07%	0,26	1,55	16,72
Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	3216	89506	0,73%	2,65	9,53	27,83
Bolezni sečil in spolovil	826	10895	0,09%	0,32	2,45	13,19
Nosečnost, porod in popor. obdobje	415	24483	0,20%	0,73	1,23	59,00
Stanja, ki izv. v per. (obporod.) obdobju	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
Priroj. malfor., defor., kromos. nenorm.	13	413	0,00%	0,01	0,04	31,77
Simpt., znaki ter nenorm. klin. lab.izv	780	15166	0,12%	0,45	2,31	19,44
A Poškodbe in zastrupitve pri delu	1571	51571	0,42%	1,53	4,65	32,83
B Poškodbe in zastrupitve izven dela	2778	88099	0,72%	2,61	8,23	31,71
Dej., ki vplivajo na stik z zdr. službo	1629	18090	0,15%	0,54	4,83	11,10
Nega	2747	14153	0,11%	0,42	8,14	5,15
Pomanjkljivi podatki	3	18	0,00%	0,00	0,01	6,00
<b>Vsi</b>	<b>24256</b>	<b>499643</b>	<b>4,06%</b>	<b>14,80</b>	<b>71,87</b>	<b>20,60</b>

Najpogostejši vzroki odsotnosti od dela v UE Celje so poškodbe in zastrupitve izven dela in na delu (1,14%), bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva (0,73%) ter bolezni dihal (0,33%), duševne in vedenjske motnje (0,24%) in rak (0,22%).

Slika 7: Delež bolniškega staleža po letih, UE Celje, regija Celje, Slovenija



Delež bolniškega staleža se je od leta 1997 dalje zniževal. V UE Celje je bil vsa leta nižji kot v regiji, v zadnjih štirih prikazanih letih je bil tudi nižji kot v Sloveniji.

Tabela 17: Pregled upravičene zadržanosti od dela po dejavnostih SKD, UE Celje, 2006

	Primeri	Dnevi	%BS	IO	IF	IT
A Kmetijstvo, lov, gozdarstvo	133	3623	3,66%	13,37	49,08	27,24
B Ribišstvo	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
C Rudarstvo	3	30	0,34%	1,25	12,50	10,00
CA Pri.energetskih surovin	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
CB Pri.rud in kamnin,razen energet.	3	30	0,34%	1,25	12,50	10,00
D Predelovalne dejavnosti	6449	129842	4,83%	17,62	87,50	20,13
DA Pro.hrane, pijač,tobačnih izdelkov	491	10622	5,35%	19,53	90,26	21,63
DB Pro.tekstilij,usnjenih oblačil	186	3784	3,76%	13,71	67,39	20,34
DC Pro.usnja,usnjenih izdelkov	7	161	3,39%	12,38	53,85	23,00
DD Obdelava in predelava lesa	336	8217	5,53%	20,19	82,56	24,46
DE Pro.vlaknin,papirja;založništvo	881	18160	5,83%	21,26	103,16	20,61
DF Pro.koksa,naftnih deriv.jedrskega goriva	0	0	0,00%	0,00	0,00	0,00
DG Pro.kemikalij,kemičnih izdelkov	1758	34114	5,11%	18,66	96,17	19,41
DH Pro.izd.iz gume in plastičnih mas	174	3362	3,89%	14,19	73,42	19,32
DI Pro.dr.nekovinskih mineral.izd.	117	2480	4,78%	17,46	82,39	21,20
DJ Pro.kovin in kovinskih izdelkov	1765	35987	4,78%	17,45	85,60	20,39
DK Pro.strojev in naprav	412	7513	3,57%	13,02	71,40	18,24
DL Pro.električne,optične opreme	66	915	1,80%	6,58	47,48	13,86
DM Pro.vozil in plovil	8	101	3,46%	12,63	100,00	12,63
DN Pro.pohišva,dr.pred.dej.reciklaža	248	4426	4,28%	15,64	87,63	17,85
E Oskrba z elektriko, plinom in vodo	276	7767	4,83%	17,61	62,59	28,14
F Gradbeništvo	2143	49455	3,67%	13,39	58,03	23,08
G Trgovina, popravila motornih vozil in izdelkov široke porabe	3081	66143	3,02%	11,02	51,33	21,47
H Gostinstvo	560	18764	6,06%	22,10	65,96	33,51
I Promet, skladiščenje in zveze	1260	37066	5,16%	18,82	63,99	29,42
J Finančno posredništvo	985	14230	3,62%	13,21	91,46	14,45
K Poslovanje z nepremičninami, najem in poslovne storitve	1400	29217	3,03%	11,07	53,05	20,87
L Dejavnosti javne uprave in obrambe, obvezno socialno zav.	2076	28230	2,79%	10,18	74,86	13,60
M Izobraževanje	1942	23615	2,98%	10,89	89,53	12,16
N Zdravstvo in socialno varstvo	2557	49344	4,66%	17,01	88,14	19,30
O Druge javne, skupne in osebne storitvene dejavnosti	593	12641	3,66%	13,36	62,68	21,32
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	567	12061	0,00%	0,00	0,00	21,27
Po prenehanju d.r.	231	17615	7,70%	28,09	36,84	76,26
<b>Vsi</b>	<b>24256</b>	<b>499643</b>	<b>4,06%</b>	<b>14,80</b>	<b>71,87</b>	<b>20,60</b>

Delež bolniškega staleža je bil v letu 2006 v UE najvišji v dejavnosti proizvodnja električne in optične opreme, v proizvodnji pijače, hrane in tobačnih izdelkov ter v proizvodnji energetskih surovin.

## Izven bolnišnično zdravstveno varstvo

### Zdravstveno varstvo predšolskih otrok

Tabela 18: **Kazalci preskrbljenosti predšolskih otrok (0-6 let) z zdravstvenim osebjem in kazalci obsega dela, UE Celje, regija Celje, 2006**

Kazalci	UE Celje	Regija Celje
Otroci 0 – 6 let	3788	19091
Število zdravnikov iz ur <sup>1)</sup>	6,69	22,16
Št. otrok na 1 zdravnika (iz ur)	566	862
% preskrbljenosti otrok (normativ=800)	141,2	92,8
Število vms+dms (iz ur)	2,31	8,00
Št. otrok na 1 vms+dms (iz ur)	1642	2386
Število sms iz ur	6,14	22,44
Št. otrok na 1 sms (iz ur)	617	851
Št. pon.kurat. obiskov/1 prvi kurat. obisk <sup>2)</sup>	0,3	0,6
prvi kurat. obiski / 1000 otrok 0-6 let	3341,3	2291,7
vsi kurat. obiski / 1000 otrok 0-6 let	4374,9	3589,3
vsi prevent. obiski / 1000 otrok 0-6 let	2370,1	1620,6
vsi obiski / 1000 otrok 0-6 let <sup>3)</sup>	6747,1	5235,4
vsi obiski / 1 zdravnika (iz ur)	3821,4	4510,9

Podatki zunaj bolnišnične statistike kažejo (ZubStat), da je bilo v letu 2006 v UE Celje na enega zdravnika iz delovnih ur v povprečju 3821,4 obiskov, kar je manj kot v regiji. Število otrok na zdravnika ter medicinsko sestro iz ur je bilo v UE Celje prav tako nižje, kakor v povprečju v regiji. Zaključimo lahko, da je preskrbljenost predšolskih otrok z zdravniki in medicinskimi sestrami v UE Celje, preračunana iz opravljenih ur po poročilih izvajalcev, boljša v primerjavi z regijo. V UE Celje je bilo v letu 2006 na 1000 otrok v starosti do šest let zabeleženih več preventivnih in kurativnih obiskov, kot v povprečju v regiji. Na en prvi kurativni obisk je bilo povprečno 0,3 ponovnih kurativnih obiskov, kar je manj kot v regiji Celje.

### Zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine

Tabela 19: **Kazalci preskrbljenosti mladih (7-19 let) z zdravstvenim osebjem in kazalci obsega dela, UE Celje, regija Celje, 2006**

Kazalci	UE Celje	Regija Celje
Mladi 7 - 19 let	8349	42607
Število zdravnikov iz ur <sup>1)</sup>	6,95	23,1
Št. otrok na 1 zdravnika (iz ur)	1201	1844
% preskrbljenosti otrok (normativ=1700)	141,5	92,2
Število vms+dms (iz ur)	2,17	9,9
Št. otrok na 1 vms+dms (iz ur)	3850	4317
Število sms iz ur	6,23	22,3
Št. otrok na 1 sms (iz ur)	1340	1908
Št. pon.kurat. obiskov/ 1 prvi kurat. obisk <sup>2)</sup>	0,4	0,6
prvi kurat. obiski / 1000 mladih 7-19 let	1300,9	780,2
vsi kurat. obiski / 1000 mladih 7-19 let	1855,2	1210,6
vsi prevent. obiski / 1000 mladih 7-19 let	963,2	433,7
vsi obiski / 1000 mladih 7-19 let <sup>3)</sup>	2824,2	1651,4
vsi obiski / 1 zdravnika (iz ur)	3392,8	3045,7

Tudi preskrbljenost šolskih otrok in mladine z zdravstvenim varstvom, preračunana iz opravljenih ur zdravnikov in medicinskih sester po poročilih izvajalcev, je v UE Celje boljša kot v povprečju v regiji. V letu 2006 je bilo na enega zdravnika v UE Celje iz delovnih ur v povprečju 3392,8 obiskov, kar je višje od povprečja regije. Na en prvi kurativnih obisk je bilo povprečno 0,4 ponovnih kurativnih obiskov, kar je manj, kot v regiji. Na 1000 otrok in mladih, starih 7 do 19 let, je bilo zabeleženih v povprečju 1855 vseh kurativnih obiskov ter 963 vseh preventivnih obiskov, kar je višje od regijskega povprečja.

### Zdravstveno varstvo odraslih

Tabela 20: **Kazalci preskrbljenosti odraslih (20 let in več) v dejavnosti splošne medicine, UE Celje, regija Celje, 2006**

Kazalci	UE Celje	Regija Celje
Odrasli 20 let in več	51163	238884
Število zdravnikov iz ur <sup>1)</sup>	39,77	163,19
Št. odraslih na 1 zdravnika (iz ur)	1287	1464
% preskrbljenosti (normativ=1700)	132,1	116,1
Št. vms+dms iz ur	4,29	19,00
Št. odraslih na 1 vms+dms (iz ur)	11931	12571
Št. sms iz ur	37,94	179,95
Št. odraslih na 1 sms (iz ur)	1349	1327
Št. pon.kurat. obiskov/ 1 prvi kurat. obisk <sup>2)</sup>	1,1	1,2
prvi kurat. obiski / 1000 odraslih	1461,4	1460,5
vsi kurat. obiski / 1000 odraslih	3012,6	3238,9
vsi prevent. obiski / 1000 odraslih	90,4	59,3
vsi obiski / 1000 odraslih <sup>3)</sup>	3163,8	3355,5
vsi obiski / 1zdravnika (iz ur)	4070,5	4912,0

Nekoliko boljša, čeprav ne tako izrazito kot pri prejšnjih dveh varstvih, je tudi zdravstvena preskrbljenost odraslih v UE Celje. Število zabeleženih vseh obiskov na 1000 odraslih prebivalcev je v UE Celje podobno kot v regiji, izrazito višje pa je pri preventivnih obiskih, kjer je bilo v UE Celje zabeleženih 90,4, v regiji pa 59,3 preventivnih obiskov na 1000 odraslih prebivalcev.

## Zdravstveno varstvo žena

Tabela 21: Kazalci preskrbljenosti žensk z zdravstvenim osebjem in kazalci obsega dela, UE Celje, regija Celje, 2006

Kazalci	UE Celje	Regija Celje
Ženske nad 15 let	28250	131440
Število zdravnikov iz ur <sup>1)</sup>	6,75	23,30
Št. žensk (nad 15 let) na 1 zdravnika (iz ur)	4184	5642
% preskrbljenosti žensk (normativ=6500)	155,3	115,2
Število vms+dms (iz ur)	0,69	4,12
Št. žensk (nad 15 let) na 1 vms (iz ur)	41180	31906
Število sms iz ur	9,22	27,56
Št. žensk (nad 15 let) na 1 sms (iz ur)	3063	4769
Št. pon. kurat. obiskov/ 1 prvi kurat. obisk <sup>2)</sup>	0,7	0,4
prvi kurat. obiski / 1000 žensk nad 15 let	313,5	264,2
vsi kurat. obiski / 1000 žensk nad 15 let	524,4	370,1
vsi prevent. obiski / 1000 žensk nad 15 let	469,1	430,7
vsi obiski / 1000 žensk nad 15 let <sup>3)</sup>	1035,5	838,2
vsi obiski / 1zdravnika (iz ur)	4332,8	4728,8

V zdravstvenem varstvu žensk je v letu 2006 na primarnem nivoju delalo 6,75 zdravnikov iz ur, 0,7 višje oziroma diplomirane medicinske sestre in 9,2 srednjih medicinskih sester. Delež preskrbljenosti žensk, starih nad 15 let (normativ = 6500), je bil 155,3, kar je nad regijskim povprečjem.

## Bolezni in stanja, ugotovljena v primarnem zdravstvenem varstvu

Tabela 22: Bolezni, poškodbe in stanja ugotovljena na primarni ravni in obolevnost prebivalcev po starostnih skupinah na 1000 prebivalcev, UE Celje, v letu 2006

Bolezni in stanja po MKB 10	Predšolski otroci		Šolski otroci in mladina		Odrasli	
	število	obolevnost	število	obolevnost	število	obolevnost
Nekatere inf. in paraz. bol.	1319	348,2	1769	211,9	3392	66,3
Neoplazme	28	7,4	190	22,8	1990	38,9
Bolezni krvi in krvotv. organov	18	4,8	53	6,3	259	5,1
Endokrine, prehr. in presn. bolezni	28	7,4	146	17,5	2004	39,2
Duševne in vedenjske motnje	203	53,6	460	55,1	1781	34,8
Bolezni živčevja	88	23,2	102	12,2	1014	19,8
Bolezni očesa in adneksov	387	102,2	496	59,4	2200	43,0
Bolezni ušesa in mastoida	2626	693,2	826	98,9	2454	48,0
Bolezni obtočil	5	1,3	97	11,6	8498	166,1
Bolezni dihal	8293	2189,3	5184	620,9	12579	245,9
Bolezni prebavil	695	183,5	453	54,3	3967	77,5
Bolezni kože in podkožja	1081	285,4	1454	174,2	4485	87,7
Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	98	25,9	654	78,3	11694	228,6
Bolezni sečil in spolovil	249	65,7	532	63,7	3228	63,1
Nosečnost, porod in popor. obdobje	0	0	20	2,4	212	4,1
Stanja iz obporodnega obdobja	749	197,7	7	0,8	2	0,0
Priroj. malfor., kromosom.nenorm.	93	24,6	39	4,7	18	0,4
Simpt., znaki ter nenorm. lab. izvidi	1259	332,4	1417	169,7	3802	74,3
Poškodbe, zastrupitve	835	220,4	3271	391,8	7506	146,7
Dej., ki vplivajo na stik z zdr. službo	6749	1781,7	8865	1061,8	9083	177,5
<b>Skupaj</b>	<b>24803</b>	<b>6547,8</b>	<b>26035</b>	<b>3118,3</b>	<b>80168</b>	<b>1566,9</b>

V letu 2006 so bile v UE Celje najpogosteje zabeleženi vzroki obiska (če ne upoštevamo skupine dejavniki, ki vplivajo na stik z zdravstveno službo) predšolskih otrok pri zdravniku bolezni dihal, sledile so bolezni ušes in mastoida ter nalezljive in parazitarne bolezni. Pri šolskih otrocih in mladini so bile najpogosteje zabeležene bolezni dihal, sledile so poškodbe in zastrupitve ter nalezljive in parazitarne bolezni. Najpogosteje zabeležena obolenja pri odraslih so bile bolezni dihal, bolezni mišic in kosti ter bolezni obtočil. Med najpogosteje zabeleženi obolenji so v vseh navedenih varstvih tudi simptomi, znaki in nenormalni klinični izvidi, pri predšolskih so bile na četrtem mestu, pri šolskih otrocih in odraslih pa na na petem mestu.

Tabela 23: Bolezni, poškodbe in stanja ugotovljena na primarni ravni in obolevnost prebivalcev po starostnih skupinah na 1000 prebivalcev, regija Celje, v letu 2006

Bolezni in stanja po MKB 10	Predšolski otroci		Šolski otroci in mladina		Odrasli	
	število	obolevnost	število	obolevnost	število	obolevnost
Nekatere inf. in paraz. bol.	7649	400,7	7308	171,5	14907	62,4
Neoplazme	116	6,1	677	15,9	7089	29,7
Bolezni krvi in krvotv. organov	164	8,6	183	4,3	1481	6,2
Endokrine, prehr. in presn. bolezni	192	10,1	464	10,9	8063	33,8
Duševne in vedenjske motnje	778	40,8	1053	24,7	9706	40,6
Bolezni živčevja	129	6,8	304	7,1	4731	19,8
Bolezni očesa in adneksov	2056	107,7	2277	53,4	9781	40,9
Bolezni ušesa in mastoida	9141	478,8	3798	89,1	10964	45,9
Bolezni obtočil	58	3,0	412	9,7	38012	159,1
Bolezni dihal	28491	1492,4	21739	510,2	57591	241,1
Bolezni prebavil	2471	129,4	2366	55,5	19630	82,2
Bolezni kože in podkožja	5435	284,7	6565	154,1	22173	92,8
Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	315	16,5	2720	63,8	56646	237,1
Bolezni sečil in spolovil	1413	74,0	2469	57,9	16009	67,0
Nosečnost, porod in popor. obdobje	0	0	56	1,3	990	4,1
Stanja iz obporodnega obdobja	944	49,4	10	0,2	15	0,06
Priroj. malfor., kromosom.nenorm.	319	16,7	122	2,9	132	0,6
Simpt., znaki ter nenorm. lab. izvidi	6005	314,5	6663	156,4	22185	92,9
Poškodbe, zastrupitve	3844	201,4	14014	328,9	40122	168,0
Dej., ki vplivajo na stik z zdr. službo	28618	1499,0	25398	596,1	30947	129,5
<b>Skupaj</b>	<b>98138</b>	<b>5140,5</b>	<b>98598</b>	<b>2314,1</b>	<b>371174</b>	<b>1553,8</b>

V regiji Celje se med prvimi desetimi najpogosteje zabeleženimi obolenji v vseh varstvih pojavljajo ista obolenja kot v UE Celje.

## Preventivno zobozdravstveno varstvo otrok in mladine

Tabela 24: Povprečno število okvarjenih zob (karies, izdrtje, plomba) na pregledano osebo po starostih, UE Celje in regija Celje v šolskih letih 2003/2004 do 2007/2008

Starost otroka	2003/04		2004/05		2005/06		2006/07		2007/08	
	Reg.Celje	UE Celje	Reg.Celje	UE Celje	Reg.Celje	UE Celje	Reg.Celje	UE Celje	Reg.Celje	UE Celje
1 LETO	0,02	0,03	0,02	0,03	0,08	0,04	0,03	0,00	0,05	0,04
2 LETI	0,27	0,18	0,35	0,18	0,41	0,20	0,33	0,21	0,30	0,16
3 LETA	1,94	1,52	1,81	1,32	1,69	1,30	1,49	1,01	1,41	0,65
6 LET	0,20	0,17	0,20	0,25	0,20	0,23	0,18	0,18	0,21	0,19
7 LET	0,56	0,54	0,50	0,43	0,52	0,65	0,51	0,51	0,59	0,55
9 LET	1,17	1,15	1,14	1,25	1,20	1,43	1,11	1,16	1,21	1,10
12 LET	2,49	2,34	2,46	2,34	2,37	2,04	2,40	2,23	2,42	2,21
13 LET	3,25	3,03	3,22	2,95	2,95	2,80	3,12	2,94	3,02	2,66
15 LET	4,58	4,71	4,59	4,62	4,39	4,49	4,15	4,33	4,04	4,16
17 LET	5,42	5,54	5,27	5,40	5,19	5,41	5,10	5,23	4,93	5,12

S starostjo otroka raste tudi povprečno število okvarjenih zob na osebo. V prikazanem obdobju se je to število zmanjševalo pri vseh starostih otrok.

Tabela 25: Delež otrok in mladostnikov z okvarjenimi zobmi po starostih, UE Celje in regija Celje v šolskih letih 2003/2004 do 2007/2008

Starost otroka	2003/04		2004/05		2005/06		2006/07		2007/08	
	Reg.Celje	UE Celje	Reg.Celje	UE Celje	Reg.Celje	UE Celje	Reg.Celje	UE Celje	Reg.Celje	UE Celje
1 LETO	0,38	0,63	0,53	0,96	2,17	0,83	1,30	0,17	1,50	1,17
2 LETI	19,42	11,93	13,01	7,80	10,90	6,50	9,94	8,08	9,94	5,62
3 LETA	45,14	43,59	42,31	32,74	36,73	31,50	35,45	32,03	31,87	20,42
6 LET	15,23	18,60	13,91	21,72	13,17	13,82	12,43	16,95	13,32	18,71
7 LET	30,70	34,02	29,54	34,51	28,78	36,10	27,65	30,93	28,43	35,63
9 LET	51,11	55,38	51,65	57,02	52,23	63,67	49,15	52,28	48,81	50,70
12 LET	73,33	73,84	71,44	73,13	70,36	72,38	72,37	75,86	69,13	71,99
13 LET	79,34	80,57	78,30	77,96	74,93	72,97	76,78	79,96	73,96	75,98
15 LET	86,21	87,46	85,91	86,43	84,87	87,10	83,47	83,77	82,20	82,65
17 LET	89,41	90,38	88,01	89,97	88,65	90,20	87,28	89,36	85,37	88,03

Tudi delež otrok z okvarjenimi zobmi narašča s starostjo otrok in je najvišji med sedemnajstletniki, kjer znaša preko 80 odstotkov.



## Zaposleni v zdravstvu po upravnih enotah v regiji Celje

Tabela 26: Število zaposlenih po izvajalcih, stanje junij 2007

Pravni status izvajalca	Tip izvajalca	Brežice	Celje	Laško	Mozirje	Sevnica	Sl. Konjice	Šentjur	Šmarje pri J.	Velenje	Žalec	Regija Celje	
Javni zavod	Osnovno zdravstvo	55	265	65	27	42	45	29	81	214	57	880	
	Specialistična ambulanta		1	1								2	
	Splošna bolnišnica	178	1157									1335	
	Specialna bolnišnica		90							114		204	
	Lekarna	15	47	7	6	11	13	7	17	28	11	162	
	Socialni zavod		56			72	16	18	21	25	62	270	
	Zavod za zdravstveno		64									64	
	Državni organi (MZ, MNZ, ZZS in ZPIZ	2	2										4
	Izobraževalne ustanove		30										30
	<b>Skupaj</b>		<b>250</b>	<b>1718</b>	<b>73</b>	<b>33</b>	<b>125</b>	<b>74</b>	<b>54</b>	<b>119</b>	<b>381</b>	<b>130</b>	<b>2957</b>
Zasebni zavod	Osnovno zdravstvo		8	2	3	2	8	7	7	1	6	44	
	Specialistična ambulanta		23		2	13			1	3	4	46	
	Lekarna		1									1	
	Zdravilišče	60	22	60			22		55	31		250	
	Socialni zavod		6	12			1		14			33	
	<b>Skupaj</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>74</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>31</b>	<b>7</b>	<b>77</b>	<b>35</b>	<b>10</b>	<b>374</b>	
Zasebni zdravstveni delavec	Osnovno zdravstvo	26	100	10	16	22	38	20	34	63	69	398	
	Specialistična ambulanta	2	15	2		2	2		3	5	2	33	
	Lekarna		6	4		2		2	2		6	22	
	<b>Skupaj</b>	<b>28</b>	<b>121</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>39</b>	<b>68</b>	<b>77</b>	<b>453</b>	
Ostalo	Specialistična ambulanta						1					1	
	Socialni zavod		35								6	41	
	<b>Skupaj</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>42</b>	
<b>Skupaj</b>		<b>338</b>	<b>1934</b>	<b>163</b>	<b>54</b>	<b>166</b>	<b>146</b>	<b>83</b>	<b>235</b>	<b>484</b>	<b>223</b>	<b>3826</b>	



V UE Celje je bilo po podatkih Baze izvajalcev zdravstvene statistike, ki jo vodimo na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje, v juniju 2007 zaposlenih 1934 delavcev. To predstavlja 50,5% vseh zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter ostalih ne zdravstvenih delavcev od skupno 3826 zaposlenih v regiji Celje (tabela 27).

Glede na pravni status izvajalca je bilo v juniju 2007 v UE Celje skupno 29% zaposlenih v zasebni praksi oziroma kot zasebni zdravstveni delavec. V regiji je ta delež znašal 33,4%, najvišji je bil v UE Žalec (56,8%) ter UE Sl. Konjice (50,5%), najnižji pa v UE Laško (15,6%).

**ZDRAVSTVENO STANJE  
NA OSNOVI PODATKOV IZ RAZISKAV**

## Raziskava VEDENJSKI SLOG ODRASLIH PREBIVALCEV SLOVENIJE, 2001

Da bi spoznali življenjski slog prebivalcev v Sloveniji, zlasti pa razširjenost tveganega načina življenja, se je Zavod za zdravstveno varstvo Celje v letu 2001 vključil v obsežno raziskavo Vedenjski slog odraslih prebivalcev v Sloveniji, ki jo je vodil CINDI Slovenija. Vanjo je bilo vključenih 15379 oseb. Raziskava je bila zastavljena kot pregled trenutnega stanja s pomočjo vprašalnika, ki so ga osebe, vključene v raziskavo, same izpolnile in vrstile po pošti. Vzorec je bil oblikovan tako, da je reprezentativen tudi za regijo Celje. V okviru posebne raziskave je bila opravljena analiza podatkov za območje regije Celje z namenom, da opredelimo posamezne probleme, ugotovimo sedanje stanje ter na osnovi teh ugotovitev načrtujemo bodoče programe na področju promocije zdravja.

**Tabela 27: Ocena prevalence izbranih bolezni srca in ožilja (srčni infarkt, angina pectoris, srčno popuščanje, možganska kap) v desetih upravnih enotah Celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalence od najvišje do najnižje**

Upravna enota	Ne	%	Da	%	Skupaj	Rang
Šmarje pri J.	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
Sl. Konjice	81	91,0	8	9,0	89	10
Skupaj regija Celje	1143	88,3	151	11,7	1294	
Skupaj Slovenija	8260	91,4	774	8,6	9034	

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 UE Celje je bilo takih 11,6%. To je v območju povprečja celjske regije in pomeni dobrih 35% večjo zboleznost za obolenja srca in ožilja od povprečne v Sloveniji.

**Tabela 28: Ocena prevalece zvišanega krvnega tlaka v desetih upravnih enotah Celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalece od najvišje do najnižje**

Upravna enota	Ne	%	Da	%	Skupaj	Rang
Mozirje	60	75,0	20	25,0	80	1
Šmarje pri J.	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
Sl. 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	

Skoraj ena petina vključenih v raziskavo v regiji je navedla, da ima povišan krvni pritisk (Tabela 29), ki ga moramo obravnavati kot enega najpomembnejših dejavnikov za razvoj ateroskleroze in posledično drugih kroničnih bolezni srca in ožilja. Pojav povišanega krvnega pritiska 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. Med vsemi upravnimi enotami je bil delež oseb, ki so navedle, da imajo povišan krvni pritisk, najnižji v UE Celje.

**Tabela 29. 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 J.	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	

Delež oseb z boleznimi kosti in gibal 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 ter povišanega krvnega pritiska. Iz tega je mogoče sklepati, da so tudi vzroki za težave s stani lokomotorne aparata po regiji pojavljajo bolj enakomerno.

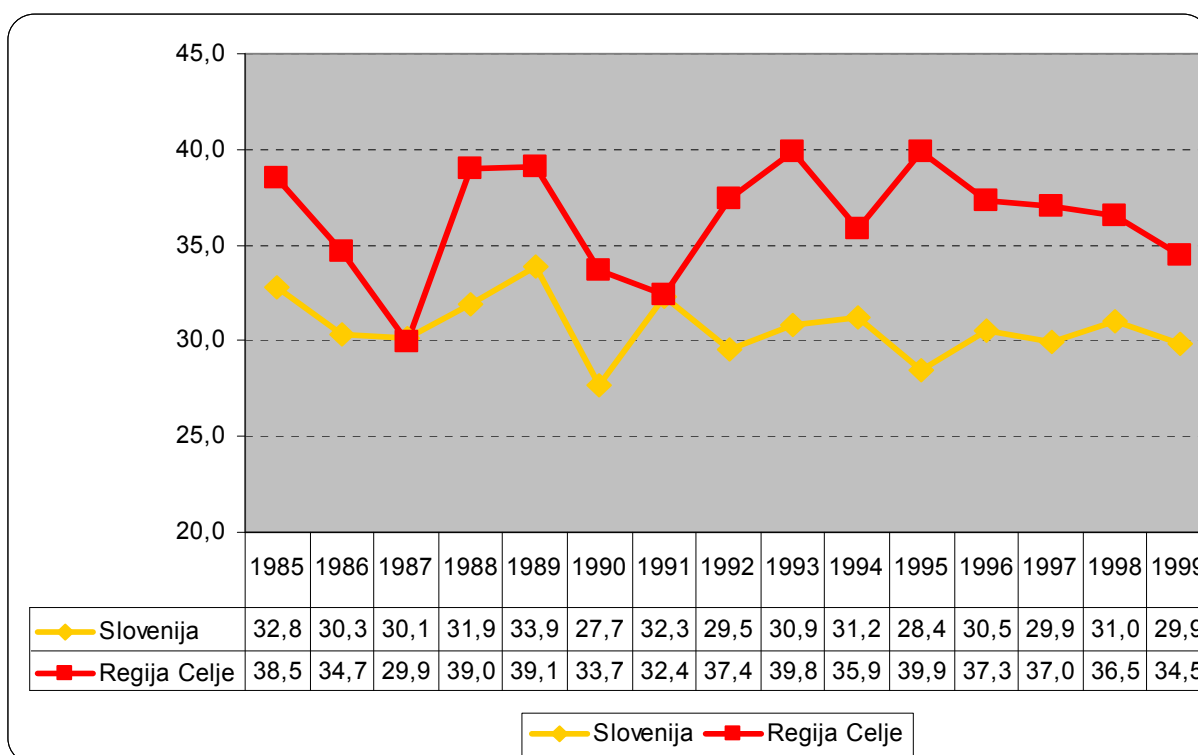
Rezultati raziskave kažejo, da je razširjenost posameznih kroničnih bolezni v posameznih UE regije Celje zelo različna. Glede na to, da so za pojav teh bolezni pogosto odgovorni različni škodljivi dejavniki, je pomembno te dejavnike podrobneje opredeliti in jih nato sistematično spreminjati oziroma odpravljati. 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. 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 katerega 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 prevalence kroničnih bolezni resnično učinkoviti le, ko bodo posegli tudi na področje socialno ekonomskih dejavnikov.

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 le ta lahko tudi posledica neustrezne dostopnosti do zdravstvene službe.

## Raziskava SAMOMOR V REGIJI CELJE IN NJENIH UPRAVNIH ENOTAH OD 1985 - 1999

Po številnih podatkih o zdravju prebivalstva regija Celje odstopa od slovenskega povprečja v negativnem smislu. Eden takšnih negativnih kazalcev v regiji je visoka stopnja samomora. V letu 2001 smo na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje iz baze podatkov o umrlih opravili podrobnejšo analizo samomorov v obdobju od leta 1985 do 1999. V navedenem obdobju je v regiji samomor naredilo 1641 ljudi. Stopnja incidence samomora (razmerje med številom umrlih zaradi samomora in številom prebivalcev na določenem območju, preračunano na 100.000 prebivalcev), je bila praktično v celotnem prikazanem obdobju močno nad slovensko. V povprečju je za regijo znašala 36,4/100.000 prebivalcev, za Slovenijo 30,6/100.000 prebivalcev.

**Slika 8. Stopnja incidence samomora na 100.000 prebivalcev v regiji Celje in Sloveniji, 1985 - 1999**



Obremenjenost s samomorom je bila višja tudi glede na preostale regije v Sloveniji, z izjemo ravske, mariborske in murskosoboške, kar kaže na regionalno, vzhodno zahodno porazdelitev samomora v naši državi. V vseh prikazanih letih se tako v regiji kot v celotni Sloveniji kažejo nekatere značilnosti v pojavljanju samomora. Med umrlimi zaradi samomora v regiji Celje je bilo trikrat več moških kot žensk. Največ zaradi samomora umrlih moških je bilo starih med 45 do 49 let, žensk med 55 in 64 let. Med mladimi od 15 do 19 let jih je nad življenjem obupalo 45. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe je bila v prikazanem obdobju stopnja incidence samomora najvišja med umrlimi z zabeleženo končano in nedokončano osnovno šolo, najnižja pa med umrlimi s končano višjo oziroma visoko šolo. Pri izračunu stopnje incidence samomora glede na zakonski stan je bila le ta najvišja pri osebah, ki so ovdovele ali bile razvezane. Incidenca samomora je bila pri vdovcih 6,5 krat višja kot pri vdovah, med razvezanimi moškimi pa 5,5 krat višja kot med razvezanimi ženskami.

Tabela 30. Incidenca samomora po posameznih upravnih enotah regije Celje in v Sloveniji v obdobju od 1997 do 2006

	BR	CE	LA	MO	SE	SK	ŠE	ŠM	VE	ŽA	REG	SLO
2000	33,22	25,31	47,73	29,97	27,92	35,46	55,25	55,73	34,04	35,84	<b>36,50</b>	<b>29,74</b>
2001	32,80	20,49	37,64	30,28	34,28	44,73	46,04	53,73	24,36	42,81	<b>34,46</b>	<b>29,17</b>
2002	20,42	25,22	26,93	66,47	28,57	26,66	61,21	47,30	24,30	35,00	<b>33,38</b>	<b>27,06</b>
2003	44,65	22,15	37,75	48,34	22,86	35,42	41,03	40,94	26,59	49,84	<b>35,05</b>	<b>28,15</b>
2004	37,45	28,81	37,46	41,97	44,98	39,49	45,10	24,63	36,31	42,84	<b>36,16</b>	<b>25,82</b>
2005	12,29	33,29	21,7	24,28	22,95	17,65	25,53	34,52	22,17	39,67	<b>27,39</b>	<b>25,02</b>
2006	16,32	26,86	43,51	24,23	57,51	21,86	50,79	24,98	33,02	27,18	<b>30,61</b>	<b>26,34</b>

V obdobju od 2000 do 2006 je incidenca samomora v regiji nihala med 27,4 in 36,5 na 100.000 prebivalcev. V vseh letih je bila višja kot v Sloveniji. V letu 2005 je bila incidenca samomora najnižja do sedaj in je bila v regiji 27,39/100000 prebivalcev. V povprečju je v tem letu zaradi samomora v regiji umrlo med 20 in 30 ljudi manj, kot v prejšnjih letih. V letu 2006 je bila incidenca samomora v regiji nekoliko višja kot v letu 2005, a še vedno precej nižja, kot pred letom 2005. Podoben trend se nadaljuje tudi v letu 2007. Kot je veliko število dejavnikov za samomor, jih gotovo zelo veliko tudi za njegov upad v zadnjih letih. Med razlogi so gotovo tudi prizadevanja za preprečevanje samomora, ki smo jih intenzivno in načrtno izvajali od leta 2000 tako na nivoju Slovenije kot še posebej izrazito v regiji Celje in sicer: zmanjšanje stigme na področju težav duševnega zdravja, številna izobraževanja različnih ciljnih skupin, povečana pozornost splošne javnosti in stroke pri obravnavi tega problema, podpora medijev, boljša obravnava in zdravljenje depresije ter novi viri pomoči in samopomoči. V celjski regiji že sedem let deluje regijska interdisciplinarna skupina strokovnjakov, ki jo koordiniramo na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje.

## Raziskava ESPAD 2007 – o alkoholu in preostalih drogah med srednješolsko mladino v regiji Celje

Uporaba drog med mladimi je problem, s katerim se v Sloveniji intenzivneje srečujemo od zgodnjih 90. let prejšnjega stoletja. Med mladimi je prisotna uporaba dovoljenih in nedovoljenih drog in sovпада z obdobjem mladostnika, ko le ta doživlja intenzivne telesne, duševne in socialne spremembe. Z zgodnejšo uporabo drog se večja verjetnost kasnejših težav v smislu zlorabe ali odvisnosti in pridruženih težav. O drogah mladi praviloma ne spregovorijo v ambulantah in rutinska zdravstvena statistika tega problema ne zabeleži oziroma je v njej podcenjen.

Raziskava ESPAD je mednarodna raziskava o uporabi alkohola in preostalih drog med dijaki prvih letnikov srednjih šol. To je že četrta tovrstna raziskava, ki poteka v slovenskem prostoru. Že tretjič smo se ji v letu 2007 pridružili tudi v regiji Celje. V regijski vzorec so bili zajeti dijaki celotnih razredov prvih letnikov vseh srednješolskih programov v celjski regiji. Sodelovanje v raziskavi so potrdile vse povabljenе šole v naši regiji. V vzorec je bilo zajetih 1554 dijakov iz 61 razredov 1. letnikov. Vzorec je bil reprezentativen po spolu in po zastopanosti različnih šolskih programov.

### Povzetek rezultatov ESPAD 2007

- Alkohol, tobak in marihuana so bile najbolj razširjene droge med dijaki 1. letnikov celjskih srednjih šol v šolskem letu 2006/07.
- 56,8% v raziskavo vključenih dijakov je vsaj enkrat v življenju že kadilo. V zadnjem mesecu pred raziskavo je vsaj eno cigareto pokadilo 26,1% dijakov.
- V zadnjem mesecu pred anketiranjem je redno kadilo 17,3% dijakov.
- 7,4% dijakov še nikdar v življenju ni poskusilo alkohola. Iz podatkov lahko ocenjujemo, da je alkohol skoraj vsak dan pilo 4% vseh dijakov (6,4% fantov in 1,4% deklet).
- Glede na vrsto alkoholne pijače je v zadnjem mesecu 50,9% dijakov pilo t.i. alkopop pijače sledi pivo, (49,3%), vino (42,3%) ter žgane pijače.
- 60,2% dijakov je v življenju že bilo vsaj enkrat opitih. 49,3% dijakov je bilo opitih v letu pred raziskavo, 29,8% dijakov pa je bilo opitih v zadnjem mesecu pred raziskavo.
- 56,1% dijakov pričakuje ob pitju alkoholnih pijač pozitivne učinke, 40,3% dijakov negativne učinke.
- Vsaj enkrat v življenju je marihuano že kadilo 18,2% dijakov, v zadnjem letu jo je kadilo 14,6%, v mesecu pred raziskavo pa 8,3% dijakov. Ocenjujemo, da je okoli 0,8% anketiranih dijakov kadilo marihuano skoraj vsak dan, 0,6% pa vsak drugi dan.
- Ekstazi, »plesno« drogo, je že kdaj v življenju uporabilo 2,1% dijakov, več fantov kot deklet.
- 3,3% dijakov je poročalo, da jim je zdravnik že predpisal pomirjevalo, med njimi je bilo značilno več deklet kot fantov.
- Vsaj enkrat je pomirjevalo brez recepta vzelo 4,4% dijakov, med njimi je bilo značilno več deklet kot fantov.
- Vsaj enkrat v življenju je hlape že vdihavalo 14,4% dijakov.
- Kombinacijo alkohola in tablet je poskusilo 3,9% dijakov (6,1% deklet, 1,9% fantov).
- Kokain je že poizkusilo 2,2% dijakov.
- Med ostalimi, redkeje uporabljenimi drogami, so bile še amfetamini, LSD ter »nore gobice« in krek.
- Skoraj vsak dan je internet uporabljalo 68,1% dijakov, med spoloma ni bilo pomembne razlike.
- V zadnjih 30 dneh je bilo zaradi bolezni od pouka odsotnih 45,7% dijakov, od tega 21,7% več kot tri dni.
- Zaradi »špricanja« je bilo v zadnjem mesecu od pouka odsotnih 24,1% dijakov, od tega 5,6% dijakov 3 dni in več.
- 84,9 % dijakov je bilo zadovoljnih in zelo zadovoljnih z odnosi s svojo materjo, z odnosi z očetom je bilo zadovoljnih in zelo zadovoljnih 77,6% dijakov. S starši je bilo zadovoljnih značilno več fantov, kot deklet.

- 84,3% dijakov se je strinjalo, da so v celoti zadovoljni s seboj. 64,3 % dijakov si je želelo, da bi imeli več samospoštovanja. Več fantov kot deklet je zadovoljnih s samim seboj.
- Več kot tri četrtine dijakov je bilo zelo zadovoljnih in zadovoljnih s finančnim položajem družine, z lastnim zdravjem in s seboj.
- Od doma je vsaj enkrat že zbežalo 3,7% dijakov .
- 30,7% dijakov je že razmišljalo, da bi se poškodovali.
- 10,5% anketiranih dijakov je poročalo, da so že poskusili storiti samomor.

### Primerjava podatkov raziskave ESPAD 2007 s podatki raziskave ESPAD 1998 in 2003 v celjski regiji

**Opomba:** v naslednji tabeli prikazujemo podatke, ki se nanašajo na vse dijake prvih letnikov celjskih srednjih šol, vključenih v raziskavo v letu 1998, 2003 in 2007, ne glede na leto rojstva. Zato se podatki za leto 2007 nekoliko razlikujejo od podatkov v tem poročilu zgoraj, ki se nanašajo le na dijake, rojene leta 1991.

Tabela 31. Primerjava odstotka dijakov, ki so poskusili različne droge, generacija dijakov prvih letnikov srednjih šol v letih 1998, 2003 in 2007

	1998	2003	2007
že kdaj v življenju kadil	63,4	67,6	59,5
redno kadil mesec pred raziskavo	22,2	26,3	20,3
že bil opit v življenju	61,0	70,4	61,7
bil opit v mesecu pred raziskavo	30,4	33,1	31,0
že poskusil marihuano	18,1	27,0	20,0
že poskusil LSD	1,9	1,5	1,9
že poskusil ekstazi	2,4	4,2	3,0
že poskusil heroin	1,6	1,2	1,4
že vdihaval hlape	14,1	14,8	13,8

V letu 2007 se je glede na leti 1998 in 2003 znižal tako delež rednih kadilcev kot dijakov, ki so že kdaj kadili. Prav tako se je glede na leti 1998 in 2003 znižal delež dijakov, ki so že kdaj v življenju in v mesecu pred raziskavo bili opiti. Glede na leto 2003 se je pomembno znižal delež dijakov, ki so poročali, da so že kdaj uporabili marihuano, ekstazi in tistih, ki so že kdaj vdihavali hlape. Delež dijakov, ki so poročali o uporabi drog že kdaj v življenju, se je glede na leto 2003 nekoliko povečal pri LSD in tudi pri heroinu.

**NEKATERI PROGRAMI IN PROJEKTI  
PROMOCIJE ZDRAVJA V REGIJI CELJE**

## Živimo zdravo - program promocija zdravja v lokalnem okolju

Na osnovi raziskave Vedenjski slog odraslih prebivalcev Slovenije 2001, ki smo jo ponovili še v letih 2004 in 2008, sta se v Sloveniji razvila dva programa: Preventivni program za odkrivanje srčno žilnih obolenj med odraslimi prebivalci v osnovnem zdravstvu, ki se izvaja v okviru ambulant splošnega/družinskega zdravnika v vseh zdravstvenih domovih in pri zasebnikih in v delavnicah v okviru Zdravstveno vzgojnih centrov v vseh zdravstvenih domovih ter program Promocija zdravja v lokalnem okolju - Živimo zdravo.



Program »Živimo zdravo« je usmerjen v izboljšanje zdravja ljudi, predvsem v preprečevanje in zmanjševanje bolezni srca in ožilja. S projektom so prvi uspešno pričeli na Zavodu za zdravstveno varstvo v Murski Soboti. V letu 2003 se je projekt razširil po celi Sloveniji. Projekt je na Celjskem koordiniral Zavod za zdravstveno varstvo Celje v sodelovanju z lokalnimi skupnostmi. V obdobju 2003/04 smo ga izvajali v kraju Nova Cerkev v občini Vojnik, v letu 2004/05 pa razširili še na občine Gornji grad, Dobrna in Vitanje. Projekt je bil v obdobju 2003 – 2005 sofinanciran s strani Ministrstva za zdravje, občine pa so ga podprle v obliki nudenja prostorov za izvajanje ter podpore pri zaključni prireditvi. Prebivalci vseh krajev so se zelo dobro odzvali in bili zelo aktivni na štirinajstih srečanjih, ki so potekala v obliki predavanj in praktičnih delavnic. Ker je projekt pokazal pozitivne učinke tudi v spremembi načina življenja udeležencev, ga v prirejeni obliki v Gornjem gradu še vedno izvajajo.

Namen projekta je seznaniti ljudi z dejavniki tveganja za njihovo zdravje, jih poučiti o zdravem načinu življenja in jim tudi praktično prikazati nekatere veščine ohranjanja zdravja. Ciljna populacija so odrasli prebivalci posamezne lokalne skupnosti. Posredno s projektom živi vsa lokalna skupnost in vse starostne skupine, tudi otroci in mladostniki, predvsem preko različnih spremljevalnih prireditev, pohodov in vsebin zdravega življenjskega sloga, ki lahko postanejo del njihovega vsakdanjega življenja. Izvajalci projekta so zdravniki specialisti, višje medicinske sestre, fizioterapevti, profesorji zdravstvene vzgoje, profesorji telesne vzgoje, živilski tehnologi, agronomi, kuharji in drugi strokovnjaki.

Namen projekta je seznaniti ljudi z dejavniki tveganja za njihovo zdravje, jih poučiti o zdravem načinu življenja in jim tudi praktično prikazati nekatere veščine ohranjanja zdravja. Ciljna populacija so odrasli prebivalci posamezne lokalne skupnosti. Posredno s projektom živi vsa lokalna skupnost in vse starostne skupine, tudi otroci in mladostniki, predvsem preko različnih spremljevalnih prireditev, pohodov in vsebin zdravega življenjskega sloga, ki lahko postanejo del njihovega vsakdanjega življenja. Izvajalci projekta so zdravniki specialisti, višje medicinske sestre, fizioterapevti, profesorji zdravstvene vzgoje, profesorji telesne vzgoje, živilski tehnologi, agronomi, kuharji in drugi strokovnjaki.

Vsebine 14 delavnic so naslednje:

- Vplivi dejavnikov tveganja na zdravje
- Stopnja tveganja za nastanek kroničnih bolezni (merjenje krvnega tlaka, telesne teže, določitev indeksa telesne teže)
- Vpliv dejavnikov tveganja na nastanek bolezni srca in ožilja, pomen zvišanega krvnega tlaka, krvnega sladkorja in holesterola v krvi na te bolezni
- Vpliv telesne dejavnosti na zdravje, motivacija udeležencev za redno telesno dejavnost
- Vpliv prekomerne telesne teže in debelosti na razvoj številnih bolezni
- Načela zdrave prehrane
- Prehranjevanje s pomočjo piramide zdrave prehrane in zdravega krožnika
- Zdravo kuhanje, demonstracija priprave zdravih jedi, priprava hrane brez maščob
- Pridelava zelenjave v lokalnih pogojih, motivacija za samooskrbo z zelenjavo
- Delavnica za ženske, namenjena samopregledovanju dojk
- Kontrola ocene tveganja za nastanek kroničnih bolezni
- Kronične bolezni, lokalna problematika (rakave bolezni, osteoporoza, bolezni gibal, duševne bolezni, problematika drog,)
- Zaključno srečanje udeležencev

Poleg učnih delavnic organizatorji izvajajo še test telesne zmogljivosti (hoja na 2 kilometra) za vse udeležence delavnic. Program se zaključi z regijsko prireditvijo in oceno rezultatov dela.

Na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje si prizadevamo projekt razširiti v čim več lokalnih skupnosti.

## Krepitev duševnega zdravja in zmanjševanje problematike samomora v regiji Celje



Na osnovi rezultatov raziskave samomor v regiji Celje in njenih upravnih enotah od 1985 – 1999 smo 10. oktobra 2001, ob svetovnem dnevu duševnega zdravja, rezultate predstavili pedagoškimi, socialnimi in zdravstvenimi delavcem in predstavnikom društev ter lokalne skupnosti. V decembru 2001 smo ustanovili Regijsko skupino za preprečevanje samomora, ki deluje pod sloganom Tu smo zate. V njej se združujemo vsi zgoraj naštetih predstavniki. Cilji skupine so destigmatizacija duševnih motenj, raziskovanje, izobraževanje, razvoj preventivnih programov za krepitev duševnega zdravja

ter sodelovanje z mediji. Ti cilji so združeni v programu **Krepitev duševnega zdravja in zmanjševanje problematike samomora v regiji Celje**. Program izhaja iz potreb regije. Izvaja ga povezana skupina strokovnjakov, ki se pri delu poslužuje medsektorskega in interdisciplinarnega mrežnega pristopa. Izvajalci so strokovnjaki številnih področij iz regije Celje in izven, katerih delo je v okviru matičnih ustanov že v osnovi namenjeno krepitvi duševnega zdravja in pomoči ljudem v stiski. Program zapolnjuje določene vrzeli na področju osveščanja širše strokovne in laične javnosti ter prinaša nekatere novosti. Vloga regionalnega Zavoda za zdravstveno varstvo je v razvoju, koordiniranju, pridobivanju sredstev ter evalvaciji programa.

V prvem obdobju, od leta 2001 do 2005, smo se usmerili k strokovnim javnostim. Za različne skupine smo pripravili izobraževanja o prepoznavanju depresije in samomorilne ogroženosti, o obravnavi in zdravljenju depresije ter načinih krepitve veščin za delo s človekom v hudi duševni stiski. Izvedli smo več kot 40 osnovnih seminarjev in delavnic, ki se jih je udeležilo več kot 850 zdravstvenih, pedagoških in socialnih delavcev, strokovnih delavcev v zavodih za zaposlovanje ter v policiji in zaporih, ter strokovnih delavcev iz nevladnih organizacij in društev iz celjske regije. Udeleženci so zadovoljni, ker se na seminarjih osebno seznanijo s strokovnjaki, na katere se po srečanjih lažje obračajo po pomoč. Poudarjajo, da bi vsebine seminarjev in delavnic s področja duševnega zdravja morale biti kot obvezne uvrščene v dodiplomska in podiplomska izobraževanja vseh strokovnjakov omenjenih in tudi drugih strok.

V drugem obdobju, od leta 2005 naprej, smo se intenzivneje usmerili k splošni javnosti, izhajajoč iz spoznanja, da strokovnjaki in tudi laiki lahko pomagajo ljudem šele takrat, kadar le ti izrazijo težave in potrebo po pomoči. Pri delu s splošno javnostjo se usmerjamo v osveščanje o pomenu duševnega zdravja, v informiranje o najpogostejših duševnih motnjah in načinih pomoči človeku v hudi duševni stiski ter v krepitev veščin posameznika za prilagajanje dinamiki današnjega življenja. Za splošno javnost smo izpeljali številna krajša predavanja in delavnice v okviru krajevnih skupnosti, društev, v zadnjem času tudi v okviru delovnih organizacij.

V letu 2006 smo pričeli z delavnicami za ljudi, ki že imajo depresijo in njihove svojce. Cilj delavnic je ljudi seznaniti z njihovo boleznijo in tako povečati njihovo sodelovanje v procesu zdravljenja in rehabilitacije ter jih usmeriti v tista področja delovanja, ki jih lahko sami uspešno nadzorujejo. Na osnovi izkušenj iz teh delavnic ter na osnovi izraženih potreb iz skupnosti smo ob podpori društva Dam iz Ljubljane v letu 2007 v Celju ustanovili Skupino za samopomoč za ljudi z depresijo in anksioznostjo. Skupina posamezniku ponuja varnost ter sprejetost, omogoča mu srečevanje z osebami s podobnimi izkušnjami in izmenjavo le teh.

Za splošno javnost smo pripravili in izdali dve brošuri. Prva, Kadar nas je strah, da bi si kdo lahko vzel življenje, predstavlja znake depresije in dejavnike tveganja za samomor. Bralca spodbuja k aktivnemu poslušanju človeka v stiski, k iskanju ustrezne strokovne pomoči in ga opogumlja, da tudi iz najhujših stisk vodijo poti. V drugi, z naslovom Zakaj molčimo, spregovorimo o prepričanjih in mitih na področju duševnega zdravja, o depresiji ter o virih pomoči ljudem v duševni stiski na Celjskem.

V vseh fazah dela veliko pozornosti posvečamo delu z mediji. Preko tiskanih medijev, radijskih in televizijskih oddaj, med katerimi so nekatere že stalne, dosegamo številne javnosti, ki se na ponujene vsebine dobro odzivajo.

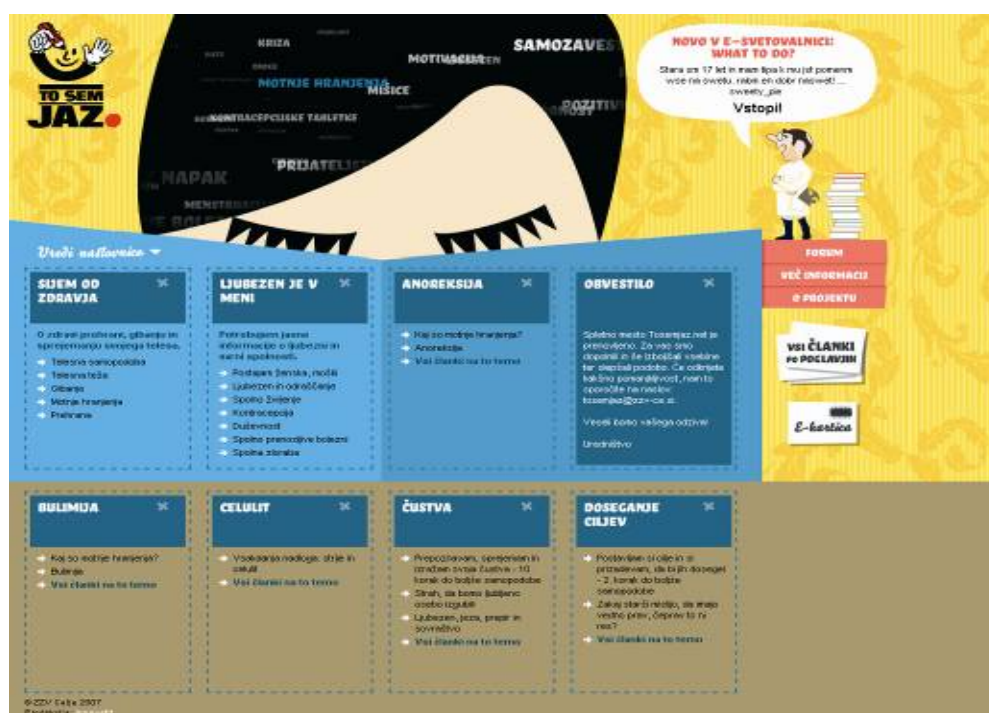
## TO SEM JAZ – program promocije zdravja med mladimi

Na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje smo razvili mladinski program **To sem jaz**, usmerjen v promocijo zdravja med mladimi in pomoč pri reševanju problemov.

Med problemi mladih so pogosto prisotni negativna samopodoba, nizko samospoštovanje, brezciljnost, občutek negotovosti, depresivnost, anksioznost ter samouničevalen odnos do življenja.

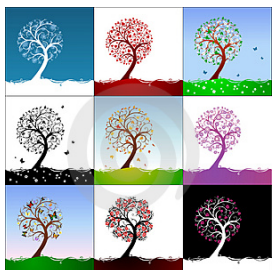
Preventivne delavnice To sem jaz podpirajo mladostnike med odraščanjem in pri gradnji pozitivne samopodobe kot vodilne opore med odraščanjem. Izkuštvne delavnice ponujajo razrednikom v šolah uporabno orodje za kontinuirano preventivno delo z razredom. Mladostniki se učijo sprejemati sebe in druge, razumeti svoja čustva, razvijati realen, pozitiven pogled na različne življenjske situacije in na aktivno reševanje problemov. Učijo se različnih socialnih spretnosti, ki jim omogočajo sproščeno medsebojno spoznavanje, boljše sodelovanje in kvalitetnejše odnose z vrstniki, starši in učitelji.

Program preventivnih delavnic je podprt s spletnim komuniciranjem z mladostniki v okviru spletne svetovalnice [www.tosemjaz.net](http://www.tosemjaz.net).



Slovenski najstniki imajo dostop do brezplačnega, strokovnega nasveta. V mrežo spletnih svetovalcev je vključenih 33 strokovnjakov (zdravniki različnih specializacij, psihologi, socialni pedagogi, socialni delavci in drugi). V sedmih letih so spletni svetovalci mladim odgovorili na več kot 15.000 vprašanj, povezanih s problemi in dilemami odraščanja. Svetovalnica deluje od aprila 2001 in je največji spletni svetovalni portal za mlade v Sloveniji. Spletišče je vir vsebin, povezanih z zdravim življenjskim stilom in duševnim zdravjem.

## LAS – Lokalna akcijska skupina za preprečevanje zasvojenosti Celje



Problematika drog, ki jo na Celjskem zaznavamo že od zgodnjih 90ih let in rezultati raziskav ESPAD so v Celju že zgodaj pripeljali do ustanovitve medsektorske **Lokalne akcijske skupine za preprečevanje zasvojenosti Celje**. Vodenje LAS Celje je bilo zaupano Zavodu za zdravstveno varstvo Celje. V skupini so povezani predstavniki vseh ustanov iz Celja, ki se pri svojem delu neposredno ali posredno srečujejo s problematiko drog in zasvojenosti. Delo skupine je usmerjeno v ugotavljanje razsežnosti problema, svetovanje lokalni oblasti, informiranje in izobraževanje širše laične in strokovne javnosti o pojavu uporabe drog ter v spodbujanje razvoja programov preprečevanja, zdravljenja in rehabilitacije na področju zasvojenosti v lokalni skupnosti.

### Prikaz nekaterih programov Zavoda za zdravstveno varstvo Celje in Lokalne akcijske skupine Celje:

- Program Droge in 21. stoletje – izobraževalni seminar za pedagoške, socialne in zdravstvene delavce. Seminar traja 24 ur. Od leta 1998 do 2003 se je šestih seminarjev udeležilo 131 pedagoških, socialnih in zdravstvenih delavcev iz regije Celje in izven.
- Program Droge, zasvojenosti in mi – strokovno predavanje in pogovor za starše, pedagoške delavce in učence ter dijake. Od leta 1998 do konca leta 2007 se je več kot 80 izobraževanj udeležilo okoli 2500 staršev, pedagoških delavcev ter učencev in dijakov iz regije Celje.
- Program Šola za starše – komplet petih predavanj in delavnic za starše. Program se je v celoti vseh vsebin izvajal v letu 1998, nato ponovno od leta 2002 do 2005. Od leta 2005 do 2007 se Šola za starše izvaja z izbranimi vsebinami na željo posameznih šol. V celotnem obdobju izvajanja se je Šole za starše na 55 srečanjih udeležilo okoli 1200 staršev iz regije Celje.
- Program Odraščanje in mi – delavnice za učence sedmih, osmih in devetih razredov iz celjskih osnovnih šol. Delavnice v okviru programa so usmerjene v vrstniško učenje in vpletanje mladih kot svetovalcev pri reševanju lastnih problemov. Delavnica traja štiri šolske ure. Od leta 2001 do 2005 je bilo v program vključenih okoli 2000 učencev iz regije Celje. V letu 2006 smo program dopolnili z vsebinami o zdravi prehrani, preživljanju prostega časa in spolnosti in ga poimenovali Sijem od zdravja. Delavnic Sijem od zdravja se udeležujejo učenci višje stopnje vseh osnovnih šol v Celju.
- Program Zamenjava igel in brizg uporabnikom drog v lekarnah na Celjskem – program se izvaja v zasebni lekarni Apoteka pri teatru in v lekarni Žalec. Sterilne igle z brizgo zagotavlja Urad za droge, ZZV zagotavlja odvoz in uničenje uporabljenih igel. V program se je v Apoteki pri teatru od oktobra 1998 do konca leta 2007 vsaj enkrat vključilo 259 uporabnikov, v lekarni Žalec pa od januarja 2001 do konca leta 2007 38 uporabnikov. Povprečna starost vseh uporabnikov je bila okoli 26 let.

### Širitev ideje o povezovanju v lokalni skupnosti - koordinacija LAS v Savinjski regiji

Da bi povezali delo obstoječih LAS na regijskih nivojih, so bile v marcu 2005 na predlog Urada za droge in s sklepom ministra za zdravje v vseh regijah po Sloveniji imenovane regijske koordinacije LAS za preprečevanje zasvojenosti. Koordinacijo za Savinjsko regijo smo prevzeli v Zavodu za zdravstveno varstvo Celje. Delo smo v letu 2005 usmerili v povezovanje petih obstoječih LAS v regiji, ki so pokazale velik interes za sodelovanje, zlasti za izvajanje skupnih izobraževanj za člane LAS in drugih programov ter za izdajo skupnih gradiv. Župane vseh ostalih občin v regiji smo pozvali k ustanovitvi LAS. Ob koncu leta 2007 je v regiji delovalo osem LAS in sicer: LAS Celje, Medobčinska LAS Velenje, LAS Slovenske Konjice, LAS Žalec, LAS Rogaška Slatina, LAS Šmarje pri Jelšah, LAS občin Laško in Radeče ter LAS Šentjur. V letih 2006 in 2007 je bilo delo koordinacije usmerjeno v skupna izobraževanja ter povezovanje aktivnosti.

## RAZPRAVA

Demografsko gibanje v UE Celje se v osnovnih značilnostih ne razlikuje od regijskega in slovenskega. Označuje ga nizka nataliteta in negativni naravni prirast ter naraščanje deleža prebivalstva, starejšega od 65 let, ki je višje kot v povprečju v regiji in Sloveniji. Takšen trend, ki se bo po napovedih demografov nadaljeval, že sedaj pomembno vpliva na ekonomsko, socialno in zdravstveno podobo regije in države in bo v prihodnosti še bolj. Na področju varstva starejših se kaže velika potreba po zagotavljanju pogojev za življenje starostnika v domačem okolju ter na drugi strani po širitvi domskih namestitev. Prav tako narašča potreba po negovalnih oddelkih, kot vmesni stopnji po zaključenem zdravljenju, ko starejši človek še ni sposoben skrbeti sam zase in mu tega tudi bližnji še ne morejo zagotoviti. Starost pa mora biti družbi tudi izziv v smislu zagotavljanja pogojev in okolij, ki bodo starejšim omogočala kvalitetno izrabo njihovih potencialov ter sposobnosti in jim tako okrepila občutek potrebnosti in resnične vključenosti.

Izobrazba, zaposlenost in dohodek na prebivalca so za zdravje ljudi pomembne determinante. Višje kot so, več zdravja lahko pričakujemo med ljudmi. Izobrazbena struktura je po podatkih popisa prebivalstva iz leta 2002 na območju UE Celje bolj ugodna, kot sicer v regiji Celje in Sloveniji. Boljša izobrazbena struktura in s tem povezano znanje ter informiranost so pomembni dejavniki, ki vplivajo na stopnjo zdravja v neki skupnosti. Tudi glede ekonomskih kazalnikov, kot sta zaposlenost in dohodek na prebivalca, je UE Celje nad regijskim povprečjem v pozitivnem smislu.

Za prikaz zdravstvenega stanja so podatki o umrljivosti še vedno temeljni. Umrljivost je pri moških značilno višja kot pri ženskah, moški umirajo mlajši kot ženske. Če izključimo spol in dednost kot dejavnika, ki pomembno vplivata na obolenje in smrtnost, na katera pa praktično ni mogoče vplivati, gre razloge za povečano umrljivost moških iskati predvsem v načinu življenja, ki je pri moških tudi tradicionalno bolj naklonjen tveganjem. Stopnja starostno standardizirane umrljivosti je bila v UE Celje v obdobju 1997 do 2006 v vseh letih, razen v 2003 in 2004 letih, nižja od regijske. Ti podatki govorijo o tem, da je tveganje za smrt na območju UE Celje v povprečju nižje kot v regiji. To je lahko posledica nižje obolenosti ali boljše dostopnosti do zdravstvene dejavnosti oziroma večjega koriščenja le te v primeru bolezni.

Med vzroki smrti so v Sloveniji in regiji, pa tudi v UE Celje (razen v letu 2006) v obdobju 1997 do 2006 na prvem mestu še vedno bolezni srca in ožilja. Zaradi velike incidence teh obolenj in na drugi strani poznanih dejavnikov tveganja, je preventiva srčno žilnih obolenj še vedno v središču preventivnih prizadevanj pri nas in v tujini. Razveseljivo je dejstvo, da umrljivost zaradi teh obolenj kontinuirano in značilno upada. Upadanje je zagotovo odsev prizadevanj za zmanjševanje prisotnosti dejavnikov tveganja (kajenje, povišan krvni tlak, prevelika telesna teža, količina maščob in soli v prehrani, psihični stres in drugi), zgodnjega odkrivanja bolezni in celovitega zdravljenja na vseh nivojih zdravstvene dejavnosti. V Sloveniji v primernem zdravstvenem varstvu že osmo leto zapored potekajo preventivni pregledi moških v starosti od 35 do 65 let ter žensk v starosti od 45 do 70 let s ciljem preprečevanja in zgodnjega odkrivanja bolezni srca in ožilja, ki so v regiji dobro zaživel. Število opravljenih preventivnih pregledov je bilo v UE Celje v letu 2006 višje kot v povprečju v regiji. Osebe, pri katerih se odkrijejo dejavniki tveganja ali je tveganje že prisotno, so napotene v preventivne delavnice v okviru zdravstveno vzgojnih centrov, ki delujejo v okviru Zdravstvenih domov.

Umrljivost zaradi raka je med vzroki smrti na drugem mestu (v letu 2006 v UE Celje na prvem mestu) in žal ne kaže trenda upadanja, ob tem število novih primerov raka še vedno narašča. Tudi obolenje in posledično umrljivost za rakom je do neke mere mogoče znižati s preventivnimi pristopi v smislu odpravljanja kajenja in pretiranega pitja alkohola, s primerno prehrano in zdravim delovnim in življenjskim okoljem na eni strani, z zgodnjim odkrivanjem prvih znakov bolezni ter čimprejšnjim primernim zdravljenjem na drugi strani. Tudi na tem področju že potekajo utečeni državni preventivni programi v osnovnem zdravstvenem varstvu kot so zgodnje odkrivanje raka na materničnem vratu pri ženskah (ZORA), odkrivanje raka na dojkah pri ženskah (DORA) in v letu 2008 uveden program presejanja in zgodnjega odkrivanja raka debelega črevesa in danke (SVIT). Kljub tem programom pa v regiji beležimo visoko incidenco raka materničnega vratu, zaradi česar

bo potrebno okrepiti aktivnosti za povečanje odzivnosti žensk na vabila za preventivni pregled. Vzgoja ljudi k zdravemu načinu življenja in pozornosti do sumljivih sprememb v telesu je pri raku ključnega pomena. S tem namenom pri Zavodu za zdravstveno varstvo Celje že šesto leto deluje Društvo za boj proti raku regije Celje. Pomembno vlogo v spodbujanju zdravega načina življenja Celjanov je odigrala tudi Projektna pisarna Celje zdravo mesto z dejavnim vključevanjem civilne iniciative in izvajanjem specifičnih programov promocije zdravja in zagovorništva.

Smrti zaradi poškodb in zastrupitev so med vzroki smrti na tretjem mestu, vodilni pa so v starostni skupini od 7 do 45 let. Zaradi njih moški umirajo veliko pogosteje kot ženske, na kar v veliki meri vpliva bolj tvegani način življenja moških že v rani mladosti. Do 20. leta prevladujejo predvsem smrti zaradi prometnih in drugih nezgod, potem pa se jim pridružijo smrti zaradi samomora. Samomor v Sloveniji in predvsem tudi v regiji predstavlja velik javno zdravstveni problem, čeprav v zadnjih treh letih tudi na tem področju opažamo pozitiven premik v zmanjšanju števila samomorov. K zmanjšanju števila samomorov v Sloveniji in celjski regiji je pripomoglo več dejavnikov, med njimi gotovo zmanjšanje stigme, številna izobraževanja različnih ciljnih skupin, povečana pozornost splošne javnosti in stroke pri obravnavi tega problema, boljše obravnavo in zdravljenje depresije v osnovnem zdravstvu ter novi viri pomoči in samopomoči. Mnoge teh aktivnosti se odvijajo v okviru interdisciplinarnih skupin za preprečevanje samomora, ki jo koordiniramo na zavodu.

V vsaki družbi je delo podlaga za njen gospodarski in socialni razvoj. Delež bolniškega staleža se je v regiji od leta 1997 dalje zniževal. V UE Celje je bil vsa leta nižji kot v regiji, v zadnjih štirih prikazanih letih je bil tudi nižji kot v Sloveniji. Z delom se ustvarja dohodek posameznika, gospodinjstva in celotne družbe, zato je potrebno zaposlenim zagotoviti pogoje za varno delo ter prijazno delovno okolje. Varovanje zdravja delavcev je tako ena od pomembnih nalog javnega zdravstva. Glede na prikazane podatke o bolniškem staležu in poškodbah pri delu zaključujemo, da v celotni družbi kot v delovnih okoljih še niso vzpostavljeni zadovoljivi pogoji dela in tudi ni vzpostavljena zadovoljiva osveščenost posameznika, zato bo zdravju delavcev na Celjskem tudi v prihodnje potrebno posvečati veliko pozornosti. Eden od programov promocije zdravja na delu, ki je primeren za izvajanje v samih podjetjih, je projekt Čili za delo. Projekt vodi Inštitut za medicino dela, prometa in športa pri Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Nekatera promocijska zdravja naklonjena podjetja, med njimi tudi nekatera iz regije Celje, ga že prenašajo v svoja delovna okolja.

Najpogostejše težave zdravja, zaradi katerih ljudje prihajajo po pomoč v osnovno zdravstvo, so pri predšolskih otrocih boleznih dihal, sledijo boleznih ušes in mastoida ter nalezljive in parazitarne bolezni, pri šolskih otrocih in mladini so bile najpogostejše zabeležene boleznih dihal, sledile so poškodbe in zastrupitve ter nalezljive in parazitarne bolezni. Najpogostejše zabeležena obolenja pri odraslih pa so boleznih dihal, boleznih mišic in kosti ter boleznih obtočil. Takšen vrstni red zabeleženih motenj je prisoten že skozi daljše časovno obdobje. Najpogostejše zabeležene motnje pri sistematičnih pregledih otrok in mladine so še vedno slaba telesna drža, motnje vida ter neprimerna prehranjenost. Vse tri navedene težave v veliki meri odražajo način življenja otrok in mladine. Če jih spregledamo ali ne odpravimo, predstavljajo osnovo za težave zdravja in invalidnost v odrasli dobi.

Razveseljive podatke v regiji in predvsem tudi v UE Celje v zadnjih letih beležimo na področju otroškega in mladinskega zobozdravstva. V regiji Celje je mladinsko zobozdravstvo preventivno usmerjeno. Načrtna dolgoletna zobozdravstvena vzgoja v predšolskem, osnovnošolskem in srednješolskem obdobju ima vidne rezultate v boljšem ustnem zdravju otrok in mladine, pa tudi pri mlajši in srednji generaciji odraslih, ki bolj skrbijo za svoje ustno zdravje, zobozdravnika pa obiščejo tudi takrat, ko še nič ne boli.

Preskrbljenost prebivalcev z zdravstveno službo je pomemben dejavnik, ki določa zdravje ljudi v nekem prostoru. V vseh prikazanih varstvih v osnovnem zdravstvenem varstvu (predšolski otroci, otroci in mladina, žene in odrasli), je preskrbljenost prebivalcev v UE Celje boljša v primerjavi z regijskim povprečjem. Razlika je najmanjša pri zdravstvenem varstvu odraslih. Preskrbljenost v regiji je sicer še zadovoljiva, vendar je v nekaterih varstvih, kot je varstvo žena, šolskih otrok in mladine, slabša kot v Sloveniji. Razlike so še bolj očitne med posameznimi upravnimi enotami

znotraj regije. Posledično se večja obremenitev zdravstvenih timov, večja se tudi obremenitev timov na sekundarnem nivoju, vsebina dela se preusmerja v kurativno dejavnost.

Podatki o zdravju in obolenjih, ki jih pridobimo iz rutinske statistike, ne povedo dovolj o zdravju ali nezdravju posameznika in skupnosti. Iz podatkov navedenih raziskav med odraslimi in mladino izvemo veliko več o načinu življenja in tveganjih v posameznih skupinah prebivalstva. Te značilnosti ostanejo pri ambulantnem pregledu dostikrat neizrečene in neodkrita, saj predstavljajo intimni svet posameznika, lahko pa močno vplivajo na njegovo boljše ali slabše zdravje. Za še realnejšo oceno zdravja posameznih skupin prebivalstva se bo v prihodnosti potrebno odločneje usmeriti v ciljne, vzorčne raziskave. Potrebno bo izdelati strokovne kriterije za ugotavljanje prisotnosti psihosomatskih obolenj, na katere vedno bolj opozarjajo zdravniki s terena in strokovnjaki iz nemedicinskih strok; prav tako so nujne tudi posodobitve vsebine sistematičnih preventivnih pregledov in navodil za beleženje ugotovitev ob tem.

Predstavljeni izbrani programi promocije zdravja za različne ciljne skupine so nastali na osnovi rezultatov usmerjenih raziskav, nekaterih rutinskih zdravstvenih podatkov ter anket med ciljnim skupinami. Sledijo specifičnim potrebam prebivalstva. Koordinacijo programov izvajamo na zavodu, osnovno načelo, po katerem delujemo, pa je interdisciplinarni pristop pri izvajanju. Na tem principu smo v zadnjih letih v regiji v mreže povezali različne ustanove ter posameznike, katerih delo je kljub različnim strokovnim osnovam usmerjeno v ohranjanje in krepitev zdravja posameznika in skupnosti, v zgodnje odkrivanje težav zdravja ter v pomoč človeku v stiski. Vsi omenjeni programi se izvajajo že več let, med ciljnim skupinami so dobro sprejeti in kažejo že tudi prve rezultate in pozitivne premike na področju vedenjskega sloga prebivalcev regije.

## ZAKLJUČKI

Upravna enota Celje se po večini izbranih zdravstveno ter socialno ekonomskih kazalnikov uvršča bolje od regijskega povprečja. V upravni enoti Celje beležimo višjo stopnjo izobraženosti oseb, starejših od 15 let, nižjo brezposelnost in višji dohodek na prebivalca, kot v povprečju v regiji. Preskrbljenost posameznih skupin prebivalstva z zdravstvenim varstvom je v povprečju boljša kot v regiji. Pozitivno odstopajo od regijskega povprečja tudi nekateri kazalniki zdravja, zbolevanja in umrljivosti v UE Celje.

Hkrati pa se upravna enota Celje tako kot regija Celje in celotna Slovenija sooča s podobnimi zaskrbljujimi demografskimi trendi, s socialnim in ekonomskim razslojevanjem, z naraščanjem kroničnih nenalezljivih bolezni ter z nezdravim življenjskim slogom in tveganimi vedenji med prebivalci. Da bi v 21. stoletju ohranili, okrepili in izboljšali zdravje vseh skupin prebivalstva UE Celje in regije, je potrebna **celovita strategija zdravja za vse na lokalnem nivoju**, ki naj upošteva:

- multisektorski pristop – strategija zdravja za vse se lahko udejadi le ob tesnem sodelovanju vseh, ki imajo vpliv na determinante zdravja in s tem na pogoje za ohranitev in izboljšanje zdravja vseh skupin prebivalstva (ob upoštevanju fizikalnih, ekonomskih, družbenih, kulturnih ter ostale vidikov življenja v skupnosti) na nivoju lokalne skupnosti in celotne regije;
- načrtovanje zdravstvenih programov naj temelji na osnovi spremljanja izidov zdravljenja in vlaganja v razvoj zdravja ter na osnovi dejanskih potreb in problemov skupnosti (izpopolnitev zdravstvene statistike, ki bo bolj služila načrtovanju, raziskovanju);
- primarno zdravstveno varstvo, ki ima v EU Celje bogato in dolgoletno tradicijo, mora ohraniti svojo nenadomestljivo vlogo prvega stika človeka z zdravstveno službo, široke dostopnosti in odprtosti in prilagodljivosti lokalnemu okolju;
- vloga primarnega zdravstva se mora v novih družbenih in ekonomskih razmerah še povečati, zato pa bodo zagotovo potrebne tudi določene organizacijske spremembe le tega (zagotavljanje zadostnega kadra za izvajanje nemotenega dela vseh služb in vseh programov, sistem naročanja, svetovanje po telefonu in preko spletnega omrežja, še večja usmerjenosti v preventivne zdravstvene programe za različne ciljne skupine);
- razvoj podpornega in prilagodljivega sekundarnega zdravstvenega varstva in prožnega bolnišničnega zdravstvenega varstva;
- participativen proces razvijanja zdravja, ki vključuje partnerje, odgovorne za zdravje doma, v šoli, na delovnem mestu, v lokalni skupnosti in v državi - nadaljnji razvoj in podpora programom, kot so Zdravo mesto, Zdrava šola, Eko šola, Zdrav vrtec, Otroku in materi prijazna porodnišnica in drugim programom ter projektom promocije zdravja za različne skupine prebivalstva;
- večja participacija civilnih združenj ter nevladnih organizacij in samopomočnih skupin v procesu zagotavljanja, krepitve in ohranjanja zdravja ter rehabilitacije;
- osveščanje posameznika in večja vloga ter odgovornost posameznika v prizadevanju za lastno zdravje (ob zagotavljanju pogojev za optimalen razvoj posameznika ter možnost zdravih izbir). Za posameznika bo več zdravja velikokrat pomenilo spremembo načina življenja, za posamezne službe in občinske strukture pa spremembo žarišča delovanja.