

**KREIRANJE STRATEGIJE ZDRAVLJA
NA LOKALNOJ RAZINI PROCESOM »GRADSKE SLIKE ZDRAVLJA«
I »GRADSKOG PLANA ZA ZDRAVLJE«**

**FORMULATING HEALTH STRATEGY
AT THE LOCAL LEVEL THROUGH THE DEVELOPMENT OF THE »CITY HEALTH PROFILE«
AND THE »CITY HEALTH PLAN«**

SELMA ŠOGORIĆ, TEA VUKUŠIĆ RUKAVINA, AIDA MUJKIĆ, ALEKSANDAR DŽAKULA*

Deskriptori: Gradska zdravstvena služba – organizacija; Zdravstveno planiranje; Potrebe zdravstvene službe; Hrvatska

Sažetak. Svrha je ovog rada bila opisati metodu kojom su se koristili hrvatski gradovi u izradi svojih strateških dokumenata za zdravlje: »Gradske slike zdravlja« i »Gradskog plana za zdravlje«. Metoda odabrana kao najprikladnija bila je metoda brze procjene zdravstvenih potreba zajednice. Tri su izvora informacija korištena u ovom istraživanju: eseji panelista (opis zdravlja, problema i potencijala grada), njihove opservacije (o tome što pridonosi, a što umanjuje ljepotu življenja u njihovu gradu) te informacije prikupljene iz pisanih dokumenata (izvještaj institucija i organizacija). Prikupljeni eseji obrađeni su metodom analize slobodnog teksta. Tijekom Konsenzusne konferencije panelu sudionika predočene su prikupljene informacije na temelju kojih su oni odabrali prioriteta područja rada projekta. Istraživanje je provedeno u šest hrvatskih gradova: Pula, Metkoviću, Rijeci, Karlovcu, Varaždinu i Zagrebu u razdoblju od 1996. do 2002. godine. Primjenom metode brze procjene: (a) dobivena je ocjena zdravlja (temeljem čega je izrađena Gradska slika zdravlja), (b) određena su prioriteta područja aktivnosti za rad projekta (Zdravi grad), (c) oformljene tematske grupe oko odabranih prioriteta područja te (d) izrađen Gradski plan za zdravlje. Rezultatima dobivenim na razini gradova ova je metoda potvrdila da zajednica raspolaže kapacitetom prepoznavanja, ali i rješavanja vlastitih problema.

Descriptors: Urban health services – organization and administration; Health planning; Health services needs and demand; Croatia

Summary. The aim of this article was to describe the method that Croatian cities have used in the development of the City Health Profile and City Health Plan. Selected as the most appropriate and applied was the Rapid Appraisal to Assess Community Health Needs. Three sources of information were used in this research: panelist essays reflecting local community views on health, problems and potentials of their city, observations about what is diminishing and what is giving beauty of living in their city and information derived from the existing written data sources. A free-text processing program analyzed essays. During the Consensus conference, based on presented data, participants had selected (Healthy City Project) priority areas. Between 1996 and 2002 The Rapid Appraisal was applied in six Croatian cities: Pula, Metković, Rijeka, Karlovac, Varaždin and Zagreb. By applying the method of Rapid Appraisal the cities assessed their health and health needs and created the City Health Profile. They selected their (Healthy City Project) priority areas, established the working groups on priority areas, and developed the City (action) Plan for Health. The method proved that communities have the capacity to recognize and deal with their health problems.

Liječ Vjesn 2003;125:334–338

Europski su se gradovi koristili nizom različitih tehnika i instrumenata u izradi »Gradskih dokumenata za zdravlje«. ¹ Ovaj članak opisuje metodu kojom su se koristili hrvatski gradovi: Pula, Metković, Rijeka, Karlovac, Varaždin i Zagreb u izradi svojih strateških dokumenata za zdravlje. Tijekom izrade »Gradske slike zdravlja« i »Gradskog plana za zdravlje« korištene su metode koje omogućavaju maksimalno sudjelovanje različitih interesnih grupa. Njihovim korištenjem došlo je do: procjene zdravlja u zajednici, odabira i definiranja prioriteta problema (područja za intervenciju) i izrade akcijskog programa za promicanje zdravlja (kojim će se odgovoriti na prepoznate prioriteta potrebe).

Uzorak i metode

Od 1996. godine do sada šest je hrvatskih gradova primjenilo ovu metodu brze procjene potreba – Pula, Metković, Rijeka, Karlovac, Varaždin i Zagreb. Navedeni se gradovi razlikuju prema nizu obilježja – veličinom i brojem stanovnika, geografskim položajem, stupnjem gospodarskog razvoja te prema stup-

nju razvijenosti i organizaciji projekta Zdravi grad. Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar« preuzela je ulogu metodološkog centra te pomogla u dizajniranju instrumenata i razvoju metode koju će hrvatski gradovi primijeniti u kreiranju svojih strateških dokumenata za zdravlje. ^{2,3} Identificirano je nekoliko mogućih alternativnih metodoloških pristupa ⁴⁻⁶ od kojih je izabran kvalitativni ⁷ koji je zatim operacionaliziran tehnikom brze procjene potreba. Metoda brze procjene (RAP), ⁸⁻¹¹ opisana u »Guidelines for Rapid Appraisal to Assess Community Health Needs« ⁸ odabrana je kao polazna točka. Metoda je modificirana tako da bi se njezinim korištenjem (a) dobila ocjena zdravlja u gradu (temeljem čega će se izraditi Gradska slika zdravlja), (b) odredila prioriteta područja aktivnosti za rad

* Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (dr. sc. Selma Šogorić, dr. med.; Tea Vukušić Rukavina, dr. med.; dr. sc. Aida Mujkić, dr. med.; Aleksandar Džakula, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. S. Šogorić, Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«, Rockefellerova 4, 10000 Zagreb

Primljeno 23. travnja 2002., prihvaćeno 18. rujna 2003.

Tablica 1. Ključ za odabir panelista za izradu gradskih slika zdravlja i gradskih planova za zdravlje
 Table 1. Key criteria for selection of panelists to develop City health profiles and City health plans

Izvor/Source	Članovi/Members
Službenici uprave Officers of the administration	Gradonačelnik, predstojnik gradskog ureda za zdravstvo i socijalnu skrb, predstojnik ureda zaštite okoliša i urbanog planiranja, prosvjete, gospodarstva i dr.
Zaposleni u sustavima zdravstva Employed in health systems	Domovi zdravlja, bolnice, zavod za zaštitu zdravlja, centri za socijalni rad i dr.
Istaknuti predstavnici zajednice Selected members of community	Izabrani zastupnici – saborski, županijski, gradski zastupnici Predsjednici lokalnih udruga – športska društva, političke udruge, su/samozaštitne grupe, udruge prognanih i izbjeglih i sl. Vjerski službenici – svih koncesija Predstavnici ženskih grupa – npr. SOS – telefon, udovice/majke poginulih u Domovinskom ratu Neformalni vođe – ugledni slikari, glumci, pisci, muzičari, glavni urednici lokalnih novina, radio, TV
Vlasnici poduzeća Entrepreneurs	Velikih kompleksa, ali i malih poduzetnika, npr. vlasnici prodavaonica, klubova i barova, kao i predstavnik gradske gospodarske komore
Članovi nevladinih organizacija Members of nongovernmental organizations	Npr. »Zeleni«
Predstavnici drugih (vladinih) institucija/organizacija Delegates of other (governmental) organizations	Npr. policije, uprave i pravosuđa

projekta (Zdravi grad), (c) osnovale tematske grupe oko odabranih prioritetnih područja te (d) izradio Gradski plan za zdravlje.

Cjelokupna vježba sastojala se od četiri faze. U pripremnju je provedeno ovo: odabir lokalnog koordinatora istraživanja (osobe koja je upoznata s gradom i uključena u projekt Zdravi grad od ranije), odabir panelista – ključnih osoba (predstavnička gradske politike, uprave, struke i građana) koji će biti uključeni u vježbu (tablica 1), obavještanje panelista pismenim putem o našim namjerama uz zamolbu za suradnju (panelistima je poslan polustrukturirani upitnik s molbom da na postavljenih šest pitanja odgovore u obliku eseja), usporedno se radilo na prikupljanju i analizi relevantne postojeće pisane dokumentacije (tablica 2), prikupljeni su eseji obrađeni metodom analize slobodnog teksta,^{7,12,13} a na temelju opažanja panelista (što smanjuje, a što pridonosi ljepoti življenja u njihovu gradu) napravljen je fotoalbum zdravlja.

Druga je faza uključivala pripreme aktivnosti za konsenzusnu konferenciju: pripremu podataka prikupljenih iz postojeće pisane dokumentacije, eseja panelista te promatranja i zapazanja, dogovoren je termin i mjesto održavanja konferencije i poslan je poziv svim panelistima čiji su odgovori zaprimljeni.

Tablica 2. Relevantna pisana dokumentacija
 Table 2. Relevant written data sources

Pisani izvori podataka/Written data sources:
– popis stanovništva/census
– gradski razvojni planovi/city development plans
– gradski proračun/city budget
– rutinska zdravstvena dokumentacija (izvještaj o stanju zdravlja s nazankom glavnih trendova) routine health documentation (report on health condition with indication of major trends)
– već provedene studije (navike i način života stanovnika) studies already conducted (habits and life style of inhabitants)
– dokumentacija drugih sektora uprave ili društvenih djelatnosti ili dokumentacija of other administrative sectors of social activities or
– izvještaji Vladinih ureda i ministarstava (stanovanje, vodoopskrba, stanje okoliša, prostorno planiranje, socijalna zaštita, zdravstvo, gospodarstvo, uprava i pravosuđe i sl.) ako imaju implikacije na lokalnu situaciju reports of government agencies and ministries (dwelling, water supply, environment, architectural planning, social care, health care, industry, management, justice etc.) of they pertain to local situation
– povijesni dokumenti – sažeta povijest grada historical documents (summarized history of the city)

Treća faza, dvodnevna konsenzusna konferencija, završava otvorenim sastankom, na kojem se rezultati prezentiraju gradonačelniku, članovima poglavarstva, predstavnicima medija, drugim zainteresiranim građanima s ciljem dobivanja sugestija, suglasnosti te javne i političke potpore navedenim aktivnostima projekta »Zdravi grad«.

Četvrta faza projekta, kompletiranje dokumenata, uključivala je: ponovno sastajanje tematskih grupa s detaljnijom razradom programskih aktivnosti, izradu dokumenata: Gradske slike zdravlja i Gradskog plana za zdravlje (dugoročni-strateški i kratkoročni-operativni plan/program aktivnosti na unapređenju zdravlja u gradu) i distribuciju dokumenta.

Rezultati

Ovdje opisano istraživanje provedeno je u šest hrvatskih gradova: Puli, Metkoviću, Rijeci, Karlovcu, Varaždinu i Zagrebu u periodu od 1996. do 2002. godine. U Puli je od 85 odabranih panelista (političara, stručnjaka i predstavnika građana) polustrukturirani upitnik, nakon nekoliko podsjećanja, predalo njih 47. U Metkoviću je listu činilo 115 panelista od kojih su primljena 53 odgovora. U Rijeci je uzorak činilo 113 sudionika, a primljeno je 50 eseja. U Karlovcu je poslano osamdesetak upitnika, a primljena su 42 eseja. Varaždinski su panel činila 84 sudionika od kojih se esejima odazvalo njih 56. U Zagrebu su poslana 143 upitnika, a primljena 74 eseja. Prikupljeni eseji obrađeni su metodom analize slobodnog teksta.^{12,13}

Iz pisanih dokumenata dobili smo rezultate za 14 pokazatelja kojima je mjereno zdravlje i čimbenike koji utječu na zdravlje u gradovima. Prikupljeni pokazatelji mogu poslužiti i kao osnova za međusobnu usporedbu gradova (tablica 3).

Zaposlenost. Prema podacima Zavoda za statistiku za 1995. godinu, u Rijeci je bilo zaposleno 57.000 ljudi, ali samo 36.012 primilo je plaću za taj mjesec (prikrivena nezaposlenost). U Metkoviću je 1996. godine bilo 48% manje zaposlenih u odnosu prema 1991. godini.

Korisnici socijalne pomoći. U 1995. g. Centar za socijalni rad u Puli izdao je 1.458 socijalnih kartica. U grupi korisnika socijalnih kartica bilo je 49% nezaposlenih i 45% umirovljenih. U 1995. g. Centar za socijalni rad u Metkoviću izdao je 618 socijalnih kartica (pretežno umirovljenicima). U 1995. g. Centar za socijalni rad u Rijeci izdao je 4.442 socijalne kartice. Korisnici su bili 24,6% nezaposleni, 7% zaposleni i 56% umirovljenici. U Karlovcu je prema podacima Centra za socijalni rad za 1997. g. bilo 4.530 korisnika socijalne pomoći (38,3%

Tablica – Table 3. Pokazatelji dobiveni iz pisane dokumentacije / Indicators from written data sources

Pokazatelj Indicator	Grad/Town					
	Metković	Pula	Rijeka	Karlovac	Varaždin	Zagreb
I. Podaci iz popisa 1991./Data from 1991 census						
Broj stanovnika Number of inhabitants	12.026	62.690	159.392	70.950	48.834	777.826 770.058 (2001.)
Populacija do 14 g. (%) Population aged up to 14 years	25,0	18,4	18,2	18,29	19,02	18,3
Populacija preko 65 g. (%) Population aged over 65 years	7,7	9,1	11,4	11,67	10,42	11,2
Populacija prema stupnju obrazovanja (%) Population according to degree of education						
1. Bez škole/No schooling	4,0	3,0	1,2	1,3	2,6	1,9
2. SSS/High school	43,0	46,5	44,7	44,4	46,1	45,0
3. VŠS/VSS/College	11,0	15,0	15,1	13,8	15,2	18,5
II. Ostali podaci/Other data						
Prirodni prirast grada Natural population increase in the city	Pozitivan prirodni prirast (novorođeni) Positive increase (newborns)	Pozitivan prirodni prirast (novopridošli) Positive increase (newcomers)	Pozitivan prirodni prirast (novopridošli) negative novorođeni Positive increase (newcomers), negative newborns	Negativan prirodni prirast -2,4 (1996.) Negative increase -2,4 (1196)	Negativan prirodni prirast -1,8 (1999.) Negative increase -1,8 (1999)	Negativan prirodni prirast -0,6 (1998.) Negative increase -0,6 (1998)
Broj zaposlenih (1996.) Number of employed people (1996)	4.430 (1996.)	20.850 (1996.)	36.012 (1997.)	18.358 (1999.)	23.111 (1999.)	328.911 (1998.)
Broj nezaposlenih (1996.) Number of unemployed people (1996)	1.680 (1996.)	3.182 (1996.)	7.500 (1998.)	5.152 (1999.)	3.085 (1999.)	53.892 (2002.)
Broj umirovljenika Number of retired people	NP	14.285 (1996.)	35.636 (1996.)	oko 16.000 (1998.)	14.500 (1999.)	202.712 (2000.)
Postotak rastava/Percentage of divorces						
1991.	NP	NP	56	35,9	NP	27,9
1993.	8	42,4	32	NP	27,4	24,9
1995.				22,3	30,5	19,5
1997.					21,7	19,9
1999.					22,9	14,5
2000.						26,1

* NP – podaci nisu poznati/data are not known

nezaposleni, 19,7% zaposleni, 32,3% umirovljenici). Prema podacima Centra za socijalni rad Varaždina struktura korisnika socijalne pomoći za 1999. g. bila je 52% nezaposleni, 19% zaposleni, 11% umirovljenici. U Zagrebu je zamijećena tendencija povećanja broja primljenih prava socijalne skrbi te trend porasta materijalnih davanja (u strukturi korisnika prevladavaju nezaposleni i umirovljenici).

Vodeći uzroci smrtnosti. Prema podacima županijskih zavoda za javno zdravstvo (Pula, Metković i Rijeka za 1995. godinu; Karlovac za 1998. g; Varaždin za 1999. g; Zagreb za 2000. g.) vodeći uzrok smrti u svih 6 gradova bile su kardiovaskularne bolesti (između 41–50% svih smrti) te na drugome mjestu novotvorine (20–29%). Na trećem mjestu, prema uzroku smrti, bile su ozljede i trovanja za Pulu, Metković, Karlovac, Varaždin i Zagreb (5,3–20%), a starost i neutvrđen uzrok smrti u Rijeci (8,5%).

Epidemiološka situacija. U 1995. nije bilo prijavljenih epidemija u Puli. U Rijeci je, za istu godinu, registrirano 6 manjih epidemija gastrointestinalnog trakta. Iste je godine u Rijeci incidencija tuberkuloze bila u opadanju. U Karlovcu je u 1996. g. bilo prijavljeno 6 epidemija s 537 oboljelih (po jedna epidemija salmoneloze, otrovanje hranom, vodenih kozica, svraba te dvije tuberkuloze). Broj HIV-pozitivnih zabilježen u periodu od 1987. g. do 1995. g. bio je 19 u Rijeci, 3 u Puli i ni jedan u Metkoviću. Nisu zabilježene epidemije sprečivih bolesti (za koje je populacija procijepljena) ni u jednom od gradova. U 1995. g. bile su prijavljene 2 hospitalne infekcije na Odjelu za

novorođenčad Opće bolnice Pula, koje su pripisane nemaru osoblja. U Zagrebu su u 2001. g. bile prijavljene epidemije trovanja hranom, šarlaha, hepatitisa A, tuberkuloze i trihineloze. U Zagrebu broj oboljelih od AIDS-a stagnira posljednjih godina s 1–3 nova slučaja na godinu.

Ovisnosti. Prema podacima Ministarstva unutarnjih poslova za 1995. g., u Puli je bilo registrirano 1.000 ovisnika (od čega 108 na metadonskoj terapiji). U isto vrijeme u Rijeci je na metadonskoj terapiji bilo 20 ovisnika. Prema podacima Ministarstva unutarnjih poslova za grad Karlovac, 1996. bilo je registrirano 6,9 ovisnika na 100.000 stanovnika. U Zagrebu je u 2000. g. bilo 1.689 liječenih ovisnika i 260 novootkrivenih (opijatskog tipa).

Prometne nesreće. U 1995. g. bila je 1.391 prometna nesreća u Puli, 4.078 u Rijeci i 351 u Metkoviću. U Karlovcu su 1996. bile 682 prometne nesreće. U Varaždinu se tijekom 1999. godine dogodila 321 prometna nesreća. U Zagrebu je primijećen trend porasta broja prometnih nesreća i broja ozlijeđenih, a pad broja poginulih (1998. – 104 poginula, 1999. – 95 poginulih, 2000. – 76 poginulih).

Maloljetnička delinkvencija. Prema podacima iz 1995. g. u Rijeci je 37% maloljetnih delinkvenata bilo mlade od 14 godina, 39% od 14 do 16 godina, a 23% od 16 do 18 godina. U Puli, Rijeci i Metkoviću broj maloljetnih delinkvenata za 1995. g. bio je niži nego za 1994. g. U Karlovcu je u 1997. g. broj maloljetnih delinkvenata porastao za 21,4% u odnosu na 1996.

g. U Zagrebu su prema podacima za 2000. g., od ukupno 11.766 kaznenih djela, djeca počinila 1%, a maloljetne osobe 9%.

Čimbenici okoline. Kvalitetu pitke vode redovito kontroliraju županijski zavodi za javno zdravstvo te ona (osim katkad u Varaždinu) zadovoljava kontrole. Problem odlaganja otpada ne zadovoljava ni u jednom od gradova (ili ne postoji sustavno recikliranje ili je loše riješen deponij i postoji opasnost od onečišćenja podzemnih voda). Problem odvodnje otpadnih voda spominjan je u Puli, Metkoviću i Zagrebu. Problem prometa (osobito u najfrekventnijem vremenu) uočen je u Puli, Rijeci, Zagrebu i Karlovcu (prije izgradnje obilaznice). Podataka o onečišćenosti tla nema u izvještajima. Kvalitetu morske vode na plažama redovito kontroliraju županijski zavodi za javno zdravstvo te ona zadovoljava u Puli, a ne zadovoljava na nekim plažama u Rijeci. Kvaliteta vode u rijeci Neretvi (Metković) nije praćena. Kvaliteta vode na riječnim kupalištima u Karlovcu ispituje se u ljetnim mjesecima te su uzorci uglavnom neispravni.

Prioritetna područja djelovanja projekta Zdravi grad

Panelu sudionika u istraživanju su tijekom Konzesusne konferencije predočeni najzanimljiviji i najčešći odgovori iz njihovih eseja, statistički pokazatelji zdravlja u gradu te fotografije snimljene na temelju njihovih odgovora na pitanja što umanjuje i što daje ljepotu življenja u gradu. Od svih spomenutih problema prisutni su prvo pojedinačno, a zatim u malim grupama odabrali tri po njihovu mišljenju najvažnija problema. Poštujući odabir malih grupa, formirali smo zajedničku listu, tj. postignut je konsenzus o pet prioriteta područja *budućeg rada projekta »Zdravi grad«*. Oko odabranih prioriteta formirane su tematske grupe. *Odabrana* prioritetna područja djelovanja projekta bila su u:

Puli: a) jačanje udjela građana (u odlučivanju, odabiru prioriteta i realizaciji projekta »Pula – Zdravi grad«, b) unapređenje zdravlja starih ljudi (i organizirane skrbi za stare), c) unapređenje kulture življenja (potpora formalnom i neformalnom, amaterskom djelovanju), d) unapređenje i očuvanje čovjekova okoliša (posebno odvodnja otpadnih voda, izgradnja biciklističkih staza), e) aktiviranje mladeži u realizaciji projekta »Pula – Zdravi grad« (omogućiti kreativno korištenje slobodnog vremena);

Rijeci: a) osigurati primjereni/održiv razvoj grada, b) unapređenje zdravlja djece i mladih (omogućiti kreativno provođenje slobodnog vremena), c) unapređenje kvalitete života invalidnih osoba i njihovih obitelji, d) unapređenje okolinskog zdravlja (kvalitete mora, plaža, zraka), e) unapređenje kvalitete života starijih;

Metkoviću: a) nezaposlenost (posebice razvojačenih branitelja), b) unapređenje kvalitete okoliša (zaštita Neretve, kontrolirana upotreba pesticida, zaštita tla), c) unapređenje kulture življenja (očuvanje nasljeđa i tradicije), d) zdravlje djece i mladih (razvoj programa kvalitetne škole i škola demokracije), e) unapređenje kvalitete života starih;

Varaždinu: a) unapređenje zdravlja djece i mladih (unaprijediti odgojnu funkciju škole i obrazovanje, bolje ih stručno ekipirati te provesti edukaciju edukatora), b) potpora obitelji, c) unapređenje okolinskog zdravlja (kvalitete pitke vode, otpadnih voda i ostalog otpada), d) održivi gospodarski razvoj (razvoj obrtništva i malog poduzetništva, turističke i kulturne ponude) i e) unapređenje djelotvornosti sustava (povećati transparentnost, fleksibilnost i učinkovitost formalnog sustava);

Zagrebu: a) nezaposlenost (ekonomska i socijalna nesigurnost građana), b) očuvanje i unapređenje kvalitete čovjekove okoline (promet, zrak, buka, jačanje prirodnih resursa – Sava, Medvednica, Jarun), c) jačanje pozitivnih društvenih vrednota

(socijalnih mreža, poticanje međugeneracijske solidarnosti), d) *izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom i manjinske zajednice*, e) *jačanje i potpora obitelji*.

Rasprava i zaključci

Ova je metoda brze procjene zdravstvenih potreba ciljno odabrana zbog svojih *komparativnih prednosti: brze provedbe* (dva mjeseca od trenutka pokretanja), *ne velike potrošnje vremena stručnjaka i financijskih sredstava* (oko 6.500 \$ po gradu), *participativnosti* (predstavnicima različitih grupa građana sudjeluju u procesu od identificiranja potreba i definiranja problema do iznalaženja rješenja, uključuje predstavnike gradske uprave, institucija i organizacija te nevladina i neprofitnog sektora, a njihovim posredstvom i sve druge građane), *osjetljivosti* (sposobna je reflektirati lokalne specifičnosti), *valjanosti* (znanstvene utemeljenosti), *akcijske orijentiranosti* (kao proizvod daje kratkoročni i dugoročni plan aktivnosti) i *održivosti postignuća* (preko prioriteta, tematskih grupa uspostavlja i facilitira suradnju među ključnim dioničarima u projektu).

Kako bi se izbjegli prigovori dijela akademske zajednice koja ovu metodu vidi kao »quick and dirty«, uspostavljena su striktna pravila i primijenjen je maksimalan akademski rigor proces triangulacije izvora informacija (eseji, opažanja i prikupljeni objektivni pokazatelji iz sustava) i istraživača (uključivanjem triju različitih profila stručnjaka – javnog zdravstva, epidemiologije i medicinske informatike). Proces odabira panelista posebno je osjetljiv dio vježbe i trebalo mu je obratiti veliku pažnju. Lista panelista mora ravnomjerno obuhvatiti predstavnike triju temeljnih interesnih grupa »dioničara« u projektu: gradsku upravu i politiku, predstavnike različitih profesionalnih grupa te civilnog sektora. Čak unutar svake od tih grupa treba omogućiti sudjelovanje različitih političkih, stručnih i vjerskih opcija te dobnih i manjinskih grupa kako bi se putem predstavnika reflektirala sva različitost interesa u danoj istraživačkoj zajednici.

Metoda brze procjene pokazala se korisnom »novim« gradovima koji su tek ulazili u projekt Zdravi grad (Karlovac, Varaždin) u smislu pokretanja procesa okupljanja i započinjanja rada na projektu Zdravi grad. Metoda se pokazala korisnom i gradovima koji su već duže radili na projektu (Pula, Metković, Rijeka, Zagreb) gdje je bila u funkciji evaluacijskog instrumenta kojim su se identificirale novonastale potrebe zajednice, preispitani su (i redefinirani) prioriteti, njom su ojačane veze među projektnim partnerima i dobivena šira baza (posebno u smislu uključivanja struke i građanske inicijative) za provođenje aktivnosti. Primjenom ove metode »iskusni« gradovi su evaluirali i »zatvorili« prvu fazu projekta te ponovnom procjenom prioriteta područja pokrenuli novi krug projektnih aktivnosti.

Tri izvora informacija korištena u ovom istraživanju daju dobar opis zdravlja, problema i potencijala hrvatskih urbanih sredina. Osim u procjeni potreba građani sudjeluju u odabiru prioriteta i planiranju procesa intervencije. Rezultatima dobivenim na razini gradova, ova je metoda potvrdila svoju sposobnost da reflektira lokalne specifičnosti. Neki se »obrasci« odgovora dobivenih iz eseja građana ponavljaju u svim gradovima reflektirajući ukupnost društvene situacije u Republici Hrvatskoj (ekonomske, socijalne, vrijednosne). No i opisi panelista i odabirom različitih prioriteta područja djelovanja projekata Zdravi grad, gradovi iskazuju svoju specifičnost. Kao što se vidi iz opisa odabranih prioriteta projektnih aktivnosti isti naziv prioriteta grupe kao npr. zaštita i unapređenje kvalitete čovjekova okoliša ili unapređenje zdravlja djece i mladih ne podrazumijeva identičnu definiciju problema i isti set intervencijskih aktivnosti. Proces izrade strateških dokumenata za zdravlje dovodi do stvaranja partnerstva za zdravlje,

odnosno sjedinjavanja svih zainteresiranih grupa (političara, profesionalaca i zajednice) i njihova koordiniranog djelovanja na unapređenju zdravlja i kvalitete življenja u gradu. *Ova je metoda potvrdila u praksi da zajednice raspolažu kapacitetom prepoznavanja, ali i rješavanja vlastitih problema.*

L I T E R A T U R A

1. *Webster P.* A review of the city health profiles. Conference report. Copenhagen: WHO; 1996.
2. *Šogorić S.* Making rapid City Health Profile & City Action Plan for Health – achievements of the modified method of »Rapid appraisal to assess community health needs«. Final report. Zagreb: Medicinski fakultet; 1996.
3. *Šogorić S.* Application of the Modified Method of »Rapid Appraisal to Assess Community Health Needs« for making Rapid City Health Profiles and City Action Plans for Health, *Croat Med J* 1998;39:267–75.
4. *Anker M.* Epidemiological and statistical methods for rapid health assessment: Introduction. *World Health Statistic Quarterly* 1991;44:94–7.
5. *Šogorić S.* Različiti pristupi u ocjenjivanju zdravstvenog stanja stanovništva (magistarski rad). Zagreb, Hrvatska: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1992.
6. *Perkins JJ, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Blunden S, Lunnay D.* The development of a new methodology to assess perceived needs among indigenous Australians. *Soc Sci Med* 1995;41:267–75.
7. *Patton MQ.* Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. Newbury Park: SAGE Publications; 1990.
8. *Annet H, Rifkin S.* Improving urban health-guidelines for rapid appraisal to assess community health needs: a focus on health improvements for low income urban areas: Geneva: WHO; 1988.
9. *Greinger T.* Rapid appraisal before impact evaluation studies (Readers' Forum). *World Health Forum* 1997;18:66–7.
10. *Scally G.* Citizen health commentary. *Lancet* 1996;347:3–4.
11. *Ong BN, Humphris G, Annet H, Rifkin S.* Rapid appraisal in an urban setting, an example from the developed world. *Soc Sci Med* 1991;32:909–15.
12. *Lebart L, Salem A, Berry L.* Recent developments in statistical processing of textual data. *Applied Stochastic Models and Data Analysis* 1991;7:47–62.
13. *Lebart L, Morineau A, Lembedt T.* SPAD. N. Manuel de l'utilisateur. Paris: CISIA; 1987.