

VJESNIK

ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO DUBROVAČKO – NERETVANSKE ŽUPANIJE

GODINA IV BROJ 12

Teme ovog broja:

EPIDEMIJA ZAUŠNJAKA U DUBROVNIKU

Miljenko Ljubić, dr. med. spec. epidemiolog
Mato Lakić, dr. med. spec. epidemiolog

.... stranica 2

SUBUTEX – novi lijek za heroinske ovisnike

Ivana Pavić Mikolaučić dr. med. stranica 5

PREVENTIVNI PREGLEDI OSOBA STARIJIH OD 45 GODINA

Ankica Džono-Boban, dr. med. stranica 9



OSNOVE HACCP-a

Mato Lakić, dr. med.
spec. epidemiolog



.... stranica 5

OSTANIMO I OSTARIMO U DUBROVAČKOM PRIMORJU

Marija Mašanović-Worman, dr. med. stranica 11



KRETANJE TBC OBOLJENJA U DUBROVAČKO-NERETVANSKOJ ŽUPANIJI

Antonija Sokal, dr. med. spec. mikrobiolog
.... stranica 7

GODIŠNJE IZVJEŠĆE O IZVRŠENIM IMUNIZACIJAMA ZA 2004. GODINU

Miljenko Ljubić, dr. med.
spec. epidemiolog



.... stranica 12



XI RADNI SASTANAK NA LASTOVU O KAKVOĆI MORA

Mr.sc. Zorica Smoljan, dipl. ing.
Dolores Grilec, dipl. ing.

.... stranica 8

TREĆA EUROPSKA KONVENCIJA REALITETNE TERAPIJE

Asja Palinić Cvitanović, dr. med. spec. školske medicine

.... stranica 14

EPIDEMIJA ZAUŠNJAKA U DUBROVNIKU

Miljenko Ljubić, dr. med. spec. epidemiolog

Mato Lakić, dr. med. spec. epidemiolog

Na području Dubrovnika i bliže okolice od 10. svibnja 2005. god. zabilježena je epidemija zaušnjaka (parotitis epidemica) koja je još uvijek u tijeku.

Do 26. srpnja u naš Zavod je prijavljeno ukupno 78 oboljelih, a prema mjestu stanovanja to bi bilo: Dubrovnik 52, Mokošica 15, Konavle 5, Župa dubrovačka 4, te jedan student iz Zadra i jedna studentica iz Stona. Od 1976. god. kada se u Hrvatskoj uvelo cijepljenje protiv zaušnjaka, broj oboljelih od te bolesti znatno je smanjen, a u zadnjem petogodišnjem razdoblju broj oboljelih u Hrvatskoj se kretao negdje oko 100-tinjak oboljelih na godinu. Tako se pobol od zaušnjaka nakon uvođenja cijepljenja do danas reducirao do 98 %, i nisu zabilježene veće epidemije.

Iz epidemioloških izvida i anketa ove epidemije izdvajamo:

- oboljevaju osobe koje nisu cijepljene protiv zaušnjaka (osobe rođene prije 1976. god. kada je uvedeno cijepljenje protiv zaušnjaka)
- oboljevaju necijepljene ili nedovoljno cijepljene osobe (osobe rođene u periodu od 1976. do 1994. god. tj. u periodu u kome se cijepilo protiv zaušnjaka samo jednom dozom, bez revakcinacije. Preciznije rečeno, najčešće oboljevaju osobe rođene u periodu od 1976. do 1986. god. pa možemo pretpostaviti kako je zaštitni imunitet vjerojatno nedostatan za period duži od 20 godina
- zahvaljujući cijepnom obuhvatu koji za

zaušnjake iznosi 90,6 % za područje naše Županije u 2004. god. a time i relativno visokom zajedničkom imunitetu za zaušnjake, ne oboljevaju cijepljene osobe i osobe mlađe od 1994. god. kada se započelo sa revakcinacijom protiv zaušnjaka

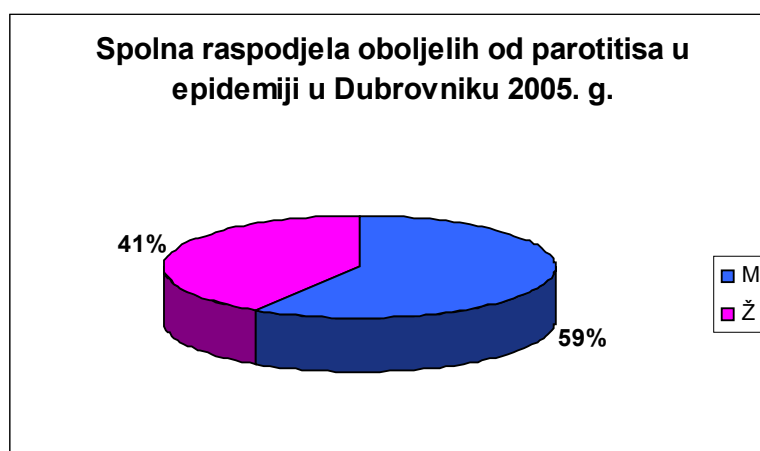
- u samom tijeku epidemije najveći broj oboljelih prema datumu pojave simptoma je u periodu od 30. svibnja do 7. lipnja (38 oboljelih) pa se pretpostavlja o mogućem jednom izvoru i mjestu zaraze (ispitivanja u tijeku)

Kako se još uvijek pojavljuju pojedinačni slučajevi bolesti, i epidemija zaušnjaka nije u potpunosti prestala, donosimo grafičke prikaze samo nekih do sada obrađenih podataka, a koji će završetkom epidemije biti prikazani u potpunosti.

Napomena: kada se u tekstu spominje Dubrovnik, misli se na područje koje pokriva HE Odjel iz Dubrovnika, što uključuje mjesta od Janjine do Konavala.

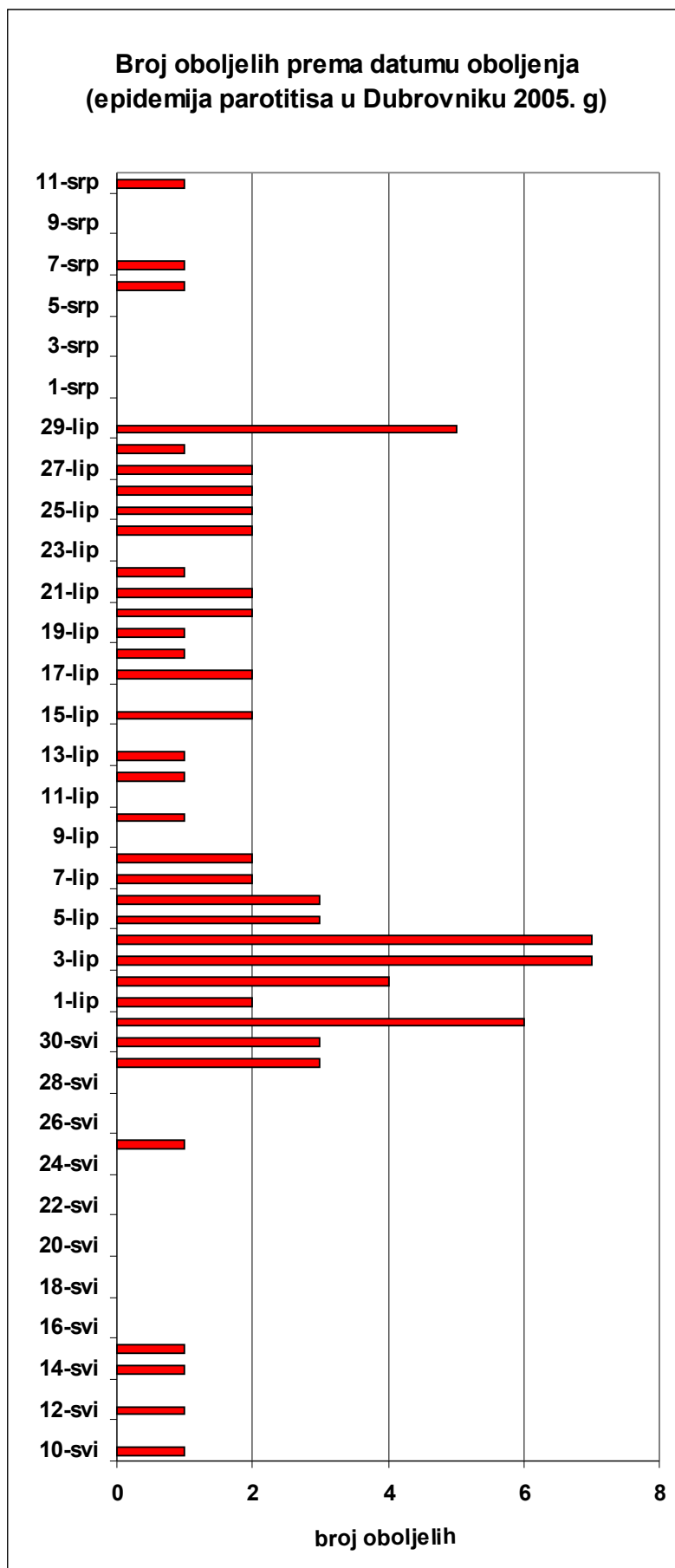
Na slici 1 (sljedeća stranica) vidimo kako su se prvoj skupini od 4 oboljela simptomi javili između 10. i 15. svibnja. Nejasno je kako su se oni zarazili, vjerojatno iz istog izvora. Nakon ove skupine je period bez oboljelih, a onda se nakon razdoblja inkubacije (prosječno 18-21 dan) javlja najveća skupina, poslije koje se do danas javljaju novi slučajevi sa sve manjom frekvencijom pojavljivanja.

Slika 2. Prikaz spolne raspodjele oboljelih (M:Ž) u muškog spola.

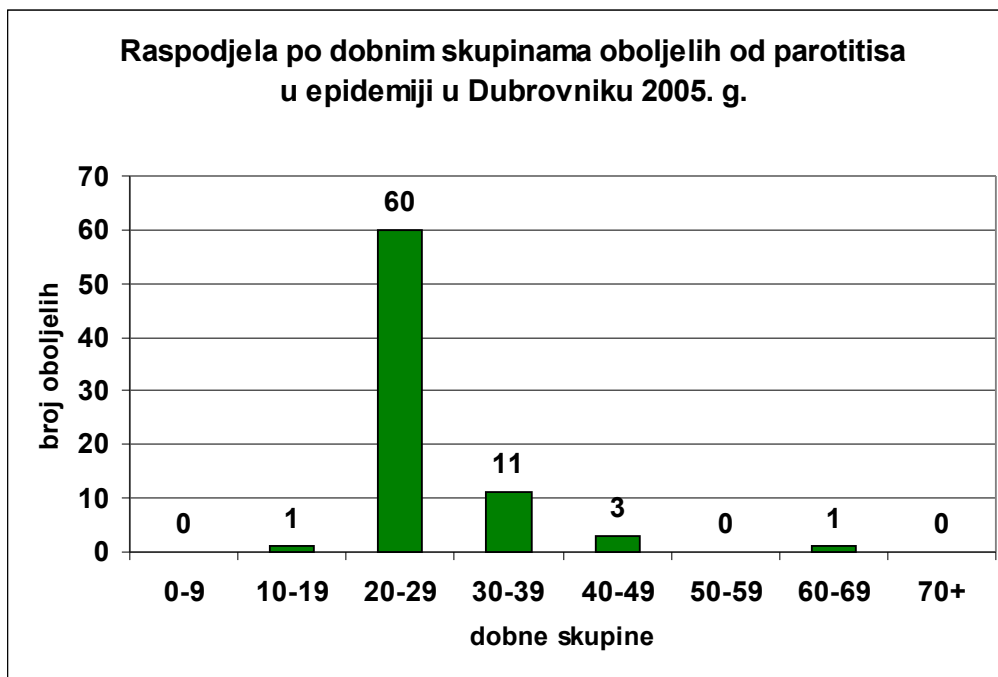


Spolna raspodjela je uobičajena za zaušnjake, odnosno potvrđena je činjenica da se zaušnjaci češće javljaju u muškog spola.

Slika 1. Prikaz broja oboljelih prema datumu oboljenja



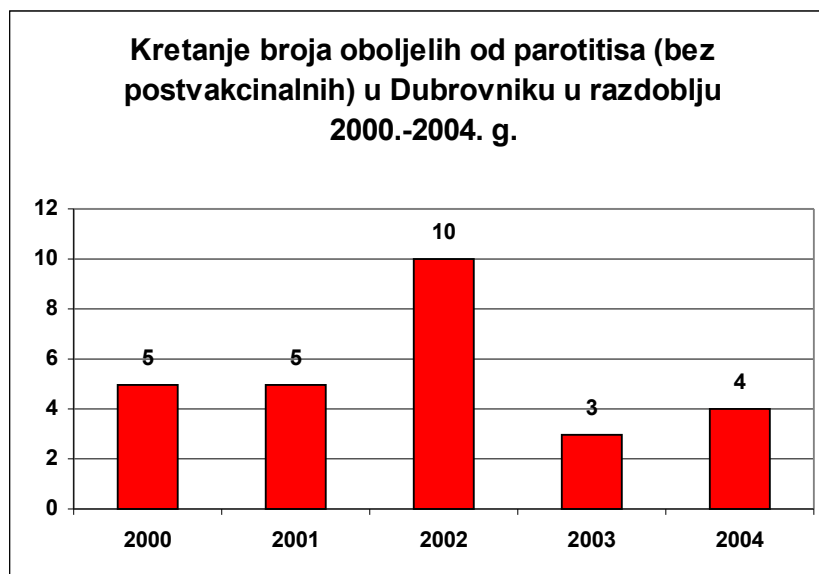
Slika 3. Prikaz raspodjele po dobnim skupinama (0-19, 20-29,30-39, itd.)



Slika 3 prikazuje kako se velika većina oboljelih od 77% javlja u dobnj skupini 20-29 g., što je već prethodno objašnjeno.

U posljednjih 5 godina u Dubrovniku broj oboljelih od parotitisa koji nije postvakcinalni kretao se između 3 i 10 godišnje, a ukupno ih je u tom razdoblju bilo 27, dok ih je u ovoj epidemiji do sada zabilježeno 78 (slika 4).

Slika 4. Kretanje broja oboljelih od parotitisa u Dubrovniku



SUBUTEX – novi lijek za heroinske ovisnike

Ivana Pavić Mikolaučić dr. med.

Odjel za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti

Ovisnost o heroinu je kronična recidivirajuća bolest mozga koja zahtijeva dugotrajno i specijalizirano liječenje. Da bi to liječenje bilo uspješno pacijentu je potrebno pružiti adekvatnu psihosocijalnu pomoć, ali i odgovarajuću farmakoterapiju.

Dugo godina jedini lijek na našem tržištu za takve bolesnike je bio metadon, tvorničkog imena Heptanon. Međutim, situacija se sada promijenila. U Hrvatskoj je registriran novi lijek buprenorfin, tvorničkog imena Subutex. U usporedbi s metadonom pokazuje određene karakteristike koje ga čine sigurnijim i učinkovitijim lijekom. Oba lijeka vežu se na opioidne receptore u mozgu bolesnika te na taj način umanjuju želju za drogom. Međutim, Subutex je djelomični agonist/antagonist koji se veže na mi i kapa receptore u mozgu. Takvo agonističko/antagonističko djelovanje buprenorfina ograničava njegove depresorne učinke, osobito na srčane i dišne funkcije, stoga je rizik od razvoja neželjenih reakcija u slučaju predoziranja mali. Rizik od razvoja ovisnosti je kod buprenorfina također manji, pa uzrokuje blage simptome apstinencije što olakšava potpuno ukidanje terapije.

Terapija Subutexom može se provoditi kod ovisnika koji tek započinju detoks program kao i kod onih koji su već u detoks programu metadonom. Da bi transfer s metadona na Subutex bio uspješniji doza metadona ne bi smjela biti veća od 30 mg. Prilikom uvođenja Subutexa u terapiju treba obratiti pozornost na činjenicu da on može izazvati simptome apstinencijske krize (radi svog antagonističkog djelovanja). Stoga je za uzimanje prve doze Subutexa potrebno da vrijeme od

posljednjeg uzimanja heroina bude duže od 4 sata, a za metadon to razdoblje mora biti barem 24 sata i više.

Inicijalna doza Subutexa iznosi 0,8–4 mg i daje se jednom dnevno. Dozu treba progresivno povećavati prema kliničkom učinku na svakog pojedinog bolesnika, ali ne više od 32 mg dnevno. Doza se postupno može i smanjivati na dozu održavanja nakon što je postignuta stabilizacija stanja kod pacijenta.

Subutex je inače dostupan u obliku sublingvalnih tableta od 0,4 mg, 2 mg te 8 mg, ali u Hrvatskoj se u ljekarnama može naći samo oblik od 2 mg. Terapija se izdaje isključivo na liječnički recept, a može je propisati educirani liječnik Odjela za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti. Tijekom terapije treba obratiti pozornost na moguće nuspojave (npr. opstipacija, glavobolja, nesanica, nesvjestica, mučnina i povraćanje, ortostatska hipotenzija itd.), kao i na mogućnost interakcije s drugim lijekovima. Primjena benzodiazepina, inhibitora monoaminoooksidaze i ostalih depresora CNS-a se ne preporuča. Zbog svih dosad navedenih svojstava Subutexa, nije potrebno svakodnevno dolaziti kod liječnika obiteljske medicine po dnevnu dozu lijeka, već pacijent dobije recept za tjednu dozu koju svakodnevno uzima kod kuće.

Razlog zašto Subutex nije dostupan svim ovisnicima je u činjenici da nije na listi lijekova HZZO-a pa troškove liječenja snosi sam bolesnik. Jedna kutija koja sadrži tjednu dozu (7 lingveta) košta 68 kuna, pa je za mjesečnu terapiju potrebno izdvojiti oko 270 kn.

OSNOVE HACCP-a

Mato Lakić, dr. med. spec. epidemiolog

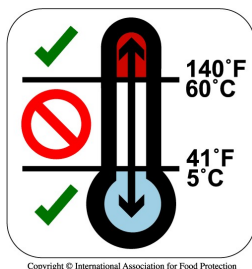
HACCP (čita se: hasap) je engleska kratica za Hazard Analysis and Critical Control Points i u slobodnom prijevodu znači „analiza opasnosti na ključnim kontrolnim točkama“. HACCP sustav osigurava zdravstvenu ispravnost namirnica na način da oni koji rade s hranom samostalno provode njegova pravila. Možemo ga nazvati i sveobuhvatnim ili integralnim sustavom higijene. Njegova osnovna značajka je da je on skup preventivnih i korektivnih mjera u tehnološkom procesu.

HACCP je nastao na temeljima sustava kojeg je 1959. g. uvela NASA. Do danas je

prihvaćen u svim razvijenim zemljama svijeta, a obavezan je i kod nas. Naime, u Zakonu o hrani (NN 117/03) u čl. 29 stoji: „*Subjekt u poslovanju s hranom, osim na razini primarne proizvodnje, dužan je uspostaviti i provoditi redovite kontrole higijenskih uvjeta proizvodnje u svakom objektu pod njegovom kontrolom, provedbom preventivnog postupka samokontrole, razvijenog u skladu s načelima sustava analize opasnosti i kritičnih kontrolnih točaka (sedam HACCP principa),...*“.

Ukratko rečeno, HACCP-om sprječavamo pojavu opasnosti u hrani i o tome vodimo evidenciju.

Da bi sprovođenje HACCP plana imalo smisla, moraju biti ispunjeni tzv. **preduvjetni programi** – osnovna higijenska pravila. To uključuje primjenu dobre proizvođačke prakse (GMP), dobre higijenske prakse (GHP), te standardnih operativnih procedura (SOP), bolje rečeno treba osigurati sve higijensko-tehničke uvjete koji se odnose na okoliš, sam objekt, radne prostorije, edukaciju zaposlenika, čišćenje i dezinfekciju, ispravnost uređaja i opreme, kontrolu štetnika, zdravstveno stanje zaposlenika itd.



Vrlo je važno da je osoblje koje radi s namirnicama kvalitetno obučeno, da razumije zašto i kako treba prati ruke, zašto treba mjeriti temperature namirnica, da zna koje sve opasnosti prijete iz hrane i sl.

3. Moguće je ispitati samo mali broj uzoraka gotovog proizvoda.
4. Pri ispitivanju uzoraka nisu u obzir uzete sve moguće opasnosti koje se mogu pojaviti u procesu pripreme jela.
5. Uredan nalaz u uzorcima nije jamstvo da ostala količina namirnica iz koje je uzet uzorak ne sadrži štetne mikroorganizme ili njihove toksine.

Koje su prednosti HACCP sustava u odnosu na tradicionalni sustav?

1. Ovaj sustav sprječava pojavu opasnosti prije negoli su se dogodile.
2. Proizvodi se sigurnija hrana. Manji je rizik obolijevanja potrošača. Manji su troškovi zdravstvenog sustava i gospodarstva (manje bolovanja).
3. Bolja organiziranost osoblja / bolja iskorištenost radnog vremena.
4. Osoblje koje radi s namirnicama dobija jasniju sliku o potrebama zdravstvene ispravnosti namirnica.
5. HACCP ne obuhvaća samo kuhinje i trgovine, već čitavi lanac proizvodnje hrane („od farme do stola“)
6. Omogućava uvođenje promjena (revizija sustava)

Koji su nedostaci postojećeg sustava?

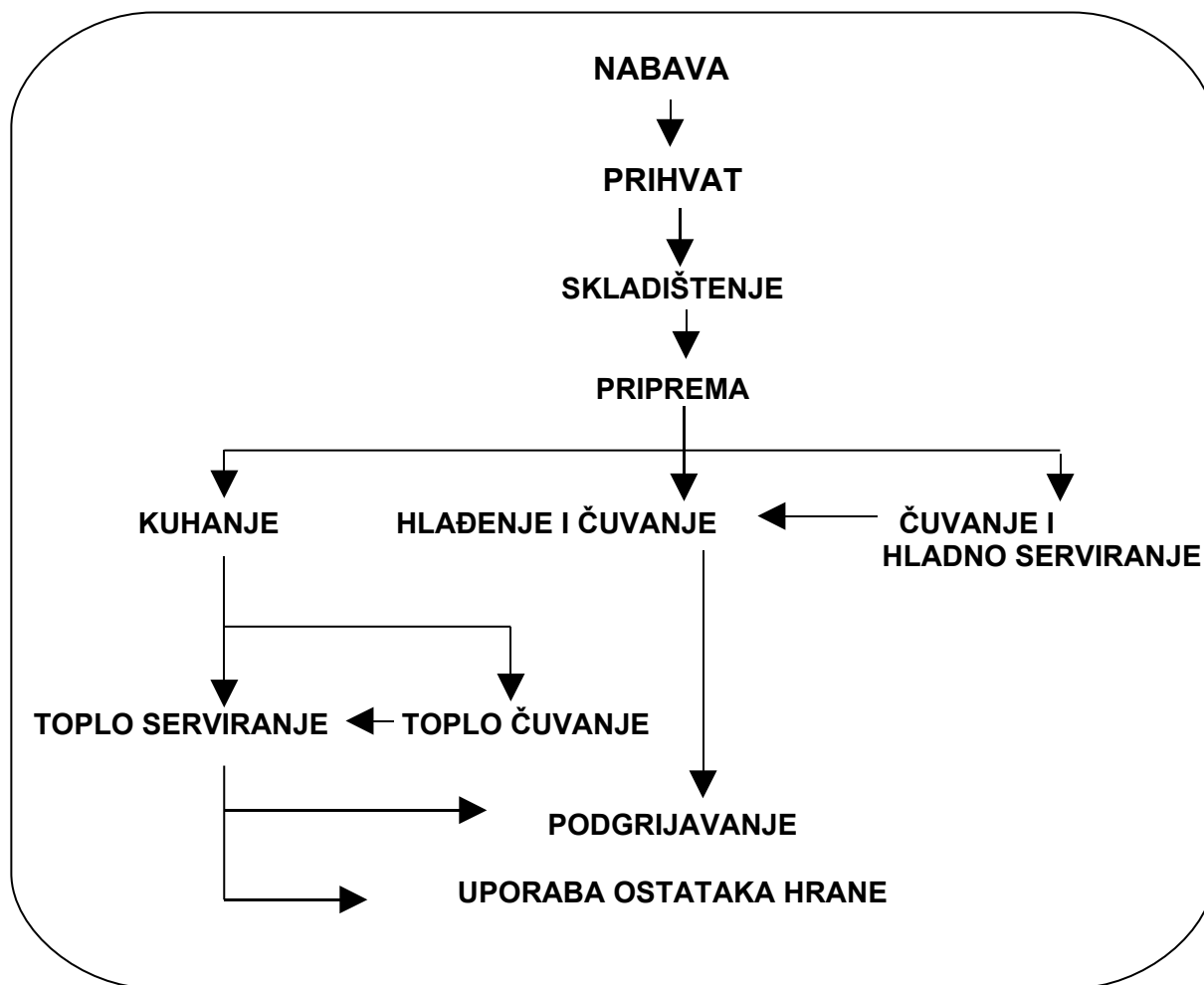
1. Kontrolom uzoraka gotovog proizvoda rezultate dobivamo naknadno (namirnica je već potrošena). Ako se u takvoj namirnici nađu mikroorganizmi, popravne mjere se provode kada je problem već nastao.
2. Rezultate laboratorijske analize uzoraka gotovih proizvoda često je puta vrlo teško točno objasniti i procijeniti njihovo značenje.

Sam HACCP sustav bazira se na sedam načela (vidi tablicu).

Načelo HACCP-a	Pitanja na koja treba odgovoriti	Primjer
1. Identificirati i evaluirati opasnosti	Što u namirnici može naškoditi potrošaču i treba li ta opasnost ući u HACCP plan?	Svježe meso sadrži velik broj mikroorganizama, od kojih neki mogu biti patogeni
2. Odrediti ključne kontrolne postupke	Koji koraci u proizvodnom procesu mogu spriječiti ili eliminirati opasnost ili je smanjiti na prihvatljivu razinu?	Termička obrada mesa (npr. pečenje)
3. Odrediti norme (limite) za kontrolu ključnih postupaka	Koji zahtjev mora ispuniti izabrani ključni postupak (korak)?	Temperatura u središtu mesa za vrijeme pečenja mora dostići > 80 °C
4. Kontrolirati norme praćenjem (monitoring)	Kako znam da je norma poštivana?	Automatsko mjerenje temperature u središtu mesa
5. Uspostaviti popravne mjere	Što treba napraviti ukoliko je izmjerena temperatura niža?	Produljiti vrijeme pečenja i/ili izrezati meso na manje djelove
6. Verifikacija HACCP plana	Daje li izvršenje plana sigurnost za potrošača?	Razne provjere plana (npr. mikrobiološko ispitivanje gotovog mesa)
7. Vođenje dokumentacije	Kako ću dokazati potrošaču i inspektoru da je plan dobar, učinkovit i da sam ga izvršio?	Voditi evidenciju o temperaturi pripremljenih jela

Za implementaciju HACCP-a u objekt zadužen je HACCP tim koji se sastoji od niza stručnjaka. Uvođenje HACCP-a je složen posao koji bi bilo najbolje da vode osobe koje se time bave,

dok je za manji objekt moguće je educirati nekolicinu zaposlenika koji onda mogu uvoditi HACCP.



Pojednostavljeni prikaz tehnoloških postupaka u pripremi namirnica

Uloga Zavoda za javno zdravstvo je u tome da svoje zaposlenike koji rade na području zdravstvene ispravnosti namirnica educira o HACCP-u, te da se aktivno uključi u primjenu

HACCP-a u objektima koji ga zakonski moraju implementirati.

KRETANJE TBC OBOLJENJA U DUBROVAČKO-NERETVANSKOJ ŽUPANIJI

Antonija Sokal, dr. med. spec. mikrobiolog

Liječenje od zaraznih bolesti, pa tako i od TBC oboljenja u našoj državi je besplatno i obvezno.

HE – službe u suradnji sa pulmolozima, pristupili su educiranju svih zdravstvenih radnika koji liječe oboljele bolesnike, kao i onih koji provode protuepidemijske mjere. To je dio projekta Ministarstva zdravlja RH: "Poboljšanje praćenja tuberkuloze u Hrvatskoj."

Referentni laboratorij u Zagrebu radi genotipizaciju sojeva TBC- klice, što je najvažnija

mjera u istraživanju epidemija.

Krovne službe HZZJZ u Zagrebu temeljem dosadašnjih pokazatelja po županijama, načinile su preliminarnu studiju o kretanju TBC oboljenja za 2004. godinu. Incidencija se računala na 100 000 stanovnika.

Tako je naša Županija u 2004. godini imala incidenciju TBC-a od 8,1 što je najniža incidencija u RH (prosjeck 28,0). U ostalim županijama incidencija je značajno veća od naše.

<i>Priobalne županije:</i>	<i>Stopa/100 000 stanovnika</i>
Istarska	32,0
Primorsko-goranska	21,6
Splitsko-dalmatinska	15,3
Zadarska	20,4
Šibensko-kninska	23,9

No, za prosudbu pravog stanja, tj. "traženjem" zaraženih ovom klicom, potreban je veći broj uzoraka za laboratorijsku pretragu, temeljem kojih se i dobivaju pravi pokazatelji. Stoga je upitno,

da li laboratoriji koji ne zaprimaju dovoljan broj uzoraka imaju i ekonomsko, ali i stručno opravdanje egzistiranja.

XI RADNI SASTANAK NA LASTOVU O KAKVOĆI MORA

XI Radni sastanak županijskih Zavoda za javno zdravstvo, Upravnih odjela i ureda i Zavoda nadležnih za zaštitu okoliša, poslove prostornog uređenja i održivog razvoja jadranskog područja

Mr.sc.Zorica Smoljan
Dolores Grilec, dipl. ing.

13. travnja 2005. godine na otoku Lastovu Dubrovačko-neretvanska županija bila je domaćin XI Radnog sastanka Ministarstva zaštite okoliša, prostornog uređenja i graditeljstva sa županijskim Zavodima za javno zdravstvo, Upravnim odjelima i uredima nadležnim za zaštitu okoliša, poslove prostornog uređenja i održivog razvoja.

Sastanku su prisustvovali i predstavnici Ministarstva mora, turizma, prometa i razvitka, Ministarstva poljoprivrede, šumarstva i vodnog gospodarstva, Hrvatskih voda, lokalne samouprave i dr.

Na sastanku su predstavljena izvješća o kakvoći mora županijskih Zavoda za javno zdravstvo u sezoni kupanja 2004. godine pa je tako prezentirano i izvješće Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije.

U Dubrovačko-neretvanskoj županiji u 2004. godini ispitano je 866 uzoraka mora na 87 plaža prema Županijskom programu utvrđivanja kakvoće mora na morskim plažama i prema projektu Plava zastava.

Uredbom o kakvoći mora na morskim plažama (NN 33/96) propisane su granične vrijednosti mikrobioloških pokazatelja kao najznačajnijih indikatora onečišćenja mora fekalnim otpadnim vodama, čije prisustvo upućuje na potencijalni rizik od zaraznih bolesti. Prema poveljenim ispitivanjima, od 866 uzoraka ispravna su bila 844 uzorka (97,5 %), dok 22 uzorka (2,5 %) nisu odgovarala uvjetima Uredbe, što je poboljšanje u odnosu na prethodnu godinu (u 2003. godini 44 neispravna uzorka ili 5,2%).

Prema internim kriterijima za konačnu ocjenu mora u Dubrovačko-neretvanskoj županiji, nakon svih ispitivanja do kraja sezone, 13 plaža je imalo more visoke kakvoće, na 70 plaža je more bilo podobno za kupanje, što je odgovaralo strogim uvjetima naše Uredbe, dok je na 4 plaže (hotel Epidaurus, Štikovica, Mali Zaton i Blace) more ocijenjeno kao umjereno onečišćeno. Ni jedna plaža nije svrstana u kategoriju jače onečišćenog mora.

Poboljšanje kakvoće mora u 2004. godini u odnosu na 2003. godinu naročito se odnosi na uže područje Dubrovnika, čemu je doprinijela ugradnja kolektora za prikupljanje komunalnih otpadnih voda u staroj gradskoj jezgri i priključenje na sustav odvodnje, kao i priljučenje nekih objekata (plaža Banje). Povremena onečišćenja su se javljala u zaljevima i uvalama gdje ne postoje izgrađeni sustavi odvodnje otpadnih voda i gdje je slabija izmjena morske vode.

Dubrovačko-neretvanska županija, kao i neke druge (Zadarska, Šibensko-kninska, Splitsko-dalmatinska) nemaju dostatan broj ispitivanih plaža s obzirom na dužinu i razvedenost obale.

Na sastanku je raspravljano o izradi nove Uredbe o kakvoći mora te je predloženo da stručni eksperti, koji su već angažirani, prirede tekst, a Stručno povjerenstvo, u kojem je i predstavnik našeg Zavoda, će evaluirati i dati primjedbe. Predloženo je da se u novu Uredbu uvrste granične vrijednosti koje preporuča nova EU Direktiva. Isto tako je predloženo da se uspostavi sustav praćenja septičkih jama (ispitivanje propusnosti, izrada katastra pražnjenja), jer ne postoji evidencija o broju ispražnjenih jama i o mjestu odlaganja otpadnih voda.

Iznesen je podatak da imamo 8 eko-brodica koje su uključene u sustav rada Plana u slučaju iznenadnog onečišćenja mora, ali je problem što ne postoji referentni laboratorij koji bi ispitivao te uzorke pa bi trebalo osigurati sredstva za uspostavu takvih

laboratorija, obuku ljudi i nabavu opreme. Otvorena su mnoga pitanja koja nisu do kraja raspravljena zbog nedostatka vremena, ali je na kraju zaključeno da je naše more jedno od najčistijih na Sredozemlju.

PREVENTIVNI PREGLEDI OSIGURANIH OSOBA STARIJIH OD 45 GODINA U DUBROVAČKO-NERETVANSKOJ ŽUPANIJI U 2004. GODINI

Ankica Džono-Boban, dr. med.

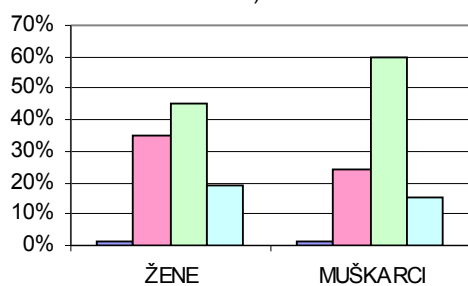
U 2004. godini, inicijativom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje sklopljeni su ugovori s timovima obiteljske medicine za provođenje preventivnih pregleda osiguranih osoba starijih od 45 godina, koji se u zadnje tri godine nisu javljali svom izabranom doktoru. Hrvatski zavod za javno zdravstvo je u cjelosti obavio analizu dostavljenih obrazaca s izvješćem o provedenom preventivnom pregledu. Međutim, analiza podataka bila je moguća samo metodama deskripcije, zbog velikog broja značajki koje su upisivane slobodnim tekstom, te

zbog dobivanja podataka nedovoljno standardiziranim postupkom preventivnog pregleda i različitim laboratorijskim metodama. Samo podaci koji se odnose na uhranjenost, arterijski tlak i laboratorijske pretrage krvi mogu se smatrati egzaktnima. Ipak, dobiveni podaci su informativni za javnozdravstveno značenje ovog projekta.

Od ukupno zaprimljenih 516 izvješća o preventivnom pregledu osiguranih osoba starijih od 45 godina 50,8% su bili osiguranici ženskog spola, a 49,2% muškog spola.

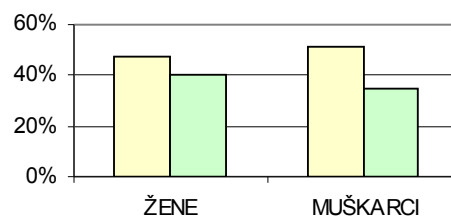
Na sljedećim grafovima prikazani su rezultati, koje je bilo moguće analizirati:

Udio osiguranika prema izmjenom stanju uhranjenosti (tj. indeksu tjelesne mase)



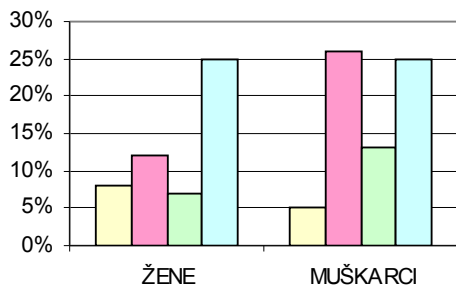
- pothranjenost (do 18,4)
- normalna uhranjenost (18,5-24,9)
- umjerena pretilost (25,0-29,9)
- teška pretilost (30,0-39,9)

Udio osiguranika s izmjerenim sistoličkim tlakom iznad 140 mmHg i dijastoličkim iznad 90 mmHg



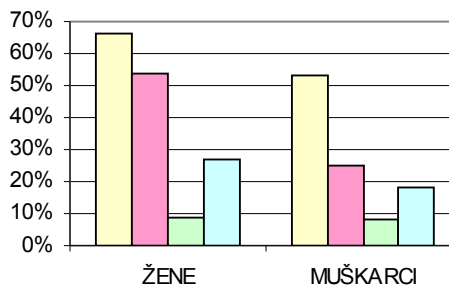
- sistolički tlak iznad 140 mmHg
- dijastolički tlak iznad 90 mmHg

Udio osiguranika kojima je nakon preventivnog pregleda postavljena sumnja na neku bolest



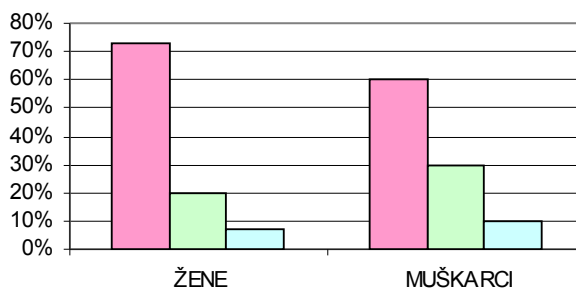
- na zloćudnu bolest
- na novu kardiovaskularnu bolest
- na šećernu bolest
- na druge bolesti

Udio osiguranika koji su nakon preventivnog pregleda dobili novu zdravstvenu uslugu



- dobili savjet
- upućeni na dodatne pretrage
- uvedena terapija
- upućeni specijalisti

Udio osiguranika prema nalazu glikemije natašte



- 2,8-5,8 mmol/L
- 5,9-7,0 mmol/L
- 7,1 i više mmol

Provedenim pregledima otkriven je određeni broj osiguranika s patološkim nalazima, koji su na taj način ušli u tretman nadzora svog ugovornog doktora, odnosno dobili su određeni savjet ili upućeni na daljnje dijagnostičke pretrage i specijalističko-konzilijarnu zaštitu. Određenom broju osiguranika propisana je terapija te je na taj način uspostavljena mogućnost kontroliranja i liječenja utvrđenog patološkog stanja. Stoga, prepoznavanje odnosno otkrivanje određenog stanja ili bolesti, prvenstveno kroničnih nezaraznih bolesti, dovodi pacijenta u tretman zdravstvene zaštite i liječnički nadzor. To smanjuje mogućnost napredovanja

bolesti i razvoja sekundarnih posljedica štetnih po zdravlje, a sve skupa sprječava negativno djelovanje na kvalitetu života oboljelih.

Zbog nedostataka u formi i sadržaju dosad primjenjivanog obrasca, što je stvaralo poteškoće u analizi podataka, **od veljače 2005. godine u primjeni su novi obrasci o preventivnim pregledima (NN 16/2005)**. Također je novina i pomicanje dobi osiguranika za provođenje preventivnih pregleda, te se od ove godine obavljaju preventivni pregledi osoba starijih od 50 godina.

OSTANIMO I OSTARIMO U DUBROVAČKOM PRIMORJU

Mogućnost promjene kvalitete života starih samih osoba u Dubrovačkom primorju

Marija Mašanović Worman, dr. med.

Prema klasifikaciji UN-a sa 15,62% pučanstva starijeg od 65 godina, hrvatsko pučanstvo spada u četvrtu grupu država svijeta tj. u grupu "vrlo starog pučanstva". Demografska očekivanja usmjerena su prema ubrzanom procesu starenja hrvatskog pučanstva koje nosi svoje društvene posljedice.

Dubrovačko primorje je jedan od dijelova Dubrovačko-neretvanske županije s najvećim udjelom starijeg stanovništva. Prema popisu stanovništva iz 2001. godine u Dubrovačkom primorju živi 2216 stanovnika, od čega 570 ili 25,7% starijih od 65 godina (u Županiji taj udio iznosi 15,9%). Njih 320 (56,1%) se nalazi u skrbi liječnice PZZ u ambulanti Slano. Za ostale osobe starije od 65 godina skrbe dvije liječnice u ambulantom obiteljske medicine Ston.

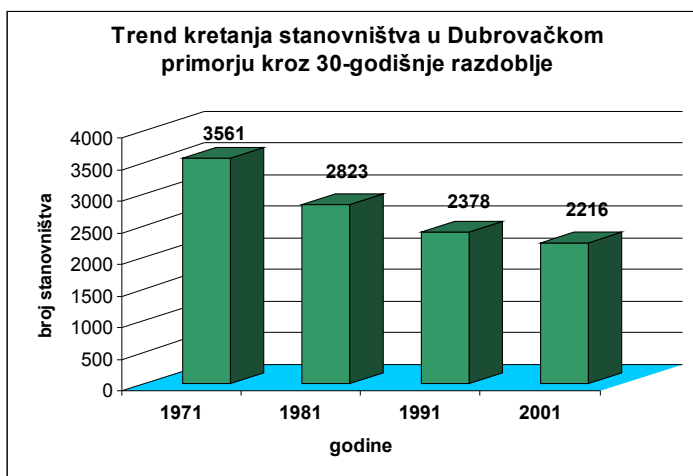
Pod nazivom primorje ili Terre Nove, u doba Republike, Dubrovačko primorje, kao zemljopisno-upravna jedinica se prostire od Osojnika povrh Rijeke dubrovačke, pa na zapad preko Orašca, Trstenog, Slanog do Imotice kod Neuma. Morskom

obalom obuhvaća prostor od Poljica kod Orašca do stonske Prevlake i malostonskog zaljeva, te sjeverozapadnom obalom do granice Neuma. Kopnena međa ide smjerom granice Hrvatske prema Bosni i Hercegovini u dužini oko 50 km, tvoreći pojas od 2 do 10 km, površine od 277,35 km². Primorje je činilo četvrtinu teritorija Dubrovačke Republike. Unutar tog područja uobičajila se među stanovništvom podjela na: Gornja sela, Primorska sela, Slansko primorje i Stonsko primorje.

Današnja podjela prema čl. 24 NN 10/97 uključuje 20 mjesta: Majkovi, Slano, Kručica, Banići, Doli, Trnova, Mravinca, Podgora, Čepikuće, Točionik, Lisac, Podimoč, Trnovica, Visočani, Smokovljani, Ošlje, Stupa, Topolo, Imotica i Štedrica.

Kao što je već navedeno u tih 20 mjesta danas živi samo 2216 stanovnika za razliku od 2378 stanovnika koje je tu živjelo 1991. godine.

Trend depopulacije kroz tridesetogodišnje razdoblje u Dubrovačkom primorju prikazan je u grafu 1.



Slika 1. Izvor podataka: Državni arhiv u Dubrovniku, Popis stanovništva iz 2001.godine

Kako starija populacija ima *specifične zdravstvene potrebe* (poboljšavanje od kroničnih nezaraznih bolesti, smanjena pokretljivost, demencija, poremećaji kognitivnih funkcija, itd.) i *specifične socijalne potrebe* (problem osamljenosti, lošija financijska potpora i sl.) nameće se pitanje kvalitete života starijih osoba.

Kvalitativno istraživanje je nastavak realizacije programa Zdrave županije i jednog od pet prihvaćenih prioriteta, a to je pomoć i njega u kući.

Na sastancima predstavnika Hrvatske mreže Zdravih gradova i Zdravih županija, radnih grupa zaduženih za područje kvalitete života starih ljudi, dogovorena je metodologija i plan aktivnosti kvalitativnog istraživanja. Cilj je istraživanja dobiti što potpuniji uvid u stvarne potrebe starih ljudi na

pojedinom području, onako kako ih oni žive i doživljavaju, kako bi planirane intervencije bile što bliže stvarnim potrebama budućih korisnika.

Također je potrebno *senzibilizirati javnost na probleme starijih osoba, te upozoriti nadležne i odgovorne (političari, vlada) o trendu starenja hrvatske populacije, kao i na socijalno-gospodarske i političke implikacije u narednom, ali bliskom vremenskom razdoblju koje će taj trend imati.*

Važno je uputiti i aktivno angažirati cjelokupnu zajednicu na mogućnost promjene kvalitete življenja starih osoba za početak u Dubrovačkom primorju, jer starost bi trebalo biti jedno ugodno životno razdoblje rasterećeno većih briga, koje nas sve čeka.

GODIŠNJE IZVJEŠĆE O IZVRŠENIM IMUNIZACIJAMA U DUBROVAČKO-NERETVANSKOJ ŽUPANIJI ZA 2004. GODINU PREMA PROGRAMU OBVEZNOG CIJEPLJENJA

Miljenko Ljubić, dr. med. spec. epidemiolog

U provođenju Programa obveznog cijepljenja na području naše Županije sudjeluju slijedeće ustanove i cijepitelji: (Rodilište Opće bolnice Dubrovnik, Rodilište Metković, Neonatologija i Pedijatrijska ambulanta Opće bolnice Dubrovnik, pedijatri, izabrani liječnici obiteljske medicine, školski

liječnici i epidemiolozi). Ukupno 101 cijepitelj.

Prema izvješćima svih tih cijepitelja o izvršenim obveznim imunizacijama u 2004. godini u Dubrovačko-neretvanskoj županiji donosimo zbirno godišnje izvješće.

Cijepljeno je protiv	Broj cijepljenih osoba	od predviđenih	%
Difterije, tetanusa i pertusisa (DTP) Potpuno primarno (sve tri doze) (prva godina života)	1241	1331	93,2
DTP docjepljivanje 1. (druga godina života)	1233	1355	90,9
DTP docjepljivanje 2. (četvrta godina života)	1188	1337	88,8
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 1. (prvi razred O.Š.)	1404	1447	97,0
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 2. (osmi razred O.Š.)	1494	1564	95,5
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 3. (završni razred srednje škole)	1513	1601	94,5
Tetanusa primarno (dvije doze) (60 godina života)	452	685	65,9
Tetanusa docjepljivanje (60 godina života)	463	601	77,0
Poliomijelitisa Potpuno primarno (sve tri doze) (prva godina života)	1267	1366	92,7
Poliomijelitisa docjepljivanje 1. (druga godina života)	1270	1382	91,8
Poliomijelitisa docjepljivanje 2. (četvrta godina života)	1216	1381	88,0
Poliomijelitisa docjepljivanje 3. (prvi razred O.Š.)	1335	1447	93,6
Poliomijelitisa docjepljivanje 4. (osmi razred O.Š.)	1351	1564	86,3
Haemophilusa influenzae tip B Potpuno primarno (sve tri doze) (prva godina života)	1196	1290	92,7
Haemophilusa influenzae tip B docjepljivanje (druga godina života)	1025	1132	90,5
Ospica, rubeole i parotitisa Primarno (druga godina života)	1219	1345	90,6
Ospica, rubeole i parotitisa docjepljivanje (prvi i četvrti razred O.Š.)	2664	2721	97,9
Tuberkuloze (primarno) (prva godina života)	1337	1337	100
Tuberkuloze docjepljivanje (tuberkulin negativne osobe) 1. (druga godina života)	397	1101	36,0
Tuberkuloze docjepljivanje (tuberkulin negativne osobe) 2. (drugi razred O.Š.)	645	1441	44,7
Tuberkuloze docjepljivanje (tuberkulin negativne osobe) 3. (sedmi razred O.Š.)	387	1499	25,8
Hepatitisa B (potpuno) (šesti razred O.Š.)	1539	1566	98,2

Kako cijepni obuhvat (broj cijepjenih osoba u odnosu na broj osoba koje podliježu obveznom cijepjenju) za bolesti protiv kojih se cijepi treba da dostigne 90%, a za ospice 95% iz izvješća je vidljivo kako je za većinu izvršenih cijepjenja postignut željeni obuhvat, jedino cijepjenje protiv tetanusa (Ana-Te) za stariju dobnu skupinu (šezdesetogodišnjaci) koje je započelo prije tri godine nije još potpuno prihvaćeno (65,9% i 77 %).

Nešto slabiji cijepni obuhvat je i u četvrtoj godini života za docijepjivanje protiv difterije, tetanusa i pertusisa (DTP) 88,8 %, kao i protiv poliomijelitisa (OPV) 88,0 %, te u drugoj godini života primovakcinacija protiv ospica, parotitisa i rubeole (MO-PA-RU) 90,6 %.

Cijepni obuhvat protiv poliomijelitisa u VIII razredu osnovne škole (86,3%) zbog nedostatka cjepiva tijekom 2004. godine je nadoknađen dopunskim cijepjenjem početkom 2005. godine. Ipak pojedina područja Županije imaju nešto slabiji cijepni obuhvat u odnosu na cijelu Županiju (područje Dubrovnika gdje je cijepni obuhvat za primovakcinaciju protiv ospica, parotitisa i rubeole iznosio samo 84,8%), te je bilo potrebno provesti dopunsko docijepjivanje.

U 2004 god. ukupno je primijenjeno **37 737** doza cjepiva, a registrirano je 12 nuspojava nakon cijepjenja. (11 slučajeva nakon primjene MO-PA-RU cjepiva, i jedan slučaj nakon DTP cjepiva).

Nuspojave nakon primjene MO-PA-RU cjepiva bile su:

- | | |
|-------------------------------|---|
| • Parotitis postvacc. | 9 |
| • Morbilli postvacc. | 1 |
| • Meningitis serosa postvacc. | 1 |

Nuspojava nakon primjene DTP cjepiva bila je:

- | | |
|------------------|---|
| • Lokalni eritem | 1 |
|------------------|---|

Značaj obveznog cijepjenja u odnosu na ovaj broj relativno blagih nuspojava je nesaglediv (eradikirano obolijevanje od poliomijelitisa, eliminirano obolijevanje od difterije, značajno reducirano pobol od bolesti protiv kojih se provodi cijepjenje). Inače podaci o nuspojavama cijepjenja prezentirani su u knjižici Nuspojave cijepjenja u Hrvatskoj u 2004 god. –Hrvatski zavod za javno zdravstvo (Knjižica se može nabaviti i našem Zavodu).

Zahvaljujući dobrom cijepnom obuhvatu tj. visokom zajedničkom imunitetu za bolesti protiv kojih se cijepimo u ljeto 2002. godine iako smo imali dva slučaja importiranih ospica iz susjedne Italije u našoj Županiji, nije došlo do pojave te bolesti i epidemije kod domaćeg stanovništva.

Isto tako u trenutačno aktualnoj epidemiji parotitisa na području Dubrovnika oboljevaju samo osobe koje nisu cijepjene protiv parotitisa, (osobe starije od 1976. god. kada se započelo sa cijepjenjem protiv parotitisa) ili nedovoljno cijepjene osobe (osobe rođene 1976. god. Do 1994. god. do kada se cijepilo samo jednom dozom ovoga cjepiva).

Stoga ove činjenice svima uključenima u provedbi Programa obveznog cijepjenja predstavljaju uspjeh njihovoga rada, ali i poticaj za očuvanje i unaprjeđenje cijepnog obuhvata u provedbi cijepjenja na području naše županije.

TREĆA EUROPSKA KONVENCIJA REALITETNE TERAPIJE (DUBLIN, 3. – 6. srpnja)

Asja Palinić Cvitanović, dr. med. spec. školske med.




Certifikat i poklon organizatora nakon uspješne radionice

U organizaciji Instituta dr. William Glasser održana je treća Europska konvencija Realitetne terapije kojoj je nazočilo oko četiri stotine sudionika iz cijelog svijeta.

Nakon plenarnih predavanja dr. Glassera, začetnika Teorije izbora i Realitetne terapije i osnivača Instituta u Americi, izlagao je i prof. Leon Lojk, psihoterapeut s Europskom licencom koji je predsjednik EART-a (europskog udruženja realitetnih terapeuta). Slijedio je rad kroz pedeset

radionica u kojima se govorilo o uspješnim iskustvima iz savjetodavne prakse, unapređenju programa Kvalitetne škole, antistresnim programima, jačanju obiteljskih i drugih odnosa, novostima u poučavanju terapijskih metoda i dr.

Dr. Asja Palinić Cvitanović, koja je član učiteljskog tima Instituta, prezentirala je svoj rad na primjeni Realitetne terapije u radu s djecom oboljelom od PTSP-a. Također je u radionici pokazala dio antistresnog programa koji provodi u radu s djecom i roditeljima. Dr. Cvitanović je informirala dr. Glassera o širokoj primjeni Teorije izbora i Realitetne terapije u RH, a posebice u Dubrovačko-neretvanskoj županiji, gdje je veliki broj škola uključen u projekt Kvalitetna škola. Također je bilo govora i o sve većoj zainteresiranosti školskih liječnika za Realitetnu terapiju, zbog mogućnosti široke primjene u preventivnim programima unapređenja zdravlja školske djece, te je dr. Glasser odlučio slijedeće godine upriličiti susret s hrvatskim školskim liječnicima. Direktor trening centra Instituta, sveučilišni prof. Robert E. Wubbolding predložio je da primjenu Realitetne terapije u našoj Županiji objavimo u International Journal of Reality Therapy. Posljednji dan Konvencije svečano je obilježen 80. rođendan dr. Glassera i 40 godina Instituta za Realitetnu terapiju.

 ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE Dr. Ante Starčevića 45; p.p. 58; 20001 Dubrovnik; tel/fax: (020) 341-000 , fax:(020) 341-099 Ravnateljica: zzjz-dubrovnik@du.t-com.hr					
Služba za epidemiologiju, zdravstvenu ekologiju, socijalnu medicinu, zdravstveno informiranje i zdravstveni odgoj:		Služba za mikrobiologiju			
Odjel za epidemiologiju:		Odjeli:			
Dubrovnik	zzjz-epidemiologija-dbk@du.t-com.hr	341-061	Dubrovnik	zzjz-mikrobiologija-dbk@du.t-com.hr	341-025
Metković	milljubi@inet.hr	680-299	Korčula	mbl-korcula@du.t-com.hr	711-147
Korčula	zzjz-dbk-epidemiologija-korcula@du.t-com.hr	715-365	Vela Luka		813-659
Ploče	igor.piskac@du.t-com.hr	670-422	Služba za školsku medicinu		
Higijensko-analitički lab.	zzjz-h.a.l@du.t-com.hr	341-041	Odjeli:		
Odjel za socijalnu medicinu, zdravstveno informiranje i zdravstveni odgoj	zzjz-soc.med@du.t-com.hr	341-006	Dubrovnik	zzjz.skolska1.dbk@du.t-com.hr	356-400
Odjel za prevenciju i izvanbolničko liječenje	prevencija.ovisnosti-dbk@du.t-com.hr	341-082	Korčula	zzjz.skolska.korcula@du.t-com.hr	711-544
			Metković	asja.cvitanovic@du.t-com.hr	681-979