

GODINA X • BROJ 92 • 15. IX. 2010.

# Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



TEMA BROJA (stranica 24)

Radionica  
u Motovunu:  
**Donošenje odluka  
u zdravstvu**

ISSN 1333-2775



# im pressum

## LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore

### ADRESA UREDNIŠTVA

10000 Zagreb, Šubićeva 9, Hrvatska

### GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

Prof. dr. Željko Poljak

Vlaška 12, 10000 Zagreb

e-mail:zeljko.poljak@zg.t-com.hr

### TAJNIK REDAKCIJE

Dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.

Naklada 17.000 primjeraka

### MEDICAL NEWS

FOUNDER AND PUBLISHER

The Medical Chamber of Croatia

### ADDRESS

10000 Zagreb, Šubićeva 9, Croatia

Editor-in-chief Professor Željko Poljak, M.D.

Published in 17.000 copies

### IZDAVAČKI SAVJET

Prim. dr. Dražen Borčić

Nikolina Budić, dipl. iur.

Prim. dr. Egidio Čepulić

Mr. sc. Dubravko Furlan

Prof. dr. Herman Haller

Prim. dr. Josip Jelić

Prof. dr. Tatjana Jeren

Prof. dr. Vesna Jureša

Prim. dr. Vjekoslav Mahovlić

Prim. dr. Hrvoje Minigo

Prim. dr. Dragomir Petrić

Prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović

Dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric

Prim. dr. Hrvoje Šobat

### UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Nikolina Budić

Borka Cafuk • Egidio Čepulić

Stella Fatović Ferencić • Josip Jelić

Slavko Lovasić • Adrian Lukenda

Ingrid Márton • Hrvoje Minigo

Mladen Petrovečki • Dražen Pulanić

Dario Sambunjak • Katarina Sekelj Kauzlaric

Ivica Vučak

### UPUTA SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:

"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Šubićeva 9/ III,

e-mail: hlk@hlc.hr ili izravno uredniku.

Članci ne podliježu recenziji i uredništvo

se ne mora slagati s mišljenjem autora.

Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.

Mali oglasnik je za članove Komore besplatan.

Temeljem odluke Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi od 12. prosinca 2005. (Klasa: 612-10/05-01/8, Ur. broj: 534-04-04/10-05/01), za sve oglase lijekova objavljene u ovom broju "Liječničkih novina", cjelokupni odobreni sažetak svojstava lijeka te cjelokupna odobrena uputa sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavješćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvodima (NN br. 62/05).

"Liječničke novine" su glasilo Hrvatske liječničke komore za staleška i društvena pitanja. Članovi ih dobivaju besplatno. Godišnja pretplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.

### Hrvatska liječnička komora

Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465

### Redakcija

01/ 45 00 848 (novinarka Borka Cafuk)

Obljekovanje A. Boman Višić

Tisk "Mediaprint - Tiskara Hrastić d.o.o."

LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU:  
www.hlk.hr • e-mail: hlk@hlc.hr

# kazalo

LIJEĆNIČKE NOVINE 92 • 15. rujna 2010.

## RIJEČ PREDSJEDNIKA ..... 7

Važne odluke u sezoni godišnjih odmora

## IZ KOMORE ..... 8

12. sjednica Vijeća • 34. sjednica Izvršnog odbora

Pravilnik o razvrstavanju bolnica • Kako Komora štiti svoje članove

## IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA ..... 14

Komparativna patologija • Hrvatski urolozi • Biparni poremećaj • Zdravljie osoba s oružjem • Kongres ERA-EDTA

Mehanička ventilacija • Sir Ian Chalmers • Mediservis • Spajanje bolnica • Postkoitalna kontracepcija

HZZO osigurao novac • Anesteziološki uredaji • EPOS • Zdravstvu 306 milijuna manje

## BURA U CEZIH-u ..... 20

HZZO blokirao kartice • Prosvođen obiteljskih liječnika • Komora: Ne kažnjavajte liječnike

## ZAGREBAČKO ZDRAVSTVO ..... 23

Rijetke bolesti u Zagrebu

## KAKO DONOSITI ODLUKE U ZDRAVSTVU ..... 24

Radionica u Motovunu • Znanja koja nam nedostaju • Savjeti za zdravstvo • Policy analize

Postupak donošenja propisa u nas i EU-u • Proračun i tržište lijekova • Ovlasti UV HZZO-a • Popis sudionika

## BOLNIČKO ZDRAVSTVO ..... 38

Sustav akreditiranja • Outsourcing

## PROBLEMI SPECIJALIZIRANJA ..... 41

Specijalizanti iz psihijatrije

## NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE ..... 43

### SVINJSKA GRIPA ..... 55

Medijska halabuka o „lažnoj“ gripi

### COCHRANE ZANIMLJIVOSTI ..... 59

### DRUGO MIŠLJENJE ..... 60

Hipertenzija - bolest, rizik ili ...? • Batina ima dva kraja

### MEDICOPOLIS ..... 67

Patetična laž

## IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE ..... 68

Prof. dr. Ivan Reiner

## RELIKVIJE RELIKVIARUM ..... 72

Lječilište Brestovac

## PISMA UREDNIŠTVU ..... 75

Medicinska dokumentacija • Medigames

## KRATKA LIJEĆNIČKA PRIČA ..... 77

Marija Cvetko: Dijagnoza

## BIPATOGRAFIJA ..... 78

Josip Štolcer Slavenski

## UREDNIKOV KUTAK ..... 80

Patofiziologija ljubavne lirike

## KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA ..... 85

## PRILOZI

Pravilnik o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore

Bodovanje za provjeru stručnosti liječnika prema oblicima trajne medicinske izobrazbe

ORGANIZACIJA I MARKETING "BONAMARK" • AMRUŠEVA 10

• tel/fax 01/ 4922 952, tel 01/4818 603, 4818 600 • e-mail: bonamark@bonamark.hr

# Važne odluke za profesiju donesene u sezoni godišnjih odmora

• Nakon za našu struku brojnih i značajnih dogadanja ovog proljeća i početkom ljeta, očekivao sam konačno mirnu sezonu godišnjeg odmora. Međutim, kao i ranijih godina, ova mi se želja nije ostvarila. Ljeto je za mnoge najčešće vrijeđe dugo odmora, ali se za nas liječnike opterećenje na poslu povećava u ovo doba godine.

Iako veseli činjenica da našu zemlju tijekom ljetnih mjeseci posjećuje sve veći broj turista, za nas zdravstvene radnike to svakako znači povećanje opsega i složenosti poslova, u priobalju posebice. Unatoč poznatom nedostatku doktora medicine i zdravstvenih radnika drugih profila, s ponosom mogu reći da su naši pacijenti imali kao i do sada dobru zdravstvenu skrb, zahvaljujući ponajprije nama. Briga za dobrobit pacijenta najvažnija nam je čak i u vremenima izrazitog nezadovoljstva s uvjetima rada, plaćama, pa i našim položajem u društvu. Srećom, prilikom izmjena ove godišnjeg državnog proračuna nisu smanjena sredstva za plaće u javnom sektoru iako moramo ponovno podsjetiti da su naše plaće danas barem šesnaest posto niže od očekivanih prema granском kolektivnom ugovoru. Nadajmo se da će nam uskoro po izlasku iz recesije, ipak biti bolje.

Tijekom lipnja i srpnja ove godine tijela komore, ponajprije Skupština i Vijeće, odlučivala su o kupnji novoga poslovnog prostora u Zagrebu. Osnovni je uvjet za kvalitetan rad i razvoj svake organizacije odgovarajući poslovni prostor, ali su našu odluku o kupnji prostora ovog puta uvjetovale ponajprije negativne imovinsko-pravne okolnosti. Iako smo godinama raspravljaljali o potrebi za većim i funkcionalnijim prostorom, pa i planirali sredstva za njegovu kupnju, tek pravomoćnim sudskim presudama bili smo prisiljeni ubrzati realizaciju ove aktivnosti. Odlukom Skupštine zaduženo je za neposrednu provedbu ove povjesne odluke Vijeće komore koje je u cilju što jasnijeg i korektnijeg postupka imenovalo posebnu komisiju od pet članova. Objavom javnog poziva za ponudu poslovnog prostora započeo je iznimno zahtjevan postupak odabira i kupnje poslovnog prostora. U končanici smo se 14. srpnja na sjednici Vijeća jednoglasno (glasovima svih županijskih povjerenstava) odlučili za kupnju potpuno novog prostora u poslovno-stambenom objektu koji gradi firma VMD promet na uglu Vrbaniceve i Tuškanove ulice u središtu Zagreba. Lokacija je zaista dobra i u blizini je našega Hrvatskog liječničkog doma u Šubićevu 9 (pet minuta hoda ili jedna tramvajska stаницa dalje!). Tako sam po ovlasti tijela Komore, a uz veliku pomoć našega specijaliziranog odvjetničkog ureda i stručnih službi, 28. srpnja potpisao i započeo realizaciju kupoprodajnog ugovora. Imamo čvrsta jamstva, a na graditi

lištu je to već i razvidno, useljenje će biti u veljači sljedeće godine. Tako ćemo se konačno useliti u potpuno nov, namjenski građen prostor, dostojan našeg staleža. Moram priznati da sam se kao predsjednik Komore, zajedno s našim osnivačima - Zborom i Medicinskim fakultetom u Zagrebu - osjećao poniženim zbog činjenice da je naša profesionalna organizacija svojedobnobia zakonom zabranjena, a naša imovina dekretom oduzeta. Jednim potezom pera oduzeta nam je ne samo profesionalna autonomija i samostalnost staleškog djelovanja, nego i imovina koju su naše kolege, liječnici, davne 1936. godine skupo platile. Poslje su se nepravedni postupci prema nama kao vlasnicima stambenog i poslovnog prostora samo nastavili rasprodajom naše imovine. Niti jedna institucija tijekom više godina naših pokušaja i unatoč brojnim obećanjima, nije nam osigurala dodjelu nekog drugog prostora za naše komorske aktivnosti, pa smo se sami moralni znatno potruditi oko kupnje novog prostora. Zato možemo biti ponosni što je ova generacija liječnika u godini proslave petnaeste obljetnice obnovljenog rada Komore uspjela kupiti novi reprezentativni poslovni prostor i kvalitetno ga urediti.

Ured ljeta, neočekivano, zbog iznimno važnog prijedloga Pravilnika o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije, najprije je održana sjednica našeg Povjerenstva za bolničku djelatnost, a nakon toga su obavljene opsežne pojedinačne konzultacije s članovima Vijeća komore. U vrlo živoj, gotovo svakodnevnoj, komunikaciji s predstavnicima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi kao predlagatelja toga Pravilnika, nastojali smo osigurati što povoljnije uvjete za sve bolnice u kojima rade liječnici, naši članovi. Većina naših primjedbi u konačnici je prihvaćena, jer su bile argumentirane i utemeljene na važećim propisima, ali i na iskustvima drugih zemalja u Europskoj Uniji. Osvrćući se na ovo najnovije iskustvo moram napomenuti kako se i ovom prilikom potvrdilo koliko je važno sudjelovanje Komore u stvaranju propisa koji dužno zadiru u sustav zdravstva čiji nositelji su zasigurno liječnici. Pri tome je neophodno raspologati kadrovskim i vremenskim resursima, te osigurati odličnu komunikaciju između svih tijela Komore. Ministar zdravstva nije imao zakonsku obvezu sa se o ovom pitanju konzultira s nama, ali smo mu zahvalni što se odlučio slijediti odredbe Kodeksa Vlade RH o savjetovanju sa zainteresiranim javnošću u koju spadaju i nadležne komore. Ovim putem se osobno, kao predsjednik Komore, u ime svih naših članova, čija bi profesionalna egzistencija bila ugrožena neprihvaćanjem naših primjedbi, zahvaljujem ministru na iskazanom razumi-

jevanju i na prihvatanju velikog broja naših sugestija. Ujedno, očekujem i nastavak suradnje na ovom polju, osobito u pogledu primjene Pravilnika o kategorizaciji zdravstvenih ustanova u praksi. Istodobno, očekujem skoro donošenje izmjena i dopuna pravilnika o ustroju klinika i bolnica, pravilnika o uvjetima za stjecanje primarijata i pravilnika o minimalnim uvjetima prostora, opreme i potrebnih kadrova u svakoj od zdravstvenih djelatnosti.

Zbog administrativnog ukidanja jednog informatičkog programa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (koji nije dobio licencu MZSS-a, a time niti obnovio ugovor s HZZO-om), jedan se dio naših članova našao u neugodnoj poziciji. Doktori medicine tijekom ljetnih mjeseci neko vrijeme čak nisu mogli uspješno pružati zdravstvene usluge na razini primarne zdravstvene zaštite jer su bili onemogućeni isključenjem iz CEZIH sustava. Skupština Komore je u lipnju o.g. donijela zaključak da se od nadležnih zatraži odgoda ukidanja spornog programa, što smo i učinili, dok se ne završi sudski proces koji je u tijeku. Ne želeći utjecati na sam sudski proces, Komora se suzdržava na izravnijih uplitanja, ali iskazuje svoju veliku zabrinutost da bi zbog nastalog stanja moglo doći do poremećaja u pružanju zdravstvene zaštite ili do neželjene distribucije povjerljivih osobnih podataka o zdravljivim pacijentima.

Sezonu godišnjih odmora i velik broj pozitivnih aktivnosti same Komore narušili su nemili događaji u Općoj bolnici Bjelovar, koji su potprimili velik medijski publicitet. Sve naše TV i brojne radijske postaje, te većina dnevnih novina tražile su moje izjave. Komora je prozvana da nije ništa učinila ili da je učinila propuste prilikom stručnog nadzora u samoj bolnici. Time smo, navodi se, utjecali da se stanje u bolnici pogoršalo.

Međutim, mi smatramo da smo učinili sve što je u našoj ovlasti, a da su svi ostali problemi ustroja i vodenja same bolnice u isključivoj ovlasti vlasnika bolnice i MZSS-a. Tijekom dva stručna nadzora nad radom liječnika (za što smo jedino ovlašteni!) naše Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor utvrdilo je odredene propuste i na njih ukazalo. Daljnje postupanje je u ovlasti vlasnika bolnice, točnije lokalnih vlasti. Međutim, kao predsjednik Komore moram pozvati sve članove Komore, kolege liječnike u OB-u Bjelovar koji na bilo koji način sudjeluju u ovim događajima, da međusobne osobne i profesionalne odnose ne rješavaju putem medija i na štetu našega staleža ili kvalitetne pružanja zdravstvene usluge. Podsjecam sve sudionike ovog sukoba na mogućnost rješavanja spornih pitanja putem instituta arbitraže u našoj Komori.

Na kraju, kolege i kolege, zahvaljujem svima koji su za vrijeme godišnjih odmora aktivno sudjelovali u donošenju ovih važnih odluka za našu profesiju i pozivam vas da u ovom broju pročitate zanimljive tekstove koji su prezentirani tijekom radionice na temu odlučivanja i upravljanja u zdravstvenom sustavu koja je početkom srpnja održana u Motovunu.

Vaš predsjednik,  
prim. Hrvoje Minigo, dr.med.

# 12. sjednica Vijeća

## Donesena odluka o kupnji poslovnog prostora za potrebe središnjeg ureda Komore

Borka Cafuk

• Vijeće Hrvatske liječničke komore je na 12. sjednici održanoj 14. srpnja donijelo odluku o kupnji poslovnog prostora za potrebe središnjeg ureda Hrvatske liječničke komore u Zagrebu, na temelju članka 19. točke 11. i 14. Statuta Hrvatske liječničke komore (Narodne novine broj 55/08).

Podsetimo, na Skupštini Hrvatske liječničke komore 12. lipnja donesena je odluka kojom se odobrava nabavu poslovnog prostora za potrebe Komore kupnjom putem kredita banke uz uvjet da rata kredita ne bude veća od 200.000 kuna, a maksimalno učešće 30 posto.

Pri razmatranju ponuda za kupnju poslovnog prostora, zaključila je Skupština, treba se voditi za kriterijima koje je Komora objavila u Javnom pozivu za prikupljanje za zakup ili kupovinu poslovnog prostora, koji je 26. travnja objavljen u dnevnim novinama.

Cijena, ustvrdila je Skupština, nije odlučujući faktor jer prostor mora biti na primjerenom mjestu i odgovarati ugledu Komore. Za provedbu ove odluke Skupština je ovlastila Vijeće Komore (više o tome u LN broj 90).

Naime, Skupština je donijela ovu odluku zbog problematike s kojom se već go-

dinama suočava Komora. Komora je smještena u poslovnom prostoru u Šubićevu 9 i 11 od toga je u njenom vlasništvu samo stan u Šubićevu 11, dok su dva stana u Šubićevu 9 unajmljena, a jedan je u bespravnom posjedu.

Za taj je stan u tijeku ovršni postupak koji će rezultirati deložacijom. Kako prethodnim ponudama na javni poziv za odabir najboljeg ponuditelja za zakup ili kupnju poslovnog prostora, koji je odlukom Izvršnog odbora Komore objavljen u medijima, Skupština nije bila zadovoljna ona je za daljnju potragu za adekvatnim poslovnim prostorom ovlastila Vijeće Komore.

Vijeće je stoga razmatrajući pristigle ponude odlučilo da će se za potrebe središnjeg ureda Komore kupiti poslovni prostor koji se nalazi na 2. katu stambeno-poslovne zgrade u izgradnji na lokaciji Vrbaniceva - Tuškanova u Zagrebu, i sastoji se od uredskog prostora površine 556,11 kvadratnih metara, arhive od 50 kvadratnih metara, jedne garaže, te po 10 garažnih i parkirališnih mjesta.

••••



# S 34. sjednice Izvršnog odbora

## *Slijedi nam kategorizacija bolnica*

Borka Cafuk



prijedlog Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i nadležnih komora tek treba donijeti ministar zdravstva.

### **Petric: Za isti rad liječnici moraju imati istu naknadu**

Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu prim. dr. Dragomir Petric zatražio je od Komore da reagira prema onim ravnateljima domova zdravlja koji i dalje tjeraju liječnike u PZZ-u da odraduju pripravnost iako na tim područjima postoji ustrojena hitna medicinska pomoć jer je to čisto iskoristavanje liječnika.

Izvršni odbor je donio odluku da će Komora pisati ravnateljima i zatražiti od njih da to više ne čine.

Također, Petric je zatražio da Komora ponovno urgira pri Ministarstvu zdravstva i HZZO-u jer će s nastupanjem koncesije u PZZ-u liječnici biti prisiljeni raditi u Centru obiteljske medicine, u tzv. COM-u.

Podsetimo, rad u COM-u mnogo je donio glavobolje. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (NN 43/10; Odluka) u članku 53. propisuje doktorima medicine i doktorima stomatologije/dentalne medicine u ugovorenim djelatnostima opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i stomatološke zdravstvene zaštite - obvezu sklapanja Ugovora o sudjelovanju u radu centra opće medicine doma zdravlja, odnosno centra dentalne medicine (COM/CDM).

Odluka ne daje decidiran odgovor što je to COM/CDM već se samo definiraju ugovorene aktivnosti s DZ-om i ostavlja otvorenima brojna pitanja koja su Komori uputili njezini članovi, poput: kako se računa radno vrijeme provedeno u COM-u u odnosu na ukupan ugovoreni fond radnih sati tjedno; što je s poštivanjem odredbi Zakona o radu o pravu na dnevni odmor; kako će biti organizirani dežurstvo i pripravnost u odnosu na obvezu rada u COM-u; što ako medicinska sestra ne želi raditi u COM-u; na koji se način određuje naknada za rad sestre u COM-u; kako je predviđeno organiziranje dispečerskog centra itd.

Petric je upozorio da u aktima HZ ZO-a stoji da naknada za rad u COM-u iznosi 10 posto od glavarine, što to nije u redu jer bi liječnici za isti rad trebali imati istu naknadu, a ne da ona ovisi o broju pacijenata koji imaju.

IO je zaključio da će se Komora pisanim putem obratiti HZZO-u i ponovo zatražiti objašnjenje rada i organiziranja COM-a te da liječnici za isti rad budu jednak i plaćeni.

S lijeva na desno: dopredsjednik Komore prim. dr. Josip Jelić, rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju prim. dr. Hrvoje Šobat, predsjednik Povjerenstva za bolničku djelatnost mr. sc. Dubravko Furlan, predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović, predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost prim. mr. sc. Egidio Ćepulić i predsjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika prof. dr. Tatjana Jeren.

• Hrvatska liječnička komora i ovo je ljeto bila sudionikom niza zbivanja, među kojima je jedno od važnijih izrada Pravilnika o razvrstavanju bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije, istaknuo je predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo na 34. sjednici Izvršnog odbora Komore održanoj 10. rujna.

Kategorizacija, odnosno razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije, iznimno je važna ne samo za liječnike već i za pacijente kojima zdravstvena zaštita mora ostati dostupna, sigurna i kvalitetna. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi koje je izradilo Pravilnik, usvojilo je gotovo sve primjedbe Komore, a Pravilnik je u kolovozu objavljen u Narodnim novinama broj 95/10 (više o tome u posebnom članku u ovom broju LNA).

Predsjednik Povjerenstva za bolničku djelatnost mr. sc. Dubravko Furlan slaže se da je Pravilnik izuzetno važan, no ističe da je prije njega trebalo donijeti Pravilnik o mini-

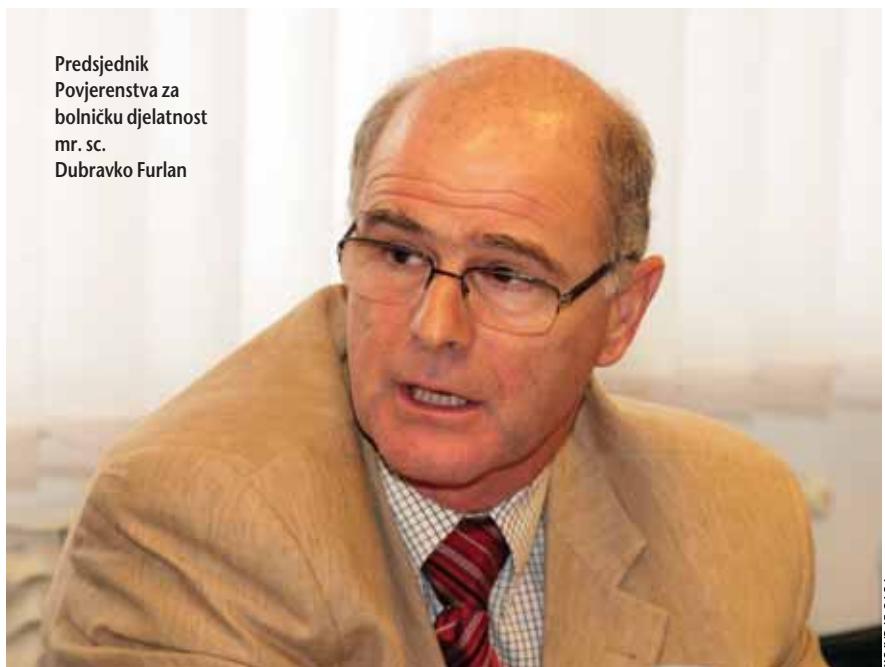
malnim uvjetima i standardima i Pravilnik o ustroju bolnica jer je to osnovni temelj za kategorizaciju. Kako će Pravilnik funkcionirati u stvarnosti ovisi o sadržaju smjernica koje na



Predsjednik  
Komore  
prim. dr.  
Hrvoje Minigo

FOTO B. CAFUK

Predsjednik  
Povjerenstva za  
bolničku djelatnost  
mr. sc.  
Dubravko Furlan



rekonstruiranja mreže i uvođenja novih mrežnih servisa te nabave aplikacija za potrebe središnjeg ureda Komore u Zagrebu raspisivanjem javnog poziva ponuditeljima.

Naime, svrha je ove nabave rekonstrukcija i dogradnja informacijskog sustava Komore.

## Ostale aktivnosti Komore

U razdoblju između dvije sjednice IO-a Komore od 2. srpnja do 10. rujna odvijale su se brojne aktivnosti u kojima su sudjelovali dužnosnici Komore.

Od 22. do 29. srpnja održane su sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost i konzultacije s članovima Vijeća Komore radi provođenja rasprave o prijedlogu Pravilnika o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije predlagatelja MZSS-a (više u posebnom članku u ovom broju LN-a).

Od 19. srpnja do 10. kolovoza održani su brojni sastanci predsjednika Komore sa suradnicima radi realiziranja odluke Vijeća Komore o kupnji i uređenju poslovnog prostora u Vrbanićevoj ulici u Zagrebu (više u posebnom članku u ovom broju LN-a).

U organizaciji Mreže zdravih građova, ŠNZ-a «Andrija Štampar» i Hrvatske liječničke komore, u Motovunu održan je 8. i 9. srpnja održan okrugli stol i radionica «Između medicine i donošenja odluka u zdravstvu - znanja koja nam nedostaju» (tema ovog broja LN-a).

već sutra kako bi zdravstvo moglo nastaviti funkcionirati. Još gore je stanje u Italiji gdje će prema procjeni 2015. godine nedostajati čak 72.000 lječnika.

## Rekonstrukcija i nadogradnja informacijskog sustava Komore

IO je donio odluku da će se pokrenuti postupak nabave informatičke opreme,

## Tribina Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju - Eutanazija danas

Tribina pod nazivom «Eutanazija danas», koju organizira Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju, održat će se 26. studenog u 16 sati u Hrvatskom liječničkom domu. Na tribini će govoriti doc. dr. Mirando Mrsić («Eutanazija da ili ne - pogled s prednje strane bolesničkog kreveta»); prof. dr. Žarko Puhovski («Smrt kao ljudsko pravo»); prof. Zlata Đurđević («Eutanazija i pravo na život u praksi Europskog suda za ljudska prava») i prof. dr. Valentin Pozač.

Za tribinu se ne plaća kotizacija a program sa svim temama i svim predavačima bit će objavljen u idućem broju Liječničkih novina, izvjestila je IO predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović.

10

## Sloveniji nedostaju 2.283 liječnika

Predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost prim. mr.sc. Egidio Ćepulić izvijestio je IO o svom sudjelovanju na konferenciji zdravstvenih organizacija koju je organizirala Zdravniška zbornica Slovenije u Ljubljani 3. srpnja. Na konferenciji su prikazani alarmantni podaci o nedostatku liječnika. Sloveniji nedostaju 2.283 liječnika, a zbog odlaska liječnika u mirovinu njih 1.534 im treba

Predsjednik  
Povjerenstva za PZZ  
prim. dr.  
Dragomir Petrić

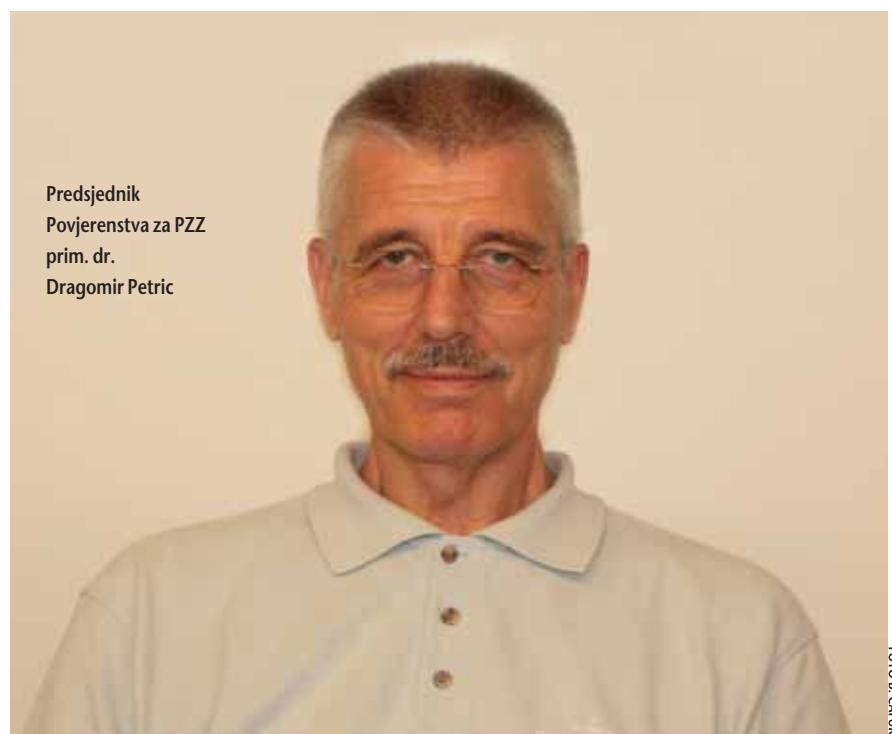


FOTO B. ČAFUK

Sukladno traženju Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi zaprimljenom 16. kolovoza Komora je dostavila primjedbe na prijedlog izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo je, između ostalog, 6. srpnja sudjelovao kao član Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb Hrvatskog sabora na 45. sjednici Odbora na kojoj se raspravljalo o Prijedlogu Zakona o zaštiti od neionizirajućeg zračenja, a 14. srpnja na sjednici Upravnoga vijeća Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu.

Prof. dr. Ljiljana Randić nazوila je sastanku u Ministarstva zdravstva članica Povjerenstva za prihvaćanje pokroviteljstva, novčano podupiranje znanstveno-stručnih skupova u zdravstvu i davanje mišljenja na dodatno stručno usavršavanje zdravstvenih radnika, koji je održan 3. rujna.

Predstavnica Komore dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric sudjelovala je na konferenciji «Projekt Svjetske banke za edukaciju zdravstvenih radnika» 2. srpnja u Agenciji za stru-

Dopredsjednik Komore prim. dr. Josip Jelić i rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahović



FOTO: B. CAFUK

kovno obrazovanje. U organizaciji Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, Komore i Der Norske Veritas Adriatica d.o.o u Splitu, Rijeci, Zagrebu i Osijeku, održani su od 5. do 9. srpnja seminari na temu akreditacija bolničkih zdravstvenih ustanova.

Ulogu Komore u akreditaciji zdravstvenih ustanova prezentirala dr. Sekelj-Kauzlaric.

.....

# Pravilnik o razvrstavanju bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije

Borka Cafuk

Brzom i učinkovitom aktivnošću svih članova Vijeća Komore, Izvršnog odbora i njegovog Povjerenstva za bolničku djelatnost, te stručne službe Komore, definirane su i argumentirane brojne primjedbe na prvu verziju Pravilnika o razvrstavanju bolničkih zdravstvenih ustanova, koji je Komori dostavilo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi 23. srpnja. Ministarstvo je usvojilo veći dio argumenata i primjedbi Komore, a Pravilnik je u kolovozu objavljen u Narodnim novinama broj 95/10.

Ministar zdravstva i socijalne skrbi je na temelju članka 89. Zakona o zdravstvenoj zaštiti obvezan utvrditi kategorije bolnica s obzirom na opseg njihovog stručnog rada, kapacitete, organizaciju rada i zastupljenost stručnih jedinica, kadrova, pro-

stora i opreme. Premda Zakon ne predviđa obveza sudjelovanja strukovnih komora u donošenju posebnog podzakonskog akata kojim bi se regulirala ova problematika, zahvaljujući odluci Ministra, Hrvatska liječnička komora pozvana dati žurno mišljenje o prijedlogu Pravilnika o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije.

Ova je problematika, stav je Komore, iznimno važna ne samo za liječnike, članove Komore, nego ponajprije za paciente kojima zdravstvena zaštita mora ostati dostupna, sigurna i kvalitetna. Komora se zalagala i za položaj pružatelja usluga u drugim djelatnostima zdravstvene zaštite, ljekarničkoj i biokemijskoj.

- Potpuno svjesni činjenice da je ovim Pravilnikom tek započeta opsežna

aktivnost kategorizacije naših bolnica, očekujemo od svih sudionika budućih aktivnosti, a ponajprije od nadležnog Ministarstva, punu odgovornost za promjene koje će ovim aktom nastati. Ujedno, zahvaljujemo se svim našim članovima koji su unatoč sezoni godišnjih odmora uzeli aktivno učešće u ovoj složenoj i zahtjevnoj raspravi, čime smo dokazali svoju stručnost i brigu za zdravlje naših pacijenata, ističe predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo.

Jedna od osnovnih primjedbi Komore bila je usmjerena protiv ukidanja mnogih dobro razvijenih djelatnosti sadašnjih općih županijskih bolnica koje imaju kadrovske uvjete, opremu i prostore, te veliki broj kvalitetno izvršenih usluga tijekom više godina. Njihovim bi se ukidanjem, istaknula je Komora, znatno narušila kvaliteta zdravstvene zaštite na regionalnoj razini kao i dostupnost zdravstvene zaštite za pacijente. Istodobno, preopteretile bi se bolnice višeg ranga, ponajprije nacionalne, u kojima bi se liste čekanja još više povećale.

Komora je ukazala i na povećanje troškova prijevoza bolesnika koji bi iz toga proizašli, a i na upitan položaj liječnika specijalista i užih specijalista. Više o ovoj temi i sve dopise između Ministarstva i Komore možete pronaći na mrežnoj stranici Komore [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr).

11

# Podsjetnik

## Kako Komora može štititi prava i zastupati interese svojih članova pojedinaca?

Tajnik Komore Nikolina Budic, dipl. iur

- „Komora štiti prava i zastupa interese liječnika, unapređuje liječničku djelatnost, brine se o ugledu liječnika i o pravilnom obavljanju liječničkog zvanja.“ (Članak 1. stavak 2. Statuta Hrvatske liječničke komore)

Potaknuti relativno čestim pitanjem članova što to znači i kako Komora štiti prava i zastupa interese liječnika podsjećamo čitateljstvo na slijedeće.

Zastupanje interesa liječnika predviđeno ovom Statutarnom odredbom obuhvaća mnogobrojne aktivnosti koje Komora provodi u vršenju svojih javnih ovlasti kao i ostalih poslova i ne odnosi se uvijek isključivo na zastupanje interesa člana pojedinca. No, kada se radi o potrebi da se interesi člana pojedinca zaštite u prijetećem sporu, to je moguće ostvariti na slijedeći način.

Uvažavajući činjenicu da Komora nije ovlaštena zastupati svoje članove (kao pojedince) u sudskim postupcima, a da je uočena sve veća potreba za zaštitom interesa članova, Skupština Komore kao najviše tijelo Komore, donijela je još 2006. godine odluku o sklapanju ugovora o pružanju odvjetničkih usluga s dva odvjetnička ureda.

Na taj način stvorene su pretpostavke da svi članovi Komore koji uredno plaćaju članarinu dobiju besplatno pravno savjetovanje u svezi prijetećih sporova zbog sumnje na povredu pravila struke.

Također, članovima su omogućene odvjetničke usluge i u slučajevima vezanim

uz postupak objave ispravka netočnih informacija u sredstvima javnog priopćavanja. Prema tome, svaki član Komore, ukoliko tako odluči, može koristiti usluge ugovorenih odvjetničkih ureda kao i angažirati spomenute odvjetničke uredske da ga zastupaju. Za zastupanje vrijedi i ugovoren popust na nagradu za zastupanje koja je utvrđena Tarifom o nagradi i naknadni troškovi za rad odvjetnika.

Na pitanje: „Zašto nikada nitko iz Komore nema interesa nazočiti sudskoj raspravi koja se vodi protiv člana Komore?“

Odgovor je sadržan u odredbama pozitivnih zakonskih propisa. U svakom postupku koji se vodi pred sudom ili pred nekim drugim državnim tijelom, obvezno prvenstveno sudjeluju stranke kao što su, primjerice okriviljenik i državni odvjetnik u kaznenom postupku, a tužitelj i tuženik u parničnom postupku.

Komora, odnosno njezin predstavnik, kao i svaki drugi zainteresirani građanin, može nazočiti sudskoj raspravi kao dio javnosti u postupcima u kojima javnost, temeljem zakona, nije isključena, ali bez ikakve mogućnosti kontrole i utjecaja na sudski postupak kojem se prisustvuje.

Čitateljstvo je također zanimalo zašto „Liječničke novine“ više ne prate, pa možda čak i komentiraju suđenja liječnika?

„Liječničke novine“ su do listopada 2008. godine u rubrici „Vruće teme“ objavljivale obavijesti o okončanim kaznenim postupcima protiv liječnika kao i druge obavijesti

slične problematike (obavijesti o pokrenutim istragama, podignutim optužnicama, određenoj mjeri pritvora i slično), međutim rubrika je ukinuta obzirom da objavljivanje spomenutih podataka (podaci o pravomoćnim sudskim presudama) nije u skladu s člankom 86. Kaznenog zakona.

Naime, sukladno spomenutoj odredbi Kaznenog zakona, podaci o pravomoćnim sudskim presudama predstavljaju podatke iz kaznene evidencije koji se mogu dostavljati samo u slučajevima predvidenim Zakonom i samo na traženje određenih državnih tijela.

Nadalje, komentiranje suđenja pod određenim okolnostima predstavlja kazneno djelo Prisile prema pravosudnom dužnosniku opisano u članku 309. stavku 2. Kaznenog zakona koje čini svatko tko za vrijeme postupka pred sudom, a prije donošenja pravomoćne sudske odluke, u javnim sredstvima priopćavanja, na javnom skupu ili pred skupinom ljudi, iznosi svoje mišljenje o tome kako bi u tom slučaju pravosudni dužnosnik trebao postupati ili kakve odluke donositi.

Slijedom poštivanja spomenutih propisa, a uvezu i obzir činjenici da objavljanje pravomoćnih kaznenih presuda ne djeluje pozitivno na ugled članova kao ni na popularnost Komore među članovima, a također niti na čitanost „Liječničkih novina“ rubrika „Vruće teme“ je ukinuta.

.....

### Preko Komore do odvjetnika

- „Još jednom podsjećamo članove, da u slučaju možebitne potrebe iskoriste mogućnost zaštite koju im pruža Komora. Možete nam se obratiti na broj telefona: 01/4500 830 u radno vrijeme središnjeg ureda Komore u Zagrebu, svakim radnim danom od 8,00 do 14,00 sati, zatražiti savjet ili pomoć za uspostavljanje kontakta s odvjetničkim uredom.“

.....



## 21. Medunarodni simpozij komparativne patologije „Ljudevit Jurak“

• Održan je pod pokroviteljstvom Europskog udruženja patologa i Hrvatske akademije medicinskih znanosti u Zagrebu, 4. i 5. lipnja. Glavna tema bila je endokrina patologija.

Nakon otvaranja simpozija dodijeljena je nagrada prof. dr. Svenu Seiwerthu iz Zagreba za doprinos razvoju hrvatske patologije. Nagradu je uručio akademik Željko Reiner, predsjednik Hrvatske akademije medicinskih znanosti.

Pozvana predavanja održali su prof. Kurt Schmid iz Essena u Njemačkoj o karcinomu štitne žlezde, prof. Zoran Gatalica iz Omahe u SAD-a o nasljednim endokrinim tumorima, prof. Vanja Zjačić-Rotkić iz KB-a „Sestre milosrdnice“ o liječenju neuroendokrinih tumora gastrointestinalnog trakta, prof. Suzana Tkalcic iz Pomone u SAD-u o endokrinim bolestima domaćih životinja, prof. Günther Klöppel o neuroendokrinim tumorima te prof. Nives Pećina-Šlaus genskim promjenama u feokromocitomu. Autori iz Rumunjske, Mađarske, Kosova, SAD-a i Hrvatske predstavili su u obliku postera rezultate svojih istraživanja o dijagnostici, protokolima te patohistološkim i imunohistokemijskim nalazima u različitim bolestima, poglavito endokrinih žlezda, kao i zanimljive slučajeve.

Tijekom simpozija održan je i Gođišnji sastanak Hrvatskog udruženja patologa i sudskih medicinara.

U organizaciji Hrvatskog udruženja laboratorijske medicine (HULM), održali su laboratorijski inženjeri i laboranti predavanja o laboratorijskim tehnikama u patologiji i u drugim medicinskim strukama.

Tijekom simpozija održan je slide seminar na temu kirurške i endokrine patologije koji su vodili prof. Mikuz iz Innsbrucka u Austriji i prof. Catalica.

Nagrada za najbolji poster dodijeljena je dr. Marcellu Szaszu iz Mađarske za rad o komparativnoj patologiji tumora klau-din-negativnih tumora dojke.

Tema sljedećeg simpozija, koji će se održati 3. lipnja 2011. godine u Zagrebu, bit će patologija kože. Svi podaci o ovom i prošlim simpozijima, odnosno o sljedećem

simpoziju mogu se naći na stranici <http://www.mef.hr/Jurak/symposium.htm>.

Kongresni radovi i sažeci radova bit će objavljeni u *Acta Clinica Croatica* i mogu se naći na web stranici (<http://www.acta-clinica.kbsm.hr>).

Dr.sc. Zlatko Marušić,  
tajnik simpozija

## Hrvatski urolozi položili specijalistički ispit EBU-a

• Članovi Hrvatskog urološkog društva mr. sc. Igor Tomašković iz Klinike za urologiju KB-a «Sestre milosrdnice», Zagreb, i dr. Kristijan Krpina iz KBC-a Rijeka položili su, nakon prethodno položenog pismenog, i usmeni ispit pred Povjerenstvom Europskog urološkog odbora (EBU - European Board of Urology) u Bruxellesu.

EBU je dio Europske Unije medicinskih specijalista (EUMS) koje ima regulatornu ulogu u standardizaciji i harmonizaciji medicinske izobrazbe zemalja članica.

Ispiti EBU-a postali su sastavni dijelovi specijalističkog usavršavanja u Austriji, Nizozemskoj, Mađarskoj, Poljskoj i Švicarskoj, a tendencija je preuzimanja ovakve prakse i u ostalim zemljama članicama. Kolegama iskrene čestitke!

Prof. dr. Boris Ružić,  
tajnik Hrvatskog urološkog društva

## Internet portal o bipolarnom poremećaju!

• Psihijatre će zanimati pokretanje portala o bipolarnom poremećaju na hrvatskom jeziku na adresi <http://www.bipolarci.com>. Tko želi sudjelovati može se javiti na e-adrese kontakt@bipolarci.com ili lukas@komerlin.net.

Lukas Komerlin

## MUP proveo akciju provjere zdravstvenog stanja osoba s pravom na držanje i nošenje oružja

Pojedini obiteljski liječnici ne izvještavaju o promjeni zdravstvenog stanja vlasnika oružja

• U više policijskih uprava u Hrvatskoj provedena je akcija provjere zdravstvenog stanja osoba kojima su izdana odobrenja za držanje ili držanje i nošenje oružja kojom su evidentirane promjene zdravstvenog stanja, tj. statusa, priopćilo je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi te od Hrvatske liječničke komore zatražilo da se o tome objavi članak u Liječničkim novinama.

Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske u izvješću o provedenoj akciji

upozorava da je utvrđeno da pojedini liječnici obiteljske medicine ne obaveštavaju nadležnu medicinu rada u slučajevima kada dode do pogoršanja, tj. promjene zdravstvenog stanja osoba koje imaju odobrenje za držanje, odnosno držanje i nošenje oružja.

Ministarstvo zdravstva u priopćenju ističe važnost pridržavanja zakonskih odredbi ali i suradnje liječnika obiteljske medicine i medicine rada, kako bi se izbjegle ovakve nepravilnosti te spriječile moguće zlouporebe osoba koje pristupaju zdravstvenim pregleđima za držanje, odnosno držanje i nošenje oružja ali i preventivale nesreće s ozbiljnim posljedicama

Odredbom članka 11. Zakona o oružju (NN broj 63/07 i 76/07) propisano je da je izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite, kao i svaki drugi liječnik koji ima saznanja o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeku liječenja vlasnika oružja, a koje utječe na zdravstvenu sposobnost za držanje i nošenje oružja - dužan o tome odmah izvjestiti nadležno tijelo.

Kaznene odredbe za nepridržavanje ovog Zakona mogu biti novčana kazna ili kazna zatvora do 30 dana.

Borka Cafuk



## Hrvatski liječnici na 47. kongresu ERA-EDTA

• Od 25. do 28. lipnja u Münchenu je održan 47. kongres Europskog nefrološkog društva ERA-EDTA (European Renal Association-European Dialysis Transplant Association). Nazočio je veći broj liječnika iz Hrvatske koji su svoj stručni i znanstveni rad prezentirali su kroz nekoliko multicentričnih studija.

Kroz poster sekcije predstavljene su studije nositelja doc. dr. Nikoline Bašić-Jukić iz KBC-a Zagreb i doc. dr. Draška Pavlovića iz KB-a „Sestre milosrdnice“ kao i međunarodne multicentrične studije u kojima su sudjelovali doc. dr. Mladen Knotek iz KB-a „Merkur“ te mr. sc. Leo Pavičić s Kineziološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Recenzija poslanih sažetaka za ovaj kongres vrlo je stroga te je svaki prihvaćeni rad lijep uspjeh.

Tijekom godišnje skupštine koja je održana zadnjeg dana prvi put su birani članovi etičkog povjerenstva društva koje broji preko 5500 članova. Upravni odbor je tijekom sastanka u travnju predložio pet kandidata iz Izraela, Poljske, Engleske, Njemačke te iz Hrvatske doc. dr. Draška Pavlovića, šefa nefrološkog odjela KB-a „Sestre milosrdnice“.

Predloženi kandidati su jednoglasno izabrani te je tako prvi puta netko iz Hrvatske izabran u radna tijela ERA-EDTA. Izbor dr. Draška Pavlovića je priznanje njemu osobno ali i nefrolozima Hrvatske.



## Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u izvanbolničkim uvjetima

• Poslijediplomski tečaj stalnog usavršavanja 1. kategorije „Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u izvanbolničkim uvjetima“ namijenjen liječnicima i medicinskim sestrama do sada je održan tri puta, zadnji na Bjelolasici 27. i 28. ožujka. Voditeljice bile su prof. dr. Višnja Majerić-Kogler, dr. med. i dr. sc. Ingrid Bošan-Kilibarda, dr. med. a organizatori MEF u Zagrebu - Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju, Hrvatsko društvo za hitnu medicinu HLZ-a i Hrvatski zavod za hitnu medicinu.



Poslijediplomski tečaj  
„Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u izvanbolničkim uvjetima“

Pri osmišljavanju trećeg tečaja pošlo se od činjenice da liječnici i medicinske sestre/medicinski tehničari hitnih medicinskih službi čine cijelovite timove, tako da je dio predavanja i radionica bio namijenjen svim polaznicima zajedno. Međutim, uvažavajući razlike koje proizlaze iz odgovornosti i djelokruga rada članova tima HMP-a, dio predavanja i radionica organiziran je posebno za liječnike radi jačeg naglaska na ona znanja i vještine koje su dijelom njihova djelokruga rada i odgovornosti.

Theorijska su se znanja stjecala kroz predavanja i priručnik koji su pripremili i napisali predavači na ovom i dosadašnjim tečajevima, a praktične vještine uvježbavane su u malim skupinama kroz stanice vještina. Na kraju su kroz radionice s prikazima pojedinačnih slučaja polaznici interaktivno s voditeljima radionica rješavali konkretnе zadatke.

Na trećem je tečaju aktivno sudjelovalo i uspješno ga završilo 14 liječnika i 17 medicinskih sestara/medicinskih tehničara koji rade u izvanbolničkim i bolničkim hitnim medicinskim službama u Rijeci, Krku, Metkoviću, Senju, Otočcu, Gospicu, Karlovcu, Slavonskom Brodu, Novoj Gradišci, Čakovcu i Zagrebu. Tečaj je bio bodovan sukladno Pravilniku Hrvatske liječničke komore i Hrvatske komore medicinskih sestara.

Program četvrtog tečaja najavljenog za 2. i 3. listopada na Bjelolasici bit će posebno zanimljiv zbog transportnog respiratora koji će uskoro postati dijelom standardne opreme HMP-a. Obavijesti i prijave na mrežnoj stranici HLZ - Hrvatskog društva za hitnu medicinu i na tel. 091/5618-814.



## Sir Ian Chalmers, vitez Cochrane kolaboracije i istine, u Splitu

• Sir Ian Chalmers gostovao je na Drugom hrvatskom Cochrane simpoziju, koji je pri Medicinskom fakultetu u Splitu održan 26-27. lipnja 2010. Tijekom simpozija održao je predavanje o Knjižnici James Lind (engl. James Lind Library), kojoj je cilj pomoći ljudima da razumiju pravedne (engl. fair) testove o zdravstvenim terapijama.

Knjižnica je dobila ime po Jamesu Lindu (1716-1794), engleskom liječniku koji je prvi proveo modernu kontroliranu kliničku studiju uporabom raznih potencijalnih antiskorbutika. U njegovo vrijeme moderna su postala prekoceanska putovanja, a najpoznatija bolest mornara bila je skorbut. Lind je u svom pokusu nakon dva mjeseca na moru podijelio 12 mornara u 6 skupina. Svi su primali istu hranu, a kao dodatak su primali različite dodatke hrani s kiselim svojstvima. Naime, Lind je smatrao da se skorbut može sprječiti kiselinama. Jedna skupina pila je jabukovaču, druga sumpornu kiselinu, treća ocrt, četvrta morsku vodu, peta skupina se počastila dvjema narančama i jednim limunom na dan, a šesta skupina je uzimala začinjenu kašu i napitak od zobene vode. Liječenje grupe broj 5 prestalo je nakon 6 dana, kad im je nestalo voća, ali do tada je jedan od tih mornara vec bio toliko dobro da je mogao po-

## Mediserv - prvi hrvatski zdravstveno-informacijski sustav

• Prije nekoliko tjedana započeo je radom prvi specijalizirani zdravstveni servis u Hrvatskoj pod nazivom Mediserv. Utemeljen je po ugledu na inozemne sustave znane kao HMO (Health Maintenance Organization), a osnovni mu je zadatak informiranje i usmjeravanje pacijenata prema izvršiteljima zdravstvenih usluga.

Mediserv pacijentima nudi informacije gdje, kako i po kojoj cijeni se usluga može dobiti i kako odabratи najprikladniju ustanovu za sebe. Središnji je dio Mediserv pozivni centar (korisnička služba) koji s korisnicima kontaktira telefonom ili elektronskom poštom i nastoji im pružiti potrebne informacije te pronaći najbolje rješenje za njihov zdravstveni problem. U korisničkoj službi radi iskusno medicinsko osoblje uz potporu liječnika.

Mediserv djeluje putem mreže zdravstvenih ustanova s kojima ima potpisani ugovor o poslovno-tehničkoj suradnji. Podaci o tim ustanovama se nalaze u bazi podataka Mediserva tako da operater u pozivnom centru može zainteresiranom pacijentu ponuditi nekoliko opcija, ovisno o tome što pacijent preferira. Nakon pružanja usluge, ispitat će se zadovoljstvo pacijenta, što bi moglo poslužiti kao osnova za buduću kategorizaciju privatnih zdravstvenih ustanova temeljenu na zadovoljstvu pacijenata.

Infocentar za opće informacije besplatno je na raspolaganju svim građanima, dok su specijalizirane medicinske informacije samo za članove Mediserv-a. Za članstvo je dovoljno ispuniti pristupnicu; prva razina članstva je također besplatna i uključuje pružanje informacije i djełomično rezerviranje termina. Tko planira češće koristiti zdravstvene usluge i iskoristiti pogodnosti i popuste, treba platiti godišnju članarinu. Za zahtjevne klijente program može uključiti 24-satnog obiteljskog liječnika, usluge poliklinike u bilo koje doba dana ili noći i dolazak u potpunoj diskreciji.

Ovaj sustav povoljniji je individualnim pacijentima, ali i korisnicima polica zdravstvenog osiguranja. Među prvima će usluge Mediservisa koristiti osigurani s policom Mekur osiguranja, koje snosi i sve troškove.

Željko Poljak

novno raditi na brodu, a drugi se gotovo potpuno oporavio. Osim pete skupine, jedino je još prva skupina pokazala nekakvu učinkovitost terapije. Od davina se u nekim dijelovima svijeta, a od 17. stoljeća i u Engleskoj znalo da citrusno voće ima antiskorbutni učinak. Iako Lind nije bio prvi koji je to predložio, on je bio prvi koji je napravio kliničku studiju o tome davne 1747.

U Knjižnici James Lind principi „pra-vednih testova“ objašnjeni su u esejima koji sadrže brojne primjere. Eseji su u Knjižnici dos-tupni na arapskom, kineskom, engleskom, francuskom, ruskom, portugalskom i španjolskom jeziku. Kako bi se ilustrirala evolucija „pravednih testova“ terapija od 1550. godine prije KIRSTA do danas, Knjižnica sadrži ključne dijelove i slike iz rukopisa, knjiga i znanstvenih članaka. Mrežna stranica Knjižnice također sadrži mnoge komentare, biografije, portrete, doktorske radove i druge relevantne materijale o povijesti „pravednih testova“.

Knjižnica James Lind dio je James Lind Inicijative, koja je utemeljena 2004. s ciljem povezivanja pacijenata i kliničara kako bi se odredili prioriteti u zdravstvu i definirala najvažnija neodgovorena pitanja o zdravstve-

nim terapijama. Ova informacija važna je za sve ustanove koje finansiraju znanost, kako bi se znalo koje su teme najvažnije i za pacijente, i za zdravstvene djelatnike.

Sir Chalmers je uključen u koordinaciju James Lind Inicijative od njenih početaka, a titulu vitez dobio je kao suosnivač Cochrane kolaboracije. Na čelu britanskog Cochrane centra Sir Chalmers je bio sve do 2002. Kao mlađi liječnik 1969. je dvije godine radio u Khan Younisu, u pojasu Gaze, za United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees. Svoja je palestinska iskustva tijekom boravka u Splitu iscrpljeno opisao u predavanju naslovlenom „Pojas Gaze 1970. i 2010. godine: osobna razmatranja jednoga liječnika“, koje je održano u splitskoj Sveučilišnoj knjižnici.

Kako je Hrvatski ogrank Cochranе kolaboracije svega dvije godine star, bila je velika čast ugostiti na Hrvatskom Cochranе simpoziju ovoga srčanog borca za istinu u medicini, istinskog vitez Cochrane kolaboracije.

Doc. dr. Livia Puljak,  
Medicinski fakultet u Splitu  
(livia@mefst.hr)

## KUZ uputio Vladi protest zbog spajanja zagrebačkih bolnica

• Koalicija udruga u zdravstvu (KUZ) uputila je 16. srpnja Vladi Republike Hrvatske protest zbog postupka spajanja zagrebačkih bolnica i tako je najavila prikupljanje potpisa za peticiju protiv odluke Vlade od 13. svibnja ove godine kojom je odlučeno da će se spojiti Klinika za plućne bolesti Jordancovac s KBC-om Zagreb; Klinika za tumore, Klinika za dječje bolesti i Klinika za traumatologiju s KB-om Sestre milosrdnice; te Sveučilišna klinika za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma Vuk Vrhovac s KB-om Merkur.

KUZ je od Vlade zatražio da poništi i obustavi provedbu svoje Odluke ističući da je Vlada time prekršila Kodeks savjetovanja sa zainteresiranim javnošću u postupcima do-nošenja zakona, drugih propisa i akata (NN 140/09). Naime, Kodeks propisuje da se pri donošenju određenih odluka Vlada mora savjetovati s onima na koje se te odluke odnose, što su u ovom slučaju pacijenti, odnosno korisnici zdravstvenih usluga. Iako je bila najavljena za 30. travnja, upozorava KUZ, javna rasprava nije bila provedena. Također, izostala je i stručna analiza te informiranje građana o mogućim rješenjima. Štoviše, Odluka se odnosi samo na bolnice u Zagrebu, državne, ali i u vlasništvu Grada. Takvo spajanje bolnica ne bi se smjelo dogoditi u drugim dijelovima Hrvatske jer bi dodatno ugrozilo već sada problematičnu dostupnost i kvalitetu zdravstvenih usluga.

S druge strane, premda se KUZ slaže da su uštude nužne, one ne bi smjele ići na uštrb kvaliteti zdravstvene zaštite te se provoditi na ovakav način koji izaziva nepovjerenje provođenju mjera reforme.

KUZ ističe: »Očito je da državna administracija ne uvažava i ne podržava tekovine razvitka civilnog društva u Hrvatskoj, što se posebno odnosi na zdravstvo jer građanin - pacijent ima pravo znati i sudjelovati u donošenju mjera za poboljšanje zdravstvenog sustava«, te dodaje da će iskoristiti sve mogućnosti praćenja i intervencije na provedbu Odluke Vlade.

Borka Cafuk

17



## MZSS: prijapanje zagrebačkih bolnica jamči uštede i poboljšanje zdravstvenog standarda te sigurna radna mjesta

• I dok je Koalicija udruga u zdravstvu zbog spajanja bolnica u Zagrebu pokrenula potpisivanje peticije protiv te Odluke Vlade RH, 27. srpnja ministar zdravstva i socijalne skrbi mr. Darko Milinović se sastao sa zagrebačkim gradonačelnikom Milanom Bandićem.

Na sastanku je naglašeno, stoji u priopćenju Ministarstva zdravstva, da nova mreža bolnica jamči daljnje uštede u zdravstvenom sustavu ali i efikasnost, podizanje standarda zdravstvene zaštite i sigurna radna mjesta djelatnicima, te dobar temelj poboljšanja zdravstvenog standarda Zagrepčana.

Nepoštivanjem nove mreže bolničkog sustava i nepripremanjem bolnica Gradska skupština Grada Zagreba dovela je u nepovoljan pravni i statusni položaj pet bolnica iz čega je proizašla i formalno-pravna nemogućnost njihova financiranja jer nisu dijelom nove Mreže. Štoviše, stoji u priopćenju, time su dovedena u pitanje i radna mjesta te pružanje zdravstvenih usluga što Ministarstvo ne može dopustiti.

Borka Cafuk



## HZZO na vrijeme osigurao novac za zdravstvenu zaštitu i plaće u zagrebačkim bolnicama izvan Mreže

• Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ogradio se od spekulacija glede pravovremene isplate plaće zaposlenicima zagrebačkih bolnica koje više nisu u Mreži

javne zdravstvene službe. Naime, HZZO je 11. kolovoza priopćio da je obavio svoju obvezu sukladnu s Odlukom Upravnog vijeća Zavoda od 29. srpnja i da je na vrijeme osigurao sredstva za daljnje provođenje zdravstvene zaštite i plaće zaposlenih u zagrebačkim bolnicama koje više nisu u Mreži javne zdravstvene službe.

Upravno vijeće HZZO-a održalo je izvanrednu sjednicu 29. srpnja i na njoj su donesene odluke vezane uz nastavak finansiranja zdravstvene zaštite u zagrebačkim bolnicama koje nisu u Mreži javne zdravstvene službe i isplatu plaće zaposlenima u tim bolnicama. S obzirom da osnivač bolničkih zdravstvenih ustanova na području Grada Zagreba koji se više ne nalaze u Mreži nije proveo predviđenu zakonsku proceduru, HZZO je radi osiguranja dalnjeg nesmetanog provođenja bolničke zdravstvene zaštite na području Grada Zagreba odlučio da se finansiranje provođenja zdravstvene zaštite koje pružaju Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan, Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama Goljak, Specijalna bolnica za plućne bolesti, Dječja bolnica Srebrnjak i Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež nadalje provodi putem Kliničke bolnice Sestre milosrdnice.

Borka Cafuk



## Zanavljanje anestezioloških uređaja

Bolnice posjeduju ukupno 430 anestezioloških uređaja prosječne starosti 17,7 godina

• U sklopu projekta zanavljanja medicinske opreme ministar zdravstva i socijalne skrbi mr. Darko Milinović u srpnju je potpisao ugovore o nabavi 42 anesteziološka uređaja, priopćilo je Ministarstvo zdravstva.

Ukupna vrijednost uređaja je 24 milijuna kuna, a radi se o 30 standardnih anestezioloških uređaja, sedam naprednih i pet s MR okruženjem koji se nabavljaju za KBC Zagreb, KBC Rijeka, KBC Split i KBC Osijek te za kliničke bolnice Dubrava, Merkur, Sestara Milosrdnica, Kliniku za dječje bolesti Zagreb, OB Hrvatski ponos Knin i OB Pakrac.

Ministarstvo u priopćenju ističe da hrvatske bolnice trenutačno imaju ukupno 430 anestezioloških uređaja i to prosječne starosti 17,7 godina. Zanavljanjem uređaja

povećat će se i kvaliteta zdravstvene zaštite u djelatnosti anesteziologije i intenzivnog liječenja i svim drugim povezanim djelatnostima.

Borka Cafuk



## Od početka kolovoza u lijekarnama postkoitalna kontracepcija

• Na hrvatskom se tržištu početkom kolovoza pojavila prva "pilula za jutro poslije", odnosno postkoitalna kontracepcija, koju je odobrila Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode. To je za sada jedina takva tableta koja je registrirana u Hrvatskoj i dostupna je isključivo na recept ginekologa, priopćava Spona komunikacije.

Tableta se uzima najkasnije u roku od 72 sata od nezaštićenog spolnog odnosa ili kada je neka od primjenjenih metoda kontracepcije zakazala i prema ispitivanjima sprječava oko 84 posto neželjenih trudnoća. Tableta sadrži 1,5 mg levonorgestrela, hormona, koji je čest sastojak i drugih kontracepcijskih tableta. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2008. godine je zabilježeno 10.616 prekida trudnoća u Hrvatskoj. Od toga je gotovo 40 posto prekida trudnoća učinjeno kod žena u dobi od 20 do 29 godina, a osam posto, odnosno 358 prekida trudnoća, u mladih žena do 19 godina starosti.

Spona komunikacije navodi i izjavu dr. Zlatka Topalovića iz Studentske poliklinike u Zagrebu, koji smatra da je to prihvatljivija metoda kontracepcije od pobačaja.

• Ova metoda je, u svakom slučaju, prihvatljivija od pobačaja. Najvažnije je da je mnogo manja šteta za ženu popiti pilulu nego poslije ići na pobačaj. Prva tableta za hitnu kontracepciju dostupna na domaćem tržištu ne smije se zlorabiti i koristiti kao redovita kontracepcija ili izgovor za spolno neodgovorno ponašanje, već je metoda koja se koristi samo u izvanrednim situacijama, izjavio je Topalović.

Borka Cafuk





Predavači na LCP tečaju; sjede Bettina Westhoff (Njemačka), Denis R. Wenger SAD), Alain Dimeglio (Francuska) i Shlomo Wientroub (Izrael); stoje Perry Schonecker (SAD), Terje Terjesen (Norveška), Anthony Catterall (UK), Fritz Hefti (Švicarska), Richard Bowen (SAD), John A. Herring (SAD), Darko Antićević (Hrvatska), Rudiger Krauspe (Njemačka) i Gerge H. Thompson (SAD)



## Hrvatska domaćin EPOS-a

• U organizaciji Hrvatskog društva za dječju ortopediju HLZ-a održan je od 7. do 10. travnja u Zagrebu u hotelu Westin 29. godišnji Kongres Europskog društva za dječju ortopediju (EPOS). Bio je to jedan od najvećih ortopedskih kongresa održan u našoj zemlji od osamostaljenja. Na njemu je sudjelovalo 426 sudionika iz 47 zemalja sa svih kontinenta. Hrvatska je bila zastupljena s 30 sudionika koju su prijavili 19 radova, od čega je pet prihvaćeno u obliku predavanja i četiri u sekciji postera, što je predstavljalo najveću zastupljenost na Kongresu uz zemlje kao što su Njemačka, Francuska i Velika Britanija.

Ukupno je bilo prijavljenih 339 radova. U četiri radna dana održano je 87 predavanja i prikazano 15 postera i 87 E-postera.

U okviru glavne teme Kongresa raspravljalo se o bolestima, deformacijama i ozljedama gornjeg ekstremiteta. Prof. Kalevi Osterman iz Finske održao predsjedničko predavanje posvećeno osnivaču EPOS-a **Henriju Bensahelu** pod naslovom "Restitutio by crescentiam. The story of the growth plate". Uoči Kongresa tradicionalno je održan edukacijski tečaj s 279 sudionika. Ove se godine obilježava 100-godišnjica otkrića (1910) zagonetnog stanja dječjeg zglobovuka, pod nazivom Legg-Calvé-Perthes-ova bolest (LCP).

Svjetski priznati stručnjaci u području dječje ortopedije (slika) su u dva bloka s 12 predavanja prikazali najnovije spoznaje o LCP-u.

Tvrte proizvođači implantata finansijski su poduprli tri odlično posjećene radionice s praktičnim vježbama na modelima kosti o novim tehnikama operacijskog liječenja prijeloma i deformacija kosti u doba rasta.

UEMS je dodijelio Kongresu akreditaciju od 18 bodova trajne medicinske edukacije (CME points). Zaključno, Hrvatska se kao domaćin potvrdila kao vodeća zemlja u području dječje ortopedije u jugoistočnoj Europi a HD za dječju ortopediju primili su mnoge čestitke za organizaciju i provedbu Kongresa.

*Dr. Igor Šmigovec, član EPOS-a, tajnik HD-a za dječju ortopediju HLZ-a*



## Rebalansom proračuna zdravstvu 306 milijuna kuna manje

Rebalansom proračuna smanjena sredstva Ministarstva zdravstva

• Hrvatski sabor usvojio je rebalans državnog proračuna u kojem su prihodi sma-

njeni za 4,5 milijardi kuna a rashodi su povećani za 898,3 milijuna kuna.

Rebalansom se proračunski prihodi planiraju u iznosu od 108,3 milijarde kuna, a rashodi u iznosu 122,3 milijarde kuna.

Deficit proračuna se povećava za 5,4 milijarde kuna, odnosno na 14 milijardi kuna. Sabor je usvojio i zaključak da će iduće dvije godine rashodi ostati isti. Rebalansom proračuna Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi ostalo je bez 306 milijuna kuna, a to, tvrdi Ministarstvo, neće utjecati na kvalitetu zdravstvene zaštite zbog ušteda ostvarenih zahvaljujući reformi zdravstvenog sustava. Smanjen je ukupni proračun Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, odnosno naknade za bolovanja i sredstva za skupe lijekove, te reformu hitne medicinske pomoći, novu opremu, transplantacije i informatizaciju zdravstvenog sustava.

**Borka Cafuk**



## Ordinacija u Puli

Iznajmljuje se, zbog smrti liječnika, privatna liječnička ordinacija u Puli,

Faverijska 6, prizemlje, 36m2,  
u neposrednoj blizini Arene.

Ispunjava sve uvjete u pogledu prostora  
i opreme za ordinaciju  
opće medicine. Mogućnost korištenja  
postojećeg UZV-a.

Kontakt: 098/290 525; 052/391 512;  
e-mail: bozana.rozman@pu.t-com.hr



## HZZO blokirao pametne kartice 200-tinjak obiteljskih liječnika i time onemogućio zdravstvenu skrb za 350.000 pacijenata

Liječnici prosvjedovali ispijanjem čaja za ozdravljenje hrvatskog zdravstva

• Liječnici obiteljske medicine kojima je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje 14. kolovoza blokirao tzv. pametne kartice i time onemogućio pristup Centralnom zdravstveno-informacijskom sustavu Hrvatske (CEZIH) samo zbog toga, tvrde, što se služe informatičkim sustavom *Lord Primus*, 19. su kolovoza od 12:30 do 14:30 ispijanjem «čaja za ozdravljenje hrvatskog zdravstva», koji su ponudili i svojim pacijentima, željni upozoriti javnost na bezobziran državni revanšizam na štetu pacijenata.

Naime, HZZO je blokirao kartice liječnicima obiteljske medicine koji se u svom radu koriste informatičkim sustavom *Lord Primus* ABA informatike, kojem je oduzeto odobrenje za rad. Bez kartica liječnici ne mogu raditi s pacijentima i služiti se zdravstveno informacijskim sustavom CEZIH, istaknuo je vlasnik ABA informatike dr. Galibedin Galijašević na konferenciji za novinare održanoj 19. kolovoza u Hrvatskom liječničkom domu.

- Ovim je potezom HZZO iz sustava izbacio oko 200 liječnika i 350.000 njihovih pacijenata, kojima je onemogućio pravo na pristup zdravstvenoj skrbi. Zdravstveni sustav je javno dobro i nitko nema pravo onemogućiti građanima zdravstvenu zaštitu. Ustajemo protiv diskriminiranja liječnika u pristupu CEZIH sustavu kao javnom dobru koje finančiraju građani i osiguranici, a ne dužnosnici HZZO-a ili Ministarstva. HZZO je postavljen kao operator CEZIH sustava, bez prava na ograničenje pristupa. Ovaj čin je protuzakonit, protiv ugovornih obveza i bezobziran prema liječnicima i pacijentima, izjavio je Galijašević.

**Galijašević:**  
Političkom odlukom  
dr. Jurkovića *Lord Primusu*  
je oduzeto odobrenje za rad

Problemi s programom *Lord Primus* počeli su u siječnju 2009. kada mu je, tvrdi Galijašević, političkom odlukom državnog tajnika Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi dr. Dražena Jurkovića oduzeto odobrenje za rad s obrazloženjem da nije na vrijeme obavio ažuriranje programa, a liječnicima naredeno da odaberu drugi program.

- Svim korisnicima je medutim poznato da je ABA informatika ažurirala program prije većine ostalih proizvođača programa, štoviše mnoge druge tvrtke niti mjesecima kasnije nisu ažurirale svoje programe, no samo je ABA informatici oduzeta dozvola za rad. Razlog za ovaj državni revanšizam nalazi se u tome što sam ja jedan od onih koji su se najviše angažirali u tadašnjoj pobuni liječnika protiv nepovoljnih i nepravednih uvjeta finansiranja ordinacija i ubiranja participacija u ordinacijama. Tim je postupkom državni tajnik želio sankcionirati moj angažman na početku reforme zdravstvenog sustava, istaknuo je Galijašević.

No, usprkos pritiscima i prijetnjama raskidom ugovora, ali i finansijskom kažnjavanju kojim je svim liječnicima koji se služe ovim programom do sada uskraćeno preko 1,400.000 kuna, najveći broj liječnika ostao je pri tome da se želi nastaviti služiti *Lord Primusom* i to prvenstveno zato što ga smatraju kvalitetnim, a i prema analizama samog

HZZO-a ovaj program šalje najviše ispravnih e-recepata i e-uputnica.

- Nevjerojatne su izjave dužnosnika HZZO-a da program *Lord Primus* ne zadovoljava kriterije kada 500 ordinacija godinu i pol bez i jednog dana zastaja radi, šalje podatke koje CEZIH sustav prima, prema tim podacima HZZO plaća tim ordinacijama i sve to na programu koji ne udovoljava kriterije! Koje!? - pita se Galijašević.

Umjesto da pitaju i anketiraju liječnike i medicinske sestre o kvaliteti programa koje koriste i da rade selekciju prema tome, Ministarstvo zdravstva i HZZO se odlučuju za selekciju prema podobnosti i povezanosti s interesnim skupinama i to na štetu pacijenata čijim novcem upravljaju, istaknuto je na konferenciji. Prije dva mjeseca peticiju podrške potpisalo je 900 liječnika i medicinskih sestara. Svi pet postojećih udruga liječnika opće medicine u Hrvatskoj, odnosno Organizacija i ekonomika medicinskih struka; Ceh primarne zdravstvene zaštite; Udruga privatnih poslodavaca u zdravstvu; Hrvatska udružba obiteljske medicine; Koordinacija hrvatske obiteljske medicine i Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, također podržavaju razumno i zakonsko rješenje ovog problema.

- Tražimo odgovornost za diskriminaciju koja je dovela 350.000 pacijenata u situaciju u kojoj im nije dostupna zdravstvena skrb u punom opsegu jer ne mogu dobiti e-recepte, uputnice, doznake za pomagala, dokazati status osiguranja itd. Koliko je to nerazuman i bahat potez govori i činjenica da su blokiranjem pametne kartice ti liječnici izgubili i pravo na vlastitu zdravstvenu zaštitu,



S konferencije za novinare  
u Hrvatskom liječničkom domu

## bura u cezih-u

budući da su te kartice istovremeno i njihove zdravstvene iskaznice! - zaključio je Galijašević.

**Dr. Josipa Rodić** iz Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu ističe kako je ispijanje čaja za ozdravljenje hrvatskog zdravstva samo početak prosvjeda koji će se ponavljati sve dok državna administracija ne počne rješavati ovaj problem te dodaje da su prikupili potpise podrške i da će se uputiti premjerki Jadranki Kosor i predsjedniku Republike Ivi Josipoviću. Upitno je zašto program koji zadovoljava sve uvjete ne može dobiti dozvolu za rad, a drugi programi koji su nefunkcionalni mogu.

Članica Izvršnog odbora Koordinacije hrvatske obiteljske medicine dr. Vjekoslava Ameri Šakić je naglasila da liječnici traže ravnopravan odnos ugovornih strana, odnosno liječnika i HZZO-a, kroz koji bi mogli utjecati na uvjete rada i verbalizirati svoje probleme. Tzv. ugovorni odnos u kojem se sada nalaze liječnici s HZZO-om daleko je od toga, to je odnos u kojem Zavod naređuje a liječnicima se ne daje izbor već moraju slušati.

Borka Cafuk



## Reakcija HZZO-a na prosvjed obiteljskih liječnika koji se služe programom Lord Primus

HZZO: Vlasnik ABA informatike svoje poslovne probleme pokušava obrazložiti radnjama Zavoda

• Isti dan kada su obiteljski liječnici prosvjedovali zbog toga što im je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje blokirao parametne kartice i onemogućio pristup CEZIH-u, HZZO je reagirao priopćenjem medijima i proglašio čitavu priču dezinformacijom vlasnika tvrtke ABA informatika d.o.o. dr. Galibedinu Galijaševiću kojima on pokušava svoje poslovne probleme obrazložiti radnjama koje provodi Zavod.

U priopćenju HZZO-a ističe se da s ciljem provođenja projekta informatizacije zdravstva, čiji je nositelj Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, liječnici primarne zdravstvene zaštite dužni su koristiti isključivo programsku podršku s odobrenjem za rad, tzv.

licencem, koju izdaje Ministarstvo. Odlukom Ministarstva HZZO je određen za operatora središnjeg zdravstvenog informacijskog sustava (CEZIH-PZZ), a liječnici su kao korisnici slobodni izabrati između rješenja s dopuštenjem za rad Ministarstva prema popisu koji je objavljen na adresi [www.cezih.hr](http://www.cezih.hr).

**ABA informatika bila je obvezna predati program s izvornim kodom Ministarstvu zdravstva, što nije nikada učinila, a Ministarstvo ju je prijavilo DORH-u**

Rješenjem Ministarstva zdravstva tvrtci ABA informatika oduzeto je odobrenje za rad još početkom 2009. ističe HZZO. Od toga je trenutka HZZO opetovano pozivao liječnike koji se koriste programom Lord Primus da prijedu na neki drugi program s dozvolom za rad koju je izdalo Ministarstvo zdravstva.

HZZO upozorava da ABA informatika ne smije "zaključati" podatke jer nisu njihovi vlasnici te da je, štoviše, za razvoj programa tvrtka ABA informatika 2003. od Ministarstva zdravstva dobila jednokratan iznos od 1,5 milijuna kuna i oko 1 milijun kuna godišnje za tzv. održavanje programa. Prema tada potpisanim ugovoru vlasnik programa je Republika Hrvatska, a tvrtka ABA informatika d.o.o. bila je obvezna program s izvornim kodom predati Ministarstvu zdravstva, što nije nikada učinila. S obzirom na to da se za vlastite potrebe koristi programom čiji je vlasnik Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva je protiv tvrtke pokrenulo postupak pri Državnom odvjetništvu.

**HZZO više puta apelirao na liječnike da odaberu programsko rješenje s licencem**

Rok u kojem su se liječnici primarne zdravstvene zaštite mogli prilagoditi novim programskim rješenjima trajao je više od godinu i pol dana, te s obzirom na važnost projekta informatizacije zdravstva koji se ne može provesti bez promjene programske opreme u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite, apelirali smo nekoliko puta na sve liječnike PZZ-a koji to još nisu učinili, da odaberu novo programsko rješenje s dozvolom za rad Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, ističe se u priopćenju HZZO-a.

HZZO upozorava da će se samo ordinacije s licenciranim programima moći koristiti sustavom e-zdravstva koji omogućava rad s e-receptima, e-uputnicama i drugim mogućnostima koje znatno povećavaju kvalitetu zdravstvene zaštite i donose značajno administrativno rasterećenje i pacijentima i liječnicima.

I na kraju se postavlja pitanje tko „maltretira“ liječnike i hrvatske pacijente, HZZO koji više od godinu dana neprestano poziva liječnike da odaberu program s odobrenjem Ministarstva, a sve u cilju poboljšanja zdravstvenog sustava uspješnim provođenjem projekta informatizacije, ili dr. Galibedinu Galijaševiću koji ovdje štiti isključivo vlastite interese i interese onih skupina kojima je cilj obezvrijedivanje rezultata reforme zdravstva i otežavanje provođenja daljnjih mjera reforme - pita se HZZO na kraju svog priopćenja.

Borka Cafuk



**Niti nakon 18 mjeseci otkad se ABA informatici prijeti DORH-om, ni od istrage niti od optužnice nema ništa**

Dr. Galibedin Galijašević:  
HZZO i Ministarstvo  
zdravstva iznose neistine!

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje i državni tajnik u Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi dr. Dražen Jurković su u reagiranju na konferenciju za novinare održanu 19. kolovoza u povodu blokade dvije stotine liječnika i njihovih pacijenata u pristupu dijelu zdravstvenog sustava, te povodom „prosvjedne čajanke“ više od tisuću obiteljskih liječnika, iznijeli niz zlonamjernih neistina s ciljem da prikrije svoju odgovornost i dezinformiraju medije i javnost, ističe vlasnik tvrtke ABA informatika d.o.o. dr. Galibedin Galijašević u priopćenju za medije od 23. kolovoza.

Galijašević ističe da nije točno da je tvrtka ABA informatika bila privilegirana i da je pod vrlo netransparentnim uvjetima, bez javnog natječaja, dobila vrlo značajan novac za razvoj svog programa.

## bura u cezih-u



- Istina je da je pet tvrtki - ABA informatika, IN2, MCS Grupa, IPT i ISD, koje su ponudile najbolje aplikacije na međunarodnom javnom nadmetanju Ministarstva zdravstva za informatizaciju sustava PZZ-a (tender broj 02-41-6105) - krajem 2003. potpisalo s Ministarstvom zdravstva istovjetne Ugovore o nabavi Aplikativnog rješenja za ordinacije PZZ-a Republike Hrvatske u vrijednosti od 1,2 milijuna kuna, svaka za šest stotina ordinacija u PZZ-u. Svih pet tvrtki deponiralo je izvorne kodove svojih rješenja i oni se nalaze u Ministarstvu, o čemu postoje primopredajni zapisnici. Realizacija projekta informatiziranja PZZ-a i rečenih ugovora zavlačila je i preispitivala tada novoizabrana Vlada, da bi, napisljeku, projekt bio nastavljen, a svih pet tvrtki koje su potpisale rečeni ugovor s Ministarstvom početkom 2006. prisiljeno je na potpisivanje Aneksa ugovora o nabavi Aplikativnog rješenja za ordinacije PZZ-a Republike Hrvatske kojim se, sukladno 1. članku istog Aneksa, „regulira sporazumno prestanak Ugovora“. Što se tiče neistina o vlasništvu nad programom *Lord Primusa*, naglašavamo da je člankom 5. potписанog Aneksa ugovora definirano da se prava Ministarstva zdravstva „ograničavaju na vlasništvo 600 kopija Aplikativnog rješenja, u najviše 600 ordinacija PZZ-a“, dakle 600 CD-a predanih Ministarstvu, izjavljuje Galijašević.

Od svih pet tada ugovorenih dojavnika s identičnim formalno pravnim statusom diskriminira se samo ABA informatiku, njenu aplikaciju i njene korisnike i, što je najboljije, pacijente koji se u tim ordinacijama liječe. U nedostatku argumenata, pokušava se ABA informatiku i njenog direktora, dr. Galijaševića, klevetnički prikazati kao kriminalca. O utemeljenosti tih tvrdnjai govor i činjenica da ni nakon 18 mjeseci otkad se tvrtci prijeti prijavom Državnom odvjetništvu ni od istrage niti od optužnice nema ništa, ističe se u priopćenju.

- Nevjerojatno je da se u izjavama HZZO-a i državnog tajnika Jurkovića kao jedino rješenje za nepravdu nanesu našoj tvrtki, stotinama liječnika i sestara koji rade na sustavu *Lord Primus* i stotinama tisuća pacijenata,

nudi prijelaz na druge aplikacije uz bijedan argument da toliki liječnici rade na tim drugim aplikacijama, ističe Galijašević te poziva Vladu RH da trenutno ukine zabranu pristupa na središnji zdravstveni informacijski sustav CEZIH te omogući svim liječnicima i medicinskim sestrama normalan rad, i svim hrvatskim pacijentima potpunu skrb jamčenu Ustavom. Štoviše, on poziva Državno odvjetništvo da provjeri tvrtku ABA informatiku i njen poslovanje. Također, on poziva HZZO i Ministarstvo zdravstva da omoguće neovisno usporedno ocjenjivanje svih informacijskih sustava koji se koriste u ordinacijama PZZ-a po kriterijima funkcionalnosti koje nude u podršci radnim procesima ordinacija, stabilnosti u radu, tehničke i korisničke podrške, kriterijima funkcionalnosti komunikacije s CEZIH-om, usklađenosti sa zakonima i propisima te zadovoljstvu liječnika i sestara koji ih svakodnevno koriste.

Borka Cafuk

### Skupština Komore tražila je još u lipnju da se liječnici koji koriste *Lord Primus* materijalno ne kažnjavaju i da stručno ne smiju trpjeti

• Hrvatska liječnička komora je još na svojoj godišnjoj Skupštini 12. lipnja razmatrala problematiku liječnika obiteljske medicine koji se služe programom *Lord Primus* u vlasništvu tvrtke ABA informatika d.o.o. na zahtjev predstavnice tih liječnika i članice Skupštine dr. Josipe Radić.

Dr. Radić je tada zatražila od Skupštine Komore da zaštiti liječnike izvrgnute kažnjavanju i mobingu od strane Ministarstva

zdravstva i HZZO-a. Naime, objasnila je, Ministarstvo i HZZO ne dopuštaju relicenciranje programa *Lord Primus* od ožujka 2009. i tjeraju liječnike koji se njime služe da prijeđu na neki drugi program znajući da oni ne mogu prenijeti sve podatke o svojim pacijentima u novi program.

Štoviše, liječnicima se zbog toga, upozorila je Skupštinu Radić, prijeti i otkazima. Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo je istaknuo da je Komora već reagirala na taj slučaj i zahtijevala da se liječnici ne kažnjavaju, a u međuvremenu je slučaj završio na sudu.

Skupština je zaključila da se ponovo zatraži od Ministarstva zdravstva i HZZO-a da se ti liječnici ne kažnjavaju materijalno i da stručno ne smiju trpjeti te da ih se ne tjeru da prijeđu na drugi program sve do okončanja sudskog procesa, odnosno spora s vlasnikom programa.

Borka Cafuk

### HZZO: Liječnici se programom *Lord Primus* mogu služiti do kraja tekuće godine

• Sudeći prema podacima iz Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje krajem kolovoza osporanim programom *Lord Primus* tvrtke ABA informatika d.o.o. služi se još samo 183 liječnika u PZZ-u. Navodno je 39 liječnika prešlo na neki od osam licenciranih programa nakon prosvjeda 19. kolovoza i ispijanja „čaja za ozdravljenje hrvatskog zdravstva“.

Oni koji to još nisu učinili, prema izjavi direktora HZZO-a dr. Tihomira Strizrepa, to će moći učiniti do kraja godine, do kada će moći nesmetano i neograničeno pružati zdravstvenu zaštitu svojim pacijentima.

Nakon toga, odnosno u trenutku kada će u PZZ-u u potpunosti zaživjeti e-zdravstvo, zdravstvenu uslugu svojim pacijentima više neće moći pružati služeći se *Lord Primusom*.

Borka Cafuk

• • • •

# Rijetke bolesti u Gradu Zagrebu

Ana Puljak, Hrvoje Radašević

- Rijetkim bolestima smatraju se one koje se javljaju u manje od pet pojedinaca na 10 000 stanovnika. Rijetke bolesti u 80% slučajeva imaju genetsko porijeklo, bilo da se nasljeđuje određeni gen, bilo da dolazi do slučajnih mutacija gena ili je riječ o kromosomskim abnormalnostima. Rijetke bolesti najčešće su degenerativne, kronične i progresivne. U 75% slučajeva rijetke bolesti pogadaju djecu, a 30% oboljelih umire prije dobi od pet godina. Rijetke bolesti su primjerice: bulozna epidermoliza, istična fibroza, Fabryjeva bolest, fenilketonurija, Gaucherova bolest, Marfanov sindrom, Niemann-Pickova bolest, Prader-Willov sindrom, Edwardsov sindrom, Patauov sindrom.

Zbog svoje rijetke pojavnosti ove bolesti često se kasno dijagnosticiraju. Iz istog razloga medicinska skrb nije uvijek adekvatno organizirana, lijekovi su skupi ili slabo istraženi.

Oboljeli i njihovi skrbnici susreću se s brojnim socijalnim i psihološkim problemima. Oboljeli od rijetkih bolesti su ugrožena manjina unutar zdravstvenog sustava (često bez prave dijagnoze, terapije i njege), ali i socijalnog sustava.

## Primjer rijetke bolesti i moguće javnozdravstvene intervencije: bulozna epidermoliza

Analizirajući buloznu epidermolizu kao uzrok hospitalizacija i bolničko opskrbnih dana, u Gradu Zagrebu, vidimo da u razdoblju od 2005-2007. godine, broj hospitalizacija blago pada, a u 2008. godini raste. Broj bolničko-opskrbnih dana 2006. i 2007. godine pada, a u 2008. godini znatno raste (tablica, grafikon).

Ovdje može biti riječ o boljem evidentiranju, težim i brojnijim komplikacijama (kada je riječ o povećanom broju BO dana i hospitalizacija u 2008. godini), pojačanoj bolničkoj skribi ili kombinaciji ovih čimbenika. U svakom slučaju, potrebna je točna evidencija ovih bolesnika kako bi se uspješnije organizirala njihova skrb. Bulozna epidermoliza nasljeđuje se autosomno recesivno ili auto-

somno dominantno. Karakteristično je da sve bolesti koje pripadaju naslijednim buloznim epidermolizama nastaju zbog nedostatka proteina u koži koji su odgovorni za povezivanje različitih slojeva i stanica u koži. Zbog promjene u količini i/ili kvaliteti pojedinih bjelančevina odvajaju se različiti slojevi u koži i sluznicama te se stoga stvaraju rane i mjeđurani (bule) na koži i sluznicama, često i na najnežniji dodir.

U slučajevima stvaranja ožljaka nastaju sraštavanja, najčešće prstiju na rukama i nogama te slabci pokretljivost pojedinih zglobova. Prsti često potpuno srastu. Hod je tako otežan tako da mnogi takvi bolesnici trebaju invalidska kolica.

Promjenama mogu biti zahvaćene i sluznice pa može doći do sraštavanja jezika, stvaranja suženja jednjaka s otežanim gutanjem krute hrane, pa čak i tekućine, ili težeg otvaranja usta. Hranjenje je otežano i zbog ranica u ustima te loše kvalitete zubi (otežano održavanje higijene). Zbog toga vrlo rano nastaje zubni karijes. Ranice nastaju i na očima te može biti privremeno ili trajno oštećen vid. Potrebe za hranjivim tvarima, naročito bjelančevinama, željezom i vitaminima, povećane su zbog velikog gubitka hranjivih tvari i krvi kroz rane na koži i sluznicama, kao i zbog potrebe za većom količinom tih tvari (zbog zaraštavanja rana). Osobe s buloznom epidermolizom trpe trajnu bol. Česta je i pojava infekcija kože i drugih organskih sustava, uzrokovanih

različitim mikroorganizmima. Bolest se javlja kod dvije do četiri osobe na 100 000 stanovnika, svih rasa i etničkih skupina, a oba spola su jednako pogodena.

Zbog svoje specifičnosti, a često i vrlo teškog tijeka bolesti, skrb o oboljelima i njihovim obiteljima zahtjeva javnozdravstvene intervencije na različitim razinama:

1. organiziranje stalne i dostupne zdravstvene i socijalne skrbi (uključiti multidisciplinarni pristup, provoditi zadane smjernice i standarde od samog rođenja djeteta),

2. izrada i provođenje javnozdravstvenih programa u cilju stvaranja boljih uvjeta socijalizacije i integracije ove djece,

3. izrada i provođenje javnozdravstvenih programa podrške roditeljima i skrbnicima,

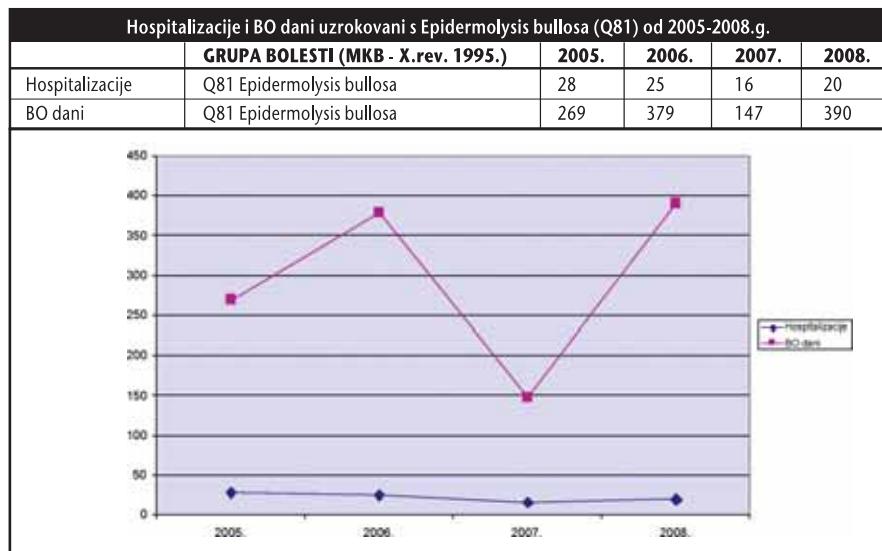
4. točnija evidencija oboljelih (register).

Bulozna epidermoliza primjer je kompleksnosti i težine rijetkih bolesti kao i poteškoća s kojima se susreću oboljeli, njihove obitelji ili skrbnici. Na rijetke bolesti treba stalno ukazivati upravo zbog rijetke pojavnosti te izrazitog utjecaja na kvalitetu života. One bi se morale u zdravstvenom i socijalnom sustavu tretirati kao posebna kategorija. Zbog toga je važno donošenje nacionalnog plana za rijetke bolesti koji bi omogućio širi uvid u probleme s kojima se oboljeli susreću i njihovo rješavanje na nacionalnoj razini.

Iz knjige „Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena djelatnost u Gradu Zagrebu u 2008.g. koja je objavljena u tiskanom obliku i CD formatu te je dostupna i na web portalu Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ [www.stampar.hr](http://www.stampar.hr).

*Pripremila Marija Škes, mag.rehab.educ.,  
Služba za promicanje zdravlja ZZZ  
„Dr. Andrija Štampar“ Zagreb*

\*\*\*\*\*



# O radionicici „Između medicine i donošenja odluka u zdravstvu - znanja koja nam nedostaju“

Katarina Sekelj Kauzlaric, dr.med., doc. dr. Selma Šogoric, dr.med., dr.sc. Aleksandar Džakula, dr.med.

• U zajedničkoj organizaciji Hrvatske liječničke komore - Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti, Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu te Hrvatske mreže zdravih gradova održana je 8. i 9. srpnja radionica „Između medicine i donošenja odluka u zdravstvu - znanja koja nam nedostaju“.

Ova radionica dio je suradnje Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti HLK-a i Motovunske ljetne škole unapredjenja zdravlja koja već pet godina okuplja profesionalce uključene u upravljanje zdravstvenim sustavom, političare koji djeluju u području zdravstvene zaštite, menadžere zdravstvenih ustanova, predstavnike udruga pacijenata, ali i sve druge zainteresirane za uspješno spajanje liječničke profesije i djelovanja u zdravstvenom sustavu. Zbog specifičnosti položaja u zdravstvenom sustavu i neposrednog sudjelovanja u radu s lokalnom samoupravom, posebno mjesto pri izboru tema i pripremi programa, osigurano je za županijske povjerenike, članove Vijeća HLK (popis sudionika u prilogu).

Cilj ovogodišnje radionice bio je prezentirati i prodiskutirati znanja, vještine i tehnologije koje mogu pomoći pri donošenju odluka i upravljanju u zdravstvenom sustavu. Naime, potreba specifičnih znanja koja povezuju liječničku profesiju s javnim djelovanjem postala je posebno izražena osnivanjem savjeta za zdravlje, gdje se previda aktivna i odgovorna uloga liječnika u dugoročnom planiranju i donošenju odluka u sustavu zdravstva.

U uvodom dijelu radionice bio je organiziran forum na temu „Kako osnažiti savjete za zdravlje?“ Ideja ovog foruma bila je utvrditi stvarno stanje i potrebe za specifičnim znanjima koje imaju zdravstveni profesionalci uključeni u rad županijskih savjeta za

radu takvih savjeta odvijaju snažno obilježeni lokalnim (ne)prilikama u svakoj županiji te da je potreban dodatan napor i stalni rad kako bi se djelovanje savjeta afirmiralo u skladu s njegovim zakonskim određenjem i obavezama. (više o tome na idućoj stranici).

Drugi dio programa bio je podijeljen u tri bloka: Tehnologije/alati, Procedure i Vještine (u posebnim člancima predavači će iznijeti sadržaje svojih izlaganja), a započeo je izlaganjem Znanje i donošenje odluka u zdravstvenom sustavu - značenje riječi politika (dr. sc. Aleksandar Džakula). U bloku o postupcima koji se koriste pri donošenu odluka prikazane su procedure i protokoli koji se pri donošenju dokumenata koriste u Republici Hrvatskoj (Nikolina Budić, dipl. iur.) i Europskoj Uniji (Maja Lacković, dipl. iur.), a predstavljen je i Kodeks Vlade RH o savjetovanju sa zainteresiranim javnošću (Katarina Sekelj Kauzlaric, dr.med.). Kao primjer operacionizacije strateških dokumenata prikazana su iskustva Nacionalne strategije o transplantaciji organa (Mirela Bušić, dr.med.).

zdravlje. Isto tako je tijekom ovoga foruma ocijenjeno ostvarenje zaključaka prošlogodišnje radionice koja je za temu imala osnivanje i rad savjeta za zdravlje. Zajednička je ocjena da se proces osnivanja i prvi koraci u



## kako donositi odluke u zdravstvu

Predstavnici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prikazali su sustav i postupke donošenja odluka u svom Zavpu (**Marija Hrastinski, dr.med.**) te značenje i ulogu *Budget Impact Analiza* u radu zdravstvenog osiguranja (**Luka Vončina, dr.med.**).

Kako bi sudionicima Radionice bližili specifične sadržaje o planiranju i doноšenju odluka te istovremeno demonstrirali suvremene pristupe u treningu koji se koristi u drugim sektorima, predstavnici tvrtki *Mercuri* te *Adizes SEE* iz Zagreba oblikovali su dva pokazna edukacijska bloka s temama „Upravljanje u složenim sustavima“ i „Strateško planiranje i odlučivanje“. Kako tržište određuje sadržaje i koji čimbenici mogu

utjecati na rad liječnika u profitnom sektoru prikazano je u izlaganju gostiju iz *Croatia osiguranja „Kako nastaje osigurateljni proizvod“* (**Željko Jukić, dipl. iur.**).

U zaključnom dijelu Radionice prikazan je pregled problema s kojima se susreću liječnici koji djeluju u javnom sektoru i na pozicijama povezanim s politikom u izlaganju „Uloga regionalne i lokalne vlasti u oblikovanju zdravstvene politike“ (**Marijan Cesarik, dr. med.**)

Opći je zaključak svih sudionika da se zahtjevi za specifičnim znanjima u području planiranja i upravljanja u zdravstvu sve više iskazuju, što liječnike koji sudjeluju u radu javne uprave stavlja pred nove izazove. Kako bi Motovunska škola dala neposredan

doprinos u edukaciji sudionika ne samo ukazivanjem na problem, predloženo je da se u buduće programe ugrade ciljani edukacijski blokovi. Kroz tako organizirane sadržaje svi bi sudionici uz stručne rasprave i izlaganja bili u prilici da sudjeluju i u ciljano priredjenom trening programu koji bi im olakšao rad na javnim funkcijama, među kojima i u savjetima za zdravlje.

Uz tekstove s izlaganjima ovogaodišnje radionice koji slijede kao tema ovoga broja „Liječničkih novina“, mogu se dodatni i opširniji podaci dobiti od direktora tečaja Katarine Sekelj Kauzarić ili Aleksandra Džakule (adzakula@snz.hr).

•••••

## Osnivanja i rad savjeta za zdravlje u razdoblju 2008.-2010.

*Prof. dr. Luka Kovačić, dr.med., Katarina Sekelj Kauzarić, dr.med.  
i Aleksandar Džakula, dr.med.*

• Kao uvodni dio radionice *Znanja koja nam nedostaju* (Motovun, 8. srpnja 2010.) održan je forum „Kako osnažiti savjete za zdravlje - godinu dana poslije“. Svrha ovog foruma bila je prikazati stanje i probleme u osnivanju, odnosno u radu savjeta za zdravlje te prihvaćanje preporuka koje su usuglašene na radionici o savjetima za zdravlje održanoj u srpnju 2009.

U uvodnome je dijelu pročelnica Odjela za zdravstvo Istarske županije **Sonja Grožić Živolić** prikazala stanje organiziranosti savjeta za zdravlje po županijama, a zatim su predstavnici svake županije komentirali postojeće stanje te pojašnjavali izazove pred kojima su se našli.

Vecina županija u Hrvatskoj osnovala je savjete za zdravlje. Ipak, u pet županija oni još uvek nisu osnovani iako je zakonski rok za osnivanje prošao. Broj članova savjeta u pojedinim županijama kreće se od devet do 40. Vecina članova savjeta čine zdravstveni profesionalci, međutim, kriteriji njihova izbora nisu uvek bili profesionalni ni stručni već često gotovo isključivo politički.

U većini županija predstavnički članovi savjeta izabrani su demokratskim postupkom - izborom ili očitovanjem organizacija ili

udruga koje ih delegiraju. U nekoliko županija članove savjeta imenovao je župan bez očitovanja organizacija koje ti članovi predstavljaju. Položaj, status, odgovornost i djelokrug rada savjeta u sustavu još uvek nije potpuno definiran, te se u pojedenim županijama rad savjeta pokušava uklopiti u različite oblike koji su prije postojali u praksi upravljanja zdravstvenim sustavom.

Neposredan rad savjeta u pojedinih županijama nalazi se u različitim fazama razvoja, u većini u početnoj, ali u manjem broju već postoje dobra iskustva. Učestalost sjednica savjeta u takoder se razlikuje među županijama. U nekim se sjednice održavaju jednom mjesечно, u drugima svaka tri mjeseca, a ima i županija u kojima je održana samo konstituirajući sjednica.

Poseban je problem izbor predstavnika pacijenata. Naime, zakon predviđa izbor člana savjeta koji predstavlja udruge za zaštitu prava pacijenata, međutim postojeće udruge nemaju razvijenu organizaciju u svim županijama, te nije moguće jednoznačno odrediti tko i kako djeluju kao civilna organizacija za zaštitu prava pacijenata.

Iz svega se može zaključiti kako postoji značajna neusklađenost među župa-

nijama i postavlja se pitanje je li to bio cilj reforme zdravstvenog sustava te kreće li se *priča* o savjetima u pravom smjeru.

Temeljem rasprave tijekom foruma, ali i iskustava koja u provođenju programa potpore županijama za rad savjeta ima Hrvatska mreža zdravih gradova, moguće je utvrditi dva snažna čimbenika koji određuju ovakvo stanje.

Prvo, svega je nekoliko županija uvažilo preporuke radionice o osnivanju savjeta koja je održana u Motovunu 2009., a čiji su zaključci i dodatno prezentirani svim županijskim pročelnicima za zdravstvo na sastanku održanom krajem srpnja protekle godine u Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi.

Dругo, uvećina županija nisu (ili ne žele?) pročitati sve zakonske promjene, tj. sva nova prava i obaveze koje su promjenom Zakona o zdravstvenoj zaštiti 2008. godine županije dobine.

Razlike ili različito tumačenje preporuka radionice u Motovunu može se prisati nužnosti da se pojedini segmenti rada savjeta prilagode lokalnim prilikama ili pak pravu županije da samostalno odlučuje o decentraliziranim pitanjima. Međutim, neučušnost (ili izbjegavanje) zakonskih obaveza ne može se ničim opravdati, osim potrebom da lokalne politike nastave upravljati zdravstvenim profesijama bez uvažavanja minimuma stručnih kriterija.

Premda je članak 10. Zakona o zdravstvenoj zaštiti koji definira savjet za zdravstvo u cijelosti novost (nastala promjenama Zakona 2008.), on nije osnova nego tek zadnji korak u promjenama zakona kojim se reguliraju položaj i obaveze županija u zdravstvenom sustavu. Na prvome mjestu tu je promjena u članku 4. Zakona koji glasi: *Jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave u*

skladu s utvrđenim pravima i obvezama osiguravaju uvjete za zaštitu, očuvanje i poboljšanje zdravlja stanovništva, organiziraju i osiguravaju ostvarivanje zdravstvene zaštite na svom području. U odnosu na prijašnji 4. članak, u kojem je stajala samo obaveza županija da osiguraju ostvarivanje zdravstvene zaštite, u novoj formulaciji proširuju se obaveze županija na cjelovitu i proaktivnu ulogu županija, u značajno širem djelokrugu odgovornosti za zdravljie.

Nadalje tu je sadržaj članka 9. iz kojeg izdvajamo ključne novitete: „Jedinica područne (regionalne) samouprave ostvaruje svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite tako da:

- organizira rad ustanova čiji je osnivač,
- koordinira rad svih pravnih i fizičkih osoba koje na području jedinice područne (regionalne) samouprave obavljaju zdravstvenu djelatnost,
- sukladno planu zdravstvene zaštite

Republike Hrvatske donosi plan zdravstvene zaštite za područje jedinice područne (regionalne) samouprave,

- za područje jedinice područne (regionalne) samouprave donosi jednogodišnje i trogodišnje planove promicanja zdravlja, prevencije te ranog otkrivanja bolesti.

Iz teksta 9. članka jasno je vidljivo da postoje nove obaveze županija za koje je nužan angažman stručnjaka. Naime, Zakon propisuje obavezu izrade planova koji moraju odražavati sposobnost lokalne vlasti da zdravstvene probleme koje ima i prepozna, definira te se prema njima aktivno postavi. Ukoliko sve planove i bude moguće oblikovati kao opće kategorije, ostaje obaveza da netko od stručnjaka potvrdi valjanost takvih dokumenata i, još više, da javno obrani (ne)postignuća nakon jedne odnosno tri godine.

Cjelokupno iskustvo rada sa savjetima za zdravljie, kao i održani forum, pokazali su kako postoji velika potreba da se kolegama liječnicima koji sudjeluju u radu savjeta ili na neki drugi način doprinose

organizaciji zdravstvene zaštite na županijskoj razini, osigura stalna stručna potpora iz područja organizacije zdravstvene zaštite te korištenja suvremenih metoda i alata javnog zdravstva. U tom smislu će Hrvatska mreža zdravih gradova, uz potporu Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, nastaviti program tematskih edukacija, konzultacija i stručnih posjeta županijama te rada sa savjetima za zdravljie.

Program je oblikovan kako bi, dje lujući u specifičnim okolnostima na županijskom razini, osnažio članove savjeta te druge profesionalce za planiranje i donošenje odluka vezanih uz zdravstveni sustav. (Više o ovom programu i mogućnostima uključivanja: dr.sc. Aleksandar Džakula, dr.med., e-mail: adzakula@gmail.com)



## Liječnička odlučnost kao opasna zamka - ili zašto liječnici trebaju policy analize

Dr. sc. Aleksandar Džakula, dr.med.

26

• Čini se da su malo koje liječničke vrline u najširoj javnosti doživjele takva priznanja kao odlučnost u donošenju odluka i spremnost za preuzimanje odgovornosti. Premda su ove dvije vrline sastavni dio profila svakog uspješnog kliničara, njihova percepcija u javnosti posebno se istaknula na početku tranzicije i u Domovinskom ratu. Međutim, i nakon ovih dramatičnih društvenih procesa i događaja „brze reakcije“ ostale su dio liječničkog habitusa u ukupnom javnom djelovanju.

### Brže (je) bolje

Nedavno sam susreo grupu stručnjaka različitih profesija koja je čekala našega kolegu kako bi on presudio u izboru rješenja koje će se primjeniti u praksi. S obzirom na to da se nije radilo o hijerarhijskoj stvari niti o potrebi za stručnom liječničkom eksper-

tizom jer sadržaj uopće nije bio područje liječničke ekspertize, bio sam začuđen njihovim pristupom i zahtjevom. Međutim, ubrzo po dolasku kolege stanje mi je postalo posve jasno. Kolega je bio suočen s činjenicom kako se odluka mora donijeti, i on je odmah krenuo u akciju. Pogledao je nakratke materijale koje su mu podastrli, kratko nešto upitao i - donio odluku! Okupljeni stručnjaci odahнуli su i vrlo zadovoljni otisli s rješenim problemom.

Pa iako sam i ranije bio svjedokom sličnih događaja, ova me se posebno dojmila. Naime, poznavao sam problematiku o kojoj se odlučivalo pa baš i nisam bio sretan niti postupkom niti odlukom, a nedugo prije ovog događaja baš smo u „Liječničkim novinama“ objavili članak o problemu liječnika menadžera.

Osim ovoga, područje donošenja odluka u zdravstvu (ne medicini!) smatram jednim od najozbiljnijih problema liječničke struke u Hrvatskoj.

### Politika vs. struka

Usprkos problemu odlučivanja kojeg su mnogi svjesni, malo se ili ništa ne govori o mogućnostima da se ovakva praksa, po liječnike često pogubna, promijeni. Uglavnom prevladava stav da je „politika prejaka“ i da se tu ne može (a možda i ne treba?) ništa mijenjati. Ipak, uz ovaj fatalistički stav, nerijetko se čuju glasovi koji govore kako je nužno uključiti stručnjake u donošenje odluka, i ne dopustiti politici i političarima da o svemu odlučuju.

Kad stručnjaci optužuju političare da se pri donošenju odluka ne koriste njihovim znanjem i iskustvom - njihovom ekspertizom, u pravilu dobivaju odgovor da su njihovi prijedlozi: teoretski, neprovedivi, kabinetски, akademski, neživotni itd. Na ovakve reakcije stručnjaci odgovaraju da su odluke: plod maštate i želja političara, da imaju temelj samo u uskim interesima i da takvo što ne postoji nigdje u svijetu. Kad tome dodamo argumente temeljene na kraćem „googlanju“ neposredno prije rasprave ili dojmovima s putovanja, dobivamo cjelovitu sliku konteksta u kojem se donose odluke koje određuju budućnost naše profesije.

I konačno došli smo do općeg mješta: politika naspram struke i političari naspram stručnjaka. Međutim, znamo li što ovi izrazi uopće znače i što ih treba povezivati?

## kako donositi odluke u zdravstvu

### Politika, politika ili politika?

Riječ politika u hrvatskoj jeziku koristi se kao jedinstven izraz za engleske riječi: *polity*, *politics* i *policy*, a njihovo je značenje toliko različito da je vrlo lako objasniti činjenicu o nemogućnosti komuniciranja između struke i izabranih aktivnih političara.

Naime, riječ *polity* označava političku strukturu, tj. državu i njen aparat kojim je temeljno određeno uređenje u nekom društvu, te odnose između pojedinca, zajednice i sustava upravljanja. Riječ je dakle o definiranim strukturama što čine postavke na kojima funkcioniraju svi javni servisi i odnosi u nekom društvu. Riječ *politics* označava način i postupke kojima se u nekom društvu donose odluke i kojima se upravlja. Značenje riječi uključuje postupke izbora predstavnika građana, načina donošenja odluka i давanje legitimiteza za neko djelovanje. I na kraju, riječ *policy* koristi se za sadržaje, znanje, tehnologije i postupke koji se provode u praksi. Možda malo pojednostavljeno, *policy* je posao stručnjaka, *politics* građana i izabranih političara, a sve zajedno u skladu i za dobrobit *polity*.

Pitanje „*policy* (ne)kulture“ problem je s kojim se snažno i gotovo svakodnevno suočavamo, i nužno je da se postojeće stanje promijeni. Naime, postojeći model odlučivanja u potpunosti i izravno šteti struci i građanima. Pri tome i moguć kratkoročan dobitak izvršne vlasti vrlo brzo postaje nerješiv problem. Očigledno je da u cijeloj kulturi



FOTO: Katarina Sekelj-Kauzlarić

analiziranja, planiranja i odlučivanja moramo izmijeniti mnoge paradigme. Na primjer, za razliku od zakona i podzakonskih akata koji izričito propisuju što je potrebno ili zabranjeno u provođenju neke promjene, *policy* pristup zasnovan je na izboru jedne između nekoliko prihvatljivih opcija, uz puno prihvatanje činjenice da ne postoji idealno rješenje, već nekoliko dobrih između kojih biramo jednu za koju u određenim okolnostima preuzi-

mamo odgovornost. Nažalost, ideja odgovornosti kao niti koncept preuzimanje rizika nisu dio naše prakse javnog djelovanja.

Čini se nevjerojatnim da svjesno postavljamo nerealne (kabinetске ili akademiske!) ciljeve, a zatim krećemo u akciju za spašavanje barem mrvica iz „košare želja“. Kako prihvatiti činjenicu da o budućnosti liječnika koji se školuje najmanje deset godina odlučuje sustav čiji je izborni ciklus četiri godine!?

Očigledno je da korištenje izgovora ili opravdanja kao koncepta kod nas imaju puno veću vrijednost nego argumenti i odgovorno odlučivanje. Dokle god izabrani političari budu stručnjacima određivali što će i kako raditi, ovo se stanje neće promijeniti. Cilj nam je dakle odgojiti vrhunske stručnjake koji će političarima ponuditi nekoliko opcija realističnih i ostvarivih rješenja i naučiti političare da izabiru opcije koje ima nude stručnjaci, a ne da političari govore stručnjacima što bi oni trebali poslušno odraditi.

Možda bi za početak bilo dovoljno (nužno!?) da se u Hrvatskoj dogovorimo tko će se baviti politikom (*polity*), tko politikom (*politics*), a tko politikom (*policy*).

(Više o praksi i korištenju policy tehnologija može se dobiti od autora na e-adresi adzakula@gmail.com)



Dr. Marija Švagelj, dr. Marijan Cesarik, dr. Ljiljana Perić,  
dr. Ivan Horvatek i dr. Katarina Sekelj-Kauzlarić

# Postupak donošenja propisa i odluka važnih za zdravstveni sustav

Nikolina Budic, dipl. iur, tajnik HLK-a

• Ovim člankom namjera je čitateljstvo upoznati sa sadržajem postupaka donošenja propisa i odluka važnih za zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj. Odgovor na pitanja tko je nadležan i koja je procedura koju mora provesti onaj tko je uključen u postupak stvaranja propisa s područja zdravstva u RH odnosi se ovdje potpunije samo na najviša tijela zakonodavne i izvršne vlasti u RH: Sabor i Vladu. U Republici Hrvatskoj, kao i u svakoj uređenoj pravnoj državi, postoji hijerarhija propisa. Promarajući redoslijed od najvažnijeg na niže, za zdravstveni sustav kao najbitniji se ističu: ustav, zakoni, pravilnici i odluke.

## Odredbe Ustava o nadležnosti i postupku donošenja propisa

Već sam Ustav RH u svojim odredbama definira nadležnosti i poslove Sabora i Vlade. Između ostalih, ali kao prve tri zadaće Sabora, navode se odlučivanje o donošenju i promjeni ustava, donošenje zakona i donošenje državnog proračuna.

Glede postupka donošenja propisa navodi se kako: „Pravo predlagati zakone ima svaki zastupnik, klubovi zastupnika i radna tijela Hrvatskoga sabora te Vlada Republike Hrvatske.“

Isto tako Sabor može, najviše na vrijeme od godinu dana, ovlastiti Vladu da uredbama uređuje pojedina pitanja iz njegova djelokruga, osim onih koja se odnose na razradu Ustavom utvrđenih ljudskih prava i temeljnih sloboda, nacionalna prava, izborni sustav, ustrojstvo, djelokrug i način rada državnih tijela i lokalne samouprave.

Uredbe na temelju zakonske ovlasti ne mogu djelovati unatrag. Uredbe donesene na temelju zakonske ovlasti prestaju vrijediti istekom roka od godinu dana od dana dobitne ovlasti, ako Sabor ne odluči drugče.

Vezano na refleksiju ove odredbe u područje zdravstvenog sustava treba spo-

menuti relativno nedavno donesenu Uredbu o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, iz prosinca 2009.

Donošenjem ove uredbe primijenjen je opisani instrumentarij kako bi se privremeno bez izmjena i dopuna samog Zakona o zdravstvenoj zaštiti npr. prolongirali propisani rokovi za uvođenje koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe koji su se pokazali prekratkim.

Što se tiče poslova iz nadležnosti Vlade, sukladno odredbama Ustava Vlada: predlaže zakone i druge akte Saboru, predlaže državni proračun i završni račun, provodi zakone i druge odluke Sabora, donosi uredbe za izvršenje zakona, vodi vanjsku i unutarnju politiku, usmjerava i nadzire rad državne uprave, brine se o gospodarskom razvitu zemlje, usmjerava djelovanje i razvitak javnih službi te obavlja i druge poslove određene Ustavom i zakonom.

## Zakonodavni postupak u Hrvatskom saboru

Poslovnikom Sabora utvrđen je postupak donošenja zakona koji uvijek počinje prijedlogom akta koji predlagatelj dostavlja predsjedniku Sabora, a prema naravi akta taj mora sadržavati obrazloženje. Izvješća, raščlanbe i ostale informacije koje Saboru nije dostavila Vlada, predsjednik Sabora upućuje Vladu na mišljenje. Postupak donošenja zakona pokreće se dostavom prijedloga zakona predsjedniku Sabora koji zatim upućuje primljeni prijedlog zakona predsjednicima svih radnih tijela, zastupnicima i predsjedniku Vlade, kada Vlada nije predlagatelj. Pravo predlaganja ima svaki zastupnik, klubovi zastupnika i radna tijela Sabora, te Vlada. Prilikom obrazlaganja nužnosti donošenja zakona, predlagatelj se može pozivati i na predstavke i prijedloge koje, u skladu s Ustavom, imaju pravo podnosići građani RH državnim i drugim javnim tijelima, a u svom sadržaju ukazuju na

potrebu donošenja ili izmjene pojedinog zakona.

Na zahtjev predlagatelja Sabor može posebnim zaključkom odrediti da se u radnim tijelima provede prethodna rasprava o razlozima donošenja zakona i o osnovnim pitanjima koja treba urediti zakonom. Nakon prethodne rasprave održane na osnovi prikaza stanja u pojedinim područjima, te izloženih teza o mogućim normativnim rješenjima, sva stajališta, mišljenja i prijedlozi dostavljaju se predlagatelju koji ih je obvezan pri izradi prijedloga zakona uzeti u obzir i posebno obratiti pažnju na one koje nije mogao prihvati.

Naprijed spominjana radna tijela Sabora su odbori i povjerenstva osnovana Poslovnikom Hrvatskog sabora.

U radnom tijelu Sabora:

- raspravlja se o prijedozima i poticajima za donošenje zakona i drugih akata te o drugim pitanjima iz djelokruga Sabora;
- prati se, u okviru djelokruga radnog tijela, rad Vlade i drugih tijela čiji rad nadzire Sabor sukladno Ustavu i zakonu;
- raspravlja se o izvješćima tijela i ustanova koja ona temeljem zakona podnose Saboru;
- nakon provedene rasprave zauzima se stajalište, odnosno utvrđuju se prijedlozi akata i o tome se izvješćuje Sabor;
- raspravlja se o predstavkama i prijedozima koje građani podnose Saboru.

Radno tijelo Sabora koje se bavi područjem zdravstva je Odbor za zdravstvo i socijalnu skrb. U njegovom su djelokrugu poslovi utvrđivanja i praćenja provođenja politike, a u postupku donošenja zakona i drugih propisa ima prava i dužnosti matičnoga radnog tijela u područjima koja se odnose na:

- zdravstvenu zaštitu i organizaciju zdravstvene službe,
- suzbijanje bolesti ovisnosti,
- socijalnu skrb,
- zaštitu prognanih i raseljenih osoba,
- zaštitu starih i imovinski nezbrinutih osoba te druga pitanja socijalne politike i zdravstva.

Odbor za zdravstvo i socijalnu skrb ima predsjednika, potpredsjednika i 11 članova iz reda zastupnika, a još 6 članova Odbora može se imenovati, i to: jedan iz Hrvatske liječničke komore, jedan iz Hrvatske komore medicinskih sestara, tri iz reda stručnjaka u području zdravstva i jedan iz reda stručnjaka u području socijalne skrbi. Slijedom navedene odredbe predsjednik Hrvatske liječničke komore sudjeluje u radu ovog odbora.

Od trenutka podnošenja prijedloga akta, kojim započinje postupak donošenja, pa do konačne verzije koja će biti usvojena, potrebno je prijeći put koji ima svoje faze.

## kako donositi odluke u zdravstvu

**Prvo čitanje.** Prvo čitanje zakona prvi je dio u postupku donošenja zakona koji se provodi na sjednici Sabora. Ono obuhvaća:

- uvodno izlaganje predlagatelja,
- opću raspravu o prijedlogu zakona,
- raspravu o pojedinostima koja uključuje i raspravu o tekstu prijedloga zakona,
- raspravu o stajalištima radnih tijela koja su razmatrala prijedlog,
- donošenje zaključka o potrebi donošenja zakona.

**Konačan prijedlog zakona.** Konačan prijedlog zakona predlagatelj je dužan podnijeti u roku od šest mjeseci od dana prihvaćanja prijedloga zakona. U suprotnom, smatrat će se da je postupak donošenja zakona obustavljen.

Predlagatelj zakona dužan je u obrazloženju konačnog prijedloga zakona navesti razlike između rješenja koja predlaže u odnosu na rješenja iz prijedloga zakona, razloge zbog kojih su te razlike nastale te prijedloge i mišljenja koji su bili dani na prijedlog zakona, a koje predlagatelj nije prihvatio, uz navođenje razloga zbog kojih ih nije prihvatio.

**Druge čitanje.** Drugo čitanje zakona je drugi dio u postupku donošenja zakona koji se provodi na sjednici Sabora i obuhvaća:

- raspravu o tekstu konačnog prijedloga zakona,
- raspravu o stajalištima radnih tijela,
- raspravu o podnesenim amandmanima,
- odlučivanje o amandmanima
- donošenje zakona.

**Treće čitanje.** Treće čitanje zakona poseban je dio u postupku donošenja zakona koji se

provodi po odluci Sabora ili na zahtjev predlagatelja i to u slučajevima kada je na tekst konačnog prijedloga zakona podnesen veći broj amandmana ili kada su amandmani takve naruči da bitno mijenjaju sadržaj konačnog prijedloga zakona.

**Hitni postupak.** Iznimno, zakon se može donijeti po hitnom postupku, samo kada to zahtijevaju interesi obrane i drugi osobito opravdani državni razlozi, odnosno kada je to nužno radi sprječavanja ili otklanjanja većih poremećaja u gospodarstvu. Uz prijedlog da se zakon donese po hitnom postupku podnosi se konačan prijedlog zakona, koji sadrži sve što i prijedlog zakona, osim što se umjesto teksta prijedloga zakona prilaže tekst konačnog prijedloga zakona.

### Uloga Vlade RH u postupku donošenja propisa

Poslovnikom Vlade uređuje se njezino ustrojstvo, način rada i odlučivanja. Vezano na njenu ulogu u donošenju propisa stoji da Vlada, kad je ovlaštena i u granicama svojih ovlasti: donosi uredbe i druge propise, utvrđuje prijedloge zakona i drugih propisa koje donosi Hrvatski i uredbi koje donosi Predsjednik Republike, daje mišljenja na zakone, druge propise i druge akte koje donose druga tijela državne vlasti. Nastavno slijedi opis načina rada i odlučivanja koji započinje pripremom materijala.

Ministarstva i državne upravne organizacije (u dalnjem tekstu: tijela državne uprave) moraju, kada u praćenju stanja u

okviru svog djelokruga ocijene da je potrebno, predložiti Vladi donošenje zakona, propisa ili drugog akta.

Županijski uredi i uredi Grada Zagreba, u okviru praćenja stanja u upravnim područjima za koja su ustrojeni, mogu kad ocijene da je potrebno, predložiti donošenje zakona ili drugog propisa ili drugog akta, o svom stajalištu obavijestiti Vladi i nadležno ministarstvo.

Vlada zaključkom zadužuje ministarstva i druga tijela državne uprave da u pitanjima iz svog djelokruga pripreme prijedloge zakona i drugih propisa te drugih akata, koje Vlada predlaže za donošenje Saboru i Predsjedniku Republike ili ih sama donosi, određujući osnovna pitanja koja se trebaju tim propisima i aktima urediti i rokove za njihovu izradu.

Vlada može zadužiti svoje radno tijelo, Ured za zakonodavstvo ili drugu svoju stručnu službu da pripremi prijedloge zakona i drugih propisa, te drugih akata.

Prijedlozi uredbi i drugih propisa koje donosi Vlada dostavljaju se u obliku pravnih odredbi, a prijedlozi drugih akata (strategije, deklaracije, izvješća, rezolucije i sl.) moraju sadržavati prikaz svih pitanja potrebnih za raspravu i odlučivanje o njima kao i prijedlog zaključka ili drugog akta čije se donošenje predlaže Vladi.

Uz prijedloge akata iz stavka 1. ovog članka, predlagatelj je dužan dostaviti i kratak sažetak njihovog sadržaja.

Nacrti prijedloga zakona i drugih propisa te akata koje Vlada predlaže za donošenje Saboru moraju sadržavati sve sastojke propisane Poslovnikom Hrvatskoga sabora, a prijedlozi uredbi koje Vlada predlaže za donošenje Predsjedniku Republike moraju biti sačinjeni u obliku pravnih odredbi s obrazloženjem.

Uz nacrt prijedloga zakona i drugih propisa moraju biti priložena mišljenja Ureda za zakonodavstvo, Ministarstva finansija i Ministarstva za europske integracije te drugih tijela državne uprave u čiji djelokrug ulaze pitanja koja se uređuju ovim prijedlozima. Isto vrijedi i za izvješća, informacije i slične materijale, ako sadrže prijedloge zaključaka kojima se određuju obveze tijelima državne uprave ili stvaraju finansijske obveze. Ministarstva i državne upravne organizacije dužne su, u pravilu, u pripremi prijedloga i mišljenja za Vladi uputiti ih na mišljenje strukovnim udruženjima i udrugama u čiji djelokrug spadaju pitanja koja su predmet tih prijedloga i mišljenja.

Predlagatelj materijala dužan je Vladi dostaviti materijal uskladen sa svim pri-



Dr. Aleksandar Džakula, dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric i Nikolina Budic, dipl. iur.

## kako donositi odluke u zdravstvu

bavljenim primjedbama za koje je ocijenio da ih može prihvati. Uz osnovni materijal dužan je pribaviti mišljenja Ureda za zakonodavstvo, Ministarstva financa i Ministarstva za europske integracije, te drugih tijela državne uprave u čiji djelokrug ulaze pitanja koja se uređuju tim materijalima. Uz to, dužan je, za primjedbe koje nije prihvatio, dostaviti pisano očitovanje o razlozima za to.

Iz svega toga je razvidno da je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi ključan faktor u području predlaganja zakona iz ovog područja te da bi u kreiranju svojih prijedloga trebalo ostvarivati suradnju s predstvincima struke.

### Donošenje podzakonskih akata: pravilnika, odluka....

Najznačajniji podzakonski propisi koji reguliraju odnose unutar pojedinih društvenih segmenata, pa tako i područja zdravstva i zdravstvene skrbi, jesu pravilnici. Ovlast donošenja pravilnika u području zdravstva prvo pripada ministru nadležnom za zdravstvo, nadalje zavodima za zdravstveno osiguranje, agencijama koje djeluju u području zdravstva i nadležnim strukovnim komorama, a slijedom toga i Hrvatskoj liječničkoj komori.

Osnova za donošenje ove vrste propisa sadržana je primjerice u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakonu o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu, Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite, Zakonu o liječništvu i drugim zakonima s područja zdravstva.

### Uloga Hrvatske liječničke komore u postupcima donošenja propisa važnih za zdravstveni sustav

Zakonom o liječništu definirana je i uloga Hrvatske liječničke komore (u daljem tekstu: Komora) u sustavu zdravstva. Tim zakonom propisana je suradnja Komore s ministarstvom nadležnim za zdravstvo i drugim tijelima te obveza Komore da obaveštava ministarstvo nadležno za zdravstvo, druga tijela državne uprave te nadležna tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, samoinicijativno ili na njihov zahtjev, o stanju i problemima liječničke profesije i o mjerama koje bi trebalo poduzeti radi unapređenja liječničke profesije i zdravstvene zaštite građana.

Komora surađuje s državnim tijelima i tijelima lokalne i područne (regionalne) samouprave u rješavanju pitanja značajnih za ostvarivanje zadataka i rješavanja problema liječničke profesije. Komora aktivno i kontinuirano surađuje s komorama drugih zdravstvenih radnika, Hrvatskim liječničkim zborom, medicinskim fakultetima te komorama i liječničkim udrugama u inozemstvu.

Ovim zakonom utvrđeno je da Komora ima javne ovlasti, a isto tako da obavlja i ostale poslove samostalne i neovisne strukovne organizacije sa svojstvom pravne osobe.

Komora obavlja sljedeće poslove s javnim ovlastima:

1. vodi Imenik liječnika u Republici Hrvatskoj te druge javne knjige,
2. daje, obnavlja i oduzima Odobrenja za samostalan rad u okviru čega propisuje sadržaj, rokove i postupak provjere stručnosti i sposobljenosti liječnika u svezi s obnavljanjem Odobrenja za samostalan rad (relicenciranje),
3. obavlja stručni nadzor nad radom liječnika,
4. određuje najnižu cijenu rada privatnih liječnika,
5. odobrava pojedinačne cijene liječničkih usluga privatnih liječnika,
6. obavlja i druge poslove s javnim ovlastima sukladno zakonu.

Ostali poslovi Komore utvrđeni su Statutom u 24 točke. Među najznačajnijima treba istaknuti:

- davanje prethodnih mišljenja i mišljenja na akte koji uređuju različita zdravstvena područja,
- donošenje Statuta i Kodeksa medicinske etike i deontologije, te drugih akata,
- davanje prijedloga sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (specijalizacije, prestanak privatne prakse),
- davanje suglasnosti na cijene zdravstvenih usluga iz opsega privatnog zdravstvenog osiguranja,
- suradnja sa zdravstvenom inspekциjom MZSS-a,
- zastupanje interesa liječnika kod sklapanja ugovora o pružanju zdravstvene zaštite,
- predstavljanje liječnika, članova Komore u zemlji i inozemstvu, zaštita ugleda liječnika, provođenje disciplinskog postupka, izrada programa stručne obuke za liječnike vještaka medicinske struke.

Djelovanje Komore u području javnih i ostalih ovlasti regulira se:

1. statutom,
2. pravilnicima,
3. poslovnicima i
4. odlukama koje donose nadležna tijela Komore, a to su: Skupština, Vijeće i Izvršni odbor Komore.

Propisi za čije je donošenje nadležna Skupština Komore jesu:

1. Statut Hrvatske liječničke komore;
2. Kodeks medicinske etike i deontologije;
3. Pravilnik o stručnom nadzoru;
4. Pravilnik o disciplinskom postupku;
5. Pravilnik o izboru tijela Komore;
6. Pravilnik o dodjeli novčane pomoći;
7. Poslovnik o radu Skupštine Komore;
8. Odluka o upisnini te načinu utvrđivanja i visini iznosa članarine za članove Komore.

Propisi za čije je donošenje nadležno Vijeće Komore jesu:

1. Pravilnik o javnim knjigama i evidencijama Komore;
2. Pravilnik o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence);
3. Pravilnik o izdavanju duplikata odobrenja za samostalan rad (licence) u slučaju gubitka, otuđenja, oštećenja ili uništenja;
4. Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku trajne medicinske izobrazbe i provjere stručnosti liječnika (pročišćeni tekst);
5. Pravilnik o postupku i načinu davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja privatne prakse, zdravstvene ustanove i trgovačkog društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti;
6. Pravilnik o načinu isticanja naziva i oglašavanja rada privatne ordinacije, zdravstvene ustanove, trgovačkog društva i druge pravne osobe u privatnom vlasništvu koja obavlja zdravstvenu djelatnost;
7. Pravilnik o zaštiti arhivskog i registraturnog gradiva Komore;
8. Pravilnik o provođenju izobrazbe kandidata za stalne sudske vještak;
9. Pravilnik o načinu rada tijela Komore;
10. Pravilnik o pravima i obvezama članova tijela Komore;
11. Pravilnik o arbitraži;
12. Pravilnik o priznanjima Komore;
13. Poslovnik o radu Vijeća Komore;
14. Poslovnik o radu županijskih povjerenstava, povjerenstva grada Zagreba, MORH-a i HZZO-a;
15. Pravilnik o registru članova.

Propisi za čije je donošenje nadležan Izvršni odbor Komore jesu:

1. Odluka o utvrđivanju visine naknade za ovjeru Cjenika zdravstvenih postupaka Komore;
2. Odluka o utvrđivanju visine naknade za izradu popisa liječnika iz javnih knjiga i evidencija Komore;
3. Odluka o utvrđivanju visine naknade za izdane izvatke i potvrde iz javnih knjiga i evidencija Komore;
4. Odluka o utvrđivanju visine iznosa materijalnih troškova izdavanja duplikata odobrenja za samostalan rad (licence) u slučaju gubitka, otuđenja, oštećenja ili uništenja;

#### kako donositi odluke u zdravstvu

5. Odluka o visini troškova postupka davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja privatne prakse, zdravstvene ustanove i trgovačkog društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti;
6. Odluka o utvrđivanju visine troškova ispita pred Komisijom Komore;
7. Odluka o iznosu i načinu plaćanja troškova izobrazbe kandidata za stalne sudske vještake;
8. Odluka o utvrđivanju visine naknade za izdavanje potvrđnica za organizatore medicinske izobrazbe - pravne osobe nemedicinske struke.

Sve navedene propise, koji sada već čine zbirku, može se pronaći na web stranici Komore [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) u rubrici „Propisi i obrasci“.

## Umiesto zaključka

Sažimanjem navedenog može se zaključiti da je u duhu postojećih propisa već

ustrojen princip i prepostavka dobre komunikacije koja je osnova za donošenje kvalitetnog propisa.

Suradnja i partnerski odnosi, argumentirana razmjena mišljenja i stavova, uz primarno uvažavanje općeg interesa, kao temeljnog cilja trebala bi biti podloga donošenju odluka i propisa s područja zdravstva.

Stoga bi donošenje važnih odluka za zdravstveni sustav trebalo temeljiti na aktivnom uključivanju svih onih na koje se te odluke u primjeni odnose.

Postupak donošenja odluka i propisa treba provesti sustavno i u primjerenim rokovima uvažavajući prihvatljiva i opravdana mišljenja i primedbe.

Jedino uvažavanje spomenutih pretpostavki jamči kvalitetan konačni rezultat (tj. dobar propis ili odluku). Na žalost, iskustvo govori da teoretske pretpostavke ne

žive uvijek u praksi, nego se, upravo suprotno, zanemaruju i ne primjenjuju.

S razvojem demokratskih procesa i u području uređivanja društvenih odnosa za očekivati je da će dobre teoretske postavke i preporuke, nadajmo se čim prije, zaživjeti i u praksi stvaratelja propisa s područja zdravstva u Republici Hrvatskoj.

# Postupak donošenja odluka u EU-u s osvrtom na područje zdravstva

Maja Lacković, dipl.jur.

- Nakon desetljeća destrukcije koju je Evropljani donio drugi svjetski rat, osnivanje organizacije evropskih država i njihova bliska suradnja na područjima zajedničkih interesa obilježilo je početak novog doba. Iz želje da se zajedno upravlja ugljenom i čelikom - razlozima razdora u dva svjetska rata - nastao je zametak zvan „Evropska zajednica za ugljen i čelik“ (1952. godine), a danas je iz tog zametka nastao složeni organizam zvan Evropska Unija. Definira se kao međuvladina i nadnacionalna zajednica evropskih država; formalno je započela 1993. stupanjem na snagu Ugovora o EU-u (Ugovor iz Maastrichta). Danas se (trenutno) sastoji od 27 država članica okupljenih pod geslom „In varietate concordia“ (lat. „Ujedinjeni u različitosti“), a stupanjem na snagu Lisabonskog ugovora (1. prosinca 2009. godine) nastupa, najavljuju idejni nositelji, novo, demokratičnije i učinkovitije doba za oko 500 milijuna stanovnika Evropske unije.

Europske unije.

Europska Unija je međunarodna supranacionalna organizacija čije se ovlasti u odnosu na države članice dijele na isključive

ovlasti (taksativno navedene u Lisabonskom ugovoru), podijeljene ovlasti (kao što su primjerice: socijalna politika, zaštita potrošača, okoliš, zajednička sigurnosna pitanja u stvarima javnog zdravstva) te komplementarne (zaštita i poboljšanje ljudskog zdravlja).

(zastupa i poboljšanje ljudskog zdravlja).

**Institucije Europske Unije** mogu se podijeliti na nekoliko osnovnih: Vijeće Europske unije ili Vijeće ministara, Europski parlament, Europska komisija, Europski sud, Europski revizorski sud i Europsko vijeće. Među spomenutim institucijama nema klasične podjele vlasti (jedna vrsta vlasti - jedna institucija); Komisija i Vijeće dijele međusobno izvršne a Vijeće i Parlament zakonodavne ovlasti.

Kao formalni akteri „policy procesa“ Europske Unije mogu se navesti upravo spomenute institucije koje imaju formalno-pravnu nadležnost donošenja odluka - zakonodavna i izvršna vlast EU-a, birokracija, agencije, ali i nacionalne države. Države članice su akteri koji sudjeluju s najširim utjecajem u „policy procesu“ u EU-u; osim što sudjeluju u navedenim institucijama, države su ključne i u implementaciji politika. Neformalni akteri policy

procesa (dakle, sudionici koji nemaju formalno-pravnu ovlast sudjelovanja) jesu interesne skupine (prvenstveno one koje predstavljaju kapital i rad), lobbyji, potrošači, „thinktanks“, mediji, političke stranke i daka-ko glasači-pojedinci.

Vijeće Evropske Unije (Vijeće ministara) je, uz Europski parlament, glavno regulatorno tijelo EU-a koje u zakonodavnom postupku suodlučuje s Parlamentom. Sastoji se od po jednog člana (resornog ministra) iz svake države članice na ministarskoj razini, a Vijećem se predsjedava sustavom rotacije tj. izmjene svakih 6 mjeseci. Vijeće donosi odluke kvalificiranom većinom, a iznimno, u posebno važnim situacijama, jednoglasno.

vaznim situacijama, jednoglasno.  
U unutrašnjoj strukturi, Vijeće ima  
9 tijela nadležnih za određeno područje; opći  
poslovi i vanjski odnosi; gospodarski i finan-  
cijski poslovi; suradnja na području pravosuđa  
i unutarnjih poslova; zapošljavanje, socijalna  
politika, zdravlje i potrošači; konkurentnost;  
promet, telekomunikacije i energija; poljoprivreda  
i ribarstvo; okoliš; obrazovanje, mladi  
i kultura.

Kultura. **Europski parlament** je predstavničko tijelo građana država članica EU-a; od 1979. zastupnici u Europski parlament biraju se izravno, na izborima u državama članicama i to svakih pet godina. U trenutnom sazivu od 2009. do 2014. godine Parlament ima 736 članova (primjera radi, Malta ima 5, a Njemačka 99 zastupnika). Valja naglasiti da članovi Parlamenta ne predstavljaju svoje države već su organizirani u europske političke skupine, tj. stranke; (Europska pučka stranka - Europski demokrati, Frakcija Socijaldemokratske stranke Europe u Europskom parlamentu).

## kako donositi odluke u zdravstvu



Dr. Ivan Horvatek, dr. Marija Švagelj, dr. Vladimir Mozetić, Maja Lacković, dipl.iur., dr. Katarina Sekelj-Kauzlić i dr. Živko Mišević

mentu i Savez liberala i demokrata za Europsku). Rad se odvija kroz 20 stalnih odbora; plenarne sjednice Parlament obično održava u Strasbourg, a dodatne u Bruxellesu.

Ovlasti Europskog parlamenta su, osim uobičajenih zakonodavnih, i nadzor nad radom drugih institucija u EU-u, poglavito Europske komisije te proračunske (dijeli s Vijećem ovlast nad proračunom EU-a). Što se tiče zakonodavnih ovlasti, posebnost je što propise donosi, na inicijativu Europske komisije, zajedno s Vijećem ministara, a u redovnom zakonodavnom postupku ima jednaku političku moć kao i Vijeće (tzv. uloga „suzakonodavca“).

**Europska komisija** je ključni izvršni i zakonodavni organ institucionalnog sustava EU-a, zastupa njezine opće interese i nije politički odgovorna državama članicama. Komisija se sastoji od 27 povjerenika (engl. *Commissioner*) koje na 5 godina u složenom postupku biraju Europsko vijeće, države članice i Europski parlament. U unutarnjem ustroju Komisija djeluje kroz svojih 36 općih uprava (engl. *Directorates-General, DG*). Za područje zdravstva je nadležna Opća uprava Europske komisije za zdravstvo i zaštitu potrošača - engl. *Directorate General for Health and Consumer Affairs* (skraćeno: DG SANCO).

Europsku komisiju imenuje Europski parlament i samo njemu je odgovorna te joj Parlament može izglasati nepovjerenje. Uz rad Komisije vezane su mnoge agencije i Odbor predstavnika država članica (COREPER).

Ovlasti Europske komisije jesu:

1. Zakonodavna inicijativa - većina prijedloga koje inicira Komisija proizlazi iz međunarodnih konvencija ili prijedloga država članica, ostalih institucija EU-a ili zainteresiranih strana
2. Djeluje kao čuvan Ugovora - osigurava da države članice ispravno primjenjuju pravo EU-a
3. Provodi politike i proračun EU-a - npr. u politici tržišnog natjecanja; osigurava da zemlje EU-a ne subvencioniraju svoje privredne grane na način kojim se narušava tržišno natjecanje
4. Predstavlja EU na međunarodnoj sceni - omogućava državama članicama da govore „jednim glasom“ na međunarodnim forumima poput WTO-a.

### Europsko vijeće

Europsko vijeće (engl. *European Council*) je tijelo sastavljeno od predsjednika država ili predsjednika vlada država članica EU-a, predsjednika Europskog vijeća te predsjednika Europske komisije, koji se sastaju najmanje dva puta u godini (u lipnju i prosincu). Prije Lisabonskog ugovora nije bilo ni smatrano institucijom već „sastankom na vrhu“ (tzv. *summit*). Unutar Vijeća osobito je istaknuta uloga predsjednika Vijeća. Do stupanja na snagu Lisabonskog ugovora tu je funkciju svakih šest mjeseci obnašao predsjednik one države koja predsjedava Europskom unijom; prvi predsjednik Europskog vijeća od 1. prosinca 2009. je Herman Van Rompuy.

Zadaća Europskog vijeća je davanje poticaja za razvoj EU-a i prihvatanje općih političkih smjernica i prioriteta; nema zakonodavnih ovlasti.

### Zakonodavni postupci

Pravila i postupci za donošenje odluka u EU-u propisani su u ugovorima, a svaki prijedlog za novu europsku regulativu ima temelj na specifičnom članku ugovora navedenom kao „pravna osnova prijedloga“.

Redovnim zakonodavnim postupkom se naziva, nakon Lisabonskog ugovora, postupak kojim europske institucije donose zakonodavne akte. Zakonodavnu inicijativu ima Europska komisija koja izrađuje nacrti akata. Prijе sastavljanja nacrtta Komisija se konsultira s relevantnim zainteresiranim tijelima, interesnim grupama, organizacijama, regionalnim vlastima itd.

Komisija obično izdaje „Green Paper“ - dokument kojim se poziva na otvorene konsultacije i stimulira raspravu unutar zainteresiranih tijela i strana, ili „White Paper“ - koji sadrži konkretniji nacrt djelovanja na određenom području. Nedavni su primjeri ovakvih konsultacija na području zdravstva „Commision White Paper of 23 October 2007 - Together for Health: a Strategic Approach for the EU 2008 - 2013“ te konsultacije o prijedlogu „Directive on the application of patients' rights in cross border health care“.

### Vrste odluka koje se donose u EU-u

Obvezujuće:

- Uredba (engl. *Regulation*) - koju usvaja Vijeće i Europski parlament ili samo Europska komisija; opća mjera koja je obvezujuća za sve; primjenjiva direktno - stvara zakon koji odmah stupa na snagu u svim zemljama članicama bez daljnje akcije od strane zemlje članice
  - Direktiva/ Smjernica (engl. *Directive*) - koju usvaja Vijeće i Parlament ili samo Komisija; odnosi se na zemlje članice; njena je glavna uloga uskladiti nacionalno zakonodavstvo; obvezujuća je za zemlje članice kao cilj koji se mora postići, ali prepušta izbor forme i metode koju će zemlja donijeti; ako to država i ne učini - građani se mogu izravno pozvati na Direktivu, i to pred nacionalnim sudovima
  - Odluka (engl. *Decision*) - instrument kojim institucije unutar EU-a reguliraju posebna pitanja; odlukom se nešto zahtijeva od zemlje članice ili građana EU-a - pojedinačna mjera
- Neobvezujuće:
- Preporuka (engl. *Recommendation*) - dozvoljava institucijama da stvore svoja osobna

## kako donositi odluke u zdravstvu

gledišta i daju prijedlog za niz akcija bez nametanja bilo kakve pravne obveze osobama na koje se odnosi (zemlje članice, institucije, građani EU-a)

- Mišljenje (engl. *Opinion*) - instrument koji dozvoljava institucijama zauzimanje stajališta na neobvezujući način; bez nametanja bilo kakve pravne obveze osobama na koje se odnosi; cilj je samo da institucija o kojoj se radi sama donese mišljenje

### Zdravstvena politika u EU-u

Područje zdravstva u EU-u načelno je u nadležnosti država članica, a uloga EU-a je u upotpunjavanju nacionalnih zdravstvenih politika; osnovni ciljevi i načela zdravstvene politike su sadržani u zasebnoj glavi Ugovora o EU-u. Opći cilj je što viša razina zdravlja u Europi, a prioriteti su poboljšanje stanja javnog zdravstva, sprečavanje bolesti te otklanjanje izvora opasnosti za zdravlje.

Europsko vijeće i Parlament suodlučuju u pitanjima važnim za sigurnost zdravlja građana EU-a - kad se radi o prijetnjama zdravlju širih razmjera (zarazne bolesti, cijepljene); pitanjima koje imaju utjecaj preko granica („cross-border“) te pitanjima koja se tiču slobodnog kretanja roba, usluga i osoba (dakle, kretanja kako pacijenata tako i zdravstvenih radnika).

### Europska komisija i zdravstvo u EU-u

Osnovna pitanja zdravstvene politike kojom se Europska komisija proteklih godina bavila jesu: sigurnost pacijenata, prava pacijenata u pružanju zdravstvene usluge preko granica država članica (tzv. „cross-border“, telemedicine, e-health - unapređenje zdravlja i zdravstvene skrbi kroz komunikacijske tehnologije). Komisija je, kako je ranije spomenuto, 23. listopada 2008. objavila i White Paper „Together for Health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013“. Temeljni su ciljevi ove strategije: podupiranje dobrog zdravlja stareće populacije u Europi, zaštita građana od prijetnji zdravlju (epidemije, bioterorizam, zdravlje na radu) i podržavanje novih tehnologija u zdravstvenim sustavima (telemedicine, e-health).

Komisija je 10. prosinca 2008. objavila i Green Paper "On the European Health Workforce" - svrha mu je pokretanje otvorene rasprave o zdravstvenim radnicima u EU-u s naglaskom na njihov broj i obrazovanje; mobilnost i migracije zdravstvenih radnika.

### Europski parlament i Vijeće - zdravstvo u EU-u

Od važnijih odluka na području zdravstvene politike, Europski parlament i Vijeće su iz svoje nadležnosti donijeli Odluku No 1350/2007/EC 23. listopada 2007. kojom se utvrđuje drugi program akcije Zajednice na području zdravstva (2008 - 2013); proračun za provedbu te odluke 321,500.000 €. Ciljevi Odluke su unaprijediti zdravstvenu sigurnost građana, promocija zdravlja uključujući umanjenje nejednakosti među korisnicima zdravstvenih usluga, stvaranje i dijeljenje informacija i znanja.

### Regulativa EU-a na području zdravstva

Regulativa EU-a koja se odnosi na neko pitanje iz područja zdravstva zaista je obilna; trenutno je 165 različitih akata na snazi (odлуka, preporuka, direktiva, zaključaka, uredbi...), a 18 akata je u pripremi. Svi su propisi dostupni na web stranici <http://eur-lex.europa.eu/>.

### Položaj RH u odnosu na EU

Od lipnja 2004. Republika Hrvatska ima status kandidata za članstvo u EU-u, a pregovori su otvoreni u listopadu 2005. Pregovori su podijeljeni u nekoliko razdoblja; prvo je razdoblje analiza usklađenosti zemlje kandidata s europskim propisima (tzv. *Screening*). Svrha je screeninga utvrditi postojeće razlike u svakom poglavlju pregovora između zakonodavstva države kandidatkinje i pravne stečevine EU-a. Provodi se zasebno za svako poglavlje pregovora i traje ovisno o opsegu i količini pravne stečevine. Pregovori se fokusiraju na uvjete pod kojima će država kandidatkinja usvojiti, primjenjivati i izvršavati *acquis communautaire* (pravnu stečevinu EU-a) koja je podijeljena u 35 poglavlja.

Do ulaska u članstvo RH mora preuzeti čitavu pravnu stečevinu i sposobiti se za njezino učinkovito primjenjivanje.

Status pridruženog člana i potencijalnog kandidata za punopravno članstvo Hrvatska je dobila 2005. godine kad su stupili na snagu Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju i Privremeni sporazum; cilj je uspostaviti politički dijalog, uskladiti zakonodavstvo, promicati gospodarske odnose, osigurati suradnju u nizu područja itd.

Od spomenutih 35 poglavlja pravne stečevine RH, slijedi pregled trenutnog

stanja u samo nekoliko poglavlja koja se tiču pitanja zdravstva i zdravstvenih radnika.

**Poglavlje 2. - Sloboda kretanja radnika** (otvoreno u lipnju 2008., zatvoreno u listopadu 2009.). RH je dobila 1 mjerilo za zatvaranje, traži se dokaz da RH ima administrativne strukture za provedbu zakonodavstva.

**Poglavlje 3. - Pravo poslovnog nastana i sloboda pružanja usluga** (otvoreno u lipnju 2007., zatvoreno u prosincu 2009.). Europska pravna stečevina predviđa osiguranje jednakih uvjeta za sve državljane EU-a kod započinjanja djelatnosti; restrikcije i zahtjevi (npr. posebno obrazovanje za obavljanje određene djelatnosti) mogući u strogo određenim slučajevima i moraju vrijediti neovisno o državljanstvu ili prebivalištu.

**Poglavlje 19. - Socijalna politika i zapošljavanje** (otvoreno u lipnju 2008., zatvoreno u prosincu 2009.). Za zatvaranje pregovora u ovom poglavlju 2 su mjerila; traže se manje izmjene Zakona o radu i nešto veće izmjene Zakona o zaštiti zdravlja i sigurnosti na radu; morat će se dokazati i zadovoljavajuća razina provedbe;

**Poglavlje 28. - Zaštita potrošača i zdravlja** (otvoreno listopada 2007., zatvoreno u studenom 2009. godine). RH je dobila 4 mjerila koja mora ispuniti da bi zatvorila ovo poglavlje. Za ovo poglavlje RH prihvata pravnu stečevinu i ne traži nikakva prijelazna razdoblja.

Pojedinosti o stanju pregovora RH s EU-om mogu se pronaći na web stranici: <http://www.eu-pregovori.hr/> gdje se iscrpno prikazuje struktura pregovora, pregled tijeka, izvješća o napretku itd.

# Analize utjecaja na proračun i reforma regulacije tržišta lijekova

Luka Vončina, dr. med., Tihomir Strizrep, dr. med

• U 2010. godini Republika Hrvatska provela je značajnu reformu regulacije tržišta lijekova s ciljem povećanja transparentnosti i optimizacije procesa donošenja odluka o lijekovima, osiguranja najsuvremenijih terapijskih opcija liječnicima i pacijentima te kontrole rasta troškova na lijekove. *Analize utjecaja na proračun* (budget impact analysis - BIA) uvedene su u proces odlučivanja o lijekovima u okviru navedene reforme.

Prijedlozi za uvrštavanje lijekova na liste HZZO-a postali su javno dostupni. Objavljaju se na internet stranici HZZO-a pet dana po primitku. Objavljene informacije sadržavaju ime podnositelja prijedloga, datum kada je prijedlog zaprimljen i bit prijedloga. Članstvo u HZZO-ovom Povjerenstvu za lijekove također je postalo javno, uz objavljene životopise članova Povjerenstva. Datumi i raspored sjednica Povjerenstva također se redovito objavljaju na internet stranici HZZO-a.

Nacin na koji Povjerenstvo radi je unaprijeđen. Povjerenstvo za lijekove radi u dva polugodišnja ciklusa. Ciklusi se sastoje od četiri redovne sjednice na kojima se raspravljaju podnesene prijave, te pete redovne sjednice na kojoj Povjerenstvo rangira prijave s potencijalom podizanja troškova potrošnje na lijekove prema mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu, odnosno dopunsку listu lijekova Zavoda. Rangiranje lijekova vrši se Delphi metodom postizanja konsenzusa. Ovisno o potrebi, Povjerenstvo možete raditi i na izvanrednim sjednicama.

Novi pravilnici odredili su i kriterije temeljem kojih Povjerenstvo razmatra prijedloge. Navedeni uključuju:

1. važnost lijeka sa stajališta javnog zdravstva,
2. terapijsku važnost lijeka,
3. relativnu terapijsku vrijednost lijeka,
4. ocjenu etičkih aspekata i
5. kvalitetu i vjerodostojnost podataka i ocjena iz referentnih vrela.

Razina dokumentacije koja se podnosi s prijedlozima također je značajno povišena kako bi se osiguralo što kvalitetnije donošenje odluka.

Navedena između ostalog uključuje:

- tablični prikaz statusa u zdravstvenom osiguranju ili zdravstvenom sustavu svih država Europske Unije i, ako postoje, odluku ili mišljenje o financiranju lijeka nadležnog tijela koje se bavi ocjenom zdravstvene tehnologije, s navedenim indikacijama i smjernicama za primjenu, iznosom u dijelu koji pokriva obvezno osiguranje svake države, iznosom doplate te drugim podacima relevantnim za financiranje lijeka u pojedinoj državi,
- terapijske smjernice hrvatskih i europskih stručnih udruga liječnika za indikacije za koje se lijek prijavljuje,
- procjenu broja pacijenata koji bi primali lijek u trogodišnjem razdoblju, po godinama,
- opis trenutne kliničke prakse u Republici Hrvatskoj po indikacijama za koje se lijek prijavljuje u kojoj se koriste lijekovi već prisutni na listama Zavoda s osvrtom na učinkovitost i sigurnost,
- sažet opis i komentar terapijskih smjernica hrvatskih i europskih stručnih udruga liječnika za indikacije za koje se lijek prijavljuje,
- procjenu postotka pacijenata koji mogu biti zadovoljavajuće liječeni samo lijekom koji se prijavljuje na listu, te procjenu postotka pacijenata koji mogu biti zadovoljavajuće liječeni lijekovima već prisutnim na listama Zavoda, uz obrázloženje zadovoljavajućeg liječenja,
- sažetak znanstvenih dokaza koji dokazuju prednosti lijeka u indikaciji/indikacijama za koje se predlaže pred lijekovima koji su već stavljeni na osnovnu, odnosno dopunsku listu lijekova Zavoda uz navođenje odgovarajućih referenci, te kritički osvrt na istraživanja koja nisu dokazala prednosti lijeka,
- opis i analizu učinka promjene farmakološke terapije te procjenu ostalih promjena u skribi za bolesnike koje će nastati kao posljedica uvođenja lijeka na listu (uključivo uporabe komplementarnih proizvoda i usluga), uz navođenje odgovarajućih referenci,
- tablični usporedni prikaz cijene terapije lijeka s cijenom terapije iste indikacije lijekovima koji se nalaze na listi Zavoda za koju se lijek prijavljuje u odgovarajućem vremenskom intervalu (epizoda bolest, godišnje, itd.),
- itd.

Po prvi puta uvedeni su i kriteriji za uvrštenje na listu Posebno skupih lijekova HZZO-a, a čija uporaba se ne financira iz bolničkih proračuna, već iz za to posebno dodatno namijenjenih proračunskih sredstava.

Da bi HZZO razmotrio navedeni zahtjev, nositelj odobrenja uz sve uvjete propisane Pravilnikom, obvezan je pri podnošenju prijedloga dokazati da prijedlog ispunjava sljedeće kriterije:

1. lijek je namijenjen primjeni u bolnicama i ne propisuje se na recept,
2. smjernicu po kojoj se lijek propisuje strogo je definiralo stručno društvo Hrvatskog liječničkog zbora,
3. algoritam liječenja indikacije u kojoj se lijek koristi strogo je definiralo stručno društvo Hrvatskog liječničkog zbora,
4. financiranje uporabe lijeka izravno iz bolničkih proračuna nije ostvarivo zbog iznimno visoke cijene terapije (dokaz se izvodi iz studije utjecaja na proračun Zavoda),
5. primjena lijeka čini značajan iskorak u odnosu rizika i koristi terapije navedene indikacije u odnosu na lijekove koji se već nalaze na osnovnoj listi lijekova Zavoda,
6. lijek istih ili sličnih terapijsko-farmakoloških svojstava i većeg troška terapije već postoji na listi skupih lijekova,
7. lijek nema generičkih paralela,
8. ili se radi o lijeku koji je Europska komisija svrstala u skupinu lijekova za rijetke i teške bolesti (Register of designated Orphan Medicinal Products).

Uz prijedloge za uvrštenje inovativnih lijekova ili proširenje indikacija uporabe obvezno se prilaže analiza utjecaja prijedloga na proračun HZZO-a. Analize utjecaja na proračun HZZO-a strogo su određene smjernicama u skladu s ISPOR-ovim smjernicama za dobru praksu pri planiranju analiza utjecaja na proračun.

Ukratko, rezultat *Studije utjecaja na proračun Zavoda* jest procjena finansijskog učinka uvrštenja novog lijeka ili uporabe lijeka u novoj indikaciji na liste lijekova Zavoda. Rezultati *Studije utjecaja na proračun Zavoda* definiraju raspon vrijednosti u kojima uvrštenje lijeka može utjecati na potrošnju Zavoda u različitim scenarijima uporabe.

Pri izradi *Studije* u obzir se uzimaju samo izravne posljedice uvrštenja novog lijeka ili uporabe lijeka u novoj indikaciji. *Studija* mora jasno i izričito imenovati sve odabire i prepostavke na kojima se model temelji, uključivo i posljedice uvrštenja novog lijeka koje uzima da su izravne, te one koje uzima da su neizravne. Model treba biti što jednostavniji, a istovremeno dovoljno sofisticiran, to jest

## kako donositi odluke u zdravstvu

koristiti adekvatnu strukturu koja u dovoljnoj mjeri vjerno aproksimira procese što ih model opisuje.

Za podatke o zdravstvenim učincima i nuspojavama uzimaju se podaci prijavljeni u znanstvenim dokazima. Lokalno specifični podaci koji se koriste prilikom izrade *Studija* primarno trebaju biti objavljeni hrvatski podaci (uz reference), a u nedostatku hrvatskih podataka koriste se objavljeni strani podaci i procjene stručnjaka. Prihvatljiva je i uporaba neobjavljenih podataka, primjerice marketinških analiza i slično.

Prilikom izrade *Studije* koristi se vremenski horizont od tri kalendarske godine, a rezultati trebaju biti zasebno prijavljeni za svaku od tri navedene godine. Podnositelj *Studije* može, ako želi, uz studiju koja u obzir uzima obvezni vremenski horizont, Zavodu podnijeti i zasebnu studiju koja u obzir uzima vremenski horizont koji mu bolje odgovara. Pri izradi *Studije* u obzir se uzimaju samo direktni troškovi Zavoda. Troškovi koji nisu izravno povezani sa Zavodom ne uzimaju se u obzir. S obzirom na nemogućnost jednoznačnog određivanja vrijednosti većine parametara koji se koriste pri izračunu *Studije*, pri izračunu potrebno je ekstenzivno koristiti analize osjetljivosti u formi scenarija. Drugim riječima, potrebno je u modelu mijenjati vrijednosti parametara kako bi se testirala robustnost modela, te pouzdanost zaključaka pod različitim pretpostavkama.

Pri stavljanju izvornoga lijeka na listu s potencijalom povećanja troška obvezno se posebnim ugovorom između nositelja odobrena i HZZO-a uređuju odnosi financiranja za taj lijek. Zavod se obavezuje da će osigurati financiranje liječenja točno određenog broja osiguranika, a nositelj odobrenja obavezuje se da će osigurati opskrbu lijekom ostalih osiguranika na svoj trošak ili se cijena određuje kaskadno, vezano uz broj osiguranika koji primaju lijek.

Pri sklapanju ugovora HZZO je obvezan voditi računa o ukupnoj potrošnji na sve lijekove unutar terapijske indikacije. Slijedom navedenog, predlažu se i sklapaju ugovori koji ograničavaju potrošnju na čitave indikacije u razdoblju od nekoliko godina.

Nositelj odobrenja, ako to želi, može HZZO-u podnijeti vezanu ponudu u kojoj je prijedlog koji se odnosi na lijek koji Povjerenstvo za lijekove razmatra povezan s paralelnim prijedlogom smanjenja cijene za lijek koji se već nalazi na osnovnoj listi Zavoda. Na taj se način novi lijekovi uvode na liste HZZO-a bez podizanja ukupne potrošnje za lijekove s obzirom na to da se potrošnja na nove lijekove kompenzira smanjenjem potrošnje na lijekove koji se već nalaze na listama. Sve

tvrtke koje prijavljuju prijedloge za uvrštenje lijekova na liste lijekova HZZO-a obvezne su s HZZO-om sklopiti Ugovor o etičkom oglašavanju o lijekovima. Glavne odredbe Ugovora jesu:

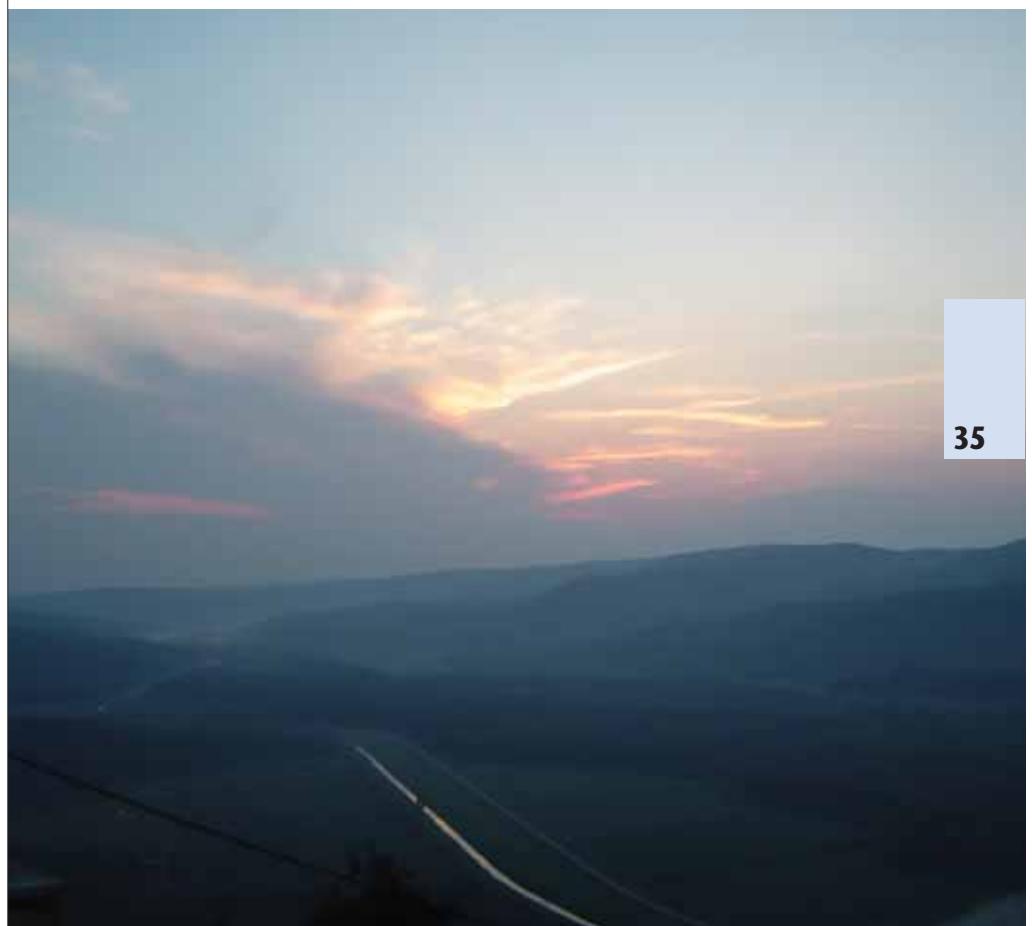
1. zabrana reklamiranja i direktne distribucije lijekova stanovništvu
2. zabrana informiranja stanovništva o podnjenju prijedloga za uvrštenje lijekova kako bi se izbjegli neetički pritisci na Povjerenstvo za lijekove
3. zabrana promocije lijekova koja uključuje tvrdnje nedokazane znanstvenim istraživanjima
4. zabrana nagrađivanja liječnika u novcu ili naravi vezana uz propisivanje lijekova
5. svi promocijski skupovi moraju biti strogo znanstveno i stručno usmjereni, uz najviše 25% (vremenski) nestručnih sadržaja
6. detaljna najava svih skupova 15 dana prije održavanja
7. informiranje HZZO-a o svim kliničkim studijama, uključujući postmarketinške studije
8. troškovi reprezentacije ograničeni su na 1000 kn godišnje po liječniku
9. ograničenje posjeta stručnih suradnika na 15 minuta mjesečno po stručnom suradniku po liječniku
10. obvezna prijava svih troškova vezanih uz promociju lijekova

11. itd.

Sve odredbe Ugovora odnose se i na treće osobe koje rade u ime ili za korist tvrtke.

Kazne za neetičku promociju uključuju brisanje lijekova s liste, informiranje javnosti o neetičkoj promociji te uskratu povrata sredstava uplaćenih kako bi se osigurala provedba ugovora.

*Detaljan prikaz pravila izrade studija utjecaja na proračun HZZO-a nalazi se u Pravilniku o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu i dopunska listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Narodne novine br. 155/2009.*



# Ovlašti, djelokrug i način rada Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

Martina Furlan, dipl. iur., Marija Hrastinski, dr. med.

• Hrvatskim zavodim za zdravstveno osiguranje upravlja Upravno vijeće. Upravno vijeće Zavoda ima devet članova koje imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo, i to: dva predstavnika osiguranih osoba Zavoda, dva predstavnika davatelja zdravstvenih usluga - zdravstvena radnika, tri predstavnika Gospodarsko-socijalnog vijeća, jedan predstavnik ministarstva nadležnog za zdravstvo i jedan predstavnik Zavoda. Upravno vijeće Zavoda za svoj rad odgovara Vladi Republike Hrvatske.

Upravno vijeće Zavoda ima predsjednika i zamjenika predsjednika. Predsjednika i zamjenika predsjednika bira i razrešava Upravno vijeće Zavoda između svojih članova većinom glasova prisutnih članova na vrijeme od 4 godine. Izbor predsjednika i zamjenika predsjednika Upravnog vijeća Zavoda vrši se javnim glasovanjem, osim ako Upravno vijeće Zavoda ne odluči drugčije.

Upravno vijeće Zavoda obavlja poslove iz svog djelokruga na sjednicama, pravovaljano donosi odluke ako je sjednici nazočna većina od ukupnog broja članova, a odluke se donose natpolovičnom većinom od ukupnog broja članova.

Na sjednicama Upravnog vijeća Zavoda nazočni su, bez prava odlučivanja, ravnatelj Zavoda, zamjenik ravnatelja i pomoćnici ravnatelja Zavoda. U pravilu, a ovisno o utvrđenom dnevnom redu, na poziv predsjednika Upravnog vijeća Zavoda, a po prethodnom dogovoru s ravnateljem Zavoda, sjednici mogu prisustvovati i druge osobe, ako za to postoji opravdani interes tih osoba i Zavoda. Tako sjednicama Upravnog vijeća Zavoda redovito prisustvuju predstavnici mjerodavnih komora, kao i predstavnici nekih drugih institucija, a povremeno i predstavnici pojedinih interesnih skupina. Predsjednik Upravnog vijeća Zavoda ima pravo zabraniti prisustovanje, te udaljiti sa sjednice sve osobe koje nemaju službeni poziv za prisustvanje sjednici.

Djelokrug rada, ovlasti i odgovornost Upravnog vijeća Zavoda utvrđena je Statutom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kojeg donosi Upravno vijeće Zavoda, a suglasnost na Statut daje Vlada Republike Hrvatske.

Osim što donosi Statut, Upravno vijeće Zavoda obavlja i sljedeće poslove: donosi finansijski plan i završni račun Zavoda, donosi mjere za uravnoteženje prihoda i rashoda kada je u poslovanju Zavoda u tromješecnom razdoblju iskazan višak rashoda nad prihodima, donosi odluke i opće akte Zavoda, te obavlja i druge poslove određene Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i Statutom Zavoda.

Upravno vijeće Zavoda donosi opće akte koji su vezani za provedbu obveznog zdravstvenog osiguranja, provedbu dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i opće akte vezane za poslovanje Zavoda.

Pojedini opći akti Zavoda, sukladno odredbama Zakona o obveznom zdravstve-

nom osiguranju donose se uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo po prethodno pribavljenom mišljenju mjerodavnih komora. Osnovna i dopunska lista lijekova donosi se uz prethodno pribavljeno mišljenje Hrvatske liječničke komore i Hrvatske komore dentalne medicine, a opći akti Zavoda vezani za standarde i normative zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, iznos potrebnih sredstava u skladu s osiguranim sredstvima, kao i način ostvarivanja prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, donose se uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora. Ministar nadležan za zdravstvo daje suglasnost i na odluku Upravnog vijeća Zavoda kojom se za svaku ugovorenu bolničku zdravstvenu ustanovu utvrđuje najveći godišnji iznos sredstava za provođenje ugovorene zdravstvene zaštite.

Upravno vijeće Zavoda izvješćuje javnost o donesenim općim aktima i odlukama, kao i o temama o kojima je raspravljalo. Javnost rada Upravnog vijeća ostvaruje se objavom općih akata i odluka u "Narodnim novinama", te na web stranicama Zavoda, [www.hzzo-net.hr](http://www.hzzo-net.hr), održavanjem konferencija za tisak i druga sredstva javnog priopćavanja te službenim priopćenjima po završetku sjednice.

O načinu i obliku izvještavanja javnosti, kao i nakon koje sjednice će se održati konferenciju za tisak, odlučuje predsjednik Upravnog vijeća Zavoda ovisno o vrsti i prirodi odluka i tema o kojima se raspravljalo.

.....

Sudionici radionice u Motovunu



## Popis sudionika Radionice u Motovunu

1. Afrić Ivo, Primorsko-goranska županija, pročelnik Uprave za zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb; ivo.afrić@pgz.hr
2. Babić Ivica, predsjednik Županijskog povjerenstva HLK-a Virovitičko-podravske županije, član Vijeća HLK-a, predsjednik HLS-a, ivi.ca.babic@vt-t.com.hr
3. Bošan-Kilibarda Ingrid, pomoćnica ravnateljice Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, ingrid.bosan-kilibarda@hzhm.hr
4. Budić Nikolina, Hrvatska liječička komora, tajnik HLK-a, nikolina.budic@hlk.hr
5. Bušić Mirela, Ministarstvo ZSS, pročelnica Odjela za posebne programe i transplantaciju, članica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti HLK-a
6. Ceronja Ivana, specijalizant javnoga zdravstva ZZJZ-a Bjelovarsko-bilogorske županije, voditelj službe za javno zdravstvo i socijalnu medicinu, član Savjeta za zdravlje BBŽ-a, iceronja@gmail.com
7. Cesarić Marijan, član Vijeća HLK-a, član Glavnog odbora HLZ-a, predsjednik Službe za neurologiju i psihijatriju OB-a Požege, potpredsjednik Gradskog vijeća Grada Požege, marijan.cesarić@po.t-com.hr
8. Crnica Vanja, znanstveni novak na ŠNZ-u „Andrija Štampar“
9. Čanić Ružica, ravnateljica ZZJZ-a ŽLS Gospic, predsjednica Županijskog savjeta za zdravlje
10. Dražić Mensura, predsjednica Koalicije udruga u zdravstvu
11. Džakula Aleksandar, direktor tečaja/radionica, član Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti HLK-a, adzakula@snz.hr
12. Fržop Vedrana, Primorsko-goranska županija, savjetnik za zdravstvenu zaštitu, vedrana.frzop@pgz.hr
13. Gjurić Marijan, direktor tvrtke „Pro Kontakt za medicinsko savjetovanje“
14. Grba-Bujević Maja, specijalist anesteziolijke, reanimatologije i intenzivne medicine, ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, maja.grba-bujević@hzhm.hr
15. Grožić-Živolić Sonja, pročelnica Odjela za zdravstvo Istarske županije
16. Grubić Jakupčević Desa, ravnateljica Specijalne bolnice za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama, Goljak 2, Zagreb
17. Grujić-Cukon Ornela, OB Pula, voditelj finansijske kontrole i upravljanja, ogrujic@obpula.hr
18. Horvatek Ivan, ortoped, zamjenik ravnatelja SB-a Krapinske toplice, Predsjednik povjerenstva HLK-a Krapinsko-zagorske županije, član Vijeća HLK-a, član Savjeta za zdravstvo, ivan.horvatek@kr.t-com.hr
19. Hrastić-Novak Lidija, Grad Zagreb, Gradski ured za zdravstvo i branitelje, pomoćnica pročelnika za zdravstvo
20. Hrastinski Marija, član Povjerenstva HLK-a za ostale liječničke djelatnosti, pomoćnica ravnatelja HZZO-a
21. Jelaska Davor, predsjednik povjerenstva HLK-a za Sisačko-moslavačke, pomoćnik ravnatelja OB-a Sisak za kvalitetu, voditelj Odjela za infektivne bolesti, član Savjeta za zdravlje
22. Jelić Josip, prvi dopredsjednik HLK-a, član Savjeta za zdravlje Brodsko-posavske županije, predsjednik Hrvatskog crvenog križa
23. Josipović Iva, pomoćnica pročelnika Upravnog odbora za zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb Primorsko-goranske županije, koordinator projekta Zdrava županija, Ciottina 17b, Rijeka, iva.josipovic@pgz.hr
24. Jukić Željko, direktor Sektora za životna osiguranja, Croatia osiguranje
25. Keranović Adis, Cromsic, student Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
26. Kolarek Karakaš Mirjana, predsjednica Savjeta za zdravlje Varaždinske županije, članica povjerenstva za PZZ HLK-a
27. Kovačević Jasmina, voditeljica službe za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije, specijalizantica javnog zdravstva, članica Savjeta za zdravlje PSŽ-a, Županijska 9, Požege
28. Kovačić Luka, predsjednik Kolegija javnog zdravstva, Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, suvoditelj postdiplomskog studija javnog zdravstva, ikovacic@snz.hr
29. Kutnjak-Kiš Renata, predsjednica Savjeta za zdravlje Međimurske županije, koordinatorica Tima za zdravlje Međimurske županije, renata.kutnjak-kis@zzjz-ck.hr
30. Lacković Maja, voditeljica službe općih pravnih poslova HLK-a, tajnik Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti HLK-a, maja.lackovic@hlk.hr
31. Lančić Franciska, član Savjeta za zdravlje Varaždinske županije, specijalist školske medicine
32. Lazarić-Zec Danijela, voditeljica službe za javno zdravstvo ZZJZ-a Istarske županije, članica tima za provedbu plana zdravlja građana Istarske županije, specijalist epidemiolog
33. Lončarek Karmen, pomoćnica ravnatelja KBC-a Rijeka za kvalitetu i nadzor, članica županijskog tima za zdravlje Primorsko-goranske županije, pomoćnik-kvaliteta@kbc-rijecka.hr
34. Lulić-Karapetić Ljiljana, specijalist obiteljske medicine, predsjednica zdravstvene udruge „Promjena“, član Izvršnog odbora Koalicije udruga u zdravstvu, član HLK-a
35. Maras-Tkačuk Davorka, pomoćnica pročelnice Upravnog odbora za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije, članica tima za provedbu plana za zdravlje građana Istarske županije
36. Mišević Živko, predsjednik Županijskog povjerenstva HLK-a Međimurske županije, član Vijeća HLK-a, član Savjeta za zdravlje Međimurske županije
37. Momčinović Mladen, član županijskog tima za zdravlje, voditelj programa lokalne demokracije u centru za građanske inicijative, Poreč
38. Mozetić Vladimir, županijski povjerenik HLK-a Primorsko-goranske županije, član Vijeća HLK-a, član Savjeta za zdravlje PGŽ-a (predstavnik HLK-a u njoj), ravnatelj privatne poliklinike „Medico“
39. Perić Ljiljana, predsjednica Vijeća HLK-a, član Savjeta za zdravlje, predsjednik Županijskog povjerenstva HLK-a, specijalist infektolog, predstojnik Klinike za infektivne bolesti KBC-a Osijek
40. Predavec Sanja, Ministarstvo ZSS, načelnica Odjela za izvanbolničku zdravstvenu zaštitu
41. Sekelj-Kauzarić Katarina, spec. fiz. med., predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti HLK-a, direktor tečaja/radionice
42. Stipešević Rakamarić Irena, voditeljica Djalatnosti za javno zdravstvo i socijalnu medicinu ZZJZ-a Varaždin, član Savjeta za zdravlje, javno-zdravstvo@zzjzv.hr
43. Šklebar Ivan, predsjednik Savjeta za zdravlje Bjelovarsko-bilogorske županije, koordinator tima za zdravlje BBŽ-a, pomoćnik ravnatelja za kontrolu kvalitete OB-a Bjelovar, ivan.sklebar@obbj.hr
44. Šogorić Selma, izvršna direktorica Motovunske ljetne škole
45. Švagelj Marija, spec. kirurg OB-a Vinčkovci, predsjednik Povjerenstva HLK-a za VSŽ, član Vijeća HLK-a, član Savjeta za zdravlje
46. Tanasić Jasmina, šef Odjeljenja za društvene djelatnosti stalne konferencije gradova i opština Srbije, jasmina.tanasic@skgo.org
47. Vončina Luka, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, rukovoditelj Službe za lijekove i medicinske proizvode
48. Zombori Dejvid, psiholog, Služba za javno zdravstvo, Zavod za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije, Županijska 9, Požege, prevencija.ovisnosti@zjjz-pozeg.hr

# Sustav akreditacije

Josipa Meštrović

• Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu (u daljem tekstu Agencija) organizirala je u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom i DNV Healthcare & Biorisk seminar „Uvod u sustav akreditacije bolničkih zdravstvenih ustanova“ koji je održan je 5. srpnja u Splitu, 6. srpnja u Rijeci, 8. srpnja u Zagrebu i 9. srpnja u Osijeku.

Ravnatelj Agencije, **Renato Mittermayer**, dr. med., upoznao je sudionike o njenoj ulozi u akreditaciji bolničkih zdravstvenih ustanova. Ona uvodi i provodi akreditaciju na svim razinama zdravstva po utvrđenim prioritetima, nacionalnim standardima i kliničkim pokazateljima kvalitete. Akreditacija je najučinkovitiji način vanjskog vrednovanja rada, u smislu unapređenja kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Akreditacija je priznanje za pružanje kvalitetne i sigurne zdravstvene zaštite kroz evaluciju bolničke zdravstvene ustanove i zdravstvenih usluga koje ta ustanova pruža, napominje mr.sc. **Drago Paušek**, dr. med., zamjenik ravnatelja Agencije u svom izlaganju „Zašto i što je akreditacija“. Akreditacija je način vanjskog vrednovanja koji ocjenjuje uskladenost s akreditacijskim standardima u

okviru jasno definiranog akreditacijskog postupka. Akreditacijski postupak jest dobrovoljan postupak koji se obavlja na zahtjev nositelja zdravstvene djelatnosti sukladno akreditacijskim standardima utvrđenim pravilnikom iz Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite.

Članica Izvršnog odbora Hrvatske liječničke komore **Katarina Sekelj-Kauzlaric**, dr. med., prikazala je ulogu Komore u zdravstvu Republike Hrvatske te u akreditaciji bolničkih zdravstvenih ustanova. Komora daje mišljenje o Planu i programu mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite te o pravilniku o akreditacijskom postupku, akreditacijskim standardima i akreditaciji koji na prijedlog Agencije donosi ministar zdravstva.

Mr.sc. **Nada Vađić**, mag. pharm., savjetnica za akreditaciju u Agenciji, definirala je organizacijski sustav kvalitete u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Sudionicima seminara prikazala je piramidu kvalitete koja kao svoju bazu uzima sve zdravstvene radnike u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Potom se u piramidi nalaze jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite. Zakonom

o kvaliteti zdravstvene zaštite utvrđeno je da jedinice prikupljaju, obraduju, rasporeduju i čuvaju podatke o provjeri kvalitete zdravstvene zaštite te uz to obavljaju i administrativne poslove koji se vežu uz osiguranje i unapređenje zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi. Povjerenstvo za unutarnji nadzor i Povjerenstvo za kvalitetu nadziru rad jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite. Rad jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, te rad Povjerenstva za unutarnji nadzor i Povjerenstva za kvalitetu organizira i koordinira pomoćnik ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor.

Isto tako, mr.sc. Nada Vađić, mag. pharm., navela je prisutnima CroS, tj. hrvatske akreditacijske standarde za bolničke zdravstvene ustanove s posebnim osvrtom na standard Sustav upravljanja kvalitetom. Ravnatelj Agencije Renato Mittermayer, dr.med., prikazao je standard Djelatnost anestezije.

U drugom dijelu seminara je **Krešimir Paliska**, dipl.ing., predstavnik DNV Healthcare & Biorisk, upoznao prisutne na sam postupak akreditacije. Bolničke zdravstvene ustanove, koje se žele akreditirati, prijavljuju se Agenciji te kad ona prihvati prijavu s njom sklapaju ugovor o akreditaciji.

Akreditacija pokriva sva područja rada i prakse dotične bolničke zdravstvene ustanove, a namjera joj je osigurati da bolnica primjerno poštuje uvjete sigurnosti i kvalitetu skrbni za bolesnika. Nakon sklapanja ugovora, bolnica koja se želi akreditirati vrši unutarnji audit, tj. procjenu vlastitog rada u usporedbi s akreditacijskim standardima. Prema rezultatima unutarnjeg auditu donosi se odluka o akreditacijskom pregledu i ocjenjivanju.

Moguće je prije akreditacijskog pregleda dogovoriti preliminarni posjet. Tijekom preliminarnog posjeta procjenjuje se stvarna pripremljenost bolničke zdravstvene ustanove. Akreditacijski pregled i ocjenjivanje započinje uvodnim sastankom na kojem se utvrđuje plan akreditacijskog pregleda i ocjenjivanja. Nakon uvodnog sastanka ocjenitelji vrše pregled i akreditacijsko ocjenjivanje koje uključuje pregled dokumentacije, razgovor sa zaposlenicima, razgovor s pacijentima i njihovim obiteljima, obilazak prostorija, pregled opremljenosti te ostale popratne radnje potrebne za akreditacijsku ocjenu. Pronalasci auditora komentiraju se na završnom sastanku, a izvještaj o ocjenjivanju dobiva Odbor za akreditaciju, koji donosi preporuku ravnatelju Agencije o odluci o akreditaciji. Trajanje postupka akreditacije ovisi o broju dana potrebnih za procjenu sustava akreditacije koji, pak, ovise o veličini i složenosti bolničke organizacije.



Seminar je bio namijenjen ravnateljima bolnica, pomoćnicima ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor, glavnim medicinskim sestrama, voditeljima jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite te predsjednicima stručnih vijeća. Vrlo aktivan bio je dio seminara gdje su prisutni pomoćnici ravnatelja za kvalitetu pokazali kako se spomenuti teorijski dio primjenjuje u praksi.

Pomoćnici ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor, koji su iznijeli

stanje jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite u svojim bolnicama, bili su: Zoran Aleksijević, dr.med. (OB Vukovar), prof.dr. Jugoslav Bagatin, dr.med. (KBC Split), Milan Bitunjac, dr.med. (OB „Dr. Josip Benčević”, Slavonski Brod), Boris Grdić, dr.med. (OB Pula), doc.dr. Ivan Hećimović, prim., dr.med. (KBC Osijek), Jadranka Korda, dr.med. (OB Vinkovci), Dražen Oršulić, dr.med. (OB Nova Gradiška), Petar Petrić, dr.med. (OŽB Požega), Gordana Slavetić, dr.med. (ravnateljica OB „Tomislav Bar-

dek”- Koprivnica), prof.dr. Kata Šakić, prim., dr.med. (KB „Sveti Duh”), Zlatica Vezmar, dr.med. (Daruvarske toplice - specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju).

(josipa.mestrovic@aaz.hr)

.....

# Outsourcing\*

## Jedan od najmoćnijih instrumenata za gospodarski oporavak zdravstva

Prim. dr. Berislav Skupnjak, Zagreb

• Može se reći da praktički nema zemlje u svijetu kao ni sektora poslovanja koje ne pati od posljedica univerzalne recesijske pandemije. Krizne nedaće zahvaćaju i sustave zdravstva svugdje u svijetu, ali i s određenim otežavajućim okolnostima, imajući u vidu da je stalno aktualan sve veći raskorak između subjektivno i objektivno uvećanih pojava zdravstvenih potreba te sve teže dobavljaljivih sredstava za njihovo zadovoljenje. Kako se i Hrvatska nalazi u središtu zbivanja koja imaju karakter već balansiranog i dominirajućeg sloganata "gospodarski oporavak" što, dakako, zahvaća i sustav zdravstva pa se čini zahvalnim i pragmatičnim skrenuti pozornost na jednu metodu koja se sve više udomaćuje u međunarodnom zdravstvu a koja može znatno pridonijeti smanjenju troškova u toj javnoj djelatnosti a pritom i značajno podići kvalitetu rada zdravstvenih ustanova. To ne samo da se odnosi na bolničke sustave koji su upravo sada podvrgnuti nekim preustrojbenim pothvatima već svaka konstruktivna zamisao o strukturalnim i kadrovskim promjenama u bolničkim sustavima može biti od razumljivog interesa.

Podsetimo se da su bolnice najsloženiji sastavak zdravstvenog sustava uopće, da zapošjavaju i najviše zaposlenika, a dugo godina - jedno od kritičkih zapažanja za rad bolnica uočava „nesimpatičan“ omjer između broja medicinskog i nemedicinskog osoblja. To po mnogima otežava rad bolnica, čini ih

prenatrpanim osobljem; dapače kao nigdje nemedicinske službe nerijetko rastu bržom dinamikom nego što je to slučaj s onima bitnima za bolnice tj. medicinskim.

Poradi takvoga stanja stvari neke su zemlje zarana (među njima Švedska sa službama prehrane, pa sada Japan koji je praktički najdosljednije proveo mjeru tzv. outsourcinga i sl.) počele uvađati u poslovanje bolnica tzv. outsourcing sistem.

Po jednoj definiciji outsourcing je model upravljanja i funkcioniranja kojim neka ustanova izdvaja svoje neke procese i daje ih na upravljanje i provedbu drugoj kompaniji. Znatna je prednost takvog pristupa fokusiranje ustanove za svoje osnovno medicinsko poslovanje dok se i sadržajne medicinske službe mogu udružiti s drugim takvim službama u drugim bolnicama i također postići povećanu kvalitetu svoga rada a pri tome ostvarivati primjeren dohodak.

Ima i jedno tumačenje da se s outsourcingom može uštedjeti do 25% rashoda na poslovima koji su nemedicinskog karaktera. Cjelokupni opus tih nemedicinskih djelatnosti koje funkcioniraju u bolnici mogu se svesti na sljedeće:

- čišćenje
- zaštitarska funkcija
- bolnička prehrana
- računovodstvo i financije
- tehničko održavanje
- grijanje, vodoopskrba, kanalizacija,

odvodnja, održavanje, oprema i instalacije,

- praonica rublja
- hortikultura.

Kad bi se neka ustanova bolničkog karaktera odvila na taj postupak ne samo da bi polučila smanjenje rashoda, već bi zacijelo i povećala kvalitetu svoga rada i bolju organizacijsku shemu jer bi - uz ostalo - imala bolji pregled nad radom nemedicinskih službi, dobila bi na određenom prostoru i opremi i smanjila bi kadrovsku preopterećenost ustanove te na taj način povećala obim i sadržaj svoga poslovanja.

Za takvu su soluciju pogodni veliki gradovi u kojima bi se nakon javnih natječaja zacijelo pod povoljnim uvjetima javljale pojedine specijalizirane nemedicinske institucije i na taj način povećale kvalitetu svog poslovanja.

Postupak uvođenja outsourcinga po prirodi stvari nešto je složeniji ali u svakom slučaju vrlo isplativ. Nužno bi bilo raspisati javni natječaj (nakon prethodno izrađenih izračuna) za rad pojedine nemedicinske službe u nekoj bolnici. Nakon odabira najpogodnije ponude uvijek se u ugovoru može navesti da se takav natječaj ponavlja svake godine, što bi omogućilo da se u konkretnim uvjetima za nemedicinske službe očekuje bolja kakvoća njihova rada.

Sve u svemu, hrvatsko zdravstvo ne bi smjelo ostati imuno od preustrojstava koja se dešavaju u nekim sustavima zdravstva u drugim zemljama. Jedan je takav primjer "outsourcing" koji, uz ostalo, predviđa moguće specijaliziranje i spajanje brojnih nemedicinskih službi a koje su sada individualno razmještene u svakoj bolnici. Kada bi se to primijenilo i u Hrvatskoj, tada bi se smjelo ustvrditi kako je to značajan doprinos hrvatskog zdravstva velikoj međunarodnoj i nacionalnoj kampanji koja se sažeto počinje sve češće nazivati "gospodarski oporavak".

.....

\* Outsourcing teško je prevod engleski termin. To je način eksternalizacije po kojem matični pravni subjekt pod ugovorom angažira druge provoditelje da se bave djelatnostima koje nisu njegov primarni sadržaj. U našem slučaju bolnice angažiraju nemedicinske ustanove.

# Primjer specijalizanata iz psihijatrije

## Zaključci godišnjeg foruma EFPT-a

Dr. sc. Martina Rojnić Kuzman, predsjednica EFPT-a i dr. sc. Nikolina Jovanović, predsjednica Sekcije mlađih specijalizanata i specijalista psihijatrije HPD-a

• Naša zemlja je ove godine bila domaćin godišnjeg foruma Europskog udruženja specijalizanata psihijatrije (*European Federation of Psychiatry Trainees; EFPT*). U organizaciji Sekcije mlađih psihijatara i specijalizanata psihijatrije Hrvatske pri Hrvatskom psihijatrijskom društvu i EFPT-u, specijalizanti psihijatrije iz čak 28 europskih zemalja, ukupno njih 130, boravili su u Dubrovniku od 1. do 5. lipnja. Važnost je foruma u tome što se zaključci, u obliku pismenih smjernica i preporuka, dostavljaju svim partnerima Europskog udruženja specijalizanata psihijatrije uključujući i najvažnijeg, a to je Europsko udruženje medicinskih stručnjaka (UEMS) čiji je EFPT punopravni član. Na taj način EFPT aktivno surađuje s UEMS-om i drugim tijelima koji na europskoj razini propisuju standarde specijalističkog usavršavanja. EFPT je prvo i jedino međunarodno udruženje koje trenutno okuplja 28 nacionalnih udruženja specijalizanata (<http://www.efpt.eu/>). Hrvatsku predstavlja Sekcija mlađih psihijatara i specijalizanata psihijatrije Hrvatske, pri Hrvatskom psihijatrijskom društvu (HPD), jedina stručna organizacija specijalizanata i mlađih specijalista psihijatrije u Hrvatskoj (<http://mladi.psихjatrija.hr/>).

Tijekom ovogodišnjeg foruma svi su delegati iscrpno upoznati s trenutnim stanjem i pitanjima s kojima se suočavaju specijalizanti diljem Europe. Tri su glavna pitanja:

1. Neprimjerena provedba programa specijalizacija iz psihijatrije. Ovo se specifično odnosi na zemlje u kojima programi specijalizacije trenutno prolaze reformu, među njima i na Hrvatsku, zatim na zemlje u kojima se iz niza razloga programi u praksi ne provode na način kako je to predviđeno (npr. Hrvatska, Češka, Estonija, Grčka, Slovačka, Rumunjska), te na zemlje u kojima je propisani program specijalizacije neprimjerjen ili ne postoji (npr. Bjelorusija, Rusija, Ukrajina gdje se nekad sastoji od nekoliko tečajeva u trajanju do dvije godine). To može biti posljedica premalog broja liječnika specijalista, što podrazumijeva da specijalizanti rade zadatke za koje nisu pripremljeni ili da rade bez predviđene supervizije (npr. Njemačka, Švedska, Švicarska), ali i posljedica loše organizacije i nedostatka akreditiranih ustanova za edukaciju (npr. Estonija, Grčka, Rusija, Srbija).

2. Neprimjerena provedba edukacije iz psihoterapije. U samo tri europske zemlje uključen je trening iz psihoterapije u program specijalizacije te ga potpuno financiraju državne institucije ili bolnica (Finska, Nizozemska, Norveška). U ostalim državama program iz psihoterapije se provodi se tek djelomično (kroz vođenje nekoliko slučajeva, sa supervizijom) koji financira dijelom ili u cijelosti država, dok je dio vlastite edukacije uglavnom preporučen, ali financira ga sam specijalizant.

U tri države (Austrija, Njemačka, Švicarska) program psihoterapije obvezan, u cijelosti ga financiraju specijalizanti i za to plaćaju od nekoliko tisuća Eura, pa od više od 20 000 Eura. U konačnici, u pojedinim državama uopće ne postoji trening iz psihoterapije unutar standardnog programa iz psihijatrije premda po završetku specijalizacije, specijalist psihijatrije dobiva naziv psihijatar i psihoterapeut (npr. Francuska). Prema videnju specijalizanata glavni je problem nedostatnost takvog treninga, osobito visoka cijena. Da su toga svjesni i naši stariji kolege naglasila je i prof. dr. Eva Palova, predstavnica UEMS-a, koja je u svom predavanju o psihoterapiji iznijela potrebu da se ova grana psihijatrije, koja joj izmice, ponovo vrati u redovnu edukaciju.

3. Nedostatna supervizija rada specijalizanata. U većini država nedostaje supervizija, u ovom slučaju edukacijska, odnosno klinička. To se povezuje s nedostatkom liječnika specijalista, nedovoljnom stimulacijom mentora i drugim razlozima, a alarmantno je što je ovaj dio specijalizacije zanemaren jer predstavlja glavni način učenja i uvodenja u struku, a da ne spominjemo zakonske osnove toga.

U nastavku foruma definirani su problemi kojima će se EFPT specifično posvetiti tijekom sljedeće godine. U to ime je formirano sedam radnih skupina. Jedan od prioriteta bit će i evaluacija programa specijalizacije diljem Europe.

Kao dio Forum, organizirali smo i dvodnevni program posvećen domaćim specijalizantima u kojem je sudjelovalo pedesetak kolega. Otvorio ga je predsjednik HPD-a prof. dr. Ljubomir Hotujac, a osim radionica iz područja komunikacije i jačanja rada u grupi (dr. Tea Vukušić Rukavina), organizirali smo i radionicu o poremećajima osobnosti u kojoj su kao predavači i diskutanti sudjelovali doc. dr. Darko Marčinko, dr. Nadica Buzina i psihoterapeutkinja mr. sc. Sanja Borovečki Jakovljev. U znanstvenom dijelu ovogodišnjeg foruma, gdje su sudjelovali svi specijalizanti, gostovali su stručnjaci iz područja neuroznanosti (prof. dr. Zdravko Petanjek) i psihijatrijske genetike (prof. dr. Thomas Schulze), ali i psihijatrije. Prof. dr. Henning Sass, kao predstavnik Europskog psihijatrijskog udruženja, naglasio je važnost deskriptivne psihijatrije u edukaciji budući da je to još uvijek temeljni instrument u procjeni bolesnika, unatoč sve većim tehnološkim dostignućima na području dijagnostike. Zaključno, uvodeći i društvenu dimenziju, prof. dr. Norman Sartorius dao je pregled velikih društvenih promjena posljednjih desetljeća i povezao ih s razvojem psihijatrije, te naglasio potrebu redefiniranja paradigmi psihijatrije u svjetlu tih promjena.

41





## novosti iz medicinske literature

Kirurški zahvat značajan u liječenju nemetastatskih retroperitonealnih i abdominalnih sarkoma

• Itrij-90 radioembolizacija efikasna za nerezektabilne jetrene metastaze primarnih neuroendokrinih tumora

• Niska stopa ozbiljnih komplikacija i smrti nakon barijatrijskih operacija

• Uzorci iz svih lumena katetera trebali bi biti kultivirani kako bi se dijagnosticirale infekcije krvotoka

• Probiotici bi mogli prevenirati pneumoniju vezanu za mehaničku ventilaciju

• Srčani zastoj koji su prepoznali prehospitalni promatrači ima bolji ishod

• CT angiografija možda nije neophodna kod sumnje na plućnu emboliju

• Povećan unos fruktoze povećava krvni tlak

• Hiperglikemija tijekom akutne bolesti predviđa povećan rizik za dijabetes tipa 2

• Nakon hematohezije nema potrebe za hitnom kolonoskopijom

• Djeca rođena carskim rezom imaju povećan rizik za celijakiju

• Pretila djeca imaju povećan rizik za GERB

• Glavobolje adolescenata povezane sa smanjenom tjelesnom aktivnošću, prekomjernom težinom i pušenjem

• Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

### • Kirurški zahvat značajan u liječenju nemetastatskih retroperitonealnih i abdominalnih sarkoma

• Bolesnicima s primarnim nemetastatskim retroperitonealnim i nevisceralnim abdominalnim mekotivnim sarkomima trebalo bi uvijek biti ponuden kirurški zahvat kao opcija liječenja, rezultati su studije objavljene u *Archives of Surgery*. Analizirajući podatke iz tzv. SEER baze podataka (Surveillance, Epidemiology, and End Results), **Tseng** i sur. došli su do zaključka da adjuvantna radioterapija daje najbolje rezultate i svakako se preporučuje za bolesnike u ranom stadiju bolesti. Kod otprilike 2000 bolesnika dijagnosticira se retroperitonealni ili abdominalni sarkom svake godine u SAD-u. Iako su kirurški tretman i iradijacija glavne terapijske opcije, njihov utjecaj nije potpuno definiran na studijama s većim brojem bolesnika tvrde autori.

Njihova kohortna studija uključivala je 1901 odraslog bolesnika s lokoregionalnom bolešću, od kojih je 1547 podvrgnuto operaciji, 372 su podvrgnuta i kirurškom zahвату i iradijaciji, a 64 samo iradijaciji. Ukupno 589 bolesnika umrlo je tijekom 2-godišnjeg praćenja. Stope srednjeg preživljjenja bile su: 7 mjeseci bez terapije, 12 mjeseci samo s iradijacijom i više od 24 mjeseca ako su podvragnuti kirurškom zahvatu bez obzira jesu li dodatno zračeni. Analizirajući podatke autori su došli do rezultata da resekcija smanjuje mortalitet za 65% kod bolesnika u stadiju I i za 76% u stadiju II/III bolesti. Kod bolesnika u stadiju I smanjio je dodatak iradijacije kirurškoj terapiji mortalitet za dodatnih 51%, međutim statistički značajne koristi nije bilo u stadiju II/III.

Iako se iradijacijska terapija rutinski preporuča bolesnicima u uznapredovaloj fazi bolesti, rezultati ove studije s obzirom na status rubova i rezidualne bolesti pokazuju da će od iradijacije imati najviše koristi bolesnici s operabilnim sarkomom u ranijem stadiju. S druge strane, reseksijska kirurška terapija trebala bi se ponuditi svim bolesnicima.

Autori studije također govore i o ograničenjima ove studije koja uključuju nedostatak podataka o specifičnostima i režimima iradijacijske terapije, statusu ruba preparata kao i histologiji samog tumora. (Arch Surg. 2010;145:426-431.)

*Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.*

### • Itrij-90 radioembolizacija efikasna za nerezektabilne jetrene metastaze primarnih neuroendokrinih tumora

• Itrij-90 radioembolizacija pokazuje obećavajuće rezultate za liječenje nerezektabilnih jetrenih metastaza neuroendokrinog porijekla, rezultati su studije objavljene u *Annals of Surgery*. **Morris** i sur. (St. George Hospital, Kogarah, New South Wales, Australija) tvrde da se ovaj pristup može koristiti kod određene skupine bolesnika. Bolesnici s niskim hepatalnim tumorskim 'opterećenjem', s dobro-diferenciranim tumorom, ženskog spola i bez ekstrahepatalnog proširenja bolesti mogli bi profitirati od ovog pristupa, tvrde autori. Istraživači su analizirali faktore koji utječu na terapijski odgovor odnosno preživljjenje u otvorenoj studiji (faza II) kod 48 bolesnika s neuroendokriniim metastazama jetre liječenih itrij-90 radioembolizacijom.

Bolesnici su dobivali prosječnu dozu itrij-90 od 1,94 Gigabekerela (GBq), ekivalent 5,24 curie, u srednjem vremenu od 48 mjeseci nakon dijagnoze primarnog tumora. Tri (6%) bolesnika zahtjevala su privremenu balon okluziju za smanjenje postotka arteriovenskog plućnog shunta ispod 20% iako je ukupno procijenjeni postotak shunta pluća iznosio 7,3%.

Dvadeset i šest od 47 bolesnika (54%) praćenih nakon mjesec dana od inicijalne radioembolizacije imalo je kompletan (7 bolesnika, 15%) ili djelomičan (19 bolesnika, 40%) odgovor na terapiju. Upravo ovim postotkom komplettnog odgovora zadovoljni su autori i to je rezultat koji se značajno razlikuje od komplettnog odgovora nakon transkateterske arterijske kemoembolizacije.

Jedanaest bolesnika (23%) imalo je stabilnu bolest, a 11 progresiju bolesti nakon radioembolizacije. Preživljjenje je iznosilo 87% nakon godinu dana, 62% nakon 2 godine i 46% nakon 3 i 5 godina. Razina serumske alkalne fosfataze značajno je porasla u 6-mjesečnom razdoblju, ali nije bilo značajnih promjena razine serumskog albumina, aspartat-transaminaze (AST), alanin-aminotransferaze (ALT) i ukupnog bilirubina. Samo je jedan bolesnik razvio stupanj 3 serološke toksičnosti nakon terapije.

Ohrabrujući rezultati ove studije nalažu daljnje prospективne studije, osobito kad drugi terapijski modaliteti uključeni u

liječenje nerezektabilnih jetrenih metastaza primarnih neuroendokrinih tumora daju nekonistentne rezultate, zaključuju autori. (Ann Surg. 2010;251:910-916.)

*Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.*

### • Niska stopa ozbiljnih komplikacija i smrti nakon barijatrijskih operacija

• Stopa ozbiljnih komplikacija tijekom i nakon barijatrijske kirurgije niska je i iznosi oko 2,5%, a nije vezana za centre izvrsnosti (Center of Excellence - COE) iako je nešto niža stopa prisutna u bolnicama većeg volumena za ovu vrstu operacija, rezultati su studije objavljene u *Journal of the American Medical Association*. Upravo su **Birkmeyer** i sur. (University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA) napravili analizu s obzirom na zabrinutost vezanu za sigurnost barijatrijske kirurgije i varijabilnosti među institucijama. Zbog toga su American College of Surgeons i American Society for Metabolic and Bariatric Surgery implementirali programe za akreditaciju bolnica kao centre izvrsnosti za barijatrijsku kirurgiju.

Osim same usporedbe stopa komplikacija po pojedinim zahvatima među bolnicama, autori su analizirali odnos između volumena operacija, akreditacije bolnica i bolničke sigurnosti. Studija je uključila podatke 25 bolnica i 62 kirurga u državi Michigan.

Kratkoročni morbiditet procijenjen je kod 15.275 bolesnika podvrgnutih želučanom premoštenju, 'sleeve' gastrektomiji i laparoskopskom postavljanju podesive želučane vrpce u razdoblju 2006-2009. Ukupno 7,3% bolesnika imalo je komplikacije, najčešće vezane uz infekciju rane i druge lakše (manje) komplikacije. Želučano premoštenje povezano je s najtežim komplikacijama po stopi od 3,6% (95% interval pouzdanoosti [CI], 3,2% - 4,0%). Stopa za 'sleeve' gastrektomiju iznosi 2,2% (95% CI, 1,2% - 3,2%), a stopa za laparoskopsko postavljanje podesive želučane vrpce 0,9% (95% CI, 0,6% - 1,1%; P < .001).

Mortalitet je rijedak, s ukupnom stopom od 0,12%. Mortalitet iznosi 0,14% kod želučanog premoštenja i 0,04% kod laparoskopskog postavljanja podesive želučane vrpce, a kod 'sleeve' gastrektomije nije zabilježen niti jedan smrtni slučaj.

Nakon prilagodbe prema karakteristikama bolesnika i postupaka, stopa ozbiljnih komplikacija varirala je otprilike dvostruko među bolnicama od 1,6 do 3,5%. Što je više

## novosti iz medicinske literature

zahvata izvršeno u bolnici to je manji rizik ozbiljnih komplikacija. Bolnice koje su izvršile manje od 150 zahvata imale su stopu ozbiljnih komplikacija od 4,1% u usporedbi s 2,3% u bolnicama koje su izvršile više od 300 zahvata godišnje ( $P = .003$ ). Također, iskusniji kurirzi imali su manje ozbiljnih komplikacija; oni s manje od 100 zahvata godišnje imali su stopu od 3,8% u usporedbi sa stopom od 1,9% kod kirurga koji su izvršili više od 250 zahvata godišnje ( $P = .001$ ). Međutim, nije bilo razlike u stopi ozbiljnih komplikacija među bolnicama s COE akreditacijom.

Ograničenja studije uključuju to da je samo 8 bolnica bilo izvan COE akreditacije do kraja razdoblja praćenja tako da je statistička snaga razlike između COE i ne-COE bolnica ispod optimalne. Također, rezultati se možda ne mogu generalizirati izvan američke države Michigan.

Prema navodima autora, ovi podaci mogu poslužiti kao pokazatelji sigurnosti za bolnice koje vrše barijatrijske operacije, s time da rezultati predstavljaju ishode barijatrijske kirurgije koja je moguća, a ne koja se tipično vrši u svim bolnicama u cijelosti. (JAMA. 2010;304:435-442.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

### • Uzorci iz svih lumena katetera trebali bi biti kultivirani kako bi se dijagnosticirale infekcije krvotoka

Dijagnoza infekcije krvotoka vezane uz kateter (catheter-related bloodstream infection - CRBSI) zahtijeva kulture svih lumena svih katetera. Istraživači iz Španjolske preporučuju kultiviranje uzorka iz svih lumena u svim slučajevima u kojima kliničari žele sačuvati i zadržati kateter, dok iz katetera koji će ionako biti izvađeni nema potrebe uopće uzimati uzorce za kulture.

Navedena skupina istraživača procjenila je broj potvrđenih CRBSI epizoda koje bi bile propuštena da uzorci hemokultura nisu bili uzeti iz 1 ili 2 lumena katetera s više lumena u retrospektivnom istraživanju 171 epizode potvrđene CRBSI u 154 bolesnika. Iako je istraživanje bilo retrospektivno, ono pruža najveći broj slučajeva do sada i uključuje sve vrste korištenih katetera u mikrobiološkom laboratoriju.

U 112 epizoda dokazane CRBSI u bolesnika koji su imali kateter sa samo 2 lu-

mena, kultivacija uzorka iz samo 1 lumena rezultirala bi u promašenoj dijagnozi u 27,2% CRBSI epizoda. Slično, u 59 epizoda dokazane CRBSI u bolesnika s troluminalnim kateterom, eliminacija 1 lumena iz uzorkovanja rezultirala bi u promašenoj dijagnozi u 15,8% epizoda, a eliminacija 2 lumena u 37,3% epizoda.

Istraživači su zaključili da ako se želi isključiti multilumenski kateter kao uzrok epizode bakterijemije koristeći diferencijalne kulture, ali se krv uzima samo iz periferne vene ili samo iz nekih lumena, bit će potvrda infekcije promašena u značajnom broju bolesnika. (Clin Infect Dis. 2010;50:1575-1579.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

### • Probiotici bi mogli prevenirati pneumoniju vezanu za mehaničku ventilaciju

Rezultati pilot studije provedene u Omaha, Nebraska, pokazali su da enteralno primjenjeni probiotici koji sadrže *Lactobacillus rhamnosus* GG mogu smanjiti učestalost pneumonija vezanih za mehanički ventilaciju (ventilator-associated pneumonia - VAP) u visoko rizičnih bolesnika. Točan mehanizam djelovanja *laktobacilusa* (ili bilo kojeg drugog probiotika) nije poznat, no opći je dogovor, i podaci to potvrđuju, da se njihova korist vidi putem četiri glavna mehanizma. Oni uključuju: (1) kompeticiju probiotika i patogena za glavne nutrijente; (2) interakciju probiotika s površinama u domaćinovom organizmu na način da smanjuju mogućnost penetracije mikroba u organizam domaćina; (3) sekreciju različitih supstancija od strane probiotika koji stvaraju nepogodne uvjete za rast patogena; (4) stimulaciju domaćinovog imunog sustava od strane probiotika na način da imuni sustav održi sposobnost obraniti se od infekcije - takozvana imunomodulacija.

Istraživanje je bilo randomizirano, dvostruko slijepo i uključilo je 138 odraslih bolesnika koji će s visokom vjerojatnošću zahtijevati mehaničku ventilaciju od najmanje 72 sata. Skupina bolesnika koja je liječena aktivno primila je *L. rhamnosus* suspendirane u sterilnom, na vodi baziranom kirurškom lubrikantu, primjenjenom u orofarinksu, kao i *L. rhamnosus* pomiješan u sterilnoj vodi te dan putem nazogastrične sonde. Placebo je uključivao primjenu biljnog škroba inulina koji je primjenjen na jednak način. Liječenje je započeto u 24 sata od intubacije. Mikrobiološki

potvrđen VAP dijagnosticiran je u 28 od 70 bolesnika (40,0%) u placebo skupini, te u 13 od 68 bolesnika (19,1%) u probiotičkoj skupini ( $p=0,007$ ). Procijenjen broj potreban za liječenje (number needed to treat) je oko 5.

Aktivna intervencija bitno je smanjila učestalost *Clostridium difficile* proljeva i broja dana vezanih za odgovarajuće antibiotsko liječenje. Nisu primijecene nikakve nuspojave vezane za liječenje.

Autori naglašavaju da su njihovi nalazi preliminarni i da ne mogu biti generalizirani na opću populaciju i jedinica za intenzivno liječenje. Isto tako naglašavaju da su bolesnici koji su bili uključeni u njihovu studiju bili jako bolesni (srednji APACHE score ~ 23, srednja duljina trajanja mehaničke ventilacije ~ 10 dana), i da je veličina njihova uzorka bila premala za većinu konačnih zaključaka. Autori naglašavaju opasnost mogućih jatrogenih infekcija, kao što su videne u drugom istraživanju, stoga je nužan skrupulozni nadzor bolesnika te navode da probiotici ne bi trebali biti korišteni u kritično bolesnih bolesnika izvan kliničkih studija dok se ne provedu opsežnija istraživanja kojima će se utvrditi sigurnost i djelotvornost navedenog liječenja za svaku predloženu indikaciju.

(Am J Resp Crit Care Med. 2010 Jun 3. (Epub ahead of print) PMID: 20522788)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

### • Srčani zastoj koji su prepoznati prehospitalni promatrači ima bolji ishod

Ranija primjena naprednih mjera srčanog zbrinjavanja pretpostavljena je kao razlog da su ishodi srčanog zastoja bolji nego za izvanbolničke srčane zastoje osvjeđene ili neosvjeđene od strane promatrača. U prospективnoj, populacijsko-baziranoj kohortnoj studiji o izvanbolničkim srčanim zastojima (out-of-hospital cardiac arrest - OHCA) provedenoj za godinu dana na 10 mjesta u Americi i Kanadi, istraživači su uspoređivali ishode između 9991 odraslog bolesnika čijem su srčanom zastoju svjedočili djelatnici hitne medicinske pomoći (10%), promatrači (prolaznici) (34%) sa svojim reanimacijskim postupcima ili bez njih i, s druge strane, neosvjeđeni infarkti (56%) s mjerama reanimacije koje su proveli promatrači (prolaznici) i bez tih mjera.

Adrenalin je bio korišten u znatno manje slučajeva osvjeđenih od djelatnika

## novosti iz medicinske literature

HMP-a nego u slučajevima čijem nastupu su svjedočili ili nisu svjedočili prolaznici (69% nasuprot 80% i 83%). Ventrikulska tahikardija/ ventrikulska fibrilacija bez pulsa bila je najčešći inicijalni ritam u skupini aresta kojima su svjedočili promatrači i proveli mjere reanimacije, a električna aktivnost bez pulsa bila je najčešći inicijalni ritam u skupini aresta kojoj su svjedočili djelatnici HMP-a. Povratak spontane cirkulacije bio je značajno češći u skupini aresta osvjeđenoj od djelatnika HMP-a (59%) i skupini aresta kojoj su svjedočili promatrači (66% sa i 62% bez mjeta reanimacije) nego u neosvjeđenim skupinama (57% sa i 47% bez mjeta reanimacije). Stopa preživljjenja do otpusta iz bolnice bila je značajno veća u skupini aresta kojoj su svjedočili djelatnici HMP-a (18%) nego u skupini aresta koju su svjedočili promatrači (15% sa i 10% bez mjeta reanimacije) i u neosvjeđenim skupinama (4% sa i 3% bez mjeta reanimacije).

Prisutnost djelatnika HMP-a kada bolesnik doživljava srčani zastoj olakšava neposrednu primjenu naprednih mjeta srčanog zbrinjavanja (uključivši i defibrilaciju) i mjerne reanimacije koje oni pružaju. Edukacija javnosti da kontaktira djelatnike HMP-a čim se razviju ozbiljni simptomi (kao što su bol u prsima, sinkopa, nedostatak zraka) povećat će vjerojatnost da djelatnici HMP-a stignu rano, čime optimiziraju šanse bolesnikovog preživljjenja sa srčanim zastojem.

(Resuscitation. 2010; 81:826.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

### • CT angiografija možda nije neophodna kod sumnje na plućnu emboliju

Prema istraživanju skupine istraživača iz Kalifornije kompjutorizirana tomografska angiografija (CTA) možda nije neophodna kako bi se isključila sumnja na plućnu emboliju (PE) u bolesnika koji nemaju rizičnih čimbenika. Navedeno istraživanje predlaže smanjenje učestalosti ordiniranja CTA procjenom rizičnih čimbenika za tromboemboliju, čime bi se postiglo smanjenje troškova i smanjenje izloženosti zračenju.

Cilj istraživanja bio je ocijeniti učinkovitost procjene rizičnih čimbenika za tromboemboliju sigurnim određivanjem pretestne vjerojatnosti za PE.

Istraživači su retrospektivno pregledali električne medicinske podatke 2003 bolesnika kojima je učinjena CTA kako bi se otkrila moguća PE u razdoblju od srpnja 2004. do veljače 2006 godine. Podaci koje su prikupljali bili su rizični čimbenici za tromboemboliju uključujući dob, spol, imobilizaciju, malignu bolest, hiperkoagulabilno stanje, stanje povišenih vrijednosti estrogena i anamnistički podatak o venskom tromboembolizmu. Istraživači su procijenili značajnost svakog rizičnog čimbenika koristeći se logičkom regresijom.

Od 2003 bolesnika, 1806 (90,16%) imalo je negativan nalaz CTA za PE, a 197 (9,84%) pozitivan nalaz CTA za PE. U skupini koja je imala pozitivan nalaz 6,36% bolesnika pregledano je u hitnoj službi, dok je 13,46% bilo hospitaliziranih bolesnika.

Jedan ili više rizičnih čimbenika bilo je prisutno u 192 (97,46%) od 197 bolesnika s pozitivnim nalazom CTA za PE. Najčešći rizični čimbenik za PE u navedenoj skupini bila je dob od 65 godina ili više, koji je bio prisutan u 69,04%. Rizični čimbenici nisu bili prisutni u 520 (28,79%) od 1806 bolesnika s negativnim nalazom CTA za PE.

Medu svim bolesnicima, osjetljivost ocjene rizičnih čimbenika bila je 97,46%, a negativna prediktivna vrijednost bila je 99,05%. Vjerojatnost da će bolesnik imati pozitivan nalaz na CTA za PE bio je čak niži kod bolesnika koji nisu imali niti jedan rizični čimbenik i negativan nalaz D-dimer. Multivarijantna logistička regresija pokazala je da su značajni svi rizični čimbenici, osim spola ( $P < .031$ ).

Ograničenja navedenog istraživanja uključuju retrospektivni dizajn, pregledavanje nalaza CTA a ne slika, mali broj ispitanika i negativnosti D-dimera, te subjektivna analiza imobilizacije.

CTA se trenutno smatra metodom izbora za postavljanje dijagnoze PE, no izloženost zračenju uvijek je velik izvor brige. Po navedenom istraživanju, u slučaju da ne postoje rizični čimbenici, iznimno je rijetko (0,95% šanse) da će CTA biti pozitivna za PE. Autori smatraju da bi selekcija i trijaža bolesnika bitno pomogli kako bi se smanjili troškovi i izloženost bolesnika zračenju

(Radiology. 2010;256(2):625-32.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

### • Povećan unos fruktoze povećava krvni tlak

U razvijenim zemljama svijeta arterijska hipertenzija je najčešća kronična bolest. U SAD-u prevalencija raste do gotovo trećine ukupne odrasle populacije te se bilježi sve veći udio oboljelih i kod adolescenata. Zbog povećanog rizika za koronarnu bolest srca, kongestivno srčano zatajenje, cerebrovaskularni inzult i kronično bubrežno zatajenje, smatra se da je arterijska hipertenzija odgovorna za 7,1 milijuna smrtnih slučajeva godišnje diljem svijeta. Otpriklje dvije trećine bolesnika s hipertenzijom nije liječeno ili je liječeno neadekvatno. Animalne studije su pokazale da povećan unos fruktoze povećava krvni tlak, dok epidemiološke studije pokazuju različite rezultate. Od 90-ih godina prošlog stoljeća bilježi se znatan porast konzumacije fruktoze u razvijenim zemljama svijeta, najčešće putem zasladieni pića i prehrambenih proizvoda. Autori ove studije proveli su veliku studiju sa zdravim odraslim ispitanicima kako bi ispitali utjecaj unosa fruktoze na krvni tlak. U studiju je uključeno 4528 ispitanika bez arterijske hipertenzije u anamnezi, a prosječan unos fruktoze bio je u njih 74 grama dnevno. Kod unosa fruktoze od minimalno 74 grama na dan, rizik je povećan 26% za vrijednost krvnog tlaka od 135/85 mm Hg pa naviše, 30% za tlak 140/90 mm Hg i više te 77% za vrijednosti tlaka od 160/100 mm Hg i naviše. Povećan unos fruktoze nije se pokazao povezan s razinom urata u serumu, triglicerida, BMI, opsegom struka, općim unosom kalorija i dijabetesom. Istraživači ove NHANES 2003 to 2006 su zaključili kako povećan unos fruktoze povećava rizik za povećan krvni tlak kod osoba koje nisu bolovale od arterijske hipertenzije, a vjerojatno se radi o različitim patofiziološkim mehanizmima. Potrebne su daljnje studije ovog pitanja, a dokazano je kako je konzumacija kalija, alkohola i natrija obrnutu proporcionalno povezana s unosom fruktoze. (J Am Soc Nephrol. Published online July 1, 2010.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.



### Hiperglikemija tijekom akutne bolesti predviđa povećan rizik za dijabetes tipa 2

• Hiperglikemija je dobro poznato stanje koje se često uočava kod akutno i teško oboljelih pacijenata, a često se opisuje kao prolazan poremećaj. Termin hospitalno stečena hiperglikemija označava povišene vrijednosti glikemije koje se dijagnosticiraju nakon akutnih bolesti u bolesnika kojima prije ili tijekom hospitalizacije nije postavljena dijagnoza šećerne bolesti. Za sada nije jasno je li hospitalno stečena hiperglikemija biljeg za dijabetes tj. ukazuje li na pojavu šećerne bolesti u budućnosti kod takvih bolesnika.

Kolega dr. Ivan Gornik sa suradnicima iz KBC-a Zagreb smatra kako se teške, akutne, kritične bolesti često komplikiraju hiperglikemjom koja je uzrokovana medijatorima stresa i upale i da je težina bolesti glavni čimbenik rizika za razvoj hiperglikemije, međutim ona se može pojavit i kod blažih stupnjeva težine bolesti. Kako bi odgovorio na gore navedena pitanja i nedoumice, proveo je petogodišnje longitudinalno-observacijsko istraživanje s ispitanicima koji su hospitalizirani u intenzivnoj jedinici, kao bi utvrdio povezanost poremećenog glukoznog metabolizma i pojave dijabetesa u budućnosti. Kriteriji uključenja bili su negativna osobna anamneza za dijabetes, oštećenju toleranciju glukoze natašte i postprandijalno, te drugi endokrino-loški poremećaji, bolesnici s akutnim pankreatitism te oni na terapiji kortikosteroidma. Svim ispitanicima je određivana razina glikemije iz venske krvi dva puta dnevno (6 h, 18 h), a dnevni unos kalorija je bio 15 kcal/kg/dan. Bolesnici su podijeljeni u 3 skupine prema osnovnoj dijagnozi: sepsa (teška sepsa, septički šok), akutni koronarni sindrom (infarkt miokarda, nestabilna angina) i druge dijagnoze. Pacijenti koji su imali pozitivan OGTT test 4-6 tjedana nakon otpusta iz bolnice isključeni su iz studije, dok je kod preostalih određivana razina glukoze (OGTT) na godišnjoj razini. Tijekom promatranog razdoblja (1998-2004. g.) 2207 bolesnika je hospitalizirano u intenzivnu jedinicu, a 90,6% ih je uključeno u studiju, a nakon provođenja kriterija isključenja 360 ispitanika sa hiperglikemijom i 669 bez hiperglikemije je dalje praćeno. Tijekom petogodišnjeg praćenja ukupno je uključen 591 ispitanik (193 s hiperglikemijom). Prosječna životna dob bolesnika je bila 58 godina, 55% su bili muškog spola, s

ITM-om od 27,3 kg/m<sup>2</sup>. Hiperglikemija je bila učestalija kod osoba s pozitivnom obiteljskom anamnezom za šećernu bolest i sa većim ITM-om. Nakon petogodišnjeg praćenja umrlo je 66 bolesnika (18,3%) iz hiperglikemidske skupine i 102 (15,2%) iz normoglikemidske skupine. Učestalost dijabetesa u hiperglikemidskoj skupini je bila 17,1% u odnosu na 3,5% u normoglikemidskoj skupini, s 5,6 relativnim rizikom za dijabetes. Rizik za oštećenu toleranciju glukoze na tašte i postprandijalno bio je 24,4% za hiperglikemiju a 12,3% za normoglikemiju skupinu. Autori studije su zaključili kako hiperglikemija tijekom teških bolesti povećava rizik za kasniju pojavu šećerne bolesti ili poremećene tolerancije glukoze, stoga se takvi bolesnici trebaju redovito monitorirati u svrhu dijagnostike dijabetesa.  
(Crit Care. Published online July 8, 2010.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

### Nakon hematohezije nema potrebe za hitnom kolonoskopijom

• Prema rezultatima studije publikirane u novom broju časopisa *Am J Gastroenterol*, kolege Loren Laine i Abbid Shah iz University of Southern California, Los Angeles, USA, smatraju kako urgentna kolonoskopija nema prednosti pred endoskopijom koja će se učiniti nekoliko dana poslije, gledajući kao parametre prevenciju daljnog krvarenja, smanjenje broja transfuzija krvnih pripravaka, smanjenje broja dana hospitalizacije ili redukciju materijalnih troškova.

Prema smjernicama Američkog gastroenterološkog društva (American Society for Gastrointestinal Endoscopy), kod teške akutne hematohezije preporučuje se rana kolonoskopija, ali se ne navodi decidirano točno unutar koliko vremena.

U studiju je uključeno 85 ispitanika s hematohezijom i drugim pokazateljima povišenog rizika, poput tahikardije (100 otkucaja u min), sistoličkog krvnog tlaka manjeg od 100 mmHg, potrebe za transfuzijom krvnih pripravaka, ortostatske hipotenzije (pad sistoličkog tlaka veći od 20 mm Hg) ili porasta srčane frekvencije većeg od 20 otkucaja u minuti ili pada hemoglobina većeg od 15g/L tijekom 6 sati.

Gornja endoskopija izvedena je unutar 6 sati od kliničke manifestacije te je pronašla izvor krvarenja kod 13 ispitanika (15%). Preostala 72 bolesnika su metodom slučajnog uzorka podijeljeni u dvije skupine. Kod prve je učinjena urgentna kolonoskopija

unutar 12 sati, a kod drugih elektivna unutar 36-60 sati, obje sa prethodnom klizmom.

Stopa budućeg krvarenja kod urgente skupine bila je 22% i 14% kod elektivne, što nije signifikantna razlika. Kod urgente skupine prosječno trajanje hospitalizacije bilo je 5,2 dana, kod elektivne 4,8 dana. Bolnički troškovi su bili \$27.590 vs \$26.633 (urgenta vs elektivna skupina), a 36% ispitanika kod urgente i 33% kod elektivne skupine zahtjevalo je daljnje intervencije u svrhu dijagnostike ili liječenja GI krvarenja.

Signifikantno više transfuzija krvi bilo je potrebo kod prve, urgente skupine (1,5 jedinica vs 0,7, p = 0,044).

Najčešći uzrok krvarenja bili su divertikuli i unutarnji hemoroidi, potom karcinom debelog crijeva, ulceracije, kolitis, vaskularne ektazije, rektalni varikoziteti i portohipertenzivna kolopatija. Kolonoskopija nije bila dijagnostička kod 22% urgencnih i 33% elektivnih slučajeva. Autori istraživanja zaključuju kako urgentna kolonoskopija kod hospitaliziranih bolesnika s ozbiljnim GI krvarenjem iz donjih dijela probavnog trakta ne poboljšava ishod bolesti niti smanjuje troškove liječenja. Također preporučuju EGDS prije kolonoskopije bez obzira na prisutnost znakova krvarenja iz gornjih dijelova GI trakta, a kod ponavljujuće hematohezije potrebno je ponoviti kolonoskopiju ili učiniti angiografiju.  
(Am J Gastroenterol. 2010 Jul 20. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

### Djeca rođena carskim rezom imaju povećan rizik za celijakiju

• Prema rezultatima članka publiciranog u svibnju u časopisu *Pediatrics*, uočena je povećana incidencija celijakije u djece rođene carskim rezom. Nakon rođenja naglo se mijenja okoliš novorođenčeta iz sterilnih uvjeta u majčinoj utrobi do kolonizacije bakterijama prilikom izlaganja vanjskome svijetu. Već uskoro nakon rođenja uočavaju se bakterije i produkti mikroorganizama, koji se vide u dijelovima crijeva novorođenčadi. Prelaskom na krutu hranu formira se raznovrsna bakterijska flora duž čitavog crijeva, a sastav flore se uvelike razlikuje ovisno o tome je li porod bio vaginalan ili carskim rezom. Razlike u flori imaju za posljedicu oštećenje crijevnog epitela, što pridonosi upalnim promjenama intestinalne mukoze u kasnijim godinama života.

Istraživači su proveli retrospektivnu, multicentričnu studiju s 1950 pacijenata

## novosti iz medicinske literature

kako bi potvrdili povezanost carskog reza i upalnih crijevnih bolesti, od kojih je 1088 bolovalo od Crohnove bolesti, ulceroznog kolitisa, celjakije i drugih gastrointestinalnih bolesti. Na temelju podataka o načinu poroda, gestacijskoj dobi pri porodu, komplikacijama i prehrani došli su do sljedećih zaključaka:

- Između 1991. i 2007. godine porasla je stopa carskog reza s 15% na 30%
- Signifikantan porast stope carskog reza uočen je kod djece s celjakijom (27,6% vs 17,2% u odnosu na kontrolnu skupinu; 95% CI, 1,18 - 2,85).
- Signifikantan porast stope carskog reza nije uočen kod djece s Crohnovom bolesti (19,3%; 95% CI, 0,83 - 1,58), ulceroznim kolitisom (15,4%; 95% CI, 0,55 - 1,38) ili drugim gastrointestinalnim poremećajem (OR, 1,03; 95% CI, 0,62 - 1,69).

Ovi rezultati upućuju na signifikantnu i prethodno opisivanu povezanost carskog reza i celjakije, dok nije uočen povećan rizik za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis kod djece rođene carskim rezom. Također je studija pokazala povećanu incidenciju celjakije u djece koja su dojena duže vremena u usporedbi s kontrolnim skupinama. Autori studije smatraju kako buduće studije trebaju uključiti i druge parametre, poput socioekonomskog statusa, prethodnih carskih rezova,

stanja higijene, pušenja tijekom trudnoće, obiteljske anamneze, genetičkih testiranja i početne prezentacije bolesti. Istraživači zaključuju kako promjene intestinalne flore nakon carskog reza oštećuju homeostazu domaćina i mikroorganizma te narušavaju integritet intestinalne mukoze i pridonose patogenezi crijevnih upalnih bolesti.

(*Pediatrics*. 2010 Jun;125(6):e1433-40.)

*Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.*

### Pretila djeca imaju povećan rizik za GERB

• Gastroezofagealna refluksna bolest (GERB) povezana je s različitim bolestima, uključujući kronične upalne promjene jednjaka i patofiziološke promjene jednjaka koje dovode u konačnici do karcinoma jednjaka. Iako je prevalencija karcinoma u padu, za karcinom jednjaka se očekuje da će se podvostručiti u naredna dva desetljeća. U SAD-u oko 8-25% djece ima GERB. Pretilost je povezana s GERB-om kod odraslih, međutim, mali je broj podataka glede pedijatrijske populacije, tako da rezultati nisu konkluzivni. Znatan porast prevalencije karcinoma jednjaka zasigurno je djelomično povezan s pretilošću kao

epidemijskom pojavom u SAD-u.

Cilj ove velike populacijske studije bio je dokazati povezanost pretilosti i GREB-a kod djece. Broj ispitanika bio je 690.321, u dobi od 2-19 godina, između 2007. i 2008. godine. Na temelju tjelesne mase dječaka su stratificirana po skupinama: normalna, prekomjerna tjelesna težina, umjerena i ekstremna pretilost, a GERB je dijagnosticiran kod 1,5% dječaka i 1,8% djevojčica. Kod djece između 6 i 11 godina GERB-a se javlja kod umjereno pretilih i ekstremno pretilih, a slični rezultati se bilježe i kod starije djece životne dobi, od 12-19 godina. Kod mlade djece, između 2. i 5. godine života, pretilost nije bila signifikantno povezana s GERB-om, iako je uočen povećan statistički neznačajan rizik samo kod ekstremno pretile djece. Kod umjereno pretile djece bilježi se 30%-tno povećan rizik za GERB i 40%-tno povećan rizik kod ekstremno pretile djece u komparaciji s ispitnicima normalne tjelesne težine. Istraživači zaključuju kako pretilost u djetinjstvu i GERB imaju važnu ulogu u riziku za nastanak adenokarcinoma jednjaka i drugih manifestacija GERB-a. Vrlo je važno na vrijeme postaviti dijagnozu i liječiti GERB kod pretile djece jer to smanjuje perzistenciju bolesti i komplikacije bolesti u odrasloj dobi. (Int J Pediatr Obes. Published online July 9, 2010.)

*Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.*

.....

## Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

U suradnji s časopisom Croatian Medical Journal donosimo popis recentnih publikacija hrvatskih autora objavljenih u uglednim inozemnim znanstvenim i stručnim medicinskim časopisima indeksiranim u CC, SCI ili SCOPUS.

**Edmond K, Clark A, Korczak VS, Sanderson C, Griffiths UK, Rudan I.\* Global and regional risk of disabling sequelae from bacterial meningitis: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2010;10(5):317-28.**

Croatian Centre for Global Health, Faculty of Medicine, University of Split, Split, Croatia

**Boultood J, Perry J, Zaman R, Fernandez-Santamaria C, Littlewood T, Kušec R\*, et al. High-density single nucleotide polymorphism array analysis and ASXL1 gene mutation screening in chronic myeloid leukemia during disease progression. Leukemia. 2010;24:1139-45.**

\*Dubrava University Hospital, Zagreb, Croatia

**Galić E, Krpan D, Mirat J, Kušec V. Diversity of bone cell activity as a histomorphometric feature of idiopathic osteoporosis in men. Aging Male. 2010;13:18-24.**

Department of Medicine, Holy Spirit University Hospital, Zagreb, Croatia.

**Čačev T, Jokić M, Lončar B, Križanac S, Kapitanović S. Interleukin-6-174 G/C polymorphism is not associated with IL-6 expression and susceptibility to sporadic colon cancer. DNA Cell Biol. 2010;29:177-82.**

Division of Molecular Medicine, Ruder Bošković Institute, Zagreb, Croatia.

**Berković MC, Jokić M, Marout J, Radošević S, Zjacić-Rotkvić V, Kapitanović S. IL-2-330 T/G SNP and serum values-potential new tumor markers in neuroendocrine tumors of the gastrointestinal tract and pancreas (GEP-NETs). J Mol Med. 2010;88:423-9.**

Department of endocrinology, diabetes, and metabolism, Sisters of Mercy University Hospital, Zagreb, Croatia

**Ćavar I, Kelava T, Vukojević K, Saraga-Babić M, Čulo F. The role of prostaglandin E2 in acute acetaminophen hepatotoxicity in mice. Histol Histopathol. 2010;25:819-30.**

Department of Physiology, School of Medicine, University of Mostar, Mostar, Bosnia and Herzegovina

**Sardelić S, Bedenić B, Šijak D, Colinon C, Kalenić S. Emergence of *Proteus mirabilis* isolates producing TEM-52 extended-spectrum β-lactamase in Croatia. Chemotherapy. 2010;56:208-213.**

Department of Microbiology, Clinical Hospital Center Split, Split, Croatia

**Bedenić B, Goić-Barišić I, Budimir A, Tonkić M, Mihaljević Lj, Novak A, Sviben M, Plečko V, Punda-Polić V, Kalenić S. Antimicrobial susceptibility and β-lactamase production of selected Gram-negative bacilli from two Croatian hospitals: Mystic study results. J Chemotherapy. 2010;22(3):147-152.**

Department of Microbiology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

# Medijska halabuka o "lažnoj" pandemijskoj gripi H1N1v 2009

**Jesu li su postojali oboljeli ili umrli u ovoj pandemiji - pitajte njihove obitelji!**

Ira Gjenero-Margan, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

• Ponukana člancima o „nepostojeočoj pandemiji gripe“ u Lječničkim novinama, a koje pišu laici ili pak liječnici koji nisu interventni epidemiolozi, niti su na bilo koji način sudjelovali u medicinskim protuepidemijskim poslovima u ovoj pandemiji, odlučila sam iznijeti nekoliko činjenica u vezi s pandemijom gripe uzrokovane s A/H1N1 varijantom virusa iz 2009. godine.

Bitne su karakteristike pandemiske gripe:

- pojava oboljelih izvan uobičajene sezone gripe
- komplikacije i teški oblici gripe u mlađih osoba, a ne - što je tipično za sezonsku gripu
- u najstarijoj dobi i među kroničnim bolesnicima
- klinička slika gripe različita po težini i komplikacijama od one kod sezonske gripe
- ukupan broj oboljelih, kako i onih s teškom kliničkom slikom, može biti znatno veći negoli u sezonskoj gripi (što slijedi i veći broj umrlih)
- pandemski virus obično „istisne“ iz cirkulacije sezonski A virus.

Na temelju dnevnog epidemiološkog praćenja kretanja nove H1N1v gripe u Hrvatskoj, kao i anketa provedenih kod hospitaliziranih pacijenata, može se vidjeti kako je epidemija H1N1v u Hrvatskoj imala većinu pandemiskih karakteristika.

## Razlike u sezoni

Za razliku od sezonske gripe, koja se obično javlja oko nove godine, s vrhuncem krajem veljače/početkom ožujka (grafikon 1), nova H1N1v gripe pojavila se usred ljeta, tj. u lipnju, s porastom broja oboljelih u kolovozu i rujnu, te vrhuncem, tj. najvećim brojem oboljelih - sredinom studenog 2009. godine. (grafikon 2). Posljednji puta smo pojavu gripe izvan tipične sezone u Hrvatskoj registrirali

1967. godine za vrijeme hongkongške pandemije izazvane A/H3N2 virusom.

## Hospitalizirani pacijenti

Prosječan broj hospitaliziranih od sezonske gripe u prethodnom šestogodišnjem razdoblju iznosi oko 300 godišnje, za razliku od razdoblja trajanja pandemije A/H1N1v kada je registrirano iz dnevnih izvještaja svih bolnica u Hrvatskoj 2510 hospitaliziranih bolesnika, od čega se njih 86 lječilo u jedinicama intenzivne skrbi.

## Neke osobitosti kliničke slike nove gripe

Na uzorku od 409 anketiranih hospitaliziranih bolesnika u hrvatskim bolnicama s virološki dokazanom A/H1N1v novom gri-

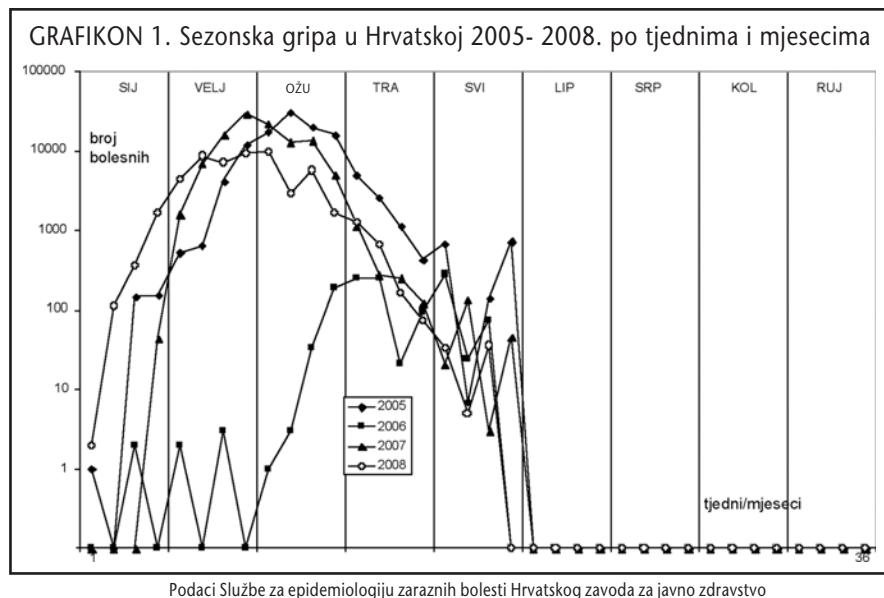
pom, njih 34% imalo je pneumoniju kao dominantnu komplikaciju, a 49% bolesnika s dokazanom A/H1N1v pandemijskom gripom i pneumonijom imalo je primarnu virusnu pneumoniju, što je iznimno rijetka komplikacija sezonske gripe, a velikim je dijelom vjerojatno odgovorna za smrti u španjolskoj gripi 1918. godine.

Infektoazi, epidemiolozi i drugi liječnici koji su imali pacijente s ovom i drugim komplikacijama nove gripe, uključivo akutni respiratorični distres sindrom, vrlo su brzo shvatili da imaju posla s novom do tada većini nepoznatom bolešću. Nije bilo potrebno da nas to upozorava Svjetska zdravstvena organizacija.

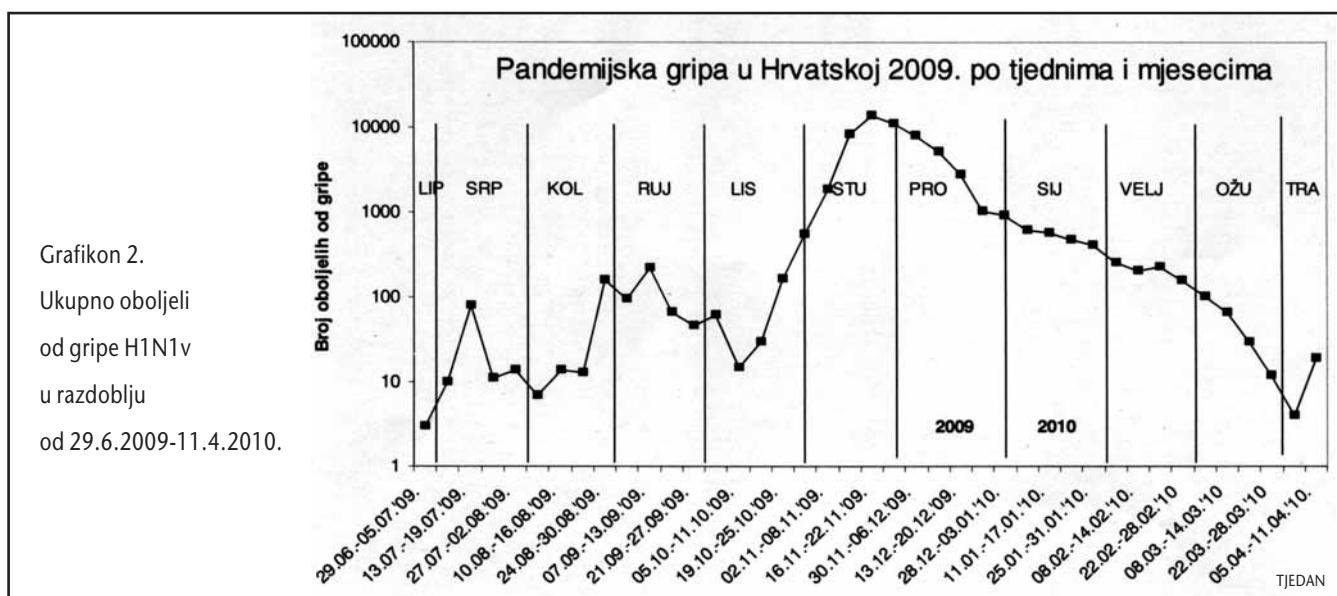
Prof. Yoshihiro Kawaoka, virolog na UW-Madison School of Veterinary Medicine i jedan od koautora rada „In vitro and in vivo characterisation of new swine-origin H1N1 influenza viruses“ (Nature, 2009;460(7258):1021-5), rekao je (odgovarajući na medijske napise o „lažnoj pandemiji“): "Postoji zabuna oko ovog virusa. Ljudi misle da je ovaj patogen sličan sezonskom virusu influence. Naša studija pokazuje da to nije tako. Postoji jasan dokaz da je ovaj virus različit od sezonskog virusa influence. Sposobnost da inficira pluća je osobina zastrašujuće slična onoj pandemiskog virusa iz 1918. godine..."

## Letalitet

U Hrvatskoj je prijavljeno 57 bolesnika koji su umrli od pandemiske gripe (njih 32 s virološki dokazanom gripom). Želimo li usporediti broj umrlih s prosječnim brojem umrlih u sezonskoj gripi, tada treba uzeti sve umrle od gripe (ne samo virološki dokazane)



## svinjska gripa



jer se na isti način rutinski prati broj umrlih od gripe u Hrvatskoj. Valja reći da je kod sezonske gripe, za razliku od ove pandemijske, među umrlima znatno manji broj onih kod kojih je virološki dokazana infekcija. Na grafikonu 3 vidi se broj prijavljenih umrlih u pandemiji izazvanoj novim A/H1N1v 2009 virusom, a koji je, usprkos pisanju medija, na žalost - veći od prosječnog broja umrlih od sezonske gripe u Hrvatskoj.

Podsjecam da se kod gripe rade procjene broja umrlih, tzv. „višak smrtnosti“, koje još nisu učinjene jer nema svih podataka za takvu procjenu. Niti u svijetu ove procjene nisu učinjene pa se nikako ne može uspoređivati broj umrlih u ovoj pandemiji (samo oni kod kojih je dokazan novi virus) s procjenama o više milijuna umrlih u drugim pandemijama koje se baziraju na „višku smrtnost“. Samo je nekolicina europskih zemalja učinila preliminarne procjene viška smrtnosti i utvrdila da taj postoji (veći broj umrlih od svih uzroka smrti u tijeku pandemije), za razliku od pret-

hodne tri godine (Mazzick A. Gergonnel B. et al. Higher all-cause mortality in children during autumn 2009 compared with the three previous years: pooled results from eight European countries Eurosurveillance, Volume 15, Issue 5, 04 February 2010.). Taj je višak smrtnosti registriran u dobi od 0-4 godine i u dobi od 5-14 godina. Iako se radi o preliminarnim podacima, autori upozoravaju da valja provjeriti s kakvom su kliničkom slikom ova djeca umrla.

### Ostali virusi gripe u cirkulaciji

Virus A/H1N1v u Hrvatskoj je potpuno istisnuo sezonske viruse, koje nismo identificirali u tijeku pandemije.

### Umjesto diskusije

Na temelju gore iznesenih epidemioloških podataka očito je da smo imali posla s novim virusom koji ima vrlo jasne pandemijske karakteristike, a koji je, kao što znamo, obišao čitav svijet u vrlo kratkom vremenu.

Svjetska je znanstvena literatura objavila velik dio podataka o pandemiji A/H1N1v 2009, koje nitko od teoretičara „nepostojeće pandemije“ ne citira, niti vjerojatno čita. Među ostalima, finski su epidemiolozi (N Ikonen N, Strengell M et al.) objavili u Eurosurveillance, Volume 15, od veljače 2010., članak pod nazivom „High frequency of cross-reacting antibodies against 2009 pandemic influenza A(H1N1) virus among the elderly in Finland“. Radi se o seroepidemiološkom istraživanju, u kojem su tražili antitijela na novi A/H1N1v 2009 virus u starim serumima iz 2004. i

2005. godine, prikupljenim od osoba različitih dobnih skupina iz različitih dijelova Finske. Osobe rođene između 1909. i 1919. godine bile su imune na novi A/H1N1v2009 virus pandemijske gripe u 96,3% slučajeva. Znatno manju, no još uvijek vidljivu razinu protutijela imali su stanovnici rođeni do 1924. godine, dok mladi više nisu pokazivali značajnu razinu imuniteta na pandemijski virus. Isti su autori pokazali kako genetska i strukturalna analiza hemaglutinina (HA) virusa H1N1v 2009 pandemijske influence visoko korelira sa strukturom virusa španjolske gripe iz 1918. godine i virusa gripe iz Fort Dix 1976.

Chih-Jen Wei1, J. C. Boyington et al. u Sci Transl Med 24 (2) od ožujka 2010. godi-ne objavljaju članak pod nazivom „Cross-Neutralization of 1918 and 2009 Influenza Viruses: Role of Glycans in Viral Evolution and Vaccine Design“, u kojem su prikazali kako su miševi cijepljeni sa sojem virusa influenza iz 1918. godine bili zaštićeni od naknadne letalne infekcije s virusom A/H1N1v iz 2009.

Drugim riječima, imunitet prema novoj pandemijskoj gripi A/H1N1v 2009 je kod najstarijih stanovnika po svemu sudeći posljedica infekcije s virusom španjolske gripe u djetinjstvu. Slični su rezultati i studije K. Hancocka, V. Veguilla et al. objavljeni u New England Journal of Medicine od rujna 2009.

Velika medijska halabuka kojom se uporno dovodi u pitanje pojava pandemije, a sam virus karakterizira kao potpuno bezopasnu običnu sezonsku varijantu, odvraća pozornost od vrlo važnog pitanja - koje je točno porijeklo ovoga novog virusa.

Suočeni s novim virusom s gore navedenim karakteristikama, proveli smo sve protupandemijske mjere koje su u takvoj situaciji nužne, te se u suradnji sa svim zdravstve-

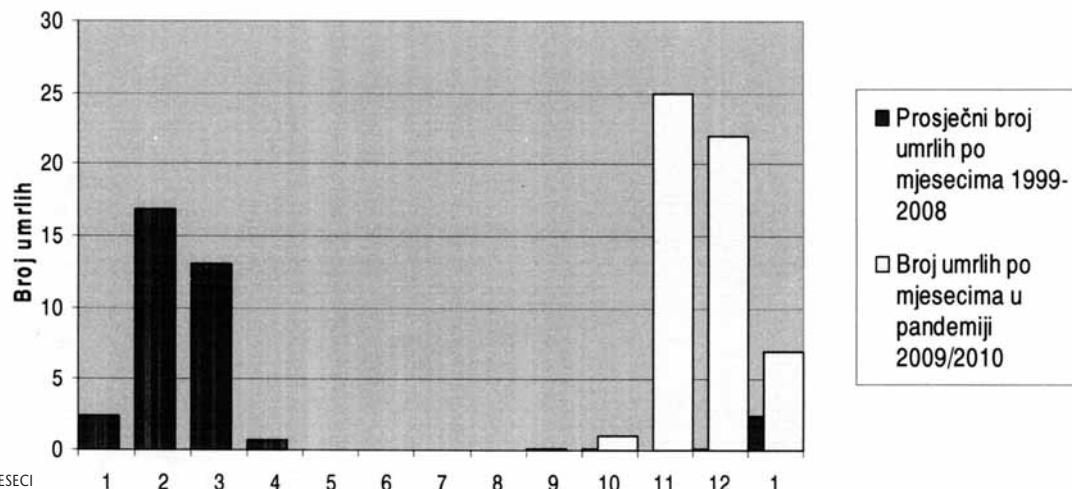
Tablica 1. Ukupan broj hospitaliziranih od gripe (J10-J11) u Hrvatskoj u razdoblju od 2003-2008. i hospitalizirani u razdoblju trajanja pandemije A/H1N1v 2009.

Godina	Broj hospitaliziranih
2003.	668
2004.	433
2005.	426
2006.	87
2007.	311
2008.	292
srpanj-travanj 2009/2010.	2510

Podaci Službe za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

## svinjska gripe

**Prosječni broj umrlih od gripe (J10-J11) po mjesecima u razdoblju 1999-2008 u usporedbi s brojem i sezonstvom umrlih od gripe od početka pandemije 2009**



Podaci Službe za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

nim djelatnicima brinuli o pacijentima, opskrbi lijekovima i cjepivima.

U tijeku pandemije surađivali smo s međunarodnom stručnom zajednicom, te epidemiologima iz Europe, kao i European Centar for Diseases Control (ECDC) u Stockholm, koji je dnevno objavljivao podatke iz svih europskih zemalja, uključivo i hrvatske podatke, o kretanju oboljelih i umrlih, mjerama koje se provode i svim aspektima nužnim za uspješno suzbijanje pandemije. Koristili smo i sve druge izvore informacija, uključivo i one Svjetske zdravstvene organizacije, što je uobičajeno za naš rad na suzbijanju i sprečavanju zaraznih bolesti. Svi se ti izvori informacija dnevno kritički i stručno analiziraju i pomažu u našem radu, no protuependemijske mjere donosimo na temelju praćenja epidemiološkog stanja u Hrvatskoj i one su rezultat našega stručnog znanja i suradnje s epidemiologima unutar naše epidemiološke mreže.

U situaciji pandemije komunicirali smo dnevno i s čitavom zdravstvenom službom u zemlji, radi što bolje koordinacije čitavog protuependemijskog posla, u kojem su dio zadataka imali svi zdravstveni djelatnici u zemlji. Čudi što većina promicatelja ideje o nepostojećoj pandemiji i kritičara Svjetske zdravstvene organizacije vjeruje da epidemiolozi diljem svijeta ne bi ništa učinili za zdravlje svojih stanovnika bez objave ili naloge SZO-a. To bi bio vrlo neobičan pristup u medicini jer svi znamo da je SZO jedna od agencija Ujedinjenih naroda i nije niti zdravstvena ustanova, a kamoli netko tko odlučuje hoće li se ili neće provoditi liječenje, cijepljenje i druge protuependemijske mjere u pan-

demiji, kao niti netko tko odlučuje ima li ili nema pandemije.

Iako čitateljima ovo može izgledati neobično, na temelju našeg dugogodišnjeg bavljenja sa svjetskim i domaćim izvorima informacija, te mogućim sukobom interesa u medicini i posebno epidemiologiji, veća je vjerojatnost da su oni koji umanjuju ili pak negiraju opseg i postojanje pandemije u direktnoj funkciji interesa dijela farmaceutske industrije zainteresirane za prodaju lijekova, a ne obrnuto, kako se sami autori takvih članaka predstavljaju.

Pogotovo je sumnjiv medijski potpomognuti i nevjerojatno organiziran napad na pandemijsko cjepivo, za koje se naknadno i potvrdilo da je sigurno i učinkovito, a što je od početka bilo jasno svim stručnjacima. Diskriminacija cjepiva i cijepljenja imala je za posljedicu pojačano trošenje antivirusnih i drugih lijekova, a što bi moglo biti u interesu i onima koji su pretjerali s naručivanjem velikih zaliha lijekova, a koje je valjalo potrošiti. Često citirana (pa i u Liječničkim novinama) i glorificirana ministrica zdravstva Poljske, koja nije kupila cjepivo za zaštitu svog stanovništva od komplikacija pandemijske gripe, s druge je strane kupila velike količine antivirusnih lijekova. To se u medijima vrlo vješto prešućuje.

Svjetska stručna zajednica imala je dovoljno podataka da procijeni vrijednost i reaktogenost cjepiva, ali je zato bilo vrlo malo podataka za prethodnu procjenu istih karakteristika antivirusnih lijekova u pandemiji. Dakle, „hrabra“ poljska ministrica kupila je bez imalo sumnje antivirusne lijekove, a onda se zabrinula za svoje stanovništvo i ostavila ih bez jedine učinkovite mjere za smanjenje

broja oboljelih s komplikacijama i smrti u pandemiji - cijepljenja.

Vjerujem da je funkcija glasila Hrvatske liječničke komore potpora i unapređenje medicinske struke, što se neće postići davanjem laicima dominantnog prostora u komentarima vezanim uz stručni epidemiološki rad i pojavu pandemije, pa nijeličnicima kojima to nije struka i onima koji niti na koji način nisu sudjelovali u protupandemijskom poslu. Kompromitiramo li sami vlastitu struku, vrlo vjerojatno će u buduće naše pacijente liječiti farmaceutske firme, političari, meteorofozi, ženski časopisi i udruge građana. U tom slučaju svima nam se vrlo loše piše.

No ipak vjerujem da većina čitatelja Liječničkih novina zna prepoznati motive autora takvih uradaka te da nije nasjela na gorljive pokušaje kompromitiranja struke. Isto tako vjerujem da poljska ministrica zdravstva neće obmanuti većinu kolega, kao što joj to nije uspjelo s epidemiologima, ali niti s vrlo uglednom institucijom poljskog ombudsmana (Ured za ljudska prava) u liku njegovog predsjednika Janusza Kochanowskog, koji ju je javno optužio da je, suprotno medicinskoj etici i preporuci stručnjaka, u pandemiji ostavila stanovnike svoje zemlje bez cjepiva.

Kochanowski je spremao i sudsku tužbu protiv ministricice, ali ga je u tome prekinula tragična nesreća, naime poginuo je u padu aviona kod Smolenska na putu u Katinsku šumu, zajedno s drugim visokim poljskim dužnosnicima i predsjednikom Poljske.

- **Cochrane knjižnica objavljuje**
- **sustavne pregledne članke koji**
- **se bave procjenom djetovornosti**
- **intervencija u medicini.**

Na mrežnoj stranici

[www.thecochranelibrary.org](http://www.thecochranelibrary.org) mogu se pretraživati sažetci. Pristup punim tekstovima

Cochrane članaka u Hrvatskoj osigurava Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa korisnicima iz biomedicinskog konzorcija na mrežnoj stranici Centra za online baze podataka:

[www.online-baze.hr](http://www.online-baze.hr), gdje je potrebno kliknuti na pretraživačko sučelje Ovid SP, unutar kojeg se nalazi poveznica na Cochrane Database of Systematic Reviews. Kad u tražilici ove baze pronadete članak koji vas zanima, punom tekstu pristupate preko poveznice EBM Topic Review.

Silvija Maslov Kružičević

### Hipoalbuminemija u nedonoščadi

• Hipoalbuminemija (niska razina albumina u krvi) javlja se u nedonoščadi, primjerice u sklopu respiratornog distres sindroma, nekrotizirajućeg enterokolitisa, i intrakranijalne hemoragije. Jardine i suradnici su željeli procijeniti utjecaj intravenske nadoknade albumina na morbiditet, mortalitet i druge značajne nuspojave kod nedonoščadi primjenom navedene terapije.

Pretražili su više baza podataka, uključili sve randomizirane i kvazirandomizirane kliničke pokuse. U tim studijama ispitanici su bila nedonoščad s hipoalbuminemijom kojoj je infundiran albumin, a kontrolna skupina bila su nedonoščad koja je primala kristaloidne otopine ili je bila bez ikakve infuzije.

Nadene su samo dvije kliničke studije, od kojih jedna ima klinički značajne rezultate. U njoj nisu nadene značajne razlike u morbiditetu, mortalitetu ni u drugim nuspojavama između ispitanika s infundiranim albuminom u odnosu na kontrolnu skupinu. Stoga autori zaključuju da su potrebna daljnja primarna istraživanja. Citation: Jardine LA, Jenkins-Marsh S, Davies MW. Albumin infusion for low serum albumin in preterm newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD004208. DOI: 10.1002/14651858.CD004208.pub2.

### Kisik u akutnom infarktu miokarda

• Većina kliničkih smjernica u provođenju postupaka kod akutnog infarkta miokarda (AIM) preporučuje davanje kisika. Cabello i suradnici željeli su pronaći dokaze koji bi podupirali ovu praksu. Pretražili su više baza podataka i uključili u svoje istraživanje kontrolirane kliničke pokuse te sastavili sustavni pregledni članak. U studijama je uspoređivana smrtnost bolesnika kojima je davan kisik u odnosu na one koji su disali zrak. Također su pratili je li administriranje kisika smanjilo bol u prsimu.

Pronašli su 3 klinička pokusa koji su uspoređivali dvije grupe bolesnika od kojih je jedna dobivala kisik, a druga zrak. Bilo je ukupno 387 ispitanika, od kojih je 14 umrlo. Više smrtnih ishoda bilo je među onima kojima je primijenjen kisik. Autori smatraju da je broj umrlih premašen za statističku analizu, pa su potrebna hitna daljnja istraživanja s više ispitanika, kako bi se utvrdila korist ili šteta rutinske primjene kisika u AIM-u. Citation: Cabello JB, Burls A, Emparanza JL, Bayliss S, Quinn T. Oxygen therapy for acute myocardial infarction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD007160. DOI: 10.1002/14651858.CD007160.pub2.

### Inhibitori 5-alfa-reduktaze u prevenciji karcinoma prostate

• Inhibitori 5-alfa-reduktaze (ISAR) se koriste za liječenje benigne hiperplazije prostate i muške androgene alopecije. Smatra se da ti lijekovi imaju i kemoprotективan učinak na tkivo prostate.

Wilt i suradnici su htjeli procijeniti učinkovitost kao i štetnost ISAR u prevenciji karcinoma prostate. Pretražili su baze podataka, uključili randomizirane kontrolirane kliničke pokuse i sastavili sustavan pregledni članak. Pronađeno je 9 takvih pokusa.

Smanjenje broja karcinoma prostate u onih koji su koristili ISAR bilo je slično između grupa podijeljenih po rasi, dobi (stari 65 godina i više u odnosu na mlade dobne skupine) kao i one s pozitivnom ili negativnom obiteljskom anamnezom. Redukcija u pojavnosti karcinoma prostate bila je isključivo u muškaraca koji su imali vrijednost prostata specifičnog antigena (PSA) manje od 4 ng/ml.

Međutim, korištenje ISAR može također povećati rizik od karcinoma prostate visokog stupnja u muškaraca koji ne idu redovito na pregled prostate (digitorektalni pregled i PSA). Potrebna su daljnja istraživanja za tu skupinu pacijenata.

Citation: Wilt T, MacDonald R, Hagerty K, Schellhammer P, Kramer BS. 5-alpha-reductase inhibitors for prostate cancer prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD007091. DOI: 10.1002/14651858.CD007091.

### Mirovanje ili fizička aktivnost u akutnom lumbosakralnom sindromu

• Akutni lumbosakralni sindrom (ALS) često je stanje zbog kojeg se pacijent javlja liječniku. Sindrom je značajan uzrok izostanaka s posla kao i prijevremenog umirovljenja. U terapiji se obično preporuča uzimanje analgetika i mirovanje. Nije, međutim, posve jasno postiže li se mirovanjem ili fizičkom aktivnosti, odnosno fizioterapijom, brži oporavak, tj. prestanak bolova. Stoga su Dahm i suradnici pretražili dostupnu literaturu, uključili randomizirane kliničke pokuse i sastavili sustavni pregledni članak, kako bi utvrdili kakav savjet o aktivnosti dati pacijentima. Pronađeno je 10 kontroliranih randomiziranih kliničkih pokusa, s ukupno 1923 slučaja. Parametri koji su praćeni bili su bolnost, funkcionalni status i brzina oporavka, odnosno povratka na posao. U dva klinička pokusa (401 ispitanik), kod onih koji su patili od ALS-a, nadeno je poboljšanje u smanjenju bolnosti i boljem funkcionalnom statusu u onih koji su bili fizički aktivni. U ispitanika koji su imali i pridruženi iščas, nije bilo razlike u praćenim parametrima, bilo da su mirovali ili bili aktivni (341 ispitanik). Prethodno navedeni klinički pokusi utemeljeni su na dokazima umjerene kvalitete. Daljnja četiri klinička pokusa procijenjena su kao dokazi niske kvalitete. U tri od njih (931 ispitanik) nisu pronađene razlike u poboljšanju parametara u mirovanju ili fizičkoj aktivnosti. Jedan klinički pokus (250 ispitanika) nije pronašao razliku kod pacijenata s iščasom u mirovanju ili na fizičkoj terapiji.

Autori članka zaključuju da su potrebna daljnja istraživanja da bi se došlo do dokaza visoke kvalitete.

Citation: Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD007612. DOI: 10.1002/14651858.CD007612.pub2.

# Hipertenzija - bolest, rizik ili ... ?

**Vodeći globalni  
zdravstveni problem  
ili jedan od većih problema  
moderne medicine**



Lidija Gajski

• Iako se već se iz samoga naslova rubrike „Drugo mišljenje“ vidi da ovaj članak nije podudaran s općim mišljenjem, uvrstili smo ga da potaknemo čitatelje na kritičnost i razmišljanje, svojstva koja su u našoj struci danonoćno potrebna i sastavni su dio trajne edukacije.

Zamolili smo eksperta za hipertenziju s dugogodišnjim iskustvom, prof. dr. Zvonka Rumboldta iz Splita, da svojim osvrtom poprati ovaj izazovni članak dr. Lidije Gajski, čime je ispunjena i njena želja iz zaključne rečenice.

Urednik

• Povišen arterijski tlak jedna je od najčešćih dijagnoza u kliničkoj praksi i prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji vodeći rizični čimbenik smrti na planeti. Prevalencija hipertenzije među odraslim stanovništvom zapadne Europe iznosi 44%, a tolika je i u Hrvatskoj (prema jednom izvoru; prema drugome je 37,5%). Na pripravke za snižavanje tlaka troši se golem dio zdravstvenih proračuna za lijekove i antihipertenzivi zauzimaju najviša mesta na ljestvici najprodavanijih farmaka.

Vrlo je zanimljivo da hvaljena medicinska znanost još uvek nije uspjela objasniti etiologiju vodeće bolesti današnjice. Esencijalna hipertenzija prihvaćena je kao takva, čime su razmišljanja i napor usmjereni njezinu izlječenju stavljeni na stranu, a pozornost usredotočena tek na njezinu regulaciju. Ni u vezi s patofiziologijom stvari nisu jasne - u pitanju je nekoliko raznorodnih patofizioloških pojava. Osim veze hipertenzije s hemoragijskim inzultom, koja se čini logična, nemamo prihvatljivo objašnjenje njene povezanosti s ishemijskim inzultom, koronarnom i perifernom arterijskom bolesću. U pozadini ovih bolesti je aterosklerotski proces, odnosno suženje i začepljenje arterija (zašto bi povišeni tlak vodio suženju krvnih žila?). Još šezdesetih godina prošlog stoljeća postojalo je rašireno shvaćanje da je hipertenzija obrambeni odgovor na vaskularnu bolest, a i danas ima znanstvenika

koji smatraju da hipertenzija nije uzrok koronarne bolesti, nego tek biljeg rizika, neka vrsta simptoma koji se pojavljuje uz koronarnu bolest.

U slučaju visokih vrijednosti tlaka uz popratne smetnje, hipertenzija kao patološko stanje i njezina definicija ne čine se sporno. Moglo bi je se definirati kao stanje značajno povišenog arterijskog tlaka praćeno tegobama poput glavobolje, smetnji vida, pritiska u prsima, zaduhi i slično. Međutim, takvo određenje hipertenzije u udžbenicima i kliničkim smjernicama nećemo naći. Shvaćanje ovog entiteta nadišlo je okvire tradicionalne medicine koja je lječila ljudе u patnji i proširilo se na populaciju bez subjektivnih smetnji; hipertenzija je dobila obilježe rizičnog čimbenika buduće kardiovaskularne bolesti. U takvim okolnostima definiranje patološkog stanja postaje mnogo zahtjevnije. Vrlo često u tekstovima koji se odnose na hipertenziju nema njezine jasne i eksplicitne definicije. Europske smjernice za hipertenziju citiraju pregledni članak iz 1971. godine u kojem stoji da „hipertenziju treba definirati kao vrijednost arterijskog tlaka kod koje dijagnosticiranje i liječenje čine više dobra no štete“. I sami autori smjernica priznaju da je „bilo kakva brojčana definicija i klasifikacija hipertenzije proizvoljna“. Trenutna granična vrijednost za većinu populacije postavljena je na 140/90 mm Hg. „Treba naglasiti, međutim, da izbor te određene vrijednosti praga za hipertenziju nije niti utemeljen na dokazima, niti univerzalno prihvaćen,“ tvrdi jedan od analitičara i nastavlja: „Četrnaest od 27 nacionalnih društava za hipertenziju koja su sudjelovala na 17. svjetskoj konferenciji Savjeta Lige za hipertenziju (Hypertension League Council) održanoj u Montrealu 1997., prihvatile je dijagnostičku vrijednost od 140/90 mm Hg, dok je preostalih 13 ostalo pri vrijednosti 160/95 mm Hg“ (C. Pater, Trials 2005). Vrijednost 160/95 mm Hg, naime, do tada je smatrana graničnom.

Kad je riječ o graničnoj vrijednosti tlaka valja još napomenuti da se prag od 140/90 odnosi na tlak izmјeren u ordinaciji ili bolnici, dok je za normalu tlaku izmјerenog 24-satnim mjerjenjem ili u kućnim uvjetima određena niža vrijednost - 125-135/80-85 mm Hg.

U zadnje vrijeme uveden je pojam ciljne ili optimalne vrijednosti arterijskog tlaka. To je vrijednost kojoj u terapijskim naporima treba težiti. I taj parametar određuje se dogovorno, na onoj razini gdje se, prema podacima iz istraživanja, procijeni da je pojavnost budućih komplikacija narasla do neprihvatljive razine. Ciljnom vrijednošću tlaka danas se smatra ona niža od 120/80 mm Hg.

Glavna konceptijska i metodološka slabost postupka kojim je definirana današnja granična vrijednost tlaka, odnosno hipertenzija, te njezina ciljna vrijednost, leži u težnji za apsolutnom eliminacijom rizika, te u činjenici da se zaključci izvode isključivo iz problematično protumačenih opservacijskih istraživanja i pokusa s lijekovima. U tom ograničenom diskursu koji se oslanja tek na odabrana znanstvena istraživanja, ne samo da je zanemarena sva složenost i multidimenzionalnost pojmove koristi i štete (iz definicije hipertenzije), već se u spomenutim istraživanjima padajuće vrijednosti tlaka mehanički povezuju s vjerojatnošću padanja srčanožilnih događaja, ne vodeći računa o veličini redukcije rizika koja je na niskim vrijednostima tlaka minimalna, te o činjenici da to vrijedi za spontano niske vrijednosti tlaka, ali ne i za iste postigнутne uz pomoć lijekova. Doista, opservacijske studije pokazuju da je šansa za buduće nepoželjne događaje manja uz tlak 120/80 nego uz 140/90, no istovremeno Cochraneov sustavni pregled Arguedasa i suradnika (2009.) jasno demonstrira da nema dokaza koristi od medikamentnog sruštanja tlaka na vrijednosti niže od 140/90. Snižavanje dijastoličkog tlaka ispod 90 mm Hg ne produžava život niti smanjuje kardiovaskularni i drugi morbiditet, dok za snižavanje sistoličkog tlaka ispod 140 mm Hg nema podataka. Granica od 140/90 „apsolutno je proizvoljna“, tvrde autori tog istraživanja i naglašavaju da težnja prema nižim vrijednostima zahtijeva veći broj i više doze antihipertenziva, što povećava trošak terapije, ali i vjerojatnost nuspojava lijekova i novih kardiovaskularnih događaja povezanih s prekomernim sruštanjem tlaka, što je poznato kao fenomen J-krivulje.

Arguedas i suradnici očito pripadaju skupini znanstvenika koja uvažava istraživanja koja pokazuju da s padom arterijskog tlaka pada incidencija srčanožilnih događaja, no samo do određene granice. Sruštanje tlaka na vrlo niske vrijednosti dovodi do njihova

## drugo mišljenje

ponovnog rasta. Dominantna grupacija stručnih autoriteta na ovom području svojedobno je, međutim, J-krivulju ukinula, odnosno pretvorila je u ravnu crtu i proglašila tezu, slično kao što se to dogodilo s kolesterolom, „što niže, to bolje“. Pri tom ih nije puno zanimala činjenica da se ta postavka kosi sa zdravim razumom i kliničkim iskustvom liječnika. Što više, sumnja i otpor prema tako postavljenim smjernicama proglašeni su nedostatkom znanja i dobili su naziv „klinička inercija“.

Skepsa prema agresivnom snižavanju krvnog tlaka na mjestu je poglavito kad je riječ o starijoj populaciji, za koju važeće kliničke smjernice ne predviđaju nikavu prilagodbu. Važno je znati da postoje istraživanja koja su pokazala štetu od prekomjernog spuštanja dijastoličkog tlaka prilikom liječenja izolirane sistoličke hipertenzije koja je česta u starijih ljudi. Ima autora koji odbacuju linearno tumačenje veze arterijskog tlaka i kardiovaskularnih dogadaja i nude nelinearni model za izračun graničnih vrijednosti koji uzima u obzir dob i spol (Port i sur., Eur Heart J 2000). Kao argument za neutemeljenost postavljene ciljne, odnosno optimalne vrijednosti arterijskog tlaka, spomenimo još veliku noviju meta-analizu koja u zaključku konstatira: „Nalaz da su razlike u vrijednosti krvnog tlaka uglavnom odgovorne za kardiovaskularni ishod naglašava poželjnost dobre regulacije krvnog tlaka. Međutim, stupanj do kojeg se tlak mora spustiti da bi se postigla najveća korist, ovaj čas nije poznat“ (Staessen i sur., J Hypertens 2003).

U skladu s novijim konceptom, za određivanje potrebe za intervencijom u vezi s hipertenzijom, uz vrijednost arterijskog tlaka jednako su važni i drugi čimbenici kardiovaskularnog rizika. Riječ je o obiteljskom nasljedu, dobi, pušenju, pretilosti, razini lipida i glukoze u krvi, pokazateljima subkliničkog oštećenja organa (hipertrofija lijeve klijetke, mikroalbuminurija), te prisutnosti kliničkih bolesti - srca, centralnog živčanog sustava, bubrega, perifernih arterija, odnosno dijabetesa. Ti čimbenici ulaze zajedno s visinom tlaka u procjenu ukupnog kardiovaskularnog rizika, definiranog kao apsolutni rizik kardiovaskularnog dogadaja u desetogodišnjem razdoblju. Razina ukupnog kardiovaskularnog rizika onda određuje potrebu za intervencijom. U takvom sklopu treba velikoj populaciji starijih ljudi, kao i onih koji boluju od srčanožilne, bubrežne ili šećerne bolesti, uvesti lijekove pri vrijednostima tlaka nižim od 140/90, odnosno već od vrijednosti 120/80 naviše. Istovremeno, očekivalo bi se da osobe s niskim ukupnim kardiovaskularnim rizikom, a to su relativno mlađi i zdravi ljudi, mogu proći bez medikamentne intervencije

i uz tlak viši od 140/90. Međutim, za njih je predviđena tek odgoda uvođenja lijekova - ako uz „promjenu životnih navika kroz nekoliko mjeseci tlak nije adekvatno kontroliran“, stoji u europskim smjernicama, slijedi farmakološko liječenje. Zaključujemo da je granična razina krvnog tlaka doista fleksibilna, kako autori smjernica naglašavaju, no barem u odnosu na uvođenje antihipertenziva ta se fleksibilnost u načelu odnosi na vrijednosti tek ispod 140/90 mm Hg. Kad je riječ o ukupnom kardiovaskularnom riziku, i tu treba naglasiti da se on određuje uz pomoć nedovoljno ute-meljenih, nepouzdanih i uvelike proizvoljnih kalkulacija - „procjena kardiovaskularnog rizika je neegzaktna znanost“, priznaju i sami autori smjernica. Općenito, tvorci smjernica na brojnim mjestima upozoravaju na nepostojanje i manjkavost znanstvenih nalaza, no ipak se ne libe u zaključcima formulirati jasne i agresivne preporuke, poput ove: „Arterijski tlak treba biti snižen barem do vrijednosti ispod 140/90 mm Hg (sistolički/dijastolički), te na niže vrijednosti, ako su podnošljive, u svih hipertoničara.“

„Razina tlaka na kojoj ćemo ljudi smatrati hipertenzivima je proizvoljna“, smatra i bivši predsjednik Američkog društva za hipertenziju Michael Alderman, te istovremeno upozorava da „se ta razina od 1910. stalno snižava.“ To ne čudi znamo li da su vodeći stručni autoriteti na ovom području kliničari povezani s farmaceutskom industrijom. Oni danas dominiraju odborima koji sastavljaju kliničke smjernice, pa su na snazi ona tumačenja i preporuke koji potiču upotrebu antihipertenziva. Potreba za primjenom te grupe lijekova realno je značajno manja od one koja nam se prezentira. A kakva je njihova učinkovitost?

Meta-analize koje su uključile velik broj kliničkih pokusa s antihipertenzivima pokazale su da se liječenjem 1000 hipertoničara, godišnje može sprječiti oko 5 do 10 velikih kardiovaskularnih dogadaja (100-200 liječenih za prevenciju jednog incidenta). Efekti su veći u skupini starijih ljudi i onih s višim kardiovaskularnim rizikom - 11-13 dogadaja na 1000 ljudi godišnje (oko 84 liječena za 1 preventirani dogadjaj). S druge strane, na svakih 1000 liječenih mlade dobi ili malo rizičnih, profitirat će oko 4 osobe (250 liječenih za jedan dogadjaj), a u slučaju kad je tlak samo blaže ili srednje povиen, tek jedna osoba godišnje (1000 liječenih za jedan dogadjaj). Izraženo u postocima, u skupini visoko rizičnih antihipertenzivi smanjuju šansu srčanožilnih dogadaja s oko 4% na 2,5-3% godišnje, a u skupini niskorizičnih s oko 0,8% na oko 0,5% godišnje. U vezi s vrstom kardiovaskularnih dogadaja, antihipertenzivi ispoljavaju svoj

učinak većinom na moždani udar, dok je efekt na koronarne i druge kardiovaskularne događaje manji. Kad je riječ o smanjenju mortaliteta, odnosno produženju života, značajniji efekt demonstriran je tek u skupini srčanih bolesnika, i to za ACE inhibitore i beta blokatore. Za ostale hipertoničare u kliničkim je pokusima produženje života uz antihipertenzive bilo minimalno ili se nije moglo dokazati. Tvrđnja da antihipertenzivno liječenje ne utječe na ukidanje mortalitet je jasno stoji i u aktualnim europskim smjernicama za hipertenziju. Jedan od kritičara, Malcolm Kendrick, na temelju 20 studija s antihipertenzivima izračunao je da tridesetogodišnje uzimanje ovih lijekova prosječno produžuje život za 12,2 dana. Cinik će primjetiti da je otrplike toliko vremena potrošeno na uzimanje tableta.

Nakon ovih podataka, teško je opravdati masovno i rutinsko propisivanje antihipertenziva i osobama s višim kardiovaskularnim rizikom, a pogotovo zdravim ljudima mlađe dobi s blaže povиenim tlakom. Ipak, korist od antihipertenziva, prema općoj predodžbi, nije upitna. Takoder je općeprihvачeno da postoje značajne razlike među antihipertenzivima s obzirom, primjerice, na metabolički profil, ili učinak, odnosno prognozu u pratećim bolestima i stanjima. To je tek djelomično točno.

Pregledni tekstovi o hipertenziji, uključujući kliničke smjernice, uvijek naglašavaju da korist od antihipertenziva dolazi od smanjenja tlaka po sebi, neovisno o klasu lijekova. Tvrđnja se oslanja na nalaze velikih sustavnih pregleda koji su sintetizirali podatke iz brojnih kliničkih pokusa. Oni do dan-danas nisu uspjeli dokazati razliku u kliničkim ishodima između starih i novih lijekova. Staessen i suradnici 2003. su na temelju 15 pokusa s više od 120 000 ispitanika zaključili: „Hipoteza da novi antihipertenzivni lijekovi, kao antagonisti kalcija, alfa blokatori, ACE inhibitori i blokatori AT receptora, mogu utjecati na kardiovaskularnu prognozu iznad i više od svog antihipertenzivnog učinka ostaje nedokazana.“ Jasno su, i to ne prema kriteriju cijene nego djelotvornosti, ponudili diuretike kao prvi izbor. Psaty i suradnici su iste godine na 42 pokusa i gotovo 200 000 ispitanika usporedili kardiovaskularne ishode - koronarnu bolest, srčano zatajivanje, moždani udar, kardiovaskularne dogadaje, kardiovaskularnu smrtnost i ukupnu smrtnost, uz različite antihipertenzive, te zaključili: „Diuretici u malim dozama najdjelotvornija su terapija prve linije za sprječavanje pojave kardiovaskularnog morbiditeta i mortaliteta“. Nova meta-analiza iz Cochraneove baze podataka (Wright i Musini, 2009.), takoder poručuje: „Niskodozirani tiazidski diuretici trebali bi biti lijek

## drugo mišljenje

prvog izbora za većinu bolesnika s povišenim krvnim tlakom."

Usprkos tome, kroz interpretaciju kliničkih studija, kliničke smjernice, stručnu edukaciju i promidžbu lijekova, uporno se pokušava nove klase antihipertenziva prikazati djelotvornijima. Tvrdi se da ne utječe na porast glikemije ili lipemije kao što to čine diuretici i beta blokatori. Taj argument ne stoji jer se učinkovitost antihipertenziva ne mjeri laboratorijskim, već kliničkim ishodima, a u njima usprkos metaboličkim efektima nije bilo razlike. Kad uz povišen krvni tlak postoje druge prateće bolesti ili oštećenja organa, preporučuju se pojedine klase antihipertenziva koje su u tim stanjima pokazale prednost. To je opravdano kad se radi o pripravcima koji olakšavaju tegobe (diuretici u pratećem srčanom ili bubrežnom zatajivanju, kalcijski antagonisti u angini pektoris) ili o onima koji su pokazali uverljiva protективna svojstva (ACE inhibitori i beta blokatori u srčanim bolestima). No kad se prednosti izvode iz zamjenskih, odnosno

intermedijarnih ishoda, pa se kalcijski antagonisti proglašavaju preparatima izbora u bolesnika s izraženom aterosklerozom na temelju redukcije arterijskog plaka, antagonisti AT receptora preparatima izbora u bolesnika s hipertenzivnom bolešću srca na temelju smanjivanja hipertrofije lijeve klijetke, a ACE inhibitori pripravcima izbora za nefropate i diabetičare na temelju smanjenja albuminurije, treba znati da čvrstih dokaza o kliničkoj koristi u tom slučaju nema. Zbog toga, a i zbog ekonomskih razloga (diuretici i starije generacije beta blokatora značajno su jeftiniji od novih pripravaka), aktualnim europskim smjernicama za hipertenziju treba uputiti kritiku. Za razliku od američkih smjernica (JNC 7) koje jasno ističu diuretike kao prvi izbor u jednostavnoj (nekompliciranoj), moguće i u hipertenziji s popratnim bolestima, europske smjernice (koje su preuzela i naša stručna društva), stavljajući sve antihipertenzive u istu ravan i ističući pojedine nove klase i preparate bez pravih dokaza o kliničkoj prednosti, idu u pri-

log proizvođačima skupih lijekova. Kao i proizvođačima skupih aparata i potrošnog materijala, zbog široke i nepotrebne inicijalne i kasnije periodične dijagnostičke obrade koju preporučuju.

Na kraju, vratimo se naslovu ovog članka. Nema sumnje, hipertenzija je bolest i rizik onda kad su vrijednosti tlaka visoke, narocito kad smetaju bolesniku. U tom slučaju potrebno je liječenje, u prvom redu diureticima. Međutim, ako je riječ o vrijednostima tlaka 140/90 i niže, u pravilu nema potrebe za antihipertenzivima, niti za opterećivanjem ljudi i iscrpljivanjem ionako prepregnutog zdravstvenog sustava. Hoćemo li dočekati da takvu preporuku čujemo i od stručnih, odnosno nadležnih autoriteta?

Literatura na zahtjev:  
lidija-gajski@zg.t-com.hr

.....

## Batina ima dva kraja...

### Osvrt na članak kolegice Lidije Gajski

Zvonko Rumboldt, Split

• Intrigantan i poticajan članak kolegice Gajski otvara nekoliko pitanja, koja navode na razmišljanje i traži što jasnije odgovore, kako ne bi bilo neželenih nesporazuma.

1. Javnozdravstvena važnost arterijske hipertenzije. Nepobitno je utvrđeno da povišen arterijski tlak predstavlja vodeći čimbenik srčanožilnog (kardiovaskulnog, kardiovaskularnog) rizika i odgovoran je za oko 54% svih moždanih udara i 47% ishemijskih bolesti srca diljem svijeta te za 7,6 milijuna smrtnih ishoda godišnje i 92 milijuna godina s invalidnošću. Pušenje podiže relativni rizik nepovoljnog srčanožilnog ishoda u muškaraca za 50%, u žena za 20%, a hipertenzija još i više, za 120%, odnosno 220%. Na osnovi podataka iz Norveške sljedeća tablica pokazuje gubitak godina očekivanog života prema visini arterijskog tlaka, ako se ne poduzmu odgovarajuće terapijske mjere (tablica 1.).

2. Definicija arterijske hipertenzije. Trebalo bi odrediti one razine arterijskog

tlaka prema dobi, spolu i drugim inačicama koje će obuhvatiti najveći broj osoba izloženih neprihvatljivom riziku, uz najmanju vjerojatnost uključivanja onih izvan rizika. Intuitivno je jasno da takve definicije nema, ali postoji više svrsishodnih pokušaja (gospodarska, klinička, operativna, politička, prognostička, statistička...), od kojih je izgleda najprihvatljivija operativna (pripisuje se poznatom engleskom epidemiologu Geoffrey-u Rose-u, 1926.-1993.), koja hipertenzijom označava onu razinu arterijskog tlaka na kojoj interven-

tni pristup ima prednost pred ekspektativnim. I ta je definicija međutim ne samo privremena (ovisi o dostupnosti sve djelotvornijih i sve podnošljivijih lijekova), već i regionalna (ovisi o lokalnoj dostupnosti zdravstvene zaštite, o odnosu očekivane koristi prema prihvatljivosti troškova, o specifičnostima distribucije tlaka u konkretnoj populaciji te o sociokulturalnim okolnostima). Poznato je tzv. pravilo polovica, tj. da oko polovice hipertoničara i ne zna da ima povišen arterijski tlak, da se od druge polovice tek pola liječi (tj. ...), a od te polovice tek ih pola postiže zadovoljavajuću kontrolu tlaka (tj. 1/8). Bez dobrog odvagivanja dobrih i loših strana individualne intervencije otvara se prostor za terapijski paradoks: iscrpno se liječe oni koji od intervencije imaju malu ili nikakvu korist (granični hipertoničari, hipertoničari „bijele kute“), a ne liječe se oni kojima je neophodna (teški hipertoničari, visokorizične osobe). Za takav je odnos odgovorna i medicinska nastava: prikazuju se zanimljivi, teški i rijetki oblici hipertenzivne bolesti, koji zahtijevaju široku obradu i složeno kliničko liječenje, dakle pacijenti sa suprotnog kraja

Dob (godine) (godine)	Dijastolički tlak (mm Hg)					
	85	95	105	115	125	135
25	2,3	4,4	7,0	10,0	13,0	15,1
35	1,0	2,5	4,6	7,3	10,0	12,1
45		0,9	2,5	4,7	7,1	9,3
55			0,8	2,4	4,4	6,6
65				0,7	2,2	4,3

Arterijska hipertenzija je očito mnogo opasnija u mlađih nego u starijih osoba, premda je apsolutni rizik u starijih veći (viši tlakovi, manje očekivano trajanje života).

## drugo mišljenje

nozološkog spektra od onih koji se susreću u obiteljskoj medicini i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Tada se na potonje, niskorizične hipertoničare pogrešno primjenjuje paradigma naučena na fakultetu, od složene, skupe i ne-svrishodne „obrade“ do invazivne, komplikirane i potencijalno opasne „terapije“.

3. Razlučivanje bolesti od čimbenika rizika. Bolescu se obično smatra stanovit poremećaj tjesne funkcije ili strukture koji prate određene tegobe. Čimbenik rizika s druge strane predstavlja tek prediktor bolesti ili faktor koji je usko povezan s njenim nastankom. Premda uska korelacija još ne dokazuje i čvrstu uzročno-posljedičnu vezu, danas se više ne sumnja izaziva li pušenje rak pluća ili kronični bronhitis, a hipertenzija moždani udar ili infarkt miokarda.

Poznato je da velika većina hipertoničara nema nikakvih simptoma (poznata je doktorska uzrečica „oh, kad bi bar malo boljela“) pa ih u tom smislu ne bi trebalo nazivati nositeljima hipertenzivne bolesti, već osobama s povиšenim arterijskim tlakom. Treba li naime novootkrivenom, praktički zdravom hipertoničaru spominjati ovu dijagnozu i time od njega napraviti bolesnika? Ili: na kojoj razini, na koliko mm Hg se čimbenik rizika pretvara u bolest? Ova retorička pitanja ukazuju na činjenicu da je pretvorba čimbenika rizika u bolest postupna, stupnjevita i neoštra pa da uz razinu arterijskog tlaka treba uzeti u obzir zbir čimbenika nepovoljne srčanožilne prognoze i procijeniti ukupni (globalni) individualni rizik, kao što kolegica Gajski dobro naglašava.

Uz dobru procjenu individualnog rizika suvremeni liječnici trebaju voditi računa o još dva problema. Jedan se naziva „prevencijski paradoks“: intervencija koja donosi velike zdravstvene probitke populaciji pruža malo pojedincu (npr. suzbijanje blažih oblika hipertenzije koji su daleko najčešći), dok velika individualna korist intervencije pruža malo populaciji (npr. liječenje teških oblika hipertenzije, koji su rijetki). Drugi bi se mogao nazvati „subjektivna procjena isplativosti“.

Naime, percepcija odgođenog rizika u nas ljudi prilično je slaba pa se pri odgovaranju između značajnog rizika manjih nuspojava, financijskog opterećenja te administrativnih petljancija (točno uzimanje lijekova, dolaženje na kontrole, participiranje, čekanje itd.) i razmjerno niskog, odgođenog rizika jedne srčanožilne katastrofe i njenih posljedica obično priklanjamo odričnom odgovoru. Drugim riječima, naši hipertenzivni pacijenti nerijetko donose političku odluku i referendum se opredjeljuju za terapijsku nesuradljivost (nepoštivanje liječničkih preporuka, „noncompliance“).

4. Terapijske intervencije. Liječenje ima dva osnovna cilja: unaprijediti kakvoću i povećati trajanje života. Pritom treba dobro paziti da liječenje ne bude gore, tj. teže podnošljivo od stanja koje se liječi. Svi hipertoničari bi stoga trebali provoditi opće mjere u smislu promjene životnog stila (npr. prestanak pušenja, primjerena prehrana, tjelovježba), a samo dio njih (vjerojatno 60-80%) trebao bi usto uzimati lijekove. Druge mjere, poput kirurških ili radioloških intervencija, dolaze u obzir tek izuzetno, za manje od 1% takvih osoba. Prema tome, brzopletno propisivanje farmakoterapije ne savjetuje se ni u jednim smjernicama; finansijski bi to bilo nesnošljivo (u Hrvatskoj bi u tom smislu trebalo podvrgnuti ciljanoj farmakoterapiji oko milijun ljudi!), a nuspojave, premda rijetke i blage, vjerojatno bi poništile sve poželjne učinke takve intervencije.

Na žalost, nedavni rezultati trećeg EURASPIRE istraživanja koronarnih bolesnika diljem Europe pokazali su da se promjene životnog stila mahom zanemaruju, kao što pokazuje tablica 2.

Proizlazi da je jedino prevalencija hipercolesterolemije snižena (široko propisivanje statina dokazanim koronaropatima), dok se stope pušenja i hipertenzije ne popravljaju, a učestalost gojaznosti i dijabetesa strmo raste. U nas, u splitskoj regiji, pokazano je na uzorku od 10.000 hipertenzivnih pacijenata da se prosječni indeks tjelesne mase (BMI) kreće tek nešto ispod 30, a nedavno je utvrđeno da dnevni unos natrija iznosi oko 173 mmol (žene), odnosno 202 mmol (muškarci), što je daleko više od preporučenih gornjih granica od 85-100 mmol Na/dan (5-6 g NaCl).

Opće mjere se dakle mahom zanemaruju, dok se farmakoterapija hipertenzije često provodi preagresivno, neselektivno i neredovito (epizodno). Kao što spomenuh, tome dijelom pridonosi ezoterija akademiske

eduksije, a dijelom intenzivna propaganda farmaceutske industrije.

5. Cijena liječenja. Individualno liječenje povиšenog arterijskog tlaka bitno je učinkovitije i jeftinije je od većine drugih farmakoterapijskih intervencija, navlastito ako se dosljedno provode opće mjere i zdrav način življena. Ipak, cijene novijih lijekova više su od cijena starijih, što u pravilu ne korelira s terapijskim probitkom. Osim toga, riječ je o stanju s visokom prevalencijom, tako da i razmjerno jeftino liječenje postaje neprihvatljivo skupo ako mu se treba podvrgnuti više stotina tisuća ljudi. Raspon aktualnih cijena prikazuje tablica 3.

Proizlazi da je liječenje niskodiziranim diuretikom (klortalidon) gotovo dvadeset puta jeftinije od liječenja jednim antagonistom angiotenzinskih receptora (losartan)! Tijazidi i njima slični diuretici korikalnog dilucijskog segmenta trebaju, kao što ističe kolegica Gajski, predstavljati temeljne antihipertenzivne lijekove i dobro polazište za kombiniranu terapiju.

To dakako ne znači da bi svi hipertoničari morali uzimati klortalidon (mnogima su specifično potrebni drugi lijekovi, a kombinacije antihipertenziva su nerijetko terapijski imperativ), ali da se racionalnim propisivanjem mogu uštedjeti velika sredstva neučitno je.

Proizvođači lijekova su posebno zainteresirani za plasman novijih agensa i zaštićenih pripravaka jer donose veći profit. U tom se smislu troše nemala sredstva na izravnu promidžbu (dovoljno je provjeriti nekoliko brojeva Lječničkih novina), na propagandnu predavanja, ali i na klinička istraživanja. Vjerdostojnost pokusa potaknutih i potpomođutih od farmaceutske industrije upravo je iz tih razloga ponekad upitna, a neka od napabirčenih pitanja s tog područja donosi tablica 4.

Tablica 2.

Pokazatelj	EUROASPIRE I (1995/6.)	EUROASPIRE II (1999/2000.)	EUROASPIRE III (2006/7.)
Pušenje	20,3%	21,2%	18,2%
Pretilost	25,0%	32,6%	38,0%
Hipertenzija	58,1%	58,3%	60,9%
Hipercolesterolemija	94,5%	76,7%	46,2%
Šećerna bolest	17,4%	20,1%	28,0%

Tablica 3.

Približne cijene jednogodišnjeg liječenja hipertenzije u Hrvatskoj	
Lijek i dnevna doza	Veleprodajna cijena u Kn
Klortalidon, 12,5 mg	100
Atenolol, 50 mg	135
Verapamil, 240 mg	580
Amlodipin, 10 mg	1140
Losartan, 50 mg	1950

## drugo mišljenje

Tablica 4.

Sukob interesa (1) proizvođač želi plasirati proizvod, a liječnik što bolje liječiti pacijenta
Sukob interesa (2) unutar istraživača: znanstveni i materijalni poticaj / obveze prema bolesnicima
Sukob interesa (3) propisivača: koristoljublje (pokloni, sponzoriranja...) / dobrobit pacijenata
Selektivna podrška industrije „obećavajućim“ istraživanjima
Takvi su pokusi potencijalno lošiji: dokazivanje neinferiornosti > ekvivalencije > superiornosti
Često su to propagandni pokusi IV. faze („promotional trials“)
Usporedba se često vrši s placebo ili s neadekvatnom dozom standardnog lijeka
Analiza podataka većinom „per protocol“, a ne na osnovi „intention to treat“
Sponzorirani pokusi imaju >4 puta veću vjerojatnost povoljnog („pozitivnog“) ishoda
Sponzori utječu i na pristranost prigodom publiciranja rada, npr.
a) povlačenje „negativnih“ rezultata
c) tiskanje u radovima simpozija, mahom bez recenzije
d) naručivanje velikog broja separata za distribuciju liječnicima
g) prikazivanje rezultata u povoljnijem svjetlu (npr. smanjenje relativnih, a ne apsolutnih rizika)
Konačno, postoji niz kriminalnih radnji, koje su rijetke, ali moguće i rabljene u praksi (npr. zatajivanje ili izmišljanje podataka)

Da rezimiram. Liječenje arterijske hipertenzije jedno je od najdjelotvornijih dostignuća suvremene medicine. Primjerice, rizik apopleksije može gotovo prepovoljiti i godišnje na našoj planeti spasiti nekoliko milijuna produktivnih života. Za prevenciju jedne velike srčanožilne komplikacije treba kroz 5 godina liječiti samo 3 osobe s dijastoličkim tlakom 115-129 mm Hg, ali 140 osoba s dijastoličkim tlakom >94 <109 mm Hg, a čak 850 osoba s dijastoličkim tlakom >90 <99 mm Hg (tzv. NNT koncept). U svjetlu ranije spomenutog prevencijskog paradoksa, težište liječenja prvih počiva na intenzivnoj farmakoterapiji, a posljednjih na općim mjerama i promjenama životnog stila. Zanemarivanje ovakvog, diferenciranog pristupa kompromitira neupitnu učinkovitost antihipertenzivne terapije, uzrokuje brojne nuspojave i visoke troškove.

Prema tome, kolegica Gajski ima često pravo, što potvrđuje i ovaj napis. Čini mi se ipak da joj je interpretacija podataka malo pristrana, na tragu Ivana Illicha (Medical Nemesis. The Expropriation of Health. New York: Pantheon Books, 1976.). Naime, ista se činjenica može prikazati na više načina; ako kažemo da je čaša napola puna sugovornik će je doživjeti kao punu, ako kažemo da je napola prazna, doživjet će je kao praznu. Pretjerano ekstrapoliranje znanstveno dokazanih činjenica s jednog uzorka na cijelu populaciju može doista uzrokovati više štete no koristi, a nerazborito razbacivanje ograničenih sredstava namijenjenih zdravstvenoj zaštiti valja stručno osudit. Držim stoga da naše napore glede suzbijanja povišenog arterijskog



tlaka trebamo usmjeriti na nekoliko ciljeva:  
1) bolje dijagnosticiranje hipertenzije uz procjenu cjelokupnog srčanožilnog rizika (je li riječ o izoliranom čimbeniku ili o složenom stanju izrazito nepovoljne prognoze?) i svrishodnu edukaciju pacijenata,  
2) izbjegavanje brzopletog ili epizodnog liječenja, osobito terapijskog entuzijazma ("evangelizma") ili pomodarstva,  
3) bolja, partnerska suradnja svih sudionika na ovom poslu; pacijenata, liječnika, ljekarnika i drugih zdravstvenih radnika, proizvođača lijekova, osiguravatelja i političara.

To su preporuke svih vodećih stručnjaka i liječničkih udruženja, uključujući i Hrvatsko društvo za hipertenziju, čiji sam predsjednik bio punih 10 godina.

Literatura na zahtjev kod autora:  
zvonko.rumboldt@st.t-com.hr.

.....

65

## Patetična laž

**Granice jezika znače granice mog svijeta**

Ludwig Josef Johann Wittgenstein



Piše: prof. dr. Stella Fatović-Ferenčić

• Viktorijanski kritičar John Ruskin skovao je frazu *patetična laž*. *Pathos* dolazi od grčke riječi i znači osjećaj, dok je za laž predstavljao mehanizam kojim se ljudska svojstva daju pojedinim objektima. Patetična je laž, dakle, antropomorfizam, a upravo se o tome u ovom broju Liječničkih novina raspisao naš glavni urednik Željko Poljak. U svojoj burleski Patofiziologiji ljubavne lirike (str. 80) osvrće se na izopačenu, kardiološku erotiku; pojedine stihove ljubavnih pjesama smatra anakronizmom, a stilske figure smiješnim metaforama.

Istina, metafore se ponekad ne čine intelektualnima, kamoli uskladenim s vremenom. Primjerice, sadržaj većine dalmatinskih napjeva nije napravilo pomak prema otkrivu električne struje, pa se u njima još uvijek pale petroleijke i svjeće. Ako ste pragmatičan i suvremen promatrač s nedostatkom romantičke, taj vam se poetizirani, pomaknuti svijet, lako može učiniti iritantnim.

No, naše opažanje nije samo racionalno. Nošeno maštom, ono postaje dinamično i slojevito kreirajući pogodan prostor za umjetnike. I premda njihove tvrdnje nisu uvijek ispravne (srce doista nije sjedište ljubavi, već vitalno važan mišić) u njima, ipak, uživamo. Zato umjetnost i postoji. Za refleksivno pjesništvo Keatsa, Šimića, Shelleya i mnogih drugih stoga bismo bez zadrške mogli reći da je nadahnuta laž ponajbolje vrste.

Ono što je Ruskin nazvao patetična laž, Poljak dozlaboga smiješnom i dosadnom metaforom, Freud zove projekcijom tj. prenosom subjektivnih doživljaja i emocija na objekte vanjskoga svijeta. Projekcija je prema njemu mehanizam kojim doživljavamo i oblikujemo pogled na svijet u kojem živimo. A to činimo svi, ne samo umjetnici nošeni nadahnutim.



nućem. Da metafore nisu tek puka stilska figura, već način funkciranja našega kognitivnog sustava upozorili su i mnogi drugi filozofi i znanstvenici. U skladu s navedenim, one izraštaju u odličan pokazatelj načina kako medicina postavlja svoju zadaću.

Primjerice, početkom 20. stoljeća je metafora društvo kao organizam, otjelovljujući apstraktno, društvu utisnula svojstva organskog, udahujući mu život.



Time se interes liječnika pomaknuo s individualnog prema općem i postao temelj konceptualizacije socijalne bolesti. Tako se oblikovao globalni pokret zaštite zdravlja, koji je ukazao na prevenciju bolesti, a liječnike kvalificirao u drugačijem pristupu. I baš kao što je Virchov metaforu države rabio u razradi svoje teorije o stanici, tako se i danas ključni čimbenici koji utječu na transformaciju društva rabe kako bi temeljne pojmove naših života, one o zdravlju i bolesti, preveli u sustav kriterija prema kojima je vrijedno samo ono što može donijeti ekonomsku dobit. S ovim je usko povezan i proces komodifikacije, u okviru kojega sva područja društvenoga i kulturnoga života postaju roba. U tom smislu, metafora postaje važan instrument za praćenje promjene zdravstvene ideologije. Tako će i metafora zdravlje je tvrdava koja nastaje u konceptualizaciji zdravlja tijekom 19. stoljeća biti promjenjena u zdravlje je roba, profit, novčana vrijednost koja je dobar pokazatelj vremena u kojem živimo. Svrha i cilj zdravstva obojenog takvom metaforom temelji se na procjeni efikasnosti i zarade, ne na procjeni zdravljva populacije. Ideologija medicine je zamijenjena ideologijom tržišta, a medicinska praksa prelazi u korporacijsko djelovanje, što mijenja i ulogu liječnika. Premoć ekonomskog žargona i metafora je u tom smislu pokazatelj trenda u kojem tržišne vrijednosti potiskuju etičke. Koliko su metafore zapravo moćne pokazuju i novije tendencije pojedinih autora koji predlažu da se suvremeni diskurs javnoga zdravstva obogati uvođenjem metafora kojima bi se pokazala stanovita rezerva i kritika spram agresivnih tržišnih tendencija. Primjerice, primjenom onih iz ekologije koje govore o očuvanju, održavanju, o vrijednostima i nenasilju.

Unatoč Poljakovim prigovorima, razvojem društva i načina percepcije svijeta metafore se, ipak, u svim sferama života mijenjaju. Njihova je moć ponekad neprimjetna, ali nedvojbeno sveprisutna. I činile li nam se one otrcane ili divne, banalne ili nadahnute, lijepе ili irritirajuće, metafore nikako nisu nevine. Ma kako se trudili, od njihovog prožimanjućeg i snažnog utjecaja ne možemo pobjeći.

Bez metafora naše tijelo ne bi bilo ništa drugo do li puka anatomija, osjećaji tek provala kemijskih elemenata, fiziologija ili prema Poljaku patofiziologija, a ljubav bujanje feniletilamina.

Nadajmo se da tako doslovni, ipak, nismo. Ima u nama, valjda, nešto više.

stella@hazu.hr

.....

# Prof. dr. Ivan Reiner - jedan od posljednjih velikana integralne interne medicine u Hrvatskoj

Prof. dr. Ivo Mlinarić, Ivan Missoni, dipl. anglist i povjesničar

• Prof. dr. Ivan Reiner pripada skupini značajnih i zaslužnih Požežana u kojoj se posebno ističu brojni medicinari (1). Sve njegove vrline i sva njegova streljenja za uspostavu samostalnosti pojedinih superspecializacija interne medicine, kako teoretski tako i praktično, nisu se mogla potpuno ostvariti tijekom njegova kratkog života, ali je znatno pridonio tom cilju koji su ostvarili njegovi učenici i kolege.

Nažalost, većina od njih su danas već pokojni, a oni još među nama (npr. prof. dr. Ljubo Barić) zbog bolesti nisu mogli sudjelovati u opisu životnog, stručnog, znanstvenog i nastavnog puta svog učitelja i kolege.

Prof. Ivan Reiner treba čvrstinu svoga karaktera i snalažljivost u prijelomnim vremenima Prvog i Drugog svjetskog rata zahvaliti dijelom i genima svojih predaka, počevši od djeida Michaela (Mije) plemenitog Reinera.

Michael je 1881. godine u Beču doktorirao kemiju a onda se doselio u Požegu, kupio nekoliko veleposjeda te osnovao štedionicu i Pučku banku. Bio je gradski zastupnik i podnačelnik Požege, član Županijske skupštine te začasnog gradačan Požege. Kao jedan od najvećih slavonskih posjednika, ali i kao velik humanist i dobrotvor, osnovao je «Zakladu dr. Mije Reinera» za pomoć obrtnicima i za osnivanje sirotišta (2). Njegova supruga, a Ivanova baka, bila je Marija rod. Thaller, kćer Ladislava Thallera, suca i veleposjednika.

Član njene obitelji bio je i Dragutin Lerman, istraživač Afrike i neko vrijeme potkralj Konga, tadašnje belgijske kolonije (3). Ivanov otac, Aladar pl. Reiner, rođeni je Požežanin. Završio je Nautičku akademiju u Bakru

Kraljevske ženske realne gimnazije u Zagrebu i nećakinja feldmaršala Stjepana baruna Sarkotića, zapovjednika Bosne, Hercegovine i Dalmacije. Nakon osvajanja Crne Gore u Prvom svjetskom ratu feldmaršal je od Austro-Ugarskog cara dobio naziv «Vitez od Lovčena».

Ivan Reiner rođen je 28. kolovoza 1911. u Požegi, gdje je završio osnovnu školu i gimnaziju. Imao je troje braće: Oskara - suca, Aladara - državnog službenika i Ervina, koji je poginuo u Drugom svjetskom ratu (slika 1). Ivan je Medicinski fakultet (MEF) u Zagrebu upisao 1930. (slika 2) a završio ga 1937.

Nakon služenja vojnog roka započeo je specijalizaciju iz interne medicine u OB-u «Sestre milosrdnice» u Zagrebu. U to je vrijeme predstojnik Internog odjela bio prof. dr. Lujo Thaller a integralna interna medicina počela se dijeliti na superspecializacije. Tada je odjel gastroenterologije vodio prim. dr. Pavao Frank, kardiologije prim. dr. Oto Belošević, hematologije prim. dr. Bruno Halle a fizikalne medicine s reumatologijom prim. dr. Aleksandar Kraut.

U odjelu interne medicine radili su u to vrijeme i prim. dr. Vinko Klobučar, dva sekundarna liječnika - dr. Nevenka Kasumović i dr. Nikola Rušinović, te četiri liječnika volontera na specijalizaciji interne medicine - dr. Josip Budak, dr. Bruno Krstić, dr. Herman Jurak i dr. Ivan Reiner (slika 3).

Tijekom specijalizacije oscilirao je Reinerov stručni i znanstveni razvoj ovisno o promjenama koje su se u to vrijeme dogadale u društvenom i političkom životu Hrvatske.

Često je mijenjao radno mjesto: iz Zagreba je otišao u Osijek, pa se vratio u Zagreb (u bolnicu «Sv. Duh» i zatim u Glavnu vojnu bolnicu), nakon toga je premješten u Crikvenicu (u Vojnu bolnicu) i konačno se vratio u Zagreb 1945. godine, ali tada u OB «Dr. Mladen Stojanović». Predstojnik Internog integralnog odjela ove bolnice postaje 1. studenog 1946. prof. dr. Dinko Sučić, koji je do tada vodio Interni odjel KBC-a «Zagreb».

Sučić je bio jedan od najomiljenijih profesora MEF-a u Zagrebu. Rado smo slušali i od njega mnogo naučili, ne samo iz područja interne medicine, nego i o korektnom ponašanju liječnika prema bolesnicima, kolegama i zdravstvenim radnicima.



Ivan Reiner kao dijete, s dva starija brata, ocem, majkom, djedom i bakom na njihovu imanju Marindvor kod Požege 1917. godine.

ali se ipak vratio u Požegu kako bi održao obiteljsku tradiciju i nastavio voditi veliko obiteljsko imanje. Po završetku Drugog svjetskog rata komunistička vlast oduzima obitelji gotovo čitav posjed. Aladarova supruga i Ivanova majka bila je kćer Josipa Sarkotića, ravnateljica

## iz povijesti hrvatske medicine

Prof. Sučić se brzo prilagodio novoj sredini i zaslužio poštovanje kako bolesnika tako i suradnika, sve do odlaska u mirovinu 31. prosinca 1965. Ostali specijalisti Internog odjela bili su u to vrijeme prof. dr. Mario Krmpotić, prim. dr. Vuk Jovanović, prim. dr. Bruno Halle, dr. Nevenka Pierotić, dr. Nevenka Kasumović, dr. Anastazija Vuković i dr. Ivan Reiner. Na Internom odjelu bilo je tada uvedeno stalno dežurstvo, a osnovan je i opremljen biokemijski laboratorij koji je vodila ing. biokemije doc. dr. Dušanka Mirkac-Dević. Reiner je 1950. izabran za asistenta na MEF-u u Zagrebu. Godine 1952. sklopio je brak s dr. Željkom Banovac, poslije profesoricom pedijatrije i predstojnicom Klinike za dječje bolesti u tadašnjoj OB «Dr. M. Stojanović». Rađa im se sin Željko. Prema poslovici da «iver ne pada daleko od klade», tako se i sin Željko odlučuje za studij medicine a zatim se posvećuje internoj medicini i danas je profesor interne medicine na MEF-u u Zagrebu, predstojnik Klinike za interne bolesti i ravnatelj KBC-a «Zagreb», predsjednik Akademije medicinskih znanosti Hrvatske i redovni član HA ZU-a, a bio je i ministar zdravstva RH.

Njegov otac Ivan izabran je 1959. za naslovnog docenta, 1961. za sveučilišnog docenta, 1964. za izvanrednog profesor Interne medicine MEF-a u Zagrebu a 1972. za redovnog profesora. Interni odjel OB-a «Dr. M. Stojanović» postao je 13. svibnja 1964. klinikom MEF-a u Zagrebu (4), a nakon odlaska prof. Sučića u mirovinu 1965. izabran je za njegovog naslijednika na položaju predstojnika Klinike za interne bolesti njegov dugo-godišnji suradnik i zamjenik prof. Ivan Reiner. Ovu je funkciju obnašao sve do prerane smrti 27. travnja 1975.

Premda se prof. Ivan Reiner vodi kao jedan od posljednjih integralnih internista, više je interesa pokazivao za pulmologiju, hepatologiju i endokrinologiju. Tako je, primjerice, gotovo istovremeno kad je to učinjeno u SAD-u, u svojem habilitacijskom radu znanstveno dokazao da je pušenje ključni etiopatogenetski čimbenik raka pluća, a što su tada u nas mnogi osporavali, uključujući i najveće stručnjake (5). On je u tu svrhu često javno nastupao i deklarirao se kao protivnik pušenja cigareta zbog njihova karcinogenog učinka. Tako je i njegov članak *«Pušenje i rak bronha»*, objavljen u Medicinskoj enciklopediji, izazvao burnu reakciju u tadašnjoj jugoslavenskoj intelektualnoj javnosti.

Zalagao se za zdravljе stanovnika svoje rodne Požege i 1969. objavio povodom 270. godišnjice požeške gimnazije raspravu o štetnosti pušenja, zalažući se za poduzimanje energičnih mjera za suzbijanje pušenja (Zbornik požeške gimnazije, Požega 1969.).



Ivan Reiner kao student medicine

Kao predstojnik Interne klinike nastojao je postići što ravnomjerniji razvoj pojedinih supspecijalističkih grana, pa tako i kardiologije. Njezino vođenje preuzeo je nedugo nakon mog dolaska (koautor I. Mlinarić) na rad u Kirurski odjel OB-a «Dr. M. Stojanović», u vrijeme kada je predstojnik tog odjela bio prof. dr. Branko Oberhofer. Kardiološki tim bio je spremjan poduprijeti kirurge koji su se



Dr. Ivan Reiner u mladoj dobi

pripremali za izvođenje operacija na otvorenom srcu i uz anasteziologa dr. N. Ivića brzo je ovlađao tom tehnikom zahvaljujući iskustvu što smo ga stekli radom u OB-u «O. Novosel» (6). Tehniku implantacije elektrostimulatora srca svelađao sam (I. Mlinarić) edukacijom u Švedskoj i tijekom eksperimentalnog rada s prof. dr. Mladenom Štulhoferom u OB-u «O. Novosel», što je i bila tema njegove doktorske disertacije.



Prof. dr. Ivan Reiner sa suprugom i sinom u Firenci 1968. godine.

U dogovoru s kardiologima i prof. Ivanom Reinerom, Oberhofer je prvi pokušao izvesti trajnu elektrostimulaciju srca, ali mu to nije uspjelo pa je ta operacija bila odgođena na duže vrijeme.

No kako se u KBC-u «Zagreb» na Rebru već rutinski radila, zbog prestiža i zbog sve veće potrebe zdravstvene službe, a na uporno insistiranje prof. Ivana Reinera i njegovih suradnika na Odjelu za kardiologiju, dovele je do toga da je meni (I. Mlinarić) povjeren izvođenje transvenske endokardijalne trajne elektrostimulacije srca, a uz aktivnu pomoć kardiološkog tima.

Operacija je bila dosta laka, sve dok nije trebalo učvrstiti vrlo fleksibilnu elektrodu, a instrumentarka nije imala pripremljen uvlakač. Bolesnica je bila poznata zagrebačka arhitektika i neuspjeh bi izazvao vrlo neugodne komentare.

Da ne gubimo dragocjeno vrijeme nazvao sam prof. dr. Vladu Luetića, koji je bio dežuran u Kirurskoj klinici KBC-a «Zagreb», i on je odmah osobno dovezao potrebnu uvlakač. Ishod operacije bio je uspješan i taj mi je događaj ostao u trajnoj uspomeni kao dokaz bezgranične kirurške solidarnosti.

U suradnji kardiologa i kardiokirurga u OB-a «M. Stojanović» bilo je uspona i padova, ali nastale tenzije bile su riješene upravo zahvaljujući prof. Ivanu Reineru. Nakon njegove smrti ova je suradnja popustila, uglavnom zato što je novi predstojnik Interne klinike, prof. dr. Mladen Sekso, njegine snage usmjerio na podizanje endokrinologije na svjetsku razinu.

Veličina prof. Ivana Reinera pokazala se u nastavku intenzivnog rada na više medicinskih područja, pogotovo kada je obolio od leukemije. Uspio je prvi u svijetu opisati Turnerov sindrom u brata i sestre a treći u svijetu opisati ga u osoba s muškim fenotipom (7). Prvi je u nas objavljivao nove spoznaje o virusnom hepatitisu, a objavio je i brojne radeve o komplikacijama šećerne bolesti, Cushingovom sindromu, osteoporosi u menopauzi, arterijskoj hipertenziji uslijed endokrinoloških bolesti i malignim bolestima štitnjače.

Usprkos teškoj kroničnoj bolesti objavio je više od 80 rada u domaćim i stranim časopisima. Krasile su ga vrline dobrog čovjeka, vrsnog liječnika, učitelja i znanstvenika, a istovremeno vjernog supruga i dobrog oca.

Neumorna je bila njega želja za usvajanjem novih spoznaja u svim granama interne medicine, ali i u drugim područjima, kako bi na konzilijarnim sastancima, simpozijima i kongresima mogao meritorno sudjelovati. Za njega se sa sigurnošću može reći da je bio jedan od stupova integralne interne medicine u Hrvatskoj (8). Među kolegama uživao je velik

ugled, a zahvaljujući organizacijskim sposobnostima, osjećaju za radnu disciplinu i, posebno, upornosti u provedbi svojih zamisli, dao je velik doprinos internoj medicini ne samo u domicilnoj bolnici nego i u drugim ustanovama u kojima su poslije radili njegovi učenici.

Na brojnim stručnim i znanstvenim sastancima savjetovao je svoje suradnike da stečeno znanje prenose kolegama i studentima, a kao nastavnik znao je privući brojne slušatelje, studente medicine i stomatologije u dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi.

Često se koristio kazuistikom iz vlastite prakse, što je davalo osobitu draž i uvjerenjivost njegovim predavanjima. Studentima je prilazio srdačno i kolegialno, očinski ih savjetujući da pristup bolesniku zahtijeva i otkrivanje psihosocijalnih odnosa koji utječu na bolest.

Kao ugledan liječnik i znanstvenik biran je u vodstvo stručnih i društvenih udruženja u zemlji i inozemstvu, pa tako za člana Glavnog odbora HLZ-a i nekoliko njegovih sekcija, dugogodišnjeg predsjednika Internističke sekcije ZLH-a i člana Akademije ZLH-a (poslije HAMZ-e, danas AMZH-a). Osim rukovođenjem Interne klinike, sudjelovao je u



Prof. dr. Ivan Reiner u starijoj dobi

upravljanju OB-om «M. Stojanović» i MEF-om u Zagrebu. Dobio je brojna priznanja i odlikovanja - Spomen-medalju grada Zagreba, Orden sa zlatnim vijencem, Orden zasluga za narod sa srebrnim zrakama, Diplomu «Pavao Čulumović» ZLH-a i, posmrtno, Nagradu Grada Zagreba.

Ovim sjećanjima na velikana hrvatske medicine nastojali smo oteti ga zaboravu, koji je neizbjegjan ako se ne zabilježe i ne publikiraju. Na takvima se velikanimi misli i djela temelji ponos nacije koja se uspjela održati usprkos svim teškoćama kroz koje je prolazila u svojoj povijesti. Oni trebaju biti uzor nama i naraštajima poslije nas, radili u Hrvatskoj ili izvan nje.

*U obradi ovoga kratkog osvrta na život i rad prof. dr. Ivana Reinera zahvaljujemo se za pomoć koju su nam pružili akademik Željko Reiner, prof. Tanja Sušec, voditeljica knjižnice KB-a «Sestre milosrdnice» i prof. dr. Željko Poljak.*

### Literatura

1. Fajdić J. Znameniti Požežani u hrvatskoj medicini. U: Fajdić J. Četrdeset godina onkološke zaštite u Požegi (od 1969 do 2009.). Požega: 2009; 165-187.
2. Kempf J. Požega, zemljopisne bilješke i prilozi za povijest slobodnog kraljevskog grada Požege. Požega: 1910.
3. Wittenberg T. Osam generacija Thallera. Požega: 2007.
4. Reiner I. Povodom 75. godišnjice Internog odjela u bolnici «Dr. Mladen Stojanović» u Zagrebu. Analitika KB «Dr. M. Stojanović» 1970; 9(1): 5-11.
5. Reiner I. Karcinom bronha. Analitika bolnice «Dr. M. Stojanović» 1962; 1-2 (suppl): 1-44.
6. Hromadko M, Fatović-Ferenčić S. Prva operacija na otvorenom srcu u hipotermiji u Hrvatskoj izvedena 1957. godine. Liječnički vjesnik 2009; 131: 339-41.
7. Reiner I, Grnja S. Familiares und mannliches Vorkommen des Turner-Albright Syndroma. Arztl Veschr 1955; 10/45: 1039-42.
8. Milić N. In memoriam prof. dr. Ivan Reiner. Liječnički vjesnik 1975; 97: 427.

.....

# Sindrom kompjuterskog vida

## Iskustva američkih liječnika

• Sindrom kompjuterskog vida medicinsko je stanje povezano s našom ovisnošću o digitalnim napravama - od kompjutera, pa do 'pametnih' mobitela, video igara i elektroničkih čitača knjiga.

Američki liječnici procjenjuju da u SAD-u od tog sindroma možda pati oko 80 milijuna ljudi. Tom brojkom nije obuhvaćen sve veći broj djece u koje nastaju smetnje vida vezane uz elektroničke naprave.

Ako dnevno provedete ispred kompjutera ili elektroničkog terminala više od tri sata, onda vjerojatno u stanovitoj mjeri patite od onoga što američki liječnici nazivaju 'sindromom kompjuterskog vida', kaže dr. Michael Duenas iz Američke udruge za optometriju. Taj se sindrom sastoji od umora, ponekad glavobolja, bola u vratu i ledima, te vidnih

poremećaja poput dvoslike i povremenog začećenja vida. Dr. Rachel Bishop, voditeljica savjetovališnih službi u Nacionalnom institutu za zdravlje u Washingtonu tvrdi: "Ne radi se o oštećenju očiju, niti o bolesti poput glaukoma ili dijabetičke retinopatije, nego o isušenju očne površine i zamoru od napora fokusiranja. Ljudi ne trepaju onolikako koliko bi trebali kad se koncentriraju na rad pred ekranom, a to izaziva sušenje i umor oka. Kompjuterski terminal dalje je nego što je knjiga kod čitanja, te ako se tako gleda satima, onda se ozbiljno umori mišić u oku koji fokusira."

Sindrom kompjuterskog vida može smanjiti produktivnost u odraslih a u školske djece otežati učenje.

Sve je veći broj djece kratkovidan zbog pretjeranog rada na malim ručnim na-

pravama. Gledanje elektroničkog ekrana drugačije je od gledanja tiskanog materijala. Potonji ima veći kontrast, a oku je znatno teže fokusirati se točno na ecran.

Nekim jednostavnim mjerama mogu se ublažiti poteškoće. Postoje posebne bifokalne naočale gdje se, umjesto uobičajene dioptrije (za gledanje na daljinu u gornjem dijelu stakla, a one za čitanje u donjem), sada stave dioptrije prilagođene gledanju kompjutera na gornji dio stakla, a one za čitanje na donji dio.

Druga su mjeru kapljice za vlaženje oka, a treća prekidanje rada svakih petnaestak minuta kako bi se gledalo u daljinu.

Nadalje, važna je i visina kompjuterskog ekrana: on mora biti desetak centimetara ispod linije vida. Nikako ne treba gledati prema gore pri radu na kompjuterskom terminalu.

71



# Izgradnja sljemenskog lječilišta Brestovac, zagrebačkoga "Čarobnog brijega"\*

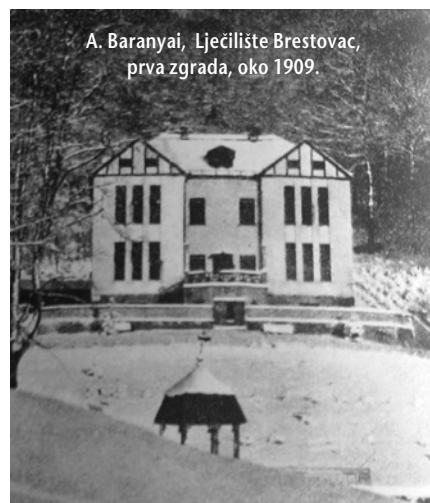
*Andreja Der-Hazarjan Vukić, povjesničarka umjetnosti*

• Prvo radničko lječilište za oboljele od TBC-a na jugoistoku Europe i prostoru Austro-Ugarske Monarhije, bilo je lječilište zagrebačke Okružne blagajne Brestovac, otvoreno 22. svibnja 1909. na istoimenoj lokaciji na Medvednici. Uz činjenicu da je izgradnja ovakvog objekta bila nesumnjiv pokazatelj da smo ukorak s Europom u borbi protiv te teške bolesti, osjećaj zadovoljstva i uspjeha bio je onoliko veći, koliko je realizacija samog projekta bila mukotrpna.

Začetnik i provoditelj ideje o gradnji sanatorija na Sljemenu bio je dr. Milivoj Dežman, liječnik, specijalist za plućne bolesti, novinar, književni kritičar i filantrop. Kao liječnik zagrebačke Okružne blagajne za osiguranje radnika, zadužen za tzv. „zapadni sektor“ Zagreba, bio je u prilici neposredno svjedočiti bijednim životnim prilikama tadašnjeg radništva u čijim je redovima bilo i najviše oboljelih od tuberkuloze. Osim bijede i siromaštva, dodatan su čimbenik nedjelotvornosti borbe protiv te, tada smrtonosne bolesti, bile predrasude i neupućenost, kako bolesnika, tako i čitave zajednice.

Upućen u iskustva razvijenijih zapadnih zemalja, dr. Dežman je u suradnji s ravnateljem Okružne blagajne za osiguranje radnika, Ivanom Ancelom, predložio izgradnju sanatorija na Sljemenu. Taj je prijedlog potaknuo brojne polemike i otpore, uglavnom proizasle iz straha od mogućeg širenje zaraze na grad. Ipak, 25. rujna 1902. ravnateljstvo zagrebačke Okružne blagajne odlučilo je predati molbu za gradnju, koja je međutim naišla na odbijanje sa svih instanca: Kotarske oblasti, Zemaljske vlade i Zdravstvenog odbora.

Formiran je Odbor za gradnju lječilišta za sušićave u okolini Zagreba, a na njegovo čelo izabran je dr. Emil Milan Amruš,



A. Baranyai, Lječilište Brestovac, prva zgrada, oko 1909.

istaknuti zagrebački gradonačelnik, za čijeg se drugoga mandata (1904. - 1910.) lječilište napokon i počelo graditi. Zemaljska vlada je 1906. napokon izdala konačnu dozvolu za gradnju pod uvjetom da to bude Oporavilište



Dr. Milivoj Dežman

za infektivne bolesti, isključenjem svih akutnih zaraznih bolesti osim sušice, a ne lječilište kako je bilo zamisljeno. No unatoč ovakvoj odluci, Odbor je bio zadovoljan jer otvaranje sanatorija više nije bilo biti upitno.

Važan, ako ne i presudan čimbenik uspješnog sanatorija sasvim je sigurno njegov smještaj u klimatski odgovarajućem okružju, pa su u izboru zadovoljavajuće lokacije konzultirani najpoznatiji onodobni europski stručnjaci, među kojima je bio i bečki balneolog i klimoterapeut dr. Conrad Clar.

Brestovac se pokazao gotovo idealnom lokacijom. Smješten na južnim padinama Medvednice, na nadmorskoj visini od 846 metara, s jednim od najljepših vidika na grad, zaštićen od vjetrova i okružen gustom bukovom šumom, u blizini ceste prema Zagrebu, te s izvorom gorske vode. Zahvaljujući grofu Miroslavu Kulmeru, koji je 1903. poklonio tih 15 jutara sljemenske šume, odabrana lokacija za budući sanatorij je dobivena. No materijalna sredstva za samu izgradnju tek su se trebala sakupiti. Dvije godine trajalo je prikupljanje novaca, i to lutrijom te prodajom umjetničkih slika koje su u tu svrhu poklonili Vlaho Bukovac, Oton Iveković, Menci Clement Crnčić i Celestin Medović, a sve to u organizaciji dr. Milivoja Dežmana i ravnatelja Okružne blagajne Ivana Ancela. Na taj je način sakupljeno 58.949 kruna., koje su, uz donaciju grada Zagreba od 45.000 kruna, omogućile početak izgradnje lječilišta.

Unatoč brojnim birokratskim prekama i neizvjesnosti realizacije, za projektiranje prve zgrade budućeg lječilišnog kompleksa još je 1903. angažiran, tada vrlo mladi arhitekt Aladar Baranyai (1879. - 1936.).

Baranyai pripada prvoj generaciji graditelja školovanih u Zagrebu, na Graditeljskom odjelu Obrtne škole. U vrijeme rada na projektu sanatorija ne djeluje samostalno, nego unutar gradevne tvrtke Pilar-Bauda-Mally, koja gradi uglavnom u Zagrebu i to u pretežno historicističkom slogu. Za Brestovac projektira jednokatnicu sa suterenom i potkrovljem te velikom terasom na prvom katu.

Zgrada dovršena u jesen 1908., bila je oblikovna kombinacija planinske kuće i engleske ladanjske arhitekture, čijim će se elementima i poslije koristiti u projektima zagrebačkih vila. Jednostavno pročelje raščlanjeno je s dva simetrična rizalitna istaka nadsvodena trokutnim zabatima, između kojih je „utisnut“ središnji ulazni dio s povиšenim centralno smještenim (balkonom) stubištem. Tu se, uz bolesničke sobe, nalazila kuhinja te prostorije za osoblje. Od predviđene površine od 330,90 m<sup>2</sup>, objekt je izведен prema reduciranim

\*Još o toj temi: Brestovac (Ivica Vučak, LN broj 16, veljača 2003, str. 43-45) i Milivoj Dežman - liječnik, novinar, književnik i političar (Ivica Vučak, LN broj 55, prosinac, 2006, str. 65-69)

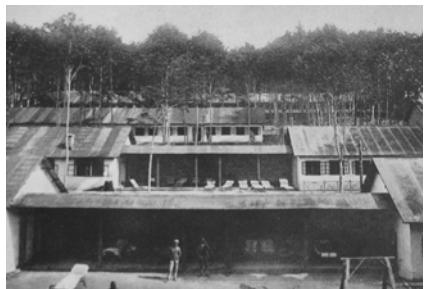
## relikvije relikviarum

R. Lubynski, K. Vajda,  
dograđeni drugi paviljon,  
oko 1913.



projektu iz 1906. prema kojem površina iznosi 261m<sup>2</sup>, a broj kreveta je smanjen s 41 na 36. Sobe su ovisno o veličini i opskrbi bile kategorizirane na razrede. Rasvjeta je bila plinska. Iznad glavne zgrade, u šumi, napravljena je i ležaonica uz ograden prostor za zračne i sunčane kupelji. Međutim, ubrzano se postojeci kapaciteti pokazali nedovoljnim, pa se već od 1910. razmišlja o izgradnji nove zgrade u koju bi bila premještena kuhinja i bolničko osoblje. Kada je formirana Znaklada zemaljske blagajne za liječenje suščavih koja je preuzeila lječilište, uz pomoć dotacije Zemaljske vlade lječilište je moglo biti prošireno. Do zahvata, koji je uključivao dogradnju i pregradnju gospodarske zgrade koja je time pretvorena u drugi paviljon, došlo je 1912., a izveden je prema projektu uglednih arhitekata **Rudolfa Lubynskog i Karla Vajde**.

U prizemlju su bile smještene ordinacija, kancelarija, kuhinja i blagovaonica s prostorom za dnevni boravak bolesnika, a na katu šesnaest manjih soba za tzv. privatne bolesnike, odnosno one koji nisu bili članovi Okružne blagajne. Sagradena je i ležaonica na kat između dva paviljona, a uvedena je i električna rasvjeta iz vlastite centrale. U vrijeme Prvog svjetskog rata poslovanje lječilišta prošireno je osnutkom Zemaljskog povjerenstva za potporu invalida koje se brinulo o liječenju i smještaju tuberkuloznih ratnih invalida. U tu je svrhu 1916. u neposrednoj blizini sanatorija podignut niz provizornih drvenih baraka na čijoj je izgradnji angažiran arhitekt **Ignjat Fischer**, koji je u to vrijeme bio već afirmirani graditelj brojnih zdravstvenih objekata u Zagrebu. Ta je institucija pod imenom Bolnica Brestovac bila povezana sa sanatorijem zajedničkom rasvjetom, vodovodom i liječničkom



I. Fischer, barake vojne bolnice podignute za vrijeme Prvog svjetskog rata, 1920-ih

službom, koju je u oba zavoda vodio dr. Dežman i ostao na mjestu ravnatelja do 1922. Poslije je od tih baraka stvoren samostalan medicinski zavod Banovinsko lječilište Brestovac.

Dvadesetih godina prošlog stoljeća proširenje lječilišta dobilo je novi zamah pod upravom Središnjeg ureda za osiguranje radnika, pa se tako u razdoblju između 1925. i 1930. pristupa znatnom proširenju sanatorija. Postojeća treća, do tada gospodarska zgrada, podiže se za kat za smještaj namještenika, a najveće preinake doživjava prva, najstarija



Kompleks lječilišta nakon dogradnji 1924. zgrada sanatorija. Produžuje se za još jednu svoju dužinu, a središnjem dijelu dograđuje se treći kat u kojem se uređuje prostorija za hidroterapiju te još nekoliko ordinacija, dok se na krovu bočnih krila, koja su ostala dvo-katna, uređuje sunčalište s tuševima. Proširen je djelomično i drugi paviljon, a konstrukcija ležaonice podignuta je za još jedan kat. Izgrađena je još jedna tzv. ljetna ležaonica iznad sanatorija, drvene konstrukcije, s prozorima otraga i sa strane, predviđena za lakše bolesnike. Muški bolesnici smještaju se u prvi, veći paviljon, a žene u drugi, manji, te se ukida podjela na razrede. Broj kreveta povećan je na 156.

Uz stalno opremanje najsuvremenijom medicinskom opremom, vodila se briga i o slobodnom vremenu bolesnika, pa je tako tih godina dograđena i biblioteka, a poslije je uređeno i kino, dok je za lakše bolesnike održavan drvorezbarski tečaj koji je vodio akademski kipar i profesor na Školi za primijenjenu umjetnost, **Vojta Braniš**. Brestovac je postao pravi mali grad kroz koji je u razdoblju od 1909. do 1934. prošlo 9193 bolesnika.

U idućih tridesetak godina, do njegova zatvaranja 1967., bilo je još nekoliko dogradnji novih objekata kao i proširenje postojećih, ali bilo je i nekih ambicioznijih koji nisu realizirani. Tako iz 1937. datira projekt arhitekta **Đure Peulića** za izgradnju bolničkog kompleksa na mjestu vojnih baraka, tzv. Banovinskog lječilišta, a nešto kasnije, iz 1941., je i projekt arhitektice **Zoje Dumengić** za Državno lječilište za tuberkulozu Snopljak, u neposrednoj blizini Brestovca.

Nakon Drugoga svjetskog rata posljednji se put radi na proširenju lječilišta, te se u razdoblju između 1953. i 1956. grade tri jednokatna montažna drvena paviljona: studentski paviljon, zgrada za rehabilitacijsku terapiju bolesnika i zgrada za smještaj osoblja, a dograđuje se i treći kat na krilima tzv. muškog paviljona. Ove projekte potpisuju arhitektonski birovi **Ulrich, Novak i Salinger**.

Uz Brestovac se veže i tragična ljubavna priča njegovog inicijatora, dr. Milivoja Dežmana, i glumice **Ljerke Šram**, cija je bolest navodno bila važan poticaj u odluci o izgradnji sanatorija na Sljemenu. Među poznatijim pacijentima, osim spomenute Ljerke Šram, u Brestovcu su se liječili i slikar Miroslav Kraljević, književnici Slavko Kolar, Vladimir Vidrić, August Cesarec, Nikola Vukovjević i još mnogi drugi, i znani i neznani, koji su u predanosti liječnika i arkadijskom sljemenskom krajobrazu nalazili snagu i nadu u uspješno izlječenje.

No, nažalost, sve ove činjenice nisu bile doстатне da se u Brestovcu prepoznaaju brojni potencijali koji ga prilagodili novim



5. Brestovac danas - glavna zgrada  
(muški paviljon)

potrebama i nakon prestanka njegove inicijalne funkcije, kada je TBC uspješno suzbijen antibioticima, već ga se ravnodušno preustalo propasti i potpunoj devastaciji. Doduše svakih desetak godina pojavi se poneka ideja i plan za njegovu revitalizaciju, uredenje i prenamjenu, ali do sada niti jedan nije ostvaren.

Danas njegove zarašle ruine služe samo kao maštovita scenografija za paint ball turnire ili kao "ukleta" destinacija na kojoj se istražuju paranormalne pojave.

Na kraju se samo možemo pitati postoji li nuda da se ponovno među nama nađu neki novi Dežman, Kulmer ili Amruš, ili ćemo se pomiriti s činjenicom da se jedno plemenito osmišljeno i temeljito provedeno djelo preselilo u legendu i slabo vidljiv planinarski putokaz ?!

## Kako (ne)smije izgledati medicinska dokumentacija

• U danima svojih radnih početaka stekla sam i prva neugodna iskustva vezana uz medicinsku dokumentaciju. Bilo je to vrijeme tajnih šalabahtera, tabela, priručnika i skica koji su mi trebali olakšati i ubrzati prva snalaženja.

Mjesto radnje bila je ambulanta opće prakse u mom rodnom Svetom Križu Zagrebu, što znači da je, između ostalog, na moje pacijente - rodake i susjede - trebalo ostaviti što bolji dojam. To je, naravno, isključivalo mogućnost zbumjenosti, završivanja u pripremljene pomoćne materijale ili, ne daj Bože, priznavanja neznanja. Međutim, znalo se dogoditi da jedna povijest bolesti nekoga kolege specijalista iz neke od (najčešće) zagrebačkih ustanova, naruši moje kulise. U to je vrijeme tek dio medicinske dokumentacije stizaо napisan pisaćim strojem, dok je većina liječnika pisala rukom. I tu započinju neprilike s rukopisima za koje smo nekad mislili da su nogopisi. Ponekad bih, služeći se intuicijom, znanjem, maštom i grafo-loškim vještinama, uspijevala odgonetnuti dijelove teksta koji bi davali logičan i upotrebljiv slijed asocijacije, ali kada je na red došao novopreporučeni i novoprizvedeni lijek, nastajala bi prava panika. U nedostatku farmakoteraapijskih priručnika i njihove pomoći, dolazila je na red enigmatika. Skupili bismo »konzilij« (liječnik - ja, sestra, vozač, spremiča), a ponekad je sudjelovao i sam pacijent (jer smo se nadali da mu je možda specijalist rekao o kojemu je lijeku riječ).

Kada bismo i odgonetnuli prvo, peto, a možda i treće slovo, još uvijek nismo uspijevali složiti naziv lijeka za koji do tada nikada nismo čuli. Nakon bezuspješnih pokušaja da jedinom telefonskom linijom stupimo u kontakt s kolegom, autorom navedene švrljotine, dolazile bi na red (mahom) farmaceutkinje s pitanjem kao na kvizu: Prva dva slova nemam, onda je S, zadnje bi moglo biti E..., a preparat je dermatološki/ neurološki... Jednom, nakon svih neuspjelih pokušaja iščitavanja naziva lijeka, poslali smo povijest bolesti u Zagreb te zamolili kolegu da sporni naziv napiše štampanim slovima.

Od tada je prošlo mnogo vremena ispunjenog informatičkim opismenjivanjem (koje je u mojoj i bližim generacijama uključivalo asistenciju naše djece, a ponekad i unučadi), ali je rezultiralo nama neočekivanim uspjesima. Sada ponosno ističemo svoje vještine pisanja, mejlanja, guglanja, poverpointanja te ostale kopipast umotvorine smo ih savladali. Ušavši u svijet tih čudesnih i pametnih pomagala s veseljem sam pomisila kako je došao kraj mukama s hijeroglifima, kako više mladi kolege neće biti zbumnjivati jer nam tehnika omogućava ispraviti pogreške u pisanju. Ali, usred tog optimističnog trenutka, moj pacijent mi predaje u ruke kompjutorski ispisano povijest bolesti potpisano od specijalista jedne zagrebačke ustanove:

### Status: uMJREN OPOBVOLJEŠEN U AREMNAI ALI NEMA PROM U KU I KOENIM

### Nalaz: a RTG AMENA Art PRO E AL op, d KUK ROACIJE DEFORMTE A KELE UMJER ART PROPMJENE!

Naravno da mi ovo danas, s višedecenijskim fizijatrijskim iskus-tvom, nije nedokučivo. Uzimam u obzir i činjenicu da su povijest bolesti i otpusno pismo namijenjeni i upućeni prvenstveno nadležnom liječniku te se u njima ne mora snalaziti i pacijent, ali će uvijek biti liječnika početnika koje će ovakva medicinska dokumentacija zbumnjivati te im kao i njihovim pacijentima stvarati neprilike. I konačno, nije li ovako napisano štivo nedostatak osjećaja odgovornosti te poštovanja prema pacijentu, kolegama i struči?

Vezano uz to, uvijek će, dakako, postojati i pitanje koliko liječnik smije biti površan, nehajan i neorganiziran te smije li se ne othrvati svom umoru, broju pacijenata i ostalim pritiscima koji ga pred Hipokratom čine lašcem?

*Nada Jačmenica, dr. med.,  
Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju  
Krapinske Toplice*

## Čudno ponašanje hrvatskih liječnika na „Medigamesu“ u Poreču

• Predlažem da se Hrvatsko liječničko športsko društvo nametne kao neformalan organizator nastupa hrvatskih doktora na budućem 32. „Medigamesu“. „Liječničke novine“ mogu biti medij kojim se mogu dovoljno rano povezati sudionici, kako bi se barem dogovorio dolazak na otvaranje Igara u prepoznatljivom dresu, te da se ustanovi neka evidencija tko se i u kojem sportu natječe.

Ove godine održano je 31. izdanje svjetskih medicinarskih sportskih igara „Medigames“ (World Medical and Health Games). Po prvi puta su Igre gostovale u Hrvatskoj, točnije u Poreču, od 3. do 10. srpnja.

Organizator navodi da se natjecalo više od 1500 sudionika u raznim sportovima i po različitim dobним kategorijama. Istovremeno je održan trodnevni simpozij namijenjen zajedničkom radu sportaša i doktora. Teme simpozija bile su „Sport i bioetika“, zatim „Sportska traumatologija“ i „Specifični rizici sportskog treninga“.

Hrvati su nastupili najmanje u plivanju, atletici, cestovnom i brdskom bicikлизmu, badmintonu, nogometu i košarci. Nažalost, kako se radi o brojnim individualnim sportovima, bez središnje evidencije nastupa naših sportaša, izvjestiti mogu samo o pojedinostima koje su mi poznate.

Što se tiče hrvatskih uspjeha, znam za dva hrvatska pobjednika na ovogodišnjim igrama: u skoku u vis pobjedio je dr. Ivan Penavić, kirurg u KB „Sestre milosrdnice“, koji je nastupio još i u brdskom bicikлизmu, te kao član košarkaške momčadi. U cestovnom bicikлизmu je dr. Alenka Sirovec, ginekologinja u KB „Sv. Duh“, osvojila svih pet mogućih zlatnih medalja, pobjedivši u četiri utrke: kronometarska na 12 km i tri etape po 65, 95 i 42 km, te u ukupnom vremenu. Vjerujem da je dr. Sirovec tako postala naš najuspješniji predstavnik ove godine. Čuo sam kako su naši nogometari (veliki ili mali nogomet?) pobjedili na turniru, a košarkaši su se, nesretno zakasnivši na ključnu utakmicu, moralni zadovoljiti brončanom medaljom.

Usput bih naveo neka svoja zapažanja. Iako smo bili domaćini, na svečanom mimohodu otvaranja pojavila su se svega tri (!) Hrvata u dresu s hrvatskim obilježjima. Malo poslije, ali u civilnom izdanju, pridružilo se još nekoliko kolega plivača. Možda zgodna nije bila dovoljno otmjena za naše sportaše? Sudionici svih drugih zemalja sudionica bili su jasno prepoznatljivi po svojim nacionalnim obilježjima. Slično je bilo prilikom svakodnevnog proglašenja pobjednika koje se održavalo svake večeri na velikoj pozornici u centru Poreča. Tu su se mogli vidjeti nacionalni dressovi, mahalo se zastavama 40 različitih zemalja, osim Hrvatske. Sramimo li se to mi hrvatskog grba i trobojnice?

Na kraju pozivam sve doktore-sportaše da što više nastupaju na ovim lijepim Igrama, koje djeluju poput doktorske Olimpijade. Sljedeće Igre održat će se na Kanarskim otocima, vjerojatno početkom srpnja 2011. godine. Informacije se mogu naći na [www.medigames.com](http://www.medigames.com).

*Dr. Mihajlo Strelec,  
Klinika za ženske bolesti i porode*

# Dr. Marija Cvetko

### Dijagnoza

• Moram napisati ovu priču, naptost je prevelika, a znam da pisanje na neki način osloboda, stavi se problem na papir i tako postane barem malo i na kratko nešto izvan nas, pa ako je još koji put pročitam možda će mi se misli malo udaljiti od svega toga.

Sve je počelo negdje početkom proljeća. Zima je i do tada prevršila svaku mjeru, duga i hladna, a i nije baš bilo pravog zimskog ugodaja, mislim na bijele krovove, očišćene staze po kojima bi se moglo šetati uživajući u suncu koje ne grijе, ali daje zajedno s krajolikom prekrasnu sliku. Hladnoća i kiše nastavile su se dugo u kalendarsko proljeće, kojemu sam se ove godine posebno radovala. Željela sam iz temelja preuređiti vrt, naime cvjetnjak oko kuće, postaviti nisku ogradu oko njega te posaditi neke zanimljive trajnice koje bi poput prelijepog saga pokrile cijelu površinu. Ali prije nego što ču u svemu tome uživati do kasne jeseni, trebala sam obaviti svoj godišnji sistematski pregled u jednoj privatnoj poliklinici. Naručila sam se otprilike u isto vrijeme kao i lani. Ugodna sredina, vrhunska organizacija, a da ne govorim o ljubaznim liječnicima i sestrama. Ako malo dulje čekate pred nekim vratima pitat će vas i provjeriti jeste li na pravome mjestu. U ordinaciji imate osjećaj da je liječnik tu danas samo radi vas, nitko vas ne požuruje jer nema nervoznih u čekaonici koji već dugo čekaju. Možete se pozlatiti na sve što vas muči, a liječnik će vas nakon svih nalaza, koji dodu u pravo vrijeme na određeno mjesto, prema potrebi uputiti na sve potrebne dodatne pretrage, naravno na teret vaše police osiguranja. A sve će se obaviti u roku od nekoliko dana, baš kako to u bolnicama mogu napraviti političari, estradne face ili oni koji imaju bilo kakvu vezu s osobljem, od liječnika, sestara i drugog osoblja. Za sve ostale postoje liste čekanja; nitko ne uzima u obzir, ili vrlo rijetko, napomenu liječnika opće medicine o hitnosti pojedinog slučaja. Nakon mamografije i ultrazvuka liječnik je postavio sumnju riječima „Ovoj promjeni

promjera 10 milimetara moramo dati ime i prezime“ nisam osjetila nikavu paniku nadajući se da će se sve te sumnje raspršiti nakon dodatne obrade jer nitko u mojoj obitelji do sada nije bolovao ni od kakve maligne bolesti.

Nakon citopunkcije imala sam dijagnozu adenokarcinoma. Nije mi mnogo značila primjedba jednog liječnika da ima dosta lažno pozitivnih nalaza. Javila sam se sa svim nalazima kirurgu naše specijalizirane klinike za tumore. Toga sam jutra ustala vrlo ranu, a da i ne govorim da mi je svih tih dana bio poremećen san. Iako sam došla nešto poslije sedam sati čekaonica je bila prepuna ljudi svih dobi, nije više bilo mesta za sjedenje a još nisu ni počeli s radom. Neki od pacijenata bili su mladi, neki vidno bolesni, blijadi i iscrpljeni, nekoliko mlađih djevojaka s maramama na glavi svezanih na zanimljiv način, pa sam odmah odlučila da ču i ja odabratи neku lijepu maramu ako bude trebalo, te marame davale su tim mlađim i lijepim licima poseban šarm, tajanstvenost i karizmu. Na ovakvome mjestu čini se nemoralno tražiti neku privilegiju ili vezu. Ipak sam sestri na šalteru rekla da sam liječnica, ni sama ne znam zašto, vjerojatno jer su mi to svi moji kolege savjetovali. Nakon što sam dosta brzo obavila pregled kod kirurga rekao mi je kako mi je dao najkraći mogući termin za prijem u bolnicu. Dobila sam još dosta uputnica za dodatne pretrage, što u bolnici što u mojem mjestu stanovanja. Od tog dana nemir je uselio u moj život. Nakon nemirnog i kratkog sna uvijek ista misao na kon buđenja u ranu zoru - karcinom dojke.

Cvor negdje u gornjem dijelu trbuha oslabio mi je apetit, u toj dojci počela sam osjećati neku neugodnu napetost, tijekom cijelog dana bila sam nekako umorna iako sam znala da se bolest ne može tako brzo proširiti. Sve moje dosadašnje iskustvo liječnika opće medicine, mnogobrojni primjeri žena koje su dugo živjele s tom bolesti, što više, znala sam neke koje su u dubokoj starosti otišle zbog drugih bolesti, nije mi puno pomoglo.

Nije to bio očaj, ali osjećaj svakako nije bio ugodan. Gotovo sam bila zahvalna što sam trebala učiniti još te dodatne pretrage.

Dr. Marija Cvetko, rođena 1944. u Velikoj Gorici, umirovljeni specijalist opće medicine, radila je cijeli svoj radni vijek u Velikoj Gorici i područnim ordinacijama. Pisanjem se pomalo bavi od djetinjstva, piše pjesme i priče. Njezinu prvu priču iz liječničke ordinacije objavili smo u broju 87. od 15. ožujka ove godine.

Ustajući rano kretala sam iz svoga grada autobusom u Zagreb, u to doba dana još nije bilo velikih gužvi u prometu, pa da sam išla i osobnim autom ne bih prije stigla, a da se ne govorio o teškoćama s parkiranjem, u što sam uvjerasli sve svoje bližnje i prijatelje koji su mi nudili prijevoz. Oduvijek sam voljela Zagreb, iako nisam rođena u njemu, prekrasan pogled s Glavnog kolodvora na Zrinjevac koji se okupan suncem prelijeva u šarenilu maštovitih cvjetnih gredica i vodoskoka. Mi došljaci iz manjih gradova i mjesta možda više uživamo u ljepoti glavnoga grada od njegovih stanovnika. Promatrajući užurbano mnoštvo u llici ne može se ne primijetiti dotjeranost i eleganciju Zagrepčanki, tu na licu mjesta možete vidjeti što se nosi ove sezone, od odjeće, frizura, torbi i nakita. Nikakav modni časopis neće vam dati više informacija. Tako uživajući u ljepoti Zagreba stigla sam do klinike. Čekaonica ispred laboratoriјa bila je još više pretrpana ljudima nego kirurška ambulanta, ali glavno je da sam došla dovoljno rano da tog dana obavim laboratorijski pregled. Čekanje od skoro tri sata nije mi bilo teško, bilo je mnogo starijih i bolesnijih od mene. Nisam mogla ne primijetiti dobру organiziranost sustava, neki pacijenti dobivali su nalaze vrlo brzo, vjerojatno zbog težine bolesti ili kemoterapije.

Istoga dana još sam obavila na dva mesta potrebne pretrage, a u meduvremenu od dva sata otišla sam u centar grada. Oduvijek sam voljela živost na Trgu bana Jelačića, cvjetne prolaze na ulazu u tržnicu Dolac, koja je opet posebna priča. Volim razgledati brojne štandove voća i povrća koji izgledaju privlačnije od onih u supermarketima. Trešnje, marelice, jagode negdje ne izgledaju tako svježe, baš kao da su maloprije ubrane u vrtu. Nakon obavezne kupnje nikada ne propuštam posjet katedrali. Sada je već u velikoj mjeri obnovljen glavni ulaz, čija me ljepota ostavlja bez riječi. Uvijek sam se tu pomolila, a sada sam se zaželjela i ispojaviti nakon dosta vremena. Svećenik mi je zaželio dobro zdravlje, pa sam nakon toga nekako smireno izašla u zagrebačku vrevu. Došao je i dan operacije. Budim se polako uz blagi glas, koji mi govorio da je sve u redu jer sam došla na vrijeme. Ne osjećam nikakve boli, ruka mi sama kreće prema prsim, nema zavoja, nema boli, dojka je tu.

Bio je to samo san. Kad sam se malo više razbudila shvatila sam da do operacije moram pričekati još tri dana. Nema više nelagode, brige ni loših misli, taj san mi je dao hrabrost i nadu da će sve biti dobro.

(marica.cvetko@gmail.com)

••••



## Josip Štolcer - Slavenski

(1896-1955)

# Obiteljska kob i pušački karcinom

Leo Bergovec, Igor Prošev, Darko Breitenfeld, Milana Slavenski

• Josip Štolcer rođen je 11. svibnja 1896. godine u Čakovcu gdje je završio osnovnu i građansku školu. Glazba ga zanima još od ranog djetinjstva, posebno zvuk zvona i narodna pjesma. Zvona ga dovode do ushita, ali i potiču interes za fizičko-akustičke zakone, prirodne ljestvice i elektronsku muziku.

Narodnom glazbom „zarazili“ su ga otac i majka, otac sviranjem citre a majka pjevanjem.

Štolcerovo zanimanje za glazbu preraslo je u profesiju studiranjem glazbe u Budimpešti (1913.-1916.) i Pragu (1920.-1923.). Njegov diplomski rad „Prvi gudački kvartet“ na Majstorskoj školi u Pragu donio mu je međunarodnu reputaciju a objavila ga je naklada Schott's Söhne pod pseudonimom Slavenski.

Rad je bio posebno zanimljiv jer je glazba Slavenskog bila potpuno originalna, nije imao uzora već je bio inovator koji je beskompromisno stvarao svoju glazbu.

Najprije se zaposlio na Zagrebačkoj glazbenoj akademiji, a radio i je kao nastavnik glazbe u gimnaziji te kao profesor teorijskih predmeta na privatnoj glazbenoj školi u Beogradu. Od 1937. godine, kad je osnovana Muzička akademija u Beogradu, radi na njenoj srednjoj školi, koja danas nosi njegovo ime.

Poslije postaje izvanredni i redoviti profesor kompozicije do umirovljenja 1949. godine.

Štolcera nisu privlačile tadašnje popularne kratke i lagane forme nego je pisao grandiozne skladbe, kao što su Helionija za orkestar, zbor i elektronske instrumente ili Prasimfonija. Poznato je njegovo djelo Sonata za violinu i orgulje po korištenju tonaliteta i harmonija za koje se doista ne može naći uzo-

ra s obzirom na novine koje je u njoj primijenio. O Štolcerovom zdravstvenom stanju nema puno podataka. Kao dugogodišnji stra-

stveni pušač imao respiratoričnih poteškoća u obliku spastičnog bronhitisa. Obiteljska kob bile su plućne bolesti. Nakon neuspjelog liječenja u sanatoriju 1931. umire mu sestra Ana od tuberkuloze, a neimaština i plućna bolest nagrizaju i ostale članove obitelji. Tri mjeseca nakon Ane umire mu od tuberkuloze i majka, a 1941. i najmlađa sestra Mica. Štolcer je bio vrlo dobrog zdravlja i izvrsne tjelesne spreme, tako da je pravio pješačke izlete i uspone na Triglav i Durmitor.

U biografiji „Josip Slavenski“ koja je izašla u Beogradu 2006. u povodu 50. obljetnice smrti, a svojevrstan je životni i umjetnički kurikulum, njegova supruga Milana navodi da se Josip iz punoga zdravlja u ranu jesen 1955. počeo tužiti na jače probadajuće bolove desno aksilarno, uz stalni kašalj i povremenu zaduhu.

Na prijedlog dr. Arnovljevića hospitaliziran je u Vojnoj bolnici u dvokrevetnoj sobi, a liječio ga je prof. dr. Arsenijević.

Slavenski je u bolnici žudio za svojim mirom, domom i privatnošću. Supruga ga ujutro zatjecala za stolom kako žurno bilježi i zapisuje note, predan poslu, u pidamili ogr-



## biopatografije

nut tek bolničkim mantilom, na prostranoj terasi, sam, odsutan i dalek, upilan u sumorne zamagljene daljine. Govorio je malo.

Supruga u biografiji piše kako ni do danas ne shvaća njegovo prijašnje čelično zdravlje. Ne shvaća kako, gdje i kud? U što su se odjednom pretvorile one iskonske snage životnosti, radosti i zdravlja od kojih je njegovo biće bilo sazdano. Pa njega u životu glava nikad zaboljela nije!

Mladi lječnik, susjed, najprije je dijagnosticirao upalu pluća, i sam time iznenaden. Josip je na to skočio kao oprugom odbaćen: „Ja, Josip Slavenski, upala pluća?“ On koji je vjećito bio bolničar svojoj majci i sestrama, sada je sam bolesnik. Kada se nakon dva dana zasitio pasivnog izležavanja ustao je, istuširao se hladnom vodom i oprao glavu te takav mokar izašao van.

Sljedeće noći temperatura mu je opet skočila i zatim spala sama od sebe. On se nije micao od klavira, zanesen glazbom. Na zabrinute upite prijatelja glazbenika čak se i suoovo šalio na svoj račun: „Eto, upala pluća i još dva-tri raka usput!“. Ležao je mirno, bio je strpljiv. U bolnici je odmah obraden i nadjen je plućni malignom s difuznim metastazama u jetri.

Teško je primio udarac srbine. Bojao se smrti kao ljute zmije jer nije stigao, nije postigao, nije dovršio svoje djelo, najbitnije od najbitnijeg na ovome svijetu. Suprugu je molio neka ne priča o njegovoj bolesti.

„Nemoj nikome govoriti što je. Reci kamen u žuci“. To je izgovorio lagano, razgovjetno. U sljedećim su satima i danima rodbina i užasnuti prijatelji vidjeli kako dragi Josip kopni i nestaje. Kako je supruga napisala, "kobno žutilo se razlijevalo potamnjelim izmučenim licem tjerajući ga sve više u osamu i nepristupačnost". „Ovako izgleda čovjek koji ide niz brdo“, Josip je govorio tiho, kao za sebe. A supruga si je predbacivala: „Bože, zar ja ništa vidjela nisam?“.

Slijedili su beskrajno mučni pregledi s kojih je izlazio premoren, savijen napol. Kao usputni nalaz otkrivena mu je kolelitija i to će bolesniku kraće vrijeme biti varljiva neda. Ležao je mirno u svom bolesničkom krevetu. Savjesno je mjerio temperaturu, primao čak i penicilin kao bolesnik koji se s punom ozbiljnošću prepustio novoj ulozi.

Laparoskopijom je 9. studenoga 1955. potvrđena poznata porazna činjenica i saopćena supruzi bez okolišanja, surovo, kratko po vojnički. „Zatekla sam ga to nedjeljno poslijepodne u suzama, malog, bespomoćnog kao dijete, potpuno prepuštenog onom neizrecivom bolu i jecaju, kakvim samo djeca plaču. Kupao se u suzama grcajući neutješno. Slušao

je to poslijepodne Patetičnu od Čajkovskog.“ „Ja sada sasvim drugačije slušam muziku“, rekao je. Kući je otpušten 19. studenoga.

„Kako je lijepo kod nas doma“, rekao je hodajući otečenih nogu, osobito noću zbog bolova, iz sobe u sobu, oslonjen na svojoj stari planinarski štap, zagledajući ga i opipavajući s nježnošću. Žurio je svom klaviru. Prebirao je po tipkama, milujući instrument kao staroga vjernog prijatelja, strpljivog i pouzdanog, osluškivao žedna uha muziku koja se dizala s njega. „U bolnici nisam htio reći da su mi noge otekle, zadržali bi me“, priznavao je ne dižući glave, ne prestajući improvizirati i slušati muziku kojom se željan napajao.

Preostale dane uglavnom je provodio uz svoj klavir, prebirući i napajajući se glazbom. Dana 27. studenoga jedva je dao intervj u „Dugi“, a iduće prije podne spavao je u zanosu. Službenik kabinta donio mu je Orden za zasluge za narod I. reda. Nekoliko probnih riječi, prilagođenih mučnom i teškom stanju, koje su oboje - i službenik i Milana Slavenski - bili svjesni.

„U dubokoj naslonjaču, u podne, primao je šutke od mene ručak. Gutao je pomalo

polusklopljenih očiju. Rješavala sam se. Kutija s ordenom i poveljom ležala je na stolu, na dohvrat ruke. Digla sam je, ipak. Stajala sam nagnuta nad njim. „Slušaj, rekla sam, upinjući se da zvuči što ležernije, sutra je državni praznik, ti si odlikovan.“ Raširila sam dekret i počela čitati. Upro je oči u mene. Čitala sam, ne naglašavajući naročito, trudeći se da zvuči prirodno. Završila sam u istom tonu, ne dižući i ne spuštaći glas. Pružila sam mu orden. Prihvatio ga je iz moje ruke. „Kasno je“, rekao je mirno i čvrsto. Pao je u dubok san.“

Posljednjih nekoliko dana nije se više budio, teže je disao, ponekad bi promrmljao nešto nerazumljivo, nesvjestan okoline.

Bio je negdje na razmedu svjetova između popluna i svoje „tuhice“. Kao nekad davno kod mamike u Međimurju, i opet je sve bilo mirno i dobro.

Napustio je svijet u Beogradu, tijekom noći na 30. studenoga 1955.

Od 1974. godine održava se u spomen Josipa Štolcera Slavenskog Majski muzički memorijal u njegovu rodnom Čakovcu.

.....



# Patofiziologija ljubavne lirike

## **Književno-medicinska burleska**

• Ova burleska nastala je na graničnom području između medicine i pjesništva međusobnim oplodjivanjem. Napisana je zato da bi „pjesnike“ urazumila, a naše čitatelje pozabavila - irritiranjem! Autor je davne 1945. upisao kroatistiku, pa francuski, no kako je istodobno studirao i medicinu, a zatim i na PMF-u, vidjet ćete da njegovi tadašnji učitelji Barac, Hraste i Skok nisu postigli da u studentu prevagne humanistički odgoj nad prirodoslovnim (ovo je autorova autokritika). No autor je ipak osnovao Literarni klub Hrvatskog liječničkog zbora, pisao književne eseje i bio primljen u Društvo hrvatskih književnika.

Autor pristaje na kritiku, ali samo na razini burleske, jer nije pošteno vjetrenjačom napadati kopljaniča. Dakle, na posao!

znamo da čak ni pisac „vrhunskog“ djela naše dramske književnosti nije umio sročiti ni naslov bez sintaktičke pogreške: „Predstava Hamleta u selu Mrduša Donja“ umjesto lokativa: u Mrduši Donjoj (analogno: u gradu Zagrebu, a ne u gradu Zagreb).

Čudno je da i danas ima pjesnika koji pet stoljeća nakon Renesanse još uvijek misle da je sjedište ljubavi u srcu. Ne metaforički nego stvarno. Za vrijeme Francesca Petrarce, dok još medicina nije znala za spolne hormone i hipotalamus, moglo se razumjeti njegovo čeznutljivo jadikovanje „Moje srce

.... ciloga života ja sam htija samo nju, da do njenog srca (!) nađem put“, ali već u idućem stihu vulgarnim zapomaganjem demaskira pravi anatomski cilj: „ciloga života moje tijelo je bez nje...“

Iz toga se očito vidi da nije riječ o putu do srca nego do neke erogene zone koja s kardiologijom nema nikakve topografske veze. Zapravo je riječ o lukavom pokušaju zavođenja jer tko bi pametan naivnoj i stidljivoj djevici rekao istinu kad ljepše zvuči trabunjanje o „putu do njezinog srca“.

Bržna majka svakako će svoju kćerku poučiti o tome na koji organ zavodnik zapravo cilja, ali najčešće neće uspjeti, što se lijepo može vidjeti na Oliverovom koncertu kada zbog onoga vapaja „moje tilo je bez nje“ pada u ekstazu, uz ciku i vrisku, na tisuće djevojčica i poludjevice (demi-vierges), kako bi to rekao Marcel Prévost, ma što mu to značilo. Osim toga, tu se obično i ne radi o istinskoj ljubavi jer je takva u biti nesebična, nego o kamafliranome vulgarnom seksu, u najboljem



Eh, Lauro i Petrarca, u vaše doba,  
kako se vidi, srce nije bilo samo metafora!  
(Avignon, oko 1350. g.)

za tobom vene, Lauro moja nesuđena!“ No u današnje doba, koliko god stih „Ti si čežnja srca mog“ bio simpatičan i hinio romantiku - čisti je anakronizam i, ruku na srce (srce?), dosadna je i smiješna metafora. Tko to ne vjeruje neka se samo sjeti trenutno popularnog šlagera „Cesarica“ gdje „pjesnik“ u jednom stihu najprije kamuflira svoj spolni nagon metaforom srce:



Oliver u „Cesarici“ demaskira metaforu srce  
s „moje tilo je bez nje“

### 1. Kardiološka erotika i zloroba metafora

Nisu li vam se već navrh glave popeli kantatori i kreativno impotentni stihoklepci čiji tekstovi neizlječivo pate od trojakog kompleksa? Jedan je dadakanje (dal' znaš da tebe volim ja), drugi je obavezna formula „ja i ti“ ili manje egocentrična varijanta „ti i ja“ (ti i ja, k'o goluba dva). Treći je ubikvitarna metafora srce za spolne organe. Ovdje ćemo se pozabaviti samo ovom trećom, izopačenom, kardiološkom erotikom. Ostaviti ćemo po strani gramatičku polupismenost tekstova kad

## urednikov kutak

slučaju o običnoj zaljubljenosti, a obje su izrazito egocentrične. Ili, ako hoćete zaljubljenost fiziološki definirati, to je „temporarna preplavljenost organizma feniletilaminom koja obično traje između šest mjeseci i godine dana“ (tzv. mladenačka ljubav ili „Samo jedanput se ljubi/i kad nestane taj žar...“). I kad nestane taj žar, takva se ljubav ponekad pretvoriti u paklenu mržnju, ako nije bila zadovoljena koitusom (tzv. nesretna ljubav). Tko u to sumnja, neka se sjeti kako Don Josè kolje Bizetovu Carmen ili kako Otelo guti Verdijevu



Carmen: Ljubav na Don Joséov način

Desdemona. Za one koji nisu ljubitelji opere, prepjevat će ovdje samo zajednički finale: „Kučko jedna, koliko sam ja na tebe utrošio testosterona a ti meni ovako. E, nećeš ti mene zafrkavati kao Laura onoga glupog Petrarca, nego evo tebi na!“ Slijedi davljenje Desdemone, odnosno mesarenje ciganke Carmen, zastor se spušta i publika oduševljeno plješče



Ljubav na Otellov način



Metafora "srce" preplavila je poput kiča ne samo ljubavnu liriku nego i likovnu "umjetnost"

vrhunskom doživljaju profinjene eroatske poeziјe. Erotske da, ali ne i ljubavne. Ma kako može pametan čovjek reći da se tu radi o „zločinu iz ljubavi“ kad to nije ništa drugo nego vulgaran, sebičan, životinjski seks. Kome još ni sada nije jasna ta razlika, neka usporedi ljubav vojvode od Mantove i Rigolettovo Gilde koja za tu hulju žrtvuje svoj život.



Rigoletto: „Nek suze tvoje mojim SRCEM klize.“  
Gilda: „SRCE je pogledom govorilo.“

Prema tome, kad se pjesnik zaklinje na žarku ljubav do groba, ne govori istinu, a trebalo bi, jer se od pravog pjesnika očekuje mesijanska poruka. On doduše možda u onom kratkom razdoblju dok je zasljepljen bujicom feniletilamina istinski vjeruje da je njegova ljubav prava i jedina, ali kad se produkcija toga hormona svede na normalu, u čudu se pita: „Ljudi, pa što sam ja u njoj (nemu) video?“

Danas je izvanredno rijedak tip srednjovjekovnog trubadura koji doživotno ostaje u celibatu, platoski vjeran svojoj prvoj

ljubavi makar ga je ona odbila i poklonila svoje „srce“ drugome (danas bi takvom kavaliru očito bila nužna dijagnostička obrada). Pitate li mene što mislim o platonскоj ljubavi, reći ću: poštujem Platona kao filozofa, ali samo teoretski, dok platonsku ljubav prepustam naivcima.

Nema eroatske lirike bez testisa ili ovarija, no ipak pretežno testisa, jer su njegini autori mahom muškarci (valjda je testosteron agresivniji od estrogena). Ovdje nije riječ o ljubavi prema domovini ili nogometu, nego o eroatskoj lirici kamufliranoj ambalažom zvanom ljubav jer ta riječ ljepež zvučni nego prozaični seks. Iako svi znamo za riku jelena i zanosan pjev tetrijebā, a znamo i to da košut-



Trubaduri - izumrla vrsta; o vječnoj ljubavi  
danas pjevaju još samo kantatori

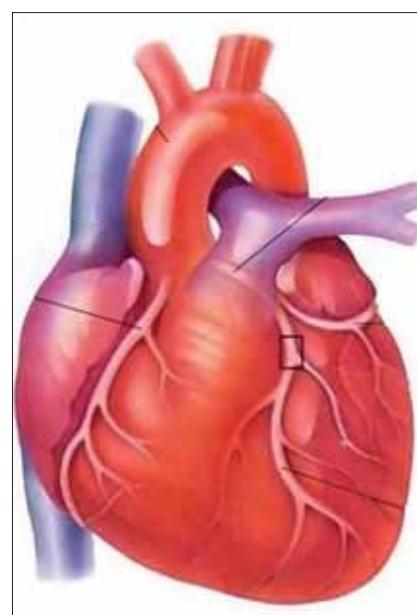
e ne riču ni da kokoši ne kukuriječu, evo za one koji su opsjednuti „medicinom temeljenom na dokazima“ nepobitnog dokaza za



nužnost testisa: eunuh ne zna što je erotski zanos i ne bi ga inspiriralo cijelo jato golih muza ljubavne poezije, ni uz pomoć neograničenih količina Viagre. Ne mislim reći da to mora biti loše jer, za razliku od ostalog svijeta, eunusi imaju jednu životnu brigu manje. Oni su naime izigrali prirodu koja je u čovjeka luvavo ugradila seks kao mamac da bi pokorno izvršavao svoju biološku dužnost u razmnanjanu vrste.

Autori erotske lirike možda se stide spominjati gonade kao fiziološku osnovu seksualnog nagona - čudna sramežljivost u doba seksualne revolucije. Stoga još uvijek trabunaju o srcu („moje srce čezne za tvojim“) makar se danas prilično pouzdano zna da srce nije spolni organ. Istina, kod definiranja erogenih zona ima nekih nejasnoća. Moj davno pokojni djed dobio je pjesničku inspiraciju kad je neka djevojka podigla suknu tek toliko da joj se video gležanj, moga je oca u mladosti uzbudilo žensko koljeno, a mene

tek onaj zglob iznad koljena (danas više ni to nije dosta). Negdje pak na Iстoku muškarci i danas dožive ekstazu ako iz tekstilne ambalaže slučajno (slučajno?) izviri samo vrh ženskog nosa ili - sačuvajbože! - ako vide čak dio žen-



Srce kako izgleda u naravi

skog lica. Dakle, poštovani pjesnici i vi koji mislite da to jeste, iz svega toga se vidi da možete kao metaforu za erogenu zonu upotrijebiti sve, počevši od gležnja pa do vrha nosa, jedino što ne možete to je srce.

Naprotiv, kad biste zavirili kirurgu preko ramena i vidjeli kako izgleda srce u toraksu, uvjeravam vas da bi to na vas djelovalo kao antiafrodizijak.

Srce kao metafora za spolni organ s vremenom je prodrlo iz poezije i u kolokvijalni jezik, pa naši kajkavci tepaju deklicama: „Buš mi dala svoje srčko?“ Ako mu deklica

opali pljusku, znači da je prozrela njegovu metaforu makar nije studirala književnost. U talijanskoj pak lirici naći ćete u svakoj drugoj pjesmi stereotipnu rimu *cuore - amore*, ponekad s botaničkim dodatkom *fiore*, a u anglosaskoj otrcani, srđedrapateljni i s patološkoga gledišta nemoguć stereotip *break my heart* (fraktura srca). Prostiji svijet tamo se služi metaforom *pussy* (mačkica) a ja, neuk, nikako da dokucim kakve veze ima „ona stvar“ s mijaukanjem. Dozlaboga neinventivno i dosadno! Netko je navodno izračunao da je približno 92,37% naših kantautora opsjetljivo metaforom *srce*, što je statistički signifikantan postotak. Pa kad biste tu riječ slučajno izbrisali iz rječnika, istoga bi trena gotovo svi pjesnici oboljeli od teške afazije i ostali bez glasa, razapljenih usta. Ta metafora bila je opravdana samo u talijanskoj Renesansi zbog rime *cuore-amore*, ali se ona, prevedena na hrvatski kao *srce-ljubav*, nikako ne rimuje pa naši poete imaju užasno težak zadatak: moraju za nju izumiti odgovarajući hrvatski nadomjestak. Nagradno pitanje za jedan milijun: nadite riječ koja će se rimovati s imenicom srce!

Francuzi, koji misle da su najkulturniji narod na svijetu, kolokvijalno maskiraju ljudsku anatomiju glumatajući vegetarijance pa tepaju: „Mon petit chou“ (Moj mali kupusiću), a Anglosasi se služe kulinarstvom: „Honey!“ (med, gen. meda) ili srce posipaju sa šećerom u prahu: „Sweet heart“. Svaki francuski klasik, kad bi ga općarale grudi lijepi dame, redovito je zamijenio tu „nepristojnu“ riječ anatomski nemogućom metaforom *gorge* (larinks) umjesto *poitrine* (dojka), čemu se ja



Erato, muzo ljubavna, štiti me od ljutitih  
čitatelja i profesorice Fatović u rubrici  
„Medicopolis“!



Tetrajebov ljubavni pjev - nepatvoreni  
zanos, a ne hinjena erotska lirika  
bez testosterona

## urednikov kutak



„Kardiolozi upomoć,  
ja ne spadam u erogenu zonu!“

kao profesionalni laringolog energično protivim. Bože mili, što li sve ne dopušta *licentia poetica* - pobrati dojku s grkljanom!

No, dosta književne analize, samo ču, na kraju, onima koje nikako nisam uspio uvjeriti da srce nije ishodište ljubavi, postaviti nekoliko retoričkih pitanja. Ako mi slučajno transplantiraju nečije srce, koga će od tada ljubiti i ne bi li to bio preljub? A ako mi transplantiraju žensko srce, hću li postati lezbijska ili gay?



Srce kao simbol ljubavi (pogrešno!)

Budući da upravo čitate „Lječničke novine“, treba ovome mojem klasičarskom zanovijetanju dati i neki medicinarski zaključak, pa evo ga!

Zdravstveno prosvjećujući svoje klijente obiteljski bi ih liječnik trebao podučiti



Ne podsjeća li ovo na stražnjicu  
(više o tome u idućem broju)



da se seks, zaljubljenost i ljubav ne smiju poistovjećivati jer su to tri različita pojma. Prema postulatu „medicine temeljene na dokazima“ evo dokaza: silovanje je seks ali nije ljubav, prostitucija je seks ali nije ni ljubav ni zaljubljenost. Ne može se u isti koš trpati čisto životinjski seks (testosteron, estrogeni) i humanu ljubav koja se od seksa razlikuje altruizmom. Ako me pak pitate što mislim o kombinaciji seksa i ljubavi, moj je odgovor: Još je bolja kombinacija seksa s prezervativom.

Zaključak! Vrijeme je da pola milenija nakon Renesanse naši pjesnici i „pjesnici“

konačno prestanu upotrebljavati srce kao kontejner za ljubav i seks.

Kardiolozi, gdje ste, zar nije vrijeme da se i vi umiješate pa da kao najmjerodavniji kažete stop takvoj perverznoj zloupotrebi svoje struke?

Željko Poljak

••••

*U nastavku (ako mi urednički odbor ne zabranjuje): Fleboška lirika i pigofilija.....*



### Biseri kardiološke poezije

#### (Nekoliko pabiraka s interneta, s urednikovim marginalijama)

Giboni: Čemu se nadaš srce moje (Ne nadaj se, ne bu ti dala!)

Gabi Novak: Gazi, gazi srce moje, gazi dragi ti (a poslije gazi zelje i grožde)

Ivana Banfić: Lav u srcu (Sodomija ili zoološki vrt?)

Severina: Ti si srce moje (Oprez! Najprije mu pogledaj EKG)

Stavros: Moje srce je slomljeno (Frakturna u srcu - otkriće stoljeća!)

Monteno: Ni u tvome srcu (Brini se za svoje srce, okani se tudega!)

V. Huljić: U srcu mome tvoje srce je od zlata (Srce kao sigurnosni sef)

Dusko Lokin: U srcu mom živiš samo ti (Koga li si to strpao u samicu?)

Lana Jurčević: Okovi na srcu (Valjda metafora za pojas nevinosti)

Anonimus: Za kim tvoje srce pati (Što te briga, ne budi indiskretan!)

Damir Maras: Ljubav je srcu označila put (Kič na kvadrat)

Neda Ukraden: Srce u srcu (Vrlo zanimljiva teratološka anomalija)

Dragana Mirković: Srcu nije lako (Dekompenzacija? Odmah doktoru!)

Vanda Winter: Ni srcu ne dam te ja (Ako je riječ o pacemakeru, ipak mu daj!)

Fadil Toškić: Puče grom u srcu mom (Kakva vrhunska rima: grom - mom)

Alen Muković: Ti si znaj na mome srcu kvar (Imaš li, bre, garantni list?)

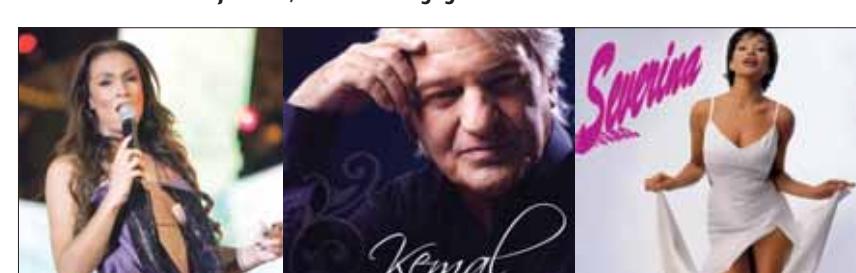
Goca Trzan: Po mom srcu hodaj (Molim te preskači kod toga koronarke)

Nedeljko Bajić: Dukat u srcu (Baš si inovator, srce kao blagajna!)

Škoro: Čuvati na srcu (Bajićeva varijanta „u srcu“ sigurnija je kao sef)

Nena Ivošević: Na srcu mi se rana pozleduje (Nenice, brzo flaster!)

**Kome ovo nije dosta, neka nastavi guglati na internetu s tražilicom «srce»**



# Kongresi, simpoziji i predavanja

Upućujemo organizatore da stručne skupove prijavljuju isključivo putem web stranice Hrvatske liječničke komore ([www.hlk.hr](http://www.hlk.hr)) na kojoj se nalazi aplikacija za postupak trajne izobrazbe. U navedenoj aplikaciji potrebno je ispuniti sve obvezatne rubrike.

Za sva pitanja vezana uz pristup aplikaciji možete se obratiti kod gđe Tatjane Babić, dipl.iur. i gđe Fulvie Akrap u Komoru, na telefon: 01/45 00 830 i fax 01/46 55 465.

Organizatori koji stručne skupove još uvijek prijavljuju na obrascima Komore, moraju ispunjene obrasce poslati izravno u Hrvatsku liječničku komoru, Povjerenstvu

za medicinsku izobrazbu liječnika, Šubićeva 9, Zagreb ili na fax: 01/4655-465.

• Za prijavu stručnog skupa u Kalendaru «Liječničkih novina» molimo organizatore da na gornje brojeve telefona ili na e-mail dostave sljedeće podatke: naziv skupa, organizatora, mjesto, sat i datum održavanja skupa, kontakt osobu, telefon, fax, e-mail i kotizaciju. Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak «Liječničkih novina», pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju isto dogovoriti s poduzećem za marketing «Bonamark» (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01 4922 952, tel 01/4818 603) i to po poslojećem cjeniku za oglašavanje u «Liječničkim novinama».

### UREDNIŠTVO NE ODGOVARA ZA PODATKE U OVOM KALENDARU JER SU TISKANI ONAKO KAKO SU IH ORGANIZATORI DOSTAVILI

#### • edukacija tijekom cijele godine •

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske izobrazbe nalazi se na web stranici: [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr)

#### KRATICE

AMZH - Akademija medicinskih znanosti  
HAZU - hrvatska akademija znanosti i umjetnosti  
HD, genitiv HD-a - Hrvatsko društvo  
HLK, gen. HLK-a - Hrvatska liječnička komora  
HLZ, gen. HLZ-a - Hrvatski liječnički zbor  
HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo  
KB - Klinička bolnica  
KBC - Klinički bolnički centar  
MEF, gen. MEF-a - Medicinski fakultet  
MZSS - Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH  
OB - Opća bolnica  
PZZ - Primarna zdravstvena zaštita  
SB - Specijalna bolnica

#### Tečajevi iz kardiopulmonalne reanimacije

Tijekom 2010. godine  
Split, doc.dr.sc. Mladen Rakić, mob.: 098/423-455, fax.: 021/556-580, e-mail: [mladen.rakic@st.htnet.hr](mailto:mladen.rakic@st.htnet.hr), dr. M. Lojpur, mob.: 091/5242-806 Rijeka, koordinator tečaja dr. Fred Zeidler, tel.: 051/217-223, e-mail: [red.zeidler@ri.htnet.hr](mailto:red.zeidler@ri.htnet.hr)  
Osijek, koordinator tečaja dr. Zlatko Houra, tajnica Dobrila Beljakov, tel. 031/511-502  
Slavonski Brod, tajnica tečaja sr. Draženka Nikolovska, tel. 035/447-122/229 1.200,00kn

#### Tečajevi kardiopulmonalne reanimacije Europskog vijeća za reanimatologiju za odrasle i djecu u organizaciji Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a  
Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku  
Sve detaljnije informacije nalaze se na [www.crorc.org](http://www.crorc.org)

#### Stručna izobrazba i obnova znanja iz područja zaštite od ionizirajućih zračenja pri radu s rendgen uređajima

Hrvatski zavod za zaštitu od zračenja  
Hrvatska - permanentno  
Dr.sc. Dragan Kubelka, dipl.ing., tel.: 01/660-1031  
1.400,00kn

#### Ultrazvučna dijagnostika dječjeg kuka

HLZ, Hrvatsko senološko društvo  
Zagreb, Klinika za dječje bolesti  
tijekom 2010. god.  
Nevenka Valičević, tel.: 01/4600-214  
5.200,00kn

#### Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2010.god.

• BLS (Basic life support - Osnovno održavanje života)  
kotizacija 300,00kn  
• Opskrba dišnog puta u CPR-u  
kotizacija 400,00kn  
• Venski put i lijekovi u CPR-u  
kotizacija 300,00kn  
• Defibrilacija i monitoring  
kotizacija 400,00kn  
Katedra za anestezioligu, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci  
Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2010. godine  
Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: [djavor@medri.hr](mailto:djavor@medri.hr)  
Hrvatsko psihijatrijsko društvo - Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja - uloga liječnika PZZ - 140 radionica  
Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

#### Edukacija iz neurofiziološke tehnike - Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro - Klinika za neurologiju  
Kontinuirana individualna edukacija  
Papo Željka, tel.: 01/2388-352  
200kn po danu edukacije

#### Primjena harmoničnog rezaca u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine  
Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481  
1.200,00kn

#### Racionalna antimikrobnna terapija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

HLZ, Društvo za kemoterapiju  
Zagreb, Karlovac, Varaždin, Čakovec, Koprivnica, Rijeka, Pula, Virovitica, Bjelovar, Split, Zadar, Šibenik  
Jasminka Blaha, Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-191 ili 4603-190

## kalendar stručnog usavršavanja

### «Liječenje boli i primjena analgetika» (on-line)

«Cybermed» d.o.o. i HD za kliničku farmakologiju i terapiju  
[www.cybermed.hr](http://www.cybermed.hr)

### Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, tijekom cijele godine  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718,  
e-mail: dmiklic@hotmail.com  
3.500,00kn

### Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju  
Zagreb, jednom mjesечно  
Dr. D. Milošević, tel.: 4920-013, mob.: 091/7213-113

### EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju  
Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu  
Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731, e-mail: hecimovic@inet.hr

### Antimikrobnno liječenje najčešćih infektivnih sindroma

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije  
Zagreb, Slavonski Brod, Osijek, Split, Mostar, Čakovec, Požega, Rijeka, Zadar, Pula  
Jasminka Blaha i Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-191; 4603-190,  
fax.: 01/4603-295  
300,00kn

### Painmanagement - nove smjernice liječenja boli

12 mjesta i gradova u Hrvatskoj  
«Belupo» d.d.  
Jadranka Jančić Babić, tel.: 01/2481-237

### Prave mjere za GERB

Hrvatsko gastroenterološko društvo  
Zagreb, Nova Gradiška, Sisak, Duga Resa, Varaždin, Čakovec, Zabok, Krapina, Osijek, Lipik, Vinkovci  
Jasna Krupica, tel.: 01/3778-896

### Informatičke vještine za medicinare (on-line)

Krešimir Lasić, tel.: 091/2500-265, e-mail: info@iMedicina.net,  
[www.iMedicina.net](http://www.iMedicina.net)

### Influenca: Uvijek aktualna i opasna bolest

Sekcija za respiratorne infekcije HD za infektivne bolesti HLZ-a  
Zagreb i županijska središta tijekom 2010. god.  
Jasminka Blaha, tel.: 01/4603-191, fax.: 01/4603-295, e-mail: jblaha@bfm.hr  
300,00kn

### Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran  
Lovran, tijekom cijele godine  
Nataša Možetić, tel.: 051/710-212  
200,00kn

### Edukacija iz elektroenzefalografije i epileptologije

Klinika za neurologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb, Referentni centar MZSS RH za epilepsiju  
Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u trajanju od 30 radnih dana  
Doc.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-374, 2388-358  
e-mail: centar-za-epilepsiju@net.hr  
200kn po danu edukacije

### Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije  
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728  
Tijekom 2010. god.

### Dijagnostika i liječenje urogenitalnih i spolnoprenosivih infekcija

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a  
Zagreb, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zavod za urogenitalne infekcije, Mikrobiološki laboratoriј, Laboratoriј za molekularnu dijagnostiku, Imunološki laboratoriј, HZJZ - Služba za mikrobiologiju, Odjel za virologiju, Odsjek za dijagnostiku klamidijskih infekcija  
Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-190, fax.: 01/4603-295  
- Individualna edukacija

### Suvremenii pristup dijagnostici i liječenju urogenitalnih i spolnoprenosivih infekcija

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a, Referentni centar MZSS RH za infekcije mokraćnog sustava  
Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-190, fax.: 01/4603-295  
Zagreb, Dubrovnik, Split, Osijek, Rijeka, Varaždin, Slavonski Brod, Koprivnica, Karlovac, Šibenik, Zadar  
2010.god.

### Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb  
Mjesечно, tijekom 2010. god.  
Dr. Ivan Pristaš, tel.: 01/4863-243, e-mail: ivan.pristas@hzjz.hr, [www.hzjz.hr](http://www.hzjz.hr)

### Unapređenje zdravlja ljudi treće životne dobi (gerontološke radionice)

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije  
Grad Cres, tijekom 2010.god.  
Helen Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

### Trajna pedijatrijska edukacija - Pedijatrijska sekcija

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti  
Rijeka, jednom mjesечно  
Mr.sc. Neven Čaće, dr.med., tel.: 051/659-111

### Infekcije donjeg urogenitalnog trakta

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a  
Zagreb, Dubrovnik, Split, Osijek, Rijeka, Varaždin, Slavonski Brod, Koprivnica, Karlovac, Šibenik, Zadar - 2009. i 2010.  
Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-190, fax.: 01/4603-295

### Izobrazba kandidata za stalne sudske vještak

HLK  
Zagreb, tijekom 2010.god.  
Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830  
8.500,00kn

### Promuklost

HLZ, Croatian International Otology School  
Sl. Brod, Šibenik, Sisak, Vukovar, Koprivnica - tijekom 2010. godine  
Prof.dr. Srećko Branica, mob.: 091/5191-626, e-mail: sbranica@mef.hr  
400,00kn

### Najznačajniji problemi urogenitalnog sustava

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a  
Zagreb, Split, Osijek, Rijeka, Varaždin, Sl.Brod, Koprivnica, Karlovac, Šibenik, Zadar  
Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-190, fax.: 01/4603-295

### Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Tijekom 2010.god., druga srijeda u mjesecu  
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, mob.: 091/4696-167,  
fax.: 01/4678-013  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

## kalendar stručnog usavršavanja

### Advances in arthritis therapy i Case Study Tool (on-line)

Hrv.reumatološko društvo HLZ-a i Sanofi Avensis Croatia d.o.o.  
tijekom 2010.  
Prof.dr.sc. Đurđa Babić Naglić, tel.: 01/2388-171

### Tečaj trajne edukacije iz ehokardiografije

KB „Sestre milosrdnice“, Kl. za internu medicinu - Zavod za kardiovaskularne bolesti  
Zagreb, tijekom 2010. - trajna edukacija  
Prof.dr.sc. Vjeran Nikolić Heitzler, dr.med., tel.: 01/3787-937  
12.000,00kn

### Brza dijagnostika infekcija koje se prenose krvlju (HBV, HCV, HIV) - indikacije i klinička primjena

HD za infektivne bolesti HLZ-a  
Tijekom godine - Pula, Rijeka, Zagreb, Osijek  
Nevenka Jakopović, tel.: 01/2826-240, e-mail: njakopovic@bfm.hr

### Tečaj kardiopulmonalne reanimacije za liječnike i ostale nastavnike Kineziološkog fakulteta

KB „Sestre milosrdnice“, Klinika za internu medicinu  
Zagreb, tri termina tijekom 2010.god.  
Mr.sc. Zdravko Babić, dr.med., tel.: 01/3787-937

### Spolno prenosive bolesti i infekcije mokraćnog sustava - on-line

PLIVA Hrvatska d.o.o. i HD za urogenitalno i spolno prenosive infekcije HLZ-a  
kolovoz - studeni 2010.  
Dr. Ivana Klinar, tel.: 01/3724-558, mob.: 098/499-925,  
e-mail: pminfo@plivamed.net

### Prevencija, dijagnostika i liječenje moždanog udara - on-line

PLIVA Hrvatska d.o.o. i HD za neurovaskularne poremećaje HLZ-a  
rujan-prosinac 2010.  
Dr. Ivana Klinar, tel.: 01/3724-558, mob.: 098/499-925,  
e-mail: pminfo@plivamed.net

### PTSP - jučer, danas, sutra

C.T. - Poslovne informacije  
Časopis Medix br. 89 - test od 70 pitanja  
kolovoz, rujan, listopad 2010.

### Tečaj iz medicinske akupunkture

HD za akupunkturu HLZ-a  
Zagreb, tokom 10 mjeseci, jedna subota i nedjelja mjesečno (po 8 sati)  
Dr. Dalibor Veber, e-mail: dr.thew@yahoo.com, mob.: 098/9052-038,  
<http://www.medicinska-akupunktura.com>  
15.000,00kn

## RUJAN

### Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, 20.-24.09.2010.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, dr. Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

### Porodničke operacije

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sveti Duh“, Klinika za ginekologiju i porodništvo  
Zagreb, 20.-24.09.2010.  
Smiljka Mačvanin, Biserka Milić, tel.: 01/4566-909  
3.000,00kn

### 5. hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest, HD za kliničku psihijatriju HLZ-a, HD za neuroznanost  
Zadar, 22.-25.09.2010.  
Kongresni servis: Studio Hrg d.o.o., Ljubica Grbić, dipl.oec., tel.: 01/6110-449, fax.: 01/6110-452, e-mail: kongres@studiorhg.hr, [www.alzheimer2010.com](http://www.alzheimer2010.com)  
doktori medicine i specijalisti 1.600,00kn, specijalizanti, medicinske sestre, socijalni radnici, njegovatelji 1.300,00kn, pratnja i studenti 700,00kn

### 3. međunarodni stručno-znanstveni skup: Zaštita na radu i zaštita zdravlja

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu  
Zadar, 22.-25.09.2010.  
Jasna Krainz, prof., tel.: 01/6558-703/231  
800,00kn

### XX. znanstveni sastanak - Bolesti dojke

HAZU  
Zagreb, 23.09.2010.  
Sekulić, dr. Prpić, tel.: 01/4895-171, fax.: 01/4819-979  
300,00kn

### Ortopedska pomagala 2010. - Novosti iz protetike, ortotike i rehabilitacije

KBC Zagreb, Kl. Zavod za rehabilitaciju i ortopedска pomagala, Društvo za protetiku i ortotiku - ISPO Croatia u suradnji s Hrvatskim ortopedskim društvom HLZ-a i Udrugom ortopedске tehnike Hrvatske Tuheljske Toplice, Krapinske Toplice, 23.-25.09.2010.  
Biserka Tominić, tel.: 01/2316-348, 2362-330, fax.: 01/2335-650,  
e-mail: btominic@kbc-zagreb.hr  
do 30.06. - 1.000,00kn (članovi ISPO i specijalizanti 900,00kn), pratnja 600,00kn  
od 01.07. - za sve sudionike i pratnju kotizacija iznosi 1.100,00kn

### Srčane aritmije - racionalni pristup

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 23.-25.09.2010.  
Dr. Mislav Puljević, mob.: 092/2459-454  
1.500,00kn

### 3. PATH International Conference „Closing the gap between measurement and quality“

HD za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite HLZ  
Brijuni, 23.-25.09.2010.  
Jasna Pučarin-Cvetković, tel.: 01/4590-100  
Za sudionike 1.000,00kn, sudionici PATH programa su oslobođeni kotizacije

87

### 2010 Annual Meeting of the Croatian Immunological Society

Hrvatsko imunološko društvo  
Mali Lošinj, 23.-26.09.2010.  
Mladen Jergović tel.: 01/6414-386, 01/6414-359  
700,00 kn

### 6. hrvatski internistički kongres

HLZ, HD za internu medicinu  
Opatija, 23.-26.09.2010.  
Prof. Izet Aganović, mob.: 098/359-654  
1.200,00kn

### Zbrinjavanje kronične rane u ordinaciji obiteljske medicine

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju  
Zagreb, 24.09.2010.  
Zrinka Ožanić, tel.: 01/4550-101

## kalendar stručnog usavršavanja

**Operacija katarakte uživo „Live surgery“ i prikaz najmodernejih dostignuća iz područja katarakte i refraktivne kirurgije sa posljednjeg europskog kongresa; Telemedicinski prijenos iz KB „Sestre milosrdnice“ u hotel „International“**

HLZ, Hrvatsko oftalmološko društvo, Sekcija za kataraktu i refraktivnu kirurgiju  
Zagreb, 24.09.2010.  
Prof.dr.sc. Zdravko Mandić, tel.: 01/3787-354

### Fizioterapijski pristup kod urogenitalne disfunkcije

Hrvatski zbor fizioterapeuta, HD za neonatološku, perinatološku i ginekološku fizioterapiju

Zagreb, 24.-25.09.2010.  
Manuela Filipc, tel. 01/3712-281  
1.800,00 kn

### Zbrinjavanje kronične rane u ordinaciji obiteljske medicine

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju  
Zagreb, 25.09.2010.  
Zrinka Ožanić, tel.: 01/4550-101

### Osnovni tečaj medicinske akupunkture

HLZ, HD za akupunkturu  
Zagreb, 25.09.2010. - 18.09.2011.  
Dalibor Veber, mob.: 095/3254-267, e-mail: dr.thew@yahoo.com  
15.000,00kn

### Primjeri dobre prakse u brizi za starije osobe u Primorsko-goranskoj županiji i inicijative za unapređenje

Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ u suradnji s Hrvatskim crvenim križem, Gradskim društvom Opatija  
Opatija, 29.09.2010.  
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728

### 5. hrvatski psihijatrijski kongres

Hrvatsko psihijatrijsko društvo  
Šibenik, 29.09. - 03.10.2010.  
Vivian-Michael-Kranjec, prof., tel.: 01/2388-394  
1.500,00kn

### 1st International Neuro-Ragusa Meeting (The lumbar degenerative spine)

OB Dubrovnik, Kirurški odjel, Odsjek neurokirurgije  
Dubrovnik, 30.09. - 02.10.2010.  
Prof.dr.sc. Walter Bini, doc.dr.sc. Marko Margariton, tel.: 020-431-760, 431-530  
750,00kn, specijalizanti 500,00kn

### PD - djelotvorna, dnevna, dinamična

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju  
Poreč, 30.09. - 02.10.2010.  
Dr. Nikola Janković, mob.: 091/3712-045

### X. kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora HLZ

HLZ, HD obiteljskih doktora  
Rovinj, 30.09. - 03.10.2010.  
Prim.mr.sc.dr. Bruno Mazzi, tel.: 052/846-878  
800,00; 1.000,00kn

### XXV. Perinatalni dani "Ante Dražančić"

KBC Split, Klinika za ženske bolesti i porode  
Split, 30.09. - 03.10.2010.  
Anita Pavković, tel.: 021/556-451, e-mail: rodiliste@kbsplit.hr  
Članovi HD za perinatalnu medicinu 1.000,00kn, ostali specijalisti 1.200,00kn, specijalizanti 700,00kn

### 3. hrvatski kongres s među.sudjelovanjem - Potporno liječenje onkoloških bolesnika

HLZ, HD za radioterapiju i onkologiju  
Brijuni, 30.09. - 03.10.2010.  
Danijela Čurčić, mob.: 091/4553-290  
1.900,00; 2.250,00kn

## LISTOPAD

### 172. Gerontološka tribina CZG ZJZ „Dr.Andrija Štampar“

Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i opća/obiteljska medicina u domu za starije osobe  
Centar za gerontologiju ZJZ „Dr.Andrija Štampar“  
Listopad, 2010.

Marica Lukic dipl.med.techn. kontakt tel: 01/4696- 164

### 12. godišnji kongres Hrvatskoga reumatološkog društva HLZ-a

HLZ, Hrvatsko reumatološko društvo  
Zadar, listopad 2010.  
www.reumatologija.org, g\_ivanisevic@hotmail.com  
500,00kn

### Provedba mjera dezinfekcije, dezinfekcije i deratizacije prema zahtjevima HACCP sustava

„Korunic“ d.o.o. Zagreb  
Zagreb, dva termina: sredinom i krajem listopada 2010.  
Javorka Korunic, tel.: 01/2308-341  
700,00kn

### Nove tehnologije u gastrointestinaloj endoskopiji

Algoritmi endoskopske dijagnostike, liječenja i praćenja kroničnih bolesti crijeva  
KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti Rebro, Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Referentni centar MZSS RH za intervencijsku gastroenterologiju, Hrvatsko gastroenterološko društvo, Endoskopska sekcija Zagreb, 01.10.2010.  
Jasenka Duvnjak, dipl.oec., tel.: 01/2442-398, fax.: 01/4621-958, mob.: 099/4621-958, e-mail: jduvnjak@hgd.hr  
400,00kn liječnici, 100,00kn med.sestre, studenti su oslobođeni plaćanja kotizacije

### Suvremeni trendovi u korektivnoj dermatologiji: laseri i fileri

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Klinika za kožne i spolne bolesti Zagreb, 01.-02.10.2010.  
Doc.dr.sc. Zrinka Bukvić-Mokos, tel.: 01/4811-316  
specijalisti 1.000,00kn, specijalizanti 500,00kn, radionica 1.000,00kn

### Tjelesna aktivnost, kultura i zdravlje

HLZ, HD sportske medicine  
Zagreb, 01.-03.10.2010.  
Marija Rakovac, dr.med., tel.: 01/3658-742

### Jugoistočno Evropska konferencija za cističnu fibrozu

Hrvatska udruga za cističnu fibrozu  
Dubrovnik, 01.-03.10.2010.  
Anja Kladar, mob.: 091/9542-406  
100EUR

### 8. Urološki Alpe-Adria sastanak

KB „Sestre milosrdnice“  
Zagreb, 02.10.2010.  
Dr. Danijel Justinić, mob.: 098/703-132

### Radionica postizometričke relaksacije

Hrvatski zbor fizioterapeuta  
Zagreb, 02.10.2010.  
Antun Jurinić, tel.: 01/3712-281  
600,00 kn

## kalendar stručnog usavršavanja

### Peti pregled najvažnijih infekcija u kliničkoj praksi

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a  
Zagreb, 02.10.2010.  
Arijana Pavelić, tel.: 01/2826-190, fax.: 01/2826-295

### Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u izvanbolničkim uvjetima

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Bjelolasica, 02.-03.10.2010.  
Tatjana Pandak, mob.: 091/5618-814

### Dojenje i lijekovi

Hrvatska udruga IBCLC savjetnica za dojenje  
Solin, 02.-04.10.2010.  
Irena Zakarija-Grković, tel.: 021/557-823

### II hrvatski kongres dileme u neurologiji

HLZ, HD za EEG i kliničku neurofiziologiju  
Novigrad, 03.-05.10.2010.  
Aleksandra Novosel, tel.: 01/2388-310  
1.800,00kn

### 2. Hrvatski kongres „Dileme u neurologiji“ s međunarodnim sudjelovanjem i 2. Hrvatski kongres iz intenzivne neurologije s međunarodnim sudjelovanjem

KBC Zagreb, Klinika za neurologiju, MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Novigrad u Istri, 03.-07.10.2010.  
Aleksandra Novosel, tel.: 01/2388-310, fax.: 01/2421-846, e-mail: dileme2010-intnrl2010@net.hr, www.neuroloskikongresi-tecajevi.com

### II hrvatski kongres iz intenzivne neurologije s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za EEG i kliničku neurofiziologiju  
Novigrad, 06.-07.10.2010.  
Aleksandra Novosel, tel.: 01/2388-310  
1.200,00kn

### IX kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo  
Požega, 06.-09.10.2010.  
Doc.dr.sc. Julije Meštrović, mr.sc. Vlado Drkulec, dr.med., tel.: 034/254-539, 034/354-513, www.hpd.com.hr, predkongres@pozeska-bolnica.hr, vlado.drkulec@pozeska-bolnica.hr  
1.000,00kn do 01.09.2010., nakon 01.09.2010. 1.200,00kn, specijalizanti 500,00kn

### Patofiziologija - klinička slika i liječenje zatajivanja srca

Hrvatski zavod za telemedicinu  
Vrgorac, Knin, Mali Lošinj, Trilj, Vrlika, Rab, 7., 14., 21. i 28. 10.2010.  
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

### Akutni abdomen

Hrvatski zavod za telemedicinu  
Korčula, Vela Luka, Mljet, Supetar, Lastovo, Vis, 07., 14., 21. i 28.10.2010.  
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

### 2. kongres iz liječenja boli s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za liječenje boli  
Osijek, 07.-09.10.2010.  
Gordana Živković, „Generalturist“ Pj Osijek, tel.: 031/211-500, mob.: 099/6994-646  
Tajništvo kongresa: Ivan Radoš, dr.med., tel.: 031/511-532, fax.: 031/512-237, e-mail: rados.ivan@kbo.hr  
Dobrila Beljakov, tel.: 031/511-502  
Redovna kotizacija za specijaliste 1.500,00kn do 01.08.2010., nakon toga 2.000,00kn  
Za specijalizante 1.000,00kn do 01.08.2010., nakon toga 1.500,00kn  
Kotizacija za pratnju 740,00kn

### 5. kongres hrvatskih pulmologa

Hrvatsko pulmoško društvo, HLZ-a  
Dubrovnik, 07.-10.10.2010.  
Dr. Hrvoje Puretić, tel.: 01/2385-330, dr. Neven Miculinić, tel.: 01/2385-242  
do 17.09.2010. - 1.600,00kn, nakon 17.09.2010. - 1.900,00kn, sponzorsko osoblje - 1.600,00kn, umirovljenici i osobe u pratnji - 600,00kn

### CYRIAX pristup MODUL 1

Udruga za promicanje edukacije fizioterapeuta  
Sesvete - Zagreb, 7.10.-11.10.2010.  
Tomislav Perica, mob.: 098/9655-435  
2.800,00kn

### VIII hrvatski kongres plastične kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem

OB Dubrovnik, Kirurški odjel, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju  
Dubrovnik, 08.-10.10.2010.  
Doc.dr.sc. Marko Margaritoni, dr. Robert Selmani, tel.: 020/431-760, fax.: 020/431-760  
1.800,00kn, specijalizanti 1.400,00kn

### Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, 11.-15.10.2010.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, dr. Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

### Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 13.10.2010.  
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, mob.: 091/4696-167, fax.: 01/4678-013  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

### 2. hrvatski kongres preventivne medicine i unapređenja zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem

HD za javno zdravstvo HLZ-a, HZJZ, ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Žup. Zavodi za javno zdravstvo, ŠNZ „Andrija Štampar“ MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 13.-16.10.2010.  
Studio HRG, tel.: 01/6110-449, 6183-140, fax.: 01/6110-452, e-mail: kongres@studiohrg.hr, www.preventive-medicine2010.com  
rana kotizacija 275EUR + bankovni troškovi, kasna kotizacija 350EUR + bankovni troškovi, specijalizanti 150 EUR + bankovni troškovi, studenti, umirovljenici - oslobođeni

### V. kongres Hrvatskog društva radiologa

HLZ, HD radiologa  
Opatija, 13.-16.10.2010.  
«Novacom» d.o.o., tel.: 01/3830-638, Javor.Vucic@zg.htnet.hr  
specijalisti članovi HDR - 300,00EUR, specijalisti ne-članovi HDR 350,00EUR, specijalizanti članovi HDR - 200,00EUR, specijalizanti ne-članovi HDR - 250,00EUR, osobe u pratnji 150,00EUR

### Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju

MEF u Sveučilištu u Splitu, Katedra za obiteljsku medicinu  
Split, 14.-16.10.; 11.-13.11.; 9.-11.12.2010.  
Irena Zakarija-Grković, dr.med., tel.: 021/557-823  
1.500,00 kn

### Nefrološki vikend

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju  
Baška Voda, 15.-17.10.2010.  
Dr. Nikola Janković, mob.: 091/3712-045

## kalendar stručnog usavršavanja

### Napredni tečaj iz kardiopulmonalne reanimacije

Društvo za reanimatologiju HLZ-a  
Split, 15.-17.10.2010.  
Dr. Zdravka Poljaković, mob.: 098/237-288  
1.800,00kn

### Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja  
Ravna Gora, 15.-17.10.2010.  
Dr. Tvrko Pervan, tel.: 01/3313-031, e-mail: tvpervan@gmail.com  
2.500,00kn

### Mehanička respiracijska potpora

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anestezijologiju i reanimatologiju  
Dubrovnik, 15.-18.10.2010.  
Jadranka Radnić Salijevski, tel.: 01/2367-754, fax.: 01/2421-601, mob.:  
091/5097-154  
1.000,00kn

### Neuroradiološka dijagnostika hitnih stanja u djece

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split  
Split, 18.10.2010.  
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,  
fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

### P.A.I.N. Internacionlani tečaj liječenja boli - bazični tečaj

Katedra za anestezijologiju i reanimatologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu, HD  
za liječenje boli HLZ-a, Grunenthal d.o.o.  
Osijek, 18.10.2010.  
Gabrijela Šelendić, tel.: 01/3764-111, e-mail: hrinfo@grunenthal.com

### Novosti i perspektive u vertebrologiji

Hrvatsko vertebrološko društvo HLZ-a, KB „Sestre milosrdnice“, Klinika za  
reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i Klinika za neurologiju  
Zagreb, 19.10.2010.  
Marijana Bregni, tel.: 01/3787-248, e-mail: mbregni@kbsm.hr  
250,00kn, za članove Hrv. vertebrološkog društva, bez kotizacije

### Dijabetičko stopalo

Hrvatska udruga za rane  
Sveti Martin na muri, 19.-22.10.2010.  
Dunja Hudorenjak, tel.: 01/3712-169, e-mail: dhudolet@kbsd.hr, www.huzr.hr

### European School of Pathology - Zagreb Edition 2010-08-10

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju  
Zagreb, 20.-22.10.2010.  
Luka Brčić, mob.: 091/3693-693  
1.100,00kn/150EUR

### 42nd Danube Symposium for Nuerological Sciences and Continuing Education

Danube Neurological Society for continuing education  
Zagreb, 20.-23.10.2010.  
Bernarda Nikić, tel.: 01/3787-740

### Peti kongres HD za neurovaskularne poremećaje HLZ-a i HD za prevenciju moždanog udara

HD za neurovaskularne poremećaje HLZ-a i HD za prevenciju moždanog  
udara  
Zagreb, 20.-23.10.2010.  
Bernarda Nikić, tel.: 01/3787-740  
400,00kn

### XIV kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći  
Novi Vinodolski, 21.-24.10.2010.  
Miro Benčić, dr.med., mob.: 099/2124-336  
500,00kn

### 8. kongres hrvatskoga kardioološkog društva s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatsko kardioološko društvo, Spektar putovanja d.o.o.  
Opatija, 21.-24.10.2010.  
Ivana Belamaric, tel.: 01/4862-605  
1.800,00kn

### 8. hrvatski kongres o suradnji klasične i nekonvencionalne medicine

HUPED, Veterinarski fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 22.-23.10.2010.  
Vedran Korunić, mob.: 099/4900-909  
400,00kn

### Primjena ICF-a (Međunarodne klasifikacije funkciranja, onesposobljenja i zdravlja) u fizioterapiji

Hrvatski zbor fizioterapeuta  
Vukovar, 22.-23.10.2010.  
Antun Jurinić, 01/3712-281  
500,00 kn

### Napredni tečaj iz kardiopulmonalne reanimacije

Društvo za reanimatologiju HLZ-a  
Zagreb, 22.-24.10.2010.  
Dr. Zdravka Poljaković, mob.: 098/237-288  
1.800,00kn

### P.A.I.N. Internacionlani tečaj liječenja boli - Glavobolje- neuropatska bol

Katedra za anestezijologiju i reanimatologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu, HD  
za liječenje boli HLZ-a, Grunenthal d.o.o.  
Osijek, 23.10.2010.  
Gabrijela Šelendić, tel.: 01/3764-111, e-mail: hrinfo@grunenthal.com

### Neposredni tečaj iz kardiopulmonalne reanimacije

Društvo za reanimatologiju HLZ-a  
Split, 23.10.2010.  
Dr. Zdravka Poljaković, mob.: 098/237-288  
1.000,00kn

### XXVIII Saltykow memorial meeting

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju  
Zagreb, 23.10.2010.  
Dr. Luka Brčić, mob.: 091/3693-693  
300,00kn specijalisti

### Tečaj respiratorne fizioterapije i neinvazivne ventilacije

Hrvatski zbor fizioterapeuta  
Zagreb, 25.-26.10.2010.  
Snježana Benko, tel.: 01/3712-281  
1.800,00 kn

### Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, 25.-29.10.2010.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, dr. Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-  
718  
3.500,00kn

## kalendar stručnog usavršavanja

### STUDENI

#### 173. Gerontološka tribina CZG ZJZ,,Dr.Andrija Štampar" Šum u uhu u gerijatriji

Centar za gerontologiju ZJZ,,Dr.Andrija Štampar"  
Studenzi 2010.  
Marica Lukić dipl.med.techn. kontakt

#### Provedba mjera dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije prema zahtjevima HACCP sustava

„Korunić“ d.o.o. Zagreb  
Zagreb, sredinom studenog 2010.  
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341  
700,00kn

#### Disocijativni poremećaj kao mehanizam obrane kod traumatiziranog adolescenta

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11  
Zagreb, 02.11.2010.  
Prim.dr.sc. Enes Kušmić, dr.med., tel.: 01/4862-500  
60,00kn

#### XXIII. simpozij Alpe Adria

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju  
Zagreb, 05.-06.11.2010.  
Jadranka Radnić Salijevski, tel.: 01/2367-754, fax.: 01/2421-601, mob.:  
091/5097-154  
Specijalisti 500,00kn, specijalizanti 350,00kn, med.sestre 300,00kn

#### Liječenje boli djece, palijativna skrb

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sestre milosrdnice“, Kl. za dječje bolesti,  
HD za liječenje boli, Hrv. pedijatrijsko društvo, HD za palijativnu medicinu  
Zagreb, 05.-06.11.2010.  
Dr. Filip Jadrijević Cvrlje  
specijalisti 600,00kn, specijalizanti 300,00kn

#### XXIII. Europski tečaj naprednog održavanja života djece i novorođenčadi

HLZ, HD za reanimatologiju  
Sinj, 05.-07.11.2010.  
Dr. Hrvoje Kniewald, tel.: 01/2367-586  
1.900,00kn

#### Advanced Paediatric Life support

KBC Split, Jedinica intenzivnog liječenja djece i Advanced Life Support  
Group, Manchester  
Zagreb, 05.-07.11.2010.  
Doc.dr.sc. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590  
2.700,00kn

#### Merck Akademija 2010

Merck d.o.o.  
Zagreb, 06.11.2010.  
Dr. Jadranka Jančić Babić, tel.: 01/4864-127, mob.: 099/3117-082

#### Prevencija nasilja u dječjoj dobi

Hrvatsko katoličko liječničko društvo  
Zagreb, 06.11.2010.  
Slavica Grubišić, tel.: 01/4817-537

#### Neposredni tečaj iz kardiopulmonalne reanimacije

Društvo za reanimatologiju HLZ-a  
Zagreb, 06.11.2010.  
Dr. Zdravka Poljaković, mob.: 098/237-288  
1.000,00kn

#### IX Hrvatski simpozij o epilepsiji

HLZ, Hrvatsko neurološko društvo  
Split, 07.-10.11.2010.  
Mr.sc.dr. Ivica Bilić, mob.: 091/7687-801  
1.300,00kn

#### 2nd International Neurosonology Training Course of the European Society of Neurosonology and Cerebral Hemodynamics

European Society of Neurosonology and Cerebral Hemodynamics  
Dubrovnik, 08.-11.11.2010.  
Bernarda Nikić, tel.: 01/3787-740

#### Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, 08.-12.11.2010.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, dr. Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

#### Hiperaktivno dijete - nova saznanja

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11  
Zagreb, 09.11.2010.  
Prim.dr.sc. Enes Kušmić, dr.med., tel.: 01/4862-500  
60,00kn

#### Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 10.11.2010.  
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, mob.: 091/4696-167, f  
ax.: 01/4678-013  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

#### Napredni tečaj minimalno invazivne tehnike kirurškog liječenja ingvinalne hernije (TAPP i TEP)

Aesculap akademija d.o.o.  
Zagreb, 11.-12.11.2010.  
Sonja (c)ikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2356-748  
Specijalizanti 3.000,00kn, specijalisti 3.800,00kn

#### HDIR-1 - Prva konferencija s međunarodnim sudjelovanjem - Od bazičnih istraživanja do klinike

HD za istraživanje raka (HDIR)  
Zagreb, 11.11.2010.  
Sonja Levant, tel.: 01/4561-110  
100,00/50,00kn

#### 1. hrvatski simpozij o raku jajnika

HGOD (Hrvatsko ginekolosko onkološko društvo) HLZ-a  
Zagreb, 12.11.2010.  
Dr. Ingrid Marton, mob.: 098/277-066, 091/3712-2550,  
e-mail: ingrid.marton@zg.t-com.hr  
400,00kn specijalisti koji nisu članovi društva, 300,00kn članovi društva,  
200,00kn specijalizanti

#### Odabranu poglavlja iz dječje otorinolaringologije

KBC Zagreb, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata  
Osijek, 12.11.2010.  
Doc. Andrijana Včeva, tel.: 031/512-402  
300,00kn

#### Sigurnost u bolnicama - Kontrola i praćenje rizika

Hrvatska udružba za sanitarno inženjerstvo - Komora sanitarnih inženjera i  
tehničara (Komora HUSI)  
Opatija, 12.11.2010.  
Mihaela Staver, dipl.san.ing., tel.: 051/345-609, fax.: 051/345-690,  
e-mail: husi@husi.hr  
600,00kn

## kalendar stručnog usavršavanja

### Konzervativno liječenje skolioza i kifoza

Kuća zdravlja d.o.o., KBC Zagreb, Kl. za ortopediju, Kl. za dječje bolesti, Klin. zavod za rehabilitaciju  
Zagreb, 13.11.2010.  
Mirela Fröbe, tel.: 01/6310-795  
450,00kn

### Neposredni tečaj iz kardiopulmonalne reanimacije

Društvo za reanimatologiju HLZ-a  
Koprivnica, 13.11.2010.  
Dr. Zdravka Poljaković, mob.: 098/237-288  
1.000,00kn

### Mamografski probir raka dojke u županiji Splitsko-dalmatinskoj

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split  
Split, 15.11.2010.  
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, f  
ax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

### 10. hrvatski kongres endoskopske kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za endoskopsku kirurgiju  
Split, 17.-20.11.2010.  
Zdravko Perko, tel.: 021/556-226, [www.hdek.com.hr](http://www.hdek.com.hr)  
2.000,00kn

### 174. Gerontološka tribina

CZG ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 16.11.2010.  
Marica Lukić, dipl.med.techn, tel.: 01/4696-164

### Mjesto i uloga kolposkopije u ranoj dijagozi i prevenciji neoplastičkih promjena vrata maternice i donjeg genitalnog trakta

HLZ, HD za kolposkopiju i bolesti vrata maternice  
Zagreb, 18.-19.11.2010.  
Blaženka Povšić, tel.: 01/3787-361

### Aktualna javnozdravstvena istraživanja o izloženosti elektromagnetskom zračenju

HAZU - Razred za medicinske znanosti  
Zagreb, 19.11.2010.  
Dr. Jelena Macan, tel.: 01/4673-188 (176)

### Statisticka obradba podataka u biomedicinskim istraživanjima

MEF Sveučilišta u Rijeci  
Rijeka, 19.-20.11.2010.  
Vedrana Marinac Topić, tel.: 051/651-255, [mvedrana@medri.hr](mailto:mvedrana@medri.hr),  
<http://mi.medri.hr/tecaj>  
2.100,00kn

### Napredni tečaj iz kardiopulmonalne reanimacije

Društvo za reanimatologiju HLZ-a  
Rijeka, 19.-21.11.2010.  
Dr. Zdravka Poljaković, mob.: 098/237-288  
1.800,00kn

### Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrvatsko senološko društvo  
Zagreb, 19.11. - 28.01.2011.  
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154  
9.500,00kn

# 10. | 10th

### ➤ 10. HRVATSKI KONGRES ENDOSKOPSKE KIRURGIJE S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM 10th CROATIAN CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGERY WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Split, Hrvatska 17. – 20. studenog 2010. | Split, Croatia 17th - 20th November 2010

93

- Rana kotizacija i slanje sažetaka do 01. listopada 2010.
- Mjesto održavanja: Hotel Lav - Le Meridien\*\*\*\*\*  
[www.lemeridienlavsplit.com](http://www.lemeridienlavsplit.com)
- Sve obavijesti i informacije možete pronaći na web stranicama  
[www.hdek.com.hr](http://www.hdek.com.hr)



[www.hdek.com.hr](http://www.hdek.com.hr)

## kalendar stručnog usavršavanja

### Radionica manualne medicine

Hrvatski zbor fizioterapeuta  
Zagreb, 20.11.2010.  
Antun Jurinić, tel.: 01/3712-281  
650,00 kn

### Neposredni tečaj iz kardiopulmonalne reanimacije

Društvo za reanimatologiju HLZ-a  
SI.Brod, 20.11.2010.  
Dr. Zdravka Poljaković, mob.: 098/237-288  
1.000,00kn

### Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, 22.-26.11.2010.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, dr. Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

### Tumori lubanjske osnovice - sadašnjost i budućnost

HAZU, Razred za medicinske znanosti - Odbor za tumore  
Zagreb, 23.11.2010.  
Vesna Očak Sekulić, tel.: 01/4895-171

### 67. dani dijabetologa

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma  
Toplice Sveti Martin, 25. - 27. 11. 2010.  
Vesna Borisavljević, tel.: 052/223-400, mob.: 091/1255-170  
500,00 kn

### 39. simpozij Hrvatskog društva za dječju neurologiju

KB „Sestre milosrdnice“, Odsjek za dječju neurologiju Klinike za pedijatriju i HD za dječju neurologiju  
Zagreb, 26.11.2010.  
Doc.dr.sc. Ljerka Cvitanović Šojat, e-mail: ljerka-cvitanovic.sojat@zg.t-com.hr; dr.sc. Romana Gjergja Juraški e-mail: romana.gjergja@zg.t-com.hr  
300,00kn

### Regionalna anestezija i analgezija

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anestesiologiju i reanimatologiju, HDRAA-HLZ i KB „Sveti Duh“, Kl. za anestesiologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje  
Zagreb, 26.-27.11.2010.  
Iva Kapović, tel.: 01/4566-933, fax.: 01/4566-701, mob.: 098/318-317, tel./fax.: 01/3712-049, e-mail: ikapovic@mef.hr, ksakic@mef.hr, www.mef.hr/hdraa  
1.000,00kn specijalisti, 500,00kn specijalizanti i članovi HLZ HDRAA

94

## PROSINAC

### 6th International Conference Multidisciplinary approach on Thyroid and Parathyroid Glands

KBC Zagreb, Klinika zaborasti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata  
Zagreb, 02.-04.12.2010.  
Ana Jurašić, Penta d.o.o., tel.: 01/4628-615  
2.190,00kn

### XXXIV simpozij intenzivne medicine

HLZ, HD za anestesiologiju i intenzivno liječenje  
Zagreb, 03.-04.12.2010.  
Jadranka Radnić Salijevski, tel.: 01/2367-754, faks.: 01/2421-601, mob.: 091/5097-154  
Liječnici specijalisti (članovi HDAIL-a) 1.100,00kn, liječnici specijalisti (ostali) 1.500,00kn, specijalizanti (članovi HDAIL-a) 800,00kn, specijalizanti (ostali) 1.000,00kn

### XXIV. Europski tečaj naprednog održavanja života djece i novorođenčadi

HLZ, HD za reanimatologiju  
Zagreb, 03.-05.12.2010.  
Dr. Hrvoje Kniewald, tel.: 01/2367-586  
1.900,00kn

### Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb, RTG odjel  
Zagreb, 06.-10.12.2010.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, dr. Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

### Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 08.12.2010.  
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, mob.: 091/4696-167, fax.: 01/4678-013  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

### Billingsova ovulacijska metoda prirodnog planiranja obitelji - str. edukacija podučavatelja

Centar za prirodno planiranje obitelji  
Zagreb, 12.12.2010. - 29.5.2010. ( 6 susreta: 9 - 17 h )  
Kristina Pavlović, mob.: 098/9038-739  
500,00 kn

## 2011. VELJAČA

### Mulligan koncept - temeljni tečaj, dijelovi A i B

Udružba za promicanje edukacije fizioterapeuta  
Zagreb, 17.-20.02.2011.  
Tomislav Perica, mob.: 098/9655-435  
2.400,00kn

## OŽUJAK

### Autotransfuzija, tromboprofilaksa i perioperacijsko krvarenje

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anestesiologiju i reanimatologiju, HDRAA-HLZ i KB „Sveti Duh“, Kl. za anestesiologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje  
Zagreb, 11.-12.03.2011.  
Iva Kapović, tel.: 01/4566-933, fax.: 01/4566-701, mob.: 098/318-317, tel./fax.: 01/3712-049, e-mail: ikapovic@mef.hr, ksakic@mef.hr, www.mef.hr/hdraa  
1.000,00kn specijalisti, 500,00kn specijalizanti i članovi HLZ HDRAA

### 2. kongres DNOOM s međunarodnim sudjelovanjem: Bolesnik sa šećernom bolesti u obiteljskoj medicini danas

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine  
Zagreb, 10.-12.03.2011.  
www.dnoom.org  
1.600,00kn do 31.01.2011., te 1.800,00kn poslije 31.01.2011.

## LIPANJ

### 4. Internacionalni Simposium regionalne anestezije i analgezije i 4. hrvatski kongres iz regionalne anestezije i liječenja boli s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ/HDRAA, HD za regionalnu anesteziju i analgeziju, Europsko društvo za regionalnu anesteziju i medicinu boli - ESRA, MEF Sveučilišta u Osijeku, MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sveti Duh“ Zagreb  
Zagreb, 16.-18.06.2011.  
www.westinzagreb.com, tel.: 01/4892-021, fax.: 01/4892-091, e-mail: petra.soprek@westin.com  
Tajništvo KBSD, 01/3712-049, hdraa@mef.hr, www.mef.hr/hdraa  
specijalisti 2.000,00kn do 01.04.2011., poslije 2.500,00kn, specijalizanti 1.000,00kn