

CODINA XI • BROJ 102 • 15. IX. 2011.



Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

TEMA BROJA



ISSN 1333-2775

e-zdravlje

(str. 17.)

LIJEČNIČKE NOVINE

Glasiilo Hrvatske liječničke komore
ADRESA UREDNIŠTVA
10000 Zagreb, Tuškanova 37, 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 18.000 primjeraka

MEDICAL NEWS

FOUNDER AND PUBLISHER
The Medical Chamber of Croatia
ADDRESS
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Croatia
Editor-in-chief Professor Željko Poljak, M.D.
Published in 18.000 copies

IZDAVAČKI SAVJET

Prim. dr. Dražen Borčić
Nikolina Budić, dipl. iur.
Prof. dr. Nenad Ilić
Prof. dr. Tatjana Jeren
Prof. dr. Vesna Jureša
Dr. Mario Malnar
Prim. dr. Vjekoslav Mahovlić
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Dr. sc. Vladimir Mozetić
Dr. Senad Muslić
Doc. dr. Ljiljana Perić
Prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović
Prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzarić
Doc. 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-Kauzarić
Ivica Vučak

UPUTA SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:
"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Šubićeva 9/ III,
e-mail: hlk@hlk.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
sazetak 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 glasiilo 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

Novinarka Borka Cafuk
01/ 45 00 848, e-mail: borka.cafuk@hlk.hr

Oblikovanje A. Boman Višić
Tisak "Mediaprint - Tiskara Hrastic d.o.o."

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

RIJEČ PREDSEDNIKA 5

48-satno radno vrijeme i druge aktualne teme

IZ KOMORE 6

Liječnici sabornici u Komori • Projekt informatizacije • Realne cijene DTP-a

48-satno radno vrijeme • Reforma HMS-a

Status specijalista hitne medicine • Tko je što u Komori • Radno vrijeme u Komori

e-ZDRAVLJE 17

„Intelligence u zdravstvu i strateško odlučivanje” • Što liječnici trebaju znati

Europska iskustva • Intervju s dr. Jurkovićem • E-zdravstvo u praksi

Informatizacija bolnica • Zakonska podloga • Prikupljanje i dostava podataka

Koordinacija e-Javno zdravstvo • Etički aspekt

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA 36

Genetičari svijeta opet u Hrvatskoj

Neuropedijatri u Cavtatu

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 39

Hepatitis • Iz HZZO-a • Europaediatrics • Dermatovenerolozi

Bizovačke toplice • Uputnice za prijeoperacijsku obradu

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 41

Pucanje medice tijekom porođaja

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 43

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE 55

90 godina patofiziologije u Hrvatskoj

Tuberkuloza u Hrvatskoj

Gjuro Baglivi

ZANIMLJIVE LIČNOSTI 65

Pavao Sokolić

LIJEČNICI KNJIŽEVNICI 70

Hrvatski psihijatri književnici

Tomislav Maretić

KRATKA LIJEČNIČKA PRIČA 76

Mali liječnički putopis

UREDNIKOV KUTAK 81

Važnost komunikacije i naj-lječnik

BIOPATOLOGIJE 81

Skandinavski skladatelj

Posljednji dani Woodrowa Wilsona

PABIRCI 84

Pabirci o „nesposobnima”

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 87

Što nam donosi primjena Direktive o 48-satnom radnom vremenu?



• Kako su stupile na snagu odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti, po kojem možemo raditi više od 48 sati tjedno samo ako na to svojim potpisom pristanemo, pojavile su se mnoge nedoumice na koje nas upozoravaju naši članovi. Bilo je mnogo upita kako postupiti, treba li potpisati ili ne treba. Oni koji ne potpišu radit će najviše 48 sati tjedno. Međutim, oni koji pristanu na više sati rada vjerojatno će zbog potrebe osiguranja neprekidne zdravstvene zaštite morati raditi više nego do sada. Bit će izloženi i pojačanim naporima i zbog toga će im se lakše događati greške u radu, a to može biti vrlo opasno i za pacijente i za doktore. S druge strane, poštujući Zakon o radu radniku se mora osigurati dnevni i tjedni odmor, pa kako će nakon dežurstva odlaziti kući, njegov redovni posao morat će netko obaviti ili će pacijenti ostati bez zdravstvene usluge. Zbog toga će najvjerojatnije doći do pojačanog opterećenja onih koji ne dežuraju. Ovdje se otvara pitanje na koje već godinama ukazujemo, a to je osiguranje od štete koja može nastati obavljanjem liječničkog rada. Po Zakonu o obveznim odnosima poslodavac je odgovoran za nastalu štetu, ali je sigurno da će biti sve više tužbi protiv liječnika, pa moramo zahtijevati od poslodavaca da osiguraju svoje zdravstvene radnike. Činjenica je da u Hrvatskoj nedostaje doktora pa da bi se osigurala kontinuirana zdravstvena zaštita, mnogi naši članovi rade pod velikim opterećenjem, često dežuraju, poslije dežurstva ostaju na poslu, a neki čak ne mogu koristiti godišnji odmor. Najavljeno bolje plaćanje dežurstava samo će djelomično

motivirati doktore da žrtvuju svoj privatni život i da se svjesno izlažu opasnosti od liječničke greške. Stoga je zadnji čas da se nešto učini kako bi se povećao broj liječnika u zdravstvenom sustavu. Jedno je od prijelaznih rješenja da se omoguću onima koji to žele i mogu odlazak u starosnu mirovinu sa 70 go-dina. To je sada omogućeno samo redovitim profesorima.

Mediji o nama ovoga ljeta

Svakog ljeta čitamo u medijima o događajima koji su proizašli od nemarnog i lošeg rada liječnika. Ugodno sam iznenađen da toga ovog ljeta nije bilo. Zašto? Ili smo bolje obavljali svoj posao, ili je bilo puno važnijih događaja za objavu u medijima. U svakom slučaju nas to veseli. Kao što sam već više puta naglasio, možemo biti ponosni na naše zdravstvene radnike koji savjesno obavljaju svoj posao unatoč već znanim nam poteškoćama.

E-zdravlje

Od važnih događaja za našu profesiju mislim da je potrebno spomenuti kako je Hrvatska liječnička komora bila suorganizator radionice „Intelligence u zdravstvu i strateško odlučivanje“ koja je održana Motovnu od 6. do 8. srpnja. Bio je to vrlo zanimljiv i koristan skup, na kojem su sudjelovali eminentni stručnjaci, a među njima i naši djelatnici **Nikolina Budić, Maja Lacković, Mijo Karaula i Radmila Rumek-Črne** te kao koordinatorica prim. **Katarina Sekelj-Kauzlarić**.

O tom skupu možete više pročitati u ovom broju LN.

Smanjenje cijena DTP-a

Na odluku o smanjenju cijena dijagnostičko-terapijskih postupaka u SKZ-u Komora je uputila pismo UV HZZO-a u kojem izražava svoje nezadovoljstvo s tom odlukom. Predložili smo da se zajedno sa stručnim društvima HLZ-a i Udrugom poslodavaca u zdravstvu aktivno uključimo u predlaganje novih cijena u SKZ-u. Ta inicijativa je prihvaćena i 23. kolovoza je u prostorijama HLK-a u Tuškanovoj 37 održan prvi sastanak radne skupine pod vodstvom predsjednika Povjerenstva za privatnu praksu HLK-a dr. **Vladimira Mozetića**. I o tome možete pročitati u ovom broju LN.

Reforma HMP-a

Reforma hitne medicinske pomoći i uloga Centara obiteljske medicine (COM) vrlo su značajni događaji, a najviše se tiču doktora u PZZ-u. Stoga smo održali niz sastanaka u Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu i HZZO-u, a na tu temu održana je tribina u Bjelovaru na inicijativu tamošnjeg županijskog povjerenstva HLK-a. Podržavajući reformu ove važne djelatnosti želimo da se u implementaciju krene tek nakon dobre pripreme i edukacije svih sudionika, jer inače prijeti opasnost da dobro zamišljena reforma HMP-a doživi neuspjeh.

Idemo u Slavoniju!

Pred nama je jesen u kojoj ćemo imati puno aktivnosti. Sudjelovat ćemo na proslavi prigodom 180 godina rada bolnice u Vinkovcima. Ovim putem svim sadašnjim i prijašnjim djelatnicima ove bolnice upućujem svoju čestitku, uz moje osobno divljenje i zahvalu za sve ono što su učinili u pružanju zdravstvene zaštite u nemogućim uvjetima za vrijeme Domovinskog rata. Ponosan sam što sam posjetio ovu bolnicu u tim teškim vremenima. U Osijeku ćemo sredinom rujna održati sjednicu Izvršnog odbora Komore i tom ćemo se prigodom sastati sa županijskim povjerenstvima susjednih županija.

I na kraju, želim da svoju odluku o tome hoćete li ili nećete pristati na rad više od 48 sati tjedno donesete bez pritisaka s bilo koje strane.

Ne zaboravite naručiti svoj besplatni primjerak MSD priručnika, jer to uskoro neće biti moguće.

**Vaš predsjednik:
Prim. dr. Hrvoje Minigo**

Liječnici sabornici u Komori

Tekst i slike Željko Poljak



S lijeva: prvi dopredsjednik Komore dr. Malnar, predsjednik Komore prim. Minigo, saborski zastupnici prof. Hebrang i dr. Ostojić

• Po ustaljenom običaju, godišnji sastanak čelnika Komore s liječnicima koji su saborski zastupnici ove je godine održan 13. srpnja u novim prostorijama Komore.

Na sastanku su bili, osim vodstva Komore, prof. dr. **Andrija Hebrang**, dr. **Ranko Ostojić**, dr. **Karmela Caparin**, dr. **Senad Muslić**, dr. **Stjepan Milinković**, dr. **Ivan Bagarić**.

Nakon srdačne dobrodošlice predsjednika Komore prim. **Hrvoja Miniga**, u ime članova Sabora zahvalio se za poziv prof. dr. Andrija Hebrang i osvrnuo se da sadašnje stanje zdravstva u Hrvatskoj, pri čemu nije bio optimističan. Istaknuo je da su prihodi proračuna sve manji, a zdravstvo, koje se uglavnom



S lijeva: tajnica Odbora Ilijana Krešić; Suzana Bilic Vardić, prof.; Karmela Caparin, dr.med.; Senad Muslić, dr. med., predsjednik Povjerenstva za PZZ HLK-a; prof. dr. Vesna Jureša, dr.med., predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost HLK-a; prim. Katarina Sekelj Kauzlarić, dr. med., predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti HLK-a; Stjepan Milinković, dr. med.; mr. sc. Ivan Bagarić, dr. med.



Susret je završio ugodnim druženjem

Članovi Komore u Projektu informatizacije

• Na zahtjev HZZO-a Komora je imenovala u operativne radne skupine u Projektu informatizacije ove članove:

1. Školska medicina - prof. dr. **Vesna Jureša**, dr. med. (098 304 213, vjuresa@-snz.hr)

2. Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita - prim. dr. sc. Marko Velimir Grgić, dr.med. (099 3787 059, marko_grgic@yahoo.com), Krešimir Luetić, dr.med. (091 3712 274, kluetic@yahoo.com), Josip Juras, dr.med. (091 1668 305, josip.juras@gmail.com), Branko Popović, dr.med. (091 201 5002, branko.popovic@ri.t-com.hr)

3. eNaručivanje - prim. Hrvoje Minigo, dr.med. (091 457 0000, hrvoje.minigo@hлк.hr), prim.dr.sc. Marko Velimir Grgić, Krešimir Luetić, dr.med., Josip Juras, dr. med., Branko Popović, dr.med., Mario Malnar, dr.med. (091 7357 572, mario.malnar1@gmail.com,

ail.com, mario.malnar@hлк.hr), Leonardo Bressan, dr.med. (091 526 734, kohom tajnik@yahoo.com), Diana Kralj, dr.med. (098 364 266, ordinacija-kralj@ka.t-com.hr), prof.dr.sc. Karmen Lončarek, dr. med. (091 250 3636, karmen.loncarek@markant.hr)

4. eKarton - Branko Popović, dr. med., Mario Malnar, dr.med., Leonardo Bressan, dr.med., Diana Kralj, dr.med., prim. dr.sc. Marko Velimir Grgić, dr.med., Josip Juras, dr.med., Ilonka Artuković, dr. med. (091 5635 054, artukovic.ilonka@gmail.com), Miroslav Prpić, dr.med. (091 188 2864, mprpic@inet.hr)

5. Primarna laboratorijska dijagnostika - Mario Malnar, dr.med., Branko Popović, dr.med.

6. Pedijatrija - Ilonka Artuković, dr.med., Mario Malnar, dr.med., Branko Popović, dr.med.

7. Ginekologija - Miroslav Prpić, dr.med., Mario Malnar, dr.med.

8. eRecept - Diana Kralj, dr.med., Leonardo Bressan, dr.med., Branko Popović, dr.med., Mijo Karaula, dipl.iur. (091 457 0052, mijo.karaula@hлк.hr)

9. Doznaka za bolovanje - Diana Kralj, dr.med., Leonardo Bressan, dr.med., Branko Popović, dr.med., Miroslav Prpić, dr.med.

10. Šifrnici - Diana Kralj, dr. med., Leonardo Bressan, dr.med., Branko Popović, dr.med., prim.dr.sc. Marko Velimir Grgić, dr.med., Josip Juras, dr.med.

11. Opća/obiteljska medicina - Diana Kralj, dr.med., Leonardo Bressan, dr. med., Branko Popović, dr.med., Mario Malnar, dr.med.

12. Sigurnost osobnih podataka - Nikolina Budić, dipl.iur. (091 457 0002, nikolina.budic@hлк.hr), Ljiljana Čenan, dr.med. (091 507 8473, lmilicev@inet.hr), Branko Popović, dr.med., Josip Juras, dr.med., prim.dr.sc., Marko Velimir Grgić, dr.med., Tatjana Babić, dipl.iur. (091 457 0054, tatjana.babic@hлк.hr)

•••••

Utvrđivanje realnih cijena dijagnostičko-terapijskih postupaka

Borka Cafuk

• U Hrvatskoj liječničkoj komori održan je 23. kolovoza radni sastanak na temu utvrđivanja realnih cijena dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti (SKZZ).

Podsjetimo, Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na sjednici 24. svibnja donijelo je Odluku o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 61/11) kojom su cijene DTP-a u SKZZ-u umanjene za prosječno 20 posto, o čemu je Izvršni odbor Komore izvjestio bivši dopredsjednik Komore prim. dr. **Josip Jelić** na sastanku 10. lipnja (LN br. 100, 15. lipnja 2011.). Prim. Jelić je tada istaknuo da su sve cijene više ili manje srušene, i to nerealan i

bez provedene analize, a Upravno vijeće je objasnilo da je cilj smanjivanja cijena skraćivanje lista čekanja, što zapravo znači da se za ugovoreni iznos trebati povećati obrtaj pacijenata, što je neprihvatljivo, izjavio je Jelić. Naime, urušavanjem cijene rada liječnike se prisiljava da naprave više posla.

Predsjednik UV-a HZZO-a dr. **Dražen Jurković** izrazio je, prenio je Jelić, čuđenje nekonzistentnošću cijena te je predložio da se cjenik usluga u SKZZ-u temeljito pregleda i obradi i da u tome sudjeluju predstavnici HZZO-a, Komore i Udruge poslodavaca u zdravstvu (UPUZ). IO Komore je tada odlučio da se prihvaća prijedlog UV-a HZZO-a temeljitog pregleda i obrade cijena SKZZ-a. HZZO je 29. lipnja donio odluku o osnivanju Povjerenstva za utvrđivanje cijena DTP-a u SKZZ-

u, koje čine predstavnici Ministarstva zdravstva, Komore i UPUZ-a. Na insistiranje Komore Odluka o imenovanju članova Povjerenstva donesena je 28. srpnja i u njegov su sastav ušli predstavnici Ministarstva zdravstva dr. stom. **Vesna Sokol**, predstavnik Komore dr. sc. **Vladimir Mozetić**, predstavnik UPUZ-a dipl. oec. **Ivan Lukovnjak** i predstavnik HZZO-a mr. **Mario Bagat**.

Komora: Odluka duboko zadire u vrednovanje rada liječnika

Komora i UPUZ su u srpnju reagirale na Odluku o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja naglašavajući njenu neprihvatljivost i tražeći njeno stavljanje izvan primjene ili barem odgodu primjene dok se ne završi analiza spornih cijena i donesu odgovarajuće preporuke Povjerenstva za utvrđivanje cijena DTP-a u SKZZ-u.

Nužno je, urgirala je Komora u Ministarstvu zdravstva, utvrditi stvarne cijene DTP-a jer ova Odluka duboko zadire u vrednovanje rada liječnika i poslovanje nositelja zdravstvene zaštite.

UPUZ je preporučio zdravstvenim ustanovama da za sjednicu svojih upravnih vijeća pripreme analizu utjecaja cijene iz sporne Odluke na poslovanje u djelatnosti u kojoj se obavljaju navedene usluge i na poslovni rezultat ustanova kao cjeline.

Također, UPUZ im je predložio da razmotre dostavljeni Dodatak Ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite za razdoblje od 2010. do 2012., kojim se legaliziraju sporne cijene.

Neprihvatanjem Dodatka Ugovora, istaknuo je UPUZ, otvara se arbitražni postupak, a neprihvatanje nema nikakvih pravnih posljedica po opstojnost Ugovora kroz ugovoreno razdoblje jer ne postoji niti jedan pravno utemeljeni razlog za raskid ugovora s druge ugovorne strane.

Odluče li se upravna vijeća zdravstvenih ustanova na neprihvatanje Dodatka Ugovoru, UPUZ im je predložio i da razmotre mogućnost da do tada pruženi DTP-i u polikliničko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti fakturirane HZZO-u po utvrđenim cijenama iz objavljene Odluke refakturiraju primjenom starih cijena i ispostave ih u elektroničkom i papirnatom obliku HZZO-u te da daljnje fakturiranje usluga obavljaju isključivo primjenom cijena DTP-a iz stare Odluke.

Nužno je osmisлити strukturu formiranja cijena DTP-a u SKZZ-u ali i svih cijena u zdravstvenom sustavu

Na inicijativu predsjednika Povjerenstva Komore za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost dr. sc. **Vladimira Mozetića**, koji je ujedno i imenovan u Povjerenstvo za utvrđivanje cijena DTP-a u SKZZ-u, u Komori je, kako je istaknuto na početku, održan stručni radni sastanak na kojem su dogovoreni koraci koji će se poduzeti u analizi cijena DTP-a u SKZZ-u, čiji će rezultat, odnosno izračun realnih cijena, biti prezentiran Povjerenstvu za utvrđivanje cijena DTP-a u SKZZ-u.

Na sastanku su na Mozetičev poziv sudjelovali stručni suradnik UPUZ-a dipl. oec. **Ivan Lukovanjak**, predstavnik UPUZ-a dipl. oec. **Osman Kadić**, predstavnik Poliklinike za dijalizu Fresenius Medical Care dr. **Aleksandar Vitaz**, predstavnik Poliklinike za baromedicinu i medicinu rada Oxy dr. **Mario Franolić**, predsjednik Upravnog vijeća Poliklinike Oxy **Rade Vadunec**, predstavnik Poliklinike Medikol dr. sc. **Antonija Balenović**, predstavnik Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju HLZ-a doc. dr. **Sanjin Rački**, dr. **Petar Raštegorec** iz Specijalističke oftalmološke

ordinacije, predstavnici Hrvatskog neurološkog društva HLZ-a prof. dr. **Ivan Bielen** i prof. dr. **Arijana Lovrenčić-Huzjan** te predstavnik Hrvatskog društva za kliničku citologiju HLZ-a doc. dr. **Ika Kardum-Skelin**.

Na sastanku je zaključeno da je nužno osmisлити strukturu formiranja cijena DTP-a u SKZZ-u u dogovoru s voditeljima financijskih i ekonomskih službi i stručnih društava. Iz toga bi trebala proizaći i struktura formiranja svih cijena u zdravstvenom sustavu u kojima će vidljivo biti odvojena cijena rada zdravstvenog radnika od izravnih i neizravnih troškova rada. Dogovoren je i ritam komunikacije s HZZO-om. Kada će se na Povjerenstvu za utvrđivanje cijena DTP-a u SKZZ-u raspravljati o pojedinim specijalnostima tada će na sastanak biti pozivani predstavnici tih specijalnosti. Prvi razgovori bit će vezani uz radio-lošku djelatnost, nuklearnu medicinu, dijalizu i hiperbaričnu medicinu, a potom nastupaju neurološko, pulmološko i kardiološko društvo, dok će treću skupinu o čijim će se cijenama pregovarati činiti oftalmologija, potpomognuta oplodnja, patologija, citologija i humana genetika.

Insistirat će se i dalje na traženjima Komore, tj. da se do donošenja novih parametara za formiranje cijena pridržava starih cijena, a ne cijena iz Dodatka Ugovora.

♦♦♦♦

Povjerenstvo za bolničku djelatnost raspravljalo o uvođenju 48-satnog radnog tjedna

Borka Cafuk

• Odluka o visini isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost, koju je ministar zdravstva i socijalne skrbi mr. **Darko Milinović** donio 26. kolovoza, bila je glavni predmet rasprave na konstituirajućoj sjednici Povjerenstva za bolničku djelatnost Hrvatske liječničke komore na kojoj je sudjelovao i predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** kako bi se pripremio za razgovor s ministrom zdravstva. Povjeren-

Liječnici trebaju sami odlučiti hoće li potpisati pristanak na rad iznad 48 sati tjedno

stvo je zaključilo da liječnike treba informirati o Odluci i pisanom pristanku na rad iznad 48 sati tjedno i da oni sami trebaju donijeti odluku žele li ili ne žele potpisati pristanak.

Zatražit će se tumačenje i pojašnjenja od Ministarstva zdravstva na sva pitanja koja proizlaze iz primjene Odluke. Također, Povjerenstvo je konstatalo i da nema velikog financijskog povećanja u isplata na naknada za dežurstvo i pripravnosti.

Nedostatak liječnika sada će biti još očitiji

Predsjednica Povjerenstva doc. dr. **Ljiljana Perić** u uvodu je istaknula da je već duže vrijeme očit nedostatak liječnika, koji će postati još vidljiviji primjenom Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Odluke.

Naime, neki će liječnici potpisati pristanak na rad iznad 48 sati tjedno, a drugi neće, pa će oni liječnici koji su već i sada opterećeni dežurstvima biti pod još većim pritiskom i u opasnosti da pogriješe.

Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** podsjetio je da je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti unesena direktiva o radnom vremenu na inicijativu Hrvatskog liječničkog sindikata. Liječnici koji ne potpišu radit će 48 sati tjedno, što znači da će imati jedno dežurstvo tijekom tjedna, ali ne vikendom. Liječnici koji potpišu pristanak na rad iznad 48 sati tjedno biti će opterećeni dežurstvima. Minigo ističe da je liječnicima, koji se dvoume o tome hoće li potpisati, sugerirao da dobro prouče Odluku i sami odluče. Velik je problem nedostatak liječnika, koji će sada postati još

očiti. Komora odavno traži da se osmisli strategija za povećanje broja liječnika, no odgovor je da za to nema novaca. S ovim je, dodao je Minigo, povezano i pitanje osiguranja liječnika od profesionalne odgovornosti koje je, s obzirom na implikacije Odluke, sada nužno riješiti. U proračunu će biti izdvojena posebna sredstva za dežurstva ali to je sveukupno jako malo novaca i, istaknuo je Minigo, prema našem izračunu iznosi oko 280 kuna bruto po dežurstvu. Komora mora insistirati da liječnici za svoje redovno radno vrijeme dobiju primjerenu plaću i sada je prava prilika da zahtjevi Komore budu prezentirani te da cjelokupna javnost shvati zašto ih postavljamo.

Savjetnik predsjednika Komore za odnose s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje prim. dr. **Josip Jelić** istaknuo je da je s obzirom na to da je dežurstvo u Odluci definirano kao prekovremeni rad, premda se

u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti ono smatra redovnim radom, nužno zatražiti očitovanje kako će se sada izračunavati osnovica za mirovinu, bolovanja i godišnji odmor. Također, dodao je Jelić pitanja kako će se Odluka odraziti u odnosu na određene proračunske stavke, to jest limite bolnica, i hoće li oni moći podnijeti plaćanje rada preko 48 sati tjedno te je li napravljena simulacija sredstava za to? Jelić je zatražio da se svim županijskim povjerenicima uputi zahtjev da prouče Odluku i da se očituju o stanju u svojoj županiji, to jest koliko će liječnika potpisati pristanak na rad iznad 48 sati tjedno, na temelju čega se može izračunati i stvaran nedostatak liječnika.

Član Povjerenstva mr. **Srećko Ljubičić** također je naglasio da je nedostatak liječnika osnovni problem. Liječničke udruge su još prije desetak godina otvorile to pitanje, a sada opet ulazimo u krizno razdoblje za struku. Oči kolega uprte su u Komoru i čitav ovaj

mandat bit će težak i izazovan. Smatram, istaknuo je Ljubičić, da ulazimo u dugo razdoblje krize, a očekivanja su velika i stoga se liječnički stalež mora ponovo okupiti i krenuti u rješavanje problema.

Član Povjerenstva mr. sc. **Zlatko Houra** predložio je da se zatraži suspenzija Odluke te da se Ministarstvo izjasni kolika je cijena rada specijalista.

Sukladno zaključku Povjerenstva o nužnosti informiranja liječnika, na mrežnim stranicama Komore objavljeno je priopćenje o pisanom pristanku radnika u povodu uvođenja 48-satnog radnog tjedna i Odluka o visini isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost, koje donosimo u nastavku u ovom broju Liječničkih novina.

♦♦♦♦



FOTO B. ČAUK

Pisani pristanak radnika povodom uvođenja 48-satnog radnog tjedna

Prim. Hrvoje Minigo, dr. med., predsjednik Hrvatske liječničke komore

• U odgovoru na brojne upite članova - bolničkih liječnika vezano na novosti u zdravstvenim propisima, ovdje dajemo kratko pojašnjenje.

Izmjena je nastupila u odredbama članka 162 te članka 162a Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11) koje uređuju pitanje organizacije rada i radnog vremena. Sukladno citiranim odredbama, vrijeme provedeno u dežurstvu i pripravnosti smatra se radnim vremenom i uračunava u redovit fond mjesečnih radnih sati, a maksimalno ukupno trajanje radnog vremena tjedno ne može biti duže od

48 sati uključujući rad u dežurstvu i rad po pozivu. Iznimku predstavlja potreba posla kada radnik može raditi i duže od 48 sati, ali za to treba poslodavcu dati pisani pristanak.

Liječnici koji odluče dati svoj pisani pristanak na rad više od 48 sati tjedno time će raditi i dežurati kao i prije izmjena Zakona, no moraju biti svjesni mogućnosti da poslodavac ima pravo odrediti im i više dežurstava od dosadašnjeg broja zbog kolega koji eventualno uskrate svoj pristanak jer netko treba odraditi i njihov dio.

Onim liječnicima koji odbiju dati svoj pisani pristanak, radno vrijeme ne može

biti duže od 48 sati tjedno, što u simuliranom slučaju, matematički gledano, znači - 1 puni radni dan s tjednim dežurstvom (što predstavlja 24 sata - 8 sati redovan rad, 8 sati predstavlja odrađivanje sljedećeg radnog dana te 8 sati samog dežurstva), 1 dan poslije dežurstva slobodan te 3 redovna radna dana.

Sukladno novim propisima, dežurstvo treba iskazivati i evidentirati kao radno vrijeme.

Što se naknade za dežurstvo, pripravnost i rad po pozivu tiče, ministar je donio Odluku o visini isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost (Narodne novine br. 100/11) koja vrijedi dok se visina isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu, odnosno naknade za pripravnost, ne uredi kolektivnim ugovorom.

S obzirom na točku II. citirane Odluke, do donošenja proračuna za 2012. godinu način plaćanja će za sve oblike rada biti kao i do sada kada je vrijedila produžena primjena odredaba Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja.

Nakon donošenja proračuna za 2012. godinu isplaćivat će se naknada za opisane oblike rada prema novoutvrđenim koeficijentima, primjenom kojih će doći do određenih povećanja iznosa naknada.

Nadamo se da će vam navedeno pojašnjenje olakšati donošenje odluke o tome hoćete li ili nećete potpisati pristanak na rad iznad 48 sati tjedno.

♦♦♦♦

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH

Na temelju članka 162.a Zakona o zdravstvenoj zaštiti (»Narodne novine«, br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11 i 84/11) uz prethodno pribavljeno mišljenje sindikata ministar zdravstva i socijalne skrbi donosi

ODLUKU O VISINI ISPLATE NA OSNOVI RADA U DEŽURSTVU I RADA PO POZIVU TE NAKNADE ZA PRIPRAVNOST

I.

Ovom Odlukom utvrđuje se visina isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost.

II.

Visina isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost do stupanja na snagu Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2012. godinu utvrđuje se na sljedeći način:

Isplata na osnovi rada u dežurstvu utvrđuje se tako da:

- a) radnim danom iznosi 9% od osnovne plaće radnika, a obračunava se na sljedeći način:
 - prvih osam sati obračunava se kao redoviti rad,
 - drugih osam sati obračunava se kao redoviti rad jer radnik odrađuje sljedeći radni dan,
 - trećih osam sati dežurstva (noćnih) obračunava se u paušalnom iznosu u visini 9% od osnovne plaće radnika.
- b) radnim danom pred neradni dan, subotom i nedjeljom isplata na osnovi rada u dežurstvu iznosi 13,5% od osnovne plaće radnika, a obračunava se na sljedeći način:
 - prvih osam sati obračunava se kao redoviti radni dan,
 - daljnjih šesnaest sati obračunava se u paušalnom iznosu 13,5% od osnovne plaće radnika.

c) blagdanom se isplata na osnovi rada u dežurstvu obračunava u paušalnom iznosu 18% od osnovne plaće radnika.

Nakon odrađenog dežurstva subotom, nedjeljom i blagdanom, radnik ima pravo na jedan slobodan dan.

Isplata na osnovi rada u dežurstvu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti subotom iznosi 9% od osnovne plaće radnika.

Isplata na osnovi rada u dežurstvu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nedjeljom iznosi 13,5% od osnovne plaće radnika.

Isplata na osnovi rada u dežurstvu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti blagdanom iznosi 18% od osnovne plaće radnika.

Dežurstvo subotom traje 8 sati, nedjeljom i blagdanom 16 sati. Nakon odrađenog dežurstva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti radnik nema pravo na slobodan dan.

Naknada za pripravnost obračunava se od iznosa isplate obračunatog na osnovi rada u dežurstvu, ovisno o tome u koji dan pada pripravnost, u paušalnim iznosima i to za:

- a) standardnu pripravnost 30%
- b) pripravnost u dijelovima zdravstvenih ustanova udaljenim od središta više od 20 km cestovne udaljenosti 40%
- c) pripravnost na bolničkim odjelima i službama gdje nije organizirano dežurstvo, a potrebno je 60%.

U slučaju spora o potrebi dežurstva, odnosno pripravnosti odlučuje ministarstvo nadležno za zdravstvo.

Pripravnost radnim danom traje 16 sati, a subotom, nedjeljom i blagdanom 24 sata. Potreba za pripravnošću u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti utvrđuje se ugovorom sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

Rad po pozivu smatra se prekovremenim radom i tako se plaća.

U evidenciji radnog vremena, do stupanja na snagu Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2012. godinu, poslodavac je obavezan kao posebne podatke o radnom vremenu voditi podatke o dežurstvu iz stavka 1. - 6. ove točke, o pripravnosti iz stavka 7. i 9. ove točke i radu po pozivu iz stavka 11. ove točke. Prilikom obračuna isplate na osnovi rada u dežurstvu i naknade za pripravnost ne uzimaju se istodobno i povećanja osnovne plaće za noćni rad, prekovremeni rad, rad subotom, rad nedjeljom, rad blagdanom, rad u smjenskom radu u drugoj smjeni, dvokratnom radu, rad u turnusima te uvećanje plaće s osnova uvjeta rada.

Odredbe o dežurstvu odnose se i na radnike koji su upućeni na specijalističku edukaciju ili edukaciju iz uže specijalizacije u drugu zdravstvenu ustanovu.

Isplate na osnovi rada u dežurstvu isplaćuje ustanova u koju je radnik upućen.

III.

Visina isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost nakon stupanja na snagu Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2012. godinu utvrđuje se na sljedeći način:

Rad u dežurstvu smatra se prekovremenim radom, a obračunava se tako da se osnovna plaća radniku uveća 50%.

Isplata na osnovi rada u dežurstvu iz stavka 2. ove točke ne isključuje isplatu dodataka za rad noću, rad subotom, rad nedjeljom i rad u drugoj smjeni iz članka 58. Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine«, br. 9/05, 20/06, 156/09, 52/10 i 7/11 - u daljnjem tekstu: Kolektivni ugovor), dodatka za rad na blagdan, dodatka za posebne uvjete rada iz članka 65. Kolektivnog ugovora te dodatka za iznimnu odgovornost iz članka 66.a Kolektivnog ugovora.

Dodatak za rad na blagdan iz stavka 2. ove točke obračunava se kao dodatak za rad nedjeljom.

Nakon odrađenog dežurstva radnik ima pravo na odmor od najmanje 12 sati neprekidno. Rad u standardnoj pripravnosti obračunava se i plaća kao prekovremeni rad pomnožen s koeficijentom 0,25.

Rad u pripravnosti na bolničkim odjelima i službama gdje nije organizirano dežurstvo, obračunava se i plaća kao prekovremeni rad pomnožen s koeficijentom 0,5.

Rad po pozivu smatra se prekovremenim radom i tako se plaća.

Isplata na osnovi rada u dežurstvu sukladno stavku 1., 2., 3. i 4. ove točke nakon stupanja na snagu Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2012. godinu, za tu godinu obračunava se pomnožena s koeficijentom:

- a) za radni dan 0,8820
- b) za petak, subotu i nedjelju 0,7515
- c) za blagdan i neradni dan utvrđen Zakonom o blagdanima i neradnim danima te za rad na Uskrsu 0,7515.

Naknada za pripravnost sukladno stavku 5. ove točke nakon stupanja na snagu Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2012. godinu za tu godinu obračunava se pomnožena s koeficijentom 0,6428.

Naknada za pripravnost sukladno stavku 6. ove točke nakon stupanja na snagu Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2012. godinu za tu godinu obračunava se pomnožena s koeficijentom 0,6428.

IV.

Visina isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost u 2013. godini utvrđuje se na sljedeći način:

Isplata na osnovi rada u dežurstvu i naknada za pripravnost u 2013. godini obračunava se

bez primjene koeficijenta iz točke III. stavka 8., 9. i 10. ove Odluke.
Rad po pozivu smatra se prekovremenim radom i tako se plaća.

V.

Isplata na osnovi rada u dežurstvu sukladno točki III. i IV. ove Odluke utvrđuje se na sljedeći način:

Dežurstvo radnim danom:

- prvih osam sati obračuna se kao redoviti rad,
- drugih osam sati obračunava se kao redoviti rad (za dan nakon dežurstva kada se ne radi), uvećan za dodatak za rad u drugoj smjeni iz članka 58. Kolektivnog ugovora,
- trećih osam sati obračunava se kao prekovremeni rad na način da se osnovna plaća uveća za 50% te za dodatak za noćni rad iz članka 58. Kolektivnog ugovora, dodatak za posebne uvjete rada iz članka 65. Kolektivnog ugovora i dodatak za iznimnu odgovornost iz članka 66.a Kolektivnog ugovora.

Dežurstvo petkom:

- prvih osam sati obračunava se kao redovan rad,

- preostalih šesnaest sati obračunava se kao prekovremeni rad na način da se osnovna plaća uveća za 50% te uveća za dodatak za rad u drugoj smjeni iz članka 58. Kolektivnog ugovora za prvih osam sati dežurstva, za dodatak za noćni rad iz članka 58. Kolektivnog ugovora za drugih osam sati dežurstva te dodatak za uvjete rada iz članka 65. Kolektivnog ugovora i dodatak za iznimnu odgovornost iz članka 66.a Kolektivnog ugovora.
Dežurstvo subotom:

- prvih osam sati obračunava se kao redovan rad,
- preostalih šesnaest sati obračunava se kao prekovremeni rad na način da se osnovna plaća uveća za 50% te se uveća za dodatak za rad subotom iz članka 58. Kolektivnog ugovora te se uveća za dodatak za rad u drugoj smjeni iz članka 58. Kolektivnog ugovora za prvih osam sati dežurstva, za dodatak za noćni rad iz članka 58. Kolektivnog ugovora za drugih osam sati dežurstva te dodatak za uvjete rada iz članka 65. Kolektivnog ugovora i dodatak za iznimnu odgovornost iz članka 66.a Kolektivnog ugovora.

Dežurstvo nedjeljom:

- prvih osam sati obračunava se kao redovan rad,
- preostalih šesnaest sati obračunava se kao prekovremeni rad na način da se osnovna plaća uveća za 50% te se uveća za dodatak za rad nedjeljom iz članka 58. Kolektivnog ugovora te se uveća za dodatak za rad u drugoj smjeni iz članka 58. Kolektivnog ugovora za prvih osam sati dežurstva, za dodatak za noćni rad iz članka 58. Kolektivnog ugovora za drugih osam sati dežurstva te dodatak za

uvjete rada iz članka 65. Kolektivnog ugovora i dodatak za iznimnu odgovornost iz članka 66.a Kolektivnog ugovora.

Iznos naknade za dežurstvo blagdanom i neradnim danom obračunava se kao iznos naknade za dežurstvo nedjeljom.

VI.

Naknada za pripravnost sukladno točki III. i IV. ove Odluke obračunava se na sljedeći način:

Pripravnost radni dan:

- pripravnost radnim danom traje šesnaest sati i obračunava se kao prekovremeni rad, na način da se osnovna plaća uveća za 50% te uveća za dodatak po osnovi rada u drugoj smjeni i za dodatak za rad noću iz članka 58. Kolektivnog ugovora, te za dodatak za posebne uvjete rada iz članka 65. Kolektivnog ugovora te za dodatak za iznimnu odgovornost iz članka 66.a Kolektivnog ugovora.
Pripravnost subotom:

- pripravnost subotom traje 24 sata i obračunava se kao prekovremeni rad na način da se osnovna plaća uveća za 50% te se uveća za dodatak po osnovi rada u drugoj smjeni, za dodatak za noćni rad, za dodatak za rad subotom iz članka 58. Kolektivnog ugovora te za dodatak za posebne uvjete rada iz članka 65. Kolektivnog ugovora te za dodatak za iznimnu odgovornost iz članka 66. a Kolektivnog ugovora.
Pripravnost nedjeljom:

- pripravnost nedjeljom traje 24 sata i obračunava se kao prekovremeni rad na način da se osnovna plaća uveća se za 50% te se uveća za dodatak po osnovu rada u drugoj smjeni, za dodatak za noćni rad, za dodatak za rad nedjeljom iz članka 58. Kolektivnog ugovora te za dodatak za posebne uvjete rada iz članka 65. Kolektivnog ugovora te za dodatak za iznimnu odgovornost iz članka 66. a Kolektivnog ugovora.

Pripravnost na blagdan i neradni dan obračunava se kao pripravnost nedjeljom.

VII.

Ova Odluka stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 011-02/11-02/115

Urbroj: 534-07-11-1

Zagreb, 26. kolovoza 2011.

*Potpredsjednik Vlade
i ministar zdravstva i socijalne skrbi*

mr. Darko Milinović, dr. med., v. r.



Reforma hitne medicinske službe

• Na poticaj Hrvatske liječničke komore bili su u službenom posjetu Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu (HZHM) u četvrtak, 21. srpnja dopredsjednik Komore dr. **Mario Malnar** i njegova kolegica mr.sc. **Bojana Nikolić, dr.med.**, specijalistica obiteljske medicine iz Čazme te se sastali s ravnateljicom HZHM-a i njezinim suradnicama.



Dopredsjednik HLK-a dr. Mario Malnar i mr.sc. Bojana Nikolić, dr.med., specijalistica obiteljske medicine iz Čazme

Kako je već poznato, zbog potrebe izjednačavanja dostupnosti i podizanja kvalitete usluga u djelatnosti hitne medicine na cijelom području RH, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi pokrenulo je reformu sus-tava hitne medicinske službe (HMS) koju pro-vodi HZHM. Upravo je dio spomenute reforme bio polazišna točka održanog sastanka. Prema planu reforme, a uvažavajući proces decen-tralizacije, županijski zavodi za hitnu medicinu započinju provoditi HMS na svom području (u svojoj županiji) te je poseban naglasak tije-kom sastanka stavljen na međusobnu suradnju medicinskih djelatnika iz područnih centara za obiteljsku medicinu DZ-a (COM DZ) s područnim županijskim zavodima za hitnu medicinu. Ravnateljica HZHM-a istaknula je da liječnici u centru za obiteljsku medicinu DZ-a neće obavljati posao HMS-a, već će biti na raspolaganju onim pacijentima koji trenutno ne mogu do svog liječnika obiteljske medicine, a nije im potrebna hitna medicinska skrb. Djelatnici HMS-a oslanjat će se, dodala je ravnateljica HZHM, na rad medicinske pri-

javno-dojavne jedinice koji će se temeljiti na Hrvatskom indeksu prijema hitnog poziva za medicinsku prijavno-dojavnu jedinicu.

Predstavnicima Komore predstavljen je Indeks koji bi svakog dana trebao izići iz tiska, a koji je dizajniran kao alat podrške za medicinske dispečere u prijavno-dojavnim jedinicama a prema modelu Norveškog indeksa hitnog zbrinjavanja. Indeks sadrži ukupno 36 dispečerskih događaja prema kojima će medicinski dispečeri određivati stupanj hitnosti (trijažirati) za svaki dolazni poziv za intervenciju. Zajednički je zaključak da će Indeks osigurati djelotvorniji i kvalitetniji rad medicinske prijavno-dojavne jedinice i HMS-a, ali i da je potrebno - jasno definiranim ugovorima - stvoriti okvire prema kojima će svaki djelatnik u sustavu HMS-a znati koji je njegov djelokrug rada te koja su mu prava, dužnosti i obveze.

Stjecanje statusa specijalista hitne medicine

Žurno dostavite Komori tražene dopune

• Hrvatska liječnička komora zaprimila je brojne zahtjeve za davanjem mišljenja o radu liječnika na području hitne medicine, a neki od njih su nepotpuni. Sve podnositelje zahtjeva čiji su zahtjevi ocijenjeni nepotpunim Komora je obavijestila pisanim putem o potrebi dopune, bilo izravno ili je to zatražila da učine ravnateljstva zdravstvenih ustanova putem kojih su pojedini liječnici dostavljali zahtjeve. Pozivamo i ovim putem sve podnositelje zahtjeva čiji su zahtjevi ocijenjeni nepotpunim da Komori žurno dostave tražene dopune kako bi svi zahtjevi mogli biti obrađeni na vrijeme i, nakon pribavljanja mišljenja Komore, mogli biti dostavljeni Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi u propisanom roku.

Naime, Pravilnikom o stjecanju statusa specijalista hitne medicine (NN 116/10) propisano da se zahtjev za stjecanje statusa specijalista hitne medicine, uz pribavljanje mišljenja Hrvatske liječničke komore i mišljenje stručnog vijeća zdravstvene ustanove, može podnijeti ministru zdravstva i socijalne skrbi u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog Pravilnika. Komora podsjeća sve podnositelje zahtjeva da taj rok istječe 21. listopada ove godine.

Borka Cafuk

Tko je što u Komori

• Na prošloj izbornoj skupštini izabrana su nova tijela Komore, s mnogim novim dužnosnicima. Kako bi ih članstvo bolje upoznao, Urednički odbor je zaključio da u ovom i nekoliko idućih brojeva Liječničkih novina donese njihove kratke biografije, čime se ujedno doprinosi postulatu javnosti rada.

Iako je u početku ovaj prilog zamišljen kao mali biografski leksikon abecednim redom, zbog teškoća sa skupljanjem i obradom gradiva u ovome je broju samo prvih sedam od dvadesetak predviđenih biografija i to redom kako su funkcije navedene u Statutu.

Urednik



VLADO JUKIĆ, prof. dr. sc., predsjednik Skupštine HLK-a i predsjednik Povjerenstva Grada Zagreba HLK-a. Rođen je 23. lipnja 1951. u Posušju. MEF u Zagrebu 1976., staž u bolnici u Koprivnici i kraće vrijeme u općoj medicini. Specijalizacija u Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači od 1978., specijalistički ispit 1982., postdiplomski studij iz forenzičke psihijatrije, magistarski rad 1989., doktorska disertacija 1997.

U Popovači radi do 1986., zatim do 1994. u Klinici za psihijatriju KBC-a Zagreb a od 1994. kao ravnatelj Klinike za psihijatriju Vrapče. Od 1990. je asistent na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu MEF-a u Zagrebu, za docenta izabran je 1998., izvanrednog profesora 2004., redovnog profesora 2010.

Nastavnik je psihijatrije na MEF-u u Zagrebu i Mostaru, na Pravnom fakultetu u Zagrebu, na studiju socijalnog rada, gdje vodi kolegije Socijalna psihijatrija i Socijalni rad i bolesti ovisnosti.

Primarius postaje 1993., subspecijalist iz forenzičke psihijatrije 2002., a od 2007. i iz socijalne psihijatrije. Tijekom 2000., 2001. i 2002. kraće je vrijeme na Sveučilištu

Illinois u Chicagu „visiting scientist“. Objavio je preko 180 radova, urednik je i koautor jedanaest knjiga, među kojima se ističe „Hrvatska psihijatrijska publicistika“ koju je uredio nakon istoimenog okruglog stola i izložbe hrvatske psihijatrijske literature. Član je uredništva časopisa „Socijalna psihijatrija“ i izdavačkog savjeta „Kliničke psihologije“, a bio je član izdavačkog savjeta časopisa „Farmaka“. Bio je i sada je voditelj više stručnih i znanstvenih projekata. Predavao je na mnogim domaćim i stranim stručnim skupovima, organizirao je ili je bio član organizacijskog ili stručnog odbora više stručnih skupova. Mentor je šest doktorata, tri magisterija i niza diplomskih radova. Posebna interesna područja: forenzička psihijatrija, socijalna psihijatrija, psihotraumatologija, psihofarmakoterapija i organizacija psihijatrijske službe. Član je niza domaćih i dva međunarodna stručna društva.

Predsjednik je Hrvatskog psihijatrijskog društva i Hrvatskog društva za forenzičku psihijatriju HLZ-a. Bio je predsjednik zagrebačke podružnice HLZ-a. Jedan je od osnivača i prvi predsjednik Hrvatskog društva za psihijatriju i pravo. Član je i Hrvatskog liječničkog katoličkog društva, predsjednik Udruge poslodavaca u zdravstvu i član raznih stručnih povjerenstava. Čestim nastupima na tribinama i u medijima popularizira psihijatriju i destigmatizira duševne bolesnike i psihijatriju kao struku. Sada, u petom mandatu ravnatelja, ponovno je doveo Psihijatrijsku bolnicu Vrapče u poziciju stožerne hrvatske psihijatrijske ustanove. Osim niza stručno-organizacijskih zahvata, posebno se angažirao na adaptaciji i dogradnji niza objekata čime je Bolnica postala poželjna destinacija za liječenje svih kategorija duševnih bolesnika. U „Vrapče“ je tijekom njegovog mandata investirano više od 100 milijuna kuna, 18 je liječnika doktoriralo, 11 steklo naslov primariusa, 18 subspecijalista. Kruna svega bila je 2010. kad je Bolnica „Vrapče“ postala Klinika za psihijatriju.

U Domovinskom ratu je kao dobrovoljac jedan od organizatora ratne psihijatrijske službe (od kolovoza 1991. je zamjenik, a od lipnja 1992. pročelnik Odjela za duševno zdravlje Glavnog stožera Ministarstva zdravstva). Priznanja: Spomenica domovinskog rata 1991, medalje „Bljesak“, „Oluja“ i „Ljeto 95“, Red Danice Hrvatske s likom Katarine Zrinske, Nagrada Grada Zagreba za medicinu 2008. i niz odlikovanja HLZ-a (Povelja, Diploma, Zahvalnica i Ladislav Rakovac). Oženjen je /supruga Branka je logoped u SUVAG-u), otac je troje djece (kćerka Katarina, udana Jurković,

je sutkinja, sin Mislav dipl. ing. građevine, a sin Matija apsolvant prava).



SENAD MUSLIĆ, dr. med., spec. opće/obiteljske medicine, predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu i predsjednik Županijskog povjerenstva Zagrebačke županije. Rođen je u Pljevljima 18. travnja 1959. Završio je IV. gimnaziju, MEF i specijalizaciju opće/obiteljske medicine u Zagrebu.

Radio je u HMP-u i u ordinaciji opće medicine DZ-a Samobor, sada je nositelj koncesije u ordinaciji opće/obiteljske medicine u Samoboru. Suosnivač je Inicijative, a potom i udruge Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM), sada predsjednik podružnice KoHOM-a u Zagrebačkoj županiji i predstavnik koncesionara u Upravnom vijeću DZ-a Zagrebačke županije. Član je Upravnog odbora Košarkaškog kluba „Samobor“. Živi u Samoboru, oženjen je liječnicom, ima sina. E-adresa: senad.muslic@zg.t-com.hr



VLADIMIR MOZETIĆ, dr. med, dr. sc., specijalist urolog, predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost HLK-a.

Rođen je 1967. u Rijeci, gdje je pohađao osnovnu i srednju školu. Diplomirao je na MEF-u u Rijeci 1991. Od prosinca 1989. aktivno je uključen u rad Službe za ultrazvučnu dijagnostiku KBC-a Rijeka. Od 1992. do 1995. radio je pri Kirurškoj klinici - Urološkom odjelu KBC-a Rijeka u okviru projekta Ministarstva znanosti RH i MEF-a u Rijeci. Razdoblje 1995.-2000. proveo je na specijalizaciji iz urologije. Do kraja 2005. radio je kao odjelni liječnik na Klinici za urologiju KBC-a Rijeka. U lipnju 1996. obratio je magistarski rad, a u rujnu 2005. doktor-sku disertaciju. Od 2006. godine djelatnik je privatne poliklinike „Medico“, te od 2008. i njezin ravnatelj. Član je Hrvatskog urološkog društva, Europske urološke asocijacije i uredi-vačkog odbora časopisa HLZ-a - podružnice Rijeka „Medicina Fluminensis“. Od 2007. obnaša funkciju predsjednika Povjerenstva Pri-morsko-goranske županije HLK-a. Od 2007. do 2011. bio je zamjenik predsjednika Povjerenstva za međunarodnu suradnju HLK-a. Član je Savjeta za zdravlje Primorsko-goranske županije. Jedan je od urednika i koautora poglavlja u tri stručne knjige te koautor u 40-ak znanstvenih i stručnih članaka. Aktivno je sudjelovao na tridesetak kongresa i simpozija u zemlji i inozemstvu. Oženjen je i otac troje djece. Adresa: Agatićeva 8, 51000 Rijeka; tel. 00385 51 262 155, 263 501; e-adresa: vladimir.mozetic@medico.hr



NENAD ILIĆ, dr. med., prof., dr. sc., prim., predsjednik Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor. Rođen je u Splitu 3. listopada 1955. Gimnazija u Splitu 1974., MEF u Zagrebu 1979., specijalizacija iz opće kirurgije 1989., subspecijalizacija iz torakalne kirurgije (FECTS) 1998. Savršavanje iz torakalne kirurgije u Sveučilišnoj bolnici u Zürichu, iz onkološke kirurgije dojke u Europskom onkološkom Institutu u Milanu. Uža struka: torakalna kirurgija, te onkološka i onkoplastična kirurgija dojke. Objavio je više od 120

znanstvenih i stručnih radova. Radi u Klinici za kirurgiju KBC-a Split, voditelj je Kliničkog odjela za torakalnu kirurgiju. Član je Kirurškog društva, Društva za kardiotorakalnu kirurgiju i anesteziju i Senološkog društva HLZ-a te međunarodnih stručnih društava STS, EACTS, ESTS, IASLC i ESSO. E-adresa: n_ilic_hr@yahoo.com



TATJANA JEREN-BEUS, prof. dr. sc., od 2008. predsjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika HLK-a. Rođena je 18. ožujka 1941. u Zagrebu, udata za prof. dr. Ivana Beusa, po narodnosti Hrvatica. Specijalist infektologije s poslijediplomskim iz citologije, uža specijalnost dijagnostika upalnih bolesti središnjeg živčanog sustava, posebno na temelju citoloških promjena u likvoru, te nemaligne promjene u limfnim čvorovima. Klasična gimnazija u Zagrebu 1959., MEF u Zagrebu 1965. Od 1966. radi na Klinici za infektivne bolesti «Dr. Fran Mihaljević» kao specijalizant, od 1970. kao specijalist infektolog, najprije na raznim odjelima, a nakon poslijediplomskog studija iz kliničke citologije kao voditelj Odjela, kasnije Zavoda za kliničku hematologiju i citologiju, pomoćnica ravnatelja za pitanja dijagnostike infektivnih bolesti i pročelnica Referentnog centra za infektivne bolesti pri MZSS RH. Razvila je Citološki laboratorij na Klinici s vrhunskom dijagnostikom upalnih bolesti ŠZS-a te osnovala polikliničku djelatnost za upalne bolesti limfopoetskog sustava i koagulacijski laboratorij. Sada u mirovini. Na njen poticaj uvedena je molekularna dijagnostika infektivnih bolesti, te osobitosti stanične imunosti u raznim infektivnim bolestima, primjenom protočne citometrije.

Doktorska disertacija 1976., primarius 1980., habilitacija 1981., izvanredni profesor 1988., redoviti profesor 1994. Od 1968. predavač na Školi za medicinske sestre i na Školi za laboratorijske tehničare, od 1978. predavač iz područja infektologije i citologije

u dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi, od 1992. ispitivač na studentskim ispitima za predmet infektologija, od 1994. član ispitne komisije za specijalističke ispite iz predmeta infektologija i citologija i do umirovljenja voditelj poslijediplomskog studija iz citologije. Znanstveni interesi: citologija i hematologija primijenjene u infektologiji, naročito upalne bolesti SZS-a te nemaligne promjene u limfnim čvorovima. Stručno usavršavanje na Klinici za pedijatriju u Pisi (Italija) i dva puta u Dartmouth Medical Hospital u SAD-u, 1994. i 1997. studijski boravak u SAD-u (management u zdravstvu). Objavila je oko 200 radova, od toga preko 35 citiranih u CC, koautor u nizu stručnih knjiga, 6 puta mentor doktorskih disertacija i više puta magistarskih radova, nekoliko puta pozvani predavač na inozemnim kongresima, aktivno sudjelovala u 11 znanstveno-istraživačkih projekata (7 puta kao nositelj), organizator niza znanstvenih skupova međunarodnog značenja, 1985-1989. predsjednica Hrvatskog društva za citologiju i citodijagnostiku, 1995-2011. predsjednica Hrvatskog društva za infektivne bolesti HLZ-a, 1997-2007. član Europskog vijeća za infektivne bolesti (ESCMID), od 1998. član The New York Academy of Sciences. Hrvatsko društvo za infektivne bolesti uvela je 1997. u UEMS (Union européenne des médecines spécialistes - Section for infectious diseases) i 1997-2007. bila u njemu delegat Hrvatske. Redoviti je član AMZH-a, od 1989. kao član Kolegija internističkih znanosti, od 1998. predsjednica tog Kolegija. Začasni je član HLZ-a i nosilac priznanja Ladislav Rakovac.



KATARINA SEKELJ-KAUZLARIĆ, prim., dr. med., specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije, predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti HLK-a. Rođena je 1958. Završila je matematičku gimnaziju, zatim MEF s odličnim uspjehom i kao nositelj sveučilišnih nagrada. Stazirala je 1986. u

službi HMP-a, općoj medicini i na bolničkim odjelima, specijalizirala fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i završila poslijediplomski studij Zdravstveni informacijski sistemi na MEF-u u Zagrebu. Naziv primariusu 2011. Od 1988. do 2002. radi u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju u Varaždinskim Toplicama kao voditeljica Odjela fizikalne terapije i Specijalističke poliklinike. Od 2002. kraće vrijeme radi u državnoj upravi (Tajništvo Ministarstva zdravstva) i educira se za trenera državne i javne uprave (CARDS program EU-a). Od 2003. je u HLK-u profesionalni savjetnik za medicinske poslove, članica Povjerenstva za trajnu izobrazbu liječnika 2003-2007., delegat Skupštine 2007-2011. i članica Izvršnog odbora. Kao članica Radne grupe za Poglavlje III, aktivno je sudjelovala u pregovorima za ulazak Hrvatske u EU, a član je i Sektorskog vijeća za zdravstvo i socijalnu skrb pri Agenciji za strukovno obrazovanje. Aktivni je član nekoliko stručnih društava HLZ-a i njihovih upravnih odbora, a u drugom mandatu je dopredsjednica Hrvatskog društva za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju. Nacionalni je predstavnik svoje struke u Europskom odboru pri UEMS-u, a kao nacionalni delegat član je Vijeća UEMS-a. Suosnivač je Mediteranskog foruma fizikalne medicine i rehabilitacije.

Organizirala je i aktivno sudjelovala u radu brojnih stručnih skupova u zemlji i inozemstvu i sedam godina je suorganizator jednog modula Motovunske ljetne škole. Autor je brojnih radova iz fizikalne i rehabilitacijske medicine, te planiranja i upravljanja u zdravstvenim sustavima. Napisala je poglavlje u knjizi „Fizikalna i rehabilitacijska medicina“ (autor Ivo Jajić i sur.) i recenzirala je radove za „Liječnički vjesnik“. Član je uredništva časopisa „Fizikalna medicina i rehabilitacija“, „Liječničke novine“ i „MEDIX“. Predavač je na poslijediplomskom studiju „Fizikalna medicina i rehabilitacija“ na MEF-u u Zagrebu i kao gost na kolegiju „Organizacija zdravstvene zaštite i upravljanje zdravstvenom zaštitom“. Priznanja: Zahvalnica i Diploma HLZ-a i HLK-a, Zahvalnica Koalicije udruga u zdravstvu, Zahvalnica i Plaketa Međunarodnog parolimpijskog odbora, Plaketa "Sheba Medical Center" Tel Hashomer (Izrael) i dr.

HRVOJE ŠOBAT, doc. dr. sc., predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju HLK-a. Rođen 16.10.1961. u Zagrebu. Školovanje: 1976-1980. Klasična gimnazija u Zagrebu; 1980-1985. MEF u Zagrebu; 2000-2002. ŠNZ „A. Štampar“ master program „Leadership and Management of Health Services“; 2008. MEF u Osijeku: doktorat znanosti iz područja biomedicine. Radno is-



kustvo: 1987-1988. DZ Zagreb-Centar, Zagreb, liječnik pripravnik; 1988-1991. Poliklinika „Srčana“, Zagreb; 1991-1992. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, viši savjetnik i član liječničke komisije; 1992-1996. Klinika za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb, na specijalizaciji iz radioterapije i onkologije; 1996-2002. odjelni liječnik, područje rada radioterapijska onkologija; od 2009. voditelj Službe za radioterapijsku onkologiju Klinike za tumore u Zagrebu; 2002-2010. pomoćnik ravnatelja za kvalitetu. Usavršavanje: 2008. Rim, Italija, Policlinico „Gemelli“, radioterapijska onkologija; 2005. Beč, Austrija, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, radioterapijska onkologija; 1997. Essen, BRD, Strahlenklinik der Universität Essen, radioterapijska onkologija. Društveni rad i članstvo: HLZ-a od 1985.; European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) od 1993.; Hrvatsko društvo za medicinsku i biološku tehniku od 2008.; glavni tajnik HLZ-a 1996-2005., predsjednik HLZ-a 2005-2009., predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju HLK-a i član IO-a od 2007., European Association of Senior Hospital Physicians, rizničar i član IO-a od 2008.; Hrvatsko društvo za medicinsku i biološku tehniku, član IO-a od 2009.; član ili predsjednik znanstvenih ili programskih odbora na nizu znanstvenih skupova. Docent je MEF-a u Osijeku od 2009.

Objavio je tridesetak radova, 7 poglavlja u stručnim knjigama i udžbenicima i bio suurednik jedne onkološke knjige.

Adresa: Jasenik 9, Zagreb, telefon (98)274876, telefaks 3775536; e-adresa: hrvoje.sobat@kbcsm.



Radno vrijeme stručnih službi Komore i kontakti

• Stručne službe središnjeg ureda Komore ureduju po novom radnom vremenu za primanje stranaka, čime se nastoji osigurati dostupnost, poboljšati organizaciju radnog procesa i osigurati veća učinkovitost.

Ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom stručne službe primaju stranke i telefonske pozive stranaka od 9:00 do 12:00 i od 13:00 do 15:00, a srijedom od 15:00 do 18:00 sati. Središnji ured Komore nalazi se na adresi Tuškanova 37, Zagreb. Telefonski broj centrale je 01/4500-830, a faksa 01/4655-465. Elektronička pošta središnjeg ureda je hlk@hlk.hr.

Telefonski brojevi i adrese elektroničke pošte stručnih službi

Tajnik:

Nikolina Budić, dipl. iur.
tel. 01/4500 830
e-mail: nikolina.budic@hlk.hr

Pravna služba:

Radmila Rumek-Črne, dipl. iur.
tel. 01/4500 830
e-mail: radmila.rumek-crne@hlk.hr
Maja Lacković, dipl. iur.
tel. 01/4500 830
e-mail: maja.lackovic@hlk.hr
Tatjana Babić, dipl. iur.
tel. 01/4500 830
e-mail: _tatjana.babic@hlk.hr
Mijo Karaula, dipl. iur.
tel. 01/4500 830
e-mail: _mijo.karaula@hlk.hr

Medicinski savjetnik:

Katarina Sekelj-Kauzlaric, dr. med.
tel. 01/4500 830
e-mail: katarina.sekelj-kauzlaric@hlk.hr

Računovodstvo:

Božica Kekelj
tel. 01/4500 830

Administrativna služba:

Vesna Gros
tel. 01/4500 830
e-mail: vesna.gros@hlk.hr
Tajana Pilko Koštan
Tel. 01/4500 830
e-mail: tajana.kostan@hlk.hr
Fulvia Akrap
tel. 01/4500 830
01/4500 843
e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr
Ivančica Kalšan
tel. 01/4500 830
e-mail: ivancica.kalsan@hlk.hr

Uredništvo Liječničkih novina

Glavni urednik
Prof. dr. Željko Poljak, dr. med.
tel. 01/4816-558
e-mail: zeljko.poljak@zg.t-com.hr
Novinarka
Borka Cafuk, dipl. nov.
tel. 01/4500 848
gsm 091/457 0036
e-mail: _borka.cafuk@zg.t-com.hr

Radno vrijeme i kontakti područnih županijskih ureda Komore

Split

Sjedište: Poljana Grgura Ninskog 7, Split
Telefon 021/348-033
Telefon/faks 021/348-022
elektronička pošta splitsko-dalmatinska@hlk.hr
Radno vrijeme sa strankama:
ponedjeljkom i petkom 8.30-13.30
utorkom, srijedom i četvrtkom 14.00-19.00
Tajnica: gđa Marija Radman Livaja

Rijeka

Sjedište: Trg Republike Hrvatske 2/I, Rijeka
Telefon 051/337-417
elektronička pošta primorsko-goranska@hlk.hr
Radno vrijeme sa strankama:
ponedjeljkom 13.00-17.00
utorkom, srijedom, četvrtkom i petkom 9.00-13.00
Tajnica: gđa Astrid Mikac, dipl. oec.

Osijek

Sjedište: KBC Osijek, J. Huttlera 4, Osijek
Telefon 031/511-511
elektronička pošta beljakov.dobрила@kbo.hr
Radno vrijeme sa strankama:
KBC Osijek: svakim radnim danom 7.00-15.00
Trg Lava Mirskog bb (DZ Osijek-stomatološka poliklinika): utorkom i četvrtkom 16.00-19.00
Tajnica: gđa Dobriła Beljakov

Borka Cafuk

Otuđene i izgubljene iskaznice

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. **Ana Šešerko**, dr. **Egido Cepulić**, dr. **Radmila Buljan**, dr. **Jasminka Igrec** i dr. **Marijana Papić** prijavili otuđenje liječničke iskaznice, a dr. **Ivan Stanušić** i dr. **Snježana Tušek** prijavili su gubitak liječničke iskaznice Hrvatske liječničke komore.

U roku od 30 dana od objave gubitka liječničke iskaznice u službenom glasilu Liječničkim novinama, Komora, odnosno izdatelj iskaznice, liječnicima će izdati novu iskaznicu.

Volvo povoljnije za članove Komore

• U dogovoru s Hrvatskom liječničkom komorom Autocentar Baotić članovima Hrvatske liječničke komore nudi povoljnije uvjete kupnje automobila ugledne marke Volvo poznate nadasve po svojoj kvaliteti i sigurnosti.

Autocentar Baotić kao ovlaštenu prodavatelja i serviser Volvo vozila započeo je radom u Zagrebu u siječnju 2000. godine.

Danas zauzima vodeće mjesto na hrvatskom tržištu u prodaji i održavanju Volvo vozila. Suvremeni prodajno-servisni centar prostire se na više od 1200 m² prostora, zapošljava više od 20 djelatnika i jamči vrhunsku i visokokvalitetnu uslugu kod kupnje i servisiranja Volvo vozila.

U posebnoj ponudi za izuzetni model Volvo S60 nudi se popust i do 40.000 kn, navigacija gratis, besplatan tehnički pregled i druge pogodnosti.

Sve informacije mogu se dobiti u Autocentru Baotić u Maksimirskoj 282 u Zagrebu ili na telefon 01/2900 029.



„Intelligence u zdravstvu i strateško odlučivanje“

**Stručni skup
o informatizaciji u zdravstvu,
Motovun, 6-8. srpnja 2011.**

Autori i suorganizatori:

Prim.Katarina Sekelj-Kauzlaric, dr.med.

Dr.sc. Aleksandar Džakula, dr.med.

Ivan Pristaš, dr. med.

• „...da bi se izbjegle pogreške i zlouporabe informacijske i komunikacijske tehnologije u medicini i zdravstvu, a za dobrobit zdravlja građana, potrebno je ocijeniti mogućnosti komunikacije, utvrditi okvire uporabe, usvojiti standarde informacijske infrastrukture i kvalitete, sigurnosti, te definirati odgovarajuću edukaciju. Medicina i zdravstvo su vrlo osjetljiva područja sa stanovišta ljudskog života i rada, te svaka neadekvatna uporaba ili zlouporaba zdravstvenih podataka može dovesti do neželjenih ishoda...“

(iz preambule „Deklaracija o e-zdravlju“
Akademije medicinskih znanosti Hrvatske,
Zagreb, travanj 2011.)

Upravljanje u zdravstvu iznimno je složena, zahtjevna i skupa zadaća. U tom odgovornom poslu jedan od povijesno najznačajnijih izazova bio je pristup pravim i točnim informacijama iz sustava. Danas, kada informatičke tehnologije postaju dio ukupne stvar-

nosti i zdravstvo je snažno umreženo projektima i programima informatizacije, čini se da nas samo korak dijeli od trenutka kad ćemo sve informacije u zdravstvu moći dobiti „jednim klikom miša“. Čini nam se da smo nadomak vremena kad će posao liječnika konačno biti oslobođen nepotrebne „papirologije“, a pacijentu podareno više vremena. Međutim, mnogo je još posla pred nama, prije svega - odluka, edukacije, i uspješne implementacije.

U ovome je ozračju u Motovunu od 6. do 8. srpnja uspješno održana radionica „Intelligence u zdravstvu i strateško odlučivanje“. Već šestu godinu ovakve radionice s aktualnim temama iz sustava zdravstva zajednički organiziraju Hrvatska liječnička komora (Povjerenstvo za ostale liječničke djelatnosti), HLZ - Hrvatsko društvo za javno zdravstvo, Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja i „PIN za zdravlje“. Ove je godine zanimanje sudionika bilo iznimno veliko, pa je unatoč ograničenju broja sudionika sudjelovalo u radu Radionice više od 60 stručnjaka

- predstavnika Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, zdravstvenih ustanova, profesionalnih komora, udruga pacijenata, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te informatičkih tvrtki koje na hrvatskom tržištu imaju proizvode i aplikacije za zdravstveni sustav (popis svih sudionika u prilogu).

Cilj je radionice bio pojasniti, raspraviti i predstaviti cjelovitu sliku budućeg informatiziranog zdravstva (e-zdravlja) u Hrvatskoj te odgovoriti na pitanja:

- Što trebaju znati zdravstveni radnici o informatizaciji zdravstva?
- Što im imaju reći informatički stručnjaci?
- Što trebaju učiniti ustanove, a što njihovi osnivači?
- Kako dogovorno odlučivati u doba informatiziranog sustava?
- Koje koristi od e- zdravlja imaju sami pacijenti?

Poseban dio programa bio je posvećen novim projektima na području informatizacije zdravstvenog sustava u Hrvatskoj: e-naručivanju i informatizaciji javnoga zdravstva. Po prvi puta je u ime Ministra zdravstva državni tajnik mr.sc. **Dražen Jruković, dr.med.**, stručnoj javnosti predstavio projekt e-naručivanja kao dio nacionalnog Projekta informatizacije zdravstvenog sustava. U tri dana trajanja Radionice održana su i dva zanimljiva okrugla stola: e-recept-od ideje do realizacije i e-naručivanje. Predstavnici županijskih zavoda za javno zdravlje zaduženi u svojim regijama za informatizaciju djelatnosti javnog zdravstva održali su ovom prilikom prvi put zajednički sastanak. Tijekom trajanja Radionice prezentirana su iskustva iz svijeta i Hrvatske, problemi i izazovi u provođenju informatizacije te je predstavljena Deklaracija o e-zdravlju Akademije medicinskih znanosti Hrvatske.

Posebnost u radu radionice činio je pristup u kome su svi elementi programa bili sagledani u tri dimenzije: potrebi osiguravanja medicinskih informacija, mogućnosti informatičkih tehnologija u zdravstvu te potrebi za

Sudionici stručnog
skupa o
informatizaciji
u zdravstvu



FOTO MEDIX

odgovarajućom legislativom koja će odrediti prava i obaveze korisnika „e-zdravstva“.

Iako je uobičajeno da sudionici daju svoju ocjenu rada organizatora, u ovom slučaju smo kao organizatori slobodni pohvaliti sve sudionike skupa, a posebice predavače, za izniman trud. Naime, tijekom tri dana trajanja Radionice, gotovo da se zaboravilo na atraktivan ambijent Motovuna i mogućnosti što ih pruža Istra, radilo se doslovno od „jutro do mraka“ istim tempom. Ipak, kako bismo sudionicima osigurali barem mali dio ugodaja

mističnoga grada Motovuna, neke sjednice i okrugli stolovi održani su na pomalo neuobičajenim lokacijama, a bilo je i relaksirajućih vježbi tijekom rada. Sve uz obavezan „motovunski dress code“! Zahvaljujemo se za fotografije koje nam je ustupio časopis MEDIX, a koji je medijski popratio Radionicu. S obzirom na aktualnost teme koja je obrađivana (a posebice zbog činjenice da je broj sudionika radionice bio ograničen!) i već po tradiciji u dogovoru s uredništvom Liječničkih novina, ovaj rujanski broj posvećujemo temi naše

Radionice. Donosimo niz članaka koji na iscrpan način obrađuju teme i daju odgovore na pitanja postavljena tijekom Radionice u Motovunu. Isto tako, za sve čitatelje koji se više zanimaju za informacije vezane uz sadržaje o kojima smo raspravljali - stojimo na raspolaganju (kontakt: adzakula@gmail.com).

•••••

Popis sudionika radionice u Motovunu 06-08. srpnja 2011.

Bajer Feketić Ana, Opća bolnica Virovitica
Blazević Longin Marina, Zavod za javno zdravstvo Zadarske županije
Borovčak Sonja, Krapinsko-zagorska županija
Budaković Danijel, Grad d.o.o., in2 grupa
Budić Nikolina, Hrvatska liječnička komora
Bušić Mirela, Hrvatska liječnička komora
Čanić Ružica, Zavod za javno zdravstvo Ličko senjske županije
Cesarik Marijan, Hrvatska liječnička komora
Cvjetović Pero, Laus CC D.O.O
Domokus Nikolina Antonia, Međunarodna udruga studenata medicine
Dundović Gracijela, Grad d.o.o., IN2 grupa
Durut-Beslač Dunja, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
Džakula Aleksandar, Hrvatska liječnička komora/MF Zagreb, ŠNZ Andrija Štampar
Fanton Davor, Helix D.O.O.
Friljuzec Igor, HP-Hrvatska
Grozic Zivolic Sonja, Županija istarska
Hazdovac Vicko, Laus CC D.O.O
Jadan Tomislav, Zavod za javno zdravstvo Krapinsko-zagorske županije
Jakupčević Grubić Desa, SB Goljak
Jurković Dražen, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi
Karaula Mijo, Hrvatska liječnička komora
Keranović Adis, Međunarodna udruga studenata medicine
Kern Josipa, MF Zagreb ŠNZ Andrija Štampar
Kerš Kresimir, Ericsson Nikola Tesla d.d.
Knežević Branko, Opća bolnica Dubrovnik
Kornjenović Mirela, Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije
Končar Miroslav, Oracle
Kovačić Luk,a MF zagreb ŠNZ Andrija Štampar
Lacković Maja, Hrvatska liječnička komora
Lazarić Zec Danijela, Zavod za javno zdravstvo Istarske Županije
Lončarek Karmen, KBC rijeka

Lulić Karapetrić Ljiljana, Koalicija udruga u zdravstvu
Malnar Mario, Hrvatska liječnička komora
Maljevac Tomislav, ricsson Nikola Tesla d.d.
Marcelić Andrija, Zavod za javno zdravstvo Zadarske županije
Minigo Hrvoje, Hrvatska liječnička komora
Mittermayer Renato, Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu
Nadramija Damir, Zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar Zagreb
Nemet Linda, Zavod za javno zdravstvo Virovitičko Podravske Županije
Nikolić Ljubo, Laus CC D.O.O
Pajek Katarina, KB merkur
Pavić Zvonimir, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
Perić Ljiljana, Hrvatska liječnička komora
Pestić Ozren, Opća bolnica Zadar
Pezelj-Duliba Dubravka, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
Primorac Zoran, Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije
Pristaš Ivan, Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Radolović Ljubomira, Zavod za javno zdravstvo Istarske Županije
Raunić Davor, OB Pula
Rumek Črne Radmila, Hrvatska liječnička komora
Sekeļ Kauzlaric Katarina, Hrvatska liječnička komora
Šicel Tihomir, Ericsson Nikola Tesla d.d.
Sitar Srebočan Vesna, Hrvatska liječnička komora
Šogorić Selma, MF Zagreb ŠNZ Andrija Štampar
Sokac Berislav, Oracle Hrvatska d.o.o.
Stanković Gjuretić Marina, Zavod za javno zdravstvo Krapinsko-zagorske županije
Stevanović Ranko, Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Vončina Luka, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
Vugrinčić Tomičić Katica, Hrvatska ljekarnička komora
Vuletić Silvije, MF Zagreb ŠNZ Andrija Štampar
Žagar Goran, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi
Zombori David, Zavod za javno zdravstvo Požeško-Slavonske Županije

Što liječnici trebaju znati o e-zdravlju i zašto?

Prof. dr. Josipa Kern, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, ŠNZ „Andrija Štampar“, Katedra za medicinsku statistiku, epidemiologiju i medicinsku informatiku

Što je e-zdravlje?

• S obzirom na činjenicu da informacijske i komunikacijske tehnologije (IKT) prožimaju sve ljudske djelatnosti uvriježio se običaj da se pojedinoj djelatnosti doda prefiks „e“. Tako nastaju riječi poput e-učenje, e-tr-

govina, e-vlada, e-turizam itd. Često se pišu kao jedna riječ, posebno u engleskom jeziku. Tako nastaje eLearning, eTrade, eGovernment, eTurism. Slijedeći taj princip dobili bismo u hrvatskom jeziku eUčenje, eTrgovina, eVlada itd. No, kako se opće imenice u hrvatskom jeziku u pravilu ne pišu velikim slovom, taj oblik

nije prihvaćen, pa ostaje e-učenje itd. Na taj se način jednostavnim pisanjem, praktički jednom riječju, ističe da se govori o primjeni IKT-a u navedenom području: primjena IKT-a pri učenju, u trgovini, u radu vlade itd.

Doduše, ne radi se samo o primjeni IKT-a. Radi se i o razvoju IKT-a, vrlo specifičnih za određenu djelatnost, i o evaluaciji tih istih tehnologija u određenom području ljudskog djelovanja.

Medicina i zdravstvena zaštita vrlo su brzo prihvatili suvremene IKT-e kako u istraživanjima tako i u praksi i rutinskom radu. Govori se o e-medicini, ali još češće o e-zdravstvu ili, općenitije, o e-zdravlju. Dakle, e-zdravlje je naziv za razvoj, primjenu i evaluaciju IKT-a u zdravstvu i za zdravlje. E-zdravlje obuhvaća

medicinu, sustav zdravstvene zaštite, a odnosi se i na uporabu IKT-a radi dobivanja informacija o zdravlju i o zdravstvu, neovisno upotrebljavaju li IKT zdravstveni profesionalci ili građani.

Drugi, često uži pojmovi koji opisuju IKT u medicini i zdravstvu, jesu medicinska, zdravstvena ili biomedicinska informatika. Isto tako postoji dentalna informatika koja se usredotočuje na dentalno zdravlje, informatika u sestrinstvu koja se usredotočuje na sestrinstvo, klinička informatika koja se bavi problemima informacija u kliničkom radu, ili javnozdravstvena informatika koja se bavi informacijama relevantnim za područje javnoga zdravstva. Postoje i razne druge informatike (neuroinformatika, informatika u patologiji i sl.) usredotočene na uže segmente medicine ili zdravstvene zaštite. Postoji i telemedicina kao specifičan pojam, tzv. „medicina na daljinu“. Postoji i m-zdravlje, uporaba mobilnih IKT-a u zdravstvu i za zdravlje. Po svemu sudeći, e-zdravlje je zapravo najopćenitiji pojam i pokriva sve dosad spomenuto.

Tko se bavi e-zdravljem? Tko razvija e-zdravlje? Jesu li to opći informatičari, znalci koji jako dobro razumiju IKT? Jesu li to zdravstveni profesionalci, liječnici, medicinske sestre, zdravstveni tehničari i sl. koji jako dobro poznaju zdravstveni sustav, njegovu strukturu, način funkcioniranja i svrhu postojanja? Logičan odgovor bio bi jednostavan: svi spomenuti, ili, svi profesionalci koji rade u zdravstvu, koji se na bilo koji način bave zdravstvom i zdravljem. Sljedeće je pitanje: imaju li svi oni dovoljno znanja za valjanu i učinkovitu realizaciju projekata e-zdravlja? Činjenica je da IKT profesionalci, u pravilu, misle da je dovoljno upitati zdravstvenog profesionalca što on želi pa će oni, imajući znanja o IKT-u, to lako realizirati. S druge strane, zdravstveni profesionalci često vjeruju da IKT profesionalci „sve znaju“, da im je dovoljno pokazati, primjerice, kako izgleda zdravstveni karton i oni će ga jednostavno „prenijeti u kompjutor“. No, je li to baš tako? Praksa pokazuje da nije.

Stoga, razmišljajući dalje što bi bilo logično nameće se misao da za razvijanje, primjenu i evaluaciju IKT-a u medicini i zdravstvu treba poznavati i jedno i drugo, i IKT i zdravstveni sustav. Drugim riječima za e-zdravlje je potrebno dodatno obrazovanje. IKT profesionalci koji se žele baviti e-zdravljem trebaju naučiti nešto o zdravstvenom sustavu, o postupcima, o poslovnim procesima kakvi se u zdravstvu odvijaju. Trebaju (do određene mjere) usvojiti (medicinsku) terminologiju kako bi mogli komunicirati sa zdravstvenim profesionalcima. Isto tako, ali možda još važnije je da zdravstveni profesionalci do određene mjere postanu vješti u korištenju

IKT-a, da (do određene mjere) svladaju terminologiju iz područja IKT-a, da razumiju mogućnosti i ograničenja IKT-a i da odgovorno koriste IKT u svom profesionalnom radu. Zašto „do određene mjere“? Jednostavno zato što nitko ne može znati sve, a razina znanja koja je potrebna mora biti takva da omogući suradnju IKT profesionalaca i zdravstvenih profesionalaca.

Obrazovanje za e-zdravlje

Na medicinskim fakultetima u Hrvatskoj već godinama postoji obrazovni program pod nazivom Medicinska informatika koji daje osnovna znanja iz područja e-zdravlja budućim liječnicima. Do 2006. godine bilo je to samo kratka informacija (15 sati nastave), a s akademskom godinom 2007/2008. predmet se proširio na 30 sati (8 sati predavanja, 4 sata seminara, 18 sati vježba u kompjutorskoj učionici). Za buduće IKT profesionalce u Hrvatskoj zasad ne postoji obrazovni program koji bi ih usmjeravao prema e-zdravlju. Ipak, kao jedan pozitivan primjer treba spomenuti (izborni) predmet Biomedicinska informatika na Fakultetu elektrotehnike i računarstva.

Najnovije revidirane preporuke Međunarodne asocijacije za medicinsku informatiku (IMIA - International Medical Informatics Association) o obrazovanju u području e-zdravlja obuhvaćaju obje skupine - IKT profesionalce i zdravstvene profesionalce. Točnije, Preporuke (Recommendations of the IMIA on education in biomedical and health informatics - 1st Revision) govore o tri dimenzije obrazovnog okvira o e-zdravlju. Te dimenzije su: (1) osnovno obrazovanje za profesionalce koji rade u zdravstvu (liječnici, medicinske

sestre, medicinski informatičari, zdravstveni menadžeri, opći informatičari i inženjeri, znanstvenici), (2) specijalizacija u području e-zdravlja (odnosno biomedicinske i zdravstvene informatike), i (3) akademsko napredovanje (preddiplomski i diplomski studij te doktorat znanosti).

Ključni principi Preporuka mogu se sažeti kao:

- a) Obrazovanje za sve profesionalce zaposlene u zdravstvu
- b) Uključivanje različitih oblika obrazovanja/učenja (klasično i udaljeno, videokonferencije, društvene mreže, sinkrone i asinkrone konzultacije s nastavnicima, itd.)
- c) Ustanoviti različite tipove specijalizacija ovisno o bazičnom obrazovanju
- d) Uvesti više razina obrazovanja (preddiplomsko, diplomsko, doktorsko)
- e) Osigurati odgovarajuće obrazovne programe za buduće nastavnike
- f) Ustanoviti kvalifikaciju/struku biomedicinskog/zdravstvenog informatičara.

Ovdje ćemo se osvrnuti isključivo na sadržaje iz područja e-zdravlja kojima bi trebali ovladati zdravstveni profesionalci. Preporuke definiraju i opseg sadržaja za zdravstvene profesionalce - najmanje 4 ECTS-a, što odgovara ukupnom broju od 40 nastavnih sati predavanja, vježbi i praktičnog rada u sveučilišnim programima.

Prva razina obrazovanja u području primjene IKT-a podrazumijeva tzv. informatičku pismenost. Međunarodno prihvaćena norma informatičke pismenosti je tzv. ECDL/ICDL (European/International Computer Driving Licence, odnosno Europska/međunarodna kompjutorska diploma). Program ECDL/ICDL obuhvaća osnove poznavanja računala i osnovne aplikacijske programe (u pravilu, programe iz grupe Office). Teme, odnosno moduli su sljedeći:

- koncept IKT-a,
- uporaba računala i baratanje datotekama,
- obrada i uređivanje teksta,
- tablično računanje,
- oblikovanje i korištenje baza podataka,
- izrada prezentacija,
- pretraživanje web-stranica i komuniciranje.

Kao napredniji sadržaji dodaju se i sljedeći:

- CAD (computer aided design),
- obrada i uređivanje slika,
- izrada mrežnih stranica (web),
- uporaba zdravstvenih informacijskih sustava,
- informacijska sigurnost (zaštita podataka),
- planiranje projekata.

Razne zemlje predlažu različite dopune ovom osnovnom programu. Tako primjerice Italija predlaže dopunu programa ECDL/ICDL za zdravstvene profesionalce s



Prof. dr. Josipa Kern

temama poput koncepta i vrste zdravstvenih informacijskih sustava, potpunije i detaljnije o kontroli pristupa podacima u medicini i zdravstvu te sigurnosti podataka i sustava, zatim o uporabi IKT-a kao potpore medicinskom odlučivanju, kao i izrada različitih izvještaja. Kao posebna tema predlaže se politika e-zdravlja (vizija razvoja, strategija sa svim elementima koje strategija mora uključivati).

Ključne odrednice za e-zdravlje

Elektronički zdravstveni zapis (EZZ) je *sine qua non* tema u obrazovanju zdravstvenih profesionalaca. Prilikom projektiranja zdravstvenog informacijskog sustava bilo koje vrste (PZZ, bolnica i sl.) jedan je od važnih trenutaka oblikovanje EZZ-a. Primjereni sadržaj i oblik sadržaja EZZ-a (podaci i način njihova zapisivanja - numerički, šifrirano, slobodni tekst, slika, signal) mora odrediti zdravstveni profesionalac. Uvjete kontrole podataka pri unosu mora definirati zdravstveni profesionalac: koji podaci nužno moraju biti upisani (npr. prije operacije mora se znati krvna grupa pacijenta), koji podaci su ovisni o nekim drugim podacima i kako (npr. spol kao uvjet za dijagnozu, muški spol za dijagnozu Ca prostate). Stoga ne iznenađuje IMIA-ina preporuka od najmanje 40 sati nastave, odnosno najmanje 4 ECTS-a u kurikulumu sveučilišne medicinske nastave. Imajući u vidu da se o sadržaju EZZ-a može govoriti tek nakon što se student u svom studiju sretne s medicinskom dokumentacijom, lako je zaključiti da medicinskoinformatičke sadržaje treba

pozicionirati u medicinski kurikulum nakon odslušanog bar jednog kliničkog predmeta.

Deklaracija o e-zdravlju koju je izradio Odbor za e-zdravlje Akademije medicinskih znanosti Hrvatske u jednom od svojih stavaka o edukaciji kaže: „Za učinkovitu uporabu suvremenog IKT-a u medicinskoj odnosno zdravstvenoj struci (liječnik, medicinska sestra, medicinski tehničar i sl.) potrebno je poznavati principe i mogućnosti IKT-a te ovladati vještinama za njegovu uporabu. Treba izbjeći formalno, faktografsko i površno poučavanje te insistirati na razumijevanju i stavljanju tehnologije u kontekst svakodnevnih aktivnosti u zdravstvenom sustavu te poticati zdravstvene profesionalce na aktivno i samostalno promišljanje prednosti i nedostataka primjene pojedinih tehnologija i postupaka." Nadalje: „Uvođenje IKT-a u rad bilo pojedinca bilo organizacije znači promjenu načina rada. Promjenama treba upravljati. Na vrhu piramide rada u svakom projektu informatizacije treba biti projekt upravljanja promjenama (organizacija rada, edukacija). Iz njega proizlaze zadaci za sve ostale projekte i aktivnosti.".

Vežano uz praksu e-zdravlja, Deklaracija navodi: „Uključivanje zdravstvenih djelatnika raznih profila u timove medicinske i zdravstvene informatike (MZI) doprinijet će boljem i lakšem razvoju i upravljanju IKT-om u zdravstvenom sustavu. Razumijevanje potreba zdravstvenog sustava, medicinske tehnologije i mogućnosti IKT-a bitno je za uspješan razvoj i upravljanje informacijskim sustavima (IS) u medicini. Uspostavljanje sustava subspecializacija iz MZI-ja i definiranje profesionalnog statusa potaknut će ulazak zdravstvenih djelatnika u ovu djelatnost.".

Uzme li se u obzir sve dosad izrečeno bilo kroz Deklaraciju o e-zdravlju ili Preporuke Međunarodne asocijacije za medicinsku informatiku o obrazovanju iz biomedicinske i zdravstvene informatike, kao potreba suvremene medicinske struke i suvremenog sustava zdravstvene zaštite, može se zaključiti da u Hrvatskoj nismo postigli sve što treba ali nismo niti na početku.

Očito je da treba uložiti još napora da se sadržaji o e-zdravlju prošire na najmanje 40 sati sveučilišnog studija medicine (usklađeno s Preporukama IMIA-e o edukaciji iz biomedicinske i zdravstvene informatike - npr. 3 sata tjedno kroz 14 tjedana kako to sugeriraju Preporuke), da se ti sadržaji pozicioniraju na odgovarajuću godinu studija (od akademske godine 2012/2013. bit će na petoj godini studija medicine na MEF-u u Zagrebu), te da se u Zakon o zdravstvenoj zaštiti unese medicinska informatika kao zdravstvena djelatnost, nakon čega bi se mogli oformiti i odgovarajući timovi koji će uključivati i ljekarnike, odnosno druge zdravstvene profesionalce. Hrvatska liječnička komora mogla bi znatno doprinijeti ovome. Što se tiče subspecializacija iz područja e-zdravlja, u najnovijim prijedlozima medicinskih specializacija predloženo je da se medicinska informatika uvede kao subspecializacija iz osnovnih specializacija Javno zdravstvo i Epidemiologija.

•••••



Vježbe statičkog istezanja

FOTO MEDIX

Europska iskustva iz eZdravstva - Jesmo li na pravome putu?

Dr. sc. Miroslav Končar dipl.ing.

• Uvođenje informacijsko-komunikacijskih tehnologija (IKT) u procese zdravstva smatra se jednim od ključnih čimbenika koje može pridonijeti kvaliteti zdravstvene skrbi i boljem funkcioniranju sustava zdravstva općenito. Pravilnim prikupljanjem informacija o pacijentima, ali i uz nužan re-inženjering poslovnih procesa, uvođenje eZdravstva prema analizama Europske komisije (EK) donosi mnoga unaprijeđenja na području preventivne i kurativne skrbi, uključujući platformu za cjelokupnu reformu sustava koji je danas koncentriran na akutna liječenje u bolnicama prema jačem naglasku na prevenciju u primarnoj zaštiti; jači fokus i koncentraciju na individualne potrebe pacijenta; smanjenje troškova i pogrešaka u liječenju, te razmjenu informacija između pojedinih država i kontinenata i slično. Na krilima ovih iskustava, većina država u Europi i svijetu ulaže znatna sredstva u projekte eZdravstva, tako da danas većina članica EU-a ima jasne strateške ciljeve oko uođenja eZdravstva na regionalnim i nacionalnim razinama. Kao rezultat, eZdravstva kao industrija predstavlja jedan od najbrže rastućih segmenata u IKT području - trenutna vrijednost globalnog tržišta eZdravstva procjenjuje se na 15 milijardi US\$, s projekcijama rasta od 5% godišnje, gdje posebno jak trend postoji u državama u razvoju (Istočna Europa 11%, Afrika 14%, Bliski istok 16%).

Međutim, treba isto tako biti svjestan činjenice da uvođenje eZdravstva u praksu nije nimalo jednostavan posao. Republika Hrvatska još je prije više od 10 godina jasno definirala eZdravstvo kao jedan od svojih strateških ciljeva u ovome segmentu. Kroz taj period puno je informatičkih stručnjaka, liječnika, medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih djelatnika, ali i pacijenata samih, prolazilo kroz mnoga dobra iskustva, ali i teške izazove jedne takve zahtjevne implementacije. S obzirom na činjenice koje smo do sada naveli,



Dr.sc. Miroslav Končar dipl.ing.

prvenstveno glede još uvijek ranih faza razvoja eZdravstvo industrije i projekata u svijetu, na Motovunskoj školi prezentirana su neka zanimljiva iskustva iz eZdravstvo projekata u regiji, prvenstveno članica EU-a, te smo pokušali zajedno dati odgovor na pitanje: postoji li magična formula za uspješno eZdravstvo?

eZdravstvo - iskustva iz Europe i svijeta

Šire korištenje naprednih poslovnih informatičkih rješenja u zdravstvu bilježi svoje prve prave pomake u radiologiji i laboratorijima 70-ih i 80-ih godina prošlog stoljeća, na razini uvođenja LIS, RIS i PACS sustava (laboratorijski, radiološki sustavi, odnosno rješenja za pohranjivanje radioloških slika). Danas, međutim, kada govorimo o eZdravstvu najčešće mislimo na implementacije regionalnih i nacionalnih sustava, vezanih za uvođenje funkcionalnosti, kao što je Elektronički zdravstveni zapis, ePrepisivanje¹ i eNaručivanje, zdravstveni portali, telemedicina i slično. Kao što je spomenuto u uvodu, danas većina država na nacionalnoj razini ima jasne strategije u ovome pogledu.

Unazad desetak ili više godina napravljeni su kvalitetni pomaci prema ciljevima zadanim ovim projektima, a koji se odnose na parametre pružanja kvalitetnije skrbi pacijentu (preventiva, personalizacija usluge, smanjenje broja komplikacija, alati za praćenje učinkovitosti terapija, smanjenje broja ponovnih hospitalizacija unutar 30 dana, ...), efikasnije trošenje dostupnih resursa kroz objedinjavanje informacija i planiranje, smanjenje pogrešaka i slično. Neke od dobrih primjera eNaručivanja, ePrepisivanja i Elektroničkog zdravstvenog zapisa nalazimo u regijama kao što su Andaluzija, Lombardija te različite regije i javne zdravstvene mreže u Danskoj i Nizozemskoj, dok su na nacionalnoj razini zanimljivi primjere možemo pronaći u Skandinaviji (Apotheket u Švedskoj, KanTa nacionalni repozitorij kliničkih dokumenata u Finskoj), Dossier Medical Personnel u Francuskoj itd. Ovi projekti napravili su jasne analize učinkovitosti implementacija, kako na financijskom planu, tako i na kvaliteti skrbi i socijalnim efektima, te dokazali ispravnost ulaganja i investicije.

Međutim, činjenica je da je industrija eZdravstva i dalje značajno segmentirana i još uvijek u svojim začecima. Kada bismo npr. usporedili zdravstvo s bankarskim ili telekom sektorom, našli bismo bitne razlike u razini ulaganja u IKT (npr. bankarski sektor ulaže gotovo 7% svojih prihoda u IKT infrastrukturu, dok zdravstvo to radi na razini od manje od 4% u razvijenim zemljama i manje od 2% u zemljama u razvoju). Nadalje, posljednja istraživanja pokazuju da zemlje koje više ulažu u IKT infrastrukturu u zdravstvu ne pokazuju bolje rezultate u zdravstvenim pokazateljima kao što su očekivani životni vijek ili mortalitet dojenčadi, što je posebno zanimljivo iz perspektive očekivanja rezultata cjelokupne reforme. Na kraju, zadnja istraživanja na uzorku od nekoliko desetaka projekata u Europi i svijetu pokazuju da se povrat investicije projekata kao što su elektronički zdravstveni zapis ili ePrepisivanje može očekivati tek za 6 do 11 godina, odnosno na razini srednje vrijednosti od 9 godina, što je prilično dugo razdoblje, pogotovo kad se radi o javnom sektoru i državnoj administraciji.

Gdje su zapravo izazovi, i koji su osnovni razlozi ipak podosta različitih iskustava, odnosno što možemo preuzeti iz drugih projekata kako bismo vlastite implementacije učinili boljima? Nekoliko je osnovnih problema koje smo na Motovunskoj školi imali priliku raspraviti. Rizici počinju već kod definicije strategije projekta, upravljanje ciljevima preko kontinuirane edukacije i primjene najboljih praksi te, na kraju, mjerenja ključnih parametara kvalitete i rezultata projekta od početka do kraja.

¹ Treba razlikovati eReceipt (eng. ePrescription) i ePrepisivanje (engl. ePrescribing), jer u pravilu su to dva različita koncepta. Dok eReceipt se odnosi na informatizaciju recepta kao dokumenta, pravu vrijednost zapravo donosi ePrepisivanje - uvođenje naprednih procedura i aktivnosti vezano za pametno i efikasno prepisivanje lijekova, kao što je podrška pri odlučivanju, generici vs. originali, smanjenje pogrešaka, inteligentni sustavi detekcije kontraindikacija i komplikacija, pravilne doze i slično

Naime, eZdravstvo je inherentno multidisciplinarna industrija i zapravo je kriva percepcija da je eZdravstvo (samo) informatički projekt. Predstavnici svih interesnih skupina moraju pronaći mjesto u projektnim timovima, te jasno izraziti svoja očekivanja. Tu prvenstveno mislimo na upravljače sustava (ministarstva, javno zdravstvo), buduće korisnike sustava (liječnici, medicinske sestre, zdravstveno osoblje), regulatore sustava (pravnici), financijski odgovorne subjekte (osiguravatelji) te, na kraju ali nimalo manje važno, udruge pacijenata kao konzumenata usluge. Svi oni imaju drugačije i koji put oprečne ciljeve, no dokle god ne postoji konsenzus i definicija projektnog okvira na samome početku, kasnija realizacija nailazi na puno prepreka. Činjenica da u Bismarck modelu javno-zdravstvenog sustava procesi uključuju odvojenost i inherentnu konkurenciju između regulatora, plaćatelja i pružatelja usluga, osjetljivost javnosti i politički kontekst najčešće stvaraju dodatne pritiske na realizaciju i provedbu strategije.

Kad govorimo o edukaciji i primjeni najboljih praksi, domena medicinske informatike također evoluira u paraleli s projektima, tako da se isti u pravilu susreću s izazovom nedostatka svih potrebnih kompetencija za rad, odnosno angažmana najboljih stručnjaka na lokalnim projektima. Zanimljivo je da ovo nije problem samo zemalja u razvoju. SAD su na primjer kroz svoje analize izračunali, da im godišnje nedostaje oko 50.000(!) stručnjaka u području medicinske informatike i stoga je Obamina administracija donijela odluku o ulaganju značajnih sredstava u razvoj ove struke kako bi se ciljevi zadani kroz ARRA (engl. American Recovery and Reinvestment Act) vezani za eZdravstvo mogli ostvariti. Također, kad govorimo o najboljoj praksi eZdravstva, postavlja se pitanje gdje i kako doći do informacija o uspješnosti i neuspješnosti pojedinih projekata eZdravstva, te kako preuzeti najbolja iskustva i ne ponoviti greške iz manje uspješnih projekata. Vrlo je zapravo čest slučaj da javne nabave za npr. ePrepisivanje u dvije susjedne države koriste potpuno različite funkcijske kriterije(!), pa čak i različite norme i certifikate kvalitete, što rezultira daljnjom segmentacijom tržišta i, na kraju, nejasnim i neostvarenim ciljevima, i preskupim projektima. Komentar koji smo mogli čuti iz npr. susjedne nam Republike Slovenije na zadnjem skupu o eZdravstvu u Budimpešti, jasno kaže da zapravo nisu investicije najveći problem s kojim se ta država suočava, jer su kroz strukturne fondove alocirana znatna sredstva za eZdravstvo.

Najveći izazov s kojim se naši susjedi suočavaju je kako osigurati potrebna znanja, kontinuitet i kvalitetu za procese javne nabave i rješenja koja se kroz njih dobivaju i implementiraju, posebno koja su bazirana na najboljim iskustvima iz EU!

Zaključak

Na kraju, izazov o kojem je bilo ponajviše govora u Motovunskoj školi bila je poslovna inteligencija, odnosno pravilno i svrsishodno mjerenje učinaka primjene eZdravstvo projekata. Kao što je svojedobno rekao Lord Kelvin, „Ono što se ne može mjeriti ne može se niti unaprijediti“, tako da je posve jasno da bez prave metrike nemoguće je doći do uspješne implementacije bilo kojeg projekta, pa tako i eZdravstva. U pravilu, slično kao i javna nabava, čini se da barem za sad ne postoji „one size fits all“ pristup, u kojem bi postojali jasno definirani i sveprimjenjivi ključni indikatori kvalitete projekata eZdravstva. Ovaj problem prepoznat je na najvišim razinama profesionalnih drugih i industrije u cjelini. Neke važnije pomake potaknula je nedavno Europska komisija zajedno s američkim Ministarstvom zdravstva (engl. Department of Health and Human Services), uz podršku OECD-a, gdje se radi na razvoju i definiciji jasnog okvira parametara kvalitete i uspješnosti projekata (vidi npr. projekt Argos²), no i dalje smo zapravo više na razini istraživanja nego na nekoj dobro definiranoj mjernoj platformi. U pravilu, uvijek je dobro da se pokuša definirati nekoliko razina ciljeva, poput: razine primjene rješenja (primarna/sekundarna/tercijarna zaštita; scenariji primjene; regije ili nacionalni projekt itd); modeli primjene (javno-privatna partnerstva, motivacijski i zakonski okvir, itd); ključni financijski čimbenici uspješnosti (vrijeme i cijena implementacije; smanjenje troškova skrbi itd); te na kraju, parametri utjecaja na zdravlje pojedinca i populacije (npr. smanjenje hospitalizacija za kronične bolesti, smanjenje smrtnih ishoda za moždani udar prvih 30 dana nakon hospitalizacije i slično). Sa takvim pristupom mogu se bitno smanjiti rizici uspješnosti projekta, kao i motivacija svih zainteresiranih da daju svoj obol ka ostvarenju ciljeva. Na kraju, treba svakako naglasiti nužnost interoperabilnosti na svim razinama sustava (organizacijski, tehnički, semantički, pravni aspekt), što omogućava bolju kvalitetu za uložene novce, kao i dugoročnu održivost projekata. To je čini nam se najdalje što u ovo vrijeme trenutku „magična formula“ za eZdravstvo može ponuditi rješenje zainteresiranim stranama.

Za kraj, u kontekstu pristupanja Republike Hrvatske EU-u, osvrnimo se još jednom što radi EK na tom pitanju. DG Info i DG Sanco vodeće su institucije koje se bave eZdravstvom i koje stalno ulažu u istraživanje i razvoj ovoga segmenta u Europi.

Spomenimo samo neke od njihovih posljednjih inicijativa: EK je 2008. pokrenula epSOS projekt³, kao vodeću inicijativu izrade specifikacija i realizacije pilot programa za elektronički recept i sumarni set podataka o pacijentu, za izmjenu istih između pojedinih država u Europi. Projekt je potpuno javan, i dok se očekuju rezultati prvih pilota na razini 12 zemalja EU-a, spomenimo da je danas ukupan budget projekta preko 30mEUR, ta da u svojem nastavku projekt obuhvaća 23 nacije (20 članica EU, Tursku, Norvešku i Švicarsku) i daljnji razvoj pan-Europskih specifikacija za navedenu primjenu.

Nadalje, u svibnju 2011, Europski parlament je prihvatio direktivu o primjeni prava pacijenata u traženju skrbi izvan granica svoje države (poput npr. podizanja lijeka u ljekarni izvan granice matične države), u kojem se jasno isčitava potreba izmjena informacija kakvima upravlja epSOS projekt. Obveznim prihvaćanjem ove direktive članice EU-a imaju 30 mjeseci za unaprjeđenje i adaptaciju svojih nacionalnih sustava zdravstva.

Također, u prosincu prošle godine potpisan je sporazum o suradnji s SAD-om oko primjene eZdravstva, s jasnim naglaskom oko interoperabilnosti i izmjene znanja stručnjaka medicinske informatike. Na kraju, kao posljednja zajednička inicijativa DF Info i DG Sanco pokrenut je inovacijski program aktivnog i zdravog starenja, kojem je ključni cilj produženje godina zdravog života za dvije godine do 2020. na razini Europske unije.

Sve ove aktivnosti otvoreni su forum i platforma za učenje, te svima možemo samo preporučiti što aktivniju ulogu u navedenim projektima svima koji vide svoj interes ili profesionalnu želju za razvoj u području eZdravstva.

Bilješke

1. „How to design a successful disease-management program“, McKinsey Quarterly, October 2010
2. „Health care costs: A market-based view“, McKinsey Quarterly, October 2010, September 2009
3. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013“, European Commission WhitePaper, 2008
4. Studija strategija razvoja eZdravstva, [Online], <http://www.ehealth-strategies.eu/index.htm> (time of last access - August, 2011)
5. „Interoperable eHealth is Worth it - Securing Benefits from Electronic Health Records and ePrescribing“, Empirica Consulting (on behalf of European Commission), October 2010



2 ARGOS službena web stranica <http://www.eurorec.org/RD/ARGOS.cfm>

3 epSOS - European Patient Smart Open Services, www.epsos.eu

Razgovor s državnim tajnikom MZSS-a i voditeljem projekta informatizacije PZZ-a mr. Draženom Jurkovićem

Krajnji je cilj informatizacije potpuno integralan zdravstveni sustav

Borka Cafuk



FOTO: B. CAFUK

• Jedan od ciljeva reforme zdravstvenog sustava, prezentirane 5. studenog 2008., je i uvođenje elektronskog recepta (eRecept), elektronske uputnice (eUputnica), elektronskog naručivanja (eNaručivanje) i elektronskog zdravstvenog kartona (eKarton). Stanje informatizacije sustava zdravstva u 2009. godini karakterizirano je kolanjem podataka ali ne i informacija, sustav nije povezan, tehnologija neusklađena, postoji usmjerenost na Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) ali samo u sferi financijskih pokazatelja, dok su strukturni i zdravstveni podaci nedostadni. Ovakav sustav nije prikladan za razvoj i promjene, ne postoji zaštita sustava i nema sigurnosti podataka.

Informatizacija primarne zdravstvene zaštite (PZZ) je projekt Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (MZSS) u suradnji s tvrtkom Ericsson Nikola Tesla d.d. pod nazivom "Ordinacija bez papira" koji je započeo 2009., obuhvaća oko 7.000 zdravstvenih jedinica i vrijedi 55 milijuna kuna. O tom projektu, njegovim ciljevima i prednostima razgovarali smo s državnim tajnikom MZSS-a i voditeljem projekta mr. **Draženom Jurkovićem**.

Jurkovićeva prezentacija projekta, o čemu je održao predavanje na Stručnom skupu o informatizaciji u zdravstvu, koji je održan u Motovunu od 6. do 8. srpnja, može se pogledati na mrežnim stranicama MZSS-a.

Informatizacija otključava pristup kvalitetnoj organizaciji zdravstvenog sustava

••• *Kakvo je bilo zatečeno stanje informatizacije zdravstvenog sustava?*

Sustav je bio nepovezan a tehnologija neusklađena. Čitav je informatički sustav bio usmjeren na financijske pokazatelje koje je uglavnom koristio HZZO s tim da strukturnih podataka, kao i zdravstvenih podataka, gotovo da nije bilo. A ti podaci su vrlo značajni ako ne i bitniji od financijskih pokazatelja s obzirom na to da nam je cilj izgraditi jedinstven jednoobrazan sustav prikupljanja podataka i dobiti sveobuhvatne podatke o sustavu, odnosno o djelatnosti PZZ-a, kao i financijske pokazatelje, kako bi ih mogle koristiti tri institucije - MZSS kao krovna institucija, potom HZZO kojem su bitni financijski pokazatelji i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) koji treba strukturne pokazatelje u svrhu unaprjeđenja zdravlja i prevencije bolesti te, najvažnije, povećanje kvalitete i učinkovitosti sustava zdravstvene skrbi.

••• *Koji je krajnji cilj informatizacije zdravstvenog sustava?*

Naš krajnji cilj je da napravimo potpuno integralan sustav PZZ-a, specijalističko konzilijarne zdravstvene zaštite (SKZZ) i bolničke zdravstvene zaštite, koje će nadzirati ove tri institucije: MZSS, HZZO i HZJZ. Naravno, ova dva zavoda mogu nadzirati sustav i njegove dijelove, odnosno koristiti podatke i analitiku sustava, u onom segmentu koji je u opisu njihovih djelatnosti. Cilj je, znači, da se u svakom trenutku može napraviti analiza na općoj razini ali i ciljano na razini jedne ordinacije. Informatizacija je ključ da se može pristupiti kvalitetnoj organizaciji zdravstvenog sustava. Jer ako nemate kvalitetnih ulaznih podataka i ako ne nadzirete sustav, onda ne možete dobiti kvalitetnu informaciju na temelju koje možete donositi određene zaključke i odluke.

••• *Koji su osnovne dobrobiti koje nosi informatizacija zdravstva?*

Jedan dio svih pogodnosti i dobrobiti odnosi se na sam sustav, a drugi dio na pacijente i liječnike. Možemo to podijeliti na tri segmenta ako govorimo o efektima informatizacije zdravstvene zaštite. Strukturni efekti su ovi o kojima sam govorio, to su efekti koji će imati institucije koje organiziraju i nadziru funkcioniranje zdravstvenog sustava. Moramo imati sve podatke koji nas zanimaju iz djela financijskog poslovanja svih zdravstvenih ustanova i pojedinih liječnika, iz dijela njihovih djelatnosti, da možete, ako ste ovlaštena osoba

i poštujući sve sigurnosne elemente, imati sve relevantne podatke o samom sustavu. Te će podatke imati i zdravstvene ustanove - bolnice za svoje pacijente, liječnici PZZ-a za svoje pacijente putem zdravstvenog kartona. S druge strane, pacijenti i liječnici dobivaju neposredne koristi koje možemo razmatrati po pojedinim funkcionalnostima.

Mnogobrojne prednosti i koristi uvođenja eRecepta, eUputnice, eNaručivanja i eKartona

••• Koje su to funkcionalnosti?

Planirali smo četiri funkcionalnosti. Ono što je za nas bitno jest da sustav funkcionira i da ga promatramo kroz poslovne procese i realizaciju pojedinih funkcionalnosti. A to znači, na primjer, da je za nas sustav gotov kada na području cijele Hrvatske implementiramo elektronski recept i kada je on u primjeni, a ne kada se „in vitro“ tehnološki testira. Pokazali smo na primjeru eRecepta da smo implementirali jednu od ključnih funkcionalnosti na području cijele zemlje. Mi smo uz Dansku jedina zemlja u Europi koja na

nacionalnoj razini ima implementiran eRecept.

Druga je funkcionalnost elektronska uputnica za biokemijski laboratorij PZZ-a i za izvanbolnički SKZZ, potom elektronski zdravstveni karton, a četvrta funkcionalnost je elektronsko naručivanje. Dvije potpuno završene i implementirane funkcionalnosti su eRecept i eUputnica za biokemijski laboratorij PZZ-a. Trebamo još implementirati eKarton i eNaručivanje te povezati izvanbolnički SKZZ.

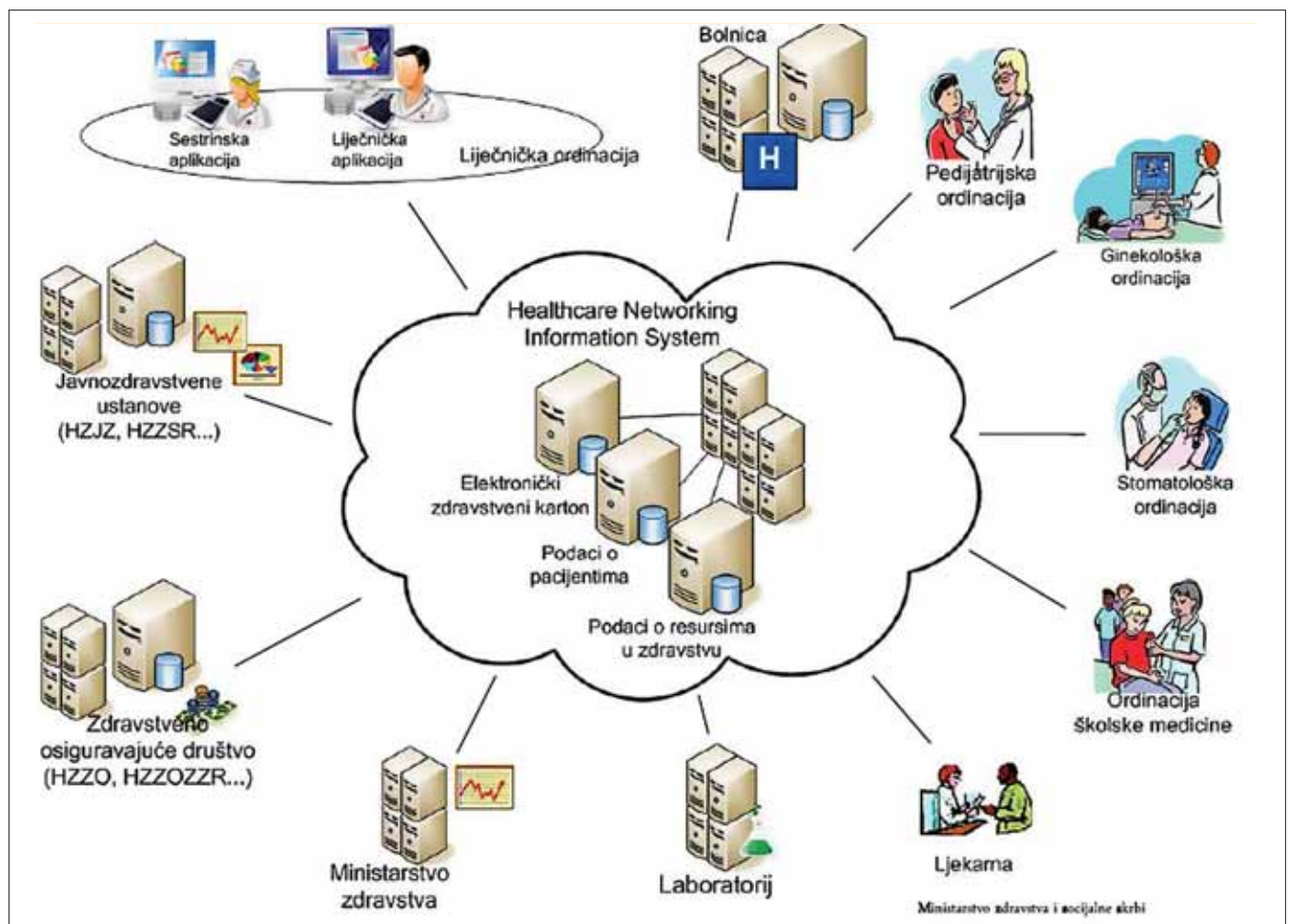
••• Što pacijenti i liječnici dobivaju s informatizacijom zdravstva?

Od kada je uveden eRecept pacijenti više ne moraju nositi papire i lijek se može podići u bilo kojoj ljekarni. Liječnik više ne mora ukucavati ime, prezime i ostale administrativne podatke pacijenta jer ima sučelje koje mu odmah izbacuje sve podatke, dakle šteti na vremenu koje može posvetiti pacijentu. Ključna stvar je da pacijent, pogotovo kronični bolesnik, do lijeka može doći i kada nije u mjestu svog boravka već je primjerice na putu ili na godišnjem odmoru. Pacijent nazove svog liječnika, koji je upoznat s njegovim stanjem, te propiše recept i pošalje ga u sustav. Potom pacijent u prvoj ljekarni na koju naiđe, i uz predočenje zdravstvene iskaznice, dobije

potrebne lijekove na temelju eRecepta. Prije bi se pacijenti morali vraćati u mjesto boravka po recept, čekati u ordinaciji pa ići u ljekarnu.

Korist za liječnika je štednja i manje administracije, pojednostavljen je postupak propisivanja recepata, što je bitan dio rada liječnika. Godišnje smo imali 40-50 milijuna papirnatih recepata, a ovako je samo na papiru uštedeno pet milijuna kuna na godišnjoj razini.

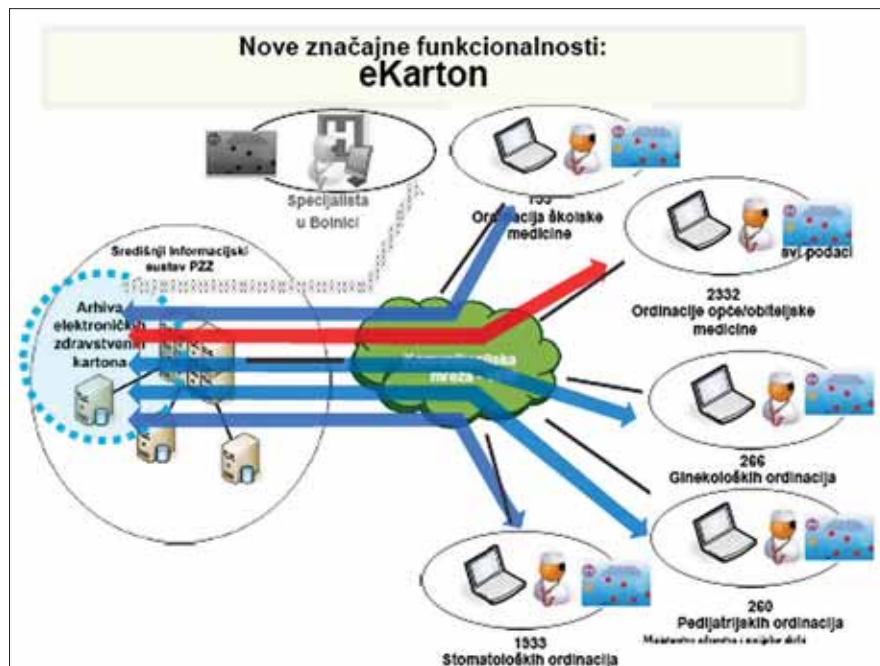
Projekt e-Uputnice za biokemijski laboratorij nadovezuje se na bitan projekt vadenja krvi u ordinacijama, oko čega je bilo puno prijedora, no mogu reći da je projekt zaživio. Cilj nam je bio da pojednostavimo čitav postupak za pacijente. Prije je pacijent, kada bi njegov liječnik u PZZ-u zaključio da treba biokemijske pokazatelje njegovog zdravstvenog statusa, dobio uputnicu od liječnika za biokemijski laboratorij, koji i nije nužno bio u okviru doma zdravlja. Pacijent je morao čekati na vadenje krvi, a nakon vadenja krvi ponovo dolaziti po nalaze te ih nositi svom liječniku i opet čekati da ga on primi kako bi mu postavio dijagnozu i propisao terapiju. S ova dva paralelna projekta ta je priča završena. Sada pacijent dolazi k svom liječniku u PZZ i ako je potreban nalaz krvi medicinska mu sestra vadi krv, koja se označena bar-kodom



pohranjuje. Liječnik šalje elektroničku uputnicu i transportnu listu u biokemijski laboratorij. Biokemijski laboratorij pokupe uzorke krvi od liječnika PZZ-a. U laboratoriju se bar kodom očitaju svi podaci, napravi se analiza i rezultati se šalju elektronskim putem liječniku u PZZ. Pacijent, dakle, više ne sudjeluje u ovom procesu, uštedeno mu je puno vremena i troškovi, i olakšan mu je čitav postupak kao i liječniku.

Treću funkcionalnost - eNaručivanje - kanimo implementirati i ono nosi bitnu korist za pacijente. Zamisao je da se dođe u ordinaciju liječnika PZZ-a, koji je čuvar ulaza u zdravstveni sustav. On nije carinik, jer carinik carini svaki ulaz i izlaz, a čuvar ulaza sustava ta ne radi. On čuva vrata sustava i kod njega počinje i završava čitav proces povratkom pacijenata s nalazima na temelju kojih se propisuje terapija. Nije potrebno da se pacijent svaki put vraća svom liječniku u PZZ. Na primjer, sada pacijent dobije uputnicu od internista za konzilijarni pregled kod kirurga, pa se opet mora vraćati svom liječniku u PZZ da mu ovaj napiše uputnicu za kirurga i tako u krug. Cilj nam je, dakle, da pacijent sve obavi pa se tek onda vrati liječniku u PZZ jer nije potrebno da se svaki put vraća. Dakle, eNaručivanje omogućava da pacijenta njegov liječnik u PZZ-u naruči, na primjer, na internistički pregled. On pretražuje sustav za prvi internistički pregled i sustav mu izbaci prvi slobodni termin za taj pregled. S time da liječnik termine može pretraživati po određenoj bolnici ili za sve bolnice u Hrvatskoj. I tada liječnik, u dogovoru s pacijentom, odabire termin i pacijentu zakazuje termin pregleda. Time se sprječava duplo naručivanje. Zna da još uvijek na našim listama čekanja imamo puno tih umjetnih pregleda, odnosno situacija da se pacijent naruči na pet različitih mjesta za pregled, pa gdje prvi dođe, ali ne javi drugima da je obavio pregled pa i dalje zauzima mjesto na listi.

Bio sam u sveučilišnoj klinici u Tallinu i oko 11-12 sati smo je obišli i nigdje nisam vidio ni pacijente ni liječnike, ali izvršene usluge im se ne razlikuju od naših kliničkih bolnica. Gdje je tu kvaka? Pa upravo u tome da kada naši pacijenti trebaju napraviti neki pregled onda u bolnicu dolaze u sedam ujutro da bi došli što prije na pregled. Potom čekaju da liječnici završe s vizitom i da se pojave u osam ili pola devet u ambulanti, a sve to nije potrebno. Imamo standardizirano vrijeme trajanja za svaki pregled po Plavoj knjizi i ako isplaniramo to vrijeme, što danas rade u Europi, pacijent ne mora doći u sedam ujutro i čekati pregled, već dolazi kada mu je zakazan termin. Čim je termin rezerviran na jednome



mjestu, automatski otpada mogućnost da zakazete za isti pregled termin na nekom drugom mjestu..

Potom, eKarton otvara čitav niz mogućnosti. Liječnik PZZ-a ima ovlaštenje za pristup medicinskim podacima svog pacijenta koje mu je dodijeljeno na centralnom sustavu temeljem „pametne kartice“ kao vidljivog dijela sigurnosnog mehanizma sustava bez kojih nije moguć rad. Prije svega smo stavili naglasak na sigurnost sustava i sva je podatkovna komunikacija između ordinacija, ljekarni, laboratorija sa središnjim dijelom sustava kriptirana i digitalno potpisana, čime imamo jedan od najsigurnijih sustava u Europi te je on na razini koju traži Zakon o zaštiti osobnih podataka. Izabrani liječnik u PZZ-u ima sve podatke o pacijentu, bolestima i liječenju u elektronskom obliku, a svi drugi u sustavu - liječnici ginekolozi, pedijatri, liječnici školske medicine - imaju pristup podacima u onom segmentu, to jest obimu, koliko je njihovo ovlaštenje, što se regulira dodijeljenim ovlastima za rad na sustavu. Nadalje, otvara se mogućnost da terapiju propisuju i specijalisti u SKZZ-u i bolnicama kada uvezemo sve specijalističke ordinacije i bolničke ordinacije, odnosno bolnički i izvanbolnički SKZZ. Sada specijalisti ne mogu propisivati terapiju već to moraju činiti liječnici u PZZ-u jer oni jedini imaju sve podatke o pacijentu - o njegovom statusu, terapiji i tijeku bolesti. Kada će specijalistu biti omogućeno da u eKartonu vidi terapiju koju pacijent prima, automatski se otvara mogućnost da propisuje terapiju i šalje recept u ljekarnu i pacijent se neće morati vraćati u ordinaciju PZZ-a zbog propisivanja terapije.

••• Do kada bi trebalo zaživjeti eNaručivanje i eKarton?

Nadamo se do kraja ove godine. Sada su stručni timovi zajedno s tvrtkom Ericsson Nikola Tesla (ENT) definirali i dokumentirali poslovne procese. Bitno je napomenuti da je MZSS uistinu partner s ENT-om, a ne samo investitor u tom projektu. Mi imamo svoj stručni tim, projektni tim za informatizaciju PZZ-a, gdje smo s našim stručnjacima razvijali poslovne procese a ENT je razvijao informatički stručni dio. I kao takvi ćemo se i pojavljivati. U aneksu ugovora imamo predviđeno da ako se s ovim projektom tvrtka ENT bude pojavljivala na stranim tržištima, a već smo radili određene prezentacije, MZSS će sudjelovati s 10 posto od budućih ugovora. Prema tome mi smo valorizirali taj dio projekta i to će sada stajati u dodatku ugovora koji ćemo potpisati. U samom projektu smo imali i čitav niz promjena jer kako smo ga implementirali tako su se i pokazivale potrebe za izmjenama. Projekt se sastoji od dvije komponente - prva su tehnička rješenja hardver, softver, a druga su poslovni procesi, odnosno kako na tu tehnološku podlogu implementirati te poslovne procese o kojima sam ovdje govorio. MZSS je u svim tim poslovnim procesima sudjelovalo, odnosno razradio ih, a onda ih je tvrtka ENT implementirala u ovaj sustav. I to nije lako.

Primjerice, konkretno, u eNaručivanju mi tražimo da se prilikom pretraživanja prikažu svi slobodni termini pregleda. Prema dosadašnjoj specifikaciji poslovnog procesa može se birati jedna određena ili sve bolnice, a mi tražimo da se prikažu i sve najbliže županijske bolnice kako bi se olakšao brz odabir odgovarajućeg termina.

Uvidjeli smo radeći na eNaručivanju da bi se i to trebalo omogućiti, pa sada pregovaramo s ENT-om da oni naprave tražene izmjene. Projekt je, dakle, vrlo zahtjevan.

Bolnice se informatiziraju samostalno

••• Koliko će na kraju, uz sve promjene i nadopune, stajati ovaj projekt?

Ne mijenjamo financijske gabarite projekta. To je ključ u ruke. Projekt stoji 55 milijuna kuna za sve ove funkcionalnosti na razini PZZ-a. I tek kad to sve zaživi bit će ENT plaćen - tj. plaća mu se kad određena funkcionalnost zaživi. Ništa se ne plaća unaprijed niti dok u potpunosti ne bude implementirano, odnosno dok ne profunkcionira. ENT nam je dobar partner jer nas prati u svim zahtjevima. Stoviše, formirali su čitav odjel za zdravstveni informacijski sustav jer su to prepoznali kao dobru mogućnost za izlazak na regionalno i međunarodno tržište. Ono što je još važno istaknuti jest da smo za ovaj projekt uzeli, i to prvi put, nadzor. Službeni stručni nadzor nam provodi Fakultet elektrotehnike i računarstva (FER). Čim ENT završi dio, to jest fazu projekta poput eRecepta, najprije FER obavi nadzor, potom dolazi k nama te se implementira.

••• Koliko će stajati informatizacija cijelog sustava?

To vam ja ne mogu reći. Bolnički je sustav velik problem jer je jedan dio bolnica informatiziran a drugi nije. Bolnice se informatiziraju samostalno. Nismo imali ni tehničke ni financijske mogućnosti da informatiziramo sve bolnice. Ali smo i tu napravili preduvjete za informatizaciju u dijelu koji se odnosi na eNaručivanje s uspostavom objedinjenih bolničkih prijema - odnosno centralnim mjestom gdje dolaze svi podaci i gdje se pacijenti naručuju. Nije moguće povezati svakog liječnika PZZ-a sa svakom ordinacijom SKZZ-a jer to bi bile stotine milijuna veza svaki dan. Projekt smo zamislili drugačije. Liječnici PZZ-a povezani su s jedinicama centralnog naručivanja u bolnicama, a one su punkt gdje se slijevaju interni podaci sa svih radilišta u bolnici. Mi imamo stotine milijuna podataka koji u sustavu kolaju svakodnevno i to je izuzetno opsežan podatkovni sustav. No, kako će bolnica dopremiti svoje interne podatke do jedinica za centralno naručivanje stvar je bolnice. Što se nas tiče oni se mogu dopremiti i pješke - donijeti papire sa slobodni terminima. Neke bolnice imaju svoje bolničke sustave naručivanja i oni automatizmom dobivaju podatke u centralnim jedinicama za naručivanje i šalju

ih u centralni sustav PZZ-a. Neke nemaju, ali je njihov posao kako će se informatizirati unutar jedne zdravstvene jedinice, s time da je jedna jedinica jedna zdravstvena ustanova. Bilo bi dobro da smo informatizirali i bolnice ali to bi bio ogroman novac. Uvjet je za informatizaciju pojedinih bolnica da njihov sustav bude kompatibilan s tehnološkim sustavom koji sada instaliramo u PZZ-u. da se ne dogodi da je svaka bolnica informatički otok, kao što je do prije bilo, i da su sustavi nekompatibilni pa se ne mogu povezati. Bolnice su se dužne informatizirati na način da im sustav bude kompatibilan sa sustavom koji implementiramo u PZZ-u i kada se to dogodi samo ga nakačimo na ovaj sustav i tako nadograđujemo sustav.

••• Imaju li bolnice rok do kada se moraju informatizirati?

Smatram da će 60 posto bolnica biti spremno da se poveže s centralnim sustavom PZZ-a već sada u rujnu radi implementacije eNaručivanja, a krajnji rok je do kraja godine. Možda neke neće imati dovoljno sredstava za to ali mi, na žalost, ove godine ne možemo za to osigurati dodatna sredstva, već tek naredne godine ako budemo u poziciji da i dalje provodimo taj projekt. Bez obzira na to, sustav će profunkcionirati.

••• Koje su financijske dobrobiti informatizacije, odnosno može li se predvidjeti koliko će se njome uštedjeti?

Želim biti potpuno korektan. Istina je da će se samo eReceptom, tj. ukidanjem papirnatog oblika, uštedjeti 15 milijuna kuna godišnje, što je neposredna ušteda, ali s druge strane treba platiti troškove održavanja informatičkog sustava. No, u svakom slučaju uštede su velike.

Otpori uvođenju novosti su normalna pojava

••• Zašto je u početku bilo toliko otpora informatizaciji?

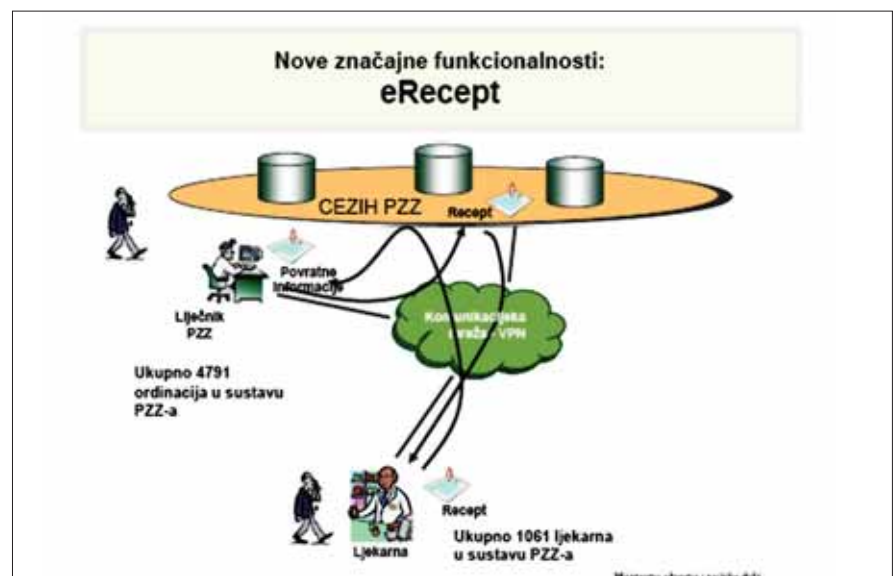
Postoji više uzroka tome. Otpori uvijek postoje kada se provode novi projekti i to je normalno. Prvo je čisto psihološki moment, odnosno strah od novoga. Kada god kreće neka reforma, bilo koje razine i opsega, uvijek se nailazi na otpore u sustavu jer se ljudi boje nečeg novog. To je potpuno opravdano jer ne znaju koje su pozitivne i negativne posljedice toga. Tako je bilo i s informatizacijom. Da bismo liječnicima olakšali da se priviknu i nauče raditi, organizirali smo help desk podršku i specijalce na terenu. Tražio sam da svaki liječnik ima informatičara koji će mu pomoći.

Drugi razlog otporu je, vjerujem, strah od pojačanog nadzora. Kada se sve informatizira tada nema toga što o sustavu ne znamo, bilo na razini pojedinačnog liječnika, ustanove ili čitavog sustava.

Treći je razlog, vjerujem, čisto iracionalan, odnosno otpor prema provođenju određene politike. Ministar zdravstva mr. **Dar-ko Milinović** uvijek govori, i ja se s time slažem, da zdravstvo treba uzdignuti iz uskostranačkih interesa i to pokušavamo činiti čitavo vrijeme.

Dakle, ima više razloga otporu, ali kako vrijeme prolazi i kako se projekt informatizacije provodi, otpor je sve manji i zapravo ga više i nema. Informatizacija se dobro prihvaća kako među liječnicima tako i u javnosti.

•••••



U Motovunu o starim problemima na nov način Ili: e-zdravstvo u praksi

Igrokaz

• *Pacijentica i liječnik obiteljske medicine igrokazom su skrenuli pozornost na preopterećenost obiteljskog liječnika te moguće kršenje zakona, povezano s informatizacijom zdravstvene djelatnosti*

Uloge

D - doktor obiteljske medicine: dr. Mario Malnar, KoHOM, HLK

P - pacijentica: dr. Ljiljana Lulić Karapetrić, KUZ, KoHOM, HLK

Pacijentica dolazi u ordinaciju svom izabranom liječniku. Uobičajeno, doktor je zatrpan papirima, registrima, knjigama, tastaturama ...

Doktor sjedi ispred tri monitora, a u ruci drži kalkulator radi bržeg obračuna staža u osiguranju. Na stolu, negdje među papirima, zazvoni telefon ... Pacijenticu ne vidi ...

Prvi problem - uputnice za hitnu

P: Dobar dan, doktore Malnar! (Ona očekuje da je doktor pogleda ... No, uzaludno.)

P: Doktore Malnar, dobar dan!

D: Dobar dan! - izusti, ne dižući pogled s kalkulatora.

P: DOKTORE!! - podvikne malo pacijentica.

D: O, gospođo Ljiljana, dobar dan, dobar dan. Molim vas trenutak, sad ću ja, samo malo ...

P: Ali, doktore, što vi to radite?

D: Ma, znate gospođo, ručno obračunavam staž osiguranja u zadnjih 18 mjeseci za baku kojoj trebaju pelene. Naime, moram biti siguran da je sve po propisu ili ću u protivnom pelene platiti ja! Znate, program se zna zbuiniti ... pa sam sigurniji, ručno!

P: A zašto biste vi morali platiti pelene, za Boga miloga?

D: Zato što moram poznavati oko 200 zakona i pravilnika, jer ako pogriješim, cap, ode mi novčanik. Bolje da vam o tome ne govorim. To nije ni za Motovun! Gospođo Ljiljana, a zašto ste vi danas došli?

P: Dragi doktore, problemi, znate, došla sam po uputnicu. Naime, jučer sam bila na hitnoj internoj jer me nešto gušilo. Nakon što su mi napravili sve potrebno, pa i kolonoskopiju, rekli su da moram donijeti uputnicu. Da samo znate kako me muž naljutio prije odlaska u bolnicu, jedva sam disala. Danas im obvezno

moram donijeti uputnicu.

D: Joj, gospođo Ljiljana, pa što su naši?

P: Ništa, ali dok su mi napravili i kolonoskopiju, sve je prestalo. Muž je bio k'o bubica. Znate doktore, svakako im moram donijeti uputnicu!

D: Kakvu uputnicu? Pa, zar vas nisu obradili putem hitnog prijema? Za to im ne treba uputnica. Ja vas nisam uputio, pa vam ne mogu ni dati uputnicu.

P: Jesu gospodine, obradili su me na hitnoj, ali svejedno traže uputnicu.

D: Ne mogu vam izdati uputnicu jer ne znam ni kakvu. A znate već, od kada je u funkciji e-zdravstvo, mi vam ništa unatrag ne možemo pisati.

P: Samo malo, doktore Malnar. Uputnicu moram odnijeti, a od kada je e-zdravstvo ja ovdje moram čekati da vi sve njih u e-vlasti zadovoljite, a tek onda da mene pogledate! - ljutito zaključuje pacijentica.

D: Joj, dobro, dobro. Kakvu uputnicu želite?

P: Paaaa, ne znam baš? Svakako nekakvu uputnicu!

D: Želite li za bolničko liječenje, ambulantno liječenje, dijagnostiku ili nešto treće. Crvenu ili zelenu?

P: Nemam pojma. Čekajte malo, čini mi se da su rekli crvenu.

D: Dobro, onda uzmite crvenu bolničku, ona pokriva sve. (Potom liječnik ručno napiše uputnicu, jer datum se ne može unijeti elektronički unatrag. Na kraju važno i energično lupi dva žiga, na šest mjesta svaki. Pogleda pacijenticu Ljiljanu koja dalje mirno sjedi i pomisli zašto već ne odlazi. A mora još izračunati tri staža i prebrojiti sve trakice za GUK koji je do sada izdao).

P: Doktore, moram vratiti i recept u ljekarnu!

D: Kakav sad vražji recept? Zar vam nisu u bolnici sve dali?

P: Ma znate, rekli su da su malo tanki s praškom za čišćenje ...

D: Iiiiiii?

P: Medicinska sestra je rekla da ga podignem u ljekarni, a svi znaju da ste vi jako dobri i da ćete mi naknadno napisati recept. Radi kaucije, znate. Ako ne donesem, moram platiti lijek.

D: Ma, sjajno. Zašto vam hitna nije izdala recept? Pa oni su za to zaduženi dok mi ne radimo.

P: Paaa, rekla je sestra na hitnoj da podignem lijek u ljekarni, a da ćete vi napisati recept sutradan.

D: A gdje je bio doktor?

P: Ionako je liječnik bio na intervenciji. U kafiću pored. Navodno se netko alkoholizirao.

D: MOLIM!?!? Neka vam onda u bolnici izdaju recept!

Dr. Mario Malnar i dr. Ljiljana Lulić Karapetrić

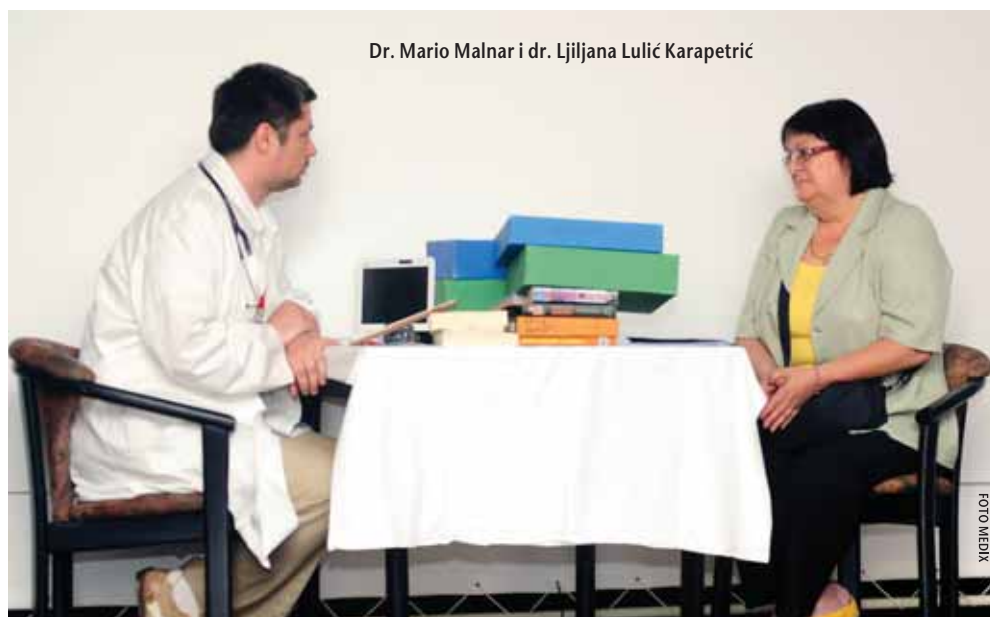


FOTO MEDIX

Stanka

(Pacijentica mirno šuti i razmišlja kako je prašak za čišćenje samo 6,00 kuna, a za kolonoskopiju su joj rekli da je barem 1000 kuna. Dobro je i prošla).

Drugi problem - sigurnost podataka

D: Jeste li još nešto trebali, gospođo Ljiljana?

P: Dr. Malnar, došla sam zbog jako bitne stvari. Sjećate li se kada sam prije nekoliko mjeseci potpisala izjavu kojom vam zabranjujem da šaljete moje podatke internetom? Da ne ponavljam, vi dobro znate moje razloge za to i od toga NE ODUSTAJEM! Koliko vidim, na vratima vaše ordinacije sada stoji da više niste odgovorni za te podatke, odnosno da se ograđujete od toga?

D: Da, vidite, novi pravilnik o krejzihu ...

P: O čemu?

D: Ah, znate CEZIH, mi to od milja nazivamo ...

P: Aha!

D: Dakle, novi pravilnik kaže da se vi s time slažete.

P: Koji pravilnik? Kako se mogu složiti kad sam pisanim putem zabranila slanje mojih zdravstvenih podataka!

D: Kada ste svojom izjavom odabrali obiteljskog liječnika, dobrovoljno ste pristali na davanje podataka.

P: Doktore, o čemu vi to? Pa ja sam se za vas opredijelila prije deset godina i od tada nisam potpisala nikakvu drugu sličnu izjavu. Na onoj staroj nigdje ne piše da se slažem da me „šaljete u svemir!“

D: Kako sada stoje stvari, draga gospođo Ljiljana, jedino što nam preostaje je da me tužite.

P: Za ime Boga, doktore, ne pada mi na pamet da tužim vas, svoga doktora. Vjerujem vam i poštujem vas, ali, nešto se ipak mora poduzeti.

(Na kraju se pacijentica i liječnik zamišljeno i upitno okreću prema publici. TIŠINA I POGLED U PRAZNO!)

(Usljedio je potom samo pljesak publike).

- Medicina i zdravstvo su vrlo osjetljiva područja s motrišta ljudskog života i rada te svaka neprimjerena uporaba ili zloraba zdravstvenih podataka može imati za posljedicu neželjen ishod, kaže se u preambuli Deklaracije o e-zdravstvu Akademije medicinskih znanosti Hrvatske (travnja 2011.).

U sklopu zdravstvene reforme nastavlja se informatizacija primarne zdravstvene

zaštite (PZZ) te se ordinacije obiteljskih liječnika, ljekarni i područnih laboratorija povezuju s Centralnim zdravstvenim informacijskim sustavom Republike Hrvatske (CEZIH).

U CEZIH se nakon svakog posjeta pacijenta šalju njegovi medicinski podaci. Nitko do sada nije upitao niti jednog pacijenta slaže li se on s time da se njegovi zdravstveni podaci šalju putem interneta na CEZIH.

Pojedini pacijenti, koji poznaju zakonodavstvo Republike Hrvatske, informatiku i (ne)sigurnost interneta te mogućnosti zlorabe tako osjetljivih podataka (podaci o životu i zdravlju pojedinca):

- ne žele da njihovi zdravstveni podaci putuju internetom;
- potpisuju izjave kojim zabranjuju liječniku da šalje njihove zdravstvene podatke; postavljaju pitanja: tko je voditelj baze podataka CEZIH-a i tko je odgovoran u slučaju zlorabe zdravstvenih podataka.

Obiteljski liječnici također se pitaju o tome kako će postupiti u slučaju kada pacijent potpiše izjavu kojom ne dopušta slanje svojih podataka na CEZIH. Zatim, tko je dužan prikupljati suglasnost ispitanika-osiguranika-pacijenta?

Privola ispitanika (ovdje se misli na pacijenta) slobodno je dana i svojim izričitim očitovanjem on izražava suglasnost s obradom njegovih osobnih podataka u određene svrhe.

Zakon o zaštiti osobnih podataka u članku 9. predviđa da je, prije prikupljanja bilo kakvih osobnih podataka, voditelj zbirke osobnih podataka ili izvršitelj obrade dužan informirati ispitanika, znači pacijenta čiji se podaci prikupljaju, o identitetu voditelja zbirke osobnih podataka, zatim o svrsi obrade kojoj su podaci namijenjeni pa o korisnicima ili kategorijama korisnika osobnih podataka te o tome radi li se o dobrovoljnom ili obveznom davanju podataka i mogućim posljedicama uskrate davanja podataka.

Novi Pravilnik o uporabi i zaštiti podataka iz medicinske dokumentacije pacijenata u CEZIH-u potpuno je nejasan. Nije odgovorio ni na jedno pitanje koje postavljaju pacijenti kao i liječnici.

U tumačenju toga Pravilnika, upućeno HLK-u (9. veljače 2010.), navodi se: „... potpisom izjave o izboru / promjeni izabranog doktora smatra se da je dana suglasnost osigurane osobe u smislu 2. stavka, podstavke 2. Pravilnika ...” - što nije točno.

Naime, na toj izjavi nigdje se ne navodi kako osigurana osoba svojim potpisom pristaje da se njezini podaci šalju na CEZIH. No zato na dnu navedene izjave stoji: „... Osigurana osoba i izabrani doktor odgovorni su pod materijalnom i kaznenom odgovornošću za unesene podatke”.

Prema slobodnom tumačenju, pravo na izbor liječnika ne bi se smio vezati za davanje suglasnosti, tj. odricanje prava na kontrolu nad osobnim zdravstvenim podacima. Smatramo da je ponovo izostalo pravodobno savjetovanje sa zainteresiranom javnosti pri postupcima donošenja nekih novih pravilnika i propisa. Prijeko je potrebno usuglasiti neke medicinske zakone sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka, Zakonom o pravu na pristup informacijama i Zakonom o pravima pacijenata.

Također, osim zakonodavne prilagodbe na nacionalnoj razini potrebno je izvršiti i edukaciju djelatnika u zdravstvu, informatičara i pravnika.

Hrvatska liječnička komora je temeljem traženja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje 19. srpnja 2011. imenovala svoje predstavnike za članove radnih skupina u Projektu informatizacije zdravstva RH. Jedna od njih je i Radna skupina za sigurnost osobnih podataka.

Možda je i naš, svakako dobro namjeran, mali igrokaz u Motovunu pripomogao da se konačno postojeće nejasnoće u ostvarivanju e-zdravstva počnu pojašnjavati i problemi rješavati na zadovoljstvo pacijenata kao i njihovih liječnika.

Priredili i glumili:

*Ljiljana Lulić Karapetrić, dr. med. i
Mario Malnar dr. med.*

•••••

Informatizacija bolnica

Doc. dr. Karmen Lončarek

V.d. pomoćnika ravnatelja za kvalitetu i nadzor KBC-a Rijeka

Teorija...

• Informatizacija bolnica je neizbježna jer se radi o globalnom trendu. Pa čemu to uopće, i čemu se možemo nadati od tog procesa? Da bi se ispravno razumjela svrha informatiziranja bolnice, potrebno je pojmiti što uopće informatizacija znači za bolnicu.

Iako se o današnjoj bolnici općenito rado razmišlja kao o hramu medicine, prava istina glasi da je ona poluindustrijski kompleks koji idealno nalikuje Toyotinom pogonu. Ako se bolnica uopće smije usporediti s hramom, onda je ona hram tehnologije. Naime, moderne bolnice izgrađene su zbog potrebe tehnologije, a ne zbog potrebe pacijenta: moderna medicinska tehnologija toliko je složena i glomazna da je liječnici već odavno ne mogu potrpiti u liječničku torbu i ponijeti u kućnu posjetu. Osnovici medicine, koju čini ljudski odnos liječnik-pacijent, teško da tehnologija može što dodati.

Bolnica kao procesor informacija

Golem dio posla koji današnje bolnice obavljaju jest procesuiranje informacija. Praktično svaki dijagnostički zahvat ima za cilj da dobavi informaciju. Zamislimo, primjerice, pacijenta u jedinici intenzivnog liječenja priključenoga na desetine uređaja od kojih većina služi nekoj vrsti mjerenja, a rezultat mjerenja uvijek je informacija. Čak i urinski kateter kod tog pacijenta u osnovi ne služi prikupljanju urina, već prikupljanju informacija o diurezi.

Klinički laboratoriji, jedinice slikovne dijagnostike, konzilijarni pregledi - njihov cilj je pružiti informaciju u obliku brojeva, slika ili teksta, i to prvenstveno liječniku, da bi on mogao donijeti bolju odluku; tek liječnikovim posredovanjem, dakle sekundarno, ta informacija koristi (i) pacijentu.

Liječnik i informacija

Velik dio rada liječnika sastoji se u procesuiranju informacija. Bolnički internist koji je za svog pacijenta zatražio seriju labo-



Doc. dr. Karmen Lončarek

ratorijskih nalaza, učinio mu endoskopiju, potom sročio nalaz upućen kolegi iz obiteljske medicine i protumačio nalaz pacijentu, zapravo je prikupio informacije, obradio ih i potom prenio dalje.

Čak i bolnice temeljene na starinskoj tehnologiji olovke, papira i rentgenskog filma u osnovi su velikim dijelom angažirane na radu s informacijama. Pa u čemu je onda razlika između informatizirane „elektronske“ i starinske „mehaničke“ bolnice? Čemu sva ta gnjavaža s učenjem rada na informatičkom programu, kad smo i bez kompjutera liječili ljude i pisali nalaze? Što uistinu dobroga informatizacija donosi liječniku? A pacijentu?

Slijed postaje trenutnost

Po definiciji, informatizacija zdravstvenog sustava integrira podatke, informacije, znanje i tehnologiju, u svrhu boljih zdravstvenih ishoda. No, bit informatizacije dade se sažeti u jednu jedinu riječ: brzina.

Brzina je, dakako, prednost - to zna svak tko se vozio avionom i automobilom. Sve promjene koje će informatizacija unijeti u bolnicu, u osnovi nastaju zbog dakle promjene brzine, to jest ubrzanja. Da bismo razumjeli kakve korjenite posljedice donosi novonastalo ubrzanje dovoljno je sjetiti se što je prelazak s konjske zaprege na željeznički prijevoz zna-

čio za razvoj industrije, urbanistike, svakodnevnog života. Informatizacija, dakle, ubrzava prikupljanje, obradu i prenošenje informacija tako velikom brzinom da nam se čini kao da su promjene trenutne: ono što se nekad dešavalo u slijedu, dešavat će se istovremeno.

Ujednačenost i predviđanje promjena

Proces informatizacije znači ubrzanje bolnice, no ako se svi dijelovi ne kreću istom brzinom, valja očekivati nepravilnosti. Naime, organizacijska znanost kaže da svaka inovacija ugrožava ravnotežu postojeće organizacije, a da već samo supostojanje bilo koja dva oblika organizacije (ovdje, mehaničkog i elektronskog) stvara mnoge unutarnje napeitosti. Zato treba težiti ujednačenom napretku procesa informatizacije.

Proces informatizacije znači veliku promjenu. Organizacijska znanost kaže i to da se upravljanje promjenom ne sastoji u kretanju s njome, nego ispred nje. Praktično, to znači da treba nastojati predvidjeti promjene: predviđanje omogućuje da se otkloni djelovanje sile i da se upravlja njome. Kakve su vrste promjena koje se tu mogu očekivati?

Defragmentacija i integracija bolnice

Promjene su negdje vrlo jednostavne i lako uočljive, primjerice, laboratorijski nalaz više ne putuje pola sata na papiru od biokemičara do liječnika, već trenutno, u vremenu koliko traje klik miša.

Druge promjene su kompleksnije, na primjer, bolja unutarnja komunikacija, ne samo preko medicinskog dijela informacijskog sustava, već i elektronskom poštom i intranetom. Kao posljedica, manje je obavijesti i bilježaka na oglasnim pločama, manje telefonskih upita „kad će“ i „zašto već nije“, ali i manje glasina, kao i manje informacija čije ekskluzivno posjedovanje donosi neku komparativnu prednost u finom socijalnom tkanju bolnice.

Osobito je važno ubrzanje vertikalne komunikacije kroz organizacijsku strukturu, što za posljedicu ima defragmentiranje, to jest smanjenje „lokalne autonomije“ klinika i drugih organizacijskih jedinica, te integriranje bolnice u kompaktniju cjelinu.

Big Sister

Kontrola kvalitete i nadzor u velikoj se mjeri mogu automatizirati, a ishodi i uspjeh

postaju mjerljivi. Najupadljiviji kriteriji uspjeha ustanove, klinike i pojedinca više neće biti odstupanja od normale, to jest pojavljivanje u medijima ili stručnim časopisima, već rangiranje u statističkim izvještajima. Klinika neće biti uspješna zato što je izvela jedan rijetki zahvat godišnje i dospjela u novine, već zato što je bezbroj puta kroz godinu izvela neki rutinski zahvat uspješno i s minimumom komplikacija.

Varijacije će se smanjiti, a transparentnost će porasti ne samo u financijskom poslovanju bolnica, već u svim aspektima bolničkog rada. Kontrola radnog vremena (ta svi mi znamo koji od naših kolega redovito završava s poslom u dva, a koji u pet popodne), učinka, opsega posla, medicinske dokumentacije, ishoda - sve to odjednom postaje veoma lako izvedivo, i na trenutke se čovjek osjeća kao da ga promatra Big Sister, blagonaklonija varijanta orwellijanskog Big Brothera.

Nove paradigme vrijednosti

Smanjit će se i značenje senioriteta; primjerice, svaki specijalizant moći će pregledavati povijesti bolesti i bolesničke kartone pacijenata s određenim problemom i tako ubrzano stjecati iskustvo gotovo kao da je osobno sudjelovao u njihovu liječenju. Da je prije informatizacije zatražio od činovnice da mu izvuče, primjerice, bar pedeset povijesti bolesti pacijenata s multiplom sklerozom kojima je bolest počela optičkim neuritisom, vjerojatno bi umjesto snopa povijesti bolesti dobio samo sažaljav osmijeh.

Za osobe veoma dobro prilagođene postojećem „mehaničkom“ bolničkom sustavu nastupit će teško vrijeme. Primjerice, uvođenje reda i elektronskog nadzora naručivanja znatno će umanjiti vrijednost „snalažljivosti“ i „poznanstava“. Svi mi poznamo bar jednu takvu osobu izvrsno umreženu u socijalno tkivo bolnice koja preko svojih bezbrojnih poznanstava funkcionira kao paralelni sustav naručivanja.

Manje ručnog rada, više podataka

Kao što je masovna proizvodnja industrijske robe istrijebila mnoge zanate, tako će i informatizacija radikalno smanjiti potrebu za nekim bolničkim poslovima vezanima za rukovanje informacijama na papiru, kao što su rad s polikliničkim kartonima i kirirski poslovi. Tom osoblju morat će se promijeniti opis posla.

Informatički sustav funkcionira kao svojevrsan živčani sustav bolnice: osim što trenutnom brzinom prenosi informacije, njegovo pamćenje je golemo i vrhunski pouzdano. U kratkom vremenu nakupit će se nevjerojatne količine medicinskih podataka koje je lako prikupiti i statistički analizirati, tako da postaju nepresušno vrelo znanstvenih istraživanja.

... praksa

Zahtjevi informatičkoj službi

Bolnica živi 24 sata dnevno i to svih 365 dana u godini. Informatičkoj službi, i bolničkoj i onoj vanbolničkoj, treba jasno staviti do znanja da se isto očekuje i od njih. Odmah na početku treba strukturirati sustav komunikacije s informatičkom službom i čvrste komunikacijske kanale: telefonski brojevi i e-adrese dežurnih informatičara moraju biti zalijepljeni na svakom kompjuteru.

Napravite početnu procjenu, plan i strategiju informatizacije po fazama, kako bi ona tekla ujednačeno.

Formirajte mješoviti tim koji će posredovati između informatičke službe i korisnika-zdravstvenih radnika. U timu moraju biti zdravstveni radnici i informatičari. Odaberite radnike koji odlično poznaju radne procese u bolnici; nije važno koliko poznaju informatiku - zato su tu informatičari. Rad u timu za informatizaciju nije posao koji se može obavljati usput, već se mora raditi u punom radnom vremenu, te izvan svog redovnog radnog prostora. Zato dodijelite timu posebnu prostoriju gdje će moći neometano zajednički raditi i dogovarati se.

Poduka i razmjena iskustava radnika

Osnujte informatičku učionicu s računalom na svakom radnom stolu, ne više od petnaestak računala. U učionici će se obavljati pripremna poduka osoblja za rad s novim informatičkim sustavom. Zahtijevajte pristup učionici izvan radnog vremena i s instruktorom koji može dati i kraću individualnu poduku.

Neka poduka bude dostupna još nekoliko tjedana ili mjeseci nakon početka rada u informatičkom sustavu: neka pitanja javit će se tek nakon duljeg korištenja i dubljeg poznavanja sustava.

Organizirajte dostojanstvenu poduku iz strojopisa i osnova rada s računalom

za radnike koji tome nisu vični; poštedite ih nelagode prtljanja s mišem i tastaturom pred mladima i spretnijima.

Što prije uspostavite intranet, to jest lokalnu informacijsku mrežu gdje će svi zaposleni moći pratiti novosti i razmjenjivati iskustva o informatizaciji i tekućim bolničkim zbivanjima.

Isključite nepotrebne radnje

U ljudskoj je naravi da zazire od promjena, i ne treba se čuditi prevladavajućem uvjerenju među zaposlenima da će s informatikom biti teže, niti tome što će se ljudi ponašati u skladu s tim očekivanjima.

Svaku pritužbu osoblja da im je informatizacija otežala rutinski rad treba ozbiljno razmotriti; možda se radi o tegobama koje prate svaku novinu u radu, možda o nekvaliteti pojedinog modula informatičkog programa, a možda o tome da radnici rade dvostruk posao, to jest, da uz posao na kompjuteru nastavljaju paralelno raditi i ručno: i dalje otvaraju nepotrebne papirnat kartone, vode evidencije u bilježnicama koje više nitko te čita, tiskaju i arhiviraju papirnat kopije koje više nikome ne trebaju.

I ne zaboravite: cilj informatizacije bolnice jest da se radnici što manje zamaraju tehnologijom i što više oslobode za bit medicine: odnos s pacijentom.

Zahvaljujem na pomoći voditeljima informatičkih službi OB-a Dubrovnik (dipl. ing. **Branko Knežević**), OB-a Zadar (dipl. ing. **Ozren Pestić**) i KBC-a Rijeka (dipl. ing. **Vedran Boškić**).

•••••

Zakonska podloga za razvoj informacijskih sustava

Nikolina Budić, dipl. iur., tajnik HLK-a

• Ubrzani razvoj informacijskih tehnologija otvorio je potrebu pravnog reguliranja ovog područja u dijelu na koji nije moguće primijeniti postojeće opće propise.

Svrha regulative ogleda se u jasnom definiranju opsega prava i obveza prvenstveno onih koji se koriste informacijskim sustavima radi obavljanja svojih poslova. Temeljna načela sadržana u važećim propisima, a kojih se moraju pridržavati kreatori kao i oni koji primjenjuju tako kreirane informacijske sustave u svom radu jesu:

1. sigurnost i tajnost osobnih podataka i
2. zaštita osobnih podataka o fizičkim osobama.

Propisi također predviđaju i obvezu nadzora nad prikupljanjem, obradom i korištenjem osobnih podataka, kao i nadzor nad djelovanjem informatičkih sustava.

Svrha sadržaja ovog članka je u najkraćim crtama približiti čitateljima zakonodavni okvir, odnosno istaknuti u kojim propisima mogu pronaći više detalja za studiozniju obradu teme.

Zakonodavni okvir

Hijerarhija pravnih propisa definira okvire unutar kojih se nalazi sva regulativa ovog područja, počevši od sadržaja Ustava RH, zakona, podzakonskih akata (uredbe, pravilnici) i međunarodnih propisa kojih smo se također dužni pridržavati.

U nastavku slijedi prikaz osnovnih odredbi propisa koji obrađuju područja vezana za razvoj informacijskih sustava.

1. Ustav Republike Hrvatske (NN 85/10 - pročišćeni tekst)

Članak 37. Ustava propisuje kako se "Svako jamči sigurnost i tajnost osobnih podataka. Bez privole ispitanika, osobni se podaci mogu prikupljati, obrađivati i koristiti samo uz uvjete određene zakonom. Zakonom se uređuje zaštita podataka te nadzor nad djelovanjem informatičkih sustava u državi. Zabranjena je uporaba osobnih podataka



FOTO B. ČAPUK

Nikolina Budić, dipl. iur., tajnik HLK-a

suprotna utvrđenoj svrsi njihovoga prikupljanja."

Isto tako, Ustav utvrđuje u članku 38. stavak 4 da se „Jamči pravo na pristup informacijama koje posjeduju tijela javne vlasti. Ograničenja prava na pristup informacijama moraju biti razmjerna naravi potrebe za ograničenjem u svakom pojedinom slučaju te nužna u slobodnom i demokratskom društvu, a propisuju se zakonom."

U ova dva članka Ustava uspostavlja se balans između obveze poštivanja prava na zaštitu osobnih podataka i, s druge strane, prava na pristup tim istim podacima koje se može i ograničiti. Ustav navodi načelo i upućuje da se ova područja pobliže uređuju aktima nižeg ranga, odnosno zakonima.

1. Zakon o zaštiti osobnih podataka (NN br. 103/03; 118/06; 41/08)

Člankom 1. ovog Zakona opisuje se da Zakon uređuje zaštitu osobnih podataka o fizičkim osobama te nadzor nad prikupljanjem, obradom i korištenjem osobnih podataka u RH. Definirana svrha zaštite osobnih podataka je zaštita privatnog života i ostalih ljudskih prava i temeljnih sloboda u prikup-

ljanju, obradi i korištenju osobnih podataka. Zakon jamči da je zaštita osobnih podataka u RH osigurana svakoj fizičkoj osobi bez obzira na državljanstvo i prebivalište te neovisno o rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama.

2. Zakon o pravu na pristup informacijama (NN br. 172/03 i 144/10)

Ovim se Zakonom uređuje pravo na pristup informacijama koje posjeduju, raspoložu ili koje nadziru tijela javne vlasti, propisuju se načela prava na pristup informacijama i iznimke od prava na pristup informacijama, i postupak za ostvarivanje i zaštitu prava na pristup informacijama.

Cilj je Zakona omogućiti i osigurati ostvarivanje prava na pristup informacijama fizičkim i pravnim osobama putem otvorenosti i javnosti djelovanja tijela javne vlasti.

3. Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN br. 169/04; 37/08)

Članak 25. ovog Zakona definira da pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka te da pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijemu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju. Isto tako navodi se da pacijent može imenovati i osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka.

4. Zakon o liječništvu (NN br. 121/03 i 117/08)

Ovim se Zakonom definira liječnička tajna, a Zakon kaže da sve što liječnik sazna o pacijentu koji mu se obrati za liječničku pomoć u vezi s njegovim zdravstvenim stanjem, mora čuvati kao liječničku tajnu i može je otkriti, ako posebnim zakonom nije drugačije propisano samo uz odobrenje pacijenta, roditelja ili skrbnika za malodobne osobe, a u slučaju njegove psihičke nesposobnosti ili smrti, uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskog zastupnika.

Svi naprijed navedeni zakoni bitni su za reguliranje ove materije, tj. materije razvoja informacijskih sustava u području zdravstva i predstavljaju glavne propise čiji se sadržaji moraju obvezatno poštivati.

2. Podzakonski akti - uredbe, pravilnici

Uredbama koje se odnose na područje uređivanja informacijskih sustava sadrže

precizno definirane obaveze voditelja zbirke podataka. Kao najznačajnije mogu se istaknuti:

2.1. Uredba o načinu vođenja i obrascu evidencije o zbirkama osobnih podataka (NN br. 105/04) kojom se propisuje način vođenja evidencije o zbirkama osobnih podataka koje vode državna tijela, tijela lokalne i područne (regionalne) samouprave, te fizičke i pravne osobe koje obrađuju osobne podatke (voditelji zbirke osobnih podataka) i propisuje se obrazac te evidencije. Sam obrazac evidencije o zbirci osobnih podataka čini sastavni dio Uredbe i može ga se pronaći u njenom prilogu.

2.2. Uredba o načinu pohranjivanja i posebnim mjerama tehničke zaštite posebnih kategorija osobnih podataka (NN br. 139/04) određuje mjere, sredstva i uvjete pohranjivanja, osiguranja i zaštite te prijenosa posebnih kategorija osobnih podataka i zbirki takvih podataka, mjere održavanja i provjere ispravnosti rada računalne, telekomunikacijske i programske opreme sustava za vođenje zbirke posebnih kategorija osobnih podataka, osiguranje radnih prostorija u kojima je smještena ta oprema, osobe ovlaštene za provedbu predviđenih mjera te osobe odgovorne za nadzor nad provedbom tih mjera. Uredba propisuje kako se odredbe ove Uredbe na odgovarajući način primjenjuju i na zbirke posebnih kategorija osobnih podataka koje se ručno obrađuju.

2.3. Pravilnik o ustroju, sadržaju i načinu vođenja službenog upitnika o ostvari-

vanju prava na pristup informacijama (NN br. 137/04) podzakonski je akt koji obvezuje svakog voditelja zbirke podataka da definira kako se može pristupiti podacima koje prikuplja.

Pored spomenutih uredbi i Pravilnika, svaki voditelj zbirke podataka dužan je i vlastitim podzakonskim aktom, najčešće pravilnikom, regulirati specifičnost svog poslovanja, a koje se odnosi na prikupljanje i pravo na pristup informacijama koje prikuplja. Tako npr. Hrvatska liječnička komora temeljem javne ovlasti vođenja imenika liječnika, kao voditelj zbirke osobnih podataka, ima svoj Pravilnik o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore. Ovim Pravilnikom uređeno je kako se pristupa podacima o liječnicima koje je Komora dužna voditi.

Medunarodni propisi

Konvencija o zaštiti osoba glede automatske obrade osobnih podataka ili tzv. Konvencija 108 međunarodni je propis koji se primjenjuje u zakonodavstvu RH, budući da je RH kao članica Vijeća Europe potpisnica ove Konvencije. Dodatni protokol uz Konvenciju 108 odnosi se na nadzor nad tijelima i međunarodnu razmjenu podataka, a da bi se primjena odredbi navedenih akata Vijeća Europe omogućila u zakonodavstvu RH, donesen je i posebni Zakon o potvrđivanju Konvencije za zaštitu osoba glede automatizirane obrade osobnih podataka i dodatnog protokola uz Konvenciju za zaštitu osoba glede automatizirane obrade osobnih podataka u vezi nadzornih tijela i međunarodne razmjene

podataka (NN br. 04/05, međunarodni ugovori).

Isto tako, poštujući sve međunarodne propise kojih se dužna pridržavati, RH je svoj Zakon o zaštiti osobnih podataka u svim bitnim odredbama uskladila s Direktivom 95/46/EZ o zaštiti pojedinaca glede obrade osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka.

Nadzor nad obradom osobnih podataka

Zakon o zaštiti osobnih podataka propisao je i postojanje nadzornog tijela nad radom svih onih koji se smatraju voditeljima zbirke osobnih podataka, pa je tako utemeljena Agencija za zaštitu osobnih podataka - AZOP. Svatko tko smatra da mu je povrijeđeno neko pravo zajamčeno Zakonom o zaštiti osobnih podataka, može podnijeti zahtjev za utvrđivanje povrede prava ovoj Agenciji.

Zaključno, može se istaknuti da je temeljna pretpostavka poznavanje i pridržavanje svih navedenih propisa jamstvo, kako će se informacijski sustavi razvijati na zakonit način. Nesporno je kako u Republici Hrvatskoj postoji dobro ustrojena zakonska podloga za razvoj informacijskih sustava u svim područjima, pa tako i u području zdravstva. Profesionalan pristup i odgovornost kreatora informacijskih sustava, kao i onih koji će ih sutra upotrebljavati u svom radu, pretpostavka su dobrog funkcioniranja sustava, kolanja informacija te svodenja mogućih pogrešaka na minimum.

•••••

Obaveze zdravstvenih ustanova u odnosu na prikupljanje i dostavu podataka

Maja Lacković, dipl.iur., Hrvatska liječnička komora,
e-mail: maja.lackovic@hlk.hr

• Umjesto uvoda u temu navedenu u naslovu - kratka napomena: po saznanjima autorice ovog teksta, obaveze bolničkih zdravstvenih ustanova u odnosu na prikupljanje i dostavu podataka nisu do sada obrađene iz

aspekta pravnog reguliranja zdravstveno statističkih evidencija te je ovaj tekst nastao kao rezultat ciljanog istraživanja propisa i usmenih kontakata. S obzirom na važnost ove teme, a za onoga tko se time bavi - i njezinu

zanimljivost - molim sve zainteresirane da me kontaktiraju radi eventualne razmjene i dopune dostupnih podataka.

Bolničke zdravstvene ustanove obvezne su, u svakodnevnom radu, sastavljati brojna izvješća temeljem evidencija koje vode o pacijentima; no, započeti razmatranja o evidencijama i izvješćima bez spominjanja medicinske dokumentacije bio bi, slikovito rečeno, pokušaj gradnje kuće od krova.

Medicinska dokumentacija i evidencije

Medicinska dokumentacija je u hrvatskom zdravstvenom sustavu često korišten pojam, no malo je koji pojam takve važnosti ujedno tako nedostatno pravno reguliran. Zanimljivo je reći da je na području pravnog uređenja pitanja medicinske dokumentacije u

Republici Hrvatskoj još uvijek na snazi zakon donesen još 1978. godine - Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva (NN 53/91, 26/93; Sl. list. 22/78 i 18/88). Taj Zakon određuje u članku 3. da "...evidencija se vodi upisivanjem podataka u osnovnu medicinsku dokumentaciju (individualni karton, registar, knjigu, povijest bolesti, sredstva za automatsku obradu podataka i dr.) i druga sredstva za vođenje evidencije određena propisom..." što predstavlja osnovu (ma kako arhaična se danas činila) za uređivanje pojmova "medicinska dokumentacija" i "evidencije".

Nadalje, temeljni zdravstveni zakon - Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 155/09, 71/10 i 22/11) glede pojma medicinske dokumentacije najavljuje da će ta tema biti pobliže uređena pravilnikom (članak 127. st. 3. "Način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom propisat će pravilnikom ministar.").

Iako je ovaj Pravilnik trebao biti donesen davnih dana (u roku od 6 mjeseci od dana stupanja na snagu Zakona o zdravstvenoj zaštiti), do danas to nije učinjeno tako da je ova problematika neujednačeno uređena nekim provedbenim pravilnicima.

Osim važnosti za tijek liječenja, tj. pružanja zdravstvene usluge pacijentu - u smislu da sadrži podatke važne za pravilno liječenje i predstavlja zapis o poduzetim dijagnostičkim i terapijskim mjerama - medicinska dokumentacija je temelj za pisanje dnevnih i periodičnih izvješća za potrebe evidencija, a, dakako, temeljem nje se izdaju i financijski dokumenti koji su podloga za plaćanje pruženih zdravstvenih usluga.

U svakodnevnom radu bolnička zdravstvena ustanova sastavlja brojnu medicinsku dokumentaciju (širi pojam bi bilo medicinsko gradivo jer, osim papirnih i elektronskih medija, u medicinsko gradivo ulaze i npr. predmetna stakla, rentgenske snimke itd.), a osnovne grupe su:

Osnovne evidencije o bolesnicima i pacijentima (protokoli bolesnika, otpusta, bolesnika odjela, kretanja...)

- Dosjei bolesnika (povijest bolesti, otpusno pismo, histološki i patološki nalazi, karton bolesnika...)

- Specijalističke evidencije (operacijski protokoli...)

- Laboratorijske evidencije

- Evidencije o porodima i novorođenčadi

- Podaci o umrlim bolesnicima

- Evidencije o utrošku lijekova...

Dakle, medicinsko gradivo i evidencije koje se temeljem njega vode, imaju višestruko značenje i ulogu: one su izvor



Maja Lacković, dipl.iur.

podataka za statistička istraživanja u području zdravstva; služe praćenju i proučavanju zdravstvenog stanja stanovništva, planiranju zdravstvene zaštite, a nužno ih je voditi i podatke dostavljati jer je to obveza koja proizlazi iz nacionalnih i međunarodnih propisa.

Pravni izvori zdravstveno-statističkih istraživanja u bolničkoj djelatnosti

Postoje mnoge definicije statistike, pa se slobodno prisjetimo i one šaljive da je "statistika skup točnih podataka koji daju netočan rezultat". No, šalu na stranu, velik broj statistika u zdravstvu ukazuje na njezinu ozbiljnost i važnost za unapređenje zdravstvene zaštite te služe kao osnova za poduzimanje nužnih zdravstvenih mjera.

Prije odgovora na pitanje "koje sve statistike" se u bolničkim zdravstvenim ustanovama vode, valja odgovoriti na pitanje - gdje je to propisano?

Temeljni propis je Zakon o službenoj statistici (NN 103/03 i 75/09) temeljem kojega je Hrvatski sabor u svibnju 2008. donio Program statističkih aktivnosti RH 2008. - 2012. (NN 65/08) te u lipnju 2011. Godišnji provedbeni plan statističkih aktivnosti Republike Hrvatske 2011. godine (NN 71/11).

Da su statistike važne za svaku državu govori i podatak da su ukupno potrebna sredstva iz državnog proračuna za provedbu Godišnjeg provedbenog plana statističkih aktivnosti 286,526.349,00 kuna. Kako bi službena statistika RH u svakom trenutku mogla ustanoviti stupanj usklađenosti sa zahtjevima

Europske Unije, u Godišnjem provedbenom planu se radi struktura Eurostatova dokumenta. Osim spomenutih statističkih propisa, spomenuti Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva ima nekoliko provedbenih pravilnika od kojih, za potrebe ovih razmatranja, izdvajamo kao osnovne Pravilnik o provedbi Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva za područje stacionarne zdravstvene zaštite i praćenje bolesti ovisnosti (NN 44/00) i Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (NN 31/11).

Izvjешća i podaci koji se dostavljaju

Podaci koji se prikupljaju i dostavljaju u izvješćima dijele se na zbirne agregirane podatke i individualne podatke o pacijentima. Od mnoštva izvješća koje su bolničke zdravstvene ustanove dužne prikupljati i dostavljati, izdvajamo samo nekolicinu.

1.) Izvješće o organizacijskoj strukturi i djelatnicima u zdravstvu (obrazac 3-00-60)

- Istraživanje zdravstvenih resursa prema Registru zdravstvenih djelatnika i Registru zdravstvenih ustanova

- zdravstvene ustanove i drugi pružatelji zdravstvene zaštite (bez obzira na vrstu vlasništva i bez obzira na ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) dostavljaju u Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) podatke o mreži zdravstvenih ustanova i djelatnika u zdravstvu (iz podataka je vidljiv: spol, dob, obrazovni profil, specijalnosti...)

- rok: 15. siječnja za proteklu god.

2.) Praćenje i organizacija rada bolnica (obrazac 3-21-60)

- sve stacionarne zdravstvene ustanove dostavljaju u HZJZ podatke o ustanovi

- odjelima, zaposlenicima, posteljama, danima liječenja, kretanju liječenih bolesnika, dnevnim bolnicama, bolničkim hemodijalizama

- rok: 31. ožujka svake godine

3.) Statistika liječenih bolesnika u službi za stacionarno liječenje:

Bolesničko-statistički obrazac (JZ-BSO), Bolesničko-statistički obrazac (ONKO-tip) (JZ-ONK), Psihijatrijski obrazac (JZ-PSH), Obrazac hospitalizacije zbog rehabilitacije (JZ-REH)

- sve stacionarne ustanove dostavljaju individualne podatke o osobama koje su

hospitalizirane zbog liječenja / rehabilitacije u stacionarnim ustanovama - bolnicama, odnosno, primljene u dnevnu bolnicu

- dostava: u elektroničkom obliku
- u zavode za javno zdravstvo županija / Grada Zagreba, koji ih nakon obrade dostavljaju u HZJZ

4.) Statistika poroda (Prijava poroda JZ-POR)

- zdravstvene ustanove dostavljaju individualne podatke o porodima u zavode za javno zdravstvo županija / Grada Zagreba, koji ih nakon obrade dostavljaju u HZJZ

- elektronički oblik
- rok: 15. u mjesecu

5.) Statistika prekida trudnoće (Prijava JZ-POB)

- sve zdravstvene ustanove u kojima je izvršen prekid trudnoće dostavljaju individualne podatke u HZJZ

- rok: 15. u mjesecu za protekli mjesec

6.) Statistika perinatalne smrti (Prijava JZ-PER)

- zdravstvene ustanove dostavljaju individualne podatke

- rok: tromjesečno

7.) Statistika liječenih ovisnika o psihoaktivnim drogama

- sve zdravstvene ustanove, zdrav. radnici priv. prakse, centri za prevenciju ... dostavljaju individualne podatke u HZJZ

- rok: 15. u mjesecu za protekli mjesec

8.) Javnozdravstvena statistika o umrlima (UT-IV-28)

- područne jedinice Državnog zavoda za statistiku, zavodi za javno zdravstvo županija i Grada Zagreba

- elektronički oblik baze podataka Ministarstva uprave
- ravnatelji zdravstvenih ustanova dužni su podnijeti pisano izvješće o broju umrlih u zdravstvenoj ustanovi te o broju izvršenih obdukcija
- rok: tromjesečno

9.) Izvješće o prijavljenim slučajevima i epidemijama zaraznih bolesti

- individualna prijava; prijava/odjava epidemije; zbirna izvješća u 7 dana/mjesec dana / godinu dana

- sve zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici koji utvrde zaraznu bolest dostavljaju HZJZ-u (bolesti koje su propisane Zakonom o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti)

10.) Izvješće o izvršenim obvezatnim imunizacijama protiv zaraznih bolesti

- zdrav. ustanove i zdrav. radnici privatne prakse

- rok: 31. ožujka za proteklu godinu

11.) Izvješće o osobama testiranim na HIV i HIV seropozitivnim osobama

- jedinice za transfuzijsku djelatnost bolnica, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" i dr.

- rok: 30. siječnja za proteklu godinu

12.) Statistika o ozljedama na radu (OR)

- zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici privatne prakse dostavljaju individualne podatke o osobama ozlijeđenima na radu u HZZO koji to proslijeđuje u HZJZ

- rok: 15. u mjesecu za protekli mjesec

13.) Izvješće o profesionalnim bolestima (3-36-86, PB)

- zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici privatne prakse dostavljaju individualne podatke o osobama oboljelim od profesionalne bolesti u HZZO koji to proslijeđuje u HZJZ

- rok: kontinuirano

14.) Statistika o raku s registrom za rak

- zdrav. ustanove dostavljaju individualne podatke u zavode za javno zdravstvo županija / Grada Zagreba, a oni u HZJZ

- rok: 15. u mjesecu za protekli mjesec

15.) Statistika o psihozama i izvršenim samoubojstvima s registrom

- zdravstvene ustanove dostavljaju individualne podatke u zavode za javno zdravstvo županija i Grada Zagreba, a oni u HZJZ

- podaci o osobi oboljeloj od psihoze; osobi koja je izvršila samoubojstvo
- rok: mjesečno

16.) Istraživanje o zabilježenim nepoželjnim nuspojavama cijepljenja

- sve zdrav. ustanove koje provode cijepljenje dostavljaju individualne podatke o osobi, nuspojavi, ishodu, vrsti cjepiva itd. u HZJZ

- rok: kontinuirano

17.) Zbirna tjedna prijava gripe

- sve zdrav. ustanove koje dijagnosticiraju gripu

- rok: kontinuirano

Način dostave podataka i uloga HZJZ-a

Pravilnik o provedbi Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva za područje stacionarne zdravstvene zaštite i praćenje bolesti ovisnosti propisao je obrasce na kojima se gore navedena izvješća trebaju popunjavati i dostavljati, a HZJZ je izradio upute o popunjavanju i primjeni izvještajnih obrazaca.

Početni od 2008. godine, podaci se moraju dostavljati u elektroničkom obliku prema zadanom slogu. HZJZ ustanovljen je 1923. godine kao "Epidemiološki zavod", te tijekom godina više puta preimenovan i preoblikovan, a današnji je HZJZ središnja medicinska ustanova javnog zdravstva u Hrvatskoj. Među svojim brojnim sastavnim dijelovima sadrži i Službu za javno zdravstvo koja se, između ostaloga, bavi i područjem zdravstvene statistike i medicinske informatike te obavlja statistička istraživanja iz područja zdravstva u svrhu praćenja i ocjene zdravstvenog stanja pučanstva te organizacije i rada zdravstvene djelatnosti.

Prikupljeni podaci se godišnje dostavljaju Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (regionalnom uredu u Kopenhagenu i Središnjem uredu u Ženevi) i drugim organizacijama (Međunarodnoj organizaciji rada, EUROSTAT-u i u baze podataka UN-a).

Umjesto zaključka

Unatoč transparentnosti postupaka u prikupljanju podataka (možda ponekad i na uštrb tajnosti podataka o pacijentima?!), sadašnji sustav prikupljanja podataka iz bolničkih zdravstvenih ustanova bremenit je relativno velikim brojem nepreciznih i nepouzdanih podataka te se postavlja pitanje čemu i kome mogu takvi podaci poslužiti i jesu li valjan temelj za donošenje odluka presudnih za zdravstvenu zaštitu stanovništva i zdravstveni sustav u cjelini.

Možda je rješenje u reguliranju jedinstvene medicinske dokumentacije te uvođenje elektroničkog zdravstva (e-karton) jer unificirana informatizacija može omogućiti brže uočavanje ključnih točaka i brže reakcije zdravstvenih čimbenika što bi doista utjecalo na unapređenje kvalitete zdravstvene usluge, ali i zadovoljstvo liječnika kao pružatelja i pacijenta kao primatelja te usluge.



Koordinacija e-Javno zdravstvo

Ivan Pristaš, dr.med., specijalist javnog zdravstva, voditelj Službe za medicinsku informatiku HZJZ-a

• U pripremi za sastanak u Motovunu, županijski zavodi za javno zdravstvo autonomno su imenovali predstavnike za medicinsku informatiku radi suradnje u koordinacijskom tijelu za informatizaciju mreže zavoda za javno zdravstvo u Hrvatskoj. Predstavnicima su različite službene izobrazbe uključujući liječnike, inženjere, ekonomiste i više medicinske tehničare, što je prepoznato kao dragocjenost u svjetlu razmjene vještina, znanja i iskustava.

U uvodnom dijelu sastanka prikazani su osnovni objektivni pokazatelji informatizacije zavoda za javno zdravstvo, kao i subjektivni stavovi imenovanih predstavnika, dobiveni kroz provedenu web-anketu.

Prema glavnim rezultatima u prosjeku je proračun za IT u zavodima u 2010. godini iznosio oko 2,6% od ukupnog proračuna zavoda. Udio zaposlenih u informatici u ukupnom broju zaposlenih u zavodima iznosio je 0,8%. Zavodi u prosjeku raspoloža s oko 0,6 radnih stanica na jednog zaposlenika, odnosno s 0,9 radnih stanica na jednog krajnjeg korisnika. Ove osnovne relativne brojke ukazuju na vrlo nisku razinu informatiziranosti zavoda u odnosu na ostale zdravstvene ustanove u Hrvatskoj, a pogotovo u usporedbi sa zdravstvenim sustavima razvijenih zemalja EU. Iz subjektivnih stavova može se zaključiti da mnogi zavodi raspoloža zadovoljavajuće educiranim kadrom za informatičku podršku i projekte s vanjskim izvršiteljima. Međutim, vrlo često izostaje razumijevanje i podrška uprave i kolega o njihovoj stvarnoj ulozi u osmišljavanju i provedbi orga-



Ivan Pristaš, dr.med.

nizacijskih promjena, međuinstitucijskoj i sektorskoj suradnji te o potencijalima za unapređenje učinkovitosti i kvalitete javnog zdravstva. Detaljna analiza pokazatelja iz web ankete i rezultati bit će objavljeni u slijedećem broju Hrvatskog časopisa za javno zdravstvo (www.hcjz.hr)

Novoosnovana Koordinacija e-Javno zdravstvo pokrenut će aktivnosti kroz više radnih grupa za izradu:

1. detaljne snimke stanja informatizacije mreže zavoda
2. stručnih preporuka za aplikativna rješenja po pojedinim djelatnostima (uključujući stručne preporuke za testiranje funkcionalnosti) i preporuka tehničke interoperabilnosti
3. korisničkih specifikacija pojedinih djelatnosti i prijedloga modela nacionalnog javnozdravstvenog informacijskog sustava

4. prijedloga za definiranje djelatnosti medicinske i javnozdravstvene informatike

5. pokretanja razmjene vještina iz područja medicinske informatike, kontinuirano godišnje u sklopu Motovunske ljetne škole.

Zavodi će prepoznati i odabrati djelatnosti koje su im: a) prioritetne ili b) relativno dobro informatizirane ili c) mogu biti dobar primjer za razvoj iste na nacionalnoj razini ili d) neki drugi razlog koji ih motivira na aktivno sudjelovanje ili vođenje modula. Prema tom odabiru, zavodi će se prijaviti za rad u tematskim radnim skupinama, odnosno preuzeti vodstvo i odgovornost za informatizaciju odabrane djelatnosti. (Primjer trenutno vrlo uspješne koordinacije je djelatnost školske medicine koja je ipak u prednosti u odnosu na ostale djelatnosti, jer je relativno nedavno jedina javnozdravstvena djelatnost predviđena kroz projekt MZSS-a informatizacije PZZ.)

Predstavnicima županijskih zavoda usmeno su iznijeli poteškoće u informatizaciji pojedinih zavoda sa svojim sličnostima i specifičnostima u svjetlu informatizacije cjelokupnog sustava zdravstva. Brojni su unutrašnji i vanjski čimbenici uglavnom organizacijske prirode koji usporavaju informatizaciju javnog zdravstva. Međutim, predstavnici su pokazali izrazitu motiviranost za koordiniranu i aktivnu suradnju na procesima informatizacije i uspostave interoperabilnosti.

Zavodi će predstaviti poslovne procese za pojedinu djelatnost na slijedećem sastanku koji će se održati u listopadu u Krapinsko-zagorskoj županiji. Predloženi model je da pojedini zavod prikaže djelatnost po vlastitom izboru (pokušat će se obuhvatiti svih 7 djelatnosti), dok će ostali sudionici interaktivno iznijeti svoje specifičnosti. Tako ćemo dobiti koristan materijal za dovršenje snimke stanja i izradu korisničkih specifikacija koje će se sastojati od zajedničkog i specifičnog dijela, kako za svaku djelatnost, tako i za pojedine zavode.

••••

Etički aspekt informatizacije bolničkog sustava

Radmila Rumeč-Črne, dipl.iur.

• Ubrzani porast količine informacija u povijesti bolesti hospitaliziranih pacijenata, potreba brze razmjene podataka između zdravstvenih ustanova kao i između

djelatnosti unutar ustanova te, svakako, potreba za sistematizacijom podataka radi racionaliziranja dijagnostičkih i terapijskih postupaka neki su od razloga ubrzanog

razvitka bolničkih informatičkih sustava. Zakonom o zaštiti osobnih podataka (Narodne novine br.103/3, 118/06 i br.41/08.) riješeni su neki od mogućih problema zaštite podataka, no ubrzan razvitak informacijske tehnologije nije praćen odgovarajućom zakonskom regulativom. Pitanje pristupa podacima u samim bolnicama, primjena informatičkih rješenja neprilagođenih primjeni u svakodnevnom radu u medicinskim ustanovama neki su od mogućih izvora problema. Svakako treba regulirati pitanje tko ima pravo na pristup podacima, kojim podacima i gdje. Pitanje je

treba li i vremenski ograničiti pristup podacima. Neka od rješenja u zaštiti podataka koja se trenutno primjenjuju jesu ograničavanje pristupa putem zaporki, registracija svih korisnika izvan bolnice i detaljni nadzor preuzimanja podataka iz sustava. Podzakonskim aktima svakako bi trebalo odrediti kome sve podaci smiju biti dostupni, to jest, u svakom trenutku se mora znati tko uzima koje podatke i u koju svrhu. Nadalje, potrebno je riješiti i pristup istraživača podacima s obzirom na to da bolnički informacijski sustavi (BIS) sadrže ogromnu količinu podataka a sistematiziranje podataka omogućilo bi brzu provedbu opsežnih istraživanja. U nadzoru nad pristupom podacima bolesnika pohranjenima u informatičkim sustavima bolnica važnu nadzornu ulogu moraju imati bolnička etička povjerenstva.

Potrebno je naglasiti da u medicinskim istraživanjima dobiti pojedinca ima prednost pred interesima znanosti i društva. Obveza je liječnika da u medicinskim istraživanjima štiti život, zdravlje, privatnost i dostojanstvo ispitanika (članak 6. Kodeksa medicinske etike i deontologije).

Radmila Rumek-Črne, dipl.iur.



FOTO: B. CAFUK

Planirana istraživanja moraju ispunjavati etičke standarde uz primjenu istih pravila odobrenja od strane etičkih povjerenstava te nadzor na provedbom samih istraživanja. Odgovornost osoba koje planiraju i provode informatizaciju bolničkih sustava je posebno

važan etički problem. Njihova je obveza da reguliraju dostupnost, povjerljivost i integritet kako tehnički, pravno, tako i etički, a sve radi zaštite podataka u zapisu, odnosno u komunikaciji.

Pristup bolesnika informacijama u bolničkom informacijskom sustavu pitanje je koje također treba riješiti s obzirom na postojeću zakonsku regulativu (Kodeks medicinske etike i deontologije, NN br. 55/08, Zakon o liječništvu NN br. 121/03., Zakon o zaštiti prava pacijenata NN br. 169/04) kojom je utvrđeno da pacijent ima pravo na pristup cjelokupnoj dokumentaciji o svojoj bolesti, a koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti.

I za kraj, svakako je važno napomenuti da informatizacija ne znači ukidanje dosad važećih etičkih normi nego samo novu primjenu poznatih pravila u novom okruženju.



novosti sa stručnih skupova

Genetičari svijeta sastali se i po osmi put u Hrvatskoj

Novosti iz forenzike i genetike

Ivana Erceg Ivkošić, dr. med.

• 7th ISABS Conference in Forensic, Anthropologic and Medical Genetics and Mayo Clinic Lectures in Translational Medicine, održana je u Bolu na otoku Braču, od 20. do 24. lipnja. Organizatori su bili International Society for Applied Biological Sciences (ISABS) sa sjedištem u RH (www.isabs.hr) i jedna od vodećih američkih zdravstvenih institucija, Mayo Clinic.

Sudjelovali su vodeći svjetski stručnjaci iz područja kliničke i molekularne medicine, iz poznatih svjetskih institucija poput Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Harvard School of Medicine, University of New Haven, National Institutes of Health (NIH), Max Planck Institute, Thomas Jefferson University, Hadassah Medical Center, Weizmann Institute of Science, George Washington University, Baylor College of Medicine, Penn State University, Federal Bureau of Investigation-FBI, Armed

Forces DNA Identification Laboratory-AFDIL, Technion-Israel Institute of Technology, International Commission on Missing Persons (ICMP), Connecticut State Police, Penn State University i mnoge druge.

Teme iz područja forenzike uključile su analizu DNA u sudsko-medicinskoj praksi, analizu biljne i životinjske DNA radi forenzičkih vještačenja, vrijednosti DNA baza podataka u otkrivanju počinitelja kaznenih djela, molekularnu antropologiju i istraživanje podrijetla naroda, DNA identifikacije žrtava masovnih katastrofa. Poseban je naglasak bio na kreiranju DNA banke podataka s kojom bi se uvelike povećala učinkovitost i brzina identifikacije počinitelja kaznenog djela. Predavači su kao i uvijek do sada bili doajeni forenzičke znanosti dr. Henry Lee, dr. Moses Schanfield, dr. Mitch Holland, dr. Timothy Palmbach i drugi. Dr. Lee je na svoj osebujan način

s mnogo slika scena zločina održao predavanje o najpoznatijim slučajevima u svojoj karijeri, a koji su poznati diljem svijeta.

Osobito zanimljivo izlaganje bilo je u vezi s radom dr. Manfreda Kaysera koji je uspio mapirati gene važne za određivanje boje očiju, kose i na osnovi toga razvio test za forenzičku aplikaciju za lakše identificiranje počinitelja kaznenog djela. Dr. Barash (Bond University, Gold Coast, Australija) opisao je model Forenzičkog Molekularnog Fotofitinga, koji je kao koncept star svega nekoliko godina, a istražuje mogućnosti da se iz dostupnog DNA uzorka dobiju dodatne informacije koje odgovoraju fizičkom izgledu osobe, počevši od boje kože, očiju, kose i, od nedavno, morfologije lica.

Forenzički dio programa donio je zaključke o potrebi za globalnom suradnjom forenzičkih znanstvenika protiv međunarodnog terorizma i stalnom edukacijom svih. Zapaženo je da mnoge zemlje još nemaju DNA baze koje su neophodne za borbu protiv kriminala, te je donesena odluka o njihovu požurivanju.

U kliničkom dijelu kongresa ove godine posebno su obrađivane teme o novim molekularnim postupcima i metodologiji pri ranoj dijagnostici karcinoma, kliničkom značenju cirkulirajućih tumorskih stanica, imunoterapiji u liječenju karcinoma, novim postupcima u liječenju side, genska i stanična terapija u regeneraciji hrskavičnoga i koštanog tkiva,

primjena nanotehnologije u medicini, glikozilacija, biomarkeri, virusi i vakcine, virusi u tumorogenezi, neinvazivna prenatalna dijagnostika, stanična terapija nakon infarkta miokarda, individualizirana medicina, nove i bolje metode izolacije rijetkih stanica (npr. CEP-cell enrichment process) i ostalo.

Dr. **Brenner** (Baylor College of Medicine, Houston, TX, SAD) iznio je rezultate i nove smjernice u razvoju imunoterapije kao vrlo atraktivne terapije uz kiruršku i onkološku, jer uz nove tehnologije i dostignuća posjeduje nesumnjivo velik potencijal u liječenju karcinoma i drugih teških bolesti, poglavito u akutnoj mijeloidnoj leukemiji i kod nekih tumora koji su se dosad pokazali kao vrlo rezistentni na bilo kakav oblik terapije, primjerice karcinom pankreasa i glioblastom.

Dr. **Pompilio** (University of Milan, Milano, Italija) iznio je rezultate višegodišnjeg praćenja bolesnika kojima se stanje nakon infarkta miokarda popravilo aplikacijom posebno pripremljenih CD 133 stanica porijeklom iz koštane srži direktno u srčani mišić.

Dr. **Volchenboum** (University of Chicago, Chicago, IL, SAD) govorio je o primjeni novih metoda baziranih na genomici i proteomici u dijagnostici i liječenju malignih bolesti.

Dr. **Madry** (Universität des Saarlandes, Homburg, Njemačka) iznio je rezultate genske terapije oštećenja hrskavice, te proizvodnje hrskavice korištenjem genetički modificiranih stanica.

Dr. **Kogan** (Institute for Medical BioMathematics, Bene Ataroth, Israel) i Dr. **Vuk-Pavlović** (Mayo Clinic, Rochester, MN, SAD) imali su interesantan sažetak o personalizaciji imunoterapije uz pomoć matematičkih modela u karcinomima prostate kod kojih je korištena stanična vakcinacija.

Dr. **Simopoulos** (The center for genetics nutrition and health, Washington DC, SAD) iznijela je zanimljivo predavanje o genetičkim varijantama različitim kod ljudi koje su jako važne u djetetama, te ovisno o tome potrebu za personaliziranom prehranom jer je dokazana velika uloga nutrijenata na gensku ekspresiju.

Skupina ginekologa i neonatologa, te znanstvenika iz Izraela imala je čitavu sekciju o neinvazivnoj prenatalnoj dijagnostici (dr. **Guetta**, Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel, i drugi). Iznijeli su rezultate ne samo primjene slobodne nukleinske kiseline iz majčine krvi u detekciji raznih bolesti nego i različite metode detekcije fetalno-maternalnih procesa metilacije u detekciji aneuploidija u tzv. «cell-free plasma ncleic acids». Prikazali su i rezultate detekcije spola fetusa uz pomoć sekvencioniranja Y kromosoma već

kod fetusa od sedam tjedana, što je naravno važno za x-vezane genetske bolesti.

U sekciji iz antropološke genetike su vodeći svjetski znanstvenici poput dr. **Petera Underhilla** (University of Stanford, SAD), dr. **Eskea Willersleva** (University of Copenhagen, Danska), dr. **Marka Stonekinga** (Max Planck Institute, Njemačka), dr. **Richarda Villemsa** (University of Tartu, Estonija), predstavili najnovije rezultate analize Y kromosoma i mitohondrijske DNA u svrhu istraživanja podrijetla naroda. Poseban interes vladao je oko rada objavljenog u tematskom broju CMJ-a «Genetsko porijeklo Hrvata» (autori: **D. Primorac**, **D. Marijanović**, **P. Rudan**, **P. Underhill** i **P. Villems**), gdje su zaokružene spoznaje o ovom važnom pitanju oko kojeg se desetljećima vode rasprave.

Donesene su konkretne odluke i dogovori o suradnji hrvatskih s vodećim svjetskim institucijama, među ostalim primjerice za uvođenje stanične i regenerativne terapije u jugoistočnu Europu, a ostvareni su i brojni kontakti.

Ove je godine klinički dio bio izuzetno zanimljiv, a nadamo se da će 2013. na našem osmom kongresu klinička genetika, kao izazovno područje koje ulazi u sve grane

medicine, biti još više zastupljena i tako liječnicima u našoj domovini pružiti još više rezultata bitnih za svakodnevnu praksu jer se to područje u svijetu razvija nevjerojatnom brzinom.

Sudjelovalo je više od 600 polaznika i 80 predavača, iz ukupno 45 zemalja. Među njima je bilo više od 150 studenata iz niza država, od SAD-a do Australije i, naravno, što nam je posebno važno, iz Hrvatske.

Istovremeno je kao satelitski kongres održan i „Peti kongres Hrvatskog društva za humanu genetiku“, što se pokazalo kao sjajna ideja jer su sudionici obaju skupova mogli prisustvovati i jednom i drugom događaju.

Budući da ovdje nije moguće sve spomenuti, zainteresirani mogu pogledati na našoj web stranici (www.isabs.hr), kako program kongresa s temama predavanja, tako i knjigu sažetaka. Slobodno nas kontaktirajte i vidimo se na našem osmom kongresu 2013. koji će se, unatoč prijedlozima nekih da se održi negdje drugdje, odlukom većine iz znanstvenog odbora ipak održati u našoj Hrvatskoj, kao i prethodnih sedam.

♦♦♦♦



Renato Polimanti sa Sveučilišta u Rimu Tor Vergata, dobitnik Nagrade za mlade znanstvenike (Young Investigator Award), koji je iznio zanimljive rezultate svoje suradničke grupe

Neuropedijatri Europe u Cavtatu

9. Kongres European Pediatric Neurology Society

Dr. Ivan Lehman, tajnik, i dr. Petra Grđan (Organizacijski odbor)
Prof. dr. Nina Barišić (predsjednica HDDN-a)

• U Cavtatu je od 11-14. svibnja održan 9. Kongres European Pediatric Neurology Society (EPNS) u organizaciji Hrvatskog društva za dječju neurologiju (HDDN), uporedo s 2. Europskim kongresom medicinskih sestara iz područja pedijatrijske neurologije te EEG i EMG tehničara te jubilarnim 40. Simpozijem HDDN-a. Na 7. Kongresu EPNS-a 2007. u Turskoj prihvaćen je prijedlog da 9. Kongres EPNS-a bude u Cavtatu koji je u ime HDDN-a iznijela prof. dr. **Nina Barišić** (natjecali su se i Atena i Beč).

Hrvatska neuroznanost prisutna je u međunarodnim razmjerima i znanstvenoj literaturi. Jedan od najznačajnijih hrvatskih znanstvenika iz područja razvojne neurologije naročito subplate zone i istraživanja poremećaja migracije, akademik **Ivica Kostović**, održao je *state of the art* predavanje iz područja istraživanja neuronalnih mreža frontalnog režnja.

Znanstveni program bio je izuzetno visoke kvalitete, s velikom brojem vrlo zanimljivih tema. Sudjelovala su 74 pozvana predavača s impresivnim brojem od 27 glavnih tema. Održana su 34 plenarna predavanja, 65 usmenih priopćenja, 390 postera, 9 seminara s 27 predavanja, 6 simpozija s 28 prezentacija i 3 okrugla stola. Visoka kvaliteta predavanja omogućila je uvid u današnju pedijatrijsku neurologiju i perspektive razvoja u budućnosti. Prof. **Marjo Van der Knaap** iz Amsterdama dala je izvanredan pregled nasljednih leukoencefalopatija. Prof. **Angela Vincent** iz Oxforda, Engleska, prikazala je napredak u istraživanju i ulogu kompleksa protutijela kalijevih kanala (voltage gated potassium channel) te N-metil-di-aspartatnih receptora u etiopatogenezi bolesti SZS-a te odgovoru na imunološku terapiju. O diferencijalnoj dijagnozi autoimunih/autoinflamatornih bolesti SZS-a govorila je prof. **Silvia Tenenbaum** iz Buenos Airesa, Argentina, i naglasila činjenicu da nema specifičnih biomarkera koji potvrđuju dijagnozu multiple skleroze ili akutnog diseminiranog encefalo-

mijelitisa, uz izuzetak neuromijelitis optica (NMO- IgG antitijela akvaporinskih kanala). Cirak, UK, izvijestio je o dozi ovisnom učinku fosfodiamidat morfolino oligomera AVI-4658 (eteplirsen) u liječenju bolesnika s Duchenneovom mišićnom distrofijom, s jasnom ekspresijom proteina u 6 od 8 bolesnika. Vjerojatno se povoljan učinak bazira na redukciji o dozi ovisnih T- staničnih upalnih infiltrata.

U program su po prvi put bili jutarnji i večernji seminari i radionice. Uz svaki od njih tiskan je priručnik te ujedno i e-verzija priručnika, koja je u kumulativnom obliku dostupna na CD-ima (moguće je nabaviti kumulativni CD; kontakt dr. **Petra Grđan**, HDDN). Desetak članaka pozvanih predavača tiskani su in extenso u redovitom broju European Journal of Pediatric Neurology (EJPN) koji je službeno glasilo EPNS-a, a svi sažeci su objavljeni u suplementu EJPN-a.

Održana su i tri okrugla stola: o subakutnom sklerozirajućem panencefalitisu, o situaciji u Europi s neurokirurškim liječenjem epilepsija te o pedijatrijskoj neurologiji u Europi, ponajprije u zemljama Istočne Europe.

Specijalizanti pedijatrije i studenti medicine uspješno su sudjelovali u okviru seminara prikazima bolesnika te odličnim prezentacijama postera. Na kongresu je sudjelovalo 800 sudionika iz 30 zemalja. Predsjednica organizacijskog i znanstvenog odbora kongresa bila je prof. dr. **Nina Barišić**. Visoka kvaliteta organizacije i znanstvenog programa rezultat je i sponzora, pozvanih predavača, sudionika i predsjednika EPNS-a, prof. **Lieven Lagae**.

Organizacijski odbor sačinjavali su specijalizanti Klinike za pedijatriju KBC-a Zagreb, uz članove Upravnog odbora HDDN-a i uz pomoć studenata članova pedijatrijske sekcije MEF-a u Zagrebu.

Glavni cilj kongresa bio je omogućiti uvid u napredak i novosti iz područja dječje neurologije i ujedno približiti ljepote prirode i hrvatsku kulturnu baštinu sudio-

nicima iz cijelog svijeta. Prema dojmovima sudionika radi se o jednom od najboljih ako ne i o najboljem kongresu do sada. Kongres je omogućio susrete kliničara i znanstvenika u prijateljskoj atmosferi i zasigurno će rezultirati intenzivnijom suradnjom i međunarodnim znanstvenim projektima.

Na drugom Europskom kongresu medicinskih sestara iz područja dječje neurologije sudjelovalo je 60 sestara, EEG i EMG tehničara i potaknuto je osnivanje i organizacija Europskog društva medicinskih sestara pedijatrijske neurologije na 10. kongresu EPNS-a u Bruxellesu 2013. Predsjednica toga kongresa bila je vms. **Dragica Beštak** s Klinike za pedijatriju KBC-a Zagreb.

Uporedo s 9. kongresom EPNS održan i 40. jubilarni simpozij HDDN-a. Predsjedavali su prof. dr. **V. Bošnjak Mejaški** i prim. **Z. Sabol**. Društvo je osnovano prije 30 godina zahvaljujući prof. **Mladenu Križu**, prvom i sada doživotnom počasnom predsjedniku.

HDDN danas čini 70 članova koji surađuju sa centrima izvrsnosti iz pedijatrijske neurologije u susjednim zemljama kao i u cijelom svijetu. Tijekom svečane sjednice Simpozija predsjednica Društva prof. Nina Barišić naglasila je da članovi, posebno prof. dr. **Bošnjak-Mejaški**, vrlo aktivno surađuju s inozemnim centrima izvrsnosti i u radu European Academy of Childhood Disabilities (EACD). Od samog osnivanja EPNS-a 1999. godine članovi HDDN-a sudjeluju u njegovu radu a od 2003. i u radnim tijelima: u Komisiji nacionalnih savjetnika za edukaciju iz područja pedijatrijske neurologije pri EPNS-u te Upravnog odbora EPNS-a (prof. Nina Barišić). Novi program uže specijalizacije iz pedijatrijske neurologije, usklađen s pravilnikom za specijalizaciju EPNS-a i UEMS-e i predložen od HDDN-a, prihvatilo je 2007. Ministarstvo zdravstva.

Prvi priručnik iz dječje neurologije bila je knjiga „Neurološki pregled dojenčeta i malog djeteta“ (dr. **Čupić** i dr. **Mikloušić**).

Prvi hrvatski priručnik „Pedijatrijska neurologija“ objavljen je 2009. (**N. Barišić** i sur.), čime je, prema riječima prof. Veličkovića iz Ljubljane, hrvatska pedijatrijska neurologija dobila značajan ugled u europskim medicinskim krugovima.

Strateški ciljevi HDDN-a su suradnja u projektima s međunarodnim centrima izvrsnosti te pomlađivanje društva ponajprije sa specijalizantima te specijalistima iz pedijatrijske neurologije.

♦♦♦♦



Svjetski dan borbe protiv hepatitisa

Hrvatska još uvijek nema nacionalni program borbe protiv virusnih hepatitisa

• Svjetski dan borbe protiv hepatitisa 28. srpnja obilježen je javnim akcijama -savjetovanjem te besplatnim i anonimnim testiranjem protiv hepatitisa. Organizirali su ih Hrvatska udruga liječenih i oboljelih od hepatitisa "Hepatos" i Savez oboljelih od hepatitisa, pod pokroviteljstvom SZO-a te uz podršku i sudjelovanje referentnih centara MZSS-a za liječenje i dijagnostiku virusnih hepatitisa i kroničnih bolesti jetara i više od 40 liječnika ZJZ-a Gospić, Split, Zadar i Rijeka, župana Ličko-senjske županije, grada Novalje i Crvenog križa.

Cilj joj je bio podizanje svjesnosti o virusnom hepatitisu kao javnozdravstvenom problemu koji ima i društvenopolitičku dimenziju vezanu uz diskriminaciju, kršenje ljudskih prava i društvenog neprihvatanja oboljelih.

Organizatori su upozorili Vladu da će propasti važne nove akcije usmjerene na poboljšavanje i spašavanje desetaka tisuća života u Hrvatskoj ako se svi zajedno ne uhvate u koštac sa stigmom i diskriminacijom. Rezolucijom SZO-a prvi je put precizirano što se očekuje od državnih vlasti ne bi li se poboljšali svjesnost, nadzor, prevencija, dijagnosticiranje i liječenje virusnih hepatitisa. Ova je rezolucija usvojena prije godina dana, samo tjedan dana nakon objave istraživanja koje je otkrilo da manje od jedne trećine svjetskih vlada financira aktivnosti za smanjivanje stigme i diskriminacije osoba oboljelih od hepatitisa B ili C (Viral Hepatitis: Global Policy. World Hepatitis Alliance in conjunction with the World Health Organization: <http://www.worldhepatitisalliance.org/en/Policy/2010PolicyReport.aspx>).

Više od 500 milijuna ljudi ima kronični hepatitis B ili C, a novo dijagnosticiranih slučajeva HCV-a svake je godine tri do četiri milijuna. Procjenjuje se da je samo u europskoj regiji SZO-a 14 milijuna oboljelih od kroničnog HBV-a i oko devet milijuna od kroničnog HCV-a, a godišnje umire 36.000 ljudi od HBV-a i 86.000 od posljedica uzrokovanih HCV-om. Na razini europske regije SZO-a godišnje se registrira više od 8.000 novih slučajeva HBV-a i više od 29.000 novooboljelih od HCV-a.

U Hrvatskoj je između 80.000 i 100.000 osoba s kroničnim hepatitisom B ili C. Premda je Sabor još 2009. izglasao Rezoluciju o borbi protiv virusnih hepatitisa, nacionalni program nije nikada napravljen.

Borka Cafuk



Sa sjednica UV HZZO-a

U Mreži dvije nove bolnice, a telemedicinske usluge uvrštene u obvezno zdravstveno osiguranje

• Za vrijeme ljetne pauze u izlazu Liječničkih novina održane su dvije sjednice Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (UV HZZO) s kojih donosimo najvažnije odluke. Jedna je odluka o sklapanju ugovora s dvije nove bolnice koje su uključene u Mrežu javne zdravstvene službe i trebale bi povećati dostupnost i kvalitetu zdravstvene skrbi; riječ je o psihijatrijskoj bolnici "Sveti Rafael" iz Strmca u Brodsko-posavskoj županiji i lječilištu Bizovačke toplice iz Osječko-baranjske županije.

U sustav obveznog zdravstvenog osiguranja UV HZZO-a uvrstilo je i telemedicinske usluge radi veće dostupnosti specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite na područjima gdje ona do sada nije bila dostupna, tj. na otocima.

HZZO nastavlja s financiranjem pripravničkog staža za 28 zdravstvenih radnika u općim bolnicama nakon provedenog drugog dijela javnog natječaja za financiranje pripravničkog staža u 2011. godini.

U sklopu reforme hitne medicine formiraju se zavodi za hitnu medicinu u svim županijama. Prva županija u kojoj je sukladno smjernicama zdravstvene reforme započeo s radom zavod za hitnu medicinu je Bjelovarsko-bilogorska županija. UV HZZO-a je prihvatilo ponudu tog Zavoda za ugovaranje hitne medicine i ponudu Doma zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije za ugovaranje sanitetskog prijevoza, koji se u sklopu reforme hitne medicine razdvaja od djelatnosti hitne medicine. Do kraja godine zavodi će biti oformljeni u svim županijama, a tijekom ove i iduće godine isporučit će im se potpuno opremljena nova vozila i započeti će edukacija liječnika i tehničkog osoblja.

HZZO je do sada financirao 755 specijalizacija obiteljske medicine. Radi povećanja dostupnosti zdravstvene zaštite

osiguranika HZZO-a, proveden je natječaj za specijalističko usavršavanje zdravstvenih radnika iz obiteljske medicine u akademskoj godini 2011./2012. te je odabrano devet novih kandidata kojima će HZZO financirati specijalizaciju iz obiteljske medicine.

Zbog nepopunjenosti Mreže medicine rada na području Istarske županije, a na temelju provedenog natječaja, prihvaćene su ponude za provođenje ovog oblika zdravstvene zaštite u Buzetu i Puli.

Na Popis posebno skupih lijekova HZZO je uvrstio još jedan lijek namijenjen djeci oboljeloj od juvenilnog idiopatskog artritisa.

Borka Cafuk



Hrvatski liječnici na Europaediatricsu

• Od 23. do 26. lipnja 2011. održan je u Beču peti Europaediatrics, Kongres Europskog pedijatrijskog društva (EPA od engl. European Paediatric Association).

Sudjelovalo je 2185 polaznika iz 92 države. Iz Hrvatske je bilo trideset i troje polaznika. Kongres je obilježio veliki broj tematskih cjelina, kojima su obuhvaćeni razni vidovi zdravstvene zaštite djece. Naglasak je bio na univerzalnosti pedijatrije i nezamjenjivoj ulozi pedijatra u provođenju cjelovite zdravstvene zaštite djece, posebice u okolnostima suvremenog života i pojave tzv. „novih“ bolesti u djece. Djeca ne mogu sama zastupati svoje interese, pa je to odgovornost pedijatarata i nacionalnih pedijatrijskih društava. Istaknuto je da su upravo pedijatri bili inicijatori usvajanja mnogih zakona o zaštiti djece (kao što su to u Hrvatskoj radili utemeljitelji hrvatske pedijatrije dr. **Radovan Marković** i prof. **Ernst Mayerhofer**). Velik broj predavanja bio je posvećen zdravstvenoj zaštiti adolescenata.

Medijska pozornost je napadno usmjerena adolescentima. Nažalost, umjesto sadržaja usmjerenih odgoju i obrazovanju, prevladavaju sadržaji koji potiču uništavanje, nasilje, nesnošljivost i nezdrave načine života. Svaki deseti adolescent pati od depresije, a ugrožavaju ih i sklonost ozljedama, izloženost nasilju, porast broja adolescentnih trudnoća, kao i poremećaji hranjenja, povezani s debljinom i nedostatkom tjelesne aktivnosti.

Raznoliki su bili i načini obrade tema, pa je na Kongresu bilo predavanja, simpozija, okruglih stolova, tečajeva i tematskih sastanaka. Hrvatski pedijatri su aktivnije nego dosad sudjelovali na Europaediatricsu. U simpoziju „Education of paediatric resuscitation

in european countries" **Julije Meštrović** je održao predavanje „Education of students in elementary schools", u simpoziju „The child with special health care needs and severe disabilities" **Sanja Kolaček** „Gastrointestinal and nutritional problems", a u simpoziju „Rheumatology" **Miroslav Harjaček** „Spondyloarthropatias in children". Osim toga su EPA i Advanced Paediatric Life Support (APLS) Working Group organizirali zajednički tečaj "Paediatric resuscitation" koji su vodili Julije Meštrović i **Martin Samuels** (ravnatelj skupine APLS). Znanstveni odbor kongresa je prihvatio sedam izvornih radova hrvatskih pedijatara u sekciji postera.

Na Općoj skupštini EPA odlučeno je da će se idući Europaediatrics održati u u Glasgou 2013. i u Rimu 2015., a Hrvatsko pedijatrijsko društvo će nastaviti aktivno sudjelovati u njihovom održavanju.

Prof. dr. Julije Meštrović, predsjednik Hrvatskog pedijatrijskog društva

4. kongres hrvatskih dermatovenerologa

• Od 5. do 8. svibnja u Osijeku i Vukovaru održan je pod pokroviteljstvom Predsjednika Republike Hrvatske i Sveučilišta u Osijeku 4. kongres hrvatskih dermatovenerologa s međunarodnim sudjelovanjem, s motom „Od Jadrana do Podunavlja i dalje...". Nakon Zagreba, Opatije i Splita došao je red i na prekrasnu Slavoniju i Baranju da ugoste hrvatske i europske dermatovenerologe.

Kongres je brojio 291 sudionika i to iz 12 zemalja uključujući Bosnu i Hercegovinu, Crnu Goru, Češku, Grčku, Italiju, Mađarsku, Njemačku, Sloveniju, Srbiju, Švicarsku i Veliku Britaniju.

Radni dio Kongresa održan je u četiri sekcije, imunodermatologija, psihodermatologija, dermatomikoze i genitalne lezije. Također su održana predavanja slobodnih tema i prikaza slučaja te više satelitskih simpozija. Ukupno 78 predavanja i 45 poster prezentacija. Posebno je bila dirljiva sekcija psihodermatologije održana u Muzeju grada Vukovara, gdje nam je domaćin bila dr. **Vesna Bosanac**. Nakon sekcije organiziran je posjet Vukovarskoj bolnici. Muzej Vukovarska bolnica i sjećanje na ljude koji su prošli traume rata u Vukovaru izazvali su dubok dojam koji će sve sudionike još dugo podsjećati na stradanja u Domovinskom ratu.

Organizatori su se potrudili da društveni dio Kongresa bude bogat i zanimljiv. Svečano otvaranje održano je u pre-



Mr. sc. Vesna Bosanac, ravnateljica OB Vukovar - Sekcija psihodermatologije, Muzej grada Vukovara

krasnom Hrvatskom narodnom kazalištu u Osijeku. Plenarnim predavanjem „Identifikacija novih signalnih puteva koji uzrokuju kronični dermatitis" počastio nas je profesor **Ivan Đikić**. Pjesmom i plesom smo se družili u lločkim podrumima i na svečanoj večeri u Hotelu Osijek u Osijeku, te još jednom dokazali da osim znanosti i struke, hrvatske dermatovenerologe veže i veliko prijateljstvo. Sljedeće druženje najavljujemo 2014. godine u Zagrebu.

Predsjednica HDVD-a HLZ-a prof. dr. Mirna Šitum

Bizovačke toplice dobile status lječilišta

• Postale su zdravstvena ustanova na temelju rješenja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje od 1. kolovoza, čemu je prethodilo godinu i pol dana prilagodbe zakonskim uvjetima.

Time će Bizovačke toplice osim ugostiteljsko-turističkih sadržaja nuditi i usluge lječilišta, od čega se očekuju i povećani prihodi od 12 do 15 milijuna kuna godišnje. S time je i broj postelja namijenjenih pacijentima lječilišta povećan za 100. Sve zajedno u Hrvatskoj ima nešto više od 2000 takvih postelja.

Ovim projektom, koji će u potpunosti zaživjeti za nekoliko mjeseci, Bizovačke toplice spašene su od prodaje.

Naime, većinski vlasnik toplica je država i ona je do sada osam puta raspisivala natječaj za prodaju svog udjela u toplicama, a za to vrijeme dugovi su se nagomilali na više od 100 milijuna kuna.

Borka Cafuk

HZZO: specijalističke uputnice za prijeoperacijsku obradu

• Direkcija HZZO-a zaprimila je predstavku dr. med. **Zdenke Tonković** iz Velike Gorice kojom se iznosi prigovor na postupanje zaposlenika Klinike za kirurgiju KBC-a Zagreb vezano za upućivanje osiguranika na prijeoperacijsku obradu. Slijedom te predstave HZZO je 25. srpnja odgovorio sljedeće.

Podsjećamo Vas na odredbe članka 9. Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja kojom je utvrđeno da su doktori specijalisti bolničke zdravstvene ustanove, u slučaju postavljanja indikacije za operaciju i zakazivanja termina za operaciju, u obvezi osnovom specijalističke uputnice uputiti osiguranu osobu na prijeoperacijsku obradu, koja se može provesti u toj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi.

Ako je vrijeme čekanja osiguranika na medicinski indiciranu operaciju dulje od 60 dana, doktor specijalist koji je postavio indikaciju za operaciju dužan je osiguranika naručiti na kontrolni pregled koji će biti vremenski u skladu s predviđenim terminom operacije, te pri tom osiguraniku izdati specijalističke uputnice za neophodne dijagnostičke pretrage i specijalističko-konzilijarne preglede, uključujući i potrebne laboratorijske pretrage s primarne razine.

Iz toga proizlazi da je doktor specijalist, u slučaju kada postavi indikaciju za operaciju i zakaže termin, dužan osiguranoj osobi izdati specijalističke uputnice za kompletnu prijeoperacijsku obradu, uključujući i potrebne laboratorijske pretrage s primarne razine, ne uzimajući pri tom u obzir vrstu specijalističkog pregleda na koji je osiguranik bio upućena kada mu je postavljena indikacija za operaciju (pp ili kontrolni, kompletni ili jednostavni) te bez obzira je li izabrani doktor primarne razine zdravstvene zaštite uputnicom zatražio „specijalistički pregled i obradu" ili samo „specijalistički pregled".

Borka Cafuk

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

Na mrežnoj stranici

www.thecochranelibrary.org mogu se pretraživati sažetci. Pristup punim tekstovima

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

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 pronađete članak koji vas zanima, punom tekstu pristupate preko poveznice EBM Topic Review.

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

Spontano pucanje medice tijekom porođaja: kirurško zatvaranje ili nikakva intervencija

Scenarij

Tijekom vaginalnog porođaja u žene bez komorbiditeta došlo je do spontanog pucanja medice. Utvrđujete da se radi o perinealnom pucanju prvoga i drugoga stupnja. Vi želite pukotine kirurški zašiti. Pacijentica to ne želi jer je čula da ste kolegi spomenuli da su pukotine površinske.

Pitanje

Je li nužno šivati pukotine medice prvoga i drugoga stupnja?

Kontekst

Trauma medice tijekom porođaja može imati različite stupnjeve težine - prvi stupanj uključuje samo perinealnu ili vagi-

nalnu kožu, drugi stupanj perinealnu kožu i mišiće, treći stupanj perinealnu kožu, mišiće i analni sfinkter, a četvrti stupanj uza sve ovo još i sluznicu anusa. Prema istraživanju iz Australije, 44% žena tijekom porođaja zadobije pukotine medice, uglavnom prvoga i drugoga stupnja, 16% je epiziotomirano, a 1.4% ima i pukotine medice i epiziotomiju. U Velikoj Britaniji je 15% žena epiziotomirano, a 38% završi s pukotinama medice. Oko 75% žena će nakon vaginalnoga porođaja imati pukotine različitih stupnjeva težine na stidnim usnama, rodnici i medici.

Trenutno se mijenja klinička praksa vezana za epiziotomiju i pukotine medice. Primjerice, dokazano je da rutinska epiziotomija malo koristi ženama. Ovo je potvrđeno u meta-analizi koja je dokazala da izbjegavanje epiziotomije smanjuje učestalost pucanja medice u sljedećim trudnoćama.

Perinealna trauma i njeno šivanje povezani su s postnatalnim morbiditetom, uključujući krvarenje, infekcije, bolove, urinarnu i fekalnu inkontinenciju i seksualne disfunkcije. Ako se manje perinealne laceracije ostave nezašivene, moguće je smanjiti neugodu, potrebu za davanjem anestezije u različitim vremenskim periodima i pozitivno djelovati na dojenje.

Sustavni pregledni članak Elharmeela i suradnika fokusirao se na manje pukotine, prvoga i drugoga stupnja. Cilj je bio utvrditi postoje li dokazi za učinkovitost kirurškog liječenja manjih perinealnih laceracija koje nastaju tijekom porođaja.

Rezultati

Iako se manje pukotine medice javljaju u gotovo polovine žena tijekom vaginalnoga porođaja, svega dvije randomizirane kontrolirane studije, s ukupno 154 ispitanice, nađene su u literaturi na ovu temu. Nije bilo značajnih razlika između dvije skupine ispitanica (kirurški zahvat ili nikakav zahvat) u incidenciji boli i komplikacijama rana, samoprocjeni boli nakon otpuštanja iz bolnice i postpartalnoj inicijaciji seksualnih odnosa.

Korištenje analgezije se razlikovalo u ovim dvjema studijama i više analgetika su koristile žene koje su šivane. Jedno od ova dva istraživanja pokazalo je da postoje razlike u zatvaranju rane u žena koje nisu šivane, ali i veću učestalost dojenja u ovoj skupini.

Obje studije su pratile žene kratko nakon porođaja i ne daju nikakve informacije o dugotrajnim funkcionalnim i psihološkim ishodima (perinealna funkcija, kvaliteta života, mentalno zdravlje, povezivanje djeteta i majke). Također u ovim studijama nema informacija o komplikacijama pucanja medice i/ili šivanja kao što je dispareunija ili inkontinencija.

Zaključak autora

U ovom trenutku nema dovoljno dokaza da bi se preporučilo kirurško šivanje pukotina medice. Nedostatak dokaza nije jednak nedostatku učinka. Stoga u ovom trenutku, ovaj sustavni pregled literature ne opravdava promjenu kliničke prakse.

Međutim, ukazuje na potrebu dodatnog istraživanja ovoga pitanja. Žene bi trebale biti informirane o trenutnim dokazima vezanima za ovo pitanje i uključene u odlučivanje o svom liječenju.

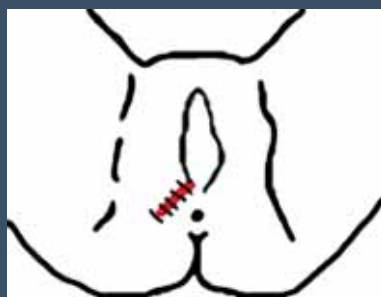
Odgovor na pitanje

Zbog nedostatka dokaza o učinkovitosti kirurškog šivanja u liječenju pukotina medice prvoga i drugoga stupnja, pacijentici treba omogućiti informirani izbor, a pacijentici isto tako treba informirati o tome da sadašnje studije ne sadrže podatke o dugoročnom ishodu šivanja, odnosno nešivanja pukotina medice.

Literatura: Elharmeel SMA, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 8. Art. No.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2.

.....

Kirurško zatvaranje ili ne?





novosti iz medicinske literature

Većina bolesnika s undulacijom atrijske može se sa sigurnošću otpustiti iz hitne službe

Stabilni bolesnici s plućnom embolijom mogu biti liječeni kao vanjski bolesnici

Ultrazvukom vođeno postavljanje centralnog venskog katetera - nema potrebe za RTG slikanjem

Većina hospitaliziranih bolesnika ne zahtijeva supresiju lučenja želuđane kiseline

'Sondiranje' rana nakon klasične operacije perforiranog apendiksa smanjuje stopu kirurške infekcije rane

Dugoročna kvaliteta života lošija je nakon boravka u JIL-u opće kirurgije

Totalna i stražnja parcijalna fundoplikacija daju slične rezultate kod liječenja gastroezofagealne refluksne bolesti

Rizik za vensku tromboemboliju kod klasične i laparoskopske kolorektalne kirurgije

Povezanost celijakije i mikroskopskog kolitisa

Profilaksa portalne encefalopatije kod akutnog krvarenja iz varikoziteta jednjaka

Višestruki porodi carskim rezom rizični za majku

Tromboprofilaksa nakon carskog reza

Novija dostignuća u kliničkoj primjeni IUD-LNG-a

Prvi puta u svijetu rekonstruirana je mokraćna cijev tkivnim inženjerstvom

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

● Većina bolesnika s undulacijom atriya može se sa sigurnošću otpustiti iz hitne službe

● U retrospektivnom pregledu 122 bolesnika koji su se javili u hitnu službu (HS) s primarnom dijagnozom atrijske undulacije, istraživači su procijenili ishode bolesnika liječenih na različite načine: električnom kardioverzijom (46 bolesnika), kemijskom kardioverzijom (15), spontanom kardioverzijom (15), kontrolom frekvencije (24) i bez anti-aritmickog liječenja u HS-u (22). Demografske i kliničke karakteristike bile su slične u tri skupine kardioverzije, dok su skupine s kontrolom frekvencije i bez anti-aritmickog liječenja bile starije i s težom procjenom točnog vremena nastanka, a skupina koja nije liječena češće je imala kardiovaskularne rizične čimbenike. Primarni krajnji ishod bila je kombinirana stopa moždanog udara ili smrti nakon godinu dana.

U HS-u se sveukupno 61 bolesnik (50%) konvertirao u sinus ritam a 101 bolesnik (83%) bio je otpušten kući. Stope uspješne kardioverzije i otpusta bile su veće s električnom nego kemijskom kardioverzijom (91% nasuprot 27%, odnosno 93% nasuprot 60%). Stope otpusta bile su 96% u skupini bez liječenja u HS-u, 93% u skupini spontane kardioverzije i 58% u skupini kontrole frekvencije. Niti jedan bolesnik nije imao moždani udar a tri su bolesnika umrla (2,5%); svi smrtni slučajevi bili su povezani s teškim komorbiditetima.

Rezultati ovog istraživanja su u skladu s ostalima koja pokazuju da se undulacija atriya električnom kardioverzijom uspješnije liječi nego kemijskom. Najvažniji nalaz je da mnogi bolesnici s nekomplikiranom undulacijom atriya mogu biti otpušteni sa sigurnošću kući nakon evaluacije i liječenja ako su se konvertirali ili dobro toleriraju svoj ritam i frekvenciju, te da je jednogodišnji rizik za moždani udar vrlo nizak za sve bolesnike. (Ann Emerg Med 2011; 57:564.e2.)

Marina Peklić Iveković, dr. med.

● Stabilni bolesnici s plućnom embolijom mogu biti liječeni kao vanjski bolesnici

● Skupina istraživača provela je otvoreno, randomizirano istraživanje neinferiornosti kako bi usporedila ishode liječenja hospitaliziranih i vanjskih (nehospitaliziranih) odraslih bolesnika sa simptomatskom plućnom embolijom i rizikom smrti manjim od 4% (procijenjeno na temelju Indeksa težine PE) u jednoj od 19 uključenih hitnih službi u Europi i Americi. Isključeni su bili bolesnici sa saturacijom kisika <90% na sobnom zraku, sistoličkim krvnim tlakom <100 mm Hg, bolovima u prsima koji su zahtijevali opioide, aktivnim krvarenjem ili visokim rizikom za krvarenje (nedavni moždani udar/gastrointestinalno krvarenje/trombociti >75,000/mm³).

Svi su bolesnici inicijalno primili supkutano enoxaparin (1 mg/kg dva puta dnevno) na koji je barem 90 dana nastavljeno antikoagulantno liječenje antagonistom vitamina K.

U istraživanje je bio uključen 171 vanjski bolesnik (srednja dob 47) i 168 hospitaliziranih bolesnika (srednja dob 49). Prevalencija karcinoma bila je 1, odnosno 2%. U prvih 90 dana umro je u svakoj skupini po jedan bolesnik, no ne od PE-a. Ponovni venski tromboembolizam javio se u samo jednog bolesnika (u skupini vanjskih bolesnika). Veliko krvarenje javilo se u prvih 90 dana u tri vanjska bolesnika (intramuskularni hematoma 3. i 13. dan te menometroragija 50. dan) i niti u jednog hospitaliziranog bolesnika. Nakon 14 dana bilo je više od 90% bolesnika u obje skupine zadovoljno ili jako zadovoljno liječenjem.

Istraživanje je pokazalo da se stabilni, nisko-rizični bolesnici s PE-om mogu sigurno i uspješno liječiti kao vanjski bolesnici niskomolekularnim heparinom. No moguće je da se ti rezultati ne mogu odnositi na starije bolesnike nego što su bili u opisanom istraživanju ili na bolesnike s karcinomom. (Lancet 2011;378:41.)

Marina Peklić Iveković, dr. med.

● Ultrazvukom vođeno postavljanje centralnog venskog katetera - nema potrebe za RTG slikanjem

● Postavlja se pitanje je li potreban poslije-proceduralni RTG kada se centralni venski kateter postavlja pod kontrolom ultrazvuka. Radi navedenog, skupina istraživača pregledala je dokumentaciju 1258 ultrazvukom-vođenih postavljanja centralnih venskih katetera i četiri postavljanja u vanjsku jugularnu venu provedenih tijekom četiri godine na odjelu vaskularne i intervencijske radiologije na 1066 bolesnika.

Post-proceduralni RTG pluća u uspravnom položaju tražen je za 1202 bolesnika (nakon prosječno 65 minuta); ležeci RTG pluća bio je proveden kao dio rutinske njege u 66 hospitaliziranih i ležećih bolesnika. Niti jedan bolesnik nije imao simptome niti radiografski dokaz pneumotoraksa.

Istraživalo se u kontroliranijem okruženju nego što je hitna služba. No pokazuje da RTG pluća nije nužan nakon ultrazvukom vođenog kanuliranja unutarnje jugularne vene kada nije potrebna provjera položaja katetera. Kada se sumnja na pneumotoraks, vjerojatno je bolji ultrazvučni pregled klizanja pluća nego RTG pluća. Navedeno bi moglo znatno smanjiti troškove, vrijeme i izlaganje bolesnika zračenju.

(J Intensive Care Med 2011; doi: 10.1177/0885066611415494)

Marina Peklić Iveković, dr. med.

● Većina hospitaliziranih bolesnika ne zahtijeva supresiju lučenja želučane kiseline

● Teški stres, kao što je multiorogansko oštećenje ili zatajenje ili pak mehanička ventilacija, povezan je sa stresom vezanom bolešću sluznica i gastrointestinalnim krvarenjem (GIK). Bolesnicima koji su izloženi takvom stresu često se propisuju lijekovi za supresiju lučenja želučane kiseline kako bi se izbjegao GIK. Međutim, to se radi i za hospitalizirane bolesnike niskoga rizika bez poznate učestalosti i korisnosti toga postupka. Kako bi procijenili učestalost bolničkog GIK-a izvan jedinica intenzivnog liječenja (JIL) i korištenje lijekova za supresiju lučenja želučane kiseline

u hospitaliziranih bolesnika, istraživači su pregledali povijesti bolesti 78.394 bolesnika koji su bili hospitalizirani barem tri dana kako bi odredili jesu li primali spomenute lijekove (definirane kao inhibitore protonске pumpe ili histamin-2 receptorske antagoniste) ili imali GIK. Prijami s primarnom dijagnozom GIK-a ili krvarenja u JIL-u su bili isključeni.

Lijekovi za supresiju lučenja želučane kiseline bili su propisani tijekom 59% prijama i dogodila su se 224 bolnička krvarenja (0,29%). Incidencija krvarenja bila je viša u bolesnika koji su primali navedene lijekove nego u onih koji nisu (0,33% nasuprot 0,22%; omjer vjerojatnosti (odds ratio - OR), 1,53). Međutim, nakon prilagodbe za komorbiditete i prijašnju anamnezu, bolesnici koji su primali navedene lijekove rjeđe su doživjeli krvarenje u bolnici (OR, 0,63). Broj bolesnika potreban za liječenje (number needed to treat (NNT) kako bi se spriječilo jedno krvarenje bio je 770. (nejasna rečenica)

Autori navode da je bolničko krvarenje rijetko izvan JIL-a i da bi visok NNT trebao odvratiti liječnike od supresije lučenja želučane kiseline u ne-kritičnih bolesnika. Zabilježena učestalost bolničkog GIK-a bila je niska u ne-kritičnih bolesnika i veća u bolesnika koji su primali navedene lijekove. Vrlo velik NNT posljedica je malog broja krvarećih bolesnika, ne veličine učinka liječenja. Stoga je zaključak da lijekove za smanjenje sekrecije želučane kiseline ne treba davati bolesnicima bez kliničke indikacije bez obzira na smanjenje relativnog rizika liječenjem - iako su djelotvorni, navedeni lijekovi potrebni su samo kritičnim bolesnicima s rizikom krvarenja iz gornjeg dijela gastrointestinalnog trakta. (Arch Intern Med 2011;171:991.)

Marina Peklić Iveković, dr. med.

'Sondiranje' rana nakon klasične operacije perforiranog apendiksa smanjuje stopu kirurške infekcije rane

• Infekcije kirurške rane (Surgical site infection - SSI) kod kontaminiranih rana mogu se značajno smanjiti jednostavnim protokolom dnevnog sondiranja rane (wound-probing protocol - WPP), rezultati su prospektivne, randomizirane kliničke studije objavljene u *Archives of Surgery*. Sondiranje rane jednostavna je tehnika kojom se mogu smanjiti SSI kod kontaminiranih rana, a kombinira prednost primarnog (manje utrošenog

vremena za brigu o rani i manje boli) i sekundarnog (niže stope SSI-ja) cijeljenja rane, tvrde **Towfigh** i sur. (Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, Kalifornija, SAD). Cilj studije bio je pokazati kratkoročne i dugoročne prednosti sondiranja rane u usporedbi s primarnim zatvaranjem kontaminirane rane uz određivanje razine boli koja se može pripisati tom postupku.

Od 1. siječnja 2007. do 31. prosinca 2009. odrasli bolesnici podvrgnuti otvorenoj operaciji zbog upala crvuljka s perforacijom randomizirani su u kontrolnu skupinu ili WPP skupinu. U kontrolnoj skupini rana je zatvorena sa spajalicama svakih 2 cm, dok je u WPP skupini uz isti način zatvaranja rane, ona dnevno sondirana između spajalica s aplikatorom čiji je vrh prekriven pamukom sve dok rana nije postala neprohodna (nepropusna) za aplikator. Bolesnici su dobili intravenski antibiotik prije operacije, dok su bili febrilni i dok se leukociti nisu vratili u normalu. Bolesnici su praćeni nakon 2 tjedna, potom nakon 3 mjeseca radi utvrđivanja razine boli same rane, SSI-ja, duljine boravka u bolnici, drugih komplikacija, kao i bolesnikovog zadovoljstva.

Od 76 sudionika, 49 (64%) je završilo 3-mjesečno praćenje. SSI stopa je 3% u WPP skupini i 19% u kontrolnoj skupini (P = .03). WPP skupina također je kraće hospitalizirana (5 prema 7 dana, P = 0,049), a bez povećanja boli (P = 0,63) ili drugih komplikacija (P = 0,63). Nakon 3 mjeseca, zadovoljstvo pacijenata također je bilo slično u obje skupine (P = 0,69). Regresijska analiza pokazala je da samo WPP značajno utječe na stopu SSI-ja (P = .02).

SSI se u kontaminiranim ranama može značajno smanjiti jednostavnim dnevnim sondiranjem rane, tvrde autori. Tehnika nije bolna i može skratiti boravak u bolnici. Pozitivan učinak nije ovisan o dobi, dijabetesu, indeksu tjelesne mase, trbušnom obujmu i dužini rane te autori preporučuju sondiranje kontaminiranih rana. Istraživači objašnjavaju da mehanizam kojim sondiranje rane smanjuje SSI nije potpuno jasan, a jedno je od objašnjenja da se drenažom omogućuje odvođenje kontaminirane tekućine iz mekih tkiva.

Uporaba ove tehnike smanjit će SSI i skratiti boravak u bolnici, a te prednosti mogu imati bolje dugoročne rezultate, kao što su smanjenje incidencije dehiscencija trbušne stijenke i postoperativnih kila, smanjenje ukupnog obima posla osoblja za zbrinjavanje rana, poboljšani estetski ishod s primarnim zatvaranjem i eventualno smanjenje ukupnih troškova. (Arch Surg 2011;146:448-452.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Dugoročna kvaliteta života lošija je nakon boravka u JIL-u opće kirurgije

• Dugoročna kvaliteta života vezana za zdravlje (Long-term health-related quality of life - HRQOL) niža je nakon prijema u kiruršku jedinicu intenzivnog liječenja (JIL), rezultati su studije objavljene u *Archives of Surgery*. Značajan iznos sredstava u JIL-u posvećen je bolesnicima s lošom prognozom, od kojih mnogi na kraju nažalost umiru, pišu **Timmers** i sur. (Klinika za kirurgiju, Sveučilišni medicinski centar Utrecht, Utrecht, Nizozemska). Dakle, poboljšanje funkcionalnih stanja i HRQOL u JIL-bolesnika postaju važni ciljevi liječenja. U skladu s tim, istraživanje bolesnika u JIL-u moglo bi promijeniti fokus od preživljavanja do HRQOL rezultata.

Ciljevi su ove prospektivne, opservacijske kohortne studije procijeniti dugoročan HRQOL (> 6 godina) u velikoj kohorti bolesnika primljenih u kirurški JIL i procijeniti utjecaj različitih kirurških klasifikacija na dugoročno zdravstveno stanje. Istraživači su prikupljali podatke o karakteristikama bolesnika, kirurškim klasifikacijama, duljini boravka u JIL-u i preživljenju svih kirurških JIL-bolesnika u nizozemskoj sveučilišnoj bolnici između 1995. i 2000. g. Nakon prosječnog praćenja od 8 godina (raspon 6: do 11 godina), svi preživjeli bolesnici zamoljeni su da daju podatke o HRQOL-u pomoću EuroQol-6D (EQ-6D), uz mjerenje EQ rezultata (EQ utility score), bodovanja putem EQ vizualno analogne skale i prevalencije specifičnih zdravstvenih problema. Multivarijantna linearna regresijska analiza omogućila je određivanje utjecaja kirurške klasifikacije na EQ rezultate i bodova EQ vizualno analogne skale, i logistička regresijska analiza korištena je za proučavanje učinka kirurške klasifikacije na području specifičnih zdravstvenih problema. T-test analiza omogućila je usporedbu dugoročnih HRQOL kirurških bolesnika u JIL-u s općom populacijom Nizozemske jednakom s obzirom na dob i spol.

Od 834 preživjela iz JIL-a koji su bili na raspolaganju za praćenje, 575 (69%) je doživjelo HRQOL mjerenja. Gledano za sve kirurške bolesnike bez obzira na kiruršku klasifikaciju, gotovo polovica ih je imala stalne probleme nakon 6 do 11 godina s pokretnošću (52%), samonjegovom (19%), uobičajenim aktivnostima (52%), bolom / nelagodnom (57%) i kognitivnim funkcijama (43%). HRQOL je bio lošiji u usporedbi s općom populacijom po dobi i spolu, s razlikom EQ

rezultata od 0,11 (raspon: 0 - 1). HRQOL je bio najbolji kod bolesnika koji su podvrgnuti onkološkoj operaciji (EQ rezultat: 0,83), a najgori kod bolesnika podvrgnutih vaskularnoj kirurgiji (EQ rezultat: 0,72). Problemi u mobilnosti, samonjezi, uobičajenim aktivnostima i kognitivnim spoznajama znatno su češći kod traumatiziranih bolesnika (omjer između 2,47 i 3,47), te u bolesnika koji su podvrgnuti vaskularnim operacijama (omjer između 2,27 i 5,37).

Ograničenja ove studije uključuju nedostatak podataka o HRQOL-u prije tretmana svih bolesnika, samo jedno mjerenje HRQOL bodova i smrt polovine od ukupno studirane populacije prije nego se HRQOL uopće mogao izmjeriti.

Više od 6 godina nakon prijema u kirurški JIL, HRQOL ove populacije bolesnika uglavnom se smanjuje, navode autori. Mnogi bolesnici i dalje imaju razne zdravstvene teškoće, uključujući smanjenje kognitivnih funkcija. Napretkom liječenja trebao bi se smanjiti trenutni zdravstveni deficit preživjelih bolesnika nakon otpusta iz kirurškog JIL-a. (Arch Surg 2011;146:412-418.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Totalna i stražnja parcijalna fundoplikacija daju slične rezultate kod liječenja gastroezofagealne refluksne bolesti

- U bolesnika s kroničnom gastroezofagealnom refluksom bolesti (GERB), i totalna i stražnja parcijalna fundoplikacija omogućavaju visoku razinu kontrole refleksa tijekom dugogodišnjeg praćenja bolesnika, rezultati su objavljeni u *Annals of Surgery*. Totalna Nissenova fundoplikacija definirana je kao standardna operacija za GERB sve dok studije nisu pokazale da djelomična fundoplikacija smanjuje nuspojave standardne totalne fundoplikacije.

Dva desetljeća nakon što su švedski znanstvenici pokrenuli randomiziranu studiju za usporedbu dvaju pristupa, u kojoj su uspoređivali 'mehaničke nuspjave' operacija, koje su u početku govorile u korist stražnje parcijalne fundoplikacije, a potom su se vremenom rezultati izjednačili. Izgleda da izbor metode dugoročno gledano nije važan, tvrde **Engstrom** i sur. (Sveučilišna bolnica Sahlgrenska, Göteborg, Švedska). Totalnu

fundoplikaciju tehnički lakše je napraviti ali je povezana s nešto više disfagije i nadutosti. Autori su analizirali rezultate otvorenih totalnih i stražnjih fundoplikacija po Toupetu kod 137 bolesnika između 1983. i 1991. g.

Tijekom prosječnog praćenja od 18 godina 26% bolesnika je umro a 16% je izgubljeno za praćenje. Pet bolesnika imalo je indikaciju za reoperaciju, što se smatralo neuspjehom prve operacije. Preostalo je za usporedbu 34 bolesnika u skupini totalne fundoplikacije i 39 iz skupine parcijalne fundoplikacije. Osamdeset posto iz skupine totalne Nissenove fundoplikacije i 87% bolesnika iz skupine parcijalne Toupetove fundoplikacije imalo je dugoročnu kontrolu žgaravice. Nestanak regurgitacije želučane kiseline iznosio je u prvoj skupini 82 a u drugoj 90%. Za disfagiju su srednji rezultati iznosili za totalnu fundoplikaciju 4,6 a za parcijalnu 3,3. Obje skupine imale su sličnu učestalost nadutosti i plinova. Nije bilo značajne razlike u sposobnosti za podrigivanje (61,7 prema 82,1%) ili povraćanja (23 prema 31%).

U zaključku, kažu istraživači, izgleda da stražnja parcijalna fundoplikacija, kao i totalna fundoplikacija jednako dobro kontroliraju GERB tijekom praćenja gotovo dva desetljeća.

(Ann Surg 2011;253:875-878.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Rizik za vensku tromboemboliju kod klasične i laparoskopske kolorektalne kirurgije

- Venski tromboembolizam glavni je uzrok morbiditeta i mortaliteta nakon kolorektalne kirurgije. Pojavljuje se kod 25% takvih pacijenata, a fatalna plućna embolija razlog je od 0,8-2% svih smrtnih ishoda u kirurgiji uopće. Incidencija za plućnu emboliju 4 je puta veća nakon gastrointestinalne kirurgije nego li drugih kirurških grana.

Komparirajući laparoskopsku s klasičnom otvorenom kirurgijom, općenito se govori o nižoj stopi morbiditeta, uključujući i niži rizik za vensku tromboemboliju (VTE). Kolega Buchberg sa suradnicima proveo je istraživanje s ciljem da utvrdi stopu za VTE kod oba tipa kirurških tehnika. Podaci su dobiveni tijekom razdoblja od 2002.-2006. g. iz nacionalne američke baze podataka, što je uključivalo 8 milijuna hospitalizacija go-

dišnje. Parametri koji su se gledali u studiji bili su: mjesto kirurškog zahvata (desni kolon, transversum, lijevi kolon, sigma, rektum) i indikacija za operaciju (karcinom, divertikulitis, upalne bolesti crijeva). Pacijenti s tromboflebitisom i trombozama isključeni su iz istraživanja. U 5,3% od 149 304 operacije su izvedene laparoskopskom tehnikom. Prosječna životna dob pri kolektomiji je bila 63,5 godina a 54% ispitanika bilo je ženskog spola. Najčešći komorbiditet kod obje kirurške tehnike bila je arterijska hipertenzija (41%), metastatski karcinom (17,7%), kronična plućna bolest (14%) i diabetes mellitus (13,4%). Najčešći zahvat je bila desnostrana hemikolektomija (43%). Najčešće patološko stanje je bila maligna bolest - karcinom (42,4%). Ukupna stopa VTE-a bila je 1,4%, a incidencija značajno niža u laparoskopskoj skupini ispitanika u komparaciji sa skupinom ispitanika operiranih otvorenom kirurgijom (0,8% vs 1,4%). Prema patološkom nalazu najviša stopa VTE-a (1,4%) zabilježena je kod upalnih bolesti crijeva, potom karcinoma (1,3%), a najmanja kod divertikulitisa (0,9%). Laparoskopska operacija divertikulitisa udružena je s nižom stopom rizika za VTE od klasične (0,5 vs 0,9%). Resekcija rektuma je udružena s najvišim rizikom za VTE (2,8%), potom resekcija transversuma (1,8%), lijevostrana hemikolektomija (1,7%), desnostrana hemikolektomija (1,4%), a najniži je rizik kod resekcije sigme (1,2%). Autori zaključuju kako je incidencija VTE-a kod otvorene kirurgije 1,8 puta veća nego kod laparoskopskih tehnika, a pojavnost VTE-a precipitiraju pretilost, maligna bolest i kongestivno srčano zatajenje. (Arch Surg. 2011;146:739-743.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Povezanost celijakije i mikroskopskog kolitisa

- Od ranije se u literaturi navodi možebitna povezanost celijakije i mikroskopskog kolitisa, međutim, klinička istraživanja su vrlo limitirana. Cilj ovog istraživanja bio je da se utvrdi povezanost ova dva klinička entiteta te odrede čimbenici rizika za istovremenu pojavnost ovih dviju bolesti. Studija je provedena pretraživanjem podataka u kanadskim zdravstvenim centrima tijekom razdoblja od 5 godina u kojima je endoskopski i histološki dijagnosticirana celijakija i mikroskopski kolitis od 2004-2008. godine. U istraživanje su uključena 763 ispitanika kojima je dijagnosticirana celijakija i 1106 ispitanika s mikroskopskim kolitisom.

Standardna incidencija za celijakiju

iznosi 10,4-15,7 na 100 000 stanovnika, dok incidencija za mikroskopski kolitis iznosi 16,9-26,2 na 100 000 stanovnika. 40 ispitanika je bolovalo od obje bolesti, a 21 ispitanik je bio srednje životne dobi (40-60 godina).

U skupini bolesnika s celijakijom pojavnost mikroskopskog kolitisa iznosi 11 na 1000 pacijenata s celijakijom. Zaključno se navodi izrazita povezanost ova dva entiteta, uz konkomitantnost 50-ak puta veću nego li kod opće populacije, s najvećom pojavnosti kod srednjovječnih žena. Kod pacijentica od 40-60. godina, s poznatom celijakijom i proljevom, potrebno je napraviti donju endoskopiju s biopsijom kako bi se isključio ili potvrdio mikroskopski kolitis. (Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2011;33(12):1340-1349.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

● Profilaksa portalne encefalopatije kod akutnog krvarenja iz varikoziteta jednjaka

● Akutno varicealno krvarenje (AVK) važan je precipitirajući čimbenik za razvoj hepatalne encefalopatije (HE), međutim, podaci o učinkovitosti laktuloze u prevenciji pojave HE-a nakon AVK-a nisu dostatni. Cilj je ove studije bio ispitati učinkovitost laktuloze u prevenciji HE-a nakon AVK-a. U nju su uključeni ispitanici stariji od 18 godina, bez znakova HE-a u trenutku uključivanja u studiju. Podijeljeni su u dvije skupine: L) koja je dobivala laktulozu te skupina P) koja nije liječena laktulozom, već samo na standardni način prema Baveno 4 smjernicama. Primarni cilj bio je pratiti pojavnost HE-a prema West Haven kriterijima prvih 120 sati od randomizacije. Nije bilo značajnijih razlika među osnovnim parametrima između skupina, a u svaku su bila uključena 35 ispitanika.

Parametri glede težine AVK-a, terapije s transfuzijama krvnih pripravaka, vremena endoskopije i ostalih objektivnih pokazatelja podudarali su se među skupinama. Rezultati studije pokazuju da je 27% ispitanika razvilo HE, od čega 14% u L skupini, a 40% u P skupini, dakle bez abuzusa laktuloze. Prosječni stupanj težine HE-a bio je stadij 2, a najčešće se javljala nakon dva dana. Autori navode važnost laktuloze u prevenciji HE-a kod AVK-a. (J Gastroenterol Hepatol. 2011;26(6):996-1003.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

● Višestruki porodi carskim rezom rizični za majku

● Ruptura maternice je najznačajnija komplikacija pokušaja poroda nakon prethodnog carskog reza. Rezultati preglednog članka kolege Landona su publicirani 2010. godine u **Seminars in Perinatology**, gdje se detaljno navode čimbenici rizika udruženi s uterinom rupturom tijekom vaginalnog poroda, a nakon prethodnoga carskog reza. Raniji uspješni vaginalni porodi i vaginalni porodi nakon carskog reza udruženi su s niskim rizikom za rupturu maternice, dok višestruki raniji porodi carskim rezom, kratka razdoblja između trudnoća, prethodni carski rez i inducirani porod povećavaju taj rizik. U SAD-u se u posljednjem razdoblju bilježi porast incidencije carskih rezova, stoga kolega **Marshall** sa suradnicima objavljuje pregledni članak i meta-analizu. Stopa histerektomija, transfuzija krvi, adhezija i kirurških ozljeda je u porastu sukladno s porastom incidencije carskih rezova. Također su uočili da ispitanice s tri ili više carskih rezova imaju statistički značajno veći rizik za placentu previju, akretu i histerektomiju. U SAD-u se trećina poroda obavi carskim rezom, s tendencijom porasta i uz pad broja vaginalnih poroda nakon carskog reza. U ovu meta-analizu su uključeni rezultati 21 studije s 2,2 milijuna poroda, uključujući 181 000 poroda carskim rezom.

Rezultati uključuju porode iz svih visoko razvijenih zemalja svijeta. Stopa histerektomije je porasla s porastom carskih rezova u svim studijama. Glavne su indikacije za histerektomiju bile placenta previja/akreta (67%), atonija uterusa (25%) i laceracija ili ruptura uterusa (5%).

Autori naglašavaju kako stopa poroda carskim rezom raste iz dana u dan, stoga bolničko osoblje treba bit pripremljeno za optimalno liječenje žena s višestrukim carskim rezovima kako bi se reducirao morbiditet i mortalitet. (Am J Obstet Gynecol. Publicirano online 16. lipnja, 2011.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

● Trombopofilaksa nakon carskog reza

● Venski tromboembolijski incidenti još uvijek predstavljaju značajan uzrok maternalnog mortaliteta i morbiditeta. Carski rez jedan je od poznatih rizičnih faktora za

venske tromboembolizme. Nedostaju podaci proizašli iz kliničkih istraživanja o tromboprofilaksi nakon carskog reza, kao što nažalost nedostaju i smjernice bazirane na mišljenju stručnjaka.

Cavazza i suradnici objavili su istraživanje cilj kojeg je bio ocijeniti efikasnost modela za prevenciju tromboembolijskih incidenata nakon carskog reza.

Pacijentice su podvrgnute procjeni rizika prije operativnog dovršenja trudnoće temeljem sljedećih rizičnih parametara: dobi, tjelesne težini, pariteta, imobilnosti, varikoziteta, anamneze tromboze i trombofilije. Pacijenticama sa srednjim do visokim rizikom ordinirana je trombopofilaksa, a i sve su pacijentice morale odjenuti elastične čarape. Prije otpusta iz bolnice pregledane su i savjetovano im je da dođu na kontrolni pregled za 3 mjeseca.

U studiju je uključena ukupno 501 pacijentica: 233 (46,5%) ocijenjene su kao nisko rizične i nisu primile trombopofilaksu, te je jedna od njih razvila simptomatsku duboku vensku trombozu, 268 pacijentica (53,5%) klasificirane su kao srednje do visoko rizične i sve su primile trombopofilaksu te niti jedna nije razvila bilo kakav incident. Dvije pacijentice se nisu javile na kontrolni pregled. Incidencija duboke venske tromboze u studiji iznosila je 1/499 (0,2%). Nije uočena značajna razlika u količini krvarenja između pacijentica koje jesu i skupine koje nisu primale trombopofilaksu. Model procjene nisko od visokorizičnih pacijentica od tromboembolijskih incidenata, a na temelju kojeg se regrutiraju one kojima se ordinira trombopofilaksa nakon carskog reza, u ovom se istraživanju pokazao efikasnim i sigurnim. Je li doista tako, ostaje na drugim studijama da to dokažu. (Throm Res. Kolovoz 2011.)

Ingrid Marton, dr. med.

● Novija dostignuća u kliničkoj primjeni IUD-LNG-a

● Ovaj osvrt fokusira se na skorašnja dostignuća u kliničkoj primjeni levonorgestrel intrauterinog uložka (IUD-LNG, Mirena), naravno u slučaju poznatih i osnovanih indikacija.

Recentna istraživanja potvrđuju kako je IUD-LNG jednako siguran i efikasan za sve dobne skupine. Gotovo sve dostupne studije pokazale su kako je intrauterina kontracepcija efikasna od ostalih metoda

kontracepcija u prevenciji ponovljenih pobačaja.

Insercija Mirene u mladih nerotkinja smatra se prihvatljivom kontracepcijskom metodom, s visokom učestalošću ponavljanja. U žena s teškim kroničnim bolestima, uključujući poremećaje koagulacije i HIV bolest, rezultati ukazuju kako je IUD-LNG jednako učinkovit u tih pacijentica kao i u zdravih, te da ne utječe na osnovnu bolest. Mirena je već nekoliko godina jedna od najuspješnijih i najisplativijih metoda liječenja hipermenoreja i menometroragija, a koristi se i kod drugih indikacija.

(Acta Obstet Gynecol Scand. Kolovoz 2011.)

Ingrid Marton, dr.med.

Prvi puta u svijetu rekonstruirana je mokraćna cijev tkivnim inženjersvom

• Prema studiji **Raya-Rivera** i sur. sa Sveučilišta Wake Forest u Winston-Salemu,

SAD, po prvi puta je tkivnim inženjersvom stvorena autologna mokraćna cijev pomoću in vitro kultivacije epitelnih i mišićnih stanica uzetih biopsijom iz mokraćnog mjehura bolesnika s „kompleksnim problemom“ mokraćne cijevi zbog ozljede, kongenitalnog defekta ili nekog drugog oštećenja. Cijevasta osnova je konstruirana od biorazgradive poliglikolične kiseline: poli (laktid-koglikolična kiselina) kompleksa. Epitelne stanice su implantirane s unutrašnje strane cijevi, a mišićne s vanjske strane.

Od ožujka 2004. godine do srpnja 2007. učinjena je rekonstrukcija mokraćna cijev je rekonstruirana u pet dječaka s medijanom dobi od 11 godina (raspon 10-14 godina) pomoću tubularizacije tkivnim inženjersvom. Protutijelima na AE1/AE3, alfa aktin, dezmin i miozin je potvrđena prisutnost stanica epitelne i mišićne loze u svim kulturama. Uzeta je anamneza, bolesnici su popunili upitnik Međunarodnog društva za kontinenciju (engl. International Continence Society, ICS), bila je učinjena analiza mokraće, uretrocistoskopija, uretrocistografija i mikcimetrija 3, 6, 12, 24, 36, 48, 60 i 72 mjeseci nakon kirurškog zahvata.

Biopsija tako konstruirane mokraćne cijevi učinjena je na različitim mjestima

endoskopskim putem 3, 12 i 36 mjeseci poslije zahvata. Tri mjeseca nakon implantacije je tako konstruirani graft pokazivao normalnu histološku strukturu.

Nakon zahvata je medijan maksimalnog mlaza mokraće iznosio 27,1 ml/s (raspon 16-28 ml/s), a endoskopsko i radiološko ispitivanje je potvrdilo širok kalibar mokraćne cijevi u svim slučajevima.

Tkivnim inženjersvom stvorena mokraćna cijev je u 6-godišnjem razdoblju praćenja ostala uredne funkcije i prohodnosti. (Lancet 2011;377(9772):1175-82.)

Znanstveni savjetnik Silvio Altarac, spec. urolog

••••

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 SSCI.

Tomlinson M, Chopra M, Hoosain N, Rudan I*. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Res Policy Syst.* 2011;9:19

*Croatian Centre for Global Health, Split University School of Medicine, Split, Croatia

Mudnić I, Budimir D, Jajić I, Boban N, Sutlović D, Jerončić A, Boban M. Thermally treated wine retains vasodilatory activity in rat and guinea pig aorta. *J Cardiovasc Pharmacol.* 2011;57:707-11.

Department of Pharmacology, Split University School of Medicine, Split, Croatia.

Pyzik M, Charbonneau B, Gendron-Pontbriand EM, Babić M*, Krmpotić A*, Jonjić S*, Vidal SM. Distinct MHC class I-dependent NK cell-activating receptors control cytomegalovirus infection in different mouse strains. *J Exp Med.* 2011;208:1105-17.

*Department of Histology and Embryology, Rijeka University School of Medicine, Rijeka, Croatia

Puljak L, Sapunar D. Web-based elective courses for medical students: an example in pain. *Pain Med.* 2011;12:854-63.

Department of Anatomy, Histology and Embryology, Split University School of Medicine, Split, Croatia.

Leppée M, Culig J, Boskovic J. Medication Non-Compliance in Zagreb, Croatia. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research* 2011;4(3):203-4.

Department of Pharmacoepidemiology, Andrija Stampar Institute of Public Health, Zagreb, Croatia

Culig J, Leppée M, Boskovic J, Eric M. Determining the difference in medication compliance between the general patient population and patients receiving antihypertensive therapy: A case study. *Arch Pharm Res* 2011;34(7):1143-52.

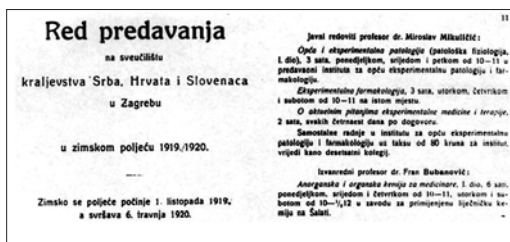
Department of Pharmacoepidemiology, Andrija Stampar Institute of Public Health, Zagreb, Croatia

Patofiziologija u Hrvatskoj - prvih 90 godina

Kratka povijesna skica

Prof. dr. Zdenko Kovač, predstojnik Zavoda za patofiziologiju KBC-a Zagreb

• Nastava Patofiziologije na Sveučilištu u Zagrebu krenula u zimskom poljeću 1919/20. akademske godine za prvi naraštaj studenata medicine u Zagrebu (slika 1).



Slika 1. Prema redu predavanja iz 1919/20. godine u zimskom semestru Patofiziologija se predavala ponedjeljkom, srijedom i petkom.

Predavanjima i vježbama profesora **Miroslava Mikuličića** (1883-1955) (slika 2) zaživjela je patofiziologija kao temeljna sastavnica programa liječničkog studija.

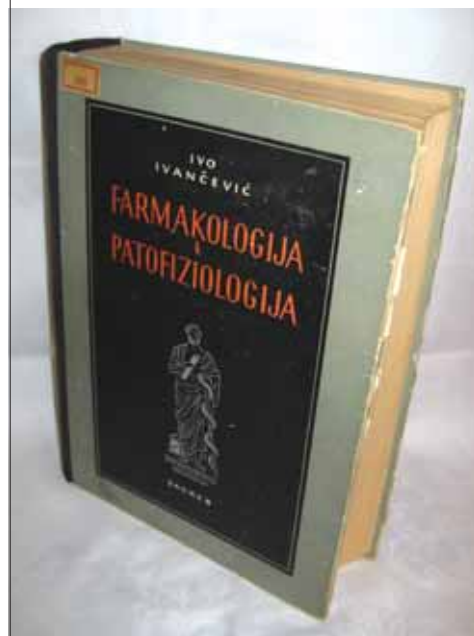
Mikuličić je izabran za redovitog profesora novoosnovanog fakulteta 1919. godine, što ga svrstava u „prvu generaciju nastavnika“ izabranih na Medicinskog fakultetu u Zagrebu¹. Nakon studija i doktorata prirodoslovlja u Jeni te studija medicine u Grazu, Mikuličić je radio s nobelovcem **Ottom Loewijem** i patofiziologom profesorom **Klemensiewiczem** na Sveučilištu u Grazu. Potom se vratio u Zagreb u novoosnovani medicinski fakultet. Predmet se tada nazivao „Opća i eksperimentalna patologija (patološka fiziologija)“. Osim patofiziologije, Mikuličić je predavao i pokrenuo predmet Farmakologiju a bio je zadužen je za osnivanje odgovarajućeg zavoda i katedre. U svojem je programu predvidio „Osnutak, razvitak i zadatak Instituta za opću i eksperimentalnu patologiju (Patološku fiziologiju) i Farmakologiju Kraljevskoga sveučilišta u Zagreb“ (datirano prosinca 1917.) da patofiziologiju (a tako i farmakologiju) treba

organizirati kao kliničku, eksperimentalnu i teorijsku disciplinu. Dio svojih planova je ostvario u institutu na Šalati. Izgrađivao je Zavod koji je imao kemijski odio, odio za fizičku kemiju, bakteriološko-imunološki odio, odio za fiziološku grafiku i operativnu patofiziološku tehniku, klinički dio, knjižnicu i životinjsku stanicu. Dio njegova plana (primjerice, nabav-



Slika 2. Prof. Miroslav Mikuličić je prvi predavač patofiziologije u Zagrebu. Predložio je razvoj patofiziologije kao kliničko-eksperimentalne grane medicine.

ka roentgen aparata) ostvaren je uz pomoć donacije Hrvata iz Južne Amerike². Nakon Mikuličića može se reći da su njegovi akademski sljedbenici prihvatili i razradili zacrtani profil struke i grane medicine i aktivno radili na materijalizaciji Mikuličićeve vizije. Prvi je značajan korak vidljiv s povijesne udaljenosti



Slika 3. Prvi udžbenik patofiziologije na hrvatskome jeziku, objavljen 1948. godine, pokriva i problematiku farmakologije, a sastoji se od 39 poglavlja napisanih na 944 stranice.

činjenica da je profesor **Ivo Ivančević** 1948. godine objavio udžbenik „Farmakologija i patofiziologija“ (slika 3). (Iako se Ivančević zahvaljuje većem broju drugih autora na prinosima za taj udžbenik, njihovi prinosi u knjizi nisu autorizirani, te se čini da je on jedini autor, a ne samo urednik te opsežne knjige).

U knjizi si autor postavlja cilj „da liječnika upoznam sa stručnim pojedinostima dvaju naučnih disciplina, koje su posljednjih dvadesetak godina besprimjerno napredovale“.

Dakle, prije 60-ak godina Ivančević upozorava na ekspanzivnu narav biomedicinskih znanosti i potrebu integrativnoga sagledavanja patobioloških procesa. Iako je ta knjiga pisana na fenomenologijskoj, opažajnoj i opisnoj razini velikog broja kliničkih humanih, animalnih i laboratorijskih pojava, ona je vrijedan presjek znanja, koncepata i vizija toga vremena.

Drugi je veliki korak ustanovljavanje kliničkog odjela u Zavodu za patofiziologiju (poslije klinici) u Kliničkom bolničkom centru Zagreb na Rebru (KBC)³ nakon Drugog svjetskog rata. U skladu s Mikuličićevim konceptom za zaživljavanje kliničke dimenzije patofiziologije u potpunosti je zaslužan profesor **Pavao Sokolić** (1907-1977), legendarni ko-

rifej biomedicine u Hrvatskoj. Sokolić je vlastitom erudicijom, dijagnostičkom vještinom i znanjem te jedinstvenim razumijevanjem patobioloških odnosa uspio nametnuti novo viđenje koje je, postupno kroz vrijeme, postalo stvarnost u suvremenom dobu molekularne medicine. U svoje vrijeme, s vrlo oskudnim dijagnostičkim pomagalicama u odnosu na današnji dijagnostički standard, Sokolić je rješavao složene probleme na zadovoljstvo bolesnika i njihovih obitelji, a na primjer i pomoć kolega. Sokolić je ispravno uočio da je klinički rad jednako vrijedan izvor bio-medicinske znanstvene spoznaje sumjerljiv laboratorijskome istraživanju. Stoga je to dosljedno provodio u radu u Zavodu i na Katedri. Sokolić je imao sluha za novo vrijeme bio-medicine i dolazeće trendove biomedicinske spoznaje. U njegove koncepte jednostavno se kasnije ugradila akribija dolazećeg vremena, bilo da se radi o razvoju imunologije i stanične biologije, transplantacijske i reproduksijske medicine, genomskih i proteomskim istraživanja, ili pak razvoju nove dijagnostičke i informatičke tehnologije. Sokolićevim pristupom postala je patofiziologija središtem i rasadnikom akademskih i kliničkih aktivnosti. Brojni demon-



Slika 5. Na svečanoj akademiji posvećenoj prof. Sokoliću održanoj 1. prosinca 2010. proslavljena je 90. obljetnica nastave patofiziologije u Zagrebu. Pri tome su predstavljena četiri nova izdanja knjiga, dvije na hrvatskom i po jedna na engleskom i albanskom jeziku.

Sokolićev duh, pozitivizam, i vjera u znanje i vještine te njegova humanistička emanacija bila je posvuda. Njegovi suradnici, sestre na odjelima, administrativno osoblje i laboranti, a naročito njegovi bivši pacijenti s udiviljenjem i sentimentom su prepričavali životne anegdote i zgode. Mnogi su navodili da je Sokolić brzo riješio „ono što drugi godinama nisu mogli“, „što se vuklo od ambulante do ambulante“ bez dijagnoze i lijeka. I slično. Na sveča-

noj akademiji u prigodi 90. obljetnice patofiziologije (održanoj 1. prosinca 2010.) mnogi su govornici reminiscirali Sokolićev lik i humanizam (slika 5).

Ondašnji su demonstratori govorili sa zanosom o čovjeku koji je na njih ostavio dubok intelektualni trag, dijelom odredio njihov profesionalni izbor i uvijek bio neka vrsta pozivnoga okvira „kako bi postupio profesor Sokolić“. On je bio „ispred svojeg vremena“, što je budilo animozitete i netrpeljivosti, koje je, čini se, Sokolić s lakoćom otklanjao kao nevažne pojave. Za njim je ostala legenda profesionalnoga postignuća na kojoj se nadahnjuju novi naraštaji. Unatoč objektivno nesklonome vremenu i okruženju Sokolić je zapamćen kao čovjek uspravna hoda, s jasnom vizijom i usmjerenjem te inspirativnom snagom i učinkovitošću praktičnoga liječnika.

Trećim velikim korakom može se smatrati zaživljavanje molekularnih znanstvenih istraživanja i njihova primjena u dnevnom zdravstvenom liječenju i zbrinjavanju bolesnika. Sokolićev učenik i nasljednik na Katedri za patofiziologiju profesor **Stjepan Gamulin** (od 2006. akademik HAZU-a)



Slika 7. Katedra za patofiziologiju zajedno s 50-ak izvanjskih suautora iznijela je velik izdavački projekt. Na slici su udžbenici izdani do 2006. godine. Prema tvrdnjama izdavača (Medicinska naklada), udžbenik „Patofiziologija“ najprodavanija je knjiga u medicini u posljednjih tridesetak godina.

približio je klinički i eksperimentalni molekularni znanstveni rad (slika 6).

Gamulin je usmjerio istraživanja prema proučavanju makromolekularne problematike. Istraživanja poliribosoma, proteinske sinteze te nukleinskih kiselina otvorila su novu perspektivu u znanstvenim istraživanjima na Rebru. U praktičnom smislu zdravstvena djelatnost je obogaćena važnim proučavanjima i dijagnostičkim postupcima koji su produbili razumijevanje stanja i naravi bolesti te utjecali na načine liječenja. Određivanjem progesteronskih i estrogenskih receptora u uzorcima raka dojke postao je KBC Zagreb referentno središte za Hrvatsku, a sam postupak je omo-



Slika 6. Akademik Stjepan Gamulin je podržao Sokolićevu viziju patofiziologije, obogatio ju je molekularnim istraživanjima na Rebru s naglaskom na primjenu, te je najproduktivniji autor i urednik udžbenika koji je doživio 7 izdanja u 23 godine postojanja.

Slika 4. Prof. Pavle Sokolić s demonstratorima pedesetih godina. Brojni naraštaji demonstratora patofiziologije su pod Sokolićevim utjecajem stasali i razvili se u vodeće profesionalce u patofiziologiji, KBC-u i drugdje. Treća osoba s lijeva je patofiziolog P. Narancsik, osoba točno u sredini (uz rame prof. Sokolića) je profesorica neurologije M. Šoštarko, prva s desna je akademik S. Gamulin, a treća s desna patofiziolog Z. Popović.

stratori su se okupljali oko učitelja patofiziologije, a poslije su izrasli u vrsne profesionalce (slika 4).

Iz njegova su tima proizašli brojni profesionalci, od kojih su neki prešli u druge katedre već kao formirani profesionalci (primjerice prof. **Vjekoslav Fišter** na Fiziologiju, prof. **Milica Božović Perić** na Biokemiju). Po osnivanju Stomatološkoga fakulteta Sokolić je također držao nastavu za studente stomatologije.

Osobno nikada nisam susreo prof. Sokolića. On je umro one godine kada sam slušao patofiziologiju u studiju medicine, no

gućio racionalniju terapiju karcinoma dojke. Određivanjem aktivnosti elektrolitnih transportera za kalij i natrij te katepsinske aktivnosti obogaćena je kvaliteta akademske biomedicinske aktivnosti na Patofiziologiji. Istodobno, na patofiziologiji je pokrenut veliki izdavački projekt. Temeljem Sokolićevih vizija profesor **Matko Marušić**, tadašnji predsjednik Društva fiziologa Hrvatske potaknuo je 1982. godine pisanje udžbenika patofiziologije. Urednici prvog izdanja bili su prof. Dr. **Stjepan Gamulin**, prof. dr. Matko Marušić i akademik **Slavko Krvavica**. Udžbenik se temelji na nastavnom programu patofiziologije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu kojeg je slijedeći Sokolićeve koncepcije osmislio Gamulin, Marušić je sadržajno i jezično objedinio mnogobrojne tekstove tako da je udžbenik progovorio lijepih hrvatskim književnim jezikom, a Krvavica je svojom ogromnom erudicijom i poznavanjem hrvatskog jezika i kulture bio konačni arbiter u nastajanju udžbenika. Iz mnoštva stilova brojnih autora, s različitim razinama tumačenja i vizijama nastala je dobro usklađena, integrativna i homogena knjiga.

Uz pomoć brojnih članova Hrvatskoga društva fiziologa izašlo je 1988. godine prvo izdanje udžbenika „Patofiziologija“, što je obilježilo početak vrlo produktivne i uspješne serije knjiga iz patofiziologije (slika 7).

Treće i šesto izdanje udžbenika prevedeno je na albanski jezik, a četvrto izdanje je 1999. nagrađeno HAZU-ovom Nagradom

„Josip Juraj Strossmayer“. Izabrana poglavlja šestog izdanja udžbenika prevedena su na engleski jezik i izdana u obliku skripata za potrebe nastave na engleskome jeziku. Sedmo izdanje udžbenika je (uz još tri knjige) prezentirano na proslavi 90. obljetnice Patofiziologije (v. sliku 7).

Kroz sve naraštaje patofiziolozi su aktivni znanstveno-istraživački, u bazičnim i kliničkim znanostima, s poljima interesa u molekularnoj biologiji, imunologiji, onkologiji i endokrinologiji te drugim granama. Publiciraju u časopisima s visokom impaktom (kao J Endocrinol, Nature, Breast, J Immunol, Internat Immunol itd.). Također su napisali brojne stručne radove s patofiziološkom klinički relevantnom tematikom. Voditelji su brojnih kolegija poslijediplomskih i doktorskih granskih kolegija te voditelji desetak znanstvenih projekata. Na Katedri za patofiziologiju su izrađeni deseci doktorskih disertacija. Nepisano je pravilo da u svojem akademskom razvoju patofiziolozi prolaze sadržajno heterogenu međunarodnu edukaciju (doktorski i postdoktorski studiji) u prestižnim institutima i sveučilištima (primjerice, University of Boston, National Institutes of Health u Bethesda, Wisconsin University, Kings College London itd.).

Katedra u sklopu svojih akademskih aktivnosti održava tjedni seminar *Colloquia pathophysologica* o izabranoj znanstvenoj tematici. Kolokvij se temelji na analizi i ras-

pravi te koreliranju objavljenih podataka u primarnim i sekundarnim časopisnim publikacijama na zadanu temu.

Sadržajno i primjerenim volumenom kolokvij je usmjeren na obradu raznovrsne tematike, a sustavno je usmjeren prema identifikaciji, izgradnji i koreliranju znanstveno utemeljenih patofizioloških obrazaca i mehanizama bolesti i poremećaja (v. tablicu 1). Pri tome se koriste klinički radovi, sustavni pregledi (engl., *systemic reviews*), bazični eksperimentalni radovi, epidemiološke korelacije i drugo. Primjerice, u 736. kolokviu održanom 20. svibnja 2011. s temom „Etiopatogenetska uloga alfa-lipočne kiseline“ korišteno je pet nezavisnih izvora. Posebna se pozornost usmjerava prema sistematizaciji, kvantitizaciji, prepoznavanju nonlinearnosti patobiološkoga sustava te usporedbi relevantnih rezultata različitih istraživačkih skupina. Kolokvij standardno traje 2-4 sata, a voditelj je zadužen za moderiranje i poticanje rasprave. Ako se tijekom kolokvija susretne problem ili informacija koju niti jedan sudionik dostatno ne poznaje ili je nepoznanica koja dolazi iz drugih nesrodnih znanosti, problem se nastoji riješiti za vrijeme kolokvija elektroničkim *ad hoc* pretraživanjem podataka, s pomoću tražilica i drugih sustava informiranja (primjerice, pub-med, swis-prot bank itd.). Brzi slikovni i tekstualni podatci često uspješno komplementiraju i upotpunjuju raspravu.

Može se reći da je kolektivnim naporima naraštaja patofiziologa Patofiziologija na KBC-u i Medicinskom fakultetu u Zagrebu vrlo rano ostvarila integrativan program jedinstva stručnoga, znanstvenoga i nastavnoga rada, dakle upravo ono što je International Society for Pathophysiology (ISP) u svojem statutu istaknulo kao okosnicu djelovanja. ISP definira ovu granu medicine kao „*integrativnu biomedicinsku znanost koja se temeljem bazičnih i kliničkih istraživanja bavi mehanizmima odgovornim za pokretanje, razvoj i liječenje bolesti u ljudi*“⁴. Vertikalna, horizontalna i longitudinalna integracija patofizioloških procesa u postgenomskoj je eri zahtjev vremena te cilj i predmet kurikularnih i institucionalnih reformi u mnogim zemljama (slika 8).

U duhu preporuka i stavova ISP-a Sokolićev se model zagrebačke patofiziologije može smatrati ne samo pozitivnim primjerom, već da je u dobroj mjeri anticipirao i ustanovio pristup kojemu ISP tek teži (usporediti dokumente na stranici www.isp.org).

Ugrađeno jedinstvo znanstveno-istraživačkoga, stručnoga i nastavnoga rada, kao temeljni pristup u tom modelu, jamstvo je kvalitetnog i održivog pristupa u medicini, te je i pouzdan regulator količine edukacijskoga sadržaja⁵.

Tablica 1. Radni naslovi pojedinih kolokvija upućuju na raznovrsnost tematike *Colloquia pathophysologica* *

Dio kolokvija održanih u akademskoj godini 2005/6 #

- 525. Hiperkoagulabilnost krvi. Mucin. Trousseauov sindrom.
- 526. Kočenje angiogeneze u tumorima. Falkman 2004 /14 molekula. 110mm udaljenost
- 527. HMGB1 amfoterin. Nuklearni faktor i citokin, druga faza bifazičnog odgovora
- 528. Energija u sepsi. Etilpiruvat i melatonin. Učinci na kompleksima I-IV
- 529. Splenekomija vs sepsa. Prijenos apoptotičke=pogoršava, nekrotičke=>poboljšava
- 530. Kronično bubrežno zatajenje. Split-dijafragma, nefrin, albumin-overload=>1000 gena
- 531. Plućna hipertenzija. Remodeliranje. DCA vs piruvatna kinaza, energija. Endotelin.
- 532. Patogeneza porfirije. Mehanizam nasljeđivanja i toksičnosti

Dio kolokvija održanih u akademskoj godini 2008/9

- 628. AMPK, LKB- regulacija, Peutz-Jeghersov sindrom
- 629. Eozinofilni mikrobicidni peptidi
- 630. Hiperhidracija u srčanome zatajenju
- 631. Defenzini, antimikrobijski peptidi
- 632. Prolazak peptida kroz intaktnu membranu bez perforacije
- 633. DAG =učinak protiv metaboličkog sindroma, AMPK
- 634. Resolvini, lipoksini i protektini
- 635. Inflamasom = unutarstanični senzor upale

* U akademskoj se godini održi 37-43 kolokvija, a seminarska serija se kontinuirano održava zadnjih 19 godina.

Broj uz naslov označava redni broj kolokvija.

Sokolićev koncept kliničke patofiziologije danas je postao standard u Hrvatskoj s propisanim programom i razvrstavanjem⁶, a definicija struke i grane medicine je propisima normirana⁷. Pri osnivanju medicinskih fakulteta u Osijeku i u Splitu taj koncept i obrazac patofiziologije je planski ugrađen u strukturu i program fakulteta. Postupno su stasali patofiziolozi s odgovarajućim nastavnim, znanstvenim i stručnim kompetencijama, a klinički stručni dio rada je riješen na različite načine u pripadnim bolničkim odjelima.

Istovjetan model se razvija i zaživljava na Sveučilištu u Mostaru u zadnjih petnaestak godina, u kojem nastavnici i asistenti s više fakulteta izvode program prema zagrebačkome modelu.

Na Sveučilištu u Rijeci, od osnivanja Medicinskoga fakulteta pedesetih godina prošlog stoljeća, razvijen je drukčiji model i program u kojem je patofiziologija u bliskom odnosu s fiziologijom i spada u predkliničke struke. Patofiziolozi su istodobno fiziolozi, dijele zajedničku katedru, a dijelovi nastavnoga sadržaja patofiziologije se predaju u sklopu drugih predmeta (primjerice, imunologije, neurofiziologiji)⁸. Posljedično je stvoren umjetan jaz prema kliničkoj ulozi patofiziologije kao grane medicine. Time je smanjen utjecaj patofiziologa na šire biomedicinsko promišljanje i struku.

Štoviše, pojavljuju se slučajevi novačenja budućih patofiziologa iz primarno nemedicinarskih struka (primjerice, molekularni biolozi, biokemičari, itd) čime se dijelom pojačava postojeća dihotomija.

Četvrti je veliki korak razvoj nastavne metodologije. Devedesetih godina značajan je napor uložen u razvoj edukacijskoga

procesa, s ciljem pojednostavnjenja i povećanja učinkovitosti studiranja. Katedra za patofiziologiju razvila je i uvela u dnevnu uporabu koncept i praktični pristup algoritamskoga rješavanja problema. Razvijena je metoda problemskih matičnih seminara, koja se koristi kao standardni oblik nastave. Student pri tome, osim analize, pravi sintetski prikaz problema i time se potiče na integrativno proučavanje problema. Student u pojedinim zadatku kreće od kliničkoga problema, primjerice prikaza bolesti kod bolesnika (ekspozicija), s pomoću višeizbornih zadataka rješava i ponavlja znanja o etiopatogenetskim procesima (repetitorij), iz zadanih pojmova slaže uzročno-posljedični algoritam (dijagramska sinteza) te obrađuje sistematizacijske i kvantitativne odnose istoga problema (slika 8) U tom pristupu student, uz analitičko razlaganje problema, sintetizira i aktivno gradi predočbe etiopatogenetskih odnosa u razviku bolesti, a to potiče vertikalnu, horizontalnu i longitudinalnu integraciju znanja. Članovi Katedre su napisali pomoćni udžbenik u kojem se obrađuje klinički orijentirana patofiziologija (izdanja 2003., 2006. i 2011.). Knjiga je koncipirana kao komplementaran udžbenik koji se izravno naslanja i poziva na gradivo osnovnog udžbenika, čime se ostvaruje jedinstven didaktičko-edukacijski model.

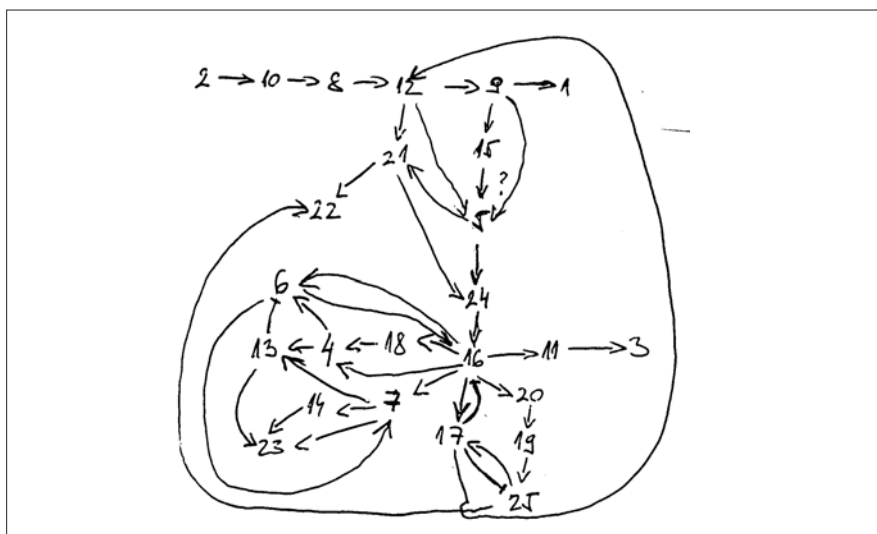
Opće tvrdnje, opisi etiopatogenetskih procesa, njihov teorijski okvir i praktična tumačenja obrađuju se kroz stvarne podatke, prikaze tijeka i ishoda bolesti. Studenti i novaci u području koriste kvalitativne i kvantitativne podatke, a memoriranje relevantnih činjenica proizlazi kao usputna pojava analitičkog i sintetičkog procesa studiranja.

Članovi Katedre i izvanjski suradnici uložili su velik napor da približe patofizološ-

ki način mišljenja izravno u dnevnu kliničku praksu, što je urodilo novom knjigom *Klinička patofiziologija - Etiopatogenetski čvorovi* (u tisku). Knjiga obuhvaća 91 etiopatogenetski čvor (engl. *etiopathogenetic cluster*), a svaki čvor predstavlja integrativno stjecište procesa u patogenezi. Svaki je čvor obrađen kroz deset ili više primjera stvarnih bolesti ili stanja, a čitač je navođen na aktivno rješavanje problema i sistematizaciju odnosa. Integrativna klinička patofiziologija ima posebnu vrijednost za razumijevanje etiopatogeneze osobito u vrijeme općeg trenda kompartmentalizacije u medicini, posljedično čemu se razvija sklonost zanemarivanju cjelovite slike za račun lokalnoga razmatranja.

LITERATURA

1. Z Kovač. 1.3. Razvoj patofiziologije na Sveučilištu u Zagrebu. U S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. Patofiziologija. Knjiga prva. Sedmo izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011, str 5-7.
2. V Dugački. Prof.dr.phil. et med. Miroslav Mikuličić, „enfant terrible“ Zagrebačkog medicinskog fakulteta. mef.hr 2009; 28 (12): 87-9.
3. D Tomić, Z Lacković. Iz povijesti Farmakološkog instituta Medicinskog fakulteta u Zagrebu 1919-1999. Medicus 1999; 8 245-54.
4. Zavod za patofiziologiju i znanstvena istraživanja. U: Klinički bolnički centar Zagreb, urednik Ž Reiner 2009. godine. Izdavač KBC Zagreb, str 372-3.
5. Statut International Society for Pathophysiology - mrežna stranica : www.isp.org
6. Z Kovač. Osvrt na programske, nastavne i sadržajne preporuke ISP-a. mef.hr 2010; 29 (2): 80-3
7. Katalog znanja i vještina za studij medicine. Sveučilišta u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku, 2008 godine, str. 139-47.
8. Prema Pravilniku o znanstvenim i umjetničkim područjima, poljima i granama. Nacionalnog vijeća za znanost (Narodne novine 78/80), patofiziologija je grana 3.02.22 u polju kliničkih medicinskih znanosti.
9. Katalog znanja i vještina za studij medicine. Sveučilišta u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku, 2008 godine, vidjeti str. 147.



Slika 8. Studentsko integrativno rješenje etio-patogenetskog algoritma. Svaki broj ima zadano značenje, a studenti grade uzročno-posljedičnu mrežu odnosa korištenjem svojih predznanja, udžbenika, mrežnih informacija itd.

Tuberkuloza u Hrvatskoj

U povodu 90 godina od osnutka prvog Antituberkuloznog dispanzera u Zagrebu (1921 - 2011)

Ivica Vučak

• Nakon Kochovog otkrića uzročnika tuberkuloze 1882. godine zavladao je medicinskim svijetom oduševljenje i optimizam. Vjerovalo se da se svijet nalazi na pragu rješenja velikog problema koji je stoljećima ugrožavao čovjeka i pokosio milijune ljudi, a kod preživjelih ostavljao stravične posljedice. Premda je uvođenje rendgena u medicinsku primjenu značilo bolje otkrivanje oboljelih, ni to nije značajnije smanjilo umiranje od tuberkuloze. Jer sušica nije samo zarazna bolest koja može zahvatiti sve organe i organske sustave u čovjekovu organizmu nego je uvijek bila i do danas ostala socijalna bolest na čije pojavljivanje, tijek, širenje, liječenje i suzbijanje uvelike utječu način života, stanovanja te uvjeti rada čovjeka. Po svojoj društvenoj, a to znači i gospodarskoj važnosti, tuberkuloza je i danas u 21. stoljeću globalni svjetski problem, možda čak veći nego ikada ranije usprkos svemu što smo naučili o njoj.

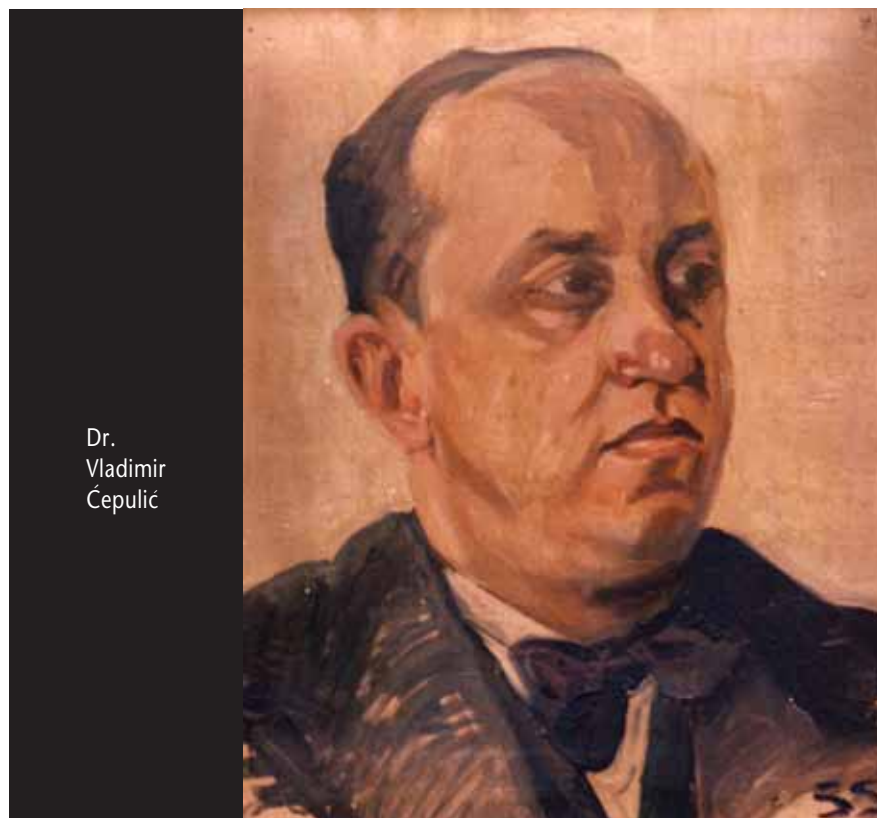
Sredinom 20. stoljeća, u vrijeme i nakon Drugog svjetskog rata, u valu otkrića antibiotika otkriveni su i oni koji učinkovito zaustavljaju rast i razvitak uzročnika tuberkuloze. Uvođenje u liječničku praksu streptomcina, izonijazida, paraaminosalicilne kiseline, rifampicina i etambutola omogućilo najprije pad smrtnosti, a postupno i smanjivanje broja oboljelih, ali ne i iskorjenjivanje tuberkuloze. No, značajan korak u borbi protiv tuberkuloze, i prije otkrića efikasnih lijekova, učinio je **Albert Calmette**, afirmirani borac protiv tuberkuloze u Francuskoj, organiziranjem prvoga antituberkuloznoga dispanzera 1900. godine. Novina u pristupu bila je spoznaja da nije dostatno liječiti one koji su došli zbog znakova bolesti. Aktivno traženje tuberkuloze među članovima obitelji bolesnika, njihovim bliskim prijateljima i susjedima, kod njihovih

kolega na radnome mjestu, značilo je mogućnost otkrivanja ranih oblika bolesti u kojima uzročnik nije još stigao uništiti organizam. Dispanzerski oblik rada omogućio je širenje informacija o važnosti pravilne prehrane, higijene, osobne i komunalne te općih mjera čuvanja zdravlja u zaštiti protiv zaraze i obolijevanja te sprečavanja širenja tuberkuloze.

Hrvatska koja je u 20. stoljeće ušla kao dio Austro-Ugarske monarhije, kasnila je i u borbi protiv tuberkuloze, a stradanja stanovništva tijekom Prvog svjetskog rata značila su dodatno opterećenje.

Poznato je da je od tuberkuloze u Zagrebu umrlo 1881. godine 68,4 na 10.000 stanovnika, a 1921. godine još uvijek 47,6. Od tuberkuloze je 1920. godine bolovalo 4% seoskog stanovništva Hrvatske, a 71,5% desetogodišnjaka u Zagrebu bilo je 1920. zaraženo uzročnikom tuberkuloze. Od ukupnog broja umrlih u Zagrebu tih godina svaki četvrti (20-25%) umro je od tuberkuloze. Zbog toga je vlada u Zagrebu uputila nekolicinu mladih liječnika u inozemstvo na dodatnu izobrazbu o borbi protiv tuberkuloze.

Nakon usavršavanja u Leysinu, Berlinu i Hamburgu vratio se krajem 1920. godine dr. **Vladimir Čepulić** (1891-1964) te preuzeo mjesto šefa Odjela za tuberkulozu u Zakladnoj bolnici koja se nalazila na Trgu bana Josipa Jelačića. Suočen svakodnevno s nedostatnim brojem postelja za tuberkulozne bolesnike uvjerio se da je i u tadašnjem Zagrebu tuberkuloza bolest, prvenstveno, siromašnih, nedostatno hranjenih i neprosvijedećenih slojeva gradskog stanovništva. Umirali su ljudi iz svih staleža i profesija, ali je tuberkuloza ipak bila prokletstvo onih koji su živjeli u prenapučenim podrumskim stanovima bez dostatno zraka i svjetla, stanovima, onih koji su zbog neimaštine ili neznanja živjeli bez higijenskih uvjeta i navika. Shvatio je da pomaka u borbi protiv tuberkuloze ne može biti bez koncentriranog i usmjerenog rada, kako nad tuberkuloznim bolesnicima tako i nad njihovim obiteljima.



Dr.
Vladimir
Čepulić



Vodila ga je misao o nedostatnosti broja i snaga medicinske profesije pred problemom tuberkuloze te o nužnosti uključivanja u protutuberkuloznu borbu učitelja i profesora, svećenika, novinara i političara.

Sveobuhvatne mjere prosvjećivanja i podizanja higijenskih standarda u tvornicama, školama i naseljima bile su mu važne koliko i liječnje oboljelih.

Na tim je temeljima, pod Čepuljevim vodstvom, počeo 20. srpnja 1921. rad prvog "Antituberkuloznog dispanzera" u Zagrebu opskrbljenog rendgen-aparatom te aparaturom za provođenje pneumotoraksa. Ustanova koju će narod upoznati pod kraticom ATD i familijarno nazivati „Atede", prvih je nekoliko godina bila smještena u Poliklinici Medicinske klinike u Draškovićevoj ulici (danas je tamo Klinika za traumatologiju). Zatim su ATD preseljavali na više privremenih lokacija, u nekoliko privatnih stambenih zgrada.

Od 1. prosinca 1932. bio je smješten u Rockefellerovoj ulici broj 3 na Zelenom brijegu. Godinu dana ranije tamo su, u prošireni i nadograđeni objekt nekadašnje Karantene gradske Kužne klinike, premješteni bolesnici Odjela za tuberkulozu stare Zakladne bolnice nakon njezina rušenja, a novi je objekt nazvan „Paviljon za tuberkulozu" te od 1933. „Bolnica za tuberkulozu", prva u Zagrebu (danas „Specijalna bolnica za plućne bolesti").

Time je uspostavljeno prostorno jedinstvo između Odjela za tuberkulozu i ATD-a koji su čitavo vrijeme bili povezani osobom dr. Čepuljica.

On je u međuvremenu postao ne samo prvi profesor za predmet „Tuberkuloza" na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, nego i ekspert Međunarodne unije za borbu protiv tuberkuloze. Formalno objedinjavanje oživotvoreno je u lipnju 1934. stvaranjem „Instituta za tuberkulozu". Otada je, do današnjeg doba, na lokaciji u Rockefellerovoj ulici broj 3 djelovala zagrebačka institucija posvećena borbi protiv tuberkuloze. Tijekom vremena

organizacijski je mijenjana u skladu s promjenom pobola od plućnih bolesti.

Velik je i uistinu pionirski rad koji je Čepuljić pokrenuo te uz pomoć mladih kolega **Bogdana Bogičevića**, **Špire Janovića**, **Stanka Iblera**, **Kornelije Ibler-Sertić**, **Vatroslava Sokolovića** i **Drage Ciganovića** provodio i organizirao u ATD-u i poslije u Institutu za tuberkulozu. Obilje podataka o tuberkulozi, njezinom liječenju i suzbijanju prikupljeno je u okviru redovnog rada u Bolnici za tuberkulozu i Dispanzeru, ali i provođenjem posebno planiranih masovnih depistažnih, trijažnih i studijskih akcija među učenicima, radnicima i stanovnicima pojedinih dijelova grada. Ti su podaci, sređeni i statistički obrađeni, bili temelj vrednovanja i zatim mijenjanja protutuberkulozne službe u cilju njezina poboljšanja.

Shvaćajući presudnu važnost angažmana cjelokupne javnosti u nastojanjima na suzbijanju „bijeke kuge", Čepuljić je 1928. u Zagrebu pokrenuo i niz godina predsjedao Društvom za suzbijanje tuberkuloze, u kojem su bili ne samo stručnjaci za tuberkulozu - fiziolozi, nego i liječnici drugih specijalnosti, ali i mnogi drugi ugledni građani koji su svojim društvenim položajem i statusom, ali i novcem, pridonosili uspjehu akcija Društva. U ATD-u su o tuberkulozi učili studenti medicine i mladi liječnici, koji su nastavljali raditi u drugim ATD-a čije je otvaranje slijedilo u Zagrebu, a također i u tzv. pomoćnim dispanzerima u Šestinama, Bistri i Kašini. Takva se aktivnost proširila i na druge dijelove Hrvatske pa su ATD-i otvarani Dubrovniku, Osijeku, Vinkovcima, Splitu, Bjelovaru, Brodu, Sušaku. Iz zagrebačkog Dispanzera stizali su im ne samo liječnici i sestre nego i materijal za rad. U organiziranju i provođenju propagandnih i prosvjetiteljskih programa ATD je surađivao s Higijenskim zavodom te od 1927. sa „Školom narodnog zdravlja" koju je osmislio i zagovarao dr. **Andrija Štampar**. Suradnja je ostvarena s brojnim potpornim organizacijama (npr. Udrugom žena „Hrvatsko



Lječilište Brestovac danas

srce") a posebice važna bila je suradnja s ustanovama Medicinskog fakulteta i Hrvatskim liječničkim zborom (Čepuljić je bio predsjednik Zbora 1935-1945.).

Jednakovrijedna bila je suradnja s fondovima za osiguranje raznih kategorija radništva. Čepuljić je bio uspješan u osiguranju pozornosti javnosti napisima u novinama, predavanjima te u ono doba najmodernijem i najutjecajnijem sredstvu masovnog priopćavanja kao što je bio radio. Propagandni filmovi o oblicima i mjerama zaštite te borbe protiv tuberkuloze prikazivani su u okviru redovito održanih godišnjih manifestacija „Dani borbe protiv tuberkuloze", ali i u druzim prigodama širom zemlje. Mnogi je hrvatski čovjek tada prvi put vidio koliko je po zdravlje štetno hračkanje po ulici.

Mjerama koje je u ATD-u osmislio te provodio Čepuljić opala je smrtnost od tuberkuloze u Zagrebu između 1919. i 1939. godine od 47,6 na 14,6 na 10.000 stanovnika. Rezultat je utoliko impozantniji znajući da je to bila predantituberkulotska era te da je u Dispanzeru radio 1921. samo Čepuljić, od 1922. do 1929. bila su tamo dvojica fiziologa, od 1933. radilo ih je petoro. Tek 1936. godine pridružio im se prvi rendgenolog **Silvije Kadrnka**.

Novi val otvaranja ATD-a po svim gradovima Hrvatske bio je najprimjereniji odgovor društva na rastući broj tuberkuloznih bolesnika u razdoblju nakon završetka Drugog svjetskog rata. Širom Hrvatske otvarane su nove bolnice za tuberkulozu, a u postojećima su povećani tuberkulozni odjeli. Od siječnja 1948. do lipnja 1950. u Zagrebu se broj bolničkih postelja namijenjen tuberkuloznima gotovo udvostručio (od 285 na 560), pa opet bilo je mjesta za manje od petine bolesnika s otvorenom tuberkulozom. Provedeno je obvezatno prijavljivanje tuberkuloznih bolesnika, a liječenje tuberkuloze postalo je obvezatno i besplatno.

Promjene u organizaciji zdravstva, uvjeta života, stanovanja i rada, provođenje masovnih fluorografskih akcija te cijepljenje BCG protiv tuberkuloze kao i pronalazak te široka primjena lijekova koji su omogućili uzročno liječenje tuberkuloze, učinili su da i u našoj sredini tuberkuloza prestane biti mora bolesnika, njihovih obitelji i liječnika.

Obilježavajući prva četiri desetljeća rada ATD-a u Hrvatskoj Čepuljić je ukazao na četverostruki pad smrtnosti od tuberkuloze. Nakon stotinjak tekstova o različitim aspektima borbe protiv tuberkuloze Čepuljić je u svojem zadnjem članku u „Liječničkom vjesniku" s ponosom istaknuo da u Zagrebu godine 1960. nije zabilježena smrt od tuberkuloze niti jedne osobe mlađe od 20 godina.

Smanjenje smrtnosti od tuberkuloze u Zagrebu (98,89%) dobiveno usporedbom stanja 1918. godine (58,6/10.000 stanovnika) i onoga 1986. godine (6,5/100.000) bilo je opravdanim razlogom optimizmu, čak nadi u iskorjenjivanje tuberkuloze u Hrvatskoj. Umjesto podatka o smrtnosti u epidemiološkom praćenju tuberkuloze bilo je dostatno pratiti prevalenciju (pobol) i incidenciju (broj novooboljelih) na 100.000 stanovnika. Godine 1974. usudio se dr. **Emil Ofner**, ftizeolog u Šibeniku, prognozirati stanje tuberkuloze u Hrvatskoj do kraja stoljeća. Očekivao je u godini 2000. novootkrivenih bolesnika s tuberkulozom 1045 među 5,5 milijuna stanovnika. Kao i u drugim državama, objektivno smanjivanje problema tuberkuloze, vodilo je u Hrvatskoj smanjivanju broja postelja, zatvaranju nekih sanatorija te prenamjeni odjela za tuberkulozu. O tuberkulozi se, i u medicinskim krugovima, sve manje razmišljalo, jer se uvriježilo pogrešno shvaćanje prema kojem je tuberkuloza bolest 19. i prve polovice 20. stoljeća. Svake bismo se godine sjetili te bolesti na „Svjetski dan borbe protiv tuberkuloze“ (24. ožujka) te u „Tjednu borbe protiv tuberkuloze“ (14. do 21. rujna).

Nažalost, opadanje tuberkuloze u Hrvatskoj potkraj stoljeća, premda i dalje kontinuirano, bilo je, suprotno očekivanju dr. Ofnera, usporeno. Čak je u godinama 1986. i 1987. incidencija tuberkuloze bila u porastu. Od 20.000 u godini 1955. snizio se broj novootkrivenih bolesnika s tuberkulozom u Hrvatskoj na 2158 u 1991. godini (incidencija 45/100.000), dok je u godini 1999. bilo 1770 novooboljelih od tuberkuloze među 4,3 milijuna stanovnika (incidencija 37/100.000).

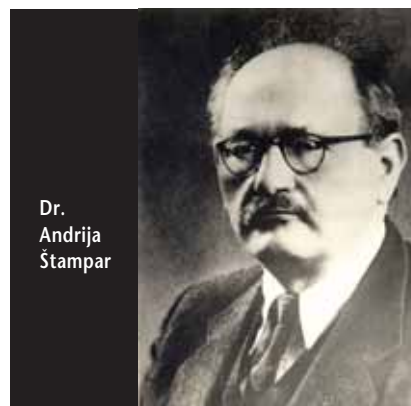
Nezadovoljavajuće stanje u pogledu tuberkuloze u Hrvatskoj, pogotovo u usporedbi sa stanjem u zemljama srednje i zapadne Europe, dodatno je opteretila agresija i rat protiv Hrvatske. Masivno razaranje zdravstvenih objekata, velik broj prognanika koji su, radi spašavanja života, morali napustiti svoje domove i malo su mogli mariti za svoje zdravlje, dodatno je narušilo zdravstvenu sliku Hrvatske, pa i u pogledu tuberkuloze. Više stotina tisuća izbjeglica iz Bosne i Hercegovine, Srbije i Kosova, tj. zemalja s visokom incidencijom i prevalencijom tuberkuloze, zbrinuto je tijekom pet ratnih godina u Hrvatskoj, a neki su morali ostati trajno te je i to povećavalo opterećenje tuberkulozom.

U 1993. incidencija tuberkuloze porasla je na 48/100.000 stanovnika, a među 2229 novootkrivenih tuberkuloznih bolesnika izbjeglice su činile 9%. Uzročnik izoliran u njih 13,2% bio je neosjetljiv na jedan od djelotvornih protutuberkuloznih lijekova, a u 3% bio je multirezistentan. U okupiranim pod-

ručjima Hrvatske nije se tijekom ratnih godina provodilo cijepljenje BCG, važna zaštitna mjera protiv najtežih oblika tuberkuloze pogotovo u djece. Ukidanje ATD-a u Hrvatskoj, mjera donesena zbog ocjene o njihovoj opseletnosti i zastarjelosti, te davanje temeljne uloge u protutuberkuloznom sustavu liječnicima primarne zaštite, kao ni smanjivanje broja postelja na plućnim odjelima, nije pomoglo učinkovitoj borbi protiv tuberkuloze.

Sve to čini borbu protiv tuberkuloze u poslijeratnom razdoblju u Hrvatskoj složenim pothvatom, premda imamo dobro ustrojenu mrežu mikrobioloških laboratorija za dokazivanje uzročnika te osiguranu dostupnost lijekova. U nedostatku Nacionalnog programa borbe protiv tuberkuloze dobrodošao je bio 1998. godine „Naputak o mjerama suzbijanja tuberkuloze u Hrvatskoj“ s ciljem snižavanja incidencije na 10/100.000 do 2010. godine. Mjere predložene u tom dokumentu pokazale su se nedostatnim za postizanje postavljenog cilja. Revizija „Naputka“ 2010. godine bila je prigoda za ponovno vrednovanje postignutih rezultata u borbi protiv tuberkuloze (incidencija 19/10.000 u Hrvatskoj te 39/100.000 u Sisačko-moslavačkoj županiji) te za traženje objašnjenja zaostajanja Hrvatske za Slovenijom (incidencija 9/100.000).

U sklop takve rasprave ulazi i ocjena opravdanosti obnove dispanzerskog pristupa u prevenciji širenja tuberkuloze, njezinom otkrivanju i liječenju, ako želimo dostići revidirani plan o padu incidencije tuberkuloze u Hrvatskoj (10/100.000 stanovnika) do 2015. godine (!). Zakonom uvedena zabrana pušenja u zatvorenim javnim prostorima svakako je dobra mjera i pomoći će u konačnom



Dr.
Andrija
Štampar

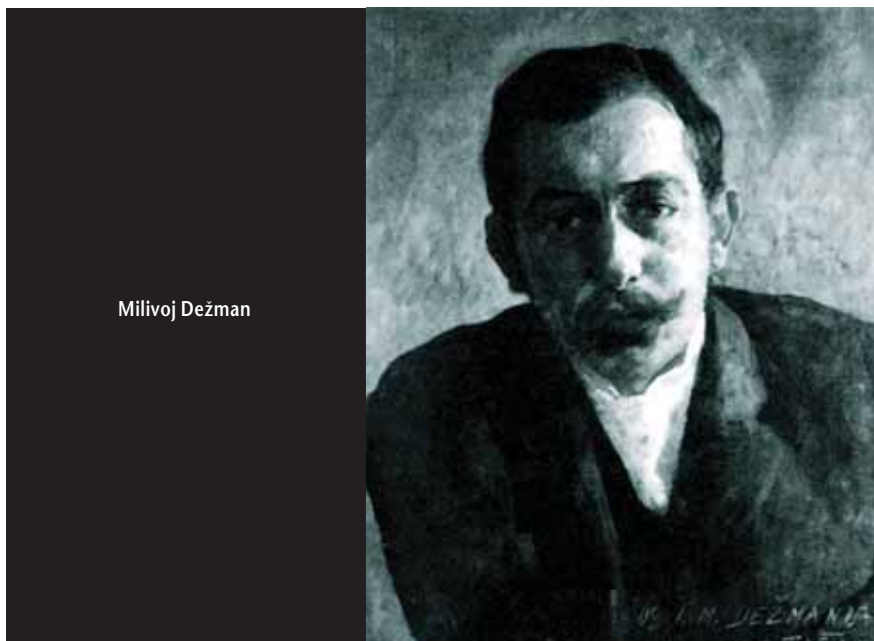
svladavanju tuberkuloze, premda će proteći dosta vremena dok nestanu štetne posljedice dosadašnjeg „uživanja“ pušenja po zdravlje pušača i drugih u njihovu okolišu.

Devedeset godina nakon otvaranja prvog ATD-a u Zagrebu vrijedi nam se danas podsjetiti na **Milivoja Dežmana**, zaslužnoga hrvatskoga književnika i novinara, ali i značajnog borca protiv tuberkuloze u prvoj polovici 20. stoljeća, prema kojem svladavanje tuberkuloze nije samo znanstveni problem, niti su za to dostatni naponi medicinske zajednice.

To je zadaća cjelokupnoga društva. I u 21. stoljeću naponi liječnika ostaju nedostatni, ako ne pobude javnost i ako ne uspiju pokrenuti zakonodavnu i izvršnu vlast na akciju, na stvaranje okvira uspješnije borbe protiv tuberkuloze.

Svatko bi se u Hrvatskoj morao upitati što činimo da ne dočekamo - kaskajući u pogledu tuberkuloze za ostalom Europom - i stotu obljetnicu otvaranja prvog ATD-a u Zagrebu, 20. srpnja 2021. godine.

♦♦♦♦



Milivoj Dežman

Gjuro (Giorgio) Baglivi - jedan od najznačajnijih hrvatskih liječnika i znanstvenika

Piše: znanstveni savjetnik Silvio Altarac

• Godinu dana nakon snažnog i razornog potresa (6. travnja 1667. u 8 sati ujutro), u Dubrovniku je rođen 8. rujna 1668. **Gjuro** (odn. **Giorgio**) **Baglivi**, kao sin armenskog trgovca Biagio de Giorgio Armeno.

Sa samo dvije godine ostao je siroče, nakon čega su se za njega i njegovog brata brinuli isusovci, tako da je osnovnu humanističku naobrazbu stekao u isusovačkom kolegiju. Kao 14-godišnjak seli u grad Lecce na jug Italije, gdje ga podučava i poslije posvaja liječnik Piero Angelo Baglivi, čije prezime nadalje preuzima. Studira medicinu u Napulju i Salernu.

Između 1688. i 1692. godine radio je u bolnicama u Padovi, Veneciji, Firenci i Bolonji, te u Nizozemskoj i Engleskoj. Postaje asistent slavnom Marcellu Malpighiju u razdoblju od 1691. do 1694. godine, najprije u Bolonji, a zatim i u Rimu.

Akademsku karijeru nastavlja 1696. kao profesor kirurgije i anatomije na Sveučilištu La Sapienzia u Rimu, da bi 1700. postao profesor teoretske medicine. Priznanje je njegove vrhunske liječničke prakse izbor za arhijatra dvojice papa, Inocenta XII i Klementa XI.

Baglivi se bavio se seciranjem životinja, istraživanjem mozga, primjenjivao teoriju liječenja vodom, istraživao pauka Tarantulu i izučavao ljekovito bilje i toksične supstance. Radio je sekciju ponajprije na žabama i psima, ali isto tako i na lavu, jelenu i zmiji.

Također je obavljao i humanu obdukciju. Mikroskopski je istraživao mišićna vlakna (razlikujući poprečno-prugasta od glatkih) i moždane ovojnice (prije svega duru mater). Razvio je teoriju da je tkivo anatomska i fiziološka cjelina sa svim patološkim elementima (patologija tkiva). Otkrio je značenje produljene moždine kao središta kontrole

vitalnih funkcija i utvrdio je da ozljeda jedne moždane hemisfere ima za posljedicu paralizu kontralateralne strane tijela. Smatrao je da liječnici olako postaju robovi hipoteza, teorija i sustava, zalažuci se za Hipokratove principe jednostavnoga kliničkog zapažanja.

Pokazivao je sklonost za matematiku i za „kvantifikaciju“ u medicini, stoga je fiziološke procese u ljudskom tijelu nastojao pojednostaviti mehaničkim nazivima poput dijelova stroja.

Svjetsku znanstvenu slavu stekao je djelima „*De praxi medica*“ i „*De fibra motrice et morbosa*“. Njegova djela pisana na latinskom jeziku doživjela su više od dvadeset izdanja i prevedena su na talijanski, francuski, njemački i engleski. Postao je član Talijanske akademije (Accademia dell'arcadia), Francuske akademije (Academie Francaise) i Engleske akademije (Royal Society).



Umire 17. lipnja 1707. u Rimu, u svojoj 39. godini života. Sahranjen je u samom središtu Rima, u Crkvi sv. Marcela.

Bagliviju u čast postavljene su njegove biste u Općoj bolnici u Dubrovniku i u predvorju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (rad kipara Josipa Marinovića), a 1995. godine HAZU postavlja dvojezičnu spomen-ploču u Crkvi sv. Marcela.

Baglivijeva objavljena djela

De praxi medica ad priscam observandi rationem ravocanda, (Rim, 1696., prijevod kao *The Practice of Physick*, London, 1704)

De fibra motrice, et morbosa, nec non de experimentis, ac morbis salivae, bilis et sanguinis, (Perugia, 1700)

Specimen quatuor librorum de fibra motrice et morbosa, (Rim, 1702)

Canones de medicina solidorum ad rectum statices usum, (Rim, 1704)

Opera omnia medico-practica et anatomica, (Lion, 1704; novo prošireno izdanje 1710.)

Pavao Sokolić

(1907-1977)

Osnivač suvremene patofiziologije na Zagrebačkome medicinskom fakultetu

Stjepan Gamulin

• Profesor **Pavao Sokolić** postavio je temeljne odrednice koncepcije suvremene nastave patofiziologije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Želio je zaokružiti profil liječnika-biologa koji duboko razumije nerazdvojive veze čovjeka s prirodom u filogenetskom, ekološkom i sociološkom smislu. Jedino liječnik koji poznaje opće biološke zakonitosti, po kojima se ravnaju procesi u zdravom i bolesnom organizmu, može racionalno pristupiti svom pozivu.

Uvodna predavanja profesora Sokolića bila su posvećena općim biološkim zakonitostima u njihovom patofiziološkom značenju. Desetak sam godina pažljivo slušao i bilježio ta predavanja. Svake su godine bila jednako zadivljujuća i uvijek nova sinteza opće biologije i patofiziologije s novim poveznicama, sukladno preplavi novih spoznaja koja su tih godina (otkrice dvostruke uvojnice DNA, genske šifre, biosinteze bjelančevina, regulacije genskog očitovanja) sve više prevodila biološkijske spoznaje iz fenomenoloških u kauzalne. Profesor Sokolić je natuknice za predavanja bilježio u svom notesu, a nama asistentima davao je natuknice i ispitna pitanja koje bi osobno napisao na pisačkoj mašini.

Iz tih natuknica i svojih bilježaka pokušat ću prikazati uvodna predavanja profesora Sokolića s njihovim odrazom na patofiziologiju (kurzivom su istaknute Sokolićeve originalne bilješke).

Principi ugrađeni u biološke sustave
Definicija organizma kojom počinje razlaganje općih bioloških zakonitosti oslanja se, kako nam je govorio, na opću teoriju sustava **L. von Bertalanffy**¹

U svom notesu profesor Sokolić bilježi:

Organizam čovjeka je otvoreni reaktivno-aktivni polivalentni biološki sistem. U

ovom sistemu postoje ugrađeni principi:

I. Osnovne osobine života tj.

1. individualitet, 2. reaktivnost, 3. autoregulacija, 4. metabolizam, 5. sposobnost prilagodavanja i 6. reprodukcija.

II. Progresivna transformacija materije i energije u vremenu i prostoru, t.j. 4-dimenzionalno, kroz i u sistemu.

III. Dinamičko pronosanje funkcionalne strukture, a ne samo pri reprodukciji.

IV. Ekspanzivna tendencija svega živoga.

V. Tip lančaste reakcije.

VI. Princip da samo funkcija spašava funkciju i podstiče i promiče strukturu koja promaknuta donosi kvalitet nove funkcije i tako opet...

VII. Život živoga na živome t.j. više diferencirani može živjeti samo na materijalu niže diferenciranih.

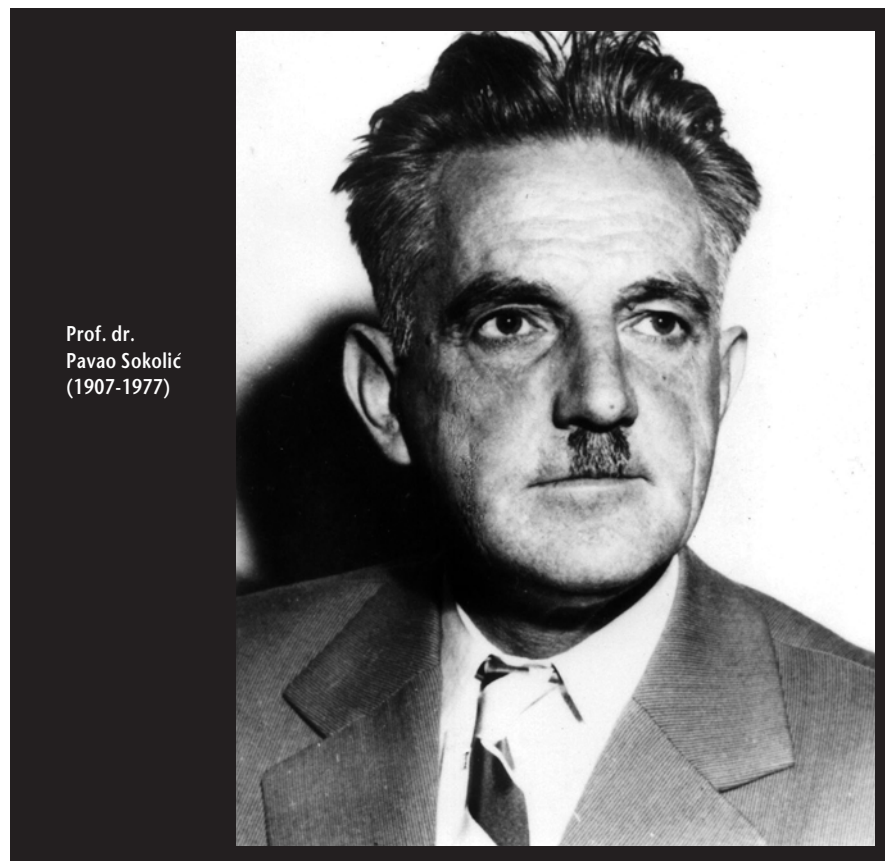
VIII. Princip genetskog kontinuiteta.,

IX. Princip cjelina vrijedi više od zbroja vrijednosti pojedinih sastavnih dijelova.

Razumijevanje termodinamičkih sustava (zatvorenih i otvorenih), iz kojega Sokolić izvodi svoju definiciju organizma, neophodno je za razumijevanje suštinskog značnije pojma zdravlja i bolesti u patofiziološkom smislu te suficijencije, insuficijencije, kompenzacije i dekompenzacije, temeljnih pojmova koji opisuju sposobnost i stanje organizma.

Otvoreni sustavi postižu dinamičku ravnotežu, stanje u kojem je uz stalnu njihovu izmjenu iznos komponenata sustava stalan. Izmjena materije i energije između sustava i okoliša je **progresivna**, što znači da vodi izgradnji kompleksnijih spojeva, makromolekula i strukturnih elemenata sustava, dakle povećanju organizacije, što termodinamički znači smanjenje entropije sustava.

Primjerice, pri biosintezi bjelančevine otopljene aminokiseline u citosolu



Prof. dr.
Pavao Sokolić
(1907-1977)

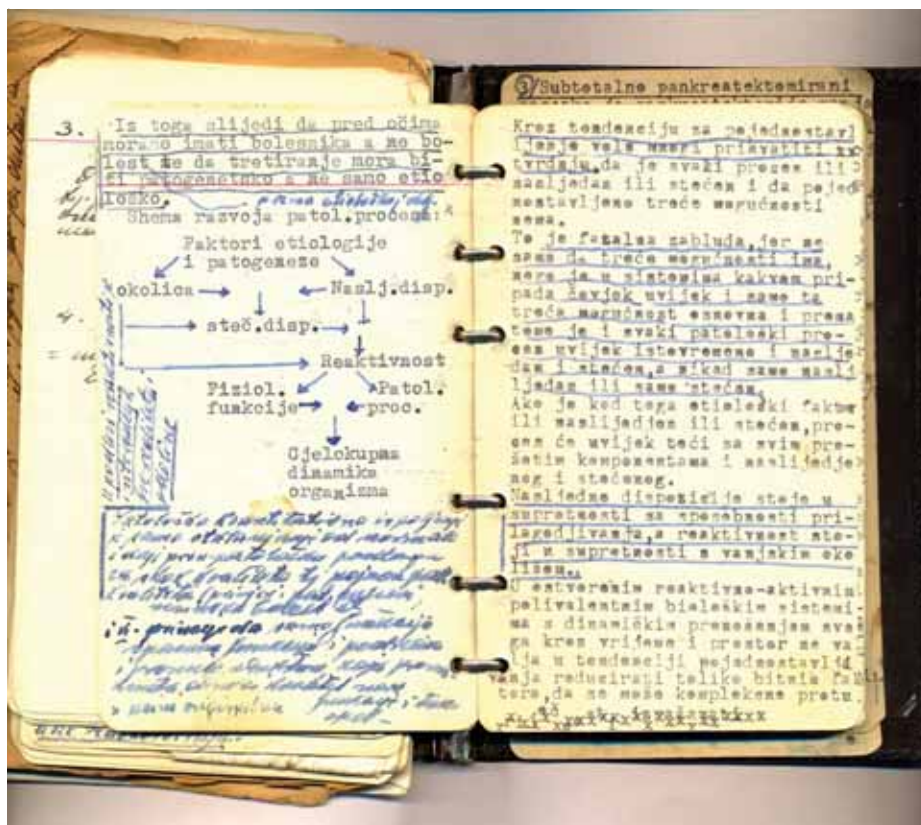
organiziraju se u jednoznačno određenu strukturu bjelančevine što uzrokuje smanjenje entropije. Zato i jeste biosinteza bjelančevina energijski vrlo zahtjevan proces, za koji se troši mnogo više energije nego što je energija peptidnih sveza.

Izmjena materije i energije "kroz sustav" znači materijalni i energijski promet uz obavljanje funkcije organizma. U biološkim sustavima izmjena materije i energije vrši se "i u sustavu", što znači održavanje ustroja funkcionalne strukture, ustroja koji obavlja funkciju. Primjerice srce troši materiju i energiju za funkciju tlakotvorne crpke, ali i za obnovu vlastitog ustroja. Dinamička ravnoteža biološkog sustava u određenom vremenu odnosi se ne samo na promet materije i energije kroz sustav nego i na dinamičku stalnost strukture sustava uz stalnu njenu promjenjivost. Stoga uz homeostazu funkcijskih parametara postoji i homeostaza strukture.

Funkcionalna struktura neprestano se razvija i obnavlja i mijenja, dinamički se pronosi kroz život, od začeca do smrti. Poluvrijeme života ljudskih bjelančevina vrlo je raznoliko, od manje od sata za neke enzime, do oko godinu dana za kolagen. Prosječno poluvrijeme života ljudskih bjelančevina iznosi 80 dana što slikovito znači da je u tom vremenu pola mase našeg tijela obnovljeno. Međutim to ne opažamo jer su razgradnja i izgradnja strukture u dinamičkom ravnotežnom odnosu.

Ekspanzivna tendencija svega živog očituje se najjednostavnije u množenju bakterija u infektu, množenju zloćudno preobraženih stanica, ali i u povećanja broja ljudi na zemlji kroz povijest. Kontrolirani odnos između domaćina i saprofita omogućava njihovo blagotvorno djelovanje, ali pri padu otpornosti domaćina ekspanzivni rast saprofita ugrožava zdravlje i život domaćina.

Procesi u otvorenim sustavima odvijaju se po tipu lančastih reakcija, odnosno po uzročno - posljedičnom slijedu, gdje je posljedica jednog uzroka, uzrok za slijedeću posljedicu. Princip uzročno - posljedičnog slijeda povezuje etiologiju i patogenezu u nerazdruživu cjelinu etiopatogeneze bolesti. U raščlambi etiopatogeneze bolesti slijedimo lančaste reakcije koje potakne djelovanje etiološkog čimbenika od temeljnih makromolekularnih poremećaja, preko subcelularnih i staničnih poremećaja i njihovih biokemijskih posljedica sve do organizmičnih disfunkcija i oštećenja koja se očituju kliničkim simptomima. Vertikalna raščlamba od makromolekulske do organizmičke razine organizacije organizma pokazuje kako se kompleksnost etiopatogeneze bolesti povećava na svakoj hijerarhijskoj stepenici organizacije organizma



Sokolićev notes, otvoren na bilješkama o reaktivnosti. Notes i ostale bilješke pohranjeni su u arhivi Zavoda za patofiziologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

sa sve većim brojem procesa koji remete sve veći broj različitih funkcija organizma.

Princip da samo funkcija spašava funkciju i podstiče i promiče strukturu koja promaknuta donosi kvalitetu nove funkcije i tako opet... jednostavno se može ilustrirati s atrofijom mišića nakon imobilizacije kostoloma i ponovnim vraćanjem mišićne mase i snage rehabilitacijom. Princip opisuje prilagođavanje funkcionalne strukture njenoj funkciji. Kada je ruski patofiziolog Meerson² 1965. godine objavio svoju teoriju o intenzitetu funkcije kao glavnoj odrednici genskog očitovanja koje izgrađuje funkcionalnu strukturu, Sokolić je njegovu teoriju unio u svoja tumačenja odnosa funkcije i strukture.

Život živoga na živome t.j. da više diferencirani organizam može živjeti samo na materijalu niže diferenciranih organizama ističe neodvojivu ekološku, posebice prehrambenu, zavisnost živih bića uključivo čovjeka. Čovjek je nedjeljivo vezan s okolišem i poremećaji te sveze dovode do manjka stvari neophodnih za život s odgovarajućim patofiziološkim posljedicama.

Tumačeći princip genetskog kontinuiteta Sokolić bi nastavio "svaka je jedinka živog bića, uključujući čovjeka, derivat preegzistentnih jedinka iste vrste. Ona je biološki kvant u bioreuzi"(rijeci života). Svaka jedinka ima svoju individualnost s nasljednim svojstvima

koja čine temeljnu sastavnicu njene osobne reaktivnosti.

Princip da cjelina vrijedi više od zbroja vrijednosti pojedinih sastavnih dijelova opisuje integraciju organizma od makromolekulske do organizmične razine. U razmatranju fizioloških, jednako kao i patofizioloških, procesa izolirano razmatranje pojedinih komponenta sustava daje pojednostavljenju sliku procesa, a pravu narav otkriva tek integracija svih sudionika procesa u smislu prostornog i vremenskog interreagiranja. U fiziološkim uvjetima procesi teku strukturno organizirani u pravilnom vremenskom slijedu.

Patofiziološko odstupanje od ovog načela pokazuje jednostavan primjer poremećaja strukture i funkcije ionskih kanala s posljedičnim aritmijama. Ovaj nas princip upućuje da organizam moramo sagledavati u cjelini, što je neobično važno u današnjem subspecialističkom usmjerenju, pri čemu se gubi cjelovitost bića kao biološke, duhovne i sociološke jedinice.

Danas, analiza sustava računalnim metodama otkriva kompleksnost koju logičkim razmatranjem ne možemo istodobno u cjelini obuhvatiti. Moramo biti svjesni da su naša razmatranja patogeneze tek sažeti odraz pravog zbivanja kojem najčešće nedostaje vremenska dimenzija, što je prosijavalo iz Sokolićevih razmišljanja.

šk. god. 1968/69.

Ispitna pitanja

Mr. dr. Gamulina

- 1/ Historija razvoja patološke fiziologije /pred., Z:42-47/.
- 2/ Sistemi u prirodi. Definicija suficijencije, insuficijencije, kompenzacije, dekompenzacije, te podvrsta istih /pred./.
- 3/ Osobine bioloških sistema i principi ugradjeni u te sisteme. Definicija zdravlja i bolesti G: p.1 i 2 pr./.
- 4/ Reaktivnost, reaktivni tipovi te biološki uvjeti za normoreaktivnost. Konstitucionalni tipovi te biološki odnos konstitucije i reaktivnosti. /Z:87-101, pred./.
- 5/ Regulatorni i kontrolni sistemi u biološkim strukturama. Relativitet bioloških reakcija /G: pogl.1, pred./.
- 6/ Odnos etiologije i patogenese. Podjela etioloških faktora. /Z:48-53, pred./.
- 7/ Razvoj patološkog procesa /Z:48-50, pred./.

Ispitna pitanja, prvih sedam od ukupno 119, primjerak za mr. dr. Gamulina (Sokolićev rukopis)

Zdravlje i bolest

U početnim predavanjima profesora Sokolića na razmatranja bioloških sustava slijedila je definicija zdravlja. Nakon poznate definicija Svjetske zdravstvene organizacije koja ne opisuje temeljna zbivanja u zdravlju i bolesti, te niza definicija koje s različitih stajališta definiraju zdravlje i bolesti (mogu se naći u II. poglavlju udžbenika Patofiziologije koji smo posvetili Sokoliću³) Sokolić bi naveo:

Zdravlje je fiziološko stanje u kojem je organizam:

- 1) u dobrom dinamičkom ekvilibriju svog sistema,
- 2) uz normalne metaboličke procese,
- 3) uz dobru regulaciju i koordinaciju funkcija,
- 4) u potpunom skladu sa svim silama svoje okoline,
- 5) sa fiziološkim funkcijama koje odgovaraju njegovom specijesu, rasi, njegovoj dobi i spolu. Svaki poremećaj integracije i koordinacije funkcija, a to znači zatajivanje prilagodavanja, dovodi do narušavanja sklada između reaktivnosti i utjecaja sila iz okoline tj do fiziološke disfunkcije: bolesnog stanja.

Reaktivnost

Predavanja profesora Sokolića bila su prvi doticaj studenata s pojmom reaktivnosti u opće-biološkom smislu.

U udžbeniku patofiziologije³ stoji: "reaktivnošću nazivamo funkcionalno-dinamičku sposobnost organizma da u određenom trenutku reagira na određeni podražaj". U reaktivnosti su integrirana nasljedna i stečena svojstva jedinice prilagođena stalnom interakcijom s čimbenicima okoliša. Sokolić, kao i Andrej Župančič⁴, osnivač patofiziol-

ogije u Ljubljani, reaktivnosti su pridavali središnje mjesto u razvoju patološkog procesa. Reaktivnost je osobnost, odražava proživljeno do određenog časa, pa ...

Iz toga slijedi da pred očima moramo imati bolesnika, a ne bolest prema etiološkoj dijagnozi te da tretiranje mora biti patogenetsko, a ne samo etiološko.

Pred pola stoljeća ove su misli bile teorijski pogled. Danas poznajemo mehanizme razvoja pojedinih čimbenika reaktivnosti, znamo kako se mijenja očitovanje brojnih gena čime se razvijaju stečena svojstva, stalno promjenjiva u prilagodavanju čimbenicima okoliša. Analiza genoma pojedinaca uvodi nas u personaliziranu medicinu koja pred očima ima bolesnika s njegovom osobnosti reagiranja. Međutim reaktivnost u cjelovitosti organizma je nezaobilazni koncept razmišljanja koji je zbog kompleksnosti u praksi teško dostižan. O tome Sokolić bilježi:

U otvorenim reaktivno-aktivnim polivalentnim biološkim sistemima s dinamičkim pronosjenjem svega kroz vrijeme i prostor ne valja u tendenciji pojednostavljenja reducirati toliko bitnih faktora da se mogu kompleksne proturječnosti izražavati s dobivenim aritmetičkim sredinama ili geometrijskim rezultatima dviju ili malog broja sila.

U svojim se predavanjima profesor Sokolić često navraćao na reaktivnost. Primjerice u definiciji hemodinamskoga šoka (ili u našem udžbeniku krvotocni urušaj):

Šok je stanje psiho-neuro-somatske dekompozicije organizma koje se nadovezuje na inzulit koji je neskladan s reaktivnošću organizma. U stanju šoka je uključeno poremećenje svih sistema i uvijek je uključen i kolaps koji je u šoku kardiovaskularni fragment šoka.

U definiciji se ističe riječ dekompozicija (ne dekompenzacija!) kojom Sokolić naglašava da se u šoku urušava regulacija i koordinacija svih funkcija organizma. I dalje nastavlja:

Pitanje šoka se uopće ne može ventilirati a da se ne prosudi (definira) reaktivnost šokiranog..... Reaktivnost, noksa i okolica su tri nedjeljiva faktora, koji daju u šoku podlogu aktivnog procesa ne u smislu voljnog aktivneta nego u smislu energetsko-dinamičkog aktivnog zbivanja.

Homeostaza, sinergistički antagonizam

Govoreći o regulaciji i koordinaciji funkcija i održavanju homeostaze, Sokolić je naglašavao da je homeostaza rezultat sinergističkog djelovanja antagonista. Takvim se suprotstavljenim djelovanjem učvršćuje homeostaza na fiziološkoj razini. Meni se zbog zaljubljenosti u jedrenje dopadao primjer iz Sokolićevih predavanja kako opute suprotstavljenim djelovanjem održavaju jarbol uspravnim i čvrstim. Ako jedna oputa pukne, jarbol puca (nažalost i osobni doživljaj).

Mnogo ozbiljniji primjer je održavanje homeostaze glukoze suprotstavljenim djelovanjem hiperglikemičkih i hipoglikemičkih čimbenika, što je Sokolić ilustrirao Soskinovom⁵ shemom.

Biopotencijali i biotonus

U nastavnom planu predmeta Opća patološka fiziologija, profesor Sokolić naveo je poglavlje "Biopotencijali i biotonus", oslanjajući se na teoriju Karla Mieschera⁶ da se bazalna energija troši za održavanje biopotencijala, vektorskih veličina neophodnih za održavanje bioloških funkcija. To su termički, presorički, osmotski, onkotski, električki, elastični, redo-oks, sfero-asimetrijski biopotencijali i biopotencijal enzimske aktivnosti. Njihova je rezultanta biotonus, sveukupni biološki potencijal. Razglabanje biopotencijala daleko prelazi okvire ovog teksta, tek za ilustraciju navodim jedan od presoričkih biopotencijala, arterijsko-vensku razliku tlaka koja omogućava tijek krvi. Među navedenim možda je nerazumljiv sfero-asimetrijski biopotencijal (optičke aktivnosti originalno po Miescheru), koji se odnosi na metaboličko održavanje pravilnog prostornog ustroja molekula (sinteza izomera, aktivno održavanje pogodnih konformacija). Sokolićevo predavanje o biopotencijalima i biotonusu s presjekom mnogobrojnih procesa koje pojedini biopotencijali održavaju te njihovih poremećaja odražavalo je njegovu izu-

zetnu erudiciju, temeljito poznavanje fizike, fizikalne kemije, opće fiziologije, biokemije, patofiziologije... Poremećaje biopotencijala povezivao je s odgovarajućim bolestima i dijagnostičkim metodama, iz čega je prosijavalo njegovo ogromno kliničko iskustvo. Mene je osobno to predavanje posebno oduševljavalo, i često sam o tome s Profesorom razgovarao, pa mi je i darovao otisak Miescherovog rada.

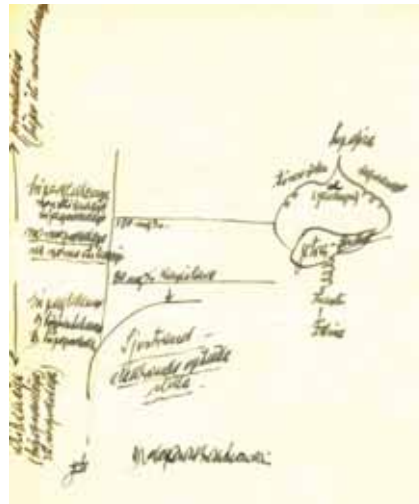
Vremenom je Miescherova teorija pala u zaborav. Kada sam 1977. godine naslijedio Profesora kao predstojnik Zavoda i pročelnik Katedre za patofiziologiju u revidirani nastavni program, koji sam bio dužan izraditi i koji se osnivao na Sokolićevoj koncepciji patofiziologije, nisam unio biopotencijale i biotonus jer mi se činilo da su prezahvatljivi za studente, a i za mene. Samo sam jednom za studente održao predavanje "Biopotencijali i biotonus" i to *in memoriam* Profesoru.

Današnji pogled na razmatranja Pavla Sokolića

Često se čulo zlonamjerno mišljenje da su predavanja profesora Sokolića filozofska. Bila su protuteža utilitarističkom naučavanju koje prevladava u studiju medicine.

Po Aristotelu "filozofija je ispitivanje o posljednjim osnovama (principima) stvari"⁷, teži univerzalnim spoznajama, punovrijednim na svim razinama konkretnog znanja. Pavao Sokolić je djelovao na prijelomu biomedicinskih koncepcija, na prijelazu celularne patologije u molekularnu patologiju i medicinu. Sve veće umnažanje znanja, detaljno poznavanje ustroja ljudskog genoma, regulacije genskog očitovanja, signalnih i metaboličkih putova ima snažan utjecaj na patofiziologiju i kliničku medicinu⁸. Ogroman broj novih spoznaja o pojedinačnim čimbenicima i procesima ujedinjuje se u cjeline, koji zajednički djeluju (genom, transkriptom, proteom, metabolom) unutar nadređenih sustava.

Primjena novih otkrića na molekularnoj razini u razjašnjenju etiopatogeneze, dijagnostike, prevencije i liječenju bolesti zahtijeva njihovu integraciju s postojećim znanjem i iskustvom. Čimbenici i sveze u našim patogenetskim algoritmima⁹ zapravo su samo predstavnici mnogostruko kompleksnijih funkcijskih mreža koje izgrađuju nekoliko redova veličina brojni čimbenici. U konačnici oni, modularno integrirani, čine "otvoreni reaktivno-aktivni polivalentni biološki sistem čovjeka". Današnji studenti patofiziologije izgradnjom algoritamskih rješenja temeljem zadanih elemenata potiču vlastito integrativno sagledavanje procesa kako ih je vi-



Sokolićev prikaz Soskinove sheme⁵ održavanja homeostaze glukoze. Hiperglikemijski (hipofiza, suprarenalka, tireoideja i glukagon) i hipoglikemijskim čimbenici (inzulin, tkiva) suprotstavljenim djelovanjem održavaju euglikemiju. Opruge naglašavaju homeostatske pomake.

zionarski zagovarao Sokolić. Uvježbavanjem algoritamskoga predočavanja uzročno-posljedičnih tokova, paralelnih putova, grananja i povratnih sprega, studenti stječu i razvijaju sklonost horizontalne, vertikalne i longitudinalne integracije znanja.

Uvodna predavanja Profesora su filozofija patofiziologije, sve što je govorio i danas je punovrijedno, s još većom težinom, potkrepljeno novim biomedicinskim spoznajama.

Studirajući naš udžbenik patofiziologije³ (koji je u 23 godine doživio sedam obnovljenih i proširivanih izdanja) na svakom koraku nalazimo poveznice i potvrde razmišljanjima Profesora. Vjerujem da iz udžbenika prosijava Sokolićeva koncepcija integrativne



Karikatura vjerno ocrtava lik Pavla Sokolića, ozbiljnog, prividno suzdržanog držanja, ostavljao je snažan dojam integralne ličnosti

patofiziologije koja je bila vodilja 1982. godine pri stvaranju i potom podržavanju udžbenika, sve do sadašnjeg sedmog izdanja; zato je udžbenik njemu posvećen. Prihvaćenost udžbenika i učestala obnovljena izdanja s ugradnjama novih spoznaja oko osnovnoga koncepta, svjedoče o dometu Sokolićevog razumijevanja, koji je svojom vizijom anticipirao većinu trendova u biomedicini nakon njegova vremena. Stoga se može reći da je Sokolićev posredni utjecaj na hrvatsku medicinu mnogi širi od okvirnoga dometa kolegija i grane medicine koju je osnovao i razvijao. Nije čudno da su se mnogi slušači predavanja profesora Sokolića, tijekom svojih profesionalnih karijera u raznim granama medicine, sa sentimentom, radošću i uvažavanjem pozivali na autoritet i način promišljanja Učitelja.

Životopis Pavla Sokolića

PAVAO SOKOLIĆ rođen je 1907. u Ogulinu. Na Medicinski fakultet u Zagrebu upisao se 1926. i diplomirao 1933. godine. Za vrijeme studija istodobno je pohađao predavanja iz biokemije na Filozofskom fakultetu, što pokazuje njegov interes za biokemiju, koju je izuzetno dobro poznao. Nakon specijalizacije interne medicine radio je kao asistent na Klinici za unutarnje bolesti, tada smještenoj u Draškovićevoj ulici u zgradi današnje Traumatološke bolnice. Docent postaje 1943. godine, i to za internističku propedeutiku, odakle postaje jasnije njegovo poznavanje internističke semiologije i fizikalne pretrage koju je provodio na jedinstven način. Primjeric, kada nije mogao zbog napetosti mišića trbušne stjenke palpirati abdomen, palpaciju bi izvodio na bolesniku u kadi s mlakom vodom.

Nakon rata 1945. godine upućen je na rad u Mornaričku bolnicu u Splitu, zapravo za kaznu zbog „suradnje s fašističkim režimom“, iako je mnoge spasio od logora ili novačenja za ratišta. Po kazivanju očevidca¹⁰, politički komesar bi na "časovima moralno-političke obuke" pištoljem gladio vrat Sokoliću i pitao ga: "Što ti imaš reći ustašo?" Nakon nekoliko mjeseci vratio se u Zagreb i radio na internističkom odjelu bolnice Sv. Duh (tadašnja Bolnica Dr. I. Kajfeša). Na Medicinski fakultet vratio se 1947. kao asistent u Zavodu za farmakologiju i to za potrebe patofiziologije (pri osnutku Fakulteta farmakologija i patofiziologija bile su ujedinjene u istom Zavodu). Nakon smrti profesora Vuka Vrhovca, predstojnika Zavoda za endokrinologiju na Rebru, 1952. godine Sokolić je preuzeo Zavod za endokrinologiju sa zadatkom da ga pretvori

u Zavod za opću patološku fiziologiju; predstojnikom Zavoda je ostao do smrti 1977. godine.

Prilikom pretvorbe Zavoda predložio je da se dotadašnje Savjetovalište za dijabetičare i endokrine bolesti u Draško-vičevoj ulici br. 19 (u sastavu Zavoda za endokrine bolesti) pretvori u samostalan "Vrhovčev dispanzer za dijabetičare i endokrine bolesti", čime je utemeljen Dispanzer, pa Centar, koji je potom prerastao u sadašnju Sveučilišnu kliniku za diabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma „Vuk Vrhovac“ (sada u sastavu KB-a Merkur).

Sokolić je 1971. izabran za redovitog profesora patološke fiziologije na Stomatološkom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, a na Medicinskom fakultetu trajno je ostao asistent. Bio je izuzetan kliničar, poznat po svojoj erudiciji, a nadasve po izvanrednom i impresivnom poznavanju fizikalne dijagnostike. Bio je jedan od utemeljitelja elektrokardiografije u nas. Malo je pisao. Njegovo poglavlje o elektrokardiografiji¹¹ u prvom izdanju Botterijevog udžbenika interne medicine uzor je didaktičkog teksta, koji je još uvijek aktualan. Pored toga valja spomenuti i rad "Eksperimentalna podloga alergiji"¹², temeljit i kritičan znanstveni pregled, koji lijepo prikazuje tadašnje poimanje alergije.

U Sokolićevim stavovima i razmišljanjima o patofiziologiji koji prosijavaju iz njegovih bilježaka, programa predmeta, govora zapisanog na Godišnjoj skupštini Medicinskog fakulteta 1960. godine i posebice iz predavanja studentima, ujedinjena su opća biološka načela s biomedicinskim spoznajama od molekulske do organizmičke razine, čineći tako cjelovitu koncepciju integrativne patofiziologije.

Sokolić je, na prvi pogled, davao dojam teško pristupačne osobe, a zapravo je bio jako topao, brižan prema bolesnicima i osoblju, duhovit i spreman za šaljive „nepodopštine“. U mladosti je svirao violinu i pjevao u zborovima. Vjerojatno mu je, uz znanje i dijagnostičku vještinu, njegov izoštren sluh omogućavao zadivljujući točne dijagnoze auskultacijom srca.

O Sokoliću su kružile brojne priče, anegdote, ogovaranja i različita mišljenja, o kojima ima podosta zapisa u zapisnicima sjednica Vijeća Fakulteta. Vjerojatno je tome pridonijela zavist na njegovoj popularnosti i sveopćem poštovanju.

Profesor Miroslav Mikuličić¹³ održavao je predavanja iz farmakologije čitajući projekcije u mraku. Jednom prekine predavanje i zatraži poslužitelja: „Upalite svjetlo, tko tamo hrče?“, a zatim: „Ugasite, to je Sokolić, on po noći svira, pustite ga da mirno spava!“

Sokolićevi bolesnici bili su od siromaha do crkvenih i državnih velikodostojnika, koji su često i ne posve slučajno ležali krevet do kreveta. Hematološki laboratorij Zavoda vodila je časna sestra Martinka, vrlo draga i nježna osoba. U laboratoriju je stalno bio križić i kipić sv. Ante. Kada bi visoki državni i partijski dužnosnici pitali Sokolića kako da se oduže nježnoj časnoj sestri, Sokolić bi rekao: "Samo svetim sličicama."

Sokolićeva bolesnica bila je i neka drugarica ministrice. On bi je dočekivao na vratima Zavoda, napravio bi kniks (lagani poklek uz naklon) uz rukoljub i pozdravio bi drugaricu: "Ljubim ruke, gospodo ministarka" (gospođa ministarka lik iz istoimene Nušičeve komedije).

Sokolić je volio izvrtati riječi (sedimentacija - sentimentacija, okulisti - okultisti, pedijatri - pišijatri), pa bi na vizitama pitao za bolesnikovu sentimentaciju. Jednoga je jutro na sastanku upozorio: „Od danas govorimo sedimentacija, jer su se u kavani svađali kako se kaže, a argument za sentimentaciju bio je jer Sokolić tako kaže“.

Profesor Sokolić bio je moj učitelj u punom smislu te riječi. Jedno od tri predavanja (patogeneza dijabetične ketoacidoze kao poremećaj Krebsovog ciklusa) koje nam je održao na trećoj godini studija (1955/56), kada je patofiziologija na Rebru bila u osnivanju, bilo je presudno. Moja dotadašnja želja da se bavim fiziologijom promijenila se u patofiziologiju. Poslije me je Sokolić uveo u molekularnu patofiziologiju, a njegovu koncepciju integrativne patofiziologije trajno sam slijedio u svom radu.

LITERATURA

- 1 Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) austrijski teorijski biolog, radio u Beču, te na različitim sveučilištima u Kanadi i SAD-u. Postavio je teoriju organizmičkih sustava, teoriju otvorenih sustava i opću teoriju sustava koja je primjenjiva na sve kompleksne sustave (biološke, psihološke, socijalne) i čini temelj današnje sustavne analize.
- 2 Meerson FZ. Intensity of function of structures of the differentiated cell as determinant of its genetic apparatus. Nature 1965;206:483-484. Meersonova

istraživanja objasnila su dinamiku hipertrofije srca na molekularnoj razini s izuzetnim slaganjem s kliničkim fazama koje je opisao Osler krajem 19. stoljeća (Katz AM. Cardiomyopathies of overload N Engl J Med 1990;322:100-110).

3 Gamulin S, Marušić M, Kovač Z. i sur. Patofiziologija, 7. izdanje Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

4 Župančić AO. Uvod u patološku fiziologiju čovjeka, opšta načela. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1952. Andrej O. Župančić (1916-2007) cijenjeni znanstvenik i osebujna ličnost. Sin je pjesnika Otona Župančića, sudjelovao u NOB, osnovao Institut za patofiziologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Ljubljani, čiji je bio predstojnik do 1973. Istraživao ustroj i aktivnost acetylholiesteraze čime je stekao svjetski ugled, 1965. bio je član Himalajske ekspedicije, 1970. proveo je tri tjedna među Yanomanima, Indijancima koji obitavaju u području gornjeg Orinoka i žive u kulturi kamenog doba, a potom je s njima proveo dvije godine (1975-1977) kada je snimio i TV-film o njima. Po povratku je želio snimati glasanje životinja u slovenskim šumama, ali, kako je govorio, "to je teško zbog zvučne polucije".

5 Soskin S, Levine R. Carbohydrate metabolism: correlation of physiological, biochemical and clinical aspects. University of Chicago Press, Chicago, 1946, str. 265

URL: <http://chla.library.cornell.edu/cgi/t/text/text-idx?c=chla;idno=3108385>

6 Miescher K. Zur Frage der Aletforschung. Experientia 1955;11:417-56.

7 Bazala A. Povjest filozofije, svezak prvi, Matica hrvatska, Zagreb, 1906.

8 Gamulin S. Impact of molecular medicine on pathophysiology, medical practice and medical education. Croat Med J 2003;44:374-85.

9 Kovač Z, Gamulin S. i sur. Patofiziologija, zadatci za problemske seminare, 3. izdanje, Medicinska naklada Zagreb, 2011.

10 Tomo Gamulin 1906-1991) marinski biolog, tadašnji direktor Instituta za oceanografiju i ribarstvo u Splitu, gdje je bila dijelom smještena Mornarička bolnica.

11 Botteri I. Unutarnje bolesti, I. dio, Zagreb 1940, str. 110-37.

12 Simpozij o alergiji, JAZU, Zagreb 1952, str 23-53.

13 Miroslav Mikuličić (1883-1955), 1918. osnovao Zavod za farmakologiju i eksperimentalnu patologiju (patološku fiziologiju). Započeo je predavanja iz patofiziologije u akademskoj godini 1919/20. O njemu vidi: V. Dugački, Prof. Dr. Phil et med. Miroslav Mikuličić "enfant terrible" Zagrebačkog medicinskog fakulteta. www.mef.hr.2009; 28(1-2)87-9.

•••••



„Ars medica, ars poetica“ hrvatskih psihijatara

Ili: među liječnicima književnicima ima i psihijatara

Vlado Jukić

• U Liječničkim novinama broj 100 od 20. lipnja 2011. objavljen je članak **Ane Batinić** pod naslovom „Ars medica, ars poetica“ (prerađeni dio predgovora njezine knjige „Liječnici pisci u hrvatskoj književnosti od Dimitrija Demetra do danas“). U njemu se spominje niz liječnika koji su se (uz svoj liječnički) rad bavili i nekom granom umjetnosti, u konkretnom slučaju književnošću.

Žao mi je da u navedenom članku, izuzimajući (neuro)psihijatre **Ljubomira Radovančevića** i **Antu Dugonjića** kao „autore brojnih umjetničkih prikaza, osvrta i kritika“, nisu spomenuti pisci psihijatri koji su svojim djelima dali značajan doprinos „književnosti liječnika“. A njih nije ni malo, niti je vrijednost onoga što su napisali mala! Zato, želeći ispraviti naneseu im „nepravdu“, i pišem ovaj osvrt.

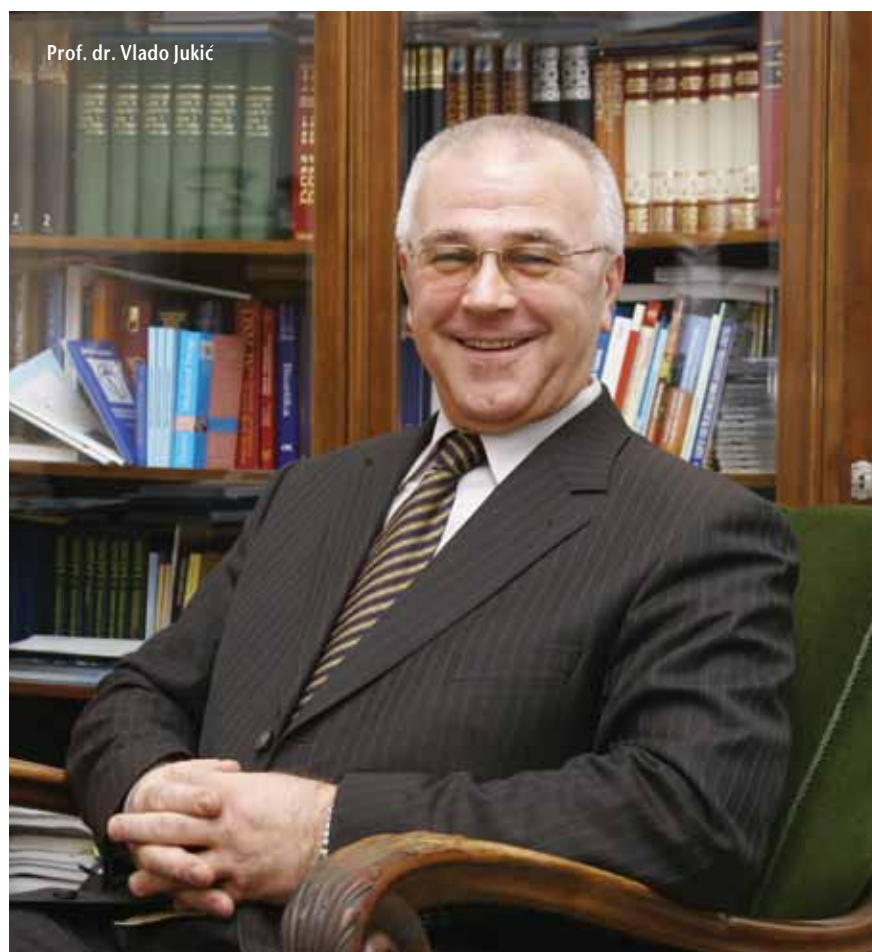
Ne pretendirajući da imam uvid u cjelokupnu publicistiku hrvatskih psihijatara, niti da su mi poznata imena svih onih koji su se ogledali na književnom planu, ovdje navodim imena onih (njih sedam) čije djela su mi poznata: **Stanislav Župić**, **Zvonimir Sušić**, **Bartul Matijaca**, **Srećko Marač**, **Dragan Pavelić**, **Duško Matas**, **Tihana Jendričko**, **Križo Katinić** i **Tereza Salajpal**.

Zvonimir Sušić i Stanislav Župić zajednički su napisali dramu pod naslovom „Vraćanje u život“, koja je 1936. dva puta izvedena na pozornici Psihijatrijske bolnice Vrapče. U drami su igrali autori i drugi namještenici bolnice „Vrapče“ te njezini pacijenti. Premijeri održanoj 16. veljače 1936. prisustvovao je i ban Savske banovine dr. Kostrenčić, a na reprizi je, kako su pisale novine, bilo oko 600 (!) gledatelja. Ovom dramom autori su željeli educirati pučanstvo iz područja mentalne higijene, odnosno „da upozna šire krugove s problemima duševnog zdravlja i

bolesti te odnosa zdravih ljudi prema duševnom bolesniku uopće“. Ova dva istaknuta psihijatra ostala su do kraja života vezana uz kulturu i umjetnost. Župić je osnivač muzeja Psihijatrijske bolnice Vrapče (godine 1935. uređuje muzej, 1962. prijavljuje bolničku muzejsku zbirku Hrvatskoj muzejskoj zbirci, 1963. otvara zbirku likovnog stvaralaštva bolesnika), a autor je i niza eseja, prikaza i kritika raznih

književnih djela. Posebno se intenzivno bavio stvaralaštvom Vladimira Nazora o čijem radu je objavio dvije knjige: „Nazorove pjesničke čežnje - dublji smisao Nazorove poezije“ i „Vladimir Nazor - čudesni jugoslavenski pjesnik i njegov pjesnički roman kroz dva svijeta“. Sušić je, uz to što je ostvario zavidnu karijeru sveučilišnog profesora, autor niza članaka i prijevoda s područja slikarstva.

Bartul Matijaca se na književnu kartu upisao pjesmama i kratkim pričama, no i njegovi stručno-znanstveni eseji, prikazi i članci skupljeni u knjizi „Stranputice i putokazi - Ogledi - medicina, psihijatrija, društvo“ mogu se čitati kao lijepa književnost!. Dva puta je (1997. i 1999.) dobio Večernjakovu nagradu za kratku priču. Objavio je dvije knjige. Knjiga „Trag zaveslaja“ (Nakladni zavod Matice hrvatske, Zagreb, 1990) sadrži 48 pjesničkih proza pisanih u razdoblju od dvadesetak godina (tri su od njih objavljene u Skupljenoj baštini hrvatskog pjesništva od 1940. do 1990. akademika Stjepe Miovića Kočana). Druga je „Crno more“ (AGM, Biblioteka Theca Croatica Zagreb, 2001.), zbirka od dvanaest kratkih priča, među kojima su i dvije („Graminea vulgaris“ i „Slučaj doktora Sankovića“) dobile prvu nagradu „Večernjeg lista“. Tri kraća Matijacina prozna teksta objavljena su



i u antologiji „Sto hrvatskih pisaca 92.“. Matijaca je, kao i prim. Župić, a većim dijelom i prof. Sušić, cijeli svoj radni vijek proveo u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče, a bio joj je i ravnateljem od 1990. do 1994. godine.

Dragan Pavelić (rođen u Sarajevu 1946., psihijatar, dr. sc., psihoterapeut i grupni analitičar, profesor na Akademiji scenskih umjetnosti u Sarajevu.) do sada je objavio šest proznih djela. Dvije knjige izvanrednih literarnih „zapisa“, kako ih on sam naziva, asocijacije su na uspomene iz Bosne, Sarajeva, rata i izbjeglištva, koji čitatelja nikako ne mogu ostaviti ravnodušnim. To su „Bosanski ljetopis 1992.-1993.“ (Alfa, Zagreb, 1994.) i „Između prije i poslije“ (Durieux, Zagreb, 1998.).

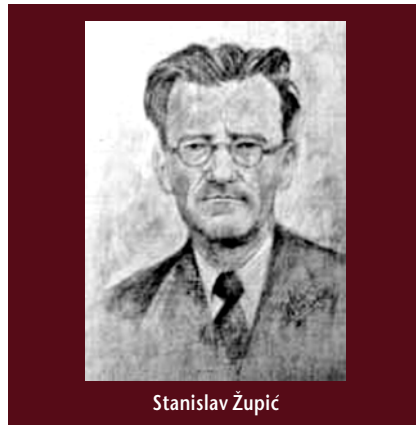
Knjiga „Priče iz Iludzina jastuka“ (Zoro, Zagreb - Sarajevo, 2008.) zbirka je kratkih priča koje dočaravaju običaje i vjerovanja u Bosni. I Pavelićeva do sada objavljena tri romana - „Sarajlije“ (Durieux, Zagreb, 2001.), „Le Chapelet de Visoko“ (Durieux, Zagreb, 2005.) i „Proljeće u Karolinentalu“ (VBZ, Zagreb, 2009.) - također su tematikom vezani uz Bosnu, koja je Pavelićeva neprevladana opsesija.

Srećko Marač, psihijatar i psihoterapeut, pisao je, prema nekim kazivanjima, znatno više, no izabrao je i objavio samo jednu zbirku (prema znalcima odličnih!) pjesama pod jednostavnim naslovom „Pjesme“ (Zagreb, 1973.).

Duško Matas je pisac haiku poezije. Objavio je tri zbirke pjesama koje su imale odjeka i na domaćoj i inozemnoj haiku sceni. To su „Vodene trave“ (Zagreb, 1991.), „Planinski vrh“ (Zagreb, 1998.) i „Ljubavna priča“ (Zagreb, 1999.). Druga i treća zbirka objavljene su na hrvatskom i engleskom jeziku.

Tereza Salajpal objavila je tri knjige proznih tekstova koji imaju popularno-psihijatrijski i pripovjedačko-literarni karakter („Druga strana sjećanja“, „Darovane spoznaje o umiranju“ i „Ranjeni životi - suočavanje s gubicima“, - sve tri je objavila Alinea, Zagreb, 2002., 2004. i 2008.). Uz to je napisala i sedam zbirki pjesama („Riječi...slike...čuvstva“, „Unutarnji krajolici“, „Trenuci, tragovi, traganja“, „Golski spomenar“, „Na drevnim stazama“, „Unutarnje putovanje“ i „Tragom srca“) koje su objavljene od 2004. do 2010. (četiri u nakladi ogranka Matice hrvatske Koprivnica i tri u nakladi STIH Zagreb).

Križo Katinić piše još od srednjo-školskih dana. Godine 2010.



Stanislav Župić

je u nakladi AGM, Zagreb, objavio knjigu proze „Čarolija mora“.

Rano preminuli Ivica Biočić također je pisao priče, od kojih je, koliko mi je poznato, jedna objavljena za vrijeme njegova života, a dvije nekoliko godina nakon smrti.

Tihana Jendričko najmlađa je u skupini psihijatar književnika koje ovdje predstavljamo. Do sada je objavila tri zbirke pjesama: „Kako stvari stoje“ (1995.), „Otpčaćeni naslovi“ (1996.; prva nagrada „Zdravko Pucak“) i „Grudanje oblacima“ (2001.).

U nizu knjiga poezije autora psihijatar kronološki je zadnja „Odjeci intime“ Damira De Zana (Medicinska naklada, Zagreb, 2011.).



Osim navedenih psihijatar književnika (!), značajan je broj psihijatar čiji tekstovi stručno-psihijatrijske i ine prirode tretiraju, ili barem dotiču, ono što ima naznake kulture ili neke grane umjetnosti (razni eseji, prikazi, predgovori i pogovori, biografije, prikazi, izvješća...). Takve tekstove susrećemo kod **Branka Pražića**, **Muradifa Kulenovića**, **Pavla Brajše**, **Stanislava Feldmana** („Ljubav na drugi pogled - Prošlost i sadašnjost specifično ljudskog osjećaja“), **Mije Milasa** (knjige o hajduku Andriji Šimiću i o Hasanaginici), **Darka Breitenfelda**, **Ljubomira Radovančevića** i drugih. Isto tako ovu dimenziju imaju neki „neknjiževni“ tekstovi spomenutih Župića, Sušića, Matijaca (i pored gore spomenutih tekstova sabranih u knjizi „Stranputice i putokazi“) i Križe Katinića (knjige „Mir u klijestima rata“ i „Živjeti za smrt, umrijeti za život“). Sličnu kvalifikaciju zaslužuje knjiga **Eduarda Klaina** „Psihoterapeut u Domovinskom ratu“ (Psychoterapist in the Croatian independence war, Medicinska naklada, Zagreb, 2004.). U ovom kontekstu posebno je važno spomenuti **Dražena Neimarevića** i njegovu knjigu „Umjetnici tamnog sjaja“ (Euroknjiga, Zagreb, 2005.), u kojoj on predstavlja niz umjetnika, u prvom redu slikara, koji su stvorili značajna umjetnička djela unatoč činjenici da su patili od raznih duševnih bolesti i poremećaja.

Dakle, iz svega navedenog proizlazi da se ni hrvatski psihijatri nemaju čega sramiti kada je riječ o „ars medici, ars poetici“, o pristupu psihijatar na kulturnoj, odnosno umjetničkoj ili, bolje rečeno, na književnoj sceni.



Tomislav Maretić - liječnik i sitnopjesnik

Ljubomir Radovančević

• Nakon haiku pionira u Hrvatskoj - **Tončija Petrasova Marovića**, **Dubravka Ivančana**, **Vladimira Devidéa** i **Zvonka Petrovića** - stasao je prvi naraštaj afirmiranih haiku pjesnika. Od liječnika tu su pulmolog **Boris Vrga**, psihijatar **Duško Matas**, otorinolaringolog **Dubravko Marijanović** i internist **Drago Štambuk**, a među njima je istaknuti haikuist **Tomislav Maretić**.

„*Leptir nad pučinom*“ treća je zbirka ovoga preko 30 puta nagrađivanog i pohvaljivanog pjesnika u zemlji i inozemstvu na međunarodnim natjecanjima. Nazočan je u više haiku almanaha i zbornika, npr. u japanskim, američkim, francuskim, belgijskim, rumunjskim, švedskim i hrvatskim, te jednom almanahu tanka i časopisu specijaliziranom za renku ili renga (tzv. „slapovni pjesmotok“, to jest tradicionalno japansko lančano pjesništvo) pod naslovom *Journal of Renga&Renku* izašlom po prvi puta 2010. u Južnoj Africi i Irskoj (izdavači Moira Richards, Norman Darlington). Autorovi haiku predstavljeni su i u mnoštvu domaćih i stranih časopisa - na hrvatskom, slovenskom, engleskom, francuskom, ruskom, flamanskom, mađarskom, grčkom, poljskom, rumunjskom, japanskom, hindi jeziku i esperantu.

Po svom pjesničkom izričaju Maretić se drži klasike i po formi i po sadržaju ove



Predstavljanje nove zbirke Tomislava Maretića

autohtone japanske kratke poezije, koja se vrtoglavo širi i po Zapadu, a Hrvatska u tome proporcionalno prednjači.

Sva najkvalitetnija obilježja ovog pjesništva zastupljena su u ovdje izdanim haiku pjesmama (544), kao i na kraju zbirke

društvenih tema, Maretić spominje one hrvatske, posebno vezano uz Uskrs, Božić, folklor i neke hrvatske političke obljetnice.

Nova zbirka se sastoji od osam naslova. Prva četiri - *Lahor s leptirovih krila*, *Suncobran na pržini*, *Platno u polju*, *Smrznute stope* - u stvari su susljedno metafore četiri godišnja doba. Potom slijede *Prskalice*, *haiku s temama Božića i Nove godine*. *Čuvaj se psal* - tematski je niz haiku vezanih za pse, koje autor očigledno kao ljubitelj životinja posebnije simpatizira. Pod naslovom *Mraz na krizantemi* nalazi se 23 haiku vezanih za Domovinski rat, od kojih su neki bili tiskani u stranim časopisima, kao i u zbirci francuskog haikuista **Patricka Blanchea** pod naslovom *Nouvelles Visions de Guerre; 55 haikus de poètes croates (1993.)*. Ovu zbirku ratnih haiku Patrick Blanche je skupio za rata u Hrvatskoj od hrvatskih haiku pjesnika, a po uzoru na djelo *Cent visions de guerre* koju je godine 1916. napisao poznati francuski haikuist **Julien Vocance**. Osmi naslov je već spomenuta renga.

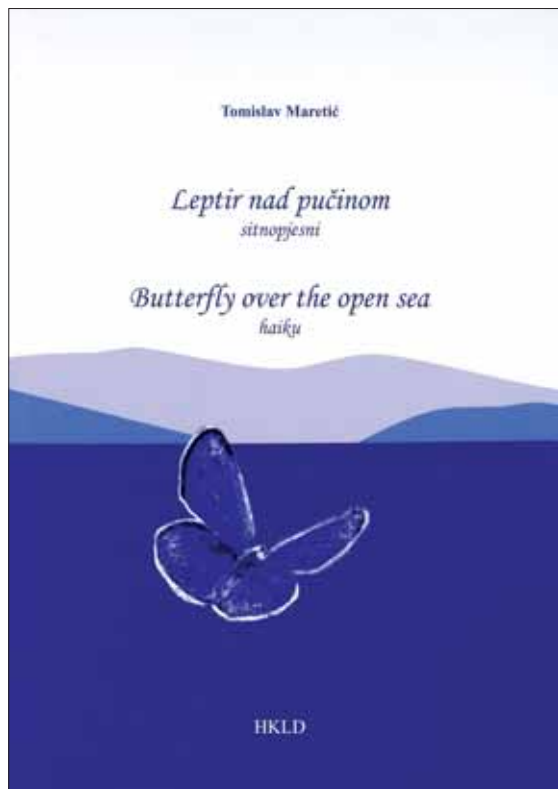
U zbirci je prilično pomno poštovano kigo načelo, koje se u većini slučajeva



Rođen je 1951. u Zagrebu. Njegovu smo biografiju donijeli u broju 56 iz 2007. godine (str. 72), u broju uz pjesmu „Osluškujući u crnim noćima bijele kute“, pa ćemo ovdje ponoviti samo osnovne podatke. Klasičnu gimnazija, medicinski fakultet i specijalizacija iz infektologije u Zagrebu. Radi kao infektolog u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu. Uže područje djelovanja: HIV bolest i Lyme-boreliozu. Većina njegovih haiku pjesama tiskana je u periodici, hrvatskoj i inozemnoj, a pjesme su mu zastupljene u nekoliko stranih i domaćih antologija te je više puta nagrađivan, pretežito u inozemstvu (Japan, SAD, Kanada,

Velika Britanija i drugdje) za pojedina haiku ostvarenja. Član je Literarnog kluba „HLZ-a“. Ponovno o njemu pišemo povodom nedavno tiskane dvojezične hrvatsko-engleske haiku zbirke *Leptir nad pučinom/Butterfly over the open sea* (Hrvatsko katoličko društvo, Zagreb, 2011.).

Urednik



može primijeniti i u Hrvatskoj kao i u Japanu. Mjesec je npr. znak jeseni, ali „zamagljen mjesec“ kigo je (oznaka) za proljeće, slak i vretence oznaka su ljeta, a hladolež i vilin konjic, kao neposredni srodnici, oznaka su jeseni. Dakako, radi se o konvencijama, premda naslonjenim na prirodopisnu i društvenu stvarnost, koje su u svijetu haiku i haikai, tj. renga, dobro poznate i prihvaćene. Na taj se način „unutarnji prostor“ sitnopjesni proširuje, i u fizičkom smislu, kao i znatno bitnije u smislenom sadržaju, referentnošću i raznovrsnim misaonim linkovima.

Drugi je haiku princip hic et nunc zbivanja, čega se Maretić skoro striktno pridržava. Među osam najnovije nagrađenih haikuista iz cijeloga svijeta jest i ovaj autor, na anonimnom japanskom natječaju, ustanovljenom pod imenom „Vladimir Devidé“ na prijedlog bivšeg veleposlanika u Japanu (sada u Brazilu), dr. Drage Štambuka, najafirmiranijeg pjesnika - liječnika, koji objavljuje i haiku (o njemu smo pisali u broju 96, str. 72-74).

Blago duhovit haiku zove se senryu, a takvih ima i Maretić, npr: proljetni pljusak/u crkvu se sklonili/čak i komunisti. Višestruko talentiran, uz medicinu posvetio se pjesništvu, no ne zaboravlja niti na glazbu iz mladosti (kao što se moglo iščitati i u ranijoj zbirci Naplavine). Na predstavljanju nove zbirke 7. lipnja u dvorani Margarita Peraica HKLD-a, izveo je glazbeni performans **Mate Matišić** u stilu Djanga Reinhardta, a uz

gitarističku pratnju samog autora. **Rene Medvešek**, pak, nadahnuto je čitao haiku, praćen gitarističkim improvizacijama.

Tri desetljeća književnog rada okrunio je ovaj poslovično samozatajni pjesnik s tri samostalne zbirke: ovom, zatim „Čamac u šašu“ (1990., urednik Milijan Despotović, Požega; 30 haiku, bibliofilsko izdanje) i „Naplavine“ (2002., naklada Felsina&T.Maretić, urednik Tvrtko Klarić). Zajedničke su zbirke: „Renge“ (Vladimir Devidé, Tomislav Maretić, Zvonko Petrović; naklada „Sipar“, Zagreb, 1995.), „Vukovarsko zvono“ (nakladnik Grafos, izabrao Zijad Duraković, 1996.), „Lijet sarmatskog orla“ (ibidem; 1999.), „Sat bez vremena“ (ibidem; 2000.), „Sedam putova/Seven Ways“ (S. Bilankov, T. Maretić D. Matas, B. Nazansky, D. Plažanin, R. Stopar, M. Žegarac Peharnik).

Autor je i u sitnopjesnima (Maretićev izraz!) ove zbirke dokazao Devidéov postulat da je „kreiranje doživljaja u haiku ispred doživljaja kreacije“, kao i alineju: „haiku je poljubac pjesme života“. U riječi pjesme Maretić je utkao doživljaj srca, zamjedbu svoga oka, biglisanje slavuja što ga je čuo jedne noći. Hipersenzibilan i otvoren, heuristički raspoloženo, kako i pravi haidžin uvijek mora biti. S druge strane koncizan, asketski lapidaran izraz, ni s čim suvišnim (μηδέν άγαν - μέδέν άgan!), po kakvoći izvrstan, a direktna je refleksija autorova intrinzičnog bića.

Primordijarni estetski dojam, natuknuće umjesto opisa, kroki mjesto slike, to su „tehničke“ premise Maretićeva načina stvaranja haiku. Tako se čitatelj automatski involvira u ovu igru ljepote.

♦♦♦♦

• **odjednom tunel! - na časak nestaje proljetni pejzaž**

• **trešnje u cvatu - šetnja na mjesecini produžuje se**

• **ljetna opera - zbog glavne arije stane lepeza**

• **otvoren prozor - ispod plahte slušamo šum ljetne kiše**

• **jesenska sjeta - gitara u kutu sobe čeka prijatelje**

• **ugasiv svijeću na terasi ljetnikovca - zvjezdano nebo**

• **noć na tržnici - vjetar raznosi snijeg s praznih tezga**

• **dijete stresa prvi snijeg s ljuljačke - tiho je jutro**

tmaretic8@gmail.com



Mali liječnički putopis

Nada Jačmenica, Krapinske Toplice

• Moram priznati da sam po završetku studija nakratko bila u dvojbi gdje osmišljati svoje radno mjesto. Za osobu one životne dobi, mogućnosti, znatizelje te potrebe za lutanjem i novim, svakako je Zagreb, uz još neke destinacije, bio itekakav izazov. Ali, bez velikog samoiznenađenja, pobijedila je zelenobrežuljkasta intonacija zavičaja, iskoristivši kao mamac fosilne otiske ljupkog djetinjstva, roditeljsku blizinu i toplinu odrastanja, bezuvjetnu sigurnost utočišta i spokoj odluke da dobivene životne sokove i ljubav treba vratiti korijenima.

Neki su moji kolege i prijatelji tada dobronamjerno komentirali: «Nećeš valjda ostati u Zagorju?» što se tijekom godina pretopilo u rečenicu: «Znaš, ipak si ti napravila

najbolje!» I slažem se s njima. Moja se odluka ugnijezdila u ljupko mjestasce na dnu kotline obgrljene mekanim naborima zelenih valova šuma. Na vrelima blagotvornog termalnog Božjeg dara, ovdje su oduševljenje prostirale već rimske legije, vidajući svoje rane i tražeći okrepu. Danas su to Krapinske Toplice, s mojom Specijalnom bolnicom za medicinsku rehabilitaciju po mjeri čovjeka i duši vremena.

Moja Bolnica i ja, susjedi smo. Dijeli nas samo prekrasna kriška pejzaža, koja, poput svećane torte, tijekom godine, mijenja svoje preljeve i slasne ukrase, uvijek jednako ukusna i željena. Taj «falačec zagorskoga puta» koji svakodnevno moram prijeći, malo vrluda, penje se i spušta. Uživajući u vožnji automobilom, ostavim ga za sobom za desetak

minuta. Svladavajući ga već tridesetak godina, utkao se u moje misli i postojanje, ali me ipak uspije iznenaditi i razveseliti svakoga jutra.

U proljeće me na put ispraća rascvjetala trešnja koja se ženstveno šepuri na sočnom travnjaku moje okućnice.

Mladenka trešnja presvukla haljinu nakon cvjetanja.

U mom vrtu vjetar satkao sag od latica.

Mahnu mi cvjetni slapovi s balkona i započinje moj put. Nakon malo krivudanja u ravnici, između ljupkih kućica pastelnih boja i veselih prozora, on se počinje uspinjati predjelom koji ga pretvara u šumski tunel nadsvođen sljubljenim krošnjama. Prolazeći kroza nj svakodnevno kao Alisa ulazim u nova iznenađenja. Dogodi se da, za mirna vremena, bez vjetra smetlara, naidem na netaknute bijeloružičaste sagove latica i gotovo zastanem od



Josip Rubes: Zagorski pejzaž I.



Josip Rubes: Zagorski pejzaz II.

divljenja u bojazni da ne oskvrnavim ljepotu slike i trenutka. Prolazim tiho i svečano, sretna u tom proljeću koje me zasulo veličanstvenim darom, tužna što taj ushit ne mogu trenom podijeliti sa svojom kćeri kojoj želim vječno proljeće u duši i nestrpljiva da kolegama slikarski dočaram nijanse tih osjećaja i boja.

Toplo se ljeto potihom ušuljalo u moje misli.

Svitanje.
Rumeni obrazi neba.
Ljeto.

Ljetnih me dana ispraćaju slasno-crveni plodovi moje trešnje, mameći me da ostanem. Osvježavajući zidovi šumskih zelenih prolaza postaju još sočniji i gušći. Rane sunčeve zrake koje me slijede izlomljene kroz granje, ostavljaju mi poruke simbolima šara na cesti. Ovo je vrijeme čestih suputnika koji me nadlijeću dok prolazim, pretrčavaju cestu svojim kitnjastim repićima ili kukuriječu sigurni u zaklonima svojih dvorišta. Ovo je i vrijeme brzih vitkih nožica profinjene nježnosti mladih srna pred kojima padam ničice u duši i postajem bolji čovjek u svom osobitom danu kada ih sretnem. U ovim me ljetnim putevima često prate i raskošne palete raznorodnih cvjetnih lica koje udišem te zaustavljam u svojim cvjetnim kompozicijama produženih mirisa i obrisa.

Vrijeme me pronosi mijenama i skraćuje dan.

Odmaklo ljeto.
Prve magle liježu ispod oblaka.

Zlatnim bojama živi jesenje lišće pred umiranje.

Pred mojim vratima jesenji je ležaj od trešnjina lišća.

Zrak ispreda niti babljeg ljeta koje me pokušavaju usporiti na putu. Neprimjetno liježu prve magle na krajobrazu. Sunce prigrušuje sjaj i mijenja boje topeći ih u zlatne tonove plemenite bremenitosti. Pod kotačima slojevita mekoća šuštanja, a u zraku više neba kroz granje koje se razodijeva.

Kao da živi svod dopušta nebu leći na meke žutocrvenozlatne pokrove koji ponegdje hodaju nabodeni na ježeve koje s ljubavlju propuštam, želeći im sretan put. Ovo su dani mojih iskušenja pred bogatim lozama sočnih zalogaja i rumenim licima jedrih jabuka uz cestu.

Bijela noć.
Tiho padaju zvijezde na snježni sag.

Lisnati plašt.
Šuma utoplila promrzlog zeca.

Začudujuća rapsodija pozlaćenih tonova stižava se, jutro postaju tamnija, a

zečevi boje jeseni koje susrećem, zabrinutih su skokova u spremanju za hladnoću. Dah u zraku i pred svjetlima automobila u jutrima najavljuje zimu. Ponekad me ispraćaju na put prve pahulje vješajući se na ogoljele grane trešnje dok razmišljam hoće li izdržati do pogleda moje kćeri. Put mi postaje usporeniji, a zima iščipkava nebo oblačeći injem svaku grančicu mojih prolaza. Nadsvođena tako savršenom geometrijskom logikom bjeline koja ponovno potvrđuje Božje postojanje, ulazim u ledene dvorce zagorske Snježne kraljice. Nerijetko prva u netaknutim nanosima, prolazim uporno i hrabro. Kao da mi divljenja mojsijevski utiru puteve koji ponekad u snježnom kovitlanju dolaze niotkud i ne vode nikamo. A onda me mali tragovi u bjelini podsjetu na nježne njuškice i krzna mladunaca, kojima treba novih kukuruznih zalogaja i komušina za uzglavlja da osjete blagoslov prvog Badnjaka.

Nastavljam put s tihim stapanjima radosti i tuge, utopljena u zimi i oplemenjena ljepotom i spoznajama. Putujem sretna što postojim, što sam nadomak svojoj Bolnici gdje ću moći vidati boli i dati nadu, zaraditi za tople čizme svojoj kćeri i što me tamo čekaju prijateljska lica dugogodišnjih kolega koji će s veseljem utonuti u riječi bajkovitih slika moga puta k njima.

Važnost komunikacije

• Poštovani uredniče!

Čitajući Vaš članak „Koji je najbolji liječnik u Hrvatskoj?“ (LN broj 100, str. 60) ostao sam zatečen nekim stavovima koje iznose a nikako se ne uklapaju u ono što mislim o liječničkoj etici ili barem o „dovoljno dobrom liječništvu“. Isprva sam bio samo iziritiran, kasnije i potaknut temama i u dvojbi jesam li dobro razumio što se implicira tekстом, a na kraju sam, zadovoljivši svoje potrebe da nešto razgraničim, postao i zahvalan na ovom poticaju jer mi je pomogao „pročistiti vlastiti tekst“ o onom što smatram centralnim u poslu koji radim.

Slazem se, doista nije važno tko je najbolji liječnik u Hrvata, kao ni tko kako bi se on birao ili tko bi ga izabrao... Čini mi se da je ta tema i tako bila samo motka koje se autor članka dohvatio da bi u trku odskočio s neumjerenog prizora usporedbe s nacističkim logorskim liječnikom do visine s kojom nam dociра o kvaliteti i savjesti istodobno obezvrjeđujući i savjest i savjesno komuniciranje...

Pitam se, kakav to model liječništva proviruje između redaka teksta?

Sudeći po iznesenom o komunikaciji, u tom modelu nema mjesta dobroj komunikaciji kao osnovi dobrog odnosa s pacijentom. To je, veli autor, jalov posao. Jednako se izražava i o liječničkoj savjesti - jer je za autora savjest suviše apstraktna kao pojava, ne može se testirati ili mjeriti, pa odmahuje rukom... Nema tu, kad bolje promislim, niti mjesta koncepciji rada s čovjekom koji uključuje uvažavanje, povjerenje ili zajedništvo potrebno u liječenju. Pacijent je ovdje više nekakva sirovina koju dobar liječnik obrađuje a onaj loš zasipa „komunikativnom sposobnošću“, dok ga, u stvari, i ne obrađuje kako treba, nego mu komunikacijom maže oči.

Komunikativna vještina je adut nadriječništva, poručuje autor. Osim medicine je po neetičnosti nastradala i vizija sporta jer se u sportu, autor ustvrđuje, ne radi o težnji za boljim nego o obilježavanju lošijih... U svojim razmišljanjima o kvalitetnom liječniku u stvari autor lako iznalazi „feler“ svakoj kvaliteti, tek jedva nešto uzdižući iznad ostalih



kvalitetu mučeništva - stradanje pomagača koje je svjesno (ili nije?) i predstavlja gotovo apsurdnu žrtvu.

Kakve li izvrnute logike kojom nas poučava kvaliteti i savjesti!

A evo što ja mislim i čini mi se jako važnim to u našoj novini reći glasno, a nakon spomenutog članka. Komunikacija nije samo prijenos informacije - to može pružiti i natpis, automatizirana sekretarica i slično. Ona je



dvosmjerno obznanjivanje s uvažavanjem postojanja druge strane; hrvatski se kaže, ne slučajno - općenje. Komunikacija proizlazi iz odnosa i određuje ga. A to znači da je sastavni dio odnosa među ljudima.

Koliko smo puta u životu ostali zatečeni hladnom intonacijom i ubojstvenom prozodijom blazirane službenice na šalteru, koja nas proziva onom famoznom riječi „sljedećiii...“? Jedna riječ, a tako snažna poruka koja trenutno dopire do slušateljstva u šalter-skoj dvorani. Odnos je jasan, iako izvrnut iz logike mušterije koja je u pravu... zna se tko je šef a tko treba slušati! Nema mjesta za „hvala“, „dobro dan“ ili „izvolite“. Iz ovog, svi-ma nam jasnog i nemedicinskog primjera se vidi kolika je moć neverbalne u odnosu na verbalnu poruku riječi „sljedeći“. A koliko je takvih primjera u svakodnevnoj i raznorodnoj medicinskoj praksi? Od nesmotrenih izjava kad je potrebno suosjećanje, preko nesmiljene šutnje kad je potrebna informacija, pa do izjava spram bolesnika koje, osobito u svom neverbalnom dijelu, sadrže optužbu ili poticanje krivnje („Što? Samo zbog toga ste dolazili?“ ili suprotno „Ta, što ste čekali do sada?“) - umjesto pokušaja razumijevanja koje onda vodi do sljedećeg stupnja razvoja odnosa... Koliko je propuštenih prilika u uzimanju anamneze, manjkom bilo kakvog a kamoli aktivnog slušanja bolesnika, i koliko je propalih moguće dobrih uputa bolesniku a sve zbog neadekvatnog načina na koji ih poručujemo... Sve zbog nepriznavanja važnosti komunikacije.

Komunikacija je najviše određena ličnostima koje sudjeluju u njoj i kontekstom u kojem se oni nalaze. No, upravo zato što stil komunikacije predstavlja sjajan odraz onog



što jesmo, ona daje i mogućnost da kroz usmjeren trud i vježbu prepoznamo koje vlastite aspekte koristimo u komunikaciji, da ih svjesnije odaberemo i upornim ponovnim odabirom postanemo ono što želimo biti! Kao što se i medicina uči i vježba, tako se i komunikacija može dotjerati. Naravno da to nije lako. Uključuje neku vrstu rada na sebi, tj. osvješćivanja i kontrole aspekata vlastite osobnosti, ili barem - boljeg poznavanja sebe i pravila dobre komunikacije. A ja sam pun nade kad čujem da se studenti danas, programom fakulteta, pokušavaju senzibilizirati na važnost komunikacije!

A što je s pacijentom? Pitam se je li za njega moguće zainteresiran liječnik iz vizije liječništva koju nudi prof. Poljak u tom tekstu? Ili je ipak u središtu njegova zanimanja - bolest. Pa pacijent/dijagnoza dolazi kod liječnika/stroja, a svaka priča o odnosu se ovdje čini preapstraktnom, dok se pokušaj vanjske procjene doživljava kao diletantski ili dezavuirajući. Pato-centrični medicinski model je, čvrsto smatram, znak bolesti medicine i dio je većeg, društvenog zbivanja koje nudi humanoidnost umjesto humanosti i zakone tržišta umjesto principijelnosti. U tome je odnos liječnika i bolesnika doveden do apsurdna u kojem postaje normalno da se pacijente u ordinacijama „rješava“ (patognomoničan izraz), nešto kao glinene golubove, a da ih se i „ne vidi“, dok se istodobno u našim novinama čuju glasi o potrebi „vraćanja digniteta profesiji“. Zar ga je bilo? I kakvog? Tko ga treba vratiti? I kome? Kako dati dostojanstvo onome tko sam ne misli da radi nešto lijepo, dostojanstveno ili časno? Dignitet ne dolazi izvana ako ga nemamo sami.

A nemamo ga ako radimo s mukom (ili mučeništvom), ako radimo neljudski previše i pritisnuti smo standardima koji vrednuju samo bolest, profit ili broj.

U ikonografiji takvog modela liječništva stoji, kao u ranim socijalističkim plakatima (ili pak kao u fotografskoj opremi teksta prof. Poljaka), liječnik uzdignuta čela



i dostojanstveno nekud gleda. I, samo gleda tako... ali ne u svog pacijenta. Nego u „nekadašnji dignitet“. A u nekadašnjosti, bez obzira na koliko udaljenu prošlost se misli (onu od prošlih izbora, s početka karijere, federativnu, kraljevsku ili carsku), su i liječnici i puk bili manje obrazovani a odnos je s toga zasigurno bio više omeđen strahopoštovanjem s jedne i autoritarnošću s druge strane, a manje razumijevanjem zdravlja i bolesti s jedne i stručne pomoći i podrške s druge strane. Na takav dignitet gledam s indignacijom!

Vlasništvo te vizije medicine nikako nije samo autora spomenutog teksta. Takvu medicinu možemo predstavljati doslovno svi, naprosto zato što je lakša i s njom prividno gubimo manje energije ili vremena, gdje god radili kao liječnici. Ukupni rezultati se, međutim, ne mogu mjeriti, bez obzira tko ih mjerio. Prosječno dobar liječnik, a siguran sam da nas je takvih većina, ipak komunicira s pacijentom sasvim zadovoljavajuće, nalazi vremena, spontanosti i strpljenja za njegovanje odnosa i sasvim dobro zna što mu profesionalna savjest nalaže u većini slučajeva!

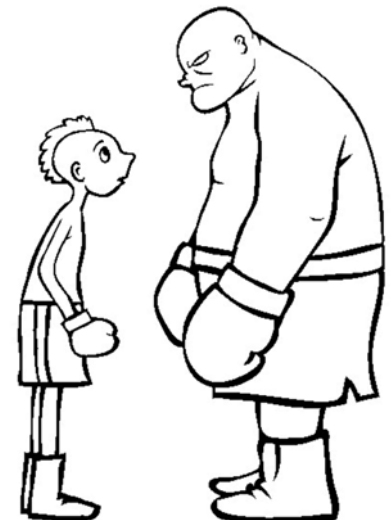


Stvari stoje, što se mene tiče, vrlo jednostavno: ljudi možda liječniku dolaze zbog bolesti, ali smo mi tu radi čovjeka. Model u kojem je pacijent/čovjek u sredini interesa liječnika/čovjeka jedini ima emocionalnu i ekonomsku mogućnost da opstane, kao što ima najviše vjerojatnosti da se uspješno nosi s velikim etičkim dvojabama koje svakodnevica donosi. I to zato što u sebi kao glavnu mjeru ima ljubav prema čovjeku, dakle i pacijentu i doktoru! I takav model nema ništa s herojskim pogibanjem za interes pacijenta, žrtvovanjem vlastitog zdravlja na radnom mjestu, kao niti sa slavom pozicije „vodećih liječnika u Hrvatskoj“ ili, možda, očekivanjem da nam se pokloni dostojanstvo! A sa stanovišta komunikacije model čovječnije medicine donosi samo mogućnost da običan pacijent i običan doktor - razgovaraju.

Igor Giroto, Rijeka

Komunikacijska vještina ili savjest?

Poštovani kolega Giroto, Čitajući Vašu kritiku moje kritike izbora najboljeg liječnika u Hrvatskoj čini mi se da me uopće niste razumjeli (možda zbog



divergencije Vašeg psihijatrijskog i mogega kirurškog odgoja) ili me iz nekih osobnih, ne znam kojih razloga želite potući do nogu, jer odreda i gotovo sustavno pobijate svaku moju misao.

Volim polemiku, ali me obuzdava obazrivost prema čitateljima jer se užasavam od pomisli da im dosađujemo, pa ću biti za pola kraći od Vas (8000 : 4000 slova) i samo ću podsjetiti da sam provedene izbore za najboljeg liječnika ocijenio kao promašaje zato što su se temeljili samo na dojmu pacijentata o komunikacijskoj vještini kandidata.

Kao znanstvenik ne bih se u raspravi ustručavao priznati protivniku „jedan nula za tebe“ ako je on u pravu (znanstveno poštenje izraženo sportskim rječnikom), no nakon što sam pažljivo pročitao Vaše pismo ipak moram ostati kod svoje tvrdnje: za sveukupnu ocjenu jednog liječnika ipak je kardinalna savjest!!! (tri uskliknika), sve ostalo je drugorazredno, pa i komunikacijska vještina koju glorificirate, a koja je bila „centralna“ (Vaš pridjev) kod dosadašnjih izbora „naj-liječnika“.

I nadalje tvrdim da pacijenti nisu kompetentni za takav izbor zbog shizofrene zbrke u svom poimanju što je „dobar liječnik“ a što „korumpirani liječnik“. Zbrka je tolika da su ta dva ekstrema u običnom puku postala ne samo kompatibilna nego, štoviše, nerazdruživa. Naime, puk se deklarativno užasava od korumpiranog liječnika, a u praksi upravo takvoga voli i smatra ga dobrim. Dokaz za to je tipična rečenica pacijenata osiguranika: „Imam jako dobrog doktora, uvijek mi daje sve što god tražim: bolovanje, recepte, uputnice...“. A to je korupcija, jer je takav doktor „dobar“ na tuđi račun.

Moram ipak priznati da je Vaša psihijatrija iznimka u medicini jer joj je glavni alat komunikacijska vještina. Slikovito rečeno: ono što je kirurgu skalpel, to je psihijatru komunikacija. Kad bi ova vještina u sveukupnoj medicini doista bila „centralna“, psihijatri bi tim alatom vjerojatno hametice potukli sve ostale liječnike kod izbora naj-doktora, ali uz opasnost da im u tom pogledu konkurira nacistički krvnik dr. Josef Mengele, jer su njegovi pokusni kunići, tj. logorašice u Aušvicu, bile zbog te vještine čak zaljubljene u njega. Ovaj put neću svoj Urednički kutak ilustrirati Mengeleovom slikom nego - molim dobrohotan smijeh, i bez uvrede! - sličicama raznih šarlatana od kojih liječnici mogu učiti komunikacijsku vještinu, a pridodajem pomalo lascivnu, ali duhovitu, karikaturu majstora psihoanalize.

Možda bismo se nas dvojica mogli nagoditi na taj način da se kod budućeg izbora naj-doktora - a to je bio povod našega casusa belli - utvrde različite kategorije, npr.



najuspješniji komunikator (bravo psihijatri!), najvještiji kirurg, najbolji dijagnostičar, najpožrtvovniji terenac itd.

I jedna molba! Budući da su kolege Veljko Đorđević i Marijana Braš tek nedavno osnovali na MEF-u u Zagrebu centar za komunikacijske vještine, oni čitatelji LN-a koji na studiju nisu imali taj kolegij nego su vještinu morali stjecati kao samouci - i ja među njima - bili bismo Vam zahvalni da u jednom od idućih brojeva „Liječničkih novina“ iznesete na pristupan način osnovne elemente te vještine. Jer, priznajem da mi je ona nekoć kao kirurgu nedostajala: strogo sam poštivao sve kirurške postulate, ali nisam mnogo mario što o meni misli pacijent i jesam li mu simpatičan. Susretljivost da, ali s distancom, i nikakvog bratimljenja, jer je i bez toga dignitet liječnika spao ispod razine, recimo, vodoinstalatera ili bravara („Doktore, ti to moraš jer ja imam socijalno!“). A tome treba pribrojiti

pacijentovu podsvjesnu mržnju i atavistički strah od onoga o kome je ovisan, jer taj ima znanje i moć - tabu tema o kojoj ne volimo ni misliti.

A što se pak tiče etičnosti ili neetičnosti sporta, samo je igra riječi između „ja sam bolji od drugih“ ili „oni su lošiji od mene“.

Bitno je pitanje temelji li se sport na altruizmu ili na egoizmu i bahatom dokazivanju svoje nadmoći. Jeste li ikada vidjeli da bi pobjednik neke utrke pred ciljem zastao i rekao onome iza sebe: „Izvoli ti prvi proći, vidim da bi te to usrećilo“?

A upravo takvome ja bih bez oklijevanja ustupio svoj desetak kilograma teški Trofej fizičke kulture, najviše sportsko priznanje u Hrvatskoj 1978. godine (slika), trofej koji NISAM stekao - na altruistički način!

*Kolegijalan pozdrav,
Željko Poljak*



Trofej fizičke kulture RH iz 1978.



Od čega su bolovali i umirali skandinavski skladatelji

Marijo Vodanović, Darko Breitenfeld, Olav Skille, Vladimir Grubišić, Roko Granić i Dominik Juran

• Skandinavski skladatelji obilježili su razvoj europske glazbe kroz različita povijesna razdoblja. Među njima je najistaknutiji **Edvard Grieg** (njegova je biopatografija u opsežnijem obliku ranije objavljena u časopisu *Alcoholism*). U ovom radu cilj nam je istaknuti patografije najpoznatijih danskih, norveških i švedskih skladatelja kronološkim redom.

1. **Johan Helmich Roman** (1694-1758), švedski barokni skladatelj poznat i kao „švedski Händel“, autor je sakralne glazbe i orkestralnih suita. Izgubio je sluh, umro je u starijoj dobi.

2. **Johan Henrik Freithoff** (1713-1767), norveško-danski skladatelj sonata i glazbe za gudače, umro je od tuberkuloze.



3. **Friedrich Kuhlau** (1786-1832), dansko-njemački skladatelj klavirskih kompozicija, koncerata i sonata, umro je od pneumonije.

4. **Carl Jonas Love Almqvist** (1793-1866), švedski skladatelj, umro je u starijoj dobi kronično bolestan (uznapredovala ateroskleroza bolest uz srčano popuštanje?).

5. **Hans Skramstadt** (1797 - 1839), norveški skladatelj i pijanist, u mladosti je vjerojatno prebolio infekciju središnjeg živčanog sustava. Imao psihičke poteškoće, depresiju i neurozu. Zbog homofilne sklonosti upadao je u konflikte. Počinio je samoubojstvo utapljanjem.

6. **Niels Wilhelm Gade** (1817-1890) najistaknutiji je danski skladatelj, dirigent, violinist, orguljaš i glazbeni pedagog. Rođen je u Kopenhagenu kao sin izradivača



glazbala. Započeo je glazbenu karijeru kao violinist u Kraljevskom danskom orkestru. Svoje prve simfonije šalje Felixu Mendelssohnu, koji ih izvodi u Leipzigu 1843. U Leipzigu predaje na konzervatoriju i kao asistent glavnom dirigentu u „Gewandhaus“ orkestru. Vraća se u Dansku 1848. kada je započeo rat između Pruske i Danske. Postao je direktor Kopenhaskog glazbenog društva, postavio je novi orkestar i zbor. Skladao je 8 simfonija, violinske koncerte, skladbe za orgulje i klavir, velik broj kantata. Umro je u 73. godini usred aktivnosti od iznenadne srčane smrti (vjerojatno je u podlozi bila ishemijska -akutni koronarni sindrom).

7. **Thomas Dyke Acland Tellefsen** (1823-1874), norveški skladatelj koncertne i komorne glazbe te mazurki, Chopinov učenik, umro je vjerojatno od tuberkuloze.

8. **August (Johann) Söderman** (1832-1876), švedski autor brojnih balada poginuo je u 44. godini.

9. **Johan Severin Svendsen** (1840-1911), norveški skladatelj, dirigent i violinist, rođen je u Oslu i veći dio života boravio u Danskoj (Kopenhagen). Nakon očeve poduke sviranja violine i klarineta upisuje studij violine u Leipzigu (1863-1867), ali zbog problema s rukom nastavlja studij kompozicije. Bio je ravnatelj Koncertnog glazbenog društva u Os-

lu od 1872. do 1877. te glavni dirigent u orkestru Kraljevskog kazališta u Kopenhagenu od 1883. do 1911. Imao je nesređen obiteljski život (nekoliko puta se ženio), u jednom trenutku bijesa spatio je svoju Treću simfoniju.

Prijateljvao je s Griegom, ali su se njihova stvaralaštva razlikovala. Grieg je skladao glazbu za manje instrumentalne sastave, posvećujući pažnju najviše harmoniji, dok je Svendsen pisao glazbu za velike orkestre i ansamble. Umro je napunivši 70 godina života, najvjerojatnije od posljedica akutnog infarkta miokarda.



10. **Edvard Hagerup Grieg** (1843-1907), najistaknutiji predstavnik skandinavske i norveške glazbe, rodio se 15. lipnja 1843. u Bergenu. Potječe iz obitelji glazbenika, dijelom škotskih korijena (pradjed). Njegova majka, inače istaknuta pijanistica, podučavala ga je sviranju klavira. U Leipzig odlazi s 15 godina, gdje pohađa studij klavira i kompozicije. Tijekom boravka u Danskoj (1863.-1866.) skladao «The Poetic Tone Pictures Op. 3» i «Hjertets Melodier Op. 5». Za vrijeme boravka u Oslu (1866.-1874.) ostvario je puninu stvaralačkog rada kao skladatelj; najistaknutija su njegova djela opera «Olav Trygvason» i suita «Peer Gynt», koja povezuju dva istaknuta norveška umjetnika, Ibsena i Griega. «The Holberg Suite» iz 1884. predstavlja djelo, koje je najviše doprinijelo skladateljevoj popularnosti. Bio je vrlo miran, povučen, marljiv i odlučan, visok samo 150 cm, dijelom i zbog naglašene skolioze, uvijek krhkoga zdravlja. Obolio je od lijevostranog pleuritisa vjerojatno specifične etiologije (Tbc?). Liječen je kolapsoterapijom, arteficialnim pneumotoraksom.

Bolest je bila obilježena vrućicom, bolom u prsima koja se pogoršava pri udisanju i dispnejom. Dugo se oporavljao, ali je ipak, protivno savjetu svojih prijatelja i obitelji, nastavio školovanje u Leipzigu. Bolest se proširila na pluća i kralješnicu, skolioza torakalne kralješnice je napredovala, zbog čega je bolovao od učestalih upala dišnog sustava uz postupan razvoj plućnog srca i naposljetku desnostranog srčanog popuštanja. Iako je 1890-ih nedostatak zraka bio sve očitiji, nije prestao s planinarenjem i aktivnostima u prirodi.

Liječili su ga istaknuti liječnici: **Harald Lehmann, Ole Bornemann Heilberg** i

Daniel Cornelius Danielssen. Posjećivao je i mnoge druge liječnike na svojim putovanjima. Dobio je recepte za mnoge lijekove i pripravke protiv nesanicе i reumatizma iz Italije i mnogih drugih zemalja. U Kopenhagenu ga je liječio **Niels Thorkild Roving**, začetnik danske abdominalne kirurgije, i **Gerhard Armauer Hansen** koji je otkrio bacil lepore. Dugo godina je patio od kompenzirane parcijalne respiratorne insuficijencije, tim više što se njegovo lijevo pluće nije nikad expandiralo, a učestali napadi bronhitisa su značajno doprinijeli postupnom oštećenju ostatnog dijela pluća.

Grieg je provodio stresan život na koncertnim turnejama, što je povećavalo njegove poteškoće s disanjem, posebice noću. Često je odlazio u toplice i sanatorije poput Bad Grefsen, Volkensholena pokraj Osla ili Skoldsborga pokraj Kopenhagena. Često je boravio u svojoj vili sa suprugom Ninom u Trolldhaugenom. Patio od ozbiljnog «želučanog katarata», koji je liječio u toplicama, a imao je i nesanicu. Zadnje tri godine života, posebice tijekom zadnje godine, postaje prilično nervozan, depresivan i slab, opraštajući se zauvijek od svojih prijatelja. Respiratorna insuficijencija očitovala se i kod najmanjih napora, ali i u mirovanju. Osjećao je bol u prsima, koja se pripisuje artropatiji prsnog koša. Natečeni skočni zglobovi bili su posljedica bez dvojbe desnostranoga srčanog zatajenja. Patio je od nesanicе zbog jačeg nedostatka zraka noću, postajao je dezorijentiran i naposljetku je imao stravične noćne more. Zadnje godine je manje nastupao zbog otežanog dirigiranja, a još teže je svirao zbog artrotskih promjena malim zglobovima šaka i prstiju. Nekoliko puta je hospitaliziran u bolnici u Bergenu zbog desnostranoga srčanog popuštanja. Usprkos teškom stanju, nekoliko dana prije smrti insistira na putovanju u Leeds na poziv Percy Graingera, svoga dobrog prijatelja. Međutim, bio je prisiljen odgoditi putovanje i prenoćiti u hotelu u Bergenu.

Umro je rano u zoru 4. rujna 1907. vjerojatno od pneumonije, a zadnju je noć proveo u komi, možda uzrokovanom predoziranjem morfija.

Dr. Lie je učinio autopsiju, koja je otkrila tuberkulozne lezije pluća s izrazitim pleuralnim adhezijama, udružene s plućnim srcem i srčanim zatajenjem. Pleura je bila značajno zadebljana, posebice na lijevoj strani. Veći dio pluća bio je uništen i nadomešten starim vezivnim tkivom. Skladatelj je imao i tešku desnostranu skoliozu, tako da je lijevo rame bilo niže od desnog, kao i organi u trbušnoj šupljini. Lijevi hemitoraks bio je manjeg kapaciteta od desnog.

Zahvaljujući medicinskoj skrbi, veliki skladatelj mogao je doživjeti 64 godine i zaokružiti svoje stvaralaštvo koje ga obilježava kao najistaknutijeg norveškog skladatelja. Grieg je umro od posljedica sekundarne plućne hipertenzije i plućnog srca nakon specifične upale.

11. **J.P. Selmer** (1844-1910), norveški skladatelj orkestralne i vokalne glazbe, umro je od plućne tuberkuloze i pneumonije.

12. **Jacob Adolf Hägg** (1850-1928), švedski skladatelj klavirskih suita i sonata, patio je od shizofrenije, zbog koje je duže bio hospitaliziran. Umro je u starosti.

13. **Christian August Sinding** (1856-1941), norveški skladatelj iz obitelji kipara i slikara, glazbu je započeo studirati u



Oslu, zatim je nastavio u Leipzigu. Razvijao se pod Wagnerovim i Lisztovim utjecajem. Boravio je godinu dana u Americi. Skladao je djela komorne glazbe, klavirska djela i simfonije. Njegovo istaknuto djelo je opera "The Holy Mountain" iz 1914. Umro je u starijoj životnoj dobi od posljedica uznapredovale ateroskleroze mozga i srca, te, vjerojatno, s razvijenom kardiomiopatijom.

14. **Carl August Nielsen** (1865-1931), danski dirigent i violinist, skladao je 6 simfonija, te koncerte za violinu, flautu i klarinet. Pojavljuje se na novčanici od 100 danskih kruna. Bio je sedmo od dvanaestero djece siromašne obitelji. Prvi kontakt s glazbom stekao je zahvaljujući ocu koji je radio kao glazbeni amater i soboslikar. Prva svoja djela piše u dječjoj dobi, kada uči sviranje violine, klavira i puhačkih instrumenata. Od 1884. do 1886. pohađao je Dansku kraljevsku glazbenu akademiju, a od

1889. do 1905. djeluje kao violinist u Kraljevskom kazalištu u Kopenhagenu. Nije bio dovoljno priznat za života, budući da je prilikom izvedbe svoje "Prve simfonije" sudjelovao samo kao violinist, dok je dirigirao Svendsen. Radio je kao glazbeni pedagog na Kraljevskoj glazbenoj akademiji, zadnje godine života kao ravnatelj te institucije. Prebolio je težak infarkt miokarda, nakon čega je morao prestati s intenzivnim aktivnostima. Umro je u Kopenhagenu od posljedica srčanog udara (ishemijska kardiomiopatija, srčano popuštanje uz maligne aritmije).

15. **Paul von Klenau** (1883-1946) bio je danski skladatelj koji je živio u Austriji i Njemačkoj- Autor je opera, baleta i simfonija. U starijoj dobi izgubio je sluh.

16. **Knut Håkanson** (1887-1929), švedski je skladatelj serenada i preludija. Umro je od terminalne bubrežne insuficijencije.

17. **Karl Birger Blomdahl** (1916-1968), švedski skladatelj simfonija i baletnih opera, umro je naglo u vrućici (sepsa? leukemija?).

Skandinavski skladatelji umirali su najčešće zbog uznapredovalih komplikacija ateroskleroze koronarnih arterija (infarkt miokarda, ishemijska kardiomiopatija sa srčanim zatajivanjem), što se vidi iz patografija Almqvista, Gadea, Svendsena, Sindinga, Nielsena i Klenaua, ili od tuberkuloze i upale pluća (Freithoff, Kuhlau, Tellefsen, Grieg, Selmer), dok je suicid počinio Skramstadt, vjerojatno zbog uznapredovalog depresivnog poremećaja. Hägg je bolovao od shizofrenije, ali je ipak doživio starost (78 godina) zahvaljujući medicinskoj skrbi i liječenju. Håkanson je umro od komplikacija terminalnog bubrežnog zatajenja (uremija). Söderman je poginuo u nesreći, dok je Blomdahl umro u vrućici nejasnog uzroka (sepsa? akutna leukemija?). Najstariji u ovoj skupini skladatelja u trenutku smrti bio je Sinding (85 godina), najmlađi Skramstadt (suicid) i Håkanson (uremija; 42 godine), dok su preko 70 godina živjeli Almqvist, Gade, Svendsen, Selmer i Hägg. Najčešći uzroci smrti u skupini skladatelja starijih od 65 godina bili su infarkt miokarda i srčano popuštanje.

Prosječan životni vijek skladatelja u ovoj skupini iznosio je 61,3 godine, što je značajno više nego u drugim proučavanim skupinama skladatelja koji su počinili suicid (48,3 godine) ili umrli od komplikacija neurosifilisa (50,5 godina), ali u ranijoj dobi nego skladatelji koji su umrli od moždanog udara (67 godina).

Zahvaljujući medicinskoj skrbi mnogi su skladatelji mogli doživjeti starost i zaokružiti svoje stvaralaštvo, dok bi u okvirima napretka suvremene medicine sigurno živjeli duže i tako ostvarili puninu svoga stvaralaštva.

•••••

Posljednji dani Woodrowa Wilsona

Možda se Drugi svjetski rat mogao izbjeći ili: kako zdravstveno stanje političkih moćnika može utjecati na svjetska zbivanja?

Piše: Znanstveni savjetnik Silvio Altarac

• Woodrow Wilson je 1913. godine postao 28. predsjednik SAD-a, nakon što je prethodno bio predsjednik Sveučilišta Princeton i jedan mandat guverner savezne države New Jersey. Kao predsjednik SAD-a proveo je reformu nazvanu „Nova sloboda“ (engl. New Freedom) kojom je uvedeno ograničenje rada djece, inauguriran je 8-satni radni dan i stvorena je tzv. Federalna rezerva u bankarskom sustavu SAD-a. Najveći izazov Wilsonove „zakonodavne hegemonije“ dogodio se po završetku Prvoga svjetskog rata i pregovora vezanih uz Versajski mirovni sporazum, što je uključivalo i stvaranje Društva naroda 28. travnja 1919. Na žalost, u prijelomnim trenucima tih zbivanja Wilson je doživio moždani udar, urinarnu retenciju i, kao komplikaciju takvog stanja, po život opasnu urinarnu sepsu. Kao rezultat Wilsonove bolesti i time nemogućnosti utjecaja na američki Senat i Kongres, SAD nikada nije ratificirao Versajski mirovni plan i članstvo u Društvu naroda. Posljedice turbulentnih političkih i gospodarskih zbivanja u Europi između dva svjetska rata najvjerojatnije bi bile ublažene aktivnijim političkim sudjelovanjem i gospodarskom pomoći SAD-a.

Od samog početka sudjelovanja SAD-a u Prvom svjetskom ratu Wilson se nadao „miroljubivom“ završetku pokolja u Europi, tako da nitko ne bude nagrađen ili kažnjen za ratovanja i da ne bude osvetoljubljivih težnji pobjednika prema poraženima. U govoru pred Kongresom „Mir bez pobjednika“ osvrnuo se na poslijeratno stvaranje Društva naroda, koje bi trebala sprečavati buduće ratne sukobe. Wilson je 1919. oputovao na Parišku mirovnu konferenciju s vjerom da SAD nakon snažnih razaranja tijekom Prvoga svjetskog rata može i želi pomoći Europi u „cijeljenju ratnih rana“ i rekonstrukciji uništenog europskog gospodarstva, kao i da Društvo naroda može postati važna međunarodna snaga. Wilson se vratio iz Europe s nadom da će svojim direktnim utjecajem na Senat i Kongres pomoći da SAD ratificira Versajski ugovor. Međutim, to se nije dogodilo zbog Wilsonovih zdravstvenih poteškoća, a to je završilo politikom izolacionizma SAD-a, kasnijih zbivanja u Europi u konačnici Drugim svjetskim ratom.

Wilson je već kao 40-godišnjak imao simptome periferne vaskularne bolesti. Godine



1896. imao je epizodu prolazne ishemijske atake (engl. transient ischemic attack, TIA) sa slabošću desne ruke. Oporavio se razmjerno brzo, ali taj „blagi“ incident bio je samo upozorenje za kasniji „ozbiljniji“ cerebrovaskularni inzult. Tijekom naporene političke turneje u rujnu 1919. spetaknuo se na pozornici, a tijekom govora glas mu je postao slab, povremeno mrmrlajući s dugim pauzama i teško se koncentrirao na misli. Također se požalio na glavobolju, a kasnije te večeri supruga je primijetila da mu je ruka u „neprirodnom“ položaju. Predsjednikov šef osoblja, Joseph Tumulty, je primijetio da je cijela lijeva strana Wilsonovog tijela bila paralizirana. Supruga je 2. listopada 1919. pronašla Wilsona u nesvjesnom stanju na podu kupaonice s posjekotinama na licu. Osobni predsjednikov liječnik, admiral dr. Cary T. Grayson, potvrdio je lijevostranu hemiplegiju i sljepoću na lijevo oko zbog krvarenja iz desne arterije cerebri medije. Nakon toga je predsjednika pregledao i dr. Frances Dercum, tadašnji predsjednik Američkog neurološkog društva i profesor emeritus Medicinskog fakulteta Jeffersonu u Philadelphiji. Dercum je potvrdio dijagnozu lijevostrane paralize, paralizu facijalisa, pozitivan Babinskijev znak lijevo i obostranu devijaciju očnih bulbosa nadesno. Utvrdio je i da je mokraćni mjehur „prepun“. I pored težine cerebrovaskularnog inzulata, Wilson se u sljedeća dva tjedna postupno oporavljao, ali život mu je bio ugrožen zbog razvoja urinarne retencije i urosepse. Dr. Grayson je učinio hitnu kateterizaciju, ali budući da je bila otežana ponovna kateterizacija, pozvan je urológ dr. Hugh

Hampton Young iz Bolnice John Hopkins. Na dan 17. listopada Young je zapazio da Wilson nije mokrio više od zadnjih 30 sati te da je bio izrazito slab, lošeg općeg stanja i s distendiranim trbuhom. U to doba je suprapubična cistotomija bila općeprihvaćen postupak u liječenju akutne urinarne retencije i urosepse. Young je prema svom dugogodišnjem iskustvu znao da su mnogi bolesnici nakon suprapubične cistotomije umrli od infekcije i procijenio da zbog težine svog stanja Wilson ne bi preživio operaciju te se stoga odlučio na konzervativni pristup. U sljedeća četiri dana Wilsonovo stanje se lagano poboljšalo, a distenzija trbuha malo se smanjila zbog spontane (jako otežane) mikcije. Wilson je postao afebrilan i u sljedećih je nekoliko tjedana, premda i nadalje inkontinentan, imao „nešto bolju“ kontrolu mokrenja. Young je poslije ustvrdio da je „odugovlačenje s tretmanom“ spasilo bolesnika: „Pokušaj pasiranja instrumenta zasigurno ne bi uspio, a operacija kojom bih riješio distenziju mokraćnog mjehura završila bi fatalno.“ Young je za novine izjavio da se „predsjednik kontinuirano oporavlja i da se urološko stanje polagano stabilizira.“

Dr. Grayson je utvrdio da se u narednih nekoliko mjeseci lagano poboljšala Wilsonova motorička funkcija, ali je funkcionalni deficit ostao trajan, kao posljedica septičkog šoka i hipotenzije nakon moždanog udara. Zbog svega toga Wilson nije više bio u mogućnosti da nagovori američki Senat i Kongres na ratifikaciju Versajskog mirovnog sporazuma i ulazak SAD-a u Društvo naroda. „Mir bez pobjednika“ nije postignut i SAD se distancirao od daljnjih zbivanja u Europi. Pariška mirovna konferencija drakonski je kaznila poraženu Njemačku i nametnula joj sramotne mirovne uvjete i reparaciju golemog međunarodnog duga.

Njemačke gospodarske neprilike su se prenijele na Veliku Britaniju i Francusku i zajedno s drugim financijskim poteškoćama povukle su Europu i SAD u Veliku depresiju. Nezadovoljna nepravednim Versajskim mirovnim sporazumom Njemačka je bankrotirala, 15 a otprilike 20-ak godina nakon tog sporazuma Njemačke armije su u osvetničkom pohodu krstarile Europom. Sve ono što je Wilson nastojao izbjeći zalazuci se za „Mir bez pobjednika“ i za Društvo naroda, postalo je neizbježno i rezultiralo je Drugim svjetskim ratom.

silvio.altarac@vip.hr



Literatura se može dobiti na zahtjev kod autora

Pabirci o "nesposobnima"

Sabrao Silvio Altarac

• Učitelji Thomasa Edisona govorili su da je preglup da bi išta naučio. Tijekom osnovnoga školovanja u Port Hurtonu, Michigan, njegovi su se učitelji tužili da je prespor i da ga nije moguće nešto naučiti. Majka ga je zato ispisala iz škole i sama ga podučavala. Mladoga je Edisona oduševljavala znanost. U desetoj je godini imao svoj prvi kemijski laboratorij. Njegova neiscrpna snaga i genialnost (koju je on sam definirao kao: „Jedan posto nadahnuća i devedeset i devet posto znoja“) rezultirala je s više od tisuću i tristo izuma. Prije no što je izumio žarulju, učinio je više od dvije tisuće pokusa da bi došao do toga izuma. Neki mladi novinar upitao ga je kakav je osjećaj toliko puta pogriješiti. Odgovorio mu je: „Nisam niti jednom pogriješio. Izumio sam žarulju. To je jednostavno put od dvije tisuće koraka.“

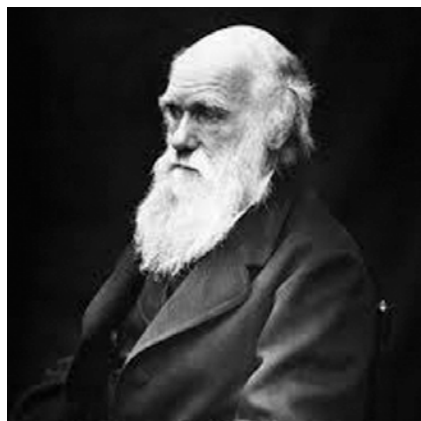


• Kada je **Alexander Graham Bell** 1876. godine izumio telefon, nije baš bilo previše zainteresiranih za njegov izum. Nakon demonstracije njegovog rada, predsjednik Rutheford Hayes je kazao: „Ovo je zadivljujući izum, ali tko će ga ikada htjeti upotrebljavati?“

• Madi je znanstvenik **Chester Carlson** obišao je 1940. godine niz velikih udruženja objašnjavajući svoju zamisao. Svi su ga redom odbili! Nakon dugih sedam godina odbijanja uspio je svoj izum prodati

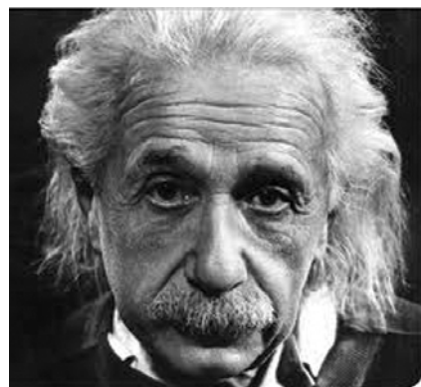
malenoj tvrtki „Haliod Company“ u Rochesteru, koja je počela proizvodnju fotokopirnih strojeva. „Haliod Company“ je poslije preimenovan u „Xerox Company“ i Carlson se obogatilo.

• **Charles Darwin**, otac teorije evolucije, odustao je od liječničke karijere, a otac mu je rekao: „Tebi nije stalo ni do čega, osim do pucanja i ganjanja pasa i štakora.“ U svojem je životopisu Darwin napisao: „Svi su me moji učitelji i moj otac smatrali vrlo običnim, ispodprosječno inteligentnim.“



• **Louis Paster** je bio tek prosječan student, a na kemiji je bio petnaesti od dvadeset dvojice.

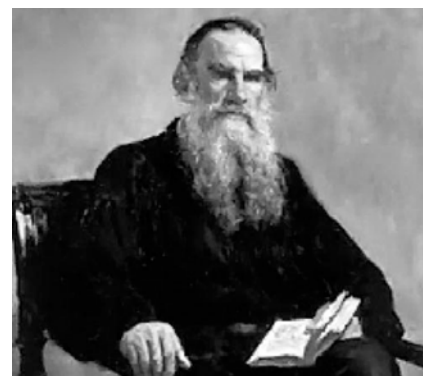
• **Albert Einstein** nije progovorio do četvrte godine, a čitati nije znao do sedme godine. Njegov ga je učitelj opisao kao „mentalno sporog, nedruštvenog i uvijek zadub-



ljenog u svoje lude snove.“ Izbacili su ga iz škole i odbili su mu molbu za Politehnički fakultet u Zürichu.

• **Ludwig van Beethoven** slabo je svirao violinu i radije je svirao svoje vlastite skladbe nego što je usavršavao tehniku sviranja. Njegov ga je učitelj zvao beznadnim skladateljem. Nakon godina slabljenja sluha Beethoven je u četrdeset i šestoj godini života potpuno izgubio sluh, no niti to ga nije spriječilo da sklada prekrasnu glazbu, uključujući i preostalih pet simfonija.

• **Lav Tolstoj**, pisac „Rata i mira“, propao je na fakultetu. Opisivali su ga kao „nesposobnog i nespremnog za učenje.“



• Otac kipara **Rodina** rekao je: „Imam sina idiota.“ Opisivan kao najgori učenik u školi i tri puta je odbijen na likovnoj akademiji. Njegov ga je ujak zvao propalim slučajem što se obrazovanja tiče.

• **Sarah Bernhardt**, koju mnogi smatraju najboljom glumicom svih vremena, ostala je bez noge u sedamdesetoj godini života. I pored toga je nastavila glumiti još osam godina.



• Roditelji slavnog opernog pjevača **Enrica Carusa** željeli su da im sin postane inženjer. Njegov je učitelj rekao da nema nikakav glas i da ne zna pjevati.

- Kada je **Pablo Casals** navršio devedeset i pet godina, neki ga je mladi novinar upitao: „Gospodine Casals, imate devedeset i pet godina i najbolji ste čelist na svijetu. Zašto još uvijek vježbate šest sati dnevno?” Odgovorio mu je: „Zato što smatram da napredujem.”

- **Franklin Roosevelt** je u trideset i devetoj godini obolio od dječje paralize i završio u invalidskim kolicima. Unatoč tome je postao jedan od najomiljenijih i najutjecajnijih američkih vođa. Četiri je puta bio izabran za predsjednika SAD-a.

- General **Douglas MacArthur** možda nikada ne bi postao moćan i slavan da nije bio uporan. Dva su ga puta odbijali na prijamnom ispitu za upis u West Point, no treći je put uspio.

- **Winston Churchill** je pao u šestom razredu. Premijer Velike Britanije postao je tek u šezdeset drugoj godini života. Život mu je bio pun poraza i padova, a najviše je postigao u zreloj dobi.



- **Walta Disneya** je urednik nekih novina otpustio zbog nemaštovitosti. Disney je nekoliko puta bankrotirao prije no što je izgradio Disneyland.

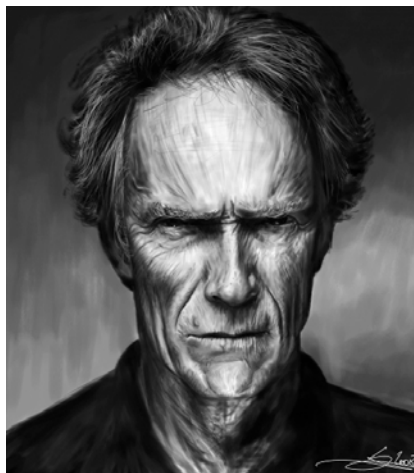
- Osamnaest nakladnika odbilo je priču **Richarda Bacha** od 10 000 riječi o „Galebu Johnathanu Livingstonu” prije nego ju je Macmillan konačno tiskao 1970. godine. Od tada je prodana u milijunima primjeraka.

- Nakon jednoga pokusnog snimanja **Freda Astaira**, na izvješću MGM-ova direktora za pokusna snimanja iz 1933. godi-



ne pisalo je: „Ne zna glumiti! Pomalo je proćelav! Donekle zna plesati!” Astair je držao to izvješće iznad kamina u svojoj kući na Beverly Hillsu.

- Vlasnik Universal Picturesa je 1959. godine odbio **Clinta Eastwooda** s riječima: „Nedostaje ti pola zuba, adamova jabučica ti je previše izbočena i govoriš presporo.”



- **Woody Allen**, oskarovac, redatelj i producent, napustio je studij filma na Newyorkškom sveučilištu. Također na istom sveučilištu nije uspio položiti niti engleski jezik.

- **Liv Ullman**, dva puta nominirana za Oscara za najbolju glavnu glumicu, nije uspjela upisati Akademiju dramskih umjetnosti u Norveškoj. Kazali su joj da nije nadarena.

- Emmeline Snively, vlasnica manekenske agencije „Blue Book Modeling Agency” odbila je 1944. godine Normu Jean Baker (poslije **Marilyn Monroe**) riječima: „Bolje postani tajnica ili se udaj!”



- **Jimmy Denny**, ravnatelj „Grand Ole Oprya”, otpustio je **Elvisu Presleya** nakon jednoga njegovog nastupa riječima: „Ti nećeš ništa postići, sinko.



Bolje bi ti bilo da voziš kamion.” Presley je poslije postao glazbena ikona.

- Četiri nervozna, mlada glazbenika prvi su put 1962. godine nastupili pred odborom glazbene kuće „Decca Recording Company.” Odbor nije bio baš oduševljen. Odbijajući tu četvorku koja se zvala „**Beatles**”, jedan je urednik izjavio: „Ne sviđa nam se njihov zvuk. Ionako grupe gitarista izlaze iz mode.”

- **Wilma Rudolf** bila je dvadeseto od dvadeset i dvoje djece. Prerano je rođena i nije se znalo hoće li preživjeti. U četvrtoj godini oboljela je od šarlaha i upale pluća, nakon čega joj je lijeva noga ostala nepokretna. U devetoj je godini skinula metalnu udlagu pomoću koje je hodala. Do trinaeste je godine „izumila” svoju posebnu vrstu ritmičnog hoda i te je godine odlučila postati trkačica. Prijavila se za utрку i dotrčala posljednja. Slično je bilo i idućih godina. Svi su joj govorili neka odustane, no ona je i dalje trčala. Jednoga je dana i pobijedila, pa zatim još jednom. Od tada nije prestala pobjeđivati. Nakon nekog vremena ta je djevojčica, kojoj su kazali da više nikada neće hodati, osvojila tri zlatne medalje na Olimpijadi.

- **Edmund Hillary** je 1952. godine pokušao osvojiti najvišu planinu na svijetu - Mount Everest. Kada nakon nekoliko tjedana nije uspio u svom naumu, zamoljen je da se obrati skupini Engleza. Hillary se popeo na pozornicu, uperio prstom u sliku planine i kazao: „Mount Everestu, pobijedio si me prvi put, ali ja ću tebe drugi put, jer si ti narastao koliko si mogao, a ja još rastem.” Iduće je godine 29. svibnja postao prvi čovjek koji je osvojio Mount Everest.



Kongresi, simpoziji i predavanja

Upućujemo organizatore da stručne skupove prijavljuju isključivo putem web stranice Hrvatske liječničke komore (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, Tuškanova 37, 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 slijedeće 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 postojećem 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

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 2011. godine
Split, doc.dr.sc. Mladen Rakić, mob.: 098/423-455, fax.: 021/556-580, e-mail: mladen.rakic@st.htnet.hr, dr. M. Lojpur, mob.: 091/5242-806
Rijeka, koordinator tečaja dr. Fred Zeidler, tel.: 051/217-223, e-mail: fred.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 detaljne informacije nalaze se na 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 2011. god.
Nevenka Valičević, tel.: 01/4600-214
5.200,00kn

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2011.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 anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2011. godine
Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: 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, Rebrow - Klinika za neurologiju
Kontinuirana individualna edukacija
Papo Željka, tel.: 01/2388-352
200kn po danu edukacije

Primjena harmoničnog rezača u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Krizine
Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481
1.200,00kn

Obiteljska medicina u Hrvatskoj - Sadašnje stanje i iskustvo u planiranju i provođenju specijalizacije

C.T. - Poslovne informacije d.o.o. (Časopis Medix)
rujan-studen 2011. Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.: 098/289-819, www.medix.com.hr <<http://www.medix.com.hr/>>
test u časopisu

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, tijekom cijele godine
Dr. Dina Miklič, 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 mjesečno
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

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

Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran
Lovran, tijekom cijele godine
Nataša Možetić, tel.: 051/710-212
200,00kn

Edukacija iz elektroencefalografije 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 2011. god.

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb
Mjesečno, tijekom 2011. god.
Dr. Ivan Pristaš, tel.: 01/4863-243, e-mail: ivan.pristas@hzjz.hr, www.hzjz.hr

Unapređenje zdravlja ljudi treće životne dobi (gerontološke radionice)

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije
Grad Cres, tijekom 2011.god.
Helen Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

Trajna pedijatrijska edukacija - Pedijatrijska sekcija

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti
Rijeka, jednom mjesečno
Mr.sc. Neven Čaće, dr.med., tel.: 051/659-111

Izobrazba kandidata za stalne sudske vještake

HLK
Zagreb, tijekom 2011.god.
Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830
10.500,00kn

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Tijekom 2011., druga srijeda u mjesecu
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Tečaj trajne edukacije iz ehokardiografije

KB „Sestre milosrdnice“, Kl. za internu medicinu - Zavod za kardiovaskularne
bolesti
Zagreb, tijekom 2011. - trajna edukacija
Prof.dr.sc. Vjerran Nikolić Heitzler, dr.med., tel.: 01/3787-937
12.000,00kn

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.: 095/3254-267
http://www.medicinska-akupunktura.com
15.000,00kn

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera i osobe u nadzoru - DDD trajna edukacija

Korunić d.o.o.
Zagreb, tri termina tijekom jeseni 2011.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Osnovni principi provedbe DDD mjera u praksi (stanje-mjere- rokovi- obrada-tehnika-zaštita-prosudba)

Korunić d.o.o.
Zagreb, tri termina tijekom proljeća 2011.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Dijabetes mellitus tip 2, epidemiologija, rizici i liječenje

Novo Nordisk Hrvatska d.o.o.
Zoran Milas, tel.: 01/6651-925
on-line

Učinci inkretina izvan gušterače

Novo Nordisk Hrvatska d.o.o.
Zoran Milas, tel.: 01/6651-925
on-line

Inkretini i njihovo djelovanje u dijabetesu tipa 2

Novo Nordisk Hrvatska d.o.o.
Zoran Milas, tel.: 01/6651-925
on-line

Web konferencija - Zbrinjavanje moždanog udara

Bayer d.o.o.
on-line, 10.05. - 10.09.2011.
Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

Komunikacija i komunikacijske vještine u medicini

C.T. - Poslovne informacije d.o.o. (Časopis Medix)
svibanj - rujna 2011.
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.: 098/289-819, www.medix.com.hr
test u časopisu

Urogenitalne i spolno prenosive infekcije

C.T. - Poslovne informacije d.o.o. (Časopis Medix)
Lipanj - rujan 2011. Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083,
mob.: 098/289-819, www.medix.com.hr
test u časopisu

RUJAN

XII. simpozij - „Ortopedska pomagala 2011“ - Timski rad u protetici, ortotici i rehabilitaciji

KBC Zagreb, Kl. zavod za rehabilitaciju i ortopedska pomagala, Društvo za protetiku i ortotiku - ISPO Croatia u suradnji s Hrvatskim ortopedskim društvom HLZ-a i Udrugom ortopedske tehnike Hrvatske
Tučepi, 22.-24.09.2011.

Biserka Tominić, tel.: 01/2362-349, e-mail: btomic@kbc-zagreb.hr
do 31.07. 1.000,00kn (900,00kn članovi ISPO i specijalizanti, pratnja 700,00kn, jednodnevna kotizacija samo za stručni skup 500,00kn nakon 31.07. za sve sudionike i pratnju 1.100,00kn

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Savjeti roditeljima djece s ADHD/ADD

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 22.09.2011.

Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

Šesti transfuzijski dani

KBC Zagreb, HLZ, HD za hematologiju i transfuziologiju
Zadar, 22.-24.09.2011.

Željka Topolovac, tel.: 01/2388-709

1.000,00kn

9. osječki urološki dani

2. osječki nefrološki dani

KBC Osijek, Klinika za urologiju i Odjel za dijalizu Klinike za unutarnje bolesti
Osijek, 22.-24.09.2011.

Sandra Karalić, tel.: 031/511-401, fax.: 031/512-224,

e-mail: karalic.sandra@kbo.hr

od 01.05.2011. specijalisti 400EUR, specijalizanti 350EUR, med.sestre i tehničari 350EUR, osobe u pratnji 250EUR

SiNAPSA Neuroznanstvena konferencija (SiNAPSA Neuroscience Conference '11 (SND'11))

Hrvatsko društvo za neuroznanost, Hrvatski institut za istraživanje mozga,
MEF Sveučilišta u Zagrebu

Ljubljana, 22.-25.09.2011.

Željka Pavlović, tel.:01/4596-903

Puna kotizacija 120/150EUR, kotizacija za doktorande i specijalizante 70/90EUR, dnevna kotizacija 60/75EUR, studentska 30EUR, radionica kotizacija 250/300EUR

1. Clinical Nutrition Course

HD za kliničku prehranu HLZ-a u suradnji s Fresenius Kabi Ltd.

Tuheljske Toplice, 23.-24.09.2011.god.

Darija Vranešić Bender, tel.: 01/2367-730

400,00kn

Kronična venska insuficijencija - dijagnostika i suvremeno liječenje

HLZ, Podružnica Rijeka

Rijeka, 23.-24.09.2011.

Janja Komljenović, tel.: 051/658-590

300,00kn

Integrativna psihoterapija - Supervizija

KB Dubrava, Klinika za psihijatriju, Hrvatska udruga za integrativnu psihoterapiju

Zagreb, 23.-25.09.2011.

Prof. Tina Peraica, tel.: 01/2903-692

Stručni skup za fizijatre i neurologe - U korak s vremenom u očuvanju zdravlja

Belupo d.d.

Umag, 23.-25.09.2011.

Irena Matek, tel.: 01/2411-412, mob.: 098/466-038

Trijaža u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu

HLZ, HD za hitnu medicinu i HUMS Društvo hitne medicinske pomoći
Koprivnica, 24.09.2011.

Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362, fax.: 01/4677-180,

e-mail: administrator@hzhm.hr, web: www.hdhm.com.hr

Liječnici 1.500,00kn, MS/MT 1.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

HD za akupunkturu HLZ-a

Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesečno (18 sati)

Dr. Dalibor Veber, mob.: 091/4748-493, e-mail: dr.thew@yahoo.com,

<http://www.medicinska-akupunktura.com>

15.000,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 26.-30.09.2011.

Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713

3.500,00kn

Postgraduate education course - Management of Healthcare - Associated Infections in the Era of growing Antibiotic Resistance

HD za infektivne bolesti HLZ-a

Primošten, 28.-30.09.2011.

Arijana Pavelić, Nevenka Jakopović, tel.: 01/2826-191

5. hrvatski kongres medicine rada s međunarodnim sudjelovanjem „Zdravlje, rad i zajednica“

HD za medicinu rada HLZ-a

Hvar, 28.09. - 02.10.2011.

Laura Popovac, VMD putnička agencija, tel.: 01/6065-840/846,

fax.: 01/6065-841, mob.: 091/5810-018, e-mail: laura@vmd.hr, www.vmd.hr

Od 01.05.2011. - Članovi HDMR 350EUR, ostali sudionici 450EUR, studenti, specijalizanti, umirovljenici i osobe u pratnji 150EUR, Samo radni dio kongresa 100EUR

Znanstveni simpozij o bolestima ovisnosti: Farmakologija ovisnosti

Ogledni klub liječenih alkoholičara

Zagreb, 29.09.2011.

Prof.dr.sc. Danijel Buljan, tel.: 01/3787-232

500,00 i 300,00kn

Drugi hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu

Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu

Beli Manastir, 29.09. - 02.10.2011.

Marina Bučar, mob.: 095/9111-487

500,00kn (dnevna), 1.200,00/1.300,00kn (rana); 1.500,00/1.600,00kn (kasna)

XI kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora HLZ-a

Hrvatsko društvo obiteljskih doktora HLZ-a
Rovinj, 29.09. - 01.10.2011.
Prim.mr.sc.dr. Bruno Mazzi, mob.: 098/224-900
800,00kn članovi HDOD, ostali 1.000,00kn, osobe u pratnji 200,00kn

4. hrvatski kongres s međ.sudjelovanjem - Potporno liječenje onkoloških bolesnika

HLZ, Hrvatsko onkološko društvo
Brijuni, 29.09. - 02.10.2011.
Danijela Čurčić, mob.: 098/415-942, 091/4553-290
1.900,00 i 2.250,00kn

2nd Dubrovnik Cardiology Highlights - An ESC update programme in Cardiology

Hrvatsko kardiološko društvo, Spektar putovanja d.o.o.
Dubrovnik, 29.09. - 02.10.2011.
Ana Hadjić, tel.: 01/4862-600
3.375,00kn

XXXIII Alpe Adria Meeting of Perinatal Medicine

HLZ, HD za perinatalnu medicinu
Zagreb, 30.09. - 01.10.2011.
Dr. Josip Juras, mob.: 091/1668-305

Integrativna psihoterapija - Agresija

KB Dubrava, Klinika za psihijatriju, Hrvatska udruga za integrativnu psihoterapiju
Zagreb, 30.09. - 02.10.2011.
Prof. Tina Peraica, tel.: 01/2903-692

Klasična i francuska škola homeopatije

HUPED - Hrvatsko udruženje za prirodnu, energetsku i duhovnu medicinu i Međunarodno društvo za tradicionalnu medicinu „Belladona“
Zagreb, 30.09. i 01.10.2011. - završetak - travanj 2013.
Prof. Slavica Kraljević, mob.: 099/6772-540, e-mail: slavica.kraljevic@gmail.com
2.775,00EUR

LISTOPAD

Humani papilomavirusi u stvarnom vremenu

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije Sekcija za humane papilomaviruse
Rijeka, 01.10.2011.
Jasminka Blaha, tel.: 01/2826-191
100,00kn

11-ta međunarodna konferencija o osteogenesis imperfecta

HLZ, HD za dječju ortopediju
Dubrovnik, 02.-05.10.2011.
Dr. Darko Antičević, tel.: 01/2368-911

179. Gerontološka tribina - Hrvatske smjernice za prehranu starijih osoba

Centar za gerontologiju ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar MZSS RH za zaštitu zdravlja starijih osoba
Zagreb, 04.10.2011.
Marica Lukić, tel.: 01/4696-164, fax.: 01/4678-016,
e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Poslovna sposobnost i skrbništvo u Hrvatskoj - raskorak između prakse i Konvencije o pravima osoba s invaliditetom

Hrvatska liječnička komora
(c)ibenik, 04.-05.10.2011.
Branka Meić, tel.: 01/6102-179

Perinatalna neuroznanost i važnost kontakta koža-na-kožu

Hrvatska udruga IBCLC savjetnica za dojenje
Split, 05.-07.10.2011.
Dr. Irena Zakarija Grković, tel.: 021/557-823

Integrativna psihoterapija - Radionica II

KB Dubrava, Klinika za psihijatriju, Hrvatska udruga za integrativnu psihoterapiju
Zagreb, 05.-09.10.2011.
Prof. Tina Peraica, tel.: 01/2903-692

3. Internacionalna škola iz psihijatrije i kognitivne neuroznanosti

Psihijatrijska bolnica Rab
Rab, 06.-07.10.2011.
Anamaria Vidas, tel.: 051/750-686
Puna kot. 250,00kn, specijalizanti 200,00kn, studenti 100,00kn, osobe u pratnji 50,00kn

4. Međunarodni kongres Hrvatskog društva za dentalnu implantologiju

HLZ, HD za dentalnu implantologiju
Opatija, 06.-08.10.2011.
Dr. Darko Macan, mob.: 091/4664-075
900,00kn

VII. Simpozij Hrvatskog društva za pedijatrijsku kardiologiju i reumatologiju

HLZ, HD za pedijatrijsku kardiologiju i reumatologiju
Osijek i Vukovar, 06.-08.10.2011.
dr. Sanja Dorner, dr. Nevenka Turjak, tel.: 031/512-295
specijalisti 700 kn, specijalizanti 350 kn, umirovljenici bez kotizacije

1. zajednički simpozij Hrvatskog traumatološkog društva i Društva traumatologa Slovenije

HLZ, Hrv. traumatološko društvo, „Spektar putovanja“ d.o.o.
Dubrovnik, 06.-08.10.2011.
Jelena Krmić, „Spektar putovanja“ d.o.o., tel.: 01/4862-607;
dr. Ante Muljačić, mob.: 098/235-604
specijalisti, 1.200,00kn, specijalizanti 1.000,00kn

Endoskopska kirurgija nosa, sinusa, orbite i baze lubanje/Extended rhinologic surgery; nose and beyond

KBC Split, ORL klinika
Split, 07.-08.10.2011.
Dr.sci. Nikola Kolja Poljak, mob.: 091/4568-994

VII. simpozij hrvatskog društva za pedijatrijsku kardiologiju i reumatologiju

KBC Zagreb, Referentni centar za pedijatrijsku kardiologiju, KBC Osijek, Klinika za pedijatriju
Osijek, 07.-08.10.2011.
Dr. Sanja Dorner, e-mail: sanjadorner@gmail.com, tel.: 031/512-295,
dr. Andrea Dasović Buljević, mob.: andrea.db.savoia@gmail.com, tel.: 01/2367-586
700,00kn specijalisti, 350,00kn specijalizanti

6. hrvatski kongres nefrologije, dijalize i transplantacije

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Split, 07. - 10.10.2011.
Dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-258, fax.: 01/3878-911,
e-mail: tajnik@hdndt.org, www.hdndt.org
Poslije 31.05.2011. liječnici 2.300,00kn (300EUR), specijalizanti, stazisti, med.sestre i predstavnici tvrtki 1.500,00kn (200EUR), osobe u pratnji 1.500,00kn (200EUR)

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 10.-14.10.2011.
Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

Lijekovi i ...

Lijekovi i gripa
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 12.10.2011.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

6. hrvatski kongres dječje kirurgije

HD za dječju kirurgiju HLZ-a i KBC Split, Kl. odjel za dječju kirurgiju
Split, 12.-15.10.2011.
Dr. Dubravko Furlan, 021/556-182, dfurlan@kbsplit.hr; andrea@spektar-
holidays.hr; www.djecjakirurgijasplit2011.org
180EUR specijalisti, 130EUR specijalizanti

Urogenital Radiology - Joint Meeting of European Society of Urogenital Radiology and Society of Uroradiology

HD radiologa HLZ-a
Dubrovnik, 12.-16.10.2011.
Andrea Grospić, mob.: 091/4372-899
250-350EUR

Srčane aritmije - racionalni pristup

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 13.-15.10.2011.
Dr. Mislav Puljević, mob.: 091/4680-414
1.500,00kn

Nove tehnologije u gastrointestinalnoj endoskopiji

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, 14.10.2011.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/4651-214
400,00kn

Nasljedne metaboličke bolesti 2011

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 14.10.2011.
Dr. Karin Zibar, tel.: 01/2368-318
600,00kn za specijaliste, 400,00kn za specijalizante, stažiste, znanstvene
novake, članove sekcije za nasljedne metaboličke bolesti, besplatno za
umirovljenike i studente

IV. Mala krčka akademija ovisnosti

KLO Gromače Krk
Krk, 14.-15.10.2011.
Marijan Markić, mob.: 091/5278-781

9. kongres HD medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja

HLZ, HD medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja
Umag, 14.-15.10.2011.
Dr. Anica Matić, dr. Marija Ivanković, tel.: 01/4573-525
500,00kn

Hitna stanja u alergologiji

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Dječja bolnica Srebrnjak
Zagreb, 14.-15.10.2011.
Aida Begović, tel.: 01/6391-206
700,00kn

3D/4D VISUS ultrazvučni tečaj

Specijalna bolnica Podobnik
Zagreb, 14.-15.10.2011.
Dr. Slava Podobnik-Šarkanji, tel.: 01/6398-002
2.000,00kn

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja
Ravna Gora, 14.-16.10.2011.
tvpervan@gmail.com
2.500,00kn

Mehanička respiracijska potpora

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju
Dubrovnik, 14.-17.10.2011.
Jadranka Radnić Salijeovski, tel.: 01/2367-754, mob.: 091/5097-154
1.000,00kn

Česte ORL bolesti u ordinaciji primarne zdravstvene zaštite

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 15.10.2011.
Mario Cvek, mob.: 091/5392-866, fax.: 01/4590-270
400,00kn

Hitna stanja u internoj medicini

Spec.bolnica za med.rehabilitaciju Krapinske Toplice
Krapinske Toplice, 15.10.2011.
Dr. Nenad Lakušić, tel.: 049/383-464, mob.: 098/9761-989

Sindrom iritabilnog crijeva: Od proljeva do opstipacije - dijagnostika, diferencijalna dijagnostika i liječenje.

KB "Sveti Duh", Klinika za unutarnje bolesti, MEF Sveučilišta u Zagrebu.
Zagreb, 15.10.2011.
Saša Guljić, dr. med., sasa.gulic@yahoo.com, mob.: 0913713366; Karolina
Majstorović, dr. med., majstork@gmail.com, mob.: 0913713425.
450,00

Autonomija medicinske struke i eutanazija

Hrvatsko katoličko liječničko društvo - Središnjica
Zagreb, 15.10.2011.
Slavica Grubišić, tel./fax.: 01/4817-537, mob.: 098/9612-550

Simpozij citotecnologa

Hrvatska udruga citotecnologa - HUCIT
Split, 15.10.2011.
Katica Rubić, mob.: 98/792-543

Suvremeni pristup liječenju osteoporoze

on-line, 15.10.2011.-15.02.2012.
Pliva Hrvatska d.o.o.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925, www.plivamed.net

Radiologija metaboličkih bolesti mozga

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 17.10.2011.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Smjernice za dijagnostiku, konzervativno i invazivno/operacijsko liječenje krizobolje

Hrvatsko vertebrološko društvo u suradnji sa Klinikom za reumatologiju,
fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i Klinikom za neurokirurgiju KBC "Sestre
milosrdnice"
Zagreb, 18.10.2011.
Marijana Bregni, tel.: 01/3787248, e-mail: marijana.bregni@kbcsm.hr.
4.000,00kn

Power of fungi and mycotoxins in health and disease

Hrvatsko mikrobiološko društvo
Primošten, 19.-22.10.2011.
Dr.sc. Maja Šegvić Klarić, tel.: 01/6394-493
240EUR

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Nutrigenomika u prevenciji prekomjerne težine i pretilosti
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 20.10.2011.
Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

International Congress on Head and neck Tumors

HD za tumore glave i vrata
Zagreb, 20.-22.10.2011.
Dr. Lana Kovač Bilić, tel.: 01/2367-610
sudionci 200EUR, članovi društva 150EUR, specijalizanti 100EUR

4th European School of Social Pediatrics

HLZ, HD za preventivnu i socijalnu pedijatriju
Dubrovnik, 20.-22.10.2011.
Melani Marković, tel.: 01/2442-660
100-300EUR

13. godišnji kongres Hrvatskoga reumatološkog društva HLZ-a

HLZ, Hrvatsko reumatološko društvo
Cavtat, 20.-23.10.2011.
www.reumatologija.org; g_ivanisevic@hotmail.com
500,00kn

44. stručno-znanstveni skup hrvatskih pulmologa s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, Hrvatsko pulmološko društvo
Osijek, 20.-23.10.2011.
Dr. Neven Miculinić, tel.: 01/2385-242, mob.: 091/7923-085
do 15.09. - 1.500,00kn, poslije 15.09. - 1.800,00kn, sponzorsko osoblje
1.500,00kn, osobe u pratnji/umirovljenici 500,00kn

Hitna stanja u ginekologiji, opstetriciji i anezestozijama

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Kl. za ženske bolesti i porode
Zagreb, 21.-22.10.2011.
Dr. Josip Juras, mob.: 091/1668-305
700,00kn specijalisti, 400,00kn specijalizanti

Neuropatska bol - dijagnostika i liječenje

MEF Sveučilišta u Osijeku, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju, KBC
Osijek, Odjel za anesteziologiju i intenzivno liječenje, HD za liječenje boli
Osijek, 21.-22.10.2011.
Prim. Mira Fingler, dr.med., tel.: 031/511-532, e-mail: fingler.mira@kbo.hr
Dobrila Beljakov, tel.: 031/511-502, e-mail: beljakov.dobrila@kbo.hr
1.000,00kn

Suvremena medicinska nastava obiteljske medicine

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 21.-22.10.2011.
Davorka Vrdoljak, tel.: 021/557-823
250,00kn

Advanced Paediatric life support

KB Split
Osijek, 21.-23.10.2011.
Prof.dr.sc. Julije Meštrović, tel.: 021/556-686
2.400,00kn

XV kongres hitne medicine sa međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći
Novi Vinodolski, 21.-23.10.2011.
Dr. Miro Benčić, mob.: 099/2124-336, 098/470-559
500,00kn

Volite svoje dojke

Hrvatska liga protiv raka
Zagreb, 22.10.2011.
Ilona Sušac, mob.: 091/1955-409

Međunarodna škola akupunkture, elektroakupunkture i akupresure i Tuina terapije

HUPEd - Hrvatsko udruženje za prirodnu, energetsku i duhovnu medicinu
i Međunarodno društvo za tradicionalnu medicinu „Belladona“ u suradnji
sa Akademijom za tradicionalnu kinesku medicinu
Zagreb, 22.10.2011. - 02.2013.
Prof. Slavica Kraljević, mob.: 099/6772-540,
e-mail: slavica.kraljevic@gmail.com
2.200EUR, predujam 700,00kn prije prvog predavanja

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 24.-28.10.2011.
Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

8. simpozij distrofičara Iste - Ususret zdravlju 2011

Društvo distrofičara Iste
Pula, 26.-28.10.2011.
Davor Komar, mob.: 091/6652-222, tel.: 052/217-242

Kronične rane - lokalno liječenje - izazov za kliničare

Hrvatska udruga za rane
Primošten, 26.-29.10.2011.
Dunja Hudoletnjak, mob.: 091/3713-091, e-mail: dhudolet@kbsd.hr
1.500,00kn

VII. hrvatski kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem

Zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba i HLZ, HD za reanimatologiju
Zagreb, 27.-28.10.2011.
Dubravka Nemet, tel.: 01/6302-920, fax.: 01/6302-894
e-mail: uhmp-zg@zg.t-com.hr
Od 31.07. liječnici 180,00EUR, med.sestre, tehničari, studenti, stažisti,
umirovljenici 100,00EUR - protuvrijednost u kn

5. hrvatski endokrinološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo
Pula, 28.09. - 02.10.2011.
Vesna Borisavljević, A.T.I. d.o.o., mob.: 091/1255-170
500,00kn

Autoimmune bullous diseases - What's new?

HLZ, Hrvatsko dermatovenerološko društvo
Zagreb, 28.-29.10.2011.
Gordana Dučkić, tel.: 01/2368-915
350,00/700,00kn

STUDENI

Zaštita zdravlja adolescenata - tjelesno zdravlje

on-line, 01.11.2011.-01.03.2012.

Pliva Hrvatska d.o.o.

Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925, www.plivamed.net

Zaštita zdravlja adolescenata - psihičko zdravlje

on-line, 01.11.2011.-01.03.2012.

Pliva Hrvatska d.o.o.

Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925, www.plivamed.net

1. Osnovni tečaj ultrazvuka u hitnim stanjima u djece

MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLZ, HD za perinatalnu medicinu

Zagreb, 03.-05.11.2011.

Dr. Boris Filipović Grčić, tel.: 01/2367-602, mob.: 098/1759-087

3.000,00kn

Dišni put i mehanička ventilacija u hitnoj medicini

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju i

Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Begovo Razdolje, 04.-06.11.2011.

Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362, fax.: 01/4677-180, e-mail:

administrator@hzhm.hr, web: www.hdhm.com.hr

Liječnici 1.500,00kn, MS/MT 1.000,00kn

Predavanja iz dječje i adolescentne psihijatrije: Vjerodostojnost idkaza u vještačenjima seksualnog zlostavljanja djece i mladeži

Psijhijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11

Zagreb, 07.11.2011.

Dr. Enes Kušimić, tel.: 01/4862-524

60,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 07.-11.11.2011.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713

3.500,00kn

Lijekovi i ...

Lijekovi i migrena

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 09.11.2011.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Osnovni tečaj laparaskopske kirurgije Aesculap Akademije

Aesculap akademija d.o.o.

Zagreb, 09.-11.11.2011.

Sonja Šikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2356-772

2.200,00kn specijalizanti, 3.000,00kn specijalisti

Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju 2011.

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 09.-12.11.2011.

Dr. Irena Zakarija-Grković, tel.: 021/557-823,

e-mail:izakarijagrkovic@yahoo.com

2.000,00kn

Sanitarno inženjerstvo - Sanitary Engineering

Hrvatska udruga za sanitarno inženjerstvo - Komora sanitarnih inženjera i tehničara (Komora HUSI)

Opatija, 10.-12.11.2011.

Mihaela Staver, dipl.san.ing., tel.: 051/345-609

prije 20.09. - sudionici 950,00kn, studentska kotizacija 350,00kn, osobe u pratnji 500,00kn

poslije 20.09. - sudionici 1.200,00kn, studentska kotizacija 500,00kn, osobe u pratnji 500,00kn

Statistička obradba podataka u biomedicinskim istraživanjima

MEF Sveučilišta u Rijeci

Rijeka, 11.-12.11.2011.

Vedrana Marinac Topić, tel.: 051/651-255, e-mail: mi@medri.hr

2.100,00kn

Regionalna anestezija i analgezija - primjena ultrazvuka u kliničkoj praksi

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju

Šalata 3, KB „Sveti duh“ Zagreb, Kl.za anesteziologiju, reanimatologiju i

intenzivno liječenje Zagreb, 11.-12.11.2011.

Iva Kapović, tel.: 01/4566-933, fax.: 01/4566-701, e-mail: ikapovic@mef.hr;

prof.dr.sc. Kata Šakić, tel./fax.: 01/3712-049, mob.: 098/318-317, e-mail:

anestezija@kbsd.hr, www.mef.hr/hdraa

1.000,00kn do 05.03.2012., za specijalizante i članove HDRAA-HLZ 500,00kn

Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrvatsko senološko društvo

Zagreb, 11.11.2011.-28.01.2012.

Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677

9.500,00kn

Autonomija medicinske struke i autanazija

Hrvatsko katoličko liječničko društvo - Središnjica

Zagreb, 12.11.2011.

Slavica Grubišić, tel./fax.: 01/4817-537, mob.: 098/9612-550

Prilog spoznajama o značenju prehrane u prevenciji i liječenju bolesti

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 12.11.2011.

Prof.dr.sc. Ivančica Delaš, tel.: 01/4566-757

500,00kn

Predavanja iz dječje i adolescentne psihijatrije: Značaj transfera i kontratransfera u psihoterapiji djece i mladeži

Psijhijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11

Zagreb, 14.11.2011.

Dr. Enes Kušimić, tel.: 01/4862-524

60,00kn

Ultrasound enhanced critical management course USCMS - BL1 (Basic level1) provider - Ultrazvuk u primarnoj, hitnoj i intenzivnoj medicini (Ultrasound life support - USLS - BL1 (Basic Level 1) Provider)

KBC Zagreb, Zavod za intenzivnu medicinu /WINFOCUS/, HLZ, Internističko društvo

Zagreb, 16.-17.11.2011.

Doc.dr. Radovan Radonić, tel.: 2367-478 ili 2367-481

1.000,00kn

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Uloga pravilne prehrane i redovite tjelesne aktivnosti u prevenciji pojave šećerne bolesti

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 17.11.2011.

Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

Simpozij Suvremene spoznaje o ortofacijalnim bolestima u Hrvatskoj

Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti

Zagreb, 18.11.2011.

Dr. Darko Macan, mob.: 091/4664-075

Intravenska kontrastna sredstva: prošlost, sadašnjost i budućnost

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 21.11.2011.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 21.-25.11.2011.
Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

Ultrazvučna dijagnostika abdominalnih i torakalnih organa u dječjoj dobi

Klinika za dječje bolesti, Zavod za dječju radiologiju, Klaićeva 16, Zagreb
Zagreb, 23.-25.11.2011.
Prof.dr.sc. Goran Ročić, tel.: 01/4600-100, 098/0998-886

69. dani dijabetologa

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma
Sveti Martin na Muri, 24.-26.11.2011.
Vesna Borisavljević, A.T.I., mob.: 091/1255-170
500,00kn

Plućna funkcijska dijagnostika

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Dječja bolnica Srebrnjak
Zagreb, 24.-26.11.2011.
Aida Begović, tel.: 01/6391-206
1.500,00kn

P.A.I.N. COURS - osnovni

HD za liječenje boli HLZ-a
Rijeka, 26.11.2011.
Gabrijela Šelendić, 01/3764-111

Program promicanja dojenja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - Savjetovništva za djecu prijatelji dojenja

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“
Zagreb, 25.-26.11.2011.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
300,00kn po timu zdravstvene zaštite (liječnik i sestra)

PROSINAC

Znanstveni simpozij "Poremećaji pigmentacije"

HDVD HLZ-a i Kl. Za kožne i spolne bolesti KBC "Sestre milosrdnice"
Zagreb, 02.12.2011.
Dr. Nives Pustišek, g. Hrvoje Beclin, tel.: 01/3787-422
Za simpozij: 400,00kn za specijaliste, 200,00kn za specijalizante
Za radionice: 500,00kn za specijaliste, 400,00kn za specijalizante

Liječenje boli djece, palijativna skrb

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sestre milosrdnice“, Klinika za dječje bolesti, HD za liječenje obli, Hrv. pedijatrijsko društvo, Hrv. društvo za palijativnu medicinu
Zagreb, 02.-03.12.2011.
Dr. Filip Jadrijević Cvrle, mob.: 091/4600-345
specijalisti 600,00kn, specijalizanti 300,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 05.-09.12.2011.
Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

Lijekovi i ...

Farmakogenomika - individualizacija terapije
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 14.12.2011.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Uloga novih MR tehnika u dijagnostici multiple skleroze

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 19.12.2011.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

2012. VELJAČA

2. hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji s međunarodnim sudjelovanjem - Kako medicinu usmjeriti čovjeku

HD za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja HLZ-a i CEPAMET
Zagreb, 09.-11.02.2012.
Ana Jurašić, "Penta", tel.: 01/4628-615, www.psihijatrija-prevencairehabilitacija.com
za specijaliste do 15.12.2011. 1.850,00kn, nakon 16.12.2011. 2.220,00kn
za specijalizante do 15.12.2011. 1.100,00kn, nakon 16.12.2011. 1.480,00kn

OŽUJAK

Neuromuskularne komplikacije šećerne bolesti

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za neurologiju KBC-a Zagreb, HLZ, HD za neuromuskularne bolesti i kliničku elektromioneurografiju
Zagreb, 30.03.2012.
Milica Jug, vrt, doc.dr.sc. Ervina Bilić, e-mail: ervina.bilic@mef.hr,
predbilježbe.poliklinika.nrl@kbc-zagreb.hr, tel.: 01/2376-488,
mob.: 091/5772-725, fax.: 01/2376-564
600,00kn specijalisti, 300,00kn specijalizanti

Autotransfuzija, tromboprofilaksa i perioperacijsko krvarenje

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju
Šalata 3, KB „Sveti duh“ Zagreb, Kl.za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje i Klinika za ortopediju KBC Zagreb
Zagreb, 09.-10.03.2012.
Iva Kapović, tel.: 01/4566-933, fax.: 01/4566-701, e-mail: ikapovic@mef.hr;
prof.dr.sc. Kata Šakić, tel./fax.: 01/3712-049, mob.: 098/318-317,
e-mail: anestezija@kbsd.hr, www.mef.hr/hdraa
1.000,00kn do 05.03.2012., za specijalizante i članove HDRAA-HLZ 500,00kn

TRAVANJ

1. Kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za hitnu medicinu i HUMS Društvo hitne medicinske pomoći
Trogir, 19.-21.04.2012.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362, fax.: 01/4677-180,
e-mail: administrator@hzhm.hr, web: www.hdhm.com.hr
Liječnici članovi HDHM 1.300,00kn, ostali 1.600,00kn; MS/MT 1.000,00kn;
specijalizanti, studenti, umirovljenici 500,00kn