

Lječničke Novine

GLASILLO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



TEMA BROJA (str. 23)

**“Mediji i zdravlje”
u Grožnjanu**

Rasprava o novoj Nacionalnoj strategiji zdravstva

• Stiglo nam je ljeto sa svojim klimatskim osobinama. Nastupile su vrućine i sparne koje mnogima mogu izazvati zdravstvene poteškoće, posebice onima koji nisu u mogućnosti otići na godišnji odmor. Među njima ima puno zdravstvenih radnika. Najteže je onima u priobalju, jer se broj pacijenata povećao zbog dolaska brojnih turista. Kada znamo da nedostaje liječnika, onda možemo očekivati preveliko opterećenje onih koji moraju pružati kontinuiranu zdravstvenu zaštitu i pri tome paziti da se ne učini medicinska pogreška. Uz smanjena sredstva za zdravstvenu zaštitu opterećenje zdravstvenih radnika postaje još veće, a uvjeti rada teži. Usprkos svim negativnim okolnostima, uvjeren sam da ćemo kao i do sada pružiti najbolju moguću zdravstvenu uslugu svima koji je ovih vrelih dana budu trebali.

I ove godine su predstavnici naše Komore aktivno sudjelovali u radu Motovunske ljetne škole. Prvo smo u od 26. do 28. lipnja po osmi put bili suorganizatori radionice u Motovunu, a onda smo 28. i 29. lipnja prisustvovali skupu „Mediji i zdravlje“ u Grožnjanu. O pojedinostima ovih, sad već tradicionalnih i zanimljivih događanja možete čitati u ovom broju našega glasila, ali i u broju za rujan u kome ćemo tematski obraditi ovogodišnju temu iz Motovuna: prikupljanje podataka u zdravstvu i e-zdravstvo.

Kako sam i ja bio nazočan u Grožnjanu, mogu ovim putem izraziti svoje dojmove. Tema skupa bila je Nacionalna strategija razvoja zdravstva od 2012. do 2020. godine. Sudionici su dobili vrlo opširnu brošuru s nacrtom ovog dokumenta (tzv. Bijelu knjigu, engl. White paper), a u četvrtak 28. lipnja 2012. su ministar zdravlja prof. dr. Rajko Ostojić i suradnici prezentirali njezin sadržaj pred oko 200 sudionika. Uz ministra su govorili dr. Dario Sambuljak, dr. Marijan Česarik, gđa. Ljubica Đukanović, dr. Siniša Varga i dr. Luka Vončina. Poslije je održan Okrugli stol na tu temu, na kojem sam i ja bio sudionik. Pitanja su postavljali novinari Mario Harapin i Andreja Šantek, ali i sudionici skupa. Predstavljanjem Nacrtzapočela je javna rasprava, koja traje do 20. srpnja 2012.



Nakon javne rasprave o Bijeloj knjizi bit će prikupljeni komentari i primjedbe analizirani i uzeti u obzir pri izradi konačnog prijedloga Strategije. Krajnji rok za dovršetak i usvajanje Strategije u Hrvatskom saboru je datum donošenja državnog proračuna za 2013. godinu. U stvaranju nacrt Strategije sudjelovalo je više od 150 stručnjaka. Veseli me da je među njima bio velik broj članova tijela naše Komore. Ovdje moram napomenuti da su svi članovi povjerenstava, predstavljeni još u samom uvodu dokumenta nacrt Strategije, bili pozvani na sudjelovanje osobno, kao eksperti, a ne kao predstavnici institucija iz kojih dolaze. Metodologija izrade i usvajanja same Strategije je zahtjevna i posebno razvjeta. Pregled stanja u sustavu predstavljen je brojnim podacima i opsežnom statistikom. Pri izradi nacrt Strategije učinjena je dobra SWOT analiza. Prepoznate su slabosti, ali i snage našega zdravstva te su definirani razvojni pravci. Čitajući nacrt ovog dokumenta mogu ovim putem izraziti svoje zadovoljstvo da se u njemu nalazi puno toga što je Komora još ranije prepoznaala kao problem koji je potrebno riješiti. Nedostatak liječnika, očekivani odljev zdravstvenih djelatnika po pristupu Hrvatske EU-u, stagnacija udjela ukupnih izdvajanja za zdravstvo u BDP-u od 2008. godine te potreba za osiguranjem od profesionalne odgovornosti liječnika samo su neke od ovih tema. Iako se u ovoj fazi izrade dokumenta Strategije još ne spominju strateški partneri u njenom provođenju, očekujemo da će se pri razradi planova implementacije pronaći mesta i za komore u zdravstvu, posebice u dijelu koji se odnosi na javne ovlasti koje komore imaju.

Liječnici su, siguran sam, ne samo temeljna regulirana profesija u zdravstvu u EU-u, nego i nositelji većine aktivnosti koje su obrađene u ovom nacrtu Strategije.

U prioritetu br. 5, koji se odnosi na poticanje kvalitete zdravstvene zaštite, preporuča se izrada kliničkih smjernica i algoritama postupanja utemeljenih na znanstvenim dokazima i najboljoj kliničkoj praksi. O tome smo puno razgovarali u Komori i sigurni smo da je to vrlo važan zadatak, koji trebaju za svaku struku izraditi stručna društva Hrvatskog liječničkog zbora. Međutim, moram upozoriti da se kod izrade smjernica i algoritama često ne uzima u obzir realna mogućnost njihove implementacije u praksi, jer na potpunu primjenu optimalnih smjernica značajno utječe raspoloživa finansijska sredstva u sustavu zdravstva. To se mora imati u vidu kod definiranja svih algoritama.

Nacrt Strategije dostupan je javnosti te vas sve pozivam da svoje primjedbe dostavite putem objavljenog obrasca, a moguće ih je poslati i povjerenstvima Komore koja ovih dana sukladno svom djelokrugu rada prikupljaju primjedbe na nacrt Strategije. Komora će objedinjene primjedbe poslati pravodobno, a spremni smo se aktivno uključiti i u sve ostale najavljenе faze izrade konačne verzije dokumenta Strategije koja će biti upućena Saboru na usvajanje.

Iako je vrijeme godišnjih odmora, mi se aktivno pripremamo za događanja u sljedećem razdoblju. Čeka nas ZEVA skup (sastanak liječničkih komora srednje i istočne Europe predvođen liječničkom komorom Njemačke) u Zagrebu od 27. do 29. rujna 2012. Očekujemo velik broj predstavnika komora, a možemo se pohvaliti da smo domaćini ovom uglednom skupu po drugi put od kad smo obnovili rad naše Komore. Kao domaćini, predložili smo središnju temu, koja je izazvala zanimanje i svih drugih sudionika. Tako ćemo se na razini europskih komora baviti iskustvima koje one imaju u osiguranju od profesionalne odgovornosti liječnika. Razmijenit ćemo iskustva s našim kolegama iz EU-a i zemalja regije te donijeti zajedničke stavove i preporuke.

Zaključujući ovaj uvodnik, podsjećam vas da naše novine ne izlaze tijekom kolovoza, nego tek u rujnu. Do tada, svima vam želim ugodno ljeto, kako na godišnjem odmoru, tako i na radu.

Vaš predsjednik:
Prim. dr. Hrvoje Minigo

.....

Izvješća o radu stalnih povjerenstava Izvršnog odbora Komore za razdoblje od srpnja 2011. do lipnja 2012.

• Kao i svaki put nakon Skupštine Hrvatske liječničke komore, u ovom broju Liječničkih novina donosimo cijelovita izvješća o radu stalnih povjerenstava Izvršnog odbora Komore u razdoblju od 18. lipnja 2011. do 16. lipnja 2012.

Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju



Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. sc. Mirjana Sabljarić-Matovinović, dr. med.

Povjerenstvo je obavljalo je svoje uobičajene aktivnosti u novom sastavu i to: prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović predsjednica, dr. Ivan Žokalj zamjenik predsjednice i članovi doc. dr. Draško Pavlović, dr. Asja Valković-Mika, prof. dr. Mirko Ivkić, dr. Zvonko Jukić, dr. Slavica Vrtarić, prim. dr. Josip Jelić i dr. Rok Čivljak.

Održano je pet sjedница, od toga jedna u Đakovu. Na njima se raspravljalo o ukupno 46 zaprimljenih predmeta, a Povjerenstvo je raspravljalo i donosilo mišljenje i o predmetima iz prethodnih godina koji se nisu

mogli riješiti prije zbog manjkave dokumentacije ili iz nekog drugog razloga. Povjerenstvo je razmatralo predmete koje je dobilo od Ministarstva zdravlja, pravnih i fizičkih osoba, pacijenata, policijskih uprava, općinskog državnog odvjetništva, državne pravobraniteljice za djecu, različitih udruga i drugih.

Temeljem zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka u prethodnom postupku, povjerenstvo je obradilo tridesetak predmeta, od toga je za četiri predmeta donjelo pozitivno mišljenje. Povjerenstvo je odgovaralo i na brojne upite članova Komore, građana, novinara i drugih o pojedinim pitanjima iz svoje nadležnosti.

Povjerenstvo je nakon dostavljenih kompletnih podataka raspravljalo na sjednicama i donosilo zatražena mišljenja u punom sastavu. Odziv članova na sjednice Povjerenstva bio je skoro stopostotan. Članovi su na svim sjednicama nastojali dati objektivna i etički utemeljena gledišta o problemima.

U Đakovu je 3. svibnja 2012. predsjednica Povjerenstva prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović održala predavanje pod nazivom „Uloga i značaj Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju“ u nazočnosti velikog broja liječnika obiteljske medicine grada Đakova, a sve u organizaciji članice Povjerenstva dr. Slavice Vrtarić.

Članovi Povjerenstva također su sudjelovali i sudjeluju kao predavači na tečaju za sudske vještak koji provodi Komora, s temom „Kodeks medicinske etike i deontologije“ i na tribinama koje organizira Povjerenstvo za etiku HLZ-a i drugi.

Predsjednica prof. dr. sc. Mirjana Sabljarić-Matovinović
Tajnik Radmila Rumeš-Ćrne, dipl. iur.

Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor

Povjerenstvo je nastavilo svoje uobičajene stručne aktivnosti u novom sastavu, i to oom: predsjednik prof. dr. Nenad Ilić,



Predsjednik Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. sc. Nenad Ilić, dr. med.

zamjenik predsjednika prof. dr. Mirko Gjurasin i članovi prof. dr. Vida Demarin, prof. dr. Neven Ljubičić, doc. dr. Stanislav Rupčić, doc. dr. Željko Duić, prim. dr. Milivoj Novak, dr. Ivo Blaće i dr. Živko Mišević. Povjerenstvo je održalo sedam sjednica, od kojih jednu u Splitu.

O svim podnescima koje je zaprimilo od Ministarstva zdravlja, kliničkih i općih bolnica, domova zdravlja, bilo pojedinih liječnika-članova koji su tražili stručna mišljenja, pacijenata ili rodbine pacijenata, Povjerenstvo je nakon prikupljenih podataka i spoznaja (medicinske dokumentacije, očitovanja i sl.), raspravljalo na sjednicama u punom sastavu.

Rasprave su bilježene zvučnim zapisom kao i pisanim zapisnikom. Možemo naglasiti da su rasprave oko stručnih pojedinstvile bile iskrene, stručne, dosljedne i nepriestrane.

Članovi Povjerenstva su na svim sjednicama dali svoj stručni doprinos i objektivno gledište zasnovano na stručnim i etičkim principima i dokazima. Pri donošenju odluka nastojali su sagledati i uvažiti stvarno stanje na terenu i specifičnosti. Dinamika i brzina rješavanja pojedinih predmeta ovisila je o nizu čimbenika, a jedan je od najvažnijih bilo uključivanje istaknutih i priznatih stručnjaka iz pojedinih područja medicine koji su davali stručna mišljenja pisanim putem. Valja istaknuti da se stručno mišljenje o pojedinim postupcima može donijeti samo na temelju kompletne medicinske i ostale dokumentacije. Svako dodatno traženje dopune dokumentacije produžuje vrijeme do zauzimanja stava, to jest donošenja zatraženoga stručnog mišljenja.

Povjerenstvo je zaprimilo 150 predmeta, među kojima je bilo najviše predstavki Ministarstva zdravlja, kojima je ono tražilo stručna mišljenja, nadležna postupanja i drugo. Stručno mišljenje u velikom broju traže kako pravne osobe tako i fizičke osobe te ostali. Rješavani su i predmeti koji su zaprimljeni u prije mandata ovoga sastava. Povjerenstvo je rješavalo i zahtjeve za pokretanje disciplinskih postupaka, tj. provelo tzv. prethodni postupak u 35 slučaja.

Nerijetko se raspravljalo i o pitanjima koja su postavljali članovi Komore, a Povjerenstvo je nastojalo svojim stručnim stavom pomoći članovima u rješavanju njihovih stručnih problema.

Članovi Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor redovito sudjeluju u radu Komisije za stručni nadzor te i na taj način svojim pomažu kolegama tijekom obavljanja stručnog nadzora nad radom liječnika u zdravstvenim ustanovama. Obavljena su dva izvanredna i 20 redovitih stručnih nadzora.

U donošenju zatraženih mišljenja, Povjerenstvo surađuje s ekspertima Komore, stručnim društvima HLZ-a i stalnim povjerenstvima Komore te ostalim institucijama prema potrebi.

Predsjednik
prof. dr. sc. Nenad Ilić, dr. med.
Tajnik Radmila Rumek-Črne, dipl. iur.

Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika

Povjerenstvo je održalo osam sjednica na kojima je obrađeno ukupno 869 predmeta, od čega:

- 262 stručna skupa bez kotizacije
- 111 stručnih skupova u organizaciji stručnih društava HLZ-a
- 92 stručna skupa u organizaciji medicinskih fakulteta
- 323 stručna skupa u organizaciji zdravstvenih ustanova, farmaceutskih tvrtki te ostalih organizatora iz sustava zdravstva
- 76 osobnih zahtjeva liječnika
- 2 testa u časopisu MEDIX
- 2 on-line testa objavljena na internetskom portalu Plive
- 1 on-line test objavljen na internetskom portalu tvrtke MEDOKA.

Osim toga je kroz informatičku aplikaciju stručnog usavršavanja Komore evidentirano još 500 stručnih skupova. Radi se o skupovima koje su organizirale županijske podružnice Komore i HLZ-a te o stručnim sa stancima u zdravstvenim ustanovama, domovima zdravlja, na klinikama i na bolničkim



Predsjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
prof. dr. sc. Tatjana Jeren, dr. med.

odjelima. Sukladno odredbi članka 23. stavka 1. točke 4. Pravilnika o trajnoj medicinskoj izobrazbi HLK-a, spomenute skupove nije potrebno prijaviti Povjerenstvu radi kategorizacije i bodovanja već je o njihovu održavanju potrebno samo obavijestiti Povjerenstvo. Slijedom toga su organizatori ovih skupova unijeli popise sudionika u informatičku aplikaciju stručnog usavršavanja te su sudionicima automatski pripisani bodovi u njihove elektroničke kartice.

Povjerenstvo je osim toga odlučivalo i o zamolbama za oslobođenje od obvezne prikupljanja bodova za obnovu odobrenja za samostalan rad (licence). Zamolbe su podnijeli liječnici i liječnice koje zbog rodiljnog dopusta ili dužeg bolovanja nisu mogli sudjelovati u postupku trajne medicinske izobrazbe. Povjerenstvo je razmatralo i neke aktualne teme iz područja trajne medicinske izobrazbe, posebice o bodovanju prijavljenih stručnih skupova iz područja homeopatije. S obzirom da homeopatija u RH nije službeno priznata kao grana medicine, Povjerenstvo je zauzel stav kako skupove iz područja homeopatije neće bodovati sve dok (i ako) homeopatija ne postane znanstveno priznata metoda liječenja, odnosno dok ne postane službeno priznata grana medicine.

Raspravljalo se i o pitanju pisanja naziva profesor na visokoj školi (iako to ne spada u djelokrug rada niti u nadležnost Povjerenstva), odnosno o tome piše li se spomenuti naziv ispred ili iza imena i prezimena, jer je uočeno kako mnogi liječnici koji su stekli naziv profesora na visokoj školi taj naziv pišu ispred imena i prezimena iako znaju da se ne radi o sveučilišnom statusu.

Povjerenstvo je također uočilo problem evidentiranja prisutnosti liječnika na stručnim skupovima.

Naime, pojedini organizatori stručnih skupova ne poštjuju svoje organizatorske obveze i nakon održanih skupova ne upisuju sudionike u informatičku aplikaciju stručnog usavršavanja Komore. Na taj način onemogućavaju sudionicima evidenciju i sakupljanje bodova potrebnih za relicenciranje. Da bi se to riješilo, Povjerenstvo je razmatralo alternativne mogućnosti evidencije prisutnosti, kao što je, primjerice, uvođenje elektroničkih čitača i elektroničkih kartica pomoću kojih bi svaki liječnik mogao evidentirati svoje sudjelovanje na stručnom skupu. No kako se radi o prilično skupom rješenju, dok se ono ne uvede, Povjerenstvo je predložilo, a Izvršni odbor potvrdio, da se za sve stručne skupove, neovisno o načinu na koji su prijavljeni (putem on-line obrasca ili putem „starog“ obrasca u papirnatom obliku) i dalje mogu izdavati potvrđnice. Na taj se način omogućuje evidencija i dodjela bodova svim sudionicima stručnih skupova.

Predsjednica
prof. dr. sc. Tatjana Jeren, dr. med.

Povjerenstvo za primarnu zdravstvenu zaštitu

Povjerenstvo je održalo pet sjednica na kojima su obrađivana sva aktualna pitanja od značenja za svakodnevni rad liječnika primarne zdravstvene zaštite (PZZ). Osim sjednica, članovi Povjerenstva održavali su redovitu svakodnevnu međusobnu komunikaciju telefonom i elektronskim putem, ali i s ostalim službama Komore, što im je omogućilo da pravovremeno reagiraju na sve uočene probleme u funkcioniраju zdravstvenog sustava te da dostavljaju svoje prijedloge,



Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
dr. Senad Muslić

preporuke i analize. Ištičemo kako je Povjerenstvo na samom početku svog mandata i rada u novom sazivu napravilo pregled svih pitanja i problema u pojedinim područjima PZZ-a, a čijem rješavanju se namjerava detaljnije posvetiti.

U okviru svoga redovnog rada Povjerenstvo je sudjelovalo u postupcima davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja privatnih praksi i zdravstvenih ustanova na primarnoj razini u mreži javne zdravstvene službe, dostavljalo svoja mišljenja o prijedlozima izmjene mreže zdravstvene djelatnosti, razmatralo zaprimljene prijedloge zakonskih i podzakonskih propisa te raspravljalo o brojnim predstavkama liječnika PZZ-a.

Potrebno je naglasiti da su svi problemi kojima se bavi Povjerenstvo u domeni odluka i pravne regulative koje donose Hrvatski zavod za zdravstvenu zaštitu i Ministarstvo zdravlja. Stoga su sve aktivnosti Povjerenstva usmjerene stalnoj povezanosti s čelnim ljudima nadležnim institucijama zdravstvene administracije, s kojima je i održano nekoliko sastanaka. Rješavanje mnogih pitanja PZZ-a bilo je usporeno zbog smjene zdravstvene administracije.

Posebna pozornost bila je usmjerena na poboljšanje dosadašnjih uvjeta ugovaranja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno samog položaja ugovornih liječnika PZZ-a prema Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO).

Predstavnici Povjerenstva aktivno su sudjelovali u radu posebnog povjerenstva Komore koje je bilo zaduženo za pregovore s HZZO-om, a također su sudjelovali i u pojedinim radnim skupinama i povjerenstvima imenovanim od HZZO-a.

U okviru pregovora s HZZO-om članovi Povjerenstva, zajedno s ostalim sudionicima procesa pregovaranja, uspjeli su otkloniti već pripremljeni prijedlog smanjenja novčanih iznosa po osiguranoj osobi (tzv. glavarini) u svim djelatnostima PZZ-a, odnosno izboriti se za zadržavanje godišnje vrijednosti standardnog tima u djelatnostima opće/obiteljske medicine, ginekologije i pedijatrije na dosadašnjim razinama.

Nadalje, na poticaj Povjerenstva izvršene su promjene Općih uvjeta ugovora o provođenju PZZ-a iz obveznog zdravstvenog osiguranja te su redefinirani uvjeti sudjelovanja ugovornih liječnika privatne prakse u dežurstvima i pripravnostima.

Također su provedene promjene i u samim ugovorima sklopljenim s HZZO-om vezane uz način praćenja indeksa urednog izvršavanja obveza te način postupanja i sankcioniranja u slučaju utvrđenja kršenja pojedinih ugovornih obveza.

Zalaganjem Povjerenstva izvršene su promjene i u pogledu DTP postupka uzimanja krvi u ordinacijama i taj se postupak više na uračunava u maksimalno utvrđeni iznos novčanih sredstava za plaćanje po DTP-u.

Aktivnim sudjelovanjem u pregovorima s HZZO-om omogućeno je ugovaranje i provođenje preventivnih programa/postupaka u svim djelatnostima PZZ-a temeljem ugovora s HZZO-om, a ne kao što je do sada bio slučaj isključivo putem ugovora o provođenju aktivnosti doma zdravlja. U tom smislu razdvojeno je i plaćanje za provođenje preventivnih programa/postupaka od tzv. provođenja aktivnosti doma zdravlja.

Povjerenstvo se posebno bavilo i sudjelovanjem liječnika PZZ-a u radu centra opće medicine (COM), problemom koji je i dalje izrazito aktualan i čije se rješenje nazire. Naime, u protekloj su godini sva nadležna tijela Komore višekratno upozoravana na potrebu značajnog revidiranja postojećeg koncepta rada COM-a, odnosno na njegovu neprihvativost za veliku većinu liječnika PZZ-a. U tom smislu je Povjerenstvo uputilo nadležnim tijelima niz konkretnih prijedloga u kojima je pojasnilo koji sve uvjeti moraju biti ispunjeni prije samog uključivanja liječnika PZZ-a u rad CO M-ova. Zadnji sastanak s predstvincima HZZO-a i Ministarstva zdravlja održan je tijekom pisanja ovog izvješća sa zaključkom da je ideja COM-a neostvariva i da je treba napustiti, te da za sljedeće ugovorno razdoblje (iza 2013. g.) treba naći novi model.

Navedeni problem usko je povezan i s reorganizacijom sustava hitne pomoći i brojnim poteškoćama koje se svakodnevno javljaju na području pojedinih županija.

U tom segmentu Povjerenstvo je upravo na konkretnim primjerima iz pojedinih županija pokušalo svim neposredno uključenim institucijama ukazati na neodrživost postojećeg sustava. U vrijeme pisanja ovog izvješća, Povjerenstvo je u suradnji s ostalim tijelima Komore objedinilo sva iskustva i primjedbe s područja svih županija a Komora ih je dostavila nadležnim tijelima.

Povjerenstvo se bavilo i položajem liječnika koncesionara koji rade u vlastitim ili zakupljenim prostorima izvan domova zdravlja te je pritom zatražilo od Ministarstva zdravlja izjednačavanja položaja svih liječnika privatne prakse koji rade u mreži javne zdravstvene službe, kako u pogledu plaćanja koncepcijske naknade tako i u pogledu sufinsanciranja troškova zakupa prostora.

Povjerenstvo se bavilo i nizom drugih tema: izmjenom plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, promjenom načina izračuna godišnje vrijednosti timova PZZ-a, pravilnikom o

ortopedskim i drugim pomagalima, mrtvozorinjstvom, informatizacijom PZZ-a kao i brojnim drugim.

Predstavnik Povjerenstva stalni je član Povjerenstva za utvrđivanje prava na poseban standard za ugovorne subjekte HZZO-a, u čijem radu sudjeluju predstavnici Ministarstva zdravlja, HZZO-a i drugih komora u zdravstvu.

Također, novim ustrojem rada Upravnog vijeća HZZO-a održavaju se redoviti sastanci s predstvincima komora u zdravstvu, a predstavnik Povjerenstva, uz predsjednika Komore, sudjelovao je na nekoliko sastanaka vezanih uz pitanja PZZ-a.

Posebno ističemo kako je upravo na traženje Povjerenstva pokrenut i projekt prikupljanja podataka odnosno anketnog ispitivanja liječnika PZZ-a o opremljenosti njihovih ordinacija, a čiji rezultati su objavljeni u pravo ovih dana. Namjera je Povjerenstva da se upravo temeljem prikupljenih podataka izrade odgovarajući modeli financiranja nabave i zanavljanja medicinsko-tehničke opreme ordinacija te na taj način konačno ispravi nepravoporan položaj liječnika PZZ-a, odnosno omogući nastavak rada u prostorima koji bi doista trebali ispunjavati sve propisane uvjete.

S obzirom na okolnosti u kojima smo radili, ukupno gledano možemo biti zadovoljni s rezultatima rada Povjerenstva iako tijekom smjene zdravstvene administracije i njenog djelomično usporenog rada, a obzirom da su sve naše aktivnosti vezane uz suradnju s njima, mnoge planirane aktivnosti Povjerenstva nažalost nisu bile ostvarene.

Najavljen način izmjene sustava finansiranja PZZ-a bit će prioritet na kojem će Povjerenstvo raditi u sljedećem razdoblju. Naš je cilj da liječnici PZZ-a postanu ravnopravan sudionik ugovaranja s HZZO-om. Dosadašnji sustav kažnjavanja liječnika PZZ-a nužno je potrebno promijeniti, u budućem ugovoru treba smanjiti administrativne obaveze koje skraćuju vrijeme potrebito za stručni rad s pacijentima, mnoge obaveze iz ugovora treba zamijeniti s mogućnostima koje se trebaju dodatno stimulirati, zatim rješiti pitanje pravnosti i dežurstava u PZZ-u, a pred nama je također rješavanje neravnopravnog položaja koncesionara u vlastitim ili unajmljenim prostorima. Također, pripremljen prijedlog izmjene Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (tzv. košarica usluga) bit će potrebno usuglasiti s ostalim povjerenstvima Komore i u cijelosti predstaviti nadležnim tijelima zdravstvene administracije.

Spomenuta anketa o opremljenosti ordinacija pokazala je između ostalog i zabrinjavajuću dobnu strukturu liječnika PZZ-a. Uz

trenutni nedostatak oko 200 lječnika u mreži PZZ-a, otici će sljedećih 5-10 godina trećina svih lječnika PZZ (oko 900) u mirovinu. Taj problem nije specifičan samo za lječnike PZZ-a, ali uz proklamirano jačanje PZZ-a tema je kojom bi se zdravstvena administracija trebala što hitnije baviti.

**Predsjednik
Senad Muslić, dr. med.**

Povjerenstvo za bolničku djelatnost

Povjerenstvo je održalo pet sjednica na kojima je raspravljalo o mnogim pitanjima iz rada lječnika zaposlenih u bolničkim zdravstvenim ustanovama.

Povjerenstvo je radilo u sastavu: predsjednica: doc. dr. Ljiljana Perić, Osijek; zamjenik: prim. dr. Danijel Mrazovac, Zagreb; članovi: dr. Neven Elezović, Split; mr. sc. Zlatko Houra, Osijek; mr. sc. Dragutin Juraga, Varaždin; doc. dr. Željko Krznarić, Zagreb; mr. Srećko Ljubičić, Dubrovnik; dr. Silva Potrebica, Varaždinske Toplice; prof. dr. Biserka Trošelj-Vukić, Rijeka, a uz pomoć tajnika Povjerenstva Maje Lacković, dipl. iur., te zapisničara gde. Fulvije Akrap. Povjerenstvo se bavilo sljedećim temama i aktivnostima.

Uvođenje 48-satnog radnog vremena - provedba u praksi

Odredbama Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 84/11 - stupio na snagu 28. srpnja 2011.), a kojim je izmijenjen članak 162. Zakona, redefinirani su oblici rada u zdravstvenoj ustanovi te se tako vrijeme provedeno



Predsjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost doc. dr. sc. Ljiljana Perić, dr. med.

u dežurstvu i rad po pozivu smatraju radnim vremenom, s time da ukupno tjedno radno vrijeme ne smije prelaziti 48 sati, osim ako radnik ne da izričitu suglasnost.

S obzirom na kronični nedostatak lječničkog kadra u bolničkim zdravstvenim ustanovama, na koji Komora već godinama javno upozorava, stanje se dodatno pogoršalo u službama u kojima su lječnici uskratili svoju suglasnost za rad iznad 48 sati tjedno, s posljedicama na mogućnost organizacije rednog rada. Povjerenstvo se nekoliko puta bavilo tim pitanjem, potaknuto između ostalog i pisanim upitima zainteresiranog članstva o njihovim pravima i dužnostima pri novoj regulaciji radnog vremena.

Rad izvan punog radnog vremena

Osim rednovnog rada, lječnike zaposlene u bolničkim zdravstvenim ustanovama su u proteklom jednogodišnjem razdoblju zatekle i izmijene odredaba o radu izvan punog radnog vremena sukladno člancima 125. i dalje Zakona o zdravstvenoj zaštiti (koji su na snazi od veljače 2011.).

Većinu nezadovoljstva u regulativi ovog vida rada je izazvala činjenica da odobrenje za rad izvan punog radnog vremena poslodavac daje u skladu s mjerilima koje pravilnikom propisuje ministar (Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca, NN 144/10).

Naime, prema citiranom Pravilniku poslodavac može dati odobrenje samo za obavljanje zdravstvene djelatnosti za koju je u prethodnoj godini ostvario najmanje prosječno izvršenje na razini RH po zdravstvenom radniku doktoru medicine specijalisti, unutar ugovorenne djelatnosti s HZZO-om; prosječno izvršenje računa se prema kategorijama bolnica, a utvrđuje se prema evidenciji HZZO-a. Stav je ovoga Povjerenstva da je potrebno drugačije regulirati kriterije davanja suglasnosti lječnicima za ovaj oblik rada.

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/11 i 133/11)

Donošenje Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u rujnu 2011. pokrenulo je za sobom niz nedoumica u provedbi te nejasnoća oko prava i obaveza kako specijalizanata tako i zdravstvenih ustanova; posebno su se našli pogodenii specijalisti koji se nalaze, po položenim specijalističkom ispitom, na odradivanju ugovorom preuzetih obveza o ostanku više godina na radu u zdrav-

stvenim ustanovama. Njihovu je situaciju donekle ublažio Pravilnik iz studenog 2011. (NN 133/11), no neke zdravstvene ustanove nisu udovoljile obvezama koje im je taj Pravilnik odredio, a tiču se sklapanja aneksa, odnosno, novih ugovora koji se tiču prava i obvez za specijalizanata.

Kadrovska i vremenska normativna rada lječnika

Povjerenstvo je potaknulo izradu standarda pružanja usluga u pojedinim medicinskim djelatnostima s točno izraženim kadrovskim i vremenskim normativima. S obzirom na sve brojnije zahtjeve naših članova, ali i drugih zainteresiranih, ponajprije zdravstvenih ustanova i drugih institucija, Povjerenstvo je smatralo potrebnim definirati vremenski standard za svaku od usluga u pojedinoj medicinskoj specijalnosti (pregled, kontrolni pregled i sl.).

Izvršni odbor Komore je prihvatio ovu inicijativu Povjerenstva i Komora će se obratiti stručnim društvima HLZ-a i izvan njega, Savjetu HLZ-a, katedrama medicinskih fakulteta i Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu RH sa zamolbom za suradnjom u obliku dostavljanja do sada donesenih smjernica - preporuka za obavljanje pojedinih dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih postupaka kao i optimalni kadrovska normativ za rad lječnika u ambulantama i ili stacionarnim dijelovima zdravstvenih ustanova kao i preporuke za kvalitetnu medicinsku dokumentaciju po djelatnostima.

Ostale aktivnosti

Povjerenstvo je više puta davalо svoje mišljenje o prijedlogu izmjene mreže javne zdravstvene službe, kao i o zahtjevima bolničkih zdravstvenih ustanova o proširenju djelatnosti bolnica.

Zaprimalo je i raspravljalo o upitima lječnika zaposlenih u bolničkim zdravstvenim ustanovama koji su iznosili svoja nezadovoljstva organizacijom rada, dežurstava i pripravnosti; o organizaciji rada izvan punog radnog vremena; ukazivali su na manjkavost pravne regulative o vremenskim i kadrovskim normativima rada, na neodgovarajuće vrednovanje rada bolničkih lječnika; iznosili nezadovoljstva obvezama i statusom specijalizanata itd.

**Predsjednica
doc. dr. sc. Ljiljana Perić, dr. med.
Tajnik Maja Lacković, dipl. iur.**

Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost



Predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost
doc. dr. sc. Vladimir Mozetić, dr. med.

Povjerenstvo je održalo dvije sjednice. Rad se pritom odvijao ne samo na sjednicama već i putem pojedinih užih radnih skupina koje su izvršavale dodijeljene radne zadatke te dostavljale svoje prijedloge i analize.

Svi članovi Povjerenstva redovito su održavali komunikaciju i putem elektronske pošte te su tako razmjjenjivali stavove o svim pitanjima iz nadležnosti Povjerenstva.

Povjerenstvo je obradilo ukupno oko 155 predmeta. Najveći broj se odnosio na davanje mišljenja o opravdanosti osnivanja privatnih praksi, zdravstvenih ustanova i trgovачkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti, odnosno davanje mišljenja o proširenju i promjeni djelatnosti, odnosno promjeni sjedišta pojedinih pružatelja zdravstvenih usluga.

Spomenuti predmeti redovito su i gotovo svakodnevno, uz pomoć tajnika Povjerenstva, razmatrani i odobravani od predsjednika Povjerenstva, a ostali članovi Povjerenstva obavještavani su o svim uredno zaprimljenim zahtjevima kao i izdanim mišljenjima.

Povjerenstvo se, također, bavilo načinom isticanja naziva i oglašavanja rada privatnih pružatelja zdravstvenih usluga, pridržavanjem minimalnih propisanih cijena kao i specifičnim položajem specijalističko-konzilijske zdravstvene zaštite i njenih nositelja u zdravstvenom sustavu.

U nastavku predstavljamo dio istaknutih aktivnosti Povjerenstva.

Članovi su bili aktivno uključeni u rad posebnog povjerenstva koje je imenovao HZZO, a koje je bilo zaduženo za izradu prijedloga novih cijena za dijagnostičko-terapijske postupke u specijalističko-konzilijskoj zdravstvenoj zaštiti. To je povjerenstvo tijekom 2011. održalo brojne sastanke i dostavilo je HZZO-u iscrpno obrazložen prijedlog novih cijena. Rasprava o dostavljenim prijedlozima i njihovo usvajanje u HZZO-u još uvijek se očekuje.

Povjerenstvo je, potaknuto izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti koje su donijele promjene u pogledu načina obavljanja djelatnosti izvanbolničke specijalističko-konzilijske zdravstvene zaštite u domovima zdravlja, potaknuto upućivanje dopisa svim izravno zainteresiranim liječnicima kako bi pravovremeno bili upozoren na natale promjene, a ujedno je provedeno anketno ispitivanje o predloženoj mogućnosti promjene njihovog statusa.

Prikljupljene podatke Povjerenstvo je koristilo u svojim dalnjim aktivnostima te jeiniciralo dopise Ministarstvu zdravlja u kojima su izneseni prijedlozi zakonskih promjena koji imaju za cilj konačno jasno definiranje statusa ugovornih timova u djelatnosti izvanbolničke specijalističko-konzilijske zdravstvene zaštite.

Povjerenstvo je, također, pokrenulo i niz aktivnosti koje su bile usmjerene prema unapređenju kvalitete rada privatnih liječničkih ordinacija, zdravstvenih ustanova i trgovачkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti, s ciljem uređivanja postojećeg tržista zdravstvenih usluga te omogućavanja obavljanja liječničke djelatnosti sukladno važećim zakonskim propisima kao i propisima Komore. Naime, opaženo je intenzivno oglašavanje liječničkih usluga u medijima, posebice na specijaliziranim internetskim portalima za grupnu kupovinu, pri čemu se učestalo oglašavalo pružanje zdravstvenih usluga ispod minimalnih cijena propisanih Cjenikom zdravstvenih postupaka Komore.

Povjerenstvo je tim povodom reagiralo nizom dopisa upozorenja u kojem je članove Komore upozorilo na pozitivne propise koji uređuju način obavljanja zdravstvene djelatnosti, odnosno na potrebu pridržavanja minimalnih cijena utvrđenih propisima Komore. Time je u znatnoj mjeri utjecalo na smanjenje nedopuštenog oglašavanja usluga.

Povjerenstvo je pristupilo i izradi prijedloga novog Cjenika zdravstvenih postupaka, kojim namjerava revidirati postojeći popis zdravstvenih usluga kao i cijene pojedinih postupaka i usluga odnosno mogućnost obračunavanja popusta za krajnje korisnike. Izrada

konačnog prijedloga novog Cjenika zdravstvenih postupaka očekuje se tijekom narednih mjeseci.

Povjerenstvo je ujedno predložilo i odgovarajuće dopune Zakona o liječništvu koje bi trebale omogućiti pravovremenu i učinkovitu reakciju nadležnih tijela prema svim pružateljima zdravstvenih usluga koji se ne pridržavaju zakonom utvrđenih obveza, odnosno jednostavnije sankcioniranje onih koji se ne pridržavaju propisanih minimalnih cijena.

U konačnici, Povjerenstvo je, u sklopu spomenutih aktivnosti koje imaju za cilj uvodenje reda na tržište zdravstvenih usluga, ostvarilo kontakte i održalo sastanak i s društвima za osiguranje kako bi se i u tom segmentu tržista zdravstvenih usluga dosljedno regulirao način utvrđivanja cijena zdravstvenih usluga i njihovo se pružanje uskladilo s pozitivnim propisima.

*Predsjednik
doc. dr. sc. Vladimir Mozetić, dr. med.*

Povjerenstvo za javnozdravstvenu djelatnost

Povjerenstvo je održalo je tri sjednice na kojima su donesena 32 zaključka i obradeno je sedam predmeta.

Povjerenstvo je radilo u sastavu: predsjednica: prof. dr. sc. Vesna Jureša, Zagreb; zamjenik dr. sc. Aleksandar Džakula, Zagreb; članovi: dr. sc. Ines Diminić-Lisica, Rijeka; prim. dr. Maja Grba-Bujević, Karlovac; dr. Kata Krešić, Vinkovci; dr. Franciska Lančić, Varaždin; dr. Ivan Pristaš, Zagreb; prof. dr. Tomislav Rukavina, Rijeka; mr. sc. Ankica Smoljanović, Split, a uz pomoć tajnika Povjerenstva, gde Majke Lacković, dipl. iur. te zapisnica, gde Ivančice Kalšan.

Povjerenstvo je redovito obradivalo zaprimljene zahteve za davanjem mišljenja o opravdanosti osnivanja zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, o postupku proširenja, promjene djelatnosti i promjeni sjedišta pojedinih zdravstvenih zavoda i o zaprimljenim prijedlozima propisa iz područja zdravstva dostavljene Ministarstvu zdravlja i HZZO-a.

Istaknute teme o kojima je Povjerenstvo raspravljalo u proteklom razdoblju odnose se, kao i u proteklom razdoblju, na iscrpnu obradu pojedinih područja javnozdravstvene djelatnosti.

Najprije je obrađena tema: Ovlašnice laboratorija higijenske i zdravstveno-ekološke djelatnosti nastavnog Zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije. Sagledavši aspekte rada zdravstveno-ekološke



Predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost prof. dr. sc. Vesna Jureša, dr. med.

djelatnosti, Povjerenstvo je stava da se zdravstvena ekologija u većini zavoda nalazi u vrlo nezavidnom stanju. Razlozi za to su dijelom zakonski temelji na kojima funkcioniра ta služba u zavodima, odnosno nesklad koji se dogodio jer nisu do kraja usuglašene kompetencije, funkcije i neki organizacijski modeli vezani uz tu službu između dva ministarstva, i to Ministarstva poljoprivrede i Ministarstva zdravlja.

Također je uočeno da postoji velika šarolikost u tome što rade službe u pojedinim zavodima za javno zdravstvo. Negdje su to službe vrlo bogate opremom i kadrovima, a negdje jedva da imaju dovoljan broj kadra i pitanje je mogu li obavljati taj posao.

Stav je Povjerenstva stoga da bi trebalo s predstvincima tih službi u zavodima u najskorijem vremenu dogovoriti sastanak na kojem bi se pokušali dogovoriti o tome kako se najbolje umrežiti da se sačuva i kadar i prema.

Povjerenstvo podržava da se što prije utvrdi cijelovito rješenje sveukupne javnozdravstvene djelatnosti, uključivo i zakonodavnu regulativu, pri tome čuvajući sve pozitivne tekovine koje su do sada bile vezane uz to kako su zavodi organizirani, koje imaju funkcije i kompetencije.

Druga je tema bila organiziranje službe za mikrobiologiju u zavodima za javno zdravstvo. Mreža javno-zdravstvene djelatnosti je organizirana što se tiče mikrobioloških laboratorija na način da u svim županijskim zavodima za javno zdravstvo postoji, u manjem ili većem opsegu, djelatnost mikrobiologije, a sama mikrobiološka djelatnost je vrlo malo regulirana u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

Uočeno je da među županijskim laboratorijima postoje ogromne razlike i po opremljenosti, po kadrovskoj strukturi, ali i po stupnju osposobljenosti za izvođenje određenih dijagnostičkih postupaka.

Povjerenstvo smatra da za dobro funkcioniranje zdravstvenog sustava treba cjelokupni zdravstveni sustav informatizirati. Vezano na temu službe za mikrobiologiju, Povjerenstvo smatra da je potrebno napraviti kategorizaciju službe za mikrobiologiju u zavodima za javno zdravstvo, odnosno vidjeti gdje tko pripada i kako to može odraditi, pri čemu bi HZJZ trebao biti po svom položaju nešto različit od drugih. Dakle, da bude središte centara izvrsnosti na pojedinim područjima i da bude na neki način koordinator i „nadglednik“ onoga što se u mikrobiologiji u Hrvatskoj zbiva.

Nadalje, treba razviti algoritme za područje mikrobiologije, što podrazumijeva i korištenje mikrobioloških resursa u zavodima ili onima koji su vezani uz zavode (npr. bolnice i sl.). Različite pretrage, kao što su serologija ili klasična mikrobiologija, konačno treba vrlo jasno sistematizirati u smislu njihovih cijena, postupaka i indikacija, što bi značilo ujednačiti standarde i normative u tom području.

Stav je ovoga Povjerenstva, gledajući sve službe u zavodima za javno zdravstvo, da su oni javno-zdravstvene djelatnosti i u tom slučaju ne mogu biti tržišne, niti biznis, niti profitabilne djelatnosti.

Preporuke i zaključci Povjerenstva koji su doneseni povodom rasprava o pojedinim javno-zdravstvenim djelatnostima predstavljaju kvalitetnu osnovu za daljnji rad na unapređenju navedenih djelatnosti.

Predsjednica
prof. dr. sc. Vesna Jureša, dr. med.
Tajnik Maja Lacković, dipl. iur.

Povjerenstvo za ostale liječničke djelatnosti

Povjerenstvo je ostvarivalo svoju Statutom propisanu zadaću, a to je posebice briga o kvaliteti, sadržaju i organizaciji liječničkih djelatnosti izvan sustava zdravstvene zaštite, te zastupanje interesa liječnika ovih djelatnosti.

U proteklom jednogodišnjem razdoblju, uvažavajući potrebu racionalizacije broja sastanaka radi mjera štednje, konzultacije među članovima Povjerenstva odvijale su se u pravilu putem telefonske i on-line veze,

a održane su tri sjednice u prostorijama Komore u Zagrebu.

Povjerenstvo je radilo u sastavu: prim. Katarina Sekelj-Kauzlaric, dr. med - predsjednica; dr. sc. Vesna Sitar-Srebočan, dr. med. - zamjenica predsjednice; članovi: Mirna Jovanić-Kolundžić, dr. med.; mr. sc. Dubravka Pezelj-Duliba, dr. med.; Željka Russo, dr. med.; Darko Dogan, dr. med.; Velibor Drakulić, dr. med. Ante Županović, dr. med., a uz pomoć tajnika povjerenstva Maje Lacković, dipl. iur, te zapisnicara gde. Ivančice Kalšan. Povjerenstvo se bavilo sljedećim temama i aktivnostima.

18. Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja - Motovun, 6. do 8. srpnja 2011.

Nastavno na već tradicionalnu suradnju HLK-a i Hrvatske mreže zdravih građova, te Motovunske ljetne škole, i u srpnju 2011. je održana (sedma) zajednička radionica pod nazivom „Intelligence u zdravstvu i strateško odlučivanje“. I ova je radionica rezultat zajedničkog rada suorganizatora: HLK - Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti, HLZ - Hrvatsko društvo za javno zdravstvo, Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja i „PIN za zdravlje“.

Svrha je ove radionice bila predstaviti, pojasniti i raspraviti cjelovitu sliku budućeg informatiziranog zdravstva (e-zdravlja) u Hrvatskoj što je, čini se, s obzirom na zanimanje i broj sudionika, bilo uspješno.

U radu Radionice je sudjelovalo više od šezdeset stručnjaka - predstavnika Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, zdravstvenih ustanova, profesionalnih komora, udruga pacijenata, HZZO-a te informatičkih tvrtki koje



Predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric, dr. med.

na hrvatskom tržištu imaju proizvode i aplikacije za zdravstveni sustav.

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 Jurković**, dr. med., stručnoj javnosti predstavio projekt e-naručivanja kao dio nacionalnog Projekta informatizacije zdravstvenog sustava. U dva dana trajanja Radionice održana su i dva zanimljiva okrugla stola: e-recept-od ideje do realizacije i e-naručivanje.

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

Prezentirani radovi, potpun popis sudionika i zaključci radionice objavljeni su kao tema broja u Liječničkim novinama broj 102 za rujan 2011., čije on-line izdanje je dostupno i na mrežnoj stranici Komore (www.hlk.hr).

Predstavljanje pojedinih liječničkih djelatnosti izvan zdravstvenog sustava

Povjerenstvo je, zaključkom sa svoje konstituirajuće sjednice, odlučilo sazvati tematske sjednice sukladno reprezentativnosti članova u ukupnom članstvu Komore, pa je tako prva od tematskih sjednica bila posvećena položaju i statusu vojnih liječnika u sustavu zdravstva RH.

Nakon prezentacije o statusu vojnih liječnika, Povjerenstvo je donijelo zaključak kojim iskazuje zabrinutost za položaj vojnih liječnika unutar sustava Ministarstva obrane te za uvjete njihovog stručnog rada, koji su teški i ponekad nezadovoljavajući.

S obzirom na to, Povjerenstvo je upoznalo Izvršni odbor Komore s činjeničnim stanjem i zatražilo da Komora inicira sastanak s resornim ministrom Ministarstva obrane ne bi li se pokrenulo rješavanje pitanja položaja i statusa vojnih liječnika. Nadalje, Povjerenstvo će iskoristiti i druga okupljanja u Komori, poput sjednice Vijeća Komore i sjednice po županijama, za konzultacije o mogućnostima poboljšanja položaja doktora medicine koji su aktivni u vojnim snagama.

Potpuno izvješće s ove tematske sjednice dostupno je i kroz poseban tekst u

Liječničkim novinama broj 106 od 15. veljače 2012.

Ostale aktivnosti

Povjerenstvo je kao temu svoje treće sjednice, održane prije Skupštine 16. lipnja 2012. obradilo „Položaj i status liječnika u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje te liječnika u sustavu mirovinsko-invalidskog osiguranja“, ali zaključci nisu dio ovog izvješća zbog termina njegove dostave u odnosu na organizaciju same sjednice Skupštine.

Povjerenstvo se bavilo i upitima o polaganju ispita iz specijalizacije obiteljske medicine prema Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine (NN 129/11).

Naime, Povjerenstvu su pristigli pojedinačni, a i grupni upiti liječnika zapošljenih u HZZO-u i MORH-u sa zamolbom da im Komora izda prethodno mišljenje, a u svrhu pristupanja rečenom ispitom. Kako prema odredbama citiranog Pravilnika uopće nije predviđeno nikakvo mišljenje Komore, kolegama je odgovorenno da se u otvorenom roku obrate Ministarstvu zdravlja, a da Komora daje kolegialnu podršku nakani izlaska na specijalistički ispit.

U vrijeme nastanka ovog izvješća, u pripremi je organizacija 19. Motovunske ljetne škole, zakazane za 26. - 28. lipnja 2012.

*Predsjednica
prim. Katarina Sekelj-Kauzlaric, dr.med.
Tajnik Maja Lackovic, dipl. iur.*

Povjerenstvo za međunarodnu suradnju

Povjerenstvo je održalo dvije sjednice na kojima su raspravljane teme sa sastankom europskih liječničkih organizacija kojih je HLK članicom, a u međuvremenu su članovi Povjerenstva bili aktivni u elektronskoj komunikaciji.

U razdoblju između dvije Skupštine Povjerenstvo je radilo u sastavu: predsjednik: doc. prim. dr. sc. **Hrvoje Šobat**, dr. med., Zagreb; zamjenik: dr. **Zdravko Heinrich**, Zagreb; članovi: doc. dr. sc. **Vesna Degoricija**, Zagreb; doc. dr. **Ika Kardum-Skelin**, Zagreb; dr. **Tanja Pekez-Pavliško**, Kutina; dr. sc. **Hrvoje Vražić**, Zagreb i dr. **Ines Zelić-Baričević**, Slavonski Brod, a uz pomoć tajnika Povjerenstva, gde **Maje Lacković**, dipl. iur., te zapisnicara, gde **Fulvije Akrap**.

Članovi Povjerenstva su sudjelovali u radu Europske udruge bolničkih liječnika



**Predsjednik Povjerenstva
za međunarodnu suradnju
prim. doc. dr. sc. Hrvoje Šobat, dr. med.**

(AEMH - Association Européenne des Médecins des Hôpitaux), u radu Stalnog odbora europskih liječnika (CPME - Comité permanent des médecins Européens), u Radnoj grupi europskih mladih liječnika (EJD - European Junior Doctors), UEMO (European Union of General Practitioners) te u radu europskih skupova liječnika - Europskog foruma liječničkih udruga i Svjetske zdravstvene organizacije (EFMA/WHO - European Forum of Medical Associations/World Medical Organization) i ZEVA (susret liječničkih komora srednje i istočne Europe).

Predstavnici Komore, odnosno, ovo Povjerenstvo, koji su sudjelovali na redovitim godišnjim sastancima navedenih organizacija, dali su svoja pisana izvješća koja sačinjavaju sastavni dio zapisnika sjednica Povjerenstva.

Povjerenstvo je više puta bilo aktivno davanjem podrške liječničkim komorama iz europskih zemalja kada su to, stjecajem promjena u zdravstvenim politikama, te komore zatražile.

U siječnju 2012. se liječničkim komorama te europskim liječničkim udrušama obratila Poljska liječnička komora sa zamolbom za davanjem podrške zbog toga što su liječnicima nametnute obvezne administrativno-finansijske provjere statusa pacijenata prije pružanja liječničke usluge.

Slovačka liječnička komora je tražila podršku poboljšanju radno-pravnog statusa liječnika (zbog nepoštovanja radnog vremena i Direktive o 48-satnom radnom vremenu, niskog vrednovanja rada liječnika, pretvaranja javnih bolnica u privatne...).

Bugarska liječnička komora je također zatražila nacionalnu i europsku podršku glede situacije u vlastitom zdravstvenom sustavu jer je novčano kažnjena zbog odredi-

vanja minimalnih cijena usluga privatnih liječnika itd.

Budući da je osiguranje liječnika od profesionalne odgovornosti trenutno aktualna tema za hrvatske liječnike, a bila je i vodeća tema 5. Simpozija u organizaciji Komore održanog 23. do 25. ožujka u Opatiji, Povjerenstvo je pokrenulo anketu i istraživanje kako je ovo područje uređeno u drugim državama.

Rezultati istraživanja su pokazali različite sustave osiguranja liječnika od profesionalne odgovornosti, koji su rezultat različitih zakonodavnih rješenja u građanskom

pravu. Pisani rad pod nazivom „Modeli osiguranja i europska praksa“ - sustavi osiguranja liječnika od profesionalne odgovornosti, objavljen je u suplementu Liječničkih novina, broj 108., travanj 2012.

Trenutno je Povjerenstvo uključeno u organizaciju 19. sastanka liječničkih komora srednje i istočne Europe (ZEVA) koji će se održati 27. do 29. rujna 2012. u Zagrebu, Hotel Westin, jer je, nakon 16 godina sudjelovanja u ovom multilateralnom susretu predstavnika liječničkih komora regije, ponovno došao red na HLK da bude domaćinom.

Teme 19. ZEVA sastanka bit će „Osiguranje liječnika od profesionalne odgovornosti“ i „Medijacija - alternativni način rješavanja sporova“.

Predsjednik

doc. dr. sc. Hrvoje Šobat, prim. dr. med.

Tajnik Maja Lacković, dipl. iur.

•••••

Izvješća o radu županijskih povjerenstava u razdoblju od 18. lipnja 2011. do 16. lipnja 2012.

Grad Zagreb

Povjerenstvo Grada Zagreba održalo je 2 sjednice. U okviru svojih ovlasti u proteklom je razdoblju razmatralo aktualna pitanja iz rada Komore te je temeljem ovlasti iz Pravilnika o postupku i načinu davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja privatne prakse, zdravstvene ustanove i trgovačkog društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti HLK-a, donijelo nekoliko stavova o opravdanosti osnivanja/preseljenja ordinacija opće/obiteljske medicine, privatnih ordinacija te ustanove za zdravstvenu skrb.

Na prvoj konstituirajućoj sjednici 1. srpnja 2012. Povjerenstvo je izabralo za predsjednika prof. dr. sc. **Vladu Jukiću**, dr. med., a za zamjenika predsjednika prim. **Hrvoja Miniga**, dr.med.

Druga sjednica Povjerenstva održana je 26. listopada 2011. Na sjednici je razmatran prijedlog izmjena i dopuna Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama HLK-a te prijedlog izmjena i dopuna Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odborenja za samostalan rad (licence) HLK-a.

Povjerenstvo je raspravljalo i o mogućnosti uvođenja tzv. medijacije, odnosno postupka mirenja kao novog načina rješavanja sporova pri HLK-u. Iako postupak mirenja ne bi mogao zamijeniti disciplinski postupak koji je reguliran Zakonom o liječništvu i de-

taljnije propisan Pravilnikom o disciplinskom postupku HLK-a, medijacija bi se ipak mogla primjenjivati i u slučajevima u kojima postoji sumnja na disciplinski povredu.

Također, Povjerenstvo je, sukladno odredbi članka 3. stavka 3. Pravilnika o postupku i načinu davanja mišljenja o opravdanosti osnivanja privatne prakse, zdravstvene ustanove i trgovačkog društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti HLK-a, te temeljem traženja Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a, donijelo nekoliko stavova o opravdanosti osnivanja/preseljenja ordinacija opće/obiteljske medicine, privatnih ordinacija te ustanove za zdravstvenu skrb.

Tako je Povjerenstvo 2. studenog 2011. donijelo stav kojim izražava suglasnost za osnivanje ordinacije opće/obiteljske medicine u mreži javne zdravstvene službe na adresi Zagreb, Ulica Ede Murtića 6.

Dana 2. studenog 2011. donijelo je stav kojim izražava suglasnost za proširenje djelatnosti Dječje bolnice „Srebrnjak“ za djelatnost pedijatrije. Dana 19. prosinca 2011. dalo je suglasnost za osnivanje novog tima opće/obiteljske medicine na adresi Kupinečki Kraljevec, Kraljevečki Brijegi 69, te suglasnost za preseljenje timova opće/obiteljske medicine s adrese Zagreb, Laginjina 16, na adresu Zagreb, Bartola Kašića 6, zatim za preseljenje tima opće/obiteljske medicine s adrese Zagreb, Trg žrtava fašizma 10, na adresu Za-

greb, Trg Petra Krešimira IV br. 6. Isto tako, Povjerenstvo je 23. veljače 2012. izrazilo suglasnost za osnivanje privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe na novoj adresi, odnosno na adresi Zagreb, Ivanićgradska 73, dok je dana 2. svibnja 2012. izrazilo suglasnost za osnivanje ustanove za zdravstvenu skrb u mreži javne zdravstvene službe, na adresi Sesvete, Ninska 5a.

Predsjednik

prof.dr.sc. Vlado Jukić, dr.med.

Šibensko-kninska županija

Povjerenstvo je obavljalo uobičajene aktivnosti u svojoj nadležnosti. Redovito je relicenciralo članove i o tome vodilo dokumentaciju po novim naputcima.

Relicencirali su se članovi kojima je istekla licenca nakon 6 godina, zatim oni koji su položili specijalistički ili subspecijalistički ispit, koji su dobili znanstvenu titulu ili su se prvi put učlanili u Komoru. Kako bismo kolegama olakšali postupak, uspostavili smo dobru suradnju sa kadrovskim odjelima zdravstvenih ustanova u našoj Županiji i vrlo su sretljivim djelatnicima u Centrali HLK-a. Pomogli smo kolegama koji su došli iz inozemstva da pribave sve potrebne dokumente za samostalan rad.

Redovito smo aktivno sudjelovali u radu Vijeća Komore i Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor. Elektronski smo registrirali sudionike stručnih predavanja, a u skladu s naputcima Komore, što tražilo značajnu angažiranost rukovodstva. Stoga držimo da bi to trebalo pojednostaviti i ubrzati jer sadašnji način ne zadovoljava.

Suradivali smo s drugim liječničkim udrušama u našoj županiji: HLZ-om, Sindikatom i KOHOM-om.

Povjerenstvo je održalo tri sastanka na kojima se bavilo aktualnom problematikom.

Protekla godina bila je pod znakom promjene vlasti u Hrvatskoj, a to se prenijelo i na zdravstvo. Pojedine reforme su modifcirane, pojedine su ukinute a neke nove nisu dovoljno razrađene.

U kontaktu s drugim kolegama sazajemo da je provođenje pojedinih reformi u hrvatskom zdravstvu iznimno neujednačeno, što stvara zbunjenost i frustraciju.

Nadamo se da će reforme biti ujednačene, dobro razradene i izvedene bez stresa po naše članstvo, koje je zaista izloženo pritiscima sa svih strana.

**Predsjednik
mr. Ivo Blaće dr. med.**

Istarska županija

Povjerenstvo je redovito obavljalo licenciranje i relicenciranje. Primilo je 58 zahtjeva koji su proslijedeni u Zagreb. Promptno je rješavalo upućene zahtjeve tako da se za novu licencu i relicenciranje čeka samo tjedan dana. Osim toga bilo je nekoliko slučajeva sa stranim državljanima, gdje smo tražili i tumačenje Službe za pravne poslove i također dobili promptne i zadovoljavajuće odgovore.

Nastavio se angažman naših članova u povjerenstvima IO-a Komore i to dr. **Morene Butković** u Povjerenstvu za PZZ i dr. **Marina Derossija** u Povjerenstvu za privatnu praksu. Držimo da su potrebne češće sjednice Vijeća Komore jer probleme koji se javljaju u svakodnevnom radu treba podijeliti i s ostalim kolegama koji se u poslu s njima susreću sreću.

Obratila su nam se dva pacijenta nezadovoljna s postupanjem kolega. Jedan predmet proslijeden je tajniku Komore dok je za drugi pacijent izrazio želju da to učiniti osobno.

Predstavnici Povjerenstva sudjelovali su u radu Savjeta za zdravljie Županije. Kao član Povjerenstva za koncesije redovito sudjelujem i u aktivnostima tog povjerenstva.

Sudjelovali smo u radu Okruglog stola o Reformi HMP-a te njegova funkcioniranju na području Istarske županije koji je organizirala Građanska inicijativa. Prisutan je bio i ministar zdravlja prof. dr. **Rajko Ostočić**.

Uvidjelo se da postoji niz neriješenih problema u funkcioniranju HMP-a, no, nažalost, nije bilo kvalitetnih zaključaka koji bi unaprijedili i riješili barem dio problema sa kojima se ovaj važni segment zdravstvene zaštite danas susreće.

**Predsjednik
Marino Derossi, dr. med.**

Medimurska županija

Dana 14. lipnja 2011. održana je konstituirača sjednica na kojoj je sukladno rezultatima izbora za predsjednika izabran mr. **Ivan Žokalj**, dr. med., spec. radiologije, a za zamjenika predsjednika **Živko Mišević**, dr. med., spec. psihijatrije. Povjerenstvo i nadalje broji 5 članova, trojica članova su bolnički liječnici a dvije članice su liječnice obiteljske medicine.

Povjerenstvo je održalo četiri sjednice na kojim se najviše bavilo problematikom reorganizacije PZZ-a, osobito novom organizacijom HMP-a. Članovi su već tijekom rasprave na prvoj konstituirajućoj sjednici zaključili da nedovoljno osmišljeni i nerijetko nedorečeni zakonski i podzakonski akti stvaraju tenzije između liječnika u PZZ-u i SKZZ-u te da je neophodno potrebno prići osmišljavanju kvalitetnijih propisa koji će omogućiti bolje uvjete rada.

Konstatirano je tijekom svih sjednica kako se unatoč brojnim najavama o početku rada centara obiteljske medicine u Medimurskoj županiji nije liječnicima obiteljske medicine sve do trenutka pisanja izvješća pojasnilo način rada takvih centara.

Tijekom rasprava o novom ustroju HMP-a uočeno je na temelju razgovora s bolesnicima da velik broj građana nije dovoljno upoznat s ulogom timova HMP-a i djelatnošću liječnika obiteljske medicine tijekom vikenda, što nerijetko dovodi do nepotrebнog pritiska na timove Zavoda za hitnu medicinu Medimurske županije i osoblje Hitnog bolničkog prijema Županijske bolnice Čakovec. Članovi Povjerenstva su zaključili da je čim prije potrebno na nacionalnoj i lokalnoj razini započeti sa sustavnom provedbom edukacije građana o tome u kojim slučajevima trebaju neodložno tražiti pomoć HMP-a a kada se obratiti svom obiteljskom liječniku.

Povjerenstvo su se u ožujku 2012. obratili za pomoć liječnici obiteljske medicine iz Murskog Središća kojima je novom reorganizacijom službe HMP-a dodijeljena uloga u timovima T2, što za kolege znači pripravnost svaki treći dan za područje sjevernog djela Županije (uz granicu s Slovenijom).

Čim je sjedištu HLK-a zaprimilo predstavku kolega s pratećom dokumentacijom, predsjednik HLK-a prim. Minigo je ubrzo reagirao širim dopisom Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu u kojem je predloženi model organizacije sustava HMP-a u sjevernom djelu Županije ocijenio neučinkovitim. Ubrzo je došao odgovor ravnateljice toga Zavoda prim. **Grba Bujević** koja je navela da će se navedena pripravnost vjerojatno ukinuti i zamijeniti s 5 novih timova T1 (liječnik hitne

medicine, med. sestra, vozač). Do trenutka pisanja izvješća Povjerenstvo nije upoznato s takvom odlukom.

Ubrzo nakon navedene predstavke Povjerenstvo je u travnju zaprimilo predstavku lokalne podružnice Hrvatskog liječničkog sindikata, koju su podržali ravnatelj ŽB Čakovec te Upravno i Stručno vijeće ustanove, a kojom se iznose nelogičnosti novog sustava HMP-a prema kojem bolesnici u razdoblju od 21.00 do 07.00 sati ulaze u Hitni bolnički prijem ŽB-a Čakovec bez prethodnog pregleda kod liječnika PZZ-a. Bolničkim liječnicima nije teško zbrinjati akutno ugrožene već brojni dolasci osoba za koje se nakon liječničkog pregleda zaključi da uopće nisu trebale neodgodivu liječničku pomoć. ŽB Čakovec spada među manje opće bolnice u Hrvatskoj, s minimalnim brojem liječnika u dežurstvu, tako da bi takav sustav mogao dovesti do pretjeranog iscrpljivanja kadrovskih i materijalnih potencijala Bolnice s nesagledivim posljedicama (npr. situacija istovremene potrebe za intervencijom liječnika u hitnom prijemu i na bolničkom odjelu). U predstavci je naveden i niz tvrdnji iz kojih je bilo vidno da postoje brojna neslaganja u shvaćanju nadležnosti liječnika u PZZ-u i SKZZ-u.

Od svemu tome su, sukladno savjetu predsjednika Vijeća HLK-a, upoznati župan g. **Ivan Perhoč** i pročelnica nadležna za poslove zdravstvene zaštite dr. **Lidija Bijelić**, te je žurno sazvan sastanak liječnika SKZZ-a i PZZ-a 15. svibnja u zgradi Županije. Nazočilo je izaslanstvo HLK-a koje su činili tajnica gđa **N. Budić**, dipl.iur., predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. **Senad Muslić**, zamjenik predsjednice Povjerenstva za bolničku djelatnost prim. **Danijel Mrazovac**, M. Karaula, dipl. iur., tajnik Povjerenstva za PZZ, i M. Lacković, dipl. iur., tajnica Povjerenstva za bolničku djelatnost. Na sastanku su predložene izmjene u postojećem sustavu zbrinjavanja bolesnika u PZZ-u tijekom neradnih dana (osobito bolesnika koji ne zahtijevaju intervenciju timova HMP-a niti odlazak u hitni prijem bolnice). Predloženim promjenama osigurala bi se 24-satna zaštita bolesnika u PZZ-u i onemogućilo da hitni prijem koriste osoba čije zdravstveno stanje nije indikacija za neodgodivu medicinsku intervenciju. Iznesen je i niz prijedloga za izmjene u postojećim aktima HZZO-a koje bi liječnicima obiteljske medicine omogućile dobivanje primjerene naknade za rad u dežurnim ambulantama tijekom vikenda.

Trenutno se očekuje jasno formulisani prijedlog iznesenih na sastanku kako bi ih se predstavilo županijskim vlastima i upravi DZ-a Čakovec.

Povjerenstvo se bavilo i uobičajenim poslovima izdavanja i obnove licenci te podjele članskih iskaznica HLK-a. Priređeno je i jedno predavanje u suradnji s Županijskom ligom protiv raka te dva predavanja u suradnji s lokalnom podružnicom HLZ-a.

Članovi Povjerenstva su sudjelovali u očevidima prilikom osnivanja dvije privatne i dvije zdravstvene ustanove u županijskom vlasništvu. Članovi povjerenstva su se žalili na kratkoči rokova između trenutka primitka obavijesti o očevidu od strane nadležnog ministarstva i termina očevida (u jednom slučaju članica povjerenstva je obavijest o očevidu dobila klasičnom poštom prijepodne za očevid koji se održao isti dan u rano poslijepodne).

Članovi Povjerenstva su nastavili rad u stalnim povjerenstvima Izvršnog odbora HLK-a, i to dr. Živko Mišević kao član Povjerenstva za stručni rad i stručni nadzor a dr. Ivan Žokalj kao zamjenik predsjednice Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju.

*Predsjednik
mr. Ivan Žokalj, dr.med.*

Zagrebačka županija

Povjerenstvo je formirano u sastavu: **Senad Muslić dr.med.**, spec. opće/obiteljske medicine iz Samobora, predsjednik; **Vlasta Malić Mikloška dr. med.**, spec. obiteljske medicine iz Velike Gorice, dopredsjednica; članovi: **Nada Devrnja Parat**, dr.med., spec. obiteljske medicine iz Jastrebarskog; prim. **Slavko Lovasić**, dr.med., spec. opće/obiteljske medicine iz Samobora i **Željka Vendler Čepelak**, dr.med., spec. obiteljske medicine iz Jastrebarskog. Sjedište Povjerenstva je u Samoboru, ulica Ljudevita Gaja 37.

Povjerenstvo je u svom radu razmatralo problematiku liječnika naše Županije s posebnim osvrtom na aktualna zbivanja gledje novog ustroja HMP-a, kao i na probleme u radu obiteljskih liječnika, a posebice vezane uz pregovore s predstvincima Doma zdravlja oko novog ugovora o zakupu poslovnog prostora. Županijsko povjerenstvo izuzetno je angažirano oko svih ovih problema, tako da je prim. Slavko Lovasić imenovan za vršitelja dužnosti ravnatelja Ustanove za hitnu pomoć Zagrebačke županije, a dr. Nada Devrnja Parat, dr. Vlasta Malić Mikloška i dr. Senad Muslić angažirani su u pregovorima s Domom zdravlja. Povjerenstvo je razmatralo i prijedloge o opravdanosti osnivanja ili preseljenja ordinacija ili zdravstvenih ustanova.

U slijedećem razdoblju planiraju se posjete i sjednice u ostalim gradovima i

ustanovama Županije, a i zajednički sastanci svih liječnika Županije vezane uz aktualne teme.

*Predsjednik
Senad Muslić, dr.med.,*

Dubrovačko-neretvanska županija

Rad se odvijao se kroz tri formalne sjednice i više tematskih sastanaka i konzultacija. Konstituirajuća sjednica održana je u ljeto 2011. Članovi su postali kirurg **Mario Wokaunn**, specijalistica obiteljske medicine **Irma Madunović**, doktorica opće medicine **Magdalena Nardelli Kovačić** te otorinolaringolog **Dragutin Petković** kao dopredsjednik i anesteziolog **Srećko Ljubičić** kao predsjednik Povjerenstva.

Druga je sjednica održana u jesen 2011. Dominirale su aktualne teme u radu tijela Komore, a novoizabrani članovi upoznati su s radom, pravima i ovlastima Povjerenstava. U Dubrovniku smo zajedno s kolegama iz Zbora i Sindikata organizirali božićni domjenak, a s Udrugom hrvatskih liječnika dragovljaca 1990/91. početkom veljače odradili tradicionalni simpozij „Medicina Dubrovnik - Vukovar“

Ažurno smo obradivali predmete i pravovremeno uručivali obnovljene i nove licence. Naše su kolege bili više puta predstavnici Komore kod očevida u različitim ordinacijama, zdravstvenim ustanovama i trgovačkim društvima radi utvrđivanja uvjeta u pogledu njihova prostora, opreme i radnika potrebnih za rad. Upravo su te teme i mišljenja o proširenju djelatnosti domova zdravlja u Dubrovniku i Korčuli te županijskog ZZJZ-a dominirale trećom sjednicom našeg Povjerenstva, koja je održana krajem zime 2012. Tada smo prihvatali obvezu da održavamo redovite godišnje sastanke s kolegama na Korčuli i u dolini Neretve, a koji su nažalost već dva puta otkazivani.

Predsjednik Povjerenstva bio je aktivan u radu Vijeća i Povjerenstva za bolničku djelatnost, a dubrovački neurolog Josip Glavić opravdao je ukazano povjerenje kolega u Povjerenstvu za privatnu praksu naše Komore.

*Predsjednik
mr. Srećko Ljubičić, dr. med.*

Povjerenstvo MORH-a

Tijekom proteklih dvanaest mjeseci učinjen je značajan pomak na ažuriranju podataka i evidenciji članova Komore u izbornoj jedinici MORH-a.

Pri tom je zapaženo da se broj članova u izbornoj jedinici osjetno smanjio te da sada iznosi 89 članova. Aktualne teme o kojima se raspravljalo i koje će biti razmatrane u narednom razdoblju su ove:

- Staleška pitanja liječnika u vojnom zdravstvenom sustavu RH
- Provedba trajne izobrazbe i specijalističkog usavršavanja vojnih liječnika
- Relicenciranje vojnih liječnika za vrijeme boravka u mirovnim misijama i međunarodnim vojnim operacijama
- Poboljšanje uvjeta rada zdravstvene struke u izbornoj jedinici MORH-a
- Izravna uplata članarine za vojne liječnike putem MORH-a.

Na prijedlog predsjednika Povjerenstva MORH-a, a uz punu podršku predsjednice i svih članova Povjerenstva za ostale djelatnosti, Izvršnog odbora i predsjednika HLK-a pokrenuta je inicijativa za zaustavljanje odlijeva liječnika iz vojnog sustava te stvaranje preduvjeta za zapošljavanje mlađih kolega u njemu. Pri tom je predsjednik Povjerenstva MORH-a razgovarao s ministrom obrane RH g. **Antom Kotromanovićem**, koji je izuzetno pozitivno odgovorio i promptno pristupio rješavanju nagomilanih problema zdravstvene struke. Ubrzo su uslijedili sastanci s predstvincima zdravstvene struke u MORH-u i OS RH-a na kojima su izneseni "goruci" problemi i na kojima su prezentirani konkretni prijedlozi za poboljšanje i daljnji razvoj vojnog zdravstvenog sustava.

Neposredno nakon razgovora s predsjednikom Povjerenstva MORH-a, ministar obrane je organizirao sastanak na kojem su, uz najviše predstavnike MORH-a i vojne liječnike, sudjelovali ministar zdravlja RH prof. dr. **Rajko Ostojić** sa svojim pomoćnicima te predstavnici HZZO-a, što je dovelo do potpisivanja godišnjeg Sporazuma o suradnji u provedbi hitnog zračnog medicinskog prijevoza helikopterima Hrvatskog ratnog zrakoplovstva i protuzračne obrane (HRZ i PZO) u svrhu pružanja zdravstvene zaštite na području Hrvatske. Tom prilikom je ministar Kotromanović naglasio da je sporazum potpisana na godinu dana umjesto na tri ljetna mjeseca kako je ranije bio slučaj, dodavši da mu je drago da MORH može pomoći prevoženje bolesnih ili teško ozlijedenih osoba. Podsjetio je da je u zadnje tri godine HRZ imao 3700 takvih letova i prevezao oko četiri tisuće ljudi te dodaš kako je takva pomoć "moralna obveza MORH-a".

Najavio je i druge projekte s Ministarstvom zdravlja, poput podizanja razine zdravstvene skrbi u oružanim snagama i izražio zadovoljstvo sa suradnjom s tim Ministarstvom.

Ministar zdravlja zahvalio je MO RH-u na svemu što čini kako bi se olakšala dostupnost zdravstvene zaštite svim hrvatskim građanima kao i milijunima turista koji godišnje posjete Hrvatsku.

Podsjetio je da su slični sporazumi do sada bili obnavljani samo tijekom ljetnih mjeseci i dodao da je novina i to što će Ministarstvo zdravlja u svakom helikopterskom timu osigurati po jednog lječnika i medicinsku sestrinu, odnosno medicinskog tehničara, koji će cijelo vrijeme biti uz pacijenta. Također je naglasio da će se osigurati potrebna obuka tih timova, sva potrebna oprema za letove helikopterom i pružanje prve pomoći u letjelicama.

Predsjednik Povjerenstva MORH-a je u dostavljenim prijedlozima ministru obrane posebno naglasio da se treba ustrajati na mjerama koje će poboljšati i unaprijediti:

- materijalni status vojnih lječnika
- izjednačiti i utvrditi visinu plaća u skladu s civilnim sektorom zdravstva
- točno utvrditi stručno i vojno napredovanje lječnika u vojnem zdravstvenom sustavu
- omogućiti svim vojnim lječnicima specijalističko usavršavanje.

Radi poboljšanja i unaprjeđenja rada zdravstvene struke u sustavu MORH-a i OS RH, predsjednik Povjerenstva MORH-a insistira na dostizanju propisanog standarda te prostornih i kadrovske normativu u svim vojnim ambulantama i zavodima (Zavod za zrakoplovnu medicinu i Zavod za pomorsku medicinu) te predlaže osnivanje jedinstvene vojne zdravstvene ustanove koja će postati punopravan član integriranog zdravstvenog sustava RH i okvir za stručno napredovanje i specijalističko usavršavanje sadašnjih i budućih vojnih lječnika.

*Predsjednik
pukovnik Darko Dogan, dr. med.*

Vukovarsko-srijemska županija

Povjerenstvo je kontinuirano relicenciralo i izdavalo odobrenja za samostalni rad novim članovima. Članovima su podijeljene članske iskaznice HLK-a.

Povjerenstvo je davalo mišljenja o opravdanosti otvaranja i premještanja lječničkih ordinacija unutar postojeće mreže. Imenovani su povremeni i stalni članovi Povjerenstva za očevid prilikom otvaranja novih zdravstvenih objekata.

Dr. Mario Malnar, dopredsjednik HLK-a i član našeg Povjerenstva te dr. Marija Švagelj, predsjednica našeg Povjerenstva

sudjelovali su na simpoziju HLK-a „Pravna zaštita lječnika u obavljanju liječničke djelatnosti: osiguranje, vještačenje, medijacija“ u Opatiji od 23. do 25. ožujka 2012.

Kontinuirana je i aktivna suradnja s podružnicom HLZ-a te je održano više predavanja, koja su bodovana prema pravilniku HLK-a. Održano je i jedno predavanje u suradnji sa Ligom protiv raka Vinkovci.

Održane su sjednice Povjerenstva na kojima se raspravljalo o pitanjima iz područja PZZ-a, o osnivanju Zavoda za hitnu medicinu Županije i o organizaciji hitnog bolničkog prijema.

Kroz uružbeni zapisnik su u prošlom razdoblju evidentirana 64 predmeta.

*Predsjednica
Marija Švagelj, dr.med.*

Povjerenstvo za HZZO

Održali smo sastanak sa svim članovima naše podružnice te ih upoznali s radom Komore, saslušali pitanja, želje i primjedbe članova.

Do sada smo riješili pitanje MSD-priručnika za naše članove, predlagali promjenu cjenika, usmjeravali kolege u rješavanju specijalističkog staža glede priznanja staža provedenog u HZZO-u za polaganje spec. ispita iz obiteljske medicine.

Neki kolege su zainteresirani za polaganje ispita za medijatora te im u tome dajemo podršku i informacije.

Razmijenili smo međusobno e-piske tako da možemo svakodnevno i pravodobno prenijeti informacije, što nam je posebne važno s obzirom da radimo po cijeloj Hrvatskoj.

*Povjerenik za HZZO
Josip Silovski, dr. med.*

Županija brodsko-posavska

Povjerenstvo se sastalo tri puta i svaki put je na dnevno redu bila je aktualna problematika. Zapisnici sa sastanaka dostavljeni su u Pravnu službu HLK-a.

Izdvajam sastanak 28. kolovoza o.g. kada je Povjerenstvo organiziralo Tribinu o primjeni odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti o 48-satnom radnom tjednu te o promjenama primjene Zakona

Članovi Povjerenstva su aktivno sudjelovali u pregovorima i organizaciji Županijskog zavoda za hitnu medicinu i cijelo vrijeme kontaktirali s njegovom ravnateljicom.

U siječnju 2012. predsjednik Povjerenstva je naznačio sastanku Savjeta za zdravlje, gdje je postignut sporazum da se ne kreće u organiziranje COM-a dok se ne postignu odgovarajući materijalno-tehnički uvjeti.

Predsjednik Povjerenstva redovito je pozivan na sjednice stručnog vijeća Bolnice „Dr. Josip Benčević“ u Slavonskom Brodu.

Redovito se relicenciralo i izdavalo nove licence kolegama.

Rješavane su nesuglasice između kolega, a kako je jedan sukob prerastao u diverziju Povjerenstva, dokumentacija je poslana Etičko povjerenstvu, koje se o tom slučaju očitovo.

Povjerenstvo se redovito priprema za sjednice Vijeća HLK-a, gdje su pitanja i prijedlozi našeg Povjerenstva bili usvajani.

Prijedlozi Povjerenstva dostavljeni su i stalnim povjerenstvima HLK-a za bolničke djelatnosti te za medicinsku etiku i deontologiju.

Zaključci i aktivnosti Povjerenstva objavljivani su i u Lječničkim novinama.

*Predsjednik
Ninoslav Leko, dr. med.*

Virovitičko-podravska županija

Održana su tri sastanka povjerenstva i Komori dostavljen plan rada za 2012.

Organiziran je sastanak članova HLK-a iz naše županije s temom "Što očekujemo od HLK-a, što nam pruža i kako poboljšati dalji rad".

Organizirano je predavanje uvaženog kolege Matkovića "Kronične upalne bolesti crijeva" i radionica s temom "Liječenje kroničnih rana".

*Predsjednik
Željka Perić Sekulić*

Karlovačka županija

Sastav Povjerenstva bio je sljedeći:
Mira Mlinac-Lucićan, Snježana Gučanin, Diana Kralj, Zlata Mateljak i Rudolf Rossman. Sjedište je u prostoru OB-a Karlovac, Ul. Andrije Štampara 3, u Karlovcu i koristi se bez naknade. Dostupnost predsjednice Povjerenstva članstvu je od ponedjeljka do petka, od 7-15 sati, po mogućnosti uz najavu telefonom ili elektroničkom poštom. Tijekom godine Povjerenstvo je:

- davalo mišljenja o opravdanosti otvaranja i premještanja postojećih lječničkih ordinacija u postojećoj mreži

- davalo mišljenja o prijedlozima

proširenja mreže na područjima domova zdravlja u Županiji djelatnostima fizikalne medicine i palijativne skrbi

- davalо mišljenja o sudjelovanju liječnika obiteljske medicine u organizaciji HMP-a i u dežurstvima u COM-u

- zaprimalo zahtjeve za obnavljanjem i proslijedjalo odobrenja za samostalan rad svom članstvu

- raspravljalo o aktualnim promjenama u zakonodavstvu s obzirom na zaštitu zdravlja

- ocjenjivalo opravdanost za dodjelom novčane pomoći bolesnim članovima

- održavalo redovitu komunikaciju telefonom, elektroničkom poštomi i osobno

- predsjednica je sudjelovala na svih sjednicama Vijeća Komore i stručnih skupova u organizaciji Komore u kojima je sudjelovanje članova Vijeća bilo predviđeno

- predsjednica je sudjelovala u svim poduzetim akcijama za unapređenje zaštite zdravlja Županije karlovačke u okviru Savjeta za zdravlje.

- suradnja sa HLZ-om, HLS-om i drugim interesnim udružinama liječnika bila je kolegijalna

- dostupnost i suradnja stručnih tijela Komore bila je brza i uspješna

- administrativne poslove Povjerenstva obavlja predsjednica uz primjernu suradnju svih članova Povjerenstva.

Mira Mlinac-Lucijanić, dr. med.

Splitsko-dalmatinska županija

Održano je pet sjednica Povjerenstva na kojima se raspravljalo o provođenju zdravstvene zaštite u Županiji. Nakon provedenih izbora za članove Povjerenstva izabrano je 12 delegata za Skupštinu Komore, od kojih je **Ivo Jurić** izabran za predsjedniku.

Dali smo četiri mišljenja za osnivanje privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe.

Sudjelujemo u radu Savjeta za zdravlje Županije.

Kao uzvanici sudjelovali smo u obilježavanju Dana MEF-a u Splitu, Hrvatske proletarne pedijatrijske škole, obilježavanju dana Nastavanog ZJZ-a Županije i kao predstavnici Komore bili smo pozvani da održimo pozdravne riječi prigodom održavanja brojnih kongresa i stručnih predavanja.

U suradnji s HLZ-om izdali smo potvrđnice za sedam stručnih i znanstvenih skupova koji su se održali u našoj Županiji.

Zahtjev za izdavanje licence podnijelo je 57 liječnika. Ispunjene obrasce obradili smo i uputili u središnjicu Komore.

Zahtjev za obnavljanje licence podnijela su 103 liječnika, 212 liječnika je preuzeo licencu, a 208 liječnika je preuzeo liječničke iskaznice. Obradili smo 40 zahtjeva za promjenu licence koje se odnose na završenu specijalizaciju i tri zahtjeva za subspecijalizaciju.

Prigodom božićnih blagdana organizirali smo zajedno sa Podružnicom HLZ-a u Splitu svečani prijem i domjenak te podjelu odličja HLZ-a.

Tradicionalni Liječnički bal održan je 28. travnja 2012. Kao predstavnici Komore aktivno smo sudjelovali u organizaciji i bal pomogli novčanim prilogom. Na balu je bilo preko 300 liječnika i njihovih gostiju.

Zaprimali smo mnogobrojne upite iz problematike na području javne zdravstvene zaštite i bolničke djelatnosti koje smo u obliku vijećničkih pitanja postavili na sjednicama Vijeća Komore.

U knjizi protokola zaprimili smo i obradili 232 predmeta.

*Predsjednik
doc.dr.sc. prim. Ivo Jurić, dr.med.*

Požeško-slavonska županija

Članovi su bili: mr. sc. **Cesarik Marijan**, dr. med. (predsjednik Povjerenstva), **Slavica Conjar**, dr. med. (zamjenik predsjednika), **Željko Lisac**, dr.med.; **Dinka Nakić**, dr. med., i **Branka Šuperina**, dr.med. Predsjednik i zamjenik predsjednika delegati su Skupštine Komore.

Sjednice su u žurnim situacijama održavane kao telefonske i putem e-mail komunikacije članova Povjerenstva.

Na sjednicama se raspravljalo o odluci o spajanju mikrobioloških laboratorija u jedan jedinstveni mikrobiološki laboratoriј koji će obavljati djelatnost mikrobiologije s parazitologijom, te biti u sastavu ZJZ-a Županije, o zahtjevu Upravnog odjela za društvene djelatnosti Županije za proširenjem djelatnosti ZJZ-a i o aktualnim strukovnim problemima.

Povjerenstvo je organiziralo predavanje i raspravu o postupku s duševnim bolesnicima, na kojemu su sudjelovali pored liječnika i inspektori Policijske uprave.

*Predsjednik
mr. sc. Marijan Cesarik, dr. med.*

Osječko-baranjska županija

Sastanci su se održavali su se u prostorijama Povjerenstva i na terenu, odnosno u prostorijama domova zdravlja Osijek, Đakovo, B. Manastir, Valpovo te u općoj bolnici Našice, a prema programu, potrebi

pristiglim pitanjima s terena. Predsjednica Povjerenstva i članovi pratili su i sudjelovali u rješavanju aktualnih problema doktora PZZ-a i bolničke službe, kao što su: direktiva o radnom vremenu, e-naručivanje, šarolika opremljenost ambulantama u PZZ-u, vađenje krvi u ambulantama, manjak liječnika. Zaključak je da trebaju biti jedinstveni jer je isto biti liječnik u PZZ-u i u bolničkim službama. Prijedlozi su da sve zainteresirane strane dogovore s HZZO-a.

Povjerenstvo zaprima zahtjeve (mladih liječnika koji su položili stručni ispit) za izdavanje licenci te ih redovno dostavlja u Zagreb. Redovno se relicenciralo liječnike naše Županije po isteku prethodnih.

Tijekom 2011. Povjerenstvo je u suradnji sa ZLH-om, Podružnicom Osijek i raznim farmaceutskim firmama organiziralo niz stručnih predavanja koja su bila dobro posjećena. Na klinikama i odjelima KBC-a Osijek, te u domovima zdravlja organizirali smo predavanja uz određenu specijalnost, što se pokazalo vrlo uspješnim i pohvalnim.

U našem Povjerenstvu svaki se dan povećava broj članova Komore. Trudimo se da nove članove uputimo o radu kako u Povjerenstvu tako i u središnjici Komore u Zagrebu te da im budemo poveznica sa središnjicom. Proslijedujemo i informacije i starim članovima Povjerenstva kada budu u potrebi.

*Predsjednica
doc. dr. sc. Ljiljana Perić, dr. med.*

Ličko-senjska županija

Preuzevši dužnost predsjednice Povjerenstva bila sam na Skupštini na kojoj je izabrano vodstvo Komore na čelu s prim. **Hrvojem Minigom**. Nazočila sam svim sjednicama Vijeća te se aktivno uključila u rad postavljanjem vijećničkih pitanja. Tri puta sam izviđala po zahtjevu Ministarstva zdravlja te pri tome obišla ambulante DZ-a i HMP-a Gospic, Otočac, Senj, Novalja, Lovinac, Korenica. Nastojala sam čuti probleme s kojima se kolege susreću na svojim radilištima i u svakodnevnom životu. Bila sam prisutna na vrlo korisnom 5. Simpoziju Komore u Opatiji „Pravna zaštita liječnika u obavljanju zdravstvene djelatnosti: osiguranje, vještačenje, medijacija“. Po povratku sam o tome izvjestila kolege i upozorila ih na vrijednost i korist redovitog praćenja „Liječničkih novina“ i web-stranice Komore. Prijavila sam se u Ured župana radi sudjelovanja u radu Savjeta za zdravlje Županije.

Sudjelujem u organizaciji stručnih predavanja HLZ-a, podružnica Gospic, pri čemu nakon održanog stručnog dijela

izvijestim članstvo o aktivnostima Komore u proteklom razdoblju. Na skupove budu pozvani liječnici iz cijele Županije, te tada održimo i sastanak Povjerenstva, kojih je do sada bilo 4. U cijelosti sam uvela elektronsko prikupljanje bodova potrebnih za licenciranje i obučila kolege kako mogu provjeriti stanje svoje bodovne kartice.

Svi kolege koji su podnijeli zahtjev za relicenciranje (njih 9) i dobivanje prve licence za rad (1 kolega) dobili su ih, a također su podijeljene i pristigle članske iskaznice.

Otvoren je i poštanski pretinac našeg Povjerenstva u poštanskom uredu Gospić (pp 74).

*Predsjednica
mr. Sandra Čubelić*

Koprivničko-križevačka županija

Povjerenstvo u sadašnjem sastavu izabrano je na izborima tijekom travnja i svibnja 2011. Prijašnje Povjerenstvo na čelu s dr. Željkom Bakližom sastalo se nekoliko puta početkom 2011. u vezi navedenih izbora, konzultiralo središnjicu Komore u Zagrebu u vezi s izborom i organiziralo javno prebrojavanje glasova. Izbori su, prema riječima dr. Bakliže, bili transparentni i demokratski te je primopredaja novom Povjerenstvu učinjena nakon konstituirajuće Skupštine Komore, u lipnju 2012.

Za predsjednicu novog Povjerenstva izabrana je dr. Gordana Arambašić, za zamjenika dr. Željko Bakar, a članovi su dr. Petar Stapar, dr. Sanja Švarc Janjanin i dr. Maja Toth Mršić.

Predsjednica dr. Arambašić aktivno je tijekom 2011. sudjelovala u radu Skupštine Komore i na trima sjednicama Vijeća Komore te postavljala pitanja koja su su predložili kolege iz naše županije.

Do danas su održane četiri sjednice Povjerenstva, a na njima se raspravljalo o tekućoj problematiki liječnika svih razina zdravstvene zaštite.

Zbog nedovoljne informiranosti kolega liječnika o radu Komore predloženo je da članovi Izvršnog vijeća Komore posjete Koprivnici, što je predsjednik Komore prim. Minigo i prihvatio.

Posjet prim. Minigu i suradnika Koprivnici bio je organiziran 1. i 2. ožujka 2012. Prema riječima članovi IO-a Komore oni su bili jako zadovoljni posjetom Koprivnici; imali smo zajednički sastanak svih liječnika Županije s članovima IO Komore, sastanak s ravnateljicom OB-a Koprivnica te ravnateljima ZZJZ-a Županije, Doma zdravlja, Zavoda za hitnu

medicinu i predsjednicima upravnih vijeća tih ustanova.

U svibnju, nakon uspješnog održanog Simpozija u organizaciji Komore u Opatiji o osiguranju liječnika, Povjerenstvo je odlučilo, u suradnji sa HLZ-om, Podružnicu Koprivnica, organizirati predavanje s aktualnom tematikom dipl.iur. **Šrđana Šimca** „Medijacija - nastavak liječenja kroz preventiju i rješavanje konflikata“.

Tijekom 2011. predsjednica kao svoju zadaću redovito obavlja i informira kolege o postupcima relicenciranja i dobivanja prve licence, što je također jedna od njene glavnih zadaća.

Tijekom druge polovice 2011. i početkom 2012. dr. Arambašić aktivno sudjeluje i na zajedničkim sastancima HLZ-a, HLS-a i HLK-a. Naše Povjerenstvo je i prihvatio prijedlog da se buduće zajedničke sjednice održavaju u prostorijama Hrvatske liječničke Komore, u edukacijskom centru Opće bolnice „Dr.Tomislav Bardek“ u Koprivnici.

*Predsjednica
dr.med. Gordana Arambašić,*

Primorsko-goranska županija

Prvog lipnja 2011. održana je Konstituirajuća sjednica. Od srpnja 2011. do svibnja 2012. održane su 4 sjednice Savjeta za zdravlje Županije na kojima su sudjelovala dva člana Povjerenstva, doc.dr.sc. Vladimir Mozetić kao predstavnik HLK i prof.dr.sc. Herman Haller kao predstavnik KBC-a. Svečana sjednica Fakultetskog vijeća MEF-a u Rijeci povodom 56. obljetnice održana je uz nazočnost nekoliko članova Povjerenstva. Povjerenik se odazvao pozivu pravobraniteljice za djecu na radni sastanak pod nazivom „Zdravstveni djeLATNICI u zaštiti djeteta od obiteljskog nasilja“.

Povodom Dana županije i 19. obljetnice Županije predsjednik Povjerenstva se odazvao se pozivu župana na svečanu akademiju.

U proteklom razdoblju članovi Povjerenstva su raspravljali o tekućim problemima organizacije zdravstvene zaštite u Županiji, aktivno sudjelujući u radu zdravstvenih tijela na razini grada Rijeke i Županije, kao i u tijelima Komore u kojima su članovi.

U razdoblju od 1.6.2011. do 18.5.2012. zaprimljeno je 59 zahtjeva za izdavanje licence, 93 zahtjeva za obnavljanje licence, 61 zahtjev za ažuriranje licence, 57 zahtjeva za izdavanje članske iskaznice i 35 zahtjeva za ažuriranje članske iskaznice, ukupno 305 zahtjeva.

Ukupno su iz središnjice Komore zaprimljene 253 licence i 107 članskih iskaznica. Članovi su redovito o tome obavještavani e-mailom, poštom ili telefonskim putem. Preuzeto je ukupno 239 licenci i 224 članskih iskaznica.

Povjerenstvo je osim toga obradilo još 5 zahtjeva za mišljenje o opravdanosti osnivanja ordinacija, proslijedilo 4 zaprimljene pritužbe na rad liječnika prema odgovarajućim povjerenstvima Komore te 2 zamolbe za dodjelu novčane pomoći.

U svom poslovanju je između ostalog uputilo 38 pisanih zahtjeva temeljenih na potpisanim izjavama o suglasnosti plaćanja članarine računovodstvima raznih ustanovama.

Zaprimljena su i 3 dopisa za povrat članarine, koji su proslijedeni finansijskoj službi u Središnjici.

Povjerenstvo već nekoliko godina stalno komunicira sa svojim članstvom putem elektronske pošte tako da je poslalo preko 4000 e-mailova vezanih za rezultate prošlogodišnjih izbora u Komori, za inicijativu Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini MEF-a u Rijeci o provedbi projekta „Tko je tko u rječkoj medicini“, novogodišnje i blagdanske čestitke, razne druge obavijesti koje se šalju pojedinačno a vezane su za preuzimanje licenci, članskih iskaznica, zatim općenito informacije o isteku važenja licence i potrebitog za obnavljanje te odgovori na pitanja koje nam članstvo u ovom obliku upućuje i svakodnevno postavlja.

Povjerenstvo šalje (e-mailom) i razne informacije o stručnim događanjima na području naše i susjednih županija.

Poslan je i e-mail cirkularnog sadržaja svim liječnicima koji imaju privatne ordinacije, klinike, poliklinike i slično te onima koji su u zakupu, a vezano za cjenik usluga kao i njihovo oglašavanje, s pozivom na suradnju u pripremi novog cjenika.

Povjerenstvo je prijavilo i izvršilo upis sudionika-polaznika za 19 stručnih sastanaka i simpozija.

*Predsjednik
doc.dr.sc. Vladimir Mozetić, dr.med.*

Bjelovarsko-bilogorska županija

Izborno povjerenstvo je 12. svibnja 2011. objavilo rezultate glasanja za delegate Skupštine Komore i članove županijskog Povjerenstva. 18.06.2011. održana je konstituirajuća sjednica Skupštine Komore, kojoj sam prisustvovala, i tim je danom počeo moj mandat kao predsjednica županijskog Povjerenstva.

jerentstva. 1. lipnja 2011. preuzeala sam od prethodnog predsjednika dr. **Majcana** štambilje, mobitel, ključ od prostorija i ostali inventar Povjerenstva. 15. srpnja sazvala sam konstituirajuću sjednicu Povjerenstva i na njoj sam i formalno izabrana za predsjednicu. Prvog kolovoza 2011. organizirala sam tribinu „Kako je počela reforma hitne medicine i COM u mome gradu“. Odaziv pozvanih predstavnika stručnih ustanova bio je slab, ali je iz Komore došli prvi dopredsjednik **Mario Malnar** i član povjerenstva za PZZ **Leonardo Bressan**.

Dana 10. kolovoza pozvao me ravnatelj DZ-a Županije na sastanak radi reorganizacije hitne medicine i već pokrenutog COM-a.

19. rujna uputila sam dopis svim odgovornim osobama na lokalnoj razini kojim ih upoznajem sa stvarnim stanjem nastalom tzv. reformom hitne medicine.

U listopadu sam uspostavila kontakt s nadležnom službenicom u gradskoj upravi radi renoviranja devastiranih prostora jednoga gradskog mjesnog odbora za potrebe stručnih sastanaka liječnika i za kancelarijski prostor HLZ-a i HLS-a. HLK-a na toj lokaciji već raspolaže sa uredenim prostorom.

19. siječnja 2012. pozvana sam kao predsjednica Povjerenstva na sastanak HLZ-a radi razgovora o nedostatku liječnika, odlasku liječnika u druge ustanove te radi donošenja kadrovskih i drugih važnih odluka bez mogućnosti utjecaja liječnika praktičara.

7. veljače bila je zajednička sjednica stručnog vijeća Zavoda za hitnu medicinu i županijskog DZ-a.

Od 23.-25. ožujka bio je Simpozij HLK-a u Opatiji, a 28. ožujka sazvala sam sjednicu Povjerenstva i upoznala članove s temom simpozija.

Ravnatelj županijskog DZ-a sazvao je 31. ožujka skupštinu koncesionara. Usvojen je moj prijedlog da svaka specijalnost izabere svoga predstavnika u stručno vijeće, pa smo izglasali po jednog liječnika obiteljske medicine, stomatologa, ginekologa, pedijatra i kućne njegе. Ja sam kao liječnik obiteljske medicine ušla u stručno vijeće.

18. travnja uputila sam dopis područnom uredu HZZO-a s prijedlogom za redovne sastanke ravnatelja svih zdravstvenih ustanova (OB, DZ, ZHM, ZZJZ, ljekarna) i predstavnika liječničkih organizacija HLZ-a i HLK-a radi oživljavanja kvalitetnije komunikacije i lakšeg rješavanja problema i nesporazuma.

3. sibnja održana je sjednica Stručnog vijeća DZ-a Županije, 9. svibnja sjednica Vijeća Komore a 16. svibnja prvi sastanak,

kako sam ga ja nazvala, „U sridu“ (održava se srijedom, a pokušavamo dotaći srž svih problema). Svi pozvani su došli i bili oduševljeni da napokon postoji mjesto gdje mogu iznijeti svoje probleme, uz razumijevanje i suradnju drugih.

Više puta istupila u javnim medijima, najčešće u lokalnom tjedniku „Bjelovarac“, a 17. siječnja 2012. sam u „Dobro jutro Hrvatska“ govorila o uzorkovanju krvi u ambulantama obiteljske medicine u Županiji.

Cijele 2012. godine sam prema potrebi obavljala i onaj administrativni dio mojih obaveza, u vezi s izdavanjem licenci, relicenciranjem, osiguravanjem potvrđnica za stručna predavanja, prijave stručnih skupova, internetskim evidentiranjem sudionika radi registracije bodova itd.

*Predsjednica
Gordana Knežević Miličić, dr. med.*

Zadarska županija

Održana su četiri sastanaka Povjerenstva na kojima se je raspravljalo o suglasnosti za otvaranje ordinacija, licenciranju i relicenciraju kolega, problemima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (koncesije, definiranje «košarice», spomenička renta, protupožarna zaštita, specijalizacije u okviru PZZ-a, dobivanje specijalizacija u bolnici, osiguranje, cijepljenje protiv gripe, cjenik usluga i mogućnost naplate za neupisane pacijente); CEZIH-u (spajanje, pucanje veza, pitanje zdravstvene iskaznice koja je ujedno ključ za ulaz u sistem, e-recepti i uputnice...);

kažnjavanju liječnika od strane HZZO-a zbog kršenja ugovornih obveza - pitanje uvažavanja stanja svakog pojedinačnog slučaja; finansiranju održavanja prostorija koje zajednički koriste HLK, HLZ i HUOM; pitanju naplate koncesijama liječnicima koji rade u iznajmljenim prostorima.

U suradnji s Upravnim odjelom za zdravstvo i socijalnu skrb Zadarske županije organiziran je sastanak 26. rujna 2011. s temom Organizacija djelatnosti hitne medicine u Zadarskoj županiji; Uloga i značaj COM-ova.

Prisutni su bili ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu mr. sc. **Maja Grba-Bujević**, predstavnici Županije, ravnatelji svih zdravstvenih ustanova te brojni kolege, prvenstveno iz hitne i opće medicine.

U radu županijskog Savjeta za zdravlje sudjelovao je i predsjednik Povjerenstva.

Od 18. lipnja 2011. do danas je evidentirano 66 dolazaka u Županijsko povjerenstvo po mišljenju, licence te relicenciranja.

U suradnji s ostalim udružama liječnika (HLZ-om i KOHOM-om) organiziran je niz sastanaka o tekućoj problematiki i održana su stručna predavanja.

*Predsjednik
Miljenko Ljoka, dr. med.*

••••

Foto: Ž. Poljak, Bijela Istra



Dopis Komore svim županijama i županijskim uredima za zdravstvo - pripravnosti i dežurstva

Pojedini koncesijski ugovori ne uvažavaju sve promjene na zakonodavnom planu

Borka Cafuk

- Hrvatska liječnička komora je 20. lipnja poslala dopis svim županijama, odnosno županijskim uredima za zdravstvo, kojim traži usklajivanje koncesijskih ugovora sa svim važećim propisima.

Koncesijskim ugovorima propisuje se obveza koncesionara da javnu zdravstvenu zaštitu u pojedinoj djelatnosti obavljaju sukladno odredbama Ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sklopljenog s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

U dopisu Komora upozorava da je

uočeno da se u pojedinim koncesijskim ugovorima, koje su liječnici primarne zdravstvene zaštite u svojstvu koncesionara sklopili s jedinicama područne (regionalne) samouprava kao koncedentima, dodatno razrađuju i posebno navode pojedine obveze koncesionara. Između ostalog, navodi se obveza sudjelovanja koncesionara u pružanju hitne medicinske pomoći u obliku pripravnosti, dežurstava i posebnog dežurstva.

No, upozorava Komora, ti ugovori o koncesiji ne uvažavaju sve promjene koje su se u međuvremenu zbile na zakonodavnom planu i u propisima Hrvatskog zavoda

da za zdravstveno osiguranje vezanim uz organizaciju sustava hitne pomoći, tj. načina sudjelovanja zdravstvenih radnika privatne prakse u njenom provođenju. Stoga je neophodno izmijeniti već potpisane ugovore o koncesiji i uskladiti ih s pozitivnim propisima.

Reguliranje provođenja HMP-a prepustiti odredbama Ugovora o provođenju PZZ-a

Također, Komora predlaže županijama da se obveza sudjelovanja koncesionara u provođenju HMP-a kroz dežurstvo i pripravnost ubuduce ne propisuje i ne razrađuju odredbama ugovora o koncesiji.

Umjesto toga, reguliranje toga bi trebalo prepustiti isključivo odredbama samog Ugovora o provođenju PZZ-a iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Tako će se omogućiti usklajivanje koncesijskih ugovora s trenutno važećim propisima i paralelno ukloniti potreba njihovih opetovanih izmjena uslijed daljnjih očekivanih promjena u organizaciji i načinu provođenja hitne pomoći.

.....

Izmjene Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine

Maja Lacković, dipl.iur., voditelj Službe općih pravnih poslova Hrvatske liječničke komore

- Ministar zdravlja donio je Pravilnik o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine koji je stupio na snagu 22. svibnja 2012. (objavljen u „Narodnim novinama“ br. 54), a kojim se mijenja tekst do sada važećega Pravilnika objavljenog u „Narodnim novinama“ br. 100/11 i 133/11.

Donosimo pregled važnijih izmjena koje spomenuti Pravilnik uvodi u svojih nekoliko članaka, a odnose se neposredno na specijalizante i njihov status.

Rad specijalizanata

Ukinuta je odredba o probnom radu specijalizanata; naime, u članku 2. podstavak 8. specijalizant je definiran kao doktor medicine koji je zasnovao radni odnos na neodređeno vrijeme u zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija ili grad te kojem je rješenjem ministra zdravlja dano odobrenje za specijalizaciju. Radni odnos specijalizant može zasnovati i u drugoj zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu

koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili kod zdravstvenog radnika privatne prakse.

Specijalizant jest i doktor medicine koji obavlja privatnu praksu te doktor medicine kojem je na temelju prijedloga tijela, odnosno osoba iz članka 8. Pravilnika izdano rješenje ministra o odobrenju specijalizacije. Do ove izmjene sa specijalizantima bio je obvezno ugovaran probni rad u trajanju od šest mjeseci. Po njegovom isteku, na temelju prijedloga ravnatelja zdravstvene ustanove, specijalizantu je izdano rješenje o odobrenju specijalizacije.

Ugovor o međusobnim pravima i obvezama

Novosti su nastupile i u članku 11. Pravilnika; njime su uređene obveze specijalizanta koje specijalizant preuzima sklapanjem ugovora o međusobnim pravima i obvezama sa zdravstvenom ustanovom, a tiču se obveze rada po završetku specijalističkog usavršavanja i naknade štete u slučaju ranijeg otkaza ugovora o radu.

Ugovorom o međusobnim pravima i obvezama mora se ugovoriti, a iznos naknade štete koju je doktor medicine, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije položenog specijalističkog ispita, obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi.

Nadalje, mora se ugovoriti iznos naknade štete koju je doktor medicine obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije isteka ugovorenih obveza rada, razmjerno izvršenoj obvezi rada.

Podsjetimo, dosadašnjim uređenjem je stajalo da taj iznos ne može biti veći od 50% iznosa troškova specijalizacije. Ako doktor medicine nakon položenog specijalističkog ispita, a prije isteka ugovorenih obveza rada otkaze ugovor o radu i uz pribavljenu suglasnost ministra zasnuje radni odnos u drugoj zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad, naknadu štete snosi doktor medicine ili zdravstvena ustanova u kojoj je zasnovao radni odnos.

Spomenutom odredbom promijenjena je odredba da se doktoru medicine koji zasnuje radni odnos u drugoj javnoj zdravstvenoj ustanovi nastavlja i obveza rada u toj ustanovi te da naknadu štete snosi pravna, odnosno, fizička osoba u kojoj se nastavlja radni odnos za vrijeme trajanja obveza rada.

Troškovi specijalizacije

Izmijenjenim Pravilnikom drugačije su određeni i troškovi specijalizacije; dosadašnjim uređenjem stajalo je (u članku 12.) da iznos troškova specijalizacije odlukom utvrđuje ministar te je Odlukom o iznosu troškova specijalizacije („Narodne novine“ br. 133/11) bio utvrđen iznos od 100.000,00 kn neto po godini specijalističkog usavršavanja.

Ova Odluka je stavljena van snage te je određeno da troškovi specijalizacije obuhvaćaju bruto plaće doktora medicine, troškove mentorstva, troškove zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje i druge troškove vezano uz specijalističko usavršavanje.

Troškovi zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje utvrđuju se u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice, a troškove snosi podnositelj prijedloga za odobrenje specijalizacije. Proračunska osnova regulirana je Zakonom o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2012. godinu te iznosi 3.326,00 kuna.

Zdravstvenoj ustanovi, odnosno trgovачkom društvu koje obavlja zdravstvenu

djelatnost te ordinaciji privatne prakse u kojoj specijalizant obavlja program specijalističkog usavršavanja, sredstva se doznačuju razmjerno trajanju dijela specijalističkog usavršavanja (člancima 4. i 5. Pravilnika su odredene zdravstvene ustanove u kojima se obavlja program specijalističkog usavršavanja u trajanju od najmanje 50 % od ukupnog trajanja specijalizacije, te do 50 % od ukupnog trajanja specijalizacije, a s obzirom na uvjete u pogledu radnika, prostora i medicinsko tehničke opreme).

Brisanje članka 37.

Podsjetimo, člankom 37. do sada važećeg Pravilnika bilo je određeno da su zdravstvene ustanove bile dužne ponuditi specijalizantima i specijalistima sklapanje izmijenjenih ugovora o međusobnim pravima i obvezama, a specijalizantima s kojima imaju sklopljene ugovore o radu na određeno vrijeme bile su obvezne ponuditi sklapanje ugovora na neodređeno vrijeme.

Brisanjem članka 37. ukinuta je i propisana sankcija da će se zdravstvenoj ustanovi koja ne postupi prema tim obvezama oduzeti ovlaštenje za provođenje specijalističkog usavršavanja.

S obzirom na istek rokova koje je propisivao brisani članak 37. kao i s obzirom na samu činjenicu da odredba toga članka više ne postoji, specijalizanti kojima zdravstvena ustanova nije ponudila sklapanje spomenutih ugovora to nažalost više ne mogu od ustanova niti očekivati, osim ako je specijalizant u tijeku važenja odredbe članka 37. pokrenuo sudski spor protiv zdravstvene ustanove.

Zaključno, spomenimo i sljedeće promjene koje donosi Pravilnik o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.

U Prilogu II. Pravilnika, točka 24. mijenjaju se uvjeti za ustanovu u kojoj se provodi specijalizacija medicine rada i športa; u točki 33. istog Priloga mijenja se program specijalizacije „Ortopedija i traumatologija - 33 mjeseca“; u točki 38. Psihijatrija - mijenjaju se uvjeti za ustanovu u kojoj se provodi specijalizacija.

.....

Savjetnik predsjednika Komore prim. Jelić postao član Znanstvenog vijeća za mir i prava čovjeka



• Savjetnik predsjednika Komore za odnose s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje i dugogodišnji prvi dopredsjednik Komore prim. dr. Josip Jelić postao je članom Znanstvenog vijeća za mir i prava čovjeka Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti.

Vijeće broji 35 članova, sve redom akademika i profesora. Prim. Jelić je jedini humanitarac u vijeću, koje ga je uvrstilo u svoje redove prepoznавши njegov humanitarni doprinos u protekle 43 godine.

Znanstveno vijeće za mir i prava čovjeka HAZU-a osnovano je 6. lipnja 2001. s ciljem istraživanja problema mira i ljudskih prava u zemlji i inozemstvu.

Borka Cafuk

Izgubljene i otudene iskaznice

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da je dr. Vjekoslav Duančić prijavio gubitak liječničke iskaznice HLK-a. U roku od 30 dana od objave gubitka liječničke iskaznice u službenom glasili Liječničkim novinama Komora, odnosno izdavatelj iskaznice, liječniku će izdati novu iskaznicu.

.....

Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja - radionica "Zdravstveni sustav i zdravstvena politika"

Što je skriveno u hrvatskom zdravstvu?

Borka Cafuk

- Radionica Zdravstveni sustav i zdravstvena politika s temom *Što je skriveno u hrvatskom zdravstvu? - menadžment, podaci i informatizacija zdravstva u Hrvatskoj*, održana je u sklopu Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja od 26. do 28. lipnja u Motovunu. Radionicu su koordinirali dr. Aleksandar Džakula, prim. dr. Katarina Sekelj Kauzlarić, mag. ing. el. Tatjana Prenda Trupec, dr. Ivan Pristaš, doc. dr. Karmen Lončarek i prof. psih. Sanja Grozić Živolić, a suorganizirali su je Hrvatsko društvo za javno zdravstvo, Hrvatsko društvo za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja, Hrvatska liječnička komora, Istarska županija i PIN za zdravlje, i to u suradnji s Ministarstvom zdravlja, Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo i Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu.

Radionice u sklopu programa Zdravstveni sustav i zdravstvena politika održavaju se već šest godina za redom i na njima se obrađuju aktualne teme iz zdravstva kroz prezentacije, seminare, okrugle stolove i konzultacije s ciljem poticanja i povezivanja stručnjaka i razmjene informacija kroz neposrednu komunikaciju.

U ovom broju Liječničkih novina donosimo izvješće s radionicama, a tema rujanskog broja tradicionalno je posvećena upravo Zdravstvenom sustavu i zdravstvenoj politici, u kojem će najzanimljivije teme predstaviti izabrani autori.

Kuća se gradi od temelja, a ne od krova

Na ovogodišnjim radionicama obradivan je niz pitanja - tko ima pravo na informacije o zdravstvu, za koga radi javno zdravstvo, za što pacijenti (ni)su odgovorni,

jer ono što se čini u praksi mora biti utemeljeno na važećim pravnim aktima. Ako se akti prekraju sukladno praksi, to nalikuje gradnji kuće u kojoj se počinje od krova a za kraj ostaju temelji.

Također, informatizacija, ma koliko su neki govornici tvrdili upravo suprotno, ne predstavlja rješenje svakog problema u sustavu zdravstva. Ona je alat ili, kako je istaknula doc. Lončarek, s kojom se osobno u potpunosti slažem, - pojačalo. Dakle, informatizacija može ukazati na žarišta problema, ali ih sama po sebi ne može riješiti.

EU ide prema digitalnom društvu

Među mnogobrojnim prezentacijama zanimljiva je bila ona Miroslava Končara, informatičara iz firme Oracle i predsjednika udruge HL7 Hrvatska, o Europskoj uniji i informatizaciji zdravstva, i ide li Hrvatska u pravom smjeru.

EU ide prema digitalnom društvu jer, kako je istaknuo Končar, jedinstveno digitalno tržište može pridonijeti četiri posto bruto nacionalnog dohotka na razini Unije. Ono što je zanimljivo jest dokument Digital Agenda for Europe u kojem stoji da će se provesti niz akcija kako bi se građanima EU-a omogućio siguran online pristup medicinskim podacima do 2015. i široku raširenost telemedicine do 2020. Također, u Agendi je zacrtano da će se predložiti preporučeni zajednički medicinski podaci pacijenata za sve članice EU-a do kraja tekuće godine i certificirati eHealth sustav do 2015. Agenda je za sobom povukla

kako komunicirati s pacijentima u njihovom domu, jesu li bolnice feudi ili dio javnog sistema i most ili zatvorena vrata između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Radionice su okupile brojne važne stručnjake iz područja zdravstva i informatike i predstavnike institucija, između ostalog tu su bili i zamjenik ministra zdravlja mr. sc. Marijan Cesarić, ravnatelj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) prim. Siniša Varga, pročelnica Ureda za zdravstvo Istarske županije prof. psih. Sanja Grozić Živolić i drugi.

Lajt motiv ovogodišnjih radionica je informatizacija sustava zdravstva i svi segmenti koje ona zahvaća. Zaključiti se može da je informatizacija nužna u ovo tehnološko doba, no isto tako ona otvara niz pitanja od toga tko je vlasnik informacije do toga postoje li zakonske pretpostavke za njeno ostvarenje,



niz aktivnosti, od izrade propisa do projekata, a najvažnija je Direktiva EU 2011/24 kojom se osigurava pravo građanima Unije da ostvare osnovnu zdravstvenu skrb u svakoj zemlji članici EU-a.

Iz iskustava zemalja EU-a proizlazi kao najvažnije da strategija eZdravstva, istaknuo je Končar, bude dio strategije zdravstva općenito. Glede dobivanja sredstava za projekte iz EU fondova bitno je da se spremi Multi-Annual Financial Framework 2014-2020. Bit će teže dobiti finansijska sredstva jer nije toliko fokus na e-Zdravstvu koliko na energetskoj učinkovitosti, novim izvorima energije i slično, pa tome treba udovoljiti.

Prije 10-15 godina e-Zdravstvo je tek bilo u nastajanju, a danas je puno jasnije što e-Zdravstvo jest; Hrvatska je otišla daleko u njegovoj implementaciji i ono nam je strateška odrednica, smatra Končar, naglašavajući da treba obratiti pozornost i napraviti poboljšanja u certificiranju, integraciji profila i normi, te osiguranju semantičkih modela i tehnologije.

Informatizacija ubrzava dobro definiran proces koji mi nemamo

Doc. dr. Karmen Lončarek upozorila je, kao što sam već navela, da je informatizacija pojačalo, da kao takva nema ljudske osobine i ne može riješiti niti jedan problem koji nije prethodno riješen. Informatizacija ubrzava dobro definiran proces, ali ništa ne rješava. Problem je, ustvrdila je Lončarek, da mi nemamo dobro definiran proces.

Dobro definiranje procesa pred uvjet je informatizaciji, ali to ne mogu učiniti informatičari bez liječnika, odnosno sudionika samog procesa. Kod nas postoji problem viška autoriteta i zato oni koji bi trebali nešto riješiti/odraditi ne žele čuti - sve sudionike procesa.

Svi pokušaji reforme do sada, istaknula je Lončarek, propadali su jer su rješenja

bila kabinetska i nije se uvažavalo one na koje se reforma odnosi.

Za sređivanje zdravstva nužno je puno komplikiranih/sofisticiranih stvari i tu ne pomaže prebacivanje tereta s jednih na druge. Nužna su mala unapređenja, male promjene na puno lokacija, zaključila je Lončarek.

Nužno je definirati pravnu podlogu

Vrlo je zanimljivo bilo izlaganje i tajnika Hrvatske liječničke komore dipl. iur. Nikoline Budić, koje je bilo uvod u raspravu o medicinskoj dokumentaciji i eKartonu.

Medicinska dokumentacija zapravo je uvjet postojanja e-Kartona, ali je upitno što medicinska dokumentacija jest jer, iako je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (ZZZ) 2003. propisano da će se donijeti Zakon o medicinskoj dokumentaciji, a potom u izmjenama i dopunama ZZZ-a 2006. propisano da će se ministar zdravstva donijeti Pravilnik o medicinskoj dokumentaciji i to u roku od šest mjeseci od dana stupanja Zakona na snagu - Pravilnik nikada nije ugledao svjetlo dana.

S druge strane, bitno je sagledati što medicinska dokumentacija znači, odnosno što je interes svakog subjekta na kojeg se ona odnosi ili koji se njome služi. Pa tako, građanima je u interesu zaštita osobnih podataka, ali i pravo na pristup podacima, pacijentima je u interesu sve što i građanima plus tko ima pravo na vlasništvo nad medicinskom dokumentacijom, liječnike zanimaju propisana forma za vodenje medicinske dokumentacije i rokovi čuvanja, a sustavu je u interesu pravna podloga za izradu eFormi. Sada se, upozorila je Budić, sve radi bez definirane pravne podloge, što nije dobro.

Također, nužno je odgovoriti na pitanje da li je pravo isto što i obveza. Iako Ustav propisuje da svaki građanin ima pravo na zdravlje, može li to postati njegova obveza.

Pri tom, naglasila je Budić, treba imati na umu da postoje i oni građani koji ne žele koristiti zdravstveni sustav. Primjerice, oni ne žele izabrati liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti niti na bilo koji drugi način koristiti usluge koje pruža formalni zdravstveni sustav. Budić je zaključila da ne postoji dobra pravna regulativa i upitala sudionike ne gradimo li možda kuću od krova te ustvrdila da je cijena takvog pristupa prevelika ako se uzmu u obzir sve moguće komplikacije koje će iz njega proizaći.

Darko Gvozdanović iz Ericsson Niske Tesle ustvrdio je da postoje različita mišljenja o tome tko su korisnici eZdravstva, koji podaci smiju biti dostupni, kakva treba biti razina sigurnosti, povjerenljivosti i tko ima vlasništvo nad medicinskim podacima. Prije no što se uopće napravi korak dalje nužno je raščistiti upravo ta pitanja, pri čemu su izazovi definiranje sadržaja optimalnog skupa podataka, pravo pristupa te sigurnost i povjerenljivost podataka.

Voditeljica službe općih pravnih poslova Hrvatske liječničke komore dipl. iur. Maja Lacković osvrnula se na medicinsku dokumentaciju kroz Zakon o zaštiti prava pacijenata. Tim je Zakonom utvrđeno da pacijent ima pravo pristupiti svojoj medicinskoj dokumentaciji, ali vlasništvo nad njom nije zakonski regulirano. Zapravo se sve vraća na nužnost donošenja Pravilnika o medicinskoj dokumentaciji koji, kao što smo već napisali, od 2006. nije ugledao svjetlo dana.

Pukovnik dr. Darko Dogan govorio je o značenju zdravstveno-informacijskog sustava u Ministarstvu obrane Republike Hrvatske i u Oružanim snagama RH. Ulaskom u NATO, istaknuo je, jača uloga zdravstveno-informacijskog sustava, te se provodi usklajivanje s NATO standardima s jedne strane, a s druge strane on se mora uklopiti u zdravstveni sustav RH.

Stoga je nužno raditi na unapređenju informacijskih tehnologija i sigurnosti.

O informatizaciji zdravstva raspravljalo se na otvorenom

Znanja je potrebno manje no što mislimo, ali više nego što imamo

Ravnatelj HZZO-a prim. Siniša Varga govorio je o upravljanju eZnanjem. Prisutan je stalni porast podataka, jedan liječnik dolazi na veliki broj pacijenata i prevladava antiholistički pristup (subsekcionalizacije za pojedine organe). Težnja je da se liječnici vrate holističkom pristupu pacijentima, gdje su sve informacije uklapljene u eKarton.

Nastupila je informacijska ekonomija, pa snagu predstavlja intelektualni a ne materijalni kapital. HZZO ima, istaknuo je Varga, ogromnu količinu podataka, koje mora preći u znanje i proširiti ga kako bi se proširio krug ljudi koji donose odluke.

Znanjem je nužno upravljati kako bi se ostvarila poboljšanja, smanjio rizik i olakšao timski rad, ono je temelj upravljanja potencijalima i decentralizacije odlučivanja. A transfer znanja iz dijelova zdravstvenog sustava danas je najzapostavljeniji aspekt zdravstvenog sustava, ustvrdio je Varga.

Prevladava tzv. infosmog, odnosno stanje s puno informacija koje nam onemogućuju da nešto poduzmemo.

Ciljevi upravljanja znanjem podrazumijevaju omogućavanje stvaranja znanja iz informacija, isporučivanje znanja gdje i kada je ono potrebno i davanje odgovora na pitanja.

Također, oni obuhvaćaju razvijanje vještine upravljanja, postizanje boljih finansijskih rezultata i većeg zadovoljstva pacijenata, mogućnost postavljanja mjera i ciljeva



te usporedbe između procesa u zdravstvenom sustavu, usporedbe sa srodnim ustanovama te identifikaciju i razvoj centara izvrsnosti.

Zajednica pacijenata danas je na dnu hijerarhije odlučivanja i prevladava tradicionalni model organizacije zdravstvene zaštite, upozorio je Varga.

No, e-Zdravlje podrazumijeva obrat situacije, u kojoj pacijent dolazi na vrh pira-

mide te se stvara zajednica informiranih i elektronički umreženih pacijenata.

Odgovor na pitanje koliko je znanja dovoljno, zaključio je Varga, manje je nego što mislimo ali više nego što imamo.

Svi u procesu moraju biti visoko obrazovani, a ključni ljudi moraju imati visok stupanj znanja i vještina, naročito u liderskom menadžmentu.

Zanimljivosti i bizarnosti

Na radionicama su se mogle doznati i brojne novosti te pojedine bizarnosti, koje su bizarnije tim više jer je cijelo društvo u financijskoj krizi.

Među zanimljivim novostima je i to da je 940 patronažnih sestara zaposlenih u domovima zdravlja opremljeno s tablet računalima te da se dio sestrinske dokumentacije nalazi na tabletima.

Cilj akcije, u kojoj je sudjelovao Vip, je umrežavanje patronažnih sestara s ostatkom zdravstvenog sustava primjenom sustava "Vip nadzor prodaje". Prednosti toga su dostupnost informacija iz sustava prilikom rada na terenu i obratno, efikasniji rad i ispunjavanje stručne sestrinske dokumentacije na terenu.

Među bizarnosti spada podatak da se za ispis smrtovnice troši 50 eura po komadu. Godišnje u Hrvatskoj umire oko 55.000 osoba, što odnosi dva milijuna kuna godišnje. Primjenom informatičkog rješenja trošak bi se gotovo u cijelosti smanjio.

.....

Sudionici ovogodišnje radionice "Zdravstveni sustav i zdravstvena politika"

Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja - tečaj „Mediji i zdravlje“

Strategija zdravstva 2012.-2020.

Borka Cafuk



Ministar znanosti, obrazovanja i sporta
doc. dr. sc. Željko Jovanović
i ministar zdravlja prof. dr. sc. Rajko Ostojić

- Ovogodišnji tečaj „Mediji i zdravlje“ održan je od 27. do 29. lipnja u Grožnjanu u sklopu Motovunske škole unapređenja zdravlja.

Tečaj je okupio najveći broj sudionika u svih 11 godina koliko se održava, njih oko dvije stotine predstavnika novinara, liječnika, institucija, zdravstvenih institucija, sindikata, strukovnih komora, farmaceutskih kompanija, udruga pacijenata.

Izniman interes izazvala je osnovna tema tečaja - Strategija zdravstva 2012.-2020. ali i značajni govornici, poput ministra zdravlja prof. dr. Rajka Ostojića, ministra znanja, obrazovanja i sporta doc. dr. Željka Jovanovića i ravnatelja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prim. Siniše Varge.

Svi sudionici tečaja dobili su Nacrt Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. tiskan na 385 stranica, koji je dostupan i u PDF formatu u skraćenoj i cijelovitoj inačici na mrežnoj stranici Ministarstva zdravlja www.zdravlje.hr i koji je od 28. lipnja na javnoj raspravi. Javna rasprava traje do 20. srpnja, a početkom rujna očekuje se usvajanje Strategije.

Tečaj „Mediji i zdravlje“ tradicionalno 11. godinu za redom opstaje kao poligon za razumnu i koncentriranu raspravu neovisnih sudionika s ciljem unapređenja i suradnje.

Organizatori tečaja su Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatska mreža zdravih gradova i Zbor zdravstvenih i medicinskih novinara Hrvatskog novinarskog društva te udruga Difrakcija.

Direktori tečaja su Mario Harapin s Hrvatskog radija i dr. Tea Vukušić Rukavina te dr. Ognjen Brborović iz SNZ-a "Andrija Štampar".

.....

Strategija zdravstva privukla je
toliko sudionika da se tražilo mjesto više



Dr. Dario Sambunjak, koordinacijski odbor izrade nacrt Strategije razvoja zdravstva i savjetnik za strateško planiranje

Zašto nam je potrebna Nacionalna strategija zdravstva?

Borka Cafuk

- Nacrt Strategije se počeo aktivno izradivati prije četiri mjeseca i tada se pojavio određen broj ljudi koji su tu vijest dočekali s apatijom pa je dr. Dario Sambunjak sudionicima tečaja prezentirao dopis jednoga kolega. Kolega je tu vijest prihvatio sa skepsom jer je od 1980. do sada sudjelovao u izradi svih strategija, a da nikakvih rezultata nije bilo. Strategija sama po sebi ne znači ništa drugo nego skup lijepih želja, a na provedbenom planu se uvijek zakaže, ustvrđio je pisac dopisa. No ako ne znamo kuda smjeramo onda možemo završiti bilo gdje, a to možda nije najbolje mjesto gdje bismo se željeli naći, upozorio je Sambunjak.

Na nacionalnoj razini Strategija je ključna osnova za donošenje politike i odluka, uključujući i raspodjelu finansijskih sredstava, istaknuo je Sambunjak.

Strategija je okvir za razvoj mjera, promjena u sustavu koje moraju imati svoje obrazloženje i zato je ponuđena Strategija, prikaz stanja toliko opsežan. Iz perspektive ulaska u Europsku uniju iduće godine i činjenice da nam se otvara mogućnost korištenja strukturnih fondova, postojanje Nacionalne strategije je nužan preduvjet za dobivanje sredstava iz fondova. Ako ništa drugo, od 1980. do danas sada smo u situaciji kada se ovakav dokument jednostavno mora imati.

Nacionalna strategija bit će krovni dokument koji analizira stanje, utvrđuje viziju, postavlja strateške ciljeve i prioritete u razvoju zdravstva. Vremenski horizont je do 2020. godine jer se poklapa s vremenskim horizontima strateških dokumenata EU-a, objasnio je Sambunjak ali i dodata da danas nije lako strateški planirati jer se jednostavno ne može uzeti u obzir i predvidjeti sve što se može dogoditi.



Dr. Dario Sambunjak

Temeljni okvir Strategije je postojeći Zakon o zdravstvenoj zaštiti, no pritom se ne implicira da je taj Zakon nepromjenjiv, već je to konceptualni okvir od kojeg je započela gradnja Strategije. Strategija se fokusira na zdravstveni sustav, iako puno drugih elemenata u društvu - struktura, resori, civilno društvo, svako pojedinačno ponašanje građana - utječe i uvjetuje zdravstvene ishode te o tome treba voditi računa. Postoje procjene da zdravstveni sustav po sebi ima oko 30 posto utjecaja na pokazatelje zdravlja, a više od 60 posto je utjecaja drugih resora. Stoga je bitno, istaknuo je Sambunjak, da zdravstveni sustav počne surađivati sa svim drugim resorima i segmentima društva koji imaju utjecaj na zdravlje i to je jedan od prioriteta koji je eksplicitno naveden u Nacrtu Strategije.

Konceptualni okvir se referira na strateške dokumente EU-a i na njihovo se osnovi gradi naša Nacionalna strategija razvoja zdravstva, koja uvažava naše specifične

okolnosti ali i ono što Europa prepoznaje kao trendove ili kao prioritete.

Iz Nacionalne strategije razvoja zdravstva, koja je strateški dokument na višoj razini apstrakcije, proizlaze operativni dokumenti i strateški planovi. Mi već sada imamo u tijeku nekoliko strateških planova koji se izrađuju, ili se revidiraju, ili ih planiramo započeti, poput strateških planova razvoja javnog zdravstva, ljudskih resursa, master plan bolnica - koji je također vrlo važan aspekt Strategije, strateški plan razvoja palijativne skrbi te drugi koje planiramo napraviti. To su operativni dokumenti koji su most između naše Nacionalne strategije i njene provedbe. Ideja je da se u strateškim planovima detaljno razrađuju mjere i akcijski planovi; oni nisu s vremenskim horizontom do 2020. jer se ne mogu operativno planirati na tako dugi rok, već su kraći, objasnio je Sambunjak.

To nije jednosmjeran proces, već se mora neprekidno, svakih godinu dvije, pratiti provedba i prikladnost mjera i strategija koje su zacrtane na početku da se, ukoliko je potrebno, intervenira. Naravno da ne možemo ostati slijepi na promjene koje se mogu dogoditi do 2020., izjavio je Sambunjak.

U izradu Nacrtu Strategije bio je uključen vrlo širok krug ljudi. Ministarstvo, koje je nositelj procesa, imenovalo je pet stručnih povjerenstava sa sve skupa više od 70 članova.

To su povjerenstva za organizaciju i upravljanje; za profesije i ljudske resurse, za područja zdravstvene zaštite, za financiranje sustava zdravstva i za pravna pitanja. U svakom od tih povjerenstava su bili predstavnici svih sektora i segmenata zdravstva, i svi su oni sagledali - iz različitih perspektiva i motrišta - cijeli zdravstveni sustav.

Identificirani su problemi iz prikupljenih podataka i SWOT analize, ali i pravci razvoja. Iz strateških pravaca razvoja definirani su prioriteti i mјere koje bi se mogle uklopiti i poduprijeti pravce razvoja. Potom je 12. lipnja organizirana šira stručna rasprava, u kojoj se uključilo još više ljudi.

Raspovjeljalo se o nekim strateškim dilemama i pitanjima, i sada je u Grožnjanu Nacrt stavljen na javnu raspravu koja traje do 20. srpnja, a u rujnu se Strategija dovršava i šalje u Sabor. Nacrt je i na mrežnoj stranici Ministarstva zdravlja www.zdravstvo.hr u skraćenoj i cjelovitoj inačici, uz koje je i obrazac za komentare i prijedloge, pa svatko tko želi i smatra potrebnim komentirati Nacrt, može predložiti dopune i ispravke jer to je radni dokument.

Zamjenik ministra zdravlja mr. sc. **Marijan Cesarik** o pokazateljima zdravlja stanovništva ili zašto moramo djelovati strateški

Velik je problem hrvatskog zdravstva životni stil i ponašanje građana

Borka Cafuk

- U Nacrtu Strategije se vidi na što su nam ukazali javnozdravstveni profesionalci, a to nisu baš sjajne poruke, izjavio je zamjenik ministra zdravlja mr. sc. **Marijan Cesarik**.

Gradani RH imaju vrlo loše zdravstvene navike - nepravilno se hrane, puše i pretjerano konzumiraju alkohol, konzumira se droga, a tjelesno su neaktivni.

Postoje izraženi rizici za kronične bolesti, prije svega pretilost, i zbog toga imamo kraće očekivano trajanje života, veće su stope smrtnosti i nepovoljne incidenkcije malignih bolesti. Sve je to vezano uz životni stil. Loše prehrambene navike ima 15,9 posto odrasle populacije, a to je najizraženije u Istočnoj i Središnjoj regiji Hrvatske, istaknuo je Cesarik.

U Hrvatskoj povećanu tjelesnu masu ima i pretilo je preko 60 posto muškaraca i 50 posto žena, što našu zemlju svrstava u skupinu zemalja s vrlo visokom prevalencijom prekomjerne tjelesne mase u Europi ali i u svijetu.

To je podatak, upozorio je Cesarik, nad kojim se moramo zamisliti. Poražavajuće je da je u dobroj skupini od 15 do 24 godine utvrđena najniža razina tjelesne aktivnosti,



Mr. sc. Marijan Cesarik

upravo kada bi ti mladi ljudi trebali biti najaktivniji pa je i to nešto o čemu u razvoju Strategije moramo razmišljati.

Vodeći uzrok opterećenja bolestima u Republici Hrvatskoj je pušenje. Izraženo u stopi izgubljenih godina zdravog života, pušenje ih oduzima 15,8 posto. U dobi od 18 i više godina 27,4 posto osoba su

pušači, što je više nego u članicama Europske unije. Od bolesti vezanih uz pušenje u Hrvatskoj godišnje umire više od 9.000 ljudi, odnosno svaka peta ili šesta osoba, istaknuo je Cesarik.

Iznenadujuća je činjenica da je prema podacima Svjetske zdravstvene zajednice potrošnja alkohola u Hrvatskoj u 2009. godini bila 12,8 litara po stanovniku. No ni projek EU-a nije ništa bolji i iznosi 12,5 litara po stanovniku. Zloporaba alkohola oduzima 2.748 godina zdravog života na 100.000 stanovnika.

Hrvatska ima višu stopu smrtnosti od kronične bolesti jetara i ciroze jetara u muškaraca od "starih" članica EU-a, a godišnje se zbog alkoholizma hospitalizira 8.500 muškaraca i oko 1.200 žena.

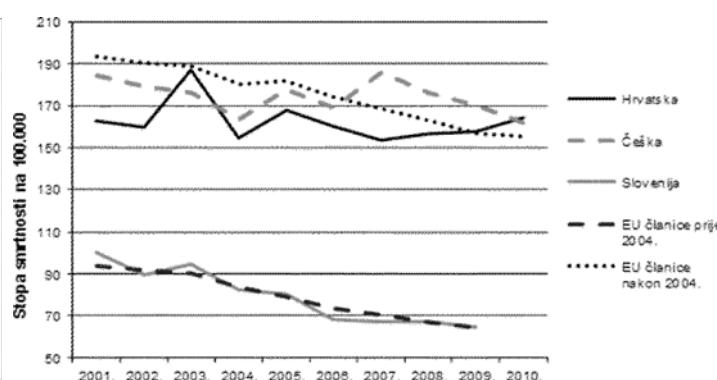
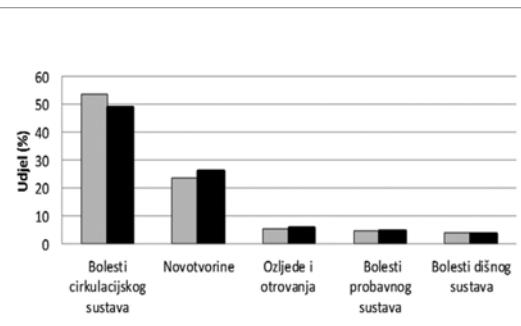
Najžalosnije je da 250 maloljetnika zbog akutnog opitog stanja završi u bolnici. Bojim se da je ovaj broj i znatno veći jer se često ne evidentira kao akutno opito stanje.

U zdravstvenim ustanovama Hrvatske godišnje se od zloporabe droga liječi oko 7.500 osoba, a u posljednjih pet godina je zbog stanja povezanih s ovisnošću umrlo oko 150 osoba godišnje. U 2010. godini na liječenju od zloporabe droga bilo je ukupno 7.550 osoba, od kojih je 6.175 osoba uzimalo opijate.

U posljednjih 50 godina u Hrvatskoj se povećalo očekivano trajanje života ali postoji evidentno zaostajanje za zemljama EU-a, i to svih 27 članica.

Očekivano trajanje života u 2010. za muškarce je iznosilo 73,5 godina, što je za šest godina manje nego u zemljama s najvišim očekivanjem trajanja života u EU-u, a za žene je iznosilo 79,9 godina, što je za oko 5,4 godine manje nego u Španjolskoj koja je zemlja s najvišim očekivanjem trajanjem života od svih 27 članica EU-a.

Visoko obrazovane osobe žive dulje od nisko obrazovanih za oko sedam godina, istaknuo je Cesarik te dodao da postoji trend povećanja očekivanog trajanja života i trend smanjenja stopa smrtnosti, ali koji je slabiji no u zemljama EU-a.



Pet vodećih uzroka smrtnosti

U Hrvatskoj godišnje umire oko 50.000 osoba a vodeći uzrok smrtnosti su cirkulacijske bolesti, koje su u padu, slijede ih novotvorine koje su u porastu, ozljede i trovanja, bolesti probavnog sustava i bolesti dišnog sustava.

Smrtnost od bolesti srca i krvnih žila

U svim županijama vodeći uzrok smrtnosti su bolesti cirkulacijskog sustava, a najveći udio ove skupine u broju umrlih od 55 posto je u Požeško-slavonskoj i Dubrovačko-neretvanskoj županiji te 44 posto u Splitsko-dalmatinskoj županiji. Smrtnost od novotvorina najveća je u Primorsko-goranskoj (30 posto) i Bjelovarsko-bilogorskoj županiji (21 posto). Nasilne smrti nalaze se na trećem mjestu uzroka smrti, osim u Sisačko-moslavačkoj i Požeško-slavonskoj županiji gdje se na tom mjestu nalaze bolesti dišnog sustava, te u Krapinsko-zagorskoj i Koprivničko-križevačkoj županiji gdje se na tom mjestu nalaze bolesti probavnog sustava.

U istočnoj i središnjoj Hrvatskoj znatno je veća stopa smrtnosti, posebno u

Osječko-baranjskoj županiji, nego li je u južnoj Hrvatskoj.

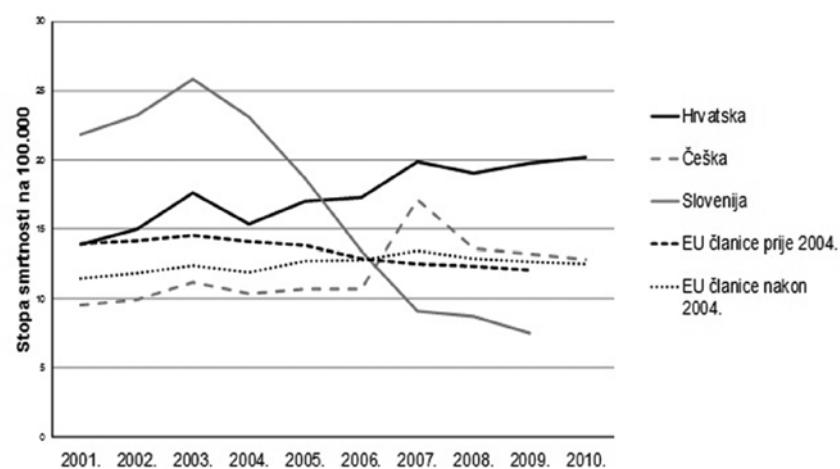
Smrtnost od šećerne bolesti

Zarazne bolesti su dobro kontrolirane, što se vidi i na primjeru HIV/AIDS-a gdje imamo stabilnu situaciju. Protekle je godine epidemiološka situacija na području zaraznih bolesti bila relativno dobra i izjednačuje Hrvatsku s razvijenim zemljama Europe i svijeta.

- Velik je problem hrvatskog zdravstva što su bolesti vezane uz ponasanje i životni stil - pušenje, pretilost, tjelesnu neaktivnost, alkoholizam, duševne bolesti. Značajne su velike regionalne razlike u smrtnosti u Hrvatskoj. Po očekivanom trajanju života i stopama smrtnosti jako zaostajemo od prosjeka zemalja EU-a, premda je stanje znatno bolje nego prije 10 godina.

Niska dojenačka smrtnost, dobra kontrola zaraznih bolesti i visoka procijepljenošć dobri su zdravstveni pokazatelji u Hrvatskoj, zaključio je Cesarik.

••••



**Pomoćnica za financijska i pravna pitanja Ministarstva zdravlja
mag.iur. Ljubica Đukanović
o resursima u zdravstvu**

Najvredniji resurs u zdravstvenom sustavu su ljudi

Borka Cafuk

- Najvrjednije u zdravstvenom sustavu su resursi, a najveći resurs su ljudi - zdravstveni djelatnici, istaknula je pomoćnica za financijska i pravna pitanja Ministarstva zdravlja mag.iur. Ljubica Đukanović. Svi se drugi resursi u zdravstvenom sustavu mogu relativno brzo pribaviti, poput opreme, ili izgraditi, ali najveći kapital i najznačajniji resursi u sustavu zdravstva su kadrovi do kojih nije tako lako doći. Za sve skupa nužni su nam finansijski resursi. To su tri bitna uvjeta za funkcioniranje zdravstvenog sustava.

Broj doktora medicine raste ali bi u idućih 20 godina mogao nastati velik nedostatak liječnika

U nekim djelatnostima trend kretanja ljudskih resursa nije tako loš.

Iz priložene tablice se vidi da imamo porast broja doktora medicine a stalno segovori da se taj broj smanjuje. Trend je dobar i nadam se da će i dalje biti uzlazan.



Mag.iur. Ljubica Đukanović

Kada govorimo o višoj stručnoj spremi vidi se da dolazi do još i veće stopi rasta broja zdravstvenih radnika, istaknula je Đukanović te dodala da tome treba pribrojiti i sve one koji ne rade u javno-zdravstvenoj mreži a pružaju neke oblike zdravstvene zaštite. Trend pada je u broju administrativnog i tehničkog osoblja, za koje Đukanović smatra da još uvjek nije dovoljan.

Ljudski resursi: ukupno

	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Doktori medicine	11799	11801	11847	12341	12532
Višastručna sprema	6958	7214	7220	7646	7913
Zdr. djelatnici (ukupno)	52206	52954	52956	54873	55781
Administrativno i tehničko osoblje	18250	18036	18036	17334	17296

- povećanje broja zdravstvenih djelatnika
- smanjenje broja administrativnog i tehničkog osoblja
- povećanje broja specijalista u PZZ (20% od 2005. do 2010.)
- povećanje broja liječnika u hitnoj pomoći (20% od 2009. do 2011.)

Za očekivati bi bilo da uporabom novih tehnologija i informatizacijom još više padne broj zaposlenih u administrativnim službama. Značajno je da je u posljednjih pet godina došlo do značajnog povećanja postotka specijalizanata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno još značajnijeg povećanja broja liječnika u hitnoj medicinskoj pomoći. Želimo li da PZZ preuzme ulogu o kojoj već dugo pričamo i ako želimo mijenjati postojeće stanje, mi moramo osposobiti PZZ da preuzeme svoju ulogu, naglasila je Đukanović.

Kada se usporedujemo sa zemljama Europske unije u pogledu ljudskih resursa, posebno dobre resurse imamo u području dentalne medicine. Hrvatska je po broju doktora dentalne medicine po stanovniku znatno iznad prosjeka zemalja članica EU-a. Broj doktora medicine po stanovniku je manji od europskih prosjeka, a broj medicinskih sestara po stanovniku je alarmantno nizak. Bilo bi dobro da smanjimo broj administrativnog i tehničkog osoblja a povećamo broj medicinskih sestara, smatra Đukanović.

Broj doktora medicine po stanovniku manji od europskih prosjeka

Više od polovine liječnika starije je od 45 godina i više je liječnika u dobi od 55 do 59 godina no u dobi od 25 do 29 godina. To nam govori o padu interesa za upisivanje na medicinske fakultete, zato što je to vrlo teško i zahtjevno i vrlo odgovorno zanimanje, a mislim da nije dovoljno vrednovano u odnosu na neke druge djelatnosti, naglasila je Đukanović.

Medicina je feminizirana, odnosno daleko je veći broj žena nego muškaraca u medicini. A želimo li zadržati ovakav broj liječnika moramo povećati broj studenata koji upisuju medicinu kako ne bi došlo do velikog manjka liječnika za sljedećih 20 godina. Pored toga, otvaranjem Hrvatske i njеним ulaskom u EU za očekivati je da će dio zdravstvenih radnika

otići iz Hrvatske. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti nemamo dovoljan broj liječnika obiteljske medicine i pedijatara i to nas treba zabrinuti, upozorila je Đukanović prezentirajući stanje po segmentima zdravstvenog sustava.

Broj timova u PZZ-u stagnira/blago opada

2003. - 2.663
2004. - 2.657
2005. - 2.605
2006. - 2.577
2007. - 2.552
2008. - 2.571
2009. - 2.571
2010. - 2.540

Ono čime se možemo ponositi su promjene u hitnoj medicinskoj pomoći. Broj timova HMP-a se povećao za 46 posto od 2009. do 2011., nabavljeno je 128 novih opremljenih vozila za hitne medicinske intervencije i postoji mreža helidroma za helikopterski prijevoz pacijenata.

Smanjiti posteljne kapacitete, a povećati broj dnevnih bolnica i uvesti suvremene metode liječenja

Broj bolničkih kreveta i trend njegova opadanja u skladu je s prosjekom EU-a.

Đukanović smatra da ćemo morati ići na daljnje smanjivanje posteljnih kapaciteta i uvođenje novih, bržih i suvremenijih metoda liječenja, odnosno veći dio dnevnih bolnica i drugih sadržaja, a na smanjivanje akutnih posteljnih kapaciteta.

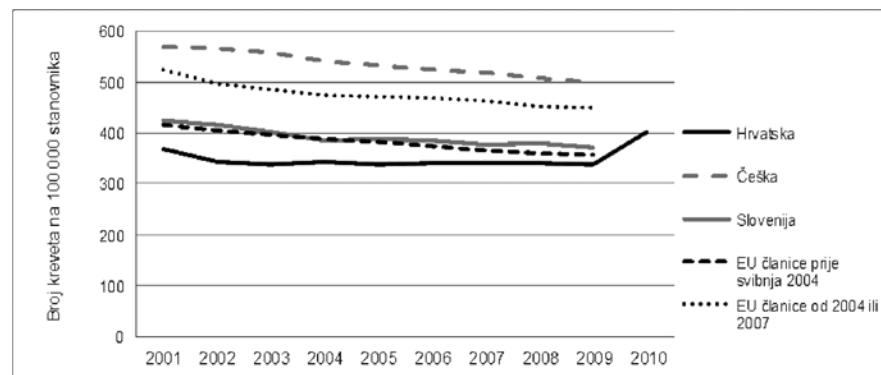
Ne znamo, istaknula je Đukanović, što je dovelo do povećanja posteljnih kapaciteta u Hrvatskoj u posljednje dvije godine (vidjeti tablicu).

Aktualni ministar jedine će nove posteljne kapacitete otvoriti u palijativnoj skribi, jer su oni potrebni i do sada ih u Hrvatskoj nije bilo.

Infrastruktura bolnica - usporedba sa zemljama EU-a

Neprimjereno je velik broj kreveta (>28%) u kliničkim ustanovama (tercijarna razina) u odnosu na opće bolnice (sekundarna razina), nedovoljni su kapaciteti za palijativnu skrib jer kod kuće umire oko 15.000 osoba, a imamo samo 185 postelja u djelatnosti palijativne skribi u Mreži javne zdravstvene službe.

Nedovoljno su razvijene dnevne bolnice, a broj kreveta u stacionarima 18 puta je veći nego u dnevnim bolnicama. Bolnice odlikuje slaba energetska učinkovitost i ukupna potrošnja energije u bolnicama je oko 630 kWh/m², odnosno dva puta više od bolnica u zemljama s najboljom energetskom učinkovitošću.



Oprema u usporedbi sa zemljama EU-a

Država	CT	MR	Mamograf	Oprema za radioterapiju
Česka	1,3	0,5	1,3	0,8
Irska	1,4	0,9	1,4	0,9
Grčka	3,1	2,0	4,5	0,6
Italija	3,1	2,0	3,0	0,6
Mađarska	0,7	0,3	1,4	0,3
Poljska	1,1	0,3	1,3	0,3
Slovenija	1,1	0,3	1,9	0,9
Slovačka	1,4	0,6	1,4	1,3
Velika Britanija	0,7	0,6	0,9	0,5
Hrvatska	1,6	0,7	3,4	0,3

Iz tablice proizlazi da imamo dovoljan broj MR-a, CT-a i mamografa na 100.000 stanovnika, a da smo ispod prosjeka u opremi za radioterapiju.

Prevencija, izdvajanje za zdravstvo i osiguranje

Javnozdravstvena mreža je u jednom dijelu izvrsna a u drugom dijelu je zapostavljena. Javnozdravstvena mreža je razvijena, ali ono čemu trebamo posvetiti više pozornosti i ono čemu će u finansijskom planu i dalnjem planu djelovanja posebnu pozornost posvetiti Ministarstvo zdravlja jesu nacionalni preventivni programi, istaknula je

Đukanović te dodala da će se morati raditi procjenu utjecaja na zdravlje svih propisa koji se donose u RH-u.

Razmatrajući finansijske resurse vidi se da izdvajanje za zdravstvo per capita iznosi 1500 dolara, što je manje no u zemljama EU-a, kao i izdvajanje za zdravstvo u postotku bruto društvenog proizvoda, koje iznosi ispod osam posto. A činjenica je i da je ove godine smanjen proračun za zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje za skoro milijardu kuna.

Želja nam je promijeniti stanje u pogledu privatnih zdravstvenih osiguranja. Obavili smo razgovore s osiguravateljima koji to provode i smatramo da ta osiguranja još uvek nisu dovoljno razvijena u Hrvatskoj. Oni

koji žele više, koji žele nadstandard, trebaju ga i platiti a ne da imamo ovo što danas imamo u Hrvatskoj. Iako su slabo razvijena privatna osiguranja u odnosu na okruženje i privatni izdaci na zdravstvo u Hrvatskoj su daleko niži od zemalja u okruženju tako da iznose 1,18 posto, po plaćanju iz džepa Hrvatska je znatno iznad ostalih zemalja. To ćemo promijeniti. Želimo stvoriti uvjete da se građani mogu osigurati kroz plaćanje različitih oblika polica privatnih osiguranja, objasnila je Đukanović.

Svega 35 posto osiguranika u Hrvatskoj plaća doprinose u obvezni fond zdravstvenog osiguranja i taj se trend mora zaustaviti. Udio izdvajanja za preventivnu zdravstvenu zaštitu je poražavajući. Za nju se izdvaja svega 0,5 - 0,6 posto zdravstvenog novca.

Prevenciji nismo posvetili dovoljno pozornosti u posljednjih 20 godina pa će ona biti u centru pozornosti u narednom finansijskom razdoblju, naglasila je Đukanović.

Finansijski resursi, gledani kroz finansijsko stanje u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, pokazuju da trebamo dobiti pet i pol milijardi kuna ako želimo poslati propise i plaćanje u roku od 60 dana, zaključila je Đukanović.

.....

Ravnatelj HZZO-a prim. Siniša Varga govori o procesima u zdravstvu

Nužna poboljšanja u kvaliteti, cjelovita informatizacija i povećanje preventivnih pregleda

Borka Cafuk

- Procesi u zdravstvu prepostavljaju dostupnost i korištenje zdravstvene zaštite, njezinu kvalitetu te informatizaciju i eZdravstvo, objasnio je ravnatelj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prim. Siniša Varga, dr. med. dent. Ovo je i prvi ravnatelj HZZO-a koji na tečaju *Mediji i zdravlje* nije govorio o financijama te time, uglavnom, bacio u depresiju okupljene sudionike, već o gore navedenim bitnim faktorima procesa u zdravstvu koji se itekako tiču Zavoda.

Varga je istaknuo da možemo biti zadovoljni obuhvaćenošću stanovništva obveznim zdravstvenim osiguranjem koje je natprosječno kada se usporedi s drugim zemljama i iznosi 97 posto. Onih tri posto su rezultat ljudske indolencije, jer svatko u RH po nekoj osnovi ima pravo na stjecanje iskaznice osnovnog zdravstvenog osiguranja.

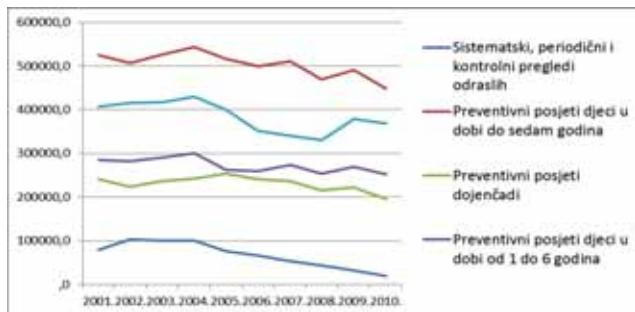
Teritorijalna pokrivenost bolnicama je dobra i više od 90 posto stanovništva živi na udaljenosti do 40 kilometara zračne linije



Prim. Siniša Varga

do najbliže bolnice. Prema Europskom indeksu zdravstvene zaštite potrošača (više o tome u prošlom broju LN-a), Hrvatska se nalazi na 17. mjestu od 34 europske zemlje, a 2009. je bila na 23. mjestu. Hrvatska još uvijek ima prostora za poboljšanja, i to prvenstveno na smanjivanju lista čekanja i osiguravanju dostupnosti suvremenih lijekova.

Od 2009. do 2011. na liste lijekova HZZO-a uvršteno je 85 novih lijekova, uz očuvanje postojećih lijekova na listama. Dosta je zabrinjavajući volumen lijekova koji se koristi



u Hrvatskoj. Je li to nepoštivanje terapijskih smjernica ili se radi o pritisku pacijenata koji su kvazi informirani u medicini i stoga dolazi do tabletomanije, čemu bi se trebalo stati na kraj. Potrošnja lijekova u bolnicama doživjela je drastičan pad 2010. uvođenjem Liste posebno skupih lijekova, tako da se neki lijekovi financiraju izravno iz proračuna i više nisu na teretu bolničkih ljekarni. Međutim, još uvijek imamo pitanje o navici propisivanja lijekova specijalista u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, tj. vrsti i količini lijekova koji se propisuju, naglasio je Varga.

Povećana je dostupnost ortopedskih, općemedicinskih, stomatoloških i drugih pomagala, a ukupni volumen potrošnje po pomagalima je u porastu.

To nije toliko zabrinjavajuće, a radi se o tome izdaju li se pomagala na temelju stručno-medicinske opravdanosti, medicine bazirane na dokazima. Dostupnost i korištenje akutnih kreveta u bolnicama viša je od europskog prosjeka no s trendom smanjivanja.

No, smanjio se broj svih preventivnih pregleda i kućnih posjeta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, i to je nešto će se nastojati popraviti kroz posebno stimuliranje u narednom razdoblju, istaknuo je Varga.

Preventivni pregledi i kućni posjeti u PZZ-u

Povećao se broj upućivanja iz primarne u sekundarnu zdravstvenu zaštitu. Tačkođer znamo da je to jedan začaranji krug. Upravno vijeće HZZO-a donijelo je stoga nekoliko odluka na protekloj sjednici kojima smo promjenili neke stvari. Počevši od samog imena specijalističke uputnice, koja se sada zove interna uputnica, ali smo i propisali da vrijedi dulje od dosadašnjeg roka od 60 dana tako da će se smanjiti potreba za posjećivanjem obiteljskih liječnika radi upućivanja. Namjera nam je da stimuliramo zadržavanja pacijenata na liječenju kod liječnika obiteljske medicine kako bi se smanjilo upućivanje u sekundarnu zdravstvenu zaštitu. To je pitanje i edukacije, opremljenosti i bolje stimulacije liječnika u PZZ-u, istaknuo je Varga.

Kvaliteta zdravstvene zaštite regulirana je kroz nekoliko zakonskih i podzakonskih akata. Osnovana je Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, uključeni smo u nekoliko međunarodnih projekata i traje prikupljanje podataka u bolnicama prema PATH pokazateljima. No, akreditiran je samo manji broj medicinskih laboratorija, sustav za akreditaciju

bolnica još nije uspostavljen, nema sustavnog praćenja pokazatelja i djelovanja na poboljšanje kvalitete, vrlo je mali broj objavljenih i ažuriranih hrvatskih kliničkih smjernica, svega 60, ustvrdio je Varga.

Zdravstveni sustav je u velikoj mjeri informatiziran i manje od dva posto medicinske dokumentacije vodi se ručno. PZZ je kompletno informatiziran: više od 2350 ordinacija opće/obiteljske medicine, sve pedijatrijske (270) i ginekološke ordinacije (270), sve stomatološke ordinacije (više od 1900), sve ljekarne (više od 1150), laboratorijski u PZZ-u (120), sve ordinacije školske medicine (153) i izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita (800), izjavio je Varga.

Centralni sustav PZZ-a s naprednim funkcijama, kao što su eRecept i eUputnica za laboratorijske, ima više od 17.000 korisnika.

Od ukupno 45.000 ljudi zaposlenih u bolnicama samo 200 su IT stručnjaci, a 20 bolnica nema gotovo nikakav informacijski sustav, što predstavlja problem koji će se riješiti ove godine. Udio sredstava za IT u ukupnim izdvajanjima u zdravstvu tri do četiri puta je manji od europskog i svjetskog projekta.

Današnji informacijski sustav građen je kao skup izoliranih otoka u kojem bolnice ne komuniciraju međusobno niti s PZZ-om, javnozdravstveni informatički sustav nije umrežen niti ujednačen prema modelu podataka i velik broj javnozdravstvenih izvješća još uvijek se izrađuje ručno, ne postoji normizacija i certifikacija informacijskih sustava i ne postoji sustavna briga o arhivskom i registratorskom gradivu. Današnja situacija će se stubokom promjeniti još ove godine, zaključio je Varga.

.....

Pomoćnik ministra zdravlja mr. Luka Vončina govori o hrvatskom zdravstvu i EU-u

Utjecaj pravne stečevine EU-a na zdravstvo i zdravlje

Borka Cafuk

- Pravna stečevina EU-a izravno utječe i regulira zdravstvo i zdravlje, iako samo zdravstvo nikada nije bilo pitanjem pregovora Hrvatske s Europskom unijom, istaknuo je

pomoćnik ministra zdravlja mr. Luka Vončina, dr. med. Strategija EU-a prema zdravlju određena je strateškim dokumentom Zajedno za zdravlje 2008.-2013. u kojem se ističu zajed-



Mr. Luka Vončina

ničke vrijednosti i načela, kao što su promoviranje zdravlja svih građana, unapređenje sustava praćenja i odgovora na prijetnje zdravlju i poticanje dinamičnih sustava zdravstva, usvajanja novih medicinskih tehnologija, brige o sigurnosti pacijenata te reguliranje prekograničnih prava pacijenata.

U razvoju do 2020. politika EU-a prema zdravlju bit će određena s dva krovna dokumenta: Europe 2020 i Health 2020. Četiri su glavna cilja pred nama, naglasio je Vončina, a to su rješavanje manjka finansijskih i ljudskih sredstava te poticanje inovacija, pristup informacijama i ekspertizi unutar i izvan nacionalnih granica, promicanje najboljih iskustava na polju prevencije i razvijanje zajedničkih pristupa prema prekograničnim prijetnjama zdravlju.

Temeljni je cilj europske kohezijske politike smanjenje regionalnih nejednakosti sredstvima iz strukturnih fondova 2007.-2012. Do 2012. za zdravstvo su bili najinteresantniji Europski fond za regionalni razvoj, Europski socijalni fond i Kohezijski fond. Iz njih su finančirani projekti vrijedni stotine milijuna eura, poput zdravstvene infrastrukture, opreme, e-Zdravstva, povećanja zaposlenosti, smanjenja bolovanja, promocije zdravlja i drugi.

Pred nama je zajednički strateški okvir 2014.-2020. koji će odrediti prioritete na koje će se orientirati projekti i trošiti novci iz strukturnih fondova i Ministarstvo zdravlja se vrlo ozbiljno priprema za to razdoblje koje je pred nama, istaknuo je Vončina.

U području ljudskih resursa temeljni je cilj EU-a da osigura slobodno kretanje profesionalaca, koje je jedno od osnovnih zajamčenih prava zajednice.

To je vrlo važno u svjetlu nedostatka zdravstvenih radnika. Samo u Njemačkoj nedostaje, procjenjuje se, preko 200.000 zdravstvenih radnika. Kako bi zdravstveni radnici iz različitih zemalja članica EU-a imali iste kompetencije, regulira se školovanje za te profesije, odnosno za doktore medicine, doktore dentalne medicine, magistre farmacije, medicinske sestre i primalje. Svi naši fakulteti i visoka učilišta dobili su zeleno svjetlo iz EU-a da su naši programi potpuno u skladu s EU-uredbama. Naročita pozornost se u EU-u posvećuje razvoju struka i to posebice medicinskih sestara i primalja.

Na području sigurnosti i mobilnosti pacijenata dvije su važne direktive Cross Boarder, odnosno Direktiva o prekograničnom pružanju zdravstvene zaštite i Europska kartica zdravstvenog osiguranja.

U području politike lijekova i ugradbenih materijala pristupamo Europskoj medicinskoj agenciji, tj. centraliziranom i decentraliziranom sustavu registracije lijekova.

Za hrvatske pacijente to znači da će inovativni lijekovi u Hrvatsku dolaziti mnogo ranije i više se neće trebati registrirati u Hrvatskoj već će prolaziti europsku registraciju.

Direktiva o transparentnosti ne propisuje model ali propisuje transparentnost određivanja cijene lijekova, a kod medicinskih proizvoda slijedi nam Direktiva novog pristupa koja manju težinu daje na registraciju pri državi a veću na odgovornost proizvođača i inspekcijsku; medicinski proizvodi neće morati biti upisani u očevišnik prije puštanja u promet u Hrvatskoj kako bi se omogućilo nesmetano kolanje roba, naglasio je Vončina.

U pogledu krvi, tkiva i stanica, direktive EU-a uređuju područja transfuzijske medicine, transplantacijske medicine i medicinski pomognute oplodnje. Njima su propisani infrastrukturni uvjeti, proizvodnja, čuvanje i raspodjela. Cilj je ujednačavanje standarda, podizanje sigurnosti i osiguranje kvalitete.

Direktiva o procjeni i upravljanju bukom okoliša propisuje mјere s ciljem izbjegavanja i sprečavanja štetnih utjecaja buke, pa iduće godine krećemo s izradom karti buke u Hrvatskoj. Na tome će Ministarstvo zdravlja surađivati s Agencijom za zaštitu okoliša, istaknuo je Vončina.

Na području hrane EU njeguje koncept "od farme do stola", koji podrazumijeva kontrolu svih procesa i smanjivanje rizika u cijelom lancu od uzgoja, preko prerade do prijevoza i prodaje. Dio toga je i sustav ranog upozoravanja, pa ako bilo koja zemlja članica otkrije neku hranu štetnu za zdravje automatski se na to upozoravaju i sve ostale članice EU-a.

Na području kemikalija, biocidnih pripravaka i zračenja, sukladno prije spomenutoj Direktivi novog pristupa veća se težina stavlja na odgovornost proizvođača i inspekcijsku. Kemikalije se slijede od proizvodnje do finalnog proizvoda. Upodručju zračenja hrvatski su propisi znatno stroži od propisa EU-a, naglasio je Vončina.

Pet je izazova koji će se pristupanjem EU-u postaviti pred naš zdravstveni sustav. To su prekogranično pružanje zdravstvenih usluga, odnosno pravo naših građana da zdravstvenu uslugu potraže u drugoj zemlji članici EU-a, i prilike da naše bolnice privuku strane pacijente, naročito u pograničnim područjima.

Paralelna trgovina lijekovima u nekim zemljama vrlo je ozbiljan problem, zbog slobodnog kolanja roba. Treba stoga pripaziti da ne dođe do prekomjernog izvoza naših lijekova u druge zemlje članice i nestasice za naše pacijente.

U vezi s mobilnošću zdravstvenih profesionalaca svima je poznat primjer Poljske čiji su lječnici u velikom broju emigrirali u Englesku. Odljev hrvatskih lječnika je nešto što zahtijeva pozornost. Strukturni fondovi nude prilike za koje se Hrvatska treba pripremiti da ih iskoristi.

S obzirom na zemljopisni položaj Hrvatske, postoji mogućnost da se stariji građani zemalja članica EU-a u većem broju nasele u naše priobalje, što će biti dodatni izazovi za hrvatski zdravstveni sustav, zaključio je Vončina.

.....



Ministar zdravlja prof. dr. sc. **Rajko Ostojić** govori o strateškim problemima, razvojnim pravcima i prioritetima

Zdravlje za sve, zdravlje u svemu i zdravlje od svih

Borka Cafuk

- U hrvatskom zdravstvu postoji cijeli niz strateških problema od kojih je ministar zdravlja prof. dr. sc. **Rajko Ostojić** naveo samo pet, a to su: slaba povezanost i manjkav kontinuitet; neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite; nedovoljna učinkovitost i djelotvornost zdravstvenog sustava; slaba ili neujednačena dostupnost i razmjerno slabi pokazatelji zdravlja.

Bez kontinuiteta nema ničega, jer ne počinje svijet s nama niti s mojim prethodnicima ni s budućim liječnicima, profesorima ili akademicima, istaknuo je Ostojić. Nema povezanosti. Pedeset posto bolnica su informatizirani, 30 posto ih je horizontalno povezanih ali one nisu informatički umrežene ni međusobno niti s primarnom zdravstvenom zaštitom.

Strateški problem je i nepovezanost javnozdravstvenih registara, slabljenje domova zdravlja i s time gubitak kontinuiteta zdravstvene zaštite ali i činjenica da pacijenti preskaču PZZ i javljaju se izravno u bolnice, dok tercijarne bolnice obavljaju usluge sekundarnih.

Prisutan je i nejasan kontinuitet razine izobrazbe zdravstvene struke te slaba povezanost zdravstva s ostalim segmentima društva, tj. s civilnim društvom, javnim službama i resorima državne uprave.

U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva najvažniji je pacijent i 3 su paralele kojima se vodimo: zdravlje za sve, zdravlje u svemu i zdravlje od svih. Ključni elementi razvoja zdravstva u idućih osam godina su informatizacija zdravstva, ulaganje u ljudske resurse, preventivne javnozdravstvene akcije i poboljšanje komunikacije s pacijentima.

Kvaliteta je ključ

Kvaliteta je ključ, ustvrdio je ministar, i to kvaliteta pružene usluge i postupak akreditacije. No, akreditacija još uvijek nije



Prof. dr. sc. Rajko Ostojić

zaživjela i malo je instrumenata za nagradivanje ili sankcioniranje (ne)kvalitete te ne postoji adekvatno praćenje pokazatelja kvalitete. Kapaciteti Agencije za kvalitetu i akreditaciju su nedovoljni. Standardi i normativi nejasni, zastarjeli ili neprovedivi. Kolektivni ugovori su rigidni ali o njima ministar nije govorio s obzirom da su se pregovori sa sindikatima nastavili 2. srpnja.

Vidjeli ste analizu koju smo napravili prije mjesec dana. Postoje okulisti u hrvatskim bolnicama koji mjesечно operiraju 15 mrena. I ovaj koji operira 100 mrena i ovaj koji operira 15 mrena imaju istu plaću. Ali ovaj koji operira 100 mrena ima veću šansu da mu se zbije komplikacija ili pogreška. Zato čekam kolegu Babića (predsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata) da nam da recept kako ove honorirati a kako one druge nehonorirani, jer svi smo, naravno, za kvalitetu, istaknuo je Ostojić.

Još treba razmislići hoće li se staz ukinuti ili bi to bio rizik za kvalitetu, te treba li ga staviti na šestu godinu studija ili ne.

Predstoji nam cijeli niz razmišljanja kako poboljšati naš rad, kvalitetu nas zdravstvenih profesionalaca.

Strateški problemi u bolnicama, PZZ-u i upravljanju

Nedovoljna učinkovitost i djelotvornost vidi se u bolnicama u slabom ili neujeđenacnom korištenju resursa, korištenju skupih akutnih kapaciteta za kronično liječenje, te u nepostojanju energetske učinkovitosti, naglasio je Ostojić te dodao da će sve državne bolnice kojima je osnivač i vlasnik Država postat će energetski učinkovite jer najveći trošak bolnica odlazi na energetiku.

U PZZ-u je prisutan nedovoljan rad u prevenciji i previše upućivanja pacijenata u sekundarnu zdravstvenu zaštitu.

U segmentu upravljanja nedostaje interdisciplinare i upravljačke ekspertize, podijeljena lojalnost upravljačkom i kliničkom radu ne može koegzistirati, slab je nadzor rada i radnog vremena i nedostatni su kapaciteti za analizu i planiranje.

Mi nemamo mehanizme upravljanja i to je činjenica. Mi, zdravstveni profesionalci smo sjajno educirani za pet segmenta i to: promociju zdravlja, dijagnostika, terapiju, njega i rehabilitaciju. To znamo sjajno ali ne znamo upravljati, ustvrdio je ministar.

U segmentu lijekova ne postoji sustavna procjena zdravstvenih tehnologija i tako dalje.

Manjak zdravstvenih radnika uzrok je slabih pokazatelja zdravlja

Slaba i neujednačena dostupnost prisutna je zbog manjka zdravstvenih radnika, nepotpune mreže ljekarni, listi čekanja i neazuriranog, preširokog i teško ostvarivog Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog osiguranja.

Mi i danas imamo manje liječnika, medicinskih sestara i tehničara, primalja i farmaceuta nego Europa. Jedino smo po broju doktora dentalne medicine u istoj ravni s 15 starih i 12 novih zemalja članica Europske unije. Manje je liječnika, zdravstvenih profesionalaca u dobnoj skupini od 25 do 30 godina nego u skupini od 55 do 60 godina. Kakva je to piramida? To nije ništa!, izjavio je Ostojić.

Razmjerno su slabi pokazatelji zdravlja jer se stope smrtnosti smanjuju ali smo slabiji od prosjeka EU i usporednih zemalja, a prisutno je i zabrinjavajuće zdravstveno ponašanje, rizični čimbenici poput pušenja, pretilosti i alkoholizma te sve teže socijalno stanje. Uz to ne postoji kultura preuzimanja odgovornosti za vlastito zdravlje i korištenje zdravstvene zaštite.

U Hrvatskoj prerano umire 24.000 građana. Svatko od njih je mogao živjeti još prosječno 12,5 godina. Čak 60 posto djevojčica i dječaka od 14 godina povremeno puši, a svaka peta djevojčica i dječak u dobi od 14 godina svakodnevno puše. Čak 380.000 građana Hrvatske zadovoljava sve dijagnostičke kriterije za alkoholizam, a njih 100.000 svakodnevno dolazi na posao supijano ili pijano. Po prevalenciji pretilosti smo čak četvrta zemlja u Europi. Moramo i mi preuzeti odgovornost za svoje zdravije, naglasio je Ostojić.

Informatizacija je prioritet, ojačat će se upravljački kapaciteti i od osobne odgovornosti osigurati zdravstveni profesionalci

Na osnovu svih nabrojanih parametara Ministarstvo će, skupa sa svim sudionicima zdravstvenog sustava, pokušati poboljšati sve te aspekte u hrvatskom zdravstvu. A ključ svega je informatizacija koja je jedan od prioriteta u razvoju zdravstvenog sustava. Njome će se postići bolja povezanost i komunikacija svih sudionika u zdravstvu, s pacijentom u središtu.

Informatizacija je prioritet. Sve se mora povezati i umrežiti, horizontalno i vertikalno. Drugačije ne ide, ustvrdio je ministar.

Alarmantni podaci stižu iz segmenta ljudskih resursa. Jedino je zagrebački MEF podigao broj upisnih kvota, a ministar to očekuje da učine i drugi dekani u Rijeci, Osijeku i Splitu.

Zdravstveni djelatnici se moraju zaštiti od osobne odgovornosti. Vidim da je ovdje prisutno nekoliko ravnatelja ustanova koji su ove godine platili od 500 do više od milijun kuna za incidente koji su se dogodili prije 10, 15 ili 22 godine, izjavio je ministar.

Specijalizacije se trebaju raspisivati prema jasno dokumentiranim potrebama. Potrebno je omogućiti rada i nakon dobi za mirovinu, ali samo tamo gdje je to potrebno.

Nužno je vratiti obvezu do dvije godine rada u PZZ-u i osmisli strateški plan razvoja ljudskih resursa, koje je poanta svega jer nema ničega bez ljudi.

Upravljački kapaciteti će se ojačati kroz izobrazbu upravljačkog kadra, razdvajanje organizacijsko-finansijskog i medicinskog upravljanja, uvođenja punog radnog vremena na organizacijsko-finansijskom upravljanju, jačanje upravljačkih ovlasti domova zdravlja i uspostavljanja odjela za analitiku, planiranje i EU projekte.



Reorganizirati će se ustroj i djelovanje zdravstvenih ustanova. Poticat će se otvaranje i opremanja grupnih praksi u PZZ-u i jačat će se interdisciplinarna suradnja. Master plan bolnica, koji je također jedan od ključeva, podrazumijeva udruživanje bolnica u regionalne bolničke mreže ili zajednice ustanova i preraspodjelu i koncentriranje bolničkih usluga unutar regionalne mreže. Također, funkcionalno povezivanje somova zdravlja, liječnika obiteljske medicine, dnevnih bolnica i specijalističko-konziljarne zdravstvene zaštite u bolnicama. Jačat će dnevne bolnice i povećati će se kapaciteti za kronično liječenje kroz hospicij i palijativu. Master plan podrazumijeva i funkcionalne i gradevinske preinake bolnica, izdvajanje nezdravstvenih djelatnosti spin-offom ili outsourcingom za neke segmente, objedinjenu bolničku nabavu i objedinjavanje izvanbolničke i bolničke hitne pomoći. Također, neke specijalne bolnice prijeći će na državnu razinu.

Poticat će se kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti kroz definiranje i trajno praćenje pokazatelja kvalitete, nacionalnu i međunarodnu akreditaciju, izradu kliničkih smjernica te ugovaranje zdravstvene zaštite na temelju pokazatelja učinkovitosti i kvalitete i izobrazbu iz kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti bolesnika.

Prevencija je bolna točka

Preventivne aktivnosti će se jačati povećanjem izdvajanja za preventivne programe i aktivnosti, ugovaranjem zdravstvene zaštite na temelju mjerljive uključenosti u preventivni rad, poticanja preventivnog rada u svim područjima zdravstvene zaštite te kroz razvoj analitičkih kapaciteta Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Prevencija je bolna točka. U odnosu na 1990. Broj kućnih posjeta i prevencije pao je za 85 posto, istaknuo je Ostojić.

Ključna tri aktera u zdravstvu su Ministarstvo, HZZO i HZJZ.

HZZO ovaj čas financira školovanje ljudskih resursa, a on je osiguravajuća kuća 4,5 milijuna Hrvata, a ne kuća koja mora skrbiti o specijalizacijama liječnika ili medicinskih sestara. HZJZ bi trebao raditi analizu, prevenciju i akcije, a to ne radi.

Ministarstvo zdravlja, gdje nas je 150, imamo sve moguće telefone, stalno se aktiviramo na Bijelom telefonu i u drugim segmentima i radimo prevenciju, odnosno mislimo da radimo prevenciju. Znači svaki akter radi tudi posao, to je postavljeno naglavačke i to ćemo promijeniti, istaknuo je ministar i doda da će Ministarstvo zdravlja brinuti o ljudskim kapacitetima, HZJZ o prevenciji preko obiteljskih liječnika, a HZZO o svojim osiguranicima.

Kako bi se očuvala finansijska aktivnost razvijat će se regulatorni okvir za jačanje privatnih-dopunskih zdravstvenih osiguranja, strateški će se alocirati resursi prema definiranim prioritetima uz sredstva iz fondova EU i suzbijati korupciju i neformalna plaćanja.

U novom ugovoru ćemo postaviti nove temelje i privatnicu su dobro došli ali ne nanačin da bude privatni monopol ili da imamo privatne klinike koje 75 posto svojih prihoda ostvaruju od HZZO-a, naglasio je Ostojić.

Važna je i uspostava suradnje s drugim resorima i čitavim društвom koja će se ostvariti kroz sustav odgoja i obrazovanja (ljudski resursi, promicanje zdravlja), znanost i visoko obrazovanje (istraživački prioriteti, ljudski resursi), MUP i pravosude (promicanje zdravlja, prevencija nasilja), turizam i gospodarstvo (zdravstveni i medicinski turizam), socijalna skrb (kronični i umirući bolesnici), lokalna samouprava (poticanje zapošljavanja liječnika, promicanje zdravlja) i civilno društvo (preuzimanje odgovornosti za vlastito zdravje, promicanje zdravlja, palijativna skrb, volontersvo...).

Okrugli stol: Ususret Nacionalnoj strategiji zdravstva

Nacrt podržan i svi su dobrodošli sudjelovati u javnoj raspravi

Borka Cafuk

• Okrugli stol Ususret Nacionalnoj strategiji zdravstva okupio je predstavnike najvažnijih institucija u zdravstvu koji su izrazili svoja stajališta o Nacrtu Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. te oko 200 sudionika tečaja "Mediji i zdravlje" koji su također dobili priliku očitovati se, komentirati Nacrt i postaviti pitanja.

Predsjednik Hrvatskog liječničkog zbora prof. dr. sc. Željko Metelko istaknuo je da apsolutno podržava i pohvaljuje način na koji je čitav proces krenuo i da je mogućnost komentiranja i davanja prijedloga za Nacrt došla do svih članova HLZ-a.

Smatram da je zapravo osnova iz koje je cjelokupna rasprava krenula izuzetno široka i to je sasvim sigurno moment za pripremu takvog dokumenta. Druga stvar koju bih dao kao primjedbu je da mislim da se odgovornost zdrave populacije i odgovornost liječnika mora na neki način jače potencirati i pritisnuti da svi skupa shvatimo da je problem našeg zdravlja naše privatno pravo i odgovornost ali i naše javno pravo i odgovornost, izjavio je Metelko.

S nekim stvarima u Nacrtu predsjednik Hrvatske liječničke komore prim. dr. Hrvoje Minigo je izuzetno zadovoljan, pogotovo jer se u njemu nalaze stvari o kojima komora govori godinama. Prvo je tu nedostatak liječnika i medicinskih sestara, koji je još veći nego liječnika. Ako se sjećate mi smo još 2005. o tome govorili kada nitko to nije htio priznati. Vi ste sada to priznali, uočili smo problem i preostaje pitanje kako to riješiti. Prof. Ostojić je rekao da je zagrebački MEF povećao broj upisnih mjesta za 60 međutim da je premalo, a niti će povećanje broja upisnih mjesta riješiti taj problem. Smatram da je ovaj problem jako kompleksan. Tu se radi i o medicinskim fakultetima i o interesu za studiranje medicine, a ono što je najvažnije radi se i o novacima. Prema našoj procjeni u Hrvatskoj nedostaje oko 4.300 liječnika. Na žalost prosječna životna dob liječnika je visoka, pogotovo u nekim granama specijalizacije, a za neke specijalizacije postoji vrlo slab interes. Dakle tu treba raditi sustavno od ne samo plaća već i o uvjetima rada. Ulaskom u EU čeka nas sasvim sigurno veliki problem da će naši mladi dobro obrazovani stručnjaci otici u europske zemlje gdje isto tako nedostaje liječnika. Uočio

sam, a to je i zaključak ovogodišnjeg Simpozija Komore održanog u Opatiji, da se liječnici osiguraju od profesionalne odgovornosti. Prigovorio bih da smo nezadovoljni, iako je široka javna rasprava o Nacrtu, da se premalo spominju komore, HLZ i druge institucije i udruge, osim udruga pacijenata. Mislim da se treba jasnije i više govoriti o tome da komore mogu i tekako biti dobar partner i doprinijeti da se zdravstvena zaštita popravi, izjavio je Minigo.

Prof. dr. sc. Vlado Jukić, predsjednik Hrvatske udruge poslodavaca u zdravstvu, istaknuo je da je problem ljudskih resursa veći problem provinciji te da to treba imati u vidu posebno u kontekstu regionalizacije Hrvatske i reorganizacije bolničkog sustava.

Nema smisla rezigniramo se odnositi prema Strategiji jer bez nje ne možemo funkcionirati. Strategiju treba promatrati i u kontekstu budućnosti i iz današnjeg trenutka u kojem postojimo. Ovaj trenutak neće trajati ali ne možemo ga isključiti iz promatranja, izjavio je Jukić.

I prije smo bili zagovornici i strateškog i sustavnog promišljanja, istaknuo je predsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata dr. Ivica Babić.

Podržavamo i pohvaljujemo ovaj proces. Nadam se da će na Nacrt doći puno dobrih primjedbi pa će se one uvažiti kao takve. Bitno je da smo svi sudionici koji pomažemo ali zna se koje odgovoran. Ministar će presjeći, Strategija će otici u Sabor i zna se tko iza toga stoji. Ako je to sustavno promatranje problema koji nadilazi dnevno političke potrebe, a ja to tako doživljavam, onda to jača javni sektor u

Hrvatskoj i onda to podržavam. I samo jedan bitan detalj - u svim ustanovama u Republici Hrvatskoj, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, na kraju 2010. radilo je 6.417 specijalista što samo pokazuje koliko smo deficitarni. Kada su u pitanju medicinske sestre, njih u sustavu nedostaje a na burzi ima. Treba vidjeti kako to riješiti, izjavio je Babić.

Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Spomenka Avberšek istaknula je da je dobro da razmišljamo za budućnost no ono o čemu sada moramo razmišljati je to što će danas biti s javnim sustavom, javnim dobrom zdravstvom.

Vidim neke dobre pomake koje je napravio ministar zdravstva. Jedino sada još čekamo realizaciju. Znate da sam vrlo često govorila da je sustav zdravstva nesreden, neuređen i da se ne uvodi reda u njemu. Nisam mislila sigurno na zaposlenike već na vodenje samog sustava. Vidim da nešto što je bila boljka, a to je bio i prijedlog SSZSS-a, da neke stvari jednostavno moramo staviti pod kontrolu kako bi možda jednog dana, ali to neće biti sutra, imali bolje plaće. Ako vam sada ministar obeća bolje plaće, ja ču ga odmah demantirati i reći ču - nema od toga ništa. Možemo samo razmišljati da ćemo ići s placama dolje. To je činjenica, mi smo u pregovorima i znamo o čemu govorimo. Ali ono gdje mi možemo prištediti da nam bude bolje je u samom sustavu. Podržavam centralizaciju iako sam protiv nje, vrlo bitnih stvari koje su rak rana, a to je javna nabava. Centralizirala bih i sve uprave i ravnatelje bez obzira jesu li na državnoj ili regionalnoj razini. A bitna je i informatizacija, izjavila je Avberšek.

Izvršni direktor Hrvatske udruge inovativnih proizvođača lijekova Sani Pogorilic izrazio je zadovoljstvo Nacrtom, a ono što je ključno u provedbi Strategije je finansijska održivost zdravstvenog sustava. Žalimo što nismo bili aktivno uključeni u izradu Nacrtu jer smatram da smo mogli značajno doprinijeti ali ćemo se pokušati uključiti i ostaviti trag u Strategiji, izjavio je Pogorilic.

Ministar zdravstva je odgovarajući na upit moderatora okruglog stola i direktora te-



čaja "Mediji i zdravljie" **Maria Harapina** da li je ovo početak nove reforme istaknuo da on ne voli riječ reforma kojom sve započinje ispočetka već da je važan kontinuitet. Ovo je doista važan dokument koji se stvara i na kojeg čekamo godinama. Svi ste dobro došli sudjelovati u javnoj raspravi, od komora do udruga. Ljudski resursi su ključ problema i drugo Hrvatske je, htjeli mi to priznati ili ne, ruralna zemlja. Tako je već 200 godina i tako će biti još barem 50 godina. Neću obećati povećanje plaća. Situacija je takva i vidjet ćemo što će biti u pregovorima no, ostavimo to jer to nije meritum stvari. Meritum stvari je kad stvorite jedan posto BDP-a stvorite dvije i pol milijarde kuna. Kada vidite da će BDP rasti onda ćemo dijeliti, istaknuo je Ostojić.

Reforma bolnice je nešto što će se osjetiti, nastavio je ministar i dodao da svi ravnatelji koji budu izabrani ovih dana moraju imati objedinjeni bolnički hitni prijem i dnevne bolnice.

- Sramota me je kada vidim velike kliničke i županijske bolnice koje danas nemaju objedinjen hitni bolnički prijem i dnevne bolnice. A u tome je poanta i time ćemo smanjiti bolničke kapacitete, izjavio je Ostojić.

Ciljevi - poboljšati ljudske resurse, javno zdravstvo i provesti master plan bolnica

Moderatorica okruglog stola predsjednica Zbora zdravstvenih i medicinskih novinara Hrvatskog novinarskog društva **Andreja Šantek** upitala je ministra zdravlja koja su tri konkretna cilja Strategije i tri konkretna vremenska roka.

Ministar je odgovorio da je to stvar akcijskih planova koji trebaju proizaći iz Strategije, nositelji akcijskih planova biti će komore, Zbor, sindikati, poslodavci, fakulteti i drugi, koji će imati vremenski rok i cilj. A ciljevi su poboljšati ljudske resurse, javno zdravstvo i master plan bolnica.

Za master plan bolnički kapaciteta sam zadužen u Ministarstvu pa ću odgovoriti konkretno. U srpnju iduće godine biti će potpuno novi bolnički sustav, izjavio je ministar.

Pomoćnicu ministra zdravlja za ekonomske i pravne poslove **Ljubicu Đukanović** Šantek je upitala što konkretno znači povećanje broja dnevnih bolnica i smanjenje broja kreveta o kojem je govorila u svom izlaganju.

U izlaganju sam istaknula da smo išli utvrditi stanje. Sada kada znamo kakvo nam je stanje i kakvo je stanje u okruženju vidimo da se moramo prilagoditi, da nismo baš najpametniji i da moramo gledati što drugi rade. Danas tehnološki, znanstveno, kako god hoćete, nove metode liječenja traže i novo prilagođavanje. Kada govorimo o reformi u sustavu to nije proces koji završava već traje. Danas imamo niz

postupaka zbog kojih pacijenti u privatnom sustavu ne leže. Dodu ujutro prije operacije, operiraju se, ostanu dva do četiri sata i idu kući. Za iste takve postupke u bolnicu pacijent dođe ujutro, onda ide raditi sve analize, prespava u bolnici, pa se sutradan dogovaramo kad ćemo ga operirati pa treći dan ide na operaciju pa onda čekamo još dva dana. To je preskupo, a ta sredstva želimo preusmjeriti u ovo o čemu smo govorili, izjavila je Đukanović.

Hrvatska ima, nadovezao se Ostojić, izvanredan krajobraz ali ima oblik bumeranga a od njega mi moramo napraviti kružnicu. To ćemo napraviti preko pet kružnica: panonska Hrvatska, sjeverna i središnja Hrvatska, Dalmacija i primorje i vjerojatno će šesta kružnica biti Istra. I tada ćemo imati potpuno logičnu regionalnu bolničku mrežu s jakim sveučilišnim ili pak veleučilišnim centrom i sa satelitskim izvanrednim bolnicama centra izvrsnosti. Mi to moramo napraviti zbog nas samih. Nema specijalnosti u kojoj se ne radi dnevna bolnica. Novo ugovaranje će biti značajno promijenjeno. Privatnici su dobro došli. Biti će značajno promijenjene cijene DTS-a, biti će snižene jer su lažno napuhane, ustvrdio je Ostojić.

Kada govorimo o manjku liječnika kako u tom kontekstu možemo komentirati činjenicu da neki liječnici rade jako puno a neki malo, upitala je Šantek.

To je ključno pitanje za predsjednika HLS-a ustvrdio je ministar, kao i kako ćemo nagraditi one koji puno rade. Za objektivnu procjenu trebamo imati standarde i normative, a mi ih nemamo. Kada izradimo standarde i normative svatko onaj koji ne odradi posao koji mu je predviđen u 40-satnom radnom tjednu po sadašnjem zakonodavstvu može biti sankcioniran od svoga pretpostavljenoga. Onoga tko ne radi treba sankcionirati. No, standardi i normativi će pokazati i kako to u javnom sektoru, u svim ustanovama ovih 6.400 specijalista obave tako velik posao, izjavio je **Babić** te dodao da nam nedostaju i smjernice kako bi bilo jasno što moramo učiniti prema svakom pacijentu i dijagnostici i terapiji, čime Babić ne zagovara zadiranje u profesionalnu autonomiju liječnika već superviziju koju će organizirati institucije koje za to imaju mandat.

Usklađenost zdravstvene i gospodarske strategije, postupnici i farmaceutska industrija

Brojna su pitanja postavili i svoje komentare dali i sudionici okruglog stola, među kojima izdvajamo neke, a koja daju pregled stanja i razmišljanja, te problematike s kojom su predstavnici različitih segmenata u zdravstvenom sustavu okupirani.

Prof. dr. sc. **Gordana Pavleković** iz ŠNZ-a "Andrija Štampar" istaknula je da zdravstvo i zdravstvena politika ne mogu bez gospodarske politike i socijalne politike i upitala je li Nacrt uskladen sa strategijama razvoja gospodarstva i socijale te je li Strategijom predviđen razvoj PZZ-a.

Ministar je odgovorio da je Nacrt uskladen s nacrtima drugih ministarstava, poput ministarstva turizma i gospodarstva ali da se neće uskladiti sa socijalnom skrbijer mi nemamo veza sa socijalnom skrbij, mi smo temeljno ljudsko pravo te da je razvoj PZZ-a u Nacrtu.

Direktor Rochea dr. **Milorad Gošev** rekao je da postupnike pišu stručna društva koja su, kao i svuda u svijetu, u nekom bližem ili užem odnosu s farmaceutskom industrijom. Sada već postoji nekoliko postupnika kojima se oduzima kredibilitet jer su ih pisala stručna društva koja su povezana s farmaceutskom industrijom nego što to netko smatra da je primjereno. Na koji način mislite provoditi i implementirati postupnike ukoliko taj mentalni sklop i dalje bude postojao da nema kredibiliteta kod liječnika koji pišu postupnike i vrh su struke a sa farmaceutskom industrijom suraduju na temelju znanstvenih principa, upitao je Gošev ministra.

Što se mene tiče barem ja nemam problema s farmaceutskom industrijom. Otvoren sam za sve, izdao sam par farmakoloških mišljenja i ponosan sam na to i otvoren sam za suradnju. Što se mene tiče tu nema nigdje problema, ali pokušat ćemo da to ide preko HLZ-a, izjavio je ministar.

Je li hrvatsko zdravstvo pacijent koji krvari na hitnom prijemu a pruža mu se samo holistička terapija?

Dr. **Željko Gumzej**, član Izvršnog odbora KoHOM-a, izjavio je da ono što je viđeno na predstavljanju Nacrtu KoHOM podseća na situaciju od prije četiri godine na Plitvičkim jezerima kada je ispred njih sjedila garnitura bivše administracije i prezentirala nešto što je bilo praktično nepovedivo. Čitajući Nacrt Gumzej je primijetio da nedostaje prva točka koja je temelj svega, tj. trenutno zaustavljanje neracionalne potrošnje. Gumzej je istaknuo da vidi hrvatsko zdravstvo kao pacijenta koji je došao u hitan prijem, koji krvari iz rupturirajućeg gastroezofagealnog varikoziteta, a da mu mi dajemo holističku terapiju umjesto da napravimo ezofagoskopiju i koaguliramo varikozitete te da mu uopće omogućimo da ostane živ. Željlim, istaknuo je Gumzej, da se u Nacionalnu strategiju uvrsti pod prvom točkom zaustavljanje daljnje rasipanja novca koji po nama iznosi, zbor nefunkcionalne organizacije, preko dvije milijarde na godišnjoj razini.

Ministra je ovaj slikoviti prikaz uvrijedio kao liječnika jer on ne doživljava da je hrvatsko zdravstvo kao pacijent u HMP-u koji krvari i dobiva holistički pristup. Hrvatska medicina, ustvrdio je Ostojić, je cvijet sustava Hrvatske u ovom trenutku zahvaljujući entuzijazmu. Svakodnevni događaji u zdravstvu, poput izvanrednog posta kojeg su obavili liječnici u Gospiću ili transplantacija, pokazuju da hrvatsko zdravstvo nije umirući pacijent na hitnom prijemu. Ostojić radije barata brojkama no slikovitim prikazima pa ističe da one upućuju da raste broj upućivanja pacijenata iz PZZ-a u SKZ, za 35 posto je narastao broj hospitalizacija, raste broj recepata itd., te se slaže da postoji neracionalna potrošnja.

Ravnatelj HZZO-a prim. Siniša Varga naglasio je, s obzirom na dosta prisutnih liječnika PZZ-a, da Zavod prepozna svoju ulogu u prošlosti i sadašnjosti po pitanju birokratiziranosti sustava koji sputava liječnike obiteljske medicine u liječenju pacijenata. Stoga je to HZZO glavni cilj da kroz informatizaciju i sve akte koje će mijenjati to promijeni. Od početka iduće godine HZZO kani početi raditi po novoj osnovi gdje će liječniku obiteljske medicine biti prepusteno dovoljno vremena za neposredno liječenje svojih pacijenata, kućne posjete, koordiniranje njegove u kući i za neposredno rukovanje laboratorijima na primarnoj razini. Trenutačno HZZO pregovara s Hrvatskom komorom medicinskih biokemičara da se spusti hemoglobin hba1c na primarnu razinu tako da se sve vezano uz dijabetes može puno lakše i efikasnije raditi na primarnoj razini, a da diabetolozi na sekundarnoj i terciarnoj razini budu zaduženi za komplikacije i za teške slučajeve. Kada se kaže da želimo da primarna radi 80 posto kazuistike HZZO zna da je to jedan ideal koji je teško vrlo brzo postići, no to nam je u kratkotrajnom planu do 2015. a u Nacrtu je naglašeno kao jedan od najvažnijih prioriteta, a u ostvarivanju toga puno će pomoći informatizacija, izjavio je Varga.

Sive zone, privatnici, pedijatri i hijerarhija prioriteta

Dr. Ivan Fistonić, ginekolog privatnik, upitao je da li Ministarstvo planira poduzeti akcije u borbi protiv raka vrata maternice i hoće li se u kalendar cijepljenja uvrstiti i cijepljenje protiv HPV-a te kada će oni koji su u privatnoj praksi konačno dobiti pravork i mogućnost da legalno rade u državnim ustanovama.

Pomoćnik ministra zdravljia dr. Luka Vončina odgovorio je da se sa skriningom karcinoma cerviksa kreće u rujnu ove godine za što su osigurana sredstva u državnom proračunu te će se redizajnirati postojeće programi probira karcinoma dojke i debelog crijeva na način da se u njih više uključi PZZ i patronažna služba.

Ostojić se nadovezao i rekao da postoji hijerarhija prioriteta. Prioritet iz kuta privatnog liječnika je ministru na 12 mjestu, dakle jest prioritet ali prethodno treba riješiti druga goruća pitanja, poput profesionalne odgovornosti liječnika.

Ravnatelju Udruge poslodavaca u zdravstvu dipl. iur. Mile Klepo komentirao je da je Nacrt napisan po svim knjiškim pravilima. Čitajući Nacrt, i mjereći mu težinu, Klepo je razmišljao da li težina Strategije omogućava izlazak iz krize ili suprotno. Sive zone, a Udruga će pomoci da se i to što nedostaje ugraditi u Strategiju, su da nisu prepoznatljivi društveno-ekonomski odnosi, a HZZO u ovoj koncepciji neće biti Zavod već agencija Ministarstva zdravljia. Stoga u Strategiji treba odgovoriti kuda ide zdravstveno osiguranje. Druga siva zona je pitanje decentralizacije, a javno se spekulira da će uskoro županijske bolnice biti na proračunu županija. Siva zona je menadžment, koji je u posljednje vrijeme neprimjereno napadnut, a oni u svojim rukama nemaju ništa - nemaju mogućnost racionalizacije. I posljednja siva zona, zaključio je Klepo, da privatno neće biti komplementarno javnom zdravstvu.

Sada nećemo o decentralizaciji, izjavio je Ostojić, kada bude vrijeme znat će se, a menadžment ne postoji u većini segmenata u bolnicama, komentirao je ministar i dodao da smatra među liječnicima ima sjajnih liječnika ali da svoju lojalnost trebaju odrediti upravljanju ili kliničkom radu. Privatni su komplementarni, ali privatni monopol i diskriminacija cijena ne dolaze u obzir.

Psihologica Andreja Bogdan rekla je da u Nacrtu nije pronašla ništa o broju ili nedostatku psihologa, iako su oni zdravstveni suradnici i sudjeluju u zdravstvenom sustavu, i da se na 350 stranica riječ "psiholog" spominje ukupno jedanput. Bogdan interesira da li u Strategiji postoji perspektiva razvoja psihologa kao struke ili je zanemarena.

Ostojić je opet upozorio na hijerarhiju prioriteta. A problem psihologa je na 11 mjestu hijerarhije prioriteta jer zdravstvo bez psihologa ne može.

Dopredsjednica Hrvatskog pedijatrijskog društva dr. Mirjana Kolarek Karakaš iznijela je mišljenje da Strategija može uspjeti jedino ako se bazira na partnerstvu svih sudsionika. Kao pedijatrica, koncesionar u PZZ-u ima ugovor s HZZO-om sugerirala je da rad treba više stimulirati, da je nužno vratiti dostojevanje liječniku i drugom zdravstvenom kadru. Pitanje manjka resursa neće se riješiti samo povećanjem upisnih kvota na medicinske fakultete već treba stimulirati i poticati humanost koja je uređena. U ugovorima s HZZO-om nalaze se uglavnom kazne, a potrebno je unijeti i nagrade. U našem društvu preventiva nije dovoljno prepoznata pa i na tome treba poraditi.

Zatražila je ministra da u suradnju više uključi struku, konkretno pedijatre, kada se radi o budućnosti pedijatrije.

Varga je izjavio da HZZO radi na tome da dosta tih nepravdi ispravi na svim razinama PZZ. Pedijatrija se prepoznaće kao deficitarna struka, a istodobno imamo i sve manji broj djece. HZZO želi revitalizirati u domu zdravlja školsku medicinu i vratite neke od načina dispanzerskog rada. Također, HZZO želi napraviti pravedan koncesionarski ugovor te da se nagrađuje rad a kažnjava nerad. Apelirao je na struku da kada početkom rujna u javnu raspravu krenu nove osnove za ugovora daju svoje sugestije.

Borka Cafuk

Ministar znanosti, obrazovanja i sporta doc. dr. sc. Željko Jovanović govori o nužnosti zdravstvenog odgoja

Da bi ljudi bili slobodni moraju biti slobodni od straha, a jedan od velikih strahova je strah od bolesti

• Upravo danas zasjeda stručno povjerenstvo koje je оформило Ministarstvo i Agenciju za odgoj i obrazovanje koje će danas privesti kraju prijedlog kurikuluma zdravstvenog odgoja za iduću školsku godinu. U povjerenstvu su stručnjaci iz područja školstva i medicine, istaknuo je ministar znanosti, obrazovanja i sporta doc. dr. sc. Željko Jovanović 29. lipnja na tečaju "Mediji i zdravlje" u Grožnjanu te naglasio da nije pitanje da li nam treba zdravstveni odgoj u školama već zašto nam treba zdravstveni odgoj u školama.

Zdravstveni odgoj je medicinsko pedagoška disciplina koja se bavi unapređenjem zdravstvene kulture naroda i to je najbolji odgovor na sve kritike koje dovode u pitanje zdravstveni odgoj u školama. Zdravstveni odgoj u školama nije samo seksualni odgoj već nešto puno više. Kroz zdravstveni odgoj na temelju medicinskih saznanja i znanosti u školama se usvajaju određena znanja koja postaju vještine iz kojih proizlaze vrijednosti i stavovi, koji će omogućiti duži i kvalitetniji život, naglasio je Jovanović.

Ministar je na primjeru debljine, kao jednom od najvećih problema i Hrvatska je na trećem mjestu u svijetu po broju osoba koje pati debljine, pokazao zašto je zdravstveni odgoj u školama bitan. Problem debljine koja vodi u dijabetesu i u kardiovaskularne bolesti ne može riješiti samo medicina, jer zakazalo se u pokušaju liječenja debljine, već se u to mora uključiti i društvo - škola, ali i mediji, dakle nužan je

intersektorski pristup. Porazni su podaci o broju pušača među mladima, konzumiranju alkohola pa čak i nepranju zubi. Stoga je uloga zdravstvenog odgoja da se djecu nauči pravilnoj prehrani, većoj tjelesnoj aktivnosti, zdravim stilovima života. Zdravstveni odgoj u školama je prevencija debljine, šećerne bolesti i bolesti srca kao jednog od ključnih javnozdravstvenih problema koji muči cijeli svijet. To je i prevencija i svih kroničnih nezaraznih bolesti koje su u porastu i koje su danas, u finansijskom smislu, veće opterećenje nego što su to bile nekada. Danas gotovo nitko ne vodi brigu o zaštiti mentalnog zdravlja djece pa je i to dio zdravstvenog odgoja, kao i prevencija raznih bolesti ovisnosti. Također, kroz zdravstveni odgoj razgovarati će se o zaštiti reproduktivnog zdravlja i prevenciji spolno prenosivih bolesti i neželjenih trudnoća. Zdravstveni odgoj u školama garancija je zdravije i sretnije Hrvatske i omogućiti će da naša djeca imaju zdravije navike.

Kurikulum zdravstvenog odgoja imat će modularni pristup i sastojati se od ovih modula: živjeti zdravo (pravilna prehrana, osobna higijena, tjelesna aktivnost i mentalno zdravlje), prevencija ovisnosti (problem ilegalnih i legalnih droga, tj. alkoholizma, kockanje i kladjenje), prevencija nasilničkog ponašanja (nasilje nad djecom i među djecom, vršnjačko nasilje u vezama, nasilje na stadionima, nasilje korištenjem informacijsko-komunikacijskih tehnologija, sigurnost na Internetu, društvene mreže - rizici i opasnosti), spolna i rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje.

Danas je ideal svakog društva i svake vlade, pa i ove Vlade, je borba za kvalitetniji život ljudi i cijelog društva. Da bi ljudi živjeli kvalitetnije moraju biti slobodni, a da bi bili slobodni moraju biti slobodni od straha. A jedan od velikih strahova je strah od bolesti. Kroz zdravstveni odgoj naša će djeca usvojiti znanja i ovladati vještinama koje će im omogućiti da se sami izbore za svoju osobnu slobodu. Zato nam u školama treba zdravstveni odgoj, zaključio je Jovanović.

Borka Cafuk

Predsjednik HLZ-a prof. dr. **Željko Metelko** govori o šećernoj bolesti tipa 2 u pretilih osoba

Katastrofa koja prijeti

• Gledajući sve inicijative koje se provode u edukativnim i zdravstvenim sustavima a i dalje smo, usprkos toga, sve deblji i deblji i sve mlađi postaju deblji, istaknuo je predsjednik Hrvatskog liječničkog zbora prof. dr. sc. **Željko Metelko**. Porast debljine i šećerne bolesti približava nam se ugrožavajući moguć-

nost odgovarajućeg organiziranja zdravstvene službe. Učestalost debljine u svijetu je vrlo visoka i za muškarce i za žene i ovoga trenutka ispunjavaju uvjete da govorimo o pandemiji šećerne bolesti tipa 2 i pretilosti, odnosno o katastrofi koja prijeti.

Debljina je bolest koja sudjeluje u nastajanju kronične opstruktivne bolesti pluća, kardiovaskularnih bolesti, tumora, mentalnih poremećaja i šećernoj bolesti. To je jedina bolest koja je uključena u svih pet bolesti. Čak i neki drugi daleko naglašeniji uzroci tih bolesti sudjeluju u svega nekoliko od tih bolesti, upozorio je Metelko.

Epidemiološka situacija u Hrvatskoj pokazuje da 42 posto osoba boluje od kroničnih komplikacija šećerne bolesti što stvara ogroman trošak od oko 2,5 milijarde kuna, odnosno 11,5 posto proračuna HZZO-a. Šećerna je bolest pet uzrok smrti a ne osmi ne što upućuju statistike. Prekomjerna tjelesna težina s tipom 2 šećerne bolesti, koja ne reagira na odgovarajuće liječenje skraćuje život muškarca za 8,9 godina, a žene za 7,5 godina. Preuhranjenje je više od 20 posto djece s indeksom većim od 25, a indeks veći od 30 ima osam do 10 posto djece sa svim komplikacijama koje se ranije javljaju. U ranoj fazi šećerne bolesti smetnji nema i nitko nije zainteresiran za intervenciju - niti bolesnik niti liječnik, odnosno zdravstveni djelatnik. U tercijarnoj razini imamo pojavu bola, amputacije, sljepoće, dijalize i još tisuću problema koji se pojavljuju i tu je motivacija za liječenje izuzetno velika, a rezultat je da se glavnina sredstava odjelja tu, istaknuo je Metelko pa je nužno poboljšati prevenciju i liječenje na primarnoj razini, osvijestiti društvenu odgovornost i individualnu odgovornost, kontinuiranu edukaciju, usvajanje zdravih životnih stilova itd.

Borka Cafuk

Prim. dr. sc. Ranko Stevanović iz HZJZ-a govori o karici koja nedostaje za spajanje domova zdravlja i privatnih ordinacija PZZ-a

Grupna praksa koje nema

• Hrvatska je izmisnila domove zdravlja. Osmislila je koncept doma zdravlja 1960/61. godine i za nekoliko godina u svim većim gradovima osnovani su domovi zdravlja, koji su za nekoliko godina uspjeli eradicirati neke bolesti poput trahoma i poliomijelitisa. Britanci su 1966. došli pogledati to naše čudo, uhvatili su se za glavu, vratili u domovinu i napravili domove zdravlja vrlo slične našima. Danas je situacija potpuno drugačija. Domovi zdravlja su zapušteni, zapostavljeni i ne prepoznaju se kao aktivni

i važni sudionici u ovom zdravstvenom sustavu, istaknuo je prim. dr. sc. **Ranko Stevanović** iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i voditelj modula javnog zdravstva na Međunarodnom poslijediplomskom studiju menadžmenta u zdravstvu.

Nestale su funkcije doma zdravlja i taj problem producira mnoge probleme s kojima se danas suočavamo. Nestale funkcije su aktivna skrb za populaciju i zajednicu, suradnja s drugim djelatnostima koje mogu utjecati na zdravlje, stručni nadzor nad radom, stručni sastanci.

Dom zdravlja - zgrada, ljudi i organizacija - nisu bitni ako funkcija nema, naglasio je Stevanović te dodao da se funkcije doma zdravlja moraju vratiti natrag u bilo kojem obliku.

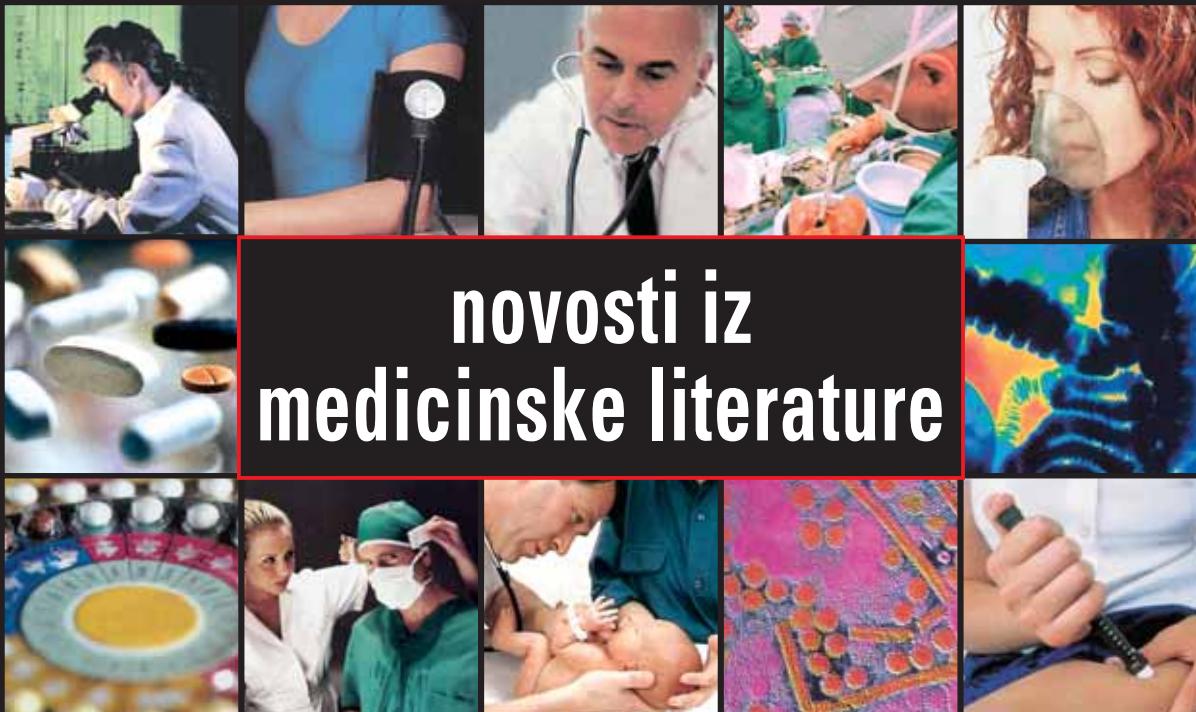
Redefinirani dom zdravlja ili ustanova za zdravstvenu zaštitu u zajednici je karika koja nedostaje da zdravstvena zaštita dobije natrag napuštene sadržaje rada, dignitet, značaj i funkcije. Funkcije redefiniranog doma zdravlja podrazumijevaju monitoring zdravstvenog stanja populacije na lokalnoj razini, epidemiološki nadzor i utvrđivanje specifičnih potreba lokalne populacije i regionalni programi, povezivanje timova unutar i izvan grupne prakse, suradnja i zajednički rad s drugim službama, povezivanje s drugim službama i dr., objasnio je Stevanović.

Unatoč strogim preporukama konzultanata i struke u cjelini grupna praksa kao svojevrsni surogat domova zdravlja u nestajanju, institucija koja je trebala preuzeti dio funkcija doma zdravlja i dobar dio aktivne skrbi nad ukupnom populacijom u praksi nije niti pilotirana iako su stručne osnove i modeli finansiranja za nju pripremljeni 2003. i praktički ne postoje.

Razloge tome treba tražiti u mentalitetu doktora i ostalih, koji kada počnu raditi sami i samostalni ne žele razmišljati niti o jednom obliku povezivanja, i ja to razumijem. Čak ni kada im to donosi korist. Tome je tako i dilem zbog toga što nije izradena kompletna regulativa pa liječnici ne znaju što ih u stvari čeka. Niti su u transparentnom obliku predstavljene sve prednosti i financijske mogućnosti za grupne prakse i uposlenike u njima, ustvrdio je Stevanović.

Pet posto glavarine dobiva onaj tim koji se uđruži u grupnu praksu, a uđruživanje je, naravno, dobrovoljno. Šest timova obiteljske medicine koji se povežu u grupnu praksu s tim dodatkom mogu platiti sve režije i najam prostora za tu godinu, istaknuo je Stevanović.

•••••



novosti iz medicinske literature

Normalan broj bijelih krvnih stanica ne isključuje bakterijemiju

Varfarin i aspirin daju otprilike slični antikoagulacijski ishod u zatajenju srca

Subklinička hipotireoza povećava rizik smrtnosti i kardijalnih događanja

Probiotici bi mogli smanjiti rizik pojave proljeva povezanog s uzimanjem antibiotika

Korištenje mrežica kod operacije ingvinalne kile ima nizak rizik nastanka neplodnosti

Izvrsni rezultati kod kirurgije inzulinoma

Slobodni presadak dermalne masti daje dobre dugoročne kozmetske rezultate
nakon parcijalnih mastektomija

Učinkovitost spavanja na povišenom uzglavlju na nočnralni gastroezofagealni refluks

Uloga genetike kod nealkoholne masne bolesti jetre

Mjesto dijagnostičke laparoskopije u obradi idiopatske neplodnosti

Na pomolu novi lijek za suho oko

Slučaj postpartalnog eozinofilnog gastroenteritisa

Trombotički rizik oralnih kontraceptiva

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

• Normalan broj bijelih krvnih stanica ne isključuje bakterijemiju

• Unatoč brojnim istraživanjima da normalan broj bijelih krvnih stanica (BKS) ne isključuje ozbiljnu bolest, liječnici svih specijalnosti nastavljaju se ponašati kao da je tako.

Kako bi ispitali isključuje li sa sigurnošću normalan broj BKS-a ili odsutnost vrućice bakterijemiju u bolesnika sa suspektnom infekcijom, skupina istraživača provela je sekundarnu analizu podataka prospективnog istraživanja provedenog na 3563 odraslih osoba kojima su uzete hemokulture u hitnoj službi. Među 289 bolesnika (8%) s pozitivnim hemokulturama, 77% imalo je vrućicu i 48% je imalo povišen broj BKS pri inicijalnom mjenjenju. U 17% bolesnika s bakterijemijom nije nađena niti vrućica niti povišen broj BKS.

Činjenica da je leukocitoza povezana s infekcijom ne znači da je broj BKS-a dobar test za infekciju, zato što mnogi bolesnici s infekcijom nemaju leukocitozu, a mnogi bolesnici s leukocitom nemaju infekciju.

Temperatura također nije potpuno pouzdana, no navedeno istraživanje bilo je ograničeno oslanjanjem samo na inicijalno mjerjenje temperature, a možda bi nekim bolesnicima bila nađena povišena temperatura kasnije tijekom posjeta. Broj BKS-a je pravi test za neutopeniju i maligne bolesti bijele krvne stanice, ali nije odlučujući test za infekciju.

Kada evaluiramo bolesnika s mogućom infekcijom, broj BKS-a bi trebao biti korišten samo kao dio provjerenih pravila odlučivanja koji uključuju više varijabli koje imaju adekvatnu prediktivnu vrijednost za medicinsko odlučivanje, kao što je skor za bakterijski meningitis.

(J Emerg Med 2012;42:254.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

• Varfarin i aspirin daju otprilike slični antikoagulacijski ishod u zatajenju srca

• Prema međunarodnom dvostruko slijepom istraživanju aspirin i varfarin su otprilike jednaki u rješavanju komplikacija zatajenja srca vezanih za koagulaciju.

Istraživači su nasumično podijelili 2300 bolesnika sa zatajenjem srca (ejekcijska frakcija 35% ili manje) i normalnim sinusnim ritmom bilo na varfarin (ciljni INR, 2.75) ili na aspirin (325 mg dnevno). Primarni ishod bilo je vrijeme do prve pojave ishemijskog moždanog udara, intracerebralne hemoragije ili smrtnosti svih uzroka.

Nakon prosječnog praćenja od 3.5 godine, stope primarnog ishoda nisu bile značajno drugačije - 7.47 dogadaja na 100 bolesnik-godina s varfarinom naspram 7.93 s aspirinom. Varfarin je pokazao bolju zaštitu od ishemičnog moždanog udara, no aspirin je pokazao bolju zaštitu od masivnog krvenanja.

Autori zaključuju da, obzirom na povećani rizik krvarenja, nema razloga koristiti varfarin radije nego aspirin u bolesnika sa smanjenom ejekcijskom frakcijom koji su u sinusnom ritmu.

(NEJM 2012; doi:10.1056/NEJMMe1202504)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

• Subklinička hipotireoza povećava rizik smrtnosti i kardijalnih događanja

• Rezultati prospективnih kohortnih istraživanja ne podudaraju se oko pitanja je li subklinička hipotireoza (razina tireotropina $<0.45 \text{ mIU/L}$, s normalnim slobodnim tiroksinom i trijodtironinom) povezana s povišenom incidencijom koronarne srčane bolesti (KSB) ili atrijskom fibrilacijom (AF). Provedena je meta-analiza koja je obuhvatila rezultate 10 navedenih istraživanja s 53,000 sudionika (srednja dob, 59), od kojih je 2188 (4%) imalo subkliničku hipotireozu.

Tijekom prosječnog vremena praćenja od 9 godina, u analizama prilagođenima prema dobi i spolu, rizik za one bolesnike sa subkliničkom hipotireozom u uspo-

redbi s onima koji su bili eutireočni bio je povišen 24% za ukupnu smrtnost, 29% za KSB i 68% za pojavu AF. Rizici su bili i veći u onih čije su vrijednosti tireotropina bile $<0.10 \text{ mIU/L}$, i rizici se nisu bitno mijenjali nakon prilagodbe za druge kardiovaskularne rizične faktoare.

Rizik koji se može pripisati subkliničkoj hipotireozi, nakon uzimanja u obzir uobičajenih rizičnih čimbenika, bio je 14.5% za ukupnu smrtnost i 41.5% za pojavu AF. Nedavno izdana smjernica preporuča liječenje subkliničke hipotireoze kako bi se sprječili kardijalni događaji i osteoporozu, pogotovo kada su vrijednosti tireotropina $<0.10 \text{ mIU/L}$. Stručnjaci se slažu sa navedenim, no nisu provedena velika randomizirana istraživanja koja bi evaluirala ima li liječenje uistinu i klinički značaj.

(Arch Intern Med 2012; (<http://dx.doi.org/10.1001/narchinternmed.2012.402>)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

• Probiotici bi mogli smanjiti rizik pojave proljeva povezanog s uzimanjem antibiotika

• Čini se da probiotici smanjuju rizik za pojavu proljeva povezanog s uzimanjem antibiotika, iako su nakon provedene meta-analize još ostala otvorena pitanja koji probiotici najbolje djeluju, s kojim antibioticima ili čak koliko probiotika netko treba uzeti.

Skupina istraživača pretražila je 12 elektroničkih baza podataka kliničkih ispitivanja i našla 82 randomizirana kontrolirana istraživanja (RKI) koja su odgovorala kriterijima istraživanja, od kojih je 63 spominjalo proljev u sudionika. Unutar 11,811 sudionika u 63 RKI, probiotici su bili povezani s 42%-tним sniženjem rizika za proljev (relativni rizik [RR], 0.58; 95% interval sigurnosti [CI], 0.50 - 0.68; $P < .001$) u usporedbi s kontrolnom skupinom koja nije uzimala probiotik. Autori navode broj potreban za liječiti (number needed to treat (NNT)) od 13 (95% CI, 10.3 - 19.1).

Iako je povezanost probiotika s smanjenjem rizika pojave proljeva povezanog s uzimanjem antibiotika bila trajna kroz različite analize podgrupa, autorи navode izrazitu heterogenost korištenih podataka i postojanje nedostatnih dokaza kako bi se odredilo da li povezanost varira sistematski u populaciji, karakteristikama antibiotika ili pripravku probiotika.

Polovina istraživanja navela je rod i vrstu korištenog probiotika ali ne i liniju (41/82). Istraživanja su rijetko navodila korišteni antibiotik.

Istraživači su primijetili generalno nisku kvalitetu mnogih istraživanja uključenih u analizu, no učinak probiotika bio je postojan i kada je analiza bila ograničena samo na istraživanja više kvalitete. Kada su istraživači analizirali samo 44 dvostruko slijepa RKI-a, našli su RR od 0,61 (95% CI, 0,52 - 0,73; P < .001; NNT, 14). Učinak je bio postojan kada je analiza bila ograničena na samo 12 dvostruko-slijepih RKI-a koji su prikazali prikrivanje raspodjele (RR, 0,62; 95% CI, 0,41 - 0,95; P = .029; NNT, 14).

Pedeset i devet od 82 istraživanja nije imalo dovoljno podataka kako bi se projenio rizik utjecaja ispitivača, 52 nije podastrlo podatke sponzoriranja i/ili navelo sukob interesa, 64 nije navelo da je raspodjela liječenja bila prikrivena, a 39 nije imalo izračune snage.

Većina RKI-a u analizi koristila je *Latobacillus*, sam ili u kombinaciji s drugim organizmima. Drugi korišteni probiotici bili su *Bifidobacterium*, *Saccharomyces*, *Streptococcus*, *Enterococcus* i/ili *Bacillus*.

Proljev povezan s uzimanjem antibiotika javlja se u oko 30% bolesnika i može biti razlog nepridržavanja liječenju. Postoji sve veći interes za korištenje probiotika. (JAMA 2012;307:1959-1969.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

Korištenje mrežica kod operacije ingvinalne kile ima nizak rizik nastanka neplodnosti

• Velika retrospektivna studija švedskih bolesnika koji su podvrnuti kirurškom liječenju ingvinalne kile ne pokazuje povećani rizik od neplodnosti, što je u suprotnosti s ranijim studijama na životinjama koje su pokazale povećan rizik neplodnosti kod muškaraca, nakon henniplastike korištenjem sintetskih mrežica. Multivarijatne analize pokazuju da je učestalost neplodnosti nakon postavljanja mrežice kod henniplastike bez osobitosti u usporedbi s operativnim protokolima kod kojih se ne koriste mrežice, odnosno jednaka je incidenciji muške neplodnosti u općoj populaciji. Studija Hallén i sur. (Klinika za kirurgiju, Klinička znanost, Sveučilište Lund, Sveučilišna bolnica Skåane, Švedska) objavljena je

u časopisu *Surgery*. Od 34,267 muškaraca u dobi od 22 do 61 godine koji su upisani u Švedskom hernia registru (SHR), podvrnutih jednostranoj ili obostranoj operaciji ingvinalne kile između 1992 i 2007, sa i bez mrežice, kod 233 (0,7%) dijagnosticirana je neplodnost u jednom trenutku nakon operacije. Istraživači su identificirali te ljudi prema poveznici SHR bolesnika s muškarcima kojima je postavljena dijagnoza neplodnosti, kao što je zapisano u Švedskom nacionalnom registru bolesnika.

Istraživači su nisu pronašli značajne razlike između kumulativne incidencije neplodnosti unutar skupina podataka SHR i očekivane kumulativne učestalosti neplodnosti izračunate za opću populaciju, koristeći podatke iz Švedskog nacionalnog registra bolesnika.

Čak naprotiv, kod operiranih bolesnika primjećeno je da je stopa kumulativne incidencije manja od 1% što je manje od očekivane kumulativne incidencije opće populacije. Veći rizik za postoperativnu neplodnost primjećen je kod obostrane henniplastike sa korištenjem mrežice (n = 2293; 0,83% incidencija neplodnosti, 95% interval pouzdano, 0,46 - 1,20), u odnosu na obostrane henniplastike korištenjem isključivo šavova (n = 226, 0% incidencija neplodnosti, P = 0,030). Ipak, istraživači su zaključili da prednosti polipropilenske mrežice opravdavaju daljnje korištenje.

Ova studija pokazuje da neplodnost u muškaraca nije glavni klinički problem nakon operacije ingvinalne kile mrežicom, navode autori. Čak iako je rizik za neplodnost nešto viši kod muškaraca koji su podvrnuti obostranoj operaciji sa mrežicom u usporedbi s onima koji su su obostrano operirani bez mrežice, kumulativna učestalost neplodnosti u ovoj skupini bolesnika je tako niska da prednosti tehnike mrežicom nadmašuju ovaj teoretski nedostatak u svakom drugom aspektu. Kirurzi koji koriste mrežice opazili su da iste uzrokuju upalni odgovor u okolnom tkivu, kao i fibrozu unutar inguinalog zida.

Oni prepostavljaju da ti mehanizmi doprinose stabilnim kirurškim ishodima i niskom stopom ponavljanih ozljeda/oštećenja, tvrde autori. Prethodne studije na životinjama pokazale su da polipropilenska mrežica utječe na neplodnost kao posljedica kirurške traume na vas deferens ili obliteracijom krvnih žila u funikulusu spermatiku. U tom smislu, tvrde autori, moguće je da je razlika u kumulativnoj učestalosti neplodnosti između metoda sa i bez mrežice dijelom rezultat vaskularne lezije koja utječe na testis i/ili opstrukтивne fibroze koja utječe na vas deferens.

Istražitelji priznaju da vjerojatno postoji dodatni broj neplodnih muškaraca kako u ovom istraživanju tako i kontrolnoj

općoj populaciji koji nisu imali želju za potomstvom i zato nikada nije niti utvrđeno da su neplodni. Oni također napominju da, iako se aloplastične mrežice obično koriste u Švedskoj, definitive zaključke u vezi mrežica drugih materijala nije moguće zasad dobiti. (*Surgery*. 2012;151:94-98.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.



Izvrsni rezultati kod kirurgije inzulinoma

• Inzulinomi su obično benigni i solitarni, a samo rijetko se ponavljaju nakon enukleacije, potvrđuje nova retrospektivna studija. Multifokalni inzulinomi, osobito u mladim osoba, mogu predstavljati multiplu endokrinu neoplaziju tip 1 (MEN 1), objašnjava Falconi i sur. (Sveučilište Verona, Verona, Italija) u časopisu *Archives of Surgery*, a u tom slučaju biti će potrebna resekcija gušterače.

Autori su izvijestiti o 198 bolesnika liječenih zbog inzulinoma s bilo enukleacijom (54% slučajeva) ili resekcijom (46%), između 1990 i 2009. Svi pacijenti prezentirali su se simptomima hipoglikemije. Nije bilo smrtnih slučajeva povezanih sa zahvatom (procedure-related death). Ukupni morbiditet iznosio je 52%, sa sličnim stopama abdominalnih komplikacija i fistulama gušterače u obje skupine. Osamdeset i osam posto pacijenata imalo je neuroendokrini tumor gradus G1; preostali tumori bili su gradus G2. Sedam bolesnika je imalo zloćudne inzulinome s metastazama na jetri i limfnim čvorovima. Jedanaest pacijenata imalo je MEN 1. Njihova srednja dob bila je 31, prema 48 godina u bolesnika bez MEN 1. Osamdeset i dva posto MEN 1 pacijenata imalo je više lezija, u odnosu na 4% bolesnika bez MEN 1 sindroma. MEN 1 bolesnici također su imali veće tumore (medijan promjera 25 mm prema 15 mm) i bila je veća vjerojatnost limfovaskularne invazije (36% prema 5%). Stopa reoperacija bila je veća nakon enukleacije (8,5%) u odnosu na resekcije (1,0%). Novonastale egzokrine (1,5%) ili endokrine (4%) insuficijencije pankreasa dokazane su isključivo nakon reseksijskih zahvata. Medijan praćenja iznosio je 65 mjeseci. Šest bolesnika razvilo je recidiv tumora, uključujući pet s neuroendokrini tumor gradusa G2, i dva s MEN 1 sindromom. Dva bolesnika umrla su od osnovne bolesti.

Budući da inzulinomi kod MEN 1 sindroma imaju veći rizik za malignost i multifokalnost, preporuča se učiniti resekcija gušterače umjesto enukleacije, ali se izvedba rutinske subtotalne pankreatomije čini

neopravdanom, tvrde autori. Uzorkovanje limfnih čvorova tijekom operacije treba provoditi kod zahvata sa poštedom parenhima kako bi se smanjio rizik za 'understaging' tumora. Autori tvrde da se otprilike polovica tumora gušterice može liječiti enukleacijom, dok se druga polovica bolesnika podvrgavaju ili standardnoj resekciji gušterice ili operacijama s poštedom parenhima.

Enukleacija nije prikladna za bolesnike s tumorima duboko u parenhimu i blizu glavnih vodova gušterice, zbog velike opasnosti da vodovi biti oštećeni. Zahvaljujući modernim slikovnim pretragama poput magnetske rezonancije i kompjutorske tomografije, gotovo svi inzulinomi mogu biti točno identificirani, tako da više nema potrebe za tzv. slijepim (engl. blind) resekcijama gušterice. Autori dodaju da će se u budućnosti, sve češće obavljati laparoskopske enukleacije i resekcije gušterice, pod uvjetom da se pokaže isti postotak uspjeha kao otvorenih operacija.

(Arch Surg 2012;147:261-266.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

● Slobodni presadak dermalne masti daje dobre dugoročne kozmetske rezultate nakon parcijalnih mastektomija

• Slobodni presadak dermalne masti (engl. free dermal fat grafts - FDFG) osigurava dobar do odličan dugoročni kozmetski rezultat kod mršavih žena sa malim grudima žena podvrgnutih parcijalnoj mastektomiji koja uključuje unutarnji gornji kvadrant, rezultati su 5-godišnje studije objavljene u časopisu *Surgery*.

Istražitelji su otkrili da FDFG tijekom vremena prolazi samo osrednju resorpciju i degeneraciju prema vezivnom tkivu, što dovodi od dobrih do izvrsnih kozmetskih rezultata u 90% praćenih bolesnika.

Čimbenici uzeti u obzir u procjeni su uključivali veličinu grudi, oblik i konzistenciju, kao i boju, oblik i veličinu bradavica-areola kompleksa. Kozmetski efekt važna je krajnja točka u procjeni kirurgije s očuvanjem dojke (breast-conserving surgery) objašnjavaju **Kijima** i sur. (Department of Digestive Surgery, Breast and Thyroid Surgery, Kagoshima

University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Sakuragaoka, Japan).

Studija je obuhvatila ukupno 22 dojke kod 21 mršave japanke (srednja dob 55 godina, raspon 38-70 godina; medijan indeks tjelesne mase 23,8 kg/m²), koja je podvrgnuta parcijalnoj mastektomiji za rani karcinom dojke. FDFG dobiven iz donjeg trbuha oblikovan je da odgovara prirodnom obliku dojke, a ugrađen je tako da je površina dermis-a okrenuta prema pektoralnom mišiću (srednja širina 69 mm, raspon 55-100 mm; srednja dužina 84 mm, raspon 70-120 mm; srednja debljina 21 mm, raspon 10-30 mm; srednja težina 97 g, raspon 66-174 g).

Rekonstrukciju pomoću autologne FDFG lako je izvesti i stvara izvrsne kozmetske rezultate, navode autori. Rezultati nakon medijana praćenja od 36 mjeseci (raspon 12-72 mjeseca) pokazali su da su pozitivni rezultati perzistirali tijekom 6 mjeseci, i od 1 do 5 godina nakon operacije. Kozmetski utjecaj ocijenjen je u 20 bolesnica, koristeći metodu podržanu od strane Japanskog društva raka dojke koja sadrži 8 elemenata: veličina grudi, oblik grudi, operacijski ožiljak, konzistenciju grudi, oblik i veličinu bradavica-areola kompleksa, boju bradavica-areola kompleksa, razinu bradavice i najnižu točku dojke.

Jedan bolesnik postigao je rezultat od 12 bodova (izvrstan), 17 bolesnika imalo je rezultate u rasponu od 9 do 11 (dobro), 2 pacijentice imali su rezultate u rasponu od 5 do 8 (prihvatljivo), loših/nezadovoljavajućih rezultata nije bilo. Ove rezultate podržavaju podaci koji pokazuju samo blagu resorpciju i fibrozu. Iako se srednja širina FDFG postupno smanjivala tijekom 6 mjeseci i 1 do 5 godina nakon zahvata (95%, 81%, 79%, 73%, 68% i 47%), srednja debljina ostala je stabilna (125%, 121%, 120%, 115%, 104% i 103%), što sve označava promjenu oblika iz ovalnog (elipsoidnog) prema okruglom (sfериčnom).

Histološki uzorci dobiveni 'core' biopsijom pokazali sporo smanjenje prosječne raspodjele masti od 76%, 63%, i 54% nakon 1 godine, nakon 1 do 4 godine, te nakon 4 godine.

Ograničenja studije su vrlo mali broj ispitanica, kratko razdoblje praćenja, i nemogućnost procjene kozmetskog rezultata nakon zračenja. Autori zaključuju da njihova tehnika ipak nudi dobre kozmetske rezultate.

Čak i ako dode do resorpcija masnog tkiva i fibroznih promjena, tehnika je korisna za pacijente koji se žele zadržati volumen svojih grudi nakon parcijalne resekcije. (Surgery. 2012;151:444-455.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

● Učinkovitost spavanja na povišenom uzglavlju na nočnaru gastroezofagealni refluks

• Nokturni gastroezofagealni refluks može uzrokovati teže oblike gastroezofagealne bolesti (GERB), posebno atipične/ekstraezofagealne manifestacije kao i komplikacije GERB-a poput ezofagealnih striktura, ezofagitis, Barrettovog jednjaka i adenokarcinoma jednjaka. Dominantni simptom je žgaravica.

Dosadašnje studije su ukazale na različite poremećaje spavanja, smanjenu kvalitetu sna i lošu kvalitetu života povezanu s nokturnim refluksom. Refluks kiseline tijekom noćnih sati je manje učestao, ali je dužeg trajanja. Dosadašnje preporuke u liječenju ove bolesti uz farmakoterapiju su uključivale i promjene životnih navika, međutim nedovoljan je broj znanstvenih dokaza o učinkovitosti spavanja na užvišenom uzglavlju u liječenju nokturnog refluksa.

Cilj ovog istraživanja je bio utvrditi efikasnost spavanja na povišenom uzglavlju u komparaciji sa spavanjem na ravnem krevetu.

U studiju su uključeni ispitanici sa simptomatskim nokturnim refluksom verificiranim ezofagealnom PH-metrijom. Prvog ispitanog dana mjerjen je pH ipitanika koji su ležali na ravnoj podlozi, a potom od 2. do 7. dana mjerjen je pH pri ležanju na povišenom uzglavlju (odignuće od ravne plohe za 20 cm), a svaki ispitanik imao je svoju kontrolu. Prosječna dob ispitanika je bila 36 ± 5.5 godina, a istraživanje je završilo 83.3% ispitanika ($n=20$).

Rezultati istraživanja su slijedeći: prosječno vrijeme trajanja refluksa prvog dana je 15.0 ± 8.4 i 7. dana 13.7 ± 7.2 ; $P = 0.001$, vrijeme klirensa kiseline je 3.8 ± 2.0 (1.dan) te 3.0 ± 1.6 (7. dan); $P = 0.001$, frekvencija refluksa 3.3 ± 2.2 i 1.0 ± 1.2 ; $P = 0.001$, te bodovanje simptoma 2.3 ± 0.6 i 1.5 ± 0.6 ; $P = 0.04$. Kod 65% pacijenata je uočeno poboljšanje simptoma.

Ova studija ukazuje kako spavanje na povišenom uzglavlju reducira izlaganje kiselinu i vrijeme uklanjanja kiseline te dovodi do poboljšanja simptomatologije poput redukcije žgaravice i smetnji spavanja. Potrebno je naglasiti kako je većina refluksa postprandijalna stoga će samo manja skupina pacijenata sa refluksom imati reducirano simpto-

matologiju zahvaljujući spavanju na povišenom uzglavlju. Promjene životnih navika u kombinaciji sa farmakoterapijom (inhibitorma protonskе crpke) ima blagotvorni i sinergistički učinak na nokturnalni refluks. (J Gastroenterol Hepatol. 2012;27(6):1078-1082.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Uloga genetike kod nealkoholne masne bolesti jetre

• Nealkoholna masna bolest jetre (NAMB) je česta bolest karakterizirana steatom, hepatocelularnim oštećenjem, upalom i fibrozom. Ovisno o težini oštećenja, dovodi do razvoja ciroze jetre i hepatocelularnog karcinoma. Iako je ovaj entitet povezan sa povećanim kardiovaskularnim morbiditetom, uloga genetskim čimbenika u patogenezi je nepoznata i nedovoljno istražena. Cilj ovog kohortnog istraživanja je bio utvrditi ulogu naslijeda kod NAMB te njegovu povezanost sa patološkim vaskularnim parametrima na većoj skupini blizanaca.

Adam D. Tarnoki i suradnici sa Semmelweis University, Budimpešta, Mađarska su rezultate svoga istraživanja publicirali u časopisu Liver International, te je ovo prva studija sa blizanicima sa ciljem utvrđivanja uloge genetskih i okolišnih čimbenika u nastanku ove bolesti. Istraživači su skupili antropometrijske i parametre lipidnih profila od 208 ispitanika blizanaca (63 para jednajčanih i 41 par dvojajčanih blizanaca), što je uključilo 150 ispitanika ženskog spola i 58 muškog spola, prosječne životne dobi 47 ± 16.7 godina. NAMB je identificirana kod 47 ispitanika (22.6%), od kojih je 93.6% imalo blagi oblik bolesti, a 6.4% srednje teški oblik steatoze (koristeći B-mod ultrasonografije). Ispitanici sa srednje teškim oblikom steatoze su bili stariji (50.9 ± 14.3 vs 41.5 ± 16.7 years; $P < .001$) te su imali veći BMI (BMI; 30.1 ± 5.2 vs 24.6 ± 4.1 kg/m²; $P < .001$) nego li blizanci bez NAMB.

Nije uočena signifikantna razlika u lipidnom statusu (osim povišene razine triglicerida kod ispitanika sa NAMB) koja nije bila statistički značajna) i razini CRP kod ispitanika sa i bez NAMB. Određivanje vaskularnih aortalnih i brahijalnih parametara oscilometrijom kao i karotidnog zadebljanja intime i medije verificiralo je povećane vrijednosti kod ispitanika sa NAMB ($P < .05$ to $P < .001$). Kod većine ispitanika je utvrđen samo blagi stupanj steatoze, a uloga naslijeda u nastanku NAMB

nije potvrđena. Nedostaci istraživanja su mala ispitna skupina blizanaca te niska senzibilnost ultrasonografije pri procjeni težine steatoze. Ukupna prevalencija NAMB kod blizanaca je slična podacima iz opće populacije, koristeći ultrasonografiju u procjeni steatoze.

(Liver Int. Published online May 31, 2012.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Mjesto dijagnostičke laparoskopije u obradi idiopatske neplodnosti

• U 10 % neplodnih parova (kojih ima 10-15 %) standardnom obradom se ne ustanovi uzrok neplodnosti. Stajališta o ulozi dijagnostičke laparoskopije u obradi neplodnog para s idiopatskom neplodnošću još uvijek su oprečna, iako je ona zlatni standard za dijagnozu prohodnosti jajovoda, a i ostale zdjelične patologije povezane s neplodnošću.

Cilj je ove studije bio procijeniti učestalost i vrstu zdjelične patologije koja se ustanovi dijagnostičkom laparoskopijom kao i stope trudnoća u ovoj subpopulaciji neplodnih parova. Dizajnirana kao prospективna studija, obuhvatila je 114 neplodnih (>18 mjeseci), ovulatornih žena s urednim kliničkim i ultrazvučnim nalazom, urednom rezervom jajnika (uredne vrijednosti FSH, LH i estradiola trećeg dana ciklusa), obostrano prohodnim jajovidima (ustanovljenim HSG-om) i urednim oplodnim potencijalom partnerovog sjemena (prema kriterijima SZO-a), a nakon tri ciklusa s induciranim ovulacijom, sa ili bez intrauterine inseminacije, koja nisu rezultirala trudnoćom.

Laparoskopijom je ustanovljena zdjelična patologija u 95 pacijentica. Endometriosa je ustanovljena u 72, a zdjelične prirasslice i patologija jajovoda u 46, odnosno 24 pacijentice. Nakon laparoskopije ustanovljena je bilateralna prohodnost jajovoda u 17, a unilateralna u 5 pacijentica. Trudnoća je ostvarena u 77 od 102 pacijentice koje su pokušale zanijeti nakon laparoskopije, od kojih, u 35 slučajeva, oplodnjom unutar tijela.

Budući da je zbog laparoskopskog nalaza u 63,8 % ispitanica izmijenjen plan liječenja neplodnosti, autori zaključuju da dijagnostičku laparoskopiju treba uzeti u obzir tijekom obrade parova s idiopatskom neplodnošću.

(European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 163 (2012) 57-61)

Dr. Miro Šimun Alebić

• Na pomolu novi lijek za suho oko

• Nakon ohrabrujućih rezultata treće faze ispitivanja peroralne primjene tofacitiniba, inhibitora janus kinaze, u liječenju akutnog reumatoidnog artritisa, skupina istraživača iz uglednih laboratorija La Jolla u Kaliforniji pod vodstvom Jing-Feng Huang-a istražila je njegov učinak u liječenju sindroma suhog oka.

Do sada se u standardnoj praksi za liječenje upalne komponente suhog oka rabio jedino ciklosporin u obliku kapi. Dugotrajna lokalna upotreba nesteroidnih i steroidnih protuupalnih lijekova izaziva brojne nuspojave pa već duže vrijeme postoji potreba za novom skupinom lijekova, s boljim sigurnosnim profilom. Na temelju ranijih spoznaja o ulozi Th1 i Th17 stanica u patogenezi sindroma suhog oka autori su, u sklopu kliničkog istraživanja primjene tofacitiniba u obliku kapi, provedli pilot istraživanje na skupini od 81 bolesnika. Njima su uz pomoć protočne citometrije izmjерili izražaj HLA-DR antiga na površini stanica spojnica oka te razinu citokina i matriks metaloproteinaza u suzama prije te nakon 8 tjedana kapanja lijeka i placeba u oko.

Nakon 8 tjedana zabilježili su za oko 30 % niži izražaj HLA-DR kod pacijenata koji su kapali tofacitinib, dok je nakon kapanja placeba razina HLA-DR bila za trećinu veća. Kapanje ciklosporina nije utjecalo na ekspresiju HLA-DR na epitelnim stanicama spojnice.

Utvrđili su i značajno niže vrijednosti matriks metaloproteinaza, interleukina-1β i drugih biljega upale u suzama nakon kapanja tofacitiniba u usporedbi s placebom. Pronađena je i statistički značajna povezanost između promjena izražaja HLA-DR antiga i razine IL-12p70 and IL-1β te drugih markera upale.

Učinak tofacitiniba na kliničke znake i simptome suhog oka istražila je druga skupina autora pod vodstvom dr. Shiao Hui Liew na 327 bolesnika. Nakon 8 tjedana kapanja imali su pacijenti koji su dobivali tofacitinib dva puta dnevno, u usporedbi s ciklosporinom i placebom, značajno poboljšanje nalaza površinskih oštećenja rožnice karakterističnih za suho oko. Pacijenti s tofacitininom izvjestili su o boljoj podnošljivosti tofacitiniba, koji je pokazao i bolje rezultate na OCI testu udobnosti te OSDI upitnicima. Za nadati se je kako će naredne kliničke studije potvrditi ove rezultate te da će novi lijek povećati kvalitetu života osoba sa sindromom suhog oka.

(Ophthalmology. 2012 Jul;119(7):1328-35. Epub 2012 Apr 22.; Ophthalmology. 2012 Jul;119(7):e43-50. Epub 2012 May 18.)

Adrian Lukenda, dr.med.

• Slučaj postpartalnog eozinofilnog gastroenteritisa

• Eozinofilni gastroenteritis (EG) je rijetka bolest nepoznate etiologije koja invlira bilo koji dio probavnog trakta. Klasificira se u tri glavna tipa: predominantno mukozni, muskularni i subserozni tip. Dijagnoza se potvrđuje nakon isključenja drugih poremećaja sa sličnim obilježjima poput: parazitoza, karcinoma, alergija i autoimunih bolesti poput Churg-Straussovog sindroma. Taj je sindrom poznat i pod nazivom alergijska granulomatoza. Radi se o autoimunom vaskulitisu, koji često dovodi do nekroze. Ta se promjena najčešće manifestira na plućnim krvnim žilama i započinje kao težak oblik astme, zatim na krvnim žilama probavnog trakta, srca, kože i bubrega. Radi se o rijetkoj, nenasljednoj i neprijenosnoj bolesti koja se smatra tipom poliarteritis nodoze zbog slične morfologije. Sindrom su 1951. prvi opisali dr. Jacob Churg (1910.-2005.) i dr. Lotte Strauss (1913.-1985.) u Mount Sinai bolnici u New Yorku (op.a.).

Korektna dijagnoza EG-a ovisi o prisustvu eozinofilne infiltracije jednog ili više dijelova probavnog trakta, ali bez ekstraintestinalne infiltracije.

Kolege su prezentirale rijedak slučaj 30-godišnje babinjače sa simptomatologijom EG-a 26 dana post partum. Nakon liječenja kortikosteroidima i montelukastom (antagonistima leukotrijenskih receptora) u trajanju od 2 tjedna, nastupilo je značajno kliničko i subjektivno poboljšanje. Prema dosadašnjim spoznajama, ovo je prvi ovakav slučaj opisan postpartalno.

(*Digestive Diseases* 2012;30(2):232-235)

Ingrid Marton, dr.med.

• Trombotički rizik oralnih kontraceptiva

• Dobro je poznat rizik od venskog tromboembolizma u pacijentica koje uzimaju oralne kontraceptive. Kombinirani oralni kontraceptivi (KOK) međusobno se razlikuju u riziku za nastanak tromboembolijskih incidenta, u ovisnosti o svom sastavu, odnosno količini estrogena i tipu gestagena. KOK-i koji u svom sastavu imaju desogestrol, gestoden ili drospirenone u kombinaciji s etinilestradiolom nazivaju se trećom ili četvrtom generacijom KOK-a; dok se KOK-i koji u svom sastavu imaju etinilestradiol i levonorgestrel ili noretisteron nazivaju kontraceptivima druge generacije. Usporedujući drugu generaciju KOK-a s trećom i četvrtom glede rizika za pojavu venskog tromboembolsijsog incidenta,

istraživači su zaključili kako KOK-i treće i četvrte generacije imaju veći rizik. Puno se nada polagalo u primjenu u neoralnih pripravaka, međutim, pokazalo se da je rizik za nastanak venskog tromboembolizma isti je kad se primjenjuju pripravci poput transdermalnih naljepaka (Evra), vaginalnog prstena (Nuva Ringa) i KOK-a treće i četvrte generacije.

Noviji KOK-i, koji umjesto etinilestradiola sadrže estradiol valerat ili estradiol, znatno manje aktiviraju koagulacijske mehanizme enego „klasični“ KOK-i koji sadrže etinilestradiol.

Rizik od venskog tromboembolizma ne povisuju gestagenski kontraceptivi.

U zaključku Rott i suradnici poručuju da bi druga generacija KOK-a trebala biti prva linija izbora prilikom prepisivanja kontraceptiva. U pacijentica s anamnezom venskog tromboembolijskog incidenta i/ili dokazanom trombofilijom, KOK-i su kontraindicirani, ali se gestagenski kontraceptivi (engl. progesteron only pills) mogu sa sigurnošću prepisati. Imaju li KOK-i s estradiol valeratom ili estradiolom manji rizik za nastanak venskih trombembolizama, ostaje za razmatranje i daljnje analize.

(*Curr Opin Obstet Gynecol* 2012 Jun)

Ingrid Márton, dr.med.

••••



Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

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

Filipović B, Matak I, Bach-Rojecky L, Lacković Z. Central action of peripherally applied botulinum toxin type A on pain and dural protein extravasation in rat model of trigeminal neuropathy. *PLoS One*. 2012;7(1):e29803.

Laboratory of Molecular Neuropharmacology, Department of Pharmacology and Croatian Brain Research Institute, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia.

Jotanovic Z, Mihelic R, Sestan B, Dembic Z. Role of interleukin-1 inhibitors in osteoarthritis: an evidence-based review. *Drugs Aging*. 2012;29(5):343-58.

Clinic for Orthopaedic Surgery Lovran, School of Medicine, University of Rijeka, Lovran, Croatia.

Džumhur A, Zibar L, Wagner J, Simundić T, Dembić Z, Barbić J. Association studies of gene polymorphisms in toll-like receptors 2 and 4 in Croatian patients with acute myocardial infarction. *Scand J Immunol*. 2012;75(5):517-23.

Clinical Hospital Center Osijek, University Josip Juraj Strossmayer Faculty of Medicine Osijek, Osijek, Croatia Department of Oral Biology, Faculty of Dentistry, University of Oslo, Oslo, Norway.

Hauser G, Tkalcic M, Pletikosic S, Grabar N, Stimac D. Erythrocyte sedimentation rate - Possible role in determining the existence of the low grade inflammation in Irritable Bowel Syndrome patients. *Med Hypotheses*. 2012;78(6):818-20.

Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre, Rijeka, Croatia.

Mazzariol A, Bošnjak Z*, Ballarini P, Budimir A*, Bedenić B*, Kalenić S*, Cornaglia G. NDM-1 producing Klebsiella pneumoniae, Croatia. *Emerging Infectious Diseases* 2012;18(3):532-534.

*University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Sardelić S*, Bedenić B, Colinon-Dupuich C, Orhanović S, Bošnjak Z, Plečko V, Cournoyer B, Rossolini GM. Infrequent finding of metallo-beta-lactamase VIM-2 in carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa* from Croatia. *Antimicrob Agents Chemother* 2012;56(5):2746-2749.

*Clinical Institute for Microbiology, Split University Hospital, Split, Croatia.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z*, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvänen M, Scholte Op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J*. 2012 May 3. [Epub ahead of print]

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

Zannad F, De Backer G, Graham I, Lorenz M, Mancia G, Morrow DA, Reiner Z*, Koenig W, Dallongeville J, Macfadyen RJ, Ruilope LM, Wilhelmsen L; ESC Working Group on CardioVascular Pharmacology and Drug Therapy. Risk stratification in cardiovascular disease primary prevention - scoring systems, novel markers, and imaging techniques. *Fundam Clin Pharmacol*. 2012;26(2):163-74.

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

Zannad F, Dallongeville J, Macfadyen RJ, Ruilope LM, Wilhelmsen L, De Backer G, Graham I, Lorenz M, Mancia G, Morrow DA, Reiner Z*, Koenig W. Prevention of cardiovascular disease guided by total risk estimations - challenges and opportunities for practical implementation: highlights of a CardioVascular Clinical Trialists (CVCT) Workshop of the ESC Working Group on CardioVascular Pharmacology and Drug Therapy. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011 Nov 3. [Epub ahead of print]

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

Jrgensen T, Capewell S, Prescott E, Allender S, Sans S, Zdrojewski T, De Bacquer D, de Sutter J, Franco OH, Langstrup S, Volpe M, Malyutina S, Marques-Vidal P, Reiner Z, Tell GS, Verschuren WM, Vanuzzo D. Population-level changes to promote cardiovascular health. *Eur J Prev Cardiol*. 2012 May 9. [Epub ahead of print]

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

Gidudu JF, Walco GA, Taddio A, Zempsky WT, Halperin SA, Calugar A, Gibbs NA, Hennig R, Jovancevic M*, Netterlid E, O'Connor T, Oleske JM, Varricchio F, Tsai TF, Seifert H, Schuind AE; The Brighton Immunization Site Pain Working Group. Immunization site pain: Case definition and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine*. 2012;30:4558-4577.

*University of Zagreb, Zagreb, Croatia



Vodeći svjetski oftalmolozi na Braču

• U Bolu na Braču od 10. do 13. svibnja, u suradnji s Francuskim oftalmološkim društvom, Američkim društvom za mrežnicu te Europskim društvom oftalmologa, održan je 12. Kongres Hrvatskog oftalmološkog društva.

Sudionici kongresa imali su priliku saznati mnoge novosti vezane, kako uz glavnu temu kongresa „Starenje i oko“ tako i uz druge teme koje su trenutno u žarištu zanimanja oftalmologa.

Posebnu pažnju izazvali su gosti iz inozemstva, a prezentacije naših oftalmologa također su pokazale visoku razinu stručnosti i u Hrvatskoj.

Profesor Thomas R. Friberg sa Sveučilišta u Pittsburgh-u, voditelj i suradnik u brojnim važnim istraživanjima u području stražnjeg segmenta oka, održao je predavanje o novim područjima istraživanja senilne degeneracije makule koja je vodeći uzrok sljepote u osoba starijih od 50 godina.

Preispitao je dosada uvrježeno mišljenje kako su veličina i broj druza, degenerativnih nakupina u mrežnici, povezani s nastankom opasne vlažne forme bolesti.

U nedavno objavljenom radu, njegova istraživačka skupina pokazala je kako nema uvjerljivih dokaza da površina koju zahvaćaju druze, kao i prisutnost velikih druza, povećavaju rizik prelaska suhog u vlažni oblik ove bolesti.

Drugi ugledni američki oftalmolog Donald J. D'Amico, napravio je odličan pregled kirurškog liječenja odignuća mrežnice kroz povijest, pri čemu je novim naraštajima kirurga stražnjeg očnog segmenta poručio kako ne treba zaboraviti neke starije kirurške tehnike koje se danas vrlo rijetko koriste.

Predsjednik Francuskog društva za kataraktu i refrakcijsku kirurgiju i predsjednica Europskog društva kontaktologa prof. Joseph Colin i dr. Florence Malet upozorili su na važnost ispravne dijagnoze keratokonusa u dječjoj dobi te potrebe za pravodobnim početkom liječenja „crosslinking“ postupkom kojim se oslabljena rožnica može očvrsnuti i tako spriječiti progresiju bolesti.

Profesor Colin prikazao je svoja vrijedna iskustva u ugradnji novih generacija leća za ispravljanje dioptrije. Pritom je pokazao njihove brojne prednosti, ali i razloge zbog kojih je još uvijek potrebno redovito pratiti bolesnike kod kojih je primijenjen ovaj postupak.

Na kraju kongresa predsjednik Hrvatskog oftalmološkog društva prof. Zoran Vatavuk je zahvalio svim sudionicima kongresa i izrazio posebno zadovoljstvo izlaganjima mladih kolega koji su na visokoj razini prezentirali svoja istraživanja i zanimljive slučajeve.

Ove godine je mladim oftalmologima u sklopu kongresa posvećen cijeli sim-

pozij koji je bio međunarodnog karaktera s predavanjima na engleskom jeziku. Najbolje rade mladih oftalmologa birao je međunarodni odbor. Vrijedno je spomenuti i predstavljanje već drugog izdanja oftalmološkog udžbenika „Seminaria ophthalmologica“ čije je prvo izdanje predstavljeno na prošlogodišnjem kongresu društva.

Kako ovaj kongres ne bi ostao zapamćen samo po stručnom dijelu programa pobrinuo se dobri duh hrvatske estrade Zlatan Stipišić Gibonni emocionalnim nastupom na završnoj večeri. 2 slike 4. lipnja

Adrian Lukenda, dr.med.



5. Hrvatski kongres fizikalne i rehabilitacijske medicine

• U Zagrebu je, 10.-13. svibnja pod pokroviteljstvom gradonačelnika koji je osobno otvorio kongres, održan 5. Hrvatski kongres fizikalne i rehabilitacijske medicine s međunarodnim sudjelovanjem.

Svoj redoviti peti kongres organiziralo je Hrvatsko društvo za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu Hrvatskog liječničkog zbora (Društvo) na čelu s predsjednikom Društva prof. dr.sc. Ivanom Džidićem koji je ovom prilikom predsjedao i Znanstvenim odborom kongresa. Organizacijski odbor kongresa predvodila je doc. prim.dr.sc. Ida Kovač.

Ovo stručno društvo HLZ-a je redovni član Europskog društva za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu (European Society of Physical and Rehabilitation Medicine - ESPRM) i pridruženi član u Europskoj uniji medicinskih specijalista - Sekciji i Odboru za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu (Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists - UEMS PRM Section & Board).

Kao potvrdu svoje dugogodišnje aktivnosti u najvećoj asocijaciji liječnika specijalista Europe (UEMS), još prije dvije godine Društvo je potpisalo posebnu deklaraciju o suradnji o kojoj su Liječničke novine već pisale.

Sukladno obvezi iz potpisane Declaracione (2010.) održana je i Europska sjednica UEMS PRM tijekom koje su voditelji, hrvatski delegati u UEMS-u, prim. dr. Katariна Sekelj- Kauzlaric (UEMS PRM Section



novosti sa stručnih skupova

delegat i nacionalni delegat u Vijeću UEMS-a i prim. dr. sc. **Žarko Bakran** (Board national manager) prikazali brojne aktivnosti u kojima Društvo sudjeluje na razini Europe.

Gosti ove sjednice bili su prof. **Alain Delarque** (član Executive Committee of the PMR Section of UEMS, UEMS PRM Section delegat) i prof. **Franco Franchignoni** (UEMS PMR Board, UEMS PMR Board manager) koji su uručili potvrde o položenom europskom specijalističkom ispitu. Dva kandidata iz Hrvatske uspješno su u prošlom ispitnom roku položili ovaj jedinstveni ispit (dr. **Maja Lodata** i dr. **Pavao Vlahek**), a Društvo im je nadoknadio troškove isptita.

Peti kongres Društva, koje inače predstavlja preko 380 liječnika specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije Hrvatske, izazvao je veliko zanimanje stručne javnosti što je rezultiralo sudjelovanjem oko 400 sudionika iz desetak zemalja (USA, Francuske, Italije, Njemačke, Velike Britanije, Nizozemske, Slovenije, Bosne i Hercegovine, Crne Gore i Srbije).

Znanstveni odbor Kongresa recenzirao je pristigle radove, a na Kongresu su prezentirana 122 rada, od toga 76 usmenih izlaganja i 46 poster prezentacija.

Radovi i izlaganja pozvanih predavača iz Hrvatske i inozemstva, tiskani su u časopisu „Fizikalna i rehabilitacijska medicina“ (Suplement 1/2012), koji Društvo redovito izdaje, a Urednički odbor uspješno predvodi prof. dr. sc. **Simeon Grazio**. Svi sudionici Kongresa dobili su i ovom prilikom Zbornik radovala već na samom otvorenju Kongresa.

Teme Kongresa bile su atraktivne. Prva, *Kronična bol* (muskuloskeletalna i neuropatska):

1. Medikamentno liječenje,
2. Fizikalna terapija u tretmanu boli i
3. Novije metode i mogućnosti mikrokirurških zahvata u kupiranju bolova.

Druga tema je bila *Neurorehabilitacija odnosno rehabilitacija osoba s neurološkim bolestima*. Treća tema je bila *Timska suradnja u rehabilitaciji*, a četvrta *Funkcionalna dijagnostika i evaluacija u rehabilitaciji odnosno primjena ICF klasifikacije* (*Međunarodna klasifikacija funkciranja, onesposobljenja i zdravlja - MKF*) u rehabilitaciji uz temu o važnosti medicine temeljene na dokazima u rehabilitaciji.

U predkongresnoj radionicici „Liječenje spazma botulinum toksinom A - Botoxom“, održanoj pod sponzorstvom „Ewopharm“, prikazana su načela primjene botulinum toksina A - Botox u liječenju spazma muskulature.

U sekciji o kroničnoj болji (muskuloskeletalna i neuropatska) pozvani predavači održali su plenarna predavanja: prof. dr. sc. **Đurđica Babić-Naglić** - *Muskuloskeletalna bol*; doc. dr. sc. **Ervina Bilić** - *Neuropatska bol*, prof. dr. sc. **Simeon Grazio** - *Putevi boli i mogućnost personalizirane terapije u osteoartritisu*.

Prof. dr. **Christoph Schmitz** iz Ludwig-Maximilians Universität München (Njemačka) je u predavanju "Pain relief in orthopedics and sports medicine by radial extra-corporeal shock wave therapy" izložio teoretske osnove djelovanja udarnog vala kao novije terapijske mogućnosti u fizikalnoj medicini u kupiranju bolova muskuloskeletalnog sustava.

Slijedilo je 16 stručnih priopćenja u kojima se izlagalo o medikamentnom liječenju i primjeni fizikalne terapije u boli.

Grupa autora, kirurga (Perović D, Saftić R, Houra D, Kvesić D, Radić A) imala je nekoliko zapaženih izlaganja o novijim metodama i mogućnostima mikrokirurških zahvata u otklanjanju bolova u kralježnici.

Druga sekcija bila je na temu Neurorehabilitacije, a pozvani predavači izložili su predavanja: prof. **Franco Franchignoni** „Strategies for assessment and outcome measurement in neurorehabilitation“; prof. Emeritus **Eugen M. Halar** „Role of Brain Plasticity in Post Stroke Recovery“ i „Clinical Significance of Inactivity in the Elderly“, te doc. dr. sc. **Ida Kovač**. „Rehabilitacija bolesnika s neuromuskularnim bolestima: klinička realnost i očekivanja“. U drugom dijelu sekcije prezentirano je deset stručnih priopćenja od kojih su četiri rada bila posvećena rehabilitaciji djece sa cerebralnom paralizom, uključujući primjenu botoksa u liječenju spazma (Crnković i sur., Polovina A. i sur., Kraguljac D. i sur., Fruk S.).

Treća tema Kongresa, *Timska suradnja u rehabilitaciji* realizirana je kroz Okrugli stol Klinička iskustva i problemi u realizaciji timskog rada sa aspekta raznih sudionika u rehabilitaciji. Iskustva i problemi različitih suradnika u timu (liječnika-fizijatara, fizioterapeuta, radnih terapeuta, medicinskih sestara, psihologa, logopeda, socijalnih radnika, ortopedskih tehničara i drugih) bili su tema okruglog stola.

Uspješni moderator ove rasprave je bio prim dr. sc. **Žarko Bakran**. Ovaj je dio kongresa potvrdio je činjenicu da su svi djelatnici u rehabilitaciji upućeni na isti cilj u radu, a to su potrebe bolesnika. Stoga, nužna je dobra međusobna suradnja i uvažavanje. Slijedila su priopćenja o vlastitim iskustvima u timskom radu u rehabilitaciji djece s kranio-cerebralnim ozljedama (B. Ljeljak), odraslih osoba starije dobi (N. Kauzlaric), osoba sa skoliozom (N. Kauzlaric i sur.) uz usporedne ocjene tima fizikalne medicine i rehabilitacije u privatnim i u državnim ustanovama za rehabilitaciju (V. Mužić i suradnici).

Funkcionalna dijagnostika i evaluacija u rehabilitaciji bila je četvrta kongresna tema.

Pozvani predavači, iz Slovenije (prof. **Helena Burger** s temom „Base evidence medicine in rehabilitation“) i Francuske (prof. **Alain Delarque** „Assessment of patients with gait abnormalities in physical and rehabilitation medicine settings“) prikazali su praktičnu primjenu metoda evaluacije u rehabilitaciji.

Iznimno posjećena bila je i sekcija o raznolikim temama u rehabilitaciji, kojom prilikom su detaljno predstavljena iskustva u rehabilitaciji pacijenata s ortopedskim, post-operativnim, traumatološkim, reumatološkim i drugim bolestima i stanjima. Posebno zanimanje sudionika kongresa privukli su primjeri iz svakodnevne prakse obradeni na način prikaza pojedinačnog kliničkog slučaja.



Dr. Pavao Vlahek prima diplome (za sebe i dr. Maju Lodetu) kojima se potvrđuje status izvrsnosti europskog specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije, a čestitke mu upućuju prof. Alain Delarque i prof. Franco Franchignoni

U poster sekciji bilo je 46 poster prezentacija različitih tema iz područja rehabilitacije. Autori su bili uglavnom fizijatri, ali je bilo i dosta autora drugih struka (fizioterapeuta, psihologa, biologa, radiologa) na što su organizatori Kongresa posebno ponosni.

Sponzorirani simpoziji i predavanja tijekom Kongresa, svojom su tematikom, ali i iznimnom kvalitetom i zanimljivošću izlaganja pozvanih predavača, kao i pratećom bogatom izložbom opreme i proizvoda obogatili ponudu Kongresa.

Sudionici skupa su svojim glasovanjem pomogli povjerenstvu za odabir najboljeg mladog znanstvenika (do 40 godina života). Tu je laskavu titulu osvojila dr. Vedrana Mužić za rad „Epigenetic drug 5-azacytidine inhibits proliferative capacity of rat limbs buds cultivated ex vivo", dok je najboljim posterem proglašen poster pod naslovom „Impulzivnost u ponašanju kod djece niže kronološke dobi s blažim motoričkim teškoćama i uloga tima", autorice dr. Valentine Matijević-Mikelić.

Kao zaključak, navedimo samo da se više detalja o samom skupu, ali i o radu Društva može naći na web stranici (www.hd.fmr.hr).

Doc. prim. dr. sc. Ida Kovač
Prim. Katarina Sekelj-Kauzlarić

16. Simpozij Hrvatskog društva za regionalnu anesteziju i analgeziju HLZ-a

• U okviru stručnih aktivnosti Hrvatskog društva za regionalnu anesteziju i analgeziju (HDRAA) HLZ-a, u Koprivnici je 25. i 26. svibnja održan 16. Simpozij HDRAA HLZ na temu „Kako poboljšati kvalitetu i sigurnost u opstetriciji; kliničke vještine regionalne anestezije i analgezije kod bezbolnog poroda i carskog reza".

Simpozij je osmišljen kao edukacijski program suradnje KB-a „Sveti Duh" iz Zagreba s OB-om „Dr. Josip Bardek" iz Koprivnice. Namijenjen je lijećnicima i medicinskim sestrama i tehničarima u djelatnostima anestezije i intenzivnog liječenja te ginekologije i porodiljstva.



Slika 1.

Tečaju je prisustvovalo između gotovo 30 polaznika, na čelu s novim ravnateljem koprivničke bolnice dr. P. Staparom i predstojnicima djelatnosti anestezije i ginekologije (slika 1).

Tečaj je predvodila predsjednica HDRAA/HLZ prof. K. Šakić koja je u uvodnom predavanju naglasila šиру važnost regionalnih tehnika anestezije i analgezije u medicini, a napose porodištву, kao važne odrednice poboljšanja kvalitete i sigurnosti pacijenata u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Slijedila su predavanja doc. G. Brozović o perioperacijskoj pripremi u trudnoći, tromboprofilaksi i poremećajima koagulacije te zbrinjavanju masivnih krvarenja u opstetriciji; predavanje prof. D. Habeka o porodičkim operacijama i prim. dr.sc. I. Šklebara o spinalnoj anesteziji za carski rez i epiduralnoj analgeziji za bezbolni porod.

Kako često ne primjenjujemo svoje znanje zbog nedostatka iskustva u kliničkim vještinama, nastojali smo poboljšati naš edu-

kacijski program i učiniti radionicu u bolnici na bolničkom odjelu.

Prije praktičkog dijela tečaja prikazali su doc. Brozović i prim. Šklebar video-projekciju metoda spinalne anestezije za carski rez i epiduralne analgezije za porod, a potom su u prostoru rađaonice, uz asistenciju kolega iz OB-a Koprivnica, postavljena prva tri epiduralna katetera za bezbolni porod uz pretvodni obaviješteni pristanak trudnica (slika 2).

Tečaj je završio predavanjem prof. Šakić o važnosti vođenja dokumentacije, nadzoru i upravljanju neželjenim događajima u regionalnoj anesteziji te dogовором о nastavku stručne suradnje KB-om „Sveti Duh" i OB-om „Dr. Josip Bardek" iz Koprivnice na području anestezije i analgezije u ginekologiji i porodiljstvu.

Prim. dr. sc. Ivan Šklebar, dr. med.



Slika 2.



S 11. sjednice Upravnog vijeća HZZO-a

Ukinuto ograničenje
od 60 dana za realizaciju
bolničkih uputnica

• Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (UV HZZO) ukinulo je vremensko ograničenje za realizaciju specijalističkih uputnica koje izdaju bolnički liječnici na sjednici održanoj 20. lipnja.

Dosadašnjih 60 dana vremenskog ograničenja za realizaciju specijalističkih uputnica pokazalo se jednim od ograničavajućih faktora za izдавanje internih bolničkih uputnica, pa je odgovornost za upućivanje na specijalističke preglede bila potpuno prebačena na liječnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ističe se u priopćenju HZZO-a.

Također, UV HZZO-a prihvatio je ponude za sklapanje ugovora o provođenju posebnih programa u djelatnosti palijativne medicine za tri liječnička tima u PZZ-u u okviru Doma zdravlja (DZ) Zagreb - Centar, DZ Istarske županije i DZ Čakovec. Posebne programe HZZO će ove godine financirati s 350.000 kuna.

Oboljeli od rijetkih i kroničnih bolesti te bolesnici kod kojih se ne očekuje poboljšanje zdravstvenog stanja moći će lakše doći do ortopedskih pomagala koja nisu u Popisu pomagala i to na prijedlog nadležnog liječnika - izabranog doktora ili specijalista.

Ubuduće će osiguranici bez vremenskih ograničenja moći na dulji rok ostvariti pravo na pomagalo koje nije utvrđeno u Popisu pomagala, a koje im je bilo ranije odobravano, što će olakšati dobivanje ortopedskih pomagala i ukinuti nepotrebno administriranje.

Sklopljeni su i ugovori s 13 novih isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala na 15 novih lokacija, a s dosadašnjim isporučiteljima bit će sklopljeni ugovori za isporuku na sedam novih lokacija, čime je povećana dostupnost zdravstvene zaštite i ortopedskih i drugih pomagala osiguranicima.

S ciljem smanjenja lista čekanja HZZO je ugovorio dva tima za provođenje postupka magnetske rezonance sa Specijalnom bolnicom "Sveta Katarina" u Zaboku. Time će se pacijentima iz Krapinsko-zagorske žu-

panije olakšati obavljanje ove pretrage s obzirom da je do sada nisu mogli obaviti na svom području već su morali putovati u veće centre.

Borka Cafuk

Doc. Giljević - novi ravnatelj KBC-a Zagreb

• Doc. dr. Zlatko Giljević (Ploče, 1. 5. 1960.), internist, subspecijalist endokrinolog i dijabetolog novi je ravnatelj KBC-a Zagreb. Obrazovanje: 1984. MEF u Zagrebu, poslijediplomski studij područja kemija, smjer biokemija na PMF-u u Zagrebu, 1993. specijalizacija interne medicine, 2000. subspecializacija iz endokrinologije i dijabetologije, 2002. Postgraduate study University of Zagreb.

Radno iskustvo: 1985.-1987. DZ „Novi Zagreb“ (staž), 1987.-1993. znanstveni novak u Klinici za unutarnje bolesti KBC-a Zagreb, 1989.-1994. na istoj klinici specijalizacija interne medicine; od 1994. u Zavodu za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma iste klinike specijalist internist, subspecialist endokrinolog i dijabetolog i voditelj Centra za osteoporozu; 2009. viši asistent Katedre za internu medicinu na MEF-u U Zagrebu.

Magistarski rad "Djelovanje stimulacijskih i supresivnih tvari na lučenje prolaktina u normalnim i tumorskim laktotropnim stanicama hipofize", PMF u Zagrebu (1991.).



Doc. dr. Zlatko Giljević

doktorska disertacija "Značenje stimulirajućeg hormona štitnjače (TSH) na koštanu masu u štokorskom modelu osteoporoze i u bolesnica sa smanjenom mineralnom gustoćom kosti", MEF u Zagrebu (2008.).

Publikacije: 16 radova u časopisima indeksiranim u Current Contentsu, 20 radova u drugim indeksiranim časopisima, 2 poglavlja u knjigama s međunarodnim recenzijama, 7 poglavlja u knjigama, 7 prijevoda u knjigama, više od 155 kongresnih priopćenja na internacionalnim i našim kongresima.

Prof. dr. Željko Poljak



Na nagradni natječaj HZZO-a pristiglo 300 priča bivših pušača



• Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) je drugu godinu za redom organizira nagradni natječaj s ciljem poticanja ljudi na prestanak pušenja, koje ozbiljno ugrožava zdravlje i predstavlja velik finansijski teret zdravstvenom sustavu.

Na nagradni natječaj pristiglo je 300 priča bivših pušača.

Nagradni natječaj počeo je na Svjetski dan nepušenja 31. svibnja i trajao do 10. lipnja. U njemu su mogli sudjelovati svi koji HZZO-u pošalju priču ili video uradak o tome kako su prestali pušiti ili zašto nikada nisu pušili.

Najboljih 50 priča i video uradaka HZZO-ov žiri će nagraditi jednogodišnjom policom dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Više o najboljim pričama i dobitnicima nagrada bit će objavljeno na mrežnoj stranici HZZO-a www.hzzo.hr i na www.bivs.hr gdje će biti objavljene i najbolje priče.

Borka Cafuk



Palijativni tim u DZ-u Zagreb-Centar

• Odlukom Upravnog vijeća HZ ZO-a od 20. lipnja u DZ-u Zagreb-Centar 1. kolovoza počinje s radom ambulanta i mobilni palijativni tim koji će u svom sastavu imati liječnika specijalista te višu i srednju medicinsku sestruru s edukacijom i iskustvom iz palijativne medicine.

Time akcija „Ostani uz mene“, čiji je rad u posljednje dvije godine rezultirao osnivanjem edukacijskog centra Medicinskog fakulteta i Savjetovališta za bolesnike s neizlječivom bolesti s multidisciplinarnim timom pri Hrvatskom centru za palijativnu skrb u Trpimirovoj ulici, ide korak dalje u ostvarivanju svog cilja - inkorporacija palijativne medicine u zdravstveni sustav RH.

Palijativna medicina postaje dio zdravstvenog sustava RH. Zagreb dobiva palijativni tim na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

Hrvatski centar za palijativnu skrb



tributer proizvoda, koji su reklamirani suprotno rješenju Ministarstva zdravlja. Analizu uzorka tih proizvoda provela je Agencija za lijekove i medicinske proizvode.

Postojanje sildenafila u dodacima prehrani Epimen i ViaNatur u suprotnosti je s člankom 4. Pravilnika o dodacima prehrani, s deklariranim sadržajem hrane, što je u suprotnosti s člankom 6. istog Pravilnika, te u suprotnosti s člankom 6. Pravilnika o označavanju, reklamiranju i prezentiranju hrane.

Sildenafil se nalazi u lijekovima namijenjenim liječenju erektilne disfunkcije i predstavlja rizik za zdravje i ozbiljnu prijetnju zdravju osoba koje ga konzumiraju.

Kod korisnika s rizičnim faktorima može izazvati teške kardiovaskularne nuspojave, poput srčanih aritmija te srčanog i moždanog udara.

Upravo stoga se ne smije nalaziti u dodacima prehrani koji su u slobodnoj prodaji, već samo u lijekovima koji se izdaju isključivo na liječnički recept.

Borka Cafuk



Odlikovani akademik Ikić i prim. Štefanija Puretić

• Predsjednik Republike Hrvatske prof. dr. Josipović uručio je 28. lipnja odlikujući za osobite zasluge za znanost i njegino promicanje u Hrvatskoj i svijetu - Red Danice hrvatske s likom Ruđera Boškovića, članovima HAZU-a Milanu Heraku (Brašljevica, 5.

ožujka, 1917.), Dragi Ikiću (Foča/BiH, 2. srpnja 1917.) i Ivanu Jurkoviću (Ogulin, 27. ožujka 1917.) te članici Hrvatske medicinske akademije prim. dr. Štefaniji Puretić (Prelog, 2. srpnja 1922.).*

Na istoj je svečanosti za osobite zasluge za prosvjetu i dugogodišnje kontinuirano donatorstvo glazbenih instrumenata diljem Hrvatske - odlikuje Red Danice hrvatske s likom Antuna Radića uručio Ivanu Šimi Šimatoviću (Perušić, 27. listopada 1919.).

Dodjeli odlikovanja nazočili su predsjednik HAZU-a prof. dr. Zvonko Kusić te članovi Povjerenstva za dodjelu odlikovanja akademik Milan Moguš, prim. dr. Nenad Javornik i Dragutin Šurbek.

Čestitajući odlikovanima predsjednik Josipović rekao je kako mu je iznimna čast odlikovati "naše veterane znanosti i kulture kao znak zahvalnosti cijelokupne Hrvatske za sve ono što su nam dali". "Vaš doprinos kulturi, znanosti, obrazovanju i našem društvu zaista je iznimjan", istaknuo je predsjednik Josipović, dodajući kako smo, nažalost, "skloni zaboraviti ono dobro što neki ljudi rade za našu domovinu".

"Neki put bljesak neke zvijezde repatice zasjeni one zvijezde koje su trajno na našem nebu i vi ste te zvijezde i ja sam vam zahvalan za sve ono što ste učinili u svojim strukama i, naravno, za našu domovinu", rekao je odlikovanima predsjednik Josipović i zaželio im dug život i još dobrih rezultata.

U ime odlikovanih zahvalio se akademik Milan Herak, koji je rekao da se raduju svakom novom dostignuću u Republici Hrvatskoj te da će - dok budu aktivni - pratiti sve ono što se u njoj događa.

(I.V.)



* Podsjecamo čitatelje da smo u broju 109 za svibanj 2012. prim. Štefaniji Puretić posvetili rubriku Iz povijesti hrvatske medicine. Ur.



S UEMO skupa u Madridu

• U Madridu je od 8-9. lipnja održano prvo od dva redovna godišnja okupljanja predstavnika zemalja članica UEMO-a.

Tijekom dva dana održani su zajednički sastanci i rasprave kao i uobičajeni rad u grupama.

Jedna od glavnih tema o kojima se raspravljalo bilo je priznavanje specijalizacije iz obiteljske medicine kao ravnopravne ostalima, što nije slučaj u svim europskim zemljama. Brojčano se ne radi o velikom broju zemalja, ali su to zemlje s velikim brojem stanovnika i liječnika obiteljske medicine (Italija, Velika Britanija, Španjolska, Austrija...) pa se, tako gledano, radi o gotovo polovini broja liječnika obiteljske medicine. Status obiteljskih liječnika je npr. u Velikoj Britaniji (ugled, plaća i slično) prihvatljiv, ali nije prihvatljivo da se jedna specijalizacija čija struka predstavlja temelj zdravstvenog sustava ne prihvata kao ravnopravna ostalima.

U međuvremenu su predstavnici UEMO-a održali nekoliko sastanaka radi lobiranja u tom smjeru, na žalost s vrlo malim pomaćima. Nastavlja se rad na ovom polju.

Na jednoj od triju radnih grupa raspravljalo se o kontinuiranoj medicinskoj edukaciji. U dijelu zemalja, pogotovo onih sa slabijim ekonomskim statusom, istaknut je utjecaj farmaceutske industrije na proces edukacije, što je u nekim razvijenim zemljama izričito zabranjeno i takva se edukacija ne vrednuje.

Kao prijedlozi kompromisnih rješenja za zemlje u kojima država ne daje dovoljna dodatna sredstva niti vrijeme za edukaciju, spominje se organiziranje edukacije sa strane samih liječnika obiteljske medicine ili u obveznoj suradnji s njima. Isto tako istaknut je prijedlog da se dio bodova potrebnih za relienciranje može steći radom u dobrovoljno formiranoj grupi od 8-12 liječnika obiteljske medicine koja bi se sastajala u određenim razdobljima i gdje bi se raspravljalo o problematiču radu.

Također se govori o konceptu kontinuiranog profesionalnog razvoja (KPR, CPD - continuing professional development), što je UEMO već ranije definirao - on podrazumijeva individualni pristup poboljšanju kvalitete vlastitog rada tako da svaki liječnik procjeni što smatra da može raditi bolje i da na tome radi.

Temeljem toga se kreira portfolio s detaljima i pokazateljima procjene. Slovenija već ima nešto od toga koncepta, dok u Hrvatskoj on nije do sada bio naglašavan niti korišten.

Druga grupa je raspravljala o edukacijskim tijekom specijalizacije i ima slične zaključke kao i grupa o statusu specijalizacije - daljnji rad na borbi za priznavanje i ujednačavanje statusa u svim zemljama.

Treća radna grupa je raspravljala o nadležnostima liječnika obiteljske medicine s obzirom na kompleksnost rada i upitnost nadležnosti liječnika obiteljske medicine.

Problem koji se javlja u europskim zemljama je da se zbog manjka liječnika dio poslova liječnika prebacuje na medicinske sestre i postavlja se pitanje kvalitete rada i sigurnosti pacijenata. S druge strane očekuje se od liječnika preuzimanje sve većeg dijela poslova, što zahtijeva dodatno vrijeme i novac za potrebnu edukaciju te svakako povećava mogućnost greške te odgovaranja za nešto što nije dovoljno kompetentan.

Vezano za projekt o istraživanju statusa informatizacije u obiteljskoj medicini u Europi (SMART projekt) kroz istovremeni rad u dvjema radnim grupama obavljene su dodatne konzultacije o pojedinostima izvođenja projekta. Naime, UEMO je osvojio tender na natječaju kojega je raspisala Europska komisija radi utvrđivanja statusa informatizacije u obiteljskoj medicini i pronalaženja eventualnih barijera korištenju informatičke tehnologije s namjerom za poboljšanjem ovog procesa.

UEMO smatra velikim korakom činjenicu da se ovakvi podaci skupljaju izravno od liječnika umjesto iz nekih baza podataka i drugih organizacija, odnosno činjenicu da je UEMO uočen i potvrđen kao ravnopravan partner u ovakov projektu. Odredeno je da u Hrvatskoj 300 liječnika obiteljske medicine ispuni anketu u kojoj će odgovarati na pitanja o tome kakav je status njihove informatizacije i mišljenje o kvaliteti pojedinih segmenta. Uzorak liječnika bit će odabran slučajnim odabirom s popisa svih obiteljskih liječnika te će im nakon potvrđenog pristanka za sudjelovanje biti dostavljena anketa elektronskim putem, poštom ili će se obaviti preko telefona. Sama anketa zahtijeva oko dvadesetak minuta za rješavanje.

Nova redovna članica UEMO-a je Turska. Njihova delegacija je na prošlom okupljanju bila gost i predstavila se, dok je u međuvremenu uplatom članarine postala redovna članica. Idući miting bit će održan u Berlinu 16-17.studenog 2012.

Ines Zelić Baricević, specijalist obiteljske medicine, predstavnik HLK-a u UEMO-u



U Njemačkoj „izumiru“ obiteljski liječnici

• U Nürnbergu je od 22.-25. svibnja održana 115. Godišnja skupština njemačkog liječničkog društva i Savezne komore pod predsjedanjem dr. Franka Ulricha Montgomerya.

Bilo je prisutno 250 delegata. Glavne teme obuhvaćale su zdravstvenu i socijalnu politiku u Njemačkoj, poslovnu politiku liječnika, razna pitanja iz zdravstvenog osiguranja, prava pacijenata i drugo.

Iznesene su primjedbe na status i ponašanje privatnih osiguravajućih društava koja ostvaruju velik prihod i zapravo osiguravaju zdravstveno osiguranje za one koji to mogu platiti pa se tako stvaraju dvije klase medicine i ima se dojam da se vode samo za profitom. Nema povezanosti između njih, nedostaje doza solidarnosti u pokrivanju troškova liječenja za sve građane.

Obiteljski liječnici, kojih je 43 103 od ukupno 333 599 zaposlenih liječnika s licencem, imaju dosta primjedaba. Interes za rad obiteljskog liječnika opada, zarade su male, administriranje preveliko, 16 % radnog vremena moraju odgovarati na razna pitanja osiguravajućih kuća koje ih osim toga i kažnjavaju novčano ako prekorače limite u izdavanju recepata, uputnica za daljnje pretrage itd. Zbog toga se zatvaraju ordinacije obiteljske medicine; npr. u Bavarskoj su u 2009. zatvorene 22 ordinacije, u 2010. 74, a u 2011. 113 i taj se trend nastavlja. Malo mlađih kad završi studij se odlučuje za specijalizaciju opće medicine. Da bi otišli raditi u manja mjesta zahtijevaju zaposlenje za ženu, dobru školu za djecu, mogućnost kulturnog, zabavnog sadržaja i sl.

Prošle godine od 50 000 diplomiранih liječnika samo oko 10 000 htjelo je raditi kao obiteljski liječnik. U gradovima pacijenti odmah odlaze po potrebi specijalisti a ne obiteljskom liječniku iako to nije opravданo. Isto tako mlađi liječnici sve više odlaze na rad npr. u Švicarsku, Veliku Britaniju, SAD, Australiju, a kako do 2020. godine oko 23 000 liječnika obiteljske medicine ide u mirovinu,

pitaju se nije li obiteljski liječnik „vrsta u izumiranju“.

Kada se govori o troškovima poslovanja, prekoračenju limita i sl. misli se da starenjem populacije ima sve više „potrošača“ zdravstvenih usluga.

Međutim, naglašeno je da u Njemačkoj ima sve više zdravih starih ljudi. Mnogi 80-godišnjaci se bave još nekim sportom, npr. igraju tenis, a ima i oko 170 stogodišnjaka koji su razmjerno zdravi i nemaju zahtjeve za liječničkim uslugama.

U bolnicama radi 20 000 stranih liječnika, od kojih se mnogi ne mogu dobro sporazumijevati s pacijentima jer ne znaju njemački pa se npr. u pojedinim bolnicama vizita liječnika obavlja na ruskom jeziku. Potrebni su im posebni tečajevi za učenje njemačkog jezika.

Mnogo sličnih problema stalno je prisutno, ali ministar zdravlja **Daniel Bahr** kaže da zahvaljuje svima na brzi oko zdravlja gradana i smatra da je zdravstveni sustav u Njemačkoj unatoč brojnim poteškoćama na najvišoj mogućoj razini i da će svatko u Njemačkoj dobiti najbolju zdravstvenu uslugu.

Prim. Dražen Borčić, dr.med.



Objedinjena borba protiv tuberkuloze i pušenja

• Između 8. svibnja 2011. i 31. ožujka 2012. bilo je u 17 DOTS centara u Bangladešu sveukupno 1710 novootkrivenih bolesnika u čijim su uzorcima iskašljaja pronađeni uzročnici tuberkuloze (izravno mikroskopski pozitivna - otvorena - zarazna forma bolesti). Među njima je bilo 438 (26%) aktuálnih pušača.

Uz liječenje tuberkuloze primijenjen je PST postupak odvikavanja od pušenja. PST (P = pitanje, S = savjet, T = trajna promjena ponašanja) znači da zdravstveni radnici pitaju svakog bolesnika s tuberkulozom o navici pušenja i bilježe njihov pušački status (aktualni, bivši, pasivni). Nakon toga svaki bolesnik prima kratku (5-10 minuta) informaciju o posvemašnjoj štetnosti pušenja, savjet o

važnosti prestanka pušenja u cilju poboljšanja općeg zdravlja i rezultata liječenja tuberkuloze. Nastoji se informaciju personalizirati, tj. prilagoditi pojedinom bolesniku (prema dobi, spolu, zanimanju, stupnju naobrazbe, komorbiditetu). Pokušava se osigurati trajnost promjene ponašanja time što zdravstveni djelatnici i pri sljedećim kontrolnim pregledima osiguravaju 5-10 minuta za potporu prestanku pušenja (ili nastavku nepušenja). To uključuje potporu nastojanju da bolesnici s tuberkulozom izbjegnu pasivno pušenje i, po mogućnosti, svoje domove potpuno oslobode od duhanskog dima.

Rezultati kod 239 tuberkuloznih bolesnika koji su u razdoblju između svibnja i kolovoza 2011. pristali da će prestati pušiti pokazuju da je 80% njih do završetka 6-mjesečnog liječenja tuberkuloze uspjelo prestati pušiti. To jasno pokazuje da ispitivanje bolesnika o njihovom pušačkom statusu, kvalificirano savjetovanje o važnosti prestanka pušenja (pa makar i kratko, ali ponavljano tijekom liječenja tuberkuloze) može dovesti do značajnog prestanka pušenja (nadamo se trajne promjene ponašanja).

Ivica Vučak



- **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 športa 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,
Medičinski fakultet u Splitu
livia@mefst.hr

Bolja kontrola glikemije za prevenciju dijabetičke neuropatije

Scenarij

54

Čitate u stručnom časopisu članak o dijabetičkoj neuropatiji. Autor citira rad koji su objavili Tefaye i suradnici, a u kojem je zaključeno da je hiperglikemija sporedna za razvoj dijabetičke neuropatije. I da su za razvoj dijabetičke neuropatije važni drugi čimbenici rizika. Jer da svi oboljni od dijabetesa tipa 1 imaju visoku glikemiju, ali da samo oni s kardiovaskularnim čimbenicima rizika razviju perifernu dijabetičku neuropatiju - pacijenti koji imaju visoke trigliceride, visok kolesterol i hipertenziju.

Pitanje

Znači li to da se dijabetičari trebaju prestatiti ustezati jer hiperglikemija nije važna za razvoj ove komplikacije?

Kontekst

Diabetes mellitus (DM) je bolest koju uzrokuje nemogućnost pravilnog metaboliziranja glukoze zbog poremećene sekrecije inzulina ili inzulinske rezistencije. Dok inzulin i oralni lijekovi za smanjenje razine glukoze u plazmi nisu bili dostupni, dijagnoza dijabetesa tipa 1 značila je ranu smrt. I neliječeni dijabetes tipa 2 povezan je s kratkim životom. Osim toga, niz komplikacija povezanih s dijabetesom značajno umanjuju opće zdravlje i kvalitetu života bolesnika.

Hiperglikemija je važna za dijagnozu dijabetesa, ali uzročno-posledična veza i povezanost hiperglikemije s brojnim komplikacijama dijabetesa još uvijek je upitna. Periferna neuropatija jedna je od brojnih komplikacija dijabetesa koja uzrokuje značajan pobil i smrtnost. Dijabetička neuropatija je „prisutnost simptoma i/ili znakova disfunkcije perifernih živaca u osoba s dijabetesom, nakon isključivanja ostalih uzroka“. Opisan je niz autonomnih i somatskih oblika dijabetičke neuropatije, a među njima je najčešća periferna senzomotorna neuropatija. Periferna dijabetička neuropatija može biti asimptomatska, a ako uzrokuje simptome, oni mogu biti pozitivni (bolni) ili negativni (nestanak osjeta), ili pak mogu postojati obje vrste simptoma u istog pacijenta. Isto tako se periferna dijabetička neuropatija može manifestirati različitim komplikacijama kao što su distalna slabost, poremećaj ravnoteže, ulkusi na stopalu, oštećenje zglobova i amputacije donjih udova. Simptomi tipično počinju na stopalima i napreduju prema gore, prije nego neuropatija zahvati šake.

Na postojanje periferne dijabetičke neuropatije ukazuju simptomi kao što su utruvljost, bol ili oboje, obično simetrične distribucije, koji se najprijejavljaju na nožnim prstima. Neurološki pregled može otkriti različite poremećaje percepcije osjeta. Kvantitativne mjere neuropatije mogu se dobiti testiranjem percepcije osjeta i pretragama provodljivosti živaca. Stupnjevanje poremećaja temelji se na neurološkom pregledu i pretragama.

Prevalencija periferne neuropatije u vrijeme dijagnosticiranja dijabetesa je oko 10%, a može biti i glavni poremećaj zbog kojeg se pacijent javlja liječniku. Prevalencija se povećava na 40-50% deset godina nakon dijagnosticiranja dijabetesa. Najvišu prevalenciju neuropatije imaju osobe s najlošijom kontrolom glikemije, mjerene pomoću glikoziliranog hemoglobina.

Hiperglikemija je dosad bila najvažnija meta za intervencije kojima se pokušavaju sprječiti komplikacije dijabetesa. Prije razvoja sintetskog inzulina provodila su se istraživanja u kojima se prehranom pokušavala kontrolirati hiperglikemija i produljiti život pacijenata s dijabetesom tipa 1. Inzulin i oralni hipoglikemijski lijekovi razvijeni su za kontrolu hiperglikemije u oba tipa dijabetesa, a ishodi liječenja su varijabilni. Očekivana korist od kontrole hiperglikemije u dijabetičara potakla je niz istraživanja o utjecaju stroge glikemijske kontrole na razvoj komplikacija, uključujući perifernu neuropatiju. Prvi od velikih pokusa iz ovog područja provedeni su 1993. među pacijentima s dijabetesom tipa 1, a 1998. među onima s dijabetesom

tipa 2. Kontrola hiperglikemije, međutim, treba se oprezno provoditi bog rizika od hipoglikemije, koji nosi niz drugih problema.

Prisutnost i progresija periferne neuropatije bili su sporedni ishodi u ovima i nizu drugih randomiziranih kontroliranih pokusa na temu glikemijske kontrole, a primarni ishod u brojnim opservacijskim istraživanjima. Iako je dosad napisano mnogo ne-sustavnih preglednih članaka na temu povezanosti glikemijske kontrole i dijabetičke neuropatije, ovo je prvi sustavni pregled literature na tu temu.

Rezultati

Gallaghan i suradnici napravili su sustavni pregled literature za Cochrane knjižnicu u kojem su analizirali randomizirane kontrolirane pokuse u kojima je istraživana bolja glikemijska kontrola i dijabetička neuropatija nakon najmanje godinu dana trajanja intervencije za sniženje glikemije. Primarni ishod bio je godišnji razvoj kliničke neuropatije, definiran kliničkom ljestvicom, dok je sekundarni ishod bila brzina provodljivosti motoričkih živaca i kvantitativno vibracijsko testiranje.

Sustavnim pregledom obuhvaćeno je 17 pokusa; 7 ih je uključilo pacijente s dijabetesom tipa 1, osam pokusa istražilo je drugi tip bolesti, a u dva pokusa oba tipa bolesti su analizirana. Meta-analiza dviju studija koje su prikazale primarni ishod (incidenciju kliničke neuropatije), s ukupno 1228 is-pitanika s dijabetesom tipa 1, pokazala je da bolja kontrola glikemije značajno smanjuje rizik od nastanka kliničke neuropatije. U sličnoj analizi četiri pokusa u 6669 bolesnika s dijabetesom tipa 2 također je pronađeno smanjenje rizika. Većina sekundarnih ishoda u obje populacije bila je povoljnija u bolesnika koji su provodili intenzivnu kontrolnu glikemiju. Nažalost, u obje skupine dijabetičara utvrđeno je značajno povećanje hipoglikemijskih epizoda.

Zaključak autora

Stroža kontrola hiperglikemije sprječava razvoj kliničke neuropatije i smanjuje poremećaje provodljivosti živaca i vibracijskog praga. U isto vrijeme pojačana kontrola glikemije uzrokuje i učestalije hipoglikemije.

Odgovor na pitanje

Bolja kontrola glikemije može sprječiti nastanak dijabetičke neuropatije pa nema opuštanja za dijabetičare. No, svakako je potreban oprez zbog mogućnosti hipoglikemije.

Callaghan BC, Little AA, Feldman EL, Hughes RAC. Enhanced glucose control for preventing and treating diabetic neuropathy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD007543. DOI: 10.1002/14651858.CD007543.pub2.

.....

Zdravlje i/ili profit: metafora i/ili stvarnost

**Nivo neke znanosti određen je razinom
njene pripremljenosti za krizu
svojih temeljnih pojmovev**

Heidegger

Stella Fatović-Ferenčić, Marin Kuhar

- Metafore nisu samo stvar jezika, nego način funkcioniranja našega kognitivnog sustava. Važnost metafore u kogniciji naglo je porasla objavljivanjem utjecajne knjige autora Georgea Lakoffa i Marka Johnsona «Metaphors We Live By» 1980. godine.

Metafora je dotad bila shvaćena kao puka figura govora ili pjesničko sredstvo kojim se u posebno odabranim trenucima želi pokazati sličnost jedne domene razmišljanja s drugom (primjerice «Oči su more»).

Međutim, Lakoff i Johnson su na bezbroj primjera pokazali kako je velika većina našega svakodnevnog govora metaforičke naravi i pokušali su dati grubu sistematizaciju takvih metafora, podijelivši ih na strukturalne, orientacijske i ontološke. O strukturalnim metaforama govorimo kada jedan koncept razumijevamo pomoći nekog drugog, primjerice *Zdravlje je tvrdava* u sljedećim rečenicama: *Zdravlje mi je napadnuto. Srušilo mi se zdravlje. Imunološka obrana organizma je presudna*.

Orientacijske metafore su one koje sistematiziraju čitave serije koncepata, najčešće prema prostornoj orientaciji gore-dolje, ispred-iza itd. Primjer su metafore *Zdravlje je gore, Bolest je dolje*. Sljedeće rečenice to pokazuju: *U top formi sam. Podignut ćemo mu*



Mark Johnson

imunološki sustav ovom terapijom. Sad me više bolest ne može dohvatiti. Tonem sve dublje u depresiju.

Ontološke metafore pomažu nam da klasificiramo stvarnost tako što našim iskustvima dajemo prirodu objekata ili entiteta, primjerice *Bolest je agresor* u sljedećim rečenicama:

Napala me bolest. Sve mi se teže braniti protiv bolesti. Bolest ne pita koga će udariti. Ili Bolest je biće u ovim:

Bolest sve više jača. Ako sada bolest ode, još imam šanse. Bolest mi je smanjila kvalitetu života.

Pojavljuje se i Bolest je mjesto: U zdravlju i bolesti. Pao sam u depresiju. Iz ove bolesti nema izlaza.

Kada se stvaraju orientacijske metafore, dogada se sustavna korelacija između naših stanja i senzomotornog aparata, primjerice između stanja bolesti i ležanja. Senzomotorička iskustva (poput doživljaja prostora) su

ono što je svim ljudima zajedničko i na osnovi čega se mogu stvarati koncepti. U ontološkim metaforama dajemo pojmovima značajke entiteta, jer i sami sebe shvaćamo kao entitete, odvojene od ostatka svijeta, pa tako bolesti pridajemo »bičevnost« ili značajke spremnika kada je tumačimo kao agresora odnosno prostora u kojem možemo biti. Konačno, strukturalne metafore nastaju tako što neki koncept koji je apstraktniji razumijevamo pomoći drugog, nekog lakši i prije naučenog. Zato i jesu apstraktni koncepti poput «zdravlja» i «bolesti» naučeni pomoći jednostavnijih, kao što su «tvrdava» ili «zgrada». Dakle, elementarna senzomotorička iskustva zajedno s pojmovima osnovnog nivoa su ono što omogućava učenje apstraktnih pojmoveva. Naš mozak nije apstraktan sam po sebi, nego je nužno metaforičan.

Metafore se sinkronijski i dijakronijski razlikuju. Različite kulture koje na različite načine tumače svijet oko sebe imat će i različite metafore, kao što će pod pritiskom novih otkrića ili kulturno uvjetovanih promjena mijenjati i same metafore. Tako će, primjerice, i metafora zdravlje je tvrdava biti promijenjena odnosno dopunjena metaforom zdravlje je novčana vrijednost: *Bolest me je koštala puno živaca. Zdravlje je neprocjenjivo. Investirajte u svoje zdravlje (a radi se o vježbanju). Bolesnici bi mogli profitirati od ove terapije.*

Nas je zanimala upravo ova dijakronijska promjena, odnosno dopuna metafora vezanih uz zdravlje i bolest. Za potpunije objašnjenje i razumijevanje tih fenomena potrebno je odrediti se spram epoha što se označava terminima poput postindustrijskog društva ili post fordizma, informacijske zajednice ili informacionalizma, kasnog kapitalizma ili neoliberalizma, kognitivnog kapitalizma, kulturnog postmodernizma. Jedna od najpoznatijih i najблиžih metafora kojom predočavamo svijet u kojem se granice gube i sve postaje virtualno blisko zasigurno je ona McLuhanova o svijetu kao *globalnom selu*.

Postindustrijski se društveni okvir učvrstio u iluziji kapitalizma u kojem prednjači angažirani ekspert (problem solver), utemeljujuci standard. Oblikuje se ideologija *kognitivnog kapitalizma i Društva znanja*, prema kojoj je znanstveni progres unutarnji smisao ljudskog opstanka. Temelj ovakvog sustava su informacijsko-komunikacijske tehnologije koje omogućuju oblikovanje informacijskog i umreženog društva. U tom smislu je McLuhanova metafora svijeta kao globalnog sela anticipirala globalizaciju, konstrukciju virtualne stvarnosti, dokidanje geografskih ograničenja, pa se umjesto stare geopolitike javlja geoekonomija. Premda je prijašnju ekonomiju kapitalizma zamjenila uvjerljiva



George Lakoff

ekonomija rasta i razvoja, koja omogućuje da svi društveni slojevi u sve većoj mjeri sudjeluju u raspodjeli ostvarenih viškova, nejednakost i dalje postoji i to ne samo među pojedincima, već i među slojevima, klasama i narodima.

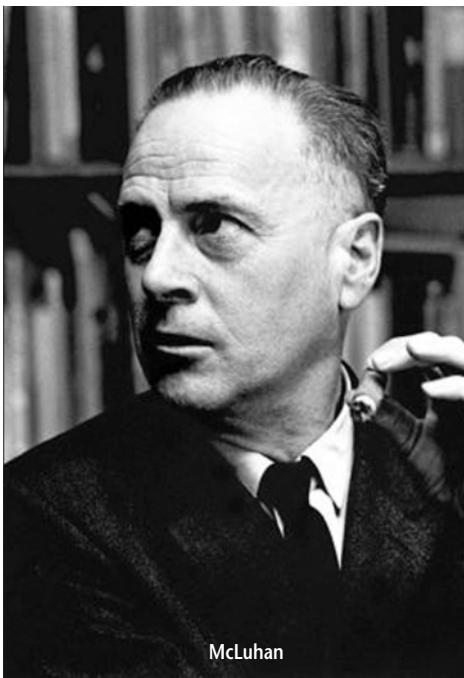
Ona se sve više ogleda i u odnosu prema zdravlju, dostupnosti zdravstvenoj skrbi, zdravstvenoj potrošnji i sl. Prema mišljenju nekih autora *globalno je zdravlje već odavno invertirano u globalnu bolest*, pa je zapravo riječ o *neoliberalnom zdravlju* umjesto o *globalnom zdravlju*. Neoliberalno "zdravlje" potvrđuju i dokumenti koji su protiv svim humanim težnjama svjedoče više o uspješnosti kulture profita nego o uspješnosti humanističkoga društva. Dokumenti podvlače ljudska prava ne isključujući obustavu korporacijskog udara na globalno zdravlje i okoliš, kao što i ne propitkuje srž uzroka siromaštva, diskriminacije i globalnog obolijevanja, umiranja i najšire sagledane patnje.

U okviru *globalnog sela* koje nastanjujemo, metafore nam služe u približavanju i pojašnjenju svijeta uključujući i one njegove dijelove koji se odnose na zdravlje, bolest, liječenje, medicinu i zdravstvo. Staru je humoralnu metaforu tijekom 17. stoljeća, žestoko uzdrmao mehanicizam. Njegove su metafore čovjeka kao stroja rascjepkale organizam na dijelove, prikazujući srce kao *pumpu*, crijeva kao *hidraulične cijevi*, pluća kao *mijeh* itd.

Trend fragmentiranja nastaviti će se i tijekom narednih stoljeća, osobito razvojem mikroskopije, s najvažnijim ciljem vizualiziranja *neprijatelja* pod što boljim povećanjem. Milenijski je prijelaz svoje metafore stavio u ruke genomici i bioinženjerstvu.

U tom smislu knjiga **Jeremy Rifkin** na *Biotehnološko stoljeće* dobar je tumač trendova koji usmjeravaju daljnji smjer kretanja prirodne evolucije života, uključujući i sam život, zdravlje i bolest. Metafora čovjeka 21. stoljeća dio je dizajnerskog programa kojim poistovjećujemo tijelo budućnosti u obliku *robotika*, *replikanta* i *klena*. Čovjek postaje puka *ljuštura*, spremište, rezervoar *replikatora informacije*, dok poznata Dawkinsova metafora *sebičnog gena* usmjerava darvinističku borbu za opstanak, s razine jedinke i vrste na razinu gena.

Paralelno s razvojem predodžbi i metafora o tijelu i tjelesnosti razvijaju se i one koje ukazuju na odnos prema bolestima. Sve do kraja 18. stoljeća bolest je uglavnom bila doživljavana kao individualna kategorija van kontrole društva. Nastojanja za smanjenje smrtnosti zvala su se *borbom*, *bitkom* ili *ratom*, sa središnjim likom liječnika koji je vodio *bellum contra morbum*.



McLuhan

Tek početkom institucionalizacije javnog zdravstva, razvojem profilaktičkih i preventivnih mjera, te uspostavom zdravstvenog zakonodavstva, zdravlje i bolest postaju sastavni dio društvene brige i njegovih kontrolnih mehanizama.

Na području Hrvatske te procese povezujemo sa Štamparovim javnozdravstvenim kampanjama u okviru kojih je ključnu ulogu na sebe trebalo preuzeti Društvo. Dogodila se transformacija od pojedinačnih bitaka do prilike za masovnu ideološku mobilizaciju učinivši pojmom rata kao metafore upotrebljivim za sve vrste kampanja, čiji su ciljevi upereni prema *spašavanju društva*. Bez obzira na to kome je bila uperena, vojna je metafora opstala kroz vrijeme pa je i danas jedna od najčešćih u žargonu kojim se razračunavamo s bolestima. Drugim riječima, *borili smo se tako nekoć protiv kuge istom metaforom kojom danas ratujemo protiv ovisnosti, korupcije ili siromaštva*.

Krajem 19. i tijekom prve polovine 20. stoljeća metafora *društvo kao organizam* obilježila je uvođenje antropološkog, organicističkog pristupa u interpretaciju i razumijevanje društvenih procesa. Premda ima svoje korijene još u antičkim vremenima, ona pojavom utemeljitelja celularne patologije **Rudolfa Virchova**, postaje za razdoblje prijeloma 19. u 20. stoljeće gotovo paradigmatskom. Metaforu liberalne države Virchov je smatrao korisnom u razradi svoje teorije stanice kao temeljne jedinice života. Kolikogod njihove strukture bile kompleksne, organizmi su, prije svega, *višestanični - višegradske* - odnosno, tijelo je *republika*.

I baš kao što je Virchov metaforu države rabio u razradi svoje teorije o stanici, tako se i danas ključni čimbenici koji utječu na transformaciju društva rabe kako bi temeljne pojmove naših života, zdravlja i bolesti preveli u sustav kriterija prema kojima je *vrijedno samo ono što može donijeti ekonomsku dobit*.

S ovim je usko povezan i proces komodifikacije, u okviru kojega sva područja društvenoga i kulturnoga života postaju roba.

Tržišna metafora: medicina kao for-profit arena

U trendu ekonomiziranja medicine naš diskurs je preplavljen riječima poput: *učinkovitost, ušteda, ekonomičnost, racionalnost, marketing, privatizacija, iskoristivost, isplativost, profitabilnost* i sl., dakle, u najvećoj mjeri izrazima iz područja ekonomije. Zdravstvena skrb postaje posлом koji podrazumijeva trgovinu, reklamu, kompeticiju i koji postaje motiviran zaradom. Usvaja se korporacijski model zdravstva, marketinškim promidžbama se zdravstvena usluga nudi na tržištu i ima svoju tržišnu cijenu. Potrošački izbor postaje središnjom temom ovakve zdravstveno marketinske metafore. Svrha i cilj zdravstva temelji se na procjeni efikasnosti i zarade, ne na procjeni zdravlja populacije. Naglasak se stavlja na efikasnost, povećanje profita, zadovoljstvo klijenta, platežnu moć, kompeticiju, a ideologija medicine je zamijenjena ideologijom tržišta. Poslovna etika nadomješta medicinsku dok medicinska praksa prelazi u *korporacijsko djelovanje*.

Uloga liječnika se u tom smislu također mijenja. Obrazovanje u medicinskom menadžmentu postaje jednako važno kao i u medicinskom. Zdravstvo postaje *for-profit arena*. Ova metafora nasljeđuje i sve mane tržišta iz kojeg je preuzeta, ignorira nesposobnost tržišta da raspodijeli dobra i usluge koji nisu povezani s profitom kojima ne može odrediti cijenu. Siromašnih i zdravstveno neosiguranih nema u metafori zdravstvenog marketinga, jer ideologija neoliberalizma zagovara dominaciju umnažanja tržišne vrijednosti. Prevlast (neo)liberalističkog ekonomskog modela u tranzicijskim je zemljama poput naše usko povezano sa slabljenjem socijalne države. Premoć ekonomskog žargona i metafora u tom smislu je jedan od pokazatelja trenda u kojem tržišne vrijednosti potiskuju etičke.

Poput svake druge discipline i medicina ima ključni pojmovni par koji na najbolji način određuje njenu predmetnu oblast. Taj pojmovni par je binom *zdravlje / bolest*.



Rudolf Virchov

On se međusobno upotpunjuje objašnjava i otvara prostor za djelovanje. Medicini se, međutim često prebacuje svojevrstan zaborav zdravlja.

Neki autori naglašavaju da zdravlje nije tek «samo po sebi» skriveno, nego je dodatno skriveno u sistemima zdravlja, zdravstvenim sustavima. To, pak, možemo detektirati i na terminološkoj razini, tamo gdje govor o zdravlju biva potisnut govorom o zdravstvu, ali i po nizu tržišnih metafora koje ga određuju.

Povratak zdravlju kao konceptualizaciji je važan za medicinu iz više razloga. Iz zdravlja ne smiju biti isključeni ni zdravstvo

ni zdravstveni djelatnici jer njihova odsutnost može otvoriti prostor za njegovu manipulaciju osobito sa ekonomskog aspekta. Pred medicinu i liječnike se upravo stoga u suvremenosti postavljaju drugačiji zahtjevi. Prijedlozi su da bi liječnici osim medicinskih dijagnoza trebali postavljati i tzv. "socijalnu dijagnozu" (čija je svrha odrediti bolesnikovu "percepciju vlastitih potreba i kvalitete života"), "epidemiološku dijagnozu" (uz pomoć koje se određuje "koji su zdravstveni problemi najvažniji za odredene grupe u zajednici"), "bihevioralu dijagnozu" (koja pruža saznanje o činocima individualnog rizičnog ponašanja koji doprinose pojavi različitih zdravstvenih problema), "administrativnu i političku dijagnozu" (čija je svrha identificiranje aktivnosti, resursa i okolnosti koji mogu promicati ili pak onemogućavati implementaciju određenoga zdravstveno-zaštitnog programa...).

Posljednju tvrdnju potkrepljuju brojna istraživanja. Stanić Živka je primjerice, u svom tekstu istaknula ono Benzevalovo iz 1997. koje je ukazalo na sve veće razlike u zdravstvenom stanju bogatih i siromašnih u V. Britaniji. Ono je uzrokovano i time što su "konzervativne vlade vezane za zdravstvo bile usmjerene na uvođenje 'tržišnih mehanizama' u zdravstveni sustav zemlje", čime su očito "pokazale vrlo malo zanimanja za nejednakosti u području zdravstva".

Unatoč razvoju i stalnim uspjesima medicina se nalazi u krizi. Ta se kriza očituje u načinu kako ona postavlja svoju zadaču (u okviru prirodoznanstvene paradigme) te kako je razvija u kontekstu suvremenoga tržišno-

orientiranoga neoliberalnog društva. Jedan od pokazatelja ovog razvoja je uporaba metafora kao instrumenta ekspresije zdravstvene ideologije kojom se naglašavaju predodžbe spram zdravlja, bolesti, zdravstvene zaštite, medicine i zdravstva općenito. S obzirom na to da su metafore kognitivne i da ih u načelu nismo svjesni, pronalaženje u jeziku onih metafora koji pokazuju konceptualiziranje samog zdravlja i bolesti pomoću tržišnih pojmove, ukazuje na tendenciju identificiranja zdravlja s profitom. Takva dijakronička promjena metafore povlači za sobom intuitivno neprihvatljivu posljedicu da su tržišni mehanizmi toliko proželi zdravlje da su ga ljudi počeli doživljavati pomoću tržišta. Zdravlje je tako od ljudskog prava postalo konkurentna roba. U ovom slučaju metafora je bila pokazatelj tendencija kulturnih promjena. Postoji još jedna mogućnost, a ta je da metafore povratno djeluju na društvo.

Možda bi se - ako je već teško mijenjati tržišnu kulturu - moglo insistirati na tome da se barem u okviru liječničke profesije uvede netržišni diskurs. Uspjesi alternativne medicine - u smislu povjerenja i proširenosti, ne učinkovitosti - pokazuju nam da je samo drugaćijim govorom moguće biti bliže ljudima prihvatljivom konceptu zdravlja.

Uvođenjem drugačijeg govora o zdravlju profesija bi pokazala stanovitu rezervu i kritiku spram modernih tržišnih tendencija.

• • • •

• Literatura na zahtjev stella@hazu.hr



Zašto je teška kontrola tanjura?

Dr. sc. Ignac Kulier

- Kod procjene dnevnog unosa kalorija svi gledaju na broj obroka, dok se njihova veličina zanemaruje. Gotovo se nitko ne može zaustaviti na standardnoj veličini; uvek postoji trend povećavanja. Mega-obroci su realna opasnost za pretilost ljudi, ne samo u SAD-u, već i kod nas. No, veći obrok nikako ne znači i bolji, zapravo veći obrok - veća glad!

Sramota je pojesti malu pizzu

Rafinirani marketing u SAD-u razvio je dvije ključne stvari kod svojih potrošača: natjecateljski duh u konzumiranju hrane s jedne i uštede pri kupnji namirnica s druge strane. I jedno i drugo je vrlo loše jer kupuje se previše velikih pakovanja, koja se potom nepotrebno uskladištavaju u hladnjacima i, naravno, previše se jede. Čim su namirnice u hladnjaku, netko će ih pojesti i popiti. Ono što osobito zabrinjava jest pomirljiv ton prema ekstremno pretilim ljudima koji se u javnosti ne tretiraju kao »bolesnici«, već kao normalni ljudi "kojima ne smeta što su debeli".

Odnosno, debljina se diskretno popularizira radi potrošnje ekstremno velike odjeće i ogromnih količina hrane koju debeli ljudi mogu konzumirati. Sve je u funkciji potrošačkog mentaliteta; dakle stimulira se samo potrošnja, a sve drugo nije važno. Uostalom, za debele ljude neka se pobrinu liječnici, koji također na njima moraju zaraditi. Ukratko, na pretilima se dobro zaraduje i takav "business" ne smije stati.

Premda mnogi ljudi koji u SAD-u redovito odlaze na ručkove i večere u restorane, nisu ni primijetili povećanje obroka; analize uzoraka uzetih nasumca pokazuju da se velikim obrocima kalorijski unos povećava čak za 56 %. Najgore od svega je što su se ljudi navikli jesti mnogo i sada ih ne možete vratiti natrag i naučiti da jedu manje. Pojesti malu pizzu nije »in«, ali kad se donese velika

pizza sva se lica ozare. Nikoga ne boli glava ako osoba koja je naručila takav mega-obrok ne pojede do kraja. Tko mu je kriv kada „jede kao malo dijete“. Kako ćete kod kuće tinejdžerima sipati male čaše Cole kada su navikli piti iz plastične boce koja minimalno ima 1 litru? U svakoj litri Cole nepotrebno dobiju 10 % suhe tvari kukuruznog sirupa koji „žmiče“ gušteraju jer je riječ o visoko glikemijskom ugljikohidratu.

Temeljna je pogreška većine ljudi uvjerenje da se od obroka mora najesti, zbog čega često dvaput uzimaju meso, juhu ili prilog. A kad dođe na red slatko, onda svatko gubi osjećaj za mjeru. Nikada ne bismo znali kakav je stvarni utjecaj veličine obroka na tjelesnu težinu da se za to nije pobrinula skupina stručnjaka sa Sveučilišta u Pensilvaniji, SAD, pod vodstvom dr. Barbare Rolls. Rezultati toga zanimljivog istraživačkog pothvata objavljeni su u časopisu The American Journal of Clinical Nutrition, u broju od prosinca 2003. Pokusom je obuhvaćena 51 osoba u dobi od 21 do 30 godina, oba spola, od kojih je polovica bila normalne, a druga polovica pretjerane tjelesne težine. Radi utvrđivanja ponašanja

ispitanika, jednom tjedno su dolazili na ručak koji je bio točno programiran, a sastojao se od tjestenine sa sirom, štapića mrkve, čokoladnih pločica i vode. Svaki tjeđan ispitanici su dobivali drukčiju veličinu obroka tjestenine, u rasponu od 2,5 do pet šalica. Mrkvu i čokoladu su morali pojesti, a tjesteninu su mogli povećavati prema želji. Primijeteno je u obje grupe da su ispitanici pojeli više ako je bilo dostupno više hrane. Zaključak je bio da je svaki ispitanik osjetljiv na veličinu obroka i tu među ljudima ogromne razlike.

Zapravo, nitko ne zna svoju mjeru već je jedini kriterij trenutno stanje i raspoloženje. Ali, ovom zaključku valja dodati i još nešto: nije svejedno samo kolik je obrok, već i kakva mu je struktura. Jer, ako je riječ o velikom obroku visoke kalorijske vrijednosti kao što je, primjerice, dvostruki hamburger, uobičajen u SAD-u, onda to postaje pogubno. Veliki obroci niskokalorične hrane, kao što su kuhano povrće i voće, nisu opasni nego su dapače preporučljivi zbog visokog sadržaja vlaknaste strukture, vitamina i minerala.

Uz glazbu i svijeće jede se manje

Osjećajući da se u veličini obroka možda krije jedan od važnih čimbenika pretilosti u SAD-u, dr. Barbara Rolls, koja je inače istraživač gladi i sitosti, napisala je i posebnu knjigu pod naslovom »Plan za kontrolu veličine obroka«, koja je pobudila veliko zanimanje stručne javnosti. Osnovna teza je: što veći obrok to veća glad, odnosno velik obrok budi duhove kod ljudi i razbuktava novu glad. Glavni krivac su TV propaganda za hranu i prehranu koja zauzima preko 50 % oglasnog prostora i restorani koji, da bi privukli mu-



šterije, stalno povećavaju obroke. Skupina suradnika dr. Rolls došla je do još zanimljivih otkrića. Ako se jede tradicionalno za stolom bez ometanja, jede se manje i ostaje sit dulje, ali ako se jede na poslu ili kad nešto smeta, primjerice TV, pojede se mnogo više! Ako se za vrijeme objeda serviraju obroci s 50 % više hrane, sve će biti pojedeno, a taj višak iznosi značajnih 172 kcal. Ako se tako radi cijeli tjedan, unos je veći za 1204 kcal.

U sljedećem pokusu je utvrđeno sljedeće: ako skupina ispitanika dobiva svaki tjedan isti dnevni jelovnik, ali s različitom veličinom obroka, žene će kod povećanih obroka pojesti dnevno 336 kcal više, a muškarci čak 513 kcal više. A kad je dnevna porcija hrane dvostruka, žene su konzumirale 530 kcal više, a muškarci čak 803 kcal. Dakle, što je veći obrok više se jede. Jasno je da se sav višak kalorija taloži u salo.



Ako uz jelo svira tihia glazba ili se zapale svijeće, kao što je to običaj u Danskoj, jede se manje. Očito je da je čovjek vrlo osjetljivo biće koje na sve reagira. Treba li spominjati da su i pokusi na životinjama pokazali jednake rezultate? Primjerice, krave muzare daju oko 5 % više mlijeka ako u štalama svira lagana klasična glazba. Ako se na glazbu naviknu pa im se glazba uskrati, može se dogoditi da količina mlijeka bude smanjena. Zlobnici kažu da su restorani u SAD-u, povećavajući obroke, namjerno učinili ljudе ovisnicima, isto kao što su proizvođači bezalkoholnih pića učinili tinejdžere ovisnicima jer žedaju upravo zato što su napici previše slatki. Tako jedna boca traži drugu, a žed se stalno povećava. A vodu više nitko ne piće i ne gleda, premda je ona jedino i pravo sredstvo za gašenje žedi. To istovremeno pokazuje kako je moćna TV reklama u stanju "isprati mozgove". Sve jasno vodi zaključku kako Amerikanci, ali sve više i Europljani, moraju biti debeli. Ljudi se „navode“ da puno jedu i piju, da stvaraju velike zalihe hrane u kući,

Za vrijeme Europskog nogometnog prvenstva muški trbusi su narasli za nekoliko kilograma jer navodno nema nogometa bez piva

da kupuju velike hladnjake, da kupuju megaobroke, da djeci i kućne ljubimce navikavaju na industrijsku hranu, da im u torbe za gablec stavljaju sokove umjesto boce izvorske vode i čokoladne pločice umjesto sendviča. Budući da svi trendovi industrijskog potrošačkog mentaliteta putuju sa Zapada na Istok, nikako nije uputno rugati se Amerikancima jer problem pretilosti uveliko kuca na vrata EU-a, a kucanje se može čuti i kod nas u Hrvatskoj.

Mjera i kolateralne žrtve

Mnogi ljudi nemaju predstavu o energetskoj vrijednosti namirnica, a zapravo to je isto što i energetska vrijednost svakog drugog goriva. Jedna banana prosječno ima oko 100 kcal i nikako nije svejedno pojede li se samo jedna ili pet. Dobro je sve što je umjerno - poznata je izreka, koje se nažalost nitko ne pridržava. Što ste stariji trebali biste po logici stvari jesti manje (budući da se potrebe smanjuju), ali često se jede više, pa tako i nastaju „debeljice“ od 120 i više kilograma. Ponuda hrane je tako velika i propaganda tako jaka da mirne duše možete jesti za 30 %



manje i da ne budete zakinuti u pogledu zadovoljavanja tjelesnih potreba za energijom i hranjivim tvarima. Naravno, pod uvjetom da se znate raznoliko hraniti, odnosno da niste neki prehrambeni čudak. Dr. Marion Nestle, nutricionist na Sveučilištu New York, kaže da je mjera temeljni problem ljudi. Ljudi znaju i mogu izmjeriti sve (uključivo i međuzvjezdani prostor), ali ne mogu izmjeriti svoj tanjur koji je velik oko 20 cm. Žalosno ili smiješno?

Nadalje čini se da se čovjek, premda se nalazi na vrhu piramide, nije previše udaljio od svojih dalekih predaka jer sjedimo, jedemo i spavamo. Sve ostale aktivnosti mogu se zanemariti. Mi smo jedina bića na planetu koja žive u zajednici i okruženju koji nas čine debelim.



S autom se izlazi iz kuće, umjesto da idemo stubama vozimo se dizalom, umjesto da djeca veselo trče do škole, tamo ih voze roditelji od straha „da im se na putu što ne dogodi“. Staze za bicikle urbanisti više ne predviđaju jer jednostavno smetaju sve gušćem prometu. Kretanje je svedeno na minimum i dalje se smanjuje. U Americi su garaže točno ispod spaonica pa je dovoljno nekoliko stuba da se uskoči u auto, stisne dajinski za otvaranje vrata i - gotovo! Više jedemo, manje se krećemo i tako se s velikom sigurnost može napraviti scenarij naše budućnosti. Unos energije bit će sve veći a potrošnja sve manja. Pravo carstvo degenerativnih bolesti! Kad smo osudili TV zbog nekoliko sati bespotrebnog sjedenja kao značajan čimbenik pretilosti, pojavio se novi problem - kompjutor. Sjedimo, jedemo i spavamo!

Ali, nismo jedini, jer sudbinu čovjeka dijele i domaće životinje, a osobito psi (slijepa odanost se nikad ne isplati).



Zapravo, psi su vjerna kopija čovjeka jer su promijenili životne navike slično kao čovjek. Prešli su na industrijsku hranu u perličnom obliku i prestali su se kretati ne svojom voljom, već voljom svojih gospodara. Rezultat je debljina koja uništava sve poznate odlike dobrog psa i pretvara ga u karikaturu. Još kad im pokrijete uši da ne ozbebi i odjenete šarene prsluke - slika je kompletan. Što bi na to rekli polarni haskiji, psi koji na sjeveru vuku teške saonice na minus 30 stupnjeva Celziusa i dobiju za obrok smrznute riblje ostatke?

Izgleda kako ništa nismo naučili iz prošlosti. Zahvaljujući naletima epidemije kolere, tifusa i tuberkuloze u 19. stoljeću arhitektura se promjenila. U 21. stoljeću činimo upravo suprotno: umjesto gradova s prostranim šetalistima, načinili smo betonske tunele i nadvožnjake za automobile tako da smo postali totalni ovisnici o limenci na kotačima. Ona nas naime iznosi na svjetlo dana i na „svježi zrak“. Što god dotakne rukom, čovjek upropasti a njegov vjerni sluga pas je kolateralna žrtva. Upravo su zbog toga i takve vizije dansi futuristički kipari napravili čovjeka koji puže jer ne može više nositi svoju težinu

Smanji unos energije, povećaj potrošnju!

Dijeta je puno, uspjeha malo, a business oko mršavljenja cvate. Ništa ne stvara takvu nedoumicu kao debljina; pitanje bez pravog odgovora jest kako smršaviti? Ravnoteža između unosa energije i njene potrošnje najveći je problem suvremenog čovjeka

Prebrojavanje je pokazalo da trenutno na tržištu postoji preko 250 različitih dijetalnih metoda koje nude brzo i učinkovito rješavanje viška tjelesne težine. Na prste se

mogu nabrojati dijete koje daju barem nekakve rezultate, a prema ozbiljnom znanstvenom istraživanju svega bi se jedna dijeta kvalificirala kao učinkovita. To je porazna činjenica koja navodi na zaključak kako debeli ljudi investiraju u jednu industriju koja im za uzvrat ne daje ništa osim varljive nade da će se u određenom roku riješiti viška kilograma. Svake se godine u SAD-u pojedine osobe iz javnog života odlučuju na neki od dijetalnih režima, naravno, uz prisutnost medija i modernih časopisa koji će zatim pratiti kako ta osoba "senzacionalno" gubi kilograme zahvaljujući određenom programu. Gostovat će u različitim televizijskim emisijama, dovodit će se stručnjaci, a sve se zapravo svodi na reklamu pojedinih programa. »Preputite se nama i mi ćemo vas srediti da vas neće prepoznati ni rođena majka«, kaže se u poruci jednog online programa za mršavljenje, gdje je dovoljno samo ostaviti adresu svoje e-pošte i, naravno, broj kreditne kartice. Suprotno svim objašnjenjima, broj korisnika dijeta sve je veći jer se rapidno povećava broj osoba koje iskaču izvan standardnih tjelesnih proporcija. Časopisi svakodnevno zasipaju čitatelje reklamama o novim senzacionalnim dijetama koje »rade dok vi spavate«. Preko 80 % on-line savjeta poznatih stručnjaka, koji svakodnevno daju odgovore na pitanja, odnose se na skidanje viška kilograma koji su nastali nepromišljenim konzumiranjem jela i pića tijekom blagdanskih dana. Tu se ubrajaju i tradicionalno loše prehrambene navike Hrvata koji stalno spajaju blagdanske dane, mnogo jedu i piju, a sve manje se kreću.

Najvažnija je motivacija

Amerikanci sve istražuju i o svemu imaju statistiku, koja im koristi da vide - kuda

i kako dalje. Tako je poznati znanstveni časopis *Annals of Internal Medicine*, zahvaljujući timu stručnjaka, istražio deset najboljih (najskupljih) dijeta i došao do zaključka kako samo jedna među njima zaista djeluje, a to je "Weight Watchers" koja je poznata u SAD-u, ali vrlo malo kod nas. Temeljni je pristup kod svih smislenih metoda „sam svoj majstor“, tj. čovjek ostaje temeljni čimbenik u procesu mršavljenja, a sve drugo su pomoćna sredstva. Među tolikim debelim ljudima i pored toliko hrane teško je zadržati stvari "pod kontrolom". A nakon blagdana, kada se najviše jelo i pilo a najmanje kretalo, problem je još veći. Stečeni višak sala oko trbuha ili na zadnjici teško je skinuti, mnogo teže nego sprječiti nepotrebno debljanje. Iz velike ponude dijeta, kojih ima preko 200, običnom čovjeku teško je odabratи pravu.

Druga opcija temelji se na principu "sam svoj majstor", a preporuka je vrlo jednostavna i nadasve jeftina: preplovite obroke i to činite sljedeća tri mjeseca. Nakon toga prihvativate novi stil ponašanja kao pravilo. Jednostavno zvuči ali je "mission impossible". U pitanju je samo motivacija. Sve ovisi o tome koliko ste zaista spremni žrtvovati za sebe i svoj izgled. Vaša volja ima središnje mjesto, a sve drugo su samo pomoćna sredstva. Dijeta znači odrikanje od ustaljenih navika, a na to je od 100 ljudi spremno jedva 15 %. Od tih 15 % polovica ih otpadne u prvoj fazi, a samo najuporniji ostaju i uspiju (oko 5 %).

Ova statistika nekome može izgledati drastična, ali iskustva s mršavljenjem su upravo takva. Mršavljenje je u fizički i psihički stres, pa tko tvrdi suprotno - laže. Premda svaka dijeta ima neka druga pravila, sve se svodi na isto: manje hrane, a više vježbe, odnosno smanji unos, a povećaj potrošnju. Psiholozzi su utvrdili da stroge zabrane što se smije a što ne smije rađaju kod ljudi otpor i da se sve završava krahom. Smanjivanje uobičajenih obroka do 50 % smatra se jednom od najučinkovitijih metoda za redukciju tjelesne težine. Ona podrazumijeva smanjivanje porcije mesa i priloga, primjerice jedna hrenovka umjesto cijelog para, jedna šnita kruha umjesto tri... Tajna se krije u činjenici da nije važno što jedemo, već koliko jedemo.



«Magija debljanja»

• Udruga za prevenciju prekomjerne težine, u suorganizaciji s Gradskim uredom za zdravstvo i branitelje, Hrvatskim društvom za debljinu, Zavodom za javno zdravstvo, Koalicijom udruga u zdravstvu, a pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja, održala je okrugli stol pod temom "Magijom debljanja - Zašto i kako se deblja". Stol je održan 21. svibnja na Tribini Grada Zagreba u sklopu obilježavanja trećeg Europskog dana protiv debljine.

Uvodničar i moderator bio je prof. dr. M. Koršić, FRCP, a ostali izlagatelji su bili: prof. emeritus M. Solar, Filozofski fakultet; prof. dr. V. -orđević; doc. dr. D. (c)timac; dr.sc. D. Jurakić, KIF; mr.sc. I. Švenda i dr.sc. J. Jelčić.

Sve teme su se bazirale na različitim gledištima o debljanju te lošoj percepciji o nedostatku vremena i tzv. "magiji" koja nas dovodi u situaciju (debljinu) za koju ne želimo preuzeti odgovornost. Osim izlagatelja i organizatora/volontera, okruglom stolu je prisustvovalo 170 osoba. Kao i na svakom okruglom stolu, nakon svih izlaganja te upita i komentara prisutnih iz publike, doneseni su sljedeći zaključci.

- Posebnu pozornost treba posvetiti djeci i mladima na razini obrazovanja djece, roditelja i osoba u sustavu koje se brinu o djeci.
- Potrebno je osvijestiti način života i unijeti kvalitetne promjene u svakodnevne aktivnosti i prehranu.
- Društvo mora biti uključeno na svim razinama i otvoreno prema promjenama uspješnog rješavanja debljine.
- Debljina jest bolest.
- Učinkovitom prevencijom smanjuju se komplikacije, ali i pridonosi uštedi izdataka u zdravstvu.

Neka hladnjak bude prazan

Kontrola obroka je jednostavna, jef-tina i sigurna metoda za redukciju tjelesne težine samo kada se sustavno provodi. Bez lijekova i zabrana, bez torture, bez skupih namirnica! Nakon prepovlažanja obroka ide se na drugu fazu, koja podrazumijeva organiziranu borbu protiv kalorija tako da se isključi sve ono što ih donosi. U toj borbi, koja se često pretvara u pravu hajku na kalorije, u pravilu se progone »zli duhovi« tako da se iz obroka izbacuje sve što nalikuje na masnoću, što nikako nije dobro jer tijelo mora primati određenu količinu masnoće i u vrijeme mršavljenja. Dakle, može mljeko, ali ono s 1,5 % masnoće.

Bitka sa sanim sobom najgora je bitka i tu je bolje ne dovoditi se u iskušenje. Zato je najbolje da hladnjak bude prazan i da se kupuju samo one namirnice koje će biti potrošene tijekom dana. Prvo vrijeme je najgore jer se tijelo teško navikava na burne promjene, ali poslije, kad se uspostavi ritam, bit će sve lakše. Režim koji jamči mršavljenje tempom od 0,5 kg tjedno je minimalno 1000 kalorija a optimalno 1250 kcal (dijeta dr. Kuliera, DVD "Nutrifit"). To znači da bi ovisno o spolu maksimalan dnevni unos bio 1500 kalorija. I da se ne zavaravamo - tako treba tjerati više mjeseci ako se želi pobijediti pretilost. Pozitivni rezultati ne mogu se vidjeti nakon 15 dana, značajni su tek nakon tri mjeseca. Na veće smanjivanje tjelesne težine

moe se računati tek nakon 6 mjeseci, a je li dijeta bila uspješna vidjet će se tek nakon godinu dana. Budući da je strpljivost najveće iskušenje korisnika dijete, velikih broj otpada jer nije u stanju «izdržati» kronično gladovanje. Naime, takva osoba izgubi bitku sa sanim sobom.

Unatoč raznolikoj ponudi raznih sredstava, preporučuje se korištenje knjige Jelovnici za mršavljenje (istog autora) koja omogućuje izradu jela po želji, a sve u energetskoj vrijednosti od 1250 kcal. Također se preporučuje CD-ROM Mršavite bez torture. Na taj se način korisnik aktivno uključuje u svoje mršavljenje i jača svoje samopuzdanje.

Što se tiče vode, pokazalo se naime da pijenje vode ili nezasladenog čaja pozitivno utječe jer stalno popunjava želudac. No s druge strane, višak vode ispirje minerale o kojima svakako treba voditi računa. Znanstvenici su dokazali da pijenje dvije litre vode dnevno može sagorjeti 150 kalorija. Naravno, nije svejedno kakva se voda pije. Gazirani i zaslađeni sokovi te ostali napitci nemaju takav učinak pa je pogrešno očekivati mršavljenje uz Coca-Colu.

Mršavljenje uz intenzivne mirise

Ako se u kuhinji priprema pečenje ili se nešto pirja u umaku od rajčice, a vi ste u susjednoj prostoriji, vjerojatnost da ogladnite povećava se za 50 %. Zašto? Zato što ste

cijelo jutro mirisali ono što će doći na stol. Mirisi su podražili centre za glad u moždanoj kori i posljedica je istinska glad. Ako postoje stimulativni mirisi, vrlo je logično da postoje i oni drugi - destimulativni. Ovim naizgled banalnim projektom o utjecaju mirisa na glad bavila se skupina stručnjaka iz Chicaga. Udisanjem pojedinih aroma u obliku praha kojim se prije obroka posipa jelo može se prevariti mozak da je želudac dobio više hrane nego je zaista konzumirano.

Napravljene su dvije skupine aroma - slatkaste (kakao, banana, karamel, vanilija) i slankaste (sirevi, pržena slanina, prženi luk). Pokazalo se da je učinak bolji što je aroma jača.

Na 108 ispitanika dobiveni su vrlo zadovoljavajući rezultati. Prosječan gubitak tjelesne težine bio je oko 15 kilograma za šest mjeseci. Tijekom ispitivanja nije bilo nikakvih restrikcija u prehrani, jednostavno je došlo do smanjivanja unosa. Ispitanicima je rečeno da jedu koliko žele, ali da prije posipaju jelo s nekom od aromi.

Ukratko, dijeta s pomoću jakih aroma djeluje, a dobiveni rezultati su više nego ohrabrujući. Stručnjaci objašnjavaju da 90 % osjetilnih utisaka koji čine okus i aromu nekog jela isključivo stvara miris, da je čovjek vrlo osjetljiv na mirise i da, što je najvažnije, miris jela ima velik udjel u osjećaju sitosti. Što više mirišite hranu - to ste sitiji.

(Izvadak iz knjige „Rizičan život“ i iz DVD-a „Nutrifit“ adaptiran za Lječničke novine)

Lječničke novine ne
izlaze u kolovozu.
Idući broj izlazi
15. rujna 2012.g.

Zlarin i liječnici Zlarinjani

Ivica Vučak

- Zlarin je treći po veličini (površina 8,19 km²) i jedan od šest naseljenih otoka šibeničkog arhipelaga. Izdužen u smjeru jugoistok-sjeverozapad (duljina 6,2 km i širine 2,1 km), pruža se od rta Punta Rata na jugoistoku do rta Punta Marina na sjeverozapadu. Brdoviti prostor čini 40 %, blago brdoviti 45 %, a tek 15 % Zlarina otpada na zaravnjen reljef. Dužina obale iznosi 18,7 km. Dva vapnenička niza veoma dinamičnog reljefa (padine ponegdje nagnute i preko 32 stupnja te jame, škrape i kamenice nastale procesima erozije) zatvaraju blago nagnuto krško uđubljenje i proširenje zvano Polje, tektonskog podrijetla. Naselje Zlarin s najdužom otočnom rivom u Hrvatskoj (duga 131 m, široka 16 m) nalazi se u uvali, dok je najstarije naselje u nutritini otoka, Borovica, danas napušteno.

Prvi se put spominje 1298. godine pri utemeljenju šibenske biskupije kada je Zlarin pripadao župi Srimca (Murter). Odci-jepio se od nje 1460. godine, postao samostalna župa i dobio vlastitog župnika. Zlarin je spomenuo i svećenik i pjesnik Juraj Šižgorić (13.9. oko 1445.-1509.) u svojoj povijesno-zemljopisnoj raspravi "De situ Illyriae et civitate Sibenici". Godine 1567. Zlarin je brojio 496 stanovnika u 56 kuća, a 1775. imao je 1246. stanovnika. U Zlarinu je 1835.-1836. od kolere umrlo više od 70 ljudi.

Uvijek je bio otok težaka (vinogradara i maslinara), koraljara i pomoraca. Za napredak mjesta posebno je bilo važno pomorstvo koje je postalo tradicionalno zanimanje. Od 1836. više od 300 zlarinskih momaka plovilo je na parobrodima britanskih društava, a mnogi su i ostali u emigraciji. Njihovih potomaka danas ima u Punta Arenasu, Buenos Airesu, San Pedru i New Yorku. Najčešće su počinjali radeći teške poslove. Bilo ih je zaposlenih i na prokopu Sueskog kanala 1857. godine, no bilo ih je koji su se obogatili, a njihovi potomci izgradili su zanimljive krajere. Mjesna škola u Zlarinu otvorena je 1810. godine, toranj sa satom izgrađen je

1839., a novo groblje otvoreno je 1878. Akcijom pošumljavanja otoka započeli su 1903. Prva betonirana ulica u Zlarinu bila je 1907. Poturićina (prema prezimenu stanara) na potezu od "Rudine" (poljane) do "Leroja" (tornja sa satom). Gradnja Nove rive započela je 1908., a prvo javno kupalište izgrađeno je 1914.

U Zlarinu su rođeni Jerolim Šutina (talijanski se pisao Suttina) (1796.-1866.), Vesna Parun (1922.-2010.) i Mladen Bjažić (r. 1924.). Sa Zlarina potječe Vlado Vukov (1936.-2008.), a na Zlarinu je odrastao Tony Maglica (r. 1930. u New Yorku). No, na Zlarinu su rođeni, djetinjstvo proveli i početno obrazovanje stekla i trojica liječnika koji, stjecajem prilika, nisu nikada radili na svom rodnom otoku.

Ante Aničin

(Zlarin, 13.6.1881.- Skopje, 11.9.1949.)

Pučku školu završio je u Zlarinu, gimnaziju u Splitu te je sredinom srpnja 1900. u Velikoj gimnaziji u Splitu proglašen zrelim. Izjasnio se za studij medicine. «Glasilo za interes hrvatskog naroda» zadarski «Narodni list» od 8. kolovoza 1900. objavio je i njegovo ime u skupini abiturijenata splitske gimnazije koji su javno protestirali protiv toga što je direktor Ivan Kos (1849.-1931.) u gimnaziskom izvješću «njihov jezik nazvao srbsko-hrvatski kad je njihov materinji jezik hrvatski». U tom nizu bili su njegovi sućenici koji su poslije postali značajni književnici i javni radnici Jakov Carić (1881. - 1947.) (na maturi s odlikom) i Božo Lovrić (1881.-1953.).

Studij medicine završio je 1905. u Beču i na čast doktora sveukupnog liječništva promaknut 9. veljače 1906. Poglavarstvo u Šibeniku pripoznalo mu je u ožujku 1906. pravo na slobodno vršenje liječništva.

Postavljen za općinskog liječnika u Obrovcu. Tu službu obavljao je sedam godina. Sudjelovao je u društvenom životu gradića. Prigodom proslave narodnoga blagdana sv. Ćirila i Metoda u srpnju 1912. u Obrovcu je bilo prikupljeno 84.1 kruna, a dr. Aničin je poklonio 5 kruna. Zatim odlazi u Beč na specijalizaciju interne medicine na kliniku prof. dr. Norberta Ortnera von Rodenstätta (1865.-1935.). Izbijanje Prvog svjetskog rata u srpnju 1914. zateklo je dr. Aničina u Beču. Nakon završene specijalizacije postavljen za šefa odjela za unutrašnje bolesti Petre rezervne bolnice u Beču. U listopadu 1918. bio je za zasluge odlikovan Zlatnim križem s krunom na vrpci kolajne za hrabrost.

Nakon raspada Austro-Ugarske vratio se iz Beča. U novonastaloj državi





postavljen je potkraj 1919. za šefa internog odjela Okružne bolnice u Skopju. Primljen je 5. ožujka 1920. za novoga člana Srpskoga lekarskog društva u Beogradu. Nakon što je 1923. napustio mjesto šefa bolničkog odjela, nastavio je u Skopju raditi kao privatni liječnik. Prema «Godišnjaku Kraljevine Jugoslavije» tiskanom 1932. bio je član Sanitetskog savjeta

Vardarske banovine. Zatim je punih 11 godina radio kao liječnik u Ambulanti za željezničare u Skopju. Za vrijeme okupacije tijekom Drugog svjetskog rata bio je mobiliziran. Nakon završetka rata bio je prvi internist u gradu Skopju. Istaknuo se, nakon 1945. godine, naporima na uspostavi i unapređenju rada na internom odjelu bolnice te podizanju i edukciji srednjeg i višeg medicinskog kadra. Postavljen je za šefu internog odjela Zemaljske bolnice u Skopju i to je obavljao sve do 26. svibnja 1946., dok nije obolio. Umro je u Skopju 11. rujna 1949. godine.

Srećko Poturica

(Zlarin, 1889.- Split, 1979.)

U "težačko-mornarskoj" obitelji **Mate Poturice** u Zlarinu bilo je sedmero djece, četiri sina tri kćeri. Prvi, **Srećko**, rođen 15. kolovoza 1889., završio je pučku školu u Zlarinu. Od školske godine 1900/1901. do 1907/1908. u Državnoj velikoj gimnaziji u Kotoru završio je osam razreda s odlikom. Primao je, odlukom Namjesništva Dalmatin-skoga u Zadru od 29. prosinca 1902. te pono-

vno 21. veljače 1905., stipendiju od 400 kruna iz Vjerozakonske zaklade. Ispit zrelosti položio je s odlikom u srpnju 1908. Jedino je njemu od sve djece u obitelji pružena mogućnost daljnog školovanja pa je 19-godišnji Srećko Poturica otputovalo je u Beč studirati medicinu. U Beču se uključio u aktivnosti tamošnjega Hrvatskog akademskog društva "Zvonimir". U časopisu "Luč", glasili Hrvatskog akademskog katoličkog društva "Hrvatska" koje je u listopadu 1905. u Beču pokrenuo i uredio **Ljubomir Maraković** (1887.- 1959.) a tiskan je u tiskari biskupa **Antuna Mahnića** (1850. - 1920.) na Krku, Poturica je objavio tekst pod naslovom "Nada". Na skupštini 4. studenoga 1910. izabran je za tajnika u Upravnom odboru «Zvonimira» za zimski semestar 1910/1911. godine. Propisani vojnički staž u statusu "jednogodišnjeg dobrovoljca" obavio je Poturica 1912. Izbijanjem Prvog svjetskog rata morao je prekinuti studij jer je u odori austro-ugarskog vojnika bio od 1914. do 1918. U razdoblju kad se kadet Poturica nalazio na području rijeke Soče u istim je rovovima bio i njegov otac. Po završetku rata Srećko je nastavio studij i promoviran 26. lipnja 1921. u Beču.



Zlarin

Vratio se kući i proveo pripravnički staž u Državnoj bolnici u Šibeniku od 1. rujna 1921. do 31. listopada 1922. Zatim je bio općinski liječnik u Tisnom od 1. studenoga 1922. do 31. svibnja 1926. Vjenčao se 25. siječnja 1922. s Nevenkom Kurajica u kapeli pokraj šibenske bolnice. Njezin otac dr. Božo Kurajica (1857.-1930.), rodom Dubrovčanin, bio je od 1894. pomoćni liječnik te od 1897. do 1926. voditelj Odjela psihijatrije u šibenskoj bolnici. A i njezin brat **Branko Kurajica** (1902.-1944.) će 1930. u Beogradu završiti studij medicine i nakon liječenja od tuberkuloze na Golniku 1931./1932. raditi u Šibeniku te 1939. u Zagrebu završiti specijalizaciju neuropsihijatrije. Od 1. lipnja 1926. do 31. prosinca 1938. dr. Poturica je bio liječnik Okružnog ureda za osiguranje radnika (OUZOR) filijale Split, ekspoziture u Šibeniku.

Od 30. prosinca 1929. do 25. ožujka 1931. bio je odbornik Liječnicke komore Primorske banovine. Smatrao je važnim sudjelovati u akcijama zdravstvenog prosvjećivanja. U Šibeniku je 16. svibnja 1935. utemeljen Odbor Antituberkulozne lige, a u tjednu posvećenom protutuberkuloznoj propagandi (19.-26. svibnja 1935.) održao je predavanje "O biti tuberkulozi i o tuberkulozi kao najvećem socijalnom zlu". No, još prije, 31. svibnja 1933., predavao je o tuberkulozi u Sokolskom društvu na Mandalini. Pored javnih predavanja, objavio je i nekoliko popularno pisanih novinskih članaka - "Pouke iz higijene" ("Glas" 1929.), "Imam maličnu groznicu što da radim" ("Glas" 1931.), "Moje dijete ima kukurikavac" ("Glas" 1934.) i "Što je higijena" ("Glas").

Na komemoraciji žrtvama atentata u Skupštini u Beogradu 1928. održanim u Šibeniku govorio je u ime Seljačko-demokratske koalicije čiji je bio općinski zastupnik. Prepozit stolnoga kaptola, apostolski protonotar i upravitelj dačkog sjemeništa u Šibeniku don **Niko Tabulov Truta** (rođen u Zlarinu 1872.) oborio je 21. veljače 1931. Kućni liječnik sjemeništa dr. Poturica je ustanovio griposnu upalu, a "jer je bolesnik imao "vitium cordis" uvidio je stvar ozbiljnog" te je iz Zagreba pozvan dr. Ivo Hugo Botteri (1876.-1963.)



koji je do 1921. radio u šibenskoj bolnici. Predstavljajući sokolsku župu Šibenik, govorio je 30. srpnja 1933. na skupštini na kojoj je utemeljen "Sokol" u Tisnome te prigodom izleta Sokolskog društva iz Šibenika u Krapanj 27. kolovoza 1933. Na konferenciji pristaša Jugoslavenske nacionalne stranke u salonu Hotela "Krke" u nedjelju 27. kolovoza 1933. dr. Poturica je predstavljao šibenske gradane. Na skupštini „Sokola“ održanoj u Šibeniku u nedjelju 14. siječnja 1934. ponovno je izabran za starostu. Nakon svih izvješća na glavnoj godišnjoj skupštini "Sokola" 20. siječnja 1935. bivši je starješina dr. Poturica okrivo osobne nesuglasice za smjenjivanje uprave koju je vodio. Na skupštini 25. ožujka 1936. izabran za drugog zamjenika u upravi Sokolske župe u Šibeniku, a 24. siječnja 1937. izabran je za starostu sokolskoga društva u Šibeniku.

U prosincu 1934. u Šibeniku je utemeljen Gradski odbor socijalne skrbi koji će u siječnju 1935. otvoriti kuhinju za siromašne i nezaposlene radnike, a među onima koji su dali priloge bio je i dr. Poturica.

Poturica je s mjesta šefa šibenske ekspoziture SUZOR-a premješten po molbi u Split. Preuzeo je 1. siječnja 1939., kao jedan od četvorice liječnika OUZOR-a, splitski rajon Lučac te zbrinjavao područje istočno od Balkanske (danas Vukovarske) te sjeverno od Solinske ulice (danас Ulice Domovinskog rata). Ostao je raditi u ambulantama socijalnog osiguranja tijekom okupacije do listopada 1944., a i nakon oslobođenja Splita u novoj državi do umirovljenja. U onim teškim vremenima nekoliko je puta, zbog političke naivnosti, umalo izgubio glavu. Jednom je to bilo kad je za vrijeme talijanske okupacije Splita preglasno komentirao vijest engleske postaje Radio-London o neizbjegnoj propasti sile osovine. Ponovilo se slično pri prvom ulasku partizana u Split u rujnu 1943. kada je već

bio uhićen i na listi za strijeljanje, ali su ga spasili članovi obitelji pacijenta koje je liječio, među kojima je bilo komunista.

Osim rada u službi Higijenske zaštite radnika, ispomagao je od 1947. na rendgenu. I nakon završetka Drugoga svjetskoga rata bio je aktivna u Zboru liječnika. Vodio je 15. veljače 1948., u ime predsjedništva, glavnu godišnju skupštinu Podružnice Zbora liječnika Hrvatske u Splitu. Nastavio je aktivno sudjelovati u zdravstvenom prosvjećivanju. Od 23. 4. 1947. do 27. 12. 1947. održao je 14 popularnih i pučkih predavanja na tribinama u sindikalnim podružnicama (Higijena rada i profesionalne bolesti /23. 4. 1947./,

Dezinfekcija, dezinfekcija i deratizacija brodova /4. i. 8.5./, Osnovne upute iz opće higijene /12.5./, Profesionalne bolesti i značenje sistematskog pregleda /14.5./, Značenje sistematskih pregleda učenika u privredi /28.5./, Sistematski i periodični pregledi radnika i profesionalna oboljenja /16.6./, Društvo Crvenog Križa, njegova organizacija, rad i ciljevi /21.6./, Akutno i kronično trovanje olovom /22.6./, Štetnost prašine u poduzećima /2.7./, Važnost upotrebe zaštitnih naprava u radu /21.8./, Fizkulturne vježbe i pravilan odgoj tijela /2.9./, Kronično otrovanje olovom, profesionalne bolesti i sistematski pregled radnika /12.10./, Silikoza u industriji kamena /15.10./, Skrb narodnih vlasti za pravilan odgoj učenika u privredi na temelju postojećih zakonskih odredaba /27.12./). Nakon pada i prijeloma kuka umro je u Splitu 1979. u 90. godini života.

Ivo Kandijaš

(Zlarin 20.9.1889. - Šibenik, 27.1.1970.)

Mate Kandijaš, pomorac i posjednik, te **Šunjka Duhović Antulova**, težakinja, oboje iz Zlarina, vjenčani su u Zlarinu 23. svibnja 1886. Drugom od trojice sinova, rođenom 20. rujna 1889. u Zlarinu, nadjenuli su ime **Ivo**. Nakon pučke škole u Zlarinu Ivo je niže razrede gimnazije završio s odlikom od školske godine 1901/1902. do 1904/1905. u Kotoru, a od 5. do 8. razreda u Državnoj gimnaziji s hrvatskim nastavnim jezikom u Zadru. U ljetnom roku 1909. položio je ispit zrelosti u Zadru, a u jesen 1909. započeo studij medicine u Beču. Redovno je polagao propisane ispite te je 25. siječnja 1915. promoviran na čast doktora opće medicine.

Odmah po promociji unovačen je i služio je punih 45 mjeseci, od 10. veljače 1915. do 30. listopada 1918. Bio je vojni liječnik u 22. pješačkoj pukovniji austro-ugarske vojske u Tirolu te je bio u prilici pomoći mnogim Hrvatima u austrijskoj vojsci.

Poslije rata vratio se dr. Kandijaš u rodni Zlarin u kojem je od 15. studenoga 1918. do 31. listopada 1919. bio privatni liječnik. Naredbom predsjednika pokrajinske vlade za Dalmaciju u Splitu postavljen je 21. studenoga 1919. privremenim, a od 22. lipnja 1922. stalnim kotarskim liječnikom sa sjedištem u Imotskom. Odlukom ministra socijalne politike i narodnoga zdravlja u Beogradu od 13. veljače 1930. preveden je u zvanje zdravstvenog savjetnika kod kotarskog načelstva u Imotskom. U Trogiru je 1922. utemeljen Zavod za suzbijanje malarije koji je nadzirao rad 22 antimalarične stanice u Dalmaciji.

Dr. Kandijaš je vodio antimalaričnu stanicu u Imotskom, a uz to je pohađao bolesne od malarije u selu Vinjani Donji. Jedna od prvih njegovih zadaća na novome mjestu bila je besplatno liječenje oboljelih od malarije. Podjeljivao im je kinin što ga je zdravstveni odsjek pokrajinske vlade u Splitu privatio iz inozemstva, usprkos visokoj cijeni od 8.000 kruna za kilogram. Od siječnja do prosinca 1925. u Antimalaričnoj stanci Imotski pregledana su 553 bolesnika. Od učinjenih 185 mikroskopskih pregleda bilo je 96 (51,89%) pozitivnih nalaza. U izvještaju za 1926. dr. Kandijaš je preporučio: "Pošto se je dosadašnji način liječenja od malarije pokazao uspješnim, držim potrebitim da bi se i u slijedećoj godini zadržao isti način liječenja". U tome je razdoblju pomor djece u imotskoj krajini bio izrazito visok. Supruga je pomagala dr. Kandijašu kuhanje, na odgovarajući način, hranu za oboljelu djecu i tako poučavala žene u mjestu i okolici. U Imotskom je bio član "Sokola" te u njegov fond priložio, prigodom vjenčanja kralja Aleksandra, 40 kruna. Postao je već 1923. članom "Jadranske straže" sa statusom pomagača te priložio 100 dinara. Bio je na popisu članova "Slobodne organizacije liječnika kraljevine Dalmacije". Na izbornoj skupštini Liječničke komore Primorske banovine u Splitu 25. ožujka 1931. biran je za zamjenika člana odbora, a 25. ožujka 1934. izabran je za odbornika u Disciplinskom vijeću Liječničke komore.

Od 4. siječnja 1932. postavljen je za v.d. šefa-liječnika Školske poliklinike u Šibeniku. Bio je prvi šef Poliklinike koji je u punom radnom vremenu skrbio o zdravlju učenika. Njegov se rad sastojao u sustavnim pregledima učenika, ambulantnim pregledima i liječenju bolesnih učenika. Pisao je redovita izvješća o radu, koja su od školske godine 1931/1932. bila sastavnim dijelom "Godišnjih izvještaja o radu gimnazije". Premda je poliklinika započela radom tek u drugom polugodištu školske godine 1931/1932., sustavnim su pregledima bili obuhvaćeni svi

učenici prvih i četvrtih razreda. Od 20. svibnja 1933. bio je dr. Kandijaš unaprijeden za savjetnika Školske poliklinike. U svojstvu voditelja Ambulante za malariju u Šibeniku nadzirao je područje od rijeke Krke do Perkovića i Boraje, u kojem je to bila endemska bolest. Jašuci na magarcu putovao je i po tri dana od kuće do kuće i dijelio lijekove. Vidjevši ga tijekom pripreme kinina prije odlaska na teren, jedan ga je znanac dočekao rečenicom "Doktore, bolje lijeći čaša vina, nego šaka kinina".

Sudjelovao je u radu četveročlanog povjerenstva za odabir odgovarajućeg terena za gradnju zgrade realne gimnazije u Šibeniku. Na Izvanrednoj skupštini Sokolske župe Šibenik - Zadar održanoj u srijedu 13. rujna 1933. izabran je za župskoga podstarostu.

Dr. Kandijaš je djelovao i u organizaciji "Crvenog križa" u Šibeniku te na glavnoj godišnjoj skupštini 24. veljače 1935., zatim 8. ožujka 1936. i ponovno 28. veljače 1937. biran u Nadzorni odbor "Crvenog križa". Tijekom 1936. bio je jedan od voditelja tečaja prve pomoći koji je organiziralo to društvo u Šibeniku i koji je uspješno završilo 30 polaznika.

Izabran je 1. veljače 1934. te ponovno 3. veljače 1935. godine u Upravni odbor Zajednice doma i škole. Školska poliklinika se skribila i za prehranu učenika. Zbog nedostatnih sredstava obavijestila je Školsku polikliniku Đačku menuz o obustavljanju s datumom 15. travnja 1934. prehrane školske djece na račun poliklinike za školsku godinu 1933/1934. Tijekom rata organizirao je u Školskoj poliklinici prehranu za siromašne učenike i siromašne težačke obitelji. U Šibenskoj "Sokolani" održana je 6. rujna 1934. utemeljiteljna sjednica Mjesnoga odbora

Aerokluba "Naša krila" u Šibeniku, a u Upravu je bio biran i dr. Kandijaš na mjesto zamjenika djelovode.

Bio je članom i Šibenskog liječničkog udruženja utemeljenoga 1935. Na glavnoj godišnjoj skupštini održanoj 26. siječnja 1937. izabran je za revizora u društvu, a u travnju iste godine, nakon smrti dotadšnjeg potpredsjednika, njemu je povjerena ta funkcija. Izabran je 20. prosinca 1938. za odbornika u novom odboru za 1939. godinu. Hrvatskom liječničkom zboru u Zagrebu pristupio je u razdoblju između 25. siječnja i 2. travnja 1941.

I nakon rata nastavio je voditi Školsku polikliniku u Šibeniku, koja je "do rata raspolagala s prostorom od pet soba, čitaonicom i kupatilom", a sada je ostala na svega dvije prostorije: "jedna za ordinaciju Školske poliklinike, a u drugoj Zubna ordinacija - koje su imale zajedničku čekaonicu s Dječjim dispanzerom". U razdoblju od 16.5. do 31.8.1947. ponovno je pristupio ZLH-u. Preuzeo je i dužnost predavača higijene u Učiteljskoj školi u Šibeniku te 15. veljače 1950. održao prvo predavanje. U rujnu 1952. odazvao se molbi za novčanom potporom Šahovskom društvu u Šibeniku koje se spremalo 1953. obilježiti 30. obljetnicu osnutka. Umrovljen je s navršenih 40 godina radnog staža. Umro je 27. siječnja 1970. u Šibeniku u 81. godini života. Pokopan je u obiteljskoj grobnici u Zlarinu, a povorka od dvjestotinjak manjih i većih brodica pratila je od Šibenika do Zlarina brod sa ljesom, pokojnom dr. Kandijašu u počast. Poprsje dr. Kandijaša, koje je izradio **Kosta Angeli-Radovani** (1916.-2002.), bilo je 1995. izloženo na izložbi u Palači Milessi u Splitu u prigodi obilježavanja "Sto godina zdravstva u Splitu".

•••••



Prije 67 godina...

Rad mlade liječnice u nekadašnjem kotaru Kras poslije oslobođenja Istre

Tekst: prim. dr. sc. Vlasta Vince Ribarić
Fotografije u boji: prof. dr. Željko Poljak

• Rat je konačno završio, Istra je nakon nekoliko desetljeća tudinskog vladanja pripojena matici zemlji. Sve nas mlade liječnike i liječnice tadašnje su vlasti slale u ratom teško opustošene krajeve diljem naše domovine. Za mene, rodom Istranku, nije uopće moglo biti dvojbe kamo bih pošla i gdje bih djelovala. Istra nas čeka, a ja osim njezinih liburnijskih strana nisam još vidjela ni jednog njezinog grada, ni sela, ni kraja. Sve što sam od ranog djetinjstva slušala od svojih roditelja o Istri, od oca rođenog u Vodicama na Ćićariji i majke primorske Slovenke odrasle u Opatiji, o sodbini Istre, ono što sam kroz Nazorovog Velog Jožu poetično upijala kad bi nam ga čitali i ono čemu sam sama bila svjedokom živeći na granici u Kastvu kad su nam znali dolaziti nesretni istarski prebjезi, pa zatim kad je jedne Nove godine dok sam bila u Rukavcu bilo zabranjeno pjevanje hrvatskih pjesama u crkvi na misi i u gostonici Kinkelović, pa onda kad su karabinjeri grubo vratali mog oca s graničnog prijelaza da više nije mogao posjetiti ni svoje brojne prijatelje preko granice. Sve je to učvrstilo u meni rano usadenu klicu patriotske ljubavi prema toj našoj istarskoj grudi i čežnju za njom koju je i moj otac u sebi nosio. Poslije, kad sam u Zapisima dr. Josipa Smolake, koji su u izdanju JAZU-a izašli 1972. godine, naišla na prikaz susreta prof. Josipa Ribarića, tada eksperta za Istru



Prim. dr. Vlasta Vince Ribarić

u Parizu na mirovnoj konferenciji 1919. godine i američkog diplomata nama sklonog prof. Johnsona, kad je Ribarić pokušao u dramatičnom razgovoru s njime još jednom nemoguće, to jest da ipak i drugi diplomat shvate i priznaju da je Istra velikom većinom slavenska, s poštovanjem sam se sjetila Ribarića, svog oca, koji na žalost tada više nije bio na životu već dvadesetak godina. Zato njemu posvećujem ovaj svoj prilog.

Javila sam se dakle NOO-u za Istru u Zagrebu gdje sam tada živjela, a dvije godine prije završila medicinu, pa su me zaista rado uputili u Istru, s time da se javim u Puli Oblasnom NOO-u i predam maleni uputni papirić s potpisom funkcionara tog NOO-a, Čehića. Oni će me poslati kamo treba. Zahajeno sa svojim ukacom, učiteljem Marijanom Podmenikom, krenula sam na put 13. lipnja 1945. preko Ljubljane. Osim nešto odjeće i najpotrebnijeg liječničkog pribora koji sam imala, ponijela sam sa sobom svu svoju tadašnju medicinsku literaturu, u glavi ono znanje koje sam stekla, ta nedavno sam tek završila studije, a u srcu mnogo ljubavi i entuzijazma. U Divači nas uzimaju pod svoje okrilje i brigu vojne vlasti, nahrane nas, napoje, odmorimo se od puta koji je jako dugo trajao pa nas ukrcaju u vlak za Pulu, kamo putujemo puni očekivanja.

Istra nam počinje listati svoje divne i meni još nepoznate stranice na kojima se nižu škrți, ali ljepotom bogati kraški krajolici i pogledi s visoravnim i obronaka gora na daleke nizine, što biva uskoro zaodjenuto u plavo ljetno predvečerje te se konačno utapa u noći. Razrušena pruga kod Cerovla ispred Pazina prekida naše putovanje vlakom i prisiljava nas da prijedemo ta četiri kilometra pješice, u noći, s teškim kovčezima u rukama koje na prekide i naizmjence nosimo. Stižemo i u Pazin i konačno se ukrcavamo u teretni vlak već prepun ljudi i vreća s raznom hranom. Doslovce stojeći na jednoj nozi, između vreća žita, putujem prema Puli. Sviće, a na svim se licima, suhim i izboranim, koja tek sada nazirem, održava radost da Istra, eto, konačno živi u miru i uz maticu zemlju.. Putem u osvitu zore o težini prošlih dana svjedoče mnoga jako oštećena sela koja gledamo iz vlaka, tragovi teških ratnih pustošenja, a prati nas pjevanje žena "Mi smo pa Istrani, Hrvati pravi, ma kano lavi svoju zemlju branimo...." tako turobno obojeno čakavskim narječjem i domaćim načinom pjevanja. Trnci me hvataju od spoznaje kako je ta crvena gruda sačuvala svoju narodnu hrvatsku bit kao da se ništa nije događalo u ona dva i pol desetljeća. Dana 15. lipnja iskrčavamo se u Puli. Boraveći nekoliko dana ovdje osjećam kako taj grad, poharan i porušen, vrije životom na neki osebujan način spajajući ruševine Divić-grada s onima ratnim.

Prim. dr. sc. Vlasta Vince Ribarić (Maribor, 1920.) maturirala je na Sušaku 1938., diplomirala 1943. na MEF-u u Zagrebu. Nakon staža u Zagrebu i Osijeku 1945. postaje po vlastitom izboru kotarska liječnica u Lupoglavlju (Istra), jer se podrijetlom osjećala Istrankom. Godine 1951. specijalizirala je infektologiju u Zagrebu, nakon čega je do 1956. šef zaravnog odjela u Puli i do 1961. u Zadru. Poslije toga dolazi u Zagreb, gdje je osniva laboratorij za histopatologiju virusnog odjela Republičkog zavoda za zaštitu zdravlja. Usavršavala se u Glasgow, Londonu, Edinburgu, Bratislavi, Pragu, Beču i Hamburgu te doktorirala 1979. Objavila je 24 znanstvena i stručna rada, 18 u zemlji i 6 u inozemstvu. Za vrijeme agresije na Hrvatsku potiče osnivanje Društva hrvatskih intelektualki koje razasili u svijet na stotine apela za priznanje Hrvatske. Uz to ureduje knjigu „Hundred testimonies“ (dva izdanja), potresna svjedočanstva ratnih stradalnika, koje također šalje svjetskim uglednicima i političarima. Društvo je jedini nacionalni član International Association of University Women. Danas, u 93. godini života, aktivna je u Hrvatskom društvu umirovljenih liječnika HLZ-a, Matici hrvatskoj, Društvu hrvatskih intelektualki (koje je osnovala 1992.) i u Hrvatskom katoličkom liječničkom društvu od njegova početka.

uspomene i sjećanja

No Oblasni NOO preselio je u Labin, a ovamo će doći Englezi. I ovdje trebaju liječnika, kaže mi dr. **Egon Marojević**, ali radije krećem u Labin službenim džipom. Nakon obavljenih formalnosti predlaže mi referent za zdravstvo dr. Kozulić tri mjesta u Istri, ali mene od njih privlači Lupoglav u tadanjem kotaru Kras, gdje je i selo Vodice u Ćićariji i kamo idem ususret i svojim korijenima. S nešto lijekova iz mjesne ljekarne, s poklonjenim novim cipelama gumenih potplata, krećem konačno na svoje odredište. U Lupoglavu, koji je bio razmjerno malo oštećen u ratu, primaju me lijepo i srdačno.

Predsjednici i referenti Odjela toga kotarskog NOO-a, sve odreda kršni seljaci kvrgavih ruku i poštenih lica. Jedini je školan čovjek referent prosvjetnog odjela učitelj Kalodera, jedini zdravstveni radnik bolničarka, kojoj se na žalost danas više ne mogu sjetiti imena, a čini mi se da je nema ni u kasnjem popisu tadašnjih zdravstvenih radnika. Ta je mlada domaća žena pokazala u svom radu mnogo praktičnog duha, prijateljskog načina ophodenja, ali i dovoljnu mjeru odlučnosti, a meni je bila vrijedna suradnica. Ambulanta je bila u kući na kraju sela, praktički prazna soba, tako da se ni uz najbolju volju nije moglo pružiti mnogo pomoći, pa nam je ovelik sanduk njemačkog saniteta, nadjen u nekoj grabi, bio kasnije velika pomoć i došao kao spas u oskudici lijekova kada ni apoteke nisu imale više mnoga zaliha, a prijevoz do njih ionako je bio otežan. Tu su se našli mnogi korisni lijekovi i instrumenti bez kojih bih bila ostala gotovo sasvim nemoćna. Smjestila sam se u sobici koja je jedva primila uz nagoreni ormari drugi najnužniji namještaj. Moji stnodavci nisu nažalost bili odmah susretljivi, što mi je bilo dosta teško dok se nismo malo bolje upoznali. Tako je u prvo vrijeme bio moj jedini prijazni susjed njihov magarac u štali, u malom dvorištu nasuprot moje sobe. No, ni moji zahtjevi također nisu bili veliki. Što se mog radnog područja tiče doznajemo da je kotar Kras dug oko 40 km, prostire se na brdima, visoravnima i padinama te okuplja oko dvadesetak sela i zaselaka: Lupoglav, Semić, Dolenja Vas, Gorenja Vas, Kaštel Belaj, Paz, Lesišćina, Borut, Lanišće, Prapoče, Podgaće, Rašpor, Račja Vas, Trstenik, Brgudac, Brest pod Učkom, Vranja, Dane, Vodice, Brest pod Žbevnicom, Slum. Sela su povezana bijelim makadamskim cestama, osim Lesišćine, sasma raštrkanog naselja, i Brgudca u koji se išlo nekim strmim stubištem složenim od gromada velikog kamenja. Kraj i onako sam po sebi škrт i odvajkada siromašan, teško je opustošen ratnim razaranjima, tako da su neka sela gotovo sasvim popaljena, a neka teško bombardirana. Centar je kotara zajedno sa

svojom ambulantom daleko od većine sela i leži na pruzi, koja međutim selima ni malo ne koristi. Ljudi su iznureni ratom, opterećeni obnavljanjem svojih domova, pogodjeni gubitkom svojih dragih ili sami osakćeni, a ima i povratnika iz njemačkih logora, ali uvijek punih nade i želje za novom budućnosti koja ih čeka u vlastitoj domovini. Potrebe su velike, sile još slabe. Neki dolaze po liječničku pomoć u ambulantu, neki zovu kući; činilo mi se da ti ljudi često sami znaju da im zanimanje za njihove potrebe i dobra riječ koju smo im uputili više pomaže nego ono malo lijekova ili njege što im možemo pružiti. Znali su dolaziti po potvrdu da im je potrebna pojačana prehrana, pa bi u takvim slučajevima dobivali nešto masti šećera i brašna. Kadak je kakva manja ozljeda ili boljetica bila povodom da su me zvali na teren u neki zabačeni kraj ili naselje, pa da se na to nadoveže čitav lanac poziva i molbi za pojačanje hrane. Tada bi moj "šofer", vozač motora, legao u hladovinu i čekao dok se vratim sa svog pješačkog poleta jer često nije mogao po bespuću dalje. U samome mjestu Lupoglavu radila je kolektivna kuhinja u kojoj su žene po cijele dane mijesile i razvaljale "lazanji" za "maneštru" s malo graha i krumpira i malo začina bez luka. Borile su se sa silnim rojevima muha. Ako bih došla kasno iz ambulante i, osobito, s terena, obično nisam mogla dobiti ništa za jelo.

"Družeti" (drugove su u Istri većinom tako zvali) zato su mi osigurali litru mlijeka i "pinku" kruha, pa tada više nisam ostajala gladna nakon rada koji nije imao određenog radnog vremena ni danju, pa ni noću. Upravo je bilo dirljivo kada sam iz kakve seoske kuće, da ne uvrijedim domaćicu, morala ponijeti sa sobom koje jaje, prava gozba! A iz oblasnog NOO-a jednom sam donijela pun kovčeg raznih osnovnih namirnica. Inače se, dakako, nigdje se nije moglo ništa kupiti, a plaće još nismo ni dobivali. Ali od kraških škrapa i visokih stijena od sivog lapora do plodne crljenice, sve je to bilo ipak tako lijepo pod kapom nebесkom s koje je onog ljeta doduše peklo vrelo sunce gotovo bez kiše, ali su zato zvijezde u vedrim noćima blistale kao nikada. Izlazak na teren pojedinim sam pacijentima obavljala ili pješice ili jednim kotarskim motorkotačem kad mi ga je propagandni odjel mogao ustupiti. Brzinu bih putovanja udružila tada s vrlo sumnjivom udobnosti i sigurnosti kad bih, federirajući na vlastitim koljenima s torbom na ledima, čvrsto se držeći za ramena vozača, pokušala održati svoj položaj na mjestu za pakete. Kompaktna smo sela na Krasu ili Ćićariji posjećivali već organizirane, u nekom dvojodu, kočiji koju je vukao jedini kotarski konj. To je bilo za rad korisnije i udobnije dok je išlo, ali je trajalo samo dok je konj imao



Pogled na Vodice sa Žbevnice

potkove. No ipak je naša mala ekipa, koja se sastojala od liječnice, bolničarke i kočijaša, obavila posjete svakome selu već po kakvom određenom zadatku. Posjetili bismo škole, sistematski pregledali školsku djecu i onu slabšiju odredili za boravak na moru u Ičićima. Pregledali bismo bolesnike i manju djecu te davali savjete u vezi sa zdravljem i higijenom, što je bilo vrlo teško održavati u onim prilikama bez dovoljno odjeće, sapuna, a katkada i vode ili čak krova nad glavom. Djeca su masovno bila ušljiva, čemu se moglo s malo pažnje ipak doskočiti ako su sudjelovale majke s učiteljicama. Petrolej je bio jedino sredstvo izbora protiv ušiju. Kad sam u Lanišcu u školi, zapazivši ušljivost kod djece davala upute učiteljicama, nahrupile su neke majke prema školi vičući kako njihova djeca nisu "šenčiva", nego djeca iz Podgaća: „Ča ona govori, ona ni mjeđik, ona je ženska!“ Žao mi je bilo tih jednostavnih uvrijedenih žena u njihovoj neimaštini.

Srećom, u tom kraju suša nije djelovala do kraja kao onog ljeta drugdje u Istri, vode su imala sva sela, i to pretežno dobre pitke vode, pa je to pomoglo donekle održavanju osobne higijene. Svrab je također bio opći higijensko-zdravstveni problem, a borba protiv njega jedna od prvih, ako ne i prva organizirana masovna akcija. Ispred ambulante u velikom kotlu kuhalili smo sami Vlaemingkxovu otopinu da bismo je zatim u bocama slali po selima. Za malu djecu dobili smo sumporni lijek pripremljen u svinjskoj masti. Svi su tada hodali žuti po svijetu, a izuzetak nismo bile ni ja ni bolničarka. Ipak je ta napast bila dosta dobro suzbijena.

Od mjera preventivne zaštite bilo je provedeno cijepljenje djece protiv boginja po svim selima. Cijeplivo se nanosilo običnim pisaćim perima koja su bila, naravno, sterilizirana. Cijepljenje je pretežno uspjelo i na sreću nije bilo nikakvih komplikacija. Akcija je dobro uspjela, a majke su i taj susret s liječnikom iskoristile za razgovor o djetetu i savjetovanje o drugim zdravstvenim pitanjima. U Belaju se pojavio trbušni tifus kod dvanaest ljudi, nekima od njih i težak oblik te bolesti. Njega tih bolesnika, liječenje, izolacija i epidemiološko-

higijenske mjere ne bi mogle biti dobro i redovito izvođene da su ostali kod kuće. Zato sam otišla u Pazin divizijskom sanitetu, gdje je divizijski liječnik dr. **Davor Grgurina** organizirao prijevoz svih bolesnika u bolnicu u Ičići. Tamo su se liječili i bolesnici iz Rijeke i okolice, gdje je tada također harao trbušni tifus. Ginekološka je intervencija bila potrebna samo jednom nekoj mlađoj ženi sa spontanim abortusom i jakim krvarenjem. Izvršila sam tamponadu zahvaljujući materijalu iz onog njemačkog sanitetskog sanduka, a zatim nam je uspjelo da je prevezemo u buzetsku bolnicu na dalju obradu, gdje je iskusan liječnik vojnog saniteta izvršio potreban zahvat. U tom kraju u ono rano vrijeme poslije rata nije bilo novorođenčadi i dojenčadi, čini se da su nedaece rata poremetile normalan biološki ritam. Na našim posjetima selima i pregledima stanovništva mogla sam ustanoviti kako narod pritišću razne bolesti o kojima će se morati povesti računa, a sad su najizrazitije osnovne životne nedaece koje utječu na opće zdravstveno stanje. To su manjkava ishrana, nedostatak odjeće, neprikladno stanovanje, ponegdje i loše snabdijevanje vodom, pa i nedovoljne mogućnosti privređivanja na poljima, nedostatak stoke i živadi i opće siromaštvo. U porušenim i popaljenim Vodicama samo su neke kuće bile djelomice obnovljene, ali su mi neki ljudi rekli da su se morali privremeno skloniti u velike kamene koce za svinje kojih sada nisu ni imali. Rodna je kuća mog oca slučajno je ostala neoštećena, bilo je tu i Slamarovo staro ognjište, popločen dvor i staja s nešto ovaca. Borovu šumu iznad sela, za koju sam znala da ju je zajedno sa seljanima u svojoj mladosti zasadio moj otac, čega su



Računalo u 93. godini? Zašto ne, dapače!

se stariji dobro sjećali, posjekli su Nijemci. Bilo je radosno, lijepo i dirljivo u isti čas biti po prvi puta oči u oči s potomcima iste krvi.

U porušenim Danama zatekao nas je jak pljusak pa smo se htjeli skloniti pod krov u jednoj kući, no krova nije bilo, a domaćici je po vrelom štednjaku pljuštalо i dizali se oblac pare. Jednom, vraćajući se kući iz Lesišćine sama, pješke, u dubokom mraku, čujem neko tapkanje malo dalje od napuštenе kasarneiza koje je bilo groblje poginulih Nijemaca. Nije mi bilo ugodno pri duši, čak me bilo pomalo strah dok se ti čudni zvukovi nisu pretvorili u korake triju žena u papučama po pijesku i u njihov razgovor. Po starom su običaju bile "oprćene" teškim teretom u kojem su nosile hranu na leđima čak iz Labina. Zadovoljna sam im se priključila do Lupoglava, a one su nastavile svoj dalek put, jer je za hranu tada bilo vrlo teško. U to su se vrijeme još na mnogim mjestima mogli vidjeti tragovi rata i borbi, znakovi sloma neprijatelja, odbačeni topovi i drugo oružje.

Najopasniji ostaci rata bile suu odbačene ručne bombe i granate, koje su bile

katkad nažlost privlačna igračka radoznaloj djeci ili uzrokom nesreće djevojčice iz Brgudca, koju su donijeli u ambulantu. Nažlost, nije joj više bilo spasa, izdahnula je na rukama svoga oca, jer se nije moglo zaustaviti teško liptanje krvi ispod ključne kosti. Iako sam, razumljivo, bila usmjerena u tadašnjim prilikama više na akutne zdravstvene probleme, sjećam se i poneke medicinske zanimljivosti, na primjer obiteljske pojave Gierkeove bolesti kod oca i njegova dva sina. Poslije sam ih susrela u riječkoj bolnici, kamo sam im savjetovala da jednog dana podu.

Na kotaru Kras radila sam kao liječnica tri mjeseca, od polovice lipnja do rujna 1945. godine Epidemija trbušnog tifusa u Rijeci bila je povodom da sam poslana u riječku bolnicu, jer sam već imala dobra iskustva s tom bolesti iz bolnice u Osijeku, gdje je trbušni tifus oduvijek harao. Iz kotara Kras ponijela sam neizbrisive dojmove i sjećanja na taj krševit i brdovit kraj i njegove poštene ljude, na njihove potrebe i teškoće. Za svog boravka među njima mogla sam im pružiti, dakako, samo najosnovniju medicinsku pomoć. Mogla sam sudjelovati u zamecima organiziranog zdravstvenog rada, koji se nije mnogo razlikovao od onog u ratnim prilikama, boreći se s teškoćama u kojima su se morali snalaziti i drugi zdravstveni radnici, kako se čita u pojedinim kasnijim izvještajima. Iako sam se našla izolirana, katkad i osamljena u vrlo teškim prilikama koje su od mene iziskivale više od mojih snaga, ipak sam i to iskustvo pohranila u svojim uspomenama kao dio života koji me je obogatio. Mislim da mogu s pravom reći da sam prvi civilni liječnik koji je došao iz jugoslavenskih strana jer su svi ostali, doduše malobrojni, bili ili domaći Istrani liječnici još u vrijeme Italije ili oni koji su bili vojni liječnici. Kako sam bila liječnica baš u kotaru Kras, koji je ispaо iz lijepog prikaza doktora Bartolića o zdravstvu u Istri u ono vrijeme, vjerojatno zato jer je bio brzo rasformiran njegov teritorij te podijeljen i pripojen kotarevima Buzet i Pazin, čini mi se da nije na odmet što sam makar u ovom obliku iznijela dojmove, doživljaje i neke podatke koji osvjetljuju i dokumentiraju rad zdravstvene službe i zdravstvenog stanja u Istri, odnosno u kotaru Kras, u prvim mirnodopskim danima. Dakako, zbog načina rada u prilikama u kojima sam se nalazila, a i kratkotrajnog boravka u tom kraju, ovaj prikaz ne premašuje oblik sjećanja, no ona će možda jednom pridonijeti stvaranju slike o zdravstvu onoga doba u Istri.

•••••

Prema članku objavljenom u
17. Buzetskom zborniku (Buzet, 1992.)



Istra nakon
Drugog svjetskog rata

Dmitrij Dmitrijevič Šostakovič kao bolesnik

Slavljen i proganjan - jedna skladba za sebe, druga za režim

Tomislav Breitenfeld, Darko Breitenfeld, Nada Jagetić i Marina Vuksanović

• **Dmitrij Dmitrijevič Šostakovič**

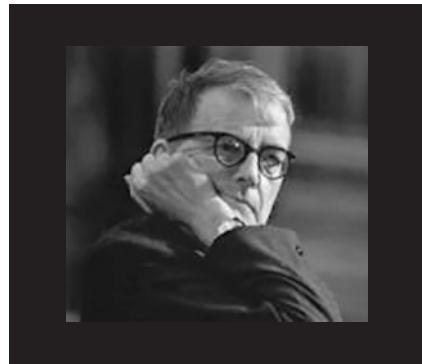
(1906. - 1975.) ruski je skladatelj, pijanist i dirigent. Smatra se jednim od najvećih simfoničara sredine 20. stoljeća. Rođen je 25. rujna 1906. u St.Petersburgu, gdje je studirao i diplomirao na lokalnom konzervatoriju. Svoju je prvu nastavu na glasoviru dobio od majke i uskoro se pokazao veoma darovitim.

Aleksandar Glazunov snažno je podupirao Šostakovičev napredak te je on svoje školovanje nastavio kod Glazunova. Na početku svoje karijere imao je poteškoća s odlukom hoće li biti koncertni pijanist ili skladatelj jer je bio u oba područja jednako uspješan. Već se u 20. godini života istaknuo diplomskim radom - prvom simfonijom.

Uglavnom se posvetio skladanju, a poslije i dirigiranju većinom svojih skladbi. Bio je aktivno uključen u glazbenu publicistiku te osvajao priznanja u svim područjima glazbenih djelatnosti.

U to vrijeme bilo je prilike da usvoji novije glazbene tekovine sa zapada, ali je ubrzo bio poguran u okvir socijalističke, patriotske i kulturne ideologije zajedno sa svojim kolegama skladateljima u tadašnjem Sovjetskom Savezu. U Prvom svjetskom ratu stekao je mnoga traumatska iskustva, na primjer ranu smrt svoga oca kada je imao tek 16 godina. Sviranje glasovira u kino dvoranama tijekom prikaza filmova omogućilo mu je da se boriti protiv siromaštva, gladi i hladnoće, a poslije da postane jedan od najistaknutijih filmskih skladatelja.

Obolio je od tuberkuloze bronha i limfnih čvorova, a operiran je i oporavlja se na Krimskom poluotoku zbog područne, povoljne i umjerene klime. Pretjerano pušenje uzrokovalo mu je učestale bronhalno-pulmonalne smetnje, a poslije je također patio od koronarnih i neurotičnih smetnji.



Općenito je bio poznat po svojoj ozbiljnosti, nedruštvenosti, stidljivosti i plahosti.

Stil života u Sovjetskom Savezu rezultirao je prilagodbom na način života koji je bio u suprotnosti s nizom njegovih putovanja na zapad. Prvi javni problemi pojavili



su se 1934. na premijeri „Katarine Izmailove“ - „Lady Makbet Mcenskog okruga“ kada je Staljin negodujući napustio izvedbu usred predstave s pritužbama na njegovu glazbu. Šostakovič je na to reagirao tihom patnjom koja je pridonijela postupnom prihvaćanju stvarnih prilika oko sebe. Može se pretpostaviti da se to dogodilo na sljedeći način: kada bi skladao jedno djelo za sebe, koje je bilo jako kritizirano, sljedeće djelo skladao bi za režimsko priznanje u cilju preživljavanja (ali se takvih djela djelomično odričao).

U svojim dvadesetima bio je emocijonalno vezan za Ninu Vasiljevnu Varsar i 1932. su se vjenčali. Bio joj je jako posvećen. Nakon dvadeset godina braka njezina smrt ga je jako pogodila i dovela na rub samoubojstva. Poslije se još dva puta ženio, ali više zato da bi ga netko njegovao jer je često bio na liječenju u bolnicama, lječilištima, kod kuće, a nekada i na turnejama.

Iz pisama napisanih 1954. bilo je očigledno da se njegovo zdravlje pogoršava, da je u vrlo lošem stanju i da je pri kretanju nespretan i sklon padu. U to vrijeme javile su mu se prve paresteze, slabost i oduzetost prstiju, posebno desne ruke. Time je bio pogoden nekoliko godina i dosegnuo je stadij kada više nije mogao podići ni pomaknuti ruke i staviti prste na tipke glasovira. Mogao je svirati ako mu je netko podigao ruke i stavio prste u položaj za sviranje. Drugim riječima, njegovi prsti su još uvek funkcionalni i sačuvane su mu bile lateralne kretnje ruku. Kasnije su ove promjene rezultirale padanjem i dva puta je slomio nogu. Bio je polupokretan i katkada prikovan za krevet.

Neki su autori na sljedeći način prikazivali Šostakovića: „Moja desna ruka postala je jako slaba. Ne mogu podizati teške stvari. Moji prsti mogu držati kovčeg, ali ne mogu objesiti kaput na kuku. Teško mi je prati zube, a kada pišem ruka mi se brzo umori. Jedino mogu polagano i tiho svirati glasovir. Primjetio sam ovo svoje stanje u Parizu gdje sam jedva bio u stanju svirati svoje koncerte. Počelo je bez upozorenja. Veliki medicinski autoriteti nisu u stanju odgovoriti na moje pitanje - koje ime dati ovoj bolesti. Osudili su me na boravak u bolnici.“

Sovjetska vlada je konzultirala i dva poznata američka neurologa (H. H. Merritt i A. E. Walker) da dijagnosticiraju bolest. Autori dalje navode: „Godine 1960., na vjenčanju sina Maksima, iznenada su mu otkazale noge, što je imalo za posljedicu frakturu lijeve noge. Sedam godina poslije slomio je desnu nogu i do kraja života je vidljivo šepao.“ Šostakovič je dalje govorio: „Moja desna nogu je slomljena, moja lijeva nogu je slomljena, moja desna ruka je oštećena. Jedino što još

preostaje jest da si ozlijedim i lijevu ruku."Tek je pri kraju 1965. njegovo stanje uspješno dijagnosticirao tada lenjingradski liječnik D. K. Bogorodinski kao vrstu poliomijelitisa koji zahvaća završetke živaca, ali i kosti. Šostaković se često šalio da je obolio od dječje bolesti, ali se sve više vrijedao zbog poniženja jer mu je bilo teško hodati i koristiti se rukama.

U svome je pismu je 1966. napisao: „Za vrijeme boravka u bolnici pregledali su me profesori Michelson (kirurg) i Schmidt (neurolog). Obojica su iznimno zadovoljni stanjem mojih ruku i nogu. Uostalom, činjenica da ne mogu svirati glasovir i da ne mogu hodati uza stube bez izuzetnih teškoća nema značenja za njih. Oni nisu obraćali pažnju na moje poteškoće sviranja glasovira, a smatrali su da trebam izbjegavati penjanje stubištem, nego samo sjediti bez pokušavanja kretanja po skliskim pločnicima. Točno tako, jučer sam izašao u šetnju, pao i udario koljeno. Da sam ostao doma, kako su oni rekli, to se ne bi dogodilo. Kao i prije ne smijem pušiti ni piti, a bilo je iskušenja. Ali moj suludi strah jači je od bilo kojih iskušenja."



Sa 14 godina



Sa prvom ženom Ninom V. Varsar



umro od trećeg infarkta miokarda. Ozbiljne koronarne teškoće počele su s prvim infarktom miokarda 1966., a poslije i drugoga 1972. godine. Na kraju je imao i karcinom gastrointestinalnog sustava (arcinom jetre) pa je iznenadna smrt u kolovozu 1975. bila spas od svih patnji te neurološkog, profesionalnog i životnog zakazivanja.



Na početku je Šostaković vjerojatno bolovao od reumatoidnog artrita, a poslije od miofokalne motorne neuropatije. Spora progresija mogla je biti povezana sa postpolio-sindromom. U diferencijalne dijagnoze se uklapaju: cervicalna mijelopatija uslijed spondiloze sa suženjem medularnog kanala, transverzalni mijelitis i siringomijelija.

Njegova je progresivna mišićna atrofija (manje je vjerojatno da se radilo o mišićnoj distrofiji) najvjerojatnije bila vrsta bolesti motornog neurona (amiotrofična lateralna skleroza), kojoj bi podlegao koju godinu poslije.

Umro je u 69. godini, aktivan sve do samoga kraja, ali nije uspio završiti svoj stvaralački opus.

•••••



Nadgrobni spomenik

S tim sarkastičnim komentarima Šostaković je pokazao kako se frustrirano i he ndikepirano osjećao i da više nije mogao uživati u životu. Koristio se lijevom rukom u razgovoru i za vrijeme govora, a za vrijeme sviranja glasovira razmjerno malo desnom rukom. U svome posljednjem pismu iz bolnice izjavio je: „Opet sam u bolnici zbog plućnih i srčanih tegoba. Uspijevam pisati desnom rukom, ali uz velike teškoće. Molim Vas oprostite na mojim škrabotinama. Iako je to bilo jako teško za mene, napisao sam sonatu za violu i glasovir.“

3. kolovoza 1975., dok je bio bresku, počeo se gušiti i kao rezultat dugotrajnog napadaja kašla, koji je trajao nekoliko minuta, pogoršao mu se rad srca. Bio je u bolnici nekoliko dana, no ništa nije ukazivalo da je kraj blizu. Nakon 6 dana rano ujutro se ponovno neočekivano počeo gušiti. Toga je dana i

Mali oglasnik

Otvara se prva ordinacija za eutanaziju u Hrvatskoj

Navali narode, jeftino i bezbolno!

- Kao što smo u prošlom broju navili („Da! - za eutanaziju i egzekucije“), ovih čemo dana na temelju milenijskih iskustava usrećiti hrvatske građane prvom ambulantom za eutanaziju.

U početku smo se kolebali jer je naše zakonodavstvo ukinulo smrtnu kaznu, ali kako se očekuje legalizacija eutanazije, ipak smo se odlučili za tu korisnu investiciju.



Majica koju naši korisnici dobivaju besplatno

Uspoređivanjem raznih metoda, počevši od spartanskog izlaganja vukovima pa do industrijske eutanazije u Auschwitzu,



Genijalni anatom prof. dr. Guillotin

**Liječnici
u Hrvatskoj
trebali bi ubiti
300 000
bolesnika**

zaključili smo da je od svih dosadašnjih izuma neusporedivo najbolja giljotina, koju je tako genijalno smislio naš kolega, pariški anatom **Joseph Ignace Guillotin** (1738-1814).

Nabavili smo primjerak najsuvremenijeg dizajna, što će kandidate sigurno jako razveseliti.

Evo koje su prednosti giljotine! Kao prvo, smrt nastupa najbrže, svakako brže nego kod zastarjelog pribijanja na križ ili gušenja u plinskoj komori. Istina je da to ne mogu povjedočiti pokojnici osobno, ali neka netko nađe brži i bezbolniji postupak ako zna i umije. Smrt nastupa vjerojatno u djeliču sekunde, što je svakako brže od nedavno legalizirane metode injekcijom pankuro-nijevog bromida ili natrijevog tiopentala u Nizozemskoj koju oduševljeno preporuča



Erica de Jong dosad je pobila 15 bolesnika

Naša giljotina prve klase ima svečanu iluminaciju

kolegica **Petra de Jong**. Ona je do sada, iz milosrda, ubila 15 pacijenata, pa kad bi svaki od 20 000 hrvatskih liječnika bio isto tako milosrdan kao ona i ubio po 15 svojih bolesnika, zamislite kolika bi to bila ušteda za HZZO koji grca u troškovima za liječenje kroničnih, infušnih, moribundnih i nekorisnih bolesnika!

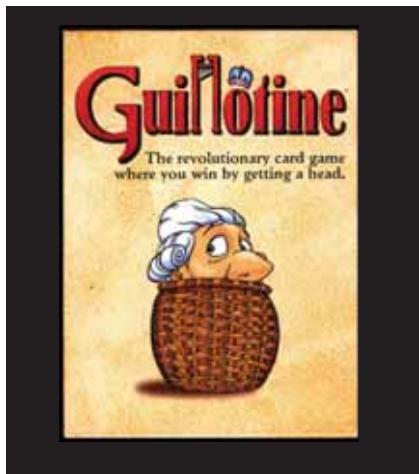
Usvoje li hrvatski liječnici takvu humanu računicu, mi smo spremni da u svakoj županiji uredimo podružnicu našega Centra za eutanaziju.



„Molim, tko je na redu?“

Nadalje, mi smo eutanaziju gilo-tinom humanizirali na taj način da je aktivira pacijent osobno - jednostavnim potezanjem poluge koja oslobada sjećivo. Prema tome, to je zapravo auto-eutanazija, koja ne zahtijeva krvnika. U krvničkoj ekipi ne mora biti ni liječnik koga obvezuje Hipokratova prisega i, prema tome, naš način je i u etičkom pogledu bespriječoran, što nam mora priznati i komisija za liječničku etiku i deontologiju.

Ima još jedan razlog zbog kojeg je naša auto-eutanazija neusporedivo bolja od eutanazije injekcijom: korisnik se može u zadnji čas predomisliti i odustati od potezanja poluge, a kad je dobio injekciju, nema više „Ja ipak ne bih“. Mi u slučaju odustajanja naplaćujemo od korisnika samo pola tarife. Nadalje, dajemo popust maloljetnicima i umirovljenicima



nicima, a također je moguća otpłata na tri rate, dakako, uz jamstvo preživjelih članova obitelji. Plaćanje je moguće i karticom. Istina, HZZO zasad još nema našu eutanaziju u košarici zdravstvenih usluga, ali ako tamo ima razboritih ljudi uviđet će da je to u njihovu interesu. Naš je način rješavanja krize u zdravstvu mnogo jeftiniji nego liječenje - živjela eutanazija!

Korisnici sa šakljivim vratom dobivaju u našoj ordinaciji šal à la Marija Antoneta po cijeni od 9,99 kn za pamučni, a 19,99 kn za svileni šal. K tome, svaki još dobiva na poklon majicu s prigodnom marketingom porukom (vidi sliku). Samo se po sebi razumije da svečani trenutak egzekucije pratiti primjerena glazba, a korisnik ima na izbor rekvième vrhunskih kompozitora, počevši od Mozarta, Brahmsa i Berlioza do Schumann-a, Verdija i Stravinskog, i to bez nadoplate!



HZZO zasad još nema našu eutanaziju u košarici zdravstvenih usluga, ali ako tamo ima razboritih ljudi uviđet će da je to u njihovu interesu. Naš je način rješavanja krize u zdravstvu mnogo jeftiniji nego liječenje - živjela eutanazija!



Portabl-giljotina za kućnu palijativnu skrb

Posebno ističemo kao revolucionarnu novost da mi kod egzekucije pridajemo osobitu pažnju asepsi. Sjećivo giljotine tako je pomno dezinficirano da dajemo jednogodišnje pismeno jamstvo protiv sepsa, MRSE

i tetanusa. Osim provoklasne giljotine svečanog dizajna, s lakiranim stupovima i iluminacijom (vidi sliku), za kandidate s manjim finansijskim mogućnostima raspolažemo jeftinijom varijantom druge klase.

Kao vrhunsku palijativnu uslugu iznajmljujemo portabl-giljotinu za kućnu upotrebu (99,00 Eura, uključivo transport).



Naša self-servis giljotina animira sjećivom u obliku srca

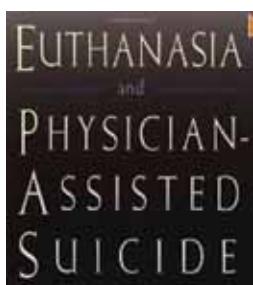


Uz nju dostavljamo tiskanu uputu i mini-giljotinu za uvježbavanje, da se slučajno ne dogodi kakva nezgoda, npr. odsječeni nokat ili vrh nosa. Molimo korisnike - oprostite, nasljednike korisnika - da nam giljotinu vrate opranu od krvi jer inače zaračunavamo 10% manipulativnih troškova.

Na kraju, moramo ušutkati puritance koji su protiv uvrštanja asistirane eutanazije u košaricu zdravstvenih usluga.



Oni tvrde da se svatko može vrlo jednostavno sam eutanazirati ako to uistinu želi, npr. štrajkati gladu, zabraniti terapiju, progutati odjednom cijelo pakovanje analgetika ili poput Sokrata na filozofski način popiti otrov. Pacijenti to mogu, ali neće. Zašto? Možda zato što kod toga nedostaje užitak što ga pružaju pompa, ritual, rekвиjs, posmrtni marš, suzne oči, jecaji najbližih i tužaljke baba narikača. A naša ordinacija sve to aranžira po vrlo pristupačnim cijenama (PDV uključen).



P.S. iz prošloga broja. Senzibilniji čitatelj možda će biti zgranut tekstovima u Urednikovom kutku i ocijeniti ih bezosjećajnim, morbidnim, drastičnim, sarkastičnim, ironičnim, sablažnjivim, barbarskim, sadističkim, šokantnim,

posmrtni marš, suzne oči, jecaji najbližih i tužaljke baba narikača. A naša ordinacija sve to aranžira po vrlo pristupačnim cijenama (PDV uključen).



nedoličnim, kojekakvim. Ali to nije ništa drugo nego književna travestija stručnog ekspozeta dr. Petre de Jong (vidi intervju u prošlom broju).

Osim toga, Kutak je mnogo suzdržaniji od Andrićevoga „poetskog“ opisa nabijanja čovjeka na kolac uz stenjanje i vriskove

za vrijeme probijanja kolca od anusa do desne supraklavikularne jame.

Zaključak? U jednome se valjda svi možemo složiti: smrt je smrt, nazivali je mi egzekucijom, eutanazijom ili abortusom - i točka!

••••



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 **gde Tatjane Babić, dipl.iur. i gde 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 dogоворити s poduzećem za marketing «Bonamark» (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01 4922 952, tel 01/4818 603) i to po poslojcem 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 2012. 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

Trodnevni tečaj zbrinjavanja ozlijedenog bolesnika - Europski trauma tečaj (ETC - European Truma Course)

Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AVD) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS - Immediate life support)

Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku

Sve detaljne informacije nalaze se na www.crorc.org

Ultrazvučna dijagnostika dječjeg kuka

HLZ, Hrvatsko senološko društvo

Zagreb, Klinika za dječje bolesti

tijekom 2012. god.

**Nevenka Valičević, tel.: 01/4600-214
5.200,00kn**

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2012.god.

BLS (Basic life support - Osnovno održavanje života), kotizacija 300,00kn

Opskrba dišnog puta u CPR-u, kotizacija 400,00kn

Venski put i lijezovi 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, Rebro - 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 Križine

Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481

1.200,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com

3.500,00kn

Tecaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju

Zagreb, jednom mjesечно

Dr. D. Milošević, tel.: 4920-013, mob.: 091/7213-113

kalendar stručnog usavršavanja

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

Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran
Lovran, tijekom cijele godine
Nataša Možetić, tel.: 051/710-212
200,00kn

Edukacija iz elektroenzefalografije i epileptologije

Klinika za neurologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb, Referentni centar MZRH za epilepsiju
Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u trajanju od 30 radnih dana
Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-344, 2388-374
e-mail: centar-za-epilepsiju@net.hr

Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728
Tijekom 2012. god.

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb
Mjesečno, tijekom 2012. 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 2012.god.
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

Tajna pedijatrijska edukacija - Pedijatrijska sekcija

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti
Rijeka, jednom mjesečno
Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

Izobrazba kandidata za stalne sudske vještak

HLK
Zagreb, tijekom 2012.god.
Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830
10.500,00kn

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Tijekom 2012., 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 2012. - trajna edukacija
Prof.dr.sc. Vjeran Nikolić Heitzler, dr.med., tel.: 01/3787-937
12.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkturice

Hrvatsko društvo za akupunkturu (HLZ)
Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesечно (18 sati)
Dr.Dalibor Veber, e-mail: dr.thew@yahoo.com, GSM: 091/4748493
<http://www.medicinska-akupunktura.com/>
Cijena: 15.000,00 kuna

Tajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera i osobe u nadzoru - DDD trajna edukacija

Korunić d.o.o.
Zagreb, tri termina tijekom jeseni 2012.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Tajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera i osobe u nadzoru - DDD trajna edukacija

Korunić d.o.o.
Zagreb, tri termina tijekom proljeća 2012.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Klinički pristup bolesniku s šećernom bolesti

KBC „Sestre milosrdnice“, MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 30.01.-17.12.2012.
Prof.dr.sc. Milan Vrkljan, tel.: 01/3787-127, e-mail: milan.vrkljan@kbcsm.hr
- tečajevi tijekom cijele godine

Suvremeni pristup liječenju osteoporoze

on-line, 11.11.2011.-15.03.2012.
Pliva Hrvatska d.o.o.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925, www.plivamed.net

Suvremeni pristup liječenju alergijskog rinitisa

HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata HLZ-a
Zagreb, Karlovac, Pula, Rijeka, Čakovec, Koprivnica, Krapina, Split, Dubrovnik,
Makarska, Metković, Buzet, Požega, Bjelovar, Zadar, (c)ibenik, Virovitica,
Varaždin, Sl. Brod, Vukovar, Vinkovci, Osijek, Gospić - Veljača-svibanj 2012.
Mia Lulić, tel.: 01/6051-943

Novosti u liječenju upalnih bolesti crijeva

HD za kliničku prehranu
Požega, Rijeka, Osijek, Split, Zagreb istok, Zagreb zapad - travanj - listopad 2012.
Jana Würth, tel.: 01/4650-950

Save Sight Years - Sačuvajte vid tijekom godina

Ewopharma d.o.o.
Osijek, Split, Rijeka, Zagreb - 24.04. - 15.06.2012.
Zvonimir Čaić, tel.: 01/7787-346

Hematolgoija i transfuzijska medicina - Nove spoznaje u dijagnostici i liječenju

C.T. - Poslovne informacije d.o.o., Časopis „Medix“
Lipanj - kolovoz-rujan 2012.
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.: 098/289-819, medix@ct-poslovneinformacije.hr, www.medix.com.hr

KOLOVOZ

Annual meeting of The Ambroise Pare International Military Surgery Forum (APIMSF) Zagreb 2012

Prof.dr. Zvonimir Lovrić, dr.med. i Udruga hrvatskih liječnika dragovoljaca Zagreb, 31.08.2012.

Prof.dr. Zvonimir Lovrić , tel.: 01/2903-581, e-mail: zlovric@kdb.hr

RUJAN

Procjena grubih motoričkih funkcija (GMFM) i klasifikacijski sustav (GMFCS)

Akademija za razvojnu rehabilitaciju

Vela Luka, 03.-04.09.2012.

Silvija Philippss Reichherzer, mob.: 091/6677-643

2.000,00kn

Procjena grubih motoričkih funkcija (GMFM) i klasifikacijski sustav (GMFCS) SCPE (Surveillance of Cerebral Palsy Europe)

Europska klasifikacija cerebralne paralize i radionica „Registrar cerebralne paralize u Hrvatskoj“

Akademija za razvojnu rehabilitaciju

Vela Luka, 05.-07.09.2012.

Silvija Philippss Reichherzer, mob.: 091/6677-643

1.500,00kn

XIII. lošinjska škola prirodnih ljekovitih činitelja - Zdravlje i turizam u Hrvatskoj

HLZ, HD za balneoklimatologiju i Lječilište Veli Lošinj

Veli Lošinj, 07.-08.09.2012.

Mirjana Horvat, Atlantis, tel.: 01/4811-155, e-mail: zagreb@atlantis-travel.hr

Lječilište Veli Lošinj, tel.: 051/236-111, e-mail: lječilište-veli-lošinj@ri.t-com.hr

Dr. Goran Ivanisević, tel.: 01/2376-296, e-mail: g_ivanisevic@hotmail.com
700,00kn

Prva međunarodna Marte Meo konferencija u Hrvatskoj

Akademija za razvojnu rehabilitaciju

Vela Luka, 10.-12.09.2012.

Silvija Philippss Reichherzer, mob.: 091/6677-643

1.500,00kn

XXI Congress of the european Association for Crano-Maxillo-Facial Surgery

European Association for Crani-Maxillo-Facial Surgery, HLZ, HD za maksilofacialnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata Dubrovnik, 11.-15.09.2012.

Daria Papo Polašek, Marija Matić tel.: 01/8892-361, fax.: 01/8892-362, info@eacmfs2012.com, www.eacmfs2012.com
712,00EUR

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“ - Inkontinencija urina - problem dijagnostike i liječenja

Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 12.09.2012.

Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

22. znanstveni sastanak - Bolesti dojke

HAZU - Razred za medicinske znanosti

Zagreb, 13.09.2012.

Gđa. Sekulić, dr. Prpić, tel.:01/4895-171
300,00kn

Novosti u terapijsko-dijetetskom rješavanju endokrino-metaboličkih poremećaja

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo

Opatija, 13.-15.09.2012.

Vesna Borisavljević, mob.: 091/1255-170
500,00kn

Zdravlje i kvaliteta života žena - uloga današnjeg ginekologa

HLZ, HD za ginekološku endokrinologiju i humanu reprodukciju

Slavonski Brod, 14.09.2012.

Maja Orsag, Contres projekti d.o.o., tel.: 01/4821-193
100,00kn

Prvi europsko-američki simpozij o liječenju kronične boli i bolnih stanja kralježnice

World Institute of Pain, SAD; Spec.bol. „Sveta Katarina“, Hrvatska; HD za spinalnu kirurgiju, Hrvatska; Carolinas Pain Institute, SAD; The Sceptor Pain Foundation, SAD; International Society for Applied Biological Sciences, SAD/Hrvatska; HD za liječenje boli, Hrvatska; Bol, otok Brač, 14.-16.09.2012.

Nikolina Borak, Ulix travel, tel.: 01/6410-935, mob.: 099/6154-321, e-mail: cropain@ulixtravel.com, www.svkatarina.hr; www.ulixtravel.com Od 1. travnja do 10. kolovoza 2012. - liječnici - 1.700,00kn; studenti, specijalizanti - 450,00kn; osobe u pratnji - 450,00kn
Od 11. kolovoza do 16. kolovoza 2012. - liječnici - 2.000,00kn; studenti, specijalizanti - 600,00kn; osobe u pratnji - 450,00kn

Cijene radionica - Od 1. travnja do 10. kolovoza 2012. - liječnici - 600,00kn
Od 11. kolovoza do 16. kolovoza 2012. - liječnici - 700,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

Škola manualne medicine (radionica) - Zdjelica

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 15.09.2012.

Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766
800,00kn

I znanstveni simpozij iz psihonkologije

KBC „Sestre milosrdnice“

Zagreb, 19.09.2012.

Vjekoslav Peitl, mob.: 091/2111-385

Aesculap Akademija - Osnovni tečaj laparoskopske kirurgije

Aesculap Akademije

Aesculap akademija d.o.o.

Zagreb, 19.-21.09.2012.

Sonja Šikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2356-748

3.000,00kn+PDV - specijalizanti, 3.500,00kn+PDV - specijalisti

4. međunarodno stručno znanstveni skup - Zaštita na radu i zaštita zdravlja

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu

Zadar, 19.-22.09.2012.

Jasna Krainz, prof., tel.: 01/6558-703/231

Ultrazvuk štitnjače i površinskih struktura glave i vrata

HLZ, Hrvatsko senološko društvo

Zagreb, 19.09. - 17.11.2012.

Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677

6.500,00kn

Ortopedska pomagala 2012

KBC Zagreb, Kl. Zavod za rehabilitaciju i ortopedска pomagala, Društvo za protetiku i ortopediju ISPO-Croatia

(c)ibenik, 20.-22.09.2012.

Biserka Tominić, tel.: 01/2362-349, 2362-330

1.000,00kn

TORAKS 2012 - 2. kongres Hrvatskog torakalnog društva s međ.sud.

Hrvatsko torakalno društvo

Zagreb, 20.-23.09.2012.

„Penta“ d.o.o., e-mail: ksenija.zunic@penta-zagreb.hr, tel.: 01/4628-609, fax. 01/4553-284, www.penta-pco.com/toraks2012

500,00-2.000,00kn

Ortopedska pomagala 2012

Kl. zavod za rehabilitaciju i ortopedska pomagala KBC Zagreb i MEF Sveučilišta u Zagrebu i Društvo za protetiku i ortotiku - ISPO Croatia Šibenik, 20.-22.09.2012.

Biserka Tominić, tel.: 01/2362-349, e-mail: btominic@kbc-zagreb.hr do 31.07.2012. - 1.000,00kn (900,00kn članovi ISPO i specijalizanti, pratnja 700,00kn, jednodnevna kotizacija samo za stručni skup 500,00kn; nakon 31.07.2012. kotizacija za sve sudionike i pratnju iznos 1.100,00kn

Pružanje prve pomoći osobama ozlijedenima u prometnoj nesreći

Hrvatski Crveni križ

Zagreb, 21.09.2012.

Žarka Rogić, dr.med., Blaženka Ledinsky, tel.: 01/4655-814 (Robić - k.br. 136; Ledinsky - k.br. 128)
800,00kn

Primjena ultrazvučne dijagnostike u infektologiji odrasle dobi

HLZ, HD za ultrazvuk u medicini i biologiji

Zagreb, 21.-22.09.2012.

Jasminka Blaha, tel.: 01/2826-191
2.500,00kn

Simpozij o neuromuskularnim bolestima

KBC Split, Klinika za dječje bolesti, Klinika za neurologiju, HDza dječju neurologiju HLZ

Split, 21.-22.09.2012.

Anita Ursić, tel.: 021/556-303, fax.: 0217556-590, e-mail: nmdsplit2012@gmail.com
350,00 - 750,00kn

Pružanje prve pomoći osobama ozlijedenima u prometnoj nesreći

Hrvatski Crveni križ

Zagreb, 22.09.2012.

Žarka Rogić, dr.med., Blaženka Ledinsky, tel.: 01/4655-814 (Robić - k.br. 136; Ledinsky - k.br. 128)
800,00kn

2nd International Conference on regenerative Orthopaedics and Tissue Engineering

Croatian Academy of Sciences and Arts, Department of Medical Sciences, University of Rijeka, Department of Biotechnology

Opatija, 20.-22.09.2012.

Depol d.o.o., Ivana (c)abanović-Uzelac, tel.: 01/8892-361, www.depol.org/icro2012
1.250,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 24.-28.09.2012.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Neinvazivna mehanička ventilacija u teoriji i praksi

KB „Sveti Duh“

Zagreb, 25.09.2012.

Doc.dr.sc. Dinko Tonković, dr.med., tel.: 01/3712-359
500,00kn

X kongres Hrvatskog društva medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja

HD medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja HLZ-a Šibenik, 27.-29.09.2012.

Marija Ivanković, mob.: 098/9585-030
750,00kn

7. hrvatski internistički kongres s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatsko internističko društvo HLZ-a

Opatija, 27.-30.09.2012.

Prof.dr.sc. Izet Aganović, tel.: 01/2420-517, e-mail: info@ik-2012.com
1.200,00kn

Osnove nadomještanja bubrežne funkcije

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 29.09.2012.

Doc.dr.sc. Draško Pavlović, tel.: 01/3787-526

350,00kn

37th European Congress of Cytology

Hrvatsko društvo za kliničku citologiju HLZ i Europe an Federation of Cytology Societies (EFCS)

Cavtat, 30.09. - 03.10.2012.

Doc.dr.sc. Ika Kardum Skelin, mail: ika.kardum-skelin@zg.t-com.hr, prim.dr.sc.

Vesna Mahovlić, mail: vesna.mahovlic@zg.t-com.hr

Penta d.o.o., e-mail: ksenija.zunic@penta-zagreb.hr, tel.: 01/4628-609,

fax.: 01/4553-284, www.cytology2012.com

100,00-650,00EURč.

LISTOPAD

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 01.-05.10.2012.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,

mob.: 098/235-718

3.500,00kn

Poslijediplomski tečaj - gastroenterologija

Hrvatsko gastroenterološko društvo

Zagreb, 03.-04.10.2012.

Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398

500,00kn specijalisti i liječnici obiteljske medicine, 300,00kn specijalizanti

9. hrvatski kongres plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije s međunar.sud.

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 03.-06.10.2012.

Studio HRG, Ljubica Grbić, dipl.oec., tel.: 01/6110-449

3.000,00kn

XII kongres hrvatskih obiteljskih doktora HLZ-a

Hrvatsko društvo obiteljskih doktora HLZ-a

Rovinj, 04.-06.10.2012.

Prim.mr.sc.dr. Bruno Mazzi, tel.: 052/846-878, mob.: 098/224-900

Članovi 800,00kn, pratični 200,00kn, ostali 1.000,00kn

International School on Headache and Related Disorders

HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje

Zagreb, 04.-06.10.2012.

Barnarda Nikić, Vlasta Vuković Cvetković, tel.: 01/3787-740

1.000,00kn

6. gastroenterološki kongres s međ.sud.

Hrvatsko gastroenterološko društvo

Zagreb, 04.-06.10.2012.

Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398

1.000,00kn specijalisti i liječnici obiteljske medicine, 500,00kn specijalizanti

European transplant coordinators organisation annual meeting

European society for organ transplantation, European transplant coordinators organization

Dubrovnik, 04.-07.10.2012.

ETCO-EOS Secretariat: Jane Lewis, e-mail: etco-eecd@esot.org

, „Penta“ d.o.o., e-mail: danijela.curcic@penta-zagreb.hr, tel.: 01/4628-607,

fax.: 01/4553-284, www.penta-pco.com

100,00-500,00EUR

3. kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine, Conventus Credo d.o.o.

Bol na Braku, 04.-07.10.2012.

Anja Aleksić, Conventus Credo d.o.o., mob.: 099/4406-728, tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580, e-mail: info@conventuscredo.hr

Rana kot. - za članove KOHOM-a 1.300,00kn, za nečlanove KOHOM-a 1.500,00kn

Rana kotizacija - za stažiste 500,00kn, za specijalizante 1.000,00kn

Kasnata kotizacija 1.600,00kn

3. hrvatski kongres psihodermatologije s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatsko dermatološko društvo HLZ-a

Split, 04.-07.10.2012.

Dr.sc. M. Vurnek Živković, tel.: 01/3787-823,

e-mail: psychodermatology2012@gmail.com

do 01.05. 1.500,00kn; od 01.05. 2.000,00kn za specijaliste (500,00/750,00kn za specijalizante)

kalendar stručnog usavršavanja

24th ETCO Congress, European organ donation congress

Hrvatska donorska mreža

Dubrovnik, 05.-07.10.2012.

Nikola Žgrablić, tel.: 052/376-351

290,00 - 510,00EUR

Suvremena i racionalna primjena višestruke farmakoterapije u intenzivnoj medicini

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju, Kl. za anesteziologiju, reanimatologiju i int.liječenje KB „Sveti Duh“ Zagreb, 05.-06.10.2012.

Davorka Stošić, tel.: 01/3712-359, e-mail: dstosic@kbsd.hr

800,00kn specijalisti, 400,00kn specijalizanti

15th Croatian International Rhinosurgical Advanced School (CIRAS)

HD za ORL, kirurgiju glave i vrata, PENTA d.o.o.

Zagreb, 09.-12.10.2012.

Marcel Marjanović Kavanagh, mob.: 095/8147-633, „Penta“ d.o.o. - e-mail: ines.rosandic@penta-zagreb.hr, tel.: 01/4628-608, fax.: 01/4553-

284, www.penta-pco.com

500,00/280,00EUR

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“ - Palijativna medicina - izazov za hrvatsko zdravstvo

Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 10.10.2012.

Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

1st Congress of Hepatobiliary and Pancreatic surgery

Conventus Credo d.o.o.

Dubrovnik, 10.-14.10.2012.

Anja Aleksić, mob.: 099/4406-728

11. hrvatski kongres s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatsko društvo za endoskopsku kirurgiju

Slavonski Brod, 10.-13.10.2012.

Prim. Josip Samardžić, dr.med., endokongrs@bolnicasb.hr

2.500,00kn

6. hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti i s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za kliničku psihijatriju

Primošten, 10.-13.10.2012.

Studio Hrg d.o.o., Ljubica Grbić, dipl.oec., tel.: 01/6110-450

1.600,00kn

1. hrvatski kongres o zbrinjavanju dišnog puta s međ.uč.

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta

Zagreb, 11.-12.10.2012.

Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194

700,00kn specijalisti, 305,00kn specijalizanti

CME course title: Kidney transplantation: Croatian experience

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju

Opatija, 12.10.2012.

www.diatransplant.org

Znanstveno-istraživački rad u obiteljskoj medicini

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 12.10.2012.

Dr.sc. Davorka Vrdoljak, tel.: 021/557-925

500,00kn

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja

Ravna Gora, 12.-14.10.2012.

Dr. Tvrtko Pervan, tel.: 01/3313-031, e-mail: tvpervan@gmail.com

2.500,00kn

Škola manualne medicine (radionica) - Prsna i lumbalna kralješnica

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 13.10.2012.

Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766

800,00kn

Multidisciplinarni pristup u terapiji osoba starije dobi

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 13.10.2012.

Lada Prišlić, tel.: 01/4802-170

650,00kn

Dijagnostika i liječenje karcinoma debelog crijeva

Sveučilište u Dubrovniku, OB Dubrovnik, Zavod za kirurgiju, Odsjek za abdominalnu kirurgiju, Odjel gastroenterologije, Odjel radiologije i Odjel onkologije

Dubrovnik, 13.10.2012.

Doc.dr.sc. Marko Margaritoni, tel.: 020/431-760

80,00kn

Sindrom iritabilnog crijeva: Od proljeva do opstipacije - dijagnostika, diferencijalna dijagnostika i liječenje

KB Sveti Duh, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za hepatogastroenterologiju

Zagreb, 13.10.2012.

Saša Gulić, dr.med., mob.: 091/3713-366, Karolina Majstorović, dr.med., mob.: 091/3713-425

450,00kn

Simpozij Dia Transplan 2012 s međ.sud.

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju

Opatija, 13.-14.10.2012.

www.diatransplant.org

1.500,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Zagreb, 15.-19.10.2012.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718

3.500,00kn

Mehanička respiracijska potpora

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Dubrovnik, 20.-22.10.2012.

Jadranka Radnić Salijevski, mob.: 091/5097-154

1.000,00kn

Atipične rane

Hrvatska udruga za rane

Primošten, 24.-26.10.2012.

Dunja Hudoletnjak, mob.: 095/3777-175

1.300,00 - 1.600,00kn

1st Croatian Head and Neck Course on Cranial Base Surgery

KBC Zagreb, Kl. za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata

Zagreb, 25.-26.10.2012.

Marcel Marjanović Kavanagh, tel.: 01/2367-610

150,00/100,00/50,00 EUR

14. godišnji kongres Hrvatskog reumatološkog društva

HLZ-a

Hrvatsko reumatološko društvo HLZ-a

Šibenik, 25.-28.10.2012.

Mirjana Horvat, Atlantis, tel.: 01/4811-155, e-mail: zagreb@atlantis-travel.hr

Dr. Goran Ivanisević, tel.: 01/2376-296, e-mail: g_ivanisevic@hotmail.com

1.000,00kn

Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrvatsko senološko društvo

Zagreb, 25.10. - 15.12.2012.

Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677

9.500,00kn

Suvremene spoznaje o orofacijalnim bolestima

Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti

Zagreb, 26.-27.10.2012.

Prof.dr.sc. Jelena Aurer-Koželj, mob.: 099/2333-071

Dileme u neurologiji

KBC Zagreb, Klinika za neurologiju

Šibenik, 17.-21.10.2012.

Aleksandra Novosel, tel.: 01/2388-310

1.800,00kn specijalisti, 1.000,00kn specijalizanti

Update in dermatologic drug therapy

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske

Opatija, 18.-20.10.2012.

„Spektar putovanja“, Jelena Krmić, tel.: 01/4819-300

1.140,00; 530,00kn

X. kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva

Hrvatsko pedijatrijsko društvo

Pula, 18.-21.10.2012.

Prof.dr.sc.Julije Meštrović, dr. Mirna Milevoj-Ražem, mob.: 098/440-692,

www.hpd.com.hr, mirna.razem@gmail.com

Do 15.09.2012. - 1.200,00kn, nakon 15.09.2012. - 1.300,00kn, specijalizanti

700,00kn, znanstveni novaci 500,00kn, umirovljenici - oslobođeni

XVI kongres Hrvatske udruge djelatnika hitne medicinske pomoći s međ.sud.

Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći

Novi Vinodolski, 18.-21.10.2012.

Jasminka Perić, mob.: 099/8847-466

500,00kn

IV. hrvatski kongres školske i sveučilišne medicine s međ.sud.: Javnozdravstveni izazovi školske i adolescentne medicine

HD za školsku i sveučilišnu medicinu HLZ-a

Split, 26.-28.10.2012.

Dr. Željka Karin, tel.: 021/315-958, e-mail: info@hdssm-kongres 2012.com,

www.hdssm-kongres2012.com

Rana kotizacija (do 01.06.2012.) za članove HDSSM 1.500,00kn, ostali

1.900,00kn, specijalizanti 750,00kn; kasne kotizacije uvećane za 350,00kn

2. kongres prirodne medicine

Udruga „Prirodna medicina“

Zagreb, 27.10.2012.

Ines Vujnović, tel.: 01/4556-467

160,00kn

STUDENI

Advanced paediatric life support

KBC Split i KBC Rijeka, Jedinice intenzivnog liječenja djece
Opatija, 02.-04.11.2012.
Prof.dr.sc. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590
2.500,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 05.-09.11.2012.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Predavanja iz dječje i adolescentne psihijatrije - Selektivni mutizam kod djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 06.11.2012.
Prim.dr.sc. Enes Kušmić, dr.med., tel.: 01/4862-524
60,00kn

Hemoragijska vrućica s bubrežnim sindromom - izazov za liječnike i znanstvenike

Sekcija za imunologiju infektivnih bolesti, HD za infektivne bolesti HLZ-a
Zagreb, 07.11.2012.
Nena Jakopović, oec., e-mail: njakopovic@bfm.hr
100,00kn

CEEA (Committee for European Education in Anaesthesiology)

- Tečaj kontinuirane edukacije iz anesteziolije

HLZ, HD za anestezioliju i intenzivno liječenje
Zagreb, 08.-09.11.2012.
Davorka Stošić, tel.: 01/3712-359
1.250,00kn

Od bazičnih istraživanja do klinike

Hrvatsko društvo za istraživanje raka
Zagreb, 08.-09.11.2012.
Sonja Levanat, mob.: 099/4571-292, fax.: 01/4561-010, e-mail: info@hdir.hr, levanat@irb.hr
Za članove HDIR: studenti 25EUR, istraživači/liječnici 50EUR, za nečlanove: studenti 50EUR, istraživači/liječnici 75EUR, za prijave nakon 15.09. svi iznosi kotizacija povećani su za 25EUR

Nuspojave cijepljenja u djece

HLZ, Hrv. pedijatrijsko društvo - sekcija za alergologiju i kl. imunologiju
Zagreb, 09.11.2012.
Darko Richter, tel.: 01/2376-521

Škola manualne medicine (radionica) - Vratna kralješnica

Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 10.11.2012.
Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766
800,00kn

Pedijatrijski ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja
Ravna Gora, 10.-11.11.2012.
Dr. Tvrto Pervan, tel.: 01/3313-031
1.800,00kn

Predavanja iz dječje i adolescentne psihijatrije - Opsijsivno kompulzivni poemećaj kod djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 13.11.2012.
Prim.dr.sc. Enes Kušmić, dr.med., tel.: 01/4862-524
60,00kn

Ciklus predavanja „ „Lijekovi i ...“

Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 14.11.2012.
Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

2. hrvatski kongres ginekološke onkologije s med.sud.

Hrvatsko ginekološko onkološko društvo (HGOD)
Zagreb, 15.-17.11.2012.
Prof.dr. Vlastimir Kukura, tel./fax.: 01/2431-391,
e-mail: vlastimir.kukura@zg.t-com.hr, www.hgod2012.org
do 15.09.2012. za članove HGOD-a 1.000,00kn, za ostale 1.200,00kn
od 16.09.2012. za članove HGOD-a 1.300,00kn, za ostale 1.500,00kn
Specijalizanti, umirovljeni liječnici i medicinske sestre 800,00kn a osobe u pravnji i izlagači 500,00kn

Anoreksija nervosa u djece i adolescenata

Klinika za pedijatriju KBC Sestre milosrdnice
Zagreb, 16.11.2012.
Tatjana Lesar, dr.med., mob.: 099/7330-794
300,00; 200,00kn

Pristup bolesniku s kroničnom nezaraznom bolešću u ordinaciji liječnika opće medicine

Merck d.o.o.
Zagreb, 17.11.2012.
Dr. Elizabert Baloević, tel.: 01/4864-111, 4864-117, 4864-127

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 19.-23.11.2012.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718
3.500,00kn

71. dani dijabetologa

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma
Pula, 22.-24.11.2012.
Vesna Borisavljević, mob.: 091/1255-170
500,00kn