

GODINA XII • BROJ 112 • 15. IX. 2012.

Lječničke Novine

GLASILLO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



TEMA BROJA (str. 17)

**Informatizacija
u službi zdravstva**

im pressum

LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore

ADRESA UREDNIŠTVA

10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska

GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

Prof. dr. Željko Poljak

Vlaška 12, 10000 Zagreb

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

TAJNIK REDAKCIJE

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.

Naklada 18.000 primjeraka

MEDICAL NEWS

FOUNDER AND PUBLISHER

The Medical Chamber of Croatia

ADDRESS

10000 Zagreb, Tuškanova 37, Croatia

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

Published in 18.000 copies

IZDAVAČKI SAVJET

Prim. dr. Dražen Borčić
Nikolina Budić, dipl. iur.

Prof. dr. Nenad Ilić

Prof. dr. Tatjana Jeren

Prof. dr. Vesna Jureša

Dr. Mario Malnar

Prim. dr. Vjekoslav Mahovlić

Prim. dr. Hrvoje Minigo

Dr. sc. Vladimir Mozetič

Dr. Senad Muslić

Doc. dr. Ljiljana Perić

Prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović

Prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric

Doc. dr. Hrvoje Šobat

UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Nikolina Budić

Borka Cafuk • Egidio Čepulić

Stella Fatović Ferenčić • Josip Jelić

Slavko Lovasić • Adrian Lukenda

Ingrid Márton • Hrvoje Minigo

Mladen Petrovečki • Dražen Pulanić

Dario Sambunjak • Katarina Sekelj Kauzlaric

Ivica Vučak

UPUTA SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:

"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Tuškanova 37,
e-mail: hlk@hlk.hr ili izravno uredniku.

Članci ne podliježu recenziji i uredništvo
se ne mora slagati s mišljenjem autora.
Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.

Mali oglašnik je za članove Komore besplatan.

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

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

Hrvatska liječnička komora

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

Redakcija

Novinarka Borka Cafuk

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

Obljekovanje A. Boman Višić

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

LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU:

www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

kazalo

LIJEĆNIČKE NOVINE 112 • 15. rujna 2012.

RIJEČ PREDSJEDNIKA 5

Tko će nas zastupati na sindikalnoj sceni?

IZ KOMORE 6

Deveta sjednica IO-a • Očitovanje Komore na prijedlog Mreže

Izobrazba na WEB-u Komore • Vi pitate - Komora odgovara

INFORMATIZACIJA U SLUŽBI ZDRAVSTVA I ZDRAVLJA 17

Što je skriveno u hrvatskom zdravstvu? • Upravljanje temeljem dokaza • Informatizacija zdravstva

E-karton • Pravo pacijenta na uvid u dokumentaciju • eListe čekanja i eNaručivanje • Središnji EZZ/e-karton

Nacionalni preventivni programi • Umjesto širokih indikacija - široka komunikacija

Povjerenstvo za palijativnu skrb MZ-a • Zdravstveno-informacijski sustav u MORH-u

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 37

Sjednica UV HZZO-a • Ugrožena isporuka lijekova • HZZO o aferi Pfizer • Startao e-projekt • Svjetski dan hepatitisa

Medunarodni tjedan dojenja • Nuspojave prijaviti HALMED-u • Zdravstveni odgoj u školama • Gerontološka škola

Muzikoterapija • Potrošnja droga • Iz hrvatske kardiologije

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 45

HRVATSKA ALERGOLOGIJA 52

Bez alergena nema dijagnostike i terapije

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA 54

Palijativna skrb

Medunarodni neuropsihijatrijski kongres u Puli

23. Summer Stroke School

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 56

Polifarmacija u starijih pacijenata

TEHNOLOGIJA U MEDICINI 60

Quo vadis, kiborgizacijo čovjeka?

PSIHIJATRIJSKA TEMA 68

Terapija svjetлом u Bjelovaru

Iz AMZH-a 70

O našoj Medicinskoj akademiji

PATOGRAFIJA 72

Bolest i smrt Ivana Merza • Uz Merzovu patografiju

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE 78

Prva dva liječnika konavoskog roda

ZANIMLJIVE LIČNOSTI 82

Prof. dr. Ivo Marinović

UREDNIKOV KUTAK 87

Što brojeva Medixa

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 88

ORGANIZACIJA I MARKETING "BONAMARK" • AMRUŠEVA 10

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

Tko će nas zastupati na sindikalnoj sceni?



• Ljeto je na kraju. Oni koji su imali priliku odmoriti se nastaviti će svoj posao s više energije, koja im je sigurno potrebna da bi pružali kvalitetnu zdravstvenu zaštitu svojim korisnicima u uvjetima kad to moraju činiti s ograničenim sredstvima. Iz medija doznajemo da neke bolnice imaju poteškoće u opskrbni lijekovima zbog dugova dobavljačima. Vjerujem da će se naći izlaz iz ovog stanja, koje sigurno predstavlja velik teret onima koji moraju pružiti zdravstvenu zaštitu svojim pacijentima. Međutim, svi moraju biti svjesni da uz ograničena sredstva trebaju biti ograničene i mogućnosti pružanja zdravstvene zaštite. Siguran sam da ćemo u okviru mogućeg, kao i do sada, pružati kvalitetnu uslugu korisnicima zdravstvenih usluga...

Ovo ljeto obilježeno je velikom šurom i velikim brojem šumskih požara u priobalju. Unatoč ovim nedaćama turistička sezona bila je jako dobra. I zdravstveni radnici su dali velik doprinos pružajući zdravstvenu zaštitu u uvjetima kada trebaju, osim svojim osiguranicima, biti na usluzi i turistima.

Umjesto da se ponosimo svojim zdravstvenim radnicima, u medijima se velika pozornost posvećuje tzv. aferi Pfizer, koja se dogodila u nekim državama, pa tako i u Hrvatskoj od 1997. do 2004., a koja je u SAD-u za-

vršena sudskim nagodbom uplatom velike količine novaca. Jasno je da osuđujemo sve što se može nazvati korupcijom, ali to nikako ne znači da je među lijećnicima korupcija prisutna u velikom postotku nego drugdje.

Na žalost toga ima kao i svim drugim profesijama, a naš je zadatak da obavljajući časno svoj posao dovedemo percepciju korupcije do minimuma.

Krajem srpnja na snagu je stupio Zakon o kriterijima za sudjelovanje u tripartitnim tijelima i reprezentativnosti za kolektivno pregovaranje, kojim se određuje tko može biti reprezentativan pregovarač za kolektivni ugovor. Ovo je vrlo važno za našu profesiju. Poznato je da je naš cilj imati poseban kolektivni ugovor samo za lijećnike, ali nam to do sada nije uspjelo. Hrvatski liječnički sindikat trebao bi biti naš zastupnik u pregovorima s Vladom, ali to sukladno gore navedenom zakonu zavisi samo o tome hoće li imati dovoljan broj članova. Nije nam u interesu da nas zastupa netko drugi, stoga pozivam sve oni koji još nisu članovi našega Sindikata da to postanu.

U ovom broju Liječničkih novina možete naći obrazac koji treba ispuniti i poslati ga na adresu HLS-a u Šubićevu broj 9.

Hrvatska liječnička komora uvijek je podržavala naš Sindikat pa ćemo tako

nastaviti i u budućnosti.

Izašao je 100. broj časopisa „Medix“, dvomjesečnika koji izlazi već 18 godina. Ovaj časopis nametnuo se svojim zanimljivim i korisnim sadržajem, a što je Hrvatska liječnička komora prepoznaла i sklopila s izdavačem sporazum o međusobnoj suradnji.

Zadovoljni smo što ovaj časopis riječju i slikom prati sve najvažnije događaje u našoj struci, te posebice onim dijelom koji se tiče trajne medicinske izobrazbe. U «Medix» priznati stručnjaci iz pojedinih specijalnosti objavljaju tekstove, na temelju kojih čitatelji mogu riješiti test, a to im donosi 7 bodova za obnovu licence. Ovaj stoti broj posvećen je hematologiji i transfuzijskoj medicini, a gost urednik je prof. dr. sc. Ana Planinc Peraica, predsjednica Hrvatskog društva za hematologiju i transfuzijsku medicinu. Kao hematolog mogu pohvaliti objavljene tekstove; sa zadovoljstvom sam riješio test, nadam se uspješno, i tako stekao bodove za obnovu svoje licence. Kolegama iz „Medixa“ još jednom čestitam, uz želju da nastave svoj rad.

Dana 20. srpnja završena je javna rasprava o Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva do 2020. godine. Vlada RH ju je prihvatile i poslala u saborski postupak. Veseli me što su zaključci naših simpozija i stavovi Komore uvršteni u konačnu verziju koju je Vlada usvojila. Jedno je od važnih pitanja obvezno i kvalitetno osiguranje od profesionalne odgovornosti za sve liječnike, koji obavljaju zdravstvenu djelatnost. Kako je to riješeno u državama srednje i istočne Europe imat ćemo priliku saznati uskoro na ZEVA mitingu, koji će se održati u Zagrebu od 27. do 29. rujna ove godine. Osim o ovoj temi, na simpoziju ćemo govoriti o medijaciji kao načinu rješavanja sporova bez sudskog procesa. Zanimalje za taj skup je veliko, a zaključci će još snažnije utjecati na rješavanje ovoga važnog pitanja.

Nakon ljetne stanke sva naša stručna povjerenstva nastavljaju svoj rad i očekujemo njihov doprinos kako bi lakše obavljali naš težak i vrlo odgovoran posao.

Vaš predsjednik:
Prim. dr. Hrvoje Minigo

•••••

S 9. sjednice Izvršnog odbora

Kako zainteresirati mlade liječnike za rad u PZZ-u?



FOTO B. CAFUK

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo i prvi dopredsjednik dr. Mario Malnar

• Kako zainteresirati mlade liječnike da se više posvete primarnoj zdravstvenoj zaštiti raspravljalio se odmah na početku 9. sjednice Izvršnog odbora 7. rujna.

Nastavno na zaključak s prethodne sjednice IO-a napravljena je dopuna i zaključeno je da ovo pitanje treba sustavno obraditi i predložiti Ministarstvu zdravlja da ga rješava u okviru Nacionalne strategije razvoja zdravstva od 2012. do 2020. Da bi se mladi liječnici zainteresirali za rad u PZZ-u trenutno je moguće predložiti i bolje vrednovanje tog rada kroz odredbe Pravilnika o mjerilima za prijam specijalizanata. Komora će nastojati da se to pitanje riješi na najbolji način.

Osnovana radna grupa za borbu protiv percepcije javnosti o korupciji liječnika

Na redovnoj godišnjoj sjednici Skupštine Hrvatske liječničke komore 16. lipnja 2012. donijet je zaključak da je do kraja

godine potrebno izraditi Plan rada Komore za borbu protiv percepcije javnosti o korupciji liječnika i unaprjedenje statusa liječnika u javnosti. Nastavno na zaključak Skupštine imenovana je radna skupina u sastavu; dopredsjednik dr. **Mario Malnar**, predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. sc. **Mirjana Sabljar Matovinović** i savjetnik predsjednika za odnose s liječničkim udrušugama i Ministarstvom zdravlja prim. dr. **Danijel Mrazovac**.

Pripremnih sastanaka s HZZO-om nije bilo

Dogovoren pripremni sastanci s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO), koji su trebali biti prije svake sjednice Upravnog vijeća HZZO-a radi razmatranja svih aktualnih pitanja, nisu održavani pa suradnja tijekom ljeta s HZZO-om nije zadovoljavajuća, istaknuto je u raspravi o izvešćima s pripremnih sastanaka za sjednicu UV-a HZZO-a.

Sjednica UV-a HZZO-a održana je 18. srpnja, no pripremnog sastanka na kojem je trebala sudjelovati HLK nije bilo. Budući da je Komora zaprimila materijale za sjednicu, očitovala se na njih pisanim putem.

Premda je 29. kolovoza također održana sjednica UV-a HZZO-a, na kojoj je prva točka dnevnog reda bilo razmatranje Prijedloga Povjerenstva za utvrđivanje cijena DTP-a u specijalističko konziliarnoj zdravstvenoj zaštiti čiji je član i Komora, Komora opet nije bila pozvana na pripremni sastanak.

Prvi dopredsjednik Komore dr. **Mario Malnar** upozorio je da se u dopisima kojima se na te sastanke pozivaju predstavnici drugih sudionika traži dolazak predstavnika, dok se u dopisu HLK-u izrijekom poziva predsjednik Komore. Smatrajući da je to nije ispravno, IO je zaključio da će Komora tome prigovoriti jer je njeno pravo da sama odluci tko će je uz određenu tematiku najbolje predstavljati.

Novosti iz rada stalnih povjerenstava IO-a

Predsjednica Povjerenstva za javno-zdravstvenu djelatnost prof. dr. sc. **Vesna Jureša** govorila je o intenzivnom radu Povjerenstva u srpnju na Strategiji razvoja javnog zdravstva. Povjerenstvo se bavilo i Strategijom razvoja zdravstva te primjetilo da ona više govori o struci javnog zdravstva, nego o samom javnom zdravstvu. Stoga je Povjerenstvo uputilo primjedbe i prijedloge Komori.

Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika održalo je sastanak 3. srpnja s predstvincima Hrvatske komore medicinskih biokemičara u vezi s vrednovanjem tečajeva trajnog usavršavanja, izvjestila je predsjednica Povjerenstva prof. dr. sc. **Tatjana Jeren**. Zaključila je da je dosadašnja suradnja bila dobra te da su stvoreni preduvjeti za još višu razinu buduće suradnje.

Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu dr. **Senad Muslić** zamolio je podršku IO-a u pokretanju aktivnosti a nastavno na izjavu ravnatelja HZZO-a prim. dr. **Siniše Varge** da će Liječnička komora biti partner u pregovaranju oko izrade novog Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite na primarnoj razini. Muslić je predložio da se formira radna skupina koja će raditi na novim ugovorima o provođenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na primarnoj razini. IO je zaključio da će se taj zahtjev uputiti HZZO-u. Prioriteti o kojima treba raspravljati s HZZO-om, smatra Povjerenstvo za PZZ, tiču se razdvajanja indeksacije vezane na propisivanje lijekova i bolovanja te uputnica za specijalističke preglede, odnosno

uputnica za laboratorijske pretrage. Nužno je također obuhvatiti i kvalitetniju regulativu u vezi s pisanjem putnih naloga pacijentima.

Zamjenica predsjednice Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti dr. sc. **Vesna Sitar Srebočan** izvjestila je IO o 3. sjednici Povjerenstva održanoj 31. svibnja, na kojoj su sudjelovali HZZO i Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO) te predstavili položaj i status liječnika u tim ustanovama (više u LN od 15. lipnja 2012.). Članovi Povjerenstva su organizirali su i aktivno sudjelovali u modulu Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja "što je skriveno u hrvatskom zdravstvu?" (tema ovog broja LN-a).

Predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost dr. sc. **Vladimir Mozetić** izvjestio je IO o glavnom problemu kojim se Povjerenstvo bavilo, tj. o izradi novog, dopunjenog Cjenika zdravstvenih postupaka Komore kojim su utvrđene najniže cijene zdravstvenih postupaka i usluga. Povjerenstvo će u najkraćem mogućem roku izraditi novi prijedlog Cjenika kako bi se otklonio i privremeni zastoj u ovjerama cjenika.

Mozetić je IO-u predložio i da se održi sastanak s predstvincima Agencije za zaštitu tržišnog natjecanja radi što preciznijeg odgovora na pitanje hoće li Komora i u budućnosti, nakon ulaska u Europsku uniju, moći zadržati svoju javnu ovlast utvrđivanja minimalnih cijena zdravstvenih postupaka. Odgovor na ovo pitanje u širem kontekstu budućih ovlasti Komore zatražit će se i od predsjednice saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku i naše predstavnice u Europskom parlamentu za segment zdravstva dr. **Biljane Borzan**.

O statusu privatnih ugovornih specijalista, koji su se do 30. lipnja trebali očitovati o tome hoće li prijeći u domove zdravlja ili će nastaviti obavljati djelatnost u

svojim prostorima, Mozetić je izvjestio da raspolaže samo neslužbenom informacijom da svatko tko se želi vratiti u dom zdravlja to može učiniti, ako ne u ovom onda u sljedećem ugovornom razdoblju. Ujedno, svatko tko želi ostati zakupac moći će to ostvariti u dogovoru s lokalnom samoupravom koja će uređivati pitanja zakupa.

Što se tiče mogućnosti rada u zdravstvenim ustanovama temeljem ugovora o djelu, koje je također kao temu spomenuo Mozetić u izješču o radu Povjerenstva, u ovom broju donosimo poseban članak.

Deklaracija European Cardiac Arrest Awareness Week

Na sjednici IO-a sudjelovala je i predsjednica HD-a za reanimatologiju dr. Ines Lojna Funtak, koja je članovima IO-a prezentirala Deklaraciju European Cardiac Arrest Awareness Week, usvojenu 14. lipnja u Europskom parlamentu. Deklaracijom se nastoji potaknuti edukacija posebnih ciljanih skupina ljudi iz kardipulmonalne reanimacije.

Edukacija bi trebala obuhvatiti vatrogasce, policiju, domaćine na aerodromima i u avionima, osoblje željezničkih i autobusnih kolodvora, stadiona, škola, fakulteta, hotelskih i turističkih naselja, odnosno na svim mjestima koja okupljaju ili kroz koja prolazi velik broj ljudi.

Europske smjernice upozoravaju i na potrebu daljnog razvoja programa (Public Access Defibrillation) i postavljanje defibrilatora na javnim mjestima jer ranu defibrilaciju mogu provoditi i laici. Edukacija o zbrinjavanju bolesnika u kardio-raspiratornom zastoju u izvanbolničkim uvjetima ne smije biti ograničena samo na zdravstvene djelatnike već treba uključiti i stanovništvo.

Inicijativu su podržali svi članovi IO-a pa će se na prijedlog prim. dr. **Josipa Jelića** i Komora založiti da se HD-u osiguraju formalno pravne pretpostavke za provođenje ove edukacije.

Prihvaćeni poslovni o radu Izvršnog odbora i stalnih povjerenstava IO-a

IO je usvojio Poslovnik o radu Izvršnog odbora HLK-a i Poslovnik o radu stalnih povjerenstava IO-a HLK-a. Novi poslovni omogućit će bolji rad IO-a i stalnih povjerenstava IO-a, a bit će dostupni na mrežnoj stranici Komore www.hlk.hr.

MSD distribuirati što većem broju zainteresiranih

Temeljem Ugovora o dodjeli MSD priručnika Komora će se založiti da se ova vrijedna knjiga distribuira što većem broju zainteresiranih. Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** je predložio a IO prihvatio izradu Aneksa postojećem Ugovoru kako bi se to ostvarilo. Na taj način omogućit će se da do Priručnika dođu i predstavnici ostalih zdravstvenih struka u Hrvatskoj, a ne samo liječnici aktivni praktičari kako je prvotno bilo predviđeno.

Pripreme 19. Sastanka ZEVA

Komora je domaćin 19. sastanka Simpozija liječničkih komora centralne i istočne Europe (ZEVA), koji će se održati od 27. do 30. rujna u Hotelu Westin u Zagrebu.

Teme su, a predložila ih je Komora kao organizator, medijacija kao način rješavanja sporova u zdravstvu i osiguranje liječnika od profesionalne odgovornosti.



Predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost dr. sc. **Vladimir Mozetić**, savjetnik predsjednika za odnose s liječničkim udružama i Ministarstvom zdravlja prim. dr. **Danijel Mrazovac**, predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju prim. doc. dr. sc. **Hrvoje Šobat**, savjetnik predsjednika za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. sc. **Mirko Gjurašin** i predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. sc. **Mirjana Sabljarić-Matovinović**

FOTO A. STANIŠAK

Financijske potpore i pokroviteljstva

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske obratila se Komori sa zamolbom za financijsku potporu budući da se našla u nezavidnoj situaciji koja bi mogla, ne pronađe li se rješenje, imati za posljedicu prestanak njenog djelovanja. Uvažavajući značenje AMZH-a i njen doprinos razvoju medicinskih znanosti, Komora joj je odobrila jednokratnu novčanu pomoć u iznosu od 10.000 kuna.

Komora će biti pokrovitelj Trećeg Kongresa Hrvatske obiteljske medicine koji će se održati 4.-7. listopada u Bolu na otoku Braču. Organizator je Koordinacija hrvatske obiteljske medicine, kojoj je Komora odobrila financijsku potporu od 5.000 kuna da bi se što veći broj polaznika mogao uključiti u rad ovog skupa.

Komora će biti pokrovitelj Internog simpozija iz kognitivne psihijatrije i neuroznanosti Psihijatrijske bolnice Rab te će i dalje financijski podržavati Zagrebačku ligu protiv raka. Pokroviteljski će podržati i Međunarodni poslijediplomski tečaj stalnog usavršavanja i Hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije.

Ove godine Komora će biti i domaćin sastanka Liason Committeea Europskog foruma liječničkih organizacija koji će se održati u Zagrebu 25. i 26. listopada.

Ostale aktivnosti Komore

U nastavku donosimo pregled ostalih aktivnosti Komore u razdoblju između dviju sjednica IO-a od 16. lipnja do 7. rujna.

- 16. lipnja 2012. - održana je redovna godišnja sjednica Skupštine Komore
- 25.-27. lipnja 2012. - u suorganizaciji ŠNZ-a A. Štampar i HLK-a održana je u okviru Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja radionica „Zdravstveni sustav i zdravstvena politika“ s temom „Što je skriveno u hrvatskom zdravstvu?“
- 27.-29. lipnja 2012. - na predstavljanju Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. u Grožnjanu u sklopu tečaja Mediji i zdravlje sudjelovali su predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo, rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahović i predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. Senad Muslić

• 2. srpnja 2012. - u Komori je održan pripremni radni sastanak s predstvincima tehničkog organizatora sastanka ZEVA

• 3. srpnja 2012. - prim. dr. Hrvoje Minigo i prof. dr. Tatjana Jeren sastali su se s predstvincima Hrvatske komore medicinskih biokemičara u vezi s vrednovanjem tečajeva trajnog usavršavanja

• 17. srpnja 2012. - prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric i tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić nazočile su sastanku u vezi s inozemnim obrazovnim kvalifikacijama stičenima u trećim zemljama i u vezi s reguliranjem pristupa tržištu rada u području zdravlja u Ministarstvu znanosti

• 24. kolovoza 2012. - Ministarstvu zdravlja dostavljen je pregled zaprimljenih očitovanja članova tijela Komore na prijedlog izmjena i dopuna Mreže javne zdravstvene službe

• 7. rujna 2012. - u Komori je održan sastanak užeg Organizacionog odbora sastanka ZEVA

Uredništvo LN-a

Očitovanje na prijedlog Mreže javne zdravstvene službe

Borka Cafuk

• Ministarstvo zdravstva u srpnju je zatražilo mišljenje Hrvatske liječničke komore o prijedlogu Mreže javne zdravstvene službe. Komora je o Mreži zatražila očitovanje svojih županijskih povjerenstava, predsjednika i članova stalnih povjerenstava Izvršnog odbora.

Budući da u roku koje je Ministarstvo zdravstva dalo Komori za očitovanje nije bilo sjednica nadležnih tijela Komore, pregled očitovanja sastavljen je od primjedbi i obražloženja pristiglih u Komoru te je dostavljen Ministarstvu.

Primjedbe na prijedlog Mreže javne zdravstvene službe dale su za Mrežu

timova u djelatnosti opće/obiteljske medicine na razini PZZ-a u RH Dubrovačko-neretvanska, Istarska, Koprivničko-križevačka, Međimurska, Požeško-slavonska i Primorsko-goranska županija.

Požeško-slavonska, Primorsko-goranska, Splitsko-dalmatinska i Varaždinska županija dale su primjedbe na prijedlog Mreže timova u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece na razini PZZ-a u RH.

Na Mrežu timova u djelatnosti zdravstvene zaštite žena na razini PZZ-a u RH primjedbe je dala samo Sisačko-moslavačka županija.

Primjedbe na prijedlog Mreže timova u djelatnosti preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata u RH dale su Ličko senjska, Primorsko-goranska, Osječko-baranjska i Split-sko-dalmatinska županija te Grad Zagreb.

Sisačko-moslavačka županija dala je primjedbe na Mrežu specijalističko-konzilijske i dijagnostičke zdravstvene djelatnosti, tj. potreban broj specijalističko-konzilijskih i dijagnostičkih timova prema utvrđenom standardu.

Na Mrežu bolničke djelatnosti u Gradu Zagrebu primjedbe je dala Klinika za psihijatriju Vrapče, a na Mrežu bolničke djelatnosti u Primorsko-goranskoj županiji Psihijatrijska bolnica Lopača.

Opća bolnica "Dr. Ivo Pedišić" Sisak i Lječilište Topusko očitovali su se na Mrežu bolničke djelatnosti u Sisačko-moslavačkoj županiji.

Aplikacija za medicinsku izobrazbu liječnika na mrežnoj stranici Komore

Upute za prijavu stručnih skupova i uvid u karticu liječnika

Borka Cafuk

- Na mrežnim stranicama Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr) već je duže vrijeme aktivna aplikacija za trajno usavršavanje liječnika, odnosno za prijavu stručnih skupova i upravljanje stručnim skupovima za organizatore. Smisao aplikacije je pojednostavljenje prijavljivanja stručnih skupova i omogućavanje uvida liječnicima u broj sakupljenih bodova putem pristupanja kartici liječnika. Ovo je i jedinstveni program organizacije skupova i praćenja sakupljenih bodova u našoj regiji.

Na mrežnoj stranici nalaze se upute za organizatore stručnih skupova o načinu prijave i upravljanja stručnim skupom, odnosno načinu unošenja podataka vezanih uz stručni skup, kao i upute za korištenje tzv. kartice liječnika.

Po ispunjenoj prijavi stručnog skupa organizator stručnog skupa dobiva

obavijest sa zaporkom i korisničkim imenom na svoju e-adresu koju je naveo u prijavi, što mu omogućava daljnji unos podataka vezanih uz stručni skup. Ukoliko organizator obavijest ne dobije, to govori da prijava skupa nije dobro ispunjena i nužno je skup ponovo prijaviti.

Nakon što Povjerenstvo Komore za trajnu medicinsku izobrazbu razmotri prijavu i ukoliko odobri prijavljeni skup, organizator stručnog skupa na svoju e-adresu dobiva obavijest o odobrenju skupa, broju bodova i kategoriji skupa.

Organizator skupa u aplikaciju upravljanja stručnim skupom treba unijeti popis predavača i sudionika skupa nakon održavanja stručnog skupa. Na temelju tog popisa aplikacija automatski dodjeljuje bodove sudionicima skupa.



S druge strane, svaki liječnik može pristupiti svojoj kartici liječnika koja mu omogućuje uvid u broj prikupljenih bodova te popis stručnih skupova na kojima je sudjelovao.

Upute za pregled kartice liječnika

Postupak pristupa kartici objašnjen je i na mrežnoj stranici Komore.

Autorizacija

U polje „Korisničko ime“ unesite prezime.ime bez dijakritičkih znakova, na primjer: markovic.marko

Za osobe koje imaju dva prezimena unesite prezime1.prezime2.ime, na primjer: juric.maric.snjezana. Pri tome se koriste točke, a ne crticice.

U polje „Lozinka“ unesite JMBG, na primjer: 0506963123124 (slika 1.)

Pregled osobnih informacija

Klikom na „Osobne informacije“ s lijeve strane izbornika dolazimo do vaših osobnih informacija (slika 2.).

Klikom na ikonu povećala pored vašeg zapisa otvaramo detaljne informacije (slika 3.).

Prikaz kartice

Klikom na gumb „Prikaži karticu liječnika“ otvara nam se konačno sama kartica. Ispod detaljnih informacija nalazi se lista vaših dosadašnjih usavršavanja koja također možete pregledavati klikom na ikonu povećala pored željenog usavršavanja (slika 4.).

Kod otvaranja kartice možemo je ispisati a sam ispis možemo ponoviti osvježavanjem stranice (pritiskom na tipku 5.) (slika 5.).

Ako imate pitanja i nakon što ste proučili uputu, a koja su vezana uz način korištenja aplikacije, prijavu stručnog skupa, unos podataka o stručnom skupu ili pristup kartici liječnika, molimo vas da se obratite administratorici Povjerenstva Komore za trajnu medicinsku izobrazbu, gđi Fulviji Akrap na e-adresu fulvia.akrap@hlk.hr.

Također, a s obzirom da je ovaj sustav podložan usavršavanju, svoje eventualne primjedbe ili prijedloge kojima bi se moglo poboljšati rukovanje aplikacijama molimo da pošaljete na istu e-adresu.



(slika 2.)



(slika 5.)



(slika 3.)

10



(slika 4.)

Važna obavijest organizatorima stručnih skupova i liječnicima sudionicima

Kratki podsjetnik o pravima i obvezama

- Povjerenstvo skreće pozornost organizatorima on-line prijavljenih stručnih skupova na obvezu upisivanja svih liječnika - sudionika prijavljenog skupa, u informatičku aplikaciju trajnog usavršavanja. Ulaz u aplikaciju svaki organizator ostvaruje putem korisničkog imena (username) i zaporce (password) koji se dodjeljuje prilikom on-line prijave skupa. Upis liječnika u informatičku aplikaciju dužnost je i obveza svakog organizatora. Ako organizator ne ispuni svoju obvezu upisivanja liječnika u informatičku aplikaciju, Komora ne može pripisati bodove u elektroničku karticu niti ih priznati u postupku obnove odobrenja za samostalan rad (licence).

Isto tako, organizatore stručnih skupova prijavljenih putem obrasca podsjećamo na odredbu članka 21. stavka 4. Pravilnika o trajnoj medicinskoj izobrazbi kojom je propisano da je organizator kategoriziranog i vrednovanog stručnog skupa dužan sudionicima stručnog skupa podijeliti potvrđnice. Organizatorima koji ne podijele potvrđnice sudionicima stručnog skupa, uskratit će se vrednovanje budućih stručnih skupova koje prijave. Za sva eventualna pitanja možete se obratiti **Tatjani Babić**, dipl. iur., tajnici Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika na broj telefona: 01/4500 830 ili na e-mail: tatjana.babic@hlk.hr

*Prof. dr.sc. Tatjana Jeren, dr. med.,
predsjednica Povjerenstva
za medicinsku izobrazbu liječnika*

Vi pitate - Komora odgovara

Ugovor o djelu - da ili ne?

Borka Cafuk

- Popriličnu pomutnju izazvalo je mišljenje Ministarstva zdravlja o sklapanju ugovora o djelu za obavljanje zdravstvene djelatnosti dostavljeno svim zdravstvenim ustanovama krajem svibnja, u kojem se ističe da zdravstvene ustanove ne mogu sklapati ugovore o djelu za pružanje usluga zdravstvene zaštite. Naime, Ministarstvo zdravlja je u svom dopisu istaknulo da je zatražilo mišljenje Ministarstva rada i mirovinskog sustava kako bi se u vezi sa sklapanjem ugovora o djelu za obavljanje zdravstvene djelatnosti i primjene odredbi Zakona o radu i zakona o zdravstvenoj zaštiti na zakonit način riješilo pitanje obavljanja rada u zdravstvenim ustanovama.

Ministarstvo zdravlja je iz pribavljenog mišljenja Ministarstva rada istaknulo da proizlazi da se ugovor o djelu može sklopiti samo za obavljanje određenog posla s izvođačem - fizičkom osobom, i samo onda kada se obavljanjem takvog rada ne izvršava sadržaj radnog odnosa, odnosno kada se ne radi o poslovima koji s obzirom na narav i vrstu rada te ovlasti poslodavca imaju obilježja poslova iz ugovora o radu. Ako je poslodavac s radnikom sklopio neki drugi ugovor (osim ugovora o radu) za obavljanje posla koji ima obilježja posla za koji se zasniva radni odnos, smatrat će se da je s radnikom sklopio ugovor o radu, osim ako poslodavac ne dokaže suprotno, sukladno članku 8. stavku 2. Zakona o radu. Na temelju toga Ministarstvo je donijelo svoje mišljenje.

U pitanju je opstanak poliklinika i trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti

Ovo je ponukalo brojne članove Hrvatske liječničke komore - vlasnike privatnih

poliklinika i trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti, da se obrate Komori, budući da bi primjenom mišljenja Ministarstva zdravlja bio doveden u pitanje njihov opstanak kao poslovnih subjekata.

Komora je o tome zatražila mišljenje Ministarstva rada i mirovinskog sustava, istaknuvši da se sukladno pozitivnim propisima privatne poliklinike i trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti mogu registrirati za veći broj zdravstvenih djelatnosti. No, problem nastaje pri zapošljavanju liječnika specijalista tih specijalnosti, a zbog općepoznatog manjka liječnika u Hrvatskoj, na što je Hrvatska liječnička komora više puta skretala pozornost i upozoravala javnost i nadležno ministarstvo. Također, naglasila je Komora, privatne poliklinike i trgovačka društva ne pružaju sve svoje zdravstvene usluge svaki dan u punom radnom vremenu, što posebice dolazi do izražaja u slučaju dislociranih podružnica koje određene usluge pružaju, primjerice, jednom u tjedan dana.

Komora je skrenula pozornost Ministarstvu rada na nekoliko situacija u kojima se ukazuje potreba za sklapanjem takvog ugovora kakav u svojim bitnim odrednicama odgovara sadržaju ugovora o djelu za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

Tako se nerijetko događa kad se kao izvođač ugovora o djelu pojavljuje umirovljenik. Liječnici koji i poslije odlaska u mirovinu žele biti radno aktivni moraju sklopiti ugovor o radu te staviti svoju mirovinu u mirovanje kada žele za (novog ili starog) poslodavca obavljati posao koji se po svojim obilježjima, naravi i vrsti rada obavlja u vidu radnog odnosa - dakle, ugovara se sam proces rada. No, ima umirovljenika koji posjeduju važeće odobrenje za samostalan rad i ponekad bi obavili određenu liječničku uslugu, pri čemu bi ugovorili s naručiteljem doista samo rezultat svog rada, a ne rad kao kontinuirani proces.

Potom, postoje i situacije kada liječnici zaposleni u zdravstvenom sustavu rade izvan svoga punog radnog vremena sklapajući, uz odobrenje poslodavca, posao za obavljanje zdravstvene djelatnosti u smislu čl. 125. b Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ br. br. 150/2008, 155/2009, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 154-/2011, 12/2012). Poslodavac i zdravstvena ustanova u kojoj će zdravstveni radnik za svoj račun obavljati poslove iz djelatnosti poslodavca sklapaju ugovor o međusobnim pravima i obvezama, a zdravstveni radnik (liječnik) sklapa za svoj račun posao s tom zdravstvenom ustanovom.

Također, postoji i potreba za radom liječnika koji posjeduju važeće odobrenje za samostalan rad i zaposleni su temeljem ugovora na neodređeno vrijeme kod poslodavca koji ne obavlja neposrednu zdravstvenu djelatnost (primjerice liječnici zaposleni u farmaceutici, Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje i drugim državnim zavodima i ministarstvima) - s obzirom da posjeduju licencu mogu svoje znanje i stručnost upotrijebiti u obavljanju posla gdje se također ugovara rezultat rada.

S obzirom na naprijed navedene situacije gdje postoji potreba za obavljanjem posla - liječničke djelatnosti - povremenog i/ili privremenog karaktera, pri kojem se ugovara sam rezultat rada (primjerice, očitanje rendgenske snimke, davanje stručnog mišljenja, obavljanje dijagnostičkog postupka), Komora je od Ministarstva rada zatražila odgovor na pitanje: može li u takvim slučajevima biti sklopljen ugovor o djelu s liječnikom koji ima važeće odobrenje za samostalan rad, neovisno o njegovom radnopravnom statusu.

Ministarstvo rada smatra da je najprimjerenije radno pravne aspekte u pojedinoj djelatnosti propisati posebnim zakonom

Ministarstvo rada je u svom odgovoru Komori istaknulo da osobe koje imaju odobrenje za samostalan rad i samostalno ga obavljaju, sukladno Zakonu u radu nisu radnici već su samozaposlene osobe koje obavljaju samostalnu profesionalnu djelatnost, a ta nije područje koje uređuje Zakon o radu.

Ponovo je naglasilo i da Zakon o radu propisuje niz ograničenja i zabrana koje onemogućavaju da se za primarnu svrhu rada zaključuje ugovor o djelu kojem je primarna svrha rezultat rada (članak 8. stavak 2. Zakona o radu). No, pitanje ocjene, ističe Ministarstvo

rada, ima li neki posao obilježja radnog odnosa je faktično pitanje, koje će procjenjivati nadležan sud u svakom pojedinačnom slučaju. Također, odredbom članka 43. Zakona o radu zabranjena je kumulacija rada u ukupnom radnom vremenu koje bi trajalo duže od Zakonom propisanog najdužeg radnog vremena od 40 sati tjedno.

No, istaknuto je Ministarstvo rada, s obzirom da je odredbom članka 1. Zakona o radu propisano da se taj Zakon primjenjuje na radne odnose u Republici Hrvatskoj ako drugim zakonom nije drugačije propisano, ostavljena je mogućnost da se pojedini aspekti rada i radnog odnosa uređuju i posebnim propisima sukladno potrebama pojedinih sektora ili djelatnosti. Budući da i sada postojeći propisi u području zdravstva uređuju pojedine

specifične uvjete radnih odnosa u zdravstvu, Ministarstvo rada smatra da je najprimjerenije normativno uređenje radnog vremena, radnih uvjeta ili drugih radno pravnih aspekata u pojedinoj djelatnosti propisati posebnim zakonom, koji će u primjeni, u odnosu na općis propis, imati prioritet kao *lex specialis*.

Za sve subjekte nužno je odrediti koju vrstu ugovora mogu sklapati s izvođačima radova

Budući da odgovorom Ministarstva rada nije riješen goruci problem u kojem se trenutačno nalaze pojedini članovi Komore, Komora će ponovo zatražiti sastanak s pred-

stvincima Ministarstva zdravlja kojima da pokuša upozoriti na sve manjkavosti postojećih akata u području zdravstva koji (ne)određuju ovo pitanje i na potrebu njihove izmjene zbog promijenjenih okolnosti na tržištu rada te i stoga što je Ministarstvo najavilo izradu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti najesen.

Također će od Ministarstva zatražiti da detaljno odredi načine postupanja u svakoj situaciji, odnosno da se točno odredi za sve subjekte zdravstvenog sustava koju vrstu ugovora mogu sklapati (i na koji način) s izvođačima radova.

.....

Kontrola poslovanja ordinacija

Mijo Karaula, dipl.iur.

• Budući da Komora redovito zaprijava upite vezane uz mogućnost i način provođenja kontrole poslovanja ugovornih subjekata Hrvatskog zavoda za zdravstvenog osiguranja (HZZO), odnosno mogućnost kontrole finansijske dokumentacije ugovornih ordinacija PZZ-a, u nastavku upozoravamo na propise koji uređuju nu materiju.

Mogućnost kontrole finansijskog poslovanja ugovornih subjekata HZZO-a utvrđena je samim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ br. 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10, 49/11, 22/12, 57/12) koji u članku 78. propisuje da HZZO tijekom ugovornog razdoblja provodi nadzor nad izvršavanjem ugovornih obveza zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika i ugovornih isporučitelja pomagala, pri čemu se nazor provodi, između ostalog, i pregledom i provjerom finansijske, medicinske i druge dokumentacije.

Člankom 80. Zakona propisano je kako će način, postupak i sadržaj provođenja nadzora nad izvršavanjem ugovornih obveza zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika te ugovornih isporučitelja pomagala

HZZO propisati posebnim aktom, odnosno utvrditi samim ugovorom.

Temeljem navedene zakonskom utvrđene ovlasti donesen je Pravilnik o ovlastima i načinu rada kontrolora HZZO-a („Narodne novine“ br. 59/09, 48/11) kojim se utvrđuju ovlasti i način rada ovlaštenih osoba HZZO-a za obavljanje nadzora.

Potrebno je naglasiti da kontrolori HZZO-a u obavljanju poslova vanjskog nadzora nadziru izvršavanje zakonskih obveza i preuzetih ugovornih obveza zdravstvenih radnika privatne prakse, namjensko trošenje sredstava ugovorenih za provođenje zdravstvene zaštite te zakonito i pravodobno ostvarivanje prava osiguranih osoba HZZO-a na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja (čl.10.st.1. Pravilnika).

Pored toga kontrolori nadziru je li postupanje ugovornih izabranih doktora PZZ-a u skladu sa Zakonom i općim aktima HZZO-a u dijelu koji se odnosi na pravilno izdavanje uputnica za bolničku i specijalističko-konzilijsku zdravstvenu zaštitu, recepata za lijekove utvrđene osnovnom i dopunskom listom lijekova HZZO-a, putnih naloga radi korištenja

zdravstvene zaštite za osigurane osobe HZZO-a te na utvrđivanje prava na bolovanje osiguranika HZZO-a. (čl.10.st.2 Pravilnika).

Pravilnikom je izričito istaknuto kako u okviru gore spomenutih nadzora (nadzora iz članka 10. st. 1. i 2. Pravilnika) kontrolori HZZO-a imaju pravo pregleda i provjere pravne, finansijske, medicinske i druge dokumentacije kao i pravo neposrednog uvida u način rada ugovornog subjekta.

Iz navedenog je vidljivo da se nadzor finansijskog poslovanja ordinacije odnosi na mogućnost pregleda finansijske dokumentacije radi eventualne ocjene postupanja liječnika sukladno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o obveznim zdravstvenom osiguranju odnosno preuzetim ugovornim obvezama iz ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

.....



Primjena Zakona o oružju

Mijo Karaula, dipl.iur.

- Zakonom o oružju („Narodne novine“ br. 63/07, 146/08, 59/12) u članku 11. propisana je dužnost izabranog liječnika PZZ-a, kao i svakog drugog liječnika koji ima saznanja o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeku liječenja vlasnika oružja, a koje utječe na zdravstvenu sposobnost za držanje i nošenje oružja, da odmah po saznanju za takvu promjenu izvestiti nadležno tijelo (nadležnu policijsku upravu odnosno policijsku postaju Ministarstva unutarnjih poslova).

Neizvršavanje spomenute obveze predstavlja, sukladno članku 92. Zakona, prekršaj za koji je predviđena novčana kazna od 3.000,00 do 15.000,00 kuna.

Nadležno tijelo ovlašteno je po primitku obvesti o uočenoj promjeni zdravstvenog stanja uputiti rješenjem na izvanredni zdravstveni pregled vlasnika oružja za kojeg se opravdano sumnja da više nije zdravstveno sposoban za držanje i nošenje oružja.

Ako se na izvanrednom zdravstvenom pregledu utvrdi da je vlasnik oružja zdravstveno sposoban za držanje i nošenje oružja, troškove zdravstvenog pregleda snosi nadležno tijelo koje ga je uputilo na zdravstveni pregled (policijska uprava Ministarstva unutarnjih poslova).

Vlasnik oružja za kojeg se na izvanrednom zdravstvenom pregledu utvrdi da nije zdravstveno sposoban za držanje i nošenje oružja, sam snosi troškove izvanrednog zdravstvenog pregleda (čl. 45. Zakona).

Potrebno je naime istaknuti kako je Zakonom o oružju propisana mogućnost izdavanja odobrenja za nabavu oružja fizičkoj osobi ako ona ispunjava opće i posebne uvjete. Posebni uvjeti pritom, između ostalog, obuhvaćaju i zdravstvenu sposobnost fizičke osobe za držanje i nošenje oružja.

Postojanje zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja dokazuje se uvjerenjem o zdravstvenoj sposobnosti donesenim na temelju zdravstvenog pregleda.

Uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja izdaju zdravstvene ustanove, trgovачka društva koja obavljaju djelatnost medicine rada i specijalisti medicine rada u privatnoj praksi koji su ovlašteni za obavljanje takvih zdravstvenih pregleda, uz prethodno pribavljeno mišljenje izabranog liječnika PZZ-a.

Uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti izdaje se s rokom važenja od 5 godina te je fizička osoba kojoj je izdano odobrenje dužna svakih pet godina pristupiti zdravstvenom pregledu radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja.

Sukladno zakonskim odredbama, ministar nadležan za poslove zdravstva dužan je posebnim propisom utvrditi uvjete koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove, trgovачka društva koja obavljaju djelatnost medicine rada i specijalisti medicine rada u privatnoj praksi za obavljanje zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja, način i postupak obavljanja zdravstvenih pregleda, popis bolesti i zdravstvenih stanja koja osobu čine nesposobnom za držanje i nošenje oružja, način vođenja evidencije i medicinske dokumentacije, sadržaj uvjerenja o izvršenom zdravstvenom pregledu kao i niz drugih pitanja.

Budući da spomenuti propis do danasnog dana nije donesen, do donošenja provedbenih propisa za izvršavanje Zakona o oružju primjenjuje se Pravilnik o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje ili držanje i nošenje oružja („Narodne novine“ br. 79/92).

Spomenuti pravilnik donijelo je Ministarstvo unutarnjih poslova uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, a u njemu su navedena zdravstvena stanja - ozljede ili mane koja osobu koja želi držati ili držati i nositi oružje čine nesposobnom za držanje ili držanje i nošenje oružja.

Pravilnik sadrži i primjerak obrasca izvješća o promjeni zdravstvenog stanja osobe koja drži ili drži i nosi oružje, na kojem bi zdravstvene organizacije, osnovom prikupljenih anamnestičkih podataka i utvrđenih dijagnoza, trebale obavještavati nadležna tijela o uočenim promjenama zdravstvenog stanja i dijagnozama.

Komora se u proteklom razdoblju nekoliko puta bavila načinom izvještavanja nadležnih tijela o promjenama zdravstvenog stanja osigurane osobe, kako vezano uz pojedine odredbe Zakona o oružju tako i slične odredbe Zakona o sigurnosti prometa na cestama („Narodne novine“ br. 67/08, 48/10, 74/11).

Vezano uz odredbe Zakona o oružju višekratno je upozoravala na zakonsku odredbu prema kojoj je ministar nadležan za poslove zdravstva, uz suglasnost ministra unutarnjih poslova, dužan propisati način i postupak na koji će liječnik izvjestiti nadležno tijelo o promjeni zdravstvenog stanja vlasnika oružja koje utječe na sposobnost za držanje i nošenje oružja (čl. 107.st.4.).

Komora je pritom od nadležnog ministarstva zatražila žurno donošenje odgovarajućeg podzakonskog akta koji će na jasan način propisati postupak izvještavanja nadležnih tijela o uočenim promjenama zdravstvenog stanja osigurane osobe, uvažavajući pritom i odredbe Zakona o liječništvu o obvezu čuvanja liječničke tajne.

Komora je nadležnom ministarstvu svojedobno također dostavila i svoje primjedbe na prijedlog novog obrasca izvješća o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeku liječenja vlasnika oružja, koji bi trebao biti sastavni dio novog pravilnika o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja.

Komora je osim toga isticala kako izabrani liječnici u samom postupku izdavanja uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za držanje i nošenje oružja sudjeluju na taj način da daju samo prethodno mišljenje te stoga ne raspolažu pouzdanim podatkom je li osobi opredijeljenoj za tim izabranog liječnika, a koja je zatražila dozvolu za nabavu oružja ovlašteni specijalist medicine rada izdao uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti odnosno je li joj je nadležna policijska uprava, nakon ocjene ispunjavanja svih općih i posebnih uvjeta, doista izdala odobrenje za nabavu oružja.

Istaknuto je ujedno kako podaci o izdanju dozvoli za nabavu oružja nisu sastavni dio medicinske dokumentacije osigurane osobe niti je evidentiranje tih podataka propisano važećim propisima koji uređuju opseg

i način vođenja osnovne medicinske dokumentacije, odnosno individualnog zdravstvenog kartona osigurane osobe.

Također je ukazivano i na činjenicu da su isključivo nadležna tijela Ministarstva unutarnjih poslova raspolagala s pouzdanim podacima o izdanim dozvolama za držanje i nošenje oružja te da je eventualno rješenje nastalog problema moguće ostvariti redovitim izvještavanjem izabranih lječnika od strane nadležne policijske uprave o izdanim odobrenjima za nabavu i držanje oružja.

Time bi se naime ostvarili uvjeti za učinkovito provođenje zakonskih odredaba, pri čemu bi izabrani lječnici nedvojbeno raspolagali sa svim potrebnim podacima nužnim za izvršavanje zakonske obveze.

Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o oružju („Narodne novine“ br. 59/12) u članku 11. dodana je stoga nova odredba koja propisuje obvezu nadležnog tijela (policijske uprave prema mjestu prebivališta, odnosno sjedišta podnositelja zahtjeva) da izvijesti izabranog lječnika PZZ-a o osobama kojima je izdan oružni list.

Gore spomenutim zakonskim izmjenama i dopunama propisana je i obveza fizičkih osoba koje imaju registrirano oružje da u roku od 180 dana od dana stupanja na snagu zakonskih izmjena i dopuna izvijeste nadležno tijelo o izabranom lječniku PZZ-a, odnosno da u roku od 60 dana od dana promjene izabranog lječnika PZZ-a izvijeste nadležno tijelo o nastaloj promjeni.

Fizičkim osobama koje u propisanim rokovima ne dostave nadležnom tijelu podatak o izabranom lječniku PZZ-a, odnosno o promjeni izabranog lječnika PZZ-a, ukinut će se oružni list, a oružje će se oduzeti.

Iz navedenog je vidljivo kako je zakonskim izmjenama i dopunama otklonjen dio prigovora vezan uz izvršavanje obveze izvještavanja o promjenama zdravstvenog stanja sukladno odredbama Zakona o oružju.

Preostali dio prigovora odnosi se na potrebu donošenja novog pravilnika o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja, odnosno novog obrasca izvješća o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeku liječenja

vlasnika oružja, na čemu će Komora i dalje insistirati. U međuvremenu, do donošenja odgovarajućih provedbenih propisa, smatramo da je zakonom propisana obvezu moguće izvršiti bilo putem obrasca (Izvješće o promjeni zdravstvenog stanja osobe koja drži ili drži i nosi oružje) sadržanog u važećem Pravilniku o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje ili držanje i nošenje oružja bez navođenja pojedinih dijagnoza, bilo putem načelne obavijesti policijskoj upravi o uočenim promjenama zdravstvenog stanja koje utječu na zdravstvenu sposobnost za držanje i nošenje oružja (op. na identičan način kao što je uostalom predviđeno i Pravilnikom o zdravstvenim pregledima vozača i kandidata za vozače, „Narodne novine“ br. 1/11).

.....

Još o „Smjernicama za propisivanje lijekova“ („žuti“ prilog broja 106 LN-a)

• Na web stranici Hrvatskog kardiološkog društva ([http://www.kardio.hr/cardiology-croatica-2012.html](http://www.kardio.hr/cardiology-croatica/444-cardiologia-croatica-2012.html)) naišao sam na članak "Smjernice i medicina zasnovana na dokazima" prim.dr. sc. Aleksandra Kneževića. Budući da se autor poziva na „Smjernice za propisivanje lijekova“ priložene broju 106 „Lječničkih novina“ od 15 veljače 2012. („žuti prilog“) i s negativnim predznakom proziva Komoru, smatram da je potrebno na taj članak odgovoriti, posebice stoga što je također nesen na web adresama <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/6876/Smjernice-i-medicina-zasnovana-na-dokazima.html#13832> kao i http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=126142.

Naime, smatram da prim. Knežević ili nije pročitao uvodni tekst „Smjernica“ i napomenu na 20. stranici tog broja LN-a ili nije razumio razloge zbog kojih je uz „Smjernice“ tiskan i popis lijekova s Dopunske liste lijekova

HZZO-a. Slažem se s poštovanim kolegom da naziv „smjernice“ možda nije sretno odabran, ali bila je bitna namjera objavljivanja Dopunske liste lijekova HZZO-a.

Tiskanje „Smjernica“ bilo je dogovoren na sjednici Povjerenstva za bolničku djelatnost kojoj sam i ja prisustvovao ispred Povjerenstva za PZZ.

Kao što je u uvodu „Smjernica“ navedeno, lječnici PZZ-a su u svakodnevnom radu izloženi riziku kažnjavanja zbog propisivanja na recept lijekova koje su predložili bolnički kolege, a dijagnoze nisu u skladu s indikacijama koje su navedene uz pojedine lijekove s Dopunske liste HZZO-a.

Kao što svi kolege znaju, osiguravajuća kuća je uz lijekove s Dopunske liste navela indikacije za koje je odobreno njihovo propisivanje. Svi ugovorni subjekti Zavoda (i lječnici PZZ-a i lječnici SKZZ-a) imaju ugovoru obavezu poštivanja navedenih indikacija, ali jedino lječnici PZZ-a podliježu finansijskom kažnjavanju u slučaju nepoštivanja.

U uvodu je navedeno i to da među kolegama konzilijarcima SKZZ-a nema dovoljno informiranosti o HZZO-ovim „smjernicama“ (napomenama, indikacijama, ...) vezano uz predlaganje lijekova s Dopunske liste HZZO-a i naglašeno je da se "Smjernice" tiskaju "... radi poboljšanja suradnje lječnika primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, odnosno radi što manjeg razmimoilaženja i nesporazuma na relaciji obiteljski lječnik - pacijent - bolnički lječnik."

Štoviše, u sljedećem broju LN-a (broj 107, stranica 13. i 14.) pozvao sam kolege bolničke specijaliste da stručne komentare upute stručnim društвima, a naveo sam i da stručna društva mogu (i trebaju) utjecati na Povjerenstvo za lijekove HZZO-a ako smatraju da je sukladno medicinskim indikacijama potrebno izmijeniti HZZO-ove Liste lijekova.

Zaključno, HLK dakle nije preuzeo HZZO-ove smjernice "kao svoje" kako to u svom članku navodi poštovani prim. Knežević, već je namjera tiskanja bila sasvim drugačija. Očito se radi o potpunom nerazumijevanju.

Senad Muslić, dr.med.
Predsjednik Povjerenstva za PZZ

Izgubljene iskaznice

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske lječničke komore objavljujemo da su dr. Neda Bjeliš, dr. Antonija Čavala Miljan, dr. Zdenka Picukarić i dr. Milan Kos prijavili gubitak lječničke iskaznice HLK-a.

U roku od 30 dana od objave gubitka lječničke iskaznice u službenom glasilu Lječničkim novinama Komora, odnosno izdavatelj iskaznice, lječniku će izdati novu iskaznicu.

.....



FOTO B. CAFUK

U idućim brojevima

donosimo:

- **Naši lječnici u inozemstvu**

(Josip Slipac u Češkoj)

- **Patografija**

(Vincenzo Bellini)

- **Iz povijesti medicine**

(urološki bolesnici na
Nelsonovim brodovima)

- **Lječnici slikari**

(Nada Paradovski)

- **Lječnici u slobodno vrijeme**

(Fizijatrijsko druženje)

Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske lječničke komore i časopisa MEDIX

Rezultati testiranja za broj 98/99 (ožujak/ travanj 2012.)



• Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena lječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60%) pitanja na temu « Osnove nadomještanja bubrežne funkcije » objavljenih u časopisu MEDIX broj 98/99, ožujak/travanj 2012. godine. Svi kandidati time su ostvarili 7 bodova, sukladno Pravilniku HLK. Napominjemo da posebne potvrđnice neće biti dostavljene, nego će se kao potvrda koristiti popis objavljen u Lječničkim novinama za rujan 2012. Čestitamo svim sudionicima koji su pravodobno odgovorili na postavljena pitanja. Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.

Uredništvo

Popis lječnika koji su točno odgovorili na više od 60% pitanja u testu MEDIX-a

• Adžić Zoran	Ban Jadranka	Bator Ivana	Borić Gordana	Brozović Krijan Antonija
Antonić Željka	Bančić Bogoljub	Bekić Dragana	Borko Ivandić Zdenkica	Bubić Friščić Ružica
Arić Ivana	Banjac Dijana	Belević Dinka	Bošnjak Branimir	Bucko Ana
• Bačelić Gabelica Ana	Banjan Ana Marija	Benčić Krunoslav	Božić Kvaternik Gordana	Bučan Smiljana
Bačić Gordana	Barać Katija	Benković Silvija	Božić-Grigić Davorka	Budimir Mario
Bajrami Asip	Bardač Zelić Sunčica	Berger-Richter Snježana	Bradić-Hammoud Mirna	Bukša Branimir
Bakšić Marta	Bareta Radosna- Dome	Biškup Jadranka	Brisky Livia	Bulešić Lončar Nerina
Balković Vanda	Barišić Anita	Biškupić Mužina Jasmina	Brisky Tibor	•
Balog Sandra	Barišić Mirjana	Bižić Branka	Briški Ana	Cecić Sule Deana
	Bartolić Nina	Blažević Ivanka	Brljić Mirjana	Celiščak Koštaric Irena
	Bartulica Ita	Bojčić Iva	Brljić Tarbuk Brankica	

Cezner - Baćić Jasminka	Hostić Vedran	Lakić Teodosija	Piutti Sterija Romina	Šoštarić Opačić Ivanka
Cobenzl Milivojević	Hruškar Iskra	Lambaša Josip	Pocnić Marin	Šoštarić Želalić Vera
Miriam	Hržić Alisa	Laušin Veronika	Polić Ivana	Štambuk Milivoj
Cvitković Mile	•	Lemac Miljenka	Popić Vlasta	Štanfel Ivanka
Čaklović Marija	Iličić Amila	Lesandrić Nedeljka	Popović Branka	Štanfel Željko
Čapalija Davorka	Ivančić Ravlić Iva	Lipovac Mrđen Marija	Prgomet Ivana	Šumberac
Čičmak Smirnjak Ljiljana	Ivanković Mladen	Lokin Branka	Puljiz Marijana	Šaravanja Suzana
•	Iveković-Prepolac Štefanija	Lončar Dalibor	Puljiz Tina	Šunjara Dragutin
Čošić Maja	•	Lukić Marijan	•	Šuperina Branka
Črneli Marija	Jadrov Španja Helena	•	Radaković Petar	Šupraha Biserka
Čubrić Eva	Jagetić Jelena	Ljubić Đivo	Radić Mihael	Šušnjar Pjera
Čudina Nevia	Jakovac Marko	Ljubić Snježana	Rašić Roso Blaženka	•
Čulina Željka	Jakšić Jasna	•	Raušl Malagić Danijela	Tiblaš Maura
•	Jančić Jelena	Macner Koren Zdenka	Rendulić Marija	Tonković Zdenka
Ćorić Željko	Jerbić Boris	Malešević Jasenka	Roginić Siniša	Topolovec-Galic Biserka
Ćurković Marica	Jović Milena	Malešević Vojislav	Rojnić Matejčić Roberta	Tošić Goran
•	Jović Zlatović Josipa	Maras Jurčić Tatjana	Rosandić Piasevoli Rosanda	Tot - Đerd Terhaj Marijana
Dabanović Aleksandra	Jurančić Tea	Maravić Bravar Smilja	•	Treska Pintarić Jasenka
Danišović Marija	Jurišić Ivo	Marčec Ivana	Sabo Anica	Turković Veljka
Dašić Nada	Jurišić Vesna	Mareš Bratko Vera	Sanković Božena	Tušek Lončarić Jasna
Daus Šebедак Danijela	Jurković Krolo Vesna	Mariani Petrović Ina	Santinj Dušević Danijela	•
Dejanović Radomir	Jurlina Hrvoje	Marić Veljko	Sarka Jasna	Urumović Sonja
Dobrić Darko	Jurlina Marija	Marić Violeta	Scagnetti Ksenia	•
Dobrić Mara	•	Martínez Ivan	Schubert Mladen	Valek Ivan
Domović Zlata	Kajganić Ana	Mašković Senka	Sikirić Radmila	Verbanac Ira
Dragoja Vesna	Kajić Marina	Matovinović Stella	Skopljak Vlasta	Vidošević Marin
•	Kajić Violeta	Mededović Denis	Slaviček Gordan	Vidović Šehović Heda
Džaja Domagoj	Kajić Zvonko	Mičić Josipa	Softić Jasmin	Vladislavljević Gordana
Džodžo Biljana	Kašan Brkić Sanja	Mikuličić Saša	Somodi Bernardica	Vogleš Margareta
•	Katičić Vladimira	Milek Kristina	Sorić Maša	Volf Maja
Đerek Petar	Kinach Inna	Milosavljević Gačić Vesna	Srbelj Dehlík Biserka	Vrdoljak Trogrić Marina
Đogaš Tina	Klaić Slavica	Minigo Hrvoje	Srpak Sabina	Vučićević Ivica
Đorđević Branko	Klarić Dragan	Mintas Leo	Srzić Gojak Alenka	Vuica Ana
Đuras Velimir	Knežević Mira	Mišić Ivana	Stakor Mirjana	Vujević Miona
Đurić Jelena	Kocijan Sandra	Mračić Tomičić Maro	Stanečić Kristina	Vujičić Ignjatović Marijana
•	Kokić Marina	Mrgan Tomičić Biserka	Stanić Marta	Vukasović Merica
Emedi Vladimir	Kolačko Šimičić Ljiljana	Mujezinović Alija	Stanić Rikard	Vukelić Dario
Ercegovac Ivanka	Kolarić Blažičko Tanja	Muršić Miroslav	Stanimirović Ljeposava	Vukelić Ina
Ermacora Ratko	Kolarić Mia	Mužić Tamara	Stanojlović Botić Ljiljana	Vukić Veljko
Ezgeta Slavica	Kolenda Dževada	•	Staraj Bajčić Tanja	Vuković Anita
•	Kolundžić Božica	Neveščanin Marko	Staver - Nikolov Elizabeta	Vuković Dubravka
Fajdić Branka	Kontić Maša	Nikolić Ružica	Stipanović Milorad	Vulas Gordana
Farkaš Vedran	Koprić Branko	•	Stipeč Karmen	Vulić Ante
Forster Lidija	Koričić Sanja	Ojtović Verica	Stipković Snježana	•
Franić Maja	Kosanović Radivoj	Olujić Irena	Sviben Damir	Yahia Hanan
•	Kovač Retih Brigit	Oršulić Andreja	Svilan Maja	Yahia Manal
Gardašanić Jasna	Kovač Šestan Valentina	Osman Salem	•	Zadravec Tihana
Gereš Natko	Kovač Štefanija	Ostojočić Iris	Šakić Radetić Jelena	Zadro Ružica
Gilić Šipicki Lada	Kraljevski Davorka	•	Šalić Herjavec Dubravka	Zavidić Tina
Glavaš Josipa	Kranjčec Jagić Jasenka	Paić Nataša	Šamarija Vladimir	Zekić Božana
Glavaš Vražić Srećka	Krbot Veljka	Pančić Slavica	Šebek Željko	Zlatar Mirna
Gojčeta Burnić Sanda	Kretonić Ksenija	Pavlović Maja	Šeremet Darka	Zoričić Marina
Golubovac - Rutar Milica	Križan Branka	Peher Maja	Šestan Katarina	Zubak Maric Branka
Grbac Rinčić Gordana	Križan Vladimir	Penko Emanuela	Šestan Mario	•
Gregov Miodrag	Krnarić Nikolašević Silva	Pereković Vladimir	Šetušić Karmen	Žamić Sanja
Grgić Tina	Kukec Ivana	Permozer Hajdarović Snježana	Šikanić Maja	Žarković Branimir
•	Kukurin Dajana	Perušić Prpić Singlida	Šikanić Sonja	Željeznjak Dubravka
Hamš Vera	Kunštek Kučanđa Tatjana	Petković Tatjana	Šimić Spomenka	Žic Alemka
Hatvalić Zrinko	Kurtović Ivana	Petrošević Ivan	Šipicki Tinka	Žulić Sunčica
Hofmann Jager Ozana	Kustura Lea	Petrović Ana	Škvarić Martina	Žurić Dražen
Horvat Điko Ljiljana	Kutleša Dario	Petrović Bramimir	Škvorc Marcus Ingrid	•
	•	Petrović Gojko	Šlezak Tihana	•
	Lakić Mato	Petrović Vanja	Šmider Knežović Jasmina	•
		Picukarić Zdenka		••••

Što je skriveno u hrvatskom zdravstvu?

Menadžment, podaci i informatizacija zdravstva u Hrvatskoj

Radionica održana od 26. do 28. lipnja 2012. u Motovunu

Dr.sc. Aleksandar Džakula, dr. med.
Prim.Katarina Sekelj-Kauzlaric, dr. med.
Nikolina Domokuš, dr.med.
Sven Županić, dr.med.

• Informatizacija i problemi upravljanja zdravstvenim sustavom u Hrvatskoj bili su i ove godine tema radionice „Zdravstvena politika i zdravstveni sustav“ u Motovunu (od 26. do 28. lipnja). Na njoj se raspravljalo o aktualnim događanjima u zdravstvu i informatizaciji koja se provodi kao ključna aktivnost u sustavu. Kao i zadnjih pet godina, sudionici radionice svoja izlaganja predstavljaju u rujanskom broju Lječničkih novina.

Promjene i upravljanje zdravstvenim sustavom

Program radionice otvorili su mr. sc. Marijan Česarik, zamjenik ministra zdravlja, prim. Siniša Varga, ravnatelj HZZO-a, prim. Katarina Sekelj Kauzlaric, predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti u Hrvatskoj liječničkoj komori te prof. Sonja Grožić Živolić, pročelnica odjela za zdravstvo Istarske županije. U svojem uvodnom izlaganju mr. Česarik je iskazao važnost teme ovogodišnje radionice te njenu aktualnost i punu povezanost s promjenama koje se provode u zdravstvu. Također je izrazio zadovoljstvo da se na jednome mjestu okupljuju i intenzivno rade predstavnici svih zainteresiranih strana, te kroz trodnevnu diskusiju i rad otvaraju nove dionice u razvoju zdravstva.

O stanju informatizacije zdravstvenih sustava u Evropi govorio je doc. dr. Miroslav Končar i prikazao različita iskustva i projekte koji se provode u europskim zdravstvenim sustavima. Upozorio je na važnost koordiniranog djelovanja svih dijelova sustava kao najvažnijeg strateškog odredenja na

kojem su zapeli mnogi projekti u drugim državama. Govoreći o mogućnostima finansiranja projekta informatizacije prikazao je pregled programa što ih Europska unija razvija i nudi u području informatizacije zdravstvenih sustava ili njihovih dijelova. U posebnom dijelu stručnog programa organiziran je

„DrHorvat - health forum“ u kojem su predstavnici HZZO-a iznijeli svoje viđenje prezentiranih tema te predstavili program rada za naredno razdoblje. Ravnatelj HZZO-a prim. Varga govorio je o upravljanju znanjem kao najzapostavljenijem dijelu zdravstvenog sustava, pomoćnica ravnatelja Tatjana Prenda Trupec, mag.ing.el., predstavila je s funkcije koju obavlja u HZZO-u strategiju informatizacije zdravstvenog sustava Republike Hrvatske.

Dokumentacija i informatizacija u zdravstvu

Tematsku cjelinu pod nazivom „Medicinska dokumentacija, e-karton“ otvorila je Nikolina Budić, dipl. iur., tajnica HLK-a. Navodeći temeljne propise Zakona o zdravstvenoj zaštiti pokušala je definirati što je to medicinska dokumentacija. Maja Lacković, dipl. iur., tajnica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti HLK-a, govorila je o medicinskoj dokumentaciji kroz Zakon o zaštiti prava pacijenata. Gospodin Darko Gvozdanović, m.sc.e.e. manager Ericsson Nikola Tesla d.d., održao je izlaganje o elektroničkim zdravstvenim zapisima. O nacionalnim preventivnim programima ili prevenciji okrenutoj pojedincu



Organizatori radionice prim. dr. Katarina Sekelj Kauzlaric i mr. Aleksandar Džakula s vrijednim pomoćnicima tada studentima medicine koji su u međuvremenu diplomirali - u prvom redu čuće Nikolina Domokuš i Sven Županić, a Tea Friščić, Nikola Blažević i Adis Keranović stoje

predavanje je održala mr.sc. **Danijela Lazarić-Zec**, dr.med. iz Zavoda za javno zdravstvo Istarske županije.

eListe čekanja i eNaručivanje

Doc. dr. sc. **Ljiljana Perić**, dr.med., predsjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost HLKa-a, održala je predavanje o e-naručivanju, koristeći primjere iz prakse. Istaknula je da su dugačke liste čekanja za pojedine zdravstvene usluge u nekim bolnicama dovele do loše percepcije zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, što je ponajviše uzrokovano neadekvatnom evidencijom i nadzorom, loše korištenim postojećim kapacitetima, neusklađenošću i zanemarivanjem u pravilima i proceduri kao i mnogim drugim čimbenicima. Također je navela da se liste čekanja mogu poboljšati uskladišnjanjem i suradnjom između ustanova i koordinatora koji rješavaju liste čekanja. Kao najvažnije navela je: dostupnost na internetskim stranicama, ukidanje naručivanje putem telefona, edukaciju osoblja koje radi na listama čekanja, bolju komunikaciju s pacijentima, kvalitetniju suradnju unutar bolnice među odjelima i djelovanje na projektima za liste čekanja. Zaključila je da osnovni cilj treba biti uvođenje kvalitetnog postupka i pravila kojih će se pridržavati svi akteri koji djeluju na liste čekanja te da svi podaci pacijenta trebaju biti objedinjeni u jedinstven zapis u cilju povezivanja svih događaja važnih za pacijenta.

Tatjana Prenda Trupec, mag.ing. el., pomoćnica ravnatelja HZZO-a za informatičku tehnologiju, prezentirala je aktualne projekte eLista čekanja i eNaručivanje. U sklopu predavanja istaknuti su ciljevi eListe čekanja i eNaručivanja. Prof. **Karmen Lončarek** zaključila je tematsku cjelinu „Bolnički sustav - upravljanje, kvaliteta i e-liste“, općenito se osvrnuvši na problematiku e-naručivanja. Prikazala je popis aktualnih problema koji je skupila kroz razgovor s različitim sudionicima zdravstvenog sustava. Također je, kroz neko-



FOTO B. ČAFUK

liko ciljnih pitanja za koleguru dr. **Branka Popovića**, liječnika obiteljske medicine iz Opatije, pokušala prikazati stav liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prema uvođenju e-naručivanja, njihovoj ulozi u tom procesu te prijedlozima za efikasnije rješenje za sve sudionika zdravstvenog sustava.

Na skupu je tijekom tri dana trajanja sudjelovalo više od 90 sudionika, predstavnika zdravstvenih ustanova, poslodavaca, lokalne i državne uprave, komora u zdravstvu, poslovnog sektora koji djeluje u zdravstvu te udruga pacijenata. U programu bio je kombiniran plenarni rad svih sudionika s tematskim radionicama, a izvan redovitog programa odvijali su se radni sastanci, satelitski sponzorski programi i konzultacije s ekspertima.

Osobitost je ove radionice da se već šestu godinu zaredom održava s aktualnim temama u zdravstvu, da se program razvija u suradnji sa sudionicima, te da se odvija specifičnim organizacijskim pristupom. Naime, broj sudionika je ograničen, a sudionici vrlo aktivno suraduju i komuniciraju tijekom cije-

log trajanja programa, pa čak i kod predlaganja i pripreme sadržaja koji će se obrađivati. Osim toga, u programu se kombiniraju različite metode rada, tako da se izmjenjuju izlaganja, seminari, okrugli stolovi, prezentacije projekata i iskustava s radnim objedina ili pauzama za neformalne konzultacije. Cilj je ovakvog načina rada maksimalno iskoristiti vrijeme provedeno u Motovunu. Potiče se povezivanje stručnjaka i razmjena informacija kroz neposrednu komunikaciju.

U zaključku, istaknimo da je ovogodišnja radionica organizirana kao partnerski projekt u kojem su sudjelovali Hrvatski liječnički komora (kroz redovitu aktivnost Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti), Hrvatsko društvo za javno zdravstvo HLZ-a, Hrvatsko društvo za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite HLZ-a, Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja, Istarska županija i PIN za zdravlje.

Koordinatori i moderatori ovogodišnje radionice bili su: Aleksandar Džakula, Katarina Sekelj Kauzlarić, Tatjana Prenda Trupec, Ivan Pristaš, Karmen Lončarek i Sonja Grožić Živolić.

U nastavku predstavljamo članke s izabranima temama ovogodišnje radionice u Motovunu.

•••••



S otvorenja radionice u Motovunu za koju se tražilo mjesto više

Tekst i fotografije u suradnji s časopisom Medix

Upravljanje temeljem dokaza u Hrvatskom zdravstvenom sustavu

Upravljanje znanjem nekada i danas

Prim. Siniša Varga, dr.dent.med.
Mr.Dubravka Pezelj Duliba, dr.med.
Tatjana Prenda Trupec, mag.ing.el.
Nika Pavić, dipl.oec.



FOTO B. CAFUK

Organizatorica radionice u Motovunu prim. dr. Katarina Sekelj Kauzlaric i ravnatelj HZZO-a prim. Siniša Varga

• Informacija je moćna samo ako je pravilno upotrijebljena, odnosno ako je iskorištena u svrhu stvaranja novih znanja. U tom kontekstu, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje okreće novu stranicu u svom radu i pristupu upravljanju zdravstvom, okrećući se optimalnom korištenju informacija kao alatu za upravljanje znanjem. Pojam upravljanja znanjem danas se uvelike razlikuje od onoga što je taj termin podrazumijevao u prijašnjim desetljećima. Naime, nekada se smatralo da je znanje "razmjerenjiva" roba kojom se može upravljati i koja je distribuirana iz jednog centra. U današnjem modernom svijetu takvo shvaćanje sve više se napušta, te upravljanje znanjem (engl. knowledge management) prepostavlja jedan sasvim novi koncept.

Razvoj informacijske tehnologije i strelovit porast količine informacija u sustavu glavni su "krivac" za novi koncept poimanja

upravljanja znanjem. Povećana količina informacija (što vizualnih, pisanih i zvučnih) čini ih izrazito dostupnim svakom pojedincu u bilo kojem trenutku, istovremeno predstavljajući rizik od filtriranja pravih informacija i njihovog iskorištavanja u svrhu upravljanja ljudskim i ostalim potencijalima u sustavu. Ova pojava dobila je i svoj naziv, "Infosmog", termin koji predstavlja upravo paradoksalno stanje u kojem dostupnost svih mogućih informacija predstavlja potencijalnu prepreku pri odlučivanju i donošenju ispravnih odluka.

Količina informacija samo je jedan od trendova koji predstavljaju logičan nastavak poslovne filozofije upravljanja znanjem. Globalizacija, kao drugi trend, podrazumijeva brže, jeftinije i kvalitetnije proizvodne procese, a znanje i upravljanje tim trendom ključna je stavka koja omogućava razvoj konkurenntske prednosti na tržištu. Isto tako, znanje više ne

stoji pohranjeno u knjigama, već se očekuje prava informacija u pravom trenutku koji se najčešće događa u kontekstu poslovnih i neformalnih društvenih mreža.

U današnjem vremenu pravodobna informacija čini okosnicu upravljanja znanjem i donošenja ispravnih odluka. Budući da živimo u okruženju izražene tržišne konkurenčnosti, sve zahtjevnijeg profila pacijenata (odnosno klijenata), pravovremena i točna informacija znači uspjeh, efikasnost, maksimizaciju profitu, te poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite.

Proces isporuke informacija u vremenu u kojem one nastaju naziva se Real-time business intelligence, koji izbjegava skladištenja informacija i podrazumijeva njihovu trenutnu isporuku, te korištenje u procesu odlučivanja. Korištenje informacija sukladno njihovom vremenu nastanka osnova je ovog procesa, odnosno alata za upravljanje poslovanjem.

Osim Real-time business intelligence-a još jedan od novijih, često korištenih alata u poslovnom odlučivanju, zove se Digital dashboard (Digitalna upravljačka ploča). To je trenutni prikaz stanja organizacije gledan iz svih kutova, čime se olakšava proces odlučivanja. Ona se može prikazati putem različitih grafikona i interaktivnih sučelja, koja omogućavaju uvid u indikatore poslovanja temeljem kojih je moguće vizualizirati poslovanje i olakšati donošenje ispravnih odluka.

Kako ispravno upravljati znanjem ?

U današnjem svijetu evidentno je da se znanje više ne može čuvati, a niti se nije može upravljati u klasičnom smislu upravljanja iz centra. Kako onda upravljati znanjem i donositi ispravne odluke u okolini koja stalno evoluira i na tržištu u kojem vladaju nepredvidivi uvjeti?

Ključ leži u umrežavanju i pravilnom iskorištavanju dostupnih informacija. U današnjoj ekonomiji, kada je jedina sigurna stvar nepredvidljivost i nesigurnost tržišta, jedini siguran izvor konkurenntske prednosti je znanje.

Preduvjeti za uspješno upravljanje znanjem

Upravljanje znanjem zahtijeva da budu zadovoljeni određeni kriteriji. Definiranje prioriteta, kreiranje vizije i određivanje smjera bitni su s organizacijskog stajališta. S tehničkog stajališta treba imati u vidu potrebne alate i infrastrukture (poput networ-

kinga, blogova, intraneta) koji zajedno čine platformu za maksimalno iskorištenje organizacijskog potencijala. Posljednju, ali vjerojatno najbitniju stavku, čine ljudi. Putem međusobne komunikacije i razmjene informacija pojedinci, neovisno o svom geografskom položaju, stvaraju jedinstvenu mrežu koja predstavlja moćan alat za postizanje maksimalne efikasnosti.

Upravljanje znanjem u zdravstvu

Uzmemli u obzir podatak da je sasamo 30% informacija danas u svijetu iskorišteno na adekvatan način za donošenje ispravnih odluka, a čak 70% ih ostaje neiskorišteno, postaje jasno da je upravljanje znanjem vrlo delikatno područje. Upravljanje zdravstvenim sustavom najmanje od svih gospodarskih grana koristi upravljanje znanjem. To se reflektira dvojako: nedovoljnom uključenošću pacijenta u sustav odlučivanja, kao i problemima s razmjenom informacija unutar samog sustava.

Što se samog sustava tiče prevladavaju sljedeći problemi:

- i dalje prevladava vertikalna upravljačka struktura (engl. Top-down management), što onemogućava podjednaku dostupnost informacijama
 - varijacije na razini upravljačkog kadra
 - adekvatna upotreba dostupnih informacija slabo je kontrolirana
 - slaba koordinacija bazama znanja.

Problem uključenosti pacijenata:

- vrlo ograničena uključenost pacijenata u odlučivanje u zdravstvu
- nerijetko siromašna komunikacija u smjeru liječnik-pacijent
- pristup informacijama unutar sustava za pacijenta vrlo limitiran.

Novi pristup upravljanju znanjem u zdravstvu uključuje stvaranje znanja iz gomile dostupnih informacija, kako za zaposlene sustava, tako i za pacijente. Cilj je omogućiti mjerljivu učinkovitost ishoda liječenja, lakše i kvalitetnije donošenje odluka i veće obostrano povjerenje na relaciji liječnik - pacijent.

Ključ današnjeg zdravstva je kreiranje inicijativa koje potiču razvoj inovativnih tehnologija, koje omogućavaju sustav fokusiran na pacijenta. Pacijent mora zauzimati središnje mjesto u zdravstvenom sustavu. Iz istog razloga danas sve više nailazimo na zaoštr u poslovnom modelu upravljanja zdravstvenim sustavom.

Naime, odgovornost se s financijera (platitelja) sve više usmjerava na pružanje usluga/zdravstvene ustanove, koje se usmjeravaju na pacijenta s tendencijom njegovog aktivnog uključivanja u sustav. U tu svrhu sljedeći uvjeti moraju nužno biti zadovoljeni:

- adekvatan "alat" u rukama pacijenta, koji podrazumijeva uključivanje u društvene mreže pacijenata putem interneta, kontinuirani nadzor od strane liječnika te kontrolu životnog stila od strane pacijenta uz pomoć najnovije tehnologije

• transparentnost svih informacija u sustavu

• veća iskorištenost informacija u sustavu

• bolja komunikacija među sudionicima u sustavu.

Sve navedeno predstavlja moćan alat koji pacijentu omogućava aktivno sudjelovanje u zdravstvenoj zaštiti i mijenjanju svog životnog stila.

Pojam upravljanja znanjem temeljenom na dokazima vuče svoje korijene iz medicine temeljene na dokazima (engl. Evidence based medicine). Obje vrste "managementa" baziraju se na uporabi znanstvenih metoda i dokaza u poslovnoj praksi. Upravljanje znanjem temeljeno na dokazima podrazumijeva donošenje pravih odluka u ključnim trenutcima koje maksimiziraju kvalitetu poslovanja organizacije, no za razliku od medicine temeljene na dokazima koja se prakticira već dugi niz godina, upravljanje znanjem razmjerno je novi termin. Temeljna je razlika između ovih dvaju termina u tome što je medicine temeljena na dokazima vrlo egzaktna i podrazumijeva korištenje konkretnih kliničkih istraživanja i studija u odlučivanju prilikom liječenja, dok je upravljanje znanjem još ujvijek u povojima. Naime, upravljanje dokazima je mnogo zahtjevnije i teže provedivo u klasičnom organizacijskom "managementu", budući da su dokazi mnogo apstraktniji nego u medicini.

Dokazi u "managementu" nisu čvrsti poput onih u medicini, a pojam "manađera" danas se pretjerano iskorištava te se naziv dodjeljuje mnogim pojedincima koji ga po osnovnim kriterijima uspješnog upravljanja možda ne zaslužuju.

Implementacija najnovijih saznanja iz upravljanja organizacijama i najboljih praksi u sustav odlučivanja nije uvijek lagana jer zahtijeva prije svega iskustvo i predan rad na vlastitom usavršavanju.

Manageri bi trebali prilikom procesa upravljanja uzor tražiti u medicini temeljeno na dokazima i liječnicima koji svoje umijeće odlučivanja stalno usavršavaju novim znanjima i vještinama. Isto tako bihevioralna znanost i psihologija općenito čine dobru podlogu za uspješno upravljanje zdravstvenim organizacijama.

Mikroekonomija nas uči da su ljudi iracionalni bića koja funkciraju po principu maksimizacije vlastite koristi. Novija istraživanja u okviru bihevioralne znanosti govore pak da smo svi iracionalna bića s vlastitim životnim sklonostima i preferencijama, temeljem kojih je moguće predvidjeti ponašanje, te ga automatski korigirati.

Sukladno tome, nameće se zaključak da se pomoću predvidljivosti naših sklonosti one mogu i korigirati i omogućiti pacijentu da stekne veću kontrolu nad vlastitim životom i zdravljem.

Zaključak

Možemo zaključiti da platformu upravljanja znanjem čini umrežavanje ljudi na razini društvenih mreža, koje uz ispunjeni organizacijski, tehnološki i kulturološki okvir generira uspješnu mrežu znanja koja je osnovni preduvjet za pravilno odlučivanje.

Tako zdravstveni sustav napušta birokratski princip upravljanja i okreće se novom načinu vodenja sustava temeljenom na znanju.

Zaključno, upravljanje znanjem temeljeno na dokazima omogućuje u sklopu zdravstvenog sustava poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite za krajnjeg korisnika - pacijenta.

.....



Radionice na otvorenom

Informatizacija zdravstva

Tatjana Prenda Trupec

• U svakodnevnom radu u zdravstvenom sustavu nastaju podaci koji služe za proizvodnju informacija neophodnih za argumentirano odlučivanje vezano za sigurno liječenje, učinkovitost i upravljanje zdravstvenim sustavom. Valjan zdravstveni sustav je javni interes za državu i društvo u cijelini. Količinu informacija koja nastaje u zdravstvenom sustavu nije moguće obradivati bez uporabe suvremenih informacijskih i komunikacijskih tehnologija (IKT). Odlučivanje treba biti zasnovano na argumentima, činjenicama i informacijama koje moraju biti raspoložive, točne, ažurne, pravovremene, sigurne i nepromjenjive. Javni interes za podacima i informacijama mora respektirati isto tako važan princip da podaci u medicini i zdravstvu podliježu zaštititi u smislu općih ljudskih prava te međunarodnih i nacionalnih zakonskih odredaba o zaštiti podataka u sustavu zdravstva, a isto tako treba čuvati etičke principe u baratanju medicinskim i zdravstvenim podacima.

U Hrvatskoj je u posljednjih 10 godina puno napravljeno na informatizaciji zdravstvenog sustava. Primarna zdravstvena zaštita je velikim dijelom informatizirana, uglavnom u onom dijelu koji se odnosi na poslovni proces u ordinacijama, čuvanje podataka o pacientima u digitalnom obliku i razmjeni podataka s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, ljekarnama, laboratorijima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i izvanbolničkim specijalistima. Bolnice, kao i poliklinike, neprekidno rade na razvoju vlastitih informacijskih sustava, pa danas oko 45 bolnica ima vlastite bolničke informacijske sustave. Zavodi za javno zdravstvo (ali i drugi zavodi) razvijaju podsustave, a oni se temelje na podacima koji velikim dijelom stižu iz zdravstvenih ustanova.

Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske (CEZIH) s više od 17.000 korisnika i velik broj bolničkih informacijskih sustava čine dobru osnovu za informatizaciju čitavog zdravstvenog sustava RH. Na CEZIH



FOTO: B. ČARIĆ

Mag. ing. el. Tatjana Prenda Trupec,
pomoćnica ravnatelja HZZO-a,
informacička tehnologija

su u ovom trenutku spojene sve ordinacije opće-obiteljske medicine (oko 2350), sve pedijatrijske ordinacije (oko 270), sve ginekološke ordinacije (oko 270), sve stomatološke ordinacije (više od 1900), sve ljekarne (više od 1150), laboratoriji u PZZ-u (oko 120), sve ordinacije školske medicine (153), izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita (oko 800) i informacijski sustav Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Svi navedeni sudionici sustava u realnom vremenu šalju podatke u središnju bazu podataka, iz koje se dobivaju napredna izvješća o radu zdravstvenog sustava. Uvođenjem e-recepta 2. siječnja 2011. godine ostvarena je puna nacionalna pokrivenost i napravljen značajan iskorak prema „ordinaciji bez papira“. Godišnje se kroz CEZIH sustav izda više od 50 milijuna e-recepata. Od 15. siječnja 2011. ostvarena je puna nacionalna pokrivenost e-uputnice u biokemijski laboratorij, od kada su milijuni elektroničkih uputnica i rezultata laboratorijskih pretraga razmijenjeni u sustavu. U Hrvatskoj je implementacijom mehanizama elektroničke razmjene informacija

(e-recept, e-uputnica, poruka poslije svakog pregleda u PZZ-u, izvješće o bolovanju te četiri poruke za HZJZ: pompidou obrazac, prijave maligne neoplazme, prijave zarazne bolesti i prijave neželjenih nuspojava prigodom obvezne imunizacije) postavljen dobar temelj za središnji elektronički zdravstveni zapis pacijenta u opsegu potrebnom različitim zdravstvenim profesionalcima, kako u Hrvatskoj tako i u cijeloj Europi. Izrazito važan dio tih podataka je povijest liječenja koja u smislu informacije već postoji u sustavu.

Javnozdravstveni informatički sustav upravlja s više od 33 registra, koji, međutim, nisu ni povezani ni ujednačeni prema modelu podataka i zajedničkim dijelom informacija. Poruke poslane u CEZIH (pompidou obrazac, prijave maligne neoplazme, prijave zarazne bolesti i prijave neželjenih nuspojava prigodom obvezne imunizacije) zbog nerazvijenog sustava izvješćivanja koriste se sa zaščitenjem. Zdravstveni sustav u cijelosti ima više od 60 registara. Velik broj javnozdravstvenih izvješća još se uvijek radi ručnom obradom podataka.

Informacijski sustav za županijske centre hitne medicine postoji u Rijeci, Karlovcu i Zagrebu, no u sklopu reforme hitne medicine, a većim dijelom sredstvima Svjetske banke, trenutno je u tijeku priprema za izgradnju centralnog informacijskog sustava za svih 21 županijski centar hitne medicine sa središnjim pozivnim centrom i naprednom razmjenom podataka s vozilima hitne medicinske pomoći.

U Hrvatskoj se trenutno telemedicinske usluge, odnosno zdravstvene usluge koje se pružaju na daljinu uporabom informacijskih i komunikacijskih tehnologija, pružaju na tri razine zdravstvene zaštite: primarnoj, sekundarnoj tercijskoj.

Konačna je svrha informatizacije zdravstva:

- izravno pridonijeti poboljšanju kvalitete usluge i dosljednosti u njezi bolesnika te time i sigurnosti pacijenta
- osigurati bolju komunikaciju između svih sudionika u službi zdravstvene zaštite kroz središnje upravljanje podacima pacijentata, kako u primarnoj, tako i sekundarnoj i tercijskoj zaštiti (elektronički zdravstveni zapis), centralizirano upravljanje procesima u zdravstvenom sustavu (npr. e-naruciwanje) te povezivanje svih zdravstvenih registara
- pacijentima omogućiti cijelovitu dostupnost zdravstvene zaštite kroz brz i siguran pristup vlastitom zdravstvenom zapisu, kao i informacije o usluzi i kvaliteti zdravstvene zaštite
- omogućiti učinkovitiju administraciju i bolje upravljanje u zdravstvenom

sustavu kroz izgradnju naprednog izvještajnog sustava nad svim podacima u sustavu zdravstva, koji bi bio snažna podrška odlučivanju upravljačkim tijelima zdravstva te omogućio učinkovitije trošenje sredstava

- u koordinaciji s ostalim tijelima državne uprave i u skladu sa strategijom Republike Hrvatske i eHrvatske uskladiti se s političkim ciljevima u vezi digitalizacije javnog sektora i pružanja električnih usluga građanima.

Mjere kojima će se postići navedeni ciljevi predviđene u okviru informatizacije zdravstva Republike Hrvatske su sljedeće:

1. ujednačavanje informatiziranosti u zdravstvu, integriranje zdravstvenih informacija i uspostavljanje komunikacije između svih razina zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna), između zdravstvenog sustava i pacijenata te između tijela državne uprave i europskih zdravstvenih sustava

2. uspostavljanje informacijskih sustava za praćenje zdravstvene statistike te za analizu podataka i izradu izvješća koji služe kao potpora odlučivanju upravljačkim tijelima u zdravstvu (engl. business intelligence)

3. funkcionalno unapređenje i modernizacija postojećih te razvoj novih informacijskih sustava i aplikacija u zdravstvu

4. izgradnja sustava za podršku objedinjenoj nabavi i ostalim zajedničkim procesima bolničkog i čitavog zdravstvenog sustava

5. integracija telemedicine u službu hitne medicinske pomoći i druge zdravstvene djelatnosti

6. normizacija i certifikacija informacijskih sustava u zdravstvu, uz stalnu provjeru funkcionalnosti, sigurnosti podataka i sustava te interoperabilnosti

7. objedinjavanje nabave i ujednačavanje standarda za računalnu opremu, licence, komunikacijsku infrastrukturu, održavanje i tehničku podršku

8. izobrazba zdravstvenih djelatnika i upravljanje promjenama pri uvodenju informacijsko-komunikacijskih tehnologija

9. povećanje sredstava za informatizaciju u ukupnom zdravstvenom proračunu, u sinergiji sa sredstvima iz fondova EU-a

10. zakonsko reguliranje eZdravstva.

.....

(*Tatjana.Prendja-Trupec@hzzo.hr*)

Medicinska dokumentacija - e-karton

Nikolina Budić

- Jedno od pitanja koje je postavljeno u okviru ovogodišnje Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja u okviru radionice „Zdravstveni sustav i zdravstvena politika“ pod temom: Što je skriveno u hrvatskom zdravstvu? odnosilo se i na medicinsku dokumentaciju, a podredno i na uvođenje e-kartona.

Gotovo da bi se moglo zaključiti kako stalno vraćanje na ovu temu samo dovoljno ukazuje da traženi odgovori još nisu dani, a njena je važnost izuzetna za organizaciju sustava zdravstva i čini nezaobilaznim segmentom i bitnom podlogom dalnjeg razvoja sustava, pogotovo u primjeni informatizacije.

Što je uopće medicinska dokumentacija? lako se čini da je odgovor na ovo pitanje sasvim jednostavan, zapravo to uopće nije tako.

Gradani, pacijenti, liječnik, sustav....



Tajnik HLK-a dipl. iur. Nikolina Budić

S formalno pravnog aspekta u definiranju ovog pojma postoji pravna praznina i to stoga što niti jedan zakon, a niti podzakonski propis, jasno ne daju odgovor na to pitanje. Zapravo, velik broj propisa spominje medicinsku dokumentaciju, pa tako:

• Zakon o zdravstvenoj zaštiti u članku 127. stavak 3. propisuje da će način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolažanja medicinskom dokumentacijom pravilnikom propisati ministar;

• Zakon o zaštiti prava pacijenata u članku 23. stavak 3. propisuje da će se medicinska dokumentacija koja s uručuje pacijentu po završenom liječenju propisati posebnim zakonom kojim se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolažanja medicinskom dokumentacijom;

• Zakon o liječništvu u članku 23. stavak 1. propisuje da je liječnik obvezan voditi točnu, iscrpuju i datiranu medicinsku dokumentaciju u skladu s propisima o evidencijama na području zdravstva, koja u svakom trenutku može pružiti dostatne podatke o zdravstvenom stanju pacijenta i njegovu liječenju;

Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene utvrđuje medicinsku dokumentaciju kao jedan od standarda kvalitete, a u vrlo opsežnom članku 6 spominje i medicinski karton, no ni jedan od ovih propisa ne kazuje jasno što se smatra medicinskom dokumentacijom!

Kad bismo primjenom tumačenja pokušali dati odgovor na ovo pitanje trebali

informatizacija u službi zdravstva i zdravlja

bismo se - gotovo nevjerojatno! - vratiti u vrijeme samoupravnih interesnih zajednica (SIZ-ova) i organizacija udruženog rada (OUR-ova) jer, naime, iz tog vremena datira važeći Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva koji je još uvijek na snazi. Kao zakon preuzet je iz SFRJ-a i svih ovih godina nije preveden u suvremeniju inačicu.

Niti taj zakon iz prošlog tisućljeća ne definira jasno pojam medicinske dokumentacije, ali kaže: „Evidencija se vodi upisivanjem podataka u osnovnu medicinsku dokumentaciju (individualni karton, registar, knjiga, povijest bolesti, sredstva za automatsku obradu podataka i dr.) i druga sredstva za vođenje evidencije određena propisom nadležnog republičkog odnosno pokrajinskog organa”, te „Vođenje evidencija upisivanjem podataka u sredstva iz stava 1. ovog člana smatra se, prema ovom zakonu, sastavnim dijelom stručnog medicinskog rada.“

Od donošenja prvog zakona o zdravstvenoj zaštiti davne 1991. godine pojam medicinske dokumentacije prvi se puta jasno pronalazi u zakonu iz 2003. godine. Njime je bilo predviđeno da će se medicinska dokumentacija urediti (vođenje, čuvanje, prikupljanje i raspolažanje) posebnim zakonom. Rok u kojem je taj posebni zakon trebao ugledati svjetlo dana nije bio predviđen, mogao je samo biti predviđiv, i to stoga što je na ovaj način iskazano značenje teme koja je tim zakonom trebala biti regulirana.

Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz srpnja 2006. mijenja se odredba koja govori o medicinskoj dokumentaciji te se donošenje posebnog zakona pretvara u obvezu ministra nadležnog za zdravstvo da ovu materiju uredi posebnim pravilnikom. Ovdje je zakonom jasno i nedvojbeno utvrđeno da se ovaj pravilnik ima donijeti u roku od 6 mjeseci od dana stupanja zakona na snagu, tj. pravilnik je trebalo izraditi najkasnije do kraja siječnja 2007.. Od tada pa do danas proteklo je 11 puta po šest mjeseci, obveza nadležnog ministra ostala je slovo na papiru, a jedinstvenog propisa koji bi regulirao pitanja o medicinskoj dokumentaciji - nema.

e-karton

Kontinuirana reforma zdravstvenog sustava, tehnička unapređenja koja je moguće implementirati u cilju poboljšanja organizacije cjelokupnog sustava uvode na scenu novinu zvanu e-karton.

Već ranije je ova novina svim audio-nicima zdravstvenog sustava prezentirana kao sredstvo koje će unaprijediti kvalitetu pružanja

zdravstvenih usluga s mnogobrojnih aspekata. Obrazloženje ideje zasigurno sadrži velik broj pozitivnih efekata, no istodobno uvodi i neka nova otvorena pitanja na koja, oni kojih se primjena tiče, traže konkretne i kvalitetne odgovore. U najširem smislu riječi građani su za-interesirani za prave odgovore na pitanje zaštite osobnih podataka i pravo na pristup podatcima sadržanim u e-kartonu, dok pacijente pored toga zanima i vlasništvo nad medicinskom dokumentacijom u e-formi. Liječnici su u ovom novom sustavu zainteresirani i za jasno definiranje propisane e-forme za vođenje medicinske dokumentacije kao i za rokove njenog čuvanja, dok je za cjelokupni sustav svakako od interesa postojanje propisa koji jasno definiraju odgovore na postavljena pitanja.

Jasno je da u tom kontekstu labava podloga i raspršenost odredaba o medicinskoj dokumentaciji u postojećim propisima može samo dodatno komplikirati stanje ako se na postojeću priču ponajprije nadoveže i obveza primjene Zakona o zaštiti osobnih podataka.



Primjerice, uvezši u obzir osjetljivost medicinskih podataka svakog pojedinca, koji će s uvođenjem e-kartona kolati virtualnim svijetom protoka informacija, pošiljatelj informacije mora jamčiti da postoje dovoljno čvrsti zidovi koji čuvaju sigurnost tih podataka, a s druge strane i svaki onaj čiji se podaci na taj način transferiraju morao bi to znati i iskazati osobnu suglasnost s tim modalitetom. I pogrešno je pretpostavljati da samo korištenje prednosti novog sustava istodobno znači i suglasnost pojedinca da se na njega primjene sva nova čuda tehnike.

Hrvatska kao pravna i socijalna država jamči svojim građanima pravo na zdravlje i definira prava pojedinca zakonom o zdravstvenoj zaštiti kao i zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju. Kako nigdje niti jedno pravo ne postoji bez reciprociteta obveza, moglo bi se, ali pogrešno, zaključiti da korisnici prava iz obveznog/dopunskog osiguranja samom činjenicom da je zdravstvena vlast odlučila unaprijediti sustav zdravstva uvođenjem e-kartona, moraju automatizmom prihvati njegovu primjenu. Naprotiv, ako to ne žele, hoće li im biti uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu? Traži se zapravo odgovor na pitanje: što će u budućoj i već odlučenoj primjeni e-kartona biti pravilo, a što iznimka? S obzirom na već do sada iznesene dileme, ova pitanja ne bi trebala ostati bez odgovora. A gdje bi se trebalo nalaziti jasan i nedvojben odgovor? Sigurno u propisu koji bi za početak definirao medicinsku dokumentaciju i svojim odredbama predvidio, kao i prastari Zakon o evidencijama iz oblasti zdravstva iz 1978. godine, što se zbiva s medicinskom dokumentacijom koja se vodi u formi e-kartona.

Umjesto zaključka

- Tema: aktualna, vrlo zanimljiva i izazovna;
- Regulativa u postojećim propisima: nedostatna, raspršena i podložna različitim tumačenjima;
- Preporuka: u najskorijem roku izraditi jasan propis koji bi definirao vrste i sadržaj medicinske dokumentacije te način njenog vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolažanja.

Nastavimo li dalje, bez uvažavanja istaknutih konstatacija, može se predvidjeti da zbog loših temelja niti krov neće biti stabilan, a zasigurno nije na odmet spomenuti da i cijena parcijalnih sanacija uvijek nadmaši očekivane troškove, ako se uzmu u obzir sve moguće nepredvidene komplikacije. Ova usporedba je sasvim namjerna i slikovita.

••••

Pravo pacijenata i drugih osoba na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji - pravni okviri

Maja Lacković

• Od prosinca 2004. godine u Republici Hrvatskoj je na snazi propis kojim se određuju prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava - Zakon o zaštiti prava pacijenata (dalje u tekstu: Zakon; objavljen u „Narodnim novinama“ br. 169/04 te 37/08).

Stupanjem na snagu tog Zakona pacijentima su, barem načelno, zajamčena određena prava pri primanju zdravstvene usluge, pa, iako u praksi postoje i odredena nezadovoljstva kako pacijenata tako i liječnika tim Zakonom, obje strane su suglasne o nužnosti pravnog reguliranja ove problematike.

Prava pacijenata

U Glavi II. Zakona, člancima 6. do 29., određena su prava pacijenata:

1. pravo na suodlučivanje
2. pravo na obaviještenost
3. pravo na prihvatanje ili odbijanje pojedinačnoga dijagnostičkog, odnosno, terapijskog postupka
4. pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji
5. pravo na povjerljivost
6. pravo na održavanje osobnih kontakata
7. pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove
8. pravo na privatnost
9. pravo na naknadu štete

Kako je navedeno, među inim pravima, pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o svome zdravstvenom stanju i drugim aspektima koji se tiču primanja zdravstvene zaštite; pravo na medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenog dijagnostičkog ili terapijskog postupka, obaviještenost o preporučenim pregledima i zahvatima, o svome pravu na odlučivanje o njima; obaviještenost o mogućim zamjenama za preporučene postupke itd pa čak i obaviještenost o pravima



FOTO B. ČARIĆ

Voditeljica službe općih pravnih poslova
HLK dipl. iur. Maja Lacković

iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava. Jedno od pacijentovih prava koje proizlazi iz navedenog prava na obaviještenost o svom zdravstvenom stanju jest i pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji. Člankom 23. Zakona pacijentu je zajamčen pristup cijelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti i on ima pravo o svome trošku zahtijevati presliku svoje medicinske dokumentacije. Dakako, ovo je strogo osobno pravo - pristup pacijentovoj dokumentaciji zajamčen je pacijentu osobno jer su to povjerljivi osobni podaci koji podliježu obvezu čuvanja profesionalne tajne - tajne koju su dužni čuvati svi zdravstveni radnici pa i šire od toga.

Valja skrenuti pozornost da niti ovaj Zakon niti drugi propisi iz područja zdravstva ne spominju pojam vlasništva medicinske dokumentacije dakle, ne postoji izričita odredba kojom bi bilo rečeno je li medicinska dokumentacija vlasništvo pacijenta, liječnika koji mu pruža zdravstvenu uslugu ili zdravstvene ustanove u kojoj se ta usluga pruža.

Medicinska dokumentacija

Nadalje, nedostatno je uređeno i koja je to medicinska dokumentacija na koju pacijent ima pravo pristupa; Zakon člankom 23. stavak 3. određuje da se medicinska dokumentacija koja se uoručuje pacijentu po završenom liječničkom pregledu, odnosno po završenom liječenju, propisuje posebnim zakonom kojim se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolažanja medicinskom dokumentacijom. Takav zakon ne postoji no na potrebu reguliranja medicinske dokumentacije ukazuje i odredba članka 127. stavak 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ br. 150-2008, 155-2009, 71-2010, 139-2010, 22-2011, 84-2011, 154-2011, 12-2012) koji određuje da će način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolažanja medicinskom dokumentacijom propisati ministar pravilnikom (do ovog trenutka nije donesen takav pravilnik).

Kako je navedeno, regulativa o medicinskoj dokumentaciji je manjkava pa tako nedostaje i precizno uređenje načina vođenja i podataka koje takva dokumentacija obvezno sadržava. Time se otvaraju i nove nejasnoće pri vođenju dokumentacije, što pak ostavlja nedoumice pri pitanju odgovornosti za pruženu zdravstvenu uslugu (ovo posebno u bolničkim zdravstvenim ustanovama gdje je pitanje složenije nego kad pacijent koristi uslugu npr. liječnika privatne prakse).

U Republici Hrvatskoj je, kao jedini tzv. poseban zakon (lex specialis) koji uređuje područje medicinske dokumentacije, na snazi Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva donesen u travnju 1978. godine, a preuzet u hrvatsko zakonodavstvo Zakonom o preuzimanju saveznih zakona iz oblasti zdravstva („Narodne novine“ broj 53/91, 26/93; Sl. list 22/78 i 18/88). Osim što je terminološki i nomotehnički već ponešto zastario, niti spomenuti Zakon ne donosi definiciju medicinske dokumentacije već govorи o nužnosti vođenja evidencije o posjetima, zdravstvenim uslugama, utvrđenim bolestima, stanjima i ozljedama s podacima o: datumu posjeta, vrsti usluge, rezultatu pregleda, dijagnozi, terapiji, komplikacijama, rehabilitacijama, uzroku i trajanju nesposobnosti za rad te uzroku smrti.

Unatoč manjku jedinstvene zakonske regulative o medicinskoj dokumentaciji kao jednom od standarda kvalitete zdravstvene zaštite, dobre smjernice pruža Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene („Narodne novine“ broj 79/11) koji određuje (člankom 6. i dalje) preporuke za zdravstvene ustanove i zdravstvene radnike o načinu vođenja i držanja medicinske dokumentacije; primjerice, određuje

da zdravstvene ustanove moraju imati dokumentiran postupak za popunjavanje, pronašlaženje i arhiviranje medicinskih kartona; da se mora zapis na medicinskoj dokumentaciji osigurati, omogućiti identifikacija njegova autora, ovjera i potpis; da podaci moraju biti povjerljivi i sigurni od izmjena itd.

Liječnike u pogledu medicinske dokumentacije obvezuje i „njihov“ zakon - Zakon o liječništvu („Narodne novine“ broj 121/03, 117/08) da vode točnu, iscrpnu i datiranu dokumentaciju u skladu s propisima o evidencijama na području zdravstva, koja u svakom trenutku može pružiti dostatne podatke o zdravstvenom stanju pacijenta i njegovu liječenju.

Pravo pacijenta na pristup svojoj medicinskoj dokumentaciji

Osim već spomenutog prava pacijenta na uvid i preslike izvorne medicinske dokumentacije koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti, pacijent ima pravo i na obavijesti o bitnim aspektima medicinske usluge, pravo uvida u imena zdravstvenih radnika koji su sudjelovali u liječenju, pravo saznanja što ta dokumentacija sadrži od osobnih podataka te gdje se nalazi, odnosno, čuva.

U slučaju pacijentove smrti, pravo na uvid u njegovu medicinsku dokumentaciju imaju (osim ako to pacijent za života nije izrijekom zabranio pisanom izjavom solemniziranom od javnog bilježnika), bračni, odnosno, izvanbračni drug pacijenta, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno, skrbnik pacijenta. Navedene osobe imaju također, kao i sam pacijent, pravo o svom trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije.

Pored navedenih fizičkih osoba, liječnik je obvezan medicinsku dokumentaciju pacijenta na zahtjev predočiti ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Hrvatskoj liječničkoj komori te sudbenoj vlasti (članak 23. stavak 1. Zakona o liječništvu). Kada ovlaštena osoba sukladno posebnome zakonu preuzme medicinsku dokumentaciju obvezna je izdati liječniku, odgovornoj osobi zdravstvene ustanove, trgovackog društva, odnosno pravne osobe koja obavlja zdravstvenu djelatnost, službenu potpisu potvrdu o preuzimanju s popisom preuzete dokumentacije.

Iako nije izrijekom propisano, medicinskopravna teorija ima stajalište da u određenim situacijama liječnik ima pravo

uskratiti pacijentu uvid u dokumentaciju; primjerice, ukoliko pacijent boluje od neizlječive bolesti, a liječnik procjeni da će time bolesnik doći u težu zdravstvenu situaciju. Nadalje, liječnik bi mogao uskratiti pacijentu uvid u svoje bilješke o subjektivnim dojmovima o pacijentu, o privremenoj diagnozi i sl. što posebice dolazi do izražaja pri liječenju pacijenta koji boluju od psihičkih bolesti.

Dakako da u stvarnom životu postoji daleko širi krug osoba koje, iz različitih opravdanih razloga, imaju pristup medicinskoj dokumentaciji pacijenta; prvenstveno treba spomenuti zdravstvene radnike koji su uključeni u pružanje zdravstvene zaštite ili, sticajem činjenice da su zaposleni u zdravstvenoj ustanovi, imaju kontakt, odnosno, uvid u medicinsku dokumentaciju. Detaljan uvid u medicinsku dokumentaciju danas traže i primjerice osiguravatelji (zbog procjene rizika na strani svojeg osiguranika - pacijenta), banke (iz sličnih razloga procjene rizika klijentovog zdravstvenog stanja), poslodavci (npr. provjera bolovanja radnika), proizvođači lijekova (u markentinške svrhe) itd. Ovako široke mogućnosti pristupa nečijoj medicinskoj dokumentaciji te brojnim zdravstvenim, ali i sasvim osobnim, podacima koji se u njoj nalaze, povlače sa sobom i problematiku čuvanja liječničke, odnosno, profesionalne tajne.

Liječnička i profesionalna tajna

Sve što je liječnik saznao o pacijentu koji mu se obratio za liječničku pomoć mora čuvati kao liječničku tajnu i može je otkriti samo uz odobrenje pacijenta, roditelja ili skrbnika malodobne osobe - propisano je člankom 21. Zakona o liječništvu te člankom 2. točka 14. Kodeksa medicinske etike i deontologije. Ova obveza proteže se na sve što je liječnik saznao obavljajući svoj posao, a liječnik je tajnu obvezan čuvati i pred pacijentovim bližnjima, a i nakon njegove smrti (osim ako bi čuvanjem tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi). Čuvanje liječničke tajne proteže se i na sve sustave kojima se podaci o pacijentu prenose, obrađuju i pohranjuju, pa dakako i na medicinsku dokumentaciju.

Osim liječnika i zdravstveni radnici te drugi radnici u zdravstvu, studenti i učenici škola zdravstvenog usmjerjenja obvezni su čuvati profesionalnu tajnu, a nju predstavlja sve što saznaju o zdravstvenom stanju pacijenta (članak 126. Zakona o zdravstvenoj zaštiti). Dapaće, na čuvanje profesionalne tajne obvezne su i sve druge osobe koje u obavljanju svojih dužnosti dođu do podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. Za podsjetiti je da je povreda čuvanja profesionalne tajne teža

povreda obveza iz radnog odnosa. Iz naprijed navedenoga proizlazi da pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se nalaze u njegovoj medicinskoj dokumentaciji, a odnose se na stanje njegova zdravlja te druge osobne podatke.

Liječnik ili odgovorna osoba zdravstvene ustanove, odnosno, trgovackog društva ili druge pravne osobe koja obavlja zdravstvenu djelatnost obvezni su osigurati medicinsku dokumentaciju koja se čuva na elektronskom mediju od mijenjanja, prijevremennog uništenja ili nedopuštenog korištenja.

Odavanje podataka iz medicinske dokumentacije

Liječnik je oslobođen dužnosti čuvanja tajne o podacima iz medicinske dokumentacije uz odobrenje pacijenta, roditelja, skrbnika pacijenta, a u slučaju pacijentove duševne nesposobnosti ili smrti - uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskog zastupnika; drugim riječima, pristanak na odavanje podataka iz medicinske dokumentacije može dati svjestan, punoljetan i duševno zdrav pacijent (Zakon o liječništvu, članak 21.).

Osim pobrojanih situacija u kojima se smiju odavati podaci iz pacijentove medicinske dokumentacije, postoje i druge objektivne životne situacije; primjerice u situacijama kada liječnik obznani podatke iz medicinske dokumentacije jer ga na to obvezuje drugi propis (primjerice propisi kojima je regulirana zaštita pučanstva od zaraznih bolesti), nadalje - na zahtjev ovlaštenih tijela - kako je već spomenuto - ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave, Hrvatskoj liječničkoj komori ili sudbenoj vlasti. Postoje situacije i kada bi liječnik čuvanjem liječničke tajne ugrozio zdravljje ili život druge osobe - npr. ne bi se moglo smatrati povredom obveze čuvanja liječničke tajne ako liječnik obavijesti suprugu pacijenta da je njezin suprug zaražen nekom spolno prenosivom bolešću. Nadalje, ne bi se moglo smatrati povredom obveze čuvanja liječničke tajne niti kada liječnik iznosi podatke iz medicinske dokumentacije pacijenta u znanstvenim publikacijama, predavanjima, stručnoj literaturi - uz uvjet da je onemogućio prepoznavanje tj. identifikaciju pacijenta i uopće dovođenje u vezu s konkretnim pacijentom. Osim navedenih, moguće su i druge opravdane životne situacije; primjerice u slučaju sudskog postupka u zloga nezadovoljavajućeg ishoda zdravstvene usluge - liječnik ima pravo u obrani vlastitih interesa, odnosno, dokazujući da su njegovi postupci bili legal artis, otkriti trećim osobama pojedinosti iz pacijentove medicinske dokumentacije.

Čuvanje medicinske dokumentacije

Liječnik ili odgovorna osoba zdravstvene ustanove, trgovackog društva ili druge pravne osobe koja obavlja zdravstvenu djelatnost, obvezni su čuvati podatke o ambulantnom liječenju bolesnika deset godina nakon završenog liječenja, a nakon toga roka obvezni su postupiti prema propisima o čuvanju dokumentacije (propisi kojima je uređeno arhivsko gradivo i arhive).

Kaznene odredbe

Važnost i značaj naprijed razmatranih pravnih odredbi o pravima pacijenata s naglaskom na pristup pacijentovoj medicinskoj dokumentaciji dodatno naglašavaju i zapriječene kazne u slučaju nepoštivanja zakonskih odredbi; Zakonom o zaštiti prava pacijenata, člankom 41, određeno je da će se novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna kazniti za prekršaj zdravstvena ustanova ako:

- uskrati pacijentu pravo na obaviještenost;
- uskrati uvid u medicinsku dokumentaciju;
- povrijedi pravo na povjerljivost podataka.

Zakonom o liječništvu su pak zapriječene novčane kazne u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna kojom se za prekršaj može kazniti liječnika ako, između ostalih razloga, ne poštuje obvezu čuvanja liječničke tajne te ako ne vodi i ne čuva medicinsku dokumentaciju u skladu sa Zakonom o liječništvu.

Naravno, za naglasiti je da je u slučaju sudskog spora upravo medicinska dokumentacija jedan od glavnih dokaza jer predstavlja materijalni trag i svjedočanstvo o tijeku zdravstvene usluge, pa je od osobite važnosti njena točnost, iscrpnost, sadržaj i forma.

.....

(Maja.Lackovic@hlk.hr)

Umjesto zaključka

Iako se iz naprijed navedenoga može steti (donekle i opravdan) dojam o inflaciji propisa u području zdravstva, i dalje valja naglasiti nužnost što žurnijeg detaljnog i sveobuhvatnog pravnog uređenja pitanja vođenja medicinske dokumentacije i to zbog svih sudionika pružanja zdravstvene usluge.

Pacijentu je ona materijalni trag o primljenoj zdravstvenoj usluzi s uputom o dalnjem tijeku liječenja; liječniku je pacijentova dokumentacija uvid u njegovu „medicinsku povijest“, a ujedno i smjerokaz dalnjeg postupanja.

eListe čekanja i eNaručivanja

Dunja Durut Beslač

• Projekt eListe čekanja koji je započeo 1. 8. 2012. i eNaručivanje koji je započeo 1.9.2012. predstavljaju prvi korak u povezivanju bolničkih sustava kako medusobno tako i s centralnim informacijskim zdravstvenim sustavom. U ovom projektu prvi put se ostvaruje izravna veza između ordinacija primarne zdravstvene zaštite i bolnica širom Hrvatske.

Ciljevi eListe čekanja jesu:

- objediti podatke o bolničkim listama čekanja na razini Republike Hrvatske s jedinstvenom listom usluga i jasno definiranim osnovnim setom podataka omogućiti usporedbu duljine čekanja po regijama, bolnicama i zahvatima

- javno dostupne informacije o prvom slobodnom terminu (objavnom na web stranicama Ministarstva zdravljia i HZZO-a, uz moguće usporedbe)



FOTO: MEDIX

Mr. Dunja Durut Beslač, rukovoditeljica
Odjela za nadzor CEZIH-a,
Direkcija HZZO-a Zagreb

- omogućiti analizu i upravljanje procesom (poticanje bolnica, usmjeravanje pacijenata, dodatna sredstva usmjerena na "pravo" mjesto, nadzor rada ugovornih subjekata)

- ostvariti nužne preduvjete za nadzor i učinkovito upravljanje.

Od 1. kolovoza centralni informacijski sustav eListi čekanja svakih 20 minuta iz OB Karlovac, OB Gospić, OB Ogulin i SB Duga Resa prikuplja podatke o prvim slobodnim terminima za 120 postupaka u zdravstvenom sustavu - prvi i kontrolni pregledi u specijalističko-konziliarnoj zdravstvenoj zaštiti, dvije vrste dijagnostike (CT mozga i MR kralježnice), te tri kirurška postupka (ugradnja endoproteze kuka i koljena, te operacija katarakte), te ih objavljuje na Internet stranicama Ministarstva zdravljia i HZZO-a. Noću se prikupljaju podaci o svim narudžbama i nad njima se obavlja analiza. Do kraja godine eListe će prikupljati podatke iz svih zdravstvenih ustanova, te će liste čekanja postati transparentne i ažurne na razini čitave Hrvatske.

Što eListe čekanja znače za pacijente?

Pacijenti će moći, za postupak za koji im je liječnik PZZ-a izdao uputnicu, odmah provjeriti na Internetu (ili će za njih

informatizacija u službi zdravstva i zdravlja

provjeriti unuk, nećakinja ili susjed) gdje se najmanje čeka u ustanovama koje im po lokaciji odgovaraju, te se potom na odabranu mjesto naručiti faksom, e-mailom, telefonom, osobnim dolaskom na šalter bolnice ili kod liječnika PZZ-a kad se uključe u eNaručivanje.

eNaručivanje omogućit će direktno naručivanje iz ordinacija PZZ-a kako bi se pacijenti u dogovoru sa svojim liječnikom na jednostavniji i brži način mogli naručiti na prvi slobodan termin u ustanovu po vlastitom odabiru.

Ciljevi eNaručivanja jesu:

- direktnim naručivanjem iz ordinacija PZZ-a omogućiti pacijentima dobivanje optimalnog termina (pacijenti neće morati sami tražiti raspoložive termine u različitim zdravstvenim ustanovama)

- pružiti pacijentima mogućnost da prilikom naručivanja, u dogovoru sa svojim liječnikom, za mjesto pregleda odaberu bolnicu koja im po lokaciji najviše odgovara

- omogućiti bolju organizaciju, učinkovitost te iskorištenost bolničkih resursa i bolničkog osoblja

- sustavom izvješčivanja dobiti transparentan uvid u cijelokupno stanje naručivanja u Republici Hrvatskoj

- značajno skratiti višemjesečna čekanja za pojedine specijalističke pretrage i medicinske postupke.

U Karlovačkoj i Ličko-senjskoj županiji u projekt se uključilo 235 ordinacija i to: (vidi tablicu 1.)

Što eNaručivanje znači za pacijente?

Pacijenti mogu nakon pregleda kod obiteljskog liječnika, a po izdanoj uputnici, u ordinaciji skupa sa svojim liječnikom ili medicinskom sestrom pogledati na Internetu koji je prvi slobodan termin za željenu uslugu u ustanovama koje im po lokaciji najviše odgovaraju, te će medicinska sestra za njih u ordinaciji PZZ-a napraviti i narudžbu. Narudžba se automatski upisuje u bolnički informacijski sustav u prvi slobodan termin koji je prikazan u sustavu eNaručivanja. Pacijenti ne moraju imati nikakva informatička znanja.

Naručivanje kod liječnika PZZ-a predstavlja velik pomak u dostupnosti zdravstvene zaštite građanima Republike Hrvatske, naročito u njenim ruralnim dijelovima. Jedan primjer je grad Donji Lapac, koji je od bolnice u Gospicu udaljen 85 kilometara. Samo rad-

Tablica 1.		
Djelatnost	Karlovačka županija	Ličko-senjska županija
Opća obiteljska	76	32
Dentalna medicina	66	24
Zdravstvena zaštita žena	10	5
Zdravstvena zaštita predškolske djece	7	3
Ukupno	159	64

Rokovi za uključivanje bolnica u pilot projekt po županijama jesu:

Županija	eListe čekanja	eNaručivanje
Ličko-senjska i Karlovačka	01.08.2012.	01.09.2012
Zadarska, Istarska i Primorsko-goranska	15.09.2012.	01.10.2012.
Zagrebačka	15.10.2012.	15.11.2012.
Sve ostale županije	15.11.2012.	15.12.2012.

nim danom građani Donjem Lapcu u 5:00 sati u jutro imaju autobusnu liniju za Gospić, a autobus se iz Gospića za Donji Lapac vraća u 15:00. Cijena karte u jednom smjeru iznosi 69 Kn. Uvođenjem eNaručivanja građani će se moći iz ordinacije PZZ-a naručiti na uslugu, bez gubitka novaca i vremena.

Objavljinje listi čekanja već od 1. kolovoza pokazuje pomake prema smanjivanju listi čekanja. Nekoliko je razloga:

- bolnice su ažurirale stanje u svojim listama kao pripremu za ulazak u pilot projekt

- spontano preusmjeravanje pacijenata uslijed bolje informiranosti o najkrćem terminu čekanja

- rješavanje problema duplo upisanih pacijenata (do kraja godine je u planu uvođenje eUputnice koja će potpuno onemogućiti duplo naručivanje, a do tada će se bolnice obavještavati o pacijentima koji su naručeni u više ustanova ili su pregled/dijagnostiku već obavili)

- brisanje umrlih (u tijeku je povezivanje sa sustavom OIB-a pa će se automatskom brisati umrli s listi čekanja)

- nakon analize nedolazaka, pacijenti će se naručivati u iste termine kako ne bi bilo neiskorištenih termina

- nakon analize postupka naručivanja kod svih bolnica, prenijet će se najbolja praksa između bolnica i optimizirati proces naručivanja.

Kad se analizom prikupljenih podataka identificiraju razlozi višemjesečnih čekanja, sustavno će se rješavati ti razlozi po pravilima kliničkog menadžmenta, što bi u končnici trebalo rezultirati značajnim skraćenjem lista čekanja.

Informacije o projektu eListe čekanja i eNaručivanja objavljene su na web stranicama: www.cezih.hr i www.zdravlje.hr.

.....

(Dunja.Durut-Beslac@hzzo.hr)



Središnji elektronički zdravstveni zapis (EZZ) / e-karton

Darko Gvozdanović

- Medicinski podaci su razasuti širom zdravstvenog sustava Republike Hrvatske, ali nitko nema potpuno cijelovitu sliku (slika 1). Prikupiti podatke iz različitih izvora i prikazati ih autoriziranom korisniku je informacijski moguće. Izazov nije trivijalan ali nije niti nemoguć. Potrebno je standardizirati način zapisivanja podataka, standardizirati postupke u zdravstvu, definirati sučelja...

Imati na raspolaganju sve potrebne podatke kada vam trebaju i na bilo kojem mjestu gdje vam trebaju, svakako je čimbenik koji podiže kvalitetu obavljanja bilo koje aktivnosti, pa tako i aktivnosti pružanja zdravstvene skrbi.

Promišljajući o razmjeni informacija u zdravstvu trebamo se primjerice zapitati:

- Zna li npr. pedijatar u Blatu na otoku Korčuli nešto o medicinskoj povijesti djeteta koje je na godišnjem odmoru dobilo „upalu uha“?

- Što točno zna liječnik u bolnici prigodom uzimanja anamneze osim onoga što mu pacijent kaže ili što je prikupljeno prigodom eventualnog prošlog prijama u istoj bolnici?

- Ima li liječnik u ordinaciji školske medicine medicinske podatke koje je prikupio djetetov izabrani liječnik u ordinaciji opće obiteljske medicine?

- Zna li ljekarnik koje sve lijekove pacijent uzima osim onih za koje pacijent ima elektronički recept u trenutku izdavanja?

- Je li je pacijent preuzeo i dostavio liječniku opće obiteljske medicine sve nalaze, mišljenja specijalista / otpusna pisma?

- Što o vama kao pacijentu znaju liječnici hitne medicinske pomoći?

Od nekoliko mogućih modela u izgradnji EZZ-a u informacijskom smislu primjenit će se mješoviti distribuirani model. Nai-mje, detaljne medicinske informacije uvijek ostaju u izvoršnom sustavu (liječnička aplikacija, bolnički informacijski sustav, ljekarnička aplikacija, laboratorijski informacijski sustav...).



Darko Gvozdanović, dipl. ing.

U središnji dio se prenosi samo dio informacija (otpusno pismo, mišljenje specijalista, podatak o izdanom lijeku...), koji se potom u odgovarajućem obliku prikazuju autoriziranim korisnicima. Nadogradnja EZZ-a

u ovom pristupu omogućuje da se uz osnovnu informaciju pošalju i poveznice na podatke u izvoršnom sustavu. To znači da će biti moguće da osim otpusnog pisma, liječnik u ordinaciji opće obiteljske medicine na zahtjev pristupi i dodatnim podacima u bolničkom informacijskom sustavu (poput laboratorijskih pretraga, rendgenskih, CT i ostalih snimaka). No osim dodatnih izazova prava privatnosti, ovakve funkcionalnosti zahtijevaju i dodatne preduvjete u informacijskom smislu pa nisu predmet prve faze implementacije EZZ-a.

Sigurnost podataka - rizik integriranja u EZZ

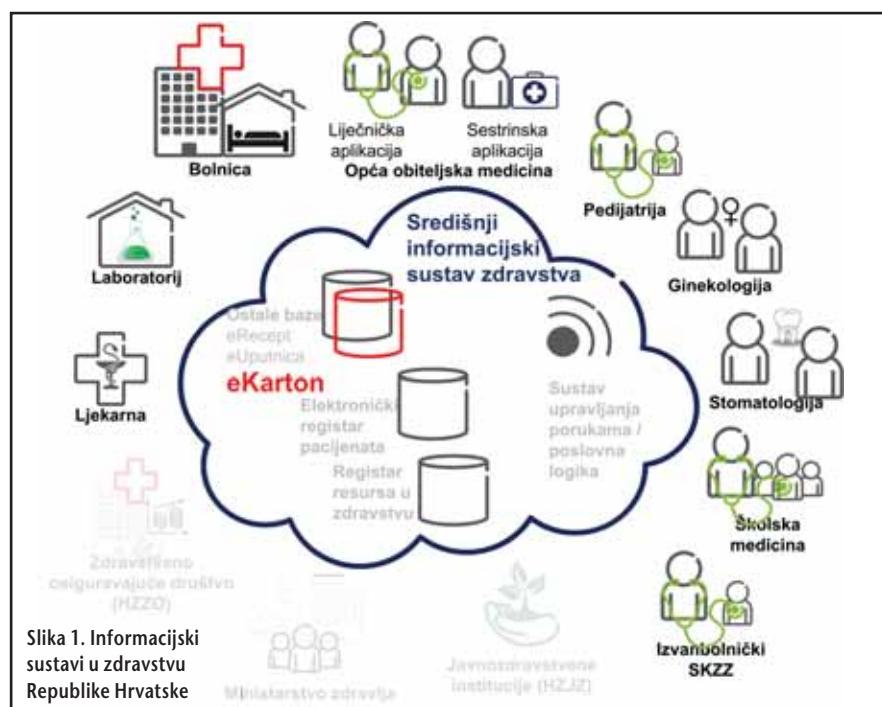
No čak i u inicijalnoj fazi projekta, najveći izazov leži u definiranju prava pristupa podacima. Ovo pitanje je uzrok problema koji su prepreka uspješnom implementiranju EZZ projekata širom svijeta.

Zapitajte se primjerice:

- Treba li kirurg znati da je pacijent pozitivan na hepatitis C? Ne nužno zbog posebne pripreme za kirurški zahvat (što je također potrebno), već radi odluke hoće li specifičnu bolest uopće liječiti kirurškim zahvatom ili konzervativno.

- Bi li liječnik isto popodne iz bolnice otpustio pacijentiku nakon manjeg ginekološkog kirurškog zahvata da je znao da uzima lijekove protiv depresije. što mu je ona zatajila?

- Trebaju li ljekarnici uz podatke o lijekovima koje pacijent uzima znati i podatke o kroničnim bolestima?



Slika 1. Informacijski sustavi u zdravstvu Republike Hrvatske

- Treba li ginekolog imati uvid u sve medicinske podatke prikupljene u ordinaciji opće obiteljske medicine?

Pacijent ima pravo raspolažati svojim medicinskim podacima, ali je li dovoljno educiran da bira koje podatke će otkriti, a koje neće? Je li bolji pristup u kojem se daje pristanak za pristup svim podacima ili se ne daje pristup uopće, uz sve posljedice na kvalitetu skrbi koju će pacijent primiti?

Ukratko, pravo za privatnost podataka (tj. ograničavanje pristaupa medicinskim podacima) inherentno je u sukobu sa kvalitetom skrbi koju je moguće pružiti. Autor članka je na pitanje: „Hocete li me kao pacijenta moći kvalitetnije liječiti ako imate sve moje medicinske podatke?“, dobio potvrđan odgovor od svih petnaestak prisutnih zdravstvenih djelatnika različitih specijalnosti na jednoj radionici u vezi s EZZ-om. No izazovi se nižu jedan za drugim.

Naime, postoje mnogobrojna različita mišljenja stručnjaka o tome koji bi dio EZZ-a trebao biti raspoloživ kojoj struci. Postoje mišljenja da se pacijentu treba dopustiti „skrivanje“ samo dijelova EZZ-a. Ova su mišljenja potom praćena zahtjevima da se u EZZ-u na neki način mora označiti da postoje „skriveni“ podaci kojima je pacijent zabranio pristup, itd.

Pristup izgradnji EZZ-a i razvoj sustava

„Big bang“ pristup, u kojemu bi se riješila sva pitanja za sve moguće medicinske podatke, unaprijed je osuden na propast.

Stoga su Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (MZRH) i HZZO odlučili primijeniti pragmatičan pristup u kojem se minimiziraju sva prijeporna pitanja, a EZZ nadograđuju u fazama. Podsjetite se trenutnog stanja u sustavu CEZIH, čiji mehanizmi uspješno rade već nekoliko godina i kroz koji se medicinski podaci već razmjenjuju elektroničkim putom:

- Izvješće poslje svakog pregleda iz svih specijalnosti primarne zdravstvene zaštite (Podaci o posjetu i svim obradenim slučajevima, npr. dijagnoza, status, provedeni postupci, podaci o bolovanju) te poveznice na sve kliničke i ostale dokumente, npr. izdani recepti, uputnice u SKZZ-u, uskoro uputnice u bolnicu.... Uz male izmjene mogu se dodati i podaci o statusu, anamnezi i mišljenju liječnika uz svaki posjet/slučaj)

- mehanizam eRecepta (podaci o svim propisanim ali i izdanim lijekovima)

- mehanizam ePutnica u PZZ laboratorije (podaci o svim zatraženim pretraga u PZZ laboratoriju kao rezultatima pretraga)

- mehanizam ePutnica u izvanbolnički SKZZ (podaci o svim zatraženim postupcima u izvanbolničkom SKZZ-u kao mišljenju specijalista)
- mehanizam ePutnica u bolnice (pilot implementacija počinje uskoro).

Iskorištanjem postojećih podataka bez ikakve promjene u načinu rada liječnika i ljekarnika, moguće je u CEZIH-u prikupljene podatke transformirati i kroz novu aplikaciju prikazati u obliku središnjeg EZZ-a.

Stoga je u planu pilot implementacija EZZ-a gdje će se tijekom priprema definirati prava pristupa različitim djelatnostima, vodeći računa da se ne upadne u gore opisane zamke te se radi administrativnih razloga ne odgode sve prednosti koje će jedan ovakav sustav donijeti prvenstveno pacijentima.

Pristup EZZ-u bit će, naravno, štićen vrhunskim tehnološkim rješenjima (analognog današnjem eReceptu), dok će se pacijentima omogućiti da daju pristanak pristupu svojem EZZ-u (svim podacima u njemu) ili da to zabrane. Vrlo je važno napomenuti da se u središnji dio CEZIH-a ne prenose svi medicinski podaci iz liječničkih ordinacija.

Ako liječnik ima neke „privatne“ napomene koje su komunicirane samo njemu kao izabranim liječniku, one uopće neće biti transferirane u središnji dio pa tako niti prikazane u EZZ-u.



Implementacija sustava EZZ-a

Sustav EZZ-a u Hrvatskoj implementirat će se u nekoliko faza. U prvoj će se iskoristiti podaci koji se već razmjenjuju u postojećim mehanizmima CEZIH sustava. Naravno, u radionicama tijekom pripreme će se zajedno sa stručnim društвima definirati korisnici, način prikaza, prava pristupa i sl. Procesi rada liječnika u PZZ-u trebali bi se promijeniti minimalno.

U paraleli s prvom fazom odmah će se raditi na specifikacijama proširenja središnjeg EZZ-a u nekoliko područja:

- Stalni dio kartona (fizička mjerenja, medicinske napomene, alergije...)
- Preventiva (preventivni programi i nacionalni preventivni programi)
- Dodatni podaci o trudnicama
- „Knjižica djeteta“ - podaci o djetetu odmah nakon rođenja, pa do 18. godine
- Dodatni podaci o samim posjetima i slučajevima (ažuriranje izvješća poslije svakog pregleda ili uvođenje novih poruka)
- Dodatni podaci iz mehanizama poput prijave neželjenih nuspojava prigodom imunizacije, prijave maligne neoplazme i sl.
- Prijave nuspojava na lijekove
- Uvođenje novih korisnika
- Integracija središnjeg EZZ-a s periferijskim aplikacijama (uz osnovni pristup kroz web aplikaciju)
- Potencijalno davanje pristupa dijelu medicinskih podataka za pacijente kroz web portal itd.

• Povezivanje s informacijskim sustavima zdravstva drugih europskih zemalja kroz razmjenu manje količine podataka (sažetak medicinskih podataka i podaci o propisanim lijekovima)

Namjera je Ministarstva zdravlja i HZZO- iskoristiti znanje naših zdravstvenih djelatnika i implementirati funkcionalnosti koje će najviše pomoći njihovom svakodnevnom radu, omogućiti im kvalitetniju dijagnostiku i skrb te maksimalno podići kvalitetu zdravstvene skrbi našim pacijentima.

.....

(darko.gvozdanovic@ericsson.com)

FOTO B. ČAFIK

Nacionalni preventivni programi - upravljanje i umrežavanje

Danijela Lazarić-Zec, Pula, i Srđan Frketić, Rijeka

• Tijekom Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja u sklopu radionice „Zdravstveni sustav i zdravstvena politika“ održane od 26. do 28. lipnja 2012.g. u Motovunu raspravljalo se o upravljanju nacionalnim preventivnim programima (NPP) s naglaskom na ulozi informatike u tom procesu.

Prezentirali su dr. **Danijela Lazarić-Zec**, županijska koordinatorica NPP-a iz Zavoda za javno zdravstvo Istarske županije Pula te dr. **Srđan Frketić** iz tvrtke Lambda d.o.o. Rijeka koja pruža informatičku podršku NPP-u za rano otkrivanje raka dojke.

Nacionalni preventivni programi - sadašnji, budući?

Dr. Danijela Lazarić-Zec podsjetila je da se u RH provode putem županijskih zavoda za javno zdravstvo dva NPP-a: za rano otkrivanje raka dojke i raka debelog crijeva; najavljuje se i program za rano otkrivanje rak vrata maternice, a postojaо je i prijedlog programa za rano otkrivanje raka prostate. Prevencija ostalih bolesti propisana je Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i uglavnom je u domeni PZZ-a (npr. rano otkrivanje visokog tlaka, kolesterola i triglicerida, šećerne bolesti i sl.).

Koliko nacionalnih programa - toliko programske rješenja?

Županijski zavodi za javno zdravstvo za svaki od NPP-a koji provode imaju dva



Mr. sc. Danijela Lazarić-Zec, dr. med.,
Zavod za javno zdravstvo Istarske županije Pula

odvojena programska rješenja različite kvalitete, unutar programa postoji umreženost među zavodima, mamografskim odnosno kolonoskopskim jedinicama. Postoje dvije odvojene baze podataka o osobama koje nisu u realnom vremenu (neazurirane su godinama). PZZ ima druga programska rješenja, koja nisu umrežena sa zavodima za javno zdravstvo. Znači li uvođenje novog NPP-a za rak vrata maternice i novo programsko rješenje, novu treću bazu podataka o osobama koje treba pozivati?

Razni programi - iste osobe

Programi prevencije raznih bolesti obuhvaćaju iste osobe. Tako npr. u dobi od 50 godina osobe oba spola trebaju biti obuh-

vačene s nekoliko NPP-a:

- žene - rano otkrivanje raka dojke, debelog crijeva, vrata maternice, visokog krvnog tlaka, kolesterola i triglicerida, šećerne bolesti

- muškarci - rano otkrivanje raka debelog crijeva, prostate, visokog krvnog tlaka, kolesterola i triglicerida, šećerne bolesti (vidi tablicu 1)

Trebaju li nam rascjepkani ili sveobuhvatni programi prevencije? Razni NPP-i ili prevencija okrenuta osobi? Kako bi bilo da, ovisno o dobi, osoba u istom pismu dobije više poziva na razne pregledne odn. NPP-e? Možemo li se u prevenciji okrenuti osobi, a ne ostati fiksirani samo na bolesti?

Izazovi u provedbi NPP-a - umrežavanje i razmjena podataka

Screening program je, prema definiciji, usluga koja uključuje sve korake u procesu koji vodi do kontrole bolesti, uključujući dijagnozu i liječenje.

U provedbi NPP-a vodeći su izazovi s kojima se susreće javno zdravstvo:

- **Osigurati dostupnost poziva na NPP svim državljanima** - Kako omogućiti da poziv dobiju svi unutar ciljane skupine (odseli, doselili, nepoznati ili kriva adresa)? Sadašnjost: potragom za adresama preko obiteljskih ljećnika, HZZO-a, web portala... i unosom u dvije odvojene aplikacije. Budućnost: Ažurnom bazom podataka o osobama koja se mijenja u realnom vremenu uparivanjem s podacima HZZO-a i središnjeg populacijskog registra.

- **Povećati odaziv na NPP** - Kako i tko može pomoći i dodatno motivirati osobe da se odazovu na NPP? Sadašnjost: zdravstveni djelatnici ovisno o afinitetu i trenutku, a ponkad i na osnovi lista neodazvanih. Budućnost: Svi sudionici zdravstvene zaštite, a posebno PZZ (obiteljska medicina, ginekolozi, patronaža) koji mogu u realnom vremenu znati tko se odazvao, a tko nije te ga motivirati i upisati za pregled. Sadašnjost: iako pojedine županije, gradovi i općine poduzimaju preventivne aktivnosti, podatke o uspješnosti (odaziv,

Dob	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Rak dojke (ž)											
Rak debelog crijeva (m i ž)											
Rak vrata maternice (ž)											
Rak prostate (m)											
Krvni tlak (m i ž)											
Kolesterol i trigliceridi (m i ž)											
Šećerna bolest (m i ž)											

incidencija itd.) moguće je dobiti samo na županijskoj razini. Budućnost: omogućiti da i druge lokalne zajednice dobiju lokalne podatke koji bi ih mobilizirali ali i stimulirali za daljnje aktivnosti. Sadašnjost: neodazvane osobe nije moguće segmentirati na osnovi socio-ekonomskih obilježja. Budućnost: Prati se odaziv pojedinih grupa i poduzimaju se aktivnosti za njihovo osnaživanje i uključivanje na NPP-e.

- **Osigurati daljnju obradu kod osoba sa sumnjom na bolest i informacije o tome** - Kako znati je li je poduzeta dalnja obrada prema uputama iz NPP-a odnosno je li se osoba sa sumnjivim nalazom javila obiteljskom liječniku radi poduzimanja dalnje obrade? Sadašnjost: nazivanjem obiteljskih liječnika u cilju provjere je li se osoba javila. Budućnost: informatičkim umrežavanjem PZZ-a, dijagnostike, kliničara i javnozdravstvene medicine.

- **Provesti evaluaciju NPP-a** - Kako je dijagnoza potvrđeno, u kojem je stadiju bolest otkrivena, koje liječenje je poduzeto, preživljavanje...? Sadašnjost: prijave izvanbolničke neoplazme, nazivanjem obiteljskih liječnika s molbom za dodatnim podacima, dopisivanjem s patologizma po cijeloj RH... Budućnost: uvidom u Središnji elektronski zapis pacijenata (eKarton)

Zajednička briga o zajedničkim osobama u skrbi

Osobe koje su pozvane u NPP-e zajednička su briga javnog zdravstva (županijski zavodi), obiteljske medicine, patronaže, ginekologa u PZZ-u. Jedna je od ključnih zadaća svih kako povećati odaziv. Neke dokazane strategije za povećanje odaziva šire se primjenjuju u NPP-ima (pozivna pisma s terminom i uputama, brošure, fizička dostupnost, bez potrebe za naručivanjem, besplatni pregledi i plaćeni putni troškovi i poštarina, grupne edukacije), dok je neke nužno osnažiti. Važna je jedan-na-jedan edukacija s ciljem informiranja, ohrabruvanja i motiviranja da pristupe preporučenom screeningu - za to javno zdravstvo u županijskim zavodima nije kapacitirano te treba partnerstvo s drugim zdravstvenim radnicima u PZZ-u.

Procjenjivanje svih uključenih u NP P također je dokazana strategija koja bi, osim ocjene provedbe (odaziva), mogla uključivati i uspješnost ponude odnosno motiviranja za uključivanje u program, naravno, uz povratnu informaciju o uspješnosti provoditelja u odnosu na druge.

Informatički se može omogućiti korištenje također provjerene strategije podsjetnika za sve provoditelje o tome da je došlo vrijeme da korisnika pozovu na pregled ili ga pregledaju ili podsjeti da se nije odazvao na pregled.

Jesmo li kao zdravstveni djelatnici dovoljno svjesni uloge obitelji u motiviranju na screening i daljnju obradu kod sumnje na bolest? Koristimo li članove obitelji kao partnera u dovoljnoj mjeri?

NPP-i nisu dizajnirani za osobe opterećene obiteljskom ili osobnom anamnezom koje povećavaju rizik od razvoja bolesti za koje se provodi probir - bimamo li druge dobre programe kojima omogućavamo da obiteljski liječnici preventivno misle o njima (raniji i češći preventivni pregledi)? Možemo li programirati podsjetnike za liječnike da te osobe pozovu ranije i češće?

Županijski zavodi za javno zdravstvo (zdravstvena statistika i NPP), zbog svega navedenog, trebaju biti sastavni dio CEZIH-a te umreženi s drugim preventivnim i kurativnim djelatnostima.

Uloga informatike u upravljanju NPP-ima

Dr. Srđan Frketić govorio je o ulozi informatike u upravljanju NPP-ima. NPP-i (aktualno ranog otkrivanja karcinoma) obuhvaćaju velik broj državljana RH koji u intervalima od dvije ili tri godine, ovisno o projektu, moraju biti pozvani na preventivni pregled. Upravljanje tim procesom kao i praćenje uspješnosti pozivanja i praćenje odaziva su ključ uspješnosti projekta.

Dva su osnovna zadatka pozivanja na preventivne preglede:

- **Pravodobnost** - Sva ciljna populacija mora biti pozvana unutar roka na preventivne preglede, jer u slučaju prekorčenja roka razmak između dva preventivna pregleda postaje prevelik. Također je bitno da se protokom vremena nova godišta na vrijeme uključuju u projekte.

- **Uspješnost** - Praćenje pozivanja i odaziva mora biti u realnom vremenu. To je preduvjet pravodobnim intervencijama u slučaju neadekvatnih rezultata.

Navedene zadatke moguće je adekvatno realizirati samo uz maksimalnu automatizaciju procesa. Ljudski resursi u županijskim pozivnim centrima - zavodima za javno zdravstvo, kao i u PZZ-u su ograničeni i ovako velik administrativni posao ne smije ih ometati u svakodnevnom pružanju zdravstvenih usluga.

Pozivanje

U upravljanju procesom pozivanja važan zadatak je:

- 1. **izbjegavanje nepotrebnog pozivanja** osoba (što uzrokuje stres), pri čemu je važna:

- Ažurnost i registriranje podataka o:

- a) umrlima
- b) osobama koje već boluju od bolesti za koju se poziva
- c) tzv. oportunističkim pregledima.

- 2. **Kreiranje redoslijeda pozivanja** prema podacima o zadnjem pregledu pri čemu je važna:

- **Pravednost** - Pravedno je prvo pozvati osobe koje nikada nisu pozvane na pregled, koje su davno obavile pregled kao i osobe koje su „pri kraju“ ciljne dobne skupine (i koje će „izaći“ iz programa pozivanja, npr. osobe sa 69 g. jer se u programu za rano otkrivanje raka dojke pozivaju žene u dobi od 50-69 godina).

Kako može informatika pomoći obavljanju poslova pozivanja? Na prвome mjestu kroz automatizaciju procesa. Prema unaprijed određenim kriterijima kreiraju se automatske liste koje omogućuju korisnicima da uz minimum truda popune slobodne termine pregleda i kreiraju pozive.

Druga je mogućnost centralno mjesto slanja svih poziva za cijelu RH koje klasične pismene pozive centralno (automatski) tiska, kuvertira i šalje.

Sljedeći korak u informatizaciji procesa pozivanja čine metode pozivanja kao alternativa klasičnoj poštanskoj pošiljci. Današnje stanje informatizacije omogućuje ove metode:

- WEB Portal za samostalno uključivanje zainteresiranih korisnika
- E-mail kao transportno sredstvo za dostavu poziva
- SMS pozivanje ili SMS podsjetnik na npr. termin
- WEB servis iz ordinacija PZZ-a.

Praćenje odaziva

Županijski zavodi za javno zdravstvo zaduženi su za organiziranje, provođenje, koordiniranje, praćenje i evaluiranje programa na razini županije. Za ostvarivanje te zadaće informatika zavodima mora omogućiti dostupnost izvješća i pregled trenutnog stanja u realnom vremenu. Također treba voditi računa da izvješća o odazivu za pojedine programe prevencije budu standardizirana tako da se može uspoređivati podatke između projekata.

Tim obiteljske medicine i patronažne sestre - preventivna skrb za pacijente

Da bi provođenje programa bilo uspješno, potrebna je integracija informatičkog sustava projekata s informacijskim sustavom PZZ-a.

Ta integracija mora omogućiti izabranim liječnicima i medicinskim sestrama u

- ordinacijama da kroz svoje aplikacije:
- imaju dostupan popis svih preventivnih programa aktualnih za određenog pacijenta
 - mogu naručiti/pozvati osobu na pregled-postupak
 - mogu dohvatiti sve nalaze iz programa NPP-a
 - u slučaju da se pojedina osoba ne odazove pozivu, izabrani liječnik može dobiti obavijest upitom centralnom sustavu. Važan su dio PZZ-a u procesu provođenja nacionalnih

programa prevencije patronažne sestre, koje bi trebale imati pristup popisu neodazvanih osoba po općinama/gradovima, te naručiti/pozvati osobu na pregled-postupak.

U raspravi su predstavnici HZZO-a naglasili da je u suradnji s Ministarstvom zdravlja i koordinatoricama NPP-a pokrenuto informatičko umrežavanje koje će uključiti i PZZ.

•••••

Umjesto širokih indikacija - široka komunikacija

Karmen Lončarek

- Iako se za duge liste čekanja u pravilu okrivljava nedostatak skupih medicinskih uređaja i nedostatak zaposlenika, to nisu ni jedini, a niti glavni generatori izbjegivog čekanja. Zato je Ministarstvo zdravlja započelo nekoliko pilotskih projekata koji će razviti bolju protočnost pojedinih procesa medicinske skrbi:
- Preoperativna obrada u jednom danu;
- Ambulanta otvorenih vrata;
- Upitnik za CT mozga i MR kralježnice.

Preoperativna obrada u jednom danu

Cilj projekta

32
Cilj je ovog projekta oblikovati centar za preoperativnu pripremu gdje će se pravovremena optimalna obrada učiniti u jednom danu, na jednom mjestu, te individualizirano - po algoritmu koji definira obradu optimalnu za pojedinog pacijenta. Prvi takav centar bit će u KB-u „Sveti Duh“, a ispitat će se u suradnji s njihovom dnevnom bolnicom za katarakte koja već dugo prednjači svojom visokom organiziranosti. Puno provođenje projekta bit će 1. siječnja 2013.

Sadašnje stanje

Sadašnje stanje u preoperativnoj obradi može se sazeti ovako: preuski komunikacijski kanali zamjenjuju se preširokim kli-



Prof. dr. sc. Karmen Lončarek

ničkim obradama, što uzrokuje rasipanje vremena svih dionika i materijalnih resursa.

Naime, kliničar ima sve manje vremena za detaljnu anamnezu i fizikalni pregled, pa to često mora nadoknadivati preopsežnom preoperativnom obradom, štoviše, prema tipiziranom obrascu prilagodenom određenom zahvalu, a ne pojedinom pacijentu. Takav obrazac obuhvaća maksimum obrade, kojim kliničar nastoji obuhvatiti što širi mogući opseg nalaza u želji da „ništa ne propusti“, što anglosaksonski autori usporeduju s gađanjem iz sačmarice („shotgun approach“). Nažalost, mnogi liječnici još uvek pogrešno vjeruju da im maksimalno opsežne pretrage

osiguravaju medikolegalnu zaštitu od tužbi. Ponekad se desi da se patološki nalazi dobiveni „sačmaricom“ otkriju tek uvečer prije kirurškog zahvata, što zna uzrokovati odgodu zahvata, ili da se uslijed tih patoloških nalaza (laboratorijske pretrage, snimanja isl.) radi po hitnom postupku, čime se „proizvodi“ urgencija i „izvanredno stanje“.

Zbog preoperativne obrade koja nije rukovodena pacijent obično izgubi po nekoliko dana pribavljajući sve nalaze popisane u tipskom obrascu.

Dodatak je problem što ne postoji konsenzus PZZ-a i SKZZ-a o prijeanesteziskoj procjeni, zbog čega se ne priznavaju nalazi iz drugih ustanova ili od drugih kolega, pa se pretrage dupliraju. Time nastaje višestruka šteta: nepotrebno trošenje liječničkog i pacijentskog vremena, te nepotrebno trošenje novca. U takvoj obradi nema pravog prostora za uvažavanje mišljenja LOM-a i njegove procjene rizičnosti kirurškog zahvata, iako upravo on najbolje poznaje svog pacijenta.

Nažalost, temeljni način komuniciranja LOM-a i kliničkog liječnika još je uvejk jedan šturi dokument, a to je uputnica. Zato je potrebno proširiti komunikacijski kanal između liječnika, a ne kliničku obradu pacijenta.

Proizvodi projekta

U suradnji s Povjerenstvom za anestezijologiju MZ-a i timom za eZdravstvo izradit će se nacionalna klinička smjernica o prijeanesteziskoj procjeni, upitnik za prijeanestezisku anamnezu podesan za tzv. automatski intervjui, te poseban softver za preoperativnu obradu koji će biti dijelom eZdravstva (Slika 1).

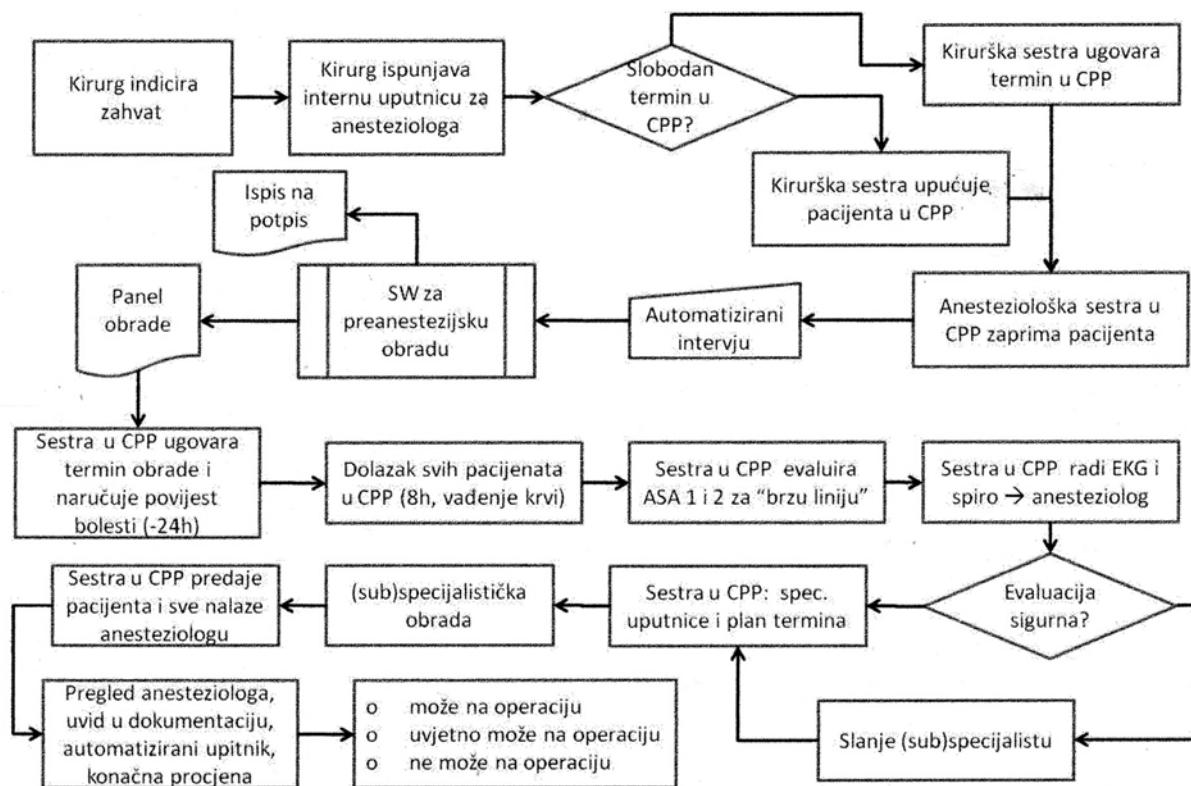
Ambulanta otvorenih vrata

Cilj projekta

Uspostaviti ćemo ambulantu „otvorenih vrata za prvi pregled“ u kojoj se pacijenti neće naručivati na prvi pregled, već će se

informatizacija u službi zdravstva i zdravlja

Slika 1. Proces obrade kirurškog pacijenta u centru za preoperativnu pripremu (CPP)



primati istog dana. Time će se čekanje od više dana za većinu pacijenata smanjiti na čekanje od par sati. Oni kojima je neophodno naručivanje u točan sat (zaposleni, roditelji s malom djecom, njegovatelji nepokretnih - oni čine oko petine ukupnog broja pacijenata) moguće će to učiniti kao i dosad.

Prvu ambulantu otvorenih vrata osnovat ćemo u KBC-u Rijeka, na Klinici za dermatologiju, koja je već i sad uzorno organizirana. U projektu će suradivati liječnici obiteljske medicine iz cijele Primorsko-goranske županije.

Organizacione novosti

Najveće negodovanje pacijenata izaziva upravo čekanje na prvi pregled. Jednom kad pacijent dobije radnu dijagnozu, savjet liječnika, početnu terapiju i smjernice za будуću obradu, s mnogo manje strepnje čeka na idući korak u procesu svog liječenja. Zato će pacijent u ambulantni PZZ-a uz uputnicu dobiti i obrazac za dermatološku anamnezu, te će moći istog dana otići na dermatološki pregled.

Ispunjeni obrazac predat će na šalteru Klinike za dermatologiju gdje će medicinska sestra prije prvog kontakta s dermatologom po posebnom trijažnom algoritmu uputiti pacijenta na dodatne pretrage (npr. pregled Woodovom svjetiljkom, uzimanje brisa).

Pacijenti koji to žele, moguće će primati SMS obavijesti o tome kad će doći na red za pregled.

Tako pripremljenog pacijenta sestra će smjestiti u jednu od dvije ordinacije i pomoći mu da se pripremi za pregled (skidanje odjeće, smještanje na stol za pregled i sl.).

Liječnik će prelaziti iz jedne u drugu ordinaciju, u kojima će ga čekati opsežno pripremljen pacijent i dokumentacija. Nakon pregleda i savjetovanja pacijenta, te odluke o dalnjem liječenju, liječnik će ispisati nalaz. Dok liječnik piše, sestra će pomoći pacijentu da se odjene, objasniti mu daljnje korake u obradi ili terapiji, te uručiti edukativnu brošuru.

Proizvodi projekta

Osim samog modela organizacijskog rješenja, u projektu će se proizvesti anamnestički upitnik, a potom i softver koji će postati dijelom eZdravstva.

Također će se za pacijente izraditi i pedesetak edukativnih brošura o najčešćim dermatološkim stanjima i bolestima, a sve ovo s ambicijom da ih Povjerenstvo za dermatologiju usvoji i uvede u uporabu na nacionalnoj razini.

Dermatološka ambulanta otvorenih vrata počet će s radom 1. listopada 2012.

Upitnik za CT mozga i MR kralježnice

Iako je broj MR snimanja kralježnice iz godine u godinu sve veći, a liste čekanja dulje, broj neurokirurških zahvata na kralježnici ne mijenja se, što ukazuje da imamo sve više neindiciranih snimanja. Slično je i s drugim skupim slikovnim pretragama.

Zato će se u rutinsku upotrebu uvesti posebni upitnici koji će radiologu omogućiti dodatne informacije i svu potrebnu dokumentaciju o pacijentovom stanju, kliničara koji naručuje pretragu potaknut će da još jednom razmisli o opravdanosti snimanja, a Ministarstvu će dati dragocjen izvor podataka za analizu indikacija snimanja.

Također će se u suradnji s Povjerenstvom za radiologiju MZ-a razviti lista kriterija kad liječnik obiteljske medicine može indicirati neku od skupih slikovnih pretraga bez prethodnog pregleda bolničkog liječnika. Iako za takvo ograničenje ne postoji zakonsko uporište, ono se primjenjuje praktično u cijeloj zemlji.

Novost je u oba upitnika to što liječnik koji upućuje na snimanje mora jasno naznačiti kliničko pitanje, primjerice: Ima li atrofije mozga? Ima li ožiljka? Kao i kod centra za preoperativnu pripremu, jedan je od ciljeva ovog projekta pomoći liječnicima da bolje i lakše komuniciraju, umjesto da se odlučuju na

„indiciranje sačmaricom“. Korištenje upitnika za CT mozga i MR kralježnice započet će 1. lis-topada 2012. u KBC-u Rijeka i KB-u Dub-

rava (koji otprije imaju proaktivni pristup kliničkom upravljanju), a do kraja godine i na svim ostalim radiološkim odjelima i kli-

nikama u zemlji (Slika 2).

•••••

(loncarek.karmen@gmail.com)

Ovo snimanje je: provo kontrolno

Koje se kliničko pitanje želi rješiti ovom pretragom?
(označiti križićem i po potrebi nadopuniti)

Ima li hernije diska, i na kojoj razini?
Ima li znakova upale?
Ima li znakova upalne križobolje?
Je li spinalni kanal sužen?
Ima li metastaza?
Ima li sekvela osteoporoze?
Ima li kongenitalnih malformacija?

Ima li primarnih tumora na kralježnici, meningama, meduli... ?
Ima li degenerativnih promjena i u kojem opsegu?
Je li pacijent imao povredu kralježnice, i je li nastala unutar 6 mjeseci?
Ima li znakova demijelinizacijskog procesa?

Slika 2.
Detalj upitnika
za MR kralježnice

Prilažem ovom zahtjevu:
(označiti križićem i po potrebi nadopuniti)

Uputnicu
Potpisano suglasnost
Anamnezu i klinički pregled
Neurološki status
Nalaz EMNG
Nalaz upalnih parametara
Nalaz tumorskih markera

Druge stare nalaze vezane za sadašnju bolest i pretragu
Slike (s nalazima) svih ranijih sličnih pretraga vezanih za sadašnju bolest (ili ISSA)
Ureu, kreatinin i klirens kreatinina (za MR kod tumora, upala, demijelinizacije)
Dokumentaciju o ugrađenom materijalu (stent, umjetni kuk...), te certifikat

Povjerenstvo za palijativnu skrb Ministarstva zdravlja

Lovorka Brajković

34

• Odlukom ministra zdravlja Republike Hrvatske prof.dr.sc. Rajka Ostojića dana 9. svibnja 2012. osnovano je Povjerenstvo za palijativnu skrb pri tom Ministarstvu sa zadaćom obavljanja poslova vezanih uz organizaciju, stručno praćenje djelatnosti palijativne skrbi te drugih poslova koje odredi ministar a u okviru provođenja djelatnosti palijativne skrbi. Za predsjednicu povjerenstva imenovana je doc.dr.sc. Marijana Braš, dr. med., a članove Povjerenstva čine: prof.dr.sc. Veljko Đorđević - spec. psihijatar, akademkinja Vida Demarin - spec. neuro-psihijatar, dr.sc. Lovorka Brajković, klinički psiholog, Branka Kandić Splavski - spec. obiteljske medicine, prof.dr.sc. Antonio Ju-

retić - spec. onkolog, prof.dr.sc. Karmen Lončarek - spec. oftalmologije, dr.sc. Aleksandar Džakula - spec. javnog zdravstva, prim.dr.sc. Zoran Lončar - spec. anestezilog, mr. Dubravka Pezelj Duliba, dr.med., Sanja Predavec, dr.med., Jasminka Hlupić, dr.med., i Marija Mihov, bacc.techn.

Naknadnom odlukom ministra prof. Ostojića, Povjerenstvu se pridružila i predstavnica Ministarstva socijalne politike i mladih Ana Mlinarić, dipl.soc.radnica.

Povjerenstvo je od svog osnutka održalo pet sastanaka na kojima je raspravljalo o razvoju sustava palijativne skrbi te je izradio Strateski okvir i koncept razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj, slijedeći smjerni-

ce koje preporuča Europsko društvo za palijativnu skrb, a koje je i izdalo tzv. „White paper“.

Taj dokument definira terminologiju, organizacijske aspekte, kliničke kompetencije i edukaciju kadrova u palijativnoj skrbi. Strateski koncepcija i okvir razvoja prvi put je prezentiran na proširenoj sjednici Savjeta za zdravlje Istarske županije 13. srpnja 2012. u Puli.

Povjerenstvo je istaknulo i nužne legislativne promjene koje će omogućiti adekvatnu implementaciju palijativne medicine i palijativne skrbi u sustav zdravstva.

Prof. Karmen Lončarek i dr.sc. Aleksandar Džakula pripremili su hodogram aktivnosti razvoja palijativne skrbi u RH te je pokrenuta i web stranica (www.palijativna-skrb.hr) koja je središnje mjesto za informacije vezane za palijativnu skrb kako za stručnjake, bolesnike, tako i za širu javnost.

Budući da je nužna i specifična edukacija profesionalaca koji će se baviti palijativnom medicinom i palijativnom skrbi, Povjerenstvo je podržalo da Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskog fakulteta u Zagrebu (CEPAMET) bude edukativna baza, odgovorna za izradu i provedbu edukativnih programa na svim razinama i za sve profe-

sionalce koji čine palijativni multidisciplinarni tim (lijecnici, medicinske sestre, nutricionisti, ljekarnici, psiholozi, duhovnici, socijalni radnici, radni terapeuti, volonteri itd.).

Povjerenstvo je predložilo da akademkinja Vida Demarin, prof. Antinio Juretić i prof. Veljko Đorđević budu zaduženi za izradu prijedloga modela programa za liječničke struke, a dr.sc. Lovorka Brajković je izabrana za koordinatora za prikupljanje prijedloga programa edukacije za ne-liječničke struke, što je i velikim dijelom učinjeno.

Povjerenstvo je u svom radu više puta istaknuto nužnost započinjanja edukacija bez kojih kvalitetno provođenje palijativne skrbi neće biti moguće.

U cilju izrade Nacionalne strategije palijativne skrbi u RH, pokrenuto je Stručno savjetovanje županija pod nazivom „Kakvu palijativnu skrb u Hrvatskoj trebamo?”, koje je održano 18. i 19. lipnja 2012. u CEPAMET-u, kako bi se u navedenu strategiju uključilo

što više specifičnosti i modela dobre prakse u RH. Povjerenstvo je podržalo i prijedlog prof. Veljka Đorđevića da se pri KBC-u Zagreb i CEPAMET-u osnuje hrvatski Centar izvrsnosti u palijativnoj medicini.

Članovi Povjerenstva su jednoglasno usvojili izrađeni Strateški okvir i koncept palijativne skrbi te će ga zajedno s tzv. hrvatskim „White paperom“ dostaviti i ministru zdravlja prof. Ostojiću te će navedeni dokument ići kao prijedlog za javnu raspravu u procesu izrade Nacionalne strategije o palijativnoj skrbi.

Povjerenstvo je u svom radu više puta istaknuto primjere dobre prakse u RH koji su nastali isključivo entuzijazmom pojedinaca i uključivanjem lokalne zajednice u financiranje pojedinih programa: Ambulanta za palijativnu medicinu pri DZ-a Osijek koju vodi dr. Branka Kandić Splavski, hospicij u osnivanju s kojim surađuje prof. Karmen Lončarek u Rijeci, Ambulanta za palijativnu medicinu i Dnevni

boravak u OB-u Koprivnica koju vodi dr. Mato Devčić te brojne aktivnosti palijativnog tima pri istarskim domovima zdravlja.

Povjerenstvo je jednoglasno dalo podršku dr. Branki Kandić Splavskoj da uputi zahtjev HZZO-u za nastavak financiranja rada njezine Ambulante, a za koju je sredstva do sada osigurala Osječko-baranjska županija.

Povjerenstvo je nekoliko puta raspravljalo i o održavanju hrvatskog tjedna palijativne skrbi (7. 10. do 14.10. 2012) čiji je cilj senzibiliziranje javnosti, okupljanje predstavnika svih struka koje čine multidisciplinarni tim palijativne skrbi te daljnje poticanje zakonodavne i izvršne vlasti na svim razinama za konačnu implementaciju palijativne skrbi u zdravstveni sustav RH.

•••••

(lovorka.brajkovic@yahoo.com)

Zdravstveno -informacijski sustav u MORH-u i OS RH

Darko Dogan

- Izgradnja i uspostava vojnog zdravstveno-informacijskog sustava (dalje u tekstu: VZIS) neizbjegjan je proces koji pretodi stvaranju modernih Oružanih snaga RH po uzoru na ostale članice NATO saveza, a isto tako to je neminovan put koji vodi ka povozivanju vojnog i civilnog zdravstveno-informacijskog sustava u jedinstven zdravstveni informacijski sustav RH.

Da bi sustav funkcionirao, očito je da mora postojati kompatibilnost među svim sastavnicama informacijskog sustava, bilo da se radi o dijelu sustava koji obraduje podatke na relaciji liječnik/pacijent ili o pojedinim višim razinama razmjene, protoka i obrade dobivenih informacija.

Ne smije se nikada izgubiti izvida da je najbolji onaj sustav koji svojim djelovanjem ne narušava osnovne procese rada, koji se doslovno niti ne primjećuje, a pri tom iskazuje jednostavnost i značajno ubrzavanje svih procesa unosa, obrade i prijenosa dobivenih podataka.

Specifičnosti vojnog zdravstvenog sustava

Vojni zdravstveno-informacijski sustav svoju djelotvornost mora dokazati i temeljiti unutar četiri osnovne misije Oružanih snaga RH:

- u zaštiti suvereniteta RH i obrani RH i saveznika
- za vrijeme ratnih operacija nastalih kao odgovor na krize u inozemstvu
- prilikom sudjelovanja OS RH u mjerama izgradnje sigurnosti i povjerenja
- u pružanju pomoći civilnim institucijama u zemlji.

To znači da niti u jednom od nabrojanih slučajeva VZIS ne smije biti narušen i stavljen izvan funkcije.

Očito da se ovdje kao značajan čimbenik pojavljuje sigurnost i neprekinutost protoka informacija bilo da one nastaju na području RH ili daleko izvan njenih teritorijalnih granica.



FOTO B. ČAFUK

Pukovnik Darko Dogan, dr. med. spec.

Kako bi VZIS mogao odgovoriti na postavljene izazove i djelovati u definiranim misijama, nužno je razvijati sljedeće sposobnosti:

- pravodobnu raspoloživost snaga
- sposobnost zapovijedanja i nadzora
- sposobnost iskorištavanja informacijskog prostora
- sposobnost razmještanja snaga i mobilnost u području operacija
- učinkovitost u angažiranju snaga
- održivost i sposobnost izvođenja dugotrajnih operacija
- sposobnost preživljavanja i zaštite snaga.

Upravo je razvoj sposobnosti iskorištavanja informacijskog prostora bitan pred-

uvjet u izgradnji stabilnog VZIS-a. On se zasniva na najnovijim informacijskim dostignućima i na korištenju naprednih komunikacijskih tehnologija, o čemu govori Dugo-ročni program razvoja Oružanih snaga RH 2006. - 2015. gdje se navodi sljedeće: „OS RH će u budućnosti sve više pažnje davati sposobnosti iskorištavanja informacijskog prostora.“

Brz razvoj i napredak na području informacijske tehnologije otvara mogućnost prikupljanja, prijenosa, obrade i distribucije ogromne količine informacija, posebno onih vezanih za zdravstvenu zaštitu pripadnika OS RH. Na temelju točnih, pravodobno obrađenih i dostavljenih informacija, moguće je u znatnoj mjeri povećati učinkovitost zdravstvene potpore te uspješno izvršiti zadaće s daleko manjim snagama.

Izazovi nastali ulaskom RH u članstvo NATO saveza

Ulaskom RH u NATO savez sve više jača uloga zdravstveno-informacijskog sustava.

Najznačajniju ulogu u oružanim snagama u pogledu iskorištavanja komunikacijskog prostora imaju dakako zapovjedno-informacijski i komunikacijski sustav te vojno-obavještajni sustav. Činjenica da je VZIS uslijed ubrzanog razvoja prepoznat kao važan čimbenik u cijelovitom informacijskom sustavu oružanih snaga, dovelo je do toga da danas visoko kotira u komunikacijskom prostoru OS RH.

Paralelno s razvojem VZIS-a provodi se i njegovo uskladivanje s NATO standardima, tzv. Standardization Agreementom ili skraćeno STANAG-om. Pravilnik o normizaciji u Ministarstvu obrane i Oružanim snagama RH (NN 139/2003) propisuje sustav normizacije, postupak izrade, izdavanja i objave hrvatskih vojnih normi te utvrđuje strukturu i oblik hrvatskih vojnih normi (HRVN) po uzoru na ostale članice NATO saveza. To se u prvom redu odnosi na procese razvoja koncepta, doktrina i procedura kako bi se dostigle i održale najučinkovitije razine kompatibilnosti i međusobne zamjenjivosti u operativnim, proceduralnim, tehničkim i administrativnim područjima, a dakako i na području informacijske tehnologije i VZIS-a.

Specifičnosti okruženja u kojem djeluju snage zdravstvene potpore

Kontinuirana zdravstvena potpora u stacionarnim i terenskim uvjetima, nepre-

kidno praćenje zdravstvenog stanja svih pripadnika i postrojbi OS RH kako na teritoriju RH tako i onih upućenih izvan granica RH, postavlja nove izazove pred vojni zdravstveni sustav.

Sudjelovanje naših pripadnika i medicinskih timova OS RH u međunarodnim mirovnim misijama i međunarodnim vojnim operacijama postala je naša svakodnevница, a zdravstvena zaštita toga specifičnog dijela populacije izuzetno je značajna u održavanju visoke razine morala i borbene spremnosti. Svakodnevni događaji upućuju na potrebu za brzom i efikasnom intervencijom, razmjenom informacija o svakoj iole značajnijoj promjeni zdravstvenog stanja pojedinaca i/ili postrojbi OS RH te zahtijeva promptnu reakciju vojnog zdravstvenog sustava u tretmanu, liječenju i prevenciji svih zdravstvenih problema bilo da se radi o pojedinačnom ili masovnom klasičnom ranjavanju, odnosno obolijevanju od zaraznih i nezaraznih bolesti.

Razvoj novih komunikacijskih tehnologija u OS RH

Informatizacija vojnog zdravstva postaje neupitna u svim vojnim ordinacijama i vojnim zdravstvenim ustanovama. Uvođenje električkih zdravstvenih kartona i formiranje virtualnih, samo su neki od pokazatelja uspješne integracije računala i zdravstva.

Od postojećih tehnologija koje se sada koriste za potrebe OS RH, a mogu biti značajne za budući razvoj VZIS-a, su sljedeće:

- video link
- telemedicina
- mobilne aplikacije

Vojni zdravstveni sustav tu vidi svoju budućnost i perspektivu, a daljnji razvoj bit će pospešen sve boljom suradnjom nositelja vojnog zdravstvenog sustava u RH sa svim članicama NATO saveza. Ne manje značajno je i povezivanje s civilnom komponentom zdravstvenog sustava RH putem postojećeg informacijskog sustava CEZIH.

Sigurnost prijenosa podataka kao osnovni preduvjet razmjene informacija u VZIS-U

Prilikom izgradnje aplikacije za potrebe VZIS-a u OS RH, jedna je od vodećih činjenica zajamčena sigurnost prijenosa podataka. Taj osnovni i nezaobilazni zahtjev postavlja sve sigurnosne službe zemalja članica NATO saveza.

Sve korištene aplikacije u startu moraju biti osigurane od neovlaštenog pristupa.

Vojni liječnik prilikom prijave i identifikacije u sustav, kao i svi uneseni podaci koji se šalju preko mreže, moraju se podvрći sigurnosnom protokolu koji propisuju visoki vojni standardi, a poslužiteljski program prilikom pokretanja i povezivanja na bazu podataka mora se „predstaviti“ imenom i lozinkom koji definiraju korisnika u skupu korisničkih profila. Dakle, mora biti ostvarena minimalna trostruka zaštita od neovlaštenog pristupa i zlouporabe podataka.

Problem sigurnosti razmatra se i kroz dodjeljivanje dodatnih dozvola za rad nad bazom podataka i unaprjeđivanjem performansi same baze. Mogućnosti su razne, a njihova realizacija ovisi o budućim sigurnosnim zahtjevima te potrebama za razvoj elektroničkog zdravstva.

Zaključak

Vojni zdravstveno-informacijski sustav (VZIS) ne može se promatrati izdvojeno izvan cjelovitog informacijskog sustava OS RH jer je on njegov sastavni dio te podliježe propisanim protokolima i prihvaćenim vojnim normama (HRVN) koje ratificiraju sve zemlje članice NATO-a pa tako i Republika Hrvatska.

S druge strane, s obzirom na činjenicu da je vojni zdravstveni sustav dio jedinstvenog, integriranog zdravstvenog sustava RH, svi postojeći propisi iz područja zdravstva odnose se i na vojnu komponentu OS RH, što podrazumijeva zakonsku obvezu uključivanja VZIS-a u CEZIH.

Iskustvo sudjelovanja naših pripadnika i medicinskih timova OS RH u međunarodnim mirovnim misijama i međunarodnim vojnim operacijama otvara niz novih pitanja, ali isto tako i nudi mogućnosti razvoja primjene novih informacijskih tehnologija i unaprjeđenje postojećih poglavito na području razvoja telemedicine i mobilnih aplikacija.

Pri tom se ne smije zanemariti vojni aspekt razvoja VZIS-a, a to je činjenica kako se u svakom trenutku mora sačuvati zajamčena sigurnost i tajnost podataka.

.....

(ddogan@mohr.hr)



Sa sjednice Upravnog vijeća HZZO-a

Ugovorena prva grupna praksa u djelatnosti opće medicine

• U Varaždinskoj županiji Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) ugovorio je pilot projekt grupne prakse u djelatnosti opće medicine u koji su udružena tri liječnička tima.

Grupna praksa će omogućiti 14-satnu dostupnost, odnosno dostupnost od sedam do 21 sat: zdravstvene zaštite za pacijenta; stručne podrške pacijentu telefonom; doktora za kućne posjete; skrbi pacijenta u vrijeme godišnjih odmora i odsutnosti izabranog doktora radi edukacije, bolovanja i drugog. Osim toga, ona će omogućiti reorganizaciju aktivnosti medicinskih sestara kroz povećanje medicinskih uz smanjenje administrativnih aktivnosti u ordinaciji, naručivanje pacijenata (mogućnost centralnog naručivanja za sve doktore) i usmjeravanje pacijenata po hitnosti, ističe HZZO. Prednost grupne prakse je i dostupnija dokumentacija pacijenata zahvaljujući obveznoj informatizaciji ordinacija koje obavljaju grupnu praksu.

Zajednička nabava za 22 javne ustanove

Na Upravnom vijeću 13. srpnja odlučeno je i da će HZZO kao središnje tijelo za javnu nabavu provoditi postupke zajedničke nabave električne energije, fiksne i mobilne telefonije, Interneta i uredskog materijala za javne ustanove.

Zajednička javna nabava obuhvatit će 22 javne ustanove, među kojima su klinički bolnički centri, opće bolnice i HZZO.

Nova ortopedska i druga pomagala

Na Popis ortopedskih i drugih pomagala HZZO-a uvrštena su nova istovrsna pomagala iz područja ortoza, šećerne bolesti, pomagala za disanje, očna, tiflotehnička, slušna i surdotehnička pomagala.

Omogućena je regulacija količine zavojnog materijala po stvarnom stanju po-

treba za oboljele od bulozne epidermolize i veća količina pomagala za urogenitalni sustav.

Povećana je i dostupnost ortopedskih i drugih pomagala odlukom da se s dosadašnjim isporučiteljima pomagala sklope ugovori za osam novih lokacija i da se sklope ugovori s pet novih isporučitelja.

U laboratorijima PZZ-a HbA1c i CRP

Upravno vijeće je odlučilo da će se u laboratorijima PZZ-a provoditi dva nova dijagnostička postupka i to HbA1c - pretraga za praćenje protokola oboljelih od šećernih bolesti, te CRP - pretraga za rano otkrivanje upalnih procesa u organizmu.

Te će postupke laboratoriji dodatno naplaćivati od HZZO-a, trošak samih pretraga bit će manji nego u bolnicama pa se očekuje ušteda u zdravstvenom proračunu.

Izmjene Statuta HZZO-a, Vijeće za razvoj i povećanje efikasnosti

Upravno vijeće je izmijenilo Statut HZZO-a pa će taj Zavod od sada djelovati kroz četiri regionalna ureda i to - Zagreb, Osijek, Rijeka i Split, koji će upravljati svojim područnim službama. Svaki od četiri regionalna ureda obavljaće stručne poslove iz djelokruga rada HZZO-a, poput poslova zdravstvene zaštite, nadzora i kontrole nad ugovornim partnerima, međunarodne suradnje, knjigovodstvene i financijske poslove plaćanja računa, te pravne poslove i zastupanje.

Područne službe bavit će se samo provedbom prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja te prijavama i odjavama zdravstvenog osiguranja.

Oformljeno je i novo tijelo HZZO-a. Zadatak Vijeća za razvoj bit će unapređenje rada i uvođenje tehnoloških novina u redovnom provođenju poslova, te briga o razvojnim projektima HZZO-a.

Upravno vijeće je donijelo i strateški plan povećanja efikasnosti koji predviđa uspostavu cjelovitog sustava uredskog poslovanja s digitalnom arhivom, analizu i katalogizaciju poslovnih procesa, edukaciju djelatnika, osiguranje svih preduvjeta za uspješnu primjenu Zakona o fiskalnoj odgovornosti, uspostavu cjelovitog sustava nabave, uspostavu pomoćne evidencije u HZZO-u i interoperabilnost s evidencijama u drugim tijelima državne i javne uprave, unapređenje i pobolj-

šanje funkcije upravljanja ljudskim resursima, informatizaciju HZZO-a i uspješnu primjenu informatičkih tehnologija.

Borka Cafuk



Zbog nepodmirenih dugova ugrožena isporuka lijekova

Dugoročno rješenje podrazumijeva javnu nabavu, reviziju proračuna i jačanje nadzora nad bolničkim upravama

• Predstavnici Ministarstva zdravljia i veledrogerija sastali su se 23. kolovoza radi rješavanja dugova zdravstvenih ustanova za lijekove i medicinske proizvode.

S ovim su se problemom susretali i drugi bivši ministri zdravstva i on do danas nije dugoročno riješen, već je vatra gašena finansijskim injekcijama kratkog daha.

Ministar zdravljia prof. dr. sc. Rajko Ostojić susreo se s time još u travnju, kada je Ministarstvo zdravljia OB-u Varaždin platilo 35 milijuna kuna dospjelih dugovanja, no bolnica se nastavila zaduzivati pa se tako sada ponovo našla, u društvu s čakovečkom, pulskom, vinčkovačkom i bjelovarskom bolnicom, u kritičnoj situaciji.

Bolnice, s jedne strane, tvrde da s postojećim proračunima ne mogu funkcioniратi bez zaduzivanja budući da finansije koje su im na raspolaganju ne pokrivaju sve troškove bolnice.

S druge strane, predstavnici veledrogerija ističu da je kap prelila času i da više ne namjeravaju financirati zdravstveni sustav, u kojem neke od bolnica svoje dugove plaćaju u roku od 690 dana, a dugovanje je naraslo na pet milijardi kuna.

Da bi se to pitanje riješilo i da bi se izbjegla finansijska sanacija svakih nekoliko mjeseci, Ministarstvo zdravljia razmatra dugoročno održiva rješenja za finansijsku stabilnost sustava, koja uključuju objedinjenu javnu nabavu, reviziju postojećih bolničkih proračuna ali i jačanje nadzora i učinkovitosti bolničkih uprava.

Borka Cafuk



HZZO o aferi Pfizer

Ugovori o etičkom oglašavanju onemogućuju korupciju

• Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) oglasio se u jeku afere Pfizer koja je brujala hrvatskim medijima istaknuvši da je sadašnja praksa odobravanja lijekova na neusporedivo višem stupnju transparentnosti i znatno strože regulirana te da će HZZO surađivati u svim potrebnim istražnim radnjama vezanim uz slučaj Pfizer, koji se odnosi na razdoblje od 1997. do 2001. godine.

U priopćenju od 8. kolovoza HZZO naglašava da otkako je prije dvije godine s farmaceutskim tvrtkama potpisani Ugovor o etičkom oglašavanju lijekova više ne postoji mehanizam kojim farmaceutske tvrtke mogu potkupljivati liječnike u ugovornim ordinacijama i ustanovama.

Ugovorom se tvrtkama brani poticanje liječnika na propisivanje lijeka uz nagradjivanje u novcu ili drugim oblicima imovinsko-materijalne koristi, brane se promocije lijekova koje uključuju tvrdnje nedokazane znanstvenim istraživanjima te ih se obvezuje da stručni skupovi koje organiziraju imaju primarno stručni karakter. Ugovor ograničava reprezentacijski iznos koji svaki nositelj odobrenja može potrošiti na pojedinog doktora na 1000 kuna godišnje, te ograničava broj promotivnih posjeta liječnicima. Sankcije za nepoštivanje ugovora mogu biti i brisanje lijekova odredene tvrtke s listi lijekova HZZO-a, ističe se u priopćenju HZZO-a.

Poštreni kriteriji za predlaganje lijekova za uvrštenje na liste

Sve farmaceutske tvrtke koje daju prijedloge lijekova za uvrštenje na liste lijekova moraju s HZZO-om potpisati taj ugovor, a da bi lijek bio uvršten na listu lijekova tvrtke, tj. nositelji odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet u Hrvatskoj, moraju uputiti zahtjev Povjerenstvu za lijekove HZZO-a. Konačnu odluku o stavljanju lijeka na Osnovnu ili Dopunsku listu lijekova donosi Upravno vijeće HZZO-a.

HZZO je poštrio i kriterij za podnošenje dokumentacije uz prijedlog za uvrštenje novih lijekova pa su farmaceutske tvrtke

obvezne, uz sve potrebne dokumente, HZZO-u dostaviti i popis država u kojima lijek ima odobrenje za stavljanje u promet, status lijeka u zdravstvenom osiguranju u najmanje 15 država Europske unije i kliničko-farmakološko mišljenje s farmakoekonomskom analizom, ali i najmanje pet znanstvenih radova kojima se dokazuju prednosti predloženog lijeka u indikaciji za koju se lijek predlaže.

Zahvaljujući tome, Povjerenstvo za lijekove HZZO-a ne može pogodovati farmaceutskim tvrtkama. Također, postupak stavljanja lijekova na liste HZZO-a objavljen je na mrežnoj stranici HZZO-a www.hzzo-net.hr na kojoj su objavljena i imena članova Povjerenstva, datum i dnevni redovi sjednica Povjerenstva.

S druge strane, upozorava HZZO, kliničke studije za ispitivanje lijekova koje se provode u zdravstvenim ustanovama odobrava državno bioetičko povjerenstvo i nije u nadležnosti HZZO-a. No, HZZO smatra da bi ga se o tome trebalo informirati te će od ugovornih zdravstvenih ustanova zatražiti popis svih projekata i kliničkih studija čije je provođenje u tijeku kako bi se izbjegle situacije u kojima bi isti liječnik provodio kliničku studiju farmaceutske tvrtke, a istovremeno bio potaknut da propisuje lijekove iste te tvrtke.

Borka Cafuk

Startao pilot projekt eListe čekanja i eNaručivanja

U prvoj fazi obuhvaćene opće bolnice Duga Resa, Gospic, Karlovac i Ogulin

• Pilot projekt eListe čekanja i eNaručivanja startao je 1. kolovoza. To je zajednički projekt Ministarstva zdravlja i HZZO-a, koji će se u svojoj prvoj fazi primjenjivati u bolnicama u Dugoj Resi, Gospicu, Karlovcu i Ogulinu, a do kraja godine zaživjet će na razini čitave zemlje.

Projekt bi trebao omogućiti da liste čekanja u svim zdravstvenim ustanovama postanu transparentne i ažurne ali i da se mogu uspoređivati između različitih ustanova, regija i prema zahvatima. Skraćivanje listi čekanja i elektronsko naručivanje pacijenata na specijalističke preglede prioritet su Vlade.

Pokretanju projekta prethodile su šestomjesečne pripreme. Planirani završetak pilot projekata eListe čekanja je 15. prosinca 2012., a za eNaručivanje 1. siječnja 2013.

Objedinjeni podaci o bolničkim listama čekanja na razini Hrvatske s jedinstvenom listom usluga čine eListe čekanja. Centralni sustav eListi čekanja od 1. kolovoza, svakih sat vremena, prikuplja podatke o prvim slobodnim terminima za ukupno 120 postupaka u zdravstvenom sustavu iz OB Karlovac, OB Gospic, OB Ogulin i OB Duga Resa. Nakon početka projekta, informacije o prvom slobodnom terminu bit će javno dostupne na portalu HZZO-a www.cezih.hr i Ministarstva zdravlja www.zdravlje.hr.

Prikupljeni podaci će se analizirati i iz njih će se identificirati razlozi višemjesečnih čekanja na listama, te će se oni sustavno rješavati po pravilima kliničkog menadžmenta. Zdravstveni postupci obuhvaćeni eListama čekanja i eNaručivanjem postupno će se širiti dok se ne obuhvate svi oni postupci za koje se pacijent naručuje. Na početku projekta obuhvaćeno je: 120 postupaka, odnosno prvi i kontrolni pregledi u specijalističko-konzilijskoj zdravstvenoj zaštiti, dvije vrste dijagnostike (CT mozga i MR kralježnice), te tri kirurška postupka (ugradnja endoproteze kuka i koljena, operacija katarakte), koji će u narednom razdoblju biti povećni na 2000 postupaka.

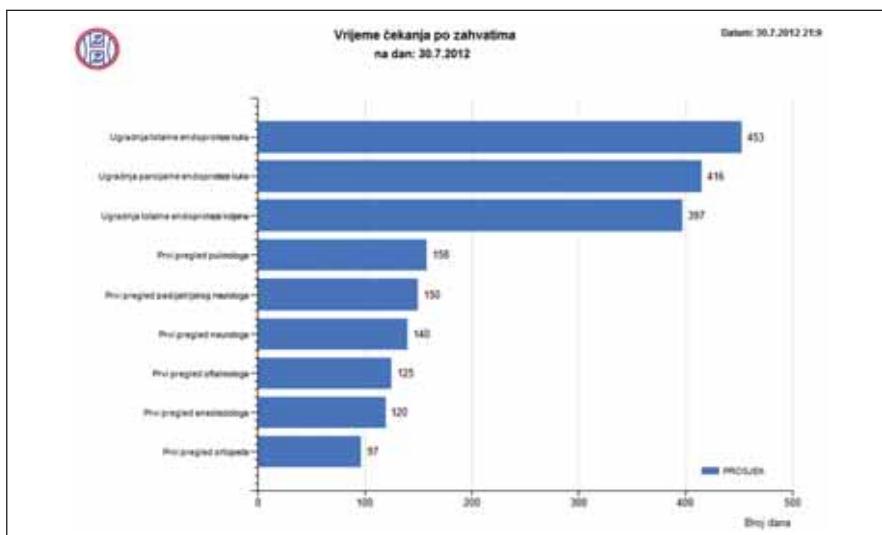
Projekt eNaručivanja omogućit će izravno izravno naručivanje iz ordinacija obiteljskih liječnika, što predstavlja velik pomak u dostupnosti zdravstvene zaštite za sve hrvatske gradane. Dio projekta „eNaručivanje“ bit će pokrenut 1. rujna u Donjem Lapcu.

Liste po hitnosti

Podsjetimo! Projekt smanjenja lista čekanja Ministarstva zdravlja službeno je započeo 22. svibnja i tada je ministar zdravlja

Rokovi za uključivanje bolnica u pilot projekt po županijama jesu:

Županija	eListe čekanja	eNaručivanje
Ličko-senjska i Karlovačka	01.08.2012.	01.09.2012
Zadarska, Istarska i Primorsko-goranska	15.09.2012.	01.10.2012.
Zagrebačka	15.10.2012.	15.11.2012.
Sve ostale županije	15.11.2012.	15.12.2012.



Dijagram iz prezentacije HZZO-a i MZ-a koja je objavljena na mrežnoj stranici www.hzzo-net.hr

prof. dr. sc. **Rajko Ostojić** na konferenciji za novinare istaknuo da će se zdravstvene usluge svesti u medicinski prihvatljive rokove te da će se uvesti pravila i postupci vodenja listi čekanja prema stupnju hitnosti zdravstvenog stanja pacijenta.

Tri su stupnja hitnosti, tj. hitnog postupka gdje usluge treba pružiti odmah, odnosno u roku od 24 sata; brzi postupci koje treba obaviti za tri mjeseca i redovni postupci u kojima se zdravstvena usluga treba pružiti za šest mjeseci. Kod malignih bolesti stupanj hitnosti je dva tjedna do mjesec dana, a kod ortopedskih operacija i operacija mrene oka s ugradnjom umjetne leće on iznosi 12 do 18 mjeseci. Prednost na listama imat će trudnice i dojilje te pacijenti koji zbog bolesti ne mogu raditi ili kojima prijeti pogoršanje zdravstvenog stanja.

Ministar je tada najavio i da će se na jesen prezentirati master plan, da će bolnički sustav doživjeti značajne promjene u sustavu upravljanja i da će se one značajno rekonstruirati.

Stvaranju dugih lista kumovali loša organizaciju sustava zdravstvene zaštite i nejasno definirane odgovornost, prava i prioriteti

Povjerenstvo Ministarstva zdravstva za liste čekanja analiziralo je u hrvatskim bolnicama 16 dijagnostičkih i terapijskih postupaka u 48 bolnica te je utvrdilo da je osnovni razlog velikih listi čekanja popriličan kaos u sustavu a ne gužva, jer ne postoji jedinstven postupak naručivanja i jedinstven način računanja prosječnog čekanja.

Povjerenstvo je utvrdilo da je 27. travnja ove godine na neku pretragu ili operaciju čekalo 580.000 pacijenata, a tome treba dodati i 57.500 neispravnih narudžbi bez podataka o osobi i pretragama. Na prvi pregled kod bolničkog liječnika čekalo je 106.000 pacijenata, a njih 242.000 čekalo je na kontrolni pregled.

Povjerenstvo je analiziralo više od 500.000 zapisa o pacijentima koji čekaju. Samo je 48 bolnica dostavilo podatke o svojim listama čekanja, od njih samo 41 bolnica ima liste na svojim mrežnim stranicama dok se preostale liste čekanja ručno upisuju.

Elektronske liste čekanja na ortopedске operacije kuka i koljena ima samo 15 od 31 bolnice u kojoj se takvi zahvati provode, a za očnu mrenu 13 od 24 bolnica.

Kao najčešći razlozi stvaranja dugih lista čekanja pokazali su se: loša organizacija sustava zdravstvene zaštite i nejasno definirane odgovornosti MZ-a, HZZO-a i bolnice, a ulogu u stvaranju kaosa igraju i pacijenti i PZZ. Nejasno su definirana prava pacijenata na dobivanje zdravstvene skrbi u određenom roku i prioriteti prema kojima se naručuju pacijenti. Postoji nedostatak točnih i ažurnih podataka o listama čekanja, zbog kojeg je bilo teško donositi odluke o organiziranju sustava. Menadžment bolnica je loš i to se ogleda u izrazitim razlikama u nabavnim cijenama ugradbenog materijala i lijekova te u izrazitim razlikama u produktivnosti bolnica. Nejasno je definiran i odnos javnog i privatnog sustava.

Primjetan je nedovoljan broj medicinskih uređaja i njihova dotrajalost zbog čega se oni učestalo kvare, ali je prisutno i nedovoljno i neracionalno korištenje tih uređaja. Pacijenti se višestruko naručuju na istu pretragu u više bolnica, također ne dolaze na zakazane termine ili se ne odjavljuju s listi nakon što pregled obave u nekoj drugoj ustanovi.

Osim toga, vidljivo je grupiranje pacijenata u popularnim bolnicama i kod poznatih doktora. Posljednje, vidi se da postoji prekomerno upućivanje na pretrage koje nisu medicinski opravданe, i to iz samih bolnica ali i iz PZZ-a.

Povjerenstvo je detektiralo i uska grla pa je, primjerice kod ortopedskih zahvata, to nedostatak liječnika, opreme, neodjavljivanje pacijenata s lista čekanja, premalen broj setova alata potrebnih za operacije te nedostatak operacijskih lampi ili busilica i sitnog instrumentarija. S druge strane, kod operacije očne mrene uska su grla nedostatak sitne opreme poput rotatora ili pinceta te nepostojanje dnevne bolnice i činjenica da nisu svi operateri jednak vješti.

Borka Cafuk



Svjetski dan hepatitis-a

Nacionalna strategija za borbu protiv virusnih hepatitis-a

- Okruglim stolom "Razvoj Nacionalne strategije za borbu protiv virusnih hepatitis-a", koji je održan 6. srpnja u Zagrebu, započelo je obilježavanje Svjetskog dana hepatitis-a u čemu je sudjelovalo više od 280 udruga pacijenata iz 75 zemalja. Na okruglom stolu je formirana radna skupina za izradu Nacionalne strategije i Akcijskog plana za borbu protiv virusnih hepatitis-a i upućena pisana preporuka liječnicima obiteljske medicine koga testirati.

Također, to je i nastavak aktivnosti iz 2008. kada je na okruglom stolu „Iniciranje nacionalne strategije za borbu protiv virusnih hepatitis-a“ postignut konsenzus predstavnika zdravstvenog i nevladinog sektora o potrebi donošenja Nacionalne strategije te Rezolucije o borbi protiv virusnih hepatitis-a, usvojene u Hrvatskom Saboru 2009.

Okrugli stol su organizirali Hrvatska udruga Hepatos i Savez oboljelih od hepatitis-a pod pokroviteljstvom MZ-a i Ureda SZO-a u Hrvatskoj, a na njemu su sudjelovali kreatori politike, stručnjaci, udruge pacijenata i međunarodni gosti.

Ministar zdravljia prof. dr. sc. **Rajko Ostojić** istaknuo je važnost prevencije hepatitis-a i liječenja u ranoj fazi bolesti, zbog čega nam je potreban Akcijski plan borbe protiv virusnih hepatitis-a. Predsjednica HULOH Hepatos, Saveza oboljelih od hepatitis-a RH i European Liver Patients' Association mr. sc.

Tatjana Reić naglasila je važnost veće suradnje zdravstvenog sektora i ostalih područja javnog djelovanja, prvenstveno nevladinog sektora, te pozvala na otvaranje nezavisnih rasprava o zdravstvenoj skrbi oboljelih od virusnih hepatitisa.

Preporuke liječnicima obiteljske medicine

Pojačan nadzor nad virusnim hepatitima najbolje se postiže uključujući sve liječnike PZZ-a pa su na okruglom stolu donešene preporuke o tome koga testirati na virusne hepatitise i upućene su liječnicima obiteljske medicine. Prenosimo preporuke u cijelosti.

- Ako to već nije učinjeno, uputiti na serološko testiranje (markeri na virusne hepatitise), sve osiguranike iz rizičnih skupina koje uključuju:

- bivše i sadašnje ovisnike o opojnim drogama, prvenstveno intravenozne korisnike;
- sve osobe koje su primale krv i krvene pripravke prije 1993. godine;
- osobe rizičnog spolnog ponašanja (promiskuitetne osobe neovisno o spolnoj orijentaciji);
- osobe koje se javlja na pregled zbog spolno prenosivih bolesti;
- osobe čiji partneri boluju od virusnih hepatitisa;
- bolesnike na hemodializu; HIV pozitivne osobe;
- osobe lišene slobode (bivše i sadašnje zatvorenike);
- djecu čiji roditelji imaju kronični virusni hepatitis;
- osobe koje su se podvrgavale invazivnim kozmetičkim zahvatima (tetovaži i piercingu) u nekontroliranim uvjetima;
- osobe koje zahtijevaju imunosupresivnu terapiju, uključujući kemoterapiju, imunosupresiju povezanu s transplantacijom organa te imunosupresivnu terapiju za reumatske i gastroenterološke bolesti;
- veterane Domovinskog rata;
- sve osobe s kliničkim i/ili laboratorijskim znakovima oštećenja jetara (posebice patološkim ALT-om)

U Hrvatskoj je između 80.000 i 100.000 građana koji su nositelji kroničnog HBV-a ili HCV-a

Službeni epidemiološki podaci HZJZ-a pokazuju da je prevalencija hepatitisa u

Hrvatskoj manja od 0,5 posto. Neke skupine stanovništva imaju povećan rizik za hepatitis B i C infekciju, stoga je prevalencija infekcije u rizičnim skupinama značajno viša nego u općoj populaciji. Zato je nužan pojačan nadzor nad rizičnom populacijom kako bi se što više kronično oboljelih otkrilo i liječilo, čime se sprječava razvoj komplikacija neliječene bolesti, daljnje širenje zaraze te će se dugoročno če ostvariti značajne uštede hrvatskom zdravstvenom sustavu, poručeno je s okruglog stola. Procjenjuje se da je u Hrvatskoj između 80.000 i 100.000 građana koji su kronični nositelji virusa hepatitis B ili C.

No, nije takvo stanje samo u Hrvatskoj jer podaci govore da od ukupno 23 milijuna oboljelih Europljana njih oko 80 posto ne zna da su kronično zaraženi nekim od virusnih hepatitisa pa samim time i nemaju priliku izlječiti se ili držati svoju bolest pod kontrolom.

Prema procjenama SZO-a, u kontaktu s hepatitis B virusom (HBV) bilo je oko dvije milijarde ljudi, oko 400 milijuna nositelji su kroničnog HBV-a, a svake godine od ove bolesti umire milijun ljudi. Između 150-170 milijuna ljudi ima kronični hepatitis C, a procjenjuje se da osam od 10 nositelja hepatitis C virusa nije svjesno infekcije pa nesvesno šire zarazu i stoga broj novo HCV inficiranih osoba diljem svijeta iznosi oko tri do četiri milijuna godišnje.

Borka Cafuk



Međunarodni tjedan dojenja

Kvaliteta skrbi u rodilištima i podrška majkama u uspostavi dojenja po izlasku iz bolnice značajno je poboljšana

- Hrvatska je bila jedna od prvih zemalja koje su se priključile globalnoj inicijativi „Rodilišta - prijatelji djece“, i to već 1993., a ujedno Međunarodni tjedan dojenja, koji traje od 1. do 8. kolovoza, obilježava i 10. rođendan Globalne strategije UNICEF-a i SZO-a za prehranu djece i novorođenčadi.

Prema UNICEF-ovom Izvještaju o stanju djece u svijetu iz 2011., samo 32,6 posto od ukupno 136,7 milijuna novorođene djece u svijetu godišnje je isključivo dojeno u prvih šest mjeseci života. Prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa HZJZ-a, zahvaljujući aktivnostima u promicanju dojenja sve veći broj majki u Hrvatskoj

doji svoju djecu, pa je postotak isključivo dojene djece u dobi od rođenja do dva mjeseca 2010. bio 66,3 posto. No, postotak isključivo dojene djece se smanjuje s povećanjem dobi djece pa je svega 15,9 posto djece u dobi do šest mjeseci isključivo dojeno.

Ti podaci ukazuju na potrebu da se cijela zajednica, a ne samo zdravstvo, u većoj mjeri angažira oko dojenja, istaknuto je na konferenciji za novinare održanoj 31. srpnja u UNICEF-u povodu Međunarodnog tjedna dojenja.

Kvaliteta skrbi u hrvatskim rodilištima i podrška majkama u uspostavi dojenja po izlasku iz bolnice značajno je poboljšana u proteklih 20 godina. Sva su se rodilišta u Hrvatskoj uključila u inicijativu „Rodilišta-prijatelji djece“, te ih je do sada 22 od ukupno 31 steklo taj naziv. Danas su gotovo u svim rodilištima u hrvatskoj stvoreni uvjeti za zajednički boravak majki i djece, a još prije 15 godina u svim je rodilištima uobičajena praksa bila da se djeca i majke odvajaju odmah nakon poroda. U hrvatskim "Rodilištima-prijateljima djece" godišnje na svijet dolazi više od 30 tisuća djece, što je dvije trećine ukupnog broja novorođene djece u Hrvatskoj.

Borka Cafuk



Prijavljanje sumnji na nuspojave preko mrežne stranice HALMED-a

- Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) 17. kolovoza je počela koristiti aplikaciju koja omogućuje pacijentima prijavljivanje sumnji na nuspojave putem mrežne stranice Agencije. HALMED će do kraja godine omogućiti i zdravstvenim radnicima on-line prijavljivanje sumnji na nuspojave putem posebne aplikacije, a do tada se mogu koristiti verzijom namijenjenom pacijentima.

Aplikacija pod imenom "On-line prijava sumnje na nuspojavu" dostupna je na mrežnim stranicama HALMED-a, u rubrici "Lijekovi", podrubrići "Za pacijente". Agencija ističe da su osobni podaci koje je potrebno unijeti prilikom prijavljivanja nuspojave strogo povjerljivi i koriste se isključivo sa svrhom utvrđivanja sigurnosti primjene lijekova te se ne proslijeđuju trećim osobama bez izričitog odobrenja prijavitelja nuspojave.

Isti obrazac prijave nuspojave nalazi se u rubrici "Farmakovigilancija", u kojoj se nalaze i upute za prijavu nuspojave, novi

podaci o sigurnoj primjeni lijekova itd. Dok pacijenti imaju pravo i mogućnost prijavljivati nuspojave, liječnici i ostali zdravstveni radnici imaju obvezu prijavljivanja nuspojava HAL MED-u sukladno Zakonu o lijekovima.

Premda Agencija ulaže velike napore u edukaciju zdravstvenih radnika o obvezi prijavljivanja sumnji na nuspojave, uočila je da dio liječnika još uvijek ne prijavljuje sve sumnje na nuspojave.

Borka Cafuk

Zdravstveni odgoj na jesen starta u svim školama

- Početkom školske godine starta zdravstveni odgoj u svim osnovnim i srednjim školama. Zdravstveni odgoj provodit će se eksperimentalno i to u četiri modula, čiji su sadržaji i teme integrirani u nastavu prirode i društva, biologije, psihologije, tjelesne i zdravstvene kulture te satove razredne zajednice.

Ministar znanosti, obrazovanja i sporta doc. dr. sc. Željko Jovanović, dr. med., najavio je program i module zdravstvenog odgoja još 29. lipnja na tečaju "Mediji i zdravlje" u Grožnjanu te naglasio da nije pitanje treba li nam zdravstveni odgoj u školama već zašto nam treba zdravstveni odgoj u školama.

Istaknuo je tada da je zdravstveni odgoj medicinsko pedagoška disciplina koja se bavi unapređenjem zdravstvene kulture naroda i da je to 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 se na temelju medicinskih saznanja i znanosti u školama usvajaju određena znanja koja postaju vještine, a iz njih proizlaze vrijednosti i stavovi koji će omogućiti duži i kvalitetniji život, izjavio je Jovanović.

Četiri modula zdravstvenog odgoja

Kurikulum zdravstvenog odgoja sastoji 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 klađenje), 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 ravнопravnost i odgovorno spolno ponašanje.

Prijedlog kurikuluma zdravstvenog odgoja napravljen je u suradnji Agencije za odgoj i obrazovanje i stručnog povjerenstva u sastavu:

- prof. dr. sc. Vesna Jureša, dr. med. spec. školske medicine, MEF u Zagrebu; ŠNZ "Andrija Štampar", ZJZ,
- prof. dr. sc. Marina Kuzman, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Služba za školsku i adolescentsku medicinu i prevenciju ovisnosti),
- doc. dr. sc. Dubravko Lepušić, Sveučilišna bolnica «Sestre milosrdnice», Zagreb, Klinika za ginekologiju i porodništvo,
- dr. sc. Sanja Musić Milanović, dr. med. spec. epidemiolog, HZJZ - voditeljica Odjela za promociju zdravlja, MEF u Zagrebu
- prof. dr. sc. Aleksandar Štulhofer, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Odsjek za sociologiju - katedra za seksologiju.

Sadržaji zdravstvenog odgoja obuhvat će se u skladu s dobi, interesima i potrebama mladih te izazovima s kojima se oni susreću. Agencija za odgoj i obrazovanje provest će stručna usavršavanja učitelja, predmetnih nastavnika, stručnih suradnika i razrednika, a prema potrebi angažirat će se i liječnici školske medicine.

Učenici prvaši tako će učiti o zdravim prehrabbenim navikama, važnosti redovite tjelesne aktivnosti, higijeni, vrstama legalnih i ilegalnih droga te prepoznavati i izražavati osjećaje. Učenici drugih razreda bavit će se veličinom, brojem i raznolikošću obroka, strukturom kretanja, higijenom odjevanja, te također o vrstama ilegalnih i legalnih droga i prepoznavati i izražavati osjećaje. U trećem razredu učit će se o porijeklu i proizvodnji hrane, motoričkom gibanju, higijeni tijela, obitelji, kako učiti, te o nastanku novog života, razlikama između žene i muškarca itd. Četvrtaši će se baviti ljudskim tijelom, zdravim navikama i brigom za zdravlje ali i spolnim stereotipima, seksualnim različitostima te primjerenum ponašanjem u školi i dr. Neke od osnovnih tema zdravstvenog odgoja za učenike petog razreda uključuju: pubertet i promjene, izradu jelovnika po godišnjim dobima, utjecaj droga na zdravlje, odolijevanje pritisku vršnjaka te nenasilno ponašanje, poštovanje različitosti i sigurnost na Internetu.

Šestaši će, između ostalog, učiti o privlačnosti i razvoju emocionalne povezanosti, spolnim stereotipima, pornografiji te

okolišu i zdravlju. Sva lica seksualnosti, samopoštovanje, diskriminacija seksualnih manjina, spavanje, odmor i stres, samokontrola, nasilje na stadionima i odgovorno ponašanje u vezi neke su od tema kojima će se baviti učenici sedmih razreda. Osmašće čeka učenje o različitim pogledima na seksualnost, rizicima (pre)ranih seksualnih odnosa, odgovornom spolnom ponašanju, prehrambenim potrebama, problemima u različitim okolnostima i dr.

Srednjoškolci će učiti o odgovornom seksualnom ponašanju, konzistentnoj uporabi zaštite, intimnosti, povjerenju, poštovanju, vjernosti i krizi u vezi, rodnoj ravnoopravnosti, toleranciji spram seksualnih različitosti, legalnim i ilegalnim drogama i medijima, alkoholu i drogama te njihovu utjecaju na pojedinca i okolinu, klađenju i kockanju, mlađim vozačima, alkoholu i prometu, odolijevanju pritisku vršnjaka, primjerenom i odgovornom ponašanju, kulturi navijanja, te opasnostima pirotehnikе i sigurnosti na Internetu.

Borka Cafuk

Hrvatska gerontološka i gerijatrijska škola

• Hrvatska gerontološka i gerijatrijska škola, tečaj I. kategorije s međunarodnim sudjelovanjem, održana je u Zagrebu 19. i 20. travnja na ŠNZ-u „A. Štampar“ u organizaciji Referentnog centra MZRH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za gerontologiju ZJZ „Dr. A. Štampar“ s voditeljicom prim.dr.sc. Spomenkom Tomek-Roksandić, ŠNZ-a „A. Štampar s direktoricom prof.dr. Jadrankom Božikov, MEF-om u Zagrebu, Razreda za medicinske znanosti HAZU-a, HZ JZ-a, HD-a za gerontologiju i gerijatriju HLZ-a, AMZH-a, Ureda SZO-a u RH, Gradskog uredu za zdravstvo i branitelje Grada Zagreba - Zagreb zdravi grad i Gradskog uredu za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom.

Skup je započeo s predavanjem ministra zdravlja prof.dr. Rajka Ostojića. Slijedila su predavanja naših najistaknutijih stručnjaka, a neki su došli i iz inozemstva: prof.dr. Ivan Đikić iz Njemačke, dr.sc. Ivanka Radman iz Švicarske, prof.dr. Nenad Bogdanović iz Švedske, prof.dr. Paolo Orlandoni iz Ancone i prof.dr. Miroslav Radman iz Francuske.

Nazočni su bili i prof.emeritus dr. Silvije Vuletić, dekan MEF-a u Zagrebu prof.dr. Davor Miličić, akademici Zvonko Kusić i Vida Demarin.



Na slici (s lijeva):
Ivan Đikić,
Ljubica Đukanović,
Mirjana Rađenović,
Ivana Radman,
Darko Ledinski,
Rajko Ostojić,
Zvonko Kusić,
Pavao Rudan...

O tome kolik je bio interes govoricičnica da je nazočilo 430 sudionika.

Zaključak skupa je izradba Smjernica za zaštitu zdravlja starijih osoba, realizacija poslijediplomskog studija iz gerontologije na MEF-u u Zagrebu i specijalizacije iz gerijatrije po UEMS-u.

Svi sudionici dobili su II. dopunjeno izdanje knjige Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege". Istaknimo da je slogan ovog prestižnog znanstvenog skupa bio „Na mladima svijet ostaje a na starijima opstaje", koji je predložio akademik Marko Pećina.

Marica Lukić, dipl. med techn., Centar za gerontologiju ZJZ „Dr. A. Štampar"

Iako u Hrvatskoj ne postoji sustavna edukacija iz muzikoterapije, njome se bave u zdravstvenim ustanovama, edukacijskim i rehabilitacijskim ustanovama te u ustanovama socijalne skrbi akademski muzičari, profesori glazbene kulture, rehabilitatori, logopedi, socijalni radnici/pedagozi, psiholozi i radni terapeuti. Upravo iz ovog kliničkog iskustva te razgovora sa stručnjacima uočena je potreba za sveobuhvatnim, stručnim stjecanjem znanja i praktičnih vještina iz područja muzikoterapije.

Muzikoterapija se učinkovito koristi u radu s djecom i odraslim osobama s razvojnim teškoćama već više od pedeset godina. Usپoredno s razvojem identiteta profesije, razvija se i njena znanstvena utemeljenost u radu s ovom populacijom klijenata, što potvrđuje sve veća zastupljenost dobro razrađenih metodoloških istraživanja u literaturi.

Primjena muzikoterapije u radu s osobama s razvojnim teškoćama pružit će mogućnost postizanja mnogih teorijskih i praktičnih kompetencija potrebnih stručnjacima u svakodnevnom radu na ovom području.

Edukacija je koncipirana u 9 tematskih cjelina s 90 sati predavanja i radionica te 18 sati intervjuijskog/supervizijskog rada, koji će biti raspodijeljeni kroz 9 vikenda od listopada 2012. do lipnja 2013. petkom i subotom. Namijenjena je profesorima glazbene kulture, akademskim glazbenicima, edukacijskim rehabilitatorima, logopedima, socijalnim radnicima/pedagozima, psiholozima,

radnim terapeutima, učiteljima i odgajateljima. Informacije na web stranici ERF-a www.erf.hr i na ksenijaburic@yahoo.com

*Mr. sc. Ksenija Burić Sarapa, voditeljica edukacija
Doc. dr. sc. Neven Ricijaš, voditelj Centra za cjeloživotno obrazovanje*



Analizom komunalnih otpadnih voda do podataka o potrošnji droga u Evropi

Stopa potrošnje svih droga u Zagrebu razmjerno je niska

• Analizom komunalnih otpadnih voda utvrđena je potrošnja droga u 19 europskih gradova, čiji su rezultati potom uspoređeni. Istraživanje su potaknuli Norveški institut za istraživanje voda iz Oslo i Institut Mario Negri iz Milana, a u njemu je sudjelovalo 13 znanstvenih ustanova iz 11 europskih zemalja, među kojima i Institut Ruder Bošković.

Primjena muzikoterapije kod razvojnih teškoća

• U okviru Centra za cjeloživotno obrazovanje, koji djeluje pri Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu (ERF) Sveučilišta u Zagrebu, u listopadu 2012. započinje edukacija prvog stupnja Primjena muzikoterapije u radu s osobama s razvojnim teškoćama. Edukaciju će provesti međunarodni i multidisciplinarni tim stručnjaka iz Hrvatske, Poljske, Velike Britanije i Izraela.

Stopa potrošnje svih droga najviša je u Antwerpenu, Barceloni, Amsterdamu, Eindhovenu i Utrechtu. Iz usporedbe stanja u 19 europskih gradova proizlazi da je stopa potrošnje droga u Zagrebu razmjerno niska, za razliku od većine zapadnoeuropskih gradova.

Ukupna dnevna potrošnja kokaina u Europi je oko 356 kilograma, što prema procjeni Ureda Ujedinjenih naroda za droge i kriminalitet predstavlja između 10 i 15 posto ukupne svjetske potrošnje. Stopa potrošnje kokaina znatno je viša u zapadnoj nego u sjevernoj i istočnoj Europi, dok je u Zagrebu ona znatno niža nego u većini gradova uključenih u istraživanje.

Najveća potrošnja marihuane zabilježena je u nizozemskim i španjolskim gradovima, a po potrošnji metamfetamina prednjače gradovi sjeverne Europe Oslo, Helsinki i Turku, i ona je tamo tridesetak puta viša nego u većini ostalih gradova. Iako je stopa potrošnje amfetamina u Zagrebu višestruko porasla u odnosu na 2009., još je uvjek izrazito niska nego u gradovima koje karakterizira njegova visoka potrošnja. Primjerice, u Amsterdamu je potrošnja amfetamina 25 puta veća nego u Zagrebu.

U neobrađenim komunalnim otpadnim vodama analizirani su odabrani urinarni biomarkeri kokaina, amfetamina, ecstasyja, metamfetamina i marihuane, te je izračunan njihov dnevni unos u kanalizacijski sustav uzastopno tijekom sedam dana.

Rezultati istraživanja objavljeni su 26. srpnja u časopisu *Science of the Total Environment*.

Kontakt za dodatne informacije:

Senka Terzić, Institut Ruđer Bošković (terzic@irb.hr); **Marijan Ahel**, Institut Ruđer Bošković (ahel@irb.hr); **Kevin Thomas**, Norwegian Institute for Water Research (kevin.thomas@niva.no); **Malcolm Reid**, Norwegian Institute for Water Research (malcolm.reid@niva.no); **Sara Castiglioni**, Mario Negri Institute (sara.castiglioni@marionegri.it). Poveznice: www.niva.no/drugmon; <http://www.emcdda.europa.eu/wastewater-analysis>.

Borka Cafuk



Iz hrvatske kardiologije

• Hrvatsko kardiološko društvo (HKD) promjenjeno je naziv svojega časopisa. Tako se Kardio list koji je izlazio tijekom proteklih sedam godina od dvobroja za svibanj-

lipanj 2012. godine zove *Cardiologia Croatica*.

U prethodnom razdoblju od 2006. godine pa do danas izdana su ukupno 53 broja. Svi članci objavljaju se dvojezično (hrvatski i engleski), a pored tiskane inačice postoji i elektroničko izdanje časopisa koje ima slobodno dostupne sve članke (otvoreni pristup) na mrežnoj adresi <http://www.kardio.hr/cardiology-croatica/arhiva.html>.

Pored zanimljivih kardioloških članaka hrvatskih autora i novosti iz područja kardiologije, periodički se objavljaju i pregledni članci koji su dobiveni aktivnostima Mreže urednika nacionalnih kardiovaskularnih časopisa zemalja članica Europskog kardiološkog društva. Najznačajnija međunarodna indeksna baza u kojoj se pojedinačni članci indeksiraju je EBSCO.

Uredništvo časopisa očekuje članke iz područja kardiologije na adresu elektroničke pošte kardio@kardio.hr. Nakladnik je HKD, za nakladnika **Davor Miličić**; urednik **Mario Ivanušić**; izlazi dvomjesečno, u boji; Naklada 1100.

Na Europskom kardiološkom kongresu koji je održan od 25. do 29. kolovoza u Münchenu predstavljene su nove Europske smjernice za prevenciju kardiovaskularnih bolesti prema kojima će iduće godine postupati svi liječnici. Njima je bilo posvećeno nekoliko sjedница kongresa i one su 27. kolovoza objavljenje u European Heart Journalu.



U dvogodišnjem stvaranju smjernica sudjelovao je predsjednik Hrvatskog društva za aterosklerozu i predstojnik Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Zagreb akademik **Željko Reiner**.

Prof. Reiner je pozvan i za člana Svjeta časopisa „Nature - Reviews Cardiology“. Skupina časopisa „Nature“ najznačajniji su časopisi na svijetu iz područja biomedicina znanosti, a časopis „Nature - Reviews Cardiology“ prema podacima iz 2010. najvažniji je kardiološki mjesecišnik i peti po važnosti časopis iz područja kardiologije uopće.

Vjerojatno je jedan od poticaja za taj izbor bilo i to što ga je časopis „Circulation“ dva put u dvije godine intervjuirao, ubrajajući ga među najuglednije europske kardiologe.

Reiner je jedini hrvatski stručnjak koji je istodobno i redoviti član HAZU-a, AM ZH-a, Kraljevskog liječničkog zborna Velike Britanije, Američkog kardiološkog koledža i počasni član Akademije medicinskih nauka BiH.



Prof. dr. Željko Poljak



novosti iz medicinske literature

Utjecaj prehrane na gene - od primjera pčele do primjera čovjeka

Pametni telefoni primjereni za konzultacije s udaljenim specijalistima

Moguć preventivni učinak statina kod adenokarcinoma jednjaka

Primarna profilaksa hepatalne encefalopatije kod ciroze

Laparoskopska kolecistekomija: dobri rezultati iz nesveučilišne bolnice

Je li antibiotska profilaksa u dijagnostičkoj histeroskopiji opravdana ili nije?

Sigurnost primjene nisko molekularnih heparina u trudnoći

Laparoskopske resekcije jetre kod malignih bolesti onkološki su sigurne

Ne-kirurško liječenje sigurna je opcija kod većine tupih ozljeda jetre

Usmjereno na dob i dalje je važna kod terapijskih odluka liječenja karcinoma bronha

Paralitički lijekovi ubrzavaju intubaciju izvan operacijske sale

Razine glukoze mogle bi predvidjeti rizik smrti od pneumonije

Brzi protokol za isključivanje bolesnika sa sumnjom na kardijalne bolove u prsim

Laktuloza i probiotici učinkovito sprječavaju rekurentne hepaticke encefalopatije

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

• Utjecaj prehrane na gene - od primjera pčele do primjera čovjeka

• Godine 2006. sekvenciran je genom pčele. To je posebno važno zbog činjenice da pčele, kao i ljudi, posjeduju cijeli komplet enzima DNA metiltransferaza (DNMT-a, prema engleskom izrazu DNA methyltransferases), za razliku od vinske mušice i nematoda, koji inače već desetljećima služe kao klasični eksperimentalni modeli u ovom znanstvenom području. Razmjerno maleni genom pčele, pa time i mali broj metiliranih citozina, čine pčelu dobrim eksperimentalnim modelom.

Veza između prehrane i epigenetike može objasniti pojavu da dvije pčele s identičnim genom mogu preuzeti potpuno drugačiju ulogu u društvenom životu košnice. Istraživači pod vodstvom Stevena Jacobsena sa Sveučilišta UCLA iz SAD-a i Ryszarda Maleszkaba s Australskog nacionalnog sveučilišta iz Cambere uočili su kako su larve pčela koje su bile hranjene matičnom mlijeci postale dugoživuće matice spremne za reprodukciju, za razliku od sterilnih kratkoživućih radilica, koje nisu dobivale takve prehrambene poslastice. Poslije je dokazano da prehrana matičnom mlijeci ima isti učinak kao i utišavanje jednog od DNMT enzima, što posljedično omogućava razvoj jajnika u matica. Ista skupina znanstvenika otkrila je da postoji preko 550 gena koji pokazuju različit stupanj DNA metilacije u mozgu pčela radilica za razliku od matica. Ovi rezultati pokazuju da je upravo prehrana matičnom mlijeci utjecala na razliku u DNA metilaciji te tako determinirala razvojnu sudbinu pčela u košnici.

Mnoge današnje studije nastoje objasniti vezu između prehrane i epigenetike, odnosno utjecaj prehrane na genetsku strukturu, i to posebno za vrijeme embrionalnog razvoja kada se uspostavlja DNA metilacijski obrazac. Danas se zna da prehrana tijekom trudnoće može utjecati na obrazac DNA metilacija u potomaka. Tako majke koje su tijekom trudnoće uzimale premalo ugljikohidrata mogu rađati djecu koja će postnatalno imati problema s debljinom. Isto tako, uzimanje folne kiseline u razdoblju začeća ima za posljedicu promjenu metilacijskih obrazaca u male djece. Na žalost, neki tužni događaji iz recentne prošlosti ukazali su na slične utjecaje i učinke.

Pojedinci začeti u vrijeme Drugoga svjetskog rata i Nizozemske gladi tijekom 1944./1945. godine pokazuju promijenjenu metilaciju gena uključenih u razvoj šećerne bolesti i debljine, kao i višu incidenciju shizofrenije i srčanih bolesti nego u njihove braće i sestara začetih u drugo vrijeme. Jesu li takve epigenetske promjene zaista i odgovorne za učestaliju pojavu tih bolesti u ovih pojedinaca još uvijek nije sigurno. Danas se pretpostavlja da se tu ne radi samo o pitanju prijenosa metilacijskog obrasca od majke na njezinu dijetu, već o transgeneracijskom epigenetskom nasljeđivanju.

Prema tome, umjesto zaključka da smo mi rezultat onoga što su tijekom trudnoće jele naše majke, uskoro bismo mogli tvrditi da smo mi ishod onoga što su tijekom trudnoće jele naše bake.

(Proc Natl Acad Sci USA. 2012 Mar 27;109(13):4968-73. Epub 2012 Mar 13.; BioMol Concepts DOI: 10.1515/bmc-2011-0052.)

Prof. dr. Ljiljana Šerman, dr. med.

• Pametni telefoni primjereni za konzultacije s udaljenim specijalistima

• Velike mogućnosti i sve šira primjena takozvanih pametnih telefona sa zaslonom visoke rezolucije razlog je njihovom sve učestalijem korištenju u telemedicini. U medicinskoj literaturi od ranije je poznato korištenje ovih telefona za pregled kliničkih fotografija u radiologiji i dermatologiji.

Skupina istraživača sa Sveučilišta Emory iz SAD-a pod vodstvom dr. Valerie Biousse odlučila je usporediti kvalitetu slika očnog fundusa na popularnom iPhone 3G telefonu i na klasičnom računalu s pripadajućim velikim zaslonom.

U istraživanje su uključili 150 bolesnika koji su se javili u hitnu službu s neurološkim i vidnim simptomima te povišenim krvnim tlakom. Slike očne pozadine napravilo je tehničko osoblje koristeći automatiziranu kameru, a slike su snimljene u standardnom JPEG formatu. Dvoje neurooftalmologa prvo je procijenilo kvalitetu slika na standardnom računalnom zaslonu na temelju ranije testirane skale od 5 stupnjeva, pri čemu je 1. stupanj označavao fotografije neadekvatne za dijagnozu, a 5. stupanj iznimno kvalitetne fotografije.

Nakon šest tjedana fotografije su nasumično prenesene na telefonske zaslone i ocijenili su ih isti neurooftalmolozi, a isti

postupak ponovljen je nakon godinu dana. Statistička podudarnost između ocjena dvaju recenzentata bila je odlična, kao i ponovljivost dobivenih rezultata. Rezultati su pokazali kako je 53 % fotografija dobilo identične ocjene za kvalitetu prikaza, a čak 46 % fotografija dobilo je bolje ocijene ako su bile prikazane na zaslonu pametnog telefona.

Autori su već najavili kako će u načinu istraživanju provjeriti može li konzultacija uz pomoć pametnih telefona pomoći bržoj i točnijoj trijazi hitnih pacijenata u službama koje nemaju stalno zaposlene oftalmologe. Jasno je kako i najkvalitetnije slike ne mogu zamijeniti klinički pregled oftalmologa, no sigurno je kako će nove tehnologije nalaziti sve više mjesta u svakodnevnoj liječničkoj praksi.

(Arch Ophthalmol. 2012 Jul 1;130(7):939-40.)

Adrian Lukenda, dr. med.

• Moguć preventivni učinak statina kod adenokarcinoma jednjaka

• Karcinom jednjaka važan je javno-zdravstveni problem, povezan sa lošim ishodom. Tijekom 2008. godine je diljem svijeta registrirano 482 000 novih slučajeva karcinoma jednjaka te 400 000 smrtnih slučajeva od ove bolesti. Posljednjih desetljeća incidencija adenokarcinoma jednjaka znatno je porasla u zemljama zapadnoga razvijenog svijeta, dok je incidencija planocelularnog karcinoma u znatnom padu ili je ostala na prijašnjim razinama. Većina slučajeva adenokarcinoma jednjaka dijagnosticira se u uznapredovalom stadiju kada jedino preostaje palijativna terapija s lošim ishodom.

Kolega L. Alexandre sa suradnicima publicirao je pregledni članak na temu potencijalno preventivnih učinaka statina kod adenokarcinoma jednjaka koristeći eksperimentalne i epidemiološke podatke. Podaci su skupljeni iz elektronske baze podataka PUB MED i EMBASE. Rezultati istraživanja su pokazali sljedeće: tri eksperimentalne studije izvijestile su o inhibitornom učinku statina na proliferaciju, indukciji apoptoze te limitirajućem metastatskom potencijalu na stanične linije ovog tipa malignoma.

Pozitivan učinak statina su pokazale dvije prospektivne kliničke studije s 1382 ispitnikima koji su bolevali od Barrettovog jednjaka, a pozitivan učinak statina je pokazan također na ispitnoj skupini opće populacije. Ovim preglednim člankom autori su pokazali

potencijalno preventivni učinak statina kod adenokarcnoma jednjaka, ali su još potrebna randomizirana klinička istraživanja koja bi potkrijepila dosadašnje zaključke glede povezanosti statina i karcinogeneze.

(Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2012; 36(4):301-311.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Primarna profilaksa hepatalne encefalopatije kod ciroze

• Hepatalna encefalopatija ili portalna encefalopatija (HE) reverzibilan je sindrom koji je karakteriziran poremećenom funkcijom mozga kod pacijenata s uznapredovalom cirozom jetre. HE je česta komplikacija bolesnika s cirozom jetre, a njen razvoj je povezan s lošom prognozom te uvelike poskušajuje troškove liječenja. Većina lijekova koja se koristi u liječenju portalne encefalopatije primarno je usmjeren na eliminaciju povišene razine neurotoksičnog ammonijaka.

Liječenje izražene HE se sastoji od izbjegavanja precipitirajućih čimbenika, restricije unosa proteina te primjene različitih supstancija u svrhu smanjenja razine ammonijaka poput neapsorbibilnih disaharida i antimikrobnih lijekova. U debelom crijevu se laktuloza i laktitol razgrađuju pod utjecajem bakterijske flore do mlijecne i octene kiseline, koje snižavaju pH debelog crijeva oko 5,0.

Redukcija pH pogoduje stvaranju amonijevog iona koji se ne može apsorbirati te se na taj način posredno smanjuje koncentracija amonijaka u plazmi. Laktuloza je terapija izbora kod pacijenata s HE. Do sada nije bilo studije na temu uloge laktuloze u preventiji HE kod bolesnika koji ranije nisu imali encefalopatiju.

Kolega Praveen Sharma sa suradnicima uključio je u istraživanje cirotične pacijente koji nikada ranije nisu imali HE te ih randomizirao u skupine, jednu koja je dobivala laktulozu i drugu koja je uzimala placebo, a svi obje su praćene adekvatnim psihometrijskim testiranjima.

Ukupno je uključeno n=250 ispitanika, od kojih je 120 zadovoljilo inkluzijske kriterije te je n=60 ispitanika uzimalo laktulozu, a preostalih n=60 nisu. 11 % ispitanika u laktuloza skupini i 28 % u skupini bez laktuloze (Gp-NL) razvili su HE ($P=0,02$). 9 % ispitanika u laktuloza skupini i 20 % ispitanika u skupini bez laktuloze završili su letalno.

Broj ispitanika koji su razvili minimalnu HE bio je sličan u obje skupine (Gp-L vs Gp-NL, 32:36, $P=0,29$). Autori zaključuju da je laktuloza učinkovita u primarnoj prevenciji kod izražene HE.

(J Gastroenterol Hepatol. 2012;27(8):1329-1335.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

i starije životne dobi, hitnog zahvata i ranijih ataka kolecistitisa. Drugi autori navodili su stopu komplikacija od 1,5-17 %, stoga je rezultat od 3,7 % u ovoj studiji dobar i zadovoljavajući.

(J Laparoendosc Adv Surg Tech. 2012;22: 527-532.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Laparoskopska kolecistektomija: dobri rezultati iz nesveučilišne bolnice

• Laparoskopska kolecistektomija se smatra zlatnim standardom u liječenju kolecistitisa, međutim, kada se radi o komplikacijama i ishodu ovog liječenja podaci su vrlo nekonistentni s obzirom da se radi o rezultatima različitih skupina kirurga iz različitih bolnica ili većeg broja kirurga iz jedne ustanove tijekom dužeg vremenskog razdoblja.

Također nisu poznati podaci o komplikacijama nakon laparoskopske kolecistektomije komparirajući sveučilišne i nesuveučilišne bolnice. Rezultati ovog istraživanja proizlaze od jedne kirurške skupine dјelatnika koji rade u nesuveučilišnoj medicinskoj ustanovi u Turskoj.

Da bi odgovorili na gore navedene nejasnoće, u ovo istraživanje uključeni su podaci u razdoblju od 2000-2010. godine, a ishod zahvata je praćen prema sljedećim parametrima: zahvat završen otvorenom laparotomijom, trajanje zahvata, duljina hospitalizacije i komplikacije. U istraživanje je uključeno 1557 ispitanika (n=1222 ženskog spola), prosječne dobi 54, ± 12,3 godina, 90 % zahvata bila su elektivna, 12 % ispitanika imalo je prethodno ataku akutnog kolecistitisa, a 2 % ispitanika u anamnezi akutni bilijarni pankreatitis.

Trajanje zahvata bilo je od 10-100 minuta (prosječno 43 minute), prosječna duljina boravka u bolnici je 1,2 dana (1-19 dana), a 93 % pacijenata je otpušteno nakon jednog dana. Otvoreni kirurški zahvat zabilježen je u 2,5% slučajeva, a najčešći razlog je bio teška upala povezana s prethodnom ili sadašnjom atakom kolecistitisa, potom ozljeda bilijarnog trakta i adhezije.

Komplikacije su zabilježene kod 3,7 % pacijenata, a odnosile su se na upalu, istjecanje žuči, krvarenje, retenirane žučne kamence, postoperativni ascites i paralitički ileus. Veća stopa konverzije iz laparoskopskog u otvoreni zahvat uočen je kod muškog spola

• Je li antibiotska profilaksa u dijagnostičkoj histeroskopiji opravdana ili nije?

• U radu Gregorioua i suradnika, objavljenog u *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* u kolovozu opisano je vrlo zanimljivo istraživanje o svrshodnosti antibiotske profilaksе tijekom dijagnostičke histeroskopije.

Naime, vrlo je dobro poznato kako je kirurška infekcija najčešća komplikacija operacije. Procjenjuje se da će 5 % pacijenata podvrgnutih operativnom liječenju razviti posljedičnu infekciju, što će prolongirati bolničko liječenje i povisiti troškove liječenja. S druge strane, nekontrolirana primjena antibiotika rezultirala je nastankom rezistentnih antibiotika.

Kolege su provele retrospektivnu, kontroliranu, randomiziranu kliničku studiju u trajanju od osam godina. U istraživanje su uključene ukupno 364 pacijentice, koje su sve podvrgnute dijagnostičkoj histeroskopiji. Indikacije za zahvat bile su: menometroragije, vaginalno krvarenje u postmenopauzi, hiperplazija endometrija i, u indiciranim slučajevima, eksploracija materišta prije IVF/ICSI postupaka.

Tijekom osmogodišnjeg razdoblja, 176 pacijentica primilo je antibiotsku profilaksu, a preostalih 188 nije. Nije bilo statistički značajnih razlika u prevalenciji postoperativnih infekcija između žena koje su primile antibiotsku profilaksu (0,57%) i onih koje su podvrgnute postupku bez antibiotske profilaksе (0,53%).

S obzirom na vrlo nizak rizik infekcije, autori zaključuju kako nema opravdanja za antibiotsku profilaksu kod dijagnostičke histeroskopije.

(EJOG. 2012;163:190-192.)

Ingrid Márton, dr. med.

● Sigurnost primjene nisko molekularnih heparina u trudnoći

• Studija Galambosija i suradnika ispitivala je sigurnost primjene nisko molekularnih heparina (NMH) u trudnoći i njihov utjecaj na majku i plod.

Koncipirana je kao kontrolirana, retrospektivna studija; ispitivanu skupinu sačinjavalo je 648 pacijentica, a kontrolnu 626 ispitaničica.

Incidenca različitih komplikacija u trudnoci nije bila statistički značajna između promatranih skupina: 1,56 % (NMH) vs 1,1 % (kontrola) za trombocitopeniju, 8,7 % (NMH) vs 6,5 % (kontrola) za prijevremni porod, 0,7 % (NMH) vs 0,3 % (kontrola) za mrtvorodenče, 1,4 % (NMH) vs 1,0 % (kontrola) za tešku preeklampsiju, 2,7 % (NMH) vs 2,2% (kontrola) za intrauterini zastoj u rastu ploda, 10,7 % (NMH) vs 7,8 % (kontrola) za antenatalno krvarenje. Jedno vrlo ozbiljno antenatalno krvarenje dijagnosticirano je u skupini koja je primala NMH, ali nije bilo povezano s uzimanjem preparata.

Učestalost carskih rezova, kao i gubitak krvi tijekom porodaja bili su podjednaki u dvije promatrane skupine (21 % vs 19 % i 500 vs 450 ml). Incidenca kožnih alergijskih reakcija bila je 0,3 % u skupini NMH, međutim nije uočen niti jedan slučaj heparinom inducirane trombocitopenije ili simptomatske osteoporotične frakture.

Rekurirajući tromboembolijski incidenti u pacijentica tretiranih NMH-om imali su incidenciju od 2,5 %. Autori u zaključku apostrofiraju kako je njihova studija dokazala sigurnost primjene NMH-a u trudnoći.
(EJOG. 2012;163:154-159.)

Ingrid Márton, dr. med.

● Laparoskopske resekcije jetre kod malignih bolesti onkološki su sigurne

• Laparoskopske resekcije jetre kod malignih bolesti onkološki su sigurne i učinkovite, s postotkom preživljavanja sličnim otvorenim operacijama u najmanje jednom centru Velike Britanije, tvrde autori studije objavljene u Archives of Surgery. Stalno se raspravlja je li laparoskopija alternativa otvorenoj

operaciji tumora jetre, osobito kod kompleksnih operacija i velikih resekcija, objašnjavaju Abu Hilal i sur. (University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, Southampton, Velika Britanija). Oni su analizirali perioperativne rezultate i preživljjenje kod 128 bolesnika liječenih u njihovom centru između 2003. i 2010. Njihova analiza uključivala je ukupno 133 operacije jer su dva bolesnika podvrgnuti operaciji u dva akta, a kod tri bolesnika su ponovljeno resekcije zbog recidiva.

Osamdeset i tri bolesnika se liječilo zbog metastaza kolorektalnog karcinoma. Ostale indikacije za operaciju uključivale su hepatocelularni karcinoma (HCC, 18 bolesnika), metastaze neuroendokrinskih tumora (NET, 17 bolesnika), metastaze ne-kolorektalnog karcinoma (11 bolesnika) i po dva bolesnika s limfomom i intrahepatičnim kolangiosarkom. Prosječno trajanje operacije bilo je 210 minuta, a srednja duljina boravka četiri dana.

Kod sedam pacijenata bila je potrebna konverzija u otvorenu operaciju, a kod četiri laparoskopski asistirana operacija. Šesnaest bolesnika imalo je veće postoperativne komplikacije, a jedan pacijent je umro u bolnici. Nitko od pacijenata nije razvio metastaze na mjestu postavljanja troakara (port site metastasis) a također nije dokazana peritonealna diseminacija. Dvogodišnje preživljavanje iznosilo je 80 % kod bolesnika s metastazama debelog crijeva, 77 % kod pacijenata s HCC-om, te 92 % kod bolesnika s primarnim NET-om. Većina NET bolesnika liječena je odstranjnjem što većeg dijela tumora (debulking) i citoreduktivnim operacijama. Šest od 17 je imalo mikroskopski pozitivne resekcione rubove. Od preostalih 116 resekcija bili su mikroskopski resekcioni rubovi negativni u 112.

Neki strahuju da kod NET-a manipulacija tijekom laparoskopske operacije može izazvati prekomjerno ispuštanje hormona i po život opasne karcinoidne krize, napomenuli su istraživači. Kažu da su svi pacijenti u njihovoj seriji dobili perioperativnu infuziju somatostatina (oktreetida) i da nije bilo karcinoidne krize. Izvrsno 2-godišnje preživljavanje od 92 % u NET skupini opravdava agresivnu terapiju i potvrđuje djelotvornost laparoskopskog pristupa, potvrđuju autori. U svom kritičkom osvrtu na studiju, Krige i Kahn (Sveučilište u Cape Town, Južna Afrika) poručuju da, za sada, laparoskopske resekcije jetre imaju jednako dobar rezultat kao i otvorena tehnika.

Je li to bolja metoda odgovorit će se u prospективnim randomiziranim kontroliranim studijama.

No, upozoravaju da bi, za sada, laparoskopska tehnika kod velikih resekcija jetre trebala biti ograničena na one centre koji imaju iskustva s velikim resekcijama jetre kao i naprednim laparoskopskim operacijskim vještinama. Takoder dodaju da vrlo vjerojatno laparoskopske tehnike neće biti izvedive kod svih bolesnika.

(Arch Surg. 2012;147:42-48.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

● Ne-kirurško liječenje sigurna je opcija kod većine tupih ozljeda jetre

• Većina pacijenata sa značajnim ozljedama jetre mogu se liječiti ne-kirurškim tehnikama, navodi se u multicentričnoj retrospektivnoj studiji provedenoj u 11 trauma centara u sjeveroistočnom dijelu SAD-a i objavljenoj u Archives of Surgery.

Tijekom posljednjih desetljeća, ne-kirurško liječenje (nonoperative management - NOM) tupih ozljeda jetre (blunt liver injuries - BLIS) postao je standard skrbi za hemodinamski stabilne bolesnike, koji čine 85 % svih ukupnog broja tupih traume jetre.

Međutim, Velmahos i sur. (Department of Surgery, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, USA) kažu da treba biti oprezan, jer podaci o korištenju NOM-a kod tupih ozljeda jetre često uključuju bolesnike s niskim stupnjem ozljede, što uspjeh tih pristupa u bolesnika s težim ozljedama može krivo prezentirati s rezultatima boljim nego što u stvari jesu.

Do danas, se samo jedna studija odnosi isključivo na ozljede jetre visokog stupnja kod koje je NOM uspješan u 41 % bolesnika, ali je ograničena na samo nekoliko ozljeda 5. stupnja (10 % od ukupno analizirane skupine s ozljedama), navode autori. Da bi saznali više o tome kako je učinkovit NOM kod bolesnika s težim ozljedama, autori su proveli retrospektivnu studiju 393 odrasla bolesnika sa stupnjem 4 ili 5 tupih jetrenih ozljeda u 11 trauma centara u razdoblju od 2000 i 2010.

Pacijenti koji su bili hemodinamski nestabilni ili su imali jasne znakove peritonitisu bili su podvrgnuti trenutnoj kirurškoj intervenciji. Pacijenti kod kojih je provedeno NOM liječenje kao i oni kod kojih su operacije zakazane više od 3 sata nakon dijagnoze tipe traume jetre se smatraju da je kod njih započeta NOM terapija. Pacijenti koji su imali stupanj ozljede 6 (avulzija jetre) isključeni su

iz studije, jer takvi bolesnici često umiru prije nego što stignu u bolnicu ili ubrzo nakon dolaska. Istraživači navode da je od 393 pacijenta, trećina (33,3 %) odmah podvrgnuta operaciji, obično zbog hemodinamskih nestabilnosti. Među preostala 262 bolesnika podvrgnuta NOM-u, tretman nije uspio u samo 23 bolesnika (8,8 %).

Neuspjeh NOM-a (definiran kao potreba za operacijom nakon neuspjeha s NOM-om) najčešće se pripisuje recidivu krvarenja u jetri ili bilijarnom peritonitisu. Istraživači tvrde da su identificirali dva neovisna čimbenika koji predviđaju neuspjeh NOM-a: sistolički tlak od 100 mm Hg ili manje u vrijeme prijema (omjer ishoda, 2,70; 95 % interval pouzdanosti [CI], 1,07-6,77, $P = 0,03$) i prisutnost ozljeda drugih trbušnih organa (omjer ishoda, 2,92; 95 % CI, 1,10 do 7,76, $P = .03$). Gotovo četvrtina (22,6 %) bolesnika koji su imali oba od tih kliničkih karakteristika NOM terapija nije uspjela, a samo 3,5 % bolesnika koji nisu imali niti jedno obilježe NOM pristup nije uspio.

Nitko od bolesnika koji nisu odgovorili na NOM nisu razvio životno ugrožavajuće stanje, a mortalitet je između pacijenata kod kojih NOM nije uspio i onih koji su odgovorili bio sličan (8,7 % prema 5,4 %, odnosno, $P = 0,52$).

Otprilike 10 % pacijenata koji su podvrgnuti uspješnom NOM-u razvilo je specifične probleme vezane za jetru, kažu istraživači, ali oni su uglavnom riješeni bez kasnijih ozbiljnih poteškoća.

U pozvanom kritičkom osvrtu kaže Paul Kispert (Dartmouth Hitchcock Medical Center, Lebanon, New Hampshire, USA) da studija nudi važne i praktične pouke. S obzirom na izuzetno visok mortalitet povezan s hitnom operacijom smatra da je odgodena operacija uspjeh jer nije povećala smrtnost. Kispert nastavlja: "Neuspjeh NOM-a čini se da gotovo uvijek pobijeduje neodgodivu operaciju i da na kraju svega možda neuspjeh nije tako loš rezultat kako može na početku izgledati.

(Arch Surg. 2012;147:423-428.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.



Usmjerenost na dob i dalje je važna kod terapijskih odluka liječenja karinoma bronha

• Kliničari se i dalje često više fokusiraju na dob nego na komorbidite u priliku odlučivanja hoće li se nastaviti liječenje starijih bolesnika od raka pluća. U studiji objavljenoj u *Journal of Clinical Oncology* na više od 20.000 bolesnika od 65 godina i starijih, s novodijagnosticiranim karcinomom bronha ne-malih stanica (non small-cell lung cancer - NSCLC), istraživači su otkrili da je veća vjerojatnost da mlađi bolesnici budu podvrgnuti tretmanu od starijih pacijenata, bez obzira na cijelokupno bolesnikovo zdravlje i prognозu.

Stope liječenja se znatnije smanjuju s porastom dobi bolesnika nego kod pogoršanja pristunih komorbiditeta kažu Wang i sur. (San Francisco VA Medical Center, University of California, San Francisco, USA).

"Jasno je da se i kao ljudska bića i kao liječnici fiksiramo na dob u odlučivanju hoće li se nastaviti liječenje raka, uključujući i rak pluća. Umjesto toga, trebali bismo se usmjeriti na ukupno zdravstveno stanje naših pacijenata". Autori su u studiji primjenili smjernice National Comprehensive Cancer Network, koje preporučaju razmatranje komorbiditeta kod preporuka za liječenje karcinoma bronha starijih pacijenata.

Autori su analizirali provođenje preporučenog liječenja prema smjernicama kod 20 511 bolesnika s dijagnozom NSCLC, u dobi od 65 godina i starijih, od 2003. do 2008. g. Stratificirali su pacijente po dobi, rezultatom Charlson-ovog indeksa komorbiditeta i American Joint Committee on Cancer (AJCC) stadijem. Kažu da je terapiju prema preporučenim smjernicama primilo 51 % bolesnika s lokalnom bolesti (3549 od 6986), 35 % s regionalnim bolesti (1599 od 4635), a 28 % s metastazama (2464 od 8890). Dob je najjači prediktor primitka liječenja prema smjernicama, bez obzira na stadij, objašnjavaju autori.

Postotak bolesnika s lokalnom bolesti koji su podvrgnuti operaciji pao je sa 61 % onih od 65 do 74 godine na 44 % za one od 75 do 84 godine, te na 18 % za one od 85 godina i starije ($P < .001$). Kod metastatske bolesti smanjila se stopa kemoterapije s 34 % u dobi od 65 do 74 godine na 23 % u bo-

lesnika od 75 do 84 godine, te na 10 % za one starije od 85 godina ($P < 0,001$). Nasuprot tome, pogoršanje komorbiditeta povezano je sa samo malim padom u stopi provođenja preporučenih smjernica za liječenje svih faza karcinoma. U bolesnika s lokalnom bolesti stopa operacije u rasponu je od 59 % kod bolesnika bez komorbiditeta do 46 % kod pacijenata s teškim komorbiditetom ($P < 0,001$). Kod metastatske bolesti imali su pacijenti bez komorbiditeta stopu kemoterapije od 30 %, u usporedbi s 23 % kod onih s teškim komorbiditetom ($P < 0,001$).

Za sve faze bolesti se stopa liječenja više smanjivala sa starenjem nego s pogoršanjem komorbiditeta pa su stariji pacijenti bez komorbiditeta imali niže stope nego mlađi bolesnici s teškim komorbiditetom, navode autori. Na primjer, 50 % bolesnika s lokalnom bolesti u dobi od 75 do 84 godine bez komorbiditeta podvrgnuto je operaciji, u usporedbi s 57 % pacijenata u dobi od 65 do 74 godine s teškim komorbiditetom ($P < 0,001$).

U multivariantnoj analizi su dob i histologija i dalje snažni negativni prediktori liječenja za sve faze bolesti, dok komorbiditeti i neklinički čimbenici imaju neznatan učinak. Autori napominju da je posljednje desetljeće donijelo "priljev" i retrospektivnih i prospektivnih podataka u prilog liječenja starijih prema NSCLC smjernicama. Međutim, unatoč podacima koji pokazuju poboljšanje preživljavanja i prihvatljuvu toksičnosti liječenja, stope liječenja u starijih osoba nisu mnogo rasle u proteklih desetak godina. Dr. Wang i sur. sada rade studiju praćenja vezanu uz ishode preživljavanja u istoj skupini bolesnika. (J Clin Oncol. 2012;30:1447-1455.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.



Paralitički lijekovi ubrzavaju intubaciju izvan operacijske sale

• Neuromišićna blokada (NMB) rutinski se koristi u hitnim službama, no ne u drugim okolnostima, izvan operacijske sale. U prospektivnom opservacijskom istraživanju skupina istraživača istražila je 454 bolesnika koji nisu bili u kardiorespiratornom arestu ali su hitno intubirani izvan operacijske sale. Ukupno je 287 bolesnika primilo NMB (rocuronium 70 % i sukcinylkolin 30 % bolesnika).

Napredni tim za dišne puteve, u sastavu specijalista intenzivista, anestezijologa

i respiratornog terapeuta, provodio je intubacije s propofolom (70 % primatelja NMB-a i 58 % ne-primatelja) ili etomidatom (23 % i 29 %). Opioidi ili midazolam primijenjeni su u 18 % i 7 % primatelja NMB-a i 8 % i 11 % ne-primatelja.

Cormack-Lehane stupanj i broj počušaja intubacije bili su značajno niži u primatelja NMB-a. Bolesnici koji su primili NMB imali su također značajno nižu prevalenciju hipoksemije (definirane kao desaturaciju do <80 % tijekom intubacije ili nakon prvih 5 minuta; 10,1 % naspram 17,4 %) i manje komplikacija vezanih za zahvat (3,1 % naspram 8,3 %). Navedene razlike su ostale i nakon korekcije za broj pokušaja intubacije, laringoskopsku preglednost i korištenje sedativa.

Postoje izraziti dokazi da je intubacija uz korištenje neuromuskularne blokade uspješnija i sigurnija nego samo uz korištenje induksijskih lijekova. Bolnički timovi za intenzivnu njegu koji se pozivaju na takve događaje trebaju uključivati dobro trenirano osoblje koje je vješt u naprednom održavanju dišnih puteva, pogotovo u neuromuskularnoj blokadi i odgovarajućim tehnikama spašavanja.

(Crit Care Med. 2012; 40:1808.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

Razine glukoze mogu biti predviđeni rizik smrti od pneumonije

• Veliko Europsko istraživanje pokazalo je da ne-dijabetički bolesnici koji imaju akutnu hiperglikemiju pri prijemu radi izvanbolničke pneumonije imaju značajno povećan rizik smrti i mogla bi im koristiti pojačana skrb.

Skupina njemačkih istraživača pokazala je da je postupno povišenje razine glukoze u krvi povezano s porastom smrtnosti u svih bolesnika nakon 90 dana (P za trend <,001).

U usporedbi s bolesnicima koji imaju normalne glikemije (4 - 5,99 mmol/L), stope 90-dnevne smrtnosti rasla je postupno za bolesnike s razinama glukoze od 6 do 10,99 mmol/L (omjer rizika, hazard ratio [HR], 2,89; 95 % CI, 2,27 - 3,69), od 11 do 13,99 mmol/L (HR, 4,01; 95 % CI, 2,78 - 5,81) i 14 mmol/L ili više (HR, 6,04; 95 % CI, 4,18 - 8,74).

Bolesnici s dijabetesom imali su najviši rizik smrti (HR, 2,47; 95 % CI, 2,05 - 2,98; P <,001) bez obzira na razine glukoze

kod prijama, u usporedbi s ne-dijabetičarima s normalnim razinama glukoze.

Istraživači su analizirali podatke Njemačke mreže CAP kompetencije (CAP competence network (CAPNETZ) 6891 bolesnika (srednja dob, 59,8 godina; 55,2 % muškaraca; 16,2 % dijabetičara) primljenih u bolnice i privatne prakse u Njemačkoj, Švicarskoj i Austriji, koji su imali izvanbolničku pneumoniju u od 2003. do 2009. godine.

Prikupljeni su podatci o dobi, spolu, pušačkom statusu i komorbiditetu te je procijenjena težina pneumonije na temelju prisustva konfuzije, tahipneje, povišene vrijednosti arterijskoga tlaka i dobi od 65 godina ili više (CRB-65 skor; raspon 0 - 4).

Dok su ne-dijabetičari s normalnim vrijednostima glukoze imali najnižu stopu 90-dnevne smrtnosti (3 %), oni s hiperglikemijom imali su stopu smrtnosti od 10 % (HR, 1,72; 95 % CI, 1,33 - 2,23). Bolesnici s dijabetesom imali su najvišu stopu smrtnosti, 14 % (HR, 1,88; 1,42 - 2,47) bez obzira na razine glukoze kod prijama (P = ,18). (BMJ. 2012;344:e3397.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

Brzi protokol za isključivanje bolesnika sa sumnjom na kardijalne bolove u prsimu

• U prospективnom opservacijskom istraživanju provedenom na 1975 bolesnika koji su se prezentirali bolovima u prsimu, a koji bi mogli biti akutni koronarni sindrom, istraživači su ispitivali može li brzi dijagnostički protokol prepoznati bolesnike niskoga rizika za veliko neželjeno kardijalno zbivanje unutar 30 dana. Bolesnici sa ST elevacijom na inicijalnom EKG-u bili su isključeni. Bolesnici su dobivali uobičajenu terapiju, uključujući i serijsko određivanje troponina, u skladu s međunarodnim smjernicama.

Protokol se sastojao od TIMI skora (Thrombolysis in Myocardial Infarction, kod dolaska, inicijalnog EKG-a i koncentracija troponina I kod dolaska i nakon dva sata; bolesnici s TIMI skorom nula, bez nove ishemische promjene u inicijalnom EKG-u i negativnih rezultata troponina u oba mjerjenja smatrani su nisko-rizičnima.

Veliki neželjeni kardijalni događaji (akutni infarkt miokarda, smrt, kardijalni arest, kardiogeni šok, hitna revaskularizacija i ventrikularna disritmija koja zahtijeva intervenciju)

dogodili su se u 302 bolesnika (15 %), obično u prvih 10 dana. Protokol je prepoznao 392 bolesnika (20 %) kao nisko-rizične; jedan od tih bolesnika (0,25 %) imao je veliko kardijalno zbivanje (infarkt miokarda dijagnosticiran na temelju povišenja troponina nakon 12 sati). Osjetljivost i negativna prediktivna vrijednost protokola za preporučavanje bolesnika s velikim neželjenim kardijalnim zbivanjem bile su obje 99,7 %-tne, a specifičnost 23,4 %-tina. (J Am Coll Cardiol 2012;59:2091.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

Laktuloza i probiotici učinkovito sprječavaju rekurentne hepaticke encefalopatije

• Hepatička encefalopatija (HE) česta je komplikacija ciroze jetre. Laktuloza je učinkovita za liječenje bolesnika s akutnim ili ponavljajućim HE-om, no nedostaju podatci koji govore tome u prilog. Probiotici bi također mogli biti od koristi za takve bolesnike promjenom crijevne flore, smanjujući stvaranje amonijaka, iako je tek nekoliko istraživanja evaluiralo uporabu i učinak probiotika u HE-u.

Skupina istraživača je provela otvoreno, randomizirano, kontrolirano istraživanje da bi ispitala učinak laktuloze i probiotika u 235 bolesnika s cirozom jetre koji su se oporavili od HE-a i još nisu primili nikakav lijek za HE. Bolesnici su bili randomizirani na laktulozu (30 mL 3 puta dnevno), probiotik (1 kapsula koja sadržava 112,5 bilijuna viabilnih liofiliziranih bakterija, 3 puta dnevno) ili placebo. Primarni krajnji cilj bio je razvoj ponovnog HE-a, prema West Haven kriterijima.

Tijekom 12 mjeseci praćenja razvio se ponovni HE u više bolesnika koji su primali placebo (37) nego laktulozu (18; P=0,001) ili probiotike (22; P=0,02). Stope hospitalizacije i smrti zbog drugih razloga, ne HE-a, bili su slične između skupina.

Iako istraživanje nije bilo slijepo, dobro je bilo izvedeno i dovoljno veliko. Pokazalo je da su laktuloza i probiotici slično učinkoviti u sekundarnoj profilaksi HE-a.

Nije jasno bi li svi probiotici bili jednakо učinkoviti, no sada postoji potencijalna opcija sprečavanja rekurentnog HE-a, uz rifampicin i laktulozu. (Am J Gastroenterol 2012;107:1043.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

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

Vuk T, Barišić M, Oćić T, Dogić V, Bingulac-Popović J, Sarlija D, Balija M, Jukić I. Management of complaints in blood establishments: thirteen years of experience at the Croatian Institute of Transfusion Medicine. *Blood Transfus.* 2012 Mar;29:1-9.

Croatian Institute of Transfusion Medicine, Zagreb, Croatia.

Simurina T, Mraovic B, Skitarelić N, Andabaka T, Sonicki Z. Influence of the menstrual cycle on the incidence of nausea and vomiting after laparoscopic gynecological surgery: a pilot study. *J Clin Anesth.* 2012 May;24(3):185-92. Department of Anesthesiology and Intensive Care Unit, Medical High School, University of Zadar; General Hospital, Zadar, Croatia

Pikija S, Cvetko D, Maložić B, Trkanjec Z, Pavliček I, Lukić A, Kopjar A, Hajduk M, Andrović A, Bilić-Genter M, Trkulja V. A Population-Based Prospective 24-Month Study of Stroke: Incidence and 30-Day Case-Fatality Rates of First-Ever Strokes in Croatia. *Neuroepidemiology.* 2012 Mar 29;38(3):164-171.

Department of Neurology, Varaždin General Hospital, Varaždin, Croatia.

Velegić M, Starcević R, Ticac R, Kujundžić M, Velegić M. Cartilage palisade tympanoplasty in children and adults: Long term results. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012 May;76(5):663-6.

Clinic of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Clinical Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia.

Baždarić K, Bilić-Zulle L, Brumini G, Petrovečki M. Prevalence of plagiarism in recent submissions to the Croatian Medical Journal. *Sci Eng Ethics.* 2012 Jun;18(2):223-39.

Department of Medical Informatics, Rijeka University School of Medicine, Rijeka, Croatia.

Pavic T, Ljubicic N, Stojsavljevic S, Krznaric Z. Nutritional Screening Model in Tertiary Medical Unit in Croatia. *Ann Nutr Metab.* 2012 Jul 24;61(1):65-69.

Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Clinical Hospital Center Sisters of Mercy, Zagreb, Croatia

Boban M, Maložić B, Mimica N, Vuković S, Zrilić I, Hof PR, Simić G. The Reliability and Validity of the Mini-Mental State Examination in the Elderly Croatian Population. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2012 Jul 17;33(6):385-392.

Department of Cognitive Neurology, University Hospital Centre, Zagreb, Croatia.

Vukojević K, Kero D, Novaković J, Kalibović Govorko D, Saraga-Babić M. Cell proliferation and apoptosis in the fusion of human primary and secondary palates. *Eur J Oral Sci.* 2012 Aug;120(4):283-91.

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

Leppée M, Bosković J, Culig J, Eric M. Pharmacy claims data as a tool to measure adherence. *Curr Med Res Opin* 2012;28(8):1389-93.

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

Ispравак. U prethodnom broju Liječničkih novina (broj 111, stranica 40) greškom je objavljeno u naslovu i u tekstu „Subklinička hipotireoza povećava rizik smrtnosti i kardijalnih događanja“. Ispравno u naslovu i u tekstu članka treba biti „Subklinička *hipertireoza* povećava rizik smrtnosti i kardijalnih događanja“. Ispričavamo se čitateljima na nemajernom previdu.

„Bez alergena nema dijagnostike i terapije alergijskih bolesti“

Prof. dr. sc. Asja Stipić Marković

• Pod tim je naslovom u Zagrebu 30. lipnja održan simpozij u organizaciji Hrvatskog društva za alergologiju i kliničku imunologiju (<http://hdaki.kbsd.hr>) HLZ, Referentnog centra za kliničku alergologiju KB-a „Sveti Duh“ i Odbora za alergologiju, kliničku imunologiju i biološke preparate HAZU-a.

Namjera sastanka je bila ujediniti sve institucije odgovorne za razvoj alergološke struke, kao i sve kliničare koji skrbe za bolesnike, da bi se našla rješenja za kontinuiranu opskrbu alergenima medicinskih ustanova i ambulantni koje provode dijagnostiku i terapiju alergijskih bolesti jer one u razvijenim zemljama dosežu epidemijske razmjere. Sudionici su jedinstveni u pogledu opasnog nerazumijevanja važnosti alergenskih pripravaka za nacionalnu medicinu, posebice alergologiju i u tome da je dosadašnji stupanj razvijenosti hrvatske alergologije dovoljan i neprijeporan argument za tvrdnju da Hrvatska treba, može i mora nastaviti s vlastitom proizvodnjom alergena za dijagnostiku i terapiju.

Hrvatske alergološke institucije pridružuju se inicijativama Europske akademije za alergologiju i kliničku imunologiju, Svjetske alergološke organizacije, GA2LEN-a, Kanadske vlade i drugih udruženja u svijetu, koje se svojim deklaracijama ili nacionalnim strategijama u obliku partnerstva znanosti i privrede zalažu za prevenciju i liječenje. Bez alergenskih pripravaka ne može biti nijednog



oblika skrbi za oboljele, a niti razvoja preventivnih mjera, znanstveno-istraživačkog rada i prijenosa generacijskog znanja na mlade stručnjake.

Lani su objavljena dva važna dokumenta kojima se želi skrenuti pozornost svjetske javnosti na pandemijske razmjere alergijskih bolesti u suvremenom društvu: European declaration of allergy i White Allergy Book Svjetske alergološke organizacije. I ove godine bilježi se porast pobola od alergijskih bolesti izazvanih sezonskim porastom koncentracije alergena u zraku, dok meteorolozi izvještavaju o promjenama klime u svim kraje-

vima svijeta, što rezultira ranijim početkom polenske sezone cvjetanja zbog toplih zima te duljeg boravka ljudi na otvorenom.

Prevalencija alergijskih bolesti u Hrvatskoj

I u Hrvatskoj se, usporedbom prevalencija alergijskih bolesti kroz tridesetak godina (1978 - 2009), zapaža salan rast obojljelih u dječjoj populaciji. Do danas je nekoliko hrvatskih županija standardiziranim epidemiološkim ISAAC-ovim postupkom (ISAAC, od engl. International Study of Allergy and Asthma in Children) dobilo podatke o prevalencijama alergijskih bolesti (rinitisa, astme, atopijskog dermatitisa) (tablica 1) u dječjoj populaciji, zahvaljujući nesebičnom zalaganju kliničara alergologa, a bez službene institucionalne podrške (Tablica 1.).

Novo doba: alergeni okoliša nadvladavaju genetske sposobnosti prilagodbe

Porast oboljevanja od alergijskih bolesti posljedica je utjecaja iz okoliša, koji se u suvremenoj civilizaciji mijenja, a ne promjena gena novih generacija. Suvremena civilizacija zbunjuje imunološki sustav pa nastaje kompleksna interakcija između epigenetske regulacije, varijabilnih vanjskih čimbenika i različitih kombinacija parova utjecaja: gena, antiga i životnih razdoblja. Osobito važan je utjecaj na gene kod izloženosti organizma u specifičnim vremenskim razdobljima kao što su intrauterino, rano djetinjstvo ili adolescencija.

Utjecaj alergijskih bolesti na zdravstvenu ekonomiku i makroekonomiku

Direktni troškovi liječenja astme u Europi iznose za medikamentnu terapiju 3,6 milijarde eura godišnje a za zdravstvene usluge 4,3 milijardi; izgubljeno je 100 milijuna radnih dana i izostanaka iz škole te stotine milijuna eura zbog prezentizma. U traženju načina smanjenja troškova liječenje napor se usmjeravaju prema preventivnim načinima liječenja (Tablica 2.).

Od 2007. do 2011. godine troškovi za liječenje alergijskih bolesti porasli su u Hrvatskoj s 278 na 338 mil. kn, odnosno za 21 %. Usporedba s ukupnim troškovima lijekova propisanih na recept, koji su u navedenom razdoblju rasli svega 12%.

Autor	Rinitis	Polinoza	Referenca
Restović-Sirotković M.	2,94%	1,37%	(Paediatr Croat 1993;37:75-81)
Kavurić-Hafner C. i sur.	1,17%	-	(Pediatr Croat 1996;40:29-34)
Stipić-Marković A. i sur.	12,13%	7,55% (10-11 g)	(Acta Med Croatica 2003;57:281-5)
Banac S. i sur.	16,9 %	5,60% (6-7 g)	(Croat Med J, 2004;45:721-726)
	17,5 %	6,70% (13-14 g)	
Munivrana H. i sur.	8,4 %	4,67 % (7-9g)	(Med Sci Monit. 2007;13(11):CR505-509)
	10,87%	7,14% (12-14 g)	
Aberle N. i sur.	19,20%	9,90% (10-11 g)	(Knjiga sažetaka 1.kongresa HDKI, 2009)
Drkulec V.	13,61%	7,44% (7-10 g)	(Knjiga sažetaka 1.kongresa HDKI, 2009)
	18,60%	9,84% (11-14 g)	

Tablica 1. Studije 12-mjesečne prevalencije simptoma alergijskog rinitisa i polinoze u pedijatrijskoj populaciji Hrvatske (tamnije osjenčeno su ISAAC studije)

Tablica 2. Troškovi medicamentnog liječenja alergijskih bolesti u Hrvatskoj u 2007. i 2011. godini

ATK skupina	2007	2011
Nazalni kortikosteroidi	14.551.647	18.413.217
Nazalni antiinfektiivi bez kortikosteroida		58
Nazalni antialergenici		618
Nazalni dekongestivi	20.234.764	25.772.646
Ostali nazalni topički preparati		187
Sistemski nazalni preparati	1.002.373	604.594
β_2 agonisti, sistemski	1.541.746	593.726
Dugodjeljujući β_2 agonisti, inhalacijski	6.975.751	4.360.616
Kratkodjeljujući β_2 agonisti, inhalacijski	10.180.558	17.880.899
Ksantini sistemski	6.458.726	4.902.492
Nesteroidni respiratori protuupalni lijekovi, sistemski		166
Kortikosteroidi, inhalacijski	15.433.744	18.504.293
Kombinacije β_2 agonista sa kortikosteroidima, inhalacijski	86.250.244	101.813.588
Obični antikolinergici, inhalacijski	14.742.561	28.855.822
Kombinacije antikolinergika s β_2 agonistima, inhalacijski		963
Antileukotrijenski antiasmatici	26.373.917	36.164.405
Antihistamini	35.647.797	44.798.405
Obični topični kortikosteroidi	19.977.288	17.294.255
Kombinacije topičnih kortikosteroida	18.316.157	18.006.543
Ukupno lijekovi za alergijske bolesti	277.687.274	337.967.492
Ukupno lijekovi na recept	4.442.928.665	5.008.000.024

Hrvatska tradicija u alergologiji

Alergologija u Hrvatskoj ima 59-godišnju stalnu tradiciju znanstvenog i kliničkog rada više generacija specijalista različitih područja (internista, pedijatara, dermatologa, ORL), a također i bogato publicističko nasljeđe. U Imunološkom zavodu u Zagrebu počela je proizvodnja alergenskih pripravaka (**N.Köller-Kubelka**) koji su registrirani 1959. god. Godine 1983. prof. **Branimir Čvoršćec** pokreće rad na standardizaciji alergena, a 1986. uvode se RAST inhibicija (**N. Sket Janković i sur.**) i biološka standardizacija (**A. Stipić Marković i sur.**). Godine 1993. izrađuju u Imunološkom zavodu u Zagrebu **A. Trešćec i sur.** s alergolozima iz bolnice „Sveti Duh“ nacionalni standard za alergen **D. pteronissinus. M. Kljaić-Turkalj i sur.** iz bolnice „Sveti Duh“ i Imunološkog zavoda 1996. usporedbom s internacionalnim standardom izrađuju kućni standard za **Ambrosiu elatior.**

Alergeni u Hrvatskoj danas: opasno nerazumijevanje

Godine 2010. počinju poteškoće u proizvodnji alergena u Imunološkom zavodu i proizvođač je najavio je da će se proizvodnja i isporuka održati samo do kraja 2011. Na listama HZZO-a bili su ti alergeni jedini registrišani. Nakon toga nastale su poteškoće u rutinskom kliničkom radu jer je trebalo osigurati

nastavak imunoterapije za bolesnike koji su već bili u tijeku kao i za one koji tek trebaju započeti liječenje. Također je postalo komplikirano i neizvjesno nabaviti čak i alergene za kožni test, koji se izvodi u svim alergološkim ambulantama, od visokospecijaliziranih kliničkih do perifernih, rutinskih, koji su prvi dijagnostički korak. Ministarstvo zdravstva kontaktiralo je Imunološki zavod a potom dalo preporuku da se alergeni uvoze interventnim uvozom. Ovakvo je rješenje duboko zabrinulo sve hrvatske alergologe jer je rutinski rad koji se mora temeljiti na intervencnom uvozu mogućnost dovodenja u opasnost njihova zdravlja. Alergeni su temelj rada u alergologiji, „kruh svagdašnjih“! Poslano je i pismo predsjedniku HLZ-a, HZZO-u i Ministarstvu zdravljva RH, a prim. dr. sc. **Božica Kanceljak Macan** izvjestila je Senat Akademije medicinskih znanosti Hrvatske u Zagrebu, koji je uputio pismo direktoru IZ dr. **Darku Dvorniku.**

O činjenicama navedenim u prvom dijelu ovog izvještaja skup je informirala prof. **A. Stipić Marković.** Prije toga, skup je započeo prof. **Srdan Banac** koji je u predavanju „Usporedba rezultata ISAAC studija iz godine 2003. i 2010.“ govorio o epidemiologiji alergijskih bolesti u Hrvatskoj. O kompetencijama kliničkog alergologa govorila je prim. **B. Kanceljak Macan** a dr. sc. **B. Pevec** je u predavanju „Procedura nabave alergenskih pripravaka u praksi“ prikazao poteškoće u rutinskom kliničkom radu te dug, skup, spor,

iscrppljujući administrativni postupak dok se ne nabavi alergen za svakodnevni rad.

Predavači su još bili dr. **M. Artuković** („Izbor alergenskih pripravaka u svijetu i u Hrvatskoj“), dr. **Blaženka Kljaić Bukvić** prikazala je mrežu alergološke službe u RH.

Predavanje pod naslovom dr. **Jelena Matuzović** (Stavljanje lijekova na liste HZZO-a), dr. **Jelena Krajačić Bucić** (HALMED), dr. sc. **Anda Trešćec** (Alergenski pripravci Imunološkog zavoda: znanje i mogućnosti proizvodnje) i prim. dr. sc. **Irena Ivković-Jureković**, koja je prikazala je Europsku deklaraciju o imunoterapiji i Bijelu knjigu o alergiji.

Simpozij je završio zaključcima: Potrebno je staviti alergene na listu lijekova HZZO-a. Time bi se izbjegli troškovi marže dobavljača, marža veledrogerija i PDV. Osim uštete novaca, izbjeglo bi se i čekanje te neizvjesnost za terapiju koja mora imati kontinuitet.

Postupak odobravanja alergena dogovoriti s HALMED. Niti jedna europska zemlja nema registrirane alergenske pripravke od strane centralne Europe agencije već imaju svoje, različite regulative (Njemačka, Španjolska registrira kao NPP, name patient product, itd). Jedan od modela treba odabrat i za Hrvatsku i međusobnim priznavanjem između dviju zemalja prihvati propis za odobrenje.

Financirati alergene otrova insektaka iz fonda za „orphan drugs“ jer se radi o rijetkim bolestima. Grupa bolesnika čeka na nabavu alergena. Radi se o pretežno mladim i inače zdravim, te radno sposobnim ljudima, koji su svakodnevno u životnoj opasnosti od ponovljenog anafilaktičkog šoka nakon uboda insekta, unatoč postojanju izuzetno učinkovite metode liječenja.

Naći zakonski okvir da bolesnici koji žele mogu sami financirati lijek. Većina bolesnika je spremna sama financirati lijek za hiposenzibilizaciju ako je administrativni postupak dug.

Podržati razvoj proizvodnje alergena domaćeg proizvođača koji je u teškoćama.

Zbrinjavanje većih skupina obojelih u sezonskim ciklusima, kao i cjelodijelne liječenje alergijskih bolesti ne može se improvizirati, nego pripravljati i neprestano obnavljati i produbljivati. Suvremeno doba traži prikladne metode djelovanja koje se nadograduju na postojeće iskustvo. To se odnosi na liječenje, prevenciju i obrazovanje stanovnika koji su izloženi sve većoj paleti vanjskih okolišnih alergena.

••••



Kakvu palijativnu skrb trebamo?

Savjetovanje županija održano u Zagrebu 18. i 19. lipnja

- U sklopu procesa izrade novih strateških dokumenata u zdravstvenom sustavu koji je započeo početkom 2012.

Ministarstvo zdravlja pokrenulo je i postupak izrade strategije razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Kako bi u proces izrade strateških dokumenata bilo uključeno i što više specifičnosti, (potreba i modela dobre prakse) iz svih dijelova Hrvatske, 18. i 19. lipnja 2012. organizirano je u Centru za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) MEF-a u Zagrebu stručno savjetovanje županija „Kakvu palijativnu skrb u hrvatskoj trebamo?“

Savjetovanje je organizirano kao mjesto susreta i konzultacija predstavnika uprave, stručnjaka i političara svih županija, na kojem su predstavljene specifične potrebe te uspješna iskustva u pružanju palijativne skrbi (PS). Cilj je ovoga skupa bio kroz zajedničku raspravu prepoznati ključne elemente koji moraju biti ugrađeni u budući sustav organizacije i regulacije PS-a u Hrvatskoj.

Suorganizatori skupa bili su CEPAMET MEF-a u Zagrebu, Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Zagreb, Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu HLZ-a te PIN za zdravlje.

Savjetovanje su otvorili akademik Davor Miličić, dekan MEF-a u Zagrebu, prim. Zoran Lončar, zamjenik ravnatelja HZZO-a te prof. dr. Veljko Đorđević, predstojnik CEPA MET-a. O stanju PS-a u Hrvatskoj govorile su



Predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu doc. dr. Marijana Braš

doc. dr. Marijana Braš, predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu te Dubravka Pezelj Duliba, pomoćnica ravnatelja HZZO-a.

Program je bio podijeljen u blokove koji su specifično obradivali PS u bolničkim ustanovama, izvanbolničkim uvjetima (patronaža, kućna njega, volonterski programi) i ustanovama socijalne skrbi. Svoja iskustva u modele dobre prakse prikazali su kolege dr. Juliana Franinović Marković iz Pule, dr. Branka Kandić iz Osijeka, dr. Vlasta Vučevac iz Zagreba i dr. Mato Devčić iz Koprivnice.

Projekt aktivnosti novoosnovanog Centra za koordinaciju PS-a u Zagrebu koji vodi Ustanova za njegu u kući prikazala je ravnateljica Andrea Miškulin. Iskustva o PS-u u Velikoj Britaniji prikazala je mag. Renata Marđetko, medicinska sestra, koja je u Velikoj Britaniji magistrirala na specijalističkom studiju za PS, a trenutno je zaposlena u Ustanovi za njegu u kući Grada Zagreba.

U radu savjetovanja posebno su vrijedan doprinos dali pioniri PS-a u našem sustavu koji su od 1993. s prof. dr. Anicom Jušić sustavno širili ideju i praksu PS-a u Hrvatskoj. Nažalost, iako najavljena, prof. dr. Anica Jušić nije mogla sudjelovati u programu.

Da je problem PS-a ne samo obiman nego i vrlo kompleksan (te i regionalno specifičan) pokazala su izlaganja kolega iz općih i specijalnih bolnica (u Novom Marofu, Kninu, Duga Resi, Krapinskim Toplicama...) koji se već sada skrbe o velikom broju palijativnih pacijenata iako ne postoje jasni standardi niti pravila koja reguliraju ovaj oblik skrbi.

Koordiniranu raspravu i izradu zaključava vodili su prof. dr. Karmen Lončarek i Ante Ivančić, dr. med. Iz zaključaka izdvajamo:

- PS u RH predstavlja integrirani



Dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu akademik Davor Miličić

model skrbi čiji su temeljni nositelji **postojeći sustavi zdravstvene zaštite** (LOM, pedijatar, patronaža, zdravstvena njega u kući, ljekarici...) i **socijalne skrbi**

- PS kontinuirano i partnerski uključuje **djelovanje drugih sektora** koji mogu pridonijeti boljoj skrb za korisnike usluga PS-a (civilno društvo, obrazovni sustav, religijske zajednice, profitni sektor...)

- **Kriteriji za određivanje potrebe za PS** moraju biti jedinstveni u cijeloj Hrvatskoj

- **Standardi i normativi za rad s palijativnim pacijentima** moraju biti drugačiji nego skrb za ostale pacijente

- **Odluka o obliku PS-a** koja će se osigurati donosi se temeljen više kriterija. To su potreba bolesnika, mogućnosti liječenja u kući/dnevnoj bolnici/ustanovi, postojećim uslugama, potrebama obitelji...



Predstojnik CEPAMET-a
prof. dr. Veljko Đorđević

Sljedeće savjetovanje županija planira se za studeni 2012. kada će skup biti posvećen izradi normi za edukaciju, organiziranje i plaćanje vezano za usluge u PS-u.

Dr. sc. Aleksandar Džakula
Sven Županić, dr. med.





52. Međunarodni neuropsihijatrijski kongres u Puli

- Od 20.-23. lipnja održan je 52.

Međunarodni neuropsihijatrijski kongres koji se tradicionalno održava u Punta Verudeli (hoteli Brioni i Park Plaza Histria). Organizatori su: INPC Kuratorium, KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb i, po prvi puta ove godine, Razred za medicinske znanosti HAZU-a. Glavni sponzori su Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta RH, Grad Graz, Grad Zagreb i Istarska županija. Bilo je više od 350 sudionika iz Hrvatske, Austrije, BiH, Crne Gore, Češke, Italije, Mađarske, Makedonije, Njemačke, Poljske, Rumunjske, Rusije, SAD-a, Slovenije, Srbije, Španjolske, Švedske, Švicarske, Turske, Ukrajine i Velike Britanije.

Glavne teme bile su Nova dostignuća u restorativnoj neurologiji, Nova dostignuća u psihopatologiji - interakcija bioloških i psiholoških čimbenika. Na zajedničkoj sjednici raspravljalo se, zajedno sa Sekcijom za neuroznanost Alpe Adria, o različitim terapijskim postupcima.

Najzastupljeni dio bile su mogućnosti restorativne neurologije, neuroplastičnost mozga i regeneracija neurona u najčešćim neurološkim bolestima. Pod naslovom Novosti u neuroplastičnosti govorio je i prof. Michael Chopp iz SAD-a je predstavio najnovije spoznaje o neuroplastičnosti mozga i regeneraciji neurona, te načine kako bi ta saznanja u najskorije vrijeme mogla naći primjenu u praksi. O povezivanju pružatelja usluga u neurorehabilitaciji govorilo se na izdvojenom simpoziju, gdje je pokazano da neuroplastičnost, regeneracija živčanih stanica i stvaranje novih sinapsi imaju značajnu ulogu u oporavku i rehabilitaciji bolesnika i da se primjenom novih kompjutorskih metoda u neurorehabilitaciji mogu postići velik uspjeh kod teških neuroloških bolesti.

Tijekom ovogodišnjeg kongresa održani su okrugli stol Uvod u Cochrane sustavne preglede na kojem su predstavljeni: Cochrane Collaboration, način njezina rada, nastajanje i objavljivanje sustavnih pregleda, rad Hrvatskog ogranka talijanskog Cochrane centra u Splitu, primjena medicine temeljene na dokazima u svakodnevnoj praksi zbrinjavanja najčešćih neuroloških bolesti, a pokazano je da medicina temeljena na dokazima i personalizirana medicina nisu u opreci, nego da se nadopunjaju.

Tijekom zajedničkog sastanka IN PC-a i Sekcije za neuroznanost Alpe-Adria raspravljalo se pokatkad i šestoko, a sudionici su izrazili želju da se i idućih godina organiziraju slične rasprave. Na kraju se predsjednica pulskih neuropsihijatrijskih kongresa akademkinja **Vida Demarin** svima zahvalila te proglašila najbolje postere i pozvala sve da dodu i na 53. kongres 19.-22. lipnja 2013.

Kongres je ponovno pokazao potrebu i interes za održavanjem ovakvih kongresa već više od pola stoljeća pa ne čudi što su postali poznati i kao "Pulska škola znanosti i humanizma", kako često naglašavaju gosti i sudionici ovoga najstarijeg međunarodnog kongresa na području neurologije, psihijatrije i neuropsihijatrije.

Prof. dr. Zlatko Trkanjec



23rd Summer Stroke School - Healthy Lifestyle and Prevention of Stroke

- Od 4. do 8. lipnja održana je u Dubrovniku 23. tradicionalna Ljetna škola moždanog udara s međunarodnim sudjelovanjem. Vodili su je akademkinja **Vida Demarin** (Hrvatska), prof. **Roman Haberl** (München), prof. **Kurt Niederkorn** (Graz), prof. **Tanja Rudek** (Miami, SAD) i prof. **Zlatko Trkanjec** (Zagreb) i ponovo dokazali da je Hrvatska jedan od europskih centara znanja.

Tečaj je okupio vrhunske stručnjake iz Hrvatske i svijeta koji su cijeli tjedan nesebično dijelili svoja klinička i znanstvena iskustva.

Cilj je tečaja još bio još jednom podržati suradnju i promovirati razmjenu znanja i iskustva među sudionicima iz cijelog svijeta koji se bave moždanim udarom. Zemlje zapadne i istočne Europe imale su priliku zajedno rješavati probleme vezane za moždani udar, medicinske, ekonomski ili neke druge prirode.

Bogati znanstveni program obuhvatio je rasprave o "mirror" neuronima koji su budućnost uspjeha u rehabilitaciji, novim čimbenicima rizika, značenju moždanog udara u javnom zdravstvu, o prehospitalnim postupcima kod moždanog udara, nestabilnom plaku u karotidnoj arteriji, detekciji cerebralnih embolusa transkranijskim Dopplerom, razlikama u spolovima, važnosti cerebralne venske cirkulacije, cerebralnoj vazoreaktivnosti u inzulin neovisnom dijabetesu.

Prikazane su i novosti iz područja ultrazvučne dijagnostike, mitohondrijske medicine u cerebrovaskularnim bolestima, vaskularnoj demenciji, zbrinjavanja tranzitorne ishemiske atake, endovaskularnom liječenju moždanog udara, karotidnoj bolesti cerebralnoj hemodinamici, slikevnom prikazu u stanjima deterioracije moždanog parenhima, starenju i ishemiji.

Imali smo i dan za znanost! Sudionici su imali jedinstvenu priliku diskutirati o pisanju, čitanju i publiciranju znanstvenih radova te priliku korak po korak prodiskutirati svoje vlastite prikaze slučajeva.

Marljiv rad sudionika tijekom dana bio je nagrađen bogatim popratnim društvenim sadržajima tijekom večernjih sati. Akademkinja Vida Demarin govorila je o priznatoj važnosti mediteranske prehrane kao hrane za mozak i njeno je predavanje bilo idealan uvod u prekrasnu i ukusnu mediteransku večeru u srcu Dubrovnika. Sve u svemu, još jednom smo pokazali i dokazali zašto se već sada veselimo sljedećoj Ljetnoj školi.

Dr. sc. Sandra Morović, dr med.



- **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

Intervencije za primjerenu polifarmaciju u starijih pacijenata

Scenarij

Imate mnogo starijih pacijenata koji uzimaju gomilu lijekova.

Kad im propisujete sve te silne lijekove često se pitate kako će ti lijekovi međusobno djelovati i kako će utjecati na druge bolesti koje pacijent ima. Osobito kad je riječ o nekim akutnim stanjima, pribjavate se pacijentu propisati još jedan lijek, čak i ako mu je potreban, jer on već uzima pet, šest ili sedam lijekova zbog svojih kroničnih bolesti.

Svjesni ste i da organizam starije osobe nije isti kao organizam mlade osobe pa se pitate kako se svi ti lijekovi metaboliziraju i uklanjuju iz organizma.

Osim toga, više lijekova znači više recepata i veće troškove zdravstvene skrbi.

Pitanje

Kako postići ravnotežu između lijekova koji su pacijentu nužni, nuspojava, nepotrebnih lijekova, mogućih međudjelovanja lijekova, utjecaja lijeka koji liječi jednu bolest na druge bolesti od kojih pacijent bojuje? Postoji li kakva intervencija koja bi mogla pomoći liječniku u propisivanju višestrukih lijekova starijim osobama?

Kontekst

Propisivanje lijekova starijim pacijentima vrlo je složeno zbog promjena u tijelu koje se događaju tijekom starenja i brojnih patoloških stanja. Teško je tu postići ravnotežu između agresivnog liječenja bolesti i izbjegavanja nuspojava lijekova. Polifarmacija ima niz definicija koje se odnose na primjenu višestrukih lijekova, ali nema standardne definicije.

Jednostavna definicija „primjena više lijekova nego što je klinički indicirano“ podrazumijeva da je polifarmacija nepotrebna uporaba više lijekova, ali za potrebu ovog sustavnog preglednog članka polifarmacija je definirana kao uzimanje četiri ili više lijekova. Polifarmacija je česta u starijih osoba, dobne skupine koja se obično definira kao starija od 65 godina, jer su u ovoj dobi učestali komorbiditeti, primjerice srčane bolesti i dijabetes, koje zahtijevaju višestruke lijekove za liječenje i profilaksu. Prevalencija polifarmacije u SAD-u, definirana kao uzimanje 5 ili više lijekova, je u starijih osoba 7%. Osobe starije od 65 godina, koje čine manje od 15% američke populacije, kupuju 33% svih lijekova koji se propisuju receptom i 40% svih bezreceptnih lijekova. U populaciji Ujedinjenog kraljevstva osobe starije od 65 godina čine 16% populacije, a konzumiraju 43% sredstava namijenjenih zdravstvu.

Prosječan broj recepata propisanih osobama starijim od 60 godina u Engleskoj se uđovostručio tijekom zadnjeg desetljeća, od 21,2 do 40,8 recepata po osobi godišnje. Neprimjereni lijekovi za starije osobe mogli bi se definirati kao „lijekovi ili skupine lijekova koje općenito treba izbjegavati u osoba starijih od 65 godina jer nisu učinkoviti ili predstavljaju nepotrebno velik rizik za starije osobe te za njih postoje sigurnije alternative“.

Naziv „neprimjereno propisivanje“ također obuhvaća uporabu lijekova koji imaju značajan rizik od nuspojava zbog načina na koji se propisuju, primjerice produžljivanje terapije duže vrijeme nego što je potrebno, uz nepotrebnu polifarmaciju.

Razlozi polifarmacije u starijih osoba općenito su u literaturi podijeljeni u tri skupine: demografski čimbenici kao što su bijela rasa i obrazovanje, zdravstveni čimbenici uključujući depresiju, hipertenziju, anemiju, astmu, anginu, divertikulozu, osteoartritis, giht, dijabetes, lošja percepcija vlastitog zdravlja i nezadovoljstvo životom, te na koncu čimbenici povezani s pristupom zdravstvenoj skrbi kao što je broj posjeta liječniku, dodatno osiguranje i višestruki pružatelji zdravstvene skrbi.

Promicanje korištenja kliničkih smjernica utjecalo je na propisivanje lijekova, jer se u njima često preporučuje uzimanje više od jednog lijeka za liječenje čestih bolesti. Brojne smjernice za prevenciju i liječenje bolesti koje se javljaju u starijoj dobi često preporučuju davanje lijekova za sekundarnu prevenciju. Međutim, neke kliničke smjernice ne mijenjaju ili ne uzimaju u obzir primjenu svojih preporuka za starije pacijente s višestrukim bolestima, ne uzimaju u obzir želje pacijenata, a često niti ne navode dokaze na kojima se njihove preporuke temelje. Stoga slijepo korištenje kliničkih smjernica može dovesti do polifarmacije i povećati rizik od nuspojava, neželjenih međudjelovanja lijekova i utjecaja lijekova na komorbidite. Polifarmacija je stoga povezana s negativnih zdravstvenih ishodima, uključujući nuspojave lijekova, lošje pridržavanje propisanoj terapiji i gerijatrijske sindrome kao što su urinarna inkontinencija, kognitivna oštećenja i poremećaji ravnoteže koji mogu uzrokovati padove. Mogućnost nastanka problema uzrokovanih lijekovima povećava se u starijoj dobi jer procesi starenja smanjuju učinkovitost kojom tjelesni organi odstranjuju lijekove iz organizma. Rizik od nuspojava je 13% kad se koriste dva lijeka, ali se povećava na 58% kad pacijent uzima 5 lijekova. Ako se koristi 7 ili više lijekova, rizik od nuspojava raste na 82%. Osim toga, broj propisanih lijekova prediktor je broja interakcija lijekova koje se mogu pojaviti.

Nedovoljno propisivanje lijekova definira se kao izostanak propisivanja lijekova za bolest za koju su lijekovi indicirani prema kliničkim smjernicama. Kao i polifarmacija, nedovoljno propisivanje može biti problem u starijih osoba. Nedovoljno propisivanje lijekova povezano je s polifarmacijom - vjerojatnost nedovoljnog propisivanja lijekova povećava se s brojem lijekova koje pacijent uzima. Ovaj se fenomen može objasniti nevoljnosti liječnika da propisuju dodatne lijekove pacijentima koji već uzimaju mnogo lijekova jer ih je strah složenosti terapije, nuspojava, međudjelovanja lijekova i nepridržavanja terapije. Ovaj paradoks uočen je u bolesnika koji imaju najveći rizik od komplikacija, a najmanju

vjerojatnost da će im potreban lijek biti propisan. Zaključno, polifarmacija se može opisati kao propisivanje više lijekova (primjereno) ili previše lijekova (neprimjereno). Što čini 'više', a što 'previše' dilema je koju liječnik mora riješiti. A definiranje intervencija kojima će se osigurati primjerena polifarmacija izazov je i za zdravstvene radnike i za zdravstvene ustanove.

Intervencije za primjerenu polifarmaciju

Primjerena polifarmacija može se osigurati različitim intervencijama koje se mogu opisati kao profesionalne - primjerice edukacijski programi za liječnike i pacijente, organizacijske - klinike za reviziju lijekova, posebne provjere propisivanja benzodiazepina, ili finansijske - različiti poticaji i regulacijske intervencije. Razmatranje intervencija kojima se može smanjiti rizik problema povezanih s lijekovima vrlo je važno. Takve intervencije mogu provoditi zdravstveni radnici, edukatori, zdravstvena administracija i političari.

Tradicionalni pristup rješavanja polifarmacije temeljio se na smanjenju neprimjerene medikacije. Prepoznavanjem rizičnih čimbenika za polifarmaciju moguće je smanjiti povezane bolesti, smrtnost i zdravstvene troškove. Metode preporučene za postizanje primjerene polifarmacije uključuju računalni unos podataka, povratnu informaciju, vizualnu identifikaciju lijekova, trajnu reviziju propisanih lijekova i opsežnu edukaciju pacijenata.

Patterson i suradnici su u sustavnom preglednom članku objavljenom u Cochrane knjižnici u svibnju 2012. istražili postoje li dokazi za učinkovitost intervencija namijenjenih poboljšanju primjerene polifarmacije. Mogući učinak tih intervencija je dvojak - poboljšanje primjerene polifarmacije kroz uklanjanje neprimjereno propisanih lijekova te povećanje primjerene polifarmacije kroz populariziranje terapije utemeljene na dokazima.

Računalni programi za liječnike koji sadrže elektronička upozorenja koja vode liječnika prema pravilnom odabiru lijekova pokazali su se kao učinkovita pomoć u propisivanju lijekova starijim osobama. Intervencije koje vode farmaceuti, a uključuju reviziju lijekova, također su se pokazale kao dobra ideja.

Multidisciplinarni sastanci na kojima se prikazuju pacijenti i njihova terapija također su rezultirali manjom neprimjerrenom medikacijom stanovnika domova za starije osobe.

Rezultati

Pretraživanjem literature Patterson i suradnici našli su 2200 potencijalno relevantnih članaka, od kojih su uključili u detaljniju analizu, a na koncu u sustavni pregled uključili 10 randomiziranih kontroliranih pokusa koji su odgovarali na postavljeno kliničko pitanje. Mnogi su pokusi isključeni iz sustavnog pregleda zbog lošeg ustroja istraživanja ili neprikladnih mjera ishoda, ili zbog oba razloga. Sve analizirane intervencije bile su organizacijskog tipa; nijedna nije bila definirana kao profesionalna, finansijska ili regulacijska. Jedna se intervencija temeljila na računalnom programu koji pruža pomoć u odlučivanju o terapiji. U ostalih devet pokusa bili su uključeni farmaceuti koji su se na više načina brinuli da pacijenti dobiju prikladan lijek, u prikladnoj dozi i za prikladnu indikaciju.

U pokusima provedenima u bolnici, farmaceut je bio uključen u multidisciplinarni tim dnevnih bolnica, tim na odjelu ili je bio uključen u proces otpusta bolesnika iz bolnice. U jednoj je studiji farmaceut bio uključen u rad ambulantne liječnika obiteljske medicine. Među studijama provedenima u domovima za starije osobe, intervencija se sastojala od multidisciplinarnе analize pacijenata kombinirane s edukacijom osoblja koju je provodio farmaceut i uslugom koja se sastojala od pomoći u propisivanju lijekova.

Način na koji je farmaceut bio uključen u odlučivanje o lijekovima sastojao se od neovisne analize propisanih lijekova, rasprava s ostalim članovima tima ili razgovora s pacijentom. U četiri pokusa farmaceut je educirao pacijente te im davao naputke za uzimanje lijekova kako bi im pomogao da se bolje pridržavaju terapije.

Primjereno propisivanja lijekova u sedam pokusa ispitana je Knightovim indeksom primjerenoosti medikacije (engl. medication appropriateness index - MAI), a u četiri pokusa Beersovim kriterijima. Statističkim analizama utvrđeno je da su intervencije uključene u ovaj sustavni pregled bile uspješne u smanjenju neprimjerene uporabe lijekova. Problemi povezani s lijekovima, kao što je broj nuspojava, smanjio se za 45% nakon intervencije u tri analizirana pokusa. Četiri pokusa ispitivala su broj hospitalizacija nakon intervencije, ali njihovi rezultati nisu bili jednoznačni - u jednom pokusu nije bilo razlike, a u ostala tri pokusa utvrđeno je malo smanjenje broja hospitalizacija. Međutim, analiza svih pokusa utvrdila je da u ukupnom broju pacijenata uključenih u pokuse nije bilo razlike u broju hospitalizacija u intervencijskim i kontrolnim skupinama.

U jednom je pokusu intervencija poboljšala suradljivost pacijenata. Dva pokusa istraživala su kvalitetu života i nisu utvrdila razlike između intervencijske i kontrolne skupine.

Intervencije opisane u 10 analiziranih pokusa bile su ograničene. Ni jedna intervencija nije propitala znanje osoba koje propisuje lijekove. Intervencije su bile heterogene i nisu imale jednak učinak.

Zaključak autora

Intervencije u kojima se računalni programi i farmaceuti uključuju u propisivanje lijekova mogu smanjiti neprimjerenu polifarmaciju i broj nuspojava, ali nije jasno da li to uvijek rezultira kliničkim poboljšanjima.

Odgovor na pitanje

Postoje intervencije za postizanje primjerene polifarmacije. Iako iz analiziranih studija nije jasno koliki je klinički značaj tih intervencija, ipak su bile uspješne u smanjenju neprimjereno propisivanja lijekova, smanjenju broja nuspojava, poticanju pravilne uporabe lijekova te u općenitoj promociji zdravlja i edukaciji.

Literatura

Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD008165. DOI: 10.1002/14651858.CD008165.pub2.

.....

Hrvatski ogrank Talijanskog Cochrane centra dva puta godišnje priređuje Glasnik u kojemu možete pronaći članke o raznim Cochrane aktivnostima vezanim za naš ogrank. I u ovom broju možete čitati o zanimljivostima koje su se odvijale u proteklih nekoliko mjeseci: <http://croatia.cochrane.org/sites/croatia.cochrane.org/files/uploads/HOTCC-glasnik-07.pdf>

Quo vadis, kiborgizacija čovjeka?

Igor Čatić, Sveučilište u Zagrebu, Fakultet strojarstva i brodogradnje, Zagreb
Ivana Gregurić, Visoka poslovna škola, Zagreb

- Sastavljane su dvije prognoze. Prva potječe s kraja 2010. i glasi: »Industrija anorganskih i organskih polimera odlučila je, putem industrijskih čipova, plastike i gume, omogućiti kiborzima da donesu odluku o zabrani postojanja prirodnih ljudi. Rok je 31.12. 2049.«^{1,1a} Je li ta prognoza frankenštajnska fantazija ili je čovječanstvo bliže tome nego što se misli?²

Druga je iz 2012. prema kojoj će se na Ljetnim olimpijskim igrama 2032. promijeniti paradigma. »Glavna bit će natjecanja kiborga, a umjesto paraolimpijskih igra, uvede se igre prirodnih ljudi.«

Za drugu prognozu kreativna iskra potjeće iz rasprava o nastupu O. Pistoriusa, kiborgiziranoga južnoafričkog atletičara, s ostalim natjecateljima.

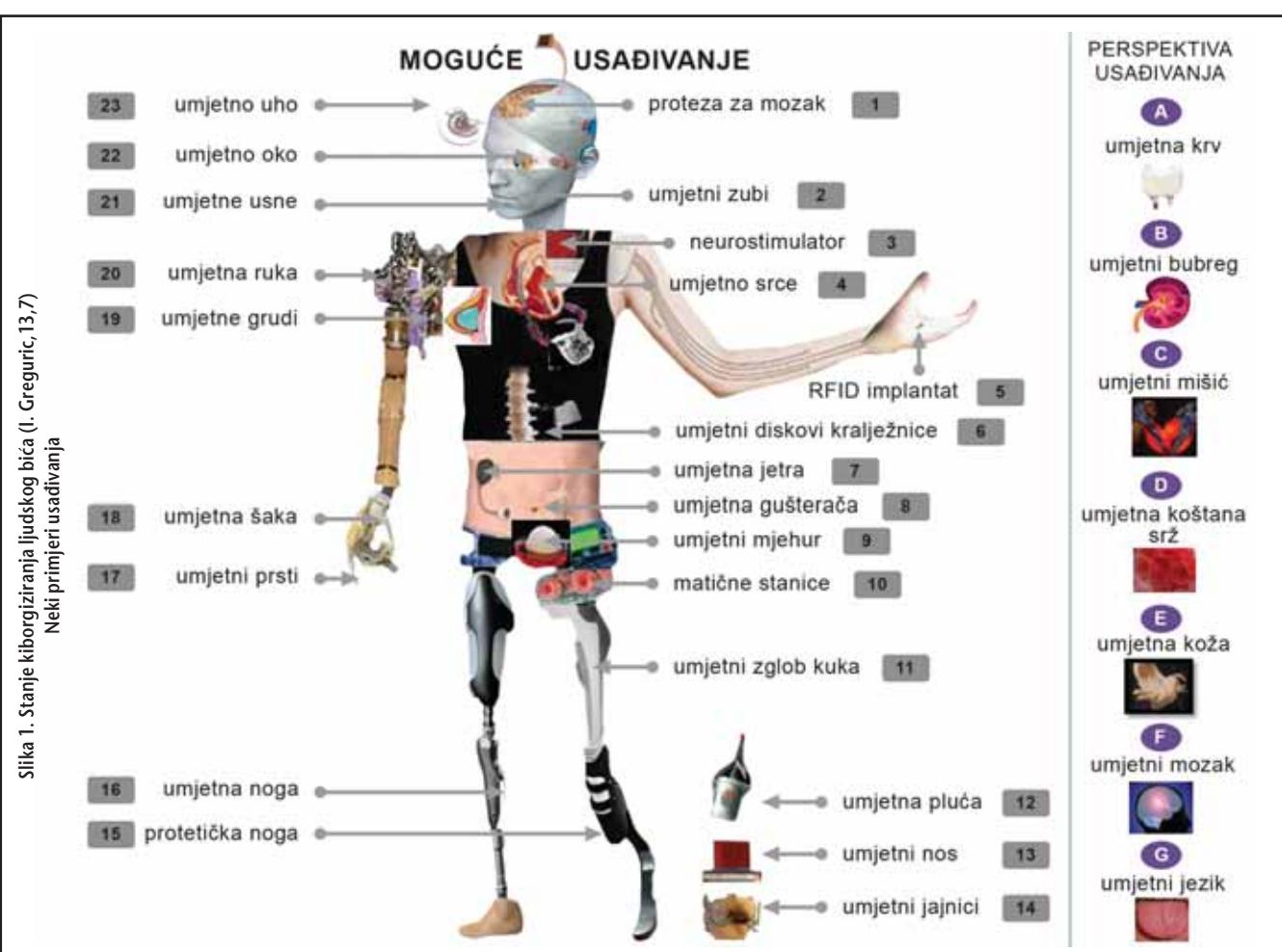
I to vrlo uspješno, što svjedoči nedavno održana Olimpijada.

Članak *Što moraju znati svi, pa i medicinari* objavljen u 106. broju *Lječničkih novina*³ poslužio je kao uvod u temu o kiborgiziranju čovjeka, temu koja već desetljeće privlači pozornost prvog autora i suradnika.⁴

Međutim, iskaz nije precizan, početno je u središtu interesa bila informacijska kiborgizacija, potaknuta radovima K. Warwicka o čipiranju ljudi.⁵ No, sintagma informacijska kiborgizacija rezultat je istraživanja u okviru projekta *Primjena sustavne teorije u općoj tehnici*.⁶

Osnovna je svrha ovoga teksta upoznavanje naših čitatelja sa stanjem u kiborgizaciji. To uključuje pronalaženje korijenâ, prikaz sadašnjeg stanja i projekciju budućnosti. Suvremeni čovjek, pa i znanstvenici, preopterećeni su informacijama. Sve se teže nose s tom pojmom i sve teže uočavaju zakonitosti. Povijesni razvoj struke se zanemaruje. Pojavljuju se razne marketinške smicalice, poput onih o svemu prirodnom. A radi se o proizvodima iz uzgoja ili, točnije, proizvodima

Slika 1. Stanje kiborgiziranja ljudskog bića (I. Gregurić, 13,7)
Neki primjeri usadijanja



^{1a} Razjareni Čatić poslje sajma plastike i gume u Düsseldorfu, listopad 2010. S. Pacitti u.1

^{2b} Opisano umjetno srce u kliničku fazu trebalo bi ući 2015. Trajalo bi 5 godina ili oko 200 milijuna otkucaja srca uz protok krvi od 13 milijuna L.¹⁵

na osnovi uzgojenih proizvoda. Posebno je opasno što se u visokom školstvu zanemaruje opći pogled na struku, i teži se rješavanju znanstvenih problema već tijekom studija, bez sagledavanja konteksta. Poseban je problem nekritičko preuzimanje stranih riječi i neprecizne definicije pojmljiva.

Od kada postoji kiborgizacija?

Odgovori na to jednostavno pitanje bit će vrlo različiti, ovisni o definiciji kiborga. U ovom tekstu rabit će se jednostavna definicija iz više radova što smo ih objavili: kiborg je prirodno ljudsko biće kojem su ugradeni umjetni dijelovi, hibrid živoga i neživoga.^{11,12} Svrha ugradnje može biti nadomještanje ili normaliziranje postojećeg stanja, odnosno ugradnja dijelova koje čovjek izvorno ne posjeduje. Ugradnja bilo kojeg umjetnog dijela ili sastojka označuje kiborgiziranje prirodnog bića. Prema stvarnom stanju sve je više kiborga među pučanstvom, različite kiborgizirane postavke. Postavlja se pitanje od kada?

Čovjek se rada kao prirodno biće, premda umjetna oplodnja ponešto remeti tu tvrdnju. Međutim, ugradnja zubarske ispune, umjetnog kuka, radiofrekvencijskoidentifikacijskog čipa u tijelu ili najjednostavnije drvene nožne proteze, primjeri su kiborgizacije. Stoga odgovor glasi, otkada je čovjeku ugrađeno nešto što zamjenjuje nešto izgubljeno (npr. umjetna noga) ili nešto što izvorno ne posjeduje (npr. čipovi). Datiranje početka kiborgizacije u tom slučaju valja ostaviti povjesničarima medicine.

Motivi za pojačanu kiborgizaciju

Medicina nastoji produljiti ljudski život, premda nisu sasvim jasne sve posljedice takvoga trenda.⁸ Među tim naporima su i postupci presadivanja s donora te postupci ugradnje umjetnih dijelova, kiborgiziranje.^{13,12}

Nedvojbena je uspješnost presadivanja, uz jedan veliki nedostatak. To je čekanje na donaciju. Pomalo šaljivo, glasoviti francuski filozof tehnike J. Ellul opisao je u jednom predavanju 1992. tu situaciju riječima jednog kirurga: »Što više unesrećenih mladih ljudi, to su bolji rezultati presadivanja.«¹⁴

Stoga je razumljivo da se nastoji npr. transplantaciju srca zamijeniti umjetnim srcem.^{15,2b} S obzirom na nedostatak transplantata, pribjegava se proizvodnji i ugradnji umjetnih organa i dijelova tijela.

Alati za analizu kiborgizacije

Iz članka³ valja preuzeti neke činjenice. Materijali mogu biti polimeri i nepolimeri. Obje skupine mogu biti organske i anorganske. U sustavosnoj teoriji barata se pojmovima informacija, energija i masa.

Ne slučajno i ovaj tekst može se ubrojiti u rezultate sintezologičkih istraživanja. Riječ sintezologija prvi je upotrijebio tübingenski profesor anatomije Martin Heidenhain.¹⁶ S tom je riječju pokušao sustavosnim naukom opisati čovječji organizam (1920.).¹⁶



Slika 2. Umjetni kuk¹⁷

Kategorije kiborga

Razlikuju se četiri kategorije kiborga, odnosno četiri skupa tehnika:^{5,11,13}

- prva kategorija (tehnike nadomještanja) obuhvaća fizičko nadomještanje udova, organa i ostalih dijelova čovječjeg tijela koji nedostaju, uz djelomično ili potpuno vraćanje njihovih funkcija
- druga kategorija (tehnike normalizacije) obilježava dodavanje ili pojačavanje određenih funkcija organizma, pri čemu se on dovodi u stanje koje se smatra normalnim za ljudska bića
- treća kategorija (tehnike poboljšanja) obuhvaća proširenje već postojećih funkcija organizma - stvaranje bolje verzije čovjeka
- četvrta kategorija (tehnike preoblikovanja) označuje dodavanje organa ili funkcija koje nisu karakteristične za ljudsku vrstu s ciljem da joj se omogući egzistencija u inače nepovoljnem okruženju.

Četiri skupine kiborga omogućuju jednu općenitiju podjelu: na biomedicinske kiborge (*homo kiborg*, e. *Homo Cyborg*) i

digitalne kiborge (e. *Cyber Cyborg*).^{13,7} Sintezologički promatrano, a na temelju zakonitosti sustavosne teorije, moguća je podjela na tvarne kiborge i informacijske kiborge. Primjer tvarnog kiborgiziranja je ugradnja umjetnog kuka, a cipiranjem se postaje informacijskim kiborgom. Ovom podjelom želi se naglasiti na čemu je težište.

Što je danas moguće kiborgizirati ili nadomjestiti umjetnom tehnikom?

U radu Ivane Greguric¹³ je na temelju dostupnih podataka načinjena slika kiborgiziranog ljudskog bića. Pritom je naglasila što je do sada postignuto i što se očekuje da će se postići u kiborgiziranju (slika 1).

Od 30 mogućih umjetnih usadivanja već je do 2010. ostvareno njih 23. Znatno više nego što to doživljava, ne samo najšira javnost.

Neki primjeri usadivanja

Prelazi granicu opsega ovog teksta opisivanje svih ostvarenih mogućnosti usadivanja. Stoga se navode samo neki primjeri tvarnog i informacijskog kiborgiziranja.

Tvarno kiborgiziranje umjetnim kukom

Vrlo je popularna ugradnja umjetnih kukova, što je tvarno kiborgiziranje (slika 2).¹⁷ Već je 2005. samo u SAD-u izvršeno oko 480 tisuća operacija, od čega 235 tisuća potpune zamjene kuka, a ostatak otpada na djelomičnu zamjenu ili popravak.¹⁸ Umjetni kuk zanimljiv je s više motrišta. Prvo, radi se o kombinaciji polimera (plastike) i nepolimera (metaala). Traži se vrhunsko znanje izradivača tih dijelova, a potrebni instrumenti za ugradnju traže vrlo tjesnu suradnju kirurga sa stručnjacima za izradbu dijelova (Slika 2.).

No, s umjetnim kukovima povezana je jedna potencijalno nova dužnost mrtvozornika.¹⁹

Nova dužnost mrtvozornika

Trajno raste udio kremiranja u zbrinjavanju ljudskih preostataka.^{19,20} Boyd i Hugh-Jones u svom članku² raspravljaju o gospodarenju usatcima kiborgiziranog ljudskog bića, implantanata, preostalih po



Slika 3 Preostatci kremiranja²⁰

završetku kremiranja (slika 3).²⁰ Kremiranje postaje sve učestalije. U Japanu se u 2010. kremiralo 99 % preminulih. Slijedi Velika Britanija sa 73 %, što je porast s obzirom na 1995. od 7 %. Nisko su SAD (40 %), ali uz porast gotovo dva puta i Francuska (30 %) uz porast od 2,75 puta. Što su preostatci kremiranja, koji su već sada privukli pozornost oporabljivača, njih šest, pretežno u SAD-u?

To su skupi metali, čelični klinovi, titanski kukovi ili kobaltno-kromna koljena. Vjerovatno prvi u svijetu bila je jedna oporabljivačka tvrtka iz Nizozemske, osnovana 1997. Ona danas sakupi godišnje oko 250 tona metala iz preostatka kremiranja koji se mogu upotrijebiti za izradbu automobila, zrakoplova ili vjetroturbina. Sve se dulje živi i sve je više ugrađenih usadaka. Samo umjetnih pužnica do sada je ugrađeno oko 200 tisuća. Što je s elektrostimulatorima srca ili s RFID-čipovima? Tu ne bi trebalo biti etičkih problema, jer usatci nisu nikada bilo živo. A zadača mrtvozornika u budućnosti? Odrediti stupanj kiborgiziranja pokojnika i dopustiti ukop u zemlju ili zahtijevati kremiranje.

Poželjno informacijsko kiborgiziranje

Vraćanje vida slabovidnim ili slijepima velik je pozitivni doprinos kiborgizaciji. Zbog ograničenosti teksta navodimo samo neke literaturne izvore.^{21,22} Treba spomenuti jedno sasvim novo rješenje za one koji pate od staračke dalekovidnosti.²³ Poznato je da femtolaseri u okulistici omogućuju narazličite korekcije vida. Sada je A. Scharrer, poslije pet godina uspješnog ispitivanja, predstavio novo rješenje: ugrađuje se u rožnicu, na femtolaserom pripremljeno mjesto, usadak veličine 3,8 mm.²³ Time je postalo nepotrebno nošenje naočala, samo u SR Njemačkoj za 18 milijuna ljudi.

Sporno informacijsko kiborgiziranje

Interes za ovo područje prvog autora pobudio je K. Warwick sa svojim radovima na ugradnjni čipova 1998.⁹ To je potaklo održavanje televizijskog sučeljavanja o etičnosti ideje prijenosa misli računalom.⁴ Prvi važniji rezultat ostvario je K. Warwick u ožujku 2002. kada je prenio računalom seksualno uzbudjenje na svoju ženu, najavljeni u pismu prvom autoru.²⁴ U tom trenutku još nijedna osoba u svijetu nije imala ugrađeni RFID čip (slika 4).²⁵ Ovo informacijsko kiborgiziranje moguće je nazvati radiofrekvencijskom identifikacijom čovjeka.²⁶

S tom identifikacijom započelo se kod ljudi 10. svibnja 2002. Tada su trojici članova obitelji Jacobs iz Floride ugrađeni RFID čipovi.^{27,6} Osnovni razlog bio je što je otac Jeff jako ovisan o brojnim lijekovima, a pogreška u njihovu uzimanju bi bila katastrofalna.^{26,7} Već je 2005. više od sedam tisuća ljudi imalo ugrađeno takve čipove.^{26,7}

Američka Food and Drug Administration (FDA) odobrila je ugradnju takvih čipova.²⁸ Već u rujnu 2004. posjetitelji noćnog kluba *Baja Beach* u Barceloni mogli su koristiti takve čipove za plaćanje usluga.²⁹ U srpnju 2006. pokazala su dva hakera na konferenciji u New Yorku da mogu skinuti sve podatke s ugrađenog RFID čipa.²⁸ I kirurška ugradnja čipova nije bez rizika.²⁷

Potencijalno negativne posljedice ugradnje RFID čipova pojavljuju se sve ubrzanije.^{30,31} FDA je odobrila čipiranje lijekova (npr. pilula) te se time pridružila već ranije donešenoj odluci Europske unije (2010. godine) o čipiranju lijekova. Riječ je o čipu veličine zrne pijeska koji će iz ljudskog probavnog trakta slati podatke o stanju tijela na računalo ordinariusa.

To ima, navodno, za svrhu bolju kontrolu zdravlja pacijenta i njegov svakodnevni kontakt s liječnikom, naročito kod bolesti koje moraju biti pod dnevnim nadzorom specijalista. Koristi li ili šteti ljudskom organizmu taj čip i način njegova rada (prema FDA mogući su zdravstveni rizici - negativne reakcije tkiva, kvar elektronskih skenera, neuspjeh implantiran transponder, električne opasnosti itd.)³⁰, o tome se ne govori.

To što posebno zabrinjava pri korištenju ovog čipa jest činjenica da je on jedna varijanta RFID čipa, tehnike s kojom je već eksperimentirao K. Warwick, a koja u sebi sadrži velike opasnosti od moguće zloupotrebe, pa i krađe identiteta. Zastupnici globalizacije nastoje dovršiti koncept jedinstva i uniformnosti zemaljske kugle i uspostaviti potpunu kontrolu kretanja, mišljenja i djelovanja građana putem RFID čipova. Na koji način to planiraju izvesti? Potenciranjem straha i stvaranjem osjećaja nesigurnosti.

Strah je, kao što je istaknuo sociolog F. Furedi, postao sila koja će se koristiti za opravданje mnoštva stvari: od obveznih biometričkih dokumenata do globalne baze podataka. Na taj način globalizatorska elita želi upravljati čovječanstvom pod izlikom da će RFID čipovi omogućiti bolje praćenje zdravstvenog stanja svakog pojedinca i njegovo poboljšanje. No, to uistinu predstavlja uvođenje centraliziranog nadzora građana i reduciranje njegove slobode. Pomoću RFID čipova u tijelu moći će se daljinski upravljati ljudima, njihovim emocijama, te izazvati određene bolesti, pa i smrt.

Osim mentalnog, emocionalnog, pa i fizičkog programiranja naše svijesti i percepcije stvarnosti, bit će moguće daljinskom kontrolom zaustaviti neke fiziološke procese u tijelu, što može imati pogubne posljedice po zdravlje. Čip priključen na nervni sustav čovjeka uključenog u mrežu može usporavati ili ubrzavati rad srca, usmjeravati i kontrolirati njegove misli, fizičke reakcije itd.³¹ Kada bi se kirurški uklonio, mala kapsula bi puknula i osoba bi bila kontaminirana litijem i kemikalijom u mikrobateriji, GPS bi detektirao uklanjanje i obavijestio bi policiju. Postojat će mogućnost da se daljinskom kontrolom dovede do otpuštanja litija iz kapsule mikročipa, što će dovesti do trovanja, te će se tako eliminirati neželjena populacija ili nepoželjni pobunjenici.³¹

Neophodnost mikročipiranja mogla bi dosegnuti globalne razine ljudskih aktivnosti i zahtijevati obaveznu upotrebu mikročipova u svakodnevni građana, bez kojih neće biti u mogućnosti pristupiti određenim društvenim segmentima.

Umjetni mozak

Istraživač **H. Markram** sa švicarske École Polytechnique Fédérale de Lausanne, već dulje vrijeme radi na razvoju umjetnog mozga. Kao nastavak dosadašnjih istraživanja, odobren mu je 2011. projekt Human Brain Project s rokom završetka u 2023. Na projektu će raditi istraživači iz devet zemalja, od toga oko tisuću doktoranada s područja medicine, kemije, fizike i informatike, a vrijednost projekta je jedna milijarda eura.³² Umjetni mozak bit će napravljen od silicija, zlata i bakra, a imat će sposobnost razvijanja misli nezavisno od ulaza (inputa) s drugih strana, i mogućnost osjećanja. Među znanstvenicima prevladava strah da bi taj mozak mogao biti više zao nego dobar. Stoga se otvaraju brojne etičke dileme vezane uz ovaj projekt.

Što nas očekuje u budućnosti?

Navest ćemo samo neke očekivane trendove, od kojih neki nisu razrađivani u ovom tekstu. Za one koji se po prvi put ovdje spominju, bit će naveden literaturni izvor. U budućnosti nas očekuje:

- nastaviti će ugradnja tvarnih dijelova, poput umjetnih kukova ili umjetnog srca

- pojačano čipiranje s pomoću RFID čipova

- funkcionalni umjetni mozak uzboganje vlastitih zamjenskih dijelova^{12,13} prividni seks^{12,13}

- proširenje čovjekovih mentalnih i fizičkih sposobnosti - vid u infracrvenom području, pisanje knjige za nekoliko minuta; sprint trčanje bez udisanja, ronjenje satima bez kisika^{12,13}

- život u digitalnom mjeheru - sprječavanje primanja, po mišljenju naredbo-davaca nepoželjnih informacija (futurist I. Pearson).^{33,6}

Etički problemi kiborgiziranja - kiborgoetika

Treba samo upozoriti da postoje brojni etički problemi vezani uz kiborgiziranje čovjeka. Nije moguće ukratko se osvrnuti na to vrlo komplikirano i kompleksno područje. Ono što zabrinjava jest stvaranje ljudi s ciljem pojačanja ili čak uklanjanja određenih karakteristika. Jos nije jasno odredena granica između korekcije i poboljšanja ni do koje je granice etično kiborgizirati ljudsko biće. Postavlja se pitanje kada umjetno poboljšana osoba prestaže biti čovjek, no za to je potreban poseban

tekst. Primjer, profesionalni i etički izazovi vezani uz umjetnu krv, dio su jednog projekta.³⁵ Stoga je nužan posebni tekst o kiborgoetici.

Zaključak

Poželjno i nepoželjno kiborgiziranje ljudskog bića nezadrživo napreduje. Uz obje kategorije kiborgiziranja javljaju se dva važna područja. Prvo je materijalstvo kiborgiziranja, dakle materijali za umjetne dijelove ljudskog bića i njihova proizvodnja. Biomaterijalima za umjetne dijelove bit će posvećen poseban tekst na stranicama ovog mjeseca.

Istodobno postoje ozbiljne etičke dvojbe kiborgizacije. U nastavku ove serije članaka o kiborgizaciji, jedan od idućih teksta bit će posvećen upravo etičkim problemima.

Na temelju prethodnog³ i ovog teksta preporuča se Medicinskoj akademiji Hrvatske, Hrvatskom liječničkom zboru, Medicinskom razredu HAZU te medicinskim fakultetima osnivanje dvaju tijela, i to oba interdisciplinarna. Prvo bi se tijelo bavilo medicinsko-tehničkim problemima kiborgiziranja čovjeka. Drugo, bi razmatralo etičke dvojbe kiborgiziranja, pitanja kiborgoetike.

.....



Slika 4 RFID čip²⁵

Referencije

1. Pacitti, S.: Cutt of the Roots, Plastics in Packaging, February 2011.
2. Čatić, I., Greguric, I., Rujnić-Sokele, M.: Mit der Kunststoffindustrie auf dem Weg zum Cyborg, DeviceMed, 7(11)90-91(2011).
3. Čatić, I.: Uvod u kiborgiziranje - Što moraju znati svi, pa i medicinari, Liječničke novine 12(106)52-54(2012).
4. Etičke dvojbe o kiborzima i androidima, Znanstveno sučeljavanje, HT, I. program, 3. siječnja 2002. (zajedno s T. Matulićem, D. Mikulićem i J. Paladinom, voditelj S. Govedić).
5. Čatić, I., Domazet-Lošo, S.: Preoblikovanje čovjeka zahtjeva argumentiranu etičku raspravu, Vjesnik, 29. lipnja 2002.
6. Čatić, I., Barić, G., Rujnić-Sokele, M.: Jedinstvena etika čovjekove (umjetne) tehnike, 4. lošinjski dani bioetike, Hrvatsko bioetičko društvo i Hrvatsko filozofsko društvo, M. Lošinj, 13. lipnja 2005.
7. Greguric, I., Čatić, I.: Kibgoetika - presjeciste ili poveznica bioetike i tehnoetike, 9. lošinjski dani bioetike, M. Lošinj, 16.-19. svibnja 2010., s. 63-65.
8. Čatić, I., Rujnić-Sokele, M.: Metamedicinska provjera opravdanosti ciljeva u suvremenoj medicini, Liječničke novine 90, 70-72(2010).
9. Warwick, K.: I, Cyborg, University of Illinois Press, Urbana and Chicago, 2002.
10. Primjena sustavnosne teorije u općoj tehnici, Projekt financirao MZOš (2007. - 2012.), voditelj I. Čatić.
11. Čatić, I., Malički, M., Rujnić-Sokele, M., Greguric, I.: Ugradnja organa i udova - stanje i budućnost, 10. lošinjski dani bioetike, Mali Lošinj, 16.-18. svibnja 2011, s. 173-174.
12. Čatić, I., Greguric, I., Maskalan, A.: Etička pitanja presadivanja organa, estetskog preoblikovanja i kiborgiziranja čovjeka, Europski dom Zagreb, 7. prosinca 2011.
13. Greguric, I.: Presadivanje i kiborgiziranje, neobjavljen rad načinjen u okviru projekta Primjena sustavnosne teorije u općoj tehnici, Projekt financirao MZOš (2007. - 2012.), voditelj I. Čatić.
14. http://en.wikipedia.org/wiki/Jacques_Ellul, pristupljeno 7.8.2012.
15. https://www.google.com/search?q=%22Vollim%20plantierbares+Kunstherz+wird+erprobt%22&hl=hr&sourceid=gd&rlz=1D1GGLD_hrHR378HR379, pristupljeno 30.3.2012.
16. Yoshikawa, H.: Synthesiology as sustainability science, *Sustain Sci* (2008) 3:169-170 DOI 10.1007/s11625-008-0060-2. Received: 11 August 2008 / Published online: 25 September 2008.
17. Pescovitz, D.: Spare Parts for the Human Body Shop, <http://coe.berkeley.edu/labnotes/0505/pruitt.html>, pristupljeno 17.5.2012.
18. Lysaght, M., Webster T.J.: Biomaterials for artificial organs, *Wileyhead Publishing in Materials*, s. 38.
19. Čatić, I.: Kiborg kao poveznica između umjetnika i mrtvozornika, Vjesnik, 1. ožujka 2012.
20. Boyd, C., Hugh-Jones, R.: Melting down hips and knees: The afterlife of implants, <http://www.bbc.co.uk/news/magazine-16877393>, pristupljeno 25.2.2012.
21. Hanlon, M.: The Bionic Eye approaches: the next generation of Retinal Implants, <http://www.gizmag.com/go/6855/>, pristupljeno 9.12.2009.
22. Borghino, D.: Neuroscientists could help people see with their mind's eye, <http://www.gizmag.com/visual-prosthetic-device/22832/>, pristupljeno 6.6.1012.
23. N. N.: Implant macht die Leserbrille künftig überflüssig, *VDI-N*, 31-32(2012), 3. August, S.13.
24. E-pismo K. Warwicka I. Čatiću 17. prosinca 2001.
25. VeriChips Violate Privacy, <http://rfid-chips.blogspot.com/2009/11/verichips-violate-privacy.html>, pristupljeno 27.7.2012
26. http://en.wikipedia.org/wiki/Radio-frequency_identification#Human_implantation, pristupljeno 9.8.2012.
27. Weiss, H.: US-Parlament gegen Chip - Implantate beim Menschen, *VDI-N* (16)17, 22, April 2005.
28. Greene, T. C.: Feds approve human RFID implants, http://www.theregister.co.uk/2004/10/14/human_ffid_implants/. Retrieved 2007-03-01, pristupljeno 9.8.2012.
29. BBC News: Barcelona clubbers get chipped, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/technology/3697940.stm>, pristupljeno 29.9.2004.
30. CASPIAN Special Report: FDA Letter Raises Questions about VeriChip Safety, Data Security, <http://www.spychips.com/devices/verichip-fda-report.html> CASPIAN Special Report, October 19, 2004: FDA Letter Raises Questions about VeriChip Safety, Data Security, pristupljeno 13.8.2011.
31. Kramarić, D.: Odobreno čipiranje ljudi: Elite će na daljinski upravljati milijunima, a moći će ih i isključiti, http://www.dnevno.hr/vijesti/svijet/odobreno_cipiranje_ljudi_elite_ce_na_daljinski_upravljati_milijuni_ma_a_moci_ce_ih_i_iskljuciti/958651.html, pristupljeno 14.8.2012.
32. <http://www.vdi-nachrichten.com/artikel/Mission-kuenstliches-Hirn/53459/1/homepage>, pristupljeno 6.6.2011.
33. Marson, I.: Futurologist predicts need for digital bubble, <http://www.zdnet.com/futurologist-predicts-need-for-digital-bubble-3039199800/>, pristupljeno 29.5.2005.
34. Gosić, N.: Umjetna krv - profesionalni i etički izazovi (rad u tisku), dio znanstveno-istraživačkog projekta Bioetika i kultura, privatno priopćenje, 2012.



Osvrt na temu kiborgiziranje čovjeka

Uz članak «Quo vadis...»

Prof. dr. Željko Poljak

- U nedavnoj velikoj anketi o čitanosti *Liječničkih novina* i zadovoljstvu čitatelja, rubrika *Tehnologija u medicini* nije dobro prošla, što zabrinjava jer je u njoj budućnost medicine svidjelo se to nama ili ne svidjelo.

Budući da među liječnicima nismo mogli naći nekoga tko bi našim čitateljima odškrinuo pogled u budućnost punu slutnja i nepoznanica, nije nam preostalo drugo nego angažirati prominentne autore izvan medicinske struke.

Rubriku je započeo prije dvije godine prof. Ratko Madjarević s Fakulteta za elektrotehniku i računarstvo člankom Bio-medicinsko inženjerstvo u svijetu (broj 93), a nastavio ju je prof. dr. Igor Čatić s Fakulteta strojarstva i brodogradnje (FSB) Uvodom u kiborgiziranje - Što moraju znati svi, pa i medicinari (broj 106).

Zar nije simptomatično da je ne samo u *Liječničkim novinama* nego i u Senatu Akademije medicinskih znanosti Hrvatske prvi o kiborgizaciji čovjeka progovorio jedan tehnolog (prof. Čatić), a ne liječnik? Stoga mu se zahvaljujemo što se odazvao da o toj temi u nekoliko nastavaka iznese «ono što moraju znati svi, pa i medicinari».

Posebno mu moramo zahvaliti što je, u dogovoru s urednikom, pristao pisati na liječnicima razumljiv način, ipak pritom ne zapostavljajući znanstvenu ozbiljnost.

Članak *Quo vadis, kiborgizacijo čovjeka?* na str. 60. ovog broja zapravo je nastavak spomenutog *Uvoda* koji je napisao na temelju rezultata istraživanja u okviru projekta povezanih s proizvodnjom dijelova od anorganskih i organskih polimera, osnovnim područjem svoga djelovanja. Te znanstvene projekte financirao je od 2000. do 2011.



Prof. dr. Igor Čatić

MZOS, ali su istraživanja u 2012. prekinuta zbog formalnih razloga.

Čatićev interes za medicinu rezultat je dviju činjenica. On je dokazani kulturolog, što znači da povezuje rezultate materijalne i duhovne kulture. Možda ga najbolje opisuje ova njegova rečenica: »Djelatnost i njezina gospodarska djelotvornost uvijek su u funkciji društveno-humanističkih ciljeva, koje određuje politika.« Ona tumači i njegov pristup području kiborgiziranja čovjeka. Ako medicinari i tehničari žele ostvariti svoje društveno-humanističke ciljeve, moraju u njih uvjerili političare pri donošenju zdravstvenih zakona i propisa (npr. odobravanje lijekova, pa i njihovo čipiranje).

Čatićeva
suradnica magistra
politologije
Ivana Greguric



Prof. Čatić (1936.) već je tijekom studija konstruirao kalupe, alete i strojeve za preradbu plastike, a kao asistent je radio na Zavodu za materijale FSB-a (kratak CV u prilogu). Već je u svom prvom članku u *Liječničkim novinama* upozorio da se moraju proučavati i izabratи ne samo optimalni materijali za određenu svrhu, neovisno o vrsti (metali, plastika itd.), nego i postupci njihove proizvodnje.

Među materijalima za umjetne organe velika je zastupljenost anorganske i organske plastike i gume, čime je moguće objasniti Čatićev interes da se i u medicini ciljano proučavaju materijali za te svrhe, kao i plastika i guma u medicini općenito. Da zaokruži temu, njavio je u jednom od idućih brojeva prikaz kapitalnog djela *Biomaterials for artificial organs*.

Jedna od Čatićevih suradnica je i magistra politologije Ivana Greguric (1982.), sada predavačica na Odsjeku za komunikacije na Visokoj poslovnoj školi u Zagrebu. Područja njezina interesa su bioetika, filozofska antropologija, filozofija tehnike, ali i glazba (skladateljica je i sviračica) te sport.

Zbog svog predavanja Bestjelesni čovjek u virtualnom prostoru na skupu *Filozofija i mediji* (2009.) u okviru manifestacije *Dani Frane Petrića*, pozvana je da radi na projektu *Primjena sustavnosne teorije u općoj tehnici*. U okviru projekta obradila je temu *Presađivanje organa i kiborgiziranje čovjeka*, što je rezultiralo većim brojem radova.

Velik broj radova citiranih u članku na str. 60. potaknut je održavanjem *Lošinjskih dana bioetike* koje 11 godina za redom organiziraju Hrvatsko bioetičko društvo i Hrvatsko filozofsko društvo.

Šteta je da na njemu rijetko susrećemo liječnike premda bi bioetika trebala biti misao vodilja u humanoj medicini (uspješnosti tog skupa nemjerljivo je pridonio prof. dr. Ante Čović).

Zaključimo! Kiborgiziranje je iznimno važno područje vezano uz budućnost medicine. Nažalost, u praćenje tog područja u Hrvatskoj su se dosad premalo uključili liječnici premda su, uz tehničare, nezaobilazni činitelji kiborgizacije.

- Prof. dr. **IGOR ČATIĆ** (1936.) umirovljeni je redoviti profesor Fakulteta strojarstva i brodogradnje Sveučilišta u Zagrebu (FSB).

Usporedio je završio gimnaziju i izučio alatničarski zanat. Diplomirao je i magistrirao na današnjem FSB-u. Doktorirao je 1972. na Tehničkom sveučilištu u Aachenu.

Radio je u alatničarskoj radionici Štanca (1955.-1960.), tvornicama ME GA (1960.-1963.) i TOZ (1963.-1965.) te na FSB-u (1965.-2006.).

Predavao je predmete s područja proizvodnje plastičnih i gumenih tvorevin na dodiplomskim ili postdiplomskim studijima u zemlji i inozemstvu. Predavao je studentima arheologije, ekonomije, filozofije i sociologije.

Pokrenuo je osnivanje prethodnicâ današnjeg Društva za plastiku i gumu.

U časopisu *Polimeri* je urednik za inozemstvo (1982.-). Primio je Nagradu *Nikola Tesla* za znanost (1977.), za promicanje tehničkih znanosti (2000.), Nagradu grada Zagreba za znanost (2002.) i Nagradu za životno djelo *Faust Vrančić* (2005).

Posebno se ističe nagrada *Society of Plastics Engineers* (SAD) pod nazivom

International Education Award (1998.). Član je više udruga, među ostalim doživotni je član sa statusom *Fellow of Institute of Materials, Minerals and Mining*.

Osim na užem području, objavio je više izvornih znanstvenih i stručnih radova s područja jezika, filozofije i etike te više rječnikâ.



Posebno treba istaknuti nekoliko njegovih radova koji su povezani s medicinom. Problemom nanočestica bavi se već desetljeće. Bolest koju izazivaju te čestice nazvao je 2008. nanoozom i pronašao prvu bolesnicu. Godine 2001. postavio je pitanje *Treba li vrednovati medicinu poput tehnike ili ekosustava?*

Nedavno je objavljen njegov rad koji je napisao sa svojim obiteljskim liječnikom doc. dr. Hrvojem Tiljkom te ostalim suradnicima. Rad *Process of Human Reproduction - The Natural Model of Injection Moulding of Living and Non-Living Substances*, objavljen je u jednoj njemačkoj knjizi.

Brojni su njegovi radovi i javni istupi povezani s tehničkim i osobito etičkim problemima kiborgizacije. Objavio je dva rada i u *Liječničkim novinama*. Dio tih znanja i spoznaja sadržaj su njegovih predavanja.

.....

Terapija svjetlom i na bjelovarskoj psihijatriji

Elvira Koić, Iva Manestar-Hlebec, Ljiljana Bamburač,
Vinko Čatipović

• Dr. Iva Manestar Hlebec i prim. mr. sc. Elvira Koić, specijalisti psihijatri Jedinice djelatnosti psihijatrije Opće bolnice u Bjelovaru, bile su u lipnju 2012. tijedan dana na studijskom boravku u psihijatrijskim klinikama u Rotterdamu i Groningenu, radi praktične i teorijske edukacije u svjetlosnoj terapiji.

Upravo tako im je to područje prezentirano na suvremenim način, s najnovijim podacima konkretnih istraživanja i svjetske literature. Ove susrete je organizirala našarenomirana kolegica dr. Ljiljana Bamburač koja

godinama živi i uspješno radi u Nizozemskoj, a osim vlastitih sredstava, u tu je edukaciju djelomično uložila i Opća bolnica Bjelovar.

Predavači su bili potvrđeni stručnjaci za to područje: dr. M. Verschuur iz Centra za akutnu i socijalnu psihijatriju RIAGG Rijnmond iz Rotterdama, prof. Ybe Meesters iz ogromnog Rijksuniversiteit Groningen/UMCG (Universitair Medisch Centrum Groningen) - Department Chronobiology, koji se počeo baviti svjetlosnom terapijom još prije 1990. godine i u tom je području jedan od najvećih autoriteta, te njegova bliska suradnica dr. Ma-

rijke Gordijn u Institutu primjenjene znanosti Marie KamphuisBorg u Groningenu, koja provodi humana kronobiološka istraživanja, trenutno na projektima za tvrtku Philips.

Razlog za organiziranje ove specifične edukacije, bio je odluka o osnivanju ambulante za terapiju svjetlom, zbog potrebe za što kvalitetnijim holističkim liječenjem poremećaja raspoloženja u Odsjeku za liječenje afektivnih poremećaja i Odsjeku socijalne psihijatrije Jedinice djelatnosti psihijatrije Opće bolnice u Bjelovaru.

Terapija svjetlom odnosi se na dvije različite kategorije liječenja, koje se primjenjuju u medicinskoj praksi od 1950., odnosno od 1980. godine, a u zemljama njemačkog govornog područja do danas se gotovo utrostručila.

Primarna uporaba je tzv. fototerapija ultra-ljubičastim svjetlom - za liječenje kožnih promjena, posebice psorijaze, ikterusa i raznih osipa. Drugu kategoriju predstavlja uporaba punog spektra svjetlosti (terapija svjetlom, light therapy) - za liječenje sezonskog afektivnog i drugih vrsta poremećaja raspoloženja depresivnog tipa, bipolarnog i poremećaja vezanih uz demencije, premenstrualnog sindroma, postpartalnih depresija, a posebno različito uzrokovanih nesanica.





Dr. Iva Manestar-Hlebec, prof. Ybe Meesters, dr. Marijke Gordijn
i prim. mr. sc. Elvira Koić u Groningemu

Mnogima je od tih poremećaja za jedničko to što su uzrokovani utjecajem modernog društva koje nameće raspored spavanja i budnosti, a koji nije uskladen s prirodnim vremenom za spavanje što ga diktira unutrašnji ciradijanski sat (jet-lag sindrom, problemi vezani uz smjenski rad, poremećaj kašnjenja faze spavanja, kronični umor...).

Praktički se primjenjuju lampe za svjetlosnu terapiju opremljene izvorom svjetla koje emitira UV zrake ili koje ga ne emitira, tj. vidljivim spektrom. Većina lampi emitira ljevkovito, umirujuće ili stimulirajuće jarko svjetlo od 2.500 do 10.000 luxa. Koriste se i viziri poput kapa, koji ispod „šilta“ a iznad očiju, imaju izvor svjetla, tako da se s njima može kretati.

Doza svjetlosti koja se preporučuje je 5.000 luxa tijekom 45 minuta do jednog sata dnevno ili kao 10.000 luxa 10 minuta do pola sata svakog jutra. Za usporedbu, sunčeva svjetlost ljeti je oko 100.000 luxa, a prosječna unutarnja rasvjeta oko 300-500 luxa.

Nekim se pacijentima aplicira i po nekoliko seansi svjetlosne terapije svaki dan. Važno je da se terapija ne prekida ni tijekom vikenda. Optimalan je rani jutarnji tretman, prije osam sati. Terapija se najčešće provodi u ambulantama ili ordinacijama, ali je moguća i samo-primjena kod kuće ili na radnim mjestima.

Pacijent sjedi oko 40 cm (16 inča) ispred svjetlosne lampe ili kutije (light box), postavljene u blizini stola, pod kutom, svakodnevno, ovisno o težini poremećaja rasploženja.

Također se provodi tzv. „simulacija zore i sumraka“ (Dawn Dusk Simulation, DDS terapija) - do 300 luksa intenziteta. Rasvjetno je tijelo programirano za uključivanje npr. oko 4,30 ili 5 sati u jutro dok pacijent još spava, pa se postupno pojačava simulirajući izlazak sunca.

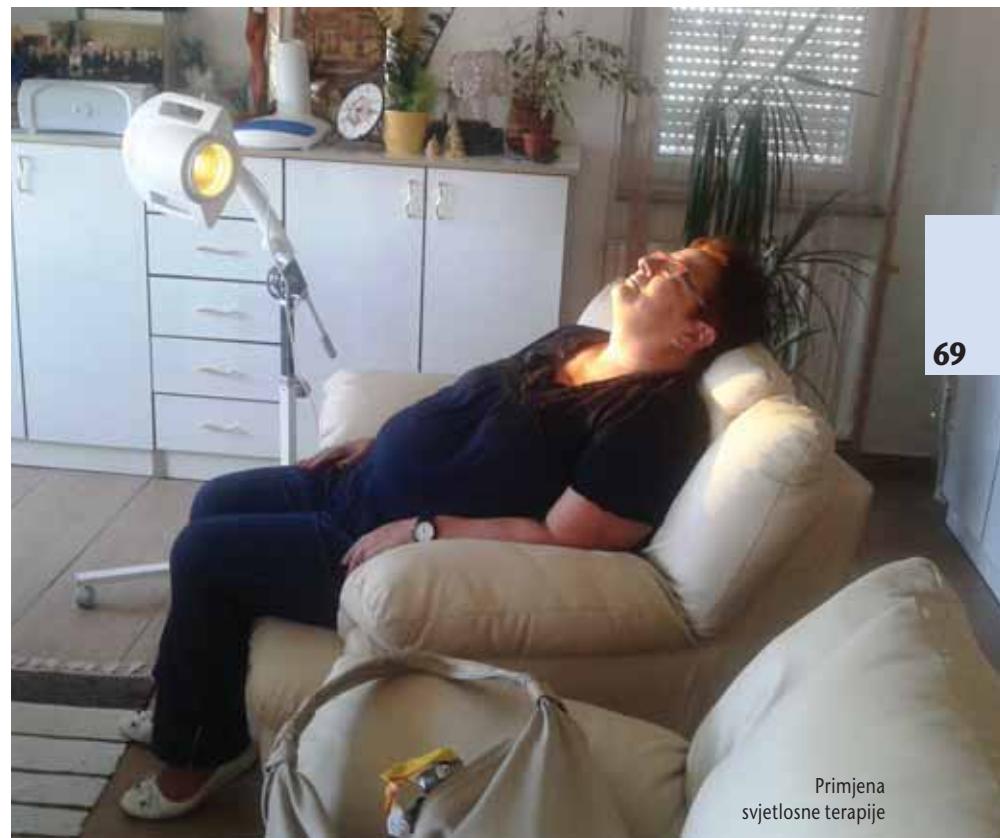
Za pomicanje kasne faze spavanja kreće se u ponoć s ekspozicijom svjetlu od 2000, 4000 ili 8000 luxa tijekom tri sata, a lampe se postave pored kreveta.

Subjekti tada gledaju TV program ili čitaju u krevetu, a faza spavanja se može pomaći i do 2 sata.

•••••

Preporuka je ne gledati direktno u izvor svjetla, već da se nešto čita ili radi, npr. doručkuje. Liječenje obično počinje u jesen kada su dani kraći, a završava u proljeće.

Početak terapije varira u odnosu na pojavu simptoma, uobičajeno kontinuirano tijekom zimskog perioda, a diskontinuirano u vremenu prirodne remisije u proljeće i ljeto.



Primjena
svjetlosne terapije

O Akademiji medicinskih znanosti Hrvatske



• Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (Academii scientiarum medicarum croatica; AMZH) vrhunска је уstanova medicinskih znanosti u Hrvatskoj i promicatelj nacionalnog doprinosa svjetskoj medicinskoj znanosti. Razvitak medicinske znanosti u Hrvatskoj bio je cilj i svrha uspješnog rada AMZH-a tijekom prošlih 51 godine koliko postoji.

U prošlosti se AMZH prilagodavala naglom razvoju medicinske znanosti pa od 1994. godine djeluje u 8 znanstvenih kolegija:

- Kolegij internističkih znanosti
- Kolegij kirurških znanosti
- Kolegij temeljnih medicinskih znanosti
- Kolegij psihijatrijske znanosti
- Kolegij javnog zdravstva



- Kolegij stomatoloških znanosti
- Kolegij veterinarske medicine
- Kolegij farmaceutskih znanosti

Velik dio rada odvija se preko njihovih odbora. Akademija je organiziranjem i provedbom brojnih simpozija (od 1973. održano ih je 247), znanstvenih sastanaka (od 1976. održano ih je 92; neki se tradicionalno održavaju svake godine), kongresa (od 1984. njih 70), tribina, poslijediplomskih tečajeva (onih I. kategorije od 1989. održano je 43), škola (od 1981. godine 47), radionica (od 1990. godine 13), seminara (od 2001. 8) konferencija (od 1990. 10), tribina (do sada 37) i brojnih drugih sastanaka i skupova dokazala svoj doprinos medicinskoj znanosti. Akademija je bila i pokrovitelj 93 znanstvena skupa

i kongresa. Neki su njezini odbori osobito aktivni. Primjerice, Odbor za apoptozu od 1996. organizira svake godine znanstveni skup pod nazivom „Apoptoza - programirana smrt stanica“. Odbor za telemedicinu preimenovan je 2010. u Odbor za e-zdravlje i izradio je Deklaraciju o e-zdravlju kao strateški dokument za budući razvitak toga vrlo važnog područja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.

Deklaraciju je usvojio i Kolegij javnog zdravstva 2009. kada je obilježen svjetski Tjedan soli, kojim je simbolično obilježen početak aktivnosti hrvatske inicijative za smanjenje unosa soli - CRASH (Croatian Action on Salt and Health) koja okuplja niz stručnih društava i građanskih organizacija, a dio je međunarodne inicijative WASH (World Action on Salt and Health).

Nagrade Akademije „Ante Šcerer“ i „Borislav Nakić“ dodjeljuju se od 1993. za najbolje znanstvene radove objavljene u prethodnoj godini. Akademija je u zadnje vrijeme bila nositelj triju velikih znanstvenih projekata: Smanjenje unosa soli u organizam i Praćenje rezistencije bakterija na antibiotike (financira Ministarstvo zdravlja) i Maligni epidermalni kožni tumori u Hrvatskoj (financira Ministarstvo znanosti).

AMZH je treća po starosti medicinska akademija u svijetu i istaknuti je član IAMP-a (International Academy Medical Panel) u kojem vrlo aktivno sudjeluje. Predsjednica Akademije, prof.dr.sc. Lipozenić, predsjednica je i međunarodnog kongresa „Update in Dermatologic Drug Therapy“ koji AMZH organizira od 18. do 20. listopada

Ban Jelačić
pokazuje upravo
na sjedište AMZH-a



Foto: Željko Poljak

2012. u Opatiji na engleskom jeziku. Tom će prigodom biti predstavljena i knjiga Update in Dermatologic Drug Therapy s 40 poglavlja, znanstvenih rukopisa pozivnih predavača, od kojih su 8 članovi AMZH-a.

Akademija ima velik potencijal za znanstveni rad u budućnosti koji nije, međutim, do sada bio odgovarajuće financiran tako da je, osobito prošle godine, Akademija dobila tek beznačajna sredstva iz Ministarstva znanosti.

Akademiju u ovom času čini 405 članova (292 redovita, 50 suradnih, 43 počasna člana strana državljana, 5 počasnih članova državljana RH, 15 dopisnih članova). Senat Akademije najviše je savjetodavno tijelo, koje broji 35 osobito zaslužnih redovitih članova. Izbor u članstvo AMZH-a i sva tijela odvija se tajnim glasovanjem.

Članom Akademije mogu postati liječnici i drugi djelatnici na području medicine i zdravstvene zaštite koji su značajno unaprijedili medicinsku struku i znanost. Članovi mogu biti redoviti, suradni, dopisni i počasni. Oni se biraju na Izbornoj skupštini Akademije na temelju natječaja u izbornom postupku prema znanstvenim kriterijima. Prijedloge podnose medicinske i srodne znanstvene ustanove, zdravstveni fakulteti, medicinska društva učlanjena u Hrvatski liječnički zbor,



Senat i kolegiji Akademije, te znanstveni medicinski djelatnik uz pismenu potporu petoro redovitih članova Akademije. Temeljni uvjeti za izbor člana su doktorat znanosti i dokazi o znanstvenoj aktivnosti. Suradni i redovni članovi mogu biti samo hrvatski državljeni, a dopisni i počasni i strani državljeni.

Naročito zaslужnim članovima Akademija dodjeljuje počasni naslov laureata na posebnoj svečanosti - Dies Academicus.

Akademija dodjeljuje dvije godišnje nagrade za najvrednije znanstvene radove, jednu od njih mlađom znanstveniku do 35 godina života. Zajedno sa svojim članovima Akademija je dosad izdala preko 150 knjiga, a osim toga redovno izdaje izdaje:

- "Ljetopis" - godišnji izvještaj o svom radu

- "Acta Medica Croatica" - časopis na hrvatskom jeziku

- "Socijalna psihijatrija" - časopis

- "Croatian Medical Journal" - novi časopis, indeksiran u CC (Current Contents)

- "Rezistencija bakterija na antibiotike u RH - godišnje izvješće" - službeno izdanje

Sadašnje vodstvo Akademije sačinjavaju: **Jasna Lipozenčić**, predsjednica; **Melita Valentić Peruzović**, prva dopredsjednica; **Davor Štimac**, drugi dopredsjednik; **Inge Heim**, glavna tajnica; **Svetlana Čala**, druga tajnica, i **Ilija Kuzman**, finansijski tajnik.

Kontakt i adrese: AMZH, Praška 2/III kat, Zagreb; tel +385 (0)1 4640 586; 01/4828 662; fax: 01/4828 038; e-mail: amzh@zg.t-com.hr; office@amzh.hr; Web:

•••••

Bolest i smrt bl. Ivana Merza (1896.-1928.)

Prof. dr. Božidar Nagy, SJ, postulator za kanonizaciju bl. I. Merza

Kratka biografija dr. Ivana Merza

• Ivan Merz rođen je 16. XII. 1896. u Banjoj Luci gdje je 1914. završio gimnaziju. Nakon tromjesečnog boravka u Vojnoj akademiji započinje studij u Beću koji prekida zbog Prvog svjetskog rata. Pozvan je u vojsku i poslan 1916. na bojište u Italiju gdje ostaje do kraja rata. Nakon rata nastavlja studij književnosti u Beću (1919.- 1920.) i dovršava ga u Parizu (1920.-1922.).

Dolazi u Zagreb gdje postaje profesor francuskog jezika i književnosti na gimnaziji. Doktorirao je 1923. na Filozofskom fakultetu u Zagrebu radom o utjecaju liturgije na francuske pisce. Slobodno vrijeme posvetio je tadašnjoj katoličkoj organizaciji Orlovstvu.

Uveo je Katoličku akciju u Hrvatsku koju je pokrenuo Papa Pio XI. Kao laik i katočki intelektualac, s pozavanjem desetak europskih jezika, živio je svetačkim životom. Ostavio je veliku pisanu baštinu koja se od 2011. objavljuje u osam svezaka Sabranih djela. Premda mlađ i svjetovnjak, smatran je "stupom Crkve" u Hrvatskoj. Umro je u Zagrebu 10. svibnja 1928. na ORL klinici u 32. godini života. Papa Ivan Pavao II. proglašio ga je blaženikom u Banjoj Luci, 22. lipnja 2003. Sve o Merzu može se naći na njegovoj web stranici (www.ivanmerz.hr).

Merzova bolest

Dr. Merz bio je nježne tjelesne konstrukcije, no njegova sklonost športu, ratna pregaranja na fronti te tvrd i isposnički život u Beću, Parizu i Zagrebu učinili su da je bio tjelesno otporan. Njegove su se tjelesne sile tako reći potpuno pokoravale duhu, no tajna



bolest, koja mu je podgrizala životnu snagu, nije mirovala.

Još se kao desetogodišnji dječak tužio na oči: vidio je dvostruko. Brzo k tomu dodoše zubi. Roditelji su duduše sve činili, da mu se pomogne, bio je kod najuvaženijih liječnika specijalista, neprestano je liječio i oči i zube, ali je bez vidljiva uzroka i očima i Zubima bivalo sve gore. U Parizu je gotovo posve izgubio vid tako da je jedva mogao završiti studij. Premda je nosio naočale, ipak je mogao čitati samo iz velike blizine i nekako koso.

Od 1927., upravo u doba njegova najvećeg i najvažnijeg rada, neprestano je poboljevao. Najprije je bolovao od upale dušnika i vrata, onda plućnih vršaka i porebrice. Prvih dana veljače 1927. piše prijatelju Dragi Maroševiću: "Dragi Dragoše! Malo prije dođoh od dr. D. Bio sam na röntgenu i ustanovio je na lijevom plućnom vrhu proces. Non est ad mortem. Mali žig teške orlovske godine. Fiat voluntas Dei!"

Nikako se nije mogao posve oporaviti uza svu roditeljsku pažnju i njegovo osobno nastojanje. Ljeti 1927. nije mogao prisustvovati dačkom orlovskom tečaju na Košljunu. O Uskrsu 1927. bio je na oporavku u Kranjskoj Gori. Kad je prebolio upalu porebrice, cio srpanj i kolovoz oporavljao se u Sv. Križu nad Jesenicama. Zatim je otišao na Hvar, a onda se vratio i nastavio svoj profesorski rad. Bio je promukao, teško je govorio i slabo izgledao. Idući od liječnika do liječnika konačno je saznao pravu svoju bolest. U dnevniku 10. veljače 1928. bilježi: "Dobio sam akutnu upalu čeljusne šupljine... Blago onima, koji s radošću iz ruku Gospodinovih primaju svaku bol i sjetinjeni s Isusom doprinose je za širenje Crkve Isusove u dušama..." Na rtg snimci otkriše konačno i granulome u čeljusti. Sve je to, vjerojatno, prešlo već u kronični stadij i tu se imao tražiti pravi uzrok svim njegovim bolestima. Savjetovali su mu da si dade izvaditi prednje zube iako su izgledali zdravi, što je i učinio.

Operacija

Bolest je sve više napredovala i zadavala Ivanu sve više teškoća. Liječnici mu preporučiše operaciju koju je prihvatio. Dr. Dragutin Kniewald (1889-1979), Ivanov bliski prijatelj i svjedok njegove bolesti i smrti, ovako opisuje posljednje Merzove dane: „U predvečerje onoga dana, kad je trebao poći na kliniku, našao sam ga u njegovoj sobi kako slaže fascikle svoje opsežne korespondencije. Rekao mi je, da želi pomno sve urediti prije nego ode na operaciju. Pripisivao sam to njegovom smislu za rad i njegovoj savjesnosti. Ivan je predosjećao da neće više dugo živjeti. On se potpuno spremio za smrt i htio je da iz njegovih bilježaka i iz njegove korespondencije nestane sve što je moglo nekoga osobno teretiti. Oprostivši se s roditeljima javio se 24. travnja 1928. u određeno vrijeme na klinici. Tamo mu rekoše, da dođe sutradan, oko 8 sati izjutra, jer nije bilo slobodnog kreveta. Ivan se vratio kući, molio je, mnogo radio i dugo bđio u noć. U obliku oporuke sastavio je svoj nadgrobní natpis na latinskom jeziku.

Drugo je jutro, 25. travnja, pošao, kao obično, k sv. misi i sv. pričestu, a onda, oprostivši se od roditelja, pošao je ponovno na oto-rino-laringološku kliniku u Draškovićevu ulici. Tamo mu je u I. katu, u sobi br. 23, "Kutvirt", doznačen krevet u dnu sobe, desno od prozora. Na kliniku je sa sobom uzeo svoj nerazdruživi veliki Misal, razmatranja P. Meschlera, odluke svojih zadnjih duhovnih vežbi i krunicu.

patografija

Sutradan, 26. travnja operirao ga je prof. dr. **Dragutin Mašek** (1866.-1951.), koji mu je, zajedno s ostalim liječnicima, posvetio svu pažnju i brigu. Dr. Kniewald u svojemu opisu Ivanove bolesti u Ivanovoj biografiji nije međutim spomenuo sve pojedinosti operacije. Autoru ovoga članka usmeno je rekao što je čuo od osoblja koje je prisustvovalo operaciji. Navodim po sjećanju kako mi je dr. Kniewald pripovijedao: „Dr. Mašek je tada već bio star i ruke su mu drhtale.

Kod operacije je nehotice zarezao više nego je bilo potrebno i nastupilo je krvarenje. Svjestan svoje pogreške nož kojim je operirao i koji mu je još bio u rukama ljtuto je bacio na pod i popratio riječima: 'Baš mi se to sada moralo dogoditi!' Prema Kniewaldovim riječima bila je to ujedno i posljednja Mašekova operacija.

Nakon operacije rana je tako jako krvarila, da je Merzu pozlilo. Na klinici su bili uvjereni da će krvarenje prestati i rana doskora zacijseliti, ali nije prestalo pa je zastavljeno umjetnim sredstvima. Bolesnik je sve više slabio, jer je mogao uzeti samo nešto mlijeka cjevcicom. Kada su mu skinuli ovoj činilo se da bolest kreće svojim normalnim tokom. U to mu je iznenada počela rasti temperatura i on je priznao da ga boli glava. Tako je opet prošlo nekoliko dana, a da se nije opažalo posebnih razloga ozbiljnoj bojazni. Koji put se činilo da teško govor i da je vrlo umoran, ali to nije bilo ni čudo uz tolik gubitak krvi, visoku temperaturu i tolike dane gotovo bez hrane.

Časna sestra, koja je Merza dvorila na klinici, pripovijeda da je poslije operacije i za vrijeme cijele bolesti Merz bio uzor strpljivosti i finoće bolesnicima.

Nekoliko dana nakon operacije, kad je Merzu ozbiljno pozlilo, vidjevši bolesničko slabo stanje, prof. Mašek nije dao da ga nose u dvoranu za operacije, nego mu je izvadio ostatak tampona u bolesničkoj sobi. Dr. Kniewald, neposredni svjedok Ivanove bolesti, ovako dalje opisuje tijek zbivanja: „U četvrtak 3. svibnja bio je umoran i malo je govorio. Mislio sam, da ga umaraju brojni posjeti. Sutradan, na prvi petak primio je svetu pričest. Cio je dan umorno ležao i ljubazno primao mnoge posjetе.“

Među brojnim posjetiteljima bio je i njegov bliski prijatelj i suradnik student Milićević Mostovac. On nam je opisao taj posjet i tako sačuvao nekoliko dojmljivih rečenica koje je Ivan izrekao prije svoje smrti a iz kojih izbija njegova duboka vjera: »Čim sam doznao da je operiran, pojuri sam na kliniku. Našao sam ga mirnog, uravnoteženog kao i kad je bio zdrav. Ništa nije odavalio na licu da trpi teške boli u glavi.



Upitao sam ga da li je kod operacije trpio. Odgovorio je: 'Injekcija nije potpuno djelovala, pa sam osjećao udarce liječničkog čekića. Ali - nadodao je - ja sam tom zgodom stalno mislio kako će u nebu biti lijepo.'

U nedjelju, 6. svibnja, opet je zamolio i primio svetu pričest. To je bio posljednji razgovor, što ga je vodio na zemlji i posljednja njegova sveta pričest. Tog je dana već ranim jutrom svima postalo jasno, da se Ivan nalazi u životnoj opasnosti. Upala čeonih šupljina prouzrokovala je upalu mozgovne opne, koja je postajala sve više difuznom. Našem je dragom Ivanu bolest uzela najprije govor, onda uopće cijelu desnu stranu tijela.

Liječnici su učinili sve, što je bilo u njihovo moći, da ga uzdrže na životu i da ga spasu. No nisu više tajili, da samo čudo može

ovdje promijeniti prirodni tok bolesti kako se razvila kod Ivana. Držali su, da će preminuti već u nedjelju 6. svibnja, ali njegovo zdravo srce i čistim i strogim životom izvanredno sačuvani organizam dugo se borio protiv tako nagle smrti."

Posljednjih dana Ivan je podnosio velike боли i teške patnje takvim mirom, strpljivošću i obzirnošću, da su se svi prisutni divili. Časna sestra, koja ga je dvorila, rekla je, da nikada nije imala takvog bolesnika, da joj se činio kao svetac. Uza svu veliku liječničku brigu bolesniku se više nije moglo pomoći. Stanje besvjstice i strašnih grčeva bivalo je sve češće i trajnije. Pri potpunoj svijesti razgovarao je još jednom s isповjednikom. U nedjelju poslije podne, oko četiri sata, podijelio mu je njegov isповjednik bolesničku pomast u prisustvu oca i najbližih prijatelja. Ivan je bio pri potpunoj svijesti, iako nije mogao govoriti.

Ulazak u vječnost

„Prema liječničkoj odredbi morali su se sada ograničiti mnogobrojni posjeti“ - opisuje dr. Kniewald posljednje dane i trenutke ovozemnoga Merzova života i nastavlja: „Ivan je bio pri svijesti, i sve je zapažao, ali nije mogao reagirati drugačije, nego samo kimanjem glave, a kasnije samo još očima. Često su ga znali teško mučiti grčevi. Kad je opazio oca uza se, znao je uzeti njegovu ruku, stisnuti je i približiti svome licu pokazujući tako svoju nježnost prema ocu i moleći ga da se moli za nj. Posljednje je dvije noći uza nj bjedja



Bolnica i soba u kojoj je umro dr. Merz (danas osnovna škola u ul. Račkoga)

časna sestra, a kroz dan je bio uvijek po jedan svećenik prisutan.

Posljednje je noći uza nj bio naizmjence msgr dr. **Milan Beluhan, P. Ambroz Vlahov, Ofm Conv i P. Milan Pavelić, SJ.** U četvrtak 10. svibnja ujutro opet se našao uz Ivanovu smrtnu postelju neumorni msgr dr. Beluhan, koji mu je u ruku utisnuo i smrtnu svijeću, dok smo mi drugi sa suzama u očima i drhtavim glasom molili. Prisutni su bili, uz liječnika i časne sestre, njegov otac, msgr dr. M. Beluhan, dr. D. Kniewald i dr. Ivo Protulipac. Ivanovo je disanje bivalo sve polaganije, bilo sve slabije; ležao je mirno, zatvorenih očiju. U to širom otvorili velike oči, iz kojih mu je potekla smrtna suza. Pogled je upro tamo daleko u visinu, miran, pouzdani, siguran, još jedan uzdah, još jedan mali, jedva primjetljiv trzaj, i dr. Ivo Merz je predao Svevišnjemu svoju plemenitu dušu. A mi smo kleknuli, dok je msgr dr. Beluhan molio: "Pokoj vječni daruj mu, Gospodine, i svjetlost vječna neka mu svijetli. Počivao u miru. Amen." Bilo je 10,15 sati prije podne. Ivan je bio u 32. godini života (31 godinu i 5 mjeseci.)

U predvečerje smrti primio je Ivan i od samog Pape Pija XI. brzojavni blagoslov: „Sv. Otac blagoslavlja bolesnog dr. Merza zazivajući na njega Božansku pomoć!“ Tako je Ivan, koji je toliko poštivao Papu i promicao njegovo učenje primio na samrti i ovu rijetku utjehu i zadovoljštinu.

Koliko je Crkva Ivana cijenila pokazuje i činjenica da je zvono zagrebačke katedrale u 11,30 sati zazvonilo javljajući Zagrebu da je umro Ivan Merz.

U njegovom slučaju načinjen je izzetak, jer katedralno zvono obznanjuje smrt samo kad umre biskup ili koji od kanonika.

Nakon smrti izvršena je obdukcija. Ustanovljeno je da je Ivanov mozak bio izvanredno razvijen i živčani sustav uščuvan. Sačuvala nam se i povijest Ivanove bolesti dok je boravio na klinici i zapisnik o njegovoj obdukciji. Posebnu zanimljivost donosi o. Josip Vrbanek u svojoj knjizi "Vitez Kristov Ivan Merz" (Zagreb, 1943.)

Na str. 248, pod brojem 18 donosi ovu bilješku: „I poslije smrti čuvali su profesori medicinskog fakulteta na klinici Ivanov mozak kao izvanredno zdravi i savršeni uzorak.“ U Arhivu Postulature Ivana Merza sačuvana je fotografija njegovog mozga.

Ivan je sahranjen u orlovsкоj odori koju mu je ustupio njegov bliski suradnik u Orlovsкоj organizaciji Jerolim Malinar. Ivanovu orlovsку odoru čuvala je obitelj Malinar kao dragocjenu relikviju sve do 1945. g. kada je zbog komunističkih progona morala biti uništena. Ivanovo tijelo bilo je stavljeno u dvostruki lijes od cinka i bilo izloženo u mrtvačnici



Dr. Merz na odru

prvog razreda na Mirogoju. Požrtvovni su orlovi-akademicići u petak, subotu i nedjelju naizmjence držali počasnu stražu uz njegov odar.

Merzov pogreb bio je u nedjelju 13. svibnja i održan je na veoma svečani način. Vodio ga je zagrebački pomoćni biskup Dominik Premuš. Na pogrebu je sudjelovalo oko pet tisuća ljudi. Od brojnih vijenaca s natpisima koji su krasili Merzov odar izdvajamo samo jedan natpis što su ga s vijencem donijeli Ivanu na grob mladi iz Vinkovaca: "Hvala Ti, Orle Kristov, što si nam pokazao put k suncu!"

Iz cijele Hrvatske, iz svih tadašnjih orlovskih društava, došli su delegati na posljednji oproštaj. Budući da obitelj još nije imala grobnicu, Ivan je najprije pokopan nedaleko od arkada. Nakon dvije godine, u svibnju 1930., njegovo je tijelo preneseno u obiteljsku grobnicu koju je u međuvremenu Ivanov otac dao izgraditi na jugoistočnom dijelu Mirogoja. S otvaranjem postupka za njegovu beatifikaciju Ivanovo tijelo je 1977. preneseno u Baziliku Srca Isusova u Zagrebu, gdje se i danas nalazi.

Zaključak

Na temelju dokumenata i svjedočanstava koja su nam se sačuvala može se reći da je Merzova smrt uzrokovanu najprije nehotičnom nepažnjom liječnika tijekom operacije (velik rez koji je prouzročio krvarenje) i još više nemarom bolničkog osoblja koje nije na vrijeme izvadilo tamponе iz čeone šupljine kojima je zaustavljan krvarenje. Tamponi su prouzročili gnojenje, od čega je nastupila upala moždane opne.

Ljudski govoreći, velika tragedija da je jedan mladi život koji je puno obećavao na takav način brzo završio.

Međutim kada se na bolest i smrt Ivana Merza gleda iz vjersko-teološke perspektive, onda možemo ustvrditi sljedeće: Ivan Merz je umro u onoj životnoj dobi prema Božjem planu, tj. na granici, na prijelazu kada je bio još dovoljno mlad da svojim svetačkim životom postane uzor mlađeži, a s druge strane bio je već dovoljno odrastao i zreo da svim odraslim vjernicima kršćanima može biti uzor svojim velikim ostvarenjima postignutim u svega 32 godine života.

Zato nas i ne čudi što je Papa Ivan Pavao II. u govoru na njegovoj beatifikaciji u Banjoj Luci 22. VI. 2003. g. rekao ove riječi: „Ivana Merza dajem vam danas kao svjedoka Kristova i zaštitnika, ali istodobno i suputnika na putu u vašoj povijesti. On će od danas biti uzor mlađeži, primjer vjernicima svjetovnjacima... Ime Ivana Merza za čitav jedan naraštaj mlađih katolika značilo je program života i djelovanja. Ono to mora biti i danas!“

•••••



Sprovod dr. Merza na Mirogoju

Uz Merzovu patografiju i misterij njegove povijesti bolesti

Prof. dr. Željko Poljak

- U svojoj autobiografiji, pisanoj na anegdotski način («Tri rinologa», Zagreb, 2003.), zabilježio sam na 118. stranici pod naslovom »Kako sam pomogao beatifikaciji Ivana Merza« sljedeću anegdotu.

«Isusovac prof. dr. Božidar Nagy, koji je godinama radio na tom zadatku u Zagrebu i Vatikanu, zamoli me da smije pregledati Merzovu povijest bolesti jer je umro na našoj klinici 1928. godine. Zatražim od šefa klinike dozvolu, ali je odgovor bio negativan:

- Nije naša dužnost da podupiremo kojekakve klerikalce - bio je odgovor.

Od toga ne može biti nikakva zla, pomislim, pa za vrijeme dežurstva potajno dadem patru Nagiju da pregleda Merzovu povijest bolesti. Nekoliko godina poslije završila je Merzova povijest bolesti u ložionici centralnog grijanja, zajedno sa svima koje su bile starije od trideset godina».

E, ipak nije bilo tako!

No najprije nekoliko riječi o prof. Nagiju, piscu Merzove patografije na str. 72., koji samozatajno i nemametljivo već desetljećima pridonosi hrvatskoj znanosti i kulturi. Upoznao sam ga početkom sedamdesetih godina kad je pisao knjigu o mojoj planinarskom prijatelju, mladom zagrebačkom studentu Ratku Čapeku (1931-1951), koji je nesretno poginuo penjući se u jednoj stjeni Julijskih Alpa. Nagy je zanimala etička opravdanost penjačkog rizika i tome je u knjizi posvetio posebno poglavje. I sam se bavio planinarenjem, pa kad je odlazio u Rim, gdje je doktorirao, te kroz šest godina bio urednik hrvatskog programa Radio Vatikana i ustavio Hrvatski hodočasnički dom, preporučim mu da u Rimu potraži jednoga vrlo dobrog planinara koga sam upoznao na najvišem vrhu Apenina; znam samo kako se zove, ali ne znam ni gdje stanuje ni gdje radi. Dva mjeseca poslije toga dobio sam razglednicu

s vrha Apenina i u njoj pozdrav dr. Nagya i Rimljana Duilija Fiorinija. Ovo spominjem radi ilustracije Nagyjeve upornosti i komunikativnosti, a sada evo kratak izvod iz njegova životnog kurikuluma, kratak zato jer bi se o njegovom bogatom životu moglo napisati knjigu.

Rođen je 30. lipnja 1941. u Bedekovčini, maturirao je u Slav. Brodu, studirao njemački i latinski na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, filozofiju na Filozofsko-teološkom institutu D.I. u Zagrebu i na Gregorijani u Rimu. Posebno je za istaknuti njegova organiziranja hodočašća, npr. u Rim 1975. za 250 mlađih, zatim u Irsku, Lurd itd. Nadbiskup

Kuharić imenuje ga 1972. postulatorom kauze za beatifikaciju dr. Merza i tu službu obnaša već četrdeset godina. Godine 1978. doktorirao je u Rimu na Salezijanumu disertacijom (na talijanskom) o **Ivanu Merzu**. Godine 1981. imenovan je docentom, 1982-1988. je u Rimu glavni urednik Hrvatskog programa Radio Vatikana, gdje je često pomagao Papi Ivanu Pavlu II. u pripremi čitanja i izgovora hrvatskih pozdrava i govora upućenih Hrvatima. U Rimu 1987. g. utemeljuje Dom hrvatskih hodočasnika koji je do sada ugostio preko 40.000 hodočasnika i desetak hrvatskih studenata na rimskim učilištima.

Od 1988. do 1993. djeluje u Parizu, gdje je uredio hrvatski list »Naš glass«, organizirao otvaranje Hrvatske škole, pokrenuo list »Zavičaj« i 1990. suorganizirao Predstavničko vijeće Hrvata Francuske. Angažirao se u prikupljanju pomoći za domovinu koja je tada bila u ratu, te u širenju istine o agresiji na Hrvatsku kontaktirajući uredništva raznih francuskih listova i držeći predavanja. Od 1991. je član društva »Solidarité France-Croatie« za pomoći domovini. Od 1990. angažiran je i na pariškom sveučilištu Sorboni (tema: Znanstvena epika za istraživanje hrvatske kulture u kontekstu međunarodnih intelektualnih razmjena), a danas je njezin dopisni član.

U jesen 1993. dolazi u Osijek gdje drži predavanja na Pedagoškom fakultetu, a 2010. postaje redovnim profesorom na Filozofskom fakultetu D.I. u Zagrebu. Osno-

Operatio sin. maxillaris sin. sec. Denker, Evacuatio sinus ethmoid. et sphen. sin. -
Indicat. gnojenje i bol.
Anaesth. Cocain tonogen, Novoc. tonog. - Pantop. Atrop.
Zarez od 2 do 4 u forniksu. Periorbit se lako ljušti.
Nakon odklesanja fossae caninae raskrije se crvena sočna sluznica sinusa, u sinusu gusti gnoj. Coc. tonog. odklesanja ruba aperturae piriformis. Odstranjivanje elev. i cochleom sluznice sinusa, koja je webnjana oedematozna ...

Dio operacijskog protokola (operator: prof. dr. Dragutin Mašek): Operatio sin. maxillaris sin. sec. Denker, Evacuatio sinus ethmoid. et sphen. sin.

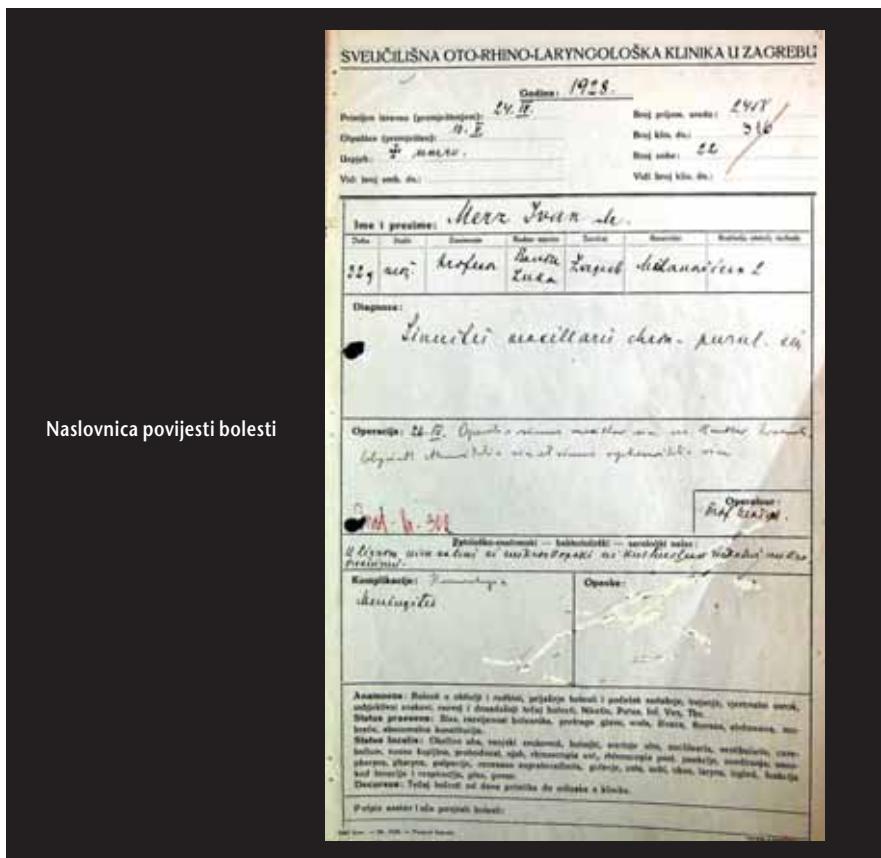
Indicat. gnojenje i bol.

Anaesth. Cocain tonogen, Novoc. tonog. Pantop. Atrop.

Zarez od 2 do 4 u forniksu. Periorbit se lako ljušti.

Nakon odklesanja fossae caninae raskrije se crvena sočna sluznica sinusa, u sinusu gusti gnoj. Coc. tonog. odklesanja ruba aperturae piriformis. Odstranjivanje elev. i cochleom sluznice sinusa, koja je webnjana oedematozna ...

patografija



Naslovnica povijesti bolesti

vno je područje njegova zanimanja dr. Ivan Merz, o kome je napisao nekoliko knjiga i 1996. pokrenuo izdavanje njegovih sabranih djela (do sada su objavljena tri od osam predviđenih svezaka). Organizirao je četiri međunarodna simpozija posvećena Merzu u Rimu, Parizu i Zagrebu. Uređuje i Merzov web-portal na Internetu: www.ivanmerz.hr. Objavio je tridesetak knjiga (jedna je tiskana u 20.000 primjeraka!). Cjelovita Nagyjeva bibliografija nalazi se na Internet adresi: www.ffdi.unizg.hr/bnagy

No vratimo se Merzovoj povijesti bolesti. Pri nedavnom susretu prof. Nagy me upozorio da ona nije spaljena kao što sam napisao jer su je u posljednji čas spasile časne sestre koje su radile na klinici i ona je danas neke vrste relikvija. Pa kad je tako, zamolim prof. Nagyja, koji je najuporniji istraživač Merzove života i postulator za njegovu kanonizaciju, da mi pokuša objasniti misterij Merzove povijesti bolesti te da za Liječničke novine opiše Merzovu bolest i smrt. Oboje je učinio i za to mu velika hvala. Patografiju koju je napisao tiskana je na 72. stranici, a o misteriju povijesti bolesti uputio mi je ovo pismo:

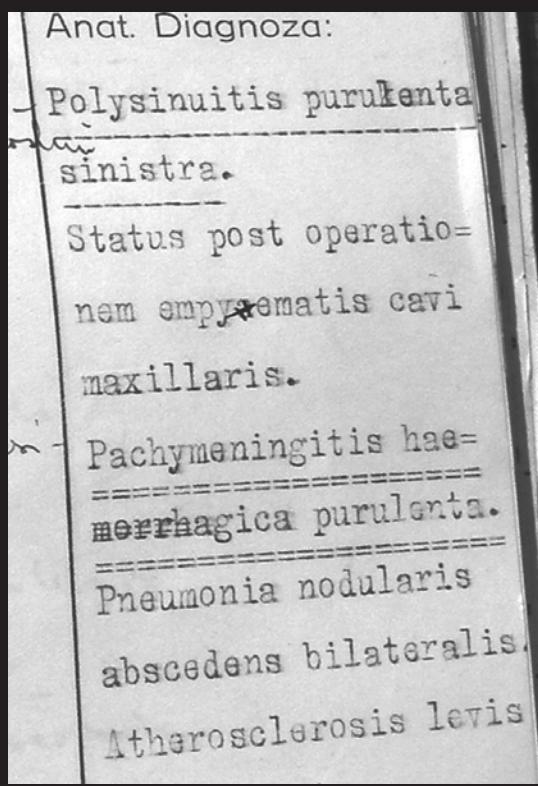
„Nakon što smo se upoznali prilikom pisanja biografije Ratka Čapeka i nakon što je ona 1975. g. tiskana, bio sam vam se obratio za pomoć da pokušamo pronaći povijest bolesti Ivana Merza ako je sačuvana na vašoj klinici. Obavijestili ste me da je sačuvana

i pozvali me da dođem na kliniku na Šalati i onda ste mi je ne samo pokazali nego ste mi i tumačili pojedina nejasna mjesta. Kad ste došli do onog mesta gdje se govorio o tampo-

nima izrekli ste važnu rečenicu koju sam sve do danas veoma dobro zapamtil: „Pa, kako su mogli ovako otvoreno pisati! Ovo je slučaj za sudsku medicinu!“ Koliko se sjećam, najviše zamjerki ste imali na bolničko osoblje koje nije na vrijeme vadilo tampone jer su prouzročili gnojenje.

Potom sam vas zamolio da smijem fotokopirati povijest bolesti, što ste vi vrlo sušretljivo omogućili. Ne sjećam se sada jeste li vi to na klinici dali fotokopirati ili ste mi posudili pa sam ja išao u grad u najbližu fotokopirnicu, no svakako je fotokopija napravljena, a original uredno vraćen. Kako je fotokopija po-malo počela blijedjeti, nakon po prilici desetak godina pošao sam opet na kliniku na Šalatu (vi niste tada bili ondje) i zamolio jednu časnu sestruru da mi ponovno pronađe Merzovu povijest bolesti. Nakon nekoliko dana priopćila mi je žalosnu vijest da je više nema jer je 1928. godište završilo u ložionici. Dakle, bio sam zakasnio i nisam si tada mogao oprostiti to svoje kašnjenje.

I onda se događa nešto, rekao bih misteriozno, što do danas ne mogu objasniti, pravo čudo! Prije desetak godina slučajno mi reče jedan kolega u isusovačkom Kolegiju na Jordanovcu u Zagrebu da je u ladici starog velikog stola kućne krojačnice, koja je bila upravo u razdoblju rasformiranja pa su se sve stare stvari likvidirale, pronađena velika koverta i u njoj neki dokumenti o Ivanu Merzu.



Dio zapisnika obdukcije

Za svaki slučaj nisu je bacili nego su mene obavijestili da vidim što je. Čim sam došao, nisam mogao vjerovati svojim očima: imao sam u rukama original povijesti bolesti Ivana Merza! Kako je onamo došao i još k tome „čuvan“ (odnosno ne-čuvan na neprimjerenom mjestu, kamo ne spada), ostaje do danas velik upitnik i tajna.

Pokušao sam rekonstruirati što se dogodilo, ali to je samo hipoteza u kojoj bi moglo biti nekih realnih momenata.

Dakle, kod prvog pronaalaženja povijesti bolesti, kad smo je zajedno gledali, prepostavljam da je možda niste vratili na mjesto nego je ostala u nekom arhivu, na posebnom mjestu ili čak krivo odložena i tako „slučajno“ izbjegla spaljivanje. Kao što rekoh, kad sam drugi puta došao tražiti original, č. sestra nije ga mogla naći jer je to godište spaljeno. Prepostavljam da je č. sestra ipak poslije pronašla povijest bolesti, a kako mene nije mogla naći jer sam 1982. otiašao u Vatikan i zatim u Pariz, dokument je predala biskupu Škvorcu koji je vodio proces beatifikacije bl. Ivana Merza (na koverti se naime bilo sačuvalo njegovo ime).

Nakon smrti biskupa Škvorca 1989. godine njegove su knjige i spisi prebačeni na Jordanovac u našu Biblioteku. Kako je, međutim, upravo taj spis završio u ladici onoga starog stola - ostaje misterij. No, Bogu hvala, glavno je da je dokument sačuvan i to mogu s punim uvjerenjem reći upravo na čudesan način. Očito je Bog želio da se tako važan dokument ne uništi pa se poslužio i neobičnim načinima da bude sačuvan. Sada ga ljubomorno čuvamo u Arhivu Postulature bl. Merza nakon što smo ga i fotokopirali i ponovno i skenirali."



Prof. dr. Božidar Nagy

Usput! Merz je na ORL klinici operiran u isto vrijeme kad i ja (1928. godine), ja srećom samo tonzilektomijom, no časne sestre (s pravom) nisu držale važnim da se spasi i moja povijest bolesti. A itekako bi me zanimalo tko me je operirao jer sam, za razliku od Merza, svoju operaciju preživio, makar mi je - očito neki početnik - masakrirao farinks i zajedno s desnom tonzilom oderao nepčani luk. No, bilo je to doba kad se naša otorina tek razvijala i osim toga bila podložna modi! Po tadašnjoj doktrini bile su tri angine dovoljna indikacija za tonzilektomiju, tako da je malo djece izbjeglo operaciju. To je i bio jedan od razloga zašto sam se na Zagrebačkom MEF-u posvetio ne samo otorini nego i imunologiji,

pa organizirao dvogodišnji postdiplomski studij alergologije i kliničke imunologije te ga vodio sedam godina. Po slobodnoj procjeni, danas se tonzilektomira desetak puta rjeđe nego u Merzovo (i moje) doba.

Zahvaljujući časnim sestrama i prof. Nagiju, imao sam nedavno opet priliku pročitati ne samo Merzovu povijest bolesti nego i zapisnik obdukcije, pa eto nekoliko dojmova.

Operacija i decursus morbi opisani su tako škroto da je teško dobiti pravu sliku događanja i mora se čitati medu retcima. Očito je da je operator «čisteći» kohleom etmoidalni labirint probio njegovu tanku gornju stjenku koja ga dijeli od endokranija (očevidci kažu da mu je u to doba drhtala ruka); posljedica je bila smrtonosna rinogena endokranjska komplikacija. Pospješila ju je preduga tamponada operativne šupljine, no, izgleda da je takva hemostaza bila nužna zbog obilnog i dugotrajnog krvarenja.

Zaključimo zajedno s prof. Nagjem: «Velika tragedija da je jedan mladi život koji je puno obećavao na takav način brzo završio», ali dodajmo da se to događalo u vrijeme kad nije bilo antibiotika, a niti FESS-a i CIRAS-a* kojima Zagreb danas prednjači u svijetu.

•••••



Razglednica prof. Nagyja s Gran Sasso d'Italia 1977. g.

* CIRAS - Croatian International Rhinosurgical Advanced Surgery; FESS - Functional Endoscopic Sinus Surgery

Prva dva liječnika konavoskog roda

Sociokulturni uvjeti dubrovačkog okružja u 18. i 19. stoljeću

Prof. dr. Ivo Marinović



Stare kuće sa kaminatama nedaleko od Hidžine kuće u Komajima

• Naslovno navedena dva liječnika podrijetlom su iz istog kraja, iz dva različita doba i iz susjednih sela - Hidža spada u doba romantizma (druga polovica 18. i prva polovica 19. stoljeća). Hidža je živio u tri različite države. Rodio se i najprije živio u doba Dubrovačke republike, zatim u doba Francuske okupacijske vlasti te dočekao novu državu Austro-Ugarsku monarhiju. Dakle, ne samo što je promijenio tri vlasti, već i tri kulture. Dok je Hidža umro 1833., Banac se rodio tek 33 godine poslije (1866.) te je odrastao i školovan u novoj državi Austriji. Svakako da su u toj novoj državi ekonomske i političke prilike bile sasvim drukčije. U ranijim vjekovima, kada je živio i djelovao Hidža, dalmatinski i dubrovački studenti školovali su se najčešće u Padovi i drugim talijanskim sveučilištima, a u Bančevo doba već se neki studenti radije školuju na austrijskim sveučilištima (Beč, Prag, Graz i dr.).

Kad govorimo o njima postavlja se pitanje što im je ipak bilo zajedničko.

• Podrijetlo - iz istog su kraja, djeca autohtonih seljaka koja su kao odrasla napustila svoje rodne kuće i obitelji, te se odselila u najbliži grad - Dubrovnik.

• Profesija i podrijetlo roditelja. Zapravo ni roditelji ni djeca nisu imali nikakve profesije osim zemljoradničkog zanimanja. • Njihov boravak i život, kao i zanimanje u Dubrovniku, bili su tradicionalno identični.

• Kada su stizali i naseljavali grad, život je bio tradicionalno identičan. Prihvaćali su se raznih vrsta poslova, a najčešće su to bili nekvalificirani radnici (nosači-bremenari) i slično, dok su mlade žene (djevojke) od ranih dana bile kućne pomoćnice i u mnogim obiteljima ostajale cijeli život.

U 18. i 19. stoljeću rijetki su bili intelektualci podrijetlom iz radničkih obitelji, a pogotovo onih sa sela. Visoko školovanje i fakultetsko obrazovanje bilo je isključivo omogućeno djeci iz dobro situiranih obitelji ili ako je netko imao nekog "mecenu".

Visoko školovanje bilo je gotovo nezamislivo i nedostizno djeci sa sela. Pasivne i siromašne obitelji s velikim brojem djece vidjele su spas u novo otkrivenoj Americi, ali tu se opet postavljao kao velik problem visoki putni troškovi. Roditelji ih obično nisu mogli priskrbiti pa su bili primorani na zaduzivanje.

Oni kojima je bila tuda zemlja nedostizna i neostvariva želja, zadovoljavali su se zaposlenjem u najbližem gradu, obično kao nosači ili manualni radnici bilo kojeg posla. To je bila sudbina većeg broja seljaka iz pasivnih krajeva, a posebno Dalmacije i Dubrovnika gdje su vladali kmetski odnosi. Tek iz onih obitelji koje su se formirale i osamostalile u gradu, poneko talentirano dijete uspjelo je završiti visoku školu.

Ovdje navodimo dva takva svijetla primjera, a to su bile obitelji Hidža i Banac iz Konavala., Hidža iz Komaja i Banac iz Popovića. Dva susjedna sela koja su bila u kmetskim odnosima s dubrovačkom vlastelom.

Đuro Hidža - liječnik i književnik (1752 - 1833)

Njegov otac Antun bio je kmet plemičke obitelji Saba Ranjine. Antun je kao mlađi, zdrav i promučuran seljak otišao iz svog sela Komaja u Dubrovnik, gdje se zaposlio i kao vrijedan i inteligentan brzo stekao povjerenje svog gospoda pa je kao takav pratio dubrovačke trgovce na njihovim putovanjima po turskim pokrajinama u dubrovačkom zaleđu. Dubrovačka vlast, stekavši u njega povjerenje, slala ga je kao iskusnog putnika nekoliko puta i u obaveštajnu misiju. Zbog stečenog povjerenja i kao iskusnog i uglednog građanina izabrala ga je 1752. za člana Lazarina. Bila je to bratovština uglednih građana poput bratovštine Antunina, koji su bili u prvom redu. Antun, otac Đura Hidže, oženio se iz ugledne gradanske porodice Dubravica iz Zatonu kraj Dubrovnika, a koja se talijanizirano zvala Arboscelli. Tamo su imali imanje koje je dr. Đuro obilno koristio naročito pod stare dane, intenzivno baveći se pjesništvom i prevođenjem. Iz tog braka Antuna Hidže rođio se dana 7. veljače 1752. sin Đuro koji je odrastao i završio osnovno i srednje obrazovanje u Dubrovniku u jezuitskom kolegiju (Collegium ragusium). Nakon uspješno položenih ispita, i on je kao i otac primljen u bratovštinu Lazarina i sa željom da studira medicinu.



Konavosko polje

Dubrovačka republika nije imala svojih školovanih liječnika, a strance je morala skupo plaćati, pa je Đuro odlučio studirati medicinu, nakon što mu je vlada odobrila stipendiju od 50 cekina godišnje. Tako ga je put 1771. godine sa svojim rodakom odveo na studij medicine u Bolonju, gdje je i diplomirao 1777. Nakon toga se u Italiji zadržao na usavršavanju još tri godine, i to u Firenci, Rimu i Napulju. U svoj rodni grad vratio se nakon toga, s tim da bi 1783. bio izabran za gradskog liječnika s plaćom od 300 dukata godišnje. Đuro je kao vrstan i savjestan liječnik i s mnogo stručnog znanja ubrzo stekao ugled u gradu. Kao takvoga vlada ga već 1784. dodjeljuje bosanskom paši za liječnika. Za vrijeme svog kratkog boravka u Bosni posjetio je više bosanskohercegovačkih mesta i po svojoj dužnosti izvještavao dubrovačku vladu o tamošnjim prilikama. Iz toga je vremena sačuvano i njegovo pismo u kojem izvještava dubrovačku vladu o sukobu bosanskog i skadarskog paše te o neraspoloženju bosanskohercegovačkog pučanstva prema svom paši. No - uro je bio više sklon literaturi i književnosti nego medicini, pa je stoga imao nesporazuma s nekim svojim pacijentima. Naročito se prema njemu negativno odnosio bibliotekar

samostana "Male braće" fra Inocent Čulić zvaní "gluhi fratar", smatrajući da je Hidža kriv za njegovu gluhoću. Đuro je u jednoj elegiji iskazao da nije bio previše oduševljen medicinom, pa ga s toga bolje poznajemo kao pjesnika, a nadasve prevoditelja.

Istaknuo se kao vrstan poznavatelj povijesti i klasične filologije. "Njegovo djelo je presvučeno patinom njegova vremena". U nizu dubrovačko-dalmatinskih prevoditelja, Hidža je zasebno i veliko ime, premda danas samo s literarno-historijskog stajališta.

Poznato je da se posebno bavio prevođenjem rimske klasične književnosti na latinskom i talijanskom, a prevenstveno na hrvatskom jeziku, kao i velik prevodilački opus, opravdano je kazati da je Hidža pjesnik. Književni kritičari ga stavljaju u red osrednjih pjesnika na kraju stvaralaštva starije dubrovačke književnosti, ali nisu obradene autografske zbirke pjesama. Prejed Horacijeve lirike, zamašan prevodilački opus do danas je ostao samo u rukopisu. O Hidži kao prevoditelju postoji više vrijednih radova, od koji valja posebno istaknuti rad dr. Šimuna Šonje publiciran 1986. u režiji časopisa „Dubrovnik“ prigodom 150. obljetnice Hidžine smrti. O Hidžinom prevodilačkim sposobnostima Vladimir Vratović kaže da on ne slijedi svoje prethodnike, ali je vjernije i sistematičnije preudio iako nije dao moderan prijevod kakav bi odgovarao čitateljima našeg doba. Dao je prijevod onako kako mu je omogućavala domaća retorička forma rimovanih stihova. Poslije Hidže nema značajnijih prevoditelja iz Dubrovnika i ostalih krajeva još jedno puno stoljeće, ali on ne predstavlja prekretnicu u povijesti prijevodne književnosti.

U doba renesanse od 14. do 16. stoljeća javlja se i izražava nova društvena klasa, razvija se golemo zanimanje za književnost i umjetnost stare Grčke i Rima koje su bile zaboravljene u Srednjem vijeku, pa nastaje procvat znanosti, književnosti i umjetnosti.

Romantizam kao smjer u književnosti i umjetnosti nastaje početkom 19. stoljeća najprije u Njemačkoj i Francuskoj, da bi se proširio diljem Europe.

Govoreći o Hidžinom književnom radu znamo da je malo objavio na hrvatskom jeziku i da su bili većinom prijevodi. Na hrvatskom su objavljene dvije zbirke izvornih pjesama. Izvorna lirika na hrvatskom odnosi se na oko 160 kraćih ili dužih pjesničkih sastava.



Sv. Luka u
Komajima

Prevodilački rad najviše se izrazio na materinjem jeziku. Na talijanskom jeziku bio je samostalan pjesnik, jer je izvrsno poznavao talijanski jezik još od ranog djetinjstva. Zahvaljujući studiju i boravku u Italiji (oko 10 godina), usvojio je ne samo talijansku književnost već i kulturu. Po sadržaju se Hidžina talijanska lirika ne razlikuje od hrvatske (ljubavne pjesme). S hrvatskog on je prevodio i na talijanski. Latinski - izvorne pjesme svrstavaju ga u red posljednjih dubrovačkih latinista. Poezijom na latinskom Hidža se bavio gotovo cijelog života. Pisao je elegije, ekologe, epitaleme, pjesničke poslanice (epistole), satire, ode i epigrame. Tako u jednoj od satira ističe nezadovoljstvo svojim liječničkim zvanjem. Poznavanje talijanskog jezika i literature u doba Hidžina života smatralo se odlikom svakog obrazovanijeg člana dubrovačke kuće. U zaključku, analizirajući Hidžinu biografiju, moramo je podijeliti na dva dijela. Prvi se odnosi na Hidžu liječnika, a drugi, veći dio pripada Hidži književniku, pjesniku, a nadasve prevoditelju (prevodenje latinskih pjesnika, te prepjevi na latinski i talijanski jezik). Doktor Đuro Hidža preminuo je 17. studenog 1833. u Dubrovniku.

Dr. Ivo Banac (1865-1917)

Dr. Ivo Banac rođen je u Dubrovniku 1865. kao treći sin Boža Banca iz Popovića (Konavle) i Ane Kolendić (rodom s Bragata). Imali su osmero djece, i to tri sina i pet kćeri. Prezime Banac rašireno je diljem devet hrvatskih županija, u 18 općina i u 21 naselju, podjednako u gradskim i seoskim područjima. Tako se oni starinom nalaze i u Konavlima (Popovići) kao kmetovi dubrovačke vlastele - Ranjina. To je svakako utjecalo da se Ivin otac Božo kao mlađ odselio u Dubrovnik i dobro se snašao. To je bio razlog da je i pored velikog broja djece uspio školovati sina Iva. Ivo je pohađao dubrovačku gimnaziju, matuirao u listopadu 1885., a potom se upisao na Medicinski fakultet Sveučilišta u Grazu gdje je i diplomirao 1897. U Grazu se oženio s Johanom Steiner rodom iz štajerskog mjesta Marija Lankowitz, te je s njom imao sedmero djece, dva sina i pet kćeri. Po povratku u Dubrovnik koncem stoljeća radio je kao općinski liječnik u Janjini na Pelješcu, a potom u Podgorici (Crna Gora). U to doba vladala je u Crnoj Gori nestaćica stranih liječnika, ali i loše ekonomske i socijalne prilike, pa čemo s tim u vezi podsjetiti na dotično razdoblje (konac 19. i početak 20. st.).



Dr. Ivo Banac

Može se postaviti pitanje zašto se dr. Ivo Banac odlučio da ide na službu u Podgoricu, koja je u to doba bila druga država. Mogu se navesti sljedeći razlozi: Podgorica je razmjerno, Crna Gora nije imala svojih liječnika, a i ono malo što ih je bilo bili su pretežito stranci, većinom ruski daci i poneki Austrijanac, bečki ili praški dak. Dubrovnik i Dalmacija, kao i njihovi intelektualci, uživali su stavanit ugled u Cmoj Gori i tamo bili rado viđeni. Spomenimo samo neke. Tako je npr. Bračanin dr. Valerije Tomić više godina bio liječnik na Cetinju. On je bio na čelu crnogorskog društva Crvenog Križa, a radio je i na bojištu. Tako je za vrijeme rata 1875. kao dobrovoljac pružao liječničku pomoć jer Crnogorci nisu imali svojih liječnika. Također je na Cetinju kao liječnik djelovao i poznati dalmatinski liječnik dr. Roko Mišetić od 1880. do 1886. On je radio i u bolnici koja je bila osnovana 1872. u jednoj privatnoj zgradi, a nosila je ime „Danilo I“. Svojom liječničkom vještinom i osobnim ugledom osvojio je i kneza Nikolu i



Zaton danas

crnogorski narod. Da ne izgubi austrijsko državljanstvo Mišetić je bio primoran vratiti se u Dalmaciju.

Godina 1880. također je značajna po tome što je u Crnu Goru došao pozvani dr. Milan Jovanović Batut iz Beograda organizirati zdravstvenu službu u Crnoj Gori.

On je proputovao cijelu Crnu Goru i upoznao se s ekonomskim, socijalnim i zdravstvenim prilikama te predložio organizaciju zdravstvene službe, ali nažalost nije bio shvaćen pa se poslije dvije godine vratio u Srbiju. U to doba bila su u Crnoj Gori samo dva liječnika (dr. Petar Miljanić) i drugi, podrijetlom Poljak, koji je nakon nedjelju dana napustio Crnu Goru. Dakle, nedostatak liječnika i loše zdravstvene prilike ponukale su Banca da iz Dubrovnika dođe na službu u Podgoricu. Krajem 19. i početkom 20. st. dolazi do naglog razvoja ekonomije, industrije i porasta gradova, kako kod nas u Europi tako još više u Americi, pa je i liječnički stalež pokazao svoj nagli napredak. Tako je 1898. osnovana prva ljekarna u Podgorici.

Koliko dugo se Banac zadržao u Podgorici nemamo točnih podataka, ni o tome zašto se odselio u Južnu Ameriku, i to na jug Brazila u mjesto Sao Borja, država Rio Grande de Sul. Tamo je tamo i umro i pokopan 1917. godine u dobi od 52 godine zbog nepoznate bolesti. U to doba bilo je u Brazilu dosta njemačkih i austrijskih podanika, jer su se privreda i industrija brzo razvijale, pa je Banac vjerojatno i time bio motiviran, on ili njegova supruga Austrijanka. Ipak, ona se nakon Prvog svjetskog rata (1918.) s cijelom obitelji vratila u Dubrovnik gdje je i umrla 1925. Analizirajući Bančevu biografiju možemo zaključiti da je imao trnovit put. Sa službom se nekoliko puta selio i skončao u dalekoj tuđem Brazilu, u naponu snage (52) ostavivši nezbrinutu brojnu obitelj.

.....

Literatura

- I. V. Stanojević: Istorija medicine, str.1 055. Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1955
2. Š. Šonje: Đuro Hidža, Sarajevo - Dubrovnik 1985
3. Š. Šonje: Đuro Hidža, Hrvatski biografski leksikon, Zagreb, 2002
4. F.M. Appendini: Appendice Gazzetta di Zara, br.97, 98-1833, Zadar 5. I. Banac: Osobna saopćenja, Dubrovnik 2011
6. S. Stojan: Ivan Augustin Kaznačić - Dubrovnik 1993

Prof. dr. Ivo Marinović, kirurg, ortoped, povjesničar, publicist

**Uz čestitku
za 92. rođendan**

"Parentibus et magistris nunquam satis"

Ivica Vučak

Obitelj

• Rođen je 23. rujna 1920. u Mikulićima u Konavlima. Bio je prvo dijete u obitelji Rade rodene Bronzan i Andra Marinovića, a nakon njega slijedili su sestra Ane (Nane) i brat Vlaho. Marinovići su bili zemljoradnička obitelj, no Ivin djed je u potrazi za boljim životom proveo nekoliko godina u svijetu.

Najprije je radio na uređivanju Sušeskog kanala, a poslije se otisnuo u Ameriku. Tako je i 18-godišnji Andro Marinović, radeci na izgradnji pruge Sarajevo - Zelenika (zadnja dionica Gabela-Zelenika svećano je puštena u promet 15. srpnja 1901.), odlučio otici u Ameriku. Majka je posudila novac potreban za kartu, koja ga je odvela u kalifornijske rudnike. Neko je vrijeme radio u ugostiteljstvu. Upisao se u večernju školu i temeljito naučio govoriti, čitati i pisati engleski. Nakon 9 godina vratio se na poziv svojih roditelja u Konavle jer je njegovu ocu, koji je ostao sam s dvije kćeri, bilo sve teže obradivati zemlju.

O svome djedu po majci Vlahi Bronzanu, zemljoradniku, kovaču, glazbeniku, ali i "zubaru", u prigodnom je tekstu zapisao: "u svojoj sredini bio je zaista istaknuta ličnost. Osim što se bavio zemljoradnjom on je, jedini u Popovićima, imao svoj kovački viganj pa je popravljao ne samo motike, pumpe za polijevanje loze i sl. nego i puške. Ljudi su mu se često obraćali za pomoć i savjet i zbog zubobolje jer je potkraj 19. stoljeća posredstvom svoga strica kapetana Luke, a kasnije i brata kapetana Ive, nabavio dvoja zubarska kliješta,



Dr. Ivo Marinović

od kojih su novija bila kromirana. Pri vađenju zuba assistirala je svome "cači" njegova kći, hrabra i snažna Nane, i tako "naučila" tu vještina. U njegovo doba Konavosko polje nije bilo isušeno, poplavljivalo je i svake godine po više mjeseci bilo pod vodom, pa su ga zbog toga zvali i Blato. Na ovo "jezero" slijetalu su mnoga jata ptica (patke, guske i dr.) i stoga je lov bio jedini i omiljeni sport. Nije bilo kuće i muške glave bez lovačke puške, a nije bio izuzetak da ih je pojedini vlasnik i sam imao više komada. Vrlo pismen, ali i posebno nadaren za glazbu, volio je zabavu i ples.

Imao je "miješnice", ali i sviralu od kosti, skroz izrezbarenu. Ovim instrumentima, jedinim prije pojave tamburica, uveseljavao je svako kolo koje se nedjeljom održavalо u Popovićima".

Školovanje

U osnovnoj školi u Pločicama bilo je u Ivincu doba oko 80 učenika. Do škole, udaljene od rodne kuće oko tri kilometra, pješačio je svakodnevno, i po kiši i po hladnom vremenu. Po povratku iz škole slijedile su svakodnevne obveze oko stoke, a pomagao je i u polju, posebice tijekom školskih praznika. No, bilo je tu i zadovoljstva, jahanje konja bio mu je vrhunski sport kojega se nije odričao ni kad je nakon pet razreda osnovne upisan 1931. u gimnaziju u Dubrovniku. Oni koji nisu nastavljali srednju školu morali su ići u šesti razred do kompletno završene osnovne škole.

U Dubrovniku je stanovao i hranio se u sjemeništu. Prva četiri razreda završio je u Državnoj realnoj gimnaziji (mješovitoj), a V-VIII razred nastavio je u franjevačkoj gimnaziji s pravom javnosti koju su vodili franjevci reda "Male braće". Pored njih bili su učenici u novicijatu koji su prethodne razrede završili u gimnaziji na Badiji i u Bolu na Braču. Među gradskom djecom nije se osjećao ugodno jer je bio drugačije odjeven i obuven, često noseći prekrojena odijela svojih rođaka. No uspjeh u školi izgrađivao mu je samopouzdanje. U veljači 1938. objavio je osamnaestogodišnji Ivo, učenik 7. razreda gimnazije, u broju 2. zagrebačkog mjeseca "Napredni gospodar" tekst pod naslovom "Seljače, ne napuštaj svoje zanimanje!". To "stručno glasilo za maloga gospodara" pokrenuo je i uređivao Stjepan Čmelik, jedan od najuglednijih članova HSS-a, a odgovorni urednik Ivan Keszler nalazio se u Osijeku. U lipanskom broju "Napredna gospodara" iste godine izlazi članak koji je u svibnju napisao u Mikulićima pod naslovom "Kako naše majke odgajaju djecu". Boraveći u roditeljskom domu u Mikulićima napisao je, s nadnevkom 27. kolovoza 1938., članak "Kada ćemo naprijed?" koji je objavljen u listopadu iste godine. Nakon tih članaka njegovu je ocu godinu dana besplatno stizao primjerak "Naprednog gospodara".

Studij medicine

U gimnaijskom razdoblju zanimala ga je najprije agronomija. Maturu je položio 1939., a studij medicine upisao u Zagrebu 1940. Ispunio je time svoju odluku iz VI razreda. Tijekom studija izdržavali su ga roditelji

zanimljive ličnosti

prihodima sa zemlje, a u radu su im pomagali mlađi brat i, do udaje, sestra. Na školovanje je mogao računati samo jedan u obitelji. Od 40 učenika upisanih 1931. u I razred Državne realne gimnazije u Dubrovniku njih sedmorica postali su liječnici.

Svršetak drugog semestra medicine obilježilo je izbijanje rata, rasulo stare države, nastanak tzv. „NDH“ i talijanska okupacija Dalmacije i Boke kotorske. Dva mjeseca ljetnih praznika 1941. Ivo je proveo na Kirurškom odjelu Mornaričke bolnice u Meljinama gdje je šef bio major talijanske vojske dr. **Francesco Pitzura**, vješt kirurg i uglađen gospodin, uz kojega je dosta naučio. Pružao mu je prigode previjati rane te i sav ostali asistentski rad u kirurškoj ambulantni, bolničkom odjelu, ali i u operacijskoj sali. Najviše je naučio uz izrazito vrijednu medicinsku sestruru koja ga je prozvala "Janez". Poticala je iz ugledne ličke obitelji Njegovan, u Beogradu je završila školu za nudilje. Ponovno su se sreli mnogo godina poslije u Splitu gdje je živjela nakon drugog svjetskog rata. Zbog prijeloma potkoljenica liječena je na njegovom ortopedskom odjelu i on se trudio uzvratiti joj ljubaznost iz njihova prvog susreta.

Tijekom ljeta 1942. proveo je tri mjeseca ljetnih praznika na obvezatnoj studentskoj praksi na Kirurškom odjelu u Općoj bolnici u Sarajevu. Uz odobrenje šefa zamjenio se s kolegom Ž. **Lešićem**, koji je izbjegao kirurgiju te otišao na Zarazni odjel. Previjao je sve moguće rane, asistirao pri operacijama, u nedostatku liječnika davao anesteziju s Ombredaneovom maskom, zabijao Steinmannove čavle te po preporuci primariusa zavijao Kirschnerove zice. Povremeno je i dežurao na glavnem ulazu ondašnje velike sarajevske bolnice, pomažući u trijaži bolesnika.

Učio je uz prim. dr. **Blagoja Kovačevića** (1900.-1959.) koji svome studentu priredio veliko iznenadjenje i čast: obzirno, pazeci da to nitko drugi ne primijeti, gurnuo je u džep 22-godišnjem, uvijek više gladnom nego sitom Marinoviću, za ono doba značajnu sumu, ondašnjih 100 kuna. Voditelj odjela doc. dr. **Hugo Gjanković** (1893.-1981.) koji je do 1941. bio na Kirurškoj klinici Me-



Ivo Marinović s majkom

dicinskog fakulteta u Zagrebu, a u Sarajevo se sklonio zbog supruge Židovke, napisao je nakon završene prakse Marinoviću u karakteristiku "bio je vrlo marljiv".

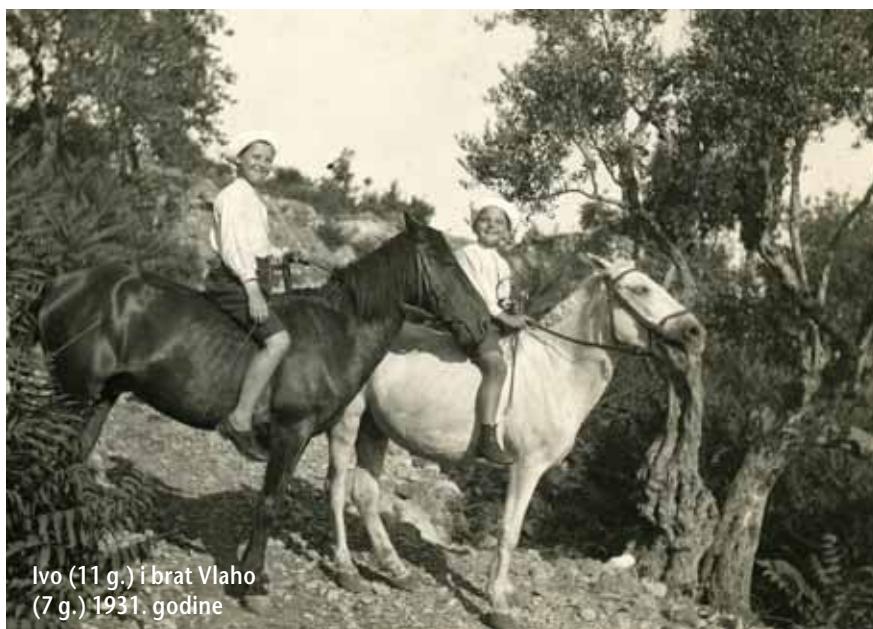
I slijedećeg je ljeta, 1943. godine, putujući iz Zagreba preko Sarajeva za Dalmaciju posjetio prim. Kovačevića koji ga je, pamteći Marinovićevu marljivost, htio primiti za rad na odjelu, jer je liječnika bilo malo. U tome ga je cilju uputio tadašnjem voditelju bolnice dermatologu dr. **Konstantinu Stopi** (1891. - 1955.) koji ga je odbio kratkim odgovorom "Ne može". Pri izlasku iz bolničke upravne zgrade pokušao je razočaranog Marinovića zadržati jednak razočaran dr. Kovačević: "Vrati se. Dodi, primit će te ja, makar kao bolesnika". No Marinović nije poslušao.

Nije mogao ostati ni u svojoj kući, u zoni talijanske okupacije, u ozračju punom sumnjičavosti zbog ljevičarstva, pogotovo nakon odbijanja ponuđenog nastavka studija u Italiji. Ipak, pronašao je rješenje. Prijavio se i, premda još student, primljen je za pomoćnog asistenta u Općoj bolnici u Risnu. Liječnici su bili Talijani, a ostalo osoblje i bolesnici bili su domaći ljudi iz okolnih mjesta, pa su im Marinović i njegov kolega **Jan Krasni**, također student medicine, služili kao prevoditelji jer su dobro vladali talijanskim jezikom. Šef bolnice bio je Talijan dr. Ricci, spretan kirurg, ali veoma neugodan kao šef i kao čovjek, veoma bučan i "nepristojan i divlji" prema podčinjenom osoblju, ali i bolesnicima". Na svakom je koraku naglašavao pripadnost fašističkom pokretu te rado prijavljivao o svojem sudjelovanju u aktivnostima fašističke organizacije. Trudio se biti viđen u društvu lokalne fašističke "kreme" te bio neugodan prema svojim zemljacima za koje je znao da nisu fašistički orijentirani. Marinović i Krasni bili su jedini asistenti, glavni pri operacijama. Jedan je uvijek bio asistent, a drugi narkotizer. Stoga su uživali status pravih svršenih liječnika, šef im je odmjerio stanoviti honorar, a jeli su u posebnoj prostoriji, izdvojeni od ostalog osoblja. No i Marinović je doživio nemilih scena. U jednoj je prigodi razlučeni dr. Ricci udario starijeg portira bolnice i izbio mu zub, a kad ga je Marinović pokušao zaustaviti, on mu je viknuo "Šuti, ti si najgori od svih!".

Nakon pada fašističke Italije i odlaska Talijana, bolnicu je preuzeo općinski liječnik u Risnu dr. **Ludvik Krasni** koji je u Boki bio od 1918. godine. Dolaskom njemačke vojske i lokalnih četnika Marinović je postao politički sumnjiv u Risnu. Čak je dobio napisanu odluku o izgonu pod optužbom "ustašta".

Spasio ga je dr. Krasni intervencijom kod pročetnički opredijeljeno-nog načelnika mjesta dr. **Mitra Čatovića**, liječnika.

Njegov odgovor dr. Krasnom bio je "Gospodin predsednik se uverio da je Marinović dobar čovek, pa može ostati". To je bilo doba svakodnevnih strahota. U ljetu 1944. strijeljali su u Risnu skupinu talaca, a Marinovića odredili da ustanovi njihovu



Ivo (11 g.) i brat Vlaho (7 g.) 1931. godine

smrt. U posljednji se čas izvukao upozorivši da on nije još ni diplomirao. Tu je zadaču morao prihvati dr. Krasni. Marinović je pobjegao iz Risna koncem listopada 1944. u danima odmazde i strijeljanja Kad su strijeljali svih osam stanara u jednoj kući, on je ostao živ skočivši s krova na Smokovcu iznad Risna.

Uspio je jer je čuo jednog njemačkog vojnika koji je doviknuo ostalima "Još jedan leži gore!" Ranijen je, ali se uspio sakriti i preživjeti taj stravični dan.

Stjecajem okolnosti Marinović je 6. prosinca 1944. opet dospio u Slano kao ispomoć dr. Ivanu Trifunovu, ruskom emigrantu koji je tu bio općinski liječnik niz godina, vrlo cijenjen i poštovan. Ostao je u Slanom i Dubrovniku do kraja rata obnašajući funkciju referenta saniteta NOO-a do jeseni 1945. Priznato mu je sudioništvo u NOP-u od 1943., a u NOB-i od 1944.

Nastavak studija medicine

Po završetku rata vratio se u Zagreb i u jesen 1945. nastavio studij medicine. U Zagrebu je ponovno susretao i doc. dr. Gjankovića koji se također vratio u Zagreb na svoje staro mjesto na Kirurškoj klinici u Draškovićevu. Strog, vrijedan i dragi profesor i principijelan čovjek, pozvao je studenta u svoju radnu sobu i ponudio mu svoj nedjeljni ručak na koji je on imao pravo kao dežurni liječnik Klinike toga dana.

Bio je demonstrator te se uključio u Sekciju demonstratora na Medicinskom fakultetu utemeljenu radi uključivanja studenata u znanstveni i nastavni rad te unaprijeđenja stručnog znanja budućih liječnika. Sastajali su se svakih deset dana u predavaonici Zavoda za fiziologiju prof. Rikarda Hauptfelda (1902. - 1988.). Među studentima koji su iznijeli svoje radove na sastanku održanom 12. ožujka 1947. obrazložio je apsolvent Ivo Marinović pod naslovom "Terapeutski značaj morske klime" glavne elemente talatoterapije. Rad mu je objavljen u časopisu "Medicinar". Promoviran je na MEF-u u Zagrebu 5. srpnja 1947.

Nakon promocije

Nakon diplomiranja započinje specijalizaciju iz ortopedije na klinici koju je od 1947. vodio dr. Ferdo Grošpić (1893.-



S bratom Vlahom (desno) na dan promocije 6. srpnja 1947.

1983.). Dio specijalizacije proveo je u Ortopedskoj bolnici u Kraljevcu u kojoj su tada bili dr. Zdenko Šporn i dr. Aleksandar Manzoni. Tijekom specijalizacije upućen je 1950. u Specijalnu bolnicu za liječenje koštano-zglobne tuberkuloze u Biogradu na moru. Bio je tamo prvi specijalizant i radio uz dr. Niku Carevića (1909. - 2003.), mladog, ambicioznog specijalista ortopeda koji je studij medicine započeo u Ljubljani, a završio u Grazu 1935.

Carević je ortopediju specijalizirao u Zagrebu te od 1937. bio asistent prof. Božidar Špišića (1879. - 1957.). Uz čovjeka koji se usavršavao 1938. u Institutu "Rizzoli" u Bologni, a od 1946. vodio je bolnicu u Biogradu, Marinović je mnogo naučio. Sudjelovao je potkraj 1952. u Celju na godišnjem stručnom sastanku kirurga i ortopeda Hrvatske i Slovenije. Imao je prigodu slušati liječničke uspomene iz razdoblja prvog svjetskog rata umirovljenog prof. dr. Vatroslava Florschütza (1879.-1967.) i njegovo uspješno suprotstavljanje općeprihvaćenoj kirurškoj doktrini. Specijalizaciju iz ortopedije završio je Marinović 1953. u Zagrebu.

U Sarajevu

Po odlasku u Sarajevo Marinović je dobio mjesto na Kirurškoj klinici Medicinskog fakulteta. Ponovno je radio uz dr. Blagoja Kovačevića s kojim se poznavao još iz ratnih

godina i koji je od 1946. bio redoviti profesor kirurgije i šef Kirurške klinike, a poslije će postati i član Akademije NiUBiH. Marinović je specijalizirao opću kirurgiju te 1955. dobio i drugu specijalizaciju. Radeći u Sarajevu objavio je nekoliko radova u "Medicinskom arhivu" pokrenutom 1947., kojem je prvi urednik bio dr. Vladimir Čavka (1900.-1981.), svjetski poznati okulist, ranije asistent Klinike za očne bolesti u Zagrebu. I prof. dr. Blagoja Kovačević bio je u uredništvu časopisa. Radi usavršavanja Marinović je upućivan i u inozemstvo i duže vremena boravio u ortopedskim klinikama u Parizu (1954.) u Oslu (Stavern 1957., 1958. i 1962.) i u Njemačkoj (Cuxhaven 1962.).

Na MEF-u u Sarajevu habilitirao se 1958. temom "Užljebne metode kod resekcije koljena". Godine 1961. uspješno je liječio svoju majku nakon prijeloma vrata bedrene kosti metodom američkog ortopeda Royala Whitmana (1857. - 1946.). Nakon skidanja gipsa poslije višemjesečne immobilizacije započela je s fizikalnim postupcima, najprije na krevetu, uz postupno ustajanje uz pomoć hodalica i štaka. Rezultat je bio odličan jer je prijelom uredno zarastao. Pokretljivost kuka bila je pot-puna, hod normalan i bez bolova. Liječenje i rehabilitacija trajali su oko godinu dana. Ona je sve to stoički podnijela, ali je zbog nepokretnosti i ležanja na ledima trpjela jake duševne boli.

U Splitu

Doc. Marinović preuzeo je 15. rujna 1963. mjesto šefa Ortopedskog odjela Bolnice u Splitu od dr. Igora Zlatara (1926.-1998.), koji je bio v.d. šef nakon odlaska prim. dr. Dušana Vlašića (1898. - 1985.) u mirovinu 1962. godine. zajedno s njim je iz Sarajeva došla Ivana supruga dr. Desanka Đekić-Marinović. Ona je bila prva anesteziologinja u Općoj bolnici u Splitu. Rođena je u Sarajevu 4. siječnja 1930., u rođnom gradu je završila osnovno, srednjoškolsko i medicinsko obrazovanje. Nakon pripravnika staža položila je državni stručni ispit (1959.) i završila tečaj iz socijalne pedijatrije. Kao liječnica opće medicine radila je u ambulantni Doma zdravlja i u Dijagnostičkom centru u Sarajevu. Zatim je od 1960. do 1. ožujka 1963. specijalizirala anesteziologiju na Kirurškoj klinici u Sarajevu (specijalistički ispit položila je 4. travnja

1964.). U vrijeme njezina dolaska u OB Split nabavljen je tada suvremeniji aparat za anesteziju tipa "Sutjeska" te se započelo s rutinskom primjenom endotrahealne anestezije. Do 1967. bila je jedini anesteziolog te vodila anesteziju na kirurgiji, ortopediji, ginekološko-porodiljskom odjelu i bila u stalnoj službi pripravnosti. Radi usavršavanja je boravila u Austriji i Norveškoj. Zbog bolesti je u prijevremenoj mirovini od 1978. godine.

Godine 1964. nabavljen je za Ortopedskog odjela pokretni rendgen aparat tipa "Neretva" kojim su se služili za snimanje nepokretnih bolesnika na Odjelu te u operacijskoj dvorani. Iste se godine započelo sa saniranjem prijeloma natkoljenične kosti osteosintezom, čavtom po metodi Smith-Petersena (1886. - 1953.).

Nakon uspostave kontakta s ortopedskim zavodom "Rizzoli" u Bologni, već su školske godine 1964/1965. trojica lječnika dobila stipendiju te provela dvomjesečno usavršavanje. Zahvaljujući tim vezama u Split je stigla veća narudžba suvremenog instrumentarija te suvremeni operacijski stol tipa "Putti". Koncem 1967. odjel je dobio pokretni rendgen-aparat s TV ekranom.

Ortopedski odjel je 1962. imao 50 postelja, a povećan je na 59 postelja 1974. useljenjem dijela ortopedije u lijevu stranu prizemlja Stare bolnice Grad, i nakon pre seljenja Psihijatrijskog odjela na Firule. Daljnje povećanje na 67 postelja uslijedilo je u proljeće 1977. preseljenjem u novu zgradu bolnice na Firulama.



No istodobno je dio posteljnog fonda prebačen Općoj kirurgiji jer je trauma lokomotornog sustava izuzeta od ortopedije i pridružena općoj kirurgiji.

Naslov primariusa Marinović je stekao 1967. godine.

Godine 1978. prvi je put na Ortopedskom odjelu u Splitu usadena proteza za rame (operater I. Marinović) kako bi se izbjegla egzartikulacija čitave ruke zbog zločudnog procesa. U nedostatku originalne proteze adaptirana je proteza koja je služila za kuk!

Prije i nakon operacije bolesnik je bio podvrgnut terapiji radioaktivnim radijem. U 15-godišnjem razdoblju (1966. - 1980.) ukupno je operativno liječeno 248 bolesnika s prijelomom vrata bedrene kosti. Najčešće su to bile žene starije dobi (190), dok je muškaraca bilo manje (58).

Doktorsku disertaciju "Traumatizam na području bivšeg sreza Visoko posmatran sa aspekta hirurga" Marinović je obranio 1967. u Sarajevu. Za izvanrednog profesora kirurgije na MEF-u u Sarajevu izabran 1968.

Od samog dolaska u Split, kao habilitirani nastavnik za ortopedsku kirurgiju i traumatologiju, sudjelovao je u teorijskoj i praktičnoj nastavi za dodatnu izobrazbu lječnika opće i školske medicine te medicine rada i urgentne medicine, organizirano pod okriljem ŠNZ-a "Andrija Štampar" iz Zagreba.

U Splitu je 1964. utemeljio Kirurško-ortopedsku sekciju za Dalmaciju. Dr. Marinović je 1965. godine, skupa s dr. Antonom Čatipovićem (1927. - 1994.) te prof. dr. Mironom Juretićem (1919. - 2000.), izrazio mišljenje o potrebi osnutka Medicinskog fakulteta u Splitu, no tada za to još nije bilo sluga.

Sudjelovao je sa suradnicima na 4. Nacionalnom skupu talijanskih stručnjaka za osteoartikularnu tuberkulozu u Cortini d'Ampezzo 1-3. srpnja 1967. Izvjestio je, skupa s dr. Arsenom Ivaniševićem i dr. Antunom Mlikotom, o sveukupno 284 bolesnika operativno liječenih u tri godine (1964. - 1967.) zbog koštano-zglobne tuberkuloze, najčešće koksitisma i spondilitisa. Marinović je član više domaćih stručnih udruženja, te Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Od 1966. je član Međunarodnog kirurškog, ortopedskog i traumatološkog društva (SICOT) utemeljeno 1929. te Austrijskog društva traumatologa od 1967.

Poslijediplomska se nastava provodila na Ortopedskom odjelu od 1965., a nastava za studente medicine započela je 1975. Za izvanrednog profesora, za predmet Ortopedija na MEF-u u Zagrebu (za nastavnu bazu u Splitu) izabran je 1976. Naslov viši znanstveni suradnik dodijeljen mu je 1981.

I iz Splita je više puta na duže vrijeme odlazio na usavršavanje u inozemne klische i bolnice, pa tako u Beč (Zwetl 1966., 1969. i 1976.), Bolognu (1972., 1978. i 1981.) i Oslo (Stavern 1980.), a kraće je vrijeme boravio u ortopedskim ustanovama u Oslu, Stockholmu, Göteborgu, Kopenhagenu, Münchenu, Beču, Salzburgu, Parizu, Berck sur mer, Rimu, Frankfurtu i Pragu. Aktivno je sudjelovao na međunarodnim kongresima u inozemstvu: Beč (1963. i 1969.), Brno (1977.), Venezia - Mestre (1979.), Rim (1982.) i Pečuh (1982.). Bio je predsjednik organizacijskog odbora VI Kongresa ortopeda i traumatologa Mediterana i Bliskog Istoka održanog u Splitu 2. do 4. listopada 1980., na kojem je bilo više od 700 sudionika (355 aktivnih).



Dr. Ivo Marinović sa suprugom



Na njemu je držao predavanje pod naslovom "Osteomyelite hematogene aiguie, probleme medicale et social" te u suradnji s dr. Igorom Aljinovićem "Osteomyelitis and Carcinoma".

U mirovini

Premda je službeno umirovljen 1985., prof. Marinović nakon toga ne miruje. Bio je mentor dr. Antunu Maričeviću pri pisanju magistarskog rada na MEF-u u Zagrebu.

U naletu četničkih bandi na Konavle početkom agresije na Hrvatsku 1991. Marinoviću je zapaljena kuća. Pored ostalih stvari izgorio je i nepovratno nestao dokumentarni film pod naslovom "Duško i Nevzeta", prikazan uz referat "Prilog rehabilitaciji (polio) kontraktura zglobova" na Prvim fizijatrijskim danima održanim u Herceg-Novom 1970.

Napravio ga je Marinović uz pomoć dipl. ing. i profesora Mladena Nožice. Bila je to životna priča dvoje bolesnika mlađe životne dobi koji su nakon preboljele dječje paralize imali toliko teške kontrakture nogu da su se mogli kretati samo "četveronoške".

Operativnim liječenjem, nastavljenim dugotrajnim, strpljivim konzervativnim postupcima, postupno su se uspravili te su, uz štakе, i prohodali. Dugotrajno ležanje u bolnici i svakodnevna šetnja na kolicima kroz aulu stare splitske bolnice rodila je ljubav, što im je uljepšalo sumornost bolničkog života, olakšalo patnje, omogućilo zaborav bolesti i podizalopouzdanje. Po izlasku iz bolnice ostali su zajedno usprkos nerazumijevanju patrijarhalne sredine zabitnih i siromašnih sela za-

padne Bosne iz koje su potjecali Nezeti Muslimanka i Duško Srbin.

Poslije oslobođenja Dubrovnika i Konavala Marinović se sa suprugom vratio, obnovio svoju kuću i sada uživa u neposrednoj blizini mora. Nakon 80 stručnih i znanstvenih publikacija te brojnih priloga na kongresima u zemlji i inozemstvu tijekom svoje karijere, Marinović se okrenuo korijenima i povijesti medicine. Potaknuo je i predsjedao organizacijskim odborom koji je 13. listopada 2001. do uspješnog završetka doveo skup pod naslovom "100 godina zdravstvene službe u Konavlima". Uredio je "Zbornik" u kojem su, pored radova osmero autora pročitanih na skupu (sam je Marinović napisao dva priloga), još i kratki životopisi liječnika i stomatologa koji su radili u Konavlima. Zbornik sadrži i kronološke prikaze djelovanja liječnika, stomatologa te ostalog zdravstvenog osoblja u Konavlima, Grudi i Cavitatu te sažetak na engleskom jeziku. U časopisu "Medica Jadertina" objavio je 2006. članak o svojim prethodnicima dr. Dušanu Vlašiću i dr. Niki Careviću, koje je držao svojim učiteljima.

Bio je jedan od urednika knjige "Ortopedija u Splitu 1940. do 2005." objavljene 2007. u nakladi MEF-a u Splitu. U monografiji "odlično koncipiranoj, pisanoj jednostavnim i lijepim hrvatskim jezikom, koja se čita lako i vodi čitatelja kroz povijest u sadašnjost, a iz koje se nazire još svjetlijia budućnost", pored iscrpnih priča o glavnim protagonistima, nositeljima stručnog i znanstvenog rada dirljiv je tekst o ortopedskom tehničaru Jozi Burmanzu koji je u splitskoj bolnici najprije bio pacijent, a zatim radio od 1930. do 1943. te bio pouzdan i gotovo nezamjenjiv suradnik dr.

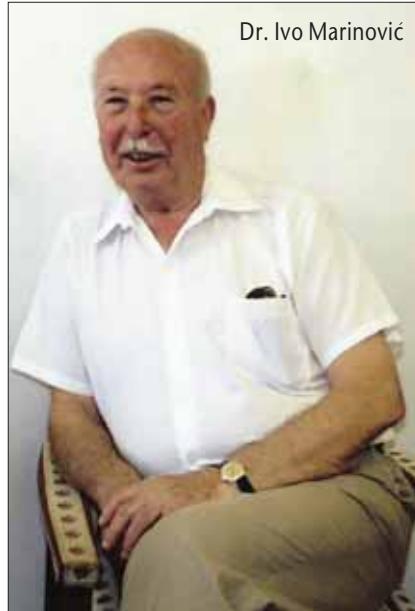
Vlašiću, a skupa su bili i u partizanskom sastavu. Njegovo originalno i osobito vrijedno djelo, nastalo dugotrajnim skupljanjem podataka, nosi naslov "Liječnici dubrovačke bolnice 1840-1940." (Zagreb, 2006.). U ovom broju "Liječničkih novina" (str. 78) tiskana je njegova najnovija povjesno-medicinska rasprava u kojoj se pozabavio dvojicom Konavljana, nepravedno zapostavljenim liječnikom i pjesnikom dr. Đurom Hidžom (1752. - 1833.) te dr. Ivom Bancem (1865. - 1917.).

Za uspjehe u stručnom radu odlikovan je već daleke 1957. Ordenom rada III stupnja. Prigodom proslave 25 godina Medicinskog fakulteta u Sarajevu 1971. dodijeljena mu je počasna Diploma u znak priznanja za uspješnu nastavničku djelatnost, a plaketa Medicinskog fakulteta u Sarajevu 1976.

Diplomu Udruženja ortopeda i traumatologa Jugoslavije dobio je 1972., a nagradu "Dr. Pavao Ćulumović" Akademije ZLH dobio je 1973. Diploma Jugoslavenskog udruženja ortopeda i traumatologa (JUOT) dodijeljena mu je 1974. u Beogradu, a plaketa JUOT-a 1980. u Splitu. Zahvalnicu HLZ Podružnice Dubrovnik primio je 2009.

.....

Dr. Ivo Marinović



Uz stotinu „Medixovih“ brojeva

Zeljko Poljak

• Kad mi je prije 18 godina g. Dragan Bralić, današnji urednik „Medixa“, „specijaliziranog medicinskog dvomjesečnika“ (tako glasi njegov podnaslov) nudio izlaženje prvoga broja, sumnjičavio sam to komentirao: „Ah, opet jedan pokušaj osuđen na brzo odumiranje! Pogotovo stoga što glavni urednik neće biti liječnik nego medicinski laik - pritom sam pomislio.

Ali sam se prevario jer, eto, ovih je dana izasao svečani stoti broj na 308 stranica, lješi i deblijeg nego ikada do sada. I dok većina od naših 37 medicinskih časopisa vegetira s liliputanskim nakladama od jedva par stotina primjeraka, a malobrojni ih pretplatnici često bacaju u koš ni ne pročitavši ih, „Medix“ ima impozantnu nakladu od šest tisuća, čime se uvrstio među naše vodeće medicinske periodike.

„Liječničke novine“ imaju, doduše, nakladu od 18.000, ali su u biti pretežno staleško glasilo i „Medix“ im nimalo nije konkurent, dapače, pogledate li na 15. stranici ovoga broja popis liječnika s bodovima za relicenciranje koji su stečeni Medixovom akcijom, vidjet ćete da su oba glasila komplementarna. „Medix“ danas objektivno i ažurno informira, trajno educira i povezuje sve djelatnike uključene u brigu za zdravlje, a u tzv. namjenskim brojevima okuplja kao suradnike naše najprominentnije stručnjake.

Kako protumačiti taj Medixov uspjeh? Možda je tajna u tome što je Medixa misao vodilja «ono što zanima i koristi čitatelju», dok neki drugi medicinski časopisi - receno bez rukavica - često služe samo kao poligon ambicioznim kolegama za «štancanje» radova radi uspješne karijere.



Stotinu brojeva „Medixa“ tijekom 18 godina izlaženja znacajan je uspjeh, osobito u našoj zemlji, u kojoj su tijekom zadnja dva desetljeća okolnosti u svim oblastima društva, pa tako i u izdavačkoj djelatnosti, bile osobito izazovne. „Medix“ je, eto, stigao do „punoljetnosti“ (18 godina izlaženja) te izborom zanimljivih i aktualnih tema, vjerodostojnošću informacija i jedinstvenim dopisnim testom znanja postao s vremenom prepoznatljivim brandom. U posljednjih osam godina objavljena su 32 dopisna testa, čime je „Medix“ potvrđen i kao stručno edukacijsko štivo naših liječnika.

Temeljni mu je cilj informiranje liječnika o najnovijim dostupnim znanjima i smjernicama za njihovu primjenu u svakodnevnom radu, a autori članaka su priznati hrvatski stručnjaci koji znaju principe „dobre kliničke prakse“. Odabirom i obradom zanimljivih i za svakodnevni rad važnih tema, „Medix“ je postao i izvozni hrvatski brand u neke od susjednih zemalja, a već četiri godine ima svoje predstavništvo u Bosni i Hercegovini, sa sjedištem u Sarajevu.

Nećemo ovdje nabratati brojne redovne rubrike na njegovim stranicama, samo ćemo reći da liječnici svih profila, u svakom broju, mogu uvijek naći nešto zanimljiva i korisna. I još nešto!

Sve brojeve od travnja 1998. pa do danas moguće je pretraživati po naslovima i autorima u elektroničkom obliku na mrežnim stranicama časopisa (www.medix.com.hr).

Ujedno, „Medix“ je među 37 hrvatskih medicinskih časopisa koji su u cijelosti ili dijelom sadržaja dostupni na Hrčku, portalu znanstvenih i stručnih časopisa Hrvatske koji je korisnicima dostupan bez plaćanja naknade. „Medix“ je pritom jedan od najčitanijih naslova, odnosno časopis s najviše downloada u odnosu prema broju na portalu dostupnih izdanja.

U završnici su pripreme nove Medixove mrežne stranice koje će omogućiti slobodan pristup dijelu sadržaja, odnosno pretplatu

na cjelokupan sadržaj ili pojedine dijelove sadržaja časopisa u on-line izdanju.

Što drugo reći na kraju nego crescat et floreat na mnogaja ljeta!

.....

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 uvek prijavljuju na obrascima Komore, moraju ispunjene obrasce poslati izravno u Hrvatsku liječničku komoru, Povjerenstvu

za medicinsku izobrazbu liječnika, Tuškanova 37, Zagreb ili na fax: 01/4655-465.

• Za prijavu stručnog skupa u Kalendaru «Liječničkih novina» molimo organizatore da na gornje brojeve telefona ili na e-mail dostave slijedeće podatke: naziv skupa, organizatora, mjesto, sat i datum održavanja skupa, kontakt osobu, telefon, fax, e-mail i kotizaciju. Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak «Liječničkih novina», pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju isto dogovoriti s poduzećem za marketing «Bonamark» (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01 4922 952, tel 01/4818 603) i to po poslovnim cjenikom 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:

red Zeidler@ri.htnet.hr

Osijek, koordinator tečaja dr. Zlatko Houra, tajnica Dobrila Beljakov, tel. 031/511-502

Slavonski Brod, tajnica tečaja sr. Draženka Nikolovska, tel. 035/447-122/229

1.200,00kn

Tečajevi kardiopulmonalne reanimacije Europskog vijeća za reanimatologiju za odrasle i djecu u organizaciji Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečaj zbrinjavanja ozlijedenog bolesnika - Europski trauma tečaj (ETC - European Trauma 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 lijekovi u CPR-u, kotizacija 300,00kn

Defibrilacija i monitoring, kotizacija 400,00kn

Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci

Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2011. godine

Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: djavor@medri.hr

Hrvatsko psihiatrijsko društvo - Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja - uloga liječnika PZZ - 140 radionica

Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Edukacija iz neurofiziološke tehnike - Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro - Klinika za neurologiju

Kontinuirana individualna edukacija

Papo Željka, tel.: 01/2388-352

200kn po danu edukacije

Primjena harmoničnog rezaca u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine

Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481

1.200,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com

3.500,00kn

Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju

Zagreb, jednom mjesечно

Dr. D. Milošević, tel.: 4920-013, mob.: 091/7213-113

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 elektroencefalografije 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

Trajna 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.
Tatjana 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 akupunkturе

Hrvatsko društvo za akupunkturu (HLZ)
Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesečno (18 sati)
Dr.Dalibor Veber, e-mail: dr.thew@yahoo.com, GSM: 091/4748493
<http://www.medicinska-akupunktura.com/>
Cijena: 15.000,00 kuna

Trajna 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

Trajna 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, Šibenik, 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

Hematalgojija 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

RUJAN

I znanstveni simpozij iz psihoonkologije

KBC „Sestre milosrdnice“
Zagreb, 19.09.2012.
Vjekoslav Peitl, mob.: 091/2111-385

Funkcijska dijagnostika upalnih bolesti lokomotornog sustava

Dječja bolnica Srebrnjak
Zagreb, 19.09.2012.
Aida Begović, tel.: 01/6391-206

Kvalitetnija skrb onkoloških bolesnika

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Rijeka, 19.09.2012.
Tea Rosović, mob.: 099/2439-132

kalendar stručnog usavršavanja

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

Uvođenje inzulinske terapije u lijeчењe dijabetičara

RH, Hrvatski zavod za telemedicinu

Šupetar, Korčula, Vela Luka, Lastovo, Mljet, Metković, Hvar, Knin, Trilj, Vrlika, Rab, Mali Lošinj i Vis, 20.09.2012.

Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

Glucophage - zlatni standard u liječenju šećerne bolesti tip 2

"Merck" d.o.o.

Zagreb, 20.09.2012.

Jadranka Jančić Babić, tel.: 01/4864-111, 4864-127

Enteralna nutričijska potpora za vašeg pacijenta

Fresenius Kabi d.o.o.

Zagreb, 20.09.2012.

Dajana Martinić, tel.: 01/2333-242

Ortopedska pomagala 2012

Kl. zavod za rehabilitaciju i ortopedска 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

TORAKS 2012 - 2. kongres Hrvatskog torakalnog društva s med.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

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 Šabanović-Uzelac, tel.: 01/8892-361, www.depol.org/icro2012
1.250,00kn

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

Temelji medicinskog vještačenja

HD sudskih vještaka

Zagreb, 21.09.2012.

Zdenka Kvačica Restek, mob.: 098/446-223
700,00kn

Neinvazivna mehanička ventilacija u teoriji i praksi

KB „Sveti Duh“

Zagreb, 21.09.2012.

Doc.dr.sc. Dinko Tonković, dr.med., tel.: 01/3712-359
500,00kn

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, HD za 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

Sustavni pristup korekciji keratokonusa uz Rose K2 kontaktne leće

Hrvatsko oftalmološko društvo

Zagreb, 22.09.2012.

Ksenija Ćuruvija Opačić, tel.: 01/4811-654, mob.: 098/578-079

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

Novosti u liječenju šećerne bolesti tipa 2: Galvus (vildagliptin) i Eucreas (vildagliptin/metformin)

Novartis Hrvatska d.o.o.

Osijek, 25.09.2012.

Iva Kovačić, mob.: 091/4550-779

Praćenje sigurnosti bezreceptnih lijekova i dodataka prehrani

Agencija za lijekove i medicinske proizvode RH

Zagreb, 26.09.2012.

Viola Macolić Šarinić, tel.: 01/4884-101, 4884-103
500,00kn + PDV

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

kalendar stručnog usavršavanja

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

Tecaj fakomulzifikacije - osnovni koraci i komplikacije
HLZ Podružnica Koprivnica
Koprivnica, 28.-29.09.2012.
Dr. J. Pavićić Astaloš, tel.: 048/251-000

Tecaj za dispecere medicinske prijavno-dojavne jedinice
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Starigrad Paklenica, 28.-30.09.2012.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

Osnove nadomještanja bubrežne funkcije
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 29.09.2012.
Doc.dr.sc. Draško Pavlović, tel.: 01/3787-526
350,00kn

Tecaj iz osnova medicinske akupunktura
HLZ, HD za akupunkturu
Zagreb, 29.09.2012. - 15.09.2013.
Dalibor Veber, mob.: 091/4748-493, e-mail: dr.thew@yahoo.com
15.000kn

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
100,00-650,00EUR

LISTOPAD

Tecaj iz osnova muskuloskeletalnog 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 tecaj - 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 međunarodnim sudjelovanjem
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

Hipostatski ulkus - klinička slika, procjena rane i principi liječenja
RH, Hrvatski zavod za telemedicinu
Supetar, Korčula, Vela Luka, Lastovo, Mljet, Metković, Hvar, Knin, Trilj, Vrlika, Rab, Mali Lošinj i Vis,
04.10.2012.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

4. internacionalni simpozij iz psihijatrije i kognitivne neuroznanosti
Psihijatrijska bolnica Rab
Rab, 04.-05.10.2012.
Anamarija Vidas, tel.: 051/776-344
350,00kn, 250,00kn, 100,00kn, 50,00kn

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, pratnja 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 Braču, 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
Kasna 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

Alkoholizam kod mladih - prevencija
KLO Gromače Krk
Krk, 05.-06.10.2012.
Marijan Markić, mob.: 091/5278-781

24th ETCO Congress, European organ donation congress
Hrvatska donorska mreža
Dubrovnik, 05.-07.10.2012.
Nikola Žgrabić, 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 Stosić, 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

11. hrvatski kongres endoskopske kirurgije s međ.sud.

HLZ, HD za endoskopsku kirurgiju
Slavonski Brod, 10.-13.10.2012.
Josip Samardžić, tel.: 035/201-101
Kotizacija A do 01.09.2012. 2.500,00kn; od 01.09.2012. 2.800,00kn; na dan kongresa 3.000,00kn
Kotizacija X (specijalizanti/studenti) do 01.09.2012. 1.250,00kn; od 01.09.2012. 1.300,00kn; na dan kongresa 1.500,00kn
Kotizacija N (medicinske sestre) do 01.09.2012. 1.250,00kn; od 01.09.2012. 1.300,00kn; na dan kongresa 1.400,00kn
Kotizacija E (predstavnici tvrtki) do 01.09.2012. 2.500,00kn; od 01.09.2012. 2.800,00kn; na dan kongresa 1.400,00kn
Kotizacija P do 01.09.2012. 1.250,00kn; od 01.09.2012. 1.300,00kn; na dan kongresa 1.400,00kn
Kotizacija D (za 1 dan) do 01.09.2012. 700,00kn; od 01.09.2012. 700,00kn; na dan kongresa 700,00kn

1st Congress of Hepatobiliary and Pancreatic surgery

Conventus Credo d.o.o.
Dubrovnik, 10.-14.10.2012.
Anja Aleksić, mob.: 099/4406-728

92

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 Alzheimerovojo 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. sud.

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

1. kongres Hrvatskog društva ortodonata HLZ sa međ. sud.

HD ortodonata HLZ-a
Zagreb, 12.-13.10.2012.
Ivana Šabanović-Uzelac, tel.: 01/8892-361, www.361events.hr/ortho2012
1.200,00kn

3D/4D VISUS ultrazvučni tečaj

Specijalna bolnica Podobnik
Zagreb, 12.-13.10.2012.
Peta Podobnik Brlečić, tel.: 01/6398-002
2.000,00kn

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

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB Sveti Duh, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za hepatogastroenterologiju
Zagreb, 13.10.2012.
Saša Gulic, dr.med., mob.: 091/3713-366, e-mail: sasa.gulic@yahoo.com
Karolina Majstorović, dr.med., mob.: 091/3713-425, e-mail: majstork@gmail.com
450,00kn

Simpozij Dia Transplant 2012 s međ.sud.

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Opatija, 13.-14.10.2012.
www.diatransplant.org
1.500,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

9. kongres hrvatskoga kardiološkog društva s međ. sud.

Hrvatsko kardiološko društvo
Opatija, 13.-16.10.2012.
Spektar putovanja d.o.o., Ana Hadžić, tel.: 01/4862-605
2.200,00kn

Ciklus predavanja: Manična depresija

Udruga Medikus
Zagreb, 15.10.2012.
Dr. Vesna Vučićević, tel.: 0173865-445

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Zagreb, 15.-19.10.2012.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Neuspjeh kirurških postupaka na slabinskoj kralješnici - uzroci i rješenja

Hrvatsko vertebrološko društvo u suradnji s Hrvatskim društvom za spinalnu kirurgiju, Kl. Za neurokirurgiju i Kl. Za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju KBC „Sestre milosrdnice“
Zagreb, 16.10.2012.
Kl. za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju KBC „Sestre milosrdnice“, tel.: 01/3787-248, e-mail: marijana.bregni@kbcsm.hr;
Kl. za neurokirurgiju KBC „Sestre milosrdnice“, tel.: 01/3787-522,
e-mail: neuroklinika@iskon.hr
200,00kn, za članove društva besplatno

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

VIII Adriatic Vascular Ultrasound Society - Meeting about Vascular Ultrasonography

Jadransko vaskularno ultrazvučno društvo
Opatija, 19.-21.10.2012.
Javor Vučić, mob.: 091/5075-134
1.500,00 - 1.850,00kn

Zbrinjavanje medicinskog otpada - zakonska regulativa i pravilno postupanje

Ekoplanet d.o.o.
Zadar, 20.10.2012.
Karmen Virč, tel.: 052/214-457

Mehanička respiracijska potpora

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Dubrovnik, 20.-22.10.2012.
Jadranka Radnić Salijevski, mob.: 091/5097-154
1.000,00kn

Miopija danas

HLZ, Hrvatsko oftalmološko društvo
Starigrad Paklenica 21.-22.09.2012.
Prof.dr.sc. Zdravko Mamić, tel.: 01/3787-359

Važnost dojenja

Hrvatska udruženja IBCLC savjetnica za dojenje
Split i Zagreb, 04.-05.10.2012.
Anita Pavičić-Bošnjak, dr.med., tel.: 01/3712-316

Atipične rane

Hrvatska udruženja 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 Ivanišević, 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 orofacialnim bolestima

Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
Zagreb, 26.-27.10.2012.
Prof.dr.sc. Jelena Aurer-Koželj, mob.: 099/2333-071

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-kongres2012.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

Radionica manualne medicine - Triger točke

Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 27.10.2012.
Tonći Šitić, bacc.physioth, mob.: 095/8300-766
800,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

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

Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju 2012

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 07.11. - 08.12.2012.
Irena Zakarija-Grković, tel.: 021/557-823
2.000,00kn

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
1.500,00kn

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

45. stručno-znanstveni skup hrvatskih pulmologa s međ. sud.

Hrvatsko pulmološko društvo HLZ-a
Split, 08.-11.11.2012.
Dr. Neven Miculinić, tel.: 01/2385-242, mob.: 091/7923-085
1.800,00kn

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. Tvrtko Pervan, tel.: 01/3313-031
1.800,00kn

Ciklus predavanja: Multipla inteligencija

Udruga Medikus
Zagreb, 12.11.2012.
Dr. Vesna Vučičević, tel.: 01/3865-445

Predavanja iz dječje i adolescentne psihijatrije - Opsesivno 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

Adverse factors influencing early child development

HLZ, HD za preventivnu i socijalnu pedijatriju
Zagreb, 15.-17.11.2012.
Giovana Armano, mob.: 098/708-175
1.500,00kn

2. hrvatski kongres ginekološke onkologije s međ.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 pratrni i izlagaci 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

6. hrvatsko-talijanski simpozij o psorijazi

KBC Rijeka, MEF Rijeka, Društvo za poboljšanje kvalitete života bolesnika sa psorijazom
Rijeka, 16.-17.11.2012.
Janja Komljenović, tel.: 051/658-283, e-mail: janjakm@medri.hr
250,00kn specijalisti, 100,00kn ostali

MERCK AKADEMIJA: 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 trajne edukacije: Novosti u dijagnostici i liječenju solidnih tumora

Hrvatska komora medicinskih biokemičara
Zagreb, 17.11.2012.
Sandra Burić, tel.: 01/4572/927
875,00kn