

GODINA XII • BROJ 115 • 15. XII. 2012

ISSN 1333-2775

# Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



SRETAN  
BOŽIĆ  
I NOVA  
2013.

# im pressum

## LJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske ljećničke 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 Mozetić  
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  
Vjekoslav Mahovlić • Ingrid Márton  
Hrvoje Minigo • Mladen Petrovečki  
Matija Prka • Dražen Pulanić  
Livija Puljak • Dario Sambunjak  
Katarina Sekelj Kauzlaric  
Ivica Vučak

## UPUTE SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:  
"Ljećničke 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 oglasnik je za članove Komore besplatan.

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

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

Hrvatska ljećnička 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

Obliskovanje A. Boman Višić  
Tisak "Mediaprint - Tiskara Hrastić d.o.o."

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

## kazalo

LJEĆNIČKE NOVINE 115 • 15. prosinca 2012.

## RIJEČ PREDSJEDNIKA .... 5

Neka nas optimizam i nada za bolju budućnost prati u 2013.

## IZ KOMORE .... 6

11. i 12. sjednica IO-a • Akcija „Hipokrat“  
Posjeta ličko-senjskoj i Bjelovarsko-bilogorskoj županiji  
Alternativno rješavanje sporova

## IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA .... 22

Zdravstvu 21,59 milijarda • Novi CT u KB-u Dubrava • Projekt „Svjetleći mozak“  
Neuro Bi-plane u KBC-u Zagreb • Novo u riječkoj Klinici za pedijatriju  
Svjetski dan i šećerne bolesti i dan pneumonije • Sastanak s ljećnicima iz Mainza  
Hrv. društvo za istraživanje raka • Kongres HMP-a • Sastanak alergologa  
XXVI Perinatalni dani • Priznanje Podružnici Zagreb HLZ-a • Priznanje akademiku Pećini  
Hepatitis indeks • Novo o Parkinsonovoj bolesti • „Laser in medicine“

## HRVATSKE BOLNICE .... 28

Jesu li bolnice osuđene na gubitke?

## IZ UDRUGE POSLODAVACA U ZDRAVSTVU .... 30

Savjetovanje o ekonomskim problemima

## OBITELJSKA MEDICINA .... 34

Teme Vijeća UEMO-a u Berlinu  
Klasifikacijski odbor WONCA-e u Ravellu  
Društvo nastavnika obiteljske medicine

## NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE .... 39

## NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA .... 51

Europski citološki kongres u Cavatu  
Kongres ginekološke onkologije u Zagrebu  
Tribina AMZH-a • Hrvatsko društvo za istraživanje raka

## UROLOŠKA TEMA .... 55

Ne masovnom skriningu na karcinom prostate!

## MEDICINA I PRAVO .... 56

Starost i mirovinska reforma

## EPIDEMIOLOŠKA TEMA .... 59

HIV/AIDS u Hrvatskoj

## INTERVJU .... 62

Hormonski kontraceptivi koriste se sve manje

## COCHRANE ZANIMLJIVOSTI .... 64

Prestanak pušenja pomoću mobitela

## IZ HAZU-A .... 66

Djelatnost Razreda za medicinske znanosti

## IZ POVIJESTI MEDICINE .... 68

Sv. Hildegarda iz Bingena

## LJEĆNICI U SLOBODNO VRIJEME .... 71

Dr. Jasna Novak: Zašto slikam

## MEDICINSKO-TEHNOLOŠKI ESEJ .... 73

Čarolija ljudskih ruku

## UREDNIKOV KUTAK .... 78

Novi članovi Uredništva

## BOLJE HUMOR NEGO TUMOR .... 79

Kontrolor, povjesna dama

## KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA .... 81

## Fotografija na naslovnici dr. Jasna Novak

ORGANIZACIJA I MARKETING • "BONAMARK", AMRUŠEVA 10, ZAGREB  
tel 01 4818 600 • tel/fax 01 4922 952 • e-mail: bonamark@bonamark

# Neka nas optimizam i nada za bolju budućnost prate u 2013. godini !

- Na kraju smo još jedne recesij-ske godine, nadamo se posljednje u nizu. U vrijeme Adventa kršćani očekuju bolju budućnost, a to želimo svima bez obzira na vjersku ili koju drugu pripadnost. Naša profesija od nas traži pružanje najbolje zdravstvene zaštite pacijentima bez obzira na raspoloživa materijalna sredstva. Kako smo to do sada činili vrlo uspješno, što najbolje pokazuju indikatori zdravstvenog stanja stanovništva te brojni stručni radovi i priznanja našim liječnicima u zemlji i inozemstvu, nema razloga da tako ne bude i u budućnosti. Imamo izuzetno dobar okvir za naše profesionalno djelovanje u Kodeksu medicinske etike i deontologije, koji je kao zajednički kodeks za sve liječnike u našoj domovini na snazi od 2006. godine. Utvrđen je na zasadama naše profesije od njenih početaka, pa do novijeg doba. Pridržavamo li se njegovih načela, siguran sam da ćemo zadovoljiti očekivanja naših pacijenata, suradnika, kolega i javnosti.

Međutim, ovih dana smo svjedoci da među nama ima takvih kojima je prioritet stjecanje osobne koristi i to na nezakonit način, što je nespojivo s našom profesijskom. Afera „Hipokrat“, kao i druge slične afere, ne služi na čast hrvatskim liječnicima. Vjerujem da će među osumnjičenima biti vrlo mali broj onih koji su zaista sudjelovali u nečasnim radnjama. Nama je u interesu da se provede brza i korektna istraga i da se počinitelji kazne. Unatoč očekivanjima javnosti, potaknutih brojnim medijskim istupima, moram istaknuti da Komora nema zakonskih ovlasti bavit se istražnim radnjama, provođenjem kaznenog niti bilo kojega drugog sudskeg postupka. No, kada se doneće pravomoćna sudska presuda našem članu, možemo sukladno našim propisima i jasno utvrđenima postupcima provesti stegovni postupak zbog nedostojnosti liječnika. Loše je što mediji naglašavaju, a i javnost je, kako se čini, prihvati, stav da nije dopustivo sponzoriranje farmaceutske i drugih profitabilnih industrija sudjelovanja doktora medicine na stručnim skupovima u zemlji i inozemstvu. Naš stav je vrlo jasan. Svaki naš član mora se stručno usavršavati, ne samo stoga što je to njegova zakonom utvrđena obaveza, nego i zato što samo dobro educiran liječnik može odista pomoći



svom pacijentu. Svaki je liječnik obavezan u određenom razdoblju prikupiti određen broj bodova radi relicenciranja, a zbog dobro nam poznatog stanja u zdravstvenom sustavu to ne može učiniti samostalno bez pomoći sponzora. Edukacija i njezino sponzoriranje dio su zakonitog poslovanja farmaceutskih, a i drugih tvrtki. Etički kodeks i utvrđene norme, pa i one što ih propisuje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, objavljeni su i svima dostupni.

Dakle, ne negira se ova aktivnost niti se zabranjuje. Ali nije dopustivo da se trajna izobrazba i legitimno sponzorstvo poistovjećuju s propisivanjem lijekova bez indikacija i sličnim koruptivnim aktivnostima. Za nas tu dvojbe nema, od svih naših članova tražimo da svoj posao obavljaju u skladu s načelima medicine temeljene na dokazima ne dopuštajući ničiji utjecaj na njihovu liječničku odluku o tome koji će lijek, ortopedsko ili drugo pomagalo propisati. Da bi se spriječile možebitne zablude i nejasnoće, Hrvatska liječnička komora priprema dokumente i izjave, među kojima i tzv. „Statement of disclosure“, a slijedom preporuka Europske unije i najuglednijih liječničkih asocijacija u Europi. Svi dionici u procesu trajne izobrazbe, od organizatora do polaznika, predavača i samih sponzora, trebali bi potpisati određene izjave što bi zasigurno pojasnilo sve pozicije i one-mogućilo uvjetovanje sponzorstva neprofesionalnim i nemoralnim postupanjem liječnika. Tijekom proteklog razdoblja bili su predstavnici naše Komore u Bjelovaru i u Gospicu. Tamo su održana predavanja o aktualnostima iz rada naše institucije. Drago mi je da se u oba grada okupio velik broj naših članova, što dokazuje da postoji velik interes za naš rad. Osobno sam bio

u Gospicu 3. prosinca i ugodno se iznenadio velikim brojem nazočnih. U dvoranu je trebalo unijeti još stolaca da bi svi mogli sjedeći slušati predavanja naše tajnice gospođe **Nikoline Budić** i moje predavanje. Veseli me da se u raspravi pokazalo koliko se očekuje i koliko se vjeruje da mi možemo nešto učiniti za poboljšanje položaja naših članova, koji obavljaju svoj posao uz povećane napore jer ih nema dovoljno, a zahtjevi pacijenata su sve veći. Ovim putem se zahvaljujem se predsjednici našeg povjerenstava Bjelovarsko-bilogorske županije dr. **Gordani Miličić-Knežević** i predsjednici Povjerenstva Ličko-senjske županije dr. **Sandri Čubelić** za srdačan prijem i odličnu organizaciju sastanaka, a svim kolegama zahvaljujem se za odaziv i pokazan interes.

U sljedećem razdoblju planiramo slične sastanke i u drugim županijama, a sve vas molim da svojim županijskim povjerenstvima priopćite koje bi vas strukovne teme i predavači zanimali. Konačno, jedna za nas divna vijest jest dodjela njemačke znanstvene nagrade „Gottfried Wilhelm Leibniz“ prof. dr. **Ivanu Đikiću** za istraživanje tumora. Moramo biti ponosni da je on naš kolega koji je završio studij medicine na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. To je veliko priznanje, pa profesoru Đikiću upućujem čestitke sa željom da njegova istraživanja doprinesu učinkovitoj borbi protiv malignih neoplastičnih bolesti. U nizu pesimističnih vijesti koje pune naše medije ovo je sigurno nešto što nas treba radovati. Nadam se da će sljedeća godina biti bolja. Hrvatska će biti 28. članica Europske unije i vjerujem da će to biti jedan od značajnih poticaja za kvalitetno obavljanje naše profesije.

Nadam se da ćemo u sljedećoj godini ostvariti neki od naših ciljeva, a jedan od vrlo značajnih je zakonom regulirano obvezno osiguranje od profesionalne odgovornosti i uvođenje medijacije u rješavanju sporova u sustav zdravstva. Mislim da je to važno za obavljanje našeg posla bez straha od neugodnih sudskeh postupaka kada se sumnja na počinjenu medicinsku pogrešku i odmah okrivljuje liječnika koji je u postupku nosio najveći dio tereta odgovornosti.

*Na kraju ove godine želim vam svima čestit i blagoslovjen Božić, te puno sreće, zdravlja, zadovoljstva i uspjeha u privatnom i profesionalnom životu u novoj 2013. godini.*

*Budimo optimistični! To nam je potrebno, a osobno vjerujem da će nam svima uskoro krenuti nabolje.*

Vaš predsjednik,  
prim. dr. Hrvoje Minigo

# 11. i 12. Sjednica Izvršnog odbora

## Kreće istraživanje o prioritetima strateških interesa članova u radu Komore

• Izvršni odbor Hrvatske liječničke komore je izabrao agenciju MSA za provođenje istraživanja o prioritetima interesa članova Komore na 11. sjednici, održanoj 16. studenog.

Na protekloj sjednici IO je prihvatio prijedlog Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti, sukladno zaključcima Skupštine, da Komora provede metodološko istraživanje među članovima kako bi se vi-djeli i definirali prioriteti u radu Komore. Komora se sukladno zaključku obratila četirima agencijama za istraživanje tržišta – Hendal, MSA, Inventa i Mercur International. Inventa se nije odazvala pozivu, a IO je na temelju tri pristigla prijedloga odlučio da će istraživanje o prioritetima strateških interesa članova u radu Komore provesti agencija MSA, čija je ponuda najprihvatljivija. Istraživanje će početi odmah iza blagdanica.

### Odgođen bilateralni susret HLK-a Lekarske komore Srbije

IO je održao i hitnu telefonsku 12. sjednicu 20. studenog s jednom točkom

dnevnog reda, tj. donošenjem odluke o otkaživanju planiranog bilateralnog susreta HLK-a i Lekarske komore Srbije, zakazanog za 12. prosinca 2012. te sudjelovanje predstavnika Komore na skupu „Aktuelnosti 2012. u Lekarskoj komori Srbije“ 13. prosinca u Beogradu i 14. prosinca u Boljevcu.

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo svakom je članu IO-a i svojim savjetnicima ponaosob izložio prijedlog o odgodi posjeta Lekarskoj komori Srbije. Kao razlog odgode istaknuo je ponašanje ne samo pojedinih ekstremističkih grupa, nego i službene reakcije visokih dužnosnika Republike Srbije nakon izricanja pravomoćne presude hrvatskim generalima na Međunarodnom sudu u Den Haagu, te ukazao i na preporuku Ministarstva vanjskih i europskih poslova Republike Hrvatske da se odgode putovanja u Beograd i Republiku Srbiju.

Predložio je također da se Lekarskoj komori Srbije uputi pismo kojim ih se obaveštava o odluci Izvršnog odbora Hrvatske liječničke komore i razlozima koji su do toga doveli.

IO je jednoglasno zaključio da se otkazuje planirani bilateralni susret HLK-a i Lekarske komore Srbije, te sudjelovanje na skupovima u Beogradu i u Boljevcu.

## O Prijedlogu Novog modela ugovaranja

Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu dr. **Senad Muslić** izvijestio je IO o zaključcima glede temeljnog prijedloga Novog modela ugovaranja, donesenim na sjednici 10. studenog, koje prenosimo u cijelosti.

1. Predloženi „Novi model ugovaranja 2013.-2020.“ u sada dostupnoj verziji dovodi u pitanje finansijsku opstojnost ordinacija opće/obiteljske medicine zbog sljedećih razloga:

a) Vrijednosti tzv. hladnog poggona i glavarine nisu sukladne realnim troškovima rada ordinacije

b) Izračun plaće članova timova opće/obiteljske medicine treba se bazirati na održavanju standardnog broja usluga temeljem definiranih vremenskih normativa u redovno radno vrijeme (40-satno tjedno radno vrijeme)

c) Predloženi izračun plaće doktora nije prihvatljiv jer treba iskazivati vrijednost rada, znanja i stručne naobrazbe sa svakog doktora bez obzira na veličinu tima

d) Nije razvidna cijena dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP-a)

e) Tijekom svakodnevног redovnog radnog vremena i rada s pacijentima ne može se ostvariti DTP u predloženim postotcima

f) Nisu uzeti u obzir vremenski normativi potrebni za određene postupke, a trebali bi omogućiti kvalitetan rad s pacijentom, a ne letimične pregledе koji bi omogućili što više DTP-a kako bi se namačnula oduzeta sredstva

g) Ovakav model rada može generirati nekvalitetan rad jer će kolege umjesto na stručni rad s pacijentom biti usmjereni na traženje mogućih DTP-a.



Savjetnik predsjednika Komore za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. sc. Mirko Gjurašin, tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić, predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost doc. dr. sc. Vladimir Mozetić, predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzarić, rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, savjetnik predsjednika Komore za privatnu praksu prim. mr. sc. Egidio Ćepulić, predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo, drugi dopredsjednik Komore prim. dr. Dražen Borčić, predsjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika prof. dr. sc. Tatjana Jeren, savjetnik predsjednika Komore za odnose s liječničkim udrušgama i Ministarstvom zdravlja prim. dr. Danijel Mrazovac, predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju prim. doc. dr. sc. Hrvoje Šobat, predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost prof. dr. sc. Vesna Jureša, predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. Senad Muslić, predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. sc. Mirjana Sabljar-Matovinović i savjetnik predsjednika Komore za odnose s HZZO-om prim. dr. Josip Jelić

## 2. Predlaže se:

a) Provođenje pilot projekta kroz najmanje 180 ordinacija opće/obiteljske medicine na razini cijele države, različitih veličina timova, u gradskim i ruralnim sredinama

b) Stalan mjesecni prihod ordinacije (hladni pogon i glavarina) treba značajno povisiti

c) Definiranje vremenskih normativa za sve postupke

d) Cijena DTP-a treba biti financijski prihvatljiva

e) Broj i visina DTP-a za koje je potrebno dodatno ulaganje u opremu i dodatna edukacija ne trebaju biti limitirani („cijena x usluga“)

f) Grupna praksa treba biti pravno regulirana podzakonskim propisima, dobrovoljna i plaćena kao postotak na stalni mješevi prihod ordinacije

g) Grupna praksa treba biti jasno definirana kao udruživanje nekoliko ordinacija zbog većeg broja medicinskih usluga, a ne radi povećane vremenske dostupnosti pacijentima

h) Pokazatelji uspješnosti trebaju biti preimenovani u „indeks potrošnje“ i trebaju se pratiti bez finansijske odgovornosti, tj. oduzimanja sredstava

i) Indeks kvalitete ne može se pratiti bez suodgovornosti pacijenata i treba:

- vrednovati ga kao postotak na stalni mješevi prihod ordinacije

- izdvojiti potrošnju doktora OM od preporka konzilijskih doktora (recepti, uputnice, bolovanja)

- indeksaciju provoditi isključivo onoga što prepisuje i indicira doktor OM.

3. Predloženi model bez definiranih elemenata nije prihvatljiv kao osnova za ugovaranje, te Povjerenstvo za PZZ u ne može kolegama opće/obiteljske medicine predložiti prihvaćanje „Novog modela ugovaranja 2013.-2020.“ dok se ne usuglase sporna pitanja.

4. Sukladno Zakonu o liječništvu i svom Statutu, HLK u cilju zaštite prava i zastupanja interesa liječnika PZZ-a poziva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje na sastanak vezano uz predloženi „Novi model ugovaranja 2013.-2020.“

## Povjerenstvo za PZZ raspravljaljalo o sumnjama na korupciju obiteljskih liječnika

Dr. Muslić je IO izvjestio i o raspravi vezanoj uz izražene sumnje da je jedna farmaceutska tvrtka korumpirala obitelj-

ske liječnik. Članovi Povjerenstva za PZZ u svojoj raspravi naglasili su sljedeće:

1. Zakon o liječništvu navodi da „U procesu donošenja odluke i izbora dijagnostike i odgovarajućeg liječenja, liječnik je samostalan u postupanju sukladno znanstvenim saznanjima i stručno dokazanim metodama koje odgovaraju suvremenom standardu struke.“

2. Također, „Liječnik je dužan u obavljanju liječničke djelatnosti osobito suzdržavati se od svake aktivnosti koja nije spojiva s ugledom, dostojanstvom i neovisnošću liječničkog zvanja.“

3. Uvođenje lijekova na Listu lijekova odobrava Upravno vijeće HZZO-a na preporku Povjerenstva za lijekove HZZO-a.

4. Liječnici obiteljske medicine propisuju lijekove sukladno „Pravilniku o načinu propisivanja i izdavanja lijekova na recept“.

5. Prema „Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja“ HZZO je obvezan mjesечно pratiti potrošnju novčanih sredstava za lijekove po izabranom doktoru, kontrolirati utrošak utvrđenog iznosa i osnovom izvješća o potrošnji (mjesečnog, polugodišnjeg i godišnjeg) poduzimati mjere iz svoje nadležnosti u skladu sa sklopljenim ugovorom o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.“

6. Također, postupkom nadzora iz „Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja“ ... posebno se nadzire da li izabrani doktor medicine: primjenjuje pravila struke, a kod propisivanja terapije preporuke glede farmakoterapije, kliničke smjernice te načela farmakoekonomike vodeći računa o interakcijama i kontraindikacijama za pojedini slučaj,...“

7. Sukladno ugovornim obavezama „Umjesto preporučenog lijeka izabrani doktor PZZ-a može propisati i drugi lik istog razreda učinkovitosti u odgovarajuće jakim dozama“.

8. Ugovorom o etičkom oglašavanju lijekova nositelji odobrenja za stavljanje gotovih lijekova u promet u Republici Hrvatskoj obvezuju se da u kalendarskoj godini na pojedinog ugovornog doktora HZZO-a ili doktora iz ugovornih zdravstvenih ustanova mogu potrošiti iznos do najviše 1.000,00 kn na sponzorski materijal, darove, reprezentacijske i slične troškove koji ne uključuju sponzorstva za prisustvovanje stručnim i znanstvenim sastancima, predavanjima i sličnim skupovima u RH i inozemstvu.

9. Prema Kaznenom zakonu RH

„Službena ili odgovorna osoba koja zahtijeva ili primi dar ili kakvu drugu korist, ili koja primi obećanje dara ili kakve koristi...“ ili „... osoba koja nakon obavljanja odnosno neobavljanja službene ili druge radnje ..., a u svezi s njom, zahtijeva ili primi dar ili kakvu drugu korist, kaznit će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora...“

Povjerenstvo je nakon rasprave zaključilo:

1. Osuđujemo bilo koji oblik koruptivnog djelovanja u zdravstvu u cilju pribavljanja osobne koristi i smatramo neprihvatljivim svako postupanje protivno moralnim, zakonskim i podzakonskim aktima hrvatskog liječništva

2. Međusobni odnosi između liječnika i farmaceutskih kompanija regulirani su zakonskim i podzakonskim aktima koje donose Hrvatski sabor, Ministarstvo zdravlja i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, te Kodeksom medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore

3. Liječnici PZZ-a prilikom propisivanja lijekova vođeni su medicinskim smjernicama, pravilima farmakopeje i farmakoekonomike, svi lijekovi s Liste lijekova HZZO-a dobili su odobrenje Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED), te stoga svaki propisani lijek s Liste lijekova zadovoljava stručne kriterije i pacijenti u slučaju propisivanja paralelnog generičkog lijeka nisu bili zakinuti niti im je bio propisan „manje vrijedan lijek“

4. Nakon uvođenja rada kroz Centralni zdravstveni informacijski sustav RH (CEZIH) liječnici PZZ-a su zbog kontinuiranog praćenja upućeni na propisivanje paralelnih generičkih lijekova niže cijene

5. Koruptivno djelovanje pojedinača nanosi neprocjenjivu štetu cjelokupnom liječništvu u RH te stoga ne prihvaćamo kolektivnu odgovornost i kolektivnu krivnju kao općeprihvatljiv obrazac ponašanja hrvatskog liječništva

6. Protivimo se javnom objavljanju punog identiteta osumnjičenih liječnika i dok se u sudskom procesu ne dokaze krivnja ne prihvaćamo bilo kakav oblik javne osude osumnjičenih kolega

7. Preporučujemo pacijentima da se i nadalje s punim povjerenjem obraćaju svojim izabranim liječnicima primarne zdravstvene zaštite.

Članovi IO-a raspravljali su o tzv. aferi „Hipokrat“ i donijeli odluku da će se u tiskanim medijima objaviti plaćeni oglas (više u članku „Plaćenim oglasom Komora upozorila na nužnost pridržavanja važećih propisa RH u medijskim objavama“ objavljenom u ovom broju LN-a), ali da Komora neće podnijeti kaznenu prijavu. IO je usvojio i prijedlog savjetnika predsjednika Komore za



## Prim. Jelić izabran za člana Programskog vijeća HRT-a

• IO je izviješten da je prim. dr. **Josipa Jelića**, savjetnika predsjednika Komore za odnose s HZZO-om, Hrvatski Sabor izabrao za člana Programskog vijeća Hrvatske radiotelevizije na sjednici 26. listopada. Od svih prijavljenih kandidata samo je 30 imalo uvjete da budu izabrani za članove tog Vijeća. Prim. Jelić je dobio 106 od ukupno 111 mogućih glasova, što je i najveći broj glasova što ih je neki kandidat dobio. Vijeće broji ukupno devet članova.

odnose s HZZO-om prim. dr. **Josipa Jelića** da zaključke Povjerenstva uruči članovima Vijeća HRT-a na prvoj sjednici.

Muslić je članove IO-a izvjestio i o tome da je na pripremnom sastanku za sjednicu Upravnog vijeća HZZO-a riješeno pitanje cijena DTP-a u sklopu Nacionalnog programa otkrivanja raka grlića maternice; te su cijene DTP-a za ginekologe i citologe ipak podignute, izvjestio je IO predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. **Senad Muslić**.

## Pregled leukocita i CRP omogućiti i izvan radnog vremena

Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. sc. **Mirjana Sabljar-Matovinović** izvjestila je IO o predmetu koji je Povjerenstvo razmatralo i koji upozorava na to da se na Cresu i Lošinju ne može napraviti pregled leukocita ni CRP nakon završetka radnog vremena. To je u ovom slučaju dovelo do tragičnih posljedica, što je nedopustivo.

Predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. Senad Muslić nadovezao se i istaknuo da je

bilo govora o tome da će se u ordinacije u PZZ-u uesti mogućnost analize leukocita i CRP no, tome se protivi Hrvatska komora medicinskih biokemičara. IO je zaključio da će se pokrenuti inicijativa da HZZO omogući ove pretrage i izvan radnog vremena.

Povjerenstvo je donijelo zaključak da će prije najavljeni tribina koju će organizirati biti o eutanaziji jer je ta tema ponovo aktualna.

## Kotizacije određuju stručna društva, a ne Komora

Predsjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika prof. dr. sc. **Tatjana Jeren** izvjestila je da Povjerenstvo u posljednje vrijeme prima molbe liječnika u kojima oni traže da im se pomogne pohapanje stručnih sastanaka te da se utječe na smanjivanje kotizacije na njima. Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** objasnio je da Komora ne može utjecati na smanjenje kotizacije, već da se liječnici trebaju izravno obratiti stručnim društvima koja organiziraju sastanke i određuju kolika će biti kotizacija.

## Finalni Prijedlog Cjenika zdravstvenih postupaka Komore

Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost donijelo je finalnu verziju Prijedloga Cjenika zdravstvenih postupaka Komore, kojim su utvrđene najniže cijene zdravstvenih postupaka i usluga, izvjestio je predsjednik Povjerenstva doc. dr. sc. **Vladimir Mozetić**. Na Prijedlogu Cjenika se radilo punih godinu dana i Povjerenstvo smatra da je rezultat rada optimalan.

Mozetić je zatražio od članova IO-a da do kraja studenog pošalju sve primjedbe i korekcije Prijedloga Cjenika, tako da bi se mogao staviti na glasanje na sastanku IO-a u prosincu i da bi se mogao primjenjivati od 1. siječnja 2013.

Mozetić je izvjestio IO i o bojkatu predstavnika Europskog udruženja privatnih bolnica u Rijeci. Oni su zainteresirani da se Hrvatska uključi u Udrženje putem svog predstavnika, što je IO prihvatio.

## Iz Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost

Ministarstvo zdravlja zatražilo je od Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost podatke o analizi Zavoda za javno

zdravstvo, izvjestila je predsjednica Povjerenstva prof. dr. sc. **Vesna Jureša**. No, takvu ozbiljnu analizu nitko nema, a Povjerenstvo je analiziralo kadrove, vrste poslova i dr., u okviru izrade prijedloga Mreže javne zdravstvene službe. Povjerenstvo će Ministarstvu dati dio podataka, s čime se IO složio.

## Inicijativa za izradu izjave o mogućem sukobu interesa

Predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. **Katarina Sekelj-Kauzlaric** izvjestila je IO da je Povjerenstvo, ponukano aferom "Hipo-krat", istražilo kodeks farmaceutskih kuća. Povjerenstvo je zaključilo da bi Komora trebala izraditi tzv. izjavu o mogućem sukobu interesa, kakva postoji i u Europskoj uniji, koju bi potpisao svaki član Komore. Ne potpišu li je neće moći sudjelovati ili predavati na simpozijima, kongresima itd. IO je prihvatio ovaj prijedlog. U ovu inicijativu uključeno je i Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju i Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika.

## I Hrvatska u projektu europske mobilnosti

Na sastanku Europskih mladih liječnika bilo je govora o projektu europske mobilnosti koji se nalazi na mrežnoj stranici [www.eumobility.eu](http://www.eumobility.eu) <<http://www.eumobility.eu>>. Na njoj svi liječnici mogu naći uvjete za nastavak školovanja ili rada u drugoj zemlji, a u projekt se uključila i Hrvatska, izvjestio je IO predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju prim. doc. dr. sc. **Hrvoje Šobat**.

Također, zauzet je negativan stav prema različitim europskim diplomama koje koštaju između 1000 i 2000 eura a ne donose prednost prilikom zapošljavanja; smatra se da se radi o skupom biznisu.

U Briselu se neće započeti s planiranim gradnjom Domus Medicusa europskih liječnika barem još nekoliko godina. Premda je zgrada kupljena, istaknuo je Šobat, ne mogu se dobiti dozvole za renoviranje i nadogradnju, a na to liječnici nisu bili upozorenji prije kupnje.

## Novi članovi Uredničkog odbora Liječničkih novina

IO, koji je ujedno i Savjet Liječničkih novina, razmatrao je i prijedlog urednika Liječničkih novina prof. dr. **Željka Poljaka** za imenovanje novih članova Uredničkog od-

bora i za donošenje odluke o objavi članka "Sudbine skladatelja homoseksualaca".

Urednički odbor je predložio da se zbog dugotrajne i potpune neaktivnosti nekih članova njegov sastav popuni s dva nova imena:

1. Doc. dr. **Livija Puljak** iz Splita, koja već nekoliko godina uređuje rubriku Cochrane novosti.

2. Dr. **Matija Prka**, ginekolog u bolnici Sv. Duh, koji je stekao publicističko iskustvo još kao predsjednik uredničkog odbora časopisa Medicinari.

IO je usvojio ovaj prijedlog. Također, na prijedlog predsjednika Komore IO je u Urednički odbor uvrstio i rizničara Komore prim. dr. **Vjekoslava Mahovlića**.

Urednički odbor zatražio je i mišljenje o uvrštenju spornog članka prim. dr. **Darka Breitenfelda**, koji je ponudio za tisak članak «Sudbine skladatelja homoseksualaca».

Rad je pisan na uobičajeni način, bez kontroverznih i izazovnih tvrdnji, ali kako je tema delikatna, Urednički odbor se nije mogao odlučiti za tisak bez mišljenja Savjeta.

IO je odlučio da se članak da na razmatranje Povjerenstvu za medicinsku etiku i deontologiju te da se neće objavljivati dok Povjerenstvo ne doneše zaključak.

## Završetak projekta MSD priručnik

Predsjednik Komore izvijestio je članove IO-a o završetku projekta "MSD priručnik dijagnostike i terapije za svakog liječnika praktičara".

U tijeku trajanja projekta podijeljeno je oko 9000 priručnika. S MSD-om je dogovorenod da će se ukupna brojka primjeraka s 12700 smanjiti na 10000. Preostalih 915 primjeraka priručnika dodijelit će se novim članovima, koji će ih dobiti u trenutku kada se učlane u Komoru, a dio priručnika poklonit će se Hrvatskoj komorri dentalne medicine, s čime se IO složio.

IO je razmatrao i prijedlog za donošenje odluke o mogućnostima i uvjetima za iznajmljivanje dvorane za sastanke koja se nalazi u prostorijama Komore u Tuškanovoj 37/2. Zaključeno je da se dvorana neće iznajmljivati jer predstavlja sastavni dio radnog prostora tijela i službi Komore.

Donijeta je odluka da će se, na temelju Pravilnika Komore o provođenju izobrazbe kandidata za stalne sudske vještak, od dijela troškova tečaja za kandidate oslobođiti dr. **Iva Šmigovec**, dr. **Gorana Bilonić** i dr. **Roberto Roher** jer su se mentori odrekli naknade za mentorstvo.

## Odnos prema umirovljenim liječnicima

Savjetnik predsjednika za odnose s HZZO-om prim. dr. Josip Jelić zamolio je IO da učini nešto glede vrlo lošeg odnosa koje matične ustanove imaju spram svojih umirovljenih liječnika. Primjerice, većina ustanova umirovljene liječnike niti ne obavijesti o komemoracijama koje se održavaju za umrle kolege, kod otvaranju odjela i sl. Uprave bolnica se zadnjih desetak godina često ponašaju ignorantski spram umirovljenih liječnika te je Jelić predložio da im Komora uputi primjedbu. Također, Jelić je upitao mogu li se unutar tijela Komore više aktivirati umirovljenici.

Predsjednik Komore izjavio je da će to napisati u svom uvodniku za Liječničke novine umjesto da se šalju primjedbe bolnicama. U tijelima Komore, dodao je, već sada ima dosta članova umirovljenika.

## Ostale aktivnosti Komore

U nastavku donosimo pregled ostalih aktivnosti Komore u razdoblju između dvije sjednice IO-a, tj. od 15. listopada do 16. studenoga.

### 18. listopada

- u Komori je održan tečaj reanimacije Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

### 19. listopada

- doc. dr. Ljiljana Perić nazočila je obilježavanju Dana ŠNZ „Andrija Štampar“ MEF-a u Zagrebu

### 24. listopada

- prim. dr. Dražen Borčić nazočio je predavanju dr. sc. Esther Gitman „Spašavanje 169 židovskih liječnika i njihovih obitelji“, održanom na Hrvatskom katoličkom sveučilištu u Zagrebu

### 25. listopada

- prim. dr. Hrvoje Minigo sudjelovao je kao član Povjerenstva za priznavanje naziva primarius sjednici Povjerenstva

- prim. dr. Dražen Borčić nazočio je svečanosti u povodu Dana darivatelja krvi, održanoj u Domu HV „Zvonimir“

### 25. i 26. listopada

- tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić sudjelovala je na savjetovanju „Aktualnosti hrvatskog zakonodavstva i pravne prakse“ u Opatiji

### 26. listopada

- u Komori je održan sastanak Liaison Committee, europskog foruma liječničkih udruženja

- dr. Senad Mustić je kao predstavnik Komore sudjelovao u radu Povjerenstva za izbor kandidata za specijalističko usavršavanje iz obiteljske medicine

- prim. dr. Dražen Borčić nazočio je znanstvenom međunarodnom skupu „Suvremene spoznaje o orofacialnim bolestima“ održanom u knjižnici HAZU

### 29. listopada

- u Komori je održan sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina

### 30. listopada

- prim. dr. Hrvoje Minigo i prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric sastali su se s dr. Biljanom Borzan, predsjednicom Saborskog odbora za zdravstvo i socijalnu politiku

- prim. dr. Dražen Borčić nazočio je predstavljanju zajedničkog preventivnog projekta Ministarstva unutarnjih poslova, Ministarstva zdravljia i Ministarstva zaštite okoliša i prirode pod nazivom „Zdrav za 5“ u Ravnateljstvu policije u Zagrebu

- prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric nazočila je tribini „Znanost u Hrvatskoj pred ulazak u EU“ u organizaciji Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, održanoj u HLZ-u

### 31. listopada

- prim. dr. Vjekoslav Mahovlić sudjelovao je u radu Skupine za zaštitu privatnosti osoba koje žive s HIV-om u e-zdravstvu, u okviru Projekta Ujedinjenih naroda

### 5. studenog

- dr. Ivo Jurić nazočio je otvaranju međunarodne konferencije „Sestrinstvo i sigurnost pacijenata u kriznim vremenima“ u organizaciji Hrvatske komore medicinskih sestara, koja je održana u Splitu

### 5. i 6. studenog

- prim. dr. Hrvoje Minigo, prim. dr. Egidio Čepulić, prim. dr. Danijel Mrazovac, dipl. iur. Nikolina Budić i mr. sc. Tatjana Babić sudjelovali su u radu 3. Međunarodne konferencije „Alternativno rješavanje sporova“, koja je održana u Hrvatskoj obrtničkoj komori

### 8. studenog

- prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric sudjelovala je u radu okruglog stola „Doprinos ljekarnika suvremenoj zdravstvenoj skrbi“ u Zagrebu

### 8. i 9. studenog

- prim. dr. Hrvoje Minigo, prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, doc. dr. Ljiljana Perić i dipl. iur. Nikolina Budić nazočili savjetovanju „Analiza ekonomsko financijske problematike sustava zdravstva, sustava plaća i kolektivnih ugovora“ u organizaciji Udruge poslodavaca u zdravstvu u Opatiji

### 9. studenog

- prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric sudjelovala je na sastanku za izradu Jedinstvenog registra lijekova, medicinskih proizvoda i dodataka prehrani u RepubliciHrvatskoj sa svrhom dodjeljivanja šifri lijekovima, koji je održan u Ministarstvu zdravljia

- održana je sjednica Glavnog odbora HLZ-a na kojoj je HLK predstavljao prim. dr. Dražen Borčić

- Prim. Jelić izabran za člana Programskega vijeća HRT-a. IO je izvješten da je prim. dr. Josipa Jelića, savjetnika predsjednika Komore za odnose s HZZO-om, Hrvatski Sabor izabrao za člana Programskega vijeća Hrvatske radiotelevizije na sjednici 26. listopada. Od svih prijavljenih kandidata samo je 30 imalo uvjete da budu izabrani za članove tog Vijeća. Prim. Jelić je dobio 106 od ukupno 111 mogućih glasova, što je i najveći broj glasova što ih je neki kandidat dobio. Vijeće broji ukupno devet članova.

#### **12. studenog**

- prim. dr. Hrvoje Minigo sastao se s gđom I. Petar iz tvrtke The P World u vezi pokroviteljstva „The global healthcare management foruma“ koji će se održati 11. ožujka 2013. u Zagrebu

#### **13. studenog**

- prim. dr. Hrvoje Minigo gostovao je u emisiji Hrvatskog radija o korupciji u zdravstvu

stvenom sustavu; u Hrvatskom saboru je sudjelovalo u radu okruglog stola „Evaluacija Regionalnih konferencija i aktivnosti u borbi protiv šećerne bolesti u Republici Hrvatskoj“ i nazočio je svečanom otvorenju i stavljanju u funkciju prvog Neuro Bi-plane uređaja u KBC-u Zagreb

- dr. Dragutin Juraga sudjelovalo u radu okruglog stola „Jesu li bolnice osuđene na gubitke“ u organizaciji magazina *Banka*
- predstavnice Komore, dr. R. Obrad-Sabljak, spec. ginekologije i dr. D. Vrdoljak-Mozetić, spec. citologije, u HZZO-u su sudjelovale na radnom sastanku u vezi prijedloga izmjena općih akata HZZO-a

#### **14. studenog**

- prim. dr. Hrvoje Minigo i prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric sudjelovali su u radu sjednice Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine u Ministarstvu zdravljia

- doc. dr. Vladimir Mozetić, doc. prim. dr. Hrvoje Šobat, dipl. iur. Nikolina Budić i dipl. iur. Mijo Karaula sastali su se s predstavnicima Agencije za zaštitu tržišnog natjecanja u vezi budućih izmjena Cjenika zdravstvenih postupaka

#### **15. studenog**

- prim. dr. Hrvoje Minigo nazočio je otvaranju Međunarodnog kongresa ginekološke onkologije u Zagrebu
- dr. Senad Muslić sudjelovalo je na sastanku kao član Radne grupe za izradu Jedinstvenog registra lijekova u HZZO-u

#### **15. i 16. studenog**

- doc. dr. Ljiljana Perić i prim. dr. Danijel Mrazovac sudjelovali su na konferenciji Hospital days 2012. u Tuheljskim Toplicama.

.....

# Akcija Hipokrat i nepoštivanje pozitivnih propisa RH u medijima

## *Komora upozorila na nužnost pridržavanja važećih propisa Republike Hrvatske u medijskim objavama*

Borka Cafuk

• Proteklih smo dana ponovo bili svjedocima kako se u medijima i dalje objavljuju informacije koje nisu u skladu s važećim zakonima i nim propisima. Ovaj put radi se o akciji "Hipokrat" u kojoj su uhićeni djelatnici farmaceutske kompanije "Farmal" pod sumnjom da su podmićivali liječnike obiteljske medicine. U dnevniku "Jutarnji list" je 14. studenog objavljen članak pod nazivom „Nagrade za liječnike“, novinara Ivane Krnić, Marina Deškovića i Tomislava Novaka, u kojem su u posebnom okviru s naslovom „Crna lista: 76 osoba i jedna tvrtka“, navedena imena i prezimena ukupno 50 liječnika, uz navođenje gradova u kojima su oni zaposleni.

Hrvatska liječnička komora reagirala je na članak i istaknula da su se novinari, kao i svi građani RH, dužni u svom radu pridržavati odredbi pozitivnih propisa. Komora je upozorila na konkretne odredbe pozitivnih propisa RH koje novinari moraju poštovati.

Odredbom članka 204. stavka 6.

Zakona o kaznenom postupku, propisano je da podaci o istovjetnosti osobe protiv koje je podnesena kaznena prijava te podaci na temelju kojih se može zaključiti o istovjetnosti te osobe, predstavljaju službenu tajnu. Neovlašteno odavanje službene tajne predstavlja kazneno djelo propisano odredbom članka 351. Kaznenog zakona. Prema spomenutoj odredbi, kaznit će se svaka osoba koja neovlašteno drugome priopći, preda ili na drugi način učini pristupačnim podatke koji su službena tajna ili pribavi takve podatke s ciljem da ih preda nepozvanoj osobi.

Također, Komora je upozorila i na Ustavnu odredbu (članak 28. Ustava RH), koja je također na snazi, a prema kojoj je svatko nedužan i nitko ga ne može smatrati krivim za kazneno djelo dok mu se pravomoćnom sudskom presudom ne utvrdi krivnja. Isto je navedeno i u članku 3. stavku 1. Zakona o kaznenom postupku. Međutim, čak i u slučaju kad (osuđujuća) kaznena presuda postane

pravomočna, propisan je način njezina objavljuvanja u sredstvima javnog priopćavanja.

Nadovezujući se na to, Komora je podsjetila i na odredbu članka 16. stavka 1. Zakona o medijima prema kojoj su mediji dužni poštovati privatnost, dostojanstvo, ugled i čast građana. Prejudiciranje nečije kaznene odgovornosti bez postojanja pravomoćne osuđujuće presude, ne može se smatrati poštovanjem dostojanstva, ugleda i časti građana.

Zaključno, Komora je istaknula da podupire sve aktivnosti vezane za sprječavanje korupcije, no upravo radi zaštite digniteta liječničke struke i svih svojih članova, očekuje da se informiranje javnosti obavlja sukladno spomenutim pozitivnim propisima RH. Objavom osobnih podataka na način kako je to učinjeno u spomenutom članku, ne postiže se svrha informiranja javnosti već se narušava povjerenje pacijenata, ne samo u liječnike, već i u zdravstveni sustav u cjelini.

Komora je zahtjev da se pri izvještavanju mediji pridržavaju pozitivnih propisa RH uputila i svim ostalim medijima.

Izvršni odbor Komore zaključio je na sjednici 16. studenog da će Komora objaviti i plaćeni oglasi u medijima vezani uz objave o akciji "Hipokrat". Oglas je objavljen 23. studenog u Večernjem listu, Novom listu i Slobodnoj Dalmaciji, dok je Jutarnji list odnio objaviti oglas navodeći da njegovu objavu razmatra pravna služba.

Premda je na kraju Jutarnji list pristao na objavu oglasa s objašnjnjem da u njegovoj objavi nema ničeg spornog, Komora je odustala od objave s obzirom na to da je oglas objavljen u drugim dnevnim novinama čime je postao dostupan svim hrvatskim gra-

đanima te zbog nastalog odnosa s Jutarnjim listom.

U plaćenom oglasu Komora je ponovno upozorila na nužnost pridržavanja važećih propisa RH u medijskim objavama te poručila pacijentima da se i dalje obra-

ćaju svojim izabranim lijećnicima obiteljske medicine s punim povjerenjem. Komora je istaknula da u slučaju propisivanja paralelnog generičkog lijeka pacijenti nisu bili zakinuti od svojih izabranih liječnika obiteljske medicine, niti im je propisan manje vrijedan

lijek. Svaki propisani lijek s Liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje zadovoljava stručne kriterije jer svi lijekovi s Liste lijekova imaju odobrenje Agencije za lijekove i medicinske proizvode.

.....

## Kako se zaštитiti u slučaju objave podataka o identitetu osobe protiv koje je podnesena kaznena prijava

- Osim reagiranja na članak objavljen u Jutarnjem listu i zahtjeva upućenog svim medijima da se pridržavaju pozitivnih propisa RH, Komora je na svojoj mrežnoj stranici [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) objavila i uputu za članove kako se zaštитiti u slučaju objave podataka o identitetu osobe protiv koje je podnesena kaznena prijava.

Usprkos stalnim upozorenjima koje Komora upućuje medijima da je neovlašteno odavanje službene tajne kazneno djelo, u medijima se učestalo objavljaju imena liječnika protiv kojih je podnesena kaznena prijava iako ti podaci predstavljaju službenu tajnu.

Stoga, ako je ime člana Hrvatske liječničke komore objavljeno u medijima, a prethodila je kaznena prijava, moguće je postupiti na sljedeći način:

1. obratiti se za pomoć Komori koja ima ugovorenu suradnju s odvjetničkim uredom za zastupanje članova po povlaštenoj tarifi

2. podnijeti kaznenu prijavu protiv glavnog urednika medija nadležnom državnom odvjetništvu.

Zakon o kaznom postupku (članak 204. Stavak 6.) propisuje da podaci o osobi protiv koje je podnesena kaznena prijava predstavljaju službenu tajnu. Neovlašteno odavanje službene tajne predstavlja kazneno djelo sukladno Kaznenom zakonu (članak 351.), koji propisuje da će se kazniti svaka osoba koja neovlašteno drugome priopći, preda ili na drugi način učini pristupačnim podatke koji su službena tajna ili pribavi takve podatke s ciljem da ih preda nepozvanoj osobi.

Kada je kazneno djelo odavanja službene tajne počinjeno objavom u medijima, kao što je slučaj objave imena liječnika protiv kojih je podnesena kaznena prijava, kaznena prijava se može podnijeti nadležnom državnom odvjetništvu. Prijavu je potrebno podnijeti protiv glavnog urednika medija u

kojem su objavljeni podaci koji predstavljaju službenu tajnu.

Član Komore koji se odluči pokrenuti kazneni postupak zbog odavanja službene tajne sukladno naprijed navedenom i koristiti se uslugama odvjetničkog ureda s kojim Komora ima sklopljen ugovor o poslovnoj suradnji, može se javiti pravnoj službi Komore na broj 01 4500 830.

Borka Cafuk

## Stručni nadzor nad stručnim radom liječnika

- Redoviti stručni nadzor nad stručnim radom liječnika obavljen je u šesnaest zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj na temelju godišnjeg plana za 2012. godinu, koji je usvojio Izvršni odbor Komore. U dvije zdravstvene ustanove obavljena su dva izvanredna stručna nadzora. Komisije za stručni nadzor obavile su nadzor u KBC-u Osijek, tri ordinacije opće/obiteljske medicine u Osijeku, OB-u Dubrovnik, KB-u „Sveti Duh“, KB-u „Dubrava“, KBC-u Zagreb u Zagrebu, KBC-u Rijeka, OB-u „Hrvatski ponos“ Knin te dva izvanredna stručna nadzora u OB-u Vukovar i privatnoj ginekološkoj ordinaciji u Rijeci. Stručnim nadzorom obuhvaćene su različite djelatnosti, kao npr. pedijatrija, psihijatrija, opća/obiteljska medicina, interna, kirurgija, onkologija te ginekologija i porodiljstvo.

U radu Komisija sudjeluju liječnici, svi redom istaknuti i uvaženi stručnjaci različitih specijalnosti i poznavatelji dobre stručne prakse, koji su predloženi s Liste članova komisije za provođenje stručnog nadzora, a koju je također prihvatio Izvršni odbor Komore.

Važno je napomenuti da se stručni nadzor provodi sukladno odredbama Pravilnika o stručnom nadzoru i Pravila provođenja stručnog nadzora, kako bi se na što objektivniji način procijenili kvaliteta i opseg zdravstvenih usluga te ostvarivanje prava bolesnika i ostalih korisnika zdravstvenih usluga.

U obavljanju stručnog nadzora vodi se računa o svim elementima koji mogu pridonijeti što uspješnijem nadzoru, primjerice uskladiti početak obavljanja stručnog nadzora s početkom radnog vremena pru-

žatelja zdravstvene usluge, održati uvodni sastanak u odgovarajućem prostoru koji se Komisiji treba omogućiti, dobiti na uvid svu potrebnu dokumentaciju, obaviti nadzor s pratinjom ili bez nje, nastojeći što manje premetiti normalan rad, održati završni sastanak. Zadržavajući nepristranost i ozbiljnost članovi Komisije mogu donijeti stručno i objektivno mišljenje, koje je bi trebalo biti i je od velike pomoći u dalnjem radu liječnika nad čijim se radom obavlja stručni nadzor.

Članovi komisija također imaju priliku razviti s lijećnicima djelatnosti nad kojima se obavlja nadzor u različitim zdravstvenim ustanovama kolegjalnu komunikaciju i uspostaviti kontakte koji mogu urodit razmjenom stručnih mišljenja, što je svakako bitno i u interesu kako samih liječnika tako i pacijenata.

Radmila Rumeč-Črne, dipl.iur.

.....

## U pripremi za iduće brojeve

- Novosti iz medicinske literature
- Muzej Crvenog križa u Ženevi
- Etika kiborgizacije (kiborgoetika)
  - Nove knjige hrvatskih liječnika
  - Životni put prof. Božidara Spišića
- Memoari prof. Ranka Mladine
  - Sudbine i bolesti slovenskih i talijanskih muzičara
  - Zanimljive ličnosti (dr. Ante Šutina)
  - Specijalistički ispit iz seksualne medicine ... itd.

# Komora u posjeti liječnicima Ličko-senjske županije

## *Uloga Komore u zaštiti digniteta liječnika i pravna zaštita liječnika*

Borka Cafuk



Predsjednica Županijskog povjerenstva Ličko-senjske županije dr. Sandra Čubelić i predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo

- Predsjednik Hrvatske liječničke komore prim. dr. **Hrvoje Minigo**, riznica prim. dr. **Vjekoslav Mahovlić** i tajnik Komore dipl. iur. **Nikolina Budić** sudjelovali su na sastanku u Gospiću koji je organizirala predsjednica Županijskog povjerenstva Ličko-senjske županije dr. **Sandra Čubelić**. Sastanak je održan 3. prosinca i bio je iznimno dobro posjećen. Usprkos temperaturi koja se spustila na minus 14 stupnjeva Celzijusovih na sastanku se okupilo 60-ak liječnika iz Županije privučenih vrućim temama – ulogom HLK-a u zaštiti digniteta liječnika i pravnom zaštitom liječnika u obavljanju djelatnosti.

### Definicija liječničke djelatnosti

Predsjednik Komore prim. Minigo govorio je o ulozi HLK-a u zaštiti digniteta liječnika i pokušao je liječnicima što više približiti aspekte rada Komore koji su im možda nepoznati.

Sama liječnička djelatnost definirana je Zakonom o liječništvu (NN br. 121/03, 117/08), koji i takšativno navodi što sve liječ-

nička djelatnost obuhvaća. Ona obuhvaća: pregled kojim se utvrđuje postojanje ili nepostojanje tjelesnih, odnosno psihičkih bolesti, tjelesnih oštećenja ili anomalija; procjenu stanja pomoći medicinskih dijagnostičkih instrumenata, postupaka i sredstava; liječenje i rehabilitaciju; davanje pripravaka krvi i krvnih derivata; sprječavanje bolesti, zdravstveni odgoj i savjetovanje; brigu o reproduktivnom zdravlju te pomoći pri porođaju;

propisivanje lijekova, medicinskih proizvoda i pomagala; uzimanje i presađivanje organa i tkiva; mrtvozorništvo i obdukciju umrlih osoba; izdavanje liječničkih uvjerenja, svjedodžbi, potvrda i mišljenja i druge radnje sukladno općim i posebnim propisima, objasnio je Minigo.

### Povijest liječničkog organiziranja

Nedavno je u Zagrebu održan ZEVA sastanak, tj. 19. Sastanak liječničkih komora centralne i istočne Europe, kojem je Komora bila domaćin, a pod vodstvom Njemačke i Austrijske liječničke komore.

S njima nas veže povijest. Naime, 1891. je car Franjo Josip I potpisao Zakon o ustrojavanju liječničke komore kojim se one ustrojavaju u njemačkim, poljskim, češkim, slovenskim i hrvatskim pokrajinama.

Tako je 1903. Osnovana i naša Komora, i to u Splitu. Komore u Njemačkoj i Austriji nastavile su raditi a naša je ukinuta 1946. odlukom Ministarstva narodnog zdravlja Federativne Narodne Republike Jugoslavije (FNRJ). Zadaća komora sukladno tom Zakonu bila je da zastupaju liječnička stajališta i daju svoje savjete o zdravstvenim poslovima kada bi ga zatražila vlada, a dopušteno je to bilo učiniti i svojom inicijativom, objasnio je Minigo.

Na sjednici austrijskih liječničkih komora 1913., na kojoj su sudjelovali i predstavnici Komore iz Dalmacije, predsjednik je izvijestio o tome što treba poduzeti protiv vlade koja je pod pritiskom socijalno demokratskih zastupnika ukinula neke odluke Komore. Zatim se raspravljalo i o pitanjima koja su postala aktualna tijekom borbe liječnika s bolesničkim blagajnama (tadašnja varijanta HZZO-a) u donjoj Austriji. Prije 82 godine raspravljalo se na konferenciji liječničkih komora Kraljevine Jugoslavije o odnosu liječnika prema socijalnom osiguranju



i o samom radu liječnika. Sveučilišnim profesorima, docentima i asistentima nije bilo dozvoljeno da primaju koje drugo plaćeno namještenje, a isto je vrijedilo i za ravnatelje kliničkih bolnica. Svim ostalim liječnicima bilo je dozvoljeno još jedno plaćeno mjesto. Svakom je liječniku uz obavljanje privatne prakse bilo dopušteno još jedno fiksno javno namještenje i još jedno paušalno honorarno namještenje.

Odlukom Ministarstva narodnog zdravlja FNRJ uklonjeno je čelnštvo Liječničke komore u Zagrebu, 15. veljače 1946. obustavljeno je djelovanje svih komora, dio kompetencija Komore preuzima Ministarstvo narodnog zdravlja, a imovinu Komore na čuvanje preuzima Zbor liječnika Hrvatske. Tada su bile i nacionalizirane prostore Komore u Šubićevoju 9 u Zagrebu.

- Komora je obnovila svoj rad prije 17 godina na temelju Ustava RH i Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Time su liječnici u Hrvatskoj ponovo dobili svoju Komoru, što je uobičajena praksa i tradicija u europskim zemljama i u svijetu. No, nedostaje nam 50 godina tijekom kojih Komora nije postojala a to je vrlo teško nadoknaditi u radu Komore, upozorio je Minigo.

## Ovlasti Komore

Komora je ustanova s javnim ovlastima, ona je tijelo javne vlasti i ima točno zakonom određene ovlasti.

Komora ne može imati strategiju i viziju već mora provoditi ono što je zakonom dobita. A mi se moramo boriti da imamo što više zakonskih ovlasti, ako to želimo, istaknuo je Minigo.

Sukladno Statutu, koji je donesen sukladno članku 61. Zakona o liječništvu, Komora je samostalna, neovisna, staleška i strukovna organizacija liječnika – doktora medicine na području RH. Ona štiti prava i zastupa interes liječnika, unapređuje liječničku djelatnost, brine se o ugledu liječnika i o pravilnom obavljanju liječničkog zvanja.

Komora vodi Imenik liječnika u RH te druge javne knjige; daje, obnavlja i odzima odobrenja za samostalan rad u okviru čega propisuje sadržaj, rokove i postupak provjere stručnosti i sposobljenosti liječnika u vezi s obnavljanjem odobrenja za samostalan rad (relicenciranje).

Također, Komora obavlja stručni nadzor nad radom liječnika, određuje najnižu cijenu rada privatnih liječnika, odobrava pojedinačne cijene liječničkih usluga privatnih liječnika, te obavlja i druge poslove s javnim ovlastima sukladno zakonu i drugo.

Osim javnih ovlasti, Komora daje prethodna mišljenja na akte, mišljenja sukladno zakonu i podzakonskim propisima, donosi Statut i druge opće akte o radu Komore, donosi Kodeks medicinske etike i deontologije i drugo. U suradnji s medicinskim fakultetima i stručnim medicinskim društvima Komora organizira, nadzire i vrednuje trajno medicinsko usavršavanje. Komora daje mišljenje o postupku osnivanja, preseljenja ili prestanka rada privatnih zdravstvenih ustanova i privatnih praksi, zastupe liječnike pri sklapanju ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje itd.

## Broj i nedostatak liječnika u Hrvatskoj

Na 1. siječnja ove godine u Komoru je bio upisan ukupno 18.471 liječnik, a s licencom 18.201. U sustavu zdravstva zaposleno je 13.286 liječnika, što je više no u proteklom razdoblju kada je bilo 12.700 liječnika. No, s druge strane, broj specijalista u bolničkom sustavu pao sa 7000 na 6449. Umirovljenika su 2852, stranaca 85, a naših liječnika koji rade vani 309.

Komora je već 2005. upozorila da u Hrvatskoj nedostaje liječnika. U Hrvatskoj je 2,6 doktora na 1000 stanovnika, što je za oko jednog liječnika na 1000 stanovnika manje no što je prosjek Europske unije. Znači nedostaje 4300 liječnika. Ali i da ih imamo, što bismo s njima? Ne bismo ih mogli zaposliti jer za to nema finansijskih sredstava ili bismo moralni svima smanjiti plaće, istaknuo je Minigo.

Svega je 314 nezaposlenih liječnika. Postoje županije u kojima nema nezaposlenih liječnika i kojima oni nedostaju ali ih ne mogu dobiti. Također je životna dob specijalista previsoka - 50 i više godina.

## Aktualnosti: anketa, pristup EU-u, afere

Ovog trenutka provodimo veliku anketu među članovima o prioritetnim poslovima u okviru javnih ovlasti Komore. Pripremamo akte i obrasce kojima će se regulirati pitanje možebitnog sukoba interesa između liječnika i profitnih organizacija, što je potaknuto aferom "Hipokrat". Također, Komora se priprema za ulazak u Europsku uniju i na otvaranje tržišta. Puno smo toga napravili glede toga i rijetki smo koji smo rekli da kod nas nema dobne granice za obavljanje liječničke struke ako liječnik ima licencu i zdravstveno je sposoban. Pripremamo izmjene svojih akata, radimo na uvođenju potpuno novog sustava specijalizacija, reagiramo na negativne pojave u zdravstvenom sustavu te na brojne afere kojima su sudionici članovi Komore, kao na primjer na afere "Indeks", "Hipokrat" i dr. Komora nema svoju policiju ili redare da se s time može boriti kao USKOK, niti joj je to funkcija, istaknuo je Minigo.

## Top tema – korupcija

Korupcija je devijantno ponašanje djelatnika javne uprave koje nije u skladu s njihovim zadacima po službenoj dužnosti a primjenjuje se u cilju stjecanja privatnog bo-



Predsjednica Županijskog povjerenstva Ličko-senjske županije dr. Sandra Čubelić, rizničar Komore prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić i gđa Mahovlić obišli su rodnu kuću jednog od najvećih umova ljudskog roda Nikole Tesle u Smiljanu nedaleko od Gospića

gatstva ili statusa pojedinca, uže obitelji ili povezane grupe ljudi. To je zlouporaba povjerenih ovlasti, javnih ovlasti za privatnu korist. Ona je traženje, davanje ili primanje izravno ili neizravno mita ili bilo koje druge nedopuštene koristi i mogućnost stjecanja takve koristi a koja remeti pravilno izvršavanje bilo koje dužnosti ili ponašanja koja se traže od primatelja mita, nedopuštene koristi ili mogućnosti stjecanja takve koristi, objasnio je Minigo.

Korumpiranom osobom se smatra svaka službena ili odgovorna osoba koja radi osobne koristi ili koristi skupine kojoj pripada zanemaruje opći interes premda je dužna štititi položaj i ovlasti koje su joj povjerene. Korumpiranom osobom se smatra i građanin koji nudi i pristaje na davanje mita. Korupcija se pojavljuje u gotovo svim područjima života i djelovanja, prisutna je u javnim institucijama, privatnom sektoru, politici, medijima i gospodarstvu, istaknuo je Minigo.

Korupcija ima različitih vrsta - od podmičivanja, sukoba interesa do pristranosti i nepotizma. Korupcija se mjeri indeksom percepcije korupcije Transparency Internationala i Indeksom kontrole korupcije Svjetske banke. Indeksom percepcije korupcije mjeri se stupanj percepcije korupcije u javnom sektoru i među dužnosnicima u 183 zemlje svijeta. Hrvatska se nalazi na 66. mjestu, što je vrlo loše i cijela se država mora boriti protiv korupcije, ustvrdio je Minigo te dodao da korupcija stoga zasigurno postoji i među liječnicima, ali ne u onom opsegu kakva je njena percepcija.

Ministarstvo zdravstva je 2006. godine provelo anketu među korisnicima zdravstvenih usluga u kojoj je bilo i pitanje o korupciji. U oko 30.000 upitnika nađen je samo 41 slučaj korupcije. Korisnici zdravstvenih usluga najviše su nezadovoljni bili prehranom, uređenjem bolničkih odjela, higijenskim uvjetima na odjelu itd.

Kodeks medicinske etike i deontologije zabranjuje primanje mita. Prije nekoliko godina uveli smo u naše akte nedostojnost, a to znači da ako je liječnik pravomoćno osuđen za teška djela poput korupcije, sud nas je dužan o tome obavijestiti i onda mi pokrećemo postupak za sankcioniranje takvog člana. Pokrenuta su četiri postupka zbog nedostojnosti, istaknuo je Minigo.

## Nezadovoljstvo članova, javnosti i vlasti najvećim se djelom pojavljuje zbog nepoznavanja prave uloge Komore

Komora je 17 godina nakon obnovljenog djelovanja učvrstila svoj položaj i postala nezaobilazan čimbenik u zdravstvu. Aktivno sudjelujemo u stvaranju propisa, provodimo sve aktivnosti sukladno ovlastima, naše djelovanje zapaža se i na međunarodnom polju te smo jedna od vodećih liječničkih komora u regiji.

Nezadovoljstvo članova, javnosti, vlasti najvećim se djelom pojavljuje zbog nepoznavanja prave uloge Komore. Komora nije sindikat niti liječničko društvo, ali s njima surađuje, već je ustanova sa zakonom određenim ovlastima. Liječnici su željeli imati svoju Komoru koja će čuvati dignitet naše profesije. Imamo je, a o svima nama ovisi naša budućnost i budućnost Komore. Liječnici kao dio društva nisu izuzetak u odnosu na kazneno djelo korupcije. Korupcija liječnika nije mit ali je u stvarnosti znatno manja od percepcije korupcije u široj populaciji. Komora ima zakonske ovlasti utvrđivanja nedostojnosti liječnika koji su pravomoćno osuđeni za kazneno djelo korupcije, a i pokretanje disciplinskog postupka u slučaju povreda Kodeksa medicinske etike i deontologije, zaključio je Minigo.

## Pravna zaštita liječnika i Centar za medijaciju

Tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić govorila je županijskim liječnicima o pravnoj zaštiti liječnika u obavljanju djelatnosti. O ovome više pročitajte u članku o posjetu Komore Bjelovarsko-bilogorskoj županiji, a ovdje donosimo najvažnije dijelove prezentacije.

Svaki profesionalac u Hrvatskoj podložan je kaznenoj, građanskoj, prekršajnoj i disciplinskoj odgovornosti. Četiri su vrste odgovornosti i četiri vrste postupaka koji se provode, a moguće je da se sva četiri postupka provode protiv liječnika istodobno, upozorila je Budić.

Komora traži modalitete da se dnevno bavljenje profesijom i pružanje zdravstvenih usluga učini lakšim i bez opterećenja. Sukladno važećoj legislativi u RH za liječnike ne postoji obvezno osiguranja od profesionalne odgovornosti. Zbog učestalosti postupaka koji se sada sve više i više vode protiv liječnika i ostalih zdravstvenih profesionalaca za utvrđivanje profesionalne odgovornosti, trebalo bi ozbiljno na razini države razmisli o uvođenju kvalitetnog osiguranja. Za Komoru je to model u kojem bi svaka zdravstvena ustanova trebala biti osigurana, tj. imati policu osiguranja za svoje zaposlene, a s druge strane da se država pobrine za osiguranje onih koji su u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

Osim toga, sporove bi bilo poželjno rješavati arbitražom ili medijacijom i u zdravstvenom sustavu trebalo bi promovirati upravo ova dva načina alternativnog rješavanja sporova. Uvođenje postupka mirenja kao novog oblika alternativnog rješavanja sporova, osiguravalo bi smirivanje tenzija, rješavanje sporova izvan sudova ali i povjerljivost, koja je u sporu vrlo važna za obje strane te činjenica da zapravo obje strane pobjeđuju.

Sljedeći korak Komore proizlazi iz zaključka Izvršnog odbora i Vijeća Komore i podrazumijeva da se pri Komori osnuje Centar za mirenje. Uvođenjem medijacije omogućava se razgovor i otkrivanje onoga što je uzrokovalo nesporazum. Cilj Komore je, zaključila je Budić, pronaći modus koji će omogućiti da se sporovi rješavaju na bolji, brži i povjerljiviji način.



## Dopuna Pravilnika o stjecanju statusa specijalista hitne medicine

• U „Narodnim novinama“ br. 131/12 od 29. studenog 2012. godine objavljen je Pravilnik o dopuni Pravilnika o stjecanju statusa specijalista hitne medicine. Spomenutim Pravilnikom doktorima medicine - specijalistima interne medicine ili opće kirurgije ili anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja s više od 10 godina rada u djelatnosti hitne medicine koji imaju znanstveno-nastavno zvanje profesora ili docenta i kontinuirano publicirane stručne i znanstvene radove iz područja hitne medicine kroz tih 10 godina omogućeno je stjecanje statusa specijalista hitne medicine. Zahtjev za stjecanje statusa specijalista hitne medicine zainteresirani doktori medicine mogu podnijeti ministru zdravstva do 30. travnja 2013. godine. Zahtjevu je potrebno priložiti i prethodno mišljenje Hrvatske liječničke komore o radu doktora medicine na području hitne medicine. Postupak pribavljanja mišljenja Komore bit će pojašnjen na web stranici Komore i u „Liječničkim novinama“. Svi potrebeni obrasci bit će objavljeni na web stranici Komore – u rubrici „Ako trebate./pokrenuti postupak pribavljanja mišljenja Komore o radu liječnika na području hitne medicine“ ([link](#))

# Komora u posjeti Bjelovarsko-bilogorskoj županiji

## Pravna zaštita liječnika i medijacija

Borka Cafuk



Članica Izvršnog odbora Komore prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlačić, sudac Visokog trgovackog suda dipl. iur. Srđan Štimac i predsjednica Županijskog povjerenstva Komore Bjelovarsko-bilogorske županije dr. Gordana Knežević Miličić

- U organizaciji predsjednice Županijskog povjerenstva Hrvatske liječničke komore Bjelovarsko-bilogorske županije dr. Gordane Knežević Miličić, tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić prezentirala je županijskim liječnicima pravnu zaštitu liječnika u obavljanju djelatnosti, a dipl. iur. Srđan Štimac, sudac Visokog trgovackog suda RH i predsjednik Hrvatske udruge za mirenje i registrirani izmiritelj, govorio je o medijaci, kao alatu za upravljanje konfliktom i za sprječavanje pretvaranja konflikta u sudski spor. Koliko su ove teme zanimljive upravo u ovome trenutku pokazao je velik odziv liječnika iz Županije na sastanak koji je održan 21. studenog.

Budić je podsjetila okupljene liječnike da je Komora ove godine organizirala 5. Simpozij upravo na ovu temu pod naslovom "Pravna zaštita liječnika u obavljanju liječničke djelatnosti: Osiguranje, vještačenja, medijacija", koji je održan od 23. do 25. ožujka u Opatiji (Izvješće sa Simpozija kao i Zbornik radova objavljeni su u Liječničkim novinama broj 108 od 15. travnja).

Liječnička djelatnost, objasnila je Budić, definirana je Zakonom o liječništvu (ZZZ; NN br. 121/03, 117/08), koji i definira što je svrha liječničke djelatnosti, a to je zaštita zdravlja pojedinca, obitelji i cjelokupnog

pučanstva, te takšatивno navodi što sve liječnička djelatnost obuhvaća.

Liječništvo je regulirana profesija, što znači da se liječnici svrstavaju u kategoriju profesionalaca koji svoj poziv obavljaju sukladno Zakonu o liječništvu i ZZZ-u. Liječnička profesija je vrlo zahtjevna, složena i odgovorna.

Sama struka zahtijeva visok stupanj autonomije liječnika zbog specifičnosti stručnih znanja i vještina. Ograničenja autonomije proistječu iz poštivanja pravila struke i dužnosti poštivanja Kodeksa medicinske etike i deontologije te obvezu vođenja računa o interesima pacijenta koji je ovisan o djelovanju liječnika.

Kao prednost, profesionalna autonomija nosi to da liječništvo kao regulirana profesija ima monopol na pružanje medicinskih usluga, što je i zaštita od konkurenčije, pripadnost profesiji definirana strukovnim zakonom, članstvo u strukovnoj organizaciji (Hrvatska liječnička komora) i odobrenje za samostalan rad (licenca) koje jamči posjedovanje stručnih znanja i sposobnosti.

U profesionalnoj autonomiji vrijedi načelo povjerenja javnosti u profesionalnu osposobljenost za obavljanje posebnih znanja i vještina te povjerenje korisnika medicinskih usluga, istaknula je Budić.

## Opseg profesionalne odgovornosti

Na temelju rečenog, pravna zaštita je liječnicama potrebna u slučajevima "prije-tećeg spora", koji može nastati zbog povreda pravila struke ili povreda Kodeksa medicinske etike i deontologije, te u slučajevima nezakonitih "medijskih napada".

Na opseg profesionalne odgovornosti postoje dva pogleda. Struka traži i zagovara uži opseg, u ekstremima do razine imuniteta, stoga što bi u prijevodu značilo da liječnik radi tako jer tako nalaže njegova doktrina, iskustvo itd. i ne dopušta nikome tko je laik da preispituje i sumnja u ono što liječnik radi. Na žalost, to su samo htijenja a u stvarnosti, u zakonskim okvirima to je drugačije, naglasila je Budić.

Argumenti kojima bi se moglo podupirati uži opseg odgovornosti koji zagovara struka su redom: profesionalna liječnička usluga nije jednoobražna; ona sadrži "element kreacije" i stoga mora uživati široko područje slobode djelovanja; pravila struke su brojna, složena, podložna stalnom i brzom mijenjanju, razvoju u pravcu novih i kvalitetnijih rješenja, a u obzir treba uzeti iznimne i složene okolnosti u kojima se sučeljavaju zahtjevi brzine i efikasnosti intervencije te zahtjevi primjene najboljih mogućih sredstava.

S druge strane, javnost traži i zagovara širi opseg odgovornosti jer očekuje maksimalna prava na zaštitu od potencijalno štetnih stručnih djelovanja liječnika. Kod laika uvijek postoji dvojba o kvaliteti profesionalne usluge ako nije zadovoljan uslugom i zato što je upitna realnost očekivanog ishoda. Svjesni smo danas činjenice da je Internet svima dostupan, da se na njemu nalazi mnoštvo podataka i da bi svatko mogao biti priučeni zdravstveni profesionalac.

## Kaznena, građanska, prekršajna i disciplinska odgovornost

Svaki profesionalac u Hrvatskoj, ne samo zdravstveni profesionalac, podložan je kaznenoj, građanskoj, prekršajnoj i disciplinskoj odgovornosti.

Funkcija kaznenog prava određuje se kao zaštita važnih vrijednosti pojedinca i zajednice, a u kaznenom postupku utvrđuje se kaznena odgovornost pojedinca. Razlika između kaznene i građansko-pravne odgovornosti je ta što je cilj kazneno pravne odgovornosti zaštita interesa društva i odgojna funkcija samog kaznenog postupka, a cilj

građansko-pravne odgovornosti je naknaditi štetu oštećeniku. Kad pacijent tuži liječnika, zaposlenog u zdravstvenoj ustanovi, za naknadu štete odgovarat će za štetu zdravstvena ustanova a ne liječnik.

Prekršajna odgovornost regulirana je odredbama zdravstvenih i strukovnog zakona. Kaznene odredbe tih zakona propisuju određena ponašanja koja se smatraju prekršajima te su za njih propisane prekršajne kazne.

Disciplinska (stegovna) odgovornost predstavlja odgovornost zbog nestručnog obavljanja profesije ili nepridržavanja odredaba strukovnog kodeksa i definirana je Zakonom o liječništvu. Ona spada u domenu Komore, odnosno, provođenje disciplinskog postupka jedna je od njenih ovlasti. Liječnik je disciplinski odgovoran ako: povrijedi odredbe Zakona o liječništvu, povrijedi Kodeks medicinske etike i deontologije, obavlja nestručno liječničku profesiju, svojim ponašanjem prema pacijentu, drugom liječniku ili trećim osobama povrijedi ugled liječničke profesije te ako ne ispunjava Statutom ili drugim općim aktom određene članske obveze prema Komori.

Dakle četiri su vrste odgovornosti i četiri vrste postupaka koji se provode, a moguće je i to da se sva četiri postupka provode protiv liječnika istodobno, upozorila je Budić.

## Osiguranje od profesionalne odgovornosti

Uzimajući u obzir sve navedeno, Komora upravo zato traži modalitete da se to dnevno bavljenje profesijom i pružanje zdravstvenih usluga učini lakšim i bez opterećenja. Sukladno važećoj legislativi u RH nema, kao za neke druge profesije - primjerice arhitekte, odvjetnike ili javne bilježnike - obveznog osiguranja od profesionalne odgovornosti. Upravo stoga što većina liječnika radi u zdravstvenim ustanovama nigdje nije propisano da morate kao na Zapadu imati obvezno osiguranje od profesionalne odgovornosti. Postojanje osiguranja od profesionalne odgovornosti predstavlja "back up" u bavljenju liječničkom profesijom. Trebalo bi svakako voditi računa da se zbog učestalosti postupaka koji se sada sve više i više vode protiv liječnika i ostalih zdravstvenih profesionalaca, odnosno za utvrđivanje profesionalne odgovornosti, ozbiljno na razini države razmisli o uvođenju kvalitetnog osiguranja. Za Komoru je to model u kojem bi svaka zdravstvena ustanova trebala biti osigurana, tj. imati policu osiguranja za svoje zaposlene, a s druge strane da se država pobrine za

osiguranje onih koji su u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Osiguranje liječnika od profesionalne odgovornosti postavljeno je kao i jedan od strateških ciljeva Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020., pa se Komora nuda da će se to i realizirati, istaknula je Budić.

Tome u prilog ide i zaključak V. Simpozija HLK-a o osiguranju da ono postaje neophodan uvjet kvalitetnog rada u medicinskoj djelatnosti te da je potrebno podržati uvođenje modela obveznog osiguranja liječnika. Pri zaključivanju polica osiguranja potrebno je detaljno razmotriti i razjasniti rizike, ali i opće i posebne uvjete osiguranja koji se odnose na profesionalnu odgovornost u zdravstvu.

## Centar za mirenje pri Komori

Osim toga, jedan je od zaključaka bio da je sporove poželjno rješavati arbitražom ili medijacijom te da bi u zdravstvenom sustavu trebalo promovirati upravo ova dva načina alternativnog rješavanja sporova.

Također, na ZEVA sastanku, tj. na 19. Sastanku liječničkih komora centralne i istočne Europe, koji je održan u Zagrebu od 27. do 29. rujna, a kojem je Komora bila domaćin, zemlje sudionice prezentirale su svoja iskustva u medijaciji i arbitraži. Izvješća sudionika u okviru okruglog stola o medijaciji kao alternativnom načinu rješavanja sporova pokazala su sličnost u velikom broju zahtjeva pacijenata koji su pretrpjeli neku štetu u liječničkoj usluzi koja im je pružena. Takvi zahtjevi imaju za posljedicu velik broj dugotrajnih i skupih sudskeh postupaka što, u konačnici, predstavlja teret i zdravstvenom i pravosudnom sustavu. Medijacija je u većini država u fazi razmatranja ali za sada takav model u većini država nije uveden posredstvom liječničkih komora kao alternativni način rješavanja sporova. Na sastanku je donesen zaključak da bi u zakonodavstvima država u kojima je to moguće bilo poželjno razmotriti rješavanje sporova koji nastaju u tijeku ili nakon obavljanja liječničke djelatnosti alternativnim načinima te da bi zdravstveni sustavi trebali promovirati medijaciju i arbitražu kao alternativno rješavanje sporova.

Uvođenje postupka mirenja kao novog oblika alternativnog rješavanja sporova, osiguralo bi smirivanje tenzija, rješavanje sporova izvan sudova ali i povjerljivost, koja je vrlo važna za obje strane u sporu te činjenica da obje strane pobjeđuju. Sljedeći je korak Komore, koji proizlazi iz zaključka Izvršnog odbora i Vijeća Komore, da se pri Komori

osnuje Centar za mirenje jer Komora smatra da bi efekti bili višestruko pozitivni. U prvom redu pružili bi mogućnost da se nešto što se u startu odmiče od sebe i tvrdi da ne postoji, prizna kao takvo te da se nađe rješenje koje zadovoljava obje strane. Samo zakonodavstvo nam nije dalo mogućnost da udovoljimo pacijenta koji ne želi postupak protiv liječnika već samo upozorenje liječniku da nešto sporno ne ponovi nekom drugom. To bi se omogućilo osnivanjem Centra za medijaciju. Sada, na žalost, možemo samo uputiti stranku da pokrene disciplinski postupak, objasnila je Budić.

Kroz medijaciju se otvara mogućnost razgovora i otkrivanja onoga što je uzrokovalo nesporazum. Postoji li šteta, moglo bi se utvrditi može li zdravstvena ustanova odmah reagirati, tako da se spor ne vuče godinama po суду i da se nabijujo enormni sudske troškovi, što sve rađa nezadovoljstvo itd. Cilj je Komore, zaključila je Budić, da se pronađe modus koji će omogućiti sa se sve to skupa prevenirati i izbjegne te da se sporovi rješavaju na kvalitetniji, brži i povjerljiviji način.

## Svi smo u pravu, a konflikti su sastavni dio života

Pravo je nešto što liječnike ne bi trebalo interesirati. Ono je vrlo nerazumljivo. Zdravlje je važno za sve nas i svi pokušavamo nešto saznati o tome, pa tako i vi u zadnje vrijeme pokušavate saznati nešto o pravu, istaknuo je dipl. iur. Srđan Šimac, sudac Visokog trgovačkog suda RH i predsjednik Hrvatske udruge za mirenje i registrirani izmiritelj.

Ono što je problematično i što je izvor svakog spora i konflikta jest to što smo svi mi posve različiti. Svi gradimo čitavog života sustav svojih vrijednosti i branimo ih, i svaki od nas ima subjektivno mišljenje o svakoj stvari. I svi smo u pravu jer je to naš pogled na svijet. Pokušajte ubuduće, kada čujete drugačije mišljenje, pogotovo ako je ono suprotno vašem, ne doživjeti to kao napad na sebe nego kao osobu s drugačijim pogledom na istu stvar, zamolio je Šimac. Postupi li se tako možemo si uštedjeti puno neprilika u životu. Prema tome, svatko od nas ima pravo na drugačije mišljenje, pa čak i ako smo u krivu, imamo pravo biti u krivu.

Konflikti su sastavni dio života, a mirenje je nešto što ima najširu primjenu u svakodnevnom životu u svim porama društva. Predstavnici smo tzv. pomažućih profesija, svi smo izabrali ova zanimanja imajući na umu da pomognemo nekom drugom, a možda i sebi i svojim bližnjima. Ljudski odnos prema ljudima svi stoga već imamo u sebi,

samo na njega nerijetko zaboravljamo i ne koristimo ga, naglasio je Šimac.

Mirenje nije ništa drugo nego primjena svih znanja i vještina vezanih uz osnovne komunikacije, pregovore, konflikt, emocije, preveniranje i rješavanje konflikta. Ima niz stvari koje možemo poduzeti sami da izbjegnemo onaj pravni okvir i pravnu prijetnju. Pravni okvir je presiromašan da pokrije svo bogatstvo ljudskog života, a služi nam kada nastane problem koji nismo u stanju sami riješiti.

Ljudski rod je rješavao svoje konflikte puno prije no što su nastali pravo, zakoni i sudovi. Ako je to čovjek to mogao davno, zašto to ne bi mogao i danas? Svi u sebi imamo gumb za suradnju i prije svega smo kooperativna a ne ratoborna bića. Dakle samo je pitanje načina, strpljenja i vremena da u svakome od nas pronađemo taj gumb i da ga pritisnemo. U postupcima medijacije se događa da ljudi koji su potpuno suprotstavljeni u određenom trenutku počinju uvažavati jedni druge, slušati i razumjeti se međusobno.

Nitko vas neće slušati dok ne iskažete spremnost da slušate drugu osobu, ako prekide drugu osobu dok izgovara sve što želi reći, ako smisljate odgovor prije nego je osoba rekla ono što ima na umu. Je li tako teško? Jeste. Jako je teško slušati drugog sa strpljenjem a ne misliti o sebi jer smo svi ljudi i u svakom trenutku mislimo samo o sebi. To je naš okvir postojanja. A često nas naše profesije, prije svega sudačka i liječnička, malo zanesu i pomislimo da smo prevažni u odnosu na one kojima pružamo svoje usluge, ustvrdio je Šimac.

## Liječnik sluša pacijenta u prosjeku 18 sekundi

Zdravje i život su naše najveće vrijednosti. Liječničko zanimanje je sigurno najplemenitije na svijetu. Zbog činjenice da ste tu kada nam trebate, apsolutno unaprijed uživate naše povjerenje kao pacijenata. I do jučer imali ste apsolutno povjerenje, bili ste gotovo nedodirljivi. No, dogodio se trenutak, koji je posljedica razvoja čitavog društva, dostupnosti informacija, brzine i ritma života, i tome više nije tako. Mnogi nisu više spremni poštovati autoritet bespogovorno ma koje one struke bio. I sada imamo 632 sudska spora protiv liječnika, ustvrdio je Šimac.

Pravo nije izmišljeno da bih ja dobro živio, ili bolest da biste vi dobro živjeli, već da bismo pomagali drugima. Neka istraživanja u SAD-u pokazala su da liječnik opće prakse prekida pacijenta koji govori prosječno nakon 18 sekundi govora. A pacijent je



Tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić

jedini izvor svih informacija koje su liječniku potrebne da bi utvrdio dijagnozu. Svi ste istrenirani da zdravstveni problem prevodite na medicinski jezik koji pacijent ne razumije, a želi razumjeti. Također, istraživanja su pokazala da 37 posto pacijenata smatra da im liječnici uskraćuju dužnu pažnju, a nešto manje od polovice njih smatra da im liječnici ne kažu sve što je potrebno da znaju o njihovoj bolesti. Znam da imate problema s ljudima koji puno traže, pitaju, gnjave. Ljudi, pacijenti žele reći što ih muči, žele da ih čujete, oni traže uvažavanje, pažnju, dodir, govor tijela koji im govori: "Vi ste meni najvažniji u ovom trenutku. Vi ste važniji od mene". Učinimo li tako dobit ćemo jednakom mjerom natrag – bit ćete najvažnija osoba, što i jeste za svaku osobu koja ima zdravstveni problem. Ovo sve govorimo da bismo izbjegli pravne varijante. Da tako postupate od prvog do zadnjeg pacijenta, pa makar ih bilo 80, izbjegli biste pravne varijante. To je strašno teško jer svi ste vi ljudi sa svojim teškoćama, a svaki dan tražimo od vas da budete nasmiješeni i da pokažete izuzetnu brigu. Postupanjem na drugačiji način od toga dajemo prostora mogućnosti da se nađemo na mjestu na kojem ne želimo. Svatko od nas je spreman učiniti sve što je potrebno da spasi zdravje i život, upozorio je Šimac.

Vrijeme je da se prestane šutjeti o stvarima koje su nam bitne. Tko se dobro proveo, tko je pokušao interno ili javno rješiti vaše zajedničke probleme (u sustavu). Trebamo se prestati ponašati kao individualci, to je teško u našem društvu ali nije nemoguće. I danas kada razmišljamo o svojim profesijama svi smatramo da je najvažnija stručnost. S pozicije pružanja kvalitetne usluge stručnost je najvažnija ali s pozicije korisnika usluge – pacijent unaprijed prepostavlja da

ste svi stručni - on od vas želi ispravan odnos, da ga tretirate kao osobu, kao subjekt a ne kao predmet, objekt. Također, očekuje transparentnost da zajedno kao partneri odlučite o njegovu zdravlju i životu, istaknuo je Šimac.

Mnogo je razloga zašto ima toliko tužbi protiv liječnika. Pravo je postalo biznis. Medicina je postala biznis. I to je dovelo do gubitka najvećeg broja vrijednosti zbog kojih smo se opredijelili za te profesije.

Vrijeme je da napustimo staromodne pristupe našim profesijama te da se s pacijentima/strankama počnemo ophoditi kao s partnerima i zajedno odlučivati što je najbolje za njih, zaključio je Šimac.

## Zbog srama, krivnje, straha bolnice i liječnici često pretauju voditi punu brigu o pacijentima koji su pretrpjeli ozbiljne posljedice...

Došlo je vrijeme za potpunu otvorenost liječnika prema pacijentima, ne samo u vrijeme prije i tijekom dijagnosticiranja i liječenja, već i u vrijeme kada tijekom njihovog liječenja za pacijenta nastupe neželjene komplikacije. Sva istraživanja pokazala su da je to mnogo osjetljivije i teže za pacijenta i/ili za njegovu obitelj od momenta kada se pacijent sa svješću o vlastitom zdravstvenom problemu na samom početku s povjerenjem i s nadom obraća liječniku za pomoć. Kada se već zna da je tome tako, zašto i bolnice i liječnici često prestaju voditi punu brigu o pacijentima koji su pretrpjeli ozbiljne posljedice zbog nastupanja neplanirane komplikacije ili liječničke pogreške? Zašto u tom trenutku često s njima prekidaju svaku komunikaciju?

Više je razloga za takvo ponašanje bolnice i liječnika. Prvo se javlja osjećaj srama i krivnje, i stoga većina liječnika ne želi priznati pogrešku ili svoj doprinos u njenom nastanku. Tim osjećajima pridružuje se strah od gubitka poštovanja i reputacije. Takvi osjećaji pojačani su s sjedne strane zbog nepripremljenosti i neobučenosti liječnika o tome kako se nositi s takvim događajem i s osobama koje su njime oštećeni, a s druge strane, priznanje greške može narušiti mit o nepogrešivosti liječničke profesije, naglasio je Šimac.

Postoje i institucionalne zapreke za suprotno postupanje liječnika. Tu je na prvom mjestu sveprisutna kultura neprihvatanja krivnje. Zatim tu su stručne osobe za upravljanje rizikom i administrativno osoblje bolnice koje svim silama pokušava zataškati što se dogodilo vjerujući da je to najbolji

pristup. Svemu tome pridružuje se pritisak kolega na šutnju i zapravo pritisak cijele profesije. I na kraju, tu je snažan utjecaj mnogih pravnih profesionalaca, koji još uvijek i prečesto zastupaju zastarjele strategije rješavanja medicinskog spora njegovim absolutnim prikrivanjem, vjerujući da je to najbolji put za uspjeh u eventualnom sudskom postupku.

Svemu tome pridodaje se i mit da izraz žaljenja bolnice i liječnika povodom nemilog događaja, automatski znači priznanje krivnje. Žaljenje i isprika su osnovni preduvjet za obnavljanje povjerenja oštećenih pacijenata prema liječniku i bolnici, i preduvjet su za nastavak života s posljedicom, objasnio je Šimac.

Nadalje, još uvijek vlada i mit o tome da otkrivanje podataka vezanih za nastupanje nemilog događaja uvećava izloženost i bolnice i liječnika sudske tužbi i višoj naknadi za štetu. Riječ je o sasvim pogrešnom pristupu. To je čin koji oštećene vrijeda dvostruko i izuzetno ih motivira na jedinu preostalu mogućnost, podnošenje sudske tužbe kako bi bolnicu i liječnika prisiliti na otkrivanje traženih informacija.

I konačno, na temelju svega navedenog, i bolnicama i liječnicima još uvijek se često preporučuje ne pregovaratiti i ne sklapati nagodbe s pacijentima i/ili njihovim obiteljima u ovim sporovima. Pregovori u postupku mirenja ili izvan njega, i nagodba, znače nešto neusporedivo više, bolje i drugačije od samog priznanja odgovornosti za događaj. Postupak nagodbe daje i bolnici i liječniku i oštećenima priliku komunicirati, slušati se i čuti, razumjeti, međusobno se uvažiti, potvrditi brigu i poštovanje za oštećene i za njihovu bol, razmijeniti i upoznati međusobno vlastitu ljudskost i svijest o pogrešnosti, iscrpno objasniti sve što se dogodilo i sve što se poduzelo, sve posljedice, ali i sve što se može napraviti da se stanje popravi; i što je prevažno, obećati da će se poduzeti sve da se slično ne ponovi u budućnosti. Međusobno iskreno komuniciranje s oštećenima predstavlja također eksplicitan nastavak iskazivanja brige i poštivanja za njih, u vrijeme kada su im potrebniji nego ikada. U tom slučaju oni osjećaju da su i bolnica i liječnik uz njih, da ih nisu napustili kad im je najteže, naglasio je Šimac.

## Parnica ili medijacija?

Parnica je civilizirani ekvivalent bitke do smrti, kraj svakog odnosa, ona proizvodi trajno nepovjerenje i neprijateljstvo. Parnica predstavlja i poslovni i životni neuspjeh svakog pojedinca, teška je i za sustav i za liječnika i za pacijenta, te je dugotrajna, frustrirajuća, skupa i potpuno neizvjesna

kada je o ishodu spora riječ. Štoviše, ona je potpuno izvan kontrole stranaka u sporu, istaknuo je Šimac. U centru događanja su pravo, većini nerazumljivi pravni postupci i pravno relevantna pitanja. Sve što je pravno relevantno, najčešće je za stranke životno ne-relevantno. Pravo najčešće izgrađuje nevidljivu branu između liječnika i pacijenta. Ono se može primijeniti, ali samo kao posljednja solucija u konfliktu.

Medijacija je, s druge strane, dobrovoljan postupak pregovaranja stranaka u konfliktu, potpomognut od strane treće neutralne osobe, medijatora. Osobu medijatora suglasno biraju stranke kao osobu od svoga povjerenja. Medijator ne može donijeti odluku o sporu. Postupak medijacije je povjernljiv i tajan. Omogućuje sačuvati privatnost i pacijenta i liječnika i reputaciju zdravstvene ustanove. Omogućuje samoodređenje stranaka, njihov izbor načina rješenja spora, kontrolu nad postupkom i njegovim rezultatom, kontrolu nad vlastitim sporom, životom i poslovanjem. Stranke su u medijaciji gospodari spora i u njemu aktivno sudjeluju, iznose slobodno i otvoreno svoju stranu priču, koja nužno nije pravno relevantna. Ništa što se

kaže u medijaciji ne može se koristiti protiv stranaka ni u jednom drugom postupku. Cijeli postupak se vodi na svima razumljivom jeziku. Osigurava sigurno ozračje za obnovu komunikacije, uzajamno uvažavanje, slušanje i pregovore. Vlastitom prisutnošću stranke iskazuju uzajamnu brigu, razumijevanje i poštovanje. Cijeli postupak okončava se veoma brzo. Troškovi su mnogo manji i podijeljeni. Isključena je neizvjesnost u uspjehu u sporu. Stranke kreiraju vlastito rješenje spora o kojemu ne odlučuje nitko drugi umjesto njih. Stranke same definiraju vlastite standarde pravednosti. Nagodba obnavlja privremeno poremećen odnos i čuva ga za budućnost. Ono što je dogovorenem stanke dobrovoljno izvršavaju, a nagodba pred medijatorom, uz klauzulu ovršnosti, ima značaj ovršne isprave (izjednačena je sa sudscom nagodbom ili pravomoćnom sudscom presudom). Obnovljena komunikacija u medijaciji u tim slučajevima znatno sužava sporna pitanja. Medijacija nije panacea, ali često ima takav učinak. Sudovi strankama u sporu uvijek stoe na raspolaganju za slučaj da medijaciju ne okončaju nagodbom, zaključio je Šimac.

.....

## 3. Međunarodna konferencija: Alternativno rješavanje sporova – mogućnost suradnje pravosuđa i gospodarstva

### Rješavanje sporova u Hrvatskoj liječničkoj komori

Borka Cafuk

• Hrvatska liječnička komora predstavila je način na koji se rješavaju sporovi u njoj i najavila osnivanje Centra za mirenje na 3. Međunarodnoj konferenciji: Alternativno rješavanje sporova – mogućnost suradnje pravosuđa i gospodarstva, koja je održana 6. i 7. studenog u Zagrebu u organizaciji Hrvatske obrtničke komore i pod pokroviteljstvom Ministarstva gospodarstva, Ministarstva poduzetništva i obrta i Ministarstva pravosuđa. Tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić objasnila je da su propisi iz kojih proizlazi način na koji se rješavaju sporovi u Komori Zakon o liječništvu, koji definira provođenje disciplinskih postupka, potom Pravilnik o disciplinskom postupku Komore koji na temelju tog Zakona donosi Skupština Komore i Pravilnik o arbitraži, koji donosi Vijeće Komore. Zakon

propisuje, istaknula je Budić, da se disciplinski postupak provodi protiv liječnika po službenoj dužnosti, na zahtjev pacijenta, odnosno druge zainteresirane osobe, nekog tijela Komore te na zahtjev ministra zdravlja. Disciplinski se postupak provodi u slučajevima povrede odredbi Zakona o liječništvu, Kodeksa medicinske etike i deontologije, nestručnog obavljanja liječničke profesije, povrede ugleda liječničke profesije i neispunjavanja članskih obveza prema Komori. Postupak se, istaknula je Budić, provodi pred disciplinskim tijelima Komore Časnim i Visokim časnim sudom koji su ovlašteni izreći disciplinske mjere kao što su ukor, javni ukor, novčana kazna, privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad od mjesec do godinu dana, trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad i privremeno

ili trajno ograničavanje opsega odobrenja za samostalan rad. Samom disciplinskom postupku prethodi tzv. prethodni postupak koji provodi povjerenstvo Komore za medicinsku etiku i deontologiju i Povjerenstvo Komore za stručna pitanja i stručni nadzor. Komori se obraća velik broj stranaka (pacijenata) koje žele pokrenuti disciplinski postupak pa se ova dva povjerenstva uvodno očituju na zahtjeve, odnosno očituju o tome postoje li pretpostavke da postupak ide dalje na sud Komore. S druge strane, liječnici koji su članovi Komore svoje međusobne sporove u obavljanju svoje djelatnosti mogu rješiti, odnosno povjeriti arbitraži Komore, objasnila je Budić. Arbitraža se provodi sukladno odredbama Pravilnika o arbitraži Komore. No, Komora je imala samo jedan arbitražni postupak, upozorila je Budić, i on nije realiziran do kraja jer druga stranaka nije na njega pristala. Postavlja se pitanje izostaju li arbitražni postupci zato što nema sukoba između liječnika ili zato što liječnici ne znaju za tu mogućnost rješavanja sporova pri Komori. Komora je, istaknula je Budić, sada zainteresirana za osnivanje Centra za mirenje pri Komori, odnosno za uvođenje postupka mirenja kao novog oblika alternativnog rješavanja sporova. Mirenje zasigurno ima svoje mjesto u Komori jer je zdravstvo specifično područje i njime se ne može baviti bilo tko. Stvaranje Centra za medijaciju pri Komori jedan od zaključaka posljednjeg Simpozija koji je Komora organizirala u Opatiji pod naslovom "Pravna zaštita liječnika u obavljanju liječničke djelatnosti: Osiguranje, vještačenja, medijacija", koji je održan od 23. do 25. ožujka ove godine. Na njemu je donesen zaključak da bi bilo poželjno sporove rješavati arbitražom ili medijacijom te da bi u zdravstvenom sustavu trebalo promovirati upravo ova dva načina alternativnog rješavanja sporova. Tačkođer, na ZEVA sastanku, tj. 19. Sastanku liječničkih komora centralne i istočne Europe, koji je održan u Zagrebu od 27. do 29. rujna, a kojem je Komora bila domaćin, zemlje sudionice prezentirale su svoja iskustva u medijaciji i arbitraži. Izvješća sudionika u okviru okruglog stola o medijaciji kao alternativnom načinu rješavanja sporova ukazala su na sličnost u velikom broju zahtjeva pacijenata koji su pretrpjeli određenu štetu liječničkom uslužom koja im je pružena, što ima za posljedicu velik broj dugotrajnih i skupih sudskeh postupaka i što, u konačnici, predstavlja teret i zdravstvenom pravosudnom sustavu.

Medijacija je u većini država u razdoblju razmatranja te za sada takav model u većini država nije uveden posredstvom liječničkih komora kao alternativan način rješavanja sporova. Na sastanku je donesen

zaključak da bi u zakonodavstvima država u kojima je to moguće bilo poželjno razmotriti rješavanje sporova koji nastaju u tijeku ili nakon obavljanja liječničke djelatnosti alternativnim načinima te da bi zdravstveni sustavi trebali promovirati medijaciju i arbitražu kao načine alternativnog rješavanja sporova. Idući je korak Komore na putu osnivanja Centra za mirenje, najavila je Budić, stvaranje formalnopravnog okvira, odnosno donošenje propisa i akata. Predmet medijacije u ovom trenutku mogu biti komunikacijski problemi i etički sporovi između pacijenata i liječnika, odnosno oni sporovi u kojima pacijent ne insistira na pokretanju disciplinskog postupka. Medijacija u slučaju odštetnih zahtjeva može se uvesti naknadno tek kada zaživi osiguranje od profesionalne odgovornosti za sve liječnike, zaključila je Budić.

## Zaključci konferencije

Budući da zaključci 2. Konferencije, koja je održana u listopadu protekle godine, nisu realizirani u prethodnom razdoblju jer je konferencija održana prije formiranja nove vlasti i proteka 100 dana od njezinog preuzimanja, prvi zaključak 3. Konferencije je provedba zaključaka 2. Međunarodne konferencije "Alternativno rješavanje sporova - mogućnost suradnje pravosuđa i gospodarstva", koji u skraćenom obliku glase:

1. Kvaliteta pravosudnog sustava – učinkovitost pravosuđa - ključni je čimbenik i *conditio sine qua non* uspješnog gospodarstva, te pretpostavka za nova domaća i strana ulaganja. Stoga se predlaže pokretanje Nacionalnog programa suda pridružene medijacije, prvotno kroz pilot projekt, u okviru kojega je potrebno:
  - sustavno povezati sude s iz-vansudskim centrima za mirenje
  - razviti sustav upućivanja stranaka u sudske predmetima na izvansudske mirene
  - iskoristiti postojeću strukturu i kapacitet izvansudskih centara za mirenje u Hrvatskoj
  - koristiti najbolju europsku praksu u razvoju suda pridruženog mirenja
  - provesti potrebnu edukaciju pravosudnih djelatnika, kao i predstavnika ostalih dionika nužnu za provedbu pilot projekta.

Predloženi Nacionalni program osigurat će trajnu provedbu strateških smjernica Strategije reforme pravosuđa RH 2011.-2015. za povećanje efikasnosti pravosuđa i to:

- Smjernice 2.10 - rasterećenjem pravosudnih dužnosnika od ne-sudbenih poslova,
- Smjernice 2.11 - izbjegavanjem angažiranja sudbenog aparata u postupcima gdje to nije nužno, sve u cilju provođenja strateške smjernice

- Smjernice 2.14 - daljinjim unapređenjem, širenjem i promoviranjem alternativnih načina rješavanja sporova.

Preostali zaključci Konferencije su:

2. Uspostava konkretnе i trajne suradnje resora pravosuđa i gospodarstva, osnivanjem povjerenstva sastavljenog od predstavnika dionika, prvenstveno Ministarstva pravosuđa, Ministarstva poduzetništva i obrta, te Ministarstva gospodarstva RH, kao i potpornih institucija gospodarstvenika, s ciljem razvoja sustava alternativnog rješavanja sporova, posebno medijacije, u službi svih gospodarstvenika, a osobito obrtnika, te mikro, malih i srednjih poduzetnika, sukladno opće prihvaćenom europskom načelu „think small first“.

3. Ugradnja konkretnih mjera za sustavan razvoj alternativnog rješavanja sporova, posebno medijacije, u nacionalne razvojne strategije (prvenstveno pravosuđa i poduzetništva,) ali i obrazovanja, zdravstva i drugih područja gdje je upotreba alternativnog rješavanja sporova, posebno medijacije, primjerena, uz obvezno uključivanje zainteresiranih dionika pri kreiranju mjera.

4. Ugradnja odredbi o korištenju alternativnog rješavanja sporova, posebno medijacije, u sve buduće propise gdje je upotreba primjerena, pri čemu kao najvažniji poticaj ističemo nužnost ugradnji takvih poticajnih odredbi u Zakon o parničnom postupku, čija je izmjena upravo u tijeku.

5. Izmjena propisa s ciljem značajnijeg vrednovanja sudske nagodbe, u cilju poticaja većeg korištenja ovog instituta kao najkvalitetnijeg okončanja sudskega postupka za stranke, sud i državu, te nužnost edukacije sudaca u tom pravcu.

6. U okviru Ministarstva pravosuđa RH potrebno je razmotriti i ugraditi „know-how“ prethodnih postupaka mirenja pred Sudom časti Hrvatske obrtničke komore i Sudom časti Hrvatske gospodarske komore s potvrđenim rezultatima u sklapanju nagodbi (od 31 % u HOK-u) u mjerodavne propise (ZPP i dr.). Cilj je njegovo korištenje u postupcima pred redovnim sudovima u građanskim predmetima, posebno u sporovima male vrijednosti, koje postupke ne bi trebao provoditi sudac već drugi stručni djelatnici. U radnu grupu Ministarstva pravosuđa za pripremu takvih izmjena propisa treba obvezno uključiti predstavnike Suda časti HOK-a i HGK.

7. Traži se žurni nastavak rada Povjerenstva za alternativno rješavanje sporova pri Ministarstvu pravosuđa RH na zadaćama zatrtanima u aktima o osnivanju kroz zakazivanje prvoga radnog sastanka u idućih 30 dana.

## Izgubljene iskaznice

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske lječničke komore objavljujemo da su dr. **Dubravka Čučak**, dr. **Melita Majić**, dr. **Mila Ferri-Matić Puljar** i dr. **Dino Bečić** prijavili gubitak lječničke iskaznice HLK-a.

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

.....

## Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske lječničke komore i časopisa

### Rezultati testiranja za broj 100 (srpanj 2012.)

• Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena lječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60%) pitanja na temu « Hematologija i transfuzijska medicina» objavljenih u časopisu MEDIX broj 100 u srpnju 2012. 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 Liječničkim novinama za prosinac 2012. godine. Čestitamo svim sudionicima koji su pravodobno odgovorili na postavljena pitanja. Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.

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

Alfirević Helena	Briski Ljiljana	Džaja Domagoj	Iličić Amila
Ambrušić Đuro	Briski Tibor	•	Ilić Begović Tanja
Arić Ivana	Brus Škrljac Martina	Đerek Petar	Ištvanić Vuger Irena
•	Bubić Friščić Ružica	Đogaš Tina	Ivančić Ravlić Iva
Bačelić Gabelica Ana	Bucko Ana	Đukanović Tanja	Ivanković Marija
Bačkov Kolonić Milena	Bučević Kristijan	Đuras Velimir	Ivanković Mladen
Bajo Dadić Margareta	Butorac Šegulja Milojka	Đurić Jelena	Ivanković Pavelka Ivana
Baković Branka	•	Emedi Vladimir	Ivić Denis
Bakšić Marta	Cecić Sule Deana	Ezgeta Slavica	Jadrejčić Vitomir
Balković Vanda	Cezner - Bačić Jasminka	•	Jadrešić Živana
Balog Sandra	Cimperman Srok Tatjana	Fajdić Branka	Jakovac Marko
Bančić Bogoljub	Cvetko Marija	Farkaš Vedran	Jančić Jelena
Banjac Dijana	•	Ferković Ivona	Jedvaj Ivana
Bardač Zelić Sunčica	Čaklović Marija	Fistanić Indira	Jelčić Zoltan
Baričević Ljiljana	Čapalija Davora	Forster Lidija	Jelić Josip
Barišić Anita	Čelebić Ilija	•	Jerbić Boris
Barišić Mirjana	Čičmak Smirnjak Ljiljana	Gardašanić Jasna	Jovanić Kolundžić Mirna
Bartol Mario	Čilić Branislava	Gavran Ivana	Jović Milena
Bartulica Ita	Čošić Maja	Glavaš Josipa	Jović Zlatović Josipa
Bator Ivana	Črneli Marija	Gojičeta Burnić Sanda	Juranić Tea
Bekić Dragana	Čubrić Eva	Golubovac - Rutar Milica	Jurić Banai Sanja
Belak Barišin Anita	Čučak Dubravka	Gović Dean Antulica	Jurišić Ivo
Belević Dinka	Čudina Nevia	Grbac Rinčić Gordana	Jurišić Vesna
Benčević Tanja	Čupić Miriam	Grbčić - Mikuličić Biserka	Jurković Jakovac Anita
Benčić Krunoslav	Ćićerić Mia	Gregov Miodrag	Jurlina Hrvoje
Benković Silvija	Ćorić Željko	Grga Mirjana	•
Berger-Richter Snježana	Ćorić Željko	Grgas Josipa	Kajganic Ana
Bešlić Gabrijela	Ćuković Marica	Grgić Tina	Kajić Marina
Bilić Ivica	•	Grubešić Zdravko	Kajić Violeta
Bilić Tomislav	Danilović Marija	Hatvalić Zrinko	Kajić Zvonko
Biskup Jadranka	Danilović Milijana	Hofmann Jager Ozana	Kakaragi Davor
Biskupić Mužina Jasmina	Dašić Nada	Holzmann-Miletić Ljerka	Kalšan Brkić Sanja
Blažević Draženka	Daus Šebeđak Danijela	Horvat Điko Ljiljana	Kanižaj Petra
Blažević Ivanka	Debelec Sanja	Hostić Vedran	Kapetanović Divna
Bodulović Mišić Zvjezdana	Dejanović Radomir	Hrastinski Marija	Kašelić-Kraljević Avelina
Borić Gordana	Delipetar Vladimir	Hržić Makek Alisa	Katić Đema
Boroš Jasna	Dobrić Darko	Huljev Šipoš Ivana	Kešin Nenad
Boršić Nikolina	Dobrić Mara	•	Kinach Inna
Bošnjak Branimir	Domović Zlata	L I J E Ć N I Č K E   N O V I N E   1 1 5 • P R O S I N A C   2 0 1 2	Klaić Slavica
Božićević Martina	Dragoja Vesna		Knežević Biljana
Božić Kvaternik Gordana	Dropulić Ljubica		

Knežević Mira  
 Knežević Zdenka  
 Kokić Marina  
 Kolarić Blažičko Tanja  
 Kolarić Mia  
 Kolundžić Božica  
 Komar Lukač Ivona  
 Komljenović Koprek Adela  
 Kontić Maša  
 Koprek Ivan  
 Koprić Branko  
 Korić Sanja  
 Kosanović Radivoj  
 Kovač Šestan Valentina  
 Kraljevski Davorka  
 Krevatin Morana  
 Krizman Vuhinec Barbara  
 Križan Branka  
 Krnjak Miljančić Katarina  
 Krpina Kristina  
 Krtalić Glorija  
 Krvnarić Nikolašević Silva  
 Kučak Andrija  
 Kukec Ivana  
 Kukurin Dajana  
 Kunštek Kučanda Tatjana  
 Kustura Lea  
 Kušić Tihomir  
 Kutleša Dario  
 •  
 Ladavac Ksenija  
 Lakić Teodosija  
 Lambaša Josip  
 Larma Miljana  
 Lauš Perislav  
 Laušin Veronika  
 Lemac Miljenka  
 Lesandrić Nedeljka  
 Lipovac Mrđen Marija  
 Lojna Katarina  
 Lokin Branka  
 Lolić Irgo Valentina  
 Lončar Dalibor  
 Lučin Vesna  
 Lukić Anita  
 Lukić Marijan  
 •  
 Ljubičić Đivo  
 •  
 Majić Matija  
 Malešević Jasenka  
 Mareš Bratko Vera  
 Mariani Petrović Ina  
 Marić Veljko  
 Marić Violeta  
 Marković Dragica  
 Marković Ivan  
 Markunović Sekovanić  
 Martina Martinez Ivan  
 Marušić Emedi Slavica  
 Mašinović Darija  
 Matić Mihaela  
 Matić Mirko

Međedović Denis  
 Meister - Babić Danijela  
 Mesarić Ksenija  
 Mičetić Balog Gordana  
 Mićić Josipa  
 Mihaldinec Zlatko  
 Mijanović Pavica  
 Milek Kristina  
 Milovac Silvana  
 Minigo Hrvoje  
 Miočić Juran Anamarija  
 Mišetić Marija  
 Mišić Ivana  
 Mišković Milorad  
 Mlačić Bojić Nikica  
 Mrgan Tomićić Biserka  
 Mujezinović Alija  
 Munitić Vjera  
 Muršić Miroslav  
 Mužić Tamara  
 •  
 Navratil Sven  
 Neveščanin Marko  
 Nikolić Ružica  
 Novoselnik Dragan  
 •  
 Nježić Radmila  
 •  
 Obrovac Gudelj Jasminka  
 Obućina Vesna  
 Ojtović Verica  
 Orabović Suzana  
 Orbanić Sonja  
 Oršulić Andreja  
 Ostojić Iris  
 Ožić Bebek Marko  
 •  
 Palaversa Musa Irena  
 Palaversić Jurica  
 Pančić Slavica  
 Pandžić Sakoman Mirna  
 Pavlović Maja  
 Pavun Siniša  
 Pehar Maja  
 Penko Emanuela  
 Perić Mirjana  
 Perušić Prpić Singlida  
 Petrošević Ivan  
 Petrović Branimir  
 Petrović Gojko  
 Petrović Terezija (Punoš)  
 Pivčić Gombović Ana  
 Pižeta Ivan  
 Pohel Lidija  
 Polić Kljaić Iva  
 Poljak Herljević Vesna  
 Popić Vlasta  
 Posedel Biserka  
 Prekalj Petrović Višnja  
 Prgeša Snježana  
 Puljiz Marijana  
 Puvačić Solomun Jadranka

•  
 Radaković Petar  
 Radić Mihael  
 Radočaj Čavlek Mirna  
 Radosna - Dome Bareta  
 Radovniković Goran  
 Rašić Roso Blaženka  
 Rendić Željko  
 Ribić Josip  
 Ribić Ljiljana  
 Rojnić Matejčić Roberta  
 Rosandić Piasevoli Rosanda  
 Roso Ljulj Stela  
 Rožanković Vesna  
 •  
 Sabo Anica  
 Sandukčić Krešimir  
 Sanković Božena  
 Sarka Jasna  
 Scagnetti Ksenia  
 Schubert Mladen  
 Schwenner- Radovniković  
 Jelena  
 Sergo Vlasta  
 Sikirić Radmila  
 Skelin Branka  
 Skopljak Vlasta  
 Skopljak Zlatko  
 Slaviček Gordana  
 Smoje Mario  
 Smoljan Ines  
 Somođi Bernardica  
 Sorić Maša  
 Srbelj Dehlić Biserka  
 Srpak Sabina  
 Srzić Gojak Alenka  
 Stanečić Kristina  
 Stanić Jurašin Karmen  
 Stanić Marta  
 Stanić Rikard  
 Stanojlović - Botić Ljiljana  
 Staver - Nikолов Elizabeta  
 Staver Dijana  
 Stipanović Milorad  
 Stipeč Karmen  
 Stipković Snježana  
 Sušić Livija  
 Sviben Damir  
 •  
 Šakić Radetić Jelena  
 Šalić Herjavec Dubravka  
 Šamarija Vladimir  
 Šebek Željko  
 Šegvić Ivana  
 Šestan Katarina  
 Šestan Mario  
 Šikanić Sonja  
 Šikić Ivana  
 Šimenc Danica  
 Šimić Spomenka  
 Šipicki Tinka  
 Škvarić Martina  
 Šlezak Tihana

Šmider Knezović Jasminka  
 Šoštaric Opačić Ivanka  
 Šoštaric Želalić Vera  
 Špiranović Željko  
 Špišić Treursić Davorka  
 Štanfel Ivanka  
 Štaufel Željko  
 Šumberac Šaravanja Suzana  
 Šunjara Dragutin  
 Šuperba Martina  
 Šuperina Branka  
 Šupraha Biserka  
 Šušnjar Pjera  
 Švigir Renata  
 •  
 Tadej Derenčinović Agneza  
 Telak Jana  
 Topolovec-Galic Biserka  
 Treska Pintarić Jasenka  
 Treščec Tomislav  
 Tucić Antun  
 Turjak Josip  
 Turk Gabriele  
 Turković Veljka  
 •  
 Uhoda Branko  
 •  
 Vidović Grebenar Jelena  
 Vidović Šehović Heda  
 Vidović Zdenka  
 Vladislavljević Gordana  
 Vladislavljević Maja  
 Vondrak Vedrana  
 Vuica Ana  
 Vukelić Dario  
 Vukelić Ina  
 Vukičević Lazarević Vesna  
 Vukić Veljko  
 Vuković Anita  
 Vuković Dubravka  
 Vulas Damira  
 Vulić Ksenija  
 •  
 Winterhalter Zvonar Branka  
 •  
 Yahia Hanan  
 Yahia Manal  
 •  
 Zadravec Tihana  
 Zavidić Tina  
 Zekić Božana  
 Zenko Sever Anita  
 Zibar Biljana  
 Zokić Nikica  
 Zorić Marina  
 Zubak Marić Branka  
 •  
 Žambok Ivanka  
 Žarković Branimir  
 Željeznjak Dubravka  
 Žic Željan  
 Žigić Zorana  
 Žurić Dražen  
 Žutić Dušanka



## Zdravstvu 21,59 milijardi kuna

• Vlada Republike Hrvatske usvojila je na sjednici 19. studenog prijedlog državnog proračuna za 2013. kojim bi se trebali ostvariti neostvareni ciljevi zadani za ovu godinu.

Prihodi za iduću godinu trebali bi iznositi 113,65 milijardi kuna, a rashodi će se popeti na 124,5 milijarde kuna. Gotovo cijelo povećanje prihoda u iznosu od 3,3 milijarde kuna očekuje se od poreza i trošarina, dok povećanje rashoda proizlazi iz činjenice da iduće godine Hrvatska mora uplatiti u proračun Europske unije 1,7 milijardi kuna, te zbog povećanja troškova kamata, koje će iduće godine iznositi 9,5 milijardi kuna, za dvoje milijarde kuna.

Vlada planira smanjiti plaće u državnim i javnim službama i to za 2,3 milijarde kuna, od čega se oko 600 milijuna kuna odnosi na plaće u zdravstvenim ustanovama.

Zdravstveni proračun povećan je za devedeset milijuna kuna u odnosu na ovu godinu i iznosi 21,59 milijardi kuna. Povećana su sredstva za primarnu zdravstvenu zaštitu za pet posto te iznose 3,045 milijardi kuna, no za isto je toliko postotaka uskraćeno sredstava za specijalističko-konzilijsku zaštitu. Također, za narednu godinu planirano je i smanjenje od 8,7 posto za lijekove na recept, a uvest će se i PDV od pet posto za proizvođače lijekova.

Borka Cafuk



## PBZ donirao KB-u Dubrava novi CT uređaj

• Privredna banka Zagreb (PBZ) donirala je Kliničkoj bolnici Dubrava novi 16-slojni CT uređaj u vrijednosti od 2,5 milijuna kuna.

U KB-u Dubrav godišnje se obavi više od 15.000 CT pretraga bolesnika s područja Zagreba ali i iz cijele Hrvatske. Donacija će značajno doprinijeti kvaliteti rada i unaprijediti skrb za teške bolesnike za koje je nužan ovaj uređaj, ključan za dijagnostiku brojnih patoloških stanja koja ugrožavaju život. PBZ se ove godine u sklopu svog programa društvene odgovornosti usmjerio na

projekte unapređenja zdravlja i zdravstvene skrbi te je tijekom godine donirao više od pet milijuna kuna zdravstvenim ustanovama i za projekte unapređenja zdravlja djece i odraslih. Osim ove donacije, PBZ je donacijom od 2,5 milijuna kuna kompletno opremio novi Odjel za klinička ispitivanja u Dječjoj bolnici Srebrnjak, koji je jedinstven u Hrvatskoj.

Borka Cafuk

## Financirat će se Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice

• S prvim danom prosinca krenulo je provođenje Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice u skladu s Projektom Ministarstva zdravlja. Sredstva za provođenje programa, odnosno za troškove dijagnostičko-terapijskog postupka i citološke analize brisa vrata maternice, osigurana su u proračunu za ovu, narednu i 2014. godinu u segmentu primarne zdravstvene zaštite i ranog otkrivanja zločudnih bolesti., priopćeno je sa sjednice Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), koja je održana 27. studenog. Također, HZZO će financirati pripravnički staž za 270 doktora dentalne medicine, magistre farmacije i magistre medicinske biokemije za obavljanje staža u zdravstvenim ustanovama. Na javni natječaj za financiranje pripravničkog staža, koji je objavljen 28. rujna, pristiglo je 279 zahtjeva, a u prijedlog liste prvenstva pripravnika uvršteno je 160 doktora dentalne medicine, 92 magistra farmacije i 18 magistar medicinske biokemije.

Borka Cafuk

## 3,7 milijuna eura projektu „Svjetleći mozak“

• Europska komisija je u sklopu 7. Okvirnog programa odobrila finansiranje 3,7 milijuna eura vrijednog projekta "Svjetleći mozak" pod vodstvom prof. Srećka Gajovića s Hrvatskog instituta za istraživanje mozga Medicinskog fakulteta Sveu-

čilišta u Zagrebu. Svrlja projekta "Svjetleći mozak", odnosno punog naziva "Primjena matičnih stanica i biomaterijala u oporavku mozga - unapređivanje mogućnosti postjećeg istraživanja mozga kroz inovativno in vivo molekularno oslikavanje", uvođenje je najmodernije tehnologije koja će hrvatskim znanstvenicima omogućiti istraživanja matičnih stanica i njihovo praćenje u oporavku mozga miševa. Osim toga, glavni cilj projekta je i informiranje šire javnosti o važnosti istraživanja u uspostavi novih pristupa liječenju bolesti mozga.

U projektu, osim istraživača iz Hrvatske, sudjeluju i poznati znanstvenici iz Austrije, Češke, Italije, Mađarske, Njemačke, Portugala i Švedske, koji će svojim znanjem s područja matičnih stanica, biomaterijala te snimanja mišjeg mozga pomoći znanstvenicima iz Hrvatske da se što uspješnije uključe u vodeća istraživanja u ovom području, priopćio je Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Borka Cafuk

## Ministarstvo zdravlja nabavilo Neuro Bi-plane za KBC Zagreb

• Ministar zdravlja prof. dr. sc. Rajko Ostojić prisustvovao je 13. studenog svečanom puštanju u rad Neuro Bi-plane uređaja u Kliničkom zavodu za dijagnostiku i intervencijsku radiologiju KBC-a Zagreb.

Neuro Bi-plane jedan je od najpotpunijih angiografskih uređaja te vrste u Europi i prvi je takav uređaj u Hrvatskoj. Njime će se proširiti zbrinjavanje bolesnika s krvarenjima u glavi, ishemijskim inzultima i tumorima na bazi mozga, te olakšati neuroradiološki intervencijski postupci. Do sada su pacijenti na pretrage i zahvate ovim uređajem odlazili u inozemstvo.

Uvođenje novih postupaka omogućit će liječenje oko 1.000 pacijenata godišnje, među kojima će biti oko 300 složenih postupaka embolizacije patoloških promjena na moždanim krvnim žilama, kao što su aneurizme, arteriovenske malformacije, duralno-arterijsko venske fistule te embolizacije tumora mozga i tumora na bazi mozga, ističe se u priopćenju iz Ministarstva zdravlja. Bi-plane angiografska tehnologija omogućuje dvodimenzionalni i trodimenzional-

ni prikaz moždanih krvnih žila nakon samo jedne aplikacije kontrastnog sredstva, zbog čega je sigurna i brža nego do sada. U krvne žile ulazi se u području prepone ili ruke. Korištenjem mikrokatetera i mikrožica, uz potporu 2D ili 3D slike, ulazi se u moždane krvne žile i mogu se zatvarati mjesta krvarenja ili okludirati krvnu žilu koja snabdjejava krvlju tumorski proces na mozgu. Na taj se način, ističe Ministarstvo, minimalno invazivnom tehnikom bez otvaranja glave može postići izljeчење kod određenog broja bolesnika koji inače ne bi mogli biti liječeni.

Uredaj je za potrebe KBC-a Zagreb nabavilo Ministarstvo zdravlja putem natječaja, i to po cijeni od 16,9 milijuna kuna, koja uključuje održavanje i servisiranje Neuri Bi-planea u idućih šest godina.

Borka Cafuk

## Novi Odjel za hematologiju i onkologiju Klinike za pedijatriju KBC-a Rijeka

- Ministar zdravlja prof. dr. sc. Rajko Ostojić otvorio je 26. studenoga novi Odjel za hematologiju i onkologiju Klinike za pedijatriju KBC-a Rijeka, priopćava Ministarstvo zdravlja. U novi je odjel uloženo 3,2 milijuna kuna, a uređenje su financirali Vlada RH i Ministarstvo zdravlja s po miličun kuna, Grad Rijeka donirao je 250 tisuća kuna, udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima "Krijesnica" prikupila je u humanitarnoj akciji 800 tisuća kuna, dok je oko 138 tisuća kuna prikupljeno na donacijama građana i tvrtki.

Odjel površine 320 metara kvadratnih ima 12 kreveta i opremljen je najsvremenijom opremom, te sobom s reverznom izolacijom za smještaj bolesnika s aplazijom srži nakon ciklusa agresivne polikemoterapije. Na Odjelu su zaposlena dva subspecijalista pedijatrijske hematologije i onkologije. U njegovom je sklopu i dnevna bolnica, prostorija za dijagnostičke i terapijske intervencije, igraonica i dnevni boravak za djecu, uz mogućnost održavanja individualne školske nastave. Na Odjelu može uz bolesno dijete stalno boraviti jedan roditelj te postoji i mogućnost zbrinjavanja terminalno bolesnog djeteta s obitelji.

Borka Cafuk



## Svjetski dan šećerne bolesti

### Maraton za dječje inzulinske pumpe

- Četvero djece oboljele od dijabetesa tipa 1 koja se liječe u KBC-u Zagreb dobilo je inzulinske pumpe osigurane sredstvima prikupljenim humanitarnom akcijom maratonca prof. dr. sc. Vedrana Krčadinca u suradnji s društvom Veliki za male sa šećernom bolešću. Djeca su pumpe dobila uoči Svjetskog dana šećerne bolesti, koji se obilježava 14. studenog.

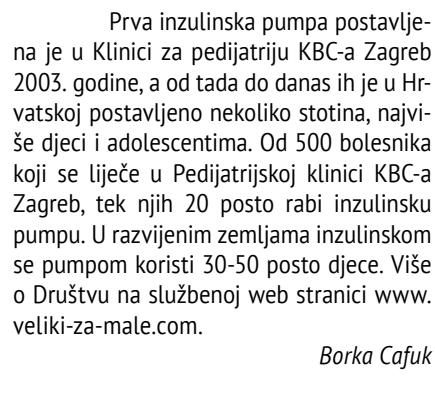
Primjena inzulinskih pumpi u Hrvatskoj za sada je još uvijek u povojima, i to prvenstveno zbog nedostatka finansijskih sredstava, te zato što nije uvedena u popis ortopedskih i drugih pomagala Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Od oko 11.200 bolesnika oboljelih od dijabetesa tipa 1, samo se njih četiri posto liječi inzulinskim pumpom iako se pokazala kao medicinski proizvod koji bitno poboljšava kvalitetu života oboljelih od dijabetesa tipa 1. Naročito je korisna za dojenčad i malu djecu kojima je teško postići dobru regulaciju i kod kojih postoji velika opasnost od hipoglikemija. U Hrvatskoj danas ima oko 900 djece s dijabetesom tipa 1 mlađe od 14 godina.

Nedostatak inzulinskih pumpi za najmlađe paciente, čijim je pumpama rok trajanja istekao a koja ne mogu nabaviti nove uređaje, potaknuo je profesora Matematičkog odsjeka PMF-a u Zagrebu Vedrana Krčadinca, koji je i sam dijabetičar, na pokretanje ove humanitarne akcije. Na njegov poziv za donacije javilo se nekoliko tvrtka koje su osigurali četiri inzulinske pumpe za male pacijente KBC-a Zagreb.



Prva inzulinska pumpa postavljena je u Klinici za pedijatriju KBC-a Zagreb 2003. godine, a od tada do danas ih je u Hrvatskoj postavljeno nekoliko stotina, najviše djeci i adolescentima. Od 500 bolesnika koji se liječe u Pedijatrijskoj klinici KBC-a Zagreb, tek njih 20 posto rabi inzulinsku pumpu. U razvijenim zemljama inzulinskom se pumpom koristi 30-50 posto djece. Više o Društvu na službenoj web stranici [www.veliki-za-male.com](http://www.veliki-za-male.com).

Borka Cafuk



## Svjetski dan pneumonije

### Pneumonija dnevno odnese 3.400 dječjih života

- Svake godine pneumonija odnese živote 1,2 milijuna djece u dobi do pet godina, odnosno više života nego AIDS, malarija i tuberkuloza zajedno, istaknula je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) obilježavajući Svjetski dan pneumonije 12. studenog.

SZO procjenjuje da se godišnje može spasiti oko 1,56 milijuna života povećanjem dostupnosti antibiotika amoxicilina, koji košta oko dvije kune po dozi.

Iako je razina svjetske procijepljnosti od pneumonije oko 85 posto, ona je i dalje ubojica broj jedan djece u dobi do pet godina. Stoga, ističe SZO, vlade moraju ozbiljno shvatiti prijetnju pneumonije i omogućiti dostupnost odgovarajućih cjepiva, dijagnostičkih i zdravstvenih usluga, pogotovo najsiromajim. Inače će ova kuga i dalje odnositi gotovo 3400 dječjih života dnevno.

Borka Cafuk



## Tradicionalni susret predstavnika liječničkih udruga Mainza i Zagreba

- Od 7. do 10. lipnja održan je još jedan u nizu redovitih godišnjih susreta predstavnika liječničkih udruga grada Mainza (Ärzteverein Mainz e.V.) i Zagreba (Podružnice Zagreb Hrvatskog liječničkog



zbara). Nastavak je to druženja koje se već desetljećima tradicionalno održava svake godine: jedne godine u Njemačkoj, a druge u Hrvatskoj. Kako je prošlogodišnji susret održan u Njemačkoj, kojom prilikom je organiziran posjet Berlinu, ove je godine domaći susreta bila je Podružnica Zagreb HLZ-a.

Prvog dana susreta priredio je predsjednik Podružnice prim. dr. **Vjekoslav Mahovlić** prijem i druženje u Hrvatskom liječničkom domu u kojem je kolege pozdravio i glavni tajnik HLZ-a dr. Tomislav Božek u ime spriječenog predsjednika HLZ-a prof. dr. **Željka Metelka**, te prof. dr. **Dubravko Orlić**, koji je u velikoj dvorani Hrvatskog liječničkog doma održao kratko nadahnuto predavanje o razvoju HLZ-a.

Liječnike iz Mainza dojmio se posjet središtu Podružnice Zagreb i središnjice HLZ-a, u kojoj se osjeća duh tradicije hrvatskog liječništva: zagrebački doktori okupljali su se u Zagrebačkom liječničkom društvu već davne 1850. godine, a Hrvatski liječnički zbor sa sjedištem u Zagrebu osnovan je 1874. godine i jedna je od najstarijih europskih liječničkih udruženja s neprekinutom tradicijom.

Stručni dio susreta održan je 8. lipnja u novim prostorima Hrvatske liječničke komore (HLK), gdje nas je dočekao predsjednik HLK-a prim. dr. Hrvoje Minigo sa svojim dopredsjednicima i članovima Izvršnog odbora. Bila je to prilika da prim. Minigo podsjeti kolege iz Mainza na stoljetnu tradiciju komorskog djelovanja na tlu Hrvatske (prva liječnička komora osnovana je u Splitu 1903., a u Zagrebu 1923. godine).

Kolege iz Mainza održale su niz zanimljivih predavanja s različitim aktualnim temama. Započeo je dr. **Thomas Klippstein** izlaganjem "Liječenje kronične

limfocitne leukemije", potom je predsjednik Udruge liječnika grada Mainza dr. Wolfgang Klee održao predavanje "Rak kože i sunce; koža i alergija" a prof. dr. **Wolfgang Dippold** "Smanjenje smrtnosti od karcinoma debelog crijeva zahvaljujući preventivnoj kolonoskopiji". Simpozij je završio još jednim revijalnim izlaganjem predsjednika dr. **Wolfganga Kleea** „Liječnici i nogomet – Mainz je prvorazredan“ u kojem je on prikazao na koje su sve načine liječnici iz Mainza povezani s nogometom tog grada. Svako predavanje pobudilo je brojna pitanja auditorija, što je izazvalo bogatu raspravu koju je veoma suvereno moderirao prof. dr. **Ivan Alajbeg**, član Upravnog odbora Podružnice Zagreb. Upravo je živa rasprava i razmjena iskustava među kolegama različitih specijalnosti iz Njemačke i Hrvatske pridonijela interdisciplinarnosti i stručnoj kvaliteti skupa.

I društveni dio programa ovog susreta bio je bogat. Prvoga dana je za kolege iz Mainza organizirano razgledanje središta Zagreba i njegovih kulturnih i povijesnih znamenitosti. U subotu je organiziran izlet u Hrvatsko zagorje, s posjetom Muzeju krapinskih neandertalaca u Krapini, razgledanjem crkve Majke Božje Jeruzalem-ske u Trškom Vruhu i dvorca Veliki Tabor. Zadnjeg dana susreta organizirali smo posjet Etnografskom muzeju koji čuva bogatu etnografsku baštinu Hrvatske predstavljenu kroz zbirku narodnih nošnji Hrvatske te osnovnih grana gospodarstva i narodnih rukotvorina.

Po reakcijama kolega iz Mainza na rastanku u zračnoj luci Zagreb, kao i pismima zahvale koja su stizala danima nakon susreta, možemo zaključiti da je i ovaj susret ispunio svoju zadaću: razmjenu

stručnih iskustava njemačkih i hrvatskih liječnika koje veže povijesna povezanost. No ne manje važna uloga ovog susreta bila je upoznavanje naših prijatelja iz Njemačke s bogatom tradicijom hrvatske medicine i kulturno-povijesne baštine. Nadamo se da će prijateljske spone očvrsnute ovim susretom otvoriti vrata budućeg znanstveno-stručnog napretka i našim mlađim kolegama te generacijama koje dolaze.

Dr. Rok Čivljak,  
tajnik Podružnice Zagreb HLZ-a  
(rok.civjak@gmail.com)



## 2. Konferencija Hrvatskog društva za istraživanje raka

• U Hotelu International u Zagrebu održana je 8. i 9. studenoga 2. Konferencija Hrvatskog društva za istraživanje raka (HDIR) s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom HDIR-2 „Od bazičnih istraživanja do klinike“.

HDIR je udružica koja okuplja znanstvene i stručne djelatnike iz medicine, biologije, biokemije i srodnih znanstvenih područja vezanih za istraživanje raka. Društvo djeluje kao ogrank Europskog društva za istraživanje raka (EACR, European Association for Cancer Research), koje djeluje 40 godina i najjača je europska neprofitna stručna organizacija koja pokriva kliničke i bazične aspekte istraživanja raka.

Nastojanja organizatora HDIR-2 konferencije bila su okupiti svjetske i hrvatske stručnjake iz područja istraživanja raka te promoviranje komunikacije između bazičnog i kliničkog istraživanja. Konferencija je obuhvaćala četiri glavne sekcije, koje su ujedno i najatraktivnija područja u istraživanju raka: Prijenos signala u tumorima, Genetika i epigenetika tumora, Imunologija tumora i Rezistencija tumora.

Od predavača treba istaknuti dva renomirana svjetska znanstvenika, prof. **Ivana Đikića** iz Njemačke, te prof. **Vardu Rotter** iz Izraela, predsjednicu Izraelskog društva za istraživanje raka. Oboje su članovi Vijeća EACR-a, kao i predsjednica Hrvatskog društva za istraživanje raka dr. **Sonja Levanat**, koja je 2010. godine postala jedan od 11 počasnih članova EACR-a. Predavanja su također održali i renomirani hrvatski i svjetski znanstvenici: **Zdenko Herceg** (Francuska), **Jozo Delić** (Francuska), **Oscar Burrone** (Italija), **Zorica Juranić** (Srbija), Boris Belev (Hrvatska) i **Tanja Čufer** (Slovenija).

Osim pozvanih predavača, dana je prilika i izabranim sudionicima za prikaz svojih dostignuća u navedenim temama. Uz predavanja je održana i poster sekcija gdje su mlađi sudionici prikazali svoja istraživanja te u produktivnom znanstvenom okruženju kritički raspravili svoje rezultate. Na konferenciji je prisustvovalo oko 120 znanstvenika i liječnika iz Hrvatske i inozemstva i ona je bila uspješna s obzirom na zanimanje i broj sudionika.

Mirela.Levacic.Cvok@irb.hr

## XVI. Kongres Hrvatske udruge djelatnika HMP-a "Učimo na iskustvima"

- U organizaciji Hrvatske udruge djelatnika hitne medicinske pomoći održan je od 18. do 21. listopada u Novom Vinodolskom XVI. Kongres Hrvatske udruge hitne medicinske pomoći s međunarodnim sudjelovanjem.

U svjetlu reforme hitne medicine, objedinjavanjem hitnih službi pod kapu Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, ustrojem objedinjenih hitnih bolničkih prijama, HMP dobiva svoje ravноправno mjesto u zdravstvenom sustavu.

"Učimo na iskustvima" misao je vodilja, koja je imala za cilj razmjenu iskustava kroz prikaze slučajeva iz svakodnevnog rada djelatnika izvanbolničkog i bolničkog HMP-a.

Veliko zanimanje za ovogodišnji kongres dokazuju veliki broj izlaganja, bogata poster sekcija i kvalitetne radionice. Različitost tema pokazuje da se u zbrinjavanju hitnih stanja pacijentu pristupa ne samo pridržavajući se ustaljenih i propisanih smjernica za rad, nego holistički, sagledavajući pacijenta u cjelini, ne samo zbrinjavajući novonastalu hitnu dijagnozu.

Kroz nekoliko tematskih sklopova iznesena su iskustva u zbrinjavanju hitnih internističkih stanja, zbrinjavanju ozljeda, neuroloških hitnih stanja, djelovanju hitne službe u izvanrednim okolnostima, masovnim nesrećama.

Osobito je dinamična rasprava uslijedila je nakon sklopa Organizacija hitne medicinske službe, s naglaskom na potrebu trajne edukacije svih djelatnika ove službe, kako iz stručnog djela tako i iz područja komunikacije na relaciji pacijent-zdravstveni djelatnik; pozitivno je ocijenjeno pokretanje specijalizacija iz hitne medicine za li-

ječnike, te istaknuta potreba za što skorijim pokretanjem specijalizacija za medicinske sestre-tehniciare u hitnoj službi. Time bi se proširile i definirale ingerencije Tima 2 (T2), što bi omogućilo veću mogućnost preživljavanja hitnih pacijenata te manju invalidnost nakon nesretnog događanja.

Kongresni program bio je obogaćen i gostovanjem kolega iz Slovenije, Italije, Španjolske, čija su dragocjena iskustva i istraživanja praćena s velikim interesom. Radne učionice vodili su licencirani instruktori.

Niti jedan zdravstveni sustav ne može opstati bez hitne medicinske službe i ulaganja u njen napredak i usavršavanje. Upravo tome svake godine teži doprinijeti HUD HMP, ispunjavajući svoj kongres kvalitetnim sadržajima .

*Predsjednica stručnog odbora  
dr. Jasmina Perić, spec. obiteljske medicine*

## Godišnji sastanak hrvatskih alergologa i kliničkih imunologa

- Održan je u Zagrebu od 22. do 24. studenog 2012. u organizaciji Hrvatskog društva za alergologiju i kliničku imunologiju HLZ-a. Organizacijski odbor su sačinjavali članovi Društva te djelatnici Odjela za kliničku imunologiju, pulmologiju i reumatologiju, Referentnog centra za kliničku alergologiju MZRH KB-a „Sveti Duh“. Sudionici su imali priliku čuti novosti o bazičnim mehanizmima nastanka alergijskih bolesti u predavanju dr. sc. Muebecel Akdisa iz Švicarskog instituta za alergiju i istraživanje astme (Swiss Institute of Allergy and Asthma Research, SIAF). Novosti o imunoškim promjenama u sklopu autoimunog tiroiditisa prikazala je Mihaela Zidarn iz KB-a za plućne bolesti i alergije Golnik (Univerzitetna Klinika za plućne bolezni in alergijo, Golnik, Slovenija). Ugledni mađarski klinički imunolog i reumatolog prof. dr. Laszlo Czirjak prikazao je novosti u dijagnostici i terapiji sistemskog lupusa. Osobito veliku važnost sastanku daju prikazana izvorna bazična i klinička istraživanja naših alergologa, kliničkih imunologa i reumatologa, koja se mogu ravноправno natjecati na svjetskom istraživačkom polju u navedenim područjima. Svoje izvorne rezultate su prikazali dr. Marina Ikić, dr.sc. Elvira Lazić Mosler, dr.sc. Blaženka Kljajić Bukić, dr.sc. Jelena Macan, dr.sc. Branko Pevec, dr.sc.

Daniela Marasović Krstulović, prof.dr.sc. Jadranka Morović Vergles, dr.med., Mario Blekić i dr.sc. Ingrid Prkačin.

Velik interes među kliničarima pobudio je tečaj iz vještina izvođenja i interpretacije kožnih testova za procjenu IgE preosjetljivosti. Tečajem se željela uskladiti tehnika izvođenja i interpretacije u našim bolnicama i klinikama na razini RH. Na sastanku je registrirano 130 sudionika. Predavanja i sažeci su tiskani u knjizi sažetaka u kojoj je prikazan i prijedlog za nacrt Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. pod imenom Nacionalni program zdravstvene zaštite od alergijskih bolesti, a koji nažalost nije prihvaćen kao dio strategije razvoja našeg zdravstva.

Kako je odaziv na sastanak bio iznimno dobar te su sudionici izrazili želju za daljnjom edukacijom iz područja izvođenja i interpretacije kožnih testova, planira se novi tečaj za liječnike i medicinske sestre koji sudjeluju u ovoj alergološkoj in vivo dijagnostici.

Na Godišnjem sastanku sudionici su pozvani da sudjeluju na zajedničkom sastanku srodnih društava iz Austrije, Slovenije, Mađarske, Češke, Slovačke i Hrvatske koji će se održati u listopadu 2013 u Opatiji.

*Prof.dr.sc. Asja Stipić Marković  
Marina Ikić, dr.med.*

## XXVI. Perinatalni dani „Ante Dražančić“

• Hrvatsko društvo za perinatalnu medicinu HLZ-a održalo je od 23. do 25. studenoga u Zagrebu XXVI. Perinatalne dane i XX. Savjetovanje o perinatalnom mortalitetu u RH. Teme su bile vrlo aktualne: gestacijski dijabetes - moderator prof.dr.sc. Josip Đelmiš, kasni prijevremeni porod i njegov opstetrički, neonatalni i neurorazvojni aspekt - nositelj teme prof.dr.sc. Milan Stanojević i opstetričke pogreške ili medicinske komplikacije - nositelj teme prof.dr.sc. Dušan Bravko Habek.

Predsjednik Kongresa prof.dr.sc. Boris Filipović-Grčić i njegov tim potrudili su se da teme budu aktualne i zanimljive: gestacijski dijabetes u svjetlu korigiranih kriterija, kasni prijevremeni porod incidenta kojeg se nije promjenila unatoč svim nastojanjima struke, ali jesu spoznaje o neonatalnom i neurorazvojnog aspektu, i forenzičke teme koje su bremenite i svakodnevno opterećujuće, ali dokazuju kako nas umješnost komunikacije, pismenost i ars

*obstetriciae* mogu zaštititi u svakodnevnoj kliničkoj praksi, što je ilustrirano brojnim primjerima.

Velik broj slobodnih priopćenja pokazao je zavidnu aktivnost kolega, kako kliničku tako i znanstvenu znatiželju.

Nažalost, posjećenost je bila nešto manja nego proših godina. Mala smo zemlja s malenim brojem profesionalaca ovog posla, koji su nužno upućeni jedni na druge.

U nadi većeg zajedništva struke - do novih Perinatalnih dana.

Ingrid Marton, dr.med.  
(ingridmarton@gmail.com)

## •••••••••••••••••••• Podružnici Zagreb HLZ-a uručena diploma Head and Neck Cancer Alliance

- Podružnica Zagreb Hrvatskog liječničkog zbora dobitnik je ovogodišnje diplome koju uručuje Head and Neck Cancer Alliance za aktivnosti vezane uz podizanje svijesti o karcinomima usta, glave i vrata.

Od 22. do 28. travnja obilježavan je 15. Svjetski dan karcinoma usta, glave i vrata (The 15th Annual Oral, Head and Neck Cancer Awareness Week (OHANCAW)), kojega je središnji organizator Head & Neck Cancer Alliance (<http://www.headandneck.org/>).

Tijekom tog tjedna stotine organizacija i pojedinaca diljem svijeta osiguravaju besplatne pregledne za otkrivanje karcinoma usne šupljine, glave i vrata, educiraju stručnu i ostalu javnost i provode druge aktivnosti radi podizanja svijesti o tim bolestima. U ovu aktivnost se već treću godinu za redom uključuje i Podružnica Zagreb HLZ-a, zajedno sa Stomatološkim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu i Klinikom za stomatologiju KBC-a Zagreb. Članovi Podružnice Zagreb HLZ-a su na Zavodu za oralnu medicinu (Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu) besplatno pregledavali radi otkrivanja rizičnih bolesti usne šupljine. Građani su mogli bez uputnice doći na besplatan specijalistički pregled usne šupljine. Ukupno je ove godine u sklopu aktivnosti pregledano 427 pacijenata, od kojih su neki naknadno prema indikacijama dalje dijagnosticirani i liječeni.

Aktivnost je važna zato što se oralni karcinom može kvalitetno liječiti ako

je rano otkriven, no on se najčešće otkriva tek u uznapredovaloj fazi ili prekasno. Nadalje, javna svijest o oralnom karcinomu izrazito je niska, što potkrepljuju brojna istraživanja. Stomatolog najčešće ne djeluje izravno u liječenju tih bolesti, ali prema prirodi posla može biti najvažniji za rano otkrivanje i prepoznavanje prekanceroznih lezija.

Kao ključna profesionalna ustanova, HLZ pokazuje primjer senzibilitet prema karcinomu usta, glave i vrata i jedina je udruga koja u svom članstvu objedinjuje sve pripadnike multimodalnog tima za dijagnostiku i liječenje takvih bolesti: kirurge glave i vrata, radioterapeute, internističke onkologe, obiteljske liječnike i stomatologe. Podružnica Zagreb HLZ-a i nadalje će ovakvim aktivnostima podizati razinu svijesti o karcinomima usta, glave i vrata, kako među zdravstvenim djelatnicima, tako i među građanima, sa svrhom smanjenja previsokog postotka (pre)kasne dijagnostike.

Prof. dr. sc. Ivan Alajbeg,  
član Upravnog odbora Podružnice Zagreb  
HLZ-a (alajbeg@sfzg.hr)

## •••••••••••••••••••• Prof. Pećina počasni član Francuskog društva za ortopediju

- Akademik Marko Pećina, profesor ortopedije na MEF-u Zagrebu, proglašen je na 87. Kongresu Francuskog društva za ortopediju i traumatologiju održanom od 12. do 16. studenoga u Parizu za počasnog člana. Društvo je utemeljeno 1918. godine i jedno je od najstarijih, najuglednijih i članstvom najbrojnijih ortopedskih društava u svijetu.



Prof. Pećina proveo je je dio svoje znanstvene i stručne edukacije i djelatnosti u Francuskoj. Godine 1969. postao je Assistant Etranger u Service d' Anatomie et Organogenese MEF-a u Lyonu, 1980. postao je Membre Associe Francuskog ortopedskog društva, 1997. je izabran za Membre Titulare istog društva, a ove godine za Membre d'Honneur. Tom je prigodom imao i pozivno predavanje o primjeni koštanih morfogenetskih proteina u liječenju pseudarthroza dugih kostiju.

Na inicijativu upravo Francuskog ortopedskog društva osnovano je 1929. u Parizu i Svjetsko društvo za ortopediju i traumatologiju (SICOT), u kojem je akademik Pećina zaslužan član i posljednje četiri godine Editor-in-Chief njegova službenog časopisa „International Orthopaedics“. Pod vodstvom prof. Pećine časopis je u te 4 godine od impact factora 0.9 dosegnuo 2.02, što je također istaknuto prilikom svečane dodjele počasnog članstva. Svečanost se poklopila i s održanjem manifestacije u Parizu „Croatie, la voici!“, koja je značajno promovirala Hrvatsku.

Prof. dr. Željko Poljak

## •••••••••••••••••••• Prvi Europski hepatitis indeks

Hrvatska na 8. mjestu

- Hrvatska je zauzela 8. mjesto na Europskom hepatitis indeksu, što ukazuje da dobro provodi prevenciju u usporedbi s 30 europskih zemalja u kojima je ocjenjivan kapacitet nošenja s prijetnjom hepatitisom. Prvo mjesto u Euro hepatitis indeksu zauzela je Francuska, a slijede Slovenija i Njemačka. Francuska je jedina zemlja u Europi koja je razvila nacionalni plan za poticanje svih aspekata zaštite od hepatitis-a.

Europski hepatitis indeks izradila je švedska nezavisna agencija Health Consumer Powerhouse (HCP) u ime i uz finansijsku potporu udruge European Liver Patients Association (ELPA). Rezultati su objavljeni 6. studenog u Briselu. Indeks ne samo da prikazuju presjek i pregled problema i mogućnosti, već i analizu svake pojedine zemlje uključene u indeks. U europskim zdravstvenim sustavima, koji inače dobro prate epidemije, virusni hepatitis je zapostavljena prijetnja premda oko 23 milijuna Europljana živi s kroničnim hepatitisom. Čak i u zemljama u kojima postoji visoka svijest o hepatitisu i niz preventivnih aktiv-

nosti, detektira se manje od 40 posto infekcija.

Ova prva usporedba među evropskim zemljama pokazuje da nacionalne vlade ne doživljavaju hepatitis kao prioriteten zdravstveni problem. Razina otkrivanja oboljelih od hepatitisa je niska, identificirani pacijenti s kroničnim hepatitism ostaju nezbrinuti i zapravo se manje od 20 posto pacijenata liječi. To objašnjava zašto svake godine oko 125.000 Evropljana umire od različitih bolesti povezanih s hepatitom kao što su karcinom jetara, ciroza jetara ili infekcija HIV-om. Broj oboljelih povećava se iz godine u godinu i SZO procjenjuje da su dvije milijarde ljudi na svijetu zaražene virusom hepatitis B, a više od 350 milijuna ima kronične (dugotrajne) infekcije jetara, dok oko 150 milijuna ljudi pati od kroničnog hepatitisa C. Sukladno rezultatima indeksa, Hrvatska je uspješna u prevenciji s rutinskim cijepljenjem novorođenčadi, čime se postiže kvota zaštićene djece veća od 90 posto. Međutim, samo se neke od najvećih rizičnih skupina cijepe rutinski, npr. zdravstveni djelatnici, osobe koje žive u istom kućanstvu s oboljelima od hepatitisa B i ovisnici. Hrvatska dobro provodi prevenciju u usporedbi s drugim zemljama. Međutim, postoje nedostaci u liječenju te, kao u većini europskih zemalja, u rutinskom probiru. Posljedica je velik dio infekcija biva otkriven prekasno, što omogućava sekundarna oštećenja i povećava mogućnost nesvesnog prenošenja virusa drugim osobama.

Na pregled specijalista čeka se u prosjeku četiri tjedna, a djecu se liječi na posebnim odjelima. Lijekovi najnovije generacije nisu dostupni, ali oni koji jesu subvencionirani su iz zdravstvenog osiguranja. Premda probir subvencionira zdravstveni sustav, nije lako pronaći besplatno i anonimno testiranje te savjetovanje. Rutinski probir se ne provodi sustavno, ni u općoj populaciji ni među pripadnicima rizičnih skupina. U Hrvatskoj nema objavljenih epidemioloških studija i stoga je teško dati točan broj oboljelih od kroničnog hepatitisa B i C. Prema procjenama temeljenim na prijavama oboljenja i kroničnog nosilaštva, Hrvatska spada u zemlje niske prevalencije hepatitis B i C infekcije, tj. u zemlje s manje od dva posto kroničnih nosilaca HBsAg. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo godišnje se prijavljuje oko 200 novooboljelih od hepatitisa B i C i isti broj kroničnih nositelja. Procjenjuje se da je prevalencija hepatitisa C u općoj populaciji nešto iznad jedan posto. Više o Europskom hepatitis indeksu možete pročitati na mrežnoj stranici [www.hep-index.eu](http://www.hep-index.eu) na kojoj je objavljen i Indeks.

Borka Cafuk



## Važne spoznaje u istraživanju Parkinsonove bolesti

• Dr. sc. **Robert Vianello**, znanstvenik Grupe za kvantnu organsku kemiju Instituta Ruđer Bošković (IRB) došao je, u suradnji s kolegama s Kemijskog instituta u Ljubljani te Zavoda za staničnu i molekularnu biologiju Sveučilišta u Uppsalu, do važnih spoznaja u istraživanju koje je objavio prestižan časopis u kemiji *Journal of Chemical Theory and Computation*, priopćio je IRB 16. studenog.

U radu pod naslovom Computational Study of the pKa Values of Potential Catalytic Residues in the Active Site of Monoamine Oxidase B" dr. Vianello i suradnici istražuju mehanizme inhibiranja monoamino oksidaza, enzima koji imaju ključnu ulogu u metabolizmu neurotransmitera. Rad je dostupan na linku <http://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/ct300119u>.

Monoamin oksidaza je flavoenzim koji egzistira u dvije forme - MAO A i MAO B. Ti su enzimi iznimno važni za metabolizam monoamina, posebice neurotransmitera poput histamina, serotonina, adrenalina i dopamina. Upravo nedostatak dopamina u dijelu mozga koji je odgovoran za kontrolu voljno koordiniranih pokreta i početka neke motoričke radnje vodi razvoju Parkinsonove bolesti. Suprotno uvriježenim mišljenjima u literaturi, rezultati istraživanja otkrivaju da aktivno mjesto MAO enzima nije hidrofobno, već takvim postaje tek nakon ulaska supstrata koji se na enzim veže u protoniranoj formi. Te spoznaje su u kontradikciji s nekim od katalitičkih MAO mehanizama predloženih u literaturi, te će pomoći razsvjetljavanju točnog mehanizma djelovanja ovoga biološkog sustava i u konačnici omogućiti razvoj novih antidepresiva i antiparkinsonika, ističe IRB.

Borka Cafuk



## Rizik od GBS-a nakon cijepljenja protiv gripe samo oko 1 na milijun

• Na 21. stranici prošlog broja LN, u tekstu o zaključcima HALMED-ovog Povjerenstva istaknuli, ima vrlo neprecizna

tvrđnja koja može dovesti čitatelje u zabluđu, a u podnaslov nije točan. U istaknutom dijelu teksta piše: „GBS se pojavljuje kod manje od jedne osobe na 10.000 cijepljenih“, a u podnaslovu: „Nije utvrđena izravna povezanost cjepliva s pojavom pet slučajeva GBS-a.“

Istaknuti tekst dovodi u zabludu jer se može protumačiti kao da nešto manje od jedne od 10.000 cijepljenih osoba može dobiti od cijepljenja GBS, što nije točno. Dodatan rizik od GBS-a se nakon cijepljenja protiv gripe procjenjuje na oko 1 na milijun cijepljenih osoba. Podnaslov je netočan jer se uopće ne radi o pet slučajeva GBS-a, već o pet pacijenata iz novina, a samo za dvoje od tih pet pacijenata je povjerenstvo zaključilo da se na temelju dostavljene dokumentacije može govoriti o GBS-u.

Bernard Kaić



## Časopis „Laser in Medicine“ izlazi u Zagrebu



• Časopis „Laser in Medicine“ službeno je glasilo udruženja European Medical Laser Association (EMLA), a priprema se, publicira, oglašava te distribuira iz Hrvatske u čitavu Europu svaka dva mjeseca na engleskom jeziku pod stručnim vodstvom dr.med. **Zlatka Šimunovića**, ass.prof., jednog od pionira laserske aplikacije u medicini. Autori našeg časopisa, kao i naše čitateljstvo dolaze iz svih grana i disciplina medicine te raznih dijelova svijeta, ujedinjeni jednom činjenicom - svi su profesionalci u zdravstvu te vjeruju u moć laserske terapije. Časopis iznosi inovativne metode liječenja laserom i nudi mogućnost da budemo prvi koji ćemo saznati posljednje novosti o mogućnostima lasera u medicini. Pretplatnici dobivaju na poklon jednu knjigu iz izdanja „Millenium Laser books“ po izboru. Pisalo ih je na enciklopedijski način preko 200 priznatih stručnjaka iz 28 država svijeta. Prvi broj se može naći na [www.laserinmedicine.com](http://www.laserinmedicine.com) (info: office@laserinmedicine.com; [www.lasermedico.ch](http://www.lasermedico.ch)).

Dijana Kanjuh



## Analiza zdravstvenog sustava

# – Jesu li bolnice osuđene na gubitke?

**Ostojić:**

*Od iduće godine kreće novo ugovaranje s praćenjem rezultata učinkovitosti*

Borka Cafuk

• Bolnice nisu osuđene na gubitke ali neke su se uprave ponašale kao pijani milijarderi a bile su zaštićene kao lički medvjedi, izjavio je ministar zdravlja prof. dr. sc. **Rajko Ostojić** na 6. Okruglom stolu održanom u okviru projekta „Analiza zdravstvenog sustava – Jesu li bolnice osuđene na gubitke?”, u organizaciji magazina *Banke* a u suradnji s Ekonomskim institutom Zagreb (EIZ).

Posljednjih mjeseci vidljiv je pozitivan trend smanjenja ukupnog duga s jedne strane, i s druge strane gotovo sve državne bolnice prestale su generirati nove gubitke. Među bolnicama koje posluju pozitivno su KB Dubrava, KBC Rijeka i KB Merkur. Za finansijske gubitke, ustvrdio je ministar, kriv je loš menadžment.

Kada je u pitanju poslovanje bolnica, na koje od 21 milijarde ukupnog zdravstvenog budžeta odlazi 11 milijardi kuna, Ostojić je vrlo optimističan i vjeruje da će one moći poslovati bez gubitaka i pružati kvalitetne zdravstvene usluge. Ministarstvo je, kako bi to postiglo, u godinu dana smanjilo liste čekanja, u tijeku je informatizacija zdravstvenog sustava, pokrenuta je zajednička javna nabava, a privatni monopol u pružanju usluga i nabavi opreme više ne postoji. Od iduće godine kreće novo ugovaranje, s praćenjem rezultata učinkovitosti i povećanjem iskorištenja svih operacijskih dvorana.

U Ministarstvu zdravlja informatizacijom planira se, osim troškova, smanjiti i korupciju. Svaki od sedamnaest tisuća licenciranih liječnika imat će svoju šifru i tako će menadžment bolnice točno znati što i koliko njegovi liječnici rade. Informatizacija će pomoći da se točno mjeri rad.

Od 15. prosinca vrlo je lako pratiti koji se lijekovi propisuju, odnosno preferira li liječnik određenu skupinu lijekova i



Ministar zdravlja prof. dr. sc. Rajko Ostojić

grupiraju li se lijekovi jedne farmaceutske tvrtke. Na taj će se način jasno klasificirati potencijalne uzroke korupcije i provesti sankcije, kazao je ministar zdravlja.

## Ekonomска održivost bolnica je upitna

Ekonomski analitičarka **Maja Vehovec** iz EIZ-a istaknula je da je ekonomski održivost 60 javnih bolnica upitna, utemeljivši to na analizi njihova poslovanja u 2011. godini. Bolnicama je potrebno hitno i promišljeno restrukturiranje jer svako daljnje odlaganje vodi u finansijsko urušavanje sustava.

Postojeći model financiranja bolnica gdje 90 posto njihovih prihoda ovisi od prihodima HZZO-a takav je da ravnatelji nemaju velik manevarski prostor, te odnos između bolnica, HZZO-a i Ministarstva zdravlja zahtijeva reviziju. Restruktu-

riranje bolnica ovisi i o uspjehnosti restrukturiranja HZZO-a, koji treba dominantno preuzeti ulogu osiguravajućeg društva.

Unapređenje efikasnosti rada bolnica ne ovisi samo o količini novaca već i uspostavi efikasne organizacije, racionalne uporabe resursa i dovođenja DTS-ova u direktnu vezu s financiranjem i ishodima liječenja.

Bolnice u Hrvatskoj završile su 2011. godinu s gubitkom od 382 milijuna kuna, a najveći gubitak generirale su opće bolnice. One najviše troše na rashode za zaposlenike, čak 65 posto, a na materijalne izdatke preko trideset posto. One će i dalje generirati gubitke ne promijeni li se model financiranja koji se temelji na limitima. Najveći je problem što svi imaju pravo na sve zdravstvene usluge, što bi se trebalo pokriti iz osnovnog zdravstvenog osiguranja, a to nije realno.

Problem je i što bolnice ne mogu znati koliko će imati pacijenata i s kojim dijagnozama, ali one uredno fakturiraju usluge, dok su finansijski pokrivene samo unaprijed određenim limitom HZZO-a. Kategorije limita nisu transparentne, bolnice zaračunavaju više usluga misleći da će time izazvati povećanje limita, dok HZZO smanjuje limite jer već prepostavlja da je druga strana zaračunala više troškova. Tako postavljen model ne može uspješno poslovati.

Osim finansijskih problema, bolnice neefikasno upravljaju svojim resursima. Samo je sedam bolnica tehnički efikasno, dok je prosječna efikasnost bolnica oko osamdeset posto. No, čak i efikasne bolnice ne posluju pozitivno. Ispodprosječno efikasne su čak dvadeset dvije bolnice od analizirane 51. Izdaci za bolnice iznose oko 3,3 posto BDP-a, ali u usporedbi s drugim zemljama, koje imaju sličnu razinu izdataka, vidljivo je tehnološko zaostajanje hrvatskih bolnica u odnosu na broj aparata za magnetsku rezonancu na 100.000 stanovnika. Zaostajemo i za ostalim tehnološkim kapacitetima, kao što je broj aparata za mamografiju ili broj skenera CT i po tom je pokazatelju Hrvatska bolja samo u odnosu na Rumunjsku.

Istraživanje pokazuje i neravnomernu dostupnost bolnica i doktora medicine po županijama pa najmanji broj bolnica na 10.000 stanovnika ima Splitsko-dalmatinska županija, a najveći Požeško-slavonska. Dostupnost liječnika na 10.000 stanovnika je iznad prosjeka u šest hrvatskih županija, a u svim ostalima je ispod prosjeka; najgore je stanje u Ličko-senjskoj županiji. Broj zaposlenih u bolnicama poka-

zuje da Hrvatska ima ispodprosječne rezultate u broju lječnika, medicinskih sestara i babica na 100.000 stanovnika; najgore je stanje ponovno u Ličko-senjskoj županiji.

## DTS mora biti strateški cilj

**Dr. Karolina Kalanj** iz Karol consultinga objasnila je na konkretnom računu fakturiranom iz jedne bolnice u HZZO za uslugu zamjene nefrostome značenje dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS) i njihov utjecaj na reformu financiranja bolnica. DTS hrvatske bolnice primjenjuju od 2007., ali njime lječnici još nisu ovladali, smatra Kalanj. Za uslugu zamjene nefrostome, koja je ambulantnog tipa, pacijent je hospitaliziran na jedan dan, a usluga je HZZO-u fakturirana u iznosu od 17 tisuća kuna. Primjenom DTS-a Kalanj je izračunala da je prava cijena te usluge oko 5000 kuna, dok bi stvarna cijena u reformiranom sustavu, u kojem se DTS primjenjuje u punom opsegu, iznosila oko 1280 kuna.

Hrvatska je implementirala australski model DTS-a pa bi mogla iskoristiti i njegove prednosti, odnosno primjeniti pravila koja se koriste u Australiji, da se poveća broj jednodnevnih usluga.

Kalanj je zaključila da DTS ne treba odbaciti ne samo zato što ga koriste sve europske države već zato što je to do sada najbolja metoda za praćenje izlaznih rezultata bolnica, za planiranje zdravstvenih kapaciteta i praćenje kvalitete. No da bi se to postiglo DTS mora biti strateški cilj. Bolnice koje implementiraju DTS moraju imati sustavnu obuku, oni koji kontroliraju (HZZO) moraju poznavati pravila puno bolje od samih bolnica i moraju ih voditi te svaki mjesec izvještavati bolnice gdje su greške, gdje su uska grla. Na taj će se način stići potrebne tehničke vještine da bismo model DTS-a mogli implementirati kao i sve ostale europske države, a za sada smo još uvijek daleko od toga, ustvrdila je Kalanj.

## Informatizacija izravno utječe na poslovanje bolnica

Informatizacija izravno utječe na budžet bolnica i jedan je od ključeva za njihovo dugoročno održivo poslovanje, istaknula je **Gordana Kovacević** predsjednica uprave Ericsson Nikola Tesla. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, bolnice primjenom informatičkih sustava

mogu postići do 15 posto ušteda, a da time ne ugroze kvalitetu zdravstvene usluge.

Konkurentnost je izravno povezana s uporabom novih tehnologija. Reformu zdravstva bez korištenja novih tehnologija nije moguće provesti, a informatizacija je ključna za dugoročno održivo poslovanje bolnica.

U svijetu se bilježi porast troškova u zdravstvu uz istodoban pad kvalitete zdravstvenih usluga, a rješenje se nalazi u provođenju globalnih inicijativa za uvođenje informacijsko-komunikacijskih tehnologija na području zdravstvene zaštite. Gotovo 80 posto problema može se riješiti stavljanjem fokusa na primarnu zdravstvenu zaštitu, pogotovo kada su u pitanju kronične bolesti, istaknula je Kovacević. Informatizacijom se rješavaju uzroci, a ne posljedice i nužno je uključiti sve elemente zdravstva u jedan integrirani sustav u kojem bolnice igraju veliku. Bolnički informatički sustavi spadaju u kategoriju izuzetno složenih poslovnih procesa i nužno je razumjeti sve sudionike u procesu – jer sama informatizacija neće riješiti postojeće probleme ako nisu definirani poslovni procesi na kvalitetan način, zaključila je Kovacević.

## 10 posto ukupne zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj otpada na privatni segment

**Dr. Dragutin Juraga**, član Povjerenstva za bolničku djelatnost Hrvatske liječničke komore, istaknuo je da bolnice nisu osuđene na gubitke.



**Dr. Dragutin Juraga,**  
član Povjerenstva za bolničku djelatnost  
Hrvatske liječničke komore

## Iz uredništva

U siječnju 20013.

„Liječničke novine“

ne izlaze

Idući broj izlazi

15. veljače 2013.

•

**Čitateljima želimo**

**sretan Božić**

**i novu godinu!**

No treba imati na umu da neke bolnice pružaju najjeftinije zdravstvene usluge, a druge bolnice složene zdravstvene usluge, i to se mora uzeti u obzir pri njihovu financiranju. Bolnice su prisiljene raditi unutar limita, no to nije moguće jer se pacijenti ne mogu odbiti a troškove koje bolnice naprave izvan limita se otpisuju i bolnicama ne plaćaju. Niti jedna bolnica ne zna kako joj je određen limit, pa je nužna transparentnost limita, te da se pri njihovu određivanju vode kategorizacijom bolnicama.

Ravnateljica SB Sv. Katarina i predsjednica Udruge privatnih bolnica i poliklinika pri Hrvatskoj udruzi poslodavaca dr. **Nevenka Kovac** izjavila je da u Hrvatskoj postoji svega sedam privatnih bolnica. U privatnom zdravstvu su privatne bolnice vođene i žive kao poslovni subjekti, ali je njihov zadatak da pružaju kvalitetnu medicinsku uslugu te da istovremeno imaju zadovoljne djelatnike i pacijente. To je jedina filozofija kako se funkcioniра u privatnim bolnicama. Redefiniranjem poslovnih procesa može se izuzetno puno uštedjeti, poboljšati kvalitetu i zadovoljstvo. Protekle godine su oko 1,7 milijardu kuna građani potrošili kod privatnih ustanova u zdravstvu, a kada se tome dodaju i lječnici privatnici, oko 10 posto ukupne zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj otpada na privatni segment.

# Savjetovanje Udruge poslodavaca u zdravstvu:

## *„Analiza ekonomsko financijske problematike sustava zdravstva, plaća i kolektivnih ugovora“*

Borka Cafuk



Predsjednik Skupštine Komore prof. dr. sc. Vlado Jukić i predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo

- Na Savjetovanju koje je održano 8. i 9. studenog u Opatiji, između ostalog predstavljeni su modeli ugovaranja zdravstvene zaštite za naredno ugovorno razdoblje, realni financijski podaci Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prema kojima je konačno moguće vidjeti pravu sliku financijskog stanja, a ne fiktivnu kakva je prezentirana do sada. Ministar rada i mirovinskog sustava govorio je o sustavu plaća u javnim službama i kolektivnom ugovaranju, a sindikati o stajalištima na aktualna pitanja kolektivnih ugovora i socijalnog dijaloga. Prezentirani su rezultati poslovanja zdravstvenih ustanova u razdoblju od 31. prosinca 2011. do 31. rujna 2012. Premda je zanimljivih tema bilo pregršt, nabrojane donosimo u ovom broju Liječničkih novina.

### Trend povećanja manjka prihoda iz kvartala u kvartal

Analiza poslovanja zdravstvenih ustanova u razdoblju od 31. prosinca 2011.

do 31. rujna 2012. ukazuje na trend povećanja manjka prihoda iz kvartala u kvartal. Ostvareni financijski rezultat nepovoljniji je od onog ostvarenog u istom razdoblju 2011. godine i to za 131 milijun kuna, između ostalog je istaknuo ekonomski savjetnik Udruge dipl. oec. **Boris Lukovanjak**.

Na usporen rast, smanjenje korigiranog ukupnog prihoda, najvećim su dijelom utjecali instrumenti financiranja uskladišteni s raspoloživim sredstvima HZZO-a, a ne stvarnim troškovima poslovanja. U poslovanju je ostvaren rast ukupnih prihoda od samo 0,97 posto. Manjak prihoda zdravstvenih ustanova na 30. rujna iznosio je 2,6 milijardi kuna, a kumulirani višak prihoda 737 milijuna kuna.

Najteže je stanje u grupaciji bolničkih ustanova, koje iskazuju 99,84 posto kumuliranog manjka prihoda.

Ukupni korigirani prihod zdravstvenih ustanova (prihod u kojem nije iskazan prihod od asignacije) je 11,1 milijardi kuna, što je za 20 milijuna kuna manje no u istom razdoblju protekle godine.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) uveden je nov način financiranja hitne medicinske pomoći, te ima najveće povećanja korigiranog prihoda od 78,5 milijuna kuna. Poliklinike su zbog smanjenja cijena najvećeg broja usluga u polikliničko-konzilijskoj zdravstvenoj zaštiti od 20 posto, imale i najveće smanjenje ukupnog prihoda, tj. 3,3 milijuna kuna. Bolnicama je smanjen proračun za četiri posto, pa je i smanjen korigirani prihod za 122,5 milijuna kuna. Zavodi su imali ukupno povećanje prihoda za 25 milijuna kuna, a ljekarne su zbog povećanja prometa lijekova na recept i ortopedskih pomagala povećale ukupan prihod za dva milijuna kuna.

Ukupni rashodi zdravstvenih ustanova su 11,5 milijuna kuna, odnosno oni su za 0,97 posto veći u usporedbi s istim razdobljem protekle godine. Zbog novog načina financiranje HMP-a u PZZ-u su se rashodi najviše povećali i to za 100 milijuna kuna. Poliklinike su smanjile rashode za 830 tisuća kuna. U bolnicama su se zbog inflacije od pet posto i novog obračuna dežurstava i pripravnosti rashodi povećali za 18,4 milijuna kuna. Zavodi su najviše smanjili ukupne rashode - 1,58 posto, tj. 8,2 milijuna kuna. Ljekarne su povećale rashode za 0,12 posto.

### Nestankom rashoda budućeg razdoblja realno se prikazuju stvarni rashodi

Tijekom godine stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje, koja čini primarni prihod Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i cijelog zdravstvenog sustava, smanjena je s 15 na 13 posto, pa je i proračun HZZO-a smanjen za oko 30 milijuna kuna. To je i glavni razlog zbog kojeg su smanjeni limiti bolnicama, istaknuo je pomoćnik ravnatelja za ekonomske poslove HZZO-a dipl. oec. **Davor Katavić**. Posljednjih nekoliko mjeseci HZZO se intenzivno trudio da se limiti dodatno ne smanje skladno zahtjevima Ministarstva financija.

Odlukom Upravnog vijeća HZZO-a promijenjeno je knjigovodstveno iskazivanje rashoda, a to značajno utječe na formalni prikaz rezultata poslovanja HZZO-a u ovoj godini, odnosno od sada na dalje, objasnio je Katavić. Tako je prvi put nakon godina prikazivanja pozitivnih rezultata, s 30. rujnom HZZO iskazao manjak prihoda od četiri milijarde kuna. Rashodi koji su iz prethodnog razdoblja preneseni u ovu godinu (tzv. rashodi budućeg razdoblja), u ovoj su godini stvarno i prikazani pod tekućim rashodima

i izdacima. Rashodi se više neće prebacivati u naredno razdoblje, odnosno "djeci i unuci-ma". Bitan je razlog zbog čega je to ukinuto, istaknuo je Katavić, mišljenje Državne revizije, koja već nekoliko godina upozorava da to dovodi do prikazivanja nerealnih rezultata i neusporedivosti rezultata, posebno u posljednje dvije godine u kojima su stalno produžavani rokovi plaćanja dobavljačima. Potom, razlog je takvoj odluci i novi zakon o finansijskom poslovanju koji utvrđuje da se dugovi moraju isplatiti u roku od najduže 60 dana. Toj odluci doprinijelo je i mišljenje vanjskih stručnjaka revizora.

Rashodi budućeg razdoblja su sve one fakture, svi računi koje je HZZO zaprimio tijekom određenog razdoblja, međutim, koji su se formalno do onog trenutka kada nisu dospjeli, i to uz odobrenje Ministarstva financija, smjeli prikazivati kao tzv. rashod budućeg razdoblja. Cijela priča je počela prije desetak godina kada je HZZO prešao na proračunsko računovodstvo. Ti računi su se kretali oko 2,5 milijarde kuna, no dodatan je problem ovđe to što su zbog produženih rokova plaćanja, u samo dvije godine zbog sve većeg produžavanja rokova plaćanja, rashodi budućeg razdoblja porasli za 46 posto, objasnio je Katavić. Posljednjih godina novac se za zdravstveni sustav sve više smanjivao pa je nastalo stanje u kojem bolnice dobivaju sve manje novaca, a istovremeno su se rashodi prikazivali manjima od prihoda, uz pozitivan rezultat poslovanja. Dospjele obveze su pale na nulu a ukupne su se popele rekordno visoko, dakle nastalo je stanje u kojem prihodi padaju a službeno se prikazuje pozitivan rezultat a realna količina utrošenog novca, tj. obveze, raste.

Na ovaj će se način realnije prikazivati ukupan međuodnos prihoda i rashoda te obveze koje HZZO stvara prema svojim dobavljačima. Cilj je dobiti realniju sliku i podvući crtu, odnosno napraviti čist početak, tj. početi rješavati ovaj problem i naći izlaz iz ovog stanja.

**Puno nepravednosti u raspodjeli finansijskih sredstava ustanovama, a medicina utemeljena na dokazima rekla je "do viđenja"**



Ravnatelj HZZO-a prim. Siniša Varga,  
dr. med. dent.

Ravnatelj HZZO-a prim. **Siniša Varga** istaknuo je da je stanje svakim danom sve teže. Demografski pokazatelji su nam loši jer stari populacija. Žrtve smo vlastitog uspjeha u tom smislu da se životni vijek stalno produžuje, što s druge strane ima svoj danak jer stalnono povećava troškove, a nove tehnologije u medicini svakim su danom sve skuplje, objasnio je Varga.

Vargin je opći dojam da ljudi, izgleda, nisu svjesni gdje živimo i s kojim finansijskim sredstvima i mogućnostima raspoložemo. Kada bi HZZO uslišao sve želje pacijenata, ravnatelja bolnica i zdravstvenih radnika, za to ne bi bio dostatan niti cjelokupni godišnji proračun RH.

Stanje je daleko od bajnog i nema naznake da će se uskoro poboljšati. Analitika je pokazala da ima jako puno nepravednosti u raspodjeli finansijskih sredstava ustanovama, no isto tako je pokazala da je medicina utemeljena na dokazima rekla "do viđenja" u Hrvatskoj.

Davanja lijekova mimo smjernica, upućivanje na dijagnostičke pretrage i ispunjavanje "muzičkih želja" pacijenata izvan smjernica, povreda je ugovornih odnosa s HZZO-om, naglasio je Varga. To nije medicina i mora se uspostaviti hijerarhija u bolnicama i uesti red. HZZO ima dostatna sredstva za financiranje nužne medicine, tj. one koja je potrebna da bi pacienti bili liječeni.

Na HZZO utječu ne samo Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo financija,

već u posljednje vrijeme i Ministarstvo gospodarstva koje vrlo glasno zahtijeva da se ukupan budžet zdravstva svede na 16 milijardi kuna, upozorio je Varga. HZZO je transfer novaca s jedne strane ali je i mjesto na kojem se moraju određivati pravila za raspodjelu novaca. HZZO konačno mora izaći iz Riznice i nužno je uspostaviti korporativno upravljanje, zaključio je Varga.

## Novi model ugovaranja zdravstvene zaštite

Pomoćnica ravnatelja za zdravstvenu zaštitu HZZO-a mr. **Dubravka Pezelj Duliba** govorila je o novom modelu ugovaranja zdravstvene zaštite za razdoblje od 2013. do 2015.

Sadašnje stanje plaćanje zdravstvene zaštite je takvo da se djelatnosti PZZ-a plaćaju kroz vrijednost standardnog tima, vrijednost osigurane osobe ovisno o djelatnosti, kroz „cijena puta usluga“ i kroz dijagnostičko terapijske postupke (DTP). Specijalističko konzilijarna zdravstvena zaštita se plaća kroz model „cijena puta usluga“ po Plavoj knjizi i kroz DTP. Bolnička zdravstvena zaštita se plaća kroz dijagnostičko terapijske skupine (DTS) akutno liječenje, a kronično liječenje, fizikalna medicina i rehabilitacija u specijalnim bolnicama i lječilištima, dugotrajna i palijativna skrb plaća se kroz dan bolničkog liječenja.

Godinama HZZO zbog ovakvog načina plaćanja od opće/obiteljske medicine sluša da mu je insuficijentan popis postupaka, da se ne stimulira grupna praksa, da nema suradnje između liječnika i HZZO-a, pravovremenog izvješćivanja o promjenama, da nedostaju smjernice za upućivanje te da je pravilnik o radnom vremenu nezakonit. Primjedbe bolnica se uglavnom svode na traženje više novaca, istaknula je Pezelj Duliba.

Iako se HZZO proziva zbog svačega, on ima isključivo odgovornost za način provođenja zdravstvene zaštite, odnosno za način ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu i plaćanje zdravstvene zaštite. Sve ostalo je u nadležnosti Ministarstva zdravlja, upozorila je Pezelj Duliba.

Novi model ugovaranja zdravstvene zaštite je zapravo novi model plaćanja zdravstvene zaštite. Osnovni je koncept da će se prihodi zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika dijeliti na nekoliko dijelova, tj. fiksni ili nepromjenjivi iznos, varijabilni i promjenjivi iznos koji je limitiran, korekcija prihoda i bonus/grada. Fiksni iznos je onaj koji omogućuje finansijsku održivost i osigurava opstojnost



mreže javne zdravstvene službe. Varijabilni iznos je onaj u kojem će HZZO platiti točno utvrđene postupke, poticati provođenje određenih postupaka i financijsko će osvrtanje biti u skladu s odrađenim poslom. Korektivni faktor odnosi se na vrednovanje rada temeljem praćenja procesa izlaza i ishoda kroz ključne pokazatelje uspješnosti i kvalitete i svrha mu je podizanje kvalitete i učinkovitosti zdravstvene zaštite. Bonusom ili nagradom HZZO će poticati obrasce poнаšanja, odnosno ulaganje dodatnog napora.

Cijela prezentacija kako je zamisljeno financiranje opće/obiteljske medicinske nalazio se na mrežnoj stranici [www.cezih.hr](http://www.cezih.hr). Ukratko fiksni dio bio bi hladni pogon i glavarina, varijabilni dio bio bi DTP s tri razine složenosti ovisno o potreboj edukaciji i opremi, korektivni faktor bi bili ključni pokazatelji uspješnosti i pokazatelji kvalitete, a bonus/nagradu nosi udruživanje u grupnu praksu, provođenje preventivnih programa i zvjezdice ordinacije (dodatni postupci).

U bolnicama fiksni dio podrazumijeva prosječne troškove liječenja prema kategorijama bolnica, što bi se trebalo pokriti ispostavljenim računima, a uzeli smo u obzir i troškove hladnog pogona. Varijabilni dio činit će posebno ugovoren postupci, npr. za smanjenje lista čekanja, plaćanje ne-pripadajućih pacijenata i izvanlimitne aktivnosti. Korektivni faktor bit će ključni pokazatelji uspješnosti i kvalitete te će se ovisno o količini postupaka koje bi neka bolnica obavljala korigirati i cijena. Bonus/nagrada dobivat će se za akreditiranost bolnica, na nacionalnoj ili međunarodnoj razini, i za privlačenje što više pacijenata iz svoga gravitirajućeg područja.

SKZ bit će odvojena od bolničke i sredstva se neće prelijevati. U njoj nema fiksног dijela jer se plaća „cijena puta usluga”, s time da će se utvrditi postupci koji će se posebno pratiti. Pratit će se i ključni pokazatelji uspješnosti i kvalitete te će se cijena korigirati ovisno o količini, i naravno, bolnice koje su akreditirane i liječe više pacijenata sa svog područja bile bi dodatno nagrađene, zaključila je Pezelj Duliba.

## Sustav plaća u javnim službama i kolektivno pregovaranje

Ministar rada i mirovinskog sastava prof. dr. sc. **Mirando Mesić** istaknuo je da ova Vlada u svom mandatu u području radnog prava i kolektivnog pregovaranja želi postaviti vrlo čvrste i jasne osnove za

pregovaranje, da se ne pregovara s figom u džepu, da se socijalnim partnerima izloži stanje kakvo jest i da budemo odgovorni partneri u pregovorima.

U pregovorima s ovom Vladom nema tajnih dogovora, istaknuo je Mesić. Vlada je pregovarala o temeljnog kolektivnog ugovoru (TKU) i s obzirom na stanje u zemlji i stanje proračuna otvoreno rekla da se neka prava iz TKU-a ne mogu ostvariti jer novaca za to nema. TKU za javne službe je otkazan, pregovori se nastavljaju i Mesić je izrazio nadu da 19. prosinca neće ostati bez TKU-a za javne službe jer to nije interes Vlade. U TKU-u bit će sva materijalna prava iz otkazanog TKU-a ali Vladi je važno postigne dogovor da se neka od tih materijalnih prava ne isplaćuju ove i 2013. godine, kako bi se održao proračun, fiskalna stabilnost i rejtинг Hrvatske.

Mesić je također istaknuo da se Zakon o plaćama u javnim službama mora promijeniti jer mora omogućiti da sustav plaća u javnom sektoru bude mjerljiv, da se nagradi onoga tko bolje radi ali i da se kazni onoga tko slabije radi, te da mora postojati mogućnost napredovanja temeljem rada i uspješnosti.

Na snazi je Ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (granski kolektivni ugovor) koji je prošla vlada potpisala s figom u džepu budući da ga je teško finansijski ispuniti, istaknuo je Mesić. Finansijske obveze iz tog ugovora Hrvatska ne može podnijeti u narednom razdoblju te i o tome treba sjeti i razgovarati. Slično je i s drugim granskim kolektivnim ugovorima. Svi su ugovori potpisani neposredno prije parlamentarnih izbora. Ubuduće se ugovori neće potpisivati u izbornim godinama jer je to jedan od načina pritiska na vlast, ustvrdio je Mesić te je najavio otvaranje pregovora o izmjenama i dopunama dodatka o Sporazu o osnovici plaća u javnim službama.

Vlada je spremna za razgovore i pregovore ali nije spremna na ucjene te nikako neće socijalni mir kupovati novim zaduživanjem zemlje i novim kreditima jer to ne vodi do prosperiteta Hrvatske, zaključio je Mesić.

## Kolektivni ugovor HLS će braniti svim raspoloživim legitimnim sredstvima

Predsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata dr. **Ivica Babić** govorio je o stajalištu HLS-a glede aktualnih pitanja kolektivnih ugovora i socijalnog dijaloga. HLS je zainteresiran za uspješan socijalni dijalog, te neće pristati na majorizaciju, svakako će odbiti bilo kakav autokratski i autoritarni pristup problemima. Argumentiran pristup i ravnopravan socijalni dijalog je interes HLS-a.

Kolokvijalno nazvan zakon o reprezentativnosti (Zakon o kriterijima za sudjelovanje u tripartitnim tijelima i reprezentativnosti za kolektivno pregovaranje) nije samo rezultat rada Vlada već su i sindikati njemu doprinijeli u istoj količini koliko i Vlada i poslodavci, ustvrdio je Babić. Postoji izvanredan mehanizam kako to riješiti, naime trebalo je dokinuti s produženom primjenom pravnih pravila i proširenu primjenu pravnih pravila te se vratiti izvornom. To bi potaknulo prestrukturiranje i pregrupiranje na sindikalnoj sceni i u radništvu.

TKU je potpisana preprošle godine, a ne pred izbore, podsjetio je Babić, a Granski je potpisana krajem mandata jer su pregovori trajali dugo.

S ovim postojećim zakonodavnim okvirom HLS je djelomično zadovoljan, a temeljni prigovor je izmjena Zakona o radu posrednim putem kroz zakon o reprezentativnosti. I dalje smatra da je dosadašnje rješenje Zakona o radu bilo kvalitetnije kada je u pitanju bilo utvrđivanje reprezentativnosti.

TKU je otkazan 17. rujna. Osim TKU-a, Babić smatra da bi u Hrvatskoj trebao postojati i Nacionalni kolektivni ugovor, koji bi bio strukturiran po razinama i koji bi dopuštao do razine kućnih ugovora utvrđivanja specifičnosti. Granski se kolektivni ugovor krši i Babić moli da se ne stvaraju dodatni troškovi, u ovoj fazi su pripreme za utuženje a o drugim će instrumentima HLS razmislići. Ići će se na ovrhe i neće se prihvati nikakvu argumentaciju tipa: *nemojte ići sada na ovrhe, bolnice će biti blokirane*. Tamo gdje su napravljeni propusti, zbog razlika u tumačenjima, Babić poručuje da se učine korekcije prije nego se angažiraju i plate vještaci, ekonomisti, sudski troškovi i zatezne kamate, i to sve odjednom s ovrhom. Kolektivni ugovor HLS će braniti svim raspoloživim legitimnim sredstvima, a taktički imam puno na raspolaganju.

Na snazi je arbitražna odluka vezana za Sporazum o osnovici plaća. Babić ne zna zašto je Sporazum toliko problematičan. Ako je problem isplata, o tome se uvijek može raspravljati. Ako zatreba, organizirat će se štrajk. HLS ima i znanja i alate i sredstva i vojsku – branit ćemo status hrvatskih liječnika, i to nije prijetnja već poruka, zaključio je Babić.

# Teme Vijeća UEMO-a u Berlinu

Ines Zelić Baričević, delegat HLK-a u UEMO-u

- U Berlinu je od 16.-17. prosinca održano jedno od dva redovna godišnja okupljanja predstavnika zemalja članica ove organizacije. UEMO je europsko udruženje liječnika opće/obiteljske medicine kojem je cilj zaštita prava obiteljskih liječnika u Europi. Trenutno obuhvaća populaciju više od pola milijuna obiteljskih liječnika. Skupu su prisustvovali predstavnici 20 zemalja članica, predstavnica Litve kao promatrač i predstavnici Rumunjske kao budućeg člana, ukupno 57 predstavnika te predstavnici ostalih organizacija s kojima UEMO surađuje (UEMS, Udruženje mlađih liječnika...).

Skup su na početku pozdravili njemački predstavnici koji su istaknuli kako u Njemačkoj, unatoč boljem finansijskom stanju nego u dijelu europskih zemalja, postoje isti problemi kao i u cijeloj Europi: starenje populacije i multimorbiditet, povećani troškovi zdravstvenog sustava, nedostatak liječnika i visoka dob obiteljskih liječnika. U Berlinu, Thuringenu i Sachsenu četvrtina obiteljskih liječnika starija je od 60 godina.

## Samostalna praksa nije popularna

Slovenska predstavnica iznijela je podatke ankete provedene među studentima 6. godine medicine nakon provođenja 7 tijedana uz mentora u obiteljskoj medicini, kojom su pitali studente bi li odabrali obiteljsku medicinu kao svoju buduću struku. Među razlozima onih koji su naveli da ne bi, na prvome je mjestu bio stav bolničkih kolega prema liječnicima obiteljske medicine, zatim težina posla, a tek na trećem mjestu novac. U Rumunjskoj 95% proračuna odlaže na ostale razine zdravstvenog sustava a samo 5% u primarnu razinu. Isto tako više od pola obiteljskih liječnika u Njemačkoj radi u samostalnim praksama ali sve više mlađih se organizira u neke vrste grupnih praksi. U Nizozemskoj se samo 3% mlađih liječnika izjasnilo da bi radilo u samostalnoj praksi. To sve govori o svojevrsnom strahu

od samostalnog rada i o većem osjećaju sigurnosti liječnika ako se udruže u neke vrste grupnih praksi.

## Kontinuiranu edukaciju prepustiti samoprocjeni

Radna grupa o kontinuiranoj medicinskoj edukaciji raspravljala je o uvjetima vezanim za trajnu edukaciju obiteljskih liječnika. Opći je stav da bi se edukacija morala provoditi na način da svaki liječnik izvrši svojevrsnu samoprocjenu svojih znanja i sposobnosti i utvrdi što bi trebao poboljšati. Ovisno o tome trebao bi napraviti plan edukacije kako bi se njegova znanja i kompetencije proširivali, što bi bila bolja opcija od postojanja zona interesa i posjećivanja edukacije vezane uz jednu ili nekoliko tema koje dobro zna. Edukacija bi morala biti potpuno u nadležnosti obiteljskih liječnika koji bi određivali sadržaj, teme i strukturu. Trebao bi postojati određeni plan tema za trajnu edukaciju u skladu s učestalošću problematike koja se prezentira obiteljskom liječniku. Za izborne teme iznad osnovnog plana se također dodjeljuju bodovi. Dobrovoljno oformljene grupe liječnika obiteljske medicine od 8-10 liječnika koje bi se sastajale u određenim razdobljima i raspravljale o problematici rada i razmjenjivale iskustva trebale bi biti jedna od mogućnosti dobivanja bodova kontinuirane edukacije. U Norveškoj je posjet ordinaciji drugog obiteljskog liječnika također bodovan kao trajna edukacija razmjenom iskustava. Elektronička komunikacija ima velik potencijal i trebala bi se integrirati u sustav kontinuirane edukacije ali programe moraju kreirati obiteljski liječnici ili medicinska udruženja kako bi se osigurala odgovarajuća kvaliteta. Ostale struke, kao inženjeri ili pravnici, imaju pravo na 10% radnog vremena za edukaciju. To isto bi moralo biti osigurano i obiteljskim liječnicima. U svim zemljama edukaciju bi trebala posebno financirati država. Poučavanje i istraživanja mogu donositi neke

bodove u omjeru koji odredi svaka pojedina zemlja. Na edukaciju ne bi smjela utjecati farmaceutska industrija, lobiji pacijenata, osiguravajuće kuće i vlast. Istovremeno, plan edukacije mora uvažavati potrebe pacijenata i biti u skladu sa zakonom. Edukaciju ne bi trebala organizirati farmaceutska industrija. Granica između promocije i edukacije mora biti jasna. Ako je problem organizirati edukaciju bez sponzorstva, sadržaj mora biti neovisan. Edukacija nikad ne bi trebala biti doživljena kao opasnost od kazne zbog sankcija nego kao mogućnost optimiziranja kvalitete pružene skrb. Informatizacija u obiteljskoj medicini

Ostali projekti u koje je UEMO uključen su TELL ME projekt o preventivnim aktivnostima i SMART projekt. To je projekt Europske komisije kojim želi utvrditi stanje informatizacije u obiteljskoj medicini u Europi. UEMO smatra to velikim korakom pošto se prvi puta traže podaci direktno od obiteljskih liječnika kao sudionika sustava i njihovo mišljenje o nedostacima i problemima umjesto da se kontaktira neka organizacija ili osiguravajuća kuća. Obiteljski liječnici svake zemlje bi trebali ispuniti određen broj anketa s podacima o informatizaciji. Linkovi za svakog liječnika (odabir kandidata je slučajan) bit će dostavljeni e-mailom ili će liječnici biti kontaktirani na drugi način. Anketa ima 40-ak pitanja, od kojih je trećina jednostavna (dob, spol, broj pacijenata i sl.), dio pitanja je rutinski za sve, npr. imate li računalo u svojoj ordinaciji ili imate li pristup internetu u svojoj ordinaciji. Samo trećina ili četvrtina pitanja je zahtjevnija jer se očekuje vrednovanje ili značenje pojedinih elemenata informatizacije. U Hrvatskoj bi anketu trebalo ispuniti 300 obiteljskih liječnika.

Nakon što je istekao mandat potpredsjednika Španjolskom predstavniku dr. Toqueru, na njegovo mjesto izabran je njemački predstavnik dr. Ulrich Weilgeldt. Nakon prezentacije sustava rumunjskih kolega potvrđeno je primanje rumunske delegacije u UEMO.

Iduće okupljanje vijeća je u Irskoj, u Killarneyu 24.-25. svibnja 2013., zatim u Turskoj u jesen 2013. a na proljeće 2014. domaćin će biti Hrvatska.

(ines.zelic@zg.htnet.hr)



# 40. Okupljanje Klasifikacijskog odbora WONCA-e u Ravellu o e-kartonu

Ines Zelić Baričević dr.med.  
specijalist obiteljske medicine, pridruženi član WICC-a

• Ines Zelić Baričević i doc.dr.sc. Marija Vrca Botica sudjelovale su na godišnjem okupljanju Klasifikacijskog odbora WONCA-e u Ravellu u Italiji od 29. listopada do 2. studenog. Ove je godine okupljanje bilo jubilarno, 40., pošto je odbor osnovan 1972. u Sidneyu. Odbor se trenutno sastoji od 28 članova iz 21 zemlje i 6 promatrača iz 6 zemalja.

Članovi su liječnici obiteljske medicine koji su velikim dijelom sveučilišni profesori, a istovremeno rade u praksi. Dio mlađih članova rade doktorate i asistenti su na fakultetima. Nekoliko članova su informatičari ili suradnici u uvođenju ICPC-a. WONCA (World organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of general Practitioners) je svjetska organizacija liječnika obiteljske medicine. WICC (International Classification Committee) je odbor WONCA-e koji se bavi klasifikacijama. ICPC (International Classification of Primary Care) je klasifikacija koju je izradio WICC s prvom objavom 1998. a koja služi prikazu rada u obiteljskoj medicini.

Velik je problem odbora finansiranje jer je WONCA zbog finansijske krize smanjila financiranje odbora na minimum tako da praktično sve troškove puta i smještaja tijekom godišnjih okupljanja snose sami članovi kao predstavnici pojedinih zemalja.

Dio rada odvija se u radnim grupama tijekom kojih se raspravlja o izmjenama postojeće verzije ICPC-2 kao i o budućoj formi ICPC-3 verzije. Isto tako dio rada WICC-a je i stalni rad na povezivanju – mapiranju ICPC-a s ostalim klasifikacijama (SNO-MED, ICF, MKB...) pošto u svim aplikacijama za korištenje ICPC-a postoji mapiranje prema ostalim klasifikacijama.

Osim rasprava o samoj klasifikaci-

ji, prezentirana su i unapređenja vezana uz elektronski karton pacijenta koji je izravno vezan uz bilježenje podataka. U svim zemljama se trenutno radi na unapređenju elektronskog kartona pacijenta i povezivanju primarne razine sa sekundarnom i prosljeđivanja podataka. U Austriji se radi na uspostavljanju informatičkog sustava sličnog našem CEZIH-u kojemu bi uz pristanak pacijenta imali pristup zdravstveni djelatnicima uz odgovarajući zaštićeni pristup. Prezentiran je i kanadski projekt u kojemu je u karton unesen niz smjernica koje podsjećaju na proces rada. Statističkom analizom utvrđeno je poboljšanje u smislu povećanog broja pregleda stopala kod dijabetičara i ostalih postupaka.

Struktura buduće verzije ICPC-3 bit će 2A2N (dva slova i dva broja za razliku od dosadašnjeg oblika - jedno slovo i dva

broja, poput MKB). Dodatno slovo odnosiće se na podgrupu unutar jedne morbiditetne grupe – "S" za simptome, "N" za neoplazme, itd. Isto tako postojat će lista rizičnih faktora koja će biti izvan područja epizoda bolesti i predstavljati podatke koji bi liječniku pomagali pri donošenju dijagnostičkih i terapijskih odluka. Vrijeme u formi epizoda zdravstvene zaštite i dalje je glavna snaga ICPC-a. Osim rizičnih faktora, ideja je da postoji mjesto u kartonu za unošenje podataka koji nisu vezani direktno za epizode bolesti (NERI – non episode related informations). Osim podataka koje bi unosio liječnik o pacijentu, tu bi se nalazili i podaci o pacijentovim željama i zahtjevima vezanim uz proces zaštite. Komponente ostaju kao osnovna struktura, etiologija će imati prednost prije lokalizacije. Tijekom rada na ICPC-3 verziji, Ines Zelić Baričević i Marija Vrca Botica vodit će radnu grupu za reviziju poglavlja o metaboličkim bolestima (T).

Iduće okupljanje odbora bit će u Johannesburgu u jesen 2013., dok se rad nastavlja tijekom godine preko e-mailova, Skype konferencija i vjerojatno Access forme ili slične aplikacije u kojoj bi se radile izmjene i kreirala ICPC-3 klasifikacija.

.....  
*(ines.zelic@zg.htnet.hr)*

Lijevo dr. Ines Zelić Baričević i doc. dr. Marija Vrca Botica na na WONCI



# Iz Društva nastavnika opće/obiteljske medicine

*Prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković,  
predsjednica Društva nastavnika opće/obiteljske medicine*

- Postoje dokazi u literaturi kako zemlje s boljom organizacijom i boljom kvalitetom rada primarne zdravstvene zaštite imaju i bolje pokazatelje zdravlja. Osnovni je zadatak Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM) osnažiti obiteljsku medicinu poboljšanjem kvalitete rada. DNOOM to radi stalnom medicinskom edukacijom liječnika obiteljske medicine putem radionica i kongresa. Kako u zbrinjavanju zajedničkih pacijenata liječnici obiteljske medicine usko surađuju s kliničkim specijalistima, DNOOM nastoji poboljšati tu suradnju organiziranjem zajedničkih radionica i simpozija te sudjelovanjem specijalista kliničara na kongresima DNOOM-a. Aktivnosti DNOOM-a usmjerene su i na znanstveno-istraživački rad. Na takvim projektima do sada su prijavljene i obranjene teme za 5 doktorskih disertacija, od kojih je jedna i obranjena. Kako dobre nastave nema bez dobrog udžbenika, DNOOM je do sada izdao udžbenik obiteljske medicine namijenjen specijalizantima obiteljske medicine i liječnicima, potom tri priručnika te pokrenuo biblioteku „Obiteljska medicina“ s izdavačkom kućom Alfa. Pokazatelj dobre suradnje s kolegama iz Slovenije iskazna je izdavanjem hrvatskog prijevoda knjiga Dijagnostičke pretrage i Hitna stanja i zajedničkim radom na oblikovanju udžbenika Obiteljska medicina za diplomsku nastavu, čija izrada je u tijeku. Gotov je i prvi u nizu naših priručnika posvećenih kliničkim temama „Najčešće plućne bolesti u obiteljskoj medicini“. Suradnja sa zemljama u okruženju, članicama Asocijacije liječnika obiteljske medicine, očituje se i na mnoge druge načine, kao što su međusobno sudjelovanje na kongresima te u diplomskoj, postdiplomskoj i specijalističkoj izobrazbi. Na inicijativu DNOOM-a pokrenuta je radna skupina za koordinaciju rada katedara opće/obiteljske medicine u Asocijaciji jugoistočne Europe.

Te je aktivnosti i usku suradnju s kolegama iz zemalja okruženja prepoznao i predsjednik RH prof.dr. Ivo Josipović kao hvale vrijedne i poticajne, pripala nam je iznimna čast da 2. listopada neko vrijeme provedemo u zajedničkom druženju.

Susret je predvodila predsjednica



**Prim. dr. Ljubin Šukrijev, prof. dr. Biserka Bergman Marković, prof. dr. Ivo Josipović**

DNOOM-a prof. dr. Biserka Bergman Marković, a sastanku su nazočile i dopredsjednica DNOOM-a prof.dr. Milica Katić te tajnica DNOOM-a dr. Venija Cerovečki.

U delegaciji naše zemlje bili su i kolege predstavnici katedara obiteljske medicine svih četiriju medicinskih fakulteta iz Hrvatske. MEF u Zagrebu predstavljala je prof. Katić, MEF u Rijeci prof. dr. sc. Eris Materljan, MEF u Splitu prim. Dragomir Petrić a MEF u Osijeku prof.dr.sc. Rudika Gmajnić. Asocijaciju liječnika obiteljske medicine jugoistočne Europe predstavljao je predsjednik prim. dr. Ljubin Šukrijev te tajnik dr. Mumtaz Mazicioglu.

Susretu s Predsjednikom Republike Hrvatske nazočile su i kolege iz Slovenije, Makedonije, Srbije, Crne Gore, Federacije BiH te Republike Srpske i Turske. Sloveniju je u delegaciji predstavljao prof.dr.sc. Janko Kersnik, pročelnik Katedre obiteljske medicine Medicinskog fakulteta u Mariboru, voditelj Istraživačke grupe Katedre za obiteljsku medicinu u Ljubljani, predsjednik Udrženja liječnika obiteljske medicine Slovenije te predsjednik Europske akademije nastavnika iz opće medicine (European Academy of Teachers in General Practice - EURACT). Makedoniju su u delegaciji predstavljale prof.dr.sc. Daniela Miladinova, prodekanica za međunarodnu suradnju Medicinskog Fakulteta u Skopju, dr. sc. Katarina Stavrić, koordinatorica Centra za semejnu medicinu Medicinskog fakulteta u Skopju te dr. Nada Anicin, predsjednica Udrženja liječnika obiteljske medicine Makedonije.

Srbiju su u delegaciji predstavljale prof.dr.. Dimitra Kalimanovska Oštrić, pročelnica Katedre na MEF-u u Beogradu te prim.dr.sc. Suzana Stanković, Crnu Goru prim. Ljiljana Zogović Vuković, Federaciju BiH doc.dr. Azijada Beganić i dr. Milan Mijoković, Republiku Srpsku doc.dr. Maja Račić i dr. Ružica Nikić, a Tursku dr. Mumtaz Mazicioglu.

Tijekom vrlo toplog i prijateljskog druženja zahvalili smo se predsjedniku RH za pokroviteljstvo nad Kongresima DNOOM-a. Nadamo se da će i budućnost DNOOM-a slijediti poruke ovoga značajnog dođađaja.

.....

(*bbergmanmarkovic@gmail.com*)



Dr. Mumtaz Mazicioglu, prof. dr. Milica Katić, dr. sc. Katerina Stavrić, dr. Milan Mijoković, prof. dr. Daniela Miladinova, prof. dr. Izet Aganović, prof. dr. Biserka Bergman Marković, prof.dr. Eris Materljan, prof. dr. Ivo Josipović, prim. dr. Dragomir Petrić, doc. dr. Azijada Beganić, doc.dr. Maja Račić, prim. dr. Suzana Stanković, prof. dr. Dimitra Kalimanovska Oštrić, prof. dr. Dimitra Kalimanovska Oštrić, dr. Ružica Nikić, dr. Nada Anicin, prim. dr. Ljubin Šukrijev, prim. dr. Ljiljana Zogović Vuković, dr. Venija Cerovečki Nekić, prof. dr. Janko Kersnik



## novosti iz medicinske literature

Štetni učinci pušenja i dobrobiti prestanka u 21. stoljeću  
- prospektivna studija na milijun žena u Ujedinjenom Kraljevstvu

• Prednosti i nedostaci probira za karcinom dojke

• Razlikovanje relapsa od reinfekcije u recidivima Lajmske bolesti

• Dekodiranje humanog citomegalovirusa

• Zbrinjavanje epiziotomije ili razdora međice II. stupnja tehnikama produžnog i pojedinačnog šivanja

• Povezanost između trombofilije i slabog ovarijskog odgovora

• Cervikalna trudnoća tretirana kombinacijom uterine embolizacije i „office“ histeroskopije

• Preoperativna intravaginalna primjena dinoprostona reducira gubitak krvi tijekom abdominalne miomektomije

• Slabija mišićna snaga povezana je s povećanim rizikom od rane smrti kod adolescenata

• Fiziološka otopina nije najbolja za resuscitaciju nakon otvorene abdominalne kirurgije

• Stopa „ispravljanja“ visoka je kod specijalizanata kirurgije

• Muški spol i starija dob povećavaju rizik komplikacija kod laparoskopske kolecistektomije

• Dijeta bogata ugljikohidratima povećava rizik za recidiv karcinoma kolona

• Koja je odgovarajuća sedacija za ERCP?

• Povećan rizik za malignome jednjaka i želuca kod pacijenata s AIDS-om

• Niska doza steroida u sepsi povezana je s povećanjem bolničke smrtnosti

• Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

•

## Štetni učinci pušenja i dobrobiti prestanka u 21. stoljeću - prospektivna studija na milijun žena u Ujedinjenom Kraljevstvu

• Žene rođene 40-ih godina proteklog stoljeća u zemljama poput Ujedinjenog Kraljevstva (UK) i SAD-a prva su generacija u kojoj je veći broj njih pušio značajan broj cigareta tijekom odraslog života. Unatoč tome, tek u 21. stoljeću mogu se razmatrati izravni učinci dugogodišnjeg pušenja, kao i dugotrajnog prestanka pušenja, na mortalitet među ženama u UK.

Za ovu prospektivnu studiju regrutirano je 1,3 milijuna žena u razdoblju od 1996. do 2001., a ponovno su analizirane nakon 3 i nakon 8 godina. Sve su praćene do 1. siječnja 2011., kroz nacionalne registre. Pri uključivanju u studiju anketirane su o pušačkim navikama, jesu li trenutni ili bivši pušači i koliko cigareta dnevno konzumiraju. One koje su i pri uključivanju u studiju i pri analizi nakon 3 godine studije bile bivši pušači, a prestale su pušiti prije navršenih 55 godina, kategorizirane su prema dobi u kojoj su prestale pušiti. Korišten je Coxov regresijski model da bi se izazili relativni rizici koji su uspoređivali kategoriju pušačica, odnosno bivših pušačica, s usporedivim skupinama nepušačica.

Nakon isključivanja 0,1 milijun žena s bolestima od ranije prisutnima, preostalo je 1,2 milijuna žena s medijanom godine rođenja 1943. i medijanom dobi 55 godina. Ukupno je 6% žena preminulo, u dobi od prosječno 65 godina. Na početku studije 20% ih je aktivno pušilo, 28% su bile bivši pušači, a 52% nepušači. Za 12-godišnji mortalitet, one koje su bile pušači na početku studije, imale su u usporedbi s ne-pušačicama omjer smrtnosti 2,76, iako ih je 44% u analizi nakon 8 godina do tada bilo prestalo pušiti. U analizi nakon 3 godine, u onih koje su i dalje bile pušačice mortalitet je bio utrostručen, bez obzira na dob. Čak i u žena koje su konzumirale manje od 10 cigareta na dan na početku studije, 12-godišnji mortalitet bio je udvostručen. Od 30 najčešćalijih uzroka smrti, 23 su bila izrazito

česća među pušačicama, osobito karcinom pluća. Višak smrtnosti među pušačicama, u usporedbi s nepušačicama, uglavnom je bio uzrokovani bolestima koje, poput raka pluća, mogu biti uzrokovane pušenjem. Među bivšim pušačicama, koje su definitivno prestale pušiti u dobi od 25-34 godine, ili u dobi 35-44 godine, relativni rizik bio je 1,05, odnosno 1,20, za sve uzroke smrtnosti, a 1,84, odnosno 3,34 za smrtnost od karcinoma pluća. Stoga, iako među tim dugoročnim bivšim pušačicama postoji određeni veći mortalitet, to je samo 3% i 10% od povećanog mortaliteta među kontinuiranim pušačicama. Analiziran uz podatke o nacionalnim stopama mortaliteta u UK iz 2010., utrostručeni mortalitet među pušačicama pokazuje rezultate prema kojima 53% pušačica, a 22% nepušačica umire u dobi prije navršenih 80 godina, kao i 11-godišnju razliku u trajanju životnog vijeka.

Među ženama u UK, 2/3 svih smrti pušačica u njihovim 50-ima, 60-ima i 70-uzrokovano je pušenjem; pušačice imaju barem 10 godina kraći životni vijek. Iako su štetnosti pušenja do 40. godina života, a zatim prestanka, znatne, štetnost nastavka pušenja 10 je puta veće. Prestanak pušenja prije 40. godine života (i to po mogućnosti puno prije 40. godine), „izbjegava“ više od 90% viška mortaliteta uzrokovano kontinuiranim pušenjem, a prestanak prije 30. godine života umanjuje više od 97% tog povećanog mortaliteta.

(Lancet. EarlyOnlinePublication October 27, 2012. doi:10.6501-40-6736(12)61720-6)

Ana Tečić, dr. med.

•

## Prednosti i nedostaci probira za karcinom dojke

• Opsežno se raspravlja o tome čini li probir za karcinom dojke više štete ili koristi. Glavna su pitanja kolik je benefit probira, u smislu reducirane mortalitete od raka dojke, a kolika je zapravo šteta, u smislu prekomjernog dijagnosticiranja, što je definirano kao «karcinomi detektirani probirom koji se ne bi inače klinički manifestirali u ženinom životnom vijeku». Sazvan je nezavisani Odbor da bi se donijeli zaključci o korisnosti i štetnosti probira za rak dojke, utemeljeni na pregledu objavljenih radova te usmenih i pismenih dokaza stručnjaka za tu temu. Kako bi se procijenila razina koristi i štete, Odbor se oslanjao najviše na randomizirane kontrolirane studije

probira dojke, koje su uspoređivale skupine žena pozvane na probir s kontrolnim skupinama (nepozvane žene), ali i pregledom dokaza iz opservacijskih studija. Odbor se fokusirao na Ujedinjeno Kraljevstvo, gdje su žene u dobi od 50 do 70 godina pozivane na probir svake tri godine. U nastavku teksta donezen je sažetak izvješća Odbora. Meta-analizom 11 randomiziranih studija relativni rizik mortaliteta od karcinoma dojke u žena pozvanih na probir, u usporedbi s kontrolnim skupinama, bio je 0,8, što je smanjenje relativnog rizika od 20%. Uzimajući u obzir pogreške u samim studijama i relevantnost njihovih davno nastalih rezultata, zaključeno je da je brojka od 20% i danas razumna procjena redukcije relativnog rizika. Podezdanje i recentnije opservacijske studije iznjedrile su nešto bolje rezultate u prilog korisnosti probira, no moguće je da su bile pristrane. Najtočnije procjene opasnosti pretjeranog dijagnosticiranja proizlaze iz tri studije u kojima žene u kontrolnoj skupini nisu podvrgnute probiru na kraju aktivnog studijskog razdoblja. U meta-analizi procjene prekomjerne incidencije iznosile su 11% ako izražene kao udio karcinoma dijagnosticiranih u grupi dugoročno podvrgavanoj probiru, a 19% ako izražene kao udio dijagnosticiranih karcinoma tijekom aktivnog razdoblja probira. Rezultati opservacijskih studija podupiru postojanje prekomjernog dijagnosticiranja, ali procjene njegove značajnosti nisu pouzdane. Odbor zaključuje da podvrgavanje programu probira reducira mortalitet raka dojke, ali da se prekomjerno dijagnosticiranje ipak nekada događa.

Budući da su procjene proizašle iz studija u mnogome ograničene i da se njihova relevantnost za današnje programe probira može dovesti u pitanje, zadržavaju znatnu nesigurnost i smiju se uzeti u obzir samo kao okvirne smjernice. Ako bi se te brojke uzele doslovno, na svakih 10.000 50-godišnjih žena u UK, podvrgnutih programu probira u idućih 20 godina, preveniralo bi se 43 smrti od karcinoma dojke, a 129 slučajeva karcinoma dojke, invazivnih i neinvazivnih, bilo bi prekomjerno dijagnosticirano, odnosno, na svaka 3 prekomjerno dijagnosticirana i liječena slučaja bila bi jedna prevenirana smrt od raka dojke. Od približno 307.000 žena u dobi od 50 do 52 godine podvrgvanih probiru svake godine, u njih samo oko 1% bio bi prekomjerno dijagnosticiran karcinom u idućih 20 godina. Mišljenje žena ispitanih na ovu temu je sljedeće: mnoge smatraju vrijednim podvrgnuti se programu probira, a informacije bi im trebale biti dostupne transparentno

i objektivno, kako bi mogle donijeti informiranu samostalnu odluku o eventualnom sudjelovanju ili nesudjelovanju u programu probira.

(Lancet. 2012;380(9855):1778-86.)

Ana Tečić, dr. med.

## • Razlikovanje relapsa od reinfekcije u recidivima Lajmske bolesti

- Erythema migrans* najčešća je manifestacija Lajmske bolesti, infektivne bolesti uzrokovanе spirohetom *Borrelia burgdorferi*. Recidivi bolesti nisu učestali, a iako se češće smatraju reinfekcijama nego relapsima prvostrukim infekcijama, ovo pitanje ostaje umnogome nerazjašnjeno. U zanimljivom radu objavljenom u *New England Journal of Medicine* autori iznose metode kojima su pokušali razlikovati relaps od reinfekcije u recidivu Lajmske bolesti i rezultate koje su tako prikupili. Za studiju su koristili molekularno tipizirane uzorke *B. burgdorferi* prikupljene od pacijenata kojima su kulturom potvrđene epizode migrirajućeg eritema, kako bi razdvojili relapse od reinfekcija. Utvrdili su gene koji kodiraju protein vanjske površine sojeva *B. burgdorferi* (*ospC*), detektiran na kulturama uzorka kože ili krvi prikupljenih od pacijenata s uzastopnim epizodama migrirajućeg eritema.

Pacijentima je administrirana standardna antibiotska terapija za *erythema migrans*. Izolati *B. burgdorferi* dostupni testiranju prikupljeni su od 17 pacijenata u kojih je postavljena dijagnoza migrirajućeg eritema između 1991. i 2011. godine, i koji su imali 22 parne epizode ove lezije (inicijalne i sekundarne epizode). Utvrđeno je da je genotip *ospC* proteina drugačiji u svakoj inicijalnoj i sekundarnoj epizodi migrirajućeg eritema. Identični genotipi *ospC* utvrđeni su u više navrata u samo jednog pacijenta, tjekom prve i treće epizode pojavljivanja eritema, u vremenskom razmaku od 5 godina, ali su i kod njega utvrđeni različiti genotipi u drugoj i četvrtoj epizodi bolesti.

Autori iznose da nijedna od 22 analizirane uparene epizode migrirajućeg eritema nije povezana s istim sojem *B. burgdorferi* u kulturama, i zaključuju da su rekurirajuće epizode migrirajućeg eritema kod adekvatno liječenih pacijenata posljedica

reinfekcije, a ne relapsa.  
(N Engl J Med 2012; 367:1883-90.)

Ana Tečić, dr. med.

## • Dekodiranje humanog citomegalovirusa

- Slično načinu kojim detektivi pronađele kriminalce, znanstvenici su otkrili kompletnu paletu proteina šifriranih genom humanog citomegalovirusa te pritom dešifrirali DNA kodove za stotine do sada neidentificiranih proteina.

Skupina istraživača pod vodstvom dr. Noama Stern-Ginossara s Kalifornijskog sveučilišta iz San Francisca razvila je u SAD-u novu metodu kojom je dešifrirala kompleksni proteom ovoga virusa. Nama, iako je genom, odnosno redoslijed dušičnih baza, virusa humanog citomegalovirusa otkriven već prije više od 20 godina, informacije o svim proteinima koje taj genom šifrira, pod skupnim nazivom proteom, nisu bile poznate. U svom eksperimentu znanstvenici su inficirali stanice fibroblasta humanog prepucija ovim virusom te potom sekvencirali one molekule glasničke RNA (mRNA) koje su bile zaštićene svojom vezom s ribosomima, na kojima se upravo odvijala sinteza tih proteinova. Tako su razvili nov postupak sekvenciranja ribosomima zaštićenih molekula glasničke RNA, što prije nije bilo moguće. Ovim su postupkom eksperimentalno i sistematski otkrili sve regije genoma humanog citomegalovirusa koje šifriraju, odnosno kodiraju, sve virusne proteine.

Kako bi neovisno potvrdili akumulaciju ovih novosintetiziranih proteinova proveli su i masenu spektrometriju. Na taj način otkrili „otvorene okvire čitanja“, na engleskom „open reading frames“, za stotine prethodno neidentificiranih proteinova. Posebno ih je iznenadila činjenica da jedan te isti otvoreni okvir čitanja može kodirati više od jednog proteina, te da su mnogi od tih proteinova puno kraći s manje od 100 aminokiselina. Navedeno otkriće sugerira da su kraći proteini mnogo učestaliji nego što se to do sada mislilo. Pritom virus može koristiti različita mjesta započinjanja transkripcije unutar istog gena. Kod toga se dobiva više različito dugačkih mRNA molekula, koje dosljedno određuju i sintezu različito dugačkih polipeptidnih lanaca iz samo jednoga gena.

Ovo otkriće podrobnije objašnjava proces infekcije naših stanica citome-

galovirusom i nudi znanstvenicima nove odgovore na ponašanje virusa u stanicama domaćina. Istovremeno se dobiveni podaci mogu koristiti za razvoj učinkovitog imuno-loškog odgovora na infekciju ovim virusom. Za očekivati je kako će se tehnika primijenjena u ovom istraživanju ubuduće koristiti i u otkrivanju proteoma ostalih virusa. (Science. 2012;338(6110):1088-93.)

Prof. dr. Ljiljana Šerman, dr. med.

## • Zbrinjavanje epiziotomije ili razdora međice II. stupnja tehnikama produžnog i pojedinačnog šivanja

- U studenom 2012. objavljen je sistematski pregledni rad u sklopu Cochrane knjižnice o zbrinjavanju epiziotomije ili razdora međice II. stupnja tehnikama produžnog i pojedinačnog šivanja. Takva publikacija predstavlja najjaču razinu znanstvenog dokaza, do kojeg se dolazi meta-analizom najrelevantnijih randomiziranih studija o istraživanom pitanju.

Milijunima žena diljem svijeta potrebno je kirurški zbrinuti međicu poslije vaginalnog porođaja, a tehnika zbrinjavanja može utjecati na postporođajnu perinealnu bol i cijeljenje. Duže od 70 godina istraživači sugeriraju da je produžni „non-locking“ šav rodnice, mišića međice i kože povezan s manjom postporođajnom perinealnom boli u usporedbi s pojedinačnim šavima.

16 studija s ukupno 8184 ispitaničima iz osam država uključeno je u meta-analizu. Dokazano je da je tehnika produžnog šivanja epiziotomije ili razdora međice II. stupnja, u usporedbi s pojedinačnim šivanjem (svih anatomskih slojeva ili samo kože međice), povezana s manjom kratkoročnom perinealnom boli prvi 10 dana od porođaja (RR 0.76). Također, manja potrošnja analgetika povezana je s tehnikom produžnog supuktanog šivanja, nasuprot pojedinačnom šivanju kože međice (RR 0.70). Utvrđena je smanjena potreba za uklanjanjem zaostalih šavi kod produžnog šivanja međice u usporedbi s pojedinačnim (RR 0.56), dok nije bilo značajne razlike u dugoročnoj postporođajnoj perinealnoj boli. U zaključku se može reći da je tehnika produžnog šivanja međice (kod epiziotomije ili razdora II. stupnja), u

usporedbi s pojedinačnim šivanjem, povezana sa značajno manjom kratkoročnom postporođajnom bolju, potrebom za analgeticima i uklanjanjem zaostalih kirurških šavi. Štoviše, postoje određeni dokazi da se kod produžnog šivanja epiziotomije troši manje kirurških niti u usporedbi s pojedinačnim šivanjem (jedna nit nasuprot dvije ili tri).

(Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD000947.)

*Matija Prka, dr. med.*

## • Povezanost između trombofilije i slabog ovarijskog odgovora

- Younis i suradnici proveli su preliminarnu, prospektivnu studiju s ciljem otkrivanja poveznice između trombofilije i smanjene ovarijske rezerve i lošijeg ovarijskog odgovora u pacijentica u postupcima asistirane reprodukcije (MAR).

Studija je provedena na sveučilišnoj klinici, zavodu na neplodnost, i obuhvatila je 89 pacijentica s dijagnosticiranom neplodnošću uključenih u postupke MAR-a. Tijekom IVF postupka, u 28 pacijentica je u trenutku ispitivanja dijagnosticirano  $\leq 3$  oocita, a u kontrolnoj skupini koja je brojala 61 ispitanicu  $\geq 4$  oocite. Sve su žene podvrgnute ispitivanju ovarijske rezerve i testovima za trombofiliju. Karakteristike pacijentica, osim kronološke dobi, bile su podjednake između skupina. Pacijentice u ispitivanju skupini imale su jasne manifestacije oslabljene ovarijske rezerve, što je i potvrđeno testovima ovarijske rezerve, te kontrolirano rezultatima ovarijske hiperstimulacije i IVF-ET postupcima, u usporedbi s kontrolnom skupinom. Incidencija ispitnicica s trombofilijom bila je podjednaka između dviju skupina. Logička regresijska analiza i Pearson test korelacije nisu pokazali statistički značajnu povezanost između broja oocita i trombofilije.

Također, testovi bazične ovarijske rezerve nisu se razlikovali između žena s dijagnosticiranom trombofilijom i onih tzv. zdravih. Autori u zaključku apostrofiraju kako trombofilija nema korelaciju sa slabim ovarijskim odgovorom na stimulaciju u neplodnih pacijentica u postupcima MAR-a. Tek treba utvrditi nije li prijevremena slaba ovarijska rezerva možda povezana s trombofilijom.

(EJOG, 2012., u tisku.)

*Ingrid Márton, dr. med.*

## • Cervikalna trudnoća tretirana kombinacijom uterine embolizacije i „office“ histeroskopije

- Kolege iz Sveučilišne bolnice u Foggiji, Italija, iznijeli su svoja iskustva u liječenju cervikalnih trudnoća. Naime, prikazali su pet slučajeva cervikalnih trudnoća koje su tretirali kombinacijom uterine embolizacije i „office“ histeroskopskom resekcijom trofoblasta.

Konverzija nije zabilježena niti u jednom slučaju, masivna hemoragija nije nastupila, tako da niti jedna pacijentica nije zahtijevala transfuziju. Prosječno vrijeme hospitalizacije bilo je 4 dana, a u svim je slučajevima pad betaHCG-a nastupio u 15-ak dana nakon operacije.

Autori zaključuju da je kombinacija uterine embolizacije i „office“ histeroskopske resekcije trofoblasta efikasna opcija u liječenju cervikalne trudnoće.

(EJOG, 2012., u tisku.)

*Ingrid Márton, dr. med.*

## • Preoperativna intravaginalna primjena dinoprostona reducira gubitak krvi tijekom abdominalne miomektomije

- Shokeir i suradnici proveli su prospektivnu, randomiziranu, dvostruko slijepu, placebo kontroliranu studiju s ciljem određivanja može li jednokratna, preoperativna intravaginalna primjena prostaglandina E2 dinoprostona smanjiti intraoperativni gubitak krvi tijekom abdominalne miomektomije.

U studiju je uključeno 108 pacijentica s miomatoznim uterusom i poslijedičnim smetnjama. Ispitanice su podijeljene u dvije skupine, ovisno o tome jesu li primile jednokratnu, intravaginalnu dozu od 20 mg dinoprostona (n=54) ili placebo (n=54)

i to 60 minuta prije operacije. Primarni cilj bio je odrediti gubitak krvi tijekom operacije, kao i potrebu za transfuzijom, promjene u vrijednosti hemoglobina 24 sata nakon operacije. Krvarenje i davanje krvnih pravaka bili su znatno učestaliji u placebo skupini za razliku od skupne koja je primala dinoproston. Skupina pacijentica koja je primala placebo imala je statistički značajan pad hemoglobina u 24 sata nakon operacije. Nije bilo razlika u drugim intraoperativnim karakteristikama, postoperativnom boravku ni i ostalim komplikacijama.

U zaključku se napominje kako jednokratna, intravaginalna, preoperativna primjena dinoprostona može biti sigurno i pouzdano pomoći u smanjivanju intraoperativnog krvarenja tijekom miomektomije. (EJOG, 2012., u tisku.)

*Ingrid Márton, dr. med.*

## • Slabija mišićna snaga povezana je s povećanim rizikom od rane smrti kod adolescenata

- Novija istraživanja ukazuju na povećanu smrtnost kod odraslih osoba s manjom mišićnom snagom. Međutim, do sada nije bilo istraživanja koje bi ukazalo na slabiju mišićnu snagu kao važan rizični faktor za preuranjenu smrt adolescenata. Dosada su kao rizični faktori u tinejdžerskoj bili prepoznati visok indeks tjelesne težine i visok krvni tlak.

Zbog toga je skupina istraživača pod vodstvom prof. Finna Rasmussen iz Karolinska instituta u Stockholm, Švedska, analizirala podatke iz registra vojne evidencije o 1 142 599 mlađića u dobi od 16 do 19 godina. Tijekom razdoblja praćenja od 24 godine umrlo je 2,3%, odnosno 26.145 adolescenata. Najčešći uzroci smrti bili su nenamjerne ozljede, samoubojstva, zločudne bolesti i bolesti krvožilnog sustava. Svi sudionici su tijekom regrutacije prošli pregled, u sklopu kojega je ispitana i mišićna snaga uz pomoć tri testa: jačina ekstenzije u koljenu, jačina stiska šake i jačina fleksije u laktu. Za sve sudionike zabilježeni su i podaci o indeksu tjelesne težine i krvnom tlaku.

Rezultati su pokazali da je slabija mišićna snaga kod adolescenata snažno po-

vezana s ronom smrtnošću neovisno o drugim faktorima rizika. Nasuprot tome, snažniji mladići imali su 20 do 35% niži rizik od preuranjene smrti bez obzira na uzrok smrti te niži rizik smrti od kardiovaskularnih bolesti. Snažniji adolescenti imali su i 20 do 30% niži rizik od samoubojstva te čak 65% manju vjerljivost obolijevanja od shizofrenije ili poremećaja raspoloženja. Za razliku od rezultata istraživanja odraslih osoba, kod adolescenata nije primjećena veza između mišićne snage i rane smrti od karcinoma.

Iako autori smatraju da su rezultati još jedan dokaz o korisnosti redovite tjelevježbe u djetinjstvu i adolescenciji, rezultati istraživanja zapravo nisu mogli pokazati je li fizička slabost uzrok ili posljedica slabog zdravlja. Ipak, rezultati ovog istraživanja svakako opravdavaju korištenje jednostavnih i jeftinjih testova, poput testa snage stiska šake, u ronom otkrivanju rizičnih pojedinaca te u poduzimanju pravodobnih preventivnih koraka koji mogu pridonijeti smanjenju smrtnosti kod mlađih osoba. (BMJ. 2012.; 345:e7279. doi: 10.1136/bmj.e7279.)

Adrian Lukenda, dr. med.



## Fiziološka otopina nije najbolja za resuscitaciju nakon otvorene abdominalne kirurgije

- Analizirajući više od 30.000 pacijenata koji su podvrgnuti velikoj otvorenoj abdominalnoj operaciji, istraživači su otkrili da su oni koji su primili plasma-Lyte otopine umjesto fiziološke otopine (FO) imali manje velikih komplikacija. Plasma-Lyte je naziv za razne kristaloidne otopine bez kalcija. Pacijenti koji su primili 0,9%-tne FO imali su više komplikacija, uključujući i infekcije, transfuzija krvi i (potrebu) dijalize, od pacijenata koji su primili tekućine sa sastavom soli sličnijih plazmi, tvrde Shaw i sur. (Department of Anesthesiology, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, SAD). Bolesnici podvrgnuti hitnim operacijama koji su liječeni s FO-om imali su i viši mortalitet čak i kada su uključeni ostali čimbenici rizika, objavljeno je u studiji u *Annals of Surgery*. FO se iznimno naširoko koristi u bolničkoj praksi u SAD-u, međutim, postoje pretklinički, a sada i klinički podatci koji sugeriraju da nije najbolja intravenska otopina kod bolničkih pacijenata.

Alternativni 0,9%-tne FO je dostupan, a nije skuplji. Kad je FO primarna resuscitacijska tekućina, pacijenti razvijaju hiperkloremsku metaboličku acidozu. To također može dovesti do disfunkcije imunološkog sustava, gastrointestinalnih disfunkcija, smanjenog bubrežnog protoka krvi i drugih oblika štetnog djelovanja.

Korištenjem *Premier Perspective Comparative Database* baze podataka, autori su procjenjivali rezultate odraslih koji su podvrgnuti velikim otvorenim abdominalnim operacijama između 2005- i 2009. g. i primili ili 0,9%-tne FO (n = 30.994) ili Plasma-Lyte A ili Plasma-Lyte 148 na dan operacije (n = 926). Obje kristaloidne otopine sadrže: natrij 140 mEq/L, kalij 5mEq/L, magnezij 3 meq/L, klorid 98 mEq/L, acetat 27 mEq/L, i glukonat 23 mEq/L. Razlikuju se samo u pH: 7,4 u Plasma-Lyte A i 5,5 u Plasma-Lyte 148. Za cijelu skupinu, hospitalna smrtnost veća je u FO skupini nego u skupini s kristaloidnim otopinama (5,6% prema 2,9%, p <0,001). Jedna ili više velikih komplikacija bila je u 33,7% u FO skupini prema 23% u skupinama s kristaloidnim otopinama (p <0,001). Pacijenti koji su primili FO imali su više postoperativnih infekcija (p = 0,006), zatajenje bubrega koje je zahtijevalo dijalizu (p <0,001), transfuzije krvi (p <0,001) i poremećaje elektrolita (p = 0,046). U 3:1 podudarnom uzorku (2778 FO, 926 uravnovežene kristaloidne otopine), korištenje kristaloidnih otopina bilo je povezano s manje komplikacija (OR 0,79). Nadalje, liječnici koji su ordinirali FO tražili su više testova (plinovi u arterijskoj krvi i razine laktata) i više zahvata (puferi, krvni pripravci i dijaliza) "vjerljivo da istraže i riješe promatrane abnormalnosti acidobaznog statusa i njihove posljedice u tih bolesnika. Bez obzira da li je povećan rizik samo zbog hiperkloremske acidoze ili je to povezano i s drugim učincima administracije FO, što nije jasno, ne čini se da je ili slučajnost, ili karakteristika pacijenata, ili utjecaj obilježja bolniča. Budući da ne postoje podaci koji ukazuju da je FO bolji od alternativa, i uz to nema finansijske uštede, a može biti štete, možda je vrijeme da se ograniči korištenje 0,9%-tne fiziološke otopine u bolničkoj praksi u onim posebnim okolnostima gdje to može biti korisno, kao što su traumatske ozljede mozga iobilni gubici želučanog sadržaja. Baxter upozorava da i Plasma-Lyte A i 148 treba koristiti "s velikim oprezom, ako i uopće treba koristiti kod bolesnika s kongestivnim zatajenjem srca, teškom bubrežnom insuficijencijom ili zatajenjem bubrega, hiperkalijemijom, te u stanjima retencije natrija ili kalija. Te

preparate također treba koristiti "s velikom pažnjom" u bolesnika s metaboličkom ili respiratornom alkalozom. Tvrta također upozorava da acetate ili glukonate treba dati "s velikom pažnjom" kod pacijenata s povećanim razinama ili smanjenom utilizacijom tih iona, kao što je teška jetrena insuficijencijam. (Baxter Healthcare, proizvođač Plasma-Lyte, financirao je studiju, a također je financirao statističara Premijer baze podataka, koji je jedini od sedam autora imao pristup 'sirovim' podacima).

(Ann Surg 2012;255:821-9.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.



## Stopa „ispravljanja“ visoka je kod specijaliziranata kirurgije

- Gotovo jednoj trećini specijaliziranata opće kirurgije potrebno je 'ispravljanje' ili 'sanacija' (engl. remediation) da uspješno završe specijalizantski program, rezultati su retrospektivne studije tijekom 11 godina 'treninga' u 6 medicinskim fakultetima u SAD-u. Studija objavljena u *Archives of Surgery*, pokazala je da je većini specijaliziranata potrebno ispravljanje kako bi upotpunili 'praznine' u medicinskom znanju, čime nisu potaknuti da zbog loših performansi napuste kirurgiju. Stopa 'trošenja' nisu se bitno razlikovale između 'saniranih' i 'nesaniranih' specijaliziranata, a više od 96% onih koji su napustili specijalizaciju učinili su to dobrovoljno iz osobnih razloga. Ovi rezultati upućuju na potrebu da škole stave veći naglasak na odgovarajući način pripreme studenata za 'šurovost' kirurške specijalizacije i poboljšanje obrazovanja tijekom specijalizacije, tvrde Yaghoubian i sur. (Department of Surgery, Harbor-UCLA Medical Center, Los Angeles, California, SAD). Ograničenje na 80-satni radni tjedan i 16-satni dnevni limit za specijalizante utjecao je na kvalitetu obrazovanja, prisiljavajući specijalizante da 'komprimiraju' potrebne poslove u kraćem vremenskom roku. Pacijenti su bolesniji i složeniji, a naglasak je na tzv. 'fast track' kirurgiji, dakle brzom prolasku bolesnika kroz sustav. Tu je malo vremena u radnom danu za promatranje ili za učenje, osobito kod onih specijaliziranata koji zahtijevaju malo više vremena da usavrše pojmove i vještine, objašnjava Deveney K. (Oregon Health & Science University of Portland, SAD) u pozvanom kritičkom osvr-

tu. Ona je upozorila da mnogi pametni i uspješni specijalizanti koji se zalažu za izvrsnost također imaju poteškoća s praćenjem brzog tempa i visokim zahtjevima radnog opterećenja. Visoki zahtjevi i stres prisutni u današnjem sustavu zdravstvenih ustanova odgovorni su za oba ishoda, kaže dr. Deveney, ističući važnost otklanjanja neesencijalnih zadataka i davanje specijalizantima vremena kako bi naučili ono što im je potrebno da postanu kompetentni kirurzi.

Prikupljanjem podataka od 348 specijalizanata iz 6 kalifornijskih kirurških specijalizantskih programa, istraživači su otkrili da je kod 107 (31%) potrebno ispravljanje/sanacija u nekom trenutku tijekom kirurškog 'treninga', te da je kod 27 (8%) bilo potrebno ispravljanje više od jedanput. Sanacijom su ispravljeni nedostaci u 1 od 6 Accreditation Council for Graduate Medical Education kompetencija (74%), interpersonalnim i komunikacijskim vještinama (24%), skrbi pacijenata (22%), profesionalnosti (18%), sustavno orijentiranoj praksi (14%) i učenju temeljenog na praksi (8%). Proces ispravka/sanacije sastojao se od mjesecnih sastanaka s fakultetskim osobljem (79%), specifičnih zadataka vezanih s čitanjem (72%), obveznim pohađanjem tečajeva ili konferencija (27%) i terapije (12%). Sedam 'ispravljenih' specijalizanata (6,5%) bili su dužni ponoviti kliničku godinu. Multivariantna analiza pokazala je da je ispravljanje bilo povezano s rezultatima US Medical Licensing Examination step 1 (omjer izgleda, 0,900; 95% interval pouzdanosti, 0,985 do 0,998,  $P = 0,02$ ), iako je medijan rezultata općenito visok i među 'ispravljenim' (225) i 'neispravljenim' (232) specijalizantima i koji je bio veći od nacionalnog prosjeka. Osim toga, specijalizanti koji su zahtjevali ispravak bili su visoko uspješni i imali su veću vjerojatnost da prime priznanja u trećoj godini kirurške specijalizacije (57,9% prema 45,1%; OR 1,9,  $P = 0,01$ ). Ispravljanje se nije pokazalo kao prediktor iscrpljivanja, jer je 20% specijalizanata koji su podvrgnuti ispravljanju napustilo program u usporedbi s 15% onih koji nisu zahtjevali ispravljanje ( $P = 0,40$ ). Većina specijalizanata koji su napustili program (15,8% od ukupno analizirane populacije) učinio je to dobровoljno, najčešće iz osobnih razloga (53,96%). Jedini je prediktor iscrpljivanja bio ABS In-Training Examination rezultat na trećoj godini poslijediplomskog studija ( $P = 0,04$ ). Neki specijalizanti mogu biti uspješni i visoko funkcionalni, ali odluče da je osobna žrtva prevelika te pokušavaju izabrati lakši, manje stresni put u karijeri. Ostali počnu ostajati i trebaju dodatnu pomoć da bi se

zadovoljila fakultetska očekivanja, ali su dovoljno posvećeni kirurgiji da ustraju zaključuje Deveney. (Arch Surg. 2012;147:829-833.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

## ● Muški spol i starija dob povećavaju rizik komplikacija kod laparoskopske kolecistektomije

- Desetogodišnja retrospektivna analiza laparoskopskih kolecistektomija (LC) jednog kirurškog tima u needukacijskoj bolnici (engl. a non-teaching hospital) dobar je pokazatelj kirurgije u realnim uvjetima. Ova je studija jedna od najvećih koje dolaze iz needukacijske bolnice, objasnjavaju autori studije objavljene u *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques*. LC se smatra zlatnim standardom za liječenje kolecistitisa, ali je teško dobiti pravu sliku o ishodima jer većina kliničkih preglednih članaka kombinira rezultate ili multiplih studija raznih kirurga odnosno kirurških grupa u više bolnica ili više kirurga i kirurških grupa u jednoj instituciji tijekom vremena. Također, nije jasno kakav je odnos ozljeda žučnih vodova u edukacijskih naspram needukacijskih bolnica.

U želji da rasvijetele ova pitanja, Hasbahceci i sur. (Department of General Surgery, Umraniye Education and Research Hospital, Umraniye, Istanbul, Turska) analizirali su sve LC zahvate od siječnja 2000. do listopada 2010. u sklopu Religious Foundation of Turkey, 29 May Hospital, Istanbul, Turska. Ishodi su uključivali konverziju u otvorenu, klasičnu operaciju, trajanje operacije, dužinu hospitalnog boravka i komplikacije tijekom hospitalizacije i tijekom praćenja od 3 mjeseca. Analiza je obuhvatila 1557 bolesnika: 1222 žene i 335 muškaraca, prosječne dobi  $54,1 \pm 12,3$  godina. Sedamdeset i šest posto pacijenata imalo je indeks tjelesne mase (BMI) između 25 i 34,99 kg/m<sup>2</sup>. Većina postupaka (1401 [90%]) izvedena su elektivno. Stotinu devedeset i jedan (12%) pacijent imao je prethodni napad akutnog kolecistitisa (AC), a 34 (2%) je imalo prethodno akutni bilijarni pankreatitis. Trajanje operacije kretalo se u rasponu 10-200 minuta, a srednje vrijeme iznosilo je 43,4 minute. Operacija je trajala manje

od 60 minuta u 85,8% slučajeva. Srednja duljina boravka u bolnici bila je 1,2 dana (raspon 1 do 19 dana), s 93,1% bolesnika otpuštenih u roku od 1 dana od operacije i 94,8% bolesnika otpuštenih u roku od dva dana. Otvorena operacija bila je potrebna u 39 slučajeva (stopa konverzije od 2,5%). Teška upala povezana s aktualnim (stopa konverzije 43,5%) ili prethodnim napadom AC (stopa konverzije 38,5%) bio je najčešći razlog za konverziju. Ozljeda žučovoda ( $n = 3$ ), opsežne priraslice od prethodnih operacija ( $n = 2$ ) i kvar laparoskopske opreme ( $n = 2$ ) bili su drugi razlozi za konverziju. Ukupno se 57 (3,7%) komplikacija dogodilo u 51 bolesnika, navode autori.

Najčešće komplikacije su one koje se odnose na infekcije (11 bolesnika), curene (leak) žući ( $n = 10$ ), krvarenje ( $n = 7$ ), zaoštale kamence u zajedničkom žučnom vodu ( $n = 6$ ), postoperativni paralitički ileus ( $n = 6$ ) i postoperativni ascites ( $n = 4$ ). Čimbenici povezani s većom vjerojatnosti konverzije u otvorene operacije bili su muški spol (omjer izgleda [OR], 4,473,  $P < 0,001$ ), starost iznad 55 godina (OR, 2,478,  $P < 0,01$ ), hitne operacije zbog AC (OR = 558,263,  $P < 0,001$ ) i anamneza prethodnih napada AC (OR, 4,766,  $P < 0,001$ ). Rizični čimbenici povezani s morbiditetom uključivali su muški spol (OR 1,813,  $p < 0,046$ ), ASA (American Society of Anesthesiology) status 3 (OR, 3,706,  $P < 0,005$ ), hitnu hospitalizaciju zbog AC (OR 7,034,  $p < .001$ ) i anamnezu prethodnih napada AC (OR, 3,378,  $P < 0,001$ ).

Drugi autori su izvjestili o stopama komplikacija u rasponu od 1,5% do visokih 17%, ovisno o čimbenicima kao što su prisutnost komplikirane bolesti žučnih kamenaca, muški spol, uznapredovala dob bolesnika, potreba za konverzijom u otvorenu (klasičnu) operaciju, trajanje operacije više od dva sata, i provodi li se postupak u edukacijskoj bolnici, dodaju autori. "Stopa komplikacija od 3,7% u ovoj studiji može se smatrati povoljnim rezultatom u usporedbi sa stopama komplikacija u dosadašnjem literaturi.

Moguća ograničenja ovog istraživanja uključuju retrospektivni dizajn i nepotpune podatke o 119 od 1676 pacijenata koji su bili podvrgnuti LC u ovoj ustanovi tijekom vremenskog razdoblja koje je analizirano, što je dovelo do isključenja tih pacijenata iz analize.

"Naši rezultati mogu poslužiti kao osnovica za usporedbu s budućim studijama u pojedinim nenastavnim (edukacijskim) bolnicama gdje kirurški timovi obavljaju laparoskopske kolecistektomije tijekom

dugog vremenskog razdoblja", zaključili su istraživači.

(J Laparoendosc Adv Surg Tech. 2012;22:527-532.)  
Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

## • Dijeta bogata ugljikohidratima povećava rizik za recidiv karcinoma kolona

- Prema najnovijim spoznajama publiciranim u posljednjem broju časopisa *Journal of the National Cancer Institute*, način prehrane može utjecati na ishod bolesnika kojima je dijagnosticiran karcinom debelog crijeva.

Istraživači su utvrdili da prehrana bogata ugljikohidratima gotovo dvaput povećava rizik za recidiv ove maligne bolesti u komparaciji s kontrolnom skupinom ispitanika koja je imala pravilnije uravnoteženu dijetu. Posebno je ovakav utjecaj prehrane na pojavu recidiva bolesti uočen kod osoba sprekomjernom tjelesnom težinom i pretilih bolesnika, dok je kod osoba s indeksom tjelesne mase ispod  $25 \text{ kg/m}^2$  razlika uočena, ali nije bila signifikantna.

U studiju su uključeni bolesnici ( $n=1011$ ) s karcinomom kolona 3. stupnja koji su liječeni operativno i adjuvantnom kemoterapijom (5-fluorouracil i leukovorin s irinotekanom ili bez njega).

Smatra se da prehrana bogata ugljikohidratima povećava razinu inzulina, a inzulin i IGF-1 (čimbenik rasta sličan inzulinu) poznati su promotori staničnog rasta i širenja. Ispitanici u ovom istraživanju imali su lokalno uznapredovalu bolest (stadij III), a recidiv bolesti kod ovih bolesnika bio je uzrokovani mikrometastatskom bolešću.

Hipoteza istraživanja je bila da inzulin i IGF-1 potiču rast i širenje mikroskopskih stanica. Potpuno isključenje unosa šećera nije potrebno, ali se savjetuje dobro uravnotežena prehrana siromašnija ugljikohidratima s ciljem poboljšanja preživljjenja. (J Natl Cancer Inst. Publicirano „on-line“, 7. studeni, 2012.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Koja je odgovarajuća sedacija za ERCP?

- Endoskopska retrogradna kolangiopankreatografija (ERCP) dijagnostička je i terapijska metoda koja zahtijeva dobru srednju do duboku sedaciju da pacijenti izbjegnu neugodnosti i da se postigne viši stupanj uspješnosti postupka. Propofol se sve više koristi za sedaciju kod mnogih gastroenteroloških zahvata uključujući i ERCP, zbog kratkog vremena poluživota i bržeg oporavka nego nakon konvencionalne sedacije (opioid i/ili benzodiazepin). Osim toga, može se sa sigurnošću aplicirati bez anesteziologa, ima usku terapijsku širinu a razina sedacije i besvesnog stanja postiže se manjim modifikacijama doze potrebne za brzu i srednje duboku sedaciju. Propofol može dovesti do prekomjernog doziranja i apneje. U kombinaciji s benzodiazepinima propofol se primjenjuje u reduciranoj dozi uz zadržavanje učinkovitosti. Primijenjen u dozi s postizanjem srednjeg stupnja sedacije nema analgetski učinak, stoga bolesnici koji dobivaju samo propofol mogu osjetiti bol prilikom zahvata. Koktel propofola i meperidina/midazolama pruža analgetski efekt tijekom ERCP-a. Također, primjena propofola u infuzijskoj pumpi omogućuje stalnu razinu profola u plazmi za razliku od bolus primjene.

Cilj ove prospektivne studije bio je utvrditi učinkovitost, vrijeme oporavka, zadovoljstvo pacijenta i nuspojave sedacije komparirajući konvencionalnu sedaciju (meperidin i midazolam) i koktel propofola, meperidina i midazolama. Pacijenti koji su se podvrgnuli ERCP-u bili su podijeljeni u koktel skupinu ( $n = 103$ ) i kontrolnu skupinu ( $n = 102$ ). U obje skupine primijenjeni su meperidin  $25 \text{ mg}$  i midazolam  $2.5 \text{ mg}$ , a u koktel skupini i doza propofola  $1 \text{ mg/kg}$ . Vrijeme oporavka i stupanj zadovoljstva pacijenata u koktel i kontrolnoj skupini bio je  $9.67$  i  $12.89$  minute ( $P = 0.045$ ), te  $93,1$  i  $87,6$  ( $P < 0.001$ ).

Autori su zaključili da sedacija propofolom osigurava brži oporavak i veći stupanj zadovoljstva pacijenata kod ERCP-a, ali se može razviti manji stupanj slabije saturacije arterijske krvi.

(BMC Anesthesiol. 2012;12:20. doi: 10.1186/1471-2253-12-20.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Povećan rizik za malignome jednjaka i želuca kod pacijenata s AIDS-om

Imunosuprimirane osobe poput onih s virusom humane imunodeficijencije (HIV) te transplantirane osobe, imaju povećan rizik od karcinoma u komparaciji s općom populacijom. Kod osoba sa HIV-om neki su od karcinoma povezani s imunosupresijom, povećanom prevalencijom koinfekcija i povećanom prevalencijom drugih rizičnih čimbenika poput pušenja cigareta. Tri malignoma (Kapošijev sarkom, non-Hodgkin limfom i karcinom cerviksa) imaju veću prevalenciju kod HIV-inficiranih osoba, te se smatraju malignomima povezanim sa HIV-infekcijom. Uvođenjem antiretrovirusne terapije (HAART) 1996. g. znatno je poboljšano preživljjenje HIV pozitivnih pacijenata i sve je veći broj starijih osoba s HIV infekcijom, što rezultira porastom ne-HIV pridruženih karcinoma. Većina ezofagealnih i želučanih karcinoma u SAD-u dijagnosticira se kod starije populacije (od 65 g. naviše). Infektivna etiologija karcinoma želuca, u čijoj je podlozi Helicobacter pylori infekcija, sugerira da bi rizik za želučani karcinom trebao biti povećan kod HIV pozitivnih osoba.

Autori ovog istraživanja su ispitivali učinak HIV infekcije na rizik za različite histološke i anatomske podtipove karcinoma i non-Hodgkin limfoma (NHL) želuca i jednjaka kod osoba sa SIDA-om. Analizirani su podaci od 1980.-2007. g. iz 16 američkih registara za osobe sa HIV infekcijom i SIDA-om ( $n=596\ 955$ ), te su komparirani s podacima o malignomima jednjaka i želuca iz opće populacije. Rezultati istraživanja su pokazali kako osobe s AIDS-om imaju povećan rizik za karcinome jednjaka i želuca. Rizik je povećan za adenokarcinom jednjaka i planocelularni karcinom. Također, osobe s AIDS-om imaju povećan rizik za karcinome želučane kardije i nekardijskih dijelova želuca u usporedbi s općom populacijom. Iako je većina NHL želuca i jednjaka kod osoba s AIDS-om tipa difuzni B velikostanični limfomi, također je uočen povećan rizik za MALT limfome.

Zaključno se može navesti da osobe s AIDS-om imaju povećai rizik za razvoj karcinoma jednjaka i želuca te NHL. Iako je incidencija NHL-a u padu od 1980.-2007.godine jer je poboljšana terapija obo-

ljelih od AIDS-a, uočava se porast incidencije karcinoma jednjaka i želuca kod osoba s AIDS-om.

(Gastroenterology. 2012;143(4):943-950.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## •

### Niska doza steroida u sepsi povezana je s povećanjem bolničke smrtnosti

- Istraživanja su dovela do sukobljenih rezultata o koristi steroida u septičnom šoku. Kao dio kampanje preživljavanja sepspe (Surviving Sepsis Campaign), istraživači su analizirali podatke 17 847 bolesnika koji su bili pogodni za liječenje niskom dozom steroida zato što su zahtijevali lije-

čenje vazopresorima nakon resuscitacije tekućinama. Pogodni bolesnici imali su barem dva kriterija za sindrom sistemskog upalnog odgovora, barem jedan kriterij zatajena organskog sustava te sumnju na izvor infekcije.

Tek nešto preko polovine bolesnika primilo je nisku dozu steroida (50 mg intravenski četiri puta dnevno ili 100 mg tri puta dnevno), većina u prvih osam sati od prezentacije. Bolesnici u Europi i Južnoj Americi češće su dobivali steroide nego oni u Sjevernoj Americi (59%, 52% i 46%, kako slijedi). Bolesnici s pneumonijom i oni na mehaničkoj ventilaciji češće su dobivali steroide nego ostali bolesnici.

Bolnička smrtnost bila je značajnije viša u bolesnika koji su primili nisku dozu steroida nego u onih koji nisu (41% naspram 35%; prilagođen omjer vjerojatnosti 1,18).

Iako neki bolesnici sa sepsom imaju smanjen odgovor na egzogeni kor-

tikotropin unatoč normalnim razinama glukokortikoida, ovo opservacijsko istraživanje pokazuje da davanje steroida septičkim bolesnicima ne poboljšava njihov ishod i nije za njih indicirano.

(Care Med 2012; [e-pub ahead of print]. (<http://dx.doi.org/10.1007/s00134-012-2720-z>))

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 SCOPUS.

**Augustin G, Zigman T, Davila S, Udilljak T, Staroveski T, Brezak D, Babic S. Cortical bone drilling and thermal osteonecrosis. Clin Biomech (Bristol, Avon). 2012;27:313-25.**

Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb and School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Mitrović M, Arapović J, Traven L, Krmpotić A, Jonjić S. Innate immunity regulates adaptive immune response: lessons learned from studying the interplay between NK and CD8(+) T cells during MCMV infection. Med Microbiol Immunol. 2012; 201(4):487-95.**

Department of Histology and Embryology, Faculty of Medicine, University of Rijeka, B. Branchetta 20, 51 000, Rijeka, Croatia.

**Laskarin G, Persic V, Miškulin R, Ruzic A, Zaputovic L. Can we assess an acute myocardial infarction in patients with acute coronary syndrome according to diagnostic accuracy of heat shock proteins? Med Hypotheses. 2012; 79(5):592-4.**

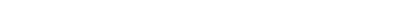
Department of Physiology and Immunology, Medical Faculty, University of Rijeka, Croatia; Division of Cardiology, Hospital for Medical Rehabilitation of the Heart and Lung Diseases and Rheumatism "Thalassotherapia" Opatija, Croatia.

**Grubic Z, Stingl K, Zunec R. Heterogeneity of HLA-DRB1\*04 alleles and haplotypes in the Croatian population. Tissue Antigens. 2012; 80(3):219-23.**

Clinical Unit for Tissue Typing, Clinical Department for Transfusion Medicine and Transplantation Biology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Sarac H, Markeljevic J, Mokrovic G, Erdeljic V, Bozina N, Cicin-Sain L. Platelet serotonin in primary Sjögren's syndrome: Level and relation with disease activity. J Neuroimmunol. 2012; 251(1-2):87-9.**

Department of Neurology, University Hospital Centre Zagreb and Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine, University of Zagreb, HR-10000 Zagreb, Croatia.



## 37. Europski citološki kongres održan je u Hrvatskoj

U Cavatu je od 30. rujna do 3. listopada održan u organizaciji Hrvatskog društva za kliničku citologiju HLZ-a 37. Europski citološki kongres ipred European Federation of Cytology Societies (EFCS) pod pokroviteljstvom predsjednika RH, Ministarstva zdravlja, Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, HLZ-a i Hrvatske liječničke komore.

Kongresu su prisustvovala 574 sudionika iz 50 zemalja, s pet kontinenta. Vodeće zemlje po broju bile su, osim Hrvatske, Velika Britanija, Nizozemska, Turska, Italija, Švicarska, SAD, Njemačka, Španjolska, Grčka i Japan. Značajan broj bio je iz izvaneuropskim zemalja: iz Južne Koreje, Indije, Australije, Izraela, Kanade, Irana, Brazila, Sudana, Bahraina, Egipta, Kuvajta, Južne Afrike, Tunisa... Prihvaćeno je 398 sažetaka (199 plenarnih, pozvanih predavanja i drugih usmenih prezentacija te 199 poster), koji su tiskani u suplementu časopisa Cytopathology, službenog časopisa Europskog udruženja citologa (Oxford). Prvih 10 zemalja s najvećim brojem sažetaka, osim Hrvatske, bile su: Grčka, Turska, Italija, Španjolska, Velika Britanija, Portugal, Indija, Rusija, SAD i Njemačka.

Znanstveni program se odvijao u plenarnim predavanjima (5), simpozijima (19), satelitskim simpozijima (7), simpozijima kliničara i citologa (4), radionicama uz mikroskope (19), slide seminare (7) i 6 poster sekcija (po prvi put uz digitalizirane, tzv. e-postere).

Održani su zajednički simpoziji između European Federation of Cytology Societies (EFCS) i International Academy



Odbor EFCS-a na 37. Europskom citološkom kongresu u Cavatu. S lijeva na desno: Ben Davidson (suvoditelj radne grupe za znanost EFCS - Norveška), Binnur Önal (dosadašnja predsjednica EFCS - Turska), Louis Thienpont (predsjednik radne grupe za statut EFCS - Belgija), Martin Tötsch (novoizabrani generalni tajnik EFCS - Austrija), Arrigo Bondi (WebMaster EFCS - Italija), Amanda Herbert (urednica časopisa Cytopathology i suvoditeljica radne grupe za edukaciju pri EFCS - Velika Britanija), Torill Sauer (voditeljica radne grupe za edukaciju pri EFCS - Norveška), Vesna Mahovlić (supredsjednica 37. ECC - Hrvatska), Philippe Viehl (dosadašnji generalni tajnik EFCS i izabrani predsjednik Internacionalne akademije za citologiju - IAC - Francuska), Ika Kardum-Skelin (supredsjednica 37. ECC i nova predsjednica EFCS - Hrvatska), Beatrix Cochand-Priollet (suvoditeljica radne grupe za znanost EFCS - Francuska) i Fernando Schmitt (voditelj radne grupe za znanost EFCS i generalni tajnik IAC - Portugal).

of Cytology (IAC), zatim između EFCS i 'Panpanicolaou' Society (PSC) of American Society of Cytology (ASC), te između EFCS i Japanese Society of Clinical Cytology (JSCC). Isto tako i sastanci: članova IAC-a, sastanak QUATE-a (Quality Assurance Training and Education), sastanak EACC (European Advisory Committee of Cytotechnologists) i sastanci uredničkih odbora časopisa Cytopathology (Oxford, UK) i Diagnostic Cytopathology (USA).

Plenarna predavanja bila su posvećena Europskim smjernicama probira raka vrata maternice, multidisciplinarnom pristupu i ulozi citologije kod bolesti u području glave vrata, kontroverzama u molekularnoj citologiji, harmonizaciji edukacije u citopatologiji te mehanizmima i mogućnostima liječenja metastatskog tumora.

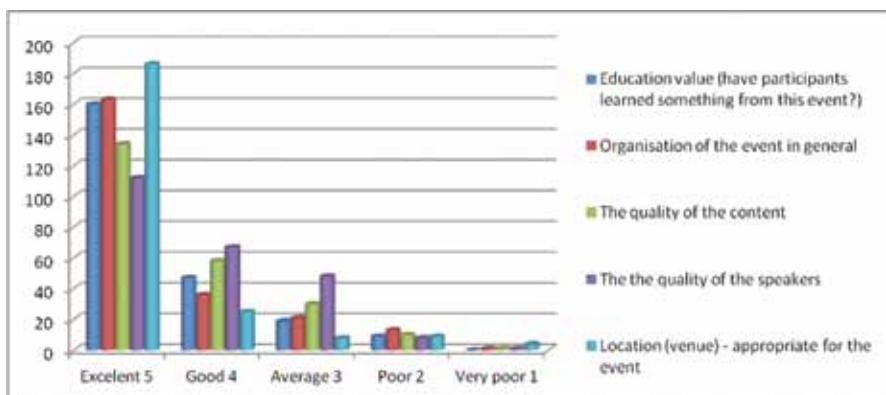
Ssimpoziji podijeljeni po organskim sustavima, osim rezultata u konvencionalnoj citodiagnostici, obrađivali su i suvremene tehnologije koje koriste uzorak dobiven citološkom punkcijom ili eksfolijativni

citološki materijal. Nadasve su bila korisna izlaganja i iskustva urednika i recenzentata eminentnih svjetskih citoloških časopisa (Acta Cytologica, Cytopathology, Diagnostic Cytopathology), s jedne strane na što sve treba paziti kod pisanja, a s druge čime se moraju voditi recenzenti kod recenziranja članaka koji se objavljaju u časopisima.

Tradicionalno, kao i na dosadašnjim Europskim citološkim kongresima, imali su nezaobilazni članovi citološkog tima, citotehnolozi, uspješan simpozij posvećen edukaciji citotehnologa na europskoj razini te slide seminar. Zadnjih nekoliko godina kongresu citologa pridružili su se i veterinarji s veterinarskim simpozijem i temama iz veterinarske citologije te vjerujemo da će i oni postati tradicionalni na budućim kongresima.

Novost ovog kongresa bili su simpoziji citologa i kliničara s predavanjima o ulozi i svrshodnosti primjene citologije u kliničkoj praksi. Vrlo korisni su bili i simpoziji analitičke citologije zbog značenja sofisticiranih dijagnostičkih metoda koje koriste citološki uzorak (protočna citometrija, citogenetika i molekularna dijagnostika) u interpretaciji stručnjaka koji su neposredno uključeni u analizu ovih visoko specijaliziranih tehnologija. Posebna pažnja je posvećena specijalantima i mlađim specijalistima uz "Meet the Experts" i posebnu sekciju specijalizanata.

Na Izbornoj skupštini delegati, predstavnici svih nacionalnih europskih društava u EFCS-u, izabrali su doc. dr. Martina Tötscha (Austrija) za generalnog tajnika, a prof. dr. Ambrogia Fassinu (Italija) za





Svečano otvaranje 37. Europskog citološkog kongresa u hotelu Croatia u Cavatu. Voditeljice: Morna Dinter, specijalizantica iz kliničke citologije (KBC Rijeka); Antonija Bendić, specijalizantica iz kliničke citologije (KBC Split) i Maja Vanek, specijalizantica iz patologije s akreditacijskim područjem iz citopatologije (novog programa specijalizacije iz citopatologije) iz KB-a Merkur, Zagreb.

blagajnika EFCS-a. Doc. dr. sc. **Ika Kardum-Skelin**, organizator i ko-predsjednik Europskog citološkog kongresa u Cavatu, postala je nova predsjednica EFCS-a (<http://www.efcs.eu/>). **Veronika Anić** iz Hrvatske izabrana je za generalnu tajnicu Europskog udruženja citotehnologa na izbornoj skupštini EACC-a.

Na kraju kongresa su 4 postera nagrađena s 1000 €, među njima i poster hrvatskih autora: **B. Mohar, S. Smojever-Ježek, C. Štemberger, M. Kurpis, M. Samražija, B. Grahovac**. Exon 19 and 21 deletions/mutations of EGFR gene in croatian patients with lung carcinomas (Croatia).

Za uspomenu na ovaj, za hrvatsku citologiju povijesni događaj, ostala je galerija od preko 2000 slika (<http://www.efcs.eu/>) i anketa sudionika koji su ga ocjenili s najvišim ocjenama (vidi tablicu iz izvješća posланог u UEMS-EACCME).

Zahvalni smo najvišim dužnosnicima europskih i svjetskih udruženja, kao i svim drugim sudionicima, za lijepe riječi i pohvale upućene nakon Kongresa, koje su nagrada za mukotrpan dugogodišnji rad

hrvatskih citologa koji žive kroz citologiju i za citologiju.

Bilo je to i priznanje visoko razvijenoj citologiji u Hrvatskoj, kao odraz postojanja gotovo 40-godišnje samstalne specijalizacije, prepoznato u nastupima naših stručnjaka tijekom održavanja dosadašnjih europskih i internacionalnih citoloških kongresa. Ujedno je to bila i promocija sveukupne hrvatske medicine i hrvatske države kao nove članice Europske unije.

U ime Organizacijskog odbora svim predsjedateljima, pozvanim predavačima i drugim učesnicima, sponzorima te djelatnicima našeg tehničkog organizatora "Penta" velika hvala za velik doprinos uspjehu Kongresa!

*Doc. dr. sc. Ika Kardum-Skelin, predsjednica Hrvatskog društva kliničkih citologa HLZ-a i predsjednica European Federation of Cytology Societies (ika.kardum-skelin@zg.t-com.hr)*

## Drugi hrvatski kongres ginekološke onkologije s međunarodnim sudjelovanjem

- U Zagrebu je od 15. do 17. studenog, nakon četiri godine, održan Drugi hrvatski kongres ginekološke onkologije s međunarodnim sudjelovanjem. Iako se radi o subspecijalističkoj struci i interdisciplinarnom području, Kongres je, na radost organizatora, bio iznimno dobro posjećen, s 257 evidentiranih sudionika, deset više nego na prošlom kongresu. Epitet „međunarodni“ i ovog je puta opravдан sudionicima iz SAD-a, Velike Britanije, Italije, Turske, Slovenije, Makedonije, Kosova, Bosne i Hercegovine. Održano je ukupno 56 predavanja i 8 slobodnih priopćenja, te prikazano 18 postera. Kongres je otvorio predsjednik Hrvatskog ginekološkog onkološkog društva (HGOD) prof. dr. sc. **Vlastimir Kukura**, u čemu su mu se pridružili izaslanici Europskog društva za ginekološku onkologiju (ESGO) prof. dr. sc. **Nicholas Reed** i prof. dr. sc. **Paolo Zola**. Potpredsjednici HGOD-a prof. dr. sc. **Ante Čorović** i prof. dr. sc. **Herman Haller** pridružili su se riječima dobrodošlice.

Kongres je podijeljen u tematske jedinice: preinvazivne lezije stidnice, rodnice i vara maternice, rak stidnice, rodnice i vrata maternice, rak endometrija, rak jajnika

i jajovoda i rak dojke, u posebnu tzv. ESGO sjednicu i slobodna priopćenja. Bili smo u prilici čuti novi postupnik S3 za preinvazivne lezije vrata maternice, potom sukladno prihvaćenim algoritmima evaluirati važnost kolposkopije u ranoj dijagnostici preinvazivnih promjena vrata maternice.

Kolege iz ESGO-a potrudili su se izvrsnim predavanjima pojasniti management sarkoma uterusa, liječenje karcinoma endometrija, dijagnostiku i liječenje primarnog peritonealanog karcinoma, kao i ulogu ginekološkog onkologa u dijagnostici i liječenju karcinoma dojke.

Osim što je bilo govora o radikalnim metodama liječenja raka vrata maternice per laparotomiem i per laparoskopijam, treba napomenuti kako su kolege počele izučavati i limfangiogenezu u raku vrata maternice, te različite prognostičke čimbenike kod različitih tipova neoplazmi. Doc. dr. sc. **Borut Kobal** pokušao je odgovoriti na vječno pitanje o radikalitetu kod karcinoma endometrija, a pitanje radikaliteta operativnih zahvata još više se aktualiziralo kod teme uznapredovalog raka jajnika. Onkolozi su dali velik doprinos ovom skupu s pozamašnim brojem izlaganja i vrlo aktivnim sudjelovanjem u raspravama.

Velik broj zainteresiranih slušača i dupkom puna dvorana dokaz su da ova su-



bspecijalistička grana ima budućnost i da je stručno-znanstveno druženje uspjelo.

Kada tome pridodamo neopisivu sreću i nacionalni ponos povodom oslobođenja generala **Gotovine i Markača**, a spektakularni doček generala promatrali smo iz kongresne dvorane hotela Dubrovnik, možemo reći da je to bio kongres za pamćenje!

*Ingrid Marton,  
dr. med., tajnica Društva  
(ingridmartom@gmail.com)*



## Tribina AMZH-a o pripremi našega zdravstva za pristupanje EU-u

- Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH) organizirala je u utorak, 20. studenog 2012. tribinu „Zdravstvena djelatnost i priprema zdravstvene zaštite za pristupanje EU“ gdje je o tome govorio ministar zdravlja prof. dr. **Rajko Ostojić**.

Skupu su nazočili brojni članovi AMZH-a, predsjednik HAZU-a akademik Zvonimir Kusić i tajnik HAZU-a akademik Pavao Rudan. Predsjednica AMZH-a prof. dr. Jasna Lipozenić otvorila je skup i predstavila gosta predavača prof. Ostojića koji je, inače, i redoviti član AMZH-a.

Ministar Ostojić se zahvalio što može u krugu ovakvo uglednih stručnjaka govoriti o Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva do 2020. i istaknuo značajnu ulogu članova HAZU-a i AMZH-a u njezinu izradi.

U uvodnom dijelu svog izlaganja ministar Ostojić se osvrnuo na neke demografske podatke za RH, na osnovne parametre zdravlja kao što su duljina životnog vijeka, najčešći uzroci mortaliteta, perinatalni mortalitet i slično, kako bi prikazao stanje u našoj zemlji i usporedio ga s onim u zem-

ljama okruženja, kao i ostalim evropskim zemljama.

Ministar je naglasio da trebamo biti svjesni javnozdravstvenih problema kao što je demografsko starenje te da moramo razmišljati u tom kontekstu i o projekciji zdravstvene potrošnje starijih osoba kao i o njihovo dugotrajnoj zdravstvenoj skrbi. Komentirao je kako i dalje kardiovaskularne bolesti prednjače u morbiditetu i mortalitetu, no kako se tu ipak primjećuje tendencija pada za razliku od novotvorina, čija incidencija raste. Sve ovo će, naravno, usmjeravati prioritete u razvoju zdravstvenog sustava u vremenskom razdoblju koje nam slijedi.

Smjerovi koji će biti nezaoblagani u razvoju zdravstva i prilagođavanju traženjima EU-a sasvim sigurno su oni koje smo već počeli razvijati, a to su daljnji razvoj informatizacije i eZdravstvo, jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu, jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvu, reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova, poticanje kvalitete, jačanje preventivnih aktivnosti, očuvanje finansijske stabilnosti zdravstva te suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini (regionalna samouprava, civilno društvo, mediji).

Pred nama su postupci akreditacije, inovacije u biomedicini, tehnološki razvoj, daljnji razvoj zdravstvenog turizma i korištenje komparativnih prednosti u tom području. Potrebno je iznad svega uskladiti našu regulativu s regulativom EU-a.

Naglasio je da ponekad nismo svjesni vlastitih mogućnosti, a kao najbolji primjer istaknuo je promjene koje su se u posljednjih petnaestak godina dogodile u sustavu transplantacije, jer smo u tom razdoblju postali zemlja s najviše transplantacija bubrega i jetre po stanovniku.

Uz dobru organizaciju moguće je biti uspješan i u organizacijski najkompleksnijim djelatnostima.

Nakon prikaza Nacionalne strategije prof. Ostojić je istaknuo da je donošenje ovog dokumenta bio jedan od pet prioriteta

koje si je postavio u prvoj godini mandata te da je uvjeren kako će ona biti dobra polazna osnova za dobro pozicioniranje hrvatskog zdravstva u evropskim okvirima.

Rasprava koja se razvila obuhvatila je širok spektar pitanja od perspektive zapošljavanja u zdravstvu, položaja nezdravstvenih djelatnika u zdravstvenom sustavu, migracija liječnika koje nas očekuju s ulaskom u EU pa sve do onoga što je na dan održavanja tribine bilo u žiži interesa hrvatske javnosti, a to je akcija „Hipokrat“. Rasprava je bila vrlo zanimljiva i otvorena te je dodatno pridonijela visokoj kvaliteti kojom je odisala čitava tribina.

*Prof. dr. sc. Davor Štimac,  
drugi dopredsjednik AMZH-a*



### Iz Upute uredničkog odbora za izvještavanje u ovoj rubrici

- Temeljna misao vodilja za izvještavanje u rubrici „Novosti sa stručnih skupova“ treba biti: «Ono što zanima čitatelja», dakle ono što se moglo na skupu doznati novoga i korisnoga, jer se to i očekuje od glasila s naslovom «Liječničke novine».

Čitatelje najmanje zanima prepričavanje programa, tj. tko je i o čemu govorio, zatim tko je skup i u čije ime pozdravio, a niti ih zanima fotografija dvorane sa slušateljima.

Ovoj uputi moglo bi se dodati, u svjetlu novih događanja, da ne treba opisivati društveni program (banketi, izleti, glazbene točke...) niti zahvaljivati njegovim sponzorima, jer je to u posljednje vrijeme postalo trnom u oku raznih kritičara i kritizera.

*Ur.*

# Masovni skrining na karcinom prostate nije primjeren

## *Etiologija, epidemiologija, rezultati i preporuke ranog otkrivanja raka prostate\**

Silvio Altarac, spec. urolog, znanstveni savjetnik

- Karcinom prostate je prepoznat kao jedan od najvažnijih medicinskih problema u muškoj populaciji.

U Europi je to najčešći solidni tumor, s incidencijom od 214 slučajeva na 1000 muškaraca, nadmašujući karcinom pluća i debelog crijeva. Češći je u starijoj dobi i stoga je veći zdravstveni problem u razvijenim zemljama s većim udjelom starije populacije. U razvijenim zemljama čini otprilike 15% karcinoma u muškaraca, a u nerazvijenima svega 4%. Velike su razlike u incidenciji od zemlje do zemlje. Na primjer, u Švedskoj, s dugim očekivanim trajanjem života i umjerenom zastupljenosti bolesti prouzročenih pušenjem, na karcinom prostate otpada 37% svih novootkrivenih slučajeva karcinoma.

Skrining populacije se definira kao ispitivanje i probir asimptomatskih osoba (s rizikom). Nasuprot tome, „oportunistički“ skrining (rano otkrivanje bolesti) prilagođen je individualnim karakteristikama bolesnika. Svrha oba tipa skrininga jest, prvo, smanjiti smrtnost i drugo, održati kvalitetu života. Smanjenje smrtnosti u SAD-u (kao i u Austriji, Velikoj Britaniji i Francuskoj) najčešće se pripisuje široko prihvaćenoj i agresivnoj politici skrininga, ali još uvek nema dokaza da skrining na PSA smanjuje smrtnost uzrokovanu karcinomom prostate.

Učinkovitost skrininga karcinoma prostate ispitana je pomoću dvije velike randomizirane studije s kontrolom: američ-

ke PLCO (engl. Prostate, Lung, Colorectal, and Ovary trial) i europske ERSPC (European Randomised Study for Prostate Cancer). Studija PLCO je uključivala 76 693 muškaraca iz deset centara koji su imali godišnji skrining na PSA i digitorektalno ispitivanje. Nakon 7-godišnjeg praćenja, incidencija karcinoma prostate na 10 000 osoba/godina iznosila je 116 (2820 karcinoma) u grupi sa skriningom i 95 (2322 karcinoma) u kontrolnoj grupi (omjer 1,22). Incidencija smrtnosti je iznosila na 10 000 osoba/godina 2,0 (50 smrти) u grupi na skriningu i 1,7 (44 smrти) u kontrolnoj grupi (omjer 1,13). Zaključak je bio da je smrtnost vrlo niska u grupi na skriningu i da između dviju grupa nije nađena statistički značajna razlika. Europska studija ERSPC je obuhvaćala 162 243 muškaraca iz sedam zemalja, u dobi 55-69 godina. Muškarci su slučajnim odabirom raspoređeni u grupu sa skriningom na PSA jednom svake četiri godine ili u kontrolnu grupu bez skrininga.

Tijekom praćenja s medijanom od 9 godina kumulativna incidencija karcinoma prostate bila je 8,2% u grupi sa skriningom i 4,8% u kontrolnoj grupi. Omjer smrtnosti od karcinoma prostate bio je 0,80 u grupi na skriningu naprema kontroli. Razlika u riziku bila je 0,71 smrti na 1000 muškaraca. Iz toga proizlazi: da bi se spriječila jedna smrt od karcinoma prostate potreban je skrining 1410 muškaraca, kao i liječenje 48 slučajeva karcinoma prostate. Zaključak je bio da skrining na PSA smanjuje stopu smrtnosti od

karcinoma prostate za 20%, ali je pri tome prisutan i visok rizik od nepotrebnog „prekomernog“ liječenja (engl. overtreatment).

U američkoj studiji PLCO, u grupi u kojoj je bio učinjen skrining, bila je suglasnost za PSA-testiranje 85%-tua a za digitorektalni pregled 86%-tua. Ipak je stupanj „kontaminacije“ u kontrolnoj grupi bio visok i iznosio 40% u prvoj godini, s porastom na 52% u šestoj godini za testiranje na PSA; za digitorektalni pregled bio je u rasponu 41-46%. Osim toga, pristanak na biopsiju bio je samo 40-52%-tan vs 86% u studiji ERSPC. Na bazi toga, studija PLCO najvjerojatnije neće nikada moći odgovoriti na pitanje utječe li skrining na smrtnost od karcinoma prostate.

**Temeljeno na rezultatima velikih randomiziranih studija PLCO i ERSPC nije primjeren „masovni“ skrining populacije na karcinom prostate. Više se preporučuje rano otkrivanje (tzv. „oportunistički“ skrining) pomoću testiranja na PSA, kao rezultat zajedničke odluke bolesnika i liječnika, uzimajući u obzir prednosti i nedostatke testiranja. Inicijalni bazični PSA trebao bi biti određen u 40. godini života, i prema utvrđenoj vrijednosti PSA trebalo bi odrediti interval reskrininga. Interval skrininga od 8 godina trebao bi biti adekvatan ako je bazični PSA  $\leq 1$  ng/ml. Ne preporučuje se testiranje na PSA muškaraca nakon 75. godine života s vrijednošću PSA  $\leq 3$  ng/ml zbog vrlo niskog rizika smrti od karcinoma prostate.**

(silvio.altarac@vip.hr)

\*Sažetak predavanjaodržanog na tečaju "Multidisciplinarni pristup liječenju raka prostate" koje je organizirao Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu 30. studenog 2012.

# Zdravo, produktivno i radno starenje – spasilačko oruđe i preduvjet za mirovinsku reformu

Prim. dr. Berislav Skupnjak

- Ugleđni znanstvenik, neprikosnoveni autoritet za povijest čovječanstva Syril Aydon, u svojoj recentnoj ediciji "Povijest čovječanstva" navodi krupna zbivanja koja su presudno utjecala na razvitak naše vrste. To su - po njemu - sklonost migracijama, iznašašće kotača, industrijska revolucija te sadašnja naglašena elektronika i nanotehnologija. Od čimbenika od kojih zavisi smjer razvijatka pa i egzistencija naše vrste navađa klimatske promjene i violentne promjene u populacijskoj dinamici.

Spomenuta populacijska dinamika nas medicinare naglašeno i osebujno atakira, i to višestruko. Počnimo s europskim zatečenim stanjima koja se tiču nas samih jer se - tako rekuć - u svakoj europskoj državi osjeća negli manjak zdravstvenih profesionalaca, a prema prognozi ekspertnih stručnjaka (tablica 1) ona je zabrinjavajuća pa je opravdano razumljiv interes za populacijska zbivanja, ali i za kvantum zdravstvenih djelatnika koji će ubuduće pružati zdravstvenu zaštitu za tu populaciju. Zabrinjavajuće, ako ne i više, predstavljaju podaci koje neumorno emitira Odjel za stanovništvo Sektora za ekonomski i socijalne poslove samih Ujedinjenih naroda. Pogledom u njihove za tu namjenu sveobuhvatne podatke, možemo u grubome uočiti određeni dualizam koji pokazuje populacijska kretanja u tekućih

50 godina: u zemljama u razvoju događa se, bez pretjerivanja, tzv. eksplozija stanovništva, s enormnim povećanjem broja stanovnika (primjerice u Kini, Indiji, Indoneziji...), dok u industrijski razvijenim zemljama zapadne hemisfere nastaje, nazovimo to tako, starenje stanovništva.

Prema tom fenomenu ponovno možemo imati dvostruko stajalište; s jedne, strane zbog boljih životnih uvjeta, visoke osobne zdravstvene kulture a napose zbog učinaka medicinskih znanosti sve više ljudi doživljava visoku starost. Taj fenomen sa sobom povlači - smjeli bismo se tako izraziti - zastrašujuće posljedice jer bez obzira na „triumf čovječanstva“ koji omogućuje da ljudi tako dugo žive, otvaraju se brojna dilemska pitanja, među kojima dominira poremećaj u međuodnosima triju osnovnih populacijskih grupa, tj. one formativne (djeca i mladež koja se osposobljava za ulazak u svijet rada), zatim radno aktivna grupa i post-radna grupa. Prve dvije navedene skupine stagniraju ili opadaju, posebice u europskim zemljama, treća skupina, tj. ljudi koji žive u tzv. post-radnom periodu, brojčano se toliko uvećava da je već spomenuto kako će se sredinom ovog stoljeća čovječanstvo u razvijenom dijelu svijeta dijeliti na dva osnovna segmenta: jedan koji će potrebovati skrb, zbrinjavanje i podršku, te onaj

drugi koji bi trebao obavljati te inače visoko humanitarne funkcije.

Ovo samo ovlaš navedeno upravo sudbonosno kretanje svjetskog stanovništva (po kojim se podacima godišnje broj naše vrste povećava za 80 milijuna te se kreće brojčano oko 7 milijardi, s time da godišnja stopa rasta prema podacima SZO-a za djecu i mladež iznosi 0,7 %, za odrasle 1,8 %, a za starije 2,4 %) prinudio je sustav Ujedinjenih naroda da se u skladu sa svojim osnovnim funkcijama iz dana u dana temeljiti pozabavi tom problematikom. Dovoljno je podsjetiti da su sami UN još 1982. donijeli svoj Akcijski plan o starijima dok je još 1991. Skupština Ujedinjenih naroda donijela Načela UN o starijim osobama.

Osnova je i bit tih dokumenata da se na globalnoj razini usvoji konceptualno stajalište poput „Starenje je normalan dinamički proces. Ono nije bolest.“ S time je u vezi najsvršishodnija preporuka (za vlasti u svim zemljama koje su članice UN-a, a to su praktički sve zemlje svijeta!) da bi „stariji ljudi morali imati priliku da rade i da imaju pristup mogućnostima za ostvarenje prihoda“. Ta stajališta Ujedinjenih naroda razrađivale su SZO i druge organizacije iz tog sustava i sve se uglavnom svodi na moralni i etički zahtjev da stariji ljudi zauzmu u društvu poziciju koja je do granice biološke mogućnosti izjednačena s ostalim segmentima stanovništva (tablica 2.)

Ovi principi idealistički zamišljenih svojstava starijih stanovnika naše planete mogu se očekivati tek nakon što će zemlje članice UN-a početi provoditi intenzivnije i adekvatnije mjere da se poboljša stanje starijih ljudi.

Radi se prvenstveno o ekonomskim determinantama; već sada praktički sve europske zemlje bivaju suočene s već prije spomenutom poremetnjom međuodnosa velikih populacijskih grupa, ali jednako tako suočene su s neizbjegnošću da za starije ljude, uz ostalo, osiguravaju razmjerno velika sredstva radi isplate njihovih mirovinja, za njihovu zdravstvenu zaštitu, smještaj u domove za starije i sl.

ZEMLJA	1990	2000	2010	2020	2030	2050
Italija	20,6	24,2	27,4	30,6	35,9	36,5
Japan	17,3	22,7	29,0	31,4	33,0	34,4
Austrija	20,2	21,5	24,9	28,9	34,5	33,9
Njemačka	20,3	23,7	26,5	30,3	35,3	32,5
Slovenija	16,2	19,4	22,7	26,5	29,1	31,6
Francuska	18,9	20,2	23,1	26,8	30,1	31,2
Hrvatska	17,8	21,2	23,9	26,9	28,7	30,0
Velika Britanija	20,8	20,7	23,0	25,5	29,6	29,5
SAD	16,6	16,5	19,2	24,5	28,2	28,9
Mađarska	19,3	20,9	23,1	26,7	26,8	28,8
Bugarska	19,7	22,8	24,9	26,3	26,7	28,7

Tablica 1. Prognoza postotnog udjela starog stanovništva (60 i više godina) do 2050. godine; usporedba Hrvatske s odabranim zemljama

Tablica 2. OPTIMALNE ATRIBUCIJE STARIJEG

<b>fizički samostalan</b>	<b>psihološki podržavan</b>
<b>gospodarski neovisan</b>	<b>generacijski solidariziran</b>
<b>biološki održiv, postojan</b>	<b>osobno aktivan</b>
<b>socijalno prihvaćen</b>	<b>intelektualno produktivan</b>
<b>intergeneracijski potican i pobuđivan</b>	<b>emocionalno stabiliziran</b>

Posebice je to teško rješiv problem za zemlje koje su žrtve sveobuhvatne i svepri-sutne recesije koja vlada u svijetu, uključivo, dakako, i Europu. Razmislimo sada o našojzemlji - Hrvatskoj.

## Dinamska pitanja, aktualna pri razradi mirovinske reforme

Mirovinska reforma, koja je po nekim najavama već u razradi u našoj zemlji, nailazit će na velik broj teško rješivilih provedbenih principa. To prvenstveno poradi toga što, nažalost, stanje s čitavim sustavom mirovinskog osiguranja u Hrvatskoj zauzimle čelno mjesto u odnosu na druge europske zemlje. Kako se radi o nekim stvarno čudnim paradoksima (prvenstveno starost ili, bolje rečeno, mladost ljudi koji su stekli mirovinu!), omjeru između broja umirovljenika i osoba u radnom odnosu, sredstvima u visini od gotovo 11 % BDP-a koja treba osigurati za svakomjesečne mirovine i do nedavno važećem sustavu koji je njegovao tzv. povlaštene mirovine.

Upravo zbog spomenutog „tugaljivog“ stanja našega mirovinskog sustava, koji je bez preanca tako rekuć svugdje, ne samo u Europi nego i šire, lakše se mogu predočiti ne blagi već „oštiri“ potezi koji su potrebni ako istinski želimo prihvatiti za Hrvatske prilike neizbjegnu reformu. Pri tome ćemo se sučeliti s ovim stereotipnim postavkama koje brane strukturu sadašnjeg sistema:

1. Potencijalno „ublažavajuća“ solucija usredotočena je na reguliranje broja umirovljenika (u smislu, dakako, usporavajući njihov dugogodišnji rastući tempo!) te s time u svezi na sredstva koja se izdvajaju u BDP-u.

Dilemska „kolebajuća“, pa i negrajuća stanovišta su ona koja zagovaraju kao najplodotvorniju mjeru produženje radnog staža, odnosno prolongiranje godina života kada se stiče pravo za mirovinu.

Pri iznošenju tih tvrdnji u glavnini slučajeva ne želi se respektirati da je prosječno trajanje života u Hrvatskoj kao i u drugim europskim državama, zadnjih stotinu godina udvostručeno, da je očekivano trajanje života promatrano po godinama u stalnom usponu (za sada je tri godine a ne desetak godina kraće od prosjeka koji je na snazi u Europskoj uniji).

I najvažniji argument: nacije koje najduže žive imaju najbolje zdravstveno stanje i mogu se pohvaliti i s dugotrajnim radom. Kao omiljeni primjer se uzima Japan koji je kao rekorder u svijetu po broju stogodišnjaka, ali je i rekorder po prianjanju uz rad,

Ta dinamika će se odraziti na sve dominantniji intelektualni, ne fizički rad. Čovjek se je „naoružao“ mehanikom, aparatom, elektronikom i sl. pa ne postoji za glavninu ljudi bojazan da će im potencijalni duži radni staž otećivati zdravlje.

Obratno! Ujedinjeni narodi i njihove agencije upravo zagovaraju rad, aktivnost, produktivnost i angažman da bi se što duže održalo zdravlje zaposlenika.

O karakteru rada i općih intelektualnih i kreativnih sposobnosti govori podatak da su svoja najveća djela stvarali velikani čovječanstva u poznjim godinama (tablica 3).

• **Goethe** je Fausta završio kada je već imao 80 godina

• **Shakespeare** je najbolje svoje drame završio u dubokoj starosti

• **Da Vinci** je Mona Lisu stvorio pri kraju svog stvaralaštva

• **Michelangelo** je monumentalnu fresku u Sikstinskoj kapeli završio sa 70 godina

• Čuveni engleski dramaturg **G. B. Shaw** najvažnije svoje radove je objavio u drugoj polovici svog života

• **Clint Estwood** rođen je 1931. godine, a svoje najbolje radove radi ovih godina kada je i dobio svoja dva Oscara

Također je značajan podatak da najduže žive oni koji rade u profesijama i sektorima društva koji ne poznaju mirovinu, kao što su umjetnici, znanstvenici, političari.

2. I nešto o medicinskoj profesiji!

Prvo, radi se samo o ilustraciji koja pokazuje kakve se absurdne situacije dešavaju robujući sadašnjim u najmanju ruku problematičnim propisima o dužini radnog i mirovinskog staža

Poznato je da je jedna hospitalna ustanova na kratko gotovo prestala raditi jer je zapošljavala impozantan broj umirovljenika, polazeći od stanovišta da su ti profesionalci i te kako bili sposobni za svoj posao, što je

uočila i uprava bolnice.

Rađa se, dakle, paradoksalno stanje puno apsurda, da je Hrvatska u situaciji opasnog nedostatka nositelja zdravstvene zaštite, tj. liječnika, a istovremeno se umirovljenim liječnicima brani da radi svoj iskustvenim putem dobro sviđani stručni posao.

3. Omiljeni je prigovor da je neprijemljeno govoriti o eventualnom produženju radnog mirovinskog staža u prilikama visoke stope nazaposlenosti. Pri tome se zaboravlja da za otvaranje - stvaranje novih radnih mješta, najviše zasluga mogu imati najspasobniji i najiskusniji, a takvi se nerijetko nalaze upravo među umirovljenicima koji su umirovljeni ne svojom voljom već silom zakona.

## Zaključna stajališta i preporuke

Svjedoci smo krajnje rizičnog i zabilježujućeg stanja po kojem nedostaju sredstva za podmirenje brojnih javnih potreba, među inima za mirovinski sustav, pa naravno, i za sustav zdravstva.

Vlada velika nezaposlenost, a zapanjujući je broj umirovljenika (koji primaju sažaljenja vrijedne mirovine) pa je opravdano i razumljivo da se insistira na reformama koje bi barem ublažile zatečeno stanje. Mi medicinari jednako smo, ako ne i više, tangirani zatečenim stanjem, a u rukama imamo "alat" da malo pripomognemo, prvenstveno na taj način da se javnost prosvijetli, da javnost sazna da duži radni vijek i duži mirovinski staž pretpostavlja aktivno starenje, za koje se uostalom zalažu vrhunski stručnjaci koje regrutiraju su-stavi Ujedinjenih naroda. Tako prosvijetljena javnost trebala bi biti i osvješćena u smislu da ne prihvata tezu da je u uvjetima poboljšanog zdravlja naroda, smanjenog mortaliteta, produženog trajanja življenja isplativo što prije otići u mirovinu, što drugim riječima znači što manje raditi.

Upravo takva polazišta izazov su za nas medicinare koji svoje odgovorno sudioništvo u opravdanim naporima čitave nacije za što brži gospodarski oporavak mogu u ovom slučaju iskazati dokazivanjem kako rad u procesu starenja ima obilje svojih prednosti, u prvom redu bolje zdravstveno stanje pa i duži život.

Makar opravdano tražimo simbiozu

između dužeg rada, i to prvenstveno intelektualnijeg rada, te dužeg življenja, nisu u igri samo medicinski čimbenici, makar su najvažniji. Snažnu argumentaciju za one (a tih iz dana u dan ima sve više) koji žele provesti akciju za zdravo starenje, pa po tome izjednačiti u mogućoj mjeri svoj status s pozicijom ostalih građana, ističu kao pravo svakog ljudskog bića upravo pravo na rad. Napredni pojedinci, a još više napredne međuvladine i međudržavne institucije, proklamiraju pravo da svatko radi bez obzira na nacionalnost, rasu, pripadnost, spol, a u ovom slučaju i na dob.

Preostaju razmišljanja kako da te visoko moralne zamisli u operativnom smislu ostvarimo. Naravno da je to neprikosnoveno područje rada upravnih vlasti, parlamenta, vlaste i sl., ali se smije izraziti osobno mišljenje, koje možda zvuči ponešto pojednostavljeni ili posjeduje elemente mogućeg uozbiljenja.

Proklamiralo bi se, dakle, načelo da svi imaju pravo na rad bez obzira na dob, ali da

se kod građana starijih od 65 godina provjerava radna sposobnost, što bi im omogućilo nastavak dosadašnjeg rada. Takva praksa usporila bi dosadašnje katastrofalno povećanje broja umirovljenika koje izaziva nezadovoljstvo ne samo pojedinaca nego i svih javnih struktura i sistema. i najvjeroatnije bi se mogla tretirati kao suštinska mjera pri reviziji mirovinskog osiguranja.

Autorova korisna pripomena. Da se izbjegne mogući prigovor kako autor teoretičira i nema iskustva, podstire podatak da je otiašao u mirovinu sa 72 godine života, a mirovinski mu je staž, i to onaj "pravi", bez ikakve povlaštenosti, iznosio ni više ni manje nego 44 godine!

••••

#### Literatura

1. UN: Rio Declaration on Environment and Development, Rio de Janeiro, 1992.
2. EU: The Social Situation in the European Union, European Commission, Brussels, 2003.
3. WHO: Strengthening active healthy aging
4. Skupnjač, B.: Japan – zemlja koja ne iznenađuje ne samo u ekonomici (šapirografirani tekst) Zavod za organizaciju i ekonomiku zdravstva, Zagreb, Zagreb 1988.
5. Skupnjač, B.: Aktivno starenje – Nastavak i završnica aktivnog življjenja
6. II. Hrvatski gerontološki kongres, Opatija 09.12. 2006.
7. Skupnjač, B.: Odlazak u mirovinu – Prema administrativnim ili tržišnim načelima (šapirografirani tekst) "MED-EKON", Zagreb 2005.
8. WHO: International Plan of Action on Aging Doc. EB 115/28 Geneva 2. december 2004.
9. EU: Healthy Aging – A Challenge for Europe, Stockholm 2007.
10. UN: World Population Aging 1950-2050, UN Population Division New-York 2002.



# HIV/AIDS u Hrvatskoj



## Epidemiološki pogled

Tatjana Nemeth Blažić,  
dr.med., spec. epidemiologije,  
voditeljica odsjeka za HIV/AIDS HZJZ-a

- Svake se godine 1. prosinca širom svijeta obilježava Svjetski dan borbe protiv AIDS-a radi podizanja svijesti o epidemiji, poticanja napretka u prevenciji, liječenja i skrbi HIV/AIDS-a, te iskazivanja solidarnosti i podrške oboljelima od te bolesti. U razdoblju 2011-2015. usmjerena je tema HIV/AIDS na poboljšanje i jačanje javnozdravstvenih programa, intervencija, prevencije i destigmatizacije HIV/AIDS-a u globalnom odgovoru na epidemiju, a slogan na engleskom glasi "Getting to zero: zero new HIV infections. Zero discrimination. Zero AIDS related deaths" (Nula HIV infekcija, nula diskriminacije i nula smrti povezanih uz AIDS).

**Tablica 1. Broj osoba zaraženih HIV-om u Hrvatskoj od 1985. do 2012\* godine**

Godina	Broj
1985	11
1986	7
1987	26
1988	14
1989	5
1990	9
1991	17
1992	13
1993	22
1994	26
1995	20
1996	28
1997	30
1998	37
1999	31
2000	36
2001	26
2002	44
2003	50
2004	53
2005	67
2006	57
2007	48
2008	69
2009	54
2010	70
2011	76
2012*	56
<b>Ukupno</b>	<b>1002</b>

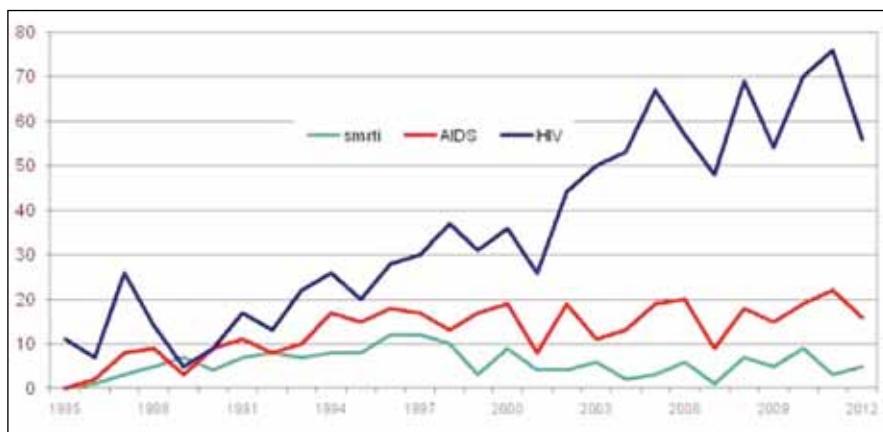
\*do listopada 2012.g.

infekcija (Tablica 1), od čega je 365 oboljelih od AIDS-a. U istom je razdoblju zbog razvoja bolesti 159 zaraženih umrlo od AIDS-a.

U prvih deset mjeseci 2012. zabilježeno je u Hrvatskoj 56 novih slučajeva zaraže HIV-om i 16 slučajeva oboljelih od AIDS-a te 5 smrti od AIDS-a, što je na razini zadnjih 10 godina (Tablica 1.).

Među oboljelim i dalje dominiraju muškarci (86%). Najveći broj infekcija registrira se u dobroj skupini od 25 do 44 godina. U posljednjih deset godina registriramo u Hrvatskoj prosječno godišnje oko 50-60 inficiranih HIV-om. Broj novootkrivenih s HIV infekcijom na milijun (godišnje novotkrivenih infekcija 12-17/1 000 000) i dalje čini Hrvatsku zemljom niskog rizika (57/1 milijun prosjek za EU/EEA u 2010.g.). Pobil od AIDS-a stagnira (oko 4/1 milijun), a smrtnost je u lagrenom padu (Slika 1.), što je, uz preventivne mjere, rezultat i liječenja koje je u Hrvatskoj dostupno i za pacijente besplatno, te svi koji trebaju terapiju i dobiju je. Liječenje i skrb se u Hrvatskoj provodi prema svjetskim i europskim standardima u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu, koja ima oko 700-tinjak oboljelih u skrbi. Kvaliteta liječenja i skrbi je prema parametrima preživljjenja i zadržavanja u skrbi dobra i uspješna, no ima potreba i za poboljšanjima, npr. postoji problem kasnog ulaska u skrb (oko 30% bolesnika dode kasno, s već razvijenom bolesću), neregistracije novih lijekova i novih formulacija lijekova na hrvatskom tržištu (u RH je odobreno oko pola lijekova koji su u svijetu dostupni za liječenje) (Slika 1.).

HIV/AIDS se u Hrvatskoj registriра gotovo isključivo u grupama povećanog rizika (kao što su muškarci koji imaju spolne односе s muškarcima, ovisnici koji uzimaju opojna sredstva intravenskim putem, osobe koje plaćaju ili naplaćuju seksualne usluge, stalni partneri/partnerice inficiranih HIV-om) (tabli-



**Slika 1. Broj novootkrivenih slučajeva HIV infekcije, AIDS-a i umrlih od HIV/AIDS-a u Republici Hrvatskoj po godinama; za razdoblje od 1985. do 2012.\* godine**

ca 2.), a najveći broj inficiranih virusom HIV-a zarazio se spolnim putem prijenosa. Raspolođenja oboljelih među svim HIV slučajevima pokazuju da dominira muški homoseksualni put prijenosa (54%). Slijedi s 32% visokorizični heteroseksualni prijenos: registrira se kod osoba s većim brojem i učestalim mijenjanjem partnera/ica (22%), koje su partneri HIV pozitivnih osoba, a to su pretežno žene, i to stalni seksualni partneri HIV pozitivnih osoba (11%). Među osobama koje su inficirane heteroseksualnim putem nema adolescenata. Sve osobe inficirane ovim putem starije su od 20 godina. Posljednjih godina među zaraženima bilježi se sve veći udio muškaraca koji imaju spolne odnose s muškarcima (2008: 46%; 2009: 48%; 2010: 51%; 2011: 52%; 2012: 54%) (Tablica 2.).

Među svim HIV pozitivnim osobama 6,9% infekciju je steklo dijeljenjem pribora za intravensko korištenje droga (i.v. ovisnici). Ovaj postotak inficiranih u posljednjih 10 godina ne pokazuje trend porasta. Prema podacima iz epidemioloških istraživanja, godišnjeg izvještaja laboratorija i Registra osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga, prevalencija HIV infekcije u grupi ovisnika je već dulji niz godina niskih vrijednosti i stabilnog trenda, manja od 1%, što je znatno više nego se procjenjuje za opću populaciju, ali ipak zadovoljavajuće u usporedbi s mnogim drugim evropskim zemljama. Mjere zdravstvenog odgoja u ovoj populaciji, uz savjetovališni rad i programe zamjene igala i šprica (programi smanjenja štete), kao i ukupna preventivna djelatnost koja se provodi prema Nacionalnom programu za prevenciju HIV/AIDS-a i Nacionalnom programu suzbijanja ovisnosti, doprinijeli su ovako povoljnoj epidemiološkoj situaciji u ovoj grupi. Ostali načini prijenosa (primanje zaražene krvi ili krvnih preparata, prijenos s majke na dijete) čine manje od 5% od ukupnog broja registriranih slučajeva zaraže HIV-om. U 3,7%

slučajeva nije bilo moguće saznati put prijenosa. (Tablica 1.).

Nema novoinficiranih primalaca krvnih preparata, a u čitavom razdoblju praćenja HIV-a u Hrvatskoj (27 godina), samo su dvije osobe (2005.g.) ovu infekciju dobole putem transfuzije krvi. Mjere zaštite od infekcija u zdravstvenim ustanovama koje se kontinuirano provode, uz nadzor nad krvi i krvnim preparatima i lijekovima u zemlji, neznatan rizik od infekcije u općoj populaciji, te princip samodostatnosti i dobrovoljnog davalaštva krvi zaslužni su za iznimno nizak rizik od HIV infekcije u zdravstvenim ustanovama.

Od 1985. godine do danas je ukupno 12 djece HIV dobito od svojih zaraženih majki. Ovaj mali rizik još je znatno smanjen s mogućnošću primjene preventivne terapije kod HIV pozitivnih trudnica i novorođenčadi. (Tablica 3.).

Od 56 dijagnosticiranih HIV infekcija u prvih deset mjeseci 2012. bio je u 50 slučaju vjerojatni put prijenosa homoseksualno/biseksualni odnos, što čini 89,3% (u 2011: 48 od 76), u 4 slučaju heteroseksualni odnos (u 2011: 23 od 76), u 1 slučaju dijeljenje pribora za intravensko korištenje droga, te u jednom slučaju nije bilo moguće doznati put prijenosa.

Iako se godišnji broj zaraženih HIV-om kreće u vrijednostima oko 12-17 na jedan milijun stanovnika, što Hrvatsku svrstava među zemlje niskog rizika zaraze HIV-om, HIV infekcija i AIDS su bolesti od velikog javnozdravstvenog interesa, i u Hrvatskoj se već 27 godina zajedničkim radom zdravstvene službe i mnogobrojnih sudionika izvan zdravstva kontinuirano i intenzivno provode mjere sprečavanja, suzbijanja i liječenja HIV/AIDS-a prema Nacionalnom programu za prevenciju HIV/AIDS-a za Hrvatsku kako bi se spriječilo širenje infekcije u zemlji. U okviru ovog Programa neprekidno se prati broj oboljelih i inficiranih, analizira epidemiološko stanje u

zemlji, provodi nadzor nad krvi, imunobiološkim lijekovima i hospitalnim infekcijama, prevencija i liječenje oboljelih, a povrh svega edukacija čitave populacije i posebno osoba s rizičnim ponašanjima.

Provode se i dodatna epidemiološka istraživanja prisutnosti HIV-a u grupama povećanog rizika od infekcije, koja uključuju i nadzor nad ostalim spolno prenosivim infekcijama i praćenje rizičnog ponašanja. Sada je u tijeku provođenje drugog vala biohepatičnog istraživanja HIV-a i rizičnih ponašanja, a rezultati će se primijeniti u zdravstvenom odgoju i drugim protuependemijskim mjerama koje bi smanjile rizik infekcije.

Temelji prevencije HIV/AIDS-a su edukacija, zaštita i testiranje. Edukacija o mjerama zaštite i odgovornom spolnom ponašanju posebno je značajna za mlade koji tek ulaze u intimne odnose. Testiranjem osoba u riziku omogućuje se rano dijagnosticiranje infekcije i pravovremeno započinjanje terapije, čime se sprečava širenje infekcije na druge, a zaraženoj osobi poboljšava životna prognoza.

## Program Ministarstva zdravlja i HIV savjetovališta

U okviru programa Ministarstva zdravlja RH u Hrvatskoj djeluje 10 centara za anonimno i besplatno HIV savjetovanje i testiranje (HIV savjetovališta). HIV savjetovališta u Hrvatskoj osnivala su se od 2003-2006. godine u zavodima za javno zdravstvo, Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" i u zatvorskoj bolnici. Savjetovalište u HZJZ-u u Zagrebu otvoreno je u prosincu 2004. Centri su uspostavljeni programom "Poboljšanje dostupnosti službe za dobrovoljno testira-

Vjerojatni put prijenosa	Broj	%
Homo/bisex	545	54,4
Promiskuitetni heterosex	217	21,7
Partner hiv+osobe	106	10,6
I.v. injiciranje droga	69	6,9
Oboljeli od hemofilije	14	1,4
Dijete zaražene majke	12	1,2
Primalac zar.krvnih priprav.	2	0,2
Nepoznato	37	3,7
<b>Ukupno</b>	<b>100,0</b>	

Tablica 3. Zaraženi HIV-om (1985-2012\* godine) prema vjerojatnom putu prijenosa infekcije

Put prijenosa/ riz. skupina 1985-04	1985-12
Homo/biseksualni prijenos	38,7 54,4 %
Heteros. izvan trajne veze	27,3 21,7 %
Partner HIV+	13,7 10,6 %
Injiciranjem droga	10,4 6,9 %
Nepoznato	4,8 3,7 %
Oboljeli od hemofilije	2,9 1,4 %
Dijete HIV+ majke	1,9 1,2 %
Primalac krvnih pripravaka	0,4 0,2 %

Tablica 2. HIV/AIDS prema putu prijenosa – usporedba razdoblja 1985-2004 (n=483) prema 1985-2012\* (n=1002)

Sudjeluj u natječaju „Znanje pobjeđuje – 'ajde priključi se!“

## Znanje pobjeđuje 'ajde priključi se!



Smisli kako na zanimljiv način prikazati kako se zaštiti od HIV-a,  
izradi infosliku i objavi na našoj facebook stranici!



nje i savjetovanje i testiranje” koji je bio dio projekta Ministarstva zdravlja „Unapređivanje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj”, uz finansijsku potporu Globalnog fonda za prevenciju AIDS-a, TBC-a i malarije (GFATM). Nositelj programa bio je HZJZ u suradnji sa županijskim zavodima za javno zdravstvo i udrugama čije su aktivnosti vezane uz prevenciju HIV/AIDS-a. Nakon završetka GFTAM projekta nastavilo se financirati rad centara kroz program Ministarstva zdravlja.

Ta su savjetovališta dio Hrvatskog nacionalnog programa za prevenciju HIV/AIDS-a. Namijenjena su svim osobama koje zatrebaju savjet i pomoć u vezi s HIV/AIDS-om i koje se žele testirati na HIV infekciju. Sve osobe koje imaju pitanja, trebaju savjet, koje su bile ili misle da su bile u prilici kad su se mogle zaraziti HIV-om (nezaštićeni spolni odnos, korištenje tuđe igle za intravensko ubrizgavanje droge...), mogu doći u savjetovalište, gdje će dobiti savjet te u slučaju potrebe pomoći pri upućivanju na liječenje i druge oblike skrbi i podrške.

Cilj je ovog programa savjetovanja i testiranja na HIV obuhvatiti što veći broj osoba u riziku za zarazu HIV-om edukacijom i testiranjem, što omogućava otkrivanje HIV infekcije u ranom stadiju, pravovremeno liječenje, smanjenje novih HIV infekcija i rizičnih ponašanja u populaciji te doprinos smanjenju smrtnosti od AIDS-a.

Od osnutka do kraja 2011. godine savjetovališta su pružila 32 534 individualna savjetovanja za 17 780 korisnika, a 17 272 osobe su testirane se na HIV, te su u tom razdoblju utvrđena 144 pozitivna nalaza.

U prvih deset mjeseci 2012. pruženo je u savjetovalištima 3539 individualnih savjetovanja za 1862 korisnika, a 1821 osoba je testirana na HIV (utvrđeno je 10 pozitivnih

cija može ostati asimptomatična dugi period vremena i veliki broj osoba koje su zaražene HIV-om toga nije ni svjesna. Procjenjuje se da 30% osoba koji su zaražene HIV-om u Europi nisu otkrivene.

Povodom ovogodišnjeg Svjetskog dana borbe protiv HIV/AIDS-a 1. prosinca

Organizirana je nacionalna edukativna javnozdravstvena kampanja i testiranje na HIV pod nazivom „Znanje pobjeđuje“ pod motom “Testiraj se na HIV” radi promoviranja povjerljivog dobrovoljnog i besplatnog testiranja na HIV. Takvo testiranje omogućeno je u 10 Centara koji se nalaze diljem RH, a većinom su vezani uz županijske zavode za javno zdravstvo. U vozilima javnog prijevoza u pet gradova, u 450 domova zdravlja i 140 ljekarni postavljeni su plakati i emitirani su televizijski i radio spotovi.

Link na članak Svjetski dan borbe protiv HIV/AIDS-a 2012: <http://zdravlj.e.hzjz.hr/clanak.php?id=13566>. Pokrenuta je i nova Facebook stranica CroAids i na njoj nagradni natječaj za školsku djecu pod nazivom „Znanje pobjeđuje – 'ajde priključi se!“ (<http://zdravlj.e.hzjz.hr/clanak.php?id=13569>).

.....

(tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr)

### Više informacija o epidemiologiji HIV/AIDS-u i HIV savjetovalištima:

<http://www.hzjz.hr/epidemiologija/hiv.htm>

[www.hzjz.hr](http://www.hzjz.hr), [www.zdravlj.e.hzjz.hr](http://www.zdravlj.e.hzjz.hr) i [www.zdravlj.e.hr](http://www.zdravlj.e.hr)

Info telefoni: 01 46 83 005 (004); 099 46 83 004

(radnim danom od 8.00 do 16.00 sati)

e-mail: [hiv.savjet@hzjz.hr](mailto:hiv.savjet@hzjz.hr)



Plakat „Testiraj se na HIV“ u vozilima javnog prijevoza

# Sve manje Hrvatica se koristi hormonskim kontraceptivima

**Razgovor s prof. dr. Velimirom Šimunićem**

*Razgovor vodio: Mr. sc. Dean Delić, dr. med.  
glavni urednik zdravstvenog portala Cybermed.hr*



- Povod za razgovor s vodećim stručnjakom za kontracepciju u Republici Hrvatskoj prof. dr. sc. Velimirom Šimunićem su najnoviji podaci prodaje hormonskih kontraceptiva za sustavnu primjenu u Hrvatskoj za protekle tri godine.

Naime, podaci tvrtke IMS Adriatic d.o.o. pokazuju da je potrošnja hormonskih kontraceptiva za sustavnu primjenu u Republici Hrvatskoj u stalnom padu te da tržište hormonskih kontraceptiva u prosjeku po godini pada za oko 4 posto.

**... Kako tumačite navedeni pad primjene hormonskih kontraceptiva za sustavnu primjenu?**

- Točno je da je zabilježen pad primjene hormonskih kontraceptiva za sustavnu primjenu. Naime, bili smo umjereno zadovoljni kada je 14% Hrvatica koristilo kontracepcijske pilule. Nažalost danas ih koristi tek 8% žena reproduksijske dobi (15 do 44 godine). Odavno je utvrđeno da u zemljama gdje se kontracepcijske pilule koriste manje od 15% raste učestalost neželjenih trudnoća i abortusa. Primjer za to su Rusija, Poljska, Bugarska, Italija pa nažalost

i Hrvatska. U našoj zemlji istovremeno je porastao broj namjernih pobačaja za 15%.

Kako o tom problemu nema novih istraživanja, vjerujem da su za pad korištenja hormonskih kontraceptiva suodgovorni - struka, obiteljski i školski odgoj, mediji, ali i žene same.

Premalo je aktivnosti koje pozitivno govore o vrijednosti sigurne kontracepcije u očuvanju reproduksijskog zdravlja. U zemlji s tako negativnim demografskim pokazateljima nužno je korištenje pouzdane kontracepcije kroz 15 do 20 godina. Posebno su ugrožene adolescentice jer se sve ranije započinje spolni život bez kontracepcije ili se ona rabi pogrešno.

Naš neutemeljeni negativni stav o svemu pokazuje i vrlo slab odaziv za cijepljenje protiv HPV-a koje je učinkovito, bezazleno i besplatno.

**... Je li i u drugim zemljama Europe zabilježen pad upotrebe hormonskih kontraceptiva za sustavnu primjenu?**

- U drugim zemljama Europe se ne bilježi pad, već raste korištenje kontracepcijskih pilula, kondoma, pa i unutarničnih uložaka. U zapadnim zemljama oko 60% žena rabi pouzdanu kontracepciju. U Sloveniji npr. 16% žena koristi kontracepcijske pilule. Više se koristi i sterilizacija. Mlade žene sve češće prihvaćaju tzv. „Double Dutch“ metodu istovremenog korištenja kontracepcijskih pilula i kondoma. Naime, tako koriste kontracepcijske učinke, dobrobit kontracepcijskih pilula i štite se od spolno prenosivih bolesti. Smanjuje se mogućnost pogreške jedne od metoda. Vrlo je dobro kada je kontrola plodnosti u rukama žena.

**... Zašto žene prekidaju s primjonom oralnih kontraceptiva?**

- Žene prekidaju s primjenom oralnih kontraceptiva iz više razloga. Najčešće se rukovode zabludama i pogrešnom percepcijom o štetnosti. Pogrešne obavijesti dolaze od okoline, prijateljica, medija koji uglavnom ističu negativnosti, ali i nažalost liječnika. Istiće se strah od debljanja, promjene raspoloženja, strah od pojačane dlakavosti, kasnije neplodnosti i neutemeljenog rizika za rak. Naravno da i objektivno postoje nuspojave kao što su početna neutredna (ali oskudna) krvarenja, napuhnutost i mučnina, te se smetnje pojavljuju u 10 do 15% korisnica kontracepcijskih pilula.

**... Je li strah od nuspojava oralnih kontraceptiva pretjeran?**

- Strah od nuspojava je pretjeran i nepotrebni. Današnje niskodozirane kontracepcijske pilule mogu se tako odabratи da su nuspojave i rizici minimalni. Važno je pažljivo odabratи vrstu oralne hormonske kontracepcije, te ju iscrpno protumačiti potencijalnoj korisnici. Liječnik mora biti dostupan svojoj pacijentici, kako bi joj pomogao otkloniti svaku dvojbu ili smetnju. U protivnom korisnice kontracepcijskih pilula, posebno adolescentice brzo odustaju. Važno je neprestano isticati da su kontracepcijske pilule za više od polovice korisnica lijek, a ne samo kontracepcija.

**... S obzirom na plućnu emboliju koja se, iako rijetko, događa nakon hormonskih kontraceptiva, kako isključiti rizične osobe kojima su takvi kontraceptivi kontraindicirani?**

- Venske tromboze (VTE) u mlađih osoba su rijetke. Kombinirana hormonska kontracepcija povisuje taj rizik dodatno za 0,5%, a niskodozirana još i manje. Odavno je utvrđeno da najviši rizik za VTE stvara trudnoća, jer je tada najviša razina estrogeна u cirkulaciji. Od svih VTE samo 5 do 8% otpada na plućne embolije. Nigdje na svijetu se ne radi rutinski probir za trombofilije prije korištenja pilula. Dovoljno je obiteljskom i osobnom anamnezom, te fizikalnim pregledom utvrditi osobe koje su u povišenom riziku za venske i arterijske tromboze. Osobe koje su debele, imaju genske rizike, puše cigarete ili koriste drogu, trebaju koristiti druge oblike kontracepcije. Samo pro-



gesteronsku kontracepciju, odnosno uterini uložak s levonorgestrelom.

**••• Poznato je da pušenje u kombinaciji s oralnim kontraceptivima povećava rizik od ozbiljnih kardiovaskularnih komplikacija, posebice u žena starijih od 35 godina. Koju biste metodu kontracepcije njima preporučili?**

- Pušenje cigareta u žena starijih od 35 godina je kontraindikacija za oralnu hormonsku kontracepciju koja sadrži estrogene. Uživanje droga i ekstremna debljina su također nedopustive uz korištenje kontracepcijskih pilula.

Sve žene koje imaju zbog tih rizika kontraindikaciju za kontracepcijske pilule mogu koristiti samo progesteronske kontracepcijske pilule (npr. dezogestrel), unutarmaternični uložak s bakrom ili unutarmaternični uložak koji otpušta hormon (npr. levonogestrel). Naravno i kondom je pouzdana kontracepcija.

**••• U SAD-u oko 62 posto žena, u dobi od 15 do 44 godine, koristi kontracepciju, koliko Hrvatica te dobi koristi kontracepciju?**

- Da, u SAD-u i više zemalja zapadne Europe oko 60% žena koristi kontracepciju. U SAD-u su kontracepcijske pilule i sterilizacija, najpopularnije metode kontracepcije. Tamo kontracepcijske pilule rabi oko 28% žena. U Europskoj Uniji je daleko najpopularnija metoda kontracepcije, kontracepcijska pilula, a u Rusiji i Kini unutarmaternični uložak.

U Hrvatskoj manje od 40% parova/žena koristi neku od metoda kontracepcije. Od toga svega, 8% ih koristi kontracepcijske pilule, 1,5% unutarmaternični uložak i manje od 30% povremeno ili trajnije kondome. U adolescentica, najčešća metoda kontracepcije je prekinuti snošaj.

Struka bi bila vrlo zadovoljna kada bi u nas 15 do 20% mlađih žena koristilo kontracepcijske pilule.

**••• Koja metoda kontracepcije je najučinkovitija?**

- Svaka kontacepcija je bolja od nikakve. Pouzdane metode kontracepcije su one koje u 1 godini korištenja imaju uspjeh ispod 2%. Neuspjeh uvijek povisuje tipične pogreške korisnika i nepravilna primjena. Učinkovitost pojedinih metoda kontacepcije jesu:

- kontracepcijske pilule (OHK) - 99.5%
- unutarmaternični uložak (bakar) - 99.6%
- unutarmaternični uložak (hormonski) - 99.8%
- sterilizacija - 99.6%
- prirodne metode - 80%
- prekinuti snošaj - 80%



**••• Kako odabrati odgovarajuću metodu kontracepcije?**

- Odabir metode kontracepcije mora biti stručan i individualiziran. Kada se utvrde: dob žene, potrebe, eventualni zdravstveni rizici, sklonosti i svjetonazori, kontracepcija se odabire za svaku ženu po-naosob.

Važno je također utvrditi postoje li smetnje, bolesti i poremećaji, koji se mogu liječiti kontracepcijom. To su bolne i obilne menstruacije, akne, pojačana dlakavost, endometriosa, PMS i drugo. U Hrvatskoj postoji dovoljno vrsta niskodozirane hormonske kontracepcije, kontracepcijskih pilula ultranske doze, samo progesteronskih kontracepcijskih pilula, kontracepcijskih pilula za hitnu kontracepciju te sve vrste unutarmaterničnih uložaka.

Također postoje kontracepcijske pilule koje se mogu proizvedeno davati kako bi se izbjegle pseudo-menstruacije koje uz oralnu hormonsku kontracepciju i nisu neophodne. Važan terapijski učinak ima i unutarmaternični uložak koji otpušta hormon jer smanjuje obilnost menstruacije. Danas je stručnjaku lako moguće individualizirano odabrati kontracepciju s ciljanim terapijskim učinkom, s malo nuspojava i rizika.

**••• Je li tzv. »pilula za dan poslije« kontracepcijsko ili pobačajno sredstvo?**

- Hitna kontracepcija (ili postkoitalna) je veliki doprinos očuvanju reproduksijskog zdravlja žene, jer uz pravilnu primjenu potpuno štiti od neželjene trudnoće. To nisu abortivna sredstva već priječe ovulaciju, transport gameta ili oplodnju. U nas su dostupne levonorgestrel i ulipristral. Naučinkovitije (98%) su uz primjenu unutar 24 sata od rizičnog snošaja. Hitna kontracepcija ne prijeći implantaciju i trudnoću i poslije oplodnje nije učinkovita. Hitna kontracepcija treba biti sporadični, a nikako ne trajni odabir kontracepcije.

**••• U SAD-u sve više tinejdžerica koristi kontraceptive, čime se objašnjava dramatičan pad tinejdžerskih trudnoća, kavka je situacija u Hrvatskoj?**

- SAD je odličan primjer kako porast uporabe sigurne kontracepcije, poseb-

no kontracepcijskih pilula utječe na zamjatan pad neželjenih trudnoća. Ne tako davno u SAD je bilo 50% trudnoća neželjeno, a u adolescentica čak 80%. Više od 50% tih trudnoća dovršeno je abortusom. U toj zemlji su se tada kontracepcijske pilule koristile značajno manje nego u zapadnoj Europi. Od 1990. godine bilježi se porast korištenja kontracepcije, posebno u tinejdžera, što dovodi do drastičnog pada neželjenih trudnoća i namjernih prekida. Danas abortusi adolescentica čine tek 17% svih namjernih pobačaja u SAD. Učestalost namjernih abortusa smanjena je za 25%.

U Hrvatskoj ne postoje precizni podaci. Prije 30 godina broj abortusa bio je podjednak broju porođaja. Taj je broj do 2008. godine umanjen za 4 puta. Glavni je razlog bio edukacija mlađih i porast korištenja kontracepcije. Zadnjih godina bilježi se ponovo pad korištenja kontracepcijskih pilula i porast učestalosti abortusa. Oko 24% svih trudnoća se prekida, a trećina otpada na vrlo mlade žene. Mi nikako ne smijemo zaboraviti da abortus (posebno kriminalni) nosi visoke rizike za zdravlje i život žene. Promjena tih pokazatelja moguće je jedino značajnim porastom uporabe kontracepcije. Također, treba umanjiti učestalost pogrešaka adolescenata kod uporabe kontraceptivnih sredstava. Danas svega 11% tinejdžerica koristi hormonsku kontracepciju što je dvostruko manje od Slovenije i 4 do 6 puta manje od uporabe kontracepcijskih pilula na zapadu.

**••• Mislite li da će uvođenje seksualnog odgoja u osnovne i srednje škole značajno smanjiti učestalost tinejdžerskih trudnoća?**

- Seksualni odgoj u školama do kazano je koristan i učinkovit za pravilno poimanje spolnosti, kontracepcije i reproduksijskog zdravlja. Iskustva Zapadne Europe i SAD-a to potvrđuju. Edukacija treba biti stručna i trajna, te započeti dovoljno rano. Neophodni su i afirmativni programi u medijima, te pravilan stav i odnosi u obitelji. U protivnom će u stavovima mlađih prevladati mitovi i zablude. Tinejdžeri moraju prihvati da se spolni život ne može razdvojiti od mogućnosti trudnoće i spolno prenosivih bolesti.

.....

(dean.delic@cybermed.hr)

- *Cochrane knjižnica objavljuje sustavne pregledne članke koji se bave procjenom djelotvornosti intervencija u medicini.*
- *Na mrežnoj stranici [www.thecochanelibrary.org](http://www.thecochanelibrary.org) mogu se pretraživati sažetci ovih članka. Pristup punim tekstovima Cochrane članaka u Hrvatskoj osigurava Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa korisnicima iz biomedicinskog konzorcija na mrežnoj stranici Centra za online baze podataka: [www.online-baze.hr](http://www.online-baze.hr).*
- *Na ovoj stranici potrebno je izabrati 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. sc. Livia Puljak  
Medicinski fakultet u Splitu  
[livia@mefst.hr](mailto:livia@mefst.hr)

## Prestanak pušenja pomoću mobitela

### Scenarij

Mark Twain reče: „Lako je prestati pušiti. Ja sam to učinio već stotinu puta.“ Međutim, kako postići da jedan od tih stotina puta postane i trajni prestanak pušenja, pitanje je koje muči brojne pušače. Opisane su brojne intervencije za pomoći u prestanku pušenja, ali pušenje i dalje ostaje veliki javnozdravstveni problem.

### Pitanje

S porastom popularnosti mobitela i kojekakvih aplikacija za mobilne telefone, bilo bi zgodno ako postoji nekakva intervencija koja omogućuje korištenje mobitela za prestanak pušenja. Većina korisnika mobitela neprestano ga drži uza se i koristi ne samo za komunikaciju nego i kao budilicu, foto-aparat, kalkulator, igraonicu, itd. Postoji li već kakva učinkovita intervencija koja omogućuje prestanak pušenja pomoći mobitela?

### Kontekst

Od uvođenja mobilnih mreža 1980-ih, uporaba mobilnih telefona rasla je eksponencijalno. Međunarodno telekomunikacijsko udruženje (engl. International Tele-

communications Union – ITU) izvještava da je krajem 2011. godine na svijetu bilo šest milijardi korisnika mobitela, što odgovara globalnom penetrantnosti mobilne telefonije od 87%. U nekim zemljama, primjerice u Ujedinjenom kraljevstvu i dijelovima Europe, penetrantnost, odnosno broj SIM kartica, veća je od 100%, što znači da mnogi imaju i po dva ili tri mobitela. U izvješću iz 2010. godine ITU navodi brzo širenje korištenja poruka i procjenu da su samo u 2010. korisnici mobitela poslali 6,1 bilijuna poruka, što je prosječno 200 000 poruka u sekundi, što je veliko povećanje u usporedbi s 1,8 bilijuna poruka poslanih mobitelom 2007.

Mobiteli se sve češće koriste za širenje informacija o zdravlju i zdravstvenoj skrbi širom svijeta. Poruke na mobitel šalju se pacijentima kao podsjetnici za dogovorene medicinske pregledne, preventivne aktivnosti i pridržavanje propisanoj terapiji. Mobilni telefoni koriste se i za nadzor i pomoći pacijentima pri samozbrinjavanju za kronične bolesti kao što je dijabetes.

„Pametni“ telefoni, koji imaju računalne operativne sisteme, značajno su proširili funkcije mobitela. Sve više je aplikacija za pametne telefone namijenjenih zdravlju, a vrlo malo istraživanja objavljeno je na ovu temu. Medicinske aplikacije za pametne telefone koriste kliničari i zdravstveni djelatnici u brojnim zemljama. Pristup internetu putem mobitela sve češće se koristi širom svijeta i vrlo je vjerojatno da će uskoro postati vrlo važan način pristupa zdravstvenim informacijama i uslugama.

Usluge za prestanak pušenja sada se nude i putem mobilnih telefona, i omogućuju potporu, osobito u kombinaciji s telefonskim linijama i internetskim uslugama, kao što je akcija „smokefreeTXT“ u Ujedinjenom kraljevstvu i „Txt2quit“ program u Novom Zelandu. Potencijalne koristi od intervencija koje koriste mobitel za prestanak pušenja uključuju: jednostavnost korištenja, dostupnost bilo gdje i u bilo koje vrijeme, niska cijena, mogućnost pristupa velikom broju ljudi, mogućnost prilagodbe intervencije za različite skupine korisnika (primjerice, ovisno o dobi, spolu i narodnosti), mogućnost slanja poruka u određeno vrijeme, slanje sadržaja koji će odvratiti pozornost korisnika od želje za cigaretom i mogućnost povezivanja korisnika s drugim osobama, za grupnu potporu. Vrlo je vjerojatno da će korištenje mobitela za prestanak pušenja biti sve češće, zbog povećanja broja korisnika mobitela i tehničkih napredaka koji omogućuju sve veći broj funkcija i aplikacija na mobitelima. Stoga je važno odrediti mogu li mobiteli učinkovito pomoći pušačima u prestanku pušenja.

### Uključene studije

Sustavnim pretraživanjem literature pronađeno je pet studija koje su odgovarale kriterijima uključenja. Tri pokusa temeljila su se na istom programu, razvijenom u Novom Zelandu, a kasnije prilagođenom za uporabu u Ujedinjenom kraljevstvu. U sva tri pokusa su oglasima uključeni pušači koji su htjeli prestati pušiti i koji su imali mobitel. Originalna intervencija je zahtijevala od ispitanika da odrede datum unutar tri tjedna kada će prestati pušiti, nakon čega su počeli dobivati automatski personalizirani program putem redovnih poruka na mobitel. Poruke su odabrane iz baze podataka prema osobinama ispitanika i vremenu proteklom od dana prestanka pušenja. Poruke su slane jednom dnevno do dana prestanka pušenja. Nakon prestanka pušenja ispitanici su mjesec dana primali poruke 5-6 puta dnevno, a zatim je slijedila faza održavanja u kojoj su ispitanici primali jednu poruku svakih dva tjedna. Poruke su sadržavale savjete za prestanak pušenja i motivacijske poruke kojima se ohrađivala apstinencija, kao i poruke kojima se odvraćala pozornost ispitanika od pušenja. U programu namijenjenom Maorima nalazile su se poruke na njihovom jeziku. Interakcija s programom bila je moguća kroz različite ankete i kvizove, a ispitanici su mogli zatražiti dodatne tekstualne poruke kako bi dulje izdržali bez pušenja. Ispitanici su također mogli odabrati da ih se udruži s nekim drugim ispitanikom u pokusu (engl. Quit Buddy), koji je također pokušavao prestati pušiti, a kojem su mogli slati direktno poruke kako bi dobili dodatnu potporu. Kontrolna skupina primała je poruke svako dva tjedna, u kojima su se nalazile informacije o pokusu. U dva pokusa koja su naknadno provedena u Ujedinjenom kraljevstvu, poruke su prilagođene za lokalnu populaciju, s manjim promjenama u tekstu poruka i temama.

Četvrti pokus temeljio se na internetskom treneru za prestanak pušenja (engl. Quit Coach) i slanju poruka putem mobitela. U ovaj su pokus ispitanici pozvani putem telefonske linije za prestanak pušenja i pozivnica poslanih elektroničkom poštom. Nakon toga su podijeljeni u intervencijske skupine koje su nudile personalizirani program na internetu, poruke na mobitelu ili obje intervencije zajedno. Porukama su ispitanicima slani savjeti o strategiji prestanka pušenja i motivacijske poruke prilagođene pojedinim ispitanicima i stupnju prestanka pušenja. Poruke su ispitanici mogli mijenjati u kriznim situacijama. Učestalost primanja poruka razlikovala se ovisno o broju pokušaja prestanka pušenja i krizama.

U petom pokusu ispitanici su pri-

mali video-poruke. Ova je intervencija razvijena pomoću društvene kognitivne teorije, a koristila je obzervacijsko učenje od 'običnih ljudi' koji su služili ispitanicima kao uzori u prestanku pušenja, kako bi ispitanici pokušali neke tehnike koje bi im mogle pomoći da prestanu pušiti. Ispitanici su primali na mobitel poruke s linkovima koji su ih vodili na kratke video uratke, trajanja do 30 sekundi, koje su se automatski spuštale na njihove mobitele. Video poruke sadržavale su snimku osoba koje su gledale u kamenu i pričale o svojim pokušajima da prestanu pušiti i strategijama koje su se za njih pokazale uspješne. Ispitanici su mogli odabrati jednu od šest ponuđenih osoba čije poruke žele primati. Ispitanici su mogli tražiti više poruka, kao i poruke drugih „uzora“. Intervencija je uključivala jednu poruku do dana prestanka pušenja, a nakon toga dvije poruke dnevno. Tijekom šest mjeseci od dana prestanka pušenja učestalost poruka postupno se smanjivala.

### Rezultati

Kad su združeni rezultati svih pet studija, pokazalo se da intervencije koje kori-

ste mobilne telefone dugoročno povećavaju broj ispitanika koji su prestali pušiti, u usporedbi s kontrolnim programima. Pritom je apstinencija definirana kao apstinencija od pušenja tijekom šest mjeseci od dana prestanka pušenja, ali dozvoljavala je do tri epizode pušenja manje od pet cigareta. Statistička heterogenost analiziranih studija bila je velika, ali su sve uključene studije imale sličan ustroj, intervenciju i primarne mjere ishoda, zbog čega je bilo moguće napraviti meta-analizu.

### Zaključak autora

Mobiteli mogu pomoći ljudima da dugoročno prestanu pušiti. Intervencije analizirane u ovom sustavnom pregledu bile su uglavnom tekstualne poruke koje su sadržavale motivacijske poruke i savjete za prestanak pušenja, te manji stupanj interaktivnosti, koji je omogućavao ispitanicima da zatraže još poruka u kriznim situacijama. Mobilni telefoni postali su sastavni dio modernoga života i mnoge njihove funkcije mogu se koristiti za prestanak pušenja. Imaju određene prednosti u usporedbi s drugim trenutno dostupnim intervencijama za prestanak puše-

nja, mogu se dostaviti bilo gdje i u prikladno doba dana, dostavljaju se direktno ispitanicima s minimalnim direktnim kontaktom i ovakav sustav potpore moguće je uspostaviti s malo novca. Stoga autori očekuju da će intervencije za prestanak pušenja koje koriste mobilne telefone biti vrlo korisne u zemljama niskog i srednjeg životnog standarda, gdje postoji dobra telekomunikacijska infrastruktura, prevalencija pušenja je visoka, a zdravstveni sustav nije u mogućnosti pacijentima ponuditi skuplje oblike potpore za prestanak pušenja.

### Odgovor na pitanje

Mobiteli mogu vrlo učinkovito pomoći u prestanku pušenja. Samo još da netko osmisli tu uslugu za Hrvate...

### Literatura

Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Borland R, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD006611. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub3.

## Postupno smanjenje i nagli prestanak jednako su učinkoviti kod pušača koji prestaju pušiti

Kliničko pitanje	Koliko je postupno smanjenje broja popušenih cigareta učinkovito u prestanku pušenja u usporedbi s naglim prestankom?
Srž problema	Postupno smanjenje broja popušenih cigareta i nagli prestanak pušenja jednako su učinkoviti. Postotak ispitanika koji su odustali jednak je kada je u upotrebi bila i nikotinska zamjenska terapija (flasteri i gume za žvakanje), ili kada su ispitanicima dani materijali o samopomoći ili bihevioralna terapija. Stoga pacijentima treba dati na izbor bilo koju od navedenih metoda.
Ograničenja	Ovim sustavnim pregledom literature nije bilo moguće utvrditi neželjene učinke u pojedinim intervencijama. Istraživanja upućuju da upotreba nikotinske zamjenske terapije prije prestanka pušenja ne dovodi do povećanja učestalosti neželjenih učinaka.
Kontekst	Pušenje cigareta je najvažniji preventabilni uzrok smrti na svijetu i faktor je rizika za 6 od 8 glavnih uzroka smrti u svijetu. Standardni način prestanka je nagli prekid pušenja od određenog datuma. Većina pušača koji probaju prestati na taj način ubrzao počnu opet pušiti. Postoje dokazi koji upućuju na to da bi smanjenje broja popušenih cigareta prije prestanka pušenja bila popularna metoda kod pušača.
Cochrane sustavni pregled	Lindson N et al. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Reviews 2010, Issue 3. Article No. CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub2. Ovaj pregled obuhvaća 10 studija s ukupno 3760 ispitanika.

Pearl 264, Brian R McAvoy; Prijevod: Goran Prodanović, dr. med.

## Ograničeni dokazi o učinkovitosti primjene stentova s otpuštanjem lijekova

Kliničko pitanje	Koliko su stentovi koji otpuštaju lijekove efikasni u usporedbi s klasičnim metalnim stentovima u smanjenju učestalosti angine pektoris i akutnog koronarnog sindroma?
Zaključak	Stentovi koji otpuštaju lijekove efikasniji su u smanjenju restenoza, ali nisu superiorniji u odnosu na klasične metalne stentove po pitanju smanjenja smrtnosti, incidencije infarkta miokarda te tromboze. Evaluirani stentovi s otpuštanjem lijekova sadržavali su: sirolimus, paklitaksel, deksametazon, zotarolimus, everolimus i takrolimus.
Izuzetak	Autorima ovoga sustavnog preglednog članka, objavljenog u Cochrane knjižnici, nisu bile dostupne informacije o ishodima liječenja kroz isto vremensko razdoblje, niti za sve lijekove. Također, podatke o dugoročnoj sigurnosti i učinkovitosti nije bilo moguće prikupiti zbog činjenice da je tek nekoliko ispitanica trajalo duže od godinu do dvije.
Kontekst	Stentovi za koronarne arterije su mali, cjevasti uređaji koji se koriste za otvaranje žile tijekom perkutane transluminalne koronarne angioplastike. Restenoze, koje nastaju nakon primjene stentova predstavljaju veliki problem i upravo zbog toga su načinjeni stentovi koji otpuštaju lijekove. Međutim, prije preporuke za njihovo korištenje potrebno je procijeniti njihovu korisnost u kliničkoj primjeni. Zbog veće cijene i nedostatnih dokaza o isplativosti primjene stentova koji otpuštaju lijekove, zdravstvena osiguranja ograničavaju ili reguliraju njihovo korištenje.
Cochrane sustavni pregled	Greenhalgh J et al. Drug-eluting stents versus bare metal stents for angina or acute coronary syndromes. Cochrane Reviews 2010, Issue 3. Article No. CD004587. DOI: 10.1002/14651858.CD004587.pub2. Ovaj pregled sadrži 47 studija, s ukupno 14,500 sudionika.

Pearls 273, Brian R McAvoy; Prijevod: Josipa Rikić, dr. med.

# Djelatnost Razreda za medicinske znanosti

Piše: Marko Pećina

• Članovi Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti (HAZU) - humani, dentalni i veterinarski medicinari - posljednjih 60 godina djeluju u vlastitom Razredu za medicinske znanosti (nekada zvanom Odjel za medicinske nukve). Prije toga su medicinari bili uključeni najprije u Matematičko-prirodoslovni odjel, a potom u Odjel za prirodne i medicinske nukve. Kada govorimo o članovima Razreda, tada treba uključiti djelovanje redovitih članova, članova suradnika i dopisnih članova.

Članovi Razreda obavljaju svoju znanstveno-istraživačku i nastavnu djelatnost u okviru matičnih ustanova - Imunološkog zavoda, Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada, Kabineta za istraživanje i standardizaciju imunoloških supstancija HAZU, KBC-a Zagreb, KBC-a Sestre milosrdnice, KB-a Dubrava, KB-a Sveti Duh, Hrvatskog instituta za istraživanje mozga, Medicinskog, Stomatološkog i Veterinarskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Specijalne bolnice za oftalmologiju Svetlost, Zavoda za znanstveni i umjetnički rad u Osijeku i Akademijina Odsjeka za povijest medicinskih znanosti Zavoda za povijest i filozofiju znanosti.

Znanstveno-istraživačka djelatnost ostvaruje se na temelju osnovnog programa HAZU-a, sredstava za znanstveno-istraživački rad što ih je osiguralo Mini-

starstvo znanosti, obrazovanja i športa te sredstava za znanstveno-istraživački rad članova HAZU-a koji nisu u radnom odnosu, a rade u okviru znanstvenih jedinica koje djeluju unutar Razreda ili znanstvenih jedinica HAZU-a. Potrebno je istaknuti da članovi Razreda za medicinske znanosti djeluju i u okviru Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, Hrvatskog liječničkog zvora i specijalističkih društava u HLZ-a. Također treba spomenuti i dobro razvijenu međunarodnu aktivnost.

Iznimno je bogata izdavačka djelatnost Razreda, koji posljednjih osam godina redovito izdaje časopis „Rad HAZU - Medicinske znanosti“, i to na engleskom jeziku, a isto tako godišnje ili dvogodišnje izdaje „Raspave i građa za povijest znanosti“. Većina znanstvenih skupova popraćena

Akademik

Marko  
Pećina,  
tajnik

Razreda za  
medicinske  
znanosti  
– liječnik  
ortoped



je zbornicima radova, s najpoznatijom i već 22 godine u kontinuitetu tiskanom knjigom „Bolesti dojke“. Članovi Razreda su i autori i koautori mnogih udžbenika i monografija tiskanih u okviru njihovih matičnih ustanova.

Posebno treba evaluirati djelatnost Razreda za medicinske znanosti kao cjelovitog tijela u kojem djeluje 9 odbora posvećenih određenoj tematiki humane, dentalne i veterinarske medicine. Kroz te odbore Razred organizira ili suorganizira ili je pokrovitelj znanstvenim događanjima. Tako „Kalendar Razreda za medicinske znanosti HAZU-a za godinu 2012.“ obuhvaća 36 događanja. Izuzmemli mjesec se siječanj, srpanj i kolovoz, u preostalih 9 mjeseci u projektu je svaki tjedan jedno događanje u okviru Razreda.

## Kalendar Razreda za medicinske znanosti 2012. godine

- 5. Znanstveni skup o temporomandibularnim poremećajima *Orofacijalna bol i temporomandibularni poremećaj*, Zagreb, 17. veljače
- Komemorativni sastanak u povodu prve obljetnice smrti akademika Ive Padovana 22. veljače, u velikoj dvorani palače Akademije, Zagreb, 22. veljače
- Prezentacija knjige iz serije Rasprave i građa za povijesti znanosti, pod naslovom *Fizika i medicina dodiri - posvećeno prof. dr. sc. Božidaru Metzgeru*, Zagreb, 6. ožujka
- Pokroviteljstvo simpozija *Socijalni, kulturnali i ekonomski uzroci debljine*, Zagreb, 10. ožujka
- Suorganizacija 11. *Tjedna mozga*, Zagreb, 12.-18. ožujka
- Znanstveni skup o poremećajima mozga, *Rijetke bolesti u neurologiji*, Zagreb, 21. ožujka
- Pokroviteljstvo 3. Simpozija *Klinička endokrinologija*, Zagreb, 23.-24. ožujka.
- Pokroviteljstvo V. znanstvenog skupa *Dani Andrije Štampara u Slavonskom Brodu* na temu *Štamparovo vrijeme – suvremenici i odjeci*, 30.-31. ožujka
- Okrugli stol na temu *Zdravstvo u Hrvatskoj*, Zagreb, 17. travnja
- Suorganizacija znanstvenog skupa *Hrvatska gerontološka i gerijatrijska škola*, Zagreb, 19.-20. travnja
- Suorganizacija online kongresa *Endokrinologija i dijabetologija online*, Zagreb, 21. travnja – 19. svibnja



Akademik Zvonko Kusić, predsjednik HAZU-a - liječnik onkolog

- Znanstveni sastanak *Prevencija ateroskleroze – uloga imunoloških mehanizama*, u organizaciji Odbora za aterosklerozu, Zagreb, 24. travnja

- Pokroviteljstvo 61. Međunarodnog kongresa *Europskog udruženja za kardiovaskularnu kirurgiju* u Dubrovniku, 25. – 28. travnja

- Pokroviteljstvo znanstvenog skupa o *Cushingovom sindromu*, Zagreb, 15. svibnja

- Suorganizacija znanstvenog sastanka *Komorbiditet u medicini 21. stoljeća*, Zagreb, 22. svibnja

- Suorganizacija IV. Znanstvenog simpozija Hrvatskog društva za štitnjaču Josip Matovinović – *Hipotireoza*, Zagreb, 25. svibnja

- Pokroviteljstvo 23. *Summer Stroke School* u Interuniverzitetском centru u Dubrovniku, 4-8. lipnja

- Osnivačka skupština Hrvatskog vijeća za mozak (Croatian Brain Council), Zagreb, 14. lipnja

- Suorganizacija 52. Međunarodnog neuropsihijatrijskog kongresa u Puli, 20-23. lipnja

- XXII. Znanstveni sastanak o bolestima dojke, organizator Odbor za tumore, Zagreb, 13. rujna

- Suorganizacija I. znanstvenog simpozija iz *psihonukologije*, Zagreb, 19. rujna

- Predavanje *Zamisli o osnutku medicinskog fakulteta i organizaciji zdravstva u Zagrebu prije sto pedest godina*, Zagreb, 20. rujna

- 2nd International Conference on Regenerative orthopedics and Tissue Engineering u Opatiji, 20-22. rujna

- Pokroviteljstvo IV. Kongresa Hrvatskog toksikološkog društva s međunarodnim sudjelovanjem, u Primoštenu 2-5. listopada

- Pokroviteljstvo *Hrvatskog kongresa psihodermatologije* s međunarodnim sudjelovanjem, u Splitu, 4-7. listopada

- Pokroviteljstvo međunarodnog znanstvenog skupa *The Power of the Nonconscious*, u Interuniverzitetском centru u Dubrovniku, 5-7. listopada

- Pokroviteljstvo 2012. Annual Meeting of the Croatian Immunological Society, Marija Bistrica, 5-7. listopada

- Pokroviteljstvo znanstvenog skupa *Hrvatski prirodoslovci 21* u Imotskom, 12-13. listopada

- Znanstveni skup *Epidemiološke osobitosti infekcije virusom Zapadnog Nila u Hrvatskoj i susjednim zemljama*, Zagreb, 25. listopada



Dvorana HAZU-a  
(iza predsjedništva je Baščanska ploča)

- Znanstveni skup *Suvremene spoznaje o orofacijalnim bolestima*, s međunarodnim sudjelovanjem, Zagreb, 26-27. listopada

- Pokroviteljstvo IV. Hrvatskog kongresa školske i sveučilišne medicine *Javnozdravstveni izazovi školske i adolescentne medicine* u Splitu, 26-28. listopada

- Znanstveni simpozij *Hemoragijska vručica s bubrežnim sindromom*, Zagreb, 7. studenoga

- Simpozij *Šport, tjelesna aktivnost i zdravlje, Zagreb*, 23. studenoga

- Suorganizacija znanstvenog simpozija *Smjernice u dijagnostici i liječenju najčešćih dermatoz za tumora kože*, Zagreb, 7. prosinca

#### Popis članova

##### Razreda za medicinske znanosti

- Aurer-Koželj, Jelena, član suradnik  
Baća, Ivo, dopisni član  
Cvetnić, Slavko, redoviti član  
Cvetnić, Željko, redoviti član  
Čikeš, Ivo, redoviti član  
Čikeš, Matko, dopisni član  
Čulo, Filip, član suradnik  
Dekaris, Dragan, redoviti član  
Dekaris, Iva, član suradnik  
Demarin, Vida, redovita članica  
Duraković, Zijad, član suradnik  
Dürriegl, Theodor, član suradnik  
Efendić, Suad, dopisni član  
Goldner, Vladimir, redoviti član  
Hricak, Hedvig, dopisni član  
Ikić, Drago, redoviti član  
Jerolimov, Vjekoslav, član suradnik  
Jović, Nikola, dopisni član  
Judaš, Miloš, član suradnik  
Julius, Stevo, dopisni član  
Katić, Ivan, dopisni član  
Koprowski, Hilary, dopisni član  
Kostović, Ivica, redoviti član  
Krajcer, Zvonimir, dopisni član  
Kusić, Zvonko, redoviti član  
Lichardus, Branislav, dopisni član  
Lown, Bernard, dopisni član  
Madić, Josip, redoviti  
Markotić, Alemka, član suradnik  
Miličić, Davor, redoviti član  
Pavelić, Krešimir, dopisni član  
Pećina, Marko, redoviti član  
Plotkin, Stanley, dopisni član  
Prpić, Ivan, redoviti član  
Rakić, Paško, dopisni član  
Reiner, Željko, redoviti član  
Rukavina, Daniel, redoviti član  
Sartorius, Norman, dopisni član  
Seitz, Hans Joachim, dopisni član  
Simonić, Ante, član suradnik  
Sutlić, Željko, član suradnik  
Šarić, Marko, redoviti član  
Šitum, Mirna, član suradnik  
Škrabalo, Zdenko, redoviti član  
Topolnik, Eugen, redoviti član  
Turina, Marko, dopisni član  
Valić, Fedor, dopisni član  
Vranić, Mladen, dopisni član  
Wickerhauser, Teodor, redoviti član

# Sv. Hildegarda iz Bingena

(1098. - 1179.)

*Autorica "jedine kršćanske medicine u povijesti" proglašena crkvenom naučiteljicom*

Prof. dr. Božidar Nagy, S.J.

- U nedjelju, 7. listopada ove godine u Rimu se zbio događaj vrlo rijedak tijekom dvotisućljetne povijesti Katoličke crkve. Papa Benedikt XVI. proglašio je dvoje novih naučitelja ili doktora Crkve, sv. Hildegardu iz Bingena (Njemicu) i sv. Ivana Avilskog (Španjolca) te ih tako pridružio skupini od njih samo 33 do sada proglašena crkvena naučitelja tijekom duge povijesti Crkve. Imajući u vidu da je to najviša titula i odlikovanje koje na zemlji unutar Crkve može postići jedan već kanonizirani svetac, te imajući u vidu da od preko sedam tisuća kanoniziranih svetaca tijekom dvije tisuće godina s ovih novih dvoje sada samo 35 svetaca nosi tu časnu titulu, onda možemo shvatiti da se radi stvarno o važnom događaju.

Budući da je riječ o unutarnjoj stvari Katoličke crkve to još ne bi bilo dovoljno da o samom događaju progovorimo na stranicama „Liječničkih novina“, da najnovija doktorica Crkve sv. Hildegarda i četvrta žena od njih 35 koji nose tu titulu, nije bila i liječnica, tj. da se uz svoje brojne dužnosti i aktivnosti nije bavila i medicinom i apotekarstvom. No pogledajmo ukratko najprije njezine osnovne biografske podatke.

Živjela u srednjem vijeku, u 12. stoljeću, u Njemačkoj. Rođena je 1098. god. u plemičkoj obitelji u Bermerscheimu, a umrla 1179. S osam godina roditelji je šalju u benediktinski samostan na odgoj, u kojem ona i ostaje te 1136. godine postaje opaticom istoga samostana. Njezina pojava, njezino djelovanje i pisanje bilo je za njezino vrijeme nešto nečuveno, ali i danas ostajemo gotovo bez daha pred tom jedinstvenom ženskom pojavom ne samo svojega 12. stoljeća nego cijele povijesti Katoličke crkve. Prakticirala je istodobno desetak zanimanja: osim teologije i duhovnosti, o čemu je ostavila zanimljiva i duboka pisana djela, bila je pjesnikinja i bavila se glazbom, potom ju je privlačio studij

prirode, bavila se medicinom (po tome je nekako najviše ostala poznata do danas) i apotekarstvom, uzbajala je i skupljala ljekovito bilje. Dopisivala se s papama, kneževima, biskupima. Mnogi su joj dolazili za duhovnu i tjelesnu pomoć. Propovijedala je po sajmovima, izvršila je tri velika misionarska putovanja po Njemačkoj itd. Zapanjujuća pojava i aktivnost za jednu ženu iz Srednjega vijeka, koja pogotovo danas, nakon njezina proglašenja crkvenom naučiteljicom, još više privlači pozornost.

Nas međutim ovdje zanima samo jedan vid od njezinih brojnih djelatnosti kojima se bavila tijekom svoga dugog i plodnog života: medicina i ljekarništvo. U srednjem vijeku, a to se nastavilo i u novom vijeku, katolički samostani bili su središta medicinskog zbrinjavanja. Svaki je samostan u pravilu imao bolnicu i apoteku, ali i prva sirotišta za nezbrinute osobe. U pisarnicama samostana marljivo se prepisivala antička medicinska predaja, a u vrtovima s povrćem eksperimentirali su sposobni i spretni redovnici s uzgomljivim ljekovitog bilja. (Car Henrik II. ostavio je na spomenploči u bamberškoj katedrali zapisano ime benediktinskog opata koji je uspješno izvršio operaciju vađenja kamenca iz njegova tijela.) Stoga se i ne treba previše čuditi da je opatica samostana Rupertsberga, koji je ona sama osnovala i kamo se preselila iz matičnog samostana iz Disibodenberga, a u koji je bila ušla kao djevojčica, bavila medicinom i ljekarništвом, ali u prvom redu kako bi pomagala ljudima koji su često dolazili u samostane tražiti pomoć. Iznenađuje međutim njezina ustrajnost i uspješnost na tome području. Njezini su biografi pisali kako je u „svome mužaru gnječila svježe listove, kuhalila njihov prah u vinu ili octu, proizvodila tablete i ulje od biljnih sokova, punila posude ljekovitim biljnim sirupom, pripremala od svinjske i medvjede masti te jelenjeg loja



pomasti za smirenje bolova, izrađivala flaster za rane, davala obloge i nastojala gladobolju raspršiti miomirisima koje su oko sebe širile aromatične biljke pržene na užarenom crijeпу.“ Njezina ljubav prema ljudima koja je povezivala vjeru, dušobrižništvo i liječenje, njezini svrhoviti savjeti i umješnost obrađivanja bolesnika djelovali su na suvremenike kao čudo od Boga. Sačuvana su brojna svjedočanstva o zadivljujućim uspjesima njezina liječenja. „Stajala je nogama čvrsto na zemlji ali s pogledom uprtim u nebo“ - za nju se govorilo.

Osim teoloških i duhovnih spisa, sv. Hildegarda ostavila nam je djela s područja prirodoslovja i medicine. Dva su njezina temeljna djela: *Physica* – nauk o prirodi i *Causae et curae* – nauk o medicini. *Physica* je bila prvo djelo te vrste na njemačkom jeziku. Obuhvaća devet knjiga s 513 detaljnih opisa pojedinih biljaka, životinja, dragog kamenja, metala. Temeljito promatranje prirode povezuje sv. Hildegardu s ljubavlju i oduševljenjem prema svemu stvorenom. Nabrojila je u svojim opisivanjima čak 213 biljaka. S pouzdanošću i temeljitošću kakva se stoljećima nije ponovila, informira nas o gljivama. Zapanjujuće je izvorno Hildegardino opisivanje života riba. Nitko nije sve do novijih vremena tako temeljito izbrojio i opisao riblje vrste u Rajni i njenim pritocima kao Hildegarda, priznaju joj najpoznatiji stručnjaci. S velikom pažnjom promatrala je i opisivala i svjet ptica.

Hildegardina medicinska uvjerenja, promatranja i sugestije za liječenje sa-

brani su u drugoj knjizi pod naslovom *Liber subtilitatum diversarum naturarum creaturarum* koja je kasnije dobila naziv *Causae et curae*. Hildegardino umijeće liječenja povezuje teologiju stvaranja, filozofiju kozmosa, medicinu i ekologiju, antropologiju i psihologiju.

U svim njezinim spisima i razmisljajima bez obzira o kojoj temi da piše ili raspravlja, uвijek je u pozadini njezino ispunjavanje kršćanskog svjetonazora pa tako u jednom spisu bilježi: „Sva harmonija neba je zapravo ogledalo Božje, a ogledalo svih Božjih čudesa jest čovjek“. Dalje tvrdi kako je čovjek srce kozmosa. Živi organizam, čovjek, nosi oblike zemlje zabilježene na svome tijelu, a u sebi kozmičku energiju. „U čovjeku je Bog dovršio sva svoja djela... U svojoj tjelesnosti čovjek nosi čitav svijet.“

Bolest za Hildegardu nije nikakav patološki proces, već određena degeneracija čovjekova života, deficit životnih snaga. Ili, ako to izrazimo njezinim slikovnim govorom, ona je crna žuč (melancolia) koja dominira nad zelenilom života (viriditas). Zato se proces liječenja temelji na preokretu koji obuhvaća tijelo i dušu, razum i osjetila, temelji se na revoluciji životnog stila i životnog cilja. S takvog shvaćanja postaje razumljivo zašto prema Hildegardi suze kajanja mogu biti lijek, jer kajanje može promijeniti život. Izgubljenik se vraća kući, u zajednicu anđeoskog svijeta, čovjek postaje opet zdrav, jer mu je to u prirodi, Bog ga želi čitava i sretna. Uzor onima koji čovjeku žele pomoći mora biti Krist, „veliki liječnik“, spasitelj svijeta. Milosrđe postaje središtem liječničkog etosa. S tog vidika zdravlje se ne može postići samo pomoću precizne reparatione oštećenih organa. Zdrav način življenja svakodnevna je zadaća. Ako je potreban liječnički zahvat, liječnik mora imati u vidu čitav organizam, ne smije se oglušiti o izvanjske okolnosti života, liječenje mora biti svojevrsna kombinacija brige za život prije i poslije liječničkog zahvata. Ovu Hildegardinu intuiciju o liječenju sigurno da će u mnogome podijeliti i današnja medicina.<sup>1</sup>

Središnji pojam njezina umijeće liječenja - viriditas, zelena svježina života - doima se i poslije osam stoljeća vrlo neposredno i razumljivo. Njime je osmišljeno zdravlje; sreća što ga je Stvoritelj iz ljubavi prema čovjeku položio u stvorenim svijet. Ako bolest poremeti odnose među elementima, pomaže priroda s „medicinom“ sadržanom u stvorenima elementima, u prirodi.



Velike zasluge u otkrivanju Hildegardine djela ima njemački liječnik dr. Gottfried Hertzka, koji je nakon Drugoga svjetskoga rata ozbiljno stao razmatrati Hildegardine knjige o zdravlju, bolestima i liječenju čovjeka uz pomoć prirodnih sredstva te je na temelju njih i svoje prakse napisao niz priručnika. Neke su prevedene i na hrvatski jezik zahvaljujući nakladničkoj kući UPT iz Đakova. Dr. Hertzka začetnik je velike Hildegardine medicinske obitelji koja okuplja danas oko tisuću liječnika i zdravstvenih savjetnika diljem Europe.

Njegov nasljednik dr. Wighard Strehlow iz Austrije u intervjuu za „Glas Koncila“ (veljača, 2010.) objasnio je pozadinu Hildegardine medicine: „Njezina se medicina temelji na vjeri u Krista, kristalno jasnom kršćanstvu koje nema nikakve veze s ezoterijom i sličnim postupcima.“ Isti dr. Strehlow iznio je podatak kako je Hildegardina knjiga

„Uzroci i liječenje bolesti“, latinskog naziva *Causae et curae, prva i jedina kršćanska medicina u povijesti*. „To je medicina koja gleda u sve od Boga stvorena, u biljni i životinjski svijet, u dragu kamenje, a Hildegarda u sve-mu tome otkriva ljekovita svojstva, o čemu je pisala i u knjizi *Physica*. U tim se knjigama nalazi više od dvije tisuće recepata.

Kako sažeti „čudesnost“ izlječenja koja dolaze po njezinim receptima? Dr. Strehlow ne dvoji: Temelj života je u energiji od Boga darovanoj. Svaki čovjek ima dar od Stvoritelja i mogućnost odgovornog korištenja te energije. Upravo se ona može usmjeriti u jačanje našega imunološkog sustava i aktiviranja prirodnog procesa liječenja. Koliko je poznato, ni prije ni poslije Hildegarde nitko nije tako video životne temelje kao što je ona u svojim vizijama to doživjela pišući knjige o teologiji, o kozmoloziji, o medicini. Malo je bilo svetaca koji su u povijesti prošli takvo preispitivanje svoga djela kao što je to slučaj s Hildegardom iz Bingena. Secirali su njezine knjige i spise teolozi, filozofi, muzikolozi, povjesničari umjetnosti, medicinari, farmaceuti, botaničari, psiholozi, zoolozi, feministice, politolozi nerijetko pokušavajući staviti njezinu pojavu i njezin pisani opus u kontekst ženskog naklapanja, ili ga reducirajući na toboljni protuckrveni aktivizam. Možda je dobro da se tako radilo budući da se sada, kad su otklonjene mnoge spekulacije i sumnje, zna da je njezino svjedočanstvo istinito, pogotovo



<sup>1</sup> Neka mi bude dopušteno ovdje iznijeti jedno osobno iskustvo. Prije trideset godina dok sam još bio vjeroučitelj studenata u Bazilici Srca Isusova u Zagrebu pozvao sam jednoga uglednog zagrebačkog psihijatra, koji je i danas veoma aktivan u našoj javnosti i u svojoj službi, da održi studentima predavanje o dodirnim točkama religije i psihijatrije. Među ostalim uvaženi psihijatar iznio je i jedno svoje iskustvo. Kada mu pacijent dođe tražiti pomoć jedno od prvih pitanja koje mu postavi jest o njegovoj religioznoj pripadnosti. Ako pacijent kaže da je katolik psihijatar mu savjetuje da najprije ode u crkvu, potraži svećenika i neka se isповijedi, a potom neka dođe ponovno k njemu na daljnje liječenje. I što je slijedilo: veoma često se dogodilo da se ti potencijalni pacijenti više ne vrate psihijatru. Kroz ispovijed su našli rješenje svojih problema (grijeha) te rasteretili svoju savjest od grijeha koji su redovito bili izvor psihičkih smetnji.



Samostanski  
vrt u  
Bingenu



vo sada nakon što je proglašena naučiteljicom Katoličke crkve.

Hildegardin pristup medicini i lejkarništvu i prirodi ne može se odvojiti od njezinoga kršćanskog svjetonazora. Kod nje je sve prožeto prisutnošću Stvoritelja koji u sve-mu djeluje i postoji; daje ne samo bivovanje nego i energiju. Čovjek je pozvan da otkriva za svoje zdravlje Božje pomoći skrivene oko nas u prirodi i u svemu stvorenom.

Na kraju ovoga kratkog prikaza života i djela sv. Hildegarde, posebice njezine medicine, želim spomenuti još jednu činjenicu koju sam možda trebao navesti već na početku: sama sv. Hildegarda govoreći u svojim spisima o metodama liječenja koje je s uspjehom primjenjivala tvrdi da do njih nije došla putem istraživanja ili eksperimentiranja nego ih je primila preko nadnaravnih viđenja kao i mnoge ostale teološke spoznaje i sadržaje što je potom vjerno zapisivala u svojim knjigama. Način do kojih je došla do tih medicinskih spoznaja u stvari je sporedan; glavno je jesu li njezine metode primjenljive i uspješne u pomaganju bolesnicima. A to se potvrdilo i za njezina života a potvrđuje se i danas. Iznenadjuće činjenica da se oko tisuću liječnika i zdravstvenih djelatnika po Europi okupilo u Udrugu Hildegardine medicine koju je osnovao dr. Hertzka u Austriji i koji proučavaju i primjenjuju njezine metode liječenja. Njezino nedavno proglašenje crkvenom naučiteljicom nije naravno imalo za cilj niti odobrenje niti popularizaciju njezine medicine nego se odnosilo isključivo na njezine duhovne i teološke spise, i njezinu vjersku djelatnost čime je duboko označila svoje vrijeme i utjecala na kasnija stoljeća. Međutim indirektno ipak svraca pozornost na njezine metode liječenja koje su neodvojive od kršćanskog svjetonazora i koje mogu zainteresirati liječnike vjerskih uvjerenja.

Ovoga ljeta za vrijeme odmora susreo sam slučajno na Krku jednu liječnicu iz Italije iz Bozena (Bolzana), dr. Christiane Ernst-Paregger koja je i sama bila ondje na odmoru zajedno s drugim prijateljima iz Južnoga Tirola (njemačko govorno područje). Pripovijedala mi je kako se ona posljednjih godina potpuno orijentirala na primjenu metoda liječenja prema sv. Hildegardi. Osnovala je u Bozenu (Bolzanu) i centar pod nazivom „Hildegardpraxis-Bozen“ te ima mnogo posla i naravno uspjeha u primjeni tih metoda.

.....  
(postulaturaim@gmail.com)

#### Važnije publikacije o sv. Hildegardi na hrvatskom

- Christian Feldmann, *Hildegarda iz Bingen - redovnica i genijalka*. Biografija. UPT, Đakovo, 2006.
- Niz članaka o sv. Hildegardi u povodu njezina proglašenja crkvenom naučiteljicom donio je Glas Koncila u svom mjesечноj prilogu *Prilika* br. 10., listopad 2012., str. 9-13.
- Intervju s dr. Wighard Strehlow, voditeljem Hildegardina centra, središta »kršćanske medicine« u Allensbachu u Austriji. *Glas Koncila*, veljača 2010.



# Zašto slikam!

Dr. Jasna Novak, Karlovac

- Lako je postaviti pitanje "Zašto slikam", ali na nj nije uvijek lako odgovoriti. Brz odgovor na to pitanje bio bi da ne znam zašto slikam, ali nakon kraćeg razmišljanja odgovorila bih da slikam po unutarnjem diktatu svojeg bića, za što i postoji obrazloženje.

Od djetinjstva, bolje rečeno od školske dobi, pokazivala sam zanimanje za likovna i muzička zbivanja, u kojima sam stvarno uživala.

To potvrđuju i opisne ocjene iz likovnog i muzičkog odgoja (izražen smisao za boje i njihovu kompoziciju; izražen smisao za ritam), odabir jednoga mojeg crteža za sku-

pnu izložbu dječjih crteža kao i činjenica da sam tada bila član foto grupe, školskog zbora i školskog malog orkestra u kojem sam svirala školsku flautu.

U gimnaziji sam nadasve voljela satove likovne i glazbene umjetnosti, što je i nadalje hranilo moju kreativnu dušu. Za vrijeme studija pomalo sam zanemarila taj dio svoje osobnosti, a to se nastavilo i nadalje jer mi svakodnevna putovanja do radnog mjesta i natrag, uz podizanje četvero prekrasne djece, nije ostavilo mnogo vremena za neki oblik aktivnoga kreativnog rada.

Ostalo je samo aktivno slušanje muzike, koja meni život znači.

Sada, kako ja kažem, u predvečerje svoga života, nakon što su mi djeca za 60. rođendan poklonila mali digitalni foto aparat, ponovno sam oživjela i počela konačno aktivno "hraniti" zatomljeni dječji dio moje duše.

Šećem što više prirodom i koristim svaki trenutak neovisno o vremenu. Snimam travu kada je mraz pa to zovem čarolijom male travčice (od tada nastojim ne hodati po travi), Koranu - jer posljednjih desetak godina živim u Karlovcu (moj rodni grad je Zagreb), labudove na Korani (tek sada sam potpuno otkrila njihovu draž i otmjenost), Glinu jer sam često u Topuskom, puževe u Topuskom kojih je na pretek poslije kiše (očarava me spiralna arhitektura njihove kućice), jabuke u mojoj voćnjaku (moja najdraža voćka i voće), more bez kojeg ne mogu zamisliti život, Senj-kula Nehaj (obožavani gradići iz kojeg je rodom moja pokojna majka), pejzaže iz automobila tijekom vožnje, oblake te vječne putnike itd.

Eto, to bi bio odgovor na pitanje "Zašto slikam", odgovor uredniku pa i sebi samoj!

.....



Dr. JASNA NOVAK, rođ. Mačković, Zagreb, 1951, diplomirala je u Zagrebu i specijalizirala medicinu rada. Radila je kao liječnica do 1993. u MC-u "Dr. Ivo Pedišić" Sisak, u djelatnosti za medicinu rada - ambulanta Željezare Sisak. Od 1996. radi u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, najprije kao kontrolor u Područnom uredu u Koprivnici, onda kao viši inspektor za medicinske poslove u Službi kontrole Direkcije Zavoda, a trenutno kao viši inspektor za medicinske poslove Odjela za vanjski i unutarnji nadzor Područnog ureda Zavoda u Zagrebu. Član je Hrvatskog društva za medicinu rada - Podružnica Zagreb, i Hrvatskog društva medicinskih vještaka Zavoda (HDMVZ).

## Ljubav malog foto-aparata

Djeca su me svojoj majci  
Za rođendan darovala.  
Od prvoga dana,  
Između nas,  
Ljubav se rascvjetala.

U šetnjama našim,  
Majčino oko,  
Meni je zakon,  
Pa se snime slike  
koje zaslужuju naklon.

Za otkrivanje detalja,  
Moram priznati,  
majka ima dara,  
ja joj samo pomažem,  
pri snimanju foto serijala.

Digitalni fotić sam mali,  
od kada sam kupljen,  
sreće mi ne fali,  
došao sam u zlatne ruke  
i u zagrljaj pravi.

.....

(jasna.novak@hzzo.hr)



# Čarolija ljudskih ruku\*

Igor Čatić i Maja Rujnić-Sokele  
Sveučilište u Zagrebu, Fakultet strojarstva i brodogradnje

## Uvod

- Poticaj da se ljudsku ruku promatra kao nenadmašivo sredstvo djelovanja potječe od njemačkog filozofa **O. Spenglera**<sup>2</sup>. Časopis *Sustav* prihvatio je izvorni tekst<sup>1</sup> za objavu. Što više, proglašio je to temom broja i priložio još 8 tekstova, čiji će naslovi biti navedeni poslije.

Glavni urednik *Liječničkih novina*, čitajući tekst o ruci kao nenadmašivom sredstvu djelovanja, predložio je da se kraća verzija pripremi za rubriku Tehnologija u medicini. Kraćenje je bilo olakšano činjenicom da su Liječničke novine objavile tekst: Što moraju znati svi, pa i medicinari.<sup>3</sup>

Pokazat će se zašto je ljudska ruka praktična vladarica svijeta. Jednostavno rečeno, ljudska ruka rezultat je djelovanja u prirodnjoj tehnici, netko bi napisao Stvarateljevoj (Stvoriteljevoj) tehnici. U umjetnoj, čovjekovoj tehnici, tehnici stvorenog sustvratelja ne postoji ništa usporedivo s ljudskom rukom.

## Povijesni razvoj ruke kao sredstva djelovanja<sup>4</sup>

Prema najnovijim istraživanjima, prije nekih šest do sedam milijuna godina, počeli su se čovjekovi prethodnici podizati na zadnje noge i u jednom trenutku su se uspravili. Uspravljenom čovjeku prednje noge pretvorene su u ruke. Jednog humanoida, nazvanog Predak tisućljeća (Orroin tungensis), pronašli su u Keniji **B. Senut** i **M. Pickford**.<sup>5</sup> Ljudska ruka je prirodno sredstvo djelovanja bez premca u svijetu slobodno pokretljivog života. Po Spenglerovim mišljenju razvoj ljudskog bića usko je povezan s razvojem ruke, a ruka je i danas jedinstveno sredstvo djelovanja. Ruka je zaista jedinstvena i o tome u nastavku Spengler piše: "Oko te grabežljive zvijeri uočava cilj i smatra se teorijskim vladarom Svijeta. A ruka je praktična vladarica."<sup>2</sup>



Prevedeno u sustavnosni jezik, oko je senzor informacijskog sustava, mozga, dok je ruka sredstvo djelovanja izvedbenog sustava (energija i masa).

Neki od mislilaca poput Nietschea ili Montaignea, oduvijek su znali kako je čovjek grabežljiva zvijer.<sup>2</sup> Međutim, pitanje otkad postoji ta zvijer? Spengler tvrdi da postoji od kada postoji i čovjek.<sup>2</sup> Na pitanje, pak, kako se postaje čovjekom, odgovara – postankom ruke. Isti autor misli kako su čovjekova ruka, hod i držanje morali istovremeno nastati. Što se onda dogodilo po oblikovanju ruke? Usprkos mnogim odlikama, ruka je kratka, nedovoljno snažna, može praviti tvorevine samo u određenom području smične viskoznosti tvoriva. Zato ruka nije dovoljna, treba umjetni produžetak (**S. Freud**).<sup>2</sup>

Stoga Spengler smatra kako su istodobno s čovjekovom rukom morali postojati i drugi alati. Pritom nije odgovoren na pitanje kakvi su to alati? To su mogli biti samo prirodni alati, prirodne, tvorevine neposredno ponuđene u prirodi poput komada kamena, drvene grane ili kosti neke životinje. I tako je stvoreno carstvo prirodnih alata, carstvo ruke i ostalih prirodnina.

Istodobno, sustavnosno promatranje, ljudske ruke izrazito su važan podsustav sustava ljudsko tijelo.<sup>6,7</sup> Drugačije rečeno, postoji snažna korelacija između ruke, mozga i svih ostalih tjelesnih organa.<sup>8</sup>

Dio mozga povezan s rukama relativno je veći od onih dijelova koji su povezani s bilo kojim drugim dijelom tijela. Darwin je uvjek shvaćao činjenicu da je razvoj nekih dijelova organizma povezan s razvojem drugih dijelova, pri čemu prividno ne postoji povezanost među njima. On je to nazvao zakonom korelacije rasta. Razvoj ručnih vještina bio je povezan s razvojem mozga. Ruka ne postoji sama za sebe.<sup>8</sup>

Ruka je vrlo važan podsustav najkomplikiranijeg i najkompleksnijeg<sup>1</sup> prirodnog sustava, čovječjeg tijela.

Mora se postaviti pitanje kako se ruka i ostali prirodni alati mogu upotrijebiti. To je naime temeljno pitanje egzistencije tehnicičara. Ruka je od početka svoje uporabe alat koji se pojavljuje u svoje dvije suprotnosti, u pravilu služi kao dobro sredstvo djelovanja – oruđe, ali može poslužiti i kao loše – oružje. Raščlanjujući moguću uporabu prirodnih alata, moguć je zaključak kako su rabljeni i kao oruđe, ali i kao oružje. To vrijedi i za samu ruku, na što ukazuju nizovi poznatih primjera gdje su ruke poslužile kao oružje u oduzimanju života, a jedan od najpoznatijih je Shakespeareov Otello.

Time je ruka, kao prirodno sredstvo djelovanja, sve do današnjih dana odredila sudbinu tehnike, koja uvjek ima svoje lice i naličje. To je dvojnost, dihotomija čovjekove tehnike koja prati čovjeka od njegovih početaka.

I tada se pred kojih 2,6 milijuna godina ponovno zabilo nešto odlučujuće. Ne poznati je alatničar iz skupine nazvane homo ili homo habilis u Goni (Etiopija), izumio i izradio prvi umjetni alat, umjetninu (arte-fakt),<sup>6</sup> kameno sječivo<sup>9</sup> te tako postao prvim kulturologom. Taj vrlo vješti zanatlija bio je istodobno konstruktor i izrađivač.

Morao je stalno zamišljati (konstruktor) kako mora izgledati izrađivano kameno sječivo. Ali on je istodobno i činitelj jer pravi sječivo. Nastajanje kamenog sječiva izvrstan je primjer mehanike loma koja povezuje mehaniku i materijale. Istodobno bio je to početak umjetne makrotehnike. Pritom riječ makrotehnika označuje tvorevine uobičajenih dimenzija, rukom hvatljiva tijela. U pravljenju prve umjetnine, odlučujući je doprinos ljudske ruke. Pravljenje kamenog sječiva je obradba odvajanjem čestica i najstarija je ljudska kulturna djelatnost, a pripada proizvodnoj tehnici. Zato je izum i izradba kamenog sječiva prva čovjekova kulturna djelatnost, početak materijalne, a time i svekolike humane kulture.<sup>7</sup>

Jasno nam je da mogućnosti ovog teksta prelazi sveobuhvatnost i sve mogućnosti cijelovite ruke, stoga se u nastavku

\* Ovaj tekst je u opširnijoj inačici objavljen pod nazivom *Pogled na ljudsku ruku – nenadmašivo sredstvo djelovanja*.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Valja strogo razlikovati pojmove komplikiran i kompleksan. Komplikiranost označuje broj podsustava a kompleksnost broj veza među njima.<sup>6,7,9</sup>



treba usredotočiti na mogućnosti ruke kao prirodnog sredstva djelovanja ostvarivanja u materijalnoj kulturi, premda ruka koja primjerice pridržava pisalo (hvataljka), djeluje i na ostvaraje u duhovnoj kulturi. Također treba ispitati djelovanje u ostvarivanju funkcija mijene, prijenosa i pohrane te promjene i održavanja stanja. Poticaj za takvo promatranje potječe od Ropohla.<sup>6</sup>

Međutim, za daljnja razmatranja treba ruku razdvojiti na šaku i preostale dijelove ruke jer, ako se posebno ne naglasi, uvijek se pomišlja na ljudsku šaku.

## Ruka i usavršena klasifikacija proizvodnih postupaka

Za opis odlika ljudske ruke među ostalim uporabit će se i usavršena klasifikacija proizvodnih postupaka koja se temelji na normi din 8580.<sup>12</sup> Ta je norma s osnovnim pojmovima opisana u radu.<sup>3</sup>

## Sistematisiranje proizvodnje s motrišta uporabe ljudske ruke

Osnovni cilj proizvodnje umjetnina jest pretvaranje sirovine, prirodne, neprerađene tvari u materijalnu tvorevinu, potrebnoga geometrijskog oblika i nužnih uporabnih svojstava. Pritom proizvodnja umjetnine mora biti gospodarski opravdana te društveno-humanistički prihvatljiva – zdravlje čovjeka

ka, zaštita okoliša i prirode, etičnost itd.<sup>4,11</sup> Proizvodnja umjetnina (artefakata)<sup>2</sup> jest zbir aktivnosti pri pretvaranju sirovina u umjetnu tvorevinu, gotov proizvod organiziranim djelovanjem čovjeka na objekte rada (sirovine i poluproizvode), s pomoću sredstava rada (alati, strojevi, razni uređaji), u cilju stvaranja materijalnih dobara drugih upotrebnih vrijednosti za izravno ili posredno zadovoljavanje njegovih potreba. Uključuje pravljenje tvari te njihovo pretvaranje pomoću dodataka u upotrebljive tvari, materijale potrebnih proizvodnih svojstava. To je područje procesne tehnike. Slijede izradbeni postupci obuhvaćeni zajedničkim nazivom izradbena tehnika.<sup>4,11</sup>

Vađenje željezne rudače ili nafte kao i sjeća drveća, neki su od primjera izvora sirovina. Primjeri proizvodnje umjetnina jesu: uzgajanje žitarica, plantažnog drveća (umjetna tvar ili materijal), proizvodnja poli(vinil-kloridnog) polimerizata (PVC) (umjetna tvar), čelika (umjetni materijal) ili kožne obuće (tvorevina, gotovi proizvod).

Sistematisiranje proizvodnje temeju se na koponovoj razredbi tehničkih sustava stvari prema klasi funkcije i pretežnom izlazu (tablica 1).<sup>6,4,11</sup>

Na temelju ove tablice pokušat ćemo dokučiti uporabu ljudske ruke kao sredstva djelovanja u navedenih devet polja. Trenutno ne postoji dovoljno istraživanja s pomoću kojih bi bilo moguće produbljenje opisati bitno djelovanje ljudske ruke u svim poljima. Bit će opisano samo pet polja (Tablica 1.).

IZLAZ	KLASA FUNKCIJE		MIJENA (pretvorba, promjena)	PRIJENOS (transport)	POHRANA
	MATERIJALNA	ENERGETIKA			
TVAR			procesna tehnika izradbena tehnika	tehnika dobave prometna tehnika niskogradnja	skladišna tehnika visokogradnja
ENERGIJA			tehnika pretvorbe energije	tehnika prijenosa energije	tehnika pohranjivanja energije
INFORMACIJA			tehnika obrade informacija tehnika mjerena i vodenja	tehnika prijenosa informacija	tehnika pohranjivanja informacija

Tablica 1. Klasifikacija tehničkih sustava stvari prema pretežnom izlazu (G. Ropohl, 1979).<sup>6</sup>

Za proizvodnju tvorevina najvažnije je polje koje čine funkcija mijene (proizvodna tehnika) i pretežni izlaz – tvar (materijalika). To polje čine dvije tehnike: procesna i izradbena tehnika.

Pretvaranje prirodnih, neprerađenih, bezobličnih tvari, sirovina u tehnički upotrebljive tvari, materijale, područje je djelovanja procesne tehnike. Postoji više temeljnih operacija u procesnoj tehnici gdje je ljudska ruka sredstvo djelovanja – poput gnjetenja tijesta zbog postizanja homogenosti smjese - brašna, vode, soli, itd.

## Izradbena tehnika<sup>3,4,11</sup>

Svrha izradbene tehnike je pravljenje ili mijenjanje radnog tijela definiranog geometrijskog oblika na temelju zamisli ili crteža koji sadrži pojedinosti o materijalnoj tvorevini i njezinoj izradbi. Oblik i izmjere zamišljene tvorevine, potrebna kvaliteta površine i uporabna svojstva proizvoda te njihova dopuštena odstupanja, utječu na izbor izradbenog(ih) postup(a)ka, a time i na izbor alata i mjerne opreme. Zbog raznolikosti i brojnosti izradbenih postupaka, nastoji ih se učiniti neovisnim o vrsti materijala i namjeni tvorevine. Za taj opis poslužit će usavršena tablica s obilježjima glavnih skupina proizvodnih postupaka (za terminologiju pogledati u tablici 2 u<sup>3</sup>).

Funkcija mijene ostvaruje se postizanjem geometrijskog oblika čvrste tvorevine te njezinih uporabnih svojstava. Pritom se postiže povezanost (praobljkovanje), zadržava povezanost (preobljkovanje), smanjuje povezanost (odvajanje) i povećava povezanost (povezivanje i oslojavljivanje). Uporabna svojstva tvorevine postižu postupcima iz šeste glavne skupine.<sup>16</sup>

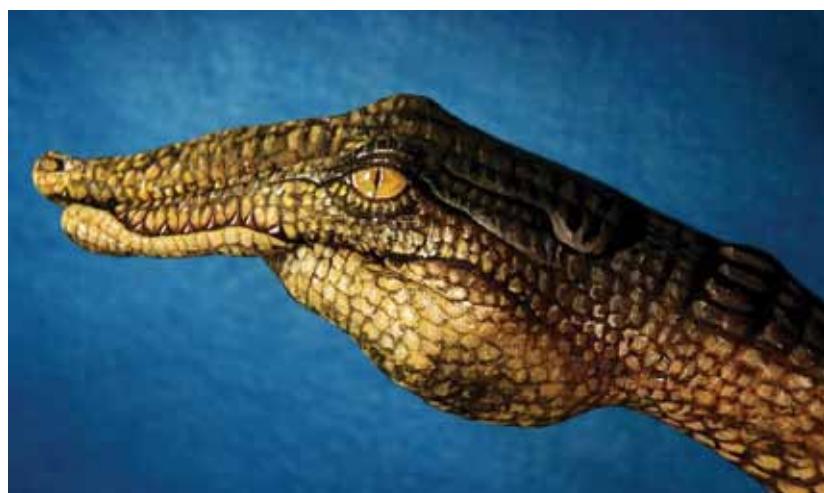
## Postupci praoblikovanja pomoću ljudske ruke

Praoblikovanje je pravljenje prao-blika, čvrstog tijela od bezobličnih tvari, pri čemu se postiže povezanost među česticama, a u nekim slučajevima stvara se i građa materijala. Praoblikovati se mogu bezoblične tvari u tri osnovna stanja: plinovitom, kapljevitom i čvrstom stanju. Pritom tvar<sup>13</sup> mora biti u potrebnom rasponu smičnih viskoznosti.<sup>14</sup>

Tijekom praoblikovanja uвijek nastaje povezanost među česticama, prao-blik tvorevine. Istodobno se mijenja struktura materijala. Ljudskom rukom moguće je praoblikovati bezoblične tvari poput glinenih smjesa, tijesta ili snježne grude. Pritom se na odgovarajući način oblikovanom šakom postižu potrebitni prao-blici, šake u tom slučaju čine nepotpuno zatvoren kalup. Tako se, primjerice, pri pravljenju voćnih ili čokoladnih kuglica položajem ruke postiže njihov kuglast oblik. Međutim, u slučaju potrebe, postizanje uporabnih svojstava proizvoda zahtijeva očvršćivanje praooblikovane smjese, npr. pečenjem. Smatra se da su prvi načinjeni proizvodi od umjetnih materijala bili keramički.<sup>15</sup>

## Postupci zadržavanja i umanjivanja povezanosti

Postupke promjene oblika pri-premka uz zadržavanje njegove cjelovitosti naziva se preoblikovanje. Šakama se uspješno ne preoblikuje, npr. savijanjem metalne žice pravi se nakit ili se razvlači tijesto u tanji trak. Pri postupcima odvajanja, umanjuje se po-vezanost među česticama i smanjuju se po-četne izmjere pri-premka, npr. brušenje zubi u dentalnoj medicini.



## Postupci povećanja povezanosti

Tu skupinu proizvodnih postupaka čine postupci povezivanja i oslojavanja (pre-vlačenja). Povezivanjem se povećavaju prvo-bitne izmjere tvorevine, dobiva se monolitan spoj od dvaju ili više komada izrađenih od istih ili različitih materijala.

S rukom je moguće spojiti više di-jelova u cjelinu, npr. spajanje dvaju dijelova ili povezivanje više dijelova od plastelina ili tijesta u jednu tvorevinu. Rukom je moguće povezivanje preoblikovanjem, poput pregiba-nja, npr. pravljenje papirnatog broda.

Postupci oslojavanja namijenjeni su ukrašavanju i zaštiti izradaka, a njihovo je obilježje nanošenje čvrsto prianjajućeg sloja od bezoblične tvari na izradak. Teorijski ruka može premazati neki sloj, ali u načelu rabi neko drugo sredstvo djelovanja - nož, kist ili slično. U tom slučaju ruka služi kao sredstvo prijenosa.

## Postizanje uporabnih svojstava tvorevine

Za ovu skupinu postupaka autoru nisu poznati primjeri iz svakodnevног života, a iz opisa te skupine postupaka vjerojatno nedostaju i rezultati odgovarajućih istraživačkih radova.

## Ljudska ruka kao proizvođač energije

Na temelju vlastitih spoznaja, ruke proizvode energiju ili barem jedan njezin dio, pretvaranjem mehaničkog rada trenja u to-plinsku energiju (tarna ili frikcijska toplina). Primjer je spravljanje voćnih kuglica od smje-se koja sadrži orahe<sup>16</sup>

Naime, tijekom praoblikovanja tak-ih kuglica, potrebno je djelovanjem ruku zagrijati smjesu na temperaturu koja omogu-ćuje otpuštanje masti iz oraha koja služi kao vezivo.

## Ljudska ruka u informatici

Prema Ropohlu, polje informatika-mijena obuhvaća tehnike obrade informacija, mjerena te vođenja – upravljanja i regulira-nja.

Ruka pomoću svojih senzora osje-ća toplo i hladno, čvrsto i kapljevito, tvrdo i meko, osjeća oblik, težinu i mjesto otpora, ukratko prirodnine i umjetnine u prostoru. Zaključno, ruka je osjetilo, senzor. Dio ruke, palac, i danas je mjeru duljine.<sup>4</sup> Poseban oblik osjetilnog, senzorskog djelovanja ruku je hod djeteta koje ispruženim rukama opipava po-stojanje mogućih prepreka. Kod slijepaca štap koji drži ruka služi istoj svrsi.

Istodobno je ruka snažno sredstvo prijenosa poruka, informacija – polje infor-



matika-prijenos, primjerice oblik i izgled ruke te način rukovanja, tapšanja, pomoću kojih se prenosi rukom informacija i sl.<sup>4</sup>

## Ljudska ruka kao moćno sredstvo prijenosa<sup>4</sup>

Ruka je vrlo moćno sredstvo prijenosa, s 28 stupnjeva slobode. Pretežni dio robota služi za pridržavanje nekog sredstva djelovanja, kao što je to i slučaj s rukom, mirovanje ili prenošenje iz jedne točke u drugu, gibanje. Danas su i najsvršeniji roboti tek nešto bliži broju stupnjeva slobode koje ima ruka. Ruka u cijelini može biti izvorom velike energije koju ostvaruje zamahom.

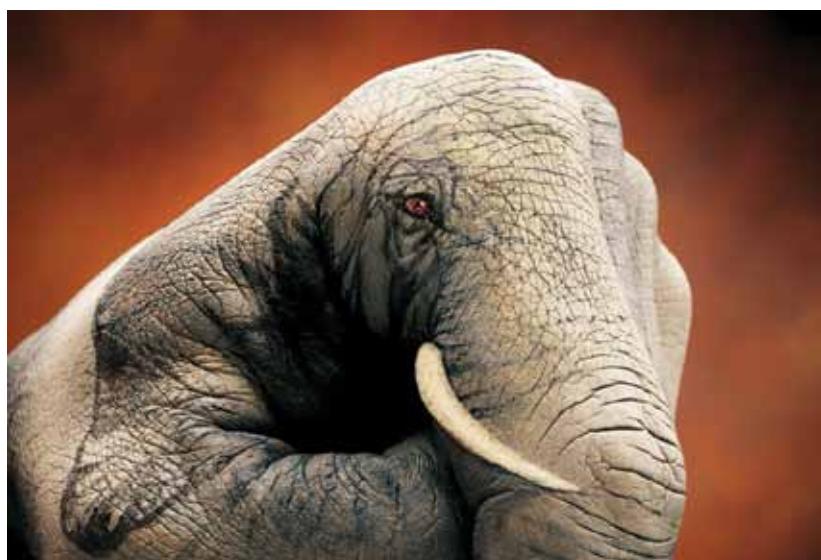
## Održavanje i promjena stanja

U prethodnim poglavljima ovog članka obrađena su djelovanja kako ih je Ropohl opisao u svojoj sistematizaciji tehničkih sustava prema pretežnom izlazu. Međutim, potrebno je razmotriti mogućnosti ruke u promjeni stanja i održavanju stanja.

Rukama je moguće slomiti štap – promjena stanja. Međutim, s rukama je moguće, npr. uz pomoć ljepila, popraviti slomljeni štap ili uspostaviti početnu geometriju slomljenog uda koje zatim zaciјeli.

## Što su miogeloze u tehničarskim očima?

Na pitanje što se su miogeloze i što treba učiniti, tehničar će odgovoriti da se radi o nakupinama koje treba djelovanjem tlaka i topline preoblikovati njihovim razbijanjem i restrukturiranjem na nadmolekulnoj razini. Kako se to ostvaruje? Ručnom masažom, kombinacijom dvaju procesa.



Pri toj namjenskoj masaži (trljanju) pretvara se mehanički rad trenja u toplinu (mjesno povišenje temperature), a pritiskom prstiju ostvaruje se gnjetenje mišićnih struktura, njihove promjene (miogeloza), u svrhu relaksacije zaostalih naprezanja. Popuštanjem tih naprezanja ostvaruje se prijelaz prema početnom zdravom stanju, ali je nemoguće potpuni povrat, jer je sol stanje zamijenjeno gel stanjem.<sup>17</sup> Ovo mora liječnik pozorno pružiti

## Što je sagrađeno oko stožernog teksta o ljudskoj ruci?

Ovaj tekst je izvorno pisan s namjerom da ga objavi jedan medicinski časopis. Urednik je pak očekivao opis znatno jednostavnije, i to umjetne tvorevine, kiborške šake. Tekst je međutim prihvatio glavni i odgovorni urednik časopisa *Sustavi*, prof. dr. sc. Josip Stepanić, časopisa koji je popularizirao sustavnosnu teoriju. Gotovo cijeli broj časopisa bio je posvećen ljudskoj ruci. Evo što je napisao glavni urednik.

»Sukladno navedenoj izdavačkoj politici ne treba čuditi i broj posvećen ljudskoj ruci. Stožerni je tekst »Pogled na ljudsku ruku - nenadmašivo sredstvo djelovanja«. Slijede: »Ljudska ruka - evolucijski razvoj sustava«, »Ozljede ruke u sportu«, »Ruke u plesu«, »Ruke kao nepriznato komunikacijsko oruđe«, »Religija kao simbolički sustav«, »Ruka - sustav prenošenja čovjekove vještine i kreativnosti«, »Pneumatski mišić kao aktuator« i »Dominantnost ruke«. Priznajte da nikada niste na taj način razmišljali. Pa ni potpisnik nije bio svjestan činjenice da i u ovoj sredini postoji dovoljan broj stručnjaka koji su s toliko različitih gledišta sposobni opisati ruku, praktičnu vladaricu Svijeta.

## Ljudska ruka – umjetnička tvorevina i njezino djelovanje u umjetnosti

Glavni urednik *Sustava* osigurao je svojim osobnim zauzimanjem specijalni dodatak, ljudsku ruku kao umjetničko djelo. Naime, s obzirom na svoju pokretljivost ruka može poprimiti najrazličitije oblike. Slike prikazuju obojenu ruku kako oponaša životinje. Valja prenijeti skraćeno što je povodom uvođenja odjeljka *Ljudska ruka – umjetnička tvorevina* napisao glavni urednik.

»Članak Pogled na ljudsku ruku prožimajuće je umjetničko djelo – tekstualno i grafičko. Grafički aspekt ovog djela su slike Maria Mariottia (1936.-1997) čiju nam je reprodukciju odobrila njegova kćer Francesca Mariotti, koju smo ujedno pitali za neke detalje rada s njenim ocem.« Što je napisala Francesca Mariotti?

»Ova djela su o metamorfozama, česta ideja čitava očevog rada bila je transformacija običnog u neobično. On je bio slikar, kipar, dizajner, grafičar... (1936.-1997, Firenca). Prvu zamisao oslikanih ruku realizirao je za izvedbu u kazalištu u Firenci 1973. i to slona. (...) Nakon što je razvio ovu ideju s ostalim životinjama, 1980. talijanski izdavač *La Nuova Italia* izdao je prvu knjigu nazvanu *Animani*, te su uslijedila mnoga internacionalna izdanja. U Umanu 1982. umjesto u životinje transformirao je svoje ruke u ljudе, zatim 1984. Inganni transformacijom svog lica u ostale oblike. Godine 1987. počinje moja suradnja s njim i zajedno smo realizirali 1988. "Rimani", opet životinje ali s četiri ruke. U tom razdoblju počela sam raditi na svakoj filmskoj produkciji, na knjizi te zabavnim sadržajima koji su zahtijevali rad s naslikanim rukama.

Godine 1990. vezano uz svjetsko prvenstvo u nogometu održano te godine u Italiji, uradili smo Fallo di mano s rukama / nogometašima, a 1992. za Olimpijske igre načinili Giochi di mano (Igre s rukama). Tamo je također bilo izdanje nogometa napravljeno samo u Japanu, te je realizirao uspješno dvije reklame, dobitnice mnogih nagrada, kao Grand prix u Cannesu i Zlatna nagrada u New Yorku. Sve ideje su prvo nacrtane na papiru i onda realizirane na rukama.

Upotrebljavali smo vodene boje s četkama, oči smo preuzimali od lutki ili plišanih životinja, ali je također funkcionalo s jednostavnim kućanskim stvarima poput dugmadi, itd. Sve smo sami slikali. Nastavljam njegov rad, pripremam izložbe, radionice, reklame...»

I valja završiti s rukom u umjetnosti. Ruka može poslužiti i kao sredstvo pokretanja lutaka u kazalištu lutaka. Poznat je pojam kazališta sjena ili gibanje lutaka s pomoću ruke, kojoj je lutka svojevrsna rukavica.

## Zaključak

Za sada je teško predviđati kako će bilo koja umjetnina ikada nadmašiti po svojoj raznovrsnosti djelovanja tu nenadmašivu prirodninu, ljudsku ruku.

Predložena slika mogućnosti ljudske ruke sigurno nije sveobuhvatna. Ona odražava iskustvo, znanje i spoznaje pojedinca uz pomoć misli nekih drugih pojedinaca. Međutim već i za ovaj opis trebala su, makar i najoskudnija znanja iz filozofije, biologije, medicine, alatničarstva i ostalih proizvodnih disciplina s područja proizvodnje prehrambenih proizvoda i sličnih područja pravljenja neživih umjetnina, informatike, termodynamike, sustavne teorije i njezine primjene u proizvodnim postupcima nastajanja živoga i



neživog. Potpun opis ljudske ruke kao nenadmašivog sredstva djelovanja ne može dati pojedinac, pa makar on bio izuzetan poznavalac više disciplinama. Ali može potaknuti zaokruživanje opisa, gdje bi svaki pojedinačni doprinos bitno unaprijedio ovdje opisane mogućnosti ljudske ruke. Posebice se to odnosi na potrebu da se opišu područja djelovanja ljudske ruke na području materijalne fitokulture i animalne kulture.

## Zahvala

Autori su trebali stručnu pomoć liječnika, što nije bio jednostavan zadatok. Zato je naša zahvalnost umjerena prvenstveno prof. dr. sc. **Mladenu Šulhoferu** (1924-2010), koji je vrlo pozorno pročitao izvorni tekst i stavio nam brojne korisne primjedbe. Zahvaljujemo se i glavnom uredniku časopisa *Sustavi*, prof. dr. sc. **Josipu Stepaniću**. Tekst je nastao u okviru projekta Primjena sustavne teorije u raščlambi opće tehnike koji je finansiralo Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa. Zahvaljujemo se mzoš-u na financijskoj potpori.

.....  
(igor.catic@fsb.hr)



## Literatura

- Čatić, I., Rujnić-Sokele, M.: Pogled na ljudsku ruku – nenadmašivo sredstvo djelovanja, *Sustavi* 3(5)17-25(2009).
- Spengler, O: Čovjek i tehnika, Laus, Split, 1991,
- Čatić, I.: Što moraju znati svi, pa i medicinari, Liječničke novine 106(2012)51-53.
- Čatić, I.: Uvod u tehniku, vlastita naklada, 2003.
- HINA: Predak tisućljeća (Orroin tugenensis), Vjesnik, 24. ožujka 2001.
- Ropohl, G.: Eine Systemtheorie der Technik, Zur Grundlegung der Allgemeinen Technologie, C. Hanser Verlag, München, Wien, 1979,
- Čatić, I., Razi, N., Raos, P.: Analiza injekcijskog prešanja polimera teorijom sustava, Društvo plastičara i gumaraca, Zagreb, 1991.
- The Revolutionary Birth of Man, <http://www.marxist.com/science/revolutionarybirthofman.html>, pristupljeno 6.3.2009.
- Čatić, I., Šarić, Lj.: Prilog sustavnosnoj analizi hrvatskog jezika, Rasprave Zavoda za hrvatski jezik, 20 (19-30) 1994. Dostupno na <http://www.fsb.unizg.hr/polimeri/erohen/novosti.html>.
10. Semaw, S., Renne, R., Harris, J. W. K., Feibel, C. S., Bernor, R. L., Fesseha, N., Mowbray, K.: 2.5-million-year-old stone tool from Gona, Ethiopia, *Nature* 385(1997)333-336.
11. Čatić, I.: Proizvodnja polimernih tvorevin, Društvo za plastiku i gumu, Zagreb, 2006.
12. din (Deutsches Institut für Normung e. V.: Fertigungsverfahren-Begriffe, Einteilung, 8580, Beuth Verlag GmbH, Berlin, September 2003.
13. Primjena sustavne teorije u raščlambi opće tehnike, projekt mzoš (2007-2011.), voditelj I. Čatić,120-0000000-1805.
14. Čatić, I.: Zašto je moguć korjenit razvoj materijala, a samo inovativni proizvodni postupak i proizvoda?, *Polimeri* 24(2003) 2-4. 64-73.
15. Raab, M.: Materiály a človek, Encyklopedicky Dum, Spol.-s.r.o, Praha, 1999.
16. Ručni rad, Dobro jutro Hrvatska, Hrvatska televizija, I. program, 19. veljače 2009.
17. N.N.: Kolumna fizioterapeuta – miogeloze, <http://www.scipion.hr/fizioterapija/katalog-det.asp?IDGrupa=7&IDPodgrupa=7>.

## Izvor fotografija

- Mariotti, M.: Humans, Green Tiger Press, La Jolla, California, 1982,
- Mariotti, M.: Animals, Green Tiger Press, La Jolla, California, 1982,
- Mariotti, M.: Animations, Kane/Miller Book Publisher, Brooklyn, New York, La Jolla, California, 1982.



# Novi članovi uredništva

*Izvršni odbor Komore imenovan je na sjednici 16. studenoga tri nova člana Uredničkog odbora „Liječničkih novina”. Zahvaljujući informatičkoj eri, po prvi put je jedan izvan Zagreba.*



• **Prim. dr. Vjekoslav (Josip)**

**Mahovlić**, dr.med. rođen je 3. ožujka 1943. u Iloku (Srijem), jednom od najljepših krajeva naše, ionako lijepo, Hrvatske. I kao što sam zna kazati – narav je Srijemca pitoma poput nepreglednih polja zlatnog žita, duša kao obronci Fruške gore, tih je i polagan kao Dunav, a i snaga mu je takova. Hrvat je i rimokatolik. Oženjen, otac dvoje djece i ponosan djed šestero unučadi.

Na prvoj, ujedno i ponovno osnivačkoj Skupštini Hrvatske liječničke komore, biran je uz druge čelne osobe i rizničar. Tada je na to mjesto izabran prvi put i „traje“ sada već u petom mandatu kao jedini čelnik Komore koji od početka obnaša istu dužnost. Komorin rizničar po svom je položaju član Izvršnog odbora i obvezno nazoči sjednicama njezinog Vijeća, kao i svakoj Skupštini, kojoj prezentira završni račun i finansijski plan za sljedeću godinu. Biran od nje njoj je i neposredno odgovoran. Alimentirati sve vidove Komorine djelatnosti i njezine obvezne složenje i zahtjevan zadatak, a s obzirom da su netom, gotovo vlastitim sredstvima, kupljeni novi poslovni prostori, siguran je dokaz uspješnog finansijsko-ekonomskog poslovanja. Gimnaziju i MEF završio je u Zagrebu. Po ispunjenim obvezama i prošavši prve stepenice puta u zdravstvu i medicini, zapošljava se u Klinici za infektivne bolesti

„Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu, isprva kao liječnik sekundarac, potom specijalizant i od 1978. specijalist infektolog. Niz godina radio je u Centru za intenzivnu skrb i umjetnu respiraciju infektooloških bolesnika, a od 1988., po stjecanju naziva primariusa, postaje i ostaje šef kliničkog odjela dvadeset godina. Pored poslijediplomskog studija iz pulmologije bavio se posebno principima i opremom za umjetno disanje. Medicinski su mu interesi bili intenzivno liječenje, neuroinfektologija, virusne osipne bolesti te urogenitalne i spolno prenosive infekcije. Od pedesetak stručnih i znanstvenih radova neki su bili prvi na našim prostorima (Neurosarkoidoza), pa i šire (Meningoencephalomyeloradiculitis uzrokovani Epstein-Barrovim virusom).

Aktivni je sudionik i organizator niza simpozija i kongresa u zemlji i izvan nje.

Bio je i jest: predsjednik Zagrebačke podružnice Hrvatskog liječničkog zbor-a i član Glavnog odbora HLZ-a, član i čelnik Hrvatskog društva za infektivne bolesti, član Hrvatskog društva za kemoterapiju, član Hrvatskog društva za poboljšanje zdravstvene zaštite, dopredsjednik Hrvatskog društva za urogenitalne i spolno prenosive infekcije, voditelja Radne grupe za spolno prenosive bolesti HLZ-a. Član je Povjerenstva za priznavanje naziva primarius Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi. Bio je konzilijarni infektolog u KB-u „Merkur“ i Sveučilišnoj klinici „Vuk Vrhovac“.

Za svoj rad primio je i niz priznanja: Nagrada za 10, 20 i 30 godina neprekidnog rada u Klinici za infektivne bolesti, Diploma i plaketa HLZ-a prigodom proslave 125-godišnjice HLZ-a, Diploma HLZ-a za postignuća u medicini, odličja HLZ-a „Ladislav Rakovac“, odličje Začasnog člana HLZ-a, više diploma Komore i Diplomu za njeno osnivanje.

Našao je vremena i za hob, umara tijelo i odmara dušu uz stotinjak ruža, voćnjak sa sedamdeset stabala voćaka i općenito uz hortikulturu.

Mogući kontakti: mob. 091/ 4570006; e-pošta vjekoslav.mahovlic@hlk.hr



**Doc. dr. sc. Livia Puljak** rođena je 25. listopada 1977. u Splitu, diplomirala je 2002. na MEF-u u Splitu i nakon toga tri godine radila u SAD-u na postdoktorskom usavršavanju, najprije u University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado, zatim u University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas. Doktorala je 2008. na MEF-u u Splitu, od 2009. je docent na Zavodu za anatomiju, histologiju i embriologiju MEF-a u Splitu, voditeljica je Laboratorijske istraživanje boli MEF-a u Splitu, zamjenica voditelja doktorskog studija Translacijska istraživanja u biomedicini i voditeljica znanstveno-istraživačkog projekta Molekularna memorija u dijabetičkoj neuropatiji, što joj je treći samostalni projekt. Upravljala je TEMPUS projektom na temu podizanja kapaciteta za znanost u Hrvatskoj. Mentorica je pet obranjenih disertacija na poslijediplomskim studijima u Splitu i Mostaru i pet diplomskih radova te recenzent 16 inozemnih znanstvenih časopisa i FP7 projekata. Za vrijeme studija osnovala je splitsku podružnicu studentske udruge CroMSIC, u Dallasu je utemeljila udrugu postdoktoranda, a nakon povratka u Hrvatsku pokrenula je hrvatski ogrank Cochranne kolaboracije te bila prva direktorka tog ogranka. Od 2010. do 2011 bila je prodekanica za znanost MEF-a u Splitu. Sudjelovala je u radu fakultetskih povjerenstava za kvalitetu, trajnu medicinsku izobrazbu i znanost. Članica je Upravnog vijeća Zaklade „Željko J. Bošnjak“. Urednica je Glasnika MEF-a u Splitu, a bila je urednica medicinskog portala www.medicina.hr. Članke objavljuje u časopisima Glasnik MEF-a u Splitu, Nature, Science Careers, Lab Times i British Medical Journal. U Liječničkim novinama

ma od 2008. uređuje rubriku Cochrane zanimljivosti. Hobi: planinarstvo.  
Poslovna adresa: Medicinski fakultet u Splitu, Šoltanska 2, 21000 Split; tel. 021-557-807; fax 021-557-811; mob. 091-2557-807; e-pošta: livia@mefst.hr.

**Dr. Matija Prka** rođen je 1. rujna 1974. u Slavonskom Brodu, maturirao je 1993. u V. Gimnaziji u Zagrebu, a diplomirao u svibnju 2000. na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Dobitnik je Rektorove nagrade Sveučilišta u Zagrebu u akademskoj godini 1999./2000. Sudjelovao je u ponovnom pokretanju studentskog časopisa „Medicinar“ 1996., a na funkciji predsjednika uredničkog odbora bio je od 1996.-1999. godine. Specijalistički ispit iz ginekologije i opstetricije položio je u rujnu 2008., te je od tada na radnom mjestu odjelnog liječnika u rađaonici Klinike za ginekologiju i porodništvo KB-a „Sveti Duh“ u Zagrebu. Uža područja interesa su mu ultrazvučna dijagnostika i, u posljednje



vrijeme, mediolateralna epiziotomija. U prosincu 2007. proveo je dva tjedna u University of Navarra, Clinica Universitaria, Pamplona, Španjolska, na usavršavanju iz primjene 3D

ultrazvuka u dijagnostici tumora jajnika. Na 18. Svjetskom kongresu ISUOG-a 2008. u Chicagu, SAD, dobitnik je nagrade: The best oral poster presentation in the subject area „Ovarian masses“. Radio je kao nastavnik iz predmeta klinička medicina-ginekologija u Školi za medicinske sestre Vrapče u Zagrebu od 2005. do 2010. godine. Predavač je na poslijediplomskim tečajevima stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije „Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu“ i „Porodničke operacije“. Dosad je objavio 17 znanstvenih radova, od kojih je 8 u Current Contentsu. U Scopusu je citiran 79 puta. Autor je više poglavlja u knjigama, te desetak kongresnih priopćenja. U „Liječničkim novinama“ povremeno piše duži niz godina. Hobi: tenis.  
Poslovna adresa: Klinika za ginekologiju i porodništvo MEF-a u Zagrebu, KB „Sveti Duh“, Sveti Duh 64, 10000 Zagreb; tel. 01-3712-317; fax 01-3745-534; e-pošta: matija.prka@gmail.com

.....

## bolje humor nego tumor

### Kontrolor

#### Povjesna drama

**Autor:** Dr. Aleksandar Ljubotina

**Mjesto radnje:** Palestina

**Vrijeme radnje:** oko 2000 godina prije

**Koncesije**

**Likovi:** Kontrolor HZZO-a (Hebrejskog zavoda za zdravstveno osiguranje), Rabbi, sestra Magdalena (kućna njega), bolesnici

\* Kontrolor se probija kroz gužvu pred vratima Rabbijeve odaje). Bolesnici (razmiču se sa strahopohrđovanjem mrmlijajući): Sad ćemo se načekati, baš je sad morao dači...

**Kontrolor:** Dobar dan, Rabbi!

**Rabbi:** Dobar dan i dobro nam došao, čini što je zapisano!

**Kontrolor:** Prvo ćemo pregledati bolovanja. Stopa ti je povisoka, indeks je visok k' Ararat. Evo, na primjer, ovom ste Jairu odobrili za kćer puna četiri tjedna za kućnu njegu.

**Rabbi:** Radi se o teškim obiteljskim prilikama. Dijete je Jairovom vjerom, uz pomoć s Nebesa, spašeno iz mrtvih, još je jako iscrpljeno, a mati je u leprozoriju.

**Kontrolor** (vrti glavom): Ali četiri tjedna! Najbolje da se pištemo očituješ HZZO-u. Idemo dalje. Zapisano je da si nahrario 5000 ljudi s pet kruhova i dvije ribe, ali zašto baš s kruhom od skupog integralnog brašna i bijelom ribom, i zašto 5000 osoba kad znaš da ti HZZO priznaje najviše 2125 osoba? Refundirat ćemo ti samo dva kruha i jednu ribu. Shvati, moj dragi Rabbi, recesija je u zemlji Izraelovoj i cijelom Rimskom carstvu!

**Rabbi:** Neka se vrši volja Njegova...

**Kontrolor:** Još kažu da si na svadbi u Kani pretvarao vodu u vino. Dakle, stvaraš ovisnike, što je nespojivo s tvojim pozivom.

**Rabbi:** Naučavam umjerenost u jelu i piću, tada je čaša dobrog crnog vina blagodat, o tome piše i u paripusima.

**Kontrolor** (pacijentima): Ovaj vaš Rabbi na sve ima spremam odgovor. (Rabbiju): Evo, izlječio si nekoliko padavičara, ali moram prigoroviti da čajna mješavina koju si propisao nema indikaciju HZZO-a za liječenje padavice. Pazi malo, za sada ču te samo opomenuti. Također, izlječio si i više slijepih koji sad traže preko HZZO-a sunčane naočale; moramo štedjeti, koliko puta ti to moram reći. I Lazaru si propisao ortopedska pomagala prije roka, a i previše mu je kućne nije tri put tjedno. Aha, njeguje ga sestra Magdalena, hm, sumnjivo mi je to.

**Rabbi** (potiho): Oprosti mu Oče jer ne zna što govor... Sestra Magdalena (ulazi umorna nakon obavljenih kućnih njega, kontroloru): Zašto stalno kontroliraš Rabbi, idi u kontrolu Šimunu Magu, taj masno naplačuje svoje usluge. A i što je to sumnjivo glede Rabbija i mene?

**Kontrolor:** Nisam nadležan za Šimuna Maga, taj je član Hebrejske udruge za prirodnu medicinu koja nema ugovor s Hebrejskim zavodom za zdravstveno osiguranje. A sumnjivo je što se jedan Rabbi stalno zauzima za tebe...

**Magdalena** (uzbuđeno): Rabbi je meni pomogao u teškim trenucima kad su mi svi okrenuli leđa i smatrali me bludnicom jer me tvój HZZO plača cijena x usluga. Zbog Rabbija nisam odustala od njegove nego sam upisala i medicinsku školu u Jeruzalemu po Bonjonskom modelu.

**Kontrolor:** Ne ljuti se, ali kućne nije iznad standarda nećemo ti platiti, pa se ti i Rabbi snađite kako znate. Vidim, Rabbi, da liječiš ljude i subotom kada su sve aktivnosti zabranjene!

**Rabbi:** Ljudi ne biraju dan kad će oboljeti, treba im pomoći i subotom.

**Kontrolor:** Vidi vidi, mogao bih se složiti s tobom, predložit' ču nadležima da ti odobre rad subotom, ali to nažalost ne možemo platiti.

**Magdalena** (pomalo ljutito): A kome se možemo žaliti na twoje odluke, smanjio si mi kućne nije na

polovicu, ukinuo pranje nogu, ostavio samo poneku masažu.

**Kontrolor:** Slobodno se žali ravnatelju Ponciju Pilatu, ali da znaš, on plača poveči račun za vodu jer svaki put kad pročita žalbu opere ruke.

**Magdalena** (pacijentima): Dakle, ništa od toga. Da nema Rabbija i njegovih učenika morala bih se vratiti na ulicu...

**Rabbi:** Neka se vrši volja Njegova!

**Kontrolor** (Rabbiju): Ovo ti ne bih smio reći, ali dobar si čovjek. Jedan te od tvojih učenika prijavio velikim svećenicima Ani i Kajfi zbog nepoštivanja hijerarhije i za to dobio 30 srebrnjaka. Čuvaj se, Rabbi, i malo pripazi što radiš, žao bi mi bilo da stradaš. Zbogom do sljedeće kontrole poslije Pashe.

**Rabbi i Magdalena:** Zbogom i sretan ti put, ovlašteni Kontroloru!

Kontrolor odlazi probijajući se između bolesnika.

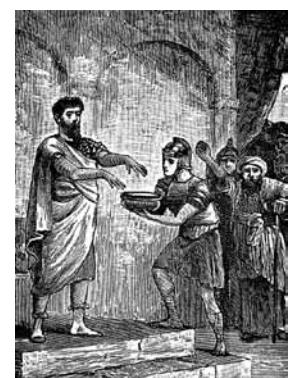
**Bolesnici** (mrmlijajući): Bogu hvala, kontrola je gotova, (veselo): Aleluja, aleluja!

**Kontrolor HZZO-a** (pacijentima): Ima nešto plemenito u vašem Rabbiju, samo se bojim da neće dobro završiti...

Kraj

.....

(alexander\_ljubotina@yahoo.com)



**Pilat:**

«Već mi je

navrh glave

tog HZZO-a!»

# Kongresi, simpoziji i predavanja

Upućujemo organizatore da stručne skupove prijavljuju isključivo putem web stranice Hrvatske liječničke komore ([www.hlk.hr](http://www.hlk.hr)) na kojoj se nalazi aplikacija za postupak trajne izobrazbe. U navedenoj aplikaciji potrebno je ispuniti sve obvezatne rubrike. Za sva pitanja vezana uz pristup aplikaciji možete se obratiti kod gde **Tatjane Babić**, dipl.iur. i gde **Fulvie Akrap** u Komoru, na telefon: 01/45 00 830 i fax 01/ 46 55 465.

Organizatori koji stručne skupove još uvijek prijavljuju na obrascima Komore, moraju ispunjene obrasce poslati izravno u Hrvatsku liječničku komoru, Povjerenstvu za medicinsku izobrazbu liječnika, Šubićeva 9, Zagreb ili na fax: 01/4655-465.

- Za prijavu stručnog skupa u Kalendaru "Liječničkih novina" molimo organizatore da na gornje brojeve telefona ili na e-mail dostave 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 600) i to po postojećem cjeniku za oglašavanje u "Liječničkim novinama".

**UREDNIŠTVO NE ODGOVARA ZA PODATKE U OVOM KALENDARU JER SU TISKANI ONAKO KAKO SU IH ORGANIZATORI DOSTAVILI**

## • edukacija tijekom cijele godine •

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske izobrazbe nalazi se na web stranici: [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr)

### KRATICE

**AMZH** - Akademija medicinskih znanosti  
**HAZU** - Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti  
**HD, genitiv HD-a** - Hrvatsko društvo  
**HLK, gen. HLK-a** - Hrvatska liječnička komora  
**HLZ, gen. HLZ-a** - Hrvatski liječnički zbor  
**HZJZ** - Hrvatski zavod za javno zdravstvo  
**KB** - Klinička bolница  
**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](mailto:mladen.rakic@st.htnet.hr), dr. M. Lojpur, mob.: 091/5242-806  
Rijeka, koordinator tečaja dr. Fred Zeidler, tel.: 051/217-223, e-mail: [redzeidler@ri.htnet.hr](mailto:redzeidler@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 ozlijeđenog bolesnika – Europski trauma tečaj (ETC – European Truma Course)  
Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AED) 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](http://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 2012. godine  
Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: [djavor@medri.hr](mailto:djavor@medri.hr)  
Hrvatsko psihijatrijsko društvo – Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja – uloga liječnika PZZ - 140 radionica  
Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

### Edukacija iz neurofiziološke tehnike – Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro – Klinika za neurologiju  
Kontinuirana individualna edukacija  
Papo Željka, tel.: 01/2388-352  
200kn po danu edukacije

### Primjena harmoničnog rezača u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine  
Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481  
1.200,00kn

### Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, tijekom cijele godine  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: [dmiklic@hotmail.com](mailto:dmiklic@hotmail.com)  
3.500,00kn

**Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe**

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju  
Zagreb, jednom mjesечно  
Dr. D. Milošević, tel.: 4920-013, mob.: 091/7213-113

**EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»**

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju  
Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu  
Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731, e-mail: hecimovic@inet.hr

**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 mjesечно  
Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

**Izobrazba kandidata za stalne sudske vještake**

HLK  
Zagreb, tijekom 2012.god.  
Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830  
10.500,00kn

**Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“**

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Tijekom 2012., druga srijeda u mjesecu  
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

**Tečaj trajne edukacije iz ehokardiografije**

KB „Sestre milosrdnice“, Kl. za internu medicinu – Zavod za kardiovaskularne bolesti  
Zagreb, tijekom 2012. – trajna edukacija  
Prof.dr.sc. Vjeran Nikolić Heitzler, dr.med., tel.: 01/3787-937  
12.000,00kn

**Tečaj iz osnova medicinske akupunkturue**

Hrvatsko društvo za akupunkturu (HLZ)  
Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesечно (18 sati)  
Dr.Dalibor Veber, e-mail: dr.thew@yahoo.com, GSM: 091/4748493  
http://www.medicinska-akupunktura.com/  
Cijena: 15.000,00 kuna

**Endokrinološki bolesnik u ordinaciji obiteljske medicine**

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, tijekom cijele godine  
Dr.sc. Tina Dušek, mob.: 091/5434-014, www.endokrinologija.com.  
hr  
250,00kn

**Urogenitalne infekcije – izabrana poglavlja**

Pliva Hrvatska d.o.o.  
on-line, 15.12.2012.-30.04.2013.  
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925, www.plivamed.net

**2013. SIJEČANJ**

**Infekcije u putnika: epidemiologija, klinička slika, dijagnostika, terapija i prevencija**

HLZ, HD za medicinsku mikrobiologiju i parazitologiju  
Zagreb, 14.-15.02.2013.  
Dr.sc. Mario Sviben, dr.med., tel.: 01/4863-269  
specijalisti 800,00kn, ostali 400,00kn

**Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju Zagreb  
Zagreb, 14.-18.01.2013.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,  
mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

**Primjena hiperbarične oksigenacije u zbrinjavanju otrovanja ugljičnim monoksidom**

Hrvatski zavod za telemedicinu  
17.01.2013. Supetar, Korčula, Vela Luka, Lastovo, Mljet, Metković,  
Hvar, Knin, Trilj, Vrlika, Rab, Mali Lošinj i Vis  
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

**Magnetska rezonanca skočnog zgloba, Uloga elastografije u dijagnostici TU dojke**

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split  
Split, 21.01.2013.  
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,  
fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

**Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi**

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije  
Pula, 21.-24.01.2013.  
Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

## **Primjena hiperbarične oksigenacije u zbrinjavanju otrovanja ugljičnim monoksidom**

Hrvatski zavod za telemedicinu  
Supetar, Korčula, Vela Luka, Lastovo, Mljet, Metković, Hvar, Knin, Trilj, Vrlika, Rab, Mali Lošinj i Vis 24.01.2013.  
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

## **1. međunarodni kongres i 2. hrvatski simpozij o prevenciji i liječenju početnog raka materničnog vrata**

KBC „Sestre milosrdnice“, HAZU, HD za kolposkopiju i bolesti vrata maternice HLZ-a i Hrvatska liga protiv raka s udrugama „Zdravka“ i „Aktiva“  
Zagreb, 24.-26.01.2013.

Con Tres projekti d.o.o., Vedrana Biuk Martinović, tel.: 01/4821-193, e-mail: vedrana@contres.hr, www.contres.hr/cervicalcancer  
Rana kotizacija 1.000,00kn/130,00EUR, kasna kotizacija 1.300,00kn/170,00EUR

## **Palijativna skrb i zdravstveni sustav – novi izazovi**

Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ Popovača Popovača, 30.01.2013.  
Aleksandra Cigrovski, tel.: 044/569-249

## **2nd musculoskeletal sonography course for rheumatologists – basic level**

Hrvatsko reumatološko društvo pod patronatom EULAR-a (European League Against Rheumatism), KBC Zagreb, Kl. za reumatske bolesti i rehabilitaciju  
Zagreb, 31.01.-02.02.2013.  
Doc.dr.sc. Porin Perić, dr.med., mob.: 098/511-193, e-mail: porin.peric@gmail.com  
1.000EUR

## **VELJAČA**

### **Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju Zagreb  
Zagreb, 04.-08.02.2013.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

### **Vrijednost MR perfuzije u karakterizaciji patoloških lezija mozga u komparaciji s MR spektroskopijom i DWI**

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split  
Split, 18.02.2013.  
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

### **Hitna stanja u neurologiji**

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za neurologiju  
Zagreb, 21.-22.02.2013.  
Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282  
500,00kn

### **Research Course: Implementing And Publishing Your Rural Research in Biomedical Journals**

KOHOM i EURIPA  
Zagreb, 21.-23.02.2013.  
Ana Ezgeta, Conventus Credo d.o.o., mob.: 099/3406-728, info@conventuscredo.hr

## **Radionica manualne medicine – triger točke**

Hrvatski zbor fizioterapeuta  
Zagreb, 23.02.2013.  
Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766  
800,00kn

## **Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju Zagreb  
Zagreb, 25.02.-01.03.2013.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

## **OŽUJAK**

### **Izvanzglobni reumatizam i srodna stanja – novosti u dijagnostici i liječenju**

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 01.03.2013.  
Marijana Bregni, tel.: 01/3787-248  
600,00kn, 400,00kn specijalizanti

### **Psihodinamski pristup oboljelima od karcinoma**

MEF Sveučilišta u Osijeku  
Osijek, 01.-02.03.2013.  
EOQ QM Mišo debeljak, oec., tel.: 031/399-612  
700,00kn, 500,00kn

### **Suvremeni pristup ranom liječenju politraumatiziranog bolesnika**

MEF Sveučilišta u Osijeku  
Osijek, 08.03.2013.  
EOQ QM Mišo Debeljak, oec., tel.: 031/399-612  
400,00kn i 200,00kn

### **Posttraumatski stres i/ili posttraumatski uspjeh**

OB Našice  
Našice, 08.-09.03.2013.  
Sandra Tomac, tel.: 031/613-644  
500,00kn

### **6. škola pedijatrijske otorinolaringologije – endoskopija dišnih putova u djeci**

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 08.-09.03.2013.  
Prof. Marica Grbešić, tel.: 01/3787-360, e-mail: marica.grbesic@kbcsm.hr  
700,00-1.000,00kn

### **Gdje završava konzervativno a započinje operacijsko liječenje u koštano-zglobnoj kirurgiji? Kako vratiti pokret?**

Spec. bolnica za ortopediju i traumatologiju "Akromion"  
Zagreb, 09.03.2013.  
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4584-696, fax.: 01/4854-580, e-mail: anja@conventuscredo.hr

**IV kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine – Bolesnik sa srčanožilnom bolesti u obiteljskoj medicini**  
 Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine  
 Zagreb, 15.-17.03.2013.  
[www.dnoom.org](http://www.dnoom.org)

### **Ultrazvučno vođeno postavljanje centralnih i perifernih venskih katetera**

OB "Dr. Josip Benčević"  
 Slavonski Brod, 16.03.2013.  
 Matija Jurjević, mob.: 091/5122-256  
 800,00kn

### **Perfuzijski CT vrata: Indikacije i rezultati**

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split  
 Split, 18.03.2013.  
 Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

### **Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju Zagreb  
 Zagreb, 18.-22.03.2013.  
 Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718  
 3.500,00kn

### **Novosti u dijagnostici i liječenju polineuropatija**

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Klinika za neurologiju, HLZ Zagreb, 22.03.2013.  
 Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408  
 600,00kn za specijaliste, 300,00kn za specijalizante, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

### **Radionica manualne medicine – Postizometrička relaksacija (PIR)**

Hrvatski zbor fizioterapeuta  
 Zagreb, 23.03.2013.  
 Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766  
 800,00kn

## TRAVANJ

### **Deveti simpozij Hrvatskog društva za zaštitu od zračenja s međ.sud.**

HD za zaštitu od zračenja, Institut Ruđer Bošković Zagreb, Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada, Državni zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost  
 Krk, 10.-12.04.2013.

Institut Ruđer Bošković, tel.: 01/4561-051, fax.: 01/4680-098, e-mail: [hdzz9@irb.hr](mailto:hdzz9@irb.hr), <http://www.hdzz.hr>  
 Rana kot. do 15.02.2013. – Članovi HDZZ-a 1.200,00kn, ostali 1.500,00kn, studenti 750,00kn, prateće osobe 750,00kn  
 Kasna kot., nakon 15.02.2013. - Članovi HDZZ-a 1.500,00kn, ostali 1.800,00kn, studenti 900,00kn, prateće osobe 900,00kn



**8<sup>th</sup> ISABS Conference on Forensic, Anthropologic and Medical Genetics**  
 Split, Croatia, June 24-28, 2013

Međunarodno društvo primijenjenih bioloških znanosti – ISABS ([www.isabs.hr](http://www.isabs.hr)), organizira:  
 „8th ISABS Conference on Forensic, Anthropologic and Medical Genetics and Mayo Clinic Lectures on Translational Medicine“, koji će se održati od 24-28. lipnja 2013. u Splitu, Hrvatska

Svoj dolazak u svojstvu pozvanih predavača potvrdili su ugledni svjetski znanstvenici koji dolaze iz najprestižnijih znanstvenih institucija poput Harvard Medical School, Mayo Clinic, Duke University, Thomas Jefferson University, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, University of California Riverside, Seattle Children's Hospital, Baylor College of Medicine, Stanford University, Cleveland Clinic, The Weizmann Institute of Science, Max Planck Institute, George Washington University, Penn State University, University of New Haven i drugi.

Na skupu će biti prezentirana najnovija dostignuća iz područja kliničke i molekulare medicine kao i forenzične i antropološke genetike, a neke od tema su:

- Matematičko modeliranje u imunoterapiji karcinoma,
- Genska i stanična terapija,
- Genomika u medicini,
- Farmakogenomika i razvoj lijekova,
- Matične stanice i njihova uloga u medicini,
- Regenerativna medicina,
- Uloga ribosoma u medicini,
- Glikobiologija i njena uloga u budućnosti,
- Nove perspektive u humanoj forenzičnoj i molekularnoj biologiji,
- Domovinska sigurnost,
- Genetika u arheologiji,
- Istraživanje mjeseta dogadaja

#### Suorganizatori:



Službeni časopis ISABS-a je Croatian Medical Journal

Rok za prijavu sažetaka: 1. ožujka 2013. godine  
 Posebni popusti za sudionike koji se prijave do 1. ožujka 2013. godine  
 Web stranica: [www.isabs.hr](http://www.isabs.hr) - informacije: [info@isabs.hr](mailto:info@isabs.hr) ili [isabs2013@bulstravel.com](mailto:isabs2013@bulstravel.com)