

# Lječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



TEMA BROJA



**Motovun:  
Ljetna škola  
unapređenja zdravlja**

Str. 14

## LJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske lječničke 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 • Tomislav Božek

Nikolina Budić • Borka Cafuk

Egidio Ćepulić • Stella Fatović Ferenčić

Franjo Husinec • Josip Jelić

Slavko Lovasić • Adrian Lukenda

Vjekoslav Mahovlić • Ingrid Márton

Hrvoje Minigo

Matija Prka • Dražen Pulanić

Livija Puljak

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 podliježe recenziji i uredništvo

se ne mora slagati s mišljenjem autora.

Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.

Mali oglasanik 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 liječnika objavljene u ovom broju "Ljećničkih novina", cijelokupni odobreni sažetak svojstava liječnika te cijelokupna odobrena uputa sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavljanja o liječnikima, homeopatskim i medicinskim proizvodima (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

Oblakovanje A. Boman Višić  
Tisak "Mediapro - Tiskara Hrastić d.o.o."

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

## kazalo

LJEĆNIČKE NOVINE 122 • 15. rujna 2013.

### RIJEČ PREDSJEDNIKA .... 5

Novi plan i program pripravnicičkog staža

### IZ KOMORE .... 6

EU i HLK – kratki podsjetnik • Pravilnik o akreditacijskom postupku • Novi model upućivanja iz PZZ-a  
Pisanje titula • Status specijalista laboratorijske imunologije  
Aplikacija za izobrazbu na WEB-u Komore • Organizatorima stručnih skupova  
• Prof. dr. Ljiljana Randić

### MOTOVUNSKA LJETNA ŠKOLA .... 14

### IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA .... 30

Jačanje kapaciteta za krv, tkiva i stanice

Pripravnicički staž pet mjeseci • Poliklinika Medico • Sporazum o informatičkoj mreži zdravstva  
Mladi anesteziolozi • Suradnja Hrvatske i Srbije u zdravstvu • Tjedan štitne žlijezde  
Generički i originalni lijekovi • Za splitske studente obavezan staž i državni ispit  
Društvo mladih ljećenika • Protiv smjene dr. Bosanac  
Dani oralnog zdravlja • Hospital Days 2013.

### ŠTRAJK LIJEĆNIKA .... 34

Opći štrajk u trećem tjednu rujna

### IZ HZO-a .... 38

Zaštita radnika • Pojačane kontrole  
Novi rukovoditelji • Dopunsko se ne ukida

### ZDRAVSTVO U SVIJETU .... 39

Dan ponovnog pokretanja srca • KBC Ljubljana protiv lančanih pisama

### NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE .... 41

### NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA .... 50

Simpozij o kongenitalnim anomalijama • Ljetna škola o moždanom udaru  
Simpozij o endokarditisu

### ZA STRUČNO USAVRŠAVANJE .... 53

Etiopatogenetska čvorista

### COCHRANE ZANIMLJIVOSTI .... 58

### TEHNOLOGIJA U MEDICINI .... 60

E-kongresi ukidaju monopol na znanje • Inovacije u plastici

### MEDICINA I FILOZOFIJA .... 64

Neurofiziologija holizma

### MEDICINSKA TERMINOLOGIJA .... 67

Hrvatsko nazivlje – moda, hir ili stvarna potreba?

### OBLJETNICE .... 71

65 godina Instituta za medicinska istraživanja

### USPOMENE I SJЕĆANJA .... 74

Bolesnik kao faktor smetnje u bolnici

### LIJEĆNICI KNJIŽEVNICI .... 77

Dr. De Zan: Dvije zelene mačke

### UREDNIKOV KUTAK .... 79

Novi članovi uredništva

### KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA .... 80

#### Prilog

Pravilnik o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence)

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

# Novi plan i program pripravničkog staža za doktore medicine

• Ovo ljeto prošlo je bez senzacionalnih vijesti na prvim stranicama dnevnih novina o liječničkim greškama, no bilo je drugih događaja koji su izazvali medijsku pozornost. I dalje smo u recesiji. Iako je na početku izgledalo da će prihodi od turizma biti lošiji od očekivanih, ipak se izvješće o dobroj turističkoj sezoni, što je možda najava polaganog izlaska iz ovoga teškog gospodarskog stanja. To je izuzetno važno za nas i cijeli zdravstveni sustav. Svakodnevno u razgovoru s našim članovima koji naporno rade, slušam kako je vrlo teško zadovoljiti sve potrebe korisnika zdravstvene zaštite, jer nedostaje novaca. Svi smo toga svjesni i jasno nam je da bez napretka gospodarstva ne može biti više novaca u zdravstvenom sustavu. Preostaje nam što racionalnije raspolažanje onim što imamo. Iz vlastitoga dugogodišnjeg radnog iskustva mogu reći da smo i u težim vremenima to uspijevali, pa se nadam da ćemo uspješno završiti i ovu krizu bez štete za naše pacijente i njihovo zdravlje.

Ulaskom u EU naša Komora dobila je nove ovlasti, a time i više posla, tako da su ljetni mjeseci za naše službenike i mene bili vrlo zahtjevni. Izdali smo puno potvrda našim članovima koji su se odlučili zaposliti u drugim državama EU, a značajno manje smo imali zahtjeva za priznavanje kvalifikacija doktora koji se žele zaposliti u Hrvatskoj. Postoji realna opasnost da će nedostatak doktora biti još veći. Na to upozoravamo još od 2005. godine. Prijе dvije godine, kada su izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti bile u hitnom postupku, jer je zbog Direktive o radnom vremenu trebalo omogućiti zdravstvenim radnicima da rade više od 48 sati uz svoju pismenu suglasnost, upozorio sam kao član Saborskog odbora za zdravstvo da će biti teško osigurati kontinuirani rad zdravstvene službe, ako većina zaposlenika koji dežuraju ne pristane na tu opciju, jer nedostaju i doktori i medicinske sestre. Zbog toga smo tražili da se donese strateški plan za rješavanje ovog problema. Nakon što je to prepoznato u Strategiji razvoja zdravstva od 2012. do 2020. godine, Ministarstvo zdravlja započelo je izradu Strateškog plana razvoja ljudskih resursa



u zdravstvu te nas je pozvalo na aktivnu suradnju. Naša Komora sigurno će dati svoj značajan doprinos na tom području.

Presuda, kojom je ukinut naš Kollektivni ugovor rezultirala je smanjenjem plaća zdravstvenih radnika koji rade prekovremeno u dežurstvu i pripravnosti. Kako pregovori s Vladom RH nisu uspjeli, Hrvatski liječnički sindikat i Sindikat medicinskih sestara odlučili su se za štrajk, kao legitimno sredstvo za ostvarivanje svojih interesa. Skupština naše Komore još je krajem lipnja dala jednoglasno podršku Liječničkom sindikatu za sve na zakonu utemeljene aktivnosti kojima se sindikat u okvirima svojih ovlasti može boriti za poboljšanje položaja liječnika i bolje vrednovanje njihovog napornog i odgovornog posla. Nadam se da će se uskoro postići zadovoljavajuće rješenje za zdravstvene radnike i Vladu RH.

Brinući se o zdravlju naših članova, Komora je aktivno sudjelovala u izradi Nacionalnog programa za zaštitu zdravlja djelatnika zaposlenih u zdravstvu. Tijekom kolovoza dali smo svoje mišljenje o konačnoj verziji ovog dokumenta i nadamo se da će se do kraja godine taj početi primjenjivati i u praksi.

Prvog dana rujna stupile su na snagu značajne promjene u načinu upućivanja pacijenata na specijalističke preglede. Iako shvaćamo i pozdravljamo nastojanja da se rasterete bolnički doktori, na način da ne obavljaju poslove koje mogu i trebaju obavljati doktori primarne zdravstvene zaštite, moramo iskazati svoje nezadovoljstvo iz nekoliko razloga. Žao nam je što nitko iz HZZO-a nije od Komore i Zbora službeno zatražio mišljenje o tako važnim promjenama,

nego smo o tome doznali putem medija. Nama nije prihvatljivo da bolnički specijalist ne može preporučiti bolovanje svojem pacijentu, posebice onom s bolešću kojom se ne može kvalitetno baviti doktor primarne zdravstvene zaštite. Jednako tako, nije primjereno da liječnik specijalist ne može preporučiti svom pacijentu potrebnu kontrolu njegove kronične bolesti. Protivimo se nagrađivanju i kažnjavanju doktora zbog bolovanja, jer znamo da povećana stopa bolovanja samo malim, gotovo neznatnim dijelom proizlazi zbog nestručnog ili nečasnog rada doktora, a traženje da se propisuju najjeftiniji lijekovi, iako jednako djelotvorni, nije primjereno, ako na listi odobrenih lijekova HZZO-a ima tolik broj lijekova s istom aktivnom supstancom. Bilo bi puno jednostavnije na listu lijekova staviti samo najjeftinije lijekove. Naše primjedbe poslali smo u HZZO-u i ministru zdravlja, a one su rezultat zaključaka predstavnika bolničkih doktora i doktora primarne zdravstvene zaštite. Vjerujem da će se naše primjedbe prihvati, iako su ove promjene već u primjeni.

Tijekom ljeta izrađen je na naš prijedlog novi program pripravničkog staža za sve diplomirane doktore medicine. U radnoj grupi vrlo aktivno je radila naša predstavnica prim. dr. Katarina Seklelj-Kauzlaric. Zbog trajanja natječaja za primitak pripravnika bilo je potrebno žurno definirati potpuno novi plan i program pripravničkog staža utemeljen na suvremenim kompetencijama doktora medicine. Novi Pravilnik je u objavi, a najveća novost je da staž za doktore medicine po novom programu traje pet mjeseci i da stručni ispit predviđa samo polaganje materije zakona koji utječe na zdravstveni sustav.

Početkom kolovoza primio sam tužnu vijest o smrti prof. dr. sci. Ljiljane Randić. Ona je puno učinila za našu Komoru. Od obnovljenog rada Komore 1995. godine obnašala je uspješno svoje dužnosti, a posebice kao predsjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu u dva manda. Kao dobar čovjek, liječnik i znanstvenik uvijek je isticala važnost Hrvatske liječničke komore za liječništvo, ali i za čitav sustav. Puno joj hvala na svemu.

Ljetni godišnji odmori uglavnom su završeni. Počinje sezona kongresa, simpozija i stručnih sastanaka, što je važno za našu trajnu izobrazbu. Kao svoj prilog trajnoj izobrazbi, Komora je i ove godine bila tradicionalni suorganizator radionice u Motovunu tako da i u ovom broju naših novina možemo prikazati dio zanimljivih tema o kojima smo tamo raspravljali.

Vaš predsjednik  
Prim. dr. Hrvoje Minigo

# EU i HLK – kratki podsjetnik

Borka Cafuk

## Priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija

- Temeljem Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 82/2013 od 30. lipnja 2013.) Hrvatska liječnička komora postala je nadležno tijelo za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija za doktore medicine, a sukladno Zakonu o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (NN 124/2009, NN 45/2011).

Komora provodi postupak za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija za doktore medicine od 1. srpnja.

Mjerila za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija definirana su Pravilnikom o mjerilima za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija (NN 89/2013 od 10.07.2013.).

Više o ovoj temi objavili smo u prošlom broju LN-a od 15. srpnja.

## Novi Pravilnik o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju licenci

Vijeće Komore donijelo je novi Pravilnik o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licenčce) 14. lipnja, s primjenom od 1. srpnja.

Osnovni razlozi za izradu Pravilnika proizašli su iz obveze usklađivanja propisa Republike Hrvatske s pravnom stечinom EU-a, usvajanje odredbi Direktive 2005/36 /EC Europskog parlamenta i Vijeća o priznavanju stručnih kvalifikacija od 7. rujna 2005., potom primjena odredaba Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (NN br. 124/09; 45/11) te obveze poštivanja načela zabrane diskriminacije državljana Europskoga gospodarskog prostora (EGP).

Više o novom Pravilniku i novim obvezama Komore pročitajte u izvješću sa sjednice Vijeća u prošlom broju Liječničkih novina, a sam Pravilnik se nalazi na mrežnim stranicama Komore [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) u rubrici Propisi i obrasci, podrubrići Pravilnici i poslovni HLK.

## Izdavanje potvrda o stvarnom i zakonitom obavljanju djelatnosti

Liječnici koji za potrebe rada ili edukacije u inozemstvu trebaju potvrdu o stvarnom i zakonitom obavljanju djelatnosti (potvrdu o stečenim pravima) trebaju podnijeti zahtjev Komori za izdavanje potvrde o stvarnom i zakonitom obavljanju djelatnosti. Obrazac Zahtjeva za izdavanje ove potvrde nalazi se na mrežnoj stranici Komore [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) u rubrici Ako trebate...

Zahtjevu je potrebno priložiti sljedeću dokumentaciju:

- potvrdu medicinskog fakulteta iz koje je vidljivo vrijeme trajanja završenog studija (pet godina),

- rješenje o odobrenju specijalizacije, odnosno uže specijalizacije, ili dokument iz kojeg je vidljivo vrijeme trajanja specijalizacije, odnosno uže specijalizacije,

- potvrda poslodavca iz koje je vidljivo da je podnositelj zahtjeva u posljednjih pet godina (računajući unatrag od dana podnošenja zahtjeva za izdavanje potvrde) obavlja liječničku djelatnost u trajanju od neprekidno tri godine,

- ako podnositelj traži žurno izdavanje potvrde, tada je potrebno priložiti i dokaz o potrebi žurnog izdavanja potvrde (u roku od osam dana) – primjerice, preslika pisma namjere o radu izvan Republike Hrvatske, preslika ugovora o stipendiji, poziv poslodavca izvan Republike Hrvatske, preslika avionske karte i slično,

- dokaz o uplati iznosa naknade troškova izdavanja potvrde – iznos se uplaćuje na žiro račun Hrvatske liječničke komore broj: IBAN HR 49 23600001101464267 model plaćanja: 67; poziv na broj odobrenja: OIB uplatitelja – 270 (redovni postupak 200 kuna) OIB uplatitelja – 290 (žurni postupak – 400 kuna)

## Potvrde o trenutnom profesionalnom statusu

Liječnici koji za potrebe rada ili edukacije u inozemstvu trebaju potvrdu o

trenutnom profesionalnom statusu (tzv. good standing), Komori trebaju podnijeti zahtjev za izdavanje potvrde o trenutnom profesionalnom statusu. Obrazac Zahtjeva za izdavanje ove potvrde nalazi se na mrežnoj stranici Komore [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) u rubrici Ako trebate...

Zahtjevu je potrebno priložiti:

- dokaz o uplati iznosa naknade troškova izdavanja potvrde – iznos se uplaćuje na žiro račun Hrvatske liječničke komore broj: IBAN HR 49 2360000110464267 model plaćanja – 67; poziv na broj odobrenja: OIB uplatitelja – 370 (redovni postupak 100 kuna) ili OIB uplatitelja – 390 (žurni postupak 200 kuna)

## Izdavanje potvrda o sukladnosti obrazovanja doktora medicine s Direktivom 2005/36/EC

Komora na traženje liječnika izdaje i potvrde o sukladnosti obrazovanja doktora medicine s Direktivom 2005/36/EC.

Obrazac zahtjeva za izdavanje ove potvrde nalazi se na mrežnim stranicama Komore [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) u rubrici Propisi i obrasci, podrubrići Obrasci HLK.

Zahtjevu je potrebno priložiti sljedeću dokumentaciju:

- potvrdu medicinskog fakulteta iz koje je vidljivo vrijeme trajanja završenog studija (šest godina),

- rješenje o odobrenju specijalizacije odnosno uže specijalizacije ili dokument iz kojeg je vidljivo vrijeme trajanja specijalizacije odnosno uže specijalizacije,

- ako podnositelj traži žurno izdavanje potvrde, tada je potrebno priložiti i dokaz o potrebi žurnog izdavanja potvrde (u roku od osam dana) – primjerice, preslika pisma namjere o radu izvan Republike Hrvatske, preslika ugovora o stipendiji, poziv poslodavca izvan Republike Hrvatske, preslika avionske karte i slično,

- dokaz o uplati iznosa naknade troškova izdavanja potvrde – iznos se uplaćuje na žiro račun Hrvatske liječničke komore broj:

IBAN HR 49 23600001101464267 model plaćanja: 67; poziv na broj odobrenja: OIB uplatitelja – 170

(redovni postupak – 200,00 kn)

OIB uplatitelja – 190

(žurni postupak – 400,00 kn)

.....

# Već u srpnju 36 liječnika zatražilo potvrde nužne prilikom zapošljavanja u zemljama članicama EU-a

Borka Cafuk

- Hrvatskoj liječničkoj komori se već u srpnju, odmah nakon primanja Republike Hrvatske u članstvo Europske unije, obratilo 36 liječnika koji su zatražili izdavanje pojedinih potvrda, odnosno potvrde o stvarnom i zakonitom obavljanju djelatnosti (potvrdu o stečenim pravima), potvrde o trenutnom profesionalnom statusu i potvrde o sukladnosti obrazovanja doktora medicine s Direktivom 2005/36/EC, nužnih za potrebe rada ili edukacije u inozemstvu. Ovi su se liječnici mahom zaputili u Veliku Britaniju, Njemačku i skandinavske zemlje. S druge strane, samo je 10 liječnika iz inozemstva kontaktiralo Komoru jer bi željeli raditi u Hrvatskoj, i to uglavnom oni koji već imaju hrvatsko državljanstvo. Nastavi li se odljev liječnička iz Hrvatske ovim tempom, predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo**

ističe da bi do kraja godine u inozemstvo moglo otići oko 400 specijalista. Komora već godinama govori, od 2005., upozorava na starenje liječničke populacije i nedostatak

liječnika, ponajprije specijalista. Prosječna dob svih zdravstvenih radnika, kojih je oko 70.000 u Hrvatskoj, je 49,5 godina i u odnosu na 1995. povećala se za 5,9 godina. Broj liječnika u dobi između 25 i 29 godina je manji od broja liječnika u dobroj skupini od 55 do 59 godina, a radom "Potrebe za liječnicima specijalistima u akutnim bolnicama u Hrvatskoj" (CMJ, June 2006: Bagat M., Sekelj-Kauzlařík K "Physician labor market in Croatia"), već je tada upozorenje da nam nedostaje 925 bolničkih specijalista.

.....

**Potrebe za liječnicima specijalistima u akutnim bolnicama u Hrvatskoj  
(CMJ, June 2006: Bagat M., Sekelj-Kauzlařík K "Physician labor market in Croatia")**

	Kliničke i opće bolnice		
	Broj specijalista 2005.godine	Broj specijalista 2007.god. (potrebnih)	Razlika
Interna medicina	838	1166	328
Opća kirurgija	491	810	319
Ginekologija i Porođajstvo	300	509	209
Pediatrija	277	346	69
<b>UKUPNO</b>	<b>1906</b>	<b>2831</b>	<b>925</b>

## Komora se očitovala na Prijedlog Pravilnika o akreditacijskom postupku nositelja zdravstvene djelatnosti

# Odredbe Pravilnika nužno je uskladiti sa Zakonom i dodatno ih precizirati

Borka Cafuk

- Hrvatska liječnička komora dala je mišljenje na Prijedlog Pravilnika o akreditacijskom postupku i davanju akreditacije nositeljima zdravstvene djelatnosti, koji joj je uputilo Ministarstvo zdravlja 31. srpnja s rokom očitovanja 1. kolovozom.

Premda je rok za davanje mišljenja bio kraći od 24 sata, čime je onemogućena kvalitetna rasprava i narušeno načelo savjetovanja sa zainteresiranim javnošću određeno Kodeksom savjetovanja sa zain-

teresiranim javnošću u postupcima donošenja zakona, drugih propisa i akata (NN 40/09), Komora se na Prijedlog očitovala.

Osnovne primjedbe Komore odnose se na nužnost usklađivanja odredbi Prijedloga Pravilnika sa Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/11) i njihovom dodatnom preciziranju. Nužno je tako odrediti za što se točno daje akreditacija nositeljima zdravstvene djelatnosti, jer se ona daje za određeno područje

zdravstvene zaštite, i na koje se vremensko razdoblje daje sukladno odredbama Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Potom, Komora je istaknula da je nužno precizirati način rada Povjerenstva za akreditaciju, kao i žalbeni postupak, tj. u Pravilnik je potrebno ultići pravo žalbe protiv rješenja Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, koje nositelj zdravstvene djelatnosti može podnijeti ministru zdravlja.

Komora je predložila i da se u Pravilnik uvrsti i obveza objave rješenja o davanju, uskraćivanju ili oduzimanju akreditacije nositelja zdravstvene djelatnosti u Narodnim novinama. Također, da se sukladno Zakonu uvede i poseban stavak da se popis akreditiranih nositelja zdravstvene djelatnosti i rok važenja njihove akreditacije učini javno dostupnim i putem mrežne stranice Agencije.

Komora se usprotivila uvođenju redovitog i izvanrednog nadzora na trošak akreditiranih nositelja zdravstvene djelatnosti budući da Agenciji temeljem Zakona ne pripada ovlast provođenja nadzora.

.....

## Komora se očitovala na Novi model upućivanja u sekundarnu/tercijarnu razinu zdravstvene zaštite

# Sve najavljenе promjene u načinu upućivanja nužno je jasno regulirati odgovarajućim propisima

Borka Cafuk

- Hrvatska liječnička komora upoznala se s postojanjem Novog modela upućivanja u sekundarnu/tercijarnu razinu zdravstvene zaštite Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje putem javno objavljenih prezentacija i vodiča objavljenih na mrežnoj stranici HZZO-a.

Komora, dakle, nije službeno konsultirana vezano uz izradu novog modela upućivanja niti su njeni predstavnici na bilo koji način sudjelovali u njegovoj izradi.

Usprkos tome, Komora se na Novi model upućivanja očitovala 29. kolovoza u dopisu HZZO-u.

Novi model upućivanja trebao bi se primjenjivati od 1. rujna. Brojne promjene u Novom modelu upućivanja su na normativnoj razini, zapravo isključivo na novom izgledu tiskanice uputnice i popratnim pojašnjenjima pojedine kategorije upućivanja, što Komora smatra nedostatnim.

Novi model upućivanja nalaže promjene ne samo u pogledu načina postupanja liječnika primarne zdravstvene zaštite, liječnika specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite već značajno mijenja i dosadašnji dugogodišnji način i uvjete njezina korištenja od strane osiguranih osoba, istaknula je Komora u dopisu.

Komora ističe da je stoga nužno sve najavljenе promjene u načinu upućivanja jasno regulirati odgovarajućim propisima kako bi se svi sudionici zdravstvenog sustava, uključujući i korisnike zdravstvenih usluga, upoznali sa svim njegovim elementima.

Novi model upućivanja nije nužno usmjeren ograničavanju prava na zdrav-

stvenu zaštitu pacijenata, već mu je prvenstveni cilj racionalizacija korištenja ukupnih zdravstvenih kapaciteta, smatra Komora.

### Novi model upućivanja ne smije stvarati dodatne podjele između sudionika zdravstvenog sustava vezano uz pojedine ovlasti

Komora podržava nastojanje da se bolničkim liječnicima omogući bavljenje složenijim slučajevima, odnosno osigura više vremena za bavljenje specifičnom visoko specijaliziranom zdravstvenom zaštitom kroz praćenje pacijenata koji istinski pripadaju u njihovu skrb, jer bi novim modelom bili rasterećeni vođenja bolesti i stanja koja potpuno mogu samostalno voditi liječnici primarne zdravstvene zaštite.

No, naglašava Komora, Novi model upućivanja ne smije stvarati dodatne podjele između sudionika zdravstvenog sustava vezano uz pojedine ovlasti, već bi trebao jasno definirati njihovu ulogu u sustavu, i to na način da pritom ne stvara nepotrebna ograničenja liječnicima, koja u konačnici otežavaju pružanje zdravstvene zaštitu korisnicima.

Stoga se Komora protivi ograničavanju prava bolničkih liječnika da preporuče bolovanje, odnosno da istaknu svoje mišljenje o radnoj sposobnosti pacijenta. Također, Komora se protivi i predloženim ograničenjima u načinu propisivanja lijek-

va, tj. obvezi propisivanja isključivo najjeftinijeg lijeka istog sastava. Komora smatra da liječnik mora imati pravo preporučiti i propisati prema svom mišljenju odgovarajući lijek, pri čemu osiguravatelj, u slučaju da ne pokriva potpuno cijenu propisanog lijeka, mora osigurati osiguranoj osobi mogućnost nadoplate do pune cijene originalnog lijeka.

Budući da će liječnici opće/obiteljske medicine imati značajnu ulogu u Novom modelu upućivanja i ujedno će biti dodatno opterećeni u svom svakodnevnom radu, Komora smatra da je nužno osigurati sve preduvjete za njegovo učinkovito funkcioniranje. A to su:

- utvrditi vremenske normative rada u općoj/obiteljskoj medicini,
- uskladiti i u potpunosti implementirati sustav e-upućivanja (e-naručivanja),
- utvrditi jedinstvene smjernice prijeoperativne obrade i terapije,
- osigurati implementaciju e-kartona koji bi bolničkim liječnicima omogućio uvid u popis svih već obavljenih pregleda ili dijagnostičkih obrada.

Zbog svega navedenog Komora smatra da je potrebno definirati odgovarajuće prijelazno razdoblje u kojem bi se sve zdravstvene djelatnike upoznalo s detaljima novog modela rada, a korisnike zdravstvenih usluga informiralo o racionalnom postupanju pri korištenju prava na zdravstvenu zaštitu.

Također, u tom bi se razdoblju pratio učinak Novog modela po pojedinim segmentima i razinama zdravstvenog sustava, obavljale potrebne modifikacije sustava i pravovremeno otklonile opasnosti po njegovu učinkovitost, a koje bi u protivnom mogle dovesti do neželjenih učinaka poput povećanja broja pacijenata u objedinjenih bolničkim prijemima.

Komora je naglasila da je definiranje opsega prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i načina njihova ostvarivanja u nadležnosti osiguravatelja.

Stoga su se liječnici, kao provoditelji ugovorenne zdravstvene zaštite, dužni pridržavati utvrđenih jasno definiranih postupaka i smjernica te Novim modelom upućivanja ne mogu i ne smiju biti doveđeni u situaciju da ih korisnici zdravstvenih usluga smatraju odgovornim za bilo kakvo ograničavanje korištenja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i eventualno smanjenje dosadašnjeg standarda zdravstvenih usluga, zaključila je Komora.



# Pitali ste

## Pisanje titula znanstvenih i nastavnih zvanja

Borka Cafuk

- Hrvatska liječnička komora zaprimila je više upita svojih članova o pisanju titula znanstveno-nastavnih i nastavnih zvanja, o čemu smo objavili članak u Liječničkim novinama od 15. studenog 2012.

Članovi Komore pitali su smije li se naziv profesora visoke škole, odnosno kratica prof. pisati ispred imena i prezimena, čime se zapravo stječe dojam da se radi o sveučilišnim profesorima. Potaknuto ovim upitima, Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika obratilo se Nacionalnom vijeću za znanost pri Ministarstvu znanosti, obrazovanja i sporta Republike Hrvatske.

Povjerenstvo je istaknulo da uvjeti za izbor u znanstveno-nastavno zvanje profesora na sveučilištu, odnosno uvjeti za izbor u zvanje profesora na visokoj školi ili veleučilištu, nisu jednaki, te da stoga

smatra da bi se i u označavanju tih zvanja trebala činiti razlika.

### Znanstveno-nastavna zvanja ispred, a nastavna zvanja iza imena i prezimena

U međuvremenu, na snagu je 23. srpnja stupio Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju (NN 94/13), koji je točno odredio način pisanja znanstveno-nastavnih i nastavnih zvanja pa nedoumica više ne bi trebalo biti.

Članak 45. Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, kojim se mijenjaju stavci 1., 2. i 3. Članka 91. Zakona o znanstvenoj djelatnosti, glasi:

### Članak 45.

U članku 91. stavak 1. mijenja se i glasi:

»(1) Znanstveno-nastavna i umjetničko-nastavna zvanja su docent (doc. dr. sc./dr. art.), izvanredni profesor (izv. prof. dr. sc./dr. art.), redoviti profesor i redoviti profesor u trajnom zvanju (prof. dr. sc./dr. art.). Kratice naziva znanstveno-nastavnih i umjetničko-nastavnih radnih mjesta pišu se ispred imena i prezimena osobe koja je izabrana na navedeno radno mjesto.«

U stavku 2. na kraju podtočke 3. točka se zamjenjuje zarezom, te se dodaje podtočka 4. koja glasi:

»4. redoviti profesor u trajnom zvanju – znanstveni savjetnik u trajnom zvanju.

Stavak 3. mijenja se i glasi:

»(3) Nastavna zvanja su predavač (pred.), viši predavač (v. pred.), profesor visoke škole (prof. v. Š.), lektor, viši lektor, umjetnički suradnik, viši umjetnički suradnik i umjetnički savjetnik.

Kratice naziva nastavnih zvanja na nastavnim radnim mjestima pišu se iza imena i prezimena osobe koja je izabrana na navedeno nastavno radno mjesto.«

.....

## Priznavanje statusa specijalista laboratorijske imunologije

Borka Cafuk

- Pravilnik o stjecanju statusa specijalista laboratorijske imunologije (NN br. 99/2013) stupio je na snagu 8. kolovoza. Njime je doktorima medicine, istaknutim stručnjacima koji se bave najmanje 10 godina laboratorijskom imunologijom te koji imaju znanstveno-nastavno zvanje docenta ili profesora ili akademsko zvanje doktor znanosti ili stručno zvanje primarijus i kontinuirano publicirane stručne i znanstvene radove, omogućeno priznavanje statusa specijalista laboratorijske imunologije. Posljednji rok do kojeg liječnici mogu podnijeti zahtjev ministru zdravlja za priznavanje statusa specijalista laboratorijske imunologije je 30. rujna.

Sukladno Pravilniku, postupak priznavanja statusa specijalista laboratorijske imunologije započinje se podnošenjem popunjenoj obrascu zahtjeva i izjave s pri-

loženom dokumentacijom Hrvatskoj liječničkoj komori. Komora daje mišljenje na temelju prethodno pribavljenog pozitivnog mišljenja Hrvatskog društva za alergologiju i kliničku imunologiju Hrvatskog liječničkog zbora i uvida u dostavljenu dokumentaciju.

Zahtjevu za izdavanje mišljenja treba priložiti Izjavu o bavljenju laboratorijskom imunologijom te sljedeću dokumentaciju:

- Životopis iz kojeg će biti vidljiva mjesta zaposlenja u proteklih 10 godina
- Opis stručnog i znanstvenog rada
- Potvrde o stečenim znanstveno-nastavnim zvanjima (profesora ili docenta), akademskim titulama (doktora znanosti) kao i stručnom zvanju primarijusa (preslika, originale na uvid)
- Popis objavljenih publikacija

(stručnih i znanstvenih radova) na području laboratorijske imunologije

5. Popis završenih tečajeva prve kategorije u zemlji i inozemstvu, a na području laboratorijske imunologije\*

6. Potvrde o studijskim boravcima na odgovarajućim odjelima kliničkih bolница u zemlji i inozemstvu (preslike, originale na uvid)\*

7. Izjavu o članstvu u stručnim društvima u zemlji i inozemstvu (posebice stručnim društvima Hrvatskog liječničkog zbora) – može biti sastavni dio životopisa, ne treba posebni obrazac

8. Izjavu o radu na području laboratorijske imunologije (obrazac dostupan na web stranici HLK-a u ovoj rubrici)

9. Presliku radne knjžice ili potvrdu poslodavca kod kojeg podnositelj zahtjeva radi duže od 10 godina o poslovima na kojima je radio

10. Preslike diploma i/ili potvrda o završenim tečajevima I. kategorije \*

Obrasci Zahtjeva i Izjave, kao i popis dokumentacije koju je potrebno priložiti, nalaze se na mrežnoj stranici Komore www.hlk.hr u rubrici **Ako trebate...**

.....

\*Ako ih je podnositelj zahtjeva pohađao, tj. obavljao

# Aplikacija za medicinsku izobrazbu liječnika na mrežnoj stranici Komore

## *Uputa za prijavu stručnih skupova i uvid u karticu liječnika*

Borka Cafuk

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

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

Po ispunjenoj prijavi stručnog skupa njegov organizator dobiva obavijest sa zaporkom i korisničkim imenom na svo-

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

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

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

S druge strane, svaki liječnik može pristupiti svojoj kartici liječnika koja mu omogućuje uvid u broj prikupljenih bo-

dova te popis stručnih skupova na kojima je sudjelovao.

### **Uputa za pregled kartice liječnika**

Postupak pristupa kartici objašnjen je i na mrežnoj stranici Komore.

#### **Autorizacija**

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

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

U polje „Lozinka“ unesite JMBG, na primjer: 0506963123124

#### **Pregled osobnih informacija**

Klikom na „Osobne informacije“ s lijeve strane izbornika dolazimo do vaših osobnih podataka.

Klikom na ikonu povećala pored vašeg zapisa otvaramo detaljne informacije.

#### **Prikaz kartice**

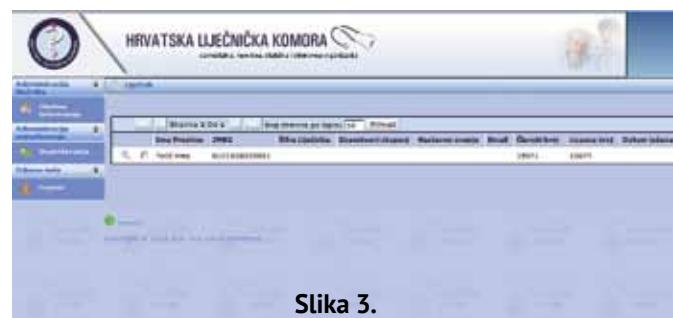
Klikom na gumb „Prikaži karticu liječnika“ otvara nam se konačno sama kartica. Ispod detaljnih informacija nalazi se lista vaših dosadašnjih usavršavanja, koje također možete pregledavati klikom na ikonu povećala pored željenog usavršavanja. Kod otvaranja kartice imamo mogućnost da



Slika 1.



Slika 2.



Slika 3.



# Prof. dr. Ljiljana Randić

(1936 – 2013)



- Desetoga kolovoza preminula je prof. dr. **Ljiljana Randić** koja je u dva mandata bila predsjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu i zatim savjetnica predsjednika HLK-a. Gotovo dva desetljeća posvetila se raznim dužnostima u Komori: 1995-1999. je član Županijskog povjerenstva PGŽ-a, Povjerenstva za medicinsku izobrazbu i Skupštine HLK-a; 1999-2003. je predsjednik Povjerenstva za medi-

cinsku izobrazbu, član Izvršnog odbora, Županijskog povjerenstva PGŽ-a i Skupštine HLK-a; 2003-2007. predsjednik Povjerenstva za trajnu izobrazbu, član Izvršnog odbora, Županijskog povjerenstva PGŽ-a i Skupštine HLK-a; 2007-2011. član Povjerenstva za medicinsku izobrazbu i savjetnik predsjednika HLK-a za medicinsku izobrazbu; 2011-2015. član Povjerenstva za trajnu izobrazbu.

Prof. Randić je rođena u Rijeci 9. veljače 1936., gdje je završila gimnaziju. Godine 1954. upisala se na MEF u Zagrebu, a nakon tri godine studija, nakon otvaranja MEF-a u Rijeci nastavila je na tom fakultetu, gdje je i promovirana 31. svibnja 1960. kao prva sa svog godišta. Za vrijeme studija dobila je nagradu za najbolju stručnu studentsku publikaciju i nagradu Sveučilišta u Zagrebu kao jedan od najboljih studenata. Nakon staža u bolnici "Dr. Z. Kučić" radi godinu dana u ZZZZ-u Rijeka, nakon toga specijalizira ginekologiju i opstetriciju na Klinici za ginekologiju i porodništvo u bolnici "Dr. Z. Kučić". Nakon ispita 1966. nastavlja raditi na Klinici s usmjerenjem na planiranje obitelji. God. 1968. završila je u Londonu tečaj o kontracepcionej tehnici, a 1971. je dobila stipendiju Margaret Sanger Research Bureau iz New Yorka za jednogodišnji boravak u tom renomiranom centru za planiranje obitelji. Tu je završila poslijediplomski tečaj iz humane reproduksijske fiziologije i planiranja obitelji.

Na MEF-u u Rijeci je 1975. obranila doktorsku disertaciju, 1976. je habilitirana za naslovnog docenta iz ginekologije i opstetricije; asistentom postaje 1981., izvanredni profesor 1982. a od 1988. je znanstveni savjetnik.

Za redovnog profesora na MEF-u u Rijeci za nastavni predmet „Ginekologija i porodništvo“ izabrana je 1988. i ponovno izabrana 1998. Redovito je sudjelovala u svim oblicima dodiplomske i poslijediplomske nastave. Od akademske godine 1985/86. do 1996/97. vodi kolegij „Ginekologija i porodništvo“, a od 1997/98. „Ginekologija i opstetricija“. Za pročelnika Katedre za ginekologiju i opstetriciju izabrana je 1997. i ponovno 2001., nakon čega joj je mandat produljen do umirovljenja 2006.

Na MEF-u u Rijeci bila je prodekan za znanstveno-istraživačku djelatnost 1995-2002. Šef je Odjela za planiranje obitelji Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka 1984- 2002., kada postaje savjetnik na istoj Klinici. Godine 1996. priznat joj je status uže specijalnosti iz humane reprodukcije. U mirovinu odlazi 30. rujna 2006.

Od 1972. surađuje s Family Health International (ranije International Fertility Research Program). Koautor je knjige

„Planiranje obitelji“; 1984. i 1987-1991. voditelj je znanstvenih projekata, pa tako od 2002. voditelj projekta „Fenotipske i funkcionalne karakteristike decidualnih limfocita u ektopičnim trudnoćama“.

Objavila je više od 100 radova i aktivno sudjelovala na mnogim kongresima. Od 2004. je suradnik na međunarodnim projektima „The Control of Embryo Implantation“, «Future donna» i Future medicine u sklopu IPA projekata Europske unije. Bila je mentor i član komisije za ocjenu i obranu više diplomskih, magistrskih i doktorskih radova. Bila je član je HLZ-a i predsjednica HD-a za ginekologiju i opstetriciju – Ogranak Rijeka-Pula, član Hrvatske akademije medicinskih znanosti, European Society of Contraception, International Federation of Fertility Societies, International Society for Immunology of Reproduction i Alps Adria Society for Immunology of Reproduction te 1994-1997. glavni tajnik tog društva; zatim član FIGO-a, SOFIGO-a, American Society for Reproductive Medicine (ASRM) i uredništva časopisa Gynecologia et Perinatologia.



Odlikovana je 1988. Plaketom Udruženja ginekologa-opstetričara Jugoslavije, 1990. Diplomom ZLH-a, 1998. Godišnjom nagradom Grada Rijeke, 2003. i 2005. Diplomom HLK-a i 2006. začasnim članstvom HLZ-a.

Njezinu osobnost tijekom svih ovih godina poznavanja i rada s prof. Ljiljanom Randić najslikovitije iskazuje izražen neprekidan samoprijegoran rad, racionalan pristup iznalaženju prihvatljivih rješenja, stalna spremnost za napredak, istraživanje nepoznata, potpuna predanost ostvarenju zadanog stručnog i znanstvenog cilja, ali uvjek poštujući visoke norme etičnosti i ljudskosti. Svoju stručnost i organizacijsku sposobnost provodila je na svojstven način rezolutno, ali uvjek s ciljem postizanja visokih dosega i boljštice svih onih koji su potrebovali njenu stručnu skrb, brigu i pomoć.

S velikom ljubavlju i poštovanjem čuvat ćemo uspomenu na našu dragu i poštovanu profesoricu, kolegicu i suradnicu Ljiljanu Randić koja nas je svojom osobnošću, pozrtvovnošću i visokim moralnim načelima neizmjerno zadužila.

\*\*\*\*\*



# Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika – u svjetlu ulaska u nove političke, tehnološke i poslovne integracije

Aleksandar Džakula  
Katarina Sekelj Kauzlaric

- Program radionice „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika“, održane od 3. do 6. srpnja 2013. u Motovunu, bio je obilježen s nekoliko značajnih promjena koje su se dogodile tijekom 2013. godine. Prije svega, nekoliko dana prije održavanja radionice Republika Hrvatska postala je punopravna članica Europske Unije. Nadalje, pokrenut je opsežan program sanacije bol-



FOTO: B. ČAFIK

Organizator radionice dr. sc. Aleksandar Džakula i sudionici multiprofesionalne rasprave

nica te je uveden novi sustav ugovaranja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Premda se i sudionicima radionice na prvi pogled učinilo nemogućim povezati ove značajne promjene, tijekom skupa postalo je jasno da povezanost ne samo da postoji nego se značajno mora razvijati.

Nužnost povezivanje različitih sadržaja, pristupa i tehnologija prisutna je te danas predstavlja polazište za uspješno upravljanje zdravstvenim sustavom. Nije moguće razdvajati medicinske, ekonomske ili pravne dimenzije pružanja zdravstvene zaštite, jednako kako je nemoguće razdvajati zdravstvene radnike od sustava u kojem rade ili tehnologija koje koriste.

Međutim, ovaj imperativ sveobuhvatnog pristupa ima i svoju drugu stranu – zahtjev da se on uvede i koristi u svakodnevnoj praksi, odnosno da ne ostane samo

u dimenziji znanstvene ili stručne rasprave. Radionice „Business Intelligence u zdravstvu“ u Motovunu pokazale su da moderne tehnologije i educirani stručnjaci različitih profesija mogu stvarati snažne timove. Tački timovi (lječnici, med. sestre, pravnici, ekonomisti, inženjeri...) mogu odgovoriti na izazove proučavanja i analiziranja zdravstvenog sustava i zajednički kreirati održive promjene i reforme. Program radionica u Motovunu u više navrata pokazao je kolika je važnost istovremene i multidisciplinarnе rasprave o nekom problemu zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Zanimljivo je, ali i nadasve korisno slušati što o jednom istom problemu misle različite struke: lječnici, medicinske sestre, pravnici, ekonomisti, informatičari... Rezultati takvih rasprava bili su, ne samo, konsenzus (što inače predstavlja velik uspjeh!) oko nekog problema, već



zajednički kreirana nova spoznaja, odnosno praktično rješenje.

Primjer takvih rješenja jest i razvoj aplikacije za e-kartona, alata koji svim dionicima zdravstvenog sustava mora osigurati pravovaljane informacije, ali istovremeno biti legalan (također pouzdan i diskretan) alat kojim će se pratiti što se to dešava s pacijentom (osiguranikom) – tragači istovremeno i za odgovorom na pitanje: može li njegova zdravstvene zaštita biti unaprijeđena, a sredstava koja su na raspolaganju racionalnije potrošena? Nарavno, sve u okvirima postojeće legislativne i tehničke mogućnosti! Ukratko rečeno, tako jednostavno, a tako komplikirano. Pa se pitamo je li liječenje grlobolje tek klinički slučaj ili pitanje nečijeg radnog prava, neracionalnog troška za antibiotike ili pak prilika da se zloupotrebotom te informacije bolesniku „proda“ još neki čudotvorni lijek? A sve to može se dobiti iz jednog tehnički tako jednostavnog zapisa.

Promatrajući u cjelini rad svih sudionika te uložen trud u izlaganjima i raspravama, nameće se dojam kako nam u sustavu zdravstva kronično nedostaju multiprofesionalne rasprave te kontinuirani timski rad na projektima promjena. Izbjegavajući strah (fobiju?) da se rješenja ne „zakompliciraju“, olako se skreće u nedopustiva pojednostavljenja koja isključuju multisektorski pristup i doprinos drugih profesija.

Novost u ovogodišnjem programu bile su i jutarnje programske sekcijs



FOTO B. ČAFUK

nazvane „Espresso“. Svrha je ovih programskih blokova omogućiti sudionicima razgovor s predavačima te detaljnije rasprave i uvide u pojedina izlaganja, a organiziran je svako jutro prije početka glavnog dijela programa. Paralelno s glavnim dijelom programa održavao se projektni sastanak kolega iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o upravljanju javnozdravstvenim podacima i stvaranju preduvjeta za cijelovit javnozdravstveni „business intelligence“.

Dodatni dimenziju ovom skupu dao je poseban društveni program u kojem je sve prisutne sudionike i goste zabavljao

glazbeni bend Doma za psihički bolesne odrasle osobe iz Brkača. Suorganizatori ovoga skupa bili su kao i prijašnjih godina Hrvatska liječnička komora, Hrvatsko društvo za javno zdravstvo, Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja, Županija Istarska, PIN za zdravlje, a program je realiziran u suradnji sa Ministarstvom zdravljia, Hrvatskim zavodom za zdravstveno osigurane i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo.

Svima se zahvaljujemo, a čitateljstvu preporučamo zanimljive tekstove naših predavača iz ovogodišnje Motovunske škole.



FOTO B. ČAFUK



Posebni gost radionice  
u Motovunu:

## „Domski Band“ doma za psihički bolesne osobe Motovun

- U sklopu društvenog dijela programa održan je 3. srpnja 2013. kao iznenađenje za sudionike skupa koncert glazbenog sastava Doma za psihički bolesne odrasle osobe Motovun.

U svojem profesionalnom nastupu „domski Band“, kako se sami nazivaju, predstavio se svojim standardnim repertoarom sastavljenim od talijanskih kancona i popularnih skladbi domaćih autora. Kako sami ističu na svojim web stranicama, bilo im je pravo zadovoljstvo svirati za naše sudionike.

Ovaj nastup dio je trajnih nastojanja organizatora da se u organizaciji ovog programa u Motovunu promiču novi pristupi i vrijednosti te potiču šire, ponekad na prvi pogled niti ne očekivana suradnje ili aktivnosti.

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Motovun, smješten je u pitoresknom mjestu Brkaču, na brdu pokraj Motovuna iznad rijeke Mirne.

Dom Motovun je javna ustanova čiji je osnivač Republika Hrvatska, a prava i dužnosti osnivača nad Domom obavlja Ministarstvo socijalne politike i mladih. Osnovna djelatnost Doma je pružanje skrbi izvan vlastite obitelji psihički bolesnim odraslim osobama, sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi.

U sklopu stalnog smještaja Dom pruža usluge stanovanja, prehrane i održavanja osobne higijene, brigu o zdravlju, njegu, radne aktivnosti, psihosocijalnu rehabilitaciju, korištenje slobodnog vremena psihički bolesnim odraslim osobama.

Kapacitet Doma u Brkaču je 89 mesta, od toga 48 u jedinici za pojačanu skrb i njegu i 41 u stambenoj jedinici. / <http://www.dom-motovun.hr/>



## Nove okolnosti u regulaciji liječničke profesije - nakon ulaska u Europsku Uniju

*Nikolina Budić, dipl. iur.,  
tajnik Hrvatske liječničke komore*

- Hrvatska liječnička komora (HLK) i ove je godine bila jedan od suorganizatora Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja čiji su se predstavnici aktivno uključili u program radionice „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika – u svjetlu ulaska u nove političke, tehnološke i poslovne integracije“.

Radionica je otvorena temom „Zdravstvo u Hrvatskoj nakon prvog srpnja“, a uvodničar u temu bio je predsjednik HLK-a prim. dr. **Hrvoje Minigo** s izlaganjem naziva „Mobilnost ljudskih resursa – perspektiva liječnika“. U svom izlaganju osvrnuo se na trenutno stanje glede nedostatka liječnika u hrvatskom zdravstvenom sustavu te istaknuo kako su migracije i odlazak liječnika na rad u druge zemlje globalni problem. U svjetlu ulaska Republike Hrvatske u Europsku Uniju najavio je da se može očekivati odlazak stanovitog broja naših liječnika na rad u zemlje članice Europske Unije i eu-



**Predsjednik HLK Hrvoje Minigo**



FOTO: B. AFUK

ropskog gospodarskog prostora (EGP), kao i povećan interes liječnika državljanima trećih zemalja za nastan u Republici Hrvatskoj. Budući da je ova radionica održana 3. srpnja 2013., dakle dva dana nakon pristupanja Republike Hrvatske Europskoj Uniji, nije bilo moguće iznijeti konkretne podatke o broju zainteresiranih liječnika za odlazak, odnosno za poslovni nastan u Republici Hrvatskoj. U predviđanjima istaknuta su očekivanja da Hrvatsku neće zadesiti poljsko iskustvo velikog odljeva liječnika nakon pristupanja Uniji, a naglašena je i nova uloga HLK-a u priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (više o ovoj temi u LN br. 120, lipanj 2013. u temi broja „Mediji i zdravlje“ u Grožnjanu).

Formalnopravni okvir Republike Hrvatske te prepostavke za ostvarenje mobilnosti liječnika u Europskoj Uniji, odnosno u europskom gospodarskom prostoru, izložila je druga predstavnica HLK-a na ovo-godišnjoj radionici, tajnik, **Nikolina Budić**. Upoznala je sudionike radionice s novom hrvatskom regulativom za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija koja je nastala temeljem obvezne usklađivanja propisa Republike Hrvatske s pravnom stečevinom Europske Unije. Donošenjem novih zakonskih odredbi HLK je proglašen nadležnim tijelom za obavljanje ovih poslova kad se radi o doktorima medicine. Ukratko, komore u zdravstvu, pa tako i HLK, dobio je novu zadaću koja se ogleda u obvezni provjere inozemne stručne kvalifikacije liječnika koji žele raditi u Republici Hrvatskoj te da za liječnike koji žele svoj posao obavljati izvan granica Republike Hrvatske izda potvrde koje predviđa Direktiva 2005/36 EU. To mogu biti potvrda o sukladnosti obrazovanja doktora medicine s Direktivom 2005/36 EU, potvrda o stvarnom i zakonitom obavljanju

djelatnosti (stečena prava) i potvrda o trenutnom profesionalnom statusu. Navedene potvrde izdaju se onim lijećnicima koji žele u zemljama EU/EGP-a obavljati liječničku djelatnost, a dolaze iz Republike Hrvatske. Slijedom navedenog modificirani su i uvjeti za izdavanje, odnosno obnavljanje odobrenja za samostalan rad (licence) pa je HLK novelirala svoj Pravilnik kojim je uređena ta materija. Pri tom su, među ostalim, definirani opći uvjeti za izdavanje licence, precizno utvrđene kategorije ovlaštenika na podnošenje zahtjeva za izdavanje licence, a u Pravilnik je uvedena i automatska privremena registracija liječnika državljanina EU/EGP-a koji žele privremeno ili povremeno obavljati liječničku djelatnost na području Republike Hrvatske. U primjenu ulazi i izdavanje pratećeg rješenja uz izdavanje, odnosno obnavljanje licence. Na dokumentu (licenci) briše se rok na koji se izdaje jer se rok važenja utvrđuje rješenjem. Nova licenca izdavat će se u slučaju promjene osobnih podataka, stručnog napredovanja ili stjecanja akademskog stupnja ili izbora u znanstveno-nastavno ili nastavno zvanje.

Važnost ovih novina za članove HLK-a iskazan je i u činjenici da je sadržaj predavanja Motovunske radionice već objavljen kroz članke koje možete pronaći u LN br. 121, od 15. srpnja 2013. u članku „3. sjednica Skupštine Hrvatske liječničke komore“ kao i u posebnom članku u LN br. 122, rujan 2013. pod nazivom „EU i HLK – kratki podsjetnik“.

.....



## Ljekarništvo u EU-u i Hrvatskoj

**Katica Vugrinčić Tomičić, mag. pharm.,**  
glavna tajnica  
Hrvatske ljekarničke komore

### Stanje u hrvatskom ljekarništvu

- Ljekarničku djelatnost obavljaju magistri farmacije koji posjeduju odobrenje za samostalan rad i farmaceutski tehničari čiji je djelokrug rada ograničen. Ljekarnička djelatnost obavlja se u javnim i bolničkim ljekarnama. Javnu ljekarnu kao privatnu praksu može osnovati samo magistar farmacije s odobrenjem za samostalan rad, a ljekarničku ustanovu, koja treba imati naj-



FOTO: B. ČAFUK

**Glavna tajnica Hrvatske ljekarničke komore  
Katica Vugrinčić**

manje dvije ljekarne, mogu osnovati pravne i fizičke osobe te županije.

U Hrvatskoj postoje 1102 javne ljekarne u Mreži javne zdravstvene službe i 46 bolničkih ljekarni, u registar Hrvatske ljekarničke komore (HLJK) upisano je 3350 magistara farmacije.

Prema zaključcima PEER misije, javno ljekarništvo prema uvjetima prostora, opreme i kadra u potpunosti zadovoljava europske standarde, dok bolničko ljekarništvo nema ulogu u liječenju pacijenata i skrbi o lijekovima koju bi trebali imati. Za to nisu krivi magistri farmacije, nego uprave bolnica i organizacija bolničkog ljekarništva na koju bolnički ljekarnici, u pravilu, ne mogu utjecati. Magistri farmacije ne mogu sudjelovati u odbiru terapije, u većini bolnica ne postoji mogućnosti individualne podjele lijekova kao ni pravilna priprema citotoksične terapije, nadzor nad lijekovima koji se nalaze na odjelima i tako redom. Po pitanju organizacije bolničke ljekarne i uloge bolničkog ljekarnika treba poduzeti određene mjeru kako bi oni služili svrsi za koju i postoje, odnosno za koju su i školovani.

Iako je tek 1.srpnja 2013. Republika Hrvatska postala 28. članica Europske unije, ulazak Hrvatske u EU je povratak u zajedništvo u kojem smo i bili gotovo cijelo vrijeme našeg postojanja na ovom području. Naime, prva ljekarna osnovana je u Trogiru 1271. godine, o čemu postoje dokazi u zapisima iz tog vremena. Split i Dubrovnik otvaraju svoje ljekarne 1282. Jedna od rijetkih, ili čak jedina ljekarna u svijetu koja neprekidno radi od svog osnutka do danas, je ljekarna Male braće u Dubrovniku preseđena u samostan Male braće 1317. Dalje je

slijedilo otvaranje ljekarni u Zadru 1289., Rabu 1326., Puli 1353., Zagrebu 1355., Šibeniku 1420. i tako redom.

Prva bolnička ljekarna osnovana je 1420. u okviru bolnice Domus Cristi u Dubrovniku. Prvi puta u Europi, 1377. u Dubrovniku, su zakonskim propisima uvedene mjere zaštite od zaraznih bolesti i osnovan karantenski lazaret na Pločama.

Ljekarništvo i zdravstvo u Hrvatskoj razvijali su se jednakim i u najrazvijenijim središtima Europe, a katkada su i prednjačili. (Svima koji žele saznati više o ljekarništvu u Hrvatskoj i europskoj povijesti preporučam pročitati članak prof. emer. Vladimira Grdinića „Hrvatski identitet u europskom kontekstu“ objavljen u Biltenu Hrvatske ljekarničke komore, a nalazi se na [www.hljk.hr](http://www.hljk.hr), izdavačka djelatnost Bilten 2013 2/3)

### Dužnosti Ljekarničke komore u EU okružju

Prema odredbama Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti HLJK, kao i ostale komore u zdravstvu, nadležno je tijelo za provođenje postupka i utvrđivanje uvjeta za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija, izdavanje rješenja o priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija te davanje informacija o postupku i uvjetima za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija.

Premda smo naslućivali da bi nadležno tijelo za priznavanje stručnih kvalifikacija moglo biti komore, tek smo objavom Zakona 30. lipnja 2013. u to bili sigurni. Provedbeni akti koji podrobije utvrđuju mjerila za priznavanje stručnih kvalifikacija objavljeni su 12. srpnja 2013. Nastavno na iznijeto lako je zaključiti koliko posla treba obaviti u vrlo kratko vrijeme. Zakon o ljekarništvu nije uskladen s Direktivom 2006/36 te bi Ministarstvo zdravlja trebalo žurno pokrenuti postupak donošenja novog Zakona o ljekarništvu (HLJK je izradila i dostavila načrt prijedloga Zakona MZ-u još 2008.), Statut HLJK-a treba izmijeniti i dopuniti, pravilnik koji utvrđuje izdavanje, obnavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalan rad treba uskladiti s novim propisima, a jednak tako treba usvojiti nove pravilnike koji će utvrditi postupak i način priznavanja stručnih kvalifikacija, osmislići registar magistara farmacije koji će privremeno i povremeno obavljati ljekarničku djelatnost u Hrvatskoj. Zahtjevi magistara farmacije za priznavanje stručne kvalifikacije ili izdavanje potvrde o stečenim pravima stižu u ured

Komore već od prvog dana pristupa Hrvatske EU te je potrebno u vrlo kratkom roku urediti propise kako bi se poštivali rokovi za izdavanje rješenja o priznavanju stručne kvalifikacije ili potvrde o stečenim pravima.

Nadalje, propisi vezani za prekoograničnu zdravstvenu zaštitu u dijelu izdavanja lijekova, informatizacija u zdravstvu, e-recept, reguliranje prometa bezreceptnih lijekova putem interneta područja su koja treba žurno regulirati.

## Očekivanja u ljekarništvu nakon ulaska u EU

Bolničko ljekarništvo dovesti u funkciju koju bi trebalo imati

- Minimalan odlazak magistara farmacije u druge države članice EU-a (u prvim godinama)
- Povećan broj zahtjeva za rad u Hrvatskoj magistara farmacije iz trećih zemalja
- Mogućnost povećanja broja kri-votvorenih lijekova
- Upitna kvaliteta bezreceptnih lijekova radi mogućnosti nabave putem interneta (upitna dostava)

.....



FOTO: ČAFUK

**Predsjednica HKMS Dragica Šimunec**

slu te riječi. Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS) je na svojoj službenoj mrežnoj stranici objavila Direktivu 2005/36/EK prije više godina, svi novi zakoni i pravilnici objavljeni su istog dana kada su objavljeni u Narodnim novinama, o tome smo pisali u Plavom fokusu, održali bezbroj sastanaka na tu temu. Upiti koji stižu pisano i telefonom pokazuju da je samo mali broj onih koji su to doista i pročitali.

Direktiva 2005/36/EK vrlo precizno definira sestrinstvo kao samostalnu reguliranu profesiju odgovornu za planiranje, organiziranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njage. Propisuje za to potrebne kompetencije i način obrazovanja, što bez rezerve vrijedi za sve članice EU-a. EU ne propisuje na koji način pojedine zemlje članice organiziraju provođenje zdravstvene zaštite, ali jasno propisuje kroz nekoliko zakona (direktiva) tko je može provoditi te tko je za pojedini segment zdravstvene zaštite odgovoran, kao i uvjete obrazovanja i odgovornosti.

U Zakon o sestrinstvu su kod donošenja 2003. godine ugrađeni elementi iz Direktive vezano za uvjete obrazovanja i kompetencije (godine studija, 4600 sati, odnos kliničke i teorijske nastave u sustavu visokog obrazovanja). Naše su prvostupnice sestrinstva ušle u sustav automatskog prepoznavanja sukladno članku 31. Direktive 2005/36/EK. Mogućnost njihove registracije i zapošljavanja u svim zemljama EU-a su velike, razumije se, ovisno o poznавanju jezika zemlje u kojoj žele raditi.

Iz Aneksa Direktive 2005/36/EK, u dijelu koji se odnosi na Hrvatsku, stoe nazivi kvalifikacije za medicinske sestre koji podliježu automatskom prepoznavanju kvalifikacija u zemljama članicama EU-a (članak 31. Direktive 2005/36) „medicinska sestra opće njage/medicinski tehničar opće njage“

i „prvostupnik (baccalaureus) sestrinstva / prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva“. To znači da svaka medicinska sestra koja želi raditi u bilo kojoj zemlji članici EU-a može podnijeti zahtjev regulacijskom tijelu te zemlje za upis u registar koji temeljem zakona te zemlje dopušta pristup tržištu rada kao medicinska sestra. Razumije se da svaka zemlja članica zahtijeva određenu dokumentaciju, koja za hrvatske sestre uključuje i Odobrenje za samostalan rad. Automatsko priznavanje znači da zemlja u kojoj se traži upis u registar nema pravo zahtijevati uvid u kurikulum.

Zadnja dva mjeseca jasno pokazuju da je značajan interes za odlazak prvostupnica na rad u druge zemlje, poglavito stare zemlje članice. Najčešće se javljaju prvostupnice koje zbog politike bolnica u kojima rade ne mogu ostvariti radno mjesto sukladno obrazovanju, a u isto vrijeme ima slučajeva da se u istim ustanovama na mjestima koje su temeljem propisa određene za prvostupnice sestrinstva raspoređene sestre sa srednjim obrazovanjem (?!), što je, razumije se, protivno hrvatskim propisima i predstavlja direktno ugrožavanje sigurnosti i prava bolesnika.

Nekoliko medicinskih sestara sa završenim petogodišnjim stručnim studijem sestrinstva već je našlo potencijalna radna mjesta u Velikoj Britaniji, budući da se isti studij priznaje kao specijalizacija iznad tražene minimalne razine obrazovanja. Diplomirane medicinske sestre imaju ozbiljan razlog za nezadovoljstvo, budući da su rijetke zdravstvene ustanove uvažile njihovu razinu obrazovanja. Naša je procjena da bi se nakon prvih uspješnih zapošljavanja u Velikoj Britaniji mogao dogoditi značajniji odlazak najobrazovаниjih medicinskih sestara iz Hrvatske. Posebno bi se moglo dogoditi da medicinske sestre sa sveučilišnim magisterijem (prvi diplomanti izlaze ove godine) bez ikakvog problema nalaze dobra radna mjesta u različitim zemljama EU-a.

Ni jedna zemlja koja prati trendove uspješnosti liječenja koji su u direktnom odnosu s razinom obrazovanja medicinskih sestara neće propustiti zaposlitи medicinsku sestru iz Hrvatske koja je završila petogodišnje visoko obrazovanje i uz to ima odlično radno iskustvo.

Medicinske sestre opće njage koje svoje obrazovanje stječu po sustavu 10 godina općeg obrazovanja i tri godine strukovnog obrazovanja (4600 sati kliničke i teorijske nastave) svoje će svjedodžbe dobiti tek 2015. godine. Prema našim saznanjima nekoliko zemalja EU-a već je zatražilo ponovnu provjeru kurikuluma i

## Hrvatsko sestrinstvo nakon 1. srpnja 2013.

**Dragica Šimunec,**  
predsjednica Hrvatske komore  
medicinskih sestara

• Već i prije 1. srpnja sve zemlje članice EU-a objavile su na službenim mrežnim stranicama regulacijskih tijela na koji način će teći automatsko prepoznavanje kvalifikacija za medicinske sestre iz Republike Hrvatske, kao i prepoznavanje temeljem stečenih prava. Za sve nas koji pratimo zakonodavstvo EU-a, koje sada postaje i naše zakonodavstvo, nije bilo nikakvih iznenađenja.

Iznenađenje je bilo saznanje koliko su zdravstveni djelatnici svih razina obrazovanja slabo ili nikako upoznati sa svojim pravima i obavezama koje sada namreću zakoni koji temeljem punopravnog članstva postaju obvezujući u punom smislu.



izvođenja nastave u srednjim školama po ovom programu, s obzirom na to da se uvidom u hrvatske propise za srednjoškolsko obrazovanje jasno vidi da se je u tri godine obrazovanja na toj razini nemoguće ostvariti satnicu od 4600 sati. Upitnim se pokazala kvalifikacija nastavnika zdravstvene njegi, a poglavito uvjeta za provođenje kliničke nastave (više od 2000 sati) koja mora doista biti klinička nastava s određenim brojem učenika i neprekidno prisutnim mentorom u zdravstvenim ustanovama svih razina zdravstvene zaštite. Naša je Komora od početka zauzela stajalište da ovo rješenje nije dobro i da srednje škole nemaju uvjete za provedbu ovog programa. Također je krajnje nekorektno da polaznici ovog programa nemaju uvjete za državnu maturu, te ni nakon petogodišnje srednje škole neće imati mogućnosti za upis na bilo koji fakultet, za razliku od većine četverogodišnjih srednjih škola. Važno je također napomenuti da će, i u slučaju da nakon 2015. godine ove sestre i ostvare pravo automatskog priznavanja, pristup tržištu rada i mogućnosti zapošljavanja biti iznimno mali, s obzirom da 25 zemalja EU-a imaju najmanje trogodišnje studije sestrinstva kao uvjet za minimalnu razinu kvalifikacija. Sustav strukovnog obrazovanja po načelu 10+3 imaju samo Njemačka, Austrija, Luxembourg i Malta.

Njemačke strukovne škole su vrlo dobro organizirane, uвijek neposredno vezane uz velike kliničke bolnice, odlično opremljene, uključujući nastavnike. Njemački sustav obrazovanja ima posebne sveučilišne studije za medicinske sestre nastavnike zdravstvene njegi, medicinske sestre rukovoditelje i specijalizirane studije za pojedine segmente zdravstvene njegi (pedijatrija, psihijatrija...). Na žalost, mogućnosti koje pružaju naše strukovne škole se ne mogu uspoređivati s navedenima. Austrija je svoj sustav obrazovanja podigla na razinu trogodišnjeg studija, ali je zadržala i strukovne škole.

Sve druge članice EU-a, uključujući i zemlje „bivšeg socijalističkog bloka“, podigle su s ulaskom u EU obrazovanje medicinskih sestara na razinu trogodišnjeg studija, ali su zadržale i srednje škole s drugim nazivljem (slično kao Slovenija).

Razumije se da će sve medicinske sestre u Hrvatskoj zadržati svoja stećena prava, ali im se ta prava ne mogu povećati s ulaskom Hrvatske u EU.

U razdoblju od 1. srpnja do sada zaprimili smo mnogo zahtjeva medicinskih sestara i tehničara na čijim svjedodžbama piše „medicinska sestra općeg smjera, medicinska sestra – medicinski tehničar“, a koji

se u najvećem broju slučajeva već nalaze na radu u Njemačkoj. Izdavanje potvrde da je njihovo obrazovanje sukladno članku 31. Direktive 2005/36/EK, odnosno točki 5.2.2. njezinog Aneksa, nije moguće. Svi koji su svoje obrazovanje završili prije 8. listopada 1991. i svi koji su stekli srednjoškolsko obrazovanje mogu svoja prava za prepoznavanje kvalifikacija medicinske sestre ostvariti po članku 23(5) Direktive 2005/36/EK, po istom postupku po kojem mi priznajemo kvalifikacije stečene na primjer u Bosni i Hercegovini i drugim zemljama izvan EU-a. Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (NN 124/09, 45/11) i Pravilnik o mjerilima za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija (NN 89/13) vrlo detaljno propisuju način prepoznavanja kvalifikacija sukladno europskim propisima.

Bez obzira na sve navedeno, za očekivati je da će značajan broj medicinskih sestara sa srednjoškolskim obrazovanjem zatražiti priznavanje kvalifikacija temeljem stečenih prava i ispuniti zahtjeve mjera koje će im odrediti zemlje u kojima žele raditi. Njemačka je jedina zemlja EU-a koja je javno objavila otvorene potrebe za zdravstvenim djelatnicima, posebno medicinskim sestrnama. Bez obzira na to hoće li hrvatske medicinske sestre prihvati poslove u sustavu njihove socijalne skrbi (domovi za starije) ili će se odlučiti za proces priznavanja kvalifikacija i raditi kao medicinske sestre, možemo očekivati da će značajan broj medicinskih sestara iz Hrvatske krenuti u potragu za poslom koji im je sada mnogo dostupniji.

Nema naznaka za dolazak medicinskih sestara iz zemalja EU-a u Republiku Hrvatsku.

.....

## Novosti u korištenju zdravstvene zaštite u Europskoj Uniji

*Sandra Orešić, dipl. iur.*



FOTO B. ČAFUK

Pomoćnica ravnatelja HZZO-a za pravne poslove Sandra Orešić

• Ulaskom u Europsku Uniju došlo je do značajnih promjena u pravnoj regulativi sustava zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske koje za poslijedicu imaju izmjene u pojedinim pravima i obvezama osiguranih osoba. Postojeći bilateralni sporazumi s državama EU zamjenjeni su uredbama (Uredba 883/2004 o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti i Uredba 987/2009 koja uređuje postupak provedbe Uredbe 883/04) koje su neposredno i u ci-



FOTO B. ČAFUK

jelosti primjenjive u našoj državi, a uskoro se očekuje i zamjena bilateralnih sporazuma spomenutim uredbama u sustavu socijalnog osiguranja sa Švicarskom te zemljama EEP (Island, Lihtenštajn i Norveška). S 1.7.2013. kao danom pristupanja EU Republika Hrvatska dužna je izravno primjenjivati Uredbu o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (Uredba EZ 883/2004) te Uredbu o utvrđivanju postupka provedbe navedene Uredbe (Uredba EZ 987/2009). Sukladno navedenome i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, kao državni osiguravatelj, počeo je sa primjenom europskih pravnih propisa koji se odnose na koordinaciju sustava socijalne sigurnosti. Međutim, bilateralni sporazumi nisu u potpunosti isčeznuli iz sustava zdravstvenog osiguranja, već su privremeno na snazi s Švicarskom i zemljama EEP (do zamjene istih uredbama), te do daljnega s Bosnom i Hercegovinom, Makedonijom, Srbijom, Crnom Gorom i Turskom (odnosno do trenutka pristupanja jedne spomenutih država EU). Pristupanjem EU Hrvatska je postala dijelom "Europske obitelji" te je nadzor nad primjenom pravnih propisa koji se odnose koordinaciju sustava socijalne sigurnosti, a primjenjivi su u cijelosti i na RH, od sada u nadležnosti tijela EU. Sukladno navedenom, pravne i ostale institucije RH više nemaju isključivu autonomiju prilikom donošenja zakona u području zdravstvenog osiguranja koji se odnosi na koordinaciju sustava socijalnih osiguranja, već se svi zakoni i propisi usklađuju sukladno direktivama, odlukama i ostalim pravnim propisima Europske komisije i Administrativne komisije za koordinaciju sustava socijalne sigurnosti. Najvažnija promjena koja je nastupila za osigurane osobe ulaskom RH u EU je pravo na Europsku karticu zdravstvenog osiguranja - skraćeni naziv EKZO ili, na engleskom jeziku European Health Insurance Card (EHIC), naziv koji se uobičajeno koristi na području EU. Temeljem EKZO, osigurana osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, koja se za vrijeme svog privremenog boravka na području druge države članice EU iznenada razboli, ozlijedi ili doživi nesreću, imat će pravo koristiti zdravstvenu zaštitu koja se neće moći odgoditi do njezinog planiranog povratka u Hrvatsku, na teret HZZO-a. Točnije, EKZO pokriva sve troškove zdravstvene zaštite za koju liječnik u inozemstvu procijeni da ne može biti odgođena do pacijentovog planiranog povratka u domovinu. Pri korištenju zdravstvene zaštite osigurana osoba osobno snosi samo troškove participacije, ako je ista predviđena pravnim propisima države boravka.

Općenito, osnovno pravilo su-

kladno EU propisima je da se osigurane osobe drugih država članica pri korištenju zdravstvene zaštite izjednačuju s osiguranim osobama države boravka, te prava koriste na isti način i pod istim uvjetima. Osim neodgodive zdravstvene zaštite, EKZO pokriva i troškove zdravstvene zaštite u vezi s kroničnim ili postojećim bolestima ako cilj putovanja nije liječenje (na primjer, kontrola visokog tlaka) te zdravstvenu zaštitu u vezi s trudnoćom i rođenjem djeteta, ali samo pod uvjetom da cilj privremenog boravka u inozemstvu nije porod.



Također, pod neodgovim zdravstvenim uslugama smatraju se npr. i dijaliza, terapija kisikom, tretmani za astmu, no radi korištenja tih usluga prethodno je nužno da osigurana osoba dogovori termin korištenja zdravstvene usluge izravno sa zdravstvenom ustanovom države u koju namjerava otploviti. Pravo na besplatno izdavanje EKZO ostvaruju svi građani Republike Hrvatske koji imaju uredan status u obveznom zdravstvenom osiguranju, a rok važenja EKZO-a u pravilu je godinu dana. Ako iz nekog razloga osigurana osoba nije u posjedu EKZO za vrijeme dok se nalazi u inozemstvu (krađa ili gubitak), a dogodi joj se potreba korištenja zdravstvene zaštite, može se obratiti izravno nadležnom područnom uredu HZZO-a radi izdavanja Certifikata

koji privremeno zamjenjuje EKZO, koji se u takvom slučaju izdaje na cijelokupno razdoblje liječenja. Spomenuti Certifikat također se izdaje u slučaju iznenadnog odlaska osigurane osobe na put u inozemstvo, kada nije moguće zbog kratkoće vremena izdati EKZO.

Budući EKZO vrijedi samo u slučajevima neodgodive zdravstvene zaštite te još nekim jasno definiranim stanjima, naglašavamo da osnovom EKZO-a nije moguće ostvariti pravo na planirana liječenja u inozemstvu te je za njih i nadalje potrebno podnijeti zahtjev za osobrenje liječenja HZ-ZO-u, kao što je to bilo i proteklih godina.

Ulaskom RH u EU tako je za privremeni boravak osiguranih osoba na području drugih država članica otišlo u povijest putno osiguranje koje pruža HZ-ZO: Bitno je istaknuti da je i dalje u slučaju planiranog boravka u državama van EU preporučljivo prije puta u inozemstvo uplatiti policu putnog osiguranja kako se u slučaju nezgode ili bolesti osoba ne bi našla u nepovoljnoj situaciji glede pružanja usluga zdravstvene zaštite.

Druga bitna promjena koja je uslijedila za osigurane osobe ulaskom RH u EU tiče se skorašnje primjene Direktive 2011/24/EU koja se odnosi na prekograničnu zdravstvenu zaštitu pacijenata, a počinje se primjenjivati 25.10.2013. Ova direktiva prvenstveno je usmjerenja na omogućavanje i pojednostavljanje postupka korištenja zdravstvene zaštite s prekograničnim elementom, a kako bi svim državljanima EU zdravstvene usluge na području drugih država članica postale što dostupnije. Odredbe Direktive ne primjenjuju se izravno, već ih je svaka država članica dužna prenijeti u vlastito zakonodavstvo. Pri tome je bitno napomenuti da se zbog niza objektivnih razloga ne očekuje da će početak primjene spomenute Direktiva unijeti veći disbalans u zdravstveni sustav zemalja članica EU. Naprotiv, pacijenti su navikli zdravstvenu zaštitu koristiti u svojoj zemlji te je za očekivati da se njihove navike neće značajno mijenjati uvođenjem novih propisa o korištenju zdravstvene zaštite.

Određeni postotak osiguranih osoba, međutim, zdravstvenu zaštitu ipak će od listopada 2013. potražiti u drugim državama članicama. Spomenuto se posebice očekuje u slučajevima zdravstvenih usluga za koje postoje duže liste čekanja ili kako bi im bila dostupna kvalitetnija zdravstvena usluga ili neka drugačija metoda liječenja. Osnovna premla spomenute Direktive je da osigurane osobe same snose troškove zdravstvene zaštite u drugoj državi članici,

te potom ostvaruju pravo na povrat troškova sukladno propisima matične države. Što znači da će osigurane osobe HZZO-a koje osobno plate troškove zdravstvenih usluga u drugoj državi članici, ostvarivati pravo na povrat troškova sukladno cijeni istovrsne zdravstvene usluge u RH. Direktiva daje slobodu državama članicama da uvjetuju pokriće troškova zdravstvene zaštite u drugoj državi prethodnim odobrenjem zemlje kojoj osigurana osoba pripada, pa je tako i izmjenama našeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju predviđeno pret-hodno odobrenje za npr. bolnička liječenja te liječenja koja uključuju uporabu visokospecijalizirane medicinske opreme. Uvjeti, kvaliteta i način pružanja zdravstvene zaštite razlikuju od države do države, te svaka država ima pravo odrediti način korištenja prava propisanih Direktivom, a koja nisu izričito navedena u samoj Direktivi.

Prije početka primjene Direktive svaka država članica dužna je osnovati Nacionalnu kontaktну točku koja će svim osiguranim osobama pružati informacije vezane za njihova prava na zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama, a sukladno propisima EU i direktivi 2011/24/EU. Odlukom Ministarstva zdravlja RH, kao Nacionalna kontaktna točka u RH određen je HZZO. Nacionalna kontakt točka osigurat će savjetovanje za pacijente, transparentnost rada, te u konačnici jednostavniju i nesmetanu implementaciju Direktive u zdravstveni sustav RH.

\*\*\*\*\*



FOTO: CAFUK

#### Zamjenica ravnatelja HZZO-a za zdravstvenu zaštitu Dubravka Pezelj Duliba

koje provode liječnici zaposleni u Zavodu.

Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" broj 80/2013, Članci 26. – 32.) u pravni poredak Republike Hrvatske prenosi se Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijentata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti (SL L 88, 4. 4. 2011.). Najvažnija odrednica te Direktive je osiguranje sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite za sve građane Europske unije (EU). Među ostalim i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu treba biti uređeno i jasno, te kada je prekogranična zdravstvena zaštita u pitanju, mora biti standardizirano, odnosno prema određenim pravilima, koja su jednaka za sve građane EU.

Kada je prekogranično korištenje zdravstvene zaštite u pitanju, pojednostavljeni, potrebno je usvojiti nekoliko pojmljiva:

- Planirana zdravstvena zaštita za koju je potrebno prethodno odobrenje HZZO
- Planirana specijalističko-konzilijska zdravstvena zaštita za koju nije potrebno prethodno odobrenje HZZO
- Neodgodiva zdravstvena zaštita

U planiranu zdravstvenu zaštitu uz prethodno odobrenje spada bolničko liječenje, odnosno ono liječenje u kojem je potreban boravak pacijenta u bolnici i preko noći (pacijent prespava u bolnici) pri čemu je načelan dogovor da to znači da pacijent u ponoc mora biti u bolnici. Nadalje, to je ona zdravstvena zaštita koja zahtijeva uporabu visokospecijalizirane i skupe medicinske infrastrukture ili medicinske opreme, te konačno – on postupci liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osigurana osobu ili stanovništvo. Koji su to postupci, vrste

liječenja, te koja je to visoko specijalizirana i skupa medicinska infrastruktura ili oprema treba svojim aktom (propisom) utvrditi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Pravilnik treba biti donesen do 25. listopada 2013., kada Direktiva stupa na snagu.

Kod samog bolničkog liječenja je prilično jasna situacija, no problem je u definiranju visokospecijalizirane i skupe medicinske infrastrukture i postupaka liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osiguranu osobu ili stanovništvo. Kako je Direktiva novost za sve države članice, u ovom trenutku nemamo mogućnosti preuzeti iskustva i pravilnike drugih država članica, jer je kod svih slična situacija. Među ostalim je teška usporedba skupog, jer ovisno o platežnoj moći pojedine države članice i pojmu „skup“ se relativizira.

Što više opreme se proglaši visoko specijaliziranim i skupom, te što više postupaka da predstavljaju poseban rizika za osigurana osobu ili stanovništvo, više slučajeva će biti potrebno vještačiti, no istovremeno pravila će biti puno jasnija.

Daljnji je problem što se i provođenje zdravstvene usluge može odobriti samo kod pružatelja koji zadovoljava određene kriterije, odnosno, ne može se odobriti kod pružatelja zdravstvene zaštite koji bi, ovisno o pojedinom slučaju, mogao dati povoda za ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi s kvalitetom ili sigurnošću te zdravstvene zaštite, uz iznimku zdravstvene zaštite koja podliježe zakonodavstvu Europske unije kojim se osigurava minimalna razina sigurnosti i kvalitete na njezinu području.

Ova odredba stavlja obvezu državama članicama ne samo da osiguraju kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, kod svih pružatelja, već i da informacije o toj zdravstvenoj zaštiti, o njezinoj kvaliteti i sigurnosti, informacije provoditelju, licenci za provođenje određenih postupaka, učine javno dostupnima svim osiguranim osobama država članica, što će se učiniti preko Nacionalnih kontaktih točaka (NCP).

Suglasnost za provođenje planirane zdravstvene zaštite u inozemstvu može se uskratiti, ako planirano liječenje rizik za pacijenta ili stanovništvo, ako postoji mogućnost pružanja te zdravstvene zaštite kod ugovornih subjekata Zavoda u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir sadašnje zdravstveno stanje i vjerojatni tijek bolesti kod osigurane osobe (ako rok u RH nije medicinski opravdan načelno se ne može uskratiti suglasnost). Budući da se mora utvrditi sadašnje stanje i vjerojatni tijek bolesti, navedeno znači da se za svakog

## Novosti u korištenju zdravstvene zaštite u EU

Mr. Dubravka Pezelj Duliba, dr. med.

**Medicinski poslovi Hrvatskog  
zavoda za zdravstveno osiguranje  
i prekogranično korištenje  
zdravstvene zaštite**

• Ulaskom Republike Hrvatske u Europsku uniju, i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO, Zavod) preuzima neke nove uloge i obveze, vezano uz prekogranično korištenje zdravstvene zaštite,

pacijenta mora provesti ocjena, bez obzira na postojanje pravilnika o najdužim rokovima čekanja na zdravstvene usluge.

Za razliku od prethodno opisanog, pojam planirana zdravstvena zaštita bez prethodnog odobrenja, odnosi se na specijalističko-konzilijsku zdravstvenu zaštitu koja nije skupa, visoko-specijalizirana, te ne predstavlja poseban rizika za osiguranu osobu ili stanovništvo.

Prema pravilima EU, osigurana osoba sama plaća takvu zdravstvenu zaštitu u cijelosti, te traži povrat troškova u matičnoj državi, pri čemu joj se vraća iznos koji za takvu uslugu plaća obvezno zdravstveno osiguranje ugovornim zdravstvenim ustanovama, ako je taj iznos manji od iznosa koji je osigurana osoba platila. Ako je osigurana osoba platila manje nego što zdravstvena usluga košta u RH, onda se iznos vraća u cijelosti.

Prema novim zakonskim propisima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje određen je Nacionalnom kontaktom točkom za pružanje informacija o pravima osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu u drugoj državi članici u skladu s propisima Europske unije i Direktivom 2011/24/EU.

Nacionalna kontaktna točka (National Contact Point, NCP) dužna je osigurati podatke o pacijentovoj sigurnosti i kvalitetu zdravstvene zaštite, pružateljima zdravstvene zaštite, pravima pacijenata, procedurama (postupcima), podatke o dostupnosti zdravstvene zaštite korisnicima s invaliditetom, informacije o cijenama te detaljima kontakata NCP-a drugih država članica. Osim navedenog dužna je osigurati interakciju s korisnicima preko najčešće postavljenih pitanja (FAQ), te kontakt mail adresa i telefona.

Trenutno u Republici Hrvatskoj postoji problem oko osiguranja svih potrebnih podataka, zato jer oni nisu u potpunosti dostupni Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, a čak niti ne postoji obveza prikupljanja podataka bilo koje druge institucije.

Primjerice to su podaci o normama i smjernicama o kvaliteti i sigurnosti utvrđene od strane države članice, koji pružatelji podliježe tim normama i smjernicama, podaci o nadzoru i ocjena pružatelja zdravstvene (prema navedenim normama i smjernicama), podaci o dostupnosti bolnica za osobe s invaliditetom.

Među podatka kojima Zavod ne raspolaže, a koje je u obvezi osigurati su i podaci o neugovornim provoditeljima zdravstvene zaštite.

Stoga su zadaće Hrvatskog za-

voda za zdravstveno osiguranje u budućem razdoblju – osigurati kadar za ocjenu opravdanosti korištenja prekogranične zdravstvene zaštite, te osigurati kadar i podatke potrebne za organizirane Nacionalne kontaktne točke.

Za navedeno je potrebna suradnja s brojnim institucijama, udrugama, te komorama u zdravstvu.

.....



## Rezultati Smart studije o informatizaciji obiteljske medicine u Europi

**Ines Zelić Baričević, dr.med., specijalistica obiteljske medicine, članica Povjerenstva za međunarodnu suradnju Hrvatske liječničke komore, predstavnica Hrvatske u UEMO-u**

- Europsko udruženje liječnika obiteljske medicine (UEMO) preuzeo je na sebe obavezu koordiniranja provođenja ankete Europske komisije o utvrđivanju stupnja i opsega informatiziranosti obiteljske medicine Europe. Istraživanje je obuhvatilo zemlje Europske Unije uključujući i Norvešku, Island, Tursku te Hrvatsku koja u vremenu provođenja ankete još nije bila punopravna članica EU-a.

Podaci za istraživanje prikupljeni su anketama koje su ispunjavali obiteljski liječnici zemalja sudionica istraživanja. Anketa je ispunilo 9196 obiteljskih liječnika, od toga 250 hrvatskih obiteljskih liječnika. Anketa je imala 28 pitanja na koja se odgovaralo online ili telefonskim intervjoum. Pitanja u anketi odnosila su se na elektronski zdravstveni karton pacijenta te na razmjenu zdravstvenih informacija između različitih segmenata zdravstvenih sustava. Istraživanje je provedeno od listopada 2012. do ožujka 2013. Slično istraživanje provedeno je 2007. tako da su prikupljeni rezultati uspoređeni s prethodno dobivenim podacima. Preliminarni rezultati predstavljeni su na radionici u Briselu 18. 4. - 19. 4. 2013. održanoj u zgradama Parlamenta. Jedna od najznačajnijih informacija dobivenih u ovom istraživanju je da 99,7% ordinacija

obiteljske medicine Europe koristi računala. Taj odgovor označio je potpunu informatizaciju obiteljske medicine Europe te je donesen zaključak da se ovo pitanje neće više postavljati u istraživanjima. Više od 90% obiteljskih liječnika koristi računalo za izdavanje lijekova te vođenje evidencije o lijekovima koje pacijent koristi, dok više od 80% njih elektronski vodi evidenciju o alergijama pacijenta, dijagnozama pacijenata, anamnezi te simptomima koje prezentira pacijent. Mogućnosti informacijskih tehnologija „viših razina“ kao što su implementacija kliničkih smjernica, interakcije lijekova međusobno ili s laboratorijskim pretragama ili upozorenja na kritične laboratorijske vrijednosti zastupljene su u softverima ordinacija obiteljske medicine u puno manjem postotku – manje od 50% ili čak manje od 30%.

**Članica  
Povjerenstva za  
međunarodnu  
suradnju HLK-a,  
predstavnica  
Hrvatske u UEMO-u  
Ines Zelić Baričević**

foto: Adis Keranović, dr.med.



Informatički sustavi u ordinacijama imaju mogućnost primanja laboratorijskih nalaza u oko 70% anketiranih. Otpusna pisma iz bolnica elektronskim putem može primiti polovina obiteljskih liječnika Europe, dok tu mogućnost koristi samo jedna trećina svih obiteljskih liječnika. Slanje receptata za lijekove elektronskim putem (što bi se po novom moglo zvati „slanje naloga za izdavanje lijekova“) u ljekarne elektronskim putem, omogućeno je samo jednoj trećini obiteljskih liječnika Europe, po čemu smo mi u Hrvatskoj sa 100%-nim slanjem elektronskim putem vrlo napredni. Zahtjeve pacijenata za dogovaranjem termina za pregled u ordinaciji prima samo četvrtina obiteljskih liječnika, dok elektronski s pacijentima vezano za zdravlje komunicira samo 14%. Pristup pacijenata svom zdravstvenom kartonu moguć je samo u vrlo malom postotku – rezultate pretraga može vidjeti samo trećina pacijenata, a kompletan karton samo 10%. Zahtjeve za receptima ili uputnicama može slati manje od 5% pacijenata. U us-

porebni sa 2007. najveći napredak je postignut u korištenju računala tijekom posjete pacijenta: sa 66 na 97%. Prijenos nalaza laboratorija elektronskim putem je povećan s 40 na 72%, a slanje recepata za lijekove u ljekarne sa 6 na 32%. Što se tiče utjecaja informatizacije na rad, tri četvrtine obiteljskih liječnika smatra da je učinak pozitivan, oko 60% smatra da je informatizacija imala pozitivan utjecaj na kvalitetu dijagnostičkog postupka i odluka o liječenju. Kad se radi o utjecaju informatizacije na odnos pacijenta i liječnika, samo 40% obiteljskih liječnika smatra da je utjecaj informatizacije pozitivan, ali dalnjih 40% da je isti kao i prije.

Daljnji planovi Europske komisije, kad se govori o informatizaciji zdravstva, odnose se prvenstveno na bolje povezivanje razina zdravstvenih sustava zbog zajedničkog korištenja unesenih podataka. Drugi važni zadatak je omogućavanje većeg pristupa pacijenta podacima, odnosno njegovo veće uključivanje u proces liječenja. Sada su mogućnosti pristupa pacijenata podacima manji od 20%, a porast korištenja mogućnosti informatizacije od 2007. je vrlo malen, što ukazuje na vrlo malu šansu da će se realizirati planovi zadani za 2015. godinu na tom polju.

Dileme koje postoje vezano za negativne strane informatizacije se odnose na pitanje privatnosti podataka i mogućnosti pristupa osobama koje ne bi trebale doći do pojedinih podataka. Isto tako iz pozicije obiteljskih liječnika postavlja se pitanje u kojem vremenu će se vršiti analiza i pregledavanje pristiglih rezultata kada svi budu stizali elektronski. Postoji bojazan da neki pacijenti neće doći po svoje nalaze, a možda će biti potrebno neke postupke provesti odmah i tko će biti odgovoran za nadzor, trijažu i pregledavanje pristiglih nalaza. Poznato je da obiteljski liječnik čitavo radno vrijeme radi u direktnom kontaktu s pacijentima te nema predviđeno vrijeme unutar radnog vremena za ostale aktivnosti (edu-kaciju i sl., a sada i ovu novu obavezu).

Kao zaključak može se reći da informatizacija donosi dobrobiti pružateljima zdravstvenih usluga kroz bolju evidenciju, statistiku, smanjenu potrebu za papirnatim formama, kao i pacijentima (dobivanje kronične terapije bez dugog čekanja u čekanicama samo telefonskim pozivom, mogućnost naručivanja pacijenta na pregled na sekundarnu razinu itd.). Međutim, s druge strane postoje mnoge dileme i problemi vezani uz ovaj proces te ga je potrebno kvalitetno koristiti.



## E-recept u EU-u i Hrvatskoj

**Tihana Govorčinović,**  
Hrvatska ljekarnička komora



foto Adis Keranović, dr. med.

**Tihana Govorčinović**  
iz Hrvatske ljekarničke komore

- U travnju 2011. na snagu je stupila Direktiva o pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti koja zagovara suradnju između zemalja članica i razmjenu zdravstvenih informacija kako bi se održao kontinuitet zdravstvene zaštite. Direktiva je također pokazala i potrebu za uspostavom sustava priznavanja recepata među zemljama članicama, koji je do sada predstavlja velik problem u mobilnosti, ali i sigurnosti pacijenata. Krajnji rok za implementaciju Direktive u nacionalna zakonodavstva je 25. listopada ove godine te bi od toga datuma pacijenti trebali moći svoj lijek, na temelju recepta propisanog u svojoj matičnoj državi, podići u bilo kojoj zemlji članici EU-a.

„Hrvatski“ recepti već danas udovoljavaju zahtjeve Direktive u pogledu obveznih podataka (ime i datum rođenja pacijenta; datum izdavanja, identifikacija osobe koja je izdala recept: ime, stručna kvalifikacija, adresa na radnom mjestu, potpis i kontakt, e-mail adresa i broj telefona ili faksa) te podatke o lijeku: farmakološki oblik, količina, jačina, način doziranja. Stoga propise vezane uz samo propisivanje lijekova na recept neće biti potrebno uvelike uskladiti s Direktivom. Razlika je jedino u identifikaciji lijeka budući da je Direktiva propisala da se lijekovi propisuju koristeći se nezaštićenim/generičkim ili INN (international non-proprietary name) imenom, dok se zaštićenim imenom mogu propisati samo biološki lijekovi ili ukoliko je isto medicinski nužno, što u Hrvatskoj nije slučaj.



Također, sukladno Direktivi, propiše li se lijek pod zaštićenim imenom, osoba koja je propisala lijek morat će na receptu za to naznačiti medicinski opravdan razlog.

Radi lakšeg provođenja prekogranične zdravstvene zaštite, EU Komisija je 2008. godine pokrenula pilot projekt epSOS (Smart Open Services for European patients), u koji se Hrvatska, u dijelu elektroničke razmjene recepata među zemljama članicama, uključila krajem 2012. i do danas, u testnoj okolini, uspješno razmjenila nekolicinu recepata s Finskom, Italijom i Danskom. Isto je, na neki način, nastavak uspješne informatizacije zdravstva i činjenice da je Hrvatska još uvijek jedina europska zemlja koja ima skoro 100%-nu realizaciju eRecepata.



## Bi sustav u službi zdravstvenog sustava

**Prim. Siniša Varga, dr. med. dent.**

- Ubrzani napredak suvremene tehnologije u zdravstvu u posljednjih nekoliko desetaka godina omogućio je veću kontrolu nad zdravljem stanovništva, ali jednako tako postao jednim od uzroka značajne finansijske nestabilnosti zdravstvenog sustava. Pacijentima su dostupne najsoftisticiranija dijagnostika i opcije liječenja, a nove terapije i lijekovi neprestano ulaze na tržište. Djelomično zahvaljujući spomenutom tehnološkom napretku, trošak na



FOTO B. ČAFUK

zdravstvo iznosi oko 8% BDP-a, a bolnice i ostale zdravstvene ustanove trpe stalne finansijske pritiske pružanja tretmana i usluga koje ne mogu podmiriti iz postojećih limita, djelomično radi općeg deficit-a unutar državnog proračuna, a djelomično radi nedovoljno uspješnih strategija bolničkog managementa za pronalazak najpovoljnije opcije optimalne alokacije finansijskih sredstava unutar dodijeljenih limita. Upravo s ciljem revitalizacije zdravstvenog sustava i ostvarivanja pozitivne bilance zdravstvenog proračuna pokrenut je niz projekata (poput sanacije bolnica, reinženjeringa poslovnih procesa zdravstvenog fonda), a kao jedan od bitnijih je uvođenje BI (eng. Business intelligence) u zdravstveni sustav. Implementacija BI u zdravstvo logičan je korak budući da je informatizacija postala nositelj ključnih promjena i velika podrška zdravstvenom sustavu koji sve više automatizira svoje poslovne procese generirajući velike količine podataka.

Poslovna inteligencija (eng. Business intelligence) nameće se kao jedno od potencijalnih rješenja za ozbiljne probleme koji potkopavaju finansijsko zdravlje kako pružatelja, tako i primatelja zdravstvenih usluga. Raspoloživa skladišta podataka, poput onih zdravstvenih ustanova sadrže velike količine klinički relevantnih podataka, uključujući i povijesti bolesti pacijenata, opskrbe zalihamama, upis podataka i nestrukturane informacije kao primjerice radio-loške slike, narativne tekstualne datoteke te skenirane dokumente. Općenito govoreći, BI sustav podrazumijeva korištenje podataka u svrhu analize i donošenja boljih odluka u zdravstvu (te općenito, bilo kojem drugom poslovnom). Sustav koristi sirove podatke koji se analiziraju i potom interpretiraju putem pokazatelja učinkovitosti ili određenih trendova. U tom kontekstu tendencija Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje je uz pomoć novog BI sustava postići da se izbjegne dosadašnja analiza sirovih podataka ručnim putem čime se gubi dragocjeno vrijeme, povećava mogućnost pogreške te nekonistentnost podataka. Očekuje se da će BI postupno unaprijediti dosadašnji način izvještavanja orientirajući se prvenstveno na analizi podataka, pohranjujući znanja i informacije, koja će omogućiti veću manipulaciju dobivenim podatcima, kvalitetnije planiranje poslovanja, predviđanje budućih pojava i u konačnici bolje razumijevanje sustava i njegovih sudionika. BI HZZO zdravstveni sustav zamišljen je da bude organiziran na dvije razine; prva razina je informativna koja pruža detaljne podatke o osiguranicima i transakcijama (usluge, ugo-

vori, cjenici, osnovno osiguranje, dopunsко osiguranje, lijekovi i recepti, pomagala, bolovanja i doznake, sve tri razine zdravstvene zaštite itd.). Druga razina BI sustava je analitička koja sadrži bazu osiguranika, praćenje potrošnje, praćenje proračuna, praćenje finansijske pozicije. Izvor podataka za BI sustav HZZO-a čine sustavi ZOROH, LAUS, CEZIH. Godišnje u informatički sustav HZZO-a ulazi preko 22 000 000 računa, te 50 000 000 realiziranih recepata s godišnjim povećanjem od 5%.

Ako uzmemu u obzir da je godišnji proračun HZZO-a 22 milijarde kuna, pri čemu je na zdravstvenu zaštitu u 2012. godini utrošeno 18 milijardi kuna, od čega je na lijekove na recept utrošeno 3,3 milijarde kuna, kao logičan zaključak postavlja se pitanje sustavnog praćenja potrošnje lijekova. Samim BI sustavom za analizu lijekova koji se trenutno implementira u HZZO-u planira se postići povećana kontrola nad raspodjelom proračunskih sredstava HZZO-a u domeni lijekova. Budući su izdatci za lijekove na recept, kao jednu od najbitnijih stavki u očuvanju zdravlja građana, u 2012. iznosili oko 3,3 milijardi kuna, sustavno praćenje njihove potrošnje neizostavno će rezultirati boljom kontrolom troškova, a sukladno tome i povećanom kvalitetom zdravstvene zaštite. Zdravstveni sustav u području lijekova trenutno je suočen sa višestrukim problemima, poput odstupanja od smjernica liječenja, favoriziranja određenih proizvođača od strane liječnika te neadekvatnim propisivanjem u odnosu na dijagnozu. U tom kontekstu jasno strukturiran BI sustav po principu: analiza podataka, strateška analize te benchmarking predstavlja jedan od najkorisnijih alata za realizaciju prethodno spomenutih ciljeva. Bitno je napomenuti da BI sustav ne može pružiti gotova rješenja problema, ali može dati pregledan prikaz rezultata i analize poslovanja kao i prognozu budućih trendova u poslovanju.

BI sustav pruža različite mogućnosti dubine ulaska i korištenja njegovih alata. Jednu od mogućnosti korištenja BI sustava moguće je prikazati jednostavnim primjerom provjere da li se liječnici pridržavaju propisanih smjernica za liječenje uhobolje i na koji način se prikazuju rezultati. Iz baze podataka za koju je napravljen BI (propisani recepti) dobiva se jednostavan uvid u podatke i mogućnost njihove obrade. Prvi korak je filtrirati sve liječnike koji su u zadnjem razdoblju za propisanu dijagnozu uhobolje izdali recepte za liječenje uhobolje. Idući korak je promotriti koji su lijekovi izdani za liječenje te dijagnoze. Ukoliko se ustanovi da je neki liječnik propisao neki

drugi lijek za liječenje uhobolje, od onog koji je propisan smjernicama tada je to liječnik koji krši službene smjernice. Nakon sortiranja moguće je doći do podataka o liječnicima koji su imali najviše lijekova propisanih mimo smjernica, koji su to bili lijekovi, kada su propisani, kojom dinamikom, od kojih proizvođača, te konačno rezultate grafički prikazati prema različitim kriterijima. Ovaj jednostavan primjer samo je jedna u nizu mogućnosti koje BI nudi korisnicima u cilju povećanja kvalitete usluge. Budući je da je za sve promjene unutar organizacijske cjeline potrebno vrijeme da se uspješno implementiraju i adaptiraju na sustav, te generiraju prve rezultate, HZZO ne očekuje da će novi BI sustav donijeti instant rješenja za revitalizaciju zdravstva, ali svakako je za očekivati da će uz pomoć stručnjaka doprinijeti jasnoj identifikaciji problematičnih dijelova sustava te područja mogućih ušteda, a potom managementu omogućiti formiranje jasnih ciljeva i donošenje pravovremenih odluka temeljenih na stvarnim činjenicama.

.....



## BI analiza rutinske preoperativne obrade za katarakte

Prof. dr. sc. **Karmen Lončarek**, KBC Rijeka

• Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje na operacije katarakte troši znatnu sumu: 76 milijuna kuna godišnje. Operacija katarakte izvodi se pretežno kod starijih ljudi, s brojnim sistemnim komorbiditetima. Iako preoperativna obrada može otkriti dotad nepoznatu sistemnu patologiju kod pacijenta, nema dokaza da takva obrada smanjuje učestalost intraoperativnih i postoperativnih neželjenih događaja. Procjenjuje se da selektivna obrada nasuprot rutinskoj smanjuje troškove obrade za dva i pol puta.

U Hrvatskoj dosad nije učinjena sustavna analiza troškova rutinske preoperativne obrade za kataraktu. Također, u Hrvatskoj nema jedinstvenog stručnog stava što sve ta obrada treba obuhvatiti, niti je li







# Prvi rezultati uvođenja novog modela ugovaranja primarne zdravstvene zaštite

Zoran Maravić, dr. med.; spec. om.

Goran Lazić, dr.med.; spec. om.

Tatjana Prendić Trupec, mag.ing. el.

- Novi model ugovaranja primarne zdravstvene zaštite (PZZ) donio je novine kako u sadržaju rada, tako i u bilježenju postupka koji se rade u ordinaciji liječnika obiteljske medicine. Informatička rješenja ponudila su strukturno objedinjeno bilježenje parametara važnih za vođenje 4 vodeće nezarazne bolesti (art. hipertenzija, dijabetes, KOPB, astma) kroz "panele" kroničnih bolesnika. Osiguranici koji ne boluju od navedenih bolesti ciljna su skupina za preventivni pregled kojem je cilj pravovremeno otkrivanje bolesti u ranoj fazi, čime se značajno smanjuje rizik komplikacija bolesti. Ne manje vrijedno je i strukturno objedinjavanje podataka o navikama pacijenta kroz preventivni panel, pa se tako bilježe podaci o pušenju (aktualni i bivši pušači), konzumaciji alkohola (količina izražena u definiranim jedinicama), GUK te podaci o tjelesnoj težini i visini (BMI, W/H ratio), a time i o stilu života i rizičnom ponašanju, ponajprije mla-

dih (promjene ponašanja u smislu nepravilne prehrane i nedostatne tjelesne aktivnosti). Podaci su tako strukturirani da liječnik, a time i sustav, vrlo jednostavno u svakom trenutku mogu dobiti uvid u status kronične bolesti i populaciju koja je u povećanom riziku za razvoj neke od kroničnih nezaraznih bolesti. Uvidom u navedene podatke otvara se prostor za ciljanu intervenciju kako samog obiteljskog liječnika tako i zdravstvenog sustava u sklopu planiranja zdravstvene politike i javnozdravstvenih akcija.

Paneli kroničnih bolesnika postaju alat kojim se na jednomu mjestu objedinjuju podaci o bolesniku, a služe liječniku za kvalitetniji i pregledniji uvid u stanje bolesti, a samim time olakšavaju vođenje kroničnog bolesnika prema preporučenim smjernicama. Dalnjom informatizacijom i povezivanjem patronažne službe s liječnikom, odnosno s panelom bolesnika, sve aktivnosti vezane uz rad patronažne službe automatski će "puniti" karton (panel) bolesnika, što će liječniku biti od velike važnosti pri indiciranju (titriranju) terapije i dijagnostike te mu davati bolji uvid u suradljivost pacijenata. Informatička rješenja podsjećat će liječnika na potrebu redovite, pravovremene kontrole nekog parametra kojim se prati kronična bolest, ili na bolesnike s upitnom suradljivosti, što će rezultirati ciljanim angažmanom patronažne službe odnosno intervencijom liječnika u obitelji nesuradljivih pacijenata. Uvidom u izvršenja liječnika obiteljske medicine nakon uvođenja novog modela ugovaranja, zamjetan je značajan rast korištenja panela kroničnih bolesnika, a posebno se ističe porast izvršenja preventivnih pregleda (vođenje preventivnog panela). Time se i do sada rađen preventivni rad liječnika bilježi na svrshodan način, te se ispravlja slika o izostanku preventi-

ve u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine. Novim modelom ugovaranja vrednuje se rad s kroničnim bolesnicima iz više aspekata: kroz panele i savjetovališta kroničnih bolesnika, dostupnost za telefonske konzultacije, mogućnost naručivanja na pregled kod obiteljskog liječnika, mogućnost uzorkovanja krvi, kućne posjete te integracijom patronažne službe u sustavnu skrb o kroničnom bolesniku. Kvaliteta života i ishod liječenja kroničnog bolesnika su značajno bolji kada skrb o stabilnoj kroničnoj bolesti vodi obiteljski liječnik, primjenjujući gore navedene alate kao i holistički pristup pacijentu.

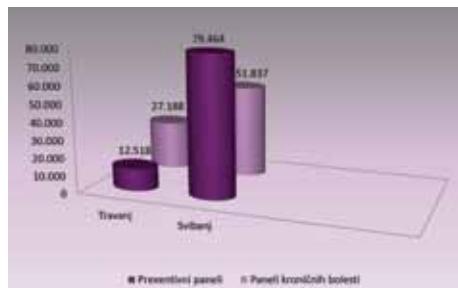
Uvođenjem praćenja indikatora kvalitete te primjenom smjernica za vođenje kroničnog bolesnika zamjećeni su pomaci u smislu racionalnije upotrebe laboratorijske dijagnostike u PZZ-u, te zauzavljanje trenda porasta potrošnje lijekova i stope bolovanja.

U travnju 2013. učinjeno je 12.518 preventivnih pregleda u ordinacijama obiteljske medicine, dok su u svibnju učinjena 79.464 preventivna pregleda (6,3 puta više nego u travnju). Na godišnjoj razini očekuje se izvršenje preko milijun preventivnih pregleda u obiteljskoj medicini.

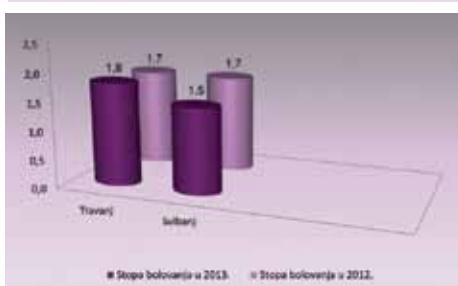
Paneli kroničnog bolesnika korišteni su u travnju kod 27.188 bolesnika, dok se u svibnju bilježi porast na 51.837 bolesnika vođenih kroz panel kroničnog bolesnika (porast 90%) (Slika 1).

Stopa potrošnje lijekova je nešto niža (za indeks 0,05) tijekom travnja i svibnja 2013. nego u istim mjesecima prošle godine. No uvezši u obzir da je sada u cijeni lijeka i PDV od 5 %, može se govoriti o manjoj potrošnji za nešto više od 5 %. Prijašnjih godina bilježi se iz godine u godinu stalni porast potrošnje lijekova na recept.

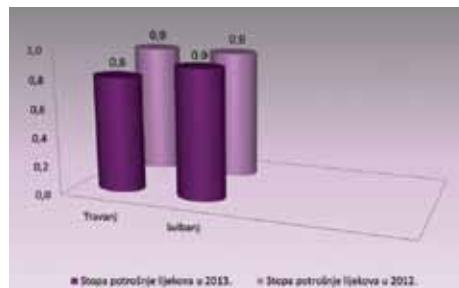
Slika 1.



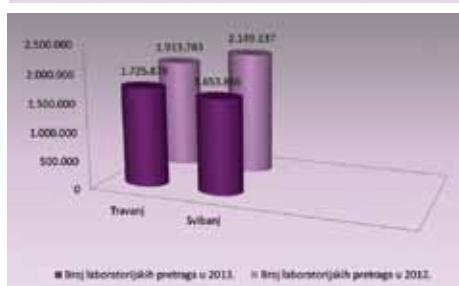
Slika 2.



Slika 3.



Slika 4.



Zbog kratkog vremenskog razdoblja može se govoriti o naznakama stabilizacije potrošnje lijekova na recept (Slika 2).

Stopa bolovanja bilježi blagi trend pada u usporedbi s istim razdobljem prošle godine. Izuzeta su bolovanja duža od 6 mjeseci, bolovanja poradi ozljede na radu i njege člana obitelji. U indikatore učinkovitosti ulaze bolovanja do 6 mjeseci trajanja (Slika 3).

Uvođenjem smjernica i sustavnog praćenja kroničnih bolesnika bilježi se

značajan pad korištenja laboratorijske dijagnostike na razini PZZ-a. Tako je u travnju 2013. zatraženo 187.905 pretraga manje nego u travnju 2012., dok je u svibnju 2013. zatražena 495.351 pretraga manje nego u istom mjesecu 2012. Doprinos racionalnijoj laboratorijskoj dijagnostici svakako daje i elektroničko povezivanja PZZ laboratorija s ordinacijama LOM-a. Svaki učinjeni nalaz, elektronički dolazi u karton pacijenta, pa liječnik ima pregledan uvid u sve učinjene pretrage, čime je nestao pojам „nepodignu-

tih nalaza“ koji nisu ispunili svrhu jer nisu došli na uvid liječniku koji je indicirao pretragu (Slika 4).

U budućnosti bit će uvođenjem elektroničkog zdravstvenog zapisa nalazi iz svih radilišta sustava dostupni kroz osobni zdravstveni karton osiguranika, što će do datno smanjiti nepotrebno ponavljanje nalaza i pretraga.

.....



## Novi model upućivanja

**Tatjana Prenda Trupec, mag.ing.el.**

**Goran Lazić, dr.med.spec.om.**

**Zoran Maravić, dr.med.spec.om.**

**Prim. Siniša Varga dr.med.dent.**

• Novi model upućivanja naslanja na se reformu primarne zdravstvene zaštite uspješno provedenu tijekom proteklih 12 mjeseci suradnjom HZZO-a, MZ-a, komora i udružica primarnih liječnika. Umjesto dosadašnjeg modela plaćanja gotovo isključivo glavarina, prihod se po novom modelu ugovaranja PZZ-a sastoji od temeljnog dijela prihoda (hladni pogon, glavarina, plaćanja za odrađene DTP postupke), te dodatnog dijela prihoda (učinkovitost, kvaliteta, udruživanje u skupnu praksu, provođenje preventivnih pregleda i dodatne usluge pacijentima). Najvažniji dijelovi na koje se naslanja novi model upućivanja je udruživanje liječnika u skupne prakse po afinitetima i posebnim znanjima, gdje je onda omogućeno horizontalno upućivanje, praćenje (nagrađivanje) kvalitete kroz vođenje kroničnih bolesnika za 4 najčešće kronične nezarazne bolesti kroz panele u informacijskim sustavima primarnih doktora i praćenje (nagrađivanje) učinkovitosti kroz stopu bolovanja, propisivanja lijekova, upućivanja u SKZ i PZZ laboratoriju.

Novi model upućivanja ima za cilj:

- Optimizaciju i jednoznačnu definiciju procesa upućivanja iz primarne u sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu
- Standardizaciju na razini RH
- Rasterećenje bolnica
- Smanjivanje listi čekanja
- Racionalizaciju troškova
- Podizanje kvalitete pružanja zdravstvene zaštite osiguranim osobama.

Novim modelom upućivanja uređuju se pravila što se na koju kategoriju

uputnice šalje, pa tako:

- A uputnice služe kako bi primarni liječnik, za postavljenu dijagnozu i kroničare, kad odradi sve što je mogao i znao, u svakom trenutku potrebe, poslao pacijenta u bolnicu na KONZILIJARNO MIŠLJENJE - bolnički specijalist nema pravo izdavati uputnice ili pozivati na kontrole.

- B uputnice koje služe za HOSPITALIZACIJU omogućuju 6 mjeseci izdavanja internih uputnica za sve obrade koje je potrebno napraviti nakon hospitalizacije, a iz objektivnih razloga nisu održene tijekom hospitalizacije, te naručiti na 3 kontrole.

- C uputnice omogućuju slanje na SPECIJALISTIČKI PREGLED na cijelovitu obradu u bolnicu, hitnu ambulantu (iako nisu potrebne da bi pacijent došao na hitnu), ili prijeoperativnu obradu nepokretnih ili teško pokretnih.

- D uputnica omogućuje AMBULANTNO LIJEĆENJE i DNEVNU BOLNICU gdje s novim pravilima bolnicama daje veće mogućnosti i pacijentu manje šetanja.

Vrijednost B, C i D uputnica je 365 dana što smanjuje šetanje pacijenta i omogućuje bolnicama učinkovitiju obradu, a primarnu rasterećuje piskaranja.

Važno je naglasiti kako su 4 najčešće kronične nezarazne bolesti (diabetes, hipertenzija, KOPB i astma) koje čine preko 50% svih postupaka i troška u zdravstvu vraćeni na upravljanje primarnom liječniku uz upućivanje na konzilijarno mišljenje ili dijagnostiku u bolnice temeljem A uputnice kad god je to potrebno. Iako je i do sad bilo tako pripisano, naglašeno je kako su bolovanja u nadležnosti primarnog liječnika.

Bolnički specijalist terapiju treba preporučiti prema smjernicama HZZO-a i to gdje god može prema generičkom imenu lijeka, a PREPORUČENO JE da za terapiju koju je preporučio bolnički specijalist, primarni liječnik propiše najjeftiniju paralelu (lijek potpuno istog sastava i djelovanja). Ukoliko iz objektivnih razloga to ne može (alergije ili sl.), napisati će razlog u napomenu.

Preporuka je prijeoperativnu obradu obaviti na razini primarne zdravstvene zaštite

kad god je moguće i/ili brže i jednostavnije. Jedinstvene smjernice za prijeoperativnu obradu trenutno izrađuju stručna društva.

### KORISTI ZA SUSTAV:

#### a) Koristi za pacijente

1. manje šetanja - tek kad se u primarnoj napravi sve što je moguće, pacijenta se šalje u bolnicu gdje se daljnja obrada radi temeljem internih uputnica bez šetanja pacijenta po uputnicu kod primarnog liječnika.
2. kad se primarni liječnik rastereti administriranja bolničkih liječnika, više će biti vremena za pacijenta, pratit će mu se kronične bolesti kroz panele, horizontalno će biti upućen, pa će u pzz-u, gdje je komotnije rješavati što više jer jedini izabrani doktor najbolje poznaje pacijenta
3. rasterećenjem bolnica bit će omogućen lakši ulaz u sustav teško bolesnima

#### b) Koristi za primarnog liječnika

1. neće više biti administrator bolničkom doktoru pa će imati više vremena za pacijenta
2. jasno definirana pravila što kako i kamo slati
3. daje mu se veći suverenitet da odlučuje o terapijama i dalnjim obradama svojih pacijenata
4. kroz novi model ugovaranja ima alate za praćenje kroničara i mogućnost horizontalnog upućivanja kolegama u skupnoj praksi prema afinitetu pojedinih doktora (neki više znaju o diabetusu, neki rade UZV, neki s djecom s posebnim potrebama itd.)

#### c) Koristi za bolnice

1. rasterećenje bolničkih specijalista jer dio KONTROLNIH PREGLEDA koje trenutno čeka 300.000 pacijenata (od 500.000 koji su na listama) se vraća u primarnu, dio će se kroz smjernice pokazati bespotrebni
2. administrativno se uređuju i jasno definiraju pravila na razini Hrvatske - fakture prema HZZO-u neće biti vraćane ako se postupa prema proceduri
3. puna podrška u praćenju kroničara od strane kolege iz PZZ-a

.....



## Ministarstvo zdravlja

### - krenuo projekt za jačanje institucionalnog kapaciteta za krv, tkiva i stanice

- U Ministarstvu zdravlja krenuo je projekt "Jačanje institucionalnog kapaciteta za krv, tkiva i stanice" 16. srpnja. Projekt je usmjeren na unapređenje svih aktivnosti povezanih s donacijom i transplantacijom krvni, tkiva i stanica ljudskog porijekla sa svrhom unapređenja sigurnosti primatelja. Cilj je usporediti i revidirati postojeće zakonodavstvo u tom području i uskladiti ga s europskim. MZ ističe da projekt obuhvaća izradu dokumentacije za poboljšanje standarda u postupcima dobivanja, skladištenja i transplantacije tkiva i stanica te reviziju postojećeg zakonodavstva. Projekt će pridonijeti poboljšanju kvalitete u sustavu davanja i distribucije krvni, sigurnosti i detekciji popratnih pojava i reakcija do kojih može doći u postupcima darivanja, pripreme i transfuzije krvi.

Izrada projekta je trajala tri godine, projekt će trajati 15 mjeseci, financiran je novcem Europske unije u sklopu IPA programa za Hrvatsku, vrijedan je milijun eura, a partneri su Španjolska i Italija.

Borka Cafuk



## Pripravnički staž

### skraćuje se na pet mjeseci

- Ministarstvo zdravlja je stavilo izvan snage tumačenje izdano u dopisu Studentskom zboru Medicinskog fakultete u Splitu 31. svibnja vezano uz pripravnički staž doktora medicine, i o tome je 24. srpnja izvijestilo sve dekane i studentske zborove medicinskih fakulteta u Hrvatskoj, Hrvatsku liječničku komoru i Hrvatski liječnički zbor.

Ministarstvo je u svom dopisu istaknulo da je nakon konzultacija s Hrvatskom liječničkom komorom, Hrvatskim liječničkim zborom, dekanima medicinskih fakulteta i Ministarstvom vanjskih i europskih poslova, zaključeno da se obveza obavljanja pripravničkog staža i polaganja stručnog ispita kada diplomiraju odnosi na sve studente upisane prije 2011. godine na MEF-ovima u Zagrebu, Rijeci i Splitu, te na sve studente upisane prije 2012. godine na osječkom MEF-u. Pripravnički staž, ističe Ministarstvo, skratit će se na trajanje od pet

mjeseci jer se uvodi nova struktura pripravničkog staža koja se temelji na stjecanju kompetencija i mentorstvu s definiranim ishodima učenja. Doktori medicine će tijekom trajanja pripravničkog staža steći opće kompetencije s naglaskom na komunikacijske vještine i praktične vještine nužne za samostalan i odgovoran rad u zdravstvenom sustavu. Stručni će ispit sadržavati samo ispit iz općeg dijela koji se odnosi na zakonodavstvo i organizaciju zdravstvenog sustava s posebnim naglaskom na prava pacijentata, ističe Ministarstvo.

Borka Cafuk

## Poličlinika Medico iz Rijeke, prva zdravstvena ustanova s certifikatom „Quality in international patient care“

- Poliklinika Medico iz Rijeke dobila je ovo značajno priznanje kao prva zdravstvena ustanova u Hrvatskoj. Certifikat potvrđuje da ustanova udovoljava najvišim standardima kvalitete pružanja usluga zdravstvene zaštite u skladu s međunarodnom praksom. Certifikat izdaje njemački Temos, kao jedina certifikacijska kuća u svijetu koja od 2005. godine validira kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga stranim pacijentima. Temos je kratica engleskih riječi trust (povjerenje), effective medicine (učinkovito liječenje) i optimized services (optimizirane usluge), a osigurava certifikat kvalitete u zdravstvenom turizmu. Temos je neutralno i neovisno certifikacijsko tijelo sa sjedištem u Njemačkoj. [www.temos-worldwide.com](http://www.temos-worldwide.com). Poliklinika Medico osnovana je 1991. kao jedna od začetnica privatne liječničke prakse na našim prostorima. Zapošljava 60 djelatnika, a pruža usluge u 15 djelatnosti,

uz dnevnu bolnicu i dvije operacijske dvorane. Članica je Bâloise koncerna iz Basela. [www.medico.hr](http://www.medico.hr)

Doc. dr. Vladimir Mozetić, dr. med.,  
ravnatelj Poliklinike Medico



## Sporazum javnih zdravstvenih ustanova temelj je za izgradnju izdvojene informatičke mreže zdravstvenog sektora

- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Hrvatski zavod za hitnu medicinu i Hrvatski zavod za telemedicinu potpisali su sporazum kojim se pobliže regulira suradnja s Hrvatskom akademskom i istraživačkom mrežom CARNet, priopćio je HZZO 20. kolovoza. Supotpisnici sporazuma su Ministarstvo zdravlja, koje je nadležno za zdravstvene ustanove, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, koje je nositelj prava osnivača CARNet-a, i Ministarstvo uprave, koje je nositelj razvoja informacijskog sustava državne uprave.

Naime, sporazum je potpisana na temelju Odluke Vlade RH o suradnji na poticanju primjene informacijske i komunikacijske tehnologije za potrebe zdravstvenog sustava RH Hrvatske iz ožujka 2013.

Sporazum služi kao osnovica za izgradnju izdvojene informatičke mreže zdravstvenog sektora, koja će biti temelj za pružanje šireg opsega usluga iz područja eZdravlja, uz maksimalnu sigurnost zdravstvenih informacija te za ostvarenje ciljeva nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.

Borka Cafuk





stječu to pravo tek 2017. Prema Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, splitski je program odobrio Senat Sveučilišta u Splitu, a valjanosti programa potvrdili su stručna skupina u Bruxellesu i Agencija za visoko obrazovanje RH. „Pravilnik o pripravničkom stažu zdravstvenih radnika“ (članak 3) i „Pravilnik o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence)“ Hrvatske liječničke komore (članak 11) izričito kažu da liječnici koji su studij medicine završili po takvom integriranom kurikulumu ne trebaju staž niti polagati državni ispit.

Dekanska konferencija medicinskih fakulteta održana u Splitu 18. listopada 2012. zaključila je i potpisala da se splitskim studentima medicine prizna ta diploma, a njihovu je diplomu potvrdilo i Ministarstvo zdravlja 31. svibnja 2013. dopisom Studentskom zboru Medicinskog fakulteta Split i Hrvatskoj liječničkoj komori: „Završetkom studija medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu doktori medicine nisu u obvezi obavljanja pripravničkog staža i polaganja stručnog ispita.“

Međutim, nakon žestokih protivljenja dekana medicinskih fakulteta u Zagrebu i Rijeci, 24. srpnja 2013. ministar Ostojić šalje novi dopis kojim stavlja izvan snage svoju suglasnost iz svibnja, te dodaje da će za sve studente staž i državni ispit biti obvezni, a da će staž trajati 5 mjeseci! Time je derogirao sve zakone i odluke koje smo naveli (hrvatske i europske). U kakvo to državi mi mladi liječnici počinjemo svoj radni vijek, svoj život odraslih i odgovornih ljudi?

*U ime doktora medicine  
diplomiranih 15.7.2013. u Splitu  
dr. J. M. (ime poznato uredništvu)*



## Obnoviteljska skupština Društva mladih liječnika

• U prostorijama HLZ-a održana je 27. lipnja osnivačka-obnoviteljska skupština Hrvatskoga društva mladih liječnika (HDM) Hrvatskoga liječničkog zabora. Ovo je društvo osnovano 2000., ali je zbog neaktivnosti ugašeno 2009. odlukom 117. Skupštine HLZ-a.

Skupina mladih liječnika različitih profila i afiniteta uvidjela je kako se redovno pri zapošljavanju, u radu, napredovanju te stručnom usavršavanju suočava sa sličnim problemima čijem bi rješavanju trebalo sustavno pristupiti. Sukladno tome, javila se ideja kako bi osnivanje predstavničkog tijela mladih liječnika pomoglo pri rješava-



nju problema specifičnih za dobnu skupinu liječnika do 35. godine života.

Na početku Skupštine nazočne je pozdravio predsjednik HLZ-a prof. dr. Željko Krznarić poželjevši mladim liječnicima puno ustrajnosti, uspjeha i sreće u budućem djelovanju. Za predsjednika Društva jednoglasno je izabran Danko Relić, a za prvog dopredsjednika Jakov Ivković. Glavni ciljevi i zadaci bit će u narednom mandatnom razdoblju: rad na upoznavanju mladih liječnika s pravima i dužnostima, analiza stanja zadovoljstva radnim uvjetima među mladim liječnicima u Hrvatskoj, na temelju koje bi odredili svoje daljnje djelovanje, suradnja s nadležnim tijelima i institucijama u cilju poboljšanja statusa mladih liječnika u Hrvatskoj, osnivanje povjerenstava i radnih tijela Društva koja bi se bavila određenim specifičnim temama, organiziranje predavanja, tribina, stručnih skupova, simpozija, kongresa za članove Društva, a sve radi ostvarivanja navedenih ciljeva i zadataka, aktivno uključivanje u međunarodne organizacije i tijela koja se bave problematikom mladih liječnika, ukazivanje mladim liječnicima na važnost ostanka u Republici Hrvatskoj te na taj način smanjivanje potencijalnog odjelja liječnika u zemlje Europske unije i šire te izradba i ažuriranje službene web stranice Društva.

F. H.



## Generički lijekovi istovjetni su originalnim

• Zbog, u posljednje vrijeme, sve učestalijih širenja dezinformacija u dijelu stručne, a posljedično i opće javnosti, oko kvalitete i učinkovitosti liječenja pacijenata

generičkim lijekovima, članice HUP - Udruge proizvođača lijekova upozoravaju da generički lijek sadrži istu djelatnu tvar i jednak je učinkovit u istoj dozi, istom obliku, primjeni i indikacijama kao i originalni lijek. Djelatna tvar u generičkom lijeku mora zadovoljavati iste propisane zahtjeve i standarde kao i u originalnom. Pomoćne tvari, koje su također sastavni dio gotove formulacije, ne moraju biti identičnog sastava niti količine, ali kontroli podliježu i supstancije i njihovi proizvođači. One se kontroliraju individualno, a isto tako i gotova formulacija proizvedena iz novog sastava.

Da je tomu tako, jamče, osim proizvođača, i nacionalne agencije za lijekove po tržištim koje provjeravaju registracijsku dokumentaciju sastavljenu na isti način za originalne kao i za generičke proizvode. Ta dokumentacija se sastoji od kemijsko-tehnološko-analitičkog dijela (dokazi kvalitete konkretnog generičkog proizvoda), pretkliničkog dijela (pričak farmakoloških, farmakokinetičkih i toksikoloških svojstava aktivne tvari na životinjskim modelima - najčešće literaturni podaci) i medicinskog dijela (dokazi učinkovitosti i sigurnosti primjene - literaturni podaci, plus pričak studije bioekivalentnosti generičkog proizvoda s izvornim lijekom). Dva medicinska proizvoda koja sadržavaju istu aktivnu tvar smatraju se bioekivalentnim ako njihove bioraspodjeljivosti (brzina i obim apsorpcije) nakon primjene istih molarnih doza leže unutar prethodno definiranih, prihvatljivih granica. Te granice su postavljene da bi se osigurala usporediva in vivo izvedba, tj. adekvatna podudarnost u smislu neškodljivosti i učinkovitosti. Bioekivalentnost je, dakle, ključan uvjet za odobrenje stavljanja generičkih lijekova u promet. Budući da su generički lijekovi znatno jeftiniji od

originalnih lijekova, posve je jasno da kupnjom generičkih lijekova možemo ostvariti značajne uštede zdravstvenom sustavu, koji u svjetskim razmjerima počiva upravo na generičkoj farmaceutskoj industriji. Nije, dakle, skupa sama proizvodnja lijeka, skupo je ulaganje u istraživanje i razvoj, pa upravo zbog toga originator ima razdoblje od 20 godina patentne zaštite da povrati trošak ulaganja u istraživanje i razvoj lijeka.

Nadalje, posve je jasno da se ulaskom generičkog lijeka na tržište, zbog efekta koji izazivaju zamjenski proizvodi, originalni lijek mora suočiti s padom prodaje ili sa snižavanjem cijene. Utjecaj na snižavanje cijena originalnih lijekova raste s pojavljivanjem svakog novog zamjenskog lijeka. Isto tako, treba naglasiti da ulazak većeg broja generičkih lijekova na tržište znači zaoštravanje konkurenčije, što opet može uzrokovati pad cijena generičkih lijekova. Bitno je, međutim, da benefit ostvaruju svi sudionici zdravstvenog sustava – pacijenti zbog poboljšane dostupnosti lijekova, a zatim i lječnici, osiguravatelji, a u konačnici državni proračun. Članice HUP - Udruge proizvođača lijekova upozoravaju da će od svih koji se ovih dana učestalo pojavljivaju u medijima i zbumuju javnost, a osobito od stručnih osoba kojima je sve navedeno poznato, ne predoče li javno dokaze o navodnoj upitnosti kvalitete liječenja generičkim lijekovima, zadovoljštinu potražiti na nadležnom судu.

*Milka Kosanović, direktorka  
HUP - Udruge proizvođača lijekova*

rice Bosanac koja je u najtežim vremenima stajala na braniku naše Domovine. Zato pozivamo sve odgovorne da se izdignu iznad sivila dnevne politike i da preispitaju svoju odluku te omoguće predsjednici Udruge hrvatskih lječnika dragovoljaca 1990/91. doktorici Vesni Bosanac da svoj radni vijek privede kraju dostojanstveno i s počastima koje je zasluzila.»



## Hospital Days 2013 – konferencija o IT rješenjima u bolnicama

• Druga Hospital Days konferencija o poslovnim i tehničkim rješenjima za bolnice održat će se od 21. do 23. listopada 2013. godine u Opatiji. Predviđena su predavanja, radionice i okrugli stolovi, dok će fokus konferencije biti na poslovanju bolnica. „Godinama radeći u zdravstvu, prepoznali smo potrebu organiziranja konferencije koja će svojim temama zainteresirati i okupiti predstavnike državnih institucija, ministarstva, vodećih ljudi bolničkih ustanova, informatičke i medicinske stručnjake. Iz tog razloga Hospital daysi nisu samo tehnička konferencija, te na njima raspravljamo i o izazovima vezanim uz poslovanje bolnica, strategiju zdravstva, poslovanje u EU.

Od ovogodišnje konferencije očekujemo odgovore na pitanja mogu li se i kako smanjiti troškovi zdravstvenog sustava, imamo li kvalitetno zdravstvo, ima li zdravstvo tržišni potencijal, troše li bolnice previše na lijekove, koji su izazovi u upravljanju bolnica, jesu li nam pacijenti zadovoljni i mnoga druga. Osim toga vidjet ćemo kako informatika može pomoći i koji su najnoviji trendovi i iskustva u području IT rješenja za bolnice i eZdravlje“, naglašava direktor konferencije **Danijel Budaković**.

Očekuje se da će konferenciju posjetiti više od 350 sudionika iz Hrvatske i regije, profesionalaca i stručnjaka s područja informatike i zdravstva. Cijena kotizacija iznosi 1440 kuna plus PDV za uplate do 30. rujna, odnosno 1920 kuna plus PDV za prijave nakon tog datuma.

Dio prvog dana konferencije rezerviran je samo za predstavnike bolnica koje su korisnici BIS rješenja, koji ostvaruju poseban popust za sudjelovanje na konferenciji. Organizator je softverska tvrtka IN2 uz partnera Hrvatski telekom i Samsung.

Više informacija dostupno je na Internet adresi <http://hospital.in2.hr>



## Prosvjed protiv smjene doktorice Vesne Bosanac

• Kakojavlja dr. **Srećko Ljubičić**, tajnik Županijskog ogranka Udruga hrvatskih lječnika dragovoljaca 1990 – 1991., Ogranak Županije dubrovačko-neretvanske, ta je udruga uz potporu dubrovačkih podružnica HLZ-a, Komore i Sindikata te Hrvatskog katoličkog lječničkog društva 16. kolovoza objavila prosvjed protiv smjene doktorice Vesne Bosanac s mesta ravnateljice vukovarske bolnice. U priopćenju za javnost se među ostalim kaže:

«Ne ulazeći u razloge smjene, koji su prema našim saznanjima beznačajni u usporedbi s veličinom njenog djela i značenja za zajednicu, smatramo kako je bilo neophodno iznaci načina za očuvanje digniteta i iskazivanje zahvalnosti na dugogodišnjem samoprijegornom i herojskom radu dokto-

## Šesti Svjetski dan, prvi Europski dan i prvi Hrvatski mjesec oralnog zdravlja

• Bolesti usne šupljine ubrajaju se među najčešće kronične bolesti čovjeka. UN i SZO su u Političkoj deklaraciji o kroničnim nezaraznim bolestima u rujnu 2011. ustvrdili u članku 19 "da bolesti bubrega, usta i oka, predstavljaju glavni teret za mnoge zemlje, nadalje, da te bolesti dijele iste čimbenike rizika i da se zajedničkim odgovorima na te bolesti može postići uspjeh."

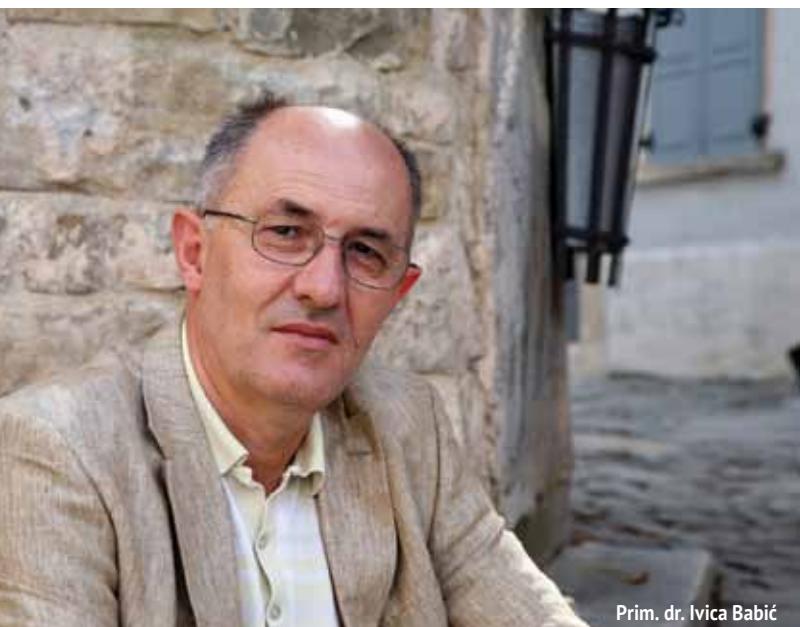
Svjetska udruga dentalne medicine (FDI; okuplja 1 200 000 članova) redovito obilježava Dan oralnog zdravlja od 2008. godine. Ovogodišnje geslo šestoga Dana je „Zdravi zubi za zdrav život“. Održan je u srijedu 20. ožujka. Vijeće europskih doktora dentalne medicine (CED; predstavlja preko 340 000 praktičara) odlučilo je organizirati Prvi europski dan oralnog zdravlja u četvrtak 12. rujna ove godine pod geslom „Oralno zdravljie i duhan“. Duhan je jedan od najvećih zdravstvenih izazova, koji svake godine ubije oko sedamsto tisuća ljudi i odgovoran je za većinu neizlječivih zločudnih bolesti usta i grla. Hrvatska komora dentalne medicine (HKDM; ima 6888 članova dentalnog tima, 4541 doktora dentalne medicine, 1698 dentalnih tehničara i 649 dentalnih asistenata) pridružuje se FDI-ju i CED-u pokretanjem Prvog hrvatskog mjeseca oralnog zdravlja od četvrtka 12. rujna do subote 12. listopada ove godine. Hrvatska dentalna medicina 110 godina organizirano skrbi o oralnom zdravlju. Naime, 20. prosinca 1903. deset doktora ukupnog lječništva i specijalista za bolesti usta i zubi osnovalo je u Zagrebu Zadrugu hrvatskih stomatologa. Potankosti o Prvom hrvatskom mjesecu oralnog zdravlja mogu se pratiti na [www.hkdm.hr](http://www.hkdm.hr) te u glasilima HKDM-a, Vjesniku dentalne medicine, Dental Designu i Smeleu.

*Zvonimir Kaić, HKDM  
(kaiczvonimir@gmail.com)*

Razgovor s predsjednikom  
Hrvatskog liječničkog sindikata  
prim. dr. **Ivicem Babićem**

# Opći štrajk u trećem tjednu rujna

Borka Cafuk



Prim. dr. Ivica Babić

• Pregovori između pregovaračko odbora Vlade i dvaju sindikata – Hrvatskog liječničkog sindikata (HLS) i Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara – medicinskih tehničara (HSSMSMT) – propali su kao i pokušano mirenje. Sindikati su najavili štrajk, a ministar zdravlja prof. dr. sc. **Rajko Ostojić** tvrdi da je Vlada učinila nekoliko kompromisa no ne i druga strana, te smatra da nisu pregovarali u dobroj vjeri.

Oko pregovora i mirenja te najavljenog štrajka razgovarali smo s predsjednikom HLS-a prim. dr. **Ivicem Babićem** 28. kolovoza.

• • • Zašto su propali pregovori i mirenje između Vlade i sindikata?

• Pregovori i mirenje između Vlade i sindikata propali su zato jer je Vlada odbila bilo kakav korak u pozitivnom smislu i čvrsto insistira na Kolektivnom ugovoru koji je potpisala sa Samostalnim sindikatom zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske (SSZSSH). To je za nas nepovoljno. Tražili smo da nam vratre oduzeta prava, a oni to ne žele.

• • • Na čemu je HLS insistirao u pregovorima, a što je Vlada zapravo ponudila?

• HLS je insistirao na dvije bitne pretpostavke. Jedna je od njih rok do kada trebaju završiti pregovori. Mi smo pristali na 31. kolovoza, a Vlada to nije željela prihvati. Drugo je pitanje bilo – što je osnova za pregovore? Kao osnovu za pregovore HLS je, zajedno s HSSMSMT-om, ponudio Prijedlog Kolektivnog ugovora, koji je vrlo sličan Kolektivnom ugovoru koji je sud proglašio ništetnim ali zbog proceduralnih razloga i još uvijek nije gotov sudski spor. Iskoristili smo pravo na izvanredan pravni lijek i sada je spor na Vrhovnom sudu, potom dolazi Ustavni sud a onda, ako ne budemo zadovoljni, i europski sudovi.

Kako je taj Kolektivni ugovor potišten iz proceduralnih a ne sadržajnih razloga, mi smo kao osnovu za pregovore ponudili vrlo sličan prijedlog i bili smo skloni o svemu pregovaratati ne prejudicirajući rezultate pregovora. Vlada to nije prihvatala, već je prihvatala temeljnju postavku SSZSSH-a, a to je Kolektivni ugovor koji bi značajno

smanjio naša prava uključujući i materijalna primanja. Taj se prijedlog posebno pokazao negativnim kada su u pitanju primanja, posebno plaćanja za dežurstva i pitanje godišnjih odmora, položajnih dodataka, uvjeta rada, zaštite na radu i druga prava. Kolege koji se žele bolje informirati pozivam da pročitaju Kolektivni ugovor koji je proglašen ništetnim i naprave usporedbu s važećim Kolektivnim ugovorom, koji mi nismo potpisali jer je nepovoljan.

Paralelno, dok se borimo za Kolektivni ugovor, pokrenuli smo sindikalne alate, a jedna od njih je i povlačenje sukladnosti liječnika za rad duži od 48 sati tjedno. Jučer (27. kolovoza) izabrali smo na sastanku Glavnog odbora HLS-a Štrajkaški odbor i njegova predsjednika i za nas su od jučer počele štrajkaške aktivnosti. Čekamo još subotu kada predsjedništvo HSSMSMT-a odluci kako će postupiti i poslije toga ideo zajedno u najavu i organizaciju štrajka. U štrajk ćemo pozvati sve liječnike koji rade u bolničkom sustavu. Hoćemo li poziv proširiti na domove zdravlja tek ćemo vidjeti. I, naravno, u štrajk ćemo pozvati medicinske sestre – medicinske tehničare. Kada se sve to zbroji, okvirno je to 46 tisuća radnika u sustavu zdravstva.

• • • Kada će početi štrajk i koliko pretpostavljate da će trajati?

• HLS 14. rujna ponovo ima izvanrednu skupštinu na kojoj će se još samo provedbene određene stvari doraditi prije početka štrajka. Štrajk će krenuti u trećem tjednu rujna. Pretpostavljam da će trajati kratko jer ćemo organizirati opći štrajk u kojem će se provoditi režim rada nedjeljom. Pojednostavljeno, ono što se radi nedjeljom obavljat će se tijekom štrajka, a sve drugo bit će odgođeno. Naravno, to ovisi i o tome koji će poslovi biti definirani kao poslovi koji se ne smiju prekidati za vrijeme trajanja štrajka. Naime, ministar zdravlja je obvezan donijeti popis poslova. Ukoliko se mi s time ne budemo slagali, provodi se arbitraža i ona donosi definitivan popis poslova koji se ne smiju prekidati za vrijeme štrajka.

## Igre oko pregovaračkog stola

• • • Zašto vam se nije pridružio SSZSSH? Koji su njihovi motivi?

• Motiv SSZSSH-a je vrlo jasan. Taj se sindikat nedvojbeno politički jasno odredio. Umjesto da zastupa interese svoga članstva, predsjednica SSZSSH-a Spomenka Avberšek nastupa kao glasnogovornica aktualne vlasti i zastupa interese politike.

Zbog tog njenog ponašanja i potpisani je Kolektivni ugovor koji je, između ostalog, nepovoljniji i za nemedicinske radnike u sustavu zdravstva koje ona zastupa. Primjerice, u dodacima za rad na odjelima za tuberkulozu izjednačili su uvjete rada za spremačice, medicinske sestre i liječnike. Avberšek je, s druge strane, ponovo spremačice vratila na uvjete rada koji su bili prije (6%), medicinske sestre su ostale na 25 posto, a liječnici su враćeni na 20 posto. To je samo jedan od primjera koji govori o neologičnostima i negativnim posljedicama novoga Kolektivnog ugovora.

• • • *Ministar zdravlja je izjavio da je predložio da pregovori sindikata i Vlade budu javni ali da su neki sindikati to odbili.*

• Netočno. Prvo, to je neozbiljno. Pregovori nigdje nisu javni i ne odvijaju se uz nazočnost stranih promatrača i novinara. Drugo, Spomenka Avberšek je žećeći zapravo sve izbanalizirati predložila da novinari budu nazočni pregovorima a ministar je to odbio. Dakle, ovo što se sada tvrdi je čista hipokrizija.

## 70 posto liječnika koji dežuraju više od jednom tjedno povuklo je svoju suglasnost

• • • *Ministarstvo zdravlja je priopćilo da je do 26. kolovoza 27 posto od ukupnog broja liječnika u državnim bolnicama i bolnicama čija su osnivačka prava u procesu sanacije prenesena na Republiku Hrvatsku povuklo svoju suglasnost za rad duži od 48 sati tjedno na poziv HLS-a, te je najavilo uvođenje smjenskog rada u pojedinim bolnicama od 1. rujna. Također, Ministarstvo ističe će se poštovati pravo liječnika koji su na poziv HLS-a povukli suglasnosti za rad duži od 48 sati tjedno. S druge strane, čuju se informacije da se liječnicima prijeti ukidanjem odjela ako povuku svoju suglasnost.*

• Problem je slojevit. U tri sam navrata, na tri službena sastanka, uključujući i postupak mirenja, upozorio ministra i od njega tražio jasno očitovanje. Pritisci na liječnike su veliki prema našim podacima. Podaci su zasnovani na osnovi kopija urudžbiranih povlačenja suglasnosti. Imamo 2499 povučenih suglasnosti. S terena još uvijek dobivamo nove informacije o povlačenju suglasnosti jer se kolege vraćaju s godišnjih odmora. U međuvremenu je bio vršen ogroman pritisak na kolege, koje se učjenjuje na razne načine, uključujući

i prijetnjom ukidanja odjela. Upozorio sam Ministarstvo da je to problem o kojem će izvijestiti Europsku komisiju. Nakon što su to mediji objavili, Ministarstvo je priopćilo da će se poštovati pravo liječnika da povuku suglasnost. U međuvremenu, dio kolega pod pritiskom je ponovo dao svoju suglasnost, a kolik je taj broj ne znam.

Glede broja liječnika koji su povukli svoju suglasnost, trebalo ga je računati na ukupan broj liječnika koji su dali svoju suglasnost za rad preko 48 sati tjedno, a ne u usporedbi s ukupnim brojem liječnika u državnim bolnicama i bolnicama u sanaciji. Kad se ti odnosi uzmu u obzir, onda je to velik dio. Prema našim izračunima 70 posto onih koji dežuraju više od jednom tjedno povukao je svoju suglasnost.

Problem je gorući i preko njega nećemo prijeći. Onog trenutka kada prikupimo materijalne dokaze poduzet ćemo aktivnosti i prema inspekcijskim zaštite na radu i prema drugim instancama ovisno o tome kakvi će se prekršaji događati. Nećemo dopustiti kršenje zakona niti bilo kakvu prisilu nad onima koji postupaju sukladno zakonu.

• • • *Ministarstvo je danas priopćilo kako nije točno da je liječnicima ukinuto plaćanje prekovremenog rada, kako Vi tvrdite, te da se ona plaćaju sukladno važećem Kolektivnom ugovoru.*

• Sukladno zakonu dežurstvo je redovan rad. Ako iznosi duže od 40 sati tjedno, onda je to prekovremen rad. Oni to ne plaćaju sukladno zakonu kao prekovremen rad, a mi više nećemo prekovremeno raditi. I u čemu je spor? Zbog čega toliko nervoze s njihove strane?

Prije nekoliko dana na televiziji se moglo čuti što o tome kažu kolege sindikalci koji su iz Italije, Slovenije, Francuske i Bugarske. Njima nije jasno što se kod nas događa. To su očito naše umotvorine koje nisu kompatibilne s pravnom normom i dobrom praksom Europske unije. Mi smo 28. članica EU i trebali bismo se tako i ponašati, a ne samo nominalno glumiti Euroljane

## Ovakva zdravstvena politika vodi urušavanju zdravstvenog sustava

• • • *Kakva nam je budućnost izgledna?*

• S ovom sam zdravstvenom politikom velik pesimist. Ovakva zdravstvena politika vodi urušavanju ovakvog zdravstvenog sustava. A ovakav zdravstveni su-

stav, kao javni sektor, još je jedina preostala stvar, uz školstvo i socijalnu, što je ostalo od socijalne države. Želi li netko namjerno uništiti ovaj sustav ili netko namjerno želi dovesti u pitanje socijalnu kategoriju države i usmjeriti je ka neoliberalnom konceptu – ne znam. No, posljedice su izvjesne. Ovo na što ukazujemo, samo je vrh ledene sanke. Reforme sustava se rade na čudan način. Sanacijama se sustav definitivno gura u ambis. Na mjesto sanacijskih upravitelja i sanacijskih vijeća došli su profesionalci, čast iznimkama, koji o onome što se događa u bolnicama i zdravstvu znaju samo iz onoga što su vidjeli šećući se oko bolnice te čitajući o njima i gledajući ih u televizijskim igranim serijama. Nije prihvatljivo da na su mjestu sanacijskih upravitelja imenovani pojedinci koji nemaju nikakvog iskustva u sustavu. Nije prihvatljivo da su u sanacijskim vijećima ljudi koji nikada nisu imali nikakav dočaj sa sustavom.

Nije prihvatljivo ova reforma, koja zapravo počiva na nekakvim modelima što ih preporučaju neki angažirani profesionalci, a koji su prihvaćeni bez javne rasprave. Čudno je to, naše kolege imaju mesta u Europi. Ali naša zdravstvena administracija nema povjerenja u naše kolege.

Sjećam se projekta "Koprivnica" koji je pomozno najavljan, a znamo kako je završio. Treba li nam još jedna "Koprivnica"? "Koprivnica" će biti tek pilot projekt u odnosu na ovo što se sada najavljuje. Sustav ne postoji radi sebe i ne funkcioniра po modelu trgovačkog društva. U pitanju su zdravstvene ustanove, a njihov osnovni cilj nije ostvariti dobit. One ne trebaju i ne smiju ostvarivati dobit, već jamčiti primjerenu razinu zdravstvene zaštite za cijelu populaciju. Uključujući i onaj bitan element solidarnosti na razini čitave države, za što je jamac država. Naravno, privatni sektor kroz trgovačka društva konkurenčki na tržištu, razvijat će se neovisno i ja se za to zalažem. Onaj tko ima novaca da dodatno plati zdravstvenu uslugu, platit će je. Ali iz sredstava koje solidarno izdvajamo svi, treba osigurati jednakost u dostupnosti i kvaliteti zdravstvene usluge za sve bez obzira gdje se u Hrvatskoj nalazili.

U politici ne mogu prihvatihi pokriziju i političku demagogiju kojom se zagovara tobože socijalna država a de facto rade u interesu neoliberalnog kapitalizma. Između svijeta rada i svijeta kapitala, ja sam na strani svijeta rada. Između socijalne države kao koncepta i neoliberalnog koncepta, ja sam za socijalnu državu i tu nema dvojbe.



# Prvi „Europski dan ponovnog pokretanja srca“



• Prvi „Europski dan ponovnog pokretanja srca“ – naučiti laike kako ponovo pokrenuti srce nekome tko je doživio srčani zastoj održat će se 16. listopada u organizaciji Europskog vijeća za reanimatologiju (ERC, European Resuscitation Council) diljem zemalja Evropske unije. U Hrvatskoj će biti organiziran uz pomoć Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a koje je član ERC-a više od 10 godina. Usmjeren je ponajviše na mlade ljude Europe a cilj da se poveća do sada vrlo nizak broj ljudi koji su preživjeli izvanbolnički srčani zastoj. Toga će dana članovi Europskog parlamenta naučiti kako oživjeti žrtvu srčanog zastoja te kako upotrijebiti automatski vanjski defibrilator (AVD). Razdijelit će se posteri i letci na različitim jezicima i održavati različite manifestacije u brojnim europskim zemljama kako bi se podržao rad nacionalnih reanimatoloških društava. Ovakve manifestacije održavat će se i u gradovima širom Hrvatske.

Svake godine oko 350 000 Europejana doživi izvanbolnički srčani zastoj. Taj se može dogoditi bilo gdje, a preživljivanje je manje od 1:10. Međutim, ako prisutni očevici započnu kardiopulmonalnu reanimaciju (KPR), preživljivanje se povećava za 2-3 puta, ali se do sada to događalo u samo jednom

*Izvođenjem kardiopulmonalne reanimacije ne može se učiniti ništa loše – jedino loše jest ne učiniti ništa*

od pet slučajeva srčanog zastopa. Povećavanje ovog omjera moglo bi u Europi spasiti 100 000 života godišnje. „Nažalost, samo neznatan broj žrtava srčanog zastopa dobije ovu ključnu pomoć na vrijeme, kaže profesorica Maaret Castrén na Karolinšku Institutu u Švedskoj i predsjednica ERC-a.

Učestalost KPR-a koju započnu prisutni očevici kako se razlikuje diljem Europe, od samo 12% u Andaluziji u Španjolskoj, preko 15% u Njemačkoj, do visokih 61% u Nizozemskoj. „Kada bi više ljudi bilo obučeno za KPR (primjerice na ključnim javnim mjestima poput zračnih luka, sportskih objekata, hotela), te kad bi na ključnim mjestima bilo postavljeno više AVD-a, sigurni smo da bi se spriječilo 50% smrти od srčanog zastopa“ – kaže prof. Castren.

ERC-ova akcija ponovnog pokretanja srca je proizašla iz Deklaracije Europskog parlamenta od lipnja 2010. u kojoj se poziva države članice da proglose Europski tjedan srčanog zastopa, cilj kojeg bi bio podizanje svijesti i edukacija javnosti, liječnika i drugih zdravstvenih radnika.

Uz djecu od 12 do 16 godina te mlađe odrasle, tijekom Europskog dana ponovnog pokretanja srca također bi se educirali nastavnici, roditelji, opinion leaders i političari kako pružiti vitalnu pomoć. ERC-u

bi u promociji akcije pomogla nacionalna reanimatološka društva podjelom postera i letaka te prijedlozima o javnim događanjima u školama, organizacijama mladih i sportskim klubovima.

Također, na višejezičnim internetskim stranicama moglo bi se naći korisne informacije i objašnjenja kako pravilno provoditi KPR, video prikazi i KPR aplikacije, hashtag-ovi na Twitteru te posebne Facebook stranice za razmjenu iskustava i događaja. Na Dan ponovnog pokretanja srca političari bi u Europskom parlamentu u Bruxellesu prisustvovali posebnim prikazima i radionicama oživljavanja.

„KPR spašava živote i jednostavno je nego većina ljudi misli“ tvrdi profesorica Castrén. „Razumljivo, ljudi osjećaju nelagodu u vezi s provođenjem CPR-a, no naša bi akcija pokazala koliko je to jednostavan postupak i kako ga može provesti većina ljudi. Laici doista imaju priliku i sposobni su spasiti živote. U ovim slučajevima bi čak i umjereno povećanje udjela laika koji provode KPR moglo spasiti brojne živote.“

Europsko vijeće za reanimatologiju je neprofitna organizacija koja računa na pomoć više od stotinu volontera, 400 000 registriranih suradnika i vjernu potporu javnih medija. ERC usko surađuje s nacionalnim reanimatološkim društvima i podupire njihove inicijative. Među ERC-ovim ciljevima je poboljšanje šanse za preživljivanje nakon srčanog zastopa putem znanstvenih istraživanja i publikacija, tečajeva iz KPR-e koji provode ERC-ovi instruktori diljem Europe, te organizacija znanstvenih konferencijskih reanimacija.

#### Korisne adrese:

maaret.castrén@sodersjukhuset.se;  
<https://www.erc.edu/>; [www.crorc.org/](http://www.crorc.org/);  
 facebook stranica ERC - European Resuscitation Council; facebook stranica Hrvatsko društvo za reanimatologiju

.....

## KBC Ljubljana: Protivimo se lančanim pismima

• Služba za odnose s javnosti Univerzitetskog kliničkog centra Ljubljana nedavno je objavila sljedeću obavijest za javnost.

„U Univerzitetском kliničkom centru Ljubljana odlučno se protivimo lančanim pismima preko elektronske pošte i ne možemo vjerovati da se izrabljaju ljudski osjećaji i povjerenje za tako važne stvari kao što su zdravlje ili bolesno dijete. Zato mi liječnici i svi drugi zdravstveni djelatnici UKC-a Ljubljana odlučno osuđujemo takav način lančanih pisama i upozoravamo sve ljudе da je riječ o zloporabi i neka nikada ne nasjedaju na takve provokacije. Za teško bolesnu djecu nikada nije bilo potrebno i nije potrebno skupljati nikakva financijska sredstva za operativne zahvate jer je liječenje djece besplatno.“

Slična osuda zloporabe ljudskih osjećaja objavljena je i u našim „Liječničkim novinama“ pod ironičnim naslovom „Dragi čitatelji, spasite život nesretnom djetetu!“ (broj 119, str. 49). Riječ je o pravoj poštasti kojoj u Hrvatskoj već duže vremena nasjedaju sentimentalni, ali naivni ljudi. Domišljati lopovi, rjeđe nesretni roditelji, objavljaju srce drapetljive vapaje, često ilustrirane slikom zaplakanog djeteta, računajući kao uspjeh ako se odazove makar svaki deseti koji pročita apel.

Čudno je kako malo ljudi posumnja da je najčešće riječ o prevari makar apel ne završava adresom nego samo brojem bankovnog računa. No i nekolicina koja se potpisala, pala je na našoj provjeri: nisu uopće odgovorili na upit koji je liječnik postavio dijagnozu i planirao liječenje.

*Željko Poljak, ur.*



## novosti iz medicinske literature

Algoritmi Francuskog društva ginekologa i opstetričara za vođenje poroda poslije prethodnog carskog reza

Probir za karcinom vrata maternice: koji HPV test upotrijebiti?

Ekspektativni pristup cisti na jajniku s benignom ultrazvučnom morfologijom u skupini asimptomatskih premenopauzalnih žena

Klinička i ultrazvučna obilježja tipa I i tipa II epitelnog raka jajnika

Seksualna funkcija nepromijenjena nakon transvaginalne kolecistektomije

Kirurški specijalizanti nisu naklonjeni ograničenjima radnog vremena

Stentovi koji otpuštaju lijekove pokazali dobre rane rezultate kod kronične ishemije u nogama

Povezanost crvene kose i sklonosti melanomu ima genetsku podlogu

Osobe sa suhim okom imaju niži prag боли

Vedolizumab kao induksijska terapija i terapija održavanja kod ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti

Učinkovitost specijaliziranih izvanbolničkih ambulanti za palijativnu skrb – iskustva pacijenata i skrbnika

Brza infuzija infliksimaba je sigurna: meta analiza

Sigurnost i učinkovitost dilatacije eozinofilnog ezofagitisa: meta analiza

Lijekovima inducirani akutni pankreatitis

Peptička ulkusna bolest

Učinak zelenog čaja na kontrolu glikemije: meta analiza

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

•

## Algoritmi Francuskog društva ginekologa i opstetričara za vođenje poroda poslije prethodnog carskog reza

- Najčešći razlog ožiljka na uterusu je prethodni carski rez. U žena s prethodnim carskim rezom nizak je rizik maternalnih komplikacija i podjednak onima nakon pokušaja vaginalnog poroda nakon carskog reza i elektivnog carskog reza, ali je rizik rupture uterusa relativno visok kod pokušaja vaginalnog poroda nakon carskog reza (razina dokaza 2). Morbiditet majke češći je u žena u kojih je pokušaj vaginalnog poroda nakon prethodnog carskog reza završio neuspješno, rezultirajući ponovljenim carskim rezom (razina dokaza 2). Iako maternalni morbiditet progresivno raste s brojem ponavljajućih, elektivnih carskih rezova, smanjuje se s brojem uspješnih vaginalnih poroda nakon prethodnog carskog reza (razina dokaza 2). U većini slučajeva, analizirajući odnos rizika i benefita za kratkoročne i dugoročne maternalne komplikacije, on je na strani pokušaja vaginalnog poroda (razina dokaza 3).

Globalno, neonatalne komplikacije su rijetke neovisno o modalitetu poroda žena s prethodnim carskim rezom. Rizik fetalnog, perinatalnog i neonatalnog mortaliteta tijekom pokušaja vaginalnog poroda nakon prethodnog carskog reza je nizak. Ipak, ovi rizici viši su od onih zamijećenih kod djece porođene ponovljenim, elektivnim carskim rezom (razina dokaza 2). Rizik ventilacije maskom, intubacije i neonatalne sepse povišeni su u skupini pokušanog vaginalnog poroda (razina dokaza 2). Međutim, u djece koja su porođena elektivnim carskim rezom zamijećen je povećan rizik od tranzitornog respiratornog distresa (razina dokaza 2). Upravo zbog toga se elektivni carski rezovi više ne prepisuju prije navršenog 39. tjedna trudnoće (razina B).

Prema preporuci Francuskog društva moguć je pokušaj vaginalnog poroda nakon prethodnog carskog reza: kod žena s prethodnim carskim rezom prije 37. tjedna trudnoće, kod stanja nakon dva

carska reza, kod malformacije uterusa, kod niske vertikalne incizije ili nepoznatog mješta incizije uterusa, nakon miomektomije, nakon postpartalnog febriliteta, nakon intervala kraćeg od 6 mjeseci između pret-hodnog carskog reza i koncepcije sljedeće trudnoće, ako je obstetrički nalaz zadovoljavajući (profesionalni konsenzus). Elektivni carski rez preporuča se ako je prethodni carski rez korporalni (razina B) ili kod stanja nakon 3 carska reza (profesionalni konsenzus). Ultrazvučna procjena rizika rupt ure uterusa u trudnica s ožiljkom nije pokazala nikakvu kliničku vrijednost pa se stoga niti ne preporučuje u izboru modaliteta poroda (profesionalni konsenzus). Rtg pelvimetrija imala je za cilj identificirati skupinu za vaginalni porod; međutim, rezultirala je povećanim brojem ponovljenih carskih rezova, ne umanjivši pritom učestalost rupt ure uterusa (razina dokaza 2). Pokazalo se nepotrebним unaprijed odlučivati o ishodu pokušaja vaginalnog poroda nakon prethodnog carskog reza (razina C).

Pokušaj vaginalnog poroda nakon carskog reza svakako treba poticati u žena koje su već vaginalno rodile, neovisno je li to bilo prije ili poslije prethodnog carskog reza, zatim u trudnica s povoljnim genitalnim nalazom (Bishop score) te u slučaju prijevremog poroda (razina C). Kod trudnica s hipetrofičnim plodom (procijenjena težina ploda >4500 g), te posebice u onih koje nisu vaginalno rađale, a pri tome su i morbidno pretile ( $BMI > 50$ ), svakako treba planirati elektivni carski rez (razina C). Za sve ostale kliničke situacije (dob majke >35 godina, dijabetes, morbidna deblijina, prenošenje, plod u stavu zatkem, blizanačka trudnoća), pokušaj vaginalnog poroda poslije carskog reza je moguća opcija, ali dostupni podaci nisu dovoljni za formiranje smjernica o modalitetu poroda, u svijetu niske razine dokaza (razina C).

Odluka o planiranom načinu dovršetka trudnoće trebala bi biti prodiskutirana s trudnicom i njezinim liječnikom tijekom 8. mjeseca trudnoće, uvezvi u obzir individualne rizične faktore za neuspjeh pokušaja vaginalnog poroda i rizik rupt ure uterusa (profesionalni konsenzus). Pokušaj vaginalnog poroda je preferiran za žene koje nemaju više rizika faktora (profesionalni konsenzus). Raspoloživost obstetričara i anesteziologa mora se pojasniti trudnici. Preferira li trudnica i nakon detaljnih uputa i informacija dovršenje trudnoće opetovanim carskim rezom, njezine želje će se uzeti u obzir (profesionalni konsenzus).

U žena s prethodnim carskim rezom porod se inducira samo kada postoji

medicinska indikacija (profesionalni konsenzus). Indukcija može povisiti rizik rupt ure uterusa, koja se procjenjuje na 1% kod primjene okistocinske infuzije, odnosno 2% ako se apliciraju prostaglandinski preparati (razina dokaza 2). Mehaničke metode indukcije nisu dovoljno istražene. Čini se da misoprostol značajno povisuje rizik od rupt ure uterusa (razina dokaza 4). Uvezvi u obzir dosadašnje spoznaje, upotreba misoprostola u svrhu indukcije poroda se ne preporučuje (profesionalni konsenzus). Povišeni rizik od rupt ure uterusa koji je posljedica administracije oksitocina, ovisan je o ordiniranoj dozi (razina dokaza 3). Smatra se da u aktivnoj fazi poroda vremensko razdoblje u kojem nema progresije u genitalnom nalazu ne bi smjelo biti duže od 3 sata, a ako nastupi takav zastoj u partogramu, indiciran je carski rez (profesionalni konsenzus). Epiduralna analgezija bi se trebala stimulirati. Samo prisustvo ožiljka nije indikacija za rutinsku, manualnu eksploraciju nakon vaginalnog poroda nakon carskog reza (razina C).

(EJOG. 2013;170(1):25-32.)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

•

## Probir za karcinom vrata maternice: koji HPV test upotrijebiti?

- Unatoč svim poduzetim mjerama za prevenciju, ranu detekciju i liječenje karcinoma vrata maternice, novodijagnosticiranih slučajeva je svake godine više od pola milijuna u svijetu, a od toga ih umire oko 250 000. Kauzalni faktor je dobro poznat: radi se o perzistentnoj HPV infekciji. Procjenjuje se kako će profilaktička HPV vakcinacija smanjiti rak vrata maternice za otprilike 70%.

Probir se povjesno bazirao na citologiji (PAP test), međutim uvođenjem vakcinacije HPV probir dobio je važno mjesto u algoritmima. Primarni HPV probir u kombinaciji s citologijom otkrit će gotovo sve abnormalnosti. Međutim, nisu svi HPV testovi jednaki. Većina kliničara nije svjesna razlike između brojnih HPV testova koji se nalaze na tržištu. Progredira li lezija niskog stupnja u leziju visokog stupnja ili u invazivni karcinom, HPV se integrirao u genom stanice. Tijekom integracije L1 ekspresija može se izgubiti, ali zato ekspresija E6/E7

ostaje. Ako je viralna DNA kompletno integrirana, tada L1 test koji detektira samo L1 ekspresiju može promašiti, dok će E6/E7 test biti učinkovit. HPV testovi koji se koriste za detekciju raka vrata maternice mogu se bazirati na ranim (E) ili kasnim (L) genima kako ne bi propustili detektirati HPV. (EJOG. 2013;170(1):45-46.)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

## • Ekspektativni pristup cisti na jajniku s benignom ultrazvučnom morfologijom u skupini asimptomatskih premenopauzalnih žena

- Radi istraživanja takvog pristupa su **Juan Luis Alcázar** i sur. iz Department of Obstetrics and Gynecology, Clinica Universidad de Navarra, University of Navarra, Pamplona, Španjolska, u prospektivnu kohortnu studiju uključili su 166 premenopauzalnih pacijentica (srednja životna dob 40 godina) s ukupno 192 cistične tvorbe na jajniku pri uključenju. Izabrane su na temelju simptoma (asimptomatske) te ultrazvučnog morfološkog izgleda (benigni) i veličine (<8 cm) ciste na jajniku. Podvrgnute su protokolu praćenja s transvaginalnim ultrazvukom u polugodišnjim intervalima tijekom prve 2 godine, a potom jednom godišnje kroz najmanje 3 godine.

Tijekom praćenja izgubljene su 22 pacijentice (s ukupno 29 cističnih tvorbi), 74 cističnih tvorba (38,5%) se spontano povuklo (srednje vrijeme od dijagnoze do povlačenja 40 mjeseci) a 49 tvorbi (25,5%) perzistiralo je bez promjene (srednje vrijeme praćenja 88 mjeseci). Četrdeset tvorbi (20,8%) kirurški je odstranjeno, od čega 12 zbog porasta ciste, 4 zbog druge adneksalne tvorbe koja se pojavila tijekom praćenja, 3 zbog promjene morfologije i porasta ciste, 5 zbog kirurškog liječenja benigne ili maligne bolesti maternice, dvije zbog promjene morfologije bez promjene veličine ciste, jedna zbog kliničke sumnje na torziju jajnika te 13 na zahtjev pacijentica. Patohisto-

loški radilo se o benignim tvorbama, osim u jednoj slučaju s mucinoznim karcinomom jajnika stadija Ia i jednog mucinoznog borderline tumora stadija Ia. Tijekom praćenja dijagnosticirano je 40 novih cističnih tvorbi na jajniku kod 31 pacijentice, od kojih se 21 spontano povukla, 5 (sve benigne patohistologije) su kirurški odstranjene, a 14 ih je perzistiralo u trenutku pisanja rada.

U zaključku se navodi da je ekspektativni pristup cisti na jajniku s benignom ultrazvučnom morfologijom moguća opcija kod asimptomatskih premenopauzalnih žena.

(Ultrasound Obstet Gynecol. 2013;41(5):582-8.)

Matija Prka, dr. med.

## • Klinička i ultrazvučna obilježja tipa I i tipa II epitelnog raka jajnika

- U drugoj nedavnoj studiji su **Juan Luis Alcázar** i sur. iz Department of Obstetrics and Gynecology, Clinica Universidad de Navarra, University of Navarra, Pamplona, Španjolska, retrospektivno istražili postoje li razlike u kliničkim i ultrazvučnim obilježjima između epitelnog raka jajnika (epithelial ovarian cancer - EOC) tipa I i tipa II.

U studiju su uključili 244 pacijentice (srednja životna dob 55,2 godine) s patohistološki dokazanim i liječenim EOC-om u razdoblju od 12 godina. Istraživani su klinički (životna dob, simptomi, stadij tumora), ultrazvučni (volumen tumora, morfološka obilježja, doplerski parametri) i patohistološki nalazi. Tumori su klasificirani kao EOC tipa I ili tipa II. Tumorima tipa I pripadali su ovakvi karcinomi: serozni (niskog gradusa), endometrioidni (niskog gradusa), mucinozni, svjetlih stanica i prijelaznog epitelja. U tumoru tipa II svrstani su serozni (visokog gradusa) i endometrioidni (visokog gradusa) karcinomi, maligni miješani mezodermalni tumori i nediferencirani karcinomi.

Sezdeset i sedam pacijentica (27,5%) imalo je EOC tipa I, a 177 (72,5%) EOC tipa II. Dokazano je da su pacijentice s EOC-om tipa I mlađe životne dobi, češće asimptomatske u trenutku dijagnoze, te da imaju niže vrijednosti serumskog CA-125 i niži tumorski stadij u usporedbi s pacijentama koje imaju EOC tipa II. EOC-i tipa II če-

šće se pojavljuju kao solidne mase i manje su lezije nego EOC-i tipa I.

U zaključku autori ističu da postoje neke razlike u kliničkim i ultrazvučnim obilježjima između oba tipa. Premda klinička vrijednost ovih rezultata tek treba bit određena, ona predstavljaju dodatan oslonac pri postavljanju dijagnoze raka jajnika. (Int J Gynecol Cancer. 2013;23(4):680-4.)

Matija Prka, dr. med.

## • Seksualna funkcija nepromijenjena nakon transvaginalne kolecistektomije

- Pregled 47 uzastopnih transvaginalnih kolecistektomija koje je izveo jedan kirurg pokazao je da seksualna funkcija nije bila promijenjena tim kirurškim postupkom. Glavni autor, **Kurt E. Roberts**, rekao je da još uvek obavlja transvaginalnu kolecistektomiju pod IRB-odobrenim protokolom, ali vjeruje da će metoda uskoro postati standard zdravstvene njegе. Istraživanje je provedeno na Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, SAD, i objavljeno je u časopisu *JAMA Surgery*. Koristeći hibridnu metodu, jedan 5-milimetarski troakar postavljen je kroz pupak kako bi se omogućilo promatranje sigurnog ulaza 12 milimetarskog troakara uvedenog kroz stražnji forniks vagine u intraperitonealni prostor. Prosječna dob pacijentica bila je 39, a prosječan BMI 31. Normalnim aktivnostima vratile su se u prosjeku za šest dana, a na posao za osam dana. Žene su u protokolu studije ispunjavale dva upitnika (Short Form Health Survey (SF-36) s 36 stavaka i Female Sexual Function Index) prije operacije i nakon mjesec i tri mjeseca nakon operacije. Međutim, samo su 32 od 47 pacijentica ispunile upitnik nakon mjesec dana, a 25 ih je ispunilo upitnik nakon tri mjeseca.

Kirurg **Hamid Mofid** u Israeli-te Hospital u Hamburgu, Njemačka, koji je objavljivao ovu temu, ali nije bio uključen u navedenu studiju, komentirajući je kaže da je rad dobro napisan, ali po njegovom mišljenju ne postoji dovoljno bolesnica uključenih u analizu. Ističe da gotovo polovica pacijentica nije ispunila anketu nakon tri mjeseca praćenja, a i sami autori studije priznaju da su je broj pacijentica izgubljenih za praćenje i nedostatak kontrolne skupine



## • Stentovi koji otpuštaju lijekove pokazali dobre rane rezultate kod kronične ishemije u nogama

• Stentovi koji otpuštaju lijekove (drug-eluting stents - DES) mogli bi biti bolja opcija od isključivo metalnih stentova (bare-metal stents - BMS) u liječenju bolesnika s kroničnom ishemijom u nogama, pokazuju rezultati meta-analize 6 studija. Ova meta-analiza objavljena je u časopisu *Journal of Endovascular Therapy*. Antoniou i sur. (Department of Vascular and Endovascular Surgery, Central Manchester University Hospitals, Ujedinjeno Kraljevstvo) ističu da je prevalencija dijabetesa u stalnom porastu, tako da će vjerojatno i prevalencija kritične ishemije ekstremiteta rasti. Oni upozoravaju da se kirurške rekonstrukcije začpljenih arterija povjesno najčešće koriste kao terapijski postupak u takvim slučajevima, ali da stentovi mogu ponuditi slične ili još bolje rezultate s prednošću izostanka kirurške traume i njenih komplikacija. "Kontroverze međutim postoje s obzirom na superiornost DES-a nad BMS-om zbog kliničke koristi bolesnicima s kritičnom ishemijom ekstremiteta, navode autori.

Da bi se utvrdilo daje li DES ili BMS bolje rezultate, autori su proveli meta-analizu koja je uključivala šest studija: 4 randomizirane i 2 opservacijske studije. Ukupno su analizirali podatke o 544 pacijenta i ustanovali da su primatelji DES-a prošli znatno bolje od BMS pacijenata za glavne mjere ishoda, a to su: razlike u primarnoj prohodnosti; omjer izgleda (OR) 4,511; broj potreban za liječenje (number needed to treat - NNT), 3,5. Nepotrebnost revaskularizacije ciljne lezije: OR, 3,238, NNT 6,0. Kliničko poboljšanje nakon 1 godine: OR 1,792, NNT 7,3. Nije bilo značajnih razlika zabilježenih u spašavanja ekstremiteta (limb saving) i preživljjenja nakon jedne godine. Iako autori priznaju da je njihova meta-analiza pokrila samo ishode nakon jedne godine, oni ipak smatraju da su rezultati važni jer je analiza pokazala povoljne jednogodišnje rezultate s DES-om u usporedbi s BMS-om, izraženo povećane stope prohodnosti i nepotrebnost revaskularizaci-

je ciljne lezije. Međutim, dodaju da tek treba utvrditi hoće li se ili neće poboljšanje u takvim mjerama ishoda odraziti u kliničkim parametrima, kao što su spašavanje ekstremiteta i zaceljivanje rana.

U pozvanom komentaru su Giuseppe Biondi-Zocca i sur. (Zavod za Medicinsko-kirurške znanosti i biotehnologije, Sveučilište Sapienza, Rim, Italija) 'vagali' prednosti i nedostatke meta-analize u usporedbi s velikim studijama samo s jednom vrstom stenta. Komentatori su također naglasili da ne dovodi svaki DES do istih rezultata, tako da rezultate citirane u meta-analizi ne treba generalizirati na sve vrste stentova. Unatoč tim potencijalnim nedostacima, oni čestitaju autorima studije za njihov doprinos znanstvenoj literaturi. Ova je meta-analiza Antoniou i sur. jasan primjer prednosti sustavnog, sveobuhvatnog i pravovremenog pregleda dokaza koji se odnose na neki klinički problem, s ciljem informiranog donošenja odluka i vođenja dalnjih istraživačkih npora. Kao takva, preporuča se za čitanje svim endovaskularnim stručnjacima.  
(*J Endovasc Ther*. 2013;20:131-144.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

## • Povezanost crvene kose i sklonosti melanomu ima genetsku podlogu

• Crvenokose osobe, svjetle puti, imaju veću sklonost obolijevanju od melanoma zbog varijacije u genu MC1R (prema engl. melanocyte stimulating hormone receptor). Gen kodira sintezu receptora za melanocit stimulirajući hormon, a u čovjeka se nalazi na kromosomu broj 16. Receptor je smješten na membrani melanocita koji sintetiziraju dvije vrste pigmenta: eumelanin i feomelanin.

Eumelanin je odgovoran za smeđu ili crnu kosu i tamni ten, te štiti kožu od UV zraka. Feomelanin povezujemo s crvenom i svjetlijom kosom, svjetlom puti i pješama, a takve su osobe osjetljivije na UV zračenje. Proteinski receptor za melanocit stimulirajući hormon, produkt gena MC1R, određuje koji će se pigment sintetizirati. Aktivan receptor određuje sintezu eumelanina, dok neaktivni ili blokiran receptor određuje da će melanocit sintetizirati feomelanin.

Dr. Cui i dr. Wei, patolozi s Medicinskog fakulteta Sveučilišta Harvard, otkrili su specifičnu mutaciju MC1R gena, koja je odgovorna za pokretanje signalnog puta već od prije poznatoga u karcinomima dojke, jajnika i pluća, a koji se aktivira nakon što se crvenokosi ljudi izlažu UV zrakama. Njihovi rezultati pokazuju da osobama crvene kose, koje imaju ovu specifičnu mutaciju, nedostaje protektivno djelovanje gena supresora tumora PTEN (prema engl. phosphatase and tensin homolog deleted on chromosome ten), odnosno njegovoga anti-proliferacijskoga proteina. Normalni receptor MC1R ostvaruje svoju zaštitnu funkciju vezujući se upravo za ovaj antiproliferacijski protein, čiji nedostatak pokreće signalni put karakterističan za razvoj karcinoma. K tome, posljedice ovakve mutacije sinkronizirano djeluju s mutacijom BRAF gena, koja je do sada nađena u 70% humanih melanoma.

Paralelno s ovim rezultatima došla je neovisna znanstvena skupina iz Opće bolnice Massachusetts u Bostonu do saznanja da miševi koji uz mutaciju BRAF gena imaju i mutaciju MC1R gena, mnogo češće obolijevaju od melanoma.

Ova dva simultana i neovisna rezultata mogući su modeli molekularnog mehanizma koji objašnjava zašto su crvenokosi ljudi osjetljiviji na UV zračenje te stoga imaju veću vjerojatnost razvoja melanoma.

Polimorfizam gena MC1R, zajedno s mutacijom gena BRAF, mogli bi se zajedno koristiti kao markeri sklonosti razvoju melanoma. Znanstvenici također predlažu da oboljeli pacijenti s mutacijama oba gena, BRAF i MC1R, pored vemurafeniba koji ciljano blokira mutirani proteinski produkt gena BRAF, uzimaju i lijekove koji mogu blokirati signalni put stimuliran varijantom MC1R gena.  
(*Molecular Cell*. 2013; 51:409-22.)

Prof. dr. sc. Ljiljana Šerman, dr. med.

## • Osobe sa suhim okom imaju niži prag boli

• Ovisno o kriterijima, sindrom suhog oka pogađa od 5 do 35 posto osoba zrele i starije dobi, pri čemu se u žena javlja nešto češće nego kod muškaraca. Dosadašnja istraživanja pokazala su da pacijenti sa suhim okom imaju osjetljivije rožnice, no razumijevanje faktora koji utječu na simpto-

me suhog oka i dalje je vrlo oskudno. Istraživači sa Sveučilišnog medicinskog centra Groningen u Nizozemskoj pod vodstvom dr. Jelle Vehofa pokazali su na uzorku od 1635 Engleskinja, blizanki u dobi od 20 do 83 godine, da žene sa sindromom suhog oka imaju niži prag doživljaja боли i nižu toleranciju боли u usporedbi sa ženama koje nisu imale suho oko.

Iako je u posljednjem desetljeću definicija i klasifikacija suhog oka značajno unaprijeđena, nesrazmjer između objektivnih i subjektivnih pokazatelja bolesti i dalje predstavlja značajan problem. Zbog toga su autori istraživanja postavili vrlo široke dijagnostičke kriterije, koji su uključivali kliničku dijagnozu, propisane umjetne suze ili postojanje simptoma suhog oka u trajanju od 3 mjeseca. Sve sudionice ispunile su upitnike s demografskim podacima, kliničkim simptomima i znakovima te trenutnom terapijom. Prag osjetljivosti na bol te prag tolerancije боли izmjereni su na temelju topinskog podražaja na ruci ispitanica. Toplina je postupno povećavana do osjećaja боли, pri čemu je prosječan prag osjetljivosti topline bio na 45,4°C, a prag боли na 47,1°C. Na temelju tih kriterija 27% sudionica uvršteno je u skupinu pacijenata sa sindromom suhog oka. Pacijentice u toj skupini imale su značajno niži prag osjetljivosti topline ( $p=0,03$ ) i tolerancije боли ( $p=0,003$ ), odnosno veću osjetljivost na bol u usporedbi s ostalim sudionicama istraživanja. Simptomi боли i neugode vezani uz suho oko bili su oko 75% veći kod sudionica koje su pokazale povećanu osjetljivost на бол u odnosu na sudionice s niskom osjetljivošću.

Autori ističu kako bi buduća istraživanja trebala pokazati u kojoj mjeri se ovi rezultati mogu primjeniti na muške osobe sa sindromom suhog oka. Također će biti korisno saznati pokazuju li pacijenti koji imaju simptome, ali ne i znakove suhog oka, veću osjetljivost на бол u usporedbi s pacijentima koji imaju i znakove i simptome suhog oka.

(JAMA Ophthalmol. 2013; doi:10.1001/jamaophthalmol.2013.4399)

Adrian Lukenda, dr. med.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

## ● Vedolizumab kao induksijska terapija i terapija održavanja kod ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti

• **B. Feagan** i suradnici istražili su i opisali učinke vedolizumaba u liječenju ulceroznog kolitisa, a studija **W. J. Sandborna** i suradnika donosi podatke o vedolizumabu u terapiji Crohnove bolesti.

Prepostavka da za crijeva selektivna blokada prometa limfocita vedolizumabom može biti učinkovitom terapijom ulceroznog kolitisa istražena je u dvije integrirane randomizirane dvostruko slijepе studije djelovanja vedolizumaba u pacijenata s aktivnom bolešću. Vedolizumab je administriran kao induksijska terapija jednoj skupini pacijenata, dok je druga skupina dobivala placebo, a nakon evaluacije u 6. tjednu pacijenti koji su do tada primali vedolizumab raspoređeni su u 2 skupine, od kojih je jedna nastavila terapiju održavanja vedolizumabom svakih 4-8 tjedana, a druga je primala placebo, do 52. tjedna. Odgovor na terapiju definiran je ljestvicom Mayo klinike o aktivnosti bolesti, kao i smanjenjem stupnja rektalnih krvarenja. Pokazalo se, sa statistički značajnom razlikom, da je terapija vedolizumabom, u usporedbi s placebom, dala bolje rezultate: 47,1% odgovora na induksijsku terapiju, u odnosu na 25,5% pacijenata koji su dobivali placebo. Rezultati nakon 52 tjedna pokazali su da je 41,8%, odnosno 44,8% pacijenata koji su dobivali vedolizumab u kliničkoj remisiji, u usporedbi s njih 15,9% u skupini na placebo. Učestalost nuspojava bila je slična u obje skupine.

Učinkovitost á447 integrinskog protutijela vedolizumaba u liječenju Crohnove bolesti nije poznata. U integriranoj studiji s odvojenom procjenom induksijske terapije i terapije održavanja primjenjivan je vedolizumab intravenozno, u dozi od 300 mg, u odrastih s aktivnom Crohnovom bolešću. Za induksijsku terapiju pacijenti su randomizacijom grupirani na one kojima je administriran vedolizumab ili placebo, a nakon ocjene u 6. tjednu liječenja, oni koji su odgovorili na terapiju vedolizumabom ponovno su randomizacijom odvojeni na skupinu koja je za terapiju održavanja do-

bivala vedolizumab svakih 4-8 tjedana, i na skupinu koja je dobivala placebo, do 52. tjedna. Nakon 6 tjedana induksijske terapije rezultati su pokazali da je 14,5% pacijenata na vedolizumabu bilo u kliničkoj remisiji, u usporedbi s njih 6,8% na placebo. Rezultati nakon 52 tjedna govore o njih 39,0%, odnosno 36,4% (ovisno o učestalosti primanja vedolizumaba u terapiji održavanja) u kliničkoj remisiji, u odnosu na njih 21,6% u remisiji nakon tog perioda na placebo. Protutijela na vedolizumab razvila su se u 4% pacijenata. Nazofaringitis se javio češće, a glavobolja i abdominalna bol rjeđe, u usporedbi s pacijentima na placebo. Vedolizumab se ovdje pokazao i povezanim s većom stopom ozbiljnih nuspojava i infekcija nego placebo.

U obje studije vedolizumab je rezultirao većim brojem kliničkih remisija kod pacijenata s aktivnom bolešću, nakon induksijske terapije i terapije održavanja, u usporedbi s placebom, iako, u liječenju Crohnove bolesti, i većim brojem neželjenih učinaka.

(N Engl J Med. 2013;369:699-710;711-721.)

Ana Tečić, dr.med.

## ● Učinkovitost specijaliziranih izvanbolničkih ambulanti za palijativnu skrb – iskustva pacijenata i skrbitnika

• U Njemačkoj se od 2007. godine bolesnici s uznapredovalim i za život ograničavajućim bolestima smještaju i za njih se skrbi u tzv. specijaliziranim izvanbolničkim ambulantama/ ustanovama/ centrima za palijativnu skrb (engl.SOPC, *Specialized Outpatient Palliative Care*). Za ovu su uslugu uspostavljeni SOPC interdisciplinarni timovi palijativne skrbi kao nova sastavnica u zdravstvenom sustavu. Postojanjem i dje-lovanjem ovih timova provedeno je istraživanje čiji je cilj bio procijeniti učinkovitost jednog od prvih SOPC timova sa sjedištem u Münchenu, u Sveučilišnoj bolnici.

Svi bolesnici koji boluju od uznapredovalih i za život ograničavajućim bolesti te se o njima skrbi SOPC tim, kao i njihovi roditelji, obitelj ili skrbnici, prošli su neran-

domiziranu studiju sastavljenu i provedenu anketiranjem. Anketiranjem se htjela utvrditi procjena opravdanosti postojanja SOPC tima kroz postavljena pitanja pacijentima/skrbnicima prije i poslije uključivanja SOPC tima u palijativnu skrb za njih, odnosno člana obitelji. Tako su pacijenti izražavali svoje zadovoljstvo sa skrbi o njima kroz procjene simptoma (Minimalna dokumentacija sustava za palijativnu medicinu, MIDOS), zadovoljstvo kvalitetom provedene palijativne skrbi (Palijativna Ishod Scale, POS), kvalitetom života (McGill upitnik o kvaliteti života, MQOL). Skrbnici su pak iskazali svoje stavove i mišljenja vezana za pomoć tima u rasterećivanju teretom skrbi (Häusliche Pflegeskala, njega u kući, HPS), tjeskobi i depresiji te kvalitetom njihovog života kao skrbnicima o teško bolesnoj osobi (Kvaliteta života skrbnika koji skrbi o teško oboljelom članu obitelji (Family Carer verzija, QOLTLI-F).

Provedeno istraživanje utvrdilo je da od 100 pacijenata za koje se skrbio interdisciplinarni tim izvanbolničke palijativne skrbi SOPC, između travnja i studenog 2011., njih 60 bilo je uključeno u studiju: prosječna dob 67,5 godina, 55% muškaraca, 87% onkoloških bolesnika. Razmak između prvog i drugog razgovora bio je 2,5 tjedna. Dokazano je kako je kvaliteta života značajno porasla u bolesnika ( $p < 0,05$ ) ali i među njihovim njegovateljima ( $p < 0,001$ ), kao i pacijentova percepcija kvalitete palijativne skrbi ( $p < 0,001$ ), dok je među skrbnicima psihološki stres i teret skrbi znatno smanjen.

Iz provedene studije razvidno je da sudjelovanje interdisciplinarnog palijativnog izvanbolničkog tima doprinosi i dovodi do značajnog poboljšanja kvalitete preostalog života kako bolesnika tako i njihovih skrbnika, a skrbnicima, nerijetko vrlo iscrpljenima, znakovito može smanjiti teret kućne njege za najteže, često terminalno bolesne.

(J of Palliat Med. 2013;16(8):848-856.)

Dr. sc. Morana Brklijačić, dr. med.

## Brza infuzija infliksimaba je sigurna: meta analiza

- Infliximab se tipično primjenjuje putem intravenske infuzije u trajanju od 2 do 3 sata, što zahtijeva određene orga-

nizacijsko-tehničke uvjete glede primjene, poput određene količine vremena, prostora (dnevne bolnice) i medicinskog osoblja, što u konačnici rezultira i ekonomskim troškovima. Kraće infuzijske aplikacije lijeka primjenjuju se u samo nekoliko zdravstvenih centara, a podaci o takvim kraćim primjenama infliximaba su oskudni. Kolega **Neef H. C.** sa suradnicima iz Division of Pediatric Gastroenterology, Department of Pediatrics and Communicable Diseases, University of Michigan, Ann Arbor, MI, SAD, publicirao je istraživanje sa ciljem utvrđivanja rizika od infuzijske reakcije kao posljedice kratkotrajne intravenske primjene infliximaba u liječenju upalnih bolesti crijeva, reumatoidnog artritisa, spondiloartropatijske i psorijaze. Baza podataka poput MEDLINE, Embase i Web of Science su detaljno pretražene, a inkluzijski kriteriji su bili humana istraživanja, brza i standardna primjena infliximaba te incidencija infuzijskih reakcija. Ukupno je uključeno 10 studija s 13 147 ispitanika u kojih je lijek bio primijenjen standarsno tijekom 2-3 sata te 8497 ispitanika kojima je infliximab apliciran tijekom jednosatne infuzije ili kraće. Devet studija je ukazalo na smanjen rizik infuzijske reakcije kod kratkih intravenskih infuzija u komparaciji sa standardnim aplikacijama (0,9% vs. 2,2%; RR = 0,48, P = 0,009). Autori zaključuju da brza infuzija infliximaba (≤1-sat) nije povezana s povećanim rizikom od infuzijske reakcije u komparaciji sa standardnom 2 do 3-satnom primjenom. Jednosatna primjena reducirat će troškove u zdravstvu, a također će omogućiti bolju suradljivost i kvalitetu života pacijenata.

(Aliment Pharmacol Ther. 2013;38(4):365-76.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Sigurnost i učinkovitost dilatacije ezoinofilnog ezofagitisa: meta analiza

- Ezofagealna dilatacija jedna je od najučinkovitijih terapijskih mjer za simptome eozinofilnog ezofagitisa, međutim, ranija istraživanja i prikazi slučajeva su opisivali povećanu incidenciju komplikacija ove terapijske intervencije.

Kolega **Moawad F. J.** sa surad-

nica iz Gastroenterology Service, Department of Medicine, Walter Reed National Military Medical Center, Bethesda, MD, SAD; Division of General Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, MD, SAD, publicirao je meta analizu glede učinkovitosti i komplikacija (perfoarcija, hemoragija, bol u prsištu, laceracija) dilatacije kod ove bolesti. Pretraživanjem MEDLINE i EMBASE uključeni su znanstveni članci od 1977. godine bilo o kohortnim, bilo o randomiziranim kliničkim istraživanjima. Od ukupno 232 reference, uključeno je finalno 9 istraživanja s 860 ispitanika. Registrirane su ukupno 3 perforacije, 1 hemoragija i 2% slučajeva postproceduralne boli u toraksu, a kliničko poboljšanje je zabilježeno kod 75% ispitanika.

Autori ove meta analize zaključuju da je ezofagealna dilatacija kod eozinofilnog ezofagitisa sigurn postupak, s niskom stopom ozbiljnih komplikacija (<1%). (Aliment Pharmacol Ther. 2013., 5. kolovoz, doi: 10.1111/apt.12438. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Lijekovima inducirani akutni pankreatitis

- Lijekovima izazvan akutni pankreatitis dobro je poznat uzrok ove bolesti, no iako mnogi lijekovi mogu biti u podlozi nastanka, mnogi od njih i stopa rizika od nastanka pankreatitisa ostaju nepoznana.

Kolega **Douros A.** sa suradnicima iz Department of Clinical Pharmacology and Toxicology, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Njemačka, publicirao je istraživanje sa ciljem utvrđivanja pankreatotoksičnog rizika širokog spektra lijekova. U istraživanje su uključeni ispitanici iz 51 bolnice u Berlinu, a registrirano je 102 slučaja idiopatskog pankreatitisa u razdoblju od 2002-2011. godine. Podaci o abuzusu medikamenata su dobiveni anamnestički. Rezultati su pokazali pankreatotoksični rizik nekoliko lijekova: azatioprin, fenofibrat (OR 5,1; 95% CI 1,9-13,5), mesalazin ili inhibitori angiotenzin konvertaze (OR 3,3; 95% CI 1,1-9,5). Također je utvrđena pankreatotoksičnost za merkaptopurin, leflunomid i tosilizumab. Povećan rizik za induciranje akutnog pankreatitisa uočen je i kod dva fitoterapeutika: korijen valerijana i harpagofit (tzv. hrv. vražja kandža).

(Aliment Pharmacol Ther. 2013., 19. kolovoz, doi: 10.1111/apt.12461. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## •

# Peptička ulkusna bolest

- Postotak peptičke ulkusne bolesti koja nije vezana sa Helicobacter pylori infekcijom ni abuzusom acetilsalicilne kiselina (ASK) i nesteroidnih antireumatika (NSAR) tema je brojnih rasprava. Cilj istraživanja kolege **Charpignon C.** sa suradnicima iz Department of Gastroenterology, Villeneuve St Georges Hospital, Villeneuve St Georges, Francuska, bio je analizirati sadašnje epidemiološko stanje glede peptičke ulkusne bolesti i njenih kliničkih karakteristika u francuskoj hospitalnoj populaciji. Prospektivna multicentrična studija uključila je pacijente s peptičkom ulkusnom bolesti iz 32 francuske opće bolnice tijekom jedne godine. *H. pylori* status je procijenjen histološkom analizom, i/ili serologijom i/ili ureja izdisajnim testom. Abuzus ASK/NSAR-a procijenjen je anamnestički na dan endoskopije. Tijekom 2009. godine selekcionirana su 933 ispitanika, od kojih je 713 zadovo-

ljilo inkluzijske kriterije te su podijeljeni u 4 skupine: n=285 (40,0%) je imalo *H. pylori* infekciju; 133 (18,7%) uzimalo je gastrotoksične lijekove; 141 (19,8%) NSAR/ASK te su bili pozitivni za *H. pylori*, a 154 (21,6%) nije uzimalo gastrotoksične lijekove niti su imali *H. pylori* infekciju (tzv. idiopatska ulkusna bolest). Autori zaključuju da je svaki peti peptički ulkus idiopatski te da nije vezan za gastrotoksične lijekove ni *H. pylori* infekciju. (Aliment Pharmacol Ther. 2013., 27. kolovoz, doi: 10.1111/apt.12465. [Epub ahead of print])

*Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.*

## •

# Učinak zelenog čaja na kontrolu glikemije: meta analiza

- Rezultati dosadašnjih istraživanja učinka zelenog čaja na kontrolu glukoze u krvi i inzulinsku osjetljivost kod ljudi nisu

podudarni i proturječni su. Cilj kolege **Liu K.** sa suradnicima iz Research Center for Nutrition and Food Safety, Institute of Military Preventive Medicine, Chongqing, Kina, bio je evaluirati sve dosadašnje spoznaje na ovu temu putem meta analize. Pretraživanjem baza podataka PubMed, EMBASE i Cochrane Library do siječnja 2013. uključili su 17 randomiziranih kliničkih istraživanja o učinku zelenog čaja i njegovog ekstrakta na razinu glikemije i inzulinske osjetljivosti. Kvaliteta studije je procijenjena Jadad ljestvicom. Ukupno je uključeno 1133 ispitanika, a rezultati su pokazali da zeleni čaj značajno reducira koncentraciju glukoze na tašte za -0,09 mmol/L (95% CI: -0,15, -0,03 mmol/L; P < 0,01) kao i razinu glikoliziranog hemoglobina za 30% (95% CI: -0,37, -0,22%; P < 0,01).

Ova meta analiza je dokazala povoljan učinak zelenog čaja na razinu glikemije kod ljudi te je značajan znanstveni dokaz koji govori u prilog konzumaciji zelenog čaja glede njegova blagotvorna učinka u stanjima poremećene razine glukoze.

(Am J Clin Nutr. 2013;98(2):340-8.)

*Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.*

.....

## Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

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

**Gotovac N, Išgum I, Viergever MA, Biessels GJ, Fajdić J, Velthuis BK, Prokop M.** Calcium at the carotid siphon as an indicator of internal carotid artery stenosis. Eur Radiol. 2013;23(6):1478-86.

Department of Radiology, County Hospital Požega, Požega, Croatia.

**Jeric M, Roje D, Medic N, Strinic T, Mestrovic Z, Vulic M.** Maternal pre-pregnancy underweight and fetal growth in relation to institute of medicine recommendations for gestational weight gain. Early Hum Dev. 2013;89(5):277-81.

School of Medicine, University of Split, Croatia.

**Hudolin T, Kastelan Z, Ilic I, Levarda-Hudolin K, Basic-Jukic N, Rieken M, Spagnoli GC, Juretic A, Mengus C.** Immunohistochemical analysis of the expression of MAGE-A and NY-ESO-1 cancer/testis antigens in diffuse large B-cell testicular lymphoma. J Transl Med. 2013;11:123.

Department of Urology, Zagreb University Hospital Center, Zagreb, Croatia.

**Augustin G, Majerović M, Luetić T.** Uterine perforation as a complication of surgical abortion causing small bowel obstruction: a review. Arch Gynecol Obstet. 2013;288:311-23.

Department of Surgery, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Bat T, Steinberg SM, Childs R, Calvo KR, Barrett AJ, Battiwalla M, Baird K, Zhang D, Pulanic D\*, Dunbar CE, Pavletic SZ.** Active thrombopoiesis is associated with worse severity and activity of chronic GVHD. Bone Marrow Transplant. 2013 Jul 8. doi: 10.1038/bmt.2013.95.

\*Division of Hematology, Department of Internal Medicine, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Smoljanovic T, Bojanic I, Hannafin JA, Urhausen A, Theisen D, Seil R, Lacoste A.** Complete inclusion of adaptive rowing only 1000 m ahead. Br J Sports Med. 2013;47(13):819-25.

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

**Judaš M, Sedmak G, Kostović I.** The significance of the subplate for evolution and developmental plasticity of the human brain. Front Hum Neurosci. 2013;7:423.

Section of Developmental Neuroscience, Department of Neuroscience, Croatian Institute for Brain Research, University of Zagreb School of Medicine Zagreb, Croatia.

**Tomić M, Kaštelan S, Metež Soldo K, Salopek-Rabatić J.** Influence of BAK-Preserved Prostaglandin Analog Treatment on the Ocular Surface Health in Patients with Newly Diagnosed Primary Open-Angle Glaucoma. Biomed Res Int. 2013;2013:603782.

Department of Ophthalmology, University Clinic Vuk Vrhovac, Clinical Hospital Merkur, Zagreb, Croatia.

# 12th European Symposium on Congenital Anomalies u Zagrebu

• Riječ je o međunarodnom znanstvenom skupu posvećenom etiologiji, dijagnostici, liječenju i prevenciji kongenitalnih anomalija. Na skupu, koji je održan 14. lipnja u hotelu Esplanade, sudjelovalo oko 170 sudionika iz zemlje i inozemstva različitih profila - neonatologa, pedijatara, genetičara, epidemiologa, specijalista javnog zdravstva, epidemiologa.

Eminentni stručnjaci iz inozemstva predstavili su niz novosti iz područja istraživanja prirođenih anomalija. Premda su prirođene mane u razvijenim zemljama svijeta najvažniji uzrok smrtnosti i pobola u dječjoj dobi i premda se u Europskoj zajednici svake se godine rodi više od 100 000 djece s prirođenim manama, one su pojedinačno većinom rijetke, tj. javljaju se s učestalošću manjom od 5 na 10 000 poroda. Stoga je na simpoziju posebno bilo riječi o organizaciji zdravstvene zaštite osoba oboljelih od rijetkih poremećaja. Predstavljeno je povjerenstvo EU-a za rijetke bolesti, EUCLERD (Europska mreža eksperata za rijetke bolesti), koje je donijelo program mjera Europske zajednice kako bi se osigurala jednakopravna zdravstvena zaštita za oko 35 milijuna stanovnika EU-a oboljelih od rijetkih bolesti. Program uključuje potporu razvoju nacionalnih planova za rijetke bolesti koje su se zemlje članice obavezale donijeti do kraja 2013. god., stvaranje mreže ekspertnih centara za rijetke bolesti, umrežavanje na europskoj i svjetskoj razini znanstvenih istraživanja u području rijetkih bolesti, uključivanje rijetkih bolesti u socijalne programe i servise, kontrolu kvalitete skrbi za oboljele od rijetkih bolesti. Na web stranicama EUCLERD-a, [http://www.eucerd.eu/?page\\_id=13](http://www.eucerd.eu/?page_id=13) mogu se naći preporuke za različite aspekte skrbi o rijetkim bolestima.

Najnovije spoznaje o etiologiji pojedinih anomalija uključuju rezultate studije koja je pokazala da majčina izloženost stresu tijekom trudnoće povećava rizik za pojavu gastroshize za oko 4-5 puta, neovisno o drugim rizičnim čimbenicima poput

pušenja, konzumacije alkohola ili pothranjenosti. Istraživanja potvrđuju da sve veći stupanj zagađenja okoliša prometom predstavlja povećan rizik za razvoj prirođenih srčanih grješaka. U Španjolskoj je skupina autora uočila veću prevalenciju koarktacije aorte i defekata abdominalnog zida u mjestima s većom stopom prometnog onečišćenja, a talijanska studija pokazala je da je zagađenje okoliša povezano sa značajno većom učestalošću nepovoljnih ishoda trudnoća.

Prikazani su i novi modeli studija za otkrivanje teratogenog rizika pojedinih lijekova, te rezultati ispitivanja rizika korištenja pojedinih lijekova u trudnoći poput inhibitora neuraminidaze ili agonista dopamina koji povećavaju rizik za nepovoljne ishode trudnoće (prijevremeni porod, niska porođajna masa, kongenitalne anomalije). Istraživanje provedeno na velikoj europskoj populaciji pokazalo je da je učinak pandemijske i senzonske influence na prevalenciju kongenitalnih anomalija mali, s izuzetkom veće pojave situs inversusa i njemu pridruženih anomalija. Otvoreno je pitanje je li ova pojava vezana uz virus influence, vrućicu ili korištenje antivirusnih lijekova ili antipireтика. Napredak u genetičkim testovima omogućuje da se postavi točna dijagnoza sve većem broju djece s prirođenim manama. Na simpoziju je bilo riječi o učinkovitosti novih metoda analize genoma, bilo putem tehnika komparativne genomske hibridizacije na mikročipu (mikropostroju) ili cijelokupnog sekvenciranja eksoma/genoma. Primjenom ovih metoda može se postaviti preciznu dijagnozu u 15-20 % djece s razvojnim poteškoćama - prirođenim anomalijama, intelektualnim poteškoćama i/ili poteškoćama ponašanja.

Pored probira genoma, predstavljeni su i specifični dijagnostički algoritmi. Tako se mutacije u genima koji kodiraju komponente Ras/MAPK signalnog puta uzrokujući poremećaje iz Noonanovog spektra mogu uspješno dijagnosticirati kombinacijom novije generacije sekvenciranja i Sangerove metode, što uključuje analizu panela od 11 gena.

Upoznati smo i s rizicima za razvoj Downovog sindroma kod blizanačkih/višeplodnih trudnoća. Ustanovljen je različit rizik za nastanak Downovog sindroma u višeplodnim trudnoćama u odnosu na jednoplodne. U monozigotnim trudnoćama rizik je manji, dok je u dizigotnim veći. Također je prikazana povezanost višeplodnih trudnoća, potpomognute oplodnje i nastanka tetralogije Fallot. Ove spoznaje su važne za praćenje i genetičko savjetovanje

u višeplodnim trudnoćama. Predstavljene su prednosti i problemi preimplantacijske genetičke dijagnostike za obitelji u kojima se javljaju rijetki kromosomski i genetski poremećaji, a koja još nije dostupna u Hrvatskoj.

Simpozij je sudionicima iz Hrvatske omogućio da se upoznaju s najnovijim istraživanjima u području epidemiologije, etiopatogeneze, dijagnostike i prevencije prirođenih mana, čemu je pridonio i velik broj vrlo zanimljivih poster prezentacija. Istaknuta je potreba multidisciplinske suradnje eksperata u sklopu međunarodnih multicentričnih projekata koji omogućavaju istraživanja rijetkih i etiološki složenih poremećaja.

*Dr. med. Ljubica Boban, tajnica Hrvatskog društva za humanu genetiku*

## 24. Ljetna škola o moždanom udaru – Zdrav način života i prevencija moždanog udara

• U Dubrovniku je i ove godine pod pokroviteljstvom Razreda za medicinske znanosti HAZU-a od 3.-7. lipnja održana tradicionalna 24. Ljetna škola moždanog udara s međunarodnim sudjelovanjem.

Organizatori su bili Interuniverzitetски centar u Dubrovniku, HD za prevenciju moždanog udara, MEFa u Zagrebu, Central and Eastern European Stroke Society te Applied Research Group on Delivery of Neurological Services (RGODNS) of World Federation of Neurology (WFN). Direktori su bili akademkinja **Vida Demarin** s Sveučilišta u Zagrebu, prof. **Roman Haberl** sa Sveučilišta u Münchenu, prof. **Kurt Niederkorn** sa Sveučilišta u Gracu, prof. **Tatjana Rundek** sa Sveučilišta u Miamiju (SAD) i prof. **Zlatko Trkanjec** sa Sveučilišta u Zagrebu. Oni su ponovno dokazali da Hrvatska s razlogom pripada europskim centrima znanja. Tečaj je okupio vrhunske stručnjake iz Hrvatske i svijeta koji su sa sudionicima cijeli tjedan dijelili svoja iskustva, kako iz kliničkog rada, tako i iz svog bogatog znanstvenog života. Cilj ovog teča-



Predavači i sudionici 24. Ljetne škole u Dubrovniku

ja još jednom je bio podržati suradnju i promovirati razmjenu znanja i iskustva među šezdesetak sudionika iz cijelog svijeta, od Albanije, Češke, Makedonije i Slovenije do daleke Indonezije i Meksika.

Sudionici su također imali jedinstvenu priliku razmjenjivati nacionalne podatke o moždanom udaru, diskutirati o konkretnim problemima koji su specifični za pojedine zemlje i zajedno rješavati probleme vezane za moždani udar, bili oni medicinske, ekonomskе ili neke druge prirode.

Bogati znanstveni program započeo je u ponедјeljak predavanjima akademkinje Vide Demarin, prof. Tatjane Rundek, prof. **Davida Della Mortea** (SAD) i prof. **Davida Russella** (Norveška). Slijedila su predavanja ing. **Hansa Van Elsta** (Nizozemska), prof. Romana Haberla (Njemačka), profesora **Natana Bornsteina** (Izrael), prof. Kurta Niederkorn (Austrija) te dr. sc. **Vladimire Vuletić**, prof. **Dragutina Kadojića**, prof. Zlatka Trkanjca, dr. sc. **Lidije Erdelez** i dr. sc. **Sandre Morović** (svi iz Hrvatske). Srijeda je bila dan za zajedničku javnozdravstvenu akciju u suradnji s Odjelom za neurologiju Opće Bolnice Dubrovnik u Poslijediplomskom središtu Dubrovnik.

Završnog dana održana su izlaganja prof. **Bernda Ringelsteina** (Njemačka), dr. sc. **Ljiljane Čengić**, dr. **Nikole Barića** i dr. sc. **Marinka Dikanovića** (svi iz Hrvatske).

Ukupno je održano 30 predavanja i 10 radionica u sklopu kojih su sami polaznici prikazali 25 interesantnih slučajeva. Program je završio podjelom diploma u petak 7. lipnja.

*Dr. sc. Sandra Morović, neurolog*

- 
- 
- 

ciljem okupljanja stručnjaka koji se bave istraživanjem IE-a. Do ovogodišnjeg skupa održani su značajni kongresi diljem svijeta (Amsterdam, Chamonix, Barcelona, Charleston, Heidelberg, Napulj, Cairns) koji su se bavili ovom problematikom, kao i drugim, nešto rjeđim, kardiovaskularnim infekcijama.

Glavni cilj ovogodišnjeg ISCVID-a bio je osigurati razmjenu najnovijih znanja i dosadašnjih iskustava s područja dijagnostike, antimikrobnog i kirurškog liječenja i profilakse IE-a, prirodnih i umjetnih valvula, infekcija intrakardijalnih uređaja te intravaskularnih proteza.

Organizator ISCVID-a bilo je Hrvatsko društvo za kemoterapiju HLZ-a, čiji je predsjednik prof. dr. sc. **Bruno Baršić**, infektolog, u suradnji s ISCVID-om. (Slika 1.) Koordinator bila je tvrtka Synovia Ltd, a kongres je održan u hotelu Radisson Blue pored Dubrovnika. U prekrasnom ambijentu je 12. ISCVID-u nazočilo više od 200 liječnika sa svih kontinenata (iz 30-ak zemalja), tako da je, s obzirom na zemljopisnu zastupljenost sudionika, ovaj skup opravdao referencu koja stoji u njegovu nazivu – međunarodni. Bogato osmišljen znanstveni i stručni program započeo je sastankom članova ICE-a na kojem su rezimirani dosadašnji rezultati multicentrične studije o IE-u te dogovoren plan o nastavku suradnje s ciljem rješavanja aktualnih nepoznanica vezanih uz IE kao što je, primjerice, duljina trajanja antimikrobnog liječenja nakon kardiokirurškog zahvata. Dr. **Margaret Hannan** (University College Dublin) pozvala je na suradnju na projektu o istraživanju infekcija VAD-a (ventricular assisted devices).

Detaljnije o ICE studiji, do sada najvećoj multicentričnoj studiji o endokarditisima u povijesti medicinske znanosti, možete pročitati na [www.endocarditis.org](http://www.endocarditis.org).

Moderatori simpozija bili su najznačajniji istraživači s ovog područja kao npr. **David Durack**, autor Duke kriterija za dijagnozu infektivnog endokarditisa, **Adolf W. Karchmer**, autor poglavlja o IE-u u *Harrison's Principles of Internal medicine* i *Braunwald's Cardiology* i drugi. Svi predavači na kongresu aktivni su istraživači koji su objavili rezultate svojih istraživanja u zadnje dvije godine u vodećim svjetskim časopisima. Tako je, primjerice, Vance Fowler (Duke University) govorio o utjecaju genetske strukture stafilokoka na patogenetski potencijal, a **Barbara Murray** (Houston University) i **Arnold Bayer** (UCLA) o enterokoknim infekcijama. Poseban doprinos simpoziju dali su istraživači koji su govorili o lijekovima koji modificiraju kliničku sliku

Članovi  
ISCVID Councila.  
S desna na lijevo  
Phillipe Moreillon  
(Lausane),  
Jose Miro  
(Barcelona),  
Arnold Bayer  
(Los Angeles),  
Bruno Hoen  
(Becancon),  
Adolf W. Karchmer  
(Boston) i  
Bruno Baršić  
(Zagreb)



## Kako izvještavati sa stručnih skupova

• Temeljni je kriterij i misao vodilja Uredničkog odbora: «Ono što zanima čitatelja». Posebno upozoravamo da čitatelje ne zanima prepričavanje programa, tj. tko je i o čemu govorio, tko je skup i u čije ime pozdravio ni tko mu je bio pokrovitelj. Molimo izvjestitelje da se usredotoče na ono što se na skupu moglo doznati novoga i korisnoga, jer to se i očekuje od rubrike «Novosti sa stručnih skupova» i glasila s naslovom «Liječničke novine». Na priloženim ilustracijama valja označiti imena osoba koje su na njima a izbjegavati stereotipne fotografije na kojima se vidi publike s pogledom u neku nevidljivu imaginarnu točku.

.....

IE-a; s Mayo klinike **Larry Badour** (urednik Uptodate-a), **Ulrika Snygg Martin** sa sveučilišta u Götteborgu i **Emanuele Durante Magnoni** iz Napulja. Prikazani su novi entiteti – infekcije povezane s VAD-om te infekcije povezane s transkutano postavljenim artefijalnim valvulama.

Dominirale su teme o utjecaju ranog kardiokirurškog zbrinjavanja bolesnika i potrebe promjene antimikrobnog liječenja. Sudionici su upoznati s promjenama u smjernicama za liječenje IE-a u American Heart Association koje će se pojaviti tijekom ove godine.

Na kongresu je prezentirano 93 postera, a dva su posebno nagrađena. Svi apstrakti postera objavljeni su u dodatku 1, 41. broja časopisa International Journal of Antimicrobial Agents (CC Impact factor 4.415). (Slika 2).

Predavanja su se mogla pratiti i uživo putem webstreaminga, a biti će dostupna sudionicima godinu dana od završetka kongresa na stranici [www.iscvid2013.com](http://www.iscvid2013.com).

Na kongresu su izabrani i novi članovi ISCVID Councila, među kojima je i prof. dr. **Bruno Baršić**. Za novog predsjednika ISCVID-a izabran je **Bruno Hoen**, dopredsjednika **Jose Miro** i blagajnika **Arnold Bayer**.

Entuzijazam organizatora, kvalitetna priprema i prelijep ambijent učinili su ovaj kongres mjestom izvrsne atmosfere za edukaciju, razmjenu iskustava i dogovaranje buduće suradnje.

Prema riječima samih sudionika, ovaj simpozij bio je kako na najvišoj znanstvenoj tako i na najvišoj organizacijskoj razini do sada.

Po prvi put su sažetci izlaganja tiskani u CC časopisu, omogućen je izravan prijenos putem webstreaminga, a sva predavanja dostupna su godinu dana za slušanje i pregledavanje na webu.

Dogovoren je da se sljedeći, 13. ISCVID, održi u Rio de Janeiru, u Brazilu, 2015. godine.

Vladimir Krajnović, dr. med.,  
specijalist infektolog,  
Klinika za infektivne bolesti  
„Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu  
(e-mail: [vkrajnovic@bfm.hr](mailto:vkrajnovic@bfm.hr))

.....



## TEČAJEVI AESCULAP AKADEMIJE

NOVO!

08. - 09.11.2013. | Primarna obrada rane i šivanje

20. - 22.11.2013. | Napredni tečaj endoskopske kirurgije preponske, incizione i hijatalne hernije

Aesculap akademija d.o.o. | Hordlova 2/9 | 10000 Zagreb | OIB 17537920228 | Tel. +385 1 2789 462 | Fax +385 1 2789 400  
Sonja Šikić, koordinator | Mob. +385 91 2356 748 | [sonja.sikic@bbraun.com](mailto:sonja.sikic@bbraun.com) | [www.aesculap-akademija.com.hr](http://www.aesculap-akademija.com.hr)

# Etiopatogenetska čvorišta

*Razgovor s prof. dr. Zdenkom Kovačem*

- Često se ponosimo time što su zagrebački liječnici cijenjeni u svijetu, i to s pravom, no sredinom prošlog stoljeća bila je zagrebačka medicina na prilično niskoj razini. Tada, u vrijeme kad je u svjetskoj medicini patofiziologija počela zauzimati vodeće mjesto, mi uopće nismo ni imali takav kolegij. Očarani pompoznim ritualom Perovićevih predavanja iz anatomije, zbog kojih su neki slušači dolazili u predavaonicu sat-dva prije početka samo da bi uhvatili mjesto u prvim klupama, gubili smo dvije godine studija na jalovu morfologiju. Radi ispita na kojem ste morali znati je li os lunatum, koju je profesor stavio pred vas na stol, iz ljevog ili desnog zapešća – kao da bi kirurg na svom pacijentu mogao desnu os lunatum naći u lijevom zapešću – gubili smo u ne-povrat dragocjeno vrijeme i energiju. Dodamo li tome sličan kolegij prof. Saltykowa iz patološke morfologije (!), zagrebačka medicina je uporno insistirala na deskripcijama. Danas je stanje iz temelja suprotno, o čemu zorno svjedoči najnoviji udžbenik patofiziologije koji po dimenzijama izgleda kao neka enciklopedija od četiri sveska velikog formata s ukupno 2577 stranica. O tome razgovaramo s njezinim urednikom i pročelnikom Katedre za patofiziologiju MEF-a u Zagrebu prof. dr. Zdenkom Kovačem.

Prof. dr. Željko Poljak

• Profesore Kovač, nije li Vaša «Patofiziologija» ponešto predimenzionirana? Vjerljivo na današnje studente medicine zastrašujuće djeluje svojim volumenom.

- Dobre stručne knjige daju suvremen presjek praktičnih i teorijskih znanja u primjerenom volumenu i na prikladan način. Edukacija studenata medicine i osvremenjivanje znanja i vještina liječnika su pred izazovom smislenoga korištenja i primjene novih znanja i podataka. U zagrebačkoj patofiziologiji, od prve akademske



Prof. dr. Zdenko Kovač

godine 1919/20. do danas, uložen je velik intelektualni napor i energija za postizanje optimalnoga obrasca. Vizije i koncepcije profesora **Pavla Sokolića** su vrlo rano upućivale na oba velika stožera i izvora znanja: kliničku medicinu i bazična istraživanja.

Akademik **Stjepan Gamulin** je pravio velik udžbenik u sedam izdanja koji kvalitetno obrađuje opću patofiziologiju čovjeka. Katedra za patofiziologiju je uvela algoritamske matrice i objavila dodatan udžbenik (u tri izdanja), kojim novak u području aktivno strukturira svoje znanje rješavanjem zadanih odnosa. Ovom novom trećom Patofiziologijom autori su se fokusirali na potrebe praktičnoga liječnika. Te tri dosadašnje knjige napisalo je 118 autora i objavilo na 4441 stranici teksta u izdanjima

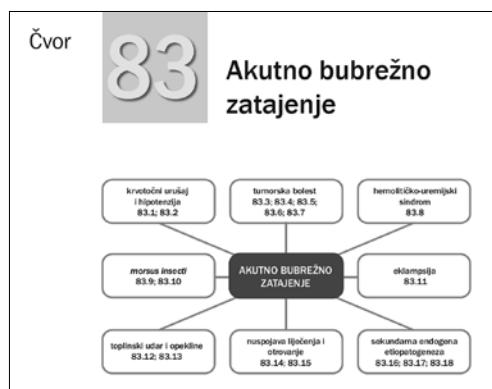
većeg formata. Može se reći da su Sokolićeve vizije, koncepti i ideje u njima „prizemljene“ i napisane, i to u potpuno suvremenome ruhu trenutnih kliničkih znanja, dijagnostičkih mogućnosti i širih biomedicinskih spoznaja (engl. up-to-date state of art).

Studenti koriste dio građe u svojem dodiplomskom studiju (oko 1150 stranica zadanoga teksta). Sadašnji studenti medicine su u odnosu na moj naraštaj u nemjerljivo povoljnijoj didaktičkoj i spoznajnoj situaciji. Od njih se sada traži razumijevanje uzročno posljedičnih odnosa i samostalno reinterpretiranje zadanih elemenata procesa, a izbjegava forsirano memoriranje pletore „golih“ podataka. Čak štoviše, na polaganju pismenoga dijela ispita studenti koriste osnovni udžbenik (engl. open book approach) u rješavanju zadanoga algoritma. Time se već u toj fazi pripremaju na ono što ih čeka u stvarnome životu liječnika. I tamo će imati sve referentne izvore (knjižne, elektronične, kolegijalne sugestije itd.) u rješavanju bolesnikova problema. Mnogi liječnici koji su prošli algoritamsku metodologiju govore da im ona služi kao solidna osnova i prototip za rješavanja dnevnih problema.

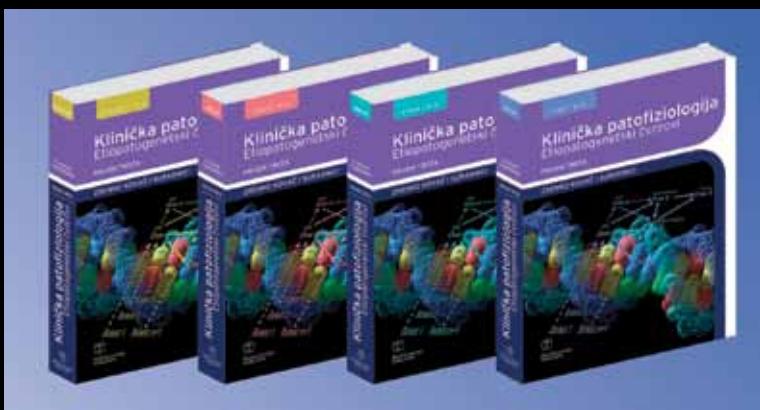
U te tri knjige približena je patofiziološka materija sustavno, metodički i izborom sadržaja stvarnoj dnevnoj praksi liječnika, uz primjereni povezivanje s teorijskim okvirima. Autorima i urednicima bio je to stvaran izazov. Za cijelovito sagledavanje morfoloških, biokemijskih, biofizičkih, genetičkih, epidemioloških (itd.) te kliničkih aspekata etiologije i patogeneze, bila je potrebna nova (ne standardna) metodologija. I u ovoj trećoj knjizi uveli smo nov metodički pristup.

• Kako biste definirali svrhu knjige i što je u njoj novoga i originalnoga?

• Knjiga donosi metodičku novinu, ima svojstva priručnika, obrađuje pojedinačna stanja kod bolesnika, traži aktivno sudjelovanje čitača i fokusirana je na etio-



Slika 2. Svaki EPČ ima uvodni orientacijski dijagram koji upućuje na raznovrstnost stanja i čimbenika koji sudjeluju u nastanku središnje disfunkcije. Pojedini brojevi povezuju dijagram sa pojedinim opisima stanja u tekstu koji slijedi. Grafički vizualni efekt rozete upućuje na mreženje EPČ-ova i odnose u razvoju bolesti.



Slika 1.

**Klinička patofiziologija**  
– Etiopatogenetski čvorovi  
(Medicinska naklada, Zagreb 2013)  
djelo je 51-og autora s pet hrvatskih  
sveučilišta koja imaju studij medicine.  
Djelo obrađuje 1165 stvarnih stanja  
u bolesnika povezanih  
u 91 etiopatogenetsko čvorište,  
a obuhvaća 2577 stranica teksta  
uvezanih u 4 sveske.

patogenezu procesa odgovornih za kliničko očitovanje bolesti. Klinička patofiziologija prikazuje mreženje procesa u tijelu bolesnika, pri čemu se oblikuju etiopatogenetska čvorišta. Proučavanjem mrežnih čvorišta potiče se cjelovito sagledavanje bolesti. Autori i urednik knjige su uvjereni da produbljivanje biomedicinskih znanja povećava lječidbenu moć medicine i podiže kakvoču lječnikove intervencije. Ovom knjigom autori nude etiopatogenetski pristup kao okosnicu za raščlambu i objedinjavanje razumijevanja bolesti te dijagnostičkog i terapijskoga procesa. Integrativno razumijevanje i razmatranje bolesnikova stanja postaje svojevrstan imperativ vremena. Ova knjiga provodi i potiče cjelovita sagledavanja i razumijevanja fizioloških i patofizioloških tokova. Čini se da svojim pristupom knjiga daje primjerjen odgovor na izazove postgenomskega razdoblja biomedicine.

**••• Postoji li u svjetskoj patofiziološkoj literaturi slična knjiga?**

- Patofiziološke knjige redovito su pisane prema klasičnome obrascu (sistematizacija prema organskim sustavima, sadrže opći i specijalni dio, itd.). Na njemačkom, engleskom, ruskom i francuskom jeziku ne postoji knjiga slična ovoj. Didaktički, metodički, sadržajem, i ciljanim povezivanjem praktičnoga rada s teorijskim okvirima ova knjiga jest izvoran i jedinstven novum.

**••• Postoje li već reakcije na knjigu i metodu? Kako lječnici gledaju na novine u ovome pristupu?**

- Vrijeme i život knjige će iskristalizirati stav šire stručne javnosti o njenoj korisnosti i uporabivosti. Danas je preurnjeno je govoriti o nekoj cjelovitijo ocjeni. Međutim, postoje pojedinačne objavljene prosudbe, iz kojih ističem neke detalje. Ako demik **Kusić** u svojem osvrtu<sup>1</sup> prepoznaće da je u svakoj razradi stanja u bolesnika ...

dosljedno strukturirana vertikalna, horizontalna i longitudinalna dimenzija etiopatogeneze, čime se čitatelju nameće potreba cjelovitoga sagledavanja problema", te naglašava da „knjiga uspješno integrira kvalitativne i kvantitativne vrste informacija i time dijelom rješava postojeći jaz između znanstvene i kliničke empirijske metode". Mladi lječnik, stažist (i bivši demonstrator Katedre za patofiziologiju) dr. **Duško Dobrota** u osvrtu u Liječničkome vjesniku<sup>2</sup> s podnaslovom „Kako proučavati medicinu iz stvarnih životnih situacija slijedeći etiopatogenetske putove bolesti“ ističe da „...novi pristup promišljanja i proučavanja u medicini preko kojih studenti, ali i ostali korisnici, mogu ne samo testirati svoje znanje, ili naučiti nešto novo, već izvježbati i nadograditi vlastiti obrazac razumijevanja patofizioloških procesa (...). Knjiga potiče samoedukaciju i klinički pristup problemu, a time usmjerava i smanjuje lutanje i potencijalno zastranjivanje u mnoštvu informacija“.

Profesor **Aleksandar Včev**, internist i dekan s osječkog Medicinskoga fakulteta u svojoj recenziji knjige<sup>3</sup> ističe: „Važno je i to što su slučajevi stvarni, neuglađeni, pa pokazuju sva preklapanja, povezanosti i sve sljedove različitih patofizioloških pojava. Unatoč složenosti, slučajevi nisu kaotični, upućuju na smirenju analitičnost koju kliničar treba znati postići.“ Pritom pridodaje da „...Osim sadržajne edukativnosti, ovakav proces upoznavanja kliničkih slučajeva i primjerenog medicinskog postupanja upravo nameće poželjan način razmišljanja (...).

Priručnik usađuje neizostavno sagledavanje patofizioloških pozadina kliničkih prezentacija i terapijskih postupaka“. Sve te reakcije upućuju da knjiga koncepcij-

ski i sadržajem pogađa potrebe lječnika u praktičnom i u akademskom smislu.

**••• Kako zamišljate da će preoperacijski lječnici koji dnevno obrađuju 60-ak (ili više) bolesnika naći vrijeme za EPČ-naputke kao stvarno pomagalo u svojem radu?**

- Postavili ste pravo pitanje o relevantnosti i kontekstu lječnikova života, koji je nerijetko prepregnut do krajinjih granica mogućeg, a istodobno se od njega očekuje visoka kvaliteta i dosljednost postupanja prema pravilima umjeća. Rekao bih da čak i u takvoj „zatrpanoj“ situaciji, otvorena interaktivnost knjige omogućava izravnu konsultaciju. Naime, struktura knjige omogućava brzu provjeru. Primjerice, za rješavanje hipofostatemije, nejasne vrućice ili proljeva, lječnik u ovoj knjizi može brzo konsultirati pripadne EPČ-ove, Uvodni dijagram će ga odvesti prema naslovima pojedinih obrađenih stanja koja prima vista najviše sliče stanju njegova bolesnika.

U kratkome opisu Povijesti bolesti, Dodatnoga tumačenja, Etiopatogenetskoga algoritma i Sistematizacije – sve u prosjeku na 1 do 3 stranice teksta – čitač će naći zaokruženu informaciju o etiopatogenezi, dijagnostici, liječenju i ishodu. Dakle, naći će riješen prikaz, kondenziran i narativan, onako kako se pojavljuje kod bolesnika. Takav volumen teksta pojedinac smisleno može pročitati za 5-6 minuta, a time je izravno i fokusirano doveden blizu mogućeg cjelovitog rješenja svojeg problema. Za razliku od ovoga pristupa, elektronička lječnička pomagala (baze podataka, protokoli itd.) redovito su složena na diskurzivan način te zahtijevaju više vremena i često „odvlače“ pažnju. Čini se da su ona

1 Z Kusić. Matična metodologija proučavanja i integrativni etiopatogenetski čvorovi – nov pristup za studij kliničke patofiziologije u postgenomskoj eri. [www.mef.hr](http://www.mef.hr) 2013; 32: 69-70.

2 D Dobrota. Etiopatogenetski čvorovi u kliničkoj medicini/ili/ Kako proučavati medicinu iz stvarnih životnih situacija slijedeći etiopatogenetske putove bolesti. Liječ vjesen 2013; 135: 60-2.

3 A Včev. Recenzija knjige. U Osijeku, ožujka 2013.

pogodnija za brzu provjeru točkastih informacija nego li za cjelevito rješavanje problema. Interaktivnost ovoga priručnika nudi nov pristup prema brzom cjelevitu rješenju.

**••• Kako Vaš pristup rješava eksponencijalni rast biomedicinske informacije i probir onoga što je važno za liječnika?**

• Molekularne metodologije, utvrđena kemijska struktura humanoga genoma, veliki dijagnostički pomaci, informatičko-računalne integracije u praktičnome radu liječnika (itd.) postavile su nov okvir za razumijevanje međuodnosa u procesima bolesti. Pred liječnika se postavlja potreba uporabe relevantnih dijelova tih znanja, koncepcijski i praktično. Liječnikov izazov je velik i nezaobilazan. U sustavnom proučavanju patobiologije čovjeka sve više se kristaliziraju funkcionske mreže kao osnova plastičnosti, varijabilnosti, kompetitivnosti i količine reakcije biološkog sustava. Funkcionske mreže uključuju hijerarhijsku subsidijarnost i interaktivnost međuvisnih temeljnih elemenata, koji su u izgradnji složenoga sustava nadzirani brojnim homeostatičkim regulacijama. I u istraživačkom smislu te u dijagnostičkom i terapijskom smislu nozologiski tokovi postaju složeniji i raznolikiji.

Medicina utemeljena na dokazima traži rationalnije korištenje postojećih znanja na dobrobit bolesnika, a pokret translacijske medicine nameće aplikativno usmjerjenje u istraživanjima. I jedan i drugi pristup pokušavaju povećati učinkovitost liječničke profesije. Iznašenje novih metoda strukturiranja znanja može olakšati svladavanje rastuće količine podataka. Pristup strukturiranjem tumačenja u etiopatogenetske čvorove u stanovitoj mjeri pojednostavljuje i olakšava razumijevanje čovjekove fiziologije u bolesti i u zdravlju.

U našem pristupu od gotovo nesagledive količine molekularnih podataka uzeti su oni čija uloga u etiopatogenezi ima svoje jasno i cjelevito kliničko utemeljenje. Isto načelo probira primjenjeno je i za podatke iz drugih znanstvenih pristupa (morfološki, biofizički, epidemiološki itd.).

Naime, velika većina znanstvene akribije o humanoj biologiji potječe iz ekstremno pojednostavljenih modela istraživanja.

Stoga, mnogi od tih podataka ne moraju nužno imati kliničku relevantnost. Tek stanovita količina podataka ima izravno dokazanu ulogu prema današnjem stanju razumijevanja fiziologije i patofiziologije.

**••• Što su etiopatogenetski čvorovi?**

- Etiopatogenetski čvorovi (EPČ) predstavljaju zajedničke točke, čvorista, na kojima se često heterogeni etiopatogenetski putovi umrežavaju. U njih se brojni putovi slijevaju te iz njih izviru novi procesi. Može se reći da su ta čvorista prirodni integratori etiopatogenetskih zbivanja. Preko njih se ostvaruju opći obrasci patofiziološkoga reagiranja. Kroz EPČ-ove autori prikazuju modularnost patofiziološkoga odgovora. Čovjekovo tijelo, kao biološki sustav, u odgovoru na različite etiološke čimbenike oblikuje stanovite obrasce patogenetskih tokova, module reagiranja, koji uključuju EPČ-ove. Ti su EPČ-ovi svojevrstna funkcionalna mrežista i važni regulatori ponašanja sustava. Stoga su EPČ-ovi važne točke za proučavanja patofiziologije, a može se reći da se time i pojednostavljuje studij i način proučavanja bolesti.

**••• Imaju li ta etiopatogenetska čvorista izravnu ulogu u dnevnoj kliničkoj praksi liječnika? I možete li to ilustrirati nekim primjerom?**

- Da. Što više, liječnički zahvati su često usmjereni izravno na ispravljanje



## REZERVIRAJTE TERMIN ZA NAŠU KONFERENCIJU!!!

Paragona je jedan od vodećih europskih međunarodnih posrednika u zapošljavanju liječnika specijalista.

Trenutačno nudimo izvrsne mogućnosti posla u javnim bolnicama za:

- LIJEĆNIKE SPECIJALISTE
- U ŠVEDSKOJ I NORVEŠKOJ
- LIJEĆNIKE SPECIJALISTE U NJEMAČKOJ

Prijavite se za našu **KONFERENCIJU** i saznajte sve o mogućnostima posla u inozemstvu!  
Održat će se u Zagrebu 26. listopada.

Molimo da nas kontaktirate za više informacija:  
[agnieszka.anusiewicz@paragona.com](mailto:agnieszka.anusiewicz@paragona.com)  
Tel. ++48 22 653 66 86

[www.paragona.com](http://www.paragona.com)

Iz programa konferencije:

- prezentacija naših ponuda
- susret s liječnikom koji radi u Skandinaviji
- pokušne lekcije jednog od skandinavskih jezika  
- prijavite se!!!

## Broj sudionika je ograničen!



odstupanja pojedinoga etiopatogenetskog čvora, što dovodi do kliničkoga poboljšanja stanja. Primjerice, terapija hipoksemije ili metaboličke acidoze udisanjem povišene količine kisika, odnosno terapija bikarbonatima, izravno postiže korektivne učinke, s vidljivim kliničkim poboljšanjem. To se poboljšanje uspostavlja i bez kauzalnoga rješavanja osnovnoga stanja kod bolesnika. Isto načelo vrijedi za većinu EPČ-a.

**••• Koliko etiopatogenetskih čvora je obrađeno u knjizi?**

• U knjizi je obrađen 91 EPČ, uviјek kroz 10 ili više (u prosjeku 12,8) stvarnih stanja kod bolesnika. Svaki se opis stanja sastoji od dijelova: Povijesti bolesti, Napomene s ciljanim tumačenjima specifičnih detalja, Etiopatogenetskoga algoritma, Razvrstavanja te Rješenja. Često isticani problem redundancije i preopterećenosti plotorom podataka u EPČ-ima sveden je na minimum. Zahtjev integrativnoga razumijevanja bolesnikova stanja stavljen je u prvi plan liječnikove obrade problema. Autori i

urednik vjeruju da ova knjiga na jedinstven i učinkovit način nudi i potiče aktivno cje-lovitu konceptualizaciju problema. Knjiga donosi etiopatogenetsko viđenje kliničkih stanja u bolesnika prema objavljenim opisima (engl. case reports) kroz EPČ.

Prema podatcima čitalac je navođen da konstruira etiopatogenetske algoritme i sistematizira informaciju, a u matrici teksta su taksativno navedeni potrebiti detalji. Obrađeno je 1165 stanja bolesnika, čime je sačinjena jedinstvena zbirka koja može poslužiti kao referentni priručnik. Pri tome knjiga je i samorješavač problema jer sadrži rješenja svih algoritama i razvrstava-nja (engl. problem solver).

**••• Iskusni liječnici naglašavaju da na deklarativnoj razini rijetko pamte većinu kliničkih pokazatelja pojedinoga stanja, već da pamte opće obrasce bolesnikova stanja. Kako vi sagledavate i tumačite tu činjenicu?**

• Razumski kognitivni mehanizmi odrasloga čovjekova umu uključuju dva sustava, koja su istodobno aktivna i međusob-

no funkcionalno komplementarna. Ti se sustavi razlikuju prema načinu obrade percepcije i integracije sadržaja. Sustav 1 je cjelovit (holističan, heurističan), induktivan i iskustveno zadan, brz i automatičan (refleksivan), te prepoznaje opće obrasce (engl. patterns, njem. Gestalt). Sustav 2 je analitičan, hipotetsko-deduktivan, zahtijeva dosta vremena, uključuje normativno promišljanje, a uključuje kritično logično usuglašavanje. Oba sustava su inherentni spoznajni mehanizmi čovjekova mozga. Prvim sustavom čovjekov um rješava većinu dnevnih percepcijskih sadržaja, a drugim postiže više detaljiziranu provjeru i usuglašavanje vlastitoga zaključivanja.

Prvi djeluje kao iskustveni „po-zivni“ okvir (engl. frame of reference), a drugi kao istraživački poriv (engl. inquiring impulse). Oba su sustava svojstvena zdravu čovjekovu razumu i aktivna su bez obzira na stupanj školovanja, profesiju i dob pojedinca. Oba sustava su uključena u bilo kojoj razumskoj aktivnosti (primjerice, upravljanje automobilom, kupovina u trgovini, ili

#### KLINIČKA PATOFIZIOLOGIJA – ETIOPATOGENETSKI ČVOROVI.

- Čvor 1. HIPERNATRIJEMIJA
- Čvor 2. HIPONATRIJEMIJA
- Čvor 3. HIPERKALIJEMIJA
- Čvor 4. HIPOKALIJEMIJA
- Čvor 5. HIPERKLOREMIJA
- Čvor 6. HIPOKLOREMIJA
- Čvor 7. HIPERFOSFATEMIJA
- Čvor 8. HIPOFOSFATEMIJA
- Čvor 9. HIPERKALCIJEMIJA
- Čvor 10. HIPOKALCIJEMIJA
- Čvor 11. HIPERMAGNEZIJEMLJA
- Čvor 12. HIPOMAGNEZIJEMLJA
- Čvor 13. HIPERHIDRACIJA
- Čvor 14. HIPOHIDRACIJA
- Čvor 15. HIPEROSMOLALNOST
- Čvor 16. HIPOOSMOLALNOST
- Čvor 17. EDEM
- Čvor 18. ASCITES
- Čvor 19. HIPOVOLEMIJA
- Čvor 20. HIPERKAPNIJA
- Čvor 21. HIPOKAPNIJA
- Čvor 22. RESPIRACIJSKA ALKALOZA
- Čvor 23. METABOLIČKA ALKALOZA
- Čvor 24. METABOLIČKA ACIDOZA
- Čvor 25. RESPIRACIJSKA ACIDOZA
- Čvor 26. HIPOTERMIJA
- Čvor 27. HIPERTERMIJA
- Čvor 28. KAHEKSIIA
- Čvor 29. PRETILOST
- Čvor 30. POTHRAJENJEST
- Čvor 31. METABOLIČKI SINDROM
- Čvor 32. HIPERMETABOLIZAM
- Čvor 33. ANEMIJA
- Čvor 34. HIPERGLIKEMIJA
- Čvor 35. HIPOGLIKEMIJA
- Čvor 36. ISHEMIJA MOZGA
- Čvor 37. ISHEMIJA SRCA
- Čvor 38. ISHEMIJA CRIJEVA
- Čvor 39. ISHEMIJA NOGU
- Čvor 40. BOL
- Čvor 41. ATEROSKEROZA
- Čvor 42. DISLIPIDEMLIJA
- Čvor 43. AMILOIDOZA
- Čvor 44. HIPOPROTEINEMIJA
- Čvor 45. FIBROZA

- Čvor 46. EOZINOFILIA
- Čvor 47. LEUKOCITOZA
- Čvor 48. NEUTOPENIJA
- Čvor 49. TROMBOCITOPENIJA
- Čvor 50. SKLONOST ZGRUŠAVANJU KRVI
- Čvor 51. SKLONOST KRVARENJU
- Čvor 52. HIPOVOLEMIJSKI URUŠAJ
- Čvor 53. VAZOHIPOTONUSNI URUŠAJ
- Čvor 54. KARDIOGENI URUŠAJ
- Čvor 55. ARTERIJSKA HIPOTENZIJA
- Čvor 56. ARTERIJSKA HIPERTENZIJA
- Čvor 57. SRČANA DEKOMPENZACIJA
- Čvor 58. ARITMIJE
- Čvor 59. TAMPONADA SRCA
- Čvor 60. HIPERVISKOZNOST KRVI
- Čvor 61. HIPERVENTILACIJA
- Čvor 62. HIPOVENTILACIJA
- Čvor 63. HIPOKSEMIJSKA RESPIRACIJSKA NEDOSTATNOST
- Čvor 64. HIPERKAPNIJSKA RESPIRACIJSKA NEDOSTATNOST
- Čvor 65. AKUTNO JETRENO ZATAJENJE
- Čvor 66. KRONIČNO JETRENO ZATAJENJE
- Čvor 67. KOLEITIJAZA
- Čvor 68. ŽUTICA
- Čvor 69. POVRaćANJE
- Čvor 70. PROLJEV
- Čvor 71. ILEUS
- Čvor 72. TRBUŠNI KOMPARTMENTNI SINDROM
- Čvor 73. IMUNOSNA PREOSJETLJIVOST
- Čvor 74. IMUNONEDOSTATNOST
- Čvor 75. AUTOIMUNOST
- Čvor 76. ODBACIVANJE PRESADKA
- Čvor 77. REAKCIJA PRESADKA PROTIV DOMAĆINA
- Čvor 78. TRANSFUZIJSKA REAKCIJA
- Čvor 79. HIPERSPLENIZAM
- Čvor 80. EPILEPSIJA
- Čvor 81. POREMEĆAJI SVIESTI
- Čvor 82. INTRAKRANIJALNA HIPERTONIJA
- Čvor 83. AKUTNO BUBREŽNO ZATAJENJE
- Čvor 84. KRONIČNO BUBREŽNO ZATAJENJE
- Čvor 85. NEFROTICKI SINDROM
- Čvor 86. UROLITIJAZA
- Čvor 87. OPSTRUKCIJSKA UROPATIJA
- Čvor 88. PATOLOŠKI PRIJELOM
- Čvor 89. SEPSA
- Čvor 90. VIŠEORGANSKO ZATAJENJE
- Čvor 91. CIJELJENJE TKIVA



- Cochrane knjižnica objavljuje sustavne pregledne članke koji se bave procjenom djelotvornosti intervencija u medicini.
- Na mrežnoj stranici [www.thecochranelibrary.org](http://www.thecochranelibrary.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.

Prof. dr. sc. Livia Puljak  
Medicinski fakultet u Splitu  
[livia@mefst.hr](mailto:livia@mefst.hr)

## Mediteranska prehrana za prevenciju kardiovaskularnih bolesti

• Kardiovaskularne bolesti (KVB) jedan su od vodećih uzroka smrti širom svijeta. U 2008. je KVB uzrokovala 30% smrti u cijelom svijetu, uključujući 6,2 milijuna smrti uzrokovanih moždanim udarom i 7,2 milijuna uzrokovanih koronarnom srčanom bolesti. Teret KVB-a značajno se razlikuje između različitih geografskih regija. U Europi postoji značajan sjeveroistočno-jugozapadni gradijent u KVB mortalitetu, pri čemu su stope mortaliteta više u zemljama Istočne Europe. Najviša stopa KVB mortaliteta prilagođenog dobi utvrđena je u Latviji, Estoniji, Slovačkoj i Litvi, dok je najniža u Francuskoj, Portugalu, Italiji i Španjolskoj. Nadalje, iako je smanjenje KVB mortaliteta uočeno u razvijenim zemljama, taj se mortalitet i dalje povećava u zemljama u razvoju. Prema SZO-u se preko 80% KVB smrti događa u zemljama s niskim i srednjim prihodima, a broj smrti uzrokovanih s KVB-om povećat će se na 23,3 milijuna do 2030. godine i KVB će ostati vodeći uzrok smrti.

Dugo vremena se zna da prehrana igra glavnu ulogu u etiologiji brojnih kroničnih bolesti, što pridonosi geografskim razlikama u morbiditetu i mortalitetu od kroničnih bolesti u različitim zemljama i populacijama širom svijeta. Prije pedesetak godina se pokazalo da populacija koja živi na Mediteranu ima niži mortalitet od KVB-a u usporedbi sa sjeverno-europskim stanovništvom, što je pripisano razlikama u prehrani. Nakon toga je mediteranska prehrana postala predmetom velikog zanimanja jer joj je pripisan potencijal produljenja života i poboljšanja zdravlja. Više observacijskih studija je pokazalo da veći stupanj pridržavanja mediteranskoj prehrani rezultira duljim i kvalitetnijim životom, kao i smanjenim mortalitetom i morbiditetom od KVB-a, karcinoma i drugih bolesti povezanih s prehranom.

### Opis intervencije

Mediteranska prehrana se definira kao prehrana koja uključuje: veliku količinu namirnica biljnog podrijetla koja se uglavnom sastoji od voća i povrća, žitarica, kruha od cjevitog zrnja, graška, orašastih plodova i sjemenki; lokalno uzgojenu, svježu, sezonsku i neprerađenu hranu; svakodnevno velike količine svježeg voća, pri čemu se koncentrirani šećeri ili med konzumiraju svega nekoliko puta tjedno u manjim količinama; maslinovo ulje kao glavni sastojak za kuhanje i izvor masnoće; malu ili umjerenu količinu sira i jogurta; malu količinu crvenog mesa i veliku količinu ribe te malu do umjerenu količinu crvenog vina nakon glavnih obroka. Originalna mediteranska prehrana odraz je prehrambenih navika stanovništva mediteranske regije, koja ima iste kulturne i povijesne korijene i odraz je životnog stila i prehrambenih navika, a ne samo skup specifičnih mikro- i makronutrijenata.

Intervencija istražena u ovom Cochrane sustavnom pregledu je savjet pacijentima da se pridržavaju mediteranske prehrane ili da uzimaju hranu koja se smatra dijelom mediteranske prehrane. Najmanje dvije komponente s ove liste trebale su biti zadovoljene da bi se postigla definicija mediteranske prehrane:

- Visok udio mononezasićenih/zasićenih masti (uporaba maslinovog ulja kao glavnog sastojka tijekom kuhanja)
- Niska ili umjerena konzumacija crvenog vina
- Visoka konzumacija leguminoznih biljaka
- Visoka konzumacija zrnja i žitarica
- Visoka konzumacija voća i povrća

- Niska konzumacija mesa i mesnih proizvoda, a povećana konzumacija ribe
- Umjerena konzumacija mljeka i mlječnih proizvoda.

### Kako djeluje intervencija

Niz observacijskih i eksperimentalnih dokaza podupire mehanizme kojima se objašnjava blagovoran učinak mediteranske prehrane na kardiovaskularno zdravlje. Primjerice, postoje dokazi o povoljnom učinku mediteranske prehrane na inzulinsku rezistenciju i vazoreaktivnost ovisnu o endotelu, kao i o antioksidativnim i protuupalnim učincima mediteranske prehrane i njenih individualnih sastojaka, kao što su voće i povrće, maslinovo ulje, cjelovite žitarice, riba i crveno vino.

Nadalje, mediteranska je prehrana povezana s blagovornim učincima na različite čimbenike rizika za razvoj KBV-a, uključujući lipoproteine, debljinu, dijabetes i hipertenziju. Mnoštvo konzistentnih epidemioloških dokaza podupire teoriju po kojoj je umjereni pijenje crvenog vina (jedan do dva pića dnevno) i umjerena konzumacija alkohola općenito, povezana sa smanjenjem mortaliteta i morbiditetu od svih uzroka i od KVB-a, te da ima blagovorne učinke na kardiovaskularne čimbenike rizika, u usporedbi i s apstinencijom i s visokom konzumacijom alkohola.

### Rezultati sustavnog pregleda literature

Pretraživanjem literature proglašeno je 11 kliničkih studija (s ukupno 52.044 randomizirana ispitanika). Istraživanja su bila heterogena s obzirom na vrstu ispitanika koji su bili uključeni, broj prehrambenih komponenti mediteranske prehrane i vrijeme praćenja ispitanika. U 7 studija je intervencija opisana imenom 'mediteranska prehrana'. Klinički ishodi opisani su samo u jednom istraživanju (studija Women's Health Initiative – WHI, koja je uključila 48.835 žena u postmenopauzi, i u kojoj intervencija nije opisana kao mediteranska prehrana, ali se sastojala od povećane konzumacije voća, povrća i žitarica), gdje nije uočen statistički značajan učinak intervencije na fatalne i nefatalne ishode nakon osam godina. Analizom svih studija pokazalo se da mediteranska prehrana dovodi do malog smanjenja ukupnog kolesterola (-0,16 mmol/L) i lipoproteina niske gustoće (LDL-a) (-0,07 mmol/L). Analiza podskupina



# Revolucionarni e-kongres ukida monopol na znanje

## Razgovor s dijabetologom prof. dr. Milanom Vrkljanom

• U HAZU-u je prošle godine održan prvi elektronski kongres o endokrinologiji i dijabetologiji. „Ovakvim spojem suvremene tehnologije i medicinskih dostignuća ukida se monopol na znanje. Svakom, ma baš svakom liječniku bit će dostupno znanje i nove spoznaje u medicini. Nitko više neće biti oštećen u pogledu stjecanja znanja“ - rekao nam je idejni začetnik ovoga jedinstvenog simpozija prof. dr. sc. **Milan Vrkljan**.

Živimo nesumnjivo u razdoblju elektronske revolucije, velika većina društvenih djelatnosti već se uvelike koristi „mrežom svih mreža“, internetom, niti medicina tu nije iznimka. Međutim, ovo što se događalo tih dana u Zagrebu predstavlja više od bilo koje riječi kojom se može opisati otvaranje znanja i otvaranje dostupnosti znanja svakom liječniku u Hrvatskoj a posebno liječnicima koji se bave dijabetesom, hormonima i tumorima. Kao i svaka novina, izazivala je skepsu i komentare koji su sugerirali da taj projekt i ideja neće zaživjeti. Danas, nakon dvije godine i ponovno uspješno organiziranoga drugog po redu e-kongresa iz endokrinologije i dijabetesa, razgovaramo s prof. Vrkljanom, nastavnikom na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu i pročelnikom Zavoda za endokrinologiju „Mladen Sekso“ u KBC-u „Sestre milosrdnice“ u Zagrebu.

*Prof. dr. Željko Poljak*

• Profesore Vrkljan, kako je nastala ideja za e-kongres?

• Nije bilo teško doći do ideje da bi se u Zagrebu moglo i trebalo organizirati e-kongres već je pravo pitanje bilo s kim organizirati takav kongres, odnosno takav oblik edukacije.

• Ipak, nitko u Hrvatskoj akademskoj zajednici nije dosad ostvario takav projekt.



**Prof. dr. Milan Vrkljan**

• Mi kao liječnici i kao profesori na Sveučilištu trebali bismo prenosići znanje mlađim liječnicima. Bio sam na mnogim domaćim i međunarodnim kongresima gdje je prilika da se razmjenuju znanja i iskustva. To je silno važan segment u usavršavanju liječnika. Međutim, taj oblik edukacije ima jako puno nedostataka, kojih sam je osobno postao svjestan tek posljednjih godina.

• A to su?

• Svi mlađi liječnici znat će o čemu govorim. Kao mlađi htio sam ići na što više kongresa jer sam bio željan znanja. Tada sam imao izuzetnu sreću što sam imao za šefa pokojnog akademika Mladena Seksa, koji me je i doveo na Zavod. Međutim, mnogi mlađi liječnici imaju neprilika jer je obično prioritet prepostavljenih kako organizirati dežurstva, rad ambulantni ili rad na odjelu. Često nemaju puno senzibiliteta za interes mlađih ljudi. Trenutak kada vam prepostavljeni kaže „Tko će raditi u ambulantni ako vi kolega želite na kongres?“ doživio je skoro svaki mlađi liječnik i to su događaji koji traumatiziraju.

S jedne strane od vas se očekuje da radite rutinu, koja je važna, ali očekuje se

i da se usavršavate kako bi vam posao postao rutina, odnosno da vam posao postane zadovoljstvo. To je često teško uskladiti. S druge strane, kao mlađi liječnik niste zanimljivi za finansijsko ulaganje.

Treba reći da je farmaceutska industrija danas jedina u Hrvatskoj koja ulaže u edukaciju liječnika i da druga sredstva gotovo ne postoje. Da nema tih sredstava jedva bi danas liječnik išao na edukaciju.

Čak i javnost, i bolesnike, trebalo bi senzibilizirati da pozitivno gledaju na edukaciju liječnika. Inače bi se moglo dogoditi da neće biti educiranih liječnika koji bi napravili „transfer znanja“ iz velikih bolnica i istraživačkih laboratorija Europe i SAD-a.

• Kako može e-kongres u tom sustavu pomoći?

• Ideja o organiziranju e-kongresa nastala je između ostalog zato što je Hrvatska siromašna zemlja i što mnogi liječnici teško mogu platiti kongres i boravak. Na pr. nekoliko dana u Opatiji, smještaj u hotelu, hrana i posebno kotizacija za kongres često su nepremostiv problem, ali ne i jedini. Kako je Zavod za endokrinologiju „Mladen Sekso“ mjesto kamo se liječnici iz manjih centara upućuju na specijalizaciju ili kraću edukaciju, mi smo osjećali taj problem. Npr. u našem Edukacijskom centru pri Zavodu, koji je osnovan radi edukacije liječnika, se-stara, tehničara i studenata medicine, organiziramo petodnevnu edukaciju iz dijabetesa. Sve je zamišljeno i odvija se zadnjih par godina, tijekom cijele godine, po programu najboljih centara iz SAD-a. Nakon vrlo pozitivnih iskustava spoznali smo da postoje i liječnici iz npr. Visa ili Đakova koji ne mogu doći na petodnevnu edukaciju jer nemaju nekoga da ih zamijeni u radu njihove ambulante. Oni ne mogu zamoliti bolesnike da se strpe nekoliko dana i da dođu ne pregled sljedeći tjedan.

• Kako se tehnički organizira e-kongres?

• Danas to izgleda vrlo jednostavno, dok sam prije nekoliko godina nailazio na mnoge poteškoće. Većina mojih suradnika shvaćala o čemu govorim i što želim. Neki moji prijatelji s ETF-a pokušali su raditi na projektu ali ni nakon nekoliko mjeseci nije bilo pomaka i u jednom trenutku postojala je mogućnost da sve zamre. Znao sam što želim ali nisam znao kako to napraviti. Sasvim slučajno došao sam u kontakt s dr. Zoranom Milasom iz tvrtke koja je tražila nekoga tko bi tako nešto napravio. Naime mi i oni smo razvijali ideju neovisno jedni od drugih, i slučajno smo se sreli na nekom



# Inovacije u plastici nastavljaju revolucionirati zdravstvenu zaštitu

Priredila: Jelena Pilipović

- Zahvaljujući svojoj rasprostranjenosti, plastika sve više ulazi na područje zdravstvene zaštite, pomažući tako milijunima ljudskih života. Plastika je postala sveprisutna u medicinskoj opremi, aparaturom, zavojima. Danas se plastika u području zdravstvene zaštite upotrebljava na različite načine: savitljive plastične vrećice za krv, intravenske cjevčice, sterilne igle, medicinske rukavice, respiratori, tlakomjeri, slušni aparati, zubne proteze, itd.

Dvije osnovne prednosti plastike - sterilnost pakovanja i mogućnost lakog gospodarenja otpadom - pomažu sprječavanju mnogih infekcija.

Lista primjene je mnogovrsna: plastične proteze koje zamjenjuju kukove, koljena i ostale udove; plastične leće i rožnice, naočale načinjene od polikarbonata i ostalih plastičnih materijala; savitljive plastične trake koje zamjenjuju pamučne zavje; dugotrajne elastične mreže tretirane s insekticidima pomažu u borbi od malarije; plastične tanke vrećice HidroPack s elektrolitima i nutričijski bogatim prahom, zahvaljujući plastičnim membranama na vrećici u kontaminiranoj vodi apsorbiraju vodu i filtriraju onečišćivače.

No, mnoge inovacije su tek u razvoju: plastični materijali na koje se ne primaju bakterije, mikro flasteri načinjeni od poli vinil - pirolidina (PVP) pomiješani s cjeplivom mogu se brzo rastopiti u tjelesnim tekućinama, plastični srčani usadak koji odčepljuje arterije i polako se razgrađuje u tkivu.

Sve ove inovacije su zapravo samo početak, budući da plastika omogućuje medicinskim proizvodima smanjenje dimenzija, sniženje troškova, kombiniranu funkciju i poboljšanje kvalitete. Znatna kombinacija plastike i tehnike dalje će nastaviti revolucionirati zdravstvenu zaštitu.

Plastic engineering, 04/2013

## Nanogel

Istraživači s Yale Sveučilišta u Connecticutu razvili su u borbi protiv sustavnog eritemskog lupusa, autoimune bolesti koja pogarda zdravo tkivo, nanogel koji nosi imunosupresivni lijek izravno do tkiva vezanih s imunološkim stanicama. Nanogel je napravljen od poroznog polimera koji je pun s lijekom.

Materials world, 04/2013

## Pomoći pri medicinskom testiranju

U suradnji sa stručnjacima s područja strojarstva sa Sveučilišta Harvard, istraživači s Wyss instituta za biologiju, razvili su mali uređaj koji simulira rad ljudskih pluća za testiranje lijekova. Takav čip, koji sadrži kanale, napravljen je od prozirnog, savitljivog polimera (slika 3).

Dva kanala podijeljena su na dva dijela poroznom membranom sa stanicama ljudskog plućnog krila s jedne strane i stanicama krvnih žila s druge strane.

Podtlak se primjenjuje na malim kanalima, uzrokujući povezivanje i deformaciju tkiva, usisavajući zrak preko simulirane površine plućnog krila. Uzorak krvi prolazi kroz umjetnu kapilaru smještenu ispod membrane.

Materials world, 04/2013

## Poliuretansko umjetno srce

U Velikoj Britaniji 2011. godine transplantirano je prvo umjetno srce (slika 1), Total Artificial Heart (TAH), koje je održavalo pacijenta na životu skoro 600 dana. Umjetno srce mase 160 grama, načinjeno je od biopoljniuretana (PUR). Takav privremeni uređaj koji je osmisliла tvrtka Syncyrdia, ima vanjsku bateriju, kompresijsku klipnu pumpu i savitljivu vrećicu za krv ukupne mase 6 kg (slika 2). Uređaj može zamijeniti sva četiri zališka u ljudskom srcu i može se upotrijebiti za oštećeno srce ili kao potpuna zamjena za srce.

Urethanes Technology International, 04-05/2013  
Materials world, 04/2013

Slika 1 – Poliuretansko umjetno srce



## Možemo li ponovo izgraditi ljudsko tijelo?

Postoje li granice upotrebe 3D tiskanja? Skupina istraživača Functional Morphology sa Sveučilišta i Istraživačkog instituta Hasselt BIOMED, Belgija, tiskali su selektivnim laserskim taljenjem prilagođenu donju čeljust (slika 4) pomoću praškastog titana premazanog sa smjesom nadomjeska hidroksiapatita. Takva smjesa se može pripraviti u roku od nekoliko sati.

Upotrebom sličnog koncepta, UCL istraživači uspješno su razvili sintetički dušnik, upotrebljavajući novi nanokompozitni polimer. Pomoću računalne tomografije (CT-a) čovjeka, izmjerene su točne dimenzije potrebne za izradu staklenog kalupa.

Pomoću kalupa izrađeno je polimerno tkivo koje je impregnirano s ljudskim mibatičnim stanicama i ostavljeno da se razmnoži u bioreaktoru.

Cilj upotrebe tog postupka je smanjenje učinaka starenja, no, nažalost, unatoč ovom bitnom napretku još uvijek postoje ograničenja medicinske znanosti u zaustavljanju starenja i raspadanju ljudskog tijela.

Materials world, 04/2013

(ana.pilipovic@fsb.hr)

.....



Slika 2

– Ugradnja poliuretanskog umjetnog srca



Slika 4 – 3D tiskana čeljust



Slika 3 – Polimerni čip za testiranje lijekova

# Neurofiziologija holizma

Niko Zurak\*

• Ove je godine u nakladi „Medicinske knjige“ izšlo djelo Niko Zuraka naslovljeno „Arhetip granice“.

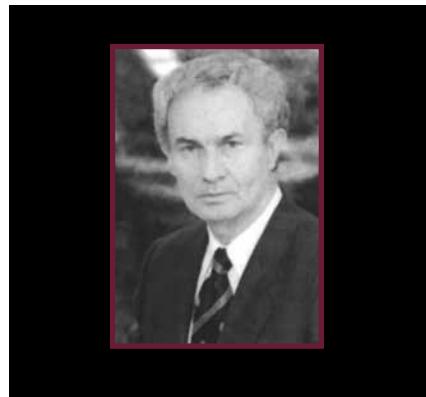
Autor ovog djela, neurolog po svojoj vokaciji i filozof po svom afinitetu, smatra da je u holističkom pristupu razumijevanju kompleksnosti ljudskog mozga primjenom Jungovog koncepta arhetipova moguće naći vjerdostojna tumačenja zajedništva percepcije, govornih funkcija i kognicije.

Polazišnu osnovu za ovakav pokušaj nalazi u tzv. matematičkim arhetipovima, odnosno matematičkom platonizmu. Arhetip granice izvorni je autorov koncept, doprinos razumijevanju neurofiziološkog holizma i prapočetaka svih područja prirodnih i humanističkih znanosti.

Riječ je o zanimljivom i izvornom sadržaju s područja filozofije znanosti pri čemu koncept transdisciplinarnosti funkcioniра kao metoda. Povijest i filozofija znanosti se kao područje pri tom rastvara kao obećavajući i potentan prostor nadrastanja umjetno razdijeljenih specijalizacija i subspecijalizacija omogućujući puninu sagledavanja pojedinih tema u njihovom cjelekupnom kontekstu.

Stella Fatović-Ferenčić

• Današnja ideološka opredjeljenja s neurološkim predznakom su u pravilu pokušaji holističkog pristupa problemima svijesti, kognicije i percepcije. Broj disciplina i teorija s neurološkim predznakom je sve veći. Nabrojimo samo neke: neurološki pozitivizam, neurološki darvinizam, neurofilozofija, neurogenoza, neuralni konektivizam, Pribramov holonomni mozak, neuroetologija, neuroetika, neuroepistemologija pa čak i neuroteologija. U svim ovim teoretskim razmišljanjima susrećemo izrijekom ili implicitno holistički pristup ljudskoj egzistenciji u svim



njenim manifestacijama, kako onim primarno animalnim, somatskim tako i u onim specifično ljudskim, psihičkim. Pažljivom analizom ovih shvaćanja nalaze se dodirne točke i analogije s teorijom determinizma kaosa, nelinearnom dinamikom i holizmom gestalt psihologije (Pribram, 1991; Lehar, 2004; Gleick, 2008.).

U ovim teoretskim opredjeljenjima nalazimo potvrdu opravdanosti našeg pristupa matematičkoj arhetipskoj osnovi, odnosno matematičkom platonizmu kako ju fizičari nazivaju.

Matematički arhetipovi, kako ih obrađuje Platon, te Kantove apriorne kategorije prostora, vremena i kauzalnosti su struktturni skelet na kojem je izgrađen Jungov koncept arhetipova. Interakcijom ogromnog kapaciteta potencijala diferencijacije arhetipova s induktorima iz opažajnog svijeta iskustva razvile su se ljudska kultura i civilizacija u svim svojim aspektima.

U Prolegomeni za svaku buduću metafiziku, Kant drži da su prostor i vrijeme dvije intuicije u svim saznanjima i sudovima čisto matematičke osnove koje su apodiktične i nužne. Prema Kantu sva čovjekova spoznaja počinje s opažajima, odатle ide k pojmovima i završava s idejama. (Kant, 2001.). U duhu naše hipoteze u ovom poglavljvu ćemo najprije prikazati neurofiziologiju opažaja na primjeru vidne percepcije, a

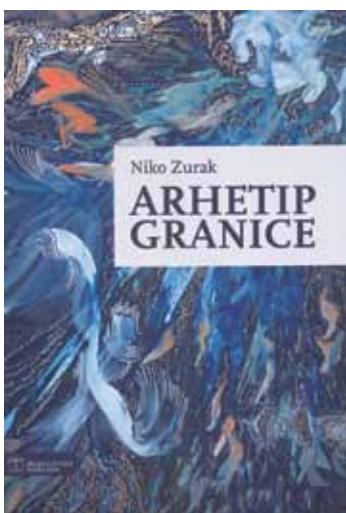
zatim preko izvoda pojmova iz opažaja neurofiziologiju jezične komunikacije te s njom u vezi djelomično i kognitivne funkcije.

Mozak posjeduje osobitosti povozivanja koje nisu svojstvene računalima. U prvom redu, svijest ne može funkcionirati kao stroj s definiranim ulascima kakav je upit u računarskom zapisu. Naprotiv, mozak može osjećati okolinu, kategorizirati obrase iz bogatstva signala, započinjati pokrete, posredovati učenje i pamćenje i regulirati ukupnost tjelesnih funkcija. Sposobnost živčanog sustava da dovrši perceptualnu kategorizaciju različitih signala vida, sluha i drugih osjetila, dijeleći ih u koherentne razrede bez prethodno sređenog kóda je dalja posebnost ljudskog mozga. Osobitost ljudskog mozga jest i način na koji su različite aktivnosti ovisne o granicama vrijednosti. Proces ponovnog ulaska ovisi o mogućnostima nastanka ciklusa masivnih paralelnih grafova mozga u recipročno povezanim moždanim mapama. To je trajna povratna dinamička izmjena signala koja kontinuirano povezuje paralelne mape u vremenu i prostoru. Ne postoji ni jedan objekt u poznatom univerzumu koji bi posjedovao ovu organizacijsku značajku (Edelman, 1994; Edelman, 1998).

Ponovni ulazak omogućava jedinstvo percepcije i ponašanja koje bi inače bilo nemoguće jer u mozgu ne postoji jedinstveni središnji procesor s detaljnim instrukcijama ili algoritmičkim izračunima za koordinaciju odvojenih areja. U objašnjenju moždane funkcije, 'lokalizacionisti' favoriziraju specifičnost lokalnih modula mozga, dok 'holisti' naglašavaju globalnu integraciju, masivnu akciju i gestalt fenomene. Edelman nalazi rješenje u kombiniranoj akciji lokalnih odvojenih dijelova koji imaju različite funkcije i globalne integracije ovih dijelova posredovanih procesima ponovnog ulaza. Ovo je i bitni razlikovni kriterij ljudskog mozga od računala. Ulaz u računalo mora biti kódiran na nedvosmislen način; on mora biti sintaktički sređena informacija. Problem mozga je što signali iz vanjskog svijeta općenito nisu kódirani. Umjesto toga, oni su potencijalno dvosmisleni, ovisni o kontekstu, podložni konstrukciji, te nisu nužno a priori obilježeni značenjem.

Kontinuirane promjene u fetalnom razvoju induciraju u mozgu nastanak jedinstvenih neuronskih obrazaca i njihovih povezivanja u grupe. Čak jednojajčani bližanci s identičnim genima nemaju identične mozgove već pri rođenju. Takva varijabilnost, naglašava Edelman, bila bi katastrofična u bilo kojem mehaničkom ili računarskom sustavu, gdje su točnost i ponovljivost

\* Niko Zurak, liječnik specijalist neuropsihijatrije, umirovljeni profesor neurologije i medicinske etike Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, znanstveni savjetnik



**Arhetip granice:**  
Naslovnicu knjige izradila je Andrea Knapić; autor fotografije je Vlado Katkić a naslov joj je „Kozmička oluja“

bitni. Ali u sustavu u kojem središnje mjesto zauzima selekcija, posljedice su bitno drukčije. Inačice i različitost su medij u kojem djeluje neuralni darvinizam.

Bilo koji proces diferencijacije, specijalizacije i ograničavanja nužno treba za svoje djelovanje definirati granicu. U našem izvodu postvarenja granice, pojmove i relacija na primjeru tzv. iluzijskih kontura smo pojasnili činjenicu njihovog djelovanja kao parametra aktivnosti našeg kolektivnog nesvesnjeg. U gramatičkom pogledu treba naglasiti da se pojmovi ne odnose samo na imenice. Iako je i sam pojam imenica, svaka gramatička jedinica, svaka riječ bila ona imenica, glagol, zamjenica, prijedlog ili pridjev je pojam. Isto vrijedi i za procese pamćenja i pažnje s njihovim pojmovnim znakovljem. Oni su inherentno diskriminativni, a njihov izbor je ograničavanje, dakle formiranje granice unutar brojnih mogućnosti vanjskog i unutarnjeg opažanja. Sam se pojam najčešće poistovjećuje s mišlju. Relacija je sama po sebi također pojam. Pojam je generativno načelo svih misli. Mreža pojmove i relacija predstavlja zapravo čitav kognitivni prostor. Svaka ideja, svaki koncept, svaki projekt, planiranje, program, rješavanje problema i donošenje odluka kao sastavnice kognicije odnosno ljudske mentalnosti nisu ništa drugo nego pletivo sastavljeno od pojmove i relacija. Emocije su također u kausalnoj vezi s njihovim perceptivnim ili misaonim induktorima, iako je njihov neurofiziološki temelj u afektivno instinktivnoj sferi. Uvažavajući njihov instinktivni temelj one su u uzročnoj vezi sa svojim induktorima.

Samoorganizirajuće svojstvo ljudskog mozga ili njegova autopojeza (auto-

poiesis) kako to nazivaju Maturana i Varela (Santiago škola) je nužni čimbenik koji uz arhetipsku biološku osnovu koristeći matematičke pravilnosti nelinearne dinamike čini od ljudskog mozga najsavršeniju biološku organizaciju koju pozajemo (Varela et al., 1974; Hallovell, 2009).

Obrada granice u kontekstu Jungove arhetipske teorije je arbitrarna. Sve što je rečeno može se promatrati i izvan tog konteksta, ali nam se čini da je povezivanje granice i njenog značenja s arhetipovima dobitak i za teoriju arhetipova i za samu granicu. Kako je već ranije rečeno, istoznačna uporaba termina matematičkih arhetipova s matematičkim platonizmom temelj je holizma i povezivanja percepcije (empirije), vanjskog i unutarnjeg govora i kognicije u koherentni sustav nelinearne dinamike funkcioniranja ljudskog umu. Za kulturni i civilizacijski napredak čovječanstva nužni su procesi razgraničenja, diferencijacije i specijalizacije, te stoga mislimo da imamo pravo na pretpostavku da se potencijal civilizacijskog napretka krije u diferencijacijskom kapacitetu arhetipa granice u arhetipske slike. U tom pogledu je čovjek povlašteno živo biće jer je obdaren darom govora, kako vanjskog (verbalizacija, pisanje, čitanje) tako i unutarnjeg koji se proteže i na glazbu kao univerzalni jezik.

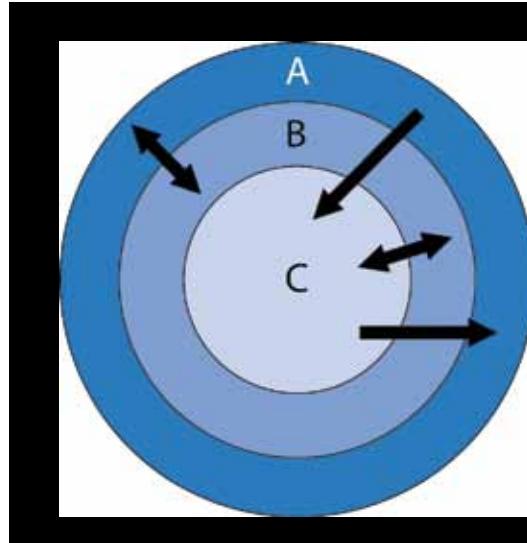
Zahvaljujući govoru i njegovim ekvivalencijama, te zabilježbama pismom, notnim zapisima, nosačima zvuka i sličnim tehnološkim proširenjima gorovne komunikacije, danas je svakom pojedincu dostupan ogromni znanstveni, kulturni i umjetnički patrimonij čovječanstva kojim može započeti vlastitu izobrazbu i individualizaciju. Jednostavnije rečeno današnji čovjek u stjecanju znanja i putu k spoznaji ne po-

činje od ništice. Učenjem obogaćuje svoje personalno nesvesno, koje će u interakciji s arhetipovima nesvesnjog poslužiti kao egzogeni induktor diferencijacije arhetipa granice u arhetipsku sliku kreativnog čina, bilo da je on znanstveni ili umjetnički (slika 1.). Za prepostaviti je da je i kao i svaka druga psihobiološka činjenica diferencijacijski potencijal arhetipa granice različitog stupnja ekspresije u općoj populaciji. Na jednom kraju distribucijske skale naći će se genijalni pojedinci, dok je ipak većina ljudi unutar vrijednosti koje ne mogu dati više nego imitaciju postignuća granice. Stoga se njihova postignuća često mogu naći u ruhu metafora, metonimija, sinegdoha, parafraza i drugih govornih figura i frazeologije.

Nije rijetko u praksi da se pojedincu dogodi istinsko postvarenje granice autentičnim procesom diferencijacije a da sam nema informacije da je taj rezultat već ostvaren na drugom mjestu ili u drugoj epohi. Nepoznavanje ove činjenice nerijetko ima za posljedicu postavljanje pitanja plagijarizma. Na drugom kraju ove hipotetske distribucijske skale su osobe čije će se 'arhetipske slike' postvariti kao psihopatološke manifestacije Herostratovog sindroma.

McGilvray ističe misao Chomskog da iako mi svi nismo pjesnici, umjetnici, inovatori i znanstvenici, svi posjedujemo ono što se može nazvati 'običnom kreativnošću'. Naša je uporaba jezika toliko individualna, jedinstvena, inovativna i neponovljiva, te je u praksi komunikacije često gotovo nezavisna o njenim induktorima (McGilvray, 2005.).

••••



Slika 1. prikazuje odnose svijesti (A) i nesvesnjoga (B, C).

Personalno nesvesno (B) sačrava sve što je zapamćeno, zaboravljeno i potisnuto. Kolективno nesvesno (C) sačrava arhetipove. Arhetipovi se mogu manifestirati u svijesti samo kao arhetipske slike.

Strjelice pokazuju smjer uzašnjnoga djelovanja pojedinih razina. U slučaju kreativnoga čina (umjetničkoga, znanstvenoga) inducirana se arhetipska slika pojavljuje u svijesti kao intuitivna, neposredna spoznaja.

# Medicinsko nazivlje na hrvatskom jeziku – moda, hir ili stvarna potreba?



Hrvoje Jakovac, Rijeka\*

• Brz razvoj biomedicinskih znanosti, na čijoj se "logaritamskoj strmini" nalazimo, neizostavno je praćen potrebom davanja naziva novootkrivenim procesima, mehanizmima, postupcima, lijekovima i dr. U tom smislu neki bi se priklonili latinskoj *nomen est omen*, smatrajući da naziv mora biti pomno odabran kako bi što jasnije i pravilnije oslikavao pojam na koji se odnosi. Drugi bi se pak, ponešto pragmatičniji, pozivali na Shakespearov stih "Ime nije ništa; ono što nazivamo ružom, slatko bi mirisalo i s drugim imenom", držeći bitnime samo kočačan uspjeh sporazumijevanja.

No, većina nejezičara, priznajmo, ostala bi uglavnom nezainteresirana za ovaku problematiku, sve dok ih na kratkotrajnu raspravu o jeziku ne ponuka razbuktavanje polemike o nacionalnom pravopisanju i pravogоворu, koje se ciklički ponavlja spregnuto s izmjenama osoblja na dužnosti državnog vodstva. Na ovoj razini, već duže vrijeme, pažnju zaokuplja tek nekoliko, sada već "promiskuitetnih" riječi, čije inačice valjda imaju podilaziti lijevom ili desnom krilu našega podneblja, nebitno kojem.

No, bitno je da jezik, uz svoju posredničku (medijsku) ulogu kao "medij medija", ima i ogromnu nacionalno-kulturnu vrijednost<sup>1</sup>, napose u današnje vrijeme globalizacije, koja bi trebala biti vođena, kako nas uvjерavaju, "jednakošću u različitosti". Budući da je jezik ugrađen u definiciju čovjeka kao bića, lako je shvatljiva njegova važnost u etnopsihološkim procesima

identifikacije i samoidentifikacije čitavih naroda, kao i njegova čvrsta utkanost u sva duhovna i materijalna nacionalna dobra<sup>1</sup>. Poznato je svima, još iz srednjoškolskih udžbenika, da je kroz povijest, u nastajanju "odnarođivanja" pojedinih naroda, jedan od prvih poteza redovito bio pokušaj zatiranja jezika, dok su politikantske, nelingvističke intervencije u narav jezika često bivale u službi nametanja ideologija i doktrina. Učinak jezika na sveukupnu realnost pojedinca i društva možda najbolje oslikava njegova odlika „svjetotvornosti“<sup>1</sup>.

Spomenuti globalizacijski procesi, osnaženi napretkom informacijsko-komunikacijske tehnologije, sami po sebi i u dobroj namjeri stvaraju potrebu za svima razumljivim jezikom. Nepotrebno je konstatirati da je engleski jezik *lingua franca* unutar „globalnog jezičnog ekosustava“ današnjice<sup>2</sup>.

Njegov dolazak na pijedestal mnogima je samorazumljiv i spontan, dok drugi žustro ukazuju na njegovo suptilno namestanje u sklopu poticanih masovnih kretnji „američanskih“ navada i poimanja stvarnosti, a sve s ciljem utaživanja gladi za profit<sup>3</sup>. Što god bilo u pozadini, neizbjježno je „doticanje“ ostalih jezika s engleskim, tako i hrvatskoga, što je prema teoriji lingvističkih kontakata uobičajena i poželjna pojava<sup>2,4</sup>. Zahvaljujući takvim „kontaktima“, mogu se posuditi riječi kada se javlja potreba da se ispunji „prazno mjesto“ u hrvatskom vokabularu<sup>2,5</sup>, a to je danas najčešće slučaj s novootkrivenim i novoutemeljenim pojmovima proizašlim iz učinkovitog djelovanja znanosti (ponaosob biomedicinskih,

informacijskih i tehnologičkih). Pri takvom posuđivanju, osnovni oblik leksičke jedinice, tj. posuđene riječi (kod imenica je to nominativ jednine, a kod glagola infinitiv) prolazi proces prilagodbe prema normama i standardima hrvatskog jezika na morfološkoj (transmorphemizacija), fonološkoj, ortografskoj i semantičkoj razini<sup>5-8</sup>. Tek nakon takve prilagodbe „nove“ riječi dobivaju status posuđenica, a ako su posuđene iz engleskog jezika nazivaju se anglozmi ili anglicizmi. No, osim lingvistički opravdanih razloga za posezanjem u engleski jezik (potreba za novim riječima), svjedoci smo sve učestalije i masovnije uporabe engleskih riječi bez njihove prethodne prilagodbe, u jezičnim situacijama kada one uopće nisu potrebne, budući da za ono što se želi izreći već odavna postoje hrvatske riječi, koje istovjetno pokrivaju značenjsko polje, koje su često i kraće i sažetije, a napisljetu i svima razumljivije<sup>9</sup>. Uzrok ovom absurdnom prodom engleskih riječi, kojim se potiskuje standardni hrvatski rječnik, sociolingvisti nalaze u pomodarstvu „njihovih“ korisnika (konzumenata), udrženog s poimanjem engleskog jezika kao prestižnog, jer što je jezik prestižniji, to je nastojanje njegova prilagođavanja vlastitom jeziku manje<sup>6</sup>.

Ovaj „prestiž“ jezika uglavnom izvire iz socioekonomiske i političke moći države u kojoj je dotični jezik materinski<sup>2,3,10</sup>, a pojmovi nazvani riječima „prestižnog“ jezika zbog toga bi prividno trebali steći dojam boljega, modernijega i kvalitetnijega, dok njihovi izgovaratelji naizgled ispadaju učenije osobe<sup>2,3</sup>. Korištenju nepotrebnih engleskih riječi uvelike doprinose mediji, koji se nemilosrdno koristeći ih nastoje samopromovirati u „nešto bolje“, dok se njihovo olako prihvatanje pripisuje „duhovnoj lijnosti“ i konformizmu medijskih konzumenta, koji kroz medije bez muke dobivaju već gotove jezične formule i izraze (iako ih možda tek površno razumiju)<sup>3,9</sup>.

Naša cijenjena jezikoslovka Nives Opačić već duže vrijeme upozorava na činjenicu da se neki hrvatski izrazi u javnoj komunikaciji često ne mogu više naći „niti u zagradama“, te ukazuje na bizarnosti kao što je sve češća upotreba čak i „uzvika na engleskom jeziku“ (*vau, ups*)<sup>3</sup>. Ovakve pojave samo su dokaz pomodarskoj pobudi za korištenje nepotrebnih engleskih riječi, ali su ujedno i pokazatelj da, nažalost, krležjanski rezignirano, polako odustajemo od sebe samih.

Hrvatski jezik medicinske struke i biomedicinskih znanosti nepobitno je pod utjecajem engleskog jezika. Prisustvo engleskog nazivlja koje se odnosi na novi-

\* Doc.dr.sc. Hrvoje Jakovac, dr.med., Zavod za fiziologiju i imunologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Braće Branchetta 20

tete u biomedicini ukazuje na dobnu informiranost, praćenje literature i trud za osvremenjivanjem praktičnog rada. S dobrom namjerom i željom uvođenja novih spoznaja i postupaka u svakodnevne aktivnosti, njihovi nazivi najčešće se prihvataju u izvornome obliku iz literature ili putem usmene konverzacije na engleskom jeziku.

Tijekom korištenja unutar rečenica na hrvatskom jeziku, pojedine engleske riječi spontano poprimaju samo djelomična obilježja hrvatskog jezika (najčešće u smislu dodavanja hrvatskih nastavaka na izvornu englesku riječ), pri čemu nastaju hibridne riječi, danas često nazivane *hrengleskim jezikom*<sup>2,11</sup> (npr. *stripati, blotati, prajmati, busterirati*). Učestala je i nepravilno provedena transmorfemizacija, najčešće kod pridjeva latinskog porijekla, pri čemu nastaje tzv. *greška prenošenja s engleskog* (npr. *hormonalni, respiratori, terapeutski [ukoliko se misli na terapiju], kompenzatori, umjesto ispravno hormonski, respiracijski, terapijski, kompenzacijски*).

Naime, sa svrhom posuđivanja preuzima se samo temeljna riječ (npr. *hormon, respiracija, terapija, kompenzacija*), dok se izvedenice tvore prema normama standardnog hrvatskog jezika (dakle, pogrešno je posuđivati već izvedeni oblik riječi prema engleskim normama). Sličnu bismo grešku napravili ukoliko bismo rekli *medikalni* umjesto *medicinski*. Ovdje valja primjetiti da se u engleskom jeziku pridjevi uobičajeno izvode iz latinske osnove, a za mnoge od njih hrvatski jezik ima vlastiti naziv.

Terapija je liječenje, a terapijski postupak liječidbeni postupak. Pridjev terapeutski u našem se jeziku odnosi na onoga koji liječi, dakle na terapeuta, a ne na postupak liječenja. Hrvatski jezik, kako vidimo, ima mogućnost suptilnijeg iskorištavanja "latinskog korijenja" u usporedbi s engleskim. S "prijevodom" latinizama treba biti oprezan - prevođenjem kompenzacijске reakcije kao nadoknadne reakcije u mnogim slučajevima izgubila bi se značajnska širina izvorne riječi, kao i kod hipotetske konstrukcije „nadoknadeni stadij bolesti“. Mnoge posuđene riječi u hrvatskome jeziku podvrgavaju se značajnskoj (semantičkoj) prilagodbi (poprimaju šire ili uže značenje od izvorne riječi), a nekriticikim preuzimanjem čitavih engleskih fraza pojedina se riječ može naći u kontekstu izvan njezina značajnskog polja. Humano protutijelo i humani virus ispravno je nazvati čovječjim protutijelom, odnosno virusom, a pridjev *humano* u hrvatskom jeziku odnosi se na postupanja i radnje koje su u skladu s etičkim načelima<sup>11</sup>. Arterijski tlak dobro se *regulira* lijekovima, no neispravno

je reći da se on *kontrolira* lijekovima (kako se često preuzima iz engleske literature), budući da u hrvatskom jeziku kontrolirati znači pasivno nadzirati, provjeravati (tlak se kontrolira u ordinaciji), dok u engleskom jeziku ta riječ ima šire značenje, među ostalim i *dovoditi u red, sređivat*<sup>11</sup>. Slični „parovi“ riječi, isti po obliku, no različiti po značenju (nazvani „lažnim prijateljima“), često se nehotično postavljaju „na krivo“ mjesto u razgovoru ili stručnim i znanstvenim tekstovima. U engleskom jeziku uobičajeno je jednu imenicu pobliže označiti drugom imenicom, no „slaganje“ imenica u nominativu jedne za drugom, po uzoru na engleske sintagme, nije u skladu s hrvatskom jezičnom normom<sup>11,12</sup>. Takve engleske sintagme moraju se preoblikovati u oblike u kojima imenici prethodi pridjev ili imeniku u nominativu slijedi imenica u genitivu<sup>12</sup>. Primjerice, iz engleskog „preslikane“ nazine stres ulkus, balon kateter, prosta specifici antigen i DNK molekula ispravno je izreći i napisati kao stresni ulkus, balonski kateter, specifični prostatični antigen (ili specifici antigen prostate) i molekula DNK<sup>11,12</sup>. Primjera i načina na koji se često grijesi preuzimanjem naziva je mnogo, no ovaj članak nema niti namjeru niti mogućnosti sve ih popisati. Činjenica je da hrvatskom jeziku medicinske struke nedostaje standardizacija, koja podrazumijeva usklajivanje po načelima jednoznačnosti, sustavnosti te uklopljenoštiti u hrvatski jezični sustav<sup>12</sup>. Zbog „proizvoljnog“ unošenja pojedinih naziva javlja se njihova značajnska neujednačenost (često isti nazivi u više grana medicine imaju različito značenje), a s druge strane postoji velik broj istoznačnica (više ili manje jezično ispravnih), te se čak unutar istog izdanja pojedinih udžbenika mogu pronaći različiti nazivi za isti pojam. A nerijetko se nailazi i na nepotrebno gomilanje istoznačnica (pleonazme), kao što je primjerice *fokalno žarište* ili *liječenje radioterapijom*, što nas svojom groteskošću može samo nasmijati (ovakvo i slično „biserje“ medicinarskog žargona prikupljeno je i na britak, duhovit način prikazano kroz nekoliko članaka u Lječničkim novinama)<sup>13-15</sup>. U istraživanju provedenome na Medicinskom fakultetu u Rijeci, čak 99% studenata treće godine medicine izjasnilo se je da tijekom studiranja nailazi na neujednačenost medicinskog nazivlja, a od toga njih 60% navodi da je to učestala pojava. Jasno je da takva strukovna jezična neušklađenost otežava razumljivost sadržaja, a može rezultirati i nesporazumima. Do sada nije bilo sustavnih pokušaja standardizacije medicinskog nazivlja, iako su pojedini jezikoslovci i liječnici više puta s jasnom pot-

krijepom ukazivali na nesređenost unutar nazivlja medicinske struke<sup>11-20</sup>. Ovdje izdvajamo riječi dr. **Branka Antonina**, koji je još 1966. uočio da „slabosti u medicinskom nazivlju potječu iz neprikladne primjene naziva zbog nepoznavanja njihova pravog značenja. Osim toga, tu je i pretjerana i ni sa čim opravданa uporaba stranih riječi tamo gdje nisu potrebne. Članci pretrpani tim nazivima daju ružan, neestetski utisak, a i ne služe boljem razumijevanju sadržaja čak i onda kada su namijenjeni užem krugu stručno obrazovanih ljudi. Stručne termine je prijevo potrebno upotrebljavati, ali bez pretjerivanja i s određenom mjerom, vodeći računa o čistoći i duhu našeg jezika. Trebat će dosta vremena da se iskorijene te pojave.“<sup>12,18</sup>

Dugotrajno „zanemarivanje“ hrvatskog medicinskog nazivlja zaustavljeno je, nadajmo se, projektom „Hrvatsko anatomsko i fiziološko nazivlje - HRANAFINA“<sup>21</sup> (<http://hranafina.sfgz.hr/>) koji u sklopu programa „Hrvatsko strukovno nazivlje – STRUNA“ finansira Hrvatska zaklada za znanost. Projekt okuplja stručnjake s područja anatomije i fiziologije sa Stomatološkog i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Medicinskog fakulteta u Rijeci i Medicinskog fakulteta u Splitu, te tim suradnika iz Instituta za hrvatski jezik i jezikoslovje, koji je izabran za nacionalnog koordinatora za izgradnju hrvatskoga strukovnog nazivlja. Anatomija i fiziologija dva su temeljna područja medicine, čije nazivlje neminovno zadire u sve ostale medicinske grane, te je početak usustavljanja cjelokupnog medicinskog nazivlja na ovoj razini razumljiv kao prvi korak. Osnovni je cilj projekta ustrojiti internetsku bazu hrvatskoga anatomickog i fiziološkog nazivlja, temeljenu na korpusu koji čine sveučilišni udžbenici iz područja anatomije i fiziologije. Nazivi se unose u elektroničku bazu e-STRUNA (<http://struna.ihjj.hr>), gdje se ujedno i svaki pojam na koji se naziv odnosi kratko i precizno definira, te se navode njegovi nadređeni i podređeni nazivi, eventualna kratica i suprotnica. Svi se nazivi unutar baze kategoriziraju na preporučene, dopuštene, zastarjele, nepreporučene ili žargonizme. Je li „nazivanje“ u skladu s terminološkim načelima i normama standardnog hrvatskoga jezika, pomno nadgledaju i na nepravilnosti upozoravaju stručnjaci terminolozi i jezikoslovci s Instituta za hrvatski jezik. Prema rezultatima prije spomenutog istraživanja, ustrojavanje ovakve baze anatomickog i fiziološkog nazivlja korisnim smatra 100 % ispitanih studenata treće godine medicine.

Valja naglasiti da će cjelokupna baza hrvatskog strukovnog nazivlja u sklo-

pu programa STRUNA predstavljati okosniču za prevođenje akata Europske unije, a koji se odnose na određenu struku. Nadati se je da će baza hrvatskog strukovnog nazivlja povećavati svoj obuhvat, a HRANAFINA, kao temelj, biti poticaj stručnjacima ostalih područja medicine da provedbom sličnih projekata doprinesu izgradnji cje-lovitog korpusa hrvatskog medicinskog nazivlja. A nije riječ samo o izgradnji, već i o očuvanju vlastita jezika od propadanja i nesvrishodne preobrazbe.

*hrvoje.jakovac@medri.uniri.hr*

#### Referencije:

- Užarević J. O jeziku. Croat Slav Iadert 2005; 1: 31-37.
- Barbarić T. Odnos hrvatskih medija prema engleskome jeziku: snobovi ili trendsetter? Medianali 2011; 10: 93-106.
- Opačić N. Prodor engleskih riječi u hrvatski jezik. Jezik 2007; 54: 22-27.

- Korac A. Jezik kao stvar društva, a ne stvar pojedinca. Lajer 2011; 11: 100-110.
- Filipović R. Anglicizmi u hrvatskom ili srpskom jeziku: porijeklo-razvoj-značenje. Školska knjiga, Zagreb, 1990.
- Nikolić-Hoyt A. Hrvatski u dodiru s engleskim jezikom, u Sočanac L i dr. Hrvatski jezik u dodiru s europskim jezicima. Prilagodba posuđenica. Nakladni zavod Globus, Zagreb, 2005.
- Štebih B. Morfološka adaptacija posuđenica. Suvremena lingvistika 2008; 66: 243-259.
- Haugen E. The Analysis of Linguistic Borrowing. Language 1951; 26: 210-231.
- Opačić N. Odakle stižu ozbiljnije prijetnje hrvatskom jeziku: izvana ili iznutra? Lajer 2007; 4: 279-291.
- Horvat M, Štebih Golub B. Posljedice internacionalizacije u hrvatskome jeziku. Raspr Inst hrvat jez jezikosl 2010; 36: 1-21.
- Raos N. O potrebi razlikovanja hrvatskoga i engleskog jezika. Arh Hig Rada Toksikol 2006; 57:405-412.
- Gjuranić A. Terminologizacija jezika medicinske struke. Medicina fluminensis 2011; 47: 4-14.
- Petriček I. Dijagnoze na hrvatskom ili latin-skom? Liječničke novine 2006, 50, 75-81.
- Poljak Ž. Biserje medicinarskog žargona. Liječničke novine 1991; 101-103: 24-27; 107-109: 33.
- Poljak Ž. Teratologija medicinarskog žargona. Liječničke novine 2000; 158:61-66.
- Poljak Ž. Radije kroatiziranje latinske nego angliciziranje hrvatske terminologije. Liječničke novine 2006; 53: 60.
- Poljak Ž. Quo vadis, Croatian medical terminology - Should the diagnoses be written in Croatian, Latin or - English? Acta Clinica Croatica 2007; 46 (Suppl 1): 121-126.
- Antonin B. Medicinski jezik. Liječnički vjesnik 1966; 88: 567-8.
- Glesinger L. O nekim anomalijama našega medicinskog jezika. Liječnički vjesnik 1965; 87: 1127-33.
- Loknar V. Teme iz medicinskog nazivlja. Zagreb: Jumena, 1988.
- Vodanović M. Projekt HRANAFINA – Hrvatsko anatomsko i fiziološko nazivlje. Liječnički vjesnik 2012; 134: 297 -298.

## Iz Ministarstva zdravlja



• Otkada je Hrvatski liječnički sindikat pozvao liječnike u bolnicama da povuku suglasnosti za rad duže od 48 sati tjedno, Ministarstvo zdravlja kontinuirano prati i analizira podatke o tome koliko liječnika ne želi, odnosno koliko liječnika i dalje želi raditi duže od 48 sati tjedno.

Do sada smo u potpunosti poštivali i ubuduće ćemo poštovati pravo liječnika da ne rade duže od 48 sati tjedno, ali i pacijenti imaju pravo na dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

Stoga Ministarstvo poduzima sve potrebne mјere kako pacijenti ne bi imali nikakvih poteškoća u ostvarivanju zdravstvene zaštite.

Prema najnovijim podacima, na dan 9. rujna 2013., u brojnim zdravstvenim ustanovama nije povučena niti jedna suglasnost za rad duže od 48 sati tjedno.

Međutim, na isti dan, 17% od ukupnog broja liječnika povuklo je suglasnosti za rad duže od 48 sati tjedno.

Zbog povučenih suglasnosti pojedine zdravstvene ustanove su samo u nekim ustrojstvenim jedinicama uvele novu organizaciju rada – rad u smjenama i u tur-nusima.

S druge strane, u većini se zdravstvenih ustanova i velikoj većini ustrojstvenih jedinica organizacija rada odvija uobičajeno, dakle radom u dežurstvima i pripravnostu.

Podaci o povučenim suglasnostima za rad duže od 48 sati tjedno (KBC-i, kliničke bolnice, opće i specijalne bolnice koji-



ma je osnivač RH ili čija su osnivačka prava prenesena na RH). Analizom nisu obuhvaćene zdravstvene ustanove kojima je osnivač jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, a koje nisu u postupku sanacije (KB „Sveti Duh“, OB Gospić i OB Ogulin te većina specijalnih bolnica).



Datum analize	Udjel broja liječnika koji su povukli suglasnosti*
26. kolovoza 2013.	27%
2. rujna 2013.	21%
9. rujna 2013.	17%

# Liječnici znanstvenici

## *Prolegomena uz predstojeću 65-godišnjicu Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada u Zagrebu*

Mladen Pavlović\*

- U jednom izlaganju rekao je britanski kraljevski liječnik - kardiolog Thomas Jeeves Horder (Baron Horder, 1st 1871. – 1955.) o ulozi liječnika u društvu: „Na pravome mjestu liječnik je čovjek znanosti, ali i sljedbenik vještine i zanata...“. Sintagmom moglo bi se ostikati djelovanje liječnika – koji su profesionalnu orijentaciju u sklopu medicine posvetili znanstvenoistraživačkom radu.

Prema nazivu zvanja, doktor = učitelj (lat. *doceo. 3. – učiti, podučavati*) od našeg se zvanja očekuje da liječnik promiče zdravlje i podučava. To se odnosi na izobrazbu kolega, ali i sudionoštvo liječnika u zdravstvenoj prosvjeti. Svaka osoba mnogostruko je izložena noksama u općem okolišu ali i specifičnom – na radnome mjestu, uz možebitni upliv na zdravljje. Osim nasljeđa, izloženost onečišćenjima i način života obilježavaju nas doslovce od kolijevke pa do završetka života. Stoga je u procjenama izloženosti i učinaka na zdravljve timski nužna uloga znanstvenika s temeljnom medicinskom izobrazbom.

Kako bih kolegama predočio tako usmjerenu ulogu liječnika – uz nas i oko nas – bila je to ujedno i prigoda za vlastiti proširen komentar tiskanog ljetopisa jednoga javnog instituta.

Javni Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada (IMI-MR), pravni je sljednik „Instituta za higijenu rada JAZU“, osnovanog u Zagrebu 1948. Nekoliko je godina stariji od znanstvenog Instituta Ruđer

Bošković. IMI-MR sljedeće će godine zakoracići u svoju kronološku treću dob - 65 godina od osnutka. Tradicionalno se temelji na postavkama higijene rada /rusizam/ (suvremenim nazivljem - medicine rada i okoliša) u sklopu javnoga zdravstva.

Smješten je uz Ksaversku cestu u Zagrebu, vicinalno HALMED-u, u tri polulostoljetna građevinska objekta uz desnu obalu nadsvođenog potoka Medveščaka. IMI-MR djeluje kao «bratska» ustanova zajedničkog utemeljitelja, pokojnog akademika Andrije Štampara, predsjednika JAZU, osnivača i «starije sestrinske» Škole narodnoga zdravlja «Andrija Štampar».

Uz to, javni IMI-MR lovoovlaštenik je lovišta Šumbar u Karlovačkoj županiji. Valja istaknuti tvrtku osnovanu u sklopu javno privatnog partnerstva IMI-MR „Medicina rada d.o.o.“. Djelatnost IMI-MR-a odvija se zadanim osnovnim programima „trajne istraživačke djelatnosti“ i visoko-stručnih aktivnosti suradnika njezinih jedinica-sastavnica.

U IMI-MR-u u užem znanstvenom sastavu (broj članova: ~50) Znanstvenog vijeća sudjeluje i ~10 liječnika. Među njima su dvije specijalistice medicine rada (jedna specijalizacija u tijeku) i tri liječnika specijalista drugih struka - članova Hrvatske Liječničke Komore. Uz ime nestora našega javnog zdravstva akademika Andrije Štampara (1988. – 1958.) osnivača i „pokretača“ IMI-MR-a, valja istaknuti i znatan doprinos razvitku javnog Instituta dugogodišnjeg ravnatelja IMI-MR-a akademika **Marka Šarića**, člana Razreda za medicinske znanosti HAZU-a, predsjednika Organizacijskog

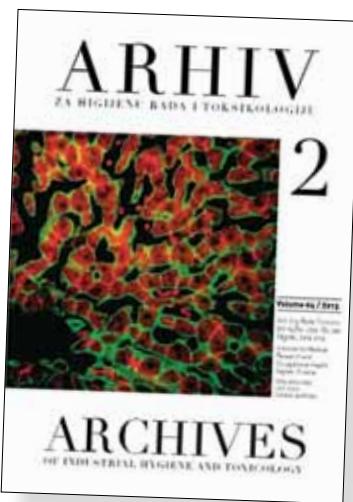
odbora XIX Svjetskog kongresa medicine rada održanog u Dubrovniku 1978. godine, a sada i člana Upravnoga vijeća IMI-MR-a.

Među djelatnicima IMI-MR-a u njegovoj 65-godišnjoj povijesti bijaše plejada akademika – članova HAZU-a, te djelatnika IMI-MR-a aktivnim u inozemnim akademijama i sličnim udruženjima, članova Akademije medicinskih znanosti Hrvatske i selektivnih stručnih organizacija i službenika SZO te domaćih stručnih (Hrvatska liječnička komora, Hrvatski liječnički zbor), ali i znanstvenih međunarodnih udruga. Mnogi djelatnici sudjelovali su u pisanju udžbenika, u Enciklopedijama Leksikografskog zavoda «Miroslav Krleža» i inozemnoj Enciklopediji medicine rada.

Suvremena djelatnost IMI-MR-a prožeta je kroz suvremeni *regimen sanitatis: Quod medicina aliis, aliis est acre venenum* (Što je lijek jednima, drugima je gorak otrov). Gdje je tu zapravo čovjek, njegov život u zdravlju i bolesti, u protoku vremena kako i okviru njegove radne aktivnosti i sposobnosti, tako i općih životnih uvjeta i navika, kojima se pobliže bavi struka medicine rada ili deskriptivno: *medicina ad opus pertinens*.

Djelatnost IMI-MR-a prate prijeporna pitanja vezana uz izloženosti u okolišu i „industrijsku higijenu preostale paleoindustrije“. Na tragu je civilizacijske „vesternizacije“ uslijed učestale dijagnoze pučanstva - *inertiae urbanorum (slabija pokretljivost grada)*, te svakodnevnice *onus-a asylum (tereta bolnica u zdravstvu)* u kurativi.

U „curriculumu IMI-MR-a“ su za stupljene i teme istraživanja uslijed invicta operis vacatio recens (bremena nezaposlenosti). To je dijelom obuhvaćeno i dugogodišnjim razvojnim istraživanjima ergonomije ali i budnosti i/ili insomnije u sklopu psihofiziologije rada od osnutka Ustanove (pokojni akademik HAZU **Zoran Bujas**).



\* Mladen Pavlović, prim. dr. sc. spec. pneumoftizolog - pulmolog, član suradnik AMZH-a, mladen.pavlovic47@gmail.com

Treba istaknuti da se u IMI-MR-u sinkrono provodi više recentnih istraživanja od kojih ovdje ističem nekolicinu - možda bližu kolegama praktičarima. To navodim i stoga, što i mnogi kolega i danas smatra da je: „*Znanstvenik-lječnik bez mušterija*“ (*Pitigrilli* - dr. **Dino Segré**). Osvrt je usmјeren na *Godišnji izvještaj Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada za 2012. g.* (IIMIMR'12:tiskovina/ISSN 1847-294X), koji ta javna ustanova, u titularnom vlasništvu MZOS-a, redovito objavljuje.

Godišnja Izvješća novijeg datuma dostupna su na mrežnim stranicama ustanove, a prethodna izdanja bila su tiskana suplementno u volumenima časopisa *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, koji je također pod egidom IMI-MR-a Većina Izvještaja, pa i posljednji, dostupni su na portalu „Hrčak“ i URL: <http://www.imi.hr> (za kontakt sa strankama zadužena je pravna služba IMI-MR). Petoljetna izdanja izvještaja IMI-MR-a tiskaju se na engleskom jeziku. Iz IIMIMR'12 navodim nekolicinu (u privitku pretisak projekata ugovorenih sa MZOS). Tradicija sudioništva u međunarodnim projektima koji se u IMI-MR-u provodi od osnutka, kako ističe djelatnica IMI-MR-a i prva akademkinja HAZU-lječnica Krista Kostial u monografiji „IMI očima suradnika“ (ed. N. Raos). Stoga IMI-MR od lipnja 2012. g. sub auspicii MZOS zapošljava tri pomoćnika ravnateljice, jednog od njih jednog zaduženog i za međunarodne odnose.

Teško je izabrati što bi kolege praktičare ponajviše zanimalo, pa navodim nekolicinu provedenih projekata po vlastitom izboru, uz napomenu da se u jesen pripremaju novi projekti i programski sadržaji. Evo, nekoliko!

Kompleksna istraživanja jedne od vrijednih kolegica - djelatnica IMI-MR-a usmjerena su tegobama uslijed fronto-tem-

poralnih lezija vezanih za produljeni životni vijek; istraživanja osobitosti i sprječavanja procesa osteoporoze važna na globalnoj razini jer su povezana s povećanim ekonomskim troškovima u cijelome svijetu; istraživanja uloge posteljice u izloženostima *in utero* na neposredne učinke na plod i majku ali i na one koje se, zbog nepovoljnih izloženosti, mogu opaziti tek u odrasloj dobi (na mizološkim modelima i ljudskim posteljicama); multidisciplinarna differentna fizio- i patofizio-mehanistička istraživanja oštećenja izazvanih štetnim izloženostima na vitalne organe (e.g. bubrege, reproduktivne organe); proračuni za modeliranje molekula važnih u biološkim sustavima; dugogodišnja, ali i recentna i aktualna longitudinalna praćenja počevši od klimatoloških promjena i ubičajenih vremenskih oscilacija ali i zagađivala zraka, te time povezane učestalosti i egzacerbacija niza kroničnih nezaraznih bolesti usmjerena odlikama pokazatelja zdravog starenja (healthy aging).

Neka istraživanja IMI-MR provodi od osnutka, e.g. zdravstveni učinci štetnosti čovjekova okoliša i primjer su razvojnih istraživanja – iako, nije isto što i živjeti ali i raditi, pa i proizvoditi u današnjim okolnostima i nekada. IIMIMR'12 opisuje tradiciju znanstvenih i stručnih suradnji s međunarodnim i domaćim ustanovama i istraživačkim centrima u svim područjima osnovnih djelatnosti ustanove.

Tiskovina IIMIMR'12 je bilingvalni godišnjak (tiskan hrvatskim i engleskim jezikom). Registrira pregled rezultata ugovorenih obveza, znanstvenoistraživačkih projekata financiranih od MZOS-a te participacije iz svežnja ostalih nacionalnih i međunarodnih projekata. Broj ugovora sa tvrtkama realnog sektora je neznatan. Nekoliko ustrojbenih jedinica IMI-MR-a pribavlja potrebne ateste (N.B. za Lječnike - odred-

nica atesta - licencije rada provodi od doba Austrougarske carevine) i time afirmaciju na tržištu EU-a. Uz to, IMI-MR participira „auto-evaluacijom“ u kompeticiji antecedentnog produženja atesta za uzoritost „znanstvene izvrsnosti“.

IIMIMR'12 registrira obavljeni stručni posao, pretežito usmјeren za potrebe državnih tijela, sudioništvo u međunarodnim i EU projektima ali i sudjelovanje zaposlenika u nastavi na preddiplomskim, diplomskim te stručnim i znanstvenim poslijediplomskim/doktorskim studijima sveučilišta u Hrvatskoj, a broj ugovora s realnim sektorom je za sad neznatan.

Treba naglasiti intramuralno dugogodišnje nagrađivanje cum lauda glede izvrsnosti međunarodnog odjeka znanstvene publicistike (IIMIMR'12 notira: za članke djelatnika iz područja aktualne medicinske epigenetike i molekulske biologije). Uz to, ljetopis navodi i ekstramuralne nagrade i priznanja, U današnjem trenutku, važno je istaknuti i doprinos IMI-MR timova i suradnika aktivnim sudjelovanjima u znanstvenim i administrativnim djelatnostima vezanima za znanstvenoistraživačke projekte EU-a, u kojima Hrvatska ravноправno sudjeluje u istraživanjima, a aktivna članica od 2006. godine. Slikovito bi se moglo prikazati kako IMI-MR svoje zadaće provodi kroz počela, ad litteram, vodi; vatri; zemlji i zraku; te najsvremenijem „računalnom eteru „in silico“ ali i učincima ionizirajućeg i ne-ionizirajućeg-elektrromagnetskog zračenja. To se provodi raznorodnim ali komplementarnim istraživačkim pristupima te modelima *in vivo* i *in vitro* kroz pokuse u okvirima suvremene miazmatologije na razini nanočestica (grč. νονος=patuljak) ali/i „modelnim tvorbama stohastičkih algoritmovima“, pomoću testiranja vjerodostojnosti kliničko-epidemioloških postavki, najvećim



dijelom u okviru istraživačkog područja (prosudbene skupine MZOS-a) u znanstvenim poljima javnoga zdravstva i zdravstvene zaštite te kliničke medicine, ali i kliničke i eksperimentalne i temeljne toksikologije. Uz supstrate krvnih derivata humanog i/ili animalnog podrijetla, pokusi i istraživanja IMI-MR-a uključuju bilje, snijeti i pljesni, gljive, sojeve malih pokusnih glodavaca (miševe i štakore), kravljie mlijeko, uzorce organa pliskavica, riba i mekušaca, divljači (jelena, medvjeda, vuka), te sedro-tvorce i mahovine, ali i gujavice, i sastojine izmeta prašinskih grinja i žohara.

Sve navedeno rezultiralo je 2012. g. skromnim doprinosom tiskanih znanstvenih i stručnih i preglednih radova (Instituti opera omnia MMXII: -N~ 63; N= 11). II-MIMR'12 osvrće se i na medicinske dijagnostičke postupke i kliničke preglede te unos podataka putem standardiziranih upitnika. Navodi i suradnju s domaćim i inozemnim javnozdravstvenim i visokoškolskim ustanovama i sveučilištima i NATO. U IMI-MR-u izvode se raznorodni biokemijski, farmakološki, toksikološki, kemijsko i fizikalno-analitički te genetički i epigenetski postupci, istražuju nuzgredni učinci pojedinih lijekova (e.g.: Metakarb i izokarb bisdimetilnih karbamata metaproterenola i izoproterenola, bronchodilatatora uz nuzgredno motrište izradbe ogranofoformnih antidota).

U nekoliko ustrojenih jedinica IMI-MR-a istražuju se učinci otrova prirodnog porijekla - mikotoksina u veterinarskoj praksi, uz možebitni doprinos spoznajama epistemološke nosologije kako temeljne biokemije tako i medicine. Ljetopis navodi i znanstvenu suradnju s domaćim i inozemnim javnozdravstvenim i visokoškolskim ustanovama i sveučilištima. Znanstvene i stručne djelatnosti IMI-MR-a provode se sukladno etičkim načelima postupaka i istraživanja koja uključuju rad i medicinske preglede ispitanika i/ili bolesnika, te primjenjenim i temeljnim istraživanjima na laboratorijskim životinjama. II-MIMR'12 sadrži popis tiskanih publikacija, dio vezan uz međunarodnu suradnju i sudjelovanje u nastavi i organizaciji skupova i tečajeva, podatke o usavršavanju djelatnika i napredovanju u zvanjima. Tiskani i DOI približeni članci dostupni su i u relevantnim neselektivnim tercijarnim publikacijama ali selektivnim citatnim i vrednovanim referirajućim izvorima i inim web stranicama.

Dodatno, umjesto podrobnijeg opisa raznovrsnih djelatnosti IMI-MR-a namijenjenog kolegama liječnicima praktičarima, a bez namjere promicanja pojedinih znanstvenih postignuća djelatnika, možda

će biti posebno kolegama zanimljivo osvrnuti se na djelatnost temeljenu na tradiciji dugogodišnjeg rada pokojnog akademika HAZU-a **Tihomila Beritića** (našega nestora internističke discipline - profesionalnih bolesti). U sklopu IMI-MR-a djeluje niz ljeta Centar za kontrolu otrovanja (CKO-IMI-MR).

Pridonio je spoznajama o „professionalnim“ i ostalim otrovima u nas. Harno pruža savjete za pomoć i liječenje akutno ili kronično trovanih osoba. Stalno su dopunjavane i nadograđuju se vlastite baze podataka o otrovima uz uporabu *Poisonindex* i *Drugindex* programskih sustava. Djeluje i danas. Ta „informativna služba“ se odvija danonoćno, uz korištenje domaćih i internacionalnih baza podataka. Informacijska služba CKO-IMI-MR (tel. 01 234 8342) primila tijekom 2012. godine 1754 poziva od zdravstvenih ustanova i pojedinaca za savjete pri akutnim otrovanjima. Posebice je bilježena učestalost profesionalnih otrovanja. Tijekom 2012. finalizirana je suradnja s Ministarstvom zdravlja za projekte IPA iz 2007. i 2009. (*Chemical Safety - Strengthening Legal Framework and Institutional Infrastructure for Protection from Dangerous Chemicals i Preparatory Measures for the Participation of Candidate Countries and Potential Candidates in their Cooperation with the European Chemicals Agency*). Djelatnici CKO-IMI-MR-a sudjelovali su na 4. Hrvatskom kongresu toksikologije temom o procjeni izloženosti i zdravstvenih rizika u procesu registracije sredstava za zaštitu bilja i biocida, te izvješćem o otrovanjima zabilježenim u CKO-u (razdoblje 2006-2011). Suradnjom s Hrvatskim društvom za dezinfekciju, dezinfekciju i deratizaciju CKO-IMI-MR održana su predavanja i objavljen članak o svojstvima i kliničkoj slici otrovanja s najčešće korištenim dezinficijensima, insekticidima, fumigantima i rodenticidima. Participacija u EU implicira pojačanu demografsku metanastazu i posljedično uvjetovanu „hipo-iatraciju“. To upućuje na potrebu seriozne

prilagodbe usmjerene na „*rejuvenation research sub mitra Hippocratis*“. Možebitna „hipo-iatracija“ kritičko-litičkim padom liječničko-znanstvenog kadra biti i odjeka na nužnu kakvoću multidisciplinarnosti medicinskih i/ili čak „biomedicinskih i ekotoksikoloških“ istraživanja.

I na kraju, neformalno opažanje autora, uz molbu za oprost vlastite epske opširnosti i diletantskoj proskinezni latinskoj. Naime, dugo je vrijedilo a i dijelom je još tako maksime: Nulla est medicina sine lingua latina (Nema medicine bez latinskog jezika). Mnogobrojne medicinske grane, u današnje vrijeme sastavni su dio multidisciplinarnih djelatnosti te brojnih stručnih i znanstvenih istraživanja s kojima su nedjeljivo povezani.

U suvremeno doba stoga, umjesto tradicionalnih izričaja na latinskom jeziku (nota bene: u Hrvatskoj službenog jezika još u prvoj polovici 19.st.) engleski je jezik -jezik međunarodne komunikacije te *koinē* (grč. koine) - „*zajednički*“ svjetski jezik današnjice-. Sve više je anglističkih naziva, abrevijacija i sintagmi koje uostalom prate „fudroajantan“ napredak medicine u stručnom medicinskom nazivlju, a i broj objavljenih znanstvenih i stručnih članaka pretežito se tiska engleskim jezikom. Ne umanjuje važnost i potrebu tiska članaka na nacionalnim jezicima kao i poruke koje se nastoje prenijeti vlastitim sredinama. O tome svjedoči međunarodni obuhvat bibliotekarske podrške i baze podataka „Nacionalne medicinske knjižnice Bethesda, Maryland, SAD“: *Medline-PubMed*. Registar je svih relevantnih strukovno-znanstvenih časopisa u medicini objavljenih i na drugim jezicima, pa i hrvatskom književnom jeziku (sažeci na engleskom i/ili drugim svjetskim jezicima).

Zahvaljujem na korisnim savjetima, dr. sc. **Martini Piasek**, dr.med., dugo-godišnjoj djelatnici IMI-MR-a

.....



ini

# Bolesnik kao faktor smetnje u bolnici

## Iskustvo jednog liječnika stečeno u ulozi pacijenta

Dr. Ermal Junker, Beč\*

• Kao liječnik bio sam u bolnici kao bolesnik gotovo uvijek povlašteno zbrinut i njegovani. Pružena mi je pažnja koju sam očekivao, susretljivost i spremnost kolega da mi pomognu. Prema mojim mnogim pozitivnim iskustvima trebao bih napisati hvalospjev našem bolničkom sustavu koji nikada niti jednom čovjeku u Austriji nije uskratio potreban primitak u bolnicu. Oprema bolnica odgovara međunarodnim standardima, a grade se i nove bolnice. Unatoč novčanim teškoćama i danas se u bolnicama dosežu spomena vrijedna postignuća, što se odnosi i na manje bolnice.

Prije sedam mjeseci uspješno sam tretiran zbog loma vrata bedrene kosti u jednoj maloj bolnici u Donjoj Austriji. Dobra oprema, uspješan tim zdravstvenih djelatnika i njihovo medicinsko znanje duboko su me se dojmili. Morao sam priznati da ove decentralizirane ustanove nude velike prednosti za zbrinjavanje bolesnika a isto tako i za domaće stanovništvo koje u njima nalazi zaposlenje.

Međutim, godine 2010. zadesila me posebna nevolja. Dva dana nakon operacije desnog koljena kasno navečer došle su do mog kreveta četiri sestre da mi stave kompresivni zavoj. Budući da sam u Drugom svjetskom ratu zadobio prostrjelu ranu kroz tibiju i smrzavanje nogu, molio sam da mi se takav zavoj ne stavi, ali sve je bilo uzalud. Prilično silovito stavljen mi je zavoj da bi se sprječilo naknadno krvarenje u operiranoj nozi. Dva sata poslije dobio sam strašne ishemičke bolove u području desne potkoljenice, koji su prestali kad je

zavoj bio uklonjen. Sljedeći dan bili su moja peta i gornji dio stopala crni. Angiografija je pokazala začepljenje arterije popliteje i arterije tibialis anterior. Morao se učiniti by pass. Opskrba krvlju desne noge se popravila, ali nisam bio pošteđen popratnih komplikacija. Slijedio je erizipel s recidivom, edem koštane srži u području tubera kalkaneusa, sakralni dekubitus i druge neugodnosti.

Gotovo pola godine proboravio sam u bolnici, a tek godinu dana nakon otpusta mogao sam se kretati bez štaka. Postupno sam počeo svoj boravak u bolnici drugačije osjećati. Nisam više bio bolesnik koji je usmijeren samo na svoje ozdravljenje i koji očekuje dan svojega brzog otpusta da ga osloboди svih bolničkih jada. Počeli su me zaokupljati gubitak osobnosti i nestajanje samopouzdanja. Bolest izaziva bespomoćnost i kompleksne manje vrijednosti. Bolesnik ne može sam svladavati dnevne zadaće pa je i kod najintimnijih potreba upućen na tuđu pomoć.

Postaje ovisan o mnogim ljudima koje prije prijema u bolnicu nije poznavao i

koje nije mogao izabратi. S danom prijema bolničko osoblje počinje gospodariti načinom njegova života. Bez otpora mora se podrediti zapovijedima liječnika i sestara koji obično ne trpe nikakvo protiviljenje. Već samo odbijanje nekog terapijskog prijedloga može dovesti do otpusta.

Bolesnikovo ozdravljenje leži u rukama bolničkih eksperata kojima bolesnik mora povjeriti svoje najveće dobro - svoje zdravlje. Bolesniku je u bolnici sve strano, na novu sredinu mora se tek naviknuti, zapamtiti imena sestara jer liječnici se ionako rijetko predstavljaju.

U bolnici sam postao kritički promatrač i ustanovio da među osobljem postoji posve različit odnos prema bolesnicima koji su im povjereni.

Niti u jednom zanimanju nisu suprotnosti između predanog zalaganja i mrzovoljnog obavljanja radnih zadataka tako izraženi kao kod liječnika i sestra. Uzroci su djelomično preopterećenost poslom, ali često ravnodušnost i lijnost. Većina liječnika i sestara rado stavljuju na raspolažanje svoje znanje i radnu snagu bez kada i ali, reagiraju ljubazno i spremno na želje bolesnika i ne okreću glavu ako bolesnik nešto treba. Ipak nisu svi takvi. Mnogi su srasli s medicinom i njegovom bolesniku, ali u bolesniku ne vide suradnika nego samo slučaj koji treba obraditi i liječiti, odnosno njegovati. Oni su zainteresirani za njegov tijek bolesti, bave se «slučajem» u liječničkoj sobi i tamo s kolegama razgovaraju o «slučaju» i prave terapijske planove, ali bolesnik saznaće o svemu vrlo malo. Njegova opravdana pitanja shvaćaju se kao zapreka ili opterećenje rutinskom radu i bolesnik kao središnji lik bolničkog događanja postaje faktor smetnje.

Upitnici koje bolesnik ispuni prilikom otpusta sigurno ne pokazuju cijelu istinu. Kod općih nediferenciranih pitanja o postupcima osoblja ne želi se izreći negativ-



Dr. Ermal  
Junker sa  
suprugom  
Helgom  
2012

\* Prema Junkerovom predavanju u Bad Hofgasteinu 2013. prilikom Savjetovanja Austrijskog društva za preventivnu medicinu i socijalnu higijenu. S njemačkog preveli i za tisk prepmili Milica Krstić Burić i Ivica Vučak

Dr. Ermari Junker  
(u sredini) gost  
na godišnjem  
Savjetovanju  
članova Hrvatske  
pneumoftizeološke  
sekcije HLZ  
u Topuskom  
1972. godine



van sud, jer bi se taj odnosio na svo osoblje, od kojeg se većina korektno odnosi prema bolesnicima.

Međutim, mnogi zaposlenici u bolnicama ne žele shvatiti da se danas većina bolnica uzdržava od doprinosa za socijalno osiguranje i poreza građana. Primanja osoblja neizravno potječe iz finansijskih mogućnosti stanovništva. Prošla su vremena kada su vjerske institucije, karitativne ustanove i bogati pojedinci iz vlastitih sredstava mogli podići i uzdržavati bolnicu, a bolesnik je morao biti zahvalan kao onaj koji prima milostinju. Danas se bolesnika mora cijeniti kao kupca, koji u slučaju potrebe ima pravo na dobar medicinski postupak i korektno partnersko ponašanje osoblja.

Htio bih opisati naoko nevažne svakodnevne scene. Ležim u velikoj bole-

sničkoj sobi. Iznenadna stane pred moj krevet gospodin odjeven u bijeli ogrtac. Kao statusni simbol nosi stetoskop oko vrata. Ne pogledavši me daje upute sestri, koja ga prati i nestaje bez pozdrava. To je bio odjelni lječnik.

Među lječnicima susreću se oni s 'ukočenim vratom', koji grčevito gledaju iznad svih koji se oko njih nalaze, samo da izbjegnu izravan kontakt s bolesnicima ili posjetima.

Jutarnji pozdrav je također različit, ili s ljubaznim pitanjem «Kako ste?» ili otresito «Dobro jutro, trebate li nešto?» Ne-ljubaznost štite lječnike i sestre od žaljenja bolesnika, a isto tako i od njihovih briga i strahova.

Mnogo rada leži na pomoćnom osoblju. Ono je mnogostruko preoptere-

ćeno i pritisnuto rutinskim poslom. Svojim pitanjima i željama bolesnik opet postaje faktor smetnje, koji pravi zapreke odvijanju redovnog posla.

Posebno poglavljje predstavlja transport nepokretnog bolesnika na radio-lošku ili endoskopsku obradu. Često je postavljen u neki kut i nakon dužeg čekanja bez riječi opet dalje transportiran. Nakon završenog pregleda opet leži u hodniku, dok netko ne dođe po njega.

Nekoč je na krevetu visjela temperaturna lista na kojoj je bila unesena tjelesna temperatura, propisani lijekovi, rezultati pretraga i plan pretraga koje se još moraju izvršiti. Bila je to posjetnica s važnim uputama koje mogu lječniku ili sestri omogućiti pregled nad onim što se zbiva s bolesnikom, posebice u noćnoj službi. Bolesniku je ova temperaturna lista dala uvid u podatke o bolesti. Takve liste više nema, nalazi su u fasciklu u lječničkoj sobi. Upravo kod velike vizite, kad bolesnik nešto o sebi zapita a nalazi su daleko od bolničkog kreveta, opet postaje faktor smetnje.

Poseban problem je prehrana bolesnika. Nekoč je u Beču svaka bolnica imala svoju kuhinju. Danas se hrana uglavnom dovozi u preobilnim porcijama, čak i za zdravog čovjeka. Vrlo često takva se hrana netaknuta vraća, ako se bolesnik ne može sam poslužiti, a sestre nemaju vremena hranići ga.

Catering sustav i uvođenje vanjskog osoblja za održavanje čistoće samo je privid jeftinijega, jer troškovi leže negdje drugdje.

Za mnoge su bolnice ambulantni bolesnici poseban faktor smetnje. Donose



Dr. Ermari Junker (u prvom redu desno) na sastanku s hrvatskim kolegama

male prihode, zauzimaju parkiralište, a njihova prisutnost tjera liječnike da brže obave odjelne poslove, pa i operacije, te da se posvete onima koji nisu tako teško bolesni. Čini se da su duga čekanja u bolničkim hodnicima bolesnikova dužnost. Ostaviti bolesnika da čeka postalo je nešto posve prirodno i uopće nema potrebe o tome razmišljati.

Posebnu hvalu zaslužuje osoblje koje održava čistoću, oni su mahom ljubazni, spremni pomoći i ne skrivaju se u prostorijama za osoblje.

U Austriji postoje 273 zdravstvene ustanove s ukupno 65.000 kreveta i pripadaju najznačajnijim organizacijama našega zdravstvenog sustava. Milijuni ljudi koji žive u Austriji zahvaljuju im svoje ozdravljenje ili barem ublažavanje poteškoća. U njima je ukupno zaposleno 108.000 osoba, od toga 23.000 liječnika.

Nikad se ne smije zaboraviti da je svaka bolnica važan gospodarski čimbenik koji pruža usluge, ali i daje zaposlenje velikom broju ljudi.

Liječnički poziv zahtijeva velik idealizam, oduševljenost i bezuvjetnu spremnost da se stave sve svoje snage u službu bolesnika koji su mu povjereni i za koje ima velik osjećaj odgovornosti.

Međutim, ova služba nosi opasnost da se sve te osobine izgube u rutinskom pogonu. Bez obzira na sve okolnosti bolesnik mora uvek stajati u središtu medicine i nikako ne smije postati faktor smetnje ni za liječnika niti za ostalo medicinsko osoblje.



Dr. Ermal Junker u društvu sa dr. sc. Bojanom Butorac Petanjek (KB Jordanovac)

**Ermal Junker** rođen je 18. svibnja 1924. u Hocheneichu, Donja Austrija. Realnu je gimnaziju pohađao u Beču. U siječnju 1943. regrutiran je u njemački Wermacht i upućen u Rusiju gdje je dva puta ranjen. Već 1944. omogućeno mu je da počne studij medicine u Beču, a onda 1945. nastavlja



Dr. Ermal Junker, 2012

studirati i 1950. je promoviran. Godine 1957. priznata mu je specijalizacija iz plućnih bolesti i tuberkuloze. U početku je radio kao primarius u sanatorijima za tuberkulozu u Štajerskoj a od 1960. postaje voditelj referade za tuberkulozu u Beču i na toj funkciji ostaje 12 godina. Sav svoj rad usmjerava na modernizaciju borbe protiv tuberkuloze, pri čemu mu uvelike pomaže Zakon o tuberkulozi koji je u Austriji prihvaćen 1968. godine.

Godine 1972. postaje direktor Zemaljskog zavoda za zdravstvo i na toj dužnosti ostaje do umirovljenja. Godine 1979. stječe naziv dvorskog savjetnika. Posebno se bavio socijalnom medicinom, odlično je surađivao s dispanzerskom službom i s političkim strukturama, što mu je sve zajedno omogućilo da provede planove koje je zacrtao. Pri tome je neumorno pisao i objavio preko sto znanstvenih radova. Aktivno je sudjelovao u radu Austrijskog društva za plućne bolesti i tuberkulozu i zajedno s po-kojnjim dr. Herbertom Sighartom uspostavio vrlo dobre odnose s društvima za plućne

bolesti i tuberkulozu u susjednim zemljama. Posebice je kolegama iz zemalja iza 'željene zavjese' vrlo često pomogao da mogu sudjelovati na simpozijima i kongresima u Austriji.

Primio je brojna odličja, među ostalima od 1972. je počasni član Hrvatskog pulmološkog društva. Sudjelovao je na njegovim godišnjim sastancima i upoznao Hrvatsku. Zanimljivo predavanje održao je u listopadu 2002. na zajedničkom sastanku Hrvatskog pulmološkog društva i Hrvatskog društva za povijest medicine u Velikoj dvorani HAZU-a u Zagrebu.

Nakon umirovljenja 1989. nastavio se baviti medicinskim problemima, objavio je nekoliko knjiga, a rado provodi vrijeme svirajući klavir i studirajući povijest slavne Monarhije. Često boravi u svojem rodnom kraju gdje je, kako kažu, pola godine zime, a pola godine hladno.

.....

Neki od radova dr. Ermara Junkera



# Prim. dr.

## Damir De Zan



• Nedavno je u izdanju Medicinske naklade svjetlo dana ugledala nova knjiga pjesama „Dvije zelene mačke“ prim. mr. sc. **Damira De Zana**. o je idealna knjiga za hladne jesenske dane, za dobro društvo i sve romantičare.

Ilustrirala ju je **Maja Rožman**, asistentica na Grafičkom odsjeku Akademije likovnih umjetnosti u Zagrebu. Ovo je autora druga knjiga pjesama. Prvu, „Odjeci intime“, prikazali smo u broju 101, srpnja 2011. (str. 91.).

Prim. dr. De Zan je specijalist psihiatrije i psihoterapeut, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije, zaposlen u Klinici za psihološku mediju Medicinskog fakul-

### *Dvije zelene mačke*

teta i KBC-a Zagreb. Bio je finalist Goranovog proljeća. Evo njegove kratke biografije!

Rođen je 14. svibnja 1958. u Pakracu, gdje završava osnovnu školu i gimnaziju. MEFzavršava 1981. u Zagrebu završava 1981. godine. Specijalist je psihijatrije i psihoterapeut, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije. Individualni je, grupni, obiteljski i psihodrama psihoterapeut. Magistrirao je s temom »Dječja slika i crtež u psihoterapiji djece«, što je i tema njegove doktorske disertacije.

Primarius je od 1998. a uposlen na Klinici za psihološku medicinu KBC-a Zagreb. Sudjeluje u dodiplomskoj i poslije diplomskoj nastavi.

Objavio je pedeset i pet stručnih i znanstvenih radova u domaćim i inozemnim časopisima i tri knjige: *Slika i crtež u psihoterapiji djece* (1994.), *Psihodinamski pristup djeci i mlađezi s teškoćama učenja* (1997.) i u koautorstvu sa suprugom Marinom De Zan te zbirku pjesama *Odjeci intime*. Objavljuje i u društvenim časopisima *Umjetnost i dijete*, *Život i škola*, *Obrazovanje i rad*, *Psiha*. Koautor je u mnogim udžbenicima istraživač u znanstvenim projektima. Finalista je *Goranovog proljeća* i pobednik *Susreta pjesnika Grubišno Polje*.

Poeziju objavljuje u Pakračkom vjesniku i zbornicima poezije. Ostvario je osam obrazovnih radio emisija i pet obrazovnih TV emisija iz dječje, adolescentne i obiteljske psihijatrije.

U suradnji s Luna film studijem u Zagrebu realizirao je 45-minutni nastavni film *Dječji crtež i psihotrauma*. Sudionik je Domovinskog rata i odlikovan Spomenicom Domovinskog rata 1991. Sretno je oženjen, otac troje djece. 2013. godine proglašen je najboljim psihijatrom u Gradu Zagrebu prema portalu [www.najdoktor.com](http://www.najdoktor.com).

.....

#### Tigrasta mačka

Jutro je snježno,  
Čipkasto, nježno.  
Prolazim pored vrtića,  
- ni djece, ni snjegovića.  
Ni tragova sanjki,  
Ni stopala u snijegu.  
Ni crvenog lonca,  
Ni nosa od mrkve  
Ni gumbiju ugljenih,  
crnih.  
Ni vještičje metle.  
Tek prozori svijetle,  
Sred snijega.  
A na vrh brijeđa  
Tigrasta mačka  
Vranu vreba.  
Dubrovnik

Tornjevi, kupole,  
Skulpture, arabeske,  
Portali i tvrđe.

Miris lovora,  
Perunika, kala,  
Nanarača i limuna  
Iz skrivena vrtta.  
Dubrovnik.

#### Osmijeh Češirske mačke

Jutro.  
Dva topla sunca  
Na dlanovima.  
S oblaka  
Na lica silazi  
Osmijeh češirske mačke.  
Svu noć nam je sladila kuhano vino.  
Otapa tamu  
Jesenjeg balonera.

Izlazim.  
Ulicama teturam,  
Poput sijeda, pijana  
Dimnjačara,  
Crne uniforme,  
Zlatnih zubiju  
I zlatnih gumbiju.  
Donosim sreću prolaznicima.  
Dijelim toplinu  
S dlanova.  
Na lica  
Mamim osmijeh ,  
Ljepljiv od slada  
Kuhanog vina.

Jutro.  
Dva topla sunca  
Na dlanovima  
I osmijeh Češirske mačke.

#### Popodnevna pjesma

Popodne napiši pjesmu,  
kažeš.  
Uzimam kristalnu zdjelu  
i čistim srdele slane.  
Sjeckam ih, s kaparama,  
sitno.

Dodajem putar,  
pesto alla Genovese  
con basilico fresco,  
halstadske soli,  
maslinova ulja  
i vilicom mijешам  
da pokažem  
koliko te volim.

Kada se vratiš,  
s kukuruzna kruha  
pjesmu čitaš.  
Usnicu lizneš.  
Pogledavaš me,  
smiješkom  
blistava oka.

Podižeš čašu,  
jezikom cokneš  
o gornje nepce,  
nazdravljavajuć  
pjesniku i pjesmi.

### Magicke legendy Prahy (Čarolije Praga)

Listopad omata mjesecinu  
nad Vltavom  
ljubičastim velom hladnoće,  
kao tajanstvenu mladenku.

Svjetla se pale.  
Lanterna magika.  
Sveti Nikola,  
Vit, Juraj,  
Mihail, Salvator,  
Petar i Pavao,  
Sveta Ana,  
Hradčani,  
Bdiju nad Pragom.  
Lanterna magika.

Zamahuje ogrtičem  
rabbi Löw  
i pokreće čaroliju:  
isplovjavaju lađe,  
pivnice se pune,  
kazališta  
podiju zastore,  
crkve otvaraju vrata  
koncertima.  
Gospodin Smetana  
podno Karlova mosta,  
ponovno  
Vltavu čuje.  
Magika lanterna.  
Golem se budi  
i silazi  
s tavana Sinagoge.  
Šećući Pragom,  
prosipa sjene.  
Gubimo se  
u njihovoj tami  
i nestajemo u Vltavi.  
Gospodar rijeke će nam,  
vjerujemo,  
dozvoliti povremeno,  
u obličju zelene mačke,  
obići kućni prag.

Lanterna magika.  
Magicke legendy Prahy.

### Zmaj

S krova,  
bezrepa mačka  
doziva zvijezde.  
Mlijecna ju Staza  
kapljama sladi.  
Jež dvorištem,  
pušući, trči.  
Puž se skriva  
u spiralnoj kući.  
Iz busena trave,  
rovka proviruje,  
virka.  
Cvrčaka svirkla,  
za kraj.  
Prevrćem bocu,  
prolijevam vino,  
pijan k'o zmaj.

### Hastrman, zeleni vilenjak

Kada prošećem dvorištem,  
ne mogu da ne virnem  
u stari bunar.

Sjećam se,  
kao dijete bih,  
popodne,  
dok svi odmaraju,  
nastojao na njegovu dnu  
vidjeti Zelenog Vilenjaka.  
„Hastrman“  
- govorila je baka.

Otpustio sam kotač,  
čim bih ga spazio,  
i veliko se,  
drveno vjedro,  
zajedno s teškim lancem,  
stropoštalo u dubinu,  
vilenjaku na glavu.  
Čulo se,  
sve dok se jednom  
vjedro ne raspadne.

Tada sam dobio  
„šibom po guzici“  
a baka je poslije,  
da se iskupi,  
ispekla tortu,  
veliku,  
„k'o kotač od bunara“.

### Halucinacija

Dvije zelene mačke  
trčkaraju dvorištem,  
za ježevima.  
Grlice, bijelih ovratnika,  
čekaju Pepeljugine sestre.  
Glinena lutka, na tavanu,  
igra se Pinocchia.

Nas dvoje  
otjeramoso trinaestu vilu  
i oslobođismo Trnoružiću prokletstva.

Postrojismo patuljke  
uz Snjeguljičin odar.  
Zalupismo vrata,  
starosti pred nosom.

Skakućemo iza Alise  
i Velikog Bijelog Zeca,  
ususret Ludom Klobučaru.

### Kolačići

U oblaku dima Ludi Klobučar  
donosi kolače.  
Odmatam šuštavi staniol.  
Sladim nosnice i nepce.  
Odrubite mu glavu!  
Odrubite mu glavu!  
- vrišti Kraljica Herc.

Uplašen,  
Glavu uzimam u naručje  
i bježim.  
Nestajem u zečjoj rupi.

Ondje se već skrivaju  
Alisa i Veliki Bijeli zec.

Srce mi tuče u grlu.  
Zjenice se šire.  
Spašen sam.  
Nestajem.

### Toscana

Šarenicama oka  
Hallstattski patuljci,  
još od doba Kelta,  
odnose komadiće sunca  
u rudnike soli.

Snjeguljice ih čekaju  
duž jezera,  
duž Alpi,  
duž prijevoja,  
sve do Toscane.

Ondje je  
kruh neslan  
a krajolik  
sunčan.



# Novi članovi uredničkog odbora

• Čitatelji koji pamte sjetit će se da su Liječničke novine do ljeta 2001. bile zajedničko glasilo Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora. Zbog «hladnoga rata» što ga je tadašnji predsjednik Zbora vodio s Komorom prekinuto je zajedništvo i od tada svaka od ovih dviju organizacija izdaje vlastite liječničke novine.

Srećom je ono ružno razdoblje postalo prošlost i danas više nema osobnih animoziteta. Stoga nije čudno što je Izvršni odbor Komore na svojoj 17. sjednici kao gestu dobre volje imenovao članovima uredničkog odbora svojih novina dvojicu istaknutih članova Zbora: urednika Liječničkih novina Zbora (koje izlaze kao aneks Liječničkog vjesnika) kirurga Franju Husinca i glavnog tajnika Zbora dijabetologa Tomislava Božeka. Na taj je način učinjen prvi korak k ponovnoj uspostavi nekadašnjega zajedništva.

Jedan je od ciljeva suradnje Komore i ZLH-a da Liječničke novine postanu glasilo svih liječnika – riječi su kojima je predsjednik Komore prim. Hrvoje Minigo obrazložio odluku na 17. sjednici. No, treba naglasiti da su i dosadašnji članovi uredništva bili mahom članovi Zbora te da su stranice Liječničkih novina i u doba najvećih tenzija uvijek bile otvorene za suradnju svim članovima Zbora. Takva je bila urednikova politika, a podržavao ju je i izdavač, tj. vodstvo Komore.

Zadovoljstvo nam je što u idućim retcima možemo čitateljima predstaviti (abecednim redom) spomenutu prinovu uredničkog odbora.

Ur.

**Tomislav Božek**, dr. med., rođen je 23. studenog 1974. u Zagrebu. Po završenoj XV – matematičkoj gimnaziji u Zagrebu, upisao se na MEF u Zagrebu, gdje je diplomirao 2000. Od kolovoza 2001. do lipnja 2002. kao znanstveni novak zaposlen je na Klinici za ginekologiju i porodništvo KB-a „Sveti duh”, na projektu „Dopplerska ispitivanja u postmenopauzi”, nakon čega zbog veće naklonjenosti „kraljici medicine“ – internoj medicini, svoje mjesto pod suncem nalazi na Sveučilišnoj klinici „Vuk Vrhovac“ u Zagrebu.

Godine 2008. položio je specijalistički ispit iz interne medicine, 2010. završio je tečaj I. kategorije „Suvremena dijabetologija“, a 2011. položio ispit uže specijali-

zacije iz endokrinologije i dijabetologije. Od studenog 2009. zaposlen je na radnom mjestu voditelja tima u Dijabetološkoj poliklinici Sveučilišne klinike „Vuk Vrhovac“, KB „Merkur“. Od 1997. do 2000. vodi Studentsku sekciju Hrvatskoga liječničkog zbora, a od 2009. je član Izvršnog odbora HLZ-a, te obnaša funkciju njegovoga glavnog tajnika. Kao autor ili koautor objavio je 4 znanstvena rada i 35 kongresnih sažetaka. Bio je pozvani predavač na nekoliko domaćih i inozemnih kongresa.

Uža područja njegovog interesa su inzulinska terapija u tipu 2 šećerne bolesti, primjena inkretina u tipu 2 šećerne bolesti, djelovanje inzulina na središnji živčani sustav te uloga središnjeg živčanog sustava u regulaciji glikemije i tjelesne mase.

Poslovni kontakt: Sveučilišna klinika „Vuk Vrhovac“, KB „Merkur“, Zajčeva 19, 10000 Zagreb; tel: 01/2353931; e-pošta: tomislav.bozek@gmail.com

**Franjo Husinec**, kirurg (Križevci, 30. siječnja 1942.). Nakon gimnazije u Križevcima diplomirao je 1968. na MEF-u u Zagrebu. Specijalizaciju iz opće kirurgije završio je 1977., a stupanj magistra medicinskih znanosti stekao 1989. Nakon specijalizacije pa sve do umirovljenja (2011.) radio je u Djelatnosti za kirurške bolesti Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ u Koprivnici, najprije kao voditelj Odjela za traumatologiju, poslije Odjela za digestivnu kirurgiju. Od 2005. bio je predstojnik Djelatnosti za kirurške bolesti. Istovremeno je više od tridesetak godina vodio specijalističko-konzilijarnu ambulantu u Domu zdravlja u Križevcima.

Usavršavao se u Beču (1992.) iz endoskopske kirurgije i od tada radi laparo-

skopske kolecistektomije i hernioplastike. U koprivničkoj je bolnici ugradio prvi vanjski fiksator u liječenju otvorenih prijeloma kosti (1978.), pacemaker (1981.), umjetni kuk (1985.) te uveo operacije prijeloma zdjelice i neke druge kirurške metode. Bio je predsjednik Stručnog vijeća bolnice.

Sudjelovao je na inozemnim kirurškim kongresima (Köln, Graz, London, Kairo) te na brojnim domaćim medicinskim skupovima. Objavio je 61 rad iz područja kirurgije u domaćim i stranim časopisima. Bio je član uredništva nekoliko časopisa, glavni urednik Liječničkih novina Hrvatskog liječničkog zbora i dopredsjednik Hrvatskog društva za povijest medicine HLZ-a. Član je HLZ-a i Suda časti Matice hrvatske, predsjednik Gradskog društva Crvenog križa u Križevcima i član njegova Glavnog odbora u Zagrebu.

Bavi se proučavanjem povijesti zdravstva i športa, a kao kulturni djelanik aktivan je u Ogranku Matice hrvatske u Križevcima. Napisao je tri knjige: 90 godina nogomet u Križevcima (1999.), Dr. Fran Gundrum – Oriovčanin, gradski fizik u Križevcima (2001.) i 110 godina Crvenog križa u Križevcima (2008.). Uradio je Spomenicu o pedesetoj obljetnici HLZ Podružnice Koprivnica (2003.) i 140 godina bolnice u Koprivnici (2009.). Za knjigu o dr. Gundrumu dobio je godišnju nagradu „Ivan Kukuljević Sakcinski“ Matice hrvatske (2001.). Ta je knjiga predstavljena i u inozemstvu (Kairo, Ženeva, Sofija), a njezin bugarski prijevod objavila je Bugarska akademija nauka (2006.).

Sudionik je Domovinskog rata (Istočna Slavonija, Đakovo, Žepče) u svojstvu zapovjednika mobilne kirurške ekipe.

Godine 2009. proglašen je počasnim građaninom Križevaca. Dobitnik je brojnih odličja HLZ-a i Nagrade za životno djelo Koprivničko-križevačke županije (2013.).

Obitelj: supruga Renata, djeca Domagoj i Antun. E-adresa: rhusinec@vguk.hr

\*\*\*\*\*

Franjo Husinec,  
kirurg



Tomislav Božek,  
dr. med.





### **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 2013. god.

### **Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u**

HZJZ Zagreb  
Mjesečno, tijekom 2013. 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 2013.god.  
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

### **Trajna pedijatrijska edukacija – Pedijatrijska sekcija**

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti  
Rijeka, jednom mjesečno  
Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

### **Izobrazba kandidata za stalne sudske vještak**

HLK  
Zagreb, tijekom 2013.god.  
Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830  
10.500,00kn

### **Farmakoepidemiološka tribina "Lijekovi i ..."**

Referentni centar za farmakoepidemiologiju MZ RH, Nastavni  
zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"  
Tijekom 2013., 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 2013. – trajna edukacija  
Prof.dr.sc. Vjeran Nikolić Heitzler, dr.med., tel.: 01/3787-937  
12.000,00kn

### **Tečaj iz osnova medicinske akupunkture**

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**

KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za endokrinologiju,  
MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, tijekom cijele godine  
Dr.sc. Tina Dušek, mob.: 091/5434-014, [www.endokrinologija.com.hr](http://www.endokrinologija.com.hr)  
250,00kn

### **Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka – I. i II. dio**

MEF Sveučilišta u Splitu  
on-line 01.01.-31.12.2013.  
Dr.sc. Davorka Vrdoljak, tel.: 021/557-823

### **Karcinom dojke**

Pliva Hrvatska d.o.o.  
on-line, 01.04.-01.09.2013.  
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925; [www.plivamed.net](http://www.plivamed.net)

### **Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog vanjskog defibrilatora**

HLZ, HD za reanimatologiju  
Zageb, 01.01.-31.12.2013.  
Pandak Tatjana, mob.: 091/5618-814  
500,00kn

### **Smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana**

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju  
Zagreb, 01.01.-31.12.2013.  
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

### **Smjernice za rano prepoznavanje i liječenje depresije**

C.T. Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix  
Časopis Medix br. 105 – lipanj-srpanj 2013.  
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, 098/289-819

### **Postupak s dijabetičarem u ambulanti obiteljske medicine**

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com); [www.e-medicina.hr](http://www.e-medicina.hr) – 15.04.-15.09.2013.  
Zoran Millas, mob.: 098/877-827

### **Bolesnik sa srčanožilnom bolesti u obiteljskoj medicini; IV kongres DNOOM s međ.sud. – web kongres**

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine  
web-kongres, 01.05. – 31.10.2013.  
[www.dnoom.org](http://www.dnoom.org)

### **Goruća pitanja u gastroenterologiji**

Pliva Hrvatska d.o.o.  
[www.plivamed.net](http://www.plivamed.net), 15.07. – 15.11.2013.  
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

**Astma**

Pliva Hrvatska d.o.o.

www.plivamed.net, 20.08. – 20.12.2013.

Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

**30. hrvatska proljetna pedijatrijska škola  
- on-line tečaj**

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, HD za školsku i sveučilišnu medicinu, KBC Split

on-line – 02.05.2013. – 28.02.2014.

Prof.dr.sc. Vjekoslav Krželj, tel.: 021/556-793,  
e-mail: krzelj@kbsplit.hr, http://hpps.kbsplit.hr

700,00kn

**Test u obliku interaktivnog slučaja**

HLZ, HD za internističku onkologiju

on-line, 08.08.-16.12.2013.

Ivan Galli, mob.: 091/3771-108, www.onkologija.isl.hr

**Značaj i primjena samokontrole glikemije**

Medilab

on-line, 21.09.-31.12.2013.

Vlatka Orhanović, tel.: 01/2356-722

**RUJAN**

**Osnovni tečaj laparoskopske kirurgije Aesculap Akademije**

Aesculap akademija d.o.o.

Zagreb, 25.-27.09.2013.

Sonja Šikić, mag.kineziolog, tel.: 01/7789-462,  
mob.: 091/2356-748, e-mail: sonja.sikic@bbraun.com  
Specijalisti 3.500,00kn, specijalizanti 3.000,00kn

**Advanced Paediatric life support**

MEF Sveučilišta u Splitu, KBC Split, Jedinica intenzivnog liječenja djece

Split, 26.-28.09.2013.

Prof.dr.sc. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590,  
e-mail: julije.mestrovic@gmail.com  
2.500,00kn

**Treći hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu**

Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu

Zadar, 26.-28.09.2013.

Marina Bučar, mob.: 095/9111-487  
1.200,00; 1.300,00; 1.500,00; 1.600,00; 500,00kn

**Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe**

Hrvatski zavod za hitnu medicinu  
Nova Gradiška, 26.-28.09.2013.  
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

**VII samostalni simpozij iz pedijatrijske kardiologije i reumatologije**

HLZ – HD za pedijatrijsku kardiologiju i reumatologiju

Varaždin, 26.-28.09.2013.

Mr.sc. Andrea Dasović Buljević, dr.med., tel.: 01/2367-600;  
2367-586, mob.: 098/383-316  
700,00kn

**3rd Dubrovnik Cardiology Highlights – An ESC Update programme in Cardiology**

Hrvatsko kardiološko društvo

Dubrovnik, 26.-29.09.2013.

Spektar putovanja d.d. Ana Hadžić, tel.: 01/4862-605  
3.465,00kn

**46. stručno-znanstveni skup hrvatskih pulmologa s međ.sud.**

Hrvatsko pulmološko društvo HLZ-a

Mali Lošinj, 26.-29.09.2013.

Dr. Neven Miculinić, tel.: 01/2385-100  
1.800,00kn

**III. kongres sudskih vještaka**

HD sudskih vještaka

Zagreb, 27.-28.09.2013.

Zdenka Kvačica Restek, tel.: 01/4811-797  
300,00kn

**Postizometrička relaksacija (PIR) – radionica**

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 28.09.2013.

Tonći Šitić, mob.: 095/8300-766  
800,00kn

**Tečaj iz osnova medicinske akupunkture**

HLZ, HD za akupunkturu

Zagreb, 28.09.2013. – 14.09.2014.

Dr. Dalibor Veber, mob.: 091/4748-493,  
e-mail: dr. thew@yahoo.com  
15.000,00kn

**Trening trijaže u odjelu hitne medicine**

Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Varaždin, 28.-29.09.2013.

Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

**Bubrežni kamenci – mehanizam nastanka i moderne metode liječenja**

Udruga Medikus

Zagreb, 30.09.2013.

Dr. Vesna Vučičević, mob.: 091/5044-766

**Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 30.09.-04.10.2013.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,  
mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

## LISTOPAD

### Trajna edukacija za izvoditelje obveznih DDD mjera i osobe u nadzoru – DDD Trajna edukacija

Korunić d.o.o.

Zagreb, sredinom listopada 2013.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

700,00kn

### Predavanje, radionica

Pliva Hrvatska d.o.o.

Zagreb, 01.10.2013.

Lana Mažar, mob.: 099/2316-757

### XIII kongres HD obiteljskih doktora HLZ-a

HD obiteljskih doktora HLZ-a

Rovinj, 03.-05.10.2013.

Prim.mr.sc.dr. Bruno Mazzi, mob.: 098/224-900

Članovi HDOD 800,00kn, pratnja 200,00kn, ostali 1.000,00kn

### Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Petrčani, 03.-05.10.2013.

Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

### Dijagnostika i dijagnostičari sluha i ravnoteže u praksi

KBC Sestre milosrdnice, Kl. za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata

Zagreb, 04.10.2013.

Marica Grbešić, tel.: 01/3787-360

### Potpore dojenju: Bliski majkama

Hrvatska udruga KBCLC savjetnica za dojenje

Zagreb, 04.10.2013.

Banana Kunina, mob.: 098/391-938

### Ultrazvučna dijagnostika sustava za kretanje u djece i adolescenata

HD za dječju ortopediju HLZ-a, Katedra za ortopediju MEF

Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 04.-05.10.2013.

Dr. Igor Šmigovec, tel.: 01/2368-911, fax.: 01/2379-913,

e-mail: ortopedija@kbc-zagreb.hr; ortopedija@yahoo.com

2.000,00kn

### Odabrana poglavlja iz dječje neurokirurgije

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 04.-05.10.2013.

Dr. Vlatko Ledenko, tel.: 021/556-108

200,00/100,00kn

### Konferencija o neuromuskularnim bolestima

Savez društava distrofičara Hrvatske

Zagreb, 04.-06.10.2013.

Blaženka Kobilar, tel.: 01/4666-849

### Farmakoepidemiološka tribina "Lijekovi i ..."

- Palijativna medicina i hrvatsko zdravstvo

- novi izazovi

Referentni centar za farmakoepidemiologiju MZ RH,

Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"

Zagreb, 09.10.2013.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

### Trening za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice

Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Petrčani, 09.-11.10.2013.

Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

### 6. hrvatski endokrinološki kongres s međ.sud.

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo

Poreč, 09.-13.10.2013.

A.T.I. putnička agencija – Vesna Borisavljević, mob.: 091/1255-170  
500,00kn

### XXVII perinatalni dani „Ante Dražančić“

HLZ, HD za perinatalnu medicinu

Osijak, 10.-12.10.2013.

Atlas d.d., Maria Puškar, mob.: 091/2638-061  
700,00/1.200,00kn

The poster features a central graphic of stylized, overlapping white, blue, and red shapes resembling clouds or medical icons. A small logo for 'ATI Let's go!' is visible in the top right corner. To the right, a large number '6' is displayed above the text for the congress. The text reads:

**6 hrvatski endokrinološki kongres**  
s međunarodnim sudjelovanjem  
**ISCEM 2013**  
international scientific conference on  
endocrinology and metabolism 2013  
**Poreč,**  
hotel Laguna Parentium  
**9.-13.10.2013.**

At the bottom, there are logos for the Croatian Endocrinological Society (Hrvatsko endokrinološko društvo) and the Croatian Medical Association (Hrvatski liječnički zbor). A note at the bottom right states: "Sudjelovanje liječnika na kongresu će biti bodovano sa 20 bodova za aktivno te 10 bodova za pasivno sudjelovanje".



**Sindrom iritabilnog crijeva: od proljeva do opstipacije – dijagnostika, diferencijalna dijagnostika i liječenje**  
 MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sveti Duh“  
 Zagreb, 19.10.2013.  
 Dr. Saša Gulić, mob.: 091/3713-366, mail: sasa.gulic@yahoo.com  
 Dr. Karolina Majstorović, mob.: 091/3713-425,  
 e-mail: majstork@gmail.com  
 450,00kn

**Triger točke – radionica**  
 Hrvatski zbor fizioterapeuta  
 Zagreb, 19.10.2013.  
 Tonći Šitić, mob.: 095/8300-766  
 1.000,00kn

**Trening trijaže u odjelu hitne medicine**  
 Hrvatski zavod za hitnu medicinu  
 Petrčane, 19.-20.10.2013.  
 Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

**13th EFLM Continuous Postgraduate Course in Clinical Chemistry and Laboratory Medicine – New trends in diagnosis and monitoring using POC instruments**  
 HD za medicinsku biokemiju i laboratorijsku medicinu  
 Dubrovnik, 19.-20.10.2013.  
 Elizabeta Topić, mob.: 091/3445-001  
 130,00/150,00EUR

**MSCT karakteristike žarišnih lezija u jetri**  
 HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split  
 Split, 21.10.2013.  
 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, 21.-25.10.2013.  
 Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,  
 mob.: 098/235-718  
 3.500,00kn

**Signa Vitae – The Third International Conference in Intensive Care**  
 KBC Split  
 Split, 24.-25.10.2013.  
 Julije Meštrović, tel.: 021/556-686  
 1.500,00kn

**Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe**  
 Hrvatski zavod za hitnu medicinu  
 Varaždin, 24.-26.10.2013.  
 Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

**10. hrvatski kongres kliničke mikrobiologije i 7. hrvatski kongres o infektivnim bolestima s međ.sud.**  
 HD za kliničku mikrobiologiju i HD za infektivne bolesti HLZ-a  
 Rovinj, 24.-27.10.2013.  
 Nevenka Jakopović, e-mail: njakopovic@bfm.hr, www.  
 crocmid2013.com

**7. skup hrvatskih mladih liječnika i specijalizanata – Hrvatska medicinska budućnost**  
 Udruga "Mediteraneo"  
 Biograd n/m, 24.-27.10.2013.  
 Dr. Marko Milić, mob.: 097/7129-799  
 200,00kn

**Klinički aspekti kontaktnog dermatitisa**  
 Klinika za kožne i spolne bolesti KBC Zagreb i MEF Sveučilišta u Zagrebu  
 Zagreb, 25.-26.10.2013.  
 Gordana Dučkić, tel.: 01/2368-915  
 500,00 i 300,00kn

**Knee a la carte**  
 HLZ, Hrvatsko ortopedsko društvo  
 Poreč, 25.-27.10.2013.  
 Damir Puljević, 01/4921-779  
 750,00kn

**International SIS symposium on Breast MRI and alternative diagnostic modalities**  
 Hrvatsko senološko društvo HLZ-a  
 Opatija, 25.-27.10.2013.  
 Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677  
 200,00EUR

**Napredni ITLS tečaj**  
 Hrvatska gorska služba spašavanja  
 Ravna Gora, 25.-27.10.2013.  
 Dr. Tvrtko Pervan, tel.: 01/3313-031,  
 e-mail: tpervan@gmail.com  
 2.500,00kn

**Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u hitnoj medicini**  
 Hrvatski zavod za hitnu medicinu  
 Krapinske Toplice, 25.-27.10.2013.  
 Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

**3. kongres prirodne medicine**  
 Udruga "Prirodna medicina"  
 Zagreb, 26.10.2013.  
 Darko Vučnović, mob.: 091/2330-925  
 150,00 kn



**Primjena nanotehnologije u dijagnostičkoj i intervencijskoj radiologiji**

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split  
Split, 18.11.2013.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

**Obiteljska stomatologija – baza oralno-zdravstvene skrbi**

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb 23.11.2013.  
Lada Prišlić, tel.: 01/4802-123  
650,00kn

**Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 25.-29.11.2013.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

**ESCoP – Zagreb Edition 2013: Update in Breast Pathology**

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju Zagreb, 27.-29.11.2013.

Luka Brčić, mob.: 091/369-3693  
1.360,00kn/180,00EUR

**PROSINAC**

**Porodničke operacije**

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 02.-06.-12.2013.  
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317  
3.000,00kn

**Akupunktura u liječenju boli**

HLZ, HD za liječenje boli  
Osijek, 06.-08.12.2013.  
Dobrila Beljakov, tel.: 031/511-502,  
e-mail: beljakov.dobrila@kbo.hr  
2.500,00kn

**42. simpozij HD za dječju neurologiju s međ.sud.**

HD za dječju neurologiju HLZ-a i Odjel za neuropejdijatriju, Kl. za pedijatriju, KBC Sestre milosrdnice Zagreb Zagreb, 07.12.2013.

Dr.sc. Maša Malenica, mob.: 098/800-300,  
e-mail: mgnjidic@yahoo.com

Dr. Monika Kukuruzović, mob.: 091/5409-058,  
e-mail: monikakukuruzovic@gmail.com

Dr. Tamara Žigman, mob.: 095/9063-293,  
e-mail: tzarkovic@gmail.com

Kristina Kužnik bacc.med.tech: mob.: 098/385-617,  
e-mail: kristina.kuznik@gmail.com

Prof.dr.sc. Ljerka Cvitanović-Šojat, mob.: 098/1751-431,  
e-mail: ljerka.cvitanovic-sojat@zg.t-com.hr

300,00kn specijalisti, 150,00kn specijalizanti i med.sestre

**Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju Zagreb  
Zagreb, 09.-13.12.2013.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718  
3.500,00kn

**Farmakoepidemiološka tribina "Lijekovi i ..."**

Referentni centar za farmakoepidemiologiju MZ RH, Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" Zagreb, 11.12.2013.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

**Uloga magnetske rezonance u dijagnostici mikrokalcifikata dojke**

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split  
Split, 16.12.2013.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592,  
e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

**2014. SVIBANJ**

**3. hrvatski kongres iz liječenja boli s međ.sud.**

HLZ, HD za liječenje boli

Osijek, 22.-24.05.2014.

Akupunktura u liječenju boli

HLZ, HD za liječenje boli

Osijek, 06.-08.12.2013.

Dobrila Beljakov, tel.: 031/511-502,  
e-mail: beljakov.dobrila@kbo.hr

1.500,00kn za članove HDLB-a, 2.000,00kn za nečlanove HDLB-a



World Oral Health Day 2013  
**Healthy teeth  
for healthy life**

Organized by



In partnership with

