

Lijecničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



TEMA BROJA

Motovun 2014.

**Zdravstveni sustavi
i zdravstvena politika**

Str. 10

LIJEČNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
ADRESA UREDNIŠTVA
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska
GLAVNI I ODGOVORNİ 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 19.000 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 19.000 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

UREĐNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Tomislav Božek
Nikolina Budić • Egidio Čepulić
Stella Fatović Ferenčić
Franjo Husinec • Josip Jelić
Željko Krznarić • Slavko Lovasić
Adrian Lukenda • Vjekoslav Mahovlić
Ingrid Márton • Hrvoje Minigo
Matija Prka • Dražen Pulanić
Livija Puljak • Katarina Sekelj Kauzlaric
Andreja Šantek • Ivica Vučak

UPUTE SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:
"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Tuškanova 37,
e-mail: hlk@hlk.hr ili izravno uredniku.
Članci ne podliježu recenziji i uredništvo
se ne mora slagati s mišljenjem autora.
Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.
Mali oglasnik je za članove Komore besplatan.

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

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

Pretplatnička služba HLK-a
Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465
Redakcija
Novinarka Andreja Šantek
01/ 45 00 848, e-mail: andreja.santek@hlk.hr

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

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

RIJEČ PREDSJEDNIKA 4

Koliko vrijedi rad liječnika?

IZ KOMORE 5

30. sjednica Izvršnog odbora • Pregled aktivnosti
Dopuna izvješća sa Skupštine
Relicenciranje

ZDRAVSTVENA POLITIKA 10

Radovi s devete radionice „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika“, Motovun 2014.

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 27

Međunarodni dan svjesnosti o muncanju • Limfomska radna skupina • Edukacije protiv pretilosti
Korupcija kod javne nabave • Implantirana zdjelica • AVD-i na brodovima
Hospital Days • Prof. Rakić u Zagrebu

EPIDEMIOLOGIJA 32

Ebola hemoragijska vrućica

INTERVJU 36

Dr. Bosanac o Vukovarskoj bolnici

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 41

FARMAKOVIGILANCIJA 53

Preporuke i novosti
Prijavljivanje nuspojava

ZAGREBAČKI MODEL UTVRĐIVANJA ETIOPATOGENEZE 56

Poremećaji hidracije i elektrolita, III.

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 62

Tromboliza kod moždanog udara
Pearls 306 i 309

MEDICINA I ETIKA 64

Vraća li se zakon linča?

PISMA ČITATELJA 66

Obvezatno cijepljenje djece?
Jedna mala opaska (etičke naravi)

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE 68

Liječnici i Prvi svjetski rat

ZANIMLJIVE LIČNOSTI 74

Dr. Dragutin Herlinger

LIJEČNICI UMJETNICI 76

Prof. dr. Eduard Pavlović

HRVATSKI LIJEČNICI SPORTAŠI 78

Prim. dr. Žarko Galetović

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 81

Fotografija na naslovnicu: Motovun, Andreja Šantek

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

Koliko vrijedi rad liječnika?

- Prošle godine, nakon naše godišnje skupštine, napisao sam da nije dobro kada se bavimo sami sa sobom, a da pri tome zaboravljamo bitne stvari u našoj profesiji. Zbog toga sam osjećao nelagodu, posebice što nakon mukotrpnog rada i nastojanja da se ostvari osnovna uloga Komore, a to je briga da doktori mogu normalno obavljati svoj posao, nismo ispunili očekivanja naših članova, iako se dobro zna koliko je ograničena naša mogućnost djelovanja na tom polju. I ovoga, većinom kišnog, ljeta bilo je vrlo neugodnih vijesti vezanih za našu profesiju. Postavljaju se pitanja sukoba interesa našeg ministra, neregularnosti u nabavi CT uređaja, komentiraju se visoka primanja nekih liječnika, spominju se nastavnici medicinskih fakulteta koji zbog do sada neriješenog kumulativnog rada u zdravstvenim ustanovama i u nastavi primaju, za neke, neprimjereno visoke plaće. To nisu dobre vijesti. Rekao bih da su zlonamjerne i vrlo štetne za naše građane, koji na taj način doživljavaju liječnike kao nečasne osobe, jer da misle samo na ostvarenje što veće zarade. Istina je sasvim suprotna. Budimo sretni da imamo takve liječnike i nastavnike medicinskih fakulteta. Zapitajmo se koliko su godina trebali da završe fakultet, staž, specijalizaciju, postignu znanstvenu titulu, steknu vještine, uvedu nove metode liječenja i da zbog toga naš pacijenti imaju mogućnost liječenja u Hrvatskoj prema najsvremenijim metodama. Koliko bi se novca trebalo izdvojiti iz proračuna, kada bi zbog nemogućnosti adekvatnog liječenja u zemlji naši bolesnici odlazili u inozemstvo? Koliko su novca uštedjeli naši zdravstveni radnici samo u ovakvim slučajevima, a da ne govorimo o tome koliko su žrtvovali svoj privatni život za dobrobit pacijenta.

Dobro je znati da naši doktori mogu, osim najsvremenijih načina liječenja naučenih u svjetskim bolnicama, pružiti svojim pacijentima i ono što drugi još nisu učinili. Poznato je da smo po transplantaciji solidnih organa brojem i kvalitetom među prvima u svijetu. Isto tako je poznato da su 1983. godine prof. **Boris Labar** i prim. **Vinko Bogdanić** učinili prvu transplantaciju koštane srži, a danas je ta metoda liječenja postala rutinska. U KB-u „Merkur“ prof. **Stipislav Jadrijević** nedavno je prvi u svijetu eksplantirao jetru zahvaćenu malignim tumo-



rom, odstranio tumor i zahvaćene krvne žile, te tako operiranu jetru ponovno implantirao obojljeloj pacijentici i pružio joj šansu za izlječenje. Treba cijeniti naše stručnjake, njihovo znanje, vještine, hrabrost i snagu za obavljanje ovakvih zahvata.

Veseli me kada pročitam uspjehe neurokirurga prof. **Chudyja** iz KB-a „Dubrava“ s ugradnjom elektrostimulatora u mozak, te ortopeda prof. **Roberta Kolundžića** koji je sa svojim timom i inženjerima sa Strojarskog fakulteta u Zagrebu osmislio i ugradio zdjelicu od titana koristeći 3D tehnologiju. Među tim „dobro plaćenim“ doktorima su oni u timu prim. **Branislava Kocmana** iz KB-a „Merkur“ koji obave više od 100 transplantacija jetre godišnje, ne pitajući se jesu li previše radili prekovremeno i je li to možda u sukobu s važećim propisima. Još više transplantacija bubrega obavi se u Hrvatskoj, najviše u KBC-u Zagreb. Pitamo li se kako naši anesteziozni uspijevaju savršeno obaviti svoj posao, profesionalno i mirno u kritičnim stanjima svojih pacijenta? To je zato jer su potpuno predani svojoj profesiji i u takvim trenucima misle samo kako spasiti nekome život. Budimo sretni da to mogu, znamo i hoće raditi. Siguran sam da bi oni najlakše dobili posao u nekoj bogatoj državi. Tamo bi manje radili i puno, puno više zarađivali.

Više od 700 naših doktora zatražilo je i dobilo potrebne dokumente od Komore za odlazak na rad u inozemstvo. To je zabrinjavajuće. Sreća je da među njima još nisu Kocman, Jadrijević i ostali prije spomenuti. Nisu samo oni značajni za ugled naše medicine, puno je samozatajnih, vrijednih i sposobnih doktora

medicine koji održavaju ovu razinu zdravstvene zaštite, čija kvaliteta nadmašuje očekivanja u odnosu na novac koji se izdvaja za tu svrhu. Velika je zasluga dr. **Mirele Bušić** iz Ministarstva zdravljia, koja je svojim radom kao nacionalni koordinator za transplantacije dala sve od sebe da Hrvatska postane država u kojoj su transplantacije organa rutinski postupci i da postanemo značajan član „Eurotransplanta“. Zato je dobila prestižnu nagradu u SAD-u koju svake godine zaslužnim pojedincima dodjeljuje The Transplantation Society.

Bojim se da ćemo puno izgubiti na kvaliteti zdravstvenih usluga ako se ne povećaju materijalna sredstva. Ne može se zdravstvena zaštita temeljiti samo na entuzijazu zdravstvenih radnika. Opet naglašavam da mi je tijekom moje dugogodišnje liječničke prakse najveća frustracija bila osjećaj da svom pacijentu ne mogu pružiti sve ono što znam, mogu i vjerujem da je najbolje za njega. Premašeno je novca u zdravstvenom sustavu. Treba podržati ministra zdravljia prim. **Sinišu Vargu** u nastojanjima za povećanje sredstava za zdravstvenu zaštitu. Ono što smo postigli uz velike napore naših zdravstvenih radnika treba očuvati i unaprijediti. Mislim da bi zanimanje za odlazak na rad u inozemstvo bilo značajno smanjeno kada bismo uspjeli omogućiti normalne uvjete rada. Prema brojim istraživanjima, poznato je da plaće nisu na prvom mjestu kao uzrok migracije doktora medicine.

Prošla je sezona ljetnih godišnjih odmora. Mnogi su se uspjeli odmoriti i skupiti snage za nastavak rada u ovim teškim recezijskim vremenima. Komora planira niz aktivnosti. Očekujemo rješenje problema s kojima smo upoznali našeg ministra. To su uspostava kvalitetnog osiguranja od profesionalne odgovornosti, smanjenje koncesijske naknade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, donošenje novog Zakona o liječništvu, izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti, povoljniji uvjeti za rad kod drugog poslodavca, a najvažnije je prihvatanje Komore kao partnera koji može pomoći pri doноšenju i primjeni važnih zdravstvenih propisa.

Podsjecam da velik broj naših članova treba za nekoliko mjeseci obnoviti svoje odobrenje za samostalan rad (licencu). Provjerite stanje svojih bodova. Pratite našu web stranicu, koja će vam omogućiti edukaciju sudjelovanjem u besplatnim online događanjima.

vaš predsjednik
Prim. dr. Hrvoje Minigo

••••

30. sjednica Izvršnog odbora

Priprema se sporazum o suradnji s UEMS/EACCME-om

Tekst i slike Andreja Šantek



Tajnik Komore Nikolina Budić, dipl. iur., predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo, rizničar Komore prim. dr. Vjekoslav Mahovlić

• Na 30. sjednici Izvršnog odbora održanoj 12. rujna, prvoj nakon ljetne stanke, predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo izvijestio je članove o aktivnostima vezanim uz rješavanje liječničkih problema. Zajedno sa suradnicima održao je radni sastanak s ministrom zdravlja prim. dr. Sinišom Vargom, dr. dent. med., od kojega su ponovno zatražili da u saborsku proceduru uputi Zakon o liječništvu i izmijene Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Također su ponovno upozorili i na liječnike koji već mjesecima čekaju dopisnicu Ministarstva za rad kod drugog poslodavca kao i na to da još uvijek nisu rješene koncesijske naknade za liječnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

O tome je govorio i predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. **Senad Muslić** i rekao da treba mijenjati odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti koje su vezane za koncesionare. Njih je dvije trećine u sustavu i oni nikako ne mogu utjecati na odluke koje se donose na razini županijskih domova zdravlja, a tiču se na njihova rada. Dr. Muslić također smatra da treba izmijeniti Zakon tako bi se svima onima koji žele iz doma zdravlja prijeći u status koncesionara to i omogućilo. Naime, sadašnje odredbe određuju da minimalno 30 posto ordinacija mora ostati u okviru doma zdravlja, a novi ministar, kaže dr. Muslić, želi da što veći broj liječnika prieđe u koncesiju. Dr. Muslić je najavio da će se sjednica njegovog Povjerenstva održati 27. rujna i ponovno o tome raspravljati, kao i o zamjenama za vrijeme godišnjih odmora, izdavanju potvrda koje se ne naplaćuju i slično.

Predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost prof. dr. **Vesna Jureša** upozorila je na apsurd da zavodi za javno zdravstvo raspravljaju o dokumentu koji je već usvojen, a kojim se utvrđuju kriteriji za ugovaranje s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. To još jednom upozorava na činjenicu da se tijekom

vremena zabavilo na obvezu da se prije usvajanja dokumenta za mišljenje upita i struka. Ovim je dokumentom, upozorila je dr. Jureša, glavarina neravnomjerno raspoređena pa se ponovno vraćamo na princip da oni koji najmanje rade zarađuju najviše.

Predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost doc. dr. sc. **Vladimir Mozetić** govorio je o natječajima za sistematske preglede u kojima se odabiru ponuđači s najnižom cijenom. Nedavno se dogodilo, dodao je, da je MORH sklopio ugovor o sistematskim pregledima svojih djelatnika sa zdravstvenom ustanovom koja je svojom ponudom pretjerala s minimalnom cijenom, a ponudom nije zadovoljavala niti kriterije za provođenje sistematskih pregleda. Upozorenje je da svi pregovori zapinju na poštivanju minimalnih cijena određenih Cjenikom, a to se događa zbog toga što nije donesen Zakon o liječništvu kojim se utvrđuje pravo Komore da sankcionira kršenje minimalnih cijena. Dr. Mozetić rekao je da o spornom natječaju očekuju i mišljenje Agencije za zaštitu tržišnog natjecanja. Upozorio je i na to da kolege pitaju kada će biti omogućeno da liječnici iz javnog sektora rade izvan punog radnog vremena kod privatnika, ali i obrnuto. Ministar Varga je 4. srpnja najavio izmjene Pravilnika, ali on do danas nije izmijenjen. Upozorio je kako je Zakonom omogućen rad izvan punog radnog vremena pa se postavlja pitanje smista postojanja Pravilnika. Prisutni su zaključili da se Pravilnikom kao podzakonskim aktom detaljnije rješavaju ta pitanja. No, u ovom slučaju Pravilnik predstavlja kočnicu, što ne odgovara ni liječnicima ni ravnateljima. Prim. mr. sc. **Egidio Ćepulić**, savjetnik predsjednika za privatnu praksu, smatra da Komora mora aktivno Ministarstvu predlagati zakonska rješenja iz domene koja je važna za rad liječnika. Predložio je da Komora napravi pri-

jedlog Pravilnika i ponudi ga ministru, s čim se složila većina prisutnih. Dr. Mozetić je kazao i da su u tijeku pripreme za novo ugovorno razdoblje, te da su privatni, s obzirom na to da imaju ljudi, opremu i prostor, zainteresirani za pružanje zdravstvenih usluga radi smanjenja listi čekanja, a isto tako i za jednodnevnu kirurgiju, s time da osiguranik nadoplati razliku iznad cijene koju plaća HZZO.

Sporazum s UEMS/EACCME-om

Na sjednici se raspravljalo i o zaključivanju sporazuma o suradnji s Europskom udružom liječnika specijalista (UEMS) koja djeluje preko sredstvom svog tijela, Europskog akreditacijskog vijeća za trajnu medicinsku izobrazbu (EACCME). UEMS je u siječnju 2000. uspostavio EACCME radi poticanja primjene visokih standarda u razvoju, provedbi i usklađenju trajne medicinske izobrazbe (TMI) i trajnog stručnog usavršavanja (TSU). UEMS/EACCME je uspostavio međunarodni sustav za akreditaciju TMI događanja uživo i akreditaciju materijala za e-učenje te uveo zajedničku jedinicu za bodovanje aktivnog sudjelovanja u trajnoj medicinskoj izobrazbi, europski TMI bod. UEMS/EACCME služi kao središnja poveznica između nacionalnih akreditacijskih tijela, specijalističkih odsjeka i odbora UEMS-a, europskih odbora za akreditaciju specijalističkih programa te organizatora međunarodnih aktivnosti trajne medicinske izobrazbe i trajnog medicinskog usavršavanja. Akreditacija koju dodjeli UEMS/EACCME automatski će se priznavati u svim zemljama u Europi i izvan nje čija su nacionalna akreditacijska tijela potpisala sporazum s UEMS/EACCME-om. Ovim sporazumom potvrđit će se potreba za suradnjom na području akreditacije međunarodnih TMI događanja, uzajamnog priznavanja TMI bodova, poboljšanju kvalitete postupaka akreditacije TMI događanja te povezanih aktivnosti. Kako je pojasnila tajnica Komore **Nikolina Budić**, dipl. iur., na temelju ulaska Hrvatske u EU Komora će se kao nacionalno akreditacijsko tijelo za provođenje trajne medicinske izobrazbe pripremiti i za službeno potpisivanje ugovora s UEMS/EACCME-om. Potpisivanjem ovog sporazuma Komora prihvata sve obveze vezane uz akreditaciju i vrednovanje stručnih skupova, a jedna od njih je i kontroliranje akreditiranih skupova po principu 'mystery-shoppinga', tj. slati će svoga predstavnika da provjerava kvalitetu skupa na kojem se dodjeljuju TMI bodovi.



Predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. Senad Muslić, savjetnik predsjednika za odnose s HZZO-om prim. dr. Josip Jelić, predsjednica Povjerenstva za bolničku zdravstvenu zaštitu prof. dr. Ljiljana Perić

Prim. dr. **Katarina Sekelj-Kauzlaric**, predsjednica hrvatske delegacije i član Vijeća UEMS-a, podsjetila je da je Hrvatski liječnički zbor dugo godina član UEMS-a, a da su Komori, kao nacionalnom akreditacijskom tijelu, prepušteni poslovi vezani uz edukaciju i dodjeljivanje bodova. Dodala je kako u Hrvatskoj, uz naša stručna društva, velike međunarodne skupove s velikim prihodima organiziraju i europska društva. Za te je skupove potrebna akreditacija EACCME-a budući da su sudionici skupova članovi komora zemalja EU-a. Budući da ne postoji sporazum, naglasila je dr. Sekelj-Kauzlaric, europski organizatori nisu dužni prijaviti skup Komori pa tako Komora ne može postavljati uvjete i davati bodove, ali niti prihodovati dio novca od kotizacija. Podsjetila je kako je riječ o kotizacijama koje se kreću od 500 do 2000 eura. Drugim riječima, dodala je dr. Sekelj-Kauzlaric, ovaj će sporazum ubuduće uvjetovati da se svi takvi skupovi moraju prijaviti preko Komore kao nacionalnog autoriteta, a ne kao do sada direktno u EACCME.

Vrednovanje inozemnih stručnih kvalifikacija

Donesena je i odluka o načinu dodatnoga stručnog vrednovanja inozemnih visokoškolskih kvalifikacija. S tim u vezi, a postupajući u skladu sa zakonom i pravilnikom koji je donio ministar, Komora će prilagoditi svoj postupak, kazala je N. Budić. Izvršni odbor je s tim u vezi donio odluku kojom se ovlašćuje predsjednik Komore da se za svaki pojedinačni slučaj, kad se radi o fakultetu koji zahtijeva još dodatnu procjenu u vrednovanju, imenuje posebni ekspert.

Budući da Ministarstvo zdravlja i Komora različito tumače propise nastali su nesporazumi, ali je nakon zajedničkog sastanka, rekla je N. Budić, postignut dogovor te će Komora

postupiti prema traženju Ministarstva; postupak vrednovanja bit će detaljno opisan i pridružen do sada izdanim pozitivnim rješenjima Komore.

Ostale odluke

Na sjednici je utvrđen model prikupljanja dokumentacije za obnavljanje Odobrenja za samostalni rad (licence) u zdravstvenim ustanovama. Riznici Komore prim. dr. Vjekoslav Mahovlić podsjetio je da do 19. prosinca ove godine oko 9000 članova treba obnoviti licencu. Da bi im se olakšao postupak, dokumentacija za obnavljanje licence prikupljat će se u zdravstvenim ustanovama u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku, i to na isti način kao i u prijašnjem reljencnom razdoblju, tj. na svakih 400 do 500 članova imenovat će se komisija od dva umirovljenja liječnika ili liječnika i županijskog povjerenika. Komisija će, uz prethodnu obavijest o terminu, odlaziti u ustanove i na licu mjesta pregledavati potvrdnice te preuzimati dokumentaciju za obnavljanje licence. Temeljem Zakona o pravu na pristup informacijama, a kao ustanova koja vodi javni registar (Imenik liječnika), Komora mora imati službenika za informiranje, tj. osobu mjerodavnu za rješavanje ostvarivanja prava na pristup informacijama. Jednoglasnom odlukom službenikom za informiranje imenovana je mr. sc. **Tatjana Babić**, dipl. iur.

Dugogodišnja novinarka Liječničkih novina **Borka Cafuk**, dipl. nov., od 1. rujna više nije zaposlenik Komore. Na vlastiti zahtjev prestao joj je radni odnos zbog preseljenja u Peru, gdje se bavi humanitarnom radom. Na njezinu je mjesto jednoglasnom odlukom na neodređeno vrijeme zaposlena **Andreja Šantek**, dipl. nov..

Na temelju odluke Izvršnog odbora Komora će, po uzoru na sklopljeni ugovor s tvrtkom Pliva Hrvatska, sklopiti jednogodišnji ugovor s tvrtkom Dedal komunikacije d.o.o. za provođe-

nje bodovane on-line edukacije. Ugovorom su određeni finansijski aspekti suradnje, način bodovanja skupova u skladu s Pravilnikom o TMI te način upisivanja sudionika skupa u informatičku aplikaciju stručnog usavršavanja Komore. Prim.

Minigo je rekao kako je online edukacija sve veći trend, a pri tom je podsjetio da je u tijeku reljencno razdoblje te da će se i na taj način članovima besplatno omogućiti prikupljanje bodova potrebnih za obnovu licence. Zbog sve veće prisutnosti online edukacije, nakon što Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika jasno utvrdi kriterije za odabir najznačajnijih i najkvalitetnijih skupova, pristupit će se javnom pozivu. Kao tečaj trajne vrijednosti za sve liječnike očekuje se da će u online formatu uskoro biti dostupan i tečaj „Hitna medicina u deset koraka“ koji se već uspješno provodi u organizaciji MEF-a i prof. dr. sc. Vesne Degoricije. Kako bi se već u skorije vrijeme, tj. do isteka ovog reljencnog razdoblja, omogućilo liječnicima praćenje zanimljivih sadržaja, Izvršni odbor je prihvatio prijedlog da se na taj način prezentira 8. Internistički kongres koji od 3. do 5. listopada u Opatiji organizira Hrvatsko internističko društvo HLZ-a.

Komora će za 200 zainteresiranih članova omogućiti kupnju knjige „Hitna medicina“, urednice prof. Degoricije, s 50 posto popusta. Ostatak do pune cijene knjige podmirit će Komoru.

Komora je, bez finansijskih obveza, prihvatala pokroviteljstvo nad 5. Internacionallim simpozijem iz psihijatrije i kognitivne neuroznanosti koji se 25. i 26. listopada održava u Psihijatrijskoj bolnici Rab te nad manifestacijom „Pokretom protiv Parkinsona“ 4. listopada u Zagrebu.

.....

Pregled aktivnosti Komore od 14. lipnja do 12. rujna 2014.

(od 29. do 30. sjednice Izvršnog odbora Komore)

14. lipnja

- održana je redovita godišnja sjednica Skupštine Hrvatske liječničke komore

16. lipnja

- prim. dr. Hrvoje Minigo kao član Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora nazočio je njegovoj sjednici (prijedlog za iskazivanje povjerenja prim. Siniši Vargi, dr. med. dent., za obavljanje dužnosti ministra zdravlja)
- prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric sudjelovala je u Ministarstvu zdravlja (MZ-u) na sastanku radne skupine za akreditaciju specijalizacije iz

patologije

- dr. M. Malnar i M. Lacković, dipl. iur., sudjelovali su u Hrvatskoj udruzi poslodavaca na sastanku u vezi s položajem ugovornih subjekata u zdravstvu

18. lipnja

- prim. Minigo nazočio je u MZ-u predstavljanju novog ministra zdravlja, prim. Varge komoroma u zdravstvu
- prim. Minigo nazočio je u MZ-u sjednici Povjerenstva za priznavanje naziva primarijus

19.-21. lipnja

- prim. Minigo, dr. S. Muslić, Nikolina Budić, dipl.iur., i Andreja Šantek, dipl. nov., u Grožnjanu su sudjelovali na tečaju Mediji i zdravlje

21. lipnja

- u Komori je održano predstavljanje internetskog servisa za liječnike američke tvrtke „UpToDate servis“

23. lipnja

- prim. Minigo je sudjelovao u radu redovite

sjednice Upravnog vijeća Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi

25. lipnja

- prim. Minigo je u HNK-u Zagrebu nazočio prijemu predsjednika RH IVE Josipovića prigodom Dana državnosti

1. srpnja

- u Komori je održan sastanak liječnika specijalista ortopedije i traumatologije radi razmatranja mogućnosti stjecanja statusa specijalista ortopedije i traumatologije liječnika koji su specijalističko usavršavanje završili prije harmonizacije specijalizacija u RH s EU

2.-5. srpnja

- u Motovunu je održan tečaj „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika“

7. srpnja

- u HLZ-u je održan sastanak predsjednika Komore, HLZ-a, KOHOM-a i HUBOL-a radi zajedničkog istupa liječničkih organizacija povodom prijedloga Zakona o reprezentativnosti

9. srpnja

• prim. Minigo je kao član Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora. Nazočio njegovo sjednici (teme: konačan prijedlog Zakona o životnom partnerstvu osoba istog spola, prijedlog Zakona o potvrđivanju ugovora o zajmu za program poboljšanja kvalitete i djelotvornosti pružanja zdravstvenih usluga, prijedlog Strategije zbrinjavanja radioaktivnog otpada, iskorištenih izvora i istrošenog nuklearnog goriva)

10. srpnja

- prim. K. Sekelj-Kauzlaric sudjelovala je u MZ-u na sastanku u vezi s rješavanjem statusa liječnika koji se bave traumatologijom
- u Komori je održan sastanak s prof. dr. V. De-goricić u vezi sa suradnjom Komore u organizaciji tečaja Hitna medicina u deset koraka

14. srpnja

- u Hrvatskom liječničkom domu održana je konferencija za novinare na kojoj su predsjednici Komore, HLZ-a, KOHOM-a i HUBOL-a izrazili podršku Hrvatskom liječničkom sindikatu u vezi s prijedlogom izmjena Zakona o reprezentativnosti

17. srpnja

- prim. K. Sekelj-Kauzlaric i N. Budić, dipl. iur., u MZ-u su sudjelovale na sastanku u vezi s provođenjem postupka priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija za doktore medicine

23. srpnja

- prim. Minigo i ministar zdravlja prim. Varga održali su u MZ-u radni sastanak o aktualnim problemima u sustavu zdravstva

29. kolovoza

- u Komori je održan sastanak s g. N. Žunecom, direktorom Business Media Croatia, u vezi s pružanjem stručne podrške Komore te uključenjem prim. Miniga u stručni odbor skupa Pharmex koji će se održati u Zagrebu od 12. do 14. studenog

1. rujna

- u Komori je održan sastanak s g. Z. Milasom, direktorom tvrtke Dedal komunikacije, u vezi sa zaključenjem ugovora za provođenje tečajeva on-line edukacije

2. rujna

- u Komori je održan sastanak s predstavnicima Poliklinike AVIVA vezan uz oglašavanje usluga ispod minimalnih cijena propisanih Cjenikom zdravstvenih usluga Komore

4. rujna

- u Komori je prezentiran edukacijski portal za liječnike belgijske tvrtke IVS

9. rujna

- prim. Minigo, dr. Ž. Rogić i N. Budić, dipl. iur., održali su u MZ-u radni sastanak sa zamjenikom ministra, mr. M. Česarikom i suradnicima, u vezi s provođenjem postupka priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija za doktore medicine

11. rujna

- MZ provelo je u Komori upravni nadzor nad njezinim radom u obavljanju njezinih javnih ovlasti.

U razdoblju između dviju sjednica predsjednik HLK-a prim. Minigo te od njega ovlaštene osobe istupali su u medijima u vezi s aktualnim temama u zdravstvenom sustavu.

O svim aktivnostima članstvo je redovito obavještavano na web stranici HLK-a i putem Liječničkih novina, a redovito su slane obavijesti putem newslettera.

Nastavljena je intenzivna suradnja s MZ-om te je Komora na području čitave RH delegirala predstavnike u stručna povjerenstva za utvrđivanje uvjeta za obavljanje zdravstvene djelatnosti glede prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme zdravstvenih ustanova i trgovачkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

U tom razdoblju stalno su se odvijali svi redoviti poslovi stručnih službi, koji su - zbog približavanja roka za podnošenje zahtjeva za relicenciranje značajno povećanog opsega, kako u središnjem uredu u Zagrebu tako i u županijskim povjerenstvima, organizacije provođenja ispita, licenciranja liječnika iz inozemstva, pripreme sjednice Izvršnog odbora HLK, stalnih povjerenstava IO HLK-a, te aktivnosti usmjerenih na davanje odgovora na učestala pitanja članstva - u navedenom razdoblju značajno brojniji i opsežniji jer su vezani uz novu zadaću HLK-a da izdaje potvrdu hrvatskim državljanima za odlazak na rad u inozemstvo kao i na nove poslove priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija.

Dopuna izvješća sa Skupštine Komore

• Sukladno odredbi čl. 40 Zakona o medijima objavljujemo dopunu članka "Komora će platiti upravnu pristojbu za relicenciranje članovima koji uredno podmiruju svoje obvezne" objavljenog u LN br. 130 od 15. lipnja 2014. Dr. Galibedin Galijašević, delegat Skupštine Komore, reagirao je na izvješće sa sjednice Skupštine objavljeno u LN br. 130 od 15. lipnja tražeći ispravak, tj. nadopunu informacije. U svom zahtjevu navodi kako je jedna od najvažnijih donesenih odluka Skupštine ona kojom se tijelima HLK-a nalaže organizacija 'izvanredne' sjednice Skupštine na temu izmjena Statuta HLK-a te Pravilnika o izborima tijela HLK-a. U nastavku donosimo transkript odluke sa Skupštine koju su delegati izglasali, a koju je ponudio predsjednik Skupštine prof. dr. sc. Vlado Jukić:

"Imamo potrebu mijenjanja Statuta,

imamo potrebu mijenjanja Pravilnika o izborima pa predlažem da se negdje u jesen ove godine održi izvanredna sjednica Skupštine na kojoj će biti rasprava i prijedlog izmjene Statuta i Pravilnika o izborima i ostalih akata. Dakle, negdje u 10. mjesecu imat ćemo izvanrednu Skupštinu. Predlažem kolegi Mozetiću (predsjedniku Povjerenstva za izmjenu Pravilnika, op. a) da kooptira dr. Galijaševića u Povjerenstvo za izmjene Pravilnika o izboru, a isto tako da se posebno rasprave potrebne izmjene Statuta", rekao je prof. Jukić. Također je jednoglasno prihvaćen i prijedlog dr. Marija Malnara da se za buduće Skupštine omogući izravan prijenos kako bi svi članovi Komore mogli pratiti tijek sjednice.

Postupak obnavljanja odobrenja za samostalni rad (licence)

• Poštovani članovi Komore, u tijeku smo provođenja postupaka obnavljanja odobrenja za samostalan rad (licence). Kako bismo vam olakšali postupak io pomogli u prikupljanju potrebnih dokumenata, u nastavku donosimo opis postupka i popis obrazaca koje morate priložiti zahtjevu za obnavljanje licence.

Liječnik kojem je izdana redovna licenca dužan je zahtjev za obnavljanje redovne licence podnijeti najkasnije tri mjeseca prije isteka roka na koji mu licenca izdana. Zahtjev se podnosi putem županijskih povjerenstava Komore ili u stručnoj službi Komore u Zagrebu, Tuškanova 37/II.

Uz ispunjeni zahtjev koji se podnosi na propisanom obrascu, a koji će naći na mrežnim stranicama Komore u rubrici Propisi i obrasci (obrazac OL 1), obvezni ste još priložiti: presliku prethodnog Odobrenja za samostalan rad (licence)/Rješenja

- obrazac o bodovanju za provjeru stručnosti liječnika
- dokaz o sakupljenim bodovima (minimalno 120) u postupku trajne medicinske izobrazbe
- izjavu o poštivanju odredbi Kodeksa medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore
- potvrdu o uplaćenoj članarini (izdaje se prilikom podnošenja zahtjeva u stručnoj službi Komore)
- dokaz o položenom ispitom pred Ispitnom komisijom Hrvatske liječničke komore potvrdu o privremenoj nezaposlenosti izdanu od nadležnog tijela Republike Hrvatske
- potvrdu o privremenoj nesposobnosti za rad (bolovanju) duljou od 42 dana izda-

nu od nadležnog tijela Republike Hrvatske

- potvrdu o roditeljskom ili roditeljskom dopustu izdanu od nadležnog tijela Republike Hrvatske

- dokumentaciju određenu pozitivnim zakonskim i podzakonskim propisima kojima se uređuje rad stranaca u Republici Hrvatskoj

Dokumenti navedeni pod rednim brojem od 6 do 9 prilažu se ako se opisano odnosi na podnositelja zahtjeva (da je položio ispit pred Ispitnom komisijom Komore, da je privremeno nezaposlen, da je privremeno nesposoban za rad zbog bolovanja, da je na porodilnjom dopustu).

Isti postupak vrijedi i za liječnike umirovljenike kojima je izdana redovna licenca. No, umirovljeni liječnici mogu licencu prodlužiti i na vremensko razdoblje kraće od šest godina, i to ispunjavanjem obrasca I -VR koji je također dostupan na mrežnim stranicama Komore u rubrici Propisi i obrasci.

Svima onima kojima u razdoblju od 16. lipnja do 31. prosinca 2014. istječe valjanost odobrenja za samostalan rad, a uredno su plaćali članarinu, Komora će podmiriti troško-

ve upravne pristojbe u iznosu od 70 kuna. Ako niste redovito plaćali članarinu, ali je podmirite do trenutka podnošenja zahtjeva za obnovu licence, Komora će također podmiriti trošak upravne pristojbe. Svi ostali koji se upisuju u Komoru ili su podnijeli zahtjev za promjenu licence ili nisu uredno podmirivali svoje članske obvezе, sami snose trošak upravne pristojbe, tj. dužni su uz zahtjev za obnovu licence i ostalu dokumentaciju priložiti i upravni biljež od 70 kuna.

Članarina iznosi 40 kuna mjesечно za umirovljene liječnike. Za zaposlene članarina iznosi 0,40 posto od bruto plaće mjesечно, a ne može biti manja od 40 kuna. Za liječnike privatnike članarina iznosi 0,20 posto od bruto plaće mjesечно.

Izgubljene, otuđene i uništene iskaznice

- Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. Dubravka Pelicarić, dr. Marina Mioč i dr. Jadranka Car

- **Mikuljan** prijavile gubitak liječničke iskaznice HLK-a. U roku od 30 dana od objave gubitka, otuđenja ili uništenja liječničke iskaznice u službenom glasilu Liječničkim novinama, Komora će kao izdavatelj iskaznice, liječnicima izdati novu iskaznicu.

Obavijest

Predsjednik HLK-a je temeljem čl. 2 st. 2 Pravilnika o izдавanju duplikata odobrenja za samostalan rad (licence) i/ili rješenja o izdavanju/obnavljaju odobrenja za samostalan rad u slučaju gubitka, otuđenja, oštećenja ili uništenja, a postupajući po zahtjevu dr. **Lade Bradić** iz Zagreba, donio rješenje kojim se nevažećim proglašava licenca br. 15283-014750 od 20. svibnja 2011. izdana za djelatnost opće medicine za razdoblje od 24. svibnja 2011. do 23. svibnja 2017. godine. U obrazloženju rješenja (Klasa: UP/I-05-31/2014/791, Ur. Broj: 385-05-31/2014/783) navodi se da je dr. Bradić podnijela zahtjev za izdavanje duplikata licence uz obrazloženje da ju je izgubila.

.....

Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske liječničke komore i časopisa MEDIX

Rezultati testiranja za dvobroj 109/110 (ožujak/travanj 2014.)

• Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena liječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60%) pitanja na temu „Respiratorne bolesti“ objavljenih u časopisu MEDIX dvobroj 109/110, ožujak/travanj 2014. godine. Svi kandidati time su ostvarili 7 bodova, sukladno Pravilniku HLK. Napominjemo da posebne potvrđnice neće biti dostavljene, nego će se kao potvrda koristiti popis objavljen u Liječničkim novinama za rujan 2014. Čestitamo svim sudionicima koji su pravodobno odgovorili na postavljena pitanja. Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.

Uredništvo

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

- Alfirević Helena
- Andrijašević-Trivić Izabela
- Antonić Željka
- Baboselac Ankica
- Bačić Anita-Sarah
- Bajek Marin
- Balković Vanda
- Balog Sandra
- Bančić Bogoljub
- Barjac Dijana
- Barjan Ana-Marija
- Bareta Radosna-Dome
- Barišić Anita
- Barišić Mirjana
- Batagelj Matulja Vesna
- Bator Ivana
- Bego Radanović Ivna
- Bekavac Mara
- Benčević Tanja
- Benčić Krunoslav
- Benković Silvija
- Berger Richter Snježana
- Bešlić Gabrijela
- Bilić Ivica
- Bilić Tomislav

- Biskupović Katija
- Biškup Jadranka
- Biškup Marija
- Blaić Dinka
- Blažević Ivanka
- Boban Silvana
- Borić Gordana
- Bošnjak Branimir
- Božić Grigić Davorka
- Brala Trtolja Melita
- Brisky Livia
- Brisky Tibor
- Brljić Mirjana
- Brodarić Olivera
- Brus Škrljac Martina
- Bubić Friščić Ružica
- Bučević Kristijan
- Bulaš Maria
- Buljan Miroslav
- Bunjevac Branko
- Butorac Šegulja Milojka
- Cezner Bačić Jasminka
- Chamae Snježana
- Ciglar Karmen
- Cimperman Srok Tatjana
- Copić Marija

- Crlijenko Vesna
- Cvečić Ana
- Čaklovic Marija
- Čala Dubravka
- Čelebić Iljaja
- Čičmak Smirnjak Ljiljana
- Čilić Branislava
- Črneli Marija
- Čučak Dubravka
- Čupić Vladislav
- Čurković Marica
- Dašić Nada
- Daus Šebedač Danijela
- Dijan Irena
- Dlaka Domagoj
- Dobrić Šimundža Milena
- Dogan Nada
- Domović Zlata
- Dondur Višnja
- Došen Ljiljana
- Dragoja Vesna
- Dropuljić Nediljka
- Dujmov Stjepan
- Dukić Davorka

- Džankić Sanja
- Đulabić Luka
- Đuras Velimir
- Đurić Štefo
- Emedi Vladimir
- Ermacora Ratko
- Ezgeta Slavica
- Filipović Jelena
- Fistanić Indira
- Florini Diana
- Forster Lidija
- Galić Anton
- Gašpartić Melita
- Glavan Radić Dolores
- Glavaš Vražić Srećka
- Golubić Darko
- Golubovac-Rutar Milica
- Grbčić-Mikuličić Biserka
- Gregov Miodrag
- Grgas Josipa
- Grgić Tina
- Grgić Željka

Grubešić Zdravko
Grubišić Barbara
•
Haluga Vladimir
Hatvalić Zrinko
Heđi Ferenčević Verica
Hittner Suzana
Hofmann Jager Ozana
Holzmann Miletić Ljerka
Hrkač Snježana
Huljev Šipoš Ivana
•
Ikić Ana
Iličić Amila
Imbriovićan Dubravka
Ivančić Ravlić Iva
Ivanišević Zlatko
•
Jadrejčić Vitorimir
Jagetić Jelena
Jakić Marijana
Jaklin Željka
Jakovović Ljiljana
Janbay Issam
Jančić Jelena
Janković Iva
Jašić Branko
Jazbec Vjekoslav
Jedvaj Ivana
Jerbić Boris
Jerbić Cecelja Martina
Jović Milena
Jović Zlatović Josipa
Jozić Radovan
Jozinović Jelena
Jungić Aleksandra
Jurca Ivana
Jurić Banai Sanja
Jurić Ilija
Jurišić Ivo
Jurišić Vesna
Jurković Jandrašić Lara
Jurlina Margareta
•
Kajganić Ana
Kajić Marina
Kajić Violeta
Kajić Zvonko
Kalabrić Babić Silvana
Kalšan Brkić Sanja
Kalšan Saik Vesna
Karlica Hana
Katalinić Nevena
Katić Đema
Kelava Kukučka Kata
Kešin Nenad
Kirchbaum Oskar
Ključević Kristijan
Knežević Alemka
Knežević Dijana
Kobač Jadranka
Kokić Marina
Kolarić Blažičko Tanja
Kolarić Monika
Kolundžić Božica
Komar Lukač Ivona
Komljenović Koprek Adela
Kontić Maša
Koprek Ivan
Koprić Branko
Koričić Sanja
Kosanović Radivoj
Kosović Oliver

Kovač Štefanija
Kovač Vladna
Kovač Zorko
Kovačević-Bjeljac Slavica
Kraljevski Davorka
Križaj Grden Aida
Križan Vladimir
Križanić Sandra
Krtalić Glorija
Kukovec Tamara
Kukurin Dajana
Kunštek Kučanda Tatjana
Kustura Lea
Kutleša Dario
Kuzmanić Komadina Sanja
•
Labura Darko
Lacmanović Mirjana
Ladavac Doris
Lakić Teodosija
Lasić Živčić Anita
Lauš Perislav
Laušin Veronika
Lemajić Aleksandra
Lipovac Mrđen Marija
Lokin Branka
Lončar Dalibor
Lovrić Željka
Lovrinić Đino
•
Ljubas Mijo
Ljubešić Luka
Ljubičić Đivo
•
Macner Koren Zdenka
Madjarević Mladen
Majsan Petra
Maltar Miljenko
Mamić Anka
Mareš Bratko Vera
Marić Veljko
Marić Violeta
Marković Nada
Markunović Sekovanić Martina
Martinez Ivan
Martinović Ivo
Marunčić Simona
Masovčić Jakov
Matić Mihaela
Matić Mirko
Međedović Denis
Meister Babić Danijela
Merćep Mladen
Mesićek Monika
Mićić Josipa
Mihalinec Zlatko
Miholić Ranko
Mijić Melita
Milosavljević Gačić Vesna
Milovac Silvana
Miše Stjepan
Mišetić Marija
Mišković Milorad
Mladinić Tadin Sandra
Moharić Pranjic Marina
Mrđen Vedrana
Mrgan Tomići Biserka
Muršić Davorka
Mužić Tamara
•
Nenadić Zdravko
Nikolić Renata
Nikolić Ružica

Nikšić Dubravka
Novoselnik Dragan
•
Nježić Radmila
•
Obućina Vesna
Oćić Leljak Melita
Ojtović Verica
Oršanić Nina
Osman Dijana
Ozoč-Bebek Marko
•
Palaversa Musa Irena
Parčetić Kostelac Ida
Paver Ivana
Pavić Tea
Perić Marija
Perić Mirjana
Permozer Hajdarović Snježana
Perušić Pribić Singlida
Petrić Ana
Picukarić Zdenka
Pilaš Cukon Jelisaveta
Pivčić Gombović Ana
Pižeta Ivan
Pogorelić Mladen
Posedel Biserka
Prga Bajić Tajana
Prgin-Rogošić Asja
Protrka Ino
Prvulović Mirković Tatjana
Purgarić Željko
Puvačić Solomun Jadranka
•
Radaković Petar
Radanović Davorka
Radeljak Protrka Maša
Radić Mihael
Radovniković Goran
Rađenović Sanja
Rebić Jardas Biserka
Rojnić Matejić Roberta
Rosandić Piasevoli Rosanda
Rudelić Zadrović Maja
Rudež Josip
•
Sabo Anica
Santica Mia
Scagnetti Ksenia
Schubert Ada
Schwenner Radovniković Jelena
Sekovanić Josip
Seničić Danijela
Skarts Renata
Skender Josip
Skopljak Vlasta
Slavić Domagoj
Smerdelj Željka
Smoljan Ines
Sorić Maša
Sovilj Katica
Srbel Dehljić Biserka
Stakor Mirjana
Stanečić Kristina
Stanić Jurašin Karmen
Stanić Marta
Stanić Rikard
Stanimirović Ljeposava
Starčević Alma
Staver Dijana
Stipeč Karman
Stipković Snježana
Strugala Jadranka

Svilan Maja
•
Šalić Herjavec Dubravka
Šamarija Vladimir
Šanjek Mirjana
Šepić Ljiljana
Šestan Katarina
Šikanić Sonja
Šimundić Davor
Šinko Vladimir
Šipić Andreja
Širić Ivanka
Škvorc Marcus Ingrid
Šmider-Knezović Jasmina
Šoštarić Opačić Ivanka
Špiranović Željko
Štanfel Ivanka
Štanfel Željko
Šunjara Dragutin
Šupraha Biserka
Šuškov Sunčica
•
Telak Jana
Tibljaš Maura
Tomljenović Ivančec Pavica
Tonković Zdenka
Topolnjak Natalija
Topolovec-Galic Biserka
Treska Pintarić Jasenka
Treščec Tomislav
Turjak Josip
Turković Veljka
Tušek Lončarić Jasna
•
Uglešić Lovro
Uhoda Branko
Utrobićić Ante
Uzelac Karvazi Branka
Uzelac Tanja
•
Valek Marina
Verbanac Ira
Vidošević Ljiljana
Vidović Šehović Heda
Vincetić Danijela
Vitasović Grandić Mirjana
Vujević Miona
Vukelić Ina
Vukičević Lazarević Vesna
Vukman Marija
Vuković Debogović Morena
Vuletić Bruno
•
Winterhalter Zvonar Branka
•
Zakošek Fulir Maja
Zavidić Tina
Zečević Marija
Zekić Božana
Zubak Marić Branka
•
Žambok Ivanka
Žarković Branimir
Žarković Maja
Žić Alemka
Žigmundovac Klaić Đurđa
Žunić Ljiljana
Žutić Dušanka
Žvrc Iva

.....

“Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika”

Vrednovanje rada profesionalaca u zdravstvu - stručno, organizacijsko, pravno i ekonomsko

*Doc. dr. sc. Aleksandar Džakula, dr. med.
Prim. Katarina Sekelj- Kauzlaric, dr. med.
Danko Relić, dr. med.*

- U Motovunu je od 2. do 5. srpnja 2014. po deveti put zaredom, održana radionica "Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika" koju zajednički organiziraju Hrvatsko društvo za javno zdravstvo - Hrvatski liječnički zbor, Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja, Hrvatska liječnička komora, Istarska županija i PIN za zdravlje. Kao i prijašnjih godina program je održan u suradnji s Ministarstvom zdravljva, Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo.

Tema ovogodišnje radionice bilo je "Vrednovanje rada profesionalaca u zdravstvu" kojim se nastojalo potaknuti raspravu i odgovoriti na dva ključna pitanja: kakav je zdravstveni sustav potrebno razvijati kako bismo pokazali sposobnost za uspješno angažiranje profesionalaca u zdravstvu, te na koji način kvalitetno vrednovati svakodnevni rad zdravstvenih djelatnika.

Na spomenuta, kao i na mnoga druga pitanja, sudionici i partneri ovogodišnje radionice, njih preko osamdeset, pokušavali su pronaći odgovore kroz niz izlaganja, seminara i prezentacija. Usporedno uz stručne programe, održane su prezentacije i savjetovanja o aktualnim mogućnostima primjene EU projekata u zdravstvu, aplikacijama i „Bi“ rješenjima za zdravstveni sustav te ad hoc tematske grupe. U radionicama su sudjelovali predstavnici zdravstvenih ustanova, poslodavaca, lokalne i državne uprave, komora u zdravstvu i poslovnog sektora koji djeluje u zdravstvu. Proširene verzije nekih izlaganja donosimo u ovom broju Liječničkih novina.



Doc. dr. sc. Aleksandar Džakula, dr. med.

Stručni dio programa započeo je temom Nove tehnologije i unapređenje radnih procesa u zdravstvu. Moderatori ovog dijela programa bili su **Dunja Durut-Beslač** i **Maja Vajagić**, a sudjelovali su: **Dario Rahelić**, **Gordana Stipanić**, **Dunja Rogić**, **Tereza Šarić**, **Luka Celić**, **Siniša Drobnjak**, **Dubravko Šijak**, **Siniša Kočina**, **Tomislav Benjak**, **Ines**

Srdelić, **Branko Šoštaric**, **Mario Slaviček** i **Goran Streny**. Predstavljeni su projekti i rješenja koja unapređuju rad u području kontrole dijabetesa, boljeg korištenja laboratorijskih sustava i tehnologije, kojima se lakše dolazi do aktualnih informacija iz ordinacija liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolničkog informacijskog sustav ili nacionalnih preventivnih programa. Sustav portala za pacijente predstavio je **Darko Gvozdanović**, a novi sustav informatizacije patronažne službe predstavili su **Josip Kovačević** i **Mara Županić**.

„Kako do sredstava iz EU fondova?“

U sklopu ovogodišnjeg programa održana je i radionica pod nazivom „Kako do sredstava iz EU fondova?“ tijekom koje je predstavljen Treći program Zajednice u zdravstvu. Moderatori su bili **Dunja Skoko Poljak** i **Vanja Pajić**. Tijekom radionice sudionici su kroz neposrednu komunikaciju mogli saznati više o Trećim programima Zajednice, novim modelima sufinanciranja projekata i novim načinima prijave na projektne pozive. Treći programi su jedno od ključnih sredstava Europske komisije za uspješnu provedbu strategija EU u području zdravstva. Svrha ovih programa je potpora zdravstvenim politikama i strateškim odrednicama država članica EU uz jačanje solidarnosti i prosperiteta u Uniji putem zaštite i promicanja zdravlja i sigurnosti ljudi te unapređivanjem javnog zdravstva, ponajprije na području pristupa zdravstvenoj skrbi, bolje zdravstvene legislative, izgradnje informacijskih zdravstvenih sustava i jačanja prekogranične medicinske suradnje između država članica EU.

U programskom bloku „Zdravstveni sustav i vrednovanje rada“ predstavljeni su aktualni projekti Ministarstva zdravljva i HZZO-a, te pogledi koje na vrednovanje rada imaju predstavnici pojedinih komora. Kao gost predavač, iskustva iz Slovenije prikazala je **Biserka Simčić**, autorica brojnih studija i dokumenata vezanih za akreditaciju u zdravstvu. U ovom programskom bloku sudionici su mogli poslušati izlaganja (i pitati za pojašnjenja aktualnih zbivanja) **Tatjanu Prendža Trupec**, **Nikolinu Budić**, **Biserku Simčić**, **Maria Malnara**, **Dijanu Cimeru**, **Gorana Lazića**, **Zorana Maravića**, **Katicu Vugrinčić**, **Mašu Smokrović** i **Renatu Zadro**. Kao poseban gost u programu, sudjelovala je **Antoinette Kaić Rak**, koja je predstavila publikacije Svjetske zdravstvene organizacije o zdravstvenim sustavima, a među njima i novo izdanje publikacije Health Care System in Transition za Hrvatsku. Programski blok realiziran je pod vodstvom **Katarine Sekelj Kauzlaric** i Alek-

sandra Džakule, koji su bili i moderatori. Svi sudionici skupa su vrlo aktivno, do kasnih podnevnih sati, sudjelovali u diskusijama nakon vrlo zanimljivih i inspirativnih izlaganja. S obzirom na brojnost nazočnih dužnosnika državne i javne uprave te na prisutnost novinarke **Andreje Šantek** i glasnogovornika **Nenada Korkuta**, radionica u Motovunu je i ove godine imala visoku razinu rasprave i medijske zanimljivosti.

Koliko su pitanja rada u bolnici te vrednovanje rada specijalista različitih specijalnosti zahtjevna pokazala su izlaganja i rasprave u kojim su sudjelovali **Marijan Cesarik**, **Dubravka Pezelj Duliba**, **Ljiljana Perić**, **Sandra Čubelić**, **Miroslav Mađerić**, **Mario Bagat** i **Vesna Sitar Srebočan**.

Da vrednovanje rada nije cijelovito riješeno u zdravstvenom sustavu pokazala su brojna predavanja, ali kako se vrednuje

Prim.
Katarina
Sekelj-Kauzlaric,
dr. med. i
prof. dr. sc.
Ljiljana Peric,
dr. med.



rad zdravstvenih radnika i koje sve specifične zahtjeve postavljaju izvanredne okolnosti pokazali su **Maja Grba Bujević**, **Nataša Janev Holcer** i **Pavle Jeličić** predstavljajući rad Strožera Ministarstva zdravlja koji je djelovao na područjima zahvaćenim poplavama u svibnju

2014. Film i glazba koji su pratili ovo izlaganje bili su iznimno dojmljivi za sve prisutne.

•••••

*U dogovoru sa svim sudionicima radionica u Motovunu, u ovom su tekstu izostavljene stručne, znanstvene i akademske titule

Motivacija radnika u sustavu zdravstva u Hrvatskoj

Mr. sc. Mario Bagat, dr.med.

- Upravljanje ljudskim potencijalima kao poslovna funkcija objedinjuje poslove i zadaće vezane uz radnike, njihov izbor i zapošljavanje, obrazovanje i stručno usavršavanje, motivaciju i druge aktivnosti razvoja radnika. U upravljanju ljudskim potencijalima vodi se briga o zadovoljavanju potreba radnika, poboljšanju socijalnog i ekonomskog položaja, osiguranju prihvatljivih uvjeta rada i kvalitete radnog života, osiguravanju povoljne radne atmosfere i dobrih međuljudskih odnosa te briži za zdravlje, koji utječe na zadovoljstvo radnika, a time potiču osobni angažman i profesionalni razvoj.*

Upravljanje ljudskim potencijalima prošlo je mnoge faze razvoja, od one kad je u okviru svoje djelatnosti obuhvaćalo izbor radnika, razmjешaj na poslove i čuvanje osobnih podataka, preko stručnog osposobljavanja, pa sve do formuliranja politike koja potiče integraciju svih radnika, razvija zainteresiranost, fleksibilnost i kvalitetu rada čime se zadovoljavaju interesi kako poslodavca tako i radnika.

Zadatak upravljanja ljudskim potencijalima je da se individualnim pristupom uspiju nadvladati eventualne poteškoće do kojih bi moglo doći zbog izražene osobnosti



Mr. sc. Mario Bagat, dr. med.

pojedinaca, koje unose u organizaciju te na taj način mogu utjecati na organizacijske ciljeve.

Strukture koje su zadužene za ljudske potencijale trebaju znati kako prepoznati moguće probleme te potaknuti pozitivnu, kreativnu energiju kod radnika.

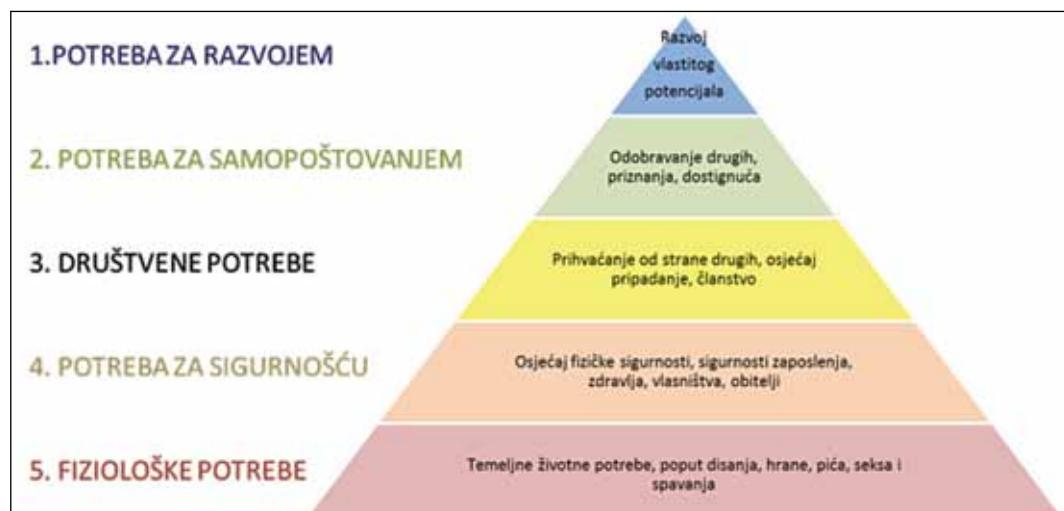
Motivacija i zadovoljstvo radnika postaju temeljem zanimanja suvremenog pristupa upravljanju ljudskim potencijalima jer jedino se s izgradnjom kvalitetnog motivacijskog sustava može pomoći unaprjeđenju poslovanja. Motivacija je proces pokretanja aktivnosti čovjeka i usmjeravanje njegove aktivnosti na određene objekte radi postizanja određenih ciljeva.

Danas postoji veći broj teorija motivacije, a tri su osnovne.

Teorija potreba (Maslow, 1954., Alderfer, 1969) polazi od specifičnih potreba pojedinca i zadovoljavanja potreba kao osnove za ravnotežu i opstanak ljudskog organizma. Ova teorija objašnjava zašto ljudi reagiraju, ali ne tumači način i vrste aktivnosti koje ljudi produzimaju da bi zadovoljili te potrebe. Piramida potreba prikazuje potrebe pojedinca prikazane kroz pet grupa. Temeljne su fiziološke potrebe čovjeka koje predstavljaju temeljne životne potrebe nužne za preživljavanje kao što su potreba za disanjem, hranom, pićem ili snom. Sljedeća grupa potreba u piramidi su potrebe za sigurnošću, bilo osobnom sigurnošću ili sigurnošću obitelji i radnog mjeseta. Nadalje, tu su društvene potrebe koje čovjeka određuju kao socijalno biće, zatim potrebe za poštovanje i potrebe za osobnim razvojem.

Teorija vrijednosti (Mc Clelland, 1973.) uzima u obzir ne ono što je potrebno za opstanak pojedinca već ono što pojedinac želi. Tri su tipa motivirajućih potreba: potreba za moći, potreba za povezanošću i potreba za

Maslowljeva piramida potreba



postignućem. Tako pojedinac s visokom potrebom za moći pridaje veliku pažnju svom utjecaju i kontroli, dok su pojedinci s velikom potrebom za povezivanjem sretni samo onda kada su voljeni. Treća potreba za postignućem pripada pojedincima s velikom željom za uspjehom, a koji se u isto vrijeme boje neuspjeha.

Teorija vanjskih poticaja i očekivanja naglašava važnost i utjecaj okruženja na ponašanje pojedinca i njegovo reagiranje.

Bez obzira na teorije, motivirani ljudi ulagat će više napora u svom radu od onih koji nisu motivirani. Kombinacijom materijalnih i nematerijalnih oblika motivacije postiže se puna angažiranost na radu, što se odražava na racionalnost, ekonomičnost i efikasnost rada. Danas su na raspolaganju brojni materijalni i nematerijalni oblici motivacije, a koju će kombinaciju upotrijebiti poslodavac ovisi o njihovom poznавanju motivacijskih teorija, potreba

radnika i sustava vrijednosti radnika. Osim podjele oblika motivacije na materijalne i nematerijalne, izravne i neizravne, motive za rad možemo podijeliti i na vanjske, kao npr. sustav plaća, uvjeti rada, rukovođenje te unutrašnje poput obrazovanja i napredovanja.

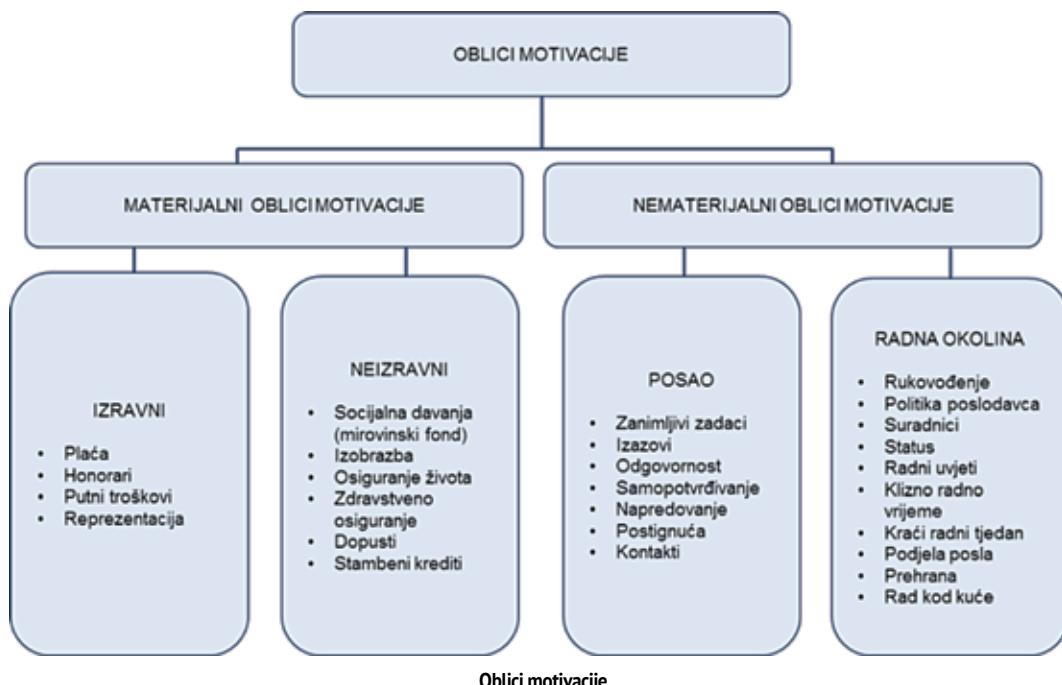
Materijalna odnosno finansijska kompenzacija sastavljena je od različitih oblika motivacije koji su usmjereni na osiguranje i poboljšanje materijalnog položaja radnika. S obzirom na stupanj izravnosti primanja, dvije su temeljne vrste materijalnih kompenzacija, izravne koje pojedinac dobiva u novcu te neizravne koje doprinose podizanju materijalnog standarda radnika i koje ne dobivaju u plaći ili uopće u obliku novca.

Uz materijalne kompenzacije koje čine temelj motivacijskog sustava, postoji i niz nematerijalnih poticaja za rad koji zadovoljavaju raznolike potrebe radnika. Za većinu su ljudi

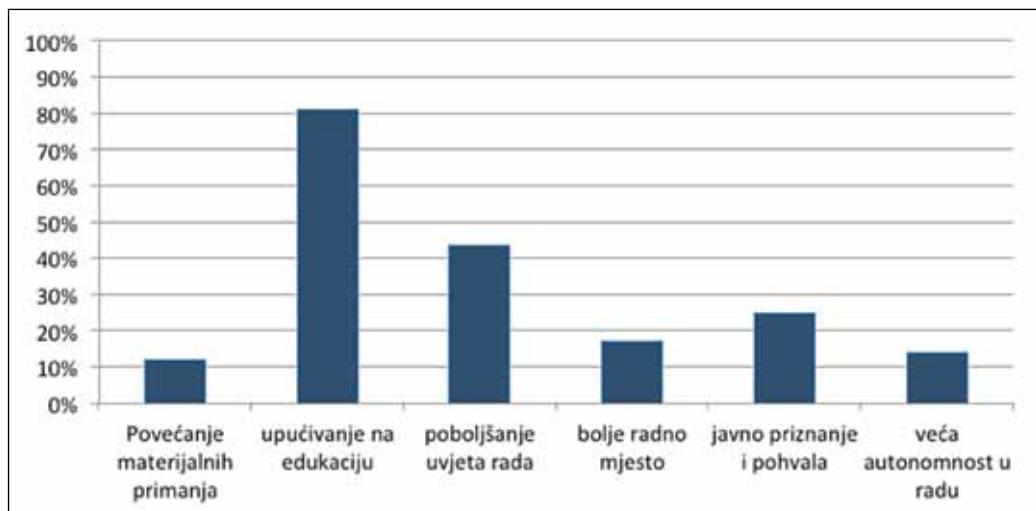
sve važnije potrebe višeg reda kao što su razvoj i potvrđivanje, uvažavanje, status i drugo.

Kako bi se utvrdio model upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u Hrvatskoj, početkom 2014. godine provedeno je istraživanje kojim su obuhvaćene zdravstvene ustanove u sustavu javnog zdravstva u Republici Hrvatskoj, uključene u Mrežu javne zdravstvene službe. U istraživanje su uključene ukupno 64 bolnice, 49 domova zdravlja i 21 zavod za javno zdravstvo, što ukupno predstavlja 134 zdravstvene ustanove. Istraživanje je provedeno na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu kao dio znanstveno istraživačkog projekta Ministarstva znanosti obrazovanja i športa Republike Hrvatske pod nazivom „Zdravlje na radu i zdravi okoliš“ uz potporu Ministarstva zdravlja.

Kao aktivnost upravljanja ljudskim potencijalima posebna pažnja u istraživanju



Primjena pojedinog oblika motivacije u zdravstvenim ustanovama



posvećena je upravo motivaciji radnika u sustavu zdravstva. Analizirana je primjena šest oblika motivacije u zdravstvenim ustanovama: povećanje primanja i upućivanje na edukaciju kao izravni i neizravni materijalni oblici motivacije te poboljšanje uvjeta rada, bolje radno mjesto, javno priznanje i veća autonomost u radu kao nematerijalni oblici motivacije.

Kod utvrđivanja aktivnosti upravljanja ljudskim potencijalima koje se provode u zdravstvenim ustanovama, svega 13% ustanova je odgovorilo da provode motivaciju radnika kao aktivnost upravljanja ljudskim potencijalima. Međutim, daljnjim ispitivanjem utvrđeno je da gotovo sve ustanove provode pojedine radnje koje se svakako smatraju oblicima motivacije a da pri tome nisu svjesne da se radi o motivaciji kao aktivnosti upravljanja ljudskim potencijalima.

Analizom oblika motivacije koji se provode u zdravstvenim ustanovama, utvrđeno je da se u 91,1% zdravstvenih ustanova provodi barem jedan od ispitanih 6 oblika motivacije radnika. U 19,8% ustanova provodi se samo jedan oblik motivacije, dok se u preostalim ustanovama koristi više oblika, i to: u 44,6% ustanova se koriste dva oblika motivacije, u 17,8% tri oblika, a u 8,9% četiri oblika motivacije.

Najčešće korišteni oblik je upućivanje radnika na edukaciju, koji se primjenjuje u 81,2% zdravstvenih ustanova. Ostali se oblici koriste rjeđe, i to: poboljšanje uvjeta rada radnika koje se primjenjuje u 43,6% ustanova, javno priznanje i pohvala radnika u 24,8%, postavljanje na bolje radno mjesto u 16,8%, veća autonomost u radu u 13,9% te povećanje materijalnih primanja u 11,9% ustanova.

Istraživanjem je utvrđeno da nema postoji povezanosti između motivacije kao aktivnosti upravljanja ljudskim potencijalima i pojedinih radnji koje svakako predstavljaju oblike motivacije radnika. S obzirom na to da većina odgovornih osoba u upravljačkoj struk-

turi zdravstvenih ustanova upravlja ljudskim potencijalima temeljem iskustva, bez formalne edukacije iz tog područja (72,3%), ovakav rezultat ne iznenađuje te samo upozorava na potrebu za boljom educiranošću osoba zaduženih za taj segment poslovanja.

Najčešće korišteni oblik motivacije je upućivanje radnika na edukaciju, koji se primjenjuje u 81,2% ustanova.

U više od polovice zdravstvenih ustanova (57,4%) edukacija je omogućena svim radnicima, dok je u ostalim omogućena samo jednoj skupini radnika, uglavnom zdravstvenima. Kako gotovo sve zdravstvene ustanove izrađuju plan edukacije (47,5%) ili definiraju proračun za edukaciju bez jasno definiranog plana (44,6%), ne postoji razlog zbog kojeg se edukacija u većem broju ustanova ne bi koristila kao oblik motivacije radnika.

Osim što se može koristiti kao oblik motivacije, edukacija je bitna i zbog širenja znanja, vještina, spoznaja i sposobnosti radnika kojima se oспособljavaju za samostalno odlučivanje i djelovanje. Iako se pod edukcijom najčešće podrazumijeva edukacija izvan ustanove (sudjelovanje na seminarima, kongresima, studijska putovanja i slično) postoji niz edukacija koje je moguće provesti unutar ustanove (individualni zadaci, individualne instrukcije, mentorstvo, rotacija posla i slično).

Poboljšanje uvjeta rada drugi je najčešće korišten oblik motivacije radnika, a ograničen je prije svega financijskim sredstvima koja su ustanovi na raspolaganju. Povećanje primanja kao materijalni oblik motivacije uglavnom se primjenjuje u ustanovama koje dio prihoda ostvaruju na slobodnom tržištu i u tim ustanovama se osim povećanja primanja koriste i drugi oblici motivacije.

Motivacija kao aktivnost upravljanja ljudskim potencijalima provodi se u samo 13% zdravstvenih ustanova. Pojedine radnje koje se smatraju oblicima motivacije radnika provode

se u gotovo svim zdravstvenim ustanovama (91%), a da pri tome odgovorne osobe nisu svjesne da se radi o tome.

Najčešći oblik motivacije koji se primjenjuje u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj je upućivanje radnika na edukaciju. Motivirani radnici ulagat će više napora u svom radu od onih koji nisu motivirani. Kombinacijom materijalnih i nematerijalnih oblika motivacije postiže se puna angažiranost na radu, što se odražava na racionalnost, ekonomičnost i efikasnost rada.

Napomena: Autor je zaposlenik Croatia zdravstvenog osiguranja d.d. te izjavljuje da ne postoji finansijski ili neki drugi sukob interesa objavom ovog rada. U radu su iznesena osobna stajališta autora te ne predstavljaju stajališta društva u kojem je autor zaposlen. Rad je izvadak iz doktorske disertacije autora pod nazivom „Model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj“.

.....

Vrednovanje uspješnosti - dimenzije i perspektive

Mr. sc. Dubravka Pezelj Duliba, dr. med.



Mr. sc.
Dubravka
Pezelj Duliba,
dr. med.

• *Vrednovanje rada zdravstvenih radnika, a osobito liječnika, često je predmet rasprava stručne, (zdravstveno) političke pa i, nazovimo je tako – opće javnosti. Koliko su plaćeni doktori, odgovara li to godinama uloženog rada i učenja, njihovoj vještini, stručnosti, angažmanu... Na osobnoj razini i sami liječnici promišljaju o vrednovanju svoga rada – jesu li dovoljno plaćeni za svoj rad, koliko njihov rad vrijedi, jeli plaća koju primaju primjerena, mogu li se i kako uspoređivati s drugim strukama, ali i sami između sebe – s drugim liječnicima iste specijalnosti ili pak različite specijalnosti. I, konačno, postavljaju si pitanje jesu li uspješni u svom poslu i kako se taj uspjeh može mjeriti i vrednovati.*

Vrednovanje rada liječnika kroz propise

Očigledno je vrednovanje rada i uspješnosti višedimenzionalno, a ovisi i o perspektivama onoga tko nečiji rad vrednuje kao i

onoga čiji je rad predmet vrednovanja, ali i onih radi kojih liječnički rad postoji, a to su pacijenti. Vrednovanje liječničkog rada u finansijskom smislu u Republici Hrvatskoj možemo načelno podijeliti u vrednovanje rada od strane poslodavca i vrednovanje rada od strane osiguravatelja.

Vrednovanje rada od strane poslodavca

Kako su najveći poslodavac liječnica država i/ili jedinice lokalne (regionalne) samouprave na koje se primjenjuju isti propisi o plaćama, propisi koji uz Zakon o radu¹ i Zakon o zdravstvenoj zaštiti² uređuju plaće liječnika jesu Zakon o plaćama u javnim službama³ i uz njega vezana Uredba o nazivima radnih mesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama⁴, te Odluka o visini osnovice za obračun plaće u javnim službama⁵. Uz navedene zakonske i podzakonske propise na vrednova-

nje rada liječnika još se primjenjuje i Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja⁶.

Rezultat primjene gore navedenih propisa je plaća liječnika. Ona dakle pojednostavljeno ovisi o radnom mjestu, završenoj ili nezavršenoj specijalizaciji, godinama staža i broju radnih sati, redovnih, prekovremenih, provedenih u smjenskom radu, subotom, nedjeljom i noću. Količina obavljenog posla, broj pacijenata koji su pregledani ili obrađeni, broj izvedenih zahvata i operacija te, konačno, kvaliteta obavljenog posla nisu za izračun plaće doktora zaposlenih u javnom sektoru bitni i ne čine elemente izračuna.

Vrednovanje rada od strane osiguravatelja

U Republici Hrvatskoj financiranje javnog zdravstvenog sustava organizirano je prema načelu socijalnog zdravstvenog osiguranja s jednim obveznim osiguravateljem, Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod, HZZO). HZZO zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima doznačuje pripadajuća finansijska sredstva temeljem ispostavljenih izvješća o provedenom radu i/ili temeljem ispostavljenih osobnih računa za provedenu zdravstvenu zaštitu pacijenata – osiguranih osoba Zavoda.

Sredstva za djelatnosti koje se plaćaju neovisno o provedenim postupcima, primjerice hitnu medicinu, djelatnosti zavoda za javno zdravstvo i patronažnu zdravstvenu zaštitu, računaju se prema sastavu standardnog tima, pri čemu se u obzir uzimaju prethodno navedeni propisi koji uređuju plaće u javnom zdravstvenom sustavu.

Inačica tog sustava plaćanja je glavirina po stanovniku, izvedena iz standarda osiguranih osoba po timu i sastava standardnog tima, kako se plaćaju patronažna zdravstvena zaštitna, higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštitna i preventivno odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata („školska medicina“).

Drugi dio djelatnosti plaća se po izvršenoj usluzi (izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita, zdravstvena njega u kući, dio prihoda djelatnosti primarne zdravstvene zaštite) ili pak ustanove unaprijed dobivena pripadajuća sredstva pravduju ispostavljenim računima (bolnice), kojima se onda „zatvaraju“ obveze.

Vrijednost, tj. cijene zdravstvenih usluga u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja, određene su s dvama propisima koja donosi HZZO, i to Popisom dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatno-

stima – vremenski i kadrovske normativi⁷, popularno zvanim „Plava knjiga“, radi boje korica izvornog oblika dokumenta iz 1992. godine, te Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja⁸ (u daljnjem tekstu: Odluka o ugovaranju zdravstvene zaštite).

Kako je vrijednost pojedinih usluga u Odluci o ugovaranju zdravstvene zaštite iskazana u koeficijentima (DTP-i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, DTS), posebnim odlukama Upravnog vijeća Zavoda za ugovorno se razdoblje utvrđuje visina, odnosno jedinična vrijednost koeficijenta. Odlukom o ugovaranju zdravstvene zaštite utvrđuje se i vrijednost boda kojom se množe bodovi iz „Plave knjige“.

Usluge zdravstvene zaštite iskazuju se kao dijagnostičko-terapijski postupci (DTP) u primarnoj i specijalističko-konzilijarnoj zaštiti i kao dijagnostičko-terapijske skupine (DTS) za akutno bolničko liječenje. Bolničko liječenje kroničnih bolesnika u specijalnim bolnicama i bolnicama za medicinsku rehabilitaciju plaća se cijenom po danu (dan bolničkog liječenja, DBL).

Većina cijena, vrijednosti koeficijenata i vrijednost boda, temelje se na povijesnim podacima, a u najvećoj mjeri ovise o raspoloživim sredstvima za zdravstvenu zaštitu u proračunskom razdoblju.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uz glavarinu i DTP-ove, u djelatnostima opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i dentalne zdravstvene zaštite, prihod se računa još i temeljem hladnog pogona i vrednovanja pokazatelja učinkovitosti i kvalitete zdravstvene zaštite (QI i KPI) te pružanja dodatnih usluga (skupna praksa, preventivni programi...).

S obzirom na navedeno, privatnim zdravstvenim radnicima u primarnoj i izvanzbolničkoj specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, prihodi izravno ovise o broju izvršenih usluga, a u četiri spomenute djelatnosti primarne zdravstvene zaštite i o kvaliteti i učinkovitosti zdravstvene zaštite.

Navedeni način plaćanja uveden je 1. travnja 2013. godine, te su izabrani liječnici, privatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, može se reći, privilegirani u odnosu na ostale liječnike, jer im prihodi ovise o tome što i kako rade.

Domovima zdravlja prihodi također ovise o količini i kvaliteti rada njihovih zaposlenika, međutim, kako su u obvezi isplatiti plaću sukladno prethodno navedenim propisima, nemaju mogućnosti isplaćivati na taj način i plaću, te liječnici nemaju niti motiva za ulagajte dodatnih napora za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite.

Percepција liječnika o vrijednosti rada u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja

Kada doktori, osobito u bolnicama, izražavaju negodovanje zbog vrednovanja svoga rada i uspoređuju se s drugim strukama (npr. koliko košta frizura, rad vodoinstalatera ili automehaničara), najčešće se to odnosi na cijenu rada iz propisa obveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno HZZO-a, neovisno o plaći koju pri tom dobiju. „Plava knjiga“ je često predmet kritika, što je posljedica njezine zastarjelosti. Velik dio postupaka više se ne radi, a još većeg dijela postupaka uopće niti nema u „Plavoj knjizi“. Jednom dijelu postupaka se zbog promjene zdravstvene tehnologije u posljednjih 20 godina promjenio vremenski i/ili kadrovske normativi. Sam koncept „Plave knjige“, koja predstavlja izračun vrijednosti zdravstvenih usluga temeljem vremenskih i kadrovske normativa, načelno je dobar i odražava stvaran rad zdravstvenih radnika, no manjkav je ako se shvaća previše rigidno (postupak traje 20 minuta, ni više – niti manje!), no najveća je zamjerk je već spomenuta zastarjelost.

Poseban pogled na cijene zdravstvene zaštite je onaj s druge strane. Primjerice, kada se ispostavi račun za liječenje nekog pacijenta, doktori navedeni račun percipiraju kao zaradu bolnici jer bolnica „dobiva“ sredstva zahvaljujući ispostavljenim računima. Pa se tako može čuti: zaradio/zaradila sam bolnici 50.000 kn. No isti taj račun se može gledati i obrnuto – kao potrošnja.

Vrednovanje rada poradi rada liječnika izvan radnog vremena

Poseban oblik vrednovanja rada doktora u bolnicama predstavlja Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca^{9,10} koji se po prvi puta pojavio 2010. godine. Ministarstvo nadležno za zdravstvo ovim je pravilnikom po prvi puta utvrdilo koji su to kriteriji koje mora zadovoljiti najprije zdravstvena ustanova/bolnica, a zatim i pojedini liječnik kako bi dobio dozvolu za rad izvan radnog vremena kod drugog poslodavca. Kriteriji su utvrđeni pravilnikom, no izvršenje bolnica je računao HZZO temeljem podataka iz osobnih računa. Konkretno, u skladu s pravilnikom prosječno izvršenje „računa se prema kategorijama bolnica, a utvrđuje se prema evidenciji Zavoda, i to za broj prvih pregleda u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti,

ti, broj specifičnih dijagnostičkih postupaka u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti sa specijalističkom dijagnostikom s obzirom na vrstu djelatnosti (endoskopski pregledi, invazivni dijagnostički postupci), ...za medicinske (nekirurške) djelatnosti prosječno izvršenje utvrđuje se za broj hospitalizacija, a za kirurške djelatnosti za broj operacija, ukupni zbroj DTS koeficijenata za provedene operacije te prosječnu kliničku složenost (case-mix indeks) operiranih pacijenata.

Odobrenje se može dati najviše za 50% zdravstvenih radnika po djelatnosti. Tko će u konačnici, ako i ustanova/odjel (djelatnost) zadovolji kriterije, dobiti dozvolu za rad izvan radnog vremena ovisilo je o poslodavcu, odnosno o ravnatelju bolnice. Mnoge bolnice, pojedini odjeli i liječnici osobno, bili su razočarani navedenim izračunima, no oni su bili rezultat (ne)kvalitete podataka iz kojih su računani. Prilikom izračuna potvrdilo se da postoji velika neujednačenost u iskazivanju provedenih postupaka, koriste se različite šifre za iste postupke, iste šifre za različite postupke i slično, te su neke bolnice, odjeli i djelatnosti unutar bolnica radi pogrešnog iskazivanja postupaka (ili možda samo drugačijeg od ostalih, jer je uz manjkavost „Plave knjige“ teško procijeniti što je ispravno) jednostavno ispale neučinkovite i na taj način onemogućile svojim liječnicima rad izvan radnog vremena. Sve to upozorava na opasnosti koje donosi korištenje podataka koji se navode na osobnim računima, a koji su u osnovi finansijski dokument, u druge svrhe osim za plaćanje (npr. za izračun pokazatelja učinkovitosti i kvalitete zdravstvene zaštite).

Pravilnikom iz 2014. godine, koji je još uvijek na snazi, uloga HZZO-a i podataka iz računa se gubi, davanje dozvole ovisi isključivo o evidenciji zdravstvene ustanove te je sada bitno: da je zdravstveni radnik u prethodnoj kalendarskoj godini postigao učinak za 20% veći od prosječnog učinka ostalih zdravstvenih radnika iste ustrojstvene, odnosno organizacijske jedinice, a koji obavljaju usporedive zdravstvene usluge, ili da je zdravstveni radnik postigao učinak za 15% veći nego prethodne kalendarske godine, ili da je svojim radom značajno unaprijedio ugled ustanove. Odobrenje se može dati uz prethodnu suglasnost ministra zdravlja.

Ovaj pravilnik nije definirao što to znači prosječan učinak i temeljem čega se on računa (broj zahvata, obrađenih pacijenata, kvaliteta), a uvodi i nov pojam učinkovitosti (uspješnosti), a to je „unapređenje ugleda ustanove“, pri čemu to može biti i jedini kriterij na temelju kojeg se daje odobrenje. Kako nije utvrđeno što to stvarno znači, na koji način se unaprjeđuje ugled ustanove (objavljanjem znanstvenog članka, obavljanjem teške za-

htjevne operacije ili pak političkim angažmanom i davanjem intervjua dnevnim novinama), ovaj je kriterij više nego podložan subjektivnoj procjeni ravnatelja/sanacijskog upravitelja.

U ovom se pravilniku (iz 2014. godine) pojavljuje i pojam uspješnosti: „Ako zahtjev za davanje odobrenja podnese više od 50% zdravstvenih radnika jedne ustrojstvene, odnosno organizacijske jedinice koji obavljaju poslove iste specijalnosti/uze specijalnosti, odnosno djelatnosti te ako ispunjavaju jedan od uvjeta iz stavka 1. ovoga članka, poslodavac može dati odobrenje samo polovici najuspješnijih zdravstvenih radnika.“

Što je uspješnost i kako je mjerimo i vrednujemo

Pravilnikom o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca otvara se pitanje uspješnosti. Povlačeći paralelu između „uspješne transplantacije jetre“ (članak objavljen u Večernji listu 10.10.2010.), koju u ovom trenutku HZZO plaća 226.362,00 HRK, a prije 4 godine ju je plaćao 296.511,38 HRK, te iznosa koje su hrvatski nogometničari dobili za „postignuti rezultat“ u Brazilu na Svjetskom prvenstvu (3,2 milijuna eura igračima, 800.000 € stožeru), koji je okarakteriziran kao neuspjeh, moramo se zapitati što je to uspjeh i kako se vrednuje, ali najprije kako se mjeri.

Može li se kao mjeri uspješnosti uzeti kvaliteta zdravstvene zaštite? Jesu li onda pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite istovremeno i pokazatelji uspješnosti? No i to ovisi o perspektivi onog koji mjeri vlastitim mjerilima – subjektivnim i/ili objektivnim. A rad liječnika mjeri više interesnih strana, koje imaju različite perspektive, pa prema tome i kriterije. Pitanje uspješnosti i kvalitete nije pitanje samo poslodavca, osiguravatelja i liječnika, nego u prvom redu pacijenta jer se liječnik radi za pacijentovu dobrobit.

A perspektive pacijenta mogu se razlikovati od perspektive ostalih interesnih strana. Što pacijent ocjenjuje kao kvalitetan i uspješan rad doktora? Izlječenje je, naravno, kriterij. No kada se potpuno izlječenje ne može očekivati, osobito u vrijeme porasta kroničnih bolesti, može odnos liječnika prema pacijentu, njegovoj obitelji, prijateljima biti ključan u (pr) ocjeni je li neki liječnik kvalitetan i uspješan. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti očituje se vrednovanje od strane pacijenta kroz odabir liječnika (slobodan izbor liječnika) kada, u slučaju kad imaju mogućnost izbora, biraju liječnika po tome što u njega imaju povjerenja, pa će slušati njegove upute, ili pak biraju liječnika po tome što će, linijom manjeg otpora dati pacijentu

„sve što poželi“ – uputnice i recepte. U „očima“ struke kvalitetniji i uspješniji je liječnik koji ne povlađuje pacijentu, no u očima pacijenta taj liječnik može biti percipiran kao „loš doktor“ jer ne ispunjava njegove/njezine želje.

Sam liječnik procjenjuje svoju uspješnost i uspješnost svoga tima temeljem postignutog rezultata (izlječenje, poboljšanje) s obzirom na primijenjenu zdravstvenu uslugu (tehnička izvrsnost – prava stvar provedena na pravi način), te jesu li zadobili povjerenje pacijenta. A sve to trebaju raditi u primjerenim uvjetima. Poslodavac, vlasnik i menadžer bolnice procjenjuju uspješnost kroz tehničku efikasnost. Što veći broj obrađenih pacijenata uz što manje troškove, pri čemu trebaju biti zadovoljene potrebe pacijenata i osoblja. Za osiguravatelja je uspješnost postizanje učinkovitosti – najbolji ishod uz najnižu cijenu (troškove). Sve te interesne strane nalaze se u zdravstveno-političkom okruženju i u okolnostima u kojima se cijela država nalazi, te se financijsko vrednovanje uspješnosti mora prilagoditi trenutnim okolnostima.

Postoje neki kriteriji koji su zajednički svim interesnim stranama, pa ih možemo nazvati suglasjem oko uspješno provedenog postupka – postupak mora biti proveden sigurno za pacijenta, povoljan ishod postignut je zahvaljujući (tehnički dobro) izvedenom postupku, uz racionalnu upotrebu resursa, u ugodnom okruženju i s kvalitetnim međuljudskim odnosima. No dio tih kriterija je teško mjerljiv te mjerjenje uspješnosti ostaje u sferi subjektivnosti.

Zaključak

Unatoč brojnim raspravama i nastojanjima da se liječnički rad „pravedno i realno vrednuje“, već godinama smo u sustavu u kojem uspješnost i kvaliteta nisu uvjet niti kriterij za plaćanje rada liječnika zaposlenika javnog sektora.

Pokazatelji uspješnosti i kvalitete pružene zdravstvene zaštite ušli su kao QI i KPI u primarnu zdravstvenu zaštitu i sudjeluju u kreiranju prihoda liječnika koji su kao privatnici (a takvih je oko 75% u primarnoj zdravstvenoj zaštiti) uključeni u javni zdravstveni sustav.

Uvođenje pokazatelja uspješnosti i kvalitete kao kriterija za vrednovanje rada bolničkih liječnika složeno je iz više razloga. Potrebno je postići suglasje oko toga što je to uspješnost i kvaliteta te tko ih treba mjeriti, što bi bio izvor podataka za te pokazatelje i tko bi trebao upravljati tim podacima. Postoje ideje prema kojima bi HZZO trebao pratiti rad liječnika u bolnici na individualnoj razini, što bi u konačnici oslobođilo organizacijske odgovornosti ravnatelja odnosno upravitelja zdravstvene ustanove, a HZZO bi postao pravi „veliki brat“ zdravstvenog sustava, što je čak pomalo

i zastrašujuće. Praćenje i vrednovanje rada na individualnoj razini može dovesti i do animoziteta među liječnicima, uništavajući pri tome osnovu rada u medicini - timski rad. Uspjeh tima je zajednički i stoga teško individualno mjerljiv (doprinos kirurga u odnosu na doprinos anestezijologa kod transplantacije jetre?).

Međutim, podcjenjivanje rada liječnika nosi svoje opasnosti i može dovesti do iskrivljenih pobuda, kada liječniku vrednovanje rada od strane pacijenta, koje se očituje kroz „zahvalu“ ili „nagradu“ za obavljeni posao – postane takoreći jedini motiv za rad.

No isto takav ili sličan učinak može proizvesti sustav plaćanja po postupku, kada liječnici više ne žele raditi ništa što „ne moraju“ ako za to nisu dodatno plaćeni, pa se medicina pretvara u reaktivnu (reagira se samo na zahtjev pacijenta ili jer samo zdravstveno stanje zahtijeva hitnu reakciju), dok se „proaktivnost“ postiže jedino „financijskim poticajima“.

Ne mogu se oteti dojmu da je vrednovanje rada liječnika složeno i podložno ne samo objektivnim nego i subjektivnim ocjenama, procjenama i prosudbama, zato što je medicina ne samo „gola“ tehnika, već vještina i umjetnost, a kada se radi o umjetnosti - ljepota je u oku promatrača, pa će tako i tema vrednovanja liječnikova rada i dalje biti predmetom širokih rasprava stručne i ine javnosti.

1 Zakon o radu („Narodne novine“ broj 93/14.)

2 Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ broj 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 154/11., 12/12., 35/12., 70/12., 144/12., 82/13., 159/13. i 22/14.)

3 Zakon o plaćama u javnim službama, („Narodne novine“ broj 27/2001)

4 Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama, („Narodne novine“ broj 25/13., 72/13., 151/13., 9/14., 40/14., 51/14., 77/14., 83/14., - Ispravak 87/14)

5 Odluka o visini osnovice za obračun plaće u javnim službama („Narodne novine“ broj 40/09.)

6 Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj 143/13.)

7 Odluka o utvrđivanju Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima – vremenski i kadrovske normativi („Narodne novine“ broj 15/92., 29/93., 65/93., 31/95., 73/99., 3/00., 18/00., 118/01., 44/02., 76/02., 85/02., 92/02., 130/02., 151/02., 11/03., 32/03., 43/03., 203/03., 30/05., 88/05., 136/06., 16/07., 40/07., 57/07., 80/07., 84/07., 98/07., 111/07., 130/07., 54/08., 85/08., 133/08., 2/09., 10/09., 17/09., 110/10., 49/13., 65/13., 99/13., 103/13., 125/13., 34/14. i 74/14.)

8 Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj 156/13., 11/14., 12/14., 34/14., 54/14., 66/14. i 74/14.)

9 Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca („Narodne novine“ broj 144/10.)

10 Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca („Narodne novine“ broj 4/14.)



Valorizacija rada zdravstvenih djelatnika u Općoj bolnici Gospic

Mr. sc. Sandra Čubelić, dr. med.
Ravnateljica OB Gospic

- Svi mi koji radimo u zdravstvenom sustavu - liječnici, sestre, nemedicinsko osoblje, s pravom postavljamo pitanja: „Može li se vrednovati rad u zdravstvu?“ i „Koja je mjerena jedinica za rad, jesu li to pacijenti, provedeno prijeme, zarađeni novac ili nekakvi bodovi, indexi?“ Vrlo često, obuhvativši sve probleme koji se pri tome javljaju, od nedostatka normativa, nedostatka algoritama, neadekvatne cijene koštanja usluge (jesu li zaista bolnice najveći potrošači, mjerimo li i druge zdravstvene ustanove?), nedovoljne kontrole kvalitete rada, imaginarnosti DTS sustava naplate i relikta nekih prošlih vremena u kojima se smatralo da su svi jednakci, jednako rade (Što?), pa i dalje plaćamo prisutnost na poslu, odnosno boravak unutar zdravstvene ustanove, ne cijeneći ni znanje, niti umijeće, niti kvalitetu, a niti kvantitet učinjenog posla, odnosno rad!

Svakako je bitno shvatiti da zdravstveni sustav i medicina nisu isto. Zdravstveni sustav možemo bitno bolje kontrolirati i valorizirati, ali prije svega moramo shvatiti da je zdravstveni sustav skup, a najmanje što možemo učiniti jest cijeniti svoj rad, raščlaniti postupke koje provodimo, cijeniti svaku uputnicu koju dobijemo, pokušati valorizirati svaki postupak.

Menagement zdravstvenih ustanova mora biti tim sa svim profilima djelatnika, s naglaskom na timskom radu, imajući u vidu da je sustav segmentiran na primarnu zdravstvenu zaštitu, hitnu medicinu, javno-zdravstveni, bolnički sustav..., sa svim različitostima i ciljevima! Analizirajući rad bolnice kojoj sam ravnatelj, razmišljajući zašto je niska opravdanost limita, jesmo li dovoljno educirani o dijagnostičko-terapijskim postupcima, o DTP postupcima, jesmo li dovoljno dobro jedan strani jezik, kontroliramo li fakturirane račune, te utvrđujući da na svim segmentima ima prostora za poboljšanje, nakon godine dana upornog rada, edukacije, analize rada svakog djelatnika, povezujući medicinsku, ekonomsku i informatičku djelatnost, uz nastojanje da plaću „zaradimo, a ne dobijemo“



Mr. sc. Sandra Čubelić, dr. med.

mo“, odnosno da limit opravdamo uz najbolju moguću skrb za pacijenta, doživljavamo bitan uspjeh - opravdanost limita je 300% bolja u odnosu na prethodnu godinu uz 3% više pacijenata i pažnju i kontroliranje svakog koraka, od rada sestre i liječnika do fakturnog odjela. Je li to važno? Naravno da jest jer na taj način dokazujemo da vladamo sustavom, da ga kontroliramo, a čini mi se da je to jedini način za preživljavanje. Činjenica je da su cijene osiguravatelja niske i da je vječna paradigma da što više radimo to više i trošimo, s obzirom na to da su lijekovi i medicinski potrošnim materijal skupi! Svakako moramo naći ravnotežu, nismo završili medicinski fakultet da ne radimo, ali želimo biti i adekvatno plaćeni za svoj rad.

U sklopu toga stava proveli smo i analizirali svaki odjel i ambulantu, od broja pacijenata, plaće djelatnika, potrošnje za lijekove i medicinski materijal, te našli bitne razlike u kvaliteti i kvantiteti rada djelatnika, dokazali da se može prikazati uz bolničke informatičke sustave tko, koliko i što radi za vrijeme radnog vremena, pri čemu se nameće razlika između redovnog radnog vremena i radnog vremena kad je potrebna nazočnost zdravstvenog djelatnika u ustanovi, npr. dežurstvo. Napominjem da smo dokazali da većima liječnika u Bolnici radi puno više nego je nekad bilo normirano „plavom knjigom“, a i da svojim radom zarade više od potrošnje odjela ili ambulante, dakle pozitivno posluju. Stoga, odvojimo rad i platimo ga na drugi način u odnosu na samu prisutnost, k tome vrednjujmo rad, nagradimo onog tko radi više i u krajnjoj liniji više zarađuje za ustanovu. Ne smijemo zaboraviti ni medicinske sestre koje se brinu za pacijente, a kad analiziramo koliko košta njega pacijenta npr. na kirurgiji čija ugrađena proteza košta više nego sami DTS postupak, odnosno ono što nam HZZO plati za cijelokupnu operaciju i njegu pacijenta, dolazimo do poražavajućeg podatka, da je pacijent njegovani, hranjen i spašao na račun bolnice, da sestrinska njega ne košta ništa! Morali bismo takve paradokse našeg sustava ispraviti. Zaključujemo da je teško valorizirati rad jednog sustava - bolničkog, kad nema pregleđ kompletнog zdravstvenog sustava, a ima više slabih karika!

U promjenama je bitno krenuti od početka:

1. Zdravstveno osiguranje

- definirati „košaricu zdravstvenih usluga“, uvesti obavezne sistematske preglede i obveze za osiguranike, bolje povezati informatičke sustave unutar zdravstvenog sustava s „pacijentom u središtu“

2. Primarna zdravstvena zaštita

- „što je glavarina?“, tko i koliko plaća i kontrolira patronažnu službu, njegu u kući...povezanost unutar sustava

3. Realnije plaćanje rada

u svim segmentima sustava, ne samo u bolničkom, vodeći se kriterijima kvalitete i kvantitete rada. Fleksibilnost u ukidanju i preraspodjeli segmenta zdravstvenog sustava s niskom efikasnosti koji radom ne opravdavaju svoje postojanje.

4. Edukacija

ponavljanja o „Novom načinu upućivanja“, percipirajući da je 80-90% prijema u bolnički sustav Opće bolnice Gospic preko Objedinjenog bolničkog prijema, iz kojeg se na dnevnoj bazi samo 10-20% pacijenata hospitalizira, ostalih 80% trebali bi biti riješeni kroz primarnu zdravstvenu zaštitu i hitnu pomoć, a nisu.

.....

Vrednovanja rada liječnika kao sudskog vještaka

Dr. sc. Vesna Sitar-Srebočan, dr. med.

- Na vrhu piramide ljudskih potreba nalazi se potreba za društvenim priznanjem i razvojem. Za prepostaviti je da je baš to, uz očekivanu adekvatnu nagradu, bilo motiv velikom broju liječnika, specijalista raznih grana medicine, koji su od 1997. do danas odvojili vrijeme i novac da bi završili stručnu obuku i postali sudski vještaci u parničnom postupku.

Dok u kaznenim postupcima u pravilu vještače specijalisti sudske medicine, u parničnom postupku medicinsko vještačenje se najčešće povjerava specijalistima ostalih grana medicine. Kada sud pred kojim se vodi postupak ne raspolaže odgovarajućim stručnim znanjem koje je potrebno radi utvrđivanja ili razjašnjenja neke bitne činjenice, određuje vještaka i izvodi dokaz vještačenjem. Vještak je osoba koja raspolaže određenim stručnim znanjima i koja kao takva daje svoje mišljenje o činjenicama koje mogu biti utvrđene samo s pomoću posebnog (izvanpravnog) znanja i umijeća. Vještačenje općenito, a tako i medicinsko predstavlja dokazno sredstvo i čini bitnu odrednicu postupka dokazivanja.

Biti sudski vještak medicinske struke izazovno je, odgovorno, zahtjevno, ali podcijenjeno

Biti sudski vještak je častan, ali i vrlo odgovoran posao. Da bi medicinsko znanje pretoci u formu koja će biti jasna sucu, medicinskom laiku, vještak mora ovladati određenim pravnim pojmovima, upoznati zakonsku podlogu vještačenja, naučiti kako izraditi vještačenje i niz dodatnih detalja o kojima osnovna znanja dobiva na Tečaju izobrazbe kandidata za stalne sudske vještak, potom od mentora s kojim mora izraditi najmanje pet vještačenja. Uvjeti za obavljanje poslova vještačenja, prava i dužnosti vještaka kao i vrste i visina nagrade određene su Pravilnikom o stalnim sudskim vještacima (dalje Pravilnik) koji donosi ministar pravosuđa. Pravilnikom iz 2008. Hrvatska liječnička komora bila je zadužena za stručnu



Dr. sc. Vesna Sitar-Srebočan, dr. med.

obuku vještaka medicinske struke te je Vijeće Hrvatske liječničke komore u svibnju 2009. donijelo Pravilnik o provođenju izobrazbe kandidata za stalne sudske vještak kojim je uređeno provođenje izobrazbe.

U ožujku 2014. stupio je na snagu novi Pravilnik o stalnim sudskim vještacima. Dok su u prethodnom Pravilniku dužnosti sudskog vještaka navedene u četiri članka, u novom Pravilniku su navedene u čak devet članaka. Među novinama je obveza vještaka da na zgradu u kojoj obavlja tu djelatnost postavi natpisnu ploču. Prava su pobrojana u sedam članaka. Kao i u prethodnom Pravilniku, nagrada se iskazuje u bodovima, a unatoč dugogodišnjim nastojanjima može se reći i borbi Hrvatskog društva sudskih vještaka, Hrvatskog društva za medicinska vještačenja Hrvatskog liječničkog zborna i Hrvatske strukovne udruge eksperata i sudskih vještaka, za dignitet sudskog vještaka, a prije svega za adekvatnu vrijednost boda, vrijednost boda je ostala ista, dvije kune bruto bez PDV-a. Vrijednost boda je nepromijenjena od 1998. godine i tijekom godina joj je realna vrijednost pala. Premda je Pravilnikom uz vrijednost boda određen i mogući broj bodova za pojedini postupak, npr. pregled osobe i med. dok. se može valorizirati sa 140 bodova, nagrade za medicinsko vještačenje jednake težine i nadalje se razlikuju među sudovima u Hrvatskoj. Također, nagrade prometnih ili građevinskih vještaka višestruko premašuju nagrade medicinskih vještaka.

Prema dužnostima nabrojenim u Pravilniku, stalni sudski vještak je obvezan permanentno se stručno usavršavati, što može biti dodatna stavka uz ostale materijalne troškove, među inim i obveznog godišnjeg osiguranje od odgovornosti za obavljanje poslova stalnog sudskog vještaka, a mnogi vještaci godišnje ne dobiju od suda ni jedno vještačenje.

Biti sudski vještak medicinske struke izazovno je, odgovorno, zahtjevno, ali podcijenjeno. Stoga ne čudi što je interes među liječnicima za tu djelatnost počeo opadati, premda zbog porasta broja zahtjeva s naslova odgovornosti liječnika raste potreba za kvalitetnim vještačima kliničarima.



Foto: Motovun, Andreja Šantek

Kako i koliko HZZO plaća ljekarničku uslugu?

Katica Vugrinčić Tomičić, mag. pharm.

- Ljekarnička djelatnost dio je zdravstvene djelatnosti koju obavljaju magistri farmacije sa svojim suradnicima farmaceutskim tehničarima, a obavlja se u javnim i bolničkim ljekarnama. Ljekarnička djelatnosti u javnim ljekarnama može se obavljati samo u sklopu Mreže javne zdravstvene službe i to kao privorna ljekarna, ljekarna u sastavu privatne ljekarničke ustanove i ljekarna u sastavu županijske ljekarničke ustanove.

Posebnosti u obavljanju djelatnosti:

- po poslovanju na tržištu imaju trgovacki značaj po svim elementima tržišnog poslovanja (formiranje maloprodajnih cijena, obračun poreza, fiskalizacija...)

- vode profitno knjigovodstvo i njihov prihod je fakturirana vrijednost za razliku od ostalih ugovornih zdravstvenih ustanova koje vode knjigovodstvo proračunskih korisnika, gdje je prihod naplaćena realizacija; kada bi u ljekarništvu prihod bio naplaćena realizacija većina ljekarni bi poslovala s manjkom jer Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranja (HZZO) plaća račune prema ljekarnama u rokovima od 200 i više dana

- ne financira se iz državnog proračuna niti proračuna jedinica lokalne, odnosno područne samouprave

- financira se iz ugovornih odnosa s HZZO-om i obavljanjem djelatnosti izvan ugovora s HZZO-om

Iz Ugovornih odnosa, HZZO ljekarnama plaća samo izvršenu uslugu izdavanja lijeka i zavojnog materijala temeljem recepta te izradu i izdavanje magistralnih pripravaka. Ljekarne ne ostvaruju sredstva od HZZO-a za „hladni pogon“ kao i za uslugu izdavanja ortopedskih i drugih proizvoda temeljem potvrde te za neke poslove i materijale kod izrade magistralnih pripravaka.

Usluga se obračunava prema tzv. "Plavoj knjizi", odnosno DTP-u „ljekarnički postupci“ utvrđeni osamdesetih godina prošlog stoljeća i u par navrata prilagođavani suvremenim zahtjevima (e-recept).



Katica Vugrinčić Tomičić, mag. pharm.

U 2013. godini HZZO je ugovorio opskrbu lijekovima i ortopedskim pomagalima putem 1 111 ljekarni u 1 873 smjene (u pojedinim ljekarnama radi jedan tim, odnosno jedna smjena), odnosno s 2 412 magistra farmacije i 1 846 farmaceutskih tehničara.

Finansijski pokazatelji za 2013.

- Ukupan broj recepata (p.):** 54 840 925,00
- Broj Rp./ljekarna mjesечно:** 4 114,00

Iznos troškova u kunama za

- Lijekove:** 3 297 368 704,00
- Uslugu:** 378 531 713,00
- Uslugu / ljekarni mjesечно:** 28 393,00
- Uslugu po smjeni***/mjesечно:** 16 842,00

*** jedan ili više timova

Usporedbe radi navodim mjesecne iznose koje pojedine djelatnosti, pružajući usluga na nivou primarne zdravstvene zaštite mogu mjesечно ostvariti. Iznosi se odnose na ugovoreni standardni tim za hladni pogon + glavarina + DTP + KPI + QI (ostale dodatne mogućnosti nisu uzete u obzir):

Opća/obiteljska medicina
40 814,57 kn

Zdravstvena zaštita žena
40 667,96 kn

Zdravstvena zaštita predšk. djece
40 712,39 kn

Dentalna zdravstvena zaštita
38 623,37 kn

Vrijednost boda je 7.14 kn (0,93 EU),
a prosječna ostvarena usluga
po Rp 6,90 kn (0.90 EU)

Vrijednost boda u Sloveniji je 2.99 EU,
a prosječna ostvarena usluga
po Rp je 2.37 EU

Uzimajući u obzir kako, koliko i kada HZZO plaća ljekarničke usluge nameće se neophodna potreba za novim načinom ugovaranja kojim bi se utvrdilo što će se i po kojoj cijeni plaćati ljekarničkoj djelatnosti, a svakako i u kojim rokovima. Mjerila za utvrđivanje vrijednosti ljekarničke usluge trebaju biti ista kao i ona koja su korištena pri utvrđivanja vrijednosti rada u ostalim djelatnostima.

Osim toga, HZZO kao ugovorni partner ljekarnama, treba poštivati odredbe Zakona o obveznim odnosima i svojim odlukama ne uzrokovati štete u njihovom ugovornom poslovanju.

Naime, prilikom svakog sniženja cijena lijekova ljekarne snose štetu radi nastalih razlika u cijeni lijeka, a njihov ugovorni partner HZZO, ne samo što ne snosi dio te štete nego i kratkim rokovima za primjenu novih cijena lijekova ne omogućava ljekarnama da se riješi dijela zaliha lijekova koju trebaju imati radi kontinuirane opskrbe.

.....

Krizni stožer Ministarstva zdravlja na poplavljenim područjima

*Prim. mr. sc. Marijan Cesarik, dr. med., zamjenik ministra, Ministarstvo zdravlja
Prim. mr. Maja Grba-Bujević, dr. med., načelnica Kriznog stožera Ministarstva zdravlja, ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu
Dr. sc. Nataša Janev Holcer, dipl. ing. biol., Hrvatski zavod za javno zdravstvo*

- Koordiniranim mjerama, radovima i aktivnostima Nacionalnog stožera zaštite i spašavanja - Centra za upravljanje operacija-ma u Županji napravljeni su značajni koraci u normalizaciji stanja na poplavom ugroženim područjima u županijskoj Posavini.

U osiguravanju uvjeta za povratak građana njihovim kućama značajan doprinos dao je Krizni stožer Ministarstva zdravlja djelujući u sklopu Nacionalnog stožera zaštite i spašavanja te je najzaslužniji što nakon, nažalost, nesretno preminule dvije osobe više nije bilo stradavanja, ali ni pojave i prijenosa zaraznih bolesti.

Uslijed obilnih oborina, prvenstveno na području Slavonije i Baranje, tijekom svibnja ove godine značajno je porastao vodostaj Save nizvodno od Jasenovca do Županje, kao i njezinih pritoka Une, Bosne i Vrbasa. Vodostaj Save u tim je danima rastao i dva metra u 24 sata, a zaustavio se na visini od 1.194 centimetra, što je za 127 centimetara više od ikada izmjereno maksimuma vodostaja Save kod Županje. Povišeni vodostaj najviše je prijetio Brodsko-posavskoj i Vukovarsko-srijemskoj županiji gdje je izravno ugrozio Županju i šest posavskih općina s ukupno oko 35.000 stanovnika te je na velikom broju dionica proglašeno izvanredno stanje i aktiviran sustav zaštite i spašavanja.

Unatoč brojnim mjerama za obranu od poplava, poput punjenja vreća s pijeskom i izrade privremenih nasipa u što su se, nadljudskim snagama, uključili brojni volonteri i priпадnici Oružanih snaga RH, 17. svibnja 2014. probijen je nasip na području Račinovaca i Rajevog Sela. Savske vode izlile su u nizinsko zaočalje županijske Posavine i u silovitom naletu u potpunosti poplavile ta dva naselja te susjednu Gunju i Đuriće, a djelomice Posavske Podgajce i Strošince.



Dr. sc. Nataša Janev Holcer, dipl. ing. biol.

U nezapamćenoj prirodnoj katastrofi koja je pogodila Slavoniju smrtno su stradale dvije osobe iz Rajevog Sela, a ukupno je evakuirano više od 13.000 ljudi koji su smješteni ili kod rodbine i prijatelja ili u javnim objektima - školskoj dvorani u Cerni, Domu za starije i nemoćne u Gradištu, školskim dvoranama i društvenim domovima u Županji, Otoku, Nijemcima, Komletincima, hostelu Borovo u Vukovaru i športskoj dvorani u Vukovaru. Vodena bujica poplavila je preko 7.500 kuća i 8.500 hektara poljoprivredne površine, ostavivši tako

tisuće ljudi bez doma i usjeva. Teško je i zamisliti kakve bi razmjere ova katastrofa imala da nije, po pucanju nasipa, donijeta odluka da se savske vode ciljano usmjeri prema šumama u Spačvanskom bazenu. Vjerojatno bi cijelo područje Županje i okolnih općina bilo pod vodom. Vodena bujica poplavila je preko 7.500 kuća i 8.500 hektara poljoprivredne površine, ostavivši tako tisuće ljudi bez doma i usjeva.

Kako se većina stanovnika s poplavljennog područja bavi poljoprivredom, odmah nakon ljudi krenulo se s evakuacijom životinja. Ukupno je evakuirano 9.148 životinja, a nakon što je, 20. svibnja 2014., proglašena katastrofa za područje Vukovarsko-srijemske županije s poplavljennog područja uklonjeno je 11.494 odnosno 250 tona lešina uginulih životinja od kojih je oko 100 tona zakopano u jamu između Posavskih Podgajaca i Drenovaca. Lešine uginulih životinja, ali i sadržaj septičkih jama koje je izlila razorna vodena bujica predstavljali su veliku opasnost te je Krizni stožer Ministarstva zdravlja, 21. svibnja 2014., proglašio opasnost od epidemije zaraznih bolesti za područje Vukovarsko-srijemske, Brodsko-posavske i dijelove Požeško-slavonske i Sisačko-moslavačke županije. Kao koordinatorica zdravstvenih službi u Nacionalni stožer zaštite i spašavanja - Centar za upravljanje operacijama u Županji istog se dana uputila načelnica Kriznog stožera Ministarstva zdravlja te ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu prim. mr. **Maja Grba-Bujević**, dr. med. sa svojim stručnim timom - **Brankom Tomljanović**, dr. med., **Damirom Važanićem**, mag. med. techn., **Vedranom Drlićom**, dipl. iur. i **Lukom Pejčićem**, dipl. iur.

Krizni stožer Ministarstva zdravlja radio je na dvije fronte. Dok je njegova logistička baza bila u Zagrebu, na terenu se za zdravlje mještana brinulo 35 pripadnika Stožera koji su bili smješteni na parkiralištu županijske Sladorene gdje se nalazio Nacionalni stožer zaštite i spašavanja. Koordinirali su zdravstvenim aktivnostima i službama na širem području županijske Posavine, uključujući naselja Račinovci, Posavski Podgajci, Gunja, Rajev Selo, Strošinci, Đurići, Padež, Drenovci, Vrbanja, Štitari, Babina Greda, Borovo Naselje, Cerna, Županja, Orašje, Brčko te, naravno, na lokaciji Nacionalnog stožera u Županji. U suradnji s Ministarstvom socijalne politike i mladih, Krizni stožer Ministarstva zdravlja angažirao je Društvo za psihosocijalnu pomoć. Nakon prvotnog šoka i nevjericе, mnogim mještanima poplavljenih i evakuiranih sela, posebice djeci, ženama i starijim osobama, bila je potrebna psihološka pomoć. Dobrom suradnjom Kriznog stožera Ministarstva zdravlja u Zagrebu i njegovih pripadnika u Županji, nije bilo praznog hoda u koordiniranju zdravstvenih službi u Slavoniji. Zagreb je, samo od 21. svibnja do 17. lipnja 2014., izdao

58 prioritetnih obavijesti prema kojima su radile nadležne službe, donio upute o načinu pružanja zdravstvene zaštite na poplavom ugroženim područjima te obavijestio bolnice da je zdravstvenu zaštitu potrebno pružiti stranim državljanima izmještenim po Hrvatskoj zbog posljedica poplava u njihovim mjestima stanovanja. Osim ovih temeljnih uputa Krizni stožer Ministarstva zdravlja vodio je brigu o redovitoj opskrbi terena te su po hitnom postupku, iz osiguranih sredstava i raznih donacija, nabavljeni potrebeni lijekovi, medicinski materijal, dezinficijensi i antiseptici. U cilju prevencije prijenosa zaraznih bolesti, Stožer je organizirao zamagljivanje komaraca iz zraka i podnio zahtjev za traženje pomoći putem Europskog centra za krizne situacije za zamagljivanje komaraca na području Hrvatske, Srbije te Bosne i Hercegovine. U suradnji s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo i Regionalnim uredom Svjetske zdravstvene organizacije za Europu, izradio je 50.000 letaka s javnozdravstvenim savjetima o postupanju nakon poplave, a na njegovu inicijativu Svjetska zdravstvena organizacija donirala je medicinske kitove za potrebe 10.000 ljudi za tri mjeseca i pročišćivače vode.

Među prvim žurnim službama koje su angažirane na poplavom ugroženim područjima u Slavoniji bila je i hitna medicinska služba (HMS). Najveći teret pri pružanju zdravstvene skrbi stradalim građanima podnijeli su timovi županijskih zavoda za hitnu medicinu upravo onih županija koje su zahvaćene poplavom – Vukovarsko-srijemske, Brodsko-posavske, Požeško-slavonske i Sisačko-moslavačke. Međutim, humanost i solidarnost pokazali su i pojedini županijski zavodi za hitnu medicinu koji su poslali potpuno opremljene timove HMS-a u županijsku Posavinu. Provodenju zdravstvene zaštite na navedenom području priključili su se dodatni timovi HMS-a iz Varaždinske, Osječko-baranjske, Bjelovarsko-bilogorske, Istarske, Zadarske, Krapinsko-zagorske i Karlovačke županije. Na terenu su tako svakodnevno bila 32 tima HMS-a koji su ukupno imali 134 intervencije pretežno vezane za ozljede ekstremiteta, alergijske reakcije i ubode insekata, a evidentirana su i 122 sanitetska prijevoza. Posebno je važno naglasiti da je Krizni stožer Ministarstva zdravlja organizirao ambulantni rad za iseljeno stanovništvo na šest lokacija gdje je obavljen 1.479 pregleda.

Uz djelatnike HMS-a, na terenu su bili i epidemiolozi, timovi Zavoda za javno zdravstvo iz Vukovarsko-srijemske, Zagrebačke, Splitsko-dalmatinske, Istarske, Primorsko-goranske i Varaždinske županije te tim iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, ali i sanitarna služba te sanitarni inspektorji Ministarstva zdravlja, koji su motrili opasnost od grupiranja zaraznih bolesti. Naime, postojala je opasnost

da su voda i površine zagađene bakterijama koje su uobičajeni uzročnici crijevnih zaraznih bolesti poput Escherichije coli, Kampilobakteria ili Salmonelle. Epidemiolozi nisu isključili ni pojavu leptosiroze koja se očituje općim infekcijskim sindromom, ali ni antraksa te hemoragijske groznice s bubrežnim sindromom zbog uginulih glodavaca koji su potencijalni izvor zaraze. Zbog svega navedenog, Krizni stožer Ministarstva zdravlja u Županiji, napravio je 254 epidemiološka i 131 sanitarni izvid te organizirao asanaciju nakon što se voda povukla. Ukupno su protiv tetanusa docijepljene 1.154 osobe koje su radile na spašavanju i asanaciji terena, dok, srećom, nije bilo potrebe cijepiti ih protiv hepatitisa A i trbušnog tifusa. Kako ne bi došlo do pojave većeg broja oboljelih od groznice zapadnog Niha, Stožer je na terenu svakodnevno provodio monitoring komaraca te nadzirao i provodio dezinfekciju u Račinovcima, Posavskim Podgajcima, Gunji, Rajevu Selu, Strošincima, Đurićima i dijelu Padeža. Kako bi se mještani vratili kućama i radili na čišćenju i uređenju, a pri tom bili sigurni od zaraznih bolesti, Krizni stožer Ministarstva zdravlja proveo je obaveznu dezinfekciju i deratizaciju u 208 domaćinstava, a nadzirao je sanaciju županijske Veterinarske stanice u još 248. Za volontere su članovi Stožera, dr. sc. **Marijan Erceg**, dr. med. i prim. mr. **Maja Grba-Bujević**, dr. med., održali dvije tribine na temu očuvanja zdravlja. Djelujući brzo i koordinirano Krizni stožer Ministarstva zdravlja je, odmah nakon što se voda povukla, obavio asanaciju šest ambulanti te tri pustio u rad. Riječ je o ambulantama Doma zdravlja Županja, uključujući ordinacije opće

medicine, dentalne medicine i patronaže, u Strošincima, Posavskim Podgajcima i Đurićima. Stavljanjem zdravstvenih ustanova u funkciju osigurani su uvjeti potrebnii za normalan život na prethodno poplavljenim područjima.

Nakon što je Nacionalni stožer zaštite i spašavanja - Centar za upravljanje operacija u Županiji, 15. lipnja 2014., raspremio svoje šatore i predao ovlasti Županijskom stožeru smještenom u Vrbanji, Hrvatski Sabor donio je Zakon o saniranju posljedica katastrofe na području Vukovarsko-srijemske županije (NN 77/14). Sukladno članku 7. i 8. navedenog Zakona, Krizni stožer Ministarstva zdravlja donio je Program obnove i saniranja posljedica katastrofe na području Vukovarsko-srijemske županije koji se odnosi na zaštitu zdravlja ljudi. Programom su predviđene mjere zaštite građana od zaraznih bolesti u općinama Drenovci, Vrbanja i Gunja. Prije svega, Krizni stožer Ministarstva zdravlja želi osigurati zdravstvenu ispravnost hrane i vode za piće, zatim zdravstvenu ispravnost kupališnih, bazenskih i drugih voda od javno zdravstvenog interesa te potrebnih sanitarno-tehničkih i higijenskih uvjeta.

Kao što je već spomenuto, kao posljedica poplave pojavila se opasnost kontaminacije vodovodne vode, zatim prijetnja razvoja crijevnih zaraznih bolesti uslijed kontaminacije životnog prostora otpadnim vodama te opasnost od ugriza glodavaca i zmija. Gust smještaj evakuiranih mještana povećao je i rizik od prijenosa bolesti koje se šire kontaktnim i kapljičnim putem, pa je Krizni stožer Ministarstva zdravlja predložio pojačan i kontinuiran nadzor nad objektima za prihvatanje mještana s poplav-



Dr. sc. Ingrid Bošan Kilibarda, dr. med. i prim. mr. Maja Grba-Bujević, dr. med.

ljenih područja, ali i higijenu smještajnog prostora i sanitarnih prostorija te provedbu tekuće dezinfekcije, vodoopskrbu, odvodnju otpadnih voda, zbrinjavanje otpada, kao i nadzor nad pripremom i podjelom hrane. Stožer preporučuje i nadzor nad svim distributivnim centrima i skladištima Crvenog križa, zatim nadzor svih koji rade na obnavljanju stradalih područja te nizu javnih i ugostiteljskih ustanova, ali i u mjestima koja graniče s poplavljениm područjima te mjestima u koja je evakuiran veći broj osoba s poplavljenog područja.

Zbog brojnosti larvicidnih i adulticidnih komaraca pojavila se i opasnost od širenja tropskih bolesti pa je povjerenstvo za praćenje provedbe mjera dezinfekcije komaraca te deratizacije i dezinfekcije na poplavljenim područjima predviđelo jesensku i proljetnu deratizaciju te monitoring i dezinfekciju komaraca do kraja sezone 2014. i ponovo 2015. godine. U godinu dana, koliko važi Zakon o saniranju posljedica katastrofe na području Vukovarsko-srijemske županije, Krizni stožer Ministarstva zdravlja odredio je da će Hrvatski zavod za javno zdravstvo i mreža Zavoda za javno zdravstvo provoditi mjere nadzora sanacije kuća i objekata u naseljima Gunja, Rajevo Selo i Račinovci, a provodit će ih Veterinarska stanica Županja. U tom razdoblju permanentno će se provoditi pojačane mjere epidemiološkog nadzora i monitoringa vode za piće te mjere sanitarnog nadzora i inspekcije. Na terenu će u

provedbi ovih aktivnosti kao članovi ekspertne skupine sudjelovati dr. sc. **Tamara Poljičanin**, dr. med., dr. sc. **Marijan Erceg**, dr. med., dr. sc. Nataša Janev Holcer, dipl. ing. biol., **Pavle Jeličić**, dr. med. i **Vlado Josić**, dipl. san. inž., ali i niz drugih istaknutih stručnjaka.

U velikim poplavama na istoku Hrvatske potpuno su devastirane ambulante iz zdravstvenog sustava Doma zdravlja Županija u Gunji, Rajevo Selu, Račinovcima, Đurićima i Strošincima, a uništeno je i patronažno vozilo u Gunji. Oštećenja na zgradama ovih zdravstvenih objekta onemogućavaju pružanje adekvatne zdravstvene skrbi, a šteta, uključujući i opremu i inventar, iznosi gotovo šest milijuna kuna. Finansijska sredstva za obnovu ovih zgrada osigurana su kroz Program obnove i saniranja posljedica katastrofe na području Vukovarsko-srijemske županije – obnova zgrada. S obzirom na to da će radovi sanacije trajati i po nekoliko mjeseci, Krizni stožer Ministarstva zdravlja predlaže da se za to vrijeme zdravstvena zaštita stanovništva provodi u kontejnerima koji bi bili priključeni na vodu i struju. Tada se očekuje i velik broj ljudi koji će, uz lokalno stanovništvo, raditi na obnovi cijelokupne infrastrukture, a samim tim povećana je mogućnost neželjenih događanja.

U cilju zaštite zdravlja osoba s ovog područja, Krizni stožer Ministarstva zdravlja odlučio je povećati opreznost te timu T2 koji se, sukladno Mreži hitne medicine (NN, 71/12.),

nalazi u Drenovcima pridodati doktora medicine.

Krizni stožer na poplavljenim područjima u brojkama:

- 35 000 stanovnika izravno ugroženo
- više od 13 000 ljudi evakuirano
- 9 148 životinja evakuirano
- 58 prioritetnih obavijesti izdano od 21. svibnja do 17. lipnja 2014.
- 50 000 izrađenih letaka s javnozdravstvenim savjetima o postupanju nakon poplave
- za 10 000 ljudi donirani medicinski kitovi i pročišćivači vode od strane Svjetske zdravstvene organizacije na inicijativu Kriznog stožera
- 32 tima Hitne medicinske službe svakodnevno na terenu
- 1 479 ambulantnih pregleda za iseljeno stanovništvo na šest lokacija
- 254 epidemiološka i 131 sanitarni izvid nakon što se voda povukla
- 1 154 osobe docijepljene protiv tetanusa
- 208 obveznih dezinfekcija i deratizacija domaćinstava provedeno

.....

Nacionalni preventivni programi ranog otkrivanja raka

*Melita Jelavić, dr. med.
Goran Streny, dipl. ing.
Maja Vajagić, dr. med.*

• Veličina problema malignih bolesti prepoznata je u Republici Hrvatskoj te se sukladno tome provode i tri Nacionalna programa ranog otkrivanja raka. Cilj je preventivnih programa probira smanjiti poboljšati i smrtnost od raka dojke, debelog crijeva i vrata maternice, te unaprijediti zdravlje cijelokupnog stanovništva. Organizacija provođenja programa je složena, a s obzirom na veliki broj sudionika u

cijelom procesu iznimno je važno povezivanje svih uključenih sudionika.

Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke

Program je započeo 2006. godine, na nacionalnoj razini, nositelj Programa je Ministarstvo zdravlja. U provedbi programa

sudjeluju: Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), županijski zavodi za javno zdravstvo i Zavod za javno zdravstvo „Dr. A. Štampar“, 53 radiološke/mamografske jedinice, te na primarnoj razini zdravstvene zaštite timovi opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite žena i patronažne djelatnosti koji motiviraju pučanstvo da sudjeluje u programu.

Ciljna skupina ovog programa probira su sve žene u dobi od 50-69 godina, jedan ciklus pozivanja traje 2 godine, a kao test u probiru se koristi visoko kvalitetna mamografija s dvostrukim očitavanjem.

Ciljevi programa su: smanjiti smrtnost od raka dojke za 25-30%, pri čemu je preduvjet za ostvarenje tog cilja odaziv od minimalno 70% žena, otkriti rak dojke u početnom – lokaliziranom stadiju te poboljšati kvalitetu života žena koje su već oboljele.

Za praćenje programa zaduženo je Povjerenstvo za organizaciju, stručno praćenje i kontrolu kvalitete Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke. Informatičko rješenje koje se trenutno koristi je Lambda, koje je u većem dijelu zadovoljavajuće.

Provedba:
1. ciklus programa obuhvatio je raz-

doblje od kraja 2006. do kraja 2009. godine, na preventivni pregled pozvano je 721.000 žena ciljne dobne skupine, odaziv je bio 63%;

2. ciklus programa odvijao se u razdoblju od početka 2010. do kraja 2011. godine, na preventivni pregled pozvano je 680.640 žena ciljne dobne skupine, odaziv je bio 57%;

3. ciklus pozivanja započeo je krajem 2011. i završio je u svibnju 2014. Godine, prema dosadašnjim podacima odaziv je 58%, a u tijeku je 4. ciklus provedbe programa.

Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva

Program je započeo 2008. godine, na nacionalnoj razini, nositelj Programa je Ministarstvo zdravlja. U njegovoj provedbi sudjeluju: HZJZ, županijski zavodi za javno zdravstvo i Zavod za javno zdravstvo „Dr. A. Štampar“, 38 kolonoskopskih jedinica s patologizma, te na primarnoj razini zdravstvene zaštite timovi u djelatnosti opće/obiteljske medicine i patronažne djelatnosti koji motiviraju pučanstvo da sudjelu u programu.

Ciljna skupina ovog programa probira su sve žene i muškarci u dobi od 50-74 godine, jedan ciklus pozivanja traje 2-3 godine, kao test u probiru se koristi test na nevidljivo krvarenje u stolici, a za osobe koje su na testu pozitivne i kolonoskopija.

Ciljevi programa su: otkriti rak u početnom stadiju, otkriti i ukloniti polipe debelog crijeva te time povećati kako mogućnost izlječenja tako i poboljšati kvalitetu života već oboljelih osoba te smanjiti smrtnost od raka debelog crijeva za 15%, 10-13 godina nakon početka provođenja programa.

Za praćenje programa je zaduženo Povjerenstvo za organizaciju, stručno praćenje i kontrolu kvalitete Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva. Informatičko rješenje koje se koristi je aplikacija Zavoda za telemedicinu koje nije ispunilo zahtjeve, osobito u izvještajnom dijelu.

Provredba:

1. ciklus započeo je 2008., pozivanje je završilo u studenom 2012. godine poslano je 1.419.639 testova, na nacionalnoj razini zabilježen je odaziv od 20,3%. U sklopu programa napravljeno je oko 10.500 kolonoskopskih pregleda; otkriveno je 564 karcinoma te velik broj drugih bolesti debelog crijeva;

U listopadu 2013. započeo je znatno reorganizirani drugi ciklus; trenutni odaziv je oko 20%.

Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice

Program je započeo s provedbom 1. prosinca 2012. godine na nacionalnoj razini, nositelj Programa je Ministarstvo zdravlja.

U njegovoj provedbi sudjeluju: HZJZ, županijski zavodi za javno zdravstvo i Zavod za javno zdravstvo „Dr. A. Štampar“, ugovorni timovi u djelatnosti zdravstvene zaštite žena na primarnoj razini zdravstvene zaštite i ugovorni citološki laboratoriji, te na primarnoj razini zdravstvene zaštite timovi u djelatnosti opće/obiteljske medicine i patronažne djelatnosti kojima motiviraju žene da sudjeluju u programu.

Ciljna skupina ovog programa probira su sve žene u dobi od 25-64 godina, jedan ciklus pozivanja traje 3 godine, a kao test u probiru se koristi konvencionalni PAPA test.

Ciljevi programa su: obuhvatiti 85% ciljne populacije programom ranog otkrivanja raka vrata maternice tijekom tri godina od početka programa; postepeno potpuno ukidanje oportunističkih pregleda uvođenjem organiziranog probira; smanjiti incidenciju (pojavnost) invazivnog raka vrata maternice za 60% u dobroj skupini od 25-64 godine 8 godina od početka programa te smanjiti smrtnost od invazivnog raka vrata maternice za 80% u dobroj skupini od 25-70 godina, 13 godina od početka programa.

Za praćenje programa zaduženo je Povjerenstvo za organizaciju, stručno praćenje i kontrolu kvalitete Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice.

Od početka provođenja programa ne postoji nikakvo informatičko rješenje već se podaci između HZZO-a i županijskih zavoda za javno zdravstvo razmjenjuju putem zaštićenog dijela CEZIH portala, dok je izvještajni dio potpuno neadekvatan.

Provredba:

U tijeku je pozivanje u prvi ciklus, trenutni odaziv je oko 11% na nacionalnoj razini, ukupno je pozvano oko 560.000 žena.

Ugovaranje i financiranje preventivnih programa ranog otkrivanja raka

Nositelj Nacionalnih programa ranog otkrivanja raka je Ministarstvo zdravlja, koje uz imenovana Povjerenstva za organizaciju, stručno praćenje i kontrolu kvalitete donosi odluke vezane uz sve promjene u tijeku, provođenju i organizaciji samih programa. Nacional-

ni koordinatori provođenja programa u HZJZ-u, osim što koordiniraju promotivne aktivnosti, generiranje ciklusa i samo pozivanje, provode i aktivnosti vezane uz praćenje i evaluaciju programa. Županijski zavodi za javno zdravstvo pozivaju osobe s područja svoje nadležnosti te prate odaziv i evaluiraju provedbu na razini svoje županije.

Ministarstvo zdravlja i HZJZ ugovaraju i nadležni su za financiranje promotivnih aktivnosti te tiskanja poziva, brošura i upitnika koji se šalju osobama u programu te samih poštanskih usluga pozivanja. Te aktivnosti se financiraju sa stavke Državnog proračuna u nadležnosti Ministarstva zdravlja (A795006 Prevencija malignih bolesti, Državni proračun RH 2013., Narodne novine broj 139/12, 53/13 i 145/13; Državni proračun RH 2014. 152/13 i 39/14). Također, u nadležnosti je Ministarstva zdravlja i nabava opreme za provođenje samih postupaka (mamografski uređaji, endoskopski stupovi).

HZZO ugovara provođenje zdravstvenih postupaka nacionalnih preventivnih programa ranog otkrivanja raka s ugovornim ustanovama koje provode zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Financiranje same provedbe postupaka s ugovornim ustanovama je u nadležnosti HZZO-a i provodi se s posebne stavke Državnog proračuna. Tijekom 2013. godine bila je definirana posebna pozicija Državnog proračuna RH A690071 Rano otkrivanje zločudnih bolesti (Državni proračun RH 2013., Narodne novine broj 139/12, 53/13 i 145/13), dok su od 2014. godine ta sredstva u jedinstvenoj poziciji HZZO-a: 09615 Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (Državni proračun RH 2014., Narodne novine broj 152/13 i 39/14). Posebna pozicija državnog proračuna u nadležnosti ministarstva zdravlja je i pozicija koja se odnosi na informatizaciju zdravstvenog sustava i unutar koje su osigurana sredstva za informatizaciju i preventivnih programa ranog otkrivanja raka (K618038 Informatizacija zdravstvenog sustava, Državni proračun RH 2013., Narodne novine broj 139/12, 53/13 i 145/13, Državni proračun RH 2014. 152/13 i 39/14).

Sami postupci koji se provode i njihove cijene su definirani Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Narodne novine broj 156/13, 11/14, 12/14, 34/14, 54/14, 66/14 i 74/14) uz posebnu napomenu da su osim postupaka mamografije, kolonoskopije, ginekološkog probira i PAPA testa, definirani i motivacijski postupci za sudjelovanje u programima koje provode ugovorni subjekti primarne zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine (2.338 timova), zdravstvene zaštite žena (273

tim) i patronažne zdravstvene zaštite (873 tima). HZZO ugovara 30 timova u djelatnosti javnog zdravstva pri županijskim zavodima za javno zdravstvo koji provode pozivanje, praćenje i evaluaciju programa na razini županije. Nadalje, HZZO sklapa ugovore o provođenju postupaka unutar nacionalnih preventivnih programa s 56 ustanova koje provode postupke mamografije, 28 ustanova koje provode postupke kolonoskopije s patohistološkom analizom te 36 ustanova, odnosno citoloških laboratorija koji provode analize PAPA testova. Također, svih 273 ugovornih timova u djelatnosti zdravstvene zaštite žena na primarnoj razini provodi i postupak ginekološkog probira unutar programa. S obzirom na opisanu organizaciju nacionalnih preventivnih programa, od iznimne je važnosti informatičko povezivanje svih institucija, provoditelja programa i osoba koje sudjeluju u programu, i to zbog iznimne važnosti kvalitetnog sustava izvještavanja, što je preduvjet za bolje upravljanje sustavom nacionalnih preventivnih programa ranog otkrivanja zločudnih bolesti.

Računalni program preventivnih programa ranog otkrivanja raka

Razvijeni računalni program podržava poslovne procese sva tri nacionalna zdravstvena programa: za rano otkrivanje raka dojke, debelog crijeva i vrata maternice.

Cjeloviti NPP sustav može se podijeliti na četiri glavne cjeline: središnju NPP aplikaciju, cjelinu za izvještaje i poslovnu inteligenciju, portal za paciente u okviru preventivnih programa te program za upravljanje sadržajem

(eng. content management software,CMS) za HZJZ. U nastavku su pojedine cjeline detaljnije objašnjene. Središnja NPP aplikacija (izvedena kao web aplikacija) je jedinstvena platforma za rad svih sudionika koji provode preventivne programe. Aplikacija podržava sve poslovne procese sukladno pravilnicima i protokolima, od odabira osoba koje trebaju biti pozvane, pripreme lista za pozivanje pa sve do upisa nalaza. Korisnici aplikacije su nacionalni koordinatori, županijski zavodi za javno zdravstvo i liječnici u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Modul izvještaja omogućava tri vrste izvještaja: izvještaji u tabličnom prikazu, geo izvještaji, koji prikazuju podatke u grafičkom obliku na karti Republike Hrvatske po županijama, i izvještaji koje korisnici mogu izrađivati prema svojim željama. Izvještaji su dostupni za sve nacionalne programe te prikazuju administrativne i kliničke podatke.

Korisnici modula izvještaja su ovlaštene osobe Ministarstva zdravlja, Zavoda za javno zdravstvo i HZZO-a. Namjena izvještajnog sustava je praćenje provođenja preventivnih programa, ali ujedno i praćenje ključnih parametara, kako bi buduće nadogradnje sustava ili izmjene poslovnih procesa podržale poboljšanje uspješnosti provođenja i smanjenja troškova.

Portal za paciente u okviru preventivnih programa prvi puta uključuje i same paciente u informatički zdravstveni sustav u RH. Pacientima je omogućen pregled i izmjena osobnih kontakt podataka (adresa, adresa elektronske pošte i broj telefona) s ciljem povećanja odziva zbog točnih podataka, odabir načina pozivanja i ispunjavanje upitnika u elektronskom obliku, što smanjuje troškove zbog uklanjanja papira iz poslovnog procesa.

Sustav za objavu sadržaja, CMS, služi za objavu korisnih sadržaja o samim programima i načinima provođenja kao i za dodatnu edukaciju pacijenata, kako bi ih se potaknulo da sudjeluju u programima prevencije. Korisnici ove cjeline su zaposlenici HZJZ-a.

Razine sigurnosti i način pristupa sustavu mogu se podijeliti u dvije skupine. Prva skupina obuhvaća središnju NPP aplikaciju i izvještajni modul, kojima se pristupa iz virtualne privatne mreže, a za pristup i prijavu je potrebna pametna kartica HZZO-a. Druga skupina obuhvaća cjeline portala za paciente i sustav za objavu sadržaja. Njima se pristupa s Interneta, a za prijavu je potrebno korisničko ime i lozinka. Sustav za svakog korisnika nakon prijave prepoznaće njegovu ulogu, na temelju koje su korisniku dozvoljene određene radnje. Trenutno u sustavu postoje 22 različite uloge korisnika (autorizirane osobe Ministarstva zdravlja, specijalisti radiologije, citologije, patologije, gastroenterologije i obiteljske medicine, ginekolazi, patronažne sestre, pacijenti itd.). Arhitektura cijelog sustava je strukturirana u tri glavna sloja: prezentacijski sloj – sloj prikaza informacija korisniku putem preglednika; aplikacijski sloj – sloj koji upravlja aktivnostima koje aplikacija treba izvršavati; podatkovni sloj – sloj koji upravlja pohranjivanjem podataka u bazu i prikazom podataka iz baze na poslužitelju.

Cijeli sustav je potpuno uklopljen u CEZIH sustav (Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske). Dodatno, sustav je povezan i s ostalim sustavima u zdravstvu: aplikacijama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (obiteljska medicina i ginekologija), u ljevkarnama, u vanbolničkoj specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti, u bolnicama, zatim s Registrom za rak, poslovnim sustavom HZZO-a (ZOROH-om) i centralnim sustavom eListe čekanja i eNaručivanja. Za razmjenu podataka koriste se postojeći komunikacijski mehanizmi poput eUputnice i pripadajućeg odgovora (eNalaza), eRecepta, eNaručivanja itd.

Upravo ti postojeći komunikacijski mehanizmi čine ovaj sustav otvorenim za buduće nadogradnje i poboljšanje poslovnih procesa, imajući u vidu budući izgled cijelog zdravstvenog sustava u RH (npr. elektronskog zdravstvenog zapisa u kojem će u budućnosti biti prikazani i podaci o preventivnim pregledima). Sva buduća poboljšanja u konačnici trebaju i korisnicima osigurati jednostavniji rad, na način da svi korisnici za svoj rad koriste isključivo jednu, nijihovo ulozi prilagođenu, aplikaciju.



Foto: Motovun, Andreja Šantek

••••

Palijativa u Hrvatskoj: sustavan razvoj donosi rezultate

6. Stručno savjetovanje o zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti

*Prof. dr. sc. Karmen Lončarek, dr. med.
Maja Vajagić, dr. med.*

- Kao uvodni program ovogodišnjih radionica Zdravstveni sustav i zdravstvena politika održano je 6. Stručno savjetovanje o zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti - Operativno planiranje i organiziranje palijativne skrbi 2014.-2016.

Savjetovanje je imalo za cilj predložiti svim sudionicima koji pružaju palijativnu skrb alate kojima mogu na istovjetan način procijeniti potrebe te vrednovati resurse i tehnologije koje imaju, a sastavni dio procjene resursa uključuje i vrednovanje postojećih praksi, modela i tehnologija. Alati su dostupni na uvid na mrežnim stranicama www.palijativna-skrb.hr

imaju, a sastavni dio procjene resursa uključuje i vrednovanje postojećih praksi, modela i tehnologija. Alati su dostupni na uvid na mrežnim stranicama www.palijativna-skrb.hr

Naime, prema Strateškom planu razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj (2014-2016), obveza je zdravstvenih ustanova, županija i Ministarstva zdravlja da do kraja 2014. procijene potrebe i resurse za cijelovito osiguranje palijativne skrbi. Svrha je ove procjene predložiti načine organiziranja pružanja optimalne palijativne skrbi.

Palijativna skrb – MKB šifra Z51.5

Svi sudionici bili su suglasni o iznimnoj važnosti korištenja MKB-šifre Z51.5 („pacijent u palijativnoj skrbi“). Šifra Z51.5 iznimno je važna za prepoznavanje palijativnih pacij-

nata u zdravstvenom sustavu, čime će se omogućiti kvalitetnije planiranje potreba i pružanje adekvatne skrbi. Rutinsko korištenje te šifre u svrhu brzog prepoznavanja palijativnih pacijenata preduvjet je razvijanja bolničkih „brzih linija“ obrade za te pacijente koji se prečesto podvrgavaju nekorisnim, pa čak i uzaludnim dijagnostičkim postupcima što im ne donose nikakvu dobrobit, već samo povećavaju patnju.

Predstavljeni su i neki uspješni modeli palijativne skrbi, kao što je istarski tim mobilnih stručnjaka za palijativu koji opskrbljuje ne samo pacijente u njihovim kućama, već i za vrijeme boravka u bolnici. Specijalne bolnice Popovača i Ugljan prikazale su svoje rezultate u psihijatrijskoj palijativi i rutinskoj primjeni zdravstvenih tehnologija poput vanjskog katera i suputane infuzije, što se još uvek nedovoljno koriste u bolnicama.

Zagrebački gradski centar za koordinaciju palijativne skrbi prikazao je model skrbi za pacijente u njihovim domovima, u kojem usko surađuju stručnjaci iz primarne zdravstvene zaštite, Kliničke bolnice Dubrava, te posebno educirani volonteri. Zavod za palijativnu medicinu KBC-a Rijeka predstavio je računalnu aplikaciju ePalijativa koja olakšava prepoznavanje i praćenje palijativnih pacijenata kroz bolnički sustav i hitne službe.

Savjetovanje je pokazalo da, iako Hrvatska još nema napredan sustav palijativne skrbi na razini vodećih članica EU-a, uspješno ga gradi i primjenjuje najbolje svjetske modele prilagođene potrebama lokalnih sredina – bilo da se radi o velikim gradovima, rijetko naseljenim ruralnim sredinama ili pak o udaljenim otocima.

.....



Foto: Motovun, Andreja Šantek

Novo izdanje HiT Observatory - Hrvatska 2014.

Zdravstveni sustavi u tranziciji
(engl. *Health systems in transition*)
– serija publikacija

Nika Pavić, MBA



Nika Pavić i dr. Dijana Cimera, pomoćnica ministra zdravlja

• U sklopu ovogodišnjeg programa "Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika" u Motovunu je 3. srpnja 2014., predstavljeno i najnovije izdanje HiT – Health system review – Croatia 2014. Serija 'Zdravstveni sustavi u tranziciji' (engl. *HiT*) temelji se na pregledu zdravstva pojedinih zemalja s detaljnim opisom zdravstvenog sustava te reformskih inicijativa. Serija obuhvaća zemlje europske regije SZO-a kao i neke OECD zemlje.

Svaki osvrt izrađuju stručnjaci iz pojedinih zemalja u suradnji sa stručnim osobljem European Observatory on Health Systems. U cilju olakšavanja usporedbi među zemljama, pregledi po zemljama bazirani su na utvrđenom predlošku koji se redovito zanavlja. Spomenuti predložak pruža detaljne smjernice i specifična pitanja, definicije, kao i primjere

potrebne za sastavljanje izvješća. HiT izdanja nastoje ujvek iznova ući u trag bitnim informacijama koje bi služile kao potpora kreatorima zdravstvenih politika i analitičarima zdravstvenih sustava diljem Europe. HiT izdanje za Hrvatsku pisano je u suradnji s Observorijem i Školom narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta u Zagrebu, koja je od 2014. postala član mreže HSPM (Health system and policy Monitor).

Autori izdanja za Hrvatsku su **Aleksandar Džakula** sa ŠNZ „Andrija Štampar“, Anna Sagan iz European Observatory on Health Systems, **Nika Pavić** iz Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Karmen Lončarek iz KBC-a Rijeka i **Katarina Sekelj-Kauzlaric** iz Hrvatske liječničke komore. Istraživačku podršku pružili su studenti poslijediplomskog

studija na ŠNZ „Andrija Štampar“, **Leta Pilić** i **Adisa Keranović**, a uz posebnu savjetničku pomoć prof. dr. **Luke Kovačića**. Recenzija izdanja provedena je uz podršku **Sarah Thomsom** s London School of Economics i **Ewouta van Ginnkena** s Berlinskog Tehničkog sveučilišta, oboje članovi tima Observatorija.

Podloga za ovo izdanje bilo je pretходno izdanje HiT-a za Hrvatsku, iz 2006. godine, autori kojeg su **Luka Vončina**, **Nadia Jemai**, **Sherry Merkur**, **Christina Golna**, **Akiko Maeda**, **Shiyan Chao** i **Aleksandar Džakula**, dok su recenzenti izdanja bili **Sherry Merkur**, **Nadia Jemai** i **Elias Mossialos**.

Nova publikacija je u cijelosti dostupna u PDF izdanju na:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf?ua=1

Monitor zdravstvenih sustava i politika

Objavom novog izdanja HiT serije, Hrvatska je postala u dijelom web servisa Health system and policy monitora koji omogućuje dvije vrlo korisne operacije: jednostavno dobivanje podataka o pojedinim zdravstvenim sustavima te usporedbe zdravstvenih sustava u više država.

Informacije o zdravstvenim sustavima

Odabirom zemlje pristupate stranici te zemlje te se nudi sustavan opis njezinog zdravstvenog sustava u kojem se ističu ažurne informacije o trenutno aktualnim zdravstvenim reformama i politikama.

Usporedba zdravstvenih sustava (web usluga)

Health system and policy Monitor (<http://www.hspm.org/searchandcompare.aspx>) je inovativna platforma koja osigurava detaljan opis zdravstvenih sustava i omogućava ažurne informacije glede reformi i promjena bitnih za politike. Ovaj sustav omogućava Vam odabir više zemalja te njihovu međusobnu usporedbu, odnosno usporedbu zdravstvenih sustava dotičnih zemalja. Sustav automatski izdvaja i uspoređuje sadržaj objavljen od strane HiTa za odabrane zemlje i odabранe teme.

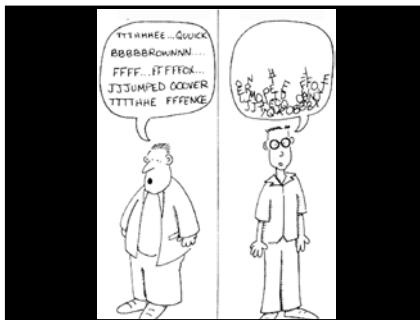
.....

Međunarodni dan svjesnosti o mucanju

22. listopada

- U svijetu muca gotovo 70 milijuna osoba, novija istraživanja pokazuju da jedno od devetero djece mlađe od pet godina muca, a uzrok tomu nije poznat. Većina ljudi, pa i medicinara, zna vrlo malo o mucanju.

To je svakako jedan od razloga zbog kojeg se osobe koje mučaju ponekad suočavaju s predrasudama, diskriminacijom i izoliranošću iz društva. Oni su različitih zanimanja, kulturno-loških karakteristika, osobnih iskustava i postignuća. Mnogi su, usprkos poteškoći u komuniciranju, postigli vrhunske rezultate u svom profesionalnom životu, no stigma ostaje.



U svijetu se 22. listopada obilježava Međunarodni dan svjesnosti o mucanju (International Stuttering Awareness Day - ISAD) od 1998. godine sa željom da se informiranjem javnosti doprinese kvaliteti života osoba koje mucaju. Rezultati liječenja su odlični ako se što ranije započne s liječenjem, prije pete godine života. Važnost obilježavanja ISAD-a prepoznale su mnoge međunarodne organizacije, kao što su International Stuttering Association, International Fluency Association, European League of Stuttering Associations i American Speech - Hearing Association Division on Fluency Disorders kao i nacionalne organizacije koje se mogu naći na internet stranici International Stuttering Association (www.stutterisa.org).

Radi okupljanja svih zainteresiranih društvenih čimbenika pripravnih da rade na senzibiliziranju javnosti na probleme osoba koje mucaju i unapređenje njihove kvalitete života i komunikacija, u Zagrebu je 18. svibnja 2000. utemeljena Hrvatska udruga za pomoć osobama koje mucaju. Na prijedlog te udruge Hrvatski je sabor 20. ožujka 2009. proglašio 22. listopada "Danom svjesnosti o mucanju u Republici Hrvatskoj". Hrvatska je time postala prva država u svijetu koja je na ovaj način i

A black and white line drawing poster. At the top, the text reads "22. LISTOPADA 2001. - MEĐUNARODNI DAN UKAZIVANJA NA PROBLĒM MUČANJA" and "October 22, 2001 - International Stuttering Awareness Day (ISAD)". Below this is an email address: "mail@isad.hr". The central image is a cartoon illustration of a person with a sad expression, looking out from behind a tall, light-colored wall. The person's head is tilted back, and their hands are gripping the wall. In the background, there are other architectural structures like windows and doorways. At the bottom, the text "NISI SAM!" is written in large, bold, orange letters, followed by "YOU ARE NOT ALONE!" in smaller, black capital letters. There are also small logos and text for "Croatian Association for People Who Stutter" and "Hrvatsko Društvo za ljudi koji kašljaju".

službeno otvorila vrata podizanju svjesnosti o muncanju, boljem razumijevanju i pomoći osobama koje mučaju u našoj zemlji.

Sjedište Udruge je u Klinici za dječje bolesti Zagreb, Klaićeva 16, a nazvana je „Hinko Freund“ po našem liječniku koji je i sam od djetinjstva mucao, posjećivao logopede u najpoznatijim tadašnjim europskim medicinskim centrima, a poslije se u Zagrebu i, nakon Drugog svjetskog rata, u SAD-u posvetio liječenju mucanja.

U svojoj je praksi liječio bolesnike, istraživao i svoje rezultate priopćavao kolegama na sastancima i u brojnim člancima te tako postavio temelje hrvatske logopedije.

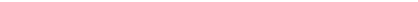
Logopediju je Freund držao specijalnom medicinskom disciplinom koja se ne da svrstati ni pod koju od drugih poznatih struka, niti se može smatrati privjeskom jedne struke, iako s mnogima od njih graniči. Ona se služi i psihološkim, i neurološkim, i laringološkim, i pedijatrijskim, i fonetskim i specifično logopedskim metodama istraživanja i liječenja, no kraj svega toga čuva svoju osebujnost, koja leži u jedinstvenosti objekta: u svestranom znanstveno-medicinskom proučavanju patologije govora".

Ta definicija umnogome vrijedi i danas, premda je logopedija u čitavom svijetu izdvojena iz medicine i postala samostalna znanost.

U Zagrebu je 1948. pri Višoj pedagoškoj školi otvoren Defektološki odsjek za stjecanje zvanja nastavnik-defektolog, na kojem su student slušali kolegij Logopedija. Zatim je odlukom Sabora Republike Hrvatske 10. srpnja 1962. utemeljena Visoka defektološka škola, također u Zagrebu. Na njoj su se budući defektolozi obrazovali za "dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju osoba sa smetnjama u psihosomatskom razvitku". Od samog utemeljenja bilo je u Visokoj defektološkoj školi moguće studirati i studijski smjer Logopediju u kombinaciji s drugim smjerovima, ponajprije sa surdopedagogijom. U svibnju 1965. Viša defektološka škola je uključena u sastav Sveučilišta, a već 1971. je u njoj pokrenut prvi poslijediplomski znanstveni studij za područje govora i sluha. Dotadašnja Visoka defektološka škola prerasla je 1973. u Fakultet za defektologiju, kojem je 1998. promijenjen naziv u Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.

Za liječenje težeg oblika mucanja, spastičke disartrije, najpozvaniji su ipak liječnici, primjerice na fonijatrijskom odjelu ORL klinike KBC-a Zagreb, koji imaju više nego polustoljetnu tradiciju govorne i glasovne edukacije i rehabilitacije. Zbog nestašice liječnika fonijatara potrebno je i dalje ulagati u edukaciju defektologa za praktičan rad na što ranijem prepoznavanju i započinjanju liječenja. Velika je uloga Udruge za pomoć osoba koje mucaju "Hinko Freund" (predsjednica dr. sc. **Suzana Jelčić-Jakšić**) u neprekidnom pojačavanju osjetljivosti hrvatske javnosti prema mucanju i poticanju povezivanja praktičnog i znanstvenog rada u logopediji s novim medicinskim spoznajama, što će omogućiti napredak i bolju pomoć djeci i odraslima koji mucaju u Hrvatskoj te na najbolji način odati priznanje dr. **Hinku Freundu**. Suradnja Udruge "Hinko Freund" s međunarodnim institucijama koje razvijaju logopediju kao i s institucijama u Hrvatskoj, poput npr. Hrvatskog instituta za mozak u Zagrebu, olakšat će rješavanje problema mucanja u Hrvatskoj.

Ivica Vučak



EHA osnovala Limfomsku radnu skupinu

• U Amsterdamu je 7. travnja održan osnivački sastanak Limfomske radne skupine Europskog hematološkog društva (EHA). Sudjelovalo je 27 vrhunskih europskih stručnjaka za liječenje limfoma. Ciljevi skupine, koja će biti neovisna o farmaceutskim tvrtkama, jesu:

1. Unutar EHA-e stvoriti jaku skupinu koja će moći predstavljati i lobirati za interese zdravstvenih djelatnika i bolesnika kako tijela uprave (EMA, EU) tako i farmaceutsku industriju, npr. u pogledu dostupnosti novih lijekova, pravila o kliničkim istraživanjima itd.

2. Stvoriti platformu za istraživanja koja će omogućiti:

- razmjenu podataka o kliničkim istraživanjima radi bolje koordinacije istraživačkih grupa;

- provođenje opservacijskih studija u rijetkih vrsta limfoma;

- metaanalize ili retrospektivne analize na temelju već postojećih podataka, npr. prognostičkih čimbenika, bioloških biljega ili kasnih nuspojava liječenja;

- davanje preporuka, npr. za izvođenje i interpretaciju nalaza pozitronske emisione tomografije.

3. Identificiranje skupina bolesnika koji su najzanemareniji u istraživanjima sponzoriranim od farmaceutskih tvrtki (npr. oni s primarno refraktornim limfomima, stari ili bolesnici lošeg općeg stanja) i usmjeravanje napora na te skupine.

Radna skupina planira unutar EHA-inie otvoriti vlastitu mrežnu stranicu na kojoj

će se nalaziti podaci o aktivnostima različitih skupina za istraživanje limfoma, s poveznica na njihove mrežne stranice te forum za istraživače na kojem će se moći predlagati nova istraživanja i prijavljivati zainteresirani za suradnju kao i razmjenjivati savjeti o neuobičajenim i teškim slučajevima. Struktura skupine bit će neformalna, bez potrebe ispunjavanja posebnih zahtjeva za članstvo. Na sastanku je izabran upravni odbor u koji su ušli **Massimo Federico** iz Italije, **John Radford** iz Velike Britanije, **Martin Dreyling** iz Njemačke, **Marie Jose Kersten** iz Nizozemske i **Igor Aurer** iz Hrvatske. Izbor prof. Aurera u ovo tijelo predstavlja veliko priznanje hrvatskoj medicini, posebice hematologiji.

*Prof. dr Igor Aurer
iaurer@kbc-zagreb.hr*

Program edukacije protiv pretilosti u Zagrebu

• Broj pretilih osoba je u porastu te se pojavila potreba za edukacijom kao načinom prevencije pretilosti.

U Gradu Zagrebu je trenutno 49% osoba s prekomjernom tjelesnom masom ($BMI=25-30$) te 20% pretilih osoba ($BMI>30$). Stoga je Udruga za prevenciju prekomjerne težine, uz podršku Grada Zagreba i Gradskog ureda za zdravstvo, Gradskog ureda za gospodarstvo, poduzetništvo i rad te Gradskog ureda za socijalnu skrb i osobe s invaliditetom, pokrenula niz projekata. Među njima najviše se ističu «Savjetovalište za prehranu i debljinu» (koje je dostupno besplatno svaki ponedjeljak i četvrtak) te «10 dana do boljeg zdravlja – pokrenite se na Sljemuenu u ritmu zdravih koraka» (koje

se ciljano organizira jedanput u dva 2 mjeseca). Programima se nastoji edukacijom o pravilnoj prehrani i adekvatnoj tjelesnoj aktivnosti pomoći korisnicima u postizanju optimalne tjelesne mase te u sprječavanju i liječenju sekundarnih bolesti uzrokovanih prekomjernom tjelesnom masom i pretilosti te lošim životnim stilom.



U sklopu Savjetovališta za prehranu i debljinu odvijaju se sastanci Grupa za redukciju, individualna nutricionistička savjetovanja, psihološke radionice i predavanja stručnjaka iz različitih područja. Članovi ispunjavaju anketu o životnom stilu, anamnezu zdravstvenog stanja, redovito vode dnevnik prehrane te im se redovito prate referentne vrijednosti (tjelesna masa, indeks tjelesne mase, udio masnog tijela, opseg struka i bokova, krvni tlak te glukoza i kolesterol u krvi). Prednosti ovakvog načina rada su kontinuiranost, postupno uvođenje promjena i grupni rad. Nedostatak je to što korisnici ostaju u svojoj svakidašnjoj okolini, koja vrlo često nije stimulativna tijekom procesa promjene navika (nerazumijevanje okoline, obveze, teže se nadvladavaju slabosti u donošenju odluka o promjeni, i sl.). Upravo iz tog razloga Udruga je, u komunikaciji sa svojim članovima i strukom, osmisila program koji bi dopunio nedostatke Savjetovališta i pomogao im da se izoliraju te posvete samo sebi i procesu promjene navika. Tako je nastao projekt «10 dana do boljeg zdravlja – pokrenite se na Sljemuenu u ritmu zdravih koraka» (verificiran od relevantnih zdravstvenih i poduzetničkih organizacija).

Korisnici projekta su tijekom deset dana izolirani iz svoje uobičajene okoline. Tijekom tog vremena obroci su nutritivno i energetski prilagođeni njihovim potrebama, svakodnevno vježbaju pod vodstvom kinezologa te sudjeluju na radionicama i predavanjima u organizaciji stručnjaka iz raznih područja (psiholog, kinezilog, fizioterapeut, dijabetolog, endokrinolog, ortoped, onkolog, kardiolog, liječnik opće prakse i drugi). Referentne vrijednosti su im izmjerene na početku i kraju programa. Prednosti su ovakvog načina rada,



Limfomska radna skupina

osim izoliranosti, intenzivna i vizualna edukacija koja je upečatljivija od edukacije predavanjem ili čitanjem te korisnici puno lakše stječu nova znanja. S obzirom na to da je 10 dana vrlo kratko razdoblje te korisnici nemaju dovoljno vremena da usvoje nove navike, svi korisnici su još 12 mjeseci nakon završetka programa pod stručnim nadzorom te redovito dolaze na sastanke Grupe za redukciju u Udruzi te im se na taj način olakšava proces promjene navika.

Sudionici obaju programa educiraju se da već malim promjenama u prehrani i tjelesnoj aktivnosti mogu učiniti puno za svoje zdravlje.

Kroz Savjetovalište za prehranu i debljinu prošlo je tijekom 2013. godine više od 200 osoba, a kroz dvije grupe održane na Sljemenu 40 korisnika. Građani koji su svaki dan dolazili također su koristili besplatno zdravstveni program.

Oba programa doprinose promicanju i održavanju optimalne tjelesne mase čitave populacije te potiču razvoj svijesti o važnosti očuvanja dobrog zdravlja i tjelesne sposobnosti. Cilj je da se ovaj program razvije u zdravstveni turizam za redukciju težine i sprječavanja kroničnih nezaraznih bolesti.

Sljedeći program «10 dana do boljeg zdravlja – pokrenite se na Sljemenu u ritmu zdravih koraka» održava se od 26. rujna do 4. listopada. Cjelodnevni zdravstveni program dostupan je svim građanima besplatno!

*Predsjednica Udruge za prevenciju prekomjerne težine
Sonja Njunjić
(sonja.njunjic@gmail.com)*



HUBOL upozorava na mogućnost korupcije kod javne nabave

- Hrvatska udruga bolničkih liječnika (HUBOL) pozvala je početkom kolovoza odgovorne u zdravstvenom sustavu da hitno obave reviziju svih otvorenih postupaka javne nabave u zdravstvu. U HUBOL-u smatraju da postoji osnovana sumnja da se iskazani uvjeti prilagođavaju tehničkim karakteristikama pojedinog uređaja, a ne stvarnim potrebama. Predsjednik HUBOL-a mr. sci. **Trpimir Goluža** u razgovoru za Hinu upozorio je da mehanizmi prevencije korupcije u Ministarstvu zdravljia do današnjeg dana nisu uspostavljeni, a ciljevi javne nabave samo su deklarativno navedeni, dok se u praksi gotovo svakodnevno događa sukob interesa javnih dužnosnika. Dr. Goluža je

rekao kako se, unatoč nizu zakonskih propisa koji reguliraju javnu nabavu, u zdravstvu i dalje tolerira neracionalno trošenje, dok istodobno svjedočimo najavama rebalansa državnog proračuna i smanjivanja plaća zaposlenih u državnom i javnom sektoru. Uvjetima koji se iskazuju u natječajima i dalje se izravno pogoduje pojedinim proizvođačima, odnosno njihovim zastupnicima, ne vodeći računa o stvarnim potrebama te se neprihvatljivo troši novac hrvatskih poreznih obveznika, rekao je dr. Goluža te doda da niti u jednom slučaju nije registrirano, a kamoli sankcionirano, nedopušteno ponuštanje u postupku javne nabave u hrvatskom zdravstvu.

S obzirom na to da su u tijeku natječaji za nabavu RTG aparata u Koprivnici, KBC-u Zagreb i Krapinskim toplicama, mamografskih aparata u Varaždinu, CT aparata u Osijeku, Zadru, Bjelovaru, Splitu i KBC-u Sestre milosrdnice te RTG dijagnostičkog sustava u pulskoj bolnici, HUBOL je pozvao na prevenciju korupcije u njezinu ishodištu, s obzirom na to da pojedine tehničke specifikacije u otvorenim natječajima pobuđuju sumnju u zlouporabu zakonskih propisa.

U HUBOL-u su pozvali na reviziju otvorenih postupaka javne nabave iz kojih je, kažu, očito kršenje Zakona o javnoj nabavi jer onemogućavaju načela slobodnog kretanja robe i jednakog postupanja, zabranu diskriminacije, proporcionalnost i transparentnost, a posebice načela tržišnog natjecanja. Budući da javna nabava predstavlja značajan dio javne potrošnje u Hrvatskoj te obuhvaća gotovo 10 posto BDP-a, česta je meta koruptivnog ponašanja, podsjećaju u HUBOL-u te upozoravaju da se u slučaju nepoštivanja načela tržišnog

natjecanja Hrvatska izlaže riziku nametanja oštih sankcija i finansijskih kazni.

Ministar zdravlja prim. Siniša Varga osnovao je neovisno Povjerenstvo za reviziju postupaka javne nabave, nakon čijeg je nalaza naložio sanacijskom upravitelju Opće bolnice Bjelovar da poništi postupak javne nabave MSCT 32-slojnog uređaja za RTG i pokrene novi postupak. Naime, nakon uvida u dokumentaciju i provedene detaljne analize, Povjerenstvo je zaključilo da prilikom provođenja postupka ove javne nabave nisu ispunjeni minimalni standardi transparentnosti. OB Bjelovar, stoji u izvješću Povjerenstva, pokazala je suspektну rigidnost u izmjeni uvjeta u sedam stavki tehničke specifikacije javne nabave, bez stručno prihvatljivih obrazloženja inzistiranja na pojedinim uvjetima.

Iz Ministarstva zdravlja reagirali su na istup dr. Goluža koji je rekao da Ministarstvo nema mehanizme prevencije korupcije u javnim nabavama, te kako se uvjetima u natječajima pogoduje određenim dobavljačima, a sukob interesa događa se gotovo svakodnevno. Poručili su kako Ministarstvo zdravlja provodi postupke javne nabave sukladno Zakonu o javnoj nabavi, koji je u skladu s pravnom stečevinom EU-a. Dodali su i da Uprava za sustav javne nabave pri Ministarstvu gospodarstva, koja provodi nadzor s ciljem sprječavanja ili otklanjanja nepravilnosti koje mogu nastati ili su nastale kao posljedica povrede Zakona o javnoj nabavi, do sada nije utvrdila da su dokumentacije za nadmetanje u postupcima javne nabave Ministarstva zdravlja bile nezakonite ili diskriminirajuće.

Ministarstvo zdravlja je, navodi se u priopćenju, u okviru plana provedbe zajed-



ničkih postupaka javne nabave postiglo znatne uštede, ali je zbog potrebe za preispitivanjem prioriteta i potvrde transparentnosti postupaka, odnosno sadržaja koji će biti predmet zajedničkih postupaka javne nabave, 1. kolovoza 2014. donijelo odluku o privremenom zauštavljanju postupaka javne nabave medicinske opreme i medicinskih uređaja u zdravstvenim ustanovama i u Ministarstvu zdravlja, za postupak koji se financiraju iz Državnog proračuna. Razlog je za donošenje ovakve odluke provođenje analize funkcionalnih i tehničkih specifikacija i utvrđivanja stvarnih potreba i prioriteta u skladu s Nacionalnim planom razvoja KBC-a, KB-a, klinika i OB-a u Hrvatskoj i kategorizacijom bolničkih zdravstvenih ustanova. U tijeku je prikupljanje i obrada podataka, kažu u Ministarstvu, nakon čega će uslijediti eventualna odluka o reviziji i ponavljanju pojedinih postupaka javne nabave medicinske opreme i medicinskih uređaja velike vrijednosti koji se financiraju iz Državnog proračuna.

Također navode da je 14. srpnja sklopljen Sporazum o povećanju transparentnosti postupaka javne nabave između Ministarstva zdravlja i Transparency Internationala Hrvatska, kojim se nastavlja višegodišnja međusobna suradnja u cilju osiguravanja dodatne transparentnosti postupaka javne nabave pružanjem i pristupom informacijama vezanim uz postupke javne nabave iz svoje nadležnosti. U Ministarstvu kažu kako u Službenom listu Europske unije (TED), kao i u Elektroničkom oglasniku javne nabave Republike Hrvatske redovito objavljuje informacije o javnim nabavama koje provodi kao javni naručitelj.

Dodatno, na http://www.zdravje.hr/natjecaji_i_javna_nabava Ministarstvo objavljuje informacije o javnim nabavama kako bi svoj rad približilo javnosti i zainteresiranim gospodarskim subjektima.

Iz Ministarstva su poručili da ako dr. Goluža ili netko od članova HUBOL-a, kao i ostala zainteresirana javnost, ima saznanja o koruptivnim aktivnostima ili sukobu interesa u pojedinim postupcima javne nabave za koje je nadležno Ministarstvo zdravlja, dužni su obratiti se nadležnim tijelima sukladno Zakonu o javnoj nabavi.

AŠ

Hrvatski liječnici dječaku ugradili 3D implantat zdjelice

- U Klinici za dječje bolesti Zagreb tim liječnika pod vodstvom prof. dr. sc. Roberta

Kolundžića, pročelnika Zavoda za rekonstrukciju zdjelice Klinike za traumatologiju KBC-a „Sestre milosrdnice“, izveo je u lipnju zahtjevnu operaciju rekonstrukcije zdjelice 3D implantatom 15-godišnjem dječaku J. D. iz Dulovca kraj Daruvara koji je bolovao od tumora. Operacija je izvedena prvi put u tako ranoj životnoj dobi, a zahvaljujući ovom zahvalu bolesnik će nakon provedene rehabilitacije moći hodati te imati priliku voditi normalan život.

Ugrađeni implantat izrađen je točno po mjeri kompjuterskom analizom, a isprintan naprednom 3D tehnologijom, za koju svjetski stručnjaci kažu da zbog mogućnosti koje pruža ima sposobnost revolucionirati zdravstvo.

„Ništa se u medicini, pa tako ni u ortopediji, ne događa slučajno. Pažljivim promišljanjem, oslanjanjem na mlade specijaliste i njihovim trajnim usavršavanjem postigli smo maksimalnu ortopedsku stručnost, prepoznatljivost i respekt kolega i pacijenata te time postavili temelj za izvođenje ovakvih operacija. Ovaj zahvat je bio utoliko komplikiraniji jer je riječ o mlađoj osobi u razvoju. Zbog veličine tumora dječaku je odstranjeno više od pola zdjelice te nije bilo mogućnosti za ugradnju standardnog implantata“, rekao je dr. sc. **Davor Bojić**, voditelj Odjela ortopedije Klinike za dječje bolesti te voditelj onko-ortopedskog tima na konferenciji za novinare 1. kolovoza. Dr. Bojić se posebno zahvalio prof. Kolundžiću, kao glavnom operateru i mentoru programa rekonstrukcije zdjelice kod malignih bolesti, te liječnicima s Odjela onkologije Klinike za pedijatriju te Zavoda za anestezijologiju na pruženoj podršci.

„Ovo je prva operacija koja je izvedena u 3D tehnologiji u našoj bolnici, a posebna je i po tome što je prva takva izvedena na mlađoj osobi u ovom dijelu Europe“, rekao je **Osman Kadić**, dipl. oec., sanacijski upravitelj Klaićeve bolnice. Dodao je kako je Klinika formirala stručan tim ljudi, odnosno onkološko-ortopedski tim koji ubuduće može obavljati slične zahvate ne samo na mladima iz Hrvatske, nego i iz inozemstva.

„Ovim zahvatom opravdali smo status Referentnog centra za solidne tumore u dječjoj dobi Ministarstva zdravlja. Također imamo mogućnost postati regionalni centar te na neki način brendirati ovo znanje“, rekao je upravitelj Kadić.

Operacija je stajala 25.000 eura i napravljena je uz finansijsku pomoć HZZO-a jer implantat nije na listi standardnih ugradbenih materijala, te uz pomoć domaće tvrtke Instrumentaria koja je izradila nacrte za 3D zdjelicu. Implantat je isprintan na 3D printeru u Engleskoj, budući da u Hrvatskoj takav uređaj ne postoji.

Na konferenciji za novinare govorio

je i ministar zdravlja prim. **Siniša Varga** koji je čestitao liječnicima na iznimnom pothvatu. „Ovaj napredan i inovativan kirurški postupak, kojim je 3D implantat ugrađen kao zamjena za tumorom zahvaćeno tkivo, vrlo se rijetko može napraviti negdje u Europi, tako da se Zagreb stavlja na kartu kao jedan od centara izvrsnosti gdje se takav zahvat može obaviti. Zahvat koji je zahtijevao koordinaciju liječnika, bolnica i HZZO-a, pokazuje da imamo ljude koji mogu dodatno unaprijediti naš zdravstveni sustav, učiniti ga efikasnijim i kvalitetnijim kako bi bio u još većoj mjeri okrenut potrebama pacijenata“, rekao je ministar Varga.

Sličan zahvat prvi put u Hrvatskoj obavili su krajem prošle godine liječnici s Klinike za traumatologiju KBC-a „Sestre milosrdnice“ na čelu s prof. Kolundžićem kada su 67-godišnjoj ženi oboljeloj od tumora zdjelice ugradili personalizirani implantat uz pomoć 3D tehnologije.

AŠ



27 AVD uređaja na 27 najprometnijih brodova Jadrolinije

- Radi veće sigurnosti putnika u nacionalnoj i međunarodnoj plovidbi, kroz Nacionalni program javno dostupne rane defibrilacije „Pokreni srce-spasi život“ koji provode Ministarstvo zdravlja, Hrvatski zavod za hitnu medicinu i Hrvatski zavod za javno zdravstvo opremljeni su trajekti i putnički brodovi Jadrolinije s ukupno 27 automatskih vanjskih defibrilatora (AVD).

Tijekom turističke sezone raste broj posjetitelja otocima, ali je i povećan broj putnika na dužobalnim i međunarodnim linijama. Uvažavajući činjenicu da se iznenadan srčani zastoj može dogoditi bilo kome te da se jedino brzom intervencijom, u prvih 3 do 5 minuta, povećava mogućnost preživljavanja, ali i da tijekom plovidbe osoba koja je doživjela srčani zastoj nije dostupna hitnoj medicinskoj službi, povećana je sigurnost plovidbe na najprometnijim linijama postavljanjem AVD uređaja na 27 trajekata i putničkih brodova Jadrolinije.

Provedbom Nacionalnog programa javno dostupne rane defibrilacije namjera je povećati broj preživljavanja u slučajevima iznenadnog srčanog zastopa sa sadašnjih 10 posto na postotak preživljavanja veći od 50 posto. AVD uređaj omogućava da se u slučaju iznenadnog zastopa srca pomogne i prije dolaska hitne medicinske službe. Pomoći mogu pružiti i laici bez medicinskog znanja te tako

spasiti život u sudbonosnim minutama do dolaska hitne službe.

Jednostavan za rukovanje, AVD uređaj sam prepoznaće srčani ritam koji zahtijeva defibrilaciju te daje glasovne i tekstualne upute o postupcima koje treba provesti. Nakon što su za pravilnu upotrebu AVD-a i postupak oživljavanja educirani djelatnici Jadrolinije, uređaji su postavljeni i na trajekte te na putničke brodove Postira i Premuda.

Nenad Korkut, dr. med.,

glasnogovornik Ministarstva zdravstva

“Hospital Days“ okuplja vodeće ljudе zdravstva

- Treća Hospital Days konferencija održat će se 23. i 24. rujna u zagrebačkom Kongresnom centru Hypo Expo XXI, a ove godine očekuje se više od 500 hrvatskih i regionalnih stručnjaka s područja zdravstva, farmacije, osiguranja i informatike. Organizator je softverska tvrtka IN2.

Fokus konferencije i ove godine će biti na poslovanju bolnica uz teme kao što su masterplan, sanacija, održivost u postojećim uvjetima financiranja te kvaliteta bolnica. Program konferencije podijeljen je u osam tematskih blokova o upravljanju bolnicama, audio-nicima zdravstvenog sustava, farmaceutskoj industriji, kvaliteti zdravstvene zaštite, zdravstvenom osiguranju, finansijskoj održivosti zdravstvenog sustava i njegovoj budućnosti.

Svaki od blokova uključivat će i okružiti stol s relevantnim govornicima kao što su ministar zdravstva Siniša Varga, v.d. ravnateljice HZZO-a Tatjana Prenda Trupec, predsjednik HLK prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednik HLZ-a prof. dr. Željko Krznarić, dekan zagrebačkog MEF-a prof. dr. Davor Miličić, voditeljica projekta e-Zdravljie Ministarstva za zdravstvo Republike Slovenije Katarina Kralj, direktor Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore Kenan Hrapović, predstavnici uprava vodećih hrvatskih bolnica te brojni drugi stručnjaci s područja zdravstva, farmacije, osiguranja i IT sektora.

Prvi put na konferenciji će biti organizirane i stručne radionice, koje će audio-nicima omogućiti raspravu, razmjenu stavova i iskustava te stjecanja znanja koje mogu primijeniti u svakodnevnom radu.



Prof. dr. Paško Rakić, ugledan američki neurolog, posjetio HAZU

- Predsjednik Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti akademik **Zvonko Kusić** primio je 11. rujna u kraći posjet prof. dr. sc. **Paško Rakiću**, uglednog neurobiologa, osnivača i predstojnika Odjela neurobiologije na Sveučilištu Yale, koji je istodobno i direktor Kavli instituta za neuroznanost.

Prof. Rakić, specijalist za neurogeniku, američki je znanstvenik hrvatskog porijekla. Rođen je 1933. u Rumi, u obitelji hrvatskih imigranata, diplomirao je na MEF-u u Beogradu, a potom obrazovanje i karijeru nastavlja na MEF-u Sveučilišta Harvard (1969-1977). Od 1977. je Profesor neuroznanosti na MEF-u Sveučilišta Yale, predstojnik Odsjeka neuroanatomije (1977.-1990.), šef Katedre neuroznanosti **Doris McConnell Duberg** (od 1978.), predstojnik Odjela neurobiologije (od 2001.) i direktor Kavli Instituta za neuroznanost (od 2004.).

Dobitnik je mnogih priznanja za svoj rad, a između ostalih i prestižne, milijun dolara vrijedne Kavli nagrade 2008. godine, zbog značajnog doprinosa razumijevanju razvoja mozga. Ta je nagrada po svom je značenju i ugodlu gotovo usporediva s Nobelovom.

Prof. Rakić član je HAZU-a, Nacionalne akademije znanosti SAD, Američke akademije umjetnosti i znanosti, Srpske akademije nauka i umetnosti, Norveške kraljevske akademije, a počasni je doktor Sveučilišta Buenos Aires, Albert St-Georgy sveučilišta u Segedu i Sveučilišta u Zagrebu. Više godina surađuje i član je Međunarodnog znanstvenog odbora hrvatskog instituta za istraživanje mozga koji vodi akademik **Ivica Kostović**.

Prof. Rakić se više od 45 godina bavi razvojom neurobiologijom, jednom od najzagovetnijih i najviše istraživanih područja neuroznanosti, o kojoj je objavio više od 300 znanstvenih radova, a s 43 000 znanstvenih citata jedan je od najcitatirijih znanstvenika iz područja neuroznanosti na svijetu.

Svoj život posvetio je istraživanju moždane kore, pri čemu je postavio nekoliko fundamentalnih principa razvoja mozga i evolucije moždane kore gdje su locirane najviše mentalne funkcije čovjeka. U svomu je radu objasnio kako se od embrionalnih živčanih stanica tijekom razvitka stvaraju složene, međusobno gusto povezane neuronske mreže koje čine moždanu koru odraslih osoba.

Za hrvatsku znanost i sveučilište posebno je važno da je prof. Rakić svjetski poznati neuroznanstvenik, dopisni član HAZU-a (od 1990.) i počasni doktor Sveučilišta u Zagrebu (1995.), a istodobno i najistaknutiji član Međunarodnog znanstvenog savjeta Hrvatskog instituta za istraživanje mozga MEF-a u Zagrebu. Zbog doprinosa razvoju neuroznanosti u Hrvatskoj dobio je i posebnu povelju Hrvatskog društva za neuroznanost.

U počecima agresije protiv Hrvatske prof. Rakić je bio jedan od prvih donatora humanitarne pomoći, a i osnivač Alma Matris Alumni Sveučilišta u Zagrebu. U prepoznavanju doprinosa prof. Rakića Hrvatskoj bitno je istaknuti da su u njegovom odjelu, koji vodi dugi niz godina na Sveučilištu Yale, radili i stali brojni, danas svjetski poznati znanstvenici iz Hrvatske. Kontinuirano surađuje od 1975. s akademikom Kostovićem, što je rezultiralo zajedničkim projektima i znanstvenim radovima s velikim odjekom i doprinosom.

Suradnja HAZU-a, MEF-a u Zagrebu i Sveučilišta Yale na zajedničkom znanstvenom projektu i jest svrha posjeta prof. Rakića Zagrebu.

Gordana Poletto Ružić



Prof. Rakić (lijevo) s predsjednikom HAZU-a prof. Kusićem u HAZU



Ebola

hemoragijska vrućica

Prof. dr. sc. Alemka Markotić, infektolog

Dr. sc. Ivan-Christian Kurolt

Prof. dr. sc. Adriana Vince, infektolog

Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

- Virusne hemoragijske vrućice opasne su zarazne bolesti uzrokovane s nekoliko različitih virusa. Javljuju se u Africi, Južnoj Americi te ruralnim područjima Bliskog istoka i istočne Europe. Za četiri virusa (Ebola, Lassa, Marburg, virus kirmsko-kongoanske hemoragijske vrućice) opisan je interhumanu prijenos, te predstavljaju direktnu opasnost i za medicinsko osoblje. U tijeku je do sada najveća epidemija uzrokovanavirusom eboli (EBOV) s do sada 4846 oboljelih i 2375 umrlih (podaci od 10. rujna 2014.) s tendencijom brzog širenja i povećanja broja oboljelih i umrlih. Definicija slučaja eboli (CDC, Atlanta, SAD) prikazana prikazana je u tablici 1.

Virus je prvi puta otkriven 1976. g. tijekom dviju istovremenih epidemije ebola hemoragijske vrućice (EHV) u Demokratskoj Republici Kongo (DRK), tadašnjem Zairu, i južnom Sudanu. Ime je dobio prema rijeci Eboli koja prolazi kroz područje DRK (Yambuku).

Etiologija i epidemiologija

U obitelji Filoviridae su klasificirana tri roda, od kojih pripadnici dva roda, rod Ebolavirus i rod Marburgvirus, mogu izazvati teške hemoragijske vrućice s velikim postotkom smrtnosti. Trenutačan znanstveni konсенzus prepoznaje pet vrsta virusa eboli: Zaire (EBOV), Sudan (SUDV), Bundibugyo (BDBV), Taï Forest (TAFV) i Reston (RESTV).

Genom virusa eboli čini negativno orijentirana molekula RNA veličine 19 kb. Unutar genoma kodirano je sedam strukturnih virusnih proteina, od kojih četiri čine virusni nukleokapsid: NP, VP35, VP30, VP40 i L. Funkcija proteina VP24 nije sasvim razjašnjena, ali je povezan s lipidnom ovojnicom virusa. U lipidnoj

ovojnici se nalazi virusni glikoprotein GP u obliku homotrimera i omogućava vezanje virusa eboli za stanični receptor i fuziju sa staničnom membranom. Virusne čestice su duguljastog oblika, otprilike 800 – 1000 nm dužine i 80 nm u promjeru.

Rezervoarom virusa eboli smatraju se vojni šišmiši (ili letipsi), kod kojih su dokazana ebolavirusna RNA i antitijela, no nisu definitivno potvrđeni kao glavni rezervoari EBOV. Dokazan je prijenos virusa s čimpanze na ljude. Još uvijek se međutim sa sigurnošću ne može reći koji su glavni rezervoari i putevi prijenosa virusa.

Interhumanu prijenos se uglavnom odvija preko kontakta s krvlju i izlučevinama (urin, slina, feces, povraćeni sadržaj) bolesnika i kontaktom s leševima umrlih. Konzumiranje sirovog mesa zaraženih životinja i kontaktom s lešinama zaraženih životinja također se može prenijeti infekcija. Virus se u ejakulatu može zadržati i do tri mjeseca, pa se ebola može ubrojiti i u spolno prenosive bolesti. Medicinsko i svo drugo osoblje koje je u kontaktu s bolesnicima mora nositi zaštitnu opremu i primjenjivati striktne mjere osobne zaštite (od engl. „strict nursing barrier“) (Slika 1). Koža i sve sluznice trebaju biti zaštićene zaštitnom opremom. S obzirom na to da se radi o karantenskoj bolesti, svi bolesnici trebaju biti stavljeni u karantenu. Prema Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (2007. g.) Republike Hrvatske (čl. 55.), karantena se sastoji u ograničenju slobode kretanja te u provođenju zdravstvenih pregleda za vrijeme trajanja karantene. Osobe za koje se utvrdi ili posumnja da su bile u neposrednom dodiru s oboljelim osobama ili s osobama za koje postoji sumnja da su oboljele, stavljaju se u karantenu. U slučaju epi-

demiološke indikacije, osobe koje u Republiku Hrvatsku dolaze kao tražitelji azila, azilanti i osobe pod supsidijarnom ili privremenom zaštitom, u cilju sprečavanja širenja zaraznih bolesti, stavljaju se u karantenu.

Od prve pojave virusa, zabilježene su 23 epidemije ili pojedinačne infekcije virusima: EBOV, SUDV BDBV i TAFV u subsaharskoj Africi, prvenstveno u Sudanu, DR Kongo i Ugandi, s visokom stopom smrtnosti od 40 – 90 %. Većina infekcija je uzrokovana virusima EBOV, SUDV i BDBV. Do sada je dokazan samo jedan slučaj infekcije TAFV, prethodno poznat kao virus eboli Cote d'Ivoire, u ljudi. Ove godine je po prvi put zabilježena epidemija u zapadnoj Africi koja se do sada proširila u pet zemalja (Gvineja, Liberija, Nigerija, Sierra Leone i DR Kongo).

Zanimljivo je da stopa smrtnosti ne ovisi samo o vrsti virusa eboli koji uzrokuje infekciju, te je tako smrtnost u ovogodišnjoj epidemiji u Sierra Leoneu i Liberiji između 40 – 50 %, dok je stopa smrtnosti u Gvineji za sada 66 %.



Zaštitna oprema
– edukacija medicinskog osoblja u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

Vrsta RESTV je jedina vrsta koja nakon infekcije ne izaziva bolest u ljudi. Dodatno je samo ova vrsta endemska izvan afričkog kontinenta, prvenstveno u Kini i dijelovima jugoistočne Azije, npr. na Filipinima, gdje zna uzrokovati smrtonosne infekcije u svinja i makaki majmuna.

Imunopatogeneza

Glavne ciljne stanice u kojima se virus inicijalno razmnožava su endotelne stanice, monociti/makrofazi i hepatociti. Virulentnost virusa ebole vjerojatno je povezana s nekoliko imunoevazivnih mehanizama koji uključuju: inhibiciju produkcije interferona tipa I, maskiranje epitopa i subverziju elemenata humoralnih imunoreakcija. Virusom inducirana imunodeficijencija, omogućava neograničenu virusnu replikaciju i diseminaciju te fulminantni razvoj bolesti sa smrtnim ishodom. Aktivacija u prvom redu endotelnih stanica i mono-



Odjel za izolacije bolesnika s karantenskim bolestima
– Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb

cita/makrofaga rezultira snažnom produkcijom proupatnih citokina (interleukin (IL)-6, faktor tumorske nekroze (TNF)-α i dr.), a posljedič-

no dolazi i do aktivacije limfocita T i lučenja interferona-γ. Limfociti T podlježe značajnoj apoptozi, što rezultira karakterističnom limfo-

Osoba pod istragom

Osoba koja ima konzistentne simptome i rizične faktore

Klinički kriteriji:

- Febrilitet viši od 38,6 °C, jaka glavobolja, mijalgije, povraćanje, dijareja, bolnost u trbuhi, hemoragije.

Epidemiološki kriteriji:

- Kontakt s krvljem ili drugim tjelesnim izlučevinama bolesnika s dokazanom ili suspektnom ebola hemoragijskom vrućicom, boravak ili putovanje u područja epidemije ili kontakt sa šišmišima ili životinjskim primatima u endemskom području.

Vjerojatni slučaj

- Slučaj koji prema epidemiološkim kriterijima ima visok ili nizak rizik ekspozicije

Visoki rizik:

- Ubod injekcionom igлом ili kontakt sluznicama s krvljem ili izlučevinama bolesnika
 - Direktni kontakt kože s krvljem ili izlučevinama bez zaštitne opreme
 - Procesiranje kliničkog materijala (krv, tjelesne tekućine)
- bez odgovarajuće zaštitne opreme i standardnih biozaštitnih mjera
- Direktni kontakt s leševima bez zaštitne opreme

Niski rizik:

• Kućni kontakt s oboljelim

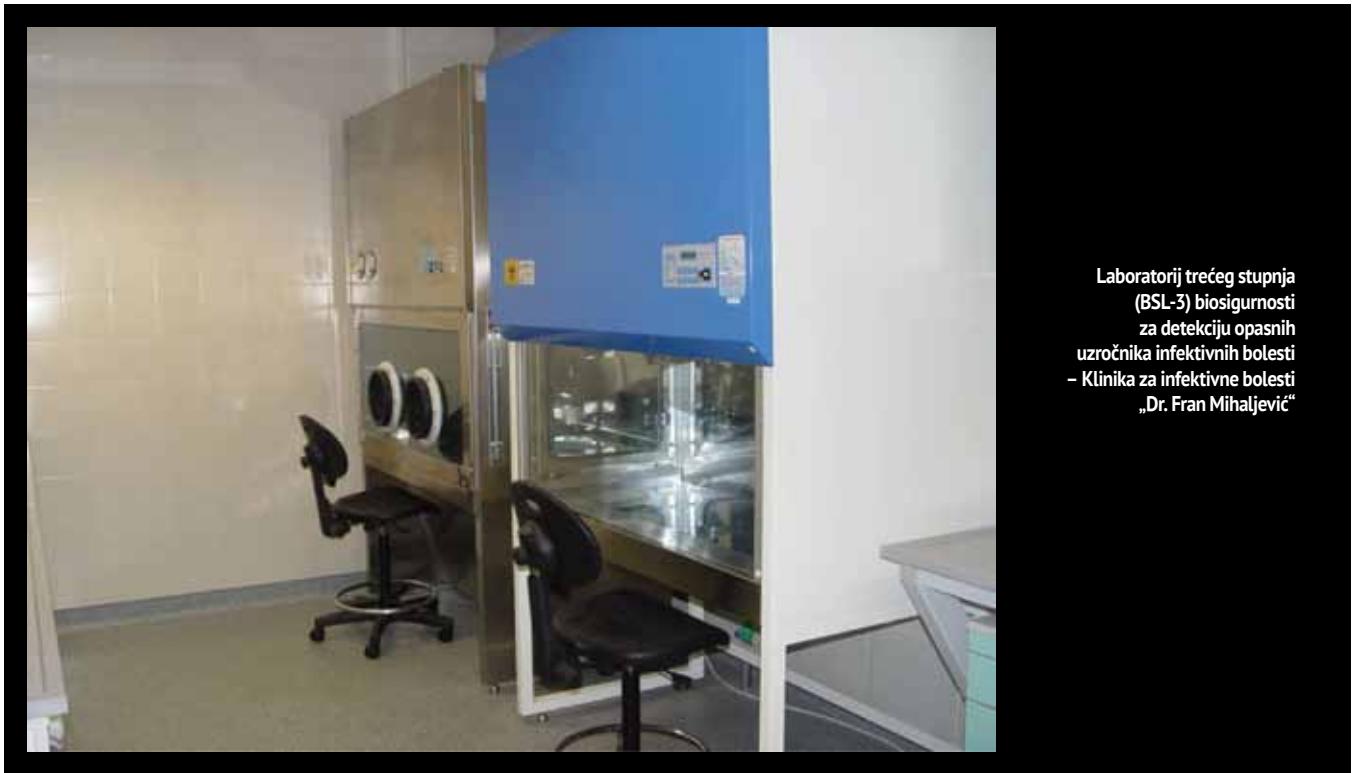
- Drugi **bliski kontakt** u zdravstvenoj ustanovi ili u zajednici (boravak unutar jedan metar od bolesnika, u bolesničkoj sobi kroz dulje vrijeme bez zaštitne opreme ili kratak direktni kontakt kao što je rukovanje s bolesnikom bez zaštitne opreme)
- **Kratki kontakt**, kao što je prolazak pored oboljele osobe ili kroz bolnicu ne predstavlja bliski kontakt.

Potvrđeni slučaj

- Slučaj s laboratorijski potvrđenom infekcijom virusom ebole

Nepoznata ekspozicija

- Boravak u zemlji u kojoj je epidemija ebole unutar 21 dan bez visokog ili niskog rizika ekspozicije



**Laboratorij trećeg stupnja
(BSL-3) biosigurnosti
za detekciju opasnih
uzročnika infektivnih bolesti
- Klinika za infektivne bolesti
„Dr. Fran Mihaljević“**

penijom. U fatalnim slučajevima zapažena je međutim velika produkcija IL-10, antagonista IL-1 receptor-a i solubilnog TNF-receptor-a, dok su smanjene koncentracije IL-6 i TNF-a. Brojne su još međutim nepoznance o imunopatogenetskim mehanizmima ovog opasnog virusa.

Dijagnostika

Unatoč velike medijske pozornosti, ebola hemoragijska vrućica izuzetno je rijetka bolest i tijekom dijagnostičke obrade bitno je isključiti druge zarazne bolesti kao što su: malarija, leptospiroza, rikrecioza i druge virusne hemoragijske vrućice (npr. denga virusna vrućica, Lassa virusna vrućica i dr.). Dijagnostika zaraze virusom ebole moguća je nakon inkubacijskog perioda ili nakon pojave prvih simptoma kao što su vrućica, mijalgije i opća slabost. Klinički biološki materijal dobiven od bolesnika izrazito je zarazan i do inaktivacije uzorci se trebaju obrađivati u laboratorijima s najvećom razinom biosigurnosti (BSL-3 i/ili BSL4).

Dijagnoza virusa ebole prvenstveno se radi iz krvi, seruma ili autopsijskog materijala. Pretrage kao što su virusna izolacija u staničnoj kulturi i elektronska mikroskopija na kliničkom materijalu bolesnika moguće su samo u laboratorijima najvećeg stupnja biozaštite (BSL4). Virusnu RNA i antigen moguće je detektirati od trećeg do desetog dana od pojave simptoma u krvi bolesnika. Ako je uzorak uzet prije trećega dana bolesti negativan, potrebno je ponoviti pretragu poslije dva dana.

Unatoč malobrojnim komercijalno dostupnim molekularnim testovima, specijalizirani laboratorijski koriste prvenstveno „in-house“ metode, temeljene na real-time PCR-u i detekciji virusne RNA. Pokazano je da se virusna RNA može detektirati u krvi bolesnika i do 72 sata prije detekcije antiga. Postupak izolacije virusne RNA u potpunosti inaktivira virus i uklanja opasnost od infekcije, što čini molekularnu dijagnostiku metodom izbora. Zbog toga, unatoč neadekvatnim uvjetima terenskog rada, Svjetska zdravstvena organizacija često uspostavlja mobilne molekulare dijagnostičke jedinice na licu mjesta tijekom epidemija virusa ebole.

Postoji i mogućnost detekcije specifičnih IgM i IgG antitijela u kasnijim fazama bolesti ako bolesnik preživi. Radi ozbiljnosti dijagnoze, preporučuje se potvrđna dijagnostika u referentnim laboratorijama BSL4, Svjetske zdrastvene organizacije, gdje se rade i testovi neutralizacije.

Klinička slika

Inkubacija u prosjeku traje od osam do 10 dana od ekspozicije, a kreće se u rasponu od dva do 21 dan. Bolest počinje općim infektivnim sindromom: vrućicom, zimicom, mijalgijama, slabošću i općim lošim stanjem. Kroz sljedećih nekoliko dana bolesnici mogu razviti gastrointestinalne simptome: dijareju, mučninu, povraćanje i bolove u trbuhi. Na koži se može pojavit makulopapularni osip, dok se krvarenja po koži mogu i ne moraju pojavit, a

češća su u bolesnika s težim oblicima bolesti. Također su česta konjuktivalna krvarenja. Teški oblici bolesti praćeni su brojnim komplikacijama, znacima septičkog šoka i multiorganskim zatajenjem. Smrtnost se kreće od 40-90%. Preživjeli prolaze dugo razdoblje rekovalessencije. U krvnoj slici nalazimo leukopeniju s limfopenijom, trombocitopenijom te porastom jetrenih transaminaza, pri čemu porast aspartat aminotransferaze (AST) predstavlja loš prognostički znak. Protrombinsko vrijeme i parcijalno protrombinsko vrijeme su produljeni, a povišeni su i produkti razgradnje fibrina i u korelaciji su s razvojem diseminirane intravaskularne koagulacije.

Diferencijalno dijagnostički na prvom mjestu dolaze druge hemoragijske vrućice, a obavezno je isključiti malariju i sepsu.

Liječenje i prevencija

Za sada nema odobrenog cjepiva iako postoji nekoliko kandidata u različitim fazama pretkliničkog ispitivanja. Liječenje je simptomatsko, uz po potrebi mjere intenzivnog liječenja. Ne treba davati lijekove koji utječu na funkciju trombocita ni intramuskularne injekcije. Nekoliko terapeutika za liječenje EHV je u različitim fazama istraživanja na primatima, a TKM-Ebola, mala interferirajuća RNA komponenta, je u prvoj fazi kliničkih ispitivanja. Eksperimentalni lijek ZMapp koji se sastoji od tri monoklonska antitijela upotrijebljen je kod nekoliko bolesnika tijekom epidemije 2014. g.

s pozitivnim ishodom za dvoje Amerikanaca i s letalnim ishodom kod španjolskog 75-godišnjeg svećenika.

Pripremljenost Hrvatske za slučajeve ebole

Klinika za infektivne bolesti u svojoj 120 godina dugoj tradiciji liječenja infektivnih bolesti uspješno se borila s različitim opasnim uzročnicima i zajedno s ostalim nadležnim zdravstvenim institucijama kontinuirano vrši pripreme za dijagnostiku i zbrinjavanje potencijalnih bolesnika.

Od osobite je važnosti kontinuirana suradnja i usuglašenost s Epidemiološkom službom HZJZ-a. S tim ciljem osnovano je i Koordinacijsko stručno tijelo za dijagnostiku uzročnika 3. i 4. stupnja biosigurnosti, koje čine stručnjaci mikrobiologzi, infektoholazi i epidemiolozi i molekularni biolozi iz obje ustanove.

Pored izradbe priručnika i standarnih operativnih postupaka za dijagnostiku, liječenje, mjere prevencije i zaštite od ove opasne hemoragijske vrućice, početkom rujna je u Klinici za infektivne bolesti uspostavljena molekularna metoda detekcije svih poznatih vrsta virusa Eboli PCR-testom.

Bolnica raspolaže nedavno otvorenim Odjelom za izolacije (Slika 2) te laboratorijem trećeg stupnja biozaštite (BSL-3, slika 3) u kojem će educirano osoblje vršiti inaktivaciju kliničkog materijala prije slanja u kliničke i dijagnostičke laboratorije.

Kontinuirano se vrši i edukacija i trening medicinskog osoblja, osobito u primjenama mjera osobne zaštite (slika 1). Odjel za izolacije omogućuje dobru prostornu izolaciju bolesnika, ali ne posjeduje strojarske instalacije za postizanje negativnog tlaka u sobama, pa u budućnosti očekujemo ugradnju odgovarajuće opreme prema već postojećim planovima.

Ebola hemoragijska vrućica je iznimno opasna infektivna bolest i nitko u svijetu nije do kraja spremna za sve izazove koje ova bolest može postaviti pred liječnike i druge zdravstvene radnike.

Ipak možemo reći da svi važni čimbenici hrvatskog zdravstvenog sustava čine sve potrebne mjere da što spremnije dočekaju potencijalne importirane slučajeve ebola hemoragijske vrućice.

*Literatura dostupna na zahtjev
(alemtka.markotic@gmail.com)*

Važne međunarodne web-stranice s informacijama o eboli

www.cdc.gov

www.who.int/csr/disease/ebola/en/

www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/Pages/index.aspx

www.promedmail.org/

www.escmid.org/news_discussion/news/news_on_ebola/

.....

Gdje biste voljeli raditi?

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

Tražimo:

- PSIHIJATRE
- DJEĆJE PSIHIJATRE
- SPECIJALISTE OBITELJSKE MEDICINE
- PATOLOGE
- RADIOLOGE
- OFTALMOLOGE
- GERONTOLOGE

i mnoge druge specijalnosti
u Švedskoj i Norveškoj.

Nudimo:

- stalno zaposlenje u bolnicama i centrima javnog zdravstva
- plaću do 11.000 EUR
- standardne uvjete ugovora
- Intenzivne tečajevne jezika – besplatno
- smještaj za vrijeme tečaja
- stipendiju za vrijeme tečaja
- totalno nove intenzivne tečajevne jezika za supružnike
- pomoć u pronalaženju stana u Skandinaviji
- pomoć kod priznavanja vaše specijalizacije
- pomoć pri preseljenju
- pomoć u nalaženju škola i vrtića za djecu

Želite li saznati više o našim uslugama?

Molimo da mailom pošaljete svoj životopis na engleskom jeziku na:
agnieszka.anusiewicz@paragona.com Tel. ++48 22 653 66 86

paragona™

www.paragona.com

Mr. sc. Vesna Bosanac

“Znam da ćemo svi zajedno dočekati bolja vremena”

Tekst i slike: Andreja Šantek

• Mr. sc. **Vesna Bosanac** otišla je u ožujku ove godine u mirovinu, no i dalje svakodnevno dolazi u Vukovarsku bolnicu u kojoj je, uz nekoliko prekida, provela cijeli radni vijek, od toga od 1991. do 2013. kao ravnateljica. Sada je na položaju savjetnika sanacijskog upravitelja, a kaže da želi dovršiti i započeti projekte među, kojima joj je najvažniji onaj za poboljšanje i povećanje odjela za medicinsku rehabilitaciju ranjenika.

„Želimo napraviti odjel za fizikalnu i psihološku rehabilitaciju, i to po uzoru na kanadski program CBR (Community Based Rehabilitation) koji smo provodili za vrijeme rata. Riječ je o programu u kojem se uz pretrage i liječenja pacijenata educira i obitelj i lokalna zajednica kako bi lakše i bolje živjeli sa svojim onesposobljenjem, bez obzira na to je li riječ o psihičkom ili fizičkom. U Vukovaru smo skoro svi takvi pacijenti, samo su neki lakši, a neki teži. Projekt smo preko Ministarstva zdravlja prijavili Vijeću Europe u svibnju prošle godine, ali još nismo dobili odgovor. Projektom je predviđena izgradnja prostora, nabava opreme i educiranje još osoblja“, kaže dr. Bosanac. Potvrđno odgovara na pitanje postoji li i dalje potreba takvom vrstom pomoći.

„Djeca koja su rođena u ratu sada su mlađi ljudi, a i produljen je životni vijek, tako da ljudi poput mene i stariji od mene, branitelji i

civilne žrtve, tek sad trebaju rehabilitaciju. Dječa još žive rat, od vrtića pa nadalje“, objašnjava. Na pitanje kako je ona proživjela i preživjela sve te ratne i poratne godine odgovara da je kroz život upoznala različite ljude i zaključila da je božja bašta stvarno šarolika i da ne postoje dva ista čovjeka. Bilo bi mi teško, kaže, da me iznenadi netko do čijeg mišljenja držim, a sve to sam preživjela, mislim, zbog gena i ženskog inata.

Dr. Bosanac odradila je pripravnički staž u zagrebačkoj bolnici Sv. Duh, a Vukovarskoj se bolnici zaposlila 1974., i to na pedijatriji kao liječnik sekundarac. Godine 1977. dobiva specijalizaciju iz pedijatrije, koju je započela u KBC-u Osijek, a završila u Klinici za dječje bolesti u Klaićevu i u Vinogradskoj 1981. Nakon

toga se vraća u Vukovar, gdje je radila kao specijalist pedijatar. Godine 1993. obranila znanstveni magisterij iz područja socijalne pedijatrije.

„I taman pred rat, 1991. godine, tadašnji je šef odjela za pedijatriju otišao u mirovinu i ja sam ga trebala naslijediti, no tada je započela agresija na Vukovar. 24. srpnja 1991. postala sam ravnatelj Medicinskog centra Vukovar, koji je tada uz bolnicu obuhvaćao i sve ambulante primarne zdravstvene zaštite u cijeloj bivšoj općini Vukovar. Na tom sam mjestu ostala do prošle godine“, prisjeća se dr. Bosanac. Iako je cijelo vrijeme rata i u progonstvu bila ravnateljica, nakon oslobođenja iz logora počela je raditi u Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi kao savjetnik tadašnjeg ministra Hebranga. U Zagrebu je provela nekoliko godina, a nakon Ministarstva je od 1995. do 1997. radila kao pedijatar u Klinici za dječje bolesti u Klaićevu.

„Bolnica je nakon okupacije Vukovara, od 20. studenoga 1991., bila pod vojnom upravom Vojnomedicinske akademije. Od svibnja 1992. pa do našeg povratka to je bio Zdravstveni centar Sv. Sava, koji je obuhvaćao bolnicu i domove zdravlja, a jedino je dom zdravlja Beli Manastir ostao samostalan. Godine 1996. prvi put sam bila u Vukovaru s prof. Hebrangom i dr. Njavrom, potajice smo u kolima SZO-



a dovezeni u vojarnu na razgovor s generalom Kleinom, čime je zapravo krenuo proces mirne reintegracije. Službeno sam se u Vukovar vratio u srpnju 1997. i od tada sam na mjestu ravnatelja“, kaže dr. Bosanac. Iako je cijeli Vukovar bio razrušen, bolnica je bila djelomično obnovljena, oštećenja od granata i avionskih bombi bila su sanirana i bolnica je radila. Po povratku je u bolnici i okolnim ambulantama zatekla 750 djeplatnika, doktora i sestara, koji su prije rata radili s njima, ali i puno novoprdoših iz cijele Hrvatske, Srbije, pa čak i iz Ukrajine, kao i velik broj tehničkog osoblja, uglavnom radnika iz Borova. S njom se iz progonstva vratilo još 200-tinjak doktora i sestara.

„Krenuo je proces reintegracije, koji je trajao do 15. siječnja 1998. kada je područje tzv. Republike srpske krajine vraćeno u pravni poredak Republike Hrvatske. Na mjestu direktora zatekla sam dr. Radu Popovića, koji je nekad prije bio na toj funkciji. On je ostao direktor, a ja sam bila ravnateljica. Povratak je bio težak, ne kao onda kada su padale granate i kada smo imali ranjene i mrtve, ali bilo je izazovno. U sljedećih nekoliko godina sve smo ustrojili, i to po principu da oni koji su radili do rujna 1996. ostaju u bolnici, a svi ostali su morali nostrificirati svoje diplome. Svi zaposlenici koji su došli iz drugih gradova Hrvatske morali su se vratiti u svoje matične ustanove“, kaže dr. Bosanac.



Odjel pedijatrije

Posljednjih desetak godina percepcija javnosti o Vukovarskoj bolnici nije dobra, govorit će kako sav novac koji dobiva od HZ-ZO-a troši na plaće pa zato stvara milijunske dugove. Drugim riječima, stalno se spominje kao „bolnica slučaj“ te se nerijetko postavljalo pitanje njene svrhe i postojanja. No, dr. Bosanac kaže da je Vukovarska bolnica sa svojih 27 odjela i prije rata imala svrhu jer joj je gravitiralo 84.000 stanovnika, koliko ih je živjelo na području tadašnje općine Vukovar.

„Kada smo u progonstvu radili projekt obnove, već smo tada, sukladno prvoj reformi koju je pokrenuo tadašnji ministar Hebrang 1993. godine, predvidjeli manji broj postelja i odjela. Primjerice, prije rata smo imali velik plućni odjel s tuberkulozom, a kako za tim više nije bilo potrebe, taj smo odjel pripojili



Uspomene na dječicu rođenu u Vukovarskom rodilištu

internom odjelu i prilagođavali smo se. Prije rata smo imali 430 kreveta, a u planu obnove predviđeli smo 220 kreveta. Smatrali smo da nam treba manje kreveta, a više dnevne bolnice, pa smo sukladno tome izgradili polikliniku s dnevnom bolnicom. Ustvari bi Vukovarska bolnica trebala biti primjer kako treba reformirati sve bolnice u Hrvatskoj da bi bile učinkovitije“, objašnjava dr. Bosanac.

Prve dvije godine nakon povratka sve troškove bolnice snosili su Ministarstvo i HZZO s obzirom na to da je bio velik broj zaposlenih, njih 950. Nakon reintegracije u bolnici je ostalo 530 zaposlenika, a i taj je broj uskoro

smanjen na 475, no i dalje je bolnica imala ugovor na svega 100 akutnih kreveta.

„Tek smo se 1999. počeli financirati kao i sve druge bolnice, kroz mjesечne limite, ali nam to nikada nije bilo dostatno niti za plaće s obzirom na ugovoren broj postelja. Iako je broj zaposlenih i dalje smanjivan, ali ne na uštrb zdravstvenog osoblja, te iako smo svake godine 20-ak mladih liječnika slali na specijalizacije i ulagali u opremu, nikada nismo dobili ugovor na 220 nego na 150 kreveta“, kaže dr. Bosanac. Od 1998. pa do danas u obnovu je uloženo 200 milijuna kuna, a novac je dolazio iz Ministarstva, kredita Vijeća Europe, decentraliziranih sredstava i donacija. Dr. Bosanac kaže da su uspjeli opremiti bolnicu, koja je danas na zavidnoj razini, no vrijeme prolazi i neku opremu treba zanavljati. Izračunali smo, dodaje, da bi nam ove godine trebalo oko 9,5 milijuna kuna.

Dr. Bosanac je s mjesta ravnateljice smijenjena u ljeto prošle godine nakon što je Vlada odlučila provesti sanaciju bolnica i kada je smijenjen veći broj ravnatelja i upravnih vijeća bolnica.

„U to je vrijeme Vukovarska bolnica, kao gotovo i sve druge bolnice, bila u minusu oko 50 milijuna kuna, od čega smo za lijekove i sanitetski materijal bili dužni oko 35 milijuna kuna, a ostalo su iznosile režije i ostali troškovi. Sanacijski program trebao je biti napravljen u roku dva mjeseca i odobren od ministra, no sanacija, nažalost, još nije završena. Sanirani su samo dugovi dospjeli na 31. prosinca prošle godine, i to za lijekove i sanitetski materijal, dok ostali dugovi nisu plaćeni pa svakodnevno

Glavna sestra pedijatrije Ana Liović, bacc. ms.
i dr. Davor Bandić, spec. pedijatrije





dobivamo opomene i ovrhe“, kaže dr. Bosanac. Kao i većina hrvatskih ravnatelja, i ona smatra da bi bolnice mogле podmirivati svoje obveze u roku i da ne bi stvarale nove dugove kad bi Ministarstvo ili HZZO odredio stvarnu cijenu liječenja i prema tome povećao bolničke limite. Drugi dio problema je košarica usluga, smatra, koja se mora definirati u okviru raspoloživog novca.

Danas u istočnom dijelu Vukovarsko-srijemske županije živi 64.000 stanovnika, od čega u Vukovaru njih 35.000. No, dr. Bosanac kaže, dolaze im pacijenti iz cijele regije, i na dijagnostiku i na operacije, jer imaju dobru

opremu i dobre liječnike. Dodatan im je poticaj, kaže, što se kod njih niti na jednu pretragu ne čeka tako dugo kao u ostalim bolnicama.

„Posebno smo dobri u ortopediji, kod nas se ne čeka na operaciju ugradnje kuka ili koljena. Imamo i rodiljše koje je prijatelj djece a uvjeti su kao u Švicarskoj, imamo apartmane za mamu i dijete, a očevi mogu biti na porodu. I to su uvjeti koje pacijenti žele i mogu dobiti kod nas“, kaže dr. Bosanac. Na pitanje zašto bi pacijenti, primjerice iz Zagreba, došli na zahvat u Vukovar kada se ne zna je li njihova kvaliteta liječenja jednaka kao i u nekim većim centrima, dr. Bosanac kaže da se sve zna.



Ravnateljica muzeja
Nevenka Soldo pokazuje
posjetiteljima gdje su
pacijenti bili smješteni
tijekom okupacije bolnice

„Bolnice su informatizirane i podaci postoje. Točno se zna tko koliko i kako radi. Sve te podatke šaljemo u MIZ i HZZO, samo je pitanje koliko tih podataka dospije u javnost i koliko se ljudi u tome mogu snaći. Mislim da bi udruge za zaštitu prava pacijenata mogle na tome više raditi“, kaže dr. Bosanac.

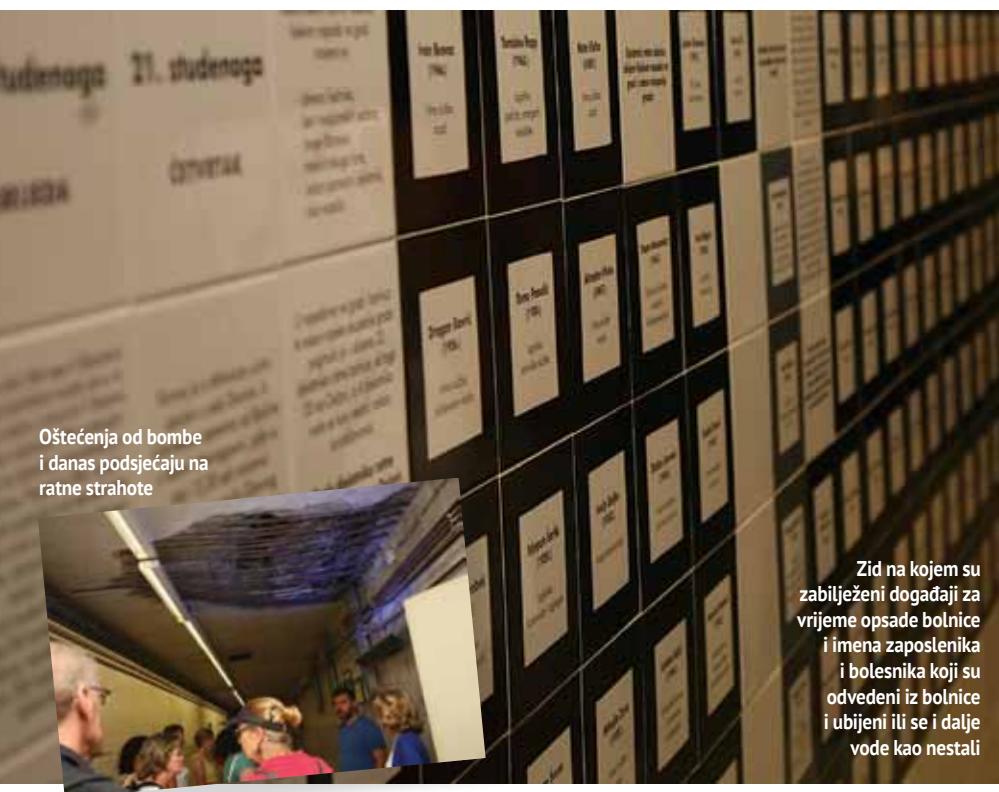
Na pitanje kakva je sudbina bolnice predviđena Nacionalnim planom razvoja hrvatskih bolnica, dr. Bosanac kaže kako je taj plan bio nedorečen.

„Taj je plan ustvari predstavljao skup statističkih podataka koje su prikupili iz naših materijala i predviđao je smanjenje broja postelja. Oni koji su radili plan nikada nisu bili u našoj bolnici i nisu vidjeli kako izgleda, nisu vidjeli da je bolnica planski rađena i da treba biti primjer kako bolnica treba izgledati – s manjim brojem postelja i većom dnevnom bolnicom. Iako nisu nikada bili tu, u svojim su nam planovima svake godine predviđeli smanjenje za 10, 20 posto. i ne da ne bi imali 220 kreveta, nego niti ovih 150 akutnih kreveta koje sada imamo, nego bi za tri godine imali 79 akutnih kreveta.



Vjerojatno su planirali samo na temelju broja stanovnika, a nisu uzeli u obzir koliko imamo zaposlenika, koliko imamo opreme i prostora“, kaže dr. Bosanac. Dodaje kako nije analizirala druge bolnice, nego samo dio koji se odnosi na slavonsku regiju, i zaključila da plan - nije dobar. Ne zna kakva im je sudbina, ali kaže da je ministar Varga upućen i zna kako bolnica funkcioniра, koliko ima zaposlenih, kavke su financije te se nuda da će to biti prepoznato bolje nego do sada.

S obzirom na teško financijsko stanje u zdravstvu, ali i u državi, misli da će reforma ići jako teško. Kod trenutne vlasti najviše je



Oštećenja od bombe
i danas podsjećaju na
ratne strahote

Zid na kojem su
zabilježeni događaji za
vrijeme opsade bolnice i
imena zaposlenika i bolesnika koji su
odvedeni iz bolnice i
ubijeni ili se i dalje
vode kao nestali

smeta stav da zdravstvo previše troši, a da pri tom nikada nisu sagledali koliko stvarno zdravstvo košta.

„Ne kažem da država to treba sve sama financirati, možda to mogu i privatna osiguranja i pacienti, ali se mora izračunati koliko to točno košta i tko će to platiti“, kaže dr. Bosanac. Dodaje da niti jedan sanacijski upravitelj neće moći ništa napraviti ne bude li imao novaca i ako će se bolnicama stalno smanjivati prihodi dok svi troškovi istovremeno rastu, a pacijentima se ništa ne smije uskratiti.

„Stanje u ratu i ovo danas ne mogu se uspoređivati. Rat je teško, izvanredno stanje, i nadam se da se to više nikada neće nikome dogoditi, to je stanje koje čovjek, ako je imalo čovjek, nikada ne smije dopustiti, ali niti proživjeti. U ratu smo činili i davali ono najbolje što smo mogli, u tim je prilikama motiv izuzetno važan, kao i ljudi. A što se tiče poratnog stanja, mislim da nikada nije bilo ovako teško kao što je sada. Ipak, poznajući naše liječnike i sve zaposlenike u zdravstvu znam da će i dalje sve učiniti za pacijenata i da ćemo svi zajedno dočekati bolja vremena. Samo mi sami, tj. zdravstveni djelatnici i pacienti, možemo utvrditi i provesti nacionalni plan reforme zdravstva i vjerujem da će to znati i prihvatići oni koji o tome odlučuju“, zaključila je dr. Bosanac. Također je pozvala svoje kolege liječnike da posjetе Vukovar i Vukovarsku bolnicu, da obiju mjesto sjećanja na 1991. godinu i da se uvjere kako bolnica izgleda danas.

od 25. kolovoza do 18. studenog 1991. U tom je razdoblju gradska bolnica postala ratnom bolnicom, koju je agresor sustavno bombardirao i uništavao.

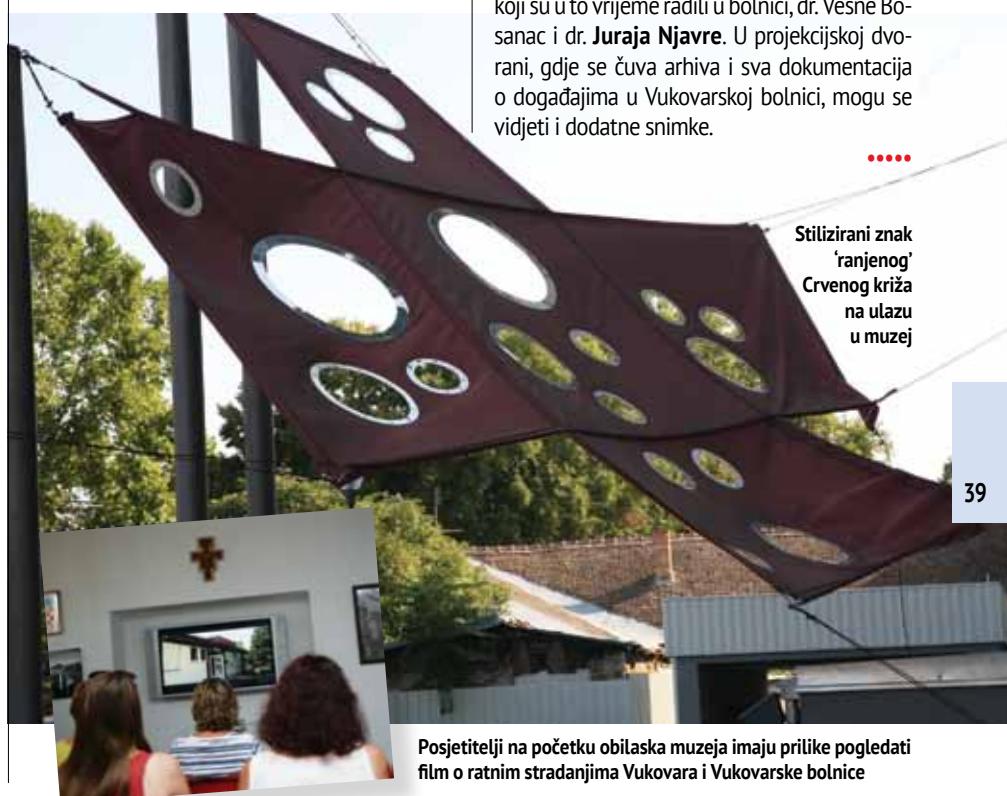
Multimedijijski muzejski postav prikazuje ratna zbivanja u bolnici tijekom jeseni 1991. Godine. Muzej vodi ravnateljicu Nevenku Soldo. Zidovi hodnika između stare i nove bolnice obloženi su keramičkim pločicama koje su korištene za zapisivanje dnevnih događaja bitke za Vukovar, s naglaskom na događaje u bolnici. Na pločicama su ispisana i imena ubijenih djelatnika bolnice i svih onih koji su usmrceni na Ovčari i drugim lokacijama te imena osoba koje se još i danas vode kao nestale. Snimke pada bolnice u okupatorske ruke, koji se dogodio 18. studenog 1991., prikazuju se na ekranu.

Prostor atomskog skloništa, u ratu najsigurnijeg dijela bolnice, prezentiran je izgledom i funkcijom iz vremena bitke za Vukovar. Na krevetima su stilizirani likovi pacijenata kao nijemi svjedoci tragedije. Prikazani su različiti prostori improvizirane bolnice: šok-soba, soba za rođilje, trudnice, novorođenčad, ranjenike, prostori za medicinsko osoblje, ljekarna, kuhinja i servisne prostorije - mesta gdje je započinjao i završavao život, na udaljenosti od samo nekoliko metara.

U nizu manjih prostorija su slušaonice u kojima se mogu čuti i/ili vidjeti poetska izvješća novinara Siniše Glavaševića, snimka i razgovor s ranjenikom samo nekoliko sati prije njegova smaknuća, sjećanje preživjelog ranjenika i njegov opis zbivanja nakon odvođenja iz bolnice. U postavu su i svjedočenja liječnika koji su u to vrijeme radili u bolnici, dr. Vesne Bosanac i dr. Juraja Njavre. U projekcijskoj dvorani, gdje se čuva arhiva i sva dokumentacija o događajima u Vukovarskoj bolnici, mogu se vidjeti i dodatne snimke.

Muzej "Mjesto sjećanja" u Vukovarskoj bolnici

U podrumskim prostorijama Vukovarske bolnice vjerno je rekonstruiran život nekoliko stotina ranjenika i bolničkog osoblja tijekom višemjesečne opsade grada koja je trajala



Stilizirani znak
'ranjenog'
Crvenog križa
na ulazu
u muzej

Posjetitelji na početku obilaska muzeja imaju prilike pogledati film o ratnim stradanjima Vukovara i Vukovarske bolnice



novosti iz medicinske literature

- O epigenetici, acetilsalicilnoj kiselini i koronarnoj bolesti srca
- Fizička aktivnost štiti mrežnicu oka
- Američko nacionalno istraživanje o isplativosti hospicija
- Sprječavanje cerebralnog inzulta kod anemije srpastih stanica
- Utjecaj urinarne ekskrecije natrija i kalija na razinu krvnog tlaka
- Rizik obolijevanja od karcinoma dojke u obiteljima s mutacijom u PALB2
- Enzalutamid u metastatskom karcinomu prostate prije kemoterapije
- Ažurirane ASCO smjernice u primjeni adjuvantne endokraine terapije kod žena s hormonski pozitivnim rakom dojke
- Kemoterapija kod karcinoma dojke 60 dana nakon operacije smatra se odgođenom
- Rezbarenje sapuna nije metoda probira za specijalizante iz otorinolaringologije
- Centralna pankreatektomija rizičnija nego što se do sada smatralo
- Mortalitet nakon totalne kolektomije kod pacijenata s upalnom bolesti crijeva
- Rizik od razvoja kolorektalnih neoplazmi kod pacijenata s kroničnom konstipacijom
- Utjecaj različitih tipova fizičke neaktivnosti na mortalitet
- Povezanost Helicobacteria pylori i pretilosti
- Transradijalni vs transfemoralni pristup kod perkutane koronarne intervencije
- Učinak mediteranske dijete na biljeg srčanog zatajenja
- Umjetne srčane valvule tijekom trudnoće: ishod za majku i dijete
- Znaci, simptomi i komplikacije kompletnih i parcijalnih ruptura uterusa tijekom trudnoće i porođaja
- Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

•

O epigenetici, acetilsalicilnoj kiselini i koronarnoj bolesti srca

- ABC transporteri su skupina transmembranskih proteina koji omogućuju prijenos raznih molekula kroz staničnu membranu koristeći pri tome energiju iz ATP-a. Jedan od tih transporterja je ABCA1 koji omogućuje transport lipida, što je važan preduvjet u sintezi lipoproteina visoke gustoće (HDL). Mutacije gena za ovaj transporter povezujemo s dvije naslijedne genetske bolesti: obiteljskom hipoalfalipotroteinemijom i Tangierovom bolesti. Obje karakterizira reducirana koncentracija HDL-a i akumulacija kolesterola u periferijskim tkivima te posljedično povećani rizik za koronarnu bolest srca.

Nedavno je otkrivena povezanost DNA metilacije i koronarne bolesti srca, budući da povećana metilacija gena za ABCA1 transporter smanjuje njegovu ekspresiju, što smanjuje koncentraciju HDL-a i povećava koncentraciju kolesterola u pojedinaca s anamnezom obiteljske hiperkolesterolemije. Okolišni faktori poput pušenja, prehrane i fizičke aktivnosti također mogu utjecati na varijabilnost u DNA metilaciji ljudskog genoma. Posebno je zanimljivo da statini i acetilsalicilna kiselina mogu mijenjati epigenetska obilježja naših gena u *in vitro* uvjetima.

Poznavajući ove činjenice, skupina znanstvenika sa Sveučilišta u Quebecu ispitala je povezanost DNA metilacije gena za ABCA1 i koronarne bolesti srca u leukocitima 88 muškaraca koji nemaju anamnezu obiteljske hiperkolesterolemije. Otkrili su da je gen za ovaj transporter jače metiliran u starijih muškaraca koji imaju koronarnu bolest srca u usporedbi s mlađim muškarcima koji imaju istu bolest, kao i u usporedbi s ostalim zdravim muškarcima. Granica je bila postavljena na 61 godinu.

Veća DNA metilacija gena ABCA1 zabilježena je u starijih muškaraca koji su imali povišenu koncentraciju kolesterola i triglicerida. Nadalje, dokazali su da acetilsalicilna kiselina značajno smanjuje metilaciju gena za ovaj transporter neovisno o starosti ispitanika i o njihovom kardiovaskularnom statusu.

Ovo je istraživanje pokazalo da je epigenetski status ABCA1 transportera povezan kako sa koronarnom bolesti srca, tako i sa starenjem, što govori o važnosti epigenetskih modifikacija DNA molekule u etiopatogenezi ove bolesti. Primjena acetilsalicilne kiseline

za prevenciju koronarnih bolesti očito uključuje epigenetske mehanizme genske regulacije.
(*Clin Epigenetics*. 2014;6:14. doi:10.1186/1868-7083-6-14)

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

•

Fizička aktivnost štiti mrežnicu oka

- Načini učinkovite prevencije senilne degeneracije makule, najčešćeg uzroka gubitka vida kod starijih osoba u zapadnim zemljama, već su godinama u središtu zanimanja lječnika i pacijenata ponajviše zbog ograničenih mogućnosti liječenja nakon što nastupe oštećenja stanica mrežnice. Uz ranije preporuke o izbjegavanju rizičnih faktora poput pušenja i ultraljubičastog zračenja, te uzimanjem određenih preparata kao nadopune zdravoj prehrani, sve je više dokaza o mogućem učinku fizičke aktivnosti na zaštitu neurona mrežnice oka.

Raniji rezultati epidemioloških istraživanja upućivali su na povezanost trčanja više od 2 kilometra dnevno i smanjenja rizika od degeneracije makule. Međutim, mogući mehanizmi zaštite neurona bili su nepoznati. Skupina istraživača iz Emory bolnice u američkoj državi Georgia pod vodstvom prof. **Machelle T. Pardue** odlučila je na modelu inducirane degeneracije retinalnih stanica kod miševa provjeriti je li za neuroprotektivno djelovanje zaslužan moždani neurotrofni čimbenik ili BDNF. Poznato je kako se razina ovog čimbenika povećava nakon vježbanja. Isto tako, blokiranjem prijenosa njegovog signala poništavaju se pozitivni učinci vježbanja na životinjskim modelima Parkinsonove bolesti. U prvom pokusu polovica miševa vježbala je svakodnevno na pokretnoj traci, dok se miševi u kontrolnoj skupini nisu značajnije kretali. Nakon dva tjedna dio miševa bio je izložen toksičnoj količini svjetla koje je uzrokovalo oštećenje i gubitak funkcije od oko 75% fotoreceptorskih stanica mrežnice. Miševi koji su redovito vježbali sačuvali su dvostruko više neurona i imali dvostruko bolje funkcionalne nalaze stanica mrežnice u usporedbi s kontrolnom skupinom. Istraživači su funkciju stanica mrežnice mjerili uz pomoć elektroretinografa dok su broj neurona naknadno utvrdili na histološkim preparatima.

U odvojenom pokusu znanstvenici su izmjerili razinu moždanog neurotrofnog čimbenika u očima i serumu životinja, u skupini miševa koji su vježbali i u kontrolnoj sku-

pini. Očekivano, razina je bila oko 20% viša kod miševa koji su se svakodnevno kretali. Zaštitnu funkciju BDNF-a konačno je potvrdila i sustavna primjena antagonista njegovih receptora prije vježbanja koja je u cijelosti poništila zaštitni učinak fizičke aktivnosti na funkciju i broj stanica mrežnice.

Iako će biti potrebne godine prije nego se rezultati ovog istraživanja definitivno potvrde i kod ljudi, oni daju odlične temelje za uvođenje preporuka o aerobnom vježbanju kao neškodljivom i pristupačnom načinu sprečavanja nastanka i progresije oštećenja kod degenerativnih bolesti mrežnice.

(*J Neurosci*. 2014;34(7):2406-12.)

Adrian Lukenda, dr. med.

•

Američko nacionalno istraživanje o isplativosti hospicija

- Hospicij je moderna zdravstvena ustanova s nizom sistema pružanja pomoći osobama u terminalnoj fazi života. Uz osobnu, prema pacijentu i pacijentovim potrebama orientiranu skrb, hospicij pruža pomoći i obitelji pacijenta. Sjedinjene Američke Države već 32 godine imaju razvijen sustav hospicijske skrbe. Američko zdravstveno osiguranje Medicare nalaže da se dolazak i boravak u hospiciju ne temelji samo na potrebi sukladno dijagnozi i prognozi stanja pacijenta već i prema željama pacijenta. Od svog osnutka 1982., hospicij je doživio značajne promjene. Na primjer, hospicijska skrb evoluirala je od skrbi isključivo za onkološke pacijente do stupnja da je na raspolaganju velikom postotku pacijenata s dijagnozom "ne-raka" – ne-onkološki pacijenti. Usluge hospicija dijelom plaća sam bolesnik, a dijelom Medicare – američko zdravstveno osiguranje. Tako je primjerice iznos usluga za neizlječive bolesnike dosegnuo tijekom 2011. godine 13,8 milijardi dolara. Također, upečatljivo je povećanje broja hospicija i hospicijskih palijativnih timova koji djeluju kao neprofitne organizacije. Tijekom niza godine američko zdravstveno osiguranje provedbom brojnih anketa i analiza zaključilo je da djelovanjem i pružanjem skrbi u hospiciju američko zdravstvo štedi.

Od strane brojnih udruga za zaštitu prava pacijenata potvrđena je želja za provedbom revizija metodologije za utvrđivanje stope plaćanja zdravstvenog osiguranja za

kućnu njegu i ostalih usluga zdravstvene skrbi u usporedbi s hospicijem. Provedeno je istraživanje koje je pokazalo da se u praksi izlazak iz hospicija može dogoditi iz različitih razloga. Obitelj pacijenta može izabrati da opozove usluge za svog neizlječivog člana obitelji – bolesnika i potražiti liječnički tretman u bolnici ili može donijeti odluku o napuštanju hospicija i hospicijskih usluga iz drugih razloga. Na primjer, 2004. godine objavljena je studija u kojoj su Kutner i ostali izvijestili da je 7% pacijenata napustilo hospicij da nastave liječenje u bolnici dok je u 12% slučajeva sam pacijent i / ili njegova obitelj odlučio napustiti hospicij iz drugih razloga.

Međutim, većina od 79% koji su živi napustili hospicij, napustili su ga zato što se njihovo stanje stabiliziralo ili poboljšalo do te mjere da više nisu bolesnici za hospicij. Istraživanje iz 2010. godine potvrđilo je da broj terminalno bolesnih u SAD-u koji napuštaju hospicij zbog želje za bolničkim liječenjem ili iz nekog drugog razloga iznosi 9,5 – 26,4% ovisno iz koje države dolaze odnosno u zbroju 182.172 od 1.003.958 (18,2%) ispitanih. (J Pall Med. 2014;17(10):1-7)

Dr. sc. Morana Brkljačić, dr. med.

• Sprječavanje cerebralnog inzulta kod anemije srpastih stanica

- Silentni moždani udari najčešći su neurološki incidenti u djece s anemijom srpastih stanica i povezani su ponovnim infarktom - bilo moždanim udarom ili ponovnim silentnim cerebralnim inzultom. Michael R. DeBaun i suradnici su u svom istraživanju provjerili pretpostavku da će povrat, odnosno ponovna pojava infarkta, biti manja među djecom koja su podvrgavana redovitim transfuzijama krvi, nego ona kojoj je pružana standardna njega. U toj randomiziranoj, jednostruko slijepoj studiji metodom slučajnog odabira, djeca s anemijom srpastih stanica podijeljena su u dvije skupine, jednu koja će primati redovite transfuzije krvi i druga koja će biti podvrgнутa postupcima standardne skrbi. Sudionici studije bila su djeca s dijagnozom srpaste anemije u dobi od 5-15 godina, bez moždanog udara u anamnezi i s jednim ili više silentnih cerebralnih inzulta na MR-u, te kod kojih neurološkim pregledom nisu uočene abnormalnosti koje bi bile posljedica tih lezija. Primarni cilj studije definiran je kroz

pojavnost infarkta ili novog, intenziviranog silentnog inzulta. Ukupno 196 sudionika, djece srednje dobi od 10 godina, podijeljenih u skupinu za transfuziju i 'opservacijsku' skupinu (standardna njega), praćeno je tijekom prosječno tri godine. U skupini podvrgavanoj transfuzijama krvi primarni cilj studije dosegnut je u 6 od 99 bolesnika (6%), jedno dijete imalo je infarkt, a 5 njih novi, intenzivirani silentni cerebralni inzult. U opservacijskoj skupini u 14 od 97 (4%) sudionika manifestirao se primarni cilj na način da je sedmero djece imalo moždani udar, a drugih sedmero novi intenzivirani silentni inzult. Dakle, pojavnost primarnog ishoda studije u grupi na transfuziji iznosila je 2,0, a u opservacijskoj grupi 4,8 na 100 godina rizika, što odgovara omjeru stopa pojavnosti od 0,41 (intervala pouzdanosti 95%, i uz P =0,04). Zaključeno je stoga da je primjena redovnih transfuzija krvi u terapiji kod djece s anemijom srpastih stanica značajno reducirala incidenciju povrata cerebralnog inzulta svakog oblika. (N Engl J Med. 2014;371:699-710.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

• Utjecaj urinarne ekskrecije natrija i kalija na razinu krvnog tlaka

Izvjesno je da unos većih količina natrija u organizam uvjetuje viši krvni tlak, no ne zna se varira li taj odnos u ovisnosti o razinama natrija i kalija u različitim populacijama. Studija Andrew Mente i suradnika pokušala je dati na to pitanje odgovore. Provođeno je 102 216 odraslih iz 18 zemalja, od čega njih gotovo polovica iz Kine. Iz uzorka prvog jutarnjeg urina natašte procijenili su 24-satno izlučivanje natrija i kalija i taj podatak iskoristili kao indikator unosa. Zatim je evaluiran odnos između izlučivanja elektrolita i krvnog tlaka, izmjerenog automatskim mjeračem. Regresijska analiza pokazala je porast od 2,11 mmHg u sistoličkom i 0,78 mmHg u dijastoličkom tlaku za svakih 1 gram porasta u procijenjenom izlučivanju, odnosno unosu natrija. Nagib u krivulji ovisnosti bio je strmiji s višim unosom natrija: porast od 2,58 mmHg u sistoličkom tlaku po gramu izlučivanja natrija kod unosa >5g dnevno natrija, 1,74 mmHg po gramu izlučivanja kod 3-5 grama unosa dnevno i 0,74 mmHg po gramu izlučivanja kod <3g unosa dnevno. Također je

nagib krivulje bio strmiji za osobe s hipertenzijom i (porast od porast tlaka od 2,49 mmHg po gramu izlučivanja), nego za one bez hipertenzije (1,30 mmHg po gramu izlučivanja), te je krivulja bila strmija za višu životnu dob (2,97 mmHg po 1 gramu kod starosti >55 g, 2,43 mmHg po gramu izlučivanja za starost 45-55 g, te 1,96 mmHg po gramu za starost <45. g. Izlučivanje kalija bilo je obrnuto proporcionalno sistoličkom krvnom tlaku, sa strmijim nagibom krivulje ovisnosti za osobe s hipertenzijom, nego za one bez hipertenzije, te strmijim nagibom krivulje u starijoj životnoj dobi. U ovoj studiji pokazalo se da je ovisnost krvnog tlaka o unosu natrija i kalija, procijenjenom kroz mjerjenje izlučivanja ovih kationa, nelinearna i jačje je izražena u osoba s hipertenzijom, osoba starije životne dobi te u osoba čiji režim prehrane sadržava visoke količine natrija. (N Engl J Med. 2014;371:601-611.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.



Rizik obolijevanja od karcinoma dojke u obiteljima s mutacijom u PALB2

Poznato je da mutacije gubitka funkcije PALB2 gena ("partner and localizer of BRCA2") nose predispoziciju za karcinom dojke. Međutim, ne zna se zapravo kakav je rizik tijekom života za obolijevanje od karcinoma dojke, koji donose te mutacije. Antonis C. Antoniou i suradnici analizirali su rizik od karcinoma dojke među 362 člana iz 154 obitelji koje su imale neku od mutacija PALB2 gena. Procijenjen je dobro specifičan rizik od karcinoma dojke za nositelje mutacije PALB2, i to koristeći modificiranu segregacijsku analizu koja je uzimala u obzir učinke PALB2 genotipa i preostale obiteljske sklonosti. Rizik za razvoj raka dojke u žena nositeljica PALB2 mutacije u usporedbi s generalnom populacijom pokazao se 8-9 puta većim među onima mlađim od 40 godina, 6-8 puta veći među ženama starosti 40-60 godina te 5 puta veći među starijima od 60 godina. Procijenjeni kumulativni rizik među ženama nositeljicama mutacije iznosio je 14% do 50. g. ž. i 35% do 70. g. ž. Na taj rizik od obolijevanja utjecao je i podatak o podrijetlu, odnosno pripadnosti jednoj od istraživanih skupina obitelji, kao i drugi obiteljski čimbenici. Apsolutni rizik od raka dojke za žene nositeljice PALB2 mutacije

do 70. g. ž. kretao se u rasponu od 33% za one bez karcinoma dojke u obiteljskoj anamnezi, do 58% za one s dva ili više bližih rođaka s dijagnozom karcinoma dojke u 50. g. ž. Dakle, mutacije gubitka funkcije PALB2 gena važan su uzrok nasljednog raka dojke, uzimajući u obzir učestalost karcinom-predisponirajućih mutacija mutacija i rizik udružen s njima. Podaci dobiveni iz opisane studije sugeriraju zapravo moguće preklapanje u riziku koji nose mutacije PALB2 s onima uvjetovanim mutacijama BRCA2 gena.

(N Engl J Med. 2014;371:497-506.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

•

Enzalutamid u metastatskom karcinomu prostate prije kemoterapije

- Enzalutamid je peroralni inhibitor androgenih receptora, koji produžuje preživljaj u bolesnika s metastatskim, na kastraciju rezistentnim karcinomom prostate, kod kojih je bolest progredirala nakon kemoterapije. Potrebno je utvrditi nove mogućnosti liječenja za bolesnike s metastatskim karcinomom prostate koji nisu primili kemoterapiju, u kojih je bolest progredirala unatoč androgenoj deprivaciji. U dvostrukoj studiji faze tri randomizirano je 1717 bolesnika, kako bi dobili enzalutamid (u dozi od 160 mg) ili placebo, jedanput na dan. Primarni ciljevi studije bili su radiografski utvrđeno preživljaj bez progresije bolesti (PFS) te ukupno preživljaj (OS). Istraživanje je zau stavljeno u trenutku kada je planirana analiza, učinjena kada je zabilježeno ukupno 540 smrtnih ishoda, pokazala benefit od aktivnog liječenja. Stopa radiografski utvrđenog PFS-a nakon 12 mjeseci iznosila je 65% među pacijentima liječenim enzalutamidom, u usporedbi s 14% među pacijentima na placebo (redukcija rizika 81%). Ukupno 626 bolesnika (72%) u skupini na enzalutamidu, u usporedbi s njih 532 (63%) u skupini na placebo, bili su živi u trenutku cut-off-a podataka (dakle redukcija rizika od 29%, HR 0,71, P<0,001). Benefit enzalutamida pokazao se i u svim sekundarnim ciljevima studije, uključujući produljeno vrijeme do uvođenja citotoksične kemoterapije, produljeno vrijeme do pojave koštanih incidenata, kompletne ili parcijalne odgovor mekog tkiva, produljene vremena do porasta PSA i stopa pada od barem 50% vrijednosti PSA. Najčešće nuspojave vezane

uz primjenu enzalutamida bile su umor i hipertenzija. Dakle, enzalutamid je značajno reducirao rizik radiografski verificirane progresije bolesti i smrti, kao i odgodio početak kemoterapije u muškaraca s metastatskim karcinomom prostate.

(N Engl J Med. 2014;371:424-433.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

•

Ažurirane ASCO smjernice u primjeni adjuvantne endokrine terapije kod žena s hormonski pozitivnim rakom dojke

- Na temelju pristižućih informacija o važnosti determiniranja optimalnog trajanja adjuvantne endokrine terapije, osobito adjuvantnog liječenja tamoksifenom, ASCO je pristupio sistemnom pregledu randomiziranih studija u periodu od 01./2009. g. do 06./2013. g. te analizirao rezultate. Smjernice su utemeljene na pregledu podastrih dokaza od strane sazvanog Odbora, a ishodi od interesa bili su preživljaj, povrat bolesti i nuspojave. Pokazalo se osobito važnim ustaviti optimalnu duljinu trajanja tretmana tamoksifenom. Analizirano je 5 studija na temu liječenja tamoksifenom u trajanju preko 5 godina; dvije najveće, s najdužim praćenjem, pokazale su prednost u preživljaju bolesnica s karcinomom dojke u desetogodišnjoj uporabi tamoksifena. Osim skromnih rezultata u produljenju preživljaja, zabilježen je benefit desetogodišnje terapije u usporedbi s petogodišnjom u nižem riziku od povrata bolesti i pojavnosti kontralateralnog karcinoma dojke. Prethodno važeće ASCO smjernice sugerirale su u žena s karcinomom dojke pozitivnih hormonskih receptora u premenopauzi liječenje tamoksifenom u trajanju od 5 godina, a za one u postmenopauzi minimalno 5 godina adjuvantne terapije inhibitorom aromataze, ili tamoksifenom praćenim aromataznim inhibitorom (sekvencijsko liječenje). Ažurirane smjernice donose zaključak da, ako su žene premenopauzalne ili perimenopauzalne i primile su 5 godina adjuvantne terapije tamoksifenom, potrebno im je omogućiti 10 godina ukupnog trajanja liječenja tamoksifenom. Ako su postmenopauzalne i primile su 5 godina adjuvantnog liječenja tamoksifenom, treba im se pružiti mogućnost ili nastavka

liječenja tamoksifenom, ili prebacivanje na terapiju aromataznim inhibitorom, do ukupno 10 godina adjuvantne endokrine terapije.

(JCO 2013; 31:2258; 27.5.2014.g.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

•

Kemoterapija kod karcinoma dojke 60 dana nakon operacije smatra se odgođenom

- Neke žene s uznapredovalim stadijima raka dojke mogile bi imati lošije ishode ako je kemoterapija nakon operacije odgođena, tvrdi se u retrospektivnoj studiji jednog centra s 6827 pacijentica u stadijima bolesti od I do III. Međutim, u ukupnoj promatranoj populaciji (u bilo kojoj fazi bolesti), nije bilo razlike ako je započeta kemoterapija 0-30 dana nakon operacije, 31 do 60 dana, ili više od 60 dana nakon operacije. Mjereni ishodi bili su ukupno preživljaj, vrijeme bez recidiva, i preživljaj s odgođenim recidivom. No, razlike su u podskupini žena, osobito onih sa stadijem II i III bolesti i lošijim prognozama, kažu **Gagliano** i sur. (University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas, SAD). Naime, u bolesnica u stadiju II bolesti, kemoterapija više od 60 dana nakon operacije imala je loš utjecaj na vrijeme bez recidiva i preživljaj s odgođenim recidivom. Kod bolesnica u stadiju III, kemoterapija započeta više od 60 dana nakon operacije loše je utjecala na vrijeme bez recidiva, preživljaj s odgođenim recidivom i ukupno preživljaj. Nadalje, bolesnice s trostrukom-negativnom bolesti i bolesnice s HER2-positivnom bolesti liječene s trastuzumabom (Herceptin, Genentech / Roche) imale su lošije ukupno preživljaj kada je kemoterapija započeta više od 60 dana nakon operacije. Većina pacijentica u studiji dobila je tretman pravodobno (prije 60 dana); kod samo 16,4% započeta je kemoterapija nakon 60 dana. Ne postoji standard kada započeti adjuvantnu kemoterapiju, ističu autori. Kod većine se započne u roku od nekoliko tjedana nakon operacije. Problem je u tome što nitko ne zna je li odgađanje liječenja štetno ili povezano s nepovoljnim ishodima. U popratnom uvodniku, **Marco Colleoni** (European Institute of Oncology, Milan, Italy) i **Richard D. Gelber** (Dana-Farber Cancer Institute, Boston, Massachusetts, SAD), obojica članovi International Breast Cancer Study Group, kažu da dokazi upućuju na to da je

malo vjerojatno da rani početak kemoterapije čini razliku za većinu pacijenata. Gagliato i sur. priznaju da većina drugih studija na temu odgađanja kemoterapije nije pokazala nikakav štetan učinak. Međutim, oni su proveli svoju studiju jer su rezultati bili mješoviti i utjecaj podtipa raka dojke na ishod nije bio jasan. Colleoni i Gelber imali su dosta primjedaba na istraživanje, nazivajući dokaze slabim zbog potencijalne pristranosti i nedosljednih rezultata. Rezultati se mogu uzimati samo za generiranje hipoteza. Nadalje, novi podaci bit će potrebnii prije nego što se učine bilo kakve promjene u praksi. Također dodaju da je u bolesnica s trostrukom-negativnom bolesti, vrijeme kemoterapije dovelo do razlike u ukupnom preživljjenju, ali nije utjecalo na vrijeme do recidiva ili preživljjenja kod odgođenog recidiva. Ova otkrića izazivaju zabrinutost da su barem neki od ukupnih razlika preživljavanja zbog odabira pacijenata. Unatoč pritužbama, Colleoni i Gelber u konačnici tvrde da nije pametno nepotrebno odgađati početak kemoterapije kod bolesnika u uznapredovalijim stadijima bolesti jer se od kemoterapije može očekivati značajan učinak. Drugim riječima, svi dogovorno tvrde da bi se kod bolesnika u stadiju II i III raka dojke, s trostrukom-negativnim rakom dojke, i HER2 pozitivni tumorima, trebalo izbjegići odgađanje adjuvantne kemoterapije. Trenutne smjernice adjuvantne kemoterapije za rak dojke Europskog društva za medicinsku onkologiju ukazuju da liječenje treba započeti dva do šest tjedana nakon operacije. Međutim, unatoč tim smjernicama, u posljednjih desetak godina, došlo je do značajnog povećanja vremena između operacije i početka prvog adjuvantnog liječenja, uključujući kemoterapiju. Povećanje razmaka uglavnom je povezano s dodatnim dijagnostičkim testovima poput uporabe multigen testa i terapijskih intervencija, kao što su postmastektomijska rekonstrukcija u jednom aktu, te re-ekscizija radi dobivanja odgovarajućih rubova bez tumora. (J Clin Oncol. 2014;32:735-44.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.



Rezbarenje sapuna nije metoda probira za specijalizante iz otorinolaringologije

- Sposobnosću rezbaranja sapuna u unaprijed određeni oblik nije se moglo predvidjeti eventualne kirurške vještine kan-

didata za specijalizaciju iz otorinolaringologije (ORL), tvrde Tang i sur. u radu objavljenom u JAMA Otolaryngology Head and Neck Surgery. Rezbarenje sapuna na Kaiser Permanente programu ORL specijalizacije (Kaiser Permanente Medical Center, Oakland, California, USA) već je legendarno, kako zbog duljine vremena tako i zbog toga što rijetki centri koriste slične testove, tvrdi Eric J. Moore (profesor ORL na klinici Mayo u Rochesteru, Minnesota, SAD). Moore trenutno priprema rad s drugačijim testom spretnosti za svoj program provjere kandidata. No testovi manualne spretnosti u procesu odabira specijalizanata za ORL su kontroverzni, jer je njihova vrijednost zasad nejasna. Autori ovog rada ispitali su korelaciju između sposobnosti rezbaranja sapuna i operativnih sposobnosti u operacijskoj dvorani. Programom je obično obuhvaćeno 40 podnositelja zahtjeva godišnje u proteklih 25 godina. Tim se sastojao od 3 recenzenta (suca) koji su morali odrediti tri najbolja i tri najlošija urednika za svaku godinu od 1993. do 2006. Stope dobrih i loših rezbaranja nisu bile značajno drugačije kod onih koji su ostali na ORL i onih koji su otišli drugamo. Rezultati ne pokazuju da postoji povezanost između rangiranja specijalizanata i njihove sposobnosti da izrezbare sapun ($p = 0,41$), niti je bilo značajne korelacije između vještine rezbaranja sapuna i kognitivnog znanja, vizualne prostorne sposobnosti, spretnosti, odnosno donošenje odluka. Uglavnom je većina od 40 rezbaranja godišnje slične kvalitete, s nekoliko izvrsnih i nekoliko loših. Povremeno, podnositelji zahtjeva su se porezali u procesu rezbaranja. Sudbina tih podnositelja zahtjeva nije otkrivena u radu. Također navode da je ova studija jedna od rijetkih kojima se pokušalo usporediti te ekstremne vrijednosti - jako loše ili jako dobre. Autori ne vjeruju da je netko dokazao da su ti testovi korisni, ali definitivno smatraju da postoji potreba procjene spretnosti. Moore, koji nije bio uključen u rad, složio se da postoji potreba za testove kao što je ovaj. Također podsjeća da niti jedan od uobičajenih čimbenika koji se koriste za odabir specijalizanata - primjerice, pisma prepiske, USMLE rezultat, ocjene intervjuja od strane izborne komisije - ne koreliра dobro s izvedbom specijalizanata. Također objašnjava da specijalizacije više nisu piramidalne, odnosno uzima se isti broj ljudi koji je potreban i očekuje se da završe sve do kraja. Ako osoba započne kiruršku specijalizaciju i smatra se da nema kirurški talent, cijeli obrazovni program pati, a specijalizant je potrošio/izgubio mnogo vremena i truda na dugom putu do specijalizacije i certifikacije od strane kirurških društava. Moore je rekao da bi bilo lijepo znati da li rezbaranje sapuna

slabo korelira sa svim kirurškim (sub)specijalnostima. Istaknuo je da oko 22% podnositelja zahtjeva za ORL u 2011. ne odgovara, što i nije toliko različito od 31% navedeno u tekućoj seriji. Mi još uvijek tražimo naše kandidate da izrezbare sapun, i to je još uvijek dio našeg izbornog procesa, rekao je Tang. No, on misli da će biti korisno razviti validirani test spretnosti koji može predvidjeti kiruršku vještina. Mooreov program također nastavlja koristiti test spretnosti koji uključuje šivanje pod mikroskopom. On kaže da to dobro korelira s performansama specijalizanata u operacijskoj dvorani i planira objaviti rad. (JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;140:243-9.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.



Centralna pankreatektomija rizičnija nego što se do sada smatralo

Jedna od najvećih dosadašnjih studija jednog centra s analizom centralne pankreatektomije pokazuje da postupak općenito pošteđuje funkciju organa, ali bi mogao biti opasniji nego se do sada smatralo. U studiji objavljenoj u JAMA Surgery, francuski znanstvenici otkrili su ukupnu stopu postoperacijskog morbiditeta od 72%, uključujući teške komplikacije u 18% i mortalitet 3%. Za razliku od toga, meta-analiza iz prošle godine prikazala je morbiditet od 45% i stopu smrtnosti od 0,8%. Marco Del Chiaro (Karolinska Institut, Stockholm, Švedska), koji je objavio komentar tim rezultatima, piše da je centralna pankreatektomija rizična operacija s vrlo ograničenim indikacijama i da operaciju treba izbjegavati u svakom slučaju kad se sumnja na malignu bolest. Kod mlađih pacijenata s prekanceroznim lezijama može se centralna pankreatektomija uzeti u obzir uako su ispravno informirani s obzirom na visok rizik komplikacija i potencijalnih prednosti. Raširena upotreba slikovnih metoda znači sve više i više pacijenata dijagnosticiranih s početnim lezijama gušterice, objašnjavaju Goudard i sur. (Beaujon Hospital, Clichy, France) u radu objavljenom u JAMA Surgery. S obzirom na to da se standardna metoda resekcije može često smatrati prekomjernom, operacije s poštedom parenhima kao centralna pankreatektomija predložena je kao alternativa. No, do sada je samo nekoliko velikih istraživanja procjenjivalo tu tehniku. Serija u ovoj studiji

ji uključivala je 100 uzastopnih bolesnika (srednja dob 56) podvrgnutih centralnoj pankreatikogastrostomijom između 2000. i 2012. Operacije su vršene uglavnom zbog neuroendokrinih tumora (35%), intraduktalnih papilarnih mucinoznih tumora (33%), solidnih pseudopapilarnih tumora (12%) i mucinoznih cistadenoma (6%). Medijan promjera iznosio je 20 mm. Šezdeset i tri pacijenta (63%) razvila su postoperativnu fistulu gušterića, od kojih su većina bile klinički značajne. Osim toga, 10 pacijenata (10%) imalo je kirurške komplikacije i 14 (14%) su imali ostale komplikacije. Kod šest pacijenata bila je potrebna reoperacija. Dvije žene, u dobi od 68 i 73, umrele su od plućne embolije tri i devet dana nakon operacije, a 68-godišnji muškarac s teškom koronarnom bolešću umro je nakon 24 dana zbog višeorganskog zatajenja nakon masivnog krvarenja kao komplikaciju postoperativne fistule gušterića. U prosjeku, pacijenti su ostali u bolnici 25 dana, a šest je ponovno hospitalizirano. U tri godine imalo je devet pacijenata dugoročne komplikacije, uključujući tri postoperativne kile, dvije opstrukcije tankog crijeva, dvije perzistentne pankreasne fistule, jednu pseudocistu i jednu mezenteričku vensku trombozu. Šest pacijenata zahtijevalo je stalnu administraciju pankreasnih enzima, a dvojica su razvila novonastali dijabetes melitus te pet značajno pogoršanje već postojeće šećerne bolesti. Del Chiaro također upozorava da nema dokaza iz randomiziranih studija da centralna pankreatektomija doista nosi manji rizik od dijabetesa nego druge tehnike. Sve u svemu, autori studije kažu: sedam lezija može se smatrati nedovoljno opsežno (undertreated) liječeno, a kod devet je učinjen preopsežan zahvat (overtreated). Zaključuju da je centralna pankreatektomija povezana s izvrsnom funkcijom gušterića na račun značajne stope morbiditeta i mortaliteta, što je podcijenjeno u dosadašnjoj literaturi. Postupak se pokazao najboljim za benigne ili maligne lezije niskog gradusa kod mladih i ljudi dobrog općeg stanja koji mogu izdržati značajan postoperativni morbiditet, a mogu imati koristi od izvrsnih dugoročnih rezultata. (JAMA Surg. 2014;149:356-63)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

• Mortalitet nakon totalne kolektomije kod pacijenata s upalnom bolesti crijeva

- Od ranije je poznata činjenica o visokom postoperativnom mortalitetu nakon kolektomije kod pacijenata s upalnim bolestima crijeva, posebno kod određenih skupina bolesnika. Cilj je ovog istraživanja koje je predvodio **Nordenvall C** iz Švedske (Department of Molecular Medicine and Surgery, Karolinska Institutet, Stockholm, Division of Coloproctology, Center for Digestive Disease, Karolinska University Hospital, Stockholm, Švedska) bio je ispitati mortalitet 40 dana nakon kolektomije kod ispitanika s upalnim bolestima crijeva, dok je sekundarni cilj bio utvrditi imaju li kolektomirani bolesnici povećanu smrtnost u komparaciji s općom populacijom. Podaci su dobiveni iz švedskog registra pacijenata s upalnim bolestima crijeva poslije totalne kolektomije od 2000. do 2010. godine. Skupina ispitanika je identificirana i uključena u studiju koristeći internacionalnu klasifikaciju za ulcerozni kolitis i Crohnovu bolest. Svi bolesnici iz registra upalnih bolesti crijeva analizirani su odvojeno prije same kolektomije, a svaki je praćen do trenutka smrtnog ishoda, tj do datuma 31. prosinca 2010.. U kohortno istraživanje ukupno su uključena n=3084 ispitanika, od kojih je n=2424 bolovalo od ulceroznog kolitisa, n=326 od Crohnove bolesti, a preostalih n=334 imalo je obilježja oba entiteta i preklapanja Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa. 40-og postoperativnog dana mortalitet je bio 1.3%, nakon 1 godine 3.1%, a 3 godine nakon kolektomije 6.0%. Najveći mortalitet 40-og postoperativnog dana je uočen kod ispitanika životne dobi od 59. godine naviše te je iznosio 4.4%. Vrijeme preživljivanja nakon tri godine bilo je 0.99, 0.98, 0.97 i 0.90 kod ispitanika sljedeće životne dobi: <30, 30-43, 44-58 i ≥59 godine.

Autori istraživanja zaključuju kako je mortalitet 40-og postoperativnog dana nizak u Švedskoj, osim kod ispitanika starijih od 59 Godina, što se zasigurno može objasniti komorbiditetom.

(Aliment Pharmacol Ther. 2014 Jun 18. doi: 10.1111/apt.12844. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Rizik od razvoja kolorektalnih neoplazmi kod pacijenata s kroničnom konstipacijom

- Kronična konstipacija je učestali zdravstveni problem s visokom prevalencijom u kliničkoj praksi. Zahvaća više od 40 milijuna ljudi u SAD-u, a sa starenjem raste i njena prevalencija. Smatra se da je konstipacija uzrok više od 90.000 hospitalizacija godišnje u SAD-u. Dosadašnja istraživanja govore u prilog povećanog rizika za kolorektalni karcinom. **Guérin A** sa suradnicima iz SAD-a (Analysis Group, Inc., Boston, MA) proveo je ispitivanje o povezanosti kronične konstipacije i stupnja težine konstipacije s pojavošću benignih kolorektalnih neoplazmi i karcinoma debelog crijeva. U ispitnu skupinu uključena su n=28854 ispitanika s kroničnom konstipacijom, a u kontrolnu skupinu bez konstipacije n=86562, prosječne životne dobi 61.9 godina. 66.7% ispitanika su bili ženskog spola, što i odgovara dosadašnjim podacima o višoj prevalenciji kronične konstipacije kod pacijentica. Rezultati istraživanja su pokazali kako je kod ispitne skupine prevalencija kolorektalnog karcinoma bila 2.7% u komparaciji sa 1.7% kod kontrolne skupine bez konstipacije, dok je učestalost benignih kolorektalnih neoplazmi bila 24.8 % kod ispitanika s konstipacijom i 11.9% kod ispitanika bez konstipacije. Pacijenti s težim i vrlo teškim oblicima konstipacije imali su signifikantno veću incidenciju kolorektalnog karcinoma i benignih kolorektalnih neoplazmi. Nakon više od 2 i 5 godina praćenja ovih bolesnika registrira se i dalje značajno veća incidencija benignih i malignih kolorektalnih neoplazija. Rezultati ovog istraživanja su vrlo značajni sa kliničku praksu, stoga su važna napomena specijalistima obiteljske medicine i gastroenterologima kako bi ovaku skupinu pacijenata držali pod posebnim nadzorom i provodili metode probira.

(Aliment Pharmacol Ther. 2014 Jul;40(1):83-92. doi: 10.1111/apt.12789. Epub 2014 May 15.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Utjecaj različitih tipova fizičke neaktivnosti na mortalitet

• Poznat je negativan učinak sedentarnog načina života glede morbiditeta i ukupnog mortaliteta. Međutim, malo je poznato kako različiti tipovi sedentarnog ponašanja utječu na opći mortalitet. Cilj ovog istraživanja koje je predvodio **Basterra-Gortari FJ** sa suradnicima iz Španjolske (Department of Preventive Medicine and Public Health, Medical School - Clinica University of Navarra, University of Navarra, Pamplona, Spain), bio je utvrditi kako različiti oblici fizičke neaktivnosti poput gledanja televizije, vožnje u automobilu i provođenja vremena za kompjutorom utječu na ukupnu smrtnost. U ovo prospektivno, kohortno istraživanje (SUN projekt) uključeni su diplomanti sa španjolskih fakulteta, prosječne životne dobi od 37 godina s medijanom praćenja od 8.2 godine. Praćeno je vrijeme provedeno pred televizijom, kompjutorom i u vožnji automobilom, a ukupno su uključena n=13 284 ispitanika. Rezultati istraživanja su pokazali kako stopa ukupnog mortaliteta za vrijeme provedeno pred televizorom od 2 sata dnevno iznosi 1.40 (95% CI: 1.06 do 1.84), za korištenje kompjutatora iznosi 0.96 (95% CI: 0.79 to 1.18), a za vrijeme provedeno u vožnji 1.14 (95% CI: 0.90 to 1.44), nakon statističkog usklađivanja parametara poput dobi, spola, pušačkog statusa, unosa energije, provođenja mediteranske dijete, indeksa tjelesne mase i fizičke aktivnosti. Rezultati istraživanja su pokazali kako je rizik za mortalitet dvostruko veći provodimo li tri ili više sati dnevno pred televizorom, u komparaciji s ispitanicima koji su gledali televiziju manje od jedan sat na dan. Autori studije navode kako je gledanje televizije izravno povezano s porastom općeg mortaliteta, dok vrijeme provedeno pred računalom ili u vožnji automobilom ili drugim vozilom, nije statistički značajno povezano s većom smrtnosti. Svakako su potrebna daljnja istraživanja ove teme, posebno kako bi se utvrdilo smanjuje li redukcija vremena provedenog pred televizorom očekivani mortalitet. Potrebne su daljnje potvrde ovog istraživanja zašto drugi tipovi sedentarnog načina života poput vožnje automobila i sjedenja pred kompjutorom ne povećavaju značajno smrtnost.

(J Am Heart Assoc. 2014 Jun 25;3(3):e000864. doi: 10.1161/JAHA.114.000864.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Povezanost Helicobactera pylori i pretilosti

• U posljednje vrijeme raste broj znanstvenih sučeljavanja i rasprava o utjecaju infekcije s Helicobacterom pylori na indeks tjelesne mase. Nedavne studije su pokazale kako pojedinci kod kojih je provedena eradička terapija H. pylori razvijaju značajan porast tjelesne težine u komparaciji s ispitanicima koji nisu liječili kolonizaciju ovom bakterijom. Cilj je ovog preglednog članka koji je predvodio **Lender N** iz Australije (Department of Gastroenterology & Hepatology, Princess Alexandra Hospital, Woolloongabba, Qld, Australija; Faculty of Medicine and Biomedicine & Faculty of Health and Behavioural Sciences, University of Queensland, St Lucia, Qld, Australija) bio rasvjetliti povezanost kolonizacije s Helicobacterom pylori i prevalancije prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u razvijenim zemljama.

Sva relevantna literatura o tome je iscrpno pretražena i proučena, a inkluzijski kriteriji su bili uzorak ispitanika veći od 100 u razvijenim zemljama svijeta gdje je bruto društveni proizvod po glavi stanovnika bio veći od 25 000 dolara godišnje. Uključeno je ukupno 49 istraživanja iz 10 europskih zemalja, Australije i SAD-a. Prosječna stopa prevalencija s H. pylori infekcijom bila je 44.1% (17-75%), prosječna stopa pretilosti 46.6±16% a prekomjerne tjelesne težine od 14.2±8.9%. Rezultati statističke analize su pokazali kako je stopa pretilosti i prekomjerne tjelesne težine obrnuto proporcionalna, statistički značajno ($p<0.001$), s prevalencijom H. pylori infekcije.

Autori ove meta-analize zaključuju kako veća prevalencija H. pylori infekcije dovodi do niže stope pretilosti i prekomjerne tjelesne težine kod pacijenata koji žive u razvijenim zemljama svijeta obrnuto. Također se može zaključiti kako postepeno opadanje kolonizacije s H. pylori koje se uočava zadnjih desetljeća može biti uzročno povezano s endemskom pojmom pretilosti u zemljama razvijenoga zapadnog svijeta.

(Aliment Pharmacol Ther. 2014 Jul;40(1):24-31. doi: 10.1111/apt.12790. Epub 2014 May 15.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Transradijalni vs transfemoralni pristup kod perkutane koronarne intervencije

• Nekoliko studija do sada je kompariralo transradijalni i transfemoralni pristup kod perkutane koronarne intervencije (PCI) u bolesnika s akutnim infarktom miokarda sa ST elevacijom. Većina dosadanjih istraživanja su se fokusirala na kliničku učinkovitost i sigurnost ovih dvaju pristupa, međutim, malo je poznato kako pojedini krvožilni pristup utječe na kvalitetu života pacijenata. Kolega **Koltowski L** sa suradnicima iz Poljske (Department of Cardiology, Medical University, Varšava, Poljska) proveli su istraživanje upravo zato da utvrdi utjecaj krvožilnost pristupa u okviru PCI kod bolesnika sa STEMI-jem. U randomizirano kliničko istraživanje uključena su n=52 ispitanika kojima se pristupilo transradijalnim pristupom, te n=51 ispitanik s transfemoralnim pristupom. Korištene su općenite i srčano specifične skale procjene kvalitete života poput EQ-5D-3L, Quality of Life Index i MacNew, prije učinjenim PCI-jem, potom 2 sata nakon i 4 dana poslije koronarne intervencije. Prosječni EQ-5D-3L zbroj bio je 0.46 ± 0.291 2 sata nakon PCI-ja te je bio viši u transradijalnoj skupini ispitanika (TR: 0.60 ± 0.299 versus TF: 0.32 ± 0.283 , $p<0.001$). Pacijenti iz transradijalne skupine imali su manje poteškoća s mobilnosti (TR: 71.7% vs TF: 94.4%, $p<0.01$) i samozbrinjavanjem (TR: 62.5% vs TF: 97.2%, $p <0.001$). Četvrtog postoperativnog dana bilo je manje anksioznosti i/ili depresije u transradijalnoj skupini nego u transfemoralnoj (TR: 42.9% vs TF: 75.0%, $p<0.001$). Također je utvrđeno da je biljež srčanog zatajenja N-terminalni pro-BNP bio nižih vrijednosti kod ispitanika s većim zbrojem kvalitete života, tj. obrnuto proporcionalan vrijednostima mjernih ljestvičica kvalitete života.

Autori istraživanja zaključuju da bi se trebao preferirati transradijalni pristup tijekom perkutane koronarne intervencije kod bolesnika s akutnim infarktom miokarda STEMI. Radijalni pristup manje ometa mobilnost i samozbrinjavanje, uz bolji psihološki ishod posebno glede manje pojavnosti depresije i anksioznosti.

(Am J Cardiol. 2014 Jun 6. pii: S0002-9149(14)01223-5. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.05.030. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Učinak mediteranske dijete na biljeđe srčanog zatajenja

• Mediteranska dijeta je način prehrane koji preferira određene namirnice i kulinarske metode osmišljene pod utjecajem tradicionalnih mediteranskih običaja. Ova dijeta uključuje konzumaciju velike količine maslinovog ulja, cjelevitih žitarica, voća, ribe i kuhanog povrća. Interes za mediteransku ishranu porastao je krajem dvadesetog stoljeća kada se naveliko govorilo o blagotvornim učincima ove prehrane glede smanjenja kardiovaskularnog rizika.

Dr Fito M sa suradnicima iz Španjolske (Cardiovascular Risk and Nutrition Research Group, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Biomèdiques (IMIM), Barcelona; CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Madrid) publicirao je istraživanje o utjecaju mediteranske prehrane na biološke biljege srčanog zatajenja kod ispitanika s povиšenim rizikom za kardiovaskularne bolesti. Ukupno je uključeno n=930 ispitanika s visokim kardiovaskularnim rizikom (n=420 muškog spola i n=510 ženskog spola) u multicentrično, randomizirano, kontrolirano istraživanje o učinku mediteranske prehrane na primarnu prevenciju kardiovaskularnih bolesti (PREDIMED studija).

Svi ispitanici bili su na prehrani s niskim udjelom masnoća (kontrola skupina sa n=310 ispitanika), dok je ispitna skupina provodila mediteransku dijetu od kojih je jedna podskupina konzumirala djevičansko maslinovo ulje, a druga orašaste plodove. Nakon jedne godine opservacije i provođenja posebnog prehrambenog režima, analiziran je biološki biljeđ NTproBNP, čije su plazmatske razine bile značajno manje u ispitnim skupinama koje su provodile mediteransku dijetu u komparaciji s kontrolnom skupinom koja je bila na niskomasnoj dijeti.

Glede utjecaja na lipidni profil, zabilježena je smanjena razina LDL kolesterola u obje ispitne skupine uspoređujući rezultate s kontrolnom skupinom. Nisu zabilježene razlike glede omjera albumin/kreatinin i urinarnog albumina.

Autori istraživanja navode povoljan učinak mediteranske prehrane kod pacijenta s visokim rizikom za kardiovaskularne bolesti glede reduciranja plazmatskih vrijednosti biljeđa NTproBNP, te učinka na lipidni profil posebno u podskupni koja je konzumirala djevičansko maslinovo ulje.

(Eur J Heart Fail. 2014 May;16(5):543-50. doi: 10.1002/ejhf.61. Epub 2014 Feb 24.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Umjetne srčane valvule tijekom trudnoće: ishod za majku i dijete

• S razvojem medicine i poboljšanjem zdravstvene skrbi poboljšava se prognoza pacijentica kojima je ugrađena umjetna srčana valvula, a posljedično tome raste broj trudnoća koje su pod pojačanim liječničkim nadzorom. Radi poboljšanja perinatalnog ishoda često je potreban i poželjan multidisciplinarni pristup praćenju graviditeta pacijentica s navedenom patologijom. Cilj ovog istraživanja koje je predvodio **Lawley CM** iz Australije (Clinical Population Perinatal Health Research, Kolling Institute, University of Sydney, Sydney, Australia Department of Cardiology, Royal North Shore Hospital, St Leonards, Australija) bio je procjena ishoda trudnoća pacijentica s umjetnim zaliscima, te komparacija ishoda mehaničkih i bioloških zalistaka. Istraživači su prikupili sve relevantne podatke iz Australije, New South Wales, od 2000-2011. godine. Među n=1 144 156 trudnoća, 136 trudnica su imale umjetni srčani zalistak (1 na 10 000). Nije zabilježen niti jedan smrtni ishod majke među ovim ispitnicama, iako je relativan rizik za neželjeni ishod bio veći nego u općoj populaciji. Rizik za tešku bolest majke bio je 9.96 (139 vs 14 na 1000 poroda), veći kardiovaskularni incident majki 34.6 (44 vs 1 na 1000), prijevremeni porod 2.77 (183 vs 66 na 1000), malu porodajnu težinu novorođenčeta 2.03 (193 vs 95 na 1000). Rezultati istraživanja su pokazali povećan maternalni i perinatalni morbiditet kod ispitanica koje su imale implantiranu mehaničku valvulu u komparaciji s biološkim zaliskom.

Autori istraživanja zaključuju kako žene s umjetnim srčanim valvulama imaju povećan rizik za neželjeni ishod, kako za majku tako i za dijete, kada se rezultati kompariraju s trudnicama koje nemaju umjetne valvule. Rezultati ove studije su pokazali bolje rezultate nego prijašnja istraživanja glede nižeg potencijalnog rizika za neželjeni ishod ovakvih trudnoća. Potrebno je naglasiti kako je manji rizik za negativan ishod kod trudnica s biološkim valvulama u komparaciji s mehaničkim. Multidisciplinarni pristup praćenja trudnica s umjetnim zaliscima potreban je i

preporučljiv radi što boljeg ishoda za majku i dijete.

(J Am Heart Assoc. 2014 Jun 26;3(3):e000953. doi: 10.1161/JAH.114.000953)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Znaci, simptomi i komplikacije kompletnih i parcijalnih ruptura uterusa tijekom trudnoće i porođaja

• Ruptura uterusa rijetka je, ali potencijalno katastrofalna komplikacija trudnoće/porođaja, koja zahtijeva izuzetno brzu dijagnozu. Klasično gledano, znaci i simptomi ove opstetričke hitnosti predstavljaju kombinaciju boli u trbuhi, abnormalnosti CTG zapisa i vaginalnog krvarenja. **Marie Giuliano** i suradnici (Pôle Femme Mère Nouveau-né et Pôle d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Jeanne de Flandre, Université Lille Nord de France, Lille, Francuska) proveli su retrospektivno istraživanje (1987.-2008.) koje je za cilj imalo utvrditi učestalost spomenutih znakova i simptoma te neonatalni ishod ovisno o tipu rupture uterusa (kompletna ili parcijalna, tj. inkompletetna).

U istraživanom razdoblju bilo je ukupno 97 028 porođaja, a pronađene su 52 rupture uterusa (0,05%): 25 kompletnih i 27 parcijalnih. Većina (89%) ih se dogodila kod pacijentica s ožiljkom uterusa nakon carskog reza (jednog ili više) u anamnezi. Kod kompletnih ruptura, abnormalnosti CTG zapisa bile su najčešći znak (82%), dok je kompletan trijas znakova/simptoma (abnormalnosti CTG zapisa, bol u trbuhi, vaginalno krvarenje) bio prisutan samo u 9% slučajeva. S druge strane, parcijalne rupture bile su u često asimptomatske (48%). Neonatalni mortalitet kod kompletne rupture iznosio je 13,6%; 27% i 40% novorođenčadi imalo je redom pH<6,80 i pH<7,00. Među parcijalnim rupturama samo je 7,7% novorođenčadi imalo pH<7,00 i nije zabilježen niti jedan smrtni ishod. U zaključku autoru ističu da je kod kompletne rupture uterusa klasičan trijas znakova/simptoma prisutan u manje od 10% slučajeva, dok abnormalnosti CTG zapisa predstavljaju uvjernljivo najčešći znak kompletne rupture.

(Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;179:130-4.)

Matija Prka, dr. med.

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

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

Grošić V, Folnegović Grošić P, Kalember P, Bajs Janović M, Radoš M, Mihanović M, Henigsberg N. The effect of atypical antipsychotics on brain N-acetylaspartate levels in antipsychotic-naïve first-episode patients with schizophrenia: a preliminary study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2014;10:1243-53.

Psychiatric Hospital Sveti Ivan, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; University Hospital Center Zagreb, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; Polyclinic Neuron, Croatian Institute for Brain Research, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; Department of Neuropharmacology and Behavioral Pharmacology, Croatian Institute for Brain Research, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; Vrapče University Hospital, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Miljković A, Stipčić A, Braš M, Dorđević V, Brajković L, Hayward C, Pavić A, Kolčić I, Polašek O. Is experimentally induced pain associated with socioeconomic status? Do poor people hurt more? Med Sci Monit. 2014;20:1232-8.

Medical School, University of Split, Split, Croatia; University Department for Health Care Studies, University of Split, Split, Croatia; Centre for Palliative Medicine, Medical Ethics and Communication Skills, Medical School, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; Institute of Genetics and Molecular Medicine, University of Edinburgh, Edinburgh, United Kingdom; Surgery Clinic, Clinical Hospital Centre Split, Split, Croatia.

Kranjčević K, Bergman Marković B, Ivezić Lalić D, Vrdoljak D, Vučak J. Is a targeted and planned GP intervention effective in cardiovascular disease prevention? A randomized controlled trial. Med Sci Monit. 2014;20:1180-7.

General Practice Office, Zagreb-Zapad Health Care Center, Zagreb, Croatia; Department of Family Medicine, University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia; General Practice Office, Kutina Health Care Center, Novska, Croatia; Department of Family Medicine, University of Split, School of Medicine, Split, Croatia; General Practice Office, Sukošan, Zadar, Croatia.

Ivezović H, Rustemović N, Brkić T, Ostojić R, Monkemuller K. Endoscopic ligation ("Loop-And-Let-Go") is effective treatment for large colonic lipomas: a prospective validation study. BMC Gastroenterol. 2014;14(1):122.

Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia

Reiner Ž*, De Bacquer D, Kotseva K, Prugger C, De Backer G, Wood D; EUROASPIRE III Study Group. Treatment potential for dyslipidaemia management in patients with coronary heart disease across Europe: Findings from the EUROASPIRE III survey. Atherosclerosis. 2013;231(2):300-7.

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

Reiner Ž*, Guardamagna O, Nair D, Soran H, Hovingh K, Bertolini S, Jones S, Corić M, Calandra S, Hamilton J, Eagleton T, Ros E. Lysosomal acid lipase deficiency - An under-recognized cause of dyslipidaemia and liver dysfunction. Atherosclerosis. 2014;235:21-30.

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

Reiner Ž. Primary prevention of cardiovascular disease with statins in the elderly. Curr Atheroscler Rep. 2014;16:420.

Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Medical School University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Ray KK, Kastelein JJ, Boekholdt SM, Nicholls SJ, Khaw KT, Ballantyne CM, Catapano AL, Reiner Ž*, Lüscher TF. The ACC/AHA 2013 guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular disease risk in adults: the good the bad and the uncertain: a comparison with ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias 2011. Eur Heart J. 2014;35(15):960-8.

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

Bassim CW, Fassil H, Dobbin M, Steinberg SM, Baird K, Cole K, Joe G, Comis LE, Mitchell SA, Grković L*, Edwards D, Mays JW, Cowen EW, Pulanić D*, Williams KM, Gress RE, Pavletic SZ. Malnutrition in patients with chronic GVHD. Bone Marrow Transplant. 2014 Jul 14. doi: 10.1038/bmt.2014.145. [Epub ahead of print]

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

Preporuke i novosti



Agencija za lijekove i medicinske proizvode

Dr. sc. Viola Macolić Šarinić, dr. med., spec. kliničke farmakologije i toksikologije

- Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) donosi nove informacije o sigurnosti primjene lijekova i pregled ostalih novosti iz područja farmakovigilancije.

Povjerenstvo za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC) Europske agencije za lijekove (EMA), u čijem radu aktivno sudjeluju i predstavnici HALMED-a, na sjednici održanoj u srpnju 2014. završilo je sigurnosnu procjenu dvaju lijekova i usvojilo preporuke za jedan lijek u sklopu redovne ocjene omjera koristi i rizika.

Preporuke za oralne oblike metadona koji sadrže povidon

PRAC je završio sigurnosnu procjenu oralnih oblika lijekova čija je djelatna tvar metadon, a koji sadrže pomoćnu tvar povidon. Oralni oblici metadona dostupni su kao oralna otopina ili kao tablete. PRAC je preporučio suspenziju odobrenja za stavljanje u promet oralnih otopina metadona koje sadrže povidon visoke molekularne težine. Nadalje, PRAC je preporučio izmjene u informacijama o lijeku za tablete metadona koje sadrže povidon niske molekularne težine kako bi se dodatno naglasila poruka da su tablete namijenjene isključivo za oralnu primjenu i da se ne smiju primjenjivati niti na jedan drugi način.

Oralni oblici metadona koriste se u rehabilitacijskim programima u pacijenata ovisnih o opojnim sredstvima kako bi spriječili ili ublažili simptome apstinencijskog sindroma. Prilikom zlouporabe ovih lijekova intravenoznom primjenom, otopine koje sadrže povidon visoke molekularne težine mogu dovesti do ozbiljnih oštećenja.

Preporuke za lijek Rieno

PRAC je za lijek Rieno zaključio redovnu procjenu omjera koristi i rizika lijeka (Pe-

riodičko izvješće o neškodljivosti lijeka, PSUR). Rieno (ferumoksitol) je indiciran za liječenje anemije zbog nedostatka željeza u odraslih bolesnika s kroničnom bolešću bubrega.

U sklopu navedene procjene, PRAC je razmotrio nedavne slučajevе ozbiljnih reakcija preosjetljivosti povezanih s primjenom ovog lijeka. Iako je ocijenjeno da koristi primjene ovog lijeka i dalje nadmašuju njegove rizike, s ciljem boljeg zbrinjavanja reakcija preosjetljivosti PRAC je, između ostalog, preporučio da se lijek smije davati samo kao infuzija u trajanju ne manjem od 15 minuta (umjesto kako je ranije bilo odobreno da se lijek primjenjuje kao injekcija) te da lijek treba biti kontraindiciran u svih bolesnika s anamnezom preosjetljivosti na lijekove.

PSUR je vrsta izvješća koja obuhvaća ocjenu omjera koristi i rizika primjene određenog lijeka. Ova izvješća nositelji odobrenja predaju nacionalnim regulatornim tijelima u definiranim vremenskim intervalima nakon dobivanja odobrenja za stavljanje lijeka u promet. Tijekom ocjene PSUR-a PRAC ocjenjuje svaki novi identificirani rizik povezan s primjenom određenog lijeka kako bi se ocijenilo jesu li se koristi i rizici primjene lijeka promijenili. PRAC tada može odlučiti je li potrebno dodatno istražiti određeno pitanje ili može donijeti preporuke za mjere kojima će se zaštiti javno zdravje od identificiranih rizika.

Ograničenje primjene bromokriptina u sprečavanju postpartalne laktacije

PRAC je završio sigurnosnu procjenu lijekova čija je djelatna tvar bromokriptin, a koja se odnosila na primjenu ovih lijekova za sprečavanje postpartalne laktacije.

Budući da se povezanost ovakvog liječenja s rijetkim, ali potencijalno ozbiljnim (uključujući i fatalne) kardiovaskularnim, ne-

urološkim i psihijatrijskim nuspojavama ne može isključiti, PRAC je preporučio da se ovi lijekovi smiju primjenjivati u sprečavanju postpartalne laktacije samo ako postoje uvjerljivi medicinski razlozi za sprečavanje laktacije, kao što je izbjegavanje dodatne patnje za majku zbog gubitka djeteta tijekom ili neposredno nakon poroda, ili u majki s HIV infekcijom, koje ne bi smjele dojiti. Bromokriptin se ne bi trebao rutinski primjenjivati za sprečavanje ili zauzimanje stvaranja mlijeka, niti za olakšavanje simptoma boli ili oticanja dojki nakon poroda. PRAC je također zaključio da se bromokriptin ne smije primjenjivati u žena koje su pod povećanim rizikom od nastanka nuspojava, uključujući žene koje imaju poremećaje koji dovode po povišenja krvnog tlaka ili koje imaju teške psihijatrijske poremećaje.

Novosti o postupku ocjene sigurnosti primjene valproata i povezanih djelatnih tvari

U sklopu postupka ocjene sigurnosti primjene valproata i povezanih djelatnih tvari koji je u tijeku, PRAC je raspravio povratne informacije dobivene na sastanku s bolesnicima lječenih valproatom, njihovim skrbnicima i članovima obitelji. Lijekovi čija je djelatna tvar valproat koriste se za liječenje epilepsije i bipolarnog poremećaja te u nekim zemljama i za liječenje migrene. PRAC je započeo ocjenu sigurnosti primjene ovih lijekova u listopadu prošle godine nakon objave novih ispitivanja koja su ukazala na mogući rizik dugoročnih problema u razvoju djece rođene od strane majki koje su bile liječene valproatom.

U sklopu ove procjene PRAC je tražio aktivno uključivanje predstavnika udruge bolesnika koji boluju od epilepsije, bipolarnog poremećaja i migrene i udruge bolesnika pogodjenih valproatom te njihovih skrbnika i obitelji. Poslijedno je krajem lipnja organiziran sastanak na kojem su sudjelovali predstavnici različitih udruga bolesnika, kao i predstavnici PRAC-a i djelatnici EMA-e.

Doprinos bolesnika i njihovih skrbnika i obitelji bit će uključen u donošenje preporuke PRAC-a za valproat i povezane djelatne tvari. PRAC je potvrđio značaj nastavka uključivanja kako udruga pacijenata, tako i organizacija zdravstvenih radnika u postupak ocjene.

Više o novim informacijama o sigurnosti primjene navedenih lijekova možete pročitati na internetskim stranicama EMA-e (www.ema.europa.eu).

.....

Sustav prijavljivanja nuspojava u Hrvatskoj

Adriana Andrić, dr. med., mag. javnog zdravstva
 Dr. sc. Viola Macolić Šarinić, dr. med.,
 spec. kliničke farmakologije i toksikologije



Spontano prijavljivanje sumnji na nuspojave lijekova prvi put je omogućeno u Hrvatskoj već 1974. godine, nepunih deset godina nakon što se s tom praksom započelo u svijetu

- Hrvatska ove godine obilježava punih četrdeset godina spontanog prijavljivanja sumnji na nuspojave lijekova. S tom se praksom u našoj zemlji započelo davne 1974. godine, nepunih deset godina nakon Velike Britanije, kolijevke spontanog prijavljivanja nuspojava u svijetu.

Duga hrvatska farmakovigilancijska tradicija obilježena je brojnim uspjesima te se RH posljednjih godina redovito nalazi među prvih 20 država u svijetu po broju prijava nuspojava na milijun stanovnika, sukladno podaci-

ma koje objavljuje Uppsala Monitoring Centre (UMC), suradni centar Svjetske zdravstvene organizacije koji vodi Svjetsku bazu nuspojava VigiBase. Izvrsnost farmakovigilancijskog sustava u Hrvatskoj ne odnosi se samo na kvantitetu, nego i na kvalitetu, što je 2014. godine prepoznao i UMC, objavivši da je Hrvatska među prve tri zemlje u svijetu koje sudjeluju u Programu međunarodnog praćenja lijekova Svjetske zdravstvene organizacije, kada se uzmu u obzir i kvaliteta i kvantitet prijava. U našem društvu su još Italija i Španjolska.

Hrvatski farmakovigilancijski sustav svjetski priznat

- Hrvatska aktivno sudjeluje u značajnim farmakovigilancijskim projektima na razini Europske unije. U sklopu projekta Europske komisije radnog naziva „Joint Action on Strengthening Collaboration for Operating Pharmacovigilance in Europe (SCOPE)“, čiji je cilj poboljšanje zdravstvene sigurnosti građana zemalja članica EU kroz unapređenje učinkovitosti farmakovigilancijskih sustava u EU, RH je izabrana za voditelja radnog paketa kojim se utvrđuje dobra praksa vezana za spontano prijavljivanje nuspojava u EU-u.

Jednako tako, Hrvatska sudjeluje u projektu vodećih stručnjaka na području farmakovigilancije pod nazivom „WEB-RADR“, pri čemu je hrvatska Agencija za lijekove i medicinske proizvode jedina regulatorna agencija uključena u projekt uz središnju, Europsku agenciju za lijekove (EMA) i Britansku agenciju za lijekove (MHRA). Projekt je namijenjen razvoju novih alata za prikupljanje informacija o sumnjama na nuspojave lijekova, kao i istraživanju primjene novih tehnologija i platformi u praćenju sigurnosti primjene lijekova na području Europske unije.

Farmakovigilancija – budni nadzor nad sigurnošću primjene lijekova

Svijest o nuspojavama lijekova postoji otkako je medicine, a njezina srž sadržana je u maksimi Primum non nocere. U svjetskim razmjerima prva najznačajnija prijava nuspojave bila je ona australskog porodničara Williama McBridea, koji je izvijestio o slučajevima fokomelije u djece rođene od majki koje su u trudnoći uzimale talidomid. Njegovo pismo objavljeno je 1961. godine u časopisu The Lancet (Slika 1).

Upravo je prepoznavanje razmjera talidomidske katastrofe bilo glavni povjesni pokretač razvoja regulatornih zahtjeva vezanih uz ispitivanja, odobravanje i primjenu lijekova, kao i postmarketinškog praćenja sigurnosti njihove primjene diljem svijeta.

Prema definiciji koju koristi Svjetska zdravstvena organizacija, farmakovigilancija je znanost i aktivnosti koje se odnose na otkrivanje, procjenu, razumijevanje, prevenciju i postupanje u slučaju nuspojava lijekova kao i novih saznanja o škodljivosti primjene lijekova. Etimološki, naziv potječe od grčke riječi pharmakon (φαρμακόν), koja znači lijek, biološki aktivnu tvar, i od latinske riječi vigilare, koja znači pratiti, budno motriti. Farmakovigilancija stoga predstavlja budni nadzor nad sigurnošću primjene lijekova, koji traje za vrijeme cijelog životnog ciklusa lijeka. Životni ciklus lijeka započinje nekliničkim i kliničkim ispitivanjima, a traje cijelo vrijeme nakon stavljanja lijeka u promet, što se naziva i postmarketinškim periodom.

Iako je naziv relativno nepoznat kako u široj, tako i u stručnoj medicinskoj zajednici, sam koncept farmakovigilancije intuitivno je razumljiv, osobito u postmarketinškom kontekstu. Kroz prikupljanje novih spoznaja o sigurnosti primjene lijekova prepoznaju se nove, dotad neuočene nuspojave određenog lijeka, što se naziva signalom. Ti signali dio su mozaika sigurnosnog profila pojedinog lijeka, a nakon njihove procjene regulatorna tijela poduzimaju odgovarajuće mјere kako bi se novoprepoznati rizici umanjili. Mјere kao što su uvođenje novih kontraindikacija i mјera opreza u većini su slučajeva dostaone da bi se postiglo zadovoljavajuće umanjenje rizika, dok je rjeđe potrebno ograničiti indikaciju za primjenu lijeka. O osobito važnim sigurnosnim pitanjima može biti potrebno poduzeti proaktivnije mјere kao što su informiranje zdravstvenih radnika putem tzv. pisama liječnicima i informiranje pacijenata putem edukacijskih materijala. Oduzimanje odobrenja za stavljanje lijeka u promet iz sigurnosnih razloga, što se ponekad



Izvještaj Williama McBrida o slučajevima fokomelije u djece kad su trudnice uzimale talidomid objavljen u časopisu The Lancet 1961. godine

naziva i „povlačenjem lijeka“, predstavlja krajnju mjeru, kada se ocijeni da je omjer koristi i rizika primjene lijeka negativan i da nikakvim pristupom nije moguće osigurati zadovoljavajuće umanjenje rizika njegove primjene. Ukinanje odobrenja stoga predstavlja kraj životnog ciklusa lijeka.

Dionici suvremenih nacionalnih farmakovigilancijskih sustava su zdravstveni radnici, pacijenti, nadležna regulatorna tijela i farmaceutske tvrtke koje su nositelji odobrenja za stavljanje lijeka u promet ili njegovi uvoznici. Današnji nacionalni i nadnacionalni farmakovigilancijski sustavi vrlo su diferencirani i kompleksni, s ciljem unapređenja sigurnosti primjene lijekova.

Prijavljivanje sumnji na nuspojavu je zakonska obveza

Obveza prijavljivanja sumnji na nuspojave lijekova i cjepiva za zdravstvene radnike u EU definirana je Direktivom 2001/83/EZ Europskog parlamenta i Vijeća i poslijedičnim nacionalnim propisima. U Republici Hrvatskoj ovo je područje definirano Zakonom o lijekovima (NN 76/13., 90/14.) i Pravilnikom o farmakovigilanciji (NN 83/13.). U kontekstu obvez

prijavljivanja, nuspojava je svaka štetna i neželjena reakcija na primjenu lijeka. Navedeno uključuje nuspojave koje nastaju uz primjenu lijeka unutar odobrenih uvjeta, ali i uz primjenu lijeka izvan odobrenih uvjeta, uključujući predoziranje, „off-label“ primjenu, pogrešnu primjenu, zlouporabu i medikacijske pogreške te nuspojave koje nastaju zbog profesionalne izloženosti. Obveza prijavljivanja odnosi se i na očekivane nuspojave (nuspojave koje su od ranije poznate i navedene u sažetu opisa svojstava lijeka), ali osobito na neočekivane nuspojave (nuspojave koje nisu od ranije poznate za određeni lijek).

Spontanim prijavljivanjem nuspojava naziva se svako prijavljivanje koje nije poticano, odnosno uvjetovano čimbenikom kao što je provođenje ispitivanja sigurnosti primjene lijeka nakon stavljanja u promet. Spontanost se sastoji u istome što je učinio dr. McBride – u svojih pacijenata uočio je određene simptome za koje je posumnjao da bi mogli biti posljedica primjene talidomida te je, s ciljem zaštite drugih trudnica i njihove nerođene djece, poduzeo ono što je tada bilo u njegovoj moći. Ovdje je važno naglasiti da ovaj liječnik nije bio, niti je mogao biti, siguran da je fokomelija nuspojava talidomida, nego je samo posumnjao na to. Stoga se i danas obveza prijavljivanja odnosi upravo na sumnju na nuspojavu.

Treba naglasiti da je prijavljivanje

nuspojava prvenstveno stručna, etička i moralna, a tek onda zakonska obveza liječnika. Prijavljivanje nuspojava jest i mora biti dio suštinskog stručnog rada liječnika i svakog zdravstvenog radnika. U tom smislu, obveza prijavljivanja nuspojave predstavlja dio kontinuiteta skrbi za bolesnika jer se prikupljanjem novih spoznaja unapređuje sigurnost primjene lijekova za sve bolesnike.

Prijavljivanje nuspojava u Hrvatskoj

Zdravstveni radnici u Hrvatskoj svoje sumnje na nuspojave lijekova trebaju prijaviti Agenciju za lijekove i medicinske proizvode (HALMED), dok sumnje na nuspojave cjepiva mogu prijaviti HALMED-u ili Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, s obzirom na to da ove dvije institucije blisko i aktivno surađuju na području sigurnosti primjene cjepiva.

Sumnje na nuspojave mogu se prijaviti slanjem Obrasca za prijavu nuspojave za zdravstvenog radnika, koji je dostupan na internetskim stranicama HALMED-a (www.halmed.hr). Obrazac je moguće poslati elektroničkom poštom na adresu nuspojave@halmed.hr, telefaksom na broj 01 4884 110 ili poštom na adresu: Agencija za lijekove i medicinske proizvode, Ksaverska 4, 10000 Zagreb. Sumnje na nuspojave također je moguće prijaviti ispunjavanjem on-line obrasca za prijavu nuspojave na internetskim stranicama HALMED-a, iako je taj obrazac prvenstveno namijenjen za prijave od pacijenata, dok je on-line sučelje za zdravstvene radnike trenutno u izradi.

HALMED na temelju pristiglih prijava na godišnjoj razini izrađuje izvješće o nuspojavama, koje je javno dostupno na internetskim stranicama HALMED-a. Kontinuiranim poticanjem prijavljivanja od strane zdravstvenih radnika, ali i pacijenata, broj prijava raste iz godine u godinu.

Međutim, iako broj prijava sumnji na nuspojave u Hrvatskoj kontinuirano raste, broj prijava iz bolnica i dalje nije zadovoljavajući. Prostora za napredovanje dakako ima te će HALMED nastaviti raditi na promicanju prijavljivanja ozbiljnih nuspojava iz bolničkih ustanova, posebno razvojem informatičke aplikacije za bolničke ustanove, čime će se omogućiti lakše prijavljivanje sumnji na nuspojave.

.....



Slika 4. Među EU projektima na području praćenja sigurne primjene lijekova u koje je Hrvatska uključena je i projekt Europske komisije SCOPE, u kojem je HALMED voditelj radnog paketa o spontanom prijavljivanju nuspojava u EU-u



Zdravstveni radnici obvezni su svaku sumnju na nuspojave lijekova prijaviti HALMED-u, dok sumnje na cjepiva mogu prijaviti HALMED-u ili HZZ-u

Poremećaji hidracije i elektrolita u tijelu – III. dio.

Prof. dr. Zdenko Kovač

• Nastavljamo s obradom patofiziološke problematike u kojoj se zahtjeva čitačevo sudjelovanje. Donosimo jednu algoritamsku razradbu problema s jatrogenim poremećajem hidracije, te dva etiopatogenetska čvora, hipohidraciju i hipovolemiiju, s po jednim primjerom. Rješenja vježbi a, b i c u algoritamskoj razradbi te rješenja zadataka II. i III. u čvorovima su napisani na str 65. ovoga broja, u svrhu samoprovjere.

Algoritamska razradba problema¹.

Patofiziološki učinci diuretičkoga isplavljivanja tekućine u liječenju ciroze jetre

Za razradbu problema prostudiraj stranice 256–62, 272–6, 930–3, 1014–7 te 1020–1 u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. Patofiziologija. Knjiga prva. 7. izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011.

(Zadatak je priređen prema podatcima u radu Pockroch PJ i sur. Rapid diuresis in patients with ascites from chronic liver disease: The importance of peripheral edema. Gastroenterology 1986; 90: 1827–33.)

U četrnaest bolesnika s kroničnim jetrenim zatajivanjem i ascitesom, od kojih je osam imalo sustavne periferne edeme, a šest je bez perifernih edema, analizirani su učinci diuretičke terapije. Doze diuretika (spironolakton, amilorid i furosemid) prilagođene su dnevnom gubitu tjelesne mase 1–2 kg, odnosno izmokrivanju 1–2 L tekućine. Bolesnici su primali hranu koja je sadržavala 60 gm proteina i 22 mmol natrija. U tablici su navedeni relevantni podaci za dvije skupine bolesnika, prije i nakon 14-dnevne terapije. U slici 1 A prikazane su dnevne promjene tjelesne mase i ascitesa za vrijeme diuretičke terapije.

¹ Iz knjige Z Kovač i sur. Patofiziologija – Zadaci za problemske seminare. Knjiga druga. Treće izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011., str. 133–7, uz suglasnost izdavača.

odgovor proteina akutne faze te hipofibrinogenemija.

d) Posljedično smanjenju ureina ciklusa u hepatocitima u plazmi se razvija sklonost hiperuaremiji, a taj je mehanizam odgovoran za zadržavanje dušikovih spojeva u skupini bolesnika bez edema.

e) Zbog povećanja otpora u portalnom krvotoku aktiviraju se žilni spojevi sa sustavom donje šupljje vene (kolateralni krvotok), što omogućuje prijenos tvariapsorbiranih u crijevima izravno u sustavni krvotok, a to pridonosi očitovanju toksičnosti.

2. Prema podatcima u tablici 1 i slici 1 za diuretičko liječenje dviju skupina bolesnika s ascitesom točne su sljedeće tvrdnje:

Tablica 1. Relevantni laboratorijski pokazatelji prije i nakon četrnaest dana diuretičke terapije u dvjema skupinama bolesnika

Laboratorijski pokazatelj (normalne vrijednosti)	Bolesnici s edemima			Bolesnici bez edema		
	PT ^a	NT ^a	p ^b	PT	NT	p ^b
KO ^a (87–139 mL/min)	76,0	78,7	NS	77,7	42,0	0,01
Hematokrit (0,38–0,54)	0,28	0,279	NS	0,338	0,357	NS
K ⁺ u urinu (40–80 mmol/24 h)	74,8	88,0	NS	88,6	59,1	NS
Serum:						
Karbamid (2,9–8,9 mmol/L)	5,1	5,4	NS	6,0	12,8	<0,001
Kreatinin (53–104 µmol/L)	83,6	84,6	NS	85,7	138,7	<0,01
Na ⁺ (136–142 mmol/L)	133,8	131,6	NS	131,2	125,8	0,01
K ⁺ (3,8–5,0 mmol/L)	4,1	4,35	NS	4,44	5,6	0,005
HCO ₃ ⁻ (21–28 mmol/L)	23,0	24,0	NS	21,4	23,1	NS
Cl ⁻ (95–103 mmol/L)	105,6	101,8	NS	103,3	94,4	<0,05

^a Kratice; PT=prije terapije diureticima, NT=nakon terapije diureticima, KO=kreatininska odteredba (engl. creatinine clearance).

^b P-vrijednost u Studentovu t-testu.

U slici 1 B prikazane su promjene plazmatske koncentracije ureje u skupinama bolesnika s perifernim edemima i bez njih u početku liječenja, a u slici 1 C prikazano relativno smanjenje volumena plazme kao posljedica liječenja. Volumen plazme i volumen ascitesa određivan je Fickovom metodom razrjeđenja, koristeći radioaktivnim jodom obilježeni albumin.

VJEŽBA A:

Činjenična raščlamba
(Jedan ili više je točnih odgovora)

1. Patogeneza ciroze jetre uključuje sljedeće mehanizme:

a) Posljedično kvantitativnom smanjenju parenhima jetre, u krvi se može dokazati hiperamonijemija koja pridonosi razvoju jetrene (portalne) encefalopatije.

b) Posljedično poremećajima glikogenize i glikogenolize smanjuje se "puferski" kapacitet za glukozu što se može dokazati testom opterećenja glukoze.

c) Posljedično smanjenju sinteze proteina u plazmi može se dokazati hipoalbuminemija, hipokomplementemija, smanjen

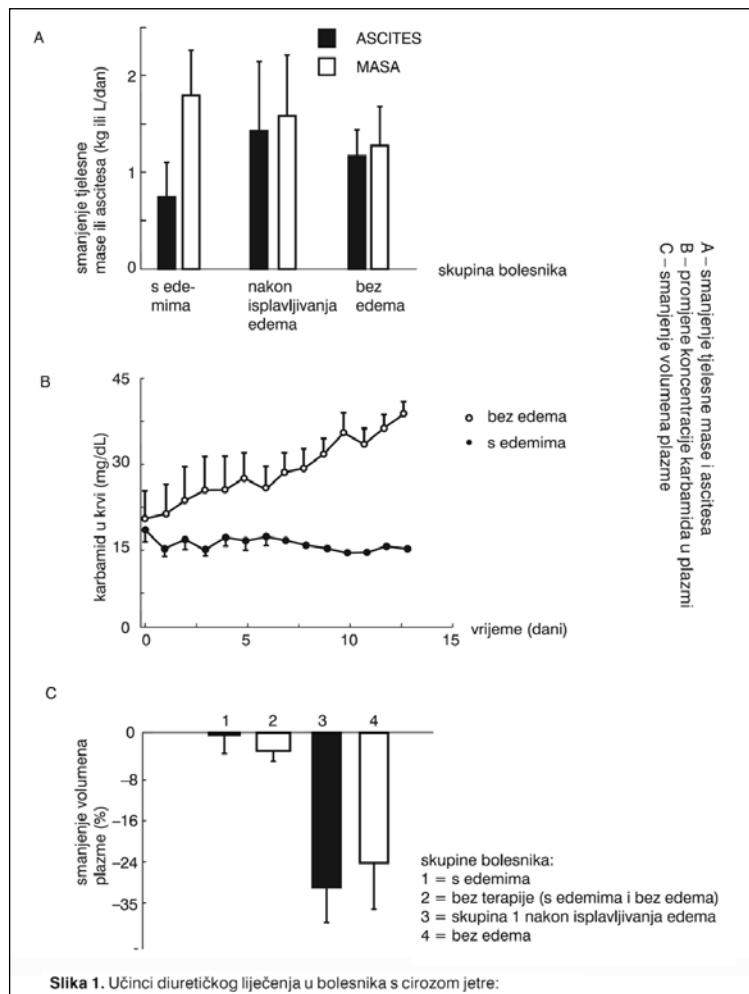
a) Akutno bubrežno zatajivanje (prerenalno zatajivanje) razvija se u bolesnika s acitesom koji nisu imali periferne edeme, a u bolesnika s perifernim edemima ne mijenja se kreatininska odteredba, niti koncentracija elektrolita u serumu.

b) Isplavljivanje ascitesa u bolesnika bez sustavnih edema praćeno je značajnom hiponatrijemijom i smanjenjem volumena plazme, što pridonosi smanjenju bubrežnoga protoka.

c) Posljedično terapijskom izmokrivanju u skupini bolesnika bez sustavnih edema smanjuje se volumen plazme (do–24%), što se kadšto naziva "kontrakcijom" plazme, a u bolesnika koji su na početku imali periferne edeme smanjenje volumena plazme pojavljuje se tek nakon isplavljivanja perifernih edema (skupina 3 u slici 1 C).

d) Hiponatrijemija, hiperkalijemija i hipokloremija posljedično diuretičkoj terapiji nastaju zbog akutnoga zatajivanja bubrega.

e) Na porast koncentracije ureje, kreatinina i kalija u plazmi te sniženje koncentracije natrija i klora u bolesnika bez edema na početku terapije utječu poremećaj funkcije bubrega i odgovor na terapiju diureticima.



Slika 1. Učinci diuretičkog liječenja u bolesnika s cirozom jetre:

3. Patogenezi poremećaja tjelesnih tekućina pri kroničnom zatajivanju jetre pridonose sljedeći mehanizmi:

a) Sekundarnim se hiperaldosteronizmom zadržava sol i voda, što tek dijelom kompenzira sklonost hipovolemiji posljedično sniženju onkotičkog tlaka, ali se većina zadržane tekućine smješta u međustanični prostor i time se pojačavaju edemi.

b) Smanjena biotransformacija endogenih nepolarnih molekula izravno pridonoši sekundarnom aldosteronizmu i pojačanoj reapsorpciji soli i vode u distalnim tubulima nefrona.

c) Nakupljanje ascitične tekućine u peritonealnoj šupljini slijedi hemodinamičku i onkodinamičku patogenezu, a pri peritonitisu im se pridružuje i angiomuralna komponenta edema.

d) U sindromu ciroze jetre sustavni su edemi u patogenetičkom smislu onkodinamički edemi posljedično sniženoj sintezi proteina plazme u hepatocitima, a posljedično edemu u tkivu se produljuje žilnostanični difuzijski put za tvari i plinove.

e) Pri razvoju tjelesnih edema povećava se tjelesna masa posljedično usporavanju

metabolizma čime se u organizmu zadržavaju energogene tvari.

4. U patogenezi edema, pri liječenju diureticima, te u patogenim učincima edema u bolesnika u zadatku sudjeluju sljedeći mehanizmi:

a) Pri liječenju edema diureticima, kao u bolesnika, prvo se isplavljaju periferni sustavni edemi, što ukazuje na različitost patogenetskih mehanizama ascitesa i sustavnih edema.

b) Sustavni su se edemi u jednoj skupini bolesnika razvili posljedično volumnom preopterećenju srca nakon otvaranja kolateralne komunikacije portalnoga i sustavnoga krvotoka.

c) Postljedično uspostavi kolateralne cirkulacije nastaju sustavni edemi (anasarka, u potkoljenicama), budući da raste tlak na venskom kraju kapilara, što uzrokuje nakupljanje tekućine u podjednakoj količini kao i posljedično sniženju onkotičkog tlaka.

d) Porast tlaka u portalnom krvotoku uzrokuje porast hidrostatičkoga tlaka u kapilarama splahnčnog bazena te time zadržavanje međustanične tekućine u stijenci crijeva,

što pridonosi smanjenju resorpcije hranidbenih tvari u crijevima.

e) Posljedično hiponatrjemiji i hipokolemiji razvija se hipoosmolalnost izvanstaničnoga prostora zbog čega se dio vode osmotički pomiče u unutarstanični prostor, čime se može protumačiti tek nesigifikantna promjena hematokrita uz istodobno značajno smanjenje volumena plazme (v. tablicu 1).

5. Patofiziologiju nastanka edema točno opisuju sljedeće tvrdnje:

a) Prema temeljnog mehanizmu edemi se patogenetički svrstavaju u četiri osnovne vrste edema (hemodinamički, onkodinamički, angiomuralni i limfodinamički), a u pojedinim se nozološkim entitetima često pojavljuju istodobno.

b) U hemodinamičkom tipu edema temeljni je poremećaj porast tlaka na venskom kraju kapilare (u cirozi posljedično portalnoj hipertenziji), zbog čega se smanjuje neto reapsorpcija filtrirane tekućine na kapilari.

c) U angiomuralnim edemima povećava se osmoza na stijenci kapilare budući da se posljedično oštećenju endotela pojačava propusnost za plazmatske osmotičke čestice (osmolite).

d) Limfodinamička edematogeneza susreće se pri poremećajima tkivne arhitekture limfnih čvorova (primjerice pri metastatskom urastanju tumora), te zbog poremećaja limfnih žila (primjerice u postradijaljskoj fibrozi, ili postoperativnoj pregradnji tkiva).

e) Onkodinamički se edemi susreću u sklopu patogeneze nefrotičkoga sindroma, a pritom je kapilarna dinamika tekućine usmjerenja prema van zbog sniženja koloidnoosmotičkog tlaka i na arterijskom i na venskom kraju kapilara.

VJEŽBA B:

Algoritamska razradba patogeneze

Slijedeće pojmove složi u uzročno-posljedični sliku:

1. Hipoproteinemija
2. Sniženje onkotičkoga tlaka plazme
3. Konična upala jetre
4. Dekompenzacija jetrenih funkcija
5. Povećanje udjela fibroznoga tkiva u tkivu jetre
6. Smanjena neto reapsorpcija tekućine na venskom kraju sustavnih kapilara
7. Smanjena biotransformacija steroida u organizmu
8. Povećana bubrežna izotonična reapsorpcija soli i vode (fiziološka otopina)
9. Pojačanje hipovolemije

10. Hiponatrijemija
11. Diuretička terapija u svrhu i splavljivanja edemske tekućine
12. Hiperkalijemija
13. Dehidratacija organizma
14. Prerenalni uzrok zatajivanja bubrega
15. Sekundarni hiperaldosteronizam
16. Hipokloremija
17. Pojačano izlučivanje soli i vode iz organizma
18. Isplavljanje perifernih edema
19. Smanjenje kreatininske odteredbe
20. Hiperuricemija
21. Smanjenje glomerulne filtracije
22. Hipovolemija
23. Hiperkreatininemija
24. Povišen tlak u portalnom krvotoku
25. Smanjena sinteza proteina plazme
26. Kvantitativno smanjenje jetrenog parenhima
27. Povećana kapilarna netto filtracija

VJEŽBA C:

Povratna doradba problema (Riješiti na način: točno + točno + povezano = a; točno + točno + nepovezano = b; točno + netočno = c; netočno + točno = d; netočno + netočno = e)

1. Osnovna patogenetička razlika između dviju skupina bolesnika u zadatku jest smanjenje volumena plazme u bolesnika bez sustavnih edema ("kontrakcija plazme") (tvrdnje 2b i 2c) što je dovelo do akutnog bubrežnog zatajivanja jer

hiperkalijemija, azotemija i razvoj metaboličke acidoze snažni su kompenzacijски mehanizmi akutnog bubrežnoga zatajivanja, s pomoću kojih koji se djelomice popravlja hipovolemija u bolesnika.

a b c d e

2. Može se reći da u bolesnika sa sustavnim perifernim edemima ti edemi djeluju "zaštitno" u odnosu na razvoj hipovolemije pri isplavljinju edemske tekućine s pomoću diureтика jer

ti edemi uključuju hemodinamičke i onkodinamičke mehanizme nastanka, pri čemu je pokretanje sekundarnog aldosteronizma slabo učinkovit kompenzacijski mehanizam jer većina zadržane tekućine odlazi u međustanični prostor.

a b c d e

3. Najbolji način liječenja edema u bolesnika u zadatku bila bi infuzija koloidnih otopina (plazma, dekstranske otopine), čime bi se povećao sadržaj onkotički aktivnih čestica i onkotički tlak u plazmi

jer

u tih je bolesnika sniženjem onkotičkoga tlaka plazme (posljedično hipoproteinemiji) nastala hiponatrijemija, hipokloremija zbog smanjenja sveukupnih Donnanovih sila u plazmi.

a b c d e

Dopunska pitanja

4. Objasni mehanizam kojim unatoč smanjenju volumena plazme ne dolazi do statistički značajnog povećanja hematokrita kod ispitanika.

5. Prema podatcima u tablici 1 izračunaj koliko se relativno promijenila osmolarnost plazme pri liječenju edema u obje skupine bolesnika.

Etiopatogenetski čvor – hipohidracija².

U slici 2. prikazana je uvodna rozeta-dijagram s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a nakon toga slijedi jedan primjer prikaza i razrade stanja kod bolesnika.

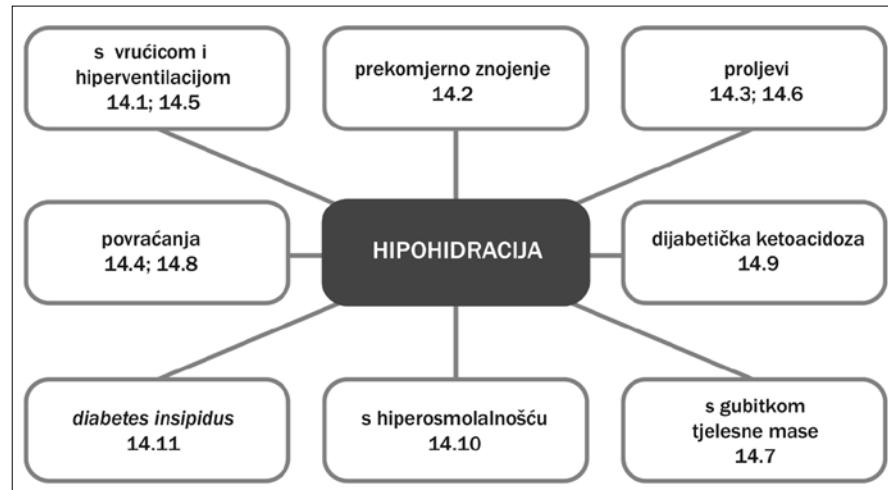
Vježba 14.3.

HIPOHIDRACIJA – s nepalpabilnim impulsom, krvotočnim urušajem, somnolentnošću i mialgijama te smrtnim ishodom zbog proljeva u koleri³

Vježba je izrađena prema podatcima u Kavč SM, i sur. Case studies in cholera: Lessons in medical history and science. Yale Journal of Biology and Medicine 1999;72:393-408.

I. Povijest bolesti

U Sunderlandu u Velikoj Britaniji, 25-godišnjakinja je nađena u teškom općem stanju, somnolentna, nesposobna za davanje anamneze. Heteroanamnestički od prijatelja se doznaće da je bila dobro do prije 24 sata kad je naglo dobila obilne vodenaste proljeve, povraćanje i bolove u mišićima. Nekoliko suseljana već je umrlo s istim simptomima. Bolesnica je imala sivoplavu kožu izrazito oslabljenog turgora. Koža na prstima bila je naborana kao nakon dugog uranjanja u vodu. Oči su »potonule« duboko u očne duplje. Puls nije bio palpabilan, a frekvencija srca (utvrđena auskultacijom) bila je 160/min (normalan raspon 60–100). Disala je otežano s frekvencijom 32/min (normalan raspon 12–20), ali šum disanja bio je uredan. Trbuš je bio mekan, okrajine hladne, bez edema. Prikupljeno je oko 10 litara vodenaste stolice bez mirisa s mukoznim česticama (stolica »rižina voda«). Mjesni apotekar prokuhao je 30 litara vode i pripremio dvije otopine vaganjem: 20 litara otopine s 9 udjela soli te do 1.000 udjela vode (0,9% otopina NaCl-a, »fiziološka otopina«); 10 litara otopine s 1,6 udjela sode bikarbune te do 1.000 udjela vode (fiziološka otopina bikarbonata). Dok je bolesnica na očigled umirala, u femoralnu venu uvedena je srebrna šupljta igla i spojena s improviziranom cijevi (od gušće traheje) na crpu za izdajanje s pomoću koje je tijekom 15 minuta bolesnici dana litra otopine NaCl-a te tijekom sljedećih 15 min pola litre otopine NaHCO3. U nekoliko litara otopine NaCl-a dodan je kalijev klorid u omjeru 3 : 1.000 (40 mmol/L KCl-a). Infuzija dviju otopina ponavljana je 5 puta, a bolesnica je nakon toga postala prisvjesna i alertna. Naizmjenične infuzije dviju otopina nastavljene su



Slika 2. Hipohidracija je etiopatogenetski izravno ili posredno povezana s heterogenom skupinom bolesti ili stanja, čiji procesi i razvojni putevi uključuju negativnu bilancu tekućine u tijelu.

² Iz knjige Z Kovač i sur. *Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Prvi dio.* Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 277 uz suglasnost izdavača.

³ Idem, str.281-2

dok bolesnica nije rekla da joj je pun mjeđur, a primila je ukupno 8 litara otopine NaCl-a (4 s dodanim KCl-om) i 4 litre otopine NaHCO₃. Budući da su se vodenaste stolice nastavile, nastavljene su i infuzije te je do drugog dana primila ukupno 16 litara. Do petog dana proljevi su prestali, ali bolesnica je bila anurična od trećeg dana. Umrla je u bubrežnoj insuficijenciji dvadesetog dana.

NAPOMENA: Kolera je zarazna bolest koju izaziva *Vibrio cholerae*, kratka zavinuta bakterija koja proizvodi toksin (koleratoksin). Ljudi su jedini prenosoci *V. cholerae*, a infekcija se može brzo širiti fekalno-oralnim putem u zajednicama s neriješenom sanitarnom situacijom. Bakterija kolonizira crijevo, a toksin potiče proizvodnju cAMP-a u stanicama crijeva što dovodi do pojačane sekrecije vode i elektrolita u lumen te vodenih stolica. Simptomi mogu varirati od blagog proljeva do obilnih, naglo nastalih stolica koje izazivaju dehidraciju, teški elektrolitni poremećaj i smrt tijekom jednog dana. Mialgija u koleri najvjerojatnije nastaje zbog elektrolitnog poremećaja koji može izazvati spazme mišića i/ili mionekrozu (rabdomiolizu). U teškom hipovolemijskom šoku u koleri puls je nepalpabilan jer je arterijski tlak i tlak pulsa izrazito nizak, a otkucaji su čujni jer je miokard dobre kontraktilnosti. U hipovolemijskom urušaju akutno bubrežno zatajenje je prerenalnog tipa zbog hipovolemije i hipotenzije, što dovodi do smanjene perfuzije glomerula i prestanka glomerularne filtracije. Osim toga, aktivira se simpatikus koji izaziva vazokonstrikciju bubrežnih arterija što pogoršava perfuziju.

II. Etiopatogeneza bolesti (iz zadanih elemenata složi etiopatogenetski algoritam procesa)

1. Akutna bubrežna insuficijacija
2. Infekcija bakterijom *V. cholerae* i obilni proljevi
3. Hipotenzija
4. Somnolencija
5. Dehidracija
6. Metabolička acidozna
7. Hiperventilacija
8. Infuzija otopine NaCl-a i NaHCO₃

III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja

Prema podatcima u vježbi navedi a) 5 obilježja etiologije procesa; b) 16 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 11 obilježja proširenosti i kro-nobioloških obilježja, te d) 5 obilježja kliničke obradbe (dijagnoza, liječenje); prema ponuđe-

nim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-56 LN 131, Srpanj 2014. Pri izboru obilježja uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve).

Etiopatogenetski čvor – hipovolemija³

U slici 3. prikazana je uvodna rozeta-dijagram hipovolemijskih stanja s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a nakon toga slijedi jedan primjer prikaza i razrade stanja kod bolesnika.

Vježba 19.9.

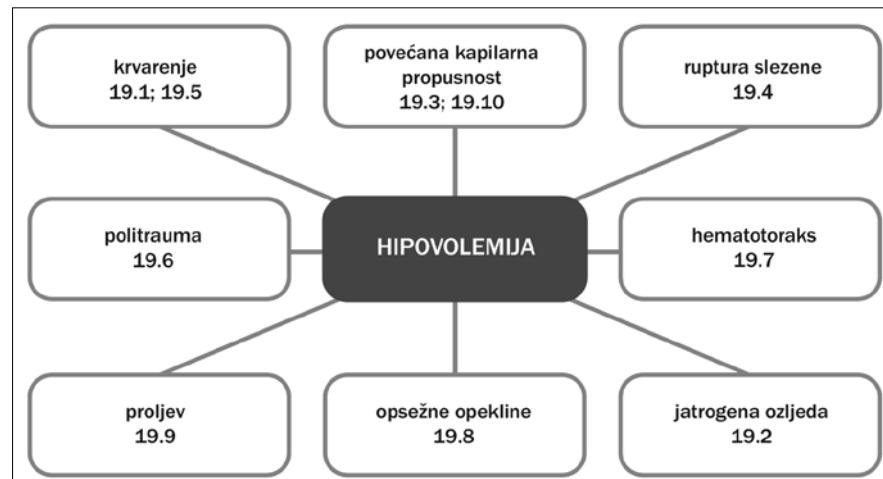
HIPOVOLEMIJA – s arterijskom hipotenzijom, hiponatrijemijom, hipokloremijom i metaboličkom acidozom zbog proljeva u bolesnice s kroničnim zatajenjem bubrega

Vježba je izrađena prema podatcima u Scheuren A, i sur. Extreme hyponatremia of 87 mmol/L without neurologic complications in a severely hypovolemic patient: The American Journal of Medicine 2000; 109:679-81.

I. Povijest bolesti

47-godišnja žena zaprimljena je u jedinicu intenzivnog liječenja zbog psihičkih smetnji i slabosti koje je primjetio liječnik nakon pritužbi bolesnice na slabost i jaki proljev tijekom dva tjedna uz melenu posljednja 3 dana. Pila je nekoliko litara mineralne vode na dan, bez jela. Anamnestički se dozna za dvadesetogodišnji kronični alkoholizam, mikronodularnu cirozu, te hipertenziju koja je liječena hidrokortizidom 25 mg na dan (diuretik koji blokira reapsorpciju natrija u distalnim bubrežnim kanalicima, čime povećava izlučivanje

natrija i vode) i triamterenom 50 mg na dan (blokator Na⁺/K⁺ kotransporta čime povećava izlučivanje natrija, a smanjuje izlučivanje kalija bubrežima). Nekoliko je puta bolnički liječena zbog alkoholne intoksikacije, no pri prijmu negira uzimanje alkohola. Fizikalnim pregledom utvrdi se anemija, letargija, blaga konfuzija, arterijska hipotenzija (10,5/5,3 kPa, normalan raspon 14,5–18,5/9,5–12,5), puls 97/min (normalan raspon 60–100), te središnji venski tlak od 1 cm H₂O (normalni raspon 5–8). Laboratorijskim nalazima utvrdi se hiponatrijemija (87 mmol/L, normalni raspon 137–145), hipokloremija (67 mmol/L, normalan raspon 116–122), euklajemija (4,4 mmol/L, normalan raspon 3,6–5), hiperkreatininemija (964, normalne vrijednosti su < 133 mmol/L), hiperkarbamide-mija (52,8 mmol/L, normalni raspon 3,6–7,1), te povećana aktivnost laktatne dehidrogenaze u serumu (5,52 mkat/L, normalni raspon 0,4–1,7). Analiza acido-baznog statusa pokazala je dobru oksigenaciju tkiva (uz dodatak kisika 2 L/min, pO₂ 15,4 kPa, normalni raspon 12–13,4), te djelomično kompenziranu metaboličku aciduzu (pH 7,25, normalni raspon 7,36–7,44), hipokapniju (pCO₂ 2,7 kPa, normalni raspon 5–5,6), te hipobikarbonatemiju (12,3 mmol/L, normalni raspon 22–26). Ultrazvučnim pregledom utvrdi se blago povećanje obaju bubreža uz normalnu perfuziju. Postavi se radna dijagnoza hiponatrijemije uzrokovane proljevom i dehidracijom te prerenalnim zatajenjem bubreža. Anemija je pripisana gastrointestinalnom krvarenju iz Mallory-Weissovih lezija (krvarenja iz pukotina sluznice probavnog sustava, u području kardiye, najčešće nastalom kao posljedica snažnog povraćanja ili kašljivanja) koje je zaustavljeno endoskopskim zahvatom. Inicijalno je bolesnici volumen nadoknađen hipertoničnom otopinom NaHCO₃ zbog hiponatriemične encefalopatije i metaboličke acidoze, a nakon toga kontroliranim, postupnim



Slika 3. Hipovolemija se etiopatogenetski izravno ili posredno pojavljuje u heterogenoj skupini bolesti ili stanja, a može se biti udružena s hipohidracijom i hiperhidracijom, a isto tako s normohidracijom.

povećanjem koncentracije Na^+ od 0,5 mmol/sat s pomoću izotonične i hipertonične fiziološke otopine tijekom prvih 48 sati. Usprkos volumnoj nadoknadi ostala je anurična, te je započeto liječenje hemodializom uz trajnu nadoknadu tekućine zbog proljeva i hipovolemijske. Magnetna rezonancija kranija nakon 4 i 12 tjedana od prijma pokazala je da ne postoje demijelinizacijske lezije u središnjemu živčanom sustavu, no bubrežna funkcija nije uspostavljena zbog čega je ušla u trajni program liječenja hemodializom.

NAPOMENA: Hiponatrijemija je u bolesnice nastala zbog proljeva, uzimanja tiazidnih diuretika, pijenja velike količine vode, te akutnog zatajenja bubrega nastalog kao posljedica dehidracije. Tiazidni diuretici mogu biti začetnici pojave hipovolemijske hiponatrijemije koja se dalje razvija kao posljedica udruženog djelovanja pojačane natriureze, hipovolemijom potaknutog lučenja antidiuretičkog hormona, poremećene funkcije osmoreceptora, te žeđe i uzimanja tekućine.

Znakovi hiponatrijemične encefalopatije, kao što su glavobolja, mučnina, povraćanje i slabost pripisuju se edemu mozga koji

moe progredirati u tentorialnu hernijaciju mozga, moždanu hipoksiju i respiracijski zastoj. S druge strane, prenagla korekcija hiponatrijemije, također može dovesti do oštećenja mozga. Brzo povećanje osmolalnosti izvanstanične tekućine može izazvati pomak tekućine iz staničnog prostora i staničnu dehidraciju i nekrozu. Stoga se preporučuje povećanje natrijemije za 0,5 mmol/L/sat tijekom prvih 48 sati liječenja hiponatrijemije.

Metabolička acidota nastala je udruženim djelovanjem tiazidnih diuretika (blokada reapsorpcije Na^+ u bubrežnim tubulima, a time i smanjeno izlučivanje K^+ i H^+) i akutne bubrežne insuficijencije, dok se hipokloremija razvila nevezano uz acidotu, kao posljedica hiponatrijemije (gubitak Na^+ pratio je gubitak Cl^- radi održanja izoelektričnosti, anionski procijep iznosio je 15,7 mmol/L, normalne vrijednosti 8–16).

II. Etiopatogeneza bolesti (iz zadanih elemenata složi etiopatogenetski algoritam procesa)

1. Dugotrajni proljev
2. Žeđa i zadržavanje vode djelovanjem ADH-a

3. Natriureza
4. Tiazidni diuretici
5. Hipovolemija
6. Metabolička acidota
7. Hiponatrijemija
8. Volumna nadoknada fiziološkom otopinom i hipertoničnom otopinom NaHCO_3

III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja

Prema podatcima u vježbi navedi a) 7 obilježja etiologije procesa; b) 10 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 13 obilježja proširenosti i kro-nobioloških obilježja, te d) 9 obilježja kliničke obradbe (dijagnoza, liječenje); prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-56 LN 131, Srpanj 2014.

Pri izboru obilježja uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve).

.....



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

Tromboliza za liječenje ishemiskog moždanog udara u ranoj fazi

Sažetak

• Cochrane sustavni pregled usporedio je sigurnost i učinkovitost lijekova za otapanje ugrušaka (trombolitički lijekovi) u usporedbi s placebom ili bez liječenja u ranim stadijima ishemiskog moždanog udara kako bi se vidjelo poboljšavaju li lijekovi za otapanje ugruška ishod nakon moždanog udara.

Pozadina

Većina moždanih udara nastaje nakon što krvni ugrušak začepi arteriju u mozgu. Brzo liječenje lijekovima koji otapaju ugrušak (trombolitički lijekovi) može ponovno uspostaviti tijek krvi prije nego se dogodi veće oštećenje mozga, što bi značilo da postoji veća vjerojatnost dobrog oporavka nakon pretrpljenog moždanog udara. Trombolitički lijekovi također mogu uzrokovati i ozbiljna krvarenja u mozgu, što može biti smrtonosno. Trombolitička terapija je dosad istražena u brojnim randomiziranim kliničkim studijama na pacijentima koji su pretrpjeli akutni ishemski moždani udar. Trombolitički lijek alteplaza licenciran je za

uporabu u prva 3 sata nakon moždanog udara u SAD-u i Kanadi, a u prva 4,5 sata u većini europskih zemalja. Broj ljudi koji su primili takvu terapiju uzastopno povećava se.

Obilježja studija

Autori sustavnog pregleda pronašli su 27 kliničkih studija s ukupno 10 187 ispitanika koje su objavljene do studenoga 2013. Većina podataka je iz kliničkih studija u kojima je ispitana jedan lijek (rekombinantni tkivni aktivator plazminogena, rt-PA), koji je dan intravenički u prvih 6 sati nakon akutnog ishemiskog moždanog udara. U drugim studijama istraženo je nekoliko drugih lijekova u različitim vremenskim intervalima od nastanka moždanog udara, a u nekim su studijama lijekovi davani u moždanu arteriju umjesto u venu na ruci. Sve su studije usporedile lijek za otapanje ugruška s placebom (kontrolna skupina). U većini studija uključeni su ispitanci s umjerenim ili teškim moždanim udarom. Sve su studije provedene u bolnicama koje imaju iskustva s liječenjem oboljelih od moždanog udara. Razlike između studija znače da sva istraživanja nisu dala informacije o svim promatranih ishodima, ali autori su iskoristili sve dostupne podatke. Većina je studija uključila ispitance nakon što je kompjuterizirana tomografija (CT) mozga isključila krvarenje u mozgu kao uzrok simptoma (nekoliko je studija koristilo magnetsku rezonanciju umjesto CT-a).

Ključni rezultati

Analizirane studije dosljedno pokazuju rezultate o lijekovima koji otapaju ugruške. Takva vrsta liječenja može smanjiti rizik od dugoročne ovisnosti o drugim ljudima za provođenje dnevnih aktivnosti, usprkos postojanju povećanog rizika od krvarenja u mozgu, koje također povećava rizik od rane smrti. Kad prođe rizik od ranog krvarenja, tri ili šest mjeseci nakon moždanog udara, osobe koje su dobole lijekove za otapanje ugruška imaju veću vjerojatnost oporavka od moždanog udara i neovisnosti, osobito ako su liječene u prva 3 sata nakon moždanog udara. Stariji ljudi imali su jednak korist od terapije kao i mladi ljudi. Davanje aspirina u isto vrijeme, kao i lijekova za otapanje ugrušaka, povećalo je rizik od krvarenja i to bi trebalo izbjegavati. Daljnje analize čimbenika na temelju pojedinačnih podataka o pacijentima, kao što su nalazi snimanja mozga prije terapije i analize različitih načina davanja terapije, moglo bi dati više informacija nego zbirni podatci koji su ovdje korišteni. U međuvremenu, osobe za koje se misli da su pretrpjeli moždani udar, treba dovesti u bolnicu što prije, treba ih procijeniti specijalist neurolog, treba im napraviti snimku mozga i što prije dati lijek za otapanje ugruška. Ne bi se smjelo

okljevati s terapijom zato jer je netko „previše star“ za terapiju. Ona je vrlo učinkovita ako se daje u prva 3 sata nakon moždanog udara, a definitivno poboljšava ishod ako se primijeni u prva 4,5 sata nakon moždanog udara, ali nakon toga učinci terapije su manje jasni i još uvijek se provjeravaju u kliničkim studijama. Potrebno je više istraživanja na ljudima koji su doživjeli blagi moždani udar kako bi se vidjelo pretežu li i kod njih korisni učinci lijekova za otapanje ugruška nad rizikom od krvarenja.

Kvaliteta dokaza

Dokazi iz ovog Cochrane sustavnog pregleda uglavnom dolaze iz visoko kvalitetnih randomiziranih kontroliranih istraživanja koja su proveli stručnjaci za moždani udar. Neke studije (8/27) provele su tvrtke koje proizvode lijekove za otapanje ugruška, ali većina studija (19/27) financirana je javnim novcem, neovisno o farmaceutskim tvrtkama. Rezultati se odnose na širok raspon pacijenata, sa širokim rasponom težine moždanog udara i drugih zdravstvenih tegoba.

Opis postupka

Trombolitički lijekovi dolaze od enzima koji prirodno razgrađuju ugrušak u procesu prirodne kaskade zgrušavanja krvi. Neki se dobiju iz bioloških uzoraka (primjerice urokinaza, dezmoteplaza), a drugi se proizvode (primjerice rekombinantni tkivni aktivator plazminogena, rt-PA ili rekombinantna pro-urokinaza).

Zašto je važan ovaj sustavni pregled?

Pregled literature o trombolizi za akutni ishemski moždani udar, koji su Wardlaw i suradnici napravili 1992. Godine, pronašao je 6 randomiziranih kontroliranih pokusa o učinku različitih trombolitičkih lijekova koji su ukupno uključili 700 ispitnika. Cochrane sustavni pregled koji su Wardlaw i suradnici napravili 1995. Godine, obnovio je originalno pretraživanje literature napravljeno 1992. godine. Literatura je ponovno pretraživana godine 1999. (ukupno 3478 ispitnika), 2003. (5727 ispitnika) i 2009. (7152 ispitnika), ali usprkos povećanju broja dostupnih studija i uključenih ispitivanja i dalje na brojna ključna pitanja nema još odgovora. Koliko je velik ukupan učinak trombolitičkih lijekova? Koji je krajnji vremenski raspon u kojem trombolitički lijekovi još uvijek mogu biti učinkoviti? Koji će stupanj težine moždanog udara i koja vrsta moždanog udara, prema kliničkoj procjeni i dijagnostičkim metodama za prikaz mozga, najbolje odgovoriti na trombolitičku terapiju? Bi li pacijenti stariji

od 80 godina trebali dobiti trombolitičku terapiju? Koji pacijenti imaju najveću vjerojatnost štetnih učinaka terapije, a koji najveću korist od nje (primjerice, osobe koje imaju ili nemaju ozbiljne medicinske probleme kao što su srčane aritmije, dijabetes, hipertenzija ili drugi poremećaji i lijekovi koje bolesnici primaju)?

Kako bi se pouzdano odgovorilo na sva ta pitanja, a osobito da bi se terapija prilagodila potrebnama pojedinog bolesnika, potrebno je više podataka iz novih randomiziranih kontroliranih istraživanja.

U međuvremenu je za uporabu u praksi licenciran trombolitički lijek alteplaza (rt-PA) za terapiju u prva tri sata nakon moždanog udara u SAD-u i Kanadi, odnosno u prva 4,5 sata u većini europskih zemalja, i sve veći broj bolesnika sada prima tu terapiju. Smjernice preporučuju da bi trombolizu trebao primjenjivati klinički tim s odgovarajućom edukacijom i iskustvom u okruženju koje ima odgovarajuću infrastrukturu. Opći pregled o korištenju trombolitičke terapije u kliničkoj praksi i uvjetima

koji su potrebni za njenu primjenu opisani su u knjizi Warlowa i suradnika o liječenju moždanog udara objavljenoj 2008. godine.

Ovaj obnovljeni Cochrane sustavni pregled uključuje sva istraživanja koja su dovršena i objavljena od 2009. godine, kao i dodatne podatke objavljene nakon 2009. godine iz istraživanja koja su uključena u ranije inačice ovoga sustavnog pregleda. Ukupan broj ispitanika u sustavnom pregledu sada je 10 187, što je više nego deseterostruko povećanje broja ispitanika u raspoloživim kliničkim studijama objavljenima na temu trombolitičke terapije nego kad se sustavni pregled prvi put počeo izrađivati 1990. godine te povećanje od 40% u odnosu na 2009. godinu. Iako brojni podatci sada potječu iz studija koje testiraju intravensku primjenu rt-PA u prvih 6 sati nakon nastanka moždanog udara, novije kliničke studije ispituju alternativne metode izbora ispitanika i produljenja vremenskog raspona za primjenu trombolitičke terapije, primjerice korištenjem naprednih dijagnostičkih metoda

za prikaz mozga. Gornja granica od 80 godina, težina moždanog udara i novi slikovni podaci također se istražuju. Ovaj sustavni pregled uključio je te podatke i predstavlja prikidan i aktualan sažetak relevantnih znanstvenih dokaza o trombolitičkoj terapiji nakon moždanog udara.

Cochrane sustavni pregled

Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo GJ. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7. Art. No.: CD000213.

Ostala literatura

Wardlaw JM, Warlow CP. Thrombolysis in acute ischaemic stroke: does it work? Stroke 1992;23(12):1826-39.

Wardlaw JM, Yamaguchi T, Del Zoppo GJ, Hacke W. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 1995, Issue 1.

Warlow CP, Van Gijn J, Dennis MS, Wardlaw JM, Bamford J, Hankey G, et al. Stroke: Practical Management. 3rd Edition. Oxford, UK: Blackwell Scientific Ltd, 2008. [ISBN 978-1-4051-2766-0]

.....

Pearls

PEARLS broj 306 Vitaminiski nadomjestci ne sprječavaju spontani pobačaj

Kliničko pitanje:

Koliko su učinkoviti nadomjestci vitamina za sprječavanje spontanog pobačaja?

Zaključak: Uzimanje bilo kakvih nadomjestaka vitamina prije trudnoće ili tijekom rane trudnoće (manje od 20 tjedana gestacije) nije pomoglo u sprječavanju ni ranog ni kasnog spontanog pobačaja ili mrtvorodenosti. Davanje ženama vitamina A ili multivitaminskih pripravaka, s ili bez folne kiseline, može povećati rizik od višestrukog porođaja, što povećava mogućnost perinatalnog morbiditeta i mortalitet. Nije bilo dovoljno dokaza za ispitivanje učinka različitih kombinacija vitamina na spontani pobačaj, mrtvorodenost ili mjere rasta dijeteta. Vitamini koji su davani ženama uključuju vitamin A, sam ili sa željezom, folnom kiselinom, cinkom ili multivitaminima; vitamin C sa ili bez multivitamina ili vitamin E; folna kiselina sa ili bez multivitamina i/ili željeza; multivitamini sa željezom i folnom kiselinom i sami multivitamini.

Napomena: Brojna istraživanja uključena u ovaj sustavni pregled nisu bila visoke kvalitete zbog lošeg ili nejasnog razvrstavanja ispitanica u skupine, ili zbog velikog gubitka ispitanica iz studija, što povećava rizik od pristranosti kod tih podataka. Problem je također što se u analiziranim studijama koristila različita definicija spontanog pobačaja. Neke studije nisu uopće definirale što im znači spontani pobačaj ili

mrtvorodenost. Nijedna studija nije prikazala potencijalne psihološke učinke, kao što su tješkoba i depresija.

Zašto je ovo pitanje važno za kliničku praksu?

Utvrđena je povezanost loše prehrane s nedovoljno vitamina i povećanog rizika od pobačaja u ranoj trudnoći. Stoga je napravljen pregled literature o uporabi nadomjestaka vitamina prije trudnoće ili u ranoj trudnoći u svrhu smanjenja rizika od spontanog pobačaja.

Literatura

Rumbold A et al. Vitamin supplementation for preventing miscarriage. Cochrane Reviews, 2011, Issue 1. Article No. CD004073. DOI: 10.1002/14651858.CD004073.pub3. This review contains 28 studies involving 62,669 participants and 64,210 pregnancies.

Sustavni pregled sadrži 28 studija s ukupno 62.669 ispitanica i 64.210 trudnoća.

PEARLS broj 306, 4/2011.

Autor: Brian R McAvoy

Prevela prof. dr. sc. Livia Puljak

PEARLS broj 309 Antibiotici su učinkoviti za infekcije mokraćnog trakta tijekom trudnoće

Kliničko pitanje:

Koliko su učinkoviti antibiotici za simptomatske primarne infekcije mokraćnog sustava (engl. symptomatic urinary tract infection – UTI) tijekom trudnoće?

Zaključak: Svi istraženi antibiotici bili su vrlo

učinkoviti. U većini usporedbi nije bilo značajnih razlika između terapija s obzirom na učestalost izlječenja, ponavljanje infekcije, incidenciju prijevremenog porođaja, primitak u neonatalne jedinice intenzivne skrbi, potrebu za promjenom antibiotika ili incidenciju produžene pireksije. Komplikacije su bile vrlo rijetke. Istraženi su ovi antibiotici: penicilini, cefalosporini, aminoglikozidi, antimetaboliti, nitrofurantoin i fosfomicin trometamol.

Napomena: Nije bilo moguće pouzdano zaključiti koja je najbolja vrsta antibiotika, način primjene ili terapijski režim za liječenje simptomatskih UTI tijekom trudnoće zbog ograničenja u primarnim podatcima (kvaliteta studija i veličina uzorka). Glavni problemi u pronađenim studijama bili su velik gubitak ispitanica iz istraživanja (između 8 i 25%), rezultati kasnih mikrobioloških testova, naknadni uzorci i nedostatak važnih podataka koji se tiču ishoda trudnoće.

Zašto je važan ovaj Cochrane sustavni pregled?

Infekcije mokraćnog trakta, uključujući cistitis u pijelonefritis, česte su u trudnoći i ozbiljne su komplikacije koje mogu uzrokovati značajan morbiditet i mortalitet majke i dijeteta.

Cochrane sustavni pregled

Vazquez JC and Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Reviews, 2011, Issue 1. Art. No. CD002256.

Sustavni pregled sadrži 10 studija s ukupno 1125 ispitanica.

PEARLS broj 309, 5/2011.

Autor: Brian R McAvoy

Prevela prof. dr. sc. Livia Puljak

Vraća li se zakon linča?

*Senad Muslić, dr. med., spec. OM,
predsjednik Povjerenstva za PZZ*

- Prepostavimo hipotetsku situaciju: neki moj nezadovoljan pacijent na nekoj društvenoj mreži pokrene grupu „Nije mi propisan antibiotik“ i njemu se počnu pridruživati neki drugi nezadovoljni pacijenti kojima također nisam propisao antibiotik, jer zamislite njegov komentar „... cijeli jedan dan me boljelo grlo i on mi nije dao antibiotika“ ili pak „...nepotrebno me poslao u laboratorij, a svima je jasno da sam zbog grlobolje morao dobiti antibiotik ...“ ili npr. „... kašljem od sinoč, a on mi nije dao antibiotik...“ ili neki sličan komentar.

Povod za ovo hipotetsko razmišljanje je nedavni događaj kada je na jednoj društvenoj mreži pokrenuta grupa, a kasnije i građanska inicijativa, koja je potom podržana u raznim medijima i nekoliko dana bila praćena vrlo senzacionalistički, a za posljedicu je imala javno prozivanje i osudu kolegice, koja je na kraju podnijela ostavku na svoje radno mjesto.

Sve se to dogodilo mimo bilo kakve stručne ili strukovne provjere i mimo ijdognog nadležnog tijela koje jedino ima pravo donijeti odluku o nečijoj odgovornosti. Prema pokrenutoj peticiji, navodno je prema mišljenju članova grupe, nepotrebno propisivala antibiotike i nepotrebno obavljala dodatne dijagnostičke pretrage tijekom boravka u bolnici, te nepotrebno produživala boravak u bolnici. Također, javno imenovana kolegica navodno je zbog nekolegijalnog ponašanja prije dvije godine nekoliko puta bila prijavljivana upravi bolnice koja, pak, navodno nije reagirala.

Ne želeći ulaziti u istinitost svih informacija niti u profesionalnu stručnost koja se u toj peticiji dovodi u pitanje, niti u moguću nekolegijalnost dotične kolegice, osvrnuo bih se na neke druge okolnosti koje su dovele do njezinog otkaza ugovora o radu i odlaska iz bolnice.

Podržavam pravo pacijenata da iskažu svoje mišljenje, podržavam pravo informiranja javnosti i prihvaćam potrebu sankcioniranja nestručnosti ili nepridržavanja Kodeksa medicinske etike i deontologije. Ali ne podržavam da profesionalnu stručnost procjenjuju laici, ne podržavam medijski senzacionalizam i javnu hajku, a posebice ne prihvaćam bilo kakvo sankcioniranje temeljem neprovjerenih poluinformacija.

Nažalost, navedeni primjer neodoljivo me podsjeća na bezakonje, tj. na „zakon linča“. Povijest čovječanstva prepuna je primjera kada je nezadovoljna većina bez suda optužila, osudiла i izvršila kaznu. Danas su metode nešto sofisticirane. Dovoljno je pokrenuti (polu)informaciju, napisati peticiju, preko društvene mreže sakupiti dovoljan broj sljedbenika, prosljediti (polu)informaciju medijima i „...gledati kakav će biti efekt“. Ili, s druge strane, direktno ponuditi medijima neku (polu)informaciju, očekivati od njih da putem novinarskog „istraživanja“ dođu do nekakvih podataka i da nekoliko dana u svojevrsnom felitonu „zabavljaju“ naciju senzacionalističkim izvještavanjem. Sve pod izlikom „prava javnosti na informaciju“. Panem et circenses! Koliko smo puta bili svjedoci javnog prozivanja nekog od kolega, stvaranja skandala i javne osude.

Mi liječnici osobe smo od javnog interesa i naravno da javnost itekako zanima što se s nama događa, kako radimo, kome mogu vjerovati i u čje se ruke mogu predati, ali posebice su im zanimljive naše moguće pogreške ili povezivanje našeg imena ili struke s potencijalnim „skandalom“. Iako kao struka radimo iznimno odgovoran posao i nastojimo svojim pacijentima pružiti najbolju moguću skrb i liječenje, nažalost, uvijek su mogući neželjeni događaji koji su često splet nepovoljnih okolnosti,

nedovoljne opremljenosti, nedostatka liječnika ili previelikog obima posla. Za takve situacije liječnik odgovara pred nadležnim stručnim tijelima u koja imamo povjerenja i u čiju objektivnost i stručnost nimalo ne sumnjamo.

Ali bolno je i uvredljivo kada se imena kolega pojavljuju u javnosti koja si daje za pravo odlučivati o njihovoj sudbini. Javnost tada ne razmišlja da se tu radi o ljudima koji, vrlo često u neprimjerenim uvjetima, daju svoj profesionalni i ljudski maksimum sukladno znanju, iskustvu i želji da pomognu u bolesti i patnji koju pacijenti proživljavaju. Javnost ne razmišlja da svaki liječnik želi dati najbolje od sebe i da mu je najveća nagrada dobro obavljen posao, osmijeh i zadovoljstvo pacijenata. Svaka javna optužba, iznošenje imena u javnost i javna osuda izrazito je bolna, a posebice kada je neprovjereni i nedokazana ili kada dolazi zbog nekih drugih razloga. Svaki slični primjer kompromitira i umanjuje povjerenje pacijenata u liječničku profesiju, liječniku otežava rad, psihički ga opterećuje i neizmjerno povećava mogućnost potencijalne pogreške u dalnjem radu. Kvaliteta života, energija i volja kolega koji su izloženi javnoj osudi u tim je okolnostima nevjerojatno umanjena, a on i njegova okolina proživljavaju vrlo teške trenutke.

No, nestručna javnost koja si daje za pravo nekoga osudititi za to nije briga. Spremna je iznositi svoja (sa)znanja stečena guglanjem po internetu ili „na kavi“. Istina, ima na to pravo, ali samo do trenutka kada želi određivati liječniku što i kako treba raditi ili kada sebi daje za pravo ocjenjivati nečiju stručnost.

Svjedoci smo inicijative izmjene Kaznenog zakona Republike Hrvatske na način da se jedino liječnička profesija posebno ističe kao potencijalni počinitelj kaznenih djela. Zakon o liječništvu također navodi moguću kaznenu, prekršajnu ili disciplinsku odgovornost naše profesije. Ali nigdje u zakonskoj regulativi nije navedena pravna zaštita liječničke profesije od javnog progona ili tjelesnog nasrtaja bilo koga tko si daje za pravo uzimati pravdu u svoje ruke i na taj način učiniti nemjerljivu profesionalnu (ali i privatnu) štetu. Jedino što kolegama tada preostaje jest privatna tužba.

Ovim tekstom želim naglasiti naše pravo na psihički mir i naše pravo na neometan profesionalni rad, potrebu da neovisno i stručno radimo posao koji smo odabrali i za koji smo školovani. Želim dati podršku svima čije se ime u javnosti neutemeljeno blati i koji trpe posljedice nestručnosti laika koji sebi daju za pravo optužiti i osudititi, a posebice želim skrenuti pozornost na potrebu zajedništva struke, osobne i stručne potpore kolegama čija se imena u negativnom kontekstu pojavljuju u medijima bez dokazane krivnje. Posebice stoga jer svakodnevno svojim radom odgovaramo svojim

pacijentima, svojoj savjeti, ali i stručnoj i široj javnosti. Nemojmo smetnuti s umu da se događaj s početka teksta može dogoditi svakome od nas i da je potrebno vrlo jasno pozicioniranje struke i obrana od „zakona linča“.

Mogu li se liječnici zakonski zaštiti od toga? Pravna struka poznaje zakonski postupak nakon tjelesnog napada u koju ne želim ulaziti, ali podsjećam da je potrebno poduprijeti inicijativu da se liječnička profesija uvrsti u popis tzv. „službenih osoba“, čime bi se bolje pozicionirala zakonska pozicija struke. Međutim, skoro je pa i nemoguće sprječiti inicijativu s početka članka ili pak javnu objavu imena kolega koji su eventualno osumnjičeni za neko kazneno djelo. Sjetimo se kako je prije više od godine i pol dana u novinama objavljen popis kolega obiteljske medicine koji su bili osumnjičeni za kazneno djelo primanja mita u sklopu afere „Hipokrat“. Iako je zakonski zabranjeno objavljivanje imena osumnjičenika do trenutka podizanja kaznene prijave, taj popis je uvelike naštetio struci u cijelosti, a posebice kolegama kojima su pacijenti u ordinaciju unijeli novine s njihovim imenima.

Neoprostiva šteta je učinjena kolegama, protiv kojih nije ni podignuta optužnica, a koji su osobno povrijeđeni i kojima je povrijeđen profesionalni ugled stečen dugogodišnjim

savjesnim radom. Slične primjere moglo bi se navoditi i za kolege čija imena su se pojedinačno objavljivala u medijima ili po raznoraznim elektroničkim forumima u kojima je prejudicirana njihova krivnja. Mediji ili skupine građana iskoristili su slične događaje za senzacionalističko informiranje temeljem „prava na slobodu medija“, „prava javnosti na informiranost“ i slično, unatoč npr. etičkim normama novinarstva prema kojima je „...novinar u svome izvještavanju dužan slijediti etička načela istinitosti, objektivnosti, slobode i odgovornosti – prema publici, prema onima o kojima piše, prema izvorima informacija, kao i odgovornosti prema samome sebi.“ Krše se standardi koji propisuju etički kodeksi novinarstva, ali i zakoni o medijima.

Je li moguće zaštiti liječnike od nedokazane optužbe i javnog prozivanja pravničko je pitanje u koje ne bih ulazio, ali je u cilju zaštite profesije potrebito održati jedinstvo struke, nastojati promijeniti zakonsku regulativu i energično reagirati na svako javno omalovanje liječnika. Hrvatska liječnička komora je sukladno 1. članku Statuta samostalna, neovisna, staleška i strukovna organizacija liječnika – doktora medicine na području Republike Hrvatske i kao takva štiti prava i zastupa interese liječnika, unapređuje liječničku djelatnost, brine se o ugledu liječnika i o pravilnom obav-

ljanju liječničkog zvanja. U dosadašnjim događajima kada je Komora reagirala profesionalno u okviru svojih zakonskih ovlasti jasnim izjavama, čak i plaćenim oglasima, te objavila svoje stav ili demanti, vrlo često nije naišla na adekvatno mjesto u medijima i reakciju javnosti jer se strukovni stavovi nisu uklapali u senzacionalistički pristup koji zanima javnost. Pozivali smo se na pravo pojedinca na presumpciju nevinosti, na potrebu poštovanja propisanog postupka i stručnog stava, pravo na neovisno utvrđivanje odgovornosti i pravo na neometan daljnji rad.

Svi zajedno trebamo se upitati kako smo u određenom trenutku reagirali i jesmo li postupili ispravno, jesmo li zatvorili oči pred nedokazanim optužbama i javnom osudom, jesmo li bili kolegialni i jesmo li pomogli kolegi u nevolji? Sustav kolegjalnosti započinje i završava s nama i ovisi samo o nama!

.....

RJEŠENJA sa stranica 56-61.

ALGORITAMSKA RAZRADBA PROBLEMA sa str. 56-58.

Vježba A: 1 a,b,c,e; 2 a,b,c,e; 3 a,b,c,d; 4 b,c,d,e; 5 a,b,c,d.

Vježba B: 1-->2; 2-->6,27; 3-->5; 4-->7,25; 4 20; 5-->24,26; 6-->22; 7-->15; 8-->13,22; 9-->18,21; 10-->9; 13-->22; 14-->12,19,20; 14-->113,22; 15-->8; 15 12; 16-->9; 17-->9,10,13,16; 18-->21; 19-->23; 21-->14; 22-->13,15,21; 24-->6; 25-->1; 26-->4; 27-->22.

Vježba C: 1c, 2b, 3c.

4. Istodobno bolesnik ima anemiju sa smanjenim brojem eritrocita (oligocitemija).

5. U skupini bolesnika bez edema osmolalnost se smanjuje za 0,6 mOsm/L a u skupini bolesnika s edemima se osmolalnost smanjuje za 1,68 mOsm/L

ETIOPATOGENETSKI ČVOROVI

Vježba 14.3. HIPOHIDRACIJA sa stranice 58-59.

II. Etiopatogeneza bolesti

1-->6; 2-->5,6; 3-->1,4; 5-->1,3; 6-->4,7; 7-->1,6; 8-->1,5,6

III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja

a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 1.4; 1.5; 2.6; 2.7; 4.2

b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.15; 5.29; 5.48; 5.61; 5.62; 5.82; 5.85; 6.1; 6.5; 6.8; 6.9; 7.2; 7.8; 7.10; 7.11; 7.14.

c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.14; 8.5; 8.7; 8.18; 8.28; 9.2; 9.1; 10.1; 10.6; 10.7; 11.10.

d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.15; 12.19; 12.35.

Vježba 19.9. – HIPOVOLEMIJA sa stranice 59-60.

II. Etiopatogeneza bolesti

1-->5,7; 2-->7; 3-->5,6,7; 4-->3,6; 5-->2; 8-->1,7,5,2

III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja

a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 2.4; 2.6; 2.7; 3.7; 4.2; 4.4; 4.19.

b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.14; 5.15; 5.29; 5.48; 6.2; 6.5; 6.10; 7.2; 7.10; 7.1.

c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.4; 8.5; 8.6; 8.7; 8.9; 8.14; 8.28; 8.33; 10.1; 10.6; 10.7; 10.14; 11.10.

d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.3; 12.6; 12.15; 12.16; 12.17; 12.25; 12.35; 12.50.

Prihvatići ili odbijati obvezatno cijepljenje djece?

Prim. doc. dr. sc. Vjekoslav Bakašun, dr. med.

• Već sam mnoga desetljeća specijalist iz epidemiologije, sada u mirovini. Čitam i često slušam o negativnim stavovima prema zakonskom obvezatnom cijepljenju djece u Republici Hrvatskoj. Nesporno je da sam pobornik obvezatnog cijepljenja jer postignuti rezultati u borbi protiv zaraznih bolesti diljem svijeta govore dovoljno i ne treba drugih argumenata. Svakako ne može se izbjegći ni činjenica da svako cijepljenje, kao i svaki medicinski zahvat na tijelu čovjeka, može imati i neke posljedice. No, posljedice nakon provedenog cijepljenja su zanemarive u odnosu na postignute rezultate u borbi protiv zaraznih bolesti. Medicinske činjenice koje će ovde iznijeti poznate su doktorima medicine još iz dodiplomskog studija, kao i onim doktorima medicine koji nisu za obvezatno cijepljenje djece, pa neka mi ne zamjere što će ih ponoviti.

Sa zadovoljstvom sam pročitao članak kolegice Jelene Burazin, specijalisticke školske medicine, objavljen u broju 130 Lječničkih novina, posebno onaj dio koji se odnosi na poštivanje demokratskih prava građana (roditelja djece). Baš te roditelje, borce za poštivanje njihovih demokratskih prava, htio bi kroz ove, slučajno odabранe primjere podsjetiti na neke

moguće zdravstvene probleme na koje bi tijekom života mogla naići njihova (necijepljena) djeca.

Mogu pretpostaviti da će ti (učeni, pismeni ili polupismeni) roditelji postići u životu zavidan materijalni standard, poželjeti proputovati svijetom i pokazati svojoj (necijepljenoj) djeci ne samo ljepote koje će tamo vidjeti, nego usput tim putovanjem istaknuti i svoj obiteljski standard koji ih izdvaja od one ubočajene (siromašne) sredine. Posebno je zanimljivo posjetiti egzotične zemlje i njihove gradske tržnice suvenira prepune domicilnog stanovništva (i djece), te donijeti neke uspomene s puta koje će ponosno pokazivati prijateljima koji nemaju mogućnost poći na takva putovanja. Desetak dana po povratku veselje će poremetiti nagla bolest (necijepljenog) djeteta. Liječnička je dijagnoza jednostavna – morbil!

Uzbuna, kako i zašto morbili kada moje dijete štiti kolektivni imunitet postignut obvezatnim cijepljenjem djece u Hrvatskoj. No, Hrvatska, u kojoj je obolijevanje od morbila zadnjih desetljeća prava rijetkost i odnosi se samo na une-sene slučajeve, je jedno a egzotične zemlje s nezadovoljavajućom stopom procijepljenosti djece su nešto drugo. No, želim istaknuti da

ne treba putovati u egzotične zemlje jer su i u mnogim državama Europske Unije vrlo česte epidemije morbila s tisućama oboljelih, a i tamo državljanji iskorištavaju svoje demokratsko pravo i ne cijepe djecu.

Neka obitelj će željeti promijeniti ovu nedemokratsku domovinu s prisilama s nekom zemljom u kojoj su demokratski principi na visokoj razini. Na primjer, Sjedinjene Američke Države. Zamislimo da će se obitelj nastaniti i zaposliti u New Yorku i svoje će predškolsko dijete upisati u neki dječji vrtić (Kindergarten) kako bi dijete već od malih nogu počelo svladavati jezik svoje nove domovine. Zašto ne, kaže uprava vrtića, izvolite, ali dajte nam potvrdu da je vaše dijete cijepljeno protiv morbila ili da ih je preboljelo. Od kuda najednom u zemlji s razvijenim demokratskim standardima takav zahtjev! Zašto opet neka prisila! Pa naše je roditeljsko (demokratsko) pravo ne cijepiti svoje dijete. To smo pravo postigli u našoj (bivšoj) nedemokratskoj domovini, a sada nam u ovoj demokratskoj državi to uskraćujete. Uprava dječjeg vrtića ostala je neumoljiva i dijete je moralno ostati kod kuće ili ga se moralno cijepiti. Osim toga neka se zna i to da se u (demokratskom) SAD-u student bez potvrde o cijepljenju protiv morbila ne može upisati na koledž.



Možda će taj necijepljeni dječak postati npr. vrstan ekonomist, zaposliti se u dobroj tvrtki s međunarodnom reputacijom, postati rukovoditelj i poći u svijet sklapati vrijedne poslove. Stići će tako u neke nerazvijene zemlje, jer je poznato da se тамо sklapaju vrlo unosni poslovi. Surađivat će тамо s mnogim ljudima i svakako se željeti upoznati s uvjetima življenja u njihovom gradu te usput na tržnici kupiti neki suvenir. Niti tjedan dana po povratku počet će neka čudna bolest. Čak se ni liječnici nisu mogli u prvi čas složiti s dijagnozom, ali uskoro sve postaje jasno – difterija. Kako difterija, zašto difterija, pa naše (bivše) dijete štitio je kolektivni imunitet stanovništva Hrvatske? Da, ali ga ne štitи za boravka u egzotičnim zemljama. Prisjetimo se usput kako su mnogi gospodarstvenici Zapadne Europe počeli u novonastale zemlje nastale raspadom Sovjetskog Saveza u kojima je stupanj procijenjivanja



jepljenosti djece bio na niskoj razini. Nekoliko ih je po povratku oboljelo od difterije, a među njima zabilježeni su i smrtni slučajevi. U djetinjstvu nisu bili cijepljeni jer u njihovoj matičnoj državi cijepljenje djece nije obvezatno, nego je na (demokratsku) volju roditelja. A difterija je u njihovoj državi uspješno iskorijenjena.

Nije isključeno da bi se moglo dogoditi i ovo. U djetinjstvu necijepljena, a sada odrasla žena, radit će nešto u vrtu svoje obiteljske kuće, toliko za ugodnu zabavu. Pritom će se radeći u zemlji malo ozlijediti ili možda samo ubesti, što čak neće zahtijevati liječničku pomoć. Ozljeda će biti već zaboravljena kada će nastupiti simptomi neke čudne bolesti koju obitelj ne može ni s čim povezati. U bolnici kamo je oboljela smještena utvrđili su – tetanus, tešku i pogibeljnju bolest s visokom stopom smrtnog ishoda. Liječnici pitaju je li je ta osoba bila cijepljena u djetinjstvu. Odgovor je jasan – nije, iskoristili smo naše demokratsko pravo i nismo je cijepili. Panika, suze, moljakanje, platit će liječenje u inozemstvu (tamo valjda bolje znaju liječiti nego ovdje). Na žalost, smrt je presudila. Roditelji tuku glavom o zid, a suprug umrle ih optužuje jer pokojnicu nisu



cijeplili u djetinjstvu protiv tetanusa. Roditelji se opravdavaju da su imali svoje demokratsko pravo odbiti cijepljenje te da ju je zapravo štitio kolektivni imunitet postignut obvezatnim cijepljenjem ostale djece u Hrvatskoj. Uzalud!

Imunitet protiv tetanusa je strogo individualan i ne podliježe pravilima postignutog kolektivnog imuniteta.

Moglo bi se prikazati još sličnih slučajeva, ne prozivajući pritom institucije pravobraniteljstva ni sudove koji štite zakone, među ostalim i Zakon Republike Hrvatske o obvezatnoj imunizaciji. Želio bih da ovih nekoliko redaka pročitaju roditelji koji se uporno pozivaju na svoja demokratska prava i odbijaju cijepiti svoje dijete, ali i oni neki liječnici koji potiču roditelje na njihovo (demokratsko) pravo da ne cijepi dijete. Ni roditelji, a mogu mirne savjesti kazati ni neki liječnici, ne razmišljaju o tome da će to necijepljeno dijete jednoga dana postati odrasla osoba i da će, možda, imati drugi stav o potrebi obvezatnih cijepljenja. Mogući problemi na koje će tijekom života naići zbog toga što nije cijepljeno u djetinjstvu bit će vjerojatnim razlogom da će optuživati roditelje zbog njihovog (demokratskog) propusta.

(vjekoslav.bakasun1@ri.ht.hr)

.....

Jedna mala opaska (etičke naravi)

Nešto o čemu nije pristojno javno govoriti

Prof. dr. sc. Vlado Jukić

- Nerijetko čitamo izjave liječnika raznih specijalnosti o tome da ih, „po prirodi stvari, jer su liječnici (specijalisti ove ili one grane)“, mnogi istaknuti pojedinci trebaju, pa tako s njima ostvaruju kontakte i sklapaju poznanstva i prijateljstva. Prijatelji im tako, zahvaljujući činjenici da liječe njih ili njihove bližnje, postaju istaknuti političari, privrednici, znanstvenici, javni radnici, medijske ličnosti... Hvale se time kolege liječnici, a svojim isticanjem te činjenice kao da nastoje još više potvrditi svoju važnost i pozvati druge javne osobe da ih „imaju u vidu, jer će ih kad-tad trebati“...

Ne pišem ovo zato što ja kao psihijatar nisam u mogućnosti pohvaliti se s poznanstvima i prijateljstvima (s istaknutim pojedinциma) koje sam stekao liječeći njih ili njihove

bližnje – zbog toga jer su oni ili njihovi najbliži duševni bolesnici (zamislite da se pohvalim da sam prijatelj s istaknutim političarom ili pjevačem, a prijateljstvo je nastalo „po prirodi stvari“ jer sam ja kao psihijatar liječio njegova brata ili sestru !?), nego zato da upozorim da nije lijepo, odnosno nije etično, ovo javno isticati! Nitko nije slijep i izvan realiteta – navedena poznanstva i prijateljstva se događaju, no o njima nije pristojno javno govoriti!

Možda ovo izgleda kao cjeplidačnje, no držim da je dobro na to upozoriti, jer moralna iščašenja, odnosno kršenje liječničke etike (ovde implicitno odavanje liječničke tajne!), u pravilu počinje malim „nevažnim“ stvarima. A kada se duha pusti iz boce (kao što se

dogodilo u mnogim društvenim sferama), nemoguće ga je kontrolirati.

Ipak da dodam, no neću elaborirati. U pravilu se sve društvene i moralne devijacije događaju postupno; kršitelji moralnih normi „ispipavaju“ teren i postupno prelaze granice do tada društveno neprihvatljivog. Kada im se ne dogodi ništa, idu dalje...

Pa pogledajmo razne kriminalce ili propagatore kojekakvih svjetonazora koji također često završavaju na optužničkim klupama! Zar nam svojim držanjem i izjavama (a mediji im u tome pomažu!) ne poručuju da se ponose onim „čega bi se pametan sramio“...

(vlado-jukic@bolnica-vrapce.hr)

.....

Hrvatski liječnici i početak Prvoga svjetskog rata

“Danas više ne imade sakatih, koji bi bili za rad nesposobni, ako to oni neće i ako to društvo neće.

*Volja može da savlada svaku zapreku,
jaka željezna volja može da učini od sažaljenja
vrijednog bogalja uspravnog, samostalnog,
općestovanog čovjeka...*

*Ja hoću da hrvatski invalid bude čovjek
koga se poštuje, a ne koga se žali.”*

M. Čačković:

„Kako da pomognemo našim ratnim invalidima”, 1916

Ivica Vučak

• Prvi svjetski rat započeo je 28. srpnja 1914. U uvodniku „Liječničkog vjesnika“ za kolovoz iste godine dr. Miroslav pl. Čačkovića (1865. – 1930) napisao je:

„... U ratnoj vrevi koja je zaokupila cijeli stari svijet teško i nesabranu se sluša mirna riječ učenjaka i znanstvenih radenika. No riječ liječnika treba da se čuje. Njegovo je užvišeno zvanje da bez obzira vrši samo dobro i plemenito djelo: da spasava bijedne, tješi mukotrpne, diže bolesne i vida ranjene. Nakon krvave borbe, kad olovni mir prekrili poljane, stupa pod časnim crvenim križem liječnik po ratištu da počne svoje humano djelo ondje gdje se pravica željeznom desniom krojila.“

U našim sudbonosnim danima tek su pobornici najhumanije liječničke znanosti zvani da vrše svoje opće ljudsko djelo. Za to će Liječnički vjesnik i u ovim teškim danima po mogućnosti pomagati u tom lijepom radu kolege i – ma u smanjenom opsegu – držati visoko stijeg naše znanosti.

I kao što će on vršiti svoju dužnost uz tegobe i napore – tako će zacijelo i svи kolege širom naše domaje ozbiljno, savjesno i predano shvatiti svoju dužnost i vršiti svoj poziv, poziv najčišćeg humaniteta svagdje kud ih pozove potreba i glas mukotrpnih. Naši su liječnici u svakoj prigodi vazda stajali u prvim redovima gdje se radilo u patriotske i opće kulturne svrhe. Oni će zacijelo i sada – kao lojalni građani, kao dobri rodoljubi, a nuda sve kao svećenici najljepše i najplementitije sve-

ćeg ognjišta žrtvuju krv i život na oltar sretnije budućnosti. U ovom radu oni su solidarni s kolegama cijelog svijeta; njihov je rad u ratnoj buci jedina čvrsta karika o koju – da bog da – doskora pristala korablija mira, blagostanja, sretne i slavne budućnosti naše domovine.“

Prema izvješću objavljenom u časopisu „Münchener medizinische Wochenschrift“ u njemačkoj je vojsci od početka rata do 7. listopada 1914. palo 46 liječnika i 16 medicinara, što od dobijenih rana i ozljeda, što od bolesti dobijenih u ratnoj službi. Još su veći gubici bili iskazani u „Deutsche medizinische Wochenschrift“ broj 42 od 17. listopada 1914. – pored 74 poginula njemačka liječnika bilo je ranjenih 37, nestalih 13, umrlih 8 te zarobljena 3. Prva objavljena listina austrijskih gubitaka kazivala je da je 8 liječnika palo, 25 je bilo ranjenih, 1 nestao, 22 oboljela. Brojke žrtava su rasle. U studenom 1915. gubici u liječnicima u njemačkoj vojski iznosili su 602 (od 34.136), i to 120 poginulih, 47 umrlih od bolesti, 66 teško, a 220 lakše ranjenih, 96 nestalih i 53 zarobljenih.

Na hrvatskim područjima unutar Austro-Ugarske mobilizirano je gotovo milijun ljudi. Među njima u vojsku su pozvani i mnogi liječnici, vojni obveznici. Dr. Milan Amruš (1848. – 1919), umirovljeni odjelni predstojnik (ministar) imenovan je za vrijeme rata vladinim povjerenikom za nadziranje djelovanja županij-

ljudske znanosti – časno i dostojno vršiti svoje zvanje, pozrtvovno ulagati sve svoje sile da posluže na korist onima koji daleko od doma-

Car i kralj
Franjo
Josip Prvi





Prvi svjetski rat

skih zdravstvenih i pošasnih odbora. Sve druge kolege koji nisu bili vojni obveznici pozvani su neka se „svakako dobrovoljno stave u službu na pomoć ranjenicima“. Neka se jave „Crvenom križu“ ili Hrvatskom društvu za narodno zdravlje“ koji će im doznačiti djelokrug. Mnogi su se liječnici požrtvovno i nesobično posvetili njezi ranjenika u raznim pričuvnim vojničkim bolnicama i u radu „Crvenoga križa“. Potrebna je bila izdašna liječnička pomoć pa je Povjerenstvo za organizaciju dobrovoljne ratno-bolničarske službe u Zagrebu oglasom pozvalo sve liječnike koji bi mogli preuzeti sanitetsku službu da se dobrovoljno prijave (Markov trg 3) jer je na ratištu u Srbiji velika potreba sanitetskog osoblja. I studenti medicine, ako nisu bili unovačeni u vojsku, pomagali su u bolnicama ili na točkama prijema ranjenika ustrojenim na željezničkim stanicama.

Važna tema kojoj je „Liječnički vjesnik“ posvećivao pozornost bile su liječničke zamjene. Mesta liječnika koji su odlazili na front popunjavale su privremeno njihove kolege iz istog ili susjednih mjesta, a „Liječnički vjesnik“ je prenosio generalno prihvaćeni stav o potrebi da tako zarađeni novac bude predan unovačenim kolegama ili njihovim obiteljima.

Nedostatnom broju osoblja za dvorbu ranjenika, uočenom pri proglašenju mobilizacije, odlučeno je doskočiti apeliranjem na „dobro i plemenito srce hrvatskih gospoja“. Poticajem Zemaljske vlade sastali su se primarni liječnici zagrebačkih bolnica i zaključili prirediti gospojama pouku za dobrovoljnu dvorbu i njenu bolesnika. Primanje kandidatkinja su preuzeли ravnatelji dr. **Pavao Ćulumović** (1868. – 1863.) i dr. **Ivan Kosirnik** (1847. – 1924.). Prvo predavanje, već 30. srpnja 1914., održao je Čačković. Na sveukupno 21 tečaju bile su 432 slušateljice. Čačković je održao 5 tečajeva s 84 slušateljica, Ćulumović i dr. **Makso Matica** (1877. – 1935.) po 4 sa 68, dr. **Kurt Hühn** (1875. –

1963.) 3 sa 63, dr. **Dragutin Mašek** (1866. – 1956.) 3 s 59, dr. **Gjorgije Gjorgjević** (1885. – 1935.) 2 s 97, dr. **Ivo Baboselac** (1885.-1949.) je održao 2 tečaja s 38 slušateljica, **Dragutin Schwarz** (1868. – 1917.) 1 s 15 i dr. **Ivan Herzog** 1 tečaj s 8 slušateljica. Sve su slušateljice obligatorno odslušale jednosatna predavanja dr. **Mihajla Joanovića** (1866. – 1925.) o najčešćim kužnim bolestima u ratu (trbušna pošaljana, srdobolja, kolera, kuga) održavana tijekom deset tjedana svaki dan. Na koncu su podijeljene 273 potvrde o urednom polasku tečajeva. U svome članku „Žena kao dobrovoljna bolničarka“ objavljenom u zagrebačkom „Obzoru“ 24. studenoga 1914. naglasio je Čačković veliku motiviranost slušateljica, njihovu pripravnost na požrtvovno obavljanje teške zadaće i svoju iskrenu začuđenost koliko se puno moglo naučiti tijekom svega 12 dana obuke. Već u rujanskom broju „Liječničkog vjesnika“ 1914. obznajnjeno je ispravno shvaćanje hrvatskih liječnika vlastite zadaće koji su u teškim danima netom započetog rata „izobrazili velik broj naših ponajodličnijih gospoda za sanitetsko djelovanje“.

Pored toga popularnim su predavanjima u „Hrvatskom društvu za narodno zdravlje“ nastojali **Gjorgjević, Joanović, dr. Ljudevit Jurak** (1881. – 1945.) i županijski fizik u Zagrebu dr. **Juraj Marković** (1868. – 1918.) proširiti u što šire slojeve puka razumijevanje priljepčivih bolesti, njihovo prepoznavanje i profilaksu.



I liječnici u drugim gradovima nastojali su u obrazovanju pomoćnog zdravstvenog osoblja. Takvi tečajevi održavani su i u drugim gradovima, na pr. dr. **Božo Peričić** (1865. – 1947.) u Zadru, dr. **Fran Gundrum-Oriovčanin** (1856. – 1919.) u Križevcima, dr. **Mirko Crkvenac** (1860. – 1936.) u Krapini.

Nastoeći zadržati kontrolu nad društvenim životom u golemoj višenacionalnoj Austro-Ugarskoj monarhiji vlasti su u pripremama za rat 27. srpnja 1914. raspustile sva društva i zabranile im rad pa tako i „Zbor liječnika kraljevine Hrvatske i Slavonije“ u Zagrebu. U liječničkim krugovima u Zagrebu niknula je misao o priređivanju predavanja i prikazivanja zanimljivih pacijenata iz ratne medicine i time nadoknade dotada redovito održavane mjesecne skupštine Zbora. Te je sastanke u javnim i pričuvnim bolnicama potaknuto štopski nadliječnik 2. razreda dr. **Izak Tritsch** (1863. – 1946.), šef saniteta 13. Zbora u Zagrebu, a tehničko vodstvo povjeroeno je dr. Čačkoviću. Podijelili su zagrebačke stalne i pričuvne bolnice u tri skupine, a svaka je skupina izabrala svoga pročelnika i tajnika čija je zadaća bila pobrinuti se redovito za materijal.

Prvome sastanku održanom 18. studenoga 1914. u operacijskoj dvorani Domobranske četne bolnice u Zagrebu nazočilo je 42 liječnika. U svojoj pozdravnoj riječi stozerni nadliječnik dr. **Ladislav Keszler**, šef domobranskog saniteta (član Zbora od proljeća 1894. do konca 1906. godine, dok je bio pukovnički liječnik u Sisku), iskazao je nadu u razvitak dogovorenih sastanaka „na korist medicinske znanosti, na dobro trpećeg čovječanstva i širenje kolegijalnosti među liječnicima“. O ranjenicima su referirali dr. **Simon**, dr. **Oskar Weiss** i dr. **Taufer**. Upravo tog istog dana, 18. studenoga 1914., na sjevernom poljsko-ruskom bojištu, poginuo je dr. **Fran Primšar**, ugledan ljubljanski kirurg, marljiv tajnik Druš-

tva zdravnikov na Kranjskem, s dva rada objavljena u „Liječničkom vjesniku“. Bio je prva žrtva među liječnicima u prvom svjetskom ratu čije je ime zapisano u „Liječničkom vjesniku“. No vijesti su tada sporo putovale. Dnevne su novine iz broja u broj, uz ostale vijesti s ratišta, donosile i duge, višestupačne liste imena. Na prvom su mjestu bili odlikovani časnici i vojnici, a zatim ozlijedeni, oboljeli i poginuli. Na kraju je bila napomena „za točnost imena i podataka ne preuzima se nikakva odgovornost. Za točnije podatke može se svatko obratiti na „Crveni križ“ u Zagrebu, Beču i Budimpešti“. Objavljeni su popisi darovatelja za vojниke, ranjenike, udovice i siročad poginulih hrvatskih junaka. Popularizirani su primjeri optimizma, ratnim stradanjima usprkos. Tako je na pr. zagrebački „Ilustrovani list“ donio fotografiju i članak o vjenčanju Marije Magdić s teško ranjenim tipografom Ladislavom Langerom iz Daruvara na bolesničkoj postelji u Bolnici Crvenoga Križa u Zagrebu 18. listopada 1914. Kuma im je bila barunica Ivka Ožegović (1873. -1923.), jedna od zagrebačkih gospoda koje su završile tečaj za bolničarke.

U prvom popisu „U ratu palih, ozlijeđenih i oboljelih liječnika“ objavljenom u listopadu 1914. bili su pučko ustaški liječnici dr. Ivo Feretić (1878. – 1948.) iz Sušaka u Tvrđavnoj bolnici broj 1. i dr. Anton Jugović iz Splita, obojica bolesni. Uz njihova je imena urednik „Liječničkog vjesnika“ dodao imena ranjenih dr. Vojislava Marića iz Sunje, pukovnijskog liječnika kralj. ugarsko-domobranske kadetske škole, i dr. Makse Kaisera (1877. – 1947.), zubara iz Osijeka, člana Zbora od 1912., te oboljele unovačene članove Zbora dr. Marka Bobinca (1881. - 1915.) iz Broda na Savi, dr. Miroslava Haladija (1886. - 1939) i dr. Filipa Jurčića, obojice iz Zagreba. Slijedili su dr. Leonard pl. Celio Cega (1876. – 1948.), pomoći liječnik domobranske pješačke pukovnije br. 23. stacionirane u Zadru i popunjavane Dalmatinicima (prijelom gležnja), te dr. Edo Radošević (1884. – 1936.), pomoći liječnik pješačke pukovnije br. 53. (bolestan).

Prenoseći iz „Deutsche medizinische Wochenschrift“ razmatranje o zabrani davanja alkoholnih pića vojnicima u Njemačkoj u vrijeme novačenja (umjesto kojih su na prolasku na željezničkim postajama dijeljene samo bijela kava, mineralne vode, mlijeko, limunada) „Liječnički Vjesnik“ je upozorio na nepostojanje tako strogih propisa na južnom ratištu, „i u našoj i u srpskoj vojsci piće se domaća šljivovica što, po svoj prilici, treba pripisati drugim socijalnim i higijenskim odnošajima te tradicionalnim navikama“. „Alkohol doduše isprva oživljuje, no u većoj količini ubrzo umara. Vojnici apstinenti najljakše podnašaju ratne poteškoće. Ujedno, alkoholna pića zavode k nastrandostima i sla-

be vojničku stegu. Uzimanje alkoholnih pića u zimi za grijanje utrobe veoma je opasno, samo je prividno i prijevarno.“

Na drugom liječničkom sastanku 28. studenoga 1914. u pričuvnoj bolnici broj 7, kojem je nazičio 41 liječnik, dr. Žiga Hercog (1871. – 1955.) je predavao o saniranju ratnih ozljeda donje čeljusti, a dr. Milan Miličić (1873. – 1819.) prikazao ranjenika s južnog ratišta s velikom ozljedom lijeve nadlaktice nastalom šrapnelom tako da mu je otkinut dio humerusa od colum chirurgicum do granice gornje i srednje trećine, a m. deltoideus je potpuno manjkao. Poslao ga je u Posadnu bolnicu br. 1 u Beču gdje će mu se „pokušati presađivanjem nadoknaditi komad humerusa koji manjka“.

U Koprivnici je 21. prosinca 1914. umro dr. Milivoj Javand (1872. – 1914.), kotarski i bolnički liječnik u Koprivnici u očvidnosti 25. pučko-ustaškog zapovjedništva. Nakon gimnazije upisao je studij medicine 1891. u Pragu. Član Zbora liječnika bio je od 1901., do rata aktivan u kulturnom životu Koprivnice (predsjednik pjevačkog društva „Podravac“ i prvi starješina koprivničkog „Hrvatskog sokała“). Na frontu u Srbiji, kamo je bio poslan kao pričuvni vojni liječnik, zarazio se crnim boginjama. Šest dana po povratku umro je u 42. godini života. Pokopan je na koprivničkom groblju „Pri Svetom Duhu“ tiho zbog epidemičkog karaktera bolesti. Posmrtno je odlikovan zlatnim križem za zasluge na vrpci kolajne za hrabrost pred neprijateljem.

Velik broj obogaljenih vojnika i civila potaknuo je 1914. godine u Zagrebu osnutak Zemaljskog odbora za liječenje i naobrazbu hrvatsko-slavonskih ratnih invalida kojem je na čelu bio veliki dobrovotor Miroslav grof Kulmer (1860. – 1943.) (poklonio je 1903. ze-

mljište za Sanatorij Bustovac). Zamjenik mu je bio dr. Amruš, a među članovima dr. Božidar pl. Špišić (1879. – 1957.) i dr. Milivoj Dežman (1873. – 1940.). Budući se u Ugarskoj procjenjivalo oko 1500 ranjenika potrebnih liječenja i izobrazbe za kasniji život, po Kulmeru ih je u Hrvatskoj trebalo očekivati oko 120. Dr. Tritsch je službeno s vojničke strane potaknuo ustrojavanje mediko-mehaničkog zavoda pod upravom dr. Špišića. Ustrojena je pričuvna bolnica Crvenoga križa i smještena u zgradu Obrtne škole na tadašnjem Kazališnom trgu (danas Škola za umjetnost i obrt). Vodstvo bolnice i liječenje kirurških bolesnika preuzeo je dr. Teodor Wickerhauser (1858. – 1946.), a pomagao mu je dr. Čačković koji je ujedno vodio i rendgen. Za ortopedske bolesnike bri-nuo dr. Špišić koji će od 1. lipnja 1915. voditi i zasebni Ortopedski zavod sa školom za invalide u Zagrebu. U podrumu bolnice otvorena je ortopedska radionica za proteze i ortopedska pomagala. Špišiću su pomagali njegov asistent mladi dr. Vladimir Ćepulić (1891. – 1964.) koji je 27. veljače 1915. promoviran u Beču te dva studenta medicine. Od početka rada do konca 1915. Ortopedski je zavod imao 1831 bolesnika opskrbljenih u Bolnici Crvenog križa i 62 ambulantno. Doknadnim bataljonskim oporavnim odjelima i u druge bolnice poslana su 1054 bolesnika. Zemaljski je odbor izdao, s predgovorom grofa Kulmera, knjižicu „Kako da pomognemo našim ratnim invalidima“ koju je napisao Čačković i koja je dobila nagradu Matice Hrvatske, a novac od njezine prodaje namjenjen je invalidima.

Nakon što je 36-godišnji dr. Vladimir Jelovšek (1879. – 1934.) uredio sječanjski broj „Liječničkog vjesnika“ 1915. godine i bio pozvan pod oružje, dužnost urednika preuzeo



je 23. veljače 1915. dr. Čačković. On je već u broju za veljaču, prvom koji je uredio, ponovno pisao o važnoj zadaći izobrazbe novih dobrovoljnih bolničarki za njegu ranjenika pozivajući se na iskustva tečajeva održavanih u samom početku izbijanja rata. Zabilježio je i smrt nadlječnika dr. **Janka Serneca** (1872. – 1915.), lječnika zubara u Celju preminuloga 6. siječnja 1915. u Čačku. Rođen u Mariboru, nakon gimnazije završio je studij medicine u Grazu. Bio je marljiv član "Slovenskog sokola". Početkom rata upućen je na srpski front, a nakon zarobljavanja radio je u vojnoj bolnici u Nišu te obolio od pjegavog tifusa.

Dr. **Levin Hanzl** (1881. - 1915.), kotarski lječnik u Kutjevu od 1908. (maturirao u Požegi 1898., član Zbora od 1912.), upućen je na srpski front u činu nadlječnika 27. domobranske pješačke pukovnije. U prosincu 1914. zarobljen je kod Dudovice sjeverno od Kragujevca u Srbiji. U zarobljeništvu je bio lječnik epidemičke bolnice u Kragujevcu. Obavljajući svoju lječničku zadaću obolio je od pjegavog tifusa i umro 24. veljače 1915. te pokopan tri dana poslije u Kragujevcu. Iza njega je ostale udovica s dvoje djece. Uz njegovu postelju do kraja je bio dr. **Dušan Jurinac** (1880. – 1947.), kirurg iz Zagreba, član Zbora od 1910. Rođeni Varaždinac (sin gimnazijskog profesora i prirodoslovca dr. Adolfa Jurinca), proveo je više mjeseci kao pučko-ustaški pomoći lječnik kod 25. domobranske pješačke pukovnije u Bijeljini na istočnoj granici Bosne. Imenovan je nadlječnikom te je prelaskom u Srbiju bio 20. studenoga 1914. zarobljen s čitavim pomoćištem ("Hilfplatz") i više od 200 ranjenika. Vijest o oslobađanju dr. Jurinca potkraj studenoga 1915. i njegovu dolasku u Skopje stigla je njegovom ocu u Varaždin 8. prosinca 1915. preko Austro-ugarskog poslanstva u Sofiji. Istodobno s dr. Jurincem, ali na sjevernom ratištu kod Lavova, bio je zarobljen njegov brat (sin uvaženog varaždinskog odvjetnika dr. Ljudevit Jurinac) dr. **Ljudevit Jurinac** (1887. – 1970.), pukovnijski lječnik kod 2. bosansko-hercegovačke pješačke pukovnije i predstojnik lazareta s više stotina koleroznih bolesnika. Od naporne lječničke službe u ratnim uvjetima silno je oslabio. U krvavim bojevima između Przemysla i Lavova pao je u rusko sužanjstvo i odveden u Moskvu. Preživio je zarobljeništvo i rat.

Radeći u epidemiskoj vojnoj bolnici u Vrdniku na južnim padinama Fruške gore u Srijemu pučko-ustaški lječnik dr. **Marko Bobinac**, poznati lječnik iz Broda na Savi, odlikovan je "previšnjim priznanjem". Kratko vrijeme nakon toga umro je 17. ožujka 1915. od biliarne forme povratne groznicе. Zarazio se od svojih pacijenata. Sin je kapetana Dunavske trgovачke mornarice, gimnaziju je započeo u Požegi, a završio u Zagrebu, medicinu studirao



Zbrinjavanje ranjenika

na njemačkom sveučilištu u Pragu te promoviran 1905. Bio je član Zbora lječnika od 1912.

Tek sredinom siječnja 1916. u Zagreb je stigla vijest o smrti dr. **Artura Soka** (1877. – 1915.) koji je umro od pjegavog tifusa 9. prosinca 1915. u zarobljeništvu, u logoru Tockoe u samarskoj guberniji (foto). Rođen u Vinici u lječničkoj obitelji, nakon gimnazije u Zagrebu studirao je medicinu i promoviran na čast doktora sveukupnog lječništva u Innsbrucku 4. ožujka 1911. Započeo je karijeru kao hospitant u zagrebačkoj Bolnici milosrdnih sestara, a već 1. srpnja 1911. postavljen je sekundarnim lječnikom. Član je Zbora lječnika od 1913. godine, a objavio je u „Lječničkom vjesniku“ 11 članaka. Neko je vrijeme osobni lječnik nadbiskupa Posilovića. Početkom rata bio je na srpskom frontu, a zatim poslan na sjeverno-istočni ruski front, gdje je na Uskrs 4. travnja 1915. zarobljen te požrtvovno zbrinjavao oboljele i ranjene.

Pukovnijski lječnik dr. **Eugen Barać** pl. **Repenjski** (1858. - 1915.), mnogogodišnji kupališni lječnik u Malom Lošinju te u austrijskom Gleichenbergu, prvi Hrvat specijalist za plućne bolesti, član Zbora od 1894., pozvan je pod oružje kao pomoći lječnik. Početkom 1915. unaprijeđen je u nadlječnika. Radeći u Lici kao član povjerenstva za novačenje obolio je te radi lječenja teške upale poslan u čuveno austrijsko oporavilište Semmering. Tamo je 27. prosinca 1915. umro u 45. godini života. Tijelo je prevezeno u Zagreb i pokopano 3. siječnja 1916. na Mirogoju.

Dr. **Bernhard Gostl** (1866. - 1916.), kotarski lječnik u Karlovcu, redovni član Zbora od 1893., umro je 21. ožujka 1916. nakon godinu i sedam mjeseci provedenih u ratu. Uno-

vačen u svojstvu pučko-ustaškog lječnika, bio je od 21. kolovoza 1914. šef odjela u pričuvnoj vojnoj bolnici u Karlovcu. Molba kotarskih vlasti Karlovca 7. studenoga 1915. za otpustom iz vojne službe dr. Gostla "oženjenog, oca dvoje malodobne, neopskrbljene djece, jedinog upravnog lječnika kotara karlovačkog koji je pak tako neophodno potrebit i nenadoknadiv" ostala je neuslišana.

Dr. **Milan Bechtali** (1876. – 1916.) iz Cernika, umro je 17. lipnja 1916. na sjevernom ratištu od infektivne bolesti. Nakon gimnazije u Požegi, studirao je medicinu u Beču i promoviran 21. studenoga 1902. posvetio se vojnoj službi. Imenovan 1903. nadlječnikom, a 1905. pukovnijskim lječnikom. Zboru lječnika u Zagrebu i Pripomoćnoj blagajni Zbora pristupio u listopadu 1907. iz Pančeva. Poslije bio je poslan na izobrazbu za psihijatra i specijalista za živčane bolesti. Boraveći od početka na ratištu, dodijeljen je zdravstvenom glavarstvu 13. zbara. U savjesnom obavljanju teške dužnosti zarazio se pjegavim tifusom i podlegao. Pokopan je na groblju u selu Oleszowa, tada dijelu Njemačke, danas u vojvodstvu Opola u Poljskoj. Posmrtno je odlikovan viteškim križem reda Franje Josipa.

U Zagrebu je 29. kolovoza 1916. umro dr. **Eugen Lang** (1863. – 1916.), stožerni nadlječnik I razreda, glavar zdravstva 13. vojnog zbara. Rođen u Beču u obitelji visokog činovnika, završio je medicinu u Beču. Nakon promocije 7. lipnja 1889. imenovan je već 1. srpnja 1889. c. kr. nadlječnikom u posadnoj bolnici u Trstu, a zatim je služio kao pukovnijski lječnik kod pješačkih pukovnija br. 83 i br. 75. Premešten je 1895. k pješačkoj pukovniji broj 53. stacioniranoj u Zagrebu, a 1898. postavljen za



Ratnice

predstojnika kirurškog odjela Posadne bolnice u Zagrebu. Prekorednim unaprijeđenjem imenovan je 1901. stožernim liječnikom, 1907. stožernim nadliječnikom, a 1911. stožernim nadliječnikom I razreda te ujedno i zapovjednikom zagrebačke posadne bolnice. Godine 1914. pošao na bojište kao glavar zdravstva 13. zbora, najprije na srpsko, a zatim na rusko bojište. Tijekom zime 1915./1916. obolio od pošaline, od čega se nije mogao oporaviti, pa se vratio bolestan u Zagreb gdje je i podlegao. Godinu dana proveo je na klinici prof. **Alberta**, bio je vrstan operater. Nadasve spretan organizator, poznao je ljude i znao pravog čovjeka postaviti na pravo mjesto i onda ga potpomagati i podupirati. Nije poznavao ništa nego pravo i dužnost. Od svojih je podčinjenih mnogo zahtijevao, ali nikada ništa nepotrebna i neopravdana, u radu je uvijek prednjačio primjerom. Zato se njegov rad svestrano priznavao, zato je stekao mnoge odlike i neograničeno štovanje sviju koji su ga poznavali. Godine 1897. odlikovan je zlatnim krstom za zasluge za odlično službovanje za epidemije tifusa u Puli, 1906. viteškim krstom reda Franje Josipa, 1914. redom željezne krune s ratnom dekoracijom, 1915. časničkim počasnim znakom CK, a 1916. dobio je „Signum laudis“ na vrpci vojnog križa za zasluge. Pokopan je na Mirogoju.

Dr. Dmitar Zvonimir Matić (1891. – 1916.), c. i kr. pomoćni liječnik, u vršenju svoga teškog zvanja u 26. godini nadobudnog života, dne 23. rujna 1916., pao je na bojnom polju u Galiciji. Rođen je u Osijeku, gimnaziju je završio u Zagrebu i medicinu studirao u Innsbrucku i Beču. Neko vrijeme proveo je i u Parizu zanimajući se za filozofiju i književnost. Od početka rata unovačen u pješačku pukovniju br. 53 i bio na fronti. Zatim mu je odobren dopust koji je iskoristio za učenje. Položio je posljednje stroge ispite na medicinskom fakultetu u Beču i 27. veljače 1915. promoviran na čast doktora sveukupnog liječništva. Vratio se na frontu. Zaposten na pomoćištu, dobio je pogodak u prsa i odmah pao mrtav.

Poput poginulog dr. Matića bilo je na desetke studenata medicine unovačeno i poslano na frontu. **Stjepan Poljak** (1889. – 1955.), student 10. semestra medicine u Grazu, unovačen je 27. lipnja 1914., dan uoči izbijanja prvoga svjetskoga rata i, umjesto polaganja III rigorosa, upućen je s austrijskom vojskom na ruski front. Iskusio je sudbinu vojnika na fronti do 8. studenoga 1915. Prebjegao je Rusima. U Odesi je nastavio studij medicine na tamošnjem medicinskom fakultetu i 1916. diplomom dovršio studij. U dobrotvražčkom je jugoslavenskom odredu od 23. lipnja 1916.

sudjelovao u bojевима od Rusije do solunskog fronta u činu srpskoga oficira do 13. listopada 1919. kada se vratio u Hrvatsku. Nije mu priznat doktorat medicine stečen u Odesi i nije mu bilo dopušteno pravo liječničke prakse u novonastaloj državi. Morao ponovno polagati završne ispite i promoviran je 1920. u Zagrebu za doktora medicine (LN 39:45-50, svibanj, 2005). Prema popisu gubitaka austrougarske vojske za razdoblje kraj ožujka/početak travnja 1915. među zarobljenima bio je medicinar **Radoslav Miletic** (1891. – 1966.), tada smješten u Čačku. Rođen je u Zadru u kojem je 1910. položio ispit zrelosti u hrvatskoj gimnaziji. Studij medicine započeo je u Innsbrucku, a nastavio 1913./1914. u Beču. Početkom 1914. je unovačen, a s izbijanjem rata je poslan u Srbiju. Nastavio je ratovanje u srpskoj vojsci i s njom se povlačio preko Albanije na Krf. Poslije je sudjelovao u bojevima na solunskom frontu i bio odlikovan visokim srpskim odlikovanjem. Nakon završetka rata nastavio je studij medicine u Pragu i diplomirao 18.11.1920. **Pavle Gregorić** (1892. – 1989.) je studij medicine započeo 1911. u Grazu, a s izbijanjem rata 1914. bio unovačen te zarobljen na ruskoj fronti. Tamo se priključio Crvenoj Armiji, od ljeta 1920. Bio je član ruske Komunističke partije (boljševici). Po povratku iz Rusije u ljetu 1921. nastavio je

studij medicine u Zagrebu na novootvorenom medicinskom fakultetu do promocije 1924., a istodobno se uključio u rad tada već zabranjene Komunističke partije Jugoslavije. **Vilim Vrkljan** (1893. – 1957), rođen u Lovincu ispod Velebita, gimnaziju je završio u Gospiću. Studij medicine započet u Innsbrucku morao je prekinuti zbog izbijanja rata. Istaknuo se u bojima protiv talijanske vojske u kojima je njegova postrojba sudjelovala 1. srpnja 1915. kod Krna u Julijskim Alpama te bio odlikovan. Nakon otpusta iz vojske nastavio je studij medicine na češkom sveučilištu u Pragu te bio promoviran 7. srpnja 1921. **Branko Dragišić** (1895. – 1947.) je 14. srpnja 1914. položio ispit zrelosti u gimnaziji u Srijemskim Karlovциma. Nakon atentata na nadvojvodu Franju Ferdinanda u Sarajevu uhićen je i pod optužbom velezidače ležao, od 14. kolovoza do 27. rujna 1914., u istražnom zatvoru sudbenog stola u Osijeku. Pušten je, ali ostaje pod policijskim nadzorom i ograničen u slobodnom kretanju. Unovačen je 14. svibnja 1915. i upućen na rusko ratište. Nakon zarobljavanja dospio je u Sibir te se 19. listopada 1917. uključio u dobrovoljački korpus Srba, Hrvata i Slovenaca formiran u Odesi. U ratnim operacijama na solunskom frontu bio je ranjen. Nakon rata upisao je 1919. studij medicine u Pragu na kojem je promoviran 7. lipnja 1924. (LN 121:82-4, srpanj, 2013). **Zlatan Sremec** (1898. – 1971.) je zadnje razrede gimnazije u Vinkovcima završavao u ozračju rata. Poslije mature nije se mogao odmah upisati na medicinski fakultet kao što je želio jer je, kao i mnogi drugi, bio pozvan u vojsku. Upućen je u Varaždin u 36. pukovniju teške poljske artillerije. Započeli su odmah s vježbama, marširaju-

njem, pozdravljanjem, jahanjem, mačevanjem i rukovanjem teškom haubicom od 150 mm, iz koje su i pučali u slavu rođenja nekog habsburškog princa. Nakon naučenih osnova artiljerije prebačen je s drugima koji su imali položeni ispit zrelosti u školu za pričuvne artiljerijske oficire. U školi je, pored Austrijanaca i Mađara, bilo dosta Čeha, Slovaka, Poljaka, Rumunja, Slovenaca, Hrvata i Srba. Službeni je jezik bio njemački, a disciplina je bila vrlo stroga. Uspjelo mu je ishoditi oslobođenje od vojske pa je, sa zakašnjenjem, upisan 16. travnja 1918. u prvi (ljetni) semestar novootvorenog liječničkog fakulteta Hrvatskog sveučilišta u Zagrebu na kojem će 1923. biti prvi promovirani liječnik (LN 44:54-50, studeni 2005).

Od početka rata do 10. prosinca 1914. odlikованo je 920 njemačkih liječnika željeznim križem za zasluge (od sveukupno 5000 liječnika). Do studenoga 1915. zagrebačkoj 25. domobranskoj pukovniji dodijeljeno je ukupno 644 odlikovanja. Pričuvni pukovnički liječnik dr. Jurčić, kotarski liječnik, pridijeljen je Bolničci milosrdnih sestara u Zagrebu. Član je Zbora od 1905. Nadlječnik je 25. domobranske pukovnije, odlikovan dvaput; zlatnim križem za zasluge s krunom na vrpci kolajne za hrabrost u znak priznanja uspješnog djelovanja pred neprijateljem i viteškim križem Franje Josipa. Stožerni liječnik Milan Figatner i zamjenik pomoćnog liječnika dr. Vladimir Flögel dobili su zlatni križ za zasluge s krunom na vrpci kolajne za hrabrost, pukovnički liječnik dr. **Vatroslav Florschütz** (1879. – 1967.) previše pohvalno priznanje i pričuvni pomoći liječnik dr. **Artur Sok** previše priznanje.

Prema odluci vlade u Zagrebu od 21. kolovoza 1916. iznimno je Zboru liječnika

kraljevine Hrvatske i Slavonije bio dopušten nastavak djelovanja. Do izvanredne glavne skupštine Zbora 2. studenoga 1916. održano je bilo 20 liječničkih sastanaka.

Kralj Karlo Prvi obznanio je 6. lipnja 1917. zahvalu liječnicima: *Veličanstveni uspjesi borbe proti pošastima u ratu prištedili su Mojim četama i Mojim narodima teških žrtava, uzdržali su Moju vojnu snagu spremnom na borbu te bitno doprinijeli uspjehu oružja. Jedinstvenim zajedničkim radom, upotrebom čitave svoje snage i najvećom samozatajom stekoše liječnici tu pobjedu nad himbenim neprijateljem. Mnogi od njih podlegoše ratnim pošastima, dostojni drugovi onih hrabrih vojničkih drugova koji su vršeći svoju dužnost na bojištu našli svoju smrt. Izričem cjelokupnom liječništvu svoje neograničeno priznanje, prije svega vodećim vojničkim liječnicima i zdravstvenim povjerenstvima koja su, gledajući daleko u budućnost, provela u život tu silnu, sve dijelove vojne sile opisujući organizaciju za borbu protiv pošasti. Zahvaljujem medicinskim fakultetima koji su Mi odgojili liječnike za tako visoko shvaćanje njihova zvanja te koji su temeljito naobrazbom položili sigurni temelj za blagoslovno djelovanje liječništva u ovom ratu.*

U razdoblju od 28. srpnja 1914. do 11. studenoga 1918. koliko je trajao „Veliki rat“, nazvan još i „Ratom koji će okončati sve rature“, bilo je pod odorama svih europskih država upletenih u ratna zbivanja oko 60 milijuna vojnika. Procjenjuje se da je taj rat, pored do tada neviđenih razaranja, doveo do 40 milijuna ljudskih žrtava. Polovina, gotovo 20 milijuna, bilo je poginulih vojnika i civila. Brojke palih, ranjenih i oboljelih nadmašivale su uvelike gubitke sanitetskih snaga u svim ratovima prethodnih godina.

.....



Dr. Dragutin Herlinger

(Karlovac, 1887. – Tjentište, 1943.)

Buran život od sisačke kirurgije do pogibije na Sutjesci

Ivica Vučak

• Makso Herlinger (1860. – 1920.)

bio je sin Josipa Herlingera, prvoga rabina u Koprivnici, a u Karlovac je došao oko 1880. Imao je trgovinu drvom i građevnim materijalom u Riječkoj ulici. U braku s **Karolinom Schwarz** (1864. – 1942.) imao je devetoro djece. Bio je obrazovan, bibliofil, član karlovačkog ogranka Matice Hrvatske. S godišnjim prinosom 40 K bio je, od 1906. i 1907., član utemeljitelj Društva za podupiranje siromašnih, a vrijednih učenika kraljevske Veleke državne realke, a od 1909. bio je odbornik u upravi toga Društva.

Najstariji Maksov sin **Dragutin** rođio se 9.3.1887. u Karlovcu, tu završio osnovnu školu, zatim šk. g. 1897/1898. s odlikom prvi razred Veleke realne gimnazije u Rakovcu. Kad je sljedeće godine s odlikom završio drugi razred, bio je među učenicima koji su na poklon od ravnatelja gimnazije dobili pretplatu na časopis "Pobratim". Kao učenik III razreda gimnazije šk. g. 1899/1900. priložio je 1 krunu za otkup kninske tvrdjave. Sve gimnazijalne razrede te ispit zrelosti u ljetnom roku 1905. položio je s odlikom.

U jesen 1905. započeo je studij medicine na Sveučilištu u Beču. Stanovao je u 9. bečkom becirku. Započeo je na adresi Währingerstraße 48 (u zgradbi na Währingerstraße 25. otvorena je 7. studenoga 1785. Vojno-medicinska akademija "Josephinum", a poslije udolmjen Institut za povijest medicine). Selio je dvaput (Lackierergasse 5 i Brünnlbadgasse 12).

Karlovačka "Sloga", list koji je s podnaslovom "Starčevičanski tjednik" počeo izlaziti 1910., donijela je u nedjelju 25. prosinca 1910. pod naslovom "Promocija Karlovačana na bečkom sveučilištu" vijest: "U petak 23. o. m. obavljena je na bečkom sveučilištu promocija našega domaćeg sina g. Dragutina Herlingera

na čast doktora sveukupnog lječništva. Mladi doktor postigao je u vrlo ranoj dobi najvišu akademsku čast nakon sjajno svršenih nauka. Radovat će se toj vijesti doista mnogobrojni prijatelji mladoga doktora kao i svi štovatelji vriedne obitelji našega štovanoga sugrađanina, njegova otca g. Maksa Herlingera, ovdašnjega trgovca".

Krajem 1911. Herlinger je najprije bio sekundarni lječnik na Kožno-veneričnom odjelu bolnice u Sarajevu koji je od 1907., tj. nakon smrti utemeljitelja dr. **Leopolda Glucka** (1854. – 1907.), vodio dr. Hugo Zechmeister. Zatim je Herlinger niz godina bio drugi asistent dr. **Josipa Preindlsbergera od Preindlsperga** (1863. – 1938.). Njegov šef, rođeni Bečanin, studirao je medicinu u Beču 1881. – 1886. te promoviran 1887. Svoje kirurško obrazovanje stekao je na klinikama i odjelima Bečke opće bolnice uz **Edwarda Alberta** (1841. – 1900.). Jedno vrijeme bio je asistent dr. **Josipa Weinlechnera** (1829. – 1906.), šefa kirurškog odjela Dječje bolnice sv. Ane u Beču, pionira bečke dječje kirurgije. Zatim je imenovan primarnim lječnikom kirurško-očnog odjela u Žemaljskoj bosanskohercegovačkoj bolnici u Sarajevu otvorenoj 1. srpnja 1894. U Sarajevu je upoznao te se u barnabitskom samostanu u Beču 28. studenoga 1896. oženio **Milenom Mrazović** (1863. – 1927.), spisateljicom i novinarkom, rođenom u Bjelovaru. Ona je završila Ženski institut u Budimpešti te od 1878. živjela u Banjoj Luci, a zatim u Sarajevu predavala 1884/1885. francuski jezik u Djevojačkoj školi Sestara milosrdnica. Od 1886. bila je suvlasnica te nakon kupnje 25. srpnja 1889. i jedina vlasnica "Bosnische Post" u Sarajevu do 1896. Od 1889. bila je prva žena u članstvu Antropološkog društva sa sjedištem u Beču.

Preindelsberger je od 1890. objavljivao u bečkim medicinskim časopisima pa je to nastavio i iz Sarajeva. Stariji asistent bio mu je dr. **Milivoj H. Kostić** (1883. – 1974.). U članku objavljenom u časopisu "Wiener klinische Wochenschrift" u svibnju 1912. pored zahvale šefu na potpori iskazao je zahvalnost i kolegi dr. Herlingeru za pomoć u pokušima na životinjama. Opisao je pokusnu operaciju učinjenu 22. kolovoza 1911. na psu osrednje veličine komu je na mjestu resecirane abdominalne aorte usadio 4,5 cm dugačak odsječak vene kave i našao ga u urednoj funkciji pri reviziji nakon 128 dana (29.12.1911.).

U vrijeme balkanskih ratova i Herlinger je sudjelovao u prikupljanju novca za Crveni Križ u sarajevskoj Žemaljskoj bolnici.

U svibnju 1917. Herlinger je kao koatarski lječnik odlikovan ratnim križem za građanske zasluge trećeg razreda za djelovanje tijekom rata. Početkom 1918. bio je kao sreski nadlijecnik pomoćni lječnik u sarajevskoj bolnici. Potkraj rata boravio je u Mostaru na mjestu šefa kirurškoga odjela okružne bolnice.

Po završetku rata Preindlsberger je morao napustiti Bosnu i od tada je do kraja života sa suprugom bio nastanjen u Beču. Na njegovo je mjesto postavljen dr. Milivoj Kostić, ali je 1921. otisao za šefa kirurškog odjela u Beogradu.

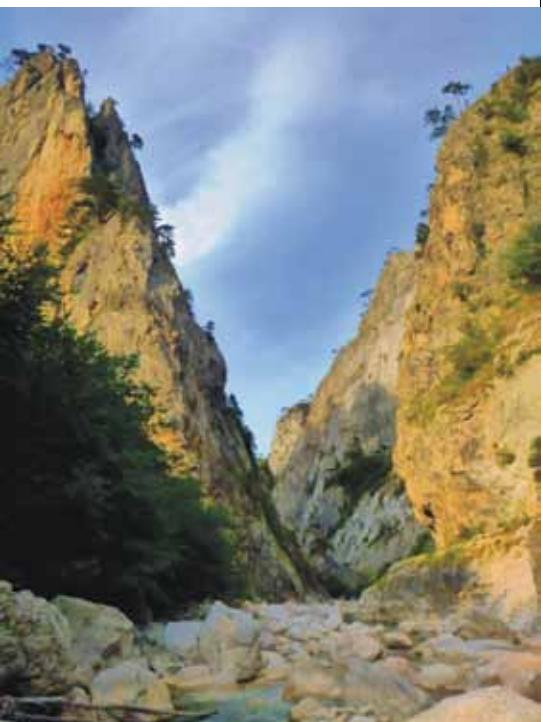
Herlinger se nije vratio u Sarajevo. Sredinom 1921. imenovan je primarnim lječnikom i dodijeljen je na službu Kirurškog odjela gradske bolnice pod državnom upravom u Sisku kojoj je ravnatelj bio dr. **Dragutin Barković** (1869. – 1939.). Početkom 1922. Herlinger je pristupio Zboru lječnika u Zagrebu.

U sisačkoj su bolnici od 1923. bolnički kapaciteti bili razdijeljeni na dva odjela. Herlinger je rukovodio kirurško-ginekološkim odjelom (70 postelja). Nakon premještaja dr. Barkovića za ravnatelja bolnice Milosrdnih sestara u Zagrebu, Herlinger je 1922. postao ravnateljem bolnice u Sisku. Odjel internističko-zarazni (56 postelja) preuzeo je dr. **Ivo Stipčić** (1893. – 1945.) koji je promoviran u Pragu 29. svibnja 1919., a u vrijeme Herlingerova dolaska u Sisak upravo se vratio iz Beča gdje se usavršavao na klinikama prof. **Norberta Ortnera** (1865. – 1935.) i prof. **Nikole Jagića** (1875. – 1956.). U bolnici su u statusu aspiranata radili dr. **Ivo Vidaković**, dr. **Vuk Vučković** te od 1. ožujka 1924. i dr. **Ivo Pedišić** (1898. – 1986.) (LN 2003;3/23/48-50).

S ciljem upoznavanja novosti i prenošenja u sisačku bolnicu svega onog što bi bilo praktično i u liječenju i u organizaciji rada Herlinger je tijekom 1925. poslao svog asistenta Pedišića na klinike u Beč. Iz Beča, gdje je bio kod prof. **Finsterera**, Pedišić je u Sisak prenio metodu operacije Billroth II - Finsterer. Pedi-

šić je 1. kolovoza 1927. izvršio prvu anesteziju eterom preko Ombredanove maske. Iste je godine proveo tri mjeseca na kirurškoj klinici Salpêtrière prof. **Antonin Gosseta** (1872. – 1944.) u Parizu na međunarodnom lječničkom tečaju abdominalne kirurgije.

U jesen 1928. Pedišić je uz Herlingerovo odobrenje ponovno u Parizu na kirurškoj klinici prof. **Pierre-a Duvala** te na urološkim klinikama. Dok je bio u Parizu stigao je prijedlog iz Oblasne uprave da se Pedišić natječe za ravnatelja i šefa kirurgije bolnice u Petrinji. Njegov šef Herlinger napisao je u svjedodžbi o Pedišićevu radu pisanoj 19. listopada 1928. najbolje ocjene i završio ovako: "mogu mirne savjesti kazati da je za isto mjesto u svakom pogledu podpunoma kvalificiran".



U Sutjesci

No Pedišić je ponudu otklonio: "Dok ne završim potpunu kiruršku praksu, staž od 12 godina, ne želim i neću se prije uopće natjecati za šefa kirurškog odjela. Bolnica u Petrinji i u Glini, nama dvije susjedne bolnice, nemaju, niti jedna niti druga, interni odjel, a niti bilo koji drugi bolnički odjel. Kako vam je i poznato tamo su kirurzi ujedno i internisti, a vode i razne odjele. Mislim da to ne odgovara današnjem napretku medicinske znanosti pa, kad bi sada imao i dvanaest godina kirurškog staža, ne bih se natjecao da primim mjesto kirurga u takovoj bolnici....".

U nedjelju 10. studenoga 1940. svečano je otvoren kirurški paviljon banovinske bolnice u Sisku nakon uređivanja koje je trajalo dulje od 10 godina i uz trošak od 8 milijuna dinara. Gradnja je počela je 1929. i bio je već

nekoliko mjeseci pred završetkom, ali nije bila priključena električna instalacija, što je izazvalo opetovane proteste u novinama. Unutrašnje uređenje i opremanje paviljona obavila je svjetski poznata firma Šerer iz Berna u Švicarskoj i tada je to bila najmodernija bolnička zgrada u Hrvatskoj. Goste je pozdravio ravnatelj dr. Herlinger, a zatim je dr. **Milutin Kosanović**, predstojnik odjela za narodno zdravlje banovinske vlasti u Zagrebu, proglašio otvorenim paviljom od 112 postelja, u koji su već sljedećeg dana, u ponedjeljak, smješteni prvi pacijenti. Pretvaranjem soba za dnevne boravke (takvih je bilo 4) u bolesničke sobe već je prvih dana kirurški paviljon imao 128 postelja, a bolnica ukupno 260.

Zadnjih je godina prije II svjetskog rata Herlinger je poboljevao, ali je na Pedišićevu molbu ostao raditi na odjelu.

Nakon uspostave NDH Herlinger je rješenjem ministra zdravstva vlade NDH umirovljen, a za ravnatelja bolnice u Sisku je promaknut dr. Stipčić. Predstojnikom kirurškog odjela imenovan je Pedišić.

Svom učitelju i bliskom prijatelju Pedišić je, na vlastiti nemali rizik, pomogao i neko vrijeme skrivaо ga sa suprugom i sinom Brankom u bolnici, kao i još nekoliko kolega progonjenih zbog integralnog jugoslavenstva, masonstva i židovstva. Herlinger iz Siska nalazio se, na dan 1. ožujka 1933., na popisu članova masonske lože "Zagreb", a njegovo se ime spominjalo u popisima slobodno-zidarske lože "Zagreb reda Ben B"rith" objavljenim u novinama 1940.

U rujnu 1941. Herlinger je premješten u Bihać. Iz Bihaća je 27. rujna 1941. je pisao Pedišiću "... prilike su bile takove i što sam i sam vidio i proživio, da bi Ti to mogao samo usmeno ispriporijedati... Bolnica sama je u vrlo jadnom stanju, takoreći ruševina. Kreveta ima 70, te sada primamo gotovo samo vojsku i sve što je za transport šaljemo u Zagreb, da možemo mjesta napraviti za nove, jer kada god se poduzimlje kakova akcija dolazi 15-20 novih ranjenika. Operiramo samo prešne stvari, jer pitanje asepsije je takovo da se ne ufam operirati nego ono što apsolutno mora biti... Živimo sasvim povućeno, našli smo si malen stan, nemamo nikakog poznanstva, i najvolim kada nikoga ne vidim. Molio bih te lijepo da kažeš upravitelju neka se malo interesira što je sa mojom penzionjom jer do sada nisam dobio ni placu ni penziju. Ovom prilikom bi Ti se još jednom najlepše i od srca zahvalio za sve ono što si mi dobra učinio u najtežim danima moga života. Bio si mi bolji nego li može dobar brat bratu da bude, to Ti moja familija i ja ne čemo nikada zaboraviti. Ako ćeš imati vremena sjeti se sa par riječi mene..." Odgovarajući na poziv prof. dr. **Vladimira Ćepulića**, objavljuvan više-

kratno 1942. u "Liječničkom vjesniku", Herlinger je sredinom 1942. Posao iz Bihaća podatke o Državnoj bolnici u Bihaću (i sliku) za Zborov Muzej za povijest zdravstva u Hrvatskoj.

Kad su partizani preuzeли vlast u Bihaću i okolicu, Herlinger je s sinom ostao s njima. Od mjeseca studenoga 1942. bio je u sanitetu NOVJ. S obzirom na njegovo kirurško iskustvo, dodijeljena mu je funkcija upravitelja partizanske bolnice smještene u gusto šumi na Grmeču u kojoj je u studenom 1942. bilo 90 teških ranjenika. U prosincu 1942. Herlinger je vodio tečaj za više bolničare u Bihaću. U siječnju 1943. Premješten je u bolnicu u Koričenici. U tijeku kretanja partizanske vojsku prema Neretvi Herlinger je rukovodio kirurškom bolnicom u selu Jahlići i poslije u ožujku u selu Ježepresini.

Na Sutjesci bio je liječnik u Centralnoj bolnici Vrhovnog štaba partizanske vojske. Umro na Vučevu, 12. lipnja 1943. od posljedica ranjanja. Samozatajno je podnosio svoje zadnje trenutke. Njegova supruga Gizela, kći Julijusa Schwartza, rođena 1890. u Glini, otišla je s njim u Bihać te mu se pridružila u partizansku NOV od studenoga 1942. Bila je bolničarka u bolnici br. 1 u Podgrmeču te u Centralnoj bolnici Vrhovnog štaba tijekom tzv. četvrti i pete neprijateljske ofanzive. Poginula je 12. lipnja 1943. na Vučevu. I njihov sin Branko, koji je rođen 1925. u Ogulinu te bio učenik, otišao je u Bihać skupa s roditeljima po dolasku ustaša na vlast i skrivanja u bolnici. U partizanskoj vojsci bio je od studenoga 1942. kao bolničar u bolnici br. 1 u Podgrmeču, zatim u Centralnoj bolnici Vrhovnoga štaba do pogibije 13. lipnja 1943.

U obiteljskoj grobnici Herlingerovih na židovskom dijelu groblja u Dubovcu u Karlovcu prvi je 30. siječnja 1912. pokopan Bogdan Herlinger, Dragutinov mlađi brat, koji je umro u Zagrebu kao odličan učenik sedmog razreda gimnazije. Nakon njega pokopani su otac Makso i majka **Karolina** te zapisano sjećanje na dr. Dragutina, i njegovu obitelj **Gizu i Branka**, na **Milana Herlingera**, **Miroslava Herlingera** (Karlovac, 1889. - Mishnar Hajam, Izrael, 1952.), **Gjuru Herlingera** (Karlovac, 1890. - Zagreb, 1977.) i **Alice Weiss, Aleksandra Weissa**.

.....

„Na kiši, vjetru i studeni“



Osvrt na izložbu prof. dr. Eduarda Pavlovića

• Izložba 45 skulptura (mala plastika) prof. dr. sc. **Eduarda Pavlovića** u vitrinama bribirskog / vinodolskog Muzeja sastoji se od djela koja je umjetnik izradio u vapnencu, bračkom mramoru, granitu, drvu, terakoti, cementu / betonu.

Pavlović, profesor psihijatrije na MEF-u u Rijeci, umjetnički je educiran usporedno s medicinom. Godine 2002. postaje članom Hrvatskog akademskog društva likovnih umjetnika Zadar, poslije Hrvatskog društva likovnih umjetnika Zadar, čiji je sada redoviti član. Već je otprije poznat po svojih 8 samostalnih izložba i tridesetak skupnih izložba kipova, slika, crteža i (polu)instalacija (1985. – 2013.).

Radeći ranije kipove raznih dimenzija u metalu, ovom je prilikom izabrao kipove posvećene primorskim i sjevernodalmatinskim ženama pod naslovom Na kiši, vjetru i studeni. Radi se o skulpturama strojno i dlijetom obrađenog kamena, drva, terakote i cementa / betona. Ima tu i nekoliko tzv. ready-made izložaka – objekata nađenih kao naplavine na plažama ili u kamenjaru kojih je autor sama Priroda (najveći umjetnik), likovno interesantnih konstrukata koje je kao zasebna djela trebalo zapaziti i izdvojiti. A onda kroz ili uz malu intervenciju i obraditi - neka od njih (zbog zanimljivih formi) privlače posebnu pozornost publike i kritike.

Prateći predgovor za katalog napisao je književnik i publicist **Alojz Pavlović**, autorov brat.

Klešući manje formate i obrađujući ih „fleksericom“, dr. Pavlović je ostvario ovu tzv. malu plastiku koja igrom svjetla i sjene (na površinama – fasetama ubožičenih formi) uprizoruje likove i figure neobične likovne kakvoće. Ova je izložba s estetskog motrišta uljepšala i pridonijela veličini i značaju proslave 200. rođendana dr. med. Josipa Pančića u njegovom (rodnom) Bribiru vinodolskom.

Afirmiran i nagrađivan umjetnik (kipar i slikar) Eduard Pavlović je ovaj intimni, komorni ciklus skulptura posvetio ženama - mučenicama zadarskog zaleđa i benkovačkog kraja / ženama ravnokotarsko - bukovačkog prostora koje su šibane burama danonoćno (kroz stoljeća) čuvale stada na pašnjacima ili kraškim pasištima. Izvrgnute i drugim nevoljama patrijarhalne sredine te su žene ovjekovječene u pješčenjaku, vapnenu (limestone), drvu i pečenoj narančastoj glini (visina od 6 do 25cm / na postamentima) od gotove apstrakcije do pak i začudnih semiamorfnih obli-



Na kiši, kamen, v-7cm, 2013.

ka - djela dijelom nastalih i djelovanjem same majčice Prirode ali i osmišljajem samog kolege Pavlovića. Autor je gledao uboštici i uprizoriti sudbinu tradicijske žene u pastoralnoj ulozi čobanice, nimalo arkadijski idiličnoj.

Odstupljenost od realiteta, još manje romantizma, Pavlović je i gdjegdje koristio datosti šupljina na dostupnom mu materijalu - poput velikog Henryja Moorea. Šupljine na skulpturama-figurama Pavlović koristi za naziv «propuhane burom» - što se ne događa samo na vrletima i ravnima okolnih planina. Inače, ove su bile su zaštićene samo haljetkom (izvorno: aljkom) i rupcem-maramom/ jašmakom (turcizam u lokalnom govoru), da bi se kolikotoliko osigurale od nemilosrdnih atmosfera, pa od tuda i naslov izložbe Na kiši, vjetru i studeni. Ovaj tematski i sadržajno jedinstven, zavičajno intoniran umjetnički ciklus, stilski pripada velikom konglomeratu postmoderne . Valja i kazati da se je autor (potomak plemenitih Pavlovića Korlatovića - al pari descendenti Stojana Jankovića / Vladan Desnica, Smiljanica na postojbini zemalja kneza Branimira, kneževa Benkovića i serdara Posedarskih – sve

boraca, između brojnih drugih, protiv Osmanlija i Mlečana) obreo u rodnom kraju i Predraga Vranickog, Petra Nakića i jednog Mirka Žeželja. Eduard Pavlović uspješno gradi karijeru sveučilišnog profesora i kipara - zanesenjaka. Njegov homogen opus prikazao sam i ranije po izložbama u cijenjenim galerijskim i muzejskim prostorima. Ovu izložbu (za sada) držim kulmemom njegova stvaralaštva kako po likovnim postignućima tako i po kvaliteti izvedbe.

*Prim. dr. sc. Ljubomir Radovančević,
neuropsihijatar, likovni umjetnik,
predsjednik Hrvatske udruge liječnika
likovnih umjetnika u Zagrebu*

bro). Specijalistički ispit je položio na Klinici za psihijatriju KBC-a Zagreb/Rebro. Kao psihijatar radio je u PB-u Ugljan a sada radi na Klinici za psihijatriju KBC-a Rijeka kao primarius i voditelj jedne od dnevних bolnica. Magistrirao je i doktorirao na MEF-u u Rijeci. Bio je uključen u sve oblike nastave iz psihijatrije, zdravstvene psihologije / psihološke medicine: od asistenta do izvanrednog profesora – dužnosti što je i sada obnaša. Objavio je tri autorske knjige i 80-ak znanstvenih i stručnih radova; aktivno je sudjelovao na brojnim našim i međunarodnim znanstvenim i stručnim skupovima. Boravio je i istraživao i među našim iseljenicima u Australiji i na Novom Zelandu. Do sada je imao 10 samostalnih i 50-ak skupnih likovnih izložbi. Redoviti je član Hrvatskog društva likovnih umjetnika Zadar, član radnik je Matice hrvatske Ogranak Rijeka od 1970., član je i upravnog odbora Hrvatskoga katoličkog liječničkog društva Podružnica Rijeka, jedan od njegovih pokretača 1990. Sudionik je Domovinskog rata 1991. Oženjen je, otac troje djece. Živi u Opatiji.

.....

Smiona, kamen, v-12 cm, 2011.



Uznesita II, kamen, v-24cm, 2013

Prim. dr. Žarko Galetović

(1918 - 1997)

*Neuropsihijatar,
pionir hrvatskog rukometa
i član uprave NK Hajduk*

Eduard Hemar

- Neuobičajen i bogat životni put imao je liječnik i sportaš Žarko Galetović. Rođen je 1. VI. 1918. u Punta Arenasu. Taj najjužniji čileanski grad počinju u drugoj polovici XIX. stoljeća naseljavati Hrvati, uglavnom sa srednjodalmatinskih otoka. Žarkov otac Ivan Galetović rodom iz Pučića na Braču, kao jedan od osamnaestero djece ribara, zahvaćen vrtlogom siromaštva i ekonomске emigracije, kao šesnaestogodišnjak je emigrirao u Čile. Tamo upoznaje Žarkovu majku Mariju Delistović rodom s otoka Silbe, čiji su roditelji iz istog razloga emigrirali u Čile. Nakon vjenčanja radio im se prvi sin Žarko, a godinu poslije i sin Milan. Tijekom boravka u Punta Arenasu otac Ivan ostvario je značajan imetak (trgovina kr-

znom, zlatom i stokom), a bio je i voditelj kluba Dalmatinaca Godine 1921. odlučio je vratiti se s obitelji u novu državu Kraljevinu Srbu, Hrvata i Slovenaca koja je nastala nakon sloma Austro-Ugarske 1918. Putovanje je trajalo više od mjesec dana preko Buenos Airesa, Marselja i Trsta. Po povratku se obitelj Galetović trajno se nastanila u Zagrebu, gdje su im se rodila još dva sina. Živjeli su u zapadnom dijelu Zagreba, u ulici Baruna Filipovića, koja se nakon osamostaljenja Hrvatske ponovo tako zove. Žarko je u Zagrebu završio osnovnu školu i I. državnu realnu gimnaziju na Rooseveltovom trgu, gdje je danas smješten Muzej Mimara. Medicinski fakultet u Zagrebu upisao je 1937. i diplomirao u siječnju 1944.

Upravo činjenica da je pohađao I. realnu gimnaziju bila je presudna da se opredijelio za tada mladi sport koji se zvao veliki rukomet (igrao se na igralištu nogometnih dimenzija, a svaka ekipa nastupala je s 11 igrača u polju). Prva rukometna utakmica u Hrvatskoj i na prostoru tadašnje Kraljevine Jugoslavije (od 1929.) odigrana je 1930. u Varaždinu. Već u školskoj godini 1932/1933. Vladimir Janković (1903-1979), nastavnik gimnastike na toj gimnaziji i poslije sveučilišni profesor, pokreće rukomet među učenicima svoje gimnazije u Zagrebu.

Osnivač je učeničkog Udruženja tjelesnog vježbanja (UTV) krajem 1932. koje je kao svoj glavne sportske discipline razvijalo atletiku i rukomet. Potaknuo je izgradnju Srednjoškolskog igrališta u Klaičevoj ulici iza današnjeg Muzeja Mimara, gdje su nakon svečanog otvorenja 1935. igrane prve rukometne utakmice.

Zahvaljujući prof. Jankoviću rukomet je pustio korijenje u Zagrebu a učenici njegove gimnazije bili su prvi protagonisti rukometa. Prvo rukometno prvenstvo zagrebačkih srednjih škola na Srednjoškolskom igralištu odigrano je u školskoj godini 1935/1936. uz sudjelovanje učeničkih reprezentacija I., II., III. i IV. realne gimnazije te I. i II. klasične gimnazije. Pobjedila je reprezentacija I. realne gimnazije, koja je u prvenstvu igrala u sljedećem sastavu: **Emil Jurković** i **Milan Prelog** (vratar); **Tibor Lovrenčić**, **Viktor Štajman** i **Krešimir Vučetić** (braniči); **Ivan Kepert**, **Dragutin**



Rukometna reprezentacija Hrvatske 1942. u Budimpešti. S lijeva: B. Kralj, V. Šimanović, Ž. Galetović, V. Medved, V. Abramović, T. Marinov, I. Dolenc, K. Pavlin, S. Širić, Z. Leskovar, B. Marold (pričuva), A. Škrčić (savezni kapetan) i Z. Šurina (pričuva). Na slici nedostaje kapetan J. Žitnik

Peheim, Vladimir Nemet (pomoći red) te **Žarko Galetović, Ante Škrtić, Vjenceslav Richter, Milivoj Kučić, Vjekoslav Tepeš, Vladimir Mekić, Zlatko Šnajder i Zdenko Ungerer** (navalni red). Od te pionirske generacije zagrebačkog i hrvatskog rukometna, koja je iznjedrila mnoge kasnije ugledne sportske djelatnike i zaslužne osobe iz javnog života, danas su na životu još dvojica: **Dragutin Peheim i Tibor Lovrenčić**. No o njima će više riječi biti u nastavku teksta.

Žarko Galetović, osim što je bio uspješan rukometnički igrač, bavio se i s atletikom koja se tada nazivala laka atletika. Sredinom 1930-ih godina bila su vrlo popularna lakoatletska prvenstva srednjoškolaca u cross-countryju (danas pozniji kros). Na prvenstvu zagrebačkih srednjih škola u cross-countryju 1935. bio je član pobjedičke štafete I. realne gimnazije u utrci na 4 x 1600 m za učenike do 18 godina. Pobjednička štafeta nastupila je u sastavu: **Hrastar-Vukelić-Škrtić-Galetović**.

Reprezentacija I. realne gimnazije pod vodstvom Vladimira Jankovića odigrala je prve međunarodne utakmice u velikom rukometu za vrijeme trajanja Olimpijskih igara 1936. u Berlinu u međunarodnom omladinskom kampu. I nakon završetka gimnazije i upisa na fakultet, Žarko je nastavio s igranjem rukometna. Na ruku mu je išla činjenica da je u zapadnom dijelu Zagreba gdje je živio, tj. u susjednoj Kustošiji, 1939. osnovan Hrvatski športski klub Meteor. Žarkov susjed s ugla Illice i Svetog Duha **Marijan Flander** (1920-1995), poslije ugledan rukometni i sportski djelatnik, bio je jedan od osnivača rukometne sekcije HŠK Meteor. Te iste 1939. godine u Zagrebu je, osim Meteor-a, još nekoliko poznatih klubova osnovalo rukometne sekcije: 1. HŠK Građanski, HŠK Ličanin (poslije HŠK Martinovka), HŠK GEC Šparta, HŠK Concordia i ŠK Željezničar (poslije



Rukometna reprezentacija I. realne gimnazije na Srednjoškolskom igralištu u Zagrebu 1936.

Stoje u gornjem redu slijeva: Z. Ungerer, V. Richter, Ž. Galetović, V. Mekić, A. Škrtić, prignuti u drugom redu: I. Kepert, D. Peheim, V. Štajnman, čuće: T. Lovrenčić, M. Prelog i K. Vučetić

HŠK Trnje). Sljedeće godine svoju je sekciju osnovao i ŠK Marathon (poslije HŠK Zagreb). Tako su se stekli uvjeti da se u proljeće 1940. formira Rukometni radni odbor, koji je te godine organizirao prvo klupsko (propagandno) Prvenstvo Zagreba u velikom rukometu. Bilo je to ujedno prvo klupsko rukometno prvenstvo na području Hrvatske i Jugoslavije. U njemu je sudjelovalo sedam ekipa jer je Concordia nastupila s dva sastava. Pobijedila je ekipa Meteora ispred Građanskog i Šparte.

Za sastav Meteora, prvog rukometnog prvaka Zagreba, nastupali su: **Oskar Beda i Zdenko Šurina** (vratarji); **Josip Žitnik, Stjepan Širić i Todor Marinov** (braniči); **Zvonimir Juhant, Vladimir Šimonović, Zvonimir Leskovar i Mileta Kašanin** (pomoći red) te **Živko Lasić, Stanko Marinov, Žarko Galetović, Boško Laloš, Marijan Flander**,

Strahinja i Relja Bačić i Zdenko Ungerer (navalni red). Tako je Žarko Galetović sudjelovao u rukometnoj ekipi koja je kao prva u povijesti osvojila Prvenstvo Zagreba.

Nakon sloma Kraljevine Jugoslavije i usprkos drugom svjetskom ratu, veliki rukomet je doživio pun procvat u Zagrebu u ratnim godinama. U listopadu 1941. započeo je djelovati Hrvatski rukometni savez (pokušaj osnivanja 1940. propao je zbog nemogućnosti plaćanja banovinske takse). Prvo Prvenstvo NDH u velikom rukometu 1941. poništено je zbog nesuglasica s dvije njemačke vojne ekipe koje su sudjelovale na tom prvenstvu. Tako je prvi službeni rukometni prvak NDH dobiven nakon odigranog prvenstva 1942. Pobijedila je ekipa Meteora ispred Concordije i Šparte. Opet je protagonist u pobjedi bio Žarko Galetović, koji je tako nakon srednjoškolskog i propagandnog



Rukometni Meteora pobjednici prvog propagandnog Prvenstva Zagreba 1940. S lijeva: S. Širić, Z. Leskovar, Z. Juhant, Ž. Lasić, M. Flander, J. Žitnik, B. Marold, S. Marinov, V. Šimanović, Ž. Galetović i Z. Šurina



Dr. Žarko Galetović (lijevo)
i dr. Ivo Orlandini na
Neuropsihijatrijskom odjelu
Vojne bolnice u Splitu

prvenstva Zagreba osvojio i prvo povijesno rukometno prvenstvo Hrvatske. U pobjedničkom sastavu Meteoru 1942. nastupali su: **Šurina, Širić, Lasić, Šimanović, Juhant, Leskovar, Žitnik, Marinov, Marold, Laloš, Galetović, Ungerer i Šintić**. U lipnju 1942. rukometna reprezentacija Hrvatske, pod vodstvom saveznog kapetana **Antuna Škrtića**, odigrala je svoju prvu službenu međunarodnu utakmicu u Budimpešti protiv Mađarske. Iako je neiskusna hrvatska reprezentacija izgubila čak sa 9:0, po ocjeni izvjestitelja najbolji igrač utakmice bio je hrvatski vratar **Branko Kralj – König** (1924-2012), poslije poznati nogometni vratar i svirač usne harmonike, jer bi bez njegovih obrana poraz bio znatno teži. Čast da nastupe za prvu hrvatsku rukometnu reprezentaciju u povijesti imali su: **Josip Žitnik** (kapetan), **Branko Kralj, Vladimir Šimonović, Žarko Galetović, Viktor Medved, Todor Marinov, Irlslav Dolenc, Krešimir Pavlin, Stjepan Širić i Zvonimir Leskovar**. Pričuvni vratar bio je **Zdenko Šurina**. Iz te su generacije poslijepotje mnogi rukometaši postali ugledni treneri i sportski djelatnici.

Posebno je zanimljiva sudbina dvojice Žarkovih školskih kolega, danas jedinih živućih rukometaša iz pionirske generacije I. realne gimnazije u Zagrebu. Stariji od njih je Dragutin Peheim (Vukovar, 9. VII. 1917.), diplomirani pravnik. Rano je prestao igrati rukomet ali je nastavio djelovati organizacijski. Godine 1939. jedan je od osnivača rukometne sekcije I. HŠK Građanski. Po osnivanju NDH prvo je 1941. imenovan za saveznog kapetana rukometne reprezentacije Zagreba a potom je od 1942. do 1945. bio predsjednik Hrvatskog rukometnog saveza. Nakon rata sklonio se od mogućih progona u Istru, gdje je bio pokretnič rukometa u Puli. Nakon dvadeset godina vratio se u Zagreb i bio do umirovljenja savjetnik pri Vrhovnom sudu. Malo mlađi je Tibor Lovrenčić (Zagreb, 17. X. 1917.), inž. građevinarstva. Po-

tječe iz ugledne obitelji koje je u prvoj polovici XX. st. imala u vlasništvu Jamničku kiselicu. Rukomet je igrao do 1942. Kao student Arhitektonskog fakulteta u Zagrebu uhićen je zbog toga što je njegova obitelj dala crvenu pomoć za partizane te je u prosincu 1942. bez sudske odluke prebačen u Jasenovac. U logoru je radio u građevinskoj grupi na izgradnji zida oko logora i stambenih nastambi i ostao u logoru sve do 1945. Nakon rata se posvetio kinologiji i danas se smatra jednim od pionira hrvatske kinologije. Njegova sestra Melita Lovrenčić-Schmidlin (Zagreb, 11. II. 1916), najstarija je hrvatska sportašica. Na Svjetskim ženskim igrama 1934. u Londonu sa hazena reprezentacijom Jugoslavije osvojila je zlatnu medalju. Od 1946. živi u Švicarskoj. Gospoda Peheim i Lovrenčić, danas vitalni 97-godišnjaci, posljednji su svjedoci pokretanja hrvatskog rukometa i jedni od najstarijih živućih sportaša u Zagrebu i Hrvatskoj.

Žarko Galetović se bavio sa rukometom do završetka studija. Odmah nakon diplome u siječnju 1944. mobiliziran je u Domobranske postrojbe tadašnje NDH, te je kao

mladi liječnik upućen u Domobranski lovački zdrug u Banja Luci. Tijekom 1945. prelazi na oslobođeni teritorij te se pridružuje pripadnicima NOB-a. Po završetku rata ostaje mobiliziran u JNA. Kao mladi liječnik raspoređen je u vojnu zrakoplovnu luku u Zrenjaninu, a potom obnaša dužnost voditelja odmarališta za zrakoplove u dvorcu Viltuš pokraj Maribora.

Ženi se 1948. u Splitu sa **Sankom Škurlom** a 1951. dobiva sina Davora. Specijalistički ispit iz neuropsihijatrije položio je 1953. te je upućen na službu u Mostar, gdje je u to vrijeme bio i jedini neuropsihijatar. Nakon četiri godine premješten je na Odjel za neuropsihijatriju Vojne bolnice u Splitu, a od 1968. obnaša dužnost voditelja Odjela. Umirovljen je u činu pukovnika 1978. I za vrijeme svoje profesionalne liječničke karijere ostao je vezan uz sport. Po dolasku u Split aktivno se uključuje u Zdravstvenu komisiju Nogometnog kluba Hajduk, te ubrzo postaje njenim predsjednikom. Od 1970. do 1980. član je najužeg vodstva NK Hajduka, te zajedno s legendarnim predsjednikom **Titom Kiriginom** i članovima užeg vodstva sukireira Hajdkovu zlatnu generaciju. U tom je razdoblju ekipa Hajduka osvojila četiri prvenstva i pet kupova Jugoslavije te igrala zapanjujuću ulogu u europskim kupovima.

Prim. dr. med. Žarko Galetović do kraja je života ostao emotivno vezan za svog Hajduka, ali ga danas pamtimos prvenstveno kao pionira zagrebačkog i hrvatskog rukometa. Dobitnik je niza stručnih i sportskih priznanja i nagrada. Preminuo je 10. I. 1997. od posljedica moždanog udara u Splitu, gdje je i pokopan. U liječničkom zvanju naslijedio ga je sin, primarius doc. dr. sc. **Davor Galetović** (Split, 5. VI. 1951), ugledan splitski oftalmolog.

Izv.: Arhiva Davora Galetovića iz Splita; arhiva autora.
Lit.: Razvoj rukometa u Hrvatskoj, Zagreb, 1986; Zdenko Jajčević, »Počeci djelovanja Hrvatskog rukometnog saveza«, Povijest hrvatskog športa br. 143, Zagreb, prosinac 2007.



Dr. Žarko Galetović (lijevo) i predsjednik NK Hajduk Tito Kirigin

Kongresi, simpoziji i predavanja

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“). • Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi **Fulvii Akrap**, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom od 8,00 – 16,00 sati, a srijedom od 10,30 – 18,30 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

•

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak „Liječničkih novina“, pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju to dogovoriti s poduzećem za marketing „Bonamark“ (Zagreb, Amuruševa 10, tel/fax: 01/4922-952, tel. 01/4818-600, mail: bonamark@bonamark.hr), po postojećem cjeniku za oglašavanje u „Liječničkim novinama“.

• EDUKACIJA TIJEKOM CIJELE GODINE •

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske izobrazbe nalazi se na web stranici: www.hlk.hr

KRATICE

AMZH - Akademija medicinskih znanosti

HAZU - Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti

HD, genitiv HD-a - Hrvatsko društvo

HLK, gen. HLK-a - Hrvatska liječnička komora

HLZ, gen. HLZ-a - Hrvatski liječnički zbor

HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo

KB - Klinička bolnica

KBC - Klinički bolnički centar

MEF, gen. MEF-a - Medicinski fakultet

MZ - Ministarstvo zdravlja RH

OB - Opća bolnica

PZZ - Primarna zdravstvena zaštita

SB - Specijalna bolnica

Tečajevi kardiopulmonalne reanimacije Europskog vijeća za reanimatologiju za odrasle i djecu u organizaciji

Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečaj zbrinjavanja ozlijedenog bolesnika – Europski trauma tečaj (ETC – European Truma Course)

Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AED) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS – Immediate life support) Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku Sve detaljne informacije nalaze se na www.crorc.org

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2014.god.

BLS (Basic life support – Osnovno održavanje života), kotizacija 300,00kn

Opskrba dišnog puta u CPR-u, kotizacija 400,00kn

Venski put i lijekovi u CPR-u, kotizacija 300,00kn

Defibrilacija i monitoring, kotizacija 400,00kn

Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci

Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2014. godine

Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: djavor@medri.hr

Hrvatsko psihijatrijsko društvo – Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja – uloga liječnika PZZ - 140 radionica Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Edukacija iz neurofiziološke tehnike – Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro – Klinika za neurologiju

Kontinuirana individualna edukacija

Papo Željka, tel.: 01/2388-352

200kn po danu edukacije

Primjena harmoničnog rezaca u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine

Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481

1.200,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,

mob.: 098/235-718,

e-mail: dmiklic@hotmail.com

3.500,00kn

Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju

Zagreb, jednom mjesечно

Dr. D. Milošević, tel.: 4920-013, mob.: 091/7213-113

EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju

Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu

Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731, e-mail: hecimovic@inet.hr

Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran

Lovran, tijekom cijele godine

Nataša Možetić, tel.: 051/710-212

200,00kn

Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije

Klinika za neurologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb,
Referentni centar MZRH za epilepsiju
Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u trajanju
od 30 radnih dana
Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-344, 2388-374
e-mail: centar-za-epilepsiju@net.hr

Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728
Tijekom 2014. god.

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb
Mjesečno, tijekom 2014. 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 2014.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 2014.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 2014., 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 2014. – trajna edukacija
Doc.dr.sc. Dijana Delić-Brkljačić, dr.med., tel.: 01/3787-111
12.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

Hrvatsko društvo za akupunkturu (HLZ)
Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesečno (18 sati)
Dr.Dalibor Veber, e-mail: info@akupunktura.hr, GSM: 091/4748493
www.akupunktura.hr
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
250,00kn

**Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog
vanjskog defibrilatora**

HLZ, HD za reanimatologiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
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.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

**Ultrazvučna dijagnostika razvojnog poremećaja kuka kod
djeca**

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, trajanje 20 dana, tijekom cijele godine
Prim.dr.sc. Gordana Miljičić, dr.med., mob.: 091/4600-108,
e-mail: gmilicic55@gmail.com

**Osnovni i napredni tečaj endoskopije gornjeg i donjeg
dijela probavnog trakta**

KB Merkur
Zagreb, 02.12.2013.-31.12.2014., kontinuirano
Dr. Bruno Škurla, mob.: 098/238-337

**Kontinuirani tečaj 2014. – Nove smjernice u liječenju
akutnih i kroničnih rana**

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Suvremeni tretman rana i osnove zbrinjavanja stoma

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 01.01.-31.12.2014.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-905, www.e-medikus.com

**On-line tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih
članaka I dio**

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 27.01.-22.12.2014.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-920

On-line tečaj za autore sustavnih preglednih članaka II dio

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 27.01.-22.12.2014.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-920

Tečaj kontinuirane edukacije zbrinjavanja akutnih i kroničnih rana

KB „Merkur“, KB „Sveti Duh“
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob: 098/9829-360

Pričajmo o shizofreniji

Hrvatsko psihijatrijsko društvo
on-line, 20.02. – 31.12.2014.
Iva Tonković, tel.: 01/6610-762

Bol

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.06.2014. – 31.10.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Depresija i komorbiditetne bolesti

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.07.2014. – 30.11.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Alzheimerova bolest i demencije

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.08.2014. – 15.12.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Peptična ulkusna bolest, GERB

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 02.06.2014. – 31.10.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

MSD akademija – Pristup liječenju šećerne bolesti tipa 2 u ordinaciji obiteljske medicine

Dedal komunikacije d.o.o.
www.msd-akademija.com, 01.05.-01.12.2014.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-905

Organizacija trajne izobrazbe liječnika nakon ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju

HLK
on-line, 13.05.-20.12.2014.
Dedal komunikacije d.o.o., Zoran Milas, tel.: 01/3866-905
www.e-medikus.com

Aspirin® Protect Akademija – slučajevi iz ordinacije LOM

HD za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva (HDFEZ)
on-line, 22.07.-22.09.2014.
<http://ecme.bayer.hr/>
Paloma Galli, mob.: 091/1422-007

Uloga biljnih sterola i staniola u liječenju hiperlipidemije

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 15.09.-15.12.2014.
www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Akutni infekcijski proljev i nove smjernice za liječenje

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.
www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Dijabetes, tjelesna aktivnost i hipoglikemija

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.
www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

RUJAN

Dijabetes u praksi

Hrvatski zavod za telededicinu
Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 25.09.2014.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082

I oni trebaju našu pomoć, vidimo li ih?

Lundbeck Croatia d.o.o.
Vinkovci, 25.09.2014.
Ivan Vujeva, mob.: 099/2593-870

Minimalno invazivne metode u liječenju degenerativnih bolesti slabinske kralješnice

HLZ-HD za spinalnu kirurgiju
Zagreb, 25.-26.09.2014.
Dr. Marinko Kovačević i gđa. Dijana Regvar, tel.: 01/3787-522,
mob.: 095/8521-454, e-mail: neuroklinika@kbcsm.hr, info@spine.hr
700,00/1.000,00kn

II. savjetovanje – Sigurnost u zdravstvenim ustanovama

Poslovno učilište integralna sigurnost i razvoj
Opatija, 25.-26.09.2014.
Anita Končar, mob.: 099/6161-221
1.250,00kn

XV. simpozij – Ortopedska pomagala 2014.

KBC Zagreb, Kl. zavod za rehabilitaciju i ortopedска pomagala,
Društvo za protetiku i ortotiku - ISPO Croatia
Poreč, 25.-27.09.2014.
Biserka Tominić, tel.: 01/2367-901, e-mail: btominic@kbc-zagreb.hr
Do 31.07.2014. 1.000,00kn (900,00kn članovi ISPO i specijalizanti,
pratnja 700,00kn, jednodnevna kotizacija samo za stručni skup
500,00kn)
1.100,00kn

Trening izvanbolničke hitne medicinske službe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Krapinske Toplice, 25.-27.09.2014.
Tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com;
www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 1.300,00, ostali 1.500,00kn

Nova dostignuća i izazovi suvremene kardiovaskularne medicine

HAZU

Rijeka, 26.09.2014.

Željana Miković, tel.: 051/584-578

Advanced Paediatric Life support

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, Sekcija za pedijatrijsku i neonatalnu intenzivnu i urgentnu medicinu, MEF Sveučilišta u Splitu Split, 26.-28.09.2014.

Prof.dr.sc. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590,
e-mail: julije.mestrovic@gmail.com
2.000,00kn

Spolno prenosive bolesti – novi obzori

HD za spolno prenosive bolesti HLZ-a, Hrvatsko dermatovenerološko društvo HLZ-a, Katedra za dermatovenerologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu uz podršku IUSTI (IUSTI – International Union Against Sexually Transmitted Infections – European Branch)

Brijuni, 26.-28.09.2014.

Spektar putovanja d.o.o., Ana Miškulin, tel.: 01/4862-606, fax.: 01/4862-622,
e-mail: ana.miskulin@spektar-holidays.hr, www.sti-brijuni2014.com
2.700,00kn; specijalizanti, med.sestre i umirovljenici 770,00kn;
izlagači 770,00kn; osobe u pratnji 770,00kn

Hypnosis as a Condition for Psychotherapy

Udruga za kibernetiku psihoterapije i organizacije (UKPO)

Rijeka, 26.-28.09.2014.

Ilinka Serdarević, mob.: 091/814-600
700,00kn

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a

Rijeka, 27.09.2014.

Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,
e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

Holistički pristup liječenju sepse

HLZ, HD za kemoterapiju

Zagreb, 27.09.2014.

Ariana Pavelić, tel.: 01/2826-190, e-mail: apavelic@bfm.hr
300,00 – 500,00kn

Tečaj Onkološka edukacija u primarnoj zaštiti

Zaklada Onkologija

Zagreb, 27.09.2014.

Sandra Šutić, mob.: 099/2572-470; e-mail: sandra@zutimacak.hr
360,00kn

Edukacija CTG-u

Hrvatska komora primalja

Pisarovina, 27.09.2014.

Hrvoje Perinić, mob.: 091/3451-093

Stručni skup posvećen poremećajima komunikacije u djece

Udruga za pomoć osobama s mentalnom retardacijom – Đakovo
Đakovo, 27.09.2014.

Zdenka Konjarik, mob.: 098/9614-300

Minimalno invazivne tehnike u liječenju kronične boli

HLZ, HD za regionalnu anesteziju i analgeziju

Zagreb, 27.-28.09.2014.

Davorka Stošić, tel.: 01/3712-359

500,00kn članovi HDR, ostali 1.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkturе

HLZ, HD za akupunkturu

Zagreb i Daruvar, 27.09.2014. – 13.09.2015.

Dr.Dalibor Veber, e-mail: info@akupunktura.hr, GSM: 091/4748-493
www.akupunktura.hr

Cijena: 15.000,00 kuna

O čemu govore Europske smjernice o prevenciji kardiovaskularnih bolesti?

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)

Zagreb, 30.09.2014.

<http://www.amzh.hr/skupovi.html>

Zaštita zdravlja na radu

Hrvatska udruga za zdravo radno mjesto

Zagreb, 30.09.2014.

Gorana Lipnjak, mob.: 095/9860-722

500,00kn

4. hrvatski kongres – Dileme u neurologiji i

3. hrvatski kongres intenzivne neurologije s međ.sud.

Rovinj, 30.09. – 05.10.2014.

KL za neurologiju MEF Zagreb i KBC-a Zagreb

Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, dr.med., tel.: 01/2388-310;

fax.: 01/2376-021;

e-mail: predstojnik.nrl@kbc-zagreb.hr;

www.neuroloskikongresi-tecajevi.com

2.800,00kn

LISTOPAD

7. hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međ.sud.

HD za Alzheimerovu bolest i psihiatiju starije životne dobi HLZ-a i

HD za neuroznanost

Brela, 01.-04.10.2014.

Studio Hrg d.o.o. Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-450, fax.: 01/6110-452;

mob.: 098/210-155; e-mail: kongres@studiohrg.hr;

ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr; www.alzheimer2014.com

Nasljeđivanje raka dojke, genetsko testiranje, savjetovanje i profilaktička masektomija

Udruga „Sve za Nju“

Zagreb, 02.10.2014.

Ljiljana Vukota, mob.: 091/3337-832

Podrška dojilji: Što zaista pomaže?

Hrvatska udružba IBCLC savjetnica za dojenje

Split, 02.10.2014.

Irena Zakarija-Grković, tel.: 021/557-823

6. kongres Hrvatskog društva radiologa

HLZ, HD radiologa
Osijek, 02.-05.10.2014.
Dr. Damir Štimac, mob.: 098/799-166
300,00/150,00EUR

XVIII. kongres HUDHMP s međ.sud.:

Učimo na iskustvima 3

Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći
Selce, 02.-05.10.2014.
Jasminka Perić, mob.: 099/8847-466
500,00kn

Drugi simpozij o dojenju: Dojenje – dobrobit za cijeli život

Hrvatska udruga IBCLC savjetnica za dojenje
Split, 03.10.2014.
Banana Kunina, mob.: 098/391-938

Biopsihosocijalni koncept depresije: sistemski pristup

Udruga Breza
Našice, 03.-04.10.2014.
Božidar Popović, mob.: 092/1602-920,
e-mail: salutogeneza1@gmail.com
Do 26.09.2014. – 550,00kn, poslije 26.09.2014. – 650,00kn

8. Hrvatski internistički kongres s međ.sud.

Hrvatsko internističko društvo HLZ-a
Opatija, 03.-05.10.2014.
Prim.dr. Dragutin Ivanović, tel.: 01/2367-427, faks: 01/2367-429,
e-mail: info@ik-2014.com; http://www.ik-2014.hr
1.100,00kn

XIV. kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora

HD obiteljskih doktora HLZ-a
Zagreb, 03.-05.10.2014.
Nina Dumančić – PerfectMeetings, tel.: 01/4827-279;
fax.: 01/4832-330:
e-mail: nina.dumancic@perfectmeetings.hr; www.hdod.net
1.200,00kn; 1.000,00kn za članove HDOD

Instructional cours on burns and advanced burn life support

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju
Šibenik, 03.-05.10.2014.
Zdravko Roje, tel.: 021/557-457
2000,00kn

Virus Ebole i drugi opasni uzročnici infektivnih bolesti – prijetnja biosigurnosti u modernom svijetu

HD za biosigurnost i biozaštitu HLZ-a, Klinika za infektivne bolesti
„Dr. Fran Mihaljević“
Zagreb, 04.10.2014.
njakopovic@bfm.hr
200,00kn

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 06.-09.10.2014.
Dr. Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

Lijekovi i ...

ZZZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju
Zagreb, 08.10.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

6. kongres hrvatskih pulmologa s međ.sud.

HLZ, Hrvatsko pulmološko društvo
Dubrovnik, 08.-11.10.2014.
Dr. Neven Miculinić, tel.: 01/2385-100
2000,00kn

2nd International Congress of hepatobiliary and Pancreatic Surgery

Udruga za promicanje kirurgije jetre, gušterače i žučnih vodova – HPB
Split, 08.-12.10.2014.
www.2nd-hpb-split.conventuscredo.hr
Conventus Credo d.o.o.,
marin@conventuscredo.hr, anja@conventuscredo.hr;
tel.: 01/4854-696, mob.: 099/4406-728

AO Trauma Croatian-Finnish Symposium – Special problem sin Upper and Lower extremity Surgery

HLZ, Hrvatsko traumatološko društvo
Split, 9.10.2014.
Tatjana Mrzljak, Filida-putnička agencija, tel.: 01/4616-520
500,00kn

ERA-EDTA introductory course on Epidemiology

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Pula, 09.-10.10.2014.
Dr. Nikola Janković, mob.: 091/3712-045, www.hdndt.org;
www.era-edta.org

XII. kongres Hrvatskog društva medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja

HLZ, HD medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja
Opatija, 09.-11.10.2014.
Vlasta Zajic Stojanović, dr.med., mob.: 099/8070-303, dr. Srebrenka
Mesić,
mob.: 099/8070-359
750,00kn

Infektivni rizici u turističkoj medicini

ZZZ županije Istarske
Pula, 10.10.2014.
Lorena Lazarči Stefanović, tel.: 052/529-000

2. simpozij HD za znanost o laboratorijskim životinjama

Veterinarski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 10.10.2014.
Maja Lang Balija, mob.: 091/5829-908
200,00kn

Integrirani pristup liječenju bolestima dišnog sustava

HLZ, Hrvatsko pulmološko društvo
Dubrovnik, 10.10.2014.
Dr. Neven Miculinić, tel.: 01/2385-100

**European School of Pathology – Zagreb Edition 2014
– Update int he Pancreas and the Bile Duct System
Pathology**

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju
Zagreb, 10.-11.10.2014.
Luka Brčić, mob.: 091/3693-693
1.000,00kn za članove HDPSM

2. međunarodni kongres nutricionista

Hrvatski Zbor Nutricionista
Varaždin, 10.-12.10.2014.
Valerija Bukvić, mob.: 091/5641-319
700,00kn

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja
Planinski centar „Petehovac“ kod Delnice, 10.-12.10.2014.
Dr. Tvrtko Pervan, tel.: 01/3313-031
2.500,00kn

**7. hrvatski kongres nefrologije, dijalize i transplantacije
s međ.sud.**

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Pula, 10.-13.10.2014.
Dr. Nikola Janković, mob.: 091/3712-045, www.hdndt.org
2.310,00kn

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb
Zagreb, 11.10.2014.
Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964
750,00kn

**Sindrom iritabilnog crijeva: Od proljeva do opstipacije
– dijagnostika, diferencijalna dijagnostika i liječenje**

MEF Sveučilišta u Zagrebu i KB „Sveti Duh“
Zagreb, 11.10.2014.
Dr. Saša Gulić, mob.: 091/3713-366, e-mail: sasa.gulic@yahoo.com
Dr. Karolina Majstorović, mob.: 091/3713-425,
e-mail: majstork@gmail.com
450,00kn

Zooone i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a
Rijeka, 11.10.2014.
Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,
e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

Zooone i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a
Varaždin, 11.10.2014.
Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,
e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

Dubrovačka škola lipidologije

HLZ, HD za aterosklerozu
Dubrovnik, 11.-14.10.2014.
„Spektar putovanja“ d.o.o., Ana Miškulin, tel.: 01/4862-606
1.000,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 13.-17.10.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Desetljeća kosti i zglobova

KB Dubrava
Zagreb, 14.10.2014.
Blanka Kovačić, tel.: 01/2903-434

Novija postignuća u imunologiji i hematologiji

HAZU
Rijeka, 14.10.2014.
Željana Mikovčić, tel.: 051/584-578

**Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera
(DDD trajna edukacija)**

Korunić d.o.o. Zagreb
Zagreb, 15.10. – 17.11.2014.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

**6. hrvatski kirurški kongres s međunarodnim
sudjelovanjem**

Hrvatsko kirurško društvo HLZ-a
Zagreb, 15.-18.10.2014.
Studio HRG d.o.o., Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-450,
mob.: 098/210-155; e-mail: kongres@studiohrg.hr;
pmatjase@kbc-zagreb.hr; www.surgery 2014.com

Ozljede kralješnice u sportu

Penta d.o.o.
Zagreb, 16.10.2014.
Veronika Jurić, mob.: 091/2015-939,
e-mail: veronika.juric@penta-zagreb.hr
250,00kn

Kronične rane – između teorije i prakse

Hrvatska udruga za rane
Terme Tuhejl, 16.-17.10.2014.
Dunja Hudoletnjak, mob.: 095/3777-175
900,00 – 1.200,00kn

**Mobility and Infection: Diagnosis and Management,
ESCMID Postgraduate Education Course**

ESCMID Study Group for Infections in Travellers and Migrants
(ESGITM)
ESCMID Study Group for Infections int he Elderly (ESGIE)
Croatian Society of Infectious Diseases (CSID) oft he Croatian
Medical Association
Infectious Diseases and Clinical Microbiology Specialty Society
of Turkey (EKMUD)
University of Zagreb, School of Mediicne Andrija Stampar School
of Public Health
WHO Collaborating Centre for Occupational Health
Dubrovnik, 16.-17.10.2014.
Nevenka Jakopović, e-mail: njakopovic@bfm.hr

XI kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva

HLZ – Hrvatsko pedijatrijsko društvo

Dubrovnik, 16.-19.10.2014.

Prof.dr.sc. Julije Meštrović, prim.dr.sc. Marija Radonić,
mob.: 091/4317-189

500,00kn

Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrv. senološko društvo

Zagreb, 16.10.2014.-03.01.2015.

Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677
9.500,00kn

**SUTRA – Samolječenje u trudnoći i tijekom dojenja
(Sigurnost i rizici primjene bezreceptivnih proizvoda
u trudnoći i tijekom dojenja)**

Hrvatsko farmaceutsko društvo

Zagreb, 18.10.2014.

Anita Galić, mag.pharm., univ.mag., tel.: 01/4872-849
400,00kn+PDV

Mehanička respiracijska potpora

HLZ, HD za anesteziologiju i intenzivno lijeчењe

Dubrovnik, 18.-20.10.2014.

Jadranka Radnić Salijevski, mob.: 091/5097-154
1.200,00kn

**Anatomske varijante karotidnih i vertebralnih arterija
s osvrtom na njihovu embiologiju i kliničko značenje**

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 20.10.2014.

Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592

**Napredni tečaj endoskopске kirurgije preponske,
incizione i hijatalne hernije**

Aesculap akademija d.o.o.

Zagreb, 22.-24.10.2014.

Sonja Šikić, mob.: 091/2356-748
4.000,00kn

**Model donorskog programa KBC „Sestre milosrdnice“
– Prikaz multidisciplinarnе prakse u jedinici
intenzivnog liječenja**

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta

Zagreb, 23.-24.10.2014.

Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
2500,00kn

**2. kongres Hrvatskog društva za tumore glave i vrata
s međ.sud.**

HD za tumore glave i vrata

Zadar, 23.-25.10.2014.

Lana Kovač Bilić, tel.: 01/2367-586

Specijalisti 1000,00kn, specijalizanti 500,00kn

**16. godišnji kongres Hrvatskog reumatološkog
društva HLZ-a**

HLZ, Hrvatsko reumatološko društvo

Šibenik, 23.-26.10.2014.

„Atlantis“, gđa. Mirjana Horvat, tel.: 01/4811-155, prim. Goran Ivanišević,
mob.: 091/5624-163 e-mail: g_ivanisevic@hotmail.com
1.000,00kn do 01.09.2014., nakon toga 1.500,00kn;
specijalizanti 600,00kn; umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

2. hrvatski simpozij o raku jajnika

Hrvatsko ginekološko onkološko društvo (HGOD)

Zagreb, 24.10.2014.

„Spektar putovanja“ d.o.o., Ana Miškulin, tel.: 01/4862-606
Prof.dr.sc. Vlastimir Kukura, tel./fax.: 01/2431-391,
e-mail: vlastimir.kukura@zg.t-com.hr; www.hgod.hr
Sudionici 400,00kn; članovi HGOD-a 300,00kn; umirovljeni
lijecnici i specijalizanti 200,00kn

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a

Slavonski Brod, 24.10.2014.

Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,
e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

**Više od krvi – Sve što moramo znati o dobrovoljnom
darivanju krvi**

Gradsko društvo Crvenog križa Rijeka

Rijeka, 24.10.2014.

Branka Maračić, tel.: 051/213-873

**Edukacija stručnih osoba koje rade sa žrtvama nasilja
u obitelji,**

Modul I – UVOD – Nasilje u obitelji

Ženska soba – Centar za seksualna prava

Marija Bistrica, 24.-25.10.2014.

Maja Vukmanić Rajter, tel.: 01/6119-174

**Obesity – metabolic and nutritional problem
in Western and Eastern Europe**

HLZ, HD za debljinu

Opatija, 24.-26.10.2014.

Vesna Borisavljević, A.T.I.-Putnička agencija, tel.: 052/223-400

**Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija
u hitnoj medicini**

Hrvatski zavod za hitnu medicinu, HLZ HD za hitnu medicinu
i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine

Krapinske Toplice, 24.-26.10.2014.

Tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com;
www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 1.200,00, ostali 1.400,00kn

6. hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama s međ.sud.

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije
Opatija, 24.-26.10.2014.
www.hdugi2014.com; Elite Travel d.o.o., tel.: 01/4817-380/370/371
1400,00/1900,00kn

4. kongres prirodne medicine

Udruga „Prirodna medicina“
Zagreb, 25.10.2014.
Darko Vujnović, mob.: 091/2330-925
150,00kn

Emergentni i re-emergentni flavivirusi – zajednički izazov i odgovornost humane i veterinarske medicine

Veterinarski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 25.10.2014.
Doc.dr.sc. Suzana Hađina, mob.: 091/2390-289,
prim.dr.sc. Tatjana Vilibić-Čavlek, mob.: 098/9641-935
400,00kn specijalisti, 200,00kn ostali

Medicina i tehnika

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)
Zagreb, 28.10.2014.
www.amzh.hr

STUDENI

AO Trauma Course – Basic Principles in Operative Fracture Management for Surgeons

HLZ, Hrvatsko traumatološko društvo
Zagreb, 05.-07.11.2014.
Tatjana Mrzljak, Filida-putnička agencija, tel.: 01/4616-520
3420,00kn

XXVIII. Perinatalni dani „Ante Dražančić“

HLZ, HD za perinatalnu medicinu
Zagreb, 06.-08.11.2014.
Dr. Josip Juras, mob.: 098/668-305, e-mail: josipjuras@gmail.com
1.000,00kn i 600,00kn

AO Trauma Course – Basic Principles in Operative Fracture Management for Surgeons

HLZ, Hrvatsko traumatološko društvo
Zagreb, 06.-08.11.2014.
Tatjana Mrzljak, Filida-putnička agencija, tel.: 01/4616-520
3420,00kn

HDIR-3: From Bench to Clinic – 3rd Meeting with International Participation

HD za istraživanje raka (HDIR)
Zagreb, 06.-07.11.2014.
Petar Ozretić, tel.: 01/4571-292
370,00kn (studenti 185,00kn)

Trening izvanbolničke hitne medicinske službe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Krapinske Toplice, 06.-08.11.2014.
Tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com;
www.hdm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 1.300,00, ostali 1.500,00kn

Bolesti gušterače – suvremeni pristup

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 07.11.2014.
Dr.sc. Andro Bratanić, mob.: 095/3929-865
200,00kn

Simpozij – Astma u djece

Sekcija za alergologiju i kliničku imunologiju Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a
Zagreb, 08.11.2014.
Darko Richter, tel.: 01/2376-521, mob.: 091/5076-396

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb
Zagreb, 08.11.2014.
Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964
750,00kn

Profesionalne bolesti stomatologa

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 08.11.2014.
Lada Prišlić, tel.: 01/4802-123
700,00kn

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a
Zadar, 08.11.2014.
Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,
e-mail: nenad.pandak@bolnicašb.hr

Anksiozni poremećaj kod djece i mlađeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mlađež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 10.11.2014.
Tajništvo, tel.: 01/4862-501
60,00kn

Ultrasound in primary, emergency & critical care medicine, USLS-BL1 provider

HLZ, HD za internu medicinu
Zagreb, 10.-11.11.2014.
Prof.dr. Radovan Radonić, tel.: 01/2367-483, mob.: 091/5491-930,
e-mail: rradonic@gmail.com
1.000,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 10.-14.11.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju
Zagreb, 12.11.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stmpar.hr

Konzervansi u hrani s posebnim osvrtom na određivanje sorbata i benzoata

ZJZ županije Istarske
Pula, 14.11.2014.
Lorena Lazarć Stefanović, tel.: 052/529-000

Croatian Virus Workshop – CroViWo

Hrvatsko mikrobiološko društvo
Rijeka, 14.11.2014.
Igor Jurak, tel.: 051/584-580
100,00kn

1st SeENS Endoscopic Pituitary Surgery Workshop; Endoscopic Endonasal Surgery of Pituitary Lesions- Present Advantages and Limits

HD za cerebrovaskularnu neurokirurgiju
Zagreb, 14.11.2014.
Dr.sc. Vatroslav Čerina, mob.: 098/708-643
70,00/100,00EUR

Debljina i poremećaji u jedenu – lice i naličje istog problema

Klinika za pedijatriju KBC Sestre milosrdnice
Zagreb, 14.11.2014.
Prim. Lavinija La Grasta Sabolić, mob.: 099/3787-188
300,00kn

Kontrola krvnog tlaka – ključan čimbenik u prevenciji kardiovaskularnih bolesti

Medikor
Zagreb, 14.11.2014.
Valentina Krikšić i Iva Kovačević Pihler, tel.: 01/3689-673
350,00kn + PDV

Drugi dani humane genetike prof.dr.sc.Ljiljane Zergollern-Čupak

HLZ, HD za humanu genetiku
Zagreb, 14.-15.11.2014.
Ljubica Boban, mob.: 098/803-836,
e-mail: dani.humane.genetike@gmail.com

Škola hitne medicine

HLZ, HD za hitnu medicinu
Zagreb, 14.-15.11.2014.
Višnja Neseck Adam, tel.: 01/3712-359
500,00kn specijalizanti; 700,00kn specijalisti

Training workshop Day Surgery: Making it happen

KBC Zagreb
Zagreb, 16.-17.11.2014.
Prof. Anko Antabak, mob.: 091/4922-260,
e-mail: aantabak@kbc-zagreb.hr
<http://www.iaas-med.com/index.php/introduction#register-croatia>

Individualna psihoterapija djece i mlađeži

Psihiatrijska bolnica za djecu i mlađež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 17.11.2014.
Tajništvo, tel.: 01/4862-501
60,00kn

Radiološki prikaz patologije paranasalnih šupljina

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 17.11.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592

7th Congress of the Croatian Neurosurgical Society

HLZ, Hrvatsko neurokirurško društvo
Zagreb, 20.-22.11.2014.
Studio Hrg d.o.o., Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-450;
mob.: 098/210-155; e-mail: kongres@studiohrg.hr;
smmarasanov@gmail.com; www.neurosurgery2014.com

Trening za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Krapinske Toplice, 21.-22.11.2014.
Tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com;
www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 800,00, ostali 1.000,00kn

Dislipidemije – još uvijek neriješen problem

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo
Rovinj, 21.-23.11.2014.
Vesna Borisavljević, A.T.I.-Putnička agencija, tel.: 052/223-400
500,00kn

75 god. Klinike za kirurgiju lica, čeljusti i usta, XI kongres HDMFK i V kongres HDOK s međ.sud.

KB Dubrava
Zagreb, 27.-29.11.2014.
Marija Juras-Maček, tel.: 01/2903-431
700,00kn bez PDV, 500,00kn bez PDV

Third International Symposium on hypertension ISHO2014

HD za hipertenziju, Mađarsko društvo za hipertenziju, MEF
Sveučilišta u Osijeku, MEF Sveučilišta u Zagrebu, MEF Sveučilišta u Pečuhu, HD fiziologa
Osijek, 27.-30.11.2014.
Ines.drenjancevic@mefos.hr, tel.: 031/512-800, 031/399-610,
fax.: 031/512-866, jkos@gmail.com, mlaganovic@gmail.com,
web: <http://www.hypertensionshop3.org>

Trening trijaže u odjelu hitne medicine

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Krapinske Toplice, 28.-29.11.2014.
Tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com;
www.hdgm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 800,00, ostali 1.000,00kn

PROSINAC

15. simpozij Hrvatskog društva za ginekološku endokrinologiju HLZ i Odjela ginekologije OB Zabok – Kontroverze u minimalnoj invazivnoj ginekološkoj kirurgiji uz obilježavanje 40-te obljetnice Odjela ginekologije i porodništva OB Zabok
OB Zabok
Zabok, 01.12.2014.
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,
e-mail: mkopjar9@gmail.com, prim.dr.sc. Rajko Fureš,
mob.: 098/251-966
700,00kn specijalisti, 500,00kn specijalizanti, umirovljenici besplatno

15. hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. „Kurt Semm“
OB Zabok
Zabok, 01.-05.12.2014.
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,
e-mail: mkopjar9@gmail.com;
Dr. Igor Maričić, mob.: 098/9061-583,
7.600,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 01.-05.12.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Akupunktura u liječenju боли

HLZ, HD za liječenje боли
Osijek, 12.-14.12.2014.
Andrea Mršo, tel.: 031/511-531, e-mail: mrsoandrea385@gmail.com;
www.hdlb.org
2.500,00kn

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju
Zagreb, 10.12.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Akupunktura u liječenju боли

HLZ, HD za liječenje боли
Osijek, 12.-14.12.2014.
Andrea Mršo, tel.: 031/511-531, e-mail: mrsoandrea385@gmail.com;
www.hdlb.org
2.500,00kn

Neurointervencijski postupci – prva iskustva u Kliničkom zavodu za dijagnostiku i intervencijsku radiologiju KBC Split

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 15.12.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592

2015. OŽUJAK

Autoimune neuromuskularne bolesti

Klinika za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLZ,
HLK
Zagreb, 27.03.2015.
Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408, e-mail: ervina.bilic@mef.hr;
predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr
600,00kn specijalisti, 300,00kn specijalizanti,
umirovljenici ne plaćaju kotizaciju



Foto: Motovun, Andreja Šantek