

LIJEČNIČKE NOVINE



TEMA BROJA

Novi izazovi pred HHMS-om

EKSPERTIZA

Ugovori o specijalizaciji

RAZGOVOR

Dr. Dario Nakić
ministar zdravlja RH

"Izborit ću se za liječnike"

LIJEČNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
Adresa uredništva
1000 Zagreb, Ulica Grge Tuškana 37, Hrvatska

GLAVNI I ODOGOVORNI UREDNIK

Prof. dr. Željko Poljak
Vlaška 12, 10000 Zagreb
e-mail: zeljko.poljak@zg.t-com.hr

POMOĆNICA GLAVNOG UREDNIKA

Daniela Dujmović Ojvan
e-mail: daniela.dujmovic@hlk.hr

TAJNIK REDAKCIJE

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.

MEDICAL NEWS

FOUNDER AND PUBLISHER
The Medical Chamber of Croatia
ADDRESS
1000 Zagreb, Tuškanova 37, Croatia
Editor-in-chief Professor Željko Poljak, M.D.
Published in 20.000 copies

LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr e-mail:hlk@hlk.hr

IZDAVAČKI SAVJET

Nikolina Budić, dipl. iur.
Dr. Miran Cvitković
Mr. sc. Trpimir Goluža
Dr. sc. Mira Hanževacki
Dr. Eva Jendriš Škrljak
Dr. Ivan Lerotic
Dr. sc. Krešimir Luetić
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Dr. Darija Moguš Vončina
Dr. sc. Jadranka Pavčić Šarić
Dr. sc. Iva Pejnović Franelić
Dr. Ivan Raguž
Dr. Dragan Soldo
Doc. dr. sc. Davor Vagić
Prof. dr. sc. Lada Zibar

UREDNIČKI ODBOR

Tomislav Božek • Stella Fatović Ferenčić
Zdenko Kovač • Slavko Lovasić • Adrian Lukenda
Meri Margreiter • Ingrid Marton • Tatjana Nemeth Blažić
Davor Plavec • Matija Prka • Dražen Pulanić • Livija Puljak
Ana Tečić Vuger • Ivica Vučak • Ksenija Vučur

UPUTE SURADNICIMA

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

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

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

Preplatnička služba HLK-a

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

Dizajn: Restart, Antonio Dolić,
e-mail: toni@restart.hr, tel. 091/3000 577

Tisk: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 20.000 primjeraka

5	UVODNA RIJEČ Vjerodostojnošću do samopoštovanja i društvenog uvažavanja
6	RAZGOVOR Ministar dr. Dario Nakić
12	TEMA BROJA Novi izazovi pred HHMS-om
18	IZ KOMORE Afera Hipokrat • Koncesije • Etički kodeks • Strukovni KU Nedostatak liječnika • Privatizacija • Anketa • Stručni nadzor Tribina u Osijeku • Osnivanje KoKoZ-a • Specijalizacije • Ljekarnici Cjenik • DTS sustav • Anesteziološka procjena • Subspecijalizacija Vesela vječerica • Pitanja i odgovori
34	IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA
40	COCHRANE ZANIMLJIVOSTI
42	NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE
48	RIJETKE BOLESTI Paroksizmalna noćna hemoglobinurija
50	LIJEVI KUT – DESNI KUT O Zlatku Hasanbegoviću
52	AKTUALNA TEMA Epidemija Zika virusa
56	FARMAKOVIGILANCIJA
58	KOMORIN TEST ZNANJA
64	EPIDEMIOLOŠKA TEMA Euro GASP u Hrvatskoj
67	DRUGO MIŠLJENJE Rak kolona
68	DJECA U FOKUSU Liječnici protiv zlostavljanja djece
74	ESEJ Hijerarhija i mobing
75	GRAĐA ZA POVIJEST MEDICINE Dr. Zdenka Čermáková
76	KOLEGA HITNJAK
78	BEZ RECEPTA
80	LIJEČNICI SPORTAŠI Prof. dr. Danilo Pavešić
84	KRATKA LIJEČNIČKA PRIČA U godini 2525-oj
86	LIJEČNICI U SLOBODNO VRIJEME Avanture po američkom Zapadu
90	IZ UREDNIŠTVA Novi članovi uredničkog odbora
92	PISMA UREDNIŠTVU
93	FOTOGRAFIJE Dr. MARINE DE ZAN
94	KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVNJA
98	UREDNIKOV KUTAK
	PRILOG Propisi Hrvatske liječničke komore usvojeni na sjednici Skupštine održane 19. prosinca 2015.

142. OBLJETNICA HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA I
TRADICIONALNOG HUMANITARNOG LIJEČNIČKOG BALA

LIJEČNIČKI BAL



27.02.2016.
HOTEL ESPLANADE
ZAGREB



INFORMACIJE I KONTAKT: O-Tours d.o.o., Gajeva 6/1, Zagreb
kontakt osoba: Tatjana Koprtla / e-mail: tatjana.koprtla@otours.hr / mobitel: +385 98 9805 716

Vjerodostojnošću do samopoštovanja i društvenog uvažavanja



MR. SC. TRPIMIR GOLUŽA
PREDSEDNIK HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE

Izazov odgovornog suočavanja s problemom imperativ je za svakog razboritog čovjeka, a vjerodostojnost rada svake institucije preduvjet je njena društvenog uvažavanja

Drage kolegice i kolege,

pred nama su sadržajno i vizualno promijenjene *Liječničke novine*. Prije no što ste nam dali povjerenje za vođenje Hrvatske liječničke komore obećali smo vam da ćemo je temeljito reorganizirati. Rekli smo da ćemo organizaciju koja je dobrom dijelom bila svrha sama sebi preobraziti u društveno uglednu i utjecajnu instituciju koja će prije svega služiti svojim članovima.

Da bismo to ostvarili važna nam je komunikacija s vama i s cijelokupnom javnošću. *Liječničke novine* u tom pogledu imaju bitnu ulogu. Godinama najskuplji projekt HLK-a, koji je na godišnjoj razini stvarao milijunske gubitke, nastojimo učiniti finansijski samoodrživim. Maksimalno smo racionalizirali troškove izdavanja i distribucije novina te osjetno povećali prihode. Uštedena sredstva preusmjerili smo i preusmjeravat ćemo u unapređenje naše profesionalne i socijalne sigurnosti.

Novine smo nastojali osvremeniti, sadržajno i vizualno osvježiti te ih učiniti pitkijim, zanimljivijim, kritičnjim i informativnijim. Želimo stvoriti prostor argumentiranog dijaloga o svim problemima koji opterećuju hrvatsko liječništvo i zdravstveni sustav. Otvorit ćemo ih za konstruktivne rasprave o konceptima održivih i uspješnih zdravstvenih politika na svim razinama i u svim njenim sastavnicama. **Vođeni stajalištem da odgovornost svakog intelektualca nadilazi njegovo isključivo bavljenje profesijom, već podrazumijeva i dublje sagledavanje društvenih problema, želimo iskoračiti i u teme od općeg društvenog značaja i interesa.** I ne samo to, kroz *Liječničke novine* želimo omogućiti i besplatnu trajnu medicinsku izobrazbu bodovanu prema Pravilniku HLK-a. Koliko smo, na početku, u svemu tome uspjeli, procijenite sami!

Neke promjene lako je uočiti, jer su vidljive već na prvi pogled. Takav je slučaj s *Liječničkim novinama*. No postoje i promjene koje je, na prvu, teže prepoznati jer su složenije. One zahtijevaju puno sitnih, često jedva vidljivih korekcija koje tek nakon odredenog vremena, zaokružene u cjelinu poprime puni sjaj i dobiju puni smisao. Preobrazba manje ili više uređene organizacije u vjerodostojnu i društveno uvažavanu instituciju, takav je proces. Zahtjevan i bolan, težak i dugotrajan. Nije ga lako provesti, ali je vrijedan napora

i truda, jer jamči sigurnost i dugoročnu korist. Taj proces zahtijeva jasnu viziju i dosljedan rad. Ponekad naizgled i na vlastitu štetu, ali zapravo na dobrobit sviju.

Posljednjih mjeseci, nakon što smo najavili pokretanje postupka utvrđivanja nedostojnosti obavljanja liječničke djelatnosti za svakog člana kojeg sud pravomočno osudi za kazneno djelo počinjeno tijekom obavljanja liječničkog zvanja, izloženi smo ucjenama, prijetnjama i snažnim pritiscima da nastavimo nojevskom politikom ignoriranja pravne države koju je dosljedno provodilo prethodno vodstvo Komore. Nismo i nećemo im podleći. Odlučili smo suočiti se s naslijedenim problemom, za čiji nastanak ne snosimo niti najmanju odgovornost, te pronaći rješenje kojim ćemo zaštитiti čast i dostojanstvo liječničkog zvanja. Poštujući uzuse pravne države i osnovne principe zrelog društvenog ponašanja, zaštítit ćemo vjerodostojnost institucije Hrvatske liječničke komore i postaviti poželjne standarde ponašanja i odgovornosti. Istovremeno razvijamo mehanizme koji će onemogućiti ponavljanje propusta tipa „Hipokrat“ - preventivne i kurativne. Pregovaramo s udrugom Inovativne farmaceutske industrije o načinu suradnje na postizanju transparentnosti u odnosu između farmaceutskih tvrtki i liječnika. Stvorili smo strategiju trajne medicinske izobrazbe. Izmjenili smo i dopunili Kodeks medicinske etike i deontologije. Uspostavili smo kvalitetnu suradnju sa specijaliziranim odvjetničkim uredima. Pred realizacijom smo ugovarajući osiguranja pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku za kaznena i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti. **Svi članovi Hrvatske liječničke komore, bez ikakvih dodatnih finansijskih izdataka, imat će pogodnost vrhunske stručne pravne pomoći i osiguranu financijsku potporu u slučaju da protiv njih bude pokrenut kazneni ili prekršajni postupak.**

Izazov odgovornog suočavanja s problemom imperativ je za svakog razboritog čovjeka, a vjerodostojnost rada svake institucije preduvjet je njena društvenog prihvaćanja i uvažavanja. U sljedeće tri i pol godine, učinit ćemo sve da Hrvatska liječnička komora u svakom pogledu bude društveno prihvaćena kao respektabilna institucija čije će mišljenje i stavovi itekako utjecati na kreiranje zdravstvene politike, ali i ukupnog društvenog položaja hrvatskog liječništva.

RAZGOVOR S MINISTROM ZDRAVLJA
dr. sc. DARIJOM NAKIĆEM

Dr. NAKIĆ: „Liječnici zaslužuju i dobit će bolji status u društvu“

razgovorala / DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN

daniela.dujmovic@hlc.hr

Jedini je cilj strukovnoga kolektivnog ugovora za liječnike vraćanje statusa u društvu toj izuzetno važnoj profesiji. Time ne želimo umanjiti važnost niti medicinskih sestara niti drugih profesija u zdravstvu

Nakon više-manje neuspješnih pokušaja reformi zdravstvenog sustava svih bivših ministara i Vlada, u „koštač“ s tim „vrucim“ resorom hrabro se upustio zadarski nefrolog Dario Nakić. Iako je njegovo ime bilo jedno od većih iznenadenja na listi ministara u „timu“ Tihomira Oreškovića, vrlo brzo je postao medijski najekspozirani i najcitiraniji ministar nove Vlade. Odmah je iznio glavne točke reforme zdravstva, a neke od namjera, kao što su sklapanje strukovnoga kolektivnog ugovora za liječnike i plaćanje nadstandardnih usluga u zdravstvu, izazvale su brojne polemike i otpore u dijelu javnosti. Za sada novi ministar zdravlja zbog svoga čvrstog stava i namjere da napokon uredi taj glomazan i kompleksan sustav u svim segmentima i vrati dostojanstvo liječničkoj profesiji priznavši joj pripadajući status u društvu, djeluje obećavajući. No, hoće li se njegove najave i namjere uistinu i realizirati ili će zdravstvo i pod njegovom „palicom“ biti još samo jedan eksperiment u nizu, vrijeme će pokazati, popularno rečeno. Mi smo u međuvremenu iskoristili priliku da s novim ministrom „pretresemo“ sve aktualne teme u zdravstvu.

■ **Eliminacija liječnika iz socijalnog dijaloga bio je jedan od najvećih problema u odnosu liječnika i Vlade Kukuriku koalicije. Vašoj najavi o mogućnosti sklapanja strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike s Hrvatskim liječničkim sindikatom oštro se protive ostali sindikati, posebice Samostalan sindikat zdravstva i socijalne skrbi. Ukoliko ustrajete u svojoj namjeri zasigurno će uslijediti tužbe koje bi sindikati mogli dobiti kao što je to bio slučaj u vrijeme Andrije Hebranga. Kako ćete umiriti sindikate i realizirati za liječnike dugo željeni strukovni ugovor?**

Imam namjeru otvoriti razgovor oko strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike. Oko 300, 400 liječnika je otišlo iz Hrvatske, a još oko tisuću ih je zatražilo dokumentaciju jer ima istu namjeru. Te brojke ukazuju na potrebu za brzim reagiranjem. Zato je potrebno pronaći zajednički jezik s liječnicima, Liječničkim sindikatom i strukovnim liječničkim udrušama u situaciji kada nećemo moći povećati materijalna prava liječnicima, ali da barem statusno priznamo položaj liječnika u društvu. Ne vidim zašto bi to ugrozilo bilo koju

drugu profesiju. Hoćete li se takvo pitanje otvoriti i za druge profesije? Moramo vidjeti, zašto isključiti unaprijed i reći ja nisam za. Jedno je jasno, ne želim da pitanje liječnika i njihovog strukovnog ugovora ide na uštrb bilo koje druge profesije u zdravstvu.

■ **Mislite da će sindikati prihvati vaše argumente?**

Mi smo već imali uvodne, preliminarne razgovore sa sindikatima, ispitati ćemo koje nam mogućnosti stoje na raspolaganju.

■ **Prepreka vašim namjerama je i Zakon o reprezentativnosti sindikata**

Naravno da nećemo raditi ništa protuzakonito. No, ukoliko postoji mogućnost izmjene spomenutog Zakona ili neki drugi način, svakako ćemo vidjet na koji je način moguće postići taj sporazum. Ponavljam, glavni i jedini cilj je vraćanje statusa jednoj izuzetno važnoj profesiji. Pri tomu nikako ne želim umanjiti važnost niti medicinskih sestara niti drugog medicinskog i nemedicinskog osoblja u zdravstvu.

Dario Nakić –ministar koji će napokon uvesti više reda u zdravstvu i vratiti dostojanstvo liječničkoj profesiji?



■ Izjavili ste kako niste protiv Hitne helikopterske medicinske službe (HHMS-a), ali da je ugovor s Talijanima bio štetan. Imenovali ste radnu skupinu kako bi u suradnji s Ministarstvom obrane razradili taj projekt. Znači li to da će MORH ponovno preuzeti HHMS?

Nadam se. Pilot projekt HHMS-a je dobar kao ideja, ali nisam za način kako je taj projekt ugovoren. Mislim da je taj projekt za nas preskup s obzirom na ono što dobivamo. Ne lete noću, nešto se može, nešto se ne može i u prilogu ugovora gdje su tehničke specifikacije helikoptera, izričito piše da osoba ne smije biti teža od 90 i 98 kilograma. Kasnije mi je koordinator tog projekta Miljenko Bura rekao da se toga nije trebalo držati, ali u ugovoru tako piše.

■ U EU je HHMS u civilnim rukama

Uspostavili smo kontakte s MORH-om i oni su naveli primjere zemalja EU gdje HHMS također nije isključivo u civilnim rukama. Dozvolite da vidimo koji su nam modeli najisplativiji. Biti će zanimljivo vidjeti za

koji iznos ćemo mi potpisati taj ugovor. Pri tome ćemo se držati jednog principa, a to je zlatni sat.

■ Pa baš se za MORH-ove helikoptere tvrdi da ne mogu ispuniti taj zlatni sat.

Pa to je zanimljivo. A što onda noću i kad je ružno vrijeme? Onda su nam i MORH-ovi zrakoplovi dobri. Tko uostalom kaže da mi nećemo kupiti helikoptere. Možda i za to iskoristimo novac iz europskih fondova, razne su opcije otvorene. Mi smo za sve otvoreni, za to smo da se taj projekt nastavi, razradi i bude kvalitetan. Ako novi helikopter košta od 28 do 30 milijuna kuna, a mi smo za četiri mjeseca za cijeli pilot projekt plus liječničke ekipe platili oko 11 milijuna kuna, mogli smo za godinu dana kupiti jedan helikopter. Uvjeren sam da će naš ugovor biti značajno povoljniji.

■ Zašto onda udruge inzistiraju na nastavku tog pilot projekta?

To je dobro pitanje. Pitajte njih.

Liječnički sindikat ima razumijevanje za situaciju u kojoj se nalazimo i neće inzistirati na materijalnim pravima dok se stanje u državi ne popravi

Gotovo 50 posto ljudi dolazi u hitne bolničke prijeme bez uputnice. Tražimo način kako destimulirati nepotrebne dolaske jer se velik dio slučajeva može i treba riješiti na razini primarne zdravstvene zaštite

■ Hoćete li ustrajati na sklapanju strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike?

Ne pregovaram ja osobno, nego Liječnički sindikat. Oni su tražili da se razgovara o strukovnom kolektivnom ugovoru za liječnike. Podržao sam otvaranje tih razgovora i podržavat će ih ukoliko će biti mogućnosti da se taj ugovor realizira. Uvjet je da se njime ne oštete druge profesije. Uvjeren sam međutim da to nije niti namjera niti cilj liječničkih zahtjeva te da bi se mogao naći model za njegovo ispunjenje. Morate biti svjesni da je u školovanje tih ljudi Hrvatska uložila jako puno. Ne možete vi takvog stručnjaka ako ga izgubite, sutra naći na ulici. Njihov ostatak je u cilju pacijenata i kvalitete same zdravstvene usluge. Riječ je o obrazovanom, stručnom kadru koji je vani svugdje poželjan. Mislim da naš glavni cilj mora biti zadržati te ljude u Hrvatskoj.

■ Komentirajući odlazak liječnika u inozemstvo, istaknuli ste kako oni ne odlaze samo zbog malih plaća i materijalnih prava već i zato jer se ne mogu profesionalno realizirati. Izvjesno je da liječnicima nećete moći osigurati veća primanja, obzirom da ste najavili kako u proračunu nema novca za dogovorenog povećanje plaća od 6 posto. Hoće li strukovni ugovor biti dovoljan za njihov ostanak u Hrvatskoj?

Liječnički sindikat ima razumijevanje za situaciju u kojoj se nalazimo, oni žele priznavanje statusnih prava i neće inzistirati na materijalnim pravima dok se stanje u državi ne popravi. Pozdravljam tu njihovu spremnost. Ništa se mi nismo konkretno dogovorili, da bude jasno, mi smo samo uvodno razgovarali da vidimo u kojem će cilju voditi pregovore. Što ne znači da kroz godinu, dvije, oni to povećanje neće zahtijeti. Bio bih najsretniji da im mogu ponuditi povećanje plaća od 20 posto. Naravno, da samo strukovni ugovor ne može zadržati liječnike. Jedan od koraka bit će i uvođenje vremensko-kadrovske normativu kako bi omogućili ljudima da se profesionalno realiziraju i normalno napreduju u struci. Ponavljam, moramo vratiti dostojanstvo toj izrazito teškoj i zahtjevnoj profesiji. Rijetko koja profesija usred dana ili noći mora biti spremna za intervencije u najtežim i najkompleksnijim stanjima.

■ Što je s tzv. Varginim stambenim kreditima uz dva posto kamata za liječnike? Oni su bili najavljeni kao jedna od mjeru za sprječavanje odlaska liječnika iz Hrvatske. Mogu li na njih liječnici računati?

Upoznat sam s tim, no ne znam u kojoj je to fazi. To je nešto na čemu će se trebati poraditi, ali slazem se da je riječ o poželjnoj mjeri.

■ Kao svoj prvi potez gdje planirate postići uštode u zdravstvu najavili ste reformu hitne medicinske pomoći. Razmišljate o destimuliranju nepotrebnih dolazaka u objedinjene hitne bolničke prijeme (OHBP) te preusmjeravanju pacijenata na obiteljske liječnike i izvanbolničku hitnu službu. Kako planirate to izvesti?

Mi pričamo o zlatnom satu unutar kojeg pacijent treba dobiti liječničku pomoć gdje god bio. No, u velikom dijelu naših objedinjenih hitnih bolničkih prijema taj zlatni sat traje sedam, osam, nekad i deset sati. Cijeli sustav kao da je okrenut naopako. Omogućeno je da tko god hoće i kada to hoće, doslovce s ulice dođe u hitni bolnički prijem. Na taj način se ugrožavaju ozbiljno bolesni ljudi. Gotovo 50 posto ljudi koji dođu u hitne bolničke prijeme su ljudi koji dolaze bez uputnice, dakle nisu upućeni od liječnika primarne zdravstvene zaštite ili izvanbolničke hitne službe. Tako se dodatno opterećuje rad u hitnim bolničkim prijemima. Treba naći načina kako destimulirati te dolaske i mi upravo tražimo načine kako to izvesti. Poticat ćemo da ljudi koji ne spadaju u trijažnu kategoriju koja zahtijeva hitnu liječničku pomoć, dolaze kod svojih liječnika obiteljske medicine ili u izvanbolničku hitnu službu.

■ No, ambulante obiteljske medicine ne rade vikendom.

Postoje različiti načini i modeli da se smanji pritisak na bolničku hitnu službu kako bi se sustav racionalizirao. Preko noći se dogodilo da je sve prebačeno na bolnicu, da pacijenta nitko ne treba pregledavati osim specijaliste. To je nemoguće. Tako su se stvorila uska grla i pritisak na jednog čovjeka koji mora pregledati ogroman broj ljudi čime je izložen velikoj mogućnosti pogreške. I to nije dobro.

■ Mnoge su ambulante u domovima zdravlja i slabu opremljene. Kako to riješiti?

Vi imate veliki broj jednostavnih slučajeva koji se mogu i trebaju riješiti na razini primarne zdravstvene zaštite. Što se tiče opremljenosti, nama stoji na raspolaganju 18 i pol milijuna eura iz fondova Europske unije za opremanje upravo ambulant u domovima zdravlja ali i koncesionara. Evo novaca i prilike da se opreme te ambulante. Poslati ćemo nalog svim domovima zdravlja da obvezno prijave najmanje dva projekta kako ti novci ne bi ostali neiskorišteni.

■ Izjavili ste da je nedopustivo da u OHBP-ima rade mladi i neiskusni liječnici, no ni u izvanbolničkim hitnim službama nije puno bolja situacija. Hoćete li i u njima uvoditi promjene?

I u izvanbolničkoj hitnoj rade ljudi koji su mladi i koji nemaju toliko iskustva. I onda kad im nešto nije jasno, šalju ljude u hitne bolničke prijeme.



Ministar Dario Nakić u razgovoru s novinarkom Liječničkih novina

Tamo bi trebao raditi ipak netko tko ima više iskustva od njih. Dakle ne možete pacijenta slati u još goru situaciju. Krenuli smo s programom specijalizacija hitne medicine koji se zasad nije pokazao dobrim jer je značajan dio liječnika odustao od te specijalizacije. Odustali su jer se ne mogu naći u tome, jer sadašnji model jednostavno nije dobar. Dakle, to su ljudi koji nakon svog posla moraju rješavati najkompleksnije slučajeve, a pokraj sebe nemaju iskusne liječnike i specijaliste hitne medicine koji će moći procijeniti koje stanje zahtijeva hospitalizaciju, a koje ne. Zato će se sama specijalizacija hitne medicine morati dobro doraditi i poboljšati, tako da će i oni iz izvanbolničke bolničke hitne isto trebati tu specijalizaciju. Još jedan projekt Europske unije za ruralne krajeve ima predviđene novce za to.

■ Kako komentirate slučaj liječnice s Mljetom koja odlazi u mirovinu i ne može naći zamjenu, iako je plaća dobra, ambulanta dobro opremljena, a stan osiguran?

Vidite kako su hrvatski problemi veliki. I onda kad me netko pita treba li sve dati u koncesiju jer je u koncesiji odlično za razliku od ambulant u vlasništvu domova zdravlja, onda im postavim pitanje hoće li oni koncesiju na Mljetu ili u Donjem Lapcu. Itekako imamo problema unutar sustava. Trebat će ga stvarno uređivati i naći određene stimulacije za odlazak liječnika i u udaljene i ruralne krajeve, jer smo dužni osigurati pružanje zdravstvene zaštite na razini cijelog teritorija. Ako dopustimo da sve ide koncesionarima, tko će je pružati tamo gdje nitko neće ići?

■ Jedan od ključnih problema zdravstvenog sustava je i to što mu država ne plaća svoje obvezе i što su se novcima iz zdravstva sanirale druge rupe u proračunu. Prošlu godinu zdravstvo je ostalo uskraćeno za 2,4 milijarde kuna namijenjenog mu novca. Hoće li se ta politika nastaviti?

Pozdravljam činjenicu koju je prethodna uprava dobro napravila, a to je izlaženje HZZO-a izvan državne riznice. Dakle, sve ono što mi prikupimo doprinosom mora biti upotrijebljeno za zdravstvo. Nalazimo se na granici prekomjernog deficitia. Ako se stabiliziramo, kamate se mogu smanjiti za pola posto. Na taj način ostaje vam prostora za još milijardu, milijardu i pol kuna koje možete dobiti u proračunu i te novce možete iskoristiti za nešto drugo, za otvaranje radnih mjeseta, za punjenje osnovnog dijela proračuna itd. Koji bi trebao biti naš cilj? Što manje novaca iz proračuna! Da kroz racionalizaciju sustava zdravstva, kroz otvaranje mogućnosti prihoda od zdravstvenog turizma, kliničkih ispitivanja, što više punimo novca za zdravstvo, a što manje ga povlačimo iz proračuna. Taj iznos koji ste spomenuli, odnosi se prije svega na dopunsko zdravstveno osiguranje za one kategorije koje ga ne plaćaju.

■ Najavili ste ukidanje Zakona o sanaciji zdravstvenih ustanova te vraćanje bolnica pod okrilje županija. Zašto mislite da će županije sada bolje upravljati bolnicama kada su im upravljačka prava bila oduzeta upravo zato što su bolnice proizvodile gubitke?

To su obične floskule i obmane. Ako ste na tržištu, onda svaku uslugu koju dajete vi je i napla-

mite. Jesu li to bolnice radile? Nisu. I ne može se reći da je netko kriv za određena dugovanja ako nije mogao naplatiti ono što je fakturirao. Za vrijeme dok sam bio ravnatelj Opće bolnice Zadar, u trenutku kad sam bio smijenjen, mi smo fakturirali, dakle učinili usluge prema HZZO-u u iznosu od 120 milijuna kuna iznad limita. U to vrijeme smo bili oko 74 milijuna kuna u dugu. Prema toj računici, mi bi smo poslovali odlično. Dakle ne možete vi biti odgovorni jer vam je netko odredio cijenu koju će vam on platiti bez obzira kakva je cijena na tržištu. Ako kruh košta pet kuna i ja vam kažem da je cijena za koju ćete ga vi prodavati dvije i pol kune, je li u redu da vas onda optužim da ste loše poslovali. Kako će onda biti odgovorne županije? I što se onda događa? Bolnice se oduzmu lokalnoj samoupravi i na njihovo čelo imenujete sanacijske upravitelje bez ikakva kriterija. Nakon toga nemate nikakav plan i program rada. I odmah u prvoj godini, bolničke zdravstvene ustanove naprave novi manjak od milijardu i 400 tisuća kuna. Cijela priča je jedna velika farsa jer je cilj bio isključivo postavljanje podobnih ljudi na ta čelna mjesta. Mi to nećemo raditi. Vratit ćemo natrag upravljačka prava županijama i razgovarati o modelima kako vratiti nove dugove koji su stvorenii nakon sanacija.

■ Najavivši plaćanje nadstandarda u zdravstvu izazvali ste strah da će se prihodi u zdravstvu pokušati povećati na račun pacijenata. Kada mislite definirati što sve spada u taj nadstandard i tko će sudjelovati u njegovoj izradi?

Kako ćemo znati što je nadstandard? Idemo prvo definirati što je standard, a to će učiniti

stručna društva. Primjerice, dobar dio odrasle populacije ima problema s kralježnicom i na magnetskoj rezonanci se nađu neke promjene. Sada bi taj pacijent radi kontrole taj pregled obavljao svakih tri ili šest mjeseci i neće se operirati idućih 10 godina. Je li to nešto što mi kao društvo trebamo plaćati i solidarno podupirati? Ukoliko stručna društva kažu da je ta pretraga potrebna jednom u pet godina i to će vam pokrivati HZZO, da malo karikiram, ako želite više od toga, to je nad-standard. Mi možemo osigurati da svim dobiju jednu kvalitetnu razinu zdravstvene usluge, a sve iznad toga morat će se pokriti iz dodatnog osiguranja. Te novce mi ćemo utrošiti u podizanje razine opreme, različitih ugradbenih materijala, lijekove, pa to ide u prilog ljudima. Sva prava pacijenata ćemo izrazito podržavati, ali prohtjeve nećemo.

■ Obećali ste depolitizaciju u zdravstvu. Kako komentirate „slučaj vesela vjeverica“ i izjavu bivšeg premijera da se ravnatelji klinika trebaju birati političkom odlukom jer je riječ o menadžerima koji raspolažu sa stotinama milijuna kuna?

Umjesto visoko centraliziranog sustava mi želimo napraviti decentralizirani sustav. Neka lokalna samouprava odlučuje, ministar može zadržati samo pravo veta, odnosno mora dati suglasnost za izbor čelnog čovjeka zdravstvene ustanove. Slučaj Rajka Ostojića ne bih posebno komentirao, ali moram pitati kakvi su to menadžeri ako su bolnice poslovale negativno. Bolnice nisu privatne firme koje posluju na tržištu, jer cijenu usluga i poslovanje određuje Ministarstvo zdravstva u suradnji s HZZO-m. Međutim, slažem se da čelni ljudi bolnica moraju biti više uključeni u kontrolu i rukovođenje sustavom. Ali, mi ubuduće nećemo stimulirati potrošnju kao što se zadnjih mjeseci radilo, da što god vi napravili više to vam bude plaćeno. Mi trebamo racionalizirati sustav na način da dobijete što vam treba i ni mrvicu manje od toga. Ali ni više.

■ A kako komentirate Milanovićevu izjavu o odlikašima s Rebra i imate li informacija o tim „rodijačko“-političkim vezama i klanovima liječnika zbog čega je otežano i onemogućeno napredovanje onima izvan tog kruga?

I to je razlog što ljudi odlaze vani jer ne mogu napredovati kako bi trebali i zbog takvih stvari. Zato ćemo učiniti promjene u tim rukovodećim strukturama, napraviti ćemo reda oko izbora tih ljudi, od ravnatelja bolnica do šefova odjela. Ako će se tu poštovati red

i stručnost, onda će tako biti i na nižim razinama u hijerarhiji. Želim da stručni ljudi zbog svojih znanja i sposobnosti budu izabrani, a ne po raznoraznim drugim linijama. Nemam iluzija da ćemo preko noći napraviti idealno društvo, ali se moramo kretati k tome.

■ Hoćete li podržati inicijativu Hrvatske liječničke komore da saborski zastupnici i drugi visoki državni dužnosnici ne mogu za vrijeme obnašanja mandata istodobno voditi zdravstvene ustanove, bolnice, klinike, zavode ili odjele? Ne čini li vam se da je vođenje ustrojstvenih jedinica bolničkog sustava ozbiljan posao koji traži punu posvećenost, prezahтjevan da bi se uz njega mogla obnašati i visoka funkcija u državnom aparatu?

Nisam za duplikiranje funkcija, jer se postavlja pitanje gdje dajete više, a gdje dajete manje, odnosno koja je od tih funkcija manje važna. Ako ste na čelu neke velike ustanove, onda se trebate baviti tom ustanovom. I u tom smislu podržavam tu inicijativu. Dakle, netko tko je na čelu jedne velike bolničke ustanove, sigurno ne može obavljati druge poslove u opsegu koje zahtijeva još jedno radno vrijeme. Ako je to neki manje zahtijevan posao, onda je to nešto drugo, no saborski zastupnici sigurno ne pripadaju toj kategoriji.

■ Kakav je vaš stav o pravu liječnika na tzv. dvojni rad? Postoji mišljenje da je postojeće rješenje Ministarstva zdravljia po tom pitanju diskriminatorno i protuustavno. Hoćete li ga mijenjati?

Nisam protivan da liječnici nakon svog posla rade i u privatnim ustanovama. Mi nismo u mogućnosti da liječnicima platimo onoliko koliko mogu zaraditi vani. Taj dio se treba regulirati na jasan način. Situacija je sada takva da ljudi rade privatno, a imaju li sukladnost Ministarstva to nitko ne zna. Dakle, imamo nered. Ukoliko ste napravili svoj dio posla korektno unutar svog radnog vremena, nema iza vas repova i sankcija, ne vidim razloga da ne zaradite dodatno. Ne bojim se onih ljudi koji će nešto dobiti ili prihoditi od svog rada. Bojim se onih koji će dobiti nešto od nerada.

■ Dosadašnja iskustva vođenja zdravstva pokazala su da je za efikasnost sustava potrebna dobra suradnja između ministra i ravnatelja HZZO-a. Koga ćete predložiti na čelo ustanove koja godišnje raspolaže s gotovo 24 milijarde kuna?

Ne mogu vam još ništa reći.

■ Imate li neke kandidate u vidu?

Sasvim sigurno imam nekoliko kandidata, ali s konkretnim imenima još ne mogu u javnost.

■ Čini se da je došlo do svojevrsne „hubolizacije“ hrvatskog zdravstva.

Liječnici okupljeni u HUBOL-u

(Hrvatska udruga bolničkih liječnika) obnašaju vodeće dužnosti u hrvatskom zdravstvu. Dr. Trpimir Goluža postao je predsjednik Hrvatske liječničke komore, članica HUBOL-a dr. Ines Strenja Linić predsjednica je Saborskog odbora za zdravstvo i socijalnu politiku, a i vi ste „hubolovac“. Je li to slučajnost?

Rekao bih ovako. Riječ je o ljudima koji na sličan način promišljuju o zdravstvenom sustavu, dogodila se želja za promjenom nabolje od ljudi koji dobro razumiju taj sustav. Ne bih ja to nazvao „hubolizacijom“ zdravstva, (smijeh), ali sam u toj udruzi prepoznao dobre, čiste i iskrene namjere da se sustav učini boljim. KoHOM je također pokazao veliku spremnost za suradnju. Ne bih nikoga izdvajao, s kim god razgovaram; od Liječničke komore do zbora, svi iskazuju veliku želju da se sustav uredi. To je očito nešto što tišti sve nas.

■ Prošla zdravstvena administracija predvođena ministrom Vargom željela je ograničiti autonomiju komora u zdravstvu pa tako i Hrvatske liječničke komore. Kako vi vidite ulogu komora i suradnju s vašim ministarstvom?

Kao svoju pomoć i suradnike. Kao nekoga tko će se potruditi pružiti ruku u stvarima koje Ministarstvo neće moći napraviti. Napišite, suradnik Ministarstva zdravljia dok se ne premenuje u zdravstva.

■ Ipak ćete mijenjati ime Ministarstvu?

Naravno, samo to sad nije prioritet. Naime, ovdje nije riječ o stanju što sugerira naziv zdravljje, nego o sustavu. A sustav je zdravstvo.

■ Jedno ste od većih iznenadenja u izboru ministara. „Uskočili“ ste u Vladu u zadnji čas. Što je po vašem mišljenju presudilo da upravo vi postanete ministar zdravlja?

To treba pitati premijera Tihomira Oreškovića. Predložila me je županijska organizacija HDZ-a u Zadru i to je bio duži proces nego što vi mislite. Sve ostalo je na predsjedniku Vlade, on je odlučivao.

■ Kakav je dojam na vas ostavio ?

Jako dobar. S jasnim ciljevima što i kada želimo postići. Idemo to napraviti. ■

HITNA HELIKOPTERSKA MEDICINSKA SLUŽBA (HHMS)

Novi izazovi pred HHMS-om

napisala / DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN
daniela.dujmovic@hlk.hr

Ministar zdravlja slaže se s nastavkom djelovanja HHMS-a, ali ne na način ugovoren u pilot projektu. Sklon je tomu da MORH ponovno preuzme HHMS

U MORH-u uvjereni da mogu kvalitetno i dalje obavljati zračni medicinski transport, kao što to već rade nekoliko desetljeća i što su dokazali u svim intervencijama do sada

Pilot projekt Hitne helikopterske medicinske službe (HHMS) koji je trajao od 9. rujna 2015., do 9. siječnja 2016., izazvao je mnoge prijepore u javnosti, doveo do polemike u medijima između aktualnog ministra zdravlja dr. Darija Nakića i glavnog koordinatora tog projekta dr. Miljenka Bure, što je na kraju dovelo do ostavke potonjeg s mesta pomoćnika ministra zdravlja. U javnost su se iznosile različite zamjerke pilot projektu; da je riječ o preskupom projektu (za četiri mjeseca projekt je koštao 10,7 milijuna kuna, u iznos nije uključen trošak za medicinske timove), postavljalo se pitanje zašto bi se toliki novac plaćao strancima, odnosno dvjema privatnim talijanskim tvrtkama čija su dva helikoptera, kako piše u ugovoru, letjela samo danju od 6 do 18 sati i to samo u dobrim vremenskim uvjetima. Najveći „boom“ je izazvala izjava ministra Nakića kako u prilogu ugovora s Talijanima gdje su opisane tehničke specifikacije helikoptera, izričito piše kako osobe (uključujući i pacijente) koji se prevoze, ne smiju biti teže od 98, odnosno 90 kilograma. Ministar je efekt te informacije „poddebljao“ podatkom kako su Hrvati po debljini peti u Europi. Dr. Bura je opovrgnuo tu informaciju, pojašnjavajući kako je taj podatak istrgnut iz pravog konteksta, te da je riječ samo o preporuci da osobe (medicinski tim), radi praktičnosti kretanja i okretnosti u pružanju lječničke pomoći u malom prostoru medicinski opremljenog helikoptera, ne budu teže od navedenih kilograma. Konkretno, talijanski helikopter EC-135, koji je kod nas bio angažiran u pilot projektu (uz njega je letio i veći helikopter EC-145), a riječ je o helikopteru kojeg u svojoj floti imaju gotovo sve službe HHMS-a u Europi, ima nosivost 1.455 kilograma i može primiti pet putnika.

MINISTAR ZDRAVLJA ZA NASTAVAK HHMS-a, ALI U SURADNJI S MORH-om

Paralelno s optužbama na račun pilot projekta, ministar Nakić je objavio kako je o uspostavi HHMS-a razgovarao s ministrom obrane Josipom Buljevićem te imenovao radnu skupinu koja će u ime Ministarstva zdravlja i MORH-a razraditi taj projekt. Jednom riječju, ministar se složio s nužnošću nastavka djelovanja HHMS-a, ali ne na način ugovoren u pilot projektu. Prema njegovim izjavama, očito je sklon tomu da MORH ponovno preuzme HHMS, a to je potkrijepio činjenicom kako su se MORH-ovi helikopteri i za vrijeme pilot projekta koristili za HHMS i to poglavito noću i za ružna vremena kada Talijani nisu mogli uzletjeti. Naime, u četiri mjeseca, dva talijanska helikoptera uzletjela su na 229 intervencije, dok su MORH-ovi vojni helikopteri intervenirali 98 puta, od toga 54 puta noću. Stoga je ministar zdravlja upitao, zašto su nam MORH-ovi helikopteri dobri noću i po ružnom vremenu, a po danu nisu, te najavio kako će ugovor koji će njegovo ministarstvo sklopiti kako bi se osigurao nastavak HHMS-a biti znatno financijski povoljniji od dosadašnjeg. Ne zaboravimo dodati kako je nekoliko udruga predvođenih Mladenom Turečekom i Dubravkom Šmigmatorom iz Udruge sigurnost u prometu, predalo ministru peticiju s prikupljenih 12 tisuća potpisa za nastavkom rada HHMS-a, ocjenjujući kako je pilot projekt bio dobar i kako HHMS ne mogu više obavljati stari MORH-ovi vojni helikopteri Mi-8 (model iz 1967. godine) koji za početak, zbog svoje spo-



ŠTO JE HHMS?

Helikopterska hitna medicinska služba (HHMS) predstavlja jedan od modusa osiguranja i pružanja hitne medicinske pomoći teško oboljelima i ozljeđenima. Osnovni cilj ovog načina pružanja hitne medicinske pomoći jest brži dolazak liječnika pacijentu te skraćivanje vremena potrebnog da se bolesnik ili ozljeđena osoba s lica mjesta transportira u bolničku ustanovu. Potrebno je osigurati najvišu moguću razinu medicinske skrbi i tijekom samog transporta u bolnicu. Razlikuju se dva osnovna tipa transporta, primarni i sekundarni. Primarni je onaj u kojima liječnik HHMS-a prvi dolazi do pacijenta i pruža najbolju moguću medicinsku pomoć na licu mjesta i tijekom transporta u bolnicu. Odnosi se i na slučajeve kada je do pacijenta već stigao drugi tim medicinske hitne službe (cestovne), pri čemu liječnik HHMS-a pruža dodatnu, visoko specijaliziranu liječničku pomoć. Kod sekundarnog tipa transporta, pacijent je već zbrinut prije dolaska HHMS-a, a njegova je uloga adekvatan prijevoz do bolnice i medicinska skrb tijekom njega.

rosti (od poziva do polijetanja tvrde, čeka se od 20 do čak 60 minuta), ne mogu ispuniti standard „zlatnog sata“, odnosno pružiti liječničku pomoć pacijentu unutar 60 minuta i u tom ga vremenu transportirati do najbliže bolnice. Tim više što vojni helikopteri nemaju interijer adekvatno uređen za potrebe smještanja različitih medicinskih aparata i ležaja, imaju povećanu razinu buke i ne lete od pacijenta do bolnice nego od helidroma do helidroma, što također otežava ispunjenje standarda zvanog „zlatni sat“. Ističu kako je zapravo protivno zdravoj pameti uspoređivati transport pacijenta na poljskim nosilima u starom vojnom helikopteru s prilagođenim prijevozom u posebno opremljenom medicinskom helikopteru kakvi su bili u pilot projektu.

U MORH-u TVRDE DA MOGU I DALJE KVALITETNO DJELOVATI U OKVIRU HHMS-a

U MORH-u su pak uvjereni da mogu kvalitetno i dalje obavljati zračni medicinski transport, kao što to već rade nekoliko desetljeća i što su dokazali u svim intervencijama do sada; od prevoženja ranjenih, unesrećenih i teško oboljelih do hitnih prevoženja organa za transplantaciju i u zadaćama traganja i spašavanja. Savjetnik načelnika Glavnog stožera Oružanih snaga RH za zdravstvo, general dr. Boris Zdilar, istaknuo je kako u tu svrhu imaju u stalnoj spremnosti dva transportna/MEDEVAC helikoptera na lokacijama vojarni „Knez Trpimir“ Divulje i Lučko. Prosječno vrijeme reakcije posada kroz 24 sata je, tvrdi, od 15 do 20 minuta. Naveo je kako su samo tijekom 2015. godine, unatoč četveromje-

sečnom pilot projektu, izvršili 464 intervencija, te da ih je samo 20 otkazano, najčešće zbog nepovoljnih vremenskih prilika, ali i određenih medicinskih indikacija, primjerice zbog smrti pacijenta prije intervencije. Ukupno je prevezeno 510 pacijenata i 1069 pratitelja. Ukupni trošak kroz proteklih pet godina kretao se od 11 do 13 milijuna godišnje i taj se trošak odnosi na cijeli teritorij Hrvatske te za sve dnevne i noćne letove. Napomenuo je i kako su vojni helikopteri jedini u stanju prevesti veći broj ležećih pacijenata, do maksimalno deset nosila. General Zdilar ističe i kako se većina njihova medicinskog transporta odvija unutar „zlatnog sata“ te da Oružane snage Republike Hrvatske (OSRH) pored potrebne opreme, ljudstva i infrastrukture imaju još nešto bitno, a to je organizacija koja omogućuje racionalno korištenje državnih resursa.

>>



POJAM ZLATNOG SATA

Baziran na višegodišnjem konceptu hitnog zbrinjavanja traumatisiranih pacijenata, danas predstavlja vrijeme potrebno od trenutka nesreće, odnosno dojave, do odgovarajućeg medicinskog zbrinjavanja pacijenta. Pravo je svakog građanina EU-a, pa tako i Hrvatske.

Zagovornici nastavka HHMS-a iskušanog u pilot projektu, ističu kako je protivno zdravoj pameti uspoređivati transport pacijenta na poljskim nosilima u starom vojnom helikopteru s prilagođenim prijevozom u posebno opremljenom medicinskom helikopteru

MORH-u NIJE MJESTO U HHMS-u

Dubravko Šmigmator angažiran u udruzi Sigurnost u prometu koja zagovara nastavak pilot projekta, napominje kako HHMS u cijeloj EU spada isključivo u civilno zrakoplovstvo (prevoze se civili i primjenjuju se važeći civilni zakoni i standardi, osim u Hrvatskoj) i smatra se komercijalnom uslugom jer se ta usluga uvijek nekome fakturira i naplaćuje. Navodi primjer kako se svugdje u inozemstvu takve usluge u slučaju ozljede naplaćuju onomu kojem je pružena pomoć, jedino to kod nas nije slučaj, jer hrvatske oružane snage ne izdaju fakture za svoja djelovanja. Napominje kako je HHMS putem MORH-a zapravo samo običan sekundarni zračni sanitetski transport i to na temelju poziva zemaljske hitne pomoći koja je nekako uspjela doći do pacijenta. Suvremeni sustav HHMS-a zapravo predviđa primarni zračni transport u kojima liječnik prvi dolazi do pacijenta i pruža potrebnu medicinsku pomoć i

na licu mesta i tijekom transporta u bolnicu. MORH to, tvrdi, jednostavno ne može ostvariti, to mu nije primarna zadaća, a ne posjeduje ni odgovarajuće resurse za suvremeno i učinkovito civilno djelovanje primjereno zdravstvenoj zaštiti u 21. stoljeću.

PILOT PROJEKTOM NIJE OSTVAREN PRIMARNI TRANSPORT KAO GLAVNI CILJ HHMS-a

Hrvatska liječnička komora je na temu HHMS-a organizirala niz sastanka i to u cilju evaluacije njegova aktualna statusa u Hrvatskoj, procjene njegove uloge u našem zdravstvenom sustavu, ali i definiranja položaja i uloge liječnika u njemu. Koordinator je bio dr. Miran Cvitković, član izvršnog odbora Komore i predsjednik njezina Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti. U aktivnosti su bili uključeni članovi ostalih povjerenstava i radnih gru-



STRUKTURA HITNIH INTERVENCIJA U PILOT PROJEKTU HHMS-a

Prema podacima Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu (HZHM), medicinski timovi dvaju helikoptera (EC-145 i EC-135), koji su polijetali iz baza na Braču i Krku, imali su 229 intervencija. HHMS je najčešće intervenirao u zbrinjavanju pacijenata s akutnim koronarnim sindromom (50), traumom (47) i moždanim udarom (17), trudnica (14) i hitnih stanja kod djece (14). Prema podacima HZHM-a, zdravstveno stanje zbrinutih pacijenata zahtjevalo je pristup bolnicama i odgovarajuću medicinsku skrb. Statistika medicinskih ustanova koje zbrinjavaju ovakve pacijente, temelji se na dokazanim dijagnozama i često je u određenim segmentima različita od prethodnih pokazatelja. Tako na 100 intervencija iz baze na Krku, proizlazi da je svaki peti, šesti pacijent koji je prevezen u bolnicu, nakon pregleda pušten kući. U skupini hospitaliziranih bolesnika bilo je manje od 10 posto s akutnim koronarnim sindromom, te jednako tako i onih s cerebrovaskularnim incidentom.

pa Komore koji su na izravan ili neizravan način povezani s pružanjem hitne medicinske pomoći, ali i predstavnici HGSS-a i MORH-a.

Ocenjujući četveromjesečni pilot projekt, kao glavni nedostatak istaknuto je da niti pomoću posebno medicinski opremljenih talijanskih helikoptera nije ostvaren primarni transport i to iz jednostavnog razloga što hitnu pomoć nisu pružali vrhunski obučeni liječnici specijalisti/subspecijalisti (u načelu je to anestezilog/intenzivist) koji imaju specifična znanja i vještine da bi mogli izvršiti svoju ulogu u HHMS-u, odnosno da bi mogli pružiti najbolju moguću liječničku skrb i na licu mjesta i tijekom transporta. Umjesto posebno educiranog medicinskog kadra ospozobljenog za rad u HHMS-u, jer u Hrvatskoj ne postoji posebno organiziran sustav edukacije i ospozobljavanja takvih liječnika, na teren su izlazili liječnici izvanbolničke hitne službe. Stav je Komore da sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i drugim pozitivnim zakonima u Hrvatskoj koji reguliraju zdravstvenu djelatnost kao djelatnost od posebnog interesa, a regulirana je kao javna služba i mora biti organizirana tako da je svakom hrvatskom građaninu uvijek osigurana i dostupna hitna medicinska pomoć, neosporno da HHMS mora ostati dio javnozdravstvenog sustava. S druge strane, istaknuto je kako je činjenica da je prema EU regulativi, HHMS u civilnim rukama te je usmjeren razvoju privatne inicijative u toj djelatnosti.

POTREBNO JE REGULIRATI UVJETE RADA I OSIGURANJA MEDICINSKOG OSOBLJA U HHMS-u

Posebno pitanje u HHMS-u koji dulji niz godina prati liječnike i medicinsko osoblje, jesu uvjeti rada i osiguranja. Naime, liječnici i medicinsko osoblje HHMS-a i HGSS-a, najčešće su zaposlenici drugih ustanova ili volonteri koji kao takvi pružaju hitnu pomoć u uvjetima koji zakonima nisu adekvatno propisani. Pitanje je što bi se dogodilo u slučaju neuспjele intervencije i kakav bi stav prema njima zauzelo pravosuđe, jer oni na neki način djeluju izvan zakona. Izdvojen je i problem osiguranja liječnika i medicinskog osoblja, posebice od težih ozljeda ili smrtonosnih ishoda. Naime, liječnici i medicinsko osoblje u zdravstvenim ustanovama, osigurani su od ozljeda na radu što nije slučaj s timovima HHMS-a i HGSS-a. U slučaju rušenja helikoptera i stradavanja liječnika tko bi preuzeo odgovornost i nadoknadio štetu ozlijedenom i njegovoj obitelji? Tko bi odgovarao u slučaju da prilikom intervencije i nesreće strada i pacijent kojem se krenula pružiti pomoć? Puno je pitanja otvoreno i radna skupina Komore je donijela zaključak kako bi se hitno trebalo urediti tko i pod kojim uvjetima može biti dio medicinskog tima HHMS-a te odrediti koju razinu znanja i vještina moraju imati. Propisima je također potrebno obvezati organizatore pružanja HHMS-a za osiguranje zaštite na radu ne samo medicinskih timova u toj službi već i timova Službe za zaštitu i spašavanje (SAR -eng. Search and Rescue), odnosno HGSS-a,

>>

CIJENA SATA LETA MORH-ovih HELIKOPTERA I ONIH IZ PILOT PROJEKTA HHMS-a

U „ratu“ s podacima čiji je sat leta jeftiniji ili skuplji, MORH-ov ili helikoptera iz pilot projekta, teško se snaći. Cijena sata MORH-ova medicinskog leta iznosi 52.825 tisuća kuna, tvrdi dr. Bura i dostavlja MORH-ov cjenik. Talijanima je za 240 sati leta plaćeno 10,7 milijuna kuna. Po satu to iznosi oko 45 tisuća kuna. Treba znati, pojašnjava dr. Bura, da su namjenski helikopteri iz pilot projekta brži od MORH-ovih, te im primjerice za intervenciju na relaciji Split-Vis (u oba smjera) treba 53 minuta, a MORH-u 77 minuta. Prema toj računici, cijena MORH-ovih medicinskih intervencija je znatno viša. Dr. Bura smatra upitnim i iznos od 11 do 13 milijuna godišnje, koliko navodi MORH kao cijenu svojih medicinskih intervencija u okviru HHMS-a. Iz stručnih službi MORH-a tvrde kako navedena cijena sata njihovih helikoptera vrijedi samo za komercijalne letove, a ne i za njihove intervencije u okviru HHMS-a. Podaci o godišnjem trošku njihovih intervencija ne mogu se lažirati, te se mogu lako provjeriti, tvrde u MORH-u.

Stav je Komore da bi HHMS u Hrvatskoj kao modus pružanja hitne medicinske pomoći, trebao i dalje biti u okviru javnozdravstvene službe. Radi pružanja najbolje liječničke skrbi građanima i njihova transporta, Hrvatskoj su u budućnosti potrebni posebno opremljeni medicinski helikopteri u kojima će voziti hrvatski piloti, a liječničku pomoć će pružati specijalizirani medicinski tim. Do ostvarenja tog cilja, Komora podržava sustav HHMS-a u suradnji s MORH-om

kada su uključeni u medicinsku intervenciju, jer i u toj službi rade liječnici. Neophodno je regulirati i pravni okvir rada liječnika i medicinskih timova u HHMS-u, jer ih je većina zaposlena u zdravstvenim ustanovama pa se otvara pitanje rada kod drugog poslodavca.

KOMORA BI TREBALA ODLUČIVATI O RAZINI I NAČINU EDUKACIJE LIJEČNIKA U HHMS-u

S obzirom na kompleksnost edukacije i osposobljavanja za pružanje hitne medicinske pomoći u sustavu HHMS-a, odluka o razini i načinu provođenja edukacije trebala bi biti u ingerenciji Hrvatske liječničke komore. Naime, Komora je zakonski ovlaštena štititi prava i zastupati interese liječnika i brinuti se o pravilnom obavljanju liječničkog zvanja, stoga i u ovom slučaju želi zaštитiti sve, a posebice mlade liječnike koji nisu osposobljeni za rad u hitnoj helikopterskoj medicinskoj službi. Riječ je o radu u teškim i nekontroliranim uvjetima, što predstavlja velik izazov i vrhunskim stručnjacima, kompetentnim za zbrinjavanje vitalno ugroženih bolesnika. Isto tako, većina HHMS-a u svijetu uključuje i komponentu SAR-a, kada se medicinskom timu priključuje i član HGSS-a, odnosno letač-spašavatelj te je i u sklopu toga potrebno razmotriti razinu potrebne medicinske edukacije.

CILJ JE HHMS-a ORGANIZIRAN KAO JAVNOZDRAVSTVENA SLUŽBA S HRVATSKIM RESURSIMA

Ako pokušamo objektivno sagledati argumente objiju strana; i one koja se zalaže da HHMS u Hrvatskoj bude u civilnim rukama što uostalom

i nalaže europska pravna regulativa i što je praksa u velikoj većini EU članica (osim Slovenije gdje tu službu vrši policija i Danske koja ima zemaljsko-morski HHMS u kombinaciji s vertikalnim SAR servisom koji pokriva more i udaljene otoke) i onih koji žele da HHMS i dalje obavlja MORH, jasno je da je budućnost HHMS-a u Hrvatskoj, civilna služba u kojoj će letjeti za to posebno medicinski opremljeni helikopteri. Cilj je da to budu hrvatski, posebno opremljeni medicinski helikopteri s hrvatskim pilotima i posebno obučenim medicinskim timom organiziran kao javnozdravstvena služba. Treba znati i da je MUP 2014., kupio 2 polovna helikoptera upravo za potrebe HHMS-a, no nije jasno zašto do sada nisu uporabljeni za tu svrhu. Da bi se osigurao sustav HHMS-a na europskoj razini potrebna su velika početna ulaganja, ne računajući vrijeme potrebno za edukaciju pilota, medicinskog osoblja, a neophodno je i regulirati položaj i prava zdravstvenih radnika koji sudjeluju u tim intervencijama. U međuvremenu, Komora podržava da intervencije HHMS-a i dalje obavljaju MORH-ovi helikopteri, jer činjenica je da su bili vrlo uspješni u dosadašnjim akcijama, a i nacionalni je interes da sve ostane u hrvatskim „rukama“ i da se koriste hrvatski resursi. Jasno je da to ne može biti dugoročno rješenje i da taj prijelazni rok ka organiziranju HHMS-a na europskoj razini ne može više trajati desetljećima.

Posla je mnogo, vremena malo, a na „vrata kuca“ i nova turistička sezona. Stoga novi ministar zdravlja mora brzo djelovati. Neće biti dovoljno samo sklapanje povoljnijeg finansijskog ugovora kako je najavio, jer sustav HHMS-a treba regulirati na svim razinama. Hitna medicinska pomoć, pa tako i helikopterska, zahtjeva brza, hitna i istodobno kvalitetna rješenja. ■



MORH-ov helikopter koji se koristi za potrebe HHMS-a

TABLICA: PRIKAZ PREDNOSTI I NEDOSTATAKA PILOT PROJEKTA HHMS-a I DOSADAŠNJEG HHMS-a UZ POMOĆ MORH-a

DOSADAŠNJA SLUŽBA HHMS-A (MORH)		PILOT PROJEKT
PREDNOSTI		
PREDNOSTI	Dobro uhodan sustav	Posebno opremljen medicinski helikopter
	Ljudski i materijalni resursi u vlasništvu države	Brža reakcija i kraće vrijeme intervencije
	Lete u gotovo svim uvjetima / 24 sata dnevno	Lakše ispunjavanje standarda zlatnog sata
	Prijevoz više pacijenata	Veća mobilnost i jednostavniji pristup pacijentu
	Jamac HHMS-a kao javnozdravstvene djelatnosti	Police osiguranja za sve putnike u helikopteru
	Akcije traganja i spašavanja	
	Godišnji trošak bez medicinskog tima i opreme 11 do 13 mil. kuna, tvrde u MORH-u	
	Upošljavanje hrvatskih pilota i tehničkog osoblja	
NEDOSTACI	Transportni tip helikoptera	Trošak četveromjesečnog projekta bez medicinskog tima 10,7 mil. kuna i to samo za dnevne letove
	Neprilagođen interijer za pružanje medicinske pomoći	Veća ovisnost letova o vremenskim uvjetima
	Veliki stupanj buke i vibracija	Prijevoz samo jednog pacijenta
	Sporija reakcija i duže vrijeme intervencije	Nije bila uključena usluga traganja i spašavanja
	Nedostatak police osiguranja	Dio javnozdravstvene djelatnosti prepušten stranom privatniku
	Nemogućnost naplate usluge strancima	Komunikacija na stranom jeziku između pilota i medicinskog tima predstavlja sigurnosni rizik
	Ne može se ostvariti primarni transport zbog manjka adekvatno obučenih specijalista/subspecijalista u medicinskim timovim. Vojni angažman protivan EU regulativi	Ni u pilot projektu nije ostvaren primarni transport zbog manjka adekvatno obučenih specijalista/subspecijalista u medicinskim timovim

KOMORA POKRENULA POSTUPKE UTVRĐIVANJA NEDOSTOJNOSTI LIJEČNIKA U AFERI „HIPOKRAT“

Zbog velikog broja predmeta postupci će se provoditi do kraja godine. Liječniku se može izreći disciplinska mjera privremenog ili trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad.

Hrvatska liječnička komora pokrenula je postupke utvrđivanja nedostojnosti liječnika osuđenih u aferi „Hipokrat“. Liječnici su pravomoćno osuđeni za kazneno djelo primanja mita tijekom obavljanja liječničke djelatnosti. Postupci će se provoditi pred Časnim sudom Komore, tijelom koje je nadležno da provodi disciplinske postupke kao i postupke za utvrđivanje nedostojnosti liječnika. Tijekom veljače je zakazano 14 rasprava protiv osuđenih liječnika. U postupku će, prema dostavljenim presudama, biti obrađena 283 liječnika. Zbog velikog broja predmeta, očekuje se da će se postupci za utvrđivanje nedostojnosti provoditi sve do kraja ove godine.

Liječnički poziv

„Svrha je postupka za utvrđivanje nedostojnosti utvrditi u kojoj mjeri činjenica da je liječnik osuđen za neko kazneno djelo utječe na njegovu dostoјnost za daljnje obavljanje liječničkog poziva“, nglasio je predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža.

U slučaju utvrđivanja nedostojnosti, liječniku se može izreći disciplinska mjera privremenog ili trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad. Iako je Komora još tijekom 2014. i 2015. godine zaprimila pravomoćne presude Županijskog suda u Zagrebu, kojima su liječnici primarne zdravstvene zaštite osuđeni za kazneno djelo *primanja mita*, gotovo dvije godine nije pokrenut stegovni postupak pred nadležnim komorskim tijelima.

„Od prethodnog vodstva Komore naslijedili smo izazov suočavanja s problemom pravomoćno osuđenih kolega. Pokretanje postupka utvrđivanja nedostojnosti smatramo društveno odgovornim i zrelim potezom. Ne samo zato jer njime izražavamo princip poštivanja pravne države i potvrđujemo vjerodostojnost institucije Komore, već i stoga jer njime okončavamo agoniju kojoj su naši članovi izloženi zadnje tri i pol godine“, objasnio je novonastalu situaciju dr. Goluža.

Nagodba s DORH-om

Podsjetimo, afera „Hipokrat“ započela je u studenom 2012., kada je otkriveno da su čelnici farmaceutske tvrtke Farmal preko trgovackih putnika nudili i plaćali mito liječnicima opće prakse kako bi oni svojim pacijentima prepisivali Farmalove lijekove. Na početku je bilo uključeno 500 liječnika, no u optužnici podnesenoj 2013. godine optuženo je 335 liječnika obiteljske medicine, 29 zaposlenika Farmala i ta farmaceutska tvrtka kao pravna osoba.

Optužnica je obuhvatila samo liječnike za koje je tužiteljstvo sumnjalo da su primili novac ili bonove, dok oni koji su prepisivali Farmalove lijekove zbog drugih pogodnosti poput plaćenih kongresa, nisu optuženi. Većina optuženih priznala je krivnju i nagodila se s DORH-om te dobila uvjetne kazne, no neki su kažnjeni novčano ili umjesto kazne zatvora radom za opće dobro.

Izjava predsjednika Komore povodom pokretanja postupaka utvrđivanja dostoјnosti kolega osuđenih u tzv. aferi Hipokrat

Drage kolegice i kolege,

u potpunosti razumijem reakcije kolega osuđenih u tzv. aferi Hipokrat zbog pokretanja postupka utvrđivanja njihove dostoјnosti za obavljanje liječničke djelatnosti. Isto tako shvaćam kolegialnost pojedinih kolega koji izražavaju neslaganje s postupkom koji sam pokrenuo. Ipak, radi stvaranja objektivne slike o ovom neugodnom slučaju i s namjerom pojašnjavanja razloga zbog kojeg sam pokrenuo predmetni postupak, želim vam naglasiti nekoliko nepositnih činjenica.

- Sve kolege koje će biti procesuirane pred Časnim sudom Komore imaju **pravomoćnu sudsку presudu** zbog kaznenog djela počinjenog za vrijeme obavljanja liječničke djelatnosti. Velika većina njih **priznala je počinjenje kaznenog djela i nagodila se s USKOK-om**.
- Reagiranje na pravomoćne sudske presude zbog kaznenog djela počinjenog tijekom obavljanja djelatnosti u nadležnosti neke institucije, obveza je, a ne opcija za tu instituciju. U protivnom se dovodi u pitanje vjerodostojnost institucije koja pasivno promatra kršenje zakona, kao i zakonitost njezina rada.
- Kao predsjednik Hrvatske liječničke komore zastupam interese i prava 20.515 članova.
- Stajalište aktualnog vodstva Komore kristalno je jasno: **svaki naš član pravomoćno osuđen za kazneno djelo počinjeno za vrijeme obavljanja liječničke djelatnosti bit će, radi utvrđivanja dostoјnosti za obavljanje liječničke djelatnosti, procesuiran pred Časnim sudom**. To je poželjan civilizacijski doseg kojim pokazujemo društvenu odgovornost i zrelost. Time izražavamo princip poštivanja pravne države, potvrđujemo vjerodostojnost institucije Komore i okončavamo agoniju kojoj su naši članovi izloženi posljednje tri i pol godine.
- Postupak za utvrđivanje nedostojnosti liječnika provodi se pred Časnim sudom Komore kao disciplinskim tijelom koje je nadležno za provođenje disciplinskih postupaka kao i postupaka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika.
- S obzirom na to da Časni sud Komore nije ovlašten utvrđivati je li u pravomoćnoj osuđujućoj presudi na temelju koje se provodi postupak za utvrđivanje nedostojnosti, činjenično stanje (ne)pravilno ili (ne)pot-

Očitovanje KoHOM-a o disciplinskim postupcima koje Komora pokreće u aferi „Hipokrat“

„Tko je bez grijeha neka baci kamen prvi!“

Poštovane kolegice i kolege,

KOHOM se snažno protivi disciplinskim postupcima koje Hrvatska liječnička komora pokreće protiv liječnika obiteljske medicine pravomoćno osuđenih u aferi „Hipokrat“, i to iz nekoliko razloga.

Uzme li se, naime, u obzir da su u toj aferi osuđena 283 liječnika, nameće se kao jedini valjani zaključak da nešto sistemski nije u redu te da odnos farmaceutske industrije i liječnika treba urediti na drugačiji način.

Stoga je potpuno netočan stav aktualnog vodstva Komore da je ona obvezna provesti postupke protiv osuđenih liječnika. Naime, člankom 8. st.1. Zakona o liječništvu propisano je kako se *liječnik koji je pravomoćno sudskom odlukom proglašen krivim za počinjenje kaznenog djela može, s obzirom na važnost i prirodu ugroženog dobra ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena, smatrati nedostojnim za*

obavljanje liječničke djelatnosti.

Umjesto da pokrene inicijativu i štiti položaj liječnika, pa i u aktualnoj aferi, i da potiče institucije države da isprave ovu „sivu zonu“ i „sistemsku grešku“ odnosa liječnika i farmaceutske industrije, Komora je pokrenula postupke protiv osuđenih i već kažnjениh liječnika, čime je zauzela stav kao i ostale institucije ove države, da su liječnici osobe sklone primanju mita te da su u jasnoj sprezi s farmaceutskom industrijom koja pacijente nepotrebno truje lijekovima.

Dana 13. listopada 2015. Komora je poslala cirkularni dopis (newsletter) u kojem je informirala liječnike o novom Pravilniku o načinu oglašavanja lijekova i homeopatskih proizvoda, a u kojem je izričito navedeno kako liječnici smiju primiti dar do 70,00 kn bez PDV-a te da je HZZO sklopio Ugovor s farmaceutskim tvrtkama kojim je ugovoren da liječnici mogu primiti dar do 1.000,00 kn godišnje u svrhu oglašavanja.

Ovaj dopis mogao bi se lako tumačiti kao poticanje na počinjenje kaznenog djela jer Kazneni zakon bilo kakvu imovinsku ili neimovinsku korist **bez obzira na vrijednost** proglašava mitom.

Sudski postupak protiv Farmala i onih liječnika koji se nisu nagodili nije još niti započeo, pa se postavlja pitanje kakav će biti ishod suđenja. Uzimajući u obzir sve okolnosti, a naročito pravnu (ne)sigurnost i pravosudni sustav u Republici Hrvatskoj, vrlo je moguće da ova afera „Hipokrat“, kao i mnoge aferе kojima smo svjedočili zadnjih godina, bude završena oslobađajućim presudama protiv glavnih aktera, što će automatski značiti i da osuđeni liječnici nisu krivi za ono što im se stavljalno na teret.

Zaključno, držimo kako je politika Komore koja je usmjerena na oduzimanje dostojarstva našim kolegama pogrešna te da bi se Komora trebala posvetiti jačanju položaja liječnika u odnosu na farmaceute detaljnijem razradom pravila i načina postupanja u „oglašavanju“

farmaceutskih kompanija i izbjegavanjem kolizijskih pravila koja stvaraju pravnu nesigurnost, a sve kako bi se ubuduće ovakve afere u potpunosti izbjegle i onemogućile.

Bude li Komora inzistirala na vođenju ovih postupaka nedostojnosti, neće ostvariti svoju svrhu postojanja, a to je između ostalog zaštita dostojarstva liječničke struke, već će svojim ponašanjem izazvati još veće nezadovoljstvo među liječnicima, koji će svoje dostojarstvo potražiti u nekim drugim državama gdje liječnike cijene i društvo i strukovne organizacije.

Dakle, Komora će zaštiti dostojarstvo liječničke struke samo ako poduzme korake prema institucijama koje su dopustile ovu aferu, i to mijenjanjem i postavljanjem novih pravila ponašanja, a ne proglašavanjem osuđenih liječnika nedostojnima, jer ako sve ostane isto, možemo se slobodno zapitati „Jesam li ja sljedeći nedostojni liječnik?“.

Predsjednica KoHOM-a Ines Balint, dr. med. ines.balint@zg.t-com.hr

puno utvrđeno, svrha postupka za utvrđivanje nedostojnosti jest utvrditi u kojoj mjeri činjenica da je liječnik osuđen za neko kaznenog djelo utječe ili ne utječe na njegovu dostojarstvo za daljnje obavljanje liječničke djelatnosti.

- Prema odredbi članka 8. stavka 2. Zakona o liječništvu, liječniku koji je proglašen nedostojnim, **moe se izreći disciplinska mjera privremenog ili trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad.**
- Časni sud Komore potpuno je neovisno tijelo, kojim predsjeda profesionalni sudac i na koji nemam niti želim imati ikakav utjecaj.
- **Tijekom i nakon provođenja postupka Komora neće u javnost izlaziti s imenima procesuiranih kolega.**

Na temelju izjava pojedinih kolegica i kolega uključenih u ovu aferu, stječe se dojam da bivše vodstvo Komore tijekom istražnih radnji vezanih uz ovu aferu nije tada osumnjičenim kolegama pružilo adekvatnu pravnu pomoć, zbog čega kolege nisu bile svjesne pravnih posljedica nagodbe s USKOK-om i priznanja počinjenja kaznenog djela te su ga priznale i nagodile se s USKOK-om. Oni su dovedeni u zabluđu kako će „priznajem“ sve biti riješeno i kako to neće imati nikakve posljedice po njih. Zbog svega navedenog potpuno je neprihvatljivo da kolege koje su u vrijeme izbijanja afere „Hipokrat“ obnašale najviše dužnosti u Komori (prvog predsjednika, odnosno članice Nadzornog odbora i delegatkinje u Skupštini Komore) i koje su zakazale u zaštiti pozicije osumnjičenih kolega, danas pla-

siranjem neutemeljenih, neprovjerenih i neistinitih informacija izazivaju razdor među članstvom Komore. Krajnje je nekorektno da mene osobno i vodstvo Komore potpuno neutemeljeno i tendenciozno prikazuju kao ljude koji rade protivno interesima liječnika iz PZZ-a, istih onih liječnika čiji su problemi danas dijelom nastali i njihovim propustom.

Zahvaljujući angažmanu novog vodstva Komore takav se propust danas više ne može dogoditi. Našim članovima omogućili smo pravovremeno dobivanje kvalitetnih pravnih savjeta odvjetničkih ureda koji se bave i kaznenim pravom. Što više, trenutno smo pri kraju realizacije i projekta osiguranja naših članova u smislu pravne zaštite u kazrenom i prekršajnom postupku za kaznenu i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti. Time ćemo se zaštитiti i u financijskom smislu. Poštivanje zakona i uvažavanje pravne države interes je svih dobromjernih ljudi pa i onda kad se nad njima u skladu sa zakonom i pravilnicima provode disciplinski postupci. Selektivno primjenjivanje ili neprimjenjivanje zakona vodi društvenoj nesigurnosti i kaosu. Uz žaljenje što smo naslijedili izazov suočavanja s ovim problemom, a uvjereni da je poštivanje standarda pravne države jedini ispravni put djelevanja institucije s javnim ovlastima, nadam se da ćemo svi izvući pouku iz ovog slučaja i da nam se ovako nešto više nikada neće dogoditi.

Srdačno,

Trpimir Goluža,
predsjednik Hrvatske liječničke komore

U tri zagrebačka doma zdravlja provedena je anonimna anketa o statusu i željama liječnika

Većina anketiranih liječnika domova zdravlja želi u koncesiju

Dr. MERI MARGREITNER, specijalist obiteljske medicine,
dopredsjednica Povjerenstva Komore za PZZ
mmeri1399@yahoo.co.uk

U anketi je sudjelovalo najviše liječnika obiteljske medicine te pedijatara i ginekologa

Anketa je provedena u studenom 2015., i njome su bili obuhvaćeni zaposlenici iz djelatnosti obiteljske medicine, ginekologije i pedijatrije grada Zagreba.

Provedena je tako da su svi zaposlenici triju postojećih domova zdravlja dobili na svoje e-adrese link kao poveznicu na anketu.

Anketa je trajala mjesec dana. Ukupno se odazvalo **99 kolega**, od kojih **79** iz obiteljske medicine (što iznosi **45 %** svih zaposlenih liječnika obiteljske medicine u domovima zdravlja, **12** pedijatara (**19,4 %**) i **7** ginekologa (**14 %**).

Čak 74 posto od liječnika koji su sudjelovali u anonimnoj anketi, a koju je Komora provela u ime Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu među zaposlenicima u tri zagrebačka doma zdravlja, izjasnilo se da želi raditi u koncesiji, a **70 % ostalo bi zaposlenikom doma zdravlja ako se uvede stimulacija**. O odlasku na rad u inozemstvo razmišljalo je 47 % ispitanika, od čega ih je 44 % ostvarilo neke kontakte u inozemstvu. Skoro pola ispitanika (48 %) navelo je kao razloge za razmišljanje o odlasku u inozemstvo da se radi o boljim uvjetima rada, boljim primanjima, mogućnosti edukacije te priznavanju liječničke struke, a 34 posto ispitanika nije navelo razloge.

Anketi se odazvalo 79 liječnika obiteljske medicine (45 %), sedam ginekologa (14 %) i 12 pedijatara (19 %), dok za jednu anketiranu osobu podaci nisu poznati. Prema spolu, najveći udio je žena (82 %), a najviše anketiranih je u dobi od 40-50 godina (40 %); slijede zaposlenici u dobi između 50-60 godina (27 %). Prema duljini staža u domu zdravlja, sa stažem od 5 do 10 godina je 33 posto ispitanika, a potom slijede oni sa stažem duljim od 15 godina, njih 20 posto.

Rezultati ankete pokazali su nadalje da 27 posto ispitanika ima u skrbi od 1700 do 2000 osiguranika, a 23 posto ima preko 2000 pacijenata. Među obiteljskim liječnicima 37 posto je specijalista opće/obiteljske medicine, 47 % nije, a 17 % nije se izjasnilo. Više od polovice anketiranih (52 %) zaposlenika ne radi prekovremeno, a od onih koji rade, njih 55 % želi raditi, dok preo-

stale na rad obvezuje dom zdravlja. Što se tiče posebnih dežurstava, u njima sudjeluje 73 %, 2 % ne sudjeluje jer su se izjasnili da to ne žele, a 9 % ne mora sudjelovati u posebnim dežurstvima. Ukupno 44 % zaposlenika ne želi sudjelovati u posebnim dežurstvima, a njih 36 % izjasnilo se da bi sudjelovalo kad bi im ona bila bolje plaćena. Nakon posebnih dežurstava čak 32 % ispitanika nije slobodno 12 sati, a njih 27 % slobodno je samo ponekad.

U ambulanti za akutna stanja u bolnici (AZAS) čak 75 % ne želi sudjelovati, dok 82 % ispitanika smatra da u AZAS-u trebaju raditi dragovoljci LOM/SOM-a. U kućne posjete, i to uvijek kada je to potrebno, ide 79 % ispitanika, a čak 76 % njih za odlazak u kućni posjet koristi svoj privatni automobil te nastale troškove pokrivaju sami. Po pitanju edukacije, njezine troškove u 43 % slučajeva pokriva dom zdravlja, u 29 % ne pokriva, a 13 % ispitanika nije moglo na edukaciju jer im dom zdravlja nije osigurao zamjenu.

I na kraju, pitali smo ispitanike koji kadar nedostaje u njihovim timovima i dobili smo odgovor da kod 62 % nedostaje administrator, 10 % bi željelo dodatnu sestruru, 3 % još jednog liječnika a 25 % se nije izjasnilo.

Nadamo se da je ova anketa detektirala probleme s kojima se susreću zaposlenici domova zdravlja Grada Zagreba i da će pomoći Gradskom uredu za zdravstvo u strategiji i planiranju boljih uvjeta rada medicinskog osoblja radi što boljih uvjeta rada zadovoljstva svih njihovih dionika.

Etički kodeks Komore

Izmjene Kodeksa medicinske etike i deontologije stupile su na snagu 6. siječnja 2016. Dodaje se nova odredba o kriterijima napredovanja i o prijevari u znanosti te o neetičnosti korištenja nepripadajućih titula. Prijava nemoralnog čina drugog liječnika institucijama tako postaje obveza.

Lada Zibar i Ivan Žokalj

Osim sitnih jezičnih ispravaka učinjenih radi boljeg uskladivanja s hrvatskim jezičnim standardom, izmjene su motivirane željom za preciziranjem, pojašnjenjem ili dopunom postojećih odredaba, kao i dodavanjem novih. Prethodni saziv Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatske liječničke komore (HLK) prepoznao je većinu ovih nedostataka i njihovi su prijedlozi izmjena i dopuna prethodili finalizaciji sadašnjeg saziva ovog Povjerenstva. Prethodni saziv je također surađivao s Hrvatskim liječničkim zborom u vezi s ovim izmjenama. Povremene revizije sadržaja etičkih kodeksa provode i starije i bitno veće liječničke institucije, poput Njemačke savezne liječničke komore (njem. Bundesärztekammer) i Američke udruge liječnika (engl. American Medical Association).

Dužnost liječnika

Novost je da se neetičnim kvalificira i samo uvjetovanje nagrade za obavljen posao, bez obzira na posljedično stjecanje dobiti. Također je neetična i podrška liječnika savjetu laika koji bi mogao rezultirati nepružanjem zdravstvene skrbi. Etično je pak davati informacije o zdravstvenom stanju pacijenta samo onima koji su ili zakonski zastupnici oboljeloga ili je on dao odobrenje da se baš te osobe informiraju. Ublažava se zahtjev prema liječniku na način da je on obvezan nastojati, ali ne nužno i realizirati nastojanje, sukladno mogućnostima i okolnostima, za vrijeme svoje odsutnosti osigurati stalnu medicinsku skrb svojih pacijenata. Naglašava se dužnost liječnika odazvati se zamolbi za pomoći drugom liječniku, a ne samo dužnost liječnika zatražiti takvu pomoć. Dodaje se da je neetično i pomoći pacijentu da izvrši samoubojstvo. Uvažava se način izricanja želje pacijenta koji boluje od neizlječive bolesti u pogledu umjet-

nog produljavanja njegova života (izgovorena ili napisana). Naglašava se da je liječnik obvezan, a ne da samo smije, održavati disanje i srčani rad nakon moždane smrti, a radi mogućeg doniranja organa za presađivanje. Također je preformulirano u sada: „*Nije etično uzimanje dijelova tijela s umrle osobe radi presađivanja protivno volji obitelji*“, naglašavajući etički aspekt postupanja koje se već primjenjuje. Dodana je odredba kojom se uvodi trgovina organima kao neetična. Naglašava se da pacijent ili ispitanik mora biti informiran o istraživanju, a ne samo da mora dati pristanak za sudjelovanje u istraživanju, te da odustajanje od istraživanja neće ugroziti odnos prema ispitaniku, odnosno pacijentu. Utvrđuje se da istraživač mora biti ospozobljen, a ne samo neovisan. Upozorava se da nove znanstvene spoznaje trebaju prvo proći provjeru u stručnim i znanstvenim krugovima a tek nakon toga biti predstavljene široj javnosti. Ovakav postupak je neophodan kako bi se izbjeglo plasiranje nedovoljno provjerenih činjenica u javnost, npr. o novim oblicima liječenja, što bi posljedično moglo dovesti u zabludu liječnike i pobuditi prevelika očekivanja u najosjetljivijih skupina pacijenata.

Različito mišljenje

predviđa se i prikidan način na koji će liječnik ukazati na propuste drugog liječnika. Iznošenje različitog mišljenja u odnosu na druge kolege na pristojan, primjeren način, u pravo vrijeme na pravom mjestu nije uvredljiv čin ili izraz nepoštovanja prema pojedincu ili ustanovi. Svaki liječnik je dužan saslušati drugo mišljenje („*audiatur et altera pars*“) o svom stručnom radu i dati argumentirani odgovor. Uvjerenost u ispravnost osobnih stajališta nije argument kojim bi se moglo opravdati korištenje neprikladnih izraza prilikom upo-



zoravanja na propuste u stručnom radu kolega na nepriličnom mjestu. Predviđa se prijaviti nemoralan čin drugoga liječnika institucijama, sada kao obvezno. Dodaje se nova odredba o kriterijima napredovanja i prijevari u znanosti, a koji do sada nisu bili predviđeni Kodeksom, te o neetičnosti korištenja nepripadajućih titula. Ova je odredba Kodeksa izuzetno važna, budući da za sada ne postoje prikladni pravni mehanizmi koji bi mogli poslužiti liječnicima kojima je eventualno netransparentno i nedovoljno argumentima objašnjeno uskraćeno akademsko napredovanje. Dodaje se i odredba koja predviđa autonomiju liječnika u odlučivanju. Time se liječnik štiti od neželjenih utjecaja i pojašnjava odgovornost pojedinca. Predviđa se i etička odgovornost liječnika i nakon preuzimanja posredne skrbi za pacijenta.

Poseban položaj

Definira se etičnost i kompetentnost liječnika vještaka čime se, unatoč postojanju zasebnog kodeksa sudske vještak, željela naglasiti posebnost položaja liječnika vještaka medicinske struke kao što je to učinjeno i u etičkim kodeksima drugih liječničkih institucija/udruga u svijetu (npr. Code of Medical Ethics of American Medical Association). Novi članak Kodeksa dodatno upozorava na etičnost prihvaćanja vještacka samo u

slučajevima iz područja koja spadaju u područje rada.

Uključuje se i etičnost liječnika iz drugih zemalja EU-a zaposlenih u Republici Hrvatskoj jer oni nemaju potrebu provesti postupak stručne provjere kao liječnici iz zemalja izvan EU-a. Ovime se htjelo napomenuti da tijekom obavljanja liječničke djelatnosti u Republici Hrvatskoj liječnici iz drugih članica EU-a imaju obvezu pridržavati se Kodeksa medicinske etike i deontologije ovlaštene institucije koja nadzire stručnost i etičnost rada liječnika u Republici Hrvatskoj, odnosno HLK-a.

Znamo da nam predstoji još dodatnih izmjena i dopuna, no, budući da smo informirani o skorašnjem dočinjenju novih i izmijenjenih odredaba Zakona o liječništvu i Zakona o zaštiti prava pacijenata, ne želimo žuriti s odredbama Kodeksa prije negoli imamo mogućnost uskladiti ih s pozitivnim zakonima i propisima. O njima unaprijed nemamo saznanja, jer nas zakonodavac ne konzultira pravodobno, nego nas dovodi pred gotov čin. Nadamo se da će se promjeniti takva dosadašnja politika, te da će o stručnim pitanjima napokon odlučivati struka. Ovakva praksu je ujedno misija novog saziva HLK-a.

LADA ZIBAR / lada.zibar@gmail.com

Komora čvrsto podržava donošenje strukovnoga kolektivnog ugovora za liječnike

Hrvatska liječnička komora u cijelosti podržava najavu novog ministra zdravlja dr. Darija Nakića o nužnosti sklapanja strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike.

Komora smatra da je sadašnji kolektivni ugovor za zdravstvo nepravedan i nefunkcionalan za liječnike jer ne vrednuje na odgovarajući način posebnosti liječničke profesije i oblike rada svojstvene samo liječnicima.

"Zbog specifičnosti prirode liječničkog posla, zbog njihove jedinstvene odgovornosti i zbog sve brojnijih odlazaka liječnika iz Hrvatske, smatramo da je donošenje strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike od krucijalne važnosti. U velikom broju zemalja EU postoji takav strukovni kolektivni ugovor za liječnike, a u Sloveniji je još prije 20-tak godina uveden strukovni kolektivni ugovor i nije rezultirao kasnije dodatnim zahtjevima drugih struka za strukovne ugovore" naglasio je predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža.

Donošenjem strukovnog kolektivnog ugovora na odgovarajući bi se način vrednovala strateška važnost liječničke profesije zbog njezine stozerne uloge u sustavu zdravstva, s ciljem očuvanja i unapređenja ukupnog zdravlja stanovništva. Goluža je izrazio zadovoljstvo ministrovom najavom konačnog reguliranja statusnih i ostalih prava liječnika.

"Sklapanje strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike neće dovesti do novih finansijskih izdataka ili opterećenja za hrvatski proračun", naglasio je predsjednik Komore. Naime, ministar Nakić je u svojoj izjavi za medije ustvrdio da će na tu temu uskoro razgovarati s liječničkim sindikatom, Komorom i Hrvatskim liječničkim zborom te s udružama medicinskih sestara i zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima.

Alarmantan nedostatak liječnika primarne zdravstvene zaštite!

Posljednjih dana svjedoci smo rezultata dugogodišnjeg nemara zdravstvene administracije u planiranju i organiziranju zdravstvene skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ). Apel liječnice s Mljetu (na 88. stranici) eklatantan je primjer neplaniranja i zanemarivanja organizacije zdravstvene zaštite na lokalnoj razini, a takvih primjera ima još. Zanemarivan je višegodišnji vapaj zdravstvenih djelatnika zbog nedostatka kadra kao najvažnije karike zdravstvenog sustava. Godinama su se planiranje i organizacija zdravstvene zaštite prepustali onima koji nemaju nikakvog ili premalo iskustva u praksi. Koncesionari su već nekoliko godina u malo boljem položaju nego što su to bili ranije. Raniji sustav glavarine nije poticao liječnike na napredovanje u struci.

Sadašnji model prihodovanja stvara uvjete boljeg poslovanja i pružanja zdravstvene skrbi, a najeduciraniji među njima bivaju nagrađeni. Specijalisti obiteljske medicine su u prednosti. Nažalost, u tom procesu su ostali zakinuti zaposlenici domova zdravlja koji su zastavljanjem promjena Zakona o zdravstvenoj zaštiti i dalje prepušteni lokalnoj zajednici (natječaji za dodjelu koncesija) kojima nije u interesu raspisivati nove koncesije jer se teško odriču finansijskog profita, a koji ostvaruju svi timovi PZZ-a! Zaposlenici domova zdravlja su diskriminirani kako u odnosu na kolege koncesionare (ovi imaju veći dohodak, mogu ulagati u željene edukacije, opremati ordinacije ure-

đajima prema svojim afinitetima), tako i u odnosu na bolničke kolege. Specijalist PZZ-a ima niži koeficijent od bolničkog liječnika unatoč tome što su oboje specijalisti. Današnji sustav nije prepoznao važnost stvaranja boljih uvjeta rada i toj kategoriji zdravstvenih radnika. Domovi zdravlja ih ne stimuliraju! Njihova je frustracija velika, a nezadovoljstvo nepravdom dovodi do razmišljanja o odlasku kako u inozemstvo tako i iz struke koja ne prepozna njihovu ulogu i važnost.

Onaj koji želi urediti sustav, morao bi u prvom redu stvoriti povoljne uvjete zdravstvenim djelatnicima.

Njihovo zadovoljstvo rezultirat će kvalitetnim radom. Zadovoljni zdravstveni radnici vratit će povjerenje pacijenta u zdravstveni sustav. Svaka lokalna zajednica morala bi planirati i organizirati zdravstvenu zaštitu! To je njena dužnost i obaveza!

Potrebno je na vrijeme planirati, na vrijeme raspisivati natječaje za specijalističko i drugo usavršavanje kao i objavljivati natječaje za dodjelu koncesija. U protivnom, imat ćemo velik broj slučajeva kao što je slučaj Mljet. U nadi za boljim razumijevanjem problema s kojima se susreću najvažniji u sustavu, a to su zdravstveni djelatnici, zaželimo uspjeh novoj zdravstvenoj administraciji u radu i planiranju, kako ovaj negativni trend deficita djelatnika ne bi postao praksa!

MERI MARGREITNER,
dr. med., spec. obiteljske medicine,
e-mail: mmeri1399@yahoo.co.uk

Bolnice moraju platiti stručno usavršavanje nagrađenim liječnicima

Bolnice su dužne u potpunosti podmiriti troškove obećane nagrade Ministarstva zdravlja liječnicima koji su svojim radom i izvanrednim rezultatima doprinijeli kvaliteti zdravstvenog sustava. Riječ je o stručnom usavršavanju po izboru u iznosu od 10 tisuća kuna koje je Ministarstvo na čelu s bivšim ministrom Sinišom Vargom, u rujnu prošle godine dodijelilo dvadesetdvjocima bolničkih specijalista i petorici stomatologa. Međutim, Hrvatska liječnička komora dobila je informaciju kako većina liječnika ne samo da nije

iskoristila obećanu nagradu nego nisu bili niti obaviješteni od zdravstvenih ustanova u kojima su zaposleni s mogućnošću njezina korištenja. Kako bi provjerila istinitost navoda, Komora je odmah kontaktirala nagrađene liječnike te je uputila dopis Ministarstvu u kojem je zatražila da sve zdravstvene ustanove obavijeste svoje nagrađene radnike o načinu korištenja javno obećane nagrade. Odgovor Ministarstva kako su bolnice dužne podmiriti iznose stručnog usavršavanja Komora je prosljedila liječnicima.

INFORMATIZACIJA KOMORE RADI UNAPRJEĐENJA USLUGE ČLANOVIMA

Novo vodstvo Komore donijelo je Strategiju informatizacije Hrvatske liječničke komore koja za cilj ima unaprijediti servis i usluge prema svojim članovima. Najvažniji zadatak je unaprijediti registar članova i stvoriti preduvjet za razmjenu podataka s drugim javnim registrima. Strategija ima za cilj informatizaciju uredskog poslovanja Komore, uvođenje e-pametne kartice za svoje članove kao i poboljšanje sustava trajne medicinske izobrazbe. Sređivanje podataka u registru Komore preduvjet je za pokretanje tih projekata.

Stoga je Komora pokrenula postupak ažuriranja podataka o ustanovama i članovima kao temeljnih podataka u svim interakcijama poslovnih procesa u Komori. S obzirom na količinu podataka koje je potrebno ažurirati, Komora će taj posao obaviti u suradnji s članovima i drugim tijelima javne uprave kao što su MUP, HZMO, HZZO, HZJZ i dr. Svrha je međusobna komunikacija i razmjena podataka između javnih registara i informacijskih sustava tijela javnog sektora, uz osiguranje najvišeg standarda zaštite osobnih podataka.

Posebno ističemo suradnju s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje s kojim je dogovorena razmjena podataka te pravo korištenja njihove infrastrukture za korištenje pametne kartice, što će uvelike pomoći u ostvarenju zadanih ciljeva.

Komora se zalaže za zaštitu timova medicine rada

Kako bi se zaštitili timovi medicine rada od kojih pojedini domovi zdravlja zahtijevaju zakup poslovnog prostora po punim tržišnim cijenama, Hrvatska liječnička komora je u suradnji s Hrvatskim društvom za medicinu rada Hrvatskog liječničkog zbora, zatražila da im se omogući zakup prostora pod istim uvjetima kao i drugim ugovornim timovima

primarne zdravstvene zaštite. Konkretno, riječ je o Domu zdravlja Vinkovci koji jedino od liječnika medicine rada zahtijeva plaćanje najma po punim tržišnim cijenama. Komora se nuda da će u spomenutom Domu zdravlja imati razumijevanja i da neće svojim postupanjem onemogućiti daljnji rad timu medicine rada. Odgovor iz Vinkovaca se još čeka.

Dr. Ines Strenja Linić nije više predsjednica Skupštine HLK-a.

Novoizabranoj saborskoj zastupnici MOST-a dr. Ines Strenji Linić prestao je mandat na mjestu predsjednice Skupštine Hrvatske liječničke komore danom konstituiranju Hrvatskog sabora.

U pismu kojim obavještava Komoru da je postala zastupnica u Hrvatskom saboru, dr. Strenja Linić osvrnula se na dosadašnju suradnju u Komori: "Želim zahvaliti vodstvu i svim kolegicama i kolegama iz svih tijela Komore na uspješnoj suradnji te vam želim puno uspjeha u ostvarivanju ciljeva za boljšak liječničke profesije".

Predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža izjavio je kako je nakon njezina izbora Komora postala



značajnija institucija nego prije. Naime, kao predsjednica saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku, dr. Strenja Linić postala je jedna od osoba koja će kreirati budućnost zdravstvene politike i tom će se prilikom konsultirati s vodstvom Komore. Predsjednik Komore dr. Goluža je naglasio kako je dr. Strenja Linić jedna od najzaslužnijih za pozitivne promjene koje se događaju u Komori te joj je zaželio puno uspjeha u predstojećem radu na dužnosti saborske zastupnice.

Izgubljena iskaznica

Sukladno članku 29. Pravilnika o javnim knjigama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da je dr. Azijada Srkalović Imširagić prijavila gubitak članske iskaznice HLK-e.

Odazovite se na anketu o zadovoljstvu mladih liječnika u Republici Hrvatskoj

Provedba ankete o zadovoljstvu mladih liječnika u Republici Hrvatskoj jedna je u nizu aktivnosti Povjerenstva za mlade liječnike. Suočeni s činjenicom da broj mladih liječnika koji napušta Hrvatsku stalno raste, odlučili smo istražiti razloge nezadovoljstva s postojećim stanjem u zdravstvenom sustavu, odnosno u društvu. S obzirom na to da specijalističko usavršavanje predstavlja najvažnije vrijeme u karijeri svakoga mladog liječnika, anketni upitnik dijelom će biti usmjerjen na specijalističku i postdiplomsku edukaciju, odnosno na zadovoljstvo specijalizanata s dodijeljenim mentorima. Mentorstvo je iznimno važno tijekom specijalističkog usavršavanja, pri čemu je mentor odgovoran za propisano provođenje programa specijalističkog usavršavanja, točnost podataka u knjižici i dnevniku, praćenje napretka specijalizanta, redovito provjeravanje znanja i vještina i suradnju s drugim mentorima te je obvezan da provede najmanje dva sata tjedno u radu sa specijalizantom. Također, mentor ostvaruje godišnju naknadu za taj rad. Dosadašnja praksa pokazuje da su mnogi mentori nezainteresirani i nedostupni za rad sa specijalizantima. Dio mentora vodi istovremeno više od pet specijalizanata iako je to protivno Pravilniku o specijalističkom usavršavanju. Smatramo da će nam rezultati ankete pružiti podatke o postojećim nedostatcima te pomoći Komori u zaštiti prava i zastupanju interesa mladih liječnika. Izuzetno je važno stvoriti primjerene uvjete u kojima bi se smanjila želja mladih liječnika za odlaskom iz zemlje jer bez toga ne možemo poboljšati perspektivu zdravstvenog sustava i kvalitetu zdravstvene zaštite.

Anketni upitnik bit će poslan svim liječnicima putem elektroničke pošte u obliku Newslettera. U slučaju da upitnik ne dobijete, molimo vas da nam se obratite na e-adresu mladi@hlk.hr

Pozivamo sve, a posebno mlade liječnike da, ispune anketni upitnik kako bismo dobili što reprezentativnije rezultate.

ANA BRECHELMACHER, dr. med.

KSENIJA VUČUR, dr.med.

Povjerenstvo za mlade liječnike

REDOVITI STRUČNI NADZOR NAD RADOM LIJEČNIKA U 2016. GODINI

Izvršni odbor Komore usvojio je godišnji plan za 2016. godinu za obavljanje redovitog stručnog nadzora nad radom liječnika.

KBC „Sestre milosrdnice“

- Klinika za neurologiju

KBC Osijek

- Klinika za anestezioligu, reanimatologiju i intenzivno liječenje
- Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju

KBC Split

- Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju

KB „Sveti Duh“

- Zavod za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata

OB "Dr. Ivo Pedišić" Sisak

- Odjel za kirurgiju
- Odjel za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje

OB „Dr. Josip Benčević“

- Odjel za otorinolaringologiju i cervikofacialnu kirurgiju

- Odjel za očne bolesti

OB Šibenik

- Odjel ginekologije i opstetricije
- Odjel za anestesiologije, reanimatologije i intenzivne medicine

OB Dubrovnik

- Odjel za anestesiologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu
- Odjel pedijatrije

Psihijatrijska bolnica Rab

Rab - Ordinacija obiteljske medicine

Specijalna bolnica za ortopediju Lovran

Osječko-baranjska županija

- Ordinacije zdravstvene zaštite predškolske djece-2
- Ginekološke ordinacije-2

Poboljšati zdravstvenu pismenost stanovništva

Bolesnici su uvijek na prvom mjestu, ali nisu uvijek u pravu, no to ne smije umanjiti njihovo pravo na autonomiju u odlučivanju o svome liječenju. Zaključak je to tribine „Je li bolesnik uvijek u pravu“ održane u prosincu u Osijeku, u organizaciji Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatske liječničke komore (HLK) i Županijskog povjerenstva HLK-a Osječko-baranjske županije (OBŽ).

Predavači su govorili o sudjelovanju bolesnika u odlučivanju o svome liječenju, o razlici između paternalističkoga načela, prema kojemu „doktor zna najbolje“, i autonomije bolesnika u odlučivanju o svome liječenju (predavanje prof. Lade Zibar), zatim o pravima pacijenata na informaciju i o problemima u realizaciji adekvatnog informiranja u praksi (dr. sc. Andrea Džumhur, dr. med.). Također, naglašeno je, potrebno je pravilno informirati bolesnike o medicinskim postupcima, kao što je nužno i organizirano raditi na poboljšanju zdravstvene pismenosti stanovništva, što bi omogućilo bolje razumijevanje tematike i donošenje boljih odluka.

O povjesnom i pravnom aspektu obveznog cijepljenja govorila je doc. Ivana Tucak, dipl. iur., a o etičkim i epidemiološkim posljedicama necijepljenja, osobito djece, dr. med. Dubravka Vuković. Obvezno cijepljenje nema alternativu, o tome ipak „doktor zna najbolje“. Univ. spec. Danijela Periš, mag. ing.

agr., govorila je ispred Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata OBŽ-a o projektu „Znanjem do zdravlja“.

U skladu s vrstom skupa, odnosno smislu tribine, već su i predavanja bila prekidana pitanjima i komentarima, a nakon predavanja je nastavljena žustra rasprava, uglavnom između predstavnika pacijenata i liječnika predavača, većinom o temi obveznog cijepljenja. Sadržajno, premise od kojih polaze predstavnici pacijenata i roditelji, vezane za ovu temu, pokazuju nedovoljnu upućenost laika u medicinu utemeljenu na dokazima, i potvrđuju potrebu za educiranjem stanovništva radi poboljšanja zdravstvene pismenosti. Tribini, čiju organizaciju, u ime Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatske liječničke komore (HLK) potpisuju prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med., i Vedran Zubčić, dr. med., nazočilo je više od stotinu gostiju među kojima su većinom bili liječnici, ali i pravnici, studenti i pacijenti. Uz predsjednika i dopredsjednika Komore, dr. Goluzu i dr. Luetića i članova Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju Komore i Županijskog povjerenstva Komore OBŽ-a tribini je nazočio i župan OBŽ-a prof. dr. sc. Vladimir Šišljadić, dr. med. Ovo je bila prva tribina i prvi skup u organizaciji novog saziva vodstva Hrvatske liječničke komore.

LADA ZIBAR

KOMORA POKRENULA INICIJATIVU ZA OSNIVANJE KOORDINACIJE KOMORA U ZDRAVSTVU (KoKoZ)

Cilj je te inicijative započeti novu politiku aktivnog sudjelovanja u kreiranju i definiranju standarda i normativa, ali i samih zakona u zdravstvu. Naime, sve komore u zdravstvu imaju puno zajedničkih problema s kojima se susreću u svom radu, a svi zakoni koji se tiču zdravstva na jednak način utječu na svakog zdravstvenog radnika i njegovu djelatnost, bez obzira kojoj komori ili profesiji pripadao. Svaka će komora i dalje zadržati svoju neovisnost, a u ime HLK-a sudjelovat će u radu KoKoZ-a predsjednik mr. sc. Trpimir Goluz te član Izvršnog odbora Komore i predsjednik Povjerenstva za ostale medicinske djelatnosti dr. Miran Cvitković.



Stav Komore

O položaju specijalizanata

Stav je Komore da se obveza rada u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita ne smije ugovarati. Isto tako, u trošak specijalističkog usavršavanja ne smije se uvrstiti bruto plaća doktora medicine jer ona predstavlja naknadu za izvršeni rad. Slijedom navedenog, u siječnju je Komora podnijela Prijedlog za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti drugih propisa s Ustavom i Zakonom, smatrajući da su sporne odredbe (čl. 11. i 12.) Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u nesuglasju s hrvatskim Ustavom, odnosno Zakonom o radu. Predsjednik Komore mr.sc. Goluža smatra kako će stav Komore biti od pomoći liječnicima u sudskim sporovima s poslodavcima jer će ojačati njihovu pravnu poziciju.

O uvođenju novog modela ugovaranja i promjene ljekarničke djelatnosti

Komora se izrazito protivi i ne podupire namjeru uvođenja i plaćanja dodatnih usluga u ljekarnama koje su vezane uz liječničku djelatnost. Naime, zajedničkim planom Hrvatske ljekarničke komore i HZZO-a planira se u ljekarne uvesti dodatne usluge koje bi se pružale korisnicima a naplaćivale od HZZO-a. Prema tom planu, ljekarnici bi do 2020. preuzele pružanje niza novih usluga, od kućnih posjeta i dijela usluga primarne zdravstvene zaštite pa sve do dijagnostičkih pretraga i terapijskih zahvata kao što su mjerjenje tlaka, GUK-a i kolesterola, cijepljenje itd.

Komora podupire sve one ljekarničke aktivnosti koju su usmjerene poboljšanju ljekarničke djelatnosti, ali se zbog zaštite digniteta liječničke struke i interesa pacijenata protivi da ljekarništvo preuzeće dio iz djelokruga rada liječnika. Tim više što promjene i zahvati koji ulaze u područje pojedine profesije moraju prethodno biti raspravljeni, usuglašeni i doneseni na zakonodavnoj razini, a tek onda primjenjivani u praksi.

Izrada vremenskih i kadrovskih normativa te poboljšanje DTS sustava

Povjerenstvo je predložilo osnivanje radne skupine za donošenje preporuka prijeoperacijske pripreme anesteziooloških bolesnika u Republici Hrvatskoj, što je potvrđeno na Izvršnom odboru Komore. Kao dugoročni plan određena je izrada vremenskih i kadrovskih normativa. U suradnji s Povjerenstvom za međunarodnu suradnju pribavit će se vremensko-kadrovske normativi iz drugih zemalja radi usklajivanja naših normativa s državama EU-a.

Jedna od tema Povjerenstva bio je objedinjeni hitni bolnički prijem i analiza trenutnog stanja. Zaključeno je da Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine nije zadovoljavajući te će Povjerenstvo izraditi prijedlog dopuna i izmjena Pravilnika.

S voditeljem Dijagnostičko-terapijskog sustava (DTS) u HZZO-u dr. Juricom Tothom dogovorena je suradnja radi poboljšanja sadašnjeg DTS sustava i implementacije njegove nove verzije koja se očekuje iduće godine.

Prof. dr. sc. DAVOR VAGIĆ, Predsjednik Povjerenstva

Krenuo pilot projekt izrade nacionalnih smjernica za prijeanestezijuksku procjenu

Hrvatska liječnička komora se uz podršku Hrvatskog društva za anestezilogiju i intenzivno liječenje, prihvatala pilot projekta izrade nacionalnih smjernica za prijeanestezijuksku procjenu i pripremu bolesnika za operacijski zahvat ili dijagnostičko/terapijski postupak. U radnoj skupini za izradu tih smjernica su: dr.sc. Jadranka Pavićić Šarić, dr.med., doc. dr. Marko Jukić, dr.med., dr.sc. Lana Videc Penavić, dr.med., Tihana Magdić Turković, dr.med. i Ivan Bekavac, dr.med.

Prijedlog smjernica za prijeanestezijuksku procjenu kao i prijedlog obrazaca namijenjenih liječnicima obiteljske (AN-LOM) i pedijatrijske medicine (AN-PED), bit će poslati bolničkim ustanovama koje imaju djelatnost anestezilogije te liječnicima obiteljske i pedijatrijske medicine. Svi se mogu uključiti u raspravu o tim prijedlozima, a rasprava će trajati do 15. veljače 2016.

Poziv članovima za sudjelovanje u revidiranju cjenika zdravstvenih usluga

Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost Komore poziva sve zainteresirane članove da mu do 15. ožujka 2016. dostave

prijedloge novih usluga za koje smatraju da bi ih trebalo uvrstiti u cjenik Komore, kao i prijedlog njihovih cijena. Budući da će se Povjerenstvo intenzivnije posvetiti cjeni-

ku u ovom kvartalu, svaki komentar ili prijedlog koji se odnosi na postojeći cjenik bit će rado prihvaćen

Prijedloge slati na e-mail: mijo.karaula@hkk.hr

POKRENUTA INICIJATIVA ZA IZGRADNJU DOMA ZA UMIROVLJENE LIJEČNIKE U ZAGREBU

Izvršni odbor Komore prihvatio je pokretanje inicijative za izgradnju Doma za umirovljene liječnike u Zagrebu. Namjera je izgraditi dom koji će jamčiti najvišu

razinu kvalitete ne samo smještaja i sveukupne skrbi već i života umirovljenih liječnika. Na taj način Komora želi pridonijeti sigurnosti svih svojih članova nakon za-

vršetka radnog vijeka te im se odužiti za važan doprinos hrvatskom zdravstvu. Trenutno se traži adekvatna nekretnina koja bi se uredila i prenamjенила u dom za umirovljenike.

Stav Komore o položaju specijalizanata i trenutna sudska praksa

Ekspertiza ugovora o (sub)specijalizaciji



DAVOR LAZIĆ, e-mail: dlazic@odvjetnik-lazic.hr

Stav Komore o položaju specijalizanata vezan uz ugovore o provođenju specijalističkog i subspecijalističkog usavršavanja može poslužiti kao vodič svim dionicima u zdravstvu i sudstvu pri donošenju izmjena postojećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine

Neujednačena (sudska) praksa, učestale izmjene pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i različitost (sub)specijalističkih ugovora te veliki broj sudske postupaka kao posljedica tih izmjena, doveli su do potrebe donošenja *Stava Hrvatske liječničke komore o položaju specijalizanata vezano uz ugovore o provođenju specijalističkog i subspecijalističkog usavršavanja* (nadale: Stav HLK-a).

Samim kronološkim pregledom pravilnika koji su uređivali ili uređuju odnose između radnika i poslodavca kroz (sub)specijalističke ugovore razvidno je da su različita tumačenja pojedinih odredbi pravilnika te posljedično različiti ugovori o (sub)specijalizaciji u pravilu dovodili poslodavce u povoljniju poziciju.

Zdravstvena ustanova

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika iz 1994. g. (NN 33/94, 53/98, 64/98, 97/99, 84/01, 43/03 i 121/03) te Pravilnici o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz 2008. g. (NN 73/08) i 2009. g.; NN 111/09) nisu detaljno uređivali tematiku troškova specijalizacije već su u bitnome određivali da iznos troškova specijalizacije odlukom utvrđuje ministar, da troškove snosi podnositelj prijedloga za odobrenje specijalizacije odnosno zdravstvena ustanova kod koje je doktor medicine u radnom odnosu te da se zdravstvenim ustanovama u kojima se može obavljati dio praktičnog specijalističkog usavršavanja sredstva doznačuju razmjerno trajanju usavršavanja. Tek 2011. g., u Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/11) te njegovim izmjenama i dopunama, detaljnije se bavilo predmetnim pitanjem. Tako se u čl. 11. uređuje da zdravstvena ustanova čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad, sa specijalizantom sklapa ugovor o međusobnim pravima i obvezama te da pri sklapanju tog ugovora obveza rada u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita ne smije biti ugovoren u trajanju duljem od vremena trajanja specijalizacije.

Otkaz ugovora

Ujedno se nalaže ugovoriti i iznos naknade štete koju je doktor medicine, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije isteka ugovorene obveze rada, obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi, a koji ne može biti veći od 50 % iznosa troškova specijalizacije koje odlukom utvrđuje ministar. Odlukom ministra iz studenog 2011. tadašnji trošak specijalizacije po godini specijalističkog usavršavanja utvrđen je u iznosu od 100.000,00 kn neto (NN 133/11).

Kao iznimka, ovim pravilnikom predviđeno je i da se, u slučaju da doktor medicine otkaze ugovor o radu, a uz pribavljenu suglasnost ministra zasnuje radni odnos u drugoj zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad, obveza rada nastavlja u toj zdravstvenoj ustanovi.

Značajna je i odredba (iz čl. 11. st. 5.) kojom je eventualnu naknadu štete nastale ustanovama zbog otkaza ugovora o radu dužna snositi pravna odnosno fizička osoba pri kojoj se specijalizant ili specijalist zaposli za vrijeme trajanja obveze ostanka u radnom odnosu (onoliko vremena koliko je trajala specijalizacija); dakle, legitimno tumačenje bi bilo i da obveznik naknade štete ne bi trebao biti specijalizant/specijalist. Međutim, ista odredba već je u studenom 2011. izmijenjena Pravilnikom o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 133/11) tako da od tada naknadu štete sukladno ugovoru zdravstvene ustanove i specijalizanta odnosno ugovoru zdravstvenih ustanova snosi pravna, odnosno fizička osoba pri kojoj se specijalizant ili specijalist zaposli za vrijeme trajanja obveze rada.

Ujedno je istim izmjenama izmijenjen i članak 37. na način da zdravstvene ustanove obvezuje (i) da specijalizantima u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu Pravilnika ponude sklapanje ugovora o radu na neodređeno vrijeme, ako s njima imaju sklopljene ugovore o radu na određeno vrijeme, (ii) da u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu Pravilnika specijalizantu ponude sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama sukladno članku 11. pravilnika, te, dodatno, (iii) da u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu Pravilnika specijalistu ponude

sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama sukladno članku 11. pravilnika, te, dodatno, (iii) da u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu Pravilnika specijalistu koji je na dan stupanja na snagu pravilnika u obvezi rada ponude sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama, a sve pod prijetnjom oduzimanja ovlaštenja za provođenje specijalističkog usavršavanja zdravstvenim ustanovama.

Međutim, nisu sve zdravstvene ustanove ispostvole tu obvezu. Dapače, neke i danas, godina nakon što su propustile revidirati konkretnе ugovore s radnicima, potražuju višestruko veće iznose „troškova specijalizacije“ u skladu s ranije potpisanim ugovorima. Tako, primjerice, u pojedinim sudskim postupcima u slučajevima gdje postoji ugovorena obveza polaganja ispita u određenom roku te obveza rada u dvostruku duljem roku od roka za polaganje ispita, a pritom je po polaganju specijalističkog ispita odrađeno više od pola ugovorene obveze rada, poslodavac zbog raskida ugovora o radu potražuje cjelokupni „trošak specijalizacije“ - dakle, ne preostali, „neodraženi“ dio - unatoč tome što je radnik već odradio više od jednostrukog iznosa obveze rada.

Pravilnikom o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz svibnja 2012. (NN 54/12) opet se mijenja članak 11. koji od tada određuje (i) da pri sklapanju ugovora specijalizanta i zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad, obveza rada u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita ne smije biti ugovorena u trajanju duljem od vremena trajanja specijalizacije, (ii) da se istim ugovorom mora ugovoriti iznos naknade štete koju je doktor medicine, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije isteka ugovorene obveze rada, razmjerno izvršenoj obvezi rada, obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi, kao i iznos naknade štete koju je doktor medicine, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije položenog specijalističkog ispita obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi, te (iii) da u slučaju kada doktor medicine nakon položenog specijalističkog ispita, a prije isteka ugovorene obveze rada otkaže ugovor o radu i uz pribavljenu suglasnost ministra zasnjuje radni odnos u drugoj zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad, naknadu štete snosi doktor medicine ili zdravstvena ustanova u kojoj je zasnovao radni odnos.

Istim pravilnikom (NN 54/12) izmijenjen je i članak 12. na način da troškovi specijalizacije obuhvaćaju bruto plaće doktora medicine, troškove mentorstva, troškove zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje i druge troškove vezane uz usavršavanje te da se

troškovi zdravstvene ustanove u kojoj se usavršavanje obavlja utvrđuju u visini četverostrukog iznosa proračunske osnove. Naknadnim izmjenama i dopunama (NN 49/13, 139/14 i 116/15) ovi članci nisu značajno mijenjani.

Stoga je razvidno da su navedene odredbe koje su dosadašnjim pravilnicima uređivale ovo pitanje u nesuglasju s pojedinim odredbama Ustava RH i Zakona o radu. Naime, Ustavom RH zajamčeno je „slobodno biranje zaposlenja“ (čl. 55.) te svakom zaposlenom „pravo na zaradu kojom može osigurati sebi i obitelji slobodan i dostojan život“ (čl. 56. Ustava RH), dok Zakon o radu uređuje da je „poslodavac obvezan u radnom odnosu radniku dati posao te mu za obavljeni rad isplatiti plaću, a radnik je obvezan prema uputama koje poslodavac daje u skladu s naravi i vrstom rada, osobno obavljati preuzeti posao“ (NN 93/14, čl. 7. st. 1.). Dakle, naknada bruto isplaćenih plaća ne bi smjela biti predmet povrata kao sastavni dio „troška specijalizacije“ jer se specijalizanti ne nalaze na školovanju ili vježbi gdje samo počađaju predavanja i polažu ispite, već obavljaju radne obveze za koje primaju plaću sukladno ugovoru o radu. Stoga, obvezivanje specijalizata da rade još i jednak, ili u gorim slučajevima i veći broj mjeseci za istu zdravstvenu ustanovu nakon položenog specijalističkog ispita, dovodi specijalizante u nezahvalnu poziciju budući da im se tako onemogućava Ustavom zajamčeno pravo na slobodno biranje zaposlenja.

Trošak specijalizacije

Vrhovni sud Republike Hrvatske je 22. listopada 2013. g. (Rev 33/11) zauzeo stav da je plaća novčana protuvrijednost rada koji je radnik obavio za poslodavca i koju je poslodavac sukladno gore navedenim odredbama Zakona o radu dužan platiti nakon obavljenog rada te da iznos isplaćene plaće isplaćen za rad obavljen za poslodavca za vrijeme specijalizacije ne može ulaziti u trošak specijalizacije. Stoga je u potpunosti ispravno stajalište, koje s Vrhovnim sudom RH dijeli i Izvršni odbor HLK-a, da je neustavno i nezakonito uvrštavati plaću kao „trošak specijalizacije“ u obvezni sadržaj ugovora o međusobnim pravima i obvezama, po kojem plaća postaje predmetom povrata u okviru naknade troškova specijalizacije zdravstvenim ustanovama, a što proizlazi ne samo iz konkretnih ugovora već i iz članka 11. trenutno važećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.

Jednako tako od odlučujućeg značenja ne bi trebala biti ni činjenica obavlja li se specijalizacija u matičnoj ustanovi ili po uputnicu matične ustanove u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi (a pogotovo ako se radi o odradivanju specijalizacije u drugoj državnoj ustanovi), kao niti to radi li se zapravo o sredstvima HZZO-a ili

konkretnih ustanova, ukoliko je već samo određivanje isplaćenih naknada bruto plaća „troškom specijalizacije“ protivno važećim propisima.

Međutim, unatoč svemu gore navedenom, u svakom slučaju treba imati u vidu i spoznaju da se u sudskim postupcima u obzir uzimaju konkretni ugovori. A sama raznolikost odredbi ugovora sklopljenih između poslodavaca i radnika, ovisno o razdoblju u kojem su oni sklopljeni kao i ugovornim stranama koje su ih potpisale i oblicima u kojem su sastavljeni, odnosno načinu finansiranja pojedine zdravstvene ustanove (HZZO ili financiranje od strane zdravstvene ustanove) te o vrsti ustanove u kojoj specijalizant nastavlja svoju specijalizaciju (državna, županijska, gradska ili privatna) može uveliko utjecati na konačan ishod sudskog postupka. Tako primjerice postoje ugovori kojima je obveza rada nakon specijalističkog ispita ugovorena u jednostrukom, kao i ugovori u kojima je ista obveza ugovorena u višestruko dužem vremenskom trajanju u odnosu na duljinu trajanja specijalizacije. U nekim slučajevima ugovoreno je da radnik nadoknađuje ostatak trajanja preostale ugovorene obveze rada, dok je u drugima dužan vratiti cjelokupan iznos neovisno o tome koliki je dio obveze rada u međuvremenu odraden. Ponekim ugovorima se osim obveze rada ugovaralo i založno pravo poslodavca u slučaju neizvršenja radne obveze radnika (npr. hipotečki na nekretnini radnika), ponekim ugovorima štetnikom je naznačena druga zdravstvena ustanova u kojoj bi radnik prešao, a ne sam radnik itd.

Odražene obveze

Ujedno se postavlja i pitanje što sa (sub)specijalizantima koji imaju već sklopljene ugovore o specijalizaciji, odnosno odnosi li se ovaj stav i na njih ili samo na odnose *pro futuro*. Također se postavlja i pitanje što sa (sub)specijalizantima koji napuštaju matičnu ustanovu, a pritom su već djelomično odradili obveze iz naknadno potpisanih ugovora o uređenju odnosa koje su potpisali pri raskidu ugovora o radu, odnosno specijalizaciji. Na sva ova pitanja ne može se dati općenit, jednoznačan odgovor, već će same stranke u pokušaju mirnog rješenja sporu, odnosno sudovi, donijeti konkretnе odluke ovisno o okolnostima pojedinog slučaja.

Stoga umjesto zaključka valja istaknuti da Stav HLK-a o ovom pitanju nije obvezujući kako za ugovorne strane tako ni za hrvatske sudove, no svakako je instruktivan za sve dionike u zdravstvu i sudstvu te predstavlja svojevrstan vodič u inicijativi ka donošenju novih izmjena postojećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine koji bi u konačnici štitio i prava radnika, odnosno (sub)specijalizata te mogao pridonijeti kako samom ujednačavanju sudske prakse, tako i značajnijem smanjenju broja budućih sudskih postupaka.

SLUČAJ „VESEL A VJEVERICA“ - KRONOLOGIJA

Milanović: Imate taj jedan krug odlikaša s Rebra koji se bave politikom da bi se bolje promovirali u hijerarhiji i strukturama državnih klinika u kojima se troše milijarde kuna poreznih obveznika, a ništa se ne radi.

Autor: DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN , e-mail: daniela.dujmovic@hlk.hr

**"Rajko
Ostojić
cupkao je
oko mene
kao vesela
vjeverica
dvije
godine.
Dobio je od
SDP-a sve
i u stranci i
na Rebru."**

29. siječnja 2016.

TJEDNI INTERVJU YAMMAT FM RADIJA. GOST EMISIJE ŠEF SDP-a ZORAN MILANOVIĆ KOJI IZJAVLJUJE: „Rajko Ostojić cupkao je oko mene kao vesela vjeverica dvije godine.“

Komentirajući Rajka Ostojića, šefa izbornog stožera svoga glavnog protukandidata za šefu SDP-a Zlatka Komadine, Milanović se nije libio otkriti javnosti kako se kadroviralo u zdravstvu za vrijeme njegova mandata. Tako je, iznoseći „prljavi veš“ da bi ocrnio svoje dojučerašnje istomišljenike i partiskske drugove, otkrio kako je aktualni predstojnik Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Zagreb došao na tu poziciju upravo zahvaljujući SDP-u. „Dobio je od SDP-a strašno puno, dobio je sve, i u stranci i gore na Rebru, što god je htio“, izjavio je Milanović. Očito bivši premijer nije svjestan kako nije baš tako lako veselo cupkati dvije godine poput živahne životinjice kao što je vjeverica. Prava vjeverica dobije za nagradu žir, a stranačke vjeverice očito kakvu poziciju ili fotelju. U ovom slučaju junaku naše priče pripalo je mjesto predstojnika Klinike najveće bolnice u Hrvatskoj. Što znači da se cupkanje isplatilo. Naravno, mi ovdje samo prenosimo Milanovićeve tvrdnje. Jasno je da se unutarstranačka bitka u SDP-u vodi ispod pojasa. No, gdje ima dima ima i vatre.

31. siječnja 2016.

HUBOL TRAŽI OSTAVKU RAJKA OSTOJIĆA I PROVJERU NJEGOVA IZBORA NA MJESTO PREDSTOJNIKA KLINIKE

U Hrvatskoj udruzi bolničkih lječnika (HUBOL) vrlo ozbiljno uzimaju riječi Zorana Milanovića i šalju priopćenje javnosti u kojem traže provjeru na koji je način proveden postupak izbora ne samo za predstojnika Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Zagreb već i za pročelnika Zavoda za gastroenterologiju, zbog sumnje da je i taj natječaj protupravno poništen prema političkom diktatu tada vladajuće koalicije. Traže od Rajka Ostojića da sam podnese ostavku te ističu kako će uvijek inzistirati da provedbe svih natječaja u zdravstvenom sustavu budu transparentne i pod stručnom kontrolom da bi se izbjegle manipulacije i potencijalna pogodovanja.

31. siječnja 2016.

IZJAVA HINI GLAVNOG PROTAGONISTA U SLUČAJU „VESELA VJEVERICA“

Prozvani Rajko Ostojić izjavljuje za Hrvatsku izvještajnu novinsku agenciju kako u njegovu izboru za predstojnika Klinike nema ništa sporno. Štoviše, ističe kako je ponosan što ga je struka izabrala jer je na tajnom glasovanju svih liječnika Klinike za unutarnje bolesti, kako tvrdi, dobio najviše glasova. Imao je, napominje, dvojicu protukandidata. Na kraju je pozvao mjerodavne institucije da provedu sve potrebne provjere oko njegova izbora.

1. veljače 2016.

HRVATSKI LIJEĆNIČKI ZBOR PODRŽAVA HUBOLOVU INICIJATIVU ZA PROVJERU OSTOJIĆEVA IZBORA

Hrvatski liječnički zbor (HZL) u svom priopćenju za javnost također osuđuje upletanje politike u postavljanje kadrova u zdravstvu. Ističe kako je to negativno odjeknulo u svekolikom liječničkom korpusu te podržava HUBOL-ovu inicijativu za detaljnim propitivanjem cijelog događaja.

2. veljače 2016.

KOMORA SE PRIDRUŽUJE ZAHTJEVU HUBOL-a I HZL-a ZA PROVJEROM IZBORA

Komora u svom priopćenju ističe kako podržava zahteve svojih kolega iz HUBOL-a i HZL-a za ispitivanjem cijelog slučaja, oštro osuđuje stranačko i političko kadroviranje te koristi Ostojićev primjer kako bi još jednom upozirila javnost i mjerodavne u državi da o stručnim pitanjima u zdravstvu, u koje spadaju i izbori za predstojnike klinika, mora odlučivati isključivo i samo struka. S obzirom da je vođenje KBC-a, klinika i zavoda vrlo zahtjevan i složen posao, Komora se zalaže da se istodobno ne mogu obnašati druge javne dužnosti kao što je dužnost zastupnika u Hrvatskom saboru.

5. veljače 2016.

KBC ZAGREB DEMANTIRA MILANOVIĆA I TVRDI DA JE OSTOJIĆ IZABRAN NA NATJEČAU

Iz KBC-a Zagreb šalju priopćenje u kojem demantiraju kako je Ostojić postao predstojnik Klinike zahvaljujući stranci. Tvrde da je Ostojić izabran na javnom natječaju, u skladu sa zakonom i svim važećim propisima.

No, gorak okus ostaje, iako je vjeverica zapravo vrlo slatka životinjica.



Vodstvo Komore do sredine travnja u svim županijskim povjerenstvima

Vodstvo Komore krenulo je u posjet svim svojim županijskim povjerenstvima. „Želimo se na licu mjesta uvjeriti kako rade pojedina povjerenstva, na koje probleme nailaze i koji su im planovi za 2016. godinu. Istovremeno želimo svim svojim članovima na izravan način položiti račune za svoj dosadašnji rad i pružiti im priliku da nam izraze svoje kritike, opaske, ideje pa i pohvale, ako smatraju da ih zaslužujemo“, rekao je predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža.

Najuže vodstvo Komore do sada je posjetilo povjerenstva Dubrovačko-neretvanske, Brodsko-posavske, Međimurske, Šibensko-kninske i Splitsko-dalmatinske županije te Povjerenstvo HZZO-a, a do sredine travnja obići će i sva preostala županijska povjerenstva.



Vodstvo HLK-a s Povjerenstvom Međimurske županije HLK-a:
Krešimir Luetić, Jadranka Pavičić Šarić, Ivan Žokalj, Trpimir Goluža, Ivana Jambrović Horvat, Marija Haramija Strbat, Ana Jurin Martić, Mario Vinko

Bolnice moraju platiti stručno usavršavanje nagrađenim liječnicima

Bolnice su dužne u potpunosti podmiriti troškove obećane nagrade Ministarstva zdravljia liječnicima koji su svojim radom i izvanrednim rezultatima doprinijeli kvaliteti zdravstvenog sustava. Riječ je o stručnom usavršavanju po izboru u iznosu od 10 tisuća kuna koje je Ministarstvo na čelu s bivšim ministrom Sinišom Vargom, u rujnu prošle godine dodijelilo dvadesetdvjocima bolničkih specijalista i petorici stomatologa. Međutim, Hrvatska liječnička komora dobila je informaciju kako većina liječnika ne samo da nije iskoristila obećanu nagradu nego nisu bili niti obavješteni od zdravstvenih ustanova u kojima su zaposleni s mogućnošću njezina korištenja. Kako bi provjerila istinitost navoda, Komora je odmah kontaktirala nagrađene liječnike te je uputila dopis Ministarstvu u kojem je zatražila da sve zdravstvene ustanove obavijeste svoje nagrađene radnike o načinu korištenja javno obećane nagrade. Odgovor Ministarstva kako su bolnice dužne podmiriti iznose stručnog usavršavanja Komora je proslijedila liječnicima.

NAJČEŠĆA PITANJA

Najčešća pitanja Službi općih i administrativnih poslova Komore iz domene obnove, izdavanja i zamjene licence

1. Mogu li podignuti svoju člansku iskaznicu?

Trenutno ne. Naime, novo vodstvo Komore donijelo je Strategiju informatizacije Hrvatske liječničke komore za 2016. godinu, koja za cilj ima unaprijediti servis i usluge prema našim članovima. Ta strategija obuhvaća unapređenje registra članova, informatizaciju poslovnih procesa Komore, unapređenje sustava trajne medicinske izobrazbe i uvođenje „pametne kartice“ za naše članove. Jednom riječju, umjesto dosadašnje članske iskaznice, naši članovi imat će ubuduće pametnu karticu. S obzirom na veličinu i opseg projekta informatizacije, molimo naše članove za strpljenje. U međuvremenu će se kao članska iskaznica koristiti HZZO-va plava kartica.

2. Možemo li provjeriti broj bodova na liječničkoj kartici, te kako joj mogu pristupiti?

1. korak : otvoriti stranicu www.hlk.hr i odabratи Kartica liječnika i upravljanje stručnim skupovima
2. korak: u polje „Korisničko ime“ unijeti prezime i ime bez dijakritičkih znakova, na primjer: markovic.marko (za osobe koje imaju dva prezimena unijeti: 1. prezime 2. ime, na primjer: juric.maric.snjezana) te u polje „Lozinka“ unesite svoj JMBG, na primjer: 0506963123123
3. korak: odabratи osobne informacije te klik na povećalo
4. korak: klikom na Karticu liječnika otvara se bodovna tablica

Voditelj službe
Ivan Bojić, bacc. admin. publ.

Najčešća pitanja Službi za stručno-medicinske poslove u vezi s priznavanjem inozemnih stručnih kvalifikacija

1. Što je regulirana profesija?

Regulirana profesija je zanimanje za čije je obavljanje nakon završenog formalnog obrazovanja - npr. srednje škole, studija, potrebno dodatno ospozobljavanje nakon kojeg se, ako je propisano, provodi stručni ispit.

Zanimanje doktor medicine (liječnik opće medicine ili liječnik specijalist) ubrajamo u regulirane profesije, jer je za obavljanje liječničke djelatnosti nakon završenog formalnog obrazovanja-studija medicine; potrebno dodatno ospozobljavanje kroz pripravnički staž nakon kojeg se polaže stručni ispit, odnosno kroz specijalistički staž nakon kojeg se polaže specijalistički ispit.

I ODGOVORI STRUČNIH SLUŽBI KOMORE

2. Što moraju obaviti doktori medicine (liječnici opće medicine ili liječnici specijalisti), koji su stručne kvalifikacije stekli u inozemstvu, ako žele obavljati liječničku djelatnost na području Republike Hrvatske?

Takvi doktori medicine moraju proći kroz postupak priznavanja inozemne stručne kvalifikacije, koji je u Republici Hrvatskoj od 1. Srpnja 2013., uređen Zakonom o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija.

Zahtjev kojim pokreću postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija, doktori medicine podnose Hrvatskoj liječničkoj komori kao nadležnom tijelu slijedom Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Detaljne upute za podnošenje zahtjeva kao i obrazac zahtjeva, dostupni su na internetskim stranicama Komore (www.hlk.hr), link na desnoj strani naslovnice „Priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija.

3. Što određuje postupak po kojem će se provesti priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija?

Taj postupak ovisi prvenstveno o tome gdje su stečene inozemne stručne kvalifikacije.

Kroz opći postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija prolaze svi doktori medicine koji su svoje stručne kvalifikacije stekli u državi koja nije članica Europske unije ili Europskog gospodarstvenog prostora (tzw. „treće zemlje“).

Kroz opći postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija prolaze i doktori medicine koji su svoje stručne kvalifikacije stekli u državi članici Europske unije ili Europskog gospodarstvenog prostora, ali ne ispunjavaju uvjete potrebne da im nadležno tijelo države u kojoj su stekli stručne kvalifikacije potvrdi sukladnost stečene stručne kvalifikacije s odredbama Direktive 2005/36 EZ.

Doktori medicine koji su stručne kvalifikacije stekli u državi članici Europske unije ili Europskog gospodarstvenog prostora, i ispunjavaju uvjete potrebne da im nadležno tijelo države u kojoj su stekli stručne kvalifikacije potvrди sukladnost stečene stručne kvalifikacije s odredbama Direktive 2005/36 EZ, prolaze kroz automatski postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija.

4. Koja je razlika između općeg i automatskog postupka priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija?

Opći postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija temelji se na detaljniju vrednovanju stručnih kvalifikacija, počevši od obrazovne visokoškolske kvalifikacije i svih ostalih dodatnih osposobljavanja. Vrednovanje se provodi na temelju priložene dokumentacije. Ustanovi li se da inozemna stručna kvalifikacija ne odgovara kvalifikacijama koje kao uvjet traže propisi Republike Hrvatske za obavljanje profesije doktora medicine, određuje se dopunska mjera provjere osposobljenosti u profesiji ili razdoblje prilagodbe do tri godine.

Hrvatska liječnička komora u općem postupku priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija dijeli nadležnost s Ministarstvom zdravljia.

Postupak ima dulje vremensko trajanje.

Automatski postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija provodi se na temelju potvrde nadležnog tijela države u kojoj je stečena stručna kvalifikacija, a koja jamči da podnositelj zahtjeva- doktor medicine, ispunjava propisane uvjete stručnog osposobljavanja te da mu je stručna kvalifikacija sukladna kvalifikaciji navedenoj u Direktivi 2005/36 EZ.

5. Je li potrebno provesti priznavanje kvalifikacija stečenih na području bivše SFR Jugoslavije?

Priznavanje kvalifikacije stečene na području bivše SFR Jugoslavije ovisi o datumu stjecanja stručne kvalifikacije. U skladu s važećim propisima, doktorima medicine koji su stekli diplomu medicinskog fakulteta, svjedodžbu odnosno uvjerenje o državnom/stručnom ispitu te specijalističkom ispitu i ispitu iz područja uže specijalnosti prije 8. listopada 1991. Godine, izvan teritorija Republike Hrvatske a na području bivše SFR Jugoslavije, kvalifikacije su izjednačene po pravnoj snazi s kvalifikacijama Republike Hrvatske i ne podliježu postupku priznavanja.

Stručni suradnik-liječnik

Žarka Rogić, dr. med

Najčešća pitanja Službi općih pravnih poslova

1. Kako se pokreće postupak imenovanja za stalnog sudskog vještaka iz područja medicine?

Pokreće se podnošenjem zahtjeva za imenovanje stalnim sudskim vještakom iz područja medicine. Zahtjev se podnosi predsjedniku županijskog, odnosno trgovačkog suda nadležnog prema prebivalištu podnositelja zahtjeva.

2. Kako se pokreće disciplinski postupak protiv liječnika i u kojem roku?

Pokreće se podnošenjem zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka. Zahtjev se podnosi Časnom судu Komore na propisanom obrascu koji se može naći na web stranici Komore, u rubrici Propisi i obrasci. Disciplinski postupak može se pokrenuti u roku od tri godine od dana počinjenja disciplinske povrede zbog koje se pokreće postupak.

3. Kako se ostvaruje pravo na pristup informacijama iz javnih knjiga Komore?

Ostvaruje se podnošenjem zahtjeva za pristup informacijama. Zahtjev je dostupan na web stranici Komore, u rubrici Propisi i obrasci.

Viša stručna suradnica
mr.sc. Tatjana Babić, dipl. iur.

Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske liječničke komore i časopisa MEDIX – rezultati testiranja za broj 117. (srpanj 2015.)

Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena liječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60%) pitanja na temu „**Prevencija i racionalna farmakoterapija bolesti probavnog sustava**“ objavljenih u časopisu MEDIX broj 117. u srpnju 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 veljaču 2016. godine.

Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.



Red.br	Ispitanici
	A
1	Izabela Andrijašević-Trivić
2	Željka Antonić
	B
3	Ivana Babić Gvozdenović
4	Dinko Bačić
5	Gordana Bačić
6	Tomislav Baica
7	Vanda Balković
8	Sandra Balog
9	Jadranka Ban
10	Bogoljub Bančić
11	Mirjana Barac-Santini
12	Tatjana Barbarić-Ružić
13	Suncica Bardać-Zelić
14	Anita Barišić
15	Mirjana Barišić
16	Kristina Bartolić Smodej
17	Nina Bartolić Šakić
18	Vesna Batagelj Matulja
19	Ivana Bator
20	Ivana Bego-Radanović
21	Mara Bekavac
22	Kornelija Belina
23	Krunoslav Benčić
24	Silvija Benković
25	Snježana Berger-Richter
26	Tončica Bernardi-Martinović
27	Gabrijela Bešlić
28	Ivica Bilić
29	Denis Biondić
30	Marija Biškup
31	Tatjana Blaha
32	Dinka Blaić
33	Tea Blažević

34	Helena Blažić
35	Silvana Boban
36	Sandra Bočkaj
37	Gordana Borić
38	Gordana Božić Kvaternik
39	Mirna Bradić-Hammoud
40	Igor Brajković
41	Melita Brala-Trtolja
42	Dragica Bratović
43	Livia Briský
44	Tibor Briský
45	Lorena Brnjac
46	Olivera Brodarić
47	Nadia Brozina
48	Martina Brus Škrljac
49	Ružica Bubić Frisić
50	Kristijan Bučević
51	Maria Bulaš Joković
52	Nerina Bulešić Lončarić
53	Melita Buljan
54	Josip Buršić
	C
55	Snježana Chamae
56	Karmen Ciglar
57	Miranda Copetti Modrčin
58	Vesna Crljenko
59	Dubravka Cvjetović
	Č
60	Marija Čaklović
61	Zoran Čekić
62	Ljiljana Čičmak Smirnjak
63	Branislava Čilić
64	Marija Črneli
65	Eva Čubrić
66	Nevia Čudina
67	Martina Čukman

68	Željka Čulinia
	Ć
69	Jasmina Čehić
70	Ilija Čelebić
71	Željko Čorić
72	Blanka Čuk Mršić
73	Marija Čurković
	D
74	Nada Dašić
75	Danijela Daus-Šebedač
76	Marija Delić
77	Irena Dijan
78	Darko Dobrić
79	Milena Dobrić-Šimundža
80	Ivanka Dodig-Bravić
81	Nada Dogan
82	Zdravko Dolovski
83	Andrijana Domazet
84	Zlata Domović
85	Vesna Dragoja
86	Spomenka Drašinac-Kurtagić
87	Nataša Dropulić
88	Nediljka Dropulić
89	Stjepan Dujmov
90	Alen Dumančić
91	Nada Dumančić
	Đ
92	Sanja Đankić
	Đ
93	Velimir Đuras
94	Jelena Đurić
	E
95	Renata Ećimović Nemarnik
96	Slavica Ezgeta
	F
97	Jelena Filipović

98	Gordana Fiolić
99	Nataša Fischbach Šimunić
100	Indira Fistanić
101	Lidija Forster
102	Tihana Friščić
	G
103	Slavica Gabelica
104	Anja Gačina
105	Anton Galić
106	Melita Gašpartić
107	Dolores Glavan Radić
108	Andelko Glivar
109	Milka Gložinić
110	Darko Golubić
111	Slavka Gospić
112	Lela Grabant
113	Miodrag Gregov
114	Josipa Grgas
115	Marjana Grgić
116	Mirela Grgić
117	Verica Grkavec-Mađarević
118	Barbara Grubišić
119	Marina Gverić Kukovačec
	H
120	Katarina Hadžija Marković
121	Ivana Hanžek
122	Zvjezdana Horjak Švaić
123	Sanja Hrastić
124	Marija Hrastinski
125	Ljubica Hunjadi
	I
126	Amila Iličić
127	Ivana Ivanković Pavelka
128	Marija Ivanković
129	Josip Ivić
130	Snježana Ivković

J	
131	Vitomir Jadrejčić
132	Jelena Jagetić
133	Željka Jaklin
134	Issam Janbay
135	Jelena Jančić
136	Iva Janković
137	Vjekoslav Jazbec
138	Josip Jelić
139	Boris Jerbić
140	Martina Jerbić-Cecelja
141	Duško Jović
142	Milena Jović
143	Radovan Jozić
144	Jelena Jozinović
145	Danijela Juras
146	Sanja Jurčić Banai
147	Anita Jurković-Jakovac
148	Vesna Jurković-Krolo
149	Hrvoje Jurlina
K	
150	Ana Kajganić
151	Martina Kajić
152	Violeta Kajić
153	Sanja Kalšan Brkić
154	Vesna Kalšan-Saik
155	Barbara Karlo Gergorić
156	Nevena Katalinić
157	Đema Katić
158	Nenad Kešin
159	Ratko Kežić
160	Oskar Kirchbaum
161	Kristijan Ključević
162	Jadranka Kobaš
163	Monika Kolaric
164	Tanja Kolaric Blažičko
165	Vesna Kolaric
166	Adela Komljenović Koprek
167	Maša Kontić
168	Branko Koprić
169	Željka Korčić-Lovaković
170	Sanja Korić
171	Andelko Korušić
172	Marijana Kos Bernardić
173	Vladna Kovač
174	Zorko Kovač
175	Brigita Kovač-Retih
176	Lela Kozić Đurović
177	Gabrijela Krajačić Jagarčec
178	Davorka Kraljevski
179	Jasenka Kranjčec-Jagić
180	Damir Krčelić
181	Dražen Krištofić
182	Barabara Krizman Vuhić
183	Branka Križan
184	Vladimir Križan
185	Sandra Križanić
186	Olga Krot
187	Glorija Krtalić
188	Silva Krznarić Nikolašević
189	Dajana Kukurin Cnappi
190	Tatjana Kunštek-Kučanda
191	Ida Kupek Pandurić
192	Vlatka Kupinić Rožić
L	
193	Darko Labura
194	Doris Ladavac
195	Marija Lajter Marenić
196	Josip Lambaša
197	
197	Anita Lasić Živić
198	Veronika Laušin
199	Miljenka Lemac
200	Aleksandar Lemajić
201	Jelena Lizatović
202	Branka Lokin
203	Dalibor Lončar
204	Vlasta Lorencin-Petrović
205	Djino Lourinić
M	
206	Petra Majsan
207	Miljenko Maltar
208	Anka Mamić
209	Vera Mareš Bratko
210	Veljko Marić
211	Violeta Marić
212	Nada Marković
213	Ankica Martić
214	Ivan Martinez
215	Dolores Martinović
216	Ivo Martinović
217	Marija Martinuš
218	Simona Marunčić
219	Senka Mašković
220	Mihaela Matić Jelić
221	Mirkо Matić
222	Mladen Merćep
223	Monika Mesićek
224	Josipa Mićić
225	Zlatko Mihaldinec
226	Vlasta Miholić Marić
227	Vesna Miholović
228	Pavica Mijanović
229	Melita Mijić
230	Nenad Mijić
231	Marin Mikin
232	Ada Mikulić
233	Darko Mikuš
234	Josip Milanović
235	Vesna Milosavljević Gačić
236	Silvana Milovac
237	Stjepan Miše
238	Nikica Mlačić-Bojić
239	Sandra Mladinić Tadin
240	Biserka Mrgan Tomić
241	Vjera Munitić
242	Davorka Muršić
243	Tamara Mužić
N	
244	Sandra Neseš
245	Ružica Nikolić
246	Dubravka Nikšić
247	Dragan Novoselnik
248	Radmila Nježić
O	
249	Jasminka Obrovac-Gudelj
250	Katarina Obućina
251	Melita Očić-Leljak
252	Vesna Odrčić Išek
253	Manuela Oharek
254	Verica Ojtović
255	Sonja Orbanović
256	Andreja Oršulić
257	Dijana Osman
P	
258	Irena Palaversa Musa
259	Vesna Par-Judaš
260	Tea Pavić
261	Maja Pehar
262	
262	Marija Perić
263	Mirjana Perić
264	Vesna Perić Matošević
265	Snježana Permozer Hajdarović
266	Boris Peršić
267	Mirjana Petrić
268	Zdenka Picukarić
269	Boris Poljak
270	Vlasta Popić
271	Zdravko Prepolec
272	Tajana Prga Bajić
273	Snježana Prgeša
274	Asja Prgin-Rogošić
275	Ivana Prgomet
276	Božena Puljiz
R	
277	Petar Radaković
278	Mihael Radić
279	Boris Radolović
280	Alma Radostlav
281	Mirjana Rakić Jelinčić
282	Mijo Repušić
283	Roberta Rojnić Matejčić
284	Rosanda Rosandić-Piasevoli
285	Natali Roža Macan
286	Davor Ručević
287	Mira Ručević
288	Maja Rudelić-Zadrović
S	
289	Anita Sabolek
290	Božena Sanković
291	Sanja Savin
292	Ksenia Scagnetti
293	Jelena Schwenner-Radovniković
294	Mirella Sharma
295	Radmila Sikirić
296	Josip Skender
297	Gordan Slavicek
298	Ivica Smodek
299	Helena Smokrović
300	Mario Soldo
301	Biserka Srbelj-Dehlíć
302	Mirjana Stakor
303	Kristina Stanečić
304	Karmen Stanić Jurašin
305	Marta Stanić
306	Rikard Stanić
307	Ljeposava Stanimirović
308	Ljiljana Stanojlović-Botić
309	Dijana Staver
310	Snježana Stipković
311	Tea Strbad
312	Marijana Stulić-Folnegović
313	Jasminka Suhovršnik-Kolenko
314	Damir Sviben
315	Dubravka Šalić Herjavec
Š	
316	Ivana Šegvić
317	Ljiljana Šepić
318	Katarina Šestan
319	Sonja Šikanić
320	Vladimir Šinko
321	Tinka Šipicki
322	Vedrana Šitum
323	Ana Škvorc
324	Jasminka Šmider-Knezović
325	Vera Šoštarić Želalić
326	Željko Špiranović
327	Davorka Špišić-Trgursić
328	
328	Boris Štajduhar
329	Ivana Štanfel
330	Željko Štanfel
331	Mirela Štefanac
332	VESNA ŠTEFANAC NADAREVIĆ
333	Ivana Šućur
334	Ivan Šumski
335	Dragutin Šunjara
336	Biserka Šupraha
337	Belita Šurjak
338	Ivan Švagelj
T	
339	Ivana Tadin Hadina
340	Marinka Tlčić
341	Zorica Todorović Kudić
342	Sanja Toljan
343	Anita Tomašević
344	Markica Tomić
345	Vesna Tomić
346	Natalija Topolnjak
347	Biserka Topolovec - Galić
348	Goran Tošić
349	Jasenka Treska Pintarić
350	Tomislav Trešćec
351	Gabriele Turk
352	Milica Turković
353	Veljka Turković
354	Jasna Tušek - Lončarić
U	
355	Lovro Uglešić
356	Branko Uhoda
357	Sanela Unfirer
358	Tanja Uzelac
V	
359	Marina Valek
360	Ira Verbanac
361	Ljiljana Vidošević
362	Heda Vidović Šehović
363	Danijela Vincetić
364	Mirjana Vitasović-Grandić
365	Miona Vujević
366	Marijana Vujičić
367	Merica Vukasović
368	Ina Vukelić
369	Jasmin Vukelić Sonnenschein
370	Veljko Vukić
371	Marija Vukman
372	Jasmina Vuković
373	Gordana Vušas
W	
374	Branka Winterhalter Zvonar
Y	
375	Hanan Yahia
376	Manal Yahia
Z	
377	Tina Zavidić
378	Božana Zekić
379	Ladislava Žubak
380	Branka Zubak-Marić
Ž	
381	Ivana Žambok
382	Branimir Žarković
383	Maja Žarković
384	Alemka Žic
385	Željan Žic
386	Đurđa Žigmundovac Klaić
387	Dražen Žurić
388	Dušanka Žutić

U Hrvatskoj svaki dan jedna žena oboli od raka vrata maternice

„U Hrvatskoj svaki dan jedna žena oboli, a svakog trećeg dana, na žalost, jedna umre od raka vrata maternice“, iznio je poraznu statistiku prof. dr. Damir Eljuga, predsjednik Hrvatske lige protiv raka. Kako bi se probudila svijest i educirale žene o važnosti redovitih ginekoloških pregleda, cijepljenja protiv HPV-a i ostalim preventivnim mjerama kojima se može izbjegić smrtnost od raka vrata maternice, u Hrvatskoj se 23. siječnja na Nacionalni dan borbe protiv raka vrata maternice održao 9. Hrvatski dan mimoza.

Brojni zdravstveni stručnjaci i osobe iz javnog i političkog života sudjelovali su u javnozdravstvenoj akciji na zagrebačkom Cvjetnom trgu gdje su humanitarno „prodavali“ nježne mimoze koje simboliziraju krhko žensko zdravlje, za pomoć Zajednici oboljelih od raka „Sv. Juraj“ koja okuplja i žene koje su prebolele ovu, nažalost, i danas često smrtonosnu bolest.

„Svi oblici educiranja i prevencije bolesti silno su važni i uvijek sam se zalagao za prevenciju. Liga za borbu protiv raka davno je krenula u borbu za prevenciju raznih zločudnih bolesti pa, evo, i raka maternice. Ova hvale vrijedna akcija skreće pozornost na taj veliki problem kojem, zahvaljujući spoznajama, znamo što ga uzrokuje pa se najčešće može prevenirati“, istaknuo je akademik Željko Reiner koji je i sudjelovao u humanitarnoj „prodaji“ mimoza.

Domagoj Jelić

Predsjednik Komore dr. T. GOLUŽA,
doc.dr.sc. V. KOŠEC i prof. dr. D. ELJUGA



Uspjeh riječkih kirurga - tehnologijom 3D nadomjestili donje čeljusti

Riječki kirurzi još jednom su uspješno primijenili tehnologiju 3D printanja u nadomještanju ljudske kosti, ovaj put je pacijent ugradena umjetna kost kao nadomjestak raspadnutom koštanom tkivu njegove donje čeljusti. Liječnici Klinike za maksilosfajjalnu kirurgiju KBC-a Rijeka predvođeni prof. dr. Robertom Cerovićem učinili su zahvat, koji prema njegovim riječima, u maksilosfajjalnoj kirurgiji možda i nije toliko poseban koliko je posebna ideja da se kost pokuša nadomjestiti uz pomoć 3D printer-a i tvrdog akrilatnog polimera. Pojasnio je kako su imali pacijenta s uništenom polovicom donje čeljusti kao posljedici nemaligne fibrozne displazije. Postojala je mogućnost da se dio čeljusti nadomjesti na standardan način uz pomoć kosti s fibularnog režnja, odnosno s potkoljenice, ali je taj zahvat znatno teži i zahtjevniji, a estetski i funkcionalni rezultat bitno lošiji.

Prof. Cerović je otkrio kako je na tu ideju došao nakon prošlogodišnje operacije vratne kralježnice uz pomoć 3D printer-a koju je izveo neuro-kirurg prof. dr. Dinko Štimac. Operacija izvedena uz pomoć kalupa iz 3D printer-a i umjetne kosti od akrilatnog polimera za rekonstrukciju čeljusti ujedno je i mnogo jeftinija od sličnih, ali vrlo skupih operacija.

INES STRENJA LINIĆ: „PACIJENTI ĆE ZADRŽATI DOSADAŠNJA PRAVA“

Najava ministra zdravljia Darija Nakića o posebnom plaćanju nadstandardnih usluga u zdravstvu izazvala je mnoge nedoumice u javnosti, a ponajviše strah od gubitka dosadašnjih prava pacijenata i dodatnog plaćanja zdravstvenih usluga. Iz Udruge hrvatskih pacijenata poručili su ministru da u medicini ne postoji nadstandard nego samo zlatni standard te da se protive bilo kakvom dodatnom plaćanju u zdravstvu na teret pacijenta.

Predsjednica saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Ines Strenja Linić poručila je nakon sastanka s udružama pacijenata kako će pacijenti zadržati svoja dosadašnja prava, ali da svi moramo znati da medicina nije besplatna, da zdravlje nije besplatno i da svi sa svoje strane moramo učiniti sve kako bismo sprječili pogoršanje bolesti ili preventijom smanjili čimbenike rizika. Pojasnila je kako će se o nadstandardu tek pričati i da će se on odnositi na bolesnike koji žele nešto više i koji će biti spremni to platiti. Naglasila je kako je nova zdravstvena administracija svakako protiv daljnje privatizacije zdravstva te da će se zalagati za održavanje dosegnutog zdravstvenog standarda.

U PROŠLOJ GODINI 20 BOLNICA POSLOVALO POZITIVNO, KBC SPLIT ZADNJI NA RANG LISTI

Bivša zdravstvena administracija na čelu sa Sinišom Vargom predajući upravljačku „štafetu“ novom ministru zdravljia Dariju Nakiću, ustvrdila je kako iza sebe ostavlja stabilan zdravstveni sustav bez novih dugova, dok istodobno prava pacijenata nisu smanjena te je zdravstvena usluga brža i bolja. Iznijeli su podatak kako je u 2015. godini pozitivno poslovalo 20 od 33 bolnice u sanaciji pa je ukupni bolnički prihod od rashoda veći za 215 milijuna kuna. Kao najbolje bolnice prema rezultatima poslovanja i pružanju više usluga pacijentima, u kategoriji KBC-a istaknuti su zagrebački Merkur, Rijek i Osijek. U kategoriji kliničkih i općih bolnica najbolji su Varaždin, Pula i zagrebački Sveti Duh, dok su od županijskih bolnica najbolje OB Čakovec, Koprivnica i Bjelovar.

Kao najlošiji na listi izdvojen je KBC Split s dospjelim obvezama prema dobavljačima koje iznose 41,2 milijuna kuna. Sanacijski upravitelj dr. Kolja Poljak istaknuo je da to mogu „zahvaliti“ HZZO-u koji im nije platio sve dospjele obveze, a upravo im je HZZO najznačajniji poslovni partner s kojim bolnica ostvaruje 95 posto ukupnih prihoda. Dr. Poljak je postavio pitanje kako jedan zagrebački KBC, koji je sredinom prošle godine imao najveći gubitak od svih KBC-ova u Hrvatskoj, sada posluje pozitivno. Uvjeren je da država u njih ulijeva novca koliko treba da bi „zakrpala rupe“, dok se za Split, tvrdi, nema. Nevjerojatno je, zaključio je, da je u samo godinu dana, KBC Split od najbolje postao najgora bolnica u državi.

Znanstvenici otkrili nove sile u diobi stanice

Međunarodni tim znanstvenika pod vodstvom dr. sc. **Ive Tolić** s Institutu Ruđer Bošković (IRB) i dr. **Nenada Pavina** s Prirodoslovno-matematičkog fakulteta (PMF) otkrio je novu strukturu važnu za diobu stanice. Rezultate ovog istraživanja, koji mijenjaju paradigmu o ravnoteži sila u diobnom vretenu, objavio je prestižni znanstveni časopis *Nature Communications*. U radu je sudjelovalo šest autora iz grupe Ive Tolić s IRB-a te tri autora s PMF-a, gdje je Nenad Pavin vodio teorijski dio rada.

U ovom interdisciplinarnom istraživanju znanstvenici su kombinirali staničnu biologiju i genetiku s teorijskom fizikom, najmodernijim tehnikama mikroskopije, uključujući optičke manipula-

cije, kao što su laserske škare, uz metode matematike i računarsva. Teorijski opis sila u diobnom vretenu razvili su fizičari sa zagrebačkog PMF-a.

Dr. Iva Tolić ističe kako joj je ovaj rad posebno značajan i zato što predstavlja prvi rezultat preko dva milijuna eura vrijednog projekta Europskog istraživačkog vijeća (ERC) koji joj je odobren prošle godine za istraživanja diobe stanice. Ovim radom su znanstvenici dokazali hipotezu na kojoj se projekt temelji, a to je da postoje tzv. mikrotubuli premosnice u diobnom vretenu.

Više informacija: <http://www.irb.hr/Ljudi/Iva-Tolic>

O budućnosti strabologije na 12. Simpoziju „Suvremeno u oftalmologiji“

"Suvremeno u oftalmologiji" naziv je 12. tradicionalnog predlagdanskog simpozija Hrvatskog oftalmološkog društva (HOD) održanog u Zagrebu kojeg je obilježio pregled novosti na području oftalmologije, brojni i zanimljivi okrugli stolovi i gosti te dodjele nagrada. Sudionici su sa zanimanjem pratili izlaganja na okruglim stolovima o izazovima koje pred kontaktologe i nositelje kontaktnih leća postavlja globalizacija, te razmišljanja operatera iz područja prednjeg segmenta oka o najboljem izboru intraokularnih leća za pacijente sa sivom mrenom. Sudionici okruglog stola o glaukomu pokušali su odgovoriti na pitanje kako pomiriti smjernice Europskog glaukomskog društva i stvarna ograničenja koja postaje u hrvatskom zdravstvenom sustavu.

Posebno zanimanje prisutnih izazvalo je gostovanje novog predsjednika HLK-a dr. **Trpimira Goluže** koji je iznio pregled učinjenog u proteklim mjesecima te najavio nove projekte koji su planirani u 2016. godini. Pljeskom su nagrađene najave poboljšanja pravne pomoći članovima, finansijske pomoći za novorođenu djecu, podrške maloljetnoj djeci pokojnih članova, kao i poziv na još bolju suradnju Komore i HOD-a u nastojanjima da se očuva dignitet struke na dobrobit oftalmologa i pacijenata.

U popodnevnom dijelu nastavilo se s raspravama sudionika okruglih stolova o ulozi retinologa u dijagnostici i praćenju pacijenata s bolestima stražnjeg segmenta oka, s naglaskom na značajnu ovisnost o tehnologiji, kao i o budućnosti strabologije u Hrvatskoj. Kao što je to najavio na prethodnom simpoziju, predsjed-

nik HOD-a prof. **Zoran Vatavuk** dodijelio je brojne nagrade autorima znanstvenih radova objavljenih protekle godine u časopisima s najvećim faktorima odjeka. Autori tri najbolja rada imali su priliku prezentirati objavljene radove. Tako je prvonagrađeni dr. **Mladen Lesin** prikazao zanimljiv sistematski pregled faktora povezanih s postoperativnom boli i potrošnjom analgetika nakon oftalmoloških zahvata. U svom radu dr. **Ivana Pleštinu-Borjan** ukazala je na mogućnost korištenja antioksidacijskih enzima u eritrocitima i uku-

pnog antioksidacijskog statusa kao markera povećanog rizika za razvoj senilne degeneracije žute pjege. Zanimljiv prikaz dijagnostički zahtjevnog slučaja cističnih tvorbi ispred mrežnice prikazala je dr. **Maja Vinković**. Predah od stručnih i strukovnih tema pružili su studenti Muzičke akademije okupljeni u Samoborskom kvartetu saksofona s odličnim obradama poznatih glazbenih standarda.

ADRIAN LUKENDA, spec. oft.

Dodjela nagrada



Brojni ugledni predavači na 16. tečaju ginekološke endoskopije u Zaboku i Sisku

U organizaciji Hrvatskog društva za ginekološku endoskopiju HLZ-a (HDGE), Odjela ginekologije i porodništva OB-abolnice Zabok i bolnice hrvatskih veteranova te Odjela ginekologije i porodništva OB-a bolnice „Dr. Ivo Pedišić“ - Sisak, organiziran je tradicionalni 16. Hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međunarodnim sudjelovanjem I. kategorije – „Kurt-Semm“, s uglednim predavačima te polaznicima iz Republike Hrvatske i svijeta.

Tečaj je održan od 30.11. – 2.12.2015. u prostorima OB-a Zabok, a 3. i 4. 12.2015. u prostorima OB-a „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak. Voditelji tečaja, prof.dr. Miroslav Kopjar i prof.dr. Siniša Šijanović, polaznici su upoznali s najnovijim spoznajama i dostignućima na području ginekološke endoskopije. Posebno se ističe angažman vrlo istaknutih inozemnih predavača na čelu s prof.dr. Alolfom Lukanićem i prof.dr. Edom Bokal iz UKC-a Ljubljana, prof.dr. Brankom Nikolić i dr.sc. Rastkom Maglićem iz GAK „Narodni front“ Beograd te prof.dr. Tomislavom Čanićem - UKC Bregenz, Austrija.

Već tradicionalno, posljednjega dana tečaja održan je i tradicionalni 16. Simpozij HDGE, koji je uz potporu OB-a Sisak održan u Hotelu „Panonija“ u Sisku, a pod nazivom: „Kontroverze u minimalnoj invazivnoj ginekološkoj kirurgiji“.

Ohrabrujuća je činjenica, da su se brojni predavači i polaznici, kao i sudionici tečaja i simpozija, posebno osvrnuli i na razdoblje od prve laparoskopske histerorektomije na području Hrvatske izvedene u OB-u Zabok (8.12.1994. – LAVH). S ponosom je analiziran povijesni slijed razvoja ginekološke endoskopije, od prvih endoskopskih zahvata do danas, te je s konstatirano da je danas ginekološka operativa nezamisliva bez endoskopskoga pristupa. Spomenuto samo potvrđuje vrijednost i opravdanost svega onoga što su brojni entuzijasti na čelu s predsjednikom HDGE-a prof.Kopjarom cinili u proteklom razdoblju, tako da su endoskopske metode danas u Hrvatskoj u rutinskoj uporabi.

Prim. doc. dr. RAJKO FUREŠ, MEF u Osijeku i Odjel ginekologije i porodništva OB-a- Zabok i Bolnice hrvatskih veteranova Bračak, Zabok

Novosti iz Akademije medicinskih znanosti Hrvatske

Prof. dr. sc. Šime Mihatov proglašen laureatom Akademije medicinskih znanosti Hrvatske



Laureat prof. dr. ŠIME MIHATOV

Prof. dr. sc. Šime Mihatov proglašen je laureatom Akademije medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH) na tradicionalnoj prosinačkoj svečanosti proslave Dana Akademije (*Dies Academicus 2015.*). Na svečanosti koja je održana u Velikoj dvorani Hrvatskog liječničkog doma u Zagrebu po prvi puta su na Danu Akademije u glazbenom programu sudjelovala dva zbora u čast ovogodišnjeg laureata i to Akademski zbor Veterinarskog fakulteta u Zagrebu Ab ovo i Komorni zbor Veterinarskog fakulteta u Zagrebu pod ravnjanjem dirigenta Mo. Josipom degl' Ivellio i Zagrebački liječnici pjevači. Jedan od brojnih uzvanika, prof. dr. Željko Horvatić, predsjednik Akademije pravnih znanosti Hrvatske, naglasio je skladnu suradnju četiri akademije, te aktivnosti u znanstvenom pogledu s poslanom Izjavom za javnost o aktualnim prioritetima u razvitku visokog obrazovanja i znanosti u RH. Prof. dr. Vladimir Andročec, predsjednik Akademije tehničkih znanosti Hrvatske (HATZ), također se pohvalno izrazio o užajamnoj znanstvenoj suradnji s AMZH-om, a rektor Sveučilišta u Zagrebu, prof. dr. Damir Boras, istaknuo je aktivnost AMZH-a u suradnji s HATZ-om, kojega je član.

Prof. Liporenčić je naglasila da su bogata znanstvena dostignuća 2015. godine zahvaljujući i zalaganjima svih triju podružnica AMZH-a. Održan je spomen na preminulih 12 članova AMZH-a u 2015. godini. To su: prim. dr. Štefanija Košak Puretić, prof. dr. Radovan Subotić, prof. dr. Tomislav Šušković, prof. dr. Draško Šerman, prof. dr. Luka Kovačić, prof. dr. Božena Kopajtić, prof. dr. Ruđer Novak, prof. dr. Antun Roth, prof. dr. Nikola Gubarev, prof. dr. Vjekoslav Nanković, prof. dr. Vladimir Čajkovac i prof. dr. Jadranka Štefanac Papić.

U Izvješću je predsjednica naglasila da je realiziran u cijelosti plan i program aktivnosti Predsjedništva AMZH-a kao i četverogodišnji program za mandatno razdoblje do svibnja 2016. Usljedila je dodjela nagrade „Borislav Nakić“ za najbolji znanstveni rad objavljen u 2014. godini. Dobitnik je dr. Juraj Prejac za rad *A novel concept to derive iodine status of human populations from frequency distribution properties of a hair iodine concentration*, objavljen u časopisu *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology* 28 (2014) 205-211.

U trećem dijelu Svečanosti uslijedio je glazbeni program Zagrebačkih liječnika pjevača sa solistom Lucianom Batinićem, basom i prvakom opere HNK-a, uz klavirsku pratnju dr. Leonarda Bergovca i dirigentsku palicu prof. Mije Bergovca. Vrlo uspješan koncert, u kojem je pjevao i laureat, prof. Šime Mihatov i u duetu sa solistom oduševio sve prisutne.

Laudator akademik Davor Miličić prikazao je život i djelo prof. Mihatova kako u medicinskim dostignućima kao kardiologa tako i u cijeloživotnom glazbenom djelovanju te hobijima. Laureat se na kraju obratio sudionicima na dostojanstven način svojim govorom i zahvalio svojim učiteljima, obitelji te svima koji su pridonijeli njegovim uspjesima.

Dan Akademije imao je posebice svečani ton u adventskom razdoblju.

Prof. dr. sc. JASNA LIPOZENČIĆ, predsjednica AMZH

HRVATSKA PO KVALITETI ZDRAVSTVENOG SUSTAVA NA VISOKOM 16. MJESTU U EUROPPI

Prema najnovijem izvješću Europskog zdravstvenog potrošačkog indeksa, Hrvatska je u 2015. godini zauzela visoko 16. mjesto među 35 europskih zemalja na ljestvici ocjene učinkovitosti i kvalitete europskih zdravstvenih sustava. Hrvatska se sa 707 od mogućih 1000 bodova popela za čak sedam mjesta u odnosu na godinu prije kada smo bili na 23. mjestu.

Riječ je o indeksu koji prati situaciju u zdravstvu na temelju šest osnovnih kriterija. Ocjenjuje se razina prava pacijenata, dostupnost zdravstvenih usluga, ishodi liječenja, dužina listi čekanja, uspješnost provođenja preventivnih programa, potrošnja lijekova te njihova dostupnost.

Po dostupnosti zdravstvenih usluga Hrvatska je ispred Norveške i Velike Britanije. Na vrhu smo ljestvice po e-receptima, zajedno sa skandinavskim zemljama, kao i s brojem transplantacija, njih 50 na milijun stanovnika. Važno je istaknuti kako je izdvajanje u Hrvatskoj za zdravstvo po glavi stanovnika manje od europskih standarda. Primjerice, Nijemci za zdravstvo godišnje izdvajaju 3500, a mi skromnih 720 eura.

NOVO NA LISTAMA LIJEKOVA HZZO-A

Osnovna lista lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) bogatija je za pet novih lijekova, dok su u dopunske liste uvrštena četiri nova lijeka.

Novi lijekovi s osnovne liste namijenjeni su liječenju naslijednog angioedema, maligne boli, KOPB-a i narkolepsije s katapleksijom. Među novim lijekovima s dopunske liste su i lijekovi za šećernu bolest i povišen krvni tlak.

U liste lijekova dodatno su uvrštene generičke i kliničke paralele lijekova te novi oblici i nova pakiranja već postojećih lijekova. Tako je na osnovu listu stavljen 21 lijek u 56 pakiranja, dok je na dopunske stavljen 10 lijekova u 14 pakiranja.

Stavljanjem novih lijekova na listu i proširenjem indikacija za postojeće, proširuje se spektar lijekova koji se u okviru osiguranih sredstava, a bez novih dodatnih troškova, mogu primjenjivati u liječenju osiguranih osoba, poručuju iz HZZO-a.

Dječji kardiolog Hrvoje Kniewald dobitnik nagrade „Ponos Hrvatske“ za 2015. godinu



Dr. Hrvoje Kniewald dobitnik je prestižne nagrade „Ponos Hrvatske“ zbog svog predanog liječničkog rada, posvećenosti svojim malim pacijentima i volontiranja u raznim udruženjima. Radi u Referentnom centru Ministarstva zdravlja za pedijatrijsku kardiologiju u KBC-u Zagreb, asistent je na zagrebačkom Medicinskom fakultetu te volontira u udruzi „Veliko srce malom srcu“ koja okuplja liječnike, zdravstveno osoblje i roditelje djece s prirođenim srčanim grješkama i drugim srčanim bolestima. Kao liječnik volonterski sudjeluje i na raznim dječjim sportskim natjecanjima, a volontira i u različitim studentskim projektima. Studente medicine udružene u udruzi StEPP (Studentska ekipa prve pomoći), uz redovnu nastavu podučava i vještinama ukazujući im na stvarne situacije u poslu liječnika. Otac je trojice sinova starih 13, 15 i 18 godina.

Dr. Kniewald ističe kako su njegova najveća nagrada pacijenti kojima može pomoći i jedino ga takve nagrade u životu zanimaju. S djecom koju liječi ima vrlo prisani odnos i često se događa da mu trče u zagrljaj kad ga vide na bolničkim hodnicima. Ipak, dragi mu je što je i u široj javnosti prepoznat njegov trud jer svojim primjerom želi ukazati kako je potrebna puno veća interakcija između liječnika, pacijenta i njegove obitelji nego što je to u našoj medicini slučaj. „Želim potaknuti i druge liječnike da pojačaju komunikaciju sa svojim pacijentima jer je odnos liječnik-pacijent iznimno važan u procesu liječenja“, poručio je. Inače, udruga „Veliko srce malom srcu“ jedna je od najstarijih u Hrvatskoj. Osnovana je 1994., a njezin osnivač i predsjednik je prof. dr. sc. Ivan Malčić, predstojnik Klinike za pedijatriju KBC-a Zagreb.

Dr. Dražen Gorjanski – najliječnik za 2015. godinu

Udruga hrvatskih pacijenata izabrala je za najliječnika u 2015. godini Osječanina dr. Dražena Gorjanskog – izbor kojem ovaj put nema prigovora, za razliku od raznih dosadašnjih izbora naj-doktora. Pacijenti bez medicinske izobrazbe obično biraju liječnika na temelju njegove komunikacijske sposobnosti, a poznato je da su u tom pogledu nadriliječnici nadmašuju liječnike i da je im to zapravo jedini adut. Iako dr. Gorjanski ne sudjeluje u neposrednom liječenju pacijenata, nagradu je dobio jer se istaknuo kao borac za javno zdravstvo i kao protivnik korupcije u zdravstvu, obrazložili



su iz Udruge razloge svog odabira. Dodajmo da je Gorjanski u tom pogledu pokazao veliku ustrajnost, pa i hrabrost, čime je izazvao oštре kritike. Čestitka kolegi Gorjanskom, a i Udrizi pacijenata koja ovaj put nije išla stranputicom.

Prof. dr. ŽELJKO POLJAK

NOVA METODA U LIJEĆENJU TEŠKE SEPSE U OB-u KARLOVAC

Opća bolnica u Karlovcu među prvima je u Hrvatskoj započela s primjenom novog postupka u lijećenju teške sepse. Voditelj Odjela za anestesiologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu dr. Josip Žunić, predstavio je novu metodu kojom se čisti krv od štetnih tvari. Pojasnio je kako se iz krvizvlače „zločeste“ tvari koje se zovu citokini. „Mi pomažemo pacijentu da njegov upalni odgovor na sepsu ne bude toliko snažan, kao što je obično“, rekao je i dodaо da to u mnogim slučajevima pomaže, ali ne i uvijek. Napomenuo je kako je riječ o izrazito skupom postupku lijećenja koji u Europi iznosi između dvadeset i trideset tisuća eura, dok je u Americi još skuplji. Naime, lijećenje sepse je multidisciplinarni posao koji mora biti dobro organiziran i koji uključuje niz liječnika, mnoge resurse, lijekove i različite tehnologije. „Mi pazimo na naše troškove, ali i dajemo bolesnicima sve što je potrebno“, rekao je dr. Žunić i iznio podatak kako je stopa mortaliteta od sepse između 50 i 60 posto, a najniža zabilježena u literaturi 18 posto.

Jesu li liječnici „poštena“ inteligencija?

Samostalni sindikat žestoko protiv kolektivnog ugovora liječnika

Predsjednik Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Stjepan Topolnjak izjavio je 3. veljače: „Izričito se protivimo strukovnim kolektivnim ugovorima u zdravstvu, napraviti ćemo sve da do toga ne dode.“ Nakon odlaska u mirovinu izrazito crveno obojene (doslovno i simbolično) sindikalisticice Špomenke Avberšek, izgleda da se našao dostojan nasljednik nejzinog prozirnog nastojanja da nadglasavanjem drži liječnike podjarmljene u svom sindikatu na način „uravnilovke“ ili, još gore: „Lijećnicima upola manje!“ Relikt iz vremena kad su intelektualci kao sumnjiva populacija morali biti pod nadzorom „radničke klase“. A sve u skladu s onom uvredljivom prvomajskom parolom iz prošlog stoljeća „Živjeli radnici, seljaci i poštena (poštena!) inteligencija!“ Danas je ipak donekle drukčije. Tada su liječnici mogli emigrirati u inozemstvo samo opasnim ilegalnim prelaskom državne granice, dok danas mogu legalno odsetati u zemlje u kojima ne moraju podnositi diktaturu „bratstva i jedinstva“ raznih Topolnjaka, Avberšeka i njima sličnih.

Prof. dr. ŽELJKO POLJAK

U Hrvatskoj akademiji znanosti i umjetnosti proslavljenja 10. obljetnica Hrvatskog društva za štitnjaču



U Hrvatskoj akademiji znanosti i umjetnosti 11. prosinca je proslavljena 10. obljetnica Hrvatskog društva za štitnjaču Hrvatskog liječničkog zbora. O dosadašnjim aktivnostima Društva govorio je njegov predsjednik akademik Zvonko Kusić, ujedno i predsjednik HAZU-a, koji je podsjetio na bogato iskustvo koje Hrvatska ima u rješavanju bolesti štitnjače kao jednog od najraširenijih javnоздravstvenih problema koji zahvaća značajan dio populacije, osobito žene.

„Hrvatska je prošla put od stanja teške endemske gušavosti s kretenizmom pedesetih godina 20. stoljeća do potpune eliminacije gušavosti i svih poremećaja uzrokovanih nedostatkom joda, od kojih je najvažnije zaostajanje u psihomotornom razvoju, što je od neprocjenjivog značenja za svaku populaciju. Time se Hrvatska uvrstila među države koje su najuspješnije riješile ovaj važan javnоздravstveni problem“, kazao je akademik Kusić, pojasnivši da je s obzirom na učestalost bolesti štitnjače, visoku stručnu i znanstvenu razinu prevencije, dijagnostike i liječenja, kao i interdisciplinarnost problematike, postojala potreba da se osnuje društvo koje bi se bavilo stručnim i znanstvenim radom iz područja tireoidologije. Stoga je 30. studenoga

2005. utemeljeno Hrvatsko društvo za štitnjaču koje čine specijalisti nuklearne medicine, otorinolaringologije, interne medicine (endokrinologije, kardiologije), onkologije, patologije, oftalmologije, specijalisti iz područja javnoga zdravstva, obiteljske medicine, ginekologije, pedijatrije, psihijatrije, radiologije, dermatovernerologije, opće kirurgije, kliničkih istraživanja i bazičnih znanosti, te diplomirani inženjeri fizike, kemije, medicinske biokemije, molekularne biologije i elektrotehnike. Društvo promiče nove spoznaje, ali i usuglašava već postojeća načela, što doprinosi unapređenju prevencije, dijagnostike i liječenja bolesti štitnjače u cijeloj zemlji. Dodatne aktivnosti Hrvatskog društva za štitnjaču su i tiskanje radova u svojim ili glasilima Hrvatskog liječničkog zbora, stručna predavanja po podružnicama Zbora, javni nastupi u svrhu unapređenja zdravstvene kulture stanovništva, periodično izdavanje Glasnika Hrvatskog društva za štitnjaču te dodjela nagrada, zahvala i odličja, od kojih je najpoznatije Priznanje „Josip Matovinović“ nazvana po hrvatskom endokrinologu svjetskog ugleda na čiji poticaj je u tadašnjoj Jugoslaviji 1953. uvedena jedna profilakska, što je dovelo do uklanjanja teških oblika gušavosti i kretenizma.

Predavanje akademika Ivice Kostovića „Socijalni mozak“ na tribini AMZH-a

Suvremena neuroznanost istražuje biološke mehanizme koji čine podlogu socijalnim odnosima, procesima i ponašanju, kao i interakcije između socijalnih i neuronskih struktura i procesa. To novo područje neuroznanosti naziva se **socijalna neuroznanost**. Ona ima složene istraživačke ciljeve i zahtjeva istraživanja i analizu na više razina, interdisciplinarnu ekspertizu, komparativne studije, inovativne metode i integrativne konceptualne studije koje sežu izvan laboratorija.

Posljednjih desetak godina, zahvaljujući funkcionalnom snimanju magnetskom rezonancu, potvrđena su prijašnja neurološka, neurofiziološka i neurobiološka zapažanja da su neka područja mozga posebno značajna za **socijalno ponašanje, socijalno vrednovanje i socijalne spoznaje** (kogniciju). Djelomično ta područja odgovaraju strukturama tzv. limbičkog režnja koje su smještene na unutarnjoj strani hemisfera, a koje su bila predmet intenzivnih istraživanja u vrijeme klasične neurofiziologije i neurologije te su se obično povezivala s emocijama. Te strukture jesu:

- **cingularni kortex**, posebice prednje cingularno područje, koje povezuje motivaciju, emocije i kognitivne funkcije;

unutarnja strana čeonog režnja s precingularnim područjem;

- posebno je istaknuta uloga orbitalnog i vanjskog područja čeonog režnja;
- neka područja unutrašnje strane zatiljnog, parietalnog i sljepoočnog režnja, posebice precuneus;
- na vanjskoj strani velikog mozga značajnu ulogu u socijalnom i emocionalnom ponašanju ima skriveni, najmanji režanj – insula i temporo-parietalni asocijativni režanj.

U nekima od tih područja postoje posebno specijalizirani neuroni, zrcalni neuroni, koji su bitni za imitaciju i učenje imitacije te razumijevanje ponašanja drugih bića. U širem smislu sva područja koja sadrže zrcalne neurone značajna su za socijalno učenje. S obzirom na to da je govor temelj socijalne komunikacije, socijalni mozak, posebno insula i čoni režanj, strateški su povezani s područjima za govor.

Tim kortikalnim područjima treba dodati ključnu subkortikalnu skupinu jezgara koja oblikuje posebnu jezgru smještenu u vrhu temporalnog režnja – amigdalu, kao i neke druge subkortikalne jezgre (nucleus caudatus, septalne jezgre).

Zanimljivo je da su te unutarnje (limbičke) strukture povezane gustim neuronskim vezama i tu se nalazi dio čvorišta (hubs) koje ima važnu ulogu u ukupnim vezama mozga, tzv. konektomu (conne-

ctome). Ti unutrašnji dijelovi konektoma posebno su aktivi kod mozga u mirovanju (resting state) i njihova aktivnost može se dokazati i u snu i u anesteziji. Stoga neki istraživači smatraju da ta područja mozga čine neurobiološku osnovu jaštva (self). Tim novim istraživanjima i metodama slikovnog prikaza mogu se objasniti brojni slučajevi iz kliničke prakse, kao što su nedostatak straha i inhibicije u osoba koje nemaju amigdalu, što potvrđuje eksperimentalne i druge rezultate koji amigdalu svrstavaju u ključnu strukturu za mehanizam straha. Za amigdalu je bitno da sudjeluje i u prepoznavanju i emocionalnim reakcijama na ljudsko lice. Prepoznavanje lica, kao i izrazi lica, ključni su i transkulturno-univerzalni elementi socijalne kognicije u čovjeku. Istodobno je logično da se amigdala i njezini krugovi najranije

razvijaju u djeteta, što omogućuje rani emocionalni kontakt majke i djeteta. S druge strane, socijalna deprivacija ili gubitak majke rezultira velikim promjenama u strukturi amigdale. Za prepoznavanje lica posebno je značajno kortikalno područje na unutrašnjoj strani sljepoočnog i zatiljnog režnja.

Oštećenja frontalnog režnja rezultiraju promjenama socijalnog ponašanja i neprepoznavanja socijalnih odnosa. Oštećenja orbitalnog dijela frontalnog režnja imaju za posljedicu odsutnost reaktivnosti na nagradu i kaznu. Poremećaj funkcije frontalnog režnja posebno je značajan kod „velikih“ duševnih bolesti, kao što je shizofrenija.

Predavanje je održano u Zagrebu 26. siječnja pred 90 sudionika.



Blood Glucose Test Meter

GLUCOCARD S

GT-7110



Nova japanska ARKRAY tehnologija omogućuje vrhunsku TOČNOST uporabom mjerača GLUCOCARD™ S

U potpunosti udovoljava svim zahtjevima novog standarda

ISO 15197:2013



Vrhunska preciznost

Jednostavan i brz (5 sec.)

Mikro uzorak (0,3 µL)

Hematokrit 20-70%

arkray,inc.

arkray global business, inc.

Kyoto Miyuki Bldg, 10F 689 Takaracho,

Nakagyo-ku, Kyoto 604-8153, JAPAN

TEL +81-75-662-0967 FAX +81-75-662-8973

Pokret je život: www.bauerfeind.hr

Cochrane autori upozoravaju: oprezno s propisivanjem metilfenidata za ADHD

prof. dr. sc. LIVIA PULJAK, e-mail: livia@mfst.hr

Sustavni pregled pokazuje da metilfenidat može blagotvorno djelovati na najvažnije simptome ADHD-a – smanjuje hiperaktivnost, impulzivnost i pomaže djeci u koncentraciji. Također bi mogao pomoći u popravljanju općeg ponašanja i kvalitete života djece s ADHD-om. Metilfenidat ne uzrokuje ozbiljne nuspojave koje bi ugrožavale život, ali je povezan s velikim rizikom od nuspojava koje nisu ozbiljne, uključujući probleme sa spavanjem i smanjen appetit

Sažetak

ADHD (Attention and Hyperactivity Disorder) jedan je od najčešćih psihijatrijskih poremećaja u djetinjstvu. Djeca koja pate od ADHD-a imaju problema s koncentracijom i često su hiperaktivna i impulzivna. ADHD može ugroziti uspjeh tih djece u školi jer umanjuje njihovu sposobnost pružanja uputa i koncentriranja. Poremećaji njihova ponašanja mogu negativno utjecati na odnose s prijateljima i dovesti ih u različite nevolje. Metilfenidat je lijek koji se najčešće propisuje djeci i adolescentima s ADHD-om.

Uključeni dokazi: U pregled literature uključeno je 185 randomiziranih kontroliranih pokusa u kojima je sudjelovalo 12.245 djece ili adolescenta s dijagnozom ADHD-a. U većini studija metilfenidat je usporen s placebom. Većina studija bile su malene, loše kvalitete i kratke – terapija je prosječno trajala 75 dana (1-425 dana), zbog čega nije moguće procijeniti dugoročne učinke metilfenidata. Od 185 uključenih studija 72 (40 %) financirala je farmaceutska industrija. U sustavni pregled uključeni su klinički pokusi dostupni do veljače 2015.

Ključni rezultati: Sustavni pregled pokazuje da metilfenidat može blagotvorno djelovati na najvažnije simptome ADHD-a – smanjuje hiperaktivnost, impulzivnost i pomaže djeci u koncentraciji. Također bi mogao pomoći u popravljanju općeg ponašanja i kvalitete života djece s ADHD-om. Ali tim rezultatima ne možemo vjerovati zbog loše kvalitete dokaza. Sustavni pregled pokazuje da metilfenidat ne uzrokuje ozbiljne nuspojave koje bi ugrožavale život, ali da je povezan s velikim rizikom od nuspojava koje nisu ozbiljne, uključujući probleme sa spavanjem i smanjen appetit.

Kvaliteta dokaza: U svim analiziranim ishodima podaci prikupljeni iz kliničkih pokusa bili su vrlo niske kvalitete. U kliničkim pokusima moglo se znati koju terapiju uzimaju djeца, opisani podaci bili su manjkavi i analizirani ishodi su se razlikovali. Zbog toga je pouzdanost tih podataka ograničena.

Zaključak: Temeljem trenutne kvalitete dokaza nije moguće sa sigurnošću reći hoće li metilfenidat poboljšati život djece i adolescenta s ADHD-om. Metilfenidat je povezan s nizom nuspojava koje nisu ozbiljne. Iako nisu pronađeni dokazi o ozbiljnim štetnim učincima, potrebno je provesti dugotrajna istraživanja koja će bolje procijeniti nuspojave u osoba koje uzimaju metilfenidat kroz dugo vrijeme. S obzirom na to da je metilfenidat povezan s nuspojavama, može biti teško provesti dugoročna istraživanja. Liječnicima može biti vrlo lako zaključiti nalazi li se dijete u intervencijskoj ili kontrolnoj skupini.

Uvod

ADHD-a u djece i adolescenta procjenjuje se na 3-5 %, ovisno o sustavu klasifikacije koji se koristi, pri čemu dječaci imaju 2-4 puta veću vjerojatnost od razvoja tog poremećaja nego djevojčice. Dijagnoza ADHD-a potvrđuje se uočavanjem pretjeranog manjka pozornosti, hiperaktivnosti i impulzivnosti u djeteta, obično prije 12. godine, koja negativno utječe na djetetovo funkciranje i razvoj; ta se dijagnoza može temeljiti na 18 simptoma koji ukazuju na nedostatak pozornosti, hiperaktivnost i impulzivnost, temeljem glavnog dijagnostičkog klasifikacijskog sustava – Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) te Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5). Prema kriterijima MKB-10 i DSM-5 simptomi nedostatka pozornosti, hiperaktivnosti i impulzivnosti moraju biti pervazivni, odnosno moraju se vidati u različitim situacijama kroz najmanje 6 mjeseci i moraju biti prisutni prije šeste godine (MKB-10) ili 12. godine (DSM-5), pri čemu se neke od poteškoća koje su posljedice tih simptoma moraju uočiti u dvije ili više različite situacije. Također treba biti uočljiv klinički značajan poremećaj funkciranja u društvenim situacijama, u školi ili na poslu.

ADHD se sve češće smatra razvojnim psihijatrijskim poremećajem koji se nastavlja u odrasloj dobi, vrlo je heterogen i česti su komorbiditeti s drugim psihijatrijskim poremećajima. Klinič-

ki pokus *Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA)* utvrdio je jedan ili više komorbiditeta u gotovo 40 % ispitanika, uključujući različite psihijatrijske poremećaje.

Sve češće postavljanje dijagnoze ADHD-a, mogući štetni učinci za djecu koji proizlaze iz terapije lijekovima i varijacije u procjenama prevalencije uzrokuju sve više zabrinutosti. Postoji potreba i za validiranim dijagnostičkim testom koji će potvrditi kliničku dijagnozu ADHD-a, što potiče rasprave o postojanju poremećaja i njegovom dijagnosticiranju. Profesionalna i nacionalna tijela razvijaju smjernice za procjenu, dijagnozu i liječenje ADHD-a kako bi pokušali osigurati visoke standarde u dijagnostičkoj i terapijskoj praksi. Psihosocijalne intervencije, kao što su one usmjerene na roditelje, preporučuju se kao prva intervencija u mlađe djece i one koja imaju blage do umjerene simptome. Stimulansi, sami ili u kombinaciji s psihosocijalnim intervencijama, preporučuju se za djecu s težim ADHD-om.

Opis intervencije

Metilfenidat, deksamfetamin i atomoksetin (ne-stimulirajući selektivni inhibitor ponovnog preuzimanja noradrenalina) preporučuje se za liječenje djece i adolescenata s ADHD-om. U cijelom svijetu je metilfenidat lijek izbora za djecu s ADHD-om i u toj se populaciji koristi već više od 50 godina. Istraživanja pokazuju da kombinacija bihevioralne terapije (edukacije roditelja, savjetovanja u školi, psihosocijalnih intervencija) i farmakoterapije može pomoći djeci s ADHD-om.

Metilfenidat je odobren za liječenje osoba koje pate od ADHD-a i narkolepsije. Farmakološka terapija djece i adolescenata s ADHD-om navodno ima dobar učinak na glavne simptome hiperaktivnosti, nedostatka pozornosti i impulzivnosti. Doza intervencije se značajno razlikuje od djeteta do djeteta, pri čemu neka djeca reagiraju na relativno niske doze, a drugoj djeci trebaju veće doze kako bi se postigao isti učinak. Stoga je važno titrirati dozu metilfenidata na optimalnu razinu koja omogućuje najbolji terapijski učinak s najmanje nuspojava. Doza metilfenidata kreće se od 5 do 60 mg dva do tri puta dnevno. Nadalje, terapija metilfenidatom ne bi se trebala davati bez pauze. Razdoblja bez lijeka se preporučuju kako bi se ponovo procjenio učinak terapije na simptome.

Kako bi intervencija mogla djelovati

Prepostavlja se da metilfenidat djeluje na simptome ADHD-a putem svojih učinaka na doparminergični i noradrenergični prijenos signala unutar središnjeg živčanog sustava. Metilfenidat djeluje inhibiranjem ponovnog preuzimanja kateholamina, primarno kao Inhibitori

ponovnog preuzimanja dopamin-noradrenalina, pri čemu mijenja razinu dopamina i u manjoj mjeri razinu noradrenalina. Metilfenidat se veže i blokira na prijenosnike dopamina i noradrenalina te povećava koncentracije dopamina i noradrenalina u sinaptičkoj pukotini, što dovodi do pojačanog prijenosa signala u živčanom sustavu.

Biorasploživost oralnog metilfenidata je 11-52 %. Metilfenidat s trenutnim otpuštanjem ima duljinu djelovanja od 2-4 sata, a formulacije s produljenim djelovanjem mogu trajati od 3 pa sve do 12 sata. Smatra se da metilfenidat aktivira samo-regulacijske kontrolne procese i na taj način ublažava glavne neurofunkcionalne probleme ADHD-a. Dokazi ukazuju da je kontrola simptoma značajno povezana s funkcionalnim poboljšanjem.

Istraživanja pokazuju da je metilfenidat djelotvoran za liječenje glavnih simptoma ADHD-a (nedostatak pozornosti, hiperaktivnost i impulzivnost) i agresije, zbog čega djeca mogu bolje kontrolirati svoju impulzivnost. Međutim, djeca i adolescenti s vremenom mogu početi slabije odgovarati na metilfenidat. U dodatnoj analizi kliničkog pokusa *A Comparison of Methylphenidates in an Analog Classroom Setting (COMACS)* istraživači su utvrdili da djevojčice imaju bolji odgovor na metilfenidat. Nadalje, uočene su razlike u odgovoru na metilfenidat među djecom s različitim tipovima ADHD-a. Osim toga, i dalje se raspravlja može li se postaviti dijagnoza ADHD-a u predškolske djece i može li metilfenidat biti djelotvoran i siguran za predškolsku djecu s ADHD-om.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled?

U posljednjih petnaestak godina objavljeno je više sustavnih pregleda koji su ispitali djelotvornost metilfenidata za liječenje ADHD-a (s meta-analizom ili bez nje). Čak 15 sustavnih pregleda saželo je zbirne rezultate o terapiji metilfenidatom za djecu i adolescente s ADHD-om, ali niti jedan od njih nije provenjen kao Cochrane sustavni pregled i većina se nije pridržavala zahtjevne Cochrane metodologije i smjernica za izradu sustavnih pregleda. Niti za jedan od tih sustavnih pregleda nije bio dostupan recenzirani protokol koji je objavljen prije početka istraživanja. U 13 sustavnih pregleda nije provedena analiza podskupina koja bi ispitala učinak komorbiditeta na terapijski učinak niti je kontroliran učinak terapije ovisno o pod-tipu ADHD-a. Neki od tih sustavnih pregleda nisu napravili analize po različitim dozama metilfenidata. Osim toga, vezano za ishode, većina je meta-analiza sažela podatke od roditelja, nastavnika i neovisnih procjenitelja, a nisu razvojene mjere ishoda za nedostatak pozornosti i hiperaktiv-

nost/impulzivnost. Štoviše, većina sustavnih pregleda ispitala je učinak metilfenidata na simptome ADHD-a; autori nisu prikazali podatke o spontanim nuspojavama niti nuspojave mjerene odgovaraajućim ljestvicama te se nisu potrudili objasniti zašto takve informacije nisu uključene. Na koncu, ti sustavni pregledi nisu sustavno ispitivali rizik od nasumičnih pogrešaka, rizik od pristranosti i kvalitetu kliničkih pokusa. Ti nedostatci, uz druga metodološka ograničenja kao što su neuključivanje publikacija koje nisu objavljene na engleskom jeziku, izostanak pretraživanja glavnih međunarodnih baza podataka i nejasno prikazivanje podataka, mogli su negativno utjecati na prikupljanje podataka i dovesti u pitanje rezultate prethodnih meta-analiza.

S obzirom na sve veću zabrinutost vezanu za povećanu uporabu metilfenidata u djece mlađe od 6 godina, ključno je da istraživači propisno ispitaju rizik u odnosu na korisne učinke terapije u toj mlađoj populaciji. Iako stimulirajući lijekovi imaju povoljan profil mogućih rizika i korisnih učinaka, mogu imati i potencijalni rizik od ozbiljnih i blažih štetnih učinaka. Štetni učinci koji se najčešće povezuju s metilfenidatom uključuju glavobolju, probleme sa spavanjem, humor i smanjen appetit. Ozbiljne nuspojave uključuju psihotične simptome i poremećaje raspolaženja i afekta u oko 35 % djece liječene metilfenidatom. Neke studije ukazuju da metilfenidat može smanjiti težinu i visinu djece. Druge studije opisale su iznenadnu smrt, pa iako nije jasno jesu li te smrti bile izravno povezane s uzimanjem metilfenidata, istraživači trenutno ispituju moguću povezanost između iznenadne smrti i terapije metilfenidatom.

Znači li ovaj sustavni pregled da metilfenidat treba prestati koristiti u djece s ADHD-om?

Autori Cochrane sustavnog pregleda naglašavaju da rezultati ovog sustavnog pregleda ne znače da bi sad liječnici i obitelji trebali odmah prestati s davanjem metilfenidata djeci. Ako djetetu ili adolescentu koristi terapija metilfenidatom i nema nuspojava, onda je klinički opravданo nastaviti je. Pacijenti i njihovi roditelji trebali bi se posavjetovati s liječnikom prije nego sami odluče prekinuti terapiju s metilfenidatom.

Cochrane sustavni pregled

Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, Rosendal S, Groth C, Magnusson FL, Moreira-Maia CR, Gillies D, Buch Rasmussen K, Gauci D, Zwi M, Kirubakaran R, Forsbøl B, Simonsen E, Gluud C. *Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Cochrane Database Syst Rev. 2015;11:CD009885.

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

RANO PRIMIJENJENI INHALACIJSKI GLUKOKORTIKOIDI SPRJEČAVAJU BRONHOPULMONALNU DISPLAZIJU UZ MANJE NUSPOJAVA NO SISTEMSKI

Bronhopulmonalna displazija (BPD) česti je komorbiditet u djece rođene prije 28. tjedna gestacije. Prijasnji pokušaji da se sprječi razvoj BPD-a pomoću sistemskih glukokortikoida bili su uspješni u smanjenju učestalosti BPD-a, no pod cijenu povećane učestalosti neželjenih događaja, poput perforacije crijeva ili cerebralne paralize.

Međunarodni tim znanstvenika stoga je proveo multinacionalno, randomizirano ispitivanje kako bi se ustvrdilo mogu li inhalacije budezonida ograničiti razvoj BPD-a bez izlaganja novorođenčadi neželjenim događajima. U ispitivanje je bila uključena ekstremno nezrela novorođenčad (gestacijske dobi od 23 tjedana i 0 dana do 27 tjedana i 6 dana) ako su u prvih 12h trebali potporu disanju bilo kakvim oblikom pozitivnog tlaka.

Ispitivani lijek bio je budezonid i svako dojenče pomoću inhalera i zračne komorice primilo je dva potiska (u dozi od 200µg po potisku) dva puta dnevno prvi 14 dana života te zatim jedan potisak dva puta dnevno od 15. dana života. Novorođenad u kontrolnoj grupi imala je isti raspored davanja lijeka, no umjesto budezonida u inhaleru je primala samo propelant (placebo). Novorođenčad je navedenu terapiju primala sve dok nije više bilo potrebe za nadomjesnim kisikom ili dok nisu dostigli dob od 32 tjedana.

Primarni ishod bio je ili smrt ili dijagnoza BPD-a u 36. tjednu postmenstrualne dobi. Novorođenčad je ispunila kriterije za BDP ako im je bila potrebna potpora pozitivnim tlakom ili nadomjesnim kisikom, ili ako nisu mogli održati saturaciju kisikom iznad 90% na sobnom zraku. Sekundarni ishodi uključivali su retinaptiju prematuriteta i infekcije.

Ispitivanje je završilo ukupno 856 novorođenčadi. Prosječna dob majke bila je 30,7 godina. Otprilike 85% novorođenčadi bilo je bijelo, 7,5% crno, a 1,7% bilo je azijskog podrijetla. Više od 89% majki nije primilo glukokortikoidne antenatalno. Prosječna porođajna masa novorođenčadi bila je 800g, a prosječna gestacijska dob 26,1 tjedan.

U grupi liječenih, 40% novorođenčadi razvilo je BPD ili je umrlo, dok se to dogodilo u 46,3%

novorođenčadi u grupi koja je primala placebo, s relativnim rizikom (RR) 0,86 (95% interval pouzdanosti 0,75 – 1,00). Kada se svaki od ovih ishoda analizira posebno, pokazalo se da je smrtni ishod uslijedio u 16,9% novorođenčadi liječene budezonideom naprava 13,6% novorođenčadi u grupi koja je primala placebo, no razlika nije bila statistički značajna. No, u grupi novorođenčadi liječene budezonidom 27,8% novorođenčadi razvilo je BPD naprava 38% novorođenčadi u placebo grupi (RR, 0,74).

Između dvije grupe uočene su razlike u nekim od sekundarnih ishoda, kao što je niži relativni rizik za reintubaciju u grupi novorođenčadi liječene budezonidom. Važno je napomenuti kako nije bilo razlike u drugim važnim sekundarnim ishodima, kao što je razvoj retinopatije prematuriteta, oštećenja središnjeg živčanog sustava, učestalosti nekrotizirajućeg enterokolitisa, infekcija, hipertenzije ili poremećaja glukoze.

Autori ovog istraživanja zaključili su kako korištenje inhalacijskog budezonida u nedonoščadi smanjuje rizik za razvoj BPD-a, no da bi moglo biti povezano s povećanim mortalitetom.

(*N Engl J Med.* 2015;73:1497-1506.)

Dr. sc. Lovro Lamot, dr. med., specijalist pedijatar

RIZIK ZA DIJABETES TIPI 1 POVEZAN JE S NAKUPLJANJEM TJELESNE TEŽINE U PROVODNOJ GODINI ŽIVOTA

Dijabetes tipa 1 jedna je od najčešćih kroničnih bolesti koja se javlja u dječjoj dobi. Usprkos dobro poznatoj genetskoj podlozi, još uvjek nije pouzdano ustavljena uloga okolišnih čimbenika u razvoju bolesti.

Ranije provedena istraživanja ukazala su da bi rast tijekom ranog djetinjstva mogao biti povezan s dijabetesom tipa 1, no većina tih istraživanja bila je retrospektivna ili ograničena na populacije s izraženom genetskom predispozicijom.

Kako bi provjerili navedenu hipotezu, istraživači iz Norveške i Danske prikupili su podatke iz dva kohortna istraživanje u kojima je sudjelovalo gotovo 100,000 djece rođene između 1998. i 2009. godine: 59,221 djece iz Norveške te 40,611 djece iz Danske. Za svako dijete bilježeni su podaci o promjenama težine i duljine od rođenja pa do 12 mjeseca života, a prosječna dob na kraju praćenja bila je 8,6 godina

u Norveškoj kohorti te 13 godina u Danskoj.

Stopa učestalosti dijabetesa tipa 1 od 12 mjeseca života pa do kraja praćenja bila je 25 slučajeva na 100,000 osoba godišnje u Danskoj i 31 slučaj na 100,000 osoba godišnje u Norveškoj kohorti.

Rezultati istraživanja pokazali su da je povećanje tjelesne težine od rođenja do 12 mjeseca života pozitivno povezano s povećanim rizikom za razvoj dijabetesa tip 1 tijekom djetinjstva s omjerom rizika (HR, engl. *hazard ratio*) 1,24 za povećanje od 1 standardne devijacije (SD). S druge strane, nije uočena nikakva značajna povezanost povećanja tjelesne duljine i dijabetesa tipa 1.

Autori su zaključili kako je ovo prvo prospективno populacijsko istraživanje koje pruža dokaze da je povećanje tjelesne težine tijekom prve godine života pozitivno povezano s dijabetesom tipa 1, što ukazuje na ranu ulogu okoline u razvoju ove sve češće bolesti.

(*JAMA Pediatr.* 2015;169(12):e153759. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.3759.)

Dr. sc. Lovro Lamot, dr. med., specijalist pedijatar

OPĆA ANESTEZIJA PRIJE DOBI OD 4 GODINE MOGLA BI UTJEĆATI NA KVOCIJENT INTELIGENCIJE I JEZIČNO RAZUMIJEVANJE

Anestetici izazivaju staničnu smrt, trajno brijanje neurona i neurokognitivno oštećenje u nezrelih životinja, što dovodi do znatne zabrinutosti zbog mogućih sličnih učinaka koji se javljaju u male djece. Drugi autori nisu potvrđili te rezultate. Epidemiološke studije nisu bile u mogućnosti dovoljno razriješiti ovu zabrinutost, djelomično zbog oslanjanja na skupno primjenjene testove postignuća, nemogućnosti utvrđivanja strukture mozga i ograničenu kontrolu 'ometajućih' čimbenika (confounding factors). Djeca koja su podvrgnuta operaciji u općoj anesteziji prije 4 godine života, kasnije ostvaruju niže rezultate na testovima slušanja s razumijevanjem i niže rezultate IQ od djece koja nisu podvrgnuta anesteziji, rezultati su studije objavljeni u časopisu Pediatrics. Beckjauw i sur. (Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA) prikazali su rezultate nižih performansi IQ i razumijevanja jezika povezanih s nižom gustoćom sive kore u zatiljnom korteksu i malom mozgu. Ovi rezultati pokazuju da opća anestezija zbog kiriškog zahvata u ranom djetinjstvu može biti

povezana s dugoročnim smanjenjem jezičnih sposobnosti i spoznaje, kao i regionalnim volumetrijskim promjena u strukturi mozga, navode autori. Istraživači su promatrali zdravu djece koje su završile jezičnu studiju u dobi od 5 do 18 godina, uspoređujući ih s 53 djece koja su bila podvrgnuta operaciji u općoj anesteziji prije dobi od 4 godine, kao i s 53 djece koja odgovaraju dobi, dominantnoj ruci, spolu i socioekonomskom statusu koja nisu podvrgnuta općoj anesteziji. Neurokognitivna procjena uključuje Oral and Written Language Scales i Wechsler Intelligence Scales koji odgovaraju dobi. Strukturalna usporedba moždanog tkiva provedena je pomoću magnetske rezonance. Djeca koja su bila podvrgnuta općoj anesteziji imala su rezultate za slušanje s razumijevanjem u prosjeku 6 bodova manje od onih koji nisu bili podvrgnuti općoj anesteziji (prilagođeni $p=0,039$) i prosječno 6,4 boda niže rezultete IQ od skupine djece koja nije bila podvrgnuta općoj anesteziji (prilagođeni $p=0,039$). Rezultati testa pripadaju rasponu populacijskih normi za obje skupine, bez obzira na ranije izlaganje općoj anesteziji. Ovi rezultati sugeriraju da je opća anestezija zbog potreba kirurškog zahvata u ranom djetinjstvu možda povezana s dugoročnim smanjenjem jezičnih sposobnosti i spoznaje, kao i regionalnim volumetrijskim promjena u strukturi mozga. Autori navode da studija ne može dokazati uzročnost. Nije bilo načina da bi se utvrdi jesu li neurokognitivne razlike nastale zbog drugih uzroka, kao što su same operacije, uključujući pridruženu upalu i bol, ili podliježeći uzrok same indikacije za operaciju. Autori pišu da gubitak od samo 1bod IQ može smanjiti zaradu tijekom cijelog životnog vijeka pojedinca za 18.000 \$. Pad 5 do 6 bodova, kao što se vidi u ovoj studiji, može dovesti do gubitka više od 540 milijardi dolara među 6 milijuna djece koja su podvrgnuta operacijama na godišnjoj razini u SAD-u. Zaključno, potencijalni broj stanovnika sa pomakom distribucije IQ prema dolje može rezultirati povećanjem broja ljudi s vrlo niskim mogućnostima (IQ <70) i istodobnim smanjenjem broja onih s visokim mogućnostima što bi za posljedicu imalo dramatične društvene implikacije. Ovi provokativni rezultati zahtijevaju dodatne istraživačke napore kako bi se bolje definirala primjenjivost životinjskih podataka na ljudsku populaciju, kako bi se razgraničili mehanizmi ovog fenomena, te osmisile strategije za ublažavanje ove potencijalne dileme za zdravlje djece.

(*Pediatrics*. 2015;136:e1-12.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

LAPAROSKOPSKA BARIJATRIJSKA KIRURGIJA POVEZANA SA SMANJENIM UKUPNIM TROŠKOVIMA LIJEČENJA

Postoje protutječni dokazi o tome kako korištenje različitih barijatrijskih postupaka utječe na korištenje i troškove zdravstvene zaštite. Laparoskopska želučana prenosnica (Roux-en-Y gastric bypass – RYGB) može biti povezana sa smanjenim troškovima zdravstvene zaštite za pacijente u dugom roku, rezultati su studije objavljene u *JAMA Surgery*. Lewis i sur. (Kaiser Permanente Georgia in Atlanta, Georgia, USA) sakupili su podatke iz nacionalnih osiguravajućih društava što je uključivalo gotovo 10,000 bolesnika podvrgnutih laparoskopskoj RYGB i laparoskopskom postavljanju podesive želučane vrpce (adjustable gastric banding – AGB). Analiza podataka je pokrenuta u rujnu 2011. i završena u siječnju 2015. Autori su identificirali barijatrijske bolesnike u dobi od 18 do 64 godine koji su bili podvrgnuti AGB ili RYGB. Skupina od 4,935 AGB bila je podudarna sa 4,935 RYGB bolesnika prema dobi, spolu, rasi/etnicitetu, socioekonomskim varijablama, komorbiditetima, godini kada je izvršen postupak i osnovnim troškovima, posjetima hitne službe i bolničkim danima. Medijan poslijeoperacijskog praćenja iznosio je 2,5 godine. Međutim postupci nisu jednaki. Pacijenti koji su podvrgnuti laparoskopskom AGB proizveli su veće troškove od onih koji su podvrgnuti laparoskopskom RYGB tri godine nakon zahvata, otkrili su istraživači. Iako su RYGB pacijenti imali inicijalni porast dolačaka u hitni prijem, to se smanjivalo do treće godine nakon operacije, objašnjavaju autori studije. Zbrojeno s nižim troškovima lijekova na recept u odnosu na postavljanje AGB, a uz poznat veći učinak na mršavljenje i remisiju stanja poput dijabetes melitus, to vjerojatno dovodi do ukupno nižih troškova RYGB bolesnika do kraja treće godine od operacije, navode autori. Oba postupka povezana su s trendom smanjenja troškova, u odnosu na period liječenja prije operacije. Do kraja treće godine postoperativno, AGB bolesnici imali su 16% veće ukupne troškove liječenja u odnosu na RYGB bolesnike (apsolutna vrijednost razlike: 818 \$ godišnje; $p <0,01$). RYGB bolesnici češće koriste Zavod za hitnu medicinu tijekom prve dvije godine, ali do kraja treće godine razlika više nije značajna. S obzirom na poznati značajan klinički utjecaj RYGB operacije na smanjenje tjelesne težine i posljedično zdravlje, bilo bi

izvrsno da se istraže načini kako umanjiti rizik tih pacijenata za dodatne posjete Zavodima hitne medicine kao i hospitalizacije u prvim godinama nakon operacije. Možda ako bi se mogla smanjiti ta skupina troškova, utjecaj postupka RYGB na ukupne troškove liječenja biti će još veći i to ranije. Time bi i većina osiguravateljskih društava imala bolji razlog za preporuku odnosno 'pokrivanje' troškova liječenja kod korištenja RYGB kao barijatrijske metode kod većeg broja ljudi. Upravo bi rezultati ove studije mogli pomoći razriješiti raspravu medicinske zajednice oko neto troškova ili neto uštede tih postupaka. Ova studija sugerira da barijatrijska kirurgija može biti rijetka i neuhvatljiva 'win-win' situacija - poboljšanje rezultata liječenja i ukupno smanjenje troškova liječenja, objašnjava dr. Justin Dimick (University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA), u napisanom povratnom uvodniku na ovu studiju.

(*JAMA Surg.* 2015;150:787-94.)
Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

MASOVNA TRAUMA POVEZANA S VIŠIM MORTALитетом

Novorazvijeni Trauma Surge Index (TSI) može pomoći bolnicama procijeniti kako razdoblja naglo povećanog volumena trauma bolesnika, kao što je za vrijeme masovnih pucnjava, nesreća javnog prijevoza, terorističkih napada ili sličnih katastrofalnih događaja, povećavaju korištenje bolničkih resursa i utječu na smrtnost tih pacijenata. Trauma bolesnici liječeni tijekom razdoblja masovnih trauma imaju dva puta veću vjerojatnost da će umrijeti u odnosu na iste bolesnike izvan perioda masovnih trauma, rezultati su objavljeni u časopisu *Journal of American College of Surgeons*. Stoga, autori sugeriraju, bolnice mogu koristiti ovaj novi indeks, prilagođen posebnim obrascima i parametrima svake bolnice, identificirati sposobnosti svakog centra tijekom takvih situacija i kako kapacitet utječe na smrtnost trauma pacijenata. Bolnički učinak tijekom masovnih trauma čini se da ovisi o stupnju hitnosti bolesničkog stanja, mehanizmu ozljede i opsegu, kao i individualnim hospitalnim obrascima prijema trauma bolesnika, pišu Jenkins i sur. (Department of Surgery, Indiana University, Indianapolis, Indiana, USA). Upravitelji uključeni u trauma sustav pripravnosti i odgovora mogu koristiti TSI za analizu vezanu za pitanje kapaciteta retroaktivno i rasporediti oskudne zdravstvene resurse na način utemeljen na dokazima. Prethodne mjere opterećenja kapacite-

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

ta nisu uzimale u obzir težinu ozljedu pacijenta ili razlike u kapacitetima ili resursima bolnica. Dakle, ove prethodne mjere nisu mogle pružiti dovoljno pouzdani pregled stvarnih potreba za resursima i upravljanju bolnicom tijekom masovnih trauma, kako bi se utvrdilo kako se može poboljšati spremnost bolnice i odgovor u takvim situacijama. Autori su koristili American College of Surgeons Trauma Quality Improvement Program za retrospektivnu analizu podataka od 230,621 trauma bolesnika otpuštenih iz 156 suradnih institucija u razdoblju od siječnja 2010. do prosinca 2011. godine. Podaci uključuju datum i vrijeme prijema i otpusta iz bolnice za svakog odraslog trauma bolesnika sa Abbreviated Injury Scale Score od najmanje 3 koji je rezultirao u Injury Severity Score od najmanje 9. TSI mjera koristi Injury Severity Score svakog pacijenta, vrijeme i datum prijema u bolnicu, te jedinstveni identifikator bolnica, čime odražava ozbiljnost ozljede kod masovnih trauma, a uključuje varijacije godišnjeg prijema trauma bolesnika i posebnih obilježja pojedinih centara. Sveukupno, bolnička smrtnost iznosila je 6,3%, ali kada su istraživači usporedili smrtnost trauma bolesnika pomoću TSI, bolesnici su imali dva puta vjerojatnost umiranja kada je TSI premašio 3 (tijekom razdoblja od 48 sata) nego kad je bio 3 ili niži (9,9% prema 6,3%; omjer izgleda [OR], 2,05; 95% interval pouzdanosti [CI], 1,36-3,10). Samo 0,14% analizirane populacije (332 bolesnika u 33 bolnice) imalo je TSI veći od 3. Uspoređno, znanstvenici nisu pronašli nikakvu razliku između smrtnosti bolesnika tijekom masovnih trauma i preostalog razdoblja kada su primjenjeni utvrđeni kriteriji masovnih trauma dogadaja (OR, 0,94; 95% CI, 0,88-1,01), a definiraju se kao 10 trauma prijema tijekom 24 sata, bez obzira na težinu ozljede ili bolničkim karakteristikama ili resursima. Bolesnici s ozljedama vatrenim oružjem imali su više od sedam puta veće izglede da umru tijekom razdoblja masovne traume nego tijekom ostalih razdoblja pomoću TSI (42,0% prema 15,5%, p = 0,002, ili, 7,29; 95% CI, 2,13 - 24,91), dok je smrtnost pacijenata kod ozljeda bez vatrenog oružja porala s 5,8% u 'običnom' razdoblju na 8,5% u razdoblju masovnih nesreća (p=0,004). Nakon analize duljine trajanja masovnih nesreća dobiveni su različiti odnosi vezani za smrtnost trauma bolesnika. Tijekom 12-satnog razdoblja, smrtnost nije bila značajno različita između razdoblja masovnih nesreća i ostalih razdoblja (OR, 1,20; 95% CI, 0,93 - 1,56), ali kod 24-satnog razdoblja, smrtnost je porasla (OR, 1,51, 95% CI , 1,01 - 2,27). Kod 60-satnog razdoblja, dolazi do vrhunca smrtnosti (OR, 2,37; 95% CI, 1,60-3,48), a zatim dolazi do pada na razinu bez značajne razlike

kod 72-satnih razdoblja (OR, 1,24; 95% CI, 0,76 - 2,01). U svom sadašnjem obliku, TSI je najprikladniji za retrospektivne analize sposobnosti odgovora na masovne traume i naknadne analize uzroka povećane smrtnosti kod trauma bolesnika. Istraživanje je financirano od strane Robert Wood Johnson Clinical Scholars Program. Autori nisu objavili nikakve finansijske odnose.

(J Am Coll Surg. 2015;221:729-738.e1.)
Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

CD X2 KAO PROGNOSTIČKI BIOMARKER U STADIJU II I III KOLOREKTALNOG KARCINOMA

Preživljenje bez bolesti (DFS) značajno je poraslo među bolesnicima sa stadijem III karcinoma kolona primjenom adjuvantne kemoterapije, no taj terapijski uspjeh nije se preslikao na ranije stadije (I i II) bolesti. Identifikacija bolesnika s visokorizičnim stadijem II kolo-rektalnog karcinoma ključ je u probiru onih kojima je nužna adjuvantna terapija nakon kirurškog tretmana, no nedostaje jednostavnih i pouzdanih kriterija za istu. Istražila se mogućnost stratificiranja tih bolesnika prema profilu ekspresije gena njihovih tumorskih tkiva i razvijeni su testovi kojima bi se identificirali visokorizični bolesnici. Među njima, najviše obećavaju testovi na *microarray* tehniči temeljene multigeneske ekspresije provedene na matičnim i progenitornim stanicama, ali su teško uporabljivi u kliničkoj praksi. **Piero Dalerba** i suradnici, u studiji objavljenoj u posljednjem broju New England Journal of Medicine, opisali su postupak traganja za odgovarajućim biomarkерom. Bioinformatičkim pristupom tragalo se za biomarkerima epitelne diferencijacije debelog crijeva, kroz redove ekspresije gena i potom su se eventualni geni – kandidati rangirali prema mogućnosti uporabe u kliničkim dijagnostičkim testovima. Po uporabi subgrupne analize, uključujući i neovisne retrospektivne kohorte bolesnika sa stadijem II ili III karcinoma kolona, najbolji gen kandidat testiran je i na pouzdanost u referiranju na preživljenje bez bolesti (DFS) i benefit od adjuvantne kemoterapije. U poduzetom skriningu testu najboljim se pokazao transkripcijski faktor „caudal-type homeobox transcription factor 2“ CDX2. Skupina od 87, od ukupno 2115 uzoraka tumora, (4,1%) nije eksprimirala CDX2. U primarnoj analizi identificiranja gena, koja je uključivala 466 bolesnika, stopa petogodišnjeg DFS bila je niža među 32 (6,9%) bolesnika s CDX2 negativnim

karcinomom kolona, nego među njih 434 (93,1%) u CDX2 pozitivnih karcinoma kolona. Validacijom, koja je uključivala 314 bolesnika, stopa petogodišnjeg DFS bila je niža među 38 bolesnika (12,1%) s CDX2 negativnim karcinomom kolona, u odnosu na 276 (87,9%) bolesnika s CDX2 pozitivnim karcinomom kolona. U obje te skupine, navedeni rezultati nisu ovisili o dobi bolesnika, spolu, stadiju i gradu-su tumora. Među bolesnicima sa stadijem II karcinoma, razlika u petogodišnjem DFS bila je značajna, i u primarnoj analizi identifikacije gena (49% među 15 bolesnika s CDX2 negativnim, u usporedbi s 87% među 191 bolesnikom s CDX2 pozitivnim tumorima), kao i u validacijskoj analizi (51% među 15 bolesnika s CDX2 negativnim tumorima vs. 80% među 106 bolesnika s CDX2 pozitivnim tumorima). U *pool* analizi svih kohorti bolesnika, stopa petogodišnjeg DFS bila je veća među 23 bolesnika sa stadijem II CDX2 negativnog karcinoma kolona, koji su primili adjuvantnu kemoterapiju, nego među njih 25 koji nisu primili adjuvantnu kemoterapiju (91% vs. 56%). Dakle, rezultati su pokazali da bolesnici sa stadijem II i III CDX2 negativnog karcinoma kolona mogu imati koristi od adjuvantne kemoterapije i da adjuvantna kemoterapija može predstavljati terapijsku opciju u bolesnika s CDX2 negativnim karcinomom kolona stadija II, koji inače bivaju liječeni samo kirurški. Obzirom da se radi o retrospektivnoj, eksploratornoj studiji, potrebna je konfirmacija tih zaključaka u okviru randomiziranih kliničkih studija, a vezano sa studijama DNA sekpcioniranja.

(N Engl J Med. 2016; 374:211-222.)
Ana Tečić Vugr, dr.med.

EVALUACIJA INTERMITENTNE ANDROGEN – DEPRIVACIJSKE TERAPIJE U KLINIČKIM STUDIJAMA FAZE III

Intermitentna androgen deprivacijska terapija (IAD) pomno je testirana u karcinoma prostate. Međutim, studije faze III koje su testirale kontinuiranu androgen deprivacijsku terapiju (CAD) u odnosu na intermitentnu (IAD) dosegnule su nekonkluzivne pa čak i jasno kontradiktorne rezultate. Potrebno je da se stoga kritički evaluiraju i uzmu u obzir različiti dizajni i izvedbe istih. Pregled **Hussaina** i suradnika uključio je sedam publiciranih studija faze III i analizirane su prema predodređenom dizajnu i planiranim ishodima. Specifičnosti tre-tmana, primarni ishodi, pretpostavke dizajna testiranja superiornosti u odnosu na testiranje

neinferiornosti, uključujući i jačinu pretpostavljene u odnosu na opaženu neinferiornost (NIM – *noninferiority margin*, margina neinferiornosti), trajanje praćenja, kvalitetu života i ishode u smislu mjerjenih parametara kvalitete života razmotrili su u okviru rezultata i donešenih zaključaka u analiziranim studijama. Pet studija imalo je primarnu hipotezu o superiornosti, a tri o neinferiornosti. Samo tri studije imale su uniformnu populaciju i zabilježile su rezultate u sveukupnom preživljaju (OS) kao primarnom cilju. Sve studije zabilježile su bolje ishode u sveukupnom preživljaju i preživljaju bez progresije bolesti (PFS), nego što je bilo pretpostavljeno u vrijeme dizajniranja studije, što se translatiralo u prespecificirane NIM ili omjere hazarda, koji su reflektirali veće apsolutne razlike u OS ili PFS među skupinama. Stope događaja manje od očekivanih također su smanjile statističku snagu studija. Raspravljeni su i drugi čimbenici, poput duljine praćenja, uzroka smrti, kvalitete života, primarnih ishoda studija i njihovog utjecaja na interpretaciju studija. Utvrđilo se da nijedna studija nije pokazala superiornost IAD u preživljaju, u odnosu na CAD. Studije koje su zaključile da je IAD neinferiorna u odnosu na CAD temeljene su na širokim NIM, koje su uključivale značajne razlike u preživljaju, neusporedive i od strane liječnika ili bolesnika. Interim analize temeljene na kratkim periodima praćenja i koje uključuju većinu smrti zbog drugih uzroka govorit će u prilog neinferiornosti i zapravo bi ih trebalo oprezno interpretirati. Za detektirati pouzdani podatak o smrtnim ishodima uzrokovanim rakom prostate, i u studijama superiornosti i neinferiornosti, potrebno je odgovarajuće praćenje.

(JCO. 2016;34(3): 280-285.)
Ana Tečić Vugler, dr. med.

ANTINEOPLASTIČNA TERAPIJA U 16 EUROPSKIH ZEMALJA, AUSTRALIJI I NOVOM ZELANDU: CROSS – COUNTRY KOMPARATIVNA STUDIJA CIJENE LIJEKOVA

Antineoplastični lijekovi izazov su svakom zdravstvenom sustavu zbog svoje cijene. Nije objavljena nijedna *cross-country* komparativna studija cijene tih lijekova, koja bi uključila veći broj zemalja. **Sabine Vogler** i suradnici pokušali su analizirati i usporediti cijene onkološke medikamentozne terapije u zemljama s visokim prihodima. Na temelju kompara-

bilnosti u smislu ekonomske situacije i farmaceutskog sustava, analizirana je službena lista cijena po jedinici i prema prethodnom tvorničkom cjenovnom rangu za 31 originalni lijek za rak u 16 europskih zemalja, Australiji i Novom Zelandu, počevši od lipnja 2013. godine. Podaci o cijenama lijekova u europskim zemljama osigurani su preko službe informacija o cijenama u farmaceutici (PPI – *Pharma Price Information Service*), a u Australiji i Novom Zelandu povućeni su iz odgovarajućih farmaceutskih rasporeda. Pokazalo se da su podaci o cijenama istraživanih lijekova dostupni za sve ili sve osim jednog lijeka u Austriji, Danskoj, Finskoj, Njemačkoj, Italiji, Norveškoj, Švedskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu, a u drugim zemljama, osobito u Novom Zelandu i Portugalu, za neke su lijekove podaci bili ograničeni. Razlika u cijeni lijeka, među zemljama s najvišom i najnižom cijenom istog, varirala je od 28 do 388%. Nekoliko lijekova imalo je niže kritične vrijednosti lijeka, osobito cijene u Grčkoj i Ujedinjenom Kraljevstvu, a neki više (osobito cijene u Švicarskoj, Njemačkoj i Švedskoj). Sveukupno, cijene u Grčkoj kretale su se na nižim razinama, dok su u Švedskoj, Švicarskoj i Njemačkoj bile sličnog, višeg ranga. Dakle, utvrđene su varijacije u prethodnim tvorničkim cjenama originalnih lijekova u 18 analiziranih zemalja. Međutim, u tu analizu nisu uključeni popusti i snižavanja cijena ispregovarana od strane finansijskih institucija, jer su to povjerljivi podaci. Obzirom da odgovorna tijela za financije i ugovaranje cijena, u općoj politici postavljanja cjenovnih razreda u odnosu na vanjske cjenovne reference, mogu također koristiti samo ove informacije o nesniženim, osnovnim cijenama lijekova, to dovodi u opasnost od preplaćivanja. Ova analiza na neki je način osigurala eksperimentalni, dokazan temelj za eventualno potrebne dalje mjere politike vezane uz cijene lijekova.

(Lancet Oncol. 2016;17(1):39–47.)
Ana Tečić Vugler, dr. med.

STANDARDNA PRVA LINIJA KEMOTERAPIJE SA ILI BEZ NINTEDANIBA U LIJEĆENJU UZNAPREDOVALOG KARCINOMA JAJNIKA: AGO – OVAR 12

Obzirom na angiogenezu kao cilj u lijećenju raka jajnika, nintedanib, peroralni trostruki angiokinazni inhibitor receptora vaskularnog endotelnog čimbenika rasta (VEGF), čimbenika

rasta iz trombocita (PDGF) i fibroblastnog čimbenika rasta (FGF), pokazao je aktivnost u studijama faze II u ovom setingu. U randomiziranoj, dvostruko slijepoj, placeboom kontroliranoj studiji faze III, **AGO-OVAR12** istražena je kombinacija nintedaniba i standardne kemoterapije karboplatinom i paklitakselom, u bolesnika s novodijagnosticanim uznapredovalim karcinomom jajnika. U studiju su uključene kemoterapijski nevine bolesnice, starosti 18 godina i više, FIGO stadija bolesti IIB do IV, te kojima predstoje reduksijski operativni zahvat i stratificirane su prema postoperativnom resekcijском statusu, FIGO stadiju bolesti i planiranoj dozi karboplatine. Bolesnice su randomizirane u omjeru 2:1, kako bi primile 6 ciklusa karboplatine i paklitaksela (u standardnim dozama – karboplatina AUC 5 ili 6 mg/mL/min; paklitaksel 175mg/m²) s dodatkom nintedaniba u dozi od 200mg ili placebo, dva puta dnevno na dane 2 i 21 tretjednog ciklusa, sve do 120 tjedana. U studiji su zaslijepljeni za tretman bili i bolesnice i istraživači i nezavisni radiolozi procjenitelji. Primarni cilj studije bio je od istraživača ocijenjeno preživljivanje bez progresije bolesti (PFS), analizirano u *intention - to - treat* populaciji. Od 9. prosinca 2009. do 27. srpnja 2011. godine 1503 bolesnice su skrinirane i njih 1366 randomizirano je u 9 studijskih skupina u 22 zemlje: 911 u skupinu na nintedanibu i 455 u placebo skupinu. Progresija bolesti ili smrt zabilježena je u 486 od 911 (53%) bolesnika u skupini na nintedanibu, u usporedbi s njih 266 od 455 (58%) u skupini na placebo. Medijan PFS bio je značajno duži u skupini na nintedanibu, nego u placebo skupini. Najčešći neželjeni učinci terapije i nuspojave bili su gastrointestinalni (dijareja) i hematološki (neutropenija, trombocitopenija, anemija), i to nešto češće u skupini na nintedanibu. Ozbiljne nuspojave zabilježene su u 376 od 902 (42%) bolesnice na nintedanibu i u njih 155 od 450 (34%) u placebo skupini. U skupini na nintedanibu, u 29 od 902 (3%) bolesnice zabilježen je ozbiljan neželjeni učinak poveziv sa smrću, u odnosu na takvih 16 od 450 (4%) bolesnica u placebo skupini, uključujući i 12 (15) slučajeva u nintedanib skupini i 6 (1%) u placebo skupini zabilježenih progresija maligne bolesti, klasificiranih kao neželjeni učinak, od strane istraživača. S lijekom povezani neželjeni učinci, koji su uvjetovali smrtni ishod, zabilježeni su u 3 bolesnice na nintedanibu i u jedne bolesnice na placebo. Dakle, nintedanib u kombinaciji s karboplatinom-paklitakselom aktivan je terapijski protokol prve linije liječenja, koji značajno produljuje preživljivanje bez progre-

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

sije bolesti u bolesnica s uznapredovalom malignom bolešću ovarija, no udružen je s više gastrointestinalnih nuspojava. Buduće studije trebale bi za cilj imati što bolji probir bolesnika i optimizaciju tolerabilnosti.

(*Lancet Oncol.* 2016;17(1):78-89.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

MEDICINSKE INTERVENCIJE IZMEĐU DIJAGNOZE I SMRTI KOD PACIJENATA SA KARCINOMOM PLUĆA I KOLOREKTALNIM KARCINOMOM U KOJE JE BILA UKLJUČENA PALIJATIVNA SKRB

Provedeno istraživanje pod nazivom Cancer Care Outcomes Research and Surveillance (CanCORS) uključilo je 1840 oboljelih sa dijagnozom karcinoma pluća IV stupnja te kolorektalnog karcinoma u periodu od dve godine. Od trenutka dijagnoze pacijenti su ušli u sustav palijativne skrbi a dio njih je svoje posljedne dane provelo u hospicijima uz hospicijsku palijativnu skrb.

Promjena iz orijentacije liječenja (kurative) na orijentaciju pružanja skrbi i ugodnijoj atmosferi za pacijenta (palijative), koliko je ona moguća, za terminalno oboljelog pacijenta prvenstveno podrazumijeva ublažavanje bolnih simptoma. Budući da je u trenutku pacijentove bolesti ublažavanje simptoma prioritet u odnosu na uzrok tih simptoma, opravdano je manje razloga za provođenjem dijagnostičkih istraživanja i tradicionalnih intervencija koje mogu uzrokovati dodatnu bol, a da se u konačnici pokažu beskorisnina. Takav pristup stavlja u žarište rješavanje problema boli kao vodećeg u nizu simptoma terminalno oboljelog pacijenta.

Preferirani je oblik – kućna palijativna skrb koju realiziraju interdisciplinarni timovi u suradnji s timovima primarne zdravstvene zaštite. Međutim, ona puno puta nije moguća zato što bolesnik nema u kući osobu koja bi ga mogla njegovati, zato što je postojeća osoba premorena ili zbog preteške simptomatologije. U tom se slučaju bolesnik mora smjestiti u hospicij gdje ostaje prolazno do oporavka ili, ako je u terminalnoj fazi, do smrti.

Protokoli palijativne medicine uključuju opise ne samo opaženih bolnih simptoma nego i svih onih koje pacijent prijavi kao neugodne.

Shodno navedenom, protokoli imaju za cilj poboljšanje simptoma, planova za prevenciju predviđenih simptoma te predviđaju potrebu za liječenje mogućih nepredvidivih simptoma.

Rezultati istraživanja potvrdili su da su pacijenti oboljni od karcinoma pluća koji su bili hospitalizirani potom primali kemoterapiju te kojima je pružena palijativna skrb živjeli do 15.3 mjeseci duže, a pacijenti oboljni od kolorektalnog karcinoma također koji su bili hospitalizirani potom primali kemoterapiju te kojima je pružena palijativna skrb živjeli i do 44 mjeseca duže od pacijenata koji su odbili kemoterapiju i palijativnu skrb i nisu htjeli ići u hospicij. Detaljnem obradom podataka i usporednih analiza utvrđeno je da su pacijenti kroz palijativnu skrb, bilo kućnu bilo u hospicijima produžili svoj život za 35 (karcinom pluća) odnosno 66 dana (kolorektalni karcinom).

(*J Pall Med.* 2015;19(1): December 24, 2015)

Doc. dr. sc. Morana Brklijačić, dr. med.

OTKRIVEN NOVI MEHANIZAM BAKTERIJSKE OTPORNOSTI NA ANTIBIOTIKE

Svake godine sve veći broj sojeva bakterija razvija rezistenciju na antibiotike pa se stalno radi na otkrivanju novih antimikrobnih lijekova koji bi na bilo koji način mogli zaustaviti rast mikroorganizama. Tako mnogi antibiotici djeluju na proteine bitne za funkciranje bakterijskih stanica, poput RNA polimeraze važne za ekspresiju bakterijskih gena. Proteini svoju funkciju ostvaruju tek nakon što dožive niz posttranslacijskih modifikacija poput pravilnog namatanja i glikozilacije. Također, da bi proteini mogli vršiti svoju funkciju u stanicu ili izvan nje, potrebno ih je usmjeriti na odgovarajuće odredište. Mehанизam kojim se to postiže danas je dobro proučen pa se zna da svaki protein koji se mora prenijeti preko stanične membrane, posjeduje na svom amino-terminalnom kraju signalni slijed ili signalni peptid koji ga usmjerava. Nakon što posluži transportu proteina, signalni peptid se uklanja tijekom prijenosa toga proteina. Enzim odgovoran za kidanje signalnog peptida nazvan je signalna peptidaza I i nalazimo ga u prokariotskim i eukariotskim stanicama. Kada ovoga enzima ne bi bilo, stаницa ne bi mogla otpustiti protein već bi on ostao vezan, tim prepoznавaju-

ćim signalnim peptidom, na membranu.

Nakon ovog otkrića, znanstvenici su usmjerili svoja istraživanja na otkrivanje novih lijekova koji bi mogli blokirati upravo signalnu peptidazu I te na taj način onemogućiti sekreciju bakterijskih proteina i, posljedično, rast bakterija. Jedna takva skupina prirodnih inhibitora signalnih peptidaza je arilomicinska obitelj pa se zadnjih nekoliko godina razvijaju metode terapijske upotrebe arilomicina kao potencijalnog antimikrobnog lijeka.

Međutim, skupina znanstvenika s Instituta Scripps, pod vodstvom doktora Floyd-a Romesberga, otkrila je da bakterije tretirane arilomicinom, kako bi se zaustavila aktivnost signalne peptidaze I, uspijevaju zaobići djelovanje ovog lijeka aktivirajući mehanizam koji dovodi do rezistencije. Naime, tretirane bakterije aktiviraju četiri gena koji su uključeni u razvoj rezistencije na arilomicin pa su nazvani arilomicinski operon. Operon je naziv za skup gena koji imaju zajedničku funkciju; tako primjerice laktzo operon u bakterija ima funkciju iskorištavanja laktoze iz medija u kojemu bakterije rastu. Arilomicinski operon bi prema dobivenim rezultatima koristio bakteriji da se prilagodi na izvanredne situacije koje zahtjevaju intenzivniju sekreciju proteina u kojima je kapacitet signalnih peptidaza I zasićen pa se trebaju aktivirati dodatni mehanizmi. Alternativno objašnjenje bi bilo da se radi o zaštitnom mehanizmu koji se aktivira kada su bakterije u nepovoljnim uvjetima, odnosno u prisutnosti inhibitora signalnih peptidaza. Bez obzira na fiziološku funkciju ovoga operona, zanimljivo je kako bakterije imaju dodatne strategije koje se aktiviraju kada su im ugrožene esencijalne životne funkcije. Samo njegovo postojanje ukazuje na mnogo složeniju organizaciju bakterijskog genoma koju treba imati na umu prilikom ne samo razvijanja novih antimikrobnih lijekova već i njihove primjene.

Ovi rezultati ukazuju da signalna peptidaza I nije dobra meta novorazvijajućih antimikrobnih lijekova jer se arilomicinski operon može vrlo brzo aktivirati, no ostaje i dalje pitanje kako bakterija „sponzor“ da ima problema sa sekrecijom svojih proteina te kako aktivira operonske gene. Razumijevanje ovog procesa otvorit će nove pravce razvoja i dizajniranja novih lijekova koji mogu uspješno zaustaviti rast bakterija.

(*MBio.* 2015;18:6(4).)

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

INDUKCIJA PORODAJA PROSTAGLANDINSKIM VAGINALNIM GELOM - KAKO NASTAVITI INDUKCIJU, AMNIOTOMIJOM ILI PONOVLJENIM PROSTAGLANDINSKIM GELOM?

Kako bi usporedili 2 protokola indukcije porodaja, **Micheal Beckmann** i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Mater Health Services, Brisbane, QLD, Australija, uključili su u istraživanje ispitanice s jednoplodnom trudnoćom $\geq 37+0$ tjdana s modificiranim Bishop zbrojem <7, koje su bile predvidene za indukciju porodaja prostaglandinskim (PGE₂) vaginalnim gelom.

Nakon večernje doze PGE₂ gela, ispitanice su randomizirane sljedećeg jutra u dvije skupine glede nastavka indukcije: 1) amniotomijom (AT) ili 2) ponovljenim PGE₂ gelom. U prvoj skupini, AT je učinjena ovisno o modificiranom Bishop zbroju, a ispitanice su primile sljedeći PGE₂ gel samo ako AT nije bila tehnički moguća. U drugoj skupini, ispitanice su primile sljedeći PGE₂ gel (do maksimalno 3 doze) dok modificirani Bishop zbroj nije bio ≥ 7 , kada je učinjena AT. U obje skupine, infuzija oksitocina je uključena nakon AT. Primarni ishod istraživanja bilo je vrijeme koje je proteklo od početka indukcije do porodaja djeteta.

Ukupno 246 ispitanica uključeno je u istraživanje, 121 u skupinu za AT i 245 u skupinu za ponovljeni PGE₂ gel. Vrijeme od početka indukcije do porodaja djeteta bilo je >5 sati kraće u skupini za AT (24.8 vs. 30.0 sati; 95% CI -2.5 do -7.8). Manje je ispitanica u skupini za AT ostalo neporođeno nakon 24 sata (47.1% vs. 67.7%; p < 0.01). Nije bilo razlike u modalitetu rađanja ili u bilo kojem od sekundarnih ishoda među istraživanim skupinama.

Nakon inicijalne doze PGE₂ vaginalnog gela, AT (ukoliko je tehnički moguća) je povezana s kraćim vremenskim intervalom od početka indukcije do porodaja djeteta u usporedbi s opcijom ponavljanja PGE₂ gela. Primjena dodatnog PGE₂ gela s ciljem započinjanja kontrakcija ili poboljšanja nalaza na cerviku čini se da nema kliničkih prednosti, zaključuju autori.

(Am J Obstet Gynecol 2015 Aug 4. doi: 10.1016/j.ajog.2015.07.043. Epub ahead of print)
Matija Prka, dr. med.

DUGOROČNA UPOTREBA PRIMARNI SKLEROZIRAJUĆI KOLANGITIS IMA BOLJU PROGNOZU KOD CROHNOVE BOLESTI NEGO ULCEROZNOG KOLITISA

Otpriklike 20% bolesnika sa primarnim sklerozirajućim kolangitisom (skr. PSC) i pridruženom upalnom bolesti crijeva ima Crohnovu bolest (skr. engl. CD). Cilj ovog istraživanja predviđenog kolegom Fevery J. iz Belgije (Hepatology, University Hospital Gasthuisberg, KU Leuven, Leuven) je bio utvrditi povezanost i pojavnost PSC i Crohnove bolesti te usporediti sa drugim PSC pozitivnim bolesnicima. U retrospektivno istraživanje je uključeno n= 240 ispitanika sa dijagnozom PSC kojima je postavljena dijagnoza tijekom razdoblja od 1975. do 2012. godine (medijan praćenja je bio 12 godina). Aktivnost PSC je procjenjena uz pomoć jetrene biopsije, Mayo rizika i ERC zbroja. Preživljivanje bez jetrene transplantacije, broj transplantacija i smrtni ishod su bili krajnje točke praćenja.

Rezultati istraživanja su pokazali kako 63% ispitanika ima upalnu bolest crijeva: n=105 ulcerozni kolitis (skr. UC), n=32 Crohnovu bolest, te n=14 ispitanika ima neklasificiranu upalnu bolest crijeva. Upalna bolest crijeva je bila dijagnosticirana prije primarnog sklerozirajućeg kolangitisa kod 50% ispitanika. Godišnja pojavnost PSC nakon dijagnosticiranja upalne bolesti crijeva je bila slična kod ulceroznog kolitisa, Crohnove bolesti i neklasificirane upalne bolesti crijeva. PSC sa zahvaćanjem malih žučnih vodova je bio prisutan kod 28% ispitanika sa PSC/CD, u komparaciji sa 3% slučajeva kod PSC/UC. PSC malih žučnih vodova je imao značajno bolje preživljivanje nego li PSC sa zahvaćanjem velikih žučnih vodova: nijedan pacijent nije razvio kolangiokarcinom ili doživio smrtni ishod zbog bolesti jetre, ali su registrirana 3 ispitanika sa kolorektalnim karcinom. Kod PSC sa zahvaćanjem velikih žučnih vodova, povoljniji ishod je uočen kod ispitanika sa Crohnovom bolesti. Autori istraživanja zaključuju kako je prevalencija PSC kod pridružene Crohnove bolesti relativno rijetka i niska, te je ishod bolesti benigniji nego li u slučaju PSC sa ulceroznim kolitismom ili bez pridružene upalne bolesti crijeva. Otpriklike 25% ima PSC malih žučnih vodova. Kod PSC velikih žučnih vodova i CD, jetrena bolest je manje agresivna i ishod je bolji.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016 Jan 8.
[Epub ahead of print])
Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Radovi hrvatskih lječnika objavljeni u inozemnim časopisima indeksiranim u CC, SCI ili SSCI

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

Vrselja Z¹, Šram M², Andrijević D³, Takač B⁴, Lekšan I⁵, Radić R², Curic G⁶. Transcardial gradient of adiponectin, interleukin-6 and tumor necrosis factor- α in overweight coronary artery disease patients. *Cytokine*. 2015;76:321-7.

¹Department of Anatomy and Neuroscience, Faculty of Medicine, University in Osijek, Croatia; ²Department of Cardiology, Clinic of Internal Medicine, University Hospital Osijek, Croatia; ³Faculty of Medicine, University in Osijek, Croatia; ⁴Department of Medical Biochemistry, University Hospital Osijek, Croatia; ⁵Department of Cardiac Surgery, Clinic of Surgery, University Hospital Osijek, Croatia; ⁶Department of Chemistry, Biochemistry and Clinical Chemistry, Faculty of Medicine, University in Osijek, Croatia.

Trnski D¹, Sabol M¹, Gojević A², Martinić M¹, Ozretić P¹, Musani V¹, Ramić S¹, Levantal S¹. GSK3β and Gli3 play a role in activation of Hedgehog-Gli pathway in human colon cancer - Targeting GSK3β downregulates the signaling pathway and reduces cell proliferation. *Biochim Biophys Acta*. 2015;1852:2574-84.

¹Department of Molecular Medicine, Rudjer Boskovic Institute, Zagreb, Croatia; ²Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ³Department of Pathology, University Hospital for Tumors, Sestre milosrdnice University Hospital Center, Zagreb, Croatia.

Kocijančić M¹, Vujičić B², Racki S³, Cubranic Z², Zaputovic L², Dvornik S⁴. Serum omentin-1 levels as a possible risk factor of mortality in patients with diabetes on haemodialysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2015;110:44-50.

¹Medical Biochemistry Laboratory of Primorsko-Goranska County Health Care - Rijeka, Rijeka, Croatia; ²Department of Nephrology and Dialysis, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia; ³Department of Cardiovascular Disease, Clinical Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia; ⁴Clinical Department of Laboratory Medicine, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia.

Jukić A¹, Carević V¹, Žekanović D², Stojanović-Stipić S³, Runjić F¹, Ljubićević M⁴, Fabrijanic D⁵. Impact of Percutaneous Coronary Intervention on Exercise-Induced Repolarization Changes in Patients With Stable Coronary Artery Disease. *Am J Cardiol*. 2015;116:853-7.

¹Department of Cardiology, University Hospital Centre Split, Split, Croatia; ²Department of Cardiology, Zadar Hospital Center, Zadar, Croatia; ³Department of Anesthesiology, Reanimatology and Intensive Care, University Hospital Centre Split, Split, Croatia; ⁴Department of Integrative Physiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Rodin U¹, Filipović-Grčić B², Đelmiš J³, Glivetić T⁴, Juras I¹, Mustapić Ž², Grizelj R². Perinatal Health Statistics as the Basis for Perinatal Quality Assessment in Croatia. *Biomed Res Int*. 2015;2015:537318.

¹School of Medicine, University of Zagreb, School of Public Health "A. Štampar", Croatian Institute of Public Health, Zagreb, Croatia; ²School of Medicine, University of Zagreb, Clinical Hospital Center Zagreb, Department of Pediatrics, Zagreb, Croatia; ³School of Medicine, University of Zagreb, Clinical Hospital Center Zagreb, Department of Obstetrics and Gynecology, Zagreb, Croatia; ⁴General Hospital Zabok, Zabok, Croatia.

Leticia-Crepulja M^{1,2}, Korkut N³, Grahovac T^{1,2}, Curac J¹, Lehpamer K³, Franciskovic T^{1,2}. Drug Utilization Trends in Patients With Posttraumatic Stress Disorder in a Postconflict Setting: Consistency With Clinical Practice Guidelines. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(10):e1271-e1276.

¹Department for Psychiatry and Psychological Medicine, University of Rijeka School of Medicine, Rijeka, Croatia, 2 Regional Psychotrauma Centre Rijeka and Department of Psychiatry, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia, 3 Croatian Health Insurance Fund (CHIF), Zagreb, Croatia.

Haluzan D, Davila S, Antabak A, Dobric I, Stipic J, Augustin G, Ehrenfreund T, Prlic I. Thermal changes during healing of distal radius fractures-Preliminary findings. *Injury*. 2015;46 Suppl 6:S103-6.

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

Stečena, progresivna i po život opasna bolest krvi

Paroksizmalna noćna hemoglobinurija (PNH)



Hrvatski savez za rijetke bolesti

Kontakti

Hrvatski savez za rijetke bolesti, Ivanićgradska 38
(u Domu zdravlja Zagreb - Istok), 10000 Zagreb.

Besplatan broj Linije pomoći za rijetke bolesti:

0800 99 66; Telefon: 01/2441-393;

Faks: 01/5534-905;

e-mail: rijetke.bolesti@gmail.com;

web: www.rijetke-bolesti.hr

Za velik dio rijetkih bolesti još uvijek nisu pronađeni učinkoviti lijekovi, dok su za one za koje postoje lijekovi uglavnom toliko skupi da si ih oboljeli ne mogu priuštiti. Jedna je od aktivnosti Saveza upravo pomaganje oboljelim u njihovim obiteljima u Republici Hrvatskoj da se konkretni lijekovi za pojedine rijetke bolesti uvrste na listu posebno skupih lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

Paroksizmalna noćna hemoglobinurija (PNH) je stečena, progresivna i po život opasna bolest krvi. To je rijetka bolest s pojavom 1-2 slučaja na milijun stanovnika na godinu. Javlja se u mlađih odraslih ljudi, a ponekad u djece ili adolescenata. Srednja dob pojave bolesti je 30-36 godina. Podjednaka je zastupljenost u spolovima, prisutna u svih rasa i u svim dijelovima svijeta. Bolest se javlja zbog stečene mutacije u PIGA genu u jednoj stanici prethodnici krvnih stanica, odnosno u matičnoj stanici hematopoeze. To ukazuje da se radi oklonalnoj bolesti koja je prisutna na eritrocitima, leukocitima i trombocitima. PIGA gen, koji je lociran na X kromosomu, stvara protein koji je bitan za sintezu glikozilfosfatidilinozitolnih veza (GPI). Te veze omogućuju nekim proteinima plazme vezanje za membranu stanice. Ti vezni proteini štite stanicu od djelovanja komplementa (CD 55 i CD 59), pa ako nema zaštite dolazi do pojačane, kronične, komplementom posredovane intravaskularne hemolize, oštećenja eritrocita, pojačane aktivnosti trombocita i njihova nakupljanja. To je kompleksan hematološki poremećaj koji se očituje trijasom: hemolitička anemija, slabost koštane srži i stečena sklonost pojavi tromboza.

PNH se razvija postupno pa se tako i simptomi bolesti mogu manifestirati tek nakon mjeseci i godina prisutnosti bolesti u organizmu. Ponekad je potrebno duže vrijeme do postavljanja dijagnoze. Najistaknutiji simptomi bolesti su žestoke krize abdominalnih bolova, glavobolja, bol u ledima, prekomjerna slabost i opetovane infekcije. Klasični su simptomi bolesti taman jutarnji urin koji tijekom dana postaje svjetlij (hemoglobinurija). Javlja se u oko 50% bolesnika, a može biti izazvan infekcijom, alkoholom, stresom ili nekim lijekovima. U to vrijeme neki bolesnici osjećaju neobičnu slabost koja nije proporcionalna nalazu anemije, a nestaje kad prestane hemoglobinurija.

PNH je usko vezan uz aplastičnu anemiju, bolest u kojoj nedostaju krvne stanice i oko 30% novo dijagnosticiranih PNH se razvija iz aplastične anemije. Također je rizik razvoja PNH iz aplastične anemije, koja je liječena imunosupresivima, oko 20-30%. Srednje preživljenje je oko 10 godina nakon postavljenje dijagnoze, a ipak neki bolesnici žive mnogo duže s minimalnim simptomima.

Oko 40% bolesnika s PNH-om razvije trombozu tijekom bolesti. To je i uzrok teških komplikacija i smrti bolesnika s PNH-om. Tromboza gornjeg sagitalnog sinusa i cerebralnih vena druga je lokalizacija po učestalosti pojave tromboze u PNH bolesnika i česta je neurološka komplikacija koja uzrokuje smrt u više od jedne trećine bolesnika. Tromboza kožnih vena s bolnom diskoloracijom poput purpure fulminans može zahvatiti veliku površinu kože. Pojava tromboze u području gornje mezenterijske vene dovodi do infarkta crijeva. Ponekad tromboza zahvaća male, periferne vene mezenterijskog debla, što uzrokuje prolaznu ishemiju crijeva, a time se može objasniti pojava opetovanih bolova u trbuhi s temperaturom, opstrukcijom i rektalnim krvarenjem. Zatim je moguća tromboza bubrežnih vena s oštećenjem funkcije bubrega. Pojavljuju se često i tromboze na neobičnim mjestima, kao tromboza jetrenih vena (Budd-Chiarijev sindrom), a tromboza dubokih vena nogu javlja se češće nego u općoj populaciji u otprilike jedne trećine PNH bolesnika. Plućna embolija se javlja najčešće u sklopu tromboze dubokih vena. Moguće su i arterijske tromboze kao prva manifestacija PNH-a, i to cerebralnih i koronarnih arterija. Arterijske tromboze javljaju se uglavnom u mlađih bolesnika i to *de novo* u arterijama bez značajne aterosklerotske bolesti.

Na bolest se posumnja u bolesnika sa simptomima intravaskularne hemolize i to temeljem hemoglobinurije; povišena je razina LDH-a bez jasnog uzroka. Glavni test je određivanje PNH klon protočnom citometrijom kojim se utvrđuju PNH stanice (stanice kojima nedostaje vezni protein za GPI).

Danas se PNH liječi eculizumabom, lijekom koji je odobren od FDA 2007. godine, a blokira djelovanje komplementa koji uništava PNH eritrocite. On ne dovodi do izlječenja bolesti već sprječava hemolizu eritrocita, smanjuje rizik tromboze i poboljšava kvalitetu života bolesnika s PNH-om. Eculizumab blokira djelovanje komplementa pa tako povećava rizik infekcija. Zbog toga se svi bolesnici prije početka terapije s eculizumabom moraju cijepiti.

Prof. dr. SILVA ŠALEK ŽUPANČIĆ

HRVATSKI SAVEZ ZA RIJETKE BOLESTI (HSRB)

Krovna je organizacija za rijetke bolesti u Hrvatskoj, koja danas okuplja 21 udrugu članicu te preko 600 individualnih članova, oboljelih od rijetkih bolesti i članova njihovih obitelji.

Kroz svakodnevne aktivnosti, Savez pruža potrebnu podršku svojim pacijentima-članovima, izravno putem telefona ili e-maila te putem lobiranja za njihova prava na ispravne informacije, dostupnost liječenja i socijalnih usluga.

Nadalje, želimo olakšati pristup postojećim lijekovima, razviti centre izvrsnosti za određene bolesti i/ili grupe bolesti, omogućiti hrvatskim pacijentima sudjelovanje u međunarodnim medicinskim istraživanjima, pružiti psihološku podršku obitelji i smanjiti socijalnu isključenost ljudi s rijetkim bolestima.

■ Neke od najznačajnijih aktivnosti Saveza

- podizanje svijesti javnosti o rijetkim bolestima i problemima s kojima se u svakodnevnom životu susreću oboljeli od rijetkih bolesti i članovi njihovih obitelji
- obilježavanje međunarodnog Dana rijetkih bolesti
- obilježavanje dana pojedinih rijetkih bolesti
- lobiranje za prava pacijenata pri nadležnim institucijama
- organiziranje Nacionalnih konferencija o rijetkim bolestima
- edukacija oboljelih, roditelja i svih osoba koje se u svom životu i radu susreću s oboljelima
- **psihosocijalno savjetovanje putem Hrvatske linije pomoći za rijetke bolesti**
- provedba psiholoških i kreativnih radionica za roditelje i oboljele

• pokretanje i vođenje hrvatske stranice Orphaneta – svjetskog referentnog portala za rijetke bolesti i Orphan lijekove

- izrada registra rijetkih bolesti

Rijetke bolesti su prema definiciji one bolesti koje se **javljaju na manje od 5 pojedinaca na 10 000 stanovnika**. Iako rijetke, kada se uzme velik broj rijetkih bolesti (**između 6000 i 7000 različitih dijagnoza**) dolazimo do podatka da u Europi od rijetkih bolesti boluje oko 6-8% cijelokupne populacije. Iako u Hrvatskoj ne postoji registar rijetkih bolesti pa se zapravo ne zna točan broj oboljelih, stručnjaci procjenjuju da **u Hrvatskoj od rijetkih bolesti boluje više od 200.000 ljudi**.

S **medicinske strane, to su najčešće kronične, degenerativne i smrtonosne bolesti**, zbog čega je oboljelima značajno smanjena kvaliteta života, pogotovo jer su ovisni o tuđoj pomoći. Čest je slučaj da se takve bolesti kasno dijagnosticiraju, upravo zbog svoje rijetkosti.

■ Neke od posljedica postavljanja krive dijagnoze

- rađanje druge djece s istom bolesti
- neprimjereno ponašanje i nedovoljna potpora članova obitelji
- dobivanje neadekvatne, nekada i štetne terapije što može dovesti do smrti pacijenta
- zdravstveno pogoršanje stanja pacijenta što se tiče intelektualnog, psihološkog i fizičkog stanja, što na kraju može dovesti i do smrti pacijenta
- gubitak povjerenja u zdravstveni sustav

Za velik dio rijetkih bolesti još uvijek nisu pronađeni učinkoviti lijekovi, dok su za one za koje postoje lijekovi uglavnom toliko skupi da si ih oboljeli ne mogu priuštiti. Jedna od ak-

tivnosti Saveza je upravo pomaganje oboljelima i njihovim obiteljima u Republici Hrvatskoj da se konkretni lijekovi za pojedine rijetke bolesti uvrste na listu posebno skupih lijekova pri Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje.

S **socijalne strane, javnost, a čak i medicinski krugovi, malo znaju o rijetkim bolestima, zbog čega je medicinska skrb slabu organizirana, a lijekovi skupi ili slabu istraživani**. S obzirom na to da postoji širok spektar simptoma, a mnogi od njih su vrlo teški, oboljeli rijetko kad mogu sudjelovati u društvenom životu svoje zajednice koja nije prilagođena njihovim potrebama. Samim time, oboljni se susreću s mnogim medicinskim, socijalnim i psihološkim problemima. Prije svega, tu je nedostatak informacija o samim dijagnozama kao i o načinima liječenja. S obzirom na rijetkost samih bolesti, čak ni stručnjaci o njima ne znaju puno saznanja, a većina informacija, ako i postoje, dostupna je na stranim jezicima. To naravno stvara poteškoće u skrbi za oboljele. Nadalje, kada se do informacija i dođe, teško je pronaći adekvatnog stručnjaka u Hrvatskoj te se često obitelji primorane odlaziti u inozemstvo radi dijagnostike i liječenja. To iziskuje velike finansijske izdatke, što dodatno opterećuje već ionako oskudne obiteljske budžete.

Oboljele i članove njihovih obitelji društvo često diskriminira, pogotovo ako se radi o dijagnozama koje uzrokuju vidljive promjene na tijelu.

Također, oboljni i članovi njihovih obitelji susreću se s brojnim problemima pri ostvarivanju prava iz zdravstvenog i socijalnog sustava. Naime, opet zbog neznanja, često ne ostvaraju ni ono na što imaju pravo, dok se često događa i da zakoni i pravilnici nisu prilagođeni oboljelima od rijetkih bolesti jer su pisani za opću populaciju osoba sa zdravstvenim poteškoćama ili osoba s invaliditetom. Zbog specifičnosti samih rijetkih bolesti, oboljni vrlo često nisu prepoznati u sustavu. ■

IZJAVA NOVOG MINISTRA KULTURE

Zlatka Hasanbegovića



ALEKSANDRA KOLARIĆ

Stručnjakinja za odnose s javnošću i komunikaciju, vlasnica PR agencije Quadrans

Nova Vlada HDZ-a i Mosta na samom je početku četverogodišnje političke utrke startala s teškim teretom na leđima. Ministar branitelja Mijo Crnoja i ministar kulture Zlatko Hasanbegović poput dva betonska bloka opteretili su prve dane Vlade. Sva događanja oko Vlade i s Vladom pala su u drugi plan, a imenovanje Crnoje i Hasanbegovića zaokupilo je cijelu pozornost medija i javnosti. Očito je da su obojica bili osobni odabir Tomislava Karamarka, kao što je i analitičarima odmah bilo očito da se radi o kadrovima koji će biti veliki politički teret Vladi i čije će imenovanje naići na snažnu reakciju osudu javnosti. Otvoreno je pitanje je li Karamarko, kad ih je odabrao, bio unaprijed svjestan medijskih i javnih posljedica tog odabira i nije za njih mario ili je potcijenio t.j. krivo procjenio snagu i vrstu reakcija koje će, odmah u prvom radnom tjednu Vlade, izazvati ovaj kadrovski odabir.

"Domovinski rat je jedini u 20. stoljeću u kojoj su Hrvati izašli kao istinski pobjednici i jedini temelj na kojem se treba graditi Hrvatska."

Antifašizam nije temelj ove države već floskula koja nema utemeljenje u ustavnom tekstu, ne spominje se nigdje ni jednom riječju u Ustavu"

Svojevrsni je fenomen da je ova Vlada uspjela izazvati prosvjed protiv sebe prije nego što je stupila na vlast. Već u petak ujutro, prije izglasavanja Vlade u Saboru, organiziran je na Markovom trgu prosvjed protiv Hasanbegovićevog imenovanja. Organizator je bila Platforma 112, mreža koja okuplja 60-ak organizacija civilnog društva s fokusom na zaštitu ljudskih prava i demokratske procese. Izbijanjem Crnojine afere „Lažno prebivalište“, koja je zasjenila sve ostale političke događaje, Hasanbegović je dobio privremeni medijski time-out. Crnoja se nekoliko dana roštiljao pod medijskim reflektorima, dočekujući svako jutro s novootkrivenim kosturom u ormaru. Kako se priča razvijala, postalo je očito da je politička šteta koju Crnoja svakodnevno nanosi Vladi neisplativa, a da je njegova pozicija neodrživa. Priča je očekivano završila: šestodnevni ministar bio je prisiljen zauvijek odšetati iz Banskih dvora.

Nakon što se Vlada riješila političkog balasta ministra branitelja, pozornica je prepuštena Hasanbegoviću.

Hasanbegović je dočekan i prije prvog poteza zvižducima, velikim otporom kulturne javnosti i zahtjevima za ostavkom. Ministrom kulture posto je netko sasvim nepoznat široj javnosti, bez političkog iskustva, tko o problemima i prioritetima hrvatske kulturne politike ne zna više od prosječnog hrvatskog intelektualca. Njegov program npr. sastoji se od par općenitih fraza o „poštivanju tradicije i otvorenosti spram svu-

menog“ te „kulture kao nacionalnog identiteta“. Presudan i ključan razlog svih zahtjeva za smjenom ministra leži u Hasanbegovićem povijesnom revizionizmu, koji je do izražaja došao u njegovim medijskim nastupima. Taj revizionizam s jedne strane počiva na odbacivanju hrvatskog antifašističkog nasljeđa, a s druge strane na pokušajima relativizacije uloge pojedinaca u nacističkoj SS Handžar diviziji. Probleme koje Hasanbegović ima s poimanjem pozitivnih vrijednosti antifašizma kao jednog od temelja hrvatske državnosti, bezuspješno je pokušao „prebrisati“ premjer Orešković kada ga je u intervjuu nazvao antifašistom.

Prvim ministarskim potezom raspuštanja Povjerenstva za nefprofitne medije i najave prestanka financiranja tih medija, Hasanbegović je dolio ulje na vatru. U intervjuu Večernjem, Hasanbegović se brani na način da kritičare i neistomišljenike, bez bilo kakve zadrške, napada *ad hominem* kao „medijski sveprisutne sveznadare, verbalne zlostavljače i ljevičarske doktore opće prakse“. Njegov intervju sadrži neobuzdan i politički neprihvatljiv govor o ljudima koji rade u kulturi te je školski primjer pogrešne reakcije na javne i medijske kritike.

Hasanbegović je kao ministarski kandidat dočekan zvižducima zbog negiranja antifašizma kao jedne od temeljnih postavki hrvatske državnosti, mandat mu je počeo s najavom ukidanja financiranja nefprofitnih medija, a prvi intervju bio mu je prepun bijesa usmjerjenog prema kritičarima drugačijeg svjetonazora. Posljedice toga su da je percipiran kao isključiv čovjek, radikalno desnih političkih stavova i zatvorenih usiju za sve one „drugačije i različite“ glasove.

Hasanbegovićeva ostavka je stoga na dnevnom redu. Traže je mediji, mnoštvo kulturnih djelatnika, gomila udruga civilnog društva, glumci, strukovne udruge pisaca i novinara, cijela lijeva politička scena i dio javnosti. I ta ostavka ostat će na dnevnom redu cijelo vrijeme njegovog mandata, ma koliko mandat trajao. Racionalnom promatraču jasno je da s takvim otporom u okruženju nitko ne može biti uspješan ministar.

Nakon što je ovaj tekst bio dovršen, portal Novosti je objavio fotografiju ministra Hasanbegovića s ustaškom kapom i citate iz njegovih tekstova iz mladosti u kojima nedvosmisleno veliča ustaštvu. Ukoliko je fotografija autentična, a kapa ustaška, te ukoliko je ministar zaista autor tekstova koje Novosti citiraju, radi se o jasnom veličanju ustaštvu. Neprihvatljivo je da pojedinac s takvim stavovima bude ministar. ■

IZJAVA NOVOG MINISTRA KULTURE Zlatka Hasanbegovića

Izjava ministra Hasanbegovića o tome da Hrvatska ne počiva na antifašizmu nego na Domovinskom ratu, posve je točna i precizna, znanstveno fundirana i ona je predtekst svake ozbiljnije rasprave gledje moderne hrvatske povijesti.

Moderna hrvatska država počiva na Domovinskom ratu jer da njega nije bilo mi bismo danas uz sav naš slavni antifašizam raspravljaljali čiji je Poreč i koji dio Varaždina pripada hrvatskoj državi. Tome bi bilo tako jer je JNA, koja je srce Titovog i hrvatskog antifašizma, uspjela 90-ih godina u naletu ostvarenja velike Srbije napraviti takva zvjerstva širom Hrvatske i BiH kakva u modernoj Europi od Hitlera nisu zabilježena.

Nama je takav rukopis dobro poznat, jer je Hrvatska pola stoljeća nakon Jazovke, doživjela Ovčaru kao upravo identičan zločin vojske s istom petokrakom na čelu. Jednom su vojnici s petokrakom na čelu izvukli ranjenike iz zagrebačkih bolnica i bacili ih u Jazovku, drugi put su to napravili u Vukovaru. Zanimljivo: ni za jedan od tih zločina nikad nitko nije adekvatno odgovarao.

Antifašiti su u zapadnoj Europi oslobođili zemlje od fašizma, donijeli slobodu koja je redovito uključivala nacionalnu slobodu, donijeli su punu parlamentarnu slobodu, raspisali slobodne višestranačke izbore i na temeljima razboritog ekonomskog poređaka vodili zemlje u blagostanje. Naši su pak antifašisti dolazak na vlast označili likvidacijama desetaka i desetaka tisuća ljudi bez ikakvog suda. Ilustracije radi, te su vlasti likvidirale 667 svećenika i, primjerice, 38 novinara.

Dakle, naš antifašizam i europski antifašizam su dva svijeta. Hrvatski antifašisti su, osim toga, nakon rata stvorili jugoslavensku, a ne hrvatsku državu, afirmirajući pri tom u dugim desetljećima politički teror i uskraćivanje elementarnih nacionalnih prava vlastitoj naciji, od jezičnih nadalje. Hrvatski antifašisti su u tom divljanju otišli tako daleko da su čak zabranili rad Matice hrvatske!

Tvrđiti pak da hrvatska država počiva na

"Domovinski rat je jedini u 20. stoljeću u kojoj su Hrvati izašli kao istinski pobjednici i jedini temelj na kojem se treba graditi Hrvatska."

Antifašizam nije temelj ove države već floskula koja nema utemeljenje u ustavnom tekstu, ne spominje se nigdje ni jednom riječju u Ustavu"



TIHOMIR DUJMOVIĆ

partizanskoj antifašističkoj borbi je sarkazam prvog reda uzmemli u obzir da je i sam Tito tvrdio da će prije Sava teći uzvodno negoli će Hrvati imati državu.

Cijeli moderni svijet počiva na antifašizmu, to je dosegnuti civilizacijski okvir u kojem djeluje današnja hrvatska država, no hrvatski antifašisti nisu očevi moderne hrvatske države, kao što su antifašisti mnogih europskih država uistinu očevi današnjih modernih država Unije.

Da stvar bude gora, baštinici hrvatskog antifašizma koji je 1945. stvorio Jugoslaviju, a ne hrvatsku državu, kad se pola stoljeća kasnije u Saboru glasalo o samostalnosti, napustili su sabornicu i nisu čak ni tada, u jeku srpske agresije, htjeli podići ruku za hrvatsku samostalnost.

Hrvatska ljevica ima velikih problema s razumijevanjem i prihvaćanjem nacionalne države i zato uporno bježi u regiju kao svoj emocionalni okvir. Taj stav je dakako legitim, problem nastaje kad takvi kadrovi preuzmu vlast u državi koju nisu htjeli i čije nacionalne interese u najboljem slučaju ne razumiju. Iz tih razloga, kad god ljevica u Hrvatskoj dođe na vlast, tresu se sami temelji hrvatske države. ■

Neovisni analitičar, kolumnist niza dnevnih novina i portala, punih 12 godina autor političkog talk showa "Opasne veze". Danas je kolumnist "Slobodne Dalmacije"

Tvrđiti pak da hrvatska država počiva na partizanskoj antifašističkoj borbi je sarkazam prvog reda uzmemli u obzir da je i sam Tito tvrdio da će prije Sava teći uzvodno negoli će Hrvati imati državu.

ZVB se zbog brzog širenja i široke geografske rasprostranjenosti komaraca koji mogu prenositi virus sada smatra emergentnom zaraznom bolesti

Epidemija Zika virusa pred vratima Europe

Tekst priredila: TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr. med., epidemiolog, e-mail: tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr
Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za promicanje zdravlja

O zika infekciji i mjerama koje se s tim u vezi poduzimaju donosimo informacije iz Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), Europskog centra za sprečavanje i kontrolu bolesti (ECDC), Službe za epidemiologiju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) te intervjuju s epidemiologima i virolozima HZJZ-a, entomologom iz NZZJZ „Dr. A. Štampar“ i Antoinette Kaić Rak, voditeljicom Ureda SZO-a u Hrvatskoj

Zika virus od svibnja 2015. kada su zabilježeni prvi lokalni slučajevi Zika infekcije u Južnoj Americi, do kraja siječnja ove godine proširo se u preko 25 država i područja, a sporadični slučajevi zabilježeni su i u Sjevernoj Americi i Europi. Tako je u samo nekoliko mjeseci Zika infekcija poprimila razmjere široko rasprostranjene epidemije. Zika virusna bolest (ZVB) najčešće se s čovjeka na čovjeka prenosi ubodom nekoliko vrsta komaraca iz roda *Aedes*. Uzročnik je Zika virus. U većini slučajeva infekcija je asimptomatska ili se obično manifestira kao blaža febrilna bolest s kožnim osipom. Do 2007. godine virus je cirkulirao na području tropske Afrike i Jugoistočne Azije gdje je zabilježeno nekoliko epidemija, a od 2007. se infekcija širi te se bilježe epidemije ZVB-a na otocima Pacifika (Savezne Države Mikronezije, Francuska Polinezija). ZVB se zbog brzog širenja i široke geografske rasprostranjenosti komaraca koji mogu prenositi virus sada smatra emergentnom zaraznom bolesti te predstavlja javnozdravstvenu opasnost i dogadaj od međunarodnog značaja.

Zika virusna bolest (ZVB) najčešće se s čovjeka na čovjeka prenosi ubodom nekoliko vrsta komaraca iz roda *Aedes*. Uzročnik je Zika virus. U većini slučajeva infekcija je asimptomatska ili se obično manifestira kao blaža febrilna bolest s kožnim osipom. Do 2007. godine virus je cirkulirao na području tropske Afrike i Jugoistočne Azije gdje je zabilježeno nekoliko epidemija, a od 2007. se infekcija širi te se bilježe epidemije ZVB-a na otocima Pacifika (Savezne Države Mikronezije, Francuska Polinezija). U 2015. godini zabilježeni su prvi autohtoni (lokalni) slučajevi Zika infekcije u Južnoj Americi, koja je u nekoliko mjeseci poprimila razmjere široko rasprostranjene epidemije – od svibnja 2015. do kraja siječnja 2016. Zika virus se proširio u preko 25 država i područja, a sporadični slučajevi zabilježeni su i u Sjevernoj Americi i Europi. ZVB se zbog brzog širenja i široke geografske rasprostranjenosti komaraca koji mogu prenositi virus sada smatra

emergentnom zaraznom bolesti te predstavlja javnozdravstvenu opasnost i dogadaj od međunarodnog značaja.

Zabilježen je povećan broj neuroloških poremećaja poput Guillain Barréov-og sindroma (GBS) u odraslih osoba za vrijeme epidemije u Francuskoj Polineziji (2014.), te je opažen povećan broj prirođenih malformacija središnjeg živčanog sustava novorođenčadi (mikrocefalija) u nekim područjima Brazila (2015.). Za ove pojave još nije pouzdano utvrđena uzročna povezanost, no predmet su intenzivnog istraživanja.

Ne postoji cjepivo ili lijek za prevenciju infekcije virusom Zika. Stoga su najvažnije mjeru kontrole populacije komaraca te individualne mjeru zaštite od uboda komaraca, i to najviše danju. Lječenje je simptomatsko.

Lječnici ostali zdravstveni djelatnici trebaju biti informirani o postojećoj epidemiji i mogućim komplikacijama Zika infekcije kako bi se što ranije otkrili importirani slučajevi i spriječilo daljnje širenje infekcije na području Hrvatske.

Zika virus postao međunarodna zdravstvena prijetnja

SZO je sazvao Odbor za međunarodnu zdravstvenu regulativu (Međunarodni sanitarni pravilnik) - Povjerenstvo za krizna stanja o Zika virusu i opaženom povećanju broja neuroloških poremećaja i kongenitalnih malformacija.

Prof. dr.sc. Antoinette Kaić Rak, voditeljica Ureda SZO-a u Hrvatskoj pojasnila je informacije i zaključke sa sastanka Odbora. „Dana 1. veljače 2016. zasjedao je Odbor za hitna stanja - ekspernta grupa od 18 članova iz svih regija SZO-a koji su temeljem postojećih podataka i procjene stanja uz pojavnost Zika infekcija - preporučili generalnoj direktorici SZO-a dr.Margaret Chan da Zika virus proglaši prijetnjom zdravlju od međunarodnog zdravstvenog značaja, koju je generalna direktorica SZO-a usvojila. Ova odluka se temelji na sljedećim podacima - članovi



ekspertne skupine za krizna stanja prvenstveno su uzeli u obzir znatno češću pojavnost kongenitalnih malformacija (mikrocefalije) i neuroloških komplikacija (GBS) u Brazilu (2015.) i Francuskoj Polineziji (2013. i 2014.). Prema zadnjim podacima registrirano je 4180 slučaja mikrocefalije tijekom 2015. u Brazilu. Također je evidentirano 68 smrtnih ishoda. Usporedbe radi, od 2010. do 2014. u Brazilu su se prosječno bilježila oko 163 slučaja mikrocefalije godišnje.

Ponovno se napominje da uzročna povezanost između infekcije uzrokovane Zika virusom i novorođenačkih malformacija i neuroloških sindroma još uvijek nije potvrđena, iako postoji visok stupanj sumnje na moguću povezanost.

S obzirom na širenje Zika virusa i nepostojanje imuniteta među populacijom u zemljama gdje se virus proširio, postoji bojazan od kontinuirane prijetnje širenja infekcije diljem svijeta.

Za sada SZO ne preporučuje restrikcije putovanja i trgovine s epidemijom zahvaćenim zemljama, ali se čvrsto naglašava potreba podizanja razine svjesnosti među populacijom o potrebi provođenja preventivnih mjera. Važno je da se potencijalni putnici u području koja su za sada rizična dobro informiraju o preventivnim mjerama zaštite od uboda komaraca. Također, trudnicama se preporuča ako je moguće da odgode putovanja u zemlje za koje znamo da postoji mogućnost prijenosa infekcije. Po povratku u domovinu trudnicama se preporuča da svakako kontaktiraju svoje liječnike i navedu područje u kojem su boravile.

Što preporuka SZO-a znači za Hrvatsku pojasnila je prof. Kaić Rak: „Sve države, i vlade pojedinih država, pa tako i Hrvatska donose određene preporuke za svoje stanovništvo kako bi se spriječila pojava i širenje infekcije“, te dodala da se „Upozoravaju zemlje članice na potrebu pojačanog epidemiološkog praćenja i laboratorijske dijagnostike te učinkovitog suzbijanja vektora.“

„Za kliničare i epidemiologe Služba za epidemiologiju HZJZ-a pripremila je materijale s informacijama o ZVB-u kojemosmo kolegama poslali e-mailom“, rekla je dr. Goranka Petrović iz Odjela za nadzor, rano uzbunjivanje i intervencije u području zaraznih bolesti HZJZ-a. Te informacijesu u skraćenom obliku sadržane u ovom članku.

Uzročnik, epidemiologija i njegovo širenje

Zika virus je flavivirus kojeg prenose komarci iz roda *Aedes*. Na području trenutne pojave epidemija primarni vektor je *Aedes aegypti*, no mogući vektor je i *Aedes albopictus*, tigrasti komarac. Ove vrste komaraca prenose još i žutu groznicu, dengue i chikungunya groznicu. Za njih je karakteristično da su aktivne danju, najaktivnije su sredinom jutra i sredinom popodneva. Zika virus može se prenijeti i transplacentarno ili tijekom porođaja zaražene majke te spolnim putem. Postoji i potencijalni rizik prijenosa Zika virusa zaraženim transfuzijskim pripravcima.

Zika virus je prvi puta izoliran 1947. kod majmuna te 1948. u komarcu *Aedes* u Zika šumi u Ugandi, a 1952. kod čovjeka u Nigeriji. Serološka istraživanja u Africi i Aziji ukazuju da Zika virus tiho cirkulira u prirodi (specifična protutijela nađena su u velikim sisavcima kao što su orangutani, zebre, slonovi, vodenih bivovali i glodavci).

Od prvih slučajeva ZVB-a registriranih u svibnju 2015. u Brazilu, autohtoni prijenos virusa Zika zabilježen je u velikom broju država (do sada su to bile Barbados, Bolivija, Brazil, Cape Verde, Kolumbija, Dominikanska Republika, Ekvador, El Salvador, Fidži, Francuska Gvajana, Gvadalupe, Guatema, Gvajana, Haiti, Honduras, Maldivi, Martinique, Meksiko, Nova Kaledonija, Panama, Paragvaj, Puerto Rico, Saint Martin, Samoa, Solomonski otoci, Surinam, Tajland, Venezuela i Djevičanski otoci SAD-a), s procjenom da će se nastaviti širiti i dalje na nova područja gdje ima *Aedes* komaraca (PAHO, SZO, ECDC).

Procjena rizika Zika virusne infekcije u

Europi i Hrvatskoj

Prema podacima ECDC-a, na području Europe je do sada zabilježeno nekoliko importiranih slučajeva ZVB-a kod osoba koje su prethodno boravile u zahvaćenim državama (za sada u Ujedinjenom Kraljevstvu, Nizozemskoj, Švicarskoj, Italiji, Španjolskoj, Portugalu, Finskoj, Danskoj, Austriji i Njemačkoj) u osoba koje su prethodno boravile u državama zahvaćenim epidemijom Zika virusne infekcije. Problem nastaje kada u državi ima komaraca koji su prijenosnici infekcije pa mogu prenosići infekciju sa zaražene osobe na drugu osobu.

Vrsta *Ae. aegypti* nije rasprostranjena na području Europe, osim na otoku Madeiri (portugalska regija u Atlantskom oceanu). S obzirom na to da je tigrasti komarac (*Ae. albopictus*), koji također prenosi virus Zika, danas udomačen u mnogim dijelovima Europe, naročito oko Mediterana - što znači da ga ima i u Hrvatskoj - teoretski postoji mogućnost daljnog širenja infekcije od ovakvih uvezenih slučajeva unutar Europe. No temeljem dostupnih informacija, rizik unosa i širenja ZVB-a u Europi, pa tako i u Hrvatskoj, vrlo je nizak tijekom zimskog razdoblja kada komarci nisu aktivni. Valja naglasiti da do sada u Europi nije dokazan prijenos Zika virusa komarcima.

Služba za epidemiologiju HZJZ-a prati razvoj situacije koristeći podatke SZO-a i ECDC-a te će o tome pravovremeno izvještavati kolege i javnost.

Klinička slika i posljedice

- Inkubacija ZVB je 3-12 dana nakon uboda zaraženog komarca
- Većina infekcija (60-80%) je asimptomatska, a kod manjeg broja zaraženih obično se manifestira kao blaža akutna febrilna bolest s osipom, artralgijom, mialgijom, konjunktivitisom i glavoboljom; rijede su prisutni retroorbitalna bol i gastrointestinalni simptomi



Odrasli tigrasti komarac, foto A. Klobučar

• Bolest obično traje 4-7 dana; rijetko zahtijeva hospitalizaciju te u pravilu prolazi bez teških komplikacija i smrtnih ishoda; liječenje je simptomatsko primjenom analgetika, antipiretika i za ublažavanje svrbeža kod osipa antihistaminika

• Nije još pouzdano utvrđena uzročna veza, no sve je više indicija koje se intenzivno istražuju da postoji povećan rizik od neuroloških (i autoimunih) komplikacija poput GBS-akod odraslih i neželjenih ishoda trudnoća poput spontanih pobačaja, prijevremenih porođaja, prirođenih malformacija središnjeg živčanog sustava novorođenčadi (mikrocefalija i dr.) kod žena koje su tijekom trudnoće bile izložene virusu

Trudnice u većem riziku

U većem riziku od ZVB-a su putnici koji planiraju odlazak u rizična područja, naročito trudnice i osobe s poremećajem imunološkog sustava ili drugim težim kroničnim bolestima.

Kod Zike su najznačajnija skupina trudnice i žene koje planiraju skor u trudnoću (zbog mogućnosti prijenosa Zika virusa sa zaražene majke na plod tijekom trudnoće i poroda, te mogućih razvoja urođenih malformacija mikrocefalije i spontanih pobačaja, što se još uvijek prati i istražuje). Zato se preporuča trudnicama i ženama koje planiraju skor u trudnoću, a planiraju put u područja zahvaćena epidemijom ZVB-a, da preispitaju odluku i odgode putovanje ako nije neophodno, a za putnike s teškim imunološkim poremećajima i za teške kronične bolesnike preporuča se individualna procjena i odluka u konzultaciji sa svojim liječnikom. Ako je putovanje neophodno preporuča se korištenje osobne zaštite protiv komaraca (repelenti, odjeća) boravak u klimatiziranim prostorima, uz zaštitne mreže tijekom boravka na rizičnom području", rekla je dr. Iva Pem-Novosel, voditeljica Odsjeka za zoonoze HZJZ-a.

Dijagnostika

"Dijagnostika Zika virusa radit će se u HZJZ-u serološkim i molekularnim metodama", rekla su

voditeljica Nacionalnog referentnog laboratorija za arbovirusne i rikecijedoc.dr.sc. Tatjana Vilibić-Čavlek i voditeljica Odjela za molekularnu dijagnostiku prim.dr.sc. Andrea Babić-Erceg.

- Temelji se na detekciji virusne RNA iz uzorka akutno bolesnih osoba koja je zbog kratke faze viremije moguća prvih 3-5 dana po pojavi simptoma (RNA Zika virusa u urinu detektirana je i 10 dana nakon početka bolesti).
- detekcija Zika-specifičnih IgMprototijela moguća je od petog dana nakon početka bolesti. Infekcija se potvrđuje serokonverzijom ili četverostrukim porastom titra specifičnih prototijela u parnim serumima (nalaz se tumači u kontekstu cjepnog statusa i prethodnih izloženosti drugim flavivirusnim infekcijama).

Mjere kontrole

Budući da ne postoje specifične mjere prevencije ZVB-a cjepivom ili lijekovima, za sada su najvažnije mjere kontrole populacija komaraca i osoba na zaštitu od uboda komaraca osoba u riziku. To je bio i zaključak SZO Odbora.

Prof. Kaić Rak kaže da treba djelovati na tri razine „Prvo, ljudi sami moraju znati kako se zaštititi, drugo pitanje je zajednice i treće institucije koje se bave kontrolom vektora. I dalje su na snazi upute o primjeni individualnih mjeru koje se odnose na korištenje repellenta, nošenje odjeće svjetlijih boja - dugih rukava i nogavica, postavljanje komarnika na vrata i prozore, korištenje mreža za spavanje, korištenje eteričnih ulja koja odbijaju komarce, boravak u klimatiziranim prostorijama itd. Također je važno paziti i uklanjati sva moguća prirodna i umjetna staništa koja mogu postati legla komaraca. Naravno, od izrazitog javnozdravstvenog značenja je provedba učinkovitih programa kontrole vektora, usmjerenih na smanjivanje populacija komaraca.“ Prof. Kaić Rak je izvjestila da se „Preporuča zdravstvenom sektoru u zemljama članicama da uspostave kontakt sa sektorom transporta u svezi provedbe dezinfekcije aviona koji dolaze iz rizičnih područja“.

Prim.dr.sc. Bernard Kaić, voditelj Odjela za prevenciju zaraznih bolesti i cijepljenje HZJZ-a, također je naglasio važnost smanjenja populacije komaraca koji prenose infekciju: „S epidemiološkog stanovišta, najučinkovitija mjeru u sprječavanju bolesti koje se prenose komarcima je suzbijanje vektora. S obzirom na to da komarci roda *Aedes* u našem podneblju imaju drukčiji životni ciklus i staništa od komaraca koji su kod nas uobičajeni, važno je slijediti preporuke entomologa radi što efikasnijeg suzbijanja. Što se tiče zaštite cjepivom, po svemu sudeći, ono neće biti dostupno za primjenu još pet godina, a možda i više od deset“, rekao je dr. Kaić.

Mr.sc. Ana Klobučar, voditeljica odjela za dezinfekciju, dezinfekciju i deratizaciju NZZZJZ-a „Dr. A. Štampar“ rekla je: „Tigrasti komarac je inva-

zivna vrsta, što znači da se brzo širi zahvaljujući sposobnosti brzog razmnožavanja i prilagođavanja novim područjima. Na našem području najčešće se razvija u naseljima, u umjetnim leglima kao što su odbačene posude i predmeti koji zadržavaju kišnicu, nepoklopljene posude s vodom za zalijevanje, vase na grobljima, nepropisno odbačen otpad u okoliš, ulični slivnici te drugi predmeti koji zadržavaju vodu. Najvažnija mjeru u sprječavanju razvoja i širenja komaraca je uklanjanje legla. Dakle, edukacija građana je iznimno važna. Nužno je redovito prazniti sve lokvice koje nastaju uz kuću i oko kuće i činiti što možemo da se spriječi njihov nastanak“.

Smjernice za liječnike

- Informirati se o postojećoj epidemiji i mogućim komplikacijama ZVB-a (posebno ginekolozi, pedijatri, neurolozi) kako bi se spriječili i što ranije otkrili importirani slučajevi u Hrvatskoj
- Informirati pacijente koji planiraju odlazak u zemlje gdje ima transmisije Zika virusa o mogućim rizicima (naročito trudnice, žene koje planiraju trudnoću, osobe s poremećajem imunološkog sustava ili drugim težim kroničnim bolestima) i preporučiti im odgodu puta, aako baš moraju putovati, preporučiti im mjeru osobne zaštite od uboda komaraca tijekom cijelog dana (naročito sredinom jutra te od kasnog poslijepodneva do sumraka); trudnice informirati da upozore ginekologe ako su bile u zemljama gdje ima transmisije virusa; putnike povratnike informirati da kontaktiraju liječnika po povratku s puta ako u sljedeća tri tjedna razviju simptome
- U slučaju febrilnosti i/ili makulopapularnog osipa kod putnika povratnika iz rizičnih područja, uz dengue i chikungunu, diferencijalno-dijagnostički uzeti u obzir i ZVB
- Za trudnice koje su boravile u rizičnom području po povratku- procijeniti daljnje praćenje trudnoće
- Sigurnost pripravaka humanog podrijetla - privremeno odgoditi potencijalne davatelje krvi (14 dana) te davatelje sjemena (28 dana) po povratku iz rizičnog područja
- Javnozdravstvene mjere
 - uspostaviti sustav praćenja importiranih slučajeva ZVB-a
 - povećati informiranost zdravstvenih djelatnika o postojećoj epidemiji
 - povećati informiranost o komplikacijama (konogenitalne malformacije središnjeg živčanog sustava, mikrocefalija, GBS) ZVB (ginekologe, pedijatre, neurologe)
 - rana detekcija importiranih slučajeva ZVB-a kako bi se smanjio rizik lokalnog prijenosa ■



Novo u Poliklinici Medikol



dr.sc. SUNČANA DIVOŠEVIĆ, dr.med.
specijalist nuklearne medicine
pročelnica Polikliničkog odjela za
nuklearnu medicinu,
voditeljica PET/CT Centra
Zagreb i Rijeka

Od siječnja 2016. godine pacijentima s karcinomom prostate je omogućeno obavljanje PET/CT dijagnostičkog postupka s ¹⁸F-kolinom u svim Medikolovim PET/CT Centrima: Zagreb, Rijeka, Split i Osijek.

Do sada je takav postupak unutar Medikola bilo moguće obaviti samo u PET/CT Centru Zagreb, no kako je sada dostupan u svim centrima, pristup bolesnika navedenoj pretrazi će biti olakšan. Poliklinika Medikol je ugovorna ustanova HZZO-a za PET/CT dijagnostiku i pacijenti PET/CT pretrage obavljaju putem uputnice.

Kako je oboljelih od karcinoma prostate sve više, s obzirom na produljenje životnog vijeka i osjetljive metode probira (PSA), PET/CT s ¹⁸F-kolinom je od iznimne važnosti za procjenu stupnja proširenosti bolesti, donošenje odluke o najadekvatnijem obliku liječenja, praćenje učinka liječenja, te kod ponovnog porasta PSA vrijednosti za utvrđivanje lokalnog recidiva i presadnica u organizmu.

PET/CT se ne koristi za primarnu dijagnozu karcinoma prostate, no indikacija postoji kod pacijenata kod kojih perzistiraju uvećane vrijednosti PSA, a rezultati ponovljenih biopsija prostate su negativni, te za bolje određivanje mjesta ponovne biopsije s obzirom na lokalizaciju najintenzivnijeg nakupljanja kolina.

Prednost ove visoko osjetljive i specifične metode je, spram drugih konvencionalnih radioloških pretraga, što daje istovremeno informacije i o metaboličkoj aktivnosti i morfologiji tkiva i organa, čime otkriva veći broj metastaza u ranjoj fazi i kod malih veliči-

na lezija, što se jednim snimanjem u vidnom polju obuhvati cijelo tijelo, te što se nakupljanje radiofarmaka u lezijama može kvantificirati pomoću tzv. SUV vrijednosti (engl. Standardised Uptake Values), čime se povećava osjetljivost pretrage i omogućuje procjena učinka liječenja. S obzirom da tumorske stanice imaju izraženiji stanični metabolizam, povećano je iskorištavanje kolina koji je dio fosfolipidne strukture stanične membrane i povećana aktivnost enzima kolin kinaze koji je odgovoran za zadržavanje kolina u stanici, pa je akumulacija radiofarmaka u tumorskim stanicama veća nego u drugim dijelovima tijela. Radiofarmak se injicira intravenski, a snimanje u trajanju od 15 minuta se obavlja nakon razdoblja nakupljanja radiofarmaka u organizmu od 45-60 minuta. Standardno se uz PET radi "low dose" CT, koji služi za korekciju atenuacije gama zraka u tkivima i morfološku orientaciju, a dodatno se može raditi dijagnostički MSCT, uz primjenu intravenskog kontrasta. Osjetljivost pretrage raste linearno s porastom PSA, s najvećom dijagnostičkom učinkovitosti kod vrijednosti većih od 1-2 ng/mL, no pozitivni su nalazi i kod manjih PSA vrijednosti, ukoliko se prati porast, tj. udvostrućenje PSA vrijednosti.

S radiofarmakom ¹⁸F-fluorodeoksiglukozom, koji se standardno koristi kod drugih malignih oboljenja, slične su SUV vrijednosti kod malignih i benignih promjena u prostati, a nije dovoljno osjetljiv ni za otkrivanje presadnica, uz ponekad otežanu analizu tomograma, poglavito u regiji zdjelice, zbog fiziološke akumulacije radiofarmaka u mokraćnom sustavu.



Poliklinika Medikol

Voćarska 106, Zagreb
t: 01 4594 777
e: medikol@medikol.hr

info@medikol.hr
www.medikol.hr

PET/CT Centar Zagreb
Vinogradска cesta 29, Zagreb
t: 01 6396 444
e: pet-ct@medikol.hr

PET/CT Centar Split
Šoltanska 1, Split
t: 021 685 999
e: pet-ct.st@medikol.hr

PET/CT Centar Rijeka
Krešimirova 42, Rijeka
t: 051 688 030
e: pet-ct.ri@medikol.hr

PET/CT Centar Osijek
J.J. Strossmayera 141, Osijek
t: 031 638 444
e: pet-ct.os@medikol.hr

Više o kliničkoj primjeni PET/CT
dijagnostike na:
medikol.hr/klinicka-prmjena-pet-ct-dijagnostike

Novosti o sigurnosti primjene lijekova

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

Rizici od progresivne multifokalne leukoencefalopatije i karcinoma bazalnih stanica vezani s primjenom fingolimoda (Gilenya). Nedavno su, zbog prijavljenih slučajeva nuspojava povezanih s imunosupresivnim učincima, informacije o lijeku za fingolimod ažurirane novim kontraindikacijama i mjerama opreza.

Zbog rizika od progresivne multifokalne leukoencefalopatije (PML), bolesnike i njegovatelje treba obavijestiti o ranim simptomima koji ukazuju na PML, prije početka liječenja fingolimodom treba biti dostupan početni referentni nalaz MR-a, tijekom rutinskog snimanja MR-om treba se obratiti pozornost na lezije koje bi mogle odgovarati PML-u, a ako se klinički posumnja na PML, treba odmah snimiti MR i obustaviti liječenje fingolimodom dok se ne isključi PML.

Zbog rizika od drugih oportunističkih infekcija, uključujući infekcije središnjeg živčanog sustava, u slučaju infekcije početak liječenja treba odgoditi u bolesnika s teškom aktivnom infekcijom, a ako bolesnik razvije ozbiljnu infekciju treba razmotriti obustavljanje fingolimoda te prije ponovnog uvodenja terapije pažljivo razmotriti omjer koristi i rizika.

Zbog rizika od karcinoma bazalnih stanica, kontraindikacija u bolesnika s poznatim aktivnim zločudnim bolestima proširena je i na bolesnike s karcinomom bazalnih stanica, a zbog ovog rizika preporučuje se pregled kože prije početka liječenja te tijekom liječenja.

Liječnike se također podsjeća na potrebu za inicijalnim, periodičkim i praćenjem kompletne krvne slike u slučaju znakova infekcije.

Gilenya je odobrena u liječenju multiple skleroze.

Ograničenje indikacije erlotiniba (Tarceva). Na temelju podataka iz ispitivanja IUNO, Tarceva više nije indicirana za terapiju održavanja nakon prve linije liječenja u bolesnika koji nemaju aktivirajuću mutaciju EGFR-a. Navedeno je ispitivanje dovelo do zaključka da se omjer koristi i rizika lijeka Tarceva kao terapije odr-

žavanja nakon četiri ciklusa standardne prvolinijske kemoterapije na bazi platine u bolesnika s lokalno uznapredovalim ili metastatskim NSCLC-om koji nemaju aktivirajuću mutaciju EGFR-a više ne smatra povoljnijem.

Indikacija je izmijenjena i sada glasi: "Tarceva je također indicirana u terapiji održavanja bolesnika s lokalno uznapredovalim ili metastatskim NSCLC-om s aktivirajućim mutacijama EGFR-a i stabilnom bolešću nakon prve linije kemoterapije koja nije uključivala erlotinib (engl. switch maintenance)".

Tarceva je odobrena u liječenju karcinoma pluća ne-malih stanica i karcinoma gušterice.

Važnost pridržavanja uputa za korištenje Genotropin GoQuick brizgalica (somatropin) radi izbjegavanja rizika od predoziranja.

Zbog tvorničke greške u mehanizmu za doziranje nekih napunjenih brizgalica GoQuick koje se koriste za primjenu doze somatropina, ako se prevelikom silom okreće brojčanik za odabir doze na nekim brizgalicama može doći do postavljanja doze na jedan klik više od doze koja je odabrana i prikazana u prozorčiću memorije. U tom slučaju brojčanik za odabir doze i prozorčić memorije ne pokazuju istu dozu. Upute za korištenje GoQuick brizgalice navedene u uputu o lijeku pokazuju na koji način bolesnici trebaju odabrati točnu dozu, a ne-pridržavanje uputa može dovesti do primjene doze koja je malo veća od odabrane: primjenit će se dodatnih 0,05 mg lijeka Genotropina iz napunjenih brizgalica GoQuick od 5,3 mg, odnosno dodatnih 0,15 mg iz napunjene brizgalice GoQuick od 12 mg.

Navedenu grešku nemaju sve isporučene brizgalice GoQuick, a bolesnici prilikom odabira doze uobičajeno koriste mnogo manju silu od one korištene u testiranju tijekom kojeg je otkrivena navedena tvornička greška. Nisu zabilježene nuspojave koje bi bile posljedica navedene tvorničke greške te je ocijenjeno je da je rizik da će doći do primjene netočne doze zanemariv.

Liječnici i ljekarnici trebaju bolesnike informi-

rat o potencijalnoj tvorničkoj grešci i podsjetiti ih da se pridržavaju uputa za primjenu lijeka i ujednače prikazane doze kako bi izbjegli mogućnost primjene netočne doze. Bolesnici se u slučaju da utvrde da imaju oštećenu brizgalicu trebaju odmah obratiti svom liječniku.

Genotropin GoQuick je odobren u liječenju poremećaja u rastu djece i kao nadomjesna terapija u odraslih osoba sa značajnim nedostatkom hormona rasta. O gore navedenom sigurnosnom pitanju upućeno je pismo zdravstvenim radnicima, a javnost je informirana putem internetskih stranica HALMED-a, gdje je moguće pronaći više informacija.

Rizik od hepatotoksičnosti lijeka Viekirax (ombitasvir, paritaprevir, ritonavir), s ili bez lijeka Exviera (dasabuvir). Nakon stavljanja lijeka u promet, u bolesnika liječenih lijekom Viekiraxom u kombinaciji s lijekom Exvierom prijavljeni su dekompenzacija jetre i zatajenje jetre, uključujući slučajevе koji su završili pre-sadivanjem jetre ili smrtnim ishodom. Kod većine bolesnika s tim teškim ishodima postojali su znakovi uznapredovale ili dekompenzirane ciroze jetre prije uvodenja terapije. Zbog navedenih slučajeva, primjena lijeka Viekiraxa u kombinaciji s lijekom Exvierom ili bez njega se ne preporučuje u bolesnika s umjerenim oštećenjem jetrene funkcije (Child Pugh stadij B), ostaje i dalje kontraindicirana u bolesnika s teškim oštećenjem jetrene funkcije (Child Pugh stadij C), a uvedene su i dodatne upute za praćenje jetrene funkcije.

Lijekovi Viekirax i Exviera odobreni su u liječenju kroničnog hepatitsa C. O gore navedenom sigurnosnom pitanju upućeno je pismo zdravstvenim radnicima, a javnost je informirana putem internetskih stranica HALMED-a, gdje je moguće pronaći više informacija.

Rizik od hepatotoksičnosti ketokonazola (Ketoconazole HRA). Liječenje lijekom Ketoconazole HRA treba započeti i nadzirati liječnik s iskustvom u liječenju Cushingovog sindroma, a dozu je nužno prilagoditi na temelju normalizacije razina kortizola. Ketoco-

nazole HRA je kontraindiciran u bolesnika s akutnom ili kroničnom bolesti jetre i/ili ako su razine jetrenih enzima prije početka liječenja više od dva puta iznad gornje granice normalnih vrijednosti ($> 2x$ ULN).

Kako bi se smanjio rizik od teškog oštećenja jetre, prije početka terapije i periodično tijekom terapije treba u svih bolesnika obvezno pratiti AST, ALT, GGT, AP i razine bilirubina, i to jednom tjedno tijekom mjesec dana od početka liječenja, zatim jednom mjesечно tijekom 6 mjeseci i jednom tjedno tijekom mjesec dana nakon svakog povećanja doze. Bolesnike treba obavijestiti o riziku od hepatotoksičnosti i simptomima zbog kojih moraju potražiti pomoć liječnika.

Tijekom liječenja, u slučaju povećanja razine jetrenih enzima: $< 3x$ ULN – treba češće kontrolirati funkciju jetre, a dnevnu dozu smanjiti za najmanje 200 mg; $> 3x$ ULN) - Ketoconazole HRA treba odmah prekinuti i ne smije ponovno uvoditi zbog rizika od ozbiljne hepatotoksičnosti.

Ako se razviju klinički simptomi hepatitisa, liječenje lijekom Ketoconazole HRA treba bez odgode prekinuti. Iako se hepatotoksičnost obično očituje na početku liječenja i unutar prvih šest mjeseci liječenja, u slučaju dugotrajnog liječenja (dulje od šest mjeseci) jetrene enzime valja pratiti u skladu s medicinskim kriterijima.

Ketoconazole HRA je odobren u liječenju Cushingovog sindroma.

Rizik od progresivne multifokalne leukoencefalopatije povezan s primjenom dimetilfumarata (Tecfiderom). Zbog smanjenja rizika od PML-a, prije početka liječenja fingolimodom treba biti dostupan početni referentni nalaz MR-a, potrebno je napraviti kompletну krvnu sliku a bolesnike treba savjetovati o riziku od PML-a, mogućim simptomima i radnjama koje trebaju poduzeti u slučaju pojave simptoma.

Nakon početka liječenja lijekom Tecfiderom potrebno je kontrolirati kompletну krvnu sliku, uključujući limfocite, svaka tri mjeseca; zbog mogućeg povećanog rizika od PML-a treba razmotriti prekid liječenja Tecfiderom u bolesnika s brojem limfocita ispod $0,5 \times 10^9/l$ u trajanju duljem od šest mjeseci (tj. teška produljena limfopenija); ako je liječenje zaustavljeno zbog limfopenije, potrebno je nadzirati bolesnike dok im se razine limfocita ne vrate na normalne vrijednosti.

Ako se obavlja JCV testiranje, treba uzeti u obzir da utjecaj limfopenije na točnost testa na protu-JCV protutijela nije ispitivan u bolesnika liječenih Tecfiderom. Treba također napomenuti da negativan test na protu-JCV protutijela

(u prisutnosti normalnog broja limfocita) ne isključuje mogućnost naknadne JCV infekcije.

Ako se liječenje nastavlja u bolesnika s teškom produljenom limfopenijom, preporučuje se pojačan oprez s obzirom na PML: potrebno je ponovno savjetovati bolesnike i njegovatelje u vezi rizika od PML-a; potrebno je nadzirati bolesnike zbog moguće pojave znakova i simptoma ili pojave novih neuroloških disfunkcija; treba razmotriti potrebu za dalnjim MR snimanjem u sklopu povećanog opreza s obzirom na PML, u skladu s nacionalnim i lokalnim preporukama.

Ako se kod bilo kojeg bolesnika sumnja na PML, treba odmah prekinuti liječenje Tecfiderom i provesti odgovarajuće pretrage.

Tecfidera je odobrena u liječenju multiple skleroze.

O gore navedenim sigurnosnim pitanjima upućeno je pismo zdravstvenim radnicima, a javnost je informirana putem internetskih stranica HALMED-a, gdje je moguće pronaći više informacija.

PRAC ocijenio da nema dokaza o uzročnoj povezanosti primjene cjepiva protiv HPV-a i pojave CRPS-a ili POTS-a

Povjerenstvo za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC) Europske agencije za lijekove (EMA) završilo je postupak detaljne znanstvene ocjene podataka povezanih s privremenim dvaju sindromima, kompleksnog regionalnog bolnog sindroma (CRPS, od engl. *complex regional pain syndrome*) i sindroma posturalne ortostatske tahikardije (POTS, od engl. *postural orthostatic tachycardia syndrome*) u mladih žena u kojih su primijenjena cjepiva protiv humanog papilomavirusa (HPV). Navedenom ocjenom zaključeno je da ne postoje dokazi koji bi podupirali uzročnu povezanost između cjepiva protiv HPV-a i razvoja CRPS-a ili POTS-a te stoga nema razloga za promjenu načina na koje se ova cjepiva primjenjuju niti za izmjene u postojećim informacijama o lijeku.

Nova kontraindikacija i kartica-podsjetnik za bolesnika zbog rizika od osteonekroze čeljusti uz primjenu denosumaba (Xgeva)

Zbog rizika od osteonekroze čeljusti Xgeva je od sada kontraindicirana kod bolesnika s nezacijseljenim lezijama nakon stomatološkog ili oralnog kirurškog zahvata. Prije liječenja lijekom Xgeva preporuča se obaviti stomatološki pregled s preventivnim stomatološkim liječenjem. Potrebno je u uskoj suradnji između liječnika i stomatologa, odnosno oralnog kirurga koji ima iskustva s osteonekrozom čeljusti, izraditi plan zbrinjavanja za bolesnike koji ra-

zviju osteonekrozu čeljusti. Kartica-podsjetnik za bolesnika uvedena je kako bi se povećala svijest kod bolesnika o riziku od osteonekroze čeljusti i o potrebnim mjerama opreza za smanjenje ovog rizika. Bolesnicima koji primaju lijek Xgeva potrebno je dati navedenu karticu-podsjetnik s informacijama o osteonekrozi čeljusti te uputu o lijeku.



Ostale novosti iz HALMED-a

Siniša Tomić - novi ravnatelj Agencije za lijekove i medicinske proizvode

Upravno vijeće HALMED-a je temeljem javnog natječaja za ravnatelja HALMED-a izabralo izv. prof. dr. sc. Sinišu Tomića, čiji je četverogodišnji mandat započeo 1. prosinca 2015. Prof. Tomić bio je na čelu Agencije i u razdoblju od njenog osnutka 1. listopada 2003. do 30. studenog 2011. U svom novom mandatu, prof. Tomić će se zalagati za jačanje transparentnosti regulatornih postupaka, konsolidaciju poslovanja Agencije, zaštitu javnog zdravlja, odnosno zaštitu zdravlja svih korisnika lijekova i medicinskih proizvoda te zaštitu konkurentnosti farmaceutske industrije. Također će raditi na jačanju suradnje s farmaceutima, liječnicima i drugim zdravstvenim radnicima kao i s nacionalnim i međunarodnim ustanovama iz područja lijekova i medicinskih proizvoda te će nastaviti razvijati informiranje o sigurnosnim pitanjima i drugim pitanjima od interesa za pacijente.

HALMED objavio publikaciju Potrošja lijekova u Hrvatskoj od 2009. do 2013. godine

Pregled potrošnje lijekova u Hrvatskoj za razdoblje od 2009. do 2013. godine dostupan je u PDF formatu na internetskim stranicama HALMED-a.

Krajem 2015. godine redizajniran portal HALMED-a

U sklopu redizajna portala određen je novi vizualni identitet HALMED-a, razvijeno je pregleđnije i intuitivnije korisničko sučelje, omogućen prilagođeni pristup različitim interesnim skupinama HALMED-a te su poboljšane funkcionalnosti portala i organizacija velikog broja informacija iz djelokruga rada HALMED-a. Uz postojeće sadržaje, portal je dobio i niz novih korisnih sadržaja, prvenstveno iz područja praćenja sigurnosti primjene lijekova.

Maja.Basic@halmed.hr

U ovom broju donosimo demo-uzorak rješavanja budućih testova znanja

Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – III. dio

Prof. dr. ZDENKO KOVAC, e-mail: zkovic@mef.hr

Uredništvo je odlučilo krenuti s trajnom edukacijom i vrjednovanjem rješenja u svrhu stjecanja komorskih bodova za relicenciranje. Predstavljanje građe, struktura zadataka i logistika rješavanja slijede istovjetan obrazac prikazan u raniјim izdanjima rubrike. U ovom broju donosimo kao demo-uzorak rješavanja test "Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma", III. dio. Na zasebnom listu je matrica za pisanje rješenja, a na poledini donosimo rješenje ovoga istoga problema. Rješenja će se kvantificirati i ponderirati, a pogrešna rješenja nose negativne bodove. Sveukupno rješenje izraženo kao postotak pretvara se u bodove na način: 53-62% donosi 7 bodova; 63-72% donosi 8 bodova, 73-82% donosi 9, a sve >83% donosi 10 bodova.

U sklopu tematike poremećaja energijskoga metabolizma obrađeno je gladovanje sa **sup-stratnom hipoenergozom**.

Algoritamska razradba problema.¹ Prilagodbeni mehanizmi energijskoga metabolizma u gladovanju

Za razradbu problema prostudiraj stranice 155-9, 173-6 te 219-222 u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva, 7. izdanje.** Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

(Zadatak je priređen prema podatcima u

radu: Sherwood LM i sur. Starvation in man. New Eng J Med 1970; 282: 668-75.).

Između sadržaja tvari u tjelesnim strukturama i energijske potrošnje postoji dinamička ravnoteža, koja je određena aktivnošću organizma i unosom hrane. U tablici 1 navedeni su približni maseni sadržaji i energijska vrijednost tvari u tkivima. U svrhu proučavanja patofizioloških učinaka na dragovoljcima su studirane promjene tijekom višetjednoga gladovanja. U tablici 2 navedeni su laboratorijski relevantni pokazatelji promjena u organizmu tijekom gladovanja. U slici 1 shematski su navedene promjene u organizmu ispitnika koje se susreću pri kratkotrajnom i dužem gladovanju.

Tablica 1. Sadržaj potencijalnih energijskih izvora u tkivima muškaraca mase 70 kg

Energijsko gorivo	Masa (kg)	Energija (kcal) ^a
Tkiva:		
Mast (trigliceridi masnog tkiva)	15	141.000
Proteini (uglavnom mišići)	6	24.000
Glikogen (mišićni)	0,150	600
Glikogen (jetreni)	0,075	300
Ukupno energije		165.900
Cirkulirajuće tvari		
Glukoza (u izvanstaničnom prostoru)	0,020	80
Slobodne masene kiseline (u plazmi)	0,0003	3
Trigliceridi (u plazmi)	0,003	30
Ukupno energije		113

^a Za pretvorbu kalorija u Joule (džul) vrijednost pomnoži s 4,167

Tablica 2. Promjene koncentracija cirkulirajućih supstrata u plazmi tijekom gladovanja

Uvjeti mjerjenja	Glukoza	SMK ^a	^b AOK	^c BHM	Glicerol	^c AK	Laktat	Piruvat	mmol/L	
									mmol/L	
Fiziološki	4,4	0,5	0,01	0,01	0,06	4,5	0,6	0,1		
Gladovanje (1 tjedan)	3,6	1,5	1,0	4,0	0,1	4,5	0,6	0,1		
Gladovanje (4-5 tjedna)	3,6	1,5	1,5	6,0	0,1	3,5	0,6	0,1		

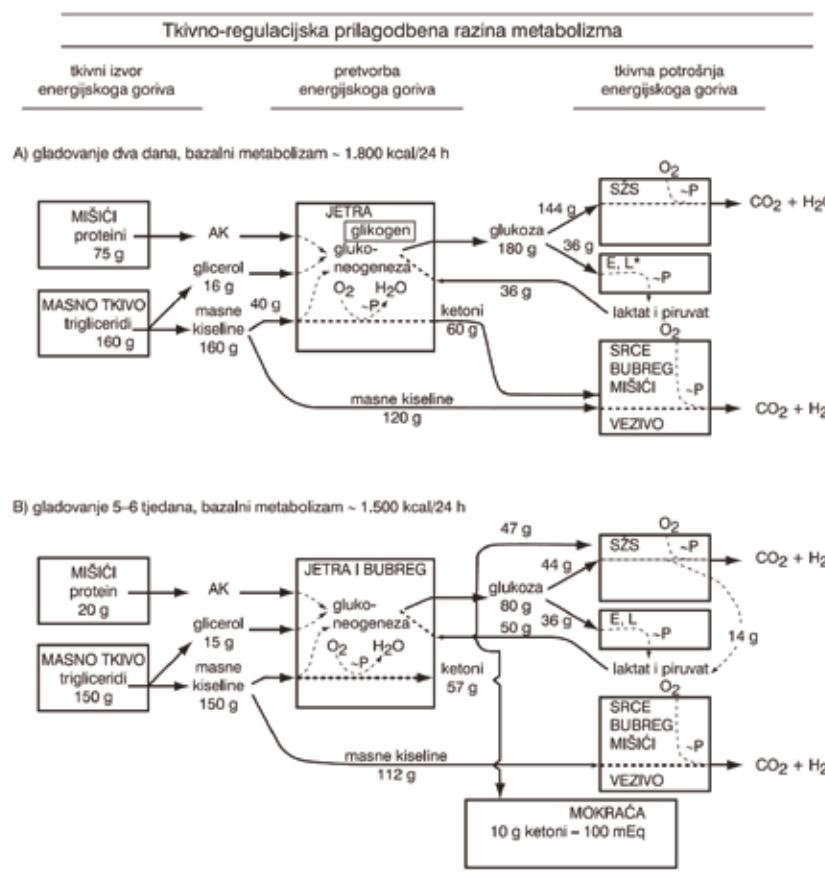
^aSMK = slobodne masne kiseline.

^bAOK = acetocetna kiselina.

^cBHM = β-hidroksimaslaćna kiselina.

^cAK = aminokiseline, sve zajedno

¹ Iz knjige Z Kovač i sur. **Patofiziologija – Zadaci za problemske seminare. Knjiga druga.** Treće izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011., str. 64-8, uz suglasnost izdavača i autora zadatka.



Slika 1. Shematski prikaz prilagodbenih promjena metabolizma u gladovanju. Kratice: AK – aminokiselina, SŽS – središnji živčani sustav, E – eritrociti, L – leucociti, $\sim P$ – proizvodnja energije.

VJEŽBA A: Činjenična raščlamba

(Jedan je ili više točnih odgovora)

1. U patogenetskim prilagodbama organizma na gladovanje susreću se sljedeći mehanizmi:

a) Hiperglicerolemija pokreće biokemijske puteve sinteze acetooctene kiseline i b-hidrok-simaslačne (ketonskih tijela), zbog čega se razvija acidozna (usporedi tablicu 2).

b) Iako je glikogenska energijska pričuva u jetri svega oko 0,4% sveukupnog energijskoga sadržaja u organizmu, glikogen je značajan puferski sustav za brze promjene koncentracije glukoze, budući da je energijska pričuva oko sedam puta veća od cirkulirajućih »goriva«.

c) U dugotrajnim gladovanjima mozak se prilagođuje iskorištavanju ketonskih tijela te smanjuje potrošnju glukoze i posljedično tome posredno smanjuje glukoneogenezu i katabolizam bjelančevina.

d) U kratkotrajnim gladovanjima, glukoneogenezom se iz aminokiselina (oko 75 g dnevno)

i glicerola (oko 16 g dnevno) i iz piruvata i laktata (oko 36 g dnevno) uz glikogenolizu otpušta oko 180 grama glukoze od čega se oko 80 % troši u živčevlju u koje glukoza slobodno difundira.

e) Od 150 g slobodnih masnih kiselina veći dio se izravno oksidira u skeletnim mišićima, srcu i bubregu, a oko 25 % se u jetri pretvara u ketonska tijela, od čega se većina tih ketona u dugotrajnom gladovanju troši u mozgu.

2. Za metaboličke prilagodbe u organizmu pri gladovanju točne su sljedeće tvrdnje:

a) Aktivnost acetil-CoA-karboksilaza (ACK) (enzim koji iz acetil-CoA i CO_2 sintetizira malonil-CoA) u gladovanju je smanjena zbog smanjenja dostupnoga citrata, te izravnim glukagonskim kočenjem i izostankom inzulinske pobude tog enzima.

b) U kratkotrajnom gladovanju većina dostupne glukoze troši se u mozgu, a mišići, bubreg i srce troše masne kiseline i ketonska tijela kao izvore energije (usporedi sliku 1 A).

c) Aktivnost enzima karnitinil-acil-transferaze I, koja određuje brzinu oksidacije masnih kiselina, povisuje se glukagonskim povećanjem karnitina, a smanjuje povišenjem koncentracije malonil-CoA (međuproizvoda u sintezi masnih kiselina).

d) Budući da koncentracija ketonskih tijela, novostvorenih energijskih supstrata, u plazmi za gladovanja može porasti 100–600 puta, u gladovanju se u organizmu razvija metabolička acidozna sa smanjenim anionskim manjkom.

e) Smanjenje korištenja bjelančevina u energetske svrhe u produljenom gladovanju (usporedi sliku

1) posljedica je anaboličkog učinka inzulina, čija učinkovitost u gladovanju raste.

3. Hormonske prilagodbe mehanizme u vrijeme gladovanja opisuju sljedeće tvrdnje:

a) Zbog sniženja gonadotropnih hormona u produljenom gladovanju može nastati amenoreja (izostanak mjesecnice), gubitak spolne požude (libida), te gonadna atrofija, a istodobno se u crijevima razvija atrofija crijevnih resica i poremećaj apsorpcije i digestije.

b) Hipoglikemija uzrokuje hipoinzulinemiju i hiperglukagonemiju koje zajednički otokuju lipolizu (preko hormona ovisne lipaze), što uzrokuje otpuštanje masnih kiselina i glicerola iz masnoga tkiva.

c) Inzulinska sinteza i lučenje su smanjeni u uvjetima gladovanja zbog ograničenja dostupnih aminokiselina koje se koriste kao energetski izvori.

d) U produljenom gladovanju snižava se bazalni metabolizam, kao posljedica smanjenoga lučenja tiroksina te sniženog izražaja receptora za T3 u tkivima, a pri tom sniženje bazalnoga metabolizma može iznositi 10–40% (usporedi sliku 1).

e) U kroničnoj pothranjenosti s manjkom bjelančevina u hrani izostaju hipoinzulinemija i katabolizam bjelančevina mišića zbog čega se ubrzano razvijaju hipoalbuminemija i smanjenje onkotičkoga tlaka plazme što se očituje edemima.

4. Metabolički obrtaj tvari i bioenergetski promet u organizmu za vrijeme gladovanja uključuju sljedeće mehanizme:

a) Energijsko korištenje bjelančevina iz staničnih struktura (primjerice, mišića) pri gladovanju uzrokuje povećano izlučivanje karbamida urinom i pozitivnu ravnotežu dušika u tijelu.

b) Skladištenje kemijske energije u obliku ugljikohidrata (glikogen) ili proteina dodatno povećava tjelesnu masu, zbog dodatnoga zadržavanja vode, a kod masnoga se tkiva ne zadržava voda jer su lipidi hidrofobni.

c) Odrastao zdrav čovjek može podnijeti maksimalno 40–50 dana potpunoga gladovanja, a to ovisi o tjelesnoj masenoj pričuvni, regulaciji metabolizma, životnoj dobi, spolu i podneblju.

d) Energijsko iskorištavanje tkivne mase uzrokuje mršavljenje, koje predstavlja maseni gubitak tkiva (i do 70 % tjelesne mase), poglavito masnoga tkiva i mišića, pri čemu se iz organizma otpaljavaju i magnezij, kalij i fosfat, a u kostima se može razviti osteoporozu i osteomalaciju.

e) U produljenom gladovanju smanjuje se sinteza proteina u jetri, pri čemu prvo nastaje hipoalbuminemija koja izravno uzrokuje sniženje koloidnoosmotičkoga tlaka i posljedično tome onkodinamički edem tkiva.

5. Patogenetski mehanizmi gladovanja sudjeluju u kliničkim očitovanjima sljedećih nozoloških entiteta:

a) Pri produljenom gladovanju unatoč poštendnim prilagodbama nastaju struktturne prilagodbe, kao gubitak crijevnih resica i smanjenje apsorptivne površine, imunonedostatnost, smanjenje onkotičkoga tlaka plazme, te slabost respiracijske muskulature, koja može biti uzrok smrti.

b) Pothranjenost trudnica uzrokuje znatno veće iskorištavanje masti i stvaranje ketonskih tijela u usporedbi s negravidnim ženama, a pri tomu nastaju poremećaji fetalnoga rasta i razvoja, kao hipotrofija fetusa i smanjena porodajna težina.

c) U produljenom gladovanju ne razvija se sekundarna imunodeficiencija jer se imunglobulini ne sintetiziraju u jetri.

d) U sekundarnim pothranjenostima razvija se patofiziologija gladovanja, a posljedice su malapsorpcija, maldigestija, pojačan gubitak tvari iz organizma, pojačana potrošnja, te povećano iskorištavanje (trošenje) energije u organizmu.

e) Krajnji stupanj primarne i sekundarne pothranjenosti su kaheksija i marazam, kod kojih se klinički može dokazati gotovo potpuno manjak potkožnoga masnoga tkiva (metodom mjerjenja kožnog nabora), što ukazuje na ekstremni gubitak energetskih zaliha.

VJEŽBA B: Algoritamska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični slijed:

1. Smanjena apsorpcija hranidbenih supstrata u portalni krvotok
2. Povećana koncentracija glicerola u serumu (hiperglicerolemija)
3. Pojačana glikogenoliza
4. Umjerena hipoglikemija
5. Metabolička acidoza
6. Povećana koncentracija ketonskih tijela u plazmi (vidi tablicu 2)
7. Pojačan katabolizam bjelančevina u proteasomima mišića
8. Smanjena glikoliza u tkivima ovisnim o inzulinu
9. Porast koncentracije b-hidroksimaslačne kiseline u serumu
10. Hiperketonurija
11. Mršavljenje
12. Brza potrošnja zaliha glikogena
13. Povećana glukoneogeneza u jetri (i bubrežima, pri produljenom gladovanju)
14. Prilagodba moždanih stanica na energijsko iskorištavanje ketona
15. Gladovanje
16. Hipoinzulinemija
17. Povećana koncentracija slobodnih masnih kiselina u serumu (vidi tablicu 2)
18. Pojačana b-oksidacija masnih kiselina
19. Pojačana lipoliza
20. Sniženje onkotičkoga tlaka plazme
21. Povećano izlučivanje dušika u obliku karbamida
22. Smanjena sinteza albumina u jetri
23. Povećana koncentracija kataboličkih hormona u plazmi (glukagon, katekolamini, kortizol)
24. Usporenje tjelesnoga metabolizma u mirovanju
25. Oreksigena pobuda hipotalamus (povećanje neuropeptida Y, sniženje leptina)

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. Iskorištavanje acetil-CoA u trikarbonskom ciklusu u gladovanju ograničeno je učincima relativne ili absolutne hiperglukagonemije (pojačana glukoneogeneza, smanjena gluko-

liza te posljedično smanjenje piruvata), zbog čega se iz suviška acetil-CoA stvaraju ketonska tijela (poveži tvrdnje 1e i 2d)

jer

suvišak acetil-CoA, koji se pojačano proizvodi b-oksidacijom uzrokuje kondenzaciju dviju molekula u acetooctenu i b-ketomaslačnu kiselinu, koje predstavljaju vodotopljive energijske tvari.

a b c d e

2. U bolesnika u vrijeme gladovanja moglo bi se dokazati sniženo izlučivanje c-peptida, budući da je snižena sinteza inzulina zbog hipoglikemije (poveži tvrdnje 3c i algoritamske pojmove 4, 16 i 24)

jer

hipoinzulinemija uzrokuje smanjeno iskorištavanje glukoze u tkivima ovisnim o inzulinu ovisnim tkivima, čime se održava gotovo dosta koncentracija glukoze za potrošnju u živčevljvu.

a b c d e

3. Prema slici 1 očito je da pri gladovanju nastaju prilagodbe promjene na sve tri razine regulacije energijskoga metabolizma, u tkivnim izvorima, u pretvorbenim tkivima te u procesima potrošnje energije u tkivima

jer

primjerice, u mozgu stanice počinju koristiti ketone, u bubregu se gladovanjem inducira glukoneogenetski procesi, a u mišićima se produljenim gladovanjem smanjuje razgradnja proteina

(usporedi sliku 1 i tvrdnje 2a, 2b, 2c, 3d i 3e).

a b c d e

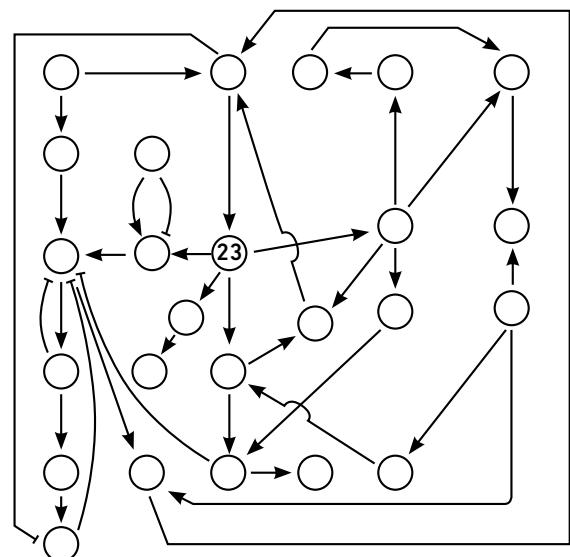
Dopunska pitanja

4. Pri lipolizi i ketogenezi stvaraju se vodotopljiva metabolička »goriva«, ketonska tijela iz hidrofobnih lipida. Kojim mehanizmima hidrofobne molekule postaju vodotopljive (hidrofilne)?

5. Teoretski gledajući, prema podatcima u tablici 1, koliko bi dana mogao živjeti čovjek korištenjem energije sadržane samo u lipidima i bjelančevinama svoga tijela, pri bazalnom metabolizmu od 1.600 kcal/24 sata? (Prepostavi da je oko 60 % mase tih molekula potrebno za osnovnu građu stanica i međustanične tvari, bez koje život nije održiv). Usporedi izračunu vrijednost s tvrdnjom 4c.

Matrica za rješavanje - III. dio. Prilagodbeni mehanizmi energijskoga metabolizma u gladovanju**VJEŽBA A**

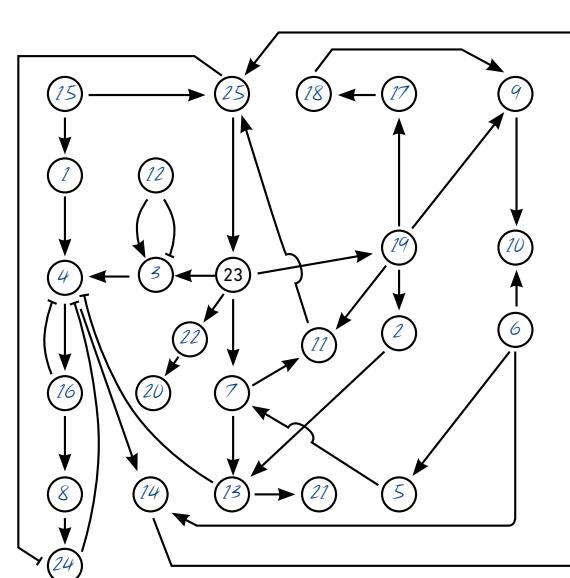
1. a b c d e
 2. a b c d e
 3. a b c d e
 4. a b c d e
 5. a b c d e

VJEŽBA B**VJEŽBA C**

1. a b c d e
 2. a b c d e
 3. a b c d e
 4. _____
 5. _____

KOMPLETNO RJEŠENJE – DEMONSTRACIJA**Matrica za rješavanje - III. dio. Prilagodbeni mehanizmi energijskoga metabolizma u gladovanju****VJEŽBA A**

1. a (b) (c) (d) (e)
 2. (a) b (c) d e
 3. (a) (b) c (d) (e)
 4. a (b) (c) (d) (e)
 5. (a) (b) c (d) (e)

VJEŽBA B**VJEŽBA C**

1. a (b) (c) (d) (e)
 2. a (b) (c) (d) (e)
 3. a (b) (c) (d) (e)
 4. Osim da je u rukotulku posetila i vodotoplivost.
 5. Teorijski bi mogao preživjeti 41 dan.

Napisano na tekstualni način:

1->4; 2->13; 3->4,12; 4->14,16; 5->7; 6->5,10,14; 7->11,13; 8->24;
 9->6,10; 11->25; 12->3; 13->21; 13->4; 14->25; 15->1,25; 16->8;
 16->4; 17->18; 18->9; 19->2,9,11,17; 22->20; 23->3,7,19,22; 24->4;
 25->23; 25->24.

Voda kao izvor magnezija u prehrani

Autor: MAŠENJKA KATIĆ, mag. nutricionizma

Upravo je voda kao izvor magnezija, od sredine prošlog stoljeća, postala predmet sve većeg interesa znanstvenika, a u novije vrijeme čak i Svjetska zdravstvena organizacija, posebnu pozornost daje vodi kao potencijalno važnom izvoru magnezija u prehrani čovjeka.

Prirodne mineralne vode

Današnje spoznaje o resursima na Zemlji ukazuju na iznimnu važnost očuvanja vode kao prirodnog bogatstva. U tom smislu, prirodne mineralne vode predstavljaju vode posebne kakvoće, sačuvane u izvornom obliku, koje se jasno mogu razlikovati od svih ostalih voda za piće. Prirodne mineralne vode su prirodno čiste vode koje potječu iz podzemnih ležišta, sadrže otopljene mineralne tvari i elemente u tragovima te se zahvaćaju i pune iz izvora zaštićenih od svih rizika onečišćenja. Najvažnija obilježja prirodnih mineralnih voda su prirodna čistoća, stabilan mineralni sastav te određeni fiziološki učinak. U Europskoj uniji, sve prirodne mineralne vode moraju proći postupak priznavanja, koji obuhvaća stručnu procjenu s geološkog, hidro-geološkog, kemijskog, fizikalnog, mikrobiološkog, te po potrebi farmakološkog, fiziološkog i kliničkog stajališta, nakon čega se upisuju u Popis priznatih prirodnih mineralnih voda.

Specifičnost sastava

Prirodne mineralne vode imaju složen kemijski sastav koji ovisi najviše o sastavu stijena kroz koje prolaze, a njihove glavne ionske komponentne najčešće čine kationi kalcija, magnezija, natrija i kalija te anioni hidrogenkarbonati (bikarbonati), sulfati, kloridi i drugi. One mogu biti gazirane i negazirane. Zbog svoje prirodne čistoće i sastava, prirodne mineralne vode mogu imati specifičan i blagotvoran učinak na zdravlje čovjeka. U prehrani su od davnina korištene s različitim ciljem, kao preventivno i terapeutsko ljekovito sredstvo kod mnogih bolesti vezanih na probavni sustav, kožu, jetra, respiratorni sustav, ginekološki trakt, kosti i zglobove. One su također, ovisno o sastavu, potencijalno značajan izvor minerala u prehrani. Upravo je voda kao izvor magnezija, od sredine prošlog stoljeća, postala predmet sve većeg interesa znanstvenika pa čak i Svjetske zdravstvene organizacije.

Magnezij

Magnezij je nakon kalija drugi najzastupljeniji kation u unutarstaničnoj tekućini. Kofaktor je za oko 350 staničnih enzima, od kojih su mnogi uključeni u energetski metabolizam, sintezu bjelančevina i nukleinskih kiselina. Sudjeluje u aktivnom transportu kalcija i kalija kroz staničnu membranu, procesu važnom za prijenos živčanih impulsa i kontrakciju mišića, te normalan srčani ritam, a doprinosi i u strukturnom razvoju kosti i zuba. Budući da se 99% magnezija u organizmu nalazi u kostima, mišićima i ne-mišićnim mekim tkivima, a samo oko 1% u serumu i eritrocitima, teško je procijeniti njegov status u organizmu. Najčešće korištena metoda je mjerjenje koncentracije magnezija u serumu, iako ona slabo korelira s ukupnim statusom magnezija u tijelu ili pojedinim tkivi-

ma. Ostale metode uključuju mjerjenje njegove koncentracije u eritrocitima, slini i urinu, zatim mjerjenje ioniziranog magnezija u krvi, plazmi i serumu, kao i provođenje testa tolerancije na magnezij. Za sada se niti jedna metoda samostalno ne smatra u potpunosti zadovoljavajućom.

Preporučeni unos i apsorpcija

Preporučeni dnevni unos magnezija za zdravu populaciju iznosi: za djecu od 1 do 3 godine 80 mg, od 4 do 8 godina 130 mg, od 9 do 13 godina 240 mg, od 14 – 18 godina od 360 do 420 mg i nadalje za odrasle od 320 do 420 mg/dan.

Iako se čini da je magnezij široko rasprostranjen u hrani, istraživanja pokazuju da je u većine ljudi tzv. zapadnjačke civilizacije unos magnezija ispod preporučenog, te da moderan čovjek danas živi u stanju krovičnog prehrambenog deficitu magnezija. S aspekta nutritivnog sastava namirnica, hranu s najvećom količinom magnezija čine orašasti plodovi, sjemenke, mahunarke, zeleno lisnato povrće, te integralne žitarice. Međutim, sadržaj magnezija u hrani mijenja se s obzirom na primijenjene agrotehničke mjere u proizvodnji hrane, u tehnološkom procesu prerade, te u samoj pripremi hrane, kuhanjem, zamrzavanjem i slično. Tako je jedno švicarsko istraživanje pokazalo smanjenje magnezija u špinatu za 35% nakon odmrzavanja zamrznutog, kao i sjeckanja svježeg špinata, te dalnjih 50% nakon prokuhavanja ili kuhanja na pari. Procijenjeno je da se u industrijaliziranim zemljama manje od 1% ukupnog magnezija unese putem zelenog lisnatog povrća, koje se često smatra njegovim značajnim izvorom, budući da se magnezij, kao središnji atom, nalazi vezan u molekuli klorofila.

Apsorpcija magnezija iz hrane u tankom crijevu iznosi 20 – 70% ovisno o izvoru i interakciji s drugim nutrijentima, te je visoka kod niskog sadržaja magnezija u prehrani (50mg), a niska kod visokog unosa magnezija u prehrani (1000 mg).

Nedostatak magnezija

Rani simptomi nedostatka magnezija uključuju gubitak apetita, mučninu, povraćanje, umor i slabost. Kako se deficit povećava nastupaju trnci, kontrakcije mišića, grčevi, poremećen srčani ritam ali i promjene osobnosti. Niske razine magnezija povezane su s poremećenom ravnotežom elektrolita, disfunkcijom endotela, povećanom cirkulirajućom razinom C-reaktivnog proteina, smanjenom osjetljivošću na inzulin, hipertenzijom, pre-eklampsijom, migrenom, koronarnom bolesti srca, diabetes mellitusom tipa 2 i metaboličkim sindromom.

Osim smanjenog unosa prehranom, povećano izlučivanje magnezija iz organizma također može biti razlogom njegovog smanjenog statusa u organizmu. Magnezij se izlučuje znojenjem te menstrualnim krvarenjem, dok alkohol, diuretici, neki antibiotici, te određeni kemoterapijski tretmani povećavaju eliminaciju magnezija putem bubrega. Također, konzumacija niskomineralizirane vode (kakva se, među ostalim dobiva i upotrebljom određenih filtera za vodu) može rezultirati pove-

Jedina prirodna mineralna voda među TOP 3 funkcionalne vode na svijetu

Global Bottled Water Awards 2015
FINALIST
zenithinternational



čanom bubrežnom ekskrecijom magnezija. Skupine izloženije većem riziku nedostatka magnezija obuhvaćaju općenito stariju populaciju, zatim oboljele od dijabetesa tipa 2, one koje pate od bolesti probavnog sustava, te osobe ovisne o alkoholu. Kod ovih skupina najčešće dolazi ili do smanjene apsorpcije magnezija iz probavnog sustava i/ili do povećanog izlučivanja magnezija preko bubrega.

Rezultati novijih studija pokazuju inverznu asocijaciju ekskrecije magnezija u urinu s razvojem hipertenzije te povezanost niske ekskrecije magnezija s povećanim rizikom nastanka ishemiske bolesti srca. Suggerirano je da povećani unos magnezija, osobito u osoba s niskom urinarnom ekskrecijom magnezija može smanjiti rizik ishemiske bolesti srca, sniziti krvni tlak, sprječiti hipertenziju, te da magnezij može pojačati odgovor na antihipertenzive.

Funkcionalnost vode kao izvora magnezija

Upravo zbog potencijalno značajnog negativnog utjecaja kroničnog suboptimalnog unosa magnezija prehranom na brojne bolesti današnjice, voda koja sadrži magnezij može doprinijeti njegovom ukupnom preporučenom dnevnom unosu. Ovisno o sastavu konzumirane vode, to može biti i od 40 -100 mg/dan, dok neke prirodne mineralne vode sadrže i više od 300 mg/l. Njegova apsorpcija u probavnom sustavu iznosi oko 50%. Treba napomenuti da voda bogata istovremeno magnezijem i sulfatima, koja ujedno ima visoku ukupnu mineralizaciju (oko 9 g/l) ima gorak okus i djeluje hiperosmotski na suznicu crijeva. Povećavanjem ukupne količine tekućine u crijevima dolazi do povećanja peristaltike i laksativnog učinka. Prirodna mineralna voda u kojoj je magnezij dominantno u ravnoteži s bikarbonatima, te istovremeno ne sadrži sulfate ima lagani okus i nema laksativni učinak.

Iako se ne čini da postoji direktna veza između konzumiranja vode koja sadrži magnezij s infarktom miokarda, istraživanja pokazuju protективni učinak pijenja vode koja sadrži magnezij i kardiovaskularnog mortaliteta. Premda ova veza ne mora nužno biti uzročno – posljedična, ona pokazuje konzistentnost s dobro poznatim učincima magnezija na srčano-krvotiljnu funkciju.

Učinak magnezija iz vode kao mogućeg čimbenika u prevenciji civilizacijskih bolesti te poboljšanju kvalitete života modernog čovjeka ostaje i dalje aktualna tema znanstvenih istraživanja.

Literatura:

- Bohn T, Walczyk T, Leisibach S, Hurrell RF (2004) Chlorophyll-bound Magnesium in Commonly Consumed Vegetables and Fruits: Relevance to Magnesium Nutrition. *J. Food Sci.* 69: 347 - 350
- Brody T. (1999): Nutritional Biochemistry. 2nd.ed. Academic Press, San Diego.
- EFSA Scientific Committee on Food, Scientific Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2006) Tolerable Upper Intake Levels for Vitamins and Minerals.
- Floege J. (2015) Magnesium in CKD: more than a calcification inhibitor? *J Nephrol.* 28:269-77
- Joosten MM, Gansevoort RT, Mukamal KJ, Kootstra-Ros JE, Feskens EJ, Geleijnse JM et al. PREVEND Study Group (2013) Urinary magnesium excretion and risk of hypertension: the prevention of renal and vascular end-stage disease study. *Hypertension* 61:1161-1167.
- Joosten MM, Gansevoort RT, Mukamal KJ, van der Harst P, Geleijnse JM, Feskens EJ et al., PREVEND Study Group (2013) Urinary and plasma magnesium and risk of ischemic heart disease. *Am J Clin Nutr* 97:1299-1306.
- Kiss S, Forster T, Dongó A (2004) Absorption and effect of the magnesium content of a mineral water in the human body. *J Am Coll Nutr.* 23: 758-762.
- NIH Magnesium Fact Sheet for Health Professionals, (2013). Dostupno na <http://ods.od.nih.gov/factsheets/Magnesium-HealthProfessional/>
- Sabatier M, Arnaud, MJ, Kastenmayer P, et al. (2002) Meal effect on magnesium bioavailability from mineral water in healthy women. *Am J Clin Nutr.* 75: 65-71.
- WHO (2009): Calcium and Magnesium in Drinking Water: Public Health Significance World Health Organization, Geneva. ■

Magnezij doprinosi:

- Smanjenju umora
- Normalnoj funkciji mišića
- Normalnom funkcioniranju živčanog sustava



voda
vašeg srca!

Euro-GASP u Hrvatskoj

Uvođenje Europskog programa praćenja antimikrobne rezistencije gonokoka

TATJANA NEMETH BLAŽIĆ,
dr. med. spec. epidemiologije,
voditeljica Odjela za promicanje odgovornog spolnog
ponašanja sa savjetovlajštem, HZJZ

Prim dr. sc. BLAŽENKA HUNJAK,
dr. med., spec. mikrobiologije,
Voditeljica Službe za mikrobiologiju, HZJZ

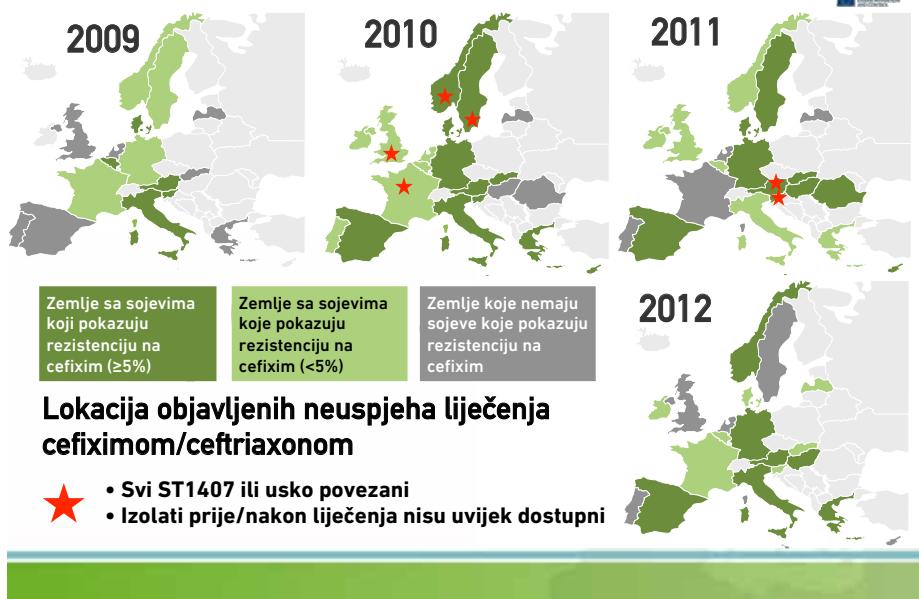
Gonoreja je, nakon infekcije klamidijom, druga najčešća bakterijska spolno prenosiva infekcija (SPI) u Europi i SAD-u, a rezistencija *N. gonorrhoeae* na antibiotike koji se trenutno koriste u liječenju, zadnjih je godina u porastu. Pitanja antimikrobne rezistencije (AMR) i bolničkih infekcija visoko su na listi prioriteta u Europskoj uniji te je provođenje pojačanog praćenja AMR-a na nacionalnoj i međunarodnoj razini sadržano u Programu rada Europskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC).

Euro-GASP – program i rezultati praćenja rezistencije gonokoka

Zbog pojave slučajeva smanjene osjetljivosti gonokoka na antibiotike i neadekvatnog liječenja diljem Europe, ECDC od 2009. godine provodi program nadzora nad AMR-om gonokoka u Europi (European Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme - Euro-GASP). Cilj je poboljšati učestalost i pravovremenost izvještavanja te povezati podatke osjetljivosti gonokoka s epidemiološkim karakteristikama oboljelih kako bi se poboljšale mjere prevencije i ishodi liječenja oboljelih, što je ključno za smanjenje rizika od komplikacija i širenja infekcije. (Više o programu na linku: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/gonorrhoea/response-plan/Pages/response-plan.aspx>)

U programu Euro-GASP-a, u kojem sudjeluju države članice Europske Unije i Europske ekonomski zajednice (EU/EEA), jednom godišnje se testira osjetljivost sojeva *N. gonorrhoeae* na antibiotike za liječenje gonoreje (cilj je godišnje testirati oko 100 izolata iz svake države, no broj uzoraka nije uvjet za sudjelovanje). Komponente programa su sentinel prikupljanje podataka o osjetljivosti gonokoka na antibiotike koji se

Rezistencija na cefixim ($>0.125 \text{ mg/L}$)



Izvor: prezentacija ECDC tima: Michelle Cole, Magnus Unemo i Gianfranco Spiteri, sastanak u HZJZ-u, 2014.

koriste u liječenju gonoreje, edukacija i osiguranje kvalitete testiranja te postupci vanjske kontrole kvalitete testiranja laboratorija.

Najnoviji dostupni podaci izvještaja ECDC-a (Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe) za 2013. godinu pokazuju blagi porast rezistencije na dva preporučena antibiotika iz europskih smjernica za antimikrobno liječenje gonoreje (ceftriaxon/cefiksims i azitromicin) u odnosu na godinu prije: među 1994 testirana izolata prikupljenih u 2013. godini (oko 80 % muškarci, od toga oko 40 % MSM) iz 21 države EU/EEA, nađeno je 4,7 % gonokoka rezistentnih na cefiksims iz 14 zemalja (iako to nije veliko povećanje u odnosu na 2012. g. kada je udio rezistentnih izolata na cefiksims bio 3,9 % iz 15 zemalja, značajno je jer je prekinut trend smanjenja vidljiv u prethodne tri godine), a povećane su kategorije najmanje inhibitorne koncentracije antibiotika (MIC) za ceftriaxon (prvi Euro-GASP izolati s rezistencijom na ceftriaxon ($>0.125 \text{ mg/L}$) evidentirani su u 2011. - 10 izolata iz Austrije i Njemačke). Udio rezistencije na ciprofloxacin bio je oko 50 %, a na azitromicin oko 4 %. Gonoreja rezistentna na cefiksims češće je nađena kod oboljelih žena

i heteroseksualnih muškaraca. Cijeli ECDC izvještaj za 2013. dostupan je na linku: http://ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispForm.aspx?ID=1252&List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568

Rezultati analize podataka izolata (N=5034) rezistentnih na ciprofloxacin i cefiksims iz 2009.-2011. pokazali su da su rizični čimbenici za rezistenciju: infekcija kod heteroseksualnog prijenosa (muškarci samo za ciprofloxacin), dob od 25 godina i stariji, nepostojanje istovremene klamidijske infekcije (samo za azitromicin); MIC geometrijske sredine za cefiksims i ceftriaksion se smanjuju, i to više kod MSM-a (ekstragenitalne lokacije, povećana upotreba ceftriaksiona), a najviše su kod izolata od heteroseksualnih muškaraca (ECDC).

Uvođenje Euro-GASP-a u Hrvatskoj

Hrvatska se uključila u Euro-GASP krajem 2014. godine, nakon što je stručni tim ECDC-a bio u radnom posjetu HZJZ-u na kojem su se razmatrale mogućnosti i postupak uključivanja Hrvatske. Na sastanku su sudjelovali stručnjaci iz HZJZ-a, NZZJZ „Dr. Andrija Štampar“,



Klinike za infektivne bolesti „Dr. F. Mihaljević“ te Referentnog centra za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike Ministarstva zdravlja RH.

Stručna javnost je informirana o programu na 6. Hrvatskom kongresu o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama i 76. stručnom sastanku Hrvatskog epidemiološkog društva HLZ-a. Na 39. sastanku Odbora za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike pri Akademiji medicinskih znanosti Hrvatske održanom u svibnju 2015. u Klinici za infektivne bolesti „Dr. F. Mihaljević“ zaključeno je da se izolati N. gonorhoeae iz svih mikrobioloških laboratorija u RH koji sudjeluju u praćenju rezistencije bakterija na antibiotike šalju u Odjel za bakteriologiju Službe za mikrobiologiju HZJZ-a u okviru koje djeluju nacionalni te SZO i ECDC referentni laboratorijski. U HZJZ bi se ponovila identifikacija, provedlo testiranje osjetljivosti na antibiotike te bi izolati bili dalje proslijeđeni u ECDC. U listopadu 2015. poslano je prvi deset uzoraka gonokoka na analizu u ECDC.

Gonoreja u Evropi

Podaci ECDC-a pokazuju da raste broja slučajeva gonoreje u većini država članica EU/EEA, a zabilježen je i porast AMR gonokoka posljednjih

godina. Iako se kretanje gonoreje treba tumačiti s oprezom zbog različitosti u sustavima praćenja u pojedinim zemljama i nepotpunim podacima, opća stopa oboljelih za cijelu EU/EEA porasla je 2014. za 79 % u odnosu na 2008. godinu.

U 2013. godini prijavljeno je gotovo 53 000 slučajeva gonoreje (što čini stopu od 16,9 na 100 000 stanovnika) iz 28 država EU/EEA (ne uključuje podatke iz Njemačke, Italije i Lihtenštajna), što je za 5 500 veći broj prijava nego u godini prije. Više od jedne trećine (39 %) oboljelih su mлади u dobi 15 do 24 godine, tri puta češće se bilježi među muškarcima, a od ukupnog broja prijava oko polovina (43 %) bilo ih je među muškarcima koji imaju spolne odnose s muškarcima (MSM).

Povećanje stope oboljelih od gonoreje dijelom se objašnjava povećanjem testiranjima među skupinama s većim rizikom za zarazu, ali ukazuje i na kontinuiranu prisutnost rizičnih spolnih ponašanja koja također povećavaju rizik i za prijenos drugih SPI, uključujući HIV infekciju.

Gonoreja u Hrvatskoj

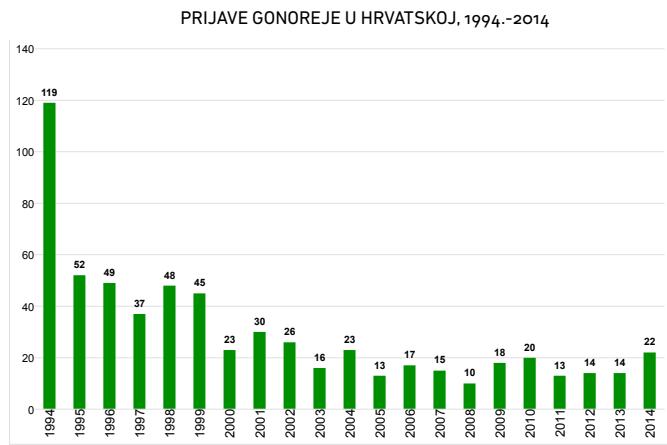
U Hrvatskoj se prema prijavama zaraznih bolesti prosječno u zadnjih deset godina evidentira 16 slučajeva gonoreje godišnje (raspon od 10 do

22). U 2013. godini svi oboljeli bili su muškarci, od čega njih polovina iz dobne skupine 20-29 godina. U 2014. bilo je 22 prijave gonoreje, što je za 8 više nego prethodne dvije godine. Prema podacima o utvrđenim bolestima ili stanjima iz primarne zdravstvene zaštite (djelatnost opće/obiteljske medicine) u 2014. je evidentirano 48 slučajeva gonoreje (Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu, HZJZ). Razmjerno povoljno stanje kretanja gonoreje i cijele skupine SPI koje podliježu obveznom prijavljivanju u RH, dijelom se može objasniti povoljnim epidemiološkim stanjem zahvaljujući sustavnim i kontinuiranim mjerama prevencije i liječenja, no dijelom je najvjerojatnije i rezultat podprijavljivanja (neprijavljivanja) ili pogrešnog dijagnosticiranja.

Podaci testiranja skupina u riziku

Među prvih 140 testiranih korisnika (od kojih je 63 % bilo MSM) tijekom provedbe projekta SPB Klinike za muškarce po sistemu "one stop shop" u 2014. godini u Klinici za infektivne bolesti „Dr. F. Mihaljević“, gdje su se na jednom mjestu pružale usluge informiranja, dijagnostike važnijih SPI te liječenje ovisno o nalazu, nađeni su razmjerno visoki postotci pozitivnih novih dijagnoza kod MSM: 12 % za sifilis i gonoreju, 17 % za infekciju

>>



Izvor: HZJZ, Registar zaražnih bolesti

klamidijom i 4 % za HIV infekciju. Svi slučajevi gonoreje utvrđeni su kod MSM (podaci postera za EACS kongres u Barceloni: Š. Zekan i sur., „A one stop shop“ STD service for MSM in Croatia/South East Europe – a new approach).

Tijekom obilježavanja Europskog tjedna testiranja na HIV i hepatitis koji je HZJZ provodio u suradnji s udrugom Iskorak/LGBT Centar u Zagrebu, o kojem je pisano u LN br. 145, uz testiranje brzim testovima na HIV i sifilis, korisnicima (MSM) su uzimani uzorci za testiranje na gonoreju (izolacija) i klamidiju (PCR). Od 99 testiranih, utvrđena su 3 (3 %) pozitivna na klamidiju (2 iz urina i 1 bris rektuma) te 2 (2 %) pozitivna na gonoreju (bris rektuma).

Izolati gonoreje i rezultati AMR testiranja u HZJZ-u

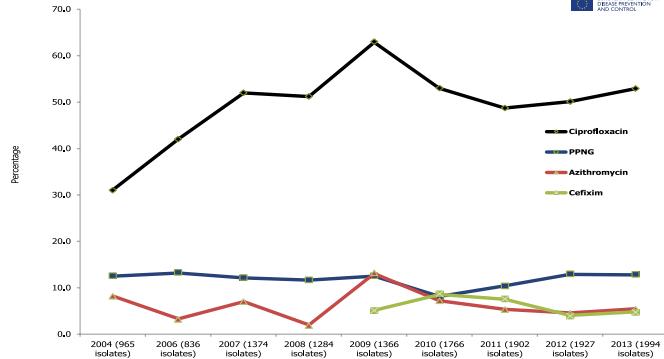
Služba za mikrobiologiju HZJZ-a je od 2007.-2014. godine imala u projektu 10 izolata gonokoka (raspon od 4 do 16; ukupno 69), uglavnom upućenih od liječnika obiteljske/opće medicine (53/69;77 %), nešto iz privatnih ordinacija (11/69;16 %) i od pacijenata koji su dolazili sami, zabrinuti zbog simptoma (5/69;7 %). Gotovo svi pozitivni izolati bili su od muškaraca (66/69; 96 %), većina u dobi od 25 godina naviše (50/69; 72 %). Rezultati testiranja AMR pokazuju najviše rezistenciju na penicilin (37/69; 54 %) i ciprofloksacin (25/69; 36 %). Otpornost na cefalosporine viših generacija (ceftriakson, cefiksim) i azitromicin prema dostupnim podacima iz HZJZ-a, za sada ne predstavlja problem, iako se radi o malom broju izolata. Na ceftriakson i cefiksim bio je rezistentan svega jedan izolat, a na azitromicin 3/69 ili 4,3 %.

Prema izjavama doktora u laboratoriju Klinike za infektivne bolesti „Dr. F. Mihaljević“, broj izolata gonokoka je do 5 na godinu (na primjer, od 2012.-2014. bilo je 7 izolata, od čega 4 rezistentna na ciprofloksacin, svi osjetljivi na ceftriakson).

Prijave oboljelih i dostava uzorka gonoreje – ključne za uspješno praćenje AMR gonokoka

Osim pravovremenom i pravilnom dijagnozom i liječenjem, liječnici mogu doprinijeti suzbijanju i sprečavanju komplikacija i širenja infekcije i poboljšanjem epidemiološkog praćenja gonoreje i AMR-a gonokoka redovitim i pravovremenim prijavljivanjem oboljelih od gonoreje te dostavom izolata N. gonorrhoeae u HZJZ. Prikupljanju i analizi tih podataka osnovna je

Ukupni postotci rezistentne *Neisseria gonorrhoeae* prema antibiotiku i godini, Euro-GASP 2004-2013.



Izvor: ECDC Izvještaj o praćenju antimikrobne osjetljivosti gonokoka u Europi za 2013.

svrha intervencija – planiranje, provedba i evaluacija preventivnih mjera.

Stoga ovom prilikom podsjećamo i apeliramo na kolegice i kolege na stručnu i zakonsku obvezu prijavljivanja zaražnih bolesti putem obrasca Prijava oboljenja-smrti od zaražne bolesti (NN 60/92.). Definicije zaražnih bolesti koje se obavezno prijavljuju, dostupne su na web stranicama HZJZ-a na linku: http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/definicije_zb_12.pdf.

Podsjetnik definicije gonoreje

KAPAVAC, GONOREJA (GONORRHOEA)
(*Neisseria gonorrhoeae*)

Klinički kriteriji

Prisutan barem jedan od sljedećih osam entiteta: uretritis, akutni salpingitis, upalna bolest zdjelice, cervicitis, epididimitis, proktitis, faringitis i artritis ili novorođenče s konjunktivitismom.

Laboratorijski kriteriji

Prisutan barem jedan od sljedeća četiri: Izolacija *Neisseria gonorrhoeae* iz kliničkog uzorka; Detekcija nukleinske kiseline N. gonorrhoeae u kliničkom uzorku; Dokazivanje N. gonorrhoeae neamplificirajućim probnim testom nukleinske kiseline u kliničkom uzorku; Mikroskopska detekcija gram negativnih intracelularnih diplokoka u brisu uretre muškarca.

Epidemiološki kriteriji

Epidemiološki podatak o prijenosu s čovjeka na čovjeka (seksualni kontakt ili vertikalna transmisija).

Klasifikacija slučaja

- A. Moguć: N.P.
- B. Vjerojatan: prisutni klinički kriteriji i epidemiološki kriterij
- C. Potvrđen: slučaj koji je laboratorijski potvrđen

U slučaju dodatnih pitanja i za više informacija o programu Euro-GASP te protokolu dostavljanja izolata gonokoka u HZJZ možete se obratiti prim. dr.sc. BLAŽENKI HUNJAK, na e-mail: blazenka.hunjak@hzjz.hr ili TATJANI NEMETH BLAŽIĆ, dr. med., na e-mail: tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr. ■

O provođenju nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva

Tko želi nešto naučiti, naći će način

IVICA CRNICA, dr. med., specijalist obiteljske medicine

U svom tekstu „Perspektiva domova zdravlja“ objavljenom u Liječničkim novinama (br. 143 od 15. listopada 2015.) iznio sam svoje viđenje domova zdravlja u budućnosti. Kao njihovu novu ulogu naglasio sam snažnije sudioništvo u provođenju nacionalnih preventivnih programa i njihovu važnost potkrijepio izrazito lošim uspjehom preventivnog programa „Rano otkrivanje kolorektalnog karcinoma“ (u nastavku Program). Iznio sam podatak da je odaziv na Program svega 19 %-tni i time izazvao reakciju.*

Slijedom preporuka Vijeća Europske Komisije te smjernica EU-a za kontrolu kvalitete pojedinih programa probira usvojen je na sjednici Vlade Republike Hrvatske 4. listopada 2007. Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva, a na prijedlog Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi na čijem je čelu bio ministar prof.dr.sci. Neven Ljubičić. U većini županija primjena je započela u siječnju 2008. Uz ostale ciljeve, Program ima za cilj obuhvatiti najmanje 60 % pozvanih na testiranje. Kako bi preventivni program pokazao svoj učinak te kako bi se opravdala uložena finansijska sredstva potrebno je postići zadovoljavajući odaziv. Taj je po smjernicama EU 45 %-tni, a željeni je 65 %-tni. Kolege prof. dr. Nataša Antoljak, koordinator i voditelj Odjela za nacionalne programe probira u odrasloj populaciji u HZJZ-u, i doc. dr. Mirjana Kalauz, predsjednica Povjerenstva za organizaciju, stručno praćenje i kontrolu kvalitete Programa, iznose da je podatak prosječnog odaziva na Program od 19 % potpuno pogrešan te da je u stvari 21 %-tan!

Slab odaziv

Također tvrde da je on jedan od boljih u Europi, točnije treći odozgo. To potkrjepljuju priloženom tablicom (slikom) te navode kao izvor OECD Screening survival and mortality for colorectal cancer in Health at a glance; Europe 2012., OECD Publishing. Međutim, istina je da se ta tablica odnosi na 2010. godinu, a autori teksta kojeg je tablica dio objašnjavaju nizak odaziv na Program njegovim relativno nedavnim uvođenjem u većini zemalja, ali vjerojatno i propustima u organiziranju Programa. Da odaziv na Program u Hrvatskoj nije zadovoljavajući priznaju svi dionici zdravstvenog sustava pa tadašnji ministar zdravlja Varga.

U tekstu Programa (listopad 2007.) pod Organizacijom programa navodi se: Potrebno je senzibilizirati i po potrebi educirati liječnike i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te patronažne sestre da starije od 50 godina potiču na testiranje odnosno pozitivne na kolonoskopiju. Brošura „Patronažne sestre u provedbi Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka“ izšla je tek u studenom 2015., osam godina nakon usvajanja Programa! Brošura je dobra i doista je doprinos edukaciji gotovo 900 naših vrijednih i stručnih patronažnih sestara u njihovom sudioništu u provedbi Programa. Nije, međutim, dovoljno naglašeno da su patronažne sestre, osim što su samostalni zdravstveni djelatnici, također dio tima liječnika opće/obiteljske medicine. Također se naglašava motivacija patronažnih sestara u Programu putem bilježenja DTP-a, ali se ne navodi nagrada za iste. Čudno je da se prepozna važnost angažmana patronažnih sestara u Programu, ali niti jedna patronažna sestra nije bila stručni suradnik u izradi brošure, kao uostalom niti jedan specijalist opće/obiteljske medicine, osim glavnog urednika doc. dr. Ranka Stevanovića koji, međutim, nije praktičar.

Zdrav razum

Liječnici opće/obiteljske medicine se do današnjeg dana obavještavaju jedino o sebi opredijeljenim osiguranicima koji su se odazvali testu, a imaju pozitivnu stolicu na okultno krvarenje. Zar zdrav razum sve ove godine od početka Programa ne govori da bi trebali biti upoznati sa svim nama opredijeljenim osiguranicima kojima je upućen Test na okultno krvarenje? Tako bi ih naše medicinske sestre, patronažne setre i mi koji godinama poznajemo i njih i njihove navike motivirali, a što bi - siguran sam - uz druge mjere dovelo do mnogo boljeg odaziva. Televizijska reklama, upućivanje pozivne kuverte, tribine, poruke na stranicama Ministarstva zdravlja, lokalni portalni su ni izbliza dovoljni za dobar odaziv na Program. Velik postotak naših ljudi baci kuvertu s pozivom prije nego je otvorio misleći da je u njoj nekakva trgovinska promidžba. Neki otvore kuvertu i počnu čitati, ali zbog nezainteresiranosti ili pak nerazumljivosti bace je u smeće. Da ne elaboriram dalje, tim liječnika opće/obiteljske medicine važan je dionik svih Programa za rano

otkrivanje raka, a poglavito raka debelog crijeva te ima pravo komentirati provedbu Programa, iznositи svoje mišljenje i prijedloge za poboljšanje kao, uostalom, i svi drugi dionici Programa. Iako nisu epidemiolozi ili specijalisti javnog zdravstva, među njima ima sјajnih ljudi s neformalnim znanjima i vještinama, a specifičnima za svoju struku, koja su neprocjenjiva za uspjeh provedbe svih preventivnih programa.

Kako su se autorice u drugom dijelu članka referirale i na moje mišljenje oko uloge doma zdravlja u budućnosti, eto i o tome nekoliko riječi. Ni sam spominjao revitalizaciju domova zdravlja već njihov redizajn. U tekstu se izražava žaljenje i naziva potpuno pogrešnom odluka o privatizaciji pojedinih sastavnica primarne zdravstvene zaštite, što otežava provođenje nacionalnih programa. Davanje u koncesiju pojedinih djelatnosti PZZ-a narušilo je funkciju doma zdravlja. S druge strane, nije narušilo već poboljšalo zdravstvenu uslugu te se zalaže za nastavak procesa koncesioniranja, ali postupno i kontrolirano. Ne vidim kako bi činjenica da je netko ginekolog u koncesiji ili LOM koncesionar otežavao provedbu Programa. Kako to da u Njemačkoj, gdje je odaziv na programme iznimski, ta činjenica ne smeta? Zar Austrija ili Njemačka imaju lošiji primarni zdravstveni zaštitu od Hrvatske zbog činjenice da nemaju domove zdravlja?

Iskustva drugih

Da, slažem se s kolegicama da je o organizaciji potrebno učiti i iziskustava u prošlosti te pažljivo osmisli pobjoljšanja. Ali u osmišljavanju pobjoljšanja treba uvažavati i iskustva drugih te recentne i buduće čimbenike koji će determinirati zdravstvene potrebe, a onda i zdravstveni ustroj. U tome temeljnu ulogu mora imati struka, a ne hijerarhija za kojom neki žale.

Tko želi nešto naučiti, naći će način; tko ne želi, naći će izliku (Pablo Picasso) – prikladna je misao za brošuru „Patronažne sestre u provedbi nacionalnog programa ranog otkrivanja raka“.

*Povodom teksta „O nacionalnim programima zdravstvene preventive“ epidemiologinje prof. dr. Nataša Antoljak i internistice gastroenterologinje doc. dr. Mirjane Kalauz, objavljenog u rubrici „Razmjena mišljenja“ (LN broj 145, od 23. 12. 2015. str. 80 – 81)

Poliklinika za zaštitu djece Grada Zagreba 13 godina pomaže djeci s traumatskim iskustvima

Liječnici su „prva linija“ obrane zlostavljane djece

Prof. dr. sc. GORDANA BULJAN FLANDER,

psiholog i psihoterapeut, ravnateljica Poliklinike za zaštitu djece Grada Zagreba



Najčešći razlozi javljanja u Polikliniku su emocionalne smetnje djece zbog visokokonfliktnih razvoda, svjedočenje obiteljskom nasilju, traumatski događaji, poteškoće u procesu tugovanja, smetnje ponašanja, deficiti pažnje, smetnje učenja, seksualno problematično ponašanje i vršnjačko nasilje

Kaže se da je društvo toliko razvijeno koliko brine za svoje najranjivije članove. U tu skupinu svakako spadaju djeца. Roditelji donose dječu na svijet i s te strane imaju najveću odgovornost za njih. Međutim, na dječu utječe i šira društvena zajednica, osobito u situacijama kada primarna obitelj ne zadovoljava njihove potrebe ili krši dječja prava. Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba osnovana je upravo s ciljem zaštite djece grada Zagreba, pred sam Božić prije trinaest godina. Posebno smo posvećeni dječi koja se nose s traumatskim iskustvima i njihovim roditeljima, ali dolaze nam i dječa s raznim drugim teškoćama. Nakon sumnje na neki oblik zlostavljanja ili zanemarivanja, najčešći razlozijavljanja u Polikliniku jesu: emocionalne smetnje djece zbog visokokonfliktnih razvoda, svjedočenje obiteljskom nasilju, traumatski događaji, poteškoće u procesu tugovanja, smetnje ponašanja, deficiti pažnje, smetnje učenja, seksualno problematično ponašanje i vršnjačko nasilje.

Multidisciplinarni tim

Našu je Polikliniku Vijeće Europe prepoznalo kao primjer dobre prakse drugim članicama Vijeća Europe, a Međunarodno udruženje za prevenciju zlostavljanja i zanemarivanja, koje okuplja više od 180 zemalja svijeta, nagradilo je njen multidisciplinarni tim. Znamo i vjerujemo da su problemi djece često višeslojni te da jedino timskim radom možemo podržati dječje na najbolji način. Zbog toga u Poliklinici rade psiholozi, psihijatri, neuropsijatari, socijalni radnici, socijalni pedagozi, logoped, medicinske sestre i pravnik. Svakom djetetu omogućena je obrada više stručnjaka, ovisno o njegovim specifičnim potrebama, kao i optimalan oblik tretmana i psihoterapije.

Stručnjaci Poliklinike provode individualne tretmane i terapiju s dječicom, partnersku i obiteljsku terapiju, savjetovanje, farmakološku terapiju i grupni tretman. Odnedavno naši mali pacijenti mogu u Poliklinici obaviti

EEG, za čim postoji velik interes, a uskoro se otvara i dnevna bolnica. Posebno naglašavamo educiranost stručnjaka za provođenje forenzičnog intervjuja s dječicom žrtvama nasilja i forenzično osjetljivog tretmana, što znači da dječje može biti u terapiji bez potencijalnog utjecaja tretmana na dječje kao svjedoka. Ova usluga važna je u dugotrajnim sudskim procesima za čijeg trajanja dječje treba podršku, ali istovremeno treba biti pouzdan svjedok na sudu. Najčešće se radi o zlostavljanju ili zanemarenju dječje, kao i dječci svjedocima nasilju u obitelji.

O različitim aktualnim temama iz našeg područja djelovanja roditelji, liječnici i ostali stručnjaci mogu se informirati iz petnaest publikacija koje Poliklinika izdaje u suradnji s Gradom Zagrebom. Dosad imamo preko 300 000 tiskanih i distribuiranih primjeraka, koji su dostupni na našim web stranicama. Poliklinika se bavi i istraživačkom djelatnošću; provedena istraživanja su na temu nasilja među dječicom, *cyberbullyinga* i dječje pornografije, prevalencije zlostavljanja i zanemarivanja dječice u Hrvatskoj, iskustava i ponašanja dječice na Internetu te znanja i stavova pedijatara i liječnika školske medicine o zlostavljanju dječice. U suradnji s odgovornim ministarstvima i Vladom RH, Poliklinika educira stručnjake iz različitih područja: socijalna skrb, zdravstvo, obrazovanje, policija, pravni sustav, nevladin sektor i obiteljski centri.

Prvi znakovi zanemarivanja

Roditelji ili skrbnici mogu se samostalno obratiti Poliklinici, a dječje može uputiti i vrtić, škola, sud, centar za socijalnu skrb ili liječnik. Liječnici imaju važnu ulogu u pružanju podrške dječici i njihovom usmjeravanju na druge stručnjake. Neposrednim kontaktom s djetetom i cijelom obitelji liječnik često može prvi primijetiti znakove zanemarivanja i zlostavljanja dječice – fizičkog, emocionalnog i seksualnog te o tome bez odgode obavijesti-

ti nadležne službe, koje će istražiti slučaj i djetetu osigurati adekvatnu podršku. Liječnik je također u prilici primijetiti neke psihosomatiskе tegobe, smetnje učenja ili ponašanja djeteta, na što može skrenuti pažnju roditelja i preporučiti im daljnju multidisciplinarnu obradu.

Iako Poliklinika ostvaruje vrlo uspješnu regionalnu i međunarodnu suradnju te je zaista prepoznata u svijetu, suradnja koja nam je najvažnija upravo je ona u lokalnoj zajednici. Škole, vrtići, centri za socijalnu skrb, policija, sud i, naravno, zdravstvene ustanove nužni su nam partneri u zaštiti djece. Poliklinika je u razdoblju od studenog 2007. do svibnja 2008. provedla istraživanje među 590 liječnika primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj koji u svojoj skrbi imaju djecu. Cilj je bio ispitati stavove i percepciju vlastitoga znanja liječnika u vezi sa zlostavljanjem i zanemarivanjem djece. Na svom radnom mjestu 57 % pedijatara i 54 % liječnika drugih struka navodi da vrlo rijetko

nailazi na sumnju na zlostavljanje i zanemarivanje djece, a 39 % pedijatara i 21 % drugih liječnika ponekad. Jedan pedijatar i 22 % drugih liječnika nisu nikada tijekom svog rada posumnjali na zlostavljanje i zanemarivanje djece. Najveći broj liječnika, prema samoprocjeni znanja, smatra da je tek upoznat s problemom zlostavljanja i zanemarivanja, a oko jedne četvrtine svih liječnika navodi da zna dosta o tome. Mali broj liječnika navodi da zna jako puno (ispod 5 %).

Preuzeti odgovornost

Zlostavljanje i zanemarivanje djece puno je češći problem nego što je javnost sklona priznati. Razlozi nepriznavanja su brojni, a prije svega teško je otvoriti oči i suočiti se s činjenicom da tolika djeca pate. Također može biti teško preuzeti inicijativu i odgovornost za nešto za što ne postoje jasni dokazi. Ipak je važno da kao odgovorni članovi društva, a posebno kao stručnjaci pomagačkog usmjerjenja, to uči-

nimo. S obzirom na to da su liječnici u često „prva linija obrane“, njihova je uloga posebno važna. Konvencija o pravima djeteta, kao i mnogi naši zakoni, obvezuju nas na zaštitu djece. Naša Poliklinika i Hrabri telefon proveli su 2006. godine istraživanje *Prevalencija zlostavljanja i zanemarivanja djece u Hrvatskoj*. S obzirom na sadržaj istraživanja, sudionici su bili samo punoljetni učenici brojnih srednjih škola u raznim dijelovima Hrvatske. Reprezentativan i robustan uzorak od gotovo 4200 učenika upućuje na to da nalaze možemo upotpiti na hrvatsku populaciju. Čak 15,9 % učenika bilo je izloženo tjelesnom zlostavljanju, 16,5 % emocionalnom te 18 % spolnom zlostavljanju. Iz ovih podataka jasno je da se problematika zlostavljanja i zanemarivanja često zaobide u stručnim krugovima, zbog čega propuštamo priliku da zaustavimo zlostavljanje i započнемo proces oporavka djeteta – žrtve. ■

gordana.flander@poliklinika-djeca.hr

Prof. dr. sc. Gordana Buljan Flander i njen multidisciplinarni tim prepoznati su u javnosti kao primjer dobre prakse



Novi oralni antikoagulansi (NOAK)

NOAK-i POSTAJU JOŠ SIGURNIJI

Po prvi puta susrećemo se s oralnim antikoagulansom koji možemo primjeniti uz potpunu sigurnost da njegov učinak možemo neutralizirati potpuno, neposredno, brzo i bez utjecaja na druge faktore zgrušavanja u slučaju krvarenja ili će mu bolesnik biti izložen s visokim rizikom

Antikoagulatna terapija neizmjerno je važna u liječenju bolesnika sa fibrilacijom atrija (FA) s obzirom na to da je prevencija tromboembolijskih događaja, prvenstveno ishemiskog moždanog udara, jedina terapijska intervencija koja smanjuje smrtnost u tih bolesnika. Antagonist vitamina K, varfarin, predstavlja je okosnicu u takvom tipu liječenja desetima godina i uz neka svoja ograničenja, posao je mogao odraditi pričično dobro. No njegova ograničenja, poglavito potreba za individualnim titriranjem doze, uzak terapijski prozor, te brojne interakcije s lijekovima i hranom, u velikom broju slučajeva dovode ili do neadekvatne zaštićenosti lijekom ili do oduševanja od antikoagulantne terapije uopće zbog straha da čemo bolesniku naškoditi, tj. izazvati krvarenje. Varfarin je daleko od sigurnog lijeka te je prema američkom registru neželjenih nuspojava lijekova odgovoran za oko 33% svih prijema zbog nuspojava lijeka¹.

Dabigatran – imamo li se čega bojati u svakodnevnoj primjeni

Dabigatran (tržišno ime Pradaxa), direktni inhibitor trombina, jedan je od članova nove skupine lijekova pod imenom Novi Oralni Antikoagulans (NOAK) koji su u velikim randomiziranim kliničkim ispitivanjima pokazali da jednako dobro ili bolje štite takve bolesnike od tromboembolijskih događaja uz znatno smanjenje učestalosti intrakranijskog krvarenja kao najopasnije komplikacije svakog antikoagulacijskog liječenja^{2,3,4,5}.

Za razliku od varfarina dabigatran je svoj sigurnosni profil morao utemeljiti na randomiziranim kliničkim studijama, te nakon dobivene registracije lijeka i potvrđiti podacima iz tzv. stvarnog života dobivenih putem europskih i američkih registara. Ono što prvo upada u oči je da će bolesnik na dabigatranu u slučaju da dođe do bilo kojeg velikog krvarenja imati nekoliko komparativnih prednosti u odnosu na njegovog vršnjaka koji je terapijski antikoaguliran varfarinom. Unutar trideset dana bolesnik sa dabigatranom imati će smanjen rizik od smrti te će njegov boravak u intenzivnoj jedinici biti značajno kraći⁶. Kada se osvrnemo na podatke dobivene iz kliničke prakse, tzv. stvarnog svijeta, kod bolesnika praćenih putem danskih registara vidimo da je sigurnosni profil dabigatrana glede intrakranijskog krvarenja kao i velikih krvarenja superioran u odnosu na varfarin^{7,8}.

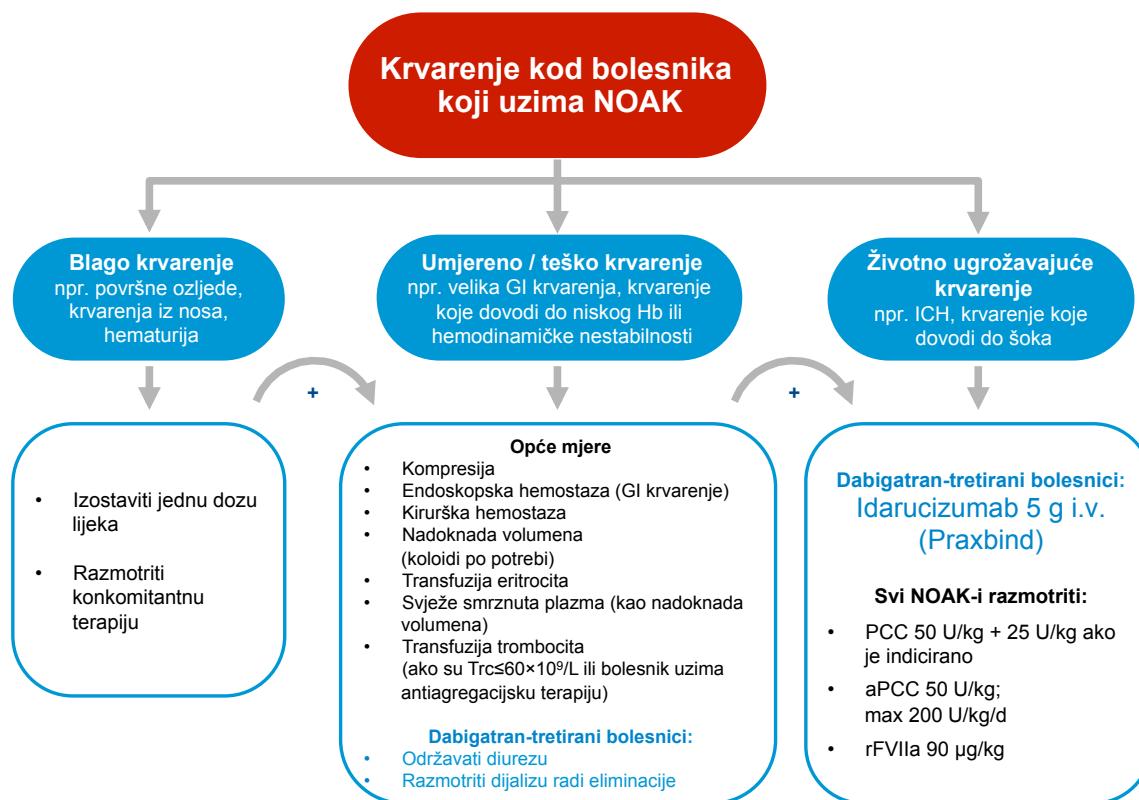
Idarucizumab – je li vrijeme za revoluciju u razmišljanju

Prvenstveno je bitno napomenuti da krvarenje ne uzrokuje antikoagulantna terapija. Krvarenje je uvijek uzrokovano ozljedom tkiva ili rupturom krvne žile, dok antikoagulantna terapija predstavlja samo egzacerbirajući faktor spriječavajući da se odvije normalna hemostaza. Nedostupnost ikakvog 'antidota' za bilo koji od lijekova iz skupine NOAK-a često se navodi kao jedan od glavnih nedostataka cijele skupine i NOAK-i kao takvi izazivaju zazor kod velikog broja kirurga, kao i lječnika hitne medicine.

Idarucizumab (tržišno ime Praxbind) je fragment monoklonalnog antitijela koji se veže specifično uz dabigatran sa afinitetom 350 puta većim od trombina i neutralizira njegovu aktivnost^{9,10}. Iako njegova primjena dovodi do neposrednog i potpunog poništenja antikoagulantnog učinka dabigatrana, njegova specifičnost omogućava da se isto događa bez utjecaja na ostale koagulacijske čimbenike, te bez ikakvog prokoagulantnog učinka¹¹.

RE-VERSE AD je bila prvo prospektivno ispitivanje zamišljeno da testira učinak idarucizumaba na bolesnicima koji su ili imali po život opasno krvarenje, ili zahtijevali hitnu kirurgiju, odnosno intervencijski zahvat¹². Primjenjujući idarucizumab u dvije razdvojene doze sa ukupno 5 grama substance, te procijenjujući učinak prateći razrijedeno trombinsko vrijeme, ekarinsko vrijeme zgrušavanja i koncentraciju dabigatrana u plazmi, vidljivo je da je postignuta potpuna reverzija antikoagulacijskog učinka, a koncentracija u plazmi je pala na razinu pri kojoj više praktički ne postoji antikoagulacijsko djelovanje.

U mojoj osobnom iskustvu tijekom dvogodišnjeg rada u Jedinici intenzivnog kardiovaskularnog liječenja (CVICU) te Klinici za kardiologiju Auckland City Hospital, kliničkog centra nulte kategorije u Novom Zelandu, imao sam priličnu osobno vidjeti učinak idarucizumaba jer je bolnica sudjelovala kao jedan od istraživačkih centara. Isti je primjenjen u dva moja bolesnika, prvi od kojih je zahtijevao hitnu kardiokiruršku operaciju koja se morala odviti unutar nekoliko sati od prijema, dok je drugi zahtijevao hitnu ugradnju elektrostimulatora srca.



Slika 1. Zbrinjavanje krvarenja u bolesnika pod terapijom NOAK-om. Prilagođeno iz ažuriranog EHRA praktičnog vodiča za primjenu NOAK-a u bolesnika sa fibrilacijom atrija¹³.

Kod prvog bolesnika, uprkos našoj inicijalnoj skepsi prema novoj molekuli, kardiokiruški zahvat je učinjen nakon što je prema laboratorijskim pokazateljima postignuta normalizacija koagulacijskih parametara, a hemostaza je prema navodima operatera bila normalna dok je postoperativno krvarenje bilo u skladu sa normalnim očekivanjima kod takvih bolesnika. Kod drugog bolesnika smo, poučeni uspješnim iskustvima od ranije, bili značajno sigurniji te se umjesto ugradnje privremenog elektrostimulatora što bi učinili da je bolesnik bio antikoaguliran sa varfarinom, ovako učinili konverziju i odmah kirurški ugradili trajni elektrostimulator što je za bolesnika bilo

sigurnije po pitanju infekcije, te ugodnije radi smanjenja trajanja bolničkog liječenja. Bitno je napomenuti da je Novi Zeland zemlja sa izuzetno visokom zastupljenosti dabigatrana s obzirom da je cijena istog pokrivena osnovnim osiguranjem u svim indikacijama.

Zaključak

Vrativši se na tvrdnju sa početka teksta o zazoru kliničara kad se susretu sa bolesnikom koji krvari, a uzima NOAK, sada bismo mogli reći da je ista upravo izvršila potpuni obrat. Naime, sada se po prvi puta susrećemo sa oralnim antikoagulansom kojeg možemo

primjeniti uz potpunu sigurnost da njegov učinak možemo neutralizirati potpuno, ne-posredno, brzo i bez utjecaja na druge faktore zgrušavanja u slučaju da je došlo do krvarenja ili će bolesnik biti izložen visokom riziku od istog. Takvu sigurnost sigurno nam ne pruža varfarin, a za sada niti jedan od drugih NOAK-a, a ovu terapijsku tranziciju stoga je nužno uvrstiti u naše algoritme zbrinjavanja krvarenja (Slika 1).

DANIEL LOVRić

Zavod za intenzivnu kardiološku skrb, aritmije i transplantacijsku kardiologiju, Klinika za bolesti srca i krvnih žila, KBC Zagreb

REFERENCE:

- Budnitz DS et al. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med*. 2011; 365(21):2002-12.
- Connolly SJ et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361(12):1139-51.
- Patel MR et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 365:883-891.
- Granger CB et al. Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 365:981-992.
- Connolly SJ et al. The Long-Term Multicenter Observational Study of Dabigatran Treatment in Patients With Atrial Fibrillation (RELY-ABLE) Study. *Circulation*. 2013 Jul 16;128(3):237-43.
- Majeed A et al. Management and outcomes of major bleeding during treatment with dabigatran or warfarin. *Circulation*. 2013 Nov 19;128(21):2325-32.
- Larsen TB et al. Efficacy and safety of dabigatran etexilate and warfarin in "real-world" patients with atrial fibrillation: a prospective nationwide cohort study. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:2264-2273.
- Larsen TB et al. Myocardial ischemic events in "real world" patients with atrial fibrillation treated with dabigatran or warfarin. *Am J Med*. 2014;127:329-336.e4.
- van Ryn J et al. Dabigatran etexilate — a novel, reversible, oral direct thrombin inhibitor: interpretation of coagulation assays and reversal of anticoagulant activity. *Thromb Haemost* 2010;103:1116-1127.
- Schiele F et al. A specific antidote for dabigatran: functional and structural characterization. *Blood* 2013;121:3554-3562.
- Glund S et al. Safety, tolerability, and efficacy of idarucizumab for the reversal of the anticoagulant effect of dabigatran in healthy male volunteers: a randomised, placebo-controlled, double-blind phase 1 trial. *Lancet* 2015 June 15 (Epub ahead of print)
- Pollack CV et al. Idarucizumab for Dabigatran Reversal. *N Engl J Med*. 2015 Aug 6;373(6):511-20.
- Heidbuchel H et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace* 2015;17:1197-1214.

Razina komunikacijske kulture među liječnicima ponekad zna biti poprilično upitna

Uobičajena hijerarhija ili prikriveni mobbing



LADA ZIBAR / lada.zibar@gmail.com

Bolnički sustav kakav u nas postoji, brižno njeguje neutemeljene taštine, najčešće mediokriteta

P
rošle sam godine provela tri mjeseca u medicinskom središtu Columbia University u New Yorku. Među hodajućim legendama poput najvećegaživućeg nefrologa prof. G. Appela i doajena svjetske transplantacije prof. M. Hardyja. Izvrsno organiziran sustav u kojem postoji raspored zaduženja i odgovornosti, etabriran desetljećima i učinkom. U tom sustavu stroge hijerarhije kompetencija, stručnih supervizija i subordinacija nisam čula povиšenog tona, nepristojne riječi pa čak niti licemjernog ophodenja. Kultura komunikacije među doktorima je neupitno ogledna. Nije mi bilo umjesno to komentirati, jer se to sve podrazumijevalo. Radi li se o kućnom ili i sustavnom školskom odgoju? Silno se nadam da prvi retci ovog teksta neće izazvati samo komentare ne-

godovanja kojima je izvor u našim uvriježenim ignorantskim predrasudama o Americi. Stoga, idem dalje, za one koje zanima konstruktivna analiza ove teme, kritična, a ne kritikantska.

Realna slika

Ovo pišem zbog mlađih, da se ne ugledaju na stare, a zbog starih da se postide, ako se prepoznaju. Nažalost, oni koji se trebaju prepoznati imaju debele naslage mehanizma obrane i zaštite na svojim obrazima koje sprječavaju realnu sliku u zrcalu. Ali neka tada barem budu prepoznati, neka se konačno izartikuliraju mučne atmosfere u kojima se mnogi bude i s grčem u želuci odlaze na posao. Neka nove generacije prestanu biti permisivne za negativne autokratične likove, često s rubnim ili jasnim psihopatskim i sociopatskim karakternim crtama. Bolnički sustav kakav u nas postoji, ne znam otkada takav, ali svakako ovih četvrt stoljeća kojemu ja svjedočim, brižno njeguje neutemeljene taštine, najčešće mediokriteta, nerijetko oportunih vlastima koje u njima vide "čvrstu ruku" koja "nama baš treba". Pa tako odnosi i komunikacija među liječnicima teče duboko utisnutim stranputnicama s kojih je teško skrenuti i utebiti nove, prave putove. Nadređeni na bilo kojoj razini uglavnom zlouporabljuje poziciju i s podređenima (treba li uopće ovakva kvalifikacija u zdravom sustavu visoko obrazovanih stručnjaka formalno licenciranih za samostalan profesionalni rad?) "briše pod", gdje stigne i kako stigne. Uobičajene su verbalne ekshibicije sastavljene od prostačenja, vrijeđanja, laganja, ucjenjivanja. Intelektualnoj i kulturnoj raspravi rijetko ima mjesta. Pravo glasa je često upitno. Šefovanja pretvaraju djeliće državnih bolnica u privremena vlasništva loših gospodara. A sve kolege nešefove u potlačenu služinčad kojoj je najpametnije biti kuš. Nema nikakvog praktičnog mehanizma koji bi sankcionirao prostakluk, seksizam, rodni, spolni, politički i nacionalni šovinizam. U provincijskim je bolnicama sve još izrazitije. Jer nema alternative. Samo jednoj bolnici u malome gradu nema konkurenkcije. Pa pozicije bolničkih moćnika i malih bogova postaju vjećne i

gotovo besmrtnе. Nominalno postoje propisi, kodeksi pa čak i časni sudovi. Normalnom čovjeku, a koji kao takav često ostaje u sferama bez "položaja", nije nikakva satisfakcija provoditi vrijeme i život u otvorenim konfliktima i povlačiti se po često pristranim sastancima na višim instancama gdje bi trebalo "presudavati". Ili se takav "mali" čovjek jednostavno boji posljedica po svoj "mali" život. Pa se svakodnevno ponižavani kolege umrte u inertnom nezadovoljstvu, naviknu na "batinu", šute i trpe. Tako se liječnik najčešće od mладог pametnog perspektivnog entuzijastičnog vrlo brzo pretvara u nesretnog sokola slomljenih krila. A onaj manji broj, najčešće frustriranih i nečime iskompleksiranih, nezasluženo ugrabi vodeće položaje i grabi dalje ne birajući sredstva.

Negativna selekcija

Čast iznimkama! Duljina studiranja, prosjek ocjena, recepcija od meritornih starijih kolega nevažni su čimbenici napredovanja. Svjedočimo negativnoj selekciji na svakom koraku. I sada, dok pišem, cenzuriram vlastite misli, od podsvjesnog straha da ne pretjeram. Može li se s istinom pretjerati? Sklonost mobingu obrnutu je proporcionalna objektivnim vrlinama. Transparentnost pak poštovanju propisa. A hijerarhijski uspjeh često zdravoj pameti. Na ovaj način rijetko se progovara. A progovaram da pozovem. Da se ne stidim pogledati bivšim studentima u oči onog trenutka kad postanu završeni kolege. Da ih poduprem u nastojanjima da mijenjaju svijet. Od svoje ulice pa dalje. Da im kažem da ne moraju pognuti glavu ako su u sebi još stvarno visoko s neiskvarenošću i dobrom voljom. Gledati treba ravno, u oči. Neka probaju, neka imaju snage reagirati i tražiti od sustava oko sebe da se pridržavaju zakona i propisa. Neka ne pristaju na mobing, nikada. I neka užasnuti svime probaju ostati tu, na svom. I napraviti bolje i zdravije društvo. Dručiće ustrojeno. Neka biraju učitelje prema svojoj savjeti a ne nametnutoj hijerarhiji. Svi smo prolazni, i jedino nam je časno ostaviti manji ili veći vrijedan trag u ovom najhumanijem zvanju, pozivu. A ostaviti trage generacijama iza sebe neprocjenjivo je. ■

Po dr. Zdenki Čermákovoj nazvane su mjesna ambulanta i ulica u Baškoj

Liječnica koju su voljeli svi stanovnici otoka Krka

IVICA VUČAK / ivica.vucak@gmail.com



(Novi Studenac/Češka, 20.2.1884. – Volosko, 16.1.1968.)

**U travnju 1922.
Čermákova je
pristupila Zboru
liječnika u Zagrebu i
bila dvanaesta žena
od njegova osnutka
1874. godine**

U Baškoj na otoku Krku mjesna liječnička ambulanta i jedna ulica nose ime dr. Zdenke Čermákove, Čehinje koja je svoj radni i životni vijek provela u Baškoj.

Rođena je 20. veljače 1884. u Novom Studencu u Češkoj. Bila je prvo dijete u obitelji zakupnika pivovare Karla Čermáka. Godine 1891. obitelj je pre selila u Kraljeve Vinograde.

Nakon mature 1903. u prvoj djevojačkoj gimnaziji "Minerva" u Pragu studirala je medicinu na Karl-Ferdinandovom sveučilištu u Pragu. Promovirana je 16. siječnja 1909. i bila je deseta žena koja je postala liječnica u Pragu.

Staž je obavljala 1909. – 1910. u klinikama Državne glavne sveopće bolnice u Pragu. Nekoliko je mjeseci (26. 3. 1909. – 1. 11. 1909.) radila u Češkom zemaljskom jubilarnom zavodu za škrofuloznu djecu (lječilištu za djecu oboljelu od tuberkuloze) u Luzu - Košumberku.

Na poziv svojih prijatelja Anne i Emila Geistlicha, direktora tiskare u Pragu, koji su u Baškoj na Krku 28. svibnja 1910. otvorili gostonicu "Zablaće", došla je u Bašku. Populariziranjem Baške i Krka te dovođenjem gostiju iz Češke Geistlich je značajno pridonio razvitku turizma u Hrvatskom primorju. Samo godinu dana poslije toga, 30. svibnja 1911., Geistlich je otvorio i svoj hotel.

Privatna ordinacija

Od 3. 5. 1910. do 31. 7. 1914. bila je dr. Čermákova općinska liječnica u Baškoj (skrbila je za stanovnike Baške, Jurandvora, Batomelja, Baččanske Drage i Stare Baške), a istodobno je bila ugovorno honorarna liječnica u službi socijalnog osiguranja. Privatnu liječničku ordinaciju u Baškoj otvorila je 10. svibnja 1910. u vili Šeršić. Držala je i priručnu ljekarnu, jedinu za čitav otok Krk. Od 1912. sudjelovala je u "Baččanskim večerima" koje je priređivao Emil Geistlich. Listopada 1912. preselila je svoju ordinaciju u Geistlichov hotel.

Izjasnila se pripravnom otpotovati u Cetinje i tako pomoći crnogorskom narodu i vojsci u prvom balkanskom ratu. Nije otputovala, ali je dala svoju plaću za potrebe Crvenoga križa.

Od 10. 8. 1914. do 31. 10. 1915. bila je općinska liječnica općine Krk. Po izbijanju Prvoga svjetskog

rata bila je jedina liječnica na Krku, i to kao kotarska liječnica čitavog kotara Krk. Kad je na Krku 1915. oboljela od malarije, otac je došao po nju i prevezao je u Prag. Oporavljena iza bolesti, počela je 5. siječnja 1916. raditi u Sanatoriju za živčane i duševne bolesti Crvenoga križa dr. Kósaka i dr. Fišera u Velesu pokraj Praga, u kojem su liječeni duševno oboljeli vojni časnici. U Sanatoriju je kao pacijentnicu 1918. upoznala Amerikanku Charlotte Garigue Masarykovu (1850. – 1923.), suprugu uglednog češkog intelektualca, a nakon raspada Austro-Ugarske monarhije prvoga čehoslovačkog predsjednika Tomaša Garigue Masaryka (1850. – 1937.), liječenoj zbog depresije i srčanih tegoba. Ostala joj je i nakon toga osobna liječnica.

Zima u Pragu

Tijekom Prvoga svjetskog rata pa sve do 1920. u Geistlichovom su hotelu bili stacionirani vojnici talijanske okupacijske sile i devastirali ga.

U Sanatoriju je radila do 30. 4. 1921., a u Bašku se vratila 7. 5. 1921. i nastavila raditi. Nakon Geistlichove smrti, koji je u 51. godini života umro od upale pluća (7. srpnja 1922.) i bio pokopan u Baškoj te nakon smrti svojih roditelja (1923.) pokopanih u Pragu, ponovno je dr. Čermákova provela više mjeseci u Pragu. Zatim se vratila u Bašku, ovoga puta za stalno. Osim što je ponovno (od 7. svibnja 1921.) bila liječnica Morskog lječilišta i kupališta u Baškoj, radila je i kao ugovorna liječnica Socijalnog osiguranja te privatna liječnica u Baškoj.

U travnju 1922., tada kupališna liječnica u Baškoj na Krku, Čermákova je pristupila Zboru liječnika u Zagrebu i bila dvanaesta žena od njegova osnutka 1874. godine. Već u svibnju 1922. uplatila je u Baškoj K 610 kao pristupninu i članarinu Zboru. Zimske mjeseci provodila je u Pragu. Od siječnja 1924. ostaje u Baškoj do kraja života, redovno ispunjavajući svoje članske obveze prema Zboru liječnika.

Jugoslavensko državljanstvo dobila je 1926. Od školske godine 1925/1926. do 1936. povjerena joj je i nastava higijene u Državnoj gradskoj školi u Baškoj.

U Baškoj je bila tijekom Drugoga svjetskog rata, a po završetku rata nastavila je raditi do umirovljenja 1959. godine. Od 1965. po vlastitom izboru smještena je u Domu za starije i nemoćne u Voloskom. Tamo je umrla, a pokopana je u Baškoj. U Muzeju toga grada posvećena joj je jedna soba. ■



Dr. DRAGAN MALOŠEVAC

draganmal@gmail.com

Rođen u Zagrebu prije gotovo pola stoljeća. U sretnoj bračnoj kohabitaciji s kolegicom. Ponosan otac tri sina. Purger i lega koji živi na relaciji Zagreb - Osijek. Radi u OHBP-u KBC-a Osijek. Hitnjak u srcu i duši. U slobodno vrijeme, ako nije na putu između Osijeka i Zagreba, piše i trči. Uglavnom za druge.

koLEGA hitnjak

HITNA MEDICINA KROZ HUMOR

TKO JE TO

Totalno smiren.
Pola pet.
Jutro, mrok, na ulicama nema žive duše. Nema ni pasa latalica. Ni mačaka. Nema nikoga.
I onda stojim dvadeset minuta ispred zgrade jer nas tri puta pitaju tko je!
Pa, tko može biti u pola pet ujutro ako si prije 15 minuta pozvao hitnu pomoći? Tko!?
Dostava pizze, anketari i poštari nisu sigurno. Nije ni očitanje struje ili plina. Nije ni deratizacija. Ni dimnjačar! Ne, nije ni jebeni dimnjačar u pola pet ujutro!
Nije rodbina, nisu maškare, nije ni lopov jer oni u pravilu ne zvone i ne najavljaju svoj dolazak. Nisu ni vatrogasci jer nigdje ne gori! Hitna pomoći?
Da, hitna pomoći je!
Pogotovo ako si je pozvao!

I kad me slijedeći put netko u pet ujutro nakon što nas pozove pita tko smo, smireno ču mu na portafon odgovoriti protupitanjem: Oprostite, a tko ste vi?

I fakat sam smiren.

TKO ZNA ZNA

Koje montipajtonovsko dežurstvo!
Opservacija.
Dvije alkoholne intoksikacije, krevet do kreveta.
Lik s 4,20 promila alkohola u krvi zajebava ovog drugog s 3,85 kojem je loše i stalno povraća. I više mu da je obični pijanac!? A onda se obrati i meni pa kaže: "Doktore, tiho budite! Nemojte vi laprdati dok ja laprdam!" Da bi čovjek riječ rekao.

DOBAR POKUŠAJ

- Tup, tup, tup...
- Dal?
- Oprostite što ovako upadam, ali ja imam broj 74M, a upravo je ušla gospoda s brojem 76V, a budući da je 74 prije 76 onda...
- Koji ste broj rekli?
- 74M. Uredno sam stisnuo tipku na aparatu na ulazu u bolnicu i dobio sam svoj broj pa zato...
- Molim vas, izadite i čekajte dalje. Vi imate slovo M, a gospoda slovo V.
- I što onda!?
- Gospoda je uzela ceduljicu za veliki sistematski pregled, a vi za mali, zar ne!?
- Treballi ste paziti prilikom odabira hitne usluge koju želite obaviti kod nas!
- Znam, ali meni je jako loše, imam visoki tlak, nemam zraka, otekle su mi obje potkoljenice, mama mi je srčani bolesnik, a i baka nije bila baš najzdravija, povišene su mi vrijednosti troponina, proširen mi je QRS kompleks, steže me u prsima, a bol se širi u desnu ruku...
- Ha, dosta, dosta! Loše ste naučili tekst. Nije desna već lijeva ruka! Ajmo, van u čekaonicu i čekati svoj red!
- Tup, tup, tup...
- Dal?
- Opet ja! Znate, gospodin pored mene se iznenada srušio i prestao je disati, a on ima broj 69H pa sam mislio ako uzmem njegov papirić možda bi ja mogao...

europska kartica ZD		Evidencijski broj primjene označenje na radu i profesionalnih	
UPUTNICA ZA			
Šifra djelatnosti		Šifra djelatnosti	
Konzilijsarna zdravstvena zaštita	A	Bolničko lijечenje	B
Specijalistička zdravstvena zaštita	C 2 2 0 0 0 0 0 1	Ambulantno lijечenje	D
Hitna medicina (OHBP), pučuje se			
(Naziv specijalista / diegatnosti zdravstvene zaštite)			
Medicinsko promatranje i praćenje (opservacija i evaluacija) zbog sumnje na bolest i bolesna stanja			
Z 0 3			
Pregled i obrada kroz Objedinjeni hitni bolnički prijam			



KAKO STRPLJIVO KOTRLJATI KUGLICE ZDRAVSTVENE BALEGE...

...ilići sav smisao i besmisao hrvatske hitne medicine

Da nemam veliku novčanu klauzulu odustao bih od specijalizacije iz hitne medicine istog trena.

Cijeli je program specijalizacije uistinu tragikomičan, a jedina mi je dvojba je li više tužan ili više smještan. Nekako sam bliži ovom prvom.

Na brzaka sklepan koncept copy-paste tehnikom pretvorio je hitne bolničke prijeme u velike kante za smeće hrvatskog zdravstvenog sustava.

A nas specijalizante hitne medicine učinio je razlagaćima ili destruentima zdravstvenog hranidbenog lanca. Iako se u biti vrlo često osjećam poput malog marljivog kotrljana koji svoju kuglicu govna uporno kotrlja po brežuljcima i puteljcima hrvatske medicine. Bez da je na kraju uspije negdje smisleno odgurati.

Pitam se kako bi se osjećao oftalmolog koji bi od deset pacijenata koji mu uđu u oftalmološku ordinaciju pregledao dva pacijenta s retencijom urina, dva neregulirana dijabetičara, jednog pacijenta čiji nevus na potkoljenici mijenja boju i oblik, dva-tri pacijenta s hipertenzijom, pacijenta s krvarećim vanjskim hemoroidima i samo dva oftalmološka pacijenta.

Ili recimo kardiolog koji bi svaki dan pregledao dva-tri pacijenta s križoboljom, nekoliko

pacijenata s iritabilnim kolonom i par dojilja s akutnim upalama dojki!?

Zašto se onda od mene očekuje da rješavam osamdeset posto pacijenata koji s hitnim prijemom i hitnim stanjima nemaju apsolutno nikakve veze!?

Objedinjene hitne prijeme počeli su iskorištavati doslovno svi, počevši od liječnika obiteljske medicine koji nas zatravljaju pacijentima koji nama nisu hitni. A njima očito nisu bitni.

Usmenom predajom s koljena na koljeno hrvatski je korisnik zdravstvenog sustava napokon dobio informaciju gdje, kada i kako može najbrže obaviti veliki besplatan sistematski pregled i riješiti se vlastitih dugo nagomilavanih frustracija.

Jučer mi se njih petero ili šestoro tijekom 12-satne smjene sjetilo uže i šire rodbine, dvoje mi je prijetilo novinarima i tužbom, a nekoliko njih je ulazilo u naše ambulante pa su nam se poput šerifa s Divljeg zapada unosili u lice i prijetili dgnutim kažiprstima požutjelim od nikotina.

I nitko od njih NIJE bio hitan pacijent. Doduše, dvoje ih se kasnije ipak došlo ispričati. Odmah po završetku sistematskog pregleda koji su obavili u pola dva u noći.

Sve je ovo jedan veliki besmisao!

Zanima me postoji li struka koja u toku svog radnog vremena ne može odvojiti dvadesetak minuta kako bi napravila kratku pauzu u kojoj bi nešto ubacila u usta, pomokrila se i duboko udahnula dva-tri puta.

Ja svoju pauzu na koju imam i zakonsko pravo do sada u dvije godine nisam NIKADA uspio iskoristiti.

A sve one koji misle kako pretjerujem pozivam da mi se pridruže u bilo kojoj nasumično oda-branoj 12-satnoj smjeni na centralnom objedini-njenom hitnom prijemu, odnosno COHP-u.

Pa će mi nakon dvanaestosatnog zajedničkog kotrljanja prije spomenute kuglice govna kazati kako se osjećaju! Kao kotrljani ili kao liječnici hitne medicine?

Možda je najbolji pokazatelj trenutnog doživljaja smisla i besmisla hitne medicine u Hrvatskoj činjenica koja govori kako se već dvije godine u KBC-u Osijek doslovno NITKO nije ni prijavio na natječaj za specijalizanta hitne medicine iako se za druge specijalizacije prijavi pet do deset kandidata za jedno jedino ponuđeno mjesto! ■

Sve što ste oduvijek željeli znati o siru, a niste se usudili pitati

Namirnica koja je pokorila svijet

DARIO NALETILIĆ, e-mail: dario.naletilic@cipla.com



Svojevremeno je herojski francuski predsjednik (De Gaulle, ne onaj majušni kojeg je podčinila Carla Bruni) izjavio da se ne može vladati narodom koji poznaje 246 vrsta sireva. Mislio je pritom, naravno, na Francuze, odnosno, Francuskinje. Današnja, točnija brojka je oko 400 vrsta francuskih sireva

Nema ni približnog primjera u kojem je neka pokvarena namirnica pokorila svijet – kao što se eto dogodilo pokvarenom, odnosno usirenom mlijeku. Kada se to točno prvi put zbilo i koji je *homo to* prvi zbunjeno kušao, te kako su se sirili prvi sirevi, danas ne znamo sa sigurnošću. Potpuno je sigurno ipak jedno – sir kakav danas poznajemo nastao je zbog pradavne želje iskonski štedljive domaćice da sačuva namirnicu od propadanja; no možda i da ugodi mužu, a time i sebi. Sirila je tako ona mlijeko prvih udomačenih životinja ne bi li se njezin dlakavi lovac kad mu dosadi lutati unaokolo barem nakratko posvetio domu i obitelji, čitaj njoj. Njezinim prohtjevima, strastima i užicima. Seks oduvijek dominira čitavim živim svijetom, ne samo ljudskim rodom. Pa ne čudi i taj perfidni put ljubavi kroz želudac. Slabi kakvi jesmo – i na hrani, i na seks (kojim bivamo vješto ucijenjeni od pamtivijeka) – ne sluteći smo (*mi=XY*) pristajali na čarobno ukiseljenu, vonjavu namirnicu. Konzumirali je svakodnevno, u svim prilikama, nosili je na putovanja, u ratove i hodočašća. Vraćajući se pak kućama sa svojih lutanja, razbibriga i lovova, ekspedicija, raznih pohoda i muških trenutaka općenito, opijao nas je poznati vonj sirišta, seksa i ognjišta – miris doma. Doma u kojem su carice vladarice, a mi nekad veliki lovci – sluge razvlaštene.

Lukave kakve jesu, da bi nas držale robljem, izmišljale su razne metode kojima usireno mlijeko modifciraju, pa su u tisućljećima povijesnih bespuća nastali najrazličitiji okusi i mirisi (to posebno!), oblici i strukture jednog te istog – sira! Vražice su naime odavno shvatile što lovcima treba (*bit zadovoljen i sit!*) i odlučile nas pokoriti – zauvijek. A da je vrag najopasniji kada je neprimjetan, ne treba ni spominjati – stoga odlučiše (*one=XX*) s vremenom proizvodnju sira naoko prepustiti muškarcima – ali pazite – uglavnom i jedino onima u samostanima, celibatu odanim redovnicima (sir redovnika trapista vam je samo jedan primjer!), zatim polumuškarcima, raznim bezmudicama, nekim vičnjim eunusima ili sličnim haremškim dodvoricama. S vremenom i uz zavjera, ispadje tako sir kraljevska namirnica, ekskulpirana ikakve primisli na vražje djelo, muško sužanjstvo i muku koju pretrpjemosmo i trpimo

zbog onoga naivnog u nama što vjeruje u tjelesno, puteno, fizičko – i samo u to. Tom bizarnom komplotu, feminističkoj svjetskoj zavjeri i najstrašnijoj konspiraciji svih vremena u vjekovima koji su slijedili mi smo, naravno, naivno podlegli. Tako danas i sami i zajedno s njima kreiramo vlastitu propast u brojnim srevima svijeta.

A ja?

Ja naprosto obožavam sir. Sir je moja etika, estetika i poetika.

Onaj svježi kravlji sir s vrhnjem, zbog kojega zamalo nismo ušli u Europsku Uniju – zamislite se, jer to je stvarni razlog – nikakvi topnički dnevničci, ni alpski susjadi (toliko o konspiraciji), njega volim posebno. S Dolca. Subotom. Uz kukuruzni kruh. I šunku oko Uskrsa. I to onaj koji se lista radije nego ocijedeni.

Paški sir jedem cijele godine, mladi ili majski, zreli ili naribani, sam ili s medom, sasvim mi je svejedno.

Sir je moja poezija.

Ponizno molim,
nek' vas ne smeta,
što sam rad' sira,
posto' poeta.

Sir je i moja proza, koja se čita s obje strane jednak – *Sir ima miris*. Poput notorne *Ana voli Milovana*, pa vi sad recite da tu vražice nisu imale svoje prstiće – naprsto seks i sir (doduše one vele ljubav) oduvijek idu skupa – čak i napismeno.

Svojevremeno je herojski francuski predsjednik (De Gaulle, ne onaj majušni kojeg je podčinila Carla Bruni) izjavio da se ne može vladati narodom koji poznaje 246 vrsta sireva. Mislio je pritom, naravno, na Francuze, odnosno, Francuskinje (Jeste li vi dakle uopće svjesni dokle ta zavjera ide). Današnja, točnija brojka je oko 400 vrsta francuskih sireva. Francuskinje (to su baš one koje su izmisliše *French kiss*) poznaju ih dakle nekoliko stotina, a vjeruje se da im je broj u svijetu i višestruko veći. Galski pijetli – to jest njihove koke (baš poput famozne *Coco*) i tu drže mondenci primat baš kao i kod vina, da ne kažem pjenušaca



Švicarke i Nizozemke, samo na prvi pogled sjevernjakuše i plavuše, podarile su svojim vitezovima edamere, gaudе, gruyere i ementalere (Jeste li se ikada pitali otkuda im tolike rupe?)

koji se u Francuskoj zovu šampanjci ili vinjaka, koji zovu cognac.

No ni izbliza nije u siru sve francusko. Dovoljno je konzultirati www.cheese.com da se uvjerite u suprotno.

Pa iako se ovom prilikom klanjam svakom francuskom chèvreu, brieu, camembertu, roquefortu, posebno San Marcellinu i San Felicianu, kao i drugim velikim galskim umijećima, svijet bi bio mnogo siromašniji da i nešto južnije latino ljubavnice nisu mijesale svoje sirutke. Nastajali su tako, tjerajući nas niz sužanske skaline, parmigiano, mozzarella, pecorino, ricotta i provolone te mnogi drugi koje su rimski legionari opetovano kušali vraćajući se svaki put sa svojih europskih pohoda, na kojima su ostavljali nerijetko svoje sjeme, odnosno cijep kakva dobra sira – u dalekim provincijama poput Stiltona ili Cheddara (uključujući Chesire i Gloucester) u Britaniji. British Cheese Board stoga tvrdi da na Otoku postoji čak 700 vrsta lokalnih sireva – tko bi to rekao za hladne Engleskinje – ali zamislite da je trebalo zagrijati i Škote ispod kiltova. Tu su se tražile vjeratno snažnije vradžbine i plemenitije pljesni.

Švicarke i Nizozemke, samo na prvi pogled

sjevernjakuše i plavuše, podarile su svojim vitezovima edamere, gaudе, gruyere i ementalere (Jeste li se ikada pitali otkuda im tolike rupe?). Danski pak plavi sirevi i švedski sir od losova mlijeka u potpunom su skladu s notornom percepcijom promiskuitetnih Švedanki i Dankinja stvorenom obrazovnim filmovima koji su proteklih godina dolazili upravo iz tih zemalja. Novi svijet, iako nastao na genima lopova i prostitutki koje su godinama upravo tamo deportirali, začudo nije pridonio ni jednim velikim sirom – čini se, naime, da su se ladies of the night koje su tamo nastanjivali svojim primarnim zanatom toliko dobro bavile da im sir i nije bio prijeko potreban ili barem nisu išle u preveliku inovativnost, nego se zadovoljavale kopijama Staroga svijeta.

Pa ipak najveći svjetski proizvođači sira danas su Jenkiji, što opet govori o njihovim boljim polovicama i činjenici tko zapravo vlada svijetom. Ne čudi ni podatak da su Njemice po ukupnoj proizvodnji jače od Francuzica, o čemu, siguran sam, može svjedočiti nemalen broj dalmatinskih galebova što su odrađivali svoje šihte tijekom mnogobrojnih turističkih sezona kusajući s njima upravo sir (i pršut). Konačno, najveći svjetski papučari, to jest najveći

konzumenti sira, jesu proizvođači popularne fete – Grci (FAO podaci, per capita!), a slijede ih Francuzi, pa Talijani – dakle sve, poput nas Kroata, fetivi južnaci, mačo-tipovi u javnosti, a zapravo obični robovi, podčinjeni mužjaci, sužnji matrijarhata što se i putem sira nametnuo kao svjetski tajni poredak. Naravno, zavjere opstaju jer ljudi u njih ne vjeruju. Tako živi i ova svjetska feminina konspiracija. Za nevjerne Tome, poput onih zaljubljenih koji potpuno vjeruju draganama, a takvih nažalost uvijek ima, za kraj navodim znanstvene činjenice. Kazein iz sira nakon prolaska probavnim traktom raspada se na brojne supstancije od kojih je jedna kazomorfin – opioidni peptid s utjecajem na središnji živčani sustav. Jasno je valjda svima kako se upravo ta supstancija tu našla, i tko ju je tu i zašto stavio. Prema podacima već spomenuta British Cheese Boarda upravo kazomorfin izrazito utječe na spavanje, odnosno preciznije na snove. Nije im dakle bilo dosta što su namamivši nas srevima zauzdale, zarođile i podčinile, nego su nam odlučile oduzeti i snove. One davne muške snove slobode, snove lovaca i sakupljača.

Eto, pa mi vi i dalje *ne vjerujte*, dok one čak i na picu stavlju četiri sira! ■

Prof. dr. sc. Danilo-Danko Pavešić dobitnik je Reda Danice hrvatske s likom Ruđera Boškovića i drugih priznanja za svoje djelovanje u medicini i javnom životu.

Legenda medicine i sporta sa Sušaka

EDUARD HEMAR



Prof. emerit. dr. sc. DANILo - DANKO PAVEŠIĆ

Godine 1948. Pavešić je pozvan u juniorsku reprezentaciju Jugoslavije. Danko je diplomirao na MEF-u u Ljubljani 1956. i uskoro nakon povratka iz vojske završio svoju igračku karijeru.

U dvadesetom, jubilarnom nastavku rubrike hrvatski liječnici sportaši predstavljamo zaslужnog liječnika i sportaša iz Primorsko-goranske županije. Riječ je o Danilu – Danku Pavešiću. Rođen je u talijanskom dijelu grada Gorice (Gorizia) 10. kolovoza 1931. Potječe iz ugledne sušačke obitelji. Njegovi roditelji bili su Vazmoslav – Vazmo Pavešić (Sušak, 31. III. 1907 – Rijeka, 11. III. 1995) i majka Jolanda, rođ. Kunčević rodom iz Rijeke. Zanimljive su okolnosti mjesta rođenja i dobivenog krsnog imena budućeg zaslужnog liječnika i sportaša. U vrijeme kada se trebao roditi zabilježeno je na sušačkom području nekoliko smrti novorođene djece па ga je majka išla roditi u poznatu talijansku kliniku čiji su vlasnici bili fratri. Roditelji su htjeli da mu krsno ime bude hrvatsko Danko, no pošto je rođen u Italiji u politički nezgodnim vremenima, nađeno je kompromisno rješenje i nazvan je Danilo iako ga danas gotovo svi ljudi u privatnom životu znaju samo kao Danka.

Najstarije dijete

Danko je najranije djetinjstvo proveo u sušačkom naselju Pećine. Poslije je živio i u drugim dijelovima Sušaka, kojem je ostao vjeran cijeli život. Maturirao je 1949. na čuvenoj sušačkoj gimnaziji koja je počela s radom u školskoj godini 1853./1854. Potom je diplomirao na Medicinskom fakultetu u Ljubljani 1956. Odrastao je u vrijeme kada je Sušak bio zaseban grad i nalazio se u Kraljevini SHS / Jugoslaviji, a Rijeka (talijanski Fiume) bila je u sastavu Kraljevine Italije. Granica između Sušaka i Rijeke bila je na Rječini. Bio je najstarije dijete u brojnoj obitelji. Poslije njega su se rodili sestra Ana Marija (1933.), ekonomistica, te braća Vazmoslav (1935.), vlasnik brodarske kompanije u Švicar-

skoj, i Nikola (1946.), sada umirovljeni profesor informatike u Ljubljani. Njihov otac Vazmoslav Pavešić bio je vlasnik u to vrijeme poznatog špeditorskog (otpremničkog) poduzeća na Sušaku. Miran građanski život obitelji Pavešić prekinut je dolaskom II. svjetskog rata 1941. kada je talijanska vojska okupirala Sušak i pripojila ga Rijeci, tj. Kraljevini Italiji. Glava obitelji Vazmoslav odmah nakon pada Italije 1943. otisao je na nekoliko mjeseci u partizane, no to mu nije pomoglo 1945. kada mu je konfiscirano poduzeće i imovina te se jedva spasio od prisilnog rada. Njegov jedini krimen bio je taj što je bio imućan čovjek, a to je u novoj državi bio neoprostiv grijeh, a uopće nije bilo bitno je li netko stekao imovinu poštenim radom.

Zlatno razdoblje

Ljubav prema sportu Danko je naslijedio od svoga oca plivača i vaterpolista Victorije. Na Sušaku je između dva svjetska rata vodeće društvo bilo Jugoslavensko sportsko društvo Victoria, osnovano 1908. pod nazivom Športski klub Victoria. Osnovali su ga sušački gimnazijalci. Prva sekcija u društvu bila je nogometna. Već 1910. društvo dobiva novi naziv Hrvatski športski klub Victoria. Godine 1914. osnovana je plivačka sekcija koja će zajedno s vaterpolom najviše proslaviti Victoriju i Sušak. Nakon talijanske okupacije Rijeke i osnivanja Grada Sušaka 1919. te Rimskim ugovorima Italije i Jugoslavije 1924., Sušak ostaje u Kraljevini SHS i društvo mijena naziv i dobiva jugoslavenski prefiks zbog tadašnjih političkih okolnosti i činjenici da se grad nalazio na samoj granici dviju država. U svom zlatnom razdoblju između 1924. i 1940. Victoria je uz splitski Jadran i dubrovački Jug bila najuspješniji plivački i vaterpolo klub u tadašnjoj Jugosla-



Studenska reprezentacija Jugoslavije 1953. u Dortmundu. S lijeva: Puharić, Du. Ježina, Da. Ježina, Kvokal, Pavešić, Branica (zaklonjen), Bonačić, Aranicki, Stevanović i Muškatirović. Dalje slijede njemački igrači.



Vaterpolo ekipa Primorja 1956. S lijeva: Tomo -Tomba Mohorić, Ivica - Jobo Curtini, Zdravko - Ćiro Kovačić, Jerko Štampalija, Danilo - Danko Pavešić, Zdenko Tijanić i Duško Negovetić

viji. Vazmoslav – Vazmo Pavešić bio je odličan plivač Victorije (kombinacije prsnog i leđnog stila koji se tada zvao germanija). No najveće uspjehu postigao je kao vaterpolo vratar. Bio je kandidat za nastup na Olimpijskim igrama 1936. u Berlinu ali je reprezentacija otišla na put samo s jednim vratarom (Mirom Mihovićem). Godine 1938. Victoria postiže u vaterpolu svoj najveći uspjeh osvajanjem Prvenstva Jugoslavije, a Pavešić je bio prvi vratar te ekipe u čijem su sastavu igrali sami legendarni sportaši: Božo Grkinić, Ivan Jobo Curtini, braća Boris i Vlado Polić, Janko Matković i Duško Marčeta. Na novi će naslov državnog prvaka Primorje (ranije Victoria) čekati čak 76 godina, sve do 2014. Osim toga, Vazmoslav je bio i član uprave Victorije te nakon rata tri godine trener u novoosnovanom Fiskulturnom društvu Primorac (od 1946. Primorje), nasljedniku Victorije. Potom se zaposlio u špeditorskom poduzeću Tranjug.

Talijanska okupacija

Rastući u sportskom okruženju, Danko već s osam godina 1939. postaje subjunior Victorije u plivanju. Za vrijeme talijanske okupacije s ostalim članovima kluba trenira, ali ne nastupa jer su viktorijaši prkosno odbili natjecanja pod fašističkom upravom. Nakon rata

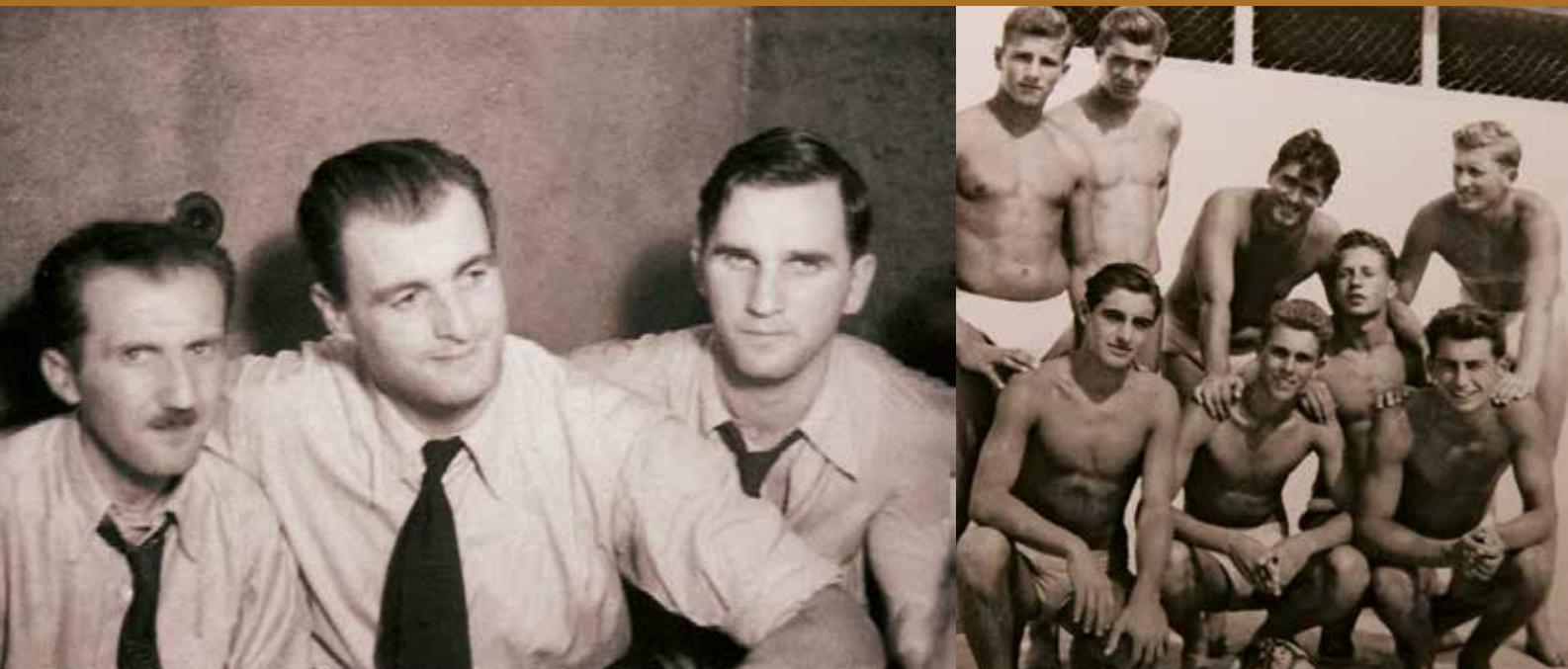
počinje njegova uspješna sportska karijera. Postaje član riječkog Primorja jer Victoriji nije omogućeno da pod tim nazivom nastavi djelovati. Gradovi Sušak i Rijeka se 1948. ujedinjuju u jedan grad Rijeku. Trenira plivanje i vaterpolo u juniorskom sastavu a 1947. prvi put nastupa za seniorsku ekipu Primorja. Tih godina vaterpoliste Primorja predvode dva izuzetna igrača i reprezentativca Ivan – Jobo Curtini i Zdravko – Ćiro Kovačić, koji je također svoju karijeru započeo kao junior Victorije. Vaterpolo ekipa Primorja vodila je veliku borbu s dubrovačkim Jugom, zagrebačkom Mladost i splitskim Jadranom i Mornarom za prevlast u državi. Pavešić je bio član prve ekipe sve do 1958. ali nije uspio sa svojim klubom postati prvak Jugoslavije. Bez pojačanja sa strane, oslanjajući se samo na vlastiti igrački kadar, Primorje je stabilan prvoligaš ali ne može parirati najboljim klubovima koji su imali mnogo bolje uvjete. U 1. saveznoj vaterpolo ligi s klubom osvaja treće mjesto 1948. i četvrto mjesto 1949., 1950., 1951., 1953. i 1954.

Godine 1948. Pavešić je pozvan u juniorskiju reprezentaciju Jugoslavije. U Ljubljani je sudjelovao u dvije pobjede protiv Italije. Potom 1949. nastupa u Napulju, gdje su juniori iz Jugoslavije opet dva puta pobijedili vršnjake iz

Italije. Na jesen iste godine pozvan je na savezni trening A reprezentacije i trebao je nastupiti sa seniorskom vrstom u Italiji, ali je u isto vrijeme imao ispit na fakultetu zbog kojega je odustao od odlaska na utakmicu. Mnogo godina poslije prisjetio se tog događaja: ‘Stajao sam na kolodvoru u Ljubljani gdje su prolazili moji kolege sportaši na putu za Genovu. Grlo mi se steglo, znao sam da je to moje kraj profesionalne sportske karijere, ali je medicina bila moj put, moje životno opredjeljenje’.

Slast uspjeha

Više ga nisu pozivali u seniorsku reprezentaciju, ali je ipak osjetio slast uspjeha na međunarodnoj sceni. Godine 1953. pozvan je u studensku reprezentaciju za nastup na Svjetskim studenskim igrama u Dortmundu, koje su bile preteča Univerzijadi. Njemački naziv tog natjecanja bio je Treći internacionalni visokoškolski tjedan. Vaterpolisti Jugoslavije su u Dortmundu nakon odličnih igara postali studenski prvaci svijeta i osvojili zlatnu medalju. U toj su reprezentaciji uz Pavešića igrali: Milan Muškatirović, braća Dubravko i Dabiša Ježina, Hrvoje Somogyi, Mitjan Bonačić, Zoran Stefanović, Ivan Aranicki, Ivo Puharić (o kojem smo pisali u jednom od prethodnih brojeva LN-a), Marko Vranica i Ante Kvokal. Trener reprezentacije bio je Jovan



Zasluzni članovi Victorije i Primorja.

Slijeva: Mićo Blažina, Vazmoslav Pavešić i Predrag Miculinić.

Juniorska reprezentacija Jugoslavije 1948.

Slijeva: stoje Pavešić, Matulić, trener Bonačić i Ježić; kleče Kačić, Ježina i Somogy.

– Đan Tomić iz Zagreba. Bili su to sve izvrsni ligaški igrači, a najuspješniju karijeru poslije je imao Muškatirović iz Beograda koji je postao prvi vratar seniorske reprezentacije.

Danko je diplomirao na MEF-u u Ljubljani 1956. i uskoro nakon povratka iz vojske završio svoju igracku karijeru. U Ljubljani je položio i specijalistički ispit iz ginekologije. Bio je dugogodišnji djelatnik, a poslije i šef Odjela za ginekologiju i porodništvo bolnice na Sušaku. Godine 1972. izabran je za docenta, da bi dvije godine poslije doktorirao, a 1981. bio izabran za redovitog profesora MEF-a u Rijeci. Predstojnikom Ginekološke klinike u Suškoj bolnici postao je 1975., a nakon osnivanja KBC-a, kojim su objedinjene riječka i sušačka ginekološka klinika, postaje predstojnikom Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka. Dužnost dekana MEF-a u Rijeci obnašao je od 1995. do 1999. a 1998.–1999. bio je rektorom riječkog sveučilišta. Autor je i potpisnik brojnih stručnih radova i knjiga, članaka, publikacija, aktivni član brojnih svjetskih liječničkih udruga. Nakon umirovljenja 1999. biran je u zvanje profesora emerita na matičnom sveučilištu. Dobitnik je Reda Danice hrvatske s likom Rudera Boškovića i drugih priznanja za svoje djelovanje u medicini i javnom životu.

Paralelno sa liječničkom i sveučilišnom karijerom, prof. Pavešić je i dalje ostao vezan uz sport. Dugi niz godina obnašao je razne dužnosti u svome klubu Primorje. Nakon reorganizacije kluba 1. siječnja 1991. i promjene naziva u Športsko društvo Primorje 08, punih je 17 godina, do 2008., bio njegov predsjednik.

Legendarni vaterpolist

U tom je razdoblju ŠD Primorje 08, koje okuplja plivače, vaterpoliste i sinkronizirane plivače, bilo najuspješnija sportska udruga na području Primorsko-goranske županije. Bio je glavni i odgovorni urednik monografije povodom 90-godišnjice Primorja 1998. Za svoje djelovanje u sportu dobitnik je Trofeja Hrvatskog olimpijskog odbora za životno djelo 1994., kao i drugih priznanja.

Kao intelektualac sa širokim interesom, od kulture do sporta, poseban obol dao je osnivanju i radu Kluba Sušačana i pokretanju Sušačke revije. Ljubav prema rodnom gradu motivirala je Sušačane da 11. travnja 1992. osnuju vanstranačku neprofitnu udrugu građana "Klub Sušačana". Za prvog predsjednika izabran je legendarni vaterpolist i olimpijac Zdravko – Ćiro Kovačić, a sadašnja predsjednica je Tamara Morić. Član prvog Izvršnog odbora postao je i prof. Pavešić. U travnju 1993. izašao je prvi broj Sušačke revije, koja je s vremenom postala vodeći časopis u regiji.

Od 1996. Sušačka revija izlazi kao "Glasilo za kulturu i društvena zbivanja Hrvatskog primorja, kvarnerskih otoka i Gorskog kotara". Prve dvije godine izlaženja bio je glavni i odgovorni urednik prof. Pavešić te potom dugi niz godina glavni urednik, a trenutno obnaša dužnost odgovornog urednika, uz glavnog urednika Alena Čemeljića. Zahvaljujući naporima Kluba Sušačana u Rijeci postavljena je ploča koja označava dio grada koji je nekada pripadao Sušaku. Isto tako je brojnim predavanjima i drugim aktivnostima te izдавanjem časopisa bogata povijest Sušaka otrgnuta od zaborava. Nepunih godinu dana nakon smrti svog velikog prijatelja i sugrača Zdravka – Ćire Kovačića, prof. Pavešić i dalje djeluje na projektu koji su zajedno započeli prije gotovo 25 godina.

U privatnom životu bio je u dva braka i ima četvero djece. Danas, u 85. godini života, još uvijek aktivno pliva svaki tjedan i veseli se uspjesima svoga kluba Primorje koji je aktualni državni prvak u vaterpolu te drugoplascani klub u Ligi prvaka Europe 2015.

Izv.: Dokumentacija prof. emerita dr. sc. Danila Pavešića iz Rijeke; dokumentacija autora.

Lit.: Victoria Primorje 1908 – 1998, Rijeka, 1998; Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci 1955.-2005., Rijeka, 2005.



LIDER U PONUDI ŠKOLSKOG
I UREDSKOG PRIBORA



15%

popusta za članove
Hrvatske liječničke
komore

Veliki izbor svega što vam je potrebno za ambulantu
(uredski pribor, papirna konfekcija, sredstva za čišćenje...),
za vas osobno ili za vaše ukućane. Vrhunska kvaliteta, veliki izbor,
vrhunske cijene i još uz poseban popust za članove HLK-a!

Popusti se ne zbrajaju.

Popust se može iskoristiti uz predočenje iskaznice HLK u bilo kojoj našoj prodavaonici.
Za kupnju preko e-trgovine svoj kod za popust zatražite putem e-maila na adresu
e-trgovina@nn.hr

www.nn.hr
e-trgovina@nn.hr



ALEKSANDAR LJUBOTINA

(Rijeka, 1957) diplomirao je 1981. na MEF-u u Rijeci. Nakon pripravničkog staža u KBC-u Rijeka radi kao liječnik opće medicine u Domu zdravlja Poreč, u ambulantama Kaštelir, Vižinada i Višnjane te u turističkoj ambulanti u Funtani. Od 1984. radi u Domu zdravlja Rijeka, u ambulantama medicine rada, prvo za radnike tvornice „Vulkan“, a od 1986. za radnike poduzeća „Luka“ koja, nakon jedne od reformi zdravstva, postaje ambulantom obiteljske medicine. Studij psihologije završava 1998. na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci. Godine 2000. postaje magistar biomedičinskih znanosti, 2007. polaže specijalistički ispit iz obiteljske medicine, a 2012. postaje doktor biomedičinskih znanosti na MEF-u u Rijeci. Od 2008. do 2009. radi kao asistent na Katedri za socijalnu medicinu i epidemiologiju, a od 2009. kao asistent te od 2015. kao znanstveni suradnik na Katedri obiteljske medicine MEF-a u Rijeci.

KRATKA LIJEČNIČKA PRIČA

Posvećeno Vječnoj reformi zdravstva u Svemiru

U godini 2525-oj

ALEKSANDAR LJUBOTINA
alexandar_ljubotina@yahoo.com

Krajem šezdesetih prošlog stoljeća pop-rock pjesma „In the year 2525“ Dennisa Zagera i Richarda Evansa bijaše velik hit na svjetskim top lista-ma. Tekst je futuristički, svaka strofa obuhvaća milenijsko razdoblje od 2525. do 9595. godine, najavivši kraj vladavine čovjeka u 10000. godini. Dok sam, prepustivši se uspomenama, slušao stari hit, kosnula me je činjenica da se tehnološki napredak, glavni uzrok dekadencije ljudske vrste, događa puno brže nego što pjesma navješta.

Vrijeme radnje: Vidi naslov!

Mjesto radnje: Teraformirani Mars, marsitorij NRH (Nove Republike Hrvatske), članice NEU (Nove Europske Unije).

Glavni likovi: Doktorica obiteljske medicine

... Pacijent se upravo teleportirao u ambulantu i ulazi u ordinaciju.

Pacijent: Izvrstan dan, doktorice!

Doktorica: I vama izvrstan dan!

(Na Marsu je sve izvrsno, pa se pridjev dobar izgubio u svakodnevnom govoru).

Pacijent: Zovem cijeli marsijanski dan za one moje recepte, ali nikako vas dobiti, pa sam eto morao doći, ujedno mislim da mi je vrijeme za zamjenu bioničkog koljena.

Doktorica: Već sam vam više puta rekla da morate biti strpljivi, mi ovdje obavimo od dva do tri svemirska standarda zdravstvenih uslu-ga. Uostalom, preporučena Vam je genska terapija egzistencijalne hipertenzije i dijabetesa tipa IV, pa bi se riješili lijekova. Druga je stvar što uporno ne prihvataće zdrav način života, a to je uvjet NHZZO-a (Novi HZZO), bez čijeg odobrenja vas ne mogu teleputiti na gensku terapiju u Marsaliju.

Pacijent (mrmljajući sebi u bradu): Moj stari doktor nije bio tako strog.

Doktorica: Čula sam vas, dobro znate da je vaš stari doktor prije 112 godina izdahnuo na radnom mjestu, i da je bio zadnji pripadnik muškog spola u novoj hrvatskoj obiteljskoj medicini.

Pacijent (nostalgično): Eee, to su bila vreme-na, ja mlad svemirski radnik, doktor u najbo-ljim godinama, niti 100 godina pred mirovinu. Moglo se dobiti i do tjedan dana bolovanja.

Doktorica: Da, ali u to doba se nisu organi klonirali u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, sad nema razloga za korištenje bolovanja. Ah, koja zastarjela riječ, dugo je nisam čula, mlađi naraštaj niti ne zna što znači bolovanje, kao što nisu čuli ni za mirovinu. Nekad bilo, sad se spominjalo.

Pacijent: Kad smo već kod kloniranja, vidite, molim vas, imam li pravo na novo koljeno.

Doktorica (mislima prelistava elektronski karton pacijenta i komentira za sebe): Ovo prelistavanje je kao da igraš šah, da mi je barem „klikati“ mišem kako su to doktori nekad činili. (Obraća se pacijentu) Nažalost, nije još prošla godina dana, morate se strpiti još dva mjeseca.

Pacijent: A, izdržat ću nekako, a novi bubreg?

Doktorica: Odmah ću pogledati, pružite ruku da vam izmjerim klirens kreatinina, evo, uz ovakve nalaze za sada ne trebate novi bubreg.

Pacijent: Pa klonirali ste mi i us adili bubrege prije dvije godine, malo me probada u slabinama, ma dajte doktorice, k'o da je to neki problem...

Doktorica: Nemojte, molim Vas omalovažati proces kloniranja, iako nije tako stresan



kao obavljanje administrativnih poslova koje su nekada davno obavljali doktori u Starom kraju. Proučavanjem njihove aktivnosti na Smartdoctor internetskoj listi, povjesničari hrvatske medicine utvrdili su da su zbog administrativnih pogrešaka bili i kažnjavani.

Pacijent: Dajte, doktorice, molim vas, doktori pa još obiteljski da bi bili kažnjeni zbog administrativne pogreške. Što vi o meni mislite, da sam pao sa Zemlje?

Doktorica: Puno se puta Zemlja okrenula oko Sunca dok je HZZO prihvatio obiteljske doktore za ravnopravne partnerne, i nije to išlo glatko. Slušajte, tehnički je kloniranje organa pojednostavljeno, pa uz dva do tri svemirska standarda usluga nekako uspijevamo i klonirati u radno vrijeme, ali odlukom NHZZO-a na nove bubrige još nemate pravo.

Pacijent: Pa zašto onda plaćam zdravstveno 120 godina, a još plaćam i dopunsko osiguranje od bliskih susreta treće vrste!

Doktorica: Pogledajte, i program javlja da Vam s redovitim izmjenama organa, i uz pridržavanje životnog stila predstoji barem još 300 godina, i to marsijanskih.

Pacijent: Pustite Vi program, Mini Star nam je obećao da će nam novom Reformom biti omogućena promjena organa kad god nas nešto zaboli. Zašto bi se uopće trovali lijekovima?

Doktorica: Niste dobro slušali Mini Staru, mijenjat će se preventivno samo oni organi koji su bili klonirani u Shigeomitsu retortama, jer je došlo do hiperaktivnosti 0,05 % genskog materijala s nepredvidivim poljedicama, a u našoj se ambulanti koristi provjerena retorta renomiranog domaćeg proizvođača Geesinfog.

Pacijent: Ne znam, doktorice, vidim da me ne razumjete, možda je najbolje da promijenim liječnika!

Doktorica: Slobodno me promijenite, ali ne zaboravite da sam ja jedina od NHZZO-a certificirana hologramska doktorica na čitavom Marsu.

Pacijent: A kad je tako, do telepatije doktorice.

Doktorice: Do telepatije.

KRAJ ?



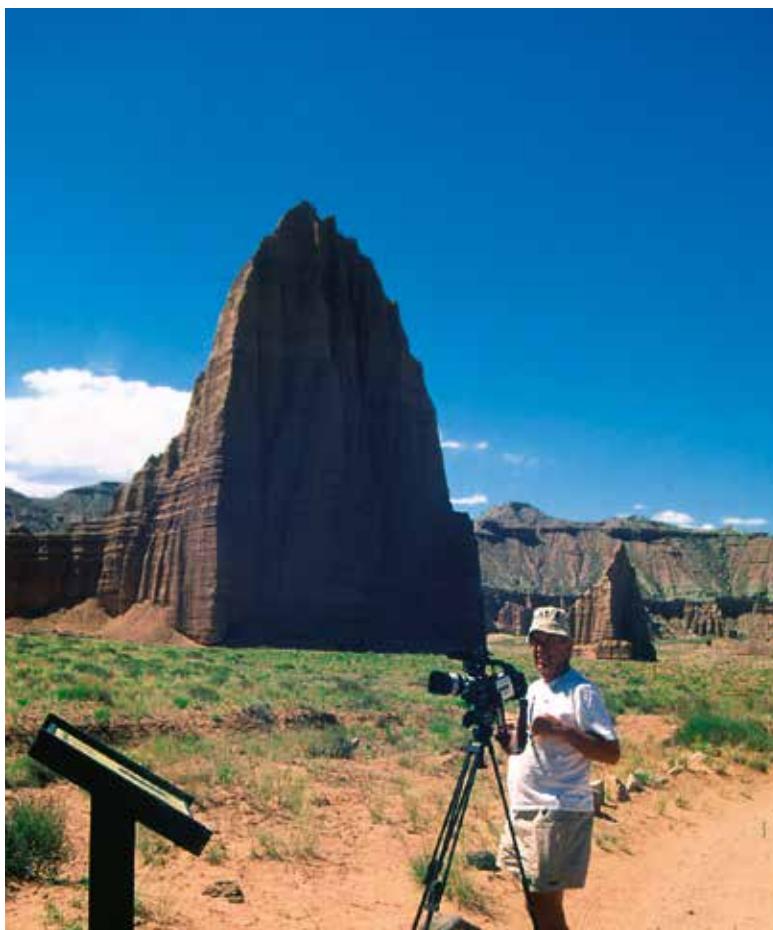


Avanture po američkom Zapadu

Tekst i slike: Željko Poljak

Nikad se u životu nisam toliko uplašio kao u brdima iznad Barstowa u Kaliforniji, gdje smo TV snimatelj Mario Salleto i ja nehotice uletjeli u revolveraški obračun. Ranjenici su se valjali po tlu zapomažući u sav glas, jedan je upravo padaо s krova a drugi je visio obješen o uže. Pred ulazom u jednu trgovinu spazim indijanski bračni par u narodnoj nošnji i bez pitanja uletim u njihovu trgovinu da se sklonim od pucnjave. No uskoro smo shvatili da je ta "krvava drama" bila zapravo kaubojska predstava za turiste koji su došli u posjet napuštenom rudniku Calico. Nakon završetka programa mogli smo se, uz pivo, slikati zagrljeni s bivšim mrtvacima i revolverašima. Svratio sam i do indijanskog para da se ispričam za svoj postupak, a zapravo da ih fotografiram – kad tamo, bile su to dobre reklamne lutke. Zablude sam shvatio tek kad se nakon mog pozdrav lutke nisu ni pomakle.

No najprije nekoliko riječi o tome kako sam se sa Salletom našao usred nekadašnjega Divljeg zapada. Godine 1987. dopratio sam našu himalajsku ekspediciju Ngojumba Kang do Namche Bazara pod Everestom i tu odustao jer sam na toj visini počeo disati kao na škrge. Otišao sam u Bangkok, gdje sam se nakon mjesec dana trebao priključiti ekspediciji na njenom povratku. Vrijeme sam iskoristio da, među ostalim, otplovim na otok Koh Samui u Južnom kineskom moru gdje sam se htio naužiti egzotike tropске plaže i izvesti, možda, prvenstveni uspon na otočni vrh. Ali sam ubrzo odustao od uspona, u paničnom strahu pred smrtnim opasnostima koje vrebaju na svakom koraku. Ne znam jesu li bile gore nebrojene zmije otrovnice ili neprestano padanje zrelih kokosovih oraha koji kao od šale mogu smrskati ljudsku glavu, jer su tvrđi od nje.



Mario Salleto (1935-2007) u svom elementu



Planinarska kuća na vrhu Pikes Peak (4302 m)

Vratim se u Tailand i nakon posjeta raznim znamenitostima, među ostalima i mostu na rijeci Kwai, odem u zračnu luku Bangkok i stanem u red pred šalterom za Singapur, kad li pred sobom ugledam zagrebačkog planinara, TV snimatelja i svjetskog putnika Marija Salleta sa suprugom Jasnom. I tako smo idućih desetak dana zajedno tumarali po Singapuru i Maleziji gdje je Mario skupljao gradivo za nastavak svoje glasovite TV serije "Bespućima svijeta".

Kad je poslije u njegovom programu došla na red Amerika, sjeti se on mene i tako smo nas troje opet zajedno letjeli, ovaj put preko Atlantika, da bismo obišli najljepša područja gorovitog Zapada SAD-a. Imam sreću što je Mario prokušan rally vozač pa će imati vrhunskoga vlastitog šofera. Ali jao! U zraku, negdje nasred oceana, saznam da je uloga šofera namijenjena meni, jer Mario želi za vrijeme vožnje snimati. Ponovni "jao!" kad je u Los Angelesu unajmio „motorhome“ velik

poput autobusa. Već nakon nekoliko minuta za volanom skoro sam od treme dobio srčani infarkt. Spasilo me to što je motorhome bio vrhunski automatiziran, počevši od mijenjanja brzina i limitiranja dopuštene brzine pa do akustičnog alarma kod vožnje natraške. Ipak, nakon mjesec dana nedostajao je jedan retrovizor, stražnji branik je bio zgužvan, a u kuhinji je štošta bilo porazbijano, jer je na oštrim zavojima posude letjelo na sve strane.

Kod preuzimanja vozila morali smo potpisati da nećemo ići u Death Valley, valjda radi tamošnjih paklenih vrućina, no naša prva postaja bila je, naravno, Death Valley. Tamo smo parkirali motorhome pored još nekoliko sličnih vozila i s njihovim vozačima razmijenili diskretan konspirativni smješak. Oko te Doline smrti pruža se planinarski eldorado, ako vam ne smeta paklena žega kakvu nisam doživio niti u Sahari. Umjesto u brda sišli smo na najnižu točku SAD-a, užareni kotač Badwater (minus 282 stope).

Tada sam, kad je već bio kasno, doznao da će na putovanju imati još nekoliko funkcija: bit će dvorski liječnik naše ekipe (Mario je bio srčani bolesnik, od čega je poslije i umro), zatim nosač teške snimatelske opreme na terenu, k tome vodič, jer sam već bio u tim krajevima, te uza sve to povremeno i kuhar. Nakon prvog kuharskog pokušaja zauvijek sam oslobođen od te dužnosti, a preuzeala ju je, srećom, Jasna. Oblizavali smo si prste!

Na prvom terenskom snimanju doznam da će cijelim putem imati još jednu funkciju, tj. da će biti filmski statist koji će kod snimanja oživljavati pejzaže hodajući po naredbi lijevo, desno, naprijed ili natrag i ustro se što češće preoblačiti da se ne prepozna uvijek ista osoba. Mario me tješio da će biti jedinstven u povijesti filma – postat će filmska zvijezda u 75. godini života. Osim toga će televiziji Zagreb svojom glumom uštedjeti mnogo novca. Izračunao je da mjesec dana našeg snimanja nacionalnih parkova Amerike košta manje

>>

nego tjedan dana snimanja domaće serije "Pustolovine po Hrvatskoj".

Mala usporedba radi boljeg razumijevanja! Kada je ekipa pod vodstvom TV urednice Mignon Mihaljević snimala TV seriju Velebit, znali smo satima čekati da se oblaci lijepo namjeste i, kad bismo to konačno dočekali, ekipa je bespomoćnoj Mignon na sindikalistički način izjavila:

- **Sada je četiri popodne i naše je radno vrijeme isteklo.**

Salletovo radno vrijeme bilo je, naprotiv, od "jutra do mraka" a ponekad i „od mraka do jutra“, drugim riječima do iznemoglosti, jer „treba iskoristiti svaki, možda neponovljiv trenutak“.

Jednoga se dana sjetim svoga nekadašnjeg posjeta misterioznom napuštenom planinskom gradiću Silvertonu i predložim da ga odemo posnimiti – u zao čas! Cesta iz Duranga za Silverton vodi preko zaleđenog prijevoja Mola Pass visokog 3327 metara (zove se još i Molas Divide jer je tu razvodnica između Pacifika i Atlantika). No što je to za iskusnoga rally vozača po Africi i Mongoliji kao što je Mario – mislio sam ja. Ali on je mislio drukčije:

- **Sutra ćeš ti sam motorhome dovesti u Silverton, a nas dvoje ćemo turističkim vla-kom jer ne mogu propustiti reportažu o toj jedinstvenoj pruzi.**

- **A što ako se negdje na putu razbijem?**

Zakolutao je očima, ali nije odustao.

Ovaj put je u planini bilo još gore nego prije dvadeset godina: magla i poledica, a kad sam jedva živ stigao u Silverton -5. lipnja! - pадао је снјег. Parkiram na terminalnom kolodvoru i kad je konačno brdskim vlakom stigao, Mario odahne:

- **Ne sjećam se kad sam bio tako sretan kao danas kad sam iz vlaka ugledao naš parkirani motorhome** (Mario ga je unajmio na svoju karticu!).

Skoknuli smo zatim u Arizonu da vidimo Grand canyon Colorada. Kad smo stigli na njegov rub svi troje smo se prestravili od po-



Gurmanska „kuharica“ Jasna (u NP-u Joshua Tree)



Cadet Chapel u Zrakoplovnoj akademiji SAD-a: ulaz sloboden (i za Ruse)

gleda u dubinu. Odmah sam rekao Mariju neka ni ne pomisli na silaz do rijeke, ne pristajem niti ako unajmi mazge za povratak. Kolegica dr. Nada Köhler Kubelka opisala je jednom davno taj pothvat s entuzijazmom, ali se među retcima dalo nazrijeti da je to bila prava tortura. Ovakav planinarski pothvat „natraške“ - najprije silaz u užarenu dubinu od skoro dva kilometra pa onda uspon,

sve u jednom danu - mogao bi se usporediti s osvajanjem medalje na Olimpijadi. Mario se utješio s tjedan dana splavarenja po Coloradu od Moaba nizvodno, a ja sam morao našu kuću na kotačima (imala je spavaču sobu, kuhinju, kupaonicu, WC, agregat itd.) odvesti stotine kilometara nizvodno do Hitea gdje će njihova plovidba završiti. Otišao sam na prvu benzinsku crpu na-



Samo za vjenčanje, nažalost ne i za rastavu, molim!

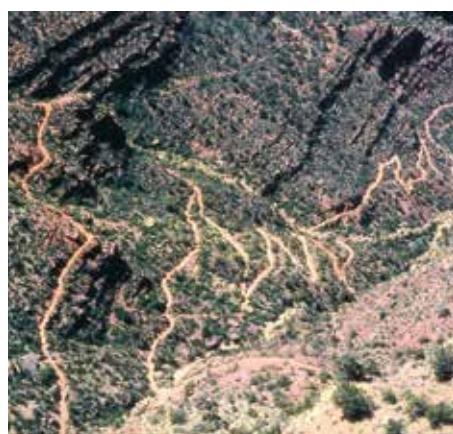
puniti rezervoar i zinuo od čuda kako sam malo platio, a na velikom transparentu bio je natpis „Za ovako visoku cijenu benzina nismo mi krivi nego glupa američka vlada“. Vrijeme sam iskoristio da usput prokrstarim nacionalne parkove Archies i Canyonlands koji obiluju takvim prirodnim atrakcijama da se o njima može napisati čitava knjiga.

Usput sam sudjelovao kao putnik legendarne poštanske kočije u obračunu s Indijancima (10 dolara), od kojih su nas spasili Winnetou i Old Shatterhand. Da komedija bude potpuna, u nestašici pravih Indijanaca glumili su ih bijelci, a Shatterhand je slučajno bio pravi Indijanac. No takva sitnica Amerima ništa ne smeta da bi se dobro pobavili.

Otišli smo zatim u Nacionalni park Joshua Tree, gdje smo pod jednom stijenom naišli na neobičan „djecački vrtić“. Njihovi roditelji penjali su u stijeni, a ispod nje su u hladu ostavili svoju djecu, među njima jedno dojenče. Vrlo spremno su se odazvali molbi da ponove neke detalje uspona za naše TV kamere.

Strašno nas je razočarao uspon Santa Rosu (10 810 stopa) iznad glasovitog Palm Springsa. Ne ide se pješice nego žičarom, koju tamo nazivaju tramvajem. S vrha bio je lijep vidik na Palm Springs kao na zemljovidu: zelena pjega usred goleme pustinje, no uzalud smo platili ne baš jeftinu voznu kartu. Naime, s gornje stанице ni koraka dalje! Bila je okružena plotom s natpisom da ga je zabranjeno prelaziti jer je planina zaštićena kao National Forest (strašno se boje požara). Martin u Zagreb, Martin iz Zagreba!

Utješili smo se turom po Polineziji i njenim vulkanskim otocima, no to je posebna priča. A na povratku smo se – vjerovali ili ne – popeli na Matterhorn. U Disneylandu u LA-u! Bila je to prilično vjerna imitacija vratolomnoga alpskog vrha, čak smo za vrijeme uspona čuli strašnu riku medvjeda. Američki smisao za praktičnost: ta čemu putovati preko Velike bare kad možete Matterhorn doživjeti na svom tlu. Ali prilično lako možete „osvojiti“ i pravi četiritisućnjak ako odete u Colorado Springs blizu Denvera. Vrh se zove Pikes Peak i visok je 4302 me-



Silaz u Grand kanjon? Možda, ali uspon – hvala, ne!

tra. Bio mi je to „najlakši“ četiritisućnjak u životu jer na sam vrh vozi „najviša zupčana željeznica na svijetu“. Njezina je zadnja postaja u zgradbi (Summit house) koja je sagradena na vrhu i u kojoj možete, ako poželite, doživjeti pravu visinsku bolest. Jednostavno otrčite stubištem u prvi kat. Bez straha, jer je prva pomoć uvijek u pripravnosti – maska s kisikom.

Usput smo pogledali obližnju Zrakoplovnu



„Pravi“ Navaho Indijanci u Calicu

akademiju američke vojske koja prolaznike vabi natpisom „Vidjet ćeće stvari kakve ni Rusi nemaju!“ A ono što u njoj svakako treba pamtitи jest Cadet Chapel, crkva koja je nalik hrpi avionskih krila. Njezina se slika nalazi u svakoj boljoj povijesti umjetnosti a ujedno je primjer vrhunske vjerske tolerancije – služi za vjerske obrede svih mogućih religija kojih se možete sjetiti.

Kao prije spomenuti Palm Springs, slična je pustinjska oaza i Las Vegas, inače najjeftiniji grad u SAD-u. Idealno mjesto da se odmotrite nakon naporne ture prije povratka kući. Tamo se svaku večer mogu besplatno vidjeti atraktivni spektakli, na primjer pomorska bitka s pravim jedrenjacima, a za par dolara možete dobiti „steak“ tako velik da prelazi preko ruba tanjura. No sve ćeće to Vegasu nadoknaditi gubitkom novca u nekoj od igračnica gdje možete za čas ostati bez centa u džepu. Ali valja priznati da se nigdje ne možete tako dobro provesti kao u Vegasu, uz uvjet da odolite hazardskoj groznici u blistavim igračnicama koje mame na svakom koraku. Dodatna su prednost uredi gdje se možete – ako se u vama uzburkaju hormoni – legalno oženiti u bilo koje doba dana i noći bez ikakvih indiskretnih pitanja. Glavno je da platiš, a na svjetlećim reklamama iznad ulaza mami vas natpis „All cards OK“. Recimo još i to da je u Las Vegasu osobna sigurnost na takvoj visini da policija nema posla – jer goste bolje čuva mafija koja od njih živi. Bravo mafija!

I tako smo se vratili kući živi, zdravi i veseli.

Novi članovi Uredničkog odbora Liječničkih novina



E-adresa:
plavec@bolnica-srebrnjak.hr

DAVOR PLAVEC

Rođen je 1962. u Zagrebu. Diplomirao je na MEF-u u Zagrebu. Specijalizirao je medicinu rada i sporta te magistrirao i doktorirao na MEF-u u Zagrebu. Od 1988.-2005. radi u Institutu za medicinska istraživanja i medicinu rada. Od 2005. je zaposlen kao pomoćnik ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor u Dječjoj bolnici Srebrnjak u Zagrebu. Godine 2009. izabran je za docenta, a 2014. za izvanredniog profesora u naslovnom zvanju na Katedri internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine, gdje predaje na kolegiju medicine rada. Aktivan je sudionik Domovinskog rata. Sudjelovao je i vodio više nacionalnih te međunarodnih znanstvenih projekata. Aktivan je član više stručnih društava HLZ-a i HLK-a, član Upravnog odbora Hrvatskog pulmološkog društva, obnašao je dužnost

tajnika Hrvatskog toksikološkog društva 10 godina, bio član Upravnog odbora Hrvatskog društva za alergologiju i kliničku imunologiju u tri mandata te član Izvršnog odbora za implementaciju GINA programa za RH i Izvršnog odbora za implementaciju GOLD programa za RH. Član je Europske akademije za alergologiju i kliničku imunologiju. Od 2001.-2008. obnašao je dužnost glavnog i odgovornog urednika hrvatskog izdanja časopisa JAMA, od 2003. član je uredničkog odbora časopisa Allergy, Hypersensitivity, Asthma te recenzent više inozemnih časopisa. Znanstveni je savjetnik, autor više od 50 originalnih znanstvenih radova objavljenih u časopisima s međunarodnom recenzijom te predavač na više desetaka međunarodnih i europskih kongresa. Ekspert je u područjima medicine rada i sporta, alergologije, pulmologije, toksikologije, funkcionalne dijagnostike dišnog sustava, kontrole kvalitete zdravstvene zaštite i informatizacije zdravstva.



E-adresa:
ksenija_vucur@hotmail.com

KSENIJA VUČUR

Rođena je 24. srpnja 1987. godine u Slavonskom Brodu. Osnovnu i srednju školu završila je u Slavonskom Brodu. Diplomirala na MEF-u u Zagrebu 2012. Trenutno radi na Zavodu za hitnu medicinu Zagrebačke županije. Studentica je 1. godine Poslijediplomskog sveučilišnog studija biomedicina i zdravstvo. Koautorica je nekoliko znanstvenih i stručnih publikacija uključujući i sažetke s domaćih i međunarodnih kongresa. Suradnica je na Sveučilišnom projektu u domeni „Prognostičko značenje biomarkera u bolesnika sa simptomatskom perifernom arterijskom bolesti“. Članica je Povjerenstva za mlade liječnike HLK-a.

E-adresa:
zdenko.kovac@mef.hr



ZDENKO KOVAC

Gimnaziju je završio u Vinkovcima 1975., a studij medicine u Zagrebu 1980. Radio je kao asistent na Fiziologiji. Nakon studija alergologije bio je 1982.-1984. na postdoktorskom studiju iz imunologije na National Institutes of Health (NIH), Bethesda, SAD. Doktorirao je iz područja imunologije 1984. Od 1985. radi na Patofiziologiji KBC-a Zagreb (Rebro). Specijalist je interne medicine i redoviti profesor patofiziologije. Godine 1987.-1989. radio kao Visiting Associate na NIH-u Bethesda. Dobitnik je više stipendija i potpora: Utilitas, Fulbright, Fogarty, FEAS, stipendija Japanske vlade, WHO, UNESCO. Od 1998. pročelnik je Katedre za patofiziologiju, a 1998.-2002. bio je prorektor Sveučilišta u Zagrebu. U International Society for Pathophysiology (www.isp.org) član je Vijeća i predsjednik Edukacijskoga odbora, a od 2010. potpredsjednik. Predstavnik je Hrvatske u EMBO-u 1995.-1998., a od 2007. ERASMUS-koordinator Sveučilišta u Zagrebu. Objavio je 30-ak znanstvenih, 40-ak stručnih i 20-ak drugih radova. Mentor je 6 doktorata, voditelj 6 projekata i 4 poslijediplomska predmeta. 22 godine održava tjedni tutorijalni seminar Colloquia pathophysiologica za liječnike i doktorande. Suurednik je triju izdanja „Patofiziologije“ a 2014. godine uredio je dvotomni prijevod sedmoga izdanja na engleskom jeziku. Knjiga o matričnoj metodologiji Patofiziologija – zadaci za problemske seminare, objavljena je u tri izdanja i već se koristi na šest sveučilišta. Engleski prijevod objavljen je 2014. Njegov Zagrebački model utvrđivanja patogeneze, koji je prvi put tako imenovan u Liječničkim novinama, proširio se svijetom.



E-adresa:
tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

TATJANA NEMETH BLAŽIĆ

Rođena je 1973. u Zagrebu, gdje je završila klasičnu gimnaziju i diplomirala je na MEF-u. Od 2003. je zaposlena u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo gdje je specijalizirala epidemiologiju. Nakon toga je voditelj Odsjeka za HIV/AIDS u Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti, a od 2013. voditelj Odjela za promicanje odgovornog spolnog ponašanja sa savjetovalištem u Službi za promicanje zdravlja u HZJZ-u. Pohađala je poslijediplomski specijalistički studij menadžmenta u zdravstvu (LMHS) u ŠNZ-u „Andrija Štampar“. Deset godina je sudjelovala je, s kolegama iz HZJZ-a, u pokretanju, razvijanju i pisanju sadržaja web portala zdравlje.hr iz područja prevencije bolesti i očuvanja zdravlja za šиру populaciju. Član je uredništva web portala hzjz.hr i urednik sljednika portala zdравlje.hr na novoj domeni javno-zdravlje.hr. Sudjelovala je u međunarodnom projektu Globalnog Fonda i MZ-a za poboljšanje praćenja HIV/AIDS-a te na uspostavljanju mreže centara za anonimno i besplatno savjetovanje i testiranje na HIV (savjetovališta za HIV) u Hrvatskoj,

čiji je i sada koordinator. Sada sudjeluje u EU projektima Joint Action-Improving Quality in HIV Prevention, Quality Action i HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction. Nacionalna je kontakt osoba ECDC-a za praćenje HIV/AIDS-a, hepatitisa i spolno prenosivih infekcija, član stručne radne skupine za zarazne bolesti povezane s uporabom droga Ureda za suzbijanje zloupotrebe droga Vlade RH, član Nacionalnog povjerenstva za suzbijanje HIV/AIDS-a RH te predstavnik u stručnom forumu Think Tank za HIV/AIDS Europske komisije. Autorica je i koautorica nekoliko stručnih i znanstvenih članaka, poglavljiva u knjigama te sažetaka na domaćim i međunarodnim kongresima i skupovima. Organizirala je ili aktivno sudjelovala u više stručnih tečajeva za zdravstvene djelatnike i druge suradnike. Član je Hrvatskog epidemiološkog društva u kojem je bila tajnik i član Upravnog odbora te Hrvatskoga katoličkog liječničkog društva. Zamjenica je predsjednice Etičkog povjerenstva HZJZ-a. Majka četvero djece.



E-adresa:
ana.tecic@yahoo.com

ANA TEČIĆ VUGGER

Rođena je 1986. u Travniku. 2011. diplomirala je na MEF-u u Zagrebu. Od 2014. specijalizant internističke onkologije Zavoda za internističku onkologiju i radioterapiju Klinike za tumore u Zagrebu. Tijekom studija sudjelovala je u radu studentskih udruga i na provedbi studentskih projekata na temu prevencije i promicanja zdravlja, radila kao demonstrator na Katedri za histologiju i embriologiju i patologiju, boravila u programu Lions Club International – Me-

dizinstudenten ohne Grenzen na stručnoj praksi u Wilhelminenspitalu u Beču, na odjelu hematologije i onkologije te sudjelovala na usavršavanju Onkologie im Klinik und Praxis u Beču. Aktivno i pasivno sudjelovala na nekoliko domaćih i međunarodnih kongresa, simpozija i stručnih sastanaka iz onkologije. Autor je i koautor 28 kongresnih sažetaka i postera te jednog rada u indeksiranom medicinskom časopisu. Član je Hrvatskog društva za internističku onkologiju i HLZ-a. Suradnik je Liječničkih novina od 2012.

MERI MARGREITNER

Rođena je u Zadru. Nakon završetka srednje medicinske škole, upisuje MEF u Zagrebu. Završila je specijalizaciju i stručni poslijediplomski studij iz obiteljske medicine. Profesionalni rad započinje u ordinaciji obiteljske medicine u Koprivnici, povremeno radeći i u službi hitne medicinske pomoći. Godine 2003. sudjeluje u pilot projektu SZO-a kao dio tima prve skupne prakse u Republici Hrvatskoj. Od 2008. radi u Zagrebu, u ordinaciji obiteljske medicine. Autorica je i koautorica nekoliko znanstvenih članaka. Aktivno je sudjelovala u nizu stručnih skupova. Član je HLZ-a, dopredsjednica Povjerenstva za PZZ HLK-a te pridruženi član Hrvatskoga gastroenterološkog društva i Hrvatskog društva za palijativnu medicinu.



E-adresa:
mmeri1399@yahoo.co.uk

LIJEČNIČKE NOVINE
LJUBLJANO
KOMORA DOKTORA LIJEČNIČKE MEDICINE
Doprinosi Povjerenstvu za medicinsku opskrbu i Hrvatskoj Preduzimačkom izdanju

Od 1. siječnja 2016. svakom članu
3.000 kn
za novorođeno dijete

5991/140/123

Ipak netko misli na nas!

Poštovano uredništvo, jučer su mi stigle nove Liječničke novine broj 145 i moram komentirati naslovnicu. Moj zaručnik i ja, oboje liječnici, bili smo nadomak odlaska u Njemačku, no iz nekog sentimentalnog razloga i na čuđenje mnogih odlučili smo ipak ostati u Hrvatskoj.

Uskoro ćemo zasnovati obitelj, finansijska situacija je takva da moramo u velik stambeni kredit, kao i većina mlađih uostalom, i unatoč za hrvatske prilike razmjerno dobrim plaćama, egzistencijalni problemi su tu. Vani ih ne bi bilo. Ovaj potez Komore, ako uistinu bude proveden (teško je danas ikome vjerovati) za svaku je pohvalu. Netko nešto čini, a ne samo priča!

Svima su puna usta toga da treba zaustaviti odlazak mlađih u inozemstvo (mogu reći ugrubo da je gotovo 40% moje generacije, mahom iz-

vrsnih i izvanrednih liječnika, otišlo raditi van, i tamo se žene, imaju djecu –žalosno!), bilo je priča o povoljnijim stambenim kreditima, no na svojoj koži nisam osjetila da itko išta čini. Do jučer. Znam da je to simbolika, ali vjerujte mi, puno znači i velik je poticaj za budućnost, za ostanak. Znak je da ipak netko misli na nas i da je spreman djelovati. Ponavljam, svjesna sam da je to minijaturni korak simboličan i da su potrebni puno veći napor u cijelom sustavu da bi se zaustavio „odljev mozgova“, no velika hvala i svaka čast predsjedniku, uredništvu i svima vama. Oduševljena sam.

5. siječnja 2016.

Lijep pozdrav

(Ime pisca poznato je uredništvu)

Najzeleniji hrvatski otok traži liječnika



Dragi prijatelji, otok Mljet treba vašu pomoći!

Stekla sam pravo na odlazak u mirovinu i uputila sam zahtjev za postupak jer mislim da sam pošteno odradila svoj radni vijek u ordinaciji i na terenu. Osjećam da je pravo vrijeme da ubacim u nižu brzinu i posvetim sa malo više sebi i Badi, svojim prijateljima i hobijima, svojim biljkama i mačkama...

Dom zdravlja je raspisao natječaj za moje mjesto i nije se nitko javio. Jedan kolega iz obiteljske iz Zagreba i drugi iz hitne u Makarske koji su obećavali da će doći, odustali su.

I zato mi treba vaša pomoć. Pošaljite vijest u eter (hrvatski, balkanski, europski, svjetski...), na društvene mreže na kojima ste, u dijasporu! Povežite me s prijateljima novinarima kako bi informacija došla i do onoga nekog koji bi volio živjeti i raditi na jednom od deset najljepših otoka svijeta. Ja sam optimist i mislim da takav netko postoji u nekoj zabitoj ambulanti na kopnu ili pretrpanoj urbanoj ambulanti ili nekoj hitnoj pomoći - u Hrvatskoj ili susjednim zemljama, naše je samo da si damo truda da informacija stigne do njega.

Ravnatelj Doma zdravlja kaže: plaća 8 do 9 tisuća, ovisno je li početnik ili specijalist, mora imati položen državni ispit (a ja kažem: i vozačku dozvolu). Pripravnost se ugovara sa Zavodom za hitnu medicinu Dubrovnik i mjesečno je između 3, 5 i 4 tisuće, ovisno od dana pripravnosti. Dok ne bude gotova adaptacija stana iznad ambulante u Babinom Polju, smještaj je osiguran u selu i plaćat će ga Dom zdravlja i Općina Mljet.

Skupna je praksa s doktoricom Sandrom u selu Govedarima na otoku, tako da nema problema za odlaske na kopno za godišnji, edukacije, šopinge, frizer... Postoji mogućnost dobivanja specijalizacije iz obiteljske medicine (DZ Dubrovnik). Javite mi se!

Dr. Magdalena Nardelli Kovačić, Babino Polje, otok Mljet
(ambulanta-babino-polje@du.t-com.hr)

Umjetničke fotografije dr. Marine De Zan



U knjižnici Knežija u Zagrebu otvorena je izložba umjetničke fotografije autorice dr. Marine De Zan. U svojem kritičkom osvrtu na autoričin rad fotograf Radovan Grgovski kazao je: „Slike Marine De Zan se ne prave od stvarnosti, nego se stvarnost pravi od tih slika... ali to je paralelna stvarnost. Ona je jednako uvjerljiva i ujedno gotovo nestvarna... kao i istina na kojoj počiva ovaj naš svijet.“ Izložba fotografija dr. De Zan može se razgledati do 4. ožujka u zagrebačkoj knjižnici Knežija, Albaharijeva 7.



KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora
HLZ, gen. HLZ-a Hrvatski liječnički zbor
HZIZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo
KB Klinička bolnica
KBC Klinički bolnički centar
MEF, genitiv MEF-a Medicinski fakultet
MZ Ministarstvo zdravlja RH
OB Opća bolnica
PZZ Primarna zdravstvena zaštita
SB Specijalna bolnica

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA 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, gdje 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 priloziti program kao umetak „Liječničkih novina“, pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju to dogovoriti s poduzećem za marketing „Bonamark“ (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01/4922- 952, tel. 01/4818-600, mail: bonamark@bonamark.hr), po postojećem cjeniku za oglašavanje u „Liječničkim novinama“.

Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici www.hlk.hr – „Raspored stručnih skupova“.

VELJACA

Manualna fizioterapija gornji extremiteti - radionica
Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 20.02.2016.
Tonći Štitic, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766,
e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net, web: www.fizioterapeut.net
1000,00kn

Oftalmoskopija u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite
HZL, Hrvatsko oftalmološko društvo
Zagreb, 20.02.2016.
Jelena Petrinović-Dorešić, mob.: 091/3712-144
200,00kn

Understanding and treating rosacea: New advances
Medical Intertrade d.o.o.
Zagreb, 20.02.2016.
Marijela Babić, mob.: 091/3374-263

Organizacija palijativne skrbi u Domu zdravlja Zagreb-zapad
DZ Zagreb-zapad
Zagreb, 20.02.2016.
Dr. Darije Crnić, tel.: 01/3765-294

Osnovno održavanje života
Med 21 d.o.o.
Rijeka, 20.02.2016.
Dr. Goran Hauser, mob.: 098/1820-726

SEŠMEK – Servierova škola medicinske komunikacije
Servier Pharma
Zagreb, 22.02.2016.
Kristina Škarlo Krištof, tel.: 01/3016-222, e-mail: kristina.skaro-kristof@servier.com

Primjena aklidinijevog bromida u liječenju KOPB-a
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Bjelovar, 22.02.2016.
Kristina Vučetić, mob.: 099/3968-597

3. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine
OB Pula
Pula, 23.02.2016.
Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.: 052/376-252; 052/376-141

Pasivna kuća – energetska učinkovitost, zaštita okoliša i zdravlje
AMZH
Zagreb, 23.02.2016.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

Gerontološka stvaraonica, radionica – Osnovne smjernice gerijatrijske farmakoterapije
NZJZ dr. Andrija Štampar, Centar za zdravstvenu gerontologiju, Ref. centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba
Zagreb, 23.02.2016.
Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164, fax.: 01/4678-016, e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Timski do ciljnih vrijednosti tlaka i HbA1c
Novartis Hrvatska d.o.o.
Osijek, 24.02.2016.
Iva Kovačić, mob.: 091/4550-779

Primjena aklidinijevog bromida u liječenju KOPB-a
Berlin-Chemie Menarini d.o.o. Hrvatska
Zagreb, 24.02.2016.
Sanjin Novak, mob.: 099/2516-857

Palijativna skrb u zajednici – Izazov suvremenog društva
DZ Varaždinske županije
Varaždin, 24.02.2016.
Marina Golek Mikulić, mob.: 099/3985-058, e-mail: marina.golek@gmail.com

Pristup bolesniku s depresijom – kako odabrat terapiju?
Krka-farma d.o.o. Zagreb
Zagreb, 24.02.2016.
Sanja Laškarin, mob.: 099/2623-590

Primjena aklidinijevog bromida u liječenju KOPB-a
Berlin-Chemie Menarini d.o.o. Hrvatska
Virovitica, 24.02.2016.
Sanjin Novak, mob.: 099/2516-857

Postupanje zdravstvenih timova u uvjetima prirodnih katastrofa
– naša iskustva
Hrvatski zavod za teledjecinicu
Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 25.02.2016.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086

(Ne)Opravdanost primjene niskomolekularnog heparina u trudnica s trombofilijama
HLZ – Podružnica Split
Split, 25.02.2016.
Marija Radman Livaja, tel.: 021/348-033

18th Postgraduate Training Course on Endocrinology, Diabetes and Metabolism
HD kliničkih endokrinologa i dijabetologa
Opatija, 25.-28.02.2016.
Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-581
150,00EUR

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija
Paul Hartmann d.o.o.
Zagreb, 26.02.2016.
Maja Čalić, mob.: 091/4454-427

Odabrane teme iz dijalize
KB „Merkur“
Zagreb, 26.02.2016.
Vesna Mlinarić-Subotec, tel.: 01/2399-290, 01/2399-299
Trening osoblja izvanbolničke hitne medicine
Nastavni zavod za hitnu medicinu grada Zagreba
Zagreb, 26.02.2016.
Tatjana Pandak, mob.: 091/5618-814

4. hrvatski rinološki kongres s međ.sud.
Hrvatsko rinološko društvo
Zagreb, 26.-27.02.2016.
Spektar putovanja d.o.o., Ana Mišulin, tel.: 01/4862-600
1000,00kn

Trening radnika IHMS
Zavod za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije, Osijek
Osijek, 26.-28.02.2016.
Silvana Sabo, tel.: 031/531-301

Kronična rana – prednosti i greške
Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Varaždin, 27.02.2016.
Zrinka Huđek-Leskovar, mob.: 098/301-178

Obojeni dopler u ispitivanju ekstrakranijske moždane cirkulacije
HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje
Zagreb, 29.02.-05.03.2016.
Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282
5000,00kn

Prevencija i rehabilitacija sportskih ozljeda '2016.
Kinziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 28.02.2016.
Natalija Babić, tel.: 01/3025-602
300,00kn

OŽUJAK

Pristup bolesnika s depresijom, kako odabrati terapiju – radionica
Krka-farma d.o.o. Zagreb
Osijek, 02.03.2016.
Martina Prišć, mob.: 099/2694-520

Health tourism industry Conference
Wellness Dalmacija d.o.o.
Beč, 03.-04.03.2016.
Marina Dadić, mob.: 091/2222-139
699EUR

Najnovije spoznaje, vještine i tehnike uspostave dišnog puta
HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 03.-04.03.2016.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-416
1875,00kn

4. simpozij Hrvatske udruge patronažnih sestara
Hrvatska udruga patronažnih sestara
Zagreb, 04.03.2016.
Franka Luetić, mob.: 098/9165-579

2. simpozij Seminaria hepatologica
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, 04.03.2016.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/4651-214
500,00kn

Neurogena orofaringealna disfagiјa – praktični pristup
HLZ, HD za EEG i kliničku neurofiziologiju
Šumečani, Ivaničko Grabcje, 04.03.2016.
Katarina Starčević, mob.: 098/9065-475
500,00kn

JGL u praksi s vama
Med 21 d.o.o.
Zadar, 04.-06.03.2016.
Dr. Goran Hauser, mob.: 098/1820-726

Algoritmi dijagnostike i terapije alergijskih, hiperaktivnih i kroničnih upalnih bolesti gornjih dišnih putova
Društvo za unapređenje hrvatske otorinolaringologije
Zagreb, 05.03.2016.
Marica Grbešić, tel.: 01/3787-360

Depresija kao izazov: sistemski pristup
Salutogeneza – obrat za savjetovanje i ostale usluge
Osijek, 05.03.2016.
Dr. Božidar Popović, mob.: 092/1602-920
e-mail: salutogeneza1@gmail.com
Kotizacija do 29.02.2016. – 550,00kn, postoji 29.02.2016. – 650,00kn
Dobročudni tumori kosti u dječjoj dobi – Novosti i kontroverze dijagnostike i liječenja
Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 05.03.2016.
Sanja Suhić, tel.: 01/8887-058
80,00/170,00kn

Funkcionalni poremećaji u neurološkoj kliničkoj praksi – sponza između neurologije i psihijatrije
KB „Sveti Duš“
Zagreb, 05.03.2016.
Prof.dr.sc. Ivan Bielen, mob.: 091/3712-083

Dopler sonografija intrakranijske cirkulacije
HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje
Zagreb, 07.-12.03.2016.
Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282
5000,00kn

Ultrazvuk u primarnoj, hitnoj i intenzivnoj medicini, USCIM – BL1 (Basic Level 1), provider
HLZ, HD za internu medicinu
Zagreb, 07.-08.03.2016.
Prof.dr.sc. Radovan Radonić, tel.: 01/2767-477; 2767-481
1000,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka
Klinika za traumatologiju, „Spektar putovanja“ d.o.o.
Zagreb, 07.-11.03.2016.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić Eršek, mob.: 098/235-713
3500,00kn

Lijekovi i ...
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 09.03.2016.
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppée@stampar.hr

Pristup bolesnika s depresijom, kako odabrati terapiju – radionica
Krka-farma d.o.o. Zagreb
Slavonski Brod, 09.03.2016.
Martina Prišć, mob.: 099/2694-520

Zaštita zdravlja i sigurnost na radu – procjena rizika
Hrvatska udružba za zdravo radno mjesto
Zagreb, 10.03.2016.
Gorana Lipnjak, mob.: 095/9860-722
600,00kn

Rane – postupci liječenja
Sekcija za rane HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju, Kirurgija za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Dubrava“
Zagreb, 10.-11.03.2016.

Doc.dr.sc. Srećko Budi, Gđa. Marina Mamić-Pavelić, tel.: 01/2902-569, fax.: 01/2902-451
700,00kn

Fiberoptička intubacija u zbrinjavanju otežanog dišnog puta
HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 10.-11.03.2016.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-416
1875,00kn

Sedmi međunarodni kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine – Gastroenterološke bolesti u obiteljskoj medicini
Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)
Zagreb, 10.-13.03.2016.

Doc.dr.sc. Jasna Vučak, mob.: 098/272-787, e-mail:jasna.vuchak@zd.t-com.hr
Lipid grupa d.o.o., Bijanka Višić, mob.: 091/2777-099
1600,00 do 15.02.2016., 2000,00kn od 16.02.2016.

Parazit trap u dijagnostici parazita
ZJZ županije Istarske
Pula, 11.03.2016.
Lorena Lazarčić Stefanović, tel.: 052/529-000

Algoritm liječenja multiple skleroze
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 11.03.2016.
Luka Crnošija, tel.: 01/2388-033
700,00kn

Novosti u nefrologiji, dijalizi i transplantaciji bubrega
HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Zagreb, 11.03.2016.
Dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-258, www.hndnt.org

Glaucoma Codes
HLZ, Hrvatsko oftalmološko društvo
Zagreb, 11.-12.03.2016.
Bruno Ravlić, mob.: 091/4009-111
385,00kn

XX stručni sastanak Instituta za grupnu analizu
Institut za grupnu analizu
Zagreb, 11.-12.03.2016.
Jasenka Fureš, mob.: 099/3020-500
800,00; 600,00; 300,00kn

Novi izazovi u prevenciji bolesti dječje dobi: cijepljenje i cjepliva, probir razvojnog poremećaja kuka
HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, Hrvatsko epidemiološko društvo, HD za školsku i sveučilišnu medicinu
Šibenik, 11.-13.03.2016.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580;
e-mail: ana@conventuscredo.hr
Rana: 1200,00kn (do 25.01.2016); kasna: 1500,00kn (iza 25.01.2016.); Liječnici mlađi od 28 god. 750,00kn; umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Napredni ITLS tečaj
Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 11.-13.03.2016.
Dr. Tvrđko Pervan, tel.: 01/3313-031
2500,00kn
Alergije
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 12.03.2016.
Mario Cvek, tel.: 01/4566-966
400,00kn

Tečaj lumbalna kralježnica
Aqua Med ® Medical Wellness & Consulting
Split, 12.-13.03.2016.
Dr. Danijela Rašić, mob.: 095/4545-455

Tečaj manualna terapija lumbalna kralježnica, dr. Stošić
Aqua Med ® Medical Wellness & Consulting
Split, 12.-13.03.2016.
Dr. Danijela Rašić, mob.: 095/4545-455
1200 kn

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka
Kuća Zdravlja
Zagreb, 14.-18.03.2016.
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108
5000,00kn

Bolesti kralježnice u EMNG laboratoriju
Klinika za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLK, HLZ
Zagreb, 18.03.2016.
Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408, e-mail: ervina.bilic@mfef.hr,
predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr
600,00kn za specijaliste, 300,00kn za specijalizante, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Gravesova orbitopatija multidisciplinarno: Nove spoznaje i smjernice u dijagnostici i liječenju
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 18.03.2016.
Dr. Danijela Mrazovac, tel.: 01/2388-430
600,00kn

Triger točke – radionica
Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 19.03.2016.
Tonći Šitki, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766,
e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net
web: www.fizioterapeut.net
1000,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Sportske ozljede

Specijalna bolnica Akromion

Zagreb, 19.03.2016.

Elvira Gospočić Pavelić, tel.: 049/587-489; mob.: 095/2587-489

Opstetrički šok

Hrvatsko katoličko sveučilište

Zagreb, 19.03.2016.

Biserka Milić, tel.: 01/3712-317

Analiza i interpretacija EKG-a djeće dobi

Klinika za dječje bolesti Zagreb

Zagreb, 19.03.2016.

Prim.mr.sc. Vesna Herceg-Čavrk, mob.: 098/861-788

300,00kn

Radiološka dijagnostika plućnog intersticija

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split

Split, 21.03.2016.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Gerontološka radionica / stvaraonica

NZJZ dr. Andrija Štampar, Centar za zdravstvenu gerontologiju, Ref. centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba

Zagreb, 22.03.2016.

Marica Lukic, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164, fax.: 01/4678-016, e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Farmaceutska industrija generičkih lijekova

AMZH

Zagreb, 29.03.2016.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

TRAVANJ

Poslijediplomski tečaj i kategorije: Dijagnostika i liječenje poremećaja mokreњa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Zagreb, 01.-02.04.2016.

Sanja Suhić, tel.: 01/8887-058

600,00kn

Ultrazvučna dijagnostika sustava za kretanje u djece i adolescenata

HD za dječju ortopediju HLZ-a

Zagreb, 01.-02.04.2016.

Klinika za ortopediju KBC Zagreb, te.: 01/2368-911,

fax.: 01/2379-913

e-mail: ortopedija@kbc-zagreb.hr; ortopedija@yahoo.com

2000,00kn

Dijagnostički postupnici i terapijske smjernice u gastroenterologiji

Hrvatsko gastroenterološko društvo

Zagreb, 02.04.2016.

Jasenka Duvnjak, tel.: 01/4651-214

400,00kn

Akupunktura i bol

HLZ, HD za akupunkturu

Daruvar, 02.-03.04.2016.

Maja Mustač, mob.: 091/4748-492

2500,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, „Spektar putovanja“ d.o.o.

Zagreb, 04.-08.04.2016.

Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić Eršek, mob.: 098/235-713

3500,00kn

Hepato – hands-on seminar

KB „Merkur“

Zagreb, 05.-06.04.2016.

Lovro Kavur, tel.: 01/2431-413

28. znanstveno – stručno – edukativni

seminar s med.sud. pod nazivom

„DDD i ZUPP '16 – nova ozračja“

KORUNIĆ d.o.o. Zagreb

Mošćenička Draga, 05.-08.04.2016.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

1000,00kn

1st South Eastern European Joint Meeting of Thoracic Anesthesiologists on Surgeons – Prvi zajednički sastanak

torakalnih anestezijologa i kirurga jugoistočne Europe

SZAIM – Slovensko združenje za anestezijo in intenzivno medicino

ili SSAICM – Slovenian Society of Anaesthesia and Intensive Care Medicine in suradnji sa Odd. Za torakalnu kirurgiju UKC

Ljubljana i KBC Split

Split, 06.-08.04.2016.

info@sethoracic.org (gđa.Maja Žen Gerjol), www.sethoracic.org

Do 15.02.2016. – 250,00EUR, poslije 15.02.2016. – 350,00EUR

Postupnik dijagnostike i liječenja spontanih intrakranijalnih krvarenja

HD za cerebrovaskularnu neurokirurgiju HLZ

Zagreb, 07.-08.04.2016.

Dr. Ivan Koprek, mob.: 091/6059-669, e-mail: koprek.ivan@gmail.com

www.cvnk.hr

1000,00kn

Uloga biofilma u liječenju vrijeda

AMZH

Zagreb, 08.04.2016.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, www.amzh.hr

300,00kn

Zdravstvena ispravnost kozmetike – zakonska regulativa

ZJZ županije Istarske

Pula, 08.04.2016.

Lorena Lazarac Stefanović, tel.: 052/529-000

Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda

Klinika za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“, MEF

Sveučilišta u Zagrebu, HLK, HDGO, HUBOL

Plitvice, 08.-09.04.2016.

Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580

Rana kotizacija 850,00kn, kasna kotizacija 1000,00kn

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja

Fužine, 08.-10.04.2016.

Dr. Tvrto Pervan, tel.: 01/3313-031

2500,00kn

Tečaj manualna terapija noge (zglob kuka, koljena i stopala), dr. Stojić

Aqua Med ® Medical Wellness & Consulting

Split, 09.-10.04.2016.

Dr. Danijela Rašić, mob.: 095/4545-455

1200 kn

Tjelesna aktivnost i zdravlje – Tjelesna aktivnost i kardiovaskularne bolesti

Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 09.-10.04.2016.

Zlatko Goronja, mob.: 091/6009-589, e-mail: zlatko@certitour.com

750,00 – 1200,00kn

Jubilarna 200. Gerontološka tribina

NZJZ dr. Andrija Štampar, Centar za zdravstvenu gerontologiju, Ref. centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba

Zagreb, 12.04.2016.

Marica Lukic, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164, fax.: 01/4678-016,

e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Lijekovi i ...

ZJZ, Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 13.04.2016.

Dr. Marcel Leppé, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail:

marcel.leppee@stampar.hr

Usredotočena svjesnost – mindfulness: klinička primjena u odraslih te djece i adolescenata

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11

Zagreb, 13.04.2016.

Ana Mihaljević, tel.: 01/4862-501

350,00kn

VI. kongres fizikalne i rehabilitacijske medicine

HD za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a

Šibenik, 14.-17.04.2016.

Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,

e-mail: anja@conventuscredo.hr

Rana kotizacija, do 15.01.2016. – sudionici – 1300,00kn; Kasna

kotizacija, od 15.01.2016. – sudionici – 1450,00kn;

Rana kotizacija, do 15.01.2016. – specijalizanti – 650,00kn; Kasna

kotizacija, od 15.01.2016. – specijalizanti – 725,00kn;

Umirovljenici su ostobodenici plaćanja kotizacije

Multidisciplinarnost u dijagnostici i liječenju

glasovnih poremećaja

KBC Zagreb, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrtla

Zagreb, 15.04.2016.

Ratko Prstačić, mob.: 091/1579-852

Vidno polje

MEF Sveučilišta u Osijeku

Zagreb, 15.04.2016.

Senad Ramić, dr.med., mob.: 091/3713-365

350,00; 500,00 i 750,00kn

II skup neuroradiologa Hrvatske

HLZ, Neuroradiološka sekcija Hrvatskog radiološkog društva

Vodice, 15.-16.04.2016.

Filida-putnička agencija, Tatjana Mrzljak, mob.: 098/9828-478

1770,00kn

Stres perfuzija miokarda magnetnom rezonancijom

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split

Split, 18.04.2016.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Hrvatska proljetna pedijatrijska škola

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo i HD za školsku i sveučilišnu medicinu

Split, 18.-22.04.2016.

Prof.dr.sc. Vjekoslav Krzelj, tel.: 021/556-303, 021/556-793; fax:

021/556-590; e-mail: krzelj@kbsplit.hr

1000,00kn + PDV

Toraks 2016

Hrvatsko torakalno društvo

Zagreb, 20.-23.04.2016.

Hrvatsko torakalno društvo, Adrijana Komljenović, e-mail:

adrijana@toraks.hr;

Penta d.o.o., e-mail: ana.jurasic@penta-zagreb.hr

500,00 do 2000,00kn

Hospitalizacija palijativnog bolesnika i smjernice za timsku skrb i njegu

Spec.bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac

Sveti Rafael Strmac, 21.04.2016.

Maristela Šakić, tel.: 035/386-700

300,00; 150,00kn

3. kongres hitne medicine s međ.sud.

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine

Vodice, 21.-23.04.2016.

Ana Stipetić, tel.: 01/4677-362, e-mail: kontakt@hitna2016.org;

www.hitna2016.org

Lječnici članovi HDHM 1500,00kn/1700,00kn; ostali

1900,00/2100,00kn; specijalizanti članovi HDHM

1200,00/1500,00kn, ostali 1600,00/1800,00kn

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Paul Hartmann d.o.o.
Zagreb, 22.04.2016.
Maja Čalić, mob.: 091/4454-427
Značaj Fausta Vrancića za Hrvatsku
AMZH
Zagreb, 26.04.2016.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

SVIBANJ**Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju, „Spektar putovanja“ d.o.o.
Zagreb, 02.-06.05.2016.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić Eršek, mob.: 098/235-713
3500,00kn

Krvno-tkivne parazitoze: epidemiologija, klinička slika, laboratorijska dijagnostika, terapija i profilakska

HLZ, HD za kliničku mikrobiologiju
Zagreb, 05.-06.05.2016.

Dr.sc. Mario Šviben, tel.: 01/4863-269
2000,00kn

Novosti u pedijatrijskoj nefrologiji

Klinika za pedijatriju, KBC Osijek
Osijek, 06.05.2016.

Marija Kraljik, tel.: 031/512-249

Autosomno dominantna policistična bubrežna bolesti

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Osijek, 06.-07.05.2016.

Dr. Lada Žibar, mob.: 097/7960-917

XXIX. simpozij Hrvatskog društva za pedijatrijsku pulmologiju

HLZ, HD za pedijatrijsku pulmologiju, Klinika za dječje bolesti KBC Split, Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 06.-08.05.2016.

Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-303, fax.: 021/556-590,
e-mail: npavlov@kbsplit.hr
400,00kn

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 11.05.2016.

Dr. Marcel Leppé, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppée@stampar.hr

Mjesto i uloga kolposkopije u ranoj dijagnozi i prevenciji

neoplastičkih promjena vrata maternice i donjeg genitalnog trakta
MEF Sveučilišta u Zagrebu, HD za kolposkopiju i bolesti vrata
maternice HLZ-a, HD ginekologa i opstetričara HLZ-a
Zagreb, 11.-12.02.2016.
e-mail: info@hdgo.hr

Menarche to Menopause

Centar za prirodno planiranje obitelji
Zagreb, 12.05.2016.
Marija Čurlin, mob.: 091/3768-143
500,00kn

Međunarodna konferencija Svjetske organizacije za Billingsov u ovulacijsku metodu

Centar za prirodno planiranje obitelji
Zagreb, 12.-15.05.2016.
Marija Čurlin, mob.: 091/3768-143
900,00kn

Helicobacter pylori – dijagnostika i terapija

ZJZ Šupanije Istarske
Pula, 13.05.2016.
Lorena Lazaric Stefanovic, tel.: 052/529-000

Kolorektalni karcinom

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Split, 13.-14.05.2016.
Doc.dr.sc. Andre Bratanić, mob.: 095/3929-865
400,00kn

Radiološke metode pregleda kod Chronove bolesti

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 16.05.2016.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Tečaj za podučavatelje Billingsove ovulacijske metode

Centar za prirodno planiranje obitelji

Zagreb, 16.-19.05.2016.

Marija Čurlin, mob.: 091/3768-143
600,00kn

13. hrvatski kongres endoskopske kirurgije s međ.sud.

HLZ, HD za endoskopsku kirurgiju

Tuhelj, 18.-21.05.2016.

Igor Stipanić, tel.: 01/2902-517

Do 01.04.2016. specijalisti 2500,00kn; specijalizanti 1400,00kn;
medicinske sestre 1400,00kn; predstavnici tvrtki 2500,00kn; osobe u pratinji 1400,00kn, kotizacija za 1 dan 700,00kn

Od 01.04.2016. specijalisti 2800,00kn; specijalizanti 1400,00kn;
medicinske sestre 1400,00kn; predstavnici tvrtki 2800,00kn; osobe u pratinji 1400,00kn, kotizacija za 1 dan 700,00kn

Na dan kongresa specijalisti 3000,00kn; specijalizanti 1400,00kn;
medicinske sestre 1400,00kn; predstavnici tvrtki 3000,00kn; osobe u pratinji 1400,00kn, kotizacija za 1 dan 700,00kn

Urološki simpozij 2016.

Klinika za urologiju KBC Rijeka

Opatija, 19.-21.05.2016.

Doc.dr.sc. Josip Španjol, dr.med., tel.: 051/407-493

7. KOHOM kongres

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine

Šibenik, 19.-22.05.2016.

Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,

e-mail: anja@conventuscredo.hr

Rana kotizacija za članove KOHOM-a 1600,00kn

Rana kotizacija za nečlanove KOHOM-a 1800,00kn

Kasnata kotizacija za članove KOHOM-a 1800,00kn

Kasnata kotizacija za nečlanove KOHOM-a 2000,00kn

Kotizacija za specijalizante članove KOHOM-a 500,00kn

Kotizacija za specijalizante nečlanove KOHOM-a i umirovljenike 600,00kn

Kotizacija za studente 400,00kn

Rok za uplatu rane kotizacije 14.03.2016.

VI. Balneološki skup „Dr. Ivan Šreter“

Spec. bolnica za med.rehabilitaciju Lipik

Lipik, 20.05.2016.

Dr. Oto Kraml, mob.: 098/497-575

100,00kn

Praktičan pristup bolesniku s demencijom

(Frontotemporalna demencija i Alzheimerova bolest)

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 20.-21.05.2016.

Natalia Palac, mob.: 098/541-880

400,00kn

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (kraći naziv: DDD trajna edukacija)

KORUNIĆ d.o.o. Zagreb

Zagreb, 20.05.-23.06.2016.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

700,00kn

17. Hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. I ktg. „Kurt Semm“

HD za ginekološku endoskopiju HLZ, OB Zabok i Bolnica Hrvatskih veterana

Rijeka, 23.-26.05.2016.

Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007, e-mail:

7600,00kn

Gerontološka radionica / stvaraonica

NZJZ dr. Andrija Štampar, Čentar za zdravstvenu gerontologiju, Ref. centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba

Zagreb, 24.05.2016.

Marića Lukic, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164, fax.: 01/4678-016,

e-mail: marica.lukic@stampar.hr

25. Kongres Svjetskog udruženja ginekologa i endoskopičara (ISGE 25th ANNUAL CONGRESS)

4-ti hrvatski kongres minimalno invazivne ginekološke kirurgije

O-tours d.o.o.

Opatija, 25.-28.05.2016.

Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar,

mob.: 091/4240-007, e-mail: mkopjar9@gmail.com

O-tours d.o.o., tel.: 01/4921-720, e-mail: isge.opatija@otours.hr

13th congress of the European Federation of Sexology – Sexology: body, mind and culture

European Federation of Sexology i Croatian Association for Sex Therapy

Dubrovnik, 25.-28.05.2016.

Goran Arbanas, tel.: 01/3780-629

e-mail: goran.arbanas@bolnica-vrapce.hr

Za osobu iz Hrvatske: 300EUR za liječnike, 250EUR za psihologe i socijalne radnike

Pogreške pri liječenju pulmoloških bolesnika

KBC Split, Klinika za dječje bolesti i Klinika za plućne bolesti MEF Sveučilišta u Splitu

Komiža, 26.-28.05.2016.

Prof.dr.sc. Neven Parlov, tel.: 021/556-303, fax.: 021/556-590,

e-mail: nparlov@kbsplit.hr

1000,00kn+PDV

European Pain Federation EFIC endorsed

Interventional Pain Management Symposium & Cadaver workshop

HD za liječenje boli HLZ-a

Osijek, 26.-29.05.2016.

Andrea Mršo, tel.: 031/511-502,

e-mail: mrsandoare385@gmail.com

6000,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, „Spektar putovanja“ d.o.o.

Zagreb, 26.-30.09.2016.

Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić Eršek, mob.: 098/235-713
3500,00kn

LIPANJ**Dubrovnik summer school of psychotraumatology**

Institut za psihosomatiku

Dubrovnik, 06.-09.06.2016.

Dr.sc. Saša Jevtović, tel.: 01/2376-575

350-450 EUR

27th Summer Stroke School – Healthy Lifestyle and prevention of Stroke and Brain Impairment

HD za prevenciju moždanog udara

Dubrovnik, 06.-10.06.2016.

Petra Črnac, tel.: 01/5513-137

750,00kn

International Neuropsychiatric Congress

Udruga za neuropsihijatriju

Zagreb, 15.-18.06.2016.

Petra Črnac, tel.: 01/5513-137

750,00; 1125,00; 2175,00kn

SRPANJ**37. međunarodna STAR konferencija**

(Stress and Anxiety Research Society)

Zagreb, 06.-08.07.2016.

Stress and Anxiety Research Society, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Centar za kliničku psihologiju Zagreb

Prof.dr.sc. Nataša Jokić-Begić, e-mail: star2016@ffzg.hr, Vanja Putarek, tel.: 01/4092-380, e-mail: vputarek@ffzg.hr

<http://psihologija.ffzg.unizg.hr/star2016>

110,00/140,00EUR

Najbolji hrvatski novinar u siječnju: Merien Ilić



MERIEN ILIĆ, novinarka „Slobodne Dalmacije“

U prošlim brojevima „Liječničkih novina“ nominirali smo najgore novinare koji su pisali o zdravstvu, što je među njima izazvalo paničnu buru negodovanja, urednik je čak nekoliko puta bio pozvan na Hrvatsku televiziju da se sastane licem u lice s novinarama. A to nam je i bila namjera, jer su neki od njih prevršili mjeru okomivši se populistički na pojedine liječnike, vjerojatno radi povećanja naklade svojih novina.

No, radi ravnoteže, ovaj put pokušavamo nominirati najboljeg „zdravstvenog“ novinara, što nije bilo lako jer ih ima mnogo. Nominiramo Merien Ilić iz „Slobodne Dalmacije“ koja je 5. siječnja pod naslovom „Pedijatricu dr. Krsnik umirovili bez najave. Ugroženo 1500 malih pacijenata“ objektivno opisala stanje koje je nastalo u pedijatrijskoj skrbi u Splitu jer nakon umirovljenja pedijatra nije nađena zamjena. Evo citata: „Svatili smo do ambulante dr. Zdenke Krsnik Katunarić u ponedjeljak (jučer), koju minutu poslije 14 sati kada joj je trebala početi smjena. Pet-šest roditelja na kiši su s bolesnom djecom čekali da se vrata otvore. Nikakve obavijesti nije

bilo na vratima, ali ni ostali pedijatri u Dječjem dispanzeru na Lovretu nisu imali pojma o prestanku rada svoje starije kolegice...“

Novinarka nije, poput mnogih svojih kolega, sebi privozila ulogu suca imenovanjem krivca i izricanjem „pravomoćne“ presude, nego je poštenim i napornim istraživalačkim novinarstvom upozorila na organizacijsku nesavršenost našega zdravstva i tražila pomoć za bolesnu djecu, počevši od ravnatelja ustanove i HZZO-a do Ministarstva zdravstva. Donekle je i uspjela jer već nakon dva dana u istim novinama čitamo pod naslovom „Bolnica nam otima pediatre“ da će DZ hitno raspisati natječaj za liječnika koji će preuzeti skrb o pacijentima umirovljene liječnice.

Isprika mnogim sličnim dobrim novinarama koji nisu nominirani a pošteno rade svoj posao. Jednostavno, ne možemo sustavno pratiti nebrojena glasila nego smo se ograničili na nekoliko najčitanijih dnevnih listova.

ŽELJKO POLJAK, urednik

Bolje humor nego tumor

Jedan sat leta helikopterom za prijevoz „hitnih“ slučajeva s otoka na kopno košta državu 45 000 kuna.



BRŽE, BRŽE, PRIJE NEGO RODIM, TO MI JE JEDINA PRILIKA DA SE PROVOZAM HELIKOPTEROM.

Ideja: Željko Poljak; crtež: Davor Trgovčević

