

# LIJEČNIČKE NOVINE



## TEMA BROJA

Reforma hitne  
medicinske pomoći

## RAZGOVOR

Dr. INES STRENJA-LINIĆ  
Čelična lady hrvatskog zdravstva

## KOMORA

Plan za ostanak  
liječnika u Hrvatskoj



**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  
10000 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 Vugner • 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  
staleška i društvena pitanja. Članovi ih dobivaju besplatno.  
Godišnja preplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.

**Preplatnička služba HLK-a**

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

**Dizajn:** Restart, Hrvajka i Antonio Dolić,  
e-mail: hrvajka@restart.hr, tel. 091/3000 482

**Tisk:** Grafički zavod Hrvatske

**Naklada:** 20.000 primjeraka

<b>5</b>	<b>UVODNA RIJEČ</b> Ulaganje u ljude očuvat će sustav
<b>6</b>	<b>RAZGOVOR</b> Dr. Ines Strenja-Linić
<b>12</b>	<b>TEMA BROJA</b> Reforma hitne medicinske pomoći
<b>18</b>	<b>PRO-KONTRA</b>
<b>20</b>	<b>IZ KOMORE</b> O novom Statutu • Vlad: Plan za ostanak liječnika • Tim novog ministra zdravstva • Podrška KOHOM-u • Novčana pomoć Komore Povjerenstvo Međimurske županije • 305 liječnika radi bez licence Rasteretiti liječnike od administracije • Komorin spektakl u kazalištu Kerempuh • Pitanja i odgovori
<b>30</b>	<b>IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA</b>
<b>36</b>	<b>NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA</b>
<b>40</b>	<b>UDRUGA POSLODAVACA U ZDRAVSTVU</b>
<b>46</b>	<b>COCHRANE ZANIMLJIVOSTI</b>
<b>48</b>	<b>NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE</b>
<b>54</b>	<b>LIJEVI KUT – DESNI KUT</b> O Goranu Radmanu
<b>56</b>	<b>AMBLIOPIJA</b> U Hrvatskoj 300 tisuća slabovidnih
<b>58</b>	<b>RIJETKE BOLESTI</b> Nasljedna bulozna epidermoliza
<b>62</b>	<b>FARMAKOVIGILANCIJA</b>
<b>68</b>	<b>KOMORIN TEST ZNANJA</b>
<b>72</b>	<b>NASILJE NAD LIJEČNICIMA</b>
<b>74</b>	<b>PALIJATIVNA SKRB</b> Mobilni palijativni tim u Zagrebu
<b>78</b>	<b>EPIDEMIOLOGIJA</b> Sifilis i HIV majke
<b>80</b>	<b>AKTUALNO U NEFROLOGIJI</b> Od dijalize do transplantacije
<b>85</b>	<b>ZANIMLJIVE LIČNOSTI</b> Akademkinja Ruža Sabol
<b>86</b>	<b>MIGRANTI U HRVATSKOJ</b> Centar za izbjeglice u Sl. Brodu
<b>88</b>	<b>REAGIRANJE</b>
<b>90</b>	<b>LIJEČNICI SPORTAŠI</b>
<b>93</b>	<b>LIJEČNICI U SLOBODNO VRIJEME</b>
<b>94</b>	<b>KOLEGA HITNJAK</b>
<b>96</b>	<b>BEZ RECEPTA</b>
<b>98</b>	<b>PISMA UREDNIŠTVU</b>
<b>100</b>	<b>ESEJ</b>
<b>101</b>	<b>KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVNJA</b>
<b>104</b>	<b>UREDNIKOV KUTAK</b>
	<b>PRILOG</b> Propisi Hrvatske Liječničke komore



# Ulaganje u ljudе očuvat će sustav



**M.R. SC. TRPIMIR GOLUŽA**  
PREDSJEDNIK HRVATSKE  
LIJEĆNIČKE KOMORE

**Čini mi se da će upravo kadrovska deficit, sam po sebi, nametnuti rješenja za koja dosadašnje politike nisu imale hrabrosti. Temeljitu reorganizaciju i reformu sustava, koja će se odraziti na svakodnevni rad velikog broja liječnika**

Drage kolegice i kolege,

u zadnjih mjesec i pol dana, u sklopu posjeta županijskim povjerenstvima Hrvatske liječničke komore (HLK), prošli smo velik dio Hrvatske: cijelu Dalmaciju i Slavoniju, Zagorje, Međimurje, Podravinu, Bilogoru, najveći dio središnje Hrvatske, Liku. Razgovarali smo s vodstvima županijskih povjerenstava HLK-a, članovima Savjeta za zdravstvo pojedinih županija, ravnateljima bolnica, domova zdravlja, zavoda za javno zdravstvo i hitnu pomoć. Stekli smo objektivan uvid u situaciju u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Situacija je ozbiljna, zabrinjavajuća. Zahtijeva brzu i učinkovitu reakciju, inače će se dostupnost i razina pružene zdravstvene skrbi bitno smanjiti.

Dominantan problem hrvatskog zdravstva je kadrovska deficit. Osim u Zagrebu, u cijeloj Hrvatskoj postoji značajan manjak liječnika. Taj je manjak u pojedinim bolnicama izražen do te mjere da su neke djelatnosti ukinute, a druge su pred ukidanjem jer ovise o radu samo jednog jedinog stručnjaka specijalista. Velika većina bolnica nema dostatan liječnički kadrovska kapacitet za samostalno funkcioniranje. Rješenja su različita. Kolegama je nametnuta protuzakonita, ekstremno visoka satnica prekovremena rada. Za dežurstva se angažiraju kolege iz drugih sredina, a za redovni rad umirovljene kolege. Situacija nije bolja niti na razini primarne zdravstvene zaštite i zavoda za hitnu medicinsku pomoć. Mreža zdravstvenih ustanova gotovo niti u jednoj županiji nije u potpunosti popunjena, broj pacijenata u timovima primarne zdravstvene zaštite uvelike premašuje optimalan. Poseban problem u primarnoj zdravstvenoj zaštiti jest nedostatak pedijatara i ginekologa. U hitnoj izvanbolničkoj službi također nedostaje liječnika. U Hrvatskoj je postala uobičajena praksa da kolege od 75 godina rade na stacionarnim bolničkim

odjelima ili su dežurni u izvanbolničkoj hitnoj službi. To ne rješava problem, već samo odgađa vrlo vjerljiv kolaps zdravstvenog sustava kakav poznajemo.

Čini mi se da će upravo kadrovska deficit, sam po sebi, nametnuti rješenja za koja dosadašnje politike nisu imale hrabrosti. Temeljitu reorganizaciju i reformu sustava, koja će se odraziti na svakodnevni rad velikog broja liječnika.

Izvješće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje o rezultatima rada liječnika obiteljske medicine za 2015. godinu, potvrđuje nužnost određenih promjena u sustavu. Prošle godine bilo je 50 milijuna posjeta ili više od 80 posjeta dnevno po timu obiteljske medicine u sedmosatnom radnom vremenu. Pri tome samo trećina zbog pregleda. Opterećenje liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti administrativnim radom ogromno je. S druge pak strane, procjenjuje se da je tijekom 2015. godine oko 500.000 posjeta u objedinjeni hitni bolnički prijem bilo medicinski neutemljenio i bespotrebno. Bez odgovornosti svih dionika u sustavu zdravstva, nerealno je očekivati svojevrsno discipliniranje korisnika zdravstvenih usluga koje je nužno za racionalizaciju kompletнog sustava.

Krajnje je vrijeme da odgovorni u našem društvu konkretnim odlukama pokažu da su shvatili da je ulaganje u profesionalce preduvjet očuvanja funkcionalnosti hrvatskog javnog zdravstvenog sustava. U tom pogledu samo sinergija državne vlasti i lokalne samouprave može iznjedriti rješenja koja će jamčiti svekoliku održivost sustava. U protivnom kadrovska manjak, ali i besperspektivnost sustava, odredit će razinu zdravstvene usluge građanima Republike Hrvatske. Ako se brzo i adekvatno ne reagira, zdravstvena skrb će nam u budućnosti biti teže dostupna.

## RAZGOVOR S PRVOM DAMOM HRVATSKOG ZDRAVSTVA

# Dr. Ines Strenja-Linić:

## "Strukovni kolektivni ugovor imperativ za uspješnu reformu zdravstva!"

Razgovorala / DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN

daniela.dujmovic@hlk.hr

Rješavanje statusa liječnika bit će u fokusu mog djelovanja, jer liječnici su ipak nositelji zdravstvenog sustava

U proces kolektivnog pregovaranja treba uključiti ne samo liječnike, nego i Udrugu poslodavaca u zdravstvu, ali i sva radna tijela koja prate aktualnu problematiku u zdravstvu

**P**olitika je očito javna ili tajna strast mnogim liječnicima, ali nije strana niti liječnica. Jedna od političarki i to vrlo strastvenih je svakako dr.sc. Ines Strenja-Linić koja je već 25 godina politički aktivna na regionalnoj razini i to u Primorsko-goranskoj županiji, a sada i na nacionalnoj kao saborska zastupnica Mosta. Ta neurologinja iz KBC-a Rijeka, dojmljiva ratnog puta, dobitnica brojnih priznanja i odličja, aktivno se uključila u kreiranje zdravstvene politike kao predsjednica saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku. Istina, njezina angažiranost ponekad prelazi granice zdravstvene politike te se aktivno uključuje i u druge političke i međustranačke rasprave i teme, ali nitko joj ne može osporiti veliku energiju i volju da se napokon „poslože kockice“ u zdravstvenom sustavu. Veliki je borac za prava i status liječnika, što našim čitateljima ne bi trebalo biti nesimpatično. S obzirom na funkciju, angažiranost, ali i sklonosti jasnom izražavanju stavova, zasigurno nismo pogriješili što smo za aktualne teme u zdravstvu upravo dr. Strenju-Linić izabrali za sugovornicu. Uostalom, procijenite sami.

### ■ Kako ocjenujete današnji zdravstveni sustav?

Smatram da je današnji zdravstveni sustav u biti dobar jer je socijalan i naslijede je jednoga dobro organiziranog javnog zdravstva u koje se puno ulagalo i u kojem su se stvarale generacije kvalitetnih liječnika koji su imali mogućnosti dobrog profesionalnog razvoja. No, smanjivanjem zdravstvenog proračuna došli smo u situaciju da pokušavamo zadržati dostupnu zdravstvenu skrb i postojeći standard. Istdobro, građani su navikli da je zdravstvo besplatno. Međutim, zdravstvo ima svoju cijenu, posebice kvalitetno zdravstvo. Mi stoga moramo definirati što mogu dobiti da bi zadržali sadašnju razinu zdravstvene usluge, a prije toga moramo izraditi jasne terapijsko-dijagnostičke smjernice na osnovi kojih ćemo moći odrediti koje zdravstvene usluge našim građanima svakako moramo pružiti,

a za sve iznad toga formirati cijenu unutar Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, koja će biti primjerena. Za prošlu godinu imamo pomak nabolje na listi uspješnosti europskih zdravstvenih sustava. To je lista kojom se ocjenjuje situacija s pravima pacijenata, dostupnosti zdravstvenih usluga odnosno pojedinih zahvata i dijagnostike, ocjenjuju se ishodi liječenja kao i dužina lista čekanja, prevencija bolesti, potrošnja lijekova i njihova dostupnost. Međutim, osobni je dojam korisnika zdravstvenih usluga da im je liječenje sve nedostupnije zbog zamršene administracije, rascjepkanosti tih usluga na bezbroj lokacija i neu jednačenosti u kvaliteti. Dok preko medija svjedoče o svjetskim uspjescima hrvatske medicine, s druge strane rješavanje njihova najobičnijeg zdravstvenog problema zapinje na svakom koraku. Dakle, i percepciju samog našeg sustava moramo promijeniti.



Jedna od mojih intencija bit će da se liječnici i zakonski zaštite, odnosno da se bez pravomoćne presude ne mogu objaviti javno njihovi podaci, kao što je to primjerice u Francuskoj

**■ Dakle, podržavate ministra u uvođenju tzv. nadstandarda u pružanju zdravstvenih usluga?**

Tako je. Naime, nedostatak nadstandarda predstavlja problem onim pacijentima koji su željeli skuplj zdravstveni proizvod kako bi na taj način ulagali u svoje zdravlje, odnosno time i nešto skuplj uslugu. Mi im omogućavanjem nadstandarda želimo pružiti ono što je u svijetu i uobičajeno, a što im do sada nije bilo dostupno jer nisu imali mogućnost nadoplate. Zanimljivo je da nitko ne spominje kako je već godinama taj isti nadstandard prisutan u stomatologiji i više nitko oko toga ne postavlja pitanje. Znamo što se dobije preko HZZO-a, a što nadoplatom u stomatologiji. Tako da moramo biti jasniji i iskreniji prema pacijentima.

**■ Za što ćete se zalagati kao predsjednica saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku?**

Ciljevi u zdravstvu za koje ću se zalagati kroz saborski Odbor za zdravstvo, a koje bismo mi trebali postići, jest zadržavanje solidarnosti i dostupnosti zdravstvene skrbi. Odbor kroz svoje redovne i tematske sjednice utvrđuje i prati provođenje politi-

ke, pa tako i u postupku donošenja zakona i drugih propisa, vezanih uz zdravstvo i socijalnu politiku. Odbor ima prava i dužnosti matičnoga radnog tijela u područjima koja se odnose na: zdravstvenu zaštitu i organizaciju zdravstvene službe, suzbijanje bolesti ovisnosti, socijalnu skrb, prava osoba s invaliditetom, zaštitu prognanih i raseljenih osoba, zaštitu starih i imovinski nezbrinutih osoba te druga pitanja socijalne politike i zdravstva. Uloga je našeg Odbora da se smanji broj zakonskih akata koje birokratiziraju zdravstvo. Osobno ću se zalagati za nastavak reforme hitne medicine, primarne zdravstvene zaštite, za završetak informatiziranja zdravstva, za poboljšanje statusa zdravstvenog osoblja kroz stimuliranje učinaka te bolju opremljenost zdravstvenih ustanova. Suočeni smo s velikim nedostatkom liječnika. Moramo jasno reći da ih nedostaje dvije i pol tisuće i da se već godinama zatvaraju oči pred tom činjenicom, kao i da se premali broj studenata upisuje na medicinske fakultete. Ako se hitno nešto ne poduzme, nedostatak liječničkog kadra, koji se još više intenzivira njihovim odlaškom u inozemstvo, s godinama će sve više eskalirati. Moramo učiniti sve kako bi se poboljšao status naših liječnika.

>>

I danas velik broj kolega ni jednom godišnje ne ode na neko stručno usavršavanje poput kongresa i simpozija, da ne govorimo o dugotrajnijoj edukaciji. Upravo je plaćeni odlazak na kongrese jedan od oblika pritiska koji vrše neki šefovi klinika kako bi odijelili „podobne od nepodobnih“

Svoja ču nastojanja usmjeriti na spašavanje imunološkog zavoda, jer to je ustanova koju bi svaka država morala imati u svom vlasništvu

**■ Predsjednik Hrvatske liječničke komore dr. Trpimir Goluža, zatražio je od Vlade hitan akcijski plan za ostanak liječnika u Hrvatskoj. Podržavate li mјere koje je u ime Komore u tom cilju predložio?**

Naravno, kao predsjednica skupštine Komore i sama sam u njihovoj izradi sudjelovala. S te sam pozicije morala odstupiti kada sam postala saborska zastupnica. Rješavanje statusa liječnika bit će u fokusu mog djelovanja, jer liječnici su ipak nositelji zdravstvenog sustava. Kako bi im se poboljšao status i odvratio od odlaska, svakako im osim boljih materijalnih uvjeta treba osigurati bolju organizaciju rada, pravednije napredovanje u struci, sustavno omogućavanje stručnog usavršavanja, uvođenje vremensko-kadrovske normativu u pružanju zdravstvenih usluga, povoljnije stambeno kreditiranje i porezne olakšice za rad u manje atraktivnim sredinama, dakle sve što je Komora predložila. Svakako će se zalagati i za sklapanje strukovnoga kolektivnog ugovora za liječnike.

**■ Ima li šanse za njegovo donošenje s obzirom na velik otpor sindikata i Zakon o reprezentativnosti sindikata? Kakve su vaše procjene?**

Mi to moramo riješiti. Ponajprije izmjenom Zakona o reprezentativnosti kako bismo regulirali status liječnika. Vrijeme je da se jasno i glasno kaže tko je nositelj zdravstvenog sustava. Liječnicima moramo omogućiti da sami pregovaraju o uvjetima svoga rada. Tim više što se u ovom trenutku ne traži niti jedna kuna za potpisivanje kolektivnog strukovnog ugovora. Nedopustivo je da o našim uvjetima pregovaraju oni koji zapravo niti ne znaju na koji način mi liječnici radimo. Zato smo i imali neuспješne eksperimente sa smjenskim radom, onemogućen nam je dopunski rad itd. Ako svaka struka ima pravo na rad izvan svoga redovnog radnog vremena, nije logično da to pravo nemaju i liječnici.

**■ Za sklapanje strukovnoga kolektivnog ugovora za liječnika trebat će ministru Nakiću, osim dobre volje i šira potpora javnosti i medija. Ima li je on u ovom trenutku?**

Misljam da ima. Ministar razumije probleme liječnika i imat će svu potporu javnosti

kad joj predoči; a to se cijelo vrijeme već i radi; koji će to biti dobitak ne samo za liječnike nego i za cijeli zdravstveni sustav i njegovu kvalitetu. Nemojmo se previše obazirati na Samostalni sindikat radnika u zdravstvu koji većinom okuplja nezdravstvene radnike i koji je uživao podršku bivšeg zdravstvenog establišmenta. Smatram da je liječnicima neophodan strukovni kolektivni ugovor i to čemo pokušati objasniti i pacijentima i cijeloj javnosti. Kada sam postala predsjednicom saborskog Odbora za zdravstvo, prvo sam se sastala s udruženjem bolesnika. Od njih 15 koje su došle na sastanak, većina ih je pružila potporu liječnicima u borbi za njihova prava. Udruge nisu protiv liječnika, one samo žele bolju komunikaciju s njima i neke stvari koje im možemo pružiti boljom organizacijom. I njima je bitno da liječnici budu zadovoljni.

**■ Ministar je najavio reformu hitne medicinske pomoći koja bi se trebala početi provoditi za dva mjeseca. Nije li to prebrzo, jesu li stvoreni svi preduvjeti?**

S obzirom na velik pritisak na hitne bolničke prijeme, od kojih je manji broj slučajeva uistinu i hitan, mislim da se osnovna reorganizacija radi njihova rasterećenja može napraviti u vrlo kratkom roku ako će na tom poslu biti angažirana kvalitetna radna skupina. Rješenja se trebaju implementirati na niže razine i onda u hodu evaluirati i rješavati goruće probleme. Mi smo u riječkom KBC-u odavno pokazali kako funkcionira objedinjeni hitni bolnički prijem, koji je kod nas oformljen 1984. godine. Sada je problem oko akutnih ambulanti u domovima zdravlja jer nije regulirano na koji će način liječnici koncesionari sudjelovati u njihovim dežurstvima. Sve je ostalo na tome kako je neka jedinica lokalne i regionalne samouprave riješila. Naravno, sva se dežurstva moraju platiti, ali dežurati moraju svi liječnici obiteljske medicine; osim zaposlenika domova zdravlja i koncesionari, jer ovi potonji nisu izvan sustava.

**■ Podržali ste ukidanje Programa 72 sata iako je taj ministrov potez ogorčio bolesnike i vrlo negativno odjeknuo u javnosti. Je li to bila dobra odluka?**

Negativne reakcije isključivo su posljedica dezinformiranosti. Treba jasno reći da taj program nije zaživio u većini hrvatskih bolnica te da je donekle funkcionirao samo



## Liječnica koja čvrsto vjeruje u svoju misiju u zdravstvu

u četiri grada u kojima su veliki onkološki centri. Program treba biti takav da mi u trenutku kad se postavi dijagnoza odmah odredimo plan liječenja, a ne da se čeka 72 sata. Možda je tako trebalo komunicirati. Mi se moramo pobrinuti da pacijent u optimalnom vremenu dođe do kirurga, i tu ne smije biti odgovlačenja, ali niti brzanja. U nekim bolnicama Program 72 sata uopće nije funkcioniраo, u nekima su se operacije obavljale za 72 sata, ali se na zračenje čekalo tri do četiri mjeseca. U drugima se bolnicama na operacije čekalo tjedan dana, ali se na zračenje dolazilo na red za 15-ak dana. Ovo potonje je svakako bolje za pacijente. Program 72 sata kao i Program Dani otvorenih vrata, uistinu su bile samo PR-ovske metode, koje u stvarnosti nisu dale rezultate.

**■ Hrvatskoj kronično nedostaje anesteziologa, a oni iz riječkog KBC-a odlaze raditi u Maribor preko vikenda...**

Htjeli su samo poboljšati svoj materijalni status. Ponavljam, ukoliko liječnik na svom radnom mjestu zadovolji, a to prije svega treba reći njegov prepostavljeni, onda mu treba omogućiti da radi i u svoje slobodno vrijeme.

**■ I hrvatskim bolnicama treba više anesteziologa. Zar onda nije logično da ih se motivira za dodatan rad u nekoj od naših bolnica umjesto da odlaze preko granice?**

Svakako. Ako liječnik želi odraditi nekoliko smjena u nekoj drugoj bolnici, to mu se mora omogućiti i primjereni platiti. Pri tome se mora paziti da ne dođe do premorenosti. Tu bih mogućnost svakako potaknula. Sveprisutni problem odljeva liječničkog kadra u inozemstvo treba anulirati uspostavljanjem sustava dodatnog finansijskog nagrađivanja rada, ali i mnogo fleksibilnijeg sustava plaća u zdravstvu. U proces kolektivnog pregovaranja zato treba uključiti ne samo liječnike kao nositelje djelatnosti, nego i Udrugu poslodavaca u zdravstvu kao reprezentativnu stranu s gotovo 95 javnih ustanova u dobrovoljnom članstvu, ali i sva radna tijela koja prate aktualnu problematiku u zdravstvu.

**Prepostavljam da se u tom kontekstu zalaže i za veću ulogu komora u zdravstvu, pa tako i Hrvatske liječničke komore?**

Kao političar zagovaram sve relevantne faktore u zdravstvenom sustavu; i komore, i poslodavce, i sindikate, i bolesnike,

koji će u suradnji sa zdravstvenom administracijom aktivno sudjelovati u kreiranju zdravstvene politike. Zdravstvena administracija ne smije imati isključivu prednost u njezinu kreiranju, ona osim savjetodavne uloge mora biti potpora izgradnji organskih zdravstvenih sustava. Mislim da Hrvatska liječnička komora ima vrlo važnu ulogu i s inicijativom pokretanja udruge komora u zdravstvu, može stvoriti jednu jaku snagu koja će moći jasno artikulirati potrebe svih nas zaposlenih u zdravstvenom sustavu. Decentralizacija u zdravstvu također je bitna jer je dostupnost i dobra organiziranozdravstvenih usluga naš imperativ. Došli smo u situaciju da svu medicinu zapravo imamo na razini Zagreba i velikih kliničkih bolničkih centara. Neke zdravstvene usluge možemo spustiti i odradivati na nižim razinama. Isto tako se zalažem za četiri velika sveučilišna regionalna centra.

**■ Znači, vi niste za to da Hrvatska ima samo jednu nacionalnu bolnicu (KBC Zagreb) kao centar vrhunske zdravstvene skrbi, za što se zalaže ministar?**

Hrvatskoj treba jedna nacionalna bolnica nulte kategorije, ako se usuglasimo da to bude KBC Zagreb. Isto tako trebamo i četiri velika sveučilišna klinička bolnička centra u gradovima u kojima imamo Medicinske fakultete, a to su: Rijeka, Osijek, Split i Zagreb. To trebaju biti državne bolnice i na tome ću svakako inzistirati, jer je to volja većine stručne i znanstvene medicinske javnosti u Hrvatskoj i na tu temu ću svakako ubrzo organizirati tematsku sjednicu saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku. Odluku o tome kako će se razvijati naše bolničko zdravstvo moramo donijeti konsenzusom svih relevantnih zdravstvenih sastavnica u Hrvatskoj. Ta četiri KBC-a trebaju se razvijati ravnomjerno, uz jasnou međuresornu suradnju. To podrazumijeva i dogovor o povećanju kvota za upis studenata medicine, što je nužnost. Ti klinički bolnički centri su nastavne baze Medicinskih fakulteta u Hrvatskoj i zbog toga moraju biti državne bolnice. Sve ostale mogu se vratiti na upravljanje na regionalnu i subregionalnu razinu.

>>

**Hrvatskoj treba jedna nacionalna bolnica nulte kategorije, ako se usuglasimo da to bude KBC Zagreb. Isto tako trebamo i četiri velika sveučilišna klinička bolnička centra u gradovima u kojima imamo medicinske fakultete, a to su: Rijeka, Osijek, Split i Zagreb. To trebaju biti državne bolnice i na tome ću inzistirati**

**■ Novo vodstvo Komore, za razliku od bivšega, odlučilo se na pokretanje postupaka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika koji su pravomočno osuđeni u aferi „Hipokrat“, no to nisu svi dobro prihvatali. Kakav je vaš stav?**

Zakon se mora poštivati. Riječ je o kolegama koji su pravomočno osuđeni za kazneno djelo počinjeno tijekom obavljanja liječničkog zvanja. Komora kao krovna organizacija doktora medicine u Hrvatskoj, koja ima javne ovlasti, tako potvrđuje svoju vjerodostojnost. Ako želimo živjeti u pravnoj državi, moramo je poštivati i onda kada se ti zakoni i na nas odnose. Osobno sam vrlo neugodno iznenađena činjenicom da su neke osuđene kolege od farmaceutske tvrtke doobile više od 300 tisuća kuna u jednoj godini.

**■ Mnogi se žale da su klinička istraživanja i ispitivanja lijekova po bolnicama i danas netransparentna ...**

Istina. I limitirana su na izabrane šefove klinika i njihove „odane“ suradnike koji ih provode. Nije transparentno jer je sve „tajno“, i dodjeljivanje kliničkih ispitivanja, i podjela novca. To je posve neprihvatljivo. Istraživanja bi se trebalo na razini bolniča pratiti i organizirati, a novac pravedno raspodijeliti te osnovati fond iz kojeg će se svim kolegama ravnomjerno omogućiti stručno i medicinsko usavršavanje. Treba znati da i danas velik broj kolega ni jednom godišnje ne ode na neko stručno usavršavanje poput kongresa i simpozija, da ne govorimo o dugotrajnjoj edukaciji. Upravo je plaćeni odlazak na kongrese jedan od oblika pritiska koji vrše neki šefovi klinika kako bi odijelili „podobne od nepodobnih“. Činjenica je da neki rukovoditelji imaju potpuno jasan stav kako će održavati svoje klinike uz pomoć podobnih, ali ne i sposobnih. To kroz neko vrijeme dovodi do urušavanja sustava i sigurno je jedan od razloga za odlazak liječnika. Nemogućnost profesionalnog i znanstvenog napredovanja osjetila sam na svojoj koži i tim više ću se zalagati kako bi se mladim liječnicima omogućilo stručno i znanstveno napredovanje prema jasnim i poštenim kriterijima. Ne smijemo dopustiti mladim ljudima da postanu malodušni. Ovdje bih posebno naglasila izmjene komorinog Etičkog kodeksa prije tri mjeseca, jer je

tada po prvi put jednim člankom omogućeno da se Komori prijavi neetično postupanje kolege koji vam je onemogućio stručno i znanstveno napredovanje. To je novina i nadam se da će pomoći mnogim kolegama koji su namjerno preskočeni u napredovanju, što ih definitivno obeshrabruje u daljem radu.

**Liječnici se često žale da su u svom radu „pod povećalom“ i da ih se za najmanju stvar neprovjereno i neutemeljeno „blati“ po medijima, i to pod punim imenom i prezimenom. Kako ih zaštiti?**

Hrvatska je jedna od rijetkih zemalja gdje se bez ikakvih posljedica može uništiti ugled liječniku, gdje se izlaže javnom sramu s punim imenom i prezimenom, a da često njegov slučaj niti ne dođe do suda. Usaporedbi radi, o pedofilu koji je nedavno uhićen u Rijeci, a zlostavljao je čak 80 djevojčica, u medijima nije bilo niti slike niti inicijala. Tako dolazimo do apsurda da se štiti identitet osoba koja su počinila takva zlodjela, a o liječniku se odmah objave svi podaci na prvu anonimnu prijavu. Jedna od mojih intencija bit će da se liječnici i zakonski zaštite, odnosno da se bez pravomočne presude ne mogu objaviti javno njihovi podaci, kao što je to primjerice, u Francuskoj.

**■ Kakav je vaš stav o Imunološkom zavodu? Vrijedi li ga još spašavati, jer izgleda da se više niti nema što spasiti?**

To je strateška zdravstvena ustanova hrvatskog zdravstva i oko toga nema rasprave. Zavod mora opstatи i moramo postići jasan konsenzus oko toga što treba učiniti da bi on opstao i bio financijski održiv. Stanje je vrlo kompleksno. Trebat će zapravo još dosta i političke volje i financijske potpore da bi ga se spasilo. Iako je kadrovska devastiran i oprema mu je zastarjela, a financijski repovi su veliki, moramo ga braniti do zadnjega. Riječ je o ustanovi koja ima proizvode kakve nema niti jedna druga zdravstvena ustanova u Hrvatskoj, riječ je o krvnim pripravcima te bakterijskim i virusnim cjepivima koja moraju biti dovoljna za naše tržište, a mogu biti konkurentna i na stranom. To je ustanova koju bi svaka država morala imati u svom vlasništvu. Svoja ću nastojanja usmjeriti na spašavanje Imunološkog zavoda.



S obzirom na velik pritisak na hitne bolničke prijeme, od kojih je manji broj slučajeva uistinu i hitan, mislim da se osnovna reorganizacija radi njihova rasterećenja može napraviti u vrlo kratkom roku ako će na tom poslu biti angažirana kvalitetna radna skupina. Rješenja se trebaju implementirati na niže razine i onda u hodu evaluirati i rješavati goruće probleme

### ■ Liječnici u politici! Od kud toklik interes liječnika za aktivnim sudjelovanjem u politici?

Prema prirodi svog posla stalno smo u kontaktu s ljudima i ne možeš biti dobar liječnik, ako nisi dobar komunikator. Vrlo se često pacijentu koji je zatvoren moraš približiti, moraš ga otvoriti i ono što on navodi kao svoju bolest često ima puno dublju pozadinu. Zato mi liječnici puno lakše ostvarujemo kontakt s ljudima. Možda je razlog i to što se svakodnevno susrećemo sa stresnim situacijama pa smo trenirani da pod stresom donosimo brze i bitne odluke, ponekad sudbonosne za osobe koje su pred nama. Puno liječnika sudjeluje u kreiranju zdravstvene politike jer znaju koji su najveći problemi koje treba promijeniti. Na žalost, neki kada postanu političari zaborave da su liječnici. Ja sam 25 godina u politici i sve to vrijeme bavila sam se politikom iz pozicije lokalpatriota i regionalca, a posljednjih godina kao nezavisna vijećnica u Skupštini Primorsko-goranske županije. Priključila sam se Mostu jer sam željela učiniti iskorak, vidjevši da vodeće stranke ne uspijevaju ni artikulirati ključne probleme, a ka-

moli ih rješavati. Uostalom, predugo se nije čuo glas Rijeke u Zagrebu. Most me pozvao na svoju listu i osvojila sam mnogo preferencijalnih glasova, nedostajalo je još oko 200 za osvajanje i drugog saborskog mandata u Rijeci. Uvjerenja sam da će to povjerenje opravdati.

■ Jedna ste od najaktivnijih zastupnica Mosta. Oko vas se diže dosta medijske prašine. Iako imate impresivan ratni put, napali su vas jer ste iskazali poštovanje prema Mirku Norcu pod čijim ste zapovjedništvom proveli pet godina u Gospiću. Tu je i sukob s riječkim intendantom Oliverom Frlićem. Optužuju vas i za nedosljednost, zalagali ste se za gašenje Ministarstva branitelja pa odustali, neuspjelo ukidanje povlastica „6 plus 6“ za saborske zastupnike, slučaj Lozančić...

To je zato što uvijek kažem ono što mislim, i jasno je da će uvijek biti prijepora oko mojih stavova i mišljenja. Isto tako, stavovi se mogu i mijenjati ako dobijete neke takve informacije na osnovi kojih ih možete promijeniti. Htjela bih da me ljudi sude nakon četiri godine mandata, a ne na početku. Most se pojavio kao reakcija na sve što se događalo u politici u

proteklih 25 godina. Formirali smo vlast s Domoljubnom koalicijom, ali ostajemo dosljedni nekim svojim stavovima od kojih ne odstupamo i javnost će to imati prilike vidjeti.

### ■ Sve su češći i glasniji disonantni tonovi između Mosta i Domoljubne koalicije...

Ne bih ih nazvala disonantnim tonovima, posebice ako imate na umu da je riječ o dvije političke opcije koje su potpisale sporazum o reformskoj vladbi i normalno je da postoje neke razlike između nas. Imamo stavove od kojih, ponavljam, ne želimo odstupiti i naravno da će zbog toga doći do rasprave. Preuzeli smo odgovornost za šest ministarstava u kojima smo željeli provesti reforme i sustavno radimo na tome da ih provedemo, što se, dakako, ne može dogoditi odmah. Treba prvo posložiti kabinet, jasno utvrditi stanje i osigurati zakonske uvjete. Za prve reforme ipak vam treba barem tri do šest mjeseci.

### ■ Tvrđite da nema opasnosti za vašu suradnju s Domoljubnom koalicijom?

Ne. Most je ušao u ovu priču hladne glave, znamo što želimo i dat ćemo sve od sebe kako bi suradnja bila uspješna. ■

## REFORMA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

# Hoće li se reorganizacija hitne prelomiti na ledima liječnika i pacijenata?

Piše: DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN

daniela.dujmovic@hlk.hr

**Cilj reforme je smanjiti pritisak na objedinjene hitne bolničke prijeme (OHBP), te preusmjeriti građane čija stanja nisu hitna (4. i 5. trijažna kategorija), na liječnike obiteljske medicine**

Reforma hitne medicinske pomoći, prva je reforma koju planira provesti ministar zdravljia dr. Dario Nakić, a koja će obuhvatiti i bolnice, i županijske zavode za hitnu medicinu i primarnu zdravstvenu zaštitu. Cilj je reforme smanjiti pritisak na objedinjene hitne bolničke prijeme (OHBP) i preusmjeriti građane čija stanja nisu hitna (4. i 5. trijažna kategorija), na liječnike obiteljske medicine. Ministar se odlučio na reformu jer je, tvrdi, sustav okrenut naopako. Naime, sada je moguće da bilo tko, doslovce s ulice, dođe u hitni bolnički prijem, čime se ugrožavaju ozbiljno bolesni, i zbog čega se u OHBP-u, na liječničku pomoć čeka satima. Da bi prva stepenica za osobe koje nisu vitalno ugrožene, postala primarna zdravstvena zaštita, potrebno je organizirati posebna dežurstva liječnika obiteljske medicine, najavio je ministar. Tako bi u OHBP-u pacijenti ubuduće mogli doći samo kolima hitne pomoći ili s uputnicom liječnika obiteljske medicine. Prva „stanica“ u hitnom bolničkom prijemu bit će trijažna ambulanta u kojoj će trijažna sestra procjenjivati u koju trijažnu kategoriju spada pacijent, te će one koji spadaju u 4. i 5. trijažnu kategoriju, lijepo uputiti nazad obiteljskom liječniku. Taj dio ne zabrinjava predsjednicu Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KOHOM) dr. Ines Balint, koja kaže kako se u praksi

pokazalo da pacijenti, kad ih iz hitne posalju nazad obiteljskom liječniku, u većini slučajeva odustanu od pregleda. Hoće li se i finansijski destimulirati samovoljan odlazak u OHBP, još nije odlučeno, no ministar je najavio kako se razmišlja o nekoliko mogućnosti. Istaknuo je kako je u prošloj godini od 850 tisuća posjeta hitnim bolničkim prijemima, čak 60 posto pacijenata bilo u trijažnim kategorijama 4. i 5.

## DETALJI REFORME NISU POZNATI

Pojedinosti reforme nisu nam poznati jer informacije iz Ministarstva zdravlja sramežljivo „kapaju“, što je u „piarovskom“ smislu dobro, jer građane, odnosno javnost, treba pažljivo pripremiti na to da će im ubuduće biti uskraćen ulazak u OHBP, što su dosad obilno koristili. U medijima se građane, naime, optužuje da su postali previše komotni te da bolničku hitnu službu koriste kako bi na jednom mjestu, bez uputnice, u nekoliko sati obavili sve potrebne preglede, umjesto da ih obavljaju redovnim putem. No, zaboravlja se da to ljudi ne bi radili, barem ne u tolikom broju, kad bi im zdravstvena usluga bila dostupnija i kada na preglede i pretrage ne bi trebali čekati doslovce mjesecima. Na naš novinarski upit Ministarstvu zdravlja, dobili smo kratak od-



STIV  
CINK

Od 850 tisuća posjeta hitnim bolničkim prijemima u prošloj godini, čak je 60 posto pacijenata bilo u trijažnim kategorijama 4. i 5.

govor kako je početak planirane reforme hitne pomoći planiran kroz dva mjeseca, i to kada se steknu svi potrebni uvjeti za njezinu provedbu. Odgovoreno je i kako je s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo već dogovorena nova mreža hitne medicine za timove 1 i 2, a jedna je od prvih stavki i dogovor sa županijama oko proširivanja i reorganizacije hitne medicinske mreže na razini cijele Hrvatske.

## REFORMA-AVION BEZ PILOTA S HRPOM NERVOZNIH PUTNIKA

No, nisu svi sretni s najavljenom reorganizacijom. Na najavu ministra kako će u trijažnom prijemu, medicinske sestre ili medicinski tehničari odlučivati o hitnosti stanja i trijažnoj kategoriji pacijenta te ih prema tome preusmjeravati ili na daljnju obradu u OHBP ili ih vraćati u domove zdravljia, iz Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara - medicinskih tehničara, poručuju kako oni ne mogu

preuzeti tu odgovornost. Veliko je pitanje imamo li mi i dovoljan broj trijažnih sestara (medicinske sestre s položenim tečajem trijaže), za trijažne ambulante po svim hrvatskim bolnicama. Velik je problem i specijalizacija iz hitne medicine, za koju nedostaje interesa, pa se tako, primjerice, u KBC-u Osijek, nitko nije javio na specijalizaciju već više od dvije godine, iako su u tom razdoblju objavljena čak četiri natječaja. Treba znati da je prva specijalizacija raspisana 2011. godine, a kako ona traje pet godina, mi u Hrvatskoj zapravo nemamo još niti jednog specijalista hitne medicine!

**Dr. Dragan Maloševac**, zaposlen u OHBP-u KBC-a Osijek, u kojoj radi kao specijalizant hitne medicine, a prije toga je radio u Zavodu za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije (vanbolnička hitna služba), ističe kako je sam program specijalizacije vrlo loš i zahtjevan, a kako je rad na hitnim prijemima težak, stresan i vrlo

odgovoran posao te stoga i nije čudno što nedostaje interesa. U Ministarstvu zdravljia su nam odgovorili da traže način kako bi potaknuli interes za tu specijalizaciju i rad u hitnim službama, te kako se nadaju da će jedan od poticaja biti i predstojeća reforma hitne medicinske službe, jer će se specijalizantima omogućiti rad s uistinu hitnim slučajevima, a ne kroničnim pacijentima, kako je do sada često bio slučaj. Inače, dr. Maloševac, koji ima bogato iskustvo rada u bolničkoj i vanbolničkoj hitnoj službi, naveo nam je osnovne probleme hitne medicine u Hrvatskoj. Prema njegovu mišljenju, osim lošeg programa specijalizacije i sam koncept OHBP-a napravljen je na brzinu i loše. Isto tako, smatra, da su specijalizanti hitne medicine prepušteni sami sebi jer nedostaje dobrih mentora i učitelja. Istim i nesuradljivost liječnika obiteljske medicine koji, umjesto da rješavaju zdravstvene probleme pacijenata 4. i 5. trijažne kategorije, šalju ih u hitne bolničke prijeme. Navodi i samovolju pacijenata koji zaobilaze liječ-

>>



**Velik je problem i specijalizacija iz hitne medicine, za koju nedostaje interesa, pa se tako primjerice u KBC-u Osijek, nitko nije javio na specijalizaciju već više od dvije godine, iako su u tom vremenu objavljena čak četiri natječaja**

nike obiteljske medicine i odlaze izravno u bolničku hitnu. Kako bi se rasteretili OHBP-i, Maloševac smatra da najprije treba razviti svijest i odgovornost građana prema vlastitu zdravlju, ali i promjeniti njihovu percepciju hitne medicine. „Hitna medicina nije hitna zato jer se na hitnim prijemima pacijenti mogu hitno obraditi“, pojašnjava. Osim većeg angažmana obiteljskih liječnika, smatra kako je potreban i veći angažman vanbolničke hitne službe koja sada ima isključivo transportnu ulogu. Isto tako, treba motivirati mlade liječnike za specijalizaciju hitne te promjeniti loš koncept same specijalizacije. Zaključuje kako nisu niti izbliza ispunjeni svi preduvjeti da bi se početak reforme mogao primjenjivati za dva mjeseca, kako je najavljen. „To je kao da sagradite velike aerodrome u svim gradovima i kupite avione, dakle imate svu infrastrukturu, a očekujete prve pilote tek za nekoliko godina. Rezultat će biti hrpa nervoznih putnika, (čitaj pacijenata).“

### LOŠA OPREMLJENOST DOMOVA ZDRAVLJA

Međutim, istina je ta da nisu ispunjeni niti svi „infrastrukturni“ uvjeti jer je opremljenost domova zdravlja u cijelini vrlo loša. Naime, da bi se rasteretio hitan bolnički prijem,

ali i same bolnice, trebalo bi što više pretraža obaviti na razini primarne zdravstvene zaštite. Ministar je najavio kako nam upravo za opremanje ambulant u domovima zdravlja, ali i koncesionara, na raspolaganju stoji 18 i pol milijuna eura iz EU fondova, no u međuvremenu je taj natječaj, koji je raspisala prethodna zdravstvena administracija, obustavljen na dva mjeseca, kako bi se evaluirao velik broj pristiglih prijava liječnika koncesionara. Dakle, to dodatno produžuje rok. Pri tom treba imati na umu da novce iz EU-a nije tako lako povući; treba pripremiti dobre projekte, a onda, u najboljem slučaju, sve to i ostvariti. To zasigurno nije od danas do sutra. Nije jasno kakve će koristi biti od najavljenih posebnih dežurstava obiteljskih liječnika, kada im u to vrijeme nije dostupna niti najosnovnija dijagnostika, ni laboratorijska, ni radiološka (jer vikendom, noću i blagdanom, ne rade laboratoriji u domovima zdravlja). Tim više, što u tim laboratorijima mora netko i raditi, tako da ta posebna dežurstva ne bi obuhvaćala samo liječnike nego i ostali stručni kadar. Tko će sve to platiti?

Puno je tu pitanja otvoreno, pa je aktualna zdravstvena administracija vrlo hrabra kad najavljuje početak primjene reforme za dva



## SPECIJALIZACIJA IZ HITNE MEDICINE

Trenutno je u cijeloj Hrvatskoj 130 specijalizanata hitne medicine, od čega ih je najviše u Zagrebu, i to ukupno 50 u četiri bolnice (Sveti Duh, Sestre Milosrdnice, Dubrava i KBC Zagreb). U KBC-u Rijeka imaju 21 specijalizanta, Split ima 20, dok ih je u ostalim bolnicama po dva-tri (Karlovac, Virovitica, Slavonski Brod), a u nekim bolnicama samo po jedan (Vinkovci, Dubrovnik, Varaždin). Porazan je i podatak da je u zadnjih pet godina čak dvadesetak specijalizanata hitne medicine odustalo od specijalizacije!

mjeseca. Očito se misli puno stvari rješavati „u hodu“, a to je najgori mogući scenarij ako se neka reforma želi uspješno provesti. Bojimo se da će iz Udruge pacijenata biti u pravu kada će poručivati kako se sve „prelomilo preko leđa pacijenata“. Mi bismo dodali i „preko leđa“ liječnika.

## LIJEĆNICI OBITELJSKE MEDICINE NE ŽELE DEŽURATI NOĆU

Što se tiče dežurstava obiteljskih liječnika, ni tu nije posve jasno što u Ministarstvu konkretno kane napraviti. Naime, liječnici u domovima zdravlja i sada dežuraju vikendom i blagdanom, istina, samo tijekom dana. No to ne rješava problem, oni bi morali dežurati i tijekom cijelog tjedna, jer ako čovjek ima zdravstvene tegobe, a njegov liječnik nije u smjeni, opet mu neće preostati ništa drugo, nego se zaputiti u hitni bolnički prijem. A što je s dežurstvima noću? Dr. Balint poručuje da takvo što ne dolazi u obzir. Ionako nedostaje obiteljskih liječnika, preopterećeni su i u prosjeku imaju oko 2.200 pacijenata, poručuje. Pitanje je i koncepcionara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koji nisu dužni dežurati jer to u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti nije jasno definirano, tako da dežurstva ne bi mogli „pokriti“ samo zaposlenici domova zdravlja koji su u manjini, (više je od 70 posto ordinacija u primarnoj zaštiti u koncesiji). Iz Ministarstva su najavili kako će taj Zakon ići u izmjene te da će se i takva odredba jasnije definirati. Ali i to je procedura koja traje... a za dva mjeseca bi pacijenti trebali početi kucati na vrata domova zdravlja. Tko će im otvoriti?

## AKUTNA AMBULANTA U OHBP-u MOGUĆE RJEŠENJE?

Rješenje za neopremljenost ambulanti domova zdravlja u prije-laznom razdoblju i uvođenja dodatnih dežurstava u njima, a koje će ujedno u slučaju potrebe, skratiti muke šetanja pacijenata od obiteljskog liječnika do OHBP-a i natrag (ta se šetnja može mjeriti desecima kilometara ako ne žive blizu bolnice), jest **akutna ambulanta u samom OHBP-u**, u kojem radi liječnik obiteljske medicine. To je jedan od prijedloga radne skupine Hrvatske liječničke komore za unaprijeđenje rada OHBP-a na čelu s dr. Petrom Miškovićem, anesteziologom u Općoj bolnici Karlovac. Član te skupine, dr. Goran Lazić, liječnik obiteljske medicine iz Karlovca, autor je zajedno sa sanacijskim upraviteljem karlovačke bolnice dr. Suadom Crnicom, pilot projekta ambulante za akutna stanja u toj bolnici. Projekt je trajao tri mjeseca, od 15. rujna do 31. prosinca 2014., i polučio je izvanredne rezultate, tvrdi dr. Lazić. Naime, liječnik obiteljske medicine u toj je ambulanti zaprimao pacijente 4. i 5. stupnja hitnosti, a koje mu je preusmjeravala trijažna sestra. Time se rasterećuje specijalizant koji radi u OHBP-u, koji se zbog nedovoljnog iskustva koristi većim brojem pretraga, dok obiteljski liječnik istodobno ima na raspolaganju svu dijagnostičku obradu, koju, kako je pokazao pilot projekt, puno racionalnije koristi. Naime, broj dijagnostičkih obrada pao je čak za 50 posto, čime se ujedno ubrzao i protok kroz ambulantu. Dr. Lazić napominje kako su i pacijenti i liječnici u OHBP-u, bili iznimno zadovoljni tim projektom; pacijenti jer nisu morali šetati od bolnica do domova zdravlja i obrnuto, nego im je sve bilo na jednom mjestu,

&gt;&gt;

## U RIJEČKOM KBC-u OHBP-e FUNKCIONIRA OD 1984.

U riječkom KBC-u tvrde kako oni prvi u Hrvatskoj imaju objedinjeni hitni bolnički prijem (OHBP), koji kod njih funkcioniра još od 1984. godine. Prvi i dugogodišnji šef OHBP-a u Rijeci, bio je dr. Fred Zeidler, koji je 2012. otišao u mirovinu. Ispričao nam je kako je hitni bolnički prijem u njihovu KBC-u, od početka imao u svojim prostorima reanimacijsku salu, hitnu operacijsku salu, RTG kabinet, hitni laboratorij, ambulante za pregled bolesnika, salu za malu kirurgiju i jedinicu intenzivnog nadzora sa šest kreveta. Svi novoprimaljeni lječnici morali su u toj službi provesti od nekoliko mjeseci do nekoliko godina, nakon čega bi dobili specijalizacije na klinikama i zavodima KBC-a. Godine 2001. u njihovu hitnu medicinsku službu po prvi put je uvedena sestrinska trijaža koja je za stupanj hitnosti zdravstvenog stanja pacijenta koristila Australsko-azijsku trijažnu ljestvicu. Od samog početka je uočeno da su na hitni bolnički prijem dolazili i bolesnici koji nisu bili vitalno ugroženi. Međutim, kaže dr. Zeidler, zapazili su i da ne postoji siguran način kojim bi se u vrlo kratkom vremenu moglo, „na prvi pogled“, utvrditi kako bolesnik ne spada u prve tri trijažne kategorije. Ako to kaže jedan iskusan lječnik, koji je svoj radni vijek proveo u hitnoj službi, onda možemo zamisliti kakva odgovornost čeka trijažne sestre. Komentirajući najave o mogućnosti finansijskog destimuliranja pacijenata od odlazaka u OHBP, dr. Zeidler podsjeća kako su takvi pokušaji gotovo svugdje propali, te navodi primjer Austrije, gdje je to isto neslavno završilo.

**Rješenje za neopremljene ambulante domova zdravlja i uvođenja dodatnih dežurstava u njima, jest akutna ambulanta u sklopu OHBP-a, u kojoj bi radio obiteljski lječnik**

bolnički specijalisti jer su se mogli posvetiti uistinu hitnim slučajevima. I što nije manje bitno, svaki pacijent otpušten iz OHBP-a ili akutne ambulante bio je odmah opskrbljen receptom. Naime, obiteljski lječnik može napisati recept, za razliku od bolničkoga. Da bi zdravstvena usluga bila potpuna, iz radne skupine Komore, predlažu da se organiziraju dežurstva ljekarni u blizini bolnica, kako bi propisani lijek pacijent mogao i preuzeti. Dr. Lazić smatra kako je upitno reorganizaciju hitne pomoći spustiti na domove zdravlja na način dežurstava, jer iziskuju velika novčana sredstva za opremu i stručni kadar, a taj i nedostaje na zdravstvenom tržištu. Smatra da je isplativije i funkcionalnije da obiteljski lječnik radi u OHBP-u i koristi se njegovim resursima. No, izgleda da aktualni ministar nije sklon toj varijanti, jer je još niti jednom nije spomenuo kao mogućnost, barem ne u javnosti.

Glede privlačenja mladih lječnika na specijalizaciju hitne medicine, dr. Lazić drži kako bi bilo pametno vratiti nekadašnji sustav iz vremena ministra dr. Andrije Hebranga, kada su mlađi lječnici prije specijalizacije trebali provesti dvije godine na razini primarne

zaštite, uz manju modifikaciju: godinu dana rada u obiteljskoj medicini, a drugu u akutnoj ambulanti OHBP-a, kroz koju i sada neformalno, u većini slučajeva i prolaze. Krajnji rezultat bila bi kompletna stručna izgrađenost mладог lječnika, s jasno definiranim stavovima prema izboru specijalizacije, a ujedno bi se i riješila trenutna kadrovska nedostatnost. Dio provedenog rada u OHBP-u ili akutnoj ambulanti, mogao bi se priznati i u sam specijalistički staž. U tom bi slučaju mogli privući i zainteresirati veći broj mlađih lječnika za specijalizaciju iz hitne i obiteljske medicine, koji bi optimalnom preraspodjelom, prema regionalnim potrebama i specifičnostima, predstavljali dobro educirane čuvare ulaska u sustav, uvjeren je dr. Lazić.

### PRIJEDLOG KMORE ZA ORGANIZACIJU OHBP-a

Radna skupina Komore, sastavljena od lječnika iz hitne bolničke službe(vanbolničke i bolničke), ili onih koji su u neposrednom dodiru s njom, predala je svoj prijedlog organizacija OHBP-a ministru zdravlja dr. Nakiću. Naime, nedostatke u našoj hitnoj medicinskoj službi najbolje poznaju oni koji u njoj rade. Naravno, ne možemo u član-



Dr. Goran Lazić, autor pilot projekta akutne ambulante u OHBP-u karlovačke bolnice



Dr. Fred Zeidler, šef prvog OHBP-a u Hrvatskoj

ku predstaviti cijeli dokument pa čemo izdvojiti samo neke prijedloge. Glede edukacije za trijažu medicinskih sestara i tehničara, predlaže se da se umjesto tečaja uvede specijalistički studij za trijažnu sestrzu u sklopu visokoškolskog obrazovanja sestrinstva te da uvjet za rad u trijažnoj ambulanti bude i najmanje tri godine iskustva stečenog radom u OHBP-u. Naime, velika je odgovornost na trijažnoj sestrzi i stoga ne čudi što je iz stru-

kovnog sindikata medicinskih sestara ne žele tako olako prihvati. Prijedlog je i da izvanbolnička hitna bude u sklopu bolnice te da liječnik iz bolnice dolazi kolima hitne pomoći po pacijenta i odlučuje o tome koje je trijažne kategorije. Oni pacijenti koji će se upućivati u OHBP, iz ambulante obiteljske medicine, trebali bi uz uputnicu imati i popratno pismo u kojem će biti naveden tijek bolesti, lijekovi koje uzimaju te specifičnosti njihova stanja. Tako bi se

izbjegle pogrešne dijagnoze i nepotrebno dijagnosticiranje. Takav se princip predlaže za svaki specijalistički pregled. Interes za specijalizaciju iz hitne medicine mogao bi se povećati većim primanjima, uvođenjem predmeta „hitna medicina“ na studij medicine, programom obuke u „kabinetima znanja za stažiste“ i obveznim stažiranjem u OHBP-ima. I zaključno, akutna ambulanta u sklopu OHBP-a, u kojoj bi radio obiteljski liječnik. ■

## AUSTRALSKO-AZIJSKA (ATS) LJESTVICA TRIJAŽE KOJA SE KORISTI U HRVATSKOJ

Kategorija ATS-a za brzinu liječenja i pokazatelj učinkovitosti

ATS kategorija	Maksimalno vrijeme čekanja na početak pregleda liječnika	Pokazatelj učinkovitosti (%)
1	Odmah	100
2	10 minuta	80
3	30 minuta	75
4	60 minuta	70
5	120 minuta	70

Pokazatelji učinkovitosti opisuju minimalni postotak pacijenata po kategoriji ATS-a, za koje se očekuje da će postići idealani kriterij vremena potrebnog za početak pregleda liječnika.

# Program 72 sata



Bivši ministar zdravljа dr. SINIŠA VARGA

**Kako komentirate ukidanje Programa 72 sata i tvrdnje ministra zdravlja, ali i Hrvatske udruge bolničkih liječnika (HUBOL) kako je taj projekt stručno neutemeljen, da je osmisljen u predizborne svrhe i da nikad nije niti zaživio?**

Ne razumijem one koji ukidaju programe koji daju rezultate, a pri tom ne nude nova rješenja. Ako je program dobar za naše paciente, nije bitno kako se zove niti tko ga je osmislio. Ovakvi programi počeli su 90-ih godina, za vrijeme HDZ-ove vlasti, na inicijativu ravnatelja Instituta za tumore dr. Marka Turića, pa ja nikada nisam rekao da je to političko pitanje. U razdoblju od šest mjeseci u Programu 72 sata u pet KBC-a liječena su 2303 pacijenta (u KBC-u Rijeka 781, u KBC-u Split 137, u KBC-u Sestre milosrdnice 798, u KBC-u Osijek 83 i u KBC-u Zagreb 505 pacijenata). Prema iskustvima pacijenata i informacijama o praksi u bolnicama, pacijent je prečesto, nakon primanja loše vijesti, bio prepušten samome sebi i tražio po šalterima raznih bolnica tko će i kada obaviti pretrage te donijeti finalni plan liječenja. Taj proces počesto traje mjesecima, a znamo da to može ostaviti trajne psihološke posljedice, kao i ugroziti psiho-socijalnu ravnotežu u obitelji. Program 72 sata pokrenuli smo u travnju 2015., a njime se predviđao početak liječenja bolesnika s kolorektalnim karcinomom, karcinomima

dojke i malignim tumorima glave i vrata u roku od 72 sata od dijagnoze bolesti. Uprave KBC-a dobile su uputu da u tom vremenu valja obaviti aktivnosti preuzimanja, početka liječenja, prijema, odluke multidisciplinarnog tima te planiranja operacije u istom boravku, ali i planiranje kemoterapije ili radio-terapije. Program je donio potpuno ukidanje listi čekanja za te dijagnoze te skratio liječenje, što dokazano donosi bolje rezultate, smanjuje neizvjesnost i pozitivno djeluje na bolesnika i njegovu obitelj. U 2016., program se planirao proširiti na više sijela malignih bolesti, s konačnim ciljem da se svi onkološki pacijenti obuhvate protokolom.

**Iz HUBOL-a tvrde kako ima indicija da podaci o obrađenim pacijentima u tom programu nisu adekvatno ažurirani ni unošeni u sustav, odnosno da broj pacijenata dijagnosticiran i operiran u 72 sata nije nužno točan.**

A ja imam indicije da HUBOL ima svega stotinjak članova i da su liječnici sve više nezadovoljni političkim aktivizmom strukovnih liječničkih organizacija. I što ćemo sad? Hoćeće li me pitati za dokaze? Znate, lako je biti u oporbi jer tada možete po vladajućima lupati svim raspoloživim sredstvima, a teret dokaza je na onome na vlasti. Podaci koje smo iznijeli stigli su nam od uprava bolnica, koje su ih prikupile od odjelnih liječnika. Kao i za sve ostale projekte, jasno smo navodili metodologiju kako smo došli do određenih podataka. Jedno je ne slagati se s metodologijom, a drugo je govoriti da su podaci nepouzdani jer biste vi to napravili drukčije.

**Ministar Nakić izjavio je kako je taj program samo uznenemirio one pacijente oboljele od malignih bolesti koji u roku 72 sata od postavljanja dijagnoze nisu bili podvrgnuti liječenju. Iz HUBOL-a su pak poručili da taj program percipira sve pacijente s malignom bolešću na isti način, te da „ad hoc“ stavljanje na operativni zahvat bez optimalne pripreme može i ugroziti život pacijentu.**

Moj je dojam da dr. Nakić još nije svjestan odgovornosti koju ima kao ministar zdravlja, i dalje je u retorici aktivista HUBOL-a. Mislim da je sam ministar uznenemirio najranjiviju skupinu pacijenata i pri tom stvorio nepovjerenje u sustav i zaposlenike koji inače dobro

rade svoj posao. Projekte u Ministarstvu radili smo u suradnji sa strukom, doduše nismo zvali HUBOL, radi evidentnog političkog aktivizma. Bilo je za očekivati da će HUBOL stati iza ministra Nakića, jer je politički istomišljenik i istovremeno njihov član (kao što su i predsjednica Saborskog odbora za zdravstvo Ines Strenja Linić, zamjenik ministra zdravlja Ivan Bekavac te pomoćnica ministra Ružica Palić Kramarić). Iako je legitimno da se svaka udružba bori za ostvarenje ciljeva radi kojih je osnovana, ovdje se radi o tome da se interes 4,3 milijuna državljana Hrvatske podređuje interesima nekoliko stotina članova jedne udružuge, što je neprihvatljivo postupanje ministra Nakića. Neprihvatljivo je zdravlje pacijenata podrediti partikularnim interesima nekolicine zaposlenika u zdravstvu i politici, jer tu politika nema što tražiti. Ipak, dragi mi je što ministar Nakić ima tako jaku političku podršku HUBOL-a ako će oni uskoro početi nuditi i rješenja, a ne samo govoriti o problemima.

**Novi ministar tvrdi, između ostalog, da su maligni bolesnici uvijek imali prioritet u liječenju i da će imati i dalje te da su temeljni problemi zapravo kasno dijagnosticiranje i beskrajna čekanja na dijagnostičke preglede.** Siguran sam da je svakom pacijentu rješavanje upravo njegove bolesti prioritetno. Stoga ne bih govorio o prioritetima već o uočavanju specifičnosti i problema pojedinih grupa bolesnika, da se oni prepoznaju i rješavaju. Razliciti razlozi doveli su do toga da još uvijek imamo visoku stopu smrtnosti od onkoloških bolesti, a jedan od njih je prekasno dijagnosticiranje. Treba organizirati što bolju prevenciju i poticati ljudе na preventivne preglede. Nadam se da ministar Nakić planira nastaviti s promoviranjem Nacionalnih preventivnih programa iako su pokrenuti za bivše Vlade. I svakako mislim da ministrov prioritet nije trebao biti ukidanje Programa 72 sata i Programa plus jer je time unio nemir među pacijente. Izravna posljedica ukidanja Programa plus je 50 tisuća novih pacijenata na listama čekanja. Nadam se da ministar planira ozbiljnu sveobuhvatnu nacionalnu politiku borbe protiv raka i da za nju neće čekati odobrenje pojedinaca i pojedinih interesnih skupina u zdravstvu.

*Program 72 sata koji je uveo bivši ministar zdravlja Siniša Varga, a koji je trebao osigurati onkološkim bolesnicima liječenje u roku od tri dana od postavljanja dijagnoze, tako je barem bilo najavljivano, ukinuo je aktualan ministar Dario Nakić s obrazloženjem kako program nikad nije ni zaživio. Taj potez nije dobro primljen u javnosti, a javnu podršku ministru Nakiću dala je Hrvatska udruga bolničkih lječnika (HUBOL). Stoga smo odlučili dati prostor i bivšem ministru Vargi i čelnici HUBOL-a Adi Barić, kako bi nam obrazložili svoje stavove oko spomenutog programa.*

Razgovarala / DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN  
daniela.dujmovic@hlc.hr



Predsjednica HUBOL-a dr. ADA BARIĆ

#### Koje su vaše glavne zamjerke Programu 72 sata?

HUBOL-ova je glavna zamjerkra tom programu ta da nigdje u stručnoj literaturi, smjernicama i protokolima liječenja na svjetskoj razini nema podataka o pozitivnom ishodu maligne bolesti ako se počne liječiti u roku 72 sata. Naprotiv, prema svjetskim smjernicama, zbog adekvatnog planiranja terapije i minimiziranja neželenih događaja, bolesnici s malignom bolešću moraju početi s liječenjem u unutar mjesec dana. Nadalje, Program 72 sata organizirala je "preko noći" prethodna zdravstvena administracija bez ikakve konzultacije sa strukom o njegovoj koristi i provedivosti, (kao i kod Programa plus i Dana otvorenih vrata). Jedina im je svrha bila manipuliranje javnim mnijenjem radi sakupljanja političkih bodova, ali bez konkretne dugoročne koristi za pacijente.

**Bivši ministar Varga izjavio je kako je svjestan da svi maligni bolesnici nisu mogli biti obuhvaćeni tim programom niti podvrgnuti liječenju u roku od 72 sata. Glavni je cilj bio da se u tom roku donese plan liječenja i smanji stres oboljelih. Što je tu bilo sporno?**

Prema našim saznanjima, Program 72 sata se provodio u jednoj ustanovi u Hrvatskoj koja se bavi isključivo onkološkim bolesnicima, bez hitnog prijema i ne zbrinjavajući druge populacije bolesnika. U razgovoru sa strukom, Programom su većinom "obuhvaćeni" mladi i do tada zdravi ljudi, kod kojih za početak liječenja u tako kratkom roku također ima medicinskih prepreka (npr. trenutna razina hormona kod tumora dojke), uz najbolje uvjete i činjenicu da bolesnik ne dode recimo, u četvrtak ili petak. Bolesnici visoke životne dobi s velikim brojem kroničnih bolesti (dijabetičari s komplikacijama, srčani, bubrežni bolesnici...), teško se oporavljaju i od samih pretraga koje su dovele do dijagnoze (npr. kolonoskopija). Stoga ih je potrebno pripremiti za operaciju ali i druge načine liječenja, uz konzultaciju više bolničkih specijalista. To zahtijeva određeni vremenski tijek kako bi liječenje bilo optimalno i što manje štetno za pacijenta, a konačni i pozitivan dugoročni rezultat je taj koji najviše umanjuje stres.

**Ukidanje tog Programa javnost je loše primila. Udruge bolesnika uputile su apel ministru da donese sličan i da ih uključi u njegovu izradu. Tvrde kako su bili zadovoljni tim Programom i kako im je on psihološki puno značio. Je li ga trebalo ukinuti bez konzultacija s udugama? Što im se nudi zauzvrat?**

Mi u HUBOL-u postavljamo pitanje govorili li se ovdje o paralelnom sustavu i stvaranju dvije vrste pacijenata, onih povlaštenih i tzv. običnih? Zašto i s kojim pravom se pacijenti u istoj državi i s istom bolešću različito liječe? Gdje je tu pravo svih pacijenata na jednaku dostupnost liječenja? Tko će za to biti odgovoran? Program 72 sata niti na koji način nije bio dostupan pacijentima u provinciji, čime nije omogućena ravnomjerna dostupnost zdravstvene zaštite, a pacijenti oboljeli od malignih bolesti iz manjih gradova i mjesta stavljeni su u nezavidan položaj. Njihovo je liječenje i dalje isključivo ovisilo o samoprijegoru i nesobičnom zalaganju liječnika.

**Ne čini li Vam se da je novi ministar otvorio previše „frontova“ u kratkom vremenu; od najavljivanja nadstandarda do ukidanja programa bivše zdravstvene administracije? Može li to ugroziti ministrovu namjeru za sklapanjem strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike, za što će trebati širu potporu javnosti?**

Otvaranje puno "frontova" znači samo jedno - nagomilani su neriješeni problemi prethodnih zdravstvenih administracija za koje nitko neće snositi odgovornost, a zbog kojih su ispaštali i bolesnici i mi liječnici. Kao što je HUBOL upozoravao, vremena je malo, pa se najavljeni reformski potezi moraju odvijati paralelno ako se žele ostvariti svi zadani ciljevi. Rad i hvatanje u koštač s teškoćama ne može donijeti ništa loše i javnost to uvijek prepoznaje. Zbog odljeva liječnika i nezadovoljstva onih koji ostaju, vjerujemo kako ćemo se što prije afirmirati kroz strukovni kolektivni ugovor i kako će naši liječnici ostati u svojoj domovini.

# Novi Statut omogućit će još učinkovitije djelovanje Komore

Novi Statut Hrvatske liječničke komore stupio je na snagu 27. veljače 2016.,(objavljen u „NN“ br. 16/16 od 19.2.2016.). Nai-me, novo vodstvo Komore odlučilo je reorganizirati njezino dosadašnje poslovanje, zbog čega je bilo nužno pojedine odredbe Statuta doraditi, dopuniti, izbrisati ili ih prilagoditi novoj ideji strukturnog ustroja Komore te ih uskladiti s provedenim promjenama propisa iz područja zdravstva. Svrha ovakvog „zahvata“ imat će za posljedicu učinkovitije djelovanje svih tijela Komore, ali i njezinih stručnih službi.

## Veća sloboda predsjednicima stalnih povjerenstava

U novi Statut uvrštene su neke nove odredbe koje dodatno naglašavaju ulogu i značenje Komore – od dopune podataka o povijesti djelovanja Komore u Hrvatskoj do podataka koji naglašavaju njezin status kao pravne osobe s pripadajućim javnim ovlastima. Izbrisana je funkcija tajnika Komore te će organizaciju redovitih poslova i koordinaciju rada stručnih službi Komore ubuduće provoditi njezin predsjednik. Redefiniran je način utvrđivanja sastava stalnih povjerenstava Izvršnog odbora Komore kako bi se dala veća sloboda i značaj predsjednicima stalnih povjerenstava te inzistiralo na njihovoj odgovornosti za rad povjerenstva čije su članove osobno predložili.

Mogućnost obavljanja poslova zasnovanjem radnog odnosa s Komorom u punom ili nepunom radnom vremenu utvrđena je novim Statutom ne samo za predsjednika i dopredsjednike Komore, već i za ostale članove Izvršnog odbora.

Skupština Komore dobila je ovlast da bira i imenuje revizorsko društvo ili samostalnog revizora, sukladno odredbama Zakona o reviziji i Zakona o finansijskom poslovanju i računovodstvu neprofitnih organizacija.

Vezano uz rad Suda Komore, kao jednog od njezinih tijela, dodatno je preciziran način izbora predsjednika i zamjenika



predsjednika Časnog i Visokog časnog suda Komore te izbor njihovih članova.

## Dodatno uređen disciplinski postupak

U Statut je uvrštena i posebna glava koja uređuje disciplinski postupak u smislu odredbi Zakona o liječništvu te je provedeno sadržajno poboljšanje odredbi kojima su određene osobe ovlaštene za pokretanje disciplinskog postupka. Odgovarajuća je pozornost dana i trajnoj medicinskoj izobrazbi koja je jedno od temeljnih prava i obveza svakog liječnika te jedan od preduvjeta za obnavljanje odobrenja za samostalan rad (licence). Ovo važno područje uređeno je u posebnom aktu Komore.

## Sukob oko novog Statuta

Podsjetimo, kako bi Komora dobila novi Statut odvijala se prava višemjesečna „drama“ na relaciji Komora-Ministarstvo zdravlja za vrijeme bivšeg ministra dr. Siniša Varge. Iako je Skupština Komore još 26. rujna 2015., usvojila Statutaru odluku o izmjennama i dopunama Statuta, bivši ministar odbio je dati suglasnost na usvojene izmjene i dopune, uz obrazloženje kako je zbog opsega predloženih izmjena trebalo zapravo donijeti novi Statut, a ne njegove izmjene i dopune.

Unatoč brojnim pokušajima Komore da ukaže Ministarstvu na neosnovanost takvog stajališta, ono nije promjenilo svoj čvrsti stav te Komori nije preostalo ništa drugo nego da prethodno usvojene izmjene i dopune Statuta, sada zapravo samo pretvorene u tekst „novog“ Statuta, ponovno uputi Skupštini Komore na usvajanje, što je i učinjeno 19. prosinca 2015.

Povodom ponovljenog traženja suglasnosti na Statut, bivši ministar zdravlja nije imao primjedbi na sam usvojeni tekst, ali je objavu Statuta u „Narodnim novinama“, uvjetovaodatnim provođenjem savjetovanja sukladno odredbama Zakona o pravu na pristup informacijama.

Radi oticanja bilo kakvih novih prigovora postupku donošenja Statuta, novo je vodstvo Komore odlučilo putem web stranice provesti savjetovanje sa zainteresiranim javnošću u trajanju od mjesec dana. Izvešće o provedenom savjetovanju dostavljeno je svim delegatima Skupštine Komore na uvid kako bi se ponovno izjasnili prihvaćaju li tekst novog Statuta.

Novi Statut je usvojen 16. veljače 2016., a novi je ministar zdravlja dr. Dario Nakić, svoju suglasnost dao već sljedećeg dana.

# Tražimo od Vlade hitan Akcijski plan za ostanak liječnika u Hrvatskoj

Hrvatska liječnička komora traži od nove Vlade da odmah krene rješavati višegodišnji problem odlaska liječnika iz Hrvatske te da utvrdi konkretnе mјere za poboljšanje statura liječnika kojima bi se zaustavilo njihovo napuštanje hrvatskog zdravstvenog sustava.

U četiri godine broj liječnika specijalista u bolničkom sustavu pao je za gotovo 15 posto, pokazuju podaci Komore. Naime, 2011. godine bilo je u bolničkom sustavu 7.007 liječnika specijalista, dok ih je 1. travnja 2015. bilo tek 6.019, što je čak **988 liječnika manje u četiri godine**. U zadnje dvije godine **više od tisuću liječnika** prikupilo je svu potrebnu dokumentaciju za odlazak u inozemstvo, pri čemu je njihova prosječna dob za 17 godina manja od prosječne dobi specijalista u sustavu (35 godina naspram 52 godine).

„Iz sustava nam odlaze mladi, sposobni liječnici koji su uvjereni u svoje znanje i sposobnosti i koji su spremni mukotrпno i predano raditi. Odlazi nam perspektiva sustava“, upozorio je predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža.

Navedeni podaci jasno pokazuju da su trenutni uvjeti rada, kao i društvena pozicija liječnika neprimjereni, nezadovoljavajući i destimulativni. Ne zaustavi li se čim prije ovakav trend odlaska liječnika, doći će do ozbiljnog i nepovratnog urušavanja kvalitete pružanja zdravstvene skrbi hrvatskim građanima.

„Prošla zdravstvena administracija ni na koji se način nije aktivno angažirala na rješavanju ovoga gorućeg problema, nego je umjesto toga mahala praznim obećanjima. Kvali-

tetno zdravstvo je ne samo primarni nacionalni interes, već i osnovni interes svakoga našeg građanina. Liječnike se u sustavu hrvatskog zdravstva može zadržati samo stimulacijom, a ne represijom“, upozorio je dr. Goluža. Stoga od nove Vlade traži da bez odgode krene rješavati ovaj višegodišnji gorući problem hrvatskog zdravstva. „Od Vlade zahtijevamo da u najkraćem mogućem roku donese Akcijski plan s konkretnim mјerama za ostanak liječnika u Hrvatskoj. Očekujemo djelotvorna rješenja i očekujemo ih odmah. Obećanja koja bi se trebala početi ostvarivati za dvije ili četiri godine nisu rješenje i nisu prihvatljiva“, istaknuo je predsjednik Komore.

Podsjetimo, hrvatskom zdravstvu nedostaje oko 2.500 bolničkih specijalista da bi se dosegnuo prosječan broj liječnika na 1000 stanovnika u zemljama EU-a, koje usprkos tomu imaju potrebu za dodatnim liječničkim kadrom.

Komora predlaže konkretnе mјere za zadržavanje liječnika u Hrvatskoj kao što su: omogućavanje strukovnog kolektivnog pregovaranja za liječnike, bolja organizacija rada, omogućavanje dopunskog rada liječnicima kod poslodavca iz iste djelatnosti, uvažavanje europskih kriterija vremen-sko-kadrovske normativa u pružanju zdravstvenih usluga te povećanje broja izvršitelja u sustavu. Njima svakako treba pridružiti i povoljnije stambeno kreditiranje za mlađe liječnike, porezne olakšice za rad u manje atraktivnim sredinama, sustavno omogućavanje stručnog usavršavanja, pravdno napredovanje u struci te jednostavniji i učinkovitiji postupak priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija.

## HLK podržala kandidaturu KoHOM-a za organizaciju kongresa "Wonca Europe 2019"

Komora je podržala kandidaturu Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) za organizaciju kongresa "Wonca Europe 2019". „Wonca Europe“ dio je Svjetskog udruženja liječnika obiteljske medicine koji okuplja europske organizacije liječnika obiteljske medicine. Potaknut uspješnom organizacijom konferencije Wonca 2015. u Dubrovniku, koja je okupila preko 1200 sudionika, KoHOM se odlučio kandidirati i za domaćina europskog kongresa.

Odluka o kandidaturi donosi se u lipnju ove godine u Kopenhagenu.

## Iz Komore pozvali trudnice da prijave ilegalno naplaćene pregledе kod ginekologа



Nakon niza prijava trudnica o ilegalnim naplatama pregleda kod ginekologa koji imaju ugovor s HZZO-om, predsjednik Komore dr. Goluža, pozvao je trudnice da takve nepravilnosti prijave pod svojim punim imenom i prezimenom svim mjerodavnim državnim institucijama, uključujući i Hrvatsku liječničku komoru.

Naime, iz udruge Roditelji u akciji (RODA), tvrde kako neprestano primaju prijave žena iz cijele Hrvatske. Međutim, u Ministarstvu zdravlja su odgovorili kako HZZO nije u mogućnosti pribaviti materijalne dokaze koji bi se prosljedili mjerodavnim institucijama jer oštećene pacijentice ne žele potpisati izjavu, a HZZO ne može postupati prema anonimnim dojavama. U Udrudi tvrde kako se žene boje pod imenom i prezimenom prijaviti, posebice u malim sredinama, jer ovise o jednom ginekologu, no dr. Goluža je istaknuo kako treba jasno i glasno ukazivati na anomalije u sustavu jer se problem neće riješiti sam od sebe niti će ga netko drugi umjesto nas riješiti. Građanska hrabrost je nužna želimo li unaprijediti naše društvo, zaključio je. Stoga, trudnice u akciju! Borite se za svoja prava i osigurajte si tretman kakav zaslužuju nositeljice života u našem zdravstvenom sustavu, od prvih pregleda do rađaonice.

## Vodstvo HLK-a nastavilo obilaziti županijska povjerenstva

Kao što je i najavilo, vodstvo Komore na čelu s dr. Trpimirom Golužom, nastavilo je s posjetima županijskim povjerenstvima i do sada je obišlo Virovitičko-podravsku, Bjelovarsko-bilogorsku, Zadarsku, Karlovačku, Krapinsko-zagorsku, Sisačko-moslavačku, Osječko-baranjsku, Vukovarsko-srijemsку, Požeško-slavonsku i Ličko-senjsku županiju.

U gotovo svim tim županijama uočen je značajan kadrovski deficit liječnika i organizacija njihova rada protivna zakonskoj regulativi, što će ugroziti perspektivu zdravstvenog sustava, upozorio je dr. Goluža. Kao primjer naveo je situaciju u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji, gdje bi za normalno



funkcioniranje tamošnje bolnice trebalo 120 liječnika specijalista, a trenutno ih je 85 s tendencijom daljnog odlaska. Stoga je najavio kako će Komora svoje aktivnosti usmjeriti na nalaženje rješenja koja će osigurati primjerene radne uvjete i održiv zakonski okvir za rad liječnika.

Preostale županije vodstvo Komore će obići do sredine travnja.

## Proširen krug korisnika novčane pomoći HLK-a!

**Novčanu pomoć u iznosu od 500 kuna mjesечно mogu ostvariti djeca preminulih članova Komore od rođenja do punoljetnosti**

Delegati Skupštine Komore usvojili su izmjene i dopune Pravilnika o dodjeli novčane pomoći članovima Komore i njihovim obiteljima kojima se proširuje krug korisnika novčane pomoći te produžuju rokovi u kojima je moguće podnijeti zahtjev za dodjelu pomoći. Tako se krug korisnika novčane pomoći proširio i na maloljetnu uzdržavanu djecu umrlih članova Komore, čija je smrt nastupila prije 31.12.2015., kada je novi Pravilnik stupio na snagu.

Važna je novina i da se novčana pomoć maloljetnoj uzdržavanoj djeci preminulih članova Komore više ne ograničava na stipendiju koja bi se isplaćivala samo za vrijeme redovnog školovanja nego novčanu pomoć mogu ostvariti od rođenja do 18. godine života. Više nema niti vremenskog ograničenja za podnošenje zahtjeva za dodjelu pomoći i on se može podnijeti u bilo kojem trenutku do djetetove punoljetnosti. Pročišćeni tekst Pravilnika objavljen je na internetskoj stranici Komore, a uskoro će biti dostupan i obrazac za podnošenje zahtjeva. Novčana pomoć i dalje iznosi 500 kuna, a Izvršni odbor Komore zadržao je pravo izmjene njezine visine.

Odluka je stupila na snagu 15. ožujka.

# Pohvale za rad Povjerenstvu HLK-a Međimurske županije

U sklopu posjeta županijskim povjerenstvima Komore, predsjednik dr. Trpimir Goluža, prvi dopredsjednik dr. Krešimir Luetić i predsjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor dr. Jadranka Pavičić Šarić, posjetili su u petak, 12. veljače 2016., Povjerenstvo Međimurske županije u Čakovcu. Uz izvrsnu organizaciju predsjednika Povjerenstva dr. Ivana Žokalja, izaslanstvo Komore obišlo je sve javne zdravstvene ustanove u Čakovcu: Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja Čakovec, Zavod za javno zdravstvo i Županijsku bolnicu Čakovec. Nakon pojedinačnih razgovora s ravnateljima tih institucija, vodstvo Komore izrazilo je zadovoljstvo izvrsnom suradnjom i njihovim odnosom prema liječnicima. „Kadrovska i infrastrukturna organiziranost na koju

smo naišli, trebala bi biti primjer svim zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj“, naglasila je dr. Pavičić Šarić.

Izaslanstvo Komore sudjelovalo je i u radu skupštine Međimurske podružnice HLZ-a. Tom prilikom je predstavljen dosadašnji rad aktualnog vodstva Komore te su najavljeni planovi djelovanja u ovoj godini.

„Iznimno sam zadovoljan radom našeg Povjerenstva Međimurske županije. Kolega Žokalj i njegov tim vrlo su aktivni i imaju veliku zaslugu što je uspostavljen odnos međusobnog povjerenja i uvažavanja između uprava zdravstvenih ustanova i liječnika“, kazao je dr. Goluža.



Odlična kadrovska i infrastrukturna organiziranost može biti primjer svim zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj, naglasilo je vodstvo Komore tijekom posjeta

## Promjene u postupku osnivanja zdravstvenih subjekata

Prema odluci Ministarstva zdravlja ubuduće se neće provoditi očevidi u svrhu utvrđivanja ispunjavanja minimalnih uvjeta za početak rada privatnih praksi, zdravstvenih ustanova i trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Očevidi koje su provodile stručne komi-

sije Ministarstva zdravlja, a u kojima su sudjelovali i predstavnici nadležne komore, zamjenjuju se izjavom ovjerenom kod javnog bilježnika kojom se potvrđuje da su za obavljanje zdravstvene djelatnosti ispunjeni svi propisani minimalni uvjeti u pogledu prostora, radnika i medicin-

sko-tehničke opreme.

Ovim novinom skraćuje se postupak osnivanja pružatelja zdravstvenih usluga, ukida se potreba provođenja očevida prostora, a time i plaćanje naknade za očevid Ministarstvu zdravlja koja je iznosila 2.500 kuna po djelatnosti.

# U HRVATSKOJ 305 LIJEČNIKA RADI BEZ LICENCE!

Čak 305 liječnika u Hrvatskoj radi bez liječničke licence. Izšlo je to u javnost nakon što su mediji otkrili da je supruga bivšeg premijera Zorana Milanovića, doc. dr. Sanja Musić Milanović, punih sedam godina radila u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (HZJZ), bez važećeg odobrenja za samostalan rad (licenca). Naime, liječnici licencu moraju obnavljati svakih šest godina, a supruga bivšeg premijera obnovila ju je tek 15. prosinca 2015., iako joj je prethodna istekla 19. prosinca 2008. Ponukani tim primjerom i medijskim upitim, u Hrvatskoj liječničkoj komori su odlučili provjeriti koliko je sličnih slučajeva u Hrvatskoj. „Ustanovili smo da je riječ o 305 kolega i svima smo poslali obavijest da su je dužni produžiti“, objasnio je predsjednik HLK-a dr. Trpimir Goluža.

Brigu o produženju licence mora voditi sam liječnik, ustvrdili su iz Ministarstva zdravlja, dok dr. Goluža smatra da je najodgovorniji poslodavac koji je dužan kontrolirati imaju li njegovi zaposlenici licence za rad koji obavljaju. Odgovoran je i sam liječnik, ali i liječnička komora, pojasnio je, zato se i krenulo u provjeru koliko liječnika nema važeću licencu. Iz Ministarstva zdravlja su poručili kako je zakon isti za sve liječnike, čak i ako nisu u izravnom kontaktu s pacijentima. Mediji su otkrili kako ni bivši ministar rada i mirovinskog sustava prof. dr. Mirando Mrsić, nije na vrijeme obnovio licencu koja mu je istekla u prosincu 2014.

DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN

# KOMORA ZATRAŽILA RASTEREĆENJE LIJEČNIKA OD ADMINISTRATIVNIH POSLOVA

Komora je zatražila izmjene Pravilnika o kriterijima za izricanje pedagoških mjera koje je prošle jeseni donijelo Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta. Tim se izmjenama liječnike obiteljske medicine primorava na pisanje brojnih ispričnica đaćima za svaki izostanak iz škole dulji od jednog dana.

„Liječnicima iz primarne zdravstvene zaštite nametnut je ogroman administrativni posao. Uz kontinuirano povećavanje broja zahtjeva za izdavanjem različitih potvrda, povećao se i broj izdavanja liječničkih ispričnica. Na taj način opterećuje se zdravstveni sustav, a liječnicima se oduzima vrijeme za rad s pacijentima i bavljenje strukom“, rekao je predsjednik dr. Trpimir Goluža, istaknuvši kako Komora podržava namjeru liječnika obiteljske medicine da ih se oslobođi svakog viška administrativnih obveza, a

među njima i takve vrste ispričnica.

U Komori se zalažu za povratak na prijašnje odredbe Pravilnika, prema kojima je svaki roditelj mogao osobno ispričati dijete u trajanju od tri uzastopna radna dana. Istovremeno podržavaju stav Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KOHOM) o nužnosti smanjenja količine administrativnog opterećenja različitim potvrdama i ispričnicama koje moraju ispisivati liječnici obiteljske medicine.

Komora je stoga od Ministarstva zdravlja zatražila izmjenu pravnih propisa s ciljem jasnog definiranja vrsta liječničkih potvrda o zdravstvenom stanju osigurane osobe koje se mogu izdavati na teret sredstava HZZO-a. Incijativa je dobila podršku Ministarstva te se uskoro očekuje značajno rasterećenje liječnika od nepotrebnih administrativnih obveza.



Izvor: www.dnevnik.hr

## Izgubljena članska iskaznica

Sukladno članku 29. Pravilnika o javnim knjigama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da je dr. Tomislav Baica prijavio gubitak članske iskaznice HLK-a.

# Hrvatski najdoktor podržao vodstvo Komore u borbi za liječnike!

Hrvatski najdoktor za 2015., prema izboru Udruge hrvatskih pacijenata, Osječanin dr. Dražen Gorjanski, izrazio je podršku i zahvalio se vodstvu Komore, njezinom predsjedniku dr. Trpimiru Goluži i prvom potpredsjedniku dr. Krešimiru Luetiću, za sve što su učinili i čine za liječnike.

Naime, dr. Gorjanski je bio nazočan na tribini koja je bila organizirana za sve liječnike Osječko-baranjske županije u sklopu posjeta vodstva Komore svojim županijskim povjerenstvima. Nakon govora i predavanja dr. Goluže i dr. Luetića, dr. Gorjanski je elektronskim putem zahvalio novom vodstvu za sve vrijeme, trud i energiju koju su uložili za razne inicijative i mjere u cilju poboljšanja statusa liječnika u Hrvatskoj.

„Svojim ste djelovanjem ukazali na postojanje i drugačije, svjetlige i optimističnije budućnosti hrvatskog zdravstva“ napisao je dr. Gorjanski u svojoj reakciji vodstvu Komore.

S obzirom da ljudi olako kritiziraju i minoriziraju nečija nastojanja, ni ne potrudivši se pojmiti koliko se energije, vremena i truda treba uložiti da bi se bilo što postiglo i promijenilo nabolje, dr. Goluža i dr. Luetić su se odlučili javno, preko Liječničkih novina, zahvaliti dr. Gorjanskom na podršci.



## Komora u ime udruge „Krijesnica“ šalje pedijatrima paket važnih informacija o malignim bolestima



Komora će u ime Udruge za pomoći djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima „Krijesnica“, poslati svim pedijatrima pismovnu pošiljku koja sadrži paket važnih informacija o malignim bolestima u dječjoj dobi. Paket sadrži informacije o ranim znakovima upozorenja o bolesti, popis svih smještajnih kapaciteta i letak s uputama kako pripremiti dijete za liječnički pregled ili hospitalizaciju. Kako bi do svih pedijatara u Hrvatskoj došle te važne informacije, iz saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb zamolili su za pomoći Komoru, a Izvršni odbor Komore odmah je tu zamolbu odlučio i realizirati.



**30 predavanja, 19 radionica i okuplja više od 350 sudionika iz više od 20 zemalja**

Teme konferencije:

Primjenjena optika

Refrakcija - koliko precizno možemo mjeriti subjektivno i objektivno?

Kontaktne leće i moderno mjerjenje površine rožnice

Zdravlje oka

Poslovni uspjeh

Okrugli stol:

Optičari, optometristi i oftalmolozi:

Razina suradnje potrebna kako bi se pružila bolja njega očiju

Službeni jezici: engleski i hrvatski

Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika HLK kategoriziralo je i vrednovalo stručni skup:

Aktivno sudjelovanje : 20 bodova

Pasivno sudjelovanje : 12 bodova

Platinasti sponzor



Srebrni sponzor



Brončani sponzori



Medijski sponzor



[www.ocsee.hr](http://www.ocsee.hr) [optometry@vvg.hr](mailto:optometry@vvg.hr)

# Predstavljanje novog koncepta Liječničkih novina

Umjesto uobičajene promocije, liječnike dočekao glazbeno-scenski spektakl

Pred mnogobrojnom liječničkom publikom, u prepunoj dvorani zagrebačkog Satiričkog kazališta „Kerempuh“, održana je 7. ožujka promocija novog vizualnog i sadržajnog koncepta Liječničkih novina Hrvatske liječničke komore. No, to nije bila obična, dosadna promocija kakve su inače. To je bio spektakl koji je trajao sat i pol i u kojem su se izmjenjivali skečevi na teme iz zdravstva, i sve to pod sigurnom voditeljskom rukom glumaca Renea Bitorajca i Vedrana Mlikote.



Prikazane su razne video projekcije, a u jednoj od njih, pacijenti su poručivali liječnicima koliko su zadovoljni njima i s kojim se sve preprekama moraju suočavati dok se zajedno s liječnicima pokušavaju snaći u bespućima hrvatskog zdravstva. Publici su se putem video Skypa, obratili liječnici koji su otišli „trbuhom za kruhom“ u inozemstvo, te opisali što ih je nagnalo na taj potez, kakva su im iskustva u „bijelom svijetu“ i što bi ih eventualno potaknulo da se vrate u domovinu. Večer su svojim skečevima uljepšali doktori klaunovi, klapa Kampanel i pjevač Đani Stipaničev.





Kako ništa ne bi bilo uobičajeno, i profesor i njegovi novi „pobočnici“, stupili su na pozornicu direktno iz bolesničkih kreveta postavljenih na bini. Predsjednik Komore dr. Goluža, održao je u svom prepoznatljivom stilu poticajan i efektan govor koji i najmalodušnjima vraća vjeru u život i u mogućnost promjene. Tako je i okupljenim liječnicima, barem za tu večer, vratio vjeru u njihovu svijetlu budućnost u hrvatskom zdravstvu. „Kako bi Komoru liječnici u punom smislu počeli doživljavati kao svoju, jer ona i treba biti njihov servis i podrška u profesionalnom radu i jamac njihove profesionalne i društvene sigurnosti, važna je komunikacija s članstvom“, rekao je dr. Goluža te istaknuo kako Liječničke novine u tom pogledu imaju važnu ulogu. „Stoga smo ih odlučili učiniti zanimljivijim, kritičnijim i informativnijim, te stvoriti prostor za argumentiran dijalog o svim problemima koji opterećuju hrvatsko liječništvo i zdravstveni sustav“, zaključio je.



Što se tiče same promocije Liječničkih novina, prezentaciju njihove povijesti održao je njihov „samohrani otac“ prof. dr. Željko Poljak, kako ga je nazvao predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža. Naime, zahvaljujući profesorovom entuzijazmu i uredničkom iskustvu, one su opstale punih 27 godina. No svake novine, pa tako i Liječničke, s vremenom treba i vizualno i sadržajno osvježiti, pa je u tom poslu angažirana profesionalna novinarka Daniela Dujmović Ojvan kao pomoćnica glavnog urednika. Za vizualni i grafički redizajn zaduženi su Hrvinka i Antonio Dolić iz agencije Restart, dok je za opremanje i uređivanje tekstova zadužena Alice Jurak, također profesionalna novinarka iz PR agencije Quadrans.



Za realizaciju cijelog spektakla najzaslužniji je bio i više nego kreativni redatelj Leo Katunarić, a u cijeloj priči mu je vrijedno pomagao pomalo samozatajni, ili je, bolje rečeno, „siva eminencija“ cijelog spektakla bio prvi potpredsjednik Komore dr. Krešimir Luetić. Na kraju smo dužni spomenuti barem neke od uglednih gostiju koji su nazočili promociji, a to su zamjenik ministra zdravljia dr. Ivan Bekavac, predsjednik Hrvatskog liječničkog zbora prof. dr. Željko Krznarić, predsjednik Udruge poslodavaca u zdravstvu prof. dr. Mladen Bušić kao i ravnatelj te Udruge, dr. Dražen Jurković, predsjednica Akademije medicinskih znanosti Hrvatske prof. dr. Jasna Lipozenčić i mnogi drugi.



# Najčešća pitanja i odgovori stručnih službi Komore

## Najčešće pitanja Službi općih i pravnih poslova glede postupaka za utvrđivanje nedostojnosti liječnicima iz afere „Hipokrat“

### 1. Može li se na odluku Časnog suda Komore donesenu u postupku za utvrđivanje nedostojnosti, uložiti žalba Visokom časnom sudu Komore?

Ne može. Protiv odluke Časnog suda Komore, koja je donesena u postupku za utvrđivanje nedostojnosti, može se podnijeti upravna tužba nadležnom upravnom судu. Tužba se podnosi u roku od 30 dana od dana primitka pisanog otpravka odluke.

### 2. Imaju li prijavljeni liječnici u disciplinskom postupku, odnosno u postupku za utvrđivanje nedostojnosti, pravo angažirati branitelja (tzv. formalna obrana)?

Da. Svaki liječnik protiv kojega se pred Časnim sudom Komore vodi disciplinski postupak, odnosno postupak za utvrđivanje nedostojnosti, ima pravo angažirati branitelja prema svojem slobodnom izboru. Branitelj u ovim postupcima može biti samo odvjetnik ili odvjetnički vježbenik s položenim pravosudnim ispitom.

### 3. Nakon kojeg će se roka liječnicima osuđenima u tzv. afери Hipokrat, izbrisati osuda iz kaznene evidencije koju vodi Ministarstvo pravosuda?

U Kaznenu evidenciju Ministarstva pravosuđa upisuju se svi počinitelji kaznenih djela (fizičke i pravne osobe) koji su na području Republike Hrvatske osuđeni za neko kazneno djelo (članak 4. stavak 1. Zakona o pravnim posljedicama osude, kaznenoj evidenciji i rehabilitaciji). Međutim, nakon isteka određenog zakonskog roka (rehabilitacijski rok), osuda se briše iz kaznene evidencije, slijedom čega se svaki počinitelj kaznenog djela smatra osobom koja nije počinila kazneno djelo, a njegova se prava i slobode ne mogu razlikovati od prava i sloboda osoba koje nisu počinile kazneno djelo (članak 18. gore citiranog Zakona). Isto tako, svaka uporaba podataka o osobi kao počinitelju kaznenog djela, zabranjena je, a uporaba tih podataka nema pravni učinak. Rehabilitirana osoba ima pravo nijekati prijašnju osuđivanost i zbog toga ne smije biti pozvana na odgovornost niti imati bilo kakve pravne posljedice (članak 19. stavak 5. citiranog Zakona). Liječnicima kojima su u tzv. aféri Hipokrat izrečene kazne zatvora do jedne godine, odnosno uvjetne osude, zatim liječnicima kojima je kazna zatvora zamjenjena radom za opće dobro na slobodi te liječnicima kojima su izrečene novčane kazne, rehabilitacija nastupa protekom tri godine od dana isteka roka provjeravanja kod uvjetne osude, od dana izvršenja rada za opće dobro, odnosno od dana plaćanja novčane kazne.

Viši stručni suradnik  
Mr. sc. TATJANA BABIĆ, dipl. iur.

## Najčešća pitanja Službi pravnih poslova u nadzoru nad radom liječnika

### 1. Kada je potrebno pribaviti mišljenje Hrvatske liječničke komore u postupku osnivanja zdravstvenih subjekata?

Prethodno mišljenje nadležne komore o opravdanosti osnivanja, potrebno je pribaviti u slučaju osnivanja privatne prakse, zdravstvene ustanove i trgovackog društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Mišljenje je potrebno pribaviti i u slučaju proširenja ili promjene djelatnosti navedenih zdravstvenih subjekata, odnosno u slučaju promjene sjedišta/poslovne adrese.

### 2. Kome se predaje zahtjev i koja su nadležna tijela Komore?

Zahtjev se predaje u središnjem uredu Komore u Zagrebu, Grge Tuškana 37, jednom od nadležnih stalnih povjerenstava Izvršnog odbora Komore; Povjerenstvu za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost, Povjerenstvu za bolničku djelatnost ili Povjerenstvu za javnozdravstvenu djelatnost.

### 3. Gdje mogu pronaći podatke o propisanim minimalnim tehničkim uvjetima za osnivanje zdravstvenih subjekata?

Minimalni uvjeti koji moraju biti ispunjeni prilikom osnivanja, propisani su Pravilnikom o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti („NN“ br. 61/11, 128/12, 124/15), koji je donijelo Ministarstvo zdravlja. Pročišćeni tekst Pravilnika dostupan je članovima na web stranici Komore u rubrici Propisi i obrasci/Podzakonski akti.

Stručni suradnik  
MIJO KARAULA, dipl. iur.

## Najčešća pitanja Službi finansijsko-ekonomskih poslova

### 1. Koliki je iznos članarine i na koji je račun treba uplatiti?

Članarina za liječnike koji ostvaruju prihod nesamostalnim radom iznosi 0,4 posto bruto plaće, s tim da ne može iznositi manje od 40 kn mjesечно, odnosno 480 kn godišnje. Za liječnike koji obavljaju privatnu praksu i koji su u ugovornom odnosu s HZZO-om, članarina iznosi 0,2 posto od ostvarenog prihoda samostalnim radom, s tim da godišnje ne može iznositi manje od 480 kuna.

Podaci za upлатu:  
IBAN: HR4923600001101464267

Model: HR67

Poziv na broj: OIB doktora

Opis plaćanja: period za koji se vrši uplata

Samostalni knjigovođa  
JELENA MATOŠEVIĆ

## NUDI 1,8 MILIJUNA KUNA GODIŠNJE, A NE MOŽE NAĆI LIJEČNIKA VEĆ DVije GODINE

S obzirom na pojačan odljev hrvatskih liječnika u inozemstvo i s time povezanim posljedicama za hrvatsko zdravstvo, možda nije mudro objavljivati ovu vijest, ali dobro je znati da problem s privlačenjem liječnika za rad u manje atraktivnim mjestima, nema samo Hrvatska. Ovaj put u pitanju je Novi Zeland, odnosno gradić Tokoroa (sumnjamo da ste čuli za njega) na Sjevernom otoku. Kako prenose tamošnje novine (NZ Herald), obiteljski liječnik (taj i taj), navodno već gotovo dvije godine ne može naći liječnika koji bi ga rasteretio od posla i bio mu zamjena za vrijeme godišnjeg odmora. Dotični liječnik (ako ste zainteresirani, zove se dr. Alan Kenny), nudi godišnju plaću od oko 1,8 milijuna kuna, tri mjeseca godišnjeg odmora te udio u vlasništvu njegove prakse. Navodno nema rada vikendom niti dežurstva noću. Prava „banja“.

Dr. Kenny smatra kako nema zainteresiranih zbog uvjerenja da je biti liječnik opće medicine u ruralnom području „smrt“ za karijeru. To sigurno vrijedi i za Hrvatsku, ali uz spomenute uvjete, možda ta žrtva i ne bi bila prevelika. Lako se čovjek utješi drugim radostima, posebice kada ambicije splasnu, što često ide s godinama. Uostalom, bolje biti prvi u selu, nego zadnji u gradu.

Ako nakon ove vijesti razmišljate da se osobno prijavite i riješite problem i sebi i novozelandskom liječniku (koji je morao otkazati i svoj godišnji jer nema zamjene), moramo vas upozoriti na veliku mogućnost da se situacija promijenila, odnosno da je možda zatrpan prijavama, nakon što se vijest globalno proširila. Šteta, no barem smo vam priuštili malo sanjarenja o tome što bi bilo kad bi bilo. Naravno, nitko ne prijeći upornima i nadobudnima da dalje istraže stvar...

DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN  
daniela.dujmovic@hkl.hr

# DUBROVAČKI LIJEČNICI DRAGOVOVOLJCI DOBILI NAGRADU GRADA

Udruga hrvatskih liječnika dragovoljaca 1990-91., Ogranak Županije dubrovačko-neretvanske, dobio je „Nagradu Dubrovnika“ „za iznimian doprinos u promoviranju povijesne istine o domovinskom ratu“. Uručena im je na Svečanoj sjednici Gradskog vijeća Grada Dubrovnika 2. veljače. Predlagatelj je bila dubrovačka podružnica HLZ-a, a podupiratelji prijedloga bile su HIDR-e Dubrovnika i Dubrovačko-neretvanske županije.

Obrazloženje je potpisao mr. sc. Žarko Vrbica, dr. med, predsjednik HLZ-a Podružnica Dubrovnik i donosimo ga u idućem broju. Ponosni članovi UHLD-a su se nakon uručenja fotografirali ispred Kneževog dvora.



S lijeva na desno: kirurg prof. dr. sc. Marko Margaritoni iz Ratne bolnice Sv. Vlaha, ginekolog dr. Zoran Cikatić, ratni ravnatelj MC-a Dubrovnik, anestezilog prim. mr. Srećko Ljubičić, tajnik Ogranka, i stomatolog dr. Stjepo Raguž, predsjednik UHLD-a 1990/91, Ogranak DN županije.

## Sat informacija u bolnicama

### Liječnici trebaju odgovarati na pitanja pacijenata

S obzirom na to da je nedostatak komunikacije između liječnika i pacijenata naveden kao jedan od problema koji narušava kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi, ministar zdravlja dr. Dario Nakić, uveo je obvezu informiranja pacijenata o njihovu stanju, koju će liječnici izvršavati zadnji sat svoga radnog vremena. Ministar je istaknuo kako se radi o liječničkom vremenu rezerviranom za njihove pacijente koji leže na bolničkim odjelima, a ne o vremenu kada su dostupni svim pacijentima.

Zdravstvena inspekcija Ministarstva zdravlja nakon provedenog nadzora utvrdila:

# Porod u Vinkovačkoj bolnici nije vođen prema pravilima struke

## Slučaj proslijeden Državnom odvjetništvu i Komori

Zdravstvena inspekcija Ministarstva zdravlja utvrdila je kako porođaj mlade Vinkovčanke u Općoj županijskom bolnici u Vinkovcima, a koji je rezultirao smrću djeteta, nije vođen sukladno pravilima struke. Tijekom nadzora uzete su izjave svih zdravstvenih radnika koji su sudjelovali u vođenju porođaja, a uvidom u relevantnu dokumentaciju utvrđeno je kako zbog neadekvatnog vođenja i praćenja porođaja nije prepoznata fetalna patnja, odnosno porođaj nije vođen sukladno pravilima suvremene opstetričke prakse, ističe se u izješču Ministarstva zdravlja. Zbog mogućih elemenata kaznenog dijela, predmet će biti proslijeden Državnom odvjetništvu, ali i Hrvatskoj liječničkoj komori. Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor Komore, razmotrit će cje-lokupnu dostavljenu dokumentaciju te će u skladu s pozitivnim propisima donijeti mišljenje i po potrebi pokrenuti odgovara-jući postupak.

## Nizak perinatalni mortalitet

Inače, Ministarstvo je izvijestilo javnost i o rezultatima nadzora zdravstvene inspekcijske nadzirene radom rodilišta u Hrvatskoj, a koje je provedeno tijekom 2015. godine. U priopćenju se ističe kako organizacijski i stručni rad u svim nadziranim rodilištima zadovoljava pravila dobre kliničke prakse. Objektivni i mjerljivi pokazatelji stručnog rada su perinatalni mortalitet i operacijsko dovršenje poroda. Perinatalni mortalitet je manji nego u većini europskih zemalja, audio operacijskog dovršenja poroda znatno niži nego u svim zemljama EU-a. Nadzorom su, međutim, uočene neke ne-jednakosti u pogledu prostora, opreme i kadrova, a broj pritužbi, posebice sudske sporova koji se odnose na područje porodištva, sporadični su, stoji u izješču Ministarstva zdravlja te se zaključuje kako



je ipak potrebno poraditi na komunikacijskim vještinama zdravstvenih djelatnika.

Da su u Ministarstvu dobro uočili nedostatak komunikacijskih vještin zdravstvenih djelatnika prema trudnicama i rođiljama potvrđuje i anketa koju je provela Udruga Roditelji u akciji - Roda u ožujku 2015.

## Žene nezadovoljne tretmanom

U anketi je sudjelovalo četiri tisuće žena koje su rodile u posljednje dvije godine i ona je pokazala da su žene vrlo nezadovoljne tretmanom tijekom i nakon poroda u hrvatskim rodilištima. Čak ih je 64 posto istaknulo kako zdravstveni djelatnici nisu za njih imali nimalo strpljenja te da su veći dio rađanja provele same. U tri od četiri slučaja zdravstveni djelatnici nisu se ženi u rađaonicu predstavili, a isto toliko žena je izjavilo kako je zdravstveno osoblje o njima govorilo u trećem licu, primjerice ona, ono, slučaj. Iz ankete je vidljivo da se neke prakse, koje ne preporučuju ni međuna-

rodna stručna društva, i dalje rutinski koriste u hrvatskim rodilištima. Kod sedam od deset žena trudovi su stimulirani dripom, a kod više od polovine koje rađaju vaginalno učinjena je epiziotomija. Usporedbe radi, u Danskoj je to slučaj kod samo četiri posto rodilja. Čak i kad rodilište ima opremu koja može olakšati porod, poput kade, stolčića i lopte, u samo jednom od deset poroda ženama je ta mogućnost i ponuđena. Tri od četiri žene ustvrdile su kako su morale ležati za vrijeme trudova i tijekom samog porođaja.

*Rezultati ankete su i više nego zabrinjavajući i očito mora doći do promjene stavova i načina rada u hrvatskim rodilištima, posebice u pogledu odnosa prema trudnicama i rodiljama.*

DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN  
daniela.dujmovic@hlk.hr

## HURS PREDLOŽIO IZMJENE ZAKONA O REPREZENTATIVNOSTI

Hrvatska udruga radničkih sindikata (HURS) uputila je Vladi i resornom ministarstvu prijedlog za izmjenu Zakona o reprezentativnosti kojim bi se ujednačili kriteriji reprezentativnosti te uveo dodatan kriterij u sklapanju kolektivnih ugovora i tako omogućilo Hrvatskom liječničkom sindikatu pregovaranje o pravima liječnika.

Iz HURS-a predlažu ujednačenje kriterija reprezentativnosti na način da kriterij potrebnog broja članova reprezentativnih udruga sindikata više razine bude određen relativnim, a ne apsolutnim brojem, kao što je propisano i kod kriterija reprezentativnosti sindikata za kolektivno pregovaranje.

Traže uvođenje dodatnog kriterija reprezentativnosti za slučaj pregovora o sklapanju kolektivnog ugovora koji bi se primjenjivao na jedan odjeljak u okviru javnih službi, i to tako da se reprezentativnim smatraju sindikati koji okupljaju najmanje dvadeset posto od ukupnog broja radnika iste podvrste prema Nacionalnoj klasifikaciji zanimanja.

Ovom izmjenom omogućilo bi se Hrvatskom liječničkom sindikatu kolektivno pregovaranje o pravima liječnika, koje mu postojeći zakon, suprotno konvencijama Međunarodne organizacije rada, Ustavu i praksi Europskog suda za ljudska prava, nije dopuštao, poručuju iz tog Sindikata.

Vjerujemo da će naš prijedlog naići na razumijevanje i podršku struke te da će njegovo usvajanje značajno unaprijediti socijalni dijalog i ojačati povjerenje socijalnih partnera i vlasti, zaključuje se u priopćenju koje je potpisao predsjednik HURS-a Ozren Matijašević.

# Tim novog ministra zdravlja dr. Darija Nakića

### Zamjenik ministra zdravlja - dr. Ivan Bekavac



Dr. Ivan Bekavac postao je zamjenik ministra zdravlja dr. Darija Nakića. Specijalist je anestezijologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja u Klinici za dječje bolesti Zagreb. Šira ga je javnost upoznala kada se kao dopredsjednik Hrvatske udruge bolničkih liječnika zalagao za prava liječnika i uvjete njihova rada. Član je Hrvatskog liječničkog zborna, Hrvatskog društva za anestezijologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje te tajnik njihove sekcije za pedijatrijsku anestezijologiju. Rođen je u Zagrebu 1975., oženjen, otac četvoro djece.

### Pomoćnica ministra zdravlja - dr. sc. Ružica Palić Kramarić



Dr. sc. Ružica Palić Kramarić nova je pomoćnica ministra zdravlja, zadužena za stacionarnu zdravstvenu zaštitu i inspekcijske poslove u Ministarstvu. Na taj položaj došla je iz Klinike za neurologiju KBC-a Osijek, gdje je radila kao liječnica Kliničkog odjela za cerebrovaskularne bolesti. Članica je Hrvatskog liječničkog zborna, Hrvatskog neurološkog društva i predsjednica Udruge cerebrovaskularnih bolesnika Osječko-baranjske županije. U Hrvatskoj liječničkoj komori bila je aktivna kao dopredsjednik Povjerenstva za bolničku djelatnost i kao koordinator Hrvatske udruge bolničkih liječnika za Slavoniju i Baranju. Rođena je 1974. u Osijeku.

### Pomoćnica ministra zdravlja - dr. Vera Katalinić-Janković



Dr. Vera Katalinić-Janković postala je pomoćnica ministra zdravlja u Upravi za unaprjeđenje zdravlja (javno zdravstvo). Specijalist je kliničke mikrobiologije, a 2007. dodijeljen joj je naziv primarius. Najveći dio svoje karijere provela je u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (HZJZ) te je sudjelovala u izradi niza stručnih strateških dokumenata za potreba javnog zdravstva. U Ministarstvo je otisla s položaja voditeljice Odjela za tuberkulozu i Nacionalnog referentnog laboratorija za TB Svjetske zdravstvene organizacije u HZJZ-u. Rođena je 1953. u Senju, udana, majka dvoje djece.

### Pomoćnik ministra zdravlja - dr. Denis Kovačić



Dr. Denis Kovačić postao je pomoćnik ministra zdravlja za zdravstvene usluge u turizmu. Prije toga je bio ravnatelj Poliklinike za reumatske bolesti i fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr. Drago Čop“. Specijalist je fizikalne medicine i rehabilitacije. Autor je i koautor više znanstvenih i stručnih članaka iz područja fizikalne medicine i rehabilitacije te koautor knjige „Kako živjeti sa multiplom sklerozom“. Ima iskustva u turizmu, bio je član Izvršnog odbora udruženja hotelijera Hrvatske te predsjednik Turističke zajednice grada Novog Marofa. Rođen je 1963. u Zadru.

### Za Imunološki zavod osigurano 32,5 milijuna kuna

Vlada je u ovoj godini Imunološkom zavodu osigurala 32,5 milijuna kuna za nastavak proizvodnje. Potvrdio je to novinarima ministar zdravlja dr. Dario Nakić, izjavivši kako se nada da će Imunološki ove godine krenuti s proizvodnjom.

# Uskoro novo izdanje Registra lijekova u Hrvatskoj za 2016.

Tijekom ožujka iz tiska izlazi novi Registar lijekova u Hrvatskoj za 2016. godinu, u izdanju Hrvatske udruge poslodavaca u zdravstvu.



Osnova najnovijeg izdanja Registra je pregled registriranih lijekova u Hrvatskoj, sa svim obilježjima važnim za propisivanje i izdavanje.

U abecednom popisu lijekova nalaze se i lijekovi odobreni centraliziranim postupkom davanja odobrenja (CP), koji daje Europska komisija i koja važe za cijelo područje Europske unije te lijekovi odobreni decentraliziranim postupkom (DP), kao i oni odobreni postupkom međusobnog priznavanja (MRC). Kako bi Registar bio što praktičniji za primjenu, u njemu se objavljuje i Lista lijekova HZZO-a koji se propisuju na recept.

Registar je još uvijek jedini (tiskani) izvor objektivnih informacija o lijekovima i kao takav nezaobilazan farmakoinformatski priručnik.

## Sadržaj:

Abecedni popis lijekova odobrenih u RH; Lijekovi koji su na Listi lijekova HZZO-a navedeni samo pod nezaštićenim nazivima, a mogu ih propisivati na recept izabrani liječnici;

Lijekovi koji se mogu izdavati bez recepta (BR i BRX); Biljni lijekovi odobreni u RH;

INN - Internacionalni nezaštićeni nazivi (ružičaste stranice);

ATK klasifikacija lijekova (žute stranice); Nositelji odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet u RH (plave stranice).

**Cijena je 200 kn (uključen pdv), a može se naručiti i kupit putem on-line narudžbe: [www.upuz.hr](http://www.upuz.hr)**

## Rasplet krize na otoku Mljetu:

## Dr. Magdalena Nardelli Kovačić dobila nasljednika!

Pismo dr. Magdalene Nardelli Kovačić s otoka Mljeta koje smo objavili u prošlom broju postiglo je uspjeh. Da podsjetimo! Kolegica odlazi u mirovinu i Dom zdravlja Dubrovnik nije za nju uspio naći zamjenu jer se na natječaj nije javio nijedan liječnik. Ali je njezin apel, objavljen i u dnevnom tisku, izazvao brojne upite liječnika koji bi voljeli raditi na otoku, a dvadesetak prijava stiglo je i iz susjednih zemalja, očito zahvaljujući ljepotama Mljeta, dobrim uvjetima rada i obećanju dr. Nardelli da ostaje na Mljetu i da će rado kao mentor svog nasljednika upoznati s ljudima, terenom, načinom rada i sa svime što bude potrebno. Nasljednik joj je postao – neobično! - bolnički kardiolog dr. sc. Siniša Car iz Varaždina, koji je odlučio bolnicu zamijeniti s ordinacijom obiteljskog liječnika. I tako, sada nakon krize, Mljet vjerojatno ima najviši standard na svijetu: svega 500 stanovnika ima vlastitoga kardiologa! ŽELJKO POLJAK

## Dječja bolnica Srebrnjak prva u zemlji ima Centar za kašalj

Zagrebačka dječja bolnica Srebrnjak može se pohvaliti još jednim postignućem, a to je otvaranje Centra za kašalj u kojem će se specijalisti fokusirati samo na uzroke dječjeg kašla. S djelotom će raditi tim od troje ljudi, a

sačinjavat će ga liječnik, fizioterapeut i medicinska sestra, a po potrebi će se uključivati i psiholog, nutricionist, otorinolaringolog....

Ravnatelj bolnice Boro Nogalo, ista-

knuo je kako kašalj ne treba podcijeniti jer su respiratorne bolesti u djece vrlo česte i jako opterećuju i djecu i njihove roditelje. Često se ne može izlječiti sirupima niti raznim vrstama tableta, zato uvijek treba otkriti pravi uzrok.

# Zdravstveni odgoj: U siječnju izrađen prijedlog kurikuluma međupredmetne teme Zdravlje

## Zdravlje u okviru cjelovite kurikularne reforme obrazovanja

U okviru Cjelovite kurikularne reforme predškolskog, osnovnoškolskog i srednjoškolskog odgoja i obrazovanja Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta u siječnju 2016. završena je izrada prijedloga kurikuluma **međupredmetne teme Zdravlje**, čija je svrha **edukacija učenika osnovnih i srednjih škola o temama iz područja prevencije bolesti i promicanja zdravlja** (sadašnji Zdravstveni odgoj). Na izradi tog dokumenta su od kolovoza prošle godine, kao članovi stručne radne skupine (SRS), uz stručnjake iz odgojno-obrazovnog sustava, sudjelovali i liječnici školske medicine te epidemiolozi iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije i Medicinskog fakulteta u Zagrebu, Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“.

Prijedlog kurikuluma izrađen je u sklopu prve faze cjelovite kurikularne reforme koja je započela u veljači 2015. u okviru realizacije Strategije obrazovanja, znanosti i tehnologije i u kojoj je izrađeno pedesetak različitih kurikulumskih dokumenata, što sustavnih, što za predmetna područja, međupredmetne teme (npr. Zdravlje) i pojedine predmete. U njihovoj izradi bile su uključene brojne radne skupine s oko 300 stručnjaka iz odgojno-obrazovnog sustava, a pod vodstvom Ekspertne radne skupine i dr. sc. **Borisa Jokića**. Sadržaj prijedloga kurikuluma međupredmetne teme Zdravlje organiziran je u tri velika područja (domene): Tjelesno zdravlje, Mentalno i socijalno zdravlje te Pomoći i samopomoći, koja uključuje teme o vodećim bolestima te zdravstvenu pismenost. Jedna od glavnih promjena u odnosu na dosadašnji kurikulum je podjela sadržaja na pet obrazovnih ciklusa (npr. 1. ciklus bi obuhvaćao 0, 1. i 2. razred

osnovne škole, 2. ciklus 2., 3. i 4. razred OŠ itd.) i način poučavanja kroz sve predmete i nastavne sadržaje. Pristup zdravlju je holistički, naglasak je na cjeloživotnu brigu o zdravlju. Nadovezuje se i na komponentu Zdravstveno obrazovanje Nacionalnog programa Živjeti zdravo. Objava prijedloga kurikuluma bila je u veljači, nakon koje slijedi stručna i javna rasprava te nastavak aktivnosti i procesa dorade i uvođenja kurikularnih dokumenata.

Više informacija možete naći na [kurikulum.hr](http://kurikulum.hr).



Članovi SRS za izradu prijedloga međupredmetne teme Zdravlje i Jedinice za stručnu i administrativnu podršku Cjelovite kurikularne reforme MZOS-a: dr.sc. **Ivana Pavić Šimetin**, HZZJ, **Martina Puž**, MZOS, **Melba Blažić Grubelić**, Prva sušačka hrvatska gimnazija u Rijeci, Rijeka, **Nataša Tomljanović**, Centar za odgoj i obrazovanje, Rijeka, doc.. **Sanja Musić Milanović**, HZZJ; Medicinski fakultet, Zagreb, prof. dr. **Vesna Jureša**, Medicinski fakultet, Zagreb; ŠNZ »Andrija Štampar», **Jadranka Domazet**, AZOO, **Mirjana Kazija** AZOO, **Nataša Dragaš-Zubalj**, NZZJZ Primorsko-goranske županije, Rijeka, **Tatjana Nemeth Blažić**, HZZJ, **Durdica Karluoto Martinić** (nije na fotografiji), AZOO

## Hrvatska, uz Španjolsku, vodeća u svijetu po broju darivatelja organa

Hrvatska sa stopom od 39 darivatelja organa na milijun stanovnika ima, uz Španjolsku, najvišu stopu darivatelja na svijetu. Broj darivatelja organa u 2015. veći je za 13 posto, a broj transplantacija organa za 10 posto nego u 2014. godini, rezultati su to Nacionalnog transplantacijskog programa „Novi Život na dar“.

Zahvaljujući darivateljima, priliku za presađivanje organa dobila su 399 pacijenta na listi čekanja. Tijekom 2015., presađeno je 213 bubrega, 141 jetra, 37 srca i 8 gušterača. Kao najuspješnije donorske bolnice u prošlog godini istaknule su se KBC Rijeka sa 31 darivateljem, KBC Split s 23 i OB Varaždin s 18 darivatelja organa.

Transplantacijski zahvati uspješno su realizirani u pet licenciranih transplantacijskih centara; vodeći je KB Merkur sa 188 transplantacija, slijedi KBC Zagreb sa 147, KBC Rijeka s 30, KB Dubrava sa 14 te KBC Osijek s 12 transplantacija.

# Liječnici humanitarnim balom proslavili 142. godišnjicu Hrvatskog liječničkog zbora



Tradicionalnim humanitarnim liječničkim balom proslavljena je 142. godišnjica osnivanja Hrvatskog liječničkog zbora. U zagrebačkom hotelu Esplanade okupili su se 27. veljače brojni ugledni liječnici i njihovi gosti, a predsjednik Hrvatskog liječničkog zbora prof. Željko Krznarić i predsjednik Hrvatske liječničke komore dr. Trpimir Goluža, tom su prilikom uručili Centru za autizam poklon bon vrijedan 20 tisuća kuna.

U svom pozdravnom govoru prof. Krznarić je istaknuo kako s ponosom može reći da iz duge povijesti Zbora baštine obvezu zaštite ugleda liječnika i liječnika dentalne medicine. „Taj ugled najbolje ćemo štititi dosljednim pridržavanjem Hipokratove prisege i etičnim postupanjem prema našim pacijentima i u javnosti“, zaključio je.

Predsjednik Komore dr. Goluža, ponovno je upozorio na nedostatak liječnika u zdravstvenom sustavu. Stanje je toliko ozbiljno da su zbog kadrovskog manjka u nekim općim žu-

panijskim bolnicama ukinute pojedine djelatnosti, a neke su pred ukidanjem jer opstaju isključivo na radu jednog jedinog doktora. „Krajnje je vrijeme da se ozbiljno počne ulagati u ljude. Inzistiramo i inzistirat ćemo da hrvatska Vlada donese Akcijski plan za spas hrvatskog zdravstva. Plan s konkretnim mjerama i rokovima njihova izvršenja. U protivnom će razina i pravovremenost pružanja zdravstvene skrbi hrvatskim građanima drastično pasti“, poručio je nazočnima.

Liječničkom balu nazočili su: izaslanik hrvatske predsjednice Tomislav Madžar, rektor Sveučilišta u Zagrebu prof. Damir Boras, dr. Ante Zvonimir Golem, predsjednica saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku dr. Ines Strenja Linić, pročelnica zagrebačkog Ureda za zdravstvo prof. dr. Mirna Šitum, predsjednica Hrvatske udruge bolničkih liječnika dr. Ada Barić, bivši ministar zdravlja prim. Siniša Varga, predsjednik Hrvatske udruge poslodavaca u zdravstvu dr. Dražen Jurković i mnogi drugi ugledni liječnici i gosti.

# Kvaliteta i učinkovitost u prevenciji i promicanju zdravlja

Konferencija projekta Quality Action 2016 - Činiti prave stvari na pravi način

“Kvaliteta i učinkovitost u prevenciji i promicanju zdravlja”, naziv je završne konferencije europskog projekta Quality Action (QA), zajedničke akcije iz područja unaprjeđenja kvalitete prevencije HIV infekcije u organizaciji koordinatora projekta, Njemačkog federalnog centra za zdravstveno obrazovanje (BZgA). Na konferenciji održanoj u Berlinu 26. i 27. siječnja, prisustvovalo je preko 120 stručnjaka iz cijele Europe koji se bave HIV prevencijom, kako iz državnog tako i iz civilnog sektora. Na konferenciji su sudjelovali voditelj i suradnik na projektu iz HZJZ-a, koji je, uz udrugu Help iz Splita, bio suradni partner u provedbi projekta. Predstavnici Hrvatske prezentirali su poster o rezultatima provedbe projekta te o planovima za unaprjeđenje kvalitete u budućnosti pod naslovom „Implementation of Jointaction on improving quality in HIV prevention- How can we contribute to HIV preventive programs in Croatia? – Lessons learned from Croatia“.

Cilj QA projekta (JointAction-ImprovingQualityin HIV Prevention) bio je promicanje zdravlja kroz unaprjeđenje kvalitete programa i projekata iz područja prevencije HIV infekcije. Projekt je započeo 1. ožujka 2013. a Hrvatska je sudjelovala u provedbi radnog paketa primjene alata za unaprjeđenje kvalitete. Alati su primjenjeni na program dobrovoljnog savjetovanja i testiranja na HIV HZJZ-a i program smanjenja štete u populaciji osoba koje injektiraju droge udruge Help. Tijekom provedbe projekta dva su stručnjaka iz područja prevencije HIV infekcije educirana iz primjene dva alata (strukturirani upitnici za samoprocjenu) za unaprjeđenje kvalitete. Predavanja su bila izuzetno

korisna i poticajna, a obuhvatila su teoriju i praktičnu mogućnost primjene unaprjeđenja kvalitete te iskustva i primjere dobre prakse.

Poruka je konferencije da je za učinkovitost preventivnih javnozdravstvenih programa i projekata ključno unaprjeđenje kvalitete uz jačanje sljedećih načela: promišljanje i učenje, transparentnost, posvećenost, suradnja, inovativnost i podržavajuća okolina. Unaprjeđenje kvalitete iznimno je važno jer značajno povećava učinkovitost preventivnih mjera te doprinosi uspješnoj implementaciji aktivnosti i realizaciji željenih ciljeva/rezultata. U tom smislu, unaprjeđenje kvalitete u provedbi programa i projekata u području prevencije HIV/AIDS-a značajno doprinosi uspješnom suzbijanju epidemije i može donijeti pozitivan pomak u odgovoru na ovu epidemiju.

Za uspješnu provedbu programa prevencije bolesti i promicanja zdravlja svi u organizaciji/instituciji trebaju biti uključeni u aktivnosti poboljšanja kvalitete, biti posvećeni svom poslu, kontinuirano unaprjeđivati svoje znanje, učiti iz grešaka i uspostaviti dobru komunikaciju i suradnju. Drugim riječima, treba stvoriti radnu kulturu u kojoj je svima u svakodnevnom radu bitno unaprjeđenje kvalitete rada. Sve se ovo ne može postići preko noći, ali nije nemoguće.

Prijevod teksta priopćenja za medije s konferencije QualityAction 2016, više o projektu i poster možete vidjeti na Internet stranicama HZJZ-a: <http://www.hzjz.hr/novosti/konferencija-quality-action-2016-ciniti-prave-stvari-na-pravi-nacin/>



Djelatnice HZJZ-a dr. TATJANA NEMETH BLAŽIĆ i prof. JASMINA PAVLIĆ uz poster o QA projektu



Sudionici konferencije Quality Action 2016.



# Rak vrata maternice kod žena na 10. mjestu po učestalosti bolesti

Ove je godine jubilarni 10. put obilježen Europski tjedan prevencije raka vrata maternice, po 9. put održan je Dan mimoza - Nacionalni dan borbe protiv raka vrata maternice. Tim je povodom Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) u suradnji s Gradskim uredom za zdravstvo Grada Zagreba, Ministarstvom zdravlja i ŠNZ „Andrija Štampar“ organizirao simpozij s četnaest predavanja koja su iz različitih stručno-znanstvenih aspekata prikazala aktualno stanje i suvremene spoznaje o prevenciji raka vrata maternice (RVM). Simpozij je održan 29. siječnja 2016. u hotelu Dubrovnik u Zagrebu pred više od stotinjak sudionika, pretežito ginekologa iz PZZ-a, liječnika školske medicine, epidemiologa, specijalista javnog zdravstva i citologa. Slijedi dio informacija s toga simpozija.

Nacionalni program ranog otkrivanja RVM-a započeo je krajem 2012. godine i prvi ciklus pozivanja žena u dobi od 25-64 godine bliži se kraju. Iskustva zemalja s duljim provođenjem programa pokazuju da uvođenje organiziranih programa ranog otkrivanja može imati povoljan javnozdravstveni učinak, no nužni preduvjeti za to su zadovoljavajuće razine obuhvata i kontrola kvalitete na svim razinama programa.

## Europski projekti

U prezentaciji o epidemiologiji RVM-a u Hrvatskoj i Evropi rekao je dr. sc. **Mario Šekerija**, voditelj Registra za rak pri HZJZ-u: „Prema posljednjim dostupnim podacima Registra za rak, u Hrvatskoj je u 2013. oboljelo 339 žena (stopa 15,3 na 100.000 žena), a 127 žena (stopa 5,7/100.000) umrlo od RVM-a. Kod žena je RVM na 10. mjestu po učestalosti i čini 3 % svih otkrivenih malignih bolesti u 2013. godini, s nešto višom incidencijom zabilježenom u istočnim dijelovima Hrvatske i Istarskoj županiji. Usporedba s europskim podacima Hrvatska je po incidenciji i mortalitetu od RVM-a

u razini prosjeka za europske zemlje, dok recentne velike studije o preživljaju od RVM-a (EUROCARE-5 i CONCORD-2) ukazuju da je petogodišnje preživljene preko 65 %-tno i više je od europskog prosjeka. Iako trendovi pokazuju da je incidencija RVM-a u padu, primjetno je usporavanje tog pada u ovom stoljeću.

Preliminarne rezultate vanjske kontrole kvalitete i evaluacije Papa-testa u probiru za RVM radne skupine Ministarstva zdravlja pri HZJZ-u prikazala je prim. dr. sc. **Danijela Vrdoljak Mozetić** iz KBC-a Rijeka, predstojnica Hrvatskog društva za kliničku citologiju HLZ-a; rekla je: „Iako se prema literaturnim podacima osjetljivost Papa-testa kreće oko 50-70 % za europske zemlje, osjetljivost je prema podacima za Hrvatsku veća (80-90 %) jer imamo vrlo dobre citologe“. U diskusiji je spomenut nedostatak ljudskih resursa te stoga smanjen kapacitet citoloških laboratorija u Hrvatskoj, a taj je nužan preduvjet uspješne provedbe programa ranog otkrivanja RVM-a. Doc. dr. sc. **Ranko Stevanović**, prim., v.d. ravnatelja HZJZ-a predstavio je novi europski projekt Unaprjeđenje kvalitete

Iz rezultata istraživanja o ulozi ginekologa u programu ranog otkrivanja raka vrata maternice koje su provele dr. med. DINKA NAKIĆ i mag. psihologije BARBARA RAGUŽ

nacionalnih preventivnih programa za rano otkrivanje raka u okviru prijelaznog instrumenta EU-a u koji je Hrvatska uključena uz partnera Litvu i Sloveniju. Spomenuo je i online platformu HZJZ-a za komunikaciju, e-edukaciju te digitalne kampanje, koja može doprinijeti poboljšanju provedbe nacionalnih preventivnih programa.

## Besplatno cijepljenje

U predavanju pod naslovom „Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih - Možemo li bolje?“ prof. dr. **Marina Kuzman** navela je da zabrinjava podatak o malom postotku cijepljenih djevojčica (oko 10-15 %) protiv HPV-a u Gradu Zagrebu i nekim županijama i gradovima gdje je cijepljenje bilo besplatno dostupno učenicima 7. razreda osnovne škole već od 2007. godine. Rekla je da ima mjesta poboljšanju, što je izazov za daljnju provedbu cijepljenja koje je prošle godine uvedeno u Nacionalni program cijepljenja i postalo besplatno za učenike prvih razreda srednje škole. Za prevenciju bolesti i promicanja zdravlja kod mladih važni su sveobuhvatan pristup sprječavanja rizičnih ponašanja, jačanje multidisciplinarnih





Nacionalni program ranog otkrivanja RVM-a započeo je 2012. godine i prvi ciklus pozivanja žena u dobi od 25-64 godine bliži se kraju

savjetovališta za reproduktivno zdravlje i međusektorska suradnja, s obzirom na to da su rizična spolna ponašanja povezana s drugim rizičnim ponašanjima kao što su to alkohol ili droge.

Dr. med. **Dinka Nakić** i mag. psihologije **Barbara Raguž** prezentirale su istraživanje uloge ginekologa u organiziranom probiru provedeno 2015. anketom među ginekolozima koji su sudjelovali na simpozijima „Možemo li bolje“ u Zadru, Zagrebu, Osijeku, Rijeci i Splitu. Rezultati će se koristiti za poboljšanje budućih aktivnosti u sklopu provedbe Nacionalnog programa ranog otkrivanja RVM-a, a ukazuju na potrebu veće medijske promidžbe i edukacije javnosti te bolje suradnje između dionika uključenih u provedbu programa. Istaknuta je važnost ginekologa u motiviranju žena na odaziv te educiranja i informiranja žena o RVM-u. O ulozi županijskih koordinatora u organiziranju i provođenju programa ranog otkrivanja RVM-a govorio je dr. **Nikola Kraljik**, županijski koordinator u ZZJZ-u Osječko-baranjske županije. Iz svog iskustva kao izazov je izdvojio probleme sa softverom, a kao primjer dobre prakse naglasio

važnost dobre organizacije rada i komunikacije s ginekolozima u PZZ-u.

Prim. dr. sc. **Bernard Kaić**, voditelj Odjela za prevenciju zaraznih bolesti i cijepljenje u HZJZ-u, govorio je o cjepivima dostupnim u Hrvatskoj i o javnozdravstvenom učinku cijepljenja protiv HPV-a.

#### Trendovi u prevenciji

Osim dvovalentnog (16,18) i četverovalentnog (6,11,16,18) HPV cjepiva dostupnih na hrvatskom tržištu, registrirano je i devetorivalentno cjepivo (6,11,16,18,31,33,45,52,58), no ono trenutno nije dostupno. „Cijepljenje 2-valentnim i 4-valentnim cjepivom smanjuje rizik od RVM-a za oko 70 %. Potrebno je cijepiti 150 djevojaka da se sprječi jedan karcinom cerviksa“, rekao je prim. Kaić.

Dr. sc. **Magdalena Grce**, znanstvena savjetnica Instituta “Ruđer Bošković” i članica Uprave Europskog udruženja raka vrata maternice (ECCA, *European Cervical Cancer Association*), osvrnula se na trendove u prevenciji raka maternice u Europi te o ulozi postojećih HPV cjepiva i testova u prevenciji RVM-a. Spomenula je da je značajna i križna zaštita dvovalen-

tnog cjepiva protiv pojedinih kancerogenih HPV-tipova koji nisu uključeni u cjepivo – (HPV 31, 33, 45, 52) te je stoga dvovalentno cjepivo idealno za žene koje imaju veći rizik za RVM - najtežu posljedicu HPV-infekcije. Studija evaluacije HPV-cijepljenja s jednom, dvije i tri doze četverovalentnog cjepiva pokazala je podjednak uspjeh u sva tri protokola pa SZO prema toj preporuča HPV-cijepljenje s dvije doze cjepiva u razmaku od šest mjeseci. HPV-probir se ne preporuča ženama mlađim od 30 godina, dok se preporuča onima iznad 35 godina, s time da se interval testiranja u tom slučaju može povećati od tri na pet i više godina“, rekla je dr. Grce, te navela da je „Osjetljivost HPV-testa veća od citoloških pretraga (razlika je 20 %-tina), dok je specifičnost HPV-testa slična, iako nešto manja od citologije (razlika je 3-4 %), međutim, specifičnost se kod HPV-testa povećava s dobi, za razliku od citologije kod koje se smanjuje s dobi“.

**DINKA NAKIĆ**, dr. med., dinka.nakic@hzjz.hr  
**DR. SC. MARIO ŠEKERIJA**, mario.sekerija@hzjz.hr  
**TATJANA NEMETH BLAŽIĆ**, dr. med., tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr  
**HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO**

# Osvrt na financiranje zdravstvenog sustava u 2015. godini

Mr. DRAŽEN JURKOVIĆ, dr.med  
Direktor Hrvatske udruge poslodavaca u zdravstvu



Ukupni prihodi HZZO-a u 2015. iznosili su nešto više od 22,1 milijarde kuna što predstavlja značajno povećanje u usporedbi s prethodnom godinom

**N**a početku osvrta na uvjete poslovanja koji su determinirali kako naturalni tako i poslovni rezultat poslovanja zdravstvenog sustava valja istaknuti kako su analizirani 2015. godinu karakterizirale značajne promjene u statusu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), koji od 1.siječnja 2015., nije više integralni dio Državne riznice te svojim finansijskim sredstvima upravlja prema samostalno donesenom finansijskom planu. Osim izdvajanja HZZO-a, proteklu godinu je obilježio i novi model plaćanja/ugovaranja za bolničke zdravstvene ustanove te činjenica kako su bolničke ustanove kojima je osnivač Republika Hrvatska (klinički bolnički centri, kliničke bolnice i klinike), sa svojim ukupnim rashodima i njihovom strukturom postale proračunske stavke Ministarstva zdravlja. Izlazak HZZO-a iz sustava Državne riznice u 2015.godini, i učinci istog, obilježili su medijski prostor vezan za hrvatski zdravstveni sustav u toj godini. Otvorene su mnoge rasprave u kojem su svoja razmišljanja i stajališta konfrontirali mnogobrojni samostalni makroekonomisti, ekonomisti s iskustvom u zdravstvenom sustavu i provoditelji zdravstvene zaštite. HZZO je ovom promjenom, u 2015. godini, kroz doprinose radno aktivnih osi-

guranika, ostvario prihod u iznosu većem od 18 milijardi kuna, što je za 11 posto više nego u 2014. godini. Stoga je nužno zadržati stopu doprinosa od 15 posto kako bi se izbjeglo stvaranje dodatnih gubitaka zdravstvenog sustava (2,4 milijarde kuna), kao primjerice smanjenjem doprinosa s 15 posto na 13, da se pomogne i oživi gospodarstvo. Osim doprinosa za zdravstveno osiguranje, HZZO je u protekloj godini ostvario i 2,4 milijarde kuna prihoda od Državnog proračuna prema zakonskim odrednicama koje definiraju prava na zdravstvenu zaštitu stanovnika RH. U 2015.godini ostvaren je i prihod od dopunskog zdravstvenog osiguranja u visini od 1,6 milijarde kuna. Dakle, ukupni prihodi HZZO-a u 2015., iznosili su nešto više od 22,1 milijarde kuna što predstavlja značajno povećanje u usporedbi s prethodnom godinom. Prihod od doprinosa za zdravstveno osiguranje izravno je ovisan o gospodarskim kretanjima u Hrvatskoj, a determiniran je brojem radno aktivnih osiguranika za koje njihovi poslodavci uplaćuju spomenuti doprinose o uspješnosti njegove naplate, premda je i dalje u domeni rada Ministarstva finansija. Analize Hrvatske udruge poslodavaca u zdravstvu (HUPUZ), pokazale su kako je na početku 2015., broj radno

aktivnih osiguranika (za koje se uplaćuju doprinosi) iznosio nešto više od 1 470 000 kuna, dok je broj osiguranih osoba s obveznim zdravstvenim osiguranjem iznosio više od 4 340 000 kuna. Dakle, broj osoba s prawom na obvezno zdravstveno osiguranje veći je od broja stanovnika RH (2011.- 4.284.889) dok udio radno aktivnih stanovnika u ukupnom broju stanovnika iznosi svega 34,39 posto.

Komparativnom analizom stanja u Hrvatskoj i ostalih zemalja EU-a, dokazano je kako je prosječna razina udjela radno aktivnih osiguranika u ukupnom broju stanovnika na razni EU-a u 2011. iznosila 41,12 posto. Preneseno u apsolutne iznose, Hrvatska bi kao prosječna zemlja EU-a, imala nešto više od 1 760 000 radno aktivnih osiguranika, odnosno 288 000 više nego sada. Učinak kretanja navedenih parametara na zdravstveni sustav najjednostavnije je prikazati brojkom od 3,5 milijardi kuna povećanja prihoda HZZO-a od doprinosu u slučaju prosječene stope zaposlenosti EU-a. To predstavlja veliku priliku zdravstvenog sustava jer bi se svaki pozitivni pomak vrlo brzo očitao u većem priljevu sredstava na račun HZZO-a kojim on izlaskom iz Državne riznice upravlja. Uz prikazanu priliku

moramo biti svjesni i potencijalnih prijetnji smanjenja prihoda zbog smanjenja broja radno aktivnih osiguranika, nepovoljne demografske slike i trenutka odlaska visokoobrazovanih ljudi iz Hrvatske (upravo oni predstavljaju dio radno aktivnih osiguranika s najvećim primanjima, odnosno najvišim izdavanjima za zdravstveno osiguranje u apsolutnom iznosu).

Uz prihod od doprinsosa za zdravstveno osiguranje, HZZO je ostvario i prihod od 2,4 milijarde kuna s osnova obveza Državnog proračuna reguliranim u Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju. To podrazumijeva osiguravanje određenih skupina kao što su npr. studenti, nezaposleni, osobe nesposobne za rad zbog ozljeda na radu ili bolesti koje su neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu te ostalih iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Hrvatska udruga poslodavaca u zdravstvu (HUPUZ) napravila je detaljnu analizu i kalkulaciju pojedinih odrednica Zakona o zdravstvenoj zaštiti koje definiraju obveze Državnog proračuna prema HZZO-u, koje su dokazale kako bi transfer sredstava Državnog proračuna prema HZZO-u prema trenutno važećim zakonskim odrednicama, trebao iznositi 4,29 milijarde kuna, odno-

sno čak 1,89 milijardi kuna više nego u 2015.godini.

Očuvanje HZZO-a izvan sustava Državne riznice i puna primjena postojećih zakonskih odrednica ključni su elementi ostvarivanja financijski samoodrživog zdravstvenog sustava, što se očituje i u podatku kako je u posljednjih 20 godina bivanja HZZO-a izvan državne riznice, država kroz sanacije poslovanja zdravstvenih ustanova i HZZO-a, utrošila gotovo 17 milijardi kuna „izvanrednih sredstva“, dok zakonski pripadajuća tekuća sredstva nisu transferirana u potpunom opsegu. Takva činjenica može dovesti do netočnog zaključka kako je hrvatski zdravstveni sustav u cijelini, godinama financijski neuravnotežen, rastrošan i neučinkovit. Uz navedene pokazatelje povećanja prihoda kao posljedice promjene statusa HZZO-a, nužno je istaknuti i činjenicu kako je spomenutom promjenom otklonjena mogućnost Ministarstva financija, izražena u proteklim godinama, da tijekom godine rebalansima državnog proračuna smanjuje tekuća sredstva za zdravstvo i na taj način nesustavno mijenja uvjete poslovanja zdravstvenih ustanova te izravno utječe na njihov financijski rezultat i planirani program rada.

### Slika 1. Inicijalni financijski plan HZZO-a za 2015.godinu

PLAN PRIHODA HZZO-a 2015.	21.946.000.000
Doprinosi za zdravstveno osiguranje	17.980.000.000
Pomoći proračunu iz drugih proračuna	2.400.000.000
Prihodi po posebnim propisima	1.583.000.000
Prihodi od prodaje proizvoda i robe te pruženih usluga	1.000.000

# Podjela finansijskog rizika – nova prilika za povećanje kvalitete i dostupnosti inovativnih lijekova



Izv. prof. dr. sc. VATROSLAV ZOVKO

**U**običajeni uvod većine preglednih i informativnih članaka vezanih za kontrolu potrošnje u zdravstvu ističe problem neprekidnog rasta potrošnje na dijagnostičko-terapijske postupke. Danas, uz streljiviti razvoj medicinski dostupnih mogućnosti dijagnostike i liječenja te snažan pritisak sve bolje obaviještenih pacijenata, troškovi u zdravstvu se sve teže smanjuju ponajprije zato što zdravstvena potrošnja nije samo ekonomsko (pravo potrošača) nego i društveno (pravo na zdravlje i život kao javno dobro) pitanje. Kako bi riješili taj problem, pružatelji zdravstvenih usluga i regulatori već desetljećima nastoje različitim oblicima spriječiti sve veće troškove pružanja zdravstvenih usluga. Svaki sustav kontrole potrošnje doživljava se u većoj ili manjoj mjeri kao umanjivanje prava; prava pacijenata na sve što im je potrebno kako bi riješili svoje zdravstveno pitanje te prava pružatelja

usluga (liječnika) na autonomiju u njihovu radu. Zbog tog se razloga upravljanje finansijama u zdravstvu u medicinskoj javnosti više doživljava kao medicinsko pitanje, a ne kao ekonomsko pitanje.

## Plaćanje prema terapijskom postupku

Gledajući unatrag, načini obračuna zdravstvenih usluga (plaćanja) razvijali su se od jednostavnijih prema složenijima pritom sve više ograničavajući prava pacijenata (u odlučivanju o terapijskim postupcima) te ograničavajući autonomiju liječnika u izboru dijagnostičko-terapijskih mogućnosti. Primjerice, od početaka suvremene hrvatske države eksperimentiralo se s nekoliko sustava obračuna usluga. Najprije se počelo s naplatama nakon pružene usluge (tzv. *Fee-for-service*). Usluge su se naplaćivale prema koeficijentima za određene usluge koje su bile objavljene u popularno zvanoj Plavoj knjizi, koja je sadržavala većinu dijagnostičko-terapijskih postupaka koji se primjenjuju u hrvatskom zdravstvu, a lijekovi su se naplaćivali prema listama lijekova koje je objavljivao HZZO. U praksi se kontrola troškova svodila na kontrolu skromnog uzorka pojedinačnih računa, a pružatelji usluga (primjerice, bolnice) fakturirali su sve što su napravili neovisno o stvarnoj racionalnoj dijagnostičko-terapijskoj potrebi, čime se sav finansijski rizik premještao na HZZO. Takav je sustav polako napušten i uvelo se plaćanje prema terapijskom postupku, preteča današnjeg DTS-a (dijagnostičko-terapijske skupine – tzv. DRG – *diagnostic related group*). Ideja takvog obračuna je da se rizik neučinkovitosti pružanja premjesti na pružatelja usluge. Drugim riječima, pružatelj usluge odgovoran je za potrošnju svih resursa unutar

jedne dijagnostičko-terapijske skupine ili više usluga, od dijagnostike, rada liječnika do potrošnje medicinskog materijala i lijekova. Danas se kao nedostatak takvog sustava pokazuje upravo premještanje rizika s jednog pružatelja usluge na drugog. Primjerice, ako onkološki odjel u općoj bolnici dobije „skupog“ pacijenta (pacijenta čije je liječenje složeno i uključuje mnoštvo dijagnostičko-terapijskih postupaka) spašava se od visokih troškova slanjem takvog pacijenta u klinički bolnički centar čime se kliničkom bolničkom centru smanjuje manevarski prostor za uštene i eventualno poslovanje s dobitkom.

## Novi načini obračuna

U zdravstvenim sustavima razvijenih zemalja u praksi se uvođe mnogi novi načini obračuna pružanja zdravstvenih usluga kojima bi se trebao poticati pozitivan rezultat liječenja uz kontrolu troškova. Od popularnih sustava ističu se: kliničke smjernice, *disease management* programi te plaćanje prema rezultatu (*pay per performance* – P4P). Sustav temeljen na kliničkim smjernicama zasniva se na poticanju liječnika da se drže određenoga, predviđljivog oblika liječenja koji uključuje i predviđljive troškove. Uobičajeno, klinička smjerna temelji se na rezultatima kliničkih ispitivanja koja nužno ne odgovaraju stvarnom kliničkom okružju gdje se ne radi sa strogo kontroliranom skupinom pacijenata. *Disease management* programima nastoji se ostvariti suradnja pacijenata, pružatelja usluga i platiša (HZZO-a) gdje platiša nije više *gate keeper* nego ravnopravni partner koji nastoji pomoći u pronalasku najboljeg dijagnostičko-terapijskog liječenja s najvećom vrijednosti za novac. Svrha je takvog obračuna izabrati liječenje koje

će imati najmanje skupih komplikacija, primjerice onkološki dijagnostičko-terapijski postupci. P4P sustavom obračuna usluga nastoje se nagraditi pojedini liječnici ili timovi koji ostvare zadane ciljeve u odnosu prema kvaliteti i učinkovitosti liječenja. Iako takav sustav djeluje vrlo privlačno, osim što je izrazito složen u primjeni, u hrvatskoj praksi s fiksnom i ujednačenom plaćom zdravstvenih radnika je neprovediv.

## Racionalizacija potrošnje lijekova

Osim što osiguravajući društva nastoje ograničiti potrošnju u zdravstvu različitim oblicima utjecaja na pružatelje usluga, čime se nagrađuje uspješnost i eventualno kažnjava neuspjeh, osiguravatelji nastoje ograničiti i cijenu lijekova i medicinskih proizvoda koje njihovi osigurani upotrebljavaju. Vrijednost hrvatskog tržišta lijekova na recept u 2014. godini bila je iznad 4,9 milijardi kuna (tablica 1.), ili više od 22 % ukupnog proračuna HZZO-a pa zato ne iznenađuje što su lijekovi odvijek u središtu zanimanja kontrole potrošnje zdravstvenih usluga. Općepoznati način kontrole cijena lijekova i medicinskih proizvoda, koji primjenjuje i HZZO, lista je lijekova te lista ortopedskih pomagala. Takav sustav kontrole cijena ima ograničeni učinak. U početku se u Pravilniku o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu i dopunsku listu lijekova HZZO-a kao jedan od kriterija za uvrštanje na listu lijekova navodila farmakoekonomska analiza. U praksi je taj pristup napušten zbog još neujednačene metodologije izračuna te nedostatka vjerodostojnih podataka o potrošnji lijekova i kliničkoj praksi. Zato se kao financijski argument za uvrštanje na listu lijekova koristi analiza utjecaja na proračun kojima se pokazuje koliko bi uvrštanje određenog lijeka

na listu lijekova utjecalo na ukupni proračun HZZO-a za lijekove. Problem u navedenom sustavu uvođenja lijekova na liste lijekova nastaje nakon što lijekovi budu uvršteni na listu jer ne postoji način (osim eventualno dospijeća plaćanja) kojim bi se kontrolirala njihova potrošnja. Uz standardnu listu lijekova, kao dodatni oblik kontrole upotrebljava se lista posebno skupih lijekova na koju su uglavnom uvršteni lijekovi za rijetke i teške bolesti (*orphan lijekovi*) i onkološki lijekovi. Popis posebno skupih lijekova osigurava financiranje lijekova koji su inače na osnovnoj listi lijekova HZZO-a izravno iz proračuna HZZO-a, a ne iz proračuna bolnica koji su u to vrijeme bili ograničeni te nedovoljni za liječenje relativno skupljim lijekovima. Svrha je te liste kontrolirati upotrebu lijekova čija pojedinačna terapija stvara jako visoke troškove u odnosu prema opsegu propisivanja (primjerice, u SAD-u je 2011. godine registriran ipilimumab za liječenje naprednog melanoma i cijena mu je bila od 120.000 USD po terapiji). Visoka cijena terapije onkološkim lijekovima je upravo zbog ograničenog broja bolesnika, a cijena istraživanja i razvoja tih lijekova ista je kao i cijena „komercijalnih“ lijekova. HZZO je takvu situaciju pokušao riješiti potpisivanjem volumnih ugovora s dobavljačima lijekova čime dobavljači jamče da su njihove procjene potrošnje određenog lijeka vjerodostojne. Drugim riječima, ako se poveća potreba za pojedinim lijekom, HZZO neprestano nastavlja odobravati fakturiranje liječenja iz sredstava Popisa posebno skupih lijekova. Ako potrošnja naraste iznad planirane, cijeli trošak iznad planirane razine snosi dobavljač (farmaceutska industrija). Takav način kontrole potrošnje ne utječe na kvalitetu administriranja terapije nego se svodi na raču-

novodstvenu obradu podataka. Upravo zato se u Velikoj Britaniji i SAD-u počeo pokusno uvoditi tzv. *risk sharing* koncept gdje se dobavljač nastoji uključiti kao partner u administriranju terapije. Kod tog koncepta dobavljač jamči određenu razinu učinkovitosti terapije (uobičajeno na osnovi rezultata kliničkih ispitivanja). Ako učinkovitost znatno negativno odstupa od procijenjene, dobavljač je kažnjen tako što snosi razliku troškova u onom postotku u kojem broj neuspješno liječenih pacijenata odstupa od predviđenog postotka. Takav koncept ima nekoliko ključnih prednosti: rizik liječenja dijeli se između dobavljača i platise, rezultati su vezani za uspješno liječenje čime pacijenti dobivaju najveću vrijednost za novac te se omogućuje liječenje svih pacijenata kojima je ono potrebno, a pritom se ne ugrožava financijska stabilnost HZZO-a. Prepreke uvođenju takvog sustava su uglavnom administrativne, a svode se na izvore i praćenje podataka o pacijentima. Za takav je sustav nužno povezati elektroničke baze kliničkih podataka bolesnika u zajedničku bazu kako bi podaci bili pravodobni i vjerodostojni. Kako hrvatski zdravstveni sustav nema preveliki proračun za investicije, trebalo bi potaknuti dobavljače da uz registraciju i stavljanje posebno skupih lijekova na tržište sufinanciraju razvoj registara praćenja potrošnje. Na taj bi se način poboljšala kvaliteta propisivanja i administriranja terapije te bi se olakšalo praćenje potrošnje lijekova, a samim time i kontrola potrošnje proračuna za zdravstvo.

Neovisno o tome koji se oblik kontrole potrošnje lijekova koristi, važno je istaknuti da se racionalizaciji potrošnje lijekova treba prilaziti iz šire perspektive, u kontekstu cjelovitog pružanja zdravstvene usluge, gdje se lijekovi sagledavaju kao vrijedan resurs, a ne trošak.

**Tablica 1. Potrošnja lijekova u 2014. godini**

Ukupna potrošnja lijekova	4.952.629.057,11 kn
Potrošnja lijekova L01 i L02	571.046.542,35 kn
Udjel potrošnje lijekova L01 i L02 u ukupnoj potrošnji lijekova	11,53 %
Potrošnja posebno skupih lijekova za maligne bolesti	293.117.689,96 kn
Udjel potrošnje posebno skupih lijekova za maligne bolesti u ukupnoj potrošnji lijekova	5,92 %

# Suradnja farmaceutske industrije sa zdravstvenim radnicima i zdravstvenim organizacijama postaje transparentna



INOVATIVNA  
FARMACEUTSKA  
INICIJATIVA

**Europska komisija kroz Tajani smjernice za promicanje dobrog upravljanja u farmaceutskoj industriji želi otkloniti mogućnost zlouporabe u odnosima industrije sa zdravstvenim radnicima i zdravstvenim organizacijama. To je ujedno i prilika za jačanje integriteta liječničke struke, kao i povjerenja javnosti u zdravstvene radnike**

*Inovativne farmaceutske kompanije koje posluju u Hrvatskoj u završnoj su fazi provedbe odredbi Kodeksa o javnoj objavi prijenosa vrijednosti u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija, primjenjujući tako Smjernice Europske komisije za dobro upravljanje u farmaceutskoj industriji.*

Zadnjeg dana lipnja ove godine, 25 inovativnih farmaceutskih kompanija, koliko ih posluje u Hrvatskoj, javno će objaviti podatke o svim plaćanjima izvršenim u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija tijekom 2015. godine. Okupljene u organizaciju Inovativna farmaceutska inicijativa - IFI, farmaceutske kompanije tako će poslovne prakse u našoj zemlji uskladiti sa smjernicama Europske komisije i preporukom Europskog udruženja inovativnih proizvođača lijekova (EFPIA) i njegovih članica, koja za cilj ima povećati transparentnost i ojačati povjerenje javnosti u industriju, zdravstvene radnike i zdravstvene organizacije.

Odnos između farmaceutske industrije i zdravstvenih radnika te zdravstvenih organizacija izaziva velik interes javnosti, posebno osjetljive na mogućnost bilo kakve pristranosti u donošenju odluka koje se tiču zdravlja i života građana. Javnost sve češće preispituje odluke, preporuke te pružanje određene zdravstvene usluge ili terapije želeći se uvjeriti kako su one utemeljene na kliničkim dokazima i iskustvu, u najvećoj mjeri upravo zbog suradnje liječnika s farmaceutskom industrijom. Tomu su pridonijele što svjetske, a što domaće afere u zdravstvu, praćene snažnim medijskim interesom i reakcijama javnosti. Teme o neprihvatljivim, neetičnim od-

nosima između farmaceutske industrije i zdravstvenih radnika postale su trajno aktualne u medijskom prostoru i tako štete ugledu obiju strana u tom odnosu. Istovremeno, u javnom prostoru nedovoljno se ističe da je upravo suradnja zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija s farmaceutskom industrijom pokretač otkrića u medicini i jedan od ključnih preduvjeta za unapređenje liječenja bolesnika, pa je samim time riječ o odnosu od izravnog javnog interesa.

**Europska komisija i farmaceutska industrij - za transparentnost, sprečavanje zlouporaba i bolje razumijevanje odnosa**

Želeći uvesti transparentnost u odnos zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija s farmaceutskom industrijom, Europska komisija donijela je Tajani smjernice za promicanje dobrog upravljanja u farmaceutskoj industriji, koje su 2013. godine potpisali svi subjekti u tom sektoru. Njima su postavljena načela pozitivnih praksi u suradnji farmaceutske industrije sa zdravstvenim radnicima i zdravstvenim organizacijama.

Stalni odbor europskih liječnika (CPME) krajem 2014. godine donio je smjernice za unapređenje transparentnosti odnosa između liječnika i cjelokupne zdravstvene

industrije, a Europsko udruženje inovativnih proizvođača lijekova i svi njegovi članovi, proizvođači lijekova, u potpunosti su podržali načela Europske komisije i donijeli EFPIA Kodeks o objavljivanju podataka o prijenosu vrijednosti zdravstvenim radnicima i zdravstvenim organizacijama. Kodeks postavlja zahtjev za prikazom svih prijenosa vrijednosti koje farmaceutska industrija izvršava u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija. Kako njihovu suradnju s industrijom reguliraju strogi propisi i zahtjevi da sve stranke poštaju visoka etička načela, cilj Kodeksa je osigurati i da ta suradnja bude dobro razumljiva svim zainteresiranim s područja zdravstvene djelatnosti i javnosti. Zato ona mora biti - transparentna.

### Kodeks se u potpunosti primjenjuje i u Hrvatskoj

Kodeks o objavljivanju podataka o prijenosu vrijednosti paneuropska je inicijativa prihvaćena i u liječničkoj struci i u farmaceutskoj industriji u svim zemljama Europske unije. Kao članica EFPIA-e, prihvatile ga je i u potpunosti primjenjuje i Inovativna farmaceutska inicijativa (iF!).

Članice IFI-ja su se obvezale da će najkasnije do 30. lipnja ove godine javno objaviti podatke o izvršenim plaćanjima farmaceutskih kompanija u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija tijekom 2015. godine.

Objave će uključivati sve novčane prijenose vrijednosti koje su farmaceutske kompanije izvršile u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija, poput donacija i sponzorstava zdravstvenim organizacijama, naknada za usluge zdravstvenih radnika, putnih troškova, smještaja i kotizacije u svrhu sudjelovanja zdravstvenih radnika na edukativnim stručnim skupovima i slično. Prema Kodeksu, podaci o prijenosu vrijednosti objavljuvati će se pojedinačno, za svakog jasno identificiranog primatelja: zdravstvenu organizaciju te zdravstvenog radnika, naravno uz njegov prethodni pisani pristanak. Ukoliko iz bilo kojeg razloga, iznimno izostane davanje pristanka, podaci će se objaviti zbirno, u ukupnim iznosima prenesenih vrijednosti prema zdravstvenim radnicima. Svi prikupljeni podaci bit će javno objavljeni na internetskoj stranici proizvođača lijekova.

### Razvijene europske demokracije snažno podržale javnu objavu podataka

Mnoge zemlje Kodeks su već ugradile u svoju regulativu i javno objavile podatke o prijenosu vrijednosti, što je u razvijenim demokratskim društвima naišlo na odobravanje svih uključenih dionika. Prva država koja je kroz samoregulaciju objavila podatke 2014. godine bila je Nizozemska, uz podršku javnosti, političara i medija. Farmaceutska industrija u Švedskoj podatke o prijenosu vrijednosti objavila 2015. godine, također uz veliku podršku iz sektora zdravstvene djelatnosti i šire javnosti. Prema istraživanjima o podršci inicijativi, u Velikoj Britaniji gotovo 70 posto zdravstvenih radnika pristalo je ili najavilo davanje pristanka na objavu osobnih podataka. Latvija, Švedska, Estonija, Cipar i Malta pri samome su vrhu po podršci zdravstvenih radnika javnoj objavi prijenosa vrijednosti, dok se Hrvatska, zajedno sa Španjolskom, Češkom i Poljskom zasad svrstala na začelje liste.



Predsjednik Upravnog vijeća Inovativne farmaceutske inicijative (IFI) dr. MILORAD GOŠEV

### Transparentnost odnosa je osnova povjerenja i u industriji i u medicinsku struku

*Farmaceutska industrija u potpunosti se slaže sa zahtjevom javnosti za svojevrsnim jamstvom da će odluke koje liječnici donose biti nepristrane, stručne, neopterećene bilo kakvim interesima, osim onih usmjerenih na dobrobit pacijenta. Poznato je kako je ciljanim istraživanjima i stalnim razvojem novih lijekova, farmaceutska industrija mnoge bolesti učinila izlječivima ili lakše podnošljivima. Očekivana životna dob u posljednjih 60 godina produljena za 10 godina, na čemu svakako možemo zahvaliti razmjeni znanja i iskustva sa zdravstvenim radnicima. Na taj se način osigurava cjeloživotna edukacija liječnika, za koju u okviru javnozdravstvenog sustava resursi nisu dostatni, a to je slučaj i u gospodarski daleko razvijenijim zemljama od Hrvatske. Upravo zbog toga, farmaceutska industrija je odlučila kroz samoregulaciju postaviti standard transparentnosti i otkloniti bilo kakvu sumnju u etičnost suradnje sa zdravstvenim radnicima i organizacijama. Kodeksom o objavljivanju podataka o prijenosu vrijednosti, Inovativna farmaceutska inicijativa u Hrvatskoj želi osnažiti legitimne odnose proizvođača lijekova i zdravstvenih radnika, i to na način koji će bolesnicima, ali i svim zainteresiranim stranama, pomoći u boljem razumijevanju tih odnosa.*

# Bezreceptni lijekovi protiv akutne боли

Prof. dr. sc. LIVIA PULJAK, e-mail: [livia@mfst.hr](mailto:livia@mfst.hr)

**Gotovo svatko s vremenom na vrijeme trpi akutnu bol, koja se obično definira kao kratkoročna bol koja traje manje od 12 tjedana. Nastaje zbog oštećenja tkiva, živčanog sustava ili obojega, kao posljedica ozljede (uganuća, padovi), kirurškog zahvata, privremenog i povremenog poremećaja funkcioniranja organizma (dismenoreja, konstipacija), ili pak nekog oblika glavobolje**

## Sažetak

Akutna bol se često osjeća neposredno nakon ozljede i kratko traje. Većina ljudi nakon operacije ima umjerenu ili jaku bol. Lijekovi protiv bolova testiraju se u ljudi koji trpe bolove, a takva istraživanja često su analizirala bol nakon uklanjanja zuba umnjaka. U ispitivanjima o djelotvornosti lijekova protiv bolova ispitanci trebaju imati barem umjerenu ili vrlo intenzivnu bol, a bol se obično liječi lijekovima koji se uzimaju na usta. U ovom pregledu svih Cochrane sustavnih pregleda možete naći korisne informacije o liječenju akutne boli - odnosno boli koja traje nekoliko dana ili tjedana, a ne informacije o kroničnoj (dugotrajnoj) boli koja može trajati mjesecima. U ovaj pregled Cochrane sustavnih pregleda nisu uključene informacije iz sustavnih pregleda o migreni, tenzijskoj glavobolji ili menstrualnoj boli.

U svibnju 2015. analizirane su mrežne stranice ljekarni kako bi se vidjelo koji su lijekovi protiv bolova (analgetici) dostupni u Velikoj Britaniji, a koji se mogu uzeti na usta i dobiti bez recepta. Također su analizirane slične mrežne stranice iz Australije, Kanade i SAD-a. Zatim su analizirani Cochrane sustavni pregledi u kojima je ispitano koliko su djelotvorni i sigurni ti lijekovi. Za analizu su korištene visokokvalitetni dokazi iz 10 Cochrane sustavnih pregleda, kao i informacije iz jedne ne-Cochrane analize.

Kao mjera uspješne terapije promatralo se je li umjerena ili intenzivna bol ublažena za najmanje 50 % od maksimalno mogućeg ublažavanja boli u trajanju od oko 6 sati. To je uzeto kao mjera jer je to važno osobama koje pate od akutne i kronične boli, kao i glavobolje.

Kombinacija ibuprofena i paracetamola

bila je djelotvorna kod 7 od 10 (70%) ispitanika, a brzodjelujući oblici ibuprofena od 200 mg i 400 mg, ibuprofen od 200 mg u kombinaciji sa 100 mg kofeina, kao i dikolfenak-kalij od 50 mg bili su djelotvorni u 5 od 10 ispitanika (50%). Dipiridon od 500 mg, koji se u brojnim zemljama može dobiti bez recepta, također je bio djelotvoran u oko 50 % osoba. Kombinacija paracetamola i aspirina u različitim dozama bila je djelotvorna u 11-43 % ispitanika, ovisno o studiji. Važan je rezultat analiziranih dokaza da su niske doze nekih lijekova u brzodjelujućim formulacijama pokazale jedan od najboljih učinaka. Nisu pronađene informacije o drugim učestalim kombinacijama lijekova koje se mogu naći na tržištu, a koje sadrže niske doze kodeina. Uzimanje lijekova protiv bolova zajedno s hranom može umanjiti njihovu djelotvornost.

Manje nuspojava zabilježeno je u osoba koje su uzimale kombinaciju ibuprofena i paracetamola nego u osoba koje su dobivale placebo (lažni lijek). Rezultati o nuspojavama mogu biti drugačiji ako se analgetici uzimaju dulje od nekoliko dana.

## Zdravstveni problem

Gotovo svatko s vremenom na vrijeme trpi akutnu bol, koja se obično definira kao kratkoročna bol koja traje manje od 12 tjedana. Nastaje zbog oštećenja tkiva, živčanog sustava ili obojega, kao posljedica ozljede (uganuća, padovi), kirurškog zahvata, privremenog i povremenog poremećaja funkcioniranja organizma (dismenoreja, konstipacija), ili pak nekog oblika glavobolje (npr. tenzijska glavobolja). Po definiciji očekuje se da takva bol neće dugو trajati, čak i ako se

ne liječi, ali može imati značajne negativne posljedice za normalno funkcioniiranje pojedinca.

Istraživanja u kojima se ispituje djelotvornost analgetika u akutnim bolnim stanjima najčešće se provode vezana za postoperativnu bol. Metode su standardizirane tijekom niza godina, i pokazale su se robusnima. Pokusi trebaju biti randomizirani i dvostruko slijepi. Tipično u prvih nekoliko sati nakon operacije bolesnici razviju bol koja je umjerena ili intenzivna, te im se daje analgetik (intervencija) ili placebo. Bol se mjeri korištenjem standardnih ljestvica za mjenjenje intenziteta boli neposredno nakon zahvata i zatim nakon toga, obično kroz sljedećih 6 sati. Ublažavanje boli od barem 50 % danas se smatra standardnim ishodom koji pokazuje uspjeh terapije.

### Opis intervencija

Cilj ovog Cochrane sustavnog pregleda bio je procijeniti relativnu djelotvornost lijekova kao što su acetilsalicilna kiselina, paracetamol, ibuprofen, diklofenak, naproksen i drugi lijekovi – bilo sami ili u kombinacijama jedni s drugima, sa slabim opioidima kao što je kodein ili s kofeinom. Na tržištu se nalazi neopisivo velik broj različitih analgetika koji se mogu kupiti bez recepta u različitim dijelovima svijeta. Takvi lijekovi su paracetamol, nesteroidni protuupalni lijekovi i opiodi (obično kodein), kao i bezbrojne takozvane „komplementarne terapije“ i „biljni proizvodi“ koji se reklamiraju za liječenje boli. Mogu biti dostupni u različitim formulacijama, kao što su standarde tablete, brzodjelujuće tablete, prah, tekućina, a često se kombiniraju jedni s drugima, ili s drugim proizvodima kao što je kofein. Način pakiranja i brendiranje ponekad onemogućuje prepoznavanje sličnih proizvoda ili njihovu međusobnu usporedbu. Brojni takvi analgetici mogu se kupiti bez recepta, uzeti s polica ljekarni, supermarketa i trafika, bez savjetovanja s liječnikom ili ljekarnikom. Regulativa o dostupnosti tih proizvoda razlikuje se među državama.

### Zašto je važan ovaj Cochrane sustavni pregled?

Cilj je ovog sustavnog pregleda objediniti najbolje dokaze o bezreceptnim analgeticima za liječenje akutne boli kao što

je zubobolja ili uganuće. Na tržištu se na laze brojni proizvodi, ali je malo informacija o njihovoj relativnoj djelotvornosti. Iako postoji niz Cochrane sustavnih pregleda koji analiziraju djelotvornost pojedinačnih analgetika za akutnu bol, ovo je prvi zbirni prikaz svih sustavnih pregleda (engl. overviewofsystematicreviews) koji ih objedinjuje. Pacijenti bez recepta mogu kupiti niz različitih analgetika, u različitim dozama, ponekad su ti analgetici kombinirani s drugim sastojcima, a sve to pacijentu otežava izbor. Cilj je ovog pregleda sustavnih pregleda pojedincima dati dovoljno informacija da sami donesu informiranu odluku o tome koji će bezreceptni analgetik izabrati.

### Uporaba bezreceptnih analgetika

Bezreceptni analgetici koriste se često, iako se razlozi za njihovu uporabu rijetko opisuju. Primjerice, velika populacijska studija Dale i suradnika iz 2015. provedena u Norveškoj pokazala je da 47 % ispitanika barem jednom tjedno uzima bezreceptni analgetik. Prevalencija uporabe paracetamola bila je gotovo 40 %-tina u usporedbi s protuupalnim nesteroidnim lijekovima (19 %) i acetilsalicilnom kiselinom (8 %). U Njemačkoj je Freytag 2014. opisao prevalenciju korištenja bezreceptnih analgetika od 25 % kroz zadnja tri mjeseca, pri čemu su paracetamol i acetilsalicilna kiselina bili dominantni. U SAD-u su Paulose-Ram i suradnici 2003. opisali mnogo veću prevalenciju uzimanja bezreceptnih analgetika u zadnjih mjesec dana – čak 76 %. Sustavni pregled Jerez-Roiga objavljen 2014. pokazuje da je prevalencija konzumiranja bezreceptnih analgetika u starijih osoba od 4 do 87 %, a u većini studija između 20 i 60 %. Shehnaz i suradnici su 2014. opisali kako 5 do 94 % adolescenata koristi bezreceptne analgetike.

### Zaključak za praksu

Za osobe koje trpe akutnu bol: za većinu bezreceptnih analgetika koji se najčešće konzumiraju postoje pouzdani dokazi o njihovoj djelotvornosti. Udio osoba kojima će takvi lijekovi učinkovito ublažiti bol kreće se od 70 % u najboljem, a 20 % u najgorem slučaju. Niske doze brzodjelujućih formulacija većini osoba omogućiće dobru analgeziju. Nuspojave obič-

no nisu različite u odnosu na placebo. Često se daje savjet da analgetike treba uzeti s hranom radi smanjenja probavnih nuspojava, ali je smisao tog savjeta potrebno hitno preispitati.

Za kliničare: ovaj sustavni pregled daje jasnu poruku da jednostavne kombinacije lijekova i brzodjelujuće kombinacije omogućuju dobru analgeziju u većine osoba s akutnom boli, i u relativno malim dozama. Ne postoje analgetici koji se daju na recept, a koji su djelotvorniji. Nužno je preispitati smisao savjeta da se analgetici trebaju uzimati s hranom.

### Zaključak za buduća istraživanja

U budućim istraživanjima nužno je ispitati djelotvornost niske doze kodeina za ublažavanje akutne boli jer takvi klinički pokusi nisu pronađeni. Iako doze kodeina mogu biti malene u pojedinačnim dozama, lako je moguće da ih konzumira velik broj stanovništva pa je nužno poznavati korisne i štetne učinke tog analgetika.

Nadalje, postojeći dokazi još uvijek su vrlo općeniti i ne može se znati je li proizvod koji sadrži 200 mg ibuprofena imalo drugačiji u 30 različitih verzija tog lijeka koje su pronađene, osim informacije da se radi o standardnoj ili brzodjelujućoj verziji lijeka. Možda postoje razlike u stvarnom procesu formulacije, načinu na koji se lijek otapa u želucu ili načinu na koji se apsorbira ili djeluje.

Većina kliničkih dokaza (80 %) provedena je nakon vađenja zuba umnjaka, što se danas koristi kao model za sva-kodnevnu bol. Bilo bi idealno provesti istraživanja i na drugim čestim bolnim stanjima gdje bi djelotvornost mogla biti drugačija.

### Cochrane sustavni pregled:

Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, Maguire T, Roy YM, Tyrrell L. Non-prescription (OTC) oralanalgesics for acutepain - an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015;11:CD010794. ■

# NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

## DUGOROČNA UPOTREBA I NASTAVAK KORIŠTENJA INTRAUTERINOG ULOŠKA: LUCID STUDIJA

**Justin T. Diedrich** i suradnici (Divisions of Family Planning and Clinical Research, Department of Obstetrics and Gynecology, Washington University in St Louis School of Medicine, St Louis, MO, SAD) usporedili su stope nastavka korištenja (48 i 60 mjeseci po postavljanju) intrauterinog uloška (IUD) s levonogestrelom (LNG) i bakrom (Cu) kod ispitanica uključenih u "Contraceptive CHOICE Project" (CHOICE). Pirmarni ishod istraživanja bio je nastavak korištenja IUD-a 48 mjeseci po postavljanju.

Ova prospективna kohortna studija uključila je ispitanice koje su dobile IUD u CHOICE istraživanju. Slučajnim odabirom istraživači su telefonski kontaktirali ispitanice s LNG-om ili Cu IUD-om koji je postavljen u razdoblju od 1/2008 - 6/2009. Ispitanicama je postavljen upit koriste li još IUD. One koje su prekinule korištenje IUD-a upitane su o razlozima prekida i dalnjem korištenju kontracepcije.

Od ukupno 463 ispitanice koje su pokušali kontaktirati, njih 312 je uspješno intervjuirano. Podaci o nastavku korištenja IUD-a za preostalu 151 ispitanicu bili su dostupni iz CHOICE istraživanja. Nastavak korištenja 48 i 60 mjeseci po postavljanju bio je redom 62.0 % i 43.9 % za LNG IUD, te 64.2 % i 55.3 % za Cu IUD. Nastavak korištenja 48 mjeseci po postavljanju bio je najviši kod ispitanica koje su bile starije od 29 godina prilikom insercije (LNG IUD, 71.4%; Cu IUD, 77.1%), dok je najniži bio kod ispitanica mlađih od 24 godine (LNG IUD, 55.4%; Cu IUD, 53.2%). Dob ispitanica starija od 29 godina bila je povezana s manjim prestankom korištenja IUD-a u usporedbi s dobi od 24-29 godina (OR 0.68; 95 % CI 0.48-0.98)

Autori zaključuju kako nastavak korištenja IUD-a 48 mjeseci po postavljanju ostaje visok (>60%), bez razlike između LNG-a i Cu IUD-a.

(Am J Obstet Gynecol 2015 Sep 25. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.077. Epub ahead of print)

Matija Prka, dr. med.

## VAGINALNI PROGESTERON U PREVENCIJI PRIJEVREMENOG POROĐAJA KOD TRUDNICA S ULTRAZVUČNO SKRAĆENIM CERVIKSOM: KLINIČKE I JAVNOZDRAVSTVENE IMPLIKACIJE

Primjena vaginalnog progesterona kod trudnica s ultrazvučno skraćenim cerviksom učinkovita je i sigurna intervencija koja se koristi u prevenciji prijevremenog porođaja (PP), i s njim povezanog neonatalnog morbiditeta i mortaliteta. Vaginalni progesteron preporučuje se kod trudnica s ultrazvučnom (transvaginalni ultrazvuk - TVS) duljinom cerviksa (CL) ≤25 mm prije 25. tjedna, jer je povezan sa značajnim smanjenjem: rizika od PP u intervalu <28 do <35 tjedana, respiratornog distres sindroma, neonatalnog morbiditeta i mortaliteta, prijema u jedinicu neonatalne intenzivne skrbi, te mehaničke ventilacije. Ovi blagotvorni učinci vaginalnog progesterona su postignuti kod žena s jednoplodnom trudnoćom, sa ili bez spontanog PP u anamnezi, i nisu se značajno mijenjali s obzirom na CL (<10 mm, 10-20 mm, 21-25 mm). Broj pacijentica koje je potrebno liječiti kako bi se prevenirao jedan PP ili nepovoljni neonatalni ishod kretao se u rasponu od 10 do 19. Broj trudnica koje je potrebno obuhvatiti probirom radi prevencije jednog PP prije 34. tjedna bio je 125, dok ih je 225 bilo potrebno probrati za prevenciju 1 slučaja teškog neonatalnog morbiditeta ili mortaliteta. Samo u SAD-u, univerzalna procjena CL i liječenje s vaginalnim progesteronom kod jednoplodnih trudnoća rezultiralo bi godišnjim smanjenjem od oko 30 000 PP prije 34. tjedna, te oko 17 500 slučajeva teškog neonatalnog morbiditeta i mortaliteta. U zaključku, **Agustin Conde-Agudelo i Roberto Romero** iz Perinatology Research Branch, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development/National Institutes of Health/Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, te Detroit, MI, SAD, ističu kako postoje snažni dokazi koji pre-

poručuju univerzalni probir CL pomoću TVS u gestacijskoj dobi 18-24 tjedana kod jednoplodnih trudnoća, te vaginalni progesteron svim trudnicama s CL ≤25 mm, neovisno o postojanju spontanog PP u anamnezi, s ciljem prevencije PP i neonatalnog morbiditeta i mortaliteta.

(Am J Obstet Gynecol. 2016;214(2):235-42.)

Matija Prka, dr. med.

## TESTIRANJE GENA **BRCA1** I **BRCA2** U MLADIH ŽENA OBOLJELIH OD KARCINOMA DOJKE

### PORUKA ČLANKA:

Sve veći broj mladih žena oboljelih od karcinoma dojke odlučuje se na DNA testiranje, a smatra se da će u budućnosti ovaj oblik dijagnostičke pretrage pomoći pacijenticama i liječnicima u odluci o terapiji.

Sve veći broj mladih žena oboljelih od karcinoma dojke odlučuje se na DNA testiranje, a smatra se da će u budućnosti ovaj oblik dijagnostičke pretrage pomoći pacijenticama i liječnicima u odluci o terapiji. Iako su u SAD-u već dugo usvojene preporuke o testiranju gena **BRCA1** i **BRCA2** kod svih mladih žena oboljelih od karcinoma dojke, još uvijek se malo zna o ozračju koje doprinosi odluci o testiranju te koliko rezultat testiranja može utjecati na terapiju ovih pacijentica.

To je razlog što je skupina znanstvenika iz Instituta za rak Dana Farber u Bostonu, pod vodstvom dr. **Shosane Rosenberg** odlučila istražiti kako zabrinutost zbog genetskog rizika i upotrebe genetske informacije utječe na odluku o terapiji u mladih žena s karcinomom dojke. Studija je obuhvatila 897 žena od 40 godina i mlađih kod kojih je dijagnosticiran karcinom dojke (gradus 1 i 2). Većina se tih žena (87 %), odlučila na genetsko testiranje u prvih godinu dana od dijagnoze. Test je pokazao da njih 12 % nosi mutaciju gena **BRCA**, 81 % bilo je negativno, dok se kod ostalih radilo ili o neinformativnom nalazu ili se nije sa sigurnošću moglo reći radi li se o mutaciji. Od žena koje su se testirale,

29.8 % reklo je kako je "znanje ili briga o genetskom riziku" utjecalo na odluku da se podvrgnuti bilateralnoj mastektomiji. Na bilateralnu mastektomiju odlučilo se 86.4 % pacijentica pozitivnih na *BRCA* mutaciju. Od 160 testiranih žena koje nisu bile nositeljice mutacije, ali su i dalje bile jednakozabrinute, čak 51.2 % (83) se podvrglo operaciji, a 34 % (55) ih se odlučilo na neki drugi oblik preventivne terapije poput preventivne kemoterapije ili uzimanja tamoksifena citrata.

Broj žena oboljelih od karcinoma dojke u dobi do 40 godina koje se odlučuju na genetsko testiranje sve više raste. Žene koje se nisu odlučile na ovaj dijagnostički postupak uglavnom su navele sljedeće razloge: nisu imale odgovarajuće genetsko savjetovanje, liječnik je mislio da nema mutacije, mogući problemi s osiguranjem ili otkaz na poslu u slučaju da su *BRCA* pozitivne i finansijski razlozi. Trećina netestiranih žena razmišlja o testiranju ubuduće. Prema jednoj nizozemskoj studiji više od pola pacijentica koje su testirane kažu da je cijeli postupak stresan i kako se akumulira zajedno sa stresom nakon dijagnoze karcinoma. Dio žena naveo je kako je vrijeme kada se čeka dijagnoza testa stresno, no da je pozitivno nositi se sa svim lošim vijestima odjednom jer čim sazna rezultat mogu raspravljati i donijeti odluku o terapiji. U prilog testiranju ide i činjenica da su novi lijekovi poput inhibitora enzima poliadeninozin difosfat riboza - polimeraze 1 ili PARPi pokazali učinkovitost kod osoba s mutacijom gena *BRCA*.

Autori naglašavaju određena ograničenja ovog istraživanja, od kojih je najvažnije da su se sve ispitanice liječile u kliničkim centrima i imale zdravstveno osiguranje. Stoga smatraju kako je prerađeno generalizirati o razlozima zbog kojih se neke pacijentice ne odlučuju na testiranje. Budući da se radi o velikoj studiji unutar koje je napravljeno i ovo istraživanje, usmjerili su poseban interes na dva ključna pitanja u budućnosti: kako je rezultat testiranja utjecao na odluku o terapiji i kakav je bio dugoročan ishod.

(JAMA Oncol. 11, 2016. doi:10.1001/jamaoncol.2015.5941)

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

## KOD BOLESNIKA S HEPATOCELULARNIM KARCINOMOM ČESTO SE NE PREPOPOZNAJE CIROZA JETRE

Većina kliničkih smjernica preporučuje probir za hepatocelularni karcinom (skr. HCC) kod bolesnika s dijagnosticiranim cirozom jetre. Međutim, važno je istaknuti da su bolesnici s kompenziranim cirozom jetre često asimptomatski te mogu godinama ostati nedijagnosticirani.

Cilj istraživanja koje je predvodio **Walker M.** iz SAD-a (Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center, Houston, TX) bio je procijeniti postotak neprepoznatih bolesnika s cirozom jetre kod kojih je novodijagnosticiran HCC. Istraživanje je provedeno na uzorku ispitanika američkih veterana. Pretraživanjem elektronskih medicinskih baza podataka uključeni su ispitanici s HCC-om tijekom razdoblja od 2005. do 2011. godine. Provedenom multivariantnom analizom ispitanici su usklađeni prema demografskim parametrima, komorbiditetu i etiologiji osnovne bolesti. Ukupno je uključen 1201 ispitanik s HCC-om i cirozom jetre, od čega ih je 24.6% imalo neprepozнату cirozu prije postavljanja dijagnoze HCC-a. Rezultati analize su pokazali da bolesnici starije životne dobi (iznad 65 godina), Afroamerikanci, pacijenti s alkoholnom bolesti jetre, nealkoholnom masnom bolesti jetre i HIV pozitivni pacijenti te s komorbiditetom imaju statistički signifikantno veću šansu od neprepoznavanja ciroze jetre u podlozi nego ostale skupine. Također, istraživači zaključuju kako bolesnici s neprepozнатom cirozom imaju 6,5 puta veću šansu uznapredovalog stadija karcinoma jetre u trenutku dijagnoze.

Autori studije zaključuju da kod jedne četvrtine pacijenata ciroza nije prepoznata prije postavljanja dijagnoze HCC-a te da ova skupina bolesnika ima značajno veću vjerojatnost obolijevanja od uznapredovalog stadija HCC-a. Kako bi

poboljšali ishod bolesnicima s HCC-om potrebno je naglasiti važnost pravovremene dijagnostike i praćenja ciroze jetre.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016 Jan 19.[Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## ASPIRIN SMANJUJE VJEROJATNOST FIBROZE JETRE

Nedavno provedene eksperimentalne studije na životnjama pokazale su kako trombociti izravno aktiviraju jetrene stelatne stanice koje potiču fibrozaciju jetre, dok antritrombocitni lijekovi smanjuju nastanak fibroze jetre (FJ). Ostaje nepoznato prevenira li inhibicija trombocita acetilsalicilnom kiselinom FJ kod ljudi. Stoga je Jiang Z.G. iz SAD-a (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston) istraživao postoji li povezanost abuzusa acetilsalicilne kiseline i FJ-a kod odraslih pacijenata sa sumnjom na kroničnu bolest jetre. U istraživanje je uključeno 1856 ispitanika sa sumnjom na kroničnu bolest jetre. Stupanj FJ-a procijenjen je 4-standardiziranim indeksom fibroze. Rezultati istraživanja su pokazali kako terapija aspirinom značajno smanjuje indekse FJ-a koristeći FIB4, APRI, Forns i NFS. Povezanost aspirina s nižim zbrojem indeksa FJ-a značajno je veća kod ispitanika kod kojih se sumnja na kroničnu bolest jetre negoli onih bez nje. Negativna povezanost abuzusa aspirina i nižih indeksa FJ-a utvrđena je kod ispitanika s kroničnim virusnim hepatitism, sumnje na alkoholnu bolest jetre i nealkoholnog steatohepatitisa.

Autori zaključuju kako je korištenje aspirina povezano sa značajno manjim indeksima FJ-a kod odraslih bolesnika u SAD-u sa sumnjom na kroničnu bolest jetre. Potrebna su daljnja istraživanja s aspirinom i drugom antitrombocitnom terapijom u svrhu prevencije i liječenja FJ-a.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016 Jan 7. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

# NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

## KOLONIČKI PROMOTILITETNI AGENS PRUKALOPRID SMANJUJE TRAJANJE POSTOPERATIVNOG ILEUSA

**Poruka članka:** Prukaloprid je siguran i učinkovit lijek u redukciji postoperativnog ileusa i sistemske upale, ali ne djeluje na postoperativne komplikacije kod bolesnika nakon elektivnog kirurškog abdominalnog zahvata.

Dosadašnja su istraživanja pokazala da je oporavak crijevne peristaltike glavni čimbenik glede kliničkog oporavka i trajnosti postoperacijskog ileusa nakon gastrointestinalnog kirurškog zahvata. Prukaloprid je visoko selektivan agonist 5-hidroksitriptamin receptora-4 s kliničkim promotilitetnim učinkom.

**Gong J.** sa suradnicima iz Kine (Department of General Surgery, Jinling Hospital, Medical School of Nanjing University, Nanjing) istražio je sigurnost i učinkovitost prukaloprida na postoperacijski ileus i kirurški ishod nakon elektivnog gastrointestinalnog kirurškog zahvata. U fazu II randomiziranog kliničkog ispitivanja uključeno je 110 ispitanika kojima je obavljen elektivni kirurški zahvat, od čega je 55 ispitanika liječeno oralno prukalopridom (2 mg dnevno) ili placeboom (55). Intervencija je započela 24 sata nakon kirurškog zahvata a prekinuta je nakon defekacije ili najdulje nakon 7 dana. Primarni ishod praćenja je bilo vrijeme do defekacije, dok su sekundarni ishodi bili početak peristaltike, podnošljivost krute hrane, odstranjenje nazogastricne sonde, dužina hospitalizacije, kirurške komplikacije, ekonomski troškovi liječenja i upalni parametri. Rezultati istraživanja su pokazali da je skupina ispitanika koja je liječena prukalopridom imala kraće vrijeme do defekacije (65.0 vs. 94.5 sati, p=0.001), brži početak peristaltike (65.0 vs. 94.5 sati, p=0.001) i kraću hospitalizaciju (7.0 vs. 8.0 dana, p=0.001) nego li kontrolna skupina. Broj ispitanika s produljenim ileusom (>5 dana; 16.4vs. 34.5 %, p=0.026) i vrijednostima CRP petog postoperativnog dana (35.67 vs. 59.07 mg/L, p=0.040) bio je niži kod prukaloprid skupine. Među skupinama

nije bilo značajnih razlika glede komplikacija zahvata (Clavien-Dindo stupanj III i IV, p=0.606).

Autori zaključuju kako je prukaloprid siguran i učinkovit lijek u redukciji postoperativnog ileusa i sistemske upale, ali ne djeluje na postoperativne komplikacije kod bolesnika koji odlaze na elektivni kirurški abdominalni zahvat.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016 Feb 15. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## META-ANALIZA: SEKVENCIJSKA ILI 14-DNEVNA TROJNA TERAPIJA ZA HELICOBACTER PYLORI INFEKCIJU?

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati učinkovitost sekvencijske terapije (10- ili 14-dnevne) u odnosu na 14-dnevnu trojnu kao prve terapijske linije u liječenju Helicobacter pylori infekcije, pošto su dosadašnji rezultati istraživanja kontroverzni.

**Liou JM** iz Tajvana (Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, National Taiwan University College of Medicine, Taipei) publicirao je pregledni članak i meta-analizu, uključivši kontrolirana randomizirana istraživanja s adultnim ispitanicima. Pretražene su medicinske baze podataka od 2000. do 2015. godine; inkluzijske kriterije je zadovoljilo 13 istraživanja s ukupno 2749 ispitanika u skupini liječenih sekvencijskom terapijom, te 2424 ispitanika na 1-dnevnoj trojnoj terapiji. Opći rezultati su pokazali kao sekvencijska terapija nije signifikantno superiorna u odnosu na 14-dnevnu trojnu terapiju. Međutim, analiza podskupina iz 4 studije pokazala je da je 14-dnevna sekvencijska terapija značajno učinkovitija od 14-dnevne trojne terapije (RR: 1.09, 95 % CI: 1.04-1.16, P = 0.002), dok 10-dnevna sekvencijska terapija nije učinkovitija od 14-dnevne trojne terapije (RR: 1.03, 95 % CI: 0.98-1.09, p=0.207). Nije uočena značajna razlika glede nuspojava među ispitnim skupinama. Rezultati ove meta-analize pokazuju kako u kliničkoj praksi treba

dati prednost 14-dnevnoj sekvencijskoj terapiji, koja je superiorna trojnoj terapiji iste dužine trajanja.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016;43(4):470-81.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## FEKALNI JE TEST NA OKULTNO KRVARENJE BOLJI U DETEKCIJI DISTALNOG KOLOREKTALNOG KARCINOMA: META-ANALIZA

**Poruka članka:** Fekalni testovi na okultno krvarenje su bolji u detekciji karcinoma distalnih nego li proksimalnih lokacija debelog crijeva.

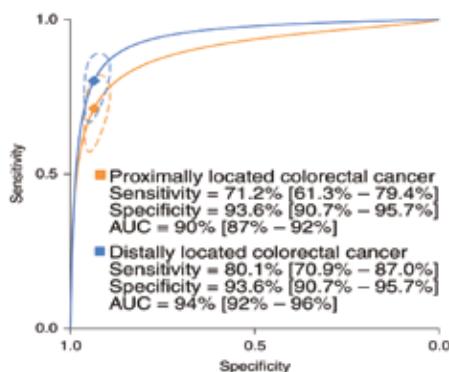
Uloga fekalnog testa na okultno krvarenje (engl. skr. FOBTs) kao metode probira za kolorektalni karcinom (skr. KRK) proksimalnih lokalizacija je kontradiktorna. **Hirai HW** sa suradnicima iz Hong Konga publicirao je meta-analizu kako bi utvrdio dijagnostičku sigurnost FOBTs-a u detekciji KRK-a različitih anatomskih lokacija. Pretražene su baze podataka Medline i Embase, a uključeni su FOBT testovi, kako imunokemijski (iFOBT) tako i test gvajakolovim reagensom (gFOBT). Inkluzijske kriterije zadovoljilo je 13 studija s ukupno 26 342 ispitanika (prosječna dob 58.9 godina, 58.1 % muškog spola), a svima su učinjeni FOBT i kolonoskopija. Senzitivnost, specifičnost, pozitivna prediktivna vrijednost i negativna prediktivna vrijednost za detekciju KRK-a u proksimalnom kolonu iznosila je 71.2 % (95 % CI 61.3-79.4 %), 93.6 % (95 % CI 90.7-95.7 %), 11.1 (95 % CI 7.8-15.8) i 0.3 (95 % CI 0.2-0.4), dok su iste vrijednosti za KRK distalnih lokalizacija iznosile 80.1 % (95 % CI 70.9-87.0 %), 93.6 % (95 % CI 90.7-95.7 %), 12.6 (95 % CI 8.8-18.1) i 0.2 (95 % CI 0.1-0.3). Oba testa, i gFOBT i iFOBT, pokazala su značajno manju senzitivnost u detekciji karcinoma debelog crijeva proksimalne nego li distalne lokacije, dok je specifičnost bila slična.

Zaključno se može istaknuti da su fekalni testovi na okultno krvarenje, i gvaja-

kolov i imunokemijski, bolji u detekciji karcinoma distalnih nego li proksimalnih lokacija debelog crijeva.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016 Feb 9. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.



## INHIBITORI PROTONSKE CRPKE I RIZIK ZA KRONIČNU BOLEST BUBREGA

**Poruka članka:** Autori sugeriraju kako široka uporaba inhibitora protonske crpke može biti razlogom veće prevalencije kroničnih bubrežnih bolesti nego li se može objasniti bolestima poput šećerne bolesti i arterijske hipertenzije.

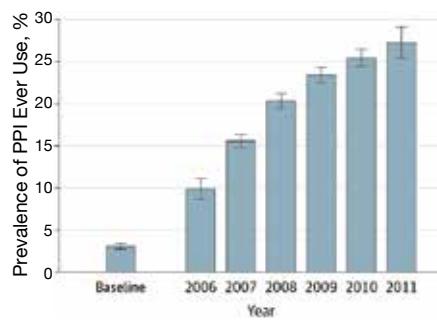
Inhibitori protonske crpke (skr. IPC) su među najpropisivanim lijekovima diljem svijeta te se po dosadašnjim istraživanjima povezuju s akutnim intersticijskim nefritisom. Više od 15 milijuna Amerikanaca trošilo je ove lijekove tijekom 2013. godine, a trošak je iznosio više od 10 milijardi dolara. Manje je poznata povezanost IPC-a i kronične bubrežne bolesti.

**Lazarus B** sa suradnicima (Department of Epidemiology, The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, SAD, i Department of Medicine, Royal Brisbane and Women's Hospital, Brisbane, Australija) publicirao je istraživanje na 10 482 ispitanika s procijenjenom glomerularnom filtracijom minimalnom 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> od 1996. do 2011. godine. Podaci su analizirani tijekom svibnja do

listopada 2015. Ispitanici koji su lječeni antagonistima H2 receptora smatrani su negativnom kontrolom. Prosječna životna dob ispitanika je bila 63 godine, od čega je 43.9 % ispitanika bilo muškog spola. U komparaciji s ispitanicima koji nisu trošili IPC, u ispitnoj skupini češće su bili pripadnici bijele rase, pretili i na antihipertenzivnoj terapiji. Rezultati su pokazali da su inhibitori protonske crpke povezani s kroničnom bolesti bubrega, a terapija s IPC-om dva puta dnevno s s s većim rizikom za bubrežnu bolest nego li jednostruka doza lijeka. Autori sugeriraju kako široka preskripcija inhibitora protonske crpke može biti razlogom veće prevalencije kroničnih bubrežnih bolesti nego li se može objasniti bolestima poput šećerne bolesti i arterijske hipertenzije.

(JAMA Intern Med. 2016 Feb 1;176(2):238-46).

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.



## LIJEĆENJE STEĆENE TROMBOTIČKE TROMBOCITOOPENIČNE PURPURE KAPLACIZUMABOM

Stećena trombotička trombocitopenična purpura (TTP) uzrokovana je agregacijom trombocita na ultravelikim multimerima von Willebrandovog faktora. U podlozi je teška deficijencija ADAMTS13 proteina (dizintegrin I metaloproteinaza s trombospondinom tipa 1, član 13, podjedinica), zbog prisutnosti autoantitijela. Smanjena aktivnost ADAMTS13 dovodi do akumulacije navedenih multimeri, koji onda zarobe trombocite i uzrokuju njihovu agregaciju. Nastale mikrovaskularne tromboze potom uzrokuju višeorgansku ishemiju, najčešće središnjeg živčanog su-

stava, srca i bubrega, s mogućim ranim smrtnim ishodom ili potencijalno životno ugrožavajućim komplikacijama. U lječenju se primjenjuje dnevna izmjena plazme kako bi se uklonila autoantitijela i nastali multimeri te imunosupresivna terapija kako bi se sprječio nastanak autoantitijela. Dnevna izmjena plazme i imunosupresivna terapija induciraju remisiju, ali smrtnost i pobol uzrokovani mikrotrombozama i dalje ostaju visoki. Humanizirani imunoglobulin kaplaczumab („Nanotijelo“), djeluje na A1 domenu von Willebrandovog faktora i inhibira interakciju između ultravelikih multimeri von Willebrandovog faktora i trombocita. U randomiziranoj, kontroliranoj studiji faze II (TITAN), objavljenoj u pretposljednjem izdanju *New England Journal of Medicine*, Flora Peyvanol i suradnici randomizirali su bolesnike sa stečenim TTP-om kako bi dobili supkutano kaplaczumab (10 mg dnevno) ili placebo, tijekom tretmana izmijene plazme, kao i u sljedećih 30 dana po postupku. Primarni cilj studije bio je utvrditi vrijeme do odgovora, definirano kroz potvrđenu normalizaciju broja trombocita. Veći sekundarni ishodi uključivali su egzacerbacije i relapse. Od 75 randomiziranih bolesnika, 36 ih je primilo kaplaczumab, a 39 placebo. Vrijeme do odgovora značajno je skraćeno u skupini na kaplaczumabu, u usporedbi s placeboom; zabilježena je čak 39%-tina redukcija u medijanu vremena. Egzacerbacija je zabilježena u tri bolesnika na kaplaczumabu, u usporedbi s njih 11 u skupini na placebou. U osam bolesnika na kaplaczumabu zabilježen je relaps u prvom mjesecu po završetku administriranja kaplaczumaba, od kojih je njih sedam imalo ADAMTS13 aktivnost ispod 10 %, što je govorilo u prilog nerazriješenoj autoimunoj aktivnosti. Krvarenja kao nuspojava najviše je bilo blagog do umjerenog karaktera, učestalije su zabilježena na kaplaczumabu, nego na placebou (54 % vs. 38 %). Učestalost drugih nuspojava bila je slična među skupinama. U skupini na placebou preminula su dva bolesnika, dok u skupini na kaplaczumabu nije bilo smrtnih ishoda. Dakle, kaplaczumab je inducirao bržu sanaciju akutne epizode TTP-a nego placebo. Protektivni učinak

# NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

kaplaczumaba na trombocite potrajanje je tijekom cijelog razdoblja administracije lijeka. Kaplaczumab je udružen s većim rizikom i incidencijom krvarenja nego placebo.

(N Engl J Med. 2016;374:511-522.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## EVALUACIJA MINIMALNE REZIDUALNE BOLESTI U AKUTNOJ MIJELOIČNOJ LEUKEMIJI STANDARDNOG RIZIKA

Unatoč molekularnoj heterogenosti u podlozi akutne mijeloične leukemije (AML) standardne razine rizika, terapijske odluke temeljene su na ograničenom broju molekularnih genetskih biljega i morfološkoj ocjeni remisije. Osjetljiva detekcija leukemija-specifičnog biljega, poput npr. mutacija u genu koji kodira nukleofozmin (NPM1) mogla bi poboljšati prognozu, identificirajući bolest submikroskopski već i tijekom remisije. Koristeći se kvantitativnom PCR reverznom transkriptazom Adam Every i suradnici su pokušali detektirati minimalnu rezidualnu bolest u 2569 uzoraka prikupljenih od 346 bolesnika s NPM1 mutiranom AML, koji su bili podvrgnuti intenzivnom tretmanu u studiji AML 17, u Nacionalnom institutu za istraživanje raka u Ujedinjenom Kraljevstvu. Koristili su uobičajeni panel od 51 gena kako bi izveli ciljano sekvencioniranje 223 uzorka prikupljena u vrijeme postavljanja dijagnoze i 49 uzoraka prikupljenih u vrijeme relapsa. Mutacije udružene s preleukemijskim klonovima detektirane su putem digitalnog PCR-a. Opisano molekularno profiliranje istaknuto je kompleksnost NPM1 mutiranog AML-a, razdjeljujući bolesnike u više od 150 podskupina i onemogućujući time i bilo kakve pouzdanije predikcije ishoda. Determiniranje statusa minimalne rezidualne bolesti, s druge strane, ponudilo je više podataka. Perzistiranje NPM1 mutiranih transkriptata u krvi zabilježeno je u 15 % bolesnika nakon drugog ciklusa kemoterapije i pokazalo se udruženim s većim rizikom relapsa (čak 82 vs. 30 %) nakon tri godine praćenja, nego što je u bolesnika u kojih nije uočena takva

prisutnost transkriptata u krvi. U ovih bolesnika zabilježena je i niža stopa preživljjenja (24 vs. 75 %). Prisutnost minimalne rezidualne bolesti bila je jedini nezavisni prognostički čimbenik za smrtni ishod, u multivarijantnoj analizi. Navedeni rezultati validirani su u nezavisnoj kohorti. Sekvenčnim praćenjem minimalne rezidualne bolesti relaps se pouzdano mogao predvidjeti porastom razina NPM1 mutiranih transkriptata. Iako su mutacije udružene s preleukemijskim klonom bile detektibilne i tijekom remisije, nakon kemoterapije su NPM1 mutacije detektirane u 69 od 70 bolesnika u vrijeme relapsa i zapravo su predstavljale bolji marker statusa bolesti. U zaključku se, dakle, pokazalo da prisutnost minimalne rezidualne bolesti, utvrđena kvantifikacijom NPM1 mutiranih transkriptata, predstavlja snažnu prognostičku informaciju, neovisnu o drugim rizičnim čimbenicima.

(N Engl J Med. 2016;374:422-433.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## MOLEKULARNA KARAKTERIZACIJA PAPILARNOG KARCINOMA BUBREGA

Rak bubrega ili karcinom renalnih stanica nije jedinstvena bolest, već ga čine razni tipovi raka, karakterizirani različitim genetskim okidačima; svaki tip ima različita histološka obilježja i različit klinički tijek i odgovor na terapiju. Papilarni renalni karcinom (PRK), koji obuhvaća 15-20 % svih renalnih karcinoma, također je heterogena bolest, koja se sastoji od različitih tipova raka bubrega, uključujući tumore s indolentnom, multifokalnom prezentacijom i solitarne tumore s agresivnim, visoko letalnim fenotipom. Malo se zna o genetskoj podlozi sporadičnog PRK-a i nema učinkovite terapije za uznapredovanju bolesti. Puno više se zapravo zna i doznalo se, o genetskoj podlozi, u naslijednoj formi bolesti. Organizacija *The Cancer Genome Atlas Research Network* provela je opsežnu molekularnu karakterizaciju na uzorcima 161 primarnog PRK-a, koristeći sekvencioniranje cijelog egzoma, analizu kopija, sekvencioniranje glasničke

RNA i mikroRNA, analizu DNA metilacije te analizu proteoma. Tip 1 i tip 2 PRK-a pokazali su se različitim tipovima raka bubrega, karakterizirani specifičnim genetskim alteracijama, s tipom 2 dalje klasificiranim u tri samostalne podskupine, na temelju molekularnih razlika udruženih s bolesnikovim preživljjenjem. Tumori tipa 1 udruženi su s MET alteracijama, dok su tip 2 tumori karakterizirani CDKN2A utišavanjem, SETD2 mutacijama, TFE3 fuzijama i povišenom ekspresijom NRF2 – elemenata puta antioksidativnog odgovora (ARE). Fenotip metilatora CpG otočića uočen je u izdvojenoj podskupini tipa 2PRK-a, karakteriziranog slabim preživljjenjem i mutacijama gena koji kodiraju za fumarat hidratazu (FH). Dakle, pokazalo se da su PRK-i tipa 1 i tipa 2 klinički i biološki različiti. Alteracije na MET putu udružene su s tipom 1, a aktivacija NRF2-ARE puta s tipom 2; CDKN2A gubitak i CIMP u tipu 2 tumora signalizirali su lošu prognozu, a osobito loš ishod zabilježen je upravo u podskupine tipa 2 tumora udružene s CIMP-om. Također, tip 2 PRK-a sastoji se od barem tri podtipa, temeljeno na molekulskim i fenotipskim karakteristikama. Ova otkrića i klasifikacija PRK-a mogla bi utjecati na klinički i terapijski pristup, kao i na dizajn studija u budućnosti.

(N Engl J Med. 2016;374:135-145.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## MALI RAZMACI PRODUŽNOG ŠAVA KOD ZATVARANJE REZA TRBUŠNE STJENKE U SREDIŠNJOJ LINIJI BOLJI SU OD VELIKIH

Za produžno zatvaranje središnjeg reza trbušne stjenke – medijane laparotomije – mali ‘ugrizi’ (‘bite’) šavom (mali razmak između uboda iglom i mala udaljenost od ruba incizije) bolji su od velikih ‘ugrizi’ s obzirom na sprečavanje postoperativnih ventralnih (incizijskih) kila, izvijestili su istraživači iz Nizozemske. Starije su studije pokazale da šav jače drži silu kad su pojedinačni šavovi bili postavljeni daleko od ruba rane, objašnjavaju Harlaar i sur. (Erasmus University Medical Center Rotterdam, Rotterdam, Netherlands). Iz toga je razloga

velik 'ugriz' bila omiljena šavna tehnika za zatvaranje medijane laparotomije. No, švedska studija iz 2009. je pokazala da produžni šav s malim razmakom između uboda iglom i malom debljinom tkiva koje se zahvaća smanjuje učestalost postoperativne kile u usporedbi s produžnim kirurškim tehnikama kada se zahvaća veća širina stjenke. Dr. Harlaar i sur. su u STITCH (Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions) studiji usporedili uobičajenu, konvencionalnu tehniku šivanja medijane laparotomije velikim 'ugrizom' stjenke s tehnikom malog 'ugriza' u kojoj je multicentrično randomizirano 560 pacijenata u 10 bolnica u Nizozemskoj. Godinu dana nakon operacije, 21 % bolesnika u skupini tehnike s velikim 'ugrizom' razvilo je postoperativnu kili, u usporedbi sa samo 13 % bolesnika u skupini tehnike malog 'ugriza' ( $p=0,0131$ , nakon prilagodbe za kovarijanata), objavili su istraživači u časopisu Lancet. Srednja veličina fascijalnog defekta iznosila je 3.4 cm, i nije se razlikovala između skupina. Postoperativne komplikacije, stopa ponovnih hospitalizacija i stope neželjenih događaja nisu se značajno razlikovale između dviju skupina. Skupine su također imale slične rezultate s obzirom na razinu boli i kvalitetu života. Postoperativna kila u većini je slučajeva komplikacija koja se može spriječiti ili smanjiti njezina incidencija, navode autori.

Mali 'ugriz' smanjiće učestalost, ali ga treba postaviti pravilno: najmanje dva puta (broj) uboda po cm duljine rane. Ne treba koristiti šav s dvostrukim koncem (engleski loop) jer je igla kod tog šava prevelika. Tehnika malih 'ugriza' trebala bi se uzeti u obzir kao standardna tehnika zatvaranja medijane laparotomije, zaključuju autori. Sadašnji je izazov za kirurga priznati da ima dovoljno dostupnih podataka za kirurški standard koji će se mijenjati i promjeniti njihovu tehniku šivanja medijane laparotomije u skladu s tim, piše dr. Leif A. Israelsson sa Sveučilišta Umeå (Umeå, Švedska) u pridodanom komentaru. Ovaj izazov prepoznalo je i European Hernia Society koje preporučuje da omjer duljine kirurškog šava i dužine rane bude više od četiri i da bude ostvaren s malim 'ugrizima'. "Učinkovitu provedbu, međutim, vjerojatno je moguće postići samo ako se stručnjaci zaduženi na lokalnoj ili čak nacionalnoj razini usmjerene na promjenu, zaključuje dr. Israelsson.

(Lancet. 2015;386:1254-60.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

## Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemnim časopisima indeksiranim u CC, SCI ili SCOPUS

**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 SCOPUS.**

Crnošija L<sup>1</sup>, Krbot Skorić M<sup>2</sup>, Gabelić T<sup>2</sup>, Adamec I<sup>2</sup>, Brinar V<sup>3</sup>, Habek M<sup>4</sup>. Correlation of the VEMP score, ambulation and upper extremity function in clinically isolated syndrome. *J Neurol Sci.* 2015;359(1-2):197-201.

<sup>1</sup>School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>2</sup>University Hospital Center Zagreb, Department of Neurology, Referral Center for Demyelinating Diseases of the Central Nervous System, Zagreb, Croatia; <sup>3</sup>Cortex, Outpatient Neurological Clinic, Zagreb, Croatia; <sup>4</sup>School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; University Hospital Center Zagreb, Department of Neurology, Referral Center for Demyelinating Diseases of the Central Nervous System, Zagreb, Croatia.

Valic M<sup>1</sup>, Pecotic R<sup>1</sup>, Dodig IP<sup>1</sup>, Valic Z<sup>2</sup>, Stipica I<sup>1</sup>, Dogas Z<sup>1</sup>. Intermittent hypercapnia-induced phrenic long-term depression is revealed after serotonin receptor blockade with methysergide in anaesthetised rats. *Exp Physiol.* 2015 Dec 1. doi: 10.1111/EP085161.

<sup>1</sup>Department of Neuroscience, University of Split School of Medicine, Split, Croatia; <sup>2</sup>Department of Physiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Pustišek N<sup>1</sup>, Šitum M<sup>2</sup>, Vurnek Živković M<sup>3</sup>, Ljubojević Hadžavdić S<sup>4</sup>, Vurnek M<sup>1</sup>, Nisiteo T<sup>1</sup>. The significance of structured parental educational intervention on childhood atopic dermatitis: a randomized controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015 Nov 30. doi: 10.1111/jdv.13519.

<sup>1</sup>Children's Hospital Zagreb, Medical School, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>2</sup>Department of Dermatovenerology, University Hospital Centre "Sestre milosrdnice", Zagreb, Croatia; <sup>3</sup>Centre for Croatian Studies, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>4</sup>Department of Dermatovenerology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia.

Crnković T<sup>1,2</sup>, Trkulja V<sup>3</sup>, Bilić R<sup>4</sup>, Gašpar D<sup>5</sup>, Kollundžić R<sup>6</sup>. Carpal tunnel and median nerve volume changes after tunnel release in patients with the carpal tunnel syndrome: a magnetic resonance imaging (MRI) study. *Int Orthop.* 2015 Nov 23.

<sup>1</sup>Department of orthopedic and trauma surgery, County General Hospital Požega and School of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University, Osijek, Croatia; <sup>2</sup>Department of orthopedic and trauma surgery, County General Hospital Požega, Croatia; <sup>3</sup>Zagreb University School of Medicine, Zagreb, Croatia; <sup>4</sup>Bilić Vision Polyclinic, Zagreb, Croatia. <sup>5</sup>Department of orthopedics and trauma surgery, County General Hospital Požega and School of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University, Osijek, Croatia. <sup>6</sup>Department of trauma surgery, University Hospital Center "Sestre milosrdnice", Zagreb, Croatia.

"Milosrdnice", Zagreb, Croatia.

Klarica M<sup>1</sup>, Jukić T<sup>2</sup>, Miše B<sup>3</sup>, Kudelić N<sup>1</sup>, Radoš M<sup>4</sup>, Orešković D<sup>5</sup>. Experimental Spinal Stenosis in Cats: New Insight in Mechanisms of Hydrocephalus Development. *Brain Pathol.* 2015 Nov 9. doi: 10.1111/bpa.12337.

<sup>1</sup>Department of Pharmacology and Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine University of Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>2</sup>Department of Ophthalmology, Clinical Hospital Center Zagreb, School of Medicine, University of Zagreb, Croatia; <sup>3</sup>University of Zagreb, School of Medicine, University Hospital for Infectious Diseases, Zagreb, Croatia; <sup>4</sup>Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine University of Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>5</sup>Department of Molecular Biology, Ruder Bošković Institute, Zagreb, Croatia.

Miličević N<sup>1</sup>, Mrčela M<sup>2</sup>, Galić J<sup>3</sup>, Marjanović K<sup>2</sup>. Expression of proinflammatory cytokine interleukin-6 in tissue samples of human prostate obtained by needle biopsy. *Pathol Res Pract.* 2015;211(11):865-70.

<sup>1</sup>Department of Anesthesiology, Reanimatology and Intensive Care Unit, University Hospital Centre Osijek, J. Huttlera 4, 31000 Osijek, Croatia; <sup>2</sup>Department of Pathology and Forensic Medicine, University Hospital Centre Osijek, Osijek, Croatia; <sup>3</sup>Department of Urology, University Hospital Centre Osijek, Osijek, Croatia.

Frković V<sup>1</sup>, Wärmländer SK<sup>2</sup>, Petaros A<sup>3</sup>, Španjol-Pandolo I<sup>4</sup>, Ažman J<sup>5</sup>. Finger width as a measure of femoral block puncture site: an ultrasoundographic anatomical-anthropometric study. *J Clin Anesth.* 2015;27(7):553-7.

<sup>1</sup>Department of Anaesthesiology and ICU, University Hospital Rijeka, Rijeka, Croatia; <sup>2</sup>Division of Biophysics, Arrhenius Laboratories, Stockholm University, 106 91 Stockholm, Sweden; Division of Commercial and Business Law, IEI, Linköping University, 581 83 Linköping, Sweden; <sup>3</sup>Department of Forensic Medicine and Criminalistics, Rijeka University, School of Medicine, Rijeka, Croatia; <sup>4</sup>Department of Surgical Pediatrics, Rijeka University Hospital, Rijeka, Croatia; <sup>5</sup>Department of Anaesthesiology and ICU, University Hospital Rijeka, Rijeka, Croatia.

Sartelli M, Malangoni MA, Abu-Zidan FM, Griffiths EA, Di Bella S, McFarland LV, Eltringham I, Shelat VG, Velmahos GC, Kelly CP, Khanna S, Abdelsattar ZM, Alrahmani I, Ansaldi L, Augustin G\*, et al. WSES guidelines for management of Clostridium difficile infection in surgical patients. *World J Emerg Surg.* 2015;10:38.

\*University Hospital Center Zagreb and School of Medicine University of Zagreb, Zagreb, Croatia

# Smjena glavnog ravnatelja



ALEKSANDRA KOLARIĆ

Stručnjakinja za odnose s javnošću i strateško komuniciranje, vlasnica agencije za komunikacijsko savjetovanje Quadrans

**Naime ključni problem nedavne smjene ravnatelja HRT-a leži u razlozima smjene. Iz načina te smjene jasno proizlazi da Radman nije smijenjen zbog nekvalitetnog upravljanja javnim medijskim servisom nego zbog činjenice da je bio ravnateljski odabir bivše, lijeve Vlade.**

**S**mjena ravnatelja HRT-a nije priča o Goranu Radmanu, njegovom bivšem ravnatelju, već je priča o političkom kadroviraju na javnom medijskom servisu. To je prije svega priča o daljnjoj politizaciji javne televizije i o tome da se svaka nova vlast i Vlada prema HRT-u postavljaju kao prema političkom lenu ili osvojenom ratnom plijenu. Naime ključni problem nedavne smjene ravnatelja HRT-a leži u razlozima smjene. Iz načina te smjene jasno proizlazi da Radman nije smijenjen zbog nekvalitetnog upravljanja javnim medijskim servisom nego zbog činjenice da je bio ravnateljski odabir bivše, lijeve Vlade. Silovalo se proceduru, Radmanu se nije dopustilo govoriti na nadležnom saborskom odboru, neprihvatanje godišnjeg izvješća loše je argumentirano, a javna politička objašnjenja razloga smjene sasvim su neutemeljena i neargumentirana.

Radmanov mandat obilježen je nizom propusta i pogrešnih odluka, a on sam vjerojatno je jedno od najvećih kadrovskih razočaranja na čelu te kuće u posljednjih dvadesetak godina. Komercijalizacija, nekvalitetan program, nedostatak vlastite produkcije, trivijalizacija dijela programa, loše kadrovske odluke, neučinkovita unutrašnja reorganiza-

nacija, sukobi interesa - sve je to obilježilo Radmanovo razdoblje na čelu HRT-a. Njegov mandat posebno je neuspješan bio u dijelu kadrovskih odluka, gdje su na neke uredničke pozicije postavljeni pojedinci neodgovarajućeg profesionalnog iskustva i kompetencija, kao i u metodama kažnjavanja i zastrašivanja zaposlenih. Nema puno onih niti na HRT-u, a niti izvan njega, koji smatraju kako je Radman bio efikasan zagovaratelj javnog interesa i uspješan ravnatelj HRT-a. Međutim, provoditelji ove smjene nisu se rukovodili javnim interesom, nego se radi o „političkom osvajanju“ HRT-a, s ciljem utjecaja prvenstveno na informativni program, koji najviše zanima svaku vlast.

Za zakonski okvir koji je omogućio ovakvo politički motivirano kadroviranje na HRT-u odgovornost leži na sadašnjoj oporbi, tj. na SDP-u. Naime Milanovićeva Vlada je 2012. izmjenama Zakona o HRT-u, na što je primjedbe imala i Europska komisija, propisala da ravnatelja bira saborska većina, uz istovremeno vrlo velike ovlasti tog istog ravnatelja. U našem političkom okruženju i našoj nezreloj demokratskoj tradiciji takvo rješenje može uroditи samo političkim pokušajima ovladavanja javnim medijskim servisom. Hrvatska je, nažalost, stoljećima daleko od Velike Britanije, gdje npr. članove BBC Trusta (tijelo koje imenuje direktora britanskog javnog medijskog servisa) imenuje kraljica na prijedlog ministra. Usprkos političkom procesu imenovanja, BBC je, zbog višestoljetne tradicije upornog vježbanja demokracije u Velikoj Britaniji, primjer najviših standarda javne televizije. Tako dugo dok vodeći političari u Hrvatskoj, i crveni i crni, istinski, a ne samo praznim frazama, ne prihvate da javna televizija mora služiti javnim, a ne političkim i partikularnim interesima te da je jedna od njezinih uloga da kritički preispituje svaki potez vladajućih, neće biti značajnijih poboljšanja u funkcioniranju HRT-a. Tako dugo dok se kadroviranje u toj kući bazira na ideološkoj ili interesnoj pripadnosti određenoj političkoj opciji, nije moguće sustavno podizanje profesionalnih standarda i kvalitetnije ispunjavanje uloge javnog medija kao prostora za dijalog i pluralizam.

# a HRT-a Gorana Radmana

**Č**injenica da je smjena ravnatelja javne televizije obavljena uz ovaku galamu, da je Goran Radman prisvojio televiziju do te razine da mu ona izravno prenosi njegovu buntovnu press konferenciju koja je bila usmjerena protiv iste te države koja ga je tamo nasmjesta, najbolje govori do koje razine su postulati parlamentarne demokracije kod nas u povojima. Goran Radman je morao otići s HTV-a iz niza razloga i upravo je neshvatljivo da je on sam tome pružao onako drzak otpor prema notornoj potrebi koja u ovakvoj situaciji traži smjenu i promjenu na svim meridianima i paralelama ovog svijeta. Goran Radman je dakle morao otići jer je došao s jednom političkom garniturom kao njen izraziti ideoološki predstavnik. Goran Radman je morao otići s televizije i stoga jer je odveo hrvatsku televiziju u vode koje nisu njene i na puteve koje je odavno zameo snijeg. Naime, Gorana Radmana čemo se sjećati po tome da se nakon svega drznuo inicirati tjesnu suradnju hrvatske i srpske državne televizije, što je potez dijametalno suprotan objektivnim hrvatskim nacionalnim interesima. Naime, srpska državna televizija i dan danas služi kao megafon srpske politike i uopće nije jasno kako bi ta suradnja mogla biti na korist hrvatskoj strani. No, Radman je oduvijek bio jedan od najkarizmatičnijih simbola „jugoslavenske sinteze“, bio je glavni direktor komunističke televizije Zagreb i već je zbog toga bilo upravo nevjerojatno da je postavljen 25 godina kasnije na mjesto ravnatelja hrvatske televizije. Takvih primjera u svijetu nema, jer bi to bilo isto kao da je netko u današnjoj Njemačkoj za ravnatelja njemačke državne televizije postavio čovjeka iz Honeckerovog vremena. U protekle četiri godine televiziju koju je vodio, karakterizirao je naglašeni anacionalni projugoslavenski karakter i ne samo u informativnom programu. Dnevnik i udarne informativne emisije znale su upravo prostački navijati za vladajuću ljevicu, a ostat će u sjećanju da je bivši hrvatski predsjednik Josipović imao kraljevski status na istoj toj televiziji

**Goran Radman je dakle morao otići jer je došao s jednom političkom garniturom kao njen izraziti ideoološki predstavnik. Goran Radman je morao otići s televizije i stoga jer je odveo hrvatsku televiziju u vode koje nisu njene i na puteve koje je odavno zameo snijeg.**



TIHOMIR DUJMOVIĆ

na kojoj se nije mogla čuti jedna kritična riječ o njegovom mandatu. Paralelno s tim, Radmanova televizija je sotonizirala oporbu, a da bi ta sotonizacija tekla posve glatko na početku njegova mandata smjenjeno je 45 rukovodećih ljudi. Dok je u informativnom programu televizija bila ideoološki isključiva, u drugim programima, naročito u kulturnom, naglašeno je pratila događaje isključivo u regiji i tako skladno provodila Josipovićevu regionalnu politiku. Danas doznajemo da je postojala lista nepodobnih političara koje se nije smjelo zvati u emisije, što znači da je stara komunistička praksa s kraja 80-ih, kada su isto tako postojale liste zabranjenih osoba, samo nastavljena. S druge strane, Radman, baš kao i njegovi prethodnici, ništa nisu napravili u reformiranju toga najvećeg državnog mastodonta, tako da HTV i dalje ruši svjetske rekorde po broju zaposlenih ljudi. A upravo zbog toga je tobože i bio pozvan, da kao veliki menadžer i reformator, te tobožnji ultimativni stručnjak, napravi financijskog reda na javnoj televiziji. Izbor Gorana Radmana bio je na samom početku najveća provokacija Milanovićeve, a još više Josipovićeve vlasti i stoga je činjenica da je među prvima smijenjen bila jedina normalna.

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

# U Hrvatskoj danas 300 tisuća slabovidnih osoba

**Ministarstvo zdravlja uvelo je od 1. lipnja 2015. probir na slabovidnost kao obvezatan za svu četverogodišnju djecu te je Hrvatsku time svrstalo u sam svjetski vrh provođenja preventivne politike očuvanja zdravlja ne samo djece, već prospektivno i cijelokupne populacije**

Postavši lani u lipnju Referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam, Klinička bolnica Sveti Duh u Zagrebu prepoznata je kao centar izvrsnosti u našem zdravstvenom sustavu. Prepoznavajući prevenciju kao temelj dobre zdravstvene zaštite, Klinika za očne bolesti KB-a "Sveti Duh" provodila je pod pokroviteljstvom Grada Zagreba te uz potporu MEF-a u Osijeku i njegovog dekana prof.dr. Aleksandra Včeva, od rujna 2011. do lipnja 2014. u vrtićima Grada Zagreba najveći svjetski projekt skrininga na ambliopiju pod nazivom "Ambliopija u četverogodišnje djece Grada Zagreba". Naime, još 1995. godine SZO je definirao vid kao temeljno pravo svakog čovjeka i pokrenuo globalnu inicijativu za smanjenje preventibilnog gubitka vida pozivajući sve zemlje svijeta da do 2020. godine doprinesu lokalno u ovoj globalnoj inicijativi. Ovim projektom, s jedinstvenim protokolom na svjetskoj razini, koji je u svom znanstvenom dijelu registriran u najvećoj bazi kliničkih istraživanja, National Institute of Health, ClinicalTrials.gov Identifier NCT01430247, svrstana je Hrvatska, tada samo kroz svoj glavni grad, među tek desetak najrazvijenijih država svijeta koje imaju slične projekte pretežito na nacionalnoj razini. Cilj je ovog projekta bio upozoriti na ambliopiju u Gradu Zagrebu te predložiti njezin probir kao sastavni dio Mjera zdravstvene zaštite, nakon čega bi pregled postao obvezan i dostupan svoj djeци u Hrvatskoj. Zagrebačkim skriningom bilo je obuhvaćeno oko 16. 000 četverogodišnjaka. O prevalenciji ambliopije i njezinu liječenju u Hrvatskoj do objave rezultata ovog istraživanja nisu postojali relevantni podaci. Kako rezultati Zagrebačkog probira pokazuju da je prevalencija ambliopije 8,1%, slobodno možemo zaključiti da u Hrvatskoj danas živi oko 300. 000 slabovidnih osoba. Jedino pravovremenim liječenjem moguće je ambliopiju izlječiti u preko 90% slučajeva. U Hrvatskoj se do sada probir na slabovidnost



Slijeva nadesno: doc. dr. MIRJANA BEJELOŠ, voditeljica Referentnog centra; prof. dr. ZORAN VATAVUK, predsjednik Hrvatskog oftalmološkog društva; prof. dr. ANTOINETTE KAIĆ-RAK, predsjednica Ureda SZO-a u Hrvatskoj; g. MILAN BANDIĆ, gradonačelnik Grada Zagreba, dijete i majka, prim. dr. SINIŠA VARGA, ministar zdravlja RH; prof. dr. MLADEN BUŠIĆ, ravnatelj KB-a „Sveti Duh“ i predstojnik Klinike za očne bolesti; ANAMARIJA SEKULIĆ, bacc.med.tech., glavna sestra Referentnog centra

činio tek u sklopu sistematskog pregleda pri upisu u osnovnu školu, kada je za liječenje ambliopije prekasno. Ministarstvo zdravlja uvelo je od 1. lipnja 2015. probir na slabovidnost kao obvezatan za svu četverogodišnju djecu u Hrvatskoj te ju je time svrstalo u sam svjetski vrh provođenja preventivne politike očuvanja zdravlja ne samo djece, već prospektivno i cijelokupne populacije. Roditelji djece s navršene tri godine života dobit će na redovitom sistematskom pregledu kod pedijatra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uputnicu za oftalmološki pregled i bit cenaručeno na oftalmološki pregled koji je potrebno obaviti s djetetove navršene četiri godine života. M. B.



# NaDA - Nacionalni Dan Ambliopije

## Prvi Nacionalni dan ambliopije (NaDA)

Ubrzo nakon prvih rezultata opisanog Projekta, rodila se ideja, a zatim i inicijativa o obilježavanju Nacionalnog dana ambliopije. Potekla je od idejnog začetnika i tvorca projekta „Ambliopija u četverogodišnje djece Grada Zagreba“, ravnatelja KB-a „Sveti Duh“ u Zagrebu i predstojnika Klinike za očne bolesti prof. dr. Mladena Bušića. Tako je povodom obilježavanja 12. rujna, prvog, inicijalnog Nacionalnog dana ambliopije (NaDA) održana u Dječjem vrtiću Trnskou Zagrebu prigodna svečanost pod visokim pokroviteljstvom predsjednice RHgđe. Kolinde Grabar-Kitarović i supokroviteljstvom ministra zdravljia g. Siniše Varge i gradonačelnika Grada Zagreba g. Milana Bandića. Krumska odluka ministra zdravljia o borbi protiv ambliopije uslijedila je u siječnju 2016. donošenjem Nacionalnog programa ranog otkrivanja slabovidnosti

(<https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/ostali-programi/nacionalni-program-ranog-otkrivanja-slabovidnosti/2479>).

## Nasljedna bulozna epidermoliza

# Koža krhka poput krila leptira

Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za nasljedne i stečene bulozne dermatoze; Klinika za dermatovenerologiju KBC-a Zagreb  
Prim.mr.sc. SLOBODNA MURAT-SUŠIĆ, dr.med.



## 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

**Temeljem anamneze i laboratorijske dijagnostike nije uvijek moguće točno postavljanje dijagnoze, kao ni načina nasljeđivanja bolesti. Genska analiza omogućava i davanje genskog savjeta, prenatalnu dijagnostiku, a u budućnosti i gensku terapiju**

Nasljedne bulozne epidermolize (EB) su skupina genetski uvjetovanih bolesti, kojima je zajednička osobina povećana osjetljivost kože i sluznica te pojava mjejhura nakon beznačajne mehaničke traume. Povećana osjetljivost kože posljedica je mutacija gena odgovornih za sintezu strukturalnih proteina, ključnih za održavanje mehaničke stabilnosti kože.

Suvremena podjela nasljednih EB-atemelji se na morfološkim i ultrastrukturnim promjenama, odnosno mjestu nastanka mjejhura, zahvaćenom proteinu, kliničkoj slici i načinu nasljeđivanja. Tradicionalno su se razlikovala tri tipa bolesti, tj. EB simplex (EBS), junkcijska (JEB) i distrofična EB (DEB). Nova klasifikacija objavljena je 2014. godine i ona, uz spomenuta tri tipa bolesti, danas u EB ubraja i Kindlerov sindrom. Unutar ovih osnovnih skupina razlikuju se brojni podtipovi bolesti (ima ih 40), a posljedica su više od tisuće različitih mutacija.

Pri postavljanju dijagnoze važna je detaljna klinička procjena koja se sastoji od anamneze, osobne i obiteljske, te od kliničkog

pregleda. Važno je obratiti pozornost na rasprostranjenost i brojnost promjena, moguću zahvaćenost sluznica, noktiju, vlašišta i/ili drugih organa. Potrebno je uočiti promjene karakteristične za pojedine tipove bolesti, kao što su izgled rana, pojava i vrsta ozljaka, promjene pigmentacije kože i drugo.

### Genetske analize

Rutinska histološka analiza bioptata kože bolesnika s EB-om korisna je radi isključivanja drugih kožnih bolesti. Ovom se pretragom, međutim, ne može prikazati razina cijepanja kože, što je nužno za diferencijaciju bolesnika u jednu od osnovnih skupina EB-a. Zbog toga je nužnaimuno-fluorescentna pretragai ili pregled biopata takože elektronskim mikroskopom.

Analiza bioptata kožemonoklonskim protutijelima obilježenih fluorescentnom bojom, usmjerena na strukturne proteine ili dijelove proteina (antigen mapping), danas se smatra metodom izbora u dijagnostiranju bolesnika s EB-om. Ova analiza





omogućava subklasifikaciju bolesti u pojedinog bolesnika, a nužna je i za daljnje genetske analize.

Elektronska mikroskopija bioptata kože također se koristi u dijagnosticiranju EB-a. Ona može precizno utvrditi dubinu cijepanja, te morfološke ili morfometrijske promjene nekih celularnih struktura ili djelova bazalne membrane kao što su hemidezmosomi, usidrena vlakanca i vlakna te keratina.

U razlikovanju pojedinih podtipova EB-a ponekad je neophodna i genska analiza. Temeljem anamneze i spomenute laboratorijske dijagnostike nije uvijek moguće točno postavljanje dijagnoze, kao ni načina nasljeđivanja bolesti. Genska analiza omogućava i davanje genskog savjeta, prenatalnu dijagnostiku, a u budućnosti i gensku terapiju.

### Kirurške korekcije

U dalnjem tekstu opisane su moguće komplikacije i simptomi bolesnika s EB-om. Valja istaknuti da oni ne nastaju kod svih podoblika bolesti. Ožiljkaste promjene na koži, koje u pravilu nastaju kod DEB-a, često dovode do pojave značajnih kontraktura zglobova, kao i do sraštavanja prstiju šaka i stopala, tako da se cijela šaka pretvara u kožnu vreću unutar koje se nalaze deformirani i srasli prsti. Funkcija šaka je zbog toga izrazito umanjena ili se potpuno gubi. Ovakve se

deformacije mogu ispraviti korektivnim kirurškim zahvatima, koji se nažalost moraju ponavljati. Zbog kontraktura su ponekad indicirane i kirurške korekcije stopala. Radi održavanja bolje pokretljivosti i sprječavanja kontraktura nužna je redovita fizikalna terapija. Zbog bolnih rana na stopalima otežan je hod, a uznapredovale kontrakture mogu dovesti do potrebe za invalidskim kolicima.

### Otežana higijena usta

U bolesnika s EB-om čestale su osteopenija i osteoporozna, između ostalog zbog slabije uhranjenosti, nedostatka vitamina D, kožnih infekcija, kasnijeg ulaska u pubertet i umanjene pokretljivosti bolesnika. Zbog toga se savjetuju periodične denzitometrije, primjena D vitamina, dostatan unos kalcija i fizikalna terapija, a po postavljanju dijagnoze osteoporoze odgovarajuća terapija.

U osoba s DEB-om visok je rizik nastanka planocelularnog karcinoma kože i/ili sluznica, koji neobično brzo raste i metastazira i najčešće je neposredan uzrok smrti ovih bolesnika. Stoga su nužne redovite dermatološke kontrole, a ponekad i ponavljane biopsije rana koje dulje ne cijele.

Pojava mjejhura na sluznici probavnog sustava, tj. usnoj šupljini, ždrijelu i jednjaku, obilježava pojedine podoblike bolesti. Ove promjene uzrokuju bolnost

pri žvakanju i gutanju hrane, jezik srašta va za dno usne šupljine, a otvor usta se sužava. Zbog rana i ožiljaka koji nastaju na jednjaku, poremećen je i otežan prolaz hrane, s osjećajem pritiska iza prsnih kosti, a čest je i gastroezofagealni refluks. Rani je nastanak karijesa posljedica otežane higijene usne šupljine iunosa namirnica bogatih ugljikohidratima. Zbog toga hrana najčešće mora biti kašaste konzistencije, miksana ili mljevena. U slučaju stenoze jednjaka nerijetko su indicirane opetovane dilatacije. U bolesnika s EB-om česta je opstipacija. Ona je posljedica rana u predjelu anusa, bolnosti pri pražnjjenju, slabog unosa hrane bogate vlaknima i terapije željezom. Vrlo su korisni dijetetski proizvodi s vlaknima. U slučaju teže opstipacije dolazi u obzir i primjena laksativa, prvenstveno laktulozeipolietenglikola.

U bolesnika s EB-omznačajno su povećane potrebe za unosom hranjivih tvari, naročito bjelančevina, a istodobno su prisutnibrojni razlozi koji otežavaju dostanan unos. Potrebe za unosom kalorija mogu bitii do 50 posto, a za unosom proteina i do 100 posto veće u usporedbi s potrebama zdravih vršnjaka. Razlozi povećanih potreba za hranjivim tvarima su veliki gubici ranama, zaraštavanje rana i recidivirajuće infekcije. Istovremeno suza slab unos hrane odgovorni rane u ustima, ždrijelu i jednjaku, suženje jednjaka, opstipacija i opća slabost, koje

>>

smanjuju apetit. Zato je pravilna prehrana iznimno važna, a nerijetko se prepisuju i enteralni pripravci. Radisprječavanja pothranjenost i zaostatka u rastu, u neke je djece nužno postavljanje gastrostome.

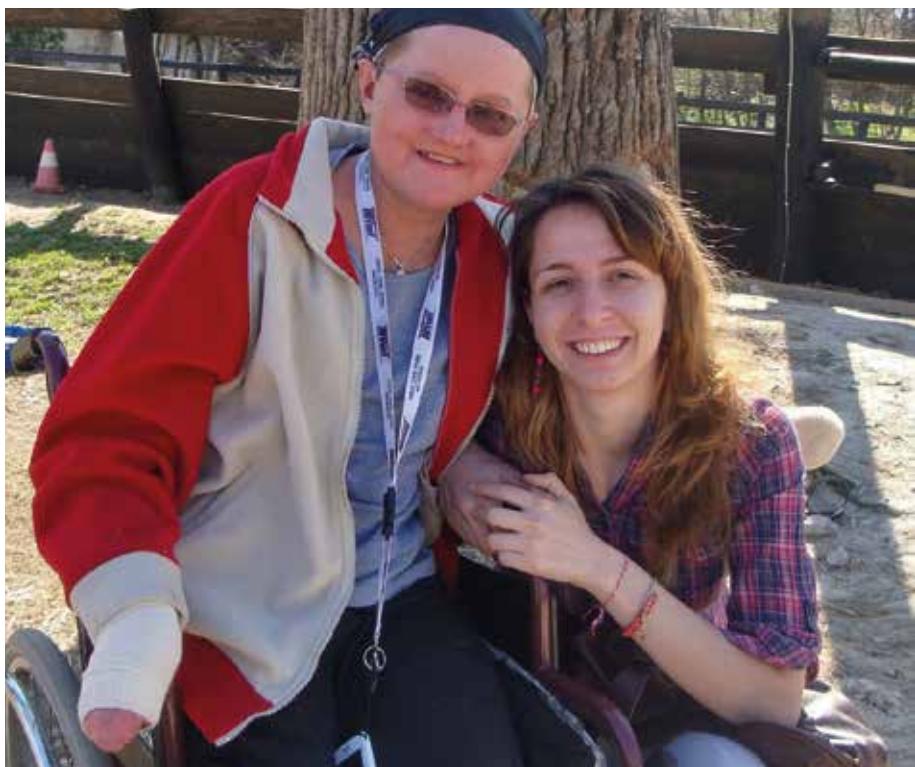
U bolesnika s EB-om mogu biti zahvaćeni i drugi organski sustavi kao što su dišni, mokračni i krvožilni. Česta je slabokrvnost, koja je rezultat gubitaka krvi na ranama, slabog unosa željeza ali i anemije kronične bolesti. Nerijetko je nužna terapija željezom, a povremeno i transfuzija eritrocita.

### **Ublažavanje боли**

U nekih oblika JEB-a i EBS-aznačajni problemi nastaju na dišnom sustavu koji rezultiraju promuklošću, otežanim disanjem pa i fatalnom asfiksijom. Pojava mjejhura i ožljaka na očima može oštetići vid i uzrokovati sljepoču. Promjene na genitourinarnom traktu rezultiraju fimozom i suženjemuretre. Značajan je rizik postinfekcijskog IgA nefritisa i amiloidoze bubrega, koje nerijetko završavaju kroničnom renalnom insuficijencijom. Veća je i učestalost dilatativne kardiomiopatije, čija etiologija nije razjašnjena.

Terapija je za sada simptomatska i sastoji se ododgovarajućeg zbrinjavanja rana kao i prevencije i liječenja komplikacija bolesti. Kožu je važno zaštiti od traume, novonastale mjejhure sterilno prokinuti bez skidanja pokrova mjejhura te ih prekriti odgovarajućim oblogama. Rizik sekundarnih infekcija rana je velik, ali se savjetuje racionalna upotreba lokalnih i sistemskih antibiotika zbog mogućeg razvoja rezistencije, te toksičnih nuspojava u slučaju resorpcije pri primjeni lokalnih antibiotika na veće površine kože. Nužno je na odgovarajući način kontrolirati, odnosno ublažiti bol kojoj su ovi bolesnici svakodnevno izloženi.

U liječenju je ključan timski pristup i uključivanje dermatologa, pedijatra, gastroenterologa, nutricionista, hematologa, endokrinologa, kirurga, stomatologa, oftalmologa, nefrologa, fizioterapeuta i drugih. Posebno mjesto imaju dobro educirane medicinske sestre te psiholog i socijalni radnik.



### **DEBRA, društvo oboljelih od bulozne epidermolize**

Osnovano je 1996. radi međusobnog povezivanja i organiziranja pomoći i podrške oboljelim od rijetkih bolesti i njihovim obiteljima. Imati buloznu epidermolizu (EB) znači imati kožu krhku i ranjivu poput leptirovih krila, zato oboljele često nazivamo i „djeca leptiri“.

DEBRA provodi aktivnosti usmjerene na unapređenje sustava zdravstvene i socijalne skrbi, razvoja međusektorske suradnje i zagovaranja i lobiranja prava oboljelih od rijetkih bolesti. Organizacija svoj rad zasniva na humanosti, socijalnoj osjetljivosti, entuzijazmu, ravnopravnosti, suradnji i inovacijama.

#### **Osnovni su zadaci DEBRE:**

- okupljanje i edukacija oboljelih i njihovih obitelji te informiranje o dostignućima u svakodnevnoj njezi i mogućnostima simptomatskog liječenja
- pomoć pri snabdijevanju materijalima za svakodnevnu njegu vitaminima i mineralima te energetskim pripravcima koji

nadopunjaju bolešcu uzrokovanu nedostatnu prehranu

- osvijestiti javnost o problemima oboljelih od EB-a
- unaprijediti vještine ekspertnog tima za praćenje oboljelih
- omogućiti bolju socijalizaciju oboljelih
- prikupljanje novčanih i materijalnih sredstava za rad društva i pomoći oboljelima.

DEBRA ulaže velike napore pomazući djeci i njihovim obiteljima kroz 24-satni servis. Najviše se zalaže za prikupljanje finansijskih sredstava kako bi obiteljima osigurala besplatni smještaj za vrijeme čestih posjeta liječnicima u Zagrebu. Osim toga, pomaže kod ugovaranja pregleda i potrebnih zahvata te odgovara na sve ostale individualne potrebe članova.

#### **Kontakt:**

DEBRA, društvo oboljelih od bulozne epidermolize,  
Prilaz Gjure Deželića 30 (dvorišna zgrada).  
Telefon: ++ 385 1 4555 20.  
Telefax: ++ 385 1 4555 199.  
E-mail: info@debra-croatia.com;  
<http://www.debra.hr/>



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](mailto:e-trgovina@nn.hr)

[www.nn.hr](http://www.nn.hr)  
[e-trgovina@nn.hr](mailto:e-trgovina@nn.hr)

# Rizici od SGLT2 inhibitora i Tysabrija



**Agencija za lijekove  
i medicinske  
proizvode (HALMED)**  
donosi nove  
informacije o  
sigurnosti primjene  
lijekova

Europska agencija za lijekove (EMA) usvojila je preporuke za minimizaciju rizika od dijabetičke ketoacidoze povezanog s primjenom SGLT2 inhibitora. Liječnici trebaju biti na oprezu zbog mogućih atipičnih slučajeva dijabetičke ketoacidoze. Atipična prezentacija dijabetičke ketoacidoze može odgoditi postavljanje dijagnoze i liječenje pa liječnici stoga trebaju razmotriti mogućnost ketoacidoze u bolesnika liječenih SGLT2 inhibitorima a imaju simptome koji odgovaraju ketoacidozi, čak i onda kada razine šećera u krvi nisu visoke.

## Preporuke za liječnike

- Rijetki slučajevi dijabetičke ketoacidoze, uključujući i one opasne po život, javili su se u bolesnika koji su uzimali SGLT2 inhibitore u liječenju dijabetesa tipa 2. Dio tih slučajeva bio je atipičan jer su bolesnici imali samo umjereno povišene razine šećera u krvi, a dio slučajeva ketoacidoze javio se kod off-label primjene ovih lijekova i u kliničkim ispitivanjima u bolesnika s dijabetesom tipa 1.
- Uvijek treba posumnjati na mogućnost dijabetičke ketoacidoze ako se u bolesnika liječenih SGLT2 inhibitorom pojave nespecifični simptomi kao što su mučnina, povraćanje, anoreksija, bol u abdomenu, prekomjerno žeđanje, otežano disanje, konfuzija, neuobičajen umor ili pospanost.
- Liječnici trebaju informirati bolesnike o znakovima i simptomima dijabetičke ketoacidoze i savjetovati im da odmah potraže liječničku pomoć ako se pojave takvi znakovi ili simptomi.

- Liječenje SGLT2 inhibitorom treba odmah prekinuti ako se potvrdi dijabetičke ketoacidoz ili na nju posumnja, a liječenje se ne smije ponovno započeti, osim ako nije otkriven i razriješen drugi uzrok ketoacidoze.

- Liječenje SGLT2 inhibitorom treba privremeno obustaviti u bolesnika koji su hospitalizirani radi većih kirurških zahvata ili zbog teže bolesti. Liječenje se može nastaviti nakon što se stanje bolesnika stabilizira.

- Potreban je oprez kod bolesnika s rizičnim čimbenicima za ketoacidozu, a bolesnike je potrebno obavijestiti o rizičnim čimbenicima. Oni uključuju nisku rezervu stanica gušterače koje luče inzulin, naglo smanjenje doze inzulina, povećanje potrebe za inzulinom (zbog bolesti, operacije ili zlouporabe alkohola) i stanja u kojima je ograničen unos hrane ili koja mogu dovesti do teške dehidracije.

- Liječnike se podsjeća da su SGLT2 inhibitori odobreni samo za liječenje dijabetesa tipa 2.

## Više o lijeku

Inhibitori suprijenosnika natrija-glukoze 2 (eng. sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT2 inhibitors) su lijekovi koji se koriste u liječenju dijabetesa tipa 2. Ovi lijekovi blokiraju SGLT2 transporter u proksimalnim bubrežnim tubulima, smanjujući reapsorpciju filtrirane glukoze iz tubularnog lumena.

Sljedeći SGLT2 inhibitori odobreni su u EU-u: Ebymect (dapagliflozin / metformin), Edistride (dapagliflozin), Forxiga

(dapagliflozin), Invokana (kanagliflozin), Jardiance (empagliflozin), Synjardy (empagliflozin / metformin), Vokanamet (kanagliflozin / metformin) i Xigduo (dapagliflozin / metformin).

## Rizik od PML-a povezanog s Tysabrijem

Europska agencija za lijekove (EMA) usvojila je preporuke za minimizaciju rizika od progresivne multifokalne leukoencefalopatije (PML) povezanog s lijekom Tysabri (natalizumab). U bolesnika pod povećanim rizikom treba razmotriti češće snimanje magnetskom rezonancijom (MR). PML je ozbiljna rijetka infekcija mozga uzrokovana John-Cunninghamovim (JC) virusom, koja može dovesti do teške invalidnosti i smrti. Najčešći simptomi PML-a su progresivna slabost, teškoće u govoru i komunikaciji, problemi s vidom, a ponekad i promjene raspoloženja i ponašanja.

## Preporuke za liječnike

Poznati rizični čimbenici za razvoj PML-a u bolesnika liječenih Tysabrijem su prisutnost protutijela na JC virus, liječenje Tysabrijem duže od dvije godine i prethodna primjena imunosupresiva. Na temelju novih podataka, ažurirane procjene rizika pokazuju da je rizik od PML-a nizak (čak i niži od ranijih procjena) u bolesnika s indeksom protutijela 0.9 ili manjim, a značajno se povećava u bolesnika s vrijednostima indeksa iznad 1.5 koji su liječeni Tysabrijem duže od dvije godine. U bolesnika s negativnim testom na protutijela protiv JC virusa procjena rizika ostaje nepromjenjena, 0.1 na 1000 bolesnika.

Detaljnije informacije o stratifikaciji rizika, dijagnosticiranju i liječenju PML-a bit će uvrštene u Informacije za liječnike i smjernice za liječenje Tysabrijem.

Liječnici se trebaju pridržavati sljedećih preporuka:

- Prije početka liječenja Tysabrijem bolesnike i osobe koje o njima skrbe liječnici trebaju savjetovati o riziku od PML-a. Bolesnicima treba savjetovati da potraže liječničku pomoć ako misle da im se bolest pogoršava ili ako se pojave neki novi ili neuobičajeni simptomi.
- Prije početka liječenja mora biti dostu-

pan početni nalaz MR-a (obično u zadnja tri mjeseca) kao referentan nalaz, a treba provesti i početno testiranje na protutijela protiv JC virusa, kako bi se mogao stratificirati rizik od PML-a.

- Bolesnike treba pratiti u redovitim intervalima tijekom liječenja Tysabrijem kako bi se uočili znakovi ili simptomi novih neuroloških ispada/poremećaja, a najmanje jednom godišnje tijekom liječenja Tysabrijem treba učiniti MR snimanje mozga prema cjelovitom protokolu.
- Za bolesnike koji su pod povećanim rizikom od PML-a preporuča se razmatranje potrebe za češćim snimanjem MR-om (npr. svakih tri do šest mjeseci), primjenjujući pojednostavljene protokole (npr. FLAIR, T2-mjereno i DW snimanje), budući da je ranija detekcija PML-a u asimptomatskim bolesnika povezana s boljim ishodom PML-a.
- PML se treba razmotriti u diferencijalnoj dijagnozi u svih bolesnika s novim neurološkim simptomima i/ili s novim moždanim lezijama na MR-u. Prijavljeni su slučajevi asimptomatskog PML-a utvrđeni MR-om i pozitivnim testom na DNK JC virusa u cerebrospinalnom likvoru.
- Ako se posumnja na PML, protokol snimanja se treba proširiti kako bi se ukljucišlo „kontrastom pojačano T1-mjereno snimanje“, a treba se razmotriti testiranje cerebrospinalnog likvora na prisutnost DNK JC virusa provođenjem ultrasenzitivnog PCR testa.
- Ako se u bilo kojem trenutku posumnja na PML, liječenje Tysabrijem mora se prekinuti dok se PML ne isključi.
- U bolesnika s negativnim testom na protutijela testiranje na JC protutijela potrebno je ponavljati svakih šest mjeseci. Za bolesnike s niskim indeksom protutijela koji nisu bili liječeni imunosupresivima prije početka liječenja Tysabrijem također se preporuča ponavljanje testa na protutijela svakih šest mjeseci, nakon što prođu dvije godine od početka liječenja Tysabrijem.
- Dvije godine nakon početka liječenja Tysabrijem bolesnike je potrebno ponovo informirati o riziku od PML-a.
- Bolesnike i njihove skrbnike potrebno je uputiti da budu na oprezu zbog rizika od PML-a šest mjeseci nakon prestanka liječenja Tysabrijem.

## Više o lijeku

Tysabri se koristi u liječenju odraslih osoba s visoko aktivnom multiplom sklerozom; specifično u bolesnika s relapsno-remitirajućim oblikom MS-a. Djelatna tvar Tysabrija je natalizumab, monoklonsko protutijelo koje prepoznaže i veže se na specifični dio  $\alpha 4\beta 1$  integrina, koji se nalazi na površini većine leukocita. Blokirajući integrin, natalizumab sprečava prelazak leukocita iz krvi u upaljeno tkivo moždanog parenhima.

## Rizik od opstrukcije crijeva povezanog s TachoSilom

Tvrta Takeda Pharmaceuticals Croatia d.o.o. je u suradnji s Agencijom za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) i Europskom agencijom za lijekove (EMA) uputila pismo liječnicima o riziku od pojave priraslica na tkivima probavnog sustava koje uzrokuju opstrukciju crijeva, a povezane su s primjenom lijeka TachoSil (ljudski fibrinogen/ljudski trombin).

## Preporuke za liječnike

- Slučajevi priraslica na tkivima probavnog sustava koje uzrokuju opstrukciju crijeva prijavljeni su kod primjene lijeka TachoSil u abdominalnim kirurškim zahvatima izvedenim u blizini crijeva.
- Za sprječavanje nastanka priraslica na tkivima na neželjenim mjestima potrebno je osigurati da su tkivna područja izvan željenog područja primjene odgovarajuće očišćena od ostataka krvi prije primjene TachoSil-a.
- Za odgovarajuću primjenu TachoSil-a treba proučiti ažurirane informacije o lijeku i "Upute za uporabu".

## Dodatne informacije

Djelatne tvari TachoSil-a su ljudski fibrinogen i ljudski trombin u obliku suhog sloja na površini kolagenske matrice. Lijek je indiciran u kirurškim zahvatima za poboljšanje hemostaze, poticanje cijeljenja tkiva kao i za potporu šavovima u vaskularnoj kirurgiji kada standardne tehnike nisu dostatne. Zbog snažnog afiniteta kolagena prema krvi TachoSil se može zalijepiti za susjedna tkiva pokrivena krvlju ako kirurško mjesto nije odgovarajuće pripremljeno i/ili očišćeno od ostataka krvi ili ako se TachoSil primjenjuje na neodgovarajući način. ■



## Prirodna mineralna voda

Prirodna mineralna voda Jamnica je voda posebne kakvoće, sačuvana u izvornom obliku, koja se jasno može razlikovati od svih ostalih voda za piće po svojoj prirodoj čistoći, karakterističnom mineralnom sastavu te specifičnim fiziološkim učincima. S tradicijom punjenja u Jamničkoj kiselici dužom od 180 godina, Jamnica je od davnina budila zanimanje stručnjaka i znamenitih osoba. Prema arheološkim nalazima, pretpostavlja se da su Kelti koristili izvor od 4. st. pr. Krista. Prva kvalitativna analiza izrađena je 1772. godine, a mišljenje o vodi te opis izvorišta, zapisani su u balneološkom djelu H. J. von Crantza izdanom u Beču 1777. godine. Zastupnici u Saboru Kraljevine Dalmacije, Hrvatske i Slavonije 1827. godine donose odluku da se u Jamničkoj kiselici osnuje ustanova za liječenje s kupalištem, nakon čega se, 1828. godine, započinje s punjenjem prvih boca Jamnice.

## Specifičnost sastava

Prirodne mineralne vode imaju složen kemijski sastav, ovisno o sastavu stijena kroz koje prolaze. Tako glavne ionske komponentne Jamnice čine kationi natrija, kalija, magnezija, i kalija te od aniona dominatno hidrogenkarbonati (bikarbonati), zatim kloridi i sulfati, te ioni u tragovima,

# Jamnica u službi zdravlja

Autor: MAŠENJKA KATIĆ, mag. nutricionizma

poput fluorida. Ukoliko voda prirodno na izvoru sadrži 250 mg/kg ili više slobodnog ugljikovog-dioksida ona se još naziva i *kiselica*, što je i obilježje Jamnice. Upravo je ugljikov dioksid, osobito kod prirodnih mineralnih voda bogatih mineralima, ključan za održavanje ravnoteže topivih hidrogenkarbonatnih soli kalcija, magnezija, i drugih kationa, sprječavajući njihov prelazak u teže topive forme. Gazirane prirodne mineralne vode imaju osvježavajući učinak, djelovanjem CO<sub>2</sub> na krajeve živaca mukozne membrane u usnoj šupljini, uključenih u osjećaj žedi. Ukoliko su ujedno dominantno hidrogenkarbonatne vode, poput Jamnice, tada smanjuju dispeptične poremećaje, normaliziraju sekreciju i motilitet probavnog trakta, te olakšavaju hepatobilijarne funkcije.

## Uporaba u ljekovite svrhe

Jamnica se kroz povijest koristila s različitim ciljem, pijenjem, inhaliranjem i u kupelji, a liječnik je terapiju pijenjem prisavio za svakog bolesnika posebno. Korишtena je, primjerice, kod:

- kroničnog gastritisa s pojačanom želučanom sekrecijom (3-4 puta dnevno, 1-1.5 sat prije uzimanja hrane, ispočetka s dozom od 1 dl s postupnim povećanjem do 2dl, temperature vode 38-45°C), čime se postizalo *dvanaesnično djelovanje vode*;

- kroničnog gastritisa s normalnom želučanom sekrecijom (polako u malim gutljajima, 3-4 puta dnevno, 30-40 minuta prije obroka, početno s dozom od 1 dl s postupnim povećanjem do 2dl, temperature vode 28-35°C), postižući *pilorično i dvanaesnično djelovanje vode*;

- kroničnog gastritisa sa smanjenom želučanom sekrecijom (polako u malim gutljajima, 3-4 puta dnevno, 20 minuta prije obroka, s početnom dozom od 1 dl i postupnim povećanjem do 2dl, temperature vode 18-25°C), postižući *pilorično djelovanje vode*, potičući želučanu sekreciju;

zatim kod bolesti žučnih puteva, diskinezije žučnih puteva s insuficijentnom peristaltikom, kroničnog pankreatitisa, bolesti bubrega i mokračnih puteva, uričnog artritisa i drugih.

## Novije znanstvene spoznaje

Novija istraživanja ukazuju na pozitivan utjecaj gazirane natrij-bikarbonatne mineralne vode na postprandijalni metabolizam kolesterol-a, triacilglicerola odnosno lipidnog profila u krvi i time redukciju kardiovaskularnog rizika.

Zanimljivo da natrij- bikarbonatna voda, često suprotno mišljenju, ne pokazuje negativan utjecaj na krvni tlak. Voda bogata natrij-hidrogenkarbonatima u kombinaciji s dijetom s niskim udjelom soli rezultirala je kod starijih osoba značajnim sniženjem krvnog tlaka. To se pokazalo i u drugim istraživanjima, čiji rezultati su otkrili različito djelovanje natrija na krvni tlak kada je u spolu s kloridom u odnosu na natrij kada je u spolu s hidrogenkarbonatom.

## Literatura:

- Čepelak R. (1998): Jamnička Kiselica – od prastare kaptaže do suvremene proizvodnje. *Balneoklimatologija*, 2(3) 27-32.
- Ivanisević G, Čepelak R. (1995): Uporaba mineralnih voda Jana i Ivino vrelo u ljekovite svrhe, Izvješće. Klinika za reumatske bolesti i rehabilitaciju, KBC Rebro i Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.
- Kotchen TA (2005): Contributions of Sodium and Chloride to NaCl-Induced Hypertension. *Hypertension*. 45:849-850.
- Luft FC et al. (1990): Sodium bicarbonate and sodium chloride: effect on blood pressure and electrolyte homeostasis in normal and hypertensive man. *J Hypertens*. 8:663-670.
- Pérez-Granados AM et al. (2010): Reduction in cardiovascular risk by sodium-bicarbonated mineral water in moderately hypercholesterolemic young adults. *J Nutr Biochem*. 21: 948-953.
- Petracci L et al. (2006): Water, mineral waters and health. *Clin Nutr*. 25, 377-385.
- Schoppen S et al. (2005): Sodium bicarbonated mineral water decreases postprandial lipaemia in postmenopausal women compared to a low mineral water. *Brit J Nutr*. 94, 582-587.
- Schorr U et al. (1996): Effect of sodium chloride- and sodium bicarbonate-rich mineral water on blood pressure and metabolic parameters in elderly normotensive individuals: a randomised double-blind crossover trial. *J Hypertens*. 14:131-135.
- Toxqui L et al. (2012): A sodium-bicarbonated mineral water reduces gallbladder emptying and postprandial lipaemia: a randomised four-way crossover study. *Eur J Nutr*. 51(5):607-14.







# Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – IV. dio

Prof. dr. ZDENKO KOVAC

## Naputak za rješavanje

Rješavanjem ovog Komorinog testa čitač može stići bodove potrebne za licenciranje. Na zasebnom listu je matrica za pisanje rješenja (na stranici 71). Rješenja će se kvantificirati i ponderirati, a netočna rješenja umanjuju doprinos točnih rješenja. Sveukupno rješenje izražava se kao postotak od maksimalno mogućeg (daleko 100%-nog rješenja). Taj se postotak pretvara u **HLK bodove na sljedeći način: 53-62% donosi 7 bodova; 63-72% donosi 8 bodova, 73-82% donosi 9, a sve >83% donosi 10 bodova.**

Ručno ispisana rješenja na matrici šalju se na HLK, Tuškanova 37, 10000 Zagreb, zemljanim poštom (ne šaljite elektronički), naslovljeno „KOMORIN TEST“. Rješenje ovoga problema treba poslati do 31. svibnja 2016. i radi čitljivosti ga potpisati tiskanim slovima ili faksimilom.

Test je odobrio dr. Ivan Leretić, predsjednik Povjerenstva HLK-a za medicinsku izobrazbu liječnika.

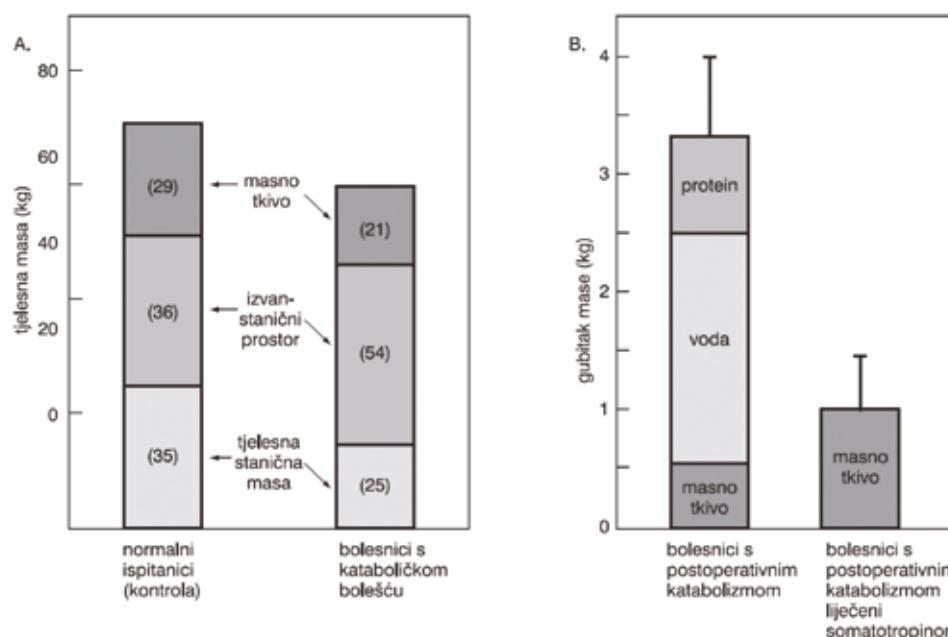
U sklopu tematike poremećaja energijskoga i tvarnoga metabolizma obrađene su tkivnomasene promjene u sindromu kataboličke reakcije.

## Algoritamska razradba problema<sup>1</sup>. Patofiziologija metaboličkih i tkivnomasenih promjena pri kataboličkoj bolesti

Za razradbu problema prostudiraj stranice 213-7, 222-4, te 700-1 u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva, 7. izdanje.** Medicinska naklada, Zagreb, 2011. godine.

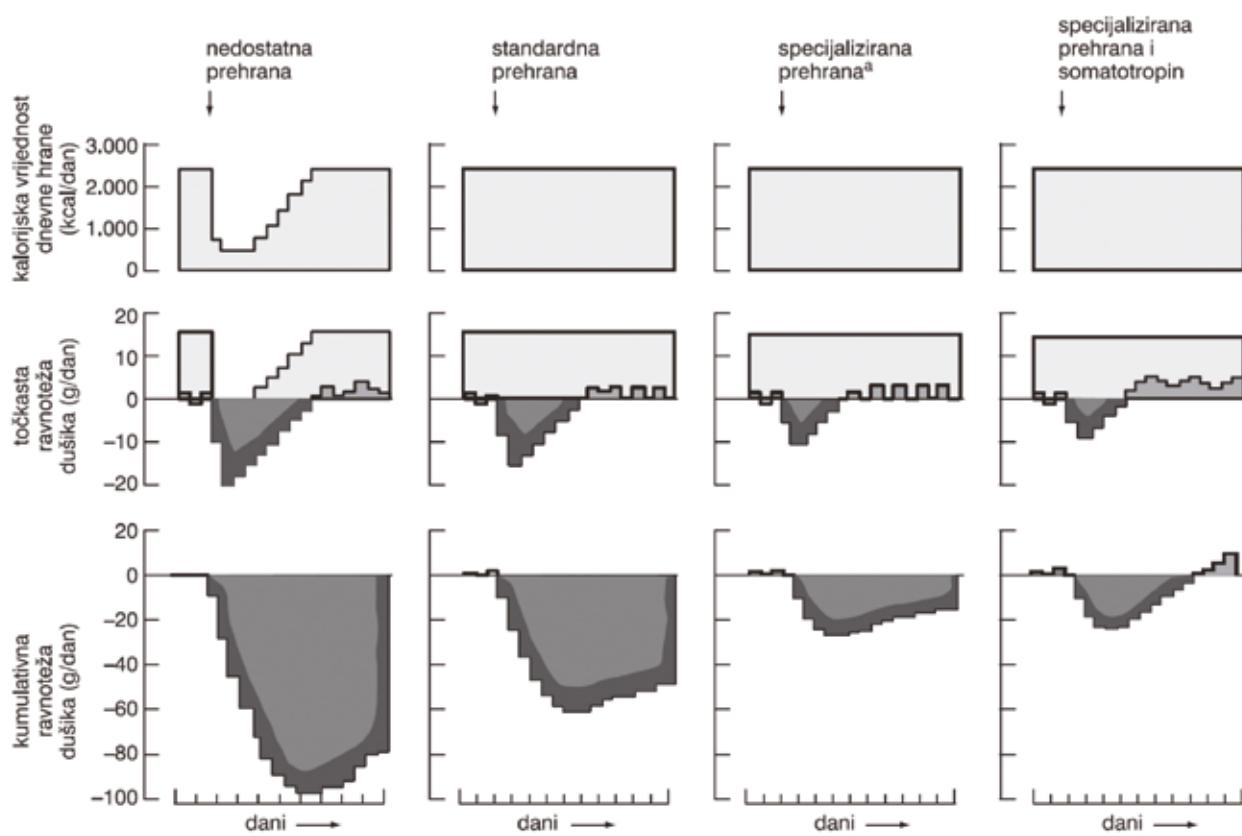
(Problemski zadatak je priređen prema podatcima u radu Flier SJ i sur. Catabolic illness: Strategies for enhancing recovery. New Eng J Med 1991; 325: 695-702)

Prevaga kataboličkih nad anaboličkim procesima kadšto se naziva kataboličkom bolesti. Osim smanjenja funkcijeski sposobnosti pojedinih sustava, katabolička bolest se u tijelu očituje kao značajan gubitak tjelesne mase, te kao promjene u odnosima tjelesnih prostora. U slici 1 A prikazane su takve tkivnomasene promjene u organizmu. Katabolizam proteina se očituje negativnom ravnotežom dušika (točkasto i kumulativno), što je opisano krivuljama na slici 2. Liječenje kataboličke bolesti somatotropinom (hormon rasta) učinkovit je mehanizam za pokretanje anaboličkih procesa, čime se postiže proteža katabolizmu. U slici 1 B istaknuto je da se pri liječenju somatotropinom gubitak tjelesne mase svodi na gubitak samo masnoga tkiva. U slici 2 su promjene ravnoteže dušika pri terapiji somatotropinom uspoređene s hiperalimentacijom i hipoalimentacijom, točkasto i kumulativno kroz vrijeme trajanja bolesti.



Slika 1 A – Promjene tjelesne mase, te promjene mase tkiva i prostora u kataboličkoj bolesti. (Brojevi u zgradama označuju postotke tjelesne mase). B – Liječenjem kataboličkih stanja somatotropinom smanjuje se mršavljenje, štete proteini i voda, a povećava potrošnja masnoga tkiva.

<sup>1</sup> Iz knjige Z Kovač i sur. **Patofiziologija – Zadaci za problemske seminare. Knjiga druga.** Treće izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011., str. 105-9, uz suglasnost izdavača i autora zadatka.



**Slika 2.** Učinci kalorijske vrijednosti i sastava hrane te liječenja somatotropinom na trenutnu i kumulativnu ravnotežu dušika tijekom oporavka od kataboličke bolesti.

<sup>a</sup> Specijalizirana prehrana je hrana obogaćena glutaminom, argininom i glicinom.

### VJEŽBA A: Činjenična raščlamba

(Jedan ili više točnih odgovora)

#### 1. Katabolička reakcija uključuje sljedeće patogenetske mehanizme:

a) Pri infekcijama kao posljedica snažne pobude limfocita, polimorfonukleara i makrofaga u sustavnom se krvotoku pojavljuju limfokini koji pokreću kataboličku reakciju u tkivima (IL-1, IL-6, TNF- $\alpha$ ).

b) Osim citokina, u kataboličkoj reakciji sudjeluju prostaglandin E2, leukotrien B4 i glukokortikoidi, čiji su učinci u razvitu kataboličke reakcije aditivni ili/sinergistički.

c) Snižena koncentracija vodikovih iona (tkivna acidozna) inducira enzime koji ubikvitiziraju stanične proteine, čime

se pojačava njihova proteasomska razgradnja.

d) Katabolička reakcija na molekularnoj razini izravno koči anaboličke procese, zbog čega je zakočena sinteza bjelančevina, a poliribosomi su deagregirani.

e) Proteazomski sklop proteaza ključna je citoplazmatska tvorevina za kataboličku reakciju, bačvasta izgleda, pri čemu se proteolitički dio sklopa nalazi u nutritivni, a količinski ti proteini tvore približno 1–5 % svih proteina u stanici.

#### 2. U organizmu se kao posljedica kataboličkih procesa pojavljuju sljedeći patogenetski mehanizmi:

a) Zbog smanjenja volumena unutarstaničnoga prostora (vidi sliku 1 A) jako

su pobuđeni baroreceptori, što se očituje tahikardijom i žđanjem.

b) Uz razgradnju skeletne muskulature u svrhu korištenja aminokiselina u energijske svrhe i za sintezu proteina akutne faze, gubi se dio tjelesne vode iz unutarstaničnoga prostora.

c) Mršavljenje je posljedica gubitka tjelesne vode, te potrošnje masti i staničnih proteina za održavanje dostačne razine energogenih procesa.

d) Kao posljedica potrošnje tjelesnih proteina u organizmu se mogu pojaviti usporen rast (kod djece), imuno-nedostatnost, anemija i smanjena otpornost organizma prema infektivnim klicima.

e) U vrlo jakim kataboličkim stanjima razvija se već pri potrošnji oko 20 %

tjelesnih bjelančevina slabost skeletne muskulature, među njima slabost dišnih mišića uzrokuje prestanak disanja i smrt organizma.

### 3. Prema podatcima u slikama 1 i 2 točne su sljedeće tvrdnje:

a) Budući da se somatotropinski anabolički učinci ostvaruju posredno, preko inzulinolikih čimbenika rasta (engl. *insulin-like growth factors, IGF*), koji se među ostalim vežu i na inzulinske receptore, sličan bi se anabolički učinak mogao postići liječenjem inzulonom.

b) Terapija hormonom rasta uzrokuje pojačanje anaboličkih procesa preko inzulinolikih čimbenika rasta, IGF-a, što se očituje štendnjom proteina, a time i tjelesne vode.

c) Negativna ravnoteža dušika osobito je pojačana smanjenim uzimanjem hrane, koje je u kataboličkoj reakciji pojačanom anoreksijom (smanjenim osjećajem gladi), a posljedica djelovanja interleukina-1 i TNF-α na centar za glad.

d) Terapija hormonom rasta smanjuje kumulativno pozitivnu ravnotežu dušika, što znači da se manje aminokiselina dezaminira, a da se potrebna energija namiče iz drugih izvora (mast, ugljikohidrati).

e) Porast izvanstaničnoga prostora posljedica je velikog porasta onkotičkoga tlaka u izvanstaničnom prostoru, zbog pojačane sinteze proteina akutne faze (usporedi sliku 1 A).

### 4. Patogeneza kataboličke reakcije i pokretanja anabolizma somatotropinom uključuje sljedeće patogenetske mehanizme:

a) Pri liječenju somatotropinom značajno se smanjuje gubitak tjelesne mase, budući da su pokrenuti anabolički procesi, a povećani se energijski zahtjev u metabolizmu namiruje gotovo isključivo korištenjem masnoga tkiva (usporedi sliku 1 B).

b) Hiperalimentacijom se smanjuje stupanj katabolizma, budući da se aminokiseline i druge tvari koriste iz hrane, a to se očituje smanjenjem ne-

gativnosti kumulativne i brzom pozitivnošću točkaste ravnoteže dušika (vidi sliku 2).

c) Zadržavanje elektrolita, hiperglikemija i zadržavanje vode sudjeluju u ekspanziji izvanstaničnog prostora, što uzrokuje promjene relativnih odnosa tjelesnih prostora (usporedi sliku 1 A).

d) TNF-α u ciljnim stanicama pojačava oksidativni stres (raste prosječna koncentracija kisikovih radikala) čime se oštećuju makromolekule i ubrzava njihova razgradnja, a može se pokrenuti i programirana smrt stanice (apoptoza).

e) Budući da somatotropin izravno pojačava resorpciju vode u sabirnim bubrežnim tubulima, pri terapiji tim hormonom voda se ne gubi iz organizma (usporedi sliku 1 B).

### 5. Katabolička bolest pokreće sekundarne patofiziološke procese koji su točno opisani sljedećim tvrdnjama:

a) U tumorskim se bolestima katabolička reakcija susreće u sklopu kaheksije u sastavu paraneoplastičnog sindroma, a često je posredovana kahektinom (drugo ime za TNF-α) i inzulonom.

b) Anemija u kataboličkoj bolesti predstavlja povećanu oksifornost krvi koja nastaje zbog oksidacije željeza u hemoglobinskom hemu u fero-obliku, zbog čega se smanjuje afinitet za kisik.

c) U rastu i razvoju ravnoteža je dušika kumulativno i točkasto pozitivna, što znači da se u organizmu pojačano izgrađuju bjelančevine kao posljedica dominacije anaboličkih procesa.

d) U trećoj životnoj dobi (starost) dominiraju katabolički procesi nad anaboličkim, zbog čega se smanjuje funkcionalni kapacitet organa i organskih sustava.

e) U proteinsko-energijskim sekundarnim pothranjenostima, kao posljedica disfunkcije probavnog sustava, razvija se negativna ravnoteža dušika, budući da poremećaji probave (maldigestija) i apsorpcije tvari (malapsorpcija) uzrokuju manjak hranjivih tvari.

### VJEŽBA B: Algoritamska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-poslijedični slijed:

(Algoritam ima tri nezavisna ulaza)

1. Hipoalbuminemija
2. Pojačana razgradnja endogenih proteina u proteasomu
3. Negativna ravnoteža dušika
4. Povećanje izvanstaničnoga prostora u odnosu na masu mišića i masti
5. Hiperkortikotropinemija i hiperkortizolemija
6. Zadržavanje tekućine u organizmu
7. Politrauma organizma s hematomima, kontuzijama i prijelomima
8. Stresni odgovor središnjega živčanoga sustava
9. Indukcija gena za ubikvitine C1 i C2
10. Hiperinterleukinemija IL-1, IL-6 i TNF-α
11. Povećano izlučivanje dušičastih spojeva urinom
12. Razvoj slabosti skeletne muskulature
13. Mršavljenje
14. Oštećenje tkiva kirurškom traumom
15. Vezivanje lipopolisaharida i lipida A na CD14-receptore
16. Velika količina devitalizirane biološke tvari u kontaktu s krvlju
17. Snažna pobuda upalotvornog odgovora
18. Potrošnja masnoga tkiva
19. Ubrzana razgradnja proteina skeletne muskulature
20. Pojačana deaminacija aminokiselina
21. Sepsa
22. Snažna pobuda specifičnog imuno-loškog sustava
23. Pojačana sinteza proteina akutne faze u jetri
24. Smanjeno uzimanje hrane
25. Velika kirurška operacija (primjerice histerektomija)
26. Ubrzana ubikvitinacija bjelančevina
27. Hipermetabolizam

### VJEŽBA C: Povratna doradba problema

(Riješiti na način:

$$\text{točno} + \text{točno} + \text{povezano} = a$$

$$\text{točno} + \text{točno} + \text{nepovezano} = b$$

$$\text{točno} + \text{netočno} = c$$

$$\text{netočno} + \text{točno} = d$$

$$\text{netočno} + \text{netočno} = e$$

1. Unatoč činjenici da je točkasta ravnoteža dušika pozitivna pri liječenju kataboličkoga stanja, kumulativna je ravnoteža još dugo vremena negativna (usporedi sliku 2) jer

kumulativna negativna ravnoteža dušika ukazuje na stvarni gubitak proteina iz tijela njihovim korištenjem u energogene procese (tvrdnje 2b, 3b, 3c, i 4b).

a b c d e

2. Pri kataboličkoj reakciji mršavljenje je posljedica potrošnje masti i proteina, a pri tomu se kao posljedica potrošnje proteina iz organizma gubi i dio tjesne vode (usporedi sliku 1 i tvrdnje 1b i 2c)

jer

katabolička je reakcija etiopatogenetski čimbenik procesa starenja, kaheksije u sklopu paraneoplastičnog sindroma i usporenoga rasta djeteta zbog učestalih respiracijskih infekcija (usporedi tvrdnje 2c, 2d i 2e).

a b c d e

3. Očitovanje kataboličke bolesti uključuje mršavljenje, zastoj u rastu djeteta, anemiju, hipoalbuminemiju, staničnu imunonedeficitnost i slabost skeletne muskulature (usporedi tvrdnje 2c, 2d i 2e)

jer

zbog rastuće nedostatnosti proteina u tijelu pojedini funkcionalni sustavi smanjuju djelatnu pričuvu i postupno se približavaju dekompenzaciji funkcionalnog sustava (usporedi tvrdnje 2e i 5d).

a b c d e

### Dopunska pitanja

4. Navedi tri fiziološka stanja u kojima je ravnoteža dušika pozitivna.

5. Izračunaj koliko je proteina izgubio organizam pri kataboličkoj reakciji ako je prosječna kumulativna ravnoteža dušika iznosila -52 g/dan kroz deset dana (Napomena: bjelančevine sadrže 16 % (gm/gm) dušika).

### Matrica za rješavanje - IV. dio. Patofiziologija metaboličkih i tkivnomasenih promjena pri kataboličkoj bolesti

(Rješenje poslati do 31. svibnja 2016.)

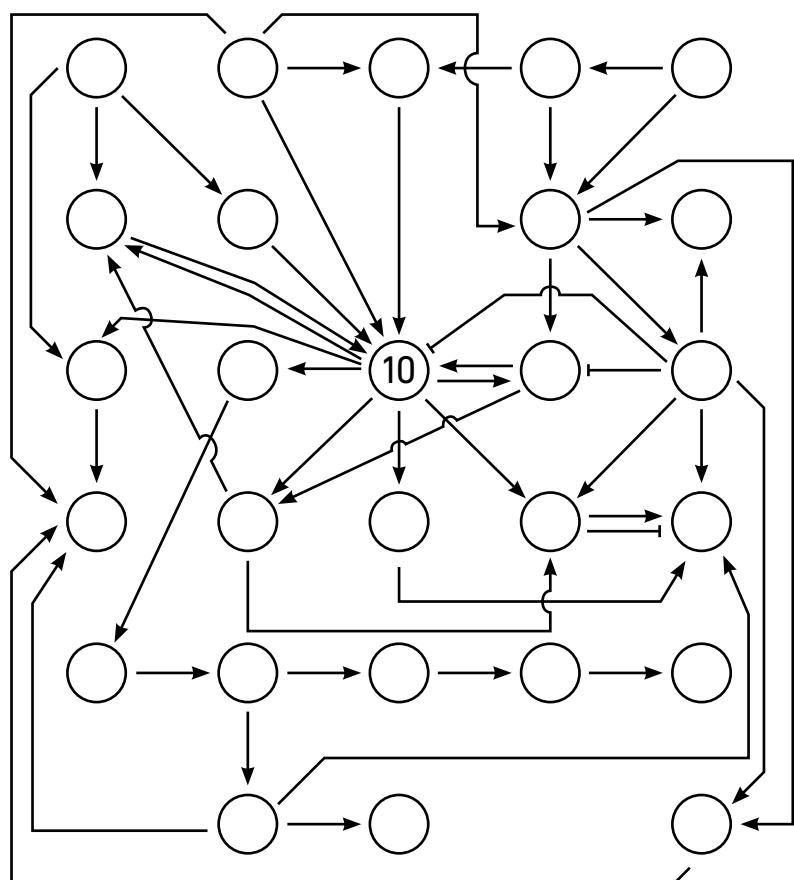
Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Broj licence i faksimil: \_\_\_\_\_

### 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. | _____ |   |   |   |   |



Čak 40 posto liječnika u našoj zemlji ne osjeća se sigurno prilikom rada u ordinacijama

# Rastući problem nasilja nad liječnicima u Hrvatskoj

Piše: OLGA PLAZIBAT

**U Sloveniji liječnici obiteljske medicine u svojim ordinacijama imaju instaliran takozvani tihi alarm, dok Britansko liječničko društvo ima 24-satnu telefonsku liniju za pomoć liječnicima u nevolji**

U Hrvatskoj se čak 40 posto liječnika osjeća nesigurno prilikom obavljanja svog posla u ordinacijama, dok se za usporedbu, u Sloveniji radi o 25 posto liječnika, a u Makedoniji, Bugarskoj i Turskoj samo o 5 posto liječnika. Rezultat je to istraživanja o osjećaju (ne)sigurnosti obiteljskih liječnika u JI Europi, predstavljenog, među ostalim, na Drugom savjetovanju "Sigurnost u zdravstvenim ustanovama", održanom u Tuheljskim Toplicama 10. i 11. prosinca 2015.

U uvodnom izlaganju je dr. Jasna Mesarić, pomoćnica ravnatelja Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi RH, govorila o kulturi sigurnosti u zdravstvu. To je cijelo organizacijsko okruženje – atmosfera gdje se sigurnost i zdravstvena skrb razvijaju i prihvataju kao najveći prioritet.

## Raste broj fizičkih napada

Promjene kulture sigurnosti zbivaju se na mikro razini, što prepostavlja mijenjanje svakodnevnog života. Slaba kultura sigurnosti povezana je s većim stopama pogrešaka, istaknula je Mesarić, navodeći pri tome zanimljiv podatak da je u porastu broj samoubojstava u zdravstvenim ustanovama (što uključuje i ona 72 sata nakon otpusta). U 2013. godini zabilježeno je 12, a u 2014. godini 36 samoubojstava. Raste i broj verbalnih i fizičkih napada na zdravstveno osoblje. U 2013. godini zabilježeno je 169 a u 2014. 794 verbalna napada na zdravstveno osoblje. Čak 122 fizička napada zabilježena su u 2014., za razliku od 99 napada u 2013. godini. U 2014. nije zabilježena otmica novorođenčeta. Jasna Mesarić

predstavila je i „Sustav praćenja kvalitete zdravstvene zaštite“. On omogućava elektroničko ispunjavanje obrazaca izvješća Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi sukladno Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11) za neželjene događaje prema osoblju (NND). Ta aplikacija po uzoru na skandinavski model ima mogućnost anonimnih prijava napada na osoblje. Zdravstvene ustanove imaju obvezu svaka tri mjeseca Agenciji dostavljati NND izvješća, što čini snažnu analitičku platformu za daljnje preventivne programe, zaključila je.

## Upitna sigurnost

Predsjednica KoHOM-a, dr. Ines Balint zapitala se koliko kao društvo brinemo o sigurnosti liječnika.

– Ako se liječnik osjeća nesigurno, sasvim sigurno ne može s punom pozornošću skribiti o pacijentu, istaknula je Balint. Ona je predstavila i rezultate istraživanja o osjećaju (ne)sigurnosti obiteljskih liječnika u JI Europi. Čak 40 posto liječnika u Hrvatskoj osjeća se nesigurno prilikom obavljanja svog posla u ordinacijama, u Makedoniji, Bugarskoj i Turskoj svega 5 posto liječnika, u Albaniji je taj prosjek oko 15 posto, a u Sloveniji 25 posto. 88 posto liječnika doživjelo je verbalno nasilje, a njih 35 posto fizičko. Liječnici u 27,78 posto slučajeva prijavljuju nasilje, no čak u 72,22 posto to ne čine. U 83,33 posto slučajeva liječnici su nasilje doživjeli u ordinaciji, a u 16,67 posto u čekaonici. U 50 posto slučajeva nasilja liječnici su zvali policiju, u 16,67 posto internu službu sigurnosti. Samo 5 posto



**Prema rezultatima istraživanja o osjećaju (ne)sigurnosti obiteljskih liječnika u JI Europi 88 posto ih je doživjelo verbalno nasilje, a njih 35 posto fizičko. Liječnici u 27,78 posto slučajeva prijavljuju nasilje, no čak u 72,22 posto to ne čine. U 83,33 posto slučajeva liječnici su nasilje doživjeli u ordinaciji**

liječnika u svojim ordinacijama ima tzv. tihi alarm. Čak 77 posto liječnika nije imalo nikakav oblik edukacije o tome kako reagirati u slučaju napada pacijenta, dok 70 posto ispitanih smatra da nije dovoljno educirano o samozaštitnim mjerama naspram napada pacijenata.

#### **Linija za pomoć**

Balint je iznijela primjer Slovenije u kojoj liječnici obiteljske medicine u svojim ordinacijama imaju instaliran tzv. tihi alarm, dok Britansko liječničko društvo ima 24-satnu telefonsku liniju za pomoć liječnicima u nevolji.

O razbojništвima u ljekarnama te načinima podizanja razine sigurnosti i ponasanju u slučajevima razbojništava, govorio je kriminalist **Dubravko Derk**. On je na primjeru zagrebačkih ljekarni pokazao da su razbojništva u porastu. U 2013.

godini zabilježeno ih je 39, a u 2014. g. 45. U 50 posto slučajeva razbojništvo se dogodilo između 17.30 i 20 sati, u 30 posto između 12.45 i 13 sati, u 2 posto slučaja između 8 i 9 sati prije podne. Kao sredstvo počinjenja u 80 posto slučajeva javlja se pištolj, u 15 posto nož i 18 posto ostala sredstva, među kojima i verbalna prijetnja, istaknuo je Derk.

Sudionici iz brojnih hrvatskih bolnica i domova zdravlja mogli su čuti najnovije trendove o nasilju u zdravstvenim ustanovama, kriminalu naspram zdravstvene djelatnosti, dizajniranju efikasnih zaštitnih infrastruktura u zdravstvenim ustanovama, modelima sigurnog unistavanja medicinske i ostale dokumentacije, informacijskoj i cyber sigurnosti u zdravstvenim ustanovama, protupožarnoj zaštiti, zaštiti na radu i o radnom okolišu u zdravstvu. ■



Dr. JASNA MESARIĆ

Tisućama bolesnika pružena je skrb palijativnog tima Grada Zagreba

# Nezamjenjiva uloga Mobilnog palijativnog tima

Piše: dr. med. ANA TEČIĆ VUGER, ana.tecic@yahoo.com

**Komunikacija i empatija iznimno su važni u brzi za bolesnika. Uz pružanje suportivne terapije i psihološke pomoći, uloga Tima je i povezivanje sa svim sudionicima sustava palijativne skrbi.**  
**Mobilni tim palijativne skrbi osnovan je s namjerom da poboljša kvalitetu života bolesnika i obitelji suočenih s problemima uslijed smrtonosne bolesti, sprječavanja i ublažavanja patnje ranom identifikacijom i pažljivom prosudbom liječenja simptoma, prvenstveno boli, te uz psihosocijalnu, duhovnu i etičku potporu**

„Homo homini - homo est“ ili biti čovjek za drugog čovjeka, možda je pojam koji će najbolje opisati priču o palijativnoj skrbi i Mobilnom palijativnom timu Grada Zagreba, koju donosimo iz prve ruke.

Terminalna faza bolesti posebno je razdoblje u životu neizlječivo oboljelog, razdoblje u kojem nastupa i progredira jasna dezintegracija organizma na svakom planu, razdoblje u kojem prestaju jasne i konkretnе odluke ordinariusa o sljedećem modalitetu liječenja, kada prestaju izračuni o sljedećim dobivenim mjesecima, tjednima i danima, kada se fokus potpuno prebacuje na oplemenjivanje „onoga što je ostalo.“ Ova situacija svoj najopipljiviji oblik dobiva na primjeru terminalno oboljelog onkološkog bolesnika.

Svijest o važnosti požrtvovnog njegovanja svih aspekata zdravlja, u trenutku kada prestaju pokušaji da se ono tjelesno, nepovratno narušeno, produži, uputila je i jasno pitanje – tko se brine o tome? Tu počinje priča o palijativnoj skrbi.

Palijativna skrb, koja predstavlja sveobuhvatnu (zdravstvenu, psihološku, socijalnu i duhovnu) skrb, s ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću koja značajno skraćuje životni vijek, organizirana je i u Republici Hrvatskoj.

Da podsjetimo na važnost ovoga, možda najplemenitijeg dijela liječničkog poziva, te da pružimo korisne informacije svakom kome budu potrebne, ispričat ćemo priču o djelovanju sustava palijativne skrbi u Gradu Zagrebu i o funkcioniranju njegove izvedbene jedinice o kojoj se,

zapravo, malo zna - o Mobilnom palijativnom timu. Da bi čitatelju bila pružena što vjerodostojnija i točnija informacija, a ujedno istaknuta važnost i ozbiljnost teme koju želimo približiti, autorica se u pripremi ovog teksta poslužila odgovorom na svoja pitanja izravno od onih najzaslužnijih – koordinatora i djelatnika sustava palijativne skrbi u Gradu Zagrebu.

## Partenrsko djelovanje

Ravnateljica Doma zdravlja Zagreb Centar, doc.dr.sc.Antonija Balenović, specijalist nuklearne medicine, ističe kako se u Hrvatskoj, u skladu s prijedlogom Strateškog plana razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014. – 2016., taj plan ustrojava prenamjenom postojećih prostornih resursa (npr. doma zdravlja), ospozobljavanjem profesionalaca i kontinuiranim partnerskim djelovanjem svih sektora. Naglašava kako je potreba za strukturiranom palijativnom skrbi velika. Prema konzervativnim procjenama, populaciju kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini 50 - 89 % svih umrutičih bolesnika u RH (26 000 – 46 000), a najmanje 20 % onkoloških i 5 % neonkoloških bolesnika zahtijeva specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana života. Stoga je Dom zdravlja Zagreb Centar 2012. godine osnovao Mobilni palijativni tim, u čiji rad su uključeni i mladi kolege, s ciljem upoznavanja s idejom palijativne skrbi i doeduciranja, a tijekom 2015. godine imenovani su koordinatori za obiteljsku medicinu i za patronažnu službu radi bolje interdisciplinarnе suradnje 100 timova obiteljske medicine i 52 patronažne sestre koje rade u DZ Zagreb Centar te povezivanja s ostalim specijalističkim službama u DZ Centar



ANA BOJANIĆ, dr. med.; LJILJANA HOIĆ, med. sestra; DRAŽENKA TENŠEK, dipl. med.sestra; doc. dr. sc. ANTONIJA BALENOVIĆ, spec. nuklearne medicine; mr. sc. AIDA JELASKA, spec. obiteljske medicine; mr. sc. RENATA MARĐETKO

(psiholozi, psihijatri) i Centrom za koordinaciju palijativne skrbi Grada Zagreba. Brojni liječnici obiteljske medicine, psihijatri i patronažne sestre Doma zdravlja Centar tijekom zadnje dvije godine završili su CEPAMET tečaj „Osnove palijativne medicine“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

### Preopterećene ambulante

**Mr.sc. Aida Jelaska, specijalist obiteljske medicine,** imenovani je koordinator u Službi palijativne skrbi bolesnika Doma zdravlja Zagreb Centar. O tome kako palijativna skrb u Hrvatskoj zapravo nije dovoljno promovirana kaže: „Najveći dio palijativne skrbi realiziraju liječnici obiteljske medicine. Međutim, palijativna medicina interdisciplinarna je grana, na osnovi bolesnik – obitelj – zajednica, u nekoliko različitih oblika i razina, po modelu 24 sata na dan i sedam dana u tjednu te se stoga nemože provesti preko same, često preopterećene ambulante obiteljskog liječnika. Nužno je stoga objedinjeno djelovanje obiteljskog liječnika, bolničkih specijalista, patronažne sestre, obitelji, Ustanove za zdravstvenu njegu u

kući, socijalnih ustanova, volontera, duhovnika i Centra za koordinaciju palijativne skrbi. Mobilni tim palijativne skrbi osnovan je s namjerom da poboljša kvalitetu života bolesnika i obitelji suočenih s problemima uslijed smrtonosne bolesti, sprječavanja i ublažavanja patnje ranom identifikacijom i pažljivom prosudbom liječenja simptoma, prvenstveno boli, te uz psihosocijalnu, duhovnu i etičku potporu. Iako su pogodeni svi organski sustavi i psiha, bolesnici od iste bolesti imaju u različitom okruženju i različitim karakternih psihofizičkim, duhovnim i materijalnim mogućnostima, različite reakcije i potrebe. Za svaku osobu potreban je interdisciplinarni, individualan pristup i koordinirana suradnja svih uključenih djelatnika kroz sve razine zdravstvene zaštite, uključujući i pojedince, udruge i ostale ustanove društvene zajednice. Zadatak je koordinatora službe palijativne skrbi da osigura provođenje i usklađi nadopunjavanje pojedinačnih aktivnosti djelatnika različitih razina zdravstvene zaštite, i to tehnički, vremenski i prostorno. U suradnji s nastavnicima na Katedri obiteljske medicine namjeravamo u edu-

kaciju uvesti i metode komparativne medicine, kako bi se liječnici i ostalo zdravstveno osoblje pobliže upoznali s idejom objedinjenja klasične i komparativne medicine. Ona može imati važno mjesto kao suportivna terapija, čime bi se izbjeglo prepuštanje palijativnih bolesnika neprovjerenom tržištu upitnih pripravaka, od strane nestručnih osoba, koje tek „trguju nadom“. Na Zapadu mnoge osiguravajuće kuće nude pakete zdravstvenih osiguranja koji uključuju te i takve metode poboljšanja zdravstvenog stanja. Palijativnu skrb treba u javnosti promicati kao oblik cijelovitoga stručnog, javnog i humanitarnog djelovanja.“

**Mr.sc. palijativne skrbi Renata Marđetko** voditeljica je Centra za koordinaciju palijativne skrbi u Gradu Zagrebu objašnjava kako je Mobilni tim DZ-a Zagreb Centar jedna od službi palijativne skrbi u Gradu Zagrebu, koje su osnovane kako bi poboljšale kvalitetu palijativne skrbi. Ostale jedinice su Centar za koordinaciju palijativne skrbi, odjel palijativne skrbi u Specijalnoj bolnici za plućne bolesti u Rockefellerovo, tim za palijativnu skrb u KB-u Dubrava, četiri udruge za palijativnu skrb te kreveti za smještaj psihijatrijskih bolesnika u bol-

>>



nici u Vrapču i dementnih bolesnika u bolnici Sv. Josip u Jankomiru. Centar za koordinaciju ima ulogu centra suradnje i povezivanja svih postojećih službi zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi, kao i novonastalih službi palijativne skrbi i volonterskih organizacija, kako bi se stvarala mreža službi, usluga i profesionalaca i pružila kontinuirana skrb na različitim mjestima. Na taj se način preko Centra za koordinaciju, koji je smješten u Ustanovi za zdravstvenu njegu, a osnovao ga je i finansira ga Ured za zdravstvo, želi u Gradu Zagrebu razvijati palijativna skrb na svim potrebnim razinama, kako na razini primarne zdravstvene zaštite, u bolnicama i institucijama za trajni smještaj, tako i na razini edukacije, podizanja svijesti i poticanja volontiranja i doprinosa zajednici.

## Neizlječiva bolest

Centar za koordinaciju od početka djelovanja 2012. godine svakodnevno surađuje s Mobilnim timom DZ-a Zagreb Centar i timom volontera u palijativnoj skrbi Franjevačkog svjetovnog reda. Redovitim sastancima, zajedničkom edukacijom i suradnjom u samoj skrbi za bolesnika i njegovu obitelj, djeluje se po principima multidisciplinarnog rada. Bez obzira na to kome se bolesnici, obitelji ili profesionalci obrate za pomoć, timovi se prema potrebi i prilikama uključuju u skrb te zajedno s postojećim lokalnim službama nastoje pružiti što cjelovitiju i trajniju skrb za bolesnike s neizlječivom, uznapredovalom bolešću i za njihove obitelji. Kako je Grad Zagreb puno veći i ima veći broj stanovnika i kompleksniju organizaciju skrbi od drugih gradova u Hrvatskoj, pošteno je reći da je u njemu i razvoj palijativne skrbi puno veći izazov nego u drugim područjima. Stvaranje suradnje i kontinuiteta skrbi, edukacija o specijalističkoj palijativnoj skrbi i podizanje svijesti iziskuju puno vremena i inicijative svih slojeva društva, ali može se reći da Grad Zagreb i Ured za zdravstvo pokreću vrijedne inicijative koje će rezultirati razvojem sustava palijativne skrbi, a ne samo sporadičnim i nekoordiniranim službama i timovima.

**Sestra Ljiljana Hoić** djeluje u samom Mobilnom timu „na terenu“. Uz liječnika, voditelja tima, preuzima skrb za bolesnika u trenutku potrebe. Kada palijativni tim preuzme skrb za bolesnika, on i dalje ostaje pacijent svog liječnika primarne zdravstvene zaštite, koji ga vodi, ali u suradnji s timom koji na dnevnoj razini i s obzirom na prilike, upućuje obitelj i bolesnika na koji je način najbolje poboljšati kvalitetu života. Obično je na prvom mjestu sanacija боли, ali i poštivanje svih bolesnikovih odluka za njegovo dostojanstvo kao čovjeka. Pri prvom dolasku u kuću, Tim najčešće nailazi na strah, ljutnju, šok, nevjericu i zabrinutost pa tek nakon iscrpnog razgovora, u kojem se i bolesnika i obitelj uvjeri da će Tim biti tu za njih u svakom trenutku te da se mogu na nj obratiti kad god žele, počinje borba za dostojanstvo bolesnika života. Komunikacija i empatija iznimno su važni u brizi za palijativnog bolesnika. Uz pružanje suportivne terapije i psihološke pomoći, uloga Tima je i povezivanje sa svim sudionicima sustava palijativne skrbi. Tim također dolazi na Odjel internističke onkologije Klinike za tumore Zagreb i preuzima bolesnike neposredno prije njihova otpuštanja s odjela. Ovo preuzimanje se u praksi pokazalo jako dobrim, jer oboljeli i njegova obitelj imaju prave informacije i pomoć cijelo vrijeme, u kontinuitetu, bez razdoblja nesigurnosti i nejasnoća. Ovom razinom komunikacije uvelike se smanjuje potreba odlaska u hitne službe u trenucima kada obitelj ne zna što bi i kako bi dalje postupala. Osim na ovaj način preuzimanja, bolesnik može doći u skrb Tima po preporuci specijalista, liječnika obiteljske medicine, patronažne službe, zdravstvene njegе u kući, a može se i sam javiti. Unatoč tome što Tim postoji više od tri godine te što su tisuće bolesnika i njihovih obitelji prošli kroz njegovu skrb, još uvijek je jako puno onih kojima pomoći Tim treba, a ne znaju da taj postoji. Iskustvo je pokazalo kako iz perspektive ljudi koji su oboljeli od neizlječivih bolesti i njihovih obitelji, sve od trenutka

kad je postavljena dijagnoza pa do trenutka završetka žalovanja, Tim ima nezamjenjivu ulogu. Svojom prisutnošću, stručnošću, komunikativnošću, ali nadasve čovječnošću, postaje svojevrstan “vanjski” dio obitelji, koji je tu kad god zatreba, koji prati stanje, pomaže i brine se, spreman je u svakom trenutku pružiti potrebnu pomoć.

## Vulnerabilne skupine

Dakle, rad je primjetan,iza rada stoje ljudi. Uz zahvalu sugovornicama na vrijednim informacijama prenesenim u ovom tekstu, napomenut ćemo još da podaci o uzrocima smrti, hospitalizacijama radi zločudnih bolesti i troškovima zbrinjavanja palijativnih bolesnika jasno opisuju sadašnje stanje. Oni ukazuju na potrebu jačanja interdisciplinarnе suradnje, povećanja bolničkih kapaciteta za palijativnu skrb, izrade normi, standarda, kriterija, protokola i smjernica, sireg involviranja civilnog društva – volontera, jače promocije djelatnosti i brojnih drugih elemenata. Stoga je osmišljen plan i jasno su zacrtani budući ciljevi palijativne skrbi. Oni uključuju kontinuiranu edukaciju svih sudionika palijativne skrbi (zdravstvenih radnika, suradnika, građana), izradu edukacijsko-promotivnih materijala, osiguranje pružanja palijativne skrbi, utvrđivanje umrlih prema dobi, dijagnozi i mjestu smrti, eventualno utvrđivanje potreba vulnerabilnih skupina, praćenje i znanstveno vrednovanje (izrada standardizirane dokumentacije o praćenju bolesnika) te poboljšanje umrežavanja svih elemenata organizacije palijativne skrbi (bolnički tim, timovi doma zdravlja, kućne posjete, posudionice pomagala, savjetovališta...).

Time će se podići kvaliteta već postojećega, strukturiranog i progresivno napredujućeg sustava, a sve u cilju zaštite dostojanstva i integriteta krajnjeg korisnika, terminalnog bolesnika, na veliko osobno i kolektivno zadovoljstvo svih sudionika u tom dinamičnom procesu. ■



SZO-ov sastanak radi HIV savjetovanja u Kazahstanu

# Testiranje i validacija eliminiranja prijenosa sifilisa i HIV-a s majke na dijete

TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr.med., specijalist epidemiolog, voditeljica Odjela za promicanje odgovornog spolnog ponašanja sa savjetovalištem, HZJZ tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

Predstavljene su nove smjernice SZO-a za testiranje na HIV, kojima je među ostalim uvedena nova terminologija - HIV Testing Services (HTS).

Naglasak je bio na unapređenju kvalitete testiranja, testiranju u zajednici, poboljšanju učinkovitosti te novim pristupima povećanju obuhvata testiranjem korištenjem novih tehnologija

Na poziv organizatora dr. Lali Khotenashvili iz Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za Europu, predstavnici HZJZ-a i SZO Kolaborativnog centra za jačanje kapaciteta praćenja HIV/AIDS-a SNZ-a sudjelovali su na konzultantskom sastanku na temu HIV savjetovanja i testiranja i eliminacije prijenosa s majke na dijete sifilisa i HIV-a koji se održanom u prosincu 2015. u Astani, Kazahstan (Technical Consultations on WHO consolidated guidelines on HIV testing services and MTCT of HIV and congenital syphilis).

U prvom dijelu sastanka predstavljene su nove SZO smjernice za testiranje na HIV (WHO Consolidated HTS guidelines), kojima je među ostalim uvedena nova terminologija - HIV Testing Services (HTS). Naglasak je bio na unapređenju kvalitete testiranja, testiranju u zajednici, poboljšanju učinkovitosti (testiranja ključnih populacija, povezivanje sa skrbi) te novim pristupima povećanju obuhvata testiranjem korištenjem novih tehnologija (mobilne aplikacije za ključne populacije, samotestiranje).

## Zakonske prepreke i stigme

U prezentacijama nacionalnih predstavnika i raspravi zaključeno je da je potrebno i dalje ulagati napore u poboljšanje HTS sukladno nacionalnoj epidemiološkoj situaciji i potrebama kroz poboljšanje dostu-

pnosti i prihvaćenosti, u povećanje opsega i dijapazona usluga, smanjenje zakonskih prepreka i stigme, te u edukaciju i diseminaciju informacija donosiocima odluka i ključnim populacijama. Vezano za samotestiranje (self-testing) i angažiranje laika za testiranje, stavovi/mišljenja pojedinih zemalja nisu jedinstveni i ima otvorenih pitanja (trenutno je u Europi samotestiranje dostupno u Francuskoj, u ljekarnama, i legalno se testovi mogu nabaviti u Velikoj Britaniji preko interneta). U Hrvatskoj djeluje mreža savjetovališta za HIV gdje se osobe u većem riziku mogu besplatno i anonimno testirati na HIV, a udruge su uključene u preventivne aktivnosti te nadopunjaju zdravstveni sustav u ovom segmentu, što je ugrađeno u novi Hrvatski nacionalni program za prevenciju HIV/AIDS-a 2016. - 2020. koji je trenutno u postupku e-savjetovanja.

## Izvedivost validacije

Sastanku su prisustvovali predstavnici iz 15 zemalja Istočne Europe i Središnje Azije (Armenija, Azarbeidžan, Bjelorusija, Estonija, Gruzija, Kazahstan, Kirgistan, Moldova, Rusija, Tadžikistan, Turkmenistan, Ukrajina, Uzbekistan, Litva, Latvija), izabranih zemalja središnje i zapadne Europe (Danska, Hrvatska, Srbija, Nizozemska, Poljska, Bugarska, Španjolska, Slovačka, Velika Britanija), civilnog društva i udruga



U prvom redu treća slijeva: glavna organizatorica dr. Lali Khotenashvili iz Regionalnog ureda SZO-a za Europu

koje rade u području prevencije HIV-a i zaštite osoba koje žive s HIV-om, međunarodnih organizacija (UNAIDS, UNICEF, UNFPA, GF) te SZO kolaborativnih centara iz područja prevencije HIV-a i spolno prenosivih infekcija.

Drugi dio sastanka bio je posvećen praćenju napretka i podrške jačanju kapaciteta za validaciju eliminiranja vertikalnog prijenosa sifilisa i HIV infekcije u Europi. Prezentirane su smjernice, alati i iskustva zemalja u kojima je pilotiran (Moldova, prosinac 2014.) i proveden (Bugarska – listopad 2015., Bjelorusija studeni 2015.) postupak validacije eliminiranja. Raspravljaljalo se o izvedivosti validacije (primjerice nemaju sve države nacionalne podatke o testiranjima trudnica na HIV i sifilis, neke zemlje imaju problem s epidemiološkim podacima itd.). Velika većina zemalja je izjavila da su zainteresirane i

spremne za validaciju eliminiranja prijenosa sifilisa i HIV-a s majke na dijete u 2016., odnosno 2017. godini.

Hrvatska ima povoljno epidemiološko stanje za prijavu SZO-u za validaciju eliminiranja prijenosa s majke na dijetesifilisa i HIV-infekcije. Sifilis: malen i sporadičan broj prijava slučajeva (u prosjeku 40 prijava godišnje), bez slučajeva kongenitalnog sifilisa (od 2000.-2015.: 1).

#### HIV pozitivne trudnice

HIV: niska učestalost HIV infekcije u zemlji i među ženama (u prosjeku 80 prijava godišnje, 87% svih prijava muškarci), perinatalni prijenos HIV infekcije jako je rijedak (u prosjeku 3 HIV pozitivne trudnice koje su rodile godišnje, 1 HIV pozitivno dijete u 5-7 godina); dobro pokazatelji liječenja i skrbi HIV pozitivnih trudnica i prevencije vertikalnog prijenosa HIV-a). Iako ne-

mamo sve tražene indikatore (primjerice nemamo podataka o testiranju trudnica na sifilis i HIV na nacionalnoj razini jer nije zakonska obaveza testirati sve trudnice već prema medicinskoj indikaciji sukladno Programu mjera iz 2006. , , zatim potrebno je uvesti nacionalne smjernice za standardne metode i algoritme za dijagnostiku sifilisa), podaci bi se mogli prikupiti u suradnji s Hrvatskim zavodom za transfuzijsku medicinu (u praksi se većina ili gotovo sve trudnice testiraju na sifilis) i testiranjem svih trudnica na HIV kroz ograničeno razdoblje kako bismo dokazali prevalenciju. Mogućnosti validacije razmotrit će se među relevantnim stručnjacima i institucijama (stručna društva HLZ-a, Referalni centri MZ-a, SNZ SZO kolaborativni centar za jačanje kapaciteta praćenja HIV/AIDS-a, HZJZ... ) te na sastanku Povjerenstva za suzbijanje HIV/AIDS-a. ■

Pregled aktualnih problema u prijetransplantacijskoj obradi bubrežnih bolesnika

# Per aspera ad astra ili od dijalize do transplantacije

Piše: LADA ZIBAR, lada.zibar@gmail.com

Osim starijih, velika je populacija bolesnika s popratnim bolestima koje bi se donedavno izostavilo iz poola kandidata (eligible) za prijetransplantacijsku obradu (PTO). Danas diagnosticiramo komorbiditet, rješimo rješivo i bolesnika uvrštavamo na „listu“, a poslijetransplantacijska nam statistika potvrđi opravdanost ovakvog postupka

**H**rvatska je na svjetskom vrhu po transplantacijama (TX) organa i na tom se tronu „drži“ posljednju petoljetku. „Opt-out“ zakon o donorima organa, uvođenje bolničkih koordinatora i pristupanje Eurotransplantu (ET) ključni su događaji koji su nas doveli do ovakvog rezultata. No, ostali bi samo slovo na papiru bez entuzijazma članova TX timova, beskrajnog, gotovo bezimenog i teško mjerljivoga. No, susrećemo se s novim posljeđičnim „problemom“. Hrvatska, naime, trenutačno ima vrlo malen broj bolesnika na popisu čekanja („listu“) za bubrežnu TX (111, 31. prosinca 2015.). A u 2015. je u Hrvatskoj presaćeno 208 bubrega. Bolesnici s „listi“ bivaju gotovo promptno transplantirani. Izvrsno! Gdje je tu problem? Nije li nam to bio cilj?

## Marginalni primatelji

Mogućeg kandidata za bubrežnu TX danas vidimo u svakome komu bi TX osigurala bolju životnu kakvoću i bolje preživljenje. Medijan preživljjenja na kroničnoj dijalizi značajno je kraći nego nakon TX. Ipak, postoji nesukladnost između obilježja ovih bolesnika (TX vs dijaliza), budući da bi transplantirani već samim tim što su uopće uspjeli biti kandidati za TX imali i na dijalizi dulje preživljenje. U ET se provodi tzv. „senior program“, u okviru kojega se bubrezi transplantiraju starijim primateljima, a s dobrim rezultatima. Osim starijih, velika je populacija bolesnika s popratnim bolestima koje bi se donedavno izostavilo iz poola kandidata (eligible) za prijetransplantacijsku obradu (PTO). Danas diagnosticiramo komorbiditet, rješimo rješivo i bolesnika uvrštavamo na „listu“, a poslijetransplantacijska nam statistika potvrđi opravdanost ovakvog postupka.

tacijska nam statistika potvrđi opravdanost ovakvog postupka.

No kako se takva obrada ne dogodi „preko noći“, a složenijih je bolesnika nadmoćno sve više, dinamika prispjelih na „listu“ nije na zavidnoj razini. Popis pretraga jasan je i usklađen na državnoj razini. U praksi većina kandidata izlazi iz okvira predviđenih pretraga zbog nađenih komorbiditeta.

Ministarstvo zdravstva se angažiralo u poticanju na brže i učinkovitije obrađivanje bolesnika za „listu“ i TX bolnicama dodjelilo dijalizna središta prema regionalnoj blizini radi pomoći i podrške u PTO. Tako je Klinički bolnički centar (KBC) Osijek, kao jedna od četiri hrvatske bolnice u kojoj se izvodi bubrežna TX, prihvatio pomoći dijalizama u okruženju. zajedno s osječkom dijalizom, radi se o 378 bolesnika (za 31. siječnja 2016.). Samo je 7 % tih bolesnika (njih 25) na „listi“ čekanja za bubrežni TX, a u PTO-u ih je još 79 (21%). Ovih 79 bi zvučalo optimistično, kad ne bi bili svjesni problema u PTO.

## Složenija obrada

U skladu s napuštanjem tzv. paternalističkog koncepta u odlučivanju, prema kojemu „doktor zna najbolje“, zalažemo se za sudjelovanje bolesnika u izboru dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Bolesnici sa završnim stupnjem kronične bubrežne bolesti svojim potpisom izražavaju želju i suglasnost za PTO. Budući da je apsolutnih kontraindikacija (KI) za bubrežnu TX tek nekoliko (zločudna bolest, HIV, aktivna sustavna infekcija i bilo koja bolest s očekivanim trajanjem života kraćim od dvije godine), svim bolesnicima koji iska-

žu želju za PTO-om, dužni smo ju i provesti. U kojoj su mjeri katkad takvi pristanci odraz nerealnih očekivanja, govori podatak da je od 42 bolesnika s osječke dijalize (kojih je ukupno 157, a 14 na listi čekanja; podaci za veljaču 2016.), prema mišljenju TX tima, za njih čak 10 vrlo izvjesno da će se tijekom PTO-a naći (zapravo samo potvrditi preciznijom dijagnostikom) nerješiv problem. Tako deduktivni pristup pukim ispunjavanjem zahtjeva s popisa 30-ak pretraga za sve kandidate prelazi u induktivni, prilagođen svakom bolesniku posebno, a što produljuje obradu i čini ju složenijom, a rezultat neizvjesnijim. Podsjecam zašto je ovakva obrada tako važna. Zato što je transplantiranomu nužna imunosupresija radi prevencije odbacivanja presatka, a ta je terapija praćena brojnim neželjenim nuspojavama kao što su infekcije, zločudne bolesti i poremećaji poput hiperlipidemije i šećerne bolesti koje povećavaju rizik srčanožilnih komplikacija. Da bi se prevenirala njihova incidencija potrebno je otkriti one koje bi TX mogla ugroziti umjesto donijeti im dobrobit. KBC Osijek najmlađa je TX bolnica u Hrvatskoj (prva bubrežna TX učinjena je koncem 2007. godine). U veljači 2016. imali smo stotu TX, na što smo ponosni, iako priželjkujemo veću incidenciju. Za hrvatske prilike svakako je iznimno povoljno da za PTO ne postoji nekakvo „usko grlo“ koje bi nam otežavalo i produljilo obradu, poput ultrazvuka srca, kolor-doplera ili kompjutorizirane tomografije. Unatoč tomu PTO je spora. Poteškoće s kojima se susrećemo podijelila sam u tri velike kategorije (Tablica 1.).

**Tablica 1. Problemi u PTO bolesnika za bubrežnu TX (Zibar L., 2015.)**

Komorbiditeti i dob
Vrijeme
Nesuradljivost

Dob nije KI za TX, ali je starija životna dob praćena češćim i težim komorbiditetima, koji nerijetko bivaju nepremostivi. Kako je dobna slika naših kandidata u području senija, tako su i komorbiditeti na koje nai-lazimo karakteristični za starije stanovništvo. Medijan dobi bolesnika na kroničnoj dijalizi u KBC-u Osijek je 68 godina. To znači da je 50 % njih starijih od te dobi.

**Medijan dobi bolesnika na kroničnoj dijalizi u KBC-u Osijek je 68 godina. To znači da je 50% njih starije od te dobi. Manje od 10 % ih je u radnom odnosu.**

U tablici 2. navedeni su komorbiditeti prepoznati u praksi, i to oni koji nalažu dodatnu dijagnostiku i/ili terapiju.

**Tablica 2. Komorbiditet kao relativna KI za bubrežnu TX (iskustvo KBC-a Osijek)**

Srčanožilne bolesti
Zločudne bolesti
Infekcije
Poremećaji odvodnih mokraćnih putova
Hiperparatiroidizam
Pretilost
Psihički i intelektualni poremećaji
Poremećaji u laboratorijskim, fizikalnim i drugim nalazima

Srčanožilne bolesti koje nalazimo, a zahtijevaju obradu mimo prвobitnog popisa pretraga, obuhvaćaju koronarnu bolest, bolesti zalistaka, srčanu dekompenzaciju, cerebrovaskularnu bolest, generaliziranu aterosklerozu i poremećaje srčanog ritma. Koronarografija je predviđena iznimno (Tablica 3).

**Tablica 3. Indikacije za koronarografiju u PTO za bubrežnu TX (u KBC Osijek)**

Dob ≥ 65 godina
Šećerna bolest
Anamnestički koronarna bolest
Simptomi i znakovi koronarne bolesti
Druga srčanožilna bolest

Pregledom smjernica izvan Hrvatske (europskih, američkih, kanadskih, UpToDate) nalazimo slične preporuke. Nažalost, većina bolesnika s indikacijom za PTO ima indikaciju za koronarografiju. Koronarografski nalaz često zahtijeva perkutanu ili kiruršku intervenciju, ili je, nažalost, bolest inoperabilna. Pa je tako dinamika obrade, povećanja broja

bolesnika na listi čekanja, već samo problemom vezanim za koronarnu bolest usporena ili zaustavljena u velikog dijela kandidata.

## Učestalost zločudnih bolesti

Učestalost zločudnih bolesti poprima gotovo epidemiske razmjere. Ne samo onih koje su postojale u nekom trenutku prije PTO-a, nego novootkrivenih tijekom same PTO. Ovo nisu anegdotalni slučajevi, incidencijom prelaze i okvire *case series*, tek je vrsta tumora katkad pojedinačni slučaj. Ovo će ilustrirati slučajevima iz osječkog iskustva. Karcinom urotela, ne samo u bolesnika s endemskom nefropatijom (EN). Preporuka je u EN učiniti obostranu nefroureterektomiju. Karcinom debelog crijeva, tek *in situ*, ali produljuje i odgađa PTO. Karcinom bubrega, odgoda 2 do 5 i više godina. Karcinom pluća, ubrzo sa smrtnim ishodom. Karcinom prostate, radikalna prostatektomija, čekat će se barem pet godina na nastavak PTO. Ako!? Done-davno je karcinom prostate bio KI za TX, zauvijek. Tek odnedavno mijenjamo stav. Karcinom dojke, u nekoliko pacijentica. U mlađe je žene tijekom PTO-a nađen limfom u tonsili. Čekala je dulje od pet godina, sada je uspješno transplantirana. Sasvim recentno velik retroperitonejski-liposarkom. Ubrzo je preminuo. Vrijeme čekanja za uvrštenje na „listu“ čekanja nakon pojedinih vrsta zločudnih bolesti određeno je smjernicama, ali ne na precizan način, tako da kliničaru koji vodi obradu, kao i specijalistu za određeni malignom, ostaje odlučiti koliko čekati unutar predviđenih okvira.

## Nefrektomija, infekcije

Bolesnici s autosomno dominantom policišćnom bubrežnom bolesti nerijetko trebaju nefrektomiju, jednostranu ili obostranu, zbog različitih indikacija (krvarenja, infekcije cista, rezistentna hipertenzija, veličina samih bubrega koji ne ostavljaju fizičkog mjesta za presadak ili ometaju disanje). Ovakav zahvat produljuje PTO i odgađa uvrštenje na „listu“ za nekoliko mjeseci. Nefrektomija je katkad potrebna i u slučajevima kroničnih bubrežnih infekcija, osobito na podlozi nefrolitijaze ili anomalija mokraćnog sustava. Problem anomalija i poremećaja odvodnih

&gt;&gt;

mokraćnih putova, poput neurogenog mjejhura i prethodnih već neuspješnih kirurških intervencija zbog vezikoureteralnog refluska, strikture uretre ili pak zločudnih bolesti toga područja, poseban je i često nerješiv problem. Nažalost, ovakvi bolesnici rijetko završe na „listi“. Iako, teoretska rješenja o mogućim derivacijama mokraće nakon TX-a uglavnom postoje, postupci kojima se to i realizira često su multilirajući, složeni, praćeni komplikacijama i neizvjesnog ishoda.

Prethodni TX ponekad predstavlja dodatan problem zbog komplikacija koje su uslijedile, poput krvožilnih tromboza s posljedičnim žilnim premosnicama, žilnim graftovima, stentovima, zatim neprikladnih aterosklerotično promijenjenih i kalcificiranih, dakle „potrošenih“ krvnih žila. Ovakve situacije često realno znače i KI za „listu“. Prethodni presadak sam po sebi rijetko predstavlja konačnu prepreku novomu, ali ga katkad potreba za graftektomijom odgađa, što zbog samog zahvata, a što zbog indikacije poput odbacivanja, opstrukcije ili infekcije, ili potrebe za fizičkim mjestom za novi graft.

Infekcije, akutne i kronične, epidemiološki predstavljaju veliko opterećenje u „moru“ komorbiditeta ovih bolesnika, a svaka infekcija ujedno predstavlja odgodu TX, odnosno uvrštenja na „listu“ čekanja. Iako se samo sustavna infekcija smatra absolutnom KI za TX, sve ostale su infekcije ipak relativne KI, i zahtijevaju vrijeme, i za liječenje i za dijagnostiku. Srećom je virusnih hepatitisa među dijaliziranim sve manje, no ipak ih još uvijek ponekad otkrivamo.

### Hiperparatiroidizam, pretilost, duševne bolesti

Sekundarni hiperparatiroidizam (SHPT) prema smjernicama ne odgaja uvrštenje na „listu“, ali... U većine se nakon TX stvaranje parathormona smanjuje, kalcijemija i fosfatemija normaliziraju, a koštana bolest popravlja. Ipak, u 5-10 % bolesnika zaostaje hiperkalcijemija, uz hiperparatiroidizam. Posljedično se ubrzava osteoporozu, pogoršavaju žilne kalcifikacije i nefrokalcinozu, a to može ubrzati gubitak presatka. Paratiroidektomija nakon TX-a također može

pogoršati funkciju grafta. Rezultat je navedenoga da je katkad poželjno radikalnije liječiti SHPT prije TX.

Pretilost je sljedeći problem. Preporuka za bubrežnu TX je indeks tjelesne mase manji od 30 kgm<sup>-2</sup> tjelesne površine, a redukcija tjelesne mase je ponekad „nemoguća misija“.

Psihoteze su donedavno predstavljale KI za TX. Danas je to relativno, pa tako u bolesnika u dugotrajnoj remisiji provodimo PTO. Ipak, taj PTO je „opterećen“ dijagnozom psihoteze, pa je sporiji i isprekidaniji. Mentalna retardacija je povjesno također kontraindicirala TX, no u slučaju da se roditelj ili skrbnik može prikladno brinuti za uzimanje imunosupresivnih lijekova, kontrolne preglede i ostalo potrebno transplantiranom bolesniku, PTO se provodi.

### Problem produljenja obrade

Mnoge probleme koje susrećemo možemo svrstati u jedinstvenu kategoriju „vrijeme“. To su npr. vrijeme nakon zločudne bolesti, nakon srčanožilnog događaja ili intervencije, do kirurškog zahvata i nakon njega ili do prispjeća nalaza već obavljene pretrage. Zatim vrijeme za popravljanje zubi, nakon peritonitisa na peritonejskoj dijalizi, nakon infekcije, nakon patološkog laboratorijskog nala-

za do kontrole, za kontrolnu endoskopiju te za ponavljanje zastarjelih nalaza.

PTO je nerijetko praćena bolesnikovom nesuradljivošću. Zbog straha, lošeg prethodnog iskustva, nerazumijevanja, nepovjerenja, obiteljske situacije, problema na poslu ili financijskih okolnosti. I, konačno (premda se čini da je beskonačno), i sam PTO ima svoje komplikacije, ipak rijetko teške i smrtonosne, ali i takve (smrt nakon kirurškog zahvata koronarnih premosnica ili velik retroperitonejski hematom nakon nefrektomije).

Hoće li Hrvatska i dalje biti vodeća u europskim i svjetskim razmjerima po broju TX bubrega ovisi o broju kandidata na „listi“ čekanja, a taj je broj sve manji. Nefrolozi su oportunistički od obiteljskih liječnika preuzeli menadžersku ulogu u vođenju PTO, kao izraz benevolencije u nastojanju što učinkovitije i brže obrade. Liječnici obiteljske medicine često toga nisu niti svjesni. Nefrolozi time istodobno pružaju bolesnicima šansu za bržu TX kao i sustavnije dijagnosticiranje i liječenje komorbiditeta. Nažalost, upravo ti komorbiditeti, kao i dobna struktura, predstavljaju našu realnost. Pa nam je često od dijalize do „liste“ čekanja i do TX kao preko trnja do zvijezda. ■







**Prof. dr. Ruža Sabol pokretač je humanitarne akcije za borbu protiv raka dojke Dan narcisa**

# Svestrana liječnica i humanitarka velikog srca

Prof. dr. sc. TOMISLAV SABLJAK, član suradnik HAZU-a



Prof. dr. Ruža Sabol  
(1929. - 2015.)

**Uz impresivnu liječničku karijeru, bila je i osnivačica prvog ženskog radio kluba, a kontakt sa svojim pacijentima uspostavljala bi po potrebi i radio stanicom**

Značajno ime moderne hrvatske medicine, prof. dr. Ruža Sabol, rođena je u mjestu Kuzma na samom sjeveru Slovenije uz austrijsku granicu i u blizini Mađarske. Kao dijete dolazi u Zagreb, gdje pohađa osnovnu školu, a potom i Školu za fizioterapeute u Bolnici Sestara milosrdnica u Vinogradskoj, gdje je Odjel za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju vodio prof. dr. Jozo Budak. Svestranošću svojih interesa na području medicinskih znanosti i upornim istraživačkim radom, završava studij medicine, započinje s radom na području rehabilitacije i specijalizira fizikalnu medicinu. Nakon završenog Medicinskog fakulteta, upisuje Fakultet za defektologiju.

## Studij u Houstonu i Oxfordu

Na stručno usavršavanje odlazi najprije u Dansku, zatim Švedsku. Doktorira 1975. u Ljubljani s temom "Studij funkcije ruke u bolesnika s progresivnim i degenerativnim neuromišićnim bolestima" i postaje primarijus. Godine 1980. odlazi na studij u Houston i 1993. u Oxford. Postaje voditeljica Službe za rehabilitaciju središnjeg Instituta za tumore i slične bolesti (1978. -1990.). Izvanredni je profesor na Fakultetu za defektologiju (1974.-1990.) i pročelnica Odsjeka za tjelesnu invalidnost Fakulteta za defektologiju. Objavljuje znanstvene radove u zemlji i inozemstvu: 86 znanstvenih i 40 stručnih radova citiranih u stranim časopisima. Koautorica je u knjigama "Klinička onkologija" (1994.) i "Comparative Reading and Learning Difficulties" (Toronto, 1981.). Član je Hrvatskog liječničkog zbora i dobitnica brojnih domaćih i stranih nagrada i priznanja. Predavala je na mnogim inozemnim i domaćim sveučilištima i medicinskim centrima. S dr. Miroslavom Prstačićem objavila je dvojezično izdanje (na hrvatskom i engleskom) "Psihosocijalna onkologija i rehabilitacija" (2006.). Sa studentima Edukacijsko rehabilitacijskog fakulteta 5. travnja 1997. pokrenula je humanitarnu akciju za borbu protiv raka dojke Dan narcisa, koji se svake godine obilježava u mjesecu ožujku i ta se akcija proširila i na druge

gradove u Hrvatskoj. U sklopu Instituta za tumore utemeljena je 1977. pod vodstvom svestrane Ruže Sabol, profesorice defektologije, fizikalne medicine i rehabilitacije - Klinička jedinica za rehabilitaciju onkoloških bolesnika. Bila je glavni inicijator uvođenja neprofitnih i humanitarnih programa udruge invalida (distrofija, spinalnih ozljeda, rehabilitacije žena liječenih od raka dojke). Svoj rad usmjerila je na medicinsku rehabilitaciju, psihosocijalnu rehabilitaciju i na znanstveni rad. Prva je predsjednica Hrvatske udruge prevencije raka dojke, članice Europske koalicije borbe protiv raka dojke - Europa Donna i aktivna članica nemedicinskog programa rehabilitacije – Reach to Recovery. Njezin interes proširen je i na palijativnu skrb; bavila se problemima hospicija i bila je počasni član na Drugom kongresu palijativne skrbi (Zagreb) u povodu Svjetskog dana hospicija, 11. listopada.

## Uvijek na usluzi pacijentima

Profesorici Sabol krasi znanstvena akribija i nevjerljivu želju za novim spoznajama u medicini, ali i u drugim oblastima. Malo se zna da je od 1955. bila član Saveza radioamatera i Radio kluba "Zagreb", da je osnivačica prvog ženskog radio kluba i da je koautor knjige prof. dr. Bože Metzgera "Radio prirodnik za amatore i tehničare" (1985.).

Nikada nije prekidala vezu s bolesnicama koje je liječila, uvijek im je bila na usluzi, posjećivala ih i održavala vezu čak i radio stanicom, koja je uvijek bila dostupna onima koji su trebali njezinu pomoći, savjet ili samo lijepu riječ. Bila je pretplatnik na koncerte u Lisinskom i predstava u HNK-u, voljela je i slikarstvo i znala bi katkada reći – Umjetnost, glazba, knjiga, slika - čine čovjeka boljim i zdravijim. Ta neobično marljiva, hrabra, samostalna žena, znanstvenica, liječnica, nesobično je posvetila svoje umijeće, cijeli svoj život, upravo zdravlju žena. ■

Pomoć u centru za izbjeglice u Slavonskom Brodu pružao je tim od 400 ljudi

# Pobjeda humanosti i plemenitosti

Piše: ANA BRECHELMACHER

ana\_brechelmacher@yahoo.com

**U timovima obiteljske  
i hitne medicine  
izmjenjuju se liječnici  
iz velikog dijela  
Hrvatske: Zagreba,  
Varaždina, Križevaca...  
Svi do jednog su  
pokazali veliko srce i  
profesionalnost.**

**Većina migranata koji  
zatraže medicinsku  
pomoć mlađe je ili  
srednje životne dobi,  
dakle razmjerno  
zdrava populacija, bez  
komorbiditeta**

Slavonskobrodski prihvatno-tranzitni centar Republike Hrvatske za izbjeglice započeo je s radom 2. studenoga 2015., a već sljedećeg dana otvorio je svoja vrata za prvi tisuću izbjeglica. Od početka migracijske krize do 19. siječnja 2016. ušlo je u Hrvatsku 597 566 migranata. Iako je zadnjih mjesec dana broj izbjeglica u padu, svakodnevnoih kroz kamp prođe oko 3000. Kamp je predviđenog kapaciteta za 5 000 ljudi u dolasku i 5 000 u odlasku. Izbjeglice dolaze vlakom ili organiziranim autobusima iz Srbije te nastavljaju put prema Sloveniji i Austriji. Po dolasku prolaze obveznu registraciju, a nakon toga ih čekaju grijani šatori s krevetima, hranom i zdravstvena pomoć.

## Rad u tri smjene

Dolazak i odlazak izbjeglica iz tranzitnog centra do sada je protekao bez većih incidenta. Na pružanju pomoći i održavanju reda angažirano je 400 osoba koje rade u dvije ili tri smjene. Uz policajce i zdravstvene timove, u Centru djeluju i razne nevladine udruge kao što su Međunarodne udruge liječnika bez granica (Magna), Unicef i Crveni križ. Sve udruge odlično surađuju, a svoj posao obavljaju na najvišoj stručnoj razini kako bi izbjeglicama što više olakšali putovanje. Jedan je od takvih primjera organiziranje malog vrtića. Svoje mjesto u kampu našla je

i ženka psa koja sve svakodnevno uveseljava te su joj pripadnici Inženjerske pukovnije Hrvatske kopnene vojske izgradili kućicu za zimske dane.

Zdravstvena služba u tranzitnom centru organizirana je u dvije smjene. U svakoj smjeni pomoći pružaju po jedan tim obiteljske medicine, hitne medicinske pomoći i bolničke zdravstvene zaštite. Tim obiteljske medicine pruža pomoći odmah po dolasku izbjeglica na terenu, a pomaže im tim hitne medicinske pomoći koji je odgovoran i za prijevoz pacijenata u bolnicu. Udruga Magna odraduje važan dio posla zbrinjavajući djecu. Prednost je ovako organizirane zdravstvene službe, za razliku od Opatovca, stacionar u kampu gdje se može odraditi velik dio posla te neposredna blizina bolnice. Također se u kampu svakodnevno vrši sanitetski nadzor i zaštita.

Većina migranata koji zatraže medicinsku pomoći mlađe je ili srednje životne dobi, dakle razmjerno zdrava populacija, bez komorbiditeta. U slučaju odlaska pacijenta na bolničko liječenje, obitelj pacijenta bude zadržana i zbrinuta do njegova povratka. Tegobe pacijenata najčešće su uzrokovane infekcijama gornjeg respiratornog sustava i probavnog sustava te dehidracijom i umorom. Za sada nema epidemije zaraznih



Prostorija u stacionaru za pregled i opervaciju namijenjena pedijatrijskim pacijentima (izvor: google.hr)



bolesti. Većina pacijenata se upućuje na bolničko liječenje radi redovne dijalize, ginekološkog pregleda ili traume. Velik je problem jezična barijera jer pacijenti govore farsi ili arapski, rijetko engleski jezik. Uz pomoć prevoditelja sastavljen jelinekološki upitnik na farskom jeziku s hrvatskim prijevodom te kratak farsko-hrvatski rječnik s osnovnim simptomima.

### Veliko srce i profesionalnost

Prevoditelji danonoćno pomažu u radu te su dostupni i na osobni broj mobitela u bilo koje vrijeme. Unatoč svemu, zdravstvena služba za sada besprjekorno funk-

cionira. Rad u stacionaru u kampu pokriva tim iz Opće bolnice „Dr. J. Benčević“ koji uključuje liječnike s Objedinjenog hitnog bolničkog prijema, specijalizante, liječnike specijalisti te ostalo medicinsko osoblje. Uz njih s u prosincu 2015. i siječnju 2016. radili liječnici iz KBC-a Rijeka i KBC-a Zagreb. U timovima obiteljske i hitne medicine izmjenjuju se liječnici iz velikog dijela Hrvatske: Zagreba, Varaždina, Križevaca... Svi do jednog su pokazali veliko srce i profesionalnost. Mislim da im treba služiti na čast što naporno svakodnevno rade i što su, prije svega,

veliki humanisti. Većina ljudi koji rade u kampu doživjet će to iskustvo jedanput u životu. Životne priče ljudi koji prolaze kroz kamp raznolike su i tužne. Svi koji su odlučili krenuti na tako daleko putovanje ostavivši sve iz sebe, bez ideje što nosi sutra, nisu to učinili bez jake motivacije. Sve te ljude vodi nuda o barem malo boljoj budućnosti, nuda u bolje sutra pa makar bilo daleko od doma. Jedna od tužnih priča je o 20-godišnjem mladiću koji putuje u invalidskim kolicima s petoricom braće koji mu pomažu. Bio je zahvalan za samo jedan pruženi osmjeh, a pogotovo za zdravstvenu pomoć.

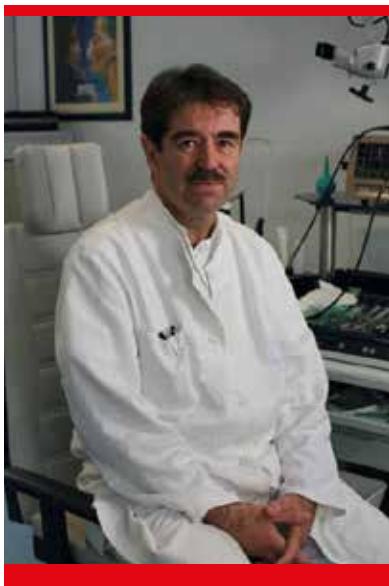
### Predan rad istinskih humanitaraca

U posljednje vrijeme kao i da nema važnije teme od aktuelnog migrantskog multinacionalnog vala koji stalno puni naslovnice, kako naših, tako i stranih medija. Iako je za trenutnu situaciju postao uvriježen kodni naziv „izbjeglička kriza“, očito je da taj naziv nemože ni djelomično obuhvatiti razmjere ove pojave. Primjerenoj naziv je „egzodus naroda“. Posljedice ovog egzodusu utjecat će na demografsku sliku Bliskog Istoka i Europe u nezamislivoj mjeri. Međutim, osim snažnog geopolitičkog i gospodarskog aspekta ovog egzodusu o kojem bi se moglo polemizirati danima, nesmijemo izgubiti iz vida onaj najvažniji - humanitarni aspekt. Tako se na putuprema zemljama Zapadne Europe našla i Lijepa naša. Hrvatska je ovdje stavljena na kušnju i nije zakazala. Dok pišem ovo, još uvijek sam pod snažnim dojmom onoga što sam u posljednje vrijeme doživio na graničnom prijelazu Bregani gdje je više tisuća izbjeglica pokušavalo prijeći hrvatsko-slovensku granicu. S obzirom na to da sam po zanimanju liječnik, a arapski mi je materinji jezik, bila mi je moralna dužnost i obaveza ponuditi svaki oblik pomoći kojim sam i najmanje mogao doprinijeti tome da se mom bratskom narodu pomogne prebroditi ovakva nedača. Jav-

no se pozivalo prevoditelje i liječnike da pomognu te je svatko dobio priliku da pokaže svoju vrijednost kao čovjek. Na granici je bilo mnoštvo volontera, info pultova i improvizirana ambulanta. Hrana, i to svježe kuhan obroci, piće, deke - sve je bilo pripremljeno za nadolazeće ljudi. Pomoć koju su ljudi u Hrvatskoj pružili istinski je uspjela nadmašiti potrebe izbjeglica. U ambulanti sam zatekao desetak liječnika koji su samovoljno došli pomagati u tim teškim uvjetima. S vremenom je pristizalo sve više donacija i lijekova, što nam je omogućilo da krunju ambulantu pretvorimo u pravu funkcionalnu ordinaciju. U njoj smo uspijevali pomoći redovima izbjeglica koji su tijekom dugog putovanja zadobili razne ozljede i brojne upale, a srećom potrepština nam zaista nije nedostajalo. Još dirljivije, bilo je ondje i nekoliko studenata medicine, mahom nižih pretkliničkih godina, koji su se samostalno organizirali i došli na Breganu kako bi se uključili u pružanje pomoći, koliko god to bilo u njihovoj moći. To su istinski humanitarci koji obogaćuju naše društvo, i nikada u životu nisam bio toliko ponosan na Hrvatsku. Pobijedili smo, ovaj put ne u nogometu ili rukometu - pobijedili smo u čovječnosti i plemenitosti.

JAMAL AHEL

# Dr. Bura: Istina o HEMS helikopterima



Dr. sc. MILJENKO BURA,  
koordinator „pilot projekta“ HEMS-a,  
bivši pomoćnik ministra zdravlja  
[miljenko.bura@zg.t.com.hr](mailto:miljenko.bura@zg.t.com.hr)

Daleke 1985. godine bio sam među onima koji su s aerodroma Pleso ponosno počeli letjeti u vojnim transportnim helikopterima na medicinske intervencije. Od tada se štošta dogodilo u medicinskoj praksi. Između ostalog, opremili smo doslovno stotine kola hitne pomoći koja danas izgledaju gotovo kao male jedinice intenzivne njegе. Jedino su ostali i dalje nepromijenjeni vojni transportni helikopteri koje nitko nije uspio zamijeniti mnogo prikladnijim, manjim dobro opremljenim helikopterima za hitnu medicinsku intervenciju (HEMS). Oni su u međuvremenu poletjeli i u novopridruženim zemljama EU-a koje su 80-ih godina pripadale istočnom bloku.

U tom vremenu proveo sam gotovo 28 godina radeći u KBC-u Zagreb, ali i trajno zaražen „hitnom“, kasnije „hitnom“ u ORL području, što je znacilo gušenja, krvarenja, strana tijelo bronha i slično. „Zlatni sat“ definiran u traumatologiji postao je u međuvremenu primjenjiv i u interventnoj kardiologiji, a i u neurologiji.

Vlada RH pokrenula je početkom 2000-ih projekte „Poboljšanje zdravstvene zaštite na hrvatskim otocima“ i projekt „Višenamjenska helikopterska služba“. Posljednjih 15-ak godina svaka se Vlada bavila problemom HEMS-a i uporno osnivala povjerenstva, obično s 15-ak članova (povjerenstvo od 2004.-2010. i od 2012. -2015.) za uspostavu višenamjenske helikopterske službe, ali bez ikakvih rezultata.

Zahvala doktorici Grba-Buljević, Maji, Ingi! Cijelo to vrijeme vozili smo strance besplatno jer je to bio „vojni“ servis.

U Ministarstvo zdravlja došao sam krajem 2014. kako bih formirao upravu za zdravstveni turizam, ali kao zaraženi „hitnjak-terenac“ s idejom da se napravi dugo očekivani iskorak u HEMS-u, kako zbog našeg stanovištva po otocima i zaledu Zagore, isto tako i zbog „slike“ organiziranosti našega zdravstvenog sustava u prihvatu i zbrinjavanju turista posebno priželjkivane treće generacije u predsezoni i postsezoni. Proračun za 2015. godinu bio je već zaključen. Čim sam nameru obznanio i okupio stručni tim, javilo se 5-6 skupina „eksperata“ koji su nam počeli nuditi stručne fizibiliti-studije i „partnere“ koji su spremni i BESPLATNO kroz nekoliko mjeseci demonstrirati mogućnosti specijalnih helikoptera za HEMS. Spominjale su se tvrtke iz Austrije, Italije, Švicarske, Irske ...

Zamislite, mi smo se unatoč takvim „dobrim“ ponudama odlučili na međunarodni natječaj i tim činom stekli jako puno neprijatelja. Uz podršku vrijednih ljudi iz Ministarstva zdravlja, Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, Agencije za civilno zrakoplovstvo, DUZUS-a i njemačkih konzultanata, od ožujka do rujna sve smo pripremili, izradili i provedli prvi takav tender-natječaj, a onda napravili i odabir između ponuđača. Greška, prvi ali neuspješan tender proveden je 2005., na što je uslijedila poznata aféra HIKO koja



se vuče još i danas uz aferu Hypo banke.

Na naš natječaj, zamislite, nije se javio nitko od onih stranih tvrtki koje su nam nudile „besplatne helikoptere“ preko naših udruga i institucija koje su uključene u traganje, spašavanje i medicinske intervencije. Odabrali smo „zajednicu ponuđača“ od dvije talijanske tvrtke s 30-godišnjim iskustvom u talijanskom Pijemontu i regijama Veneto-Gorica za 6 % niži isnos od predviđenog po kalkulacijama njemačkih konzultanata. Sljedeća ponuda, također od Talijana, bila je gotovo 30 % skupljala ali i bez ispunjenih svih ključnih kriterija.

Koliko god sve to na papiru izgleda jednostavno, toliko je bilo komplikirano sve to provesti. Kad smo u ožujku krenuli, svi su nas podržavali, a kako smo postajali uvjerljiviji u namjeri da obećamo i pokrenemo, to je sve više rastao otpor „podzemnih i nadzemnih“ faktora. Do ljeta podršku su nam otkazale „morske“ županije (osim PGŽ-a), ministarstvo turizma, HZZO, jer „nisu HEMS planirali u proračunu“. Otpala je i simbolična razina finansijske podrške. Bilo je pitanje krenuti u „pilot projekt“ ili ostaviti sve i dalje na vojnim transportnim helikopterima slijedećih 15 godina. Najviše je smetalo definitivno izjašnjavanje HZZO-a protiv značajnijeg financiranja samog projekta, unatoč činjenici da će se spašavati u 90 % slučajeva osiguranici HZZO-a. Za HZZO projekt je bio neplaniran pa i neprihvatljivi trošak, a za nas način kako da „uštedimo“ kroz brže i svršishodnije medicinsko zbrinjavanje specijalnim helikopterima, ali i spašavajući ljudske živote, osobito pacijenata s teškim ozljedama te srčanim i moždanim udarom. Već smo preveli natječaj, ali odabir nismo mogli obaviti jer nismo imali riješeno financiranje. Bio je već mjesec kolovoz. Tražeći novac, najprije smo morali poma-

knuti početak „pilot projekta“ s ljetnih mjeseci na kraj sezone, skratiti predviđeno trajanje od 6 mjeseci na 4 mjeseca, a onda i cijelodnevne helikopterske intervencije svesti na „vidljivi dio dana“ unatoč tome što su helikopteri imali potpunu opremu i za noćna slijetanja jer pripadaju najjačoj kategoriji helikoptera koji se koriste u gotovo 95 % HEMS intervencija u zemljama EU-a. Ne odustajući, koristeći se i posljednjom slamkom spasa, uspio sam uvjeriti kontrolore iz Svjetske banke da prihvate našu ideju te nam odobre potreban kredit kako bismo mogli krenuti u planirani „pilot projekt“ koji će osigurati bolju dostupnost i kvalitetu zdravstvene zaštite na otocima i u zaleđu i postati pokazatelj za daljnji razvoj HEMS-a.

Trebalo je hrabrosti i umijeća timu da u kratkom vremenu pomognemo i Talijanima da provedu zahtjevnu edukaciju našega medicinskog osoblja, uspostave baze te obave sve pripreme u samo tri tjedna.

Krajem kolovoza objavili smo da „pilot projekt“ kreće 9. rujna 2015. Bio je to dan koji su priželjkivali mnogi sudionici tijekom 15 godina, a mi smo ga jedini uspjeli i ostvariti.

Dva specijalna helikoptera za HEMS, i to EC 135 na Krku i još moćniji EC 145 na Braču poletjeli su u nebo sa crveno-bijelim kockicama na repu.

Umjesto čestitki, dobili smo orkestrirane napade svih onih koji 15-ak godina to nisu uspjeli postići. Optužili su nas da nismo izabrali naše tvrtke (nitko se nije prijavio na tender), da smo odabrali Talijane (oni su se jedini javili na međunarodni tender), da lete samo danju (nismo imali novca da platimo značajno skuplje letove noću unatoč tome što su imali svu potrebnu opremu), da lete samo po lijepom vremenu

(imali su manje problema i otkazanih letova zbog vjetra nego vojni helikopteri). Sve su to bile lažne optužbe, kao i posljednja „obmana javnosti“ da su helikopteri vozili pacijente samo do 90, odnosno 98 kg težine i, zamislite, posljednje uvjeravanje kaže da je slabiji helikopter vozio pacijente do 98 kg težine, a jači do 90 kg težine. Nisu pomegle niti fotografije (koje nisu očekivali!) a koje jasno pokazuju da se radi o pacijentima od 120 ili 130 kg. Bio je to „posljednji pokušaj digića“ da podmetnu Hrvatima kako bi i dalje ostali na „blitvi i uju“, kako rekoše moji raspisani „dalmoši“.

I da zahvalim suradnicima Maji, Ingi, Branku, Valentini, Biserki, Željku i ostalima, posebno mladim medicinskim ekipama koje su se potrudile da „pilot projekt“ uspije i mnoge prisilimo da shvate kako su specijalni HEMS helikopteri neophodni. Oni su brži u polasku i u letu, prikladniji i upotrebljiviji za slijetanja na manje nepripremljene površine (i ceste!), opremljeniji medicinskom opremom, a ujedno i upola jeftiniji u intervenciji. Naravno da bi kod stalno uspostavljenog HEMS-a vozili naši piloti i investirali naši gospodarstvenici. Pobrkali smo račune onima koji su godinama čekali da im iz proračuna kupimo te iste helikoptere, a oni bi ih koristili, po našem dobrom starom običaju, kao svoje privatne igračke. Uvjerem sam da to poslige uspješnog „pilot projekta nije više moguće!

Nakon punih 15 godina pokušaja uspjeli pokazati smjer, a vi slijedite rezultate i uspostavite stalnu HEMS službu već za ovo ljeto!

Ima onih koji to znaju i mogu, u što se uvjerilo 229 spašenih pacijenata. ■



**Prof. dr. sc. Aleksandar Milojković (1925. – 1978.)  
vrstan liječnik i pasionirani ljubitelj sporta**

# Svestrani sportaš u Zagrebu i ginekolog u Sarajevu

Piše: EDUARD HEMAR



Prof. dr. sc. ALEKSANDAR MILOJKOVIĆ

**U gimnazijskim danima u Zagrebu Aleksandar Milojković igrao je nogomet u juniorima Concordije. Po uspostavi NDH 1941. počeo je veslati u Gusaru i baviti se tada popularnim velikim rukometom u HŠK GEC Šparta u Zagrebu. Po završetku rata počeo je igrati košarku i postao član Fiskulturnog društva Slavija sa Šalate**

**U** novom nastavku rubrike predstavljamo liječnika koji se uspješno bavio velikim rukometom i košarkom. Riječ je o Aleksandru Milojkoviću rođenom 8. srpnja 1923. na Sušaku. Njegov otac, Drago Milojković, bio je oficir vojske Kraljevine Jugoslavije rodom iz Aleksinca kod Niša a majka Božica, rođ. Kretić, domaćica rodom iz Delnice. Imao je dvije godine mlađeg brata Branimira (Sušak, 28. ožujka 1925.), koji je bio također uspješan sportaš. Obitelj Milojković živjela je do 1928. u Delnicama, kada su se preselili u Zagreb, na Vrhovac. Godine 1934., kada je Aleksandru bilo 11 godina, preminuo mu je otac u 39. godini života od posljedica tuberkuloze. Usprkos tom gubitku, s uspjehom je završio II. zagrebačku gimnaziju i maturirao 1942. Iste se godine upisao na MEF u Zagrebu. Studij je prekinuo 1944. jer je mobiliziran u hrvatsko domobranstvo te, poslije rata, u Jugoslavensku armiju. Studij je nastavio 1947. i na MEF-u Zagrebu diplomirao 1950. Njegov brat je u Zagrebu završio Pravni fakultet.

Za Aleksandrov budući liječnički poziv i finansijsku pomoć u školovanju nakon očeve smrti najzaslužniji je bio njegov ujak prof. dr. Miroslav Kretić (Delnice, 22. veljače 1900 – Zagreb, 28. kolovoza 1984.). Prof. Kretić diplomirao je na MEF-u u Beču 1924. i specijalizirao kirurgiju. Radio je na Kirurškoj klinici u Zagrebu od 1926. do 1941., a neko vrijeme i na Prvoj kirurškoj klinici u Beču kod prof. Eselberga. Bio je u Zagrebu suradnik Liječničkog vjesnika. Za vrijeme II. svjetskog rata sudionik je NOB-a.

Godine 1949. dolazi na Kiruršku kliniku KB-a u Sarajevu, gdje ostaje sve do odlaska u mirovinu 1973. Godine 1955. izabran je za docenta iz kirurgije. Doktorirao je iz neurokirurgije 1965. i izabran za izvanrednog, a zatim 1968. i redovnog profesora na Katedri za kirurgiju MEF-a u Sarajevu. Rezultate svojih istraživanja, pretežno o intrakranijskim krvarenjima, objavio je u preko 40 stručnih i znanstvenih radova u domaćim i stranim časopisima. Bio je jedan je od pionira kirurške službe u BiH i osnivač Neurokirurškog odjela (poslije klinike) KBC-a u Sarajevu.

## Prvenstvo Zagreba

Braća Milojković imala su od ranog djetinjstva ljubav za sport. Za vrijeme školskih praznika kod bake i djeda u Delnicama igrali su za ekipu lokalnog nogometnog kluba. U gimnazijskim danima u Zagrebu Aleksandar je igrao nogomet u juniorima Concordije. Po uspostavi NDH 1941. počeo je veslati u Gusaru i baviti se tada popularnim velikim rukometom u HŠK GEC Šparta u Zagrebu. Bio je to klub Gradske električne centrale. Rukometnu sekciju Šparte vodio je poznati zagrebački sportski djelatnik Klement Heger; uz njega, osnivači sekcije 1939. bili su Krešimir Pavlin i Josip Ljubić. Veliki rukomet se igrao na igralištu nogometnih dimenzija s 11 igrača u svakoj ekipi. Prvo Prvenstvo Zagreba održano je 1940. a od 1941. do 1944. igralo se Prvenstvo Hrvatske. Najbolji rukometni klubovi u Zagrebu tih godina bili su Meteor, Concordia, Građanski, Martinovka i Šparta. Mnogi poslije poznati zagrebački spor-

taši i sportski djelatnici igrali su veliki rukomet. U ekipi Šparte igrali su uglavnom gimnazijalci iz iste generacije. Uz već spomenutog Pavlina i braću Milojković, bili su u klubu Branko Volfer, Zorko Cvetković, braća Branko i Zlatko Pajnić, Predrag Heruc itd. Na državnom prvenstvu 1942. ekipa Šparte je osvojila treće mjesto, iza Meteora i Concordije. U ožujku 1943. kompletne Rukometne sekcija Šparte prešla je u Hrvatski akademski sportski klub (HAŠK). U novom klubu se, uz nekoliko domaćih igrača, formirala vrlo jaka rukometna ekipa koja je uspjela dva puta zaredom, 1943. i 1944., osvojiti drugo mjesto na Prvenstvu Hrvatske iza tada nepobjedive Concordije koju je predvodio trener i najbolji igrač Irislav Dolenec.

### Talentirana generacija

U toj iznimno talentiranoj generaciji bila su i trojica budućih liječnika: Aleksandar Milojković, Ivan Pavleković i Zdenko Willer. Uz njih su poslije igrali sve sami poznati zagrebački sportaši i sportski djelatnici iz raznih sportova: Otmar Kosi, Vlado Abramović, Zorko Cvetković, Juraj Kulčar, braća Pajnić, Branko Volfer, Ante Škrlić itd. Tko zna gdje bi bio kraj toj generaciji u velikom rukometu da uskoro nije završio II. svj. rat i da HAŠK nije 1945. bio rasformiran.

Po završetku rata Aleksandar je počeo igrati košarku i postao član Fiskulturnog društva Slavija sa Šalate. U Košarkaškoj sekciji Slavije igrali su i neki predratni zagrebački košarkaši, kao što su bili pioniri toga sporta Milan Kobali, Božidar Stefanini i Zdenko Tončić. Uz njih su za Slaviju nastupali svestrani sportaši Ivica Šafar, Zorko Cvetković, Irislav Dolenec, Mirko Vanić-Lala, Davorin Marčelja itd. No Milojković je već 1946. kao student medicine mobiliziran u vojsku nove Jugoslavije i poslan u Beograd i tamo je nastavio igrati košarku. U Beogradu je tih godina formiran vojni klub Partizan, uglavnom s hrvatskim kadrom. Trener Košarkaške sekcije Partizana postao je poznati predratni vaterpolist i plivač Božo Grkinić, član sušačke Victorije. Grkinić je bio i odličan košarkaš a Victoria je bila prvi klub u Hrvatskoj, uz



Prof. dr. sc. MIROSLAV KRETIĆ

Tjelovježbeno društvo Sokol, u kojem se počela igrati košarka još prije rata. Košarkaška reprezentacija Jugoslavije formirana je 1946. kada je prvi put nastupila na Balkanskom prvenstvu u Bukureštu i zauzela treće mjesto. Jugoslavija 1947. prvi puta nastupa na Europskom prvenstvu u Pragu i između 14 reprezen-

tacija zauzima, zbog neiskustva svojih igrača, pretposljednje 13. mjesto. Trener Jugoslavije bio je Stevica Čolović a kapetan Božo Grkinić. Od igrača koji su potekli u hrvatskoj košarci u Pragu nastupili su već spomenuti Zorko Cvetković i Božo Grkinić, zatim Tullio Rochlitzer, Otone Olivieri, Zlatko Kovačević i Aleksandar Milojković. Dio ih je igrao tada za beogradske klubove. Iste godine Milojković nastupa i na Balkansko-srednjoeuropskom prvenstvu u Tirani, na kojem je Jugoslavija zauzela drugo mjesto iza Mađarske, a iza njih su se plasirali Rumunjska, Trst, Bugarska i Albanija. Milojković je za reprezentaciju te 1947. godine odigrao ukupno devet utakmica.

Nakon demobilizacije vraća se krajem 1947. u Zagreb i nastavlja studij medicine. Paralelno igra košarku u Akademskom sportskom klubu Mladost. Košarkaška sekcija Mladosti, kao i sportsko društvo Mladost, osnovana je 1946. nakon fuzije s Akademičarom. Prvi desetak godina poslije rata Mladost je bila najbolji košarkaški klub u Zagrebu, a tadašnja Lokomotiva (današnja Cibona) bila je iza njih. Ekipa Mladosti bila je tada stalni član Prve savezne lige. Najveći uspjeh ostvarila je 1954. kada je osvojila drugo mjesto u državi, s jednim



Ekipa AKK Mladost 1954. Slijeva stoje: A. Blašković, K. Holer, P. Brkljačić, B. Despot, Z. Cvetković, I. Branica; čuče: S. Janković, Lj. Batalo, P. Mijač, A. Milojković, M. Orlović i B. Tkalčić



Rukometna sekcija HŠK GEC Šparta 1942. S lijeva stoje: Volfer, Pajnić, Bajer, Šimonović, A. Milojković, Z. Pajnić; čuće: Niler, Peršić, ?, Cvetković i Kulčar.

bodom zaostatka iza jedinog prvaka od 1946. KK-a Crvena zvezda iz Beograda. Da nije bilo nekih sudačkih nepravdi možda bi ekipa Mladosti postala i državni prvak. Najbolji igrač te generacije i stalni reprezentativac bio je bek Aleksandar Blašković. Uz njega su se odlično nadopunjavali u igri stari prijatelji iz Šparte i HAŠK-a Zorko Cvetković kao playmaker i Milojković kao centar. U ekipi Mladosti su uz tu trojicu tada igrali: Milivoj Orlović, Petar Mijač, Ljubo Batalo, Pavao Brklačić, Ivan Branica, Branko Tkalčić, Srđan Janković, Ivica Tijardović, Veljko Šipljak, Matija Mazale, Marijan Cerovac,

Josip Holer, Tonko Šarčević, Zdeslav Knez i dr. Milojković je neko vrijeme bio i trener košarkaša Mladosti, a sportsku karijeru je završio 1954. Mladost je imala tih godina i dobru žensku košarkašku ekipu.

### Veliki pedagog

Milojković je nakon studija započeo 1954. specijalizaciju iz ginekologije i akušerstva u Bolnici Mladen Stojanović (danasa KB Sestre milosrdnice) kod prof. Davora Zanele, a okončao ju je i položio specijalistički ispit na Ginekološko-akušerskoj klinici u Sarajevu 1958.



Košarkaška sekcija FD-a Slavija 1946. S lijeva stoje: Zdenko Tončić, Ivica Šafar, Božidar Stefanini, Vladimir Pech, čuće: Aleksandar Milojković, Zorko Cvetković, Krešimir Vuković i Milan Kobali.

Na njegov prelazak u Sarajevo sigurno je utjecao njegov ujak prof. Kretić, tada profesor kirurgije na MED-u u Sarajevu. Milojković je potom 1959. biran za asistenta na MEF-a u Sarajevu, a nakon habilitacijskog rada „Savremena ispitivanja muškog sterilititeta na materijalu GAK u Sarajevu“ za docenta te 1969. za izvanrednog profesora ginekologije i akušerstva. Godine 1970. doktorirao je obronom disertacije „Problem neželjene trudnoće sa posebnim osvrtom na stanje u SR BiH“, nakon čega je 1975. izabran za redovnog profesora. Na Ginekološko-akušerskoj klinici u Sarajevu bio je šef gotovo svih odjela, a kao profesor vodio je nastavu iz ginekologije i akušerstva za studente svih biomedicinskih fakulteta u Sarajevu, a također i na postdiplomskom studiju. Imao je izuzetne pedagoške sposobnosti u prenošenju znanja studentima i mlađim kolegama. Bio je priznat javni i društveni radnik, dugogodišnji tajnik i predsjednik Ginekološko-akušerske sekcije Društva liječnika. Nekoliko je puta organizirao znanstvene i stručne skupove. Bio je suradnik u brojnim dnevnim i tjednim časopisima i pisao o temama s područja kojim se stručno bavio. Objavio je 56 stručnih i znanstvenih članaka. Posljedne godine života proveo je kao šef Ginekološko-akušerskog odjela Jugoslavenske bolnice u Zaviji (Libija), gdje se teško razbolio.

Preminuo je 5. travnja 1978. u 55. godini života u Sarajevu. Pokopan je na zagrebačkom groblju Mirogoju. Bio je u braču Božicom rođ. Diklić i imali su sina Sašu. Aleksandrov brat Branimir danas jedan od najstarijih zagrebačkih sportaša (rođen je 1925.) i živi u Domu umirovljenika u Zagrebu. Suigrač iz HŠK GEC Šparta i Mladosti dr. sc. Zorko Cvetković (Osijek, 4. rujna 1924.), nakon uspješne karijere u elektrotehničkoj struci, živi također kao umirovljenik u Zagrebu.

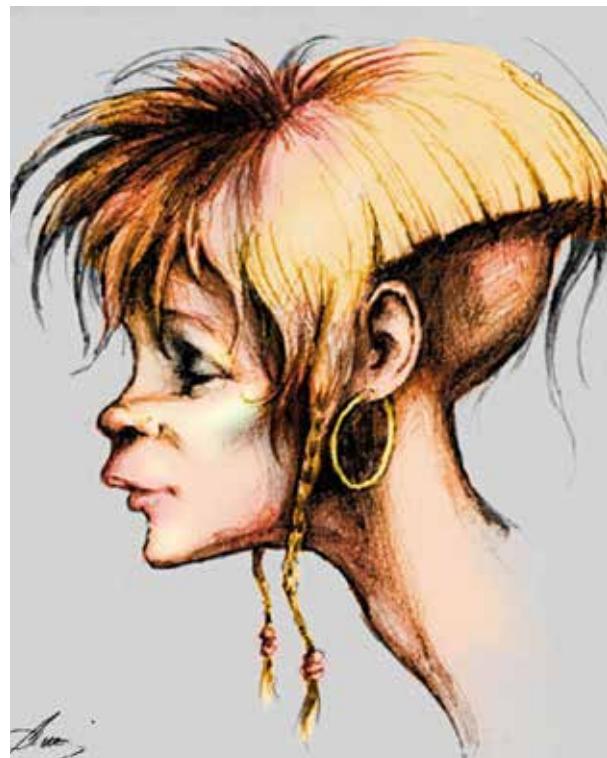
**Izv.:** Dokumentacija Branimira Milojkovića iz Zagreba, dokumentacija dr. sc. Zorka Cvetkovića iz Zagreba.

**Lit.:** Hrvatsko akademsko športsko društvo Mladost Zagreb, Zagreb, 1992; Antun Škrtić, H.A.Š.K. 1903 – 1993, Zagreb, 1993; Izet Mašić, Nastavnici i saradnici Medicinskog fakulteta u Sarajevu, 1946.-2006., Sarajevo 2006. ■

# Dr. Igor Berecki

## crtač, karikaturist, hitnjak, intenzivist, pedijatar...

Dr. IGOR BERECKI rođen je 1961., osnovnu školu završio je u Vukovaru, diplomirao na osječkom studiju Medicinskog fakultetu u Zagrebu 1989., radio u osječkom Centru za dijalizu, vukovarskoj Hitnoj, ambulanti opće prakse u Čaglinu, dvije godine specijalizirao infektologiju u Požegi, tri godine proveo u sanitetu HV-a. Nakon Domovinskog rata specijalizira pedijatriju u KBC-u Osijek. Od 2007. voditelj je odjela Intenzivnog liječenja djece na Klinici za pedijatriju u KBC-u Osijek, a od 2015. subspecijalist intenzivne medicine. U slobodno vrijeme bavi se glazbom (sviranjem gitare i blues-harmonike), informatičkim novinarstvom, volonterskim radom u udrugama za zaštitu životinja, te likovnim izražajem: grafikom, računalnim grafičkim programima, ilustracijama i dizajnom. Vrijedna prinova Liječničkim novinama!





# koLEGA hitnjak

HITNA MEDICINA KROZ HUMOR

Dr. DRAGAN MALOŠEVAC

**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**

Kad bi na ulici metodom slučajnog odabira zaustavili sto i pedeset punoljetnih prolaznika i pitali ih znaju li u kojoj banci imaju tekući račun točno bi odgovorilo njih sto i pedeset.

Kad bi na ulici metodom slučajnog odabira zaustavili sto i pedeset vozača osobnih automobila i pitali ih znaju li u kojoj su osiguravajućoj kući osigurali svoj automobil točno bi odgovorilo njih sto i pedeset.

Napravio sam relativno malo vlastito istraživanje kako bih sam sebi potvrdio ono što već odavno znam. Kako bih potvrdio činjenicu da prosječnog Hrvata doslovno boli klinac za vlastito zdravlje, a medicinu, medicinsku struku i zdravstveni sustav doživljava (zloupotrebljava) jedino tada kad ga uistinu treba. Neki čak ni tada. Sto je to hitni prijem i zašto se hitna medicina naziva hitna, a ne ugostiteljsko-sistemska ili uslužno-transportna ne zna. I ne zanima ga!

U ovu sam randomiziranu dvostruko slijepu studiju uključio sto i pedeset ispitanika koji su se javili na hitni prijem, a tegobe koje navode kao razlog dolaska traju im duže od mjesec dana.

Studija je dvostruko slijepa zato jer se razgovor odvija između dva slijepca. Jedan od te dvojice sam uvijek bio ja.

Dakle, evo nekih zanimljivih rezultata.

Od sto i pedeset korisnika zdravstvene zaštite koji su na hitni prijem stigli s tegobama koje traju duže od mjesec dana njih:

- osamdeset i dvoje ima tegobe duže od mjesec dana
- četrdeset i šest ima tegobe koje traju duže od dva mjeseca
- sedamnaest ih ima tegobe koje traju duže od tri mjeseca
- petero ih ima tegobe koje traju duže od godinu dana
- dvoje ih nema pojma otkada imaju tegobe.

One koji nisu sigurni imaju li uopće tegobe nisam ni uvrstio u ovo istraživanje.

Od sto pedeset navedenih, njih pedeset i troje nema pojma kako im se zove liječnik obiteljske medicine.

Sedmero ne zna ima li uopće svog izabranog liječnika obiteljske medicine.

Dvoje ih je uvjereni kako ga nemaju.



*ISTINA, JA NISAM HITNI SLUČAJ, ALI NISAM NI BUDALA  
DA KOD SVOG DOKTORA SJEDIM DVA SATA U CEKAONICI.*

Crtež: Davor Trgovčević

# NISMO HITNI, A NISMO NI BITNI

**ilići kako se dobro sagnuti spuštenih hlača  
s velikim osmijehom od uha do uha**

Meni je najzanimljiviji dio ovog statistički beznačajnog ispitivanja odgovor na pitanje „Jeste li ste se u razdoblju otkad su vam počele tegobe javili svom izabranom liječniku obiteljske medicine?“

Na postavljeno pitanje njih:

- sto sedamnaest je odgovorilo „Ne!“.
- dvadeset i dvoje je pitalo „Zašto!“
- četvero ih je pitalo „Kome!“

Ostali su samo šutjeli.

Na pitanje „**Zašto se niste javili svom nadležnom liječniku obiteljske medicine iako vam tegobe zbog kojih dolazite traju tako dugo!?**“ većina ih je odgovorila „Zato!“

Naravno, od njih sto i pedeset trećina je na hitni prijem stigla u noći između tri i šest sati ujutro. U pravilu vikendom ili praznikom.

Od ostalih sekundarnih ciljeva treba izdvojiti učestalost dolaska na hitni prijem zbog izostanka spontanog pražnjenja crijeva bez ikakvih drugih tegoba ili bolova. Najkraći izostanak spontanog pražnjenja crijeva iznosio je pet i pol sati. Pacijent se javio na hitni prijem u pola dvanaest jer taj dan nije imao stolicu otkad se probudio. A ustao je u šest sati.

**Škrpina, škampi, šampjer i školjke valjda zato što su na š, naprsto traže šolde**

# Tričko van riba?

DARIO NALETILIĆ, e-mail: dario.naletilic@cipla.com



Iako sam veliki pobornik čuvanja integriteta sastojaka i uživanja u prirodnim aromi morskih delicija, ako imate želje, volje i iskustva, preporučujem vam da se bacite u poneki eksperiment. Nisu blitva i krumpiri jedini prijatelji svježe ribe: zašto ne biste sparili ribu i tartufe, ili medaljone od grdobine s umakom od crnih tartufa poslužene na svježim domaćim širokim rezancima

Svake godine iznova po povratku s Jadrana i dugo iščekivana godišnjeg odmora obiteljski neveselo zaključimo da najbolju ribu (i ostalu morsku spizu) ipak jedemo doma, u Zagrebu. Čemu je tomu tako, radi li se samo o pukom slučaju, ne znam u potpunosti, ali godine iskustva naučile su me da neke stvari uzmem zdravo za gotovo. Slučajno ili ne.

Neprijeporno je da peškarije postoje u svim većim mjestima od Savudrijske vale do Privlake, uključujući tisuću otoka Lijepo naše i razvedene obale. Pouzdano je da u moru ima i ribe, a nade se i pokoji ribar, što amater, što profesionalac – to je onaj što (p)lovi na plavi dizel. Obala, a i otoci, bliže su moru od spomenutoga Zagreba. Broj restorana, konoba i inih zalogajnica što poslužuju ribu i specijalitet iz mora veći je na turističkom priobalju nego igdje drugdje.

## Morski obrok

Pa ipak, uloviti pošteni riblji ručak ili večeru kudikamo je teže i/ili skuplje negoli u metropoli. Vlastiti ribolovni uspjesi, kao i oni dragih ljudi što su spremni podijeliti morski obrok, uglavnom su ipak anegdotalni. Naravno, kada bih kumulirao sve sezone parangala, vrša, tunja i podvodnih pušaka, zbroj bi bio dojmljiv, no ukoliko je riječ o jednom ljetu, stvari su odveć skromne. Tijekom vremena bilo je tu i velih brancina, teških lovata, suptrofejnih zubataca, masa kanjaca, pokoji golub, raža, pa čak i mačka i pas (morski). Bilo je nekad davno i drukčijih ljetnih trofeja, al' to je za neku potpuno drugu priču. Ulov u ribarnicama još je i slabiji. Ako ne poznajete lokalnoga barbu kojemu se baš taj dan u mrižu uvatilo pozamašno morsko blago, bolje je ne nadati se velikom izobilju ponude. Ako pak imate tu sreću da vam se smiluje netko

od domaćih pomoraca/ ribolovaca, naći će se tu svega; i škampa lakat dugačkih, i šampjera oboritih, i škrpine plemenite i školjaka raznovrsnih. Samo za to van triba puno šoldi. Škrpina, škampi, šampjer i školjke valjda zato što su na š, naprsto traže šolde! Euri, franci, dolari, funte, pa čak i domaće beštije. Sve u pozamašnim, neljudskim, morskim količinama.

## Balkan plata

Nedavno sam na meni najdražem otoku od mjesnog stanovništva spoznao da kad im triba riba, podu u Zadar – u veliki trgovачki centar. Jeftinije je. Često je iz Atlantika ili Pacifika, a ne iz Jadrana, ali more je more i riba je riba, a jeftinije je – kažu mi, uvik šparni otočani. Puno je jeftinije! Ne patim od riblje ksenofobije, niti sam morski šovinist. No kad je riječ o jelu, pa tako i o morskim darovima, pretendiram (gлагol posuđen od Ćire, trenera svih trenera) doma jesti domaće. U gostima – njihovo! Točka. Atlantski divlji brancin stvarno je izvanredna riba, ali su me svejedno silno oneraspoložili u istarskom visokokategorniku servirajući ga (s neskrivenim ponosom!) kao zvijezdu večeri. Promašaj! Meni vam je to gotovo na razini sveprisutnih ćevapčića i patagonijskih liganja ili famoznih Balkan-plata na fotografijama ispred raznih plastičnih nazovirestorana po našoj svetovnoj obali. Zašto gotovo nitko ne nudi srdele s gradela, miješane brudete i gregade, popare i mirisne lešade, nikada mi dokraja neće biti jasno. Čast pojkoj konobi ili pojkoj autohtonoj birtiji što teški ugostiteljski kruh zarađuje izvorno pripremljenim ribljim poslasticama i drugim morskim jelima. Svojevremeno sam se zato iskreno iznenadio u skromnoj konobi obitelji Skoko. Skromnoj samo po broju stolova, ali nimalo skromnoj po gastronomskom repertoaru. Trilje (od kame na, naravno), morske mačke i kucini, sku-



Foto: DAMIR FABJANIĆ

še i grancigule, kozice, cipal zlatac, ježevi i školjke samo su dio ponude koje se ne bi posramili ni bolji japanski restorani. I sve to u kreativnim mediteranskim sushi – sashimi varijantama. Dakle, sirovo ili minimalno obrađeno, uz dodatak mirisnih trava, alga, maslinova ulja. Jetru od rošpa, polpete od hobotnice, butargu ili tripice od tunjevine nije zaobišao ni zaboravio nahvaliti ni slavni Antony Bourdain u svom lanjskom putopisu s Jadranom No Reservation. Ako vas pak put slučajno navede do Pece u Vinjercu, malom ribarskom mjestu preko puta Paklenice, osim najboljih škampa na svijetu (Barić Draga podno Velebita) moći ćete kušati i majstorije poput njoka s morskim koraličima, čičvarde, liganja s kozjim sirom, ali i kozice u gorušici te druge đakonije što ih trenutno nadahnuće lokalnog meštra iznese pred vas. Mnogi su vrli nautičari osjetili čari morskih plodova u kornatskim uvalama s više ili manje razočaranja, ali malobrojni su doživjeli ugodna iznenađenja ponude koja se sastojala od paštafažola na brudetu od škampa ili kakva drugog jušnog jela koje domaćini spremaju za sebe, a nikako za (željne) goste. Ne znam čemu je to tako, ali nikada neću zaboraviti mlaki grah i hladne filane paprike koje smo jednoga prevrućeg kolovoza blagovali u poznatom kornatskom istablišmentu, kao ni čeznutljive poglede ostalih gostiju koji su sjedili za svojim inače vrlo solidnim morskim tanjurima. Samo nam je višegodišnje poznanstvo s gazdama omogućilo tu senzacionalnu večeru, koju nažalost više nikada nismo uspjeli ponoviti.

Iako sam veliki pobornik čuvanja inte-

griteta sastojaka i uživanja u prirodnoj arnosti morskih delicija, ako imate želje, volje i iskustva, preporučujem vam da se bacite u poneki eksperiment. Nisu blitva i krumpiri jedini prijatelji svježe ribe: zašto ne biste sparili ribu i tartufe, ili... zamislite sljedeće (već iskušano!): medaljoni od grdobine s umakom od crnih tartufa posluženi na svježim domaćim širokim rezancima.

### Riba iz perilice suđa

Tri sekunde pečena tunjevina u teriyaki-sosu na povrću iz woka, filet kovača na pari s umakom od crnog vina i mišenjem gljivama, brancin s mladim bobom i šalšom od pomidora, plemenita i manje plemenita riba iz škartoca, lignje na gulaš s dimljenim špekom, toplohladna salata od kozica s rukolom, čilijem i mirisnim sirom... Rižota, točade i njokade, slane srdele i marinade, ribu iz uja, razna težačka i ribarska jela da i ne spominjem!

Sky's the limit, nebo je granica!

Pa zašto je onda velika većina hrvatske turističke eno-gastronomске ponude i dalje uglavnom riba gradela i vino-bevanda? Pomfrit i čevapčići (oni masni), ne oni morski, šatro neumski (i zabranjeni) što vam ponekad uz astronomsku cijenu ponude u pola glasa, toliko dominiraju uobičajenom ponudom, da ih naši paradajz-turisti doživljavaju kao jedino nacionalno jelo. A kamo je otisao gastronomski svijet (da ne kažem uvijek europska unija) u svojoj morskoj ponudi?

Nedavno tako nabasah, u samoposluži daleke europske zemlje, na kutiju smrznutih chevapchica (onih masnih!)

s koje se kočoperila slika Dubrovnika okupana suncem i morskom pjenom. Genijalan marketing?! Genijalni pak gastrobloggeri tvrde da je riba iz suđerice novi gastrotrend! Riječ je naravno samo o pripremi ribe, osobito lososa, u perlici za suđe, ne i o uzgoju ribe, što vam je možda palo na pamet. To je varijanta za sous vide poklonike. Naprosto stavite ribu u foliju, pa u suđericu (pokušajte bez deterdženta za početak!). Osobno jako razmišljam o brudetu u vešmašini, a dilema mi je – centrifuga ili ne. Zatim me progone škampi sušeni fenom ili brenerom te miješane školjke gratinirane na parnoj pegli. Sve te novotarije mogu primijeniti samo u Zagrebu, jer na ljetnim adresama naprosto nemam svu potrebnu novokulinarsku opremu, pa mi očito ni bolji izbor ribe ne bi pomogao.

U državi slučaju (kako joj se donedavno tepalo od najviše vlasti), sve je slučajno, pa tako i ribe, odnosno ribljia jela koja se slučajno nude, slučajnim turistima u slučajnim restoranima s nimalo slučajnim fiskalnim blagajnama. A slučaj fiskalnih blagajni posebna je tema – napose u ribarnicama. Ljetos sam našao u dva dana na dvije zatvorene peškarije s državnim pečatom i ljepljivim trakama Ministarstva financija. Dobro upućen izvor potvrdio mi je da se radilo o prekršajima izraženim u nekoliko inčuna i papalina. Red je red, pacta sunt servanda, zakone treba poštovati. Samo kad bi vlast znala koliko je i bez njihovih intervencija ponuda bila skromna i skupa, naročito ljeti! Srećom je ljetu kraj i godišnji je završio, pa se vratih solidnoj ponudi metropole, jer gdje vlast stoluje, i trpeza je raskošnija. Slučajno. ■

# Sizif ili priča o liječništvu danas

## Poštovani kolege, sjećate li se mita o Sizifu?

Vjerujem da se svatko od nas može identificirati s mitskim Sizifom kao i njegovim uzaludnim i frustrirajućim poslom koji često ne daje željene rezultate. Druge interpretacije predstavljaju Sizifa kao personifikaciju čovjekove „borbe za znanjem“.

Svjedočeći izboru novih predstavnika izvršne vlaste, pa tako i one našeg resora, preostaje nam da se zapitamo kako će to utjecati na nas, temeljne kotačice zdravstvenog sustava.

Živimo, radimo i preživljavamo u vremenu kada je liječnička profesija spala na najniže grane društvene kategorizacije u našoj novijoj povijesti; sustavno smo potplaćeni; međusobno kolegijalno poštovanje i uvažavanje davno je zaboravljena kategorija; a kućni odgoj, maniri i dobro ponašanje ne smatraju se više vrlinom nego manom, pa takvi, zavađeni („Homo homini lupus“), očekujemo promjene...

## Koje i kakve?

Stanovite promjene nastupile su s izborima u Komori, ali to nije i neko vrijeme neće sprječiti da značajan broj naših kolega i dalje odlazi u potrazi za boljim standardom i uvjetima

rada, mogućnostima napredovanja, ukratko boljim životom.

Ilustrirat ću to primjerom. Iz moje radne okoline nedavno je otisao jedan od najboljih u svom području, oblikovan od pacijenata i kolega, dragovljac domovinskog rata. Vrstan čovjek i vrhunski liječnik. Njegova domovina nije smatrala da je vrijedan nagrade u sustavu napredovanja. Pouzdano znam da je to jedan od razloga zašto je otisao. I zašta odlaze ili će otići ljudi poput njega. Jer se u društvu poput našega još uvijek na vodeće položaje biraju poslušnici, „kadrovinci“, ljudi koji ne odgovaraju propozicijama natječaja, ili su izabrani bez natječaja (što ipak nešto znači u pravno uređenom društvu), neprepoznatljive osobnosti, bez stručne podloge, za koje se interveniralo u određenom trenutku s aktualne pozicije.

Većina nas voli (možda čak i mazohistički) raditi svoj posao. Želimo, a ponekad i uspijevamo raditi dobru medicinu, u počesto tehnički iznimno lošim uvjetima. Međutim, to neće sprječiti poslovodne strukture da zahtijevaju odradu popularnog DTS postupnika koja zahtijeva stanovitu tehnološku podršku. Teško je razumjeti opravdanje kako

ne postoji primjerena finansijska konstrukcija za nabavu opreme, ako jedan kirurški odjel u istoj ustanovi ima najsvremeniju opremu, a drugi raspadajuću.

Nastavimo li s takvom politikom, i dalje će odlaziti stručni, kvalitetni i moralni ljudi.

Nagrižena je ne samo srž našega zdravstvenog sustava već i sama srž našeg društva. Novi ministar suočava se s istim problemima kao i prethodnik: nestaćica anestezijologa, reorganizacija hitnog prijema, sve veći odljev medicinske radne snage, posebno liječnika specijalista s višegodišnjim specijalističkim stažem, sanacija zdravstvenih ustanova, revizija DTS-a, reorganizacija obaveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja, privatizacija zdravstvenog osiguranja itd.

A problem je zapravo elementarniji.

Bojim se da još uvijek nema dovoljno kritične mase kako bi se društvo promijenilo.

Na bolje.

A mi smo okosnica tog društva.

Dr. sc. INGRID MÁRTON, dr. med.  
ingridmarton@gmail.com

# Sve što ulazi u jedan život, prolazi kroz moju "običnu" ordinaciju

## Jesmo li mi samo pisari?

Želim vam predstaviti jednu „običnu“ ordinaciju obiteljske medicine, jer se nekako i dalje nameće slika koju neki od čitatelja imaju o nama obiteljskim liječnicima. A to je slika pisara.

Ja sam Vesna Oršulić, rođena 1964. godine u Zagrebu, gdje sam završila srednju medicinsku školu, diplomirala na Medicinskom fakultetu 1990., magistrirala 1997., završila za Gestalt psihoterapeuta 2003., specijalizirala Obiteljsku medicinu 2007. i od 2013 sam u edukaciji za seksualnog savjetnika. Nakon rata u kojem sam sudjelovala kao dragovljac u 100.-oj brigadi, 1995. udala sam se i odsela u Novu Gradišku gdje i danas živim i radim. Da, ja pišem, ali u svoje slobodno vrijeme i za svoju dušu. Možda jednom i za još nečiju, ali o tome drugi put.

Volim svoj posao, puno sam uložila u svoju edukaciju i to se kroz moj svakodnevni rad vraća ljudima koji su me izabrali za svog liječnika. Skrbim o 2000 ljudi i moram reći da je to uistinu velika brojka. Nekad su standardni timovi imali 1700 ljudi, i to je brojka koju je puno lakše savladati, a da se još uvijek kvalitetno radi s tako velikim brojem ljudi. Obiteljska medicina je kraljica medicine jer omogućuje da se u svojoj ordinaciji bavim čovjekom od rođenja do smrti. Mi zajedno prolazimo sva prirodna i neprirodna razdoblja, potvrđujemo zdravlje kao i odstupanje od njega. Bavimo se akutnim i kroničnim, pa i smrtonosnim bolestima, ali i polaskom u vrtić, osmogodišnju i sred-

nju školu, polaganjem i upisom na fakultet, dobivanjem mesta u domu bilo đačkom, studentskom ili staračkom, zapošljavanjem ili nezapošljavanjem nakon završenog školovanja, polaganjem vozačkog ispita kao i padu na njemu, dobivanjem dozvole za lov, malim i velikim sportskim natjecanjima, vjenčanjima i rastavama, gubicima i dobitcima, rađanjem i nemogućnošću imanja djece. Dobivanjem snaha i zetova, postajanjem djedovima i bakama. Sve što ulazi u jedan život prolazi kroz moju ordinaciju i tako kroz živote 2000 tisuće ljudi, 80-120 puta dnevno.

Radim za računalom jer to od mene očekuje i zahtijeva HZZO koji plaća moj rad, ali na svu sreću radim i puno praktičnih medicinskih zahvata. Od mjerjenja šećera u krvi, krvnog tlaka, količine izdahnutog zraka, stupnja oksigenacije, intramuskularnih, intravenoznih, intraartikularnih i supkutanih injekcija, vađenja krvi, incizija i punkcija, kateterizacije, inhalacije do previjanja, pokazujem vježbe disanja i vježbe za lokomotorni sustav, mjerim BMI, otoskopiram, rinoskopiram, pregledavam sve dijelove tijela, osluškujem rad srca i pluća, savjetujem, propisujem dijetu, dajem psihosocijalnu pomoć, vodim savjetovalište za ovisnike, bavim se seksualnim problemima pacijenata, odlazim u kućne posjete, naručujem, dajem telefonske konzultacije, učim pacijente kuhati čaj, skidati temperaturu, kako da si pomognu sami kod malih samolimitirajućih bolesti, kao što su glavobolja, Zubobolja, povišena temperatura, proljev, povraćanje pa sve do

susreta s paničnim napadima. Radim s pacijentima i s njihovim obiteljima. Zalažem se za njih kod njihovih učitelja, razrednika, poslodavaca, sudaca. Idem za njih svjedočiti, zovu me na prekršajni sud kao svoj alibi.

I nakon svega, kad čujem da su liječnici obiteljske medicine samo pisari, bude mi malo krivo, ali ovo je slobodna zemlja za koju sam se i ja borila i svatko može misliti, pa čak i govoriti što god želi, a da to me umanjuje važnost i ljepotu onoga što mi radimo. Neki pametan čovjek rekao je da je u životu najvažnije pronaći ono što volite raditi i nekoga tko će vas za to platiti. Volim svoj liječnički posao, a HZZO-u je u redu da me za to plaća svaki mjesec. Brojka od 2000 osiguranika govori da ima ljudi koji su me izabrali i kojima se sviđa kako to radim i to je dovoljno. Kad objašnjavam svoj posao često padnem u zamku da zato što vi nešto razumijete, ja počinjem očekivati da vi razumijete sve, a to se naravno ne događa. Zato kad opisujem moj posao oni koji ga ne obavljaju, koji ga ne znaju raditi i koji ga u potpunosti ne razumiju, pitam se zašto to govore i u koji dio njihovog govora očekuju da povjerujem. U Hrvatskoj ima 2454 ordinacija obiteljske medicine. Svaka radi na isti način po visokim standardima naše struke, ali i na potpuno drugačiji način koji ovisi isključivo o osobnosti liječnika koji je vodi.

Mr.sc. VESNA ORŠULIĆ,  
specijalist obiteljske medicine,  
Gestalt psihoterapeut,  
seksualni savjetnik u edukaciji  
vesna.orsulic@optinet.hr

# Sunce



Nisam nikada bila pjesnički nadarena pa niti ovaj put, previše sam racionalna i realistična u svakodnevnom životu, a tako onda i na papiru. Nije smisao ovog teksta da očaram čitatelje spisateljskom nadahnutošću, već želim istaknuti pozitivne, i samo pozitivne dojmove koje sam stekla tijekom svoje specijalizacije na jednom odjelu.

U današnjem vremenu, u našoj zemlji, kada mnogi odlaze u inozemstvo, pišu se, čitaju i usmeno iznose samo negativne činjenice (kojih je zaista na nesreću previše), a „negativci“ imaju nažalost nadmoć (vlast) nad ne tako učestalim, pozitivnim, zdravoumnim pučanstvom (odnosno kolegama).

Želim prenijeti drugima, ali ne ističući „tko i što“, da sam u posljednjih godinu dana svoje specijalizantske edukacije stekla pozitivno, nenadoknadivo i neizbrisivo iskustvo. Provela sam predivno, iznimno edukativno, radno poticajno, nadahnjujuće, motivirajuće, zavidno stručno te nimalo „negativno konkurentno“ vrijeme u jednom zavodu u našoj maloj zemlji. Tijekom svoga kratkog radnog staža imala sam priliku „osjetiti“ edukaciju, odnosno iskustvo rada i učenja u inozemstvu. Iako ne u području moje sadašnje specijalizacije, ali tko je bio „vani“ zna da uopće nije bitno zbog čega odlaziš na edukaciju, bitno je da „osjetiš“ druge ljudе, drukčiji način rada, da ti se prošire vidici izvan našega malog svijeta.

Istaknula bih da sam se tijekom eduka-

cije na tuzemnom odjelu, koji hvalim, osjećala kao da sam u „Americi“ (nije bitna Amerika, ali svi volimo uspoređivati edukaciju i radno okruženje s njima „preko bare“). Voditelj zavoda je stručan, izuzetno socijalno intelligentan, a na prvom mjestu dobar čovjek, kolega i šef, koji je uspio, unatoč prethodno etabliranim navikama i načinu postupanja, promijeniti koncept rada, edukacije te odnos prema kolegama i našim pacijentima. Mislim da je uvijek najbitnije bititi „čovjek“, a odmah iza toga biti stručan, usmjeren prema „evidencebased“ medicini, te imati dar nesebičnog dijeljenja i širenja znanja na mlađe kolege. Nerijetko u našem svakodnevnom radu tražimo neke pretrage samo zato što su se do sada radile ili samo zato što nam je eminentni profesor rekao da tako treba, a da uopće pri tome ne promislimo zašto to radimo i čemu to koristi. On mijenja do tada nedodirljive obrasce u razumljive, raspravi podložne i uzajamnom objašnjavanju dostupne individualnom pristupu primjenjive postupnike. Uvlači te u tim inficirajući te interesom, osjećajem timske pripadnosti, intelektualne kreativnosti i vlastitog doprinosa tzv. „dobroj medicinskoj praksi“. Kada s vrha ljestvice potretka zrači takva pozitivna motivirajuća energija, onda svi slični ljudi u tom okruženju apsorbiraju te zrake i inducirano se motiviraju za rad, učenje i napredak. Naime, tamo ste okruženi jednim malim, ali dovoljno učinkovitim „dreamteamom“ koji vas gura naprijed, proširuje

vam znanje, vidike, osvrt na dosadašnje spoznaje, prema potrebi mijenja način razmišljanja te konačno dopušta da ste onakvi kakvi želite biti, da možete normalno razgovarati, komentirati i raditi. Nema tu „ego tripova“, nema vašara taštine, nema nedostižnih autoriteta koji će se uvrijediti ako pokušate samo iznijeti svoje „skromne“ misli. Ono najvažnije je da vas potiču učenju i da imate, naravno, od koga učiti. Imala sam već dugo potrebu podijeliti ove moje pozitivne doživljaje i svakako više nego korisnu edukaciju, kako bih popravila dojam vječnih nezadovoljstava i frustracija specijalizanata šetnjom kroz često traumatične obilaska programom predviđenih odjela.

Strah me je samo da me povratak u realnost sljedeće instance ne skotrlja nekoliko stuba, želja mi je da barem za sebe konzerviram ovdje stečenu sadašnju razinu inspiracije i motivacije za rad. Teško se pomirujem s činjenicom da je taj dio moje edukacije završen, možda ipak samo u ovoj fazi života, tako da ću pokušati osmijehom i apsorbiranim energijom, znanjem i voljom nastaviti dalje. Unutar hrvatskih granica. Nadam se da u ovom iskustvu ipak nisam sama i da će moja generacija stvoriti i zadržati kritičnu masu entuzijasta s kojom će možda sljedeći naraštaji imati iskustva koja ih se neće trebati dojmiti kao nesvakidašnja, već kao uobičajena hrvatska priča.

Entuzijastična specijalizantica Vedrana Doluš

## 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](http://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 od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: [fulvia.akrap@hlk.hr](mailto: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](mailto:fulvia.akrap@hlk.hr). Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

Organizatori stručnih skupova koji se održavaju u Republici Hrvatskoj, mogu skupove prijaviti i Europskom udruženju liječnika specijalista (UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije i bodovanja (European CME Credits, ECMECs). Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem sljedećeg linka:  
<http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme>

**Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) – „Raspored stručnih skupova“.**

## OŽUJAK

**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

**Primjena aklidinijevog bromida u liječenju KOPB-a**  
 Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.  
 Zagreb, 21.03.2016.  
 Sanjin Novak, mob.: 099/2516-857

**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 Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164,  
 fax: 01/4678-016, e-mail: marica.lukic@stampar.hr

**Novosti u kardiologiji**  
 MEF Sveučilišta u Osijeku  
 Osijek, 23.-25.03.2016.  
 Bojan Popović, tel.: 031/399-643  
 400,00/200,00kn

**Zbrinjavanje kroničnih rana**  
 Hrvatski zavod za teledomedicinu  
 Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Cres, 24.03.2016.  
 Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086

**Farmaceutska industrija generičkih lijekova**  
 AMZH  
 Zagreb, 29.03.2016.  
 Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

**Zbrinjavanje kroničnih rana**  
 Hrvatski zavod za teledomedicinu  
 Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 31.03.2016.  
 Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086

## TRAVANJ

**Poslijediplomski tečaj i kategorije: Dijagnostika i liječenje poremećaja mokrenja 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,  
 tel.: 01/2368-911, fax: 01/2379-913  
 e-mail: ortopedijska@kbc-zagreb.hr; ortopedijska@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

**Ospozobljavanje predavača prve pomoći za kandidate za vozače**  
 Hrvatski Crveni križ  
 Zagreb, 02.-03.04.2016.  
 Blaženka Ledinsky, mob.: 098/417-730  
 1250,00kn

**Akupunktura i bol**  
 HLZ, HD za akupunkturu  
 Daruvar, 02.-03.04.2016.  
 Maja Mustać, mob.: 091/4748-492  
 2500,00kn

**Trenutne i buduće smjernice u dijagnostici i terapiji tumora glave i vratu**  
 KBC Split  
 Split, 04.-05.04.2016.  
 Doc.dr.sc. Krešimir Dolić, mob.: 095/9009-425

**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./fax: 01/2431-413, e-mail: lokavur@gmail.com

**28. znanstveno – stručno – edukativni seminar s međ.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 u 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](http://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](http://www.cvnk.hr)  
 1000,00kn

**9. hrvatski onkološki kongres**  
 HLZ, Hrvatsko onkološko društvo  
 Poreč, 07.-10.04.2016.  
 Dr. Eduard Vrdoljak, tel.: 021/556-129

# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

## 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 Lazaric 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

## JGL u praksi s vama

Med 21 d.o.o.  
Opatija, 08.-10.04.2016.  
Goran Hauser, mob.: 098/1820-726

## Alergije

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 09.04.2016.  
Mario Čvek, tel.: 01/4566-966  
400,00kn

## Osnove seksualne medicine: dijagnostika i terapija

Udruga za osobni rast i razvoj te psihosocijalnu podršku – Kreativne Adaptacije  
Rijeka, 09.04.2016.  
Nina Bašić-Marković, mob.: 091/4118-911  
600,00kn

## Tečaj manualna terapija noge (zglob kuka, koljena i stopala), dr. Stošić

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

## Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka

Kuća zdravlja  
Zagreb, 11.-15.04.2016.  
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108  
5000,00kn

## Jubilarna 200. Gerontološka tribina

NZJZ dr. Andrija Štampar, Centar za zdravstvenu gerontologiju, Ref. centar MZ RH za zaštitu zdravila starijih osoba  
Zagreb, 12.04.2016.  
Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164,  
fax.: 01/4678-016, e-mail: marica.lukic@stampar.hr

## Nove spoznaje o sojevima *Saccharomyces boulardii* i *Lactobacillus plantarum* – zdravstveni, znanstveni i klinički aspekti

Abela Pharm d.o.o.  
Zagreb, 12.04.2016.  
Marko Horvatek, mob.: 099/7322-231

## Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 13.04.2016.  
Dr. Marcel Lepée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,  
e-mail: marcel.lepee@stampar.hr

## Usredotočena svjesnost – mindfulness: klinička primjena u odraslih te djeci i adolescenata

Psihiatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11  
Zagreb, 13.04.2016.  
Ana Mihajlović, tel.: 01/4862-501  
350,00kn

## III. optometrijska konferencija srednje i jugoistočne Europe Veleučilište Velika Gorica

Split, 14.-16.04.2016.  
Dr.sc. Josip Čulig, tel.: 01/6222-501  
764,00kn

## 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;  
Kasnja kotizacija, od 15.01.2016. - sudionici – 1450,00kn;  
Rana kotizacija, do 15.01.2016. - specijalizanti – 650,00kn;  
Kasnja kotizacija, od 15.01.2016. - specijalizanti – 725,00kn;  
Umirovljenici su oslobođeni plaćanja kotizacije

## Multidisciplinarnost u dijagnostici i liječenju glasovnih poremećaja

KBC Zagreb, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata  
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

## JGL u praksi s vama

Med 21 d.o.o.  
Opatija, 15.-17.04.2016.  
Goran Hauser, mob.: 098/1820-726

## Psihosomatika u opstetriciji

KBC „Sestre milosrdnice“  
Zagreb, 16.04.2016.  
Dr. Vesna Gall, mob.: 099/3787-017

## 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

## Osnovni tečaj laparoskopske kirurgije 2016.

Aesculap akademija d.o.o.  
Zagreb, 20.-22.04.2016.  
Kristina Knežić Fresl, mob.: 091/2789-469  
3000,00kn

## 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 med.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  
Lijecnici članovi HDHM 1500,00kn/1700,00kn;  
ostali 1900,00/2100,00kn; specijalizanti članovi HDHM  
1200,00/1500,00kn, ostali 1600,00/1800,00kn

## 4. hrvatski kongres o reproduktivskom zdravlju, planiranju obitelji, kontracepciji i IVF-u

HLZ, HD za ginekološku endokirurgiju i humanu reprodukciju  
Šibenik, 21.-23.04.2016.  
Contres projekt d.o.o., Maja Orsag, mob.: 091/3330-734,  
e-mail: maja@contres.hr  
1200,00kn

## 5. hrvatski kongres kliničke citologije; 2. hrvatski simpozij analitičke citologije; 3. hrvatski simpozij citotehnologije s med. sud.

HLZ, HD za kliničku citologiju, Sekcija za analitičku citologiju,  
Hrvatska udružba ditotehnologa  
Opatija, 21.-23.04.2016.  
Snježana Štemberger-Papić,  
e-mail: snjezana.stemberger@ri.t-com.hr  
Tajništvo Kongresa: tel.: 051/658-206; fax.: 051/658-428  
e-mail: hd.klinicka.citologija@gmail.com;  
www.citologija.hlz.hr  
1500,00kn specijalisti; 900,00kn specijalizanti

## Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Paul Hartmann d.o.o.  
Zagreb, 22.04.2016.  
Maja Čalić, mob.: 091/4454-427

## Psihološki aspekti palijativne skrbi

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 22.-30.04.2016.  
„Penta“ d.o.o., Ana Jurašić, tel.: 01/3483-625  
2500,00kn

## Znanost o laboratorijskim životinjama

MEF Sveučilišta u Splitu  
Split, 25.-30.04.2016.  
Doc.dr.sc. Sandra Kostić, tel.: 021/557-810  
4000,00kn

**Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu**  
MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 25.04.-20.05.2016.  
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317  
10000,00kn

**Značaj Fausta Vrančića 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-čikvine parazitoze: epidemiologija, klinička slika, laboratorijska dijagnostika, terapija i profilaksa**  
HLZ, HD za kliničku mikrobiologiju  
Zagreb, 05.-06.05.2016.  
Dr sc. Mario Šviben, tel.: 01/4863-269  
2000,00kn

**XXIII KONGRES HUOM-e**  
Hrvatska udružba obiteljske medicine Osijek, 05.-07.05.2016  
ok.tours@os.t-com.hr, Marija Nakić, mob.: 091/5217-960,  
tel. 031/212-815, fax 031/212-814  
Vesna Samardžić - Ilić, mob.: 091/1534-211  
Rana kotizacija do 01.03. 2016.god 1.000,00 kn + PDV  
Kasnata kotizacija do 05.05. 2016.god 1.200,00 kn + PDV  
Kotizacija za specijalizante OM - članove HUOM-e,  
umirovljenike, studente, osobe u pratnji 500 kn + PDV

**Novosti u pedijatrijskoj nefrologiji**  
Klinika za pedijatriju, KBC Osijek  
Osijek, 06.05.2016.  
Marija Kraljik, tel.: 031/512-249

**Lokalni rezjevi u rekonstrukciji defekata kože glave i vrata**  
KB „Dubrava“  
Zagreb, 06.05.2016.  
Marija Juras Maček, tel.: 01/2903-431  
400,00kn liječnici, 200,00kn studenti

**3. proljetni sastanak Hrvatskog društva za nuklearnu medicinu**  
HD za nuklearnu medicinu  
Split, 06.05.2016.  
Prof.dr.sc. Ante Punda, e-mail: ante.punda@mefst.hr,  
ing. Sandra Šego, e-mail: sandra.sego@yahoo.com,  
tel.: 021/556-103

**Autosomal dominantna policiistična bubrežna bolesti**  
HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju  
Osijek, 06.-07.05.2016.  
Dr. Lada Zibar, mob.: 097/7960-917

**XIX. 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

**Novosti iz nefrologije i arterijske hipertenzije i Simpozij medicinskih sestara u hipertenziji**  
HD za hipertenziju HLZ-a, Društvo za razvijat nefrologije „Prof.dr. Milovan Radonić“, Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju MEF Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb, Radna skupina za arterijsku hipertenziju Hrvatskog kardiološkog društva  
Zagreb, 06.-08.05.2016.  
Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju i dijalizu, Kl. za unut. bolesti KBC Zagreb, tel.: 01/2388-271, fax: 01/2367-468,  
e-mail: ana.vrdoljak@gmail.com (dr. Ana Vrdoljak); mirjanamihalic5@gmail.com (bacc.med.techn Mirjana Mihalić)  
Spektar putovanja d.o.o., tel.: 01/4862-605, fax: 01/4862-622, Ana Hadžić, e-mail: ana.hadžić@spektar-holidays.hr  
[www.hdhceca2016.org](http://www.hdhceca2016.org), facebook: <http://www.hdhceca2016.org/>  
Rana kot. (do 15.04.2016.) 1000,00kn, kasna kot. 1500,00kn; za specijalizante 500,00kn, med.estre 200,00kn

**Skup u spomen na Božidara Špišića**  
Klinika za ortopediju KBC I MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 07.05.2016.  
Ozren Kubat, tel.: 01/2368-911, e-mail: ortopedia@kbc-zagreb.hr

**Osmi hrvatski Cochrane simpozij – Razumijevanje znanstvenih dokaza**  
MEF Sveučilišta u Splitu  
Split, 09.05.2016.  
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-923  
400,00/200,00kn

**Lijekovi i ...**  
ZJJ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 11.05.2016.  
Dr. Marcel Leppée, 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, WOOMB  
Zagreb, 12.05.2016.  
Marija Ćurlin, mob.: 091/3768-143,  
<http://woombconference.ppo.hr/hr>  
500,00kn (za studente i specijalizante 250,00kn)

**Međunarodna konferencija Svjetske organizacije za Billingsov u ovulacijsku metodu**  
Centar za prirodno planiranje obitelji, WOOMB  
Zagreb, 12.-15.05.2016.  
Marija Ćurlin, mob.: 091/3768-143,  
<http://woombconference.ppo.hr/hr>  
900,00kn (do 29.02.2016. 750,00kn)

**78. dani dijabetologa – simp. s med.sud.**  
**HD za dijabetes i bolesti metabolizma**  
Dubrovnik, 12.-15.05.2016.  
Doc.dr.sc. Dario Rehelić, mob.: 091/5156-576  
800,00kn

**Helicobacter pylori – dijagnostika i terapija**  
**ZJJ Županije Istarske**  
Pula, 13.05.2016.  
Lorena Lazarčić Stefanović, 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 Ćurlin, mob.: 091/3768-143  
600,00kn

**13. hrvatski kongres endoskopske kirurgije s med.sud.**  
HLZ, HD za endoskopsku kirurgiju  
Tuhelj, 18.-21.05.2016.  
Igor Stipančić, tel.: 01/2902-517  
Do 01.04.2016. specijalisti 2500,00kn; specijalisti 1400,00kn;  
medicinske sestre 1400,00kn; predstavnici tvrtki 2500,00kn;  
osobe u pratnji 1400,00kn, kotizacija za 1 dan 700,00kn  
Od 01.04.2016. specijalisti 2800,00kn; specijalisti 1400,00kn;  
medicinske sestre 1400,00kn; predstavnici tvrtki 2800,00kn;  
osobe u pratnji 1400,00kn, kotizacija za 1 dan 700,00kn  
Na dan kongresa specijalisti 3000,00kn; specijalisti 1400,00kn;  
medicinske sestre 1400,00kn; predstavnici tvrtki 3000,00kn; osobe u  
pratnji 1400,00kn, kotizacija za 1 dan 700,00kn

**Osmi kongres Hrvatskog društva za neurovaskularne poremećaje**  
Hrvatskog liječničkog zborna  
HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje  
Zagreb, 19.-20.05.2016.  
Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, tel.: 01/3787-740

**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.

**7. hrvatski kongres ginekologa i opstetričara s med.sud.**  
HLZ, HD za ginekologiju i opstetriciju  
Osijek, 19.-22.05.2016.  
„Btravel“, Iva Šimunić, tel.: 01/6666-855, mob.: 091/3330-733  
1500,00kn

**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

# Najhrabriji novinar mjeseca veljače - Stela Lechpammer



STELA LECHPAMMER

Nije hrabrost u novinama napadati doktore, to je već dugo u modi i rado se čita. Što bezobzirnije, to bolje. Ali „napadati“ pacijente – e, to je već nešto drugo! A to se usudila novinarka Stela Lechpammer u Večernjem listu od 9. veljače pod naslovom „Pacijenti se žale i kad im se pruži i kad im se uskrati usluga“. Istražila je nekih 150 pritužaba pacijenata upućenih Povjerenstvu za zaštitu prava pacijenata Grada Zagreba u 2015. godini te našla, uz opravdane, velik broj neopravdanih pritužaba.

Citirajmo Stelu: „Tako su se građani Povjerenstvu žalili zbog uskraćene uputnice iako nije bilo potrebe za njezinim izdavanjem. Također, građani su očito bolje od liječnika znali koja im je terapija potrebna. Prema nekim pritužbama, zapravo is pada da je šteta što građani uopće moraju trošiti vrijeme na čekanje u ordinacijama i bolnicama, kada bi bilo puno jednostavnije da si svatko sam propiše terapiju.“ Itd.

Hej, Stelo, čuvaj se da ne naDRLJAŠ jer „Pacijent je uvijek u pravu!“ Pazi da te se ne dočepaju oni

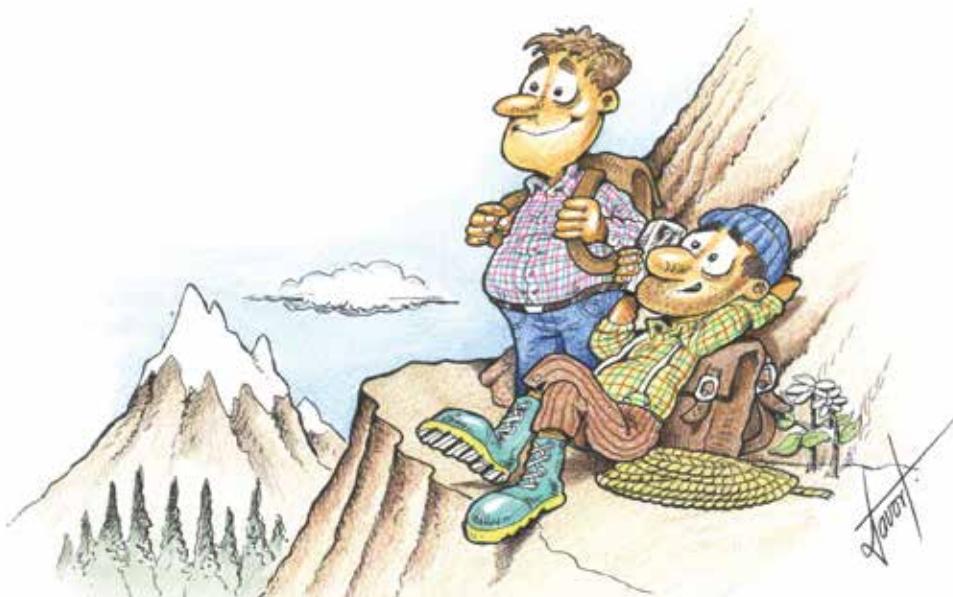
koji stalno DRLJAju nekakve apele i u ime pacijenata nešto traže, pa traže, a kad ih pomno pročitaš, sve se uvijek svodi na „Uzmi drugome i daj nama“. Umjesto da uporno štančaju „svaki tje dan apel jedan“, zaboravili su pomagati savjetima o zdravim životnim navikama kao što su „Šeći prirodom umjesto što u kafiću zagađuješ zrak cigaretom“, „Ne loči i ne prezderavaj se zavaljen povazdan pred televizorom“ i „Ne zlorabi zdravstvenu službu!“. O ljudima se brinu tek kada naDRLJAju i postanu pacijenti ili „pacijenti“ pa tada svojim epistolama prozivaju kao krvce sve, od vlade i HZZO-a do zadnje seoske ambulante – jer pacijent je uvijek u pravu!

Stela se usudila među „pacijentima“ pronalaziti simulante, kverulante, svadljivce i paranoike, što se ne bi usudio čak ni čelavi doktor od straha za svoj skalp. Pa zar nije zaslužila da je proglašimo najhrabrijom novinarkom mjeseca?

Bravo Stela, ali - *cave canem!*

Željko Poljak, urednik

Jedino je u Hrvatskoj helikopterska pomoć Gorske službe spašavanja besplatna



*BEZ HELIKOPTERA NE BIH STIGAO U HOTEL NA VEĆERU.  
UOSTALOM, ZAŠTO IMAM MOBITEL?*

Ideja Željko Poljak; crtež Davor Trgovčević







