

LIJEČNIČKE NOVINE



**60% MLADIH DOKTORA ŽELI
NAPUSTITI HRVATSKU**



LIJEĆNIČKE 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

LIJEĆNIČKA 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 Margreithner • Ingrid Marton • Tatjana Nemeth Blažić
Davor Plavec • Matija Prka • Dražen Pulanić • Livija Puljak
Ana Tečić Vuger • Ivica Vučak • Ksenija Vučur

UPUTE SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:
Liječničke novine HLK, 10000 Zagreb, Ulica Grge Tuškana 37,
e-mail: hlk@hlk.hr ili izravno uredniku.

Članci ne podliježu recenziji i uredništvo
se ne mora slagati s mišljenjem autora.

Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.
Mali oglasnik je za članove Komore besplatan.

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

Liječničke novine su glasilo Hrvatske liječničke komore za
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

5	UVODNA RIJEČ "Strah od neprijateljskog udruživanja"
6	RAZGOVOR Doc. Darko Chudy
12	MLADI I USPJEŠNI Dr. Nikolina Sesar
16	TEMA BROJA Egzodus mlađih liječnika
26	IZ KOMORE Odvjetnici u aferi „Hipokrat“ • Vodstvo Komore u Gospiću, Rijeci, Koprivnici ... • Reforma hitne pomoći • Suradnja sa Slovenskom komorom • PZZ • Pitanja i odgovori
38	IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA
41	NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA
44	IZ UDRUŽENJA POSLODAVACA U ZDRAVSTVU Hrvatski zdravstveni sustav
46	ONKOLOGIJA U HRVATSKOJ
50	COCHRANE ZANIMLJIVOSTI Helikopterska hitna služba
52	NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE
58	LIJEVI KUT - DESNI KUT Prvih 100 dana nove Vlade
60	PLASTIČNA KIRURGIJA Nova uška
64	FARMAKOVIGILANCIJA
66	ZAJEDNO U BORBI PROTIV RAKA Podrška pred kraj života
68	RIJETKE BOLESTI Gaucherova bolest
72	EPIDEMIOLOGIJA Ospice u Hrvatskoj
76	KOMORIN TEST ZNANJA
84	HZZO Zdravstveno osiguranje za sve građane
86	MEDICINA I SPORT Doc. Damir Erceg
90	GRAĐA ZA POVIJEST HRVATSKE MEDICINE Klinička citologija u KB-u „Merkur“
92	MLADI LIJEĆNICI ZNANSTVENICI Dr. Tomislav Kopjar
94	KOLEGA HITNJAK
96	ESEJ
98	BEZ RECEPTA
100	MEDICINA I JEZIK
102	HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI Prim. Jerko Karadža
107	REAGIRANJA Inženjeri optometrije?
108	KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA
112	UREDNIKOV KUTAK

118. KONGRES UDRUGE POSLODAVACA U ZDRAVSTVU

pod stručnim pokroviteljstvom

HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

“HEALTHCARE REUNION 2016.”

Analiza finansijskog poslovanja zdravstvenog sustava 2015.-2016., organizacijske specifičnosti provođenja zdravstvene zaštite te međunarodna iskustva.

Opatija
5. do 7. svibnja 2016.
Grand Hotel
“4 opatijska cvijeta”

- **42 TEME**
- **5 OKRUGLIH STOLOVA**

NAJVAŽNIJI PREDSTAVNICI ZDRAVSTVENOG SUSTAVA NA JEDNOM MJESTU:

- ministar zdravlja **doc.dr.sc. Dario Nakić, dr.med.**
- predsjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora **dr.sc. Ines Strenja - Linić, dr.med.**
- predstavnici **Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje**

PRIMARNA, BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA, JAVNO ZDRAVSTVO, HITNA MEDICINA, ZDRAVSTVENA INDUSTRIJA, KOMORE, SINDIKATI, UDRUGE U ZDRAVSTVU

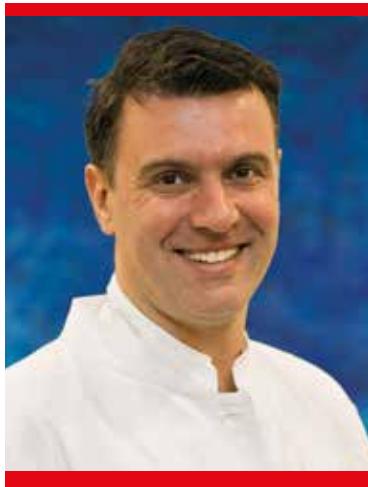
BODOVANJE OD STRANE HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE I HRVATSKE LJEKARNIČKE KOMORE

PROGRAM S TEMAMA I PREDAVAČIMA, te PRIJAVU NA KONGRES pronađite na www.upuz.hr

Za dodatne informacije molimo obratite se organizatoru na telefon: 01/6311-550, 01/6311-561, 01/6311-562 ili e-mail: info@upuz.hr

**PRIJAVITE SE NA
www.upuz.hr**

Rezervacija smještaja na web stranicama Grand Hotela 4 opatijska cvijeta **www.milenijhoteli.hr**, telefon: **051/278-007** ili e-mail: **info@milenijhoteli.hr**



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

Drage kolegice i kolege, u protekla dva i pol mjeseca obišli smo velik dio Hrvatske kako bismo vas informirali o radu novoga vodstva Hrvatske liječničke komore. Posjetili smo sva županijska povjerenstva HLK-a i omogućili neposrednu komunikaciju svim zainteresiranim članovima. Smatramo kako vi koji ste nam dali povjerenje za vođenje Komore trebate znati što i kako mi radimo.

Novom organizacijom radnog vremena Komoru smo učinili dostupnijom članovima. Ubrzali smo rješavanje upravno pravnih predmeta i spisa, postali smo uslužniji. Unaprijedili smo i standardizirali poslovne procedure i u dobrom dijelu ih informatički povezali. U potpunosti smo uredili arhiv Komore.

Obavili smo reviziju financijskog poslovanja i unaprijedili ga uvođenjem principa stručnosti, odgovornosti i interne kontrole u rad financijske službe. Pri tome smo utvrdili nenaplaćena potraživanja u iznosu od oko četiri milijuna kuna, koje smo dobrim dijelom već naplatili ili smo osigurali njihovu potpunu naplatu tijekom svog mandatnog razdoblja. Bitno smo racionalizirali poslovanje, uštedjeli na godišnjoj razini oko dva milijuna kuna pri čemu nismo ukinuli niti umanjili niti jedno stečeno pravo člana. Prihode Komore, neovisne o članarina-nama, povisili smo za 200 posto. Svu ostvarenu financijsku dobit preusmjerili smo u korist članova. Ustanovili smo jednokratnu pomoć članovima Komore za novorođeno dijete te godišnju stipendiju maloljetnoj djeci pokojnih članova do njihove punoljetnosti. Po toj osnovi pomogli smo već stotinjak članova.

Tko se još u Republici Hrvatskoj boji „udruživanja zbog neprijateljske djelatnosti“?

U završnoj smo fazi pregovora oko ugovaranja osiguranja pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku za kaznena i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti za naše članove. Donijeli smo važne strateške dokumente: novi Statut HLK-a, strategiju za unaprjeđenje trajne medicinske izobrazbe, komunikacijski strateški plan, strategiju za informatizaciju HLK-a, Kodeks medicinske etike i deontologije, čijim smjernicama se vodimo u svakodnevnom radu. Obavili smo više stručnih nadzora čiji nalazi su utjecali na poboljšanje statusa liječnika zaposlenih u nadziranim ustanovama. Principijelno štimo sve članove u slučajevima neprimjereno prozivanja u medijima.

Vizualno i sadržajno smo promjenili Liječničke novine. Krenuli smo u temeljitu rekonstrukciju službene mrežne stranice Komore. Intenzivno i uspješno suradujemo s gotovo svim dionicima u zdravstvenom sustavu. Pokrenuli smo inicijativu za osnivanje koordinacije komora u zdravstvu. Sve smo to napravili za samo devet mjeseci rada, a za što smo na terenu dobili vašu podršku i pohvale.

Naravno, nisu svi zadovoljni našim radom i oduševljeni našim rezultatima. Konačno, na izborima smo zavrijedili „samo“ osamdesetak posto mandata. Nisu zadovoljni ni neki od smijenjenih dužnosnika Komore koji u medijima izjavljaju da su od nas „očekivali više“. Šteta što sami nisu učinili više dok su bili u prilici i na pozicijama. Sve je to razumljivo, ali mi je poprilično teško prihvatići činjenicu da u današnjoj Hrvatskoj, u relativno ozbiljnim medijima (Globus, 18. ožujka 2016.) izide članak s naslovom „Hobotnica dr. Goluža“ u kojem se nastoji pokazati kako smo ja i HUBOL postali „apsolutni vladari hrvatskog zdravstva“. U članku smo optuženi da tobože „vrlo uspješno“ kadroviramo po načelu „tko nije s nama, taj je protiv nas“. Tamo se špekulira i kako smo presudno utjecali na izbor ministra zdravlja koji je član HUBOL-a, ali istovremeno i da smo spriječili imenovanje na tu funkciju kolege koji je isto tako član HUBOL-a. Očito, članstvo u HUBOL-u nije pretpostavka za imenovanje na funkcije koje određuje politika kroz stranačka dogovaranja i kadroviranja.

Ono za što se nas optužuje i što nam se zapravo prigovara, najsličnije je optužbama iz kaznenog zakona propale socijalističke Jugoslavije a odnosilo se na „udruživanje zbog neprijateljske djelatnosti“. Pod tim se podrazumijevalo svako udruživanje koje nije bilo pod kontrolom Partije i koje se nije odvijalo unutar socijalističkog saveza. Kao takvo bivalo je ocijenjeno protivnim socijalizmu i samoupravljanju te proskribirano i kriminalizirano. Naravno, svaki pokušaj eventualnog preuzimanja neke od poluga vlasti, bio bi okarakteriziran kontrarevolucionarnim i „pučističkim“ djelom, baš kao i u spomenutom članku, samo što je to sada u skladu s aktualnom terminologijom nazvano „hobotnicom“. Ja sam prozvan „jurišnikom“ uz neizostavno pitanje koje postavlja svaki nedemokratski režim i svaki novinar formiran u takvom režimu, a to je „tkoiza njega stoji“ odnosno suvremenim rječnikom rečeno „koja ga politička opcija gura u prvi plan“.

Izgleda da se u nekim medijima i u nekim glavama ništa bitno nije promijenilo – mada se „ugledni novinari“ i „ugledni ortoped“ složno žale da nismo „ništa bitno“ napravili. Prikazali smo vam što smo napravili u proteklih deset mjeseci i što je nama bitno, a bitni su nam svi liječnici bez razlike gdje rade. Prethodno vodstvo Komore imalo je dvadesetak godina za pokazati što im je bitno, a to očito nisu bili svi liječnici, nego samo neki. A koji su to „bitni liječnici“ pokazuje nam i spomenuti članak, odnosno kritika upućena meni osobno kao i našim novinama zbog „neprimjerene političke karikature“ kojom je ilustriran „slučaj vesele vjeverice“. Teško se oteti dojmu kako je članak u Globusu kao i teza o „hobotnici“ nastala kao reakcija uvrijedene „vesele vjeverice“ koja nam poručuje da ćemo se „htjeli – ne htjeli morati“ vratiti tamo gdje nam je mjesto, a to je „isključivo zdravstvo i zdravlje“. U politiku ne smijemo dirati, to je rezervirano za partiske strukture i podliježe posebnim pravilima i hijerarhiji, sve dok ne izgubite izbore i poziciju u Partiji, nakon čega se „htjeli – ne htjeli“ morate vratiti „tamo gdje vam je mjesto“. E pa dragi prijatelji, mi dobro znamo gdje nam je mjesto i što nam je raditi, bez da nam itko daje direktive i dijeli savjete.

RAZGOVOR S JEDNIM OD VODEĆIH NEUROKIRURGA U HRVATSKOJ

Doc. dr. sc. Darko Chudy:

"Privatizacija u zdravstvu je neizbjježna, odaberimo najbolji model!"

Razgovorala / DANIELA DUJMOVIC OJVAN
daniela.dujmovic@hlk.hr

Prva operacija je pokazala kako robot radi vrlo precizno. Do sada je napravljen prototip i taj robot ne samo da je točan pri izvedbi nego i lijepo izgleda

Kada smo mi započeli s dubokom mozgovnom stimulacijom (DBS) u Hrvatskoj, u SAD-u ih još nisu radili. U jugoistočnom dijelu Europe mi smo bili pioniri

Odlučili smo se za razgovor s docentom Darkom Chudjem, pročelnikom Zavoda za neurokirurgiju KB Dubrava iz više razloga. Kao prvo, riječ je o jednom od vodećih hrvatskih neurokirurga i neuroznanstvenika, koji je prepoznat i u svijetu. Uveo je metodu duboke mozgovne stimulacije u Hrvatsku, jedan je od idejnih pokretača inovativnog projekta Ronna, što je velik pothvat naše znanosti i medicine; autor je i ko-autor poglavlja u više knjiga stranih izdavača i američkih urednika, a ima svoje mjesto i u udžbenicima iz kojih uče specijalizanti neurokirurgije iz cijelog svijeta. Angažiran je i na Washington Universityju u Seattleu kao „Associated Affiliated“ profesor, iz svoje je generacije najviše proveo na školovanju u inozemstvu... Mogli bismo tako nabratati unedogled. Unatoč profesionalnim uspjesima, riječ je o čovjeku koji u javnim istupima ne propušta pohvaliti svoju suprugu (potvrđuje pravilo kako „Iza svakog uspješnog muškarca stoji uspješna žena“), ali i istaknuti činjenicu kako je otac četvoro djece, što je uistinu bogatstvo i prava rijetkost u našoj demografski osiromašenoj zemlji. Dok smo još inicijalno razgovarali pripremajući se za intervju, doc. Chudy je odmah napomenuo kako je njegova supruga postigla puno više od njega jer obavlja puno odgovorniji posao, a to je odgoj djece. Svi koji su roditelji znat će o čemu govorи. Žao mu je što se ne štiti položaj majke u društvu i što majčinstvo nije stavljeno na pijedestal kao što i zaslužuje, kako bi svim muškarcima bilo krivo što ne mnogo rađati. No, da je naš sugovornik to mogao, naš razgovor o njegovim uspjesima i radu na području neurokirurgije sigurno ne bi toliko trajao niti zauzeo nekoliko stranica Liječničkih novina.

■ **Jedan ste od idejnih začetnika inovacijskog projekta Ronna (robotske neuronavigacije), na kojem surađuje 27 znanstvenika i liječnika. U kojoj je fazi taj projekt?**

Riječ je o interdisciplinarnom projektu koji sam prije sedam godina pokrenuo zajedno s prof. Bojanom Jerbićem, voditeljem tog projekta, i prof. Gojkom Nikolićem. To je zajednički projekt zagrebačkog Fakulteta strojarstva i brodogradnje, Hrvatskog instituta za istraživanje mozga i KB-a Dubrava. Prvu smo operaciju obavili 10. ožujka u našoj bolnici; radilo se o biopsiji cističnog tumor-

skog tkiva na mozgu uz robotsku navigaciju Ronna. U ovoj je fazi robot ušao u operacijsku salu, mi radimo rutinsku operaciju i pri tom nadgledamo kako bi to robot izveo, dakle, simultano je izvodimo. Prva operacija je pokazala kako robot radi vrlo precizno. Do sada je napravljen prototip i taj robot ne samo da je točan pri izvedbi nego i lijepo izgleda.

■ **Na kojim će operacijama taj robot sudjelovati?**

Na stereotaktičkim i neuronavigacijskim operacijama, takva je bila zamisao.



Doc. Darko Chudy,
jedan je od rijetkih
koji smatra kako
novca u zdravstvu ima
dovoljno, samo se ne
troši "pametno"

■ Budućnost tog projekta s obzirom na komercijalizaciju?

To je duga priča, a takvom bi se ishodu vjerojatno najviše veselila moja supruga. Osobna mi je zadovoljština vidjeti te mlađe angažirane ljude, kako u našoj bolnici, tako i na Fakultetu za strojarstvo i brodogradnju, jer je riječ o velikom ljudskom potencijalu koji mi iskorištavamo tako da oni u drugim zemljama budu vrhunski. Pri tom se još hvalimo kako su naši znanstvenici uspjeli u svijetu. Zaboravljamo da Japan nije postao svjetska velesila samo zato što su Japanci dobro radili u Engleskoj ili Njemačkoj. Onog trenutka kada političke elite prepoznaju na koju kartu treba igrati da bismo dobili i zadržali taj potencijal, tek tada možemo biti optimistični glede naše budućnosti i kao nacije i kao države. Ako je ovaj projekt samo mali mozaik, mala kockica u tom cijelom „legolandu“, onda sam zadovoljan postignutim.

■ Vi ste uveli metodu duboke mozgovne stimulacije u Hrvatsku?

Da. Bilo je to 2000. godine u KBC-u Zagreb. Početak je bio jako težak jer su pacijenti morali sami platiti neurostimulator da bih im ga ja ugradio. Morao sam se boriti s dvostrukim rizikom; rizikom od same operacije ali i rizikom od očekivanog uspjeha. U slučaju da zahvat nije donio očekivane rezultate, odgovarate i za to što je čovjek platio 10 ili 15 tisuća eura za operaciju koja nije donijela poboljšanje njegova zdravstvenog stanja. Zato što smo bili prisiljeni raditi u sustavu gdje je takve zahvate čovjek morao sam sebi plaćati, tražili smo načine kako bismo zaobišli pravilnike prema kojima pacijent ne može platiti ugradbeni materijal. Naime, nismo htjeli da naši ljudi plaćaju goleme troškove odlaska na te operacije u inozemstvo, tim više što ju je tada rijetko tko radio u svijetu. Kada smo mi započeli s dubokom mozgovnom

stimulacijom (DBS) u Hrvatskoj, u SAD-u ih još nisu radili. U Europi se ta operacija izvodila u visoko razvijenim zemljama. U jugoistočnom dijelu Europe mi smo bili pioniri.

■ Gdje ste stekli znanja iz stereotaktičke neurokirurgije?

Kod profesora Volkera Sturma na neurokirurgiji Sveučilišne bolnice u Kölnu. Zatim sam učio kod profesora Lauri Laitinena u Stockholm, koji je tada (1996.), bio vodeći stereotaktičar u svijetu. Moj je mentor na neki način, s kojim i danas usko surađujem, profesor Marwan Hariz iz Švedske, sada profesor u „Queens Square“ bolnici u Londonu.

■ Kod kojih se neuroloških bolesti i stanja primjenjuje metoda duboke mozgovne stimulacije?

Kod Parkinsonove bolesti, gdje daje najbolje rezultate (kod tzv. on-off fenomena), distonije, tortikola i esencijalnog tremora. Mi smo je koristili i za ublažavanje „Gill de la Tourettovog“ sindroma, ali i kod vegetativnih stanja i minimalnih stanja svijesti. DBS pomaže u distonijama, gdje mlade ljude od 17 do 25 godina vraćate u život, jer im smanjujete simptome kao što su nevoljne kretnje i mišićne kontrakcije te im tako dajete nadu za normalan život i ostvarenje životne sreće, jer imaju veću mogućnost za pro-nalaženje prijatelja, životnog partnera ali i za osnivanje obitelji.

■ Što je zapravo duboka mozgovna stimulacija?

To je uvođenje elektrode u neuroanatomsku strukturu; kao ciljna točka koristi se najviše subtalamička jezgra i globus pallidus kod distonija. Zato je važno dobro selezionirati pacijente, jer nisu svi dobri kandidati za DBS. U timu je stoga najvažniji neurolog koji će ih selezionirati, a u našem je timu to docentica Vladimira

>>

Ne može se znanošću baviti bilo tko. Ta se privilegija treba steći radom, projektima i dokazivanjem

Moram priznati kako imam sreću s mladim neurokirurzima. Danas ako izaberete pogrešnu osobu, više ne možete ništa učiniti. Ona do kraja života radi u vašoj ustanovi

Našu svijest oblikuju emocije i empatija. Svoju ljudskost potvrđujemo kad se počnemo pitati kako je drugima

Vuletić. Važni su i psiholozi koji procjenjuju kritičnost pacijenta, njegovu sposobnost da kritički sagleda očekivane uspjehe i rizike operacije. Zatim psihijatar koji ne dozvoljava da pacijenti s nekim težim psihičkim poremećajima budu kandidati za duboku mozgovnu stimulaciju, posebice ne oni koji su podložni suicidu i teškoj depresiji. Dakle, radi se o širem timu koji je osnovan u KB-u Dubrava, i to velikim dijelom zaslugom predstojnika Zavoda za neurologiju, prof. dr. Silvija Bašića. Kao tim zajednički uživamo u uspjehu, ali i odgovaramo za komplikacije ako se dogode i rješavamo ih. Za sada smo jedini tako kompletiran tim u Hrvatskoj.

■ Koji su rizici DBS-a?

Rizik svake neurokirurške operacije na mozgu jest postoperacijsko krvarenje, kojeg se boje svi neurokirurzi na svijetu. Postoji rizik i od infekcija, pri čemu je najgori meningitis, ali se može inficirati i sam hardver, elektrode, jer je to strani materijal. Mogu nastati pucanja i lomovi na mjestu gdje se elektroda spaja s kućištem ili gdje se nalazi baterija, ali to je danas rijeđe, jer je tehnika dosta napredovala. Danas imamo elektrode koje se spajaju s kućištem, a koje mogu izdržati šezdesetpostotno rastezanje.

■ Koliko ste do danas napravili takvih operacija?

Oko 150, znači da je u Hrvatskoj ugrađeno 300 elektroda.

■ Kakvi su rezultati?

Rezultati su zadovoljavajući, na razini ustanova koje u svijetu duži niz godina rade takve operacije. Nama je HZZO godišnje odobrio 30 operacija pa možemo reći da smo postigli određenu rutinu, no ipak stalno preispitujemo načine kojima tu metodu još možemo poboljšati. Bitno je i što na taj način u KB-u Dubravi stvaramo školu, našu hrvatsku školu, jer postoje mladi neurokirurzi koji mogu raditi DBS, ako ja sutra obolim. Znam da bi dr. Fadi Almahariq, dr. Domagoj Dlaka i dr. Dominik Romić mogli obaviti tu operaciju na prihvatljivo kvalitetnoj razini, jer su me u to uvjerili.

■ Vi ste im prepostavljam, mentor?

Jesam, no ne i jedini, jer kod nas rade i drugi iskusni neurokirurzi. Njihova kvaliteta rezultat je i angažmana dr. sc. Vjekoslava Jeleča, dr. sc. Tonka Marinovića, dr. Damira

Tomca i dr. sc. Jurice Marakovića. Moram priznati kako imam sreću s mladim neurokirurzima, jer danas kada birate specijalizanta, ako pogriješite ili ako ste izabrali pogrešnu osobu, više ne možete ništa učiniti. Ona do kraja života radi u vašoj ustanovi. Moji se specijalizanti međusobno jako dobro slažu i međusobno pomažu. Trojica mlađih specijalista koje sam spomenuo, kada se udruže, moći će savladati velik broj zahtjevnih operacija. Uvjeren sam da će ih kao starac moći zamoliti za pomoć jer se i odnos prema starijima kolegama u našem timu uči.

■ Uspjeh DBS-a kod vegetativnih stanja i stanja minimalne svijesti?

Riječ je o projektu koji smo prof. Vedran Deletić i ja započeli prije četiri godine; sad već imamo konkretnе rezultate i prikazujemo ih na kongresima. Imamo dovoljan vremenski odmak tako da je dužina praćenja zadovoljila uvjete za pisanje ozbiljnog rada. DBS kod vegetativnih stanja i stanja minimalne svijesti ne radi puno zdravstvenih ustanova u svijetu. Sada ih počinju raditi u SAD-u i Italiji.

■ A Japan?

Japan je to nekad radio, ali su prestali, iako su imali najveće uspjehu.

■ Zašto?

Prestali su iz jednostavnog razloga što je tadašnji šef neurokirurgije Tsubokawa, koji je bio jako zainteresiran za tu metodu, otišao u mirovinu i nitko je nije nastavio s tolikom energijom „gurati“ dalje. I u Japanu trebate dobro obrazložiti ima li svrhe nešto raditi, uostalom, kao u svim ozbiljnim državama. Za sada ne prihvaćaju da se DBS radi rutinski kod vegetativnih stanja, jer ta metoda ne zahtjeva samo neurostimulator, nego kompletnu logistiku i tim ljudi koji će oko nje biti angažirani. Osim toga, prava pacijenata u Japanu nisu tako visoka kako neki zamišljaju.

■ Dobili ste i nagradu „Ponos Hrvatske“ zbog primjene DBS-a kod pacijenta u vegetativnom stanju svijesti?

To je bilo zbog prvog i početnog uspjeha kada smo jednog mladića iz Splita uspjeli vrlo brzo podići na razinu ne samo svjesnosti, nego potpune samostalnosti. Naime, on je tri mjeseca nakon ugradnje elektrode već mogao samostalno hodati i praktički brinuti se sam o sebi.



Doc. Chudy nije zadovoljan programom specijalizacije iz neurokirurgije. Ističe i nedostatak odgovornosti kod mentora.

■ Kako je on danas?

Dobro. Zgodan dečko, koji živi pun život. Još smo u kontaktu. To je jedna dobra priča.

■ Koliko ste napravili takvih operacija do sada i kakvi su rezultati?

Od deset pacijenata u vegetativnom stanju, jednu smo pacijentu doveli u stanje svjesnosti, a od četiri pacijenta u minimalnom stanju svijesti, trojicu smo doveli u potpuno svjesno stanje. Naši se rezultati mogu usporediti s japanskim i oni su razmjerno dobri. Svojim projektom želimo reći da se itekako isplati raditi takve operacije kod selekcioniranih pacijenata, jer je riječ o stanjima kod kojih je potrebna briga 24 sata dnevno, 7 dana u tjednu, 365 dana u godini. Roditelji ili skrbnici nemaju niti sekundu odmora. Svaki uspjeh koji dovodi do svjesnosti i omogućava pacijentu da može odgovarati na fizioterapeutska pomicanja ekstremiteta, nešto je što vodi bržem oporavku i rehabilitaciji.

■ Pitanjem svijesti danas se u svijetu bavi manje od pet posto neuroznanstvenika.

Pitanjem svijesti bavi se sedam milijardi ljudi u svijetu, ali za to je plaćen vrlo mali

broj njih. Čovjek koji se želi baviti znanosću, a onda i neuroznanosću, mora steći tu privilegiju. Antonio Damasio je u svojoj knjizi to dobro rekao: „Ja sam kao neurolog godinama radio u bolnicama da bih stekao privilegiju bavljenja neuroznanosću“. Ne može se znanosću baviti bilo tko. Ta se privilegija treba steći radom, projektima i dokazivanjem. Damasio je neuroznanstvenik koji se bavi stanjem svijesti i u svojoj je knjizi „Dekartova pogreška“ ustvrdio kako je umjesto Dekartove glasovite izreke „Muslim dakle jesam“, zapravo točno „Osjećam dakle jesam“. Drugim riječima, svjesnost je više vezana uz naše emocije nego uz naš razum. Našu svijest oblikuju najvećim dijelom emocije i empatija, jer upravo je čovjekova specifičnost mogućnost uživljavanja u tuđe patnje i boli. Onog trenutka kad se počнемo pitati kako je drugima, tada potvrđujemo svoju ljudskost.

■ Pokriva li HZZO i operacije DBS-a kod vegetativnog stanja i stanja minimalne svijesti?

Ne. Ministarstvo je u pravu kad traži da mi prvo dokažemo njihovu učinkovitost pa će to onda i platiti. DBS je kod vegetativnih stanja u eksperimentalnoj fazi, pacijenti je plaćaju i većinom su iz inozemstva. To je

projekt koji će sigurno trajati desetak godina, a mi smo ga prihvatili zbog velikog početnog uspjeha s mladićem iz Splita.

■ Koliko se takve operacije plaćaju?

Neurostimulator košta oko 8 tisuća eura, a ostalo ide na uputnicu kada se DBS radi kod vegetativnog stanja i stanja minimalne svijesti. Kod Parkinsonove bolesti i drugih poremećaja pokretanja cijena je viša i potpuno je plaća HZZO. U tim slučajevima cijena operacije se penje na 16 tisuća eura, jer se elektroda ugrađuje o obje hemisfere.

■ Izjavili ste da su vas godinama kočili ugledni neurolozi jer su vjerovali da će im DBS oduzeti pacijente. Možete li biti konkretniji?

Ne. To su bili pojedinci, ali na dovoljno visokoj funkciji da su mogli „s dvije noge stati na kočnicu“. To nije specifično samo za Hrvatsku, ali je specifično da se nakon osnivanja Centra koji može obavljati takve operacije on ignorira na način da se daje prednost susjedima. S druge strane, neurolozi su u svijetu bili ti koji su nagonjivali neurokirurge da rade DBS, ta je inicijativa u svijetu od njih krenula. Vrlo sam se teško probijao s tom metodom u Hrvatskoj, iako su mi neki neurolozi pomogli u odabiru pacijenata, poput prof. Vesne Brinar. Bio sam kao mlad uporan i imao energiju koja graniči s psihiatrijskim poremećajem. Biti malo lud je kao cjeplivo, ono vas štiti od toga da vas ludilo cijelog ne obuzme. Kao takav, uspio sam savladati opstrukcije nekih „dobrih“ kolega.

■ Psihokirurgija je kod nas zabranjena. Tvrdite da DBS ima uspjeha kod opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Zalažete se da se ta metoda primjenjuje kod tog psihičkog poremećaja i u Hrvatskoj?

Zalažem se za to da psihiatri u Hrvatskoj počnu ozbiljno razmišljati o takvom zahvatu. Oni su inicijatori.

■ Imate li od njih kakav „feedback“?

Koga god pitate uvijek postoji dobra volja. Inače, u našem narodu ima toliko puno dobre volje a toliko malo izvedbe, da sve ostaje na jednom ugodnom razgovoru. Vjerujem da će jednoga lijepog dana krenuti ta inicijativa od psihiyatara. Možda je i bolje ne raditi prevelik pritisak na njih,

>>

Država mora imati pod kontrolom barem sveučilišne bolnice, kako strukovnom, tako i finansijskom. Ne smije se dogoditi da u sveučilišne bolnice ulazi privatni kapital jer će taj biti zainteresiran isključivo za profit. Tada će se operirati i provoditi dijagnostika i terapija i onda kad treba i kad ne treba

Lječnici koji su bili upleteni u bankarske malverzacije, glavni su inicijatori ulaska privatnog kapitala u kliničke bolnice. Kako im vjerovati?

jer kad se psihijatri „ražešte“ nije dobro, sjetimo se samo frontalne lobotomije.

■ Vi ste protiv privatizacije javnog zdravstva, iako biste u tom slučaju kao neurokirurg mogli odlično zaradivati?

Protivnik sam neuredne privatizacije javnog zdravstva. Država mora imati pod kontrolom barem sveučilišne bolnice, kako strukovnom, tako i finansijskom. Ne smije se dogoditi da u sveučilišne bolnice ulazi privatni kapital jer će taj biti zainteresiran isključivo za profit. Tada će se operirati i provoditi dijagnostika i terapija i onda kad treba i kad ne treba. Radit će se sve samo da bi se isplatili troškovi, instrumenti, kako bi „gizdavi gazda“ zaradio, a ne pomogao pacijentima. Kvaliteta u zdravstvu i profit ne idu zajedno, jer zarada kao jedini i isključivi cilj bitno može ugroziti kvalitetu liječenja. Koliko se samo pacijenata u svijetu nepotrebno operira i liječi samo da bi ustanove ostvarile profit!

■ Jeste li zadovoljni programom specijalizacije iz neurokirurgije?

Nisam nikako zadovoljan. Program specijalizacije u Hrvatskoj nije dobar. On bi trebao biti puno bolji i ozbiljniji. Kad su me Komora i Medicinski fakultet predložili tadašnjem Ministarstvu zdravstva za predsjednika Povjerenstva za specijalizaciju iz neurokirurgije, nisam bio prihvaćen.

■ I dalje ste zainteresirani za to mjesto?

Uvijek sam zainteresiran. Vjerujem da imam sposobnosti i znanja koja bi se mogla iskoristiti na dobrobit mlađih specijalizanata i njihovih budućih pacijenata u Hrvatskoj.

■ Sto biste izdvojili kao ključne nedostatke aktualnog programa specijalizacije iz neurokirurgije?

Ključni je nedostatak pomanjkanje znanstvene edukacije, ali i svjesnosti kako je školovanje u inozemstvu nužnost kako bi se stekla kritičnost prema vlastitom znanju. Velik je nedostatak i pomanjkanje odgovornosti kod mentora. Želio bih da šefovi neurokirurških klinika podaštru koliko su puta bili asistenti u operacijskim dvorana-ma i pomagali mlađim kolegama da izvedu operaciju. Neka i to bude tema ankete među mlađim lječnicima.

■ Upravo je mentorstvo loše ocijenjeno među specijalizantima.

O tome govorim. Svakako. Mentore treba kontrolirati i za to je najpozvanija Komora kao strukovna udruga, ali i medicinski fakultet kao matična ustanova u kojoj se školujemo.

■ Edukaciju u inozemstvu smatraće dakle obveznim dijelom specijalizacije iz neurokirurgije?

Svakako. Predlažem japanski model, iako mi sebi ne možemo priuštiti školovanje naših specijalizanata u inozemstvu u trajanju od godinu dana. Ali bi im trebalo omogućiti barem tri mjeseca, a nakon toga da pristupe specijalističkom ispitu. I to nije finansijsko pitanje, državu ne bi koštalo mnogo, jer specijalizant ne mora biti u hotelu s četiri zvjezdice nego u domovima pokraj bolnica. Ako bi za to vrijeme mogao imati plaćen dopust, onda bi od tih novaca imao i za ostale troškove i hranu. Školovanje za neurokirurga ne smije imati propusta.

■ Kako vidite budućnost neurokirurgije u Hrvatskoj?

Mogu reći da je neurokirurgija u Hrvatskoj na razmjerno visokoj razini, postoje mladi ljudi koji su predani poslu i budućnost nam je svijetla ako ne krenemo u pogrešnom smjeru, a ta opasnost postoji ako država odustane od kontrole nad sveučilišnim bolnicama. Tada bi nam se moglo dogoditi kao što je ponegdje u inozemstvu, gdje neki od vrlo cijenjenih i uglednih kolega žele operirati i onda kada nije potrebno, ali se može lijepo zaraditi. U Njemačkoj imaju dobar model, tamo šef kirurgije ima pravo operirati 10 posto privatnih pacijenata. To se može i kod nas urediti. Primjerice, mora se napraviti 200 operacija preko HZZO-a godišnje, a sto operacija može biti plaćeno preko privatnih osiguravajućih društava, ali sve to mora kontrolirati struka i javnost.

■ To bi bila daljnja privatizacija zdravstva...

Gledajte, privatizaciju ne možete izbjegći. To je činjenica. Sve ostalo ima za posljedicu urušavanje sustava. Sustavi uravniviloke su propali. Neurokirurg, kao i svaki drugi hrvatski lječnik, ima jednaku plaću, obavljao on 300 ili 10 operacija godišnje. To nije privatljivo. Privatizacija je u tom segmentu poželjna, ali mora biti kontrolirana.

■ Kako komentirate činjenicu da je Hrvatska tek 2016. dobila prvu ženu neurokirurginju? Kakvo je stanje u svijetu?

Puno je manje žena neurokirurginja u svijetu, jer je to posao koji vas oduzima obitelji. Je li muški ili ženski mozak bolji ili lošiji da bude neurokirurg, u to ne bih ulazio. Kad odabirem specijalizanta ne gledam niti na spol niti na nacionalnost, uvijek ću izabrati najboljeg kandidata. Bit ću malo provokativan. Kad bi vas netko pitao biste li željeli da vas operira Hrvat, ali loš stručnjak ili Srbin, ali vrstan značac, znali biste odgovor jer se radi o vašoj glavi. No kad se radi o tuđoj glavi, onda ćemo propitivati je li kirurg ljevičar, desnica, homofob, pripadnik LGTB zajednice i je li red da se angažiraju i žene. Živimo u svijetu apsurga gdje je glavno mjerilo politička korektnost, iako to ponекad uistinu nema smisla. Uostalom, specijalizacija iz neurokirurgije nije mjesto za borbu među spolovima.

■ Kako je s pravima u našem zdravstvenom sustavu?

Političari objašnjavaju građanima da na sve imaju pravo, a to pravo im moraju osigurati liječnici entuzijasti koji su spremni ostati i poslije radnog vremena da bi riješili probleme u zdravstvu.

■ Svojevremeno ste dobili zabranu javnog istupanja zbog članka u Večernjem listu. Što je bilo sporno?

Govorio sam o nakaradnosti sustava u kojem se šefovi klinika, odjela i zavoda bave fakturiranjem. Očito sam pritom kritizirao i čovjeka koje je gradio taj sustav u HZZO-u, a riječ je bila o bivšem direktoru HZZO-a, po struci ginekologu. Kada je otiašao iz HZZO-a, osnovao je privatnu tvrtku koja je davala usluge bolnicama ili ih savjetovala kako će taj sustav zaobići. Mi smo jednostavno majstori iluzije.

■ Tko vam je zabranio javno istupanje?

Tadašnji ministar dr. Siniša Varga koji je dao proglašenje kojim se liječnicima zabranjuje komentiranje u medijima. Ali mu to nisam previše zamjerio jer je pomogao i meni i mojim pacijentima da im neurost-



"Robot neurokirurg" u fazi je kliničkog ispitivanja

mulatora plaća HZZO. To ću mu, bez obzira na sve, uvijek priznati i javno i privatno.

■ Koji su prema vašem mišljenju glavni problemi hrvatskog zdravstva?

Glavni je problem što se jednom hrvatskoj javnosti treba otvoreno reći da u zdravstvenom sustavu ima novaca, samo se ne troši pametno. Prema pravima koja naši pacijenti uživaju u zdravstvu, pri samom smo vrhu Europe (vidi Eurostat), a da su nam pri tom izdvajanja za zdravstveni sustav ispod EU projekta (oko 20 milijardi kuna godišnje). Ipak to nije mali novac, treba ga dobro raspodijeliti, no zato mora postojati jaka kontrola, treba uvesti kult rada i, opet, strogo kontrolirati privatizaciju. Naime, neki liječnici, koji su žestoko bili upleteni u bankarske malverzacije, sada su inicijatori ulaska privatnog kapitala u kliničke bolnice. Kako onda vjerovati u njihove poštene namjere? To se ne smije dopustiti. Isto tako, samo se kod nas može dogoditi da netko kaže da je 72 sata - program. Taj tzv. program uveo je pomoćnik bivšeg ministra, dr. sc. Dragan Korolija Marinić, čije iskustvo u liječenju onkoloških bolesnika nije respektabilno iako je abdominalni kirurg. Ne može se nešto zvati programom samo zato što ste naložili liječnicima da u roku 72 sata od dijagnoze mora početi terapija. Prije svega postoji nešto što se zove protokol liječenja onkoloških bolesnika. Takav naputak,

odnosno „program“ 72 sata, podsjeća me na Staljinovo vrijeme i gradnju Sibirske željeznice. Kada su inženjeri rekli Staljinu da im prije gradnje željeznice treba dvije godine da ispitaju teren, Staljin je naredio da mu se donesu karta Sovjetskog Saveza, ravnalo i olovka. Pomoću njih je na karti ravnom crtom spojio Moskvu i Novosibirsk te rekao inženjerima: „Evo drugovi, uštedio sam vam dvije godine posla“. To je taj način razmišljanja, čije ostatke još možemo vidjeti u hrvatskom društvu i zdravstvu.

■ Kako ocjenujete sposobnost nove zdravstvene administracije za rješavanje nagomilanih problema u zdravstvu?

Za sada bih ih pozitivno ocijenio. Riječ je o mladim ljudima koji nisu opterećeni raznoraznim dugovanjima. Želim im da uspiju, da sačuvaju hrvatsko zdravstvo, kako bi i dalje bilo prepoznatljivo i kvalitetno. Neka susjedi budu zavidni nama, a ne mi njima.

■ Komu od susjeda možemo biti zavidni?

Pa ako vam anesteziolozi odlaze raditi u „fušu“ u Sloveniju, onda možda nismo jalni, nego smo žalosni, pristojno rečeno. I nama nedostaje anestezijologa, no umjesto u Hrvatskoj, zainteresirani su dodatno raditi kod Slovenaca. Jasno vam je zašto. Omogućimo zato da ti mladi, vrhunski školovani ljudi, ostvare materijalnu dobit i kod nas. Rad mora biti plaćen jer to je temeljno pravo čovjeka. ■

PRVA HRVATSKA NEUROKIRURGINJA

Dr. Nikolina Sesar:

„Neurokirurgija je pravi poziv za mene“

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

Najveći su mi interes
operacije tumora
na mozgu, posebno
operacije u budnom
stanju i neurokirurško
lječenje epilepsije

U Hrvatskoj se trenutno obrazuje još sedam žena, budućih neurokirurginja

Hrvatska je, istina, s kojih 30 godina zakašnjenja u odnosu na svijet, dobila prvu neurokiruginju, a riječ je o 33-godišnjoj dr. Nikolini Sesar, zaposlenoj u Klinici za neurokirurgiju KBC-a Sestre milosrdnice. Činjenica je i da su mediji prepoznali tu vijest te smo za promjenu, osim izvještaja o tome kako se Severina provela u „Disneylandu“ ili kakvu nam budućnost proriče „baba Vanga“, imali priliku pročitati i o ulasku jedne mlade žene u muški svijet neurokirurgije. Dr. Sesar tvrdi kako je pozitivno diskriminirana jer je postala vijest samo zato što je tu zahtjevnu specijalizaciju uspješno svladala iako je žena. U ovom slučaju nemamo ništa protiv malo pozitivne diskriminacije, tim više što će se ova mlada liječnica u svom radu, kao prva žena neurokirurginja, itekako morati dokazivati kako joj iza leđa ne bi govorili da joj je to uspjelo zbog „političke korektnosti“. Smatrali smo kako je njezin uspjeh dovoljno velik da s njom, kao sugovornicom, „otvorimo“ našu novu rubriku: „Mladi i uspješni“, gdje ćemo predstavljati mlade liječnike koji su se već na početku svoje profesionalne karijere uspjeli istaknuti svojim radom, angažiranošću i sposobnošću.

Kakav je osjećaj biti prva žena neurokirurginja u Hrvatskoj? Polaganjem specijalističkog ispita iz neurokirurgije vi ste zapravo ušli u povijest, htjeli to ili ne...

Naravno, jako sam sretna što sam položila ispit iz neurokirurgije, ali to ne bi trebala biti nikakva vijest. U ovom trenutku sam pozitivno diskriminirana zato što sam žena. Trebalo bi biti potpuno normalno da žene i muškarci ravnopravno sudjeluju u ovoj struci. Ipak sam ponosna da sam prva. Ni sam očekivala ovako veliki interes javnosti i ovom prilikom zahvaljujem se svima na podršci.

Kako komentirate činjenicu da Hrvatska tek 2016. ima prvu neurokirurginju? Je li tome kumovala predrasuda da je neurokirurgija zbog svoje zahtjevnosti ipak muško područje ili žene jednostavno nisu bile zainteresirane za tu specijalizaciju?

Teško je odgovoriti na pitanje zašto se u Hrvatskoj prva žena u neurokirurgiji pojavila tek sada. Dostupni podaci o povijesti neurokirurgije govore da su se u svijetu prve žene neurokirurginja pojavile negdje sredinom 80-ih godina prošlog stoljeća, otprije u isto vrijeme i u Europi i u Sjevernoj Americi. Zašto smo morali čekati više od 30 godina da bi se to dogodilo u Hrvatskoj,

teško je znati. Je li to bila samo slučajnost ili splet kompleksnih kulturno- socioloških okolnosti, ne znam.

Svakako da spretnost ruku, sposobnost reagiranja u nepredvidivim situacijama te bilo koja druga osobina potrebna u neurokirurgiji, ne ovisi o spolu nego o karakteru čovjeka. Puno toga ovisi i o motiviranosti.

Smatram da glavni razlog zašto se žene ne odlučuju tako često za neurokirurgiju treba tražiti u ustaljenim društvenim normama koje nalažu da žena ne može istodobno biti žena i potpuno posvećena zahtjevnoj karijeri. To je pogrešno ute-meljeno u našoj kolektivnoj podsvijesti, no prilike se polako mijenjaju i kod nas.

Jeste li od prve dobili tu specijalizaciju? Vlada li velik interes za nju?

Dvije sam se godine javljala na natječaje iz opće kirurgije i neurokirurgije, poslala sam preko dvadeset molbi, čak i u grado-vе izvan Zagreba. U međuvremenu sam radila kao asistent na Zavodu za fiziologiju Stomatološkog fakulteta u Zagrebu. U 2009. godini dobila sam tri ponude za specijalizaciju, jednu u Sisku i dvije u Zagrebu. Kad su me pozvali na razgovor u KBC Sestre milosrdnice, odlučila sam prihvatićti mjesto pod mentorstvom prof. dr. Krešimira Rotima i danas se to pokazalo kao najbolja moguća odluka. Mislim da je interes za neurokirurgiju velik, ali nije uvijek lako naći pravog kandidata.

Hoćemo li uskoro dobiti još koju neurokirurginju?

U Hrvatskoj se trenutno obrazuje još sedam žena, budućih neurokirurginja. Uglavnom ih sve osobno poznajem, sve su sjajne i svaka zasluguje pohvalu, i to ništa manju nego muški kolege koji su se odlučili za životni put koji traži puno energije i volje.

Zašto ste odabrali baš tu specijalizaciju?

Nakon odluke da se upišem na medicinu, znala sam odmah da se želim baviti nekom kirurškom strukom. To je nešto što se jednostavno instinkтивno osjeća u sebi. Poslije, kroz edukaciju, kad sam počela otkrивati neurokirurgiju, shvatila sam da je to pravi poziv za mene. Nezahvalno je



Hrabra i uporna. Dvije se godine javljala na natječaje za specijalizaciju iz opće kirurgije i neurokirurgije.

govoriti o tome je li moja struka najzahtjevnija grana medicine, budući da sam u tom pitanju vrlo subjektivna. Činjenica je da naša edukacija najduže traje, šest godina, a to je sukladno subspecijalističkoj razini u nekim drugim specijalnostima. Uvriježeno je mišljenje da je neurokirurgija najteža specijalizacija u medicini.

Ne postoji neki tajni recept kako odlučiti kojim smjerom krenuti. Mislim da treba upoznati i slušati samog sebe i ne obazirati se previše na razna nametnutna mišljenja i stereotipne forme. Kad nešto odlučite, toga se treba čvrsto držati i ne odustajati usprkos svim preprekama.

Koji je vaš poseban interes u toj grani medicine?

Moj profesionalni put tek je počeo – najveći su mi interes operacije tumora na mozgu, posebno operacije u budnom stanju i neurokirurško liječenje epilepsije. Operacije tumora na mozgu su iznimno kompleksne te zahtijevaju skupu opremu, koja je na našoj klinici dostupna. Imamo najbolje opremljene neurokirurške sale u Hrvatskoj i prošle smo godine prvi u zemlji počeli izvoditi takve zahvate. Ponosna sam što sam dio tog tima. Za kirurško liječenje epilepsije potrebna je velika sinergija s neurolozima,

koje treba educirati u smjeru invazivnijih postupaka liječenja. Oni su ti s kojima liječenje ovih bolesti započinje. Multidisciplinarni pristup i vrlo uska suradnja su od ključne važnosti. Oba smjera zahtijevaju cjeloživotno učenje a i skupljanje iskustva u inozemnim klinikama. Mene najviše motivira golema razlika u kvaliteti nečijeg života kojoj mi kao neurokirurzi kroz ove postupke možemo doprinijeti svojim predanim radom.

U medijima piše da ste se educirali u više svjetskih neurokirurških klinika te da ste godinu dana proveli u francuskom Caenu (Centre Hospitalier Universitaire de Caen) na poziv neurokirurginje prof. Evelyne Emery. Možemo li reći da je tu dijelom riječ i o ženskoj solidarnosti, koja se inače toliko osporava?

Sudjelovala sam u mnogobrojnim inozemnim tečajevima i simpozijima. Među malobrojnima sam u državi koja je položila ispit Europskog udruženja neurokirurških društava (EANS- European Association of Neurosurgical Societies), ispit koji ima težinu međunarodnog specijalističkog ispita. Profesorici Emery upoznala sam prilikom njenog posjeta našoj bolnici u svrhu Europske neurokirurške akreditacije koju smo dobili 2013. godine. Bila je članica komisije koja nam je dodijelila to priznanje. Tada su provedeni iscrpni intervjuji sa svakim pojedinim mladim liječnikom specijalizantom i ja sam dobila ponudu da dođem u

Francusku na probni rok od nekoliko mjeseci. Potom se moj boravak na nagovor profesorice Emery produljio. Ne bih rekla da je to bilo pitanje ženske solidarnosti, budući da je zajedno sa mnom poziv dobio i muški kolega dr. Darko Stipić koji se nekoliko mjeseci tamo educirao za kompleksnu kirurgiju kralješnice.

Koliko ste neurokirurških operacija do sada izveli ili u njima sudjelovali?

Sudjelovala sam u oko dvije tisuće operacija, od kojih sam ih sa mostalno, ali u prisutnost starijega kolege, izvela više stotina. U Hrvatskoj liječnik službeno smije biti naveden kao prvi operater tek kada postane specijalist, a u toku specijalizacije operira pod nadzorom starijega kolege. Zadnjih šest i pol godina svakodnevno sudjelujem u nekoliko operacija dnevno.

U Francuskoj su prilike drugačije i tamo specijalizanti, ovisno o stupnju edukacije i iskustva, smiju operirati i sami. U osam mjeseci provedenih u toj velikoj sveučilišnoj bolnici službeno je dokumentirano stotinjak neurokirurških zahvata koje sam sa mostalno izvela.

Čestitamo vam na uspjehu i hrabrosti, probili ste led. Vašim će kolegicama biti barem „mrvicu“ lakše.

Hvala. ■

ŽIVOT JE PUTOVANJE.
UŽIVAJTE U VOŽNJI...

BILO GDJE U SVIJETU.

Last minute
RENT A CAR

SPLIT | RIJEKA | ZADAR | ZAGREB | DUBROVNIK | OPATIJA | PULA | ROVINJ
www.rentacarlastminute.hr | info@rentacarlastminute.hr | +385 21 444 222

ALARMANTNI REZULTATI ISTRAŽIVANJA MEĐU MLADIM LIJEĆNICIMA

Samo ih deset posto ne razmišlja o odlasku iz Hrvatske!

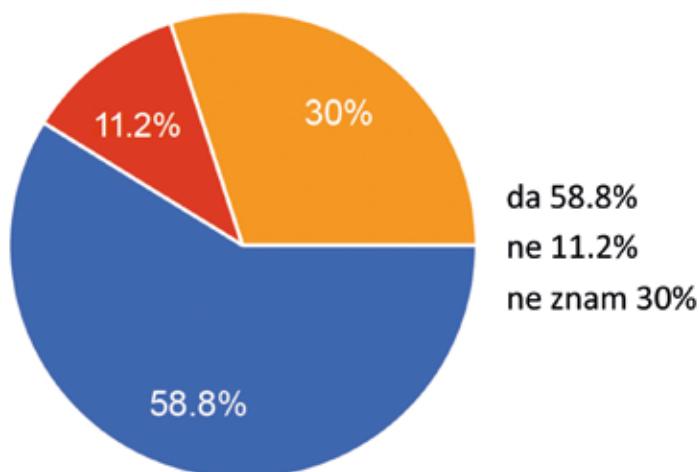
KSENIJA VUČUR, dr. med., ksenija_vucur@hotmail.com

Povjerenstvo za mlade liječnike Hrvatske liječničke komore pripremilo je i provelo još jedan projekt Komore - istraživanje o (ne) zadovoljstvu mlađih liječnika u Republici Hrvatskoj. Istraživanjem su obuhvaćeni problematika kvalitete specijalističkog usavršavanja, mogućnost stručnog i akademskog napredovanja te motivacija ostanka u Hrvatskoj, odnosno odlaska u inozemstvo. Jedan od razloga provođenja istraživanja je alarmantna situacija zbog sve većeg nedostatka liječnika u zdravstvenom sustavu. Preko tisuću liječnika već je prikupilo svu potrebnu dokumentaciju i/ili otišlo iz hrvatskog zdravstvenog sustava, od čega njih preko 40 odmah po završetku studija. Cilj istraživanja bio je prikupljanje što reprezentativnijih podataka o postojećim nedostatcima u zdravstvenom sustavu koji će Komori pomoći u zaštiti prava i

zastupanju interesa mlađih liječnika. Istraživanje je provedeno u obliku anonimne ankete, u trajanju dva tjedna.

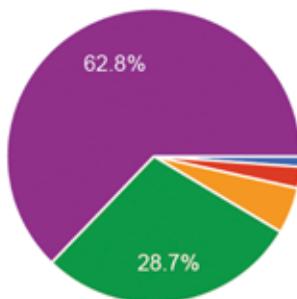
U anketi je sudjelovalo 1496 liječnika, u dobi od 27 do 40 godina, od čega je 67 % bilo ženskog spola. Najveći broj anketiranih liječnika čine specijalizanti (51 %), specijalisti sa specijalističkim iskustvom do pet godina (24 %) i zaposleni liječnici s položenim stručnim ispitom koji nisu na specijalističkom usavršavanju (16 %). Sukladno tomu najviše anketiranih liječnika zaposleno je u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite (69 %), zatim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (15 %) i na zavodima (hitna medicina, javno zdravstvo, medicina rada, transfuziologija) (11 %). Preostali liječnici zaposleni su na sveučilištima, poliklinikama i farmaceutskim tvrtkama, dok su 22 anketirana liječnika nezaposlena.

Biste li napustili Republiku Hrvatsku i započeli karijeru u inozemstvu ako Vam se pruži prilika?



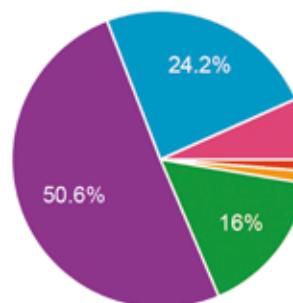
Više od 90 % anketiranih liječnika smatra da su u podređenom položaju u odnosu na kolege iz Europske Unije. U slijedu s tom činjenicom, njih više od polovice (59 %) aktivno razmišlja o odlasku u inozemstvo, a tek je svaki deseti liječnik odgovorio da bi bez obzira na dostupne ponude ostao u Hrvatskoj (11 %). Pri tome kao najčešće razloge za odlazak navode bolje uvjete rada, bolju plaću, uređenost zdravstvenog sustava i veće mogućnosti stručnog usavršavanja i napredovanja. Svaki od navedenih razloga odabralo je više od 60 % anketiranih, što jasno pokazuje da su mlađi liječnici nezadovoljni cjelokupnim stanjem zdravstvenog sustava. Važno je za istaknuti da se prilike za odlazak u inozemstvo pružaju često, kao što su sajmovi karijera koji se održavaju i u virtualnom obliku ili ponude koje pristižu osobno putem elektroničke pošte. Kao najčešći razlog ostanka u Hrvatskoj liječnici navode obiteljske razloge. Samo je 4 % anketiranih kao razloge ostanka u Hrvatskoj navelo zadovoljstvo plaćom, uvjetima radam stručnim usavršavanjem i napredovanjem.

Smatrate li da su mladi liječnici i liječnice u Republici Hrvatskoj u podređenom položaju u odnosu na kolege u drugim zemljama Europske unije?



uopće se ne slažem 1.1%
djelomično se ne slažem 2.3%
niti se slažem niti se ne slažem 5.1%
djelomično se slažem 28.7%
u potpunosti se slažem 62.8%

Vaš sadašnji status?



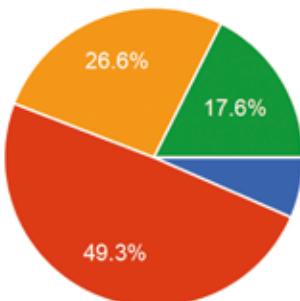
čeka staž 0%
na stažu 1.3%
položen stručni ispit – nezaposlen 1.3%
položen stručni ispit – zaposlen 16%
specijalizant 50.6%
specijalist do 5 godina 24.2%
specijalist preko 5 godina 6.7%

Mentorstvo je jedan od najvažnijih segmenta specijalističkog usavršavanja a predstavlja suradnički odnos između liječnika specijalizanta i njegovog mentora. U takvom odnosu mentor svoja znanja i vještine, uz pozitivan stav i podršku, prenosi na specijalizanta. Anketa je pokazala da većina mladih liječnika nije zadovoljna ulogom mentora u obavljanju

specijalizacije. Od ukupnog broja anketiranih liječnika koji su specijalisti ili trenutno specijaliziraju nije zadovoljno ulogom mentora više od polovice (57 %), dok ih je manji dio zadovoljan (30 %). Zabrinjavajući je i podatak da je samo 7 % odgovorilo da je tijekom specijalizacije najviše znanja i vještina steklo od mentora. Mogući razlozi ovakvih rezultata

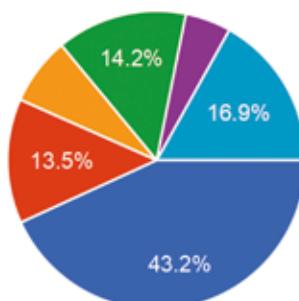
leže u činjenici da pojedini mentori svoj posao obavljaju s visokom odgovornošću i predanošću, dok je većini edukacija specijalizirana ipak na drugom mjestu. Nastavno tomu, na pitanja trebaju li Ministarstvo zdravlja i Hrvatska liječnička komora kontrolirati mentore, više od 70 % anketiranih liječnika slaže se da je takva kontrola potrebna.

Od koga ste tijekom specijalizacije primili najviše znanja i stekli najviše vještina?



od mentora 6.5%
od drugih kolega 49.3%
samostalno 26.6%
ne specijaliziram niti sam specijalizirao(-la) 17.6%

**Molimo ocijenite svoje slaganje s tvrdnjom:
U specijalizantsku knjižicu upisuje se samo znanje i vještine koje su usvojene tijekom specijalističkog usavršavanja.**



uopće se ne slažem 43.2%
djelomično se ne slažem 13.5%
niti se slažem niti se ne slažem 16.9%
djelomično se slažem 14.2%
u potpunosti se slažem 4.9%

Specijalizantske knjižice, način njihova ispunjavanja i kompetencije koje se upisuju već duže vrijeme predstavljaju birokratski problem mladim liječnicima. Dokument na temelju kojeg bi liječnik trebao konkurirati kolegama i koji mu omogućuje mobilnost unutar Europske Unije izgubio je svrhu. To potvrđuje i anketa u kojoj je samo 5 % liječnika potvrdilo da u specijalizantsku knjižicu upisuje stvarno usvojena znanja i vještini-

ne. Nadalje, gotovo polovica liječnika izjavila je da nije obavila sve stavke programa specijalizacije, dok je samo 7 % obavilo sve stavke programa. Jedan od poražavajućih, ali ne i iznenadujućih podataka, je mišljenje mladih liječnika o razini nepotizma i političke podobnosti u sustavu zdravstva. Dvije trećine anketiranih liječnika smatra da je takvih primjera u zdravstvu mnogo.

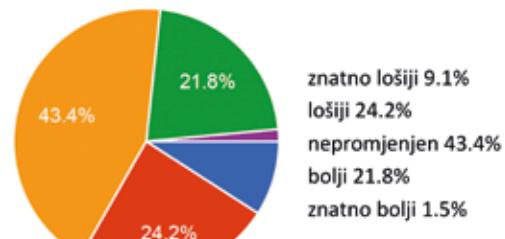
Za kraj, većina anketiranih liječnika svoj profesionalni status i razvoj karijere ostankom u Republici Hrvatskoj vidi u budućnosti kao nepromijenjen ili lošiji (77 %). Ovo pitanje najbolje opisuje zabrinjavajuću situaciju u kojoj se zdravstveni sustav nalazi i smjer u kojem se kreće. Ako se u skoro vrijeme ne poduzmu konkretne mјere, bit će sve teže zadržati mlade liječnike od odlaska u inozemstvo.

>>

Smatrate li da je u sustavu zdravstva mnogo primjera nepotizma i političke podobnosti?



Kako u budućnosti vidite svoj profesionalni status i razvoj u karijeri ostankom u Republici Hrvatskoj?



U svojim komentarima lječnici su se osvrnuli na množe aktuale probleme u zdravstvu i iznijeli mјere koje bi prema njihovu mišljenju poboljšale status lječnika u Hrvatskoj te spriječile njihov odlazak u inozemstvo. Najviše su istaknuli:

- Ukipanje robovlasnicih ugovora, povećanje transparentnosti sustava, odabir kandidata za specijalističko usavršavanja prema kompetencijama, a ne podobnosti
- Poboljšanje edukacije: stručno usavršavanje izvan RH, rad pod nadzorom mentora, manja opterećenost administracijom, više vremena za rad s pojedinim pacijentom

- Bolji finansijski uvjeti: veća plaća, plaćeni prekovremeni sati, smanjenje prekovremenih sati, povoljnije kreditiranje
- Nagrade za rad i znanje.
- Nadamo se da će rezultati provedene ankete pomoći i Ministarstvu zdravlja te ostalim nadležnim institucijama u strategiji i planiranju boljeg statusa te uvjeta rada mladih lječnika, odnosno što bržem donošenju konkretnih mјera za ostanak lječnika u Republici Hrvatskoj, a na dobrobit svih sudionika i korisnika zdravstvenog sustava te društva u cjelini. Zahvaljujemo svima koji su sudjelovali u anketi.



Povjerenstvo HLK-a za mlade lječnike. Stoe: Alen Babacanli, Luka Vučemilo, Josip Juras, Vedran Hostić i Tomislav Kopjar
Sjede: Vesna Štefančić, Vanja Pintarić Japec, Davor Kust i Ksenija Vučur



EGZODUS HRVATSKIH LIJEČNIKA

Liječnici postali najbolji hrvatski izvozni proizvod!

Piše: DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN
daniela.dujmovic@hlk.hr

Svima, a posebice mladim liječnicima, treba ponuditi perspektivu, jer će u Hrvatskoj ostati samo onaj koji misli da će mu u budućnosti biti bolje

Porazni rezultati istraživanja među mlađim liječnicima, koje je provedlo Povjerenstvo HLK-a za mlade liječnike, samo su egzaktna potvrda onog što svi znaju: liječnici, iako nositelji zdravstvenog sustava, duboko su nezadovoljni svojim statusom i položajem u društvu. To nezadovoljstvo kulminira već godinama i niti jedna zdravstvena administracija do sada nije znala kvalitetno odgovoriti na zahtjeve i apele liječnika za poboljšanjem njihova položaja, uvjeta rada, većom plaćom, boljom mogućnošću profesionalnog napredovanja i stručnog usavršavanja te boljom organizacijom samoga zdravstvenog sustava.... Ne možemo samo kriviti zdravstvene vlasti za takvu nezavidnu situaciju u kojoj se li-

ječnici nalaze, često su i one bile nemoćne (a ne samo nesposobne), jer je jednostavno nedostajalo političke volje za ozbiljnije reforme. Kako je stanje u zdravstvu samo preslika stanja u društvu, tako se i liječnici na svakom koraku „sudaraju“ s nepotizmom i problemom podobnosti koji su često, ako ne jedini, onda presudni kriteriji za profesionalno napredovanje, a s takvim se preprekama već susreću javljajući se na natječaje za specijalizaciju. Stoga ne čudi da je pesimizam zavladao i među mlađim liječnicima, specijalizantima i mlađim specijalistima. Gotovo ih 80 posto ne vjeruje da će se bilo što promjeniti u budućnosti glede njihova profesionalnog statusa i razvoja karijere ako ostanu u Hrvatskoj.



Ilustracija: dr. Igor Berecik



Dr. DAVOR KUST
predsjednik Povjerenstva HLK-a
za mlade liječnike

Odlazak liječnika u EU

Nedostatak liječnika u sustavu nije od jučer, no on se povećao ulaskom Hrvatske u Europsku Uniju, čime se i lijećnicima otvorila mogućnost rada u zapadnoeuroropskim zemljama, zbog čega su mnogi otišli ili namjeravaju otići, nadajući se kako će u nekoj sređenijoj zemlji moći profesionalno ostvariti i osigurati bolji život i sebi i svojoj obitelji. Naime, malo tko napušta svoju domovinu iz dosade i obijesti, jer u stranoj zemlji uvijek jeste i ostajete stranac. Da se ulaskom u EU događa pravi egzodus liječnika potvrđuju i podaci Hrvatske liječničke komore, koja

je od 1. srpnja 2013. do kraja ožujka ove godine, zaprimila točno 1357 zahtjeva za potvrdoma koje su im potrebne za rad u inozemstvu (naviše za rad u zapadno-europskim zemljama). Kad se tomu pri-doda činjenica kako je broj specijalista u Hrvatskoj u četiri godine smanjen za gotovo tisuću ili 15 posto (zbog odlaska u inozemstvu ili mirovinu), te da nam nedostaje gotovo dvije i pol tisuće spe-cijalista kako bi bili na razini prosjeka Unije, a k tome je prosječna dob specijalista koji rade u hrvatskom zdravstvu 53 godine, jasno je kako je sustav na rubu urušavanja. Istodobno je prosječna dob onih koji traže potvrde za odlazak u inozemstvo 39 godina. Dakle, žele nas napustiti i napuštaju nas ljudi u naponu snage, a za njima, kako anketa mladih liječnika pokazuje, i oni koji su tek kročili ili su na početku svoje liječničke karijere.

Predsjednik Povjerenstva HLK-a za mlade liječnike dr. **Davor Kust**, inače specijalizant onkologije i radioterapije u zagrebačkom KBC-u Sestre milosrdnice, ističe kako svima, a posebice mladim ljudima, treba ponuditi perspektivu, jer će u Hrvatskoj ostati samo onaj koji misli da će mu u budućnosti biti bolje. Na žalost, spomenuta anketa je pokazala da malo njih u to vjeruje.

Ministarstvo prepoznaje probleme

Kako se s takvim pesimizmom boriti? Odlučnim i brzim djelovanjem. Zato smo i razgovarali sa zamjenikom ministra zdravlja dr. **Ivanom Bekavcem**, da doznamo što mjerodavno ministarstvo namjerava poduzeti kako bi zadržalo liječnike u Hrvatskoj, koji su postali, koje li ironije, naš najbolji izvozni proizvod! Dr. Bekavac nam je otkrio kako je Ministarstvo pripremilo niz mjera kojima će se upravo specijalizantima jamčiti uspješniji razvoj i napredovanje u karijeri. Navodi novi Pravilnik o mjerilima za prijem specijalizanata, koji pruža veću jasnoću prilikom njihova izbora i u kojem se više vrednuju dosadašnji medicinski rad i ocjene, a smanjuje prostor za primanje na specijalizaciju „po očevima, stričevima i poznanstvu“. Ministarstvo, kaže, prepoznaje i problem tzv. „robovlasičkih ugovora“ zbog kojih su specijalizanti onemogućeni u traženju boljeg posla, jer su u slučaju samostalnog prekida ugovora, izloženi velikom finansijskom teretu isplatom svih troškova specijalizacije zdravstvenoj ustanovi za ostatak razdoblja trajanja ugovora. Ministarstvo zato traži rješenje koje bi uključivalo i treću stranu, tj. zdravstvenu ustanovu u koju specijalizant želi prijeći, kako bio finansijski teret bio raspodijeljen između triju

>>

Školovanje liječnika traje oko 12 godina i državu košta oko 2.5 milijuna kuna.

Od ulaska u EU, Hrvatska liječnička komora zaprimila 1357 zahtjeva za potvrdoma koje su im potrebne za rad u inozemstvu

Studenti zadnjih godina studija, stažisti i specijalizanti su populacija koju treba pod svaku cijenu zadržati u Hrvatskoj. Riječ je od oko 3.500 liječnika

Ministarstvo pripremilo niz mjera kojima će se upravo specijalizantima jamčiti uspješniji razvoj i napredovanje u karijeri



Dr. IVAN BEKAVAC, zamjenik ministra zdravlja

strana (specijalizanta, ustanove s kojom on prekida ugovor i ustanove u kojoj želi raditi), čime bi se liječnicima omogućila veća mobilnost i zapošljavanje unutar javnog zdravstva. Svjesni su i nedostatka dosadašnjeg sustava mentorstva te će izmjenom Pravilnika o specijalizaciji doktora medicine naglasiti njihovu važnost i urediti sustav nagradivanja, ali i pojačati nadzor ne samo nad radom mentora nego i nad samom provedbom specijalizacije i upisivanja provedenog u specijalizantske knjižice. Stoga će više angažirati i Liječničku komoru u samu organizaciju i provedbu specijalističkog usavršavanja, dok bi Ministarstvo zadržalo pravo nadzora.

Dr. Bekavac ističe kako su itekako svjesni problema nepotizma i političke podobnosti u zdravstvu pa će se u novom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, za početak, precizno urediti mjerila za izbor članova upravnih vijeća i ravnatelja zdravstvenih ustanova kako bi se taj način odabira napokon isključio iz zdravstvene administracije.

Liječnici ovisni o farmaceutima

Liječnike, a posebice mlađe, koje neće vrboti farmaceutske tvrtke jer njih više zanimašu šefovi odjela, bolnica i klinika, zabrinjava i stručno usavršavanje koje im je potrebno ne samo zbog bodova za obnavljanje licence nego iz zbog njihove profesije koja traži cijelivotno učenje. Tako da odlaske na edukacijske tečajeve, simpozije i kongrese moraju plaćati sami. Zapravo, liječnik je danas u situaciji da svoje stručno usavršavanje ili plaća sam ili ovisi o volji farmaceuta, što sa sobom nosi i neke obveze koje nisu na ponos struci, a upravo je neovisnost od farmaceuta jedan od osigurača za dostojanstveno obavljanje liječničke djelatnosti. U razvijenim zemljama

ma EU-a i u SAD-u, zdravstvene ustanove plaćaju stručno usavršavanje svojim liječnicima jer im je stalo da imaju stručan i visoko educiran kadar. I kod nas bolnice imaju u proračunu stavku za stručno usavršavanje, no riječ je o nedostatnim sredstvima koja se za tu svrhu ili ne troše ili se netransparentno dodjeljuju (prema kriteriju tko je bolji sa šefom). Naš sugovornik tvrdi kako će i u tom području napraviti reda te uvesti sustav nadzora provedbe stručnog usavršavanja, kao i da će rado prihvati prijedloge Komore o njegovoj boljoj provedbi, u skladu sa suvremenim trendovima u svijetu, kako bi stručno usavršavanje bilo na razini koju zaslužuje i da bude što dostupnije svima. Za tu svrhu namjeravaju iskoristiti potencijale fondova Europske Unije u kojima postoje određena sredstva upravo za tu namjenu.

Novi model nagradivanja u zdravstvu

U Ministarstvu planiraju uvesti i novi model nagradivanja u zdravstvu, upravo provode analizu i pripremaju dokument koji će biti temelj nagradivanja u javnom sektoru i baza za sustav nagradivanja radnika u tom sektoru, a u pripremi je i prijedlog Zakona o plaćama koji će također regulirati taj dio. Isto tako, ističe dr. Bekavac, iako nam nedostaje liječnika u sustavu, činjenica je i da su kapaciteti koje imamo, pre malo iskorišteni. Primjerice, u jednoj zdravstvenoj ustanovi liječnik obradi 10 pacijenata dnevno, a u nekoj drugoj 100 i za to su jednako plaćeni. To više neće biti moguće, tvrdi, te će uloga Ministarstva biti da stvori jednakе uvjete za sve u cilju poboljšanja zdravstvene skrbi. Najavljuje jačanje palijativne skrbi i stacionarne fizikalne rehabilitacije, tj. jačanje onih medicinskih specijalnosti gdje su one potrebne, ovisno o sredini ili, ako ne daju očekivane rezultate, zamjeniti ih potrebnijima.

Motiviranje odlaska liječnika u manje atraktivne sredine

Kako bi se spriječio odlazak liječnika, ali i motivirao na odlazak u manje atraktivne sredine, Ministarstvo priprema povoljnije kreditiranje, posebice stambenog, namijenjenog mlađim liječnicima. Osmisljavaju se i poticajne mjere za rad u spomenutim sredinama u stambenom smislu (osim povolj-

nijeg kreditiranja, mogućnost naknadne povoljnije kupnje stambenog prostora), nematerijalnom (osiguranje vrtića, prijevoza...), ali i u finansijskom smislu. Naglasak je i na reformi primarne zdravstvene zaštite, kako bi joj se vratila prijašnja uloga, što uključuje osnaživanje domova zdravlja, ali i ispravljanje nepravde prema liječnicima zaposlenicima domova zdravlja, koji su u lošijem položaju od koncesionara.

Novi Pravilnik o dopunskom radu

Dr. Bekavac podsjeća na prijedlog novog Pravilnika o dopunskom radu, koji će omogućiti liječnicima ne samo rad u privatnom sektoru nego i u drugim zdravstvenim ustanovama. Na naše pitanje, hoće li se dodatni rad u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi posebno financijski motivirati kako bi se potaknulo naše liječnike da, umjesto u Sloveniji, dodatno rade u nekoj hrvatskoj bolnici kojoj nedostaje potreban kadar, dr. Bekavac je odgovorio kako nisu uvrstili takve mјere te da to prepričaju na volju samim liječnicima. No, prema postojećim informacijama, takav interes svejedno postoji, zbog čega su to i omogućili spomenutim prijedlogom.

Strukovni kolektivni ugovor za liječnike

Zanimalo nas je što je i sa strukovnim kolektivnim ugovorom za liječnike, koji je aktualni ministar dr. Nakić podržao, i dobili smo odgovor da je Ministarstvo uputilo zahtjev za izmjenom Zakona o reprezentativnosti kojim su prije dvije godine liječnici nepravedno isključeni iz socijalnog dijaloga te da u tom smjeru aktivno komuniciraju s Hrvatskim liječničkim sindikatom. Kako bi se počeli rješavati nagomilani problemi u zdravstvu, ali i ispravila nepravda nanesena liječničkom staležu svih ovih godina, dr. Bekavac otkriva kako samo u ovoj godini planiraju donijeti 16 novih zakona i propisa.

No, treba sve to s „papira“ uspješno provesti u praksi i implementirati u sustav... Mnogo toga neće ovisiti samo o sposobnosti nove zdravstvene administracije,

a još manje o njihovoj dobroj volji. Za radikalnije zahvate trebat će im ne samo već spomenuta politička potpora, nego i podrška šire javnosti. U svakom slučaju, neće im biti lako i vjerujemo da bi malo tko „rado bio u njihovoj u koži“, jer je rijec o jednom od najzahtjevnijih resora u državi, opterećenog takvim problemima od kojih, samo dok pišete o njima, već glava boli.

Problemi provođenja specijalističkog usavršavanja

Kako su rezultati ankete među mlađim liječnicima između ostalog pokazale kako ih muče specijalizacije, počevši od načina njihova dobivanja, nedovoljnog bavljenja mentora samim specijalizantima, do upisivanja stavki programa u specijalizantsku knjižicu, koje nisu obavili, kao i to što se nitko ne brine što su uistinu naučili tijekom specijalizacije, odlučili smo o navedenim problemima, razgovarati i s prof. dr. Nadom Čikeš, predsjednicom Povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine, bivšom dekanicom Medicinskog fakulteta u Zagrebu, koja je na čelu tog Povjerenstva od njegova osnutka 2012. godine. Prof. Čikeš napominje kako je program specijalizacija u Hrvatskoj usklađen s programom specijalizacija u EU-u, tako da nema razloga da naši mlađi liječnici odlaze na specijalizacije u inozemstvu. Svjesna je problema specijalizanata te smatra kako im između ostalog treba povećati plaće, poboljšati uvjete rada i rasteretiti ih od velikog broja dežurstava, tim više što istodobno rade i uče, a pri tom podnose teret velike odgovornosti. Smatra i kako su mentorii preopterećeni te da je i to razlog što ne ispunjavaju posve svoju ulogu. Oni istovremeno moraju podučavati studente, doktorande, specijalizante, često su na odgovornim mjestima u zdravstvenim ustanovama, moraju se istodobno brinuti za struku, organiziranje rada i jasno je da se ne mogu posvetiti specijalizantima koliko bi trebali. Nedostatak liječničkog kadra, pa samim tim i dovoljnog broja mentora, također je objektivan problem. Istači i kako bi se mentorstvo



Prof. dr. sc. NADA ČIKEŠ, predsjednica Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine

trebalo više cijeniti, bolje organizirati, osigurati za to primjerene uvjete i primjero nagraditi. Naglašava i odgovornost bolnica i njihovih ravnatelja koji bi trebali nadgledati provode li se specijalizacije prema programu i je li specijalizant izvršio sve što je trebao prema programu. Navodi primjer Engleske gdje zdravstvena ustanova ostaje bez specijalizanata i mora ponovno aplicirati kao da ih nikada nije ni imala ako inspekcija utvrdi nepravilnosti u provođenju specijalizacije.

Izostao nadzor nad provedbom specijalističkih programa

Na naše pitanje je li Povjerenstvo kojem je na čelu ikada bilo u inspekciji i izvršilo nadzor nad provođenjem specijalizacija u nekoj zdravstvenoj ustanovi, prof. Čikeš je odgovorila da do sada nije bilo zbog sasvim banalnog, ali razumljivog razloga. Naime, bivša zdravstvena administracija nije htjela članovim Povjerenstva pokrivati troškove puta, iako su nadzor dužni izvršiti nad zdravstvenim ustanovama u cijeloj Hrvatskoj. Sada je došao novi ministar pa je opet sve stalo, tvrdi, kako to inače biva kad se promjeni vlast. Komentirajući neke prijedloge kako bi se nedostatak liječnika mogao riješiti povećanjem upisnih kvota na medicinskim fakultetima, prof. Čikeš ističe kako to neće sprječiti aktualni odlazak liječnika te da je broj upisnih kvota već povećan prije desetak godina, i to najviše na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, s 240 studenata na 300. Istodobno nisu dobili, iako su to tražili, veći broj nastav-

>>

Priprema se povoljnije stambeno kreditiranje za mlađe liječnike i osmišljavaju poticajne mjere za rad u manje atraktivnim sredinama i u stambenom i u finansijskom smislu

Sustav specijalizacije treba biti organiziran tako da se sve ono što je predviđeno programom, provede i u stvarnosti

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti precizno će se urediti mjerila za izbor članova upravnih vijeća i ravnatelja zdravstvenih ustanova kako bi nepotizam i politička podobnost prestali biti kriteriji odabira

nika, što svakako može utjecati na kvalitetu studija, a kako su neki u međuvremenu otišli u mirovinu, danas su im, kaže, nastavni kapaciteti na rubu izdrživosti. Trenutno na četiri medicinska fakulteta u Hrvatskoj studira 3.700 studenata, liječnika na pravničkom stažu ima oko 450, a na specijalizaciji oko 2.000 liječnika. Upravo su studenti zadnjih godina studija, stažisti i specijalizanti, prema mišljenju prof. Čikeš, ona populacija koju treba zadržati u Hrvatskoj. Riječ je od oko 3.500 liječnika na koje treba obratiti posebnu pozornost, zaključuje. Što se tiče specijalizacija, profesorica smatra kako mlađe liječnike treba usmjeriti na specijalizacije iz onih grana medicine gdje nam nedostaju specijalisti, primjerice pedijatrije. Neatraktivne specijalizacije treba učiniti atraktivnima, a kao mogući problem navodi i to što većina hoće „male“ specijalizacije kao što su npr. okulistika, otorina i dermatologija, koje nisu tako naporne kao većina kirurških specijalizacija, pedijatrije, ginekologije i porodništva i nekih internističkih specijalizacija....

Prijedlog Komore za poboljšanje specijalističkog usavršavanja

Budući da nadzor nad provođenjem specijalističkog usavršavanja nije „jača“ strana Povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine (očekujemo da će taj problem u Ministarstvu hitno rješavati), red je da informiramo kako je upravo Hrvatska liječnička komora predala Ministarstvu zdravlja svoj prijedlog za poboljšanje specijalističkog usavršavanja doktora medicine. Zamjenik predsjednika Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika HLK-a prim. dr. Boris Ujević, rekao je kako u Komori, koja je strukovna udruga, smatraju da bi jedna od njezinih javnih ovlasti trebao biti upravo nadzor i provođenje specijalizacija kao što je to u EU-u, primjerice u Sloveniji. Na tom području ima mnogo problema i puno se toga iz Pravilnika u praksi ne provodi. Jedan je od prijedloga Komore, osim boljeg nadzora nad radom mentora, i finansijska nagrada primjerena angažmanu. Najvažnija je stavka u svemu da se organizira sustav specijalizacije tako da se sve ono što je predviđeno programom



**Prim. dr. BORIS UJEVIĆ,
dopredsjednik Povjerenstva HLK-a za
medicinsku izobrazbu liječnika**

i provede u stvarnosti. Za to je potrebna odgovornost svih dionika koji sudjeluju u provedbi specijalističkog usavršavanja, a u središte čitavog programa treba staviti specijalizanta te kao glavni cilj postaviti kvalitetu specijalizantskog usavršavanja koje je onda temelj dobrog zdravstvenog sustava u cjelini.

Odlazak liječnika nacionalno pitanje

Zaključimo! Školovanje liječnika traje oko 12 godina, a ono košta državu gotovo dva i pol milijuna kuna. Ako političare još uvijek nije briga što im visokoobrazovani kadar odlazi u inozemstvo, gdje njihov potencijal i sposobnosti koristi netko drugi, i to nakon što se toliko uložilo u njihovo školovanje koje je uistinu dugotrajno i zbog čega nedostatak liječnika nije lako nadoknaditi, onda niti ovaj članak niti istraživanje mladih liječnika neće puno pomoći. No, nedostatak liječničkog kadra i njihov odlazak u inozemstvo, pitanje je od nacionalne važnosti, jer je građanima pravo na zdravstvenu zaštitu Ustavom zajamčeno. A kako zbog nedostatka i odlaska liječnika funkcioniranje zdravstvenog sustava uistinu može doći u pitanje, očito je da se s tim problemom moraju pozabaviti svi odgovorni u državi.

Odvjetnici su ispravno postupali zastupajući liječnike u aferi „Hipokrat“

Hrvatska odvjetnička Komora (HOK) uputila je 7. ožujka sljedeće pismo predsjedniku Liječničke komore

Poštovani gospodine predsjedniče,

više kolegica i kolega odvjetnika članova Hrvatske odvjetničke komore (dalje: HOK) skrenulo mi je pozornost na intervju koji ste u svojstvu predsjednika Hrvatske liječničke komore dali za Newsletter HLK 8. veljače 2016., te su tražili reakciju Hrvatske odvjetničke komore koja je dužna postupati radi zaštite odvjetničke profesije.

U navedenom intervjuu izjašnjavali ste se o aferi „Hipokrat“ i o odvjetnicima koji su branili liječnike obiteljske medicine, a u tom kaznenom postupku su priznali krivnju i s Uredom za suzbijanje korupcije i organiziranog kriminaliteta (dalje: USKOK) su sklopili sporazum o sankciji.

O tome ste izjavili:

„...stječe se dojam da bivše vodstvo Komore tijekom istražnih radnji vezanih uz ovu aferu nije tada osumnjičenim kolegama pružilo adekvatnu pravnu pomoć zbog čega kolege nisu bile svjesne pravnih posljedica nagodbe s USKOK-om i priznanja počinjenja kaznenog djela te su isto priznale i nagodile se s USKOK-om. Oni su dovedeni u zabludu kako će „priznanjem“ sve biti riješeno i kako to neće imati nikakve posljedice za njih.“

Takvom izjavom može se doći do zaključka da branitelji liječnika u spomenutom kaznenom postupku nisu svjesno i zakonito obavili svoj posao i da su liječnike doveli u zabludu jer da priznanjem kaznenog djela nisu bili svjesni pravnih posljedica sklapanja nagodbe, a pored toga može se zaključiti i da su zamjenici ravnatelja USKOK-a, kao i suci Županijskog suda u Zagrebu doveli liječnike u zabludu jer da nisu bili svjesni pravnih posljedica nagodbe.

U vezi te izjave odvjetnici od HOK-a traže zaštitu digniteta odvjetničke profesije i tvrde da su svoje klijente zastupali savjesno i na zakonit način, lojalno i u skladu

s interesima njihovih klijenata, u skladu s Kodeksom odvjetničke etike, Zakonom o odvjetništvu i Zakonom o kaznenom postupku.

Branitelji tvrde da su svi liječnici imali pravovremene i točne informacije o pravnim posljedicama sklapanja nagodbe i da u odnosu na optužnicu, priložene dokaze i posljedice sklapanja nagodbe nisu bili u zabludi.

U postupcima sklapanja nagodbe liječnici su sudjelovali osobno i nagodba ne bi bila sklopljena bez njihovog izričitog pristanka, a tijekom samog postupka liječnici su više puta, u USKOK-u i kod suda, objašnjavani dosezi nagodbe, pa su zbog toga isključeni sumnja ili „dojam“ da su „priznanjem mislili kako će sve biti riješeno i kako to neće imati nikakvih posljedica za njih“. Ujedno su navedeni liječnici bili svjesni mogućnosti vođenja disciplinskih postupaka od strane Hrvatske liječničke komore protiv istih.

Odvjetnici također tvrde da su svi liječnici bili rukovođeni činjenicom kako priznanje krivnje i sklapanje sporazuma o sankciji podrazumijeva uračunavanje svih olakotnih okolnosti zbog kojih je njihova sankcija bila znatno blaža od one koja se, da nije bilo sporazuma o sankciji sa USKOK-om, opravdano mogla očekivati da će biti izrečena u predmetnom kaznenom postupku.

Naime, liječnici su se teretili za učin kaznenih djela za koja je predviđena višegodišnja bezuvjetna kazna zatvora, dok su im presudama donesenim na temelju sporazuma o sankciji sa USKOK-om izrečene znatno blaže kazne i to uvjetne kazne zatvora s kratkim rokom provjeravanja odnosno kazne zatvora koje su zamijenjene radom za opće dobro na slobodi i ono što je najvažnije – liječnici su se vodili činjenicom da im na osnovi priznanja neće biti



oduzeta licenca za rad, pa im tako u sudskom postupku nije određena sigurnosna mjera zabrane obavljanja djelatnosti. Nesmetani nastavak obavljanja liječničke djelatnosti za njih je bio ključan i opredjeljujući kriterij za sklapanje nagodbe.

Takva poruka kojom bez argumenata iznosite negativnu ocjenu o radu odvjetnika koji su branili liječnike isključivo u skladu s njihovim interesima, ne samo da stvara sumnju kod drugih klijenata u rad njihovih odvjetnika, već istovremeno i ozbiljno šteti ugledu odvjetništva koje svakome pruža pravnu pomoć u skladu sa zakonom i interesima klijenata.

Poštjući liječničku profesiju i osobito Hrvatsku liječničku komoru, u ime Hrvatske odvjetničke komore i radi zaštite digniteta odvjetničke profesije, molim da upoznate Vaše članstvo s ovim odgovorom HOK-a u ime odvjetnika koji su bili branitelji liječnike u tom kaznenom postupku.

Poštovani gospodine predsjedniče, nadam se da će se unatoč ovom događaju nastaviti prijateljski odnosi između naših dviju Komora, a što je svakako u interesu naših članova.

S poštovanjem,
ROBERT TRAVAŠ, predsjednik HOK-a

HLK pokreće disciplinski postupak protiv liječnika iz vinkovačke bolnice

Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor Hrvatske liječničke komore odlučilo je na sjednici, održanoj u srijedu, 23. ožujka, da se pred Časnim sudom pokrene disciplinski postupak protiv liječnika N.K.

"Povjerenstvo je jednoglasno prihvatio mišljenje zdravstveno-inspekcijskog nadzora Ministarstva zdravlja provedenog u vinkovačkoj bolnici", rekla je predsjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor, dr. Jadranka Pavličić Šarić.

Podsjetimo, tijekom zdravstveno-inspekcijskog nadzora Ministarstva zdrav-

lja utvrđeno je da porođaj rodilje čije je dijete umrlo u Općoj županijskoj bolnici Vinkovci, nije vođen sukladno pravilima suvremene porodničke prakse.

"Ustupanje predmeta od strane Ministarstva zdravlja Komori, smatram izrazom povjerenja i uvažavanja Komore kao samostalne i neovisne krovne strukovne liječničke organizacije te početkom konstruktivne suradnje s Ministarstvom zdravlja u cilju unaprjeđenja zdravstvenog sustava u cjelini", naglasio je predsjednik Hrvatske liječničke komore, dr. Trpimir Goluža.



OHBP u koprivničkoj bolnici primjer drugima

Za dobro funkcioniranje OHBP-a od presudne je važnosti educiranost medicinskog osoblja



U sklopu obilaska županijskih povjerenstava, predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža, prvi dopredsjednik dr. Krešimir Luetić, predsjednica Povjerenstva za privatnu praksu dr. Eva Jendriš Škrljak i predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a, dr. Dragan Soldo, posjetili su

i Povjerenstvo Koprivničko-križevačke županije. Tom su prilikom obišli i Opću bolnicu „Dr. Tomislav Bardek“ u Koprivnici u kojoj objedinjeni hitni bolnički prijem (OHBP), funkcioniра još od 2003. godine, a pokrenut je u okviru pilot projekta reforme rada hitnog bolničkog sustava u Koprivničko-križevačkoj županiji, financiranog od Svjetske zdravstvene organizacije. Vodstvo Komore bilo je ugodno iznenadeno opremljenosću OHBP-a u toj bolnici, posebice prostorijom za reanimaciju.

Predsjednik Županijskog povjerenstva Koprivničko-križevačke županije dr. Dubravko Mišić, koji im je bio domaćin, istaknuo je kako je za dobro funkcioniranje OHBP-a od presudne važnosti educiranost medicinskog osoblja. Pet liječnika i pet medicinskih sestara iz njihove bolnice otišlo je 2003. godine u Australiju na edukaciju koja je trajala četiri mjeseca. Ona se sastojala od predavanja i praktičnog rada uz mentora u odjelima hitne medicine.

Nakon povratka iz Australije započela je edukacija medicinskog osoblja koja se tijekom godina razvijala prema australiskom modelu rada hitne službe. Tijekom godina liječnici i medicinske sestre završavali su različite tečajeve i to: ALS (tečaj naprednog održavanja života), ITLS (tečaj zbrinjavanja traumatiziranog bolesnika prema američkim smjernicama), ILS (tečaj za neposredno održavanje života) i tečaj trijaže za medicinske sestre i tehničare u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu.

Trenutno u koprivničkom OHBP-u radi osam liječnika od kojih su dvoje liječnici specijalisti hitne medicine, jedan specijalist infektolog te pet specijaliziranih hitnih medicine. Na odjelu radi 18 medicinskih sestara od kojih većina ima položen tečaj trijaže organiziran od Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu čija se licenca obnavlja nakon 3 godine. Trenutno postoje 4 nacionalna instruktora za trijažu od kojih je jedan liječnik, a tri su medicinske sestre.

Na Svjetski dan zdravlja u Rijeci predstavljen projekt RiStart



Dani zdravlja na riječkom Korzu, dr. Iva Pejnović Franelić, dr. Trpimir Goluža i dr. Jadranka Pavičić Šarić

Na dan obilježavanja Svjetskog dana zdravlja posvećenog dijabetesu 7. travnja 2016., najuže vodstvo Komore na čelu s dr. Trpimirovom Golužom, posjetilo je Povjerenstvo Primorsko-goranske županije u Rijeci. Tom prilikom bili su nazočni na „Danima zdravlja“ gdje se Komora pojavljuje kao suorganizator u

suradnji sa studentskom udrugom Medicinskog fakulteta Studentskog zbora Sveučilišta u Rijeci, KBC-om Rijeka, Nastavnim zavodom za javno zdravstvo te županije i riječkim Crvenim križom.

Na tiskovnoj konferenciji u sklopu „Dana Zdravlja“, prezentiran je „RiStart“ projekt, a riječ je o tečaju osnov-

nog održavanja života uz korištenje vanjskog automatskog defibrilatora, a cilj je osposobljavanje i educiranje osoba izvan medicinske struke o adekvatnom izvođenju osnovnog održavanja života. Projekt je rezultat inicijative studenata Medicinskog fakulteta u Rijeci, koji je također podržan od Komore. Na toj je tiskovnoj konferenciji, dr. Goluža široj javnosti otkrio alarmantne rezultate istraživanja među mladim liječnicima koje je provelo Povjerenstvo HLK-a za mlade liječnike, a koji su pokazali da bi čak 60 posto mlađih liječnika, da im se pruži prilika, otišlo raditi u inozemstvo. Vodstvo Komore obišlo je i Dom zdravlja Primorsko-goranske županije te posjetilo KBC Rijeka. Na javnoj tribini na kojoj su, osim članova županijskog povjerenstva Komore, sudjelovali i predstavnici županije i grada Rijeke, ravnatelji zdravstvenih ustanova te dekanzi zdravstvenih fakulteta, dr. Goluža i prvi dopredsjednik dr. Krešimir Luetić, prezentirali su dosadašnji rad Komore.

Vodstvo HLK-a u Ličko-senjskoj županiji

Vodstvo Komore nastavilo je s radnim obilascima županijskih povjerenstava u sklopu kojih su u obišli i Povjerenstvo Ličko-senjske županije. Predsjednik dr. Trpimir Goluža, predsjednik Povjerenstva za bolničku djelatnost doc. Davor Vagić te predsjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor dr. Jadranka Pavičić Šarić, u Gospiću su se upoznali s radom i planovima županijskog povjerenstva za 2016. godinu, te potom održali tribinu s liječnicima iz te županije na kojoj su prezentirali izvješće o dosadašnjem radu i daljnje planove novog vodstva Komore.



Vodstvo Komore u Puli

Prilikom posjeta Povjerenstvu HLK-a Istarske županije 6. travnja 2016., predsjednik dr. Trpimir Goluža, predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu dr. Dragan Soldo, predsjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor dr. Jadranka Pavićić Šarić i predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost dr. Iva Pejnović Franelić, sastali su se u Puli s ravnateljima zdravstvenih ustanova te predstavnikom koncesionara u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Obišli su i gradilište nove pulske Opće bolnice, trenutno najveće investicije u hrvatskom zdravstvu, vrijedne 450 milijuna kuna. Na tribini koju je organiziralo županijsko povjerenstvo na čelu s dr. Marinom Derossijem, a na kojoj su bili pozvani svi liječnici Istarske županije, razgovaralo se o aktualnim problemima u zdravstvu iz perspektive naravno, liječnika.



S lijeva na desno: dr. Jadranka Pavićić Šarić, dr. Dragan Soldo, dr. Iva Pejnović Franelić, dr. Trpimir Goluža, doc. Irena Hrštić i dr. Marin Derossi u obilasku gradilišta nove pulske bolnice

Okrugli stol o održivosti hrvatskog zdravstva u sklopu aktivističkog festivala „Vidik fest“

Dr. Goluža: Perspektivu hrvatskog zdravstva odredit će kadar a ne financije!

„Živimo u nezrelem društvu gdje se svaki pokušaj sredivanja stvari shvaća kao napad na određenu skušinu. Osnovni problemi hrvatskog zdravstva su nebriga za kadar i potrebe koje nisu objektivno sagledane! Floskule koje udruge pacijenata plasiraju u javnosti, samo potiču neodrživost sustava koji bi čak i finansijski bio održiv kada bi država prestala s nemamjenskim trošenjem zdravstvenog novca. U cijeloj priči o poskupljenju dopunskog zdravstvenog osiguranja, o nepodmirivanju duga države zdravstvu u iznosu od 2,4 milijarde kuna, nitko ne govori! No, javnost treba znati da ono što će odrediti perspektivu hrvatskog zdravstva nisu financije već kadar! - poručio je predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža, govoreći o održivosti postojećeg zdravstvenog sustava na okruglom stolu, održanom 5. travnja u Splitu, u sklopu hrvatskog aktivističkog festivala „Vidik fest“, u organizaciji hrvatske udruge Benedikt. Zaključuje kako sustav opstaje zahvaljujući entuzijazmu zdravstvenih djelatnika koji svojim radom kompenziraju nedostatak kadra.

ISGE 25TH ANNUAL CONGRESS & 4TH CROATIAN CONGRESS

ON MINIMALLY INVASIVE GYNECOLOGICAL SURGERY

GRAND HOTEL 4 OPATIJSKA CVIJETA, OPATIJA

25.-28.05.2016.

<http://opatija2016.isge.org>

Od 23. - 25.05.2016. - KBC Rijeka XVII. Poslijediplomski tečaj ginekoloske endoskopije I. kategorije "Kurt Semm".

U cijenu tečaja od 7900 kuna uključeno je prisustovanje 25.-om Svjetskom kongresu ginekoloske endoskopije u Opatiji te predkongresnim workshopovima od 25. do 28.5.2016.

Kontakt: prof.dr.sc. Miroslav Kopjar
M: 091 424 0007, E: m.kopjar9@gmail.com; www.hdge-hr.com

TEHNIČKI ORGANIZATOR:
O-Tours d.o.o. | Gajeva 6, 10000 Zagreb, Croatia
P: +385 14921 720 | F: +385 1 4831 010
E: isge.opatija@outlook.hr

Pod visokim pokroviteljstvom
Predsjednice Republike Hrvatske
Kolinde Grabar-Kitarović

HLK podržava prijedlog novog Pravilnika o dopunskom radu liječnika

Hrvatska liječnička komora snažno podržava prijedlog novog Pravilnika o dopunskom radu zdravstvenih radnika kojeg je najavio ministar zdravlja dr. Dario Nakić. Novi Pravilnik omogućit će obavljanje poslova kod privatnog poslodavca svim liječnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima koji uredno izvršavaju svoje radne obveze u zdravstvenoj ustanovi u kojoj su zaposleni, a za dopunski rad imaju odobrenje ravnatelja.

"U potpunosti podržavamo predloženi Pravilnik o dopunskom radu liječnika. Smatramo ga tek prvom, ali važnom mjerom u nastojanju da se poboljša trenutni položaj liječnika u društvu i očuva funkcionalnost zdravstvenog sustava. Hrvatska liječnička komora zatražila je od nove Vlade donošenje Akcijskog plana s konkretnim mjerama za ostanak liječnika u zemlji, stoga podupiremo svaki potez koji će pridonijeti kadrovskoj stabilizaciji i funkcionalnoj održivosti hrvatskog zdravstva. Naime, hrvatski zdravstveni sustav kadrovski je devastiran do te mjere da velik broj bolnica izvan Zagreba ne može vlastitim kadrovskim resursima organizirati službu na način da se bitno ne smanji dostupnost i učinkovitost zdravstvene skrbi. Ovim Pravilnikom ne otvara se samo mogućnost rada kod privatnika već se stvara i pravni okvir suradnje među državnim bolnicama, što će, nadam se, spriječiti nepovratno urušavanje kvalitete zdravstvene skrbi za hrvatske građane izvan Grada Zagreba", rekao je predsjednik HLK-a dr. Trpimir Goluža.

Uspostavljena odlična suradnja između Hrvatske i Slovenske liječničke komore

S obzirom na slične izazove i probleme s kojima se liječnici u obje zemlje susreću, u HLK-u su odlučili sastajati se sa slovenskim kolegama redovito kako bi kroz razmjenu iskustava pronalazili načine i nudili prijedloge za njihovo rješavanje



Dr. Andrej Možina i dr. Trpimir Goluža

Novo vodstvo Komore (HLK) po prvi put je službeno posjetilo kolege u Slovenskoj liječničkoj komori (Zdravniška zbornica Slovenije). Predsjednik dr. Trpimir Goluža, prvi dopredsjednik dr. Krešimir Luetić, predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju dr. Ivan Raguž i dopredsjednik Povjerenstva za medicinsku izobrazbu dr. Boris Ujević, razgovarali su s vodstvom Slovenske liječničke komore na čelu s dr. Andrejom Možinom te zaključili kako su problemi u zdravstvenom sustavu obje zemlje u mnogočemu slični, tim više što dijelimo zajedničko nasljeđe. Neki dijelovi zdravstvenog sustava u Sloveniji još su lošije organizirani nego kod nas, kao primjerice sustav hitne medicinske pomoći. Dodatni problem Slovencima stvara činjenica što im se stalno mijenja zdravstvena administracija, a u takvim okolnostima rješavanje problema je otežano. No, zato slovenski liječnici za

razliku od hrvatskih, imaju strukovni kolektivni ugovor, a Slovenska liječnička komora, osim izdavanja, obnavljanja i oduzimanja licenci ima još jednu javnu ovlast, a to je organizacija, provođenje i nadzor nad specijalističkim usavršavanjem, što bi kao javnu ovlast htjela imati i Hrvatska liječnička komora. Vodstvo HLK zaključilo je kako od slovenskih kolega mogu puno naučiti te će svakako koristiti njihova iskustva za što bolju izgradnju i funkcioniranje naše Komore. Kako su Slovenci daleko odmakli i u informatizaciji sustava rada svoje Komore, vodstvo HLK-a je odlučilo primijeniti njihova rješenja u informatizaciji rada koja je i kod nas u tijeku.

S obzirom na slične izazove i probleme s kojima se liječnici u obje zemlje susreću, u HLK-u su odlučili sastajati se sa slovenskim kolegama redovito kako bi kroz razmjenu iskustava pronalazili načine i nudili prijedloge za njihovo rješavanje.

Ponovno se provode očevidi u postupku osnivanja zdravstvenih subjekata



Nakon što je prošla zdravstvena administracija ukinula očevide u svrhu utvrđivanja ispunjavanja minimalnih uvjeta za početak rada privatnih praksi, zdravstvenih ustanova i trgovачkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti, novim rješenjem Ministarstva zdravlja od 15. ožujka ove godine, oni se ponovno provode.

Troškovi obavljanja očevida iznose 2 tisuće kuna po djelatnosti. Očevide obavlja stručno povjerenstvo imenovano od Ministarstva zdravlja u kojem je jedan predstavnik Ministarstva, a drugi predstavnik nadležne komore.

Naknada za rad čanova stručnog povjerenstva utvrđena je u iznosu od 430 kuna bruto po članu.

Poziv članovima HLK-a da preuzmu obnovljene licence

Riješeni su svi zahtjevi za obnavljanje ili zamjenu Odobrenja za samostalan rad (licencu) koji su predani do 31.12.2015. godine.

Stoga Komora poziva sve čanove koji su predali zahtjev za obnavljanjem ili zamjenu licence da ih što prije preuzmu kod svog županijskog povjerenika ili u Službi općih i administrativnih poslova u Središnjem uredu HLK-a.

Komora će u roku od 15 dana obavijestiti sve zdravstvene ustanove čiji zaposlenici nisu preuzeću licencu te ih upozoriti na obvezu da je svi zaposleni liječnici moraju imati. Naime, rad bez važeće licence je protupropisan i podliježe sankcioniranju.

Najčešća pitanja i

Najčešća pitanja Službi općih i pravnih poslova vezana uz obvezu plaćanja članarine Komori

1. Otišao sam u mirovinu 2013. godine i više nigdje ne radim, a Komora i dalje od mene očekuje plaćanje članarine, zašto?

Sukladno Odluci o upisnini te načinu utvrđivanja i visini iznosa članarine za čanove Hrvatske liječničke komore – aktu Komore koji donosi Skupština kao najviše tijelo Komore, i liječnici u mirovini imaju obvezu podmirivanja članarine u iznosu od 40 kuna mjesečno (za liječnike koji obavljaju liječničku djelatnost), te 120 kuna godišnje za liječnike umirovljenike koji su upisani u Imenik liječnika Komore, a koji ne obavljaju liječničku djelatnost.

Činjenica odlaska u starosnu mirovinu nije, sukladno važećim propisima, zapreka za nastavak obavljanja liječničke djelatnosti. Često se događa da liječnici odu u starosnu mirovinu, no još uvijek im vrijedi odobrenje za samostalan rad (licencu) temeljem koje liječnici imaju pravo i mogućnost nastavka rada i u mirovini, što vrlo često i koriste.

Smatra li liječnik umirovljenik da više neće obavljati liječničku djelatnost te mu prema tome ne treba odobrenje za samostalan rad (licencu) i više ne želi biti članom Hrvatske liječničke komore, ima pravo zatražiti brisanje iz Imenika liječnika. Tek tada prestaju prava i obveze člana pa tako i obveza podmirivanja daljnje članarine, no brisanje je moguće tek nakon podmirenja dospjele, a neplaćene članarine.

2. Član sam Komore od 2006. godine, no radio sam izvan neposredne zdravstvene zaštite pa licencu nisam obnavljao – zašto me Komora tereti za plaćanje članarine?

Liječnici su činjenicom članstva u Hrvatskoj liječničkoj komori dužni plaćati članarinu – s naslova članstva, što je neovisno o činjenici posjeduju li važeće odobrenje za samostalan rad (licencu), odnosno, jesu li podnijeli zahtjev za obnavljanjem licence.

Dakle, konkretan član Komore dužan je od svojeg upisa 2006. godine, plaćati članarinu, neovisno o tome je li mu na tom radnom mjestu bilo potrebno odobrenje za samostalan rad ili nije i bez obzira ima li potrebu svoju licencu obnavljati ili ne. Člankom 22. stavak 3. Pravilnika o javnim knjigama Hrvatske liječničke komore, određeno je da tek pravomoć-

odgovori stručnih službi Komore

nošću rješenja o brisanju liječnika iz Imenika liječnika kao javne knjige Komore, članu prestaju članska prava i obveze prema Komori.

Voditeljica službe

Maja Lacković, dipl. iur.
maja.lackovic@hlk.hr

Najčešća pitanja Službi općih i pravnih poslova Komore glede ostvarivanja bodova i provjere osposobljenosti u svrhu izdavanja ili obnove licence

1. Mogu li liječnici koji su (aktivno ili pasivno) sudjelovali na stručnim skupovima održanim u inozemstvu ostvariti bodove Hrvatske liječničke komore?

Da, liječnici koji su aktivno ili pasivno sudjelovali na stručnim skupovima koji su održani u inozemstvu, mogu podnijeti zahtjev za dodjelu bodova u postupku trajne medicinske izobrazbe. Zahtjev se podnosi Povjerenstvu za medicinsku izobrazbu liječnika, kojem je potrebno priložiti presliku potvrđnice o sudjelovanju na inozemnom stručnom skupu ili drugi dokaz iz kojeg se nedvojbeno može utvrditi da je podnositelj zahtjeva aktivno odnosno pasivno sudjelovao na stručnom skupu u inozemstvu. Obrazac zahtjeva dostupan je na web stranici Komore (www.hlk.hr), u rubrici Propisi i obrasci.

2. Što je to provjera osposobljenosti koja se provodi u svrhu izdavanja odnosno obnavljanja licence?

Provjera osposobljenosti jest provjera stručnih kompetencija koja se provodi u slučajevima izdavanja odnosno obnavljanja licence, što je određeno Pravilnikom o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence). Odredbom članka 8. spomenutog Pravilnika, propisane su dvije situacije u kojima su liječnici, hrvatski državljeni, koji su stručne kvalifikacije stekli u Hrvatskoj, dužni, prije dobivanja licence, pristupiti provjeri osposobljenosti:

-ako u posljednjih deset godina od dana položenog stručnog ispita nisu obavljali liječničku djelatnost minimalno godinu dana u punom radnom vremenu,

-ako u posljednjih deset godina (računajući od dana podnošenja zahtjeva za izdavanje licence) nisu obavljali liječničku djelatnost minimalno godinu dana u punom radnom vremenu.

Isti ovi uvjeti vrijede i za liječnike, državljeni trećih država.

Svrha provjere osposobljenosti jest utvrđivanje je li liječnik koji pristupa provjeri osposobljenosti, s obzirom na protek vremenskog razdoblja u kojemu nije obavljao liječničku djelatnost, u tijeku sa svojom strukom.

Nadalje, prema odredbi članka 31. citiranog Pravilnika, provjera osposobljenosti također se provodi i u slučaju kada liječnik, za vrijeme važenja licence, u postupku trajne medicinske izobrazbe, ne ostvari potreban broj bodova za obnovu licence. Tome se liječniku licenca može obnoviti jedino ako prođe provjeru osposobljenosti. U ovom je slučaju provjera osposobljenosti zapravo alternativa nedostatku bodova potrebnih za obnovu licence.

Provjeru osposobljenosti provodi komisija sastavljena od tri člana, a članove komisije imenuje predsjednik Komore.

Viši stručni suradnik
mr.sc. Tatjana Babić, dipl. iur.
tatjana.babic@hlk.hr

Najčešća pitanja Službi stručno-medicinskih poslova

1. Kako mogu provjeriti trenutno bodovno stanje na svojoj kartici praćenja medicinske izobrazbe?

Otvoriti stranicu www.hlk.hr.

Sa desne strane naslovne stranice je link „kartica liječnika“.

Otvoriti karticu liječnika i upisati:

- korisničko ime: prezime i ime (malim slovima, bez znakova)
- lozinka: JMBG

S lijeve strane u izborniku otvoriti „osobne informacije“.

Otvorit će se ime i prezime i povećalo ispred.

Kliknuti na povećalo i otvorit će se bodovna kartica.

Bodovi se mogu vidjeti na dva načina: poimence navedene skupove ili bodovnu tablicu u rubrici „prikaži karticu liječnika“.

Za sve informacije i eventualne korekcije osobnih podataka u kartici liječnika, kontaktirati administrativnu tajnicu

Fulviu Akrap na tel: 01-4500-843

Primarna zdravstvena zaštita jamac funkcionalnosti hrvatskog zdravstva

Dr. MERI MARGREITNER, specijalist obiteljske medicine, savjetnica predsjednika HLK-a za PZZ
e-mail: mmeri1399@yahoo.co.uk

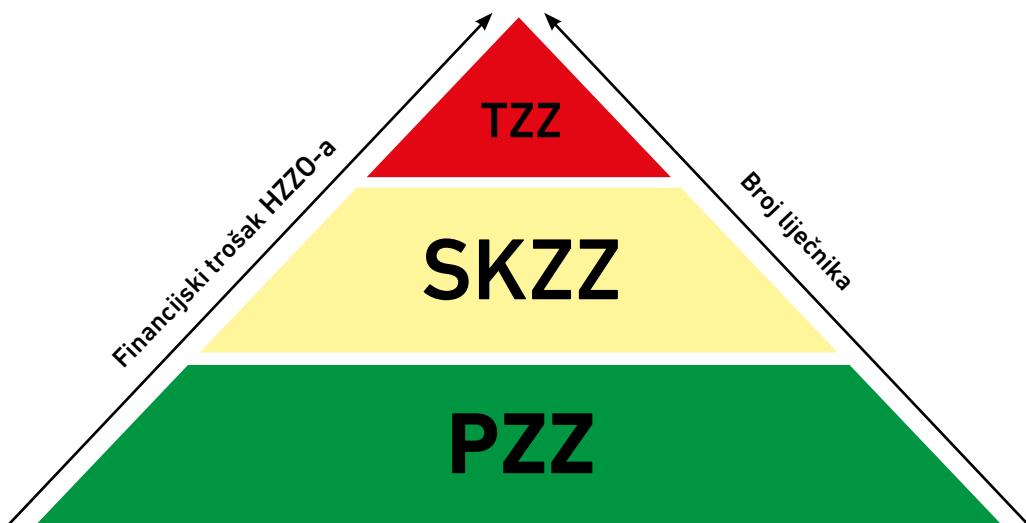
Državni zdravstveni sustav Republike Hrvatske u **2015.** g. ostvario je značajan **financijski gubitak**. Procjenjuje se da je dug hrvatskog zdravstva povećan za **2,1 milijarde kuna** ili za oko 10 % godišnjeg zdravstvenog proračuna, većinom zbog financijskih gubitaka bolnica. Paralelno s rastom duga naraslo je i **nezadovoljstvo primatelja i pružatelja zdravstvene usluge**. Svoje nezadovoljstvo uvjetima rada i položajem u društvu, zatraživši potvrdu Hrvatske liječničke komore koja omogućuje odlazak u inozemstvo, jasno je iskazalo 1060 liječnika. Komora je u nepune tri godine nakon ulaska Hrvatske u Europsku Uniju izdala 1360 takvih potvrda. Od toga 22 liječnicima obiteljske medicine, što obuhvaća oko 2,1% izdanih potvrda. Imamo li na umu da se udio liječnika obiteljske medicine u ukupnom liječničkom korpusu koji izravno pruža zdravstvenu skrb kreće oko 22 %, čini se da su liječnici obiteljske medicine zadovoljniji svojim ukupnim položajem u društvu no liječnici u sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Njihov udio u iskazanoj ozbiljnoj namjeri za odlaskom iz Hrvatske deset puta je manji no njihov udio u ukupnom broju liječnika pružatelja zdravstvene usluge. Mogući razlozi leže u tome da je oko 70 % liječnika primarne zdravstvene zaštite (PZZ) u koncesiji, što bi značilo da su liječnici u koncesiji zadovoljniji. To ni u kojem slučaju ne znači da nema problema u sustavu PZZ-a i da se ga ne treba

unaprijediti niti da ne postoji potreba određene intervencije u taj važni dio zdravstvenog sustava. Objektivnosti radi, važno je naglasiti značajnu financijsku diskriminaciju vrednovanja rada u okviru PZZ-a. Liječnici koncesionari bitno bolje zarađuju te mogu utjecati na uvjete i organizaciju rada u svojim ambulantama no kolege zaposlenici domova zdravlja. Stoga je i razumljivo nastojanje mnogih liječnika zaposlenika domova zdravlja za dobivanjem koncesije.

Unaprjeđenje zdravstvenog sustava podrazumijeva određenu racionalizaciju sustava sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, ali i dodatna ulaganja u sustav PZZ-a.

Prema dostupnim podatcima u sustavu PZZ-a HZZO-a zaposleno je 2340 liječnika obiteljske medicine, 273 ginekologa i 280 pedijatara, što iznosi oko 2900 liječnika, dok u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti radi oko 6019 specijalista te 1583 specijalizanta.

Odnos PZZ:SKZ je 1:2,6 i veliki je problem u smislu učinkovitosti i financijske održivosti zdravstvenog sustava. Primjerice, u Velikoj Britaniji odnos je 0,7:1,6 (u članicama EU-a prosječno 0,8:1,7), Kanadi 1: 1,1, SAD-u 1: 1,4 dok je u Češkoj 1:2,8 i u Mađarskoj 0,7: 2,3.



Problem finansijske održivosti zdravstvenog sustava može se riješiti **proširivanjem mreže primarne zdravstvene zaštite**. Na tragu toga je i *Nacrt prijedloga Mreže hitne medicine*, čije je e-savjetovanje s javnošću u tijeku.

Pozitivne posljedice

Proširivanjem PZZ-a omogućit će se bolje pružanje zdravstvene usluge jer će to **smanjiti broj pacijenata po timu**, što će utjecati na smanjivanje administrativnog rada te će osigurati **više vremena** liječnicima za pružanje zdravstvene skrbi u smislu medicinskih intervencija. Posljedice ovakvog pristupa višestruko su pozitivne. One će se odraziti na povećano zadovoljstvo pacijenata pruženom uslugom, jer je ostvarena kod izabranog liječnika bez daljnog upućivanja. Pozitivno će se odraziti i na zadovoljstvo liječnika, jer će mu biti vraćena njegova najvažnija uloga, pružanje medicinske skrbi, zbog koje je i odabrao poziv i za koju se godinama educirao.

Osim povećanog zadovoljstva pacijenata i liječnika, proširivanje Mreže PZZ-a pozitivno će utjecati i na finansijsku održivost ukupnoga zdravstvenog sustava. Prvo zbog smanjenog upućivanja u **sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu**, čije su usluge znatno skuplje no one na razini PZZ-a, a potom i stoga što će pacijent jednim posjetom liječniku PZZ-a riješiti više od jednog zdravstvenog problema, jer će mu liječnik posvetiti više vremena pa time i veću pažnju.

Razvidno je da bi proširivanje Mreže PZZ-a donijelo uštede na svim razinama zdravstvenog sustava, kako **finskijskoj tako i kadrovskoj razini**. Smanjio bi se pritisak pacijenata na sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene zaštite, što bi odteretilo bolničke liječnike i bitno im olakšalo kompenziranje kadrovskog deficitata.

Da bi se stvorili preduvjeti za proširivanje Mreže PZZ-a potrebno je što

hitnije *otvoriti natječaje za dodjelu specijalizacija iz primarne zdravstvene zaštite* (obiteljska medicina, ginekologija, pedijatrija), kako bi se jamčila **kvaliteta pružene zdravstvene skrbi**.

Upozoravajući je činjenica da će u naредnih pet godina generacijskim odljevom sustav PZZ-a izgubiti više od 350 liječnika obiteljske medicine, 60-ak pedijataru i oko 40 ginekologa. Ta spoznaja još je alarmantnija uzmemu li u obzir činjenicu da u PZZ-u već sada postoji ozbiljan kadrovski deficit liječnika.

Deficit kadra

Prema projekciji desetogodišnjeg razdoblja gubitak je veći još za 50 %. Najveći deficit kadra osjeća se u djelatnosti primarne ginekologije, gdje ovog trenutka nedostaje oko 107 liječnika ili 40 % izvršitelja. Gotovo identično stanje je u djelatnosti pedijatrije, ali HZZO to rješava „prebacivanjem“ djece u dobi ispod 7 godina u timove obiteljske medicine pa se prividno čini da pedijataru ne nedostaje u tolikoj mjeri. Procjena je da u sustavu nedostaje oko 220 liječnika specijalista obiteljske medicine ili oko 10 % izvršitelja.

Za funkciranje sustava važno je osigurati povratak popratnih specijalističkih djelatnosti u domove zdravlja: radiologa, oftalmologa, fizijatara, psihijatara, neurologa i dr., koji su „iščezli“ prvenstveno višegodišnjom nebrigom lokalnih vlasti te neulaganjem u specijalističko usavršavanje kadrova, tako da su danas domovi zdravlja izgubili svoju prvotnu funkciju. Domovi zdravlja se moraju redizajnirati u ustanove polikliničko-konzilijarnog tipa koje će pacijentima pružati dostupnu i polivalentnu zdravstvenu skrb.

Povjerenstvo HLK-a za PZZ apelira na zdravstvenu administraciju da u što kraćem roku **raspiše specijalizacije za primarnu zdravstvenu zaštitu** jer je to preduvjet za očuvanje funkcionalnosti PZZ-a, ali i kompletnog državnog zdravstvenog sustava.

Ukinuti obvezu liječnika za izvještavanjem o zdravstvenom stanju vozača

Hrvatska liječnička komora ponovno je uputila prijedlog Ministarstvu zdravljia u kojem je opetovano zatražila mijenjanje uredbe u Zakonu o sigurnosti prometa na cestama kojom se obvezuje liječnike da izvještavaju mjerodavna tijela o velikom broju zdravstvenih stanja vozača koja se smatraju zaprekom za sigurno upravljanje motornih vozila. Iz Komore predlažu da se ukine ta obveza o izravnom izvještavanju mjerodavnih tijela te da liječniku samo ostane dužnost da vozača upozori na uočenu promjenu zdravstvenog stanja i da dano upozorenje evidentira u njegovu medicinsku dokumentaciju. Naime, u Komori smatraju kako bi ponajprije pacijent trebao preuzeti odgovornost za svoje zdravstveno stanje i nepridržavanje liječničkih preporuka, i da bi se ta njegova odgovornost trebala i u zakonskom tekstu naglasiti.

Zapošljavanje dodatnog liječnika u grupnoj praksi omogućiti i obiteljskim liječnicima!

Hrvatska liječnička komora uputila je zahtjev Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) za ispravljanjem nepravde prema liječnicima obiteljske medicine koji, za razliku od liječnika dentalne medicine, ne mogu ostvariti sredstva za zapošljavanje dodatnog liječnika iako im je omogućen rad prema modelu grupne prakse. Stoga iz Komore traže da se mogućnost zapošljavanja dodatnog liječnika u slučaju grupne prakse omogući i u djelatnosti obiteljske medicine tim više što obiteljski liječnici podnose najveći teret oko brige za zdravlje osiguranika HZZO-a i samostalno rješavaju preko 80 posto svih zdravstvenih problema pacijenata. Time bi se, smatraju u Komori, osigurao nastavak zdravstvene zaštite, posebice u manjim sredinama, gdje se već sada susreću s problemom nedostatka liječnika.

Analiza Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a

Reforma hitne pomoći iz perspektive liječnika obiteljske medicine

Doc. dr. JASNA VUČAK, spec. obiteljske medicine; dr. KARMELA BONASSIN, spec. obiteljske medicine;
dr. DRAGAN SOLDO, spec. obiteljske medicine – Povjerenstvo za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a

Rješenje problema mora biti takvo da obuhvaća sve segmente i sudionike: od korisnika zdravstvene zaštite, zavoda za hitnu medicinsku pomoć, objedinjenog hitnog bolničkog prijema do primarne zdravstvene zaštite

Stanje otvorenih vrata hitnih službi za pacijente koji nisu „hitni“ u bolnicama je neizdrživo i potpuno neracionalno, uzrokuje iscrpljivanje ljudskih i materijalnih resursa i potpuno neadekvatne rezultate koji, u konačnici, najviše štete samim pacijentima. Rješenje problema mora biti takvo da obuhvaća sve segmente i sudionike: od korisnika zdravstvene zaštite, zavoda za hitnu medicinsku pomoć (ZZHMP), i objedinjenog hitnog bolničkog prijema (OHBP), do primarne zdravstvene zaštite (PZZ). Svakako treba poći od postojećih kadrovskih i organizacijskih resursa i od njega napraviti najbolje i za pacijente i za zdravstveno osoblje.

Potrebna edukacija građana

Na razini korisnika zdravstvene zaštite potrebna je edukacija i zdravstveno prsvjećivanje. Može se provoditi u suradnji s medijima (malo tko se od nas liječnika ne zapita zašto HRT kao javni servis ne može u interesu građana svakodnevno ponuditi u udarnim terminima kratke blokove o promicanju zdravlja, samopomoći kod jednostavnih zdravstvenih tegoba i o tome kada treba potražiti liječničku pomoć i na kojoj razini. Nadalje, potrebno je provesti odgovarajuće organizacijske mјere kojima će se sprijećiti da korisnici zdravstvene zaštite preko OHBP-a zaobilaze liste čekanja na dijagnostičke pretrage te razmotriti moguć-

nosti nadoplate za nadstandardne usluge, žele li se ostvariti samoinicijativno, bilo kroz OHBP, bilo kroz PZZ i SKZZ (rješenje koje se već primjenjuje u Sloveniji i Italiji).

Uvođenje E-kartona

Uvođenje dugo najavljivanog E-kartona s temeljnim medicinskim podacima o pacijentu mnogo bi pomoglo jer smo kao liječnici svjedoci činjenice da se jako puno vremena gubi na dobivanju tih podataka od pacijenata. Druga je važna uloga E-kartona činjenica da bi se neodgovornim pacijentima maksimalno smanjila mogućnost zlouporabe hitne službe i na primarnoj i na sekundarnoj razini. Oni u trenutnom zdravstvenom sustavu teoretski mogu u jednom danu obići sve hitne službe i dežurne ambulante PZZ-a bez ikakve odgovornosti prema osiguravatelju (koji jedini u sustavu vidi da to pacijent radi, ali i ne zna zašto) ili njihovom izabranom liječniku, koji to ne može ni na koji način saznati jer nema razmjene podataka između ordinacija i hitne službe, kao niti između OHBP-a različitih bolnica ili ZZHMP-a.

Na razini ZZHMP-a i OHBP-a treba educirati i praktično osposobiti više medicinske sestre i tehničare (VMS) tako da suvereno trijažiraju pacijente i odlučuju u koji red hitnosti spada pacijent i gdje se treba liječiti. Postupnik za trijažu

koji je sastavio ZZHMP već postoji, a njegova temeljita primjena trebala bi biti osnova za uvođenje reda.

Ojačati ulogu tima 2

U gradovima koji imaju bolnice svakako ZZHMP mora biti, uz OHBP i OM, prva linija koja sudjeluje u pregledu pacijenata u OHBP-u. U ZZHMP-u svakako valja ojačati ulogu tima 2 (educirati paramedike i zakonskom regulativom im proširiti ovlasti), tako da na teren mogu izlaziti bez liječnika, stabilizirati pacijenta i dovesti ga na OHBP radi daljnje obrade, pokaže li se to potrebnim.

Na razini PZZ-a u većini gradova već postoje organizirane dežurne ambulante subotom poslijepodne te nedjeljom i praznicima do 20 sati. Dežurstvo u tim ambulantama je dobrovoljno. Dežuraju liječnici zaposleni u domovima zdravlja i koncesionari. Odnos im nije jednolikо raspoređen i, dok se neopravdano uvriježilo da djelatnici domova zdravlja moraju dežurati, koncesionarima je ostavljena mogućnost izbora u skladu s njihovim postojećim ugovorima. Na zdravstvenoj vlasti je da ponudi bolje uvjete i uvede reda kroz osiguravanje boljih uvjeta rada (prostor mora biti opremljen u skladu s uvjetima koje je donio zakonodavac), adekvatnih i pravičnih naknada (ne smije se događati različito plaćanje za isti rad) i ostalih prava proizašlih iz pozitiv-

HITAN BOLNIČKI PRIJEM EMERGENCY - AMBULANZ



nih zakonskih propisa za sve sudionike iz PZZ-a te da takav način rada i dalje ostanе na dobrovoljnoj osnovi. I u drugim evropskim zemljama liječnici specijalisti obiteljske medicine dežuraju u ambulantama za hitna stanja; svaka zemlja ima svoje posebitosti, ali im je konstanta zajedničko postojanje posebnih ugovora za posao koji se obavlja izvan standardnoga radnog vremena. Tako u švedskim ambulantama, koje bi bile najsličnije našim dežurnim ambulantama u koje dolaze nenaručeni, akutno bolesni pacijenti, dežuraju samo oni liječnici koji nalaze svoj interes u tome i posebno su za to plaćeni. U Nizozemskoj i Austriji postoje dežurne ambulante vikendom; svi liječnici obiteljske medicine su privatnici i imaju ugovore sa osiguravajućim društvima te ugovorno imaju neki oblik participiranja u dežurstvima, ali su ta dežurstva i jako dobro plaćena.

Preopterećenost PZZ-a

Kako стоји наша PZZ? Prema nedavno objavljenim podacima HZZO-a naš je PZZ već prenapregnut do krajnjih granica. Iako su prvenstveno objavljeni rezultati za obiteljsku medicinu, za vjerovati je da slika nije bitno drugačija ni u ostalim segmentima. U 2015. godini zabilježeno je čak 50.103.999 posjeta pacijenata u obiteljskoj medicini, što je 67 posto više nego u 2013. godini, te je obavljeno ukupno 104.231.269 dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP). Svaki tim obiteljske medicine imao je u prosjeku 81 posjetu dnevno, od čega ih je 27 bilo zbog pregleda, a 54 zbog neke druge potrebe.

Reforma hitne nužna

Reforma hitne medicinske službe apsolutno je nužna, ali treba kako oprezno s uvoditi obvezu dodatnih dežurstava za liječnike iz obiteljske medicine; prema podacima HZZO-a, oni u postojećem sustavu samostalno riješe 83 posto svih pacijenta koji im se obrate za pomoć. Dežuranje liječnika iz PZZ-a mora biti dobrovoljno, s dobro definiranim ugovorima i osiguranim minimalnim uvjetima za rad kako to propisuje zakonodavac. S obzirom na podatak da nam samo u obiteljskoj medicini nedostaje oko 400 timova za ostvarenje trenutnog standarda HZZO-a od 1750 pacijenata po timu i na činjenicu da je samo polovica liječnika koji rade u službi obiteljske medicine specijalista obiteljske medicine, reforma mora predvidjeti mjere i sredstva za edukaciju novih specijalista obiteljske medicine. Posve je neprihvatljivo da liječnik bez dodatne edukacije/specijalizacije bude nositelj tima nakon završenog medicinskog fakulteta, te da sustav od njega očekuje jednakokvalitetan rad kao i od specijalista obiteljske medicine te da tako iracionalno troši ograničena sredstva za zdravstvo. Naravno da ovu mjeru ne treba striktno provoditi prema liječnicima koji već rade u sustavu jer bi to uzrokovalo do kolapsa, ali svako treba omogućiti odlazak na specijalizaciju liječnicima mlađim od 40 godina koji već rade, a svim novima koji žele ući u sustav nametnuti obvezno specijalističko usavršavanje iz obiteljske medicine.

Specijalizacija iz hitne medicine

Povjerenstvo za primarnu zdravstvenu zaštitu Hrvatske liječničke komore za tražilo je od županijskih povjerenstava HLK-a podatke o dobnoj strukture liječnika koji imaju ugovore s PZZ-om, kao i stvarne potrebe za timovima, kako bi se strukturirao plan specijalizacija i dostavio Ministarstvu zdravlja. U jeku velike krize i odlaska liječnika iz zemlje, postavlja se pitanje koliko dugo treba čekati na raspis novih natječaja za specijalizacije iz obiteljske medicine i koliko će ih biti, kao i pitanje zašto nama, za razliku od kolega u stomatologiji, nije dozvoljeno zaposliti dodatnog liječnika u skupnoj praksi; time bi se poboljšao rad i osigurali bi se mladim liječnicima uvjeti za specijalizaciju, jer je to sada moguće samo kroz domove zdravlja.

Vuk sit, ovce na broju

Kako postići da vuk bude sit, a ovce sve na broju? Nikako ne prebacujući vuka od jedne do druge ovce, jer će jedna od njih sigurno stradati. S postojećim radnim opterećenjem ne mogu obvezama liječnika obiteljske medicine dodavati dežurstva bez ulaganja u nove timove, specijalističku edukaciju i infrastrukturu. Zbog sadašnjeg stanja na u OHBP-u, svako treba naći zajedničko rješenje, rješenje na obostrano zadovoljstvo, i liječnika koji rade na primarnoj i onih u sekundarnoj razini zdravstvene zaštite.

Obiteljski liječnici traže bolje uvjete za dežurstva u hitnoj!

S obzirom da najavljena reforma hitne medicinske službe uključuje i pojačana dežurstva obiteljskih liječnika, iz Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM), poručili su kako zbog preopterećenosti traže da se u reformu više uključe i zavodi za hitnu medicinu te da im se osiguraju bolji uvjeti rada. Traže dežurne laboratorije i rendgene, te da se jasno definiraju stanja za koja se liječnička pomoć može tražiti vikendom. U suprotnom, poručila je predsjednica KoHOM-a, dr. Ines Balint, i obiteljski liječnici će morati tražiti posao u zapadnoeuropskim zemljama, jer su na rubu izdržljivosti zbog puno većeg broja pacijenata u odnosu na kolege iz europskih zemalja, ne računajući nametnuti im teret velikog broja administrativnih poslova.

U 2015. godini HZZO proveo 2411 kontrola

U 2015. godini HZZO je proveo 2.411 kontrola svojih ugovornih partnera. U 1.100 provedenih kontrola (njih 46%) nisu utvrđene nepravilnosti. U 1.311 slučajeva izrečene su ugovorom predviđene mjere: 635 opomena, 287 opomena s naplatom štete, 295 opomena s novčanom kaznom, 84 opomene s novčanom kaznom i naplatom štete te 10 opomena pred raskidom ugovora.

HZZO je redovno provodio kontrole privremene nesposobnosti za rad (bolovanja). U odnosu na 2014. godinu, u 2015. je zabilježen porast stope bolovanja. Ukupna stopa bolovanja u 2015. godini iznosila je 3,03 (na teret poslodavca 1,41 i na teret HZZO-a 1,62). U 2014. bila je ukupna stopa bolovanja 2,76 (na teret poslodavca 1,25 i na teret HZZO-a 1,51). Na porast stope bolovanja u 2015. je utjecala značajnija epidemija gripe i njene posljedične komplikacije. Usprkos ovom porastu stopa bolovanja u Hrvatskoj još uvijek je manja nego u mnogim zemljama Europske Unije (primjerice, u Sloveniji je stopa bolovanja 4,04).

Oftalmoskopija u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite



Oftalmoskop omogućuje rano i pouzdano otkrivanje mnogih očnih bolesti

U Hrvatskom liječničkom domu krajem veljače po prvi puta je održan je Tečaj trajnog usavršavanja liječnika u organizaciji Sekcije za dječju oftalmologiju i strabologiju Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva. Iako mnoga svjetska pedijatrijska društva preporučuju sustavno korištenje oftalmoskopa prigodom preventivnih pregleda djece, njegova primjena je zapravo rijetkost. Svrha Tečaja bila je predstaviti ovu jednostavnu, brzu i vrlo korisnu dijagnostičku metodu, a u praktičnom dijelu usvojiti vještine njezine primjene. Iako se često oftalmoskopija poistovjećuje s fundoskopijom – pregledom očnog dna, njene dijagnostičke mogućnosti su puno šire. Oftalmoskop omogućuje rano i pouzdano otkrivanje mnogih čestih očnih bolesti - refrakcijskih anomalija ili strabizma, ali i rjeđih kongenitalnih razvojnihanomalija (mrene, klobomi) ili pak teških bolesti kao što je retinopatija nedonošadi ili retinoblastom.

Polaznici, njih 29, bili su velikom većinom pedijatri PZZ-a i liječnici obiteljske medicine. Zbog praktičnog dijela tečaja i kapaciteta dvorane, bio je broj polaznika ograničen. U praktičnom dijelu tečaja, pod vodstvom

prim. dr. sc. Jelene Petrinović-Dorešić, dječjeg oftalmologa, koji je trajao dvadeset sata, polaznici su mogli na modelima naučiti način korištenja oftalmoskopa. Na raspolaganju je bilo pet setova oftalmoskopa i modela s instruktorima, kako bi svi mogli isprobati instrument i uvjeriti se u jednostavnost njegova korištenja. Instruktori su bili dr. Lidija Andrijašević, dr. Marija Barišić Kutija, dr. Edita Kondža Krstonijević i dr. Dijana Sontacchi. Polaznici su dobili i skripta koja su pratila izlaganja, ali i kao podsjetnik i podstrek za korištenje instrumenta. Na kraju su polaznici polagali kraći pismeni test a zatim su bile podijeljene diplome za uspješno završeni tečaj.

Reagiranja polaznika su bila vrlo pozitivna, a kako je i primarni interes bio veći no što je bilo raspoloživih mjeesta na tečaju, vjerujemo da će ovo biti samo jedan u nizu sličnih tečaja u budućnosti, kako bi svi koji to žele mogli upoznati ovukorisnu dijagnostičku metodu i uvrstiti je u svoju svakodnevnu praksu.

Prim. dr. sc. Jelena Petrinović-Dorešić, subspecijalist dječje oftalmologije, Sekcija za dječju oftalmologiju i strabologiju HOOD-a

Regionalni skup o neuromodulaciji u Zagrebu okupio više od 50 lječnika specijalista iz regije

Zagreb je bio izabran kao domaćin prvog regionalnog sastanka o neuromodulaciji u organizaciji globalne tvrtke Medtronic, ponajviše zbog vrijednog rada stručnjaka iz KB-a Dubrava i Klinike za traumatologiju KBC-a Sestre milosrdnice.

Zahvaljujući stručnosti i postignućima domaćih lječnika u području neuromodulacije, regionalno razmerno nepoznate tehnologije u liječenju teških kroničnih bolesti poput bolesti pokretanja (npr. Parkinsonove bolesti), kronične boli te simptoma spastičnosti, Zagreb je ugostio prvi regionalni summit o mogućnostima neuromodulacije. Prisustvovalo je više od 50 lječnika iz Hrvatske, Slovenije, Srbije, BiH i Makedonije, a iz svake od njih bili su prisutni šefovi neurokirurških odjela vodećih nacionalnih bolnica.

Organizator, tvrtka Medtronic, lider je u području medicinske tehnologije, s posebnim fokusom na neuromodulaciju u liječenju teških kroničnih bolesti.

Neuromodulacija podrazumijeva konti-

niranu stimulaciju dijelova središnjeg i perifernog živčanog sustava, i to primjenom niskovolatžne jednosmerne struje. Stvara je interni neurostimulator koji se kirurški postavlja ispod kože.

KB Dubrava se, zahvaljujući lječničkom timu neurokirurga doc. dr. Darka Chudyja, pročelnika Zavoda za neurokirurgiju, i neurologinje doc. dr. Vladimire Vuletić sa Zavoda za neurologiju, pozicionirala kao vodeći regionalni centar za dubinsku stimulaciju mozga, jednu od najuspješnijih terapija neuromodulacije. Ona se i u Zagrebu primjenjuje u tretiranju Parkinsonove bolesti, esencijalnog tremora i distonije. U Klinici za traumatologiju prim. dr. Zvonko Kejla već dugi niz godina implantira pumpe za ciljanu

isporuku lijeka (morphija ili baklofena) bolesnicima s kroničnom boli i simptomima spastičnosti kao posljedice ozljede glave ili leđne moždine.

Lječnicima je predstavljena i nova mrežna stranica www.neuromod.hr koja će registriranim lječnicima nuditi pristup recentnim stručnim materijalima o ovim naprednim terapijama. Mrežna stranica otvorit će bolesnicima mogućnost postavljanja konkretnih pitanja, a na koje će odgovarati ugledni domaći lječnici specijalisti. Pokretanje mrežne stranice www.neuromod.hr, koja će postati aktivna u narednim tjednima, podržala je tvrtka Medtronic iz Irske.

igor.prstec@rijetkabiljka.com

Sportske ozljede vrlo su česte i u općoj populaciji

Sportske ozljede naziv je simpozija održanog u organizaciji Specijalne bolnice za ortopediju i traumatologiju Akromion u Zagrebu 19. ožujka na kojem je sudjelovalo preko 400 lječnika obiteljske medicine, fizijatara, ortopeda i fizioterapeuta. Tema simpozija „Sportske ozljede“ veoma je važna jer su ovakve vrste ozljede vrlo česte i ne moraju se nužno dogoditi samo sportašima, uz napomenu da je povratak u sport moguć kada sportaš mentalno i fizički zaboravi operaciju.

Smatra se da je sportaš potpuno rehabilitiran tek nakon jedne cijele uspješno završene sezone a najvažniji rizični faktor u nastanku ozljede je prethodna ozljeda. Sportske su ozljede česte i u općoj populaciji prilikom izvođenja različitih aktivnosti, od šetnje i planinarenja, do velikih fizičkih napora.

Specijalna bolnica Akromion već nekoliko godina organizira simpozije kako bi stručnoj javnosti prenijela spoznaje o novim dijagnostičkim i terapijskim postupcima.

Predavanja stručnog tima upotpunjena su prikazima specifičnih slučajeva i praktičnim iskustvima liječenja sportskih ozljeda.



Predavači: dr. Nenad Medančić, dr. sc. Denis Tršek, dr. Aida Filipčić, Martina Žunac bacc. physioth., prof. dr. Miroslav Hašpl, prof. dr. Nikola Čičak, Tea Budimir bacc. physioth., dr. sc. Hrvoje Klobučar, dr. sc. Damir Starčević, dr. sc. Krešimir Oremuš, dr. Tomislav Tabak

DANIRA OREŠIĆ, Danira.oresic@laurusan.hr

U tijeku javna rasprava o Nacrtu prijedloga Mreže hitne medicine

U tijeku je javna rasprava o Nacrtu prijedloga Mreže hitne medicine na internet stranici „e-Savjetovanje“ koju je Ministarstvo zdravlja otvorilo 31. ožujka, a trajat će do 2. svibnja ove godine. Naime, predloženom Mrežom hitne medicine želi se povećati dostupnost i kvaliteta pružanja hitne medicinske skrbi. Dostupnost se posebice povećava u područjima udaljenima od bolničkih ustanova i to organizacijom profesionalnih timova hitne medicinske službe T1 (lijecnik, medicinska sestra/tehničar i vozač), koji rade 24 sata, 365 dana u godini.

U Gradskoj bolnici Pakrac traže tri ginekologa



Za potrebe Odjela ginekologije i porodništva Gradske bolnice Pakrac Opće županijske bolnice Požeško-slavonske županije raspisano je natječaj za zapošljavanje tri ginekologa na neodređeno vrijeme. Natječaj je objavljen u Narodnim novinama 6. travnja 2016. godine. Radi se o dobro opremljenoj maloj bolnici idealnoj za rad onome koji želi prakticirati struku i brže se afirmirati. Od 2011. godine rodilište uživa status „Rodilište prijatelj djece“. Godišnje se u rodilištu porodi 500-tinjak žena, a na ginekologiji učini jednak broj što većih, što manjih operativnih zahvata. Zdravstvene usluge pružaju se ženama ne samo s područja Požeško-slavonske županije, već i s područja Bjelovarsko-bilogorske, Sisačko-moslavačke i Virovitičko-podravske županije. Na odjelu vlada iznad svega kolegialnost, ljudskost, stručnost i briga prema pacijentima. Za normalnu organizaciju rada odjela neophodno je petoro ljudi.

Pozivamo sve zainteresirane kolegice/kolege da se jave na natječaj, jer uz rad u ugodnoj i kolegijalnoj atmosferi, mogućnosti daljnog usavršavanja, nudimo, u suradnji s gradskim vlastima, mogućnost stambenog zbrinjavanja te neke druge moguće pogodnosti, ovisno o životnim okolnostima.

Obustavljena sanacija zdravstvenih ustanova

Vlada je na sjednici održanoj 6. travnja 2016., donijela odluku o obustavi postupka sanacije u 31 zdravstvenoj ustanovi, nakon čega će te ustanove biti vraćene osnivačima, odnosno županijama. Ministar zdravlja dr. Dario Nakić, istaknuo je kako sanacija nije postigla traženi učinak, te da u međuvremenu nastala dugovanja neće opteretiti županije, već će se pitanje dugova rješavati dogовором između Ministarstva i osnivača ustanove u sanaciji. „Jedino što je u sanaciji postignuto je da su ljudi koji su vodili te ustanove bili imenovani na te funkcije bez javnog natječaja. Uz sve probleme u zdravstvenom sustavu takav model nije održiv i mi želimo postići decentralizaciju sustava. Nakon što ova odluka bude objavljena u Narodnim novinama, upravna vijeća moraju provesti natječaje za ravnatelje zdravstvenih ustanova, rekao je ministar.

Ustanove su prije sanacije bile u gubitku od 2,1 miliardu kuna, u njihovu sanaciju je uloženo 3,5 miliardi, a danas su zajedno u gubitku preko dvije milijarde kuna.

Sudjelovanje
lijecnika na
simpoziju
bodovano
prema odluci
Hrvatske
lijечničke
komore



78. DANI DIJABETOLOGA
simpozij s međunarodnim
sudjelovanjem

78th DAYS OF DIABETOLOGIST
symposium with international
participation

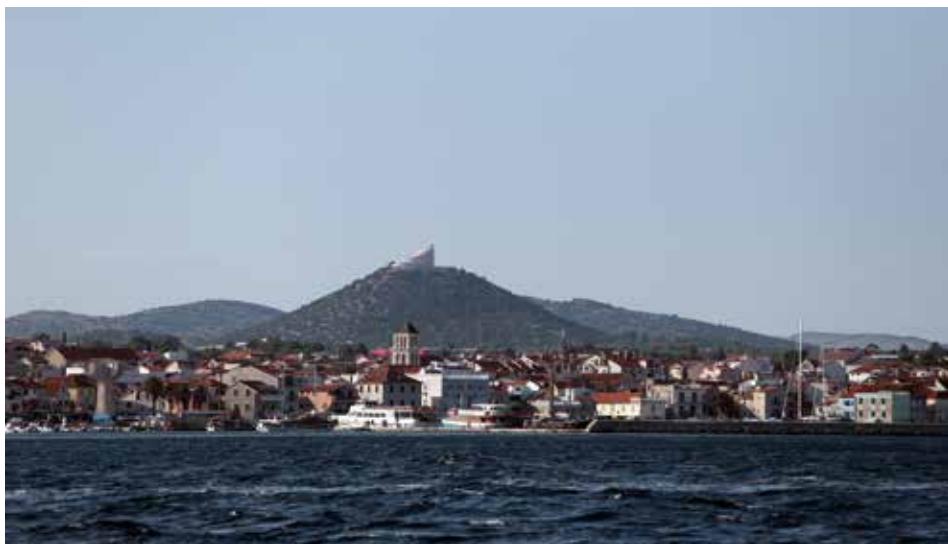
12.-15.05.2016.
Sheraton Dubrovnik Riviera Hotel
Srebreno



www.hddbm.hr

Hereditarni angioedem - stalani izazov za kliničara

S međunarodnog simpozija u Vodicama



Hereditarni angioedem je (HAE) i daje je nedovoljno dijagnosticiran i nedovoljno liječen u našoj zemlji. Zapaža se trend porasta svih oblika angioedema pa je poznavanje diferencijalne dijagnostike još uvijek izazov za kliničara. Povećan izbor učinkovitih lijekova za HAE nameće potrebu za dopunama preporuka na nacionalnoj razini. Pri tome je nužno, osim primarnog cilja koji teži najvećoj mogućoj dobrobiti i sigurnosti bolesnika, promišljati i o upravljanju troškovima po načelu nabolje koristi za najmanji trošak. Hrvatske smjernice za liječenje HAE-a donesene 2014. godine (Liječnički vjesnik 2014;136:117-178) omogućuju kliničarima da za pojedinog bolesnika propisu optimalan plan skrbi. One, međutim, zadaju samo okvire, a kliničar u praksi mora donositi odluke o postupanju u nekim varijacijama konkretnih situacija, kao što su superiooperativna, periproceduralna i dugoročna profilaksa, prelazak na samoliječenje itd. Osim toga, na optimalan tretman utječu i drugi čimbenici, kao što su organizira-

nje edukacije bolesnika, obitelji, skrbnika i zdravstvenih djelatnika, osnivanje udruge bolesnika te administrativna senzibilizacija na bolest i njene troškove. Radna skupina za HAE Hrvatskog društva za alergologiju i kliničku imunologiju HLZ-a planira izgradnju stabilne strukture skrbi u nacionalnom zdravstvenom sustavu. U okviru tih ciljeva u Vodicama je 14. ožujka organiziran međunarodni simpozij hrvatskih stručnjaka s kolegama iz Slovenije, Srbije i Bosne i Hercegovina radi razmjene osobnih iskustava, prijenosa međunarodnih novosti iz prakse te nastavka rada na genotipizaciji u Laboratoriju Klinike za plućne bolesti i alergiju Golnik u Sloveniji. Skup je ugoštila OB Šibenik a organizirala dr. Ljerka Karadža-Lapić koja uspješno zbrinjava populaciju bolesnika s HAE-mom Šibensko-kninske županije.

Dr. Matija Rijavec iz klinike Golnik prikazao je spektar mutacija SERPING1 gena u bolesnika iz Hrvatske, a prof. dr. Sladana Andrejević novosti vezane za

HAE u Srbiji i njihove rezultate genotipizacije, s prikazom otkrivenih novih mutacija. Prof. dr. Ingrid Prkačin prikazala je iskustva i učestalost HAE-a u objedinjenom hitnom prijemu KB-a Merkur, a dr. Karadža-Lapić svoj sustav praćenja bolesnika koji se primjenjuje u bolničkom sustavu OB-a Šibenik. Dr. Boris Grbinić, koji se srbi za populaciju bolesnika istarskog područja, prikazao je bolesnike liječene od HAE-a i SAE-a na Odjelu za otorinolaringologiju OB-a Pula od 2005. do 2015. godine i njihova iskustva s liječenjem blokatorom bradikininksih receptora, a doc. Duško Ciković iskustva liječenja rekombinantnim C1 inhibitorom u Splitskoj bolnici. Prof. Mitja Košnik iz Golnika, Slovenija, pokazao je mehanizme nastanka i zamke u liječenju HAE-a sa normalnim nalazom C1 inh (HAE tip III), a dr. Marinko Artuković iskustva iz Danske o prospективnom praćenju cijele populacije bolesnika s HAE-om kroz 10 godina. U usklađenoj raspravi sudjelovali su kolege iz Mostara (dr. Darja Pavlović Rožić), Osijeka (doc. dr. Višnja Prus), Rijeke (dr. Barbara Kvenčić), Zadra (dr. Melania RažovRadas i dr. Jasmina Frganović-Huljev), Crikvenice (dr. Silvije Šegulja), Slavonskog Broda (prof. dr. Nedra Aberle) te zagrebačkih bolnica (dr. Renata Vrsalović-KB „Sestre milosrdnice“ i dr. Boris Karanović-KBC Zagreb).

Skup je završio dogовором o zadnjem roku za upućivanje uzoraka krvi za genotipizaciju, tiskanju knjige sažetaka te implementaciji Šibenskog modela elektroničkog monitoringa bolesnika u ostale hrvatske bolnice.

Prof. dr. Asja Stipić Marković
asjastipic90@gmail.com

Mini simpozij o zglobnoj boli

Obilježen početak godine posvećene boli u zglobovu u organizaciji Hrvatskog društva za liječenje boli, 30. siječnja 2016.

Međunarodno udruženje za liječenje boli (IASP) i Europsko udruženje društava za liječenje boli (EFIC) posvetili su 2016. godinu zglobnoj boli. Dok milijuni ljudi širom svijeta pate od zglobne boli, rezultati u liječenju nisu na željenoj razini. Stoga je Hrvatsko društvo za liječenje boli, kao član EFIC-a, već početkom godine aktivnosti započelo organiziranjem mini-simpozija posvećenog zglobnoj boli. Simpozij je održan 30. siječnja u knjižnici Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti u Zagrebu. Gosti-predavači bili su prof. Bart Morlion, pročelnik Centra za algologiju Sveučilišne bolnice u Leuvenu (Belgija) i budući izabrani predsjednik EFIC-a te prof. Simeon Grazio, predstojnik Klinike za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju KBC-a Sestre milosrdnice u Zagrebu. Uvodnu riječ i moderiranje mini-simpozija imao je prim. dr. sc. Ante Barada, prvi dopredsjednik Hrvatskog društva za liječenje boli.

U svom predavanju „Uzroci i patofiziološki mehanizmi zglobne boli“ prof. Morlion je dao pregled tereta i uzroka zglobne boli. Ona može biti uzrokovana nizom različitih bolesti i patoloških stanja; osteoartritisom, upalnim bolestima zglobova poput reumatoидnog artritisa i psorijatičnog artritisa, taloženjem kristalnih depozita u zglobovima poput gulta, operativnim zahvatima u području zglobova i sl. Nociceptivna, upalna i neuropatska bol generiraju bolne podražaje koji kronifikacijom uzrokuju centralnu senzitizaciju i slojevitost generiranja bolnog podražaja. Unatoč širokom rasponu uzroka, kliničkih slika i simptoma, različiti tipovi zglobne boli mogu imati slične patofiziološke mehanizme, kliničke manifestacije i potencijalno liječenje. Time interdisciplinarni pristup postaje važnim u razvoju učinkovitijih medicinskih postupaka u liječenju bolesnika koji pate.



Prim. dr. sc. Ante Barada, doc. dr. Ivan Radoš, prim. dr. Mira Fingler, prof. dr. Bart Morlion, prof. dr. Simeon Grazio (s lijeva na desno)

Prof. Grazio je u predavanju „Dokazi, smjernice i klinička praksa liječenja mišićnokoštane boli“ odabrao kao paradigmatsku bolest sa zglobnom boli primjer osteoartritisa. Uz navode brojnih relevantnih objektivnih brojčanih pokazatelja, sveobuhvatno je najprije prezentirao dokaze o učinkovitosti pojedinih lijekova. Pri tome je naglasio da najnoviji podaci govore o klinički neznačajnom smanjenju boli primjenom paracetamola i da postoje dobri dokazi o učinkutopičnih-nesteroidnihantirimetika i duloksetina, dok su dvojbeni rezultati dugoročne primjene jakih opioidnih analgetika. Nadalje, proturječni i nedostatni su dokazi učinka preparata hijaluronske kiseline, glukozamin sulfata i kondroitin sulfata te plazme bogate trombocitima. U pregledu smjernica različitih nacionalnih i međunarodnih udruga i organizacija prof. Grazio je ukazao na njihove sličnosti i različitosti, pri čemu su različitosti prvenstveno posljedica nedostat-

ka čvrstih dokaza, što onda u prvi plan stavlja mišljenje eksperata o mjestu pojedinog lijeka ili vrsta lijekova u liječenju osteoartritisa. Na kraju je iznio svoje mišljenje o kliničkoj praksi, odnosno mjestu primjene pojedinih farmakoloških preparata u liječenju zglobne boli u osteoartritu.

Nakon predavanja razvila se živa i konstruktivna rasprava, a potom se ugodno druženje nastavilo u predvorju knjižnice.

Ovom prigodom najavljujemo prvi tematski simpozij EFIC-a, s temom akutne i kronične zglobne boli, koji će biti održan u Dubrovniku, 21.-23. rujna 2016. Bit će to prilika za upoznavanje s brojnim recentnim novostima u razumijevanju i liječenju zglobne boli. Hrvatsko društvo za liječenje boli HLZ-a u svojim će ovogodišnjim stručnim aktivnostima dati naglasak upravo na bol u zglobovima.

Mira Fingler i Ante Barada

Novosti i izazovi u pristupu bolesniku sa šećernom bolešću na hemodijalizi

KSENIJA VUČUR, dr. med., ksenija_vucur@hotmail.com



Na 4. Simpoziju o odabranim temama iz dijalize, održanom krajem veljače na MEF-u prikazane su novosti i izazovi u pristupu bolesniku sa šećernom bolešću na hemodijalizi. Naglasak je bio na multidisciplinarnom pristupu te su u slijedu s tim obrađene različite teme sa stajališta nefrologa, kardiologa, radiologa, kirurga i sestrinstva. Gost simpozija bio je dr. Rafael Kramann, nefrolog iz Sveučilišne bolnice u Aachenu, koji je govorio o kalcificirajućoj uremijskoj arteriolopatiji (KUA) te predstavio rezultate Registra bolesnika s KUA. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 419 milijuna ljudi u svijetu boluje od šećerne bolesti,

a procjenjuje se da će do 2040. g. biti 642 milijuna. U Hrvatskoj oko 30 % bolesnika na hemodijalizi ima šećernu bolest, a dijabetička nefropatija je vodeći uzrok kronične bubrežne bolesti (KBB). Metoda izbora liječenja je transplantacija bubrega, s 5-godišnjim preživljavanjem od 85 %. Planira li se transplantacija bubrega, bolesniku sa šećernom bolešću pristupa se kao visoko rizičnom s obzirom na to da je ona povezana s višežilnom koronarnom bolešću i većim ukupnim kardiovaskularnim rizikom. Kardiologi terapijskim intervencijama smanjuju nepovoljne kardiovaskularne događaje pripremom bolesnika za transplantaci-

ju. Jedna od čestih manifestacija ateroskleroze u bolesnika na hemodijalizi je periferna arterijska bolest (PAB). Zlatni standard u dijagnosticiranju PAB-a je mjerjenje pedobrahijalnog indeksa koji ukazuje na težinu bolesti te ima i prognostičko značenje. Za bolesnike na hemodijalizi najbolji je krvotilni pristup arteriovenska (AV) fistula. Radiolozi sudjeluju u ranom uočavanju i liječenju funkcionalno nedostatnih AV fistula, čime unaprjeđuju kvalitetu hemodijalize. Međutim, treba imati na umu da AV fistula može biti jednim od uzroka zatajenja srca. Jedan su od čestih uzroka smanjene kvalitete života bolesnika na hemodijalizi kronične rane. U pristupu liječenju istaknuta je važnost lokalne terapije, uz dobre rezultate postignute barokomorom ili primjenom hemoglobina u spreju. Sa stajališta sestrinske skrbi posebno je važan pozitivan odnos između bolesnika na hemodijalizi i sestre, kako bi se omogućila što bolja bolesnikova edukacija, a s ciljem poboljšanja kvalitete života i dugoročnog preživljavanja. Simpozij je održan u organizaciji Zavoda za nefrologiju Klinike za unutarnje bolesti KB-a Merkur, Zavoda za nefrologiju i dijalizu Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Sestre milosrdnice i Poliklinike za internu medicinu i dijalizu B. Braun Avitum u Zagrebu. Voditelji simpozija bili su prof. dr. Mladen Knotek, dr. Boris Kudumić i doc. dr. Draško Pavlović.

Uputa uredničkog odbora

Kako prikazati stručni skup

Temeljna je svrha iznijeti ono što se moglo čuti i saznati NOVOGA te stoga valja izvješće na to usmjeriti. U glasilu koje nosi naslov NOVINE nije mjesto za prepričavanje programa, tj. tko je i o čemu je tko govorio, tko je bio pokrovitelj i tko je skup pozdravio ili priredio domjenak jer to čitateljima nije korisno i uglavnom je nezanimljivo. Izbjegavati ono što spada u dodiplomsku nastavu jer su je naši čitatelji apsolvirali. Ilustracije su poželjne, ali nikako stereotipne kao što je dvorana s publikom. Molimo suradnike da se nastoje prilagoditi ovim preporukama i da, osim toga, količinu teksta usklade s važnošću skupa.

Efikasnost hrvatskog zdravstvenog sustava

Euro Health Consumer Indeks 2015.

Udruga poslodavaca u zdravstvu, direktor mr. DRAŽEN JURKOVIĆ, dr.med., info@upuz.hr

Zamjenik direktora BORIS LUKOVNJAK, mag.oec., boris.lukovnjak@upuz.hr

Sve veća medijska prisutnost tema vezanih uz stanje hrvatskog zdravstva, prava pacijenata, organizacijsko-ekonomske parametre funkcioniranja zdravstvenog sustava te ponajviše položaj i prava ključnih nositelja zdravstvene djelatnosti- liječnika, otvorila je mnoga otvorena pitanja te stvila zdravstvo u fokus javnosti.

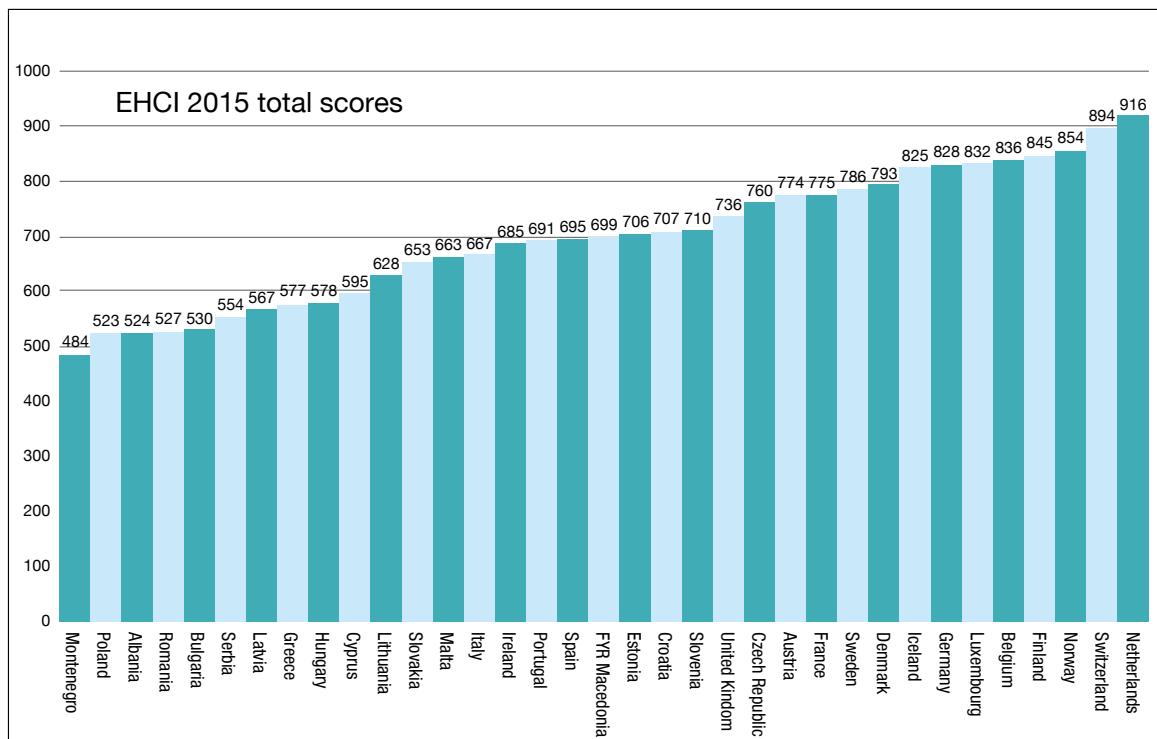
Mnogi izravni i neizravni sudionici zdravstvenog sustava, a najvećim dijelom ekonomski stručnjaci koorporativnog usmjeranja svojom prisutnošću u javnim glasilima pokušavaju plasirati teze o neefikasnem, neuspješnom i rastrošnom zdravstvenom sustavu kao jednom od ključnih generatora proračunskih deficitova i razlogom za trenutni nepovoljan gospodarsko-ekonomski položaj Hrvatske. Kako bismo mogli donijeti zaključak o stanju zdravstvenog sustava Hrvatske, prije svega, potrebno je izvršiti dubinsku analizu njegovih pojedinih sastavnica, uvažiti ograničena raspoloživa sredstva te u konačnici

utvrditi „činimo li prave stvari na pravi način“. Najnoviji pokazatelji Euro Health Consumer Indeksa za 2015. godinu, koji se temelje na objektivnim indikatorima, argumentiraju često ponavljenu tezu Udruge poslodavaca u zdravstvu kako hrvatski zdravstveni sustav, s obzirom na izdvajanja *per capita*, građanima pruža razmjerno vrlo dobar ili čak odličan segment zdravstvene zaštite.

Udruga poslodavaca u zdravstvu, s ciljem što realnije ocjene stanja hrvatskoga zdravstvenog sustava, analizirala je provedeno ispitivanje stanja zdravstvenih sustava Europe i prikazala ga u publikaciji „Euro Health Consumer Indeks 2015.“, u kojem se već niz godina prati kretanje pojedinačnih zdravstvenih sustava europskih zemalja te ih komparira i rangira po 48 parametara grupiranih u 6 cjelina.

Sagledamo li hrvatski zdravstveni sustav kroz input-output analizu, važno je istaknuti kako se prema **financijskim iz-**

dvajanjima za zdravstvo *per capita* Hrvatska nalazi na 27. mjestu od 35 analiziranih zemalja Europe, što nas svrstava u kategoriju zemalja koja za zdravstvo izdvajaju **ispodprosječnu razinu sredstava**. Činjenica da za zdravstvo izdvajamo „skromnu“ razinu sredstava olako nas može dovesti do zaključka da naš zdravstveni sustav značajno zaostaje za ostali sustavima Europe, no to nije posve točno. Zaključna ocjena dodijeljena zdravstvenom sustavu Hrvatske u spomenutom istraživanju, uvažavajući svih 48 parametara (outputa), **svrstava nas na 17. mjesto** (ispred Italije, Portugala, Španjolske, Irske...) i sustav ocjenjuje kao brzo napredujući, što je dokaz kako je naš zdravstveni sustav, s obzirom na raspoloživa sredstva, **vrlo dobar i stabilan, a ponajviše zbog iznimno kvalitetnog zdravstvenog osoblja**. Vrlo je zanimljivo da u medijima često spominjana lista čekanja nije toliko loša u usporedbi s ostalim europskim zemljama, štoviše, Hrvatska se



Slika 1.
EHCI Total
score 2015

nalazi na na 9. mjestu po parametru dostupnosti specijalistu.

Pomalo je iznenadjuće da je Hrvatska u parametrima preventivne zdravstvene zaštite vrlo loše rangirana, pogotovo s obzirom na dugu tradicijsku baštinu velikog hrvatskog liječnika i preventivca

dr. Andije Štampara. Čini nam se da je to jedan od ključnih problema s obzirom na važnost preventive, te smatramo kako upravo taj segment zdravstvene zaštite treba biti u fokusu zdravstvene administracije.

Slika 2. Struktura bodova po kategorijama

Sub - discipline	Netherlands	Switzerland	Norway	Belgium	Finland	Luxembourg	Germany	Iceland	Denmark	United Kingdom	Czech Republic	Austria	Estonia	Croatia	FYR Macedonia	France	Spain	Portugal	Ireland	Italy	Malta	Slovakia	Lithuania	Hungary	Cyprus	Greece	Serbia	Latvia	Bulgaria	Romania	Montenegro				
1. Patient rights and information	146	133	146	129	117	121	125	133	133	125	96	121	129	142	123	104	96	96	92	113	125	88	88	75	104	104	75	96	88	79	76				
2. Accessibility	200	225	138	150	225	200	188	163	138	100	188	213	100	125	175	163	213	113	113	100	138	163	163	175	125	125	113	138	150	150	163	100	113		
3. Outcomes	240	240	240	229	198	219	229	240	219	229	208	188	177	188	208	156	188	104	198	188	208	188	135	135	177	125	167	146	125	125	104	125	135		
4. Range and reach of services	144	119	138	144	131	125	94	125	138	144	106	119	125	131	106	119	106	81	113	94	94	88	125	94	75	81	94	69	75	69	56	63	50	63	56
5. Prevention	101	101	113	107	89	101	107	107	89	107	89	83	93	107	83	65	54	107	101	89	101	101	77	65	71	89	89	77	71	71	71	65	83	71	
6. Pharmaceuticals	86	76	81	86	76	67	86	57	76	81	71	76	67	81	67	62	67	57	67	62	86	57	48	71	52	52	57	52	48	52	43	33	52	33	
Total Score	916	894	854	845	836	832	828	825	793	786	775	744	760	736	710	707	706	704	695	691	685	667	663	653	628	595	578	577	567	554	530	527	524	523	484
Rank	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

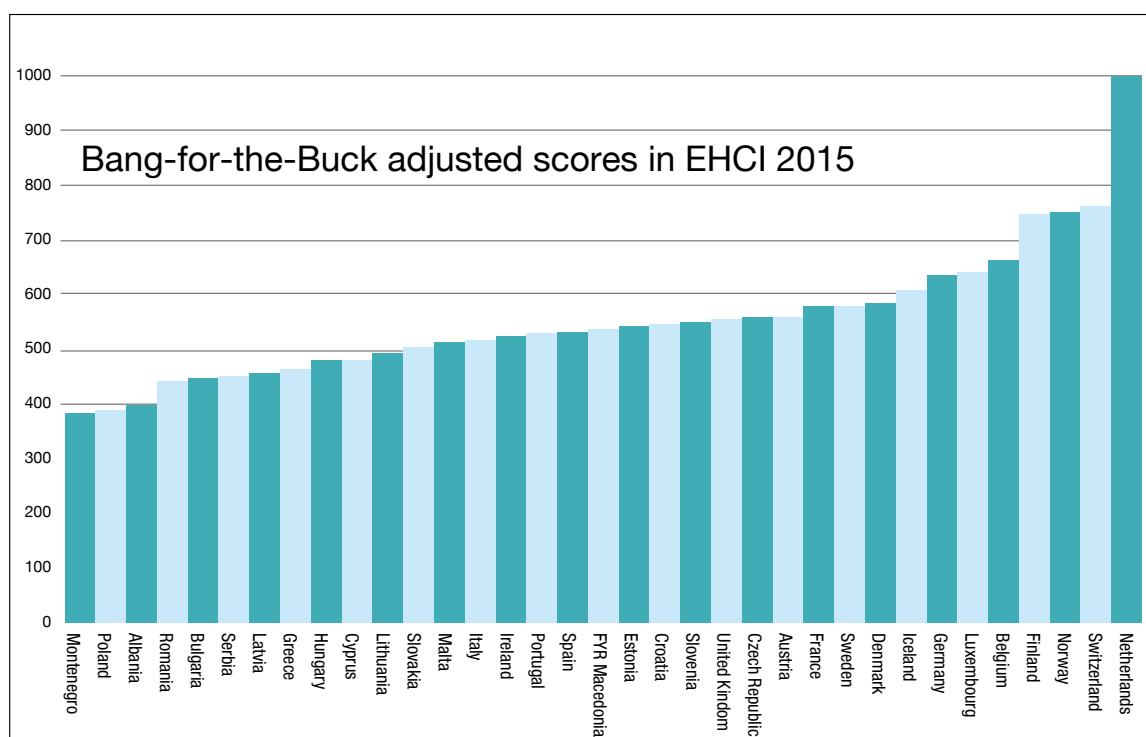
Upotrijebimo li ekonomski parametar „Bang for the Buck“ koji predstavlja količinu dobara (zdravstvene zaštite) što je netko može dobiti za vrijednost od 1\$, **Hrvatska je svrstana na odlično 4. mjesto i to nas čini jednim od najuspješnijih i**

najboljih zdravstvenih sustava u Europi što je apsolutni dokaz da je hrvatski zdravstveni sustav dio „nacionalnog blaga“ koje treba cijeniti i stalno ga poboljšavati, uvažavajući prisutan vrlo dobar smjer i ostvarene učinke.

Ostali zanimljivi rezultati Hrvatske po pojedinim parametrima:

- Prava pacijenata i njihova informiranost - 10. mjesto
- Dostupnost e-recepta - 1. mjesto

- Pravo na „drugo mišljenje“ - 2. mjesto
- Dostupnost primarne zdravstvene zaštite - 2. mjesto
- Sati tjelesnog odgoja o osnovnoj školi - 29. mjesto



**Slika 3.
Bang for the
Buck 2015**

Budućnost onkologije u Hrvatskoj

Predstojnik Klinike za onkologiju KBC-a Zagreb prof. dr. STJEPKO PLEŠTINA

Hrvatska nema definiranu jasnu viziju na koji bi način u sljedećih 20 godina smanjila pojavnost i smrtnost od zločudnih bolesti, unatoč tomu što je stopa smrtnosti znatno veća u našoj zemlji u usporedbi s prosjekom u zemljama Europske unije. Dok u većini razvijenih zemalja smrtnost od raka opada i unatoč porastu broja novooboljelih, to kod nas nije slučaj. Dodatni je dokaz nužnosti promjena u onkologiji podatak da Hrvatska s 20,8 % ima visoku stopu nesposobnosti prouzročene onkološkim bolestima (DALY – Disability adjusted life year), a prosjek je EU-u 18,8 %. Unatoč tomu što je 2009. godine Hrvatski sabor donio Rezoluciju o zločudnim tumorima, kojom se obvezao donijeti Nacionalni plan i program borbe protiv raka, do danas taj plan nije donešen. Strukturirani Nacionalni plan borbe protiv zločudnih bolesti trebao bi povećati dostupnost liječenja te omogućiti svim bolesnicima s istom dijagnozom jednaku kvalitetu liječenja, neovisno o tome žive li u Zagrebu, Osijeku, Splitu ili Zadru. Onkološka je skrb sada prepustena na volju pojedinim ustanovama i kvaliteta ovisi o njihovoj finansijskoj moći. Uz bolju kvalitetu liječenja, centralizacijom pojedinih postupaka moglo bi se uštedjeti od 20 do 30 posto novca koji se potroši na liječenje onkoloških bolesnika. Imajući na umu napredak istraživanja u onkologiji, jasno je da Hrvatska već sada gubi korak s prosječno razvijenim zemljama Europske unije kad je riječ o mogućnosti osiguranja najbolje zdravstvene skrbi. Prema podatcima Globocana, vidljivo je da je incidencija i prevalencija većine onkoloških bolesti u skladu s prosjekom EU-a, a istodobno je stopa smrtnosti u Hrvatskoj u gotovo svim onkološkim bolestima među lošijima u Uniji.

Hrvatskoj treba onkološka mreža

Prijeko je potrebno istaknuti da smo u posljednjih desetak godina učinili veliki napredak u organizaciji onkološke zdravstvene skrbi i uložili znatna finansijskih

sredstava kako bi se promijenili ti negativni trendovi, ali očito je da i dalje postoji potreba za znatnim unapređenjima koja se moraju učiniti kako bi se poboljšalo preživljavanje onkoloških bolesnika. Uloga prevencije u onkologiji je velika, tu nismo dovoljno učinili, čak ni ondje gdje smo mogli, sjetimo se samo pušenja kao primjera. Uz to, preventivne mjere rezultat daju u relativno dugom vremenu. Programi ranog otkrivanja bolesti su jako važni i osiguravaju lakše i učinkovitije liječenje „dohvatljive“ populacije, no također nisu jedini ključ rješenja trenutačnoga onkološkog problema u Hrvatskoj, čak i kad bi se najbolje provodili, što kod nas nije slučaj zbog slabog odziva nedostatno educirane populacije koja uz to, nažalost, ne prepoznaje vlastiti interes. Premda nije popularno, vjerojatno ćemo u određeno vrijeme i mi početi uz prava osiguranika spominjati i njihove obveze i odgovornost, kako je to u svim zemljama s kojima se volimo uspoređivati.

Uz dugoročne mjere, rješiti treba i trenutačni problem, pri čemu je organizacija sustava ključna i za brže, bolje i učinkovitije funkcioniranje onkološke zdravstvene skrbi u budućnosti. Rješenje je u nužnim poboljšanjima sljedećih segmenata:

1. Definiranje i organiziranje mreže onkoloških ustanova

Nužno je definirati opseg djelatnosti prema lokalnim potrebama i zahtjevnosti zdravstvene usluge, kako bi se mogla povećati dostupnost i kvaliteta liječenja onkoloških bolesnika. Jasno treba reći gdje i tko smije, može i mora liječiti pojedinog bolesnika. Bolesnik ne smije „lutati“, a uslugu mu moraju pružiti dovoljno kvalificirani stručnjaci u primjerenim uvjetima. O pravodobnosti i kvaliteti liječenja, od kirurškog do primjene sofisticiranih metoda sustavne terapije citostaticima i biološkim lijekovima, naime, izravno ovise i rezultati te prognoza bolesnika. Nužno je odrediti broj pojedinih postupaka na godišnjoj razini kao preduvjeta za certificiranje. Postoji mogućnost razvoja zajed-

ničkih službi na regionalnoj razini, što bi predstavljalo centralizaciju pojedinih postupaka radi osiguranja najveće kvalitete provedbe. Neizostavno je uvođenje najsoftićirijih sustava kontrolirane centralne priprave onkoloških lijekova, što može generirati uštete finansijskih sredstava i do 20 %, a može biti i „dijeljena“ funkcionalnost između nekoliko prostorno bliskih onkoloških ustanova.

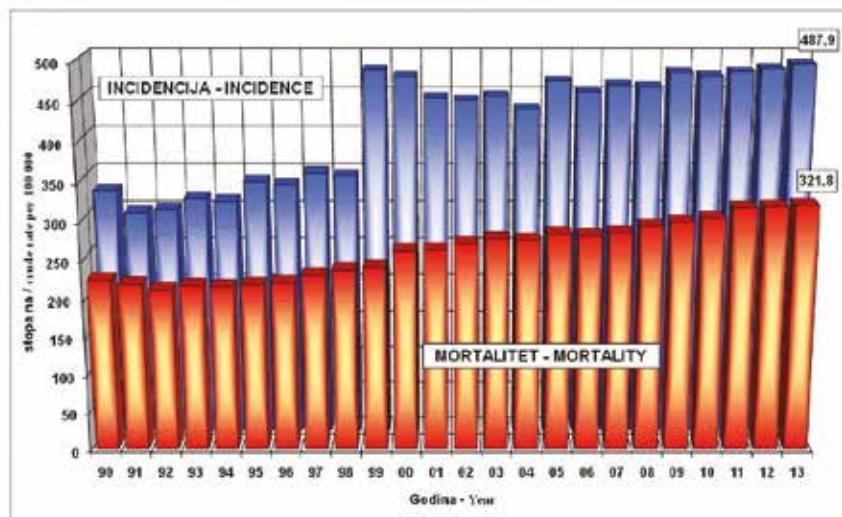
2. Organizacija i definiranje razvoja zdravstvenih djelatnika onkološke struke

Zbog porasta složenosti liječenja oboljelih od zločudnih bolesti jedna specijalnost ne može obuhvatiti sve aspekte i oblike dijagnostike i terapije onkološkog bolesnika. Više ne može postojati svemogući stručnjak koji liječi sve zločudne bolesti svim metodama, nema „opće onkologije“. Multidisciplinarni bolnički tim je preduvjet učinkovitijeg i kvalitetnijeg liječenja, a čine ga najmanje onkološki kirurg, internistički onkolog, radijacijski onkolog, radiolog, patolog, posebno educirana sestra i psiholog. Zadaća i obveza takvog tima jest donošenje i revizija plana liječenja za svakog bolesnika. Liječenje ne bi smjelo početi, niti bi se velika odluka o promjeni plana liječenja smjela donijeti, bez prikaza bolesnika na sastanku multidisciplinarnog tima. Svakako treba uključiti i liječnike obiteljske medicine, te ih dodatno educirati, jer je bolesnik većinu vremena u njihovim rukama.

3. Poboljšanje i ujednačavanje kliničke prakse u Hrvatskoj

Stručna društva moraju predstaviti i redovito obnavljati kliničke upute za dijagnostiku i liječenje onkoloških bolesnika. Upute ne trebaju postojati samo za liječnike, nego i za bolesnike. Smjernice moraju biti prihvaćene na nacionalnoj razini, a njihovu provedbu trebaju kontrolirati regulatorna tijela i stručna društva. Nužno je da smjernice različitih stručnih dru-

Slika 1. STOPE INCIDENCIJE I MORTALITETA OD RAKA U HRVATSKOJ OD 1990. DO 2013. GODINE
Figure 1. CANCER INCIDENCE AND MORTALITY RATES IN CROATIA 1990-2013



Izvor: HZJZ-Registar za rak



Prof.dr. Stjepko Pleština

štava uključenih u onkološku skrb budu usklađene, a treba ih poduprijeti Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Promjene smjernice moraju biti predstavljene HZZO-u unaprijed, kako bi se omogućila pravodobna prilagodba finansijskih proračuna.

4. Osiguranje dostupnosti inovativnih terapijskih mogućnosti

Liječenje onkoloških bolesnika je svakim danom sve skuplje, to je teško pratiti i puno bogatijim zemljama od Hrvatske. Ne može se očekivati da će uskoro biti moguće dostatno povećanje sredstava namijenjenih zdravstvu, te je potrebno racionalizirati ono što imamo. Poštovanje uputa za dijagnostiku, liječenje i praćenje bolesnika, te posljedična racionalizacija postupaka koji se provode radi postavljanja dijagnoze i praćenja onkoloških bolesnika, mogući su izvor znatnih ušteda, koje onda mogu generirati sredstva potrebna za brže i potpunije uvođenje inovativnih lijekova u kliničku praksu. Samo na primjeru nepotrebnih troškova, koji gotovo pa rutinski nastaju u praćenju bolesnica s rakom dojke, na godišnjoj bi se razini za 2000 bolesnica moglo uštedjeti i do 10 milijuna kuna. Nema nikakvog opravdanja operiranoj bolesnici s niskim rizikom povrata bolesti, koja nema nikakvih tegoba i promjena u statusu, rutinski uz mamografiju obaviti i laboratorijsku

obradu uključujući tumorske biljege, slikati pluća, raditi UZV ili CT trbuha, scintigrafiju kosti, magnetnu rezonanciju dojki itd. Jednako tako, rutinsko praćenje PET/Ctom asimptomatskih bolesnika sa solidnim zločudnim tumorima, koji su završili liječenje, nije opravdano. Uz to što je to bacanje novca, štetno je i za bolesnika.

Stručna bi društva mogla i morala putem smjernica, ali i drugim oblicima stručne suradnje, biti partner HZZO-u u određivanju najboljeg načina osiguravanja dostupnosti inovativnih lijekova, što uključuje i procjenu vrijednosti pojedinog lijeka pa u skladu s time i određivanja visine sudjelovanja proizvođača u troškovima primjene lijeka.

5. Uvođenje sustava kontrole kvalitete i ishoda liječenja

Preduvjet za provedbu i kontrolu svih spomenutih mjera poboljšanja onkološke skrbi u Republici Hrvatskoj je posto-

janje jedinstvene elektroničke baze kliničkih podataka o liječenju bolesnika u onkologiji. Baza bi morala biti integrirana u sustav javnog zdravstva, bolničke informacijske sustave, te u informacijski sustav HZZO-a. Ta jednokratna investicija visoke vrijednosti bi se vrlo brzo isplatila jer bi omogućila uvid i kontrolu provedbe kliničkih smjernica u realnom vremenu, te ispravljanje mogućih pogrešaka u provođenju dijagnostike, liječenja i praćenja onkoloških bolesnika. Nadalje elektroničke baze podataka nužne su za kvalitetnu provedbu bilo kakvog *risk sharing* sustava osiguranja dostupnosti inovativnih lijekova, ali i za praćenje rezultata liječenja u bolnicama.

Ako ne želimo izgubiti rat sa zločudnim bolestima, krajnji nam je trenutak da donesemo opće prihvaćeni izvedbeni nacionalni plan borbe u koji moramo biti svi uključeni i svi tome pridonijeti. Samo tako možemo uspjeti, a nadam se i vjerujem da možemo.

Potrebno je definirati onkološku mrežu koja će opisati kamo bolesnik ide, tko ga liječi i na koji način, uz praćenje i podizanje kvalitete te uvođenje većeg broja metoda liječenja. Donošenje dijagnostičkih postupnika jednak je važno, možda čak i važnije od terapijskih jer se procjenjuje da je oko 30 posto dijagnostike potpuno nepotrebno i besmisleno. S jedne strane trošimo novac, s druge strane zatravljamo sustav i generiramo tzv. liste čekanja, koje su u onkologiji potpuno neprihvatljive.

Pitanja i odgovori o javnoj objavi podataka o prijenosu vrijednosti u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija



INOVATIVNA
FARMACEUTSKA
INICIJATIVA

**Stalni odbor europskih
liječnika (CPME)
2014. godine donio
je vlastite smjernice
za unapređenje
transparentnosti odnosa
između liječnika i
cjelokupne zdravstvene
industrije te podržava
javnu objavu podataka
o prijenosu vrijednosti
u korist zdravstvenih
radnika i zdravstvenih
organizacija**

S objavom podataka, suradnja članica Inovativne farmaceutske inicijative sa zdravstvenim radnicima i organizacijama postaje ne samo transparentna, već i razumljivija javnosti, što će doprinijeti povjerenju u njihove međusobne odnose

Kodeks Europskog udruženja inovativnih proizvođača lijekova (EFPIA) o objavljivanju podataka preuzeila je i Inovativna farmaceutska inicijativa (IFI) koja okuplja 25 farmaceutskih kompanija prisutnih na hrvatskom tržištu. Riječ je o obvezi svih inovativnih proizvođača lijekova za objavu podatka o plaćanjima i ostalim prijenosima vrijednosti koje izvrše u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija. Inovativne farmaceutske kompanije koje posluju u Hrvatskoj do 30. lipnja objavit će iznose prijenosa vrijednosti uz navođenje osnove prijenosa kao što su, primjerice, donacije zdravstvenim organizacijama, naknade za usluge predavanja, podmirivanje troškova prijevoza, smještaja ili troškova kotizacije za sudjelovanje na medicinskim edukativnim stručnim skupovima.

Kako bismo vam pružili što više informacija o Kodeksu i javnoj objavi podataka o prijenosu vrijednosti u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija, donosimo vam pregled najčešće postavljanih pitanja i odgovora na njih, a sva dodatna pitanja i dvojbe zainteresirana javnost može uputiti i na adresu elektroničke pošte kodeks@ifi.hr.

1. Zašto se podaci o prijenosu vrijednosti objavljaju javno?

Redovita suradnja farmaceutske industrije i zdravstvenih radnika u najboljem je interesu bolesnika, a dosad je promijenila tijek i ishode mnogih bolesti. Razmjena znanja i iskustava od presudne je važnosti za razvitak novih inovativnih lijekova, a s povećanjem transparentnosti u ovom već dobro reguliranom odnosu, ta će suradnja u budućnosti biti još snažnija. Kako javnost ima velike zahtjeve za transparentnim

odnosima, osobito kada se radi o zdravstvenoj zaštiti, uvidom u prirodu suradnje s povezanom industrijom jača se dignitet liječničke struke i utječe na odnos povjerenja bolesnika u liječnike.

2. Koje će vrste prijenosa vrijednosti biti objavljene?

Farmaceutske kompanije objavit će podatke o donacijama (izvršenima u korist zdravstvenih organizacija, donacije nisu pravno dopuštene zdravstvenim radnicima) i drugim oblicima podrške, naknadama za usluge i savjetovanja, aktivnostima vezanim za održavanje predavanja i vođenje sastanaka, sudjelovanju u radu savjetodavnih odbora, naknadama troškova za sudjelovanje na događajima (uključujući troškove kotizacije, prijevoza i smještaja) i podatke o prijenosu vrijednosti za istraživanje i razvoj.

3. Hoće li farmaceutske kompanije samoinicijativno moći objaviti podatke o prijenosu vrijednosti?

SVAKA od članica EFPIA-e definirala je pravila sukladno zakonskoj regulativi zemlje u kojoj djeluje, kao i drugim činiteljima te specifičnostima dionika u zdravstvu. U Hrvatskoj je za javnu objavu podataka o prijenosu vrijednosti potrebna osobna suglasnost zdravstvenog radnika.

Da bi bila valjana, suglasnost zdravstvenih radnika mora biti jasna, dana bez pritiska, nedvosmislena i biti rezultat informirane odluke. Ta će se suglasnost nalaziti u klauzuli ugovora kojeg zdravstveni radnik potpisuje s kompanijom.

4. Krši li se javnom objavom pravo na privatnost zdravstvenih radnika?

Prikupljanje i uporaba osobnih podataka podliježe Direktivi EU 95/46, koja je primijenjena u zakonima o zaštiti podataka unutar svake pojedine države. Direktivom se zahtijeva da farmaceutske kompanije koje prikupljaju i obrađuju podatke moraju biti u skladu sa zakonom o zaštiti podataka svake države. Kao dio tih obveza farmaceutske kompanije imaju pravo zadržati podatke, ali to pravo je kontrolirano strogim zakonima o bilježenju, prikupljanju, spremanju te korištenju podataka.

5. Što ako zdravstveni radnik odbije dati suglasnost za javnu objavu podataka o prijenosu vrijednosti?

Kada se suglasnost pojedinca koristi kao osnova za objavljivanje podataka, a zdravstveni radnik odbije dati suglasnost za javnu objavu podataka o prijenosu vrijednosti, ti će se podaci objaviti zbirno. Svaka će farmaceutska kompanija objaviti postotak zdravstvenih radnika koji nisu dali suglasnost i ukupan iznos izvršenih prijenosa vrijednosti u njihovu korist.

Ako zdravstveni radnik povuče svoju suglasnost za javnu objavu podataka o prijenosu vrijednosti, farmaceutska kompanija dužna je ukloniti te podatke o individualnim prijenosima vrijednosti s javne domene. Ti će se podaci tada dodati zbirnoj objavi.

U slučaju da se zdravstveni radnik ne slaže s podacima o prijenosu vrijednosti koje je farmaceutska kompanija objavila, tada bi trebao kontaktirati kompaniju. Utvrdi li se da su objavljeni podaci netočni, kompanija će ih revidirati u suradnji sa zdravstvenim radnikom te potom objaviti nove podatke. Ovakav model u potpunosti podržava pravo na privatnost i zaštitu osobnih podataka, a kako je riječ o suradnji korisnoj za bolesnike i cjelokupni zdravstveni sustav, poželjno je da javnost razumije njezinu svrhu i oblike.

6. Hoće li farmaceutske kompanije i dalje raditi sa zdravstvenim radnicima koji ne daju suglasnost za javnu objavu podataka o prijenosu vrijednosti?

To je individualna odluka svake kompanije. Kompanije imaju svoje vlastite politike i kriterije za suradnju sa zdravstvenim radnicima u okviru važećih zakonskih ovjeta.

7. Hoće li se objavljivati SVI podaci o prijenosima vrijednosti u korist zdravstvenih radnika?

Ne, za pojedine prijenose vrijednosti definiran je zbirni način objave, dok se neki prijenosi vrijednosti ne objavljuju.

Prijenos vrijednosti za istraživanje i razvoj bit će objavljeni zbirno. Takve aktivnosti Kodeksom su definirane kao prijenosi vrijednosti u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija vezani uz planiranje i vođenje:

- ne-kliničkih ispitivanja (kao što je definirano u načelima OECD-a o dobroj laboratorijskoj praksi);
- kliničkih ispitivanja (kao što je definirano u Direktivi 2001/20/EC); ili
- ne-intervencijskih ispitivanja koja su po svojoj prirodi prospективna i podrazumijevaju, u svrhu provođenja ispitivanja, prikupljanje podataka o ispitnicima od strane zdravstvenih radnika, pojedinačno ili skupno (HCP Kodeks, članak 15.01).

Troškovi obroka i piće za vrijeme trajanja sastanaka neće biti objavljeni, ali svaka je zemlja pojedinačno ograničila troškove za hranu i piće do određene vrijednosti.

Kodeks ne zahtijeva javnu objavu podataka o predmetima medicinske upotrebe te informativnim i edukativnim materijalima namijenjenih bolesnicima i zdravstvenim radnicima. Isto tako valja napomenuti da se Inovativna farmaceutska industrija samoregulirala na način da je ovim Kodeksom zabranjeno davan-

je, nuđenje ili obećanje bilo kakvih darova Zdravstvenim radnicima.

EFPIA-in Kodeks o javnoj objavi fokusira se na podatke o prijenosu vrijednost za pružanje usluga kao što su održavanje predavanja, sudjelovanje u radu savjetodavnih odbora i sudjelovanje na edukativnim sastancima.

8. Kako će se proces prikupljanja i objavljivanja podataka odvijati?

Plaćanje zdravstvenim radnicima bilježe se tijekom godine i javno se objavljuju do 30. lipnja iduće godine. Prvi podaci bit će objavljeni do 30. lipnja ove godine, za sve prijenose vrijednosti izvršene u 2015. godini.

9. Gdje će i kome biti dostupni podaci o prijenosu vrijednosti?

U Hrvatskoj će, kao i u većini zemalja u Europi, podaci o prijenosu vrijednosti biti objavljeni na internetskim stranicama svake od inovativnih farmaceutskih kompanija. Za usporedbu, u Belgiji, Češkoj, Irskoj, Švedskoj, Nizozemskoj i Velikoj Britaniji podaci su objavljeni na središnjoj internetskoj platformi, kao rezultat procesa samoregulacije i suradnje s ostalim dionicima u sustavu. U Francuskoj, Danskoj i Portugalu, pak, nacionalno zakonodavstvo zahtijeva objavljivanje na središnjoj platformi.

10. Ako zdravstveni radnik živi u jednoj državi, a plaćeno mu je pružanje usluga u drugoj državi, gdje će podaci o prijenosu vrijednosti biti objavljeni?

Kako bi sustav bio svrshishodan bolesnicima i drugim zainteresiranim stranama, podaci se objavljuju u onoj državi, u kojoj zdravstveni radnik ili zdravstvena organizacija, koji primaju plaćanje ili prijenos vrijednosti, imaju prijavljeno profesionalno prebivalište odnosno sjedište.

11. Koje su obveze zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija, vezano uz novi sustav objavljivanja podataka o prijenosu vrijednosti?

Farmaceutske kompanije imaju obvezu informiranja zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija s kojima surađuju o objavi podataka o prijenosu vrijednosti. U klauzuli ugovora kojeg zdravstveni radnik potpisuje s farmaceutskom kompanijom mora se nalaziti i njegova suglasnost za javnu objavu podataka o prijenosu vrijednosti.

Zahvaljujemo svim liječnicima koji su ispunjavanjem ankete Hrvatske liječničke komore pomogli utvrditi činjenice kojima se treba posebno posvetiti u provedbi i komunikaciji Kodeksa.

Helikopterska hitna medicinska služba za odrasle s teškim ozljedama

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

Temeljem trenutnih dokaza nije jasno je li helikopterski transport bolji od transporta vozilom hitne pomoći u slučaju teških ozljeda odraslih osoba. Rezultati budućih istraživanja mogli bi pomoći u boljoj iskoristivosti helikopterskog prijevoza unutar zdravstvenog sustava, uz veću sigurnost i smanjene troškove

Sažetak

Uvod: Ozljede su vodeći uzrok smrti i invalidnosti širom svijeta. Od 1970-ih koriste se helikopteri za transport unesrećenih s ozljedama u bolnice koje imaju specijaliziranu traumatološku skrb. Helikopteri omogućuju nekoliko prednosti, uključujući brži transport i medicinsku skrb zdravstvenih radnika koji su specifično educirani za liječenje teških ozljeda.

Način provedbe sustavnog pregleda: Cochraneovi autori pretražili su medicinsku literaturu kako bi našli kliničke pokuse u kojima je uspoređivan transport odraslih s teškim ozljedama putem helikoptera ili putem vozila hitne pomoći. Dokazi se odnose na studije objavljene do travnja 2015.

Ključni rezultati: Pronađeno je 38 studija koje su uključile ispitanike iz 12 zemalja širom svijeta. Istraživači su ispitali je li korištenje helikopterskog transporta bolje od korištenja vozila hitne pomoći za poboljšanje vjerojatnosti preživljavanja ozlijedene osobe ili smanjenje težine dugoročne invalidnosti. Neke od tih studija opisale su stanovitu korist od helikopterskog spašavanja na preživljavanje nakon teške ozljede, ali druge nisu. Studije su se razlikovale po veličini i primjenile su različite metode za određivanje je li više osoba preživjelo ako su transportirani helikopterom ili vozilom hitne pomoći. U nekim studijama ispitani su helikopterski timovi koji su u helikopteru imali specijalizirane liječnike, dok su u drugim helikopterima pacijente pratili medicinske sestre i paramedicinsko osoblje. Nadalje, osobe transportirane helikopterom ili vozilom primile su različiti broj i vrstu postupaka tijekom putovanja do bolnice. Korištenje nekih od tih postupaka, kao što su postavljanje tubusa za disanje, možda je pomoglo u preživljavanju pacijenata u nekim od uključenih studija. Međutim, isti ti postupci mogu se primjeniti i tijekom pri-

jevoza u vozilu hitne pomoći. Podatci o sigurnosti nisu prikazani u svim uključenim studijama. Prometne nesreće i padovi helikoptera su štetne posljedice koje se mogu dogoditi bez obzira na način transporta.

Kvaliteta dokaza: Sveukupna kvaliteta dokaza u uključenim studijama bila je niska. Moguće je da je helikopterski prijevoz bolji od prijevoza vozilom hitne pomoći za ispitanike određenih osobina. Postoji niz razloga zašto bi helikopterska služba mogla biti bolja, kao što je zdravstveno osoblje koje ima više specijalizirane edukacije u liječenju teških ozljeda. Ali potrebno je više istraživanja kako bi se odredilo koji elementi helikopterskog spašavanja poboljšavaju preživljavanje. Neke studije nisu opisale skrb koja je bila dostupna osobama prevezenim vozilom hitne pomoći. Zbog lošeg opisa tih studija nije moguće usporediti terapije koje su dvije skupine osoba primile tijekom prijevoza do bolnice.

Zaključak: Temeljem trenutnih dokaza nije jasno je li helikopterski transport bolji od transporta vozilom hitne pomoći u slučaju teških ozljeda odraslih osoba. Rezultati budućih istraživanja mogli bi pomoći u boljoj iskoristivosti helikopterskog prijevoza unutar zdravstvenog sustava, uz veću sigurnost i smanjene troškove.

Zdravstveni problem

Prema Chandranovim podatcima iz 2010. nemamjerne ozljede uzrokuju 3,9 milijuna smrти širom svijeta i preko 138 milijuna godina izgubljenog zdravog života (engl. *disability-adjusted life-years*, DALY). Ozljede trenutno iznose 12 % svjetskog tereta bolesti. Prema procjenama američkih Centara za kontrolu bolesti do 2020. godine 1 od 10 osoba umrijet će zbog ozljeda.

Opis intervencije

Rani opisi istraživanja provedenih u Koreji i Vijetnamu tijekom ratova u tim zemljama ukazali su na mogućnost 2 %-tnog povećanja preživljjenja ozlijedjenih osoba zbog smanjenja vremena do dolaska u ustanovu konačnog liječenja s pet sati na jedan sat zbog brzog transporta helikopterom u udaljena mjesta gdje su se provodili kirurški zahvati. Temeljem rezultata tih ratnih iskustava počeli su se 1970-ih koristiti civilni helikopteri po prvi put kako bi se preveli teško ozlijedeni pacijenti u centre koji imaju osoblje specijalizirano za liječenje teških ozljeda. U Njemačkoj je helikopter *Cristoph 1* uveden u službu 1970., a ta se služba brzo proširila na drugih sedam baza spašavanja. Danas je uporaba helikoptera za hitni medicinski prijevoz kao način transporta osoba s ozljedama česta u većini razvijenih zemalja. Helikopteri mogu transportirati osobe s teškim ozljedama brže nego vozila na zemlji, a korist od te brzine je važnija što je udaljeniji centar za liječenje. No, u istraživanjima se postavlja pitanje imaju li ozlijedene osobe zaista najveću moguću korist od prijevoza helikopterom, koji je ograničen i skup način transporta.

Djelovanje intervencije

Korištenje hitne helikopterske službe za prijevoz unesrećenih uglavnom se temelji na konceptu „zlatnog sata“ (Cowley, 1979). Vrijeme može imati ključnu ulogu u liječenju teškog ozlijedjenih odraslih osoba, dok odgode u primjeni liječenja mogu pogoršati prognozu. Helikopterski transport može skratiti vrijeme transporta i pomoći u osiguranju ranijeg konačnog liječenja. Više studija je pokazalo da pravovremena i napredna traumatološka skrb može smanjiti mortalitet djelovanjem na hipoperfuziju vitalnih organa. U jednoj studiji se rizik od smrti značajno povećavao za svakih dodatnih 10 minuta izvan bolnice. Međutim, postavljaju se pitanja o izvoru i znanstvenim dokazima koji idu u prilog „zlatnog sata“, iako se ti koncepti intuitivno čine logični. Također se propituje uloga helikopterskog transporta u cijelom lancu spašavanja osoba koje su kritično ozlijedene. Smrtnost uzrokovana sudarima motornih vozila smanjuju se ako se organizira sustav trauma centara, pri čemu je helikopterski transport često važna komponenta. Rizik od smrti može se smanjiti za 15 do 20 % ako se liječenje provodi u trauma centru. Trauma centar

I. kategorije omogućuje najvišu razinu kirurške i intenzivne skrbi za osobe s ozljedama. Takvi centri imaju 24-satnu pokrivenost kirurškim timovima, uključujući dostupnost u istom centru specijalista kao što su ortopedski kirurzi, neurokirurzi, plastični kirurzi i drugi specijalisti, uz aktivne istraživačke programe i posvećenost regionalnoj edukaciji o ozljedama. Osobe s teškim ozljedama kojima treba operacija mogu profitirati od liječenja u trauma centru I. kategorije, ali nije jasno jesu li rana intervencija i brza procjena sami za sebe dovoljni da potpuno objasne blagotvoran učinak organizirane trauma skrbi na preživljjenje pacijenta. Smanjenje smrtnosti povezano s primitkom u trauma centar I. kategorije može biti posljedica dostupnosti stručne kirurške službe u tim centrima, uz napredne resurse za intenzivnu skrb i rehabilitacijske usluge. Nadalje, brzina ne mora biti jedini čimbenik koji pridonosi korisnom učinku helikopterskog prijevoza. Helikopterski tim često se sastoji od iznimno educiranog osoblja, koje može uključivati iskusno paramedicinsko osoblje, medicinske sestre specijalizirane za intenzivnu njegu, respiratorne terapeute i u nekim slučajevima i liječnike. Stoga bi korist povezana s helikopterskim spašavanjem mogla biti rezultat određene kombinacije brzine, stručnosti i uloge helikoptera kao dijela integriranog trauma sustava. Transport ozlijedjenih osoba jedan je od glavnih ciljeva većine programa helikopterskog transporta, pri čemu takav oblik transporta može biti posrednik u korisnim učincima specijalizirane skrbi za ozlijedene osobe.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled?

Rezultati o smrtnosti odraslih osoba s teškim ozljedama koje su transportirane helikopterom nisu dosljedni u dosad provedenim studijama, zbog čega postoje značajne kontroverze i u medicinskoj literaturi i u području transportne sigurnosti. Brojne studije koje su ispitivale ishode helikopterskog prijevoza imaju niz ograničenja, kao što su mala veličina uzorka, velika heterogenost (značajne razlike) i korištenje neprimjerene statističke metodologije. Neki pregledi literature ukazuju na jasan pozitivni učinak helikopterskog prijevoza na preživljjenje (Ringburg, 2009), dok drugi pokazuju kontinuiranu skepsu prema pozitivnom učinku helikopterskog prijevoza teško ozlijedjenih odraslih osoba (Bledsoe, 2006). Korište-

nje helikopterskog prijevoza ima i svoje rizike. Osim što je rizično za pacijente, kabinsko osoblje helikoptera ima jedan od najvećih okupacijskih rizika za smrtnost među svim radnim mjestima (Baker, 2006). Stoga je nužno provesti sustavni pregled literature u kojem će se strukturirano prikazati dokazi koji će dati informacije za praksu, poboljšati kliničke intervencije, odluke o trijaži i javnozdravstvene politike o helikopterskom prijevozu. Rezultati ovog sustavnog pregleda literature također mogu utjecati na način provedbe budućih istraživanja u ovom području i u definiranju ozlijedjenih osoba koje mogu imati najviše koristi od helikopterskog prijevoza.

Zaključak za praksu

Zbog metodoloških nedostataka i velikih razlika u opisanim učincima, nije bilo moguće precizno utvrditi korist od helikopterskog transporta odraslih s teškim ozljedama. Nije moguće dati odgovor na pitanje koji su elementi helikopterskog prijevoza najkorisniji za ozlijedene. Moguće koristi helikopterskog prijevoza mogu biti rezultat kombinacije stručnog tima, smanjenog vremena transporta do bolnice i činjenice da je helikopterski prijevoz dio integriranog trauma sustava u brojnim zemljama s visokim prihodima. Nadalje, korisni učinci helikoptera mogu biti povezani s odlukom liječnika o potrebi za takvim transportom zbog težine ozljeda, zbog centralne koordinacije primjene algoritma za podizanje helikoptera i mogućnosti helikoptera da preveze ljudi iz područja koja su inače nedostupna vozilima ili se nalaze jako daleko od trauma centara (npr. naši otoci na Jadranu – op. ur.). Ovaj sustavni pregled naglašava važnost trijažnih kriterija budući da korist od helikopterskog prijevoza može biti najveća za osobe koje imaju ozbiljne ozljede, ali s kojima potencijalno mogu preživjeti. Nije jasno koji su idealni kriteriji za podizanje helikoptera i smjernice za trijažu pacijenata, a koji bi omogućili djelotvornu uporabu helikopterskog prijevoza.

Cochrane sustavni pregled

Galvagno Jr SM, Sikorski R, Hirshon JM, Floccare D, Stephens C, Beecher D, Thomas S. Helicopter emergency medical services for adults with major trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2015;12:CD009228.

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

SMANJENJE KASNE SMRTNOSTI NAKON PETOGODIŠNJEG PREŽIVLJENJA BOLESNIKA OBOLJELIH OD ZLOČUDNIH TUMORA DJEĆE DOBI

Poruka članka: Strategija smanjenja izloženosti antineoplastičnim protokolima pridonosi smanjenju kasne smrtnosti među bolesnicima preživjelima pet godina od zločudnog tumora dječje dobi.

Među bolesnicima u kojih je zločudni tumor dječje dobi dijagnosticiran 1970.-ih i 1980.-ih 18% onih koji su preživjeli pet godina od dijagnoze umrli su u sljedećih 25 godina. U posljednjim desetljećima protokoli liječenja zločudnih bolesti modifcirani su u cilju smanjenja životno-ugrožavajućih kasnih učinaka terapije. U studiji Gregoryija T. Armstronga i suradnika, podržanoj od Američkog nacionalnog instituta za rak, evaluirana je kasna smrtnost među više od 34 000 bolesnika u kohorti preživjelih od zločudnih bolesti dječje dobi, koji su preživjeli minimalno pet godina nakon dijagnoze (bolest dijagnosticirana prije 21. godine života), a od koje su liječeni tijekom perioda od 1970.-ih, sve do 1999. Medijan praćenja iznosio je 21 godinu (raspon od 5 do 38 godina). Vrednovani su demografski i čimbenici bolesti, udruženi sa smrtnim ishodima od uzroka povezanih sa zdravljem (npr. stanja koja isključuju povrat ili progresiju osnovne zločudne bolesti i izvanske uzroke, ali uključuju kasne učinke antitumorske terapije), koristeći kumulativnu incidenciju i djelomično eksponencijalne modele kako bi se procijenile relativne stope i 95%-tne intervale pouzdanosti. Od 3958 smrtnih ishoda tijekom perioda praćenja, njih 1618 (41%) povezivi su s uzrocima vezanim za zdravlje, uključujući i 746 smrti od sekundarnih neoplazmi, 241 od srčanih uzroka, 137 od plućnih uzroka i 494 od drugih uzroka. Smanjenje u 15 - godišnjoj smrtnosti zamijećeno je u u slučaju smrti od bilo kojeg uzroka (od 12,4% u ranim 1970.-ima do 6% u 1990.-ima),

kao i od uzroka povezanih sa zdravljem (od 3,5% do 2,1%). Ova smanjenja objašnjava su smanjenjem u stopama smrti od sekundarnih neoplazmi, srčanih i plućnih uzroka. Promjene u terapiji, prema desetljeću, uključivale su reducirane stope kranijalne radioterapije za akutnu limfoblastičnu leukemiju (85% u 1970.-ima, 51% u 1980.-ima, 19% u 1990.-ima), abdominalne radioterapije za Wilmsov tumor (78%, 53% i 43%), torakalne radioterapije za Hodgkinov limfom (87%, 79% i 61%) te redukciju u izloženosti antraciklinima. Redukcija u izloženosti tretmanu rezultirala je redukcijom u kasnijoj smrtnosti među preživjelima od akutne limfoblastične leukemije i Wilmsovog tumora. Dakle, strategija smanjenja terapijske izloženosti pridonijela e zamijećenom smanjenju u kasnoj smrtnosti među bolesnicima preživjelima pet godina od zločudnog tumora dječje dobi.

(N Engl J Med. 2016; 374:833-842.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

ZAGRIJAVANJE NA 39°C A NE NA 37°C POTREBNO JE ZA POVRATAK FUNKCIJE MONOCITA NAKON HIPOTERMIJE

Poruka članka: Zagrijavanje isključivo na supra-normalne temperature, tj. temperaturu febrilnog stanja, čini se da normalizira upalni odgovor monocita mjereno razinama lučenja citokina TNF i IL-10.

Zagrijavanje ljudskih monocita na temperaturu febrilnog stanja, a ne na normalnu tjelesnu temperaturu do 37 °C, može preokrenuti učinke hipotermije, navodi se u novoj studiji. Kad se jednom pacijent dovede u hipotermiju, na primjer tijekom elektivne operacije, zagrijavanje na normalnu tjelesnu temperaturu do 37 °C neće povratiti hipotermijom inducirane promjene monocitnog upalnog odgovora, objašnjavaju Billeter i sur. (Department of Surgery, University of Louisville, Lousville, Kentucky, SAD).

Zagrijavanje isključivo na supra-normalne temperature, tj. temperaturu febrilnog stanja, čini se da normalizira upalni odgovor monocita mjereno razinama lučenja citokina TNF i IL-10.

Dakle, bolesnike bi možda trebalo zagrijavati na supra-normalne temperature ako su bili u hipotermiji. Intraoperacijska hipotermija i dalje se javlja u oko 7 % svih elektivnih kolorektalnih operacija i do 31 % bolesnika koji zahtijevaju postoperativnu intenzivnu njegu, navode autori u časopisu Annals of Surgery. Istraživači su proveli in vitro studiju primarnih ljudskih monocita izoliranih iz zdravih dobrovoljaca. Monociti su izloženi temperaturi od 32 °C tijekom tri do šest sati, a zatim su zagrijavani na 37 °C ili 39 °C tijekom 33 do 36 sati. Zagrijavanje do 37 °C nije normaliziralo lučenje citokina iz monocita u roku od 36 sati, ali je zagrijavanje do 39 °C djelomično smanjilo učinke hipotermije na monocite. Naime, istraživači su utvrdili: (A) zagrijavanje na 39 °C suprimira proinflamatorni citokin - faktor nekroze alfa (TNF-alfa), i ima veći efekt nakon tri sata hipotermije u usporedbi sa šest sati hipotermije; (B) zagrijavanje i na 37 i 39 °C povećava razine protuupalnog citokina interleukin-10 (IL-10); (C) zagrijavanje na obje temperature suprimira proupatne mikroRNK-155 i mikroRNK-101, ali veći učinak ima na 39 °C. Ovi rezultati mogu objasniti nalaže nekih prethodnih studija koje su otkrile da je hipotermija važan čimbenik rizika za kasnije infektivne, ali i kardiovaskularne komplikacije, objašnjavaju autori. Poremećen i neuravnotežen upalni odgovor mogao bi biti uzrok ili barem doprinositi postoperativnim infekcijama ili kardiovaskularnim komplikacijama. Trebalo bi istražiti u kliničkim ispitivanjima može li zagrijavanje na supra-normalne temperature smanjiti te komplikacije i na kraju smanjiti negativan ishod pacijenata nakon hipotermije. U odnosu na kliničku primjenu danas, autori predlažu da se njihovi rezultati mogu primi-

jeniti u liječenju bolesnika s infekcijama i sepsom. Čini se da febrilna temperatura može pozitivno utjecati na upalni odgovor monocita. Zagrijavanje na 39 °C treba istražiti kao dodatan tretman kod pacijenata sa sepsom ili drugih infekcija.

(Ann Surg. 2016;263:601-7.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

KIRURGIJA IMA PREDNOSTI I KOD RANOG KARCINOMA PLUĆA NE-MALIH STANICA VISOKOG RIZIKA

Poruka članka: Kirurška resekcija u bolesnika s karcinomom pluća ne-malih stanica s visokim rizikom daje prihvatljive stope trogodišnjeg preživljivanja (59 %) u usporedbi s trogodišnjim stopama preživljivanja nakon radioterapije ili ablacija (30-56 %).

Dobri klinički ishodi nakon operacije mogući su u stadiju 1 bolesnika s visokim rizikom karcinoma ne-malih stanica raka pluća, rezultati su retrospektivne studije. Istraživači sugeriraju da se više pacijenata može podvrgnuti operaciji nego što se to trenutno nudi. Trenutno se 20 % bolesnika stadija 1 smatra inoperabilnim ili s visokim rizikom za operaciju, navode Sancheti i sur. (Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, SAD). Studija je pokazala da je resekcija u bolesnika s visokim rizikom dala prihvatljive stope 1-, 2- i 3-godišnjeg preživljivanja u usporedbi s povijesnim stopama kod ne-kirurške terapije. Tri godine nakon operacije bilo je 59 % pacijenata s visokim rizikom živo prema 76 % bolesnika sa standardnim rizikom. Postoperativna smrtnost gotovo je jednaka (2 % među bolesnicima s visokim rizikom prema 1 % bolesnika standardnog rizika). U objavljenim rezultatima bilo je trogodišnje preživljivanje za nekirurško liječenje, kao što su radioterapija ili ablacija, u rasponu od 30-56 %. U tim prethodnim studijama nije posebno analizirana populacija pacijenata visokog rizika, komentiraju autori.

Značajno je da je kirurški pristup neo-

čekivano doveo do višeg stupnjevanja nodalnog statusa kod 20 % bolesnika, omogućavajući im da se podvrgnu dodatnoj kemoterapiji. Ova studija pokazuje da empirijski kriteriji za odabir mogu uskratiti pacijentima optimalnu onkološku terapiju. Autori ukazuju na to da multidisciplinarni tim treba pregledati sve slučajeve kako bi se utvrdio najbolji plan liječenja za pojedinog bolesnika, dodajući da su druge studije pokazale poboljšanje ishoda u populaciji visokog rizika s minimalno invazivnim modalitetima, kao što je video-asistirana torakoskopska kirurgija. Uzorak se sastojao od 490 pacijenata, nešto više od polovice su žene, podvrgnutih resekciji od 2009. do 2013. Od tog broja ih je 180 (36,7 %) klasificirano kao visoki rizični u skladu s American College of Surgery Oncology Group kriterijima. Potonja podskupna bila je starija od bolesnika standardnog rizika (69,8 prema 65,3 godina) i imala je lošiji FEV₁ (izdisajni volumen) (57 prema 85 %, p <0,0001) ili lošiji kapacitet pluća za difuziju CO₂ (47 prema 77 %, p <0,0001). Također, bila je veća vjerojatnost da će biti podvrgnuti sublobarnoj resekciji pluća (32 prema 20 %, p=0,001). Visokorizični pacijenti puše značajno više cigareta od pacijenata standardnog rizika (46 prema 30, p<0,0001), a incidencija kronične opstruktivne plućne bolesti bila je veća kod pacijenata s visokim rizikom (72 prema 32 %, p<0,0001). Unatoč gotovo jednakoj stopi hospitalnog mortaliteta (2 prema 1, p=0,53), pacijenti visokog rizika imali su povećane stope malih i velikih morbiditeta - više nego dvostruko veću učestalost velikih morbiditeta nego bolesnici standardnog rizika (15,5 prema 6,7%, p <0,01). Duljina boravka u bolnici bila je viša u skupini visokog rizika (5 prema 4 dana, p<0,0001), što je utjecalo na troškove. U razmatranju primjenjivosti ovih rezultata na centre za rak u zajednici, autori navode da su ranije studije pokazale blage kratkoročne i dugoročne prednosti za preživljivanje kod pacijenata koji su se podvrgnuli resekciji u akademskim ustanovama kao što su National Cancer Instituti-imenovanim centrima nego u osta-

lim ustanovama. Ipak, autori drže da su podaci iz njihove studije primjenjivi na sve centre. Najvažnije je uključivanje torakalnog kirurga, bilo u regionalnim bolnicama ili akademskom okruženju i od vitalne je važnosti za plan liječenja. Istraživači također pozivaju na bolju definiciju klasifikacije i liječenja bolesnika s visokim rizikom. Treba dalje istraživati i definirati klasifikaciju rizika kako bi se razgraničilo i definiralo najučinkovitije liječenje, s resekcijom kao vodećim elementom liječenja. Autori nisu objavili odgovarajuće finansijske odnose.

(Ann Thorac Surg. 2016;101:1043-51.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

MLAĐI BRAT ILI SESTRA SMANJUJU RIZIK ZA DEBLJINU

Poruka članka: Istraživanje provedeno u SAD-u pokazalo je kako je u djece koja prije polaska u osnovnu školu dobiju brata ili sestru manji rizik od debljine.

Istraživanje koje su proveli istraživači iz Saudijske Arabije pokazalo je da djeca kojoj se u dobi između 24 i 36 mjeseci ili između 36 i 54 mjeseci rodio brat ili sestra imaju manju ukupnu z-vrijednost indeksa tjelesne mase (engl. *trajectory body mass indeks z-score*) i nižu z-vrijednost indeksa tjelesne mase u prvom razredu osnovne škole u usporedbi s djecom iste dobi koja nisu u tom razdoblju dobila mlađeg brata ili sestru (0,27 naprava 0,51 [p=0,04] i 0,26 naprava 0,51 [p=0,03]).



NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

Njihovo je istraživanje pokazalo da djeca bez mlađeg brata ili sestre imaju gotovo tri puta veću vjerojatnost da budu pretila do vremena kada krenu u prvi razred u usporedbi s djecom koja u dobi između 36 i 54 mjeseca postanu starija braća ili sestre (omjer izgleda 2,94; P=0,046).

Dobiveni rezultati temelje se na analizi podataka prikupljenih od 697 djece iz svih dijelova SAD-a kojima je izračunata z-vrijednost indeksa tjelesne mase. Svakom su djetetu zabilježeni težina i visina u dobi od 15, 24, 36 i 54 mjeseci te tijekom prvog razreda osnovne škole.

Istraživači smatraju kako bi u podlozi ove povezanosti mogle biti promjene u uzimanju obroka nakon rođenja brata ili sestre, kao i činjenica da starije dijete često pomaže u brizi za mlađe dijete te se aktivno igra s mlađim djetetom, što utječe na unos i potrošnju kalorija. Istanaknuto je i kako se u ovom istraživanju nisu mogli testirati opisani mehanizmi, no istraživači smatraju kako bi se rezultati njihova istraživanja mogli iskoristiti pri budućem planiranju intervencija za sprečavanje djeće pretilosti, koja se sve češće javlja u mnogim razvijenim zemljama.

(Pediatrics. 2016 Mar 11. pii: ped.2015-2456.

[Epub ahead of print])

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

UTJECAJ PUŠENJA MAJKI NA PLUĆNU FUNKCIJU NJIHOVE DJECE U SREDNJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Poruka članaka: Ljudi koji su u djetinjstvu bili izloženi dimu cigareta svoje majke u srednjoj životnoj dobi imaju lošiju plućnu funkciju.

Istraživači sa Sveučilišta u Melbourneu analizirali su podatke prikupljene u istraživanju provedenom u Tasmaniji 1968. godine, a u kojem je sudjelovalo 8000 sedmogodišnjaka. Svim sudionicima istraživanja tada je, uz ostale zdravstvene procjene, testirana funkcija pluća, dok su njihovi roditelji ispunili anketu koja je sadržavala i pitanja o pušenju.



Gotovo 40 % majki i 60 % očeva pušilo je u trenutku ispunjavanja ankete. Jedna trećina očeva i 17 % majki bili su teški pušači, što znači da su pušili više od 20 cigareta dnevno. Oko 12 % djece imalo je oba roditelja teških pušača, što znači da su bila izložena dimu najmanje 40 cigareta dnevno.

Godine 2004. više od 5500 sudionika spomenutog istraživanja odgovorilo je na anketu posлану poštom, dok je više od 1000 sudionika od 2006. do 2008. godine ponovilo testiranje plućne funkcije. Rezultati ponovljenog testiranja pokazali su kako je opstrukcija protoka otkrivena u 9,3 % osoba srednje životne dobi čije su majke bili pušači. Nadalje, analiza prikupljenih podataka pokazala je da su sudionici čije su majke pušile više od 20 cigareta dnevno imali 2,7 puta veći rizik za opstrukciju dišnih putova u srednjoj životnoj dobi. Pokazalo se i da su muškarci osjetljiviji na dim cigareta no žene: muškarci čije su majke bile teški pušači imali su 3,9 puta veći rizik za razvoj KOBP-a u srednjoj životnoj dobi, dok je kod žena taj rizik bio „samo“ dva puta veći.

Istraživači su na kraju zaključili kako rezultati njihova istraživanja pružaju nove dokaze u prilog pretpostavci da je pušenje majki čimbenik rizika za razvoj KOBP-a u njihove djece te kako se to treba isticati u kampanjama koje promoviraju prestanak pušenja.

(Respirology. 2016 Mar 11. doi: 10.1111/

resp.12750.)

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

TRUDNOĆE IZ DONIRANE JAJNE STANICE I RIZIK ZA PREEKLAMPSIJU ILI GESTACIJSKU HIPERTENZIJU – META-ANALIZA

Poruka članka: Donacija jajne stanice povisuje rizik za preeklampsiju i gestacijsku hipertenziju u usporedbi s drugim postupcima medicinski potpomođene oplodnje ili spontanim začećem.

Pourya Masoudian i suradnici iz Department of Pediatric Pathology, Children's Hospital of Eastern Ontario, Faculty of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada, istražili su naslovnu temu tako da su usporedili trudnoće iz donirane jajne stanice s trudnoćama ostvarenim drugim postupcima medicinski potpomođene oplodnje (MPO) i spontano začetim trudnoćama.

Od 523 inicijalno pregledane studije, 19 ih je zadovoljilo unaprijed definirane kriterije uključenja i isključenja, pri čemu je metaanaliza obuhvatila ukupno 86 515 trudnoća. Rizik za preeklampsiju bio je viši kod trudnoća iz donirane jajne stanice u usporedbi s trudnoćama ostvarenim drugim postupcima MPO-a (OR, 2.54; 95 % CI, 1.98-3.24; p<0.0001) ili spontano začetim trudnoćama (OR, 4.34; 95 % CI, 3.10-6.06; p<0.0001). Rizik za gestacijsku hipertenziju također je bio značajno povišen kod trudnoća iz donirane jajne stanice u usporedbi s trudnoćama ostvarenim drugim postupcima MPO-a (OR, 3.00; 95 % CI, 2.44-3.70; p<0.0001) ili spontano začetim trudnoćama (OR, 7.94; 95 % CI, 1.73-36.36; p=0.008). Kod jednoplodnih i višeplodnih trudnoća utvrđen je sličan rizik za preeklampsiju i gestacijsku hipertenziju.

Ova meta-analiza pruža nove dokaze za tezu da donacija jajne stanice povisuje rizik za preeklampsiju i gestacijsku hipertenziju u usporedbi s drugim postupcima MPO-a ili spontanim začećem.

(Am J Obstet Gynecol. 2016;214(3):328-39.)

Matija Prka, dr. med.

OVISI LI NASTANAK OPSTETRIČKIH OZLJEDA ANALNOG SFINKTERA O POLOŽAJU ZA RAĐANJE?

Još uvijek je nepoznatica postoji li povezanost između različitih položaja za rađanje (ležeći, stajaci, klečeći, na boku, koljeno-lakatni itd.) i incidencije opstetričkih ozljeda analnog sfinktera (OASIS, engl.) pri spontanim vaginalnim porođajima. Elevanderova i suradnici pokušali su evaluirati tu povezanost analizirajući ukupan broj od 113 279 spontanih porođaja (jednoplodnih trudnoća), bez epiziotomije, u Švedskoj od 1. siječnja 2008. do 22. listopada 2014.. Analiziran je rizik od nastanka OASIS-a u sljedećim položajima za rađanje: a) sjedećem, b) litotomijskom položaju, c) položaju na boku, d) klečećem, e) sjedećem, f) ležećem, g) čučećem, h) stojećem i) koljeno-lakatnom položaju. Sve analize stratificirane su ovisno o paritetu. Generalni linearne modeli korišteni su radi kalkulacije relativnog rizika prilagođenog maternalnim i fetalnim karakteristikama, kao i osobitostima same trudnoće. Učestalost OASIS-a u nulipara, pluripara i žena koje su rodile vaginalno nakon prethodnog carskog reza iznosio je: 5.7 %, 1.3 % i 10.6 %. Učestalost OASIS-a kod nulipara varirala ovisno o položaju rodilje pri rađanju od 3.7 do 7.1



Slika 1. Položaji za rađanje.



Slika 2. Kako se nekada rađalo.

%, u pluripara od 0.6 do 2.6 %, a od 5.6 do 18.2 % u žena koje su rađale vaginalno nakon prethodnoga carskog reza. Neovisno o paritetu, najniža učestalost OASIS-a zamijećena je ako su rodilje rađale u stojećem položaju, a najviša (možda čak i začuđujuće) u litotomijskom položaju. U usporedbi sa sjedećim položajem, u litotomijskom je položaju povećan rizik za OASIS između nulipara (RR 1.17, 95 % CI 1.06-1.29) i pluripara (RR 1.66 95 % CI 1.35-2.05). Sjedeći i čučeći položaji povećavaju rizik za OASIS pluriparama, prema rezultatima ovog istraživanja. Neovisnim rizičnim faktorima za OASIS pokazali su se: dob majke, cirkumferencija glavice ≥ 35 cm, porođajna težina ≥ 4000 g, trajanje trudnoće ≥ 40 tijedana, prolongirano drugo porođajno doba, okcipitalna dorzoposteriorna prezentacija glave, defleksijski stavovi i augmentacija oksitocinom.

U usporedbi sa sjedećim položajem, kao najčešćim položajem za rađanje u rađaonicama; položaj na boku pokazao se visoko protektivnim u nulipara, dok je povećan rizik za nastanak OASIS-a neovisno o paritetu uočen kod rodilja koje su rađale u litotomijskom položaju. Prema rezultatima ove studije, čučeći i sjedeći položaj za rađanje u pluripara povećavaju rizik od OASIS-a.

(BMC Pregnancy and Childbirth. 2015;15:252.)

Doc. dr. sc. Ingrid Marton, dr. med.

ZNAČAJ KOLAGENSKO-FIBRINSKOG LJEPILA U PREVENCICI POSLIJEOPERACIJSKIH KOMPLIKACIJA NAKON INGVINOFEMORALNE LIMFADENEKTOMIJE

U European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology objavljen je rad Budae i suradnika na temu prevencije poslijeoperacijskih komplikacija nakon radikalnih vulvektomija, s obzirom na to da je poslijeoperacijski morbiditet visok, a odnosi se prvenstveno na ingvinofemoralnu limfadenektomiju. Cilj studije bio je evaluirati eventualnu efikasnost kolagensko-fibrinskega ljepila (Tachosil) u prevenciji poslijeoperacijskih komplikacija. Studija je dizajnirana kao opservacijska i provodena je u dvije ustanove, na odjelima za ginekološku onkologiju, u razdoblju od 2011. do 2014. godine. U studiju je uključeno ukupno 49 bolesnica: 24 tretiranih s kolagensko-fibrinskim ljepilom (tzv. Tachosil grupa) i kontrolnu skupinu od 25 osoba. Učinjeno je ukupno 74 ingvinofemoralnih limfadenektomija. Učinjeno ih je na ukupno 25 pacijentica, od toga 10 u tzv. Tachosil i 15 u kontrolnoj grupi. Pacijentice tretirane Tachosilom imale su statistički značajno manji ($p=0.004$) dnevni drenažni volumen u usporedbi s kontrolnom skupinom (84 ml /30-465/ vs 143 ml /-72-413/). U grupi tretiranoj Tachosilom, iako bez stati-



Slika 1. Tachnosil (kolagensko-fibrinsko ljepilo).

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

stičkog značenja, uočeni su manji broj limfocista koji je zahtijevao drenažu te niža incidencija celulitisa i infekcija rane i kasnog limfedema.

Ova je opservacijska studija pokazala kako je kolagensko-fibrinsko ljepilo vrlo efikasno prevenira ne samo poslijeprocedurne komplikacije nakon ingvinofemoralne limfadenektomije. Autori preporučuju provođenje veće, prospективne i multicentrične studije radi validacije rezultata.

(EJOGRB. 2016;197:156-158.)

Doc. dr. sc. Ingrid Marton, dr. med.

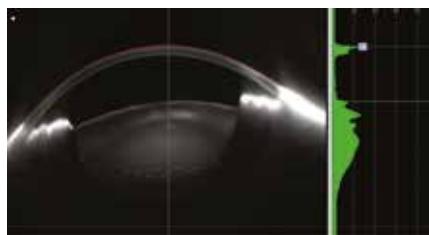
PREHRANA BOGATA VITAMINOM C IPAK USPORAVA RAZVOJ SIVE MRENE

Brojna istraživanja u proteklim desetljećima bavila su se utjecajem vitamina C te drugih vitamina i minerala na razvoj katarakte ili sive mrene. Rezultati su bili oprečni. Iako je nedvojbeno utvrđeno da pušenje utječe na razvoj katarakte, zaštitni učinak vitamina C, koji je dokazan u brojnim neprospektivnim istraživanjima, nije potvrđen u većim prospektivnim istraživanjima. Jednako tako, dosadašnja istraživanja nisu dala određen odgovor kolik je relativan utjecaj nasljednih faktora u odnosu na okolišne faktore, poput prehrane.

Navedene dvojbe moglo bi pojasniti novo prospektivno istraživanje koje je na uzorku od 1012 blizanki starijih od 50 godina provela skupina istraživača s Kings College u Londonu, Ujedinjeno kraljevstvo, pod vodstvom prof. **Christophera Hammonda**. Oni su analizirali podatke o gustoći središnjeg dijela leće dobivene snimanjem Scheimpflug kamerom, kao i promjenu središnje gustoće očne leće u razdoblju od 10 godina. Veća gustoća na Scheimpflug prikazu posljedica je jačeg zamućenja nukleusa leće, što upućuje na razvoj nuklearne sive mrene.



Slika 1. Početna nuklearna kataraka.



Slika 2. Scheimpflug prikaz sive mrene.

Sve ispitnice ispunile su EPIC upitnike s detaljnim podacima o učestalosti uzimanja mikronutrijenata, poput vitamina A, B, C, D i E, te minerala poput bakra, mangana i cinka tijekom godine dana. Ispitanice koje su uzimale prehranu bogatu vitaminom C imale su 20 % nižu učestalost sive mrene na prvom pregledu. Nakon 10 godina su blizanke s prehranom bogatom vitaminom C imale čak 33 % manju vjerojatnost napredovanja sive mrene. Autori taj učinak objašnjavaju činjenicom kako je očna vodica bogata vitaminom C, odnosno askorbatom koji smanjuje oksidativne procese pa i posljedično zamućenje leće. Zasebno uzimanje vitamina C u sklopu dodataka prehrani pokazalo se učinkovitim u sprečavanju napredovanja sive mrene, ali ne i na njen nastanak.

Rezultati ovog istraživanja također su ukazali na značajan zaštitni utjecaj mangana u hrani kod nastanka mrene. Ovaj učinak nije bio ovisan o učinku unošenja vitamina C. Mangan je važan antioksidant, koji je prisutan u očnoj leći i čija je manja koncentracija u leći povezana s nastankom katarakte.

Jednako je zanimljiv i rezultat analize

155 parova blizanki uključenih u ovo istraživanje. Suprotno uvriježenom mišljenju, analiza parova pokazala je kako su genetski čimbenici odgovorni samo za trećinu slučajeva progresije sive mrene, dok su faktori okoliša pridonijeli većoj progresiji katarakte čak u dvije trećine slučajeva.

(Ophthalmology. 2016 Mar 15. doi: 10.1016/j.ophtha.2016.01.036)

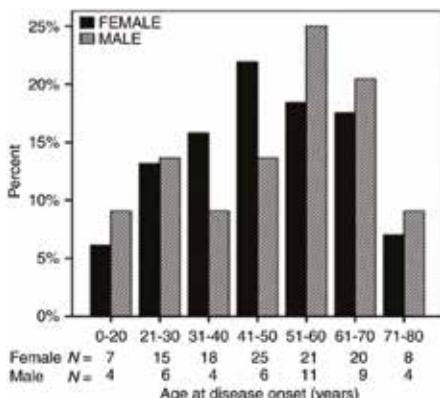
Adrian Lukenda, dr. med.

MIKOFENOLAT MOFETIL KAO PRVA LINIJA TERAPIJE ZA AUTOIMUNI HEPATITIS

Dosadašnja su istraživanja pokazala kako se udarnom terapijom s mikofenolat mofetilom (skr. MMF) kod bolesnika s autoimunim hepatitisom postiže visoka stopa remisije.

Zachou K. sa suradnicima iz Grčke publicirao je prospektivno istraživanje na velikoj skupini naivnih ispitnika te pratio dugotrajan terapijski učinak MMF-a. Između 2000. i 2014. godine uključeno je n=158 ispitnika, ali je samo n=131 ispitnik bio pogodan za terapiju (109 MMF/prednizolon; 22 prednizolon ± azatioprin). Evaluiran je dugotrajan ishod terapije nakon ukidanja lijekova, a terapija je prekinuta nakon postizanja kompletног odgovora (normalna razina transaminaza i IgG-a) najmanje zadnje dvije godine. U vrijeme dijagnoze bolesti bolovalo je 31.6 % ispitnika od ciroze jetre a 72.8 % ih je imalo podmukli klinički tijek. Ukupno 102 od 109 ispitnika (93.6 %) odgovorili su inicijalno na MMF u prva dva mjeseca (1-18 mjeseci). Ukupno 78 od 109 ispitnika (71.6 %) postiglo je kompletan odgovor na terapiju, a 61 od 78 (78.2 %) ostalo je u remisiji bez kortikosteroidne terapije. Ispitanici liječeni MMF-om imali su povećanu vjerojatnost kompletног odgovora u komparaciji s bolesnicima liječenima azatioprinom ($P = 0.03$). Nezavisni prediktori kompletног odgovora bili su niže

vrijednosti enzima ALT u 6. mjesecu te akutna prezentacija bolesti. Održavanje remisije bilo je povezano s duljinom trajanja MMF terapije, višim početnim vrijednostima ALT-a, nižom razinom IgG-a u 6. mjesecu te histološkim poboljšanjem. Autori studije zaključuju kako je mikofenolat mofetil učinkovit kao terapija prve linije za autoimuni hepatitis; postiže najviše stope održavanja remisije nakon prekida terapije (75 %) najmanje naredne dvije godine, iako su kriteriji za definiranje remisije bili vrlo strogi. Zamjera je ovom istraživanju što nije bilo randomizirano kliničko, navode autori.



Slika 1. Slična dobna distribucija kod oba spola glede početka bolesti kod 158 bolesnika s autoimunim hepatitisom. Vršak incidencije između petog i šestog desetljeća.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016 Mar 16. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, 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.

Lesin M¹, Dzaja Lozo M¹, Duplancic-Sundov Z¹, Dzaja I¹, Davidovic N², Banozic A³, Puljak L³. Risk factors associated with postoperative pain after ophthalmic surgery: a prospective study. *Ther Clin Risk Manag.* 2016;12:93-102.¹

Department of Ophthalmology, University Hospital Split, Split, Croatia; ²Department of Psychiatry, University Hospital Split, Split, Croatia; ³Laboratory for Pain Research, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Erjavec I¹, Bordukalo-Niksic T¹, Brkljacic J¹, Grcevic D², Mokrovic G³, Kesic M³, Rogic D⁴, Zavadoski W⁵, Paralkar VM⁶, Grgurevic L¹, Trkulja V⁶, Cicin-Sain L³, Vukicevic S¹. Constitutively elevated blood serotonin is associated with bone loss and type 2 diabetes in rats. *PLoS One.* 2016;11(2):e0150102.¹

Laboratory of Mineralized Tissues, Center for Translational and Clinical Research, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia;

²Department of Physiology and Immunology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ³Laboratory for Neurochemistry and Molecular Neurobiology, Molecular Biology Department, Rudjer Boskovic Institute, Zagreb, Croatia; ⁴Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁵Karos Pharmaceuticals, New Haven, CT, United States of America; ⁶Department of Pharmacology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Babić Leko M¹, Borovečki F², Dejanović N³, Hof PR⁴, Šimić G¹. Predictive value of cerebrospinal fluid visinin-like protein-1 levels for Alzheimer's disease early detection and differential diagnosis in patients with mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis.* 2016;50(3):765-78.

¹Department of Neuroscience, Croatian Institute for Brain Research, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ²Department for Functional Genomics, Center for Translational and Clinical Research, University of Zagreb Medical School, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ³General Hospital Vinkovci, Vinkovci, Croatia; ⁴Fishberg Department of Neuroscience and Friedman Brain Institute, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA.

Kulić A¹, Plavetić ND^{2,3}, Gamulin S⁴, Jakić-Razumović J^{5,6}, Vrbanc D^{2,3}, Sirotković-Skerlev M^{6,7}. Telomerase activity in breast cancer patients: association with poor prognosis and more aggressive phenotype. *Med Oncol.* 2016;33(3):23.

¹Department of Oncology, Division of Pathophysiology and Experimental Oncology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ²Department of Oncology, Division of Medical Oncology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ³School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁴Croatian Academy of Science and Arts, Zagreb, Croatia; ⁵Department of Pathology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁶Department of Oncology, Division of Pathophysiology and Experimental Oncology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁷School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

and Arts, Zagreb, Croatia; ⁸Department of Pathology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁹Department of Oncology, Division of Pathophysiology and Experimental Oncology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ¹⁰School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Bilinski J, Robak K, Peric Z*, Marchel H, Karakulski-Prystupiuk E, Halaburda K, Rusicka P, Swoboda-Kopec E, Wroblewska M, Wiktor-Jedrzejczak W, Basak GW. Impact of Gut Colonization by Antibiotic-Resistant Bacteria on the Outcomes of Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Retrospective, Single-Center Study. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2016 Feb 18. pii: S1083-8791(16)00114-2. doi: 10.1016/j.bbmt.2016.02.009. [Epub ahead of print]

* School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

Mišigoj-Duraković M¹, Sorić M¹, Matika D², Jukić I¹, Duraković Z^{3,4}. Which is more important for reducing the odds of metabolic syndrome in men: Cardiorespiratory or muscular fitness? *Obesity (Silver Spring).* 2016 Jan;24(1):238-44.

¹Department of Sport and Exercise Medicine, Faculty of Kinesiology, University of Zagreb, Croatia; ²Croatian Defence Academy 'Petar Zrinski', Zagreb, Croatia; ³The World Life College, Waterport, New York, USA; ⁴The Croatian Academy of Sciences and Arts in Bosnia and Herzegovina, Mostar, Bosnia and Herzegovina.

Prenč E¹, Pulanic D², Pusic-Bakovic M³, Pezer M³, Desnica L⁴, Vrhovac R⁵, Nemet D², Pavletić SZ⁶. Potential of glycosylation research in graft versus host disease after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Biochim Biophys Acta.* 2016 Feb 26. pii: S0304-4165(16)30049-6. doi: 10.1016/j.bbagen.2016.02.015. [Epub ahead of print]

¹Croatian Cooperative Group for Hematologic Diseases, Zagreb, Croatia; ²Division of Haematology, Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; ³University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; Faculty of Medicine Osijek, J. J. Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia; ⁴Genos Glycoscience Research Laboratory, Zagreb, Croatia,

⁴Division of Haematology, Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁵Division of Haematology, Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁶Graft-versus-Host and Autoimmunity Section, Experimental Transplantation and Immunology Branch, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA.

Prvih 100 dana



ALEKSANDRA KOLARIĆ

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

Krajem travnja isteći će prvih 100 dana Vlade Tihomira Oreškovića. Već su danas vidljive osnovne karakteristike ovog razdoblja. Ova Vlada donijela je na hrvatsku političku scenu dosta novosti. Hrvatska je prvi put od uvođenja parlamentarnog sustava dobila premijera koji nije sudjelovao na parlamentarnim izborima, tj. nije izabran u Sabor i nije član niti jedne političke stranke. Orešković je većinu svojeg profesionalnog života živio izvan Hrvatske, što ima za posljedicu slabije poznавanje hrvatskog jezika. Orešković dolazi iz gospodarstva, vrhunski je manager, čiji su prihodi do dolaska u Vladu bili značajno viši od plaće premijera. Svi ovi elementi predstavljaju značajnu novost za našu politiku, a mnogi od njih su u

Vlada je proračun uspjela pripremiti u vrlo kratkom roku i Sabor ga je bez većih trzavica u koaliciji i usvojio. Vlada je prvi korak uspješno savladala i sada je pred njom nacionalni plan reformi, što će biti presudan drugi korak njezine daljnje egzistencije. Ocjena prvih sto dana -dobar (3)

početku poslužili medijima za nesmiljenu kritiku tek izglasano predsjednika Vlade. Međutim, već treći mjesec podrška građana premijeru Oreškoviću rapidno raste te se u travanjskom istraživanju Crobarometru po popularnosti opasno približio predsjednici Grabar Kitarović i zauzeo drugo mjesto, daleko odmaknuvši trećeplasiranom predsjedniku SDP-a. Ako se nastavi rast njegove popularnosti Orešković će se vjerojatno kroz mjesec ili dva izjednačiti s predsjednikom i možda je preći u popularnosti.

Struktura same Vlade također je sasvim neobična. Od 2000. do sada nikada nije bio slučaj da je HDZ na vlasti, a bez premijera iz svojih redova. Dapače, ovo je i prvi put da je HDZ na vlasti, a da istovremeno i ministar financija i ministar unutarnjih poslova nisu članovi HDZ-a. S obzirom na to da Karamarko nije uspio nametnuti svojega kandidata za ravnatelja SOA-e te da ministar Orepić djeluje samostalno i neovisno o prvom potpredsjedniku Vlade, logično je zaključiti da je Karamarkov pokušaj direktnog ili indirektnog ovladavanja represivnim aparatom u cijelosti neslavno propao.

Neviđeno je u dosadašnjoj političkoj praksi da HDZ nije uspio postati opasno dominantan partner u koaliciji te da u cijelosti ne upravlja svim kadrovskim odlukama

Vlade. Hrvatski građani premijerno gledaju film u kojem manji partner, tj. Most, svako malo koristi ili crveni karton (Mijo Crnoja) ili veto (Miljan Brkić, Josipa Rimac) u kadrovsкоj politici. Činjenice da HDZ ne samo da ne drži sve konce vlasti u svojim rukama, nego se Most i javno medijski suprotstavlja dijelu Karamarkovih planova, izazivaju osjećaj velikog nezadovoljstva u HDZ-u.

Usprkos neuspjehu u drugim područjima, HDZ je uspio zadržati isključiv primat u području kulture i medija, gdje su uz snažno i glasno protivljenje svekolike kulturne javnosti zadržali Zlatka Hasanbegovića na mjestu ministra kulture. Njegov mandat je od samog početka percipiran kao osvetnički pohod na sve političke neistomišljenike u kulturi i medijima, u svim onim sferama u kojima Ministarstvo ima mogućnost utjecaja i imenovanja. Kad već nema represivni aparat, HDZ nastoji ovladati „ideološkim“ aparatom.

Mostovci se, bez sumnje, profiliraju kao novi tip drugačijih političara, u čemu im je otežavajuća okolnost što nemaju političko neiskustvo niti stranačke kadrove za različite položaje izvršne vlasti. Premda su odabrali takтиku kojom se uspješno suprotstavljaju pokušaju da ih HDZ politički smaže za doručak, za razliku od Oreškovićevog rejtinga, Mostov strmoglavo pada već više od tri mjeseca. Položaj Mosta kao svojevrsnog finalnog kontrolora pojedinih odluka unutar Vlade, omogućila je Oreškoviću uzimanje političkog prostora, ali što će rejting Mosta biti niži, to će biti neuspješniji u obrani svog položaja u ovoj Vladi.

Vlada je Proračun, koji se značajno ne razlikuje od lanjskoga Milanovićevog proračuna, uspjela pripremiti u vrlo kratkom roku i Sabor ga je bez većih trzavica u koaliciji i usvojio. Vlada je prvi korak uspješno savladala i sada je pred njom nacionalni plan reformi, što će biti presudan drugi korak njezine daljnje egzistencije. Preduvjet da Vlada popravi svoj rejting i da joj poraste podrška u javnosti jest da građani konačno vide jesu li toliko obećavane reforme stvarno i započele.

a n o v e V l a d e

Nepisani je običaj novoj Vladi dati poštedu od sto dana, kako bi se vidjelo koji su njezini prvi potezi, kako funkcionira, pa da se može donijeti i neka prva ocjena njezina rada. Premijer Tihomir Orešković odmah je na početku svojeg vladanja dao do znanja da ne traži sto dana jer da mu to ne omogućuje stanje u Hrvatskoj, i u tome je bio u pravu. Zato se već i prije navršenih stotinjak dana vladanja nove Vlade može zaključiti da je počela jako loše te bi joj ocjena mogla biti tek minimalna prolazna dvojka. Zašto?

Vlada Tihomira Oreškovića složena je kaotično. Orešković nije trebao biti premijer. Jer se premijerskoj stolici nadao šef HDZ-a Tomislav Karamarko. U njoj se nadao ostati i bivši premijer i novi/stari šef SDP-a Zoran Milanović. Ali ni jedan ni drugi nisu na izborima polučili takav rezultat koji bi im omogućio da sa svojim satelitima sastave većinu u Hrvatskom saboru koja bi potvrdila njihovu Vladu. Na političkoj se sceni pojavio Most koji je ubrao toliko mandata da ni jedna ni druga strana bez njega nije mogla sastaviti većinu. I tu je već začetak kaosa, kad je bilo jasno da ni Milanović ni Karamarko neće moći biti premijeri. Na kraju se Most odlučio za HDZ, a Karamarko je morao ponuditi nestramačkog stručnjaka za mandatara, pa se u tom liku pojavio Orešković. U takvoj konstelaciji odnosa dobio je mandat da sastavi Vladu, pa se njezino sastavljanje otegnulo, a država je stala na privremenom financiranju. Orešković nije imao puno prostora da bira vlastite ljude nego su mu većinom drugi izabrali ministre. Pa se dogodio Mijo Crnoja koji je uzdrmao sve njih, i dodatno otežao rad Vlade.

Kako god, Vlada je na kraju sklepana, ali ni tada nije bio tome kraj. I dalje se Vlada više bavila sobom nego problemima i reformama koje su obećali provesti i koje Hrvatska treba. Pa imamo situacije u kojima Orešković govori jedno, Karamarko drugo, a Božo Petrov treće. Kao da nema-

Premijer Tihomir Orešković odmah je na početku svojeg vladanja dao do znanja da ne traži sto dana jer da mu to ne omogućuje stanje u Hrvatskoj, i u tome je bio u pravu. Unatoč tome, Vlada se više bavila sobom nego problemima i reformama koje su obećali provesti i koje Hrvatska treba.

Ocjena prvih sto dana-jedva prolazna dvojka (2)

ju kabinete u Banskim dvorima, jedan do drugoga, kao da ne razgovaraju, kao da svatko od njih vuče na svoju stranu. Onda su se u javnosti počeli „kefati“ Karamarko te ministar MUP-a Vlaho Orepić. Onda se „kefaju“ Karamarko i Orešković oko smjene šefa SOA-e, pa se „kefaju“ Karamarko i Petrov, jer Karamarko traži velike smjene u policijskom sustavu... I tako prolaze dani i tjedni, a da Vlada nije napravila gotovo ništa. Najgore od svega što se može dogoditi jednoj Vladi jest to da se bavi sama sa sobom te da se drugi bave njome, u prvom redu mediji, koji jedva čekaju ovakve materijale, a članovi Vlade moraju se stalno opravdavati, objašnjavati, povlačiti...

Zato Vlada dosad nimalo nije bila efikasnja, a jedini potez koji je napravila, i koji je bio pitanje njezinog opstanka, bilo je doношењe državnog proračuna. Sve su drugo samo obećanja, naklapanja, vrludanja, a da nismo imali prilike vidjeti ni jedan jači, novi zahvat koji bi bio na tragu svih onih obećanja kojih smo se naslušali u kampanji i od HDZ-a i od Mosta. Iznad glava stalno stoji i ona neka mogućnost da se Vlada raspade, da nam izbjiju izvanredni izbori, da HDZ povuče povjerenje Oreškoviću koji je sve samostalniji, da Most ode



ZVONIMIR DESPOT

Publicist i povjesničar te dugogodišnji kolumnist Večernjeg lista. Dosad je objavio mnoštvo zapaženih članaka, komentara i knjiga o temama vezanim uz suvremenu hrvatsku povijest i politiku.

od HDZ-a, da se Most raspade, da se u Saboru dogodi preokret u kojem bi Milanović opet zasjeo u Banske dvore... Sve su to scenariji koji su mogući i koji se vrte u glavama spomenutih aktera bilo kao mogućnost bilo kao opasnost. Dakako da većina njih u javnosti želi ostaviti dobru sliku svoje suradnje i rada. Sve je to samo PR, jer sami sebe demantiraju svakim danom svojim potezima. Istovremeno Hrvatsku napušta sve više ljudi. Zato je ocjena gorjana dvojka jer je Vlada trebala odmah odlučno djelovati.

**U KBC-u Sestre milosrdnice izvedena rekonstrukcija
ušne školjke modificiranim Nagata tehnikom**

Anotija i konstruiranje nove uške odsad i u Hrvatskoj

Prof. dr.sc.: MIRKO IVKIĆ, mirko.ivkic@kbcsm.hr

**Mikrotija i anotija
najteži su stupnjevi
kongenitalne
malformacije
vanjskog uha.
Srećom nisu česte,
ali snažno utječu
na djecu i njihove
obitelji. Pojavljuju
se u inače zdravih
pojedinaca kao
izolirani poremećaji
ili, rjeđe, kao
dio multiplih
kongenitalnih
malformacija**

Nakon priprema koje su trajale više od godinu dana, prvi je put u Hrvatskoj, a i šire, izvedena potpuna rekonstrukcija ušne školjke primjenom modificirane tehnike u svijetu poznate kao Nagatina tehnika. Operaciju je izveo kirurški tim Klinike za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata KBC-a Sestre milosrdnice u Zagrebu, na čelu s **dr. Ivanom Rašićem**. Operirano je dvoje pacijenata, dječak dobi od 10 godina i djevojka u dobi od 18 godina. Bolesnicima je uzet hrskavični blok koji se sastojao od dijelova 6., 7., 8. i 9. rebra. Oblikovanjem 7., 8. i 9. rebra dobiven je hrskavični skelet nove ušne školjke dok je šestim rebrom, resorptivnom mrežicom i ostacima hrskavice preostalima nakon formiranja uške, rekonstruiran defekt nastao na prsnom košu. Na taj je način postignuta maksimalna estetska korekcija donorskog mjesta. Recipijentno mjesto pripremljeno je za postavljanje modelirane hrskavice odizanjem kože i tankog potkožja. Operacije su uspješno završene, a bolesnici su ih dobro podnjeli unatoč višesatnom trajanju.

Mikrotija i anotija najteži su stupnjevi kongenitalne malformacije vanjskog uha. Srećom nisu česte, ali snažno utječu na djecu i njihove obitelji. Pojavljuju se u inače zdravih pojedinaca kao izolirani poremećaji ili, rjeđe, kao dio multiplih kongenitalnih malformacija (TreacherCollinssy., Goldenharsy.). Češće su kod Hispanaca i žute rase, dok je u bijelaca učestalost od 1 : 4 000 do 1 : 8 000 novorođene djece.

Rekonstrukcija uške 600. g. pr. Kr.

Najraniji podaci o rekonstrukciji uške sežu još u 600. g. pr. Krista kad je poznati indijski kirurg Sushruta opisao rekonstrukciju lobulusa uške uz pomoć lokalnih kožnih režnjeva. Kirurzi su u 19. stoljeću smatrali potpunu rekonstrukciju uške nemogućom, a i danas je to velik problem. Radi se o nedostatku razmjerno velike površi-

ne kože koja pokriva hrskavicu ušne školjke i nedostatku tanke, elastične i posebno oblikovane hrskavice. S razlogom se kaže da kod mikrotija imamo problem s onim čega nemamo, a to je dovoljno kvalitetne hrskavice i dovoljno kvalitetne kože, a i ono što imamo i zateknemo u operativnom području. Područje je okruženo vlasistem, linija vlasista često je spuštena, ispred ležišta ušne školjke nalazi se estetski iznimno osjetljivo područje lica, na mjestu zatjećemo ostatke deformirane hrskavice, debelu kožu a često i ožiljke od ranijih pokušaja rekonstrukcije. U pravilu su potrebne brojne operacije da bi se postigao prihvatljiv estetski rezultat.

Korekcija ovoga velikog estetskog defekta i danas se rješava na različite načine, a univerzalno rješenje za sve bolesnike ne postoji. Osim prirodne autologne hrskavice, treba spomenuti još dva načina rekonstrukcije: inertnim umjetnim ugradbenim materijalima te korekcijuepitezama.

Umjetni biomaterijali

Umjetni biomaterijali, kao što su polietilenски implantati, posjeduju svojstva poput biokompatibilnosti, stabilnosti, tkivne integracije i rezistencije na mikroorganizme. Unatoč svemu tome, umjetni materijal još je uvijek pacijentovom organizmu nepoznat pa često dolazi do njihove ekstruzije i odbacivanja. Za takav način rekonstrukcije nužno je odizanje i pokrivanje proteze temporoparijetalnom fascijom koja je vrlo osjetljiva, a njezino propadanje može izazvati protrudiranje umjetnog materijala proteze kroz kožu. Za usporedbu, kod autologne hrskavice rebra temporoparijetalna fascija koristi se isključivo za komplikirane slučajeve i revizijske operacije, što je čini rezervnom opcijom.

Epiteze, tj. ušne školjke od umjetnog ma-

terijala, lijepe se za kožu ili učvršćuju („usidre“) na kost predviđenog mesta. Mogućnost primjene 3D printerja olakšala je izradu epiteza, ali je takav način rekonstrukcije indiciran pacijentima starije dobi, bolesnicima kojima je nedostatak uške posljedica operacije malignog tumora i onima kojima rekonstrukcija autolognomrebrenom hrskavicom nije moguća. Česti su nedostaci epiteza promjena boje umjetnog materijala pod utjecajem sunca i ostalih vremenskih prilika. Epiteze su bez osjeta, nisu prirođan „dodatak“ na glavi, a u slučaju odjepljivanja ili odvajanja mogu u svakodnevnom životu uzrokovati razne neugodnosti.

Kao i u svijetu, i u Hrvatskoj se mikrotičja rješavala na razne načine u različitim kliničkim ustanovama. U našoj se Klinici prije dvadesetak godina počela primjenjivati rekonstrukcija pomoću umjetnih poroznih biomaterijala (Medpor implantati), koji su imali gotovu formu hrskavične infrastrukture ušne školjke. Prednost im je što ne ostavljaju dodatan morbiditet donorskog mesta kao upotreba prirodne hrskavice. Međutim, zbog brojnih komplikacija, upala i čestih ranih i kasnih odbacivanja te zbog potrebe prekrivanja temporoparijetalnom fascijom, ova se tehnika sve rijeđe primjenjuje.

Nagata tehnika

Moderno doba rekonstrukcije uške počinje u 20. stoljeću. Godine 1920. Harold Delf Gillies prvi je za rekonstrukciju upotrijebio rebrenu hrskavicu, a 1930. George

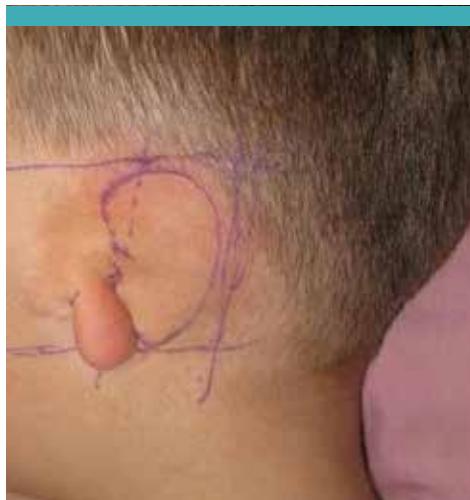


Kirurški tim koji je izveo operaciju: dr. Ivan Rašić, sr. Branka Zorić, dr. Andro Košec, sr. Diana Nimac, prof. Mirko Ivkić

Washington Pierce spominje kreiranje ušne školjke od rebrenih hrskavica. Radford Tanzer u 40-im godinama 20. stoljeća popularizira rekonstrukciju autolognomrebrenom hrskavicom, koja se kao najprirodnija održala do danas i postala zlatnim standardom. Nakon Tanzera, rekonstrukcije autolognomrebrenom hrskavicom doživjele su dvije promjene, danas poznate kao tehnika po Brentu i tehnika po Nagati. Tehnika po Brentu sastoji se od rekonstrukcije u četiri akta. Nagata je 1993. godine objavio svoj način rekonstrukcije u dva akta s hrskavicama od 6. do 9. rebra. U Europi je 90-ih godina prošlog stoljeća Ralf Siegert modificirao Nagatinu tehniku i doveo je do savršenstva uz minimalan morbiditet donorskog mesta. Tom su tehnikom Siegert i njegov

učenik Ralph Magritz, koji rade u ORL klinici u Recklinghausen, Njemačka, rekonstruirali više od 1500 uški tijekom 20 godina, što ih svrstava u sam svjetski vrh te zahtjevne rekonstrukcije. Upravo se u toj klinici educirao kirurški tim naše Klinike, a dr. Magritz je, uzvraćajući posjet našoj Klinici, prisustvovao prvim operacijama ove vrste u Hrvatskoj i savjetima pomogao njihovu uspješnom izvođenju.

Uvrštenjem ovog zahvata u svoj operacijski program naša je Klinika stala uz bok malom broju najboljih svjetskih klinika. Svakako je vrijedno napomenuti da su do sada naša djeca radi takvih operacija upućivana u inozemstvo, najčešće u Njemačku. Od ove je godine takvo liječenje omogućeno u Zagrebu, i to ne samo bolesnicima iz Hrvatske, nego i bolesnicima iz drugih zemalja.



Mikrotičja



Modelirana rebrena hrskavica



Stanje nakon implantacije

NOVOSTI IZ HALMEDA-a



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

Započela ocjena gadolinijskih kontrastnih sredstava zbog slučajeva akumulacije u moždanim tkivima

Na razini EU-a započela je ocjena rizika od akumulacije gadolinija u moždanom tkivu bolesnika u kojih su gadolinijska kontrastna sredstva korištena kod snimanja magnetskom rezonancijom (MR).

Nakon primjene, gadolinijska kontrastna sredstva se većinom eliminiraju putem bubrega, a od ranije je već poznato da se gadolinij može akumulirati u nekim tkivima, uključujući jetru, bubrege, mišice, kožu i kosti. U nekoliko nedavnih istraživanja objavljeno je da se gadolinijska kontrastna sredstva akumuliraju i u moždanom tkivu. Iako do danas nisu prijavljene nuspojave koje bi bile povezane s akumulacijom gadolinija u mozgu, na razini EU-a bit će provedena procjena navedenog rizika i cijelokupne sigurnosti primjene navedenih lijekova.

Započela ocjena slučajeva reaktivacije hepatitis B uz primjenu direktno djelujućih protuvirusnih lijekova za liječenje hepatitis C

Na razini EU-a započela je ocjena direktno djelujućih protuvirusnih lijekova (Daklinza, Exviera, Harvoni, Olysio, Sovaldi i Viekirax), koji se primjenjuju za liječenje kroničnog hepatitis C.

Ocjena je započeta zbog slučajeva ponovnog aktiviranja hepatitis B kod bolesnika koji su bili zaraženi virusom hepatitis B i C, a koji su liječeni direktno djelujućim protuvirusnim lijekovima protiv hepatitis C. U postupku će se ocijeniti razmjeri ponovne pojave hepati-

tisa B kod bolesnika liječenih navedenim lijekovima te će procijeniti jesu li potrebne neke mjere kako bi se liječenje optimiziralo.

Zaključena ocjena rizika od pneumonije povezanog s primjenom inhalacijskih kortikosteroida u liječenju KOPB-a

Na razini EU-a završena je ocjena od ranije poznatog rizika od pneumonije povezanog s primjenom inhalacijskih kortikosteroida u liječenju kronične opstruktivne bolesti pluća (KOPB). Ocjenom je potvrđeno da su pacijenti koji boluju od KOPB-a i liječe se inhalacijskim kortikosteroidima pod povećanim rizikom od razvoja pneumonije, a zaključeno je da ne postoje uvjerljivi dokazi o postojanju razlika između različitih inhalacijskih kortikosteroida u navedenom riziku. Koristi primjene inhalacijskih kortikosteroida i dalje nadmašuju njihove rizike, a pneumonija je i dalje česta nuspojava svih inhalacijskih kortikosteroida. Informacije o lijeku (sažetak opisa svojstava lijeka i upute o lijeku) bit će nadopunjene kako bi se na odgovarajući način odražavale trenutne spoznaje o lijekovima. Iako nema promjene u načinu primjene ovih lijekova, liječnici i bolesnici koji boluju od KOPB-a trebaju biti na oprezu zbog pojave znakova i simptoma pneumonije, s obzirom na to da se klinička slika pneumonije podudara s kliničkom slikom egzacerbacije KOPB-a.

Nove sigurnosne mjere za Zydelig (idelalisib)

Na razini EU-a su, u sklopu ocjene lijeka Zydelig (idelalisib), kao mjera opreza usvojene privremene preporuke za liječnike i bolesni-

ke koji uzimaju ovaj lijek, kako bi se osiguralo da ga se uzima na najsigurniji mogući način dok je ocjena lijeka u tijeku.

Ocjena je započeta nakon što je u tri klinička ispitivanja, u kojima se lijek primjenjivao na drugaćiji način od toga kako je trenutačno odobreno, u bolesnika koji su primali lijek Zydelig uočena veća učestalost ozbiljnih nuspojava u odnosu na bolesnike koji su primali placebo. Zydelig je u EU-u trenutačno odobren za liječenje kronične limfocitne leukemije (KLL) i folikularnog limfoma.

Lijek Zydelig nije stavljen u promet u Republici Hrvatskoj.

HALMED i IMI započeli formalnu suradnju na području praćenja predoziranja lijekovima

Ravnatelj Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED), izv. prof. dr. sc. Siniša Tomić i ravnateljica Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada (IMI), dr. sc. Ana Lucić Vrdoljak su 7. ožujka 2016. potpisali ugovor o suradnji dviju ustanova. Suradnja se uspostavlja radi učinkovitijeg praćenja nuspojava lijekova, posebno onih koje su rezultat trovanja, tj. predoziranja lijekovima. Cilj suradnje je unaprjeđenje sigurnosti primjene lijekova i zaštita javnog zdravlja.

U sklopu suradnje, stručnjaci IMI-ja će na redovnoj bazi prosljedivati informacije o sumnjama na trovanje lijekovima stručnjacima HALMED-a, koji će te informacije obrađivati kao prijave sumnje na nuspojave i pohranjivati u nacionalnu, europsku i svjetsku bazu nuspojava.

HALMED na godišnjoj razini zaprima iznimno nizak broj prijava sumnji na nuspojave lijekova koje su posljedica predoziranja, što nažalost otežava poduzimanje mjera kojima bi se smanjio rizik od predoziranja. S druge strane, IMI, koji daje stručnu pomoć u liječenju otrovanja, na godišnjoj razini zaprima značajan broj poziva koji se odnose na trovanja lijekovima. HALMED i IMI stoga očekuju da će aktivnosti koje će se provoditi u sklopu ove suradnje doprinijeti unaprjeđenju sigurnosti primjene lijekova i zaštiti javnog zdravlja.

Na temelju informacija koje zaprili od IMI-ja, HALMED će moći otkriti čimbeni-

ke vezane uz lijek na koje će moći utjecati kako bi se rizik od predoziranja smanjio. Mjere koje HALMED može poduzeti kako bi se navedeni rizik smanjio uključuju, primjerice, izmjenu vrste, veličine i izgleda pakiranja, uvrštanje upozorenja na pakiranje, izmjene u načinu propisivanja i izdavanja, izmjene u informacijama o lijeku te informiranje i edukaciju liječnika, ljekarnika i bolesnika.

HALMED će o rezultatima suradnje izvještavati u sklopu godišnjeg izvješća o nuspojavama koje objavljuje na svojim internetskim stranicama.

Više o prijavljivanju nuspojava HALMED-u

HALMED prati sumnje na nuspojave zabilježene u Republici Hrvatskoj, koje su zdravstveni radnici i nositelji odobrenja za stavljanje lijeka u promet obvezni prijavljivati, a također zaprima izravne prijave sumnji na nuspojave od pacijenata. Nuspojava je svaka štetna i neželjena reakcija na lijek. To uključuje nuspojave koje nastaju uz primjenu lijeka unutar odobrenih uvjeta, nuspojave koje nastaju uz primjenu lijeka izvan odobrenih uvjeta (uključujući predoziranje, primjenu izvan odobrene indikacije (*off-label*), pogrešnu primjenu, zlorabu i medikacijske pogreške) te nuspojave koje nastaju zbog profesionalne izloženosti lijeku. HALMED na temelju zaprimljenih prijava sumnji na nuspojave ocjenjuje sigurnosne signale, tj. ocjenjuje postoji li uzročno-posljedična povezanost između primijenjenog lijeka i prijavljene nuspojave. Ocjena sigurnosnih signala dio je rutinskih farmakovigilancijskih aktivnosti kroz koje se aktivno prati i upravlja omjerom koristi i rizika lijekova.

Prema Izvješću o nuspojavama u 2014. godini Agencije za lijekove i medicinske proizvode, u toj je godini zaprimljeno ukupno 3112 prijava sumnji na nuspojave lijekova i cjepiva. Od navedenih prijava je u samo 14 slučajeva prijavljena sumnja na predoziranje lijekovima. Prijavama su obuhvaćena i slučajna i namjerna predoziranja kao i simptomatski i asimptomatski slučajevi.

Više o djelatnosti Centra za kontrolu otrovanja

Centar za kontrolu otrovanja IMI-ja obavlja javno-zdravstvenu djelatnost

čija je osnovna svrha pružanje stručne pomoći u liječenju otrovanja putem 24-satne telefonske informativne službe. Djelatnici Centra odgovaraju na telefonske pozive prvenstveno zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika iz Hrvatske, iako je otvoren i za građanstvo, kao i za korisnike izvan Hrvatske. Godišnje izvješće o zaprimljenim pozivima i slučajevima otrovanja IMI objavljuje u časopisu Arhiv za higijenu rada i toksikologiju.

Prema Izvješću Centra za kontrolu otrovanja za razdoblje od 1. siječnja do 31. prosinca 2014., Centar je u toj godini zaprimio pozive za ukupno 1883 slučaja u kojima se sumnjalo na trovanje. Upravo su lijekovi bili najzastupljenije tvari koje su uzrokovale otrovanja, i to u ukupno 677 slučajeva. Navedeno uključuje i suicidalna i zadesna trovanja lijekom te obuhvaća simptomatske i asimptomatske slučajeve.

Informacije za liječnike

- HALMED podsjeća zdravstvene radnike na obvezu prijavljivanja sumnji na nuspojave lijekova, uključujući i nuspojave koje su posljedica predoziranja lijekovima. Postupak prijavljivanja nuspojava opisan je na internetskim stranicama HALMED-a. Prijavljivanje sumnji na nuspojave boduje Hrvatsku liječničku komoru.
- Stručni savjet o postupanju u slučaju trovanja, uključujući i trovanje lijekovima, moguće je dobiti putem 24-satne telefonske informativne službe Centra za kontrolu otrovanja.
- Moguće je da će HALMED, s ciljem dobivanja dodatnih podataka o sumnji na nuspojavu, kontaktirati zdravstvene radnike koji su tijekom 2016. zatražili savjet od Centra za kontrolu otrovanja. Sve dodatne informacije prikupljene ovim putem vrijedne su za ocjenu pojedinačnog slučaja i do prinose sigurnosti primjene lijekova.

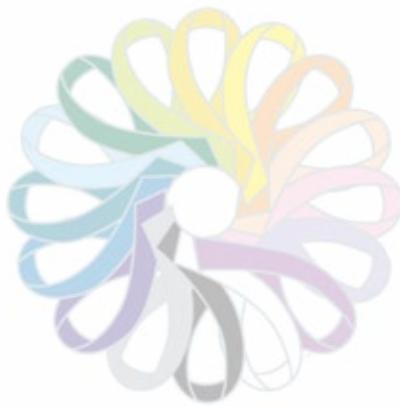
Izvor: Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED)

E-mail adresa putem koje se mogu dobiti dodatne informacije je nuspojave@hamed.hr

Osvrt na specifičnosti i skrb u posljednjim danima života onkološkog pacijenta

Pred kraj života bolesnik mora osjećati prisutnost i podršku

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



Vrlo je važno prepoznati do koje mjere bolesnik želi biti uključen u pitanja svoje bolesti, stanja i budućih postupaka, i to mu na taj način potpuno omogućiti. Pokazalo se da bolesnici većinom žele biti uključeni u pitanja koja ih se tiču. Važno je povremeno i izravnim pitanjem provjeriti možemo li još što za njih učiniti

Ništa tako jasno ne podsjeća čovjeka na to da je život dar i da na njemu treba biti zahvalan, kao trenuci u kojima postane svjestan kako nema više nad njim kontrolu. Rak je jedna od najvećih poštasti današnjice, s trendom porasta pojavnosti, ali i smrtnosti. U Hrvatskoj je zasigurno jedan od najtežih, ako ne i najteži problem, koji opterećuje sustav. U borbu s opakim neprijateljem uključeni su svi, od samog bolesnika, njegove obitelji i šire zajednice, liječnika onkologa, liječnika PZZ, preko niza korisnih organizacija za pomoć i podršku, sve do zdravstvenih, pravnih i finansijskih državnih instanca. Kako bismo podsjetili na ozbiljnost borbe protiv zločudnih bolesti, kao i niz važnih elemenata u procesu liječenja onkološkog bolesnika, Liječničke novine od prethodnog broja sadržavaju i novu rubriku „Zajedno u borbi protiv raka“. U ovom broju donosimo osvrt na specifičnosti u posljednjim danima života onkološkog bolesnika i *end - of - life care*, odnosno skrb pred kraj života.

U medicini se *end-of-life care* ili skrb pred kraj života ne odnosi samo na bolesnike u njihovim posljednjim danima života, nego i na sve oboljele u terminalnoj fazi njihove bolesti. U toj specifičnoj životnoj situaciji odvija se niz paralelnih događaja i odluka, od bolesnikovih prava i želja, do etičkih pitanja o učinkovitosti i/ili štetnosti bilo kakvih medicinskih postupanja. U jednome se svi slažu, ako je s medicinske strane situacija jasna, na samom je bolesniku i njegovoj obitelji odluka kada i koliko potencirati agresivan tretman u liječenju, a kada zatražiti povlačenje pruženog suporta.

U Velikoj Britaniji 2004. je utemeljen nacionalni program skrbi pred kraj života, a 2008. publiciran je kao dokument nacionalne strategije, sve zbog vrlo loših rezultata istraživanja na temu kvalitete života i pružene skrbi terminalno bolesnima. Posledično opisanoj inicijativi nacionalne politike, ekstenzivnoj integraciji paljativne skrbi, snažnom pomaku u radu

hospicija, kao i izraženom angažmanu zajednice, Velika Britanija je 2015. uvrštena u sam vrh pozitivnih rezultata u globalnoj studiji *end-of-life* skrbi.

Pozitivan stav

Brojke u Engleskoj pokazale su i da se velik broj preminulih bolesnika može na neki način predvidjeti, dakle njihovoj smrti prethodilo je razdoblje kronične bolesti, poput srčane insuficijencije, zločudnog tumora, demencije. Većina tih bolesnika ipak je preminula u bolnici, premda bi radije umrli kod kuće. Rijetki su izrazili pozitivan stav o završavanju života i trenutku smrti u bolnici. Sve to upućuje na potrebu dobre organizacije skrbi i zadovoljavajuća bolesnikovih potreba do razine koju se može zbrinuti izvan bolničkih ustanova, kako bi se zadržalo bolesnikovo dostojanstvo i ispunila mu se posljednja želja, o umiranju kod kuće.

Američki Nacionalni institut za rak definirao je kraj života onkološkog bolesnika



kao trenutak kada zločudna bolest više nije kontrolirana, a dijagnostika, medicinski pothvati i tretmani uglavnom prestaju. Međutim, nastavlja se briga za bolesnika, tako da mu se osigura potreban komfor i održi zadovoljavajuća razina kvalitete života u preostalim tjednima ili mjesecima. Posljednje razdoblje života različito je za svakog pojedinog bolesnika, kao i njegove potrebe. Nužno je na njih obratiti pažnju i u komunikaciji s bolesnikom i obitelji riješiti sva pitanja koja obitelj i bolesnik imaju. Također, važno je razgovarati i o odlukama koje će uslijediti u skrbi za bolesnika, o postupcima koji će se odabrat i o načinu na koji će se s bolesnikom postupati. Iako je jasna i logična potreba bolesnika i obitelji za pobližom informacijom o preostalom vremenu za bolesnika, liječnik načelno izbjegava detaljne procjene, iz razumnih razloga. Nikada se ne može posve točno predvidjeti preostalo vrijeme umirućem bolesniku, jer na njega utječe niz čimbenika, koji ovise i o vrsti zločudne bolesti, i o samom bolesniku. Također, postoji humana želja da se sačuva bolesnikova preostala želja za životom, do samog kraja.

U zbrinjavanju umirućeg bolesnika moguće je skrb pružiti kod kuće ili hospitalno, ali i u nekoj drugoj stacionarnoj ustanovi. Kod bolesnika koji želi posljednje trenutke provesti kod kuće, a onaj tko skrbi o njemu može mu to omogućiti, potrebno je prepoznati trenutke u kojima ipak treba prizvati u pomoć medicinski tim ili drugu asistenciju u skrbi za umirućega. To su stanja kada bolesnikove potrebe nadidu skrb koju dobiva kod kuće, ali i situacije kada

sam skrbnik u nekom trenutku više nije u stanju odraditi svoju ulogu onako kako je potrebno.

Strah od napuštanja

Svaki umirući onkološki bolesnik ima svoje specifične brige, pitanja i potrebe. Ipak, postoje pitanja koja se na sličan način otvaraju kod svih bolesnika pred kraj života. To su, prije svega, strah od napuštanja i strah od opterećivanja drugih, te zabrinutost zbog gubitka kontrole i dostojanstva. Postoji nekoliko načina kako pristupiti tom problemu i bolesniku pružiti maksimalno moguću utjehu. Važno je bolesniku pružiti društvo, provoditi s njim vrijeme u opuštajućim radnjama, uz osiguran osjećaj prisutnosti i podrške voljenih. Omogućiti bolesniku razgovor i osigurati mu informaciju. Vrlo je važno prepoznati do koje mjere želi biti uključen u pitanja svoje bolesti, stanja i budućih postupaka, i to mu na taj način potpuno omogućiti.

Značajnu ulogu u skrbi pred kraj života ima i duhovna skrb. U razvijenom sustavu palijativne skrbi odgovornost za duhovnu skrb dijeli cijeli tim, a najčešće je preuzimaju duhovnici po pozivu, koji u suradnji s crkvom i timom palijativne skrbi, osiguravaju bolesniku potrebnu duhovnu komponentu.

Analice sustava skrbi onkološkog bolesnika pred kraj života i svih postupaka i pristupa koji se tada primjenjuju, iznijedrili su neka temeljna pitanja koja formiraju i svijest i trend pristupa. To je, između ostalih i pitanje nastavka, odnosno

prestanka aktivnog onkološkog liječenja i specifične citotoksične terapije. U studijama svjetskih autora opažen je porast agresivnosti u pristupu terminalnom bolesniku, u smislu aktivne primjene sustavne antitumorske terapije.

U jednoj hrvatskoj specijaliziranoj onkološkoj ustanovi provedena je 2014. godine retrospektivna analiza pružene skrbi na 180 preminulih bolesnika u šestogodišnjem razdoblju. Ustanova je tijekom tog razdoblja osnažila suradnju s palijativnom skrbi. Analiziran je specifični parametar, primjena aktivnog onkološkog liječenja. Rezultati su pokazali kako se bolesniku pristupa na umjereno agresivan način, kako je, ako je provođeno, aktivno onkološko liječenje u posljednjim tjednima života bolesnika najčešće bilo ipak posljedica dobre procjene svih ključnih elemenata, od kojih su najčešće vrednovani bili smanjenje samih simptoma bolesti, zbog čega se bolesnik bolje osjećao. Iako u nekontroliranim uvjetima, u samo jednom centru i na malom broju bolesnika, provedena studija ponudila je utješne rezultate, što može biti podstrek za dalje slične trendove, ali i za daljnji marljiv rad.

Dakle, skrb za bolesnika u njegovim posljednjima danima života vrlo je kompleksna, ima niz elemenata na kojima se može i treba raditi i uvjek postoji prostor za napredak. Ostvariv je kroz dobru organizaciju sustava, dobru suradnju svih koji su posredno ili neposredno uključeni u brigu o bolesniku i uz, što je posebno važno, svijest i empatiju prema umirućem bolesniku i njegovim potrebama.

Gaucherova bolest

Doc. dr. sc. NADIRA DURAKOVIĆ, e-mali: nadira@mef.hr



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

U Hrvatskoj je do sada dijagnosticirano tek dvadesetak bolesnika, iako bi ih prema očekivanoj prevalenciji trebalo biti blizu stotinu. Osim terapije specifične za bolest, bitna je i simptomatska i potporna terapija, kao što su mjere za prevenciju bolova ili pravovremeni ortopedski zahvati, za što je potrebno djelovanje cijelog ekspertnog lječničkog tima

Gaucherova bolest je nasljedna metabolička bolest, ujedno i najčešća među lisosomskim bolestima nakupljanja. Simptome je 1882. godine opisao francuski liječnik, dermatolog, Philippe Gaucher. Doduše, mislio je da je riječ o tumorskoj bolesti a na to ga su ga naveli težina simptoma, sklonost krvarenju, izrazito uvećana slezena te gotovo tumorska kaheksija bolesnice. Opisao je i infiltraciju slezene velikim, nepravilno oblikovanim stanicama, danas poznatim kao Gaucherove stanice. Iako je u vremenu koje je slijedilo postalo jasno da bolest nije maligne prirode i da postoji određena obiteljska povezanost slučajeva, tek je 1965. godine Roscoe Brady odgovor bio uzrok poremećaja otkriveni da nedostatak enzima glukocerebrozidaze (odnosno kisele β-galaktozidaze) uzrokuje nakupljanje glukocerebrozida u makrofazima. Bolest je nasljedna, autosomno recesivna i rezultat je mutacije dva alela gena za glukocerebrozidazu na kromosomu 1q21. Do danas je opisano više od 350 različitih mutacija. Prevalencija u europskoj populaciji je oko 1:50 000 stanovnika, dok je u populaciji Askenazi židova prevalencija 1:500 do 1000. Tradicionalno se bolest dijeli u tri tipa.

Tip 1, najučestaliji tip (>95 % bolesnika), jedini ne-neuropatski tip (kod kojeg izostaju simptomi središnjeg živčanog sustava (SŽS); može se prezentirati u bilo kojoj dobi a klinička slika varira od vrlo blage do izrazito teške).

Tip 2 ili akutni neuropatski tip prezentira se rano u dojenočkoj dobi; primarna bolest SŽS-a je izrazito teška i obično djeca prežive do dvije godine.

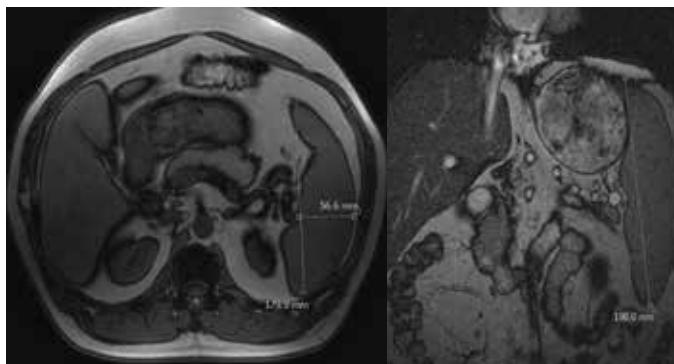
Tip 3 ili kronični neuropatski tip karakterizira nešto blaža neurološka klinička slika, bolest se dijagnosticira kasnije u djetinjstvu i očekivano preživljenje je nešto duže.

Danas doduše prevladava mišljenje da je riječ o jedinstvenom poremećaju sa širokim spektrom kliničke prezentacije, od blage koja ne zahvaća SŽS do vrlo teške s izrazitim neurološkim simptomima.

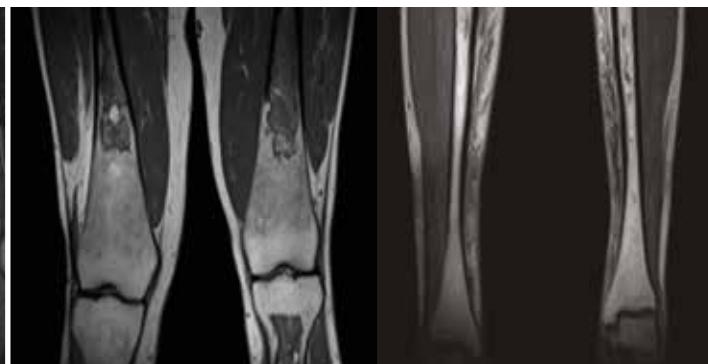
Bolest je, kao što je spomenuto, rezultat smanjene aktivnosti enzima glukocerebrozidaze, što uzrokuje nakupljanje glukocerebrozida. Glukocerebrozid nastaje degradacijom kompleksnih glikosfingolipida porijeklom iz stanične membrane, a kada se ne može razgraditi nakuplja se u makrofazima, koji se umnažaju brojem i povećavaju volumenom te poprimaju karakterističan pjenušav izgled.

Smanjena kvaliteta života

S vremenom se povećava veličina organa, prvenstveno slezene a potom i jetre, te postupno nastaje poremećaj njihova rada. Kako makrofaga najviše ima u slezeni, jetri i kostima, nešto manje u plućima, najznačajniji simptomi su trombocitopenija, anemija, splenomegalija i hepatomegalija, a u djece poremećaj rasta i razvoja. S napredovanjem bolesti razvijaju se i drugi simptomi: plućna disfunkcija, sklonost infekcijama, osteoporozra, razvoj avaskularnih nekroza kostiju te kao posljedica izraziti bolovi u kostima, koštane krize. Svi oni združeno značajno smanjuju kvalitetu života oboljelih, a ako se bolest ne liječi, značajno skraćuju očekivano trajanje života. Splenomegalija i trombocitopenija su najčešći i uobičajeno najraniji simptomi bolesti. Splenomegalija je obično dugo vremena blaga do umjerena, no ako se bolest ne liječi slezena progresivno raste, zauzima veći dio abdomena te interferira s radom drugih abdominalnih organa. Povijesno je splenektomija bila česta u oboljelih od Gaucherove bolesti, no danas znamo da splenektomija, iako prolazno smanjuje simptome i trombocitopeniju, vrlo brzo uzrokuje značajno pogoršanje koštane bolesti te se danas u oboljelih od Gaucherove bolesti radi u iznimnim situacijama. Trombocitopenija je inicijalno uzrokovana pojačanom potrošnjom od strane slezene, a kasnije u tijeku bolesti (ili ranije u splenektomiranih) citopeniji doprinosi infiltracija koštane srži Gaucherovim stanicama. Razina tromboci-



Slika 1. Slezena je povećana, na aksijalnim je presjecima dimenzija 180x57 mm, sadrži lezije niskog intenziteta signala u T1 i T2 tehnici snimanja, promjera do 16 mm



Slika 2. Erlenmayerovi deformiteti distalnih dijelova natkoljenica obostrano uz opsežne intramedularne serpiginozne lezije. Oba koljena i oba gležnja oštrosu konturiranih artikulacijskih ploha, bez znakova avaskularnih promjena

ta u uznapredovaloj, neliječenoj bolesti često je vrlo niska a hemoragijskoj dijatezi doprinosi i opisani manjak faktora koagulacije FIX i FXI, čija je patogeneza nepoznata. Anemija i neutropenija su obično blage, ali mogu rezultirati pojmom anemijskog sindroma i učestalih bakterijskih infekcija. Hepatomegalija je prisutna u većine oboljelih, no uvećanje jetre je obično manje impresivno u usporedbi s uvećanjem slezene. Dio bolesnika ima umjereno povećane vrijednosti jetrenih enzima, ali hepatociti nisu oštećeni procesom odlaganja i funkcija jetre je najčešće očuvana. Infiltracija koštane srži Gaucherovim stanicama uzrokuje poremećaj u koštanoj pregradnji, razvoj osteopenije, osteonekroze i avaskularne nekroze. U oboljelih od Gaucherove bolesti češće se javljaju i neke druge bolesti, napose Parkinsonova i multipli mijelom, na što također valja misliti. Iako predomiraju simptomi koji bolesnike obično dovode hematologu, te se tako u svijetu, ali i kod nas, hematolozi uglavnom briju za odrasle bolesnike s Gaucherovom bolesti, za sveobuhvatnu brigu o ovim bolesnicima nužan je timski pristup; tim uključuje, osim hematologa i radiologa, genetičara, neurologa, gastroenterologa, ortopeda, da nabrojimo samo neke.

Postaviti dijagnozu Gaucherove bolesti iznimno je jednostavno: određivanjem aktivnosti glukocerebrozidaze u leukocitima ili iz kulture stanica fibroblasta. Posumnja li se na Gaucherovu bolest, treba u Kliničku jedinicu za nasljedne metaboličke bolesti KBC-a Zagreb uputiti suhu kap krvi na filter papiru, uz propisnu uputnicu. Pretraga je dostupna, nije skupa i rezultat se može brzo očekivati.

U Hrvatskoj se bolest ne može genotipizirati, no genetska potvrda bolesti, iako informativna, nije nužna za postavljanje dijagnoze. Svakako se preporuča učiniti genotipizaciju ne samo bolesnika već i srodnika, kako bi se utvrdili nositelji gena te omogućilo genetsko savjetovanje.

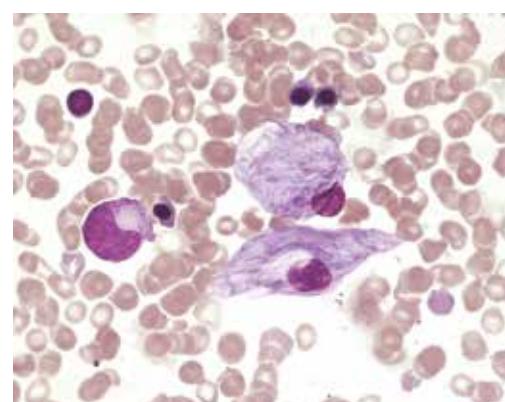
Učinkovit lijek

Gaucherova bolest je prva lizosomska bolest nakupljanja za koju je postalo dostupno liječenje te sigurna i učinkovita enzimska nadomjesna terapija (ENT). Godine 1991. dobio je odobrenje za primjenu prvi preparat za ENT, koji se proizvodio ekstrakcijom enzima iz humanih posteljica. Vrlo brzo su taj preparat zamjenili preparati koji su rezultat korištenja rekombinantne DNA tehnologije. Danas na svjetskom tržištu postoje tri preparata, dva su dostupna za liječenje bolesnika kod nas. Enzim se primjenjuje intravenski, svakih 14 dana, i njegovom primjenom se postupno smanjuje veličina organa, oporavlja se periferna krvna slika te zaustavlja daljnje oštećenje kostiju. Nažalost, neke posljedice bolesti nisu irreverzibilne, kao što je npr. avaskularna nekroza pa je stoga bitno započeti terapiju na vrijeme. Osim ENT-om, istraživanja su se u posljednje vrijeme dosta bavila i terapijom smanjenja supstrata. Tim se pristupom ne nadoknađuje enzim koji nedostaje već se djeluje na smanjenje stvaranja glukocerebrozida, te se na taj način postiže ravnoteža u metabolizmu i onemogućuje njegovo nakupljanje. Prošle je godine u EU-u odobren vrlo učinkovit lijek koji djeluje upravo na taj način, a njegova velika prednost što se uzima peroralno. Osim terapije specifične za bolest, bitna je i simptomatska i potporna terapija, kao što su mjere za prevenciju bolova ili pravovremeni ortopedski zahva-

ti, za što je potrebno djelovanje cijelog ekspertnog liječničkog tima.

U Hrvatskoj je do sada dijagnosticirano tek dvadesetak bolesnika, iako bi ih prema očekivanoj prevalenciji trebalo biti blizu stotinu. S obzirom na to da je dijagnostika bolesti dostupna, a dostupno je i učinkovito i sigurno liječenje, važno je na vrijeme prepoznati oboljele. Iako se bolest smatra rijetkom, ona nema rijetke i neobične simptome. Trombocitopenija, splenomegalija, nerazjašnjena anemija i bolovi u kostima česti su simptomi u svakodnevnoj praksi ne samo hematologa, već i drugih specijalista a napose liječnika opće prakse. Na ovu bolest valja posumnjati kod svakog bolesnika koji ima nerazjašnjenu trombocitopeniju i splenomegaliju, osobito onih kod kojih su prisutni i bolovi u kostima. Dijagnostika je jednostavna, a pravodobno postavljena dijagnoza znači uspješnu terapiju i kvalitetan nastavak života.

Za radiološke slike zahvaljujemo se prof. dr. sc. Kristini Potočki i dr. Dubravki Bajramović, a za fotografiju Gaucherove stanice dr. sc. Sunčici Ries.





Neuroendokrini tumori (NET) nisu toliko rijetki koliko mislimo

Literatura: **1.** Lawrence et al, Endocrinol Metab Clin North Am 2011; 40(1): 1-18 / **2.** Klimstra DS et al. Am J Surg Pathol, March 2010; 34(3): 300-313 / **3.** Yao JC et al. J Clin Oncol 2008;26:3063-3072. / **4.** Modlin et al. Lancet Oncol 2008; 9:61-72. / **5.** Toth-Fejel S, Pommier RF. Am J Surg. 2004;187:575-579 / **6.** Vinik A, et al. Pancreas. 2009 Nov;38(8):876-89 / **7.** Campana et al. Journal of Clinical Oncology. 2007; 25(15):1967-1973

Za dodatne informacije možete nam poslati upit na e-mail adresu novartis.hrvenica@novartis.com ili nazvati na broj **01/6274 235**

Novartis Hrvatska d.o.o., Radnička cesta 37b, 10 000 Zagreb, tel. 01 6274 220, fax. 01 6274 255
Samo za zdravstvene djelatnike / UI: SANL-AD21-07/04/2016-HR-R11604462925



RANO
OTKRIVANJE
NET-a DRASTIČNO
PRODULJUJE
PREŽIVLJENJE!

Što je to NET?

Neuroendokrini tumori (NET) su heterogena skupina neoplazmi. Nastaju iz neuroendokrinskih stanica koje se nalaze difuzno u svim tkivima. Najčešće se pojavljuju u probavnom sustavu, zatim u plućima, a kod 8% oboljelih primarno sijelo je nepoznato.² Dijele se na funkcionalne, koje odlikuje svojstvo sekrecije bioaktivnih molekula s raznovrsnom kliničkom slikom i simptomima koji imitiraju druge češće bolesti, te nefunkcionalne koji su asimptomatski, a simptomi eventualno nastaju zbog rasta tumorske mase.³

Koji su simptomi NET-a?

Neodređeni abdominalni bolovi, učestale vodenaste stolice, krvave stolice, grčevi, crvenilo lica, vrata i dekoltea uz osjećaj vrućine, sitni crveni osip po cijelom tijelu, palpitacije, novootkriveni šum na srcu ili valvularne bolesti srca, bronhokonstrikcija/otežano disanje, cijanoza, bolovi u mišićima i zglobovima, edemi ekstremiteta, teleangiektaze.⁴

Koje su česte pogrešne dijagnoze NET-a?⁵

Sindrom iritabilnog crijeva, Crohnova bolest, ulcerozni kolitis, alergija na hranu, gastritis i ulkusna bolest, astma, menopauza, psihijatrijske bolesti.

Kako otkriti NET?

NET se najčešće razvija sporo i neupadljivo. Otkriva se često slučajno prilikom endoskopskih pretraga ili kirurških operacija, te ultrazvučnim nalazom metastaza u jetri. U prosjeku prođe 5-7 godina od pojave prvih simptoma do postavljanja ispravne dijagnoze.⁶ Za postavljanje dijagnoze važno je posumnjati na NET u okviru kliničke slike gore navedenih simptoma koji traju duže vrijeme.

Što poduzeti kod sumnje na NET?

Trebate poslati pacijenta na Kromogramin A (CgA) testiranje.⁷

Kromogramin A (CgA) je najkorisniji biokemijski marker za NET. Otkriva funkcionalni i nefunkcionalni NET. Vrijednosti CgA u serumu dvostruko veće od referentne vrijednosti (100 ng/ml) upućuju na NET. S nalazima uputite pacijenta internistu (gastroenterologu ili endokrinologu) radi dalnjih dijagnostičkih pretraga. Optimalno liječenje pacijenata je unutar multidisciplinarnog tima za NET.³

Zašto je važno otkriti NET što prije?

Svaki NET ima maligni potencijal! U trenutku postavljanja dijagnoze kod 23% oboljelih već postoje regionalne, a kod 27% oboljelih udaljene metastaze^{1,3}

Hoće li odbijanje i odgađanje obaveznih cijepljenja imati utjecaja na kolektivni imunitet?

Hrvatska lani imala najveću stopu incidencije ospica u EU

TATJANA NEMETHBLAŽIĆ, dr. med., e-mail: tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr
 MIRJANA LANA KOSANOVIĆ LIČINA, dr. med., e-mail: MirjanaLana.KosanovicLicina@stampar.hr

Provedba Programa obaveznog cijepljenja u Hrvatskoj, čiji je osnovni cilj zaštita primalaca cjepliva, a kod nekih bolesti i stvaranje kolektivnog imuniteta, dovela je zbog dosegnutih obuhvata cijepljenja (>95%) do eliminacije niza bolesti poput dječje paralize, novorođenačkog tetanusa, difterije, diseminiranih oblika tuberkuloze kod djece, invazivne Hib bolesti kod djece, kao i do značajnog smanjenja obolijevanja od ospica, rubeole, parotitisa i hepatitisa B

Cijepljenje protiv bolesti koje predstavljaju velik javnozdravstveni interes najveće je postignuće preventivne medicine jer sprječava bolesti koje uzrokuju teške posljedice i smrt.

No u posljednje vrijeme svjedoci smo slučajeva kada roditelji odlučuju ne cijepiti svoju djecu, potpuno ili selektivno, ili odgađaju cijepljenje. Postoci roditelja koji odbijaju, odgađaju ili su

neodlučni oko cijepljenja svoje djece u stranim istraživanjima kreću se od oko 5% do oko 30%.

U Hrvatskoj nema puno podataka o veličini tog fenomena, no postojeći daju informativnu sliku.

Podaci Sanitarne inspekcije Ministarstva zdravlja iz evidencije o odbijanju cijepljenja:

Godina	Broj zaprimljenih prijava o odbijanju cijepljenja
2011.	4
2013.	205
2014.*	319
2015.**	207

* Veći broj može se dijelom objasniti i time što je tada u Programu bila i izjava Informirani pristanak o odbijanju, koje u 2015. nema.

**2015. godine bilo je 78 presuda (koje su pristigle u posljednjih godinu dana, ali su prijave podnesene i ranije), od čega 10 oslobođajućih (što znači da su ili u međuvremenu roditelji cijepili djecu ili ima vremena prema mišljenju sudaca do npr. navršene 1 godine života i dr.)



U nastavku su najnoviji dostupni rezultati istraživanja o ispitivanju stavova prema cijepljenju

Istraživanje	Udio odbijanja cijepljenja	Sociodemografske i sociokulturnoške karakteristike za negativan stav prema cijepljenju
2014.: Barbarić, Krpan (n=549 roditelja), Hrvatski studij, online tematski forumi, Facebook grupe za rasprave (neobjavljen)	13% - su odbili cijepitidijete 47% - odbili bi da nije obavezno 29% - su cijepili samo da izbjegnu probleme kod upisa u školu/vrtić	
2014.: Čović, Korajlija i sur. (n=833) Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Onlineanketa na tematskim internetskim portalima i forumima (klokanica.hr, roda.hr, roditelji.hr) i Facebooku (neobjavljen)	20% - bi odbili cijepiti svoje dijete u kalendaru obveznog cijepljenja 38% - cijepili bi samo s nekim cjepivima 9% roditelja (kojih je 5% ukupnog uzorka) ne cijepi svoju djecu. Najčešći razlog neprimanja nekog obveznog cjepiva: osobna odluka (70%)	Skloniji necijepljenju: <ul style="list-style-type: none">• Negativni stavovi• Loše znanje• Negativnija dosadašnja iskustva• Skloniji teorijama zavjere i alternativnim zdravstvenim navikama• Manje vjeruju da je zdravlje posljedica slučaja i medicine, a više stvar osobnih izbora i ponašanja
2015.: Štulhofer i sur. (n= 1000) Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu & Institut I. Pilar; Nacionalni reprezentativni probabilitički uzorak*	11% - bi odbili cijepljenje prema kalendaru obveznog cijepljenja (30% u dobi 18-29 i 30-45 godina) 20% - bi cijepili samo s nekim cjepivima	Povezanost s odbijanjem i okljevanjem cijepljenja: mlađa dob, neroditeljstvo, religioznost, korištenje alternativne medicine

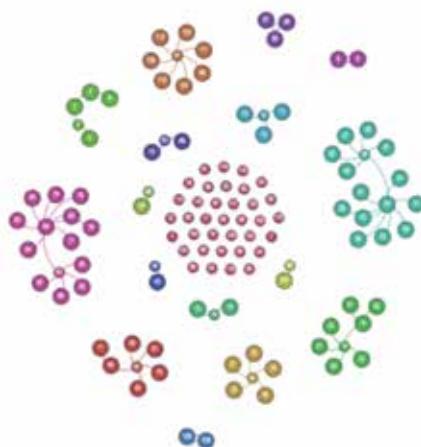
* Štulhofer A., Repalust A., Šević S., Rihtar S., Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy in Croatia: Insights from a Population-Based Study (u završnoj fazi objavlјivanja u International Journal of Public Health)

Provjeda Programa obaveznog cijepljenja u Hrvatskoj, čiji je osnovni cilj zaštita primalaca cjepiva, a kod nekih bolesti i stvaranje kolektivnog imuniteta (važno za zaštitu onih koji se iz zdravstvenih razloga ne mogu cijepiti), dovela je zbog dosegnutih obuhvata cijepljenja (>95%) do eliminacije niza bolesti poput dječje paralize, novorođenačkog tetanusa, difterije, diseminiranih oblika tuberkuloze kod djece, invazivne Hib bolesti kod djece, kao i do značajnog smanjenja obolijevanja od ospica, rubeole, parotitisa i hepatitisa B.

Podaci o cjepnim obuhvatim cijepljenja iz kalendara obaveznih cijepljenja su dobri. Dostupni podaci o protivljenju roditelja cijepljenju ukazuju da u svijetu, pa i u Hrvatskoj, taj fenomen nije većih razmjera. No hoće li tako i ostati? Hoće li povećanje udjela odbijatelja cijepljenja, uz ostale povremene

ne ili stalne, veće ili manje probleme nedostupnosti cjepiva i druge logističko organizacijske probleme provedbe programa, nepovoljno utjecati na individualni i kolektivni imunitet?

Rizici smanjene procijepljenosti ogledaju se u epidemijama bolesti, uglavnom ospica, u brojnim europskim zemljama. Prema prijavama u ECDC-u Hrvatska je imala najveće stope incidencije ospica u zemljama EU-a u 2015. godini. Te godine je trajala epidemija ospica, koja je započela u prosincu 2014. i trajala do travnja 2015., u kojoj je više od tri četvrtine oboljelih pripadalo migrirajućoj slabo procijepljenoj populaciji. To je izvanredna pojava, jer inače imamo 1-2 uvezena slučaja iz inozemstva koji se ne šire dalje (ospice smo praktički eliminirali).



Slika 1- Grupiranje oboljelih od ospica u Zagrebu pri manjim epidemijama u nedovoljno cijepljenoj populaciji, prosinac 2014. - travanj 2015. Povezani kružići iste boje su manje epidemije nastale širenjem zaraze od jednog oboljelog; nepovezani kružići u sredini su sporadični slučajevi; brojevi označavaju broj otkrivenog slučaja, ukupno ih je bilo 122. (iz prezentacije Measles outbreak in Zagreb, Kosanović Lićina, Bastaić, Vojvodić, European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), 2015, Stockholm).

Često je u diskusiji o protivljenju cijepljenja obvezno cijepljenje glavno pitanje današnjice u Hrvatskoj. No pitanje obaveznog cijepljenja nije medicinsko, nego prvenstveno pravno društveno-političko pitanje - kako neka država, neko društvo organizira cijepljenje i odnosi se na pravni i društveni aspekt cijepljenja. Ako je sustav dobar, svejedno je je li obavezani ili neobavezani. Pad cjepnih obuhvata dovesti će do pogoršanja epidemiološkog stanja i u obaveznim i u neobaveznim sustavima cijepljenja.

Također, neki govore da bi cijepljenje trebalo biti neobavezno i da je dovoljna mjerda da se u vrtić ili školu ne primaju necijepljena djeca, kao što je to u drugim razvijenim zemljama. Točno, to bi trebalo biti dovoljno (kada bi se taj propis dosljedno primjenjivao, što kod nas nije uvijek slučaj). Ipak, prema podacima SZO-a i Europskog centra za sprečavanje i suzbijanje bolesti (ECDC), razvijene zemlje koje nemaju sustav obavezognog cijepljenja, imaju niske cjepne obuhvate i zbog toga znatno višu incidenciju bolesti protiv kojih se cijepi nego mi (na primjer, u Njemačkoj oko 35 puta višu, Švedskoj oko 10 puta višu, u Norveškoj 3 puta višu incidenciju ospica nego u Hrvatskoj).

Rezultati Istraživanja Filozofskog fakulteta 2015. godine pokazali su, iako uzorak nije reprezentativan, da oko 40% roditelja cijepi djecu samo zato što je to obavezno (da izbjegnu sankcije) i da pokazuju dezinformiranost. To znači da zapravo ne razumiju korist od cijepljenja. Prema rezultatima tog istraživanja, ako se ukine obavezno cijepljenje, možemo očekivati zabrinjavajući pad cjepnih obuhvata. Stoga je važno da liječnici informiraju paciente i roditelje o svim korisnim učincima cijepljenja te mogućim nuspojavama cjepiva.

Pritom, međunarodna istraživanja sugeriraju da standardne informativne kampanje nisu jako učinkovite, dok su se učinkovitim pokazale intervencije zasnovane ne razgovoru i savjetovanju na relaciji zdravstveni djelatnik-pacijent, posebice kada pacijent ima povjerenje u liječnika i zdravstvenog djelatnika. U posljednjem istraživanju o stavovima cijepljenja provedenom u Hrvatskoj 2015. godine autori zaključuju da su potrebna daljnja istraživanja, više analitička, koja bi uzimala u obzir i učinke socijalnih mreža na ponašanje pojedinača u cilju kreirajna ciljanih intervencija. (Štulhofer, 2015.).

Važnost PET/CT pretrage u obradi onkoloških bolesnika

Autor teksta: IVANKA TRSTENJAK-RAJKOVIĆ, dr. med. spec.
Ravnateljica Poliklinike Medikol

Kontinuirano povećanje potreba pacijenata za PET/CT pretragom prisutno je u nas kao i u svijetu, s obzirom na neprestano povećanje broja novooboljelih pacijenata od zločudnih bolesti, te s obzirom na to da je tijekom zadnjeg desetljeća nedvojbeno u cijelom svijetu dokazana i neupitna korist PET/CT pretrage u dijagnostici onkoloških pacijenata. To su odavno prepoznali i liječnici specijalisti u našoj zemlji koji pacijente upućuju na tu pretragu, i koja je kao takva neizostavni dio smjernica različitih stručnih društava u dijagnostici bolesnika s malignim bolestima, uz porast indikacija za navedenu pretragu (u različitim hrvatskim, europskim i američkim smjernicama).

Radi se o „...zapravo najvažnijoj pretrazi u onkologiji.“ (citat/izvor: prof.dr.sc. Stjepko Pleština, dr. med. u: Balenović A., Šamija M. "Klinička primjena PET/CT dijagnostike u onkologiji" Zagreb 2011.).

Prednost PET/CT-a je u tome što se jednim snimanjem u vidnom polju obuhvati i analizira cijelo tijelo, a ne samo pojedini segment. Jednom pretragom umjesto s nekoliko zasebnih pretraga, koje za pacijenta iziskuju značajno dulje vrijeme, te dijagnostiku na više različitih mesta. Napomenimo usto, da se radi o teškim bolesnicima od malignih bolesti, koji su netom prošli bilo kirurški zahvat, bilo kemoterapiju ili zračenje, te im sve to predstavlja dodatan napor, uz vrijeme kao iznimno važan čimbenik. Takvim je bolesnicima i njihovim liječnicima u interesu što prije obaviti pretragu kako bi mogli započeti ili nastaviti s dalnjim liječenjem jer je sa svakim odgađanjem vjerojatnost za pojavu i širenje metastaza veća. Nadalje, PET/CT je u konačnici povoljnija i učinkovitija pretraga u usporedbi s drugim dijagnostičkim metodama, i za pacijenta i za zdravstveni sustav u cijelosti, s obzirom na benefite u pronalaženju najadekvatnijeg

oblika liječenja, a što znači promjenu vrste kemoterapije, ponekad i poštujući od njezina nepotrebnog nastavka. Nadalje, temeljem nalaza PET/CT pretrage postavlja se jasna indikacija za ili protiv kirurškog zahvata, zračenja ili njihovih kombinacija, a što rezultira i smanjenjem broja nepotrebnih hospitalizacija, mogućih komplikacija i nuspojava. Poznato je da se nakon PET/CT pretrage u oko 36 % oboljelih mijenja odluka o dalnjem liječenju.

Za 2016. god. predloženih ugovorenih PET/CT postupaka je 8.820 godišnje ukupno za sve osiguranike HZZO-a (KBC Zagreb - Rebro i Poliklinika Medikol).

To znači 1.866 PET/CT postupaka na milijun stanovnika, što je značajno ispod europskog prosjeka koji je još 2012. godine bio 2.964 postupka na milijun stanovnika godišnje, uz tendenciju stalnog i kontinuiranog rasta broja pretraga u svim europskim državama.

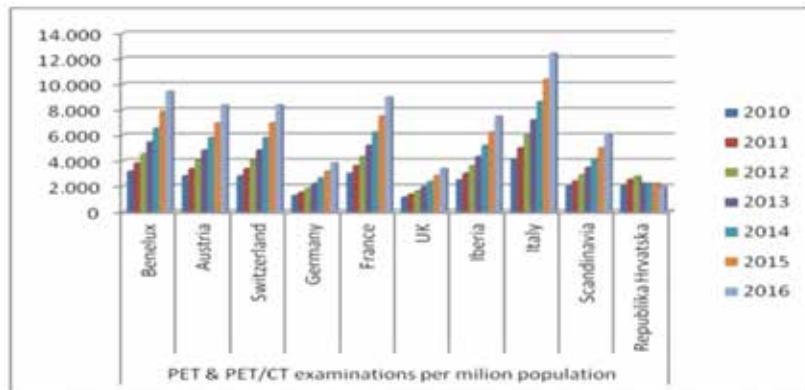
To predstavlja ukupno smanjenje broja pretraga za 1.180 godišnje, u usporedbi s brojem pretraga odobrenih u 2015. godini na razini Republike Hrvatske.

S hvalevrijednim uvođenjem PET/CT uređaja na KBC Zagreb 2012. godine, u RH je instalirano ukupno pet PET/CT kamere, čime su zaokružene potrebe RH s obzirom na broj stanovnika.

Od 2008. godine nadalje broj PET/CT pretraga u europskim zemljama bilježi porast od prosječno 20 % godišnje, a u Hrvatskoj se bilježi pad ugovorenih PET/CT postupaka s HZZO-om s 11.400 pretraga godišnje odobrenih u 2011. godini na 8.820 pretraga godišnje u 2016. godini.

Smanjenje broja PET/CT postupaka već je sada uzrokovalo stvaranje i uzrokovat će daljnje povećanje liste čekanja i za ovu pretragu u obje ustanove (i u KBC-u Zagreb i u Poliklinici Medikol). PET/CT pretraga je namijenjena prvenstveno pacijentima s malignim bolestima, pa je nedopustivo svako neprimjereno čekanje na termin pretrage o kojoj ovisi odluka o dalnjem liječenju bolesnika. Nedvojbeno će nepovoljno utjecati na sam tijek bolesti i moguće komplikacije, te time u konačnici i na sam život pacijenata.

Broj PET/CT postupaka u Hrvatskoj i europskim zemljama na jedan milijun stanovnika



Za zemlje Europe iz okruženja koriste se izvori: http://www.hsj.co.uk/hsj-knowledge/downloads/making_putting_pet-ct_to_the_test/5071809_fullarticle.pdf – for healthcare leaders), te <http://www.euroministeurope.com/index.aspx?sec=sec&sub=def&area=&itemID=1603662>; (Development of PET in Western Europe, Anthony Stevens, PhD, EANM 2011), koji se temelji na broju PET/CT postupaka u 2010. te procjeni daljnog porasta od 20%; podaci za RH odnose se na stvaran broj ugovorenih PET/CT postupaka s HZZO-om

Sponzorirani članak

Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – V. dio

Prof. dr. ZDENKO KOVAC

Naputak za rješavanje

Rješavanjem ovog Komorinog testa čitač može steći bodove potrebne za licenciranje. Na zasebnom listu je matrica za pisanje rješenja (na stranici 79). Rješenja će se kvantificirati i ponderirati, a netočna rješenja umanjuju doprinos točnih rješenja. Sveukupno rješenje izražava se kao postotak od maksimalno mogućeg (dakle 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 30. lipnja 2016. i radi čitljivosti ga potpisati tiskanim slovima ili faksimilom.

U sklopu tematike poremećaja energijskoga i tvarnoga metabolizma obrađeni su učinci mršavljenja u kliničkome pokusu na normomasenim i pretilim osobama.

Algoritamska razradba problema¹. Učinci mršavljenja na mase i energijske pokazatelje u pretilih i normomasenih ljudi

Za razradbu problema prostudiraj stranice 185-7, 207-12 te 415-6 u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva, 7. izdanje.** Medicinska naklada, Zagreb, 2011. godine.

(Zadatak je priređen prema podatcima u radu: Leibel RL i sur. Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. New Engl J Med 1995; 332: 621-8.).

Razvoj pretilosti osniva se na energijsko-tvarnom poremećaju povezanom s načinom života (uzimanje hrane i tjelesne aktivnosti). Stanje je poligenski uvjetovano te uključuje regulacijski poremećaj složene homeostaze humorálnih i neuroendokrinih mehanizama. U svrhu istraživanja učinaka mršavljenja ispitanici-dragovoljci (žene i muškarci u dobi 26-30 godina) podvrgnuti su ograničenom uzimanju hrane (reduksijska prehrana, 800 kcal dnevno) do gubitka

10% početne tjelesne mase. Svi ispitanici prije uključivanja u istraživanje imali su klinički status zdrave osobe prema fizičkom pregledu i laboratorijskim pretragama (testovi funkcije štitne žlezde, biokemijski testovi, kompletna krvna slika i uroanaliza). Osobe s indeksom tjelesne mase (engl. *body mass index*) $>28 \text{ kg/m}^2$, gdje m^2 predstavlja kvadriranu visinu ispitanika izraženu u metrima) svrstane su u skupinu pretilih, a osobe s manjim indeksom svrstane su u normomasenu skupinu. Normomasene osobe su smršavile unutar 4-7 tjedana, a pretile između 6-14 tjedana redukcijске prehrane. Potrošnja energije mjerena je indirektnom kalorimetrijom, a sastav je tijela procijenjen hidrodenzitometrijom, kojom se mogu kvantitativno mazni udjeli masnog odnosno drugih tkiva u organizmu. U tablici 1 navedeni su pokazatelji masenoga sastava tijela, a u tablici 2 promjene energijske potrošnje prije i nakon mršavljenja dviju skupina ispitanika. Statistički značajne promjene pojedinih pokazatelja označene su u prisicima tablicama.

Tablica 1. Promjene masenog sastava tijela u izvorno pretilih odnosno normomasenih ispitanika nakon mršavljenja -10% tjelesne mase

Ispitanici (N) ^a	Vrijeme mjerena ^b	Tjelesna masa (kg)	Bezmasna masa tijela ^c (kg)	Masa masnoga tkiva (kg)	Promjene mase masti/ promjene ukupne mase (%)
Normomaseni (11)	PM	70,5	53,0	17,5	-
	NM	63,7	50,6	13,1	64,7
Pretili (9)	PM	132,1 ^d	64,1	68,0	-
	NM	114,3 ^{e,f}	59,7	54,6	75,3

^a Broj u zagradi (N) označuje broj ispitanika.

^b PM = prije mršavljenja, NM = nakon mršavljenja, -10% početne tjelesne mase.

^c Bezmasna masa tijela predstavlja razliku totalne tjelesne mase i mase masnoga tkiva.

^d p<0,001, za usporedbu s normomasenom skupinom prije mršavljenja.

^e p<0,001, za usporedbu s normomasenom skupinom nakon mršavljenja.

^f p<0,001, za usporedbu s početnom masom iste skupine.

¹ Preuzeto i prilagođeno prema izvorniku u knjizi Z Kovač i sur. **Patofiziologija – Zadaci za problemske seminare. Knjiga druga.** Treće izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011., str. 90-3, uz suglasnost izdavača i autora zadatka.

Tablica 2. Promjene energijske 24-satne potrošnje u pretilih i normomasenih ispitanika kao posljedica mršavljenja, -10% tjelesne mase

Ispitanici (N) ^a	Vrijeme mjerjenja ^b	Sveukupna potrošnja energije		Potrošnja energije u mirovanju	
		kcal	kcal/kg ^c	kcal	kcal/kg ^c
Normomaseni (11)	PM	2.380	45	1.511	29
	NM	1.952 ^d	38 ^d	1.290 ^d	26 ^d
Pretili (9)	PM	3.100 ^e	50 ^e	2.068 ^e	34 ^e
	NM	2.549 ^{e,f}	42 ^f	1.778 ^e	30 ^e

^a Broj u zagradi (N) označuje broj ispitanika.
^b PM = prije mršavljenja, NM = nakon mršavljenja, -10% početne tjelesne mase.
^c masa nemasnog tkiva (dakle, od ukupne mase tijela oduzeta masa masnog tkiva).
^d p<0,004, za usporedbu s početnim stanjem iste skupine.
^e p<0,001, za usporedbu s odgovarajućom vrijednošću normomasene skupine.
^f p<0,001, za usporedbu s početnim stanjem iste skupine.

VJEŽBA A: Činjenična raščlamba (Jedan ili više točnih odgovora)

1. Prema podatcima u tablicama 1 i 2 za promjene uzrokovane mršavljenjem točne su sljedeće tvrdnje:

- a) Normomasene osobe u procesu mršavljenja (-10% početne tjelesne mase) statistički značajno smanjuju odnos masnoga tkiva i bezmasne mase tijela.
- b) Pretile osobe pri mršavljenju relativno više smanjuju masu masnoga tkiva odnosu prema smanjenju mase tijela (13,4 kg/17,8 kg=75,3%) u usporedbi s promjenama masnoga tkiva u normomasenih osoba (4,4 kg/6,8 kg=64,7%).
- c) Mršavljenje uzrokuje signifikantno smanjenje ukupne dnevne energijske potrošnje i potrošnje energije u mirovanju u pretilih, ali ne u normomasenih osoba.
- d) Pri mršavljenju relativno smanjenje bezmasne tjelesne mase u odnosu prema smanjenju ukupne tjelesne mase relativno je veće u normomasenih osoba (2,4 kg/6,8 kg=35,3%) nego smanjenje u pretilih osoba (4,4 kg/17,8=24,71%).
- e) Sveukupna potrošnja energije normalizirana na kilogram bezmasne

mase tijela u obje skupine ispitanika mršavljenjem se statistički značajno smanjuje.

2. Funkcijske promjene u pretilih ljudi uključuju sljedeće mehanizme:

- a) Ekscentrična hipertrofija miokarda u pretilosti nastaje zbog povećanoga venskog priljeva, čime se povećava dijastolička napetost stijenke prema Laplaceovu zakonu.
- b) Porast bazalnoga metabolizma i energijske potrošnje u mirovanju posljedica je povećanja mase (pretežno masnoga tkiva) u kojem je raspregnuta oksidativna fosforilacija, te se većina energije pretvara u toplinu.
- c) Hipertrofija srca pri dugotrajnoj pretilosti pridonosi razvoju dekompenzacije srca budući da se smanjuje djelatanja pričuva organskoga sustava.
- d) Specifična se težina tijela debljanjem smanjuje budući da masno tkivo ima manju specifičnu težinu od drugih tkiva (primjerice skeletnih mišića).
- e) Fetalna pothranjenost zbog povećane sposobnosti uskladištenja masti, epigenetskim mehanizmima, kasnije u životu uz normalnu prehranu pogoduje razvoju debljine.

3. Homeostatička regulacija tjelesne mase uključuje sljedeće mehanizme:

- a) Povećano uzimanje hrane (unos kemijske energije) i smanjena potrošnja energije (primjerice sedentarni način života) uzrokuju pozitivnu energijsku ravnotežu i povećanu sintezu masti u adipocitima.
- b) Pri povećanoj tjelesnoj masi povećana je potrošnja energije pri fizičkim opterećenjima i termogenetski učinak hrane te smanjen tonus simpatikusa.
- c) U homeostatičkoj hipotalamičkoj regulaciji tjelesne mase sudjeluju polipeptid Y i proopimelanokortin, čija je aktivnost u znatnoj mjeri regulirana leptinom iz adipocita i inzulinom iz b-stanica Langerhansovih otočića.
- d) Pri kratkoročnom smanjenju dugotrajno ustaljene tjelesne mase smanjuje se tonus simpatikusa, povećan je termogenetski učinak hrane i povećana koncentracija trijodtironina te povećana parasympatička aktivnost.
- e) Homeostaza tjelesne mase usmjerenja je na održavanje uobičajene mase (pretile, normalne ili mršave), zbog čega je pri mršavljenju aktivnost endogenih mehanizama usmjeren na kompenzacijsko povećanje tjelesne mase.

4. U organizmu pretilih ljudi susreću se patogenetski mehanizmi:

- a) S energijske točke gledišta pretilost je posljedica negativne energijske ravnoteže koja predstavlja stanje s većim energijskim unosom u odnosu prema potrošnji.
 - b) Slobodne masne kiseline u krvi portalne vene smanjuju inzulinske učinke u jetri i time povećavaju glukoneogenezu te potiču stvaranje VLDL-a i LDL-a, što pridonosi hiperlipoproteinemiji i aterogenoj etiopatogenezi.
 - c) U pretilih je osoba povećana sinteza kolesterola u povećanoj masi masnoga tkiva u tijelu, zbog čega se kolesterol pojačano luči u žuč što pridonosi litogenosti žuči i sklonosti razvoju žučnih kamenaca.
 - d) Stalna obvezna potrošnja uključuje održavanje temeljnih staničnih funkcija (transporti, sinteza, prijenos signala), proizvodnju krvnih tlačnih gradijenata, te održavanje tonusa krvnih žila i tonusa šupljih organa.
 - e) Na metaboličkoj razini stupanj rasprostanja oksidativne fosforilacije, smanjen izražaj termogenina i povećanje jalovih metaboličkih ciklusa pridonose sklonosti razvoju pretilosti.
- 5. Pretilost djeluje kao etiopatogenetski čimbenik čiji doprinos u nastanku bolesti točno opisuju sljedeće tvrdnje:**
- a) Zbog povećane inzulinske osjetljivosti pretilih osoba povećana je koncentracija inzulina (kompenzacijска hiperinzulinemija) i istodobno održana normoglikemija, a to korištenje djelatne pričuve sustava pridonosi sklonosti razvoju šećerne bolesti.
 - b) U pretilih su osoba povećana statička i dinamička opterećenja u kralježnici i zglobovima zbog čega se na antigene lokomotornoga sustava mogu pokrenuti autoimunosni procesi koji pridonose razvoju artroza.

c) Smanjena osjetljivost na inzulin i hiperinzulinemija višestrukim mehanizmima pridonose razvoju arterijske hipertenzije, koja je česta u pretilih osoba i značajan je čimbenik u razvoju kardiovaskularnih komplikacija pretilosti.

- d) U masnom tkivu povećana je aktivnost aromataze koja iz androstendiona sintetizira estrogene što pridonosi razvoju hormonski ovisnih tumora.
- e) U ekscesivnoj pretilosti kao i Pickwickovu sindromu zbog potiskivanja ošta trbušnim strukturama razvija se hipoventilacija, a zbog hipoksemije se može razviti policitemija, plućna hipertenzija i sindrom kroničnoga plućnoga srca.

VJEŽBA B: Algoritmatska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični slijed:

1. Povećan unos hrane
2. Ograničavanje plućne ventilacije i hiperkapnija
3. Smanjena prosječna tjelesna aktivnost
4. Hiperleptinemija i hiperresitinemija
5. Ekscentrična hipertrofija miokarda
6. Kompenzacijска hiperinzulinemija i povećana proizvodnja C-peptida
7. Visceralna adipogeneza i lipogeneza
8. Povećana masa potkožnog i ektopičnog masnog tkiva
9. Sklonost razvoju šećerne bolesti
10. Povećana masa tijela
11. Hipoventilacijski sindrom
12. Prevaga kataboličkih procesa i mršavljenje
13. Hipertrigliceridemija i hipercolesterolemija
14. Dekompenzacija srca
15. Povećana statička i dinamička opterećenja lokomotornog sustava
16. Redukcijska prehrana (800 kcal/dan)

- 17. Povećana energijska potrošnja u mirovanju
- 18. Prevaga simpatičkoga neurovegetativnog odgovora
- 19. Pozitivna energijska ravnoteža
- 20. Ubrzani aterogenetski procesi
- 21. Sklonost razvoju žučnih kamenaca
- 22. Arterijska hipertenzija
- 23. Relativno povećanje krte (nemasne) tjelesne mase
- 24. Povećan minutni volumen srca
- 25. Smanjena potrošnja energije u mirovanju
- 26. Povećana litogenost žuči
- 27. Mehanički poremećaji i degenerativne promjene zglobova
- 28. Smanjena inzulinska osjetljivost receptora
- 29. Hiperadiponektinemija

VJEŽBA C: Povratna doradba problema

(Riješiti na način:

točno + točno + povezano = a

točno + točno + nepovezano = b

točno + netočno = c

netočno + točno = d

netočno + netočno = e

1. Poremećaj hipotalamičke regulacije energijske ravnoteže u pretilosti može uzrokovati povećano skladištenje kemijske energije u strukturama masnoga tkiva u obliku fosfolipida

jer

prevagom procesa potrošnje kemijske energije iz vlastitih struktura u mršavljenju (zbog reduksijske prehrane) smanjuje se masa masnoga tkiva, unatoč endogenim mehanizmima koji nastoje održati uobičajenu tjelesnu masu.

a b c d e

2. Sekundarni se oblici pretilosti pojavljuju u sklopu nekih bolesti (primjerice u hipotireozi te Cushingovoj bolesti)

kao sekundarna patogeneza koja proizlazi iz osnovne etiopatogeneze tih bolesti

jer

takva pretilost ne sudjeluje značajno u populacijskoj pretilosti koja u nekim zemljama zahvaća i do 30% cijelog pučanstva, a isto tako postoji populacijska sklonost povećanju tjelesne mase nakon 25-te godine života s približnom stopom od 0,3 kg/godina.

a b c d e

3. Osobe koje imaju naslijednu sklonost razvoju šećerne bolesti održavanjem normalne tjelesne mase (tjelesni maseni indeks ispod 28 kg/m²) smanjuju relativni rizik pojave bolesti

jer

u pretilih bolesnika sa šećernom bolešću neovisnom o inzulinu (tip II) mršavljenjem se mogu normalizirati jutarnja glikemija i test opterećenja glukozom, a pri tome se glikacija hemoglobina i kolagena ne mijenjaju.

a b c d e

Dopunska pitanja

4. Navedi dva razloga činjenice da je biološko skladištenje energije u obliku masti mnogo učinkovitije (po jedinici porasta mase tijela) u odnosu prema skladištenju biološke energije u obliku bjelančevina i ugljikohidrata (glikogena).

5. Odrasla osoba unosi godišnje prosječno oko $3,75 \times 10^6$ kJ kemijske energije. Za koliko će se teorijski povećati tjelesna masa u godini dana pri 2%-tnom povećanju energijskog unosa. (Kemijska energija 1 kg masnoga tkiva iznosi $3,24 \times 10^4$ kJ).

Matrica za rješavanje - V. dio. Učinci mršavljenja na masene i energijske pokazatelje u pretilih i normomasenih ljudi

(Rješenje poslati do 31. lipnja 2016.)

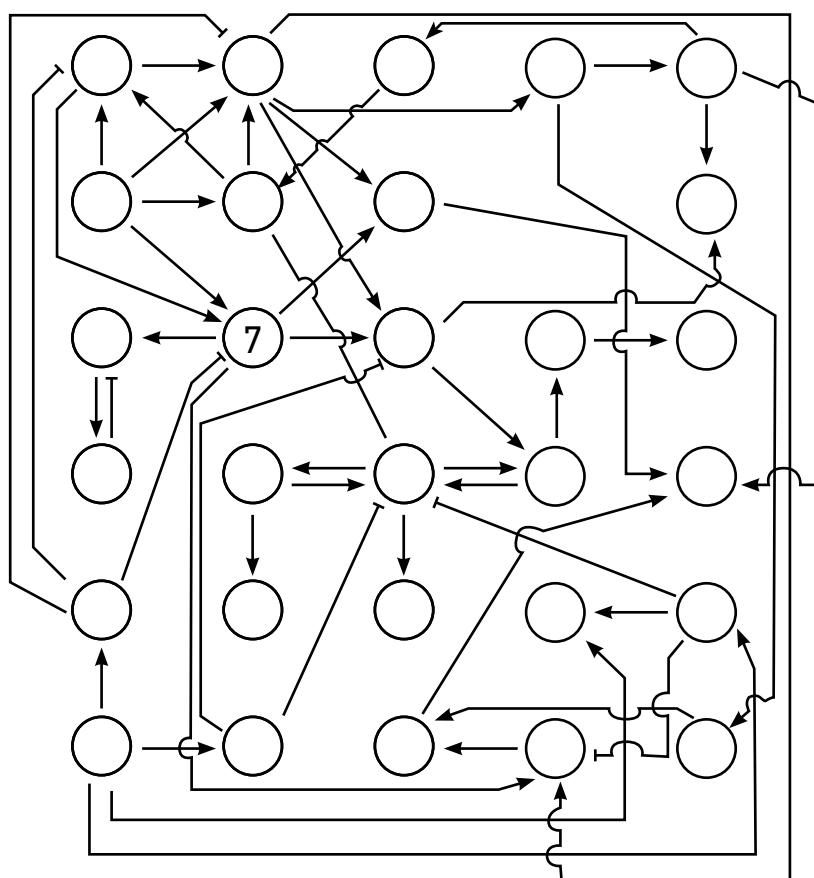
Ime i prezime: _____

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. _____





Prof. Poljak: Zašto nisam za relicenciranje s testovima prof. Kovača

Član našeg uredništva prof. dr. Zdenko Kovač i ja u zadnje vrijeme nikako da se razumijemo. On obiljem riječi nastoji dokazati kako je njegov test u Liječničkim novinama dobar i koristan, što ja ne poričem pa se prema tome on nepotrebno trudi. Ali, poučen iskustvom, protivim se samo tome da njegovi testovi imaju služiti stjecanju bodova za relicenciranje. Evo zašto!

Prije nekoliko godina me prof. Kovač, pročelnik Katedre za patofiziologiju Medicinskog fakulteta, na KBC-u Zagreb, toliko impresionirao originalnim i omašnim priručnikom „Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi“ da sam mu u Liječničkim novinama ishodio rubriku, popratilo je uvodom i dao joj naslov „Zagrebački model utvrđivanja etiopatogeneze“. Ovim je modelom prof. Kovač stekao priznanja diljem svijeta i bio je red da ga upoznaju i hrvatski liječnici. Patofiziološki pristup etiopatogenezi mojoj je generaciji značio nov pogled u medicini jer je nekoć zagrebačkom medicinom dominirala morfologija, a klinička patofiziologija praktički je postojala samo u rudimentima.

Iako Kovačevi testovi znanja danas padaju dodiplomskoj nastavi, mogu biti korisni i liječnicima kao trening i za osvježivanje znanja, ali ga nažalost naši čitatelji nisu dobro prihvatali. S jedne strane zato što testovi nisu laki pa zahtijevaju dobro predznanje, a s druge strane zato što autor upućuje čitatelje da prije rješavanja testa prouče određena poglavљa u njegovu udžbeniku.

Naši čitatelji većinom ne znaju što je dolika pa zato i naše Liječničke novine često samo površno prelistaju. Stoga se na uredničkom odboru Liječničkih novina nekoliko puta raspravljalo o sudbini Ko-

KONCEPCIJSKI „DVOBOJ“

prof. Poljak – prof. Kovač

vačeve rubrike, ali se odluka odgađala sve dok se možda nekom anketom ne utvrđi postotak njezina čitanja.

Pitanje Kovačevih testova ponovno se zaostriло od prošloga broj Liječničkih novina, otkad njihovo rješavanje liječnicima donosi bodove za relicenciranje. Tome sam se kao urednik usprotivio, ali kako nerado posežem za vetom, odlučio sam, nakon duge prepiske s prof. Kovačem, odluku prepustiti Komorinom Povjerenstvu za medicinsko usavršavanje liječnika. Njezin je predsjednik donio salomonsko rješenje: „Uzevši u obzir sve dosadašnje prepiske i apsolutni nedostatak vremena za bitne izmjene, neka test bude objavljen u sljedećim LN u obliku kakav je sada pripremljen. Pratit ćemo odjeke među liječnicima i prema tome donositi izmjene.“

Budući da sam kao urednik primio dosta „odjeka“ o petnaestak dosad objavljenih testova – rijetko koji pozitivan – evo da ih sažmem u nekoliko rečenica. Zanemarimo primjedbe poput „Pa to sam apsolvirao još kao student“ ili „Zahtijevaju previše vremena“ i pokušajmo razmotriti iskustva stečena sličnim višegodišnjim rješavanjem testova što ih u dogовору s Komorom priređuje časopis „Medix“, a Liječničke novine redovito donose popis liječnika koji su tamo „položili“ test.

Prvo je i najvažnije da se testovi za usavršavanje moraju odnositi na novosti iz medicine jer se sve ostalo može naći u studentskim udžbenicima. Drugo, u „Medixu“ se odgovori na sva pitanja mogu naći bez naporna traganja po literaturi jer ih „Medix“ nudi u člancima istoga broja u kojem su test pitanja. Samo ih treba pažljivo pročitati!

S tim je u vezi i pitanje ima li uopće smisla „trajna edukacija“ onako kako je u nas propisana omašnim „Pravilnikom o trajnoj medicinskoj izobrazbi“ jer je formalistička i može se kao od šale izigrati. Spomenimo samo javnu tajnu da se rješenja testova prepisuju. Lako možemo razumjeti umornog liječnika koji sebi na

takav neetički način olakšava život makar bi mu to trebalo zamjeriti.

Slično je i s bodovima koji se stječu po hađanjem stručnih predavanja jer se to svelo na čistu formalnost – za jedan sat sjedenja dobiješ nekoliko bodova. A je li neko predavanje bilo uspješno i jesli li što naučio, nitko te ne pita. Pravi je humor da će na taj način pedijatar steći bodove na ginekološkom predavanju a ginekolog na pedijatrijskom, a još je veći humor da profesor može steći bodove slušajući predavanje svog specijalizanta, a taj istovremeno (!) dobiva bodove jer „educira“ svog profesora. Još više bodova stječeš na kongresima koje možeš – ako su dosadni i loši – shvatiti kao ugodan kongresni turizam.

Pravoj trajnoj edukaciji neusporedivo više služe stručni časopisi, ali se nažalost više ne čitaju toliko kao nekada a niti se njihovo čitanje može kontrolirati onako kao sjedenje na predavanjima. Zborov Liječnički vjesnik, na primjer, ima doduše nakladu od oko 8000 jer je preplata uključena u članarinu Zbora, a što bi bilo da nije uključena možemo naslutiti po „Srpskom arhivu za celokupno lekarstvo“. Budući da njegova preplata nije uključena u članarinu, tiska se u svega nekoliko stotina primjeraka premda naši susedi imaju tridesetak tisuća liječnika.

Konačno, ne treba zaboraviti činjenicu da je praktična medicina zapravo zanat koji se uči praksom uz dobrog majstora, a ne u klupama. Prema tome, ne treba se zabrinjavati za edukaciju onog liječnika koji radi u timu neke bolnice pod nadzrom šefa odjela jer se tamo, hoćeš-nećeš, stalno educira. Ali kolegama koji rade na robinzonski način, bez svakodnevne komunikacije s ostalim kolegama, svakako treba omogućiti istinsko usavršavanje, npr. hospitiranjem na nekom bolničkom odjelu, kod dobrog majstora.

Eto, iznio sam razlog zašto naši liječnici ne vole baš jako svoju Komoru. A možda niti testove prof. Kovača.



Prof. Kovač: Zašto smo ustanovili rubriku „Zagrebački model utvrđivanja etiopatogeneze“

Odgovor uredniku Poljaku po točkama

Rubrika potiče cijelovito sagledavanje stanja bolesti od nano-razine (eg, diselektrolitemija, dishidracija itd.) preko makromolekularnih promjena (eg, genske i epigenetska razina, itd.) do makro-razine (simptomi i znakovi). Fiziološki procesi bolesti nisu linearni, redundantni su i s brojnim međureakcijama, što uzrokuje veliku varijabilnost kliničko-ga očitovanja, tijeka i ishoda stanja. Gotovo dogmatski većina liječnika prihvata da je razumijevanje etiopatogeneze najpouzdanija osnova za racionalnu dijagnostiku i terapiju. Urednik LN, prof. Poljak, potaknuo je i suočinio Rubriku, upravo s ciljem pojačanog razmatranja etiopatogeneze, na način aktivne raščlambe i resinteze znanja. Dakle, čitatelju i rješavaču ne nudi se gotova narativna „istina“, već matrični podatci koje treba ugraditi u cijelovit prikaz stanja. Matrični pristup u Rubrici primjenjuje načelo „**activity driven learning**“, koje teoretičari andragogije smatraju jednim od boljih načina razvoja znanja i razumijevanja.

Zanimljivo je da je Urednik nakon petnaestak objavljenih priloga u Rubrici u razdoblju 2014.-2016. godine - ustuknuo i počeo se zalagati za neke druge oblike trajne edukacije. Osvrnut ću se takšativno na urednikove dvojbe.

Prvo. Ne radi se o tomu da se urednik i autor Rubrike „u zadnje vrijeme nikako ne razumiđu“, već se urednik sada zauzima za neki drugi oblik trajnog usavršavanja, te u stanovitoj

mjeri kritizira sadašnji način licencnoga bodovanja, općenito. Slažem se da postoje brojni načini trajne edukacije, među kojima i ova Rubrika o algoritamskoj etiopatogenezi. Međutim, ako se komu više dopada jedan način, to ne znači da će nipođastavanjem drugih načina povećati uvjernjivost svojeg izbora.

Drugo. Potreban je ispravak tvrdnje da „*Kovačevi testovi znanja danas pripadaju dodiplomskoj nastavi*“. Urednik je ispravno primijetio referiranje na kvarterne tekstove u udžbenicima¹, a pri tome zanemario da se svaki zadatak istodobno referira na primarne ili sekundarne (pregledne) objavnine na temelju kojih je matrični zadatak sačinjen. Isto tako je zanemaren i stupanj „težine“ koji su „B“ i „C“ razine² i koji ne pripadaju dodiplomskoj razini. Konačno zanemarena je činjenica da je Treća knjiga Patofiziologije³ (iz koje se preuzima dio materijala za Rubriku) koncepcijski i strukturom priručnik i **problem-solver** s obrađenih 1165 stanja bolesnika, a primarno je namijenjena pružavanju etiopatogeneze na višim razinama liječnikova usavršavanja⁴.

S druge strane, ako je točna tvrdnja da tematika i akademска razina Rubrike može biti korisna samo kao „*kao trening i za osježivanje znanja*“, onda bi rješavanje moglo biti tek puka „dječja igra“ za prosječnoga rješavača. Potpuno, nasuprotni tomu, uredništvo LN je kadšto izražavalo bojazan da je „preteško“ (prema osobnom svjedočenju na sjednici, veljače 2016.), a Povjerenstvo za edukaciju HLK-a je odredilo neočekivano visoku bodovnu vrijednost.

Treće. Urednik tvrdi da su reakcije na Rubriku do sada bile „*rijetko pozitivne*“. Unatoč tomu, Urednik nije zaustavio Rubriku, a niti je provedena čitateljska anketa u razdoblju 2014.-16. Urednikove dojmove, s druge strane, smatram važnom procjenom te predlažem LN-ama uspostavu povratnih objektiviziranih kanala komunikacije s čitateljima.

Četvrtvo. Urednik laudira metodičkom pristupu časopisa Medix, jer „*se test pitanja moraju odnositi na novosti iz medicine*“ te da se „*odgovori na sva pitanja mogu naći bez napornog traganja za literaturom*“ a Medix ih „*nudi u člancima dotičnog broja. Samo ih treba pročitati!*“. Potrebno je utvrditi dvi-

je pojave. Urednik u raščlambi i resintezi znanja u Rubrici ne prepoznaće metodičku novinu i snagu – a zbog toga je ustanovljena Rubrika⁵. Potom, Urednik se zalaže za test - tipa pitalice na zadani narativni opis, bez nužne potrebe razumijevanja međuodnosa u osnovi kliničke pojave. Za razliku od toga Rubrika integrativno razumijevanje promiče kao zahtjev *sine qua non*.

Peto.. Urednik govori o trajnoj edukaciji kao je formalizmu koji se može „*kao od šale izigrati*“. U metodici Rubrike su ugradeći mehanizmi koji učinkovito štite istinske rješavače⁶. Unatoč tomu, urednik zagovara drukčiji metodički pristup.

Sesto Urednik se dotakao kompartmentalizacije u medicini i naglašava da je „*pravi je humor da će (...) pedijatar steći bodove na ginekološkom predavanju*“. S druge strane, kada Rubrika ponudi etiopatogenezu koja nije granski obojena – urednik ustuknuo i pozvao na ovaj akademski dvoboja. Slično se može primijeniti na odnos učenika i učitelja – tko koga može podučavati. Nikada nisam dvojio mogu li neposredna liječnikova opažanja i iskustva biti važnim izvorom podataka za integraciju znanja, bez obzira tko je opažač - učitelj ili učenik. To je uostalom i povijest jasno posvjedočila u mnogo primjera.

Sedmo.. U odnosu na praktična znanja, vještine i kompetencije urednik alegorički upućuje da je „*praktična medicina zapravo zanat koji se uči kod dobrog majstora*“. Takva **majstor-segret-paradigma** načelno je točna, ali ne znači da nema i da ne treba biti pomaka u razumijevanju procesa etiopatogeneze u bolesniku - među sudionicima te paradigmе. Rubrika nudi jedinstven pristup, koji može obogatiti i potaknuti novu dimenziju unutar radnog obrasca i kod „segreta“ i kod „majstora“, istodobno.

Osmo. Aforizam o razlogu „*zašto naši liječnici ne vole baš jako svoju Komoru*“ vidim kao simpatičnu dosjetku. Ne vjerujem da je urednik implicite mislio na Rubriku. Međutim, držim da je kvaliteta odnosa liječnika i staleške udruge s mandatornim legislativnim nadleštвом i parafiskalnim okvirom uvjetovana čimbenicima sasvim druge naravi.

¹ Primjerice, preporučene su neke stranice u S Gamulin i sur. **Patofiziologija. Knjiga prva, 7. izdanje.** Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

² Zadatci studijske razine B i C su namijenjeni su trajnoj edukaciji, v. str XIV-XV, u Z Kovač i sur. **Patofiziologija – Zadataci za problemske seminare.** Knjiga druga. Treće izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011.

³ Z Kovač i sur. **Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Prvi – Četvrti dio.** Medicinska naklada Zagreb 2013.

⁴ V. Predgovor, str. XIII-XV, idem.

⁵ V. Ž Poljak. **Uvod u novu rubriku.** LN 2014; 128: 34

⁶ V. Naputak za rješavanju u Komorin test znanja. LN 2016: 147: 70.

Zdravstveno osiguranje za sve građane

Sveobuhvatna zdravstvena zaštita (Universal Health Coverage – UHC) znači osiguranje dovoljno kvalitetne i učinkovite preventivne, kurativne, rehabilitacijske i palijativne zdravstvene zaštite svakome kome je potrebna, istovremeno osiguravajući da ih potreba za korištenjem navedene zdravstvene zaštite ne dovede u finansijske poteškoće. Zdravstvene usluge trebaju dobiti svi koji ih trebaju, a ne samo oni koji ih mogu platiti. Kvaliteta zdravstvenih usluga treba poboljšati zdravlje primatelja zdravstvenih usluga, koji bi pritom trebali biti zaštićeni od finansijskog rizika.

Sveobuhvatna zdravstvena zaštita temelji se na Ustavu Svjetske zdravstvene organizacije iz 1948. godine koja zdravlje proglašava temeljnim ljudskim pravom. Zdravlje za sve propisano je i deklaracijom u Alma Ati 1978. Kao jedan od ciljeva održivog razvoja, sveobuhvatna zdravstvena zaštita donosi nadu za boljom zdravstvenom zaštitom najsiromašnijih.

Republika Hrvatska jedna je zemalja svijeta koja svojim građanima pruža sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja, a koju osigurava Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). Svi građani s prebivalištem u RH imaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje po nekoj od osnova iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Vodeći se načelima sveobuhvatnosti i dostupnosti prema kojima je zdravstvena zaštita dostupna svim građanima RH, te

temeljem solidarnosti, HZZO nudi i dopunsko zdravstveno osiguranje:

- jedino s jednakom cijenom za sve osiguranike, neovisno o životnoj dobi i zdravstvenom stanju;
- jedino čuva cijenu prihvatljivu i siromašnjim građanima, a koja se NE temelji na procjeni rizika i stvarnoj potrošnji;
- pokriva sve ugovorne zdravstvene ustanove u RH karticom koja služi za bezgotovinsko pokrivanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite;
- lider je u provođenju dopunskog zdravstvenog osiguranja koji ne radi za profit i bonuse managerima, već unaprjeđuje zdravstveni sustav RH;
- otpisuje manje iznose kamata i garantira ugovorenu cijenu do isteka osigurateljnog razdoblja važeće police;
- priprema specijalnu ponudu za osiguranje tri ili više člana obitelji;
- jedino koje potpuno besplatno osigura zdravstvene usluge našim najosjetljivijim skupinama građana (osigurane osobe čiji ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno nije veći od 1.516,32 kn, te za osiguranike – samce, ako im prihodovni cenzus u prethodnoj kalendarskoj godini nije veći od 1.939,39 kn; učenici i redoviti studenti stariji od 18 godina; redovni darivatelji krvi; darivatelji organa; osigurane osobe s invaliditetom koje imaju 100% oštećenja organizma, odnosno tjelesnog ošteće-

nja prema posebnim propisima; osobe s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem ili psihičkom bolešću zbog kojih ne mogu samostalno izvoditi aktivnosti primjene životnoj dobi sukladno propisima o socijalnoj skrbi).

Policom dopunskog zdravstvenog osiguranja osigurava se pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite i to za:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 25,00 kn,
2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 50,00 kn,
3. ortopedска i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala – 50,00 kn,
4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 25,00 kn po danu,
5. liječenje u drugim državama članicama i trećim državama sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 2011/24/EU, Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i općem aktu Zavoda, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno,



6. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 100,00 kn po danu,
7. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18 do 65 godina stariosti – 1.000,00 kn,
8. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe starije od 65 godina – 500,00 kn.

Policom dopunskog osiguranja HZZO osigurava i sudjelovanje u pokriću troškova zdravstvene zaštite u visini od 10,00 kn za:

- zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine, skladno općem aktu Zavoda,
- izdavanje lijeka po receptu.

Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koji se osigurava dopunskim zdravstvenim osiguranjem po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznosi 2.000,00 Kn.

Važno je naglasiti kako su prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, od sudjelovanja u pokriću zdravstvene zaštite u cijelosti oslobođeni:

- djeca do 18 godina života, kao i djeca koja su potpuno i trajno nesposobna za samostalan život i rad (mogu biti i stariji od 18 godina);
- trudnice za bolesti povezane s trudnoćom;
- osiguranici oboljeli od kroničnih psihijatrijskih bolesti vezano za liječenje njihove psihičke bolesti;
- osiguranici s HIV infekcijama;
- oboljeli od zločudnih bolesti za zdravstvenu zaštitu povezanu sa zločudnom bolesču;
- osobe koje se liječe od profesionalne bolesti za zdravstvenu zaštitu koja im je potrebna za liječenje njihove profesionalne bolesti;
- oko 75.000 branitelja i članova njihovih obitelji s HB iskaznicom temeljem prava koja ostvaruju po Zakonom o pravima hrvatskih branitelja iz domovinskog rata i članova njihovih obitelji.

Povjerenje u partnere

Bez obzira na duge godine krize uspjeli smo održati i sačuvati javni, solidarni i egalitarni sustav zdravstva. Kao 28. članica Europske Unije, Hrvatska se među ostalim obvezala i da će sve segmente upravljanja državom temeljiti na demokratskim i solidarnim načelima, te je

time samo ojačana ideja o očuvanju javnog zdravstvenog sustava kakav poznamo, te koji zdravstvena administracija jamči. Za takav zdravstveni sustav moramo se zalagati svi, svaki građanin, a posebice liječnik koji je na prvoj crti zdravstvene zaštite i brine za zdravlje građana. Svi trebamo biti svjesni kako je svatko od nas na svoj način odgovoran za opstanak zdravstvenog sustava Republike Hrvatske prvenstveno kroz racionalno korištenje ograničenih resursa zdravstvenog sustava i promišljeno donošenje odluka koje uključuju i brigu za najosjetljivije skupine pacijenata poput djece, trudnica, starijih i siromašnih. Upravo je to ideja kojom se vodi HZZO i njegov segment dopunskog zdravstvenog osiguranja jer jedino solidarnim i ujedinjenim pristupom zajedničkim snagama gradimo kvalitetan javno zdravstveni sustav i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu.

Tekst napisan u suradnji sa stručnim službama HZZO-a.

[http://www.who.int/campaigns/world-](http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/posters/en/)

[health-day/2016/disclaimer/en/](http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/disclaimer/en/)



Doc. dr. sc. DAMIR ERCEG dobitnik je Državne godišnje nagrade za sport „dr. Franjo Bučar“ 2015.

Neumorni borac protiv dopinga u sportu



Dugi niz godina doc. dr. sc. Damir Erceg neumorno djeluje u zdravstvenoj edukaci i izobrazbi sportaša, s naglaskom na prevenciji štetnog djelovanja dopinga u sportu, posebice kod mlađih kategorija

Doc. dr. Damir Erceg, dopredsjednik Komorinog stalnog Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti, jedan je od laureata najviše Državne nagrade za sport zbog dugogodišnjega uspješnog djelovanja u sportu, najprije kao aktivnog sportaša, rukometića, poslije sportskog liječnika, te naposljetku kao jednog od predvodnika borbe protiv dopinga u sportu u Hrvatskoj.

Deset godina je proveo u farmaceutskoj industriji (Pliva) na području pretkliničkog ispitivanja lijekova, kliničkog ispitivanja lijekova i farmakovigilancije. Nakon toga završava specijalizaciju iz kliničke farmakologije s toksikologijom. Uža područja interesa bila su mu sudsbita lijeka u organizmu i nuspojave lijekova.

Priznati ekspert

Bio je prvi ravnatelj HADA-e (Hrvatske agencije za borbu protiv dopinga u športu) od njezina osnivanja 2007. do spajanja s Hrvatskim zavodom za toksikologiju 2010. U razdoblju od 2007.-2010. kordinator je antidopinga i licencirani dopinški kontrolor na više svjetskih i europskih natjecanja, te na brojnim međunarodnim i nacionalnim natjecanjima u atletici, nogometu, rukometu, košarcima, vaterpolu, triatlonu, obojci, veslanju itd. Treba istaknuti i činjenicu da je doc. Erceg kao priznati ekspert na ovom području bio višegodišnji član Monitoring grupe Vijeća Europe za nadzor konvencije za borbu protiv dopinga u sportu.

Dugi niz godina neumorno djeluje u zdravstvenoj edukaciji i izobrazbi sportaša, s naglaskom na prevenciji štetnog djelovanja dopinga u sportu, posebice kod mlađih kategorija. U svojstvu člana medicinskog tima HOO-a2008. sudjeluje na Olimpijskim igrama u Pekingu. Član je medicinskog tima na Mediteranskim igrama u Pescari 2009. Nakon odlaska s mjesta ravnatelja HADA-e vraća se u svoju matičnu ustanovu, Dječju bolnicu Srebrnjak, u svojstvu voditelja odjela za klinička ispitivanja. Na tome je mjestu od 2011.- 2014. zajedno s antidopinškim laboratorijem u Seibersdorfu

(Austrija) i WADA-om proveo tri znanstveno-istraživačka projekta na pronalaženju novih analitičkih metoda u borbi protiv dopinga u sportu (područje analitike anaboličkih steroida, steroidni dio biološke putovnice, nova metoda detekcije estera testosterona i područje autolognoga krvnog dopinga).

Koordinator antidopinga

Zadnji znanstveno istraživački projekt posebice je značajan; krajem prošle godine objavljen je i znanstveni rad u kojem se opisuje nova metoda za detekciju estera testosterona koja upotpunjuje postojeće metode na ovom području i unapređuje analitiku detekcije anaboličkih steroida.

U svojstvu stručnjaka u borbi protiv dopinga u sportu i sportskog liječnička surađuje s muškom rukometnom reprezentacijom, paraolimpijskom plivačkom reprezentacijom i PK „Natator“, udrugom „Kamp rukometnih vratar“, te pojedinim vrhunskim sportašima. Trenutno je član medicinskog tima ženske odbojkaške reprezentacije, kao i suradnik Rukometnog kluba PPD Zagreb. Kao koordinator antidopinga sudjelovao je i na Europskom prvenstvu u košarcima koje je, među ostalim, nedavno održano u Zagrebu.

Autor je preko 80 sažetaka i znanstvenih radova, od kojih izdvajamo desetak iz područja borbe protiv dopinga u sportu i iz sportske medicine. Na domaćim i međunarodnim simpozijima održao je niz predavanja o terapijskim izuzećima, kako bi senzibilizirao liječničku struku na ovaj važan segment rada sportskih liječnika. Autor je poglavlja 2. izdanja sveučilišnog udžbenika „Medicinsko-biokemijska dijagnostika“ pod nazivom „Doping“ (tisk u pripremi) i koautor poglavlja o alergijama i bolestima respiratornog sustava. Na Katedri za farmakologiju MEF-a u Osijeku izabran je krajem prošle godine u zvanje docenta.

Jure Divić

Šezdeset godina kliničke citologije u KB-u "Merkur"

Doc. dr. prim. IKA KARDUM-SKELIN, pročelnica Zavoda za kliničku citologiju i citogenetiku KB-a Merkur
ika.kardum-skelin@zg.t-com.hr



Prof. dr. sc. Erik Hauptmann



Prof. dr. sc. Inge Črepinko



Prof. dr. sc. Zdenko Škrabalo



Prof. dr. sc. Zvonimir Singer

Djelatnici Zavoda za kliničku citologiju i citogenetiku (ZKCC) KB-a Merkur proslavili su 11. prosinca 2015. šezdeset godina kliničke citologije u toj ustanovi Simpozijem koji su posvetili svojim učiteljima: prof. dr. Ingi Črepinko, prof. dr. Eriku Hauptmannu, dr. sc. Zvonimiru Papiću, prof. dr. Zvonimiru Singresu i prof. dr. Zdenku Škabalu. Ponosni su na bogatu tradiciju citologije, čiji su osnivači eminentni stručnjaci i znanstvenici međunarodnog ugleda. Tijekom 60 godina postojanja citologija KB-a Merkur do današnjeg dana je u samom svjetskom vrhu zahvaljujući prvenstveno entuzijazmu njenih djelatnika koji njeguju profesionalan odnos prema struci, a ona je interdisciplinarna, nije stereotipna i ne uklapa u već ustaljene, poznate i tradicionalne specijalnosti. **Sto godina nakon rođenja prof. Hauptmanna (1916.) citologija u Merkuru sanjala je i dosanjala „raskoš od citologije“.**

Počeci su vezani uz dolazak prof. Inge Črepinko 1955. u Zavod za kliničku kemiju i laboratorijsku medicinu, koja postaje nakon osnivanja Laboratorija za hematologiju i citologiju na internoj klinici KB-a Merkur njegova prva voditeljica. zajedno s predstojnikom Klinike za unutarnje bolesti, prof. Hauptmannom uvela je aspiracijsku citologiju hematopoetskih organa, štitnjače i raznih tumora, brojne citokemijske analize te citologiju jetre, uz prof. dr. Svebora Čerleka i prof. dr. Maru Dominis. Prof. Črepinko se usavršavala u hematološkim laboratorijima u Gissenu i Innsbrucku te u Boltzmannovu institutu u Beču. Godine 1970. postaje prva predsjednica Sekcije za citologiju i citodiagnostiku ZLH-a, 1973. učlanjena je u IAC (International Academy of Cytology), a 1993. postaje član Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Godine 1974. jedna je od osnivača specijalizacije iz medicinske citologije, a 1979. prva predsjednica Udruženja kliničkih citologa

Jugoslavije (UKCJ) i prvog kongresa UKCJ. Njen i naš laboratorij bio je stjecište europskih citologa i hematologa, koji su od učili od prof. Črepinko. Odlikovana je Ordenom rada sa zlatnim vijencem 1973., a od stručno-znanstvenih društava primila je 11 diploma i priznanja (*Acta Med Croatica, 2011.*).

Prva punkcija tumora

Prof. Hauptmann je kao Rockefellerov stipendist boravio na Duke University u SAD-u, gdje nadograđuje svoje znanje iz hematologije, napose hematološke citologije, a otkriva i značajnu ulogu tumorske citodiagnostike u kliničkoj medicini. Godine 1948. publicira "The Cytologic Features of Carcinomas as Studied by Direct Smears" u American Journal of Pathology. Upravo taj njegov rad, kao i tekst "Citološka dijagnostika karinoma" objavljen po povratku u Liječničkom vjesniku 1952. godine, postaju pisanom osnovom naše kliničke citologije. Praktično je 1948. izveo prvu punkciju tumora tankom iglom (citološku punkciju) na Internom odjelu Klinike na Rebru, gdje je radio nakon povratka iz Amerike. Uz veliku podršku patologa, prof. dr. Ante Zimola osniva 1967. na Medicinskom fakultetu u Zagrebu prvi poslijediplomski studij iz kliničke citodiagnostike kao oblik organizirane nastave iz citologije. Kao docent dolazi 1956. s Rebra te postaje osnivač i predstojnik Klinike za unutarnje bolesti u Bolnici „dr. Ozren Novosel“, sadašnjem KB-u Merkur. Imenovan je za eksperta i konzultanta Svjetske zdravstvene organizacije u Indiji. (*Acta Med Croatica, 2008.*)

Po završetku specijalizacije iz ginekologije, prof. Singer je osnovao Laboratorij za eksfolijativnu ginekološku citologiju u Ginekološko-porodajnom odjelu bolnice. Educirao se na klinikama diljem Europe, a nakon polo-



Djelatnice Zavoda za kliničku citologiju i citogenetiku, sudionice Simpozija. Stoje: dr. Mia Šunjić Stakor, prim. dr. sc. Gordana Kaić (voditeljica Odjela za aspiracijsku citologiju), Gordana Knežević (citotehnologinja), dr. Biljana Jelić Puškarić, Veronika Anić (citotehnologinja), Ana Goleš-Babić (administratorica); sjede: doc. dr. Ika Kardum-Skelin (procelnica Zavoda), dr. Karmela Šentija i dr. Dunja Šušterčić

ženog ispita iz citopatologije u Beču pred Internacionallnim odborom za citopatologiju, 1978. postaje redovni član (FIAC) IAC-a. Godinu dana nakon toga i Odsjek za citologiju i kliničku genetiku, čiji je voditelj prof. Singer, dobiva status pridruženog laboratorija IAC-a (IAC Board for Laboratory Certification). S dolaskom dr. Đurdice Šips, uz rano otkrivanje malignih promjena, počela se pridavati pozornost hormonalnoj citologiji. Prof. Singer se rano počeo baviti citogenetikom; 1972. g. uvedena je metoda rane amniocenteze. Kasnije se, za potrebe Interne klinike, počela raditi i kariotipizacija koštane srži, a krajem 1986. se uvodi dijagnostika kromosomskih abnormalnosti iz tkiva korionskih resica. (*Acta Med Croatica*, 2011.).

Laboratorij za citologiju

Prof. Škrabalo kao stipendist Humboldtove zaklade boravi na usavršavanju iz endokrinologije i dijabetologije 1962. i 1963. u Hamburgu, gdje radi na klinici prof. Joreša, uz prof. Nowakowskog, koji osniva prvi laboratorij za citologiju endokrinih organa (štitnjače i muških spolnih žlijezda) u Njemačkoj. Neko je vrijeme na usavršavanju u Londonu (Guy's Hospital), Louvainu (Université Catholique du Louvain), Bostonu (Harvard University – Joslin Clinic) i Torontu (Banting and Best Diabetes Centre). Prof. Škrabalo zajedno s prof. Črepinko

razvija citologiju štitnjače te od 1967. radi na osnivanju Laboratorija za citologiju u klinici „Vuk Vrhovac“. Nakon toga s dr. Katonom i dr. Papićem potiče istraživanja muških gonada kod muške neplodnosti (HAZU).

Dr. sc. Zvonimir Papić 1974. postaje prvi voditelj Laboratorija za endokrinološku citologiju, koji od 1975. djeluje u sklopu Morfološkog odsjeka. Osim citologije štitnjače i muških gonada, rade se biopsije testisa te rutinska hematološka dijagnostika. Zaslužan je za citodiagnostiku muških gonada, naročito u neplodnosti, koja je bila i tema njegove doktorske disertacije. Njegove ideje i istraživanja i danas se citiraju u domaćoj i stranoj literaturi. (*Acta Med Croatica*, 2011.).

Citolozi KB-a Merkur od samoga su početka sukreatori sustavne edukacije svih profila uključenih u kliničku citologiju u Hrvatskoj kao osnivači, voditelji i/ili predavači te mentor specijalantima, diplomantima i doktorandima. Članovi su i/ili predsjednici te tajnici mnogih domaćih i međunarodnih znanstvenih i stručnih udruženja, kao što su AMZH, Internationalna akademija za citologiju, Europsko udruženje citologa, Europsko udruženje citotehnologa, Hrvatsko društvo za kliničku citologiju (HDKC) HLZ-a i Hrvatska udružnica citotehnologa. I danas su citolozi KB-a Merkur na domaćim i svjetskim

kongresima i simpozijima predsjednici, članovi organizacijskih i znanstvenih odbora, pozvani predavači, moderatori rasprava, članovi ili predsjedatelji sekcija te aktivni sudionici.

Do 2010. godine djelovale su ove cito-loške djelatnosti kao zasebne jedinice, a nakon kada počinju djelovati zajedno u sklopu Zavoda za kliničku citologiju i citogenetiku KB-a Merkur. U sklopu ZK-CC-a rade jedna osoba s znanstveno-na-stavnim zvanjem, tri primariusa s dok-toratom znanosti i zvanjem znanstvenog suradnika, dvije polaznice doktorskog studija na MEF-u u Zagrebu, tri prvo-stupnika imaju edukaciju iz citotehno-logije te šest zdravstveno-laboratorijskih tehničara, također s edukacijom i gole-mim iskustvom iz citotehnologije.

Multidisciplinarni pristup

Stručni dio Simpozija kojim je obilježena 60-godišnjica obuhvatio je kliničko-dijagnostički multidisciplinarni pri-stup u području mijelodisplazija, bolesti endometrija i štitnjače. Zavod za hematologiju KB-a Merkur je u rujnu 2015. postao Referentni centar Ministarstva zdravlja za mijelodisplastični sindrom, što je bio razlog izbora prve teme Simpozija. O novostima u mijelodisplastičnom sindromu s različitim aspekata govorili su kliničari i dijagnostičari, prof. dr. Slobodanka Ostojić Kolonić, dr. sc. Njetočka Gredejl Šimec, doc. dr. Kar-dum-Skelin, dr. Jelić Puškarić, prim. dr. sc. Gordana Kaić, mr. sc. Zoran Šiftar, doc. dr. Mirjana Marijana Kardum Paro i dr. Inga Mandac Rogulj. Drugu temu, o citologiji u bolestima endometrija, obradile su prim. dr. sc. Karmela Šenti-ja, prim. dr. sc. Ines Krivak Bolanča i dr. Suzana Katalenić Simon, nakon uvod-nog predavanja o multidisciplinarnom pristupu dijagnostici raka endometrija kliničara prof. dr. Vlastimira Kukure. Dr. Mia Šunjić Stakor prikazala je zani-mljiv slučaj papilarnog karcinoma štitnjače u scintigrafski vrućem čvoru.

Opširnije o Simpoziju na web stranicima KB-a Merkur
<http://www.kb-merkur.hr/> i HDKC,
[HLZ-a](http://citologija.hlz.hr/) <http://citologija.hlz.hr/>

Dodjela Godišnje nagrade mladim znanstvenicima i umjetnicima Društva sveučilišnih nastavnika i drugih znanstvenika

Dr. sc. Tomislav Kopjar jedini je liječnik među nagrađenim znanstvenicima

KSENIJA VUČUR, dr. med., ksenija_vucur@hotmail.com

Mladi liječnici često preispituju vlastite odluke jer je, napoljektu, za uspješno liječenje potrebno iskustvo. Zašto će pacijent biti liječen na »ovaj«, a ne na »onaj« način? Koji su dokazi da se potkrepljuje neka odluka o načinu liječenja? Je li jedna metoda superiorna nad drugom? Sve su to pitanja koja si liječnici svakodnevno postavljaju pri donošenju odluke o načinu liječenja svojih pacijenata, a naročito onih koji su na krajevima Gaussove raspodjele učestalosti pojedine bolesti.

Sigurnost pri radu, ona koja proizlazi iz stručnosti, proizvod je stečenog znanja i stručnog usavršavanja. Potvrda vlastitoga rada koja dolazi od zadovoljnog pacijenta i iskusnijih kolega potiče sigurnost i daljnje djelovanje. Osim što mladi liječnici prilikom preispitivanja vlastitih odluka o liječenju konzultiraju starije kolege, istovremeno i jedni i drugi vlastite odluke potkrepljuju odgovorima iz literature koja se bazira na znanstvenim istraživanjima.

Usprkos dugogodišnjoj tradiciji dodjele ove nagrade, popularnost prijavljivanja među mladim liječnicima je relativno niska

Znanstvena istraživanja u medicini utemeljuju „medicinu baziranu na dokazima“, termin engleskog govornog područja koji se svim liječnicima usjekao duboko u svijest i podsvijest još za studentskih dana. Neraskidiva veza medicine zasnovane na dokazima i znanosti ukazuje na znanost kao neizostavan dio liječničke profesije. Dodjela godišnjih nagrada mladim znanstvenicima i umjetnicima Društva sveučilišnih nastavnika i drugih znanstvenika u Zagrebu iznimno je poticaj za etabriranje mlađih znanstvenika i umjetnika te za promicanje njihova djelovanja.

Društvo od svojeg utemeljenja 1919. godine razvija i produbljuje znanstveni i visokoškolski obrazovni rad. Za prvog predsjednika Društva izabran je Julije Golik, tadašnji rektor Sveučilišta u Zagrebu. Podatak o gotovo stoljetnom djelovanju Društva još je dojmljiviji sjetimo li se samo turbulentne prošlosti XX stoljeća našeg podneblja.

Prosudba stručnih recenzentata

Nastavivši tradiciju, u 97. godini svoga djelovanja, Društvo je i ove godine dodijelilo Godišnju nagradu mladim znanstvenicima i umjetnicima za najbolje rade objavljene u 2015. godini. Povjerenstvo za dodjelu Nagrade je na temelju prosudbe stručnih recenzentata predložilo 12 radova mlađih znanstvenika, a Upravni odbor Društva prihvatio je prijedlog. Svečana dodjela nagrada održana je 14. ožujka u auli Rektorata Sveučilišta u Zagrebu. Nagrade su laureatima uručili predsjednik sveučilišnih nastavnika i drugih znanstvenika prof. emer. Željko Horvatić, predsjednik Povjerenstva za dodjelu Nagrade prof. emer. Mladen Franz te rektor Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. Damir Boras. Na dodjeli su sudjelovali još i prorektor za znanost, međuinstitucijsku i međunarodnu suradnju prof. dr. Miloš Judaš, zamjenica Gradonačelnika Vesna Kusin, izaslanik predsjednika Sabora RH prof. dr. Miroslav Tuđman i glavni tajnik Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti Pavao Rudan.

Tomislav Kopjar, specijalist opće kirurgije, jedini je liječnik među nagrađenim mlađim



Dodjela Godišnje nagrade mladim znanstvenicima i umjetnicima za 2015. godinu

**Dr.sc. Tomislav Kopjar i
prof. emeritus Željko Horvatić**

znanstvenicima. Titulu doktora znanosti stekao je obranivši disertaciju naslova «Povezanost patohistoloških promjena miokarda lijevoga atrija i njegovoga reverznoga strukturnoga remodeliranja u bolesnika nakon kardiokirurškoga liječenja mitralne insuficijencije». U ulozi je poslije doktoranda na Medicinskom fakultetu u Zagrebu i na Klinici za kardijalnu kirurgiju KBC-a Zagreb. Član je Povjerenstva za mlade liječnike Hrvatske liječničke komore. Nagradu iz područja biomedicine i zdravstva, polje kliničke medicinske znanosti, primio je za rad «Postoperative Atrial Fibrillation Is Associated With High On-Aspirin Platelet Reactivity» objavljen u časopisu The Annals of Thoracic Surgery, službenom glasilu Društva torakalnih kirurga SAD-a.

Dugogodišnja tradicija

Prospektivna randomizirana studija kojom je po prvi puta procijenjen utjecaj dvojne antiagregacijske terapije na ishod liječenja bolesnika rezistentnih na aspirinski terapiju nakon aortokoronarnog premoštenja publicirana je u radu «Impact Of Dual Antiplatelet Therapy On Outcomes Among Aspirin-Resistant Pa-

tients Following Coronary ArteryBypass Grafting» u časopisu The American Journal of Cardiology. Suradnjom koautora uključenih u izvođenje te randomizirane studije provedena je retrospektivna, «post hoc» analiza, čiji je rezultat znanstveni rad «Postoperative Atrial Fibrillation Is Associated With High On-Aspirin Platelet Reactivity», predmet dodijeljene nagrade. U ranijim studijama je naznačena trombocitna aktivnost zabilježena u bolesnika s premećenim srčanim ritmom, fibrilacijom atrija, u usporedbi s kontrolnom skupinom zdravih bolesnika, bez komorbiditeta i bez fibrilacije atrija u sinusnom ritmu. Ista razlika nije primijećena pri usporedbi s kontrolnom skupinom bolesnika u sinusnom ritmu s pridruženim komorbiditetima. Time je otvoreno pitanje povezanosti naznačene trombocitne aktivnosti i fibrilacije atrija. U nagrađenom znanstvenom radu, koji su Tomislav Kopjar i suradnici objavili, prvi je puta dokazana povezanost fibrilacije atrija i dodatne aktivnosti trombocita neovisno o pridruženim bolestima.

Usprkos dugogodišnjoj tradiciji dodjele ove nagrade Društva mladim znanstvenicima, popularnost prijavljivanja među

mladim liječnicima je relativno niska.

U posljednje vrijeme Hrvatska liječnička komora upozorava na sve brojniji odlazak liječnika u inozemstvo. To su sve visokoobrazovani, mahom mlađi liječnici, a nerijetko se radi o liječnicima-znanstvenicima. Neprestane promjene strategije visokog obrazovanja i znanosti, problemi financiranja znanstvenih projekata i državnih poticaja znanstvenom radu, nesiguran status znanstvenih novaka i njihova budućnost doprinose sve brojnijem odlasku mlađih znanstvenika iz Hrvatske. U prikazivanju broja onih koji odlaze bitno je razlikovati one koji odlaže na usavršavanje i vraćaju se u Hrvatsku od onih koji zbog nemogućnosti zapošljavanja ili napredovanja svoj put nastavljaju dugoročno napuštajući svoju domovinu. Društvo je prilikom dodjele Nagrada za 2014. godinu objavilo podatak da je od gotovo 200 nagrađenih mlađih znanstvenika i umjetnika preko 93% ostalo i uspješno nastavilo svoje djelovanje u Hrvatskoj. To je još jedan pokazatelj važnosti nagrade Društva u etabriranju mlađih liječnika - znanstvenika u Hrvatskoj. ■



Dr. DRAGAN MALOŠEVAC

koLEGA hitnjak

HITNA MEDICINA KROZ HUMOR

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.

Komunikacijske vještine

Kakav ludi dan s još luđim završetkom. Intervencija do intervencije, psihijatrija do jaja.

Sve je počelo odvoženjem starog djeda na psihijatriju u bolnicu jer nam je njegov sin, pukovnik HV-a s PTSP-om prijetio bacanjem bombe ako to ne učinimo! Što je definitivno ozbiljna medicinska indikacija kojom sam spasio jedan život. Svoj, naravno.

A onda šećer na kraju.

- Ekipa 63 imate prvi stupanj. Susjed javlja kako njegova prijateljica iz zgrade prijeti skokom s drugog kata! Policija je već tamo.

Jurnjava kroz grad. Stižemo za tri minute!

Ulazim uspuhan, znojan i beskrajno nadrndan u stan.

- Dobro veče, gospođo!

- Dobro veče. Tko ste vi i tko je vas zvao!?

- Mi smo hitna pomoć. Javljeni nam je da želite skočiti s drugog kata.

- Da, i što onda!?

- Ma ništa, ali me nešto muči.

- Što sad vas muči?

- Ovo je treći kat!

- Da, ovo je treći kat!

- Pa, kako ćete onda s trećeg kata skočiti s drugog kata?

- Što kako ću skočiti? I kave sad to ima veze koji je kat?

- Ima, ima! Vaš je susjed lijepo prijavio da ćete skočiti s drugog kata. Aha! Da vas sad čujem!

- Što mene briga što je moj susjed prijavio! Valjda ja znam s kojeg će kata skočiti.

- Znam, znam, ali u našem listu za intervenciju lijepo piše drugi kat. A ovo je treći. Hoćete li možda otići do susjeda?

- Koje sad susjede?

- Pa, one ispod vas. One na drugom katu!

- Ne, neću ići do te susjede jer me baš briga što je javio moj susjed. Valjda ja znam na kojem katu živim. Ja sam za vrijeme rata bila...

- Čekajte, čekajte, stanite! Nismo još do kraja definirali ovo s katom.

- S katom!? Kakvim katom? Vi niste normalni!

- Ja nisam normalan!? A ovdje lijepo piše da ćete skočiti s drugog...

- Dosta! Dosta više, vi zaista niste normalni!

- U redu, smirite se, molim vas!

- Ja da se smirim!? Ja? Pa, ja sam bila smirena dok vi niste došli. SMI RE NA! Bila sam smirena! I znate što? Sad se neću baciti. Neću!

- A s kojeg kata?

- Što s kojeg kata!?

- Pa, s kojeg se kata nećete baciti? S drugog, s trećeg ili sa svih?

- Neću ni s drugog ni s trećeg. Sad se neću baciti ni da me molite!

- Nećete!?

- Nema šanse! I gubite se van.

- Dobro, dobro! Idemo mi, ali me zanima...

- Van!

Završetak intervencije. U evidencijski list upisano: „Pacijentica blago uzinemirena, normalnog toka misli, nema suicidalnih namjera.“

Kažu dečki iz policije koji su ostali sastavljati zapisnik kako je uporno tvrdila da neće skočiti. Čak je rekla da će živjeti vječno i nikada neće umrijeti i to samo zbog one budale iz hitne pomoći!

Eto, a kažu kako komunikacijske vještine nisu bitne. Svašta...



Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek

DJED BOŽIĆNJAK

Povratak iz izbjegličkog kampa u Slavonskom Brodu.

Mrtav umoran, nije mi se dalo presvlačiti i dečki me samo ostave ispred ulaza u crvenoj uniformi iz vanjske hitne.

I onda ko za vraga tako odjeven opet naletim na susjeda pijanca s kojim sam već imao nekoliko verbalnih okršaja. I uvek je on pobijedio!

- Dobra večer!

Stoji pred mojim vratima i bulji u mene.

- Susjed, pa vi ste Djed Mraz!? Ohoho, ohoho...

- Ne, susjed, nisam! NISAM Djed Mraz!

- O da, jeste, jeste! Ohoho, ohoho... Vidim, opet ista priča. Pijana me budala zajebava! Ili je ipak samo pijan...

- Susjed, nisam Djed Mraz, vidite da NEMAM bradu! Ha!?

- Joj, susjed, ne samo da jeste već ste nekakav defektni Djed Mraz! Ha, ha, ha...

Tako mi i treba! Koji klinac mu nisam samo potvrdio kako jesam i s mirom ušao u stan!?

Ovako me opet pijana budala pobijedila.

Ode teturajući uz stepenice umirući od smijeha.

- Ohoho, ohoho...

NEK SE DIJETE ZOVE KAO JA

Prijevoz pacijentice iz izbjegličkog kampa na ginekologiju!

Mlada trudna Sirijka, krenuo je porod. S nama ide i prevoditelj.

Jurimo, a ja pokušavam malo smiriti napetost.

- Recite joj da bi baš mogla nazvati sina po meni ako je budem porađao u vozilu!

Prevoditelj joj prenese, a ona se nasmije i kaže mu nešto.

Pitam ga zぶnjeno što mu je rekla!?

- Kaže mi da zamolim vozača da vozi još brže...

Kapacitet i karakter

LADA ZIBAR, lada.zibar@gmail.com

Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a

Iako sublimiramo eventualno fakultetsko vrijeme koje propušta uporne, a često kažnjava izvrsne, jer ih ponekad ne razumije, plaši ih se i ne zna kako s njima, dolazimo u radne sredine pune hijerarhijski pobrkanih kadrova, nesretnih akademski obrazovanih nedoraslih mediokriteta s jedne strane, te promašenih natprosječnih, često pomirenih, negdašnjih vunderkinda, koji nepristalost radnom mjestu drže na distanci dekulentnom nezainteresiranošću, s rezultantnim mizernim učinkom

Ovaj tekst mi se već dulje vrijeme kaotično motao po glavi, a u posljednje su vrijeme riječi i misli nekako napustile Brownovo gibanje i zasjeli na svoja mjesta. Ono što mi je potom odgadalo pisanje bio je strah od pogrešnog shvaćanja onoga što želim reći, poučena lošim iskustvom promašenih percepcija mojih stavova. Svakako ne želim biti humanistički nekorektna, niti zlonamjerno kategorizirati ljude prema urođenim sposobnostima. Želim samo dati prikaz situacije u našem društvu u kojem je ovaj sociološki aspekt prilično premećen.

Radi se o frustracijama pojedinca, sredine i društva vezane za nedoraslost poslovnim zadacima. U našoj su sredini, uz nas i oko nas, često nezadovoljni ljudi, ogorčeni na uvjete u kojima rade i na zahtjeve koji su im postavljeni. Ne želim se u ovome osvrati da je ogorčenost uvjetima često opravdana. Želim skrenuti pozornost na odnos zahtjeva i urođenih mogućnosti izvršenja.

Ilustracije radi podsjećam da je Janica odskijala bez jednoga štapa i svejedno pobijedila. Da Klasnić ima transplantiran bubreg i zabija golove u svjetskom nogometu. Da je Ćupić ostao bez dijela prsta i svejedno bio najbolji, itd.

O čemu se radi?

Radi se, naravno, o ekstremima, o talentima, kakvih, svakako, relativno, nema mnogo.

Ali, na simboličkoj razini, radi se o doraslosti zadacima. O pravim ljudima na pravim mjestima. O lakoći (postojanja) djelovanja. O kapacitetu. Ovakvima su svi sretni, i akteri i njihove male obiteljske, poslovne i društvene sredine, a onda, i posredno preneseno, globalni i veliki sustavi.

Na prizemnjoj razini, na običnjim poslovima, nije uvijek potreban izniman talent. Niti genijalnost. Ali, potreban je određen a priori kapacitet za određen posao. Za njegovu duzinu, širinu, tempo, povezivanja, preskakanja, vremenske opresije i kompresije.

Naše se novodobno razdoblje nije značajno promijenilo od socijalističkih desetljeća. Od uravnivilovke. Ideja jednakosti se nepri-mjereni preslikala na rigidan sadržaj školskog sustava predviđajući isti program za sve. Prilagođen nikomu. Ne mogu čak reći niti mediokritetima, jer je neujednačen. Nema predviđenog kvantuma znanja koji bi bio objektivno testiran na isti način za sve. Pa se primjena i provođenje školskog programa prilagođava najčešće slabijim pojedincima, razina provjere znanja također, a posljedične ocjene pri tome nipošto nisu komparabilne na sustavnoj razini. I tko profitira? Nitko. Slabiji nikako, sadržaj je pre-zahtjevan, i količinski, i dubinom i širinom, i tempom i složenošću. Nedohvatljivo. Ali, moraju proći. Jer više nitko ne „pada“. Prosjecni ne profitiraju, jer se iz njih ne izvuče maksimum. Traženo je i za njih premalo. Pa se motivacija, entuzijazam i radne navike inhibiraju, a odličan uspjeh u istima stvara sliku najboljih. I jednakih stvarno najboljima. A natprosječni? Oni ostaju u svijetu dosade, nerada, pa čak nerijetko i ne najboljeg uspjeha. Jer razina rada i učenja ne interferira s njihovim načinom, potrebama, kapacitetima, mimoilazi ih, nema motiva niti za pročitati.

I tako, u hipu, proleti prvih osam godina do srednje škole. A potom - šok! Prve frustracije, veliki neuspjesi, opet na sve tri razine.

Najslabiji dalje uopće ne uspijevaju. Nedostizno im je sve. Jer, zapravo, njihov kapacitet a priori i nije za srednju školu, osim za neki zanat, ili, kako se to danas popularnije zove, strukovnu školu. Na to nisu pret-hodno pripremljeni, žive u prethodno im serviranim lažnim iluzijama, na spomen izučavanja struke koja predviđa manualni i slabije plaćen posao javlja se neracional osjećaj poniženja. Potencijalne šanse za motivacijom i popratnom srećom u takvoj situaciji unaprijed su ništavne i izgubljene. Pa je i ta po zahtjevima lakša edukacija nedovoljno svedana, a potom nerado prak-

ticirana. A za zrelu odraslu dob zauvijek ostaje gorak osjećaj neuspjeha i potreba za prozivanjem krvica. I davno usađena svijest o jednakosti sa sada obrazovanijim vršnjacima, hijerarhijski uspjelijim i često nadređenima. Ovakav ustroj koji potom podrazumijeva subordinaciju radi prikladne organizacije i timske realizacije zadataka tako je u startu na klimavim temeljima. Bez žara u obavljanju svojih malih zadataka, bez kompetentnosti i, konačno, bez doraslosti vlastitim kapacitetima.

Prosječni s prethodno natprosječnim rezultatima upisuju u edukacijskom smislu elitne gimnazije, a koje, gle čuda, odjednom traže vrhunske mogućnosti. Učenje volumno većih materija, brzo intelektualno snalaženje po vertikalama, horizontalama, dijagonalama i iregularnim poveznicama znanja, kompetentnost, konkurentnost, egzaktnost. Pismene testove koje ne možeš prevariti, u vremenu koje leti, i dok se okrenu, premoreno, neuspješno, potrošeno, dezorientirano, ljuto na školu, profesore, sustav (s pravom) nalaze se pred zidom državne mature koja neumoljivo ispituje činjenice, „istinu, cijelu istinu, i ništa osim istine“, na način sasvim neprimjeren moždanom, emotivnom i socijalnom razvoju. O rezultatima domaštajte sami.

Natprosječnima se nudi predstava u vidu nastave, bezkonceptno istresanje podataka, nezanimljivo ispunjavanje satnice, nekreativni prolasci iz dana kroz dan u sutradan, bez primjerenog zadatka, bez razgovora o idejama, bez poticanja na istraživanje, bez primjene naučenih znanja, bez, u naprednom svijetu, odavno priznatih mentora, planova, motivacijskih projekata, nagradivanih izvedbi, formalno opuštenih učenja orientiranih na problem. U trenutku kad su pubertetski kritični, tinejdžerski pobunjeni, izazvani porocima koji će im (umjesto da to osigura sustav odgoja i obrazovanja) donijeti važnost i uspjeh u njihovom sada malom i ograničenom svijetu, jer često, unatoč intelektualnom kapacitetu, ne vide dalje od „ovdje i sutra“, od svoga nosa, simpatije i prijatelja. A sustav im ne nudi, ne predviđa, ni „tamo ni tada“. I formalnim rezultatima tada podbacuju, nezainteresirano (ne) sudjeluju u dnevnim školskim aktivnostima, druže se s ekranima koji nude kompleksnije i intelektualno katkad poučnije sadržaje, ali ih istodobno inhibi-

raju i otupljuju, omogućujući prolaženje vremena na zabavan, ali ne i kreativan način.

I ako sublimiramo eventualno fakultetsko vrijeme koje propušta uporne, a često kažnjava izvrsne, jer ih ponekad ne razumije, plaši ih se i ne zna kako s njima, dolazimo u radne sredine pune hijerarhijski pobrkanih kadrova, nesretnih akademski obrazovanih nedoraslih mediokriteta s jedne strane, koji uporno pokušavaju prilagoditi, umjesto sebe nedostiznim zahtjevima, okolinu svojemu sada egom poremećenom karakteru, te promašenih natprosječnih, često pomirenih, negdašnjih vunderkinda, koji nepristalost radnom mjestu drže na distanci dekadentnom nezainteresiranošću, s rezultantnim mizernim učinkom.

To je bila genealogija aktualnog snapshotsa dijela jedne radne zajednice. U našoj sredini. Sveučilišna nastavnica s donjograničnim IQ, hipertrofičnim egom koje je obrnuto proporcionalno znanju, studentima koje ne može baš ništa naučiti, osim dati nadu sličnima da bi i oni najslabiji mogli postići isto. Porezni obveznici je plaćaju, klijenti bježe glavom bez obzira, u očekivanju druge mogućnosti. A ona biva vječnim nesretnim uljezom, socijalno sama, izolirana svojom grotesknom pozicijom, a poštovanja nikada niotkuda. Zamišljam si ta frustrirana buđenja s jedinom mišlju koja daje nadu za predstojeće zadovoljstvo: „Pokazat će im svima!“, pa sirota nastavlja s nosom u oblacima i polaučističnim hodom s putanjom kao u igricama, s jedinim ciljem izbjegavanja rješavanja zadataka i donošenja odluka. Zatim srednjoškolski obrazovan tip na društveno važnom i zahtjevnom radnom mjestu, koji je potom skočio još jednu stubu gore i okitio se višom školom, položivši hrpu ispita u kojima zapravo nije bilo pravog i objektivnog zahtjeva, nego testa prilagođenih posebnim potrebama. A sam ima dojam da je svladao ogromna znanja i škole. A radne situacije ne priznaju posebne potrebe, pa se neznanja opravdavaju „prerogacijom nadležnosti“, pa novopečene titule služe tek promjeni boje uniforme, dok su unutarnje boje ostale „zabetonirano“ nepromijenjene, samo osnovne, bez nijansi.

Mogla bih nabrajati beskonačno. Tako promašene sudbine neprikladnih kapa-



citeta oblikuju loše karaktere nezadovoljnih ljudi.

Istdobno bih mogla ispričati jednu drugu, sasvim različitu priču, s američkim iskustvima. Ni taj sustav nije savršen, kao ni jedan, ali mi se čini da u njemu postoji prikladniji način kako da djeca odrastanjem postanu ljudi do stojni svojih pozicija i dorasli svojim zadacima. Jer tamo postoje nacionalni ispiti tijekom cijelog obrazovnog programa, programi prilagođeni kapacitetima, mehanizmi selekcije, mentori i planovi, fino usmjeravanje na svakoj instanci životnog puta u smjeru vlastitih mogućnosti i socijalnih uspjeha. Pa nema šanse da je sveučilišni profesor i nominalno vrhunski kliničar itko drugi do onaj koji propleše lakoćom kroz svoju barem deseterosatnu radnu svakodnevnicu, s učinkom od kojega profitira subjekt, objekt i cijeli sustav. Da, za velike novce, ali to je sporedno u ovoj priči.

Najveći trbuh grada

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



Tržnica Dolac otvorena je na Dolačkom brijegu konačno 1930., a ribarnica joj je pridodana 1936., navodno prema nacrtima tršćanske ribarnice. Mliječni dio nekoliko je puta obnavljan i ovakav kakav je danas uspio je odnijeti sir i vrhnje u Europsku Uniju

Iako su *Plac pod črešnjom* (trešnjevačka tržnica) i *Međašni plac* (danas Kvatrić), kao i negdašnja *Burza roba*, a ovo vremeni Branimirac, vrijedne gastronomsko-kulturološke lokacije, samo tržnica Dolac pravi je trbuh grada i može se ubrojiti u stvarne turističke vedute. Baš kao što su to La Boqueria u Barceloni, Nagycsarnok u Budimpešti ili Naschmarkt u Beču.

Dolac je danas jedna od dvadesetak tržnica i veletržnica u Zagrebu, ali jedina kojom se Zagrepčanke i Zagrepčani stvarno ponose. Pravi purgeri i ne poznaju druge tržnice osim Dolca i eventualno Britanca, odnosno *Malog placa*, kako mu tepaju, a osobito ne otkada Kvatrić nije tamo gdje mu je bilo mjesto. Tržnica Dolac otvorena je na Dolačkom brijegu konačno 1930., a ribarnica joj je pridodana 1936., navodno prema nacrtima tršćanske ribarnice. Mliječni dio nekoliko je puta obnavljan i ovakav kakav je danas uspio je odnijeti sir i vrhnje u Europsku Uniju.

Gužva, stiska, žamor, čak i galama – dio su folklora na Dolcu, jednako kao i Romi na stubama kojima se k Dolcu uspinjete. Istina, danas više ne prodaju roštijle vlastite proizvodnje, već kineske gaće, majice i kišobrane, što samo govori o njihovu poduzetničkom duhu, ali i o nesretni globaliziranu duhu vremena u kojem svi živimo.

Jeste li primijetili, dok prolazite štandove na Splavnici šećući prema Dolcu, kako cvjećarice i cvjećari svojim izborom nавještaju sezonsku ponudu placa? Ako na Splavnici ima mimoza i *cica-maca*, gore na placu naći ćete prvi proljetni mladi luk i rotkvice. Ljetno šarenilo cvijeća najavit će trešnje i jagode. Obilje suhih aranžmana jamči dobru ponudu kisele repe i kiselog zelja, a sunčokreti najčešće znače zrele paradajze i paprike za ajvar.

Ako na Dolac prolazite kroz Harmicu, možda naletite na kakva uličnog svirača, no nos će vam sigurno osjetiti pečene bunceke iz obližnjega dućana. Iz Harmice obično se ide u mliječni dio, ali ne i obavezno jer su primamljive i desne štene Pod zidom, koje vode pored jednog od boljih bureka u gradu.

Neki pak Dolac pohode s Kaptola i Opatovine, drugi se uzveru uza stube kralja Ladislava ili

provendlaju kroz Skalinsku. Češće izbor ovisi o parkingu i limenim ljubimcima, a rjeđe o stvarnim navikama.

I dok jedni traže putericu i prajzericu, drugi su zainteresirani za mišancu i raštiku, jednima špinat, drugima blitva, trećima možda matovilac, a četvrtima rukola. Mandarine su opuzenske, jagode iz Vrgorca. Trešnje su kaštelanske, breskve zadarske, a krumpir lički. Smokve su šibenske, masline korčulanske, piceki međimurski, a zelje varaždinsko.

Jajca iz Šenkovca

Purice su pazinske, ali i zagorske, pajceki turopljski, a janjetina otočna. Sir i vrhnje stižu iz Male Gorice, a jajca iz Šenkovca. Teletina klana u Dragonošcu, a kulen, švargle i čvarci iz Broda. Ima i viških limuna i neretvanskih slatkih naranača, drniškoga pršuta, paškog sira, kvarnerskih škampa i stonskih kamenica. Sve je domaće, sve je (odjednom!) iz ekološke proizvodnje, samo su banane oduvijek i zauvijek ekvadorske. Strankinje od prvoga dana. Odavno više nisu i jedine. Globalno selo, nažalost, mijenja naše hrvatsko selo i to se na Dolcu sve više zapaža. Nažalost. Fiskalne blagajne još bih i podnio, ali polako me nestajanje autohtonih proizvoda boli.

No, dok se može, treba uživati u izboru koji Dolac pruža. Kažu najbolje subotom. No tad je i najveća gužva. Oni koji mogu plac zato obave petkom. Najranije na Dolac, naravno, dođu kumice i kumeki, ali odmah poslije njih stižu prvi kupci. Nekad prije to su bili penzioneri koje je mučila nesanica, danas oni dolaze pred kraj, iza dvanaest, kad je jeftinije, jer ih više muči besparica. Milostive na plac idu baš subotom, ne prije pol' deset, a ak' je vani friško, u *pelcmantlu*, *zrihtane i nalarfane kak' za operu*. Hranitelji obitelji iz pasivnih krajeva ranim se jutrom smučaju po placu njuškajući zavičaj što vonja iz ribarnice, tražeći, osim srdela, društvo za lozu i čakulu.

Metroseksualci, alternativke, strani diplomati i mlade mame više po placu razgledavaju nego kupuju, stvarajući bezvezne redove i gužvu, kako na placu, tako i u okolnim birtijama. Iskusne domaćice, muške frajle i istinske poznavatelje placa nećete ni opaziti



jer oni šeću poznatom rutom i utrtom stazom od mesa do grincajga, kori za štrudlu (12 tankih, molim), sira (i dvije mjerice vrhnja), šalate, mladoga krumpira (malo voća), pa natrag na jajca da se ne *zdrobiju* (ako ih prije kupe) u kolicima, i pušlek narcisa na kraju. Ta kratka šetnja nije poza, taj gurmanski slalom uhodani je ritual koji se adaptira samo prema meniju predmetnog objeda, ali i pojača uoči blagdana.

Nema loše robe

Nešto prije praska gričkoga podnevnog topa tržnica je u kulminaciji. Na vječnim klupama nepopijene su kave koje kume ne stignu srknuti između dviju mušterija. Musavi i preplanuli trgovci iz južnih krajeva guraju prepuna kolica voća i povrća nadopunjajući već prepune tezge. Izvikuju se rasprodaje, traži se sitno, rade vase, čuju se šale i doskočice, padaju dogovori. Ili se bira, ili se ne dira – ovisno o prodavaču i cijeni. Na komad, na mjericu ili po kilogramu. Sveže i mlađo, zrelo i ukusno. Nema loše robe, ima samo loših trgovaca, a ni kupci nisu ovdje baš uvijek u pravu.

Odavno više nije stvar prestiža nego potrebe imati svoju kumicu na Dolcu; i iako se Jalžice, Štefice i Barice danas više održavaju na Nives, Lidija i Spomenka, lijepo je čuti kad vas persiraju s *gospon doktor*, ili sve rjeđe (u mom slučaju) s *mladi gospođa*. Mesari su još važniji: Crni (od milja Ante) ili Mario; tete za piceke (hrptiči, želuček, krilca, nogice i vratovi) Ruža i Ljiljana; a dežurni južnjak (*domaći ananas i banane*) Shpejtim.

Stare se mušterije pozdravlja izdaleka, vadi se pripremljena vrećica, biraju se bolji komadi, a često se i cijena prilagodi, personalizira na više ili na niže – ovisno o statusu kupca i procjeni piljarice. Dometne se, *kakti gratis*, poneki list celera, šaka matovilca ili *pol' merice vrhnja*. Sve galantno, uz osmijeh i obostrano zadovoljstvo. Pune se najlon-vrećice, *škarnicli*, *cekeri* i košare, rukasci, plac-kolica i *isluzene* torbe stare. Teški se *špeceraj* nosi do auta, *cuka* se na tramvaj ili zastaje u jednom od bezbrojnih kafića na kratkom predahu uz kavu ili vlahov, već prema želji i navikama. Odlazak na Dolac nekima je baš navika, drugima svakodnevna potreba, rijetkim samo obaveza, ali najbrojnijima i najčešće pravi gušt i iskonsko zadovoljstvo.

Pune ruke vrećica

Na placu ni znaci ne kupuju samo po popisu, već i impulzivno (ako im novčanici to dopuštaju) i prema ponudi. Ne kupuje se tunjevina ako ima friških gavuna, no nitko vas i ne tjera na velikog šanpjera. Ne možete preskočiti šumske jagode, preskupe prve trešnje, šparoge rane il' vrganje jutros brane. Govedi rep i teleći filet ne propuštaju se, baš kao ni sveže gusja jetra, jer svinjetine imate uvijek u ponudi. Voće, povrće, meso, kore za štrudle, kisela repa i kiselo zelje, domaći putar i sir, grincajg za 6 kuna ili dva za deset – sve se to trži na *Velikom placu*, kako ga s pravom zovu poklonici iz središta grada, kojima su i okolne tržnice dostupne. Pečene masline morate uzeti uz rukom rezan drniški pršut, a uz (već kupljen) mladi kozji

sir bolje idu zelene, i njih *dvajst deka*.

Svaki šoping umori, a kad kupujete hranu – onda još i ogladnite! Malo *babičina kuružnjaka*, šnitica ličkog škripavca ili vrh međimurskog *turoša*, uz dva kisele šampinjona i tri čvarka, napravit će podlogu za kavicu, mali pelinkovac ili *škropec*. Ukućani se sigurno neće ljutiti kad uz pune ruke vrećica zakasnite koju minutu. Ne i više od toga! Zato *Večernjak* pod mišku i pravac *veliki plavi*, ako niste *z autom*.

Jutro i prijepodne na veselom purgerškom placu prohuji za tren, pa je oko pola dva Dolac već umoran i tužan. Pokoja zaposlena, samohrana individua brzometno pokušava iskombinirati ručak. Poneki škrtač ili češće kakav istinskijadnik užica luka ili krumpira. Prazne se tezge, peru i čiste, i ide se kraju dana. Nakupci, prekupci, trgovci i mesari brzo broje buntove zgužvanoga novca. Vraća se posudba, naplati se kamata i dug. Popije se gemiš ili dva. Spremaju se štandovi i vase. Slažu se klupe i zaključavaju kase. Vrate se šalice i čaše, pa se pale *kombiji* i karavani, a malobrojni ostaju dežurati za kakva začnjelog kupca.

A Dolac?

Dolac će vrijedne ruke dobro oprati i izribati, da vas sutra dočeka ponovno prepun i lijep, baš kako dolikuje najvećem trbuhi grada.

Dulce cum utili!

Hrvatski za liječnike

Doc. dr. sc. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ, e-mail: tamara.gazdic2@gmail.com

Cilj ove rubrike jest utjecati na razumljivije, pravilnije i jasnije jezično komuniciranje, objasniti jezične činjenice koje predstavljaju problem ili dvojbu na različitim komunikacijskim razinama u kojima liječnici djeluju

Jezična su pitanja uvijek vrlo zanimljiva širokom krugu ljudi različitih zanimanja i profila. Potreba za komunikacijom od pamтивjeka je jedna od osnovnih čovjekovih potreba. Čovjek komunicira na različite načine sa svojom okolinom, a najčešće to čini putem jezika. Jezikom prenosimo svoje misli, osjećaje, potrebe, prenosimo misli i informacije o svim područjima svijeta i ljudskoga života. Zato je posve prirodno da je jezik jedna od bitnih tema i liječničke profesije i liječničkoga djelovanja.

U ovoj će rubrići norma hrvatskoga standardnog jezika biti opisana na funkcionalan način, s osobitom pozornošću na jezik liječničke struke. Cilj ove rubrike jest utjecati na razumljivije, pravilnije i jasnije jezično komuniciranje, objasniti jezične činjenice koje predstavljaju problem ili dvojbu na različitim komunikacijskim razinama u kojima liječnici djeluju. Zato vas pozivamo da nam na adresu elektroničke pošte: hlk@hlk.hr pošaljete pitanja u vezi s jezičnim činjenicama koje vas zanimaju. Najčešća i najzanimljivija pitanja bit će objašnjena u nekim od sljedećih brojeva Liječničkih novina.

Za početak je bitno objasniti zašto je važno ovladati standardnim jezikom i koja je njegova uloga i posebnost s obzirom na činjenicu da ćemo u ovoj rubrići sve jezične činjenice promatrati u odnosu na norme hrvatskoga standardnog jezika – fonološku, morfološku, tvorbenu, sintaktičku, pravopisnu, leksičku, stilističku.

Od rođenja, a i prije, dijete usvaja jezik okoline u kojoj se razvija i raste. Jezik tada, ako je riječ o neometanome jezičnom razvoju, usvajamo spontano, bez napora. To je naš materinski jezik u širem smislu jer obuhvaća i govor naše obitelji, govor mesta u kojem odrastamo, dijalekt kojem naš mjesni govor pripada te narječe kojem taj dijalekt pripada. Budući da je komunikacija na standardnome jeziku bitna za sva društva jer je standardni jezik zajednički jezik većem broju govorni-

ka, najčešće jednoj naciji, i zato s pomoću njega možemo komunicirati na širem području, najčešće na području jedne države, i u različitim vremenima, važno je dobro ga naučiti i njime ovladati u različitim komunikacijskim situacijama, a ponajprije se njime služiti u javnoj komunikaciji. Za razliku od jezika kojim smo spontano ovladali od početka našega života, standardnim se jezikom ne ovladava spontano, nesvesno, najviše zbog toga što je standardni jezik nastao svjesnim naporom jezikoslovaca koji su na neku organsku osnovicu, odnosno, kao što je to slučaj u hrvatskome jeziku, neko narječe, nadogradili jezične elemente, poput naziva u pojedinim strukama, i takav oblik jezika normirali. Norma je standardnoga jezika opisana u jezičnim priručnicima – gramatici, rječniku, pravopisu i pravogovornome priručniku. Zato se standardni jezik jednim svojim dijelom razlikuje od svih mjesnih govora i uvijek ga je potrebno učiti. Nije stoga neobično, štoviše vrlo je poželjno i pripada području cjeloživotnoga razvoja komunikacijskih kompetencija, da se i oni koji su dobro ovladali hrvatskim standardnim jezikom ponekad zapitaju što je u hrvatskome jeziku u skladu sa standardnojezičnom normom, odnosno koje je jezične elemente bolje upotrijebiti ovisno o komunikacijskoj situaciji u kojoj se nalaze, kako bez pogreške izgovoriti ili napisati neku rečenicu ili tekst i dr.

U jednoj od prethodnih rečenica upotrijebili smo riječ *bitno* pa ćemo objasniti problem koji se pojavljuje u vezi s uporabom te riječi. Često možemo čuti ili pročitati oblike riječi tvorene od nje, poput: *bitnije*, *vrlo bitno*, *najbitnije*. Riječ *bitno* može biti, ovisno o značenju u tekstu, pridjev ili prilog, a kako te vrste riječi osim u svom osnovnom obliku često mogu biti i u komparativu i superlativu, tj. mogu promijeniti oblik, to se nerijetko u komunikaciji događa i s riječi *bitno* koja se ne stupnjuje, jer je ona već u



Dijete nije "staro" tri godine nego je trogodišnje dijete ili dijete od tri godine

superlativu, pa bi to značilo da tvorimo superlativ superlativa. Superlativ je oblik koji već opisuje bit čega, najviši stupanj čega. Zato nije pravilno reći ili napisati *bitnije, vrlo bitno, najbitnije*, kao što nije pravilno tvoriti komparative i superlative poput: *optimalnije/najoptimalnije; minimalnije/najminimalnije; maksimalnije/najmaksimalnije; elementarnije/najelementarnije*, jer *optimalno, minimalno, maksimalno, elementarno* već predstavljaju najviši stupanj čega, predstavljaju superlativ. Do pogrešne uporabe najčešće dolazi zbog nepoznavanja značenja riječi u latinskom jeziku iz kojega su one preuzete, npr. *najoptimalniji* (lat. *optimus* = najbolji), *najminimalniji* (lat. *minimus* = najmanji) i sl. Za razliku od riječi *bitno* pridjev/prilog *važno* možemo stupnjevati, pa tako imamo: *važno, važnije, najvažnije*.

Zato pokušajmo u govoru i pismu bitnome vratiti ono bitno! Neka bitno opet postane bitno!

Nekoliko lektorskih savjeta

U tekstovima izbjegavajte neprimjerene i „potrošene“ poštupalice!

„dolazi do“ zamijenite s nastaje (omiljela doktorska poštupalica)

Ne započinjite rečenicu s „Ono što“ (omiljela političarska poštupalica)

„u potpunosti“ zamijenite s posve ili potpuno

„nije u mogućnosti“ zamijenite s ne može

„interesantan“ zamijenite sa zanimljiv i nastavite s: jer

Ne dadakajte! Da li znate da... zamijenite s Jeste li znali da

„dijete staro tri godine“ zamijenite s dijete od tri godine ili trogodišnje dijete

„operacijski zahvat“ zamijenite s operacija (pleonazam)

„donji ekstremiteti“ zamijenite s noge (tobože učeno)

Razlikujte terapeutski od terapijski!

Skripta, gen. skripata, lok. u skriptama (plurale tantum)

„liječenje kemoterapijom“ zamijenite s kemoterapija (pleonazam)

Željko Poljak

Prim. dr. sc. JEROLIM – JERKO KARADŽA na poziciji pivota bio je uvršten među sedam najboljih rukometaša 20. stoljeća

Leteći doktor u igračkim bravurama

EDUARD HEMAR

Najbolji rukometni pivot na svijetu i odličan torakalni kirurg, prvi je igrač u povijesti rukometa koji je prilikom pucanja na protivnička vrata skočio u šest metara i, kako to danas rade pivoti (kružni napadači), letio prema vrataru i prije nego padne na tlo pucao

Životna priča Jerolima – Jerka Karadže više je nego zanimljiva. Rođen je 30. rujna 1937. u Skoplju, danas glavnom gradu neovisne države Makedonije. Potekao je iz hrvatske obitelji koju je životna soubina odvela daleko od zavičaja. Njegov otac Velimir bio je rodom iz sela Karadže u Dalmatinskoj zagori i majka Antica, rođ. Vučetić, rodom iz grada Hvara na istoimenom otoku. Zbog očeve službe, žandara u Kraljevini Jugoslaviji, obitelj se preselila u Skoplje. Po uspostavi NDH 1941. Velimir Karadža je premješten u Banja Luku, gdje je radio kao policijski službenik. Krajem rata otišao je u partizane, a radni vijek završio u novoj Jugoslaviji. Jerolim je odrastao u brojnoj obitelji uz petero braće i jednu sestru. U Banja Luci je završio realnu gimnaziju i potom diplomirao na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 1962.

Sportom se počeo baviti u gimnaziji, najviše zahvaljujući mlađom profesoru Anti Friganoviću – Šjoru rodom iz Šibenika, koji je poticao učenike na sportske aktivnosti a i sam je bio svestran sportaš. Banjalučka gimnazija imala je odličnu košarkašku i rukometnu ekipu, koja je bila najbolja na gradskim prvenstvima srednjih škola. Godine 1954. Jerko je postao član Košarkaškog kluba Borac, a odmah potom i Rukometnog kluba Borac (osnovanog 1950.). Paralelno se natjecao u oba sporta sve do 1957. Te su godine Banjalučani postali prvaci Bosne i Hercegovine u rukometu te stekli pravo da igraju na kvalifikacijama za popunu tada novoformljene Savezne lige Jugoslavije. Iste su godine u Zadru i košarkaši Borca igrali kvalifikacije za Saveznu ligu. U obje ekipe Borca igrali su uglavnom isti igrači. Soubina je htjela da se samo RK Borac kvalificira za nastup u Saveznu ligu i tako se ta talentirana generacija opredijelila za rukomet. Prvi veliki uspjeh

ostvaren je 29. studenog 1957. kada je Borac osvojio Kup Jugoslavije nakon pobjede nad ekipom Željezničara iz Beograda. U ekipi Borca koja je ušla u Saveznu ligu i osvojila državni kup igrali su: Vladimir Jović, Milorad Kekerović, Mujo Baralić, Josip Rački, Petar Perović, Jerolim Karadža, Jovo Mišković, Petar Čivić, Zoran Prohaska, Bartol Rodin, Milan Stanivuković, Božidar Pantić, Mišo Dežulović, Ante Friganović, Franjo Bezrodnik i Božidar Stanivuković.

Rukometni klub Borac odmah je pokazao da se s njima mora najozbiljnije računati. Konkurenca u tadašnjem jugoslavenskom muškom rukometu bila je vrlo jaka. U sezoni 1957./58. prvi pobjednik Savezne lige postao je Partizan iz Bjelovara ispred Crvene Zvezde iz Beograda te Zagreba i Mladosti iz Zagreba. Ekipa Borca je u svom prvom nastupu u društvu najboljih zauzela peto mjesto. No uspjeli su 1958. ponovo osvojiti Kup Jugoslavije nakon pobjede protiv državnog prvaka Partizana s deset zgoditaka razlike. Odmah potom Borac u sezoni 1958./59. postaje prvak Jugoslavije ispred Partizana iz Bjelovara i Mlade Bosne iz Sarajeva. Dva najbolja igrača novog prvaka bili su kapetan epipe Petar Perović i Jerolim Karadža. U poretku za najboljeg strijelca lige Karadža je sa 65 postignutih zgoditaka zauzeo treće mjesto iza Stevanovića iz Železničara (94) i Raguša iz Crvene Zvezde (65). Sljedeće sezone ponovila se ista priča. Borac je ponovo osvojio Saveznu ligu 1959./60. ispred Partizana i Crvene Zvezde, a najbolji igrači i strijelci epipe bili su Karadža i Perović. U sastavu je bio i Nikola Karadža, Jerkov mlađi brat. Godine 1961. Borac po treći put osvaja Kup pobjedom protiv ekipi Zagreba 14:9 a Jerko je uz



Rukometna ekipa banjalučke realne gimnazije u školskoj godini 1954./55. S lijeva: Josip Rački, Tihomir Kostrešević, Vlado Kojić, Vladimir Jović, Zoran Prohaska, Jerolim Karadža i Milan Stanivuković.

Hamdiju Saračevića (oca hrvatskog reprezentativca Zlatka Saračevića), bio najbolji igrač finala. U narednim godinama Borac više nije uspio postati prvak države iako su uglavnom bili pri vrhu (dva puta drugi i dva puta treći). Jerko je u 1960-im godinama bio najbolji igrač svoga kluba te jedan od najboljih rukometaša u državi a na svojoj poziciji pivota i u svijetu. Pri kraju igračke karijere 1969. predvodio je Borac do još jedne pobjede u Kupu Jugoslavije. U tom sastavu je, uz Kekerovića, bio posljednji igrač iz prve zlatne generacije kluba s kraja 1950-ih. Uz njih su tada igrali Abas Arslanagić, Halid Demirović, Dobrivoje Selec, Milorad Karalić, Mirko Markus, Miro Bjelić, Ranko Petrović, Momo Golić, Boro Golić i Nebojša Popović. Većina tih igrača će 1976. s Borcem postati prvak Europe. Klupsku karijeru Jerko je završio 1971. u 34. godini života. Za svoj jedini klub Borac nastupao je u Saveznoj ligi 276 puta i postigao 1180 zgoditaka.

Za reprezentaciju Karadža je debitirao 1958. na Svjetskom prvenstvu u Njemačkoj DR, kada je Jugoslavija zauzela osmo mjesto. Potom je još tri puta sudjelovao

na SP-u: 1961. u SR Njemačkoj (9.-12. mjesto), 1964. u Čehoslovačkoj (6. mj.) i 1967. u Švedskoj (7. mj.). Postao je prvi rukometnički igrač iz Jugoslavije koji je sudjelovao na četiri svjetska prvenstva. Priliku za nastup na Olimpijskim igrama nije dobio jer je rukomet uvršten tek 1972. u Münchenu. Ukupno je za reprezentaciju nastupio 70 puta i postigao 168 zgoditaka. Iako nije uspio osvojiti medalju na značajnom međunarodnom natjecanju, bio je najbolji igrač generacije koja je postavila temelje za kasnije velike uspjehe jugoslavenskog rukometa.

Zbog njegove atraktivne igre zvali su ga džoker i leteći doktor. Bio je poznat po svojim igračkim bravurama. Prvi je igrač u povijesti rukometa koji je prilikom pucanja na protivnička vrata skočio u šest metara i, kako to danas rade pivoti (kružni napadači), letio prema vrataru i prije nego padne na tlo pucao. Do tada su svi čekali loptu na šest metara i onda se okrenuli i pucali. Često je lobirao vrata iz mrtvog kuta. Držala su ga i po trojica protivničkih igrača ali ga nisu mogli zaustaviti. Uz to bio je i odličan obrambeni igrač, kraj kojega je malo tko mogao postići zgoditak. Kada su novinari pitali trenera Rumunjske Niculaea Nedeffa

može li njegova reprezentacija postati ponovo svjetski prvak odgovorio je: "To ne znam, ali sam siguran da imamo u svojim redovima Karadžu bili bismo tri puta za redom svjetski prvaci". Jerko je nekoliko puta proglašavan za najboljeg rukometničkog igrača Bosne i Hercegovine i Jugoslavije. Čak pet puta proglašen je za najboljega sportaša Bosanske krajine (1958., 1959., 1960., 1961. i 1968.). I danas ga mnogi smatraju najboljim sportašem u povijesti Banja Luke i često ga pozivaju u grad njegove mladosti. Najveće priznanje dobio je tek 2000. godine kada je u anketi časopisa Međunarodne rukometne federacije (IHF) "World Handball" izabran na poziciji pivota među sedam najboljih rukometničkih igrača XX. stoljeća. To priznanje, s kakvim se može pohvaliti malo koji sportaš, najbolji je dokaz kavak je igrač bio Jerolim.

Nakon uspješne sportske karijere ostvario i uspješnu liječničku karijeru. Po završetku MEF-a 1962., specijalizirao je kirurgiju u više zagrebačkih bolница. Subspecijalizaciju iz torakalne kirurgije završio je 1976. kod prof. Topalovića na Klinici za plućne bolesti Jordanovac.



Prim. dr. sc. Jerolim Karadža

Primarius je postao 1977., magistrirao je 1983. i doktorirao 1993. U prvom dijelu liječničke karijere radio je u banjalučkom domu zdravlja i bolnici. Od 1976. bio je zaposlen u Bolnici za plućne bolesti na Jordanovcu. Od 1988. bio je voditelj Kirurškog odjela Klinike za torakalnu medicinu Jordanovac. Godine 2002. bio je član ekipe kirurga koja je u KB-u Jordanovac obavila prvo presađivanje pluća u Hrvatskoj. Objavio je više od dvadeset znanstvenih i stručnih radova s područja opće i torakalne kirurgije. Bio je član Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatskog kirurškog društva. U mirovinu je otišao 2007. godine

Prim dr. sc. Jerolim – Jerko Karadža u braku je s Ilse, rođ. Scheinost, nastavnicom glazbe rodom iz Banja Luke, čiji je otac bio Austrijanac a majka Njemica. Imaju dvoje djece: sina dr. Vjekoslava Karadžu (1969.), koji je naslijedio oca u liječničkom zvanju i postao anestezilog, te kćerku Katarinu, udanu Božičević (1972), koja je diplomirala na PMF-u. Dva Jerkova brata, Višeslav i Nikola, koji su igrali rukomet, ostali su živjeti u Banja Luci. Ostali dio brojne obitelji Karadža živi danas uglavnom u Zagrebu i Hrvatskoj.

I kao primarius Karadža je ostao aktivan u sportu. Od preseljenja u Zagreb 1976. pa sve do 1990. igrao je na veteranskim



"Leteći doktor" Karadža izvodi svoj čuveni skok-šut u protivničkom šestercu.

turnirima kao član Akademskog rukometnog kluba Mladost. I danas se redovito sastaje sa veteranimi Mladosti, koje vodi legendarni Rudi Carek. Najviše sa druži sa Vladimirom Jovićem, prijateljem iz školskih dana i suigračem u Borcu i rukometnoj reprezentaciji, koji također sada živi u Zagrebu. Usprkos velikim postignućima u svome životu, prim. dr. sc. Jerolim-Jerko Karadža ostao je vrlo skroman i samozatajan čovjek.

Izv.: Dokumentacija prim. dr. sc. Jerolima Karadže iz Zagreba.

Lit.: *Rukometni klub Borac Banja Luka 1950. – 1985.*, Banja Luka, 1985; *Almanah Rukometnog saveza Jugoslavije 1949 – 1989*, Beograd, 1991; *Tko je tko u hrvatskoj medicini / Who is Who in Croatian Medicine*, Zagreb, 1994.



Potpis: Ekipa Borca postala je prvak Jugoslavije u sezoni 1958./59. Snimljeno na Šalati u Zagrebu, 21. lipnja 1959. na susretu Mladost i Borac. S lijeva stoje: Ante Friganović, Hamdija Saracević, Petar Čivić, Josip Rački, Petar Atlagić, Bartol Rodin i Jerolim Karadža. Čuče: Božidar Stanivuković, Petar Perović, Vladimir Jović i Milorad Kekerović.

Inženjeri optometrije?

Drage kolegice i kolege,

Potaknuti oglasom o optometrijskom skupu u Liječničkim novinama broj 147, na zahtjev mnogobrojnih kolega oftalmologa ovim putem obraćamo se svim liječnicima Republike Hrvatske.

Liječnik je temeljni nositelj zdravstvene djelatnosti.

Područje rada liječnika uređeno je Zakonom o liječništvu, a školovanje liječnika uređeno je Zakonom o znanosti i visokom obrazovanju te Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.

Nakon srednjoškolskog obrazovanja, put do statusa specijalista oftalmologije i optometrije traje najmanje 10 godina i 3 mjeseca: Medicinski fakultet (6 godina), stručni ispit, specijalizacija iz oftalmologije i optometrije (51 mjesec s uključenim stručnim poslijediplomskim studijem), a put do statusa subspecijalista traje još najmanje 2 godine, dakle, ukupno 12 godina i 3 mjeseca ne računajući vrijeme za pripreme ispita.

Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN/100/11) naša specijalizacija nosi naziv specijalizacija iz oftalmologije i optometrije.

Stručni studij očne optike (!) na jednom hrvatskom veleučilištu traje 3 godine i može se studirati redovno i izvanredno, s postignutim akademskim stupnjem inženjer/inženjerka optometrije (!); znanstveno područje: tehničke znanosti; znanstveno polje: temeljne tehničke znanosti.

U opisu djelatnosti prvostupnika očne optike (koje se navode u programu studija na veleučilištu) navode se, uz poslove koji su namijenjeni tehničarima očne optike (primarno ugradnja naočalnih leća, vodenje optičarskog obrta itd.), i poslovi koji spadaju u djelokrug rada liječnika specijalista oftalmologije i optometrije: „refrakcija oka i određivanje potrebnih naočala, kontaktnih leća i ostalog za poboljšanje vida,... ili stavljanje kontaktnih leća njihovim korisnicima“. U ishodima učenja su još i dva poglavlja: procjena i rangiranje abnormalnih stanja oka prema ozbiljnosti te upućivanje na daljnju obradu, zatim izdvajanje promjena na oku koje zahtijevaju pregled i praćenje oftalmologa. Ova dva naslova pokazuju namjeru pregleda i probira pacijenata, što se direktno kosi sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Dakle, ovdje se ne radi o medicinskom studiju, niti o zdravstvenom studiju, već o studiju tehničkih znanosti, osnovanom po dopuštenju Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa pa sukladno Zakonu o liječništvu, niti stečenim zvanjem niti znanjima iz predmetnog studija nije dopušteno obavljati liječničku djelatnost.

Slijedom navedenog, očekujemo od relevantnih institucija nadzor nad striktnim provođenjem Zakona o liječništvu kako bi se spriječile nezakonite radnje na osjetljivom polju zdravstvene zaštite građana. Također, očekujemo i nedvosmislenu potporu cjelokupnog liječništva i svih nadležnih institucija u zaštiti naših zakonskih prava i obaveza kvalificiranog liječenja građana.

Upravni odbor Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora
HLZ, gen. HLZ-a Hrvatski liječnički zbor
HZIZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo
KB Klinička bolnica
KBC Klinički bolnički centar
MEF, genitiv MEF-a Medicinski fakultet
MZ Ministarstvo zdravlja RH
OB Opća bolnica
PZZ Primarna zdravstvena zaštita
SB Specijalna bolnica

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje Fulvii Akrap, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

Organizatori 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 - „Raspored stručnih skupova“.

TRAVANJ

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

2. hrvatski adikološki kongres i međunarodna 13. Alpe-Dunav-Jadran adikološka konferencija
HD za alkoholizam i druge ovisnosti
Šibenik, 18.-20.04.2016.
Martina Tretinjak Dananić, mob.: 091/9412-999
1000,00kn

33. Hrvatska proljetna pedijatrijska škola
HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo i HD za školsku i sveučilišnu medicinu, KBC Split, Klinika za dječje bolesti 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
Mirjana Bogdanović, tel.: 021/556-303
1000,00kn + PDV

Zdravlje i stres, Anti stres kamp III
Promjena udruga za promicanje zdravlja i zdravog načina života Krk, 18.-24.04.2016.
Dr. Ljiljana Lulić Karapetić, mob.: 098/301-812
1000,00kn

Prevencija ateroskleroze – uloga prehrane
HLZ, HD za aterosklerozu
Zagreb, 19.04.2016.
Dr. Ivan Pećin, tel.: 01/2367-757

Astellas u ginekologiji
Astellas d.o.o.
Zagreb, 20.04.2016.
Domagoj Lazić, mob.: 098/6025-090

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

Zbrinjavanje kroničnih rana u ordinaciji obiteljske medicine KOHOM

Vinkovci, 21.04.2016.
Ljiljana Čenan, mob.: 091/5078-473

Degenerativne bolesti kralježnice i radna sposobnost

Ministarstvo rada i mirovinskog sustava
Zagreb, 21.04.2016.
Željka Josipović Jelić, tel.: 01/6106-762

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
Liječnici 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 reproduksijskom zdravlju, planiranju obitelji, kontracepciji i IVF-u

HLZ, HD za ginekološku endokirurgiju i humanu reprodukciju Šibenik, 21.-23.04.2016.
Contres projekti 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 međ.sud.
HLZ,HD za kliničku citologiju, Sekcija za analitičku citologiju, Hrvatska udruga ditotehnologa Opatija, 21.-23.04.2016.
Snježana Štemberger-Papić,
e-mail: snejzana.stemberger@ri.t-com.hr
Tajništvo kongresa: tel.: 051/658-206; fax.: 051/658-428
e-mail: hd.klinicka.citologija@gmail.com; www.citologija.hzl.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

Strategije prevencije agresivnog ponašanja i primjena mjera prisile u području psihijatrije

HLZ, HD za kliničku psihijatriju Zagreb, 22.04.2016.
Dr. Sladana Štrkalj Ivezić, tel.: 01/3780-666
200,00/300,00kn

Prva pomoć ozlijedenoj ili naglo oboljeloj osobi

Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 22.04.2016.
Blaženka Ledinsky, mob.: 098/417-730
500,00kn

Simpozij – Nefrološko učilište – 2016.

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju Zadar, 22.-24.04.2016.
Dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-258, www.hdndt.org

Projetni stručni sastanak (2016)
HLZ, HD za medicinu rada
Mali Lošinj, 22.-24.04.2016.
Neven Varljen, mob.: 091/1672-357

Psihološki aspekti palijativne skrbi
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 22.-30.04.2016.
„Penta“ d.o.o., Ana Jurasić, tel.: 01/3483-625
2500,00kn

Expert Forum: metastatski kolorektalni karcinom
AMGEN
Zagreb, 23.04.2016.
Maša Katić, mob.: 099/2327-747

Alzheimerova bolest – istine i zablude
Udruga Medikus
Zagreb, 25.04.2016.
Dr. Vesna Vučičević, mob.: 091/5044-766

Imunohematologija u kliničkoj transfuzijskoj medicini 2016.
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu
Zagreb, 25.04.2016.
Prim.dr.sc. Maja Tomičić, mob.: 098/9823-513
500,00/200,00kn

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

3. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine
OB Pula
Pula, 26.04.2016.
Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.: 052/376-252, 052/376-141

**Jubilarna 200. Gerontološka tribina
Istine i predrasude – Vitamini i minerali za starije osobe**
NZJZ dr. Andrija Štampar, Centar za zdravstvenu gerontologiju, Ref.centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba
Zagreb, 26.04.2016.
Marica Lukic, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164, fax.: 01/4678-016, e-mail: marica.lukic@stmpar.hr

Promicanje optimalne kontrole glikemije
Bauerfeind d.o.o.
Osijek, 26.04.2016.
Alen Jerkić, mob.: 091/2007-327

Cijepljenje u 2016. godini
NZJZ Primorsko-goranske županije u suradnji sa HLK Rijeka
Rijeka, 26.04.2016.
Edita Turinski, tel.: 051/358-721, 358-786

Embriologija urogenitalnog sustava
Urolska udružnost Split
Split, 27.04.2016.
Žana Saratalija Novaković, tel.: 021/557-232

Nutricionizam u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – dijabetes i debljina
HD nutricionista i dijetetičara
Zagreb, 28.04.2016.
Mirja Jošić, tel.: 01/3700-005
800,00kn

Napredna mehanička ventilacija
BioElektronika
Zagreb, 28.04.2016.
Martina Čuček, mob.: 091/5562-468,
e-mail: mcucek@bioelektronika.hr

Zika virus: sadašnji trenutak
Hrvatski zavod za telemedicinu
Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 28.04.2016.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086

Astellas Anti-infectives Academy
Astellas d.o.o.
Split, 28.04.2016.
Goran Strmo, mob.: 091/4550-781

prePOROD 2016.
Udruga RODA – roditelji u akciji
Zagreb, 29.04.2016.
Daniela Drandić, mob.: 098/9621-799, e-mail: daniela@roda.hr
150,00kn

17. simpozij o aritmiji i elektrostimulaciji srca s med.sud.
Radna skupina za aritmije i elektrostimulaciju srca
Opatija, 29.-30.04.2016.
Goran Petrović, mob.: 099/4987-333

RA Akademija – „Interleukin networking“
HLZ, Hrvatsko reumatološko društvo
Biograd n/m, 29.-30.04.2016.
Mirna Sentić, tel.: 01/2388-330

SVIBANJ

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka
Klinika za traumatologiju, „Spektar putovanja“ d.o.o.
Zagreb, 02.-06.05.2016.

Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić Eršek, mob.: 098/235-713
3500,00kn

Krvno-tkivne parazitoze: epidemiologija, klinička slika, laboratorijska dijagnostika, terapija i profilaks
HLZ, HD za kliničku mikrobiologiju
Zagreb, 05.-06.05.2016.

Dr.sc. Mario Šiben, 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
Kasnja 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

Healthcare reunion 2016.
Udruga poslodavaca u zdravstvu
Opatija, 05.-07.05.2016.
Silvia Vrsalović, mob.: 098/8069-040
Članice 1550,00kn, nečlanice 1980,00kn

Novosti u pedijatrijskoj nefrologiji
Klinika za pedijatriju, KBC Osijek
Osijek, 06.05.2016.
Marija Kraljik, tel.: 031/512-249

Lokalni režnjevi u rekonstrukciji defekata kože glave i vrata KB „Dubrava“
Zagreb, 06.05.2016.
Marija Juras Maček, tel.: 01/2903-431
400,00kn lječnici, 200,00kn studenti

3. projektni 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

Zbrinjavanje djece u jednodnevnoj kirurgiji
Dječja bolnica Srebrnjak
Zagreb, 06.05.2016.
Dr.sc. Maša Hrelec Patrlj, tel.: 01/6391-124
350,00kn, umirovljenici i studenti 200,00kn

IV International symposium „Health for all?! Mental Health!“
MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 06.05.2016.
Maja Miloš, tel.: 051/651-155, e-mail:maja.milos@gmail.com
400,00kn

Autosomno dominantna policistična bubrežna bolesti
HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Osijek, 06.-07.05.2016.
Dr. Lada Zibar, mob.: 097/7960-917

Endonasal Endoscopic Skull Base Surgery
KBC Zagreb
Zagreb, 06.-07.05.2016.
Dr. Irena Makovac, mob.: 091/4920-532, Dr. Marcel Marjanović Kavanagh, mob.: 091/4920-717, tel.: 01/2367-610

XXIX. simpozij Hrvatskog društva za pedijatrijsku pulmologiju
HLZ, HD za pedijatrijsku pulmologiju, Klinika za dječje bolesti KBC Split, Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 06.-08.05.2016.
Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-303, fax.: 021/556-590, e-mail: npavlov@kbsplit.hr
400,00kn

Novosti iz nefrologije i arterijske hipertenzije i Simpozij medicinskih sestara u hipertenziji
HD za hipertenziju HLZ-a, Društvo za razvitak 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.hadic@spektar-holidays.hr www.hdtecaj2016.org, facebook: http://www.hdtecaj2016.org/
Rana kot. (do 15.04.2016.) 1000,00kn, kasna kot. 1500,00kn; za specijalizante 500,00kn, med.sestre 200,00kn

Napredni ITLS tečaj
Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 06.-08.05.2016.
Dr. Tvrtko Pervan, tel.: 01/3313-031
2500,00kn

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: ortopedija@kbc-zagreb.hr

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Oftalmoskopija u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite
HLZ, Hrvatsko oftalmološko društvo
Zagreb, 07.05.2016.
Jelena Petrinović-Dorešić, mob.: 091/3712-144

Neurorazvojni poremećaji i rana intervencija
ZJZ Dubrovačko-neretvanske županije
Dukrovnik, 07.05.2016.
Ankica Džono Boban, tel.: 020/341-077

Osmi hrvatski Cochrane simpozij – Razumijevanje znanstvenih dokaza
MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 09.05.2016.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-923,
e-mail: dalibora.behmen@mefst.hr
400,00/200,00kn

Lijekovi i ...
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 11.05.2016.
Dr. Marcel Leppé, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Mjesto i uloga kolposkopije u ranoj dijagozi 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

Zbrinjavanje teško oboljelog i ozlijedenog djeteta u izvanbolničkim uvjetima
Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba
Zagreb, 11.-12.05.2016.
Tatjana Pandak, mob.: 091/4100-273

Menarche to Menopause
Centar za prirodno planiranje obitelji, WOOMB
Zagreb, 12.05.2016.
Marija Čurlin, mob.: 091/3768-143,
<http://woombconference.ppo.hr/hr>
500,00kn (za studente i specijalizante 250,00kn)

Međunarodna konferencija Svjetske organizacije za Billingsovou ovulacijsku metodu ®
Centar za prirodno planiranje obitelji, WOOMB
Zagreb, 12.-15.05.2016.
Marija Čurlin, mob.: 091/3768-143,
<http://woombconference.ppo.hr/hr>
900,00kn (do 29.02.2016. 750,00kn)

16. kongres Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva
Hrvatsko oftalmološko i optometrijsko društvo
Opatija, 12.-15.05.2016.
Prof.dr.sc. katia Novak Lauš, tel.: 01/3787-662, fax.: 01/3768-296,
e-mail: katia@midij-com.hr
Prije 05.04.2016. - član specijalist 1300,00kn, član specijalizant 700,00kn, specijalist 1600,00kn, specijalizant 900,00kn
Postiže 05.04.2016. - član specijalist 1600,00kn, član specijalizant 900,00kn, specijalist 2100,00kn, specijalizant 1100,00kn

Helicobacter pylori – dijagnostika i terapija
ZJZ županije Istarske
Pula, 13.05.2016.
Lorena Lazaric 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

8. hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama s međ.sud.
HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive bolesti Opatija, 13.-15.05.2016.
Arijana Pavelić, tel.: 01/2826-190
800,00 – 2150,00kn

Radiološke metode pregleda kod Chronove bolesti
Zavod za dijagnostiku i intervencijsku radiologiju KBC Split Split, 16.05.2016.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Morfološke promjene kralježnice uslijed sjedilačkog načina života
Udruga Medikus
Zagreb, 16.05.2016.
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

Tečaj za podučavatelje Billingsove ovulacijske metode ®
Centar za prirodno planiranje obitelji
Zagreb, 16.-19.05.2016.
Marija Čurlin, mob.: 091/3768-143
600,00kn

Primjenjena genomika u Republici Hrvatskoj
Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, HD za biosigurnost i biozaštitu HLZ-a
Zagreb, 17.05.2016.
Nevena Jakopović, mob.: 098/3740-158, e-mail:
nevenakajakopovic@gmail.com
200,00kn

3. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine
OB Pula
Pula, 17.05.2016.
Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.: 052/376-252, 052/376-141

13. hrvatski kongres endoskopske kirurgije s međ.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 zbora
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

7th Alpe-Adria Medical Physics Meeting
HD za zaštitu od zračenja
Zagreb, 19.-21.05.2016.
Hrvoje Hršak, mob.: 098/9144-644
100,00 EUR

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

Kasnja kotizacija za članove KOHOM-a 1800,00kn
Kasnja 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 međ.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. Balneočki skup „Dr. Ivan Šreter“
Spec. bolnica za med.rehabilitaciju Lipik
Lipik, 20.05.2016.
Dr. Otto Kraml, mob.: 098/497-575
100,00kn

2.simpozij hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ – Šćerčna bolest tip 1
HD za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ-a
Starigrad Paklenica, 20.-21.05.2016.
Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-581
1000,00kn (HDDED članovi ne plaćaju kotizaciju)

Orofaringealna disfagija
OB Slavonski Brod
Slavonski Brod, 20.-21.05.2016.
Ana Đanić Hadžibegović, mob.: 091/5231-961
Specijalisti 500,00kn, specijalizanti 400,00kn

Praktičan pristup bolesniku s demencijom (Frontotemporalna demencija i Alzheimerova bolest)
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 20.-21.05.2016.
Natalia Palac, mob.: 098/541-880
400,00kn

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjer (kraci naziv: DDD trajna edukacija)
KORUNIĆ d.o.o. Zagreb
Zagreb, 20.05.-23.06.2016.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Pedijatrijski ITLS tečaj
Hrvatska gorska služba spašavanja
Petehovac, Delnice, 21.-22.05.2016.
Dr. Gordana Antić Šego, e-mail: gordana.antic.sego@gmail.com,
www.itls-hrvatska.org
1600,00kn

17. Hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. I tkg. „Kurt Semm“
HD za ginekološku endoskopiju HLZ, OB Zabok i KBC Rijeka
Rijeka, 23.-26.05.2016.
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,
e-mail: mkopjar9@gmail.com 7600,00kn

Gerontološka radionica / stvaraonica
NZJZ dr. Andrija Štampar, Centar za zdravstvenu gerontologiju,
Ref.centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba
Zagreb, 24.05.2016.
Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/469-164, fax.: 01/4678-016, e-mail: marica.lukic@stampar.hr

25. Kongres Svjetskog udruženja ginekologa i endoskopijara (ISGE 25th ANNUAL CONGRESS)
4-ti hrvatski kongres minimalno invazivne ginekološke kirurgije
The International Society for Gynaecologic Endoscopy i HD za ginekološku endoskopiju HLZ-a, O-tours d.o.o.
Opatija, 25.-28.05.2016.
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007, e-mail:
mkopjar9@gmail.com
O-tours d.o.o., tel.: 01/4921-720, e-mail: isge.opatija@otours.hr
<http://opatija2016.isge.org>

13th congress of the European Federation of Sexology – Sexology: body, mind and culture

European Federation of Sexology i Croatian Association for Seks Therapy Dubrovnik, 25.-28.05.2016. Goran Arbanas, tel.: 01/3780-629, e-mail: goran.arbanas@bolnica-vrapce.hr Za osobe iz Hrvatske: 300EUR za liječnike, 250EUR za psihologe i socijalne radnike

Pogreške pri liječenju pulmoloških bolesnika

KBC Split, Klinika za dječje bolesti i Klinika za plućne bolesti MEF Sveučilišta u Splitu Komža, 26.-28.05.2016. Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-303, fax.: 021/556-590, e-mail: npavlov@kbsplit.hr 1000,00kn+PDV

European Pain Federation EFIC endorsed Interventional Pain Management Symposium & Cadaver workshop

HD za liječenje boli HLZ-a Osijek, 26.-29.05.2016. Andrea Mršo, tel.: 031/511-502, e-mail: mrsandoare385@gmail.com 6000,00kn

Škola akupunkture, elektroakupunkture, akupresure i Tui-na terapije

HUPED Zagreb, 28.-29.05.2016. Prof. Slavica Kraljević, mob.: 099/6772-540, e-mail: slavica.kraljevic@gmail.com, www.huped.hr 15000,00kn

Prepreke u zdravstvenom sustavu te promjene sa svrhom postizanja boljeg ishoda kroničnih nezaraznih bolesti Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)

Zagreb, 31.05.2016. www.amzh.hr, e-mail: amzh@zg.t-com.hr, tel.: 01/4828-662

LIPANJ

3. kongres hrvatske komore zdravstvenih radnika strukovnog razreda za medicinsko-laboratorijsku djelatnost – Medicinsko – laboratorijska dijagnostika u praksi i pravo u zdravstvu s med.sud.

Komora zdravstvenog radnika, Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Opatija, 02.-05.06.2016. Congres projekti d.o.o., tel.: 01/4821-193, fax.: 01/3700-495

Estetska medicina – nekirurško pomladivanje u teoriji i praksi

HD za estetiku lica Hrvatskog liječničkog zbora Opatija, 03.-05.06.2016. Rotim Željko, mob.: 098/227-468 1500,00kn

Simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu „Pedijatrijska zaštita i druge usluge u ranoj intervenciji – kako ih povezati?“

Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu (HURID) Osijek, 04.06.2016. Anamaria Mikšić, mob.: 095/9111-587 300,00/350,00kn

Dubrovnik summer school of psychotraumatology

Institut za psihosomatiku Dubrovnik, 06.-09.06.2016. Dr.sc. Saša Jevtović, tel.: 01/2376-575 350-450 EUR

27th Summer Stroke School – Healthy Lifestyle and prevention of Stroke and Brain Impairment

HD za prevenciju moždanog udara Dubrovnik, 06.-10.06.2016. Petra Črnac, tel.: 01/5513-137 750,00kn

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka

Kuća zdravlja Zagreb, 06.-10.06.2016. Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108 5000,00kn

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“ Zagreb, 08.06.2016. Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

IUPHAR GI SECTION MEETING 2016

Maks travel d.o.o. Novigrad, 09.-11.06.2016. Kristijan Čović, mob.: 099/2005-225 1500,00kn

Jedno zdravlje – emergentne i re-emergentne zoonoze: prošlost, sadašnjost i budućnost

HLZ, HD za kliničku mikrobiologiju Zagreb, 10.06.2016. Doc.dr.sc. Mario Svilan, tel.: 01/4863-269 500,00kn

IX lošinjska ljetna škola o alkoholizmu

KLA "Bonaca" Mali Lošinj Mali Lošinj, 10.-12.06.2016. Mr.sc. Branko Lakner, mob.: 099/600-0161 300,00kn

Kako treba kreirati zdravstvenu politiku?

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH) Zagreb, 14.06.2016. www.amzh.hr, e-mail: amzh@zg.t-com.hr, tel.: 01/4828-662

International Neuropsychiatric Congress

Udruga za neuropsihijatriju Zagreb, 15.-18.06.2016. Petra Črnac, tel.: 01/5513-137 750,00; 1125,00; 2175,00kn

41. Regionalni stručno-znanstveni sastanak pedijatara Hrvatskog primorja, Istre, Like i Gorskog kotara

Hrvatsko pedijatrijsko društvo – Ogranak Rijeka, OB Gospić Gospic, 17.-18.06.2016. Prim.mr.sc. Neven Čaće, dr.med., tel.: 051/659-132, fax.: 051/623-126, e-mail: pedijatrica@kbc-rijeka.hr

Medicinska akupunktura

Učilište Lovran – Ustanova za obrazovanje odraslih Lovran, 17.06.2016. – 20.01.2017. Jelica Popić, mob.: 091/5040-517 12.000,00kn

Radiološka dijagnostika neurometaboličkih bolesti i neurokutanih sindroma

Zavod za dijagnostiku i intervencijsku radiologiju KBC Split Split, 20.06.2016. Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Hipertireoza

HLZ, HD za štitnjaču Zagreb, 20.06.2016. Željka Rakvin, tel.: 01/3787-420 200,00kn

3. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine

OB Pula Pula, 21.06.2016. Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.: 052/376-252, 052/376-141

12th Central European Oncology Congress

HLZ, Hrvatsko onkološko društvo Opatija, 22.-25.06.2016. Dr. Eduard Vrdoljak, tel.: 021/556-129

SRPANJ

37. međunarodna STAR konferencija (Stress and Anxiety Research Society)

Zagreb, 06.-08.07.2016. Stress and Anxiety Research Society, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Centar za kliničku psihologiju Zagreb Prof.dr.sc. Nataša Jokić-Begić, e-mail: star2016@ffzg.hr, Vanja Putarek, tel.: 01/4092-380, e-mail: vputarek@ffzg.hr http://psihologija.ffzg.unizg.hr/star2016 110,00/140,00EUR

RUJAN

9. Hrvatski internistički kongres

Hrvatsko internističko društvo HLZ, Dariva tur agencija Opatija, 23.-25.09.2016. Doc.dr.sc. Ivan Gornik, dr.med., tel.: 01/2367-429 1200,00kn; besplatno za specijalizante koji su prvi autori postera

LISTOPAD

Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međ.sud., CROCAD-16

HLZ, HD za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi Tučepi, 05.-09.10.2016. Studio Hrg d.o.o., tel.: 01/6110-450, 6183-140, e-mail: kongres@studiorhg.hr, ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr www.alzheimer 2016.com 1600,00kn

STUDENI

HDIR-4: „From Bench to Clinic“ – 4th Meeting of the Croatian Association for Cancer Research with International Participation

HD za istraživanje raka (HDIR) Zagreb, 03.-04.11.2016. Petar Ozretić, tel.: 01/45671-292 190,00 – 580,00kn

3. hrvatski gerontološki i gerijatrijski kongres s međ.sud.

HLZ, HD za gerontologiju i gerijatriju, Ref. Centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba – Centar za zdravstvenu gerontologiju NZJZ Grada Zagreba „Dr. Andrija Štampar“, Gradski ured za zdravstvo Grada Zagreba, Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom Grada Zagreba, Razred za medicinske znanosti HAZU Opatija, 15.-17.11.2016. spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr, Studio Hrg d.o.o., tel.: 01/6183-140, e-mail: kongres@studiorhg.hr, www.gerontology2016.com; www.stampar.hr/gerontologija 1800,00kn

OŽUJSKI STUPIDARIJ

Sindikalac Mladen Novosel postavio dijagnozu: Liječnici su notorni glupani

Predsjednik Samostalnih sindikata Hrvatske Mladen Novosel u riječkom Novom listu od 8. ožujka ovako komentira želju liječnika za svojim kolektivnim ugovorom čime bi se sprječilo njihovo odlaženje iz Hrvatske: „To je notorna glupost“. Po njemu je „ključni problem ego liječničkog sindikata“. Iz toga valjda proizlazi zaključak: „Liječnici, nemojte biti glupi, ostanite pod mojim a ne svojim sindikalističkim egom!“ Predsjednik Nezavisnih hrvatskih sindikata Krešimir Sever ipak je malo oprezniji i usto zagonetniji: „Ne bi se smjelo dogoditi da se zaboravi temeljno načelo sindikata“ jer bez njega „slabije društvene skupine ne bi imale mogućnost kolektivnog pregovaranja“ (nije jasno na koga misli pod slabijom skupinom). Viktor Gotovac s katedre za radno pravo pak mudro poučava: „To je kaotično i ne odgovara našoj razini kolektivnog pregovaranja.“ Postavljuju se dva pitanja. Jedno je zaštoo svi ti sindikalci tako žarko žele pod sobom imati liječnike, a drugo je zaštao se liječnici žele odreći njihove brige o dobrobiti liječničkog staleža? Drug Novosel zna zašta!

Najmiliji novinar mjeseca ožujka: Ana Vučetić Škrbić

Ako je istina ono što je objavila novinarka Ana Vučetić Škrbić u Slobodnoj Dalmaciji od 10. ožujka, zadarska bolnica trebala bi svečano proslaviti povijesnu akviziciju: sto i dvadeset godina nakon Killianovog otkrića bronhoskopa (1897.) dobila ga je napokon i ta bolnica. Strpljen – spašen!

70.000 KUNA LIGA ZA BORBU PROTIV RAKA ZADAR I OPĆINA SUKOŠAN DAROVALI ODJEL PULMOLOGIJE

Bolnica dobila bronhoskop koji otkriva rak

Nekoliko pitanja poštovanom kolegi Karlaku

Kolega dr. Ivan Karlak objavio je u zagrebačkom Jutarnjem listu (3. ožujka, str. 15) vrlo čudan ortopedski članak. Potražio sam njegovo ime na internetu i na stranici „Najdoktor“ našao o njemu samo superlative. Među ostalim, njegova je etičnost ocijenjena sa 100 % (pet zvjezdica!). Izgleda da ova dva izvora nisu posve kompatibilna pa bih zato simpatičnom kolegi Karlaku postavio ovih nekoliko retoričkih pitanja.

- Zašto je u novinama objavio povijest bolesti pacijenta Vilima Pantlika kad je to liječnička tajna.
- Po čemu je njegov pacijent toliko izniman da ga treba zabilježiti u literaturi?
- Koliko bodova Komora treba dr. Karlaku dodijeliti za taj stručni članak?
- Zašto je uz članak objavio svoj portret umjesto sliku koljena koje je operirao?
- Pošto je po struci ortoped a ne zubar, zašto na slici pokazuje zubalo a ne koljena?
- Što mu je tako smiješno i kome se smije?

Dr. med. Ivan Karlak, ortoped Specijalne bolnice Arithera

Gospodin Vilim Pantlik je zatražio pomoć u Centru za ortopediju Specijalne bolnice Arithera zbog bolova u oba koljena kojih su trajali više godina, te su se unatrag zadnjih godina dana znacajno intenzivirali i utjecali na drastično smanjenje mogućnosti kretanja, šepanje uz intenzivnu bol, nemogućnost čujući, klečanja, hodanja uz i niz stepenice. Kliničkim pregledom i osnovnom radiološkom dijagnostičkom obradom postavljena je dijagnoza uznapredovalog osteoartrita oba koljena 4. stupnja, što znači da je hrskavica koljena bila u potpunosti istrošena. Operacijski zahvat ugradnje totalne endoproteze koljena učinjen je u Specijalnoj bolnici Arithera. Za našu bolnicu karakteristično je korištenje najkvalitetnijih implantata renomiranih svjetskih proizvođača kao i svjetski priznatih i potvrđenih operacijskih i rehabilitacijskih protokola. Naš tim educiranih fizioterapeuta provodi je svakodnevnu cjevodnevnu rehabilitacijski program prema protokolu tzv. " fast track rehabilitation". Već peti dan nakon operacije pacijent je bio samostalno pokretan bez pomagala uz puno opterećenje operirane noge. Program rehabilitacije koji je podrazumevao i hidrokinезiterapiju nastavljen je u Centru za fizikalnu terapiju i rehabilitaciju Specijalne bolnice Arithera pod stalnim nadzorom glavnog operatera. Zaokruženi proces liječenja od dijagnostike, operacija i rehabilitacije posebnost je koja Specijalnu bolnicu Arithera izdvaja od ostalih medicinskih subjekata koji oву vrstu usluge pružaju na našem tržištu.



