

LIJEČNIČKE NOVINE



STRUKOVNI ZA LIJEČNIKE



STANDARD U EU

LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
Adresa uredništva
10000 Zagreb, Ulica Grge Tuškana 37, Hrvatska

GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

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

POMOĆNICA GLAVNOG UREDNIKA

Daniela Dujmović Oivan, dipl. nov.
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 Hanzevacki
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 Ferencić
Zdenko Kovač • Slavko Lovasić • Adrian Lukenda
Meri Margreitner • 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 pretplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.

Pretplatnička 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

UVODNIK

Krećemo li, napokon, u dobrom smjeru?

RAZGOVOR

Dr. sc. Nevenka Kovač: "Etičnost svih preduvjet za uvođenje
reda u zdravstvo!"

MLADI I USPJEŠNI

Dr. sc. Mario Šekerija, mladi epidemiolog na čelu Registra za rak

TEMA BROJA

Strukovni kolektivni ugovor za liječnike

IZ KOMORE

Nadrilječništvo u Večernjem lisu • Komora u Vukovaru
Pravilnik o dopunskom radu • Stručni nadzor u KBC-u Osijek

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA

Kongres Udruge poslodavaca u zdravstvu • Globatthon
Plan za borbu protiv raka • Hitna medicinske služba

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA

Barijatrijska kirurgija • Biofilm na vrijedu

IZ UDRUGE POSLODAVACA U ZDRAVSTVU

Nužno je uvođenje amortizacije

HZZO I LIJEĆNICI

Mladi liječnici otvoreno govore o mogućnostima za rad u Hrvatskoj

FARMATOERAPIJA

Generički lijekovi • Imunoterapija • Farmaceutska inicijativa

COCHRANE ZANIMLJIVISTI

Tjelovježba nakon koronarne bolesti

FARMAKOVIGILANCIJA

Novosti iz HALMED-a

LIJEVI KUT – DESNI KUT

Treba li nam lustracija?

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**ZAJEDNO U BORBI PROTIV RAKA**

Život onkološkog bolesnika

RIJETKE BOLESTI

Osteogenesis imperfecta

KOMORIN TEST ZNANJA**MEDICINA I ZNANOST**

Trebaju li nam klinička ispitivanja?

MEDICINSKA SKRB O BRANITELJIMA**BIOETIKA****PISMA UREDNIŠTVU****HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE****IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE**

Prof. dr. Milan Berger

KOLEGA HITNJAK**USPOMENE I SJEĆANJA**

Moja Amerika

BEZ RECEPTA

S lukom se bolje jede

HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI

Prim. Janez Barle

UREDNIKOV KUTAK**KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

DAN LIJEČNIČKIH KARIJERA U RH

10.6.2016. MEDICINSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA U ZAGREBU

Organizacijom Dana liječničkih karijera u Republici Hrvatskoj želimo pružiti uvid budućim i sadašnjim liječnicima u mogućnosti koje pruža Republika Hrvatska te želimo potaknuti sve dionike zdravstvenog sustava na konstruktivan dijalog o stvaranju pozitivne klime za zdravstvene djelatnike, a sve u cilju očuvanja struke, smanjenja odlaska liječnika i drugih djelatnika te očuvanja zdravstvene zaštite za pacijente u Hrvatskoj.

Prijavite se na:

WWW.MEF.UNIZG.HR/
LIJECNICKE-KARIJERE

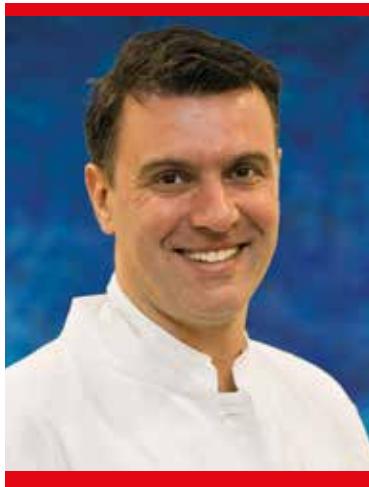
ORGANIZATORI



PARTNERI



Krećemo li, napokon, u dobrom smjeru?



MR. SC. TRPIMIR GOLUŽA

PREDSJEDNIK HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

Nakon gotovo tri godine ukazivanja na očiti problem i apeliranja da se nešto konkretno poduzme u cilju njegova rješavanja, Vlada RH donijela je prvi pravni akt kojim je pokazala da s deklarativne razine poimanja problema prelazi u djelatnu fazu sprječavanja njegova dalnjeg produbljivanja

Nevjerojatna je lakoća kojom su najodgovorniji ljudi u hrvatskom društvu, godinama zanemarivali spoznaju da u hrvatskom državnom zdravstvenom sustavu nedostaje više tisuća liječnika specijalista te da se iz dana u dan i taj nedostatan broj dodatno smanjuje. Kao da su živjeli u nekom paralelnom svijetu, uvjereni da bolesni i nemoći ljudi ne postoje i da su liječnici tek beskorisni korisnici državnog proračuna! Jer, kako drugačije protumačiti podcjenjivanje društvenog značenja liječnika, višegodišnje dosljedno kršenje pravnog okvira organiziranja rada liječnika, zakonsko onemogućavanje izravnog pregovaranja liječnika s poslodavcem, financijsko obezvredivanje zdravstvene usluge? Takva politika rezultirala je jednim mogućim ishodom. Gubitkom vjere da će se znanje i rad u hrvatskom društvu uvažavati i željom da se napusti takav besperspektivni sustav.

Nakon gotovo tri godine ukazivanja na očiti problem, upozoravanja na njegove potencijalno pogubne, nepopravljive posljedice i apeliranja da se nešto konkretno poduzme u cilju njegova rješavanja, Vlada RH donijela je prvi pravni akt kojim je pokazala da s deklarativne razine poimanja problema prelazi u djelatnu fazu sprječavanja njegova dalnjeg produbljivanja. Naime, donošenjem novog Pravilnika o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca, kolokvijalno nazvanog Pravilnik o pravu na dvojni rad, omogućeno je svim liječnicima, koji redovito kod svog „primarnog“ poslodavca, u skladu s etičkim normama i stručnim uzusima izvršavaju svoje radne obveze, obavljanje dodatnog rada za svoj račun.

Nakon „Ostojićeva“ – nejasnog, krajnje restrikтивnog i učenjivačkog te „Varginog“ – neobjektivnog, na fakturiranju utemeljenog i diskriminacionog pravilnika, dobili smo pravilnik koji je u skladu s postojećim europskim rješenjima. Jedan pravilnik, sam po sebi, ne može riješiti ni znatno jednostavnije probleme no što je zabrinjavajuće velik kadrovski deficit liječnika u hrvatskom javnom zdravstvenom sustavu. Ipak, od nečega se treba krenuti. Nesumnjivo, trenutni je kadrovski deficit temeljni problem hrvatskog zdravstvenog sustava. Zbog njega po-

najviše trpi postojeći zdravstveni kadar, jer mu je zbog kompenzacije nedovoljnog broja izvršitelja nametnut velik opseg rada i iznimno velika satnica prekovremenog rada. Nedostatak liječnika uvelike će odrediti i perspektivu zdravstvenog sustava u cjelini.

Hrvatski medicinski fakulteti godišnje stvore oko 500 liječnika, no u posljednjih pet godina prosječno ih je svega 220 godišnje ušlo u hrvatski zdravstveni sustav. Gotovo 55% diplomiranih liječnika nestajalo je u bespućima hrvatske društvene zbilje. Trenutno na četiri medicinska fakulteta u Hrvatskoj studira 4.210 studenata medicine. Za očekivat je da ćemo u roku od šest godina dobiti barem 3.400 novih liječnika. U tom razdoblju oko 1.700 liječnika zaposlenih u sustavu javnog zdravstva otici će u starosnu mirovinu. Ovi brojevi bude optimizam i nadu, daju nam priliku za kadrovsko stabiliziranje sustava što je preduvjet njegove funkcionalne održivosti. Hoćemo li u tome uspjeti ovisi isključivo o nama samima, o odlukama i mjerama koje ćemo u bliskoj budućnosti donositi. Rezultati istraživanja, provedenog na reprezentativnoj skupini od 1.500 mladih liječnika, pokazali su da mladi liječnici žele pravedno i poticajno radno okružje u kojem će se uvažavati znanje, rad i odgovornost i u kojem će se prema objektivnim parametrima vrednovati i nagradjavati ostvareni rezultati.

Pravilnik o pravu na dvojni rad prva je, ali važna mjeru u nastojanju da se poboljša trenutni položaj liječnika u društvu. No, država na tom planu još puno toga treba učiniti. Ukinjanje „Mrsićeva“ Zakona o reprezentativnosti i poštivanje europskog standarda strukovnog kolektivnog pregovaranja za liječnike potezi su koji ne bi dodatno opteretili državni proračun, a kako bi pozitivno djelovali u pogledu zadržavanja potentnog kadrovskog liječničkog potencijala u Hrvatskoj. Hrvatski liječnik ne europskoj je razini prepoznat kao kvalitetan stručnjak koji izvrsno funkcioniра u organiziranom sustavu. Učinimo od Hrvatske sredinu u kojoj će se hrvatski liječnici, na dobrobit svih hrvatskih građana, moći u potpunosti profesionalno i ljudski ostvariti. Za početak poduzmimo mjere koje državi ne iziskuju dodatne materijalne troškove ali su jasan pokazatelj jednog novog i boljeg pravca.

RAZGOVOR S USPJEŠNOM MENADŽERICOM U ZDRAVSTVU

Dr. sc. Nevenka Kovač:

„Etičnost svih dionika preduvjet za uvođenje reda u zdravstvu!“

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

Moram otvoreno reći kako je Imunološki zavod devastiran u svim pogledima. Nema niti jednu proizvodnu dozvolu, nema registracijske dosjee sukladno europskoj regulativi, nedostaje mu stručni kadar, a od 173 djelatnika, većina ih je pred mirovinom

U sljedeće četiri godine država bi trebala uložiti 100 milijuna kuna u Imunološki, za investicije, pokretanje proizvodnje i plaće zaposlenicima

U ovom smo broju za sugovornicu izabrali dr. sc. Nevenku Kovač, do jučer v. d. ravnateljice Imunološkog zavoda, a dok ovo čitate, ravnateljicu poliklinike Medico u Rijeci. S bogatim iskustvom u farmaceutskoj industriji, u privatnom i javnom zdravstvu i državnoj službi, gdje je bila glavna savjetnica bivšem ministru dr. Siniši Vargi te koordinator za provođenje sanacije i tzv. „masterplana“ bolnica, dr. Kovač zasigurno ima što reći kada su zdravstvene teme u pitanju. Zanimljiv je i životni, odnosno profesionalni put naše sugovornice, koja je od seoske liječnice opće medicine, angažirane u hitnoj službi, postigla zavidnu menadžersku karijeru u zdravstvu. Bivša je ravnateljica Specijalne bolnice Sveta Katarina, bila je prva predsjednica Udruge privatnih poliklinika i bolnica pri Hrvatskoj udruzi poslodavaca, obnašala je menadžerske pozicije u Belupu iz područja marketinga, doktorirala je na Ekonomskom fakultetu iz područja menadžmenta, a sve je zapravo počelo iz „dišpeta“. Naime, nije mogla dobiti željenu specijalizaciju iz ginekologije, za koju je u krajem 80-ih i početkom 90-ih vladao veliki interes, a pri tom joj zasigurno nije pomogla činjenica što je bila radničko dijete iz male sredine koje se nije moglo pohvaliti liječničkim „pedigreom“. Odlučila je ostati liječnik u svom rodnom selu, ali nije mogla dobiti liječnički stan kao ostali liječnici jer je imala roditeljsku kuću. Razočarana svime, otišla je u farmaceutsku industriju, a iskustvo rada u toj industriji dovelo ju je na čelo Imunološkog zavoda, te nekadašnje „dike i ponosa“ hrvatskog zdravstva. Nas nije zanimalo samo to što je u pola godine uspjela napraviti u Imunološkom i ima li nade za njegov povratak na tržište, nego smo detaljno pretresli i druge aktualne teme u zdravstvu. Vjerujemo da će vaše vrijeme na čitanje ovog intervjuja biti korisno utrošeno.

■ Zbog dugogodišnjeg iskustva u farmaceutskoj industriji izabrani ste za v.d. ravnateljice Imunološkog zavoda, a tu ste dužnost obnašali do 1. svibnja. Koji je bio vaš glavni zadatak?

Moj zadatak je bio postaviti pravne temelje, pripremiti svu dokumentaciju za funkciranje javne zdravstvene ustanove, što je Imunološki zavod postao 1. listopada 2015., i učiniti sve da započne proizvodnja. Trebalo je pokrenuti sve regulatorne aktivnosti, registraciju proizvoda kao i prijenose odobrenja za stavljanje lijeka u promet. To je sve trebalo regulirati s Imunološkim zavodom, trgovačkim društvom koje se još nije ugasio. Ono je

vlasnik nekretnina, znači prostora i opreme, a ustanova ima pravo njihovog korištenja i na nju je prenesena djelatnost i 173 radnika. Reguliranje odnosa između društva i ustanove jako je komplikirano, što usporava dinamiku rješavanja problema.

■ Kako se taj proces transformacije iz trgovackog društva u ustanovu može ubrzati?

Jako teško jer je riječ o multisektorskoj suradnji više ministarstava. Moram otvoreno reći kako je Imunološki zavod devastiran u svim pogledima. Nema niti jednu proizvodnu dozvolu, nema dosjee sukladno europskoj regulativi, nedostaje nam stručni kadar, od



Dr. Nevenka Kovač angažirana je kako bi postavila pravne temelje za funkcioniranje Imunološkog i pripremila ga za proizvodnju

173 djelatnika većina ih je iz proizvodnje koje više nema, a mnogi imaju uvjete za mirovinu. Za ovu smo godinu iz proračuna dobili 32,5 milijuna kuna, a samo za plaće i održavanje hladnog pogona treba oko 28 milijuna. S onim što nam ostane pokušat ćemo pokrenuti jednu proizvodnju - onu za krvne derivate. Imunološkom trebaju novi prostori, novi proizvodni pogoni, novi ljudi i novi proizvodi. Pripremila sam poslovni plan za iduće četiri godine koji podrazumijeva da ta zdravstvena ustanova stane na noge, da dobije potrebne proizvodne dozvole i registrirane proizvode skladno europskoj regulativi. Predviđeno je pokretanje proizvodnje za krvne derivate 2016. i za virusna cjepiva 2017., pripremanje projekta za novu tvornicu 2017., i nabavljanje svih potrebnih dozvola 2018., kako bi 2019., mogla početi njezina gradnja. Naravno, to podrazumijeva da ustanova počne sama stvarati prihode, kako bi postala interesantna potencijalnom investitoru jer je taj projekt idealan za javno-privatno partnerstvo. No moramo biti svjesni da povratak na tržište nije jednostavan. To i jest najveći gubitak Imunološkog zavoda. U međuvremenu su tehnologija proizvodnje i razvojne aktivnosti jako napredovale, a u Zavodu nema istraživačke jedinice već nekoliko godina. Istodobno, oprema nam je zastarjela, tamo negdje iz 80-ih godina....

■ Dojam je da bi lakše bilo oživjeti mrtvaca nego ponovno pokrenuti Imunološki...

Vidjet ćemo. Zavod prvo treba pokrenuti proizvodnju krvnih derivate, jer se radi o preradi krvne plazme hrvatskih davaljatelja. Osim toga možemo opskrbljivati hrvatsko tržište albuminom i imunoglobulinom i u tom pogledu zadovoljiti sve potrebe hrvatskog zdravstva. Dobivanjem tih dozvola, mogli bismo proizvoditi i zmijski antitoksin. Riječ je o proizvodu koji je svjetski brend, na kojem ne možete temeljiti velike prihode, ali može pridonijeti

imidžu Imunološkog na globalnom tržištu. Tu je i proizvodnja virusnih cjepiva za koju smo sada dobili dvije parcijalne dozvole, i to za dio vezan za puštanje lijekova u promet, njihovo opremanje i kontrolu kakvoće. Taj program je namijenjen izvoznim tržištima i postoji velik interes za te proizvode.

■ Što je sa zalihama krvne plazme koju su donirali dobrovoljni davaljatelji širom Hrvatske, a koja propada u Imunološkom? Tako nešto je moguće valjda samo u Hrvatskoj...

Jednom dijelu zaliha krvne plazme su istekli rokovi valjanosti, što je posljedica trogodišnje stanke u proizvodnji. No, i taj dio plazme se pokušava prodati na europskom tržištu, ali ne za ljudsku upotrebu nego za izradu podloga za dijagnostiku. Veći dio plazme čeka dobivanje proizvodne dozvole i pokretanje proizvodnje. Za sada se ništa od plazme nije bacilo niti uništio. Treba naglasiti da plazma nije u vlasništvu Imunološkog zavoda ustanove, nego trgovačkog društva, tako da je ustanova ne može prodati.

■ Koliko novca još treba uložiti da Imunološki stane na noge, krene proizvodnja i da bude konkurentan na tržištu? Kada to uopće možemo očekivati? Koji su realni rokovi?

U sljedeće četiri godine država bi trebala uložiti 100 milijuna kuna za investicije, pokretanje proizvodnje i plaće zaposlenicima. Tu su i pripreme za izgradnju nove tvornice u Brezju kod Svetе Nedelje, gdje Imunološki u vlasništvu ima više od 90 tisuća kvadrata zemlje. Projekt je vrijedan oko 40 milijuna eura. Mislim da je realan rok pet godina od početka gradnje nove tvornice i novih pogona do prvog proizvoda na tržištu, znači ne prije 2023. godine. Postojeći Zavod treba stabilizirati do 2018., pokrenuti proizvodnju, i pripremiti projekte kako bi krenula gradnja nove tvornice, do čijeg bi se završetka proizvodilo na staroj lokaciji u Rockefellerovoj.

>>

Misljam da je realan rok pet godina od početka gradnje nove tvornice i novih pogona do prvog proizvoda Imunološkog na tržištu, a to ne možemo očekivati prije 2023. godine

Ne mogu reći tko je odgovoran za propast Imunološkog, ali čak i danas pružaju otpor prema nužnim promjenama na svim razinama u Zavodu, jer žive na „staroj slavi i u starim vremenima“

Vjerujem da samo sinergija privatnog i javnog u zdravstvu daje održiv zdravstveni sustav u budućnosti. Unatoč istoj zakonskoj regulativi, privatnici su pod puno većom kontrolom od javnog sektora

■ **Razmišlja li se o obnavljanju proizvodnje prirodnog interferona, koji je, kako su mnogi tvrdili, uspješno ubijao HPV?**

Ne. U Zavodu uopće više nema ljudi koji znaju nešto o tome. Raspitivala sam se puno o tom proizvodu Imunološkog jer me zanimalo tko se time bavio i zašto se s tim stalo. Dobila sam informaciju kako nije napravljena klinička studija, što je preduvjet da bi se o nastavku proizvodnje uopće moglo razgovarati. Razvoj proizvoda je danas vrlo zahtjevan, vrlo skup i Imunološki zavod nema tu snagu i ne može to platiti. Nama je problem i razvoj novih cjepiva. U kalendaru cijepljenja više nema cjepiva koja smo mi proizvodili, sada se koriste polivalentna koja mi nemamo, jer smo zaostali i u konceptu razvoja proizvoda. Zato nam treba istraživački odjel za razvoj novih proizvoda. Na tržištu su došle nove tvrtke s inovativnim i kompleksnijim proizvodima, stoga će Imunološkom biti jako teško vratiti se na tržište. Moramo razviti nove proizvode, unaprijediti naše formulacije i ponovno postati partner Svjetske zdravstvene organizacije, odnosno UNICEF-a, koji je nekada bio naš najveći kupac.

■ **Slažete li se s tvrdnjom nekih kako je Imunološki zavod bio žrtva nesposobne političke elite te trgovačkih i farmaceutskih lobija?**

Postavljam si cijelo vrijeme pitanje kako se Imunološki našao u ovoj situaciji. Imao je sjajnu poziciju na globalnom tržištu. Misljam da u Imunološkom nisu na vrijeme reagirali na promjene na tržištu. Bili su zvijezde 80-ih i kao da su se uspavali. Vjerujem da uopće nisu bili svjesni ozbilnosti koje se događaju na tržištu oko njih. Donosile su se katastrofalne poslovne odluke i prilagodba tržištu nije bila napravljena. Ne mogu reći tko je odgovoran za njegovu propast, ali čak se i danas dio ljudi opire nužnim promjenama na svim razinama u Zavodu jer žive na „staroj slavi i u starim vremenima“. Stvari se dogode mimo vas, a nakupljeni se problemi onda politiziraju. Imunološki je bio prekrasna firma i nevjerojatna je šteta da je sada tu gdje je.

■ **Vjerujete li i osobno da se Imunološki poput Feniksa može dignuti iz pepela? Do sada je nedostajalo političke volje i samo se zbog pritiska javnosti vlasti nisu usudile staviti „ključ u bravu“.**

Misljam da se u Imunološkom može puno toga napraviti, ali još uvijek nisu svi dijelovi društva i politike „debelo“ stali iza njega jer treba uložiti još puno novca. Imunološki je

potreban Hrvatskoj, ali on se ne može opraviti preko noći. Imunološki nije samo problem Ministarstva zdravljia, nego cijele države. Unatoč štednji na svim razinama i rezanju državnog proračuna, na Imunološkom se ne smije štedjeti ako ga se želi oživjeti.

■ **Zašto odlazite iz Imunološkog? Tko će vas naslijediti?**

Iako nisam niti u jednoj stranci, imam „etiketu“ prošle vlasti pa mislim da sam stalno bila malo „na ledu“. U privatnom sektoru to nije bitno, pa se vraćam tamo gdje su najvažniji stručnost i rezultati koje ostvarujete. Tako ću od početka svibnja voditi polikliniku Medico u Rijeci, koja ima dugu tradiciju i ove godine slavi 25 godina postojanja. Moj novi izazov je preoblikovanje poliklinike u specijalnu bolnicu, s čime već imam iskustva. Do izbora ravnatelja Imunološki će voditi jedna doktorica veterinar, koja je „dijete“ Zavoda. Ja ću joj i dalje biti na raspolaganju za pomoć i konzultacije.

■ **Kako vidite odnos između privatnog i javnog u zdravstvu?**

Vjerujem da samo sinergija privatnog i javnog u zdravstvu daje održivi zdravstveni sustav u budućnosti. Unatoč istoj zakonskoj regulativi, privatnici su pod puno većom kontrolom od javnog sektora. Jasno je da treba štititi javni sektor jer je on jamac socijalnog zdravstva, no privatni treba shvatiti kao konkureniju koja može podignuti kvalitetu pružanja usluge i u javnom sektoru. S druge strane, privatni sektor čini 10 posto hrvatskog zdravstva, naime, postoji više od tisuću privatnih zdravstvenih ustanova. U privatnom sektoru pacijenti potroše više od dvije milijarde kuna, a dodatno iz džepa još plate milijardu i pol kuna za dopunsко i dodatno osiguranje, što znači da uz doprinose i poreze koji se izdvajaju za zdravstvo, naši građani potroše još tri i pol milijarde kuna, iz čega je očito kako zdravstvo nije besplatno kako se često stječe dojam. U privatnom je sektoru zaposlen svaki četvrti djelatnik u zdravstvu, ili svaki šesti ako ne računamo liječnike koncesionare koji su također privatnici, iako specifični, jer ne posluju prema tržišnim principima. Odnos privatnog i javnog zdravstva tema je moje doktorske disertacije u kojoj sam pokazala kako je poželjna i potrebna njihova suradnja u cilju boljeg zdravstvenog sustava. Nacionalni plan razvoja bolnica pokazao je da imamo jako mnogo bolničke infrastrukture koju treba racionalizirati. Postavlja se pitanje što s tim, jer to zahtijeva određene

investicije. Javni sektor može realizirati te projekte kroz javno-privatno partnerstvo. Na taj se način višak infrastrukture može iskoristiti za podizanje kvalitete usluge, za otvaranje nekih novih djelatnosti (npr. gerijatrije), za zdravstveni turizam i slično, a tu onda mogu raditi i doktori iz javnog sektora. Čini mi se da gajimo velik strah od privatizacije zdravstva, a zaboravljamo da je primarna zdravstvena zaštita u velikoj mjeri već privatizirana.

■ Smatrate li da se uvođenjem i tzv. nadstandarda u pružanju zdravstvenih usluga privatni sektor opet stavlja u neravnopravan položaj?

Tako je, jer će taj tzv. nadstandard pacijent moći platiti samo u javnom sektoru. Pacijentima treba omogućiti da sami odaberu gdje će i koliko žele nadoplatiti i dobiti tu nadstandardnu uslugu preko uputnice, u privatnoj ili javnoj zdravstvenoj ustanovi. Inače se radi o neravnopravnoj tržišnoj utakmici. Tu dolazimo do još jednog apsurda. Naši pacijenti, sukladno EU Direktivi o prekograničnom liječenju imaju pravo na refundiranje troškova liječenja u inozemstvu i u privatnoj i u javnoj ustanovi, dok u Hrvatskoj samo u ustanovama koje imaju ugovor s HZZO-m. Umjesto da prvo iskoristimo sve resurse koje Hrvatska ima, i javne i privatne, a tek onda im damo mogućnost liječenja vani.

■ U strategiji razvoja javnog zdravstva od 2016. do 2020., koju je donijela nova zdravstvena administracija, navodi se i mogućnost davanja u koncesiju korištenje bolničke opreme i prostora bolnica izvan njihova redovna radnog vremena. Zar to nije na tragu onoga što predlažete?

Kao ideja da, ali u operacionalizaciji to je nešto sasvim drugo. Naime, radno vrijeme bolnica je od 0 do 24. Nije jasno što je tu njihovo neradno vrijeme? Pitanje je do kada je ona javna ustanova i u koliko sati postaje privatna. Tko je odgovoran za ispravno čišćenje, posebice operacijskih sala, za zbrinjavanje infektivnog otpada? Daje li se u koncesiju prostor i oprema ili i „logistički tim“, kao primjerice anesteziozoli, instrumentarke, čistačice? Čija je odgovornost za pacijenta u kojem trenutku? Kamo ide taj pacijent nakon operacije? Ostaje li u javnoj bolnici i postaje pacijent javnog sektora ili odlazi u privatnu bolnicu? Vrlo je teško definirati granicu kada završava javni i počinje privatni sektor, a



Dr. Kovač u novom pogonu za proizvodnju sterilne vode koji je nužan kako bi Imunološki dobio proizvodne dozvole

najteže je definirati granicu odgovornosti, koja je od izuzetne važnosti kako za pacijenta tako i za liječnika i za ustanovu. Puno je tu otvorenih pitanja i o njima treba razmišljati.

■ Kako gledate na inicijative da liječnici, zaposlenici javnih bolnica, u njima rade privatne operacije?

Ima takvih ideja. No nisam shvatila mehanizam plaćanja zdravstvenih usluga. Hoće li pacijent plaćati uslugu bolnici, a bolnica kirurzima davati neki postotak od prihoda, jer se koristi njezina oprema i prostor, ili bi liječnici naplaćivali uslugu izravno od pacijenata i od tog iznosa plaćali bolnici troškove za prostor i opremu. Međutim, čiji je to pacijent? Tko preuzima odgovornost ako stvari krene po zlu? I to je koncept s puno problema.

■ U vrijeme bivše zdravstvene administracije promijenjen je i model ugovaranja HZZO-a s bolnicama te im je omogućeno da prihod stvaraju fakturiranjem i naplaćivanjem svojih usluga. No, iz HZZO-a su optužili bolnice da im fakturiraju „sve i svašta“ te da je došlo do „hiperfakturiranja“.

Novi model ugovaranja s bolnicama bio je jedna od reformskih mjeru vezana uz reformu bolničkog sustava. Cilj je bio smanjiti fiskalne rizike zdravstvenog sustava, jer njegovu održivost ugrožava upravo bolnički sektor na koji otpada pola zdravstvenog budžeta. Kroz sve ove godine

utrošeno je gotovo 20-ak milijardi kuna za raznorazne sanacije u zdravstvu. Morate znati da je sustav bolnica svake godine generirao oko milijardu i pol kuna gubitaka. Bila sam koordinator provođenja sanacija u bolnicama za vrijeme ministra Varge i u njihovoj zadnjoj sanaciji 2013./2014., koja nije bila potpuno provedena, ostalo je 2,8 milijardi kuna dugova u zdravstvu. Tadašnja zdravstvena administracija napravila je program reformskih mjeru koje su trebale do kraja 2017. dovesti do plaćanja svih starih dugova i reorganizacije sustava na način da se novi dugovi više ne stvaraju, a jedna od tih mjeru bio je i novi model ugovaranja s bolnicama. No, trebalo je barem šest mjeseci da bolnice uopće shvate što je to prihodovni način stvaranja. Neke su bolnice to vrlo brzo shvatile, primjerice KBC Rijeka, koja je već od drugog mjeseca imala pozitivan način poslovanja. Na žalost, mi smo majstori za pronalaženje „rupa“ u zakonima i pravilnicima. Otišli smo u drugu krajnost. Sada se gleda kako bi se moglo frizirati fakturiranje, kako bi se naplatilo više nego što treba. Svima nam treba biti jasno, da bi se stanje u zdravstvu dovelo u red, svi moramo imati dovoljno etičnosti da radimo onako kako treba. Jedino tako možemo ostvariti rezultate.

■ Dok se radilo na prihodovnoj strani u bolničkom sektoru, nije se istovremeno napravilo dovoljno na redukciji i kontroli troškova i rashoda. Zašto vam to nije uspjelo?

Na žalost, mi smo majstori za pronalaženje „rupa“ u zakonima i pravilnicima. Da bi se stanje u zdravstvu dovelo u red, svi moramo imati dovoljno etičnosti da radimo onako kako treba. Jedino tako možemo ostvariti rezultate

Mislim da je trebalo još ovu i iduću godinu bolnice držati pod punom jačom troškovnom kontrolom kako bi bile fiskalno održive. Vraćanjem bolnica županijama, smanjit će se i troškovna kontrola pa se bojim da će se ponovno povećati dugovi

Da, to je najveći problem u bolničkom sektoru. Nismo uspjeli u tome jer je jedan od glavnih načina za uvođenje kontrole i upravljanja nad troškovima bila implementacija Nacionalnog plana razvoja bolnica koja je trebala reducirati njihovu infrastrukturu. Kao drugo, trebalo je uvesti kontrolu nad javnom nabavom, a treće i ne manje važno, nismo uspjeli s uvođenjem novog modela upravljanja bolnicama, oko čega su se lomila kopla i od čega se na kraju odustalo jer nije promijenjen Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Naime, htjeli smo uvesti dvostruko upravljanje bolnicama, a to znači da bi bolnice imale poslovnog i medicinskog ravnatelja. Bolnice su veliki poslovni subjekti, u nekim su sredinama i najveći poslodavci, stoga bi trebalo dati puno veće težište na menadžerskim i upravljačkim kompetencijama ljudi na njihovu čelu. Do sada su ravnatelji imali kao zamjene ekonomiste, međutim, obično je ravnateljeva riječ zadnja, a ne znaju svi baš ni slušati... Stoga smo na istu razinu htjeli postaviti poslovnog i medicinskog ravnatelja koji bi, naravno, morali timski raditi i surađivati.

■ Aktualni ministar prekinuo je sanaciju zdravstvenih ustanova, tvrdeći kako nije bila uspješna jer su bolnice u međuvremenu proizvezle nova dugovanja. Slažete li se s njim?

Ne možemo reći da su sve bolnice neuspješne. To opovrgavaju primjeri kao što su KBC Rijeka, OB Zadar, OB Varaždin, OB Karlovac, OB Čakovec... Uostalom, kada govorimo o sanaciji, nigdje nije definirano što znači da je ona završena. Znači li to da je bolnica pozitivno poslovala u nekoj godini ili da je rješavala svoje stare dugove ne stvarajući nove? Imate neke bolnice koje su jako unaprijedile svoje poslovanje, još ne ostvaruju višak prihoda. Cijeli bolnički sustav, koji je bio u sanaciji, smanjio je u 2015. godini svoje finansijske dubioze za milijardu kuna. Neke bolnice su povećale svoja dugovanja, neke su ga smanjile, a kad bismo podvukli crtu, bolnice su 2014., bez sanacije, poslovale s milijardom i pol kuna gubitka. U idućoj godini te iste bolnice poslovale su s 440 milijuna kuna gubitka. Još je riječ o gubicima, ali nemojmo očekivati da reforme u zdravstvu mogu dati rezultate u jednoj godini, one se provode desetljećima. Program sanacije počeo je tek od 1. siječnja 2015., kad je HZZO izšao iz riznice i počeo novi model naplate. To je užasno kratko razdoblje. Nemojmo zaboraviti i to da je prošla godina bila pre-

dizborna i da tada nitko nije bio spremna na radikalne rezove u zdravstvu. Došlo je i do dodatnih troškova u sustavu, poput novog obračuna jubilarnih nagrada, godišnjih odmora, isplate retrogradnih nagrada jer su ustavne tužbe sindikata bile prihvaciene. Tako se stvorio neplanirani trošak od 400 milijuna kuna. Da je taj iznos bio iskoristišen za otplatu starih dugova, gotovo bi se realizirao plan njihove otplate. Naime, u 2016. je planirana otplata 750 milijuna kuna starih dugova, a plaćeno je 360 milijuna.

■ Prema vašim riječima možemo zaključiti da nova zdravstvena administracija nije niti dala pravu šansu sanaciji? A kakav je vaš stav prema vraćanju bolnica njihovim osnivačima, županijama?

Moram reći da sam dobro surađivala s ministrom Nakićem oko Imunološkog zavoda i da sam u kontaktu s njim razgovarala i o drugim temama. Ukipanjem sanacije on želi decentralizirati sustav jer smatra da lokalna zajednica najbolje poznaje svoje potrebe u zdravstvu. To je točno. No, postoji jedan problem, na koji način će kontrolirati lokalnu zajednicu u provođenju mjera i reformi koje će on definirati? Što će biti mehanizam kontrole i sankcija, jer ako imate upravno vijeće koje je odabrala županija, tada vi ne možete narediti promjenu ravnatelja ako niste zadovoljni s njim. Naime, sada smo opet u situaciji da imamo centraliziran način financiranja iz HZZO-a, a upravljanje želimo decentralizirati. Tako je bilo i prije sustava sanacije; lokalne zajednice su uvijek stvarale troškove i očekivale da HZZO povećava limite kako bi bolnice mogle funkcionirati. Kada bi udio financiranja bolnica iz HZZO-a bio puno manji i one se financirale iz drugih, lokalnih izvora, onda bih razumjela intenciju za decentralizacijom. Ovako ostaje pitanje na koji će način kontrolirati provođenje reformi koje želi provesti.

■ Ministar u svojoj strategiji razvoja zdravstva navodi kako Nacionalni plan razvoja bolnica nije zaživio. Vi ste bili zaduženi za koordinaciju provođenja tog plana...

Nacionalni plan bolnica stvarao se nekoliko godina i zaživio je u dijelu koji je bio planiran za 2015. godinu jer ima nekoliko faza svoje implementacije. Kad je u veljači 2015. bio usvojen u Saboru, već tada smo znali da treba krenuti u novi „masterplan“, koji treba još detaljnije definirati. Smanjivanje akutnih kreveta, smanjenje trajanja bolničkog

liječenja i veće angažiranje dnevnih bolnica, neki su od ciljeva koje je trebalo postići u nekoliko faza. Od 1. siječnja 2016., trebalo je započeti s funkcionalnom integracijom. Dakle, plan je bio jasno definiran, tako da u 2015. nije mogao ni zaživjeti s onim što je bilo definirano da bude provedeno u 2016. Nijedna bolnica nije mogla smanjiti broj akutnih kreveta dok nije promijenjen dokument koji se zove Mreža javne zdravstvene službe, a ona je usvojena tek u listopadu 2015. Glede ostalih ciljeva Nacionalnog plana, oni su ostvareni; od povećanja broja liječenih u dnevnim bolnicama do smanjenja dužine ležanja i popunjenošti kapaciteta. Funkcionalna integracija nije ostvarena jer u Nacionalnom planu jasno piše da treba krenuti s prvim siječnjem 2016. godine.

■ Kako onda možemo očekivati velike reforme i njihovu realizaciju kada svaki ministar kreće ispočetka?

To i jest najveći problem kod nas, posebice u zdravstvu. Mislim da bi trebalo, kad nešto naslijedite, prvo utvrditi što sve imate i što je sve iskoristivo za dalje. Često svi žele nešto napraviti jer misle da se to od njih očekuje, i onda kreću ispočetka, jer hoće pokazati da su spremni i sposobni donositi odluke. Kada gledate reformske mјere ministra Nakića, možete uočiti da on ipak neke stvari nastavlja iako u drugačijem izričaju, što je vrlo dobro jer je potrebno vrijeme da bi one pokazale svoje efekte. Primjeri drugih zemalja jasno pokazuju da mi ne otkrivamo „toplju vodu“. Bogate zemlje, poput Njemačke ili baltičkih zemalja, zatvorile su, udružile ili smanjile puno bolnica na vrlo radikaljan način. Naš je cilj bio da se niti jedna bolnica ne zatvori nego da one posluju racionalnije, efikasnije ili se prenamijene za neke druge djelatnosti. Drugim je zemljama za to trebalo barem desetak godina, jer je zdravstvo vrlo osjetljivo, riječ je o socijalnoj kategoriji gdje nisu poželjne revolucionarne promjene. Međutim, slažem se s ministrom da Nacionalni plan zahtijeva jednu sljedeću fazu implementacije. Tek kad krenete, vidite što sve još trebate napraviti. Nacionalni plan bi trebalo sagledati puno detaljnije, na mikroregionalnoj razini, u kontekstu demografskih promjena koje nas očekuju u sljedećem desetljeću i epidemiologije koja je specifična za svaku pojedinu županiju. Tomu treba dodati kompletну infrastrukturu koja postoji u



Nakon Imunološkog, Dr. Kovač se vraća u privatni sektor kao ravnateljica jedne poliklinike

privatnom i u javnom sektoru. Dosadašnji „masterplan“ tek je početak „grebanja po površini“ restrukturiranja zdravstvenog sustava. Mislim da je trebalo još ovu i iduću godinu bolnice držati pod punom jačom troškovnom kontrolom kako bi bile fiskalno održive. Vraćanjem županijama, smanjit će se i troškovna kontrola i bojim se da će se ponovno povećati dugovi.

■ Liječnici iz javnog sektora nezadovoljni su uvjetima rada i plaćama; kako je s liječnicima u privatnom sektoru? Kakva ste vi iskustva imali kao ravnateljica jedne privatne bolnice?

Jako dobro pitanje. Svi su liječnici u privatni sektor došli iz javnog sektora. Trebalo nam je dvije godine da se uskladimo, da oni shvate kako je način funkcioniranja u privatnom sektoru drugačiji. Nije to jednostavno ni lako, puno se više radi nego u javnom sektoru. Ako liječnik ima ambulantu, onda počinje raditi u osam sati, gdje ga čekaju naručeni pacijenti koje prima puno radno vrijeme bez ikakvih pauza, a ako se zadrži s nekim od njih, ostaje na poslu koliko god treba. Nikad se ne postavlja pitanje je li radno vrijeme završilo. Znam da se ono često ne postavlja niti u javnom sektoru, ali ipak je u njemu puno više „praznog hoda“, čega kod privavnika nema.

Jesu li u prosjeku barem bolje plaćeni od liječnika u javnim zdravstvenim ustanovama?

Jesu, ali i puno više rade. Bolja je organizacija posla, pa je i veća radna efikasnost. U privatnom sektoru pacijent ne smije čekati. I komunikacija s pacijentom je visoko razvijena, liječnici se javljaju na telefon, komuniciraju putem elektroničke pošte, jednostavno moraju biti dostupni pacijentu... Vrlo je bitno stvoriti odnos brižnosti i povjerenja između liječnika i pacijenta, a to zahtijeva puno vremena i strpljenja.

■ Kad bi to tako funkcionalirolo i u javnom zdravstvu bio bi to pravi raj za pacijente, jer je upravo loša i nedostatna komunikacija između liječnika i pacijenta jedan od problema.

Prednost je privatnog sektora da možete dati bolju uslugu, iako je ta riječ zapravo apstraktna jer za svakog pacijenta znači nešto drugo. Za nekog je kvaliteta ako mu se liječnik osmijehne, za drugoga ako manje plati, za trećega ako brzo dođe na red. Ipak, ključna je komunikacija sa svakim pacijentom kako bi se on osjetio važan, zadovoljan i kako bi dobio upravo ono zbog čega je došao. To je i osnovna prednost privatnog sektora nad javnim. Isto tako, pacijent jednim dolaskom dobije puni tretman i sve što mu treba u što kraćem vremenu. Pratimo ga od početka do kraja. Ali istovremeno i gasimo svjetlo po hodnicima ako je sunčano, zato što štedimo (smijeh). ■

MLADI EPIDEMIOLOG NA ČELU DRŽAVNOG REGISTRA ZA RAK

Dr. sc. Mario Šekerija:

„Voditi Registar velika je čast i odgovornost“

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

Hrvatska je zemlja srednje incidencije i visokog mortaliteta od raka; sljedeće godine trebale bi biti objavljene nove procjene pa čemo moći vidjeti je li došlo do nekih promjena

Činilo mi se da rad u javnozdravstvenoj medicini pruža drukčije mogućnosti i slobodu u onome što je glavni cilj svakog liječnika: boljem zdravlju ljudi u društvu oko nas

Voditelj Državnog registra za rak u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, 33-godišnji dr. sc. Mario Šekerija, svakako je zaslužio mjesto u našoj rubrici „Mladi i uspješni“. Taj mladi epidemiolog dobio je dekanovu nagradu za vrijeme studija na zagrebačkom Medicinskom fakultetu, doktorirao je s 30 godina, do sada je objavio preko 30 znanstvenih radova u međunarodno recenziranim časopisima, uključujući European Journal of Cancer i Lancet, vanjski je suradnik na Medicinskom fakultetu u Zagrebu na Katedri za medicinsku statistiku, epidemiologiju i medicinsku informatiku, voditelj je europskog Joint Action projekta European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control za Hrvatsku, zamjenik hrvatskog predstavnika u Ekspertnoj skupini za kontrolu malignih bolesti Europske komisije te član radne grupe u velikim međunarodnim studijama preživljjenja od raka EUROCARE i CONCORD. U svom stručnom i znanstvenom radu bavi se epidemiologijom kroničnih nezaraznih bolesti, posebice dijabetesa i malignih bolesti.

■ Kako ste tako mladi postali voditeljem Registra? Tko vas je prepoznao?

Pretходна voditeljica Registra, prof. dr. Ariana Znaor, predložila je prije odlaska na rad u Međunarodnu agenciju za istraživanje raka da je naslijedim na mjestu voditelja. Mi smo prije toga dobro surađivali na nekoliko istraživanja za vrijeme moje specijalizacije i smatrala je da bi to bila dobra ideja, a tadašnje vodstvo Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo nije imalo ništa protiv. Hrvatski Registar za rak započeo je s prikupljanjem podataka 1959. godine, što ga čini jednim od najstarijih registara na svijetu; od tad su prikupljeni podaci za preko 700 tisuća oboljelih ili umrlih osoba, tako da je

biti voditelj Registra istovremeno i velika čast i velika odgovornost.

■ Koja je uloga Registra za rak?

Registri za rak sakupljaju podatke o osobama kojima je postavljena dijagnoza novotvorina, o karakteristikama tumora i liječenju, a koriste ih za unaprjeđenje skrb o osobama s rakom. Na primjer, ovisno o trendovima pojavnosti neke maligne bolesti možemo planirati potrebna sredstva za onkološku zdravstvenu zaštitu, ovisno o raspodjeli stadija u kojima se otkriva neki tumor, možemo vidjeti postoje li područja unutar zemlje koja trebaju pojačanu aktivnost u ranoj diagnostici, te možemo



Dr. sc. Mario Šekerija smatra kako ćemo europski standard najbrže postići prenošenjem znanja novim generacijama i kreiranjem poticajne okoline za ostanak mlađih i motiviranih ljudi u Hrvatskoj

vidjeti postoje li promjene u pojavnosti bolesti koje bi mogle ukazivati na drukčiju izloženost u nekim skupinama stanovništva. Iz podataka našeg Registra za rak objavljeno je mnoštvo publikacija, diplomskih radova i disertacija pa smatram da je njegova javnоздravstvena uloga od ogromnog značaja za svako razvijeno društvo. Također, u zadnje dvije godine publicirani su podaci velikih međunarodnih istraživanja o preživljennju bolesnih od raka (EUROCARE-5 i CONCORD-2), u kojima je naš Registar sudjelovao prvi put, tako da konačno imamo standardizirane podatke o tome koliko je preživljjenje za pojedina sijela raka u Hrvatskoj u usporedbi s drugim europskim i izvaneuropskim zemljama.

■ Koje su najčešće maligne bolesti u Hrvatskoj?

To su rak pluća, debelog crijeva i prostate u muškaraca, a rak dojke, debelog crijeva i pluća u žena. Najčešći maligni uzroci smrti slijede isti obrazac. Međutim, dok trendovi incidencije i mortalit-

teta od raka pluća u muškaraca pokazuju blagi pad, u žena je stanje zabrinjavajuće jer vidimo jasan porast obolijevanja i umiranja u zadnjim godinama. Postoje i regionalne razlike, tako da je recimo rak želuca znatno učestaliji u kontinentalnoj nego u jadranskoj Hrvatskoj.

■ Uzroci porasta malignih bolesti u Hrvatskoj?

Najveći dio porasta broja oboljelih i umrlih od malignih bolesti posljedica je činjenice da smo kao društvo u prosjeku sve stariji, a kako se većina karcinoma javlja u starijoj životnoj dobi, očekujemo veći broj osoba s dijagnosticiranim tumorma. Međutim, postoje i tumori poput raka debelog crijeva ili raka dojke gdje je porast incidencije uzrokovan i promjenama u učestalosti rizičnih čimbenika, kao i pad obolijevanja od raka želuca. Društvo oko nas i način na koji živimo utječe na pojavnost nekih bolesti, a uloga Registara za rak je informiranje stručne i šire javnosti o epidemiološkoj situaciji i njezinim eventualnim promjenama.

■ Gdje smo u usporedbi s razvijenim europskim zemljama?

Prema zadnjim procjenama Međunarodne agencije za istraživanje raka temeljenima na prethodnim podacima europskih registara za rak 2012. godine, Hrvatska se po dobno-standardiziranoj incidenciji ukupnog raka nalazila na 19. mjestu u Europi (od 40 zemalja); na 15. mjestu u muškaraca i 20. mjestu u žena. Po dobno-standardiziranoj stopi mortaliteta Hrvatska je bila na 5. mjestu (iza Mađarske, Srbije, Makedonije i Crne Gore); na 3. mjestu u muškaraca (iza Mađarske i Litve) i 9. mjestu u žena (iza Srbije, Mađarske, Danske, Crne Gore, Makedonije, Nizozemske, Poljske i Ujedinjenog Kraljevstva). Zabrinjava rak debelog crijeva gdje smo na 2. mjestu po mortalitetu u Europi, iza Mađarske. Kao što je vidljivo, Hrvatska je zemlja srednje incidencije i visokog mortaliteta od raka; sljedeće godine trebale bi biti objavljene nove procjene pa ćemo moći vidjeti je li došlo do nekih promjena.

■ **Prvo ste se htjeli baviti kliničkom medicinom. Zašto je epidemiologija prevagnula?**

Nakon završetka studija razmišljao sam o kliničkim specijalizacijama poput pedijatrije ili psihijatrije. Nakon pripravničkog staža radio sam kao znanstveni novak na Sveučilišnoj klinici Vuk Vrhovac, na projektu vezanom uz istraživanje komplikacija šećerne bolesti, gdje sam se detaljnije upoznao s epidemiološkim metodama u istraživanju i pomislio da bi to moglo biti ono što želim raditi u svojoj profesionalnoj karijeri. Činilo mi se da rad u javnozdravstvenoj medicini pruža drukčije mogućnosti i slobodu u onome što je glavni cilj svakog liječnika: boljem zdravlju ljudi u društvu oko nas.

■ **Već ste s 13 godina napustili „obiteljsko gniazezo“ i iz malog mjesta došli u Zagreb, gdje ste završili VII. gimnaziju u Križanićevu i Medicinski fakultet. Rađa li se čovjek tako samostalan i odgovoran ili ga na to natjeraju prilike?**

Prijekolom sam iz Gornjeg Vakufa-Uskoplja u Bosni i Hercegovini. Kad sam završio osnovnu školu, rat je bio tek završio i došao sam u Zagreb kako bih bio u prilici dobiti bolje obrazovanje. Živio sam u učeničkom pa u studentskom domu deset godina i definitivno vas takav način života nauči promišljanju o svojim obavezama i planovima, ali i pruža prekrasnu priliku za upozna-

vanje ljudi iz različitih krajeva Hrvatske i različitih društvenih skupina. Dio mog zanimanja za epidemiologiju, kao znanost i struku koja se bavi proučavanjem zdravlja zajednice a ne pojedinca, sigurno vuče korijene iz tih dana.

■ **U kojem smjeru planirate razvoj svoje profesionalne i znanstvene karijere? Nadamo se da svoju budućnost vidite u Hrvatskoj?**

Volio bih nastaviti rad na unaprjeđenju kvalitete podataka Registra za rak. Proces kreiranja zajedničke platforme javnozdravstvenih registara unutar Nacionalnog javnozdravstvenog informacijskog sustava u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo u poodmakloj je fazи i pružit će nove mogućnosti za prikupljanje i analitiku podataka, kao i potencijal za puno novih, zanimljivih suradnji i istraživanja te dobru epidemiološku podlogu za stvaranje nacionalnih strategija i planova u području malignih bolesti. Također, volim raditi sa studentima i smatram da, iako možda rad izvan Hrvatske pruža bolje finansijske i radne uvjete, najbolji je način da dosegnemo standarde zapadnoeuropskih zemalja taj da prenošenjem znanja i iskustava novim generacijama budućih liječnika i medicinskih sestara, kreiramo okolinu koja će biti poticajna za ostanak mlađih i motiviranih ljudi u ovoj zemlji. ■

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

Priopćenje Izvršnog odbora o članstvu i članarinama

DRAGE KOLEGICE I KOLEGE,

SVEOBUVATNOM ANALIZOM FINANCIJSKOG POSLOVANJA HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE (HLK) UTVRDILI SMO DA HLK IMA GOTOV **5 MILIJUNA KUNA NENAPLAĆENIH POTRAŽIVANJA**. PRI TOME SMO USTANOVILI DA SU NAM NAŠI ČLANOVI NAJVEĆI SKUPNI DUŽNICI TE DA NAM DUGUJU GOTOV POLOVICU TOG IZNOSA. TREĆINA DUGA PRIPADA ZAPOSLENIM, A DVije TREĆINE UMIROVLJENIM ČLANOVIMA.

ZBOG ODGOVORNOSTI VOĐENJA KOMORE I ZAŠTITE INTERESA NAŠIH ČLANOVA, ODLUČILI SMO NAPLATITI SVE DUGOVE PA I POD CIJENU NJIHOVA SUDSKOG UTJERIVANJA.

NAPLATU DUGA ZAPOČELI SMO KOD ZAPOSLENIH ČLANOVA I PRI TOME SMO, ZA SAD, USPJELI NAPLATITI 70% UTVRĐENOG DUGA, 20% DUGA JE U FAZI OBROČNE NAPLATE, A ZA 10% DUGA BIT ĆEMO PRISILJENI POKRENUTI POSTUPAK OVRHE (koji znači značajan dodatan financijski trošak za ovršenog člana).

SLJEDEĆI TJEDAN POKRENUT ĆEMO NAPLATU DUGA UMIROVLJENIH ČLANOVA.

ZBOG NEJASNOĆA NAPOMINJEMO:

Članstvo u Komori obvezno je za liječnike koji rade na području Republike Hrvatske **na neposrednim poslovima zdravstvene zaštite.**

Članstvo u Komori automatski ne prestaje odlaskom u mirovinu!

Članstvo u Komori prestaje: smrću člana, odlukom disciplinskog tijela Hrvatske liječničke komore ili na osobni zahtjev člana. Pozivamo sve članove koji imaju dug prema Komori da ga podmire čim prije, kako bi izbjegli visoke dodatne troškove (disciplinski postupak, ovrha), koji mogu značajno premašiti visinu utvrđenog duga.

Svi članovi koji nisu obvezni i ne žele biti članovi Komore mogu se iščlaniti iz Komore.

Za postupak iščlanjenja, brisanja iz Imenika liječnika, na osobni zahtjev potrebno je, uz ispunjavanje odgovarajućih formulara i plaćanje 70 kn državnih biljega, **priložiti:**

- orginal odobrenja za samostalni rad (licenca),
- orginal rješenja o izdavanju odobrenja za samostalan rad (licence)
- člansku iskaznicu
- dokaz o uplaćenoj članarini za razdoblje trajanja članstva u Komori, odnosno dokaz o nepostojanju nepodmirenih dugovanja prema Komori do dana podnošenja zahtjeva

Za sve dodatne informacije, vezane uz reguliranje statusa članstva i plaćanja članarina, možete se obratiti g. Vesni Gross na e-mail: vesna.gros@hlk.hr, tel. 014500835 ili g. Marini Večerić na e-mail: marina.veceric@hlk.hr, tel. 014500851.

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA POKRENUT ĆE DISCIPLINSKI POSTUPAK PROTIV SVIH ČLANOVA KOJI NE PODMIRUJU SVOJE OBVEZE PREMA HLK-U. ZA VRIJEME NEPODMIRIVANJA OBVEZA ČLANOVIMA ĆE BITI USKRAĆENA SVA PRAVA KOJA IMAJU NA OSNOVI ČLANSTVA U HLK-U.



HRVATSKI LIJEĆNICI U BORBI ZA BOLJI STATUS U DRUŠTVU

Strukovni kolektivni ugovor za liječnike standard u zapadnim demokracijama!

Piše: DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN

daniela.dujmovic@hlk.hr

Da bi strukovne ugovore tražili i drugi što bi narušilo sustav kolektivnog pregovaranja najveći je argument protivnika SKU-a za liječnike

Liječnici imaju svoj strukovni kolektivni ugovor (SKU) ili njegovu inačicu u susjednoj Sloveniji, Njemačkoj, Italiji, Francuskoj, Portugalu, Austriji, Belgiji, Nizozemskoj, Finskoj, Švedskoj, Velikoj Britaniji, Irskoj, Grčkoj, pa čak je i bugarskim lijećnicima to uspjelo.

Otkad je Hrvatski liječnički sindikat (HLS) 2003. godine jasno i glasno obznanio kako traži strukovni kolektivni ugovor za liječnike, do danas, 13 godina poslije, liječnici ga nisu dobili, štoviše, nalaze se u nepovoljnijem položaju nego kad su ga prvi put zatražili. Naime, Zakonom o reprezentativnosti udruga poslodavaca i sindikata, donesenom za vrijeme Vlade **Zorana Milanovića**, liječnike se isključuje iz socijalnog dijaloga i kolektivnog pregovaranja. Aktualni ministar zdravlja dr. **Dario Nakić** spremjan je potpi-

sati strukovni kolektivni ugovor (SKU) za liječnike, predvidio ga je i u svojoj strategiji razvoja javnog zdravstva, no preduvjet je izmjena Zakona o reprezentativnosti. Zahtjev za izmjenama i dopunama spornog Zakona, Ministarstvo zdravlja uputilo je mjerodavnom Ministarstvu rada i mirovinskog sustava i sada čeka njihovo mišljenje na predložene izmjene. Kada Zakon bude izmijenjen i Hrvatski liječnički sindikat postane reprezentativan, onda bi se počelo razgovarati o SKU-u za liječnike. Takav je barem plan.



Dr. IVICA BABIĆ, jedan od osnivača HLS-a i njegov dugogodišnji predsjednik

Od četiri sindikalne središnjice, tri protiv strukovnog za liječnike

No, plan i želje su jedno, a realizacija drugo. Iz dosadašnjeg iskustva je jasno da to neće biti lako ostvariti. Naime, od četiri sindikalne središnjice, tri se žestoko protive SKU-u za liječnike. Samo se Hrvatska udruga radničkih sindikata

(HURS), zalaže za njega (što je i logično jer je HLS njihov član) i oni su u ožujku ove godine podnijeli Vladu i Ministarstvu zdravljia prijedlog za izmjene Zakona o reprezentativnosti. Naravno, to je izazvalo burne reakcije ostalih sindikalnih središnjica, a najglasniji su bili iz Saveza Samostalnih sindikata Hrvatske (SSSH), čiji je član Samostalni sindikat zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske (SSZSSH), koji su zalaganje čelnika HURS-a Ozrena Matijaševića nazvali „neukusnim“, ističući kako HLS-u spornim Zakonom nije onemogućeno da pregovara već je samo propisana brojnost članova koju mora imati sindikat da bi bio reprezentativan za kolektivno pregovaranje, a koju HLS u ovom slučaju nema. Činjenicu da HLS nije potpisnik važećeg Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva, te da su ga i u ime liječnika potpisali sestrinski sindikat i SSZSSH, za koje je upitno imaju li ijednog liječnika u svojim redovima, iz tog su sindikata obrazložili kako su „liječnici htjeli ekskluzivu, ne samo u zdravstvu,

nego na cijeloj sindikalnoj sceni, da su riskirali i zbog toga izgubili poziciju pregovarača“. Matijaševiću i predsjedniku HLS-a dr. Ivici Babiću, poručili su neka ostave na miru „protuprirodni ekskluzivitet“. Predsjednik Nezavisnih hrvatskih sindikata (NHS) Krešimir Sever, smatra pak kako ne bi smjelo biti elite, te da se ne smije zaboraviti temeljno načelo sindikata, a to je solidarnost. Predsjednik Matice hrvatskih sindikata Vilim Ribić, komentirajući svojevremeno zahtjeve HLS-a za strukovnim, poručio je kako je dr. Babić, „za kilogram mesa spremam ubiti cijelo tele i razoriti sve sindikate u državi“.

I drugi će tražiti svoje strukovne ugovore

Najveći argument svih protivnika SKU-a za liječnike je taj da bi takve ugovore tražile i druge struke, što bi narušilo sustav kolektivnog pregovaranja, a zbog niza mogućih finansijskih ustupaka unijelo i nered u sustav plaća. Jedina je olakotna okolnost u cijeloj priči ta da je dugogodišnja predsjednica Samostalnog sindi-

>>

Zahtjev za izmjenama Zakona o reprezentativnosti, Ministarstvo zdravlja uputilo je mjerodavnom Ministarstvu rada i mirovinskog sustava radi dobivanja mišljenja. Kada Zakon bude izmijenjen i HLS opet postane reprezentativan, onda bi se počelo razgovarati o SKU-u za liječnike

Fenomen da neliječnički sindikati žele odlučivati o plaćama i radnim pravim liječnika specifičan je za bivše komunističke zemlje u kojima je ideja o prisilnoj jednakosti još uvijek vrlo živa

kata zdravstva **Spomenka Avberšek** otišla u mirovinu, a riječ je o sindikalnoj čelnici koja je svaki put, putem sudske tužbe, uspjela srušiti ugovore s kojima su liječnici bili zadovoljni. Prvi put je to bilo 2004., kada je potpisana SKU za liječnike, a ministar zdravlja bio je tada prof. dr. **Andrija Hebrang**, i drugi put 2013., kada je zagrebački Županijski sud proglašio ništetsnim Kolektivni ugovor u zdravstvu koji je potpisana za vrijeme ministra dr. **Darka Milinovića** 2011., i s kojim su liječnici bili zadovoljni. Naravno, odlazak u mirovinu ne prijeći gospodu Avberšek da se aktivira kada opet na red dođe strukovni za liječnike, ali zašto se ne nadati? Tim više, što nam je, kada smo je nazvali da nam komentira spremnost nove zdravstvene administracije za potpisivanje tog ugovora, a za potrebe našeg članka, odgovorila kako je sad u mirovini i kako se više ne želi svađati s liječnicima. No, jedno joj se mora priznati, bila je sposobna sindikalistica, neugodan protivnik, osoba koju je svakako bolje imati u svojim redovima nego se naći na suprotnoj strani.

Desnica naklonjenija zahtjevima liječnika od ljevice

Kada se proučava povijest borbe HLS-a za prava liječnika u Hrvatskoj, lako je uočiti kako su tzv. desne vlade bile puno naklonjenije i spremnije ispuniti zahtjeve liječnika od hrvatske ljevice. Nezadovoljni statusom i ignoriranjem liječnika u mandatu Koaličijske vlade (2000.-2003.), HLS je pokrenuo prvi opći štrajk, koji je **Račanova** Vlada prekinula „radnom obvezom“, a dok je na vlasti bila tzv. Kukuriku koalicija, a ministar zdravlja prof. dr. **Rajko Ostojić**, potpisana je Kolektivni ugovor za zdravstvo sa Samostalnim sindikatom zdravstva i Strukovnim sindikatom medicinskih sestara, dok ga je HLS odbio potpisati jer „u njemu nisu bili primjereno valorizirani cijena i uvjeti rada, kao ni društveni status liječnika u sustavu zdravstva“, kako nam je pojasnio čelnik dr. **Ivica Babić**. Primjerice, prema važećem ugovoru, dežurstvo se smatra radnim vremenom ako je odradeno u sklopu redovnoga mjesecnog fonda sati, a tek iznad toga kao prekovremeni sat, dok su se prema ranijim kolektivnim ugovorima dežurstva i pripravnost plaćali kao prekovremeni rad sa svim dodacima (rad vikendom i blagdanima).



Dr. BOJAN POPOVIĆ, pravni savjetnik slovenskog liječničkog sindikata FIDES i glavni tajnik FEMS-a

Slovenski liječnici imaju strukovni od 1994.

Zašto ljevica nije naklonjena liječnicima, odnosno njihovom zahtjevom za SKU-om u kojem bi se uvažila specifičnost njihove profesije, jer oni su, priznaju im i protivnici, nositelji zdravstvenog sustava i u njemu imaju najveću odgovornost, lijepo nam je obratilo jedan Slovenac. Riječ je o dr. **Bojanu Popoviću**, pravnom savjetniku slovenskog sindikata liječnika FIDES i glavnem tajniku Europske federacije liječničkih sindikata (FEMS). Taj specijalist dermatologije i diplomirani pravnik istaknuo je kako je fenomen da neliječnički sindikati žele odlučivati o plaćama i radnim pravim liječnika, specifičan za bivše komunističke zemlje u kojima je ideja o prisilnoj jednakosti još uvijek vrlo živa. Riječ je, kaže, o naslijedu komunističke doktrine prema kojoj jedna grupa radnika može odlučivati o plaćama druge skupine. To je izravna posljedica „radničkog vlasništva“, iliti radničkog samoupravljanja, jer ako su radnici vlasnici, logično je da preuzimaju ulogu poslodavaca. S tim se komunističkim naslijedom u sindikalnom pregovaranju ne susreću samo liječnici u Hrvatskoj, nego i u Rumunjskoj, Mađarskoj i Slovačkoj, a na početku je to bio problem i slovenskim kolegama. No slovenski su se liječnici izborili za SKU još 1994. godine. I kod njih su, tvrdi dr. Popović, protivnici SKU-a za liječnike „baratali“ istim argumentima kao i u Hrvatskoj: da će se time srušiti sustav kolektivnog pregovaranja, da će i druge struke tražiti svoje ugovore itd., ali se ništa od toga

nije ostvarilo. Liječničkom strukovnom ugovoru u Sloveniji su se protivili svi sindikati, a najviše oni koji potječu iz vremena komunističkog režima. I danas se, kaže, tome protive, ali manje otvoreno nego prije. Inače, liječnički SKU koji je na snazi u Sloveniji podijeljen je na tri dijela: obligacioni (odnosi između potpisnika), normativni (prava iz radnog odnosa) i tarifni. U normativnom dijelu uređeno je sklapanje ugovora o radu, prestanku radnog odnosa, maksimalno radno vrijeme, pravo na odmor, pravo na pripremu za rad svaki dan jedan sat, godišnji odmor, pravo na kontinuirano obrazovanje i profesionalno usavršavanje u prosječnom trajanju od 15 dana godišnje i dr.

Portiri i pomoćno osoblje odlučuju o pravima liječnika

Ništa drugo ne žele ni hrvatski liječnici, a zahtjeve HLS-a zdušno podupiru Hrvatska liječnička komora, Hrvatski liječnički zbor, Hrvatska udruga bolničkih liječnika i Koordinacija hrvatske obiteljske medicine, dakle svi relevantni predstavnici liječnika u hrvatskom zdravstvu. Liječnici SKU-om ne traže nikakve finansijske ustupke, nego autonomnu poziciju liječnika u pregovaranju o svojim radnim pravima, što je standard u razvijenom svijetu. Uistinu je shizofreno da o pravima liječnika odlučuju sindikalni predstavnici koji u svojim redovima gotovo pa nemaju liječnika (neka se javi redakciji Liječničkih novina barem jedan liječnik koji je član Samostalnog sindikata zdravstva, ne zato da bismo ga osudili nego iz čistog kurioziteta, op.a.), nego predstavljuju ostale zdravstvene i nezdravstvene djelatnike u zdravstvu. Tako dolazimo do apsurda da predstavnici portira i pomoćnog osoblja odlučuju o pravima liječnika, sveučilišnih profesora i primariusa. Naime, većina nezdravstvenih djelatnika koji su sindikalno organizirani, njihovi su članovi. Ovim ne želimo podcijeniti ničije zanimanje niti rad, jer su zdravstvu svi potrebni da bi ono funkcionalo, no ako već pričamo o „ekskluzivitetu“, kako se u Hrvatskoj doživljavaju zahtjevi liječnika, ali ne i u zapadnim demokracijama (što je, kako smo gore pojasnili, ostavština bivših vremena kada su vladali radnici, a poželjna

bila samo „poštena“ inteligencija), onda možda i nije tako strašno priznati „eksluzivni“ položaj ljudima koji su se tokino godina školovali, koji se moraju doživotno usavršavati i educirati i koji su ključni nositelji zdravstvenog sustava, koji bez njih ne bi ni postojao. Pridodatamo li tome činjenicu da nam nedostaje nekoliko tisuća liječnika da bismo dosegнуći projekat EU-a na tisuću stanovnika i da je od ulaska u EU čak 1357 liječnika zatražilo od Hrvatske liječničke komore potvrdu koja im je potrebna za rad u inozemstvu, onda je jasno da se nešto pod hitno treba učiniti kako bi ih se zaadržalo u Hrvatskoj. U suprotnom, vrlo brzo bi se mogli suočiti s pitanjem, tko će nas liječiti? SKU je sigurno jedan od alata (iako ne i jedini), koji bi im dao pravnu sigurnost jer bi se njime uredili specifični oblici i uvjeti rada liječnika, što bi svakako izazvalo njihovo zadovoljstvo, ali i probudilo nadu kako i u Hrvatskoj mogu imati perspektivu.

Ono što traže hrvatski liječnici normalno je u EU

Da je ono što traže hrvatski liječnici savsim normalno u EU-u, potvrđuje i naš sugovornik iz Slovenije, koji kao primjer zemalja gdje liječnici imaju svoj SKU ili njegov ekvivalent, osim Slovenije, navodi i Njemačku, Italiju, Francusku, Portugal, Austriju, Belgiju, Nizozemsku, a mi možemo dodati i Finsku, Švedsku, Veliku Britaniju, Irsku, Grčku, pa čak je i bugarskim liječnicima to uspjelo. Naime, članovi Povjerenstva za međunarodnu suradnju HLK-a na čelu s dr. Ivanom Ragužom, proveli su istraživanje kako bi imali relevantne podatke o tome u kojim zemljama liječnici imaju SKU ili neku njegovu inačicu. Iz istraživanja je razvidno kako je većinom riječ o razvijenim i naprednim zapadnim demokracijama, kojima je mentalni sklop našeg kolektivnog pregovaranja nezamisliv, a jasno je i zašto. Dr. Popović ističe kako je, za razliku od postkomunističkih zemalja, poslodavac taj koji kod njih diktira i odlučuje koliko će kolektivnih ugovora potpisati, a ne suparnički sindikati. Ako se poslodavac odluči sve riješiti jednim kolektivnim ugovorom, svi sindikati moraju jednakopravno biti pušteni u pregovarački proces, odnosno

Uočljivo je da su zemlje u kojima liječnici autonomno pregovaraju o svojim pravima, visoko rangirane prema EHCI indeksu s obzirom na kvalitetu i dostupnost zdravstvene zaštite. Izuzetak je Hrvatska, koja je prilično dobro rangirana (16. mjesto od 35 mogućih), unatoč modelu kolektivnog pregovaranja koji je nepovoljan za liječnike.

sakvi sindikat ima pravo pregovarati za svoju profesiju. U mnogim zapadnim zemljama postoji više utjecajnih liječničkih sindikata, koji se povezuju u razne konfederacije kako bi zajedno pregovarali, ali ne bez nesuglasica, napominje. No ključno je pitanje razine slobode i pregovaračkih šansi koju sindikati u pojedinim zemljama posjeduju.

U Sloveniji nema "kroničnih" štrajkova liječnika kao u HR

Od izvanrednog je značenja bila i organizacija liječničkih štrajkova u Sloveniji. Dr. Popović pojašnjava kako slovenski liječnički sindikat nikad ne štrajka „operetno“ i uvijek se zna kada štrajk počinje i završava. Njihova su pravila o organizaciji štrajka stroža i imaju veća ograničenja nego što nalaže zakon. Kronični štrajkovi liječnika, kakvi se događaju u Hrvatskoj, FIDES nikada nije organizirao. „Ako vidimo da štrajk neće ispuniti svoj cilj, mi ga prekidamo i čekamo povoljniji trenutak. Možda su baš zato naš veliki štrajk iz 1996. podupirali i mediji i javnost, iako su politika i ostali sindikati bili protiv nas“, pojašnjava naš sugovornik. Ipak, zaključuje: „mi se u Sloveniji ne možemo hvaliti da smo napravili nešto što su naši hrvatski kolege propustili. Jednostavno je kod nas bio povoljniji splet okolnosti, koji nam je omogućio potpisivanje SKU-a za liječnike ili, bolje rečeno, imali smo više sreće“.

Zakon o reprezentativnosti

Recimo riječ, dvije i o spornom Zakonu o reprezentativnosti kojim je bivša Vlada isključila HLS iz socijalnog dijaloga, a

>>

Otpori strukovnom kolektivnom ugovoru za liječnike smiješni su i nerazumljivi onima u zapadnim razvijenim zemljama koji nisu upoznati s doktrinom „radničkog samoupravljanja“

Strukovni je sigurno jedan od alata (iako ne i jedini), koji bi liječnicima dao pravnu sigurnost i probudio nadu kako i u Hrvatskoj mogu imati perspektivu

Na Zapadu je poslodavac taj koji diktira i odlučuje koliko će kolektivnih ugovora potpisati, a ne suparnički sindikati. Ako se poslodavac odluči sve rješiti jednim kolektivnim ugovorom, svaki sindikat ima pravo pregovarati za svoju profesiju

koji je donesen nakon velikog štrajka liječnika 2013. Dr. Babić smatra kako je riječ o političkoj smicalici, jer se tadašnja vlast nije mogla nositi s argumentima i činjenicama sindikata, pa ga je odlučila zakonski izostaviti. Prema tom Zakonu, reprezentativnim se smatra sindikat koji ima najmanje dvadeset posto od ukupnog broja sindikalno organiziranih radnika zaposlenih u određenoj djelatnosti. Po toj bi računici HLS morao imati najmanje osam tisuća članova, koliko iznosi 20 posto od 40 tisuća sindikalno organiziranih radnika iz djelatnosti zdravstva. Dr. Babić smatra kako je to ne-ostvariva brojka, jer prema Statutu HLS-a, njihovi članovi mogu biti samo liječnici zaposleni u javnom zdravstvu. Njih prema službenom podatku Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 31. 12. 2013., ima točno 9.929 (u ljetopisu za 2014., njihov broj više nije izdvojen nego se daje grupna brojka svih zaposlenih liječnika u zdravstvu, uključujući i koncesionare i privatnike). Dakle, ako bi HLS trebao imati osam tisuća članova, znači da bi čak 80 posto liječnika zaposlenih u javnom zdravstvu, odnosno u zdravstvenim ustanovama u vlasništvu države, županija i Grada Zagreba, trebali biti članovi tog sindikata. Naravno, to nije slučaj i teško da koji sindikat može ostvariti takav postotak u članstvu (u HLS-u je prema riječima dr. Babića uključeno oko 60 posto liječnika za koje pregovaraju). Da je riječ o političkom obračunu s nepočudnim sindikatom, govori i podatak da je HLS od osamostaljenja Hrvatske pa sve do donošenja tog Zakona bio reprezentativan. Kako je prema riječima čelnika HLS-a, političku i provedbenu akciju za njihovo uklanjanje iz socijalnog dijaloga vodio prof. dr. **Mirando Mrsić**, koji je u to vrijeme bio ministar rada i mirovinskog sustava, pokušali smo i od njega dobiti komentar važećeg Zakona i njegovih predloženih izmjena. No, dr. Mrsić nas je rezolutno odbio, istaknuvši kako ništa ne želi komentirati, niti davati bilo kakve izjave. Za razliku od njega, zamjenik ministra zdravstva dr. **Ivan Bekavac**, rado je prokomentirao Zakon za koje je njegovo ministarstvo predložilo izmjene kako bi se ukinula diskriminatorna odredba od 20 posto. Istaknuo je kako je tim Zakonom učinjena nepravda čitavom liječničkom korpusu, što je presedan u političkom i sindikalnom postupanju.

Bivši ministar ostao pri istim stavovima

Bivši ministar zdravstva prim. **Siniša Varga**, a sada saborski zastupnik i potpredsjednik saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku, na našu zamolbu za komentar o Zakonu i liječničkim zahtjevima uputio nas je na svoju izjavu o toj temi u intervjuu koji je dao Liječničkim novinama od 2. listopada 2015. Tada je izjavio da je kao predsjednik pregovaračkog odbora Vlade više puta pozvao HLS da pristupi granskom kolektivnom ugovoru, čime bi zadržao reprezentativnost do kraja 2017., do kada traje važeći ugovor koji je potpisana bez HLS-a 2013. To je HLS tada odbio te svojom voljom nije sudjelovao u pregovorima za Dodatak I. ugovora, navodi prim. Varga. Njegov je stav tada bio, a očito je i sada, da unatoč njegovoj važnosti za funkcioniranje zdravstvenog sustava, liječništvo ne može biti izuzeto od pravila koja vrijede jednakoz za sve, dokle god se žele okupljati i pregovarati po pravilima organiziranog radništva. S obzirom na to da liječnici više nisu reprezentativni, prema važećem Zakonu moći će surađivati s drugim granskim sindikatima na razini pregovaračkog odbora. Zakon se, izjavio je tada, može mijenjati, ali to zahtjeva široku raspravu između svih dionika sustava na državnoj razini.



STJEPAN TOPOLNJAK, naslijednik Spomenke Avberšek na čelu SSZSS-a

Nemaju ništa protiv da liječnici sudjeluju u pregovorima

Za kraj, razgovarali smo i sa **Stjepanom Topolnjakom**, novim predsjednik Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi. Na naše pitanje koliko imaju liječnika u svom sindikatu, Topolnjak je odgovorio

Prof. dr. Andrija Hebrang: „Treba otvoreno govoriti i o liječničkim plaćama“



Kao ministar 2004. potpisao SKU za liječnike

Prof. dr. Andrija Hebrang više je od osam godina bio ministar zdravstva, i to u tri navrata; prvo za vrijeme rata od svibnja 1990. do kolovoza 1992., zatim od listopada 1993. do svibnja 1998., i od prosinca 2003. do veljače 2005. godine. Najveće je reforme proveo 1990-te kada je tadašnji sustav SIZ-a transformirao u sustav državnog zdravstva, utemeljio HZZO (tada fond) i odvojio ga od državne riznice. U njegovo vrijeme donesen je Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju koji se do danas nisu bitno promijenili. Proveo je i reformu primarne zdravstvene zaštite (način upravljanja u domovima zdravlja, uveo zakup ordinacija-kasnije koncesije). Od početka se borio za prava liječnika, no glavni mu protivnici nisu bila loša finansijska situacija, nego drugi sindikati koji nisu dopuštali da se liječništvo izdvoji od ostalih struka. I tada su najveći protivnici SKU-a za liječnike bili zdravstveni djelatnici niže stručne spreme, prisjeća se dr. Hebrang. Njegov je cilj bio izjednačiti plaće liječnika s plaćama sudaca. Ta se prilika otvorila 1995., kada je tadašnji ministar pravosuđa Ivica Crnić u dogовору s premijerom Nikicom Valentićem (također dipl. pravnikom) za Vladu izradio prijedlog

povećanja plaća za suce. „Odmah sam to iskoristio i tražio da se u dnevni red uvrsti i moj prijedlog povećanja plaća za liječnike u visini od 15 posto. No kako je uz premijera i dio ministara bio pravne struke, složili su se za suce i odgodili odluku za liječnike“, ispričao nam je dr. Hebrang. Drugi put je to pokušao 2004. godine, kada se s predsjednikom HLS-a dr. Babićem dogovorio da potpišu aneks Kolektivnom ugovoru kojim bi se omogućilo povećanje plaće specijalistima za 10 posto svake godine, sve dok se ne izjednače sa sudačkim. No, ubrzo su stigle tužbe iz ostalih zdravstvenih sindikata, Vlada na čelu s premijerom Sanaderom nije ga htjela „amenovati“, sudski spor je izgubljen i liječnici su opet ostali „kratkih rukava“.

Dr. Hebrang ističe kako aktualna borba za liječništvo mora uspjeti, „inače nas neće biti“. Uvjerjen je kako su aktualni ministar i Hrvatska liječnička komora krenuli u dobrom smjeru, jedino smatra da bi trebalo otvoreno govoriti i o liječničkim plaćama, jer su mlađi liječnici s njegova odjela u KB Merkuru, upravo primanja navodili kao ključni razlog odlaska u inozemstvo.

kako ne zna napamet i da bi to morao provjeriti, no da su oni vjerojatno najmalobrojniji među njihovim članovima, jer je njihov sindikat, sindikat djelatnosti, a ne strukovni poput sestrinskog i liječničkog, te da među svojim članovima imaju sve zaposlene u zdravstvu, od portira do ravnatelja. Kada smo to utvrdili, upitali smo g. Topolnjaka smatra li korektnim

to što su liječnici isključeni iz socijalnog dijaloga. Odgovorio nam je kako o tome nije odlučivao njihov sindikat, nego Sabor koji je izglasao predloženi zakon, te da nemaju ništa protiv toga da HLS sudjeluje u pregovorima. Ipak, smatra kako liječnici nisu ništa izgubili važećim kolektivnim ugovorom, iako ga nisu htjeli potpisati zbog neslaganja s ponu-

denim prijedlozima. „Njima se barem plati taj prekovremeni rad, a mi tražimo da se plati i drugima, sestrama, laborantima i nezdravstvenim radnicima, što često nije slučaj“, pojasnio je. Napomije kako je jasno da su liječnici nositelji djelatnosti i to im nitko ne osporava, ali da je isto tako činjenica da liječnici ne mogu bez svih drugih zaposlenih u

>>

zdravstvenom sustavu. „Stoga moramo biti svi zajedno“, ističe i ponavlja kako su protiv „ekskluziviteta“ bilo koga jer bi to dovelo do raspršivanja sindikalne scene. Nije mu jasan niti smisao tog zahtjeva za SKU-om, te pita što bi liječnici uopće mogli dobiti više od onoga što već imaju. „Ukoliko Vlada želi povećati plaće liječnicima, za to im ne treba SKU, mogu to učiniti i kroz povećanje koeficijenta“, zaključuje. Protiv najavljenih izmjena Zakona o reprezentativnosti kako bi i HLS bio reprezentativan, neće se buniti, jer ponavlja, nemaju ništa protiv toga da i liječnici sudjeluju u pregovorima. No SKU samo za liječnike ne dolazi u obzir.

Ne razumiju bit liječničkih zahtjeva

Eto, opet smo na početku priče. Dojam je da mnogi od tih protivnika SKU-a za liječnike zapravo niti ne znaju zašto su protiv njega, drugim riječima, nije im uopće jasno što bi on značio za liječnike i zašto je važan za zdravstveni sustav u cjelini. Dakle ne razumiju samu bit zahtjeva, ali mu se i dalje već tradicionalno protive uvijek s istim argumentima, koji se u susjednoj Sloveniji nisu obistinili, a potpuno su smiješni i nerazumljivi onima u zapadnim razvijenim zemljama koji nisu upoznati s doktrinom „radničkog samoupravljanja“ i prisilne jednakosti. Kako se s takvim mentalnim naslijedjem boriti? Ako će se čekati prirodni tijek i smjenu generacija, onda će taj SKU potpisati budući liječnici koji su trenutno u jaslicama!

Strukovni ugovor preduvjet za nove trendove u zdravstvu

Dakle, sve je u rukama nove zdravstvene administracije, odnosno nove Vlade. Zahtjevi liječnika su jasni,iza njih stoje svi relevantni predstavnici liječnika, njihov nedostatak u sustavu i odlazak u inozemstvo, uistinu su zabrinjavajući. Stoga je odgovornost na svima koji imaju moć odluke, uključujući i one koji se uporno protive SKU-u za liječnike, da spriječe smanjenje kvalitete zdravstvene skrbi, pa i urušavanje samog sustava zdravstva. To se neće zbiti preko noći, ali perspektiva nije ohrabrujuća. Strukovni kolektivni ugovor za liječnike bio bi dobar početak za neke nove trendove u hrvatskom zdravstvu. ■

Pregled kolektivnog pregovaranja liječnika u EU plus Izrael

Br.	Država**	EHCI* 2015., mjesto	Kolektivno pregovaranje
1.	Nizozemska	1.	
2.	Finska	4.	
3.	Belgija	5.	
4.	Njemačka	7.	
5.	Danska	9.	
6.	Švedska	10.	*
7.	Francuska	11.	
8.	Austrija	12.	
9.	UK	14.	
10.	Slovenija	15.	
11.	Hrvatska	16.	
12.	Estonija	17.	
13.	Portugal	20.	
14.	Irska	21.	
15.	Italija	22.	
16.	Slovačka	24.	
17.	Litva	25.	
18.	Mađarska	27.	
19.	Grčka	28.	
20.	Latvija	29.	
21.	Bugarska	31.	
22.	Rumunjska	32.	
23.	Poljska	34.	
	Izrael		

*EHCI-Europski zdravstveni potrošački indeks koji rangira zemlje prema kvaliteti i dostupnosti zdravstvene zaštite

** Nabrojane su samo države EU-a od kojih je Komora dobila podatke o modelu pregovaranja liječnika

Liječnici odnosno organizacija koja ih po zakonu predstavlja u pregovorima sa zdravstvenom administracijom/poslodavcem, autonomno pregovara o uvjetima rada i materijalnim pravima.

* Liječnici, odnosno njihovi predstavnici u pregovorima autonomno pregovaraju o visini plaće i radnoj satnici.

Liječnici odnosno njihovi predstavnici u pregovorima sudjeluju zajedno s predstvincima ostalih struka u djelatnosti zdravstva, no ispregovarano ne može biti usvojeno tako da su liječnici, odnosno njihovi predstavnici u pregovorima preglasani, tj. njihov stav ne može biti legalno ignoriran.

Liječnici odnosno njihovi predstavnici u pregovorima sudjeluju zajedno s predstvincima ostalih struka u djelatnosti zdravstva, no ispregovarani uvjeti mogu biti usvojeni tako da su liječnici, odnosno njihovi predstavnici u pregovorima preglasani, tj. njihov stav može biti legalno ignoriran.

Ne može se svrstati niti u jednu od tri ponuđene skupine.

BOG MI SE SMILOVAO, GOSPA ANA ME IZLJEĆIĆA

PSORIJA ZA ČUDOM NESTALA ZA DESET DANA



ISPOVJEST I ZAHVALA 73-god. JUSUFA KULENOVIĆA, ZAGREB

Dijagnoza:
psorijaza(kožno oboljenje)

U istinu se želim zahvaliti gospo Ani na čudesnom izječenju za deset dana.Godinama sam patio od kožne bolesti psorijaze i nema što sve nisam isprobao „ali je sve nazlost bilo badava.Tegobe su bile velike jer nikako nisam mogao naći rješenje za tu dosadnu bolest.Cešao sam se da ludila.Nisam mogao obudi kratke rukave jer sam mislio da svi gledaju u mene.Liječio sam se u vinogradarskoj bolnici,Iječilištu naftalin „Jvančić grad,probavao kod nekih liječnika ali sve je bilo bez ikakvih rezultata.Moram ovo naglasiti, da sam u ječilištu naftalin platio 3.500 kuna liječenje koje nije dalo nikake rezultate.Platio sam „a nisam bio izječen.Naftalin je čisti promatljak, kao i vinogradarska, u kojoj nisam mogao dobiti krevet „pa su me prebacili u Jankomir.Plaćao sam i njihovu dermo- mazala, pomade koje su onako da se mažeće.Sve skupu sam potrošio na razne pripravke oko 20.000

kuna „ali psorijaza nije prolazila.Nebih nikome prepričao ništa od ovoga „nego samo zelenu mast od gospe Ane kako ona kaže“ SVETA MAST“jer ju je posvetila svojim trudom i znojem „a Svevišnji njen trud, blagoslovio.Kako sam već bio izjeđen od traganja i izluden od svega slučajno sam u novim mrama naletio na članak o Aninim iscjeljenjima i odmah „ali odmah nazvao Anu.Mast sam željno i s velikom radošću primio i počeо se mazati.Sve skupu sam namazao cijelo tijelo oko petnaest puta,a onda se dogodilo čudo koje sam morao podjeliti prvo sa Anom „pa onda sa drugima.Bio sam u čudu od izječenja „jer sam mislio da cu zauvijek biti bolestan.Cijeli dan sam hodao i razmišljao- kako je ovo moguće da mi se Bog smilovao?Sada sam potpuno okrenut prema prirodnim lijekovima.Svima prepričujem, svojim znancima i sa radošću govorim o Aninoj lijekovitoj kremi.Nemam dovoljno riječi zahvale za ovo čudo Božje „koje sam doživio.Zao mi je što nisam prije saznao za gosp. Anu „jer nebih imao ovakve životne traume.Zahvalan do kraja života.Jusuf!

SVJEDOČENJE 53-godišnje DARINKE H. ZAGREB

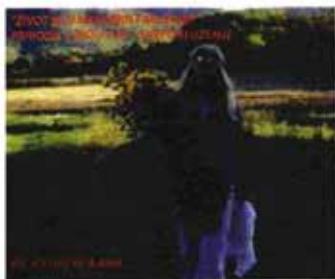
Dijagnoza:

**Hepatitis B
(ZAPALJENJE JETRE)**

O vim putem se želim zahvaliti gospo Ani na fascinantnom izječenju mojih tegoba.Imala sam dosta zdravstvenih problema.S ozirom da sam izgubila dijetu u saobraćajnoj nesreći od tada sam se jako razbobilja.Da bude gore zatoši zaradila sam u bolnici hepatitis- B, prilikom jedne operacije.Nakon toga počelo me sve poboljevati,jetra sve više i više.Došlo je skoro do ciroze „pa sam bila jako kritično i upravo.Liječnica mi je rekla da moram na dijetu „a meni je bilo sve gore i gore.Pila sam puno lijekova za živce i smatram da sam jetru otrovala.Pošto su mi tablete prisjele nisam ih više htjela uzimati.



samo nastavite .Najvažnije od svega je to da sam lijekove odbaciла.Moram priznati da su mi se živci potpuno oporavili uz Aninu terapiju.Liječnica opće prakse se odusevila „jer je vidjela veliki napredak.Hepatitis je nestao.Jetra se oporavila.Imam više energije i osjećam se odlično s obzirom da imam i godinu.Moram nešto naglasiti ovom prilikom da treba imati za ovo volju i upornost.Isto je najvažnije izječenje kod kuće bez ikakvih kontraindikacija.Ana mi je rekla da mojom upornošću i njenim pravim pripravcima „uz Božju pomoć“ mogu izječiti sve.Bogu hvala flinkture i čajevi su me spasili i kod valunga(promjene raspoloženja) sve se stisalo.Poboljšao mi se imunitet,vise nisam slabokrvna.Imala sam problema sa kralježnicom.Anina sveta mast mi puno pomaže.Imala sam na šaci neki svrab od živaca.Dermatolozi mi nisu mogli pomoći,a kad da namazala sa Aninom kremom „više me ne svribi.Bozjim čudom sam našla na članak,u pravom trenutku se obratila „sva sretna svjedočim „zahvaljujem dragoj Ani.Mogu joj samo zahvaliti od srca na pomoći „na njenim čajevima i sirupima,gdje ona sama,berući bliske nama donosi,dragocjeno zdravje.Ana hvala ti što postoji!



**NIKADA NEMOJTE
GUBITI NADU,
OSOBITO U TEŠKIM
RAZDOBLJIMA**

NIKADA NEMOJTE MISLITI NA NEUSPJEH.TO JE NEPOTREBNO.

**SVE INFORMACIJE MOŽETE DOBITI NA KONTAKT 095/904-74-97 035/491-375
TELEFON OD PONEDJELJKA-PETKA OD 9-16 SATI 095/911-48-99 035/490-407**

HUMANA BOŽJA BILJNA MEDICINA
svoja živa svjedočanstva šaljite na
darstvoritelja@gmail.com

Živa svjedočanstva možete
pogledati na
www.milostbozja.hr

Klasa:900-01/16-01/38
Ur. broj:385-04/01-16-01

Zagreb, 19. travnja 2016.g.

VEČERNJI LIST d.o.o.

- N/p Glavnog urednika Dražen Klarić
- Zamjenica direktora za prodaju
i oglašavanje Zdenka Cvetnić
Oreškovićeva 6H/1, 10010 Zagreb

PREDMET: Večernji list

tiskano izdanje od 18. travnja 2016.g.

postupanje, traži se

Poštovani,

obraćam Vam se u ime Hrvatske lječničke komore, krovne staleške i strukovne organizacije lječnika – doktora medicine na području Republike Hrvatske. Organizacije koja unapređuje lječničku djelatnost, brine se o ugledu lječnika i pravilnom obavljanju lječničkog zvanja te aktivno sudjeluje u stvaranju preduvjeta za učinkovito pružanje znanstveno i stručno utemeljene zdravstvene zaštite građanima Republike Hrvatske.

Povod mog obraćanja jest plaćeni oglas naslovjen „BOG MI SE SMILOVAO, A GOSPA ANA ME IZLIJEČILA- Psorijaza čudom nestala za deset dana“, objavljen 18. travnja 2016., na 18. stranici tiskanog izdanja „Večernjeg lista“. U predmetnom oglasu navedena su navodna svjedočanstva dvoje pacijenata koji su se „čudesno izlijeli“ od bolesti i stanja: psorijaze i hepatitisa B.

Uvažavajući činjenicu da se radi o oglasnoj poruci za čiji sadržaj je odgovoran isključivo oglašivač (članak 20, stavak 6. Zakona o medijima, „Narodne novine“ br. 59/04, 84/11, 81/13), a u svrhu zaštite interesa javnosti i prava građana na točne i potpune informacije, poglavito onih koje se tiču njihova zdravlja, upozoravam Vas na neprimjereno sadržaja predmetnog oglasa. Spomenutim oglasom javnost

se dovodi u zabludu i potiče na traženje zdravstvene zaštite kod osobe koja, vrlo vjerojatno, nema odgovarajuću stručnu kvalifikaciju, a bavi se liječenjem. Takav oblik djelatnosti smatra se nadriliječništvom, koje je definirano kao kazneno djelo zaprijećeno Kaznenim zakonom Republike Hrvatske! Oglas koji ste objavili, zbog neprimjereno sadržaja, protivan je i pozitivnim propisima koji se odnose na oglašavanje lijekova. Naime, Zakonom o lijekovima („Narodne novine“ br. 76/2013, 90/2014), izričito je navedeno kako je u oglasu o proizvodu zabranjeno navoditi da proizvod ima ljekovita svojstva ako nema odobrenje za stavljanje u promet kao lijek, odnosno, ako nije registriran kao tradicionalni biljni lijek.

Slobodan sam Vam skrenuti pozornost da se u oba oglašena „svjedočanstva“, lječnici i pojedine zdravstvene ustanove spominju u izrazito negativnom kontekstu (KBC „Sestre milosrdnice“ – Vinogradsko, Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju „Naftalan“ te Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ – Jankomir), čime se na apsolutno neprimjereno način dovodi u pitanje vjerodostojnost lječničke profesije i zdravstvenog sustava u cijelini. Štoviše, jedna od korisnica te „čudesne terapije“, kako se navodi u spornom oglasu, iznosi optužbu da je u bolnici zaražena hepatitisom B.

Krajnje je neprihvatljivo da se putem plaćenog oglasa plasiraju subjektivni i neprovjereni navodi te omalovažava i dovodi u sumnju rad lječnika i zdravstvenih ustanova u cilju promoviranja nadriliječništva. Društveno je neodgovorno i štetno nekritično promoviranje stručno i znanstveno neprovjerenih proizvoda koji jamče „čudesno izlječenje“ od mnogih bolesti i tegoba, čime se ljudi izlaže vrlo opasnom eksperimentiranju koje može dodatno ugroziti njihovo zdravlje.

Molim Vas da u cilju zakonitosti i zaštite interesa javnosti i Vaših brojnih čitatelja, ubuduće više pažnje posvetite sadržajima oglasa kojih objavljujete. **U konkretnom slučaju, lijepo Vas molim da prekinete s dalnjim objavljivanjem predmetnog oglasa.** Nepojmljivo mi je da ugledni dnevno-politički dnevnik poput Večernjeg lista, ne posvećuje više pažnje kvaliteti i sadržaju oglasa koje objavljuje. Nadam se da se radilo samo o propustu, a ne o smišljenoj politici oglašavanja Vaše ugledne novinske kuće.

Unaprijed zahvaljujem na žurnom postupanju.

Srdačno,

Predsjednik Hrvatske lječničke komore
Mr.sc. Trpimir Goluža, dr. med.

Na znanje:

- Ministarstvo zdravlja, n/p zamjenik ministra, Ivan Bekavac, dr.med., Ksaver 200a, 10000 Zagreb
- Ministarstvo zdravlja, n/p glavni tajnik Ministarstva, Velibor Drakulić, Ksaver 200a, 10000 Zagreb
- Ministarstvo zdravlja, n/p tajnik Kabineta, Tomislav Šimićević, Ksaver 200a, 10000 Zagreb
- Ministarstvo zdravlja, Sektor za inspekcijske poslove, n/p načelnica Vesna Sokol, Ksaver 200a, 10000 Zagreb

Održana 9. sjednica Izvršnog odbora Komore

Komora će aktivno sudjelovati u obilježavanju 25. godišnjice stradanja Vukovara

Na 9. sjednici Izvršnog odbora Hrvatske liječničke komore, održanoj 3. svibnja 2016., njezin predsjednik dr. Trpimir Goluža, izvijestio je članove Odbora o posjetima županijskim povjerenstvima Komore. Najčešće vodstvo Komore obišlo je od 28. siječnja do 14. travnja ove godine sve hrvatske županije. Da bi ostvarili taj cilj morali su prijeći 9200 kilometra. Održali su 22 tribine na kojima su zainteresiranom članstvu „podnijeli račun“ za svoj dosadašnji rad te predstavili planove za 2016. godinu. Izravno su komunicirali s 1200 članova koji su imali mogućnost postavljanja pitanja, davanja prijedloga, izražavanja (ne)zadovoljstva, kritika, ali i pohvala.

Prilikom posjeta vodstvo Komore sudjelovalo je u radu sjednica županijskih povjerenstava, susretalo se s vodećim ljudima županijskih zdravstvenih institucija i lokalne samouprave. Posjeti su ocijenjeni iznimno korisnim jer su omogućili dobivanje objektivnog uvida o razini zdravstvene zaštite i problemima zdravstvene politike u pojedinim županijama. U posjetima je sudjelovalo 12 od 14 članova Izvršnog odbora. Praksom posjeta županijskim povjerenstvima nastavit će se tijekom cijelog mandata aktualnog vodstva HLK-a.

Vodstvo Komore odlučilo je aktivno sudjelovati u ovogodišnjem obilježavanju 25. godišnjice stradanja Vukovara. Tim povodom HLK će od 16. do 18. studenog imati niz aktivnosti u Istočnoj Slavoniji: proširene sjednice Izvršnog odbora i Vijeća Komore, pokroviteljstvo 12. Simpozija „Ratna bolnica dr. Juraj Njavro“ i sudjelovanje u „Koloni sjećanja“. Hrvatska liječnička komora o svom će trošku omogućiti 18.11.2016. svim zainteresiranim članovima posjet Vukovaru i izražavanje pjeteta vukovarskoj žrtvi. Podržana je ideja da Komora bude donator obnove Vukovarskog vodotornja.

Dopredsjednik dr. Krešimir Luetić izvijestio je članove Odbora o trenutnoj fazi projekta implementacije integriranog in-



formacijskog sustava HLK-a koji teče sukladno usvojenoj Strategiji informatizacije HLK-a.

Nova sistematizacija radnih mesta

Predstavljen je i prijedlog nove sistematizacije radnih i dužnosničkih mјesta u skladu s novim Statutom Komore i politikom vođenja Komore od strane izabranih dužnosnika. Umjesto tajnika Komore, kao novo operativno tijelo oformljen je Kabinet predsjednika u kojem će osim predsjednika, prvog i drugog dopredsjednika te rizničara, biti i voditelj Središnjeg ureda, tajnica Kabineta i glasnogovornik, te koordinatori stručnih službi, savjetnici predsjednika i uredništvo Liječničkih novina. Broj stručnih službi Komore smanjen je, umjesto dosadašnje četiri, bit će tri stručne službe i to: Služba stručno-medicinskih, pravnih i međunarodnih poslova; Služba općih, kadrovskih i administrativnih poslova te Služba finansijsko-ekonomskih poslova.

Rizničarka Komore, dr. Darija Moguš Vončina, zbog osobnih je razloga podnijela ostavku na dužnost.

Izvršni odbor dao je suglasnost za raspisivanje natječaja za radna mјesta admi-

nistrativnog radnika u Službi općih administrativnih poslova i stručnog suradnika u Službi stručno-medicinskih poslova te za sklapanje ugovora o radu na pola punog radnog vremena s dr. Miranom Cvitkovićem, predsjednikom Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti.

Učinkovitija naplata članarine

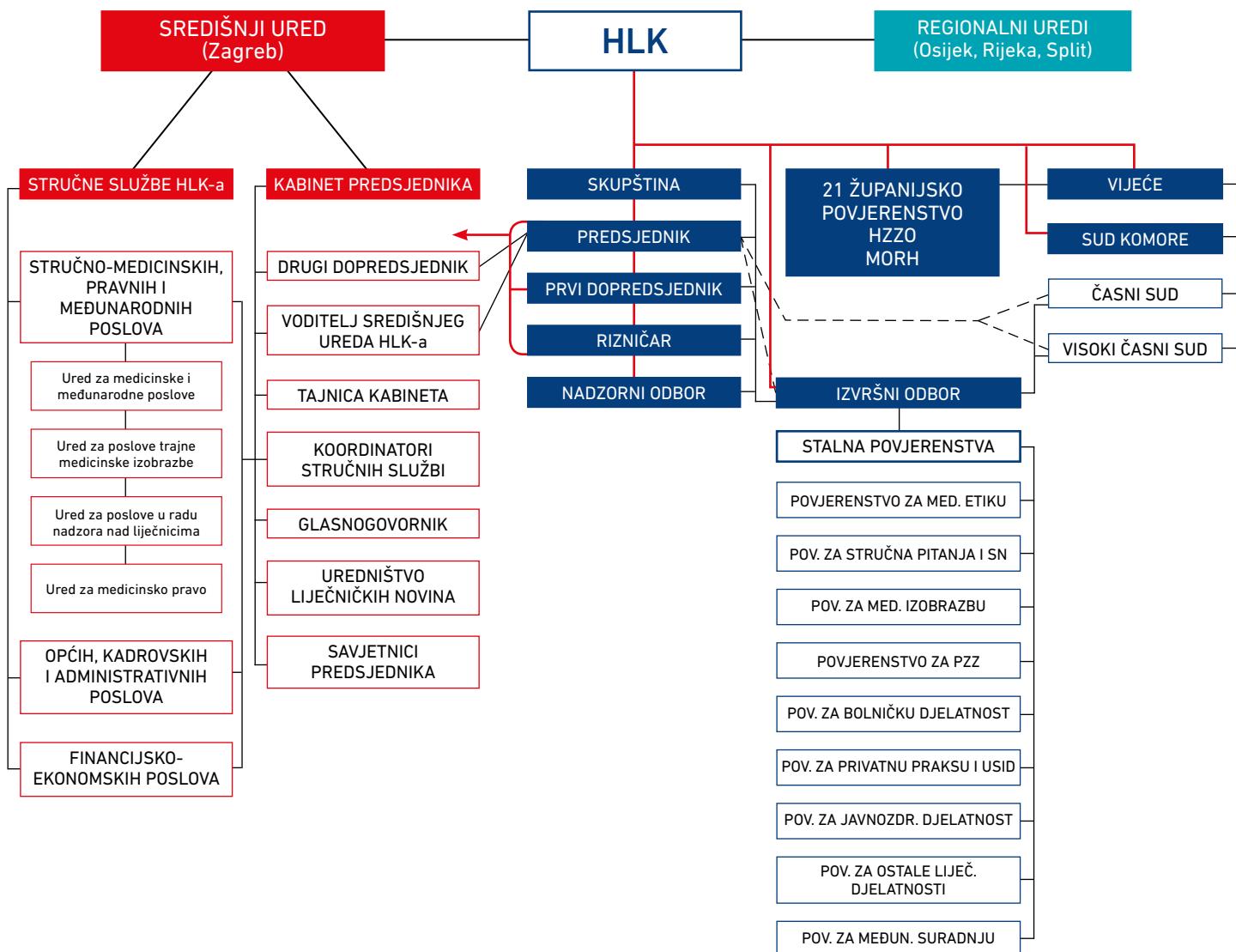
Predsjednik Komore izvijestio je članove i o strateškim odrednicama za unaprjeđenje statusa članstva i naplate članarina. Utvrđena su višemilijunska nenaplaćena potraživanja, koja su posljedica nedovoljno jasnog statusa članstva i neprovodenja kontrole nad naplatom članarina. Istaknut je i problem rada liječnika bez licence. Komora će učiniti sve kako bi pravovremeno, unaprijed informirala članove o danu isteka licence.

Osnovane tri radne skupine

Osnovane su i tri radne skupine (RS) Komore. RS za izradu prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o liječništvu, voditelj je dr. Ante Zvonimir Golem; RS za izradu smjernica za dodjeljivanje koncesija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, voditeljica je dr. Meri Margreitner te RS za povlačenje sredstava iz EU fondova, voditelj je dr. Boro Nogalo.

Daniela Dujmović Ojvan

Novi organizacijski ustroj HLK-a



Ukida se obveza propisivanja putnih nalogu osiguranika

Povjerenstvo primarne zdravstvene zaštite HLK-a uputilo je Ministarstvu zdravlja prijedlog da se ukine obveza liječnika primarne zdravstvene zaštite za propisivanjem putnih nalogu osiguranika. Nacrtom Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, koji se od 13. travnja 2016. nalazi u javnoj raspravi, predviđeno je brisanje čl.65. st.4 i 5. koji propisuju sljedeće:

(4) Pravo na naknadu za troškove prijevoza osigurana osoba ostvaruje na osnovi tiskanice putnog naloga koji izdaje izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite ili izabrani doktor dentalne medicine, odnosno ovlašteni radnik Zavoda kada je osigurana osoba pozvana od strane Zavoda radi ostvarivanja prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te na osnovi rješenja Zavoda o upućivanju na liječenje sukladno članku 26. stavku 3. ovoga Zakona, odnosno na osnovi potvrde zdravstvene ustanove o provedenim hemodijalizama.
 (5) Sadržaj i oblik tiskanice putnog naloga iz stavka 4. ovog članka utvrđuje općim aktom Zavod.

Time se predlaže brisanje zakonom utvrđene obveze izdavanja putnog naloga od strane izabranog liječnika.

Dana 28. travnja 2016., Ministarstvo zdravlja uputilo je dopis Ministarstvu znanosti, obrazovanja i sporta u kojem se moli ukidanje obveze liječnika obiteljske medicine za izdavanjem ispričnica kod izostanka djeteta kratčeg od tri dana.

Očite promjene u radu Komore!

Održana 5. sjednica Vijeća HLK-a



Pod predsjedanjem predsjednika Vijeća Komore, doc. Krešimira Dolića, 5. svibnja 2016., održana je 5. sjednica Vijeća HLK-a. Predsjednik dr. Trpimir Goluža, podnio je izvješće o radu Komore u periodu od zadnje sjednice Vijeća koja je održana 18. prosinca 2015., te upoznao članove Vijeća o planu aktivnosti u predstojećem razdoblju. Najavljena je 4. sjednica Skupštine HLK-a koja će se održati 4. lipnja 2016. i na kojoj će se, između ostalog, izabrati novi predsjednik Skupštine i rizničar HLK-a. Stoga je Vijeće donijelo Odluku o imenovanju Središnjeg izbornog povjerenstva za te izbore.

Vijeće je podržalo Nacrt Pravilnika o stručnom nadzoru usuglašenim s Ministarstvom zdravlja koji će biti upućen na e-savjetovanje te na Skupštinu HLK-a na usvajanje. Jednoglasno je usvojen Pravilnik o ustroju i radu stručnih službi HLK-a, tzv. nova sistematizacija radnih mesta, te su, zbog ukidanja dužnosti tajnika Komore, usvojene manje izmjene Pravilnika o licencama i javnim knjigama. Donesena je i odluka o izmjeni Poslovnika o radu Vijeća. Pojedini vijećnici izrazili su zadovoljstvo očitim promjenama u radu Komore pri čemu su naglasili efikasnost rada stručnih službi HLK-a.

Stupio na snagu novi Pravilnik o dopunskom radu liječnika

Novi **Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca**, koji je objavljen u „Narodnim novinama“ br. 42/16 od 4. 5. 2016., i stupio je na snagu 12. 5. 2016., napokon će svim liječnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima koji redovito, savjesno i stručno izvršavaju svoje radne obveze kod poslodavca omogućiti obavljanje dopunskog rada i kod drugog poslodavca.

Navedeni pravilnik ocijenjen je kao tek prva, ali važna mjera u nastojanju da se poboljša trenutni položaj liječnika u društvu i očuva funkcionalnost zdravstvenog sustava.

Novi pravilnik u potpunosti uvažava stav Komore da je svakom liječniku, koji na svom radnom mjestu uredno izvršava dodijeljen posao i radne zadatke, potrebno omogućiti da u svoje slobodno vrijeme dodatno obavlja posao za koji je stručno osposobljen i kod drugog poslodavca.

U prvotnoj verziji Pravilnika koji se nalazio u javnoj raspravi sa zainteresiranim javnošću, u razdoblju od 22. ožujka do 6. travnja 2016., naknadno su izvršene izmjene i unesena dodatna pojašnjenja koja ne mijenjaju samu suštinu novog modela odobravanja dopunskog rada, već imaju za cilj jasnije definiranje mjerila za davanje odobrenja kao i način postupanja poslodavca odnosno ravnatelja ustanove u slučaju podnošenja zahtjeva.

Mjerila za davanje odobrenja za dopunski rad su: (a) redovito, savjesno i stručno obavljanje poslova iz ugovora o radu, u skladu s pravilima struke i uputama poslodavca odnosno ovlaštenih osoba poslodavca, (b) kontinuirano stručno usavršavanje znanja i vještina, (c) obavljanje poslova iz ugovora o radu u skladu s poslovnim interesima poslodavca, (d) poštivanje strukovnih i ste-

govnih pravila koja proizlaze iz organizacije rada poslodavca i profesionalne djelatnosti i (e) nepostojanje kaznene, prekršajne ili disciplinske pravomoćne odluke kojom je utvrđena odgovornost zdravstvenog radnika u vezi obavljanja profesionalne djelatnosti.

Zdravstveni radnik koji ispunjava postavljena mjerila može podnijeti **zahtjev za odobrenje dopunskog rada** ravnatelju ustanove kojem prilaže:

1. rješenje kojim je utvrđeno da zdravstvena ustanova/trgovačko društvo/privatna praksa u kojoj namjerava obavljati dopunski rad ispunjava uvjete u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti odnosno uvjete za obavljanje privatne prakse;
2. izjavu o vrsti poslova koje će obavljati u dopunskom radu, mjesecnom broju sati i rasporedu dopunskog rada.

Uvjet za davanje odobrenja za dopunski rad je pritom prethodno sklopljeni **ugovor o međusobnim pravima i obvezama** između poslodavca i zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost, odnosno privatnog zdravstvenog radnika kod kojeg će zdravstveni radnik za svoj račun obavljati poslove iz djelatnosti poslodavca.

Ističemo kako je ravnatelj zdravstvene ustanove dužan odluku o davanju ili uskrsati odobrenja za dopunski rad donijeti u roku od 30 dana od dana zaprimanja urednog zahtjeva te je za eventualno nepravovremeno donošenje odluke odgovoran upravnom vijeću zdravstvene ustanove.

Odobrenje se daje na razdoblje od godinu dana.

U slučaju da se utvrdi da zdravstveni radnik obavlja dopunski rad bez propi-

sanog odobrenja poslodavcu je zabranjeno dati odobrenje za dopunski rad u razdoblju od dvije godine od dana kada je utvrđeno da se dopunski rad odvija protivno odredbama Pravilnika, a utvrđeno postupanje radnika smatraće se ujedno i težom povredom obveza iz radnog odnosa.

Pravilnikom su također taksativno navedeni i slučajevi kada je poslodavac obvezan donijeti **odluku o oponzivu odobrenja za dopunski rad** i to: (a) ako zdravstveni radnik kojem je izdao odobrenje za dopunski rad neuredno izvršava svoje obveze iz radnog odnosa, (b) ako je disciplinski sud Komore donio pravomoćnu odluku kojim se zdravstveni radnik kojem je izdao odobrenje za dopunski rad proglašava odgovornim zbog teške povrede ili nedostojnjim za obavljanje djelatnosti ili (c) ako je zdravstveni radnik pravomoćno osuđen za kazneno djelo ili mu je izrečena prekršajno-pravna sankcija zbog obavljanja dopunskog rada bez odobrenja poslodavca ili zbog drugih prekršaja vezanih uz povredu ugovora o radu.

U spomenutim slučajevima zdravstvenom radniku ne smije se dati novo odobrenje za dopunski rad u razdoblju od dvije godine od dana kada su utvrđene navedene okolnosti.

Važno je istaknuti i kako će svi postupci davanja odobrenja za dopunski rad, koji su započeti po odredbama Pravilnika o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca („Narodne novinama“ br. 113/15), biti dovršeni sukladno odredbama novog pravilnika.

MIJO KARAULA, dipl.iur.

Voditelj Službe pravnih poslova u nadzoru nad radom liječnika HLK-a

NE SAMO SMJENA VEĆ I PROMJENA!

Komora obavila stručni nadzor u KBC-u Osijek

Komisija Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor Hrvatske liječničke komore (HLK) obavila je krajem travnja ove godine i obavila je redoviti stručni nadzor nad radom liječnika Zavoda za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju i Klinike za anestezijologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje Kliničkog bolničkog centra Osijek (KBC Osijek). Osim civilizacijski neprimjerenih i stručno nedopustivih prostornih uvjeta u kojima se odvija radiološka djelatnost i nedostatka suvremene radiološke opreme, komisiju Povjerenstva zaprepastila je krajnje neprofesionalna i nekolegijalna „dobrodošlica“ **prof. dr. Svena Kurbela**, sanacijskog upravitelja KBC-a Osijek. Razina pokazane nesuradnje, nezainteresiranosti i indolencije prof. Kurbela gotovo da nadmašuje ustanovljenu neorganiziranost i neprimjerenost Zavoda za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC-a Osijek. Prof. Kurbel u međuvremenu je postao bivši upravitelj KBC-a Osijek, ali su golemi problemi radiološke djelatnosti osječkog KBC-a ostali izazov s kojim će se, čim prije, trebati suočiti novo vodstvo KBC-a Osijek.

Županijsko povjerenstvo HLK-a Osječko-baranjske županije nažalost je proteklih mjeseci, otkako je u novom, entuzijastičnom i poletnom sastavu, naišlo na zid ili još bolje led, u kojemu su bili zazidani, ili zaledeni, rukovoditelji najvećeg županijskog poslodavca u državnom zdravstvu, sasvim gluhih i slijepih za brojne službene note propisno im urudžbirane sa strane ovog Povjerenstva. Jednako su izostali odgovori na primjedbe i pozive, na ukazivanje na pogreške unutar sramotnog informacijskog sustava u jednome od samo pet hrvatskih KBC-ova kao i na pozive za sudjelovanja u hvale vrijednim akcijama ovoga Povjerenstva, poput tribina. Na opetovane pozive nisu se odazivali. Tako je ta suradnja ostala jednosmjerna, nekonzumirana, nekreativna, nedozvoljena, a usudili bismo reći i nepropisna. Ignoranciju i aroganciju su, kako čujemo, zadržali i u negostoljubivosti prema drugim predstavnicima HLK-a, a tijekom stručnog nadzora. Jesmo li ovo možda trebali ne spomenuti? Ne, jer se radi o prijemu, po izostanku kulture profesionalnog i diplomatskog ponašanja, do tada neviđenome u iskustvu naših dužnosnika.

Ovo je treća godina kako liječnici, ali i drugo osoblje u KBC-u Osijek, zapinje u svojim prepunjениm dnevnim aktivnostima i zadržava sebe, suradnike, pacijente i čitave pogone medicinskih djelatnosti zbog nejasnog izbora informatičkog sustava, koji je, umjesto da olakša, otežao svakodnevnicu našega posla. Bespredmetno je precizno navoditi sve neostvarive korake u uporabi toga sustava, vrlo čudnoga podrijetla i netransparentnih serviserskih usluga (ovo nije pleonazam!).



Prof. dr. SVEN KURBEL, bivši sanacijski upravitelj KBC-a Osijek



Doc. dr. ŽELJKO ZUBČIĆ, v.d. ravnatelja KBC-a Osijek

U korisnika je ovaj, niškoristi nametnuti nam sustav izazivao paranoidan osjećaj da nam se netko tko o tome odlučuje ruga, smije iza leđa, dok pokušavamo preskočiti uvijek nove nepredvidive kao i već etablirane nemaštovite prepreke koje samo izviru iz računala iz, sada, svake prostorije naše radne kuće (pa i iz onih sa zemljanim podovima, trulim instalacijama i mikrobiološki neprihvatljivim inventarom). A mi smo taj sustav platili (ne baš mi, u onima koji su birali i izvršavali i jest problem) i od njega očekivali osuvremenjivanje našeg humanog rada, kako bi njegov sadržaj bio racionalnije iskoristiv za dobrobit naših pacijenata kao i za poboljšanje uvjeta za naš plemeniti posao.

Zašto je izostao odgovor i razgovor o ovome između predstavnika HLK-a i uprave KBC-a Osijek? Neodgovoren je pitanje. Postoje li mehanizmi koji mogu ispraviti, s jedne strane ovu nedozvoljenu šutnju, a s druge, još manje dozvoljenu promašenu investiciju. Trebaju li samo nasljednici ispravljati pogreške

prethodnika, ili je moguće inzistirati na preuzimanju odgovornosti sa strane onih koji potpisuju pogrešne skupe poteze?

Kao službeni legalno izabrani predstavnici liječnika iz Osječko-baranjske županije, uključujući i liječnike KBC-a Osijek, izražavamo nadu da će predstavnici nove rukovodeće strukture ovog najvećeg županijskog medicinskog poslodavca naći vremena i načina ispuniti svoju profesionalnu i domoljubnu dužnost služiti svojoj zemlji, zdravstvu, liječnicima i pacijentima, i to u suradnji s HLK-om i njezinim Županijskim povjerenstvom. Nadamo se međusobnom dijalogu i podršci. Također vjerujemo da će, opet, u suradnji s predstavnicima liječnika, prepoznavanje gorućih problema krenuti od zemljanih podova hijerarhijom zajedničkih prioriteta, umjesto glancanjem svemirski skupo izvedenih odjela upitno postojećih djelatnosti unutar čijih je zidova predviđena sinekura njihovih prethodnika.

Županijsko povjerenstvo HLK-a Osječko-baranjske županije

Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske liječničke komore i časopisa MEDIX

Rezultati testiranja za broj 118. (studen 2015.)

Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena liječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60%) pitanja na temu „Nove spoznaje u korektivnoj dermatologiji“ objavljenih u časopisu MEDIX broj 118. u studenom 2015. godine. Svi kandidati time su ostvarili **7 bodova**, sukladno Pravilniku HLK. Napominjemo da posebne potvrđnice neće biti dostavljene, nego će se **kao potvrda vrijediti popis objavljen u Liječničkim novinama** za svibanj 2016. godine, uz upis bodova u elektroničkom obliku.

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

Uredništvo



Red.br	Ispitanici	
A		
1	Đuro	Ambrušić
2	Izabela	Andrijašević-Trivić
3	Željka	Antonić
B		
4	Valentina	Bačak Pećina
5	Anita	Bačić
6	Dinko	Bačić
7	Tomislav	Baica
8	Vanda	Balković
9	Sandra	Balog
10	Karmen	Balja
11	Bogoljub	Bančić
12	Mirjana	Barac-Santini
13	Anita	Barišić
14	Mirjana	Barišić
15	Kristina	Bartolić Smodej
16	Vesna	Batagelj Matulja
17	Ivana	Bator Pavić
18	Mara	Bekavac
19	Anita	Belak Barišin
20	Kornelija	Belina
21	Krunoslav	Benčić
22	Silvija	Benković
23	Snježana	Berger-Richter
24	Tončica	Bernardi-Martinović
25	Gabrijela	Bešlić
26	Ivica	Bilić
27	Denis	Biondić
28	Marija	Biškup
29	Dinka	Blaić
30	Ivana	Blažević

31	Ankica	Blažičko
32	Helena	Blažić
33	Silvana	Boban
34	Sandra	Bočkaj
35	Lovro	Bojić
36	Mirna	Bradić-Hammoud
37	Igor	Brajković
38	Melita	Brala-Trtolja
39	Dragica	Bratović
40	Tibor	Briský
41	Livia	Brisky
42	Olivera	Brodarić
43	Nadia	Brozina
44	Martina	Brus Škrljac
45	Ružica	Bubić Frisić
46	Kristijan	Bučević
47	Maria	Bulaš Joković
48	Nerina	Bulešić Lončarić
49	Melita	Buljan
50	Josip	Buršić
51	Kleofina	Butuć
C		
52	Deana	Cecić-Sule
53	Snježana	Chamae
54	Karmen	Ciglar
55	Snježana	Czindery Klemeš
Č		
56	Marija	Čaklovic
57	Zoran	Čekić
58	Iljija	Čelebić
59	Ljiljana	Čičmák Smirnjak
60	Marija	Črnelić
61	Dubravka	Čučak

62	Martina	Čukman
63	Marina	Čulinia
64	Željka	Čulinia
Ć		
65	Pavo	Čatić
66	Jasmina	Čehić
67	Marica	Čurković
D		
68	Nada	Dašić
69	Danijela	Daus-Šebedač
70	Marija	Delić
71	Irena	Dijan
72	Nada	Dogan
73	Andrijana	Domazet
74	Zlata	Domović
75	Ljiljana	Došen
76	Vesna	Dragoja
77	Spomenka	Drašinac-Kurtagić
78	Nediljka	Dropuljić
79	Nada	Dumančić
80	Kristina	Dumančić
Đ		
81	Sanja	Džankić
Đ		
82	Sanja	Dekić
83	Tihana	Đuran
84	Velimir	Đuras
85	Jelena	Đurić
E		
86	Slavica	Ezgeta
F		
87	Melda	Fabrio
88	Jelena	Filipović

G		
89	Slavica	Gabelica
90	Anja	Gaćina
91	Anton	Galić
92	Melita	Gašpartić
93	Dolores	Glavan Radić
94	Slavka	Gospić
95	Lela	Grabant
96	Bojan	Grba
97	Biserka	Grbčić-Mikuličić
98	Miodrag	Gregov
99	Josipa	Grgas
100	Mirela	Grgić
101	Ivana	Grubešić
102	Barbara	Grubišić
H		
103	Katarina	Hadija Marković
104	Sandra	Herman Šalamon
105	Valerija	Horvat-Marelija
106	Lucija	Hranilović
107	Sanja	Hrastić
108	Marija	Hrastinski
I		
109	Amila	Iličić
110	Igor	Iskra
111	Ivana	Ivanković Pavelka
J		
112	Jelena	Jagetić
113	Željka	Jaklin
114	Marijana	Jakobović
115	Issam	Janbay
116	Jelena	Jančić
117	Iva	Janković

118	Branko	Jašić
119	Vjekoslav	Jazbec
120	Josip	Jelić
121	Boris	Jerbić
122	Martina	Jerbić-Cecelja
123	Milena	Jović
124	Radovan	Jozić
125	Jelena	Jozinović
126	Edita	Jozinović
127	Danijela	Juras
128	Ilija	Jurić
129	Sanja	Jurić Banai
130	Ivo	Jurišić
131	Vesna	Jurišić
132	Anita	Jurković-Jakovac
133	Margareta	Jurlina
K		
134	Ana	Kajganić
135	Martina	Kajić
136	Violeta	Kajić
137	Sanja	Kalšan Brkić
138	Vesna	Kalšan-Saik
139	Nevena	Katalinić
140	Nenad	Kešin
141	Ratko	Kežić
142	Inna	Kinach
143	Oskar	Kirchbaum
144	Kristijan	Ključević
145	Jadranka	Kobaš
146	Monika	Kolarić
147	Tanja	Kolarić Blažičko
148	Božica	Kolundžić
149	Maša	Kontić
150	Branko	Koprić
151	Željka	Korči-Lovaković
152	Sanja	Koričić
153	Oliver	Kosović
154	Štefanija	Kovač
155	Lela	Kozić Đurović
156	Davorka	Kraljevski
157	Jasenka	Kranjčec-Jagić
158	Damir	Krčelić
159	Dražen	Krištofić
160	Barbara	Krizman Vuhinec
161	Branka	Križan
162	Vladimir	Križan
163	Sandra	Križanić
164	Olga	Krot
165	Dajana	Kukurin Cnappi
166	Tatjana	Kunštek-Kučanda
167	Ida	Kupek Pandurić
168	Anita	Kutnjak Podgorelec
L		
169	Darko	Labura
170	Doris	Ladavac
171	Marija	Lajter Marenić
172	Anita	Lasić Živić
173	Perislav	Lauš
174	Veronika	Laušin
175	Aleksandar	Lemajić
176	Marija	Lipovac-Mrden
177	Dalibor	Lončar
178	Ivica	Lucijanić
M		
179	Mladen	Madjarević
180	Maja	Majetić-Sekovanić

181	Miljenko	Maltar
182	Vera	Mareš Bratko
183	Violeta	Marić
184	Veljko	Marić
185	Nada	Marković
186	Sanda	Marković
187	Ankica	Martić
188	Ivan	Martinez
189	Dolores	Martinović
190	Ivo	Martinović
191	Marija	Martinuš
192	Simona	Marunčić
193	Senka	Mašković
194	Mirko	Matić
195	Mihaela	Matić Jelić
196	Monika	Mesićek
197	Josipa	Mićeć
198	Zlatko	Mihaldinec
199	Pavica	Mijanović
200	Melita	Mijić
201	Nenad	Mijić
202	Ada	Mikulić
203	Darko	Mikuš
204	Vesna	Milosavljević Gačić
205	Silvana	Milovac
206	Stjepan	Miše
207	Nikica	Mlačić-Bojić
208	Sandra	Mladinić Tadin
209	Mirna	Molnar
210	Biserka	Mrgan Tomičić
211	Vjera	Munić
212	Tamara	Mužić
N		
213	Tin	Nadarević
214	Sanja	Nekić Marulić
215	Sandra	Nesek
216	Marko	Neveščanin
217	Renata	Nikolić
218	Ružica	Nikolić
219	Dubravka	Nikšić
O		
220	Jasminka	Obrovac-Gudelj
221	Katarina	Obućina
222	Manuela	Oharek
223	Verica	Ojtović
224	Sonja	Orbanić
225	Nina	Oršanić
P		
226	Edita	Paić
227	Irena	Palaversa Musa
228	Ivana	Paro-Matijašec
229	Tea	Pavić
230	Maja	Pehar
231	Marija	Perić
232	Snježana	Permozer Hajdarović
233	Boris	Peršić
234	Ana	Petrić
235	Mirjana	Petrić
236	Zdenka	Picukarić
237	Ana	Pivčić-Gombović
238	Ivana	Plaščar Jadreškić
239	Boris	Poljak
240	Vesna	Poljak Herljević
241	Vlasta	Popić
242	Zdravko	Prepolac
243	Asja	Prgin-Rogošić
244	Ivana	Prgomet
245	Tatjana	Prvulović Mirković
246	Božena	Puljiz
247	Terezija	Punoš
R		
248	Petar	Radaković
249	Mihael	Radić
250	Boris	Radolović
251	Roberta	Rojnić Matejčić
252	Mari	Rončević Filipović
253	Mira	Ručević
S		
254	Anita	Sabolek
255	Božena	Sanković
256	Ksenia	Scagnetti
257	Jelena	Schwennen-Radovniković
258	Josip	Sekovanić
259	Viktor	Simunović
260	Josip	Skender
261	Zlatko	Skopljak
262	Vlasta	Skopljak
263	Antonija	Slaviček Sučić
264	Ivica	Smodek
265	Helena	Smokrović
266	Ines	Smoljan
267	Ivana	Smoljanović
268	Mario	Soldo
269	Mirjana	Stakor
270	Marta	Stanić
271	Rikard	Stanić
272	Karmen	Stanić Jurašin
273	Ljeposava	Stanimirović
274	Ljiljana	Stanojlović-Botić
275	Miroslav	Strbad
276	Jadranka	Strugalo
277	Zoran	Suvaljko
278	Maja	Svilan
Š		
279	Dubravka	Šalić Herjavec
280	Ivana	Šegvić
281	Debora	Šentija
282	Katarina	Šestan
283	Tinka	Šipicki
284	Ivana	Širić
285	Vedrana	Šitum
286	Jasminka	Šmider Knežović
287	Vera	Šoštaric-Želalić
288	Željko	Špiranović
289	Davorka	Špišić-Treursić
290	Ivana	Štanfel
291	Željko	Štanfel
292	Mirela	Štefanac
293	Vesna	Štefanac Nadarević
294	Ivana	Šućur
295	Suzana	Šumberac Šaravjanja
296	Dragutin	Šunjara
297	Branka	Šuperina
298	Biserka	Šupraha
299	Belita	Šurjak
T		
300	Dušica	Tasovac
301	Anita	Tomašević
302	Mirna	Tomljanović-Veselski
303	Tanja	Topol
304	Natalija	Topolnjak
305	Biserka	Topolovec-Galić
306	Goran	Tošić
307	Tomislav	Trešćec
308	Gabriele	Turk
309	Milica	Turković
310	Veljka	Turković
311	Etka	Turković Bolić
312	Jasna	Tušek-Lončarić
U		
313	Ivana	Uđiljak
314	Lovo	Uglešić
315	Sanela	Unfirer
316	Tanja	Uzelac
V		
317	Marina	Valek
318	Ljiljana	Vidošević
319	Heda	VIDOVIĆ Šehović
320	Daniela	Višnjić
321	Mirjana	Vitasović-Grandić
322	Miona	Vujević
323	Jasmina	Vukelić Sonnenschein
324	Veljko	Vukić
325	Marija	Vukman
326	Marijana	Vuković Gugić
327	Morena	Vuković-Đebogović
328	Ivana	Vurdelja
W		
329	Branka	Winterhalter Zvonar
Z		
330	Slavica	Zemljak
331	Biljana	Zibar
332	Eva	Zorjan Sponza
333	Ladislava	Zubak
334	Branka	Zubak-Marić
335	Franka	Zuban
336	Zrinka	Zvornik Legen
Ž		
337	Ivana	Žambok
338	Maja	Žarković
339	Branimir	Žarković
340	Alemka	Žić
341	Željan	Žić
342	Đurđa	Žigmundovac Klaić
343	Dražen	Žurić
344	Dušanka	Žutić

Ispitanici sa manje od 72%

1	Darko	Golubić
---	-------	---------

Sukladno članku 29.
Pravilnika o javnim knjigama Hrvatske lječničke komore objavljujemo da je dr. Daniela Višnjić prijavila gubitak članske iskaznice HLK-e.

118. kongres Udruge poslodavaca u zdravstvu

Reforme u zdravstvu nužne, unatoč jakom otporu javnosti!

DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN, daniela.dujmovic@hlk.hr



Svi pažljivo slušaju ministra, uključujući i vodstvo Komore

„Cilj reforme je stabilizirati zdravstveni sustav, učiniti ga racionalnijim i održivim, a to je moguće samo uvođenjem reda unutar sustava“ rekao je ministar zdravlja dr. **Dario Nakić** na kongresu Udruge poslodavaca u zdravstvu koji se od 5. do 7. svibnja održao u Opatiji, pod stručnim pokroviteljstvom Hrvatske liječničke komore. Istaknuo je da unatoč sanaciji u koju je uloženo 3,5 milijardi kuna, u ovom trenutku zdravstvo ima dug od 2,5 milijardi kuna. U samo prva tri mjeseca ove godine, bolnice su stvorile novi dug od 160 milijuna kuna, stoga su promjene nužne. Reformskim mjerama, nova zdravstvena administracija planira smanjiti troškove u sustavu za 500 milijuna na godišnjoj razini te istodobno povećati prihode za 400 milijuna. Na taj

način, dug od 2,5 milijardi kuna bio bi vraćen najkasnije do kraja mandata. Komentirajući snažne otpore najavljenim reformama u zdravstvu, ministar je pojasnio kako se ljudi boje promjena, te da bi radije da sve bude kao do sada, „samo dajte više novca“.

Ministar predstavio reformske mјere

Reforma hitne službe, zdravstvenog osiguranja, bolničkog sustava, decentralizacija upravljanja, unapređenje postupka javne nabave, jačanje uloga domova zdravlja, financijska cijelovitost javnog zdravstva i njegova informatizacija, doношење mјera za zadržavanje zdravstvenih djelatnika, smanjivanje liste čekanja, racionalizacija potrošnje lijekova, pove-

ćanje upisnih kvota na medicinskim fakultetima, neke su od reformskih mјera koje je ministar ukratko predstavio na kongresu.

Uvođenje dežurstava liječnika primarne zdravstvene zaštite vikendom i blagdanima; i zaposlenika domova zdravlja i koncesionara, rad specijalista u OHBP-u, mogućnost rada specijalista hitne medicine kao obiteljskih liječnika nakon 55 godine života, neke su od mјera za najavljenu reformu hitne službe.

Reforma zdravstvenog osiguranja obuhvaćala bi podizanje cijene dopunskega zdravstvenog osiguranja sa 70 na 89 kuna, povećanje iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite (cijena bolničkog liječenja povisila bi se s dvi-

je tisuće na tri tisuće kuna) te uvođenje dodatnog zdravstvenog osiguranja. Ministar je najavio mogućnost odgode povećanja cijene dopunskega, ogradivši se kako Ministarstvo još nije donijelo končnu odluku.

Racionalizacija potrošnje lijekova

Najavio je i racionalizaciju potrošnje lijekova i to kroz zakonske izmjene kojima će se promjeniti referentne zemlje za određivanje cijene lijekova u Hrvatskoj, što bi trebalo sniziti njihovu cijenu (cijene lijekova trebale bi se od 1. siječnja 2017., definirati prema cijenama u Poljskoj, Češkoj, Mađarskoj, Sloveniji i Slovačkoj, umjesto prema Španjolskoj, Francuskoj i Italiji, kako je to sada). Objedinila bi se nabava generičkih, inovativnih i skupih lijekova i uvela kontrola antibiotske terapije. Cilj reforme primarne zdravstvene zaštite je smanjenje broja pacijenata po liječniku, od sadašnjih 2000 (negdje i 2.200), na 1500.

Ministar kao barun Trenk

Liste čekanja ubuduće ne bi smjele biti duže od 6 mjeseci, u suprotnom, bit će odgovorni ravnatelji. Dr. Nakić najavio je i konkretne sankcije za ravnatelje, te će u slučaju dužeg čekanja, pacijent ići privatniku na teret države, a taj iznos bit će skinut s računa bolnice. Ubuduće će se pacijenti moći naručiti na pregled samo u jednoj bolnici. Ministrova strategija razvoja zdravstva uključuje i razvoj zdravstvenog turizma, te veće zakonodavne mogućnosti za klinička istraživanja. S obzirom da i njegova reforma nailazi na velik otpor javnosti, kao i većina reformi, ministar je svoje izlaganje završio citirajući baruna Trenka: „Kroz vihore do mirne luke“. Nadamo se samo da će taj slavni i kontroverzni vojskovođa našem ministru biti uzor u hrabrosti i beskompromisnosti kada je u pitanju provođenje nužnih reformi, ali ne i u neobuzdanim i nepromišljenim potezima, kojima je barun Trenk također bio sklon.

Idealno zdravstvo

U svojoj prezentaciji, sad već bivša ravnateljica HZZO-a **Tatjana Prendić Trupec** (na kongresu je najavila svoj odlazak), koju je nazvala „U mom idealnom zdravstvenom sustavu“ postavila je pitanje



Direktor Udruge poslodavaca u zdravstvu mr. Dražen Jurković, dr.med.

može li se dobiti idealna zdravstvena zaštita za 700 eura godišnje po stanovnika. Zaključila je da može, navevši veći dio mjeru koje je u prethodnom predavanju iznio ministar u cilju racionalizacije i stabilizacije zdravstvenog sustava.

Zdravstveni sustav efikasan

Predsjednik Udruge poslodavaca u zdravstvu dr. **Dražen Jurković**, konstatirao je u svom predavanju kako je hrvatski zdravstveni sustav zapravo dobar i efikasan, te da je problem u medijskoj prezentaciji koja naš zdravstveni sustav prikazuje u najcrnjim bojama. U prilog svojoj tvrdnji naveo je rezultate istraživanja Europskog zdravstvenog potrošačkog indeksa (EHCI), prema kojem Hrvatska zauzima visoko mjesto u dostupnosti i kvaliteti zdravstvenih sustava u EU (u 2015. zauzela visoko 16. mjesto među 35 europskih zemalja). Tako smo prema dostupnosti e-recepata na 1.mjestu u EU, prema pravu na drugo mišljenje na 2. mjestu, u transplantaciji bubrega na 8. mjestu, a pravima pacijenata na 10. mjestu. Iako se često pisalo o korumpiranosti hrvatskih liječnika, Jurković je iznio podatak kako smo u toj neslavnoj kategoriji na 30. mjestu od mogućih 35. Što znači da naše zdravstvo nije ni blizu toliko korumpirano kako se to često prezentira u javnosti, zaključio je dr. Jurković. Iako prema mnogim pokazateljima imamo zapravo vrlo kvalitetan zdravstveni sustav u usporedbi sa zemljama Unije, dr. Jurković smatra kako ima mjesta za poboljšanja i to ponajprije u području prevencije.

Liječnicima najviše stalo

Predsjednik Hrvatske liječničke komore (HLK) dr. **Trpimir Goluža**, pozdravio je težnju za uvođenjem reda u sustav. U svom je izlaganju istaknuo kako nikome u društvu nije kao liječnicima stalo da imamo u potpunosti održiv zdravstveni sustav u kojem će se vrednovati znanje, rad, poštovanje i odgovornost. Analizirajući stručnu i dobnu strukturu zaposlenih liječnika u javnom zdravstvenom sustavu, upozorio je na nepovoljnu dobnu strukturu postojećeg liječničkog kadra te na zabrinjavajuće velik interes za odlaskom u inozemstvo među liječnicima do 40. godine života. Prikazao je rezultate istraživanja provedenih među mlađim liječnicima i zaposlenicima domova zdravlja, u kojim je naglasio spremnost anketiranih na prekovremen rad i njihovu težnju za stvaranjem pravednog i poticajnog radnog okružja u kojem će se prema objektivnim parametrima vrednovati i nagraditi ostvareni rezultati. Apelirao je na sprječavanje diskriminacije između liječnika zaposlenika domova zdravlja i koncesionara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Analizom kadrovskе perspektive sustava, kao povoljnu okolnost, izdvojio je činjenicu da će u naредnih šest godina, hrvatski medicinski fakulteti sigurno „proizvesti“ dvostruko više liječnika no što će ih u tom periodu prirodnim odljevom otići iz sustava. To je izvrsna prilika, istaknuo je, za kadrovsku stabilizaciju sustava koja se ne smije propustiti. Hoćemo li tu priliku iskoristiti? >>

ti, ovisi isključivo o nama samima. Rezultati ankete koje je među mladim lijećnicima provelo Povjerenstvo za mlade lijećnike HLK-a, odličan su putokaz mjerodavnima o mjerama koje trebaju biti poduzete kako bi se potentni kadrovski liječnički potencijal zadržao u Hrvatskoj. Država na tom planu može napraviti puno, a da pri tome dodatno ne optereti državni proračun. Ukipanje Zakona o reprezentativnosti i Strukovni kolektivni ugovor za liječnike državu ne bi koštali ni kunu, a kako bi pozitivno djelovali na kadrovsku stabilizaciju sustava, zaključio je dr. Goluža.

Ispравiti nepravdu

Drugi dopredsjednik HLK-a dr. Miroslav Hanževački, u svojoj je prezentaciji kao najznačajniji problem primarne zdravstvene zaštite istaknuo činjenicu da su liječnici, zaposlenici domova zdravlja, znatno lošije plaćeni od kolega u koncesiji, iako obavljaju isti posao, a u nekim su područjima najvažniji organizatori i nositelji zdravstvene skrbi. Prikazao je ključne elemente za izradu pravilnika za nagrađivanje dјelatnika, a koje bi svaka pojedina uprava u domu zdravlja trebala izraditi i prilagoditi konkretnim okolnostima u toj ustanovi. Pozvao je predstavnike županija kao osnivače i vlasnike domova zdravlja da podupru izradu ovakvih pravilnika, jer im je cilj pravedno nagrađivanje zdravstvenih dјelatnika i poslijedično kvalitetnija zdravstvena skrb. Za takav sustav nagrađivanja postoje sredstva i uz dosljednu primjenu ne bi se ugrožavali ukupni finansijski rezultati domova zdravlja, uvjeren je dr. Hanževački. U svom je izlaganju ukazao na potrebu daljnog dorađivanja sustava nagrađivanja koji bi, prema njegovu mišljenju, morao više biti usmјeren na ishode liječenja, a ne samo na plaćanje fakturiranih usluga. „Tako ćemo stvoriti uvjete za kvalitetnije korištenje znanja i kompetencija liječnika u primarnoj zaštiti čime ćemo značajno rasteretiti bolnički sustav“, zaključio je dr. Hanževački.

Savez za zdravljve

Predsjednica saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku dr. Ines Strenja-Linić, istaknula je u svom izlaganju „zdravstvo i zdravstvena politika“ u kojoj je pričala o njihovoj međuvisnosti, kako solidaran zdravstveni sustav nije floskula u Hrvatskoj i kako su reforme u zdravstvu nužne i neophodne. Poručila je kako je vrijeme za treći



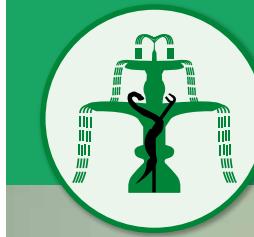
Mudre glave na okupu – reforma je nužna

nacionalni konsenzus u Hrvatskoj, (prvi konsenzus bio je za neovisnost Hrvatske, drugi za ulazak u EU), a sada je vrijeme za „savez za zdravlje“.

Da je potreban politički konsenzus kako bi se reforme u zdravstvu provele, svjetan je i ministar Nakić, koji je poručio oporbi da je otvoren za razgovor, te da će prihvatići sve bolje prijedloge, ali na temelju snage argumenata.

Kongres Udruge poslodavaca u zdravstvu bio je jako posjećen, osim predstavnika zdravstvene administracije bili su nazočni svi relevantni predstavnici udruga i komora u zdravstvu, ravnatelji bolnica, domova zdravlja, zapravo svi koje je zanimalo kako unaprijediti hrvatsko zdravstvo. Nazočan je bio i bivši ministar zdravstva dr. Darko Milinović, koji je sudjelovao i na okruglom stolu. ■

Toplice Lipik na izvoru zdravlja!



SPECIJALNA BOLNICA ZA MEDICINSKU REHABILITACIJU LIPIK

034/440-700 • info@bolnica-lipik.hr • www.bolnica-lipik.hr



NEUROREHABILITACIJA OBOLJELIH OD MULTIPLE SKLEROZE I STANJA NAKON MOŽDANOGL UDARA

Najavljena veća kontrola poslovanja bolnica

Sad već bivša ravnateljica Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZZO) Tatjana Prendža Trupec, najavila je veću kontrolu računa koju ispostavljaju bolnice, jer su, kako je izjavila, „počele fakturirati sve i svašta“. Bolnice u roku pet dana moraju ispostaviti račun za obavljenu uslugu, a sve u cilju uvođenja reda, pojasnila je Prendža Trupec.

Inače, u prva tri mjeseca ove godine bolnice su stvorile novih 160 milijuna kuna duga. „Novac curi kroz prste najviše zbog nedovoljnog nadzora kvalitete i rada unutar bolničkih ustanova. Inzistirat ćemo na tome da bolnice svakih mjesec dana podnose financijsko izvješće - koliko je potrošeno za zaposlene, koliko se izdvaja za antibiotike i lijekove općenito te posebno za skupe lijekove, a vodit će se računa i o godišnjim odmorima“, izjavio je ministar zdravljia Dario Nakić. Najavio je i kako će se nacionalna bolnica za odrasle i nacionalna bolnica za djecu graditi u Zagrebu. Regionalne bolnice bit će organizirane sukladno položaju - po jedna u Osijeku, Slavonskom Brodu, Varaždinu, Rijeci, Zadru i Splitu, a dvije u Zagrebu. Dvije subregionalne bolnice bit će Pula i Dubrovnik.

Nacionalni dan hitne medicinske službe



Nacionalni dan hitne medicinske službe (HMS) koji je proglašen 30. travnja, obilježen je ove godine u Varaždinu. Proslavilo ga je više od četiri tisuće djelatnika HMS-a koji svakodnevno skrbe o građanima u trenucima kada im je izravno ugrožen život ili teško narušeno zdravlje. Ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu prim. Maja Grba-Bujević, zahvalila se svim djelatnicima HMS-a na njihovu požrtvovnom i nesobičnom radu te naglasila kako je novi ustroj HMS-a

napredniji i moderniji od starog jer stavlja hitnog pacijenta i njegov zdravstveni problem u središte interesa. „Svaki pacijent je bitan, a stručnost i ljudske kvalitete naših „hitnjaka“ uz primjenu suvremene medicinske opreme preduvjet su uspješnog zbrinjavanja hitnog pacijenta“, zaključila je prim. Grba-Bujević i pojasnila kako je napredak postignut u proteklih šest godina kroz Projekt unapređenja HMS-a i investicijskog planiranja u zdravstvu.

IZMJENA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠТИTI I OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Radi provedbe reforme hitne medicinske službe, ministar zdravljia Dario Nakić uputio je u javnu raspravu prijedlog izmjena Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojima se predlaže uvođenje obaveze pokrivanja troškova nehitnih usluga u hitnim bolničkim prijemima na teret osiguranika, te uvođenje obaveze sudjelovanja u dežurstvima i pripravnosti liječnika koncesionara u primarnoj zaštiti.

Javna rasprava o izmjenama dva ju zdravstvenih zakona traje do 13. svibnja, a predlaže se hitni postupak u njihovu donošenju.

Prema predloženim izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, uvela bi se i obveza liječnicima koncesionarima da sudjeluju u dežurstvu i pripravnosti, što dosad nije bila njihova obveza, pa su uglavnom u domovima zdravljia dežurali liječnici primane zaštite zaposleni pri domu zdravlja.

U Ministarstvu drže kako je nužno proširiti obvezni sadržaj ugovora o koncesiji radi veće dostupnosti i jačanja uloge primarne zdravstvene zaštite. U tom smislu predlaže se sklanjanje dodatka ugovoru o koncesiji s liječnicima koncesionarima u roku 30 dana od stupanja na snagu izmjena zakona.

Održan 3. hrvatski Globathone



Tradicionalni XVII. pohod Liječničkom planinarskom stazom „Put do neba“ i ove godine je bio dio 8. svjetskog i 3. hrvatskog Globathona u kampanji za podizanje svijesti o potrebi prevencije ginekološkog raka. Održan je u organizaciji Hrvatske lige protiv raka i Planinarskog kluba Hrvatskog liječničkog zbora te pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja i uz podršku Grada Zagreba, Gradskog ureda za zdravstvo i Gradskog društva Crvenoga križa. Pridružio se i poznati alpinist Stipe Božić koji je zajedno s brojnim lijećnicima, planinarima te svojim kolegom glumcem Vedranom Mlikotom, s kojim je prije nekoliko godina sudjelovao u ekspediciji na Himalaju, podržao ovu hvalevrijednu akciju. Globathone se održava 8. godinu za redom u 80 zemalja i u više od 130 gradova diljem svijeta. „Na kraju pohoda po starom dobrom običaju mjerili smo tlak, šećer u krvi i zasićenost kisika u krvi i kod svih sudionika bile su uredne vrijednosti“, sa zadowljstvom je naglasio dr. Berislav Banek, predsjednik Planinarskog kluba HLZ-a. U Hrvatskoj od ginekološkog raka svake godine oboli 1600, a umre 600 žena. Na svjetskoj razini brojke pokazuju kako od 5,1 milijuna žena koje obole od raka čak 19 % njih umire od ginekološkog raka.

Dorotea Kolić

I „Petrova“ postala rodilište prijatelj djece!

Dočekali smo i to. Velikoj obitelji rodilišta u Hrvatskoj koja nose prestižan status „rodilišta prijatelja djece“ pridružila se Klinika za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb (Petrova), najveće rodilište u Republici Hrvatskoj. Hrvatska se tako svrstala među vodeće zemlje svijeta koje promiču dojenje u rodilištima. Program „Rodilišta prijatelji djece“ provode Ministarstvo zdravlja i UNICEF.

Koordinator programa „Rodilišta prijatelji djece“, prof. dr. Josip Grgurić, tom je prilikom rekao kako inicijativa, koja je u Hrvatskoj započela prije pune 23 godine, ne završava proglašenjem svih rodilišta „prijateljima djece“. „Sljedeći je korak unaprijediti postojeću praksu u rodilištima kako bi ona postala naklonjenija majkama, ali i proširenje inicijative i na djecu u jedinicama intenzivne skrbi jer je dosadašnja praksa pokazala nedovoljno poznavane uloge dojenja u liječenju te djece“, objasnio je prof. dr. Grgurić.

Ssimpozij o tumorima glave i vrata u Splitu



U organizaciji Kliničkog zavoda za dijagnostiku i intervencijsku radiologiju u KBC-u Split održan je od 4.-6. travnja međunarodni simpozij pod nazivom “Trenutne i buduće smjernice u dijagnostici i terapiji tumora glave i vrata”. Kao gostujući predavači nastupili su prof. dr. sc. Hilda E. Štambuk, neuroradiolog, i prof. dr. sc. Snehal G. Patel, kirurg za vrat i glavu, koji rade u “Memorial Sloan Kettering” centru za tumore u New York-u, jednoj od vodećih svjetskih ustanova za liječenje i istraživanje tumorskih bolesti, te prof. dr. sc. Zoran Rumboldt,

neuroradiolog iz Charlestona u SAD-u. Simpoziju je nazočilo preko 100 sudionika iz Hrvatske i inozemstva, različitih specijalnosti koje su uključene u dijagnostiku i terapiju tumora glave i vrata: radiolozi, onkolozi, otorinolaringolozi, patolozi, citolozi te maksilofacialni kirurzi. Sudionici su se imali prilike upoznati s najnovijim dijagnostičkim dostignućima u prikazu tumorske patologije glave i vrata te trenutnim i novim kirurškim tehnikama u njihovu liječenju.

Doc. dr. KREŠIMIR DOLIĆ

Splitski bal liječnika nadmašio zagrebački!



S lijeva na desno: Zlatko Ževrnja, župan splitsko-dalmatinski, Andro Krstulović Opara, savjetnik predsjednice RH, prof.dr. Željko Krvnarić, prof.dr. Dušanka Martinović Kaliterna, mr.sc. Trpimir Goluža i doc. dr. Joško Markić

Tradicionalnom liječničkom balu u Splitu u organizaciji splitske podružnice Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ), održanom 23. travnja, po prvi puta su nazočili predsjednik HLZ-a prof. dr. Željko Krvnarić i predsjednik Hrvatske liječničke komore (HLK) mr.sc. Trpimir Goluža. Druženje liječnika proteklo je očekivano u veseloj atmosferi, a organizacija je bila besprijevkorna. Uz

zanimljiv i raznovrstan program, pjevalo se i plesalo, a osim uglednika, druženje su svojom nazočnošću uljepšali studenti i umirovljeni liječnici. Dakle, sve su generacije bile na broju.

Povjerenstvo Splitsko - dalmatinske županije HLK-a sljedeće će godine biti partner splitskoj podružnici HLZ-a u organizaciji liječničkog bala u Splitu.

Nacionalni plan za borbu protiv raka za šest mjeseci

Na tematskoj sjednici Saborskog Odbora za zdravstvo održanoj 4. svibnja, raspravlja se o Nacionalnom planu za borbu protiv zločudnih bolesti koji bi trebao biti donesen u idućih šest mjeseci. Cilj je unaprijeđenje kliničke prakse u zbrinjavanju oboljelih od raka, definiranje mreže onkoloških centara i djelatnika te određivanje aktivnosti koje su potrebne da bi se u

idućih 20 godina smanjila pojavnost i smrtnost od zločudnih bolesti.

Od zločudnih bolesti u Hrvatskoj umire svaki četvrti građanin, a broj novooboljelih i dalje je porastu. »Zločudne bolesti na drugom su mjestu po smrtnosti s udjelom od 28 posto, odmah iza kardiovaskularnih bolesti, no obolijevanje od raka sve je češće te

predstavlja ozbiljan javno-zdravstveni problem«, upozorio je predsjednik Hrvatskog sabora Željko Reiner. Ministar zdravlja Dario Nakić, ocijenio je kako dosad nismo imali jasno izraženu strategiju nacionalne borbe protiv raka koja je nužna, te istaknuo potrebu preventivnih programa i jače uključivanje županijskih zavoda za javno zdravstvo i onkoloških društava.

Hrvatska na 5. mjestu po broju pretilih u Europi

Prvi mediteranski sastanak barijatrijskih kirurga

Zabrinjavajući je podatak da je na svijetu 1,8 milijardi pretilih ljudi i da iz godine u godinu njihov broj raste. Konzervativno liječenje pretilosti lijekovima protiv debljine, dijetama, promjenama životnih navika i povećanim fizičkim aktivnostima ne daju trajne rezultate i stoga, prema stavu Svjetske zdravstvene organizacije, jedino kirurško liječenje daje dugoročan uspjeh u liječenju prekomjerne tjelesne težine.

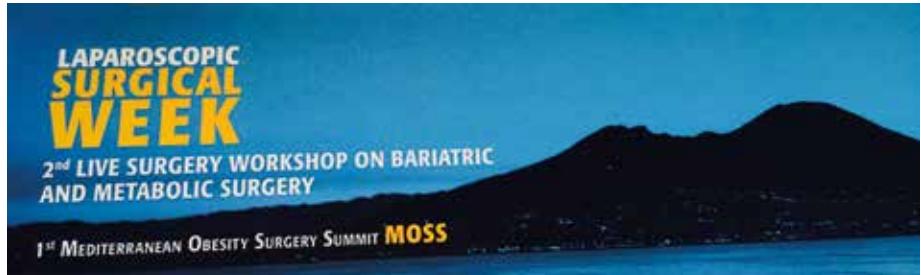
U Indiji 50 % stanovnika ima prekomjernu tjelesnu težinu, Amerika je zemlja s 33% pretile djece, u Kini se suočavaju s epidemijom pretilosti kod djece. Hrvatska je na visokom petom mjestu po broju pretilih stanovnika u Europi.

Svjesni pandemijskih razmjera pretilosti, većina se zemalja okreće mjerama prevencije pretilosti kao što su promjena načinapre hrane, fizička aktivnost i zabrana nezdrave hrane. No, potiče se i razvoj, kvalitetne dostupnosti barijatrijske kirurgije bolesno pretilim osobama. Raste broj specijaliziranih centara za liječenje pretilosti, sve je više kirurga u svijetu koji se bave barijatrijskom kirurgijom, a sve su brojniji poticaji odgovornih za zdravlje nacija da se kirurškim liječenjem pretilosti smanje ukupni troškovi liječenja bolesti debljine i komorbiditeta koji ide uz pretilost.

Italija imaviše odstotine kirurških centara i odjela koji kirurški liječe patološku pretilost, kako u privatnim klinikama tako i državnim ustanovama. U Francuskoj je 2015. godine učinjeno više barijatrijskih operacija (50.000) nego operacija debelog crijeva. U Americi je 2015. operirano oko 180.000 pretilih pacijenata.

Prvi sastanak barijatrijskih kirurga Mediterana, održan u Napulju 7.i 8. travnja sa sudionicima iz 16 zemalja, bio je prilika da se upoznamo sa stanjem bolesti pretilosti, mogućnostima i kvalitetom operacijskoga liječenja u svakoj od zemalja čiji su predstavnici sudjelovali na skupu.

Prof. Luigi Angrisani, domaćin sastanka i



bivši predsjednik Svjetskoga udruženja za kirurgiju pretilosti i metaboličku kirurgiju (IFSO), pozvao je predstavnike – barijatrijske kirurge Mediterana - da se povežu u zajedničkoj borbi s pretilošću. Tri dana uoči sastanka prisustvovali smo kirurško-me treningu, asistirajući i promatraljući operacije vrhunskih američkih, azijskih i europskih kirurga. Budući da barijatrijske operacije nose određen stupanj rizika od komplikacija te da su neke prijašnje kirurške metode pokazale skromne rezultate (npr. gubitak prekomjerne tjelesne težine manji od 50%), važno je znati kako rješavati komplikacije, ali i reoperirati bolesnike kod kojih operacija nije dala očekivane rezultate. Sve operacije predviđene programom treninga bile su na pacijentima koji su većoperirani nekom od kirurških barijatrijskih metoda, ali nisu polučile zadovoljavajući rezultat gubitka prekomjerne tjelesne težine. Ponajprije je riječ o tome da u slučaju kada zahvat smanjivanja želuca (restrikcije) nije dao zadovoljavajući rezultat, kirurg izvodi reoperaciju malapsorpcije ili kombinaciju restrikcije s malapsorpcijom.

Barijatrijska kirurgija u mediteranskim zemljama nije podjednako razvijena i za-stupljena. Nažalost, u Hrvatskoj nije doživjela ekspanziju videnu u zemljama kao što su Italija, Francuska, Izrael, Portugal, Španjolska Turska. Može se reći da je na razini zemalja kao što su Slovenija, Maroko, Tunis i Cipar.

Zabrinjava činjenica da se barijatrijska kirurgija, s metodama koje se danas u svim

jetu najčešće prakticiraju (npr. sleeve resekcija, gastric bypass, mini gastric bypass, banding, Scopinaro, sleeve resekcija +DS), izvodi samo u KBC-u Sestre milosrdnice u Zagrebu.

Zašto su kirurške kuće koje su imale barijatrijsku kirurgiju stale i odustale od nje? Strah od ishoda operacije pretilosti? Cijena zahvata? Nezainteresiranost kirurga za rad s pretilim pacijentima? Nezainteresiranost Ministarstva zdravstva i HZZO-a za trošak liječenja komorbiditeta koji ide s pretilošću (DM TIP 2, hipertenzija, kardiomiopatija, bolesti zglobova, policistički ovariji, hiperlipidemija, malignomi i dr.), a kirurškim se zahvatom taj iznos može znatno smanjiti? Tko će i gdje operirati pretile osobe u našoj zemlji? Za one koji imaju novaca nema brige, doći će kirurzi iz Turske ili Izraela te ponuditi svoje usluge, globalizacija ni nas nije mimošla. No, što je s ostalim pacijentima?

I za kraj, jedan od sudionika sastanka bio je i dr. Tarif Al Aita, barijatrijski kirurg iz Sirije. Broj barijatrijskih operacija u Siriji sveden je na minimum, razlozi su poznati. Fotografije srušenih gradova i ratnih strahota vidno su potresle sve prisutne. Pozdravljujući sudionike skupa prilikom predstavljanja barijatrijske kirurgije u Hrvatskoj, zamolio sam sve da se sjetekako su ovakve fotografije, ne tako davno, prije dvadesetak godina, dolazile iz Hrvatske i iz Bosne i Hercegovine. Kimanje glavama bio je dovoljan znak da te strahote nisu zaboravljene.

Prof.dr.sc. Miroslav Bekavac-Bešlin

NOVE SPOZNAJE O BIOFILMU NA VRIJEDU

Prof.dr.sc. Jasna Lipozencic, predsjednica AMZH-a, jlipozencic@amzh.hr

„Uloga biofilma u liječenju vrijeda“ naziv je simpozija održanog početkom travnja u organizaciji medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH). Na Simpoziju pod pokroviteljstvom HAZU-a bio je i predavač i ekspert iz Engleske dr. Daniel G. Metcalf, tvorac postupnika za kliničku identifikaciju biofilma u kroničnom vrijedu kao i nove tehnologije antimikrobnih obloga za uništenje eksudata, infekcije i biofilma u vrijedu. Prisustvovalo je 120 sudionika iz Hrvatske, Makedonije, Srbije i Slovenije te jeo držano deset predavanja s bogatom raspravom, zaključcima i tiskanim rado-vima *inekstenso* u Akademijinom glasilu Acta Medica Croatica. Zbog edukativne medicinske uloge Akademije snimana su i predavanja koja će naredna tri mjeseca poslužiti i za E-medicus edukaciju o biofilmu za zdravstvene djelatnike. Zaključne spoznaje sa znanstvenog simpozija jesu:

1. Kronični vrijed (KV) treba dijagnosticirati prema **etioološkoj, anatomskoj i patofiziološkoj klasifikaciji** po American Venus Forum (AVF), a također i CEAP kliničkoj klasifikaciji kako bi se spriječio broj oboljelih s komplikacijama u vrijedu.

2. Dijagnozu KV-a treba temeljiti na: anamnezi; fizikalnom statusu; laboratorijskoj obradi: mikrobiološka, biokemijska, patohistološka, radiološko snimanje; oksimetriji i gležanjskom indeksu – ABPI; obvezatna je **klinička i bakteriološka identifikacija biofilma**. Neophodna je primjena postupnika po D.G. Metcalfu, P.G. Bowleru i J. Hurolwu - A clinical algorithm for wound biofilm identification.

3. Istraživanje mikroorganizama u vrijedu istaknuto je **postojanje biofilma** kao uzroka njegova necijeljenja.

4. Prevencija i liječenje bolesnika s kroničnom venskom bolesti danas je **dostupna svim bolesnicima s KV-om**: sistemska farmakoterapija, lokalna primjena obloga, kompresivna terapija (kratkoelastični, dugoelastični zavoji, kompresivne čarape), fizikalna medicina i elektrostimulacija. Ipak, **čim ranija dijagnoza**, bolja je prognoza i smanjen postotak oboljelih od

KV-a i bez komplikacija. Komplikacije KV-a su odgovorne za odgodeno cijeljenje i dugotrajno liječenje, koje je skupo.

5. Venski vrijed lokalnom terapijom i primjenom antimikrobnih suportivnih obloga **može zacijseliti ako se obloge primjenjuju prema kliničkom stanju ulkusa TIME** postupkom.

6. Najnovije generacije antimikrobnih obloga **sprječavaju komplikacije u vrijedu** omogućuju **djelotvornu antimikrobnu kontrolu** te **preveniraju nastanak biofilma** u rani koji je odgovoran za kroničnu upalu i otežano cijeljenje vrijeda.

7. Uništenje i sprječavanje reformacije biofilma te djelovanje na eksudat i infekciju, prednosti su **uspješnog djelovanja** antimikrobnih obloga sa srebrom i dezinficijensima.

8. Najnovija tehnologija antimikrobnih obloga sa srebrom i dezinficijensima do-kazala se uspješnom kliničkim studijama

invitro i in vivo. U SAD-u procjenjuje se da je 17 milijuna ljudi godišnje pogodeno kroničnim infekcijama **uzrokovanih biofilmom**, što iznosi okotrošak od 94 miliarde dolara. Stoga je KV ne samo medicinski nego i farmakoekonomski problem.

9. KV u 21. stoljeću predstavlja značajan javno-zdravstveni problem, koji narušava kvalitetu života bolesnika **ne samo** treće životne dobe. Potrebno je pristupiti **primjeni antimikrobnih obloga** **najnovije generacije kojekontroliraju lokalne prepreke** u liječenju rane - višak eksudata, infekciju ibiofilm te pružaju zaštitu rane i okolne kože.

10. Simpozij je pružio saznanja o pravilnoj dijagnozi KV-a, o biofilmu, potrebi provođenja postupnika u dijagnozi i liječenju KV-a te o potrebi primjene antimikrobnih obloga novije tehnologije sa srebrom i dezinficijensima, koje treba primjenjivati zbog poboljšanja kvalitete života bolesnika s KV-om.

Znanstveni skup o von Willebrandovoj bolesti u HAZU-u

Novosti o von Willebrandovoj bolesti, te preporuke u dijagnostici i liječenju bile su glavna tema znanstvenog skupa o toj rijetkoj bolesti, održanog u HAZU-u početkom travnja. Organizirali su ga Odbor za aterosklerozu HAZU-a, Hrvatsko društvo za aterosklerozu te Referentni centar Ministarstva zdravstva za nasljedne i stečene poremećaje hemostaze. Von Willebrandova bolest rijetka je nasljedna bolest hemostaze koja se manifestira prekomjernim mukokutanim krvarenjem. U skupini nasljednih poremećaja sustava koagulacije najčešći je poremećaj. Javlja se u oba spola i blaže je kliničke slike u usporedbi s hemofilijom. To je heterogena bolest, a o njoj se malo govori i piše u hrvatskim medicinskim časopisima ili govori na medicinskim skupovima. Stoga je jedan od ciljeva znanstvenog skupa bilo širenje spoznaja o von Willebrandovoj bolesti unutar medicinske struke i šire. Novosti o bolesti i preporuke u dijagnostici i liječenju predstavili su hematolog iz Varšave prof. dr. sc. Jerzy Windyga i prof. dr. sc. Predrag Miljić iz Beograda te hrvatski stručnjaci iz KBC-a Zagreb koji se bave nasljednim poremećajima hemostaze. Kako je u svom govoru istaknuo tajnik Razreda za medicinske znanosti HAZU-a akademik Marko Pećina, znanstveni skup o von Willebrandovoj bolesti u HAZU-u se održava po četvrti put te je jedan od mnogih tradicionalnih skupova posvećenih medicinskim temama koji se svake godine održavaju u Akademiji.

Marijan Lipovac

Nužnost ponovnog uvođenja amortizacije u poslovanje zdravstvenih ustanova

IVAN LUKOVNIJAK, dipl. oec., vanjski suradnik Udruge poslodavaca u zdravstvu

Kako bi zdravstvena ustanova kao poslovni subjekt mogla obavljati svoju djelatnost, prinuđena je pribavljati sredstva iz različitih izvora. Ukupna vrijednost svih sredstava s kojima ustanova raspolaže, predstavlja njenu imovinu. Kada govorimo o amortizaciji onda se ponajprije misli na tzv. dugoročnu imovinu koju predstavljaju građevine i oprema s kojom zdravstvena ustanova raspolaže. Oprema zdravstvenih ustanova predstavlja jedan od čimbenika procesa rada, koji u procesu pružanja zdravstvenih usluga sudjeluje više puta i naziva se osnovnim sredstvom. Oprema se upotrebom troši, čime se umanjuje njena vrijednost, s time da se umanjena vrijednost neizravno ili izravno prenosi u vrijednost izvršenih usluga. Amortizacija je novčani izraz trošenja osnovnih sredstava ili opreme.

Umanjenje vrijednosti imovine samo kroz tzv. ispravak vrijednosti

Cinjenica je da od 1994. godine zdravstvene ustanove nemaju pravo na iskazivanje troška amortizacije te da je ona u godini koja je prethodila ukidanju amortizacije predstavljala cca 5 posto ukupnih troškova poslovanja. Samim time amortizacija ne predstavlja trošak u poslovanju, i to temeljem članka 20. Pravilnika o proračunskom računovodstvu. Istovremeno se u članku 19. istog Pravilnika navodi da se vrijednost dugotrajne imovine ispravlja po prosječnom godišnjim stopama linearном metodom. To u praksi znači da zdravstvena ustanova kontinu-

irano umanjuje vrijednost svoje imovine, a da to ne iskazuje kroz tekući trošak amortizacije već samo kroz tzv. ispravak vrijednosti. U već spomenutom članku 19. Pravilnika o proračunskom računovodstvu navodi se da se za ispravak vrijednosti imovine umanjuju vlastiti izvori. Do sada rađene analize finansijskog poslovanja zdravstvenih ustanova isključivo su rađene kroz praćenje kretanja tekućih prihoda i tekućih troškova (višak ili manjak prihoda) ili kroz kretanje obveza i potraživanja. U svim tim analizama nije bilo govora o kretanju vrijednosti imovine zdravstvenih ustanova.

Funkcionalnost opreme tek 15 posto

Analizirajući razdoblje od 2010. – 2015. godine u dijelu imovine koji se zove oprema, došli smo do zabrinjavajućih podataka iz kojih proizlazi da je u analiziranom razdoblju došlo do smanjenja vrijednosti imovine u dijelu opreme za 213,7 milijuna kuna ili 16 posto. Posebno je zabrinjavajuća situacija kod bolničkih ustanova gdje je vrijednost imovine u dijelu opreme smanjena za 243,5 milijuna kuna ili 21 posto. U slučaju smanjenja vrijednosti imovine možemo govoriti o gubitku u supstanci, što svakako treba uzeti u obzir kod ocjene uvjeta i rezultata poslovanja zdravstvenih ustanova. Smanjenje vrijednosti imovine u dijelu opreme praćeno je značajnim rastom otpisnosti opreme, tako da otpisanost opreme na dan 31. prosinca 2015. godine iznosi čak 84,75 posto kod svih zdravstvenih

ustanova, a kod bolničkih ustanova 85,47 posto. Temeljem ovih podataka možemo konstatirati da javne zdravstvene ustanove raspolažu s opremom čija funkcionalnost iznosi samo 15 posto. Ovo svakako utječe na efikasnost rada, produktivnost te na izrazito visoke troškove tekućeg i investicijskog održavanja.

Možemo konstatirati da oprema koja predstavlja sredstvo rada kao bitan čimbenik procesa rada u zdravstvenim ustanovama u ovom trenutku predstavlja ograničavajući faktor uspjehnosti poslovanja zdravstvenih ustanova.

Ukidanjem amortizacije dovedeno u pitanje očuvanje imovine

Mišljenja smo da jedan od glavnih razloga ovakvoga negativnog kretanja predstavlja ukidanje amortizacije kao tekućeg troška. Trenutkom ukidanja amortizacije kao tekućeg troška došlo je, statistički gledano, do smanjenja tekućih troškova poslovanja, ali je dovedeno u pitanje očuvanje imovine zdravstvenih ustanova.

U analiziranom razdoblju praćeni su podaci o ispravku vrijednosti (nije jasno znači li to „ili“ ili „i“), odnosno amortizacije imovine s jedne strane i o iznosima decentraliziranih sredstava koje bi trebale predstavljati supstitut amortizacije. U razdoblju od 2010. do 2015. ispravak vrijednosti (iznos umanjenja vrijednosti imovine) iznosi 3,28 milijardi kuna, dok istovremeno dio decentraliziranih sredstava koji se odnosi na investicijska

ulaganja i otplatu kredita iznosi 1,71 milijardu kuna. Prema tome, očito je da postoji nerazmjer između umanjene vrijednosti osnovnih sredstava i sredstava kojima bi se trebala očuvati vrijednost imovine zdravstvenih ustanova. Potrebno je naglasiti da se značajan dio decentraliziranih sredstava koristi za investicijsko i tekuće održavanje, što nije u funkciji očuvanja vrijednosti imovine već održavanja njezine funkcionalnosti.

Lobiranje kao kriterij distribucije decentraliziranih sredstava

Kod decentraliziranih sredstava prisutan je, osim nedostatka iznosa sredstava, i problem njihove distribucije. U slučaju amortizacije iznos sredstava prati postojeću vrijednost instalirane opreme u svakoj zdravstvenoj ustanovi, dok se decentralizirana sredstva distribuiraju po nedovoljno transparentnim kriterijima kod kojih često dominiraju kriteriji lobiranja. Osim toga, decentralizirana sredstva kao supstitut amortizacije ne bi se trebala koristiti za kupnju opreme koja predstavlja nove tehnologije, nego isključivo za nabavku opreme koja predstavlja supstitut za postojeću. Nabavka opreme koja predstavlja nove tehnologije trebala bi se osiguravati iz stroga namjenskih sredstava.

Otvoreno je pitanje treba li korištenje opreme i na koji način utjecati na cijenu zdravstvene usluge. Da bi oprema utjecala na cijenu zdravstvene usluge potrebno je osigurati određene preduvjete. Tu prije svega mislimo na standardizaciju opreme za pojedine vrste usluga, uključivanje amortizacije u cijenu zdravstvene usluge i jasno definiran vijek trajanja, odnosno eksplotacijski vijek pojedinačne opreme. Poznato je da pored tehničke zastarjelosti opreme postoji i moralna i ekomska zastarjelost. Realne stope amortizacije preduvjet su realnih cijena zdravstvenih ustanova.

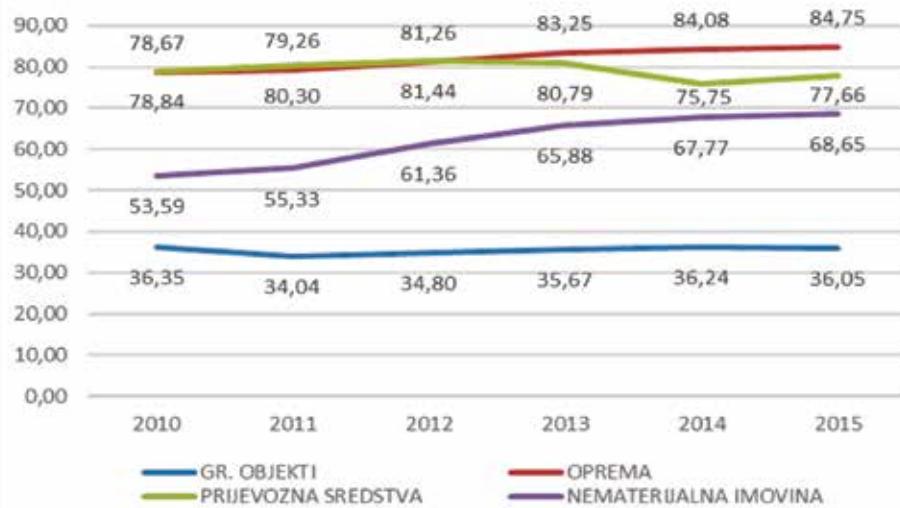
Ponovno uvođenje amortizacije

Imajući u vidu sve što je navedeno, smatramo nužnim ponovno uvođenje amortizacije kao tekućeg troška poslovanja zdravstvenih ustanova. Na taj će se način očuvati imovina zdravstvenih ustanova i osigurati realno iskazivanje tekućih troškova pa tako i financijskog rezultata. Uvođenjem amortizacije osigurat će se pravedna distribucija sredstava za investicije, a istovremeno će se poboljšati likvidnost zdravstvenih ustanova. Uvođenje amortizacije povećat će efikasnost i ekonomičnost postupaka javne nabave jer nabavna cijena neće predstavljati samo trošak razdoblja u kojem se opre-

ma nabavlja, nego će utjecati i na tekuće troškove poslovanja u narednim godinama kada je oprema u funkciji.

Kako bi se amortizacija ponovo uvela kao tekući trošak, potrebno je osigurati određene preduvjete. Prije svega potrebno je donijeti odluku da zdravstvene ustanove prestanu primjenjivati osnovna načela proračunskog računovodstva i počnu primjenjivati osnovna načela neprofitnog računovodstva. Dosadašnja sredstva za decentralizirane funkcije usmjerila bi se s pozicije Ministarstva financija u HZZO kao izvanproračunski fond u formi transfera iz državnog proračuna. Na taj bi način sredstva za decentralizirane funkcije postala sredstva za direktnu zdravstvenu zaštitu. Jedan od preduvjeta predstavlja i definiranje realnih amortizacijskih stopa po grupama, ali uz pretходnu standardizaciju opreme po razinama i vrstama zdravstvene zaštite. Na taj bi način trošak amortizacije postao kalkulativan element kod izračuna limita – proračuna zdravstvenih ustanova, ali i kod cijena zdravstvenih usluga. Na kraju, potrebno je definirati izvore sredstava za nabavku opreme koja predstavlja nove tehnologije, što mogu biti i dosadašnja sredstva za investicije na poziciji Ministarstva zdravlja.

POSTOTAK OTPISANOSTI - UKUPNO



Zbog realnog iskazivanja tekućih troškova poslovanja i realnog financijskog rezultata te radi utvrđivanja realnih cijena zdravstvenih usluga, nužno je ponovno uvesti amortizaciju u poslovanje zdravstvenih ustanova.

Mladi liječnici otvoreno govore o mogućnostima za rad u Hrvatskoj

Razgovarala: Nika Pavić, HZZO, nika.pavic@hzzo.hr



Dr. Danko Relić, predstojnik Centra za planiranje zanimanja u biomedicini i zdravstvu Medicinskog fakulteta u Zagrebu i predsjednik Hrvatskog društva mladih liječnika HLZ-a

U lipnju pripremate Dan liječničkih karijera u Republici Hrvatskoj, na kojem će se predstaviti sve važnije institucije, pa tako i HZZO. Što očekujete od samog događaja i kakav je koncept?

Jedna je od glavnih misija Centra za planiranje zanimanja u biomedicini i zdravstvu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu aktivno utjecanje na zapošljavanje studenata po završetku njihova studija s ciljem da im se pomogne u pronalasku radnog mjeseta, ponajprije u Republici Hrvatskoj. Svjedoci smo sve češćih organiziranja sajmova karijera na kojima headhunter agencije nude primamljive poslove kolegama. Mi želimo napraviti obrnuto, organizacijom Dana liječničkih karijera želimo pružiti uvid budućim i sadašnjim liječnicima u mogućnosti koje pruža isključivo Hrvatska. Želimo pružiti mogućnost svim poslodavcima koji imaju različite poticajne mjere zapošljavanja liječnika da svoje programe predstave

svim zainteresiranim, te da ih na taj način privuku u svoju instituciju.

Važnost organizacije takvog događanja prepoznali su Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatska liječnička komora i Hrvatski liječnički zbor koji, kao partneri, daju veliku potporu održavanju prvog događanja takvog tipa u Hrvatskoj.

Pozivamo sve zdravstvene i nezdravstvene institucije koje zapošljavaju liječnike, sve Vas kolege liječnike, te zainteresiranu javnost da aktivno sudjelujete u programu ovog događanja koje će se održati petak 10. lipnja 2016. u prostorima dekanata Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Što vam se čini bitnim za perspektivu mladih liječnika u Hrvatskoj?

Želimo li smanjiti odljev (mladih) liječnika iz države i poboljšati aktualno stanje nužno je omogućiti provođenje permanentnih "vatrogasnih" mjeru koje bi mogle uključivati: primjerenu naknadu za rad, povlaštene stambene kredite, besplatno korištenje stanova u vlasništvu države i lokalne samouprave ponajprije u depriviranim područjima, ulaganje u opremu i edukaciju te odustajanje od prisilnih mjeru kao što su "robovlasički" ugovori s ustanovama. Moram istaknuti kako u ovom trenutku imamo kolege koji odgađaju specijalističke ispite zbog tromosti sustava koji nije adekvatno odgovorilo na promjenu Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine 2011. godine, o čemu smo organizirali više radnih sastanaka.

Kako vidite rješenje staža mladih liječnika u budućnosti?

Najavljeni ukidanje staža za sve koji su

upisali fakultet nakon srpnja 2013. nije održivo, kao niti trenutačan model staža u trajanju od 5 mjeseci. Uzimajući u obzir da se nakon dobivanja licencije kolege mahom zapošljavaju u općoj/obiteljskoj ili hitnoj medicini, program staža nužno je tome prilagoditi te bolje i realnije strukturirati. O trajanju pripravničkog staža potrebno je dobro promisliti, a fokus programa staviti na rad u obiteljskoj medicini, hitnoj medicini (naglasak na OHBP-u), hitnim stanjima u pedijatriji i ginekologiji (porodništvo) te dio ostaviti na sloboden izbor kolegama prema njihovim željama i afinitetima.

Kako HZZO, Ministarstvo zdravlja i Komora mogu pomoći mladim liječnicima na razvojnem putu; imate li konkretnе prijedloge za buduću suradnju?

Mladi liječnici trebaju u većoj su mjeri biti zastupljeni u radnim skupinama dionika sustava koje ste naveli i sudjelovati u odlučivanju. Samim početkom provođenja nekih od promjena koje sam u ovom razgovoru istaknuo na temelju brojnih radnih sastanaka i razgovora s kolegama, a koje je nužno pravilno i pravodobno predstaviti liječnicima i javnosti, siguran sam kako bi se stvari počele mijenjati na bolje.

Na fakultetu ste prolazili edukaciju iz stručnih predmeta, no upoznavanje s glavnim dionicima sustava u koji krećete raditi i nije bilo toliko detaljno. Kako uopće mladi liječnik doživljava HZZO?

Prije svega jasna je nužnost boljeg informiranja kolega o svemu onome što ih očekuje nakon završetka studija. Pravodobno i točno informiranje od nadležnih institucija prijeko je potrebno u pitanju pripravničkog staža, specijalističkog

usavršavanja i daljnje edukacije u vidu poslijediplomskih studija ili različitih tečajeva. Bitno je napomenuti da svojestrstan procijep u kojem se studenti nađu na kraju studija medicine i na samom početku profesionalne karijere, za neke predstavlja značajnu prepreku jer nisu dovoljno informirani kojim se točno institucijama moraju obratiti radi prikupljanja podataka o mogućnostima nastavka svoje karijere u Republici Hrvatskoj.

Mogu li mladi liječnici svoju karijeru jednako kvalitetno graditi i mimo klinika i izravnog kontakta s pacijentom, primjerice radom u zdravstvenoj administraciji (HZZO, HLK...)?

Liječnicima je dobrobit pacijenta jedini i sveti cilj, a put kojim se do toga dolazi može biti izravan i neizravan, kao što ste rekli. Idealno, ali u današnje doba nedostatka liječnika teško ostvarivo rješenje, je kombinacija rada s pacijentima i rada u zdravstvenoj administraciji. Za dobre rezultate potrebna je stalna intenzivna suradnja i komunikacija između liječnika koji su u izravnom kontaktu s pacijentima i onih koji rade u zdravstvenoj administraciji.

HZZO i kadrovi u zdravstvu

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) centralni je platitelj u zdravstvenom sustavu i stoga jedan od glavnih stupova sustava. Premda je osnovna zadužba HZZO-a osigurati pravovremeno, adekvatno, kvalitetno i optimalno provođenje zdravstvene zaštite za osigurate osobe HZZO-a, posredno se HZZO brine i o jednom od bitnih uporišnih točaka sustava – našim liječnicima. Putem racionalnog ulaganja finansijskih sredstava naših osiguranika u dobre usluge i programe, iz godine u godinu nastojimo našim liječnicima osigurati edukaciju i optimalne uvjete koji bi im stvorili poželjnu radnu okolinu, a pacijentima uvjete za održavanje zdravlja i izlječenja. Prosječna dob specijalista u Hrvatskoj je 50 godina, što zabrinjava i svakako potiče da fokusiramo svoje resurse posebno na mlade liječnike koji izlaze iz obrazovnog i ulaze u svijet praktičnog rada s pacijentima, gdje se susreću s problemima o kojima u fakultetskim klupama nisu niti razmišljali. HZZO posredno investira u

kadrove na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Kroz dugogodišnji projekt usklađivanja djelatnosti opće obiteljske medicine s europskim standardima (2003.-2015.) u suradnji s Ministarstvom zdravlja, Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatskom liječničkom komorom, Hrvatskom udrugom obiteljske medicine i Hrvatskim društvom obiteljskih doktora, HZZO je godišnje direktno financirao prosječno 50 specijalizacija. U razdoblju provedbe projekta HZZO je preuzeo financiranje oko 1000 specijalizacija obiteljske medicine. Godišnje je za specijalizacije osigurano oko 35 milijuna kuna, iako financiranje specijalističkog usavršavanja nije zakonska obveza HZZO-a. Uz specijalizacije obiteljske medicine, HZZO je u skladu s potrebama mreže javne zdravstvene službe financirao i specijalizacije iz pedijatrije i ginekologije na primarnoj razini, te iznimno ortodoncije, radiologije, interne medicine, fizijatrije, dermatologije, kirurgije na sekundarnoj razini izvanbolničke zdravstvene zaštite, te u općim bolnicama Vukovar, Knin, Gospić i Pakrac. U razdoblju od 2003. do 2015. HZZO je financirao oko 400 navedenih specijalizacija. Također, HZZO bolnicama plaća pruženu zdravstvenu zaštitu, čija cijena uz troškove predviđene za vrednovanje rada, lijekove i potrošni materijal predviđa i ostale materijalne troškove, među kojima su predviđena i sredstva za specijalističko usavršavanje zdravstvenih radnika.

Poseban manjak kadrova prisutan je u ruralnim i geografski izoliranim područjima, a naročito na otocima i brdsko planinskim područjima, gdje HZZO potiče opstanak ordinacija dodatnim financiranjem prema posebnom standardu, iako je to obveza jedinica lokalne uprave. Takvih ordinacija je oko 480 na primarnoj razini u četiri osnovne djelatnosti (obiteljska medicina, ginekologija, pedijatrija, dentalna medicina), što čini oko 10% svih ugovorenih ordinacija. Većina takvih ordinacija prihoduje razliku sredstava do standardnog tima, iako u pravilu imaju puno manje opredijeljenih osiguranih osoba.

HZZO je vrlo aktivno sudjelovao u pripremi operativnih programa Učinkoviti ljudski potencijali 2014. – 2020. za dobijanje sredstava iz strukturnih fondova

Europske Unije u svrhu financiranja specijalizacija i stipendija za liječnike obiteljske medicine, ginekologije, pedijatrije i hitne medicine u područjima gdje nije popunjena Mreža javne zdravstvene službe, te trajno usavršavanje zdravstvenih radnika na svim razinama u svih područjima Republike Hrvatske.

HZZO vjeruje kako se jedino sustavnim planiranjem, edukacijom i usavršavanjem kadrova u zdravstvu može unaprijediti učinkovitost i kvalitetu zdravstvene zaštite, te sačuvati opstojnost zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj.

Pripravnički staž

Iako financiranje pripravničkog staža nije zakonska obveza HZZO-a, on od 2006. temeljem odluke Upravnog vijeća financira s oko 35 milijuna godišnje pripravnički staž doktora medicine, doktora dentalne medicine, magistara farmacije i magistara medicinske biokemije. Financiranje pripravničkog staža zdravstvenih radnika u razdoblju od 2006. do 2015. godine HZZO je provodio putem javnih natječaja za financiranje pripravničkog staža zdravstvenih radnika. U skladu s Pravilnikom o pripravničkom stažu doktora medicine pripravnički staž doktora medicine danas traje pet mjeseci. Iznimno, pripravnički staž doktora medicine koji su završili petogodišnji studij s manje od 5.500 sati teorijskog i praktičnog osposobljavanja traje dvije godine.

Zavod tijekom obavljanja pripravničkog staža pripravnika – zdravstvenih radnika vraća ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno drugom ugovornom subjektu Zavoda, isplaćene osnovne plaće za pripravnike - zdravstvene radnike koji su uvršteni u Listu prvenstva pripravnika nakon provedenog javnog natječaja.

Bitno je napomenuti da je u petogodišnjem razdoblju, od 2006. do 2011., financirano 1306 pripravnika, dok ih je od 2012. do 2016. financirano 2696. Na taj se način HZZO brine o mladim kadrovima i pomaže dugoročnom planiranju kadrova u sustavu.



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Dopunsko
zdravstveno
osiguranje

Zašto su važni i potrebni generički lijekovi



Dr. med. Csaba Dohoczky,
Roche d.o.o.



Dr. med. Milorad Gošev,
Roche d.o.o.

Istekom patentne zaštite originalnom lijeku tvornice generičkih lijekova mogu legalno kopirati originalne lijekove ostalih proizvođača. Takva generička kopija prema sadržaju aktivne tvari i farmaceutskom obliku odgovara originalnom lijeku i primjenjuje se na isti način u istim indikacijama kao i originalni lijek. Investiciju za razvoj novog lijeka (danak oko 1,2 mlrd. \$) tvornica originalnih lijekova vratila je u vrijeme patentnog vremena i zato zbog jeftinog načina razvoja, ispitivanja i proizvodnje generički lijekovi moraju biti znatno jeftiniji od originalnog lijeka. Za generički se lijek ne moraju ponavljati dugotrajna i skupa pretklinička i klinička ispitivanja, koja su provedena za prvu registraciju originalnog lijeka.

U zemljama s razvijenim tržištem generičkih lijekova i njihovom učestalom uporabom lakše je uvoditi nove inovativne tehnologije i lijekove. Uporaba generičkih lijekova i pravilna cjenovna politika podupire održivost zdravstvenog proračuna te omogućuje da se više bolesnika liječeni istim raspoloživim sredstvima. U SAD-u generički lijekovi čine približno 85 % tržišta (volumen), a u Hrvatskoj smo 68 %. Kad se govori o nižoj cijeni generičkog lijeka, najčešće je riječ o cijeni koja je čak i manja od 25 % cijene originalnog lijeka, a u nekim slučajevima i 10% cijene originalnog lijeka prema navodima Udruženja proizvođača generičkih lijekova Europske unije. U Hrvatskoj

su cijene generičkih lijekova zbog sustava određivanja cijena još previsoke, a osobito u usporedbi sa zemljama sliče gospodarske moći. Zato udjel generičkih lijekova na hrvatskom tržištu ne donosi uštede kao u zemljama s razvijenim tržištem generičkih lijekova.

Generičke kopije dobivaju dozvole za stavljanje u promet zakonom propisanim načinom koji se zasniva na provođenju jednoga kliničkog pokusa (ispitivanja bioekvivalencije) na zdravim ispitanicima (najčešće 24 – 36 osoba). Što se tiče farmaceutske kvalitete, generički lijekovi podliježu identičnim zahtjevima kao i originalni lijekovi.

Apsorpcija, distribucija, metabolizam i izlučivanje lijeka su vrlo složen slijed farmakokinetskih događaja. No, unatoč tomu, zakonodavni pristupi u ispitivanju bioekvivalencije znatno pojednostavljaju što će se s lijekom događati u ljudskom organizmu. Osnova bioekvivalentičkih ispitivanja je usporedba bioraspoloživosti originala i kopije, s prepostavkom da za optimalni budući učinak lijeka aktivna supstancija mora na mjestu djelovanja postići dovoljne koncentracije u željenom vremenu. Također se prepostavlja da mjerjenjem koncentracija aktivne tvari u prikupljenim biološkim uzorcima (najčešće u plazmi) mjerimo koncentracije na mjestu učinka. Pri tumačenju rezultata bioekvivalentnost znači da su glavni farmakokinetski parametri koje odre-

Originalni lijek*	Lijek koji je prvi odobren za stavljanje u promet u svijetu na temelju potpune dokumentacije o djelotvornosti, sigurnosti primjene i kakvoći, najčešće ispitana na nekoliko tisuća bolesnika nakon desetak godina istraživanja. *Sinonimi koji se često koriste: izvorni lijek, originator, patentirani lijek, referentni lijek
Generički lijek**	Lijek koji ima isti kvalitativni i kvantitativni sastav djelatnih tvari i isti farmaceutski oblik kao i originalni lijek te čija je usporedivost s originalnim lijekom dokazana ispitivanjem bioekvivalencije. Bioekvivalencija se najčešće dokazuje jednim ispitivanjem na 24 – 36 zdravih ispitanika koje traje nekoliko tjedana. ** Sinonimi koji se često koriste: generička kopija, generik, kopirani lijek, istovrsni lijek
Bioekvivalencija	Bioekvivalencija podrazumijeva da dva lijeka, koji su farmaceutski ekvivalenti, imaju sličnu biološku raspoloživost nakon primjene u istoj dozi u takvoj mjeri da se u osnovi može očekivati sličan učinak, uključujući djelotvornost i sigurnost primjene.

dujemo unutar propisanih granica. Srednje vrijednosti površina ispod koncentracijske krivulje u promatranom vremenu (Area Under Curve – AUC_{0-t}) moraju biti unutar vrijednosti od 0,8 do 1,25.

Ako u zdravog ispitanika postignemo dovoljno slične koncentracije lijeka (približno $\pm 20\%$ u odnosu prema originalu u promatranom vremenu), smatramo da su i na mjestu djelovanja koncentracije lijeka slične, a posljedica toga je sličan terapijski učinak kod bolesnika. Važno je znati da se generičkim lijekovima prije dolaska na tržište ne ispituje željeni terapijski učinak nego se uspoređuje koncentracija u biološkom materijalu zdravih osoba u odnosu prema koncentraciji koju postiže originalni lijek.

Važnost praćenja nuspojava

Temelj utvrđivanja neštetnosti svakog lijeka, pa i generičkih lijekova, je praćenje nuspojava. Populacija ispitanika koja je bila izložena generičkom lijeku za vrijeme razvoja je vrlo mala da bi se mogle uočiti nuspojave (zbog kratkog trajanja i jednokratnog izlaganja u pokusu bioekvivalencije) te nije vjerojatno da se mogu uočiti nuspojave generičkog pripravka. To je osobito važno jer su razlike između generičkih lijekova, koje smiju postojati u odnosu prema originalnom lijeku, pomoćne tvari u farmaceutskom pripravku. Klasični udžbenici kao objašnjenje navode važnost utjecaja pomoćne tvari u farmaceutskom pripravku na sigurnosni profil aktivne tvari, primjerice fenitoina kojem je u sedamdesetim godinama proizvođač umjesto kalcijeva sulfata kao pomoćnu tvar uveo laktozu, a to je rezultiralo porastom razine aktivne tvari (fenitoina) do toksičnih razine. Danas nije vjerojatan takav događaj, ali je dobar primjer koji upućuje na to koliko su pomoćne tvari važne u farmaceutskom pripravku.

Da bi se otkrile manje česte nuspojave (učestalost $\geq 0,1\%$ i $< 1\%$), najmanje 30 000 bolesnika mora uzeti lijek kako bismo bili sigurni da nismo propustili s 95 % sigurnošću uočiti nuspojavu učestalosti pojavlivanja 1 u 10 000. Hrvatska ima dugu tradiciju sustava za prikupljanje nuspojava i zakonsku infrastrukturu koja nalaže zdravstvenim radnicima da nuspojave i druge podatke, važne za sigurnosni profil lijeka (nedjelotvornosti/neučinkovitosti lijeka), prijave Agenciji za lijekove. Unatoč tomu, svijest o važnosti prijavljivanja nuspojava nije dovoljno ra-

zvijena. Na 56 milijuna recepata, koliko je propisano sustavom e-recepta te sve lijekove utrošene u stacionarnom zdravstvenom sustavu u 2014. godini, Agencija za lijekove zaprimila je 3112 prijava. Uz tako nisku stopu prijavljivanja nuspojava teško je odrediti važnost nuspojava koji se uoče u bioekvivalentijskom ispitivanju citotoksičnih lijekova. Te se nuspojave ne mogu ispitivati na zdravim ispitanicima, nego se usporedba koncentracija generičke kopije i originalnog lijeka provodi na bolesnicima.

Slučaj kapecitabina

Poznat je slučaj generičkih kapecitabina, koje je odobrila Europska medicinska agencija, gdje je u bioekvivalentijskom ispitivanju na trima generičkim kopijama zamijećen različit broj nuspojava, čak do najteže, to jest smrti (tablica 1.).

Upravo taj primjer upućuje na potrebu pojačanog praćenja nuspojava te jasno određivanje o kojem je konkretnom proizvodu riječ.

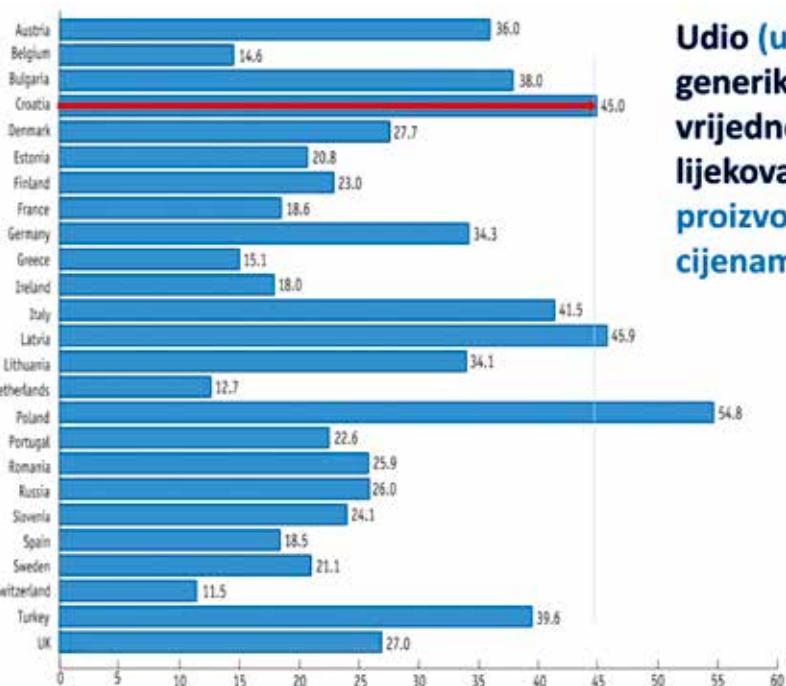
Zaključak

Generički lijekovi, kojima je svrha omogućiti dostupnost terapije najširoj populaciji, osiguravaju održivost zdravstvenog sustava te omogućuju brže uvođenje novih lijekova i tehnologija u svakodnevnu praksu. Također moraju činiti znatnu većinu lijekova koji se propisuju u zdravstvenom sustavu (90 % volumena).

Kako bi se to osiguralo, potrebno je pravilom ograničiti cijenu u odnosu prema originalnom lijeku.

Primjerice u Kanadi, koja ima izrazito razvijeno tržište generičkih lijekova, cijena generičkih lijekova ograničena je na 25 % cijene originalnog patentiranog lijeka.

Udio (u %) generika u vrijednosti lijekova (po proizvođačkim cijenama), 2013



Tablica 1.*

Formulacija	Broj ispitanika u bioekvivalentijskom ispitivanju	Broj nuspojava	Broj umrlih u bioekvivalentijskom ispitivanju
A	72	222	7
B	70	130	0
C	44	5	0

*izvor EMA, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP)

Imunoterapija Checkpoint inhibitorima – nova nada oboljelima od malignih bolesti

Razgovor s prim. dr. DAVORINOM HERCEGOM, internističkim onkologom u KBC-u Zagreb

Prema svjetskim smjernicama, ali i novopubliciranim preporukama Hrvatskog društva za internističku onkologiju, PD-1 inhibitori su terapija izbora za liječenje metastatskog melanoma. Osim toga, registrirani su i kod karcinoma pluća nemalih stanica svih histologija nakon progresije na standardnu kemoterapiju prve linije te kod metastatskog karcinoma bubrega i metastatskog karcinoma mokraćnog mjehura u drugoj liniji terapije, a u tijeku je i preko 900 kliničkih studija koje ispituju PD-1 inhibitore kod različitih malignih bolesti

Zahvaljujući rezultatima kliničkih ispitivanja na liječenju uznapredovalog melanoma, PD-1 inhibitori pembrolizumab i nivolumab su u 2014. godini po ubrzanom postupku dobili odobrenje američke Agencije za hranu i lijekove (FDA), nakon čega je uslijedilo i pozitivno mišljenje Europske agencije za lijekove (EMA), kao i nagrada Prix Galien USA 2015. za pembrolizumab kao najbolji biotehno-loški proizvod 2015. godine. Pembrolizumab i nivolumab su PD-1 inhibitori, koji spadaju u skupinu imunoterapijskih lijekova koji su pokazali dobre rezultate u liječenju oboljelih od uznapredovalog melanoma.

Iskustva s ovim vidom imunoterapije imao je prim. dr. Davorin Herceg, internistički onkolog s KBC-a Zagreb.

1. Što je imunoterapija i na koji način djeluje?

Koncept imunoterapije u osnovi je vrlo star i potječe još od Edwarda Jennera koji je 1796. godine primijenio prvu vakcinaciju protiv vodenih kozica. Kod liječenja malignih bolesti, Rosenberg i suradnici 80-ih godina prošlog stoljeća opisuju prvu aktivnu specifičnu imunoterapiju. Danas, kad govorimo o tzv. „novoj imunoterapiji“ ili, kako to često nalazimo u tisku namijenjenom široj publici, „imunoterapiji nove nade“ ne mislimo na nešto stariju terapiju citokinima (interferon, interleukin-2), već na primjenu tzv. *checkpoint* inhibitora. Allison je otkrio prvi takav imunološki *checkpoint* ili kontrolnu točku: CTLA-4 (*cytotoxic*

T-lymphocyte antigen 4). Nakon aktivacije T-limfocita ubrzo se budi inhibirajuća funkcija CTLA-4 što se postiže, prije svega, sprečavanjem kostimulacije CD28 s T-limfocita i B7 s antigen prezentirajućih stanica (APC); CTLA-4 naime kompetira s B7 i blokira vezanje CD28 i B7. Kada je CTLA-4 prepoznat kao inhibitorna kontrolna točka, uslijedile su predkliničke, potom i kliničke studije s protutijelima, koji blokiraju CTLA-4 (najviše se ispitivao ipilimumab), odnosno inhibicijom inhibitorne imunološke kontrolne točke oslobađa se protutumorski odgovor T-limfocita.

No, CTLA-4 inhibitor (ipilimumab) tek je bio početak „nove imunoterapije“ ili imunoterapije *checkpoint* inhibitorima. Slijedi otkriće novog *checkpoint*-a: PD-1 (*programmed cell death protein-1*). Interakcija PD-1 i njegovih liganda je kompleksna i odvija se u više faza imunološkog odgovora. Djeluje kao i CTLA-4 u limfnom čvoru, ali i u tumorskom mikrookolišu suprimira T-staničnu efektorsku funkciju. Možda su stoga rezultati kliničkih studija kod bolesnika koji su koristili inhibitore PD-1 (pembrolizumab i nivolumab) pokazali bolje rezultate nego terapija ipilimumabom.

Danas imamo registrirane lijekove: CTLA-4 inhibitor ipilimumab te od PD-1 inhibitora pembrolizumab i nivolumab.

2. Kod kojih se malignih bolesti provodi liječenje imunoterapijom?

Prema svjetskim smjernicama, ali i novopubliciranim preporukama Hrvat-

skog društva za internističku onkologiju, PD-1 inhibitori su terapija izbora za liječenje metastatskog melanoma. Osim toga, registrirani su i kod karcinoma pluća nemalih stanica svih histologija nakon progresije na standardnu kemoterapiju prve linije te kod metastatskog karcinoma bubrega i kod metastatskog karcinoma mokraćnog mjeđura u drugoj liniji terapije, a u tijeku je i preko 900 kliničkih studija koje ispituju PD-1 inhibitore kod različitih malignih bolesti.

3. U kojim se stadijima malignih bolesti primjenjuje imunoterapija?

Terapija s checkpoint inhibitorima primjenjuje se kod metastatske bolesti, a zasad je objavljena samo jedna adjuvantna studija i to s ipilimumabom. Rezultati još nisu zreli u smislu jasnog risk/benefit odnosa.

4. Postoje li bolesnici u kojih nije prikladno primjeniti imunoterapiju?

Kako su nuspojave primjene *checkpoint* inhibitora različite autoimune komplikacije, bolesnici s težim autoimunim bolestima nisu prikladni kandidati za terapiju *checkpoint* inhibitorima.

5. Na koji se način primjenjuju imunoterapijski lijekovi?

Sva tri registrirana lijeka - ipilimumab, pembrolizumab i nivolumab - primjenjuju se u kratkotrajnoj infuziji od pola sata. Prva dva tretjedno, a nivolumab dvotjedno.

6. Kakvi su rezultati liječenja imunoterapijom u odnosu na standardnu terapiju kod liječenja uznapredovalog melanoma?

Prvi registrirani checkpoint inhibitor bio je ipilimumab, uspješan u fazi III kliničke studije u poboljšanju preživljivanja kod bolesnika s metastatskim melanomom, što je kod navedenog tumora bila značajna novost nakon desetljeća beznađa, odnosno dominacije slabo provjerene i neučinkovite kemoterapije. Ubrzo je 2011. godine i registriran za liječenje metastatskog melanoma. Premda se može prigo-

voriti da je u registracijskoj studiji u osnovi mali broj bolesnika s metastatskim melanomom odgovorio na ipilimumab, značajan je podatak iz kasnije objavljenih radova da 20% bolesnika preživi barem tri godine nakon standardne četiri aplikacije ipilimumaba.

Terapijski odgovor PD-1 inhibitora kod metastatskog melanoma se događa u oko 30-40%, a dvije godine nakon terapije preživi oko 60% bolesnika s metastatskim melanomom. Postoji i *face to face* studija koja definitivno smješta PD-1 inhibitore u prvu liniju liječenja metastatskog melanoma.

Naravno, slijede studije kombinacije ipilimumaba i nivolumaba (CTLA-4 i PD-1 inhibitora) koji dodatno poboljšavaju uspješnost liječenja metastatskog melanoma, no uz više nuspojava.

7. Kakva je učinkovitost liječenja imunoterapijom drugih malignih bolesti?

Kod karcinoma pluća nemalih stanica 40% bolesnika liječenih nivolumabom preživjelo je 18 mjeseci, što je doista značajno terapijsko dostignuće u usporedbi s dosadašnjom kemoterapijom u drugoj liniji liječenja. Kod karcinoma bubrega, primjerice, nivolumab u drugoj liniji liječenja pokazuje srednje preživljivanje 25 mjeseci u usporedbi s ciljanom terapijom Afinitorom, koji postiže srednje preživljivanje 19 mjeseci. Može se istaknuti i kako je oko 20% bolesnika na terapiji nivolumabom imalo terapijski odgovor 23 mjeseca, za razliku od onih na Afinitoru, gdje je oko 4% imalo trajanje terapijskog odgovora 14 mjeseci. Zaključujemo da je liječenje i drugih metastatskih tumorova pomoću PD-1 inhibitora vrlo obećavajuće.

8. Kakve rizike sa sobom nosi primjena imunoterapije?

Ipilimumab je imao značajnije autoimune nuspojave nego PD-1 inhibitori, no teoretski svi *checkpoint* inhibitori mogu izazvati bilo koju autoimunu bolest. Tako se nuspojave relativno lako liječe kor-

tikosteroidima. Imao sam iskustva s ipilimumabom, a sada i PD-1 inhibitorima koji su nam bili dostupni samo u donacija. Svakako je potrebno pažljivo pratiti bolesnike budući da je rizik od ozbiljnijih komplikacija manji ako se što ranije intervenira terapijom kortikosteroidima.

9. Je li u Hrvatskoj netko od pacijenta već primio ovaj oblik terapije? Kakva su iskustva u pogledu učinkovitosti i sigurnosti primjene?

U Hrvatskoj je prije četiri godine 50 bolesnika s metastatskim melanomom bilo liječeno ipilimumabom, a sada se manji broj njih koji su u međuvremenu progredirali liječi pembrolizumabom. Također, za bolesnike s karcinomom pluća i karcinomom bubrega sada je u milosrdnoj primjeni dostupan nivolumab. Terapijski odgovor na ipilimumab imalo je 20% bolesnika s metastatskim melanomom s različitom duljinom trajanja odgovora, no kao što sam već rekao, neki su od tih pacijenata živi i danas, gotovo četiri godine nakon terapije. O učinkovitosti pembrolizumaba u milosrdnoj primjeni kod nas teško je donositi sud budući da je pre malo bolesnika imalo kriterije za uključivanje. No, svakako se može reći da nismo imali po život opasnih autoimnih nuspojava.

10. Imunoterapija je od sredine 2015. godine u primjeni u liječenju uznapredovalog melanoma u zemljama Europske unije. Kakva je situacija u Hrvatskoj?

Vrlo smo nezadovoljni sadašnjom situacijom. Oba ključna lijeka - pembrolizumab i nivolumab - registrirani su u Hrvatskoj. Naša je zemlja dio Europske Unije pa i za nas vrijedi registracija kod EMEA-e (Europske medicinalne agencije), ali navedeni lijekovi nisu uključeni na Listu lijekova HZZO-a. Iz tog razloga ih naši bolesnici još uvijek, nažalost, ne mogu dobiti, iako su uključeni u sve relevantne terapijske smjernice u SAD i Europi, a u novije vrijeme i u naše smjernice, barem što se melanoma tiče.

Transparentnu suradnju s farmaceutskom industrijom podržavaju i zdravstveni radnici i javnost



INOVATIVNA
FARMACEUTSKA
INICIJATIVA

Najkasnije do 30. lipnja javnost će imati uvid u podatke o naknadama inovativnih farmaceutskih kompanija za usluge predavanja, podmirivanje troškova putovanja, smještaja i troškova kotizacije za sudjelovanje na edukativnim stručnim skupovima, a koji se odnose na 2015. godinu. Objava podataka definirana je Kodeksom Europskog udruženja inovativnih proizvođača lijekova (EFPIA), koji u Hrvatskoj primjenjuje Inovativna farmaceutska inicijativa (iF!), udruženje inovativnih farmaceutskih kompanija prisutnih na hrvatskom tržištu.

Uoči prve javne objave podataka o prijenosu vrijednosti u korist zdravstvenih radnika i organizacija, među zdravstvenim radnicima i građanima provedena je anketa o podršci transparentnoj suradnji s farmaceutskim kompanijama. Oba istraživanja potvrdila su visok interes i potrebu za boljim razumijevanjem odnosa industrije i zdravstvenih radnika.

Za nešto manje od dva mjeseca, podaci o prijenosu vrijednosti u korist zdravstvenih radnika i organizacija bit će javno dostupni na internetskim stranicama inovativnih farmaceutskih kompanija, njih ukupno 25 koje posluju u Hrvatskoj. U skladu sa smjernicama Europske komisije, odnosi farmaceutske industrije i zdravstvenih radnika bit će posve transparentni, čime se, među ostalim, odgovara i na potrebu za boljim razumijevanjem suradnje koja je zaslužna za najveća otkrića u medicini, učinkovite terapije za nekoć neizlječive bolesti, poboljšanje ishoda liječenja i bolju kvalitetu života bolesnika. Najkasnije do 30. lipnja javnost će imati uvid u podatke o naknadama inovativnih farmaceutskih kompanija za usluge predavanja, podmirivanje troškova putovanja, smještaja i troškova kotizacije za sudjelovanje na edukativnim stručnim skupovima, a koji se odnose na 2015. godinu. Objava podataka definirana je Kodeksom Europskog udruženja inovativnih proizvođača lijekova (EFPIA), koji u Hrvatskoj primjenjuje Inovativna farmaceutska inicijativa (iF!), udruženje inovativnih farmaceutskih kompanija prisutnih na hrvatskom tržištu.

Velika podrška transparentnosti odnosa

Zainteresiranost javnosti o prirodi odnosa između liječnika i farmaceutskih kompanija potvrđilo je i sveobuhvatno istraživanje javnog mnjenja na području Hrvatske, provedeno tijekom veljače ove godine. Agencija IPSOS ispitivala je stavove građana o farmaceutskoj industriji, njezinoj suradnji sa zdravstvenim radnicima te o objavi podataka o prijenosu vrijednosti u korist zdravstvenih radnika i organizacija. Prema rezultatima, građani su iskazali veliku, gotovo 90-postotnu podršku inicijativi za javnu objavu podataka, a utvrđen je i značajan interes, preko 64 posto ispitanika, za objavom točnih prijenosa vrijednosti u korist zdravstvenih radnika. Ovi rezultati potvrđuju da građani žele biti sigurni kako su odluke o terapijskim postupcima zasnovane na kliničkim dokazima i iskustvu te lišene bilo kakvih drugih utjecaja. Transparentnost odnosa industrije i zdravstvenih radnika građani prepoznaju kao dokaz da nema razloga za dvojbe.



Graf 1. Građani RH o tome podržavaju li javnu objavu podataka o prijenosu vrijednosti

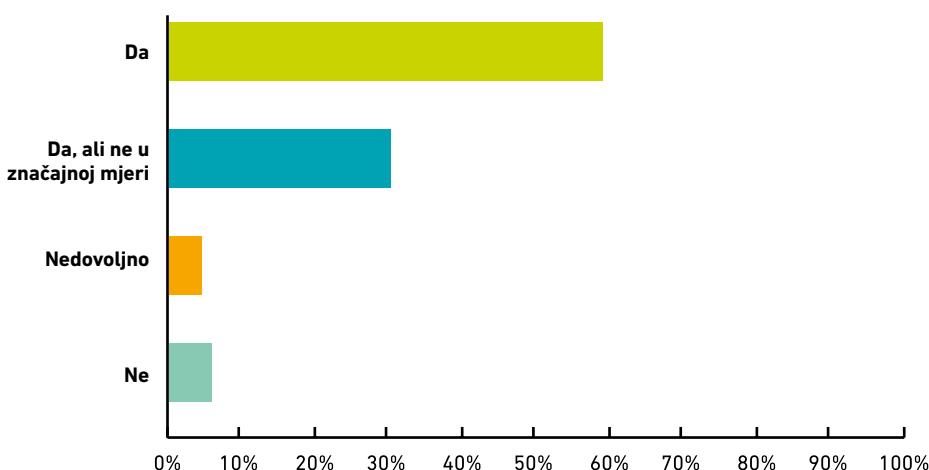
Iako o prirodi odnosa liječnika i farmaceutske industrije nisu dovoljno informirani, velika većina građana u cijeloživotnoj izobrazbi liječnika, kroz suradnju s farmaceutskim kompanijama, prepoznaže korist za bolesnike. A uvjerljiva većina ispitanika, njih gotovo 90 posto, složna je i oko stava da liječnici za svoje znanje i razmjenu iskustava u razvoju inovacija u medicini, imaju pravo na pravičnu naknadu.

Objava podataka uz poštivanje zakona

U Hrvatskoj je, u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka, privola koju zdravstveni radnici potpisuju prilikom ugovaranja suradnje s farmaceutskom kompanijom, preduvjet za objavu osobnih podataka o prijenosu vrijednosti. Ukoliko ona iz nekog razloga izostane, podaci se objavljuju u skupnim vrijednostima, „agregatno“. Prema ranijim istraživanjima u zemljama iz kojih dolaze članice EFPIA-e, Hrvatska se, zajedno sa Španjolskom, Češkom i Poljskom, smjestila na začelje ljestvice po broju privola zdravstvenih radnika za individualnu javnu objavu podataka, dok su zemlje poput Latvije, Švedske, Estonije, Cipra i Malte visoko na ljestvici podrške objavi osobnih podataka. Time se zrelost demokratskog društva ili stupanj gospodarskog razvoja ne mogu dovesti u korelaciju s podrškom objavi osobnih podataka.

Želeći utvrditi stavove i mišljenja hrvatskih zdravstvenih radnika o javnoj objavi podataka, Inovativna farmaceutska inicijativa je u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom provela dobrovoljnu internetsku anketu među članovima Komore. Tako su liječnici tijekom ožujka i travnja imali priliku posve anonimno odgovoriti na pitanja o Kodeksu o javnoj objavi podataka o prijenosu vrijednosti, vlastitim iskustvima suradnje s farmaceutskim kompanijama, kao i izraziti dvojbe i nesigurnosti oko samog procesa i njegovih ishoda.

Većina liječnika koji su se uključili u anketu, više od 70 posto njih, javnu objavu podataka o prijenosu vrijednosti u korist zdravstvenih radnika smatra pozitivnim korakom te podržavaju transparentnost



Graf 2. Kako su liječnici odgovorili na pitanje: Smatrate li da redovna suradnja s farmaceutskom industrijom pridonosi kvaliteti i boljim ishodima liječenja bolesnika?

odnosa - kao doprinos jačanju digniteta liječničke struke. Oko polovice liječnika izrazilo je pritom i bojazan od reakcija javnosti, medija ili kolega, dok najmanji broj ispitanih, manje od pet posto, smatra kako u Hrvatskoj još nije vrijeme za javno objavljivanje transakcija između farmaceutskih kompanija i liječnika. Liječnici, u najvećem postotku, prepoznaju svrhu i vrijednost razmjene znanja i iskustava u odnosima s industrijom, dok transparentnost prepoznaju kao korak prema jačanju povjerenja bolesnika da su odluke liječnika o terapijskim postupcima zasnovane isključivo na kliničkim dokazima i iskustvu.

Među ukupnim rezultatima dobrovoljne anonimne ankete među članovima Hrvatske liječničke komore, jedna od ključnih činjenica jest to što liječnici još nisu

u dovoljnoj mjeri upoznati s inicijativom za objavu podataka o prijenosu vrijednosti u korist zdravstvenih radnika i organizacija. Liječnici su najviše informacija dosad dobili kroz kontakte s predstvincima inovativnih farmaceutskih kompanija, drugi po redu izvor informacija je strukovno udruženje liječnika, treći su mediji, a najmanji broj liječnika informacije je dobio od kolega. Tek ako su dovoljno upućeni u primjenu načela transparentnosti, njezine ciljeve i dugoročne pozitivne učinke, liječnici u Kodeksu mogu prepoznati korist za struku, koliko i za bolesnike. Inovativna farmaceutska inicijativa pomaže zainteresiranim javnostima u što boljem razumijevanju i informiranju o primjeni Kodeksa o javnoj objavi podataka, a sva pitanja, dvojbe i prijedlozi mogu se uputiti na adresu elektroničke pošte: kodeks@ifif.hr

Prema Tajani smjernicama Europske komisije, Europsko udruženje inovativnih proizvođača lijekova (EFPIA) donijelo je 2013. godine Kodeks o javnoj objavi podataka, podržavajući načelo transparentnosti i omogućujući svim zainteresiranim stranama razumijevanje odnosa farmaceutskih kompanija sa zdravstvenim radnicima i zdravstvenim organizacijama.

Tjelovježba za rehabilitaciju koronarne bolesti srca

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

Sažetak

Dosadašnje spoznaje: Koronarna bolest srca (KBS) najčešći je uzrok smrti širom svijeta. Međutim, kako se smanjuje stopa smrtnosti uzrokovana KBS-om, sve veći broj ljudi živi s tom bolesti i treba im odgovarajuća skrb za ublažavanje simptoma i smanjenje vjerojatnosti budućih problema, kao što je srčani udar. Rehabilitacija koja se temelji na tjelovježbi provodi se kako bi se poboljšalo zdravlje i ishodi oboljelih od KBS-a.

Obilježja studija: U ovom Cochrane sustavnom pregledu pretražena je znanstvena literatura kako bi se pronašli randomizirani kontrolirani pokusi (studije u kojima se ispitanici nasumično razvrstavaju u terapijske skupine) u kojima je istražena djelotvornost tjelovježbe kao načina rehabilitacije u usporedbi bez tjelovježbe u oboljelih od KBS-a bez obzira na njihovu dob. Dokazi se temelje na istraživanjima objavljenima do srpnja 2014.

Ključni rezultati: Najnovijim pretraživanjem literature pronađeno je 16 novih studija (3872 ispitanika) o tjelovježbi za rehabilitaciju KBS-a, tako da su u ovu najnoviju verziju Cochrane sustavnog pregleda na ovu temu uključena ukupno 63 randomizirana kontrolirana pokusa s 14486 uključenih ispitanika. Svi su ispitanici imali KBS. Uglavnom se radilo o bolesnicima koji su preživjeli srčani udar i onima koji su imali kirurški zahvat ugradnje premosnica ili angioplastiku. Rezultati ove najnovije verzije Cochrane sustavnog pregleda u skladu su s prethodnom verzijom (iz 2011.) i pokazuju važnost tjelovježbe u rehabilitaciji srčanih bolesti, koja se očituje u smanjenju rizika od smrti zbog srčano-žilnih bolesti i primata u bolnicu, kao i povećanjem kvalitete života povezane sa zdravljem, u usporedbi s osobama u kojih tjelovježba nije bila dio rehabilitacije.

Studije su se značajno razlikovale po načinu prikazivanja kvalitete života povezane sa zdravljem. Mali broj dokaza iz studija koje su ispitivale ekonomski aspekte takve rehabilitacije pokazuju da je isplativa rehabilitacija srčanih bolesnika koja se temelji na tjelovježbi. Potrebna su daljnja istraživanja da bi se ispitalo kakav je učinak tjelovježbe u osoba s KBS-om koje imaju visok rizik i onih koje imaju dokazanu anginu.

Kvaliteta dokaza: Iako se prikaz dokaza pravio u novijim istraživanjima, loš način prikazivanja podataka otežava procjenu ukupne metodološke kvalitete i rizik od potencijalne pristranosti u pronađenim dokazima.

Opis problema

Koronarna bolest srca (KBS) uzrokovala je 7,4 milijuna smrti u 2013. godini, što je čini odgovornom za trećinu svih smrti. Procjenjuje se da u Velikoj Britaniji 2,3 milijuna ljudi živi s KBS-om, a to stanje uzrokuje 20% smrti u muškaraca i 10% smrti u žena. Stopa smrtnosti od KBS-a smanjuje se u razvijenim zemljama, prvenstveno zbog liječenja pacijenata metodama utemeljenima na dokazima i zbog smanjenja glavnih čimbenika rizika, prvenstveno pušenja.

Opis intervencije

Postoji mnogo definicija „rehabilitacije srčanih bolesnika“. Definicija koja obuhvaća ključne koncepte koji se tiču rehabilitacije srčanih bolesnika glasi: „Rehabilitacija srčanih bolesnika je skup koordiniranih aktivnosti koje su nužne kako bi se povoljno djelovalo na uzroke kardiovaskularne bolesti, kao i pružilo najbolje moguće fizičke, duševne i socijalne uvjete tako da pacijenti mogu, svojim vlastitim naporima, očuvati ili nastaviti s optimalnim funkcioniranjem u svojoj zajednici te kroz bolje ponašanje povezano sa zdravljem usporiti ili vratiti unazad napredovanje bolesti (Britansko udruženje za kardiovaskularnu prevenci-

ju i rehabilitaciju, 2012). Rehabilitacija srčanih bolesnika je složena intervencija koja može uključivati niz različitih terapija, kao što su tjelovježba, edukacija o čimbenicima rizika, promjena ponašanja, psihološka podrška i postupci kojima je cilj utjecati na tradicionalne čimbenike rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti. Rehabilitacija srčanih bolesnika je ključni dio suvremenog liječenja srčanih bolesti i smatra se prioritetom u zemljama koje imaju visoku prevalenciju KBS-a. Temeljem dokaza iz ranijih meta-analiza (Clark 2005, Piepoli 2004, Taylor 2004), rehabilitacija srčanih bolesnika nakon srčanih incidenata je preporuka I. kategorije Europskog kardiološkog društva, Američkog kardiološkog društva i Američkog udruženja kardiologa, u čijim se smjernicama tjelovježba kao dio terapije preporučuje kao glavni element. Međutim, usprkos preporukama za rehabilitaciju srčanih bolesnika koja se temelji na tjelovježbi, kao integralnom dijelu sveobuhvatnog liječenja oboljelih od KBS-a (osobito u pacijenata nakon infarkta miokarda, revaskularizacije ili s anginom pektoris) i osoba sa zatajenjem srca, velik dio pacijenata takvu rehabilitaciju nikad ne dobije.

Tjelovježba kao dio rehabilitacije obično se provodi u bolnici, ali se i značajno razlikuje među ustanovama. Također je upućivanje pacijenata na takvu rehabilitaciju nedovoljno, a i stopa dovršavanja takve rehabilitacije nije dosta, osobito među ženama i starijim osobama. Kućne terapije za rehabilitaciju srčanih bolesnika sve češće se uvode kako bi se poboljšao pristup takvim terapijama i uključenost pacijenata u njih. Isto tako se uvode različite intervencije kako bi se poboljšala suradljivost pacijenata tijekom rehabilitacije.

Rehabilitacija srčanih bolesnika koja se temelji na tjelovježbi iznimno je sigurna. Opservacijska studija u kojoj je su-

djelovalo više od 25000 ispitanika koji su sudjelovali u rehabilitaciji srčanih bolesnika, a koja se temelji na tjelovježbi, zabilježila je samo jedan srčani incident tijekom 50000 sati tjelovježbe, što odgovara broju od 1,3 srčanih aresta na milijun pacijent-sati. Ranija studija opisala je jedan slučaj ventrikularne fibrilacije na 111996 pacijent-sati tjelovježbe i jedan infarkt miokarda na 294118 pacijent-sati tjelovježbe. Pacijenti koji imaju nestabilnu anginu, nekontroliranu ventrikularnu aritmiju i teško zatajenje srca (NYHA 4) smatraju se visokorizičnima, i kod njih je nužna detaljna procjena prije nego im se preporuči sudjelovanje u rehabilitaciji koja se temelji na tjelovježbi.

Kako bi intervencija mogla djelovati

Poznato je da tjelovježba ima izravan pozitivan učinak na srce i koronarnu vaskulaturu, uključujući potrebe miokarda za kisikom, funkciju endotela, autonomni tonus, čimbenike koagulacije, čimbenike upale i razvoj kolateralnih srčanih krvnih žila. Međutim, rezultati prve verzije ovoga Cochrane sustavnog pregleda (Jolliffe 2001.) podupirali su hipotezu da smanjenje smrtnosti koja se povezuje s rehabilitacijom srčanih bolesnika, koja se temelji na tjelovježbi, može biti uglavnom posredovano neizravnim učincima tjelovježbe kroz poboljšanje čimbenika rizika kao što su aterosklerotska bolest (tj. lipidi, pušenje, krvni tlak).

Zašto je važan ovaj Cochrane sustavni pregled

U ranijoj verziji ovoga Cochrane sustavnog pregleda iz 2011. godine, u koju je uključeno 47 randomiziranih kontroliranih pokusa s ukupno 10794 pacijenata, uočeno je smanjenje ukupne smrtnosti i smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u kratkom roku (studije koje su pratile pacijente kraće od 12 mjeseci). Nije utvrđeno da rehabilitacija srčanih bolesnika koja se temelji na tjelovježbi uzrokuje rizik od pobola u smislu rizika od ponavljanog infarkta miokarda ili rizika od revaskularizacije. Zbog velikih razlika u rezultatima i metodama opisivanja rezultata, meta-analiza nije provedena za podatke o kvaliteti života povezanoj sa zdravljem, iako su u pojedinačnim studijama pronađeni dokazi o većoj kvaliteti života povezanoj sa

zdravljem u skupini koja je primala rehabilitaciju namijenjenu srčanim bolesnicima koja se temelji na tjelovježbi.

Cochrane sustavni pregled iz 2011. utvrdio je niz ograničenja u dostupnim dokazima iz randomiziranih kontroliranih pokusa, pri čemu su glavni nedostaci bili:

- Nedovoljna zastupljenost žena, starijih osoba i drugih posebnih skupina srčanih bolesnika (nakon revaskularizacije i angina pectoris).

- Loše prikazivanje metodologije i rezultata u znanstvenim radovima u kojima su opisani klinički pokusi. Metode randomizacije, razvrstavanja ispitanika u skupine, prikrivanja razvrstavanja ili zasljepljivanje osoba koje su analizirale rezultate, rijetko je opisivano. Nadalje, nepotpunim podatcima (prvenstveno zbog odustajanja ispitanika od sudjelovanja u istraživanju) nije posvećeno dovoljno pozornosti u većini pokusa. U većini pokusa je velik broj ispitanika izgubljen iz praćenja (otprilike trećina pokusa opisala je gubitak ispitanika veći od 20%), ali razlozi za gubitak ispitanika iz istraživanja rijetko su opisani.

- Nekolicina studija isključila je značajan broj ispitanika nakon randomizacije i za te se ispitanike u analizi prema namjeri liječenja (engl. *intention-to-treat analysis*) smatralo da su odustali. To se djelomično može objasniti činjenicom da većina pokusa nije osmišljena (niti imala dovoljan broj ispitanika) da bi se ispitale skupne razlike u smrtnosti i pobolu. Umjesto toga su studije bile podešene za mjerenje zamjenskih (surogatnih) pokazatelja djelotvornosti liječenja, kao što je podnošenje tjelovježbe ili razina čimbenika kardiovaskularnog rizika.

- Manjak čvrstih dokaza o učinku na kvalitetu života povezanu sa zdravljem, cijeni i isplativosti.

Zaključak za praksu

Ovaj Cochrane sustavni pregled pokazuje da rehabilitacija srčanih bolesnika koja se temelji na tjelovježbi ne smanjuje ukupnu smrtnost, ali smanjuje smrtnost od kardiovaskularnih bolesti i hospitalizacije (i troškove povezane s tim) te da također poboljšava kvalitetu života povezanu sa zdravljem u mlađih osoba koje su pretrpjeli infarkt miokarda ili nakon

revaskularizacije. Iako je u novijim istraživanjima povećan broj žena i starijih osoba, primjena ovih dokaza na skupine ljudi koje su nedovoljno zastupljene u pronadjenim istraživanjima, uključujući osobe s anginom pectoris i osobe s visoko-rizičnom KBS-om, kao i onima s teškim komorbiditetima, i dalje ostaje pitanje kliničke procjene.

Cini se da nema razlika između same tjelovježbe ili tjelovježbe u kombinaciji s psihosocijalnim i edukacijskim intervencijama za rehabilitaciju srčanih bolesnika. Budući nema dovoljno podataka o usporedbi isplativosti psihosocijalnih ili edukativnih pristupa u usporedbi s rehabilitacijom srčanih bolesnika koja se temelji na tjelovježbi, bilo bi racionalno uzeti u obzir troškove tih postupaka prije nego ih se propiše u praksi.

Zaključak za buduća istraživanja

Usprkos novim dokazima koji su uključeni u ovaj Cochrane sustavni pregled, i činjenici da su novije studije uključile više žena i starijih pacijenata, populacija ispitanika koji su patili od KBS-a i bili uključeni u studije koje su ovdje prikazane i dalje se uglavnom odnosi na srednjoečne muškarce niskoga rizika nakon infarkta miokarda ili revaskularizacije. Stoga su nužni dobro osmišljeni, kvalitetni klinički pokusi u kojima će biti uključeni oboljeli od KBS-a koji bolje predstavljaju bolesnike viđene u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Ti pokusi trebaju koristiti validirane ljestvice za mjerenje kvalitete života povezane sa zdravljem, trebaju izravno prikazati podatke o kliničkim incidentima, uključujući smrtnost i primite u bolnicu, te procijeniti troškove i isplativost. Nadalje, znanstveni radovi koji opisuju kliničke pokuse trebaju bolje opisati detalje o stanju i dijagnozi oboljelih od KBS-a, kao i intervencije koje su ispitane, tako da budući sustavni pregledi mogu napraviti bolju stratifikaciju rezultata prema vrsti oboljelih od KBS-a ili vrsti intervencija za rehabilitaciju srčanih bolesnika.

Cochrane sustavni pregled. Anderson L, Thompson DR, Oldridge N, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Data base of Systematic Reviews 2016;1; CD001800.

NOVOSTI IZ HALMEDA-a



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

Probir bolesnika na virus hepatitisa B prije početka liječenja inhibitorima BCR-ABL tirozin kinaze (imatinib, dasatinib, nilotinib, bosutinib, ponatinib) zbog rizika od reaktivacije hepatitisa B

Slučajevi reaktivacije virusa hepatitisa B (HBV) dogodili su se u bolesnika koji su kronični nositelji HBV-a nakon što su primili inhibitore BCR-ABL tirozin kinaze (TKI). Neki slučajevi reaktivacije HBV-a prouzročili su akutno zatajenje jetre ili fulminantni hepatitis, što je dovelo do potrebe za transplantacijom jetre ili do smrtnog ishoda.

Bolesnike treba testirati na HBV infekciju prije početka liječenja inhibitorima BCR-ABL tirozin kinaze. Prije početka liječenja bolesnika s pozitivnim serološkim nalazom za HBV (uključujući one s aktivnom bolesnicu) te za bolesnike koji postanu pozitivni na HBV infekciju tijekom liječenja potrebno je konzultirati se sa stručnjakom za bolesti jetre i za liječenje HBV-a.

Bolesnike nositelje HBV-a kojima je potrebno liječenje inhibitorima BCR-ABL tirozin kinaze potrebno je tijekom terapije te nekoliko mjeseci nakon završetka terapije pomno nadzirati radi znakova i simptoma aktivne HBV infekcije.

O navedenom sigurnosnom pitanju upućeno je pismo zdravstvenim radnicima, koje je objavljeno na internetskim stranicama HALMED-a. Pismo se odnosi na sljedeće lijekove, koji su stavljeni u promet u Republici Hrvatskoj: Tasigna, Glivec, Sprycel, Nibix, Plivatinib, Imakrebin, Astrea i Meaxin (raniji naziv: Neopax).

Ocjena lijekova koji sadrže vankomicin

Na razini EU započela je ocjena lijekova koji sadrže vankomicin. Ocjena se provodi u okviru napora za ažuriranjem informacija o lijeku starijih antibiotika s ciljem borbe protiv rezistencije na antibiotike. Ažuriranje informacija o lijeku za antibiotike koji su od kritične važnosti smatra se značajnim načinom promicanja njihove odgovarajuće primjene. Cilj je osigurati da učinkoviti i djelotvorni antibiotici ostanu dostupni bolesnicima u EU. Ocjeni će biti podvrgnute sve dostupne informacije o koristima i rizicima primjene vankomicina te će se odrediti jesu li potrebne promjene u odobrenim primjenama u različitim državama članicama EU.

Ocjena kanagliflozina

Na razini EU započela je ocjena kanagliflozina. Ocjena je započela nakon što je u kliničkom ispitivanju CANVAS, koje je u tijeku, uočena povećana učestalost amputacija, koje se prvenstveno odnose na amputaciju prstiju na nogama. Slučajevi amputacija donjih udova javili su se u obje skupine u ispitivanju (i u skupini koja je primala kanagliflozin i u skupini koja je primala placebo) te trenutno nije potvrđena mogućnost da kanagliflozin povećava rizik od amputacije donjih udova. Povjerenstvo za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC) pri EMA-i je zatražilo dodatne informacije kako bi se ocijenilo dovodi li kanagliflozin do povećanja rizika od amputacije donjih udova i jesu li potrebne promjene u načinu na koji se ovaj lijek primjenjuje u Europskoj uniji. U Republici Hrvatskoj nisu stavljeni u promet lijekovi s ovom djelatnom tvari.

Proširuje se ocjena direktno djelujućih protivirusnih lijekova za liječenje hepatitisa C

Na razini EU proširuje se ocjena direktno djelujućih protivirusnih lijekova za liječenje hepatitisa C (Daklinza, Exviera, Harvoni, Olysio, Sovaldi i Viekirax). Ocjena je započela zbog slučajeva ponovnog aktiviranja hepatitisa B kod bolesnika koji su bili zaraženi virusom hepatitisa B i C, a koji su liječeni direktno djelujućim protivirusnim lijekovima protiv hepatitisa C. U travnju 2016. postali su dostupni rezultati ispitivanja rizika od ponovne pojave raka jetre u bolesnika koji su bili liječeni direktno djelujućim protivirusnim lijekovima za liječenje hepatitisa C. Rezultati ovog ispitivanja sugeriraju da su ovi bolesnici bili pod većim rizikom od ponovne pojave raka jetre nego bolesnici koji nisu bili liječeni ovim lijekovima. Zbog navedenog ispitivanja ocjena ovih lijekova će se proširiti kako bi se ocijenio i rizik od raka jetre.

HALMED započeo s objavljanjem pisama zdravstvenim radnicima i edukacijskih materijala u rezultatima pretraživanja Baze lijekova

Posjetiteljima internetskih stranica HALMED-a koji koriste Bazu lijekova od travnja 2016. godine su u rezultatima pretraživanja dostupna pisma zdravstvenim radnicima, kao i edukacijski materijali za zdravstvene radnike, odnosno bolesnike i skrbitnike, u okviru pojedinosti o lijekovima za koje su ovi dokumenti objavljeni.

Navedeni dokumenti dostupni su u PDF formatu. Trenutačno su u Bazi lijekova dostupna pisma zdravstvenim radnicima koja su upućena tijekom 2015. i 2016. godine, a u rezultatima pretraživanja će se i ubuduće prikazivati pisma upućena u tekućoj i prethodnoj kalendarskoj godini. Sva dosad upućena pisma i dalje su dostupna na internetskim stranicama HALMED-a, u dijelu Farmakovigilancija - Pisma zdravstvenim radnicima. U Bazi lijekova su trenutačno dostupni edukacijski materijali odobreni u travnju 2016., te će biti redovito nadopunjavana novoodobrenim materijalima. Edukacijski materi-



Aplikacija za prijavu nuspojava - Ujedinjeno Kraljevstvo, Nizozemska i Hrvatska su prve zemlje EU-a koje implementiraju ovakvu aplikaciju te će na temelju naših iskustava biti razvijena mobilna aplikacija koja će se koristiti i u svim drugim zemljama članicama Europske Unije.

jali odobreni prije travnja 2016. bit će u Bazu lijekova uneseni naknadno.

Konferencija „Farmakovigilancija nove generacije“

U travnju 2016. započele su prijave za sudjelovanje na konferenciji "Farmakovigilancija nove generacije" koja će se u organizaciji HALMED-a održati 18. svibnja 2016. u Zagrebu, u hotelu DoubleTree by Hilton Zagreb.

Teme konferencije su:

- nove tehnologije u službi farmakovigilancije - on-line aplikacija za zdravstvene radnike i mobilna aplikacija za prijavljivanje sumnji na nuspojave
- dosadašnja iskustva i prakse u farmakovigilancijskim procesima - postupanje s ICSR-ovima, farmakovigilancija u kliničkim i neintervencijskim ispitivanjima, RMP i dodatne mjere minimizacije rizika, farmakovigilancijska inspekcija
- novosti u farmakovigilancijskim procesima - PSUR repozitorij, baza podataka prema čl. 57, popis lokalnih časopisa za praćenje literature, prijave predoziranja zaprimljene od Instituta za medicinska istraživanja, farmakovigilancijski dio internetskih stranica HALMED-a

- projekti i suradnje na području farmakovigilancije - projekti SCOPE i WEB-RADR, suradnja s HZJZ-om, HZZO-om i IMI-jem.

U sklopu konferencije bit će predstavljena mobilna aplikacija za prijavljivanje nuspojava te će se održati okrugli stol "Klikni i prijavi" o prijavljivanju nuspojava na kojem će aktivno sudjelovati predstavnici ustanova s kojima HALMED surađuje na području farmakovigilancije.

Konferencija je namijenjena predstavnicima nositelja odobrenja za stavljanje lijeka u promet u Republici Hrvatskoj (osobito zaposlenima u farmakovigilanciji), zdravstvenim radnicima (liječnicima, ljekarnicima i drugima) te predstvincima udrugama pacijenata, stručnih društava i regulatornih tijela za lijekove. Organizator će zatražiti da se prisustovanje skupu bude prema pravilnicima Hrvatske liječničke komore i Hrvatske ljekarničke komore.

Program konferencije bit će uskoro objavljen na internetskim stranicama HALMED-a, a rok za prijavu je 13. svibnja 2016. Upute za prijavu za sudjelovanje i informacije o kotizaciji objavljene su na internetskim stranicama HALMED-a.

Izvor: Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED)

Kontakt: nuspojave@halmed.hr

Treba li Hrvatskoj lustr



Dr. sc. HRVOJE KLASIĆ

Docent na Odsjeku za povijest Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Autor je knjige 'Jugoslavija i svijet 1968.' i suautor dokumentarne serije 'Hrvatsko proljeće', snimljene u produkciji HRT-a. Dobitnik je brojnih nagrada za znanstveni rad.

Lustracija u Hrvatskoj nije niti potrebna niti moguća. Nije potrebna zato što je smisao lustracije u tranzicijskim državama 1990-ih bio omogućiti uspješno uvođenje demokracije u društvu, kao i spriječiti one koji bi to mogli onemogućiti. Demokracija je u Hrvatskoj uvedena prije 26 godina i demokratski poredak u Hrvatskoj trenutno nije ugrožen zbog „ubdaša“ nego zbog organizirane pljačke koja se provodila pod imenom pretvorba i privatizacija, te zbog političkih elita nesposobnih da uspješno vode društvo i državu. Lustracija nije moguća, a posebno ne u usporedbi s ostalim bivšim komunističkim zemljama prije svega zato što su te zemlje svoju demokraciju gradile u miru. Hrvatska je svoju demokraciju gradila u ratu,

Radi se o potpuno neprofesionalnom i neznanstvenom, najčešće vrlo tendencioznom i selektivnom gledanju na razdoblje socijalističke Jugoslavije, te na pokušaju uspoređivanja i izjednačavanja režima u NDH i SFRJ. U konačnici, mislim da je glavni smisao cijele priče o lustraciji kompromitirati hrvatsku ljevicu, kako u prošlosti tako i danas

u kojem su aktivno na strani Hrvatske sudjelovali i djelatnici „bivše“ obavještajne službe, visokopozicionirani članovi Saveza komunista, oficiri JNA, djelatnici SUP-a itd. Dakle, uzimimo primjer osobe koja je 1985. bila inspektor u SUP-u ili djelatnik Službe državne sigurnosti i 1990. se učlani u HDZ i postane dragovoljac u Domovinskom ratu. Nakon rata, uz Spomenicu Domovinskog rata nastavi raditi svoj posao u obavještajnoj zajednici ili policiji. Hoćemo li i njega lustrirati? Hoćemo li lustrirati visoke oficire JNA iz vremena Bleiburga, Križnog puta i Golog otoka? Podsećam da su u to vrijeme npr. Franjo Tuđman i Janko Bobetko i oficiri JNA i visokopozicionirani članovi Komunističke partije. Osim toga, nisu svi djelatnici obavještajne službe („udbe“) automatski ubojice. Mnogi od njih su radili na poslovima npr. obrane Hrvatske (i Jugoslavije) od međunarodnih terorističkih organizacija, neki su se bavili borbom protiv korupcije u društvu i sl. Hoćemo li i te ljude lustrirati samo zato što su radili svoj posao? Dakle, radi se o vrlo osjetljivim stvarima koje ne smiju koristiti kao sredstvo revanšizma prema jednom režimu u cjelini.

Zakon o lustraciji danas više služi kao sredstvo zastrašivanja nego kao ozbiljno nastojanje da se hrvatsko društvo demokratizira. Radi se o potpuno neprofesionalnom i neznanstvenom, najčešće vrlo tendencioznom

i selektivnom gledanju na razdoblje socijalističke Jugoslavije, te na pokušaju uspoređivanja i izjednačavanja režima u NDH i SFRJ. U konačnici, mislim da je glavni smisao cijele priče kompromitirati hrvatsku ljevicu, kako u prošlosti tako i danas. Čini mi se da je to jedan od načina da se biračko tijelo homogenizira, pri čemu je to, po mom mišljenju, potpuno pogrešno. Bilo bi normalno da svaka stranka svoje birače privlači dobrim gospodarskim rezultatima, rastom životnog standarda i da to budu kriteriji po kojima se uspoređuju sa suparničkom političkom opcijom. U nedostatku takvih pokazatelja poseže se nažalost za demagogijom i ukazivanjem na probleme i razlike koji su u ovom trenutku potpuno marginalni. Naravno da nitko normalan ne može i ne smije imati ništa protiv da se kazne svi zločinci ili pojedinci odgovorni za zločine. Međutim, Hrvatska ima zakone po kojima se takvim osobama može i mora suditi i bez zakona o lustraciji. I ono što me najviše čudi, u zadnjih 25 godina Hrvatskom su 18 godina vladale „desne“ vlade. Ako se danas spominju ljudi iz „bivšeg režima“ na nekim pozicijama u javnim službama to znači da se svih 25 godina dopušталo da oko nas hodaju, i da na odgovornim funkcijama rade ljudi odgovorni za teror i zločine. Pa tko je kriv za to što takvi ljudi odavno nisu procesuirani? Ja mislim da je najveća odgovornost na onima koji su u svojim rukama imali mehanizme kako da to riješe a nisu ništa po tom pitanju činili.

Kada govorimo o lustraciji moramo krenuti od ključnog problema, što je (za koga) lustracija? U javnom prostoru niste mogli čuti niti jednog pravnog stručnjaka da javnosti objasni što lustracija jest a što nije. Posljedica je ta da svatko po potrebi ima svoju definiciju lustracije. A to više vodi u anarhiju nego u unapređenje demokracije. Lustracija ne može biti uvođenje neke nove društvene klime kako se to u zadnje vrijeme može čuti. A i društvena klima se svakako u demokratskom društvu ne može mijenjati dekretom ili zakonom. U demokratskom društvu mora se poticati kritičko razmišljanje, multiperspektivnost, tolerancija i uvažavanje drugačijeg mišljenja, a ne uvoditi dogme i zakonom određivati način mišljenja.

lacija i kako je provesti?

Hrvatskoj je za istinski demokratski razvoj lustracija neophodna. Do slučaja Perković, smatrao sam da je lustracija potrebna prije svega kao simboličan čin raščišćavanja s naslijedjem i drugog totalitarizma 20. stoljeća. No nakon što se pokazalo da su strukture bivšeg režima toliko jake da su uspjele gurnuti Vladu u izravan sukob s Bruxellesom pa čak i do toga da neprincipijelno trguje oko promjene Ustava, a sve da bi se zaštitilo od izručenja njemačkom sudu bivše čelnike komunističkih tajnih službi, pokazalo se da je lustracija još uvijek itekako stvarna, a ne samo simbolička potreba. Dva desetljeća nakon okončanja totalitarnog režima, koji je ustanovljen silom i silom se održavao 45 godina, pri čemu tzv. „narodna vlast“ nije ni pokušala ispitati potporu naroda slobodnim, višestračkim izborima, dočekali smo između ostalog i to da je na čelu javne televizije ponovo bila ista osoba koja je tu funkciju obavljala 80-ih, da kje bila na vrhu tada glavnog propagandnog sredstva režima koji je političke neistomišljenike u to vrijeme ubijao po inozemstvu, a u domovini slao ljude u zatvor zbog vica ili druge kritike. Da je lustracija provedena na vrijeme, to ne bi bilo moguće.

Zalažem se za lustraciju u najblažem obliku, kao mjeru privremene zabrane obavljanja javnih dužnosti osobama koje su bile dio represivnog aparata komunističkog režima, kako bi se razbijanjem te hobotnice otvorio prostor za istinski pluralizam.

Ljudi iz tog miljea su iskoristili startnu prednost i jako dobro se snašli u „tranziciji“. Neki su ostali u službama i u novoj vlasti, kontrolirali su tokove pretvorbe i privatizacije, neki od njih i njihovih suradnika su postali vlasnici medija, ugledni čelnici nevladinih udruža (npr. Vladimir Milčin u Makedoniji, kazališni redatelj i dugogodišnji predsjednik tamošnje filijale Otvorenog društva, za kojeg se kasnije ispostavilo da je bio suradnik DB-a). Paradoksalno, neki od intelektualnih stupova totalitarnog režima nas danas poučavaju o demokraciji i ljudskim pravima.

Lustracija nije lov na vještice, nije skupa, neće izazivati podjele u društvu, prije da će

Lustracija nije lov na vještice, nije skupa, neće izazivati podjele u društvu, prije će pokazati da su one lažne i nametnute upravo od onih koji se boje tog procesa rasvjetljivanja. Za nju nipošto nije kasno, kao što pokazuje slučaj Perković, ali i makedonsko iskustvo

pokazati da su one lažne i nametnute upravo od onih koji se boje tog procesa rasvjetljivanja. Za nju nipošto nije kasno, kao što pokazuje slučaj Perković, ali i makedonsko iskustvo.

Kako je provesti? Prvo je potrebno provesti kvalitetnu javnu raspravu o optimalnom modelu lustracije. Zatim donijeti odgovarajući zakon, formirati ured i komisiju koja će biti kvalitetno nadzirana i odgovorna Saboru. Omogućiti joj pristup arhivima i dokumentaciji bivše tajne službe. U sklopu pristupnih pregovora Srbije, izvršiti pritisak na Beograd da se preda dokumentacija vezana uz Hrvatsku, a koja se čuva u tamošnjim arhivima.

Za one koji budu lustrirani (tj. za koje se počaje da su bili dio represivnog aparata) odrediti kaznu privremenog ili trajnog onemogućavanja obnašanja javnih funkcija.

I to je sve. No, očito je kako se javnost u pitanju lustracije svjesno obmanjuje. Ili se govori da je za lustraciju kasno, ili da ju je nemoguće provesti, da bi bila lov na vještice, da bi tobože izazvala podjele itd. Tko bi se to dijelio i tko bi držao stranu bivših udbaša ili njihovih cinkarosa? Puštaju se u javnost i nebuloze poput – hoće li se lustrirati i bivši časnici JNA koji su prešli na hrvatsku stranu? Naravno da neće.



Dr. sc. NINO RASPUDIĆ

Docent na Filozofском fakultetu u Zagrebu.

Filozof, književnik, politički analitičar te dugogodišnji kolumnist Večernjeg lista

Lustracije se ne trebaju bojati ni obični članovi Partije, ni oni koji su bili direktori, inženjeri, igrali lijevog beka u Dinamu, već samo oni koji su bili dio represivnog aparata. Neki razvodnjuju temu i potpuno promašenim pitanjima poput: hoće li lustrirati pretvorbu i privatizaciju?, što je potpuno druga tema i čime se kao eventualnim kaznenim djelima bave drugi zakoni.

Na koncu, istaknuo bih da je HDZ, stranka koja je u predizbornoj kampanji govorila o lustraciji, nakon dolaska na vlast znakovito uštjela o tom pitanju. To je razlog više da inicijativu o raščišćavanju s totalitarnim režimom prošlosti i oslobođanje hrvatskog društva iz stiska njegove kadrovske hobotnice, dodatno potaknu hrvatsko civilno društvo i mediji.

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

KOLESTEROLOM PROTIV KARCINOMA?

Za uspješnu borbu organizma protiv tumora, potrebno je da vlastiti limfociti prepoznaju i uništavaju tumorske stanice. Na žalost, u organizmu inhibitorni putovi blokiraju učinkovitu imunološku sinapsu limfocita i tumorske stanice i time posljedično onemogućuju smrt tumorske stanice. Princip suvremene imunoterapije je blokada takvih inhibitornih putova.

Za povećanje učinkovitost limfocita, uz blokadu inhibicijskih, potrebno je pojačati stimulatorne signale.

Brže i učinkovitije uništavanje tumorskih stanica povezano je s višom razinom kolesterolja u staničnoj membrani citotoksičnih limfocita. Kako višak kolesterolja poboljšava djelovanje limfocita? Limfociti zamijete tumorsku stanicu preko svojih receptora koji se vežu na površinske antigene tumorskih stanica, čime dolazi do njihove aktivacije. Visoka razina membranskog kolesterolja u citotoksičnim leukocitima dovodi do većeg broja limfocitnih receptora i bržeg stvaranja imunološke sinapse s tumorskom stanicom, bržega oslobađanja toksina u sinapsu i uništenja tumorske stanice u odnosu na limfocite s manje kolesterolja u membrani.

Inhibicija enzima koji konvertira kolesterol u kolesterol-ester (acetil-CoA acetil-transferaza 1 (ACAT1)) povisuje razinu kolesterolja u staničnoj membrani citotoksičnog limfocita koji promovira umnožavanje receptora koji se vežu na površinske antigene tumorskih stanica, brže oslobađanje toksina u sinapsu i uništavanje tumorske stanice. Dokazano je da farmakološkom inhibicijom ACAT1-a avasimibom (dokazana sigurnost u kratkotrajnoj terapiji u ljudi) povišena razina kolesterolja značajno povećava preživljavanje u animalnih modela melanoma i karcinoma pluća.

Sinergističkom primjenom avasimiba za povećanje kolesterolja u stanič-

noj membrani limfocita i lijekova koji blokiraju inhibitorne puteve u imunoškoj sinapsi (danasa se primjenjuju u liječenju tumora pluća, bubrega i melanoma), Yang i suradnici su komplementarnim mehanizmima poboljšali destrukciju tumora i pokazali da je ovakvo potenciranje CD8+ limocita T korisna sastavnica buduće imunoterapije karcinoma.

(Nature. 2016;531:583-4.)

Dr. sc. Jasna Ajduković, dr. med.

venciji akutne i odgođene mučnine i povraćanja, u bolesnika koji primaju kemoterapiju. Kombinacija NEPA primjenjuje se peroralno, u fiksnim dozama od 300 mg netupitanta i 0,50 mg palonosetrona. Provedena je ciljana sustavna pretraga literature, kojom su izdvojene dvije kliničke studije faze III i randomizirana studija faze II o određivanju doze, na temelju kojih su definirane preporuke. U jednoj od studija faze III peroralna kombinacija netupitanta i palonosetrona (NEPA) pokazala se udruženom s većom stopom kompletног odgovora (bez emeze i potrebe za spasonosnim lijekom), u usporedbi sa samim palonosetronom, u bolesnika koji su liječenih kombinacijom antraciklina i ciklofosfamida (74% vs. 67%). U drugoj studiji faze III peroralna kombinacija netupitanta i palonosetrona bila je sigurna i učinkovita tijekom brojnih ciklusa umjereni do visokoemetogene kemoterapije. U studiji faze II, koja je za cilj imala odrediti ciljane doze, svaka doza netupitanta (administrirana s 0,50 mg palonosetrona) producirala je više stopne kompletног odgovora, nego sam palonosetron, među bolesnicima na cisplatinskoj kemoterapiji. Najviša doza netupitanta (npr. 300 mg) bila je najučinkovitija. Prema tome, svi bolesnici koji primaju visokoemetogene kemoterapijske režime (uključujući antracikline i ciklofosfamid) trebali bi primati antiemetsku kombinaciju od tri lijeka, antagonist NK₁ receptora, antagonist 5-HT₃ receptora i deksametazon. Peroralna kombinacija palonosetrona i netupitanta tu se nudi kao mogućnost. Ostali dio ASCO preporuka iz 2011. ostao je nepromijenjen za sada. Svi bolesnici koji primaju umjereno emetogene kemoterapije trebali bi biti zaštićeni antiemetskom terapijom koja sadržava palonosetron i kortikosteroid. Ako primaju kombinacijski kemoterapijski protokol, za takve bolesnike antiemetika terapija određuje se prema najemetogenijem od administriranih kemoterapeutika. Kod visokodoznih kemoterapija preporučuju se i deksametazon i antagonist 5-HT₃ receptora. Pedijatrijski bolesnici, koji primaju ili visoko ili umjereno emetogene kemoterapijske protokole, trebali bi primati i 5-HT₃ antagonist i kortikosteroide,

ANTIEMETICI: ASCO AŽURIRANE CILJANE SMJERNICE

Poruka članka: Svi bolesnicima koji primaju visokoemetogenu sustavnu citotoksičnu terapiju trebala bi biti omogućena antiemetka terapija kombinacijom tri lijeka, koja uključuje antagonist NK₁ receptora, antagonist 5-HT₃ receptora i deksametazon. Za bolesnike na kemoradioterapiji antiemetka terapija određuje se prema najemetogenijem kemoterapeutiku, osim ukoliko radioterapija nema veći antiemetogeni rizik.



Američko društvo za kliničku onkologiju (ASCO) prvi je put izdalо ciljane preporuke za uporabu antiemetiske terapije uz kemoterapiju 1999. godine, uz ažuriranje 2006. i 2011. godine. Godine 2015. je, paralelno s implementacijom novog antiemetika, antagonista NK₁ receptora, netupitanta, formiran odbor za ažuriranje preporuka za uporabu antiemetika. U ovom izvještaju Paula J. Hesketha i suradnika osvrt je na uporabu peroralne kombinacije netupitanta i palonosetrona (antagonista 5-HT₃ receptora), koju je odobrila FDA u listopadu 2014. za pre-

a prema potrebi se doze povisuju prema tjelesnoj masi. U bolesnika podvrgnutih visokoemetogenoj radijacijskoj terapiji, potrebno je primijeniti antagonist 5-HT₃, prije svake frakcije zračenja, kao i petodnevnu uporabu deksametazona. U slučaju umjereno emetogene radioterapije također se preporučuje antagonist 5-HT₃, prije svake frakcije zračenja, dok je petodnevna kura deksametazona ovdje opcionalna. Za bolesnike koji primaju kemoradioterapiju, antiemetska terapija određuje se prema najemetogenijem od kemoterapeutika koji se primjenjuju, osim ako radioterapija nema veći emetogeni rizik od apliciranog kemoterapijskog protokola. Kao što je već napomenuto, ostali dio ASCO preporuka, koji se ne odnosi na implementaciju netupitanta i NEPA kombinacije, ostao je nepromijenjen u odnosu na smjernice iz 2011. godine i kao takav će biti podvrgnut slijedećem sustavnom ažuriranju.

(JCO . 2016;34(4):381-386.)

Ana Tečić Vugr, dr. med.
specijalizant internističke onkologije

APOTOZA – ZA I PROTIV, TE KAKO OKOLNO TKIVO UTJEĆE NA PONAŠANJE TUMORSKIH STANICA

Poruka članka: Prema najnovijim istraživanjima, tumorske stanice ubijaju stanice tkiva u kojem rastu kako bi osigurale dovoljno mesta za svoje širenje. Iako su ovi rezultati dobiveni na eksperimentalnom modelu vinske mušice, čini se da se radi o evolucijski konzerviranom mehanizmu koji vrijedi i za sisavce. Posebno je zanimljivo da lijekovi koji prijeće apoptozu, prema ovim istraživanjima, jače zaustavljaju rast tumora nego do sada korišteni kemoterapeutici s upravo suprotnim djelovanjem.

Iako nas u životu uče kako se nikada ne bismo trebali uspoređivati s drugima, izgleda da je ovaj način ponašanja evolucijski konzerviran i prisutan čak na razini pojedinačnih stanica. Naime, već se niz go-

dina zna da se stanice stalno uspoređuju sa susjednim stanicama te se njima prilagođavaju. K tome, stanice koje posjeduju obje zdrave kopije alela za neke funkcionalno važne proteine, poput onih uključenih u formiranje ribosoma – tvornica proteina, mogu eliminirati stanice koje su heterozigotne za taj isti gen, odnosno nose samo jednu zdravu kopiju gena za ribosomske proteine. Kažemo da stanice s većom sposobnošću preživljavanja „ubijaju“ slabije. Ova stanična kompeticija prvotno je otkrivena u vinskim mušicama kao mehanizam kojim se tijelo rješava nekompetentnih stanica te time osigurava svoju maksimalnu učinkovitost. Danas se zna da se istovrstan proces odvija i u sisavaca. Međutim, kao što stanice s oba zdrava alela, tzv. stanice divljeg tipa, mogu uništiti one koje su genetski slabije opremljene, tako i ove stanice mogu biti eliminirane putem posebne skupine stanica u kojima su se razvile onkogene mutacije, čime su te stanice postale genetski privilegirane. Stoga je predložena hipoteza kako se upravo sličan proces odvija u tumorskim stanicama koje su, akvirirajući za sebe pozitivne onkomutacije, postale kompetički nadmoćne nad zdravim stanicama.

Pokušaj da ovu hipotezu dokaže provela je dr. Saskia Suijkerbuijk s Instituta za istraživanje raka u Cambridgeu, u suradnji s kolegama iz Hubrech instituta u Utrechtu. Oni su krenuli od sve prihvatljivije činjenice da rast tumora ne ovisi samo o njegovoj vlastitoj sposobnosti proliferacije već i o signalima koji dolaze od pripadajućeg okolnog tkiva kao i ostalih faktora okoline. Za svoje istraživanje su odabrali animalni model vinske mušice, odnosno njezinog probavnog sustava, čije stanice zapanjujuće podsjećaju na one u crijevima sisavaca. Koristeći stanice intestinalnog adenoma, u kojemu su inaktivirali obje kopije tumor suppressor gena za obiteljsku adenomatoznu polipozu kolona (od engl. Adenomatosis polyposis colon, APC), otkrili su da te stanice eliminiraju okolne zdrave stotine tkiva crijeva dovodeći do nestajanja zdravog tkiva iz kojega se tumor razvio. Dodavanje inhibitora apoptoze sprječa-

va ovaj kompetitivni učinak tumorskih stanica, omogućava ponovnu uspostavu rasta stanica zdravog tkiva i usporava rast tumora. Signalni putovi koji, po njima, imaju značajnu ulogu kako u rastu tumora tako i u staničnoj kompeticiji, signalni su putovi Hippo i Janus kinaze.

Autori misle da su konačno nakon deset godina raspravljanja o mogućoj ulozi stanične kompeticije u rastu tumora došli do prvih rezultata koji mogu potkrijepiti njihovu teoriju. Dokazali su da se zaista radi o mehanizmu koji može potaknuti rast tumora. Posebno je zanimljiva opservacija kako rast stanice koja je nakupila niz mutacija nije potpuno nekontroliran već je pod utjecajem okolnih stanica tkiva u kojemu se ta stanica razvila. Ovo bi možda barem djelomično moglo objasniti pojmom stanične uspavanosti (od engl. dormant cells) koja govori da se neće svaka mikrometastaza automatski početi razvijati u sekundarni tumor. U tom svjetlu korisno je promatrati pojavu koja se odvija tijekom embrionalnoga razvoja vinske mušice, tijekom kojeg stanice divljeg tipa s oba zdrava gena jednostavno eliminiraju one sa samo jednom zdravom kopijom. Tek mutacijom drugog, zdravog alela, što je poznato kao Knudsonova hipoteza dva hica, takva stanica prestaje reagirati na eliminacijske signale zdravih stanica. Nedavno je dokazano kako onkogene mutacije gena K-Ras mogu omogućiti stanicama kolona širenje na račun zdravog tkiva.

Rezultati ovoga rada, prema kojima sprječavanje apoptoze inhibira supermoć tumorskog tkiva i omogućava zdravom tkivu da zaustavi njegov proliferacijski kapacitet, mogli bi osigurati novu strategiju u prevenciji ili prolongiranju letalnih efekata nekih tumora. Stoga bi inhibitori apoptoze mogli biti novi neiskorišteni arsenal lijekova u borbi protiv raka, što predstavlja trenutno vrlo radikalnu izjavu, budući da većina antitumorskih lijekova koja se danas koristi temelji svoju učinkovitost upravo na indukciju apoptoze.

(Current Biology, 2016; DOI: 10.1016/j.

cub.2015.12.043)

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

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

UČINAK 'SLEEVE' GASTREKTOMIJE KOD PRETILOSTI SMANJUJE SE NAKON PET GODINA

Poruka članka: 'Sleeve' gastrektomija smanjuje komorbiditete vezane za pretilost (bolji su rezultati kod kraćeg trajanja dijabetesa te nižih vrijednosti povišenog BMI-a), s time da se učinak nakon pet godina smanjuje, a razina lipida se uglavnom ne mijenja značajno tijekom cijelog razdoblja.

Učinak gubitka težine i remisije dijabetesa postignute laparoskopskom 'sleeve' gastrektomijom (LSG) počinju se smanjivati nakon pet godina, pokazuje kohortna studija. Popularnost 'Sleeve' gastrektomija, kao barijatrijske metode, raste ali su podaci o dugoročnom učinku na komorbiditete vezane za pretilost rijetki i većina je rezultata do sada ograničena na ishode tijekom dvije godine, objašnjavaju **Golomb** i sur. (Rabin Medical Center, Beilinson Hospital, Petah Tiqva, Izrael). U svojoj retrospektivnoj studiji od 443 pacijenta koja su podvrgnuta LSG-u između 2006. i 2013. godine, postotak viška tjelesne težine smanjio se sa 77 % u 241 bolesnika s dostupnim podacima, nakon godine dana, na 56 % među 39 nakon pet godina. Potpuna remisija od 82 pacijenta s dijabetesom tipa 2 prije operacije, definirana kao razina glukoze natašte manje od 10 g/L i HbA_{1c} ispod 6 % - bila je nakon jedne godine 51 %-tina kod 71 s dostupnim podacima, a 20 %-tina kod 10 nakon pet godina. Ukupan kolesterol nije se značajno promijenio, a smanjenje LDL kolesterola bilo je značajno nakon jedne, ali ne nakon pet godina. Kratkoročni učinci LSG-a su dobri, ali je duže praćenje otkrilo povećanje tjelesne težine, smanjenje stope remisije za dijabetes tipa 2 i druge komorbiditete povezane s pretilošću. Ove podatke treba uzeti u obzir u procesu odlučivanja za najprikladniju operaciju kod pretilih pacijenata, zaključuju autori. U popratnom uvodniku, dr. **Anita P Courcoulas** (Department of Surgery, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, SAD) primjećuje da u tom pogledu postoje kritične praznine u znanju koje proizlaze iz

nedostatnog broja komparativnih ispitivanja, nepotpunog dugoročnog praćenja, nedostatka standardiziranih definicija za promjene u zdravstvenom stanju (npr. remisija dijabetes melitusa) i tendencije da se 'utrčava' u odluku u korist kirurškog liječenja. Upitan za komentar, dr. **Philip Schauer** (Director, Bariatric & Metabolic Institute, Cleveland Clinic, Ohio, Cleveland, SAD) rekao je da ovo istraživanje tijekom pet godina pridonosi našem razumijevanju trajnosti LSG-a. Autori pokazuju, kao i druge studije, da se dio tog gubitka težine i poboljšanje komorbiditeta smanjuje tijekom vremena. Kao jedan od prvih kirurga koji su izvodili LSG prije više od desetljeća, on kaže da čak i nakon pet godina još uvijek postoji značajan gubitak težine iako je stopa remisije dijabetesa smanjena s 50 na 20 % te da to je još uvijek značajno i ne može se postići konzervativnim liječenjem. Također je primjetio da LSG funkcionira bolje i s više trajnih rezultata kod bolesnika s kraćim trajanjem šećerne bolesti te kod onih s nižim razinama pretilosti (tj. 22,5-50 kg prekomjerne težine, za razliku od > 50 kg). A ima i neke prednosti pred operacijom želučanog premoštenja: postupak je kraći i s manje kratkoročnih negativnih posljedica. No, rekao je, postoji sve više dokaza, na temelju vlastitih podataka kao i drugih istraživanja s obzirom na dugoročne i važnije ishode, da sve više prilično usklađenih izvješća daje prednost želučanom premoštenju pred LSG-om, barem za dijabetes i bolesnike s višim vrijednostima prekomjerne težine. U svom uvodniku, dr. Courcoulas kaže da će zbog cijene i pitanja isplativosti biti nepraktične velika randomizirana komparativna ispitivanja razlike od kirurških zahvata. Stoga, kaže, podaci o dugoročnim ishodima moraju doći iz izvora kao što su velike elektronske baze podataka, odnosno zaključci dobiveni putem zbirnih analiza podataka kao što su ih Golomb i sur. učinili, i od mnogih drugih nepodudarnih randomiziranih i nerandomiziranih studija barijatrijskih operacija. Autori studije nemaju relevantne finansijske odnose.

(JAMA Surg. 2015;150:1051-7.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.
specijalist opće i abdominalne kirurgije

RANI POZITIVNI UČINCI ENDOVASKULARNE REKONSTRUKCIJE ANEURIZMI ABDOMINALNE AORTE

Endovaskularna rekonstrukcija (EV) kod bolesnika s aneurizmom abdominalne aorte rezultira smanjenjem perioperacijske smrtnosti, ali povećanim rizikom za rupturu tijekom 8-godišnjeg praćenja, rezultati su retrospektivni, podudarne kohortne studije pacijenata Medicare osiguranja. Rezultati su objavili **Schermerhorn** i sur. (Division of Vascular Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Massachusetts, SAD) u časopisu New England Journal of Medicine. Studija neće promijeniti praksu, ali potvrđuje da je EV sigurna i učinkovita, objašnjava **Bruce Perler** (Division of Vascular Surgery and Endovascular Therapy, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, SAD) za Medscape Medical News. Nema sumnje da je EV postala standard zdravstvene skrbi, jer to je ono što pacijenti žele. Stopa reintervencija je stvarna i pacijent je moraju shvatiti i prihvati, a prihvatljivo je niska, objašnjava Perler, koji nije bio uključen u studiju. Među 39 966 podudarnih parova pacijenata bila je perioperacijska smrtnost 1,6 %-tina kod EV-a i 5,2 %-tina kod otvorene rekonstrukcije ($p<0,001$). Stopa preživljenja bila je veća nakon EV-a tijekom prve 3 godine praćenja, ali je za sljedećih 5 godina bila slična između dvije skupine. Ponovna ruptura dogodila se tijekom 8 godina praćenja u 5,4 % bolesnika koji su imali EV i u 1,4 % nakon otvorene rekonstrukcije. Čini se da se ishodi poboljšavaju u novije vrijeme, izvještavaju istraživači. Perioperacijska smrtnost smanjena je za obje skupine tijekom studije, što se odnosi na razdoblje od 2001. do 2008. godine, smanjivši se za 0,8 % kod bolesnika podvrgnutih EV-u ($p=0,001$), odnosno 0,6 % podvrgnutih otvorenoj rekonstrukciji ($p=0,01$). Pacijenti uključeni u studiju bili su Medicare osiguranici (koji čine 83 % svih rekonstrukcija aneurizme abdominalne aorte u SAD-u), koji su bili podvrgnuti jednoj od ove dvije vr-

ste rekonstruktivnog zahvata. Pacijenti su bili isključeni ako su imali rupturu ili disekciju aorte. Rezultati, s obzirom na podudarnost, uzimali su u obzir pretходne abdominalne operacije, kao i demografske varijable, odnosno komorbiditete. Međutim, Perler primjećuje da autori nisu mogli kontrolirati anatomske razlike (bias – pristranost): ponekad su otvorene rekonstrukcije poželjnije za pacijente s 'težom' anatomijom, zbog čega je moguće da ti bolesnici imaju veći rizik postoperativnih komplikacija. Kratko-ročna dobrobit za pacijente s EV-om uključuje niže stope perioperacijskih komplikacija kao što su upala pluća (3,8 % prema 12,9 % kod otvorene rekonstrukcije, $p<0,001$) i kraća dužina boravka u bolnici (3,5 prema 9,8 dana; $p<0,001$). Prednost u preživljenu u prvim godinama nakon zahvata bila je veća u starijih bolesnika. Dugotrajno preživljenu veće je kod pacijenata podvrgnutih EV-u u prvih 7 godina nakon operacije, uglavnom zbog njihovih ranih prednosti u prvim godinama nakon zahvata.

Prisutna je značajna početna prednost EV-a koja ostaje tijekom razdoblja od 7 godina, unatoč činjenici da su pacijenti koji su podvrgnuti otvorenoj rekonstrukciji i preživjeli su 90 dana praćenja imali nešto manji rizik od smrti u sljedećih nekoliko godina.

Jedan je autor izvjestio o primanju potpore bespovratnih sredstava od Medtronic, Gore i Cook te osobnih naknada od Endologix izvan područja ovog rada. Ostali autori nisu objavili odgovarajuće financijske odnose.

(N Engl J Med. 2015;373:328-38.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

specijalist opće i abdominalne kirurgije

SUDJELOVANJE SPECIJALIZANATA U OPERACIJI NE UGROŽAVA PACIJENTA

Poruka članka: Operacije svih nekardiokirurških subspecijalnosti koje uključuju specijalizante imaju slične komplikacije s jednakom stopom komplikacija i nešto nižom smrtnosti od

operacija koje su izvodili samo specijalisti/subspecijalisti.

Sudjelovanje specijalizanata u operaciji ne ugrožava pacijenta, zaključak je nove studije podataka na području SAD-a. Studija, kojom su analizirani rezultati iz svih kirurških specijalnosti, pokazala je da slučajevi koji uključuju specijalizante imaju slične komplikacije s jednakom stopom komplikacija i nešto nižom stopom smrtnosti od operacija koje su izvodili specijalisti/subspecijalisti sami. Rezultati ovog istraživanja zapravo su ohrabrujući u tome da pokazuju da je kirurško uključenje specijalizanata u operativnom zahvatu i postoperativnom praćenju pacijenata zapravo rezultiralo nižim stopama smrti i vrlo malom i statistički neznačajnom povećanju stope kirurških komplikacija, objašnjavaju Jamali i sur. (American University of Beirut Medical Center, Lebanon, Izrael). Prisutnost specijalizanta asistirajući specijalisti/subspecijalisti, za razliku od asistiranja instrumentarke ili tehničara, može doprinijeti sigurnosti i kvaliteti kao kontrolnoj točki, navode autori.

Istraživači su koristili American College of Surgeons bazu podataka od 2008. do 2013. godine i identificirali više od milijun velikih ne-kardiokirurških operacija kod odraslih osoba za koje postoje podaci da je specijalizant bio angažiran. Postupci su bili podijeljeni u četiri kategorije: kirurg koji radi sam, specijalizant asistira kirurgu, specijalizant aktivan u operaciji, i specijalizant djeluje kao operator, a kirurg je na raspolaganju ukoliko je potrebno. Oko 750.000 operacija uključivalo je specijalizante na neki od gore navedenih načina, a velika većina je uključivala specijalizante koji asistiraju kirurgu. Operacije koje su uključivale specijalizante bile su češće složenije i bilo je vjerojatnije da su to hitne operacije. Nakon prilagodbe za složenost operacije, 30-dnevni mortalitet je 7 % niži u slučajevima kada su specijalizanti sudjelovali u operaciji, zaključuju autori u časopisu Journal of American College of Surgeons. Srčane i respiratorne komplikacije bile su nešto češće u skupini s angažmanom specijalizanata. Paradigma treninga, a posebno usavršavanje kirurga, uvijek je bilo pod mikroskopom, izjavio

je dr. Mehul V. Raval (Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, SAD), koji nije sudjelovao u studiji. U vlastitim istraživanjima, dr. Raval teoretičira da specijalizanti otkrivaju 'probleme' ranije i interveniraju prije nego što je to slučaj s kirurzima, što se naziva 'feno-men spašavanja' (engl rescue phenomenon), i mogu objasniti bolje rezultate s postojećim angažmanom specijalizanata. Isti impuls može dovesti do naručivanja više poslijoperacijskih dijagnostičkih pregleda i otkrivanja više subkliničkih srčanih i respiratornih problema, što dovodi do pojave veće stope komplikacija, ali manje smrtnosti, objašnjava dr. Raval. Također smatra da su ova, kao i druga istraživanja, pokazala da je uključenost specijalizanta sigurna. Postoje čak i pacijenti koji stječu ogromnu zadovoljstvo znajući da su pridonijeli obrazovanju i obuci sljedeće generacije kirurga.

(J Am Coll Surg 2016;222:30-40.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

specijalist opće i abdominalne kirurgije

DJeca s alergijom na mlijeko imaju nižu gustoću kostiju

Poruka članka: Djeca s perzistentnom alergijom na kravljie mlijeko imaju nižu mineralnu gustoću kostiju i niži unos kalcija u razdoblju prije puberteta u usporedbi s djecom alergičnom na drugu hranu.

Istraživači s kanadskog sveučilišta *Université de Montreal* proveli su od 2011. do 2014. godine istraživanje u kojem su sudjelovala 52 djeteta prepubertetske dobi s IgE posredovanom alergijom na kravljie mlijeko i 29 djece iste dobi s alergijom na drugu hranu. Istraživanje je provođeno u razdoblju od listopada do travnja kako bi se ograničio utjecaj izlaganja suncu na razinu 25-hidroksi vitamina D. Iz istraživanja su isključena sva djeca s bolestima koje bi mogle utjecati na razvoj kostiju.

Djeca iz obje grupe nisu se razlikovala s obzirom na visinu, ukupnu tjelesnu masu i tjelesnu masu bez masti, no z-vrijednost mineralne gustoće kostiju mjerene

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

na lumbalnoj kralježnici bila je značajno manja u djece s alergijom na kravljie mlijeko. Niska mineralna gustoća kostiju, definirana kao 2 SD ispod prosjeka, otkrivena je u 6 % djece s alergijom na kravljie mlijeko i niti u jednog djeteta s alergijom na drugu hranu.



Istraživači su koristili validirane upitnike za procjenu unosa kalcija i vitamina D te su otkrili kako samo 39 % djece s alergijom na kravljie mlijeko prima količine kalcija koje zadovoljavaju preporuke o dnevnom unosu od 1000 mg, dok je 21 % djece iz ove skupine imalo unos kalcija za dvije trećine manji od preporučenog dnevnog unosa. Nijedno dijete s alergijom na drugu hranu nije prehranom dobivalo manje od dvije trećine preporučenog dnevnog unosa, a 74 % je ispunilo preporuke za dnevni unos.

Većina djece u obje grupe konzumirala je značajno manje vitamina D od preporučenog dnevnog unosa: samo 11,5 % u skupini djece s alergijom na kravljie mlijeko i 7,4 % u skupini djece s alergijama na drugu hranu.

Manje no polovina djece s alergijom na kravljie mlijeko primala je nadomjeske prehrani koji su sadržavali kalcij (37 %) ili vitamin D (44 %). No, većina djece (83 %) koja je primala nadomjeske bila je u tome vrlo suradljiva, tako da su ih u prosjeku primali 5,5 dana u tjednu.

U skupini djece s alergijom na kravljie mlijeko nije uočena povezanost između uzimanja kalcija i vitamina D s nekim od koštanih parametara; ipak, opažena je neočekivana negativna povezanost između unosa vitamina D i mineralne gustoće kosti mjerene na lumbalnoj kralježnici ($r=-0,284$; $p=0,02$). Nasuprot tome, mineralna gustoća kosti mijere-

na na lumbalnoj kralježnici ($r=0,526$; $p=0,005$), i volumetrijski mjerena mineralna gustoća kosti ($r=0,444$; $p=0,02$) bile su pozitivno povezane s uzimanjem kalcija u djece s alergijom na drugu hranu.

Autori ovog istraživanja zaključili su kako su pokazali da djeca predpubertetske dobi s perzistentnom alergijom na kravljie mlijeko usprkos normalnom rastu imaju niže z-vrijednosti mineralne gustoće kostiju, što može biti posljedica smanjenog unosa kalcija.

(Pediatrics. 2016, DOI: 10.1542/peds.2015-1742)

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

UČINKOVITOST VONOPRAZANA U KOMPARACIJI S E SOMEPRAZOLOM

Poruka članka: Vonoprazan primijenjen u dvije dnevne doze se pokazao kao najmoćniji supresor lučenja kiseline tijekom 24 sata, te je bio statistički značajno bolji od drugih terapijskih protokola bez obzira na CYP2C19 genotip.

Učinkovitost inhibicije sekrecije želučane kiseline inhibitorom protonskie crpke u ovisnosti je o CYP2C19 genotipu. Kolega Kagami T. iz Japana (Hamamatsu University School of Medicine) proveo je istraživanje sa ciljem ispitivanja inhibitornog učinka vonoprazana i esomeprazola u ovisnosti sa CYP2C19 genotipom. U istraživanje je uključeno $n= 28$ zdravih dobrovoljaca iz Japana [7 CYP2C19 spori metabolizatori, 11 srednje brzi metabolizatori i 10 brzi metabolizatori] koji su liječeni s 4 različita terapijska protokola:

(i) vonoprazan 20 mg dva puta dnevno, (ii) vonoprazan 20 mg dnevno, (iii) esomeprazol 20 mg dva puta dnevno i (iv) esomeprazol 20 mg dnevno. Vrijeme primjene svakog lijeka bilo je sat vremena prije jela. Intragastrično 24-satno PH mjerjenje je izvođeno 7. dana svakog od terapijskog protokola. Omjer vremena održavanja pH ≥ 4 s vonoprazanom 2 puta dnevno bio je 100%, s jednom

dozom vonoprazana 95 %, s dvije doze esomeprazola 91%, a sa jednom dozom esomeprazola 68 %. Rezultati u istim skupinama ispitani glede održavanja pH ≥ 5 su bili 99 %, 91 %, 84 % i 54 %. Vonoprazan primijenjen u dvije dnevne doze se pokazao kao najmoćniji supresor lučenja kiseline tijekom 24 sata, te je bio statistički značajno superioran drugim terapijskim protokolima bez obzira na CYP2C19 genotip. Vonoprazan u jednoj dnevnoj dozi bio je jednak učinkovit kao esomeprazol u dvije doze kod srednje brzih i sporih metabolizatora, ali superioran kod brzih metabolizatora. Razlike glede CYP2C19 genotipa su uočene kod jednodnevne doze esomeprazola, ali ne i kod vonoprazana bilo u jednoj ili dvije dnevne doze.

Autori studije zaključuju kako je vonoprazan primijenjen u dvije doze do 20 mg potentniji inhibitor želučane sekrecije (neovisno o CYP2C19 genotipu) od esomeprazola primijenjenog u dvije dnevne doze od 20 mg, koristeći intragastrično PH mjerjenje.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016 Mar 18. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

TEŠKA ABRUPCIJA POSTELJICE: KLINIČKA DEFINICIJA I POVEZANOST S MATERNALNIM KOMPLIKACIJAMA

Poruka članka: Definicija teške abrupcije posteljice temeljena na predloženim nepovoljnim maternalnim, fetalnim i neonatalnim ishodima klinički je značajna.

Klinički značajna klasifikacija abrupcije posteljice trebala bi obuhvatiti ne samo maternalne komplikacije, već i nepovoljne fetalne i neonatalne ishode, koji uključuju intrauterini zastoj u rastu i prijeveni porođaj, navode Cande V. Ananth i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, NY, SAD.

Oni su proveli retrospektivnu kohortnu analizu na 27 796 465 jednoplodnih porođaja u SAD-u u sedmogodišnjem razdoblju (2006.-2012.). Cilj istraživanja bio je definirati tešku abrupciju posteljice i usporediti profile ozbiljnog maternalnog morbiditeta u takvim slučajevima sa svim ostalim slučajevima abrupcije, te slučajevima bez abrupcije posteljice.

Teška abrupcija posteljice bila je definirana kao abrupcija udružena barem s jednim od sljedećih zbivanja: maternalni (diseminirana intravaskularna koagulacija, hipo-volemički šok, transfuzija krvi, histerek-tomija, zatajenje bubrega, bolnička smrt), fetalni (znaci fetalne patnje, intrauterini zastoj u rastu, fetalna smrt) ili neonatalni (neonatalna smrt, prijevremeni porođaj, hipotrofično novorođenče). Slučajevi abrupcije posteljice koji nisu ocijenjeni kao teška abrupcija bili su kategorizirani kao slučajevi blage abrupcije. Profil ozbiljnog maternalnog morbiditeta uključivao je: emboliju plodovom vodom, plućni edem, akutno zatajenje srca ili pluća, akutni infarkt miokarda, kardiomiopatiju, cerebro-vaskularne poremećaje u babinju i komu.

Ukupna prevalencija abrupcije posteljice bila je 9.6 slučajeva na 1000 jednoplodnih porođaja, od kojih su 2/3 bili klasificirani kao slučajevi teške abrupcije (6.5 na 1000). Na svakih 10 000 slučajeva bez abrupcije je posteljice zabilježeno je 15.4, na 10 000 s blagom abrupcijom 33.3, a na 10 000 s teškom abrupcijom 141.7 ozbiljnih maternalnih komplikacija. U usporedbi sa slučajevima bez abrupcije, omjer stopa ozbiljnih maternalnih komplikacija bio je redom 1.52 (95 % CI , 1.35-1.72) i 4.29 (95 % CI, 4.11-4.47) kod slučajeva s blagom i teškom abrupcijom posteljice. Štoviše, omjer stopa ozbiljnih maternalnih komplikacija kod teške abrupcije, u usporedbi s blagom abrupcijom, bio je 3.47 (95 % CI, 3.05-3.95).

U zaključku autori ističu da je definicija teške abrupcije posteljice temeljena na predloženim specifičnim kriterijima klinički značajna.

(Am J Obstet Gynecol. 2016 Feb; 214(2):272.e1-9.)

Matija Prka, dr. med. specijalist ginekologije i opstetricije

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.

Karabuva S¹, Vrkić I¹, Brzić I², Ivić I^{1,3}, Lukšić B^{1,3}. Venomous snakebites in children in southern Croatia. *Toxicon*. 2016;112:8-15.

¹Clinical Department of Infectious Diseases, University Hospital Centre Split, Split, Croatia; ²Department of Pharmacology, Mostar University School of Medicine, Mostar, Bosnia and Herzegovina; ³University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Starčević M¹, Predojević M², Butorac D³, Tumbri J¹, Konjevoda P⁴, Kadić AS⁵. Early functional and morphological brain disturbances in late-onset intrauterine growth restriction. *Early Hum Dev*. 2016;93:33-8.

¹Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Clinical Hospital Center "Sestre milosrdnice", Medical School, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ²Department of Obstetrics and Gynecology, Clinical Hospital "Sveti Duh", Medical School, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ³Department of Obstetrics and Gynecology, Clinical Hospital Center "Sestre milosrdnice", Medical School, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁴Nuclear Magnetic Resonance Center, Ruder Bošković Institute, Zagreb, Croatia; ⁵Department of Physiology, Medical School, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Pustišek N¹, Vurnek Živković M², Šitum M³. Quality of life in families with children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2016;33(1):28-32.

¹Children's Hospital Zagreb, Medical School, Zagreb, Croatia; ²Centre for Croatian Studies, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ³University Hospital Centre Sestre Milosrdnice, Zagreb, Croatia.

Kokot A¹, Zlatar M², Stupnisek M³, Drmic D², Radic R¹, Vcev A², Seiwerth S⁴, Sikiric P⁵. NO system dependence of atropine-induced mydriasis and L-NAME- and L-arginine-induced miosis: Reversal by the pentadcapeptide BPC 157 in rats and guinea pigs. *Eur J Pharmacol*. 2016;771:211-9.

¹Department of Anatomy and Neuroscience, Faculty of Medicine, J.J. Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia; ²Department of Pharmacology, School of Medicine, University

of Zagreb, Zagreb, Croatia; ³Department of Pharmacology, Faculty of Medicine, J.J. Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia;

⁴Department of Pathology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia;

⁵Department of Pharmacology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

De Backer G, De Bacquer D, Rydén L, Kotseva K, Gaita D, Georgiev B, Gotcheva N, Mancas S, Miličić D*, Pajak A, Reiner Ž*, Wood D; EUROASPIRE investigators. Lifestyle and risk factor management in people at high cardiovascular risk from Bulgaria, Croatia, Poland, Romania and the United Kingdom who participated in both the EUROASPIRE III and IV primary care surveys. *Eur J Prev Cardiol*. 2016 Apr 15. pii: 2047487316645474. [Epub ahead of print]

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

Reiner Ž*, De Backer G, Fras Z, Kotseva K, Tokgözoglu L, Wood D, De Bacquer D; EUROASPIRE Investigators. Lipid lowering drug therapy in patients with coronary heart disease from 24 European countries - Findings from the EUROASPIRE IV survey. *Atherosclerosis*. 2016 Mar;246:243-50.

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

Pećin I, Reiner Ž. Alirocumab: targeting PCSK9 to treat hypercholesterolemia. *Drugs Today*. 2015 Dec;51(12):681-7.

University Hospital Center Zagreb and School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

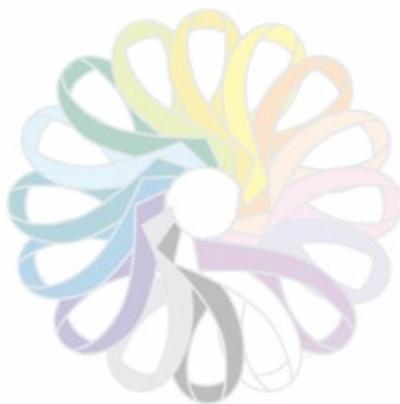
Duvnjak L, Blaslov K. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors improve arterial stiffness, blood pressure, lipid profile and inflammation parameters in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetol Metab Syndr*. 2016;8:26.

Vuk Vrhovac Clinic for Diabetes, Endocrinology and Metabolic diseases, Merkur University hospital, Zagreb, Croatia; School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Imamo li objektivnog razloga biti nježniji u toj borbi bez kompromisa?

Kvaliteta života onkološkog bolesnika

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



Maligna bolest značajno utječe na kvalitetu bolesnikova života. Kroz sustav strukturiranih upitnika taj se utjecaj može i objektivno mjeriti. Svijest o važnosti kvalitete života među onkološkim bolesnicima sve je veća, a cijeli proces onkološkog liječenja i skrbi tako dobiva dodatnu dimenziju

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 pošasti 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 pomoći i podršku, sve do zdravstvenih, pravnih i finansijskih državnih instanca. Kako bismo podsjetili na ozbiljnost borbe protiv zločudnih bolesti, kao i niza važnih elemenata u procesu liječenja onkoloških bolesnika, Liječničke novine od ove godine sadržavaju i novu rubriku „Zajedno u borbi protiv raka“.

U ovom smo broju željeli, kroz podsjećanje na važnost kvalitete života u onkološkog bolesnika, potaknuti na razmišljanje o tome koliko se organizirano borimo protiv zločudne bolesti. Je li naša borba temeljito promišljena na način da se „napada“ planirano, a „povlači“ još više planski? Je li naš bolesnik zaštićen, kako od svoje bolesti, tako i od samog liječenja koje mu pružamo? Jesmo li agresivni u usmjerenu nastojanju da se suzbije buktinja aktivne maligne bolesti i sjetimo li se pritom osluhnuti fine varijacije u ukupnoj kvaliteti života našeg bolesnika, koje sugeriraju potrebu za promjenom u pristupu?

Kako u općoj populaciji, tako je pitanje čimbenika kvalitete života vrlo važno i među oboljelima. Osobito se to prepoznaće među kroničnim i onkološkim bolesnicima. Postoji više definicija koncepta kvalitete života i načina kojima se ona procjenjuje. Kvaliteta života je, između ostalog, i sveukupno blagostanje, na koje utječu objektivni pokazatelji, subjektivna percepcija, vrednovanje tjelesnog, emocionalnog, socijalnog i materijalnog blagostanja te osobnog razvoja i svrhovite aktivnosti. Četiri su osnovne dimenzije kvalitete života: tjelesna, poslovna, emocionalna i socijalna dobrobit. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, kvaliteta života interpretira se u kontekstu kulture u kojoj osoba živi i u povezanosti

s osobnim ciljevima i očekivanjima. Ona je pod utjecajem tjelesnog i psihološkog zdravlja, stupnja samostalnosti i povezanosti s okolinom i drugim ljudima. Medicinski pristup naglašava utjecaj zdravlja i bolesti na kvalitetu života.

Uži pojam od opće kvalitete života je kvaliteta života temeljena na zdravlju (*Health Related Quality of Life, HRQoL*). Ona se smatra stanjem dobrobiti, koje čine sposobnost obavljanja aktivnosti svakodnevног života i bolesnikovo zadovoljstvo stupnjem funkciranja i kontrole bolesti. Uz četiri osnovne dimenzije kvalitete života, onu temeljenu na zdravlju čine i elementi poput postojanja simptoma i nuspojava medicinskih tretmana kojima je bolesnik podvrgnut. Potom su to

i zadovoljstvo provedenim tretmanom, emocionalni distres, duhovnost, osobno finansijsko stanje, organizacija i provođenje slobodnog vremena te obiteljski život, uključujući intimnost i seksualnost. U onkologiji se kvaliteta života temeljena na zdravlju osvrće na subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata bolesti na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije te učestalost simptoma i nuspojava tretmana. Uključivanje pojma i ideje na zdravlju temeljene kvaliteti života u onkologiju nije bilo jednostavno. Prepreke su postojale i od strane medicinskog osoblja, ali i po samoj prirodi stvari, kako razumjeti subjektivnu prirodu rezultata analize HRQoL. S vremenom, s procvatom psihosocijalne onkologije, postao je i HRQoL važnim dijelom onkološke skrbi. Danas uobičajeno služi kao pokazatelj uspješnosti provedenih medicinskih tretmana.

EORTC upitnik

Europska organizacija za istraživanje i liječenje raka (EORTC) učinila je osamdesetih godina prošlog stoljeća u tom pitanju revoluciju. Osmišljen je i realiziran program razvoja integriranog, modularnog pristupa evaluaciji kvalitete života onkoloških bolesnika. Formirani su upitnici koji procjenjuju ispitnikovo tjelesno, psihološko, kognitivno i socijalno stanje te postojanje simptoma bolesti. Razvijeni su upitnici za različite vrste malignih bolesti, s osnovnim temeljnim upitnikom, koji se onda može koristiti samostalno ili u kombinaciji s nekim od modula prema vrsti tumora. Sustavni pregledi literature o temi kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji pokazali su da je taj temeljni EORTC upitnik, tzv. *Core Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30), najčešće korišteni instrument u takvim istraživanjima. On se sastoji od pet funkcionalnih ljestvica koje ispituju prethodno navedene elemente (tjelesno, psihološko, kognitivno, socijalno i poslovno funkcioniranje), kao i individualnih čestica koje ispituju najčešće simptome bolesti, opću kvalitetu života/zdravstveni status i finansijsko stanje. U gotovo dvadesetogodišnjoj validaciji provedena su brojna istraživanja i dobivenе referentne vrijednosti temeljene na općoj populaciji, što je omogućilo da se nastavi s istraživanjima na ciljanoj populaciji onkoloških pacijenata te da se njihovi rezultati vrednuju u odnosu na referentne.



Provedena istraživanja iznjedrila su niz važnih informacija, koje su u svakoj sljedećoj analizi olakšavale interpretaciju. Tako se danas zna da su žene općenito, u mnogim istraživanjima kvaliteti života temeljene na zdravlju, imale sveukupno lošiji funkcionalni status (lošije funkcioniranje u svih pet kategorija). Broj simptoma raznih bolesti u žena povećava se s dobi. U oba se spola opća kvaliteta života smanjuje s dobi. Usporednim studijama kvalitete života onkoloških bolesnika i opće populacije dobivene su vrijedne informacije o potencijalnom utjecaju maligne bolesti na kvalitetu života temeljenu na zdravlju. Tako bolesnici s malignom bolešću imaju značajno lošiju opću kvalitetu života, lošije funkcioniranje u svih pet kategorija. Žene s malignom bolešću imaju značajno lošije socijalno funkcioniranje i veći broj simptoma od žena bez bolesti, a muškarci s malignom bolešću imaju značajno lošije tjelesno, poslovno i socijalno funkcioniranje te lošiju opću kvalitetu života i više simptoma od muškaraca bez bolesti. Također, i među bolesnicima s različitim vrstama malignih bolesti postoje razlike u pojedinim elementima. Tako su npr. bolesnice s rakom dojke pokazale značajno lošije socijalno funkcioniranje i sveukupnu kvalitetu života od bolesnika s rakom debelog crijeva i izdvojile se kao posebno vulnerable skupina među onkološkim bolesnicima. Rezultati idu i u obrnutom smjeru. Pa tako, bolesnici s ozbiljno narušenom kvalitetom života, kao posljedicom utjecaja maligne bolesti na svaki od pojedinih elemenata i kategorija koje su sustavno

analizirane, puno ranije prestaju s aktivnim onkološkim liječenjem i puno brže podliježu svojoj bolesti. Taj začarani krug nastavlja se onim tempom koji mu je omogućen. Uspije li se dobrom intervencijom pozitivno utjecati na bilo koji od čimbenika kvalitete života, to osigurava dodatan prostor za aktivno liječenje i suzbijanje bolesti, barem privremeno zaustavlja ili usporava *circulus vitiosus* i okreće oštricu u drugom smjeru.

Dodata dimenzija

Dakle, maligna bolest značajno utječe na kvalitetu bolesnikova života. Kroz sustav strukturiranih upitnika taj se utjecaj može i objektivno mjeriti. Sviest o važnosti kvalitete života među onkološkim bolesnicima sve je veća. Cijeli proces onkološkog liječenja i skrbi tako dobiva dodatnu dimenziju. Budući da su rezultati pokazali značajnu interakciju između kvalitete života i maligne bolesti, ta dimenzija nije samo plemenita i moralna, nego i *lege artis*. Na taj se način, vodeći brigu o očuvanju kvalitete bolesnikova života tijekom njegove bolesti i mukotrpnog procesa onkološkog liječenja, osiguravaju najzad i sveukupno bolji ishodi liječenja, a što je cilj svakog pristupa liječenju onkološke bolesti.

Temeljem svega toga, nemamo se razloga ne nadati da će uskoro sustavno vrednovanje kvalitete života, kroz strukturirane i vrlo dostupne instrumente, kao i kontinuiran rad na njezinu poboljšanju, postati rutinskim dijelom svakog procesa liječenja i skrbi za maligno oboljelog, a ne samo karakteristika rada nekolicine onko-entuzijasta.

Osteogenesis imperfecta

Prof. dr. sc. DARKO ANTIČEVIĆ, darko.anticevic@gmail.com



**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 operacijski liječeno 20 bolesnika, a dijagnosticirano je više od 60. Iako OI bolesnika ima vjerojatno i više, ali s blažim oblicima bolesti. Svrha ortopedskog pristupa je očuvanje pokretljivosti i održanje funkcije lokomotornog sustava

Što je osteogenesis imperfecta?

Osteogenesis imperfecta (OI) je rijetka genetska bolest vezivnog tkiva, koja se klinički očituje prijelomima kostiju, deformitetima kostura, skoliozom i osteoporozom. Patološki prijelomi su vodeći znak bolesti. U 85 % bolesnika postoje mutacije na COL1A1 or COL1A2 genima koji su odgovorni za smanjenu kvalitetu i kvantitetu kolagena. Danas se zna da su nekolagenske mutacije odgovorne za nastanak OI u 15 % bolesnika. Povećana lomljivost kosti, kao i brojni deformiteti, nastaju kao posljedica nesposobnosti osteoblasta da sintetiziraju dovoljno kvalitetnoga koštanog matriksa. Klinički oblici OI variraju od letalnih pri rođenju, do onih blagih, koji fenotipski nalikuju na postmenopauznu osteoporozu. Posljednjih godina se znatno povećalo zanimanje za istraživanje OI. Primjerice, s danom 22. travnja 2016. u PubMed tražilici je osteogenesis imperfecta imala 4876 referenci. Nedavno je tiskana knjiga od preko 550 stranica usmjerena na translacijski pristup proučavanju OI.

Klinička slika

OI se pojavljuje s učestalošću od 1/15.000 do 1/25.000 novorođenčadi. Glavna su osobina bolesti lako (trivijalna trauma) lomljive kosti i osteoporotične kosti. Budući da su zahvaćena i nemineralizirana tkiva u kojima je glavna bjelančevina matriksa kolagen tipa I, promjene se očitaju i na koži, tetivama, bjeloočnicama, zubima i krvnim žilama. Tako se javljaju raznoliki simptomi kao što su plavkasta obojenost bjeloočnica, gluhoća, poremećaj u razvoju zuba, pojačana pokretljivost u zglobovima i elasticitet kože, sklonost hernijama, krhkost kapilara, aneurizme, mlohost srčanih zalistaka i drugo. OI je multisistemski i cijeloživotna bolest koja u slučaju oboljelog djeteta bitno utječe na aktivnost i cijele obitelji.

Postavljanje dijagnoze

Genetičko informiranje je neizostavan dio skrbi u OI. Dosad je poznato šest nasljednih oblika OI, a ima bar desetak sličnih rijetkih nasljednih bolesti koje treba razlučiti od OI.

Tijekom genetičkog informiranja postavlja se preciznija dijagnoza s obzirom na tip OI te se na temelju kliničkih nalaza daje prognoza o vjerojatnom tijeku bolesti, broju lomova, deformacijama, rastu i zahvaćenosti drugih organa i sustava. Potom se razmatra rizik ponovljene pojave bolesti kod pojedinih članova obitelji te mogućnosti prevencije. Prenatalna dijagnoza zahtjeva kompleksan pristup tima stručnjaka, no moguća je, a cilj joj je da se kod blagih oblika bolesti roditelji odgovarajuće pripreme na rođenje djeteta (porod u tercijarnom centru, carskim rezom itd.), a kod teških oblika roditelji imaju mogućnost odluke o prekidu trudnoće iz medicinskih razloga.

Ortopedsko liječenje

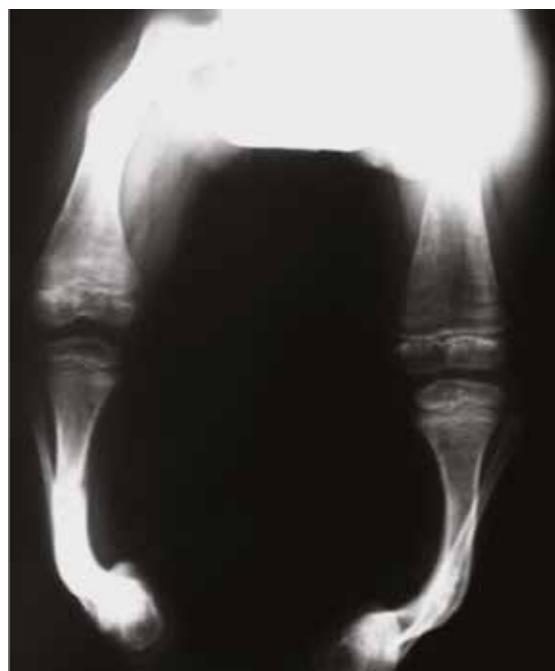
Temeljni je cilj ortopedskog liječenja poboljšanje funkcije pokretljivosti (mobilnosti) i izgleda sustava za kretanje. Taj naizgled jednostavni cilj nije moguće uvijek jednostavno ostvariti. Zbog raznolikosti problema na lokomotornom sustavu i različite životne dobi bolesnika s OI, treba primjenjivati individualizirani pristup ortopedskom liječenju. Ono se provodi postupcima koji se mogu svrstati u nekoliko skupina djelovanja:

- liječenje svježeg (akutnog) prijeloma kosti
- ispravljanje zaostale deformacije kosti
- prevencija prijeloma kosti
- očuvanje razvijenosti i snage mišića
- liječenje deformacije kralježnice
- održavanje ukupne pokretljivosti i samostalnosti bolesnika.



Fotografije deformiranih donjih ekstremiteta prije operacije.

Ortopedsko djelovanje u liječenju može biti uspješno ako je usmjereno na dva cilja. Prvi je prevencija nastanka prijeloma kosti i deformacija kralježnice, a drugi je liječenje deformacija dugih kostiju i deformacija kralježnice. Svrha ortopedskog pristupa je očuvanje pokretljivosti i održanje funkcije lokomotornog sustava. Ortopedsko liječenje treba prilagoditi svakom bolesniku posebice, s pozornošću na specifične detalje. Suvremeno ortopedsko liječenje je usmjereno na intramedularnu fiksaciju teleskopskim čavom koji je tako oblikovan da može rasti zajedno s dugom kosti, a bez potrebe atrotomije koljena ili gležnja. Modernu generaciju teleskopskih čavala oblikovali su kanadski autori (F. Fassier i Duval), a primjenjuje se od 2004. godine u Klinici za ortopediju Medicinskog fakulteta u Zagrebu i KBC-a Zagreb na Šalati, a u novije vrijeme i u Klinici za dječje bolesti (Zavod za dječju ortopediju) Klaićeva 16. Postoje intramedularni čavli po Fassier-Duvalu za femur, tibiju i humerus.



Rtg slike donjih ekstremiteta prije operacije i rtg poslije operacije ugradnje teleskopskih intramedularnih čavli po Fassier-Duvalu u obje natkoljenice i obje potkoljenice.

Povijesno gledano, na 10 operacija na donjim udovima došla bi jedna operacija na gornjim udovima. Posljednjih se godina taj odnos mijenja pa su sve češće i uspješnije operacije na nadlaktici i podlaktici sa svrhom poboljšanja funkcije.

Farmakoterapija

Izliječiti OI zasad nije moguće, ali sva dostupna dobra iskustva o prevenciji i terapiji osteoporoze kod odraslih treba primjenjivati i kod djece obolele od OI, jer im to može olakšati i poboljšati život. Potrebno je napomenuti da je u odraslih osoba s OI povećan rizik nastanka osteoporoze.

U zadnjih 15-ak godina se i djeca sve češća liječe bisfosfonatima. Intravenozna primjena bisfotonata u težim oblicima OI (tip III i tip IV) pod nadzorom iskusnih pedijatara pokazala je u više svjetskih centara povoljne učinke. U nekim se svjetskim centrima prije operacijskog liječenja obavezno liječi i bisfotonatima, jer je tada i uspješnost operacije povećana. Noviji rad (2016.) iz Njemačke navodi Denosumab kao novije anti-resorptivno sredstvo, čija primjena

upućuje na poboljšanje kvalitete kosti čak i u djece s OI.

Fizikalna terapija i rehabilitacija

Poremećaj stvaranja kolagena u OI uzrok je lomljivosti kostiju, ali i labavosti zglobovih sveza te posljedično slabosti mišića. Poteškoće tjelesnog razvoja, deformiteti nastali zbog prijeloma i invalidnost mogu biti različito izraženi. Imobilizacija djece s OI, koja se provodi nakon prijeloma ili zbog sprječavanja nastanka prijeloma, dodatno uzrokuje osteoporozu i slabost mišića zbog inaktivnosti te je zbog toga izuzetno važno provoditi fizikalnu terapiju i rehabilitaciju s ciljem poboljšanja općeg stanja, postizanja određene samostalnosti i razvijanja u skladu sa životnom dobi.

Pozitivan ishod mjera fizikalne medicine i rehabilitacije uključuje postizanje funkcionalne snage svih grupa mišića, bez ili s minimalnim deformacijama nogu, poboljšanja općega zdravstvenog stanja te psihofizički razvoj odgovarajući dobi. Ove će mjere biti uspješne uz punu suradnju djeteta ili bolesnika s OI, medicinskog stručnjaka i roditelja.

U zaključku valja istaknuti da je timski i individualizirani način rada temelj uspješnog ishoda liječenja bolesnika s OI.

Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – VI. dio

Prof. dr. ZDENKO KOVAC

Naputak za rješavanje

Rješavanjem ovog Komorinog testa čitač može stići bodove potrebne za licenciranje. Na zasebnom listu je matrica za pisanje rješenja (na stranici 77). 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 elektro-

nički), naslovljeno „Komorin test“. Rješenje ovoga problema treba poslati do 31. srpnja 2016. i radi čitljivosti ga potpisati tiskanim slovima ili faksimilom.

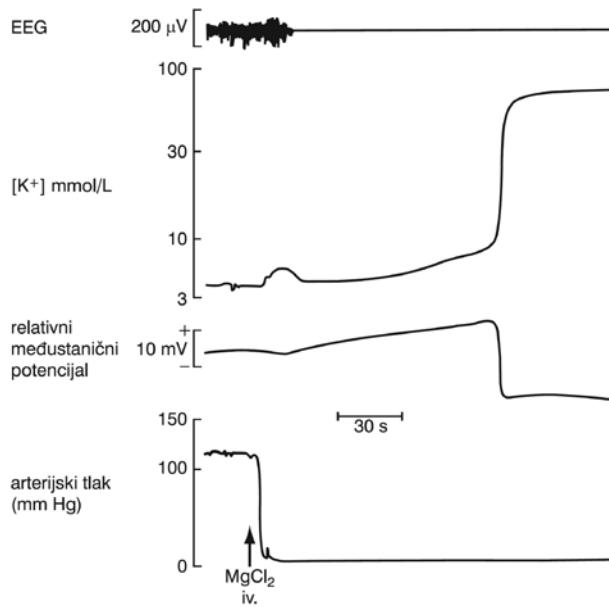
U sklopu tematike poremećaja energijskoga i tvarnoga metabolizma obrađeni su učinci hipoenergoze u induciranoj kardiogenom urušaju i asistoliji u pokušnom modelu na elektrofiziološke pojave. Fiziološko održavanje elektrolitskih gradijenata (za kalij, za natrij, za klor, za kalcij) troši 43-48% ATP-a u stanici, a pri poremećaju proizvodnje energije brzo se očituju poremećajem održavanja njihovih gradijenata te pripadnim organskim i organizmičkim disfunkcijama.

Algoritamska razradba problema¹. Utjecaj hipoenergoze na promet elektrolita i elektrofiziološke pojave u stanicama

Za razradbu problema prostudiraj stranice 155-6, 159-62, 164-7, 173-5, 178, 293-5, te 300-1 u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva, 7. izdanje.** Medicinska naklada, Zagreb, 2011. godine.

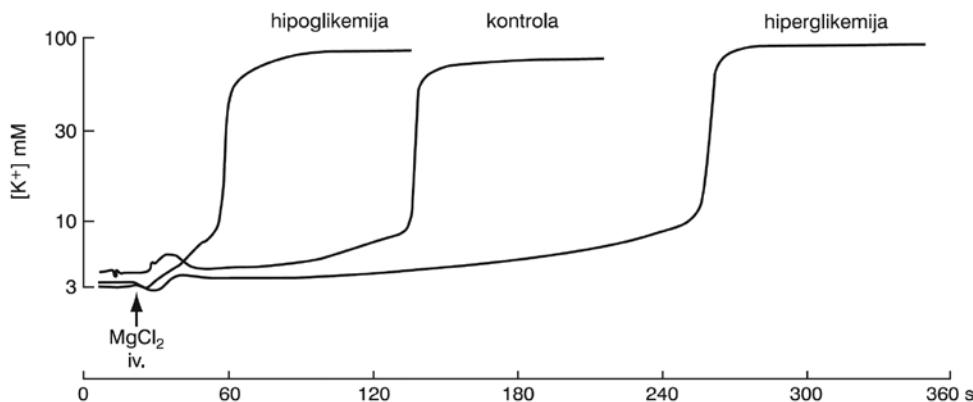
(Zadatak je priređen prema podatcima u radu: Hansen AJ. Effect of anoxia on ion distribution in the brain. Physiol Rev 1985; 65: 101-48.).

Na pokušnom animalnom modelu testirani su učinci hipoenergoze na elektrolitnu ravnotežu, elektrofiziološke pojave na mozgu, te promjene lokalnog acidobazičnoga statusa. Pogodnim mikroelektrodama (promjera manje od 5 mm) u intersticiju mozga štakora tijekom hipoenergoze mjerene su promjene koncentracije elektrolita i pH, a promjene volumena intersticija određivane su dilucijskim metodama. Hipoenergoza u stanicama izazvana je asistolijom (kardiogeni krvočni urušaj uzrokovan kardioplegičnom otopinom $MgCl_2$), odnosno udisanjem 100%-nog dušika umjesto zraka. U tablici 1 navedene su promjene elektrolita, pH i volumena intersticija u uvjetima hipoenergoze. U slici 1 A. prikazane su krivulje promjena po vremenu arterijskoga tlaka, promjene relativnog intersticijskog potencijala, promjene koncentracije kalija, te elektroencefalogram u pokusne životinje u kojoj je inducirana asistolija. U slici 1 B. prikazan je doprinos preegzistentne hipoglikemije odnosno hiperglikemije na otpuštanje kalija u asistoliji.



Slika 1A. Kinetika promjena arterijskoga tlaka, elektroenzefalograma, koncentracije međustaničnoga kalija te međustaničnog potencijala pri kardioplegiji izazvanoj magnezijevim kloridom. Kratice: EEG = elektroenzefalogram, iv. = intravenski

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. 128-32, uz suglasnost izdavača i autora zadatka.



Slika 1B. Utjecaj hipoglikemije i hiperglikemije na brzinu razvoja kalijskog izlaska iz stanice pri zastoju rada srca

Tablica 1. Patofiziološke promjene u intersticiju mozga štakora posljedično eksperimentalnoj ishemiji u trajanju od dvije minute

Pokusni uvjet	K ⁺	Na ⁺	Cl ⁻	Ca ⁺⁺	pH	Volumen međustaničja (%)
Kontrola	3,1	154	129	1,2	7,39	20
Asistolijska ishemija	75	48	72	0,06	6,75	16
Udisanje 100%-tnog dušika	78	48	45	0,13	6,73	NT ^a

^a NT=nije testirano

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

1. Na elektrofiziološkoj razini u ekskstabilnim i drugim tkivima posljedično prestanku protoka krvi susreću se sljedeće pojave:

a) Kao posljedica naglog efluksa kalija iz stanice, približno stotinjak sekundi nakon prestanka rada srca membranski se potencijal hiperpolarizira, čime se smanjuje vjerojatnost spontanoga pobudnog okidanja u sinoatrijskom čvoru.

b) Svega desetak sekundi od početka asistolije traje elektroencefalografska aktivnost mozga, što upućuje na veliku brzinu potrošnje energijskih pričuva u moždanim stanicama.

c) Hiponatrijemija i hipokloremija razvijaju se kao posljedica netto difuzije tih elektrolita u intersticijski prostor i izjednačavanju koncentracija u tjelesnim prostorima.

d) Kao posljedica hiperkalijemije i utoka kalcija i natrija u stanice povećava se membranski potencijal stanica i ima sklonost gašenju, zbog čega brzo prestaju elektrofiziološke pojave u tkivima.

e) Tkivna se acidozna razvija kao posljedica skretanja metabolizma na anaerobni posredovanjem HIF-a (engl. *Hypoxia Inducible Factor*), te se kao posljedica hiperlaktacidemije snizuje pH i unutarstaničnog i izvanstaničnog prostora, a takvo se stanje svrstava u adicijsku acidozu.

2. U pokusnoj životinji u zadatuču pojavljuju se kao posljedica uštrcavanja kardioplegične otopine sljedeći patogenetski mehanizmi:

a) Moždana disfunkcija u obliku gubitka svijesti životinje posljedica je supstratne i hipoksiske hipoenergoze zbog naglog prestanka protoka krvi kroz mozak u sklopu kardiogenog urušaja, koji praktički trenutno prelazi u dekompenzirani stadij.

b) Ekstrakardijalni kompenzacijski mehanizmi neučinkoviti su glede korekcije poremećaja hemodinamike budući da je otopinom magnezijeva klorida zakočena srčana akcija (izazvana je kardioplegija).

c) Nagli razvoj krvotočnog urušaja posljedica je prestanka srčanog rada, zbog čega se arterijski tlakovi gotovo trenutno izgube, a pri tome bi se mogao dokazati velik porast venskih tlakova.

d) Kao posljedicu asistolije životinja razvija kardiogeni urušaj, što se očituje kao nagli gubitak arteriovenske razlike tlakova, pri čemu se naglo smanjuje minutni volumen srca.

e) pH vrijednost krvi brzo se smanjuje (nagli razvoj snažne acidoze) zbog sustavne ishemije tijela, uključivo ishemiju mozga, pri čemu se skretanjem metabolizma na aerobni, čime se povećava oksidativna fosforilacija i stvaranje suviška mlijecne kiseline.

3. Prema podatcima u slici 1 i tablici 1 točne su sljedeće tvrdnje:

- a) Hipokalcijemija je veća u ishemiji nego u stanju nakon udisanja 100%-tnog dušika budući da se u ishemiji susreću i supstratna i disenzimatska hipoenergoza, zbog čega se disfunkcija stanica brže razvija.
- b) Acidoza mjerena u moždanom intersticiju posljedica je povećanja donora elektrona u energijskom metabolizmu i pojačane proizvodnje mlijecne kiseline koja disocijacijom lokalno povećava koncentraciju vodikovih iona.
- c) Hipokloremija doprinosi povećanju anionskoga manjka u sklopu razvoja metaboličke acidoze, pri čemu bi se moglo dokazati smanjenje koncentracije bikarbonata.
- d) Hiponatrijemija i hipokloremija posljedice su pomaka tih iona u stanicu, pri čemu se i voda pomiče u stanicu, što uzrokuje smanjenje izvanstaničnoga prostora i stanični edem.
- e) Budući da hipoglikemija uzrokuje ubikvitarnu supstratnu hipoenergozu (kao primjerice u stanju hipoglikemiskog šoka), pri induciranoj je asistoliji potrebno kraće vrijeme za pojавu velikog izlaska kalija iz stanica.

4. Energijski metabolizam stanica u uvjetima asistolije kao u životinje u zadatku točno opisuju sljedeće tvrdnje:

- a) Blago sniženje unutarstanične koncentracije ATP-a ispod fizioloških koncentracija ograničava prvo funkciju, a pri većim smanjenjima koncentracija nastaju i strukturne promjene tkiva.
- b) Pri produljenoj asistoliji (više desetaka minuta) u brojnim bi tkivima, kao posljedica hipoenergoze, nastale ne-povratne struktturne promjene i smrt stanice, koje bi se patogenetski svrstale u njezinu citoplazmatsku smrt.
- c) Kao posljedica prestanka srčanog rada gubi se arteriovenska razlika tlakova koja u većini tkiva uzrokuje hipoksiju i supstratnu hipoenergozu, zbog čega gotovo prestaju procesi oksidativne fosforilacije.

d) Kod životinja se, slično stanjima kardiogenih urušaja, razvija supstratna hipoenergoza, jer zbog prestanka koljanja krvi u stanicu prestaje transport glukoze i drugih energogenih tvari.

e) Hipoksijska hipoenergoza razvija se zbog manjka akceptora elektrona u procesima oksidativne fosforilacije, a pri tome se povećava proizvodnja metaboličke vode i kisikovih radikalja.

5. U kliničkim stanjima hipoenergozu kao patogenetski mehanizam uključuju sljedeći sindromi:

- a) Anemije se u patogenetskom smislu definiraju kao stanja smanjene oksifornosti krvi, pri čemu se simptomi bolesti (primjerice zaboravljivost, usporen rast i razvoj) temelje na trajnoj blagoj hipoksijskoj hipoenergozi tkiva.
- b) U hipoglikemiskim se sindromima kao posljedica manjka glukoze u moždanim stanicama smanjuju sinteza i trenutačna koncentracija ATP-a, što pridonosi razvitu hipoglikemiske kome.
- c) Pri otrovanju oksidansima se željezo u hemoglobinu oksidira u feri-oblik (methemoglobinemija) pa u tkivima nastaje hipoksijska hipoenergoza zbog smanjenja dopreme kisika.
- d) U sindromima insuficijencije krvnih žila (primjerice trombangitis obliterans) u zahvaćenom se tkivu razvija hipoenergoza kao posljedica smanjenoga krvnog protoka, zbog čega se može pojaviti odumiranje tkiva.
- e) U sindromu krvotočnog urušaja se u dekompenziranoj fazi produbljuje hipoenergoza u tkivima, zbog čega se razvija jezgrena smrt stanica i nepovratan gubitak funkcije organa (sindrom višesustavnog organskog zatajenja).

VJEŽBA B: Algoritamska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični slijed:

1. Smanjena sinteza ATP-a
2. Smanjena aktivnost K^+/Na^+ -crpke
3. Hipoksijska i supstratna hipoenergoza

4. Manjak reduciranih međuproizvoda oksidativnog metabolizma

5. Prestanak elektroencefalografske aktivnosti mozga

6. Gubitak svijesti

7. Veliko usporenenje i prestanak oksidativne fosforilacije

8. Asistolija

9. Arterijska hipotenzija i naglo smanjenje arteriovenske razlike tlakova

10. Povećanje venskoga tlaka

11. Smanjenje protoka kroz moždano tkivo

12. Uštrcavanje kardioplegične otopine $MgCl_2$

13. Hiperpolarizacija stanične membrane

14. Nagli utok Na^+, Cl^- i vode u stanice

15. Povećanje efluksa kalija

16. Hiperkalijemija

17. Edem moždanih stanic

18. Smanjena doprema kisika u moždane stanicе

19. Sklonost razvoju intrakranijske hipertonije

20. Manjak akceptora elektrona u oksidativnoj fosforilaciji

21. Kardiogeni urušaj

22. Smanjenje sintetskih procesa i deagregacija polisoma

23. Metabolička acidoza

24. Sniženje koncentracije kalcija u intersticiju i hipokalcijemija

25. Hipokloremija i hiponatrijemija

26. Smanjena doprema supstrata u mozak (glukoza, ketoni)

27. Akutno bubrežno zatajenje

28. Smanjenje volumena tekućine u izvanstaničnome postoru

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. Netto efluks kalija, hiperkalijemija i smanjenje unutarstaničnoga kalija u pokušne životinje posljedice su aktivnoga kočenja K^+/Na^+ -crpke s pomoću AMP-a i ADP-a, u sklopu smanjenja unutarstanične koncentracije ATP-a (hipoenergoza)

jer

neprestanim se fiziološkim upumpavanjem kalija u unutarstanični prostor održava transmembranska koncentracijska razlika, koja je kod čovjeka oko 90 puta veća u korist unutarstanične.

a b c d e

2. Zbog poremećaja elektrolitne ravnoteže na staničnoj membrani za nekoliko minuta prestaju elektroencefalografske, elektrokardiografske i elektromiografske mišićne pojave.

jer

pri velikim hiperpolarizacijama staničnih membrana (pri čemu se membranski potencijal približava nultim vrijednostima) nema uvjeta za pojavu akcijskih potencijala.

a b c d e

3. Velik dio (>40%) endogeno proizvedene stanične energije troši se na održavanje elektrolitnih koncentracijskih gradijenata (Na^+, K^+, Ca^{++}), a ostatak se koristi za sintetičke procese, prijenos signala, proteozomsku razgradnju i drugo

jer

hipoenergoza smanjuje aktivnost elektrolitnih crpki, a istodobno je potrošnja energije u drugim procesima (kao sinteza bjelančevina) također smanjena.

a b c d e

Dopunska pitanja

4. Izračunaj količinski odnos unutarstaničnoga i izvanstaničnoga kalija u čovjeka pri fiziološkim koncentracijama i volumenima. Za proračun uzmi da je unutarstanični volumen 30 L, a izvanstanični 14, te da je unutarstanična koncentracija kalija 140 a izvanstanična 5 mmol/L.

5. Prema podatcima u tablici 1 izračunaj za koliko se promijeni koncentracija vodikovih iona u intersticiju ishemičnog mozga.

Matrica za rješavanje - VI. dio. Utjecaj hipoenergoze na promet elektrolita i elektrofiziološke pojave u stanicama

(Rješenje poslati do 30. srpnja 2016.)

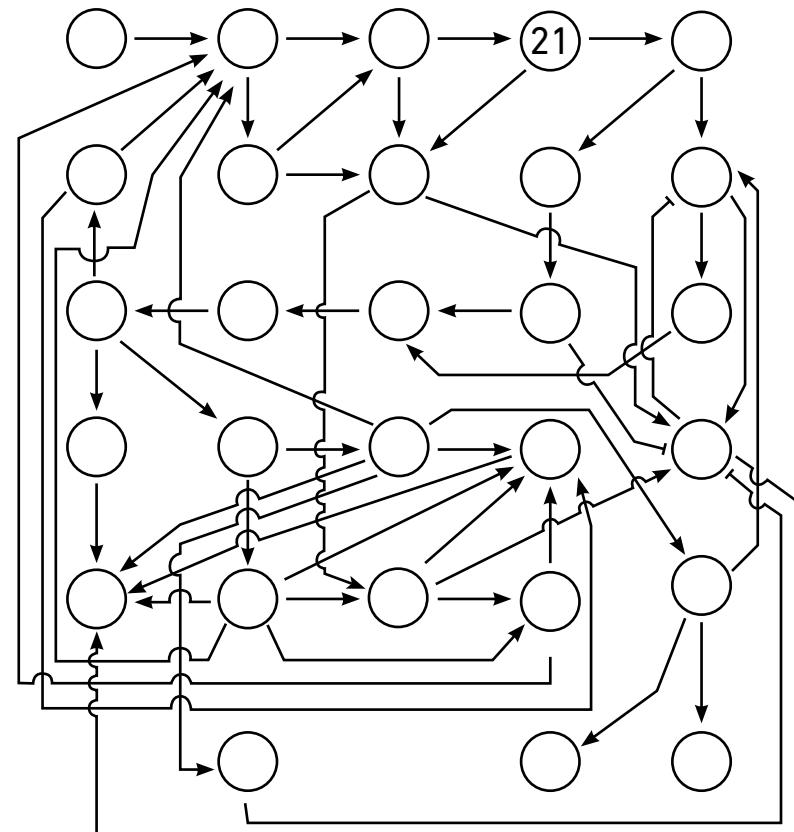
Ime i prezime: _____

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. _____

Kovačevi algoritmi u nastupajućoj eri precizne medicine



Akademik Stjepan Gamulin
sgamulin@hazu.hr

Prije dvije godine počele su „Liječničke novine“ objavljivati seriju članaka u rubrici „Zagrebački model utvrđivanja etiopatogeneze“, u kojima profesor patofiziologije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, dr. Zdenko Kovač, iznosi problemske zadatke iz patofiziologije (1). Početkom ove godine uredništvo Liječničkih novina odlučilo je članke iz ove rubrike koristiti u trajnoj edukaciji liječnika i rješenja zadataka bodovali za relicenciranje (2). Liječnici se mogu zabavljati enigmatskim zadacima, pritom učiti patofiziologiju i, ako žele, prikupljati bodove.

Jedinstvenu matricu zadataka razvio je profesor Kovač za problemske seminare iz patofiziologije u Zagrebu (3), pa stoga rubrika i nosi naslov „Zagrebački model utvrđivanja etiopatogeneze“.

Zadaci imaju pet dijelova. Prvi dio je stvarni prikaz rezultata znanstvenog rada ili podataka iz povijesti bolesti iz kojih proizlazi etiopatogenetski problem; pitanje mehanizama koji su doveli do patoloških nalaza, simptoma i znakova bolesti. Drugi dio se sastoji od pet pitanja višestrukog izbora sročena tako da pobude znanje čitača potrebno za rješavanje trećeg dijela, etiopatogenetskog algoritma.

Treći dio zadatka sadrži dvadeset do trideset tvrdnjki (etiopatogenetskih čimbenika) koje valja povezati u algoritam koji prikazuje etiopatogenezu poremećaja opisanog u prvom dijelu zadatka.

Cetvrti dio zadatka sadrži tri pitanja „jer“ sročena tako da ukažu na međuzavisnosti pojedinih čimbenika i procesa koji sudjeluju u etiopatogenezi poremećaja iz zadatka. U petom dijelu su dopunska pitanja koja potiču širenje znanja.

Etiopatogenetski algoritam je središnji dio zadatka. Sadrži mnogostrukе i raznolike funkcijalne sveze među etiopatogenetskim čimbenicima s poticajnim i potiskivajućim učincima, koji mogu tvoriti pozitivne i negativne povratne sveze te prethodničke sprege.

Algoritamska razrada problema uključuje vertikalnu i horizontalnu integraciju etiopatogenetskih čimbenika. Gdje je to moguće, polazi se od temeljnih poremećaja na makromolekulskoj razini (DNA, bjelančevine), koje valja **vertikalno integrirati** s posljedičnim poremećajima na suslijednim hijerarhijskim stepenicama organizacije organizma (podstanična, stanična, tkivna, humoralna, organska i organizmična). Uspinjanjem po ljestvici hijerarhijske organizacije organizma sustav postaje sve kompleksniji. Temeljna visoka određenost i predvidivost procesa (primjerice promjena genskog zapisa eksona i posljedična izmjena strukture bjelančevine) smanjuju se na suslijednim hijerarhijskim organizacijskim razinama, a broj procesa se povećava. Procese na hijerarhijskim stepenicama valja **horizontalno integrirati**: poremećaj jednog organskog sustava redovito zahvaća mnogobrojne sustave koji se konačno na organizmičnoj razini (cjeloviti organizam) očituju kao simptomi i znakovi bolesti (4).

Proučavajući etiopatogenetske algoritme možemo uočiti čvorna mjesta na kojima se slijede mnogobrojne interakcije i putem kojih se takve interakcije koordiniraju. Primjer za takvo čvorno mjesto jest nuklearni faktor kapa B (NF- κ B) središ-

nja molekula upalnog odgovora, koja sudjeluju u proupalnim i protuupalnim mehanizmima, pa povezuje i veoma različite patološke procese, od lokalne upale do sepsa. Takva čvorna mjesta koja povezuju različite patološke procese osnova su Kovačeve knjige „Etiopatogenetski čvorovi“, koja ukazuje da se različiti patofiziološki procesi odvijaju po zajedničkim obrascima, jer ih povezuju etiopatogenetski čvorovi (5).

Mogućnosti mnogobrojnih interakcija daju mogućnost različitih rješenja pri analizi etiopatogenetskih algoritama. Sva su ta rješenja točna, ali su više ili manje vjerojatna. Ponuđeni predložak ujednačava rješenja, polazeći od visoko vjerojatnih interakcija.

Vrsnoću znanstvenih radova među ostalim prosuđujemo i prema vanjskoj valjanosti, mogućnosti generaliziranja rezultata. Učbenički tekstovi, sustavni pregledi i kliničke smjernice sadrže generalizaciju znanstvenih spoznaja. Bolest kao nozološki entitet je apstraktan pojam, realan postaje kada se pojavi u stvarnog bolesniku u kome se očituje na za njega osebujan način. Očito pristup bolesti je generaliziran, a bolesniku personaliziran. Razumijevanje bolesnika u kontekstu bolesti bit je personalizirane medicine, a to je i bit Kovačevih etiopatogenetskih problemskih zadatka. Obrnuto od učbeničkih tekstova Kovačevi zadaci polaze od stvarnih, realnih podataka i vode razumijevanju konkretnih, osobnih podataka u kontekstu općeg znanja.

Algoritamska razrada etiopatogeneze svršišodan je način povezivanja bazičnih saznanja genomike, proteomike, metabolomike, mikrobiomike i drugih „omika“ i razumijevanja fenoma, uključujući očitovanje bolesti.

Upoznavanje humanog genoma potaknuo je koncept **personalizirane medicine**, u kojoj se podatci o genomici, proteomici i okolišu svake pojedine osobe integriraju i primjenjuju u osobnoj zdravstvenoj skrbi, dijagnostici, prevenciji i liječenju (6).

Personalizirana medicina je široko prihvaćena, ali je tek površno ostvarena. U pravilu

se radi o primjeni molekularnih (genomske, proteomske) biomarkera u preventiji, dijagnostici i terapiji. Na temelju takvih prognostičkih i prediktivnih čimbenika bolesnici se razvrstavaju u podskupine koje imaju veću vjerojatnost povoljnog ishoda ili točnije dijagnoze. Vjerojatno je izbor liječenja raka dojke (kemoterapija ili hormonska terapija) prema sadržaju steroidnih receptora u tumoru najraniji takav postupak, ostvaren i u nas davno prije nego je lansiran koncept personalizirane medicine (7). Rijetki su primjeri kada se na temelju osobnog genoma postavila dijagnoza i odredilo odgovarajuće liječenje (8).

Nesumnjivo je da je medicina oduvijek, u stanovitoj mjeri, bila personalizirana, oduvijek je liječnik pristupao pacijentu kao integralnoj ličnosti s njom svojstvenim biološkim, psihološkim, duševnim i društvenim osobinama i vrijednotama. Stoga se pojam „personalizirana medicina“ sve više zamjenjuje pojmom „precizna medicina“.

„Precizna medicina je pristup liječenju i prevenciji bolesti koji nastoji maksimalizirati učinkovitost uzimajući u obzir osobnu varijabilnost gena, okoliša i načina života. Precizna medicina trsi se da redefinira naše razumijevanje nastanka i razvoja bolesti, odgovora na liječenje i zdravstvenog ishoda kroz preciznija mjerena potencijalnih sudionika – primjerice molekularnih mjerena prikupljenih tehnologijama DNA sekpcioniranja, ili okolišne izloženosti ili drugih informacija prikupljenih putem rastuće opće dostupnosti pokretnih sprava. Precizna karakterizacija molekularnih, okolišnih, bhevioralnih i drugih čimbenika koji sudjeluju u zdravlju i bolesti voditi će točnijoj dijagnozi, racionalnijoj strategiji prevencije bolesti, boljem izboru liječenja i razvoju novih terapijskih postupaka“ (9).

Poslovica „lako napisati, teško izvesti“ najbolje opisuje sadašnje prilike oko realizacija koncepta personalizirane ili precizne medicine, kojoj stoji na putu bezbroj prepreka. Njihovo svladavanje traži, među ostalim, razvoj personalne genomike, translacijskih istraživanja koja će bazična saznanja prenijeti u kliničku primjenu, novu taksonomiju bolesti zasnovanu na molekularnim poremećajima, reviziju kliničkih pokusa s podskupnima bolesnika prema novim prognostičkim i prediktivnim čimbenicima, stvaranje genomske, proteomske i tkivnih bioban-

ka, prikupljanje uniformiranih kliničkih podataka („big data“) te razvoj bioinformatičkih sustava koji će integrirati kliničke podatke sa svekolikim saznanjima o etiopatogenetskim čimbenicima i izgraditi funkciju mrežu etiopatogeneze bolesti na populacijskom i individualnom planu. K tome valja dodati i pravnu osnovu korištenja individualnih podataka koji će biti dostupni realizacijom koncepta precizne medicine (10).

U svijetu, posebice u Ujedinjenom Kraljevstvu i Sjedinjenim Američkim Državama, poduzimaju se ogromni istraživački, finansijski i organizacijski napor potaknuti od parlamenta i vlada da se realizira koncept personalizirane ili precizne medicine. U Ujedinjenom Kraljevstvu je Dom Lordova 2009. godine proveo istražu o stanju primjene genomike u medicini, na što je 2012. godine slijedio akcijski plan primjene genomike u zdravstvenoj skrbi (11).

U Sjedinjenim Američkim Državama je Predsjednikov odbor savjetnika za znanost i tehnologiju podnio predsjedniku Bushu 2008. godine izješće o prioritetima personalizirane medicine (12). Zakoni o personaliziranoj medicini koji su slijedili 2008. i 2010. godine imali su cilj promicanja personalizirane medicine u zdravstvenoj skrbi, tako da bude dostupna svakom Amerikancu. Zakoni su odredili akcijski program, upravljanje programom, uloge državnih agencija i finiranje (oko 50.000.000 US dolara godišnje) (13). Predsjednik Obama u obraćanju naciji u siječnju 2011. godine najavio je inicijativu precizne medicine s ulaganjem 215 milijuna dolara u 2016. godini s ciljem da se „*uveđu pacijentom pokrenuta istraživanja koja obećavaju ubrzanje biomedicina otkrića i davanje kliničarima novih alata, znanje i liječenja za odabir tretmana koji će biti najbolji za svakog bolesnika*“ (14). U rujnu 2015. objavljen je program ustroja kohorte od milijun i više ispitanika koja će se pratiti deset i više godina (Precision Medicine Initiative Cohort Project, PMI-CP). „*Projekt će biti usmjeren identifikaciji biomarkera koji pretkazuju budući razvoj velikog broja bolesti, pružajući nove mogućnosti za prevenciju i liječenje bolesti, kao i omogućavanju novih razumijevanja čimbenika koji pretkazuju varijacije u odgovoru na postojeće liječenje čestih bolesti. Štoviše, plan koji dozvoljava*

ponovne pregledne ispitanika za buduće studije temeljene na individualnim nalazima, daje neprocjenjivu mogućnost razumijevanja bioloških mehanizama koji povezuju biomarkere i individualna svojstva“ (9).

Genomika je u temeljima personalizirane ili precizne medicine. Tehnologija DNA sekpcioniranja naglo se razvija, cijena sekpcioniranja rapidno pada, a brzina raste (15). To je omogućilo provedbu personalnog genomske projekta, u kojem se planira u okviru globalne mreže instituta sekpcioniranje genoma od 100 tisuća osoba uz prikupljanje podrobnih demografskih i zdravstvenih podataka neophodnih za istraživanje genotipsko – fenotipskih odnosa (16).

Ogroman broj veoma raznovrsnih podataka sa svih hijerarhijskih razina organizacije organizma (molekularne, subcelularne, celularne, humorale, organske, organizacijske) funkcionalnih cjelina (genoma, transkriptoma, proteoma, metaboloma, mikrobioma, fenoma i drugih „oma“), psihičkih, duhovnih, socijalnih, okolišnih domena, valja ujediniti u opći i individualno karakterizirani sustav koji će objasniti etiopatogenezu bolesti na populacijskom i individualnom planu i omogućiti individualni pristup svakoj osobi ponosno u svim oblicima zdravstvene skrbi. Za takvu analizu potrebno je razviti bioinformatičke sustave koji će primjenom sustavne medicine izgraditi funkcione mreže, koje će podrobno objasniti interakcije među čimbenicima i integrativne puteve koji ujedinjuju funkcione mreže različitih organizacijskih razina u cjelovit funkcionalni sustav (17). Ogroman broj čimbenika, sveza i čvorova čine ovakve mreže teško razumljivim bez računalne podrške. Međutim, dovoljno je identificirati bitne čvorove (oko 20 %) da se funkcione mreže definira (18). Ti se bitni čvorovi i njihove interakcije mogu prikazati algoritima, poput algoritama u Kovačevim etiopatogenetskim problemima.

Nastupajuća era personalizirane ili precizne medicine u njenom punom značenju traži i edukaciju liječnika kako bi je mogli razumjeti, prihvatiti i primijeniti. Vjerujem da je problemski orientirana trajna edukacija, poput Kovačevih etiopatogenetskih problema, veoma prikladna, jer odražava kompleksne funkcione mreže. Prikladnim prilagodbama algoritamska razrada omogućava i analizu individualne

varijabilnosti uzročnih čimbenika i terapijskih postupaka te odgovarajućih ishoda.

Uredništvo „Liječničkih novina“ prepoznašlo je edukacijsku vrijednost Zagrebačkog modela utvrđivanja patogeneza. Taj model valja podržavati i prilagođavati dostignućima precizne medicine, kako bi liječnici kroz trajnu edukaciju stekli kritički stav prema novinama koje će nas sve više preplavljavati.

LITERATURA

1. Kovač Z. Algoritmatsko i čvorišno proučavanje i prepoznavanje fiziologije bolesti. Liječničke novine 2014. Trajanj 128:34-36.
2. Kovač Z. Etiopatogeneza poremećaja energetskog i tvarnog metabolizma –III dio. Liječničke novine 2016. Veljača 146:58-61
3. Kovač Z, Gamulin S. i sur. Patofiziologija, zadaci za problemske seminare. Zagreb, Medicinska naklada 2003.
4. Gamulin S. I Kovač Z. Načela patogenetskih mehanizama, u S. Gamulin, Marušić M. Kovač Z. i sur. Patofiziologija, knjiga prva, 7. izdanje, Zagreb, Medicinska naklada, 2011. str.30-40.
5. Kovač Z i sur. Klinička patofiziologija, knjiga treća –

etiopatogenetski čvorovi. Zagreb, Medicinska naklada 2013.

6. Definition of personalized medicine - NCI Dictionary of Cancer Terms. <http://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?cdrid=5>, pristupljeno 20.04.2016.
7. Gamulin S. Molekularni mehanizam djelovanja steroidnih hormona-kliničke implikacije. Liječ Vjesn 1975;97:679-82
8. Worthey EA, Mayer AN, Syverson GD, i sur. Making a definitive diagnosis: Successful clinical application of whole exome sequencing in a child with intractable inflammatory bowel disease. Genet Med 2011;13:255-62
9. Precision Medicine Initiative (PMI) Working Group Report to the Advisory Committee to the Director, NIH. The Precision Medicine Initiative Cohort Program – Building a Research Foundation for 21st Century Medicine. <http://acd.od.nih.gov/reports/DRAFT-PMI-WG-Report-9-11-2015-508.pdf>, pristupljeno 20.04.2016.
10. The Personalized Medicine Coalition (PMC). The Case for Personalized Medicine, 4th Edition | 2014. http://www.personalizedmedicinecoalition.org/Userfiles/PMC-Corporate/file/pmc_the_case_for_personalized_medicine.pdf, pristupljeno 20.04.2016
11. Human Genomics Strategy Group. Building on our inheritance. Genomic technology in healthcare, 2012 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213705/dh_132382.pdf, pristupljeno 20.04.2016,
12. President's council of advisors on science and technology. Priorities for Personalized Medicine. 2008. https://www.whitehouse.gov/files/documents/ostp/PCAST/pcast_report_v2.pdf, pristupljeno 20.04.2016.
13. GovTrack. Genomics and Personalized Medicine Act of 2010. <https://www.govtrack.us/congress/bills/111/hr5440/text/ih>, pristupljeno 21.04.2016.
14. The White House,Office of the Press Secretary. FACT SHEET: President Obama's Precision Medicine Initiative. <https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2015/01/30/fact-sheet-president-obama-s-precision-medicine-initiative> pristupljeno, 21.04.2016.
15. Lunshof, J. E., J. Bobe, i sur. "Personal genomes in progress: from the Human Genome Project to the Personal Genome Project." Dialogues in Clinical Neuroscience 2010; 12: 47-60.
16. Personal Genome Project. <http://www.personalgenomes.org/organizationPersonal Genome Project>. pristupljeno 21.04.2016.
17. Hood, L. and M. Flores i sur. A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory. New Biotechnology. 2012; 29: 613-624
18. Goh, K.-I., M. E. Cusick, i sur. The human disease network. PNAS 2007;104: 8685-8690.

Moj osvrt na rubriku „Zagrebački model utvrđivanja etiopatogeneze“

Potaknut zanimljivim i meni poznatim sadržajem osvrnuo bih se s nekoliko zapažanja na ovu novu rubriku. Kao mlad liječnik (diplomirao sam ljeti 2014.) koji se na studiju susreo s ovakvim načinom učenja (češto ga nazivajući i medicinska matematika), bio sam vrlo ugodno iznenađen Komorinim odabirom etiopatogenetskih čvorova i algoritama u svrhu skupljanja bodova za re-licenciranje. Uzimajući u obzir da oduvijek postoji neka tajna veza između matematike i mene, ne treba se čuditi mojem ugodnom iznenađenju kako rješavanjem problematike u kojoj uživam mogu zadovoljiti kriterije potrebne za produženje licence koje od mene traži struka.

Nedvojbeno je kako se na ovaj način integriraju i sistematiziraju medicinska znanja i tumačenja u logične slijedove (algoritme), što na određen način „matematizira“ medicinu. Upravo ti logični slijedovi medicinskih znanja, na pristupačan način rasvjetljavaju svrshodnost raznih regulacijskih međuodnosa, inhibitornih i pobudnih odnosa (itd.), tj. etiopatogenetskih mehanizama koji su utkani u sve životne procese pa tako i u razvoj bolesti i zdravlja (što je i uzrok pojave liječničke profesije uopće). Ovaj „zagrebački“ model učenja, gdje je naglasak na uzročno-posljedičnoj vezi do-

gađaja, čini mi se značajnim pomakom u odnosu na tradicionalne pristupe učenja koji se više oslanjaju na (pomalо suhoparne) deskriptivne metode. Osim toga, smatram kako je znanje stečeno na ovaj način dugotrajno, jer pomaže nama lijećnicima praktičarima da „medicinu“ shvatimo (a ne samo naučimo), što nam omogućava puno širi i cjelebitiji pristup rješavanju određenih kliničkih problema s kojima se susrećemo u svakodnevnom radu. Već učenjem nekoliko određenih etiopatogenetskih čvorova koji se češće pojavljuju u nekim granama medicine kojima se liječnik bavi, može se steći uvid u njihovu korist. Navedena korist proizlazi iz poznavanja etiopatogenetskih čvorova, što omogućava pravodobno prepoznavanje nadolazećih događaja, simptoma i reakcija (pozitivnih i negativnih) koji se pojavljuju kod pacijenata, a koji su relevantni, jeftini i brzi pokazatelj smjera u kojem se samo liječenje (ili ne-liječenje) odvija. Štoviše, terapijsko ispravljanje čvorističnoga odstupanja izravno poboljšava stanje u bolesnika. Primjerice, disanjem u plastičnu vrećicu korigiraju se odstupanja u etiopatogenetskim čvoristima hiperventilacije, respiracijske alkaloze, hipokapnije i ionske hipokalcijemije – bez obzira na to što je primarni uzrok sindroma hiperventiliranja. Prema tome, takav je pristup višestruko koristan za pacijenta, liječnika ali i za cijelu zajednicu.

Ipak, moram uputiti i nekoliko kritika. Prvo, rješavanje ovih zadataka zahtijeva posjedovanje, u uvodu navedene knjige, što bi mogao biti ograničavajući čimbenik pristupa rješavanja testa nekim kolegama i kolegicama. Zatim, način rješavanja ispita mogao bi starijim kolegama biti otežan, jer im je vjerojatno nepoznat pa traži određeno vrijeme prilagodbe, a bojim se da bi to mogao biti i uzrok *a priori* odbacivanja pokušaja rješavanja. Osim vremena prilagodbe, i za samo rješavanje testa potrebno je odvojiti vrijeme, ali i volju za stjecanjem novoga znanja. Nažalost, radni uvjeti rada u kojima liječnici danas djeluju u našem zdravstvenom sustavu ne daju dovoljno motivacije za to.

Zaključno, moje je mišljenje da „Zagrebački model utvrđivanja etiopatogeneze“ sigurno ima mjesta u trajnoj edukaciji liječnika i smatram da je Komora donijela dobru odluku uvođenjem mogućnosti skupljanja bodova na ovaj način (u obliku Komorina testa znanja), koji otvara sasvim novu viziju i razumijevanje etiopatogeneze. Stoga čestitam Komori, Liječničkim novinama, uredniku i autoru rubrike na prepoznavanju važnosti poticanja hrvatskih liječnika u učenju medicine i rješavanju svakodnevnih kliničkih problema na ovaj naš suvremeneti „zagrebački“ način.

Ivan Švagelj, dr. med., Vinkovci
svagelj.ivan@gmail.com

Trebaju li Hrvatskoj klinička ispitivanja?

Helena Bohunicki, dr. med., Maja Gačić, dr. med., dr. sc. Snježana Martinović, dr. med., Inicijativa za klinička ispitivanja
helena.bohunicki@ikicroatia.eu; www.ikicroatia.eu

Međunarodni dan kliničkih ispitivanja (International Clinical Trials Day – ICTD) obilježava se 20. svibnja svake godine kako bi se liječnicima i javnosti približila postignuća proizašla iz kliničkih istraživanja i potaknule rasprave o raznim temama vezanim uz njihovu organizaciju i provođenje. Glavna je svrha ICTD-a podizanje svijesti o njihovoj važnosti za razvoj medicine. Dobro znamo da su klinička ispitivanja preduvjet za razvoj novih, kao i za unaprjeđenje već odobrenih lijekova, terapijskih postupaka i dijagnostičkih metoda a nji-

hovi rezultati u najvećoj mjeri sačinjavaju medicinu temeljenu na dokazima – temelj za donošenje odluka u modernoj medicinskoj praksi. Slika 1 prikazuje nekoliko brojčanih podataka o kliničkim ispitivanjima u svijetu.

U Hrvatskoj se klinička ispitivanja intenzivnije provode posljednjih dvadesetak godina. U tom razdoblju globalno su prošla značajnu transformaciju: postala su skuplja, kompleksnija, strože kontrolirana, povećali su se regulatorni zahtjevi i porasla je kompeticija. Istovremeno je od 2004. broj ispitivanja odobrenih go-

dišnje u Republici Hrvatskoj intenzivno rastao, razvijale su se popratne djelatnosti i usprkos povremenim izazovima, Hrvatska se uspjela pozicionirati kao zemlja koja je zanimljiva za ulaganje u klinička ispitivanja.

Posljednjih pet godina, iako imamo vrhunske stručnjake, odgovarajuću infrastrukturu, cjenovno smo kompetitivni i nalazimo se u regiji u koju su se ispitivanja posljednjeg desetljeća intenzivno usmjeravala, broj odobrenih kliničkih ispitivanja i centara u kojima se provode klinička ispitivanja u Republici Hrvatskoj pada (Slika 2 – Broj odobrenih ispitivanja i centara u RH 2010-2015)⁴.

Naime, osim malog broja pojedinaca i institucija svjesnih značaja, koristi i iskoristivosti kliničkih ispitivanja, koji aktivno pokušavaju podržati i održati provođenje kliničkih ispitivanja, velik broj ključnih aktera i donositelja odluka svjesno ili ne-sвесно кочи razvoj tog područja u nas.

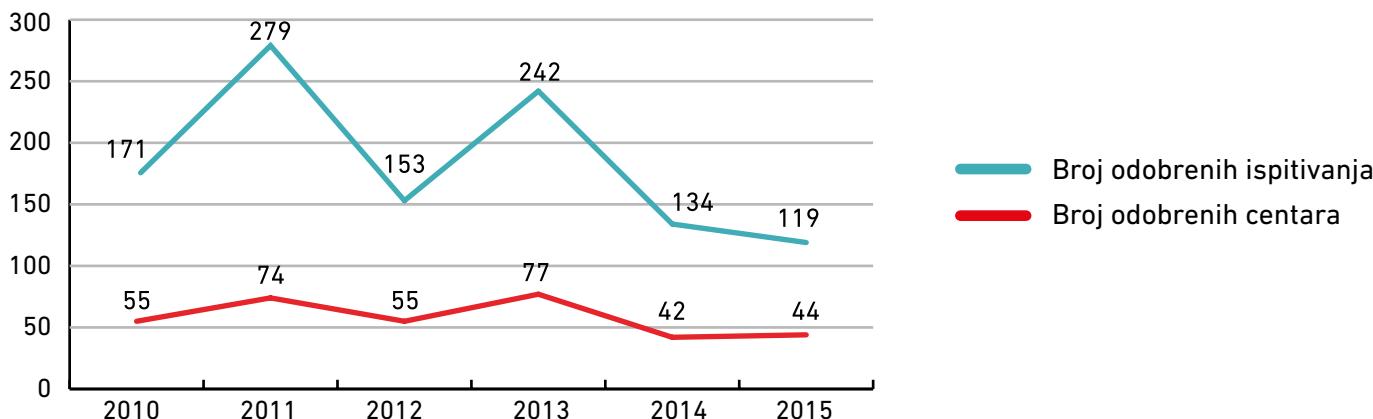
Tako smo, gledajući unazad, godinama imali djelomično nepovoljnu legislativu, koja ni danas nije u potpunosti uskladena s europskom te nam stoga omogućava samo djelomičnu kompetitivnost. Također, nedostatak jasno definiranih postupnika u mnogim ustanovama u kojima se klinička ispitivanja provode gotovo one-mogućava provođenje ispitivanja jer se nerijetko na potpisivanje ugovora naručitelja ispitivanja s ustanovom čeka mjesecima.

Ni finansijsko-porezni aspekti ne idu u prilog kliničkim ispitivanjima. Dobro je

Smatra se da je engleski liječnik James Lind, svojim šestodnevnim ispitivanjem u mornara oboljelih od skorbuta započetim 20. svibnja 1747. g., postavio temelje modernog pristupa istraživanjima u kliničkoj medicini. Njegova je „Rasprava o skorbutu“, objavljena 1753. g., izazvala brojne prijepore jer je radi korištenja metode kontroliranog kliničkog ispitivanja, uz zaključak kako agrumi sadrže lijek protiv te bolesti, oborila mnoge tada duboko ukorijenjene dogme.

>211,489	Broj kliničkih ispitivanja koja se provode u svijetu ¹
>2,500,000	Broj bolesnika koji sudjeluju u kliničkim ispitivanjima u svijetu ³
4,767	Broj indikacija koje se ispituju u svijetu ¹
2,963	Broj lijekova koji se ispituju u svijetu ¹
45	Broj inovativnih lijekova odobren od strane FDA u 2015 ²

Slika 1. Klinička ispitivanja u brojkama



Slika 2. Broj odobrenih ispitivanja i centara u RH 2010-2015⁴

to da smo po pitanju transparentnosti u području isplata ispitivačkim centrima jedna od najuređenijih zemalja u regiji jer sva plaćanja idu, u skladu s propisima, isključivo prema ustanovama. No s druge strane, slaba definiranost dalnjeg tijeka plaćanja prema osoblju koje ispitivanja provodi, nelogičnosti u poreznim obvezama, te mnogi drugi problemi čine klinička ispitivanja financijski izrazito neprivlačnim zdravstvenom osoblju koje ih treba provoditi jer im uloženo vrijeme, trud, znanje i stručnost te ponajprije odgovornost nisu ni izdaleka adekvatno kompenzirani.

Trebaju li nam uopće klinička ispitivanja? Stav je mnogih naprednih i bogatih država da trebaju. Zdravstvene vlasti većine razvijenih zemalja, a sve više i onih u razvoju, svjesne su prednosti koje im klinička ispitivanja donose.

Za liječnike koji u kliničkim ispitivanjima sudjeluju kao ispitivači, ispitivanje predstavlja iskustvo koje unaprjeđuje njihovo medicinsko znanje i vještine primjenom novih tehnologija a donosi i prepoznatljivost u međunarodnim medicinskim krugovima. Tko ne bi htio koautorstvo u priznatom časopisu, na članku koji potpisuju vrhunski autoriteti njihove specijalnosti? Osim toga, osobni doprinos inovaciji motivira, jednako kao i mogućnost primjene najsuvremenijih lijekova i metoda liječenja.

I za paciente sudjelovanje u kliničkom ispitivanju donosi etablirane prednosti; većina ispitivanja ispitanicima pruža mogućnost izravne zdravstvene koristi,

uz kontrolirane rizike koji ne smiju biti veći od rizika vezanih uz rutinsku medicinsku skrb ili progresiju bolesti. Bolesnicima koji kao ispitanici sudjeluju u kliničkim ispitivanjima omogućen je pristup novim, inače nedostupnim lijekovima koji je često (uz preduvjet kliničke koristi) omogućen i nakon završetka sudjelovanja u kliničkom ispitivanju sve do trenutka odobravanja lijeka na tržištu. Istraživanja pokazuju da bolnice u kojima se provode klinička ispitivanja imaju manju stopu smrtnosti od određenih bolesti⁵.

Direktna finansijska ulaganja naručitelja kroz lijekove, opremu i ostalo iznose milijune dolara godišnje i predstavljaju značajnu uštedu za bolnice i zdravstvene sustave te direktno doprinose državnom proračunu⁶. Procjenjuje se da bi direktna ulaganja u Republiku Hrvatsku od strane farmaceutske industrije u slučaju optimizacije procedura i stvaranja pozitivnog ozračja mogla iznositi i do 50.000.000,00 EUR godišnje. Značajnim dijelom tog iznosa kroz ulaganja u lijekove i dijagnostičke procedure rasteretiti bi se i kolabirani državni sustav zdravstvenog osiguranja. U pojedinim zemljama zapadne Europe, čak 13% bolničkog proračuna čine prihodi iz kliničkih ispitivanja⁷. Pridoda li se tome i broj radnih mjesta koja klinička ispitivanja generiraju direktno i indirektno (u Hrvatskoj je taj broj procijenjen na više od 1000 zaposlenika), jasno se radi o stavci koju ne bi smjela zanemariti ni puno bogatija društva od našeg.

Uzmemo li u obzir navedno, Hrvatskoj klinička ispitivanja nesumnjivo trebaju. Pokušavajući odgovoriti na pitanje što možemo, odnosno što bismo trebali učiniti da broj kliničkih ispitivanja u Hrvatskoj opet počne rasti, pri Ministarstvu zdravlja je 2014. g. osnovano Povjerenstvo za unaprjeđenje sustava za provođenje kliničkih ispitivanja RH koje je tijekom dosadašnjeg intenzivnog rada potaknulo niz pozitivnih promjena i svakako je poželjan nastavak njihovih aktivnosti. Osnovana je i neprofitna organizacija Inicijativa za klinička ispitivanja s ciljem promicanja principa dobre kliničke prakse, zaštite interesa svih sudionika uključenih u provođenje kliničkih ispitivanja, podizanja svijesti stručne i šire javnosti te stvaranja pozitivne percepcije o kliničkih ispitivanjima.

Nada je da će mjerodavna tijela nastaviti s aktivnostima podizanja konkurentnosti te da će afirmativni stavovi stručne zajednice utjecati na percepciju ostalih dionika procesa, bolje prepoznavanje uloge koju klinička ispitivanja imaju za interes društva i konačno iskorištenje potencijala za njihovo provođenje u Hrvatskoj.

Izvori:

¹ clinicaltrials.gov

² www.fda.gov

³ www.ciscrp.org

⁴ Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske

⁵ www.CISCRP.org / Clinlabs, travanj 2008

⁶ Analysis of direct financial investments in the Croatian healthcare system from clinical trials..., Gacic M, Prvi hrvatski kongres farmakoekonomike, Rijeka 2010

⁷ www.theinitiative.be / pwc 2012

Koliko se brinemo o zdravstveno najugroženijoj populacijskoj skupini – hrvatskim braniteljima?

Branitelji žive dva desetljeća kraće od opće populacije

Piše: DR. MARIJA DŽEPINA, e-mail: marija.dzepina111@gmail.com

U posljednje dvije godine zagrebački Gradska ured za branitelje objavio je dve publikacije s više nego zabrinjavajućim pokazateljima o zdravstvenom stanju hrvatskih branitelja. Publikacija „Uzroci smrti hrvatskih branitelja 15 godina poslije“ izdana je 2013. godine, i to obradom „dokumentacije o posmrtnoj skrbi koju je Odjel za branitelje od 2006. do 2012. pružao obiteljima hrvatskih ratnih vojnih invalida i hrvatskih branitelja grada Zagreba, u kojoj je naveden i uzrok smrti¹. Ured je 2015. godine objavio knjigu autora Zorana Komara i Elvire Koić „Samoubojstva hrvatskih branitelja u Zagrebu i Hrvatskoj“ u kojoj su analizirani podaci iz Registra hrvatskih branitelja Ministarstva hrvatskih branitelja RH.²

Podatke nisu objavili, kao što bismo očekivali, zavodi za javno zdravstvo grada Zagreba i države u svojim godišnjim zdravstvenim ljetopisima jer ne prate polob i smrtnost hrvatskih branitelja iako su već potkraj 2004. godine odgovarajući saborski odbori predložili „da je potrebno kategoriju hrvatskih branitelja u sustavu zdravstva voditi kao posebnu skupinu.... te izraditi epidemiološke studije o zdravstvenom stanju branitelja, dostupne javnosti“, jer su već tada bili poznati podaci o dvostrukoj većoj stopi samoubojstava među hrvatskim braniteljima od one u općoj populaciji. Iako je stoga praćenje pobola i smrtnosti hrvatskih branitelja kao posebne zdravstveno ugrožene skupine (poput dojenčadi, male i školske djece, žena, radnika...) trebalo postati uobičajena zadaća zavoda za javno zdravstvo, Ministarstvo branitelja je u lipnju 2012. godine s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo potpisalo Sporazum o provođenju znan-

stveno-istraživačkog projekta „Praćenje pobola i smrtnosti hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji“^{3,4}. Iako je prva faza projekta završena, rezultati nisu objavljeni.⁴

Je li zajednica omogućila hrvatskim braniteljima uvjete u kojima bi, kao pobjednici, poslije povratka s bojišnice mogli ostvariti očekivani maksimum svojih radnih i intelektualnih sposobnosti? Je li im pokušala nadomjestiti barem dio onoga što im je rat nepovratno odnio? Objavljeni rezultati istraživanja upućuju na to da je ratna trauma praćena stresom kao posljedicom odnosa društva prema hrvatskim braniteljima ubrzala razvoj psihosomatskih bolesti i stanja poput karcinoma koji je najčešći uzrok smrti hrvatskih branitelja.

U Hrvatskoj je od 1991. do 2014. godine smrtno stradalo i umrlo ukupno 44.799 branitelja.² Nakon Domovinskog rata, od 1996. do kraja 2014. umrlo je najmanje 35.450 branitelja. Od 1991. g. do kraja 2014. samoubojstvo su počinila najmanje 2734 hrvatska branitelja.^{2,4}

Pobol i smrtnost hrvatskih branitelja grada Zagreba

U Domovinskom su ratu iz Zagreba i Zagrebačke županije na svim ratištima diljem Hrvatske sudjelovala 65.764 branitelja (93,8 % muškaraca i 6,2 % žena).² Od 1991. do 2014. godine umrla su 4273, a samoubojstvo je počinilo 320 branitelja, 13 % oduzupnog broja.^{2,3}

Vodeći su uzrok smrti (40,54 %) branitelja zločudne novotvorine, bolesti srca i krvnih žila, najčešće infarkt miokarda (29,12 %), te bolesti probavnog sustava (10,43 % uzroka smrti). Na nesretne slučajevе i druge posljedice vanjskih uzroka odnosi

se 6,8 %, koliki je i udio samoubojstava hrvatskih branitelja.

Od zločudnih novotvorina u navedenu je razdoblju najviše branitelja umrlo u dobi između 51 i 60 godina, 52, 23 %; potom u dobi od 61 do 70 godina, njih 23,29 %, u dobi od 41 do 50 godina 18,61 %, a 3,09 % bilo je u dobi mlađoj od 40 godina.

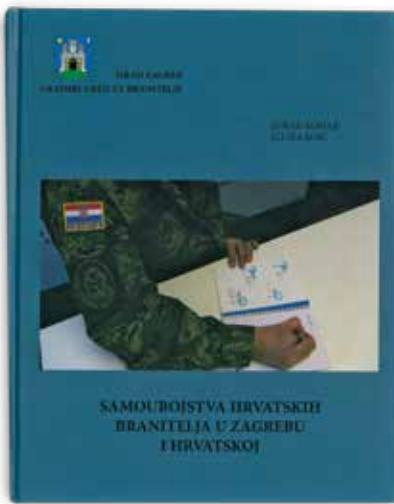
Među zločudnim novotvorinama najviše je bilo karcinoma pluća i bronha: 34,34 % od 2006. do 2009.; 39,34 % - 2010.; 47,06 % - 2011.; 28,88 % - 2012., i to najviše u dobi od 51 do 60 godina (50,60 %) zatim u dobi od 41 do 50 godina (27,11 %); srčanožilne su bolesti uzrok smrti najčešće također u dobi od 51 do 60 godina. Dvostruko je više branitelja umrlo od posljedica vanjskih uzroka (nesretni slučajevi, prometne nesreće, padovi, utapanja, gušenja, otrovanja...) u usporedbi s općom populacijom u gradu Zagrebu (6,4 % prema 3,5%).¹

U općoj populaciji grada Zagreba vodeći su uzrok smrti srčanožilne bolesti (45,0 % do 50,0 % u ukupnoj smrtnosti).^{5,6}

Samoubojstva hrvatskih branitelja

Od 1991. g. do kraja 2014. samoubojstvo su počinila najmanje 2734 hrvatska branitelja, a najviše u Zagrebu, njih 320 (13,0 % od ukupnog broja).^{2,4}

Navedene su brojke niže od stvarnih.² Broj samoubojstava branitelja u Hrvatskoj od 1991. do kraja 2014. stalno raste, blaže u gradu Zagrebu, a broj samoubojstava u općoj populaciji opada. Prosječna je dob branitelja koji su počinili samoubojstvo 43 godine, a braniteljica 48,5 godina u Zagrebu i u Hrvatskoj.²



Među braniteljima, hrvatski ratni vojni invalidi (HRVI) s najtežim invaliditetom (60 - 100 %) te ranjeni i oni s PTSP-om najugroženija su skupina te među njima stalno raste broj samoubojstava.²

Najviše je samoubojstava branitelja u kontinentalnom dijelu Hrvatske a najmanje u priobalju.²

U Zagrebu jedo 2006. do 2012. godine samoubojstvo počinilo 95 branitelja.² Njih 44,82 % bilo je u dobi od 41 do 50 godina (2011. i 2012. u dobi od 51 do 60 god.), ali i 37,93 % u dobi do 40 godina.^{1,2} Samoubojstva su 6,83 % uzroka smrti branitelja, a u općoj populaciji 1,7 % pa je stopa samoubojstva branitelja bilatri puta veća od one u nebraniteljskoj populaciji, koja opada.

Očito je neposredan cilj samouništenja upozoriti na neprihvaćenost i nezainteresiranost društva, na sve socijalne nepravde i poniženja koja se braniteljima događaju i na nedovoljnu brigu za njih. Nužno je stoga pokazati suosjećanje sa svima napačenima, prepuštenima sebi i svojoj sudbini, neimaštini, nezaposlenosti, pa i odbačenosti. Oduzimanjem života branitelj upire prstom u nezavidnu situaciju svojih suboraca.⁸

Zaključno možemo utvrditi da hrvatski branitelji umiru najčešće od zloćudnih novotvorina pluća i bronha u dobi od 51 do 60 godina, a potom od srčanožilnih bolesti. Žive dva desetljeća kraće od opće populacije. Posežu tri puta češće za vlastitim životom, i to u najproduktivnoj životnoj dobi. Sve se to događa unatoč nacionalnom programu psihosocijalne i zdravstvene pomoći braniteljima i članovima

njihovih obitelji (1999., 2005., 2014...), radu centara za psihotraumu i centara za psihosocijalnu pomoć. Može se stoga zaključiti da su zatajile sve zdravstvene službe na svim razinama, primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj, gospodarstvo, pravosuđe, a politika je davala obećanja koja nije ispunjavala.^{7,8}

Pobjednički rat, kako dalje

Razvidno je da zdravstveno stanje branitelja upozorava na potrebu posebno organizirane zdravstvene skrbi kako bi pravodobno, dva desetljeća nakon pobjedičkog Domovinskog rata, hrvatski branitelji ostvarili primjerenu zdravstvenu skrb uz istraživanje i praćenje uzroka stanja.

Budući da specifična zdravstvena problematika hrvatskih branitelja nije prepoznata u postojećem sustavu zdravstvene zaštite, predlažem ove mjere:

- obveza je zavoda za javno zdravstvo posebno sustavno pratiti zdravstveno stanje hrvatskih branitelja kao zdravstveno najugroženiju populacijsku skupinu, istražujući uzroke stanja
- u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bez koje nema uspješne primarne prevencije, u gradu

Zagrebu, kao i u većim gradovima, već prema udjelu hrvatskih branitelja u populaciji, organizirati posebne ordinacije opće/obiteljske medicine ili da se u sadašnjim ordinacijama odredi dio radnog vremena za potrebe hrvatskih branitelja i njihovih obitelji.

Za ovaku organizaciju nisu potrebna

dodata finansijska sredstva nego organizacijske promjene. Takoder ne bi bilo narušeno pravo izbora liječnika obiteljske medicine.

S obzirom na svoj broj, hrvatski branitelji u Zagrebu zaslužuju ustroj braniteljskog doma zdravlja (npr. u zgradici HAZU-a na Trgu žrtava fašizma koja je nakon iseljavanja studentskog doma i Doma zdravlja studenata prazna i neiskorištena. HAZU bi sigurno zgradu rado uredio i s poštovanjem prepustio braniteljima).

- organizirati veteranske zdravstvene centre prema već postojećim prijedlozima braniteljskih udruga.

Literatura

1. Uzroci smrti hrvatskih branitelja 15 godina poslije, Grad Zagreb, Gradska ured za branitelje, Zagreb, 2013.
2. Komar Z., Koić, E. Samoubojstva hrvatskih branitelja u Zagrebu i Hrvatskoj. Grad Zagreb, Gradski ured za branitelje, Zagreb, 2015.
3. Praćenje pobola i smrtnosti hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, Ministarstvo branitelja Republike Hrvatske, 2012.
4. Čolak T. Tko skriva istinu o zdravlju hrvatskih branitelja? Otvoreno pismo predsjedniku Hrvatskoga državnog sabora 3. siječnja 2016. sibenskiportal.hr/2016/.
5. Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena djelatnost u gradu Zagrebu, 2008., 2009., 2011., 2013., Zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar
6. Polić-Vižintin M. Bolesti srca i krvnih žila u gradu Zagrebu. *Liječničke novine* 145 12/15.
7. Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata, Drugog svjetskog rata te povratnicima iz mirovnih misija, Ministarstvo branitelja RH, 2014.
8. Radovančević Lj. Zašto se hrvatski branitelji ubijaju? Suicidi u viktimološkom kontekstu. *Liječničke novine* 2012.;107:31-35.

Quo vadis, domine?



Doc. dr. sc. MARIJA SELAK
e-mail: marija.selak@gmail.com

**Docentica je na Odsjeku za filozofiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.
Doktorirala je na problematici odnosa čovjeka i tehnike, a područja njezinog znanstvenog interesa uključuju ontologiju, filozofiju povijesti i bioetiku.**

Privilegiranje tehničkog pogleda na život najbolje je vidljivo u bivšim socijalističkim zemljama s periferije Europske unije kojima i dan danas oslobađanje od kolonijalnog mentaliteta predstavlja težak, ako ne i nemoguć zadatak. „Mogućnost financiranja najtalentiranijih Europljana jamči budućnost britanske znanosti“, navode britanski znanstvenici koji, uoči referendumu o izlasku Britanije iz Europske unije, pozivaju na njezin ostanak. Štoviše, dok se Britanci hvalje privlačenjem najboljih svjetskih kadrova, mi na to odgovaramo ponosnim isticanjem radnog staža u njihovoј zemlji, što nam postaje mjerilo vlastite vrijednosti, odnosno daje legitimitet ozbiljnih znanstvenika. Tako mentalitetski sklop dakako potpomaže i sveprisutno ispiranja mozgova u medijima, koji su u inozemnom vlasništvu, propagiranjem kao uspješnih isključivo stručnjaka koji su barem jednom prešli prag svjetskih institucija bez ozbiljnijeg sagledavanja stvar-

ne vrijednosti njihovog rada, te člancima s naslovima: „Konačno pronašao sreću u Irskoj“, „Spakirao kofere i uspio na Novom Zelandu“ i tomu slično.

Iako iseljavanje zbog loše ekonomске situacije često nije pitanje izbora, nego nužde, što je s onima koji biraju otici, unatoč tome što imaju gdje ostati? Što je s našim najboljim mladim stručnjacima koji mahom iseljavaju vođeni utopističkom pretpostavkom da je susjedova trava uvijek zelenija?

Bit medicinske prakse

Kao što je svima već (pre)dobro poznato i na što su ukazale i *Liječničke novine* na slovnicom prošloga broja, tom se trendu pridružuje i sve veći broj mlađih liječnika. Potreba promjene radne okoline u potrazi za boljim mogućnostima i većim primanjima indikator je nužnosti reforma u zdravstvu koje bi trebale osigurati ostanak novih generacija u domovini. No, suziti želju za odlaskom samo na nezadovoljstvo zbog loših uvjeta rada značilo bi promašiti njegovu dublju, ali i mnogo važniju poruku. Ono naime može poslužiti kao praktični pokazatelj posljedica centralističke politike Europske unije koja strukturno funkcioniра tako da njezino središte apsorbira najbolje kadrove odškolovane na periferiji, što, nažalost, djelomično omogućava i kolonijalni mentalitet njezinih novijih članica, ali i kao odgovor na pitanje što je bit medicinske prakse danas.

Naime, dok se za poetu ili filozofa podrazumijeva da je u svome radu ograničen materinjim jezikom, za tehničke se znanosti vjeruje da su one kozmopolitske. Možda je uistinu svejedno na koji će način jedan inženjer, zatvoren u laboratoriju, komunicirati sa svojom okolinom dok pokušava izmislitи novi lijek, no od kada je medicina postala tehnička struka? Za razliku od poezije ili filozofije koje tek pokušavaju komunicirati s vanjskim svijetom, medicina je neodvojiva od dodira s drugim, zbog čega komunikacija predstavlja njezin temelj. A kako će hrvatski liječnik komunicirati sa švedskom seljankom? Hoće li mu ona na šlampavom engleskom, ako ga uopće i zna, otkriti svoju povijest bolesti? Kako će joj priopćiti rezul-

tate operacije? Hoće li reći, u maniri našeg novog premijera, *good or sorry?* Ili to uopće nije njegov posao?

Dominacija tehno-znanosti uvelike je promjenila razumijevanje medicinske struke. Liječnik se danas sve više promatra kao strojovođa koji servisira (bez)životnu mašinu. Posljedično, kako su sve naprave, tehnički gledano, manje-više sazdane od istog materijala, to mu omogućava da se lako prebací na međunarodnu traku. No, upravo je komunikacija, na što nas je nedavno podsjetio slučaj nježnog vinkovačkog ginekologa, otvorena rana ne samo hrvatskog, nego i međunarodnog zdravstva. Nereflektirano iseljavanje u inozemstvo samo dodatno podsjeća na ovaj problem.

Primjereno plaćen rad

Da stvar bude paradoksalnija, tehnizacija medicine ponosi se prividnim širenjem komunikacijskih prava pacijenata uvođenjem nužnosti informiranog pristanka. On pak postaje birokratski višak ili osiguranje od tužbe, jer se danas od liječnika ne očekuje da gubi vrijeme na razgovor, dovoljno je da zašaraši tamo gdje curi. Vrijednost na tržištu rada kvantificira se i nagrađuje brojem uspješno provedenih zahvata, a ne čakanjem s „besposlenim“ pacijentima.

Stoga mlađi liječnici, primjereno duhu vremena, podrazumijevaju da neće samo lako, nego možda čak i bolje, obavljati svoj posao u inozemstvu. No, iako se na prvi pogled čini da se s druge strane granice krije obećana zemlja koja omogućava nesmetan i primjereno plaćen rad, podrobnije promišljanje ukazuje na to da i neodlazak ima neke kvalitativne prednosti. U tom smislu liječnici ne bi trebali (htjeti) ostati zbog domoljublja, nego zbog digniteta vlastite struke, odnosno da bi bili u mogućnosti, razumijevanjem teksta i konteksta koji poznavaju, obavljati svoj posao najbolje što mogu. Samo na prvu navedeno može zazvučati kao ograničenje, no, shvati li se ispravno, riječ je o oslobađanju od sužavanja vlastite struke njezinim površnim tržišnim tehničiziranjem i poticaju na uranjanje u često zanemarene dubine međuljudskog karaktera liječničkog poziva.

Anotija se već odavna rješava i u Hrvatskoj

U povodu članka „Anotija i konstruiranje nove uške odsad i u Hrvatskoj“ autora prof. dr. sc. Mirka Ivkića objavljenog u Liječničkim novinama br. 148 (str. 60-61) od travnja ove godine, čestitamo cijelom timu Klinike za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata KBC-a Sestre milosrdnice u Zagrebu, na čelu s dr. Ivanom Rašićem i prof. Ivkićem na usvajanju kirurške tehnike rekonstrukcije uške po Nagati.

U interesu objektivnog informiranja javnosti, posebice liječnika koji se bave kirurgijom glave i vrata i rekonstrukcijom uške, slobodni smo obavijestiti cijenjeno čitateljstvo da je potpuna rekonstrukcija uške kod anotije, tehnikom po Brentu, učinjena na Zavodu za plastičnu, rekonstrukcijsku i kirurgiju dojke u KBC-u Zagreb još 1986. godine.

Modificirana Brentova tehnika po Nagati primijenjena je u KB-u Dubrava na Klinici za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju 1993. godine.

Rezultate rada prikazala je doc. dr. Sanda Stanec na Kongresu Hrvatskog društva za maksilosofacialnu i plastičnu kirurgiju 2001. u Lovranu. Na tom je kongresu bila stručna rasprava o razlici Brentove i Nagatine tehnike te o njihovim prednostima i manama.

Od tada su istom tehnikom rekonstruirane uške i u Klinici za maksilosofacialnu kirurgiju KB-a Dubrava. Navedena tehnika standardan je postupak za rekonstrukciju uške na Klinici za plastičnu, rekonstrukcijsku kirurgiju KB-a Dubrava.

Prema gore navedenim činjenicama, slobodni smo zaključiti da već godinama nije potrebno djecu s urođenom anomalijom u razvoju uške slati u inozemstvo.

Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB-a Dubrava

Prof. dr. sc. SREĆKO BUDI, dr. med.

Povodom „Bisera iz korespondencije“

Poštovani uredniče, upućujem Vam svoje očitovanje nakon što sam saznala za Vaš tekst pod naslovom „Biser iz korespondencije“ objavljen u Liječničkim novinama (broj 143 od 15. listopada 2015., str. 68), prvenstveno zbog naše dobre dosadašnje i, nadam se, buduće suradnje.

Naime, iako sam prvi koautor Vama poslanog članka „Trinaesti Gerontološki simpozij“, nisam znala da je upućen u više časopisa, niti sam sudjelovala u korespondenciji Vas i mag. nutricionizma Manuele Maltarić.

Osobno nikad ne bih tako postupila.

Za Vaš tekst u Liječničkim novinama i navedenu korespondenciju sam naknadno saznala dok sam bila na bolovanju. Nadam se, kao što sam već naglasila, da to neće utjecati na našu buduću suradnju.

S poštovanjem,

Dr. sc. NADA TOMASOVIĆ MRČELA, dr. med.

nada.tomasovic@du.t-com.hr

U SLJEDEĆIM BROJEVIMA (MEĐU OSTALIM) DONOSIMO...

Molimo za ispriku one suradnike Liječničkih novina čiji tekstovi nisu uvršteni u ovaj broj. Zbog obilja pristiglih tekstova odgodili smo one za koje držimo da neće do tada izgubiti aktualnost.

Habek: Eklekticizam i mi

Nemeth-Blažić: Bolje humor nego tumor

Poljak: Slobodan Lang

Puljak: Pomoć prestanku pušenja

Kern-Deželić: Evidence based medicine

Gorjanski – Lovasić – Nemeth: Javno zdravstvo

Burazin: Vratite djeci školske liječnike!

Tolić: Liječnici bez granica

Katinić: Psihoonkologija

Včev – Puljak – Sapunar: Bioenergija

Dulce cum utili!

Pisanje riječi iz stranih jezika (1. dio)

Doc. dr. sc. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ, e-mail: tamara.gazdic1@gmail.com

Strane se riječi, dakle one koje su u hrvatski jezik preuzete bez prilagodbe, te se pišu onako kako se pišu u jeziku iz kojega su preuzete, prilikom pisanja označavaju kosim slovima (kurzivom) kako bi se posebno označilo njihovo strano podrijetlo (npr. *attachment, brainstorming, buffet, catering, wellness* i dr.). To se pravilo odnosi i na pisanje sveza riječi preuzetih u izvornome obliku iz stranoga jezika, najčešće latinskoga ili engleskoga

U svim oblicima medija u proteklih godinu dana pratimo pitanja vezana uz reformu hrvatskoga obrazovnog sustava. Cjelovita kurikularna reforma obuhvaća cijeli obrazovni sustav, pa je kao takva zanimljiva širokom krugu ljudi. Nedavno su objavljeni svi dokumenti vezani uz tu reformu te je na stranicama Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta otvorena stručna rasprava, a najavljena je i javna rasprava. S jezičnoga nas je stajališta posebno zagolica naziv koji se nalazi u svim kurikularnim dokumentima, a koji je preuzet u hrvatski jezik iz latinskoga – *kurikulum*. Zato smo za ovaj broj Liječničkih novina pripremili jezični savjet vezan uz pisanje riječi iz stranih jezika. Kako se u medicini upotrebljava velik broj riječi preuzetih iz latinskoga jezika, tako ćemo se u ovom i u sljedećem broju više osvrnuti na preuzimanje latinskih riječi u hrvatski jezik.

Riječi i sveze riječi iz stranih jezika pišu se različito ovisno o stupnju njihove prilagođenosti hrvatskomu jeziku. Riječi iz stranih jezika mogu biti preuzete u hrvatski tekst bez prilagodbe, pa takve riječi nazivamo *stranim riječima*, a mogu biti više ili manje prilagođene hrvatskomu jezičnom sustavu, pa takve riječi nazivamo *posuđenicama*.

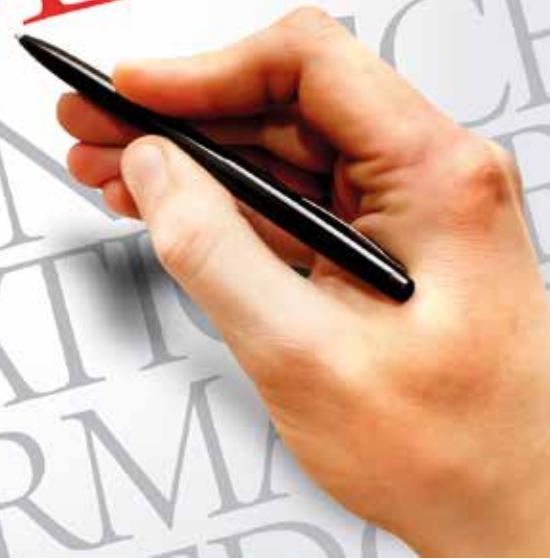
Strane se riječi, dakle one koje su u hrvatski jezik preuzete bez prilagodbe, te se pišu onako kako se pišu u jeziku iz kojega su preuzete, prilikom pisanja označavaju kosim slovima (kurzivom) kako bi se posebno označilo njihovo strano podrijetlo (npr. *attachment, brainstorming, buffet, catering, wellness* i dr.). To se pravilo odnosi i na pisanje sveza riječi preuzetih u izvornome obliku iz stranoga jezika, najčešće latinskoga ili engleskoga. Sveze riječi preuzete iz latinskoga jezika dio su stručnoga i znanstvenoga rječnika, pa se kao takve najčešće upotrebljavaju u stručnim i znanstvenim tekstovima. Evo nekih od njih:

- *ad hoc* – „za ovo“ za neposrednu upotrebu/funkciju, improvizacija
 - *ad rem* – ravno na stvar
 - *conditio sine quanon* – nužan uvjet (može se pojaviti i samo kao *sine quanon*)
 - *ibidem* (*ibid.*) – na istome mjestu
 - *idest* (*i. e.*) – to jest (tj.)
 - *idem* – isto, jednako
 - *per se* – za sebe
 - *sic (sic!)* – točno tako kako jest (napisano)
 - *suigeneris* – svoje vrste, svojstven, osobit
- Valja upamtiti opće jezično načelo da u hrvatskome jeziku uvijek treba dati prednost hrvatskim riječima. Tako stranu riječ, kad god je to moguće, treba zamijeniti hrvatskom riječju ili svezom riječi: *bypass* – premosnica; *donor* – darivatelj (donor bubrega > donator bubrega > darivatelj bubrega, donor krvi > donator krvi > darivatelj krvi); *pacemaker* – srčani stimulator; *revival* – oživljavanje; *attachment* – privitak; *bookmark* – straničnik; *printer* – pisač; *copyright* – autorsko pravo; *e-mail* – e-pošta ili e-poruka ili e-adresa.

PoSuđenice i njihove izvedenice pišu se prilagođeno hrvatskomu jeziku (fonetizirano), pa se tako piše: aluminij, apneja, laboratorij, menadžer, radijus, rezonancija, ureja; menadžerski, paviljonski i dr.

No, vratimo se na naziv s početka ovoga teksta – na naziv *kurikulum*. Iako je o samom obliku riječi *kurikulum* jezikoslovna struka već na raznim službenim mjestima puno toga rekla i objasnila, a Hrvatskim pravopisom (Institut za hrvatski jezik i jezikoslovje, Zagreb, 2013., str. 142) i propisala hrvatski jezik latinsku riječ *curriculum* treba prihvati i njome se koristiti isključivo u obliku *kurikul*, i dalje se bez opravdanih razloga u dokumentima Cjelovite

CURRICULUM



kurikularne reforme upotrebljava oblik *kurikulum*. Zanimljivo je što se u skladu s tim oblikom riječi u spomenutim dokumentima ne upotrebljava i pridjev iz njega izведен – *kurikulumski*, nego se navode *kurikulski dokumenti*, *kurikulska reforma* i sl. Naziv je potkraj 20. stoljeća u značenju nastavnoga programa i nastavnoga tečajaušao u hrvatsku pedagošku literaturu iz engleskoga jezika. Iako je izvorno latinskoga podrijetla, u latinskoj jeziku ima drugo značenje: „utrkovljanje, natjecanje, tečaj /nebeskih tijela, život/, život, trkalište“ (*Latinsko hrvatski rječnik*, M. Žepić, 1991., Zagreb, Školska knjiga). Riječ *curriculum* neprilagođena je latinska riječ u hrvatski preuzeta iz engleskoga jezika. Naziv *kurikulum* je djelomično prilagođena tuđica jer, uz to što je glasovno prilagođena, zadržava latinski završetak *-um* koji se u standardnoj hrvatskoj jeziku u takvim tuđicama izostavlja, npr. simpozij, kriterij, prezidij. U novije se vrijeme za *kurikul* pojavljuju i hrvatski nazivi *naukovna osnova* i (*nastavni*) *uputnik*.

Da zaključimo: s obzirom na normu hrvatskoga standardnog jezika i na njegovu strukturu najbolje bi bilo upotrebljavati

naziv *uputnik* (*uputnički*) ili morfološki i slovopisno prilagođen naziv *kurikul*, a neprilagodena tuđica *curriculum* i nepravilno prilagođena tuđica *kurikulum* nikako nisu poželjne u hrvatskom stručnom nazivlju.

U sljedećem nastavku pročitajte više o posuđenicama iz latinskoga jezika, osobito o latinskim nazivima i imenima u hrvatskom jeziku koji se koriste u medicini.

Pozivamo vas da nam na adresu elektroničke pošte: hlk@hlk.hr pošaljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom.

Provjerite svoje znanje:

1. Preoblikujte strane riječi u pravilan oblik.

A Jučer je na simpoziju bila riječ o apneji. _____

B Simbol za kemijski element aluminijum jest Al. _____

C Jučer smo pacijentu ugradili bypass. _____

D Ima problema s acetabulom. _____

2. U kojoj se rečenici javlja pogrešno prilagođena strana riječ?

A Bio je to početak razvoja slavnoga benda.

B Akvarijum je smješten u Tvrđavi sv. Ivana.

C Intervju je dao jednom tjedniku i jednom mjesečniku.

D Svojim ekološkim proizvodima postali su svjetski brend.

3. Navedene riječi ispravite, a za one koje možete navedite hrvatsku istoznačnicu.

specialnost _____,

incialno _____,

nauka _____,

intresantan _____,

delikvent _____,

definitivno _____.

Točni odgovori: 1. A simpoziju; B aluminij; C premosnicu; Dacetabulom ili zglobnom čašicom; 2. B; 3. specijalnost (posebnost), incijalno (polazno, početno), znanost, interesantan (zanimljiv), delinkvent (prijestupnik, zločinac), definitivno (konačno, neopozivo).

Prof. dr. Milan Berger - doajen hrvatske ginekologije

Doc. dr. sc. INGRID MARTON, dr. med., e-mail: ingridmarton@gmail.com

Milan Berger obilježio je povijest hrvatske ginekologije na način kao malo tko od njegovih suvremenika, osnovavši diljem Hrvatske čak tri ginekološka odjela, a formalno priznanje za svoj rad primio je tek pred odlazak u mirovinu. Nažalost, niti jedna zdravstvena ustanova, pa čak ni jedan od odjela koji je osnovao, ne nosi njegovo ime. Možda bi, da živi i radi u današnjem vremenu, napustio domovinu, te kao Volksdeutscher nastavio karijeru u prapostojbini.

Biografija prof. Bergera zorno svjedoči kako nismo znali/mogli/željeli cijeniti predani rad, profesionalizam i umijeće. Kako drugačije tumačiti da jedan od najmlađih primariusa svoje generacije (u 33. godini života), s bogatom domaćom i inozemnom publicistikom (koja je provjerljiva), biva habilitiran u redovitog profesora tek tri godine prije umirovljenja? Ovaj uradak samo je skroman pokušaj da umanjimo nanesenu mu nepravdu. U sadašnjosti, svjedočimo nanošenju iste takve nepravde nekim novim učiteljima.



Prof. dr. MILAN BERGER,
prim.dr.med.

Obitelj i školovanje

Milan Berger rođen je 5. listopada 1902. u Koprivnici, od oca Milana Bergera starijeg, kotarskog dimnjačara, i majke Silve Berger, rođene Schram, kao najstariji od troje djece. Kršten je 26. listopada 1902. kao Milan Karlo Božidar Berger. Mlađi brat Zvonimir, dipl. ing. (1905.-1988.), i sestra Dragica (1912.-1962.), kasnije su također živjeli u Zagrebu.

Osnovnu školu i gimnaziju pohađao je u Zagrebu, gdje je završio Medicinski fakultet 1926. godine. Od 1928. do 1936. radi kao asistent glasovitog profesora Dursta na Klinici za ženske bolesti i porode u Petrovoj ulici, gdje specijalizira ginekologiju i porodništvo.

U to su vrijeme bili Durstovi asistenti, osim Bergera, Vladimir Bazala, Franjo Brolich, Rafael Dolinšek, Srećko Šilović, Stjepan Vidaković i Srećko Zanella.

Tijekom 8 godina Berger ne stječe samo naslov specijalista već i primarijat.

Zapaženi radovi

Bolnica na Sušaku svečano je otvorena 16. prosinca 1934. točno u 9 sati. Tiskovine su

bile prepune izvještaja o Novoj Banovinskoj bolnici na Sušaku, „najmodernijem medicinskom zdanju“. Predviđeno je deset odjela: interni, očni, zarazni, kirurški, ginekološki, otorinolaringološki, dermatovenerološki, radiološki, poliklinika i ljekarna. 33-godišnji prim. dr. Milan Berger na Durstovu preporuku preuzima Odjel za ginekologiju i porodništvo na Sušaku 1936. godine i uspješno ga vodi šest godina. Na Sušaku se upoznaje s klimatskim blagodatima podneblja, proučava ga i objavljuje radove o klimatološkom utjecaju na liječenje ginekoloških bolesti. Time je pridonio otvaranju bolničkih i sanatorijskih jedinica za liječenje tuberkuloze na Rabu i u Rovinju. Svakako treba izdvojiti njegove publikacije o genitalnoj tuberkulozi, koja je predstavljala njegov znanstveni interes cijeli radni vijek. U to vrijeme publicira zapažene radove o primarnom karcinomu jajovoda i o karcinomu vrata maternice u trudnoći i porođaju, predstavljajući se znanstvenoj javnosti kao neprijeporan autoritet struke.

Na izričit Bergerov zahtjev prelazi s kirurškog odjela na odjel ginekologije sekundarac -specijalizant dr. Davor Perović,

LIJEĆNIČKI VJESNIK

GOD. 63.

ZAGREB, VELJAČA 1941.

BROJ 2.

Sveučilišna klinika za ginekologiju i primaljstvo u Zagrebu.
Predstojnik: prof. dr. F. Durst.

Primarni karcinom tube.

Prim. dr. Milan Berger, em. asist. klinike, sada predstojnik odjela za ginekologiju i porodništvo ban. bol. u Sušaku.

Među genitalnim karcinomima žene, najrjeđi je primarni karcinom tube (p. k. t.). Po statističkim



Pročelje Kraljevskog zemaljskog rodilišta

koji će poslijepodne, od 1946. do 1975., voditi taj odjel i postati profesorom riječkog Medicinskog fakulteta. Berger je očito znao prepoznati mlade ljude s potencijalom i educirati ih, a vrijeme je pokazalo da u svojim procjenama nije griješio. U to se vrijeme i oženio, sa Zorom Butković, rođenom 9. prosinca 1901. u Zagrebu.

Najstarija bolnica

Bolnica Sestara milosrdnica najstarija je zagrebačka bolnica (s izuzetkom Zakladne bolnice utemeljene 1804.), a pod imenom „Dr. Mladen Stojanović“ djelovala je u razdoblju od 1945. do 1990. godine. Preseljenjem bolnice u Vinogradsku ulicu, gdje se nalazi i danas, seli se bez rodilišta; ono ostaje u Ilici kao samostalno Kraljevsko zemaljsko rodilište u kojem će nakon 1905. dr. Franjo Durst sjediniti ginekologiju i porodništvo. U Bolnici milosrdnih sestara otvara se 15. siječnja 1941. samostalan ginekološki odjel koji vodi prof. dr. Vladimir Bazala, inače najplodniji ginekološki autor između dva svjetska rata, autor ukupno 300 radova, knjiga i priručnika, od toga samo u Liječničkom vjesniku 17 radova.

Prim. Berger se 1945. vraća u Zagreb, i to upravo na mjesto šefa ginekološkog odjela Bolnice milosrdnih sestara. Ginekologiji se tek 1947. priključuje i rodilište, nakon čega prim. Berger odlazi na novu dužnost, a vođenje

novog ginekološko-porodnjnog odjela preuzima doc. dr. Srećko Zanella i vodi ga sve do 1959. godine.

Pulsko rodilište i ginekološki odjel su unatoč stabilnom broju poroda od 300-tinjak godišnje i razmjerno velikom broju malih i velikih operacija 1933. godine zatvoreni, a ginekologija postaje dio kirurškog odjela. Nakon Drugog svjetskog rata, uredbom Ministarstva narodnog zdravlja, formirana je ekipa liječnika, medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih radnika s ciljem preuzimanja bolničkog i izvanbolničkog sustava u gradu Puli. Posebnom uredbom antedatiranom 19. rujna 1947. upućen je prim. Berger na novu dužnost, na mjesto šefa odjela ginekologije i porodništva. Prvi predstojnik novoformiranog odjela bio je zaslužan za ponovno otvaranje rodilišta s razvijanjem svijesti o potrebi antenatalne skrbi, odvajanjem ginekološkog operacijskog programa od kirurškoga, s ciljem povećanja broja ginekoloških operacija i tzv. malih zahvata kao i razvijanja brojnih preventivnih programa. Prim. Berger uspješno je upravljao odjelom do 1950., ostavivši neizbrisiv trag kako u povijesnom, tako i u organizacijskom smislu. Na toj ga je funkciji zamijenio prof. dr. Drago Vrbanić (1912.-1996.), a njega prim. dr. Pavao Kos (1920.-1996.).

Prim. Berger vraća se u Zagreb, i to ponovno u Bolnicu sestara milosrdnica, na mjesto šefa ginekološkog odjela za

vrijeme mandata svog nasljednika na toj funkciji doc. dr. Srećka Zanelle. Zadržava se na toj funkciji do 1953. kada prelazi u Petrovu.

Impresivna karijera

Ubrzo postaje šef odjela za ginekološku kirurgiju, stječe naslov docenta i postaje tajnik Hrvatskog ginekološkog društva (tada sekcije), koje je utemeljeno 25. svibnja 1940. u vrijeme Banovine Hrvatske, kada se sva liječnička društva u Hrvatskoj sjedinjuju sa zagrebačkim Hrvatskim liječničkim zborom. Prvim je predsjednikom izabran prof. Durst, a tajnikom doc. Zanella. Zbog ratnih prilika, Društvo i Zbor jedva funkcioniraju te se Zbor reaktivira tek 1947. godine, tako da je 14. lipnja ponovno formirana Ginekološka sekcija Zbora s istim predsjednikom i tajnikom. U mandatu 1954.-1956. doc. Berger bio je tajnik Sekcije.

Berger je 1962. izabran za izvanrednog profesora, a u mandatu 1967.-1969. bio je v. d. predstojnika Klinike Petrova. Tri godine prije umirovljenja, točnije 1970. godine, s uistinu ekscentrenom karijerom, habilitiran je u redovnog profesora. Umire 6. siječnja 1978. u Zagrebu od posljedica kolon karcinoma.

Literatura:

Dekaris, M. Milan Berger. Liječ vjesn 89: 817-818 (10), 1967.



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.

NESANICA

Pola pet.

Intervencija u selu udaljenom više od trideset kilometara od Osijeka.

- Dobro jutro!
- Dobro jutro! Recite nam što je bilo!?
- Doktore, suprug ne može spavati.
- Oh, baš mi je žao zbog toga. Nego, recite mi zašto ste nas zvali?
- Pa, kažem vam. Suprug ne može spavati!
- I zato ste nas zvali u pola pet ujutro!? A što onda radi kad ne može spavati?
- Pa, ne spava!
- O Bože dragi, a kako vi znate da ne može spavati ako ništa ne radi?
- Pa ne mogu ni ja spavati pa sam vidjela da i on...

- Dobro jutro, doktore! Ovo više ovako ne ide, ovo nema smisla, on je loše, on je jako loše, on ne može spavati već mjesecima, on...

- Dobro, dobro, stanite malo! Dobro jutro, tko ste vi!?
- Kako tko sam? Pa, susjed!
- Susjed!? A što sad radite ovdje u tuđoj kući u pola pet ujutro?
- Došao sam vidjeti susjeda. Ionako ne mogu spavati.
- Ni vi ne možete spavati!?
- Ne mogu doktore, ne mogu ni oka sklopiti! A susjed isto ne spava, a to je jako loše jer...
- Dobro jutro! Napokon ste došli! Odlično, odlično, odlično...
- Što je odlično!? Dobro jutro i vama! A vi ste!?
- Ja sam susjeda! Došla sam jer sam vidjela susjeda da dolazi...
- Aha!? A vidjeli ste ga zato jer ne spavate? Vi isto...

- Dobro jutro svima!

- Dobro jut... Ma, ne vjerujem!
Tko ste sad vi!?

- Ja!? Pa, susjeda. Ja sam...

- Znam, znam, sve znam! Vi ste susjeda koja ne može spavati. Ne možete oka sklopiti. A i susjed ne spava, a to je onda jako loše. Jel' tako!?

- Jao, doktore, kako znate?

- Kako znam!? Pa, puna je kuća susjeda koji ne mogu spavati! Eno, prvi si susjed kuha kavu u kuhinji, gospođa koja je došla u deset do pet razgledava vrt sa gospodinovom suprugom, vi ćete sada upaliti televizor ili uzeti kakve novine za čitanje... Jel' ima netko u ovom selu tko spava po noći!?

Na kraju je gospodin zbog kojeg su zvali u međuvremenu zaspao. Uspavao ga žamor...

AUTOINJEKTOR

Dakle, jučer sam saznao kako se u hrvatskim ljekarnama može kupiti adrenalinski autoinjektor!? Ne možeš kupiti jebeni Voltaren čepić koji se stavlja u guzu, ali možeš kupiti adrenalin.

Autoinjektor može kupiti svatko, a kako to izgleda kad ga pokuša upotrijebiti starija gospođa kad ju u voćnjaku ubode osa bolje je što prije zaboraviti.

Svaka sličnost sa stvarnom životnom situacijom i likovima je namjerna.

Mjesto radnje: hitna ambulanta vanbolničke hitne

Vrijeme radnje: subota poslijepodne

Glavne uloge: jedna osa, jedna starija gospođa alergičar, jedna još starija gospođa srčani bolesnik i dijabetičar, dežurni liječnik i sestra

- Imamo alergijsku reakciju, ubod ose! Dvije kategorija dva.

- Brzo uvedite gospođu!

- Koju!?

- Kako koju? Pa, onu koju je ubola osa.

- Da, ali imamo dvije kategorije dva. Dva uboda!

- Dva uboda jedne ose ili dva uboda više osa ili jednu osobu koju je osa ubola dva puta? Koji se sad ku... dešava!?

- Ma, ne! Jednu je gospođu ubola osa. Onda je ona u panici istrečala iz voćnjaka na cestu, zaustavila prvu prolaznicu i zamolila je da joj ubrizga adrenalin.

- Super! Ali još uvijek ne razumijem!?

- E, pa doktore, izadite u čekaonicu pa će vam sve biti jasnije!



Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek

A u čekaonici starija gospođa koja se guši i još starija gospođa koja se drži za prsa i pokazuje mi ljubičasti palac lijeve ruke veličine jabuke.

Obje urlaju!

Jedna urla „Ugušit ču se“, druga se dere „Zadavit ču je“!

- Gospođo draga ne trebate ju vi daviti, ugušit će se ionako sama ako nas ne pustite da joj pomognemo. I prestanite mahati tim огромним ljubičastim prstom

Sve u svemu, završilo je dobro. Stariju je gospođu ubola osa pa si od straha i panike nije sama mogla piknuti adrenalin. Zaustavila je

prvu prolaznicu i zamolila je da joj ona ubrizga adrenalin, a ova je zbumjena izgledom autoinjektora totalno zablokirala. Nikako joj nije bilo jasno gdje se nalazi ta vražja igla!? Naravno, otkrila je iglu tek kad si je zveknula autoinjektor u vlastiti palac. Jer, igla je skrivena i ima oprugu za izbacivanje!

Pa su onda obje zaustavile prvi auto i dojurile na hitnu pomoć. Jedna s ubodom ose, druga s ubodom autoinjektora.

I zato, nek' netko barem objasni ljudima kako se koriste autoinjektori i zašto ta famozna igla ne strši barem pola metra izvan aplikatora.

MOJA AMERIKA

LADA ZIBAR, e-mali: lada.zibar@gmail.com

Jedina ulaznica za ovaj profesionalni svijet su rezultati na ispitima i objavljeni papers. Ništa drugo ne prolazi. Ovdje je svijet šaren i šarolik, i uz bijele američke protestante ovdje su jednako zastupljeni liječnici sa svih strana svijeta, iz Rusije, Irana i Gane, pri tomu ne mislim samo na podrijetlo, nego i na sveučilišno obrazovanje

Moja Amerika je zaboravljen naslov predivnih zapisa Luka Adamića, pisca kojega se sjećam iz školskog udžbenika osamdesetih godina prošlog stoljeća. Posudujem ga za svoja sjećanja na još uvijek nedavni prekratak njujorški život. Provodim tri mjeseca u bolnici u NYC uživljavajući se u tamošnju nefrološku svakodnevnicu. Istodobno imam onamo prenesen obiteljski život, unajmljen stan, dijete u školi, prijatelje i poznanike, pa je doživljaj uobičajenog življenja vrlo vjeran. Skribomanski bilježim dnevna zapažanja, većinom vezana za boravak u bolnici, i dijelim ih mailom s kolegama u Hrvatskoj, prijateljima i rođacima. Ne preskačem ni dana. Prije zore potekne tekst koji onda s mukom nastojim poslati boreći se s nefunkcionalnim wi-fi-om u apartmanu ili odlazim u obližnji Starbucks iz kojega šaljem (i u kojem mi jedne nedjele tijekom mog spisateljskog zanosa mali Afroamerikanci iz obližnjeg Harlema ukrađu Iphone). Tako i moji osjećki kolege brinu brige njujorških pacijenata, transplantacija, specijalizantica pred porođaj, dijele iskustva „Genijalca“, „Starog doktora“, „Antipatične“, „Najdraže patologice“ i drugih tamošnjih kolega čija prava imena nisam spominjala.

„Life's not about waiting for the storm to pass... It's about learning to dance in the rain!“ (Vivian Green) prepisala sam tih dana sasvim pragmatično, imajući u kostima stalan oceanski vjetar i hladnoću njujorškog proljeća koja nas je sadistički podsjećala na patologiju ljubavi prema gradu u kojemu smo se toliko nasmrzavali i u kojemu sam često već očajna psovala orkanskom vjetru, osobito onomu u prolazu naše zgrade. Ipak, bila sam spremna živjeti tamo tako i puno dulje, vremenu usprkos.

Naš je maleni apartman bio dio izvrsne zgrade na Upper West Side Manhattana, opremljene tipično američkim stambenim pogodnostima, od bazena, fitnessa i lounge-a s parkom na prostranoj terasi na trećem katu do brojnih čuvara i domara, praonice i igraonice. Zgrada je okružena dućanima poput Wholefoodsa, kafićima poput Starbucksa, škola, igralištima, knjižnicama... Central Park je udaljen 200 m i uz njega je metro kojim

odlazim na sjever u bolnicu. Jutarnji liftovi u našoj zgradi šarene se od ljudi, odjeće i pasa, i po prvi put se uvjerim da „goli i bosi“ koji šeću pse u ranu zoru na minus 2 °C ne žele biti ekstravagantni, njima stvarno nije hladno. U tim su liftovima i u metrou prepoznatljivi bolnički zaposlenici koji na posao odlaze u uniformama. Trebalо mi je neko vrijeme da shvatim da brojne hlače „slične“ uniformama u „mojoj“ bolnici i jesu te uniforme, za nas nezamislivo nosive izvan bolnice. U metrou čitam dnevne novine Metro koje uzimam od kolportera koji ih dijele na ulazu u podzemnu. Saznajem o njihovom školstvu (aktualno je javno uspješnije od privatnoga), o tomu da je jučer ujutro sin ubio oca u mom susjedstvu i o Hrvatskoj kao privlačnoj turističkoj destinaciji. Pogrešno presjedam i tako dva puta uspijevam završiti u Bronxu, prvi put tijekom prvih dana, ali drugi put koji dan pred odlazak, neoprostivo, čak i plavuši.

Nad prozorčićem prostorijice iz koje preuzimam svoju identifikacijsku bolničku karticu piše „Lack of planning on your part does not constitute an emergency on my part!“

I to je nekako parola koja prati osjećaj američke samoodgovornosti za svoju sadašnjost i budućnost, tako različito od relikata socijalističkog mentaliteta sredine iz koje dolazim. Mene raspoređuje tajnica, raskošna Afroamerikanka s dreadlocksima, koja radni život provodi u izbici bez vanjskih zidova i prozora. Tek pred kraj boravka shvatim da sam je vjerojatno trebala slušati i poštovati sustav rotacija po nefrološkim službama. Dinamika moga duha nije interferirala s tim prijedlozima pa sam kombinirala boravke u raznim službama u istome danu. Nezaobilaznu transplantaciju, konziljarne, konzilijarne za kardiokirurgiju i klasičnu nefrologiju. Svakodnevno, ali baš svakoga dana, prisustvujem jednomu do tri predavanja. „Kada?“ – pitat ćete. Specijalizant je u bolnici najmanje 11 sati, a specijalist nešto manje, oko deset. Kirurzi i dulje. Neki dani već započinju predavanjima, uobičenima u razne sheme i nazive, od journal cluba do tzv. grand rounds, patoloških, specijali-

zantskih, transplantacijskih, prijetransplantacijskih, do rješavanja slučajeva. Prezentiraju svi, od studenata do profesora, domaćih i gostujućih. Prezentacije su sadržajno savršene, utemeljene na najnovijim dokazima visokih razina (uglavnom se oslanjaju na Journal of American Society of Nephrology; do Europe manje drže, ako se ne radi o British Medical Journalu i sl.). Vlastite rezultate imaju u gotovo svim područjima i oni su ti koji pišu UpToDate. Estetika slideova je nevažna, a utješno je što im je tehnika često nepouzdana, poput naše domaće. Nerijetko se kojekako snalaze oko laptopa i projektoru, improviziraju, kao i mi. Tijekom prezentiranja svi nešto jedu (pa i predavač ako stigne), prekidaju predavača stalno, ne čeka se kraj, a on spremno odgovara uvijek, nimalo ga to ne smeta, do submolekulske razine. Nema teatra, nema nedostignih. Usput, svi još pomalo nešto tipnu na mobitelu, pogledaju što treba, jave se ako moraju, uđu, izadu. Stoje. Ako je predavanje popodne, nitko ne žuri, svi su zainteresirani i zahvalni predavaču. Na prikazu slučajeva hiponatrijemije gostujući je voditelj specijalist bio poznati prof. R.W. Schrier. Sa svima se upoznao i na spomen Hrvatske upitao o tada aktualnim poplavama i o razlikama između jezika bivše nam države.

Pacijenti su nerijetko siromašni, mnogi ne govore engleski, HIV je uobičajen komorbiditet ili osnovna bubrežna bolest. Svi natpsi su dvojezični, engleski i španjolski. Doktori govore španjolski fluentno, svi, gotovo bez iznimke, sa skoro polovicom pacijenata, većinom Afroamerikancima s Kariba. Bolnica vodi brojne projekte i terapijski protokoli su im zavidno avangardni. Transplantiraju kao na vrpci. Posljednjih godina umrli su donori često iz skupine CDC (Center for Disease Control), što znači da su mnogi narkomani. Donori su ipak češće živi, srođni i nesrođni, za nas u neobičnim relacijama. Tako mlada djevojka daruje bubreg stricu svoga „partnera“, mlada žena drugoj mlađoj ženi koju ne upoznaje (najčešće specifične etničke i vjerske skupine), a djeca gotovo masovno daju bubrege roditeljima. Prijetransplantacijska obrada provjerava psihološke, socijalne, ekonomski i, naravno, medicinske aspekte doniranja. Brinu se



i predviđaju pojedinosti u vezi sa skrbima o donoru nakon transplantacije, tko će ga voziti iz bolnice, tko će ga njegovati po otpustu, i slično. Sustavno, formalno i praktično. Donori napuštaju bolnicu dva dana nakon transplantacije, ako nema komplikacija. Transplantirani nisu posebno izolirani, obitelj je stalno uz njih. Zajedničke su prijepodnevne vizite transplantacijskog tima sastavljenoga od kirurga i nefrologa, socijalne radnice i brojnih specijalizanata raznih specijalnosti. Imunosupresija je zajedničko područje, nipošto ekskluzivno nefrološko. Kirurzi u tim vizitama auskultiraju srce i pluća, baš kao i nefrolozi, svima, svakoga dana (preko pidžame, i jedni i drugi, neobično).

Protokolarne biopsije su pravilo, a uzroke osim patologa gledaju i kirurzi i nefrolozi, i to svakodnevno. Trudnice specijalizantice rade do prije porođaja, od jutra do mraka, guraju ultrazvučni aparat („sonosite“) od zgrade do zgrade radi biopsija, same odnose bioptički uzorak na patologiju na 14. kat, ljubazne su i nasmijane, prema bolesnicima i kolegama, ne žale se, ne umaraju, od čega li su?! Specijalizanti nemaju svoje sobe, samo zajedničke skučene prostorije bez danjega svjetla, s nekoliko kompjutora, pa tko prvi dograbi mjesto, njegovo je. Imaju zajednički garderobni ormari za sve

(uključujući i mene). Sve nalaze, bolničke, ambulantne, iz drugih bolnica, laboratorijske, filmove angiografije itd. za svoje pacijente mogu vidjeti kompjutorski. Sve terapijske preporuke, nalaze i komentare isključivo upisuju u kompjutor. Isti pristup imaju sa svojih mobitela, kao i pristup na UpToDate. Prije podne specijalizanti obilaze bolesnike, a popodne odlaze u zajedničke vizite sa specijalistom. Te su vizite nalik fakultetskim predavanjima ili, u najmanju ruku, seminarima. Završavaju blagoslovom ili korekcijom specijalista za terapijske i dijagnostičke preporuke koje je prethodno specijalizant primio i utipkao. Klasična nefrologija nema stacionarni dio, odnosno nema svoje sobe ni krevete. Bolesnici se primaju putem hitne službe, gdje bude mjesto, a elektivno tretiraju putem dnevne bolnice. Ponedjeljkom odlazim u zgradu u drugoj ulici, u ambulantu, kako sam je ja nazvala, „za siromašne“, a koju radi nekoliko specijalizanata uz superviziju jednoga specijalista. To su pacijenti s tzv. „Obaminim“ i drugim jeftinijim osiguranjima. Paralelna je reumatološka ambulanta na istome mjestu, pa je lupusna kazuistika dominantna, i jednima i drugima. Ovdje je osnovni jezik španjolski, a nerijetko je potreban tumač i za manje poznate jezike, poput npr. kurdskega. Takvog je



tumača lako dobiti, uživo ili na telefon. Pola sata traje kontrolni pregled, a prvi čak cijeli sat. Strpljivo svima sve objašnjavaju i ljubazno saslušaju sve paramedicinske životne priče. I ovdje je HIV česta dijagnoza, a terapija je dostupna svima. Transplantiraju i oboljele od HIV-a, one s relativno nedavnom tuberkulozom, s preboljelim sarkomom i već transplantiranim drugim organima. Gušteraću i bubrege transplantiraju češće odvojeno nego simultano.

„Genijalac“ je specijalist srednje dobi, fizički opušten tako da se voza na ultrazvuku sa stalkom na kotačima prevozeći ga s odjela na odjel. Ambidekster je i tijekom vizita zastaje po hodnicima i crta objašnjavajući. I to tako da papir nasloni na svoja prsa pa crta sheme (npr. različitih laboratorijskih postupaka utvrđivanja križne reakcije između donora i primatelja), malo lijevom, malo desnom rukom, na način položajem i smjerom crteža real time prilagođeno onima koji gledaju. On „zna sve“, on „skokne“ do Wholefoodsa kupiti sir i vino za počastiti tijekom svog predavanja (svakog četvrtka popodne, transplantacijsko predavanje), pazi da bude i kosher alternative ako komu treba, on plati i moju kavu (što ovdje nije uobičajeno), navečer iz zabave uči japanski, a prije medicine je završio filozofiju. Biopsije ne promašuje, bilo kojom rukom, nikad. Ipak, nije „nerdy“ uopće.

Jednako je poseban i „stari doktor“, „Genijalčev“ partner u transplantacijskim

vizitama. On je bolnička legenda, harvardski đak, dobi u kojoj je većina već na onome svijetu, europskih manira i neiscrpane radne energije. On je transplantacijski kirurg, više ne operira, ali radi i dalje desetak sati dnevno. Unatoč „bogatoj“ anamnezi vlastitih recentnih krvožilnih bolesti. Imunologija mu je jača strana, a ambulantno kontrolira transplantirane pacijente onako kako to rade i nefrolozi. Kako je on pionir američke transplantacije, u kontrolama ima pacijente transplantirane i prije 30-ak i više godina, na dvojnoj i staromodnoj terapiji. Ispituje vanjskog specijalizanta o povijesti rentgena i inače ima konzervativniji pristup znanju. To ga ne priječi biti up to date s najrecentnijim imunosupresivima, poput eculizumaba i sl. Regrutira buduće transplantirane za projekt s belataceptom. Odvodi me u bolnički dućan u kojem se kupuju jeftinije ulaznice za predstave. Savjetuje gledati The grand Budapest hotel. Brine se da fellow trudnica nosi kompresivne čarape, sagne se pokupiti papirić s poda putem kroz bolničke hodnike, „prošetava“ pacijentu po sobi tijekom vizite, a poznaniku nudi termin pregleda u 6.30 h ujutro.

Jedina ulaznica za ovaj profesionalni svijet su rezultati na ispitima i objavljeni papers. Ništa drugo ne prolazi. Ovdje je svijet šaren i šarolik, i uz bijele američke protestante ovdje su jednako zastupljeni ljeđenici sa svih strana svijeta, iz Rusije,

Irana i Gane, pri tomu ne mislim samo na podrijetlo, nego i na sveučilišno obrazovanje. Pa tako, između ostalog, dospijevam u transplantacijsku ambulantu uvaženog starijeg nefrologa, no u njoj zatječem mladog Indijca, specijalizanta. Nakon kratkog upoznavanja nastavlja razgovor na sasvim pristojnome hrvatskom. On je iz Indije, završio je medicinu u Bugarskoj. „Ali bugarski nije hrvatski?“ – čudim se. „Imao sam kolegu u laboratoriju iz Hrvatske. Pa sam naučio.“ I potom prelazi s hrvatskoga na bugarski, s bugarskoga na srpski (imao je u labosu i jednog Srbina) pa na ruski (valjda onda i Rusa). „Sve ti je to sanskrta, a ja sam Indijac!“ – gotovo se opravdava.

Kao što im je radno vrijeme nekomparabilno našemu, takvi su im proporcionalno (ali ne linearno, nego eksponencijalno) i prihodi. A nekomparabilno je i slobodno vrijeme, vikendi i godišnji odmori (nama u korist). Vrijeme s djecom i s obitelji, porodiljni (i opet smo u velikoj prednosti). Oni su „proud to be a doctor“ i tako žive svoj bogati radoholični san. Mogla bih složiti tablicu s tri stupca u koje bih smjestila kategoriju dojmova: bolje nego kod nas, jednako i lošije. Prevaga onog prvog stupca trebala bi nam biti izazov i korektiv, nažalost, često je razlog za napuštanje prelijepje naše. Za moje povratničke priče mnogi bi ubrzali izgubili interes, tješći se onim trećim stupcem.

S lukom se bolje jede!

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



S druge strane društvene ljestvice, kuhinja svakog dvora bila je nezamisliva bez carske namirnice, pa je na raskošne trpeze dolazio u svim oblicima. Rimski su ga gladijatori obilato konzumirali radi muskulature, antički mislioci radi ideja, u srednjem vijeku luk je bio čak i plaćevno sredstvo, a moji su ga kolege propisivali stoljećima za različita stanja i bolesti od konstipacije do glavobolje, kašla do ugriza otrovnice, gubitka kose do gubitka erekcije

Obični luk, ili *Allium cepa* latinski, sve je samo ne običan. Zovemo ga još ponegdje i crveni luk (bez ideooloških primisli) da bismo ga razlikovali od rođaka mu, bijeloga luka, odnosno hrvatski češnjaka. Naravno, teparamo mu i lučac i crni luk i kapula, a jedemo ga sirovog, pečenog, pirjanog, pohanog, kiselog, slatkog, ljutog, mladog i starog. Toga jedinog cara kuhinje (u dalmatinskoj kuhinji carica – kapula!) koristimo, volimo, obožavamo, izbjegavamo, forsiramo, hvalimo i kudimo i to prema dokumentiranoj povijesti već sedam tisuća godina, a njegove divlje pretke i još koji milenij više.

Kuhinjskog cara rabili su svi društveni slojevi. Luk je hranio graditelje piramide, a bome je nađen i u grobnici Ramzesa IV, ni manje ni više nego u očnim dupljama vladara. O vezi luka i očiju nešto kasnije, ali veza puka i proletarijata s lukom bjelodana je i opjevana. Gotovo da nema revolucije u kojoj se razni šumski razbojnici, urbani gerilci, vojske i milicije nisu obilato hranile lukom. S druge strane društvene ljestvice, kuhinja svakog dvora bila je nezamisliva bez carske namirnice, pa je na raskošne trpeze dolazio u svim oblicima. Rimski su ga gladijatori obilato konzumirali radi muskulature, antički mislioci radi ideja, u srednjem vijeku luk je bio čak i plaćevno sredstvo, a moji su ga kolege propisivali stoljećima za različita stanja i bolesti od konstipacije do glavobolje, kašla do ugriza otrovnice, gubitka kose do gubitka erekcije. Poznato je da se u šesnaestom i sedamnaestom stoljeću obični luk vrlo često propisivao nerotkinjama, a danas statistika toj praksi možda daje nove argumente. Naime, najveći su svjetski proizvođači luka Kina i Indija (zajedno gotovo polovica svjetske proizvodnje!) – dvije zemlje koje očigledno nemaju problema ni s fertilitetom ni s erekcijom. Od godišnje proizvodnje luka, koja se kreće oko nevjerojatnih 60 milijuna tona, po glavi stanovnika najviše proždr Libijci (navodno više od 30 kila godišnje), dok je prosječna potrošnja između osam i deset kilograma. Kako je Libija dugo vremena bila prilično zatvorena i stroga zemlja, u kojoj je seks bio tretiran kao dekadentna zabava, nemam vjerodostojnih reproduktivnih podataka. Svi prethodni

navodi i bez toga prilično jasno sugeriraju odakle i našem narodu ona simpatično prosta krilatica s lukom u rimi.

Gurmanski geni

U doba kada su ličku magistralu, tada jednu poveznici metropole i Dalmacije, s obje strane ceste definirale nebrojene pečenjare i gpcionice, šatromoteli i restorani koji su bez iznimke (često i jedino!) posluživali janjetinu s ražnja, svjedočio sam narudžbi prostodušnoga kamiondžije. Čovjek je na prostu sjeo za izbljedjeli karirani stolnjak i grlato naručio *dvajst deka jagnjetine i kilo mladog luka*. Iako mi se takav omjer i danas čini malo ekstreman, mlađi luk i mlađa janjetina stvarno su savršena arhetipska gastrokombinacija, baš kao i čevapi s lukom (i lepinjom), ili pak grah-salata s lukom i bućinim uljem. Nedjeljni su to spojevi zapisani u gurmanskim genima. Vrste luka za pojedina sljubljivanja posebno su osjetljiva tema i razlog rasprava i prijepora kuvara amatera i profesionalaca, iskusnih domaćica i nevještih početnika. Nije lako ni izabrati između srebrenca, ljubičastog luka, orijaša, kozjaka, poriluka, vlasca, crnog i crvenog luka, lučica, žutog luka i *pogačara, kapulice i čebulice, češnjaka jarog i ozimog, ljutike i stogodišnjaka*. Tu, naravno, izbor ne prestaže, jer globalizacija nam je podarila gotovo tisuću vrsta luka na uživanje (prema nekim izvorima 979!). Neke od poznatijih sorti danas zovu se Carlos, Taresco, Manas, Sedona, Meranto, ali i Electric, Red Bull, Red Wing i Red Baron, Radar i slično. Geografskim toponimima nazvani su na primjer Alaska, Columbia, Sibir, Pompei, ali i domaći – istarski žuti, turopoljski, konavoski, rapski pogačar, pa slavonski ozimi; i susjedni – skopski, gostivarški, vardarac, ptujski rdeči i ptujski spomladinski. Grubim rukopisom ispisane na papirnatim škarnicima omiljene tržnice naići ćete i na zadarski, lički, međimurski, dalmatinski, zagorski, baranjski, čak i zagrebački (!) luk – no najčešće nije radi o sortama, nego o marketingu spretnih piljarica, a rjeđe o stvarnom podrijetlu. Osobno imam favorita carske namirnice.

To je *paški luk*. Sladak ko' jabuka, pun tekućine i blagih ljetnih aroma; krupan i crven, ne treba ni ulja ni soli, a začiniti ga možete najbolje janjetinom. Paškom, naravno! Jedem ga uglavnom sirova, jer tako najviše uživam, no stavljam ga i u juhe i lešade, buzare i gregade, na gradele i pod peku. Tih nekoliko ljetnih mjeseci, jer kao i druge vrednote taj luk nažalost kratko traje, uživam u njemu svakodnevno, a ponekad uza nj i u paškoj janjetini, paškom siru, i (pomal) vinu. Pomidorima, paprikama, blitvi, inčunima, gavunima, plavicama, gircama, skušama i lokardama, hobotnicama i sipama, lignjama i podvelebitskim škampima. Nađe se boljim danima i feta pršuta ili pancete, vratine sa žara, teletine ispod peke, kakva koka ili domaća paštašuta. Sve uz obilje paškog luka. Posebna su priča u luku i domaćem limunu marinirane srdele s gradela na staroj lozi uz ružmarin, kvasinu i koje zrno papra te ulje iz stoljetnih lunskih maslinika.

Gastronomска пoezija

Ne priča, nego pjesma, iz, za mene, najljepše gastronomске poezije, prava rapsodija o ljetu i luku. Potkraj ljeta moj je luk već trun suh i tužan poradi bliska kraja. Ranijih smo ga godina vozili u Zagreb žečeći produljiti ljetu vijek, ali nikada nije mogao potrajati na jeseni kontinenta. Kao da je tu sortu svevišnji predvidio samo za ljetno uživanje na tom škrtom otoku. Zato kada izjedemo zadnje glavice paškog luka, znamo da je ljetu kraj, ali ne i uživanju u luku.

U ranu su jesen tržnice, pijace, placevi i dućani puni luka. Prodaje se na deke, kile, vreće, komade, vijence i vjenčiće, pušleke i odoka. Gradom i selom odjekuje poznati zov musavil prekupaca iz kabina dotrajalih kamioneta – *krumpiiiraaaa... luuuka... krumpiiiraaaa... luuuka... krumpiiiraaaa...luuuka, zelja!* Bržne domaćice i koji štedljivi gospodar pažljivo biraju između medimurskog i moslavačkog, prigorskog i slavonskog, primorskog i ličkog, žutog i crvenog, sitnjeg i krupnjeg. Ne kupuje se nikad sva količina za zimnicu kod istog trgovca, cjenkanje je obavezno, a kvaliteta prolazna. Susjeda obično prođe bolje, jer joj zalihe luka pošalje familija sa sela, a ekipa iz nebodera, bez adekvatnog sk-



Ima li ljepšeg mirisa od slasti pirjanog luka na masti ili maslinovu ulju?

ladišnog prostora, ionako je osuđena na konfekcijski uvozni luk. Kina, Čile, Španjolska, Italija, Argentina, Poljska, jednom čak i Venezuela, samo su dio globalnog izbora te veličanstvene namirnice.

Luk jedem cijeli kao jabuku, a mladi poriluk, mladi luk i mladi češnjak tamanim bez ostatka prigovaranjući nekim ukućanima koji ostavljaju zelene dijelove uz rub tanjura. Luk također režem na kolutiće, nekad na kockice, sitnije ili veće, rjeđe samo na polovine ili četvrtine, ponekad ga usitnjavam u pastu *blenderom* ili protiskujem kroz sita. Luk se pri tim aktivnostima buni i prosvjeđuje, neki jače, neki slabije, izazivajući suze i plač. Lakrimatori agens, odnosno sumporni plin koji se oslobođa mrvarenjem stanica luka, a odgovoran za žarenje, peckanje i suze, naziva se propanetal sulfoksid i njegova evolucijska uloga nije do kraja istražena, ali vjeruje se da bi mogao imati obrambenu funkciju. Osobno vjerujem da se to luk stvarno brani od neukih amatera, tupih noževa, neiskusnih kuhara i mlađih domaćica. Vičniji će luk narezati brzo i vrlo oštrom nožem, u zračnoj prostoriji. Veće količine luka dobro je rezati i hladne, jer će se tako oslobođati manje plina, no većina nas obožavaoca ne žali pokoju suzu radosnicu koja nagovještava dobar obrok.

Ima li ljepšeg mirisa od slasti pirjanog luka na masti (ili maslinovu ulju, svejedno), pa kad se zazlati i još mu se doda sitno sjeckan češnjak nekoliko sekundi prije kakva mesa ili povrća. Zatim miris kipuće juhe od luka ili miomiris kremastoga sosa od češnjaka.

Ljekoviti napici od luka

A tek vonj luka i čevapa što se probija kroz lepinju iz masnog papira i bijele plastične vrećice koju ljubomorno i brzo nosite kući iz kakve dobre roštiljane. Na posebni olfaktorni bijedestal postavljam ovdje i miris bosanskih buređnika okupanih kiselim mlijekom i češnjakom, kao i opojne arome *hercegovačkih lučenih uštipaka*.

O ljekovitim napicima od luka i rakije, modernim kapsulama češnjaka, tamanim tinkturama od ljuške luka, klicama i sličnim likarijama možda nekom drugom prilikom. Ovdje i sada, jedino poziv onima koji ponekad izbjegavaju luk radi navodnog lošeg mirisa pri socijalnom kontaktu, da to više ne čine, već da se sjete simpatično proste, no izgleda čak i statistički utemeljene svenarodne krilatice. A zna narod svoje poslovice, nije blesav.

Prim. mr. sc. JANEZ – JANI BARLE, legenda splitskog Sportskog društva Mornar

Sjajan vaterpolist i vrstan ortoped

EDUARD HEMAR



Prim. mr. sc. JANEZ - JANI BARLE

Za reprezentaciju Jugoslavije igrao je 55 puta, od 1956. do 1963. Sudjelovao je na pripremama za Olimpijske igre 1956. u Melbournu, ali nije uvršten jer je bio premlad. S reprezentacijom je nastupio na Europskom prvenstvu 1958. u Budimpešti i 1962. u Leipzigu, kada je u oba navrata osvojena srebrna medalja iz tada nedodirljive Mađarske

U novom nastavku rubrike predstavljamo zaslužnog splitskog sportaša i liječnika Janeza – Janija Barlea. Rođen je u Splitu 2. lipnja 1937. Njegovi su roditelji bili Slovenci, otac Milan rodom iz Slovenskih Konjica i majka Danica, rođ. Ponikvar, iz Kamnika. Stric Janezovog oca bio je Janko Barlè (Budanje kraj Vipave, 12. III. 1869 – Zagreb, 18. II. 1941), književnik, povjesničar, zagrebački kanonik, suosnivač Družbe braće hrvatskoga zmaja i Društva za spašavanje, iz kojeg je poslije nastala Ustanova za hitnu medicinsku pomoć u Zagrebu. Uz to je Barlè bio jedan od najboljih orguljaša Europe. Janezovi roditelji doselili su se u Split zbog očeve službe u Kraljevskoj mornarici, gdje se bavio kartografijom i stečao čin poručnika. Za vrijeme Drugoga svjetskog rata i nakon kapitulacije Italije 1943. odveden je po nalogu njemačke vojske iz Splita u koncentracijski logor Dachau. Samo spletom sretnih okolnosti Milan se uspio izvući iz logora. Naime, njegov brat Dušan Barle živio je u Zagrebu i bio direktor Zapadnog kolodvora. Imao je za susjeda pravnika Vladimira Mintasa (oca odvjetnice i političarke Ljerke Mintas – Hodak), koji je za vrijeme rata radio u veleposlanstvu NDH u Berlinu. Na bratovu zamolbu i zahvaljujući Mintasovoju intervenciji pušten je iz Dachaua. Nakon rata živio je u Splitu i doživio duboku starost od 97 godina.

Janez, poznatiji po nadimku Jani, odrastao je s roditeljima i mlađom sestrom Marjetom (udanom Brzović). Završio je gimnaziju u Splitu i diplomirao na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Na srednjoškolskom plivačkom prvenstvu Splita 1952. zapazio ga je trener *Jadrana* Mirko Franceschi i odmah ga odveo na klupski bazen u Zvončacu. No, zbog udaljenosti tog bazena i nedostatnosti tadašnjega gradskog prijevoza, Janiju je bilo

daleko pješačiti pa je otišao s klapom iz ulice u konkurentski splitski klub *Mornar*, gdje je počeo s veslanjem. Nakon jedne godine u veslačkom sportu, postaje na preporuku trenera Brune Cvitan plivač *Mornara*. Bio je zapažen kao vrlo nadaren plivač leptirovim stilom, a uz discipline 100 m slobodno i 200 m leptir, sudjelovao je i u *Mornarovim* štafetama 4x100 mješovito i 4x200. Kao 16-godišnjak počeo je igrati vaterpolo, a s nepunih 17 godina postao je član prve ekipe *Mornara*. U prvom dijelu karijere paralelno se bavio plivanjem i vaterpolom, a poslije se opredijelio samo za vaterpolo.

U plivanju je, kao član klupske štafete na 4x200 m slobodno, osvojio drugo mjesto na jugoslavenskim prvenstvima: 1955. u Zadru, 1956. u Splitu i 1957. u Zagrebu. Plivao je u štafeti 4x200 m s Tomislavom Franjkovićem, Božom Bešlićem, Borisom Škanatom, Lovrom Radonjićem i Matom Matulićem. Svojim je bodovima osvojenima u plivačkim disciplinama pomogao mješovitoj ekipi *Mornara* da od 1955. do 1958. četiri puta uzastopno osvoji ekipni naslov prvaka Jugoslavije u plivanju. Tih je godina bilo u plivanju, ali i vaterpolu, veliko rivalstvo između splitskih klubova *Mornara* i *Jadrana*. Janijev najbolji prijatelj bio je Toni Nardelli iz konkurenetskog *Jadrana*. Izvan bazena su bili veliki prijatelji a u bazenu ljuti protivnici.

Jani je vaterpolo počeo igrati kao vratar na nagovor trenera, no to mu se mjesto nije previše svidjelo pa je postao obrambeni igrač. Od 1954. nastupao je za prvu ekipu *Mornara*. Igrao je u najuspješnijoj generaciji u povijesti kluba, koja je triput osvojila prvenstvo Jugoslavije: 1955., 1956. i 1961. Nakon toga je Split punih 30 godina čekao



Reprezentacija Jugoslavije na Europskom prvenstvu 1962. u Leipzigu. S lijeva, u prvom redu: V. Rosić, Đ. Radan, J. Barle, savezni kapetan S. Popović, savezni trener B. Vuksanović i T. Nardelli; u drugom redu: kondicijski trener P. Stanojević, I. Trumbić, B. Čukvas, D. Poković, Z. Šimenc i F. Nonković. Na slici se ne vide M. Muškatirović i A. Matošić.



Vaterpolska ekipa Mornara koja je osvojila Prvenstvo Jugoslavije 1955. i 1956. S lijeva: Lovro Radonjić, Bruno Cvitan, Janez - Jani Barle, igrač i trener Božo Grkinić, Davorin Janečković, Tomislav Franjković i Ivo Štakula.

na novi naslov državnog prvaka, ne računajući zimsko prvenstvo države koje je osvojio *Jadran* 1967. Prva dva naslova državnog prvaka osvojio je sa starijim vaterpolistima: Davorinom Janečkovićem, Brunom Cvitanom, Ivom Štakulom, Lovrom Radonjićem, Tomislavom Franjkovićem, Damirom Čorićem te igračem i trenerom Božom Grkinićem. Povijesni naslov koji je godine 1961. postignut bez poraza, osvojio je Jani sa svojom generacijom u kojoj su bili: braća Ante i Jakov Matošić, Vinko Rosić, Zvonimir Kreković te od starijih igrača Radonjić i Franjković, a trener im je bio Bruno Cvitan. Kao odličan plivač, Barle je, iako je bio obrambeni igrač, dvaput postao najbolji strijelac 1. savezne vaterpolo lige Jugoslavije jer je bio neuhvatljiv za protivničku obranu.

Za reprezentaciju Jugoslavije igrao je 55 puta, od 1956. do 1963. Sudjelovao je na pripremama za Olimpijske igre 1956. u Melbournu, ali nije uvršten jer je bio premlad. Na Olimpijske igre 1960. u Rimu oputovao je samo kao gledatelj, pošto je zaslugom Ante Lambaše iz Beograda brisan s popisa evidentnih kandidata za nastup, premda je bio jedan od najboljih igrača u pripremnom razdoblju. Vaterpolo savez Jugoslavije priznao je pogrešku i poslao

Janiju službenu ispriku zbog tog izostavljanja. S reprezentacijom je nastupio na Europskom prvenstvu 1958. u Budimpešti i 1962. u Leipzigu, kada je u oba navrata osvojena srebrna medalja iza tada nedodirljive Mađarske. Uz to je igrao na Univerzijadi 1959. u Torinu (zlatna medalja), Mediteranskim igrama 1963. u Napulju (srebrna medalja) i na Trofeju Italije 1957. u Zagrebu, kada je osvojeno drugo mjesto. Nastupao je u reprezentaciji s odličnim igračima i kasnije uspješnim akademskim građanima kao što su Milan Muškatirović, Ivo Cipci, Boris Čukvas, Gojko Arneri, Lovro Radonjić, Božidar Stanišić, Zdravko Ježić, Hrvoje Kačić, Ivo Trumbić, Vinko Rosić, Zlatko Šimenc, Frane Nonković, Davor Poković, Zoran Janković i drugi. Za postignute rezultate s reprezentacijom stekao je status zaslужnog sportaša Jugoslavije. Sportsku karijeru je završio 1968. ostavši vjeran *Mornaru* više od 15 godina.

Po završetku MEF-a u Zagrebu 1964. Jani je specijalizirao ortopediju u Splitu i Ljubljani, a specijalistički ispit položio u KBC-u Ljubljana. Magistrirao je na MEF-u u Zagrebu. Radni vijek je proveo kao voditelj Traumatološkog odjela Klinike za kirurgiju KB-a Split do umi-

rovlijenja 2002. Bio je član radne grupe liječnika iz Švicarske za proučavanje osteosinteze te je bio konzultant za to područje u Hrvatskoj. Kao liječnik aktivno je sudjelovao u Domovinskom ratu i vršio brojne operacije na ratom zahvaćenom području Hrvatske i BiH. Objavio je više od dvadeset znanstvenih i stručnih radova.

Primarius Barle rekreativno se bavio ronjenjem, a uz sport mu je bila važna i glazba te je svirao klavir. Bio je u gotovo 50-godišnjem braku s pokojnom pedijatricom Miroslavom rođ. Radovanović rodom iz Žrnova. Njihov sin, dr. sc. strojarstva Jani Barle (Split, 5. I. 1964.), izvanredni je profesor na Fakultetu elektrotehnike, strojarstva i brodogradnje u Splitu.

Prim. Janez – Jani Barle svoje umirovljeničke dane provodi u rodnom Splitu.

Izv.: Osobna izjava prim. mr. sc. Janeza Barlea iz Splita

Lit.: Toni Petrić, *Sport u Splitu 1944.-1984.*, Split, 1986.; Milorad Bibić, „Nekada i sada: Jani Barle, poznati vaterpolist Mornara i reprezentativac - Dehumanizacija sporta”, Slobodna Dalmacija, Split, 2. listopada 2000.; Mario Garber, *Športsko društvo Mornar Split 1949. - 2009.*, Split, 2009; Eduard Hemar, *Slovenci u hrvatskom sportu / Slovenci u hrvatskom športu*, Zagreb, 2014.

TRAVANJSKI STUPIDARIJ

God sejv Kroejša!

Novinarka Barbara Čalušić, koja jako voli pisati o medicini, objavila je u riječkom Novom listu od 7. travnja (ne 1. aprila!) debelim masnim slovima zastrašujuću brojku: U Hrvatskoj boluje 250.000 ljudi od rijetkih bolesti. Ona je došla te užasne brojke, po kojoj bi Hrvati bili pravi svjetski monstrum, iz definicije da su rijetke bolesti one koje se javljaju u manje od jedne na 2000 osoba, što joj moramo priznati kao točno. No ako podijelite 4,300.000 stanovnika s 2000 dobit ćete da imamo samo 2150 osoba s rijetkim bolestima. Ali naša genijalna matematičarka ima neku svoju tajnu formulu po kojoj ih je čak 250.000. God save Croatia!

Ako joj povjerujemo pa njezinih 250.000 nesretnih bolesnika pomnožimo s 2000 zdravih osoba, možemo slavodobitno zaključiti da **Hrvatska ima 50 milijuna stanovnika**. Prema tome, zaboravimo one svakodnevne tužaljke o demografskom propadanju Hrvatske i ozbiljno se pozabavimo strahovitom gustoćom našeg stanovništva: skoro 1500 po kvadratnom kilometru – otprilike kao u centru New Yorka.

Pitanje mudrom sindikalcu drugu Novoselu* i rekorderu u pisanju peticija Mariju Drlji**

Pomoćnik ministra zdravlja kaže: „Milijun ljudi ne plaća dopunsko osiguranje i za njih treba netko platiti.“ Ali se predsjednik SSSH Mladen Novosel i predsjednik Udrženja pacijenata Mario Drlje žestoko protive poskupljenju zdravstva na teret „džepova hrvatskih građana“.

Čvrsto podržavam ovu dvojicu jer je i moj džep hrvatski, ali ih pitam: nego čijih građana ako ne hrvatskih?

- Možda slovenskih koji zdravstvo plaćaju duplo više od hrvatskih (800 : 400 Eura)?
 - Ili produženjem rada liječnika kojima ni dosad nije osiguran 42-satni radni tjedan i tjedni odmor?
 - Ili da i novi ministar par puta godišnje ode u SAD po milijardu-dvije koje će otplaćivati naši potomci?
 - Ili da se pridružim Novoselovu prvomajskom prosvjedu nakon čega možda počne, kao Mojsiju, mana padati s neba?

* To je onaj Novosel koji je liječnike proglašio notornim glupanima (vidi prošli broj LN, str. 112)

**** Taj je predsjednik Udruge pacijenata, poznat po marljivosti: „Svaki tjedan (barem) apel jedan“**

Packa uredniku!

Poštovani gospodine uredniče,

Nakon što sam ugodno provela dio subotnjeg jutra čitajući novi broj naših Liječničkih novina od rubrike s Uvodnom riječi predsjednika HLK-a do rubrike Hrvatski liječnici sportaši, želim vam ukazati na nevjerljiv propust koji ste vi osobno učinili. Ne sjećam se kad sam (mislim da nisam uopće) do sada čitala ovako dobar broj LN. Do zadnje stranice i Urednikovog kutka. Onda šok i nevjera! Nehumorističkim pamfletom javno prozivate kolegu, koristeći njegovu sliku i ime.* Ako postoji prekršaj u onome što je kolega učinio, postupak dokazivanja krivnje i nakon toga kažnjavanje, ne uključuju javno sramoćenje u staleškim novinama (predlažem čitanje Zakona o liječništvu i Kodeksa medicinske etike i deontologije HLK). Ako se borimo za zaštitu kolega u javnim glasilima, što nam ovo treba predstavljati? Interni stup srama? Ako ste zaista odlučili oformiti jednu takvu rubriku, predlažem da umjesto jednog od najboljih među nama, izaberete neke zaista nemilosrdne gadeve među nama, koji su dio problema zbog kojih 60% mlađih kolega želi napustiti Hrvatsku.

S nadom da ћete razmotriti i uvažiti ukazivanje na svoj propust i nepoštovanje Zakona i Kodeksa, srdačno vas pozdravljam.

ANA GVERIĆ GRGINIĆ, dr. med.

*Riječ je o ortopedu dr. Karlaku koji je 3. ožujka u Jutarnjem listu reklamirao Specijalnu bolnicu „Arithera“ iznoseći detalje iz povijesti bolesti Vilima Pantlika (LN broj 148, str. 112). Op.ur.

DUODART® 0,5mg/0,4mg tvrde kapsule: Jedna tvrda kapsula sadržava 0,5 mg dutasterida i 0,4 mg tamsulozinklorida (ekvivalentno 0,367 mg tamsulozina) **TERAPIJSKE INDIKACIJE:** Liječenje umjerenih do teških simptoma benigne hiperplazije prostate (BPH). Smanjenje rizika od akutne urinarne retencije (AUR) i kirurškog zahvata u bolesnika s umjerenim do teškim simptomima BPH. **DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE:** Preporučena doza Duodarta je jedna kapsula (0,5 mg/0,4 mg) primijenjena oralno 30 minuta nakon obroka svakog dana u isto vrijeme. Kapsula se mora progutati cijela te se ne smije žvakati ili otvarati, jer kontakt sa sadržajem kapsule dutasterida sadržanim unutar tvrde ovojnica kapsule može dovesti do iritacije sluznice usne šupljine i ždrijela. Kad je to prikladno, Duodart se može uzeti kao zamjena već postojeće dvojne terapije dutasteridom i tamsulozinkloridom istodobno, da bi se pojednostavilo liječenje. Ako je klinički primjeren, može se razmotriti direktna zamjena monoterapije dutasteridom ili tamsulozinkloridom s Duodartom. **Oštećenje funkcije bubrega:** Učinak oštećenja funkcije bubrega na farmakokinetiku dutasterid-tamsulozina nije ispitivan. Ne predviđa se da bi bilo potrebno prilagođavati dozu u bolesnika s oštećenjem funkcije bubrega. **Oštećenje funkcije jetre:** Učinak oštećenja funkcije jetre na farmakokinetiku dutasterid-tamsulozina nije ispitivan, stoga je nužan oprez u bolesnika s blagim do umjerenim oštećenjem funkcije jetre. U bolesnika s teškim oštećenjem funkcije jetre uporaba Duodarta je kontraindicirana. **KONTRAINDIKACIJE:** Duodart je kontraindiciran za uporabu u žena, djece i adolescenata. Duodart je kontraindiciran u bolesnika preosjetljivih na dutasterid, ostale inhibitore 5-alfa reduktaze, tamsulozin (uključujući angioedem uzrokovani tamsulozinom), soju, kikiriki ili neku od pomoćnih tvari, u bolesnika s anamnezom ortostatske hipotenzije te u bolesnika s teškim oštećenjem funkcije jetre. **POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA:** Kombinirana terapija smije se propisati nakon pažljive procjene odnosa rizika i koristi zbog potencijalno povećanog rizika od štetnih događaja (uključujući zatajenje srca), te nakon uzimanja u obzir mogućnosti zamjenskog liječenja koje uključuju i monoterapiju. **Zatajenje srca:** U dva klinička ispitivanja u trajanju od 4 godine, incidencija srčanog zatajenja (zdrženi pojam za prijavljivane događaje, prvenstveno zatajenje srca i kongestivno zatajenje srca) je bila viša u ispitniku koji su uzimali kombinaciju dutasterida i alfa blokatora tamsulozina, u odnosu na ispitnike koji nisu uzimali takvu kombinaciju lijekova. U ta dva ispitivanja, incidencija srčanog zatajenja je bila niska (<1%) i varirala je između ispitivanja. **Učinak na prostata specifični antigen (PSA) i otkrivanje raka prostate:** Prije započinjanja liječenja Duodartom, te periodički tijekom trajanja terapije, potrebno je u bolesnika s BPH učiniti digitorektalni pregled kao i ostale pretrage za rak prostate ili druga stanja koja mogu uzrokovati iste simptome kao BPH. Koncentracija PSA (prostata specificni antigen) u serumu je važna komponenta u otkrivanju raka prostate. Duodart uzrokuje smanjenje srednje vrijednosti razine PSA u serumu za oko 50% nakon 6 mjeseci liječenja. U bolesnika koji primaju Duodart mora se ustanoviti nova početna vrijednost PSA nakon 6 mjeseci liječenja Duodartom. Preporuča se u nastavku liječenja redovito pratiti vrijednosti PSA. Svaki potvrđeni porast PSA od najniže zabilježene razine dok je bolesnik na Duodartu, može ukazivati na rak prostate (osobito rak prostate visokog stupnja) ili nesuradljivost bolesnika u liječenju, te se mora pažljivo procijeniti čak i ako su te vrijednosti još uvijek unutar normalnog raspona vrijednosti za muškarce koji ne uzimaju inhibitore 5alfa-reduktaze. Prilikom interpretacije PSA vrijednosti u bolesnika koji uzima dutasterid, mora se tražiti prijašnje vrijednosti PSA radi usporedbe. Nakon što je utvrđena nova početna vrijednost, liječenje Duodartom ne utječe na upotrebu PSA kao testa koji može pomoći u dijagnosticiranju raka prostate. Ukupne razine PSA u serumu se vraćaju na početne vrijednosti unutar 6 mjeseci od prestanka liječenja. Omjer slobodnog i ukupnog PSA ostaje konstantan i pod utjecajem Duodarta. Ukoliko liječnik izabere postotak slobodnog PSA kao pomoćni parametar u otkrivanju raka prostate u bolesnika koji su pod terapijom Duodartom, čini se da prilagođavanje vrijednosti nije potrebno.

Rak prostate i tumori visokog stupnja: Rezultati jednog kliničkog ispitivanja (REDUCE studija) u muškaraca pod povećanim rizikom od razvoja raka prostate, otkrili su višu incidenciju raka prostate Gleasonovog scora 8 - 10 u skupini muškaraca liječenih dutasteridom u odnosu na placebo skupinu. Odnos između dutasterida i raka prostate visokog stupnja nije jasan. Muškarci koji uzimaju Duodart mora se redovito pregledavati radi procjene rizika razvoja raka prostate, uključujući i PSA testiranje. **Neoplazija dojke:** U kliničkim ispitivanjima i nakon stavljanja lijeka u promet, prijavljen je rak dojke u muškaraca koji su uzimali dutasterid. Liječnici moraju upozoriti svoje bolesnike da odmah prijave svaku promjenu u tkivu dojke, poput pojave krvčica ili iscjekta iz bradavice. Trenutno nije jasno postoji li uzročno - posljedica povezanost između pojave raka dojke u muškaraca i dugotrajne upotrebe dutasterida. **Oštećenje funkcije bubrega:** Nužan je oprez u liječenju bolesnika s teškim oštećenjem funkcije bubrega (klirens kreatinina manji od 10 ml/min), obzirom da takvi bolesnici nisu bili uključeni u ispitivanja. **Ortostatska hipotenzija:** Tijekom liječenja tamsulozinom, kao i prilikom primjene drugih alfa blokatora, može doći do sniženja krvnog tlaka što rijetko može rezultirati sinkopom. Bolesnici koji započinju liječenje Duodartom moraju biti upozorenici da na prve znakove ortostatske hipotenzije (omaglica, slabost), sjednu ili legnu dok simptomi ne prođu. **Intraoperativni sindrom meke šarenice ('Floppy Iris Syndrome'):** U nekim bolesnika koji se liječe ili su bili liječeni tamsulozinom, primjećena je pojava intraoperativnog sindroma meke šarenice ('Floppy Iris Syndrome' - IFIS, varijanta sindroma male zjenice - engl. small pupil syndrome) tijekom operacije katarakte. IFIS može dovesti do porasta broja proceduralnih komplikacija tijekom operacije. Zato se ne preporučuje započinjanje liječenja Duodartom u bolesnika u kojih je planirana operacija katarakte. **NUSPOJAVE LIJEKA:** Omaglice, impotencija, promijenjeni (smanjeni) libido, poremećaji ejakulacije, poremećaji dojke (uključujući povećanje dojki i/ili njihovu osjetljivost), zatajenje srca, alergijske reakcije. **BROJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:** UP/I-530-09/10-01/235, 5. svibnja 2011. **NAČIN IZDAVANJA:** Na recept, u ljekarnama. **DATUM REVIZIJE SAŽETKA OPISA SVOJSTAVA LIJEKA:** Ožujak 2014. Sastavni dio ovog promotivnog materijala predstavlja odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka, sukladno Pravilniku o načinu oglašavanja o lijekovima i homeopatskim proizvodima. Prije propisivanja lijeka molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku. Želimo Vas podsjetiti na obavezu prijavljivanja nuspojava Agenciji za lijekove i medicinske proizvode sukladno Zakonu o lijekovima i Pravilniku o farmakovigilanciji. Prijave je moguće poslati poštom (Ksavarska cesta 4, 10000 Zagreb), telefaksom (01/4884-110) ili elektronskom poštom u Word formatu (nuspojave@halmed.hr). Također, nuspojave možete prijaviti i Vašem lokalnom GlaxoSmithKline uredu: GlaxoSmithKline d.o.o., Ulica Damira Tomljanovića Gavrana 15, 10020 Zagreb; Tel. 01/605 1999.

Reference

1. Duodart Sažetak opisa svojstava lijeka, Ožujak 2014.
2. Roehrborn C et al. Eur Urol. 2010;57:123–131.

CRO/Pharma/0017/15c

DUO-6/05/2016-ADV

Samo za zdravstvene radnike.

GlaxoSmithKline d.o.o.,
Ulica Damira Tomljanovića Gavrana 15,
10020 Zagreb



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“.

SVIBANJ

Helicobacter pylori – dijagnostika i terapija
ZJZ Županije Istarske
Pula, 13.05.2016.
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

FATE BASIC
HLZ, HD za anestezioligu i intenzivno liječenje
Rijeka, 13.05.2016.
Petra Volf Žiković, mob.: 091/5139-755
800,00kn

4. simpozij hrvatskog društva za spinalnu kirurgiju
Ban tours d.o.o.
Zagreb, 13.05.2016.
Doc.dr.sc. Tomislav Sajko, mob.: 098/473-103

Zanemarene tropске bolesti
HD za biosigurnost i biozaštitu HLZ-a i Ured svjetske zdravstvene organizacije u RH
Zagreb, 13.05.2016.
Nevenka Jakopović, oec.,
e-mail: nevenkajakopovic@gmail.com, www.bfm.hr

Kolektalni karcinom
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Split, 13.-14.05.2016.
Doc.dr.sc. Andre Bratanić, mob.: 095/3929-865
400,00kn

Alkohol kao javnozdravstveni problem
Hrvatsko epidemiološko društvo
Supetar, 13.-14.05.2016.
Dr. Iva Pem Novosel, tel.: 01/4683-005,
e-mail: iva.pem-novosel@hzjz.hr
200,00kn

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

Trening radnika izvanbolničke HMS za doktore medicine i med.sestre/tehniciare

Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije
Slavonski Brod, 13.-15.05.2016.
Marijan Bašić, mob.: 095/3850-002

FATE ADVANCED

HLZ, HD za anestezioligu i intenzivno liječenje
Rijeka, 14.05.2016.
Petra Volf Žiković, mob.: 091/5139-755
800,00kn

Mišićno koštana bol

HD za liječenje boli
Zagreb, 14.05.2016.
Mirna Ujević, tel.: 01/3764-111

SEŠMEK – Servierova škola medicinske komunikacije

Servier Pharma
Rijeka, 14.05.2016.
Kristina Škarlo Krištof, tel.: 01/3016-222
Cjeloviti pristup cerebrovaskularnim bolestima
Sandoz d.o.o.
Zagreb, 14.05.2016.
Kristina Špoljarec Dragaš, mob.: 099/3212-220

Radiološke metode pregleda kod Chronove bolesti

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 16.05.2016.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Morfološke promjene kralježnice ustlijed sjedilačkog načina života

Udruga Medikus
Zagreb, 16.05.2016.
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

Interdisciplinarni pristup u liječenju kardiovaskularnih i renalnih bolesti

Sandoz d.o.o.
Rijeka, 16.05.2016.
Mario Mašić, tel.: 01/2353-111

Tečaj za podučavatelje Billingsove ovulacijske metode °

Centar za prirodno planiranje obitelji
Zagreb, 16.-19.05.2016.
Marija Čurlin, mob.: 091/3768-143
600,00kn

Trening za radnike izvanbolničke hitne medicinske službe

Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije
Split, 16.-19.05.2016.
Dr. Radmila Majhen Ujević, mob.: 098/9480-943

Primjenjena genomika u Republici Hrvatskoj

Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, HD za biosigurnost i biozaštitu HLZ-a
Zagreb, 17.05.2016.
Nevenka Jakopović, mob.: 098/3740-158,
e-mail: nevenkajakopovic@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

Komunikacija sa palijativnim bolesnikom

Udruga za hospicij i palijativnu medicinu Šibenik
Šibenik, 17.05.2016.
Blaženka Topčić, mob.: 098/274-191

Zaštita zdravlja pri radu s opasnim tvarima

Hrvatska udruga za zdravo radno mjesto
Zagreb, 17.05.2016.
Gorana Lipnjak, mob.: 095/9860-722
600,00kn

Primijenjena genomika u Republici Hrvatskoj

HD za biosigurnost i biozaštitu i Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
Zagreb, 17.05.2016.
nevenkajakopovic@gmail.com; web – hdbib.hr
200,00kn

Generalizirani anksiozni poremećaji i uloga pregabalina u njegovom liječenju

Sandoz d.o.o.
Zagreb, 17.05.2016.
Marin Kokeza, tel.: 01/2353-111

Radionica na temu implementacije nacionalnih smjernica za obradu i odabir primatela i darivatelja bubrega

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi
Zagreb, 18.05.2016.
Dr. Martina Anušić Juričić, tel.: 01/4607-538

Xarelto Real World Experience; Xarelto: Dokazi iz kliničkih studija i iskustvo iz kliničke prakse

Bayer d.o.o.
Rijeka, 18.05.2016.
Dr. Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

Jednostavno i učinkovito do kontrole krvnog tlaka

Krka-farma d.o.o. Zagreb
Varaždin, 18.05.2016.
Melita Kinčl Dujo, mob.: 098/202-575

Tečaj za tječnike u hitnoj medicinskoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 18.-20.05.2016.
Dr. Gordana Antić, mob.: 099/2554-042
1500,00kn

13. hrvatski kongres endoskopske kirurgije s med.sud.

HLZ, HD za endoskopsku kirurgiju
Tuhejl, 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 pratinji 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 pratinji 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 pratinji 1400,00kn, kotizacija za 1 dan 700,00kn

Perspektiva suradnje u liječenju osteoporotičnih prijeloma

Eli Lilly – Predstavništvo u RH
Zadar, 19.05.2016.
Marija Vidović, tel.: 01/2350-999

Hipertenzija – liječenje beta blokatorima i fiksnim kombinacijama

Sandoz d.o.o.
Sibenik, 19.05.2016.
Mario Mašić, tel.: 01/2353-111

Osmi kongres Hrvatskog društva za neurovaskularne poremećaje Hrvatskog tječničkog 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
Kasnata kotizacija za članove KOHOM-a 1800,00kn
Kasnata kotizacija za nečlanove KOHOM-a 2000,00kn
Kotizacija za specijalizante članove KOHOM-a 500,00kn
Kotizacija za specijalizante nečlanove KOHOM-a i umirovljenike 600,00kn
Kotizacija za studente 400,00kn
Rok za uplatu rane kotizacije 14.03.2016.

7. hrvatski kongres ginekologa i opstetričara s med.sud.

HLZ, HD za ginekologiju i opstetriciju
Osijek, 19.-22.05.2016.
„Bravet“, Iva Šimunić, tel.: 01/6666-855,
mob.: 091/3330-733
1500,00kn

VI. Balneološki skup „Dr. Ivan Šreter“

Spec. bolnica za med.rehabilitaciju Lipik
Lipik, 20.05.2016.
Dr. Oto Kraml, mob.: 098/497-575
100,00kn

68. obljetnica Klinike za traumatologiju

KBCSM, Klinika za traumatologiju
Zagreb, 20.05.2016.
Ivana Jozić, mob.: 098/235-742

Specijalizirana edukacija za predstavnike/ce institucija i organizacija civilnog društva o seksualnom nasilju

Ženska soba – Centar za seksualna prava
Zagreb, Donja Stubica, 20.05.2016.
Maja Mamula, tel.: 01/6119-174

Okrugli stol/stvaraonica

Nastavni zavod za javno zdravstvo dr.Andrija Štampar
Zagreb, 20.05.2016.
Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164

Prevencija i upravljanje kriznim situacijama kod nasilnog ponašanja bolesnika

Psihijatrijska bolnica Rab
Rab, 20.05.2016.
Anamarija Vidas Tomulić, tel.: 051/7506-555

2.simpozij hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ – Šećerna bolest tip 1

HD za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ-a
Starigrad Paklenica, 20.-21.05.2016.
Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-581
1000,00kn (HDDE 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

Zajedno prema zdravlju – Bolesti dišnih putova u djece

HD za preventivnu i socijalnu pedijatriju
Zagreb, 20.-21.05.2016.
Dr. Đurđa Španović, mob.: 091/7910-224

Ultrazvukom vođena regionalna anestezija

MEF Sveučilišta u Rijeci, Katedra za anestezioligu, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Kabinet vještina Rijeka, 20.-22.05.2016.
Dr. Ana Blagaić, tel.: 051/407-400
3200,00kn

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (kraći naziv: DDD trajna edukacija)

KORUNIĆ d.o.o. Zagreb
Zagreb, 20.05.-23.06.2016.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Rak vrata maternice – ranije otkrivanje, bolja prognoza!

ZJZ županije Dubrovačko-neretvanske
Dubrovnik, 21.05.2016.
Vera Drobnić, tel.: 020/410-816, e-mail: vera.drobnić@gulliver.hr

Specijalizirana edukacija za predstavnike/ce institucija i organizacija civilnog društva o seksualnom nasilju

Ženska soba – Centar za seksualna prava
Zagreb, Donja Stubica, 21.05.2016.
Maja Mamula, tel.: 01/6119-174

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.its-hrvatska.org
1600,00kn

Racionalna farmakoterapija analognim inzulinima u svakodnevnom liječenju bolesnika sa šećernom bolesti

Eli Lilly – Predstavništvo u RH
Zagreb, 23.05.2016.
Diana Ostojić, tel.: 01/2350-999

Roditelji djece s teškoćama unutar zdravstvenog i odgojno obrazovnog sustava – očekivanja, mogućnosti i perspektive

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 23.05.2016.
Ana Mihajlović, tel.: 01/4862-501
200,00kn

17. Hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s med.sud. I ktg. „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

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

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.: 01/4696-164, fax.: 01/4678-016, e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Kronične rane – multidisciplinarni pristup liječenju

Thalassotherapy Crikvenica
Crikvenica, 24.05.2016.
Dr. Leonardo Bressan, mob.: 09175267-340

Xarelto Real World Experience; Xarelto: Dokazi iz kliničkih studija i iskustvo iz kliničke prakse

Bayer d.o.o.
Opatija, 25.05.2016.
Dr. Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

4th Central Eastern European Symposium on Free Nucleic Acids in Non-Invasive Prenatal Diagnosis

Medicinski fakultet Sveučilišta u Osijeku
Split, 25.-26.05.2016.
Jasenka Wagner, tel.: 01/4616-520
1080,00kn; 770,00kn; 540,00kn

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
Komiža, 26.-28.05.2016.
Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-303, fax.: 021/556-590,
e-mail: npavlov@kbsplit.hr, Mirjana Bogdanović, tel.: 021/556-303
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: mrssoandrea385@gmail.com
6000,00kn

Lean in Healthcare – Quality and Performance Improvement

O-tours d.o.o.
Biograd n/m, 27.-28.05.2016.
Ivana Škalec, mob.: 098/9805-718
150,00EUR

Trening za radnike izvanbolničke hitne medicinske službe

Zavod za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije Osijek, 27.-29.05.2016.
Silvana Sabo, tel.: 031/531-301
Kardiopulmonalna reanimacija i upotreba AVD uređaja u ordinaciji obiteljske medicine
Ordinacija obiteljske medicine Alemka Žic dr.med.
Krk, 28.05.2016.
Dr. Alemka Žic, mob.: 091/5386-869

Škola akupunkture, elektroakupunktura, 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
EKG u obiteljskoj medicini
Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine Osijek, 28.-29.05.2016.
Ksenija Kranjčević, mob.: 091/5612-684
600,00kn

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](http://amzh.hr), e-mail: amzh@zg.t-com.hr, tel.: 01/4828-662

Prevencija i liječenje kronične venske bolesti

Servier Pharma d.o.o.
Nedelišće, 31.05.2016.
Mirjana Golenja, mob.: 091/6551-556

LIPANJ

Medical Information Conference Croatia: Intelektualno vlasništvo u biomedicini – u procijepu između općeg dobra i materijalnog interesa

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 01.06.2016.
Marijan Šember, tel.: 01/4566-743, e-mail: sember@mef.hr

Xarelto Real World Experience: „Zbrinjavanje pacijenata na antikoagulantnoj terapiji“, „Rivaroksaban – iskustva iz kliničke prakse“

Bayer d.o.o.
Dubrovnik, 02.06.2016.
Dr. Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

Prevencija ozljeda djece kao putnika

Roditelji u akciji – Roda
Dubrovnik, 02.06.2016.
Alisa Aliti, mob.: 099/5361-054

XII kongres HD za maksilofacialnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata, VI kongres HD za oralnu kirurgiju

HLZ, HD za maksilofacialnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju
Osijek, 02.-04.06.2016.
Mare Panonium Tours, Gordana Živković, mob.: 099/6994-646,
091/5244-922
900,00/1000,00kn

3. kongres hrvatske komore zdravstvenih radnika strukovnog razreda za medicinsko-laboratorijsku djelatnost

– Medicinsko – laboratorijska dijagnostika u praksi i pravo u zdravstvu s međ.sud.
Komora zdravstvenih 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

Xarelto: Dokazi iz kliničkih studija i iskustvo iz kliničke prakse

BAYER d.o.o.
Umag, 03.06.2016.
Dr. Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

Edukativne radionice za liječnike obiteljske medicine

Alkaloid
Trakoščan, 03.-04.06.2016.
Lidija Suić, tel.: 01/6311-920

Estetska medicina – nekirurško pomlađivanje u teoriji i praksi

HD za estetiku lica Hrvatskog liječničkog zborna
Opatija, 03.-05.06.2016.
Rotim Željko, mob.: 098/227-468
1500,00kn

ALS

HLZ, HD za reanimatologiju
Rijeka, 03.-05.06.2016.
Peta Volf Žiković, mob.: 091/5139-755
1250,00kn

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

Neuropska bol i glavobolje

Hrvatsko društvo za liječenje boli
Zagreb, 04.06.2016.
Mirna Ujević, tel.: 01/3764-111

Dijagnosticiranje, praćenje i liječenje reumatskih bolesti u djece

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za pedijatiju
Zagreb, 04.06.2016.
Dr.sc. Lovro Lamot, mob.: 091/2532-717
500,00/300,00kn

Psihijatrija i obiteljska medicina

MEF Sveučilišta u Osijeku
Osijek, 04.06.2016.
Bojan Popović, tel.: 031/1399-643
500,00/300,00kn

Depresija kao izazov – sistemski pristup

Salutogeneza – obrt za savjetovanje i ostale usluge
Našice, 04.06.2016.
Dr. Božidar Popović, mob.: 092/1602-920
550,00kn

Amgen – Okrugli stol hematologa

Amgen
Zagreb, 04.06.2016.
Maša Katić, mob.: 099/2327-747

SEŠMEK – Servierova škola medicinske komunikacije

Servier Pharma
Omīš, 04.06.2016.
Kristina Škarlo Krištof, tel.:01/3016-222

Bioslični lijekovi u liječenju djece i odraslih – danas i sutra

KBC Zagreb
Zagreb, 04.06.2016.
Doc.dr.sc. Mario Čuk, dr.med., tel.: 01/2388-570,
mob.: 091/4920-569

Tečaj za osposobljavanje predavača prve pomoći u nastavnom predmetu „Pružanje prve pomoći ozljeđenima u prometnoj nesreći“

Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 04.-05.06.2016.
Blaženka Ledinsky, tel.: 01/4655-814/128
1250,00kn

Dubrovnik summer school of psychotraumatology

Institut za psihosomatiku
Dubrovnik, 06.-09.06.2016.
Dr.sc. Saša Jevtić, 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.
Peta 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

Xarelto Real World Experience: „Zbrinjavanje pacijenata na antikoagulantnoj terapiji“, „Rivaroksaban – iskustva iz kliničke prakse“

Bayer d.o.o.
Dubrovnik, 09.06.2016.
Dr. Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

IUPHAR GI SECTION MEETING 2016

Maks travel d.o.o.
Novigrad, 09.-11.06.2016.
Kristijan Čovčić, 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 Sviben, tel.: 01/4863-269
500,00kn

Novosti u refraktivnoj kirurgiji oka

Poličklinika „Svjetlost“ za oftalmologiju
Zagreb, 10.06.2016.
Dr. Ante Barišić, mob.: 091/5294-116

Velik kao dijete

Salutogeneza – obrt za savjetovanje i ostale usluge
Našice, 10.-11.06.2016.
Božidar Popović, mob.: 09271602-920
650,00kn

Drugi međunarodni logoterapijski kongres

Logos – Hrvatska udruga za logoterapiju
Zagreb, 10.-11.06.2016.

Cvijeta Pahljina, mob.: 095/8953-283

200,00kn

Biopsihosocijalni model u modernoj psihijatriji – Psihoedukacija u liječenju psihičkih poremećaja

PB „Sveti Ivan“
Zagreb, 10.-11.06.2016.
Daria Jagić, tel.: 01/3430-006

700,00kn

Edukativne radionice za liječnike obiteljske medicine

Alkaloid
Tuheljske Toplice, 10.-11.06.2016.
Lidija Suić, tel.: 01/6311-920

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.
Peta Črnac, tel.: 01/5513-137
750,00; 1125,00; 2175,00kn

Suvremeni principi liječenja kraniocerebralne ozljede

HD za cerebrovaskularnu neurokirurgiju HLZ
Zagreb, 16.-17.06.2016.
Dr. Ivan Koprek, mob.: 091/6059-669,
e-mail: koprek.ivan@gmail.com
1000,00kn

41. Regionalni stručno-znanstveni sastanak pedijatara

Hrvatskog primorja, Istre, Like i Gorskog kotara
Hrvatsko pedijatrijsko društvo – Ogranak Rijeka, OB Gospic
Gospic, 17.-18.06.2016.
Prim.mr.sc. Neven Čače, 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.
Jetica Popić, mob.: 091/5040-517
12.000,00kn

Prvi splitski kardiološki dir: abeceda atrijske fibrilacije

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 18.-21.06.2016.
Prof.dr.sc. Damir Fabijanić, mob.: 098/488-675
200,00kn

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

Edukativne radionice za liječnike obiteljske medicine

Alkaloid
Daruvar, 01.-02.07.2016.
Lidija Suić, tel.: 01/6311-920

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

8. hrvatski kongres farmakologije s međ.sud.

HD farmakologa, HALMED, MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 15.-18.09.2016.
Prof.dr.sc. Mladen Boban, tel.: 021/557-904;
e-mail: mladen.boban@mefst.hr, <http://pharma.mef.hr>
200,00 – 1600,00kn ovisno o kategoriji (jednodnevna/puna;
studenti/članovi HDF-a/ ostali)

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@studiohrg.hr, ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr

NOVAERUS STERILIZATOR ZRAKA

Novaerus je prvi sustav za kontrolu infekcija koje se prenose zrakom s vrhunskim rezultatima utvrđenim u velikom broju različitih zdravstvenih okruženja i ustanova. Upotreboom klinički dokazane tehnologije zračne plazme. Novaerus 24 sata dnevno radi na uništavanju svih virusa, bakterija, plijesni i neugodnih mirisa. Novaerus uništava čak i najštetnije kontaminirajuće tvari, uključujući MRSA-u, C. difficile, norovirus i virus gripe.

Količina potrošene energije pritom je manja nego ona koju potroši žarulja od 40 vata.



Pridružite se revoluciji na području kontrole infekcija koje se prenose zrakom

Način funkcioniranja

U CDC-ovim smjernicama za dezinfekciju i sterilizaciju u zdravstvenim ustanovama iz 2008. plazma je odobrena kao metoda sterilizacije kirurških instrumenata.

Novaerus je otkrio da čak i ona plazma polja koja imaju izrazito nisku snagu, a koja su kontrolirana i koncentrirana, uništava štetne mikroorganizme prije no što dođu u dodir s lječnicima, pacijentima i osobljem. Provaljenjem zraka kroz klinički ispitano zračno plazmatsko polje, uređaji tvrtke Novaerus uništavaju patogene – virus, bakterije, plijesni, spore i hlapljive organske spojeve – odmah po dodiru s plazmatskim poljem.

U istraživačkom centru Ames, u kojem se provode najmoderne istraživanja i razvojne aktivnosti u području aeronautike, istraživačke tehnologije i znanosti, provedeno je opsežno nezavisno istraživanje kojim je dokazano da tehnologija plazme tvrtke Novaerus brzo i sveobuhvatno uništava genetski materijal mikroorganizama.

*<https://www.nasa.gov/centers/ames/home/index.html>

LABORATORIJSKI ISPITANO I DOKAZANO

Nezavisno istraživanje provedeno u istraživačkom laboratoriju Ames u lipnju 2014.

U istraživačkom centru AMES, jednom od deset NASA-ih istraživačkih centara u kojima se provode vrhunska istraživanja i razvojne aktivnosti u području aeronautike, istraživačke tehnologije i znanosti, trenutno se provodi ispitivanje sustava Novaerus kao najučinkovitije dostupne tehnologije sterilizacije zraka.

Tehnologija plazme tvrtke Novaerus dokazano uništava SAV genetski materijal. Ti su rezultati dodatno potvrdeni pomoću ubrzivača sinkronrona na stanfordskom sveučilištu koji je potvrdio potpuno uništenje mikroorganizama i DNA materijala koji ih sačinjava, i to nakon samo jednog prolaska kroz plazma polje.

Obrada plazmom tvrtke Novaerus

Uništenje patogena za 2 milisekunde.
Vrste se raščlanjuju na male, sigurne molekule.



Unistava se stanicna stjenka
bakterija. Fluorescencija ulazi
u unutrašnjost stanice.

"Tehnologija plazme tvrtke Novaerus djeluje brzo, a deaktivacija štetnih tvara događa se u trenutku. Konkretni dokazi o učinku plazme na bakterije u zraku: zabilježene su velike kemijske i strukturne promjene."

Dr. Ram Prasad Gandhiraman, znanstvenik i istraživač, NASA

"Sustav Novareus već se pokazao kao najvažnije rješenje u prevenciji infekcija u zdravstvenim ustanovama u posljednjih nekoliko desetljeća te nam je omogućio da postanemo predvodnici u pružanju zdravstvenih usluga."

Marco Carrasco, upravitelj centra za zdravstvenu skrb West Gables na Floridi u SAD-u

"Temeljito smo testirali uređaje Novaerus i sad smo u potpunosti uvjereni u njihov pozitivan utjecaj. Postaviti ćemo ih u cijeloj ustanovi da bismo zaštitili naše pacijente, njihove obitelji i naše zaposlenike od opasnih infekcija – konkretno norovirusa i MRSA-e – kao i jakih neugodnih mirisa."

Andreas Hahne, voditelj tima zdravstvene skrbi u zdravstvenoj ustanovi "Haus der Ruhe" u Hannoveru u Njemačkoj

SONIMED

Tel :+ 385 (0)1 301 22 09
Mob.: +385 91 6684 717
e-mail: sonimed@sonimed.hr
hvoje.ivancic@sonimed.hr

Zašto koristiti Novaerus

- 1 Smanjuje broj infekcija... Svake godine u zdravstvenim ustanovama u EU-u 4 100 000 pacijenata dobije infekciju. Broj smrти koje su izravna posljedica tih infekcija procjenjuje se na najmanje 37 000. Smanjenjem broja infekcija u zdravstvenim ustanovama smanjuje se i stopa smrtnosti od infekcija u zdravstvenim ustanovama.
- 2 Omogućuje bolje upravljanje primjenom antibiotika... Smanjenje broja infekcija u zdravstvenim ustanovama dovodi do smanjenja potrebe za davanjem antibiotika i boljim općim zdravstvenim stanjem pacijenata.
- 3 Pokazuje pacijentima da brinete o njima... Riješite se infekcija u zdravstvenim ustanovama i radi pacijenata i radi zaposlenika. Svi će od toga imati koristi.
- 4 Klinički dokazana tehnologija... Velika količina podataka koje je Novaerus prikupio pokazuje njegovu učinkovitost.
- 5 Omogućuje nadzor, obavještavanje i zaštitu u ustanovi... pomoći najnovije platforme s pametnom tehnologijom.

Microresearch Laboratories, Velika Britanija

TESTIRANJE NA BAKTERIJE

Testirani niz gram-pozitivnih, gram-negativnih bakterija, gram-pozitivnih spora, gljivica i spora plijesni
Rezultati: stopa uništenja veća od Log 5 za sve klase

Microsearch Laboratories Ltd

Sveučilište u Huddersfieldu, Velika Britanija

Sustav Novaerus uništo je 95 % kontaminirajućih tvari u zraku za samo 30 minuta, što predstavlja stopu uništenja od >3700 CFU/m3/s

Razine kontaminacije korištene za ispitivanje sustava mnogo su više od onih u okruženju prave zdravstvene ustanove

"Novaerus će zasigurno imati velik utjecaj na uništenje kontaminirajućih tvari u zraku."

University of Huddersfield

POGODNO ZA:

- Bolnice
- Ambulantne čekaonice
- Staračke domove
- Sportske klubove
- Dvorane za sastanke



NOVAERUS
Airborne Infection Control